

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

GEBELERİN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM İLE İLGİLİ
SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNİ
DEĞERLENDİRME ARACI GELİŞTİRME VE SAĞLIK
OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Dr. GÜLSÜM ÖZTÜRK EMİRAL

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2018

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

GEBELERİN DOĞUM ÖNCESİ BAKIM İLE İLGİLİ
SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRME ARACI GELİŞTİRME VE SAĞLIK
OKURYAZARLIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Dr. GÜlsüm ÖZTÜRK EMİRAL

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŐMANI
Prof. Dr. Alaettin ÜNSAL

ESKİŞEHİR

2018

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Gülsüm ÖZTÜRK EMİRAL'e ait " Gebelerin Doğum Öncesi Bakım İle İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Aracı Geliştirme Ve Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi " adlı çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalında Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:27.07.2018

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Selma METİNTAŞ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye

Prof. Dr. Alaettin ÜNSAL
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Üye

Doç. Dr. Mustafa TÖZÜN
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulunun
.....Tarih ve.....Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ali ARSLANTAŞ
Dekan

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen, bilimsel katkı, bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren tez danışmanım Prof.Dr.Alaettin ÜNSAL'a, tıpta uzmanlık eğitimim süresince yardım ve desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım, Prof.Dr. Selma METİNTAŞ'a, Prof.Dr. Burhanettin IŞIKLI'ya, Prof.Dr. Didem ARSLANTAŞ'a, Doç. Dr. Muhammed Fatih ÖNSÜZ'e, Doç.Dr. Mustafa TÖZÜN'e ve Dr. Öğr.Üyesi Eren Can AYBEK'e sonsuz teşekkür ederim.



ÖZET

Öztürk Emiral, G. Gebelerin doğum öncesi bakım ile ilgili sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirme aracı geliştirme ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2018. İki aşamada yürütülen çalışmanın birinci aşamasının amacı gebelerin doğum öncesi bakım (DÖB) ile ilgili sağlık okuryazarlık (SOY) düzeylerini değerlendirme aracının geliştirilmesi olup ikinci aşamasının amacı ise gebelerin DÖB ile ilgili SOY düzeylerinin saptanmasıdır. Bu çalışma, 15.02.2016-01.07.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilen metodolojik ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmamızın ilk aşamasında “Doğum Öncesi Bakım İle İlgili Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (DÖBSOY-Ö)” geliştirilmiş olup, madde analizi, açımlayıcı faktör analizi, eş zamanlı ölçüt geçerliliği, gruplar arası ayrışma ve doğrulayıcı faktör analizi ve Kuder-Richardson-20 (KR-20) katsayısının belirlenmesi yöntemleri ile geçerlilik-güvenirliliği test edilmiştir. Çalışmamızın ikinci aşaması 847 gebe üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmanın verileri amacımıza uygun olarak hazırlanan anket form ile toplandı. Çalışmanın ikinci aşamasında Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Spearman korelasyon analizi ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanıldı. Bu çalışmada, DÖBSOY-Ö’de yer alan maddelerin ayırt edicilik katsayıları 0.20-0.57 ve faktör yükleri 0.34-0.85 arasında değişmekteydi. DÖBSOY-Ö’nün her bir alt alanında $KR-20 \geq 0.85$ olduğu saptandı. Doğrulayıcı faktör analizinde elde edilen uyum ölçütlerine ait skorlar kabul edilebilir sınırlarda idi. Çalışmanın ikinci aşamasını oluşturanların yaşları 18 ile 44 arasında değişmekte olup ortalama 28.5 ± 5.2 yıl idi. Çalışmamızda, 25 yaş ve üstünde olanların, gelir getirici işte çalışanların ve çekirdek aile yapısına sahip olanların DÖBSOY-Ö’nün tüm alt alanları ile ilgili SOY düzeylerinin yüksek olduğu saptandı. Ayrıca gebenin kendisinin, eşinin ve ebeveynlerinin öğrenim düzeyi arttıkça DÖBSOY-Ö’nün tüm alt alanları ile ilgili SOY düzeyleri de artmaktaydı. Sonuç olarak, DÖBSOY-Ö geçerli ve güvenilir bir ölçek olup, çalışma grubundakilerin doğum öncesi dönemle ilgili SOY düzeyleri yüksekti. Gebelerin SOY düzeyleri belirlenerek hazırlanacak eğitim materyalleri ile yapılacak sağlık eğitimiyle SOY düzeylerinin geliştirileceği kanısına varıldı.

Anahtar kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, Doğum öncesi bakım, Gebelik

ABSTRACT

Öztürk Emiral, G. To Develop an instrument for determination of health literacy levels related to antenatal care, and to determine the health literacy levels for pregnant women. Eskişehir Osmangazi University, Medicine School, Public Health Department, Expertise Thesis, Eskişehir, 2018. The aim of the first stage of the study carried out in two phases is to develop an assessment tool for assessing health literacy (HL) levels associated with antenatal care (AC) of the pregnant women and the aim of the second stage is to determine the HL levels of the pregnancies related to AC. The study is a methodological and cross-sectional study conducted between 15.02.2016 and 01.07.2018. In the first stage of our study "Health Literacy Scale Related to Antenatal Care (HLSRAC)" has been developed, the validity and reliability were tested by means of item analysis, explanatory factor analysis, criterion validity, inter-group decomposition and confirmatory factor analysis and Kuder-Richardson-20 (KR-20) coefficient determination methods. The second stage of our study was performed on 847 pregnant women. The data of this study were collected with a questionnaire form prepared in accordance with our purpose. Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, Spearman correlation analysis and multiple linear regression analysis were used in the second stage of the study. In this study, the discriminative coefficients of the items in the HLSRAC ranged from 0.20 to 0.57 and the factor loadings ranged from 0.34 to 0.85. $KR-20 \geq 0.85$ was detected in each sub-area of HLSRAC. The scores of the compliance measures obtained in the confirmatory factor analysis was at acceptable limits. The age of the second stage of the study ranged from 18 to 44 years with an average of 28.5 ± 5.2 years. In our study, it was determined that the HL levels for all sub-domains of HLSRAC were higher in those aged 25 years and over, those working at income-generating jobs, and those with core family structure. In addition, as the level of education of her partner and her parents increased, the HL levels of all subfields of HLSRAC also increased. In conclusion, HLSRAC is a valid-reliable scale, and the HL levels of the antenatal period in the study group were high. It was concluded that the HL levels would be improved by determining the HL levels of the pregnant women and with the health education to be made with the educational materials to be prepared.

Keywords: Health literacy, Antenatal care, Pregnancy

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
TABLolar DİZİNİ	xv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Okuryazarlık	5
2.1.1. Okuryazarlıkta Yeterlilik ve Boyutları	6
2.1.2. Okuryazarlık ve Sağlık	8
2.2. Sağlık Okuryazarlığı	9
2.2.1. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	13
2.2.2. Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	16
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	16
2.2.4. Sağlık Okuryazarlığı Etkileşim Alanları	18
2.2.5. Sağlık Okuryazarlığının Basamakları	19
2.2.6. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi	21
2.3. Gebelik	23
2.3.1. Tanımlar	23
2.3.2. Dünya’da ve Türkiye’de Anne Ölümleri	25

	Sayfa
2.3.3. Doğum Öncesi Bakım	26
2.3.4. Sağlık Okuryazarlığı Ve Gebelik	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Birinci aşama (DÖBSOY-DA'nın geliştirilmesi)	34
3.1.1. DÖBSOY-DA'nın Oluşturulması, İçerik/Kapsam/Dil geçerliliği	34
3.1.2. Çalışma grubu, Çalışma prosedürü ve Anket Formu	36
3.1.3. Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri	38
3.1.3a. Madde Analizi	38
3.1.3b. Yapı Geçerliliğinin Belirlenmesi	39
3.1.3c. İç Tutarlılık	42
3.1.4. DÖBSOY Ölçeğinin Puanlanması	42
3.2. Çalışmanın İkinci Aşaması	43
3.2.1. Çalışmanın Evreni, Çalışma Prosedürü ve Anket Formu	43
3.2.2. Çalışmada Kullanılan Diğer Tanımlar	46
3.2.3. İstatistiksel Analiz	47
4. BULGULAR	48
4.1. Çalışmanın Birinci Aşamasının Sonuçları (Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri)	48
4.1.1. DÖBSOY-DA'nın Madde Analizi Sonuçları	48
4.1.2. Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları	51
4.1.3. İç Tutarlılık	52
4.1.4. Gruplar Arası Ayrışma	56
4.1.5. Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliliği	56
4.1.6. Alt-Üst %27'lik Gruplara İlişkin Madde Puanlarının Karşılaştırılması	57

	Sayfa
4.1.7. Doğrulayıcı Faktör Analizi	58
4.2. Çalışmanın ikinci aşaması	65
4.2.1. Çalışma Grubunu Oluşturan Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri	65
4.2.2. Gebelerin DÖBSOY-Ö'den Aldıkları Puanların İlişkili Olduğu Düşünülen Bazı Faktörlere Göre Dağılımı	73
5. TARTIŞMA	100
5.1. Çalışmanın Birinci Aşamasının Bulgularının Tartışılması (Geçerlilik Ve Güvenirlik Analizlerinin Sonuçları)	100
5.2. Çalışmanın İkinci Aşamasının Bulgularının Tartışılması	105
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	115
KAYNAKLAR	119
EKLER	
EK 1: Gebelerin Doğum Öncesi Bakım İle İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Anket Formu	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AFA	Açımlayıcı Faktör Analizi
AGFI	Adjusted Goodness of fit Index (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi)
AHB	Aile Hekimliği Birimi
AIDS	Acquired İmmune Deficiency Syndrome
AÖÖ	Anne Ölüm Oranı
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
β	Standardize katsayı
BM	Birleşmiş Milletler
CFI	Comparative Fit İndex (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DM	Diyabetes Mellitus
DÖB	Doğum Öncesi Bakım
DÖBSOY-DA	Gebelerin Doğum Öncesi Bakım İle İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Aracı
DÖBSOY-Ö	Doğum Öncesi Bakım Sağlık Okuryazarlığı-Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GA	Güven Aralığı
GBÖÖ	Gebeliğe Bağlı Ölüm Oranı
GFI	Goodness of fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)
HIV	Human Deficiency Syndrome
HT	Hipertansiyon
HLS-EU	Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu
IBM-SPSS	International Business Machines Statistical Package for Social Sciences versiyon 20.0
IOM	Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü
KGİ	Kapsam Geçerlilik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlilik Oranı
KMO	Keiser-Meyer-Olkin

KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KR-20	Kuder-Richardson-20
NVS	The Newest Vital Sign (En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği)
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)
RMSEA	Root Mean Square Error Of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)
SD	Serbestlik derecesi
SH	Standart Hata
SOY	Sağlık Okuryazarlığı
SRMR	Standardized Root Mean Square Error (Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü)
SYB-TD	Sağlıklı Yaşam Biçimi ile İlgili Tutum ve Davranışlar
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TOFHLA	Test of Functional Literacy Adults (Erişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi)
UNICEF	United Nations Convention on The Rights of The Child (Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi)
VAS	Vizüel Analog Skalası

ŞEKİLLER

	Sayfa
2.1. Sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli	12
2.2. Sağlık okuryazarlığını etkileşim alanları ve sonuçları	19
2.3. Sağlık okuryazarlığı basamaklarına göre bireylerin rolü	21
4.1. DFA sonucunda DÖBSOY-DA'nın sözel bölümü için ortaya konan ölçme modeli	62
4.2. DFA sonucunda DÖBSOY-DA'nın sayısal bölümü için ortaya konan ölçme modeli	65

TABLOLAR

	Sayfa
4.1. DÖBSOY-DA'nın sözel bölümünün madde analiz sonuçları	51
4.2. DÖBSOY-DA'nın sayısal bölümünün madde analiz sonuçları	54
4.3. DÖBSOY-DA'da yer alan maddelerin ortak varyansa katkı değerleri ve faktör yükleri	52
4.4. DÖBSOY-DA'nın AFA sonuçları ve KR-20 katsayıları	58
4.5. Sağlık profesyoneli olan ve olmayanların DÖBSOY-DA'dan aldıkları puanlar	59
4.6. DÖBSOY-DA ve Chew Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi Türkçe versiyonu arasındaki korelasyon analizi sonuçları	57
4.7. Alt-üst %27'lik gruplara ilişkin madde puanlarının karşılaştırılması	60
4.8. Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda DÖBSOY-DA'nın sözel bölümü için elde edilen uyum indeksleri	61
4.9. DÖBSOY-DA'nın sözel bölümü için yapılan DFA sonuçları	63
4.10. DFA sonucunda DÖBSOY-DA'nın sayısal bölümü için elde edilen uyum indeksleri	63
4.11. DÖBSOY-DA'nın sayısal bölümü için yapılan DFA sonuçları	66
4.12. Çalışma grubundakilerin sosyodemografik özellikleri	67
4.13. Gebelerin öz ve soy geçmişi ile ilgili özellikleri ve alışkanlıkları	69
4.14. Gebelerin SOY düzeyi ile ilişkili olduğu düşünülen değişkenler	70
4.15. Çalışma grubundakilerin internete erişim araçları ve internet kullanma nedenleri	72
4.16. Gebelerin genel sağlıkla ilgili bilgi edinme kaynakları	73
4.17. Çalışma grubundakilerin doğurganlıkla ilgili özellikleri	73

4.18. Gebelerin DÖBSOY-Ö'nin alt alanlarından aldıkları puanlar	74
4.19. Çalışma grubundakilerin DÖBSOY-Ö'nün bölümlerinden aldıkları puanların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı	75
4.20. Gebelerin DÖBSOY-Ö'nün bölümlerinden aldıkları puanların öz ve soy geçmişi ile ilgili bazı özelliklerine ve alışkanlıklarına göre dağılımı	78
4.21. Gebelerin DÖBSOY-Ö'nün bölümlerinden aldıkları puanların sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu düşünülen bazı değişkenlere göre dağılımı	80
4.22. Çalışma grubundakilerin DÖBSOY-Ö'nün alt alanlarından aldıkları puanların doğurganlıkla ilgili bazı özelliklere göre dağılımı	83
4.23. Gebelerin DÖBSOY-Ö'den aldıkları puanlar ile VAS'dan aldıkları puanlar arasındaki korelasyon katsayıları	85
4.24. Gebelerin DÖBSOY-Ö'den aldıkları puanlar ile SYB-TD'yi sorgulayan önermelerden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon katsayıları	86
4.25. Gebelerin DÖBSOY-Ö'nün sözel bölüm alt alan 1'den aldıkları puanlar ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları	87
4.26. Çalışma grubundakilerin DÖBSOY-Ö'nün sözel bölüm alt alan 2'den aldıkları puanlar ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları	90
4.27. Gebelerin DÖBSOY-Ö'nün sözel bölüm alt alan 3'den aldıkları puanlar ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları	93

4.28. Çalışma grubundakilerin DÖBSOY-Ö'nün sözel bölüm alt alan 4 ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları	96
4.29. Gebelerin DÖBSOY-Ö'nün sayısal bölümden aldıkları puanlar ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları	99



1. GİRİŞ

Yirmibirinci yüzyılda yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin bulunması, demografik ve epidemiyolojik dönüşüm ile birlikte hastalık yüklerinin değişmesi, bulaşıcı olmayan hastalıkların yükünün artmasıyla bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasının önemini artması, tedavi edici sağlık hizmetlerinden ziyade koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıkması gibi tıp alanında birçok gelişme yaşanmıştır. Bunlara ek olarak iletişim teknolojisinde yaşanan ilerlemeler ile kişilerin sağlık bilgisi edinebilecekleri kaynaklar artmış ve bilgiye erişim kolaylaşmıştır. Gerek tıp alanında gerekse teknolojiye yaşanan gelişmeler sonucunda sağlık hizmeti sunanlar ve hizmetin sunulduğu alanlar kadar sağlık hizmetini alanların-talep edenlerin hem tıbbi kararların verilme sürecindeki-hastalıkların yönetimindeki payı hem de sağlıklarının korunması ve geliştirilmesindeki sorumlulukları artmıştır. Bireylerin sağlıkları ile ilgili değişen rolleri sonucunda sağlık hizmeti sunanlar ile hizmeti alanlar arasındaki iletişimin doğru sağlanabilmesinin ve sağlanan her türlü sağlık bilgisinin anlaşılabilmesinin gerekliliğine neden olmuştur. Sağlık hizmeti sunanlar ile hizmetten yararlananlar arasında yaşanan olumsuzluklara ek olarak sosyoekonomik düzeyin düşüklüğü, öğrenim seviyesinin yetersizliğine bağlı bilgi eksikliği, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan güçlükler de eklendiğinde kişilere aktarılması gereken sağlık bilgisi yeterince aktarılamamaktadır. Sağlıkla ilgili olumlu davranışların kazanılması, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın temel belirleyicilerinden biri olan okuryazarlığın, sağlık ile olan ilişkisinin önemini ortaya koymuş olup, sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramının ön plana çıkmasına neden olmuştur (1-3). Sağlık okuryazarlığı hayat boyunca bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmek için sağlıklarının korunması-geliştirilmesi gibi sağlık hizmetleri ile ilgili günlük hayatta kararların alınması ve yargılara varılması için sağlık bilgisine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulamada insanların bilgisini, motivasyonunu ve yeterliliklerini gerektiren bir kapsama sahiptir (2, 4). Bu bağlamda SOY; bireyin sağlığını koruyucu, geliştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine, sağlık bilgilerine ulaşabilme, edinebilme, anlayabilme ve yorumlayabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (5).

Sağlık çıktıları ile SOY düzeyi arasında önemli bir ilişki olduğu bilinmektedir. Düşük SOY düzeyi bireylerde sağlık ile bilgilere ulaşma, edinme, anlama ve

yorumlamada yetersizliğe, tıbbi işlem ve talimatları yerine getirmekte zorluklara, sağlık hizmetlerine erişimde ve etkili-verimli kullanımında problemlere neden olmaktadır (5). Bu nedenle SOY hem sağlıklı bireylerin hem de hastaların kazanmaları gereken bir yetkinliktir. Yapılan çalışmalarda SOY düzeyi düşük olan bireylerin; koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamadıkları, tarama programlarına katılımlarının daha az olduğu gösterilmiştir Aynı zamanda SOY düzeyi düşük olan hastaların kendi hastalıkları ile ilgili teşhis ve tedavisini anlamalarının, tedaviye uyumlarının olumsuz etkilendiği aşıkardır (6-9).

Çeşitli ülkelerde SOY düzeyini değerlendirmek için çalışmalar yapılmıştır. Ancak çalışmalarda SOY düzeyini değerlendirmek için kullanılan ölçekler aynı olmadığı için SOY düzeyini belirtmek için farklı terimler kullanılmıştır. Örneğin, Sorensen ve arkadaşları tarafından 2011 yılında sekiz Avrupa ülkesini kapsayacak şekilde (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya) “Avrupa’da Sağlık Okuryazarlığı: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasının Karşılaştırmalı Sonuçları” isimli geniş tabanlı bir çalışmada sınırlı SOY sıklığını %47 (yetersiz SOY sıklığı %12+ problemlı SOY sıklığı %35), yaklaşık olarak 2 bireyden birinin SOY düzeyinin sınırlı olduğu rapor edilmiştir. Çalışmada sınırlı SOY düzeyinin 8 Avrupa ülkesinde farklılıklar gösterdiği bildirilmiştir (%29-%62) (2). Kutner ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) yaptıkları “Erişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirmesi” isimli çalışmada, SOY ile ilgili veriler Avrupa’da yapılan çalışmadan farklı bir ölçekle toplanmış olup SOY seviyesinin belirtilmesinde farklı terimler kullanılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre erişkinlerin %14’ünün SOY düzeyinin bazal düzeyin altında, %22’sinde ise bazal düzeyde, %52’sinin orta ve sadece %12’sinin yeterli düzeyde olduğu gösterilmiştir (10). Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptıkları “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması” isimli toplum tabanlı çalışmada sınırlı SOY sıklığı %64.6 (yetersiz SOY sıklığı %24.5+problemlı SOY sıklığı %40.1), yaklaşık olarak üç erişkinden ikisinin SOY düzeyinin sınırlı olduğu rapor edilmiştir (11).

Kadınların SOY düzeyinin yeterli olması, hem kendi hem de çocuklarının sağlığının korunması ve geliştirilmesi için son derece önemlidir. Düşük SOY düzeyi olan kadınlar, sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmada-anlamada ve yorumlamada yetersiz olacakları

için hem kendi hem de aile üyelerinin sağlıklarını ilgilendiren durumlarda doğru kararlar almaları zorlaşacaktır (12). Gebelik süreci hatta gebelik öncesinde ve sonrasında sağlıkla ilgili riskler çoğalmakta olup riskli durumlar maternal-fetal sağlığı direk olarak etkilemektedir. Dolayısıyla gebelikte sağlıkla ilgili doğru bilgilere ulaşmanın, anlamının ve yorumlamanın önemi artmaktadır. Gebenin hem kendi hem de bebeğinin sağlığı için doğum öncesi dönemde sağlıkla ilgili doğru bilgilere ulaşması-anlaması ve yorumlaması SOY düzeyinin yeterli olması ile mümkündür (13). Doğum öncesi bakım (DÖB), sağlık çalışanları tarafından anne-bebek ölümlerini en aza indirmek için, anne ve bebeğin tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla izlemlerinin yapılmasıdır (14). Doğum öncesi dönemde yapılan izlemlerde, annede gebelikten önce var olan hastalıkların-riskli durumların belirlenmesi, gebelikte ortaya çıkması olası sağlık sorunlarının erken dönemde saptanması için gebelik haftasına uygun olarak taramalar yapılır. Gebelik izlemlerinde bunlara ek olarak bağışıklama, sağlıklı beslenme, kişisel hijyen, lohusalık bakımı, bebek emzirme yöntemleri ve bebek bakımı gibi bir çok konuda eğitim verilir. Ayrıca doğum öncesi dönemde gebeliğin seyrine göre doğumun nerede, nasıl ve kim tarafından yapılacağına karar verilmesi gereklidir. Bu süreçlerde gebenin gerek kendi gerekse bebeğinin sağlığı ile ilgili, örneğin mitral stenozu olan bir gebenin sağlığının kötüleşmemesi için gebeliğinin devam edip etmemesi, riskli durumlarda amniosentez gibi invaziv işlemlerin yapılıp yapılmaması, kromozomal anomali saptanması durumunda gebeliğin sonlandırılıp sonlandırılmaması gibi durumlarda önemli kararlar vermesi gerekebilir (14, 15). Doğum öncesi dönemde sunulan sağlık hizmetlerinin öneminin gebeler tarafından anlaşılması ve gereğinin yerine getirilmesi bu açıdan son derece önemlidir. Doğum öncesi dönemde verilen sağlık hizmetlerinin öneminin gebeler tarafından anlaşılması bu dönemle ilgili önerileri/tedavileri, takip istekliliğini/tedaviye uyumun arttırılmasına ve daha sağlıklı kararlar verilmesine neden olmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda SOY düzeyi düşük olan gebelerin, gebelik takiplerinin yeterli ve düzenli olmadığı, ilk takiplerini zamanında yaptırmadıkları, ikili-üçlü tarama testleri, şeker yüklemesi gibi tahlilleri-tetikleri bilmedikleri ayrıca erken doğum, düşük, premature-düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma ve ölü doğum gibi olumsuz gebelik sonuçlarının daha fazla olduğu bildirilmektedir (16-18).

Literatürde Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış, kültürel uyarlaması olan ve doğum öncesi döneme spesifik olarak SOY’u değerlendirmeye yönelik herhangi bir ölçme aracına basılı olarak rastlanılmamıştır. Bu çalışma; ‘Gebelerin Doğum Öncesi Bakım İle İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Aracı’nın (DÖBSOY-DA)’ geliştirilmesi, geliştirilen bu ölçek kullanılarak gebelerin DÖB ile ilgili SOY düzeylerinin saptanması, SOY ile ilişkili olduğu düşünülen bazı faktörlerin incelenmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Okuryazarlık

Ülkelerin siyasi ve kültürel varlıklarını devam ettirebilmek ve vatandaşlarının çağdaş bir yaşam sürebilmeleri sağlamak için ilk şartın bilgisizlikle mücadele etmek olduğunun farkına varılması , tarih boyunca bilgiyle etkileşimlerini kapsayan değişim ve gelişim süreci içinde bulunmalarını gerektirmiştir. Bilim ve teknolojiye ilerlemeler ekonomik-sosyal kalkınmayı başlatmış, bilginin her alanda etkin kullanımı ve eğitimin toplumda yaygınlaşmasını zorunlu kılmıştır. Bu ilerlemeler doğrultusunda toplum yapısında, eğitim sistemlerinde ve etik değerlerde değişiklikler yaşanmıştır. Tarih boyunca yaşam boyu öğrenme yardımıyla toplumun her kesimine okuyabilme ve yazabilme becerisi kazandırılmaya çalışılmış ve bu durum örgün eğitimde okuryazarlık türlerinin uygulanmasının başlamasına neden olmuştur (19).

Okuryazarlık hem bireysel hem de toplumsal gelişmişlik düzeyini gösteren önemli ölçütlerdendir. Bilgi ve teknoloji çağı olan 21. yüzyılda ihtiyaçları doğrultusunda pek çok kavram gibi okuryazarlık kavramı da yeniden sorgulanmaya başlanmıştır (20). Bu bağlamda toplumun sosyo-ekonomik ve kültürel yapısında meydana gelen değişikliklere paralel olarak okuryazarlık kavramının tanımı da değişmiş olup, bu değişikliğin devam etmesi olasıdır. Yaşam boyu öğrenmenin giderek artan önemi okur-yazar ve okuryazarlık kavramlarının değişmesine ve kapsamının genişlemesine neden olan önemli faktörlerdendir. Okur-yazarlık, öğrenim hayatının ilk yıllarında öğrenilen tek bir bilgi, beceri, stratejiden ziyade kişilerin yaşamları boyunca çeşitli yollarla (etkileşim-iletişim yoluyla) edindikleri bir dizi beceri, bilgi ve strateji olarak kabul edilmektedir (21).

Literatürde okur-yazarlıkla ilgili çeşitli tanımlamalar vardır. ABD Ulusal Okuryazarlık Yasası'nda ve Quebec Okuryazarlık Merkezi tarafından yapılan tanımlamalar en çok kabul görenler arasındadır. Okur-yazarlık en basit anlamıyla okuma-yazma yeteneğidir. Okuryazarlık ABD Ulusal Okuryazarlık Yasası'nda "bireylerin anadilinde okuma, yazma, konuşma yeteneği, hedeflerine ulaşması, bilgisini-potansiyelini geliştirmesi amacıyla toplumda ve iş yaşamında fonksiyonel olabilmesi için yeterli düzeyde hesap yapma ve problem çözme becerisi" olarak tanımlanmaktadır (22).

Okur-yazarlıkla ilgili diğerk bir tanımlama Quebec Okuryazarlık Merkezi tarafından ‘Kişisel ve toplumsal gelişim için, bir kültürün baskın sembol sistemlerinin (alfabe,sayılar, görsel simgeler) kullanılması ve anlaşılması için gerekli bir dizi karmaşık yeteneklerdir’ şeklinde yapılmıştır (23).

Okur-yazarlık, okuma-yazma becerisinden çok daha geniş bir kapsama sahip olup, toplum tarafından anlam verilen iletişim sembollerinin etkili kullanılmasını gerektiren kavramdır. Kişilerin etkili iletişim kurabilmeleri için bir dili bilmeleri ve konuşabilmelerinin yanı sıra, okuryazarlık düzeylerinin de yeterli olması ile mümkündür (24).

Teknolojik ilerlemeler paralelinde sosyo-kültürel ve ekonomik yapıdaki gelişmelere uygun olarak toplumların beklentileri değişmekte ve çağın özellikleri doğrultusunda toplum tarafından kabul gören ve anlam verilen iletişim sembolleri farklılaşmaktadır. Dolayısıyla okuryazarlığın kapsamı çağın gerekliliklerine uygun olarak şekillenmektedir. Bu bağlamda kâğıt üzerindeki harfleri çözümlenmeye dayanan okuma-yazma görüntüsü değişmezken, anlamlandırmaya dayalı okuryazarlık örüntüsü ise her geçen gün yeni kavramlarla birleşip (medya okuryazarlığı, görsel okuryazarlık ve SOY gibi) kapsamını genişletmektedir (25).

2.1.1 Okuryazarlıkta Yeterlilik ve Boyutları

Okuryazarlık kognitif fonksiyonların yanı sıra sosyal becerileri de kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Bireylerin okuryazarlık düzeylerinin yeterli olabilmeleri için bazı beceri ve yeteneklere sahip olmaları gerekir. Genel okuryazarlıkta yeterliliğin: operasyonel, interaktif, otonomi, bilgisel, içeriksel ve kültürel yeterlilik olmak üzere 6 boyutu vardır. Bu boyutlar SOY düzeyinin yeterli olması için de gerekli öncüler olarak kabul edilmektedir (26, 27).

1) Operasyonel (fonksiyonel) yeterlilik; dilin etkin bir şekilde kullanılabilmesi için, gerekli araçları, teknikleri ve prosedürleri kullanma yeteneğidir (28). Temel sağlık ihtiyaçlarının etkili bir şekilde karşılanması için fonksiyonel beceriler ve stratejilerdir. Bu stratejiler okuma, yazma, konuşma ve sayısal beceriler aracılığıyla edinilen bilginin

iletişimini kapsamaktadır. Beceriler ise sağlık profesyonelleri tarafından yazılı ya da sözlü olarak verilen bilgileri okuma-anlama ve eyleme dönüştürme yeteneklerini içerir (29, 30).

2) İnteraktif (etkileşim) yeterlilik; bireylerin kişisel gelişim için öz-yönetim aracılığıyla başkaları ile iş birliği yapmasıdır. Bireyler, kendi sağlıkları ile ilgili sorunların yönetiminde sağlık profesyonelleri ile paydaştır (31). Sağlıkla ilgili öz-yönetim, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için bireyler tarafından alınan kararları ve eylemlerin tümünü içerir. Operasyonel yeterliliğe göre daha gelişmiş bilişsel ve okuryazarlık becerileri gerektiren öz-yönetim, sosyal becerilerle birlikte, değişen ihtiyaçlara cevap verebilmek için farklı iletişim yöntemleriyle bilgi elde etmek ve anlam çıkarmak gibi aktivitelere katılımı arttırmak için kullanılmaktadır (29).

3) Otonomi yeterliliği; bireylerin kendi yaşamlarında edindikleri bilgileri kullanabilmeleri ve karara varabilmelerindeki kişisel gücü ifade etmektedir. Güç, kişilerin kendi yaşamlarında alacakları kararlarda sorumluluğu üstlenmede kendi rollerinin farkında olmalarıdır. Sağlıkla ilgili kişisel güç, bireylerin kendi sağlıklarını ilgilendiren durumlarda daha fazla söz sahibi olabilmeleri amacıyla, sağlıkla ilgili bilgileri analiz etmede-yönetmedeki kişisel bilgi-becerilerinin düzeyleri ve sağlığın belirleyicilerini değiştirmek için harekete geçme yeteneklerini kapsamaktadır (29, 31).

4) Bilgisel yeterlilik; sağlık bilgisinin otoritesini ve geçerliliğini belirleyebilme yeteneğidir. Otorite ve geçerlilik sağlıkla ilgili bilginin doğruluğunu ve güncelliğini vurgulayan kritik kavramlardır (26). Bilgisel yeterlilik, ihtiyaç duyulan sağlık bilgisinin olası kaynaklarının belirlenmesi, kullanılması, bilginin kalitesinin ve spesifik konularda uygulanabilirliğini değerlendirme becerisi, doğru kararlar verebilmek için sağlık ile ilgili bilgilerin anlaşılması, analiz edilmesi ve kullanılması yetkinliklerini kapsamaktadır (32).

5) İçeriksel (Ortama dayalı) yeterlilik; kişinin çevre konusunda ki hâkimiyetidir. Sağlıkla ilgili içeriksel yeterlilik, kişilerin sağlık hizmetlerinin sunulduğu ortamlar ve sağlık sisteminin kendilerinden bekledikleri karşısındaki durumlarını ifade eder. Bazı kişiler sağlık hizmetlerinin sunulduğu ortamlarda rahat iken bazıları ise değildir. Kişiler rahat oldukları zaman yakın çevreleriyle etkileşimde bulunarak ve konuları yorumlayarak öğrenme düzeyleri artacak olup bu nedenle kişilerin rahat olması istenen bir durumdur (26).

6) Kültürel yeterlilik; sosyal sistem uygulamalarının anlamını yorumlama yeteneğidir. Kültürel yeterlilik, sağlık ile bilgileri yorumlamak ve harekete geçmek için ortak inançlar, gelenekler, dünya-görüşü ve sosyal kimliğin farkına varılması ve kullanılması gibi bireysel becerileri gerektirir. Bireylerin SOY düzeyleri belirlenirken sosyal uygulamalar ve kültürel özellikler dikkate alınmalıdır. Burada kültür kelimesi ile insanların davranışları üzerinde etkili olan, düşünceler, iletişim, eylemler, gelenekler, inançlar, değerler ve etnik-ırksal-dini yapılar (sosyal grup) kastedilmektedir (26-28).

2.1.2 Okuryazarlık ve Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; “Yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması” olarak tanımlamaktadır. Kendi Anayasasında DSÖ; sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmanın hiçbir ayırım gözetmeksizin temel insan haklarından biri olduğunu belirtmiştir. Sağlık hizmetlerinin etkili-verimli kullanılmasında ve sağlığın geliştirilmesinde halkın bilgilendirilmesinin ve sonrasında aktif iş birliği sağlanmasının önemi vurgulanmıştır. İhtiyaç duyulan aktif iş birliğinin sağlanması için, sağlık hizmetlerinden yararlananların sahip olması gereken önemli becerilerden birisi de okuryazarlıktır (33).

Kişilerin hayatlarını nasıl yaşayacağını belirleyen faktörlerden birisi okuryazarlık olup, okuryazarlık becerilerinin kazanılması, kişilerin sosyoekonomik düzeylerinin yükselmesinde ve günlük olayları daha iyi anlayarak daha fazla kontrol sağlamalarında son derece önemlidir (34). Ulusal Erişkin Okuryazarlık Çalışması'nda, ABD'de işsizlik oranlarının, düşük ücretle çalışmanın, yoksulluk, oy kullanma gibi vatandaşlık sorumluluklarının yerine getirilmemesi, fiziksel, mental başta olmak üzere diğer sağlık sorunlarının okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerde daha sık olduğunun görüldüğü rapor edilmiştir. Ek olarak aynı çalışmada okuryazarlık seviyesi düşük bireylerin öğrenim düzeylerinin de düşük olduğu, farklı ya da karmaşık metinlerden elde edilen bilgiyi birleştirmekte, iki veya daha fazla işlem gerektiren hesaplamalarda zorluk çektiklerini ortaya konmuştur (35). Tüm bu olumsuz sonuçlar okuryazarlık düzeyi ile sağlık çıktıları arasında doğrudan ya da dolaylı olarak bir ilişki olduğunu göstermektedir. Sağlık çıktıları

ile okuryazarlık arasındaki doğrudan ilişkiye, koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanılmaması, hastalık halinde öz-yönetiminin yetersizliği, sağlık eğitimi gibi ilgili etkinliklere karşı duyarsız olunması gibi nedenlerle sağlık bilgi ve hizmetlerinin yetersiz ve gereksiz kullanımı örnek olarak verilebilir. Dolaylı ilişkiye ise düşük okuryazarlık düzeyinin genel olarak düşük sosyoekonomik düzey ile bağlantılı olması ve sosyoekonomik düzeyin sağlığın sosyal belirleyicilerinden olması örnek olarak gösterilebilir (36). Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'nun yayınladığı raporda, okuryazarlığın sağlığın sosyal belirleyicileri arasında yer aldığı, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlıkta eşitsizlikleri gidermede merkezi role sahip olduğu rapor edilmiştir (37).

Koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanılmasında, hastalık tanılarının konulup etkin tedavisinin planlamasında ve uygulamasında başarılı olunması için önemli faktörlerden biri hasta katılımıdır. Ek olarak günümüz sağlık hizmet sunucularının sağlık hizmet alıcılarından bazı beklentileri vardır. Bireylerin sağlık hizmetlerine aktif katılımının ve beklentilerinin karşılanması için okuma, yazma ve sayısal alandaki temel becerilere sahip olmaları son derece önemlidir. Bireyler kendi sağlık durumları hakkındaki sözlü veya yazılı bilgileri anlayabilme, tanı ve tedavi testleri ile ilgili yönergeleri takip edebilme, sağlık hizmet sunucularına yerinde ve uygun sorular sorabilme, önceki tedavi ve koşullarını bildirebilme ve bakım sırasında ortaya çıkan sorunları çözebilme kabiliyetine sahip olmalıdırlar (38). Dolayısıyla kişiler kendi paylarına düşen sorumlulukları yerine getirebilmek için okuma, yazma ve işlem yapma gibi temel okuryazarlık becerilerine sahip olmalıdırlar (39).

Bireylerin okuryazarlık düzeyleri ile sağlık düzeyleri arasındaki ilişki birçok faktörden etkilenmekte olup birebir örtüşmemektedir. Ancak okuryazarlık düzeyinin yüksek olması ile olumlu sağlık çıktıları ve sağlığın geliştirilmesi ile ilişkili davranışların kazandırılmasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu açıktır (40).

Sonuç olarak, SOY genel okuryazarlık düzeyine bağlı ve kişinin bilişsel gelişimiyle ilişkili bir kavramdır. Okuma ve yazma becerileri yeterince gelişmemiş bireyler hem sağlık eğitiminden daha az yararlanacaklar hem de gelişen ve değişen sağlık hizmet sunum yöntemlerine uyum gösteremeyeceklerdir. Dolayısıyla bu kişilerin kişisel,

sosyal ve kültürel gelişimleri sınırlanacak, SOY düzeyleri düşük kalacak ve sağlıkları doğrudan olumsuz etkilenecektir. Bu nedenlerden dolayı, SOY’u geliştirmeyi amaçlayan stratejiler genel okuryazarlığı geliştirmek için gereken daha genel stratejilerin vazgeçilmez bir parçasıdır (29).

2.2 Sağlık Okuryazarlığı

Günümüzde yaşanan teknolojik gelişmelere paralel olarak sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına erişim kolaylaşmıştır. Doğru sağlık bilgisinin ulaşılabilirliği, anlaşılabilirliği ve edinilen sağlık bilgisinin davranışa dönüştürülmesi kişilerin SOY düzeyleri ile yakından ilişkilidir.

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez 1974 yılında, Simonds tarafından yayınlanan ‘Sosyal Politika Olarak Sağlık Eğitimi’ (Health Education as Social Policy) isimli makalede ele alınmıştır. Bu makalede sağlık eğitimi; sağlık sistemlerini, eğitim sistemlerini ve kitle iletişimini etkileyen sosyal bir politika sorunu olarak tartışılmış olup SOY, “her öğrenim düzeyinde asgari standartları karşılayan sağlık eğitimi” olarak tanımlanmıştır (41). Önemi uzunca yıllar anlaşılamayan SOY kavramına literatürde rastlanılamamıştır. Sağlık okuryazarlığı kavramı 1990’lı yıllarda yeniden ele alınmaya ve kapsamı genişletilerek yeni tanımlamalar yapılmaya başlanmıştır (42).

Literatürde SOY ile ilgili farklı tanımlamalar bulunmaktadır. Yaygın olarak kullanılan tanımlardan birisi Amerikan Tıp Derneği SOY Konseyi’nin 1999 yılında yayınladığı raporda yapılmış olup, bu raporda SOY, ‘Sağlık sistemlerinde bireylerin, kendilerine yüklenen rolleri yerine getirebilmeleri için sahip olmaları gereken, temel okuma-yazma ve sayısal işlemlerin yapılabilmesini içeren becerilerin “takımyıldızı” olarak tanımlanmıştır. Aynı raporda SOY düzeyi yeterli olan kişilerin sağlıkla ilgili bilgileri okuyup anlayabildikleri ve buna göre davranış sergileyebildikleri kabul edilmiştir. Ayrıca yeterli SOY düzeyine sahip olabilmek için gereken okuryazarlık becerileri ile bireylerin mevcut okuryazarlık becerileri arasında farklılıklar olabileceği vurgulanmıştır (40).

Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü’nün (IOM) 2004 yılında yayınladığı “Sağlık Okuryazarlığı: Karışıklığı Sonlandırmak İçin Reçete (*Health Literacy: A*

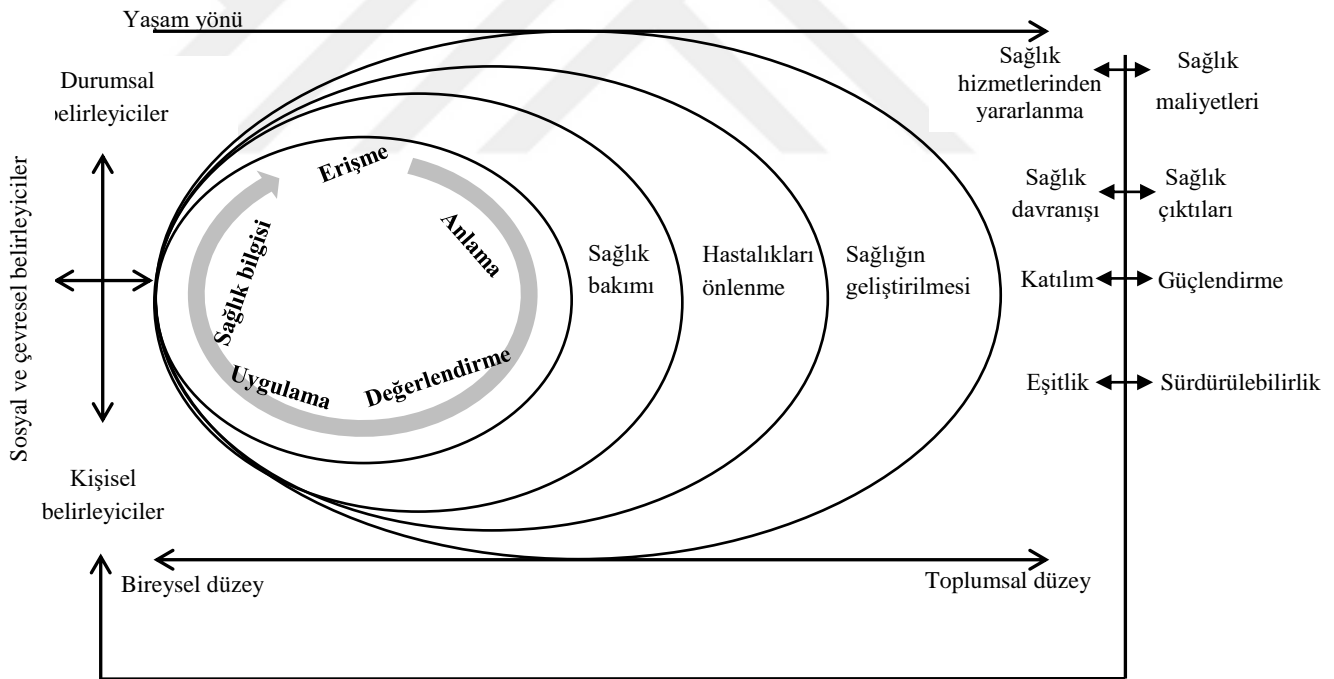
Prescription to End Confusion)” isimli raporunda, Ratzan ve Parker tarafından 2000 yılında geliştirilen “Sağlıklı İnsanlar 2010 (*Healthy People 2010*)” projesinde kullanılan tanım kullanılmıştır. Ratzan ve Parker SOY’u, “Bir kişinin sağlığı ile ilgili doğru kararlar alabilmesi için sağlık ile ilgili temel bilgileri ve hizmetleri elde etme, işleme, anlama ve yorumlama kapasitesinin derecesi’ olarak tanımlamıştır (43). Bir başka rapor, IOM’un raporunda, SOY’ un sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sağlığın sürdürülmesi ile ilgili politikaların yapılabilmesi için herkesi ilgilendiren bir konu olduğu vurgusu yapılmıştır. Ayrıca kişilerin SOY düzeylerinin yüksek olması için sahip olmaları gereken becerilerin, sağlık hizmet sunucuları ile diyalog kurabilmek ve tartışabilmek, sağlık ile bilgileri okuyabilmek, anlayabilmek ve yorumlayabilmek, tıbbi araştırmalara katılma konusunda karar verebilmek, termometre gibi sağlık bakımı ile ilgili tıbbi cihazları kullanabilmek, ilaçların zamanını ve dozunu hesaplayabilmek, toplum sağlığı ve çevre ile ilgili konularda sorumlulukları yerine getirebilmek için de gerekli olduğu bildirilmiştir (5).

Dünya sağlık Örgütü SOY’u, bireylerin kendileri, aileleri ve toplumları için "sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi için, sağlık ile ilgili bilgilere erişme, anlama, yorumlama ve kullanma yeteneği” olarak tanımlamaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi sadece bireysel fayda sağlamamakta olup, toplum içindeki SOY düzeyinin yüksek olması, sağlığın sosyoekonomik belirleyicilerinin farkına vararak harekete geçmesi gibi sosyal yararları da bulunmaktadır. Sağlıkla ilgili broşürleri okumak, gıda etiketlerini anlamak, doktor tarafından verilen talimatları yerine getirmek anlamından daha fazlasını ifade eden SOY, zamanla değişen ve gelişen bir kavramdır (44).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu’na(HLS-EU) göre SOY, ‘Genel okuryazarlıkla bağlantılı olmakla beraber, hayat boyunca yaşam kalitesinin sürdürülmesi ve iyileştirilmesi, sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili günlük hayatta kararlar alınabilmesi için, sağlık bilgilerine erişme, anlama, değerlendirmede ve uygulamada kişilerin bilgisi, motivasyonu ve yeterlilikleridir’ olarak tanımlanmıştır (2).

Sağlık okuryazarlığı düzeyinin önemli belirleyicilerinden birisi kişinin kapasitesidir. Burada kapasite kelimesi kişinin doğuştan gelen potansiyelini ve

yeteneklerini ifade etmektedir. Bireyin SOY kapasitesi eğitim aracılığıyla sağlanmakta olup, yeterliliği kültür, dil ve sağlık kurumlarının özelliklerinden etkilenmektedir. Sağlık hizmet sunucuları ve medya tarafından kişilerin sağlıklarıyla ilgili sağlanan tüm materyallerin temel sağlık bilgilerini uygun bir şekilde sunması SOY düzeyinin yükseltilmesinde bireylerin özellikleri ile aynı derecede öneme sahiptir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesinde sorumluluk sadece bireylere ait değildir. Tüm kitleler için açık, anlaşılır, doğru ve erişebilir sağlıkla ilgili bilgi sağlamaları konusunda devlet kurumları ve sağlık hizmet sunucuları da bu sorumluluk ta paydaştır (5). Bu açıdan bakıldığında, SOY düzeyi sağlık hizmeti verilen ortamlar, sağlık hizmeti sunanlar ile hizmeti alanlar arasındaki etkileşim ile değişebilen dinamik bir kavramdır. Şekil 2.1’de HLS-EU’nun oluşturduğu SOY’un kavramsal modeli verilmiştir.



Şekil 2.1. Sağlık okuryazarlığı kavramsal modeli (2)

Sağlık Okuryazarlığı düzeyinin yeterliliği, okuma, yazma, anlama, yorumlama ve uygulama gibi bireysel özelliklerin yanı sıra, toplumun sosyokültürel yapısı, sağlık ve eğitim sisteminin özelliklerinden etkilenen çok paydaşlı bir kavramdır (5).

Sağlık Okuryazarlığı ile sağlık bilgisi ifadeleri birbirleriyle karıştırılmakta olup bazen birbirlerinin yerine kullanılsa da farklı iki kavramlardır. Sağlığın geliştirilmesinde önemli bir kavram olan SOY, sağlık eğitimi ve iletişim becerilerini kapsayan, sağlık eğitiminden daha geniş ve öncelikli bir kavramdır (29). Sağlık bilgisini SOY'un bir parçası olarak kabul eden IOM uzman heyeti SOY'u;

- 1-) Kültürel ve kavramsal bilgi,
- 2-) Konuşma ve dinleme becerilerini içeren sözel okuryazarlık,
- 3-) Okuma ve yazma becerilerini içeren yazılı okuryazarlık,
- 4-) Sayısal okuryazarlık

olmak üzere 4 alt alanda ele almaktadır (45).

Sağlığın geliştirilmesi için çerçeve sunan, sağlıkla ilgili bilgi elde etme ile edinilen bilginin davranışa dönüştürülmesi arasındaki bağlantıyı sağlayan SOY'un kavramsallaştırılması ve tanımlanması bilim ve teknolojideki hızlı gelişmeler paralelinde sağlık sistemlerinde meydana gelen değişikliklere bir yanıt olarak gelişmeye devam edecektir (46).

2.2.1 Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı

Sorensen ve arkadaşları tarafından 2011 yılında sekiz Avrupa ülkesini kapsayacak şekilde (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya) "Avrupa'da Sağlık Okuryazarlığı: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasının Karşılaştırmalı Sonuçları" isimli geniş tabanlı bir çalışmada, sınırlı SOY sıklığı %47 (yetersiz SOY sıklığı %12+ problemlili SOY sıklığı %35), yaklaşık olarak 2 bireyden birinin SOY düzeyinin sınırlı olduğu rapor edilmiştir. Çalışmada, sınırlı SOY düzeyinin 8 Avrupa ülkesinde farklılıklar gösterdiği bildirilmiştir (%29-%62) (2). Kutner ve arkadaşlarının ABD'de yaptıkları "Erişkin Okuryazarlığının Ulusal Değerlendirmesi" isimli çalışmada, SOY ile ilgili veriler Avrupa'da yapılan çalışmadan farklı bir ölçekte toplanmış olup SOY düzeyinin belirtilmesinde farklı terimler kullanılmıştır. Kutner ve arkadaşlarının çalışmasının sonuçlarına göre erişkinlerin %14'ünün SOY düzeyinin bazal düzeyin altında, %22'sinde bazal düzeyde, %52'sinin orta ve sadece %12'sinin yeterli düzeyde olduğu gösterilmiştir (10). Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptıkları "Türkiye Sağlık

Okuryazarlığı Araştırması” isimli toplum tabanlı çalışmada sınırlı SOY sıklığı %64.6 (yetersiz SOY sıklığı %24.5+problemlı SOY sıklığı %40.1), yaklaşık olarak üç erişkinden ikisinin SOY düzeyinin sınırlı olduğu rapor edilmiştir (11).

Düşük SOY düzeyi, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmada, okumada, anlamada yetersizliğe, prosedür ve talimatları yerine getirmede, sağlık hizmetlerine erişimde problemlere neden olarak var olan sağlıkta eşitsizlikleri daha da derinleştirmektedir. Düşük SOY düzeyli bireylerin hastalanma risklerinin fazla olması, tedavi yöntemlerini anlamada zorluk yaşamaları ve hastane yatış oranlarının yüksek olması dolayısıyla sağlık hizmeti maliyetlerinin artması olasıdır (5). Eichler ve arkadaşlarının sınırlı SOY düzeyinin neden olduğu maliyeti araştırmak için yaptıkları sistematik derlemede, sınırlı SOY düzeyinin sağlık sistemine her yıl tüm sağlık harcamalarının %3-5’i kadar ek yük oluşturduğu, kişi bazında bakıldığında sınırlı SOY düzeyine sahip bireylerin SOY düzeyi yeterli olan bireylere göre her yıl 143 ile 7.798 \$ arasında değişen miktarlarda daha fazla sağlık harcaması yaptıkları rapor edilmiştir (47).

Düşük SOY düzeyli bireyler hekim tarafından reçete edilen ilaçların prospektüslerini okuyup anlamada, kullanım şekillerini, dozlarını ayarlama ve farmakolojik özelliklerini anlamada zorlandıklarından dolayı ilaçların yanlış kullanımı, birbirleriyle etkileşimi gibi ilaç hataları açısından risk altındadır. Ek olarak ilaç kullanım hatalarına bağlı olarak tekrarlayan ve gereksiz sağlık hizmeti başvuruları olabilmektedir (48). Phillips ve arkadaşları tarafından ABD’de ilaç hatalarına bağlı meydana gelen ölümlerin incelendiği çalışmada, 1983 yılına göre 1993 yılında ilaç hatalarına bağlı ölümlerin ayaktan tedavi gören hastalarda yaklaşık 8.5 kat, yatarak tedavi gören hastalarda ise yaklaşık 2.5 arttığı bildirilmiştir (49). Patel ve Zed’in ilağla ilişkili acil servis başvurularını inceledikleri sistematik derlemede, acil servis başvurularının %28’inin ilaç kullanım hatası ve ilaç intoksikasyonu gibi ilağla ilişkili olduğu, bu başvuruların yaklaşık %70’inin önlenabilir nedenlerden kaynaklandığı ve %24’ünün yatarak tedavi gördüğu rapor edilmiştir (50).

Kan şekeri gibi yapılan basit labaratuvar işlemlerini değerlendirmede, randevu kartlarını okumada, eğitim amaçlı verilen broşürleri, bilgilendirilmiş onam formlarını okumada ve anlamada güçlükler SOY düzeyi düşük bireylerde daha sık yaşanmaktadır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılmasında SOY anahtar role sahiptir. Düşük SOY düzeyi, bireylerin hastalıkların önlenmesine ve sağlığın geliştirilmesine yönelik programlara katılımlarına olumsuz yönde etki etmektedir (51, 52).

Bireylerin SOY düzeyinin düşük olmasının hem okuma becerilerini hem de sözlü iletişim becerilerini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Günümüzde yaşanan bilimsel ve teknik gelişmelerin etkisiyle hastalıkların yönetiminde hastaların payı artmıştır. Gelişmiş sağlık sistemlerinde kronik hastalıklarda daha belirgin olmak üzere SOY düzeyinin düşük olması bireylerin sorumluluklarını yerine getirmede önemli bir bariyerdir (51). Schillinger ve arkadaşlarının Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu (DM) hastalar üzerinde yapmış oldukları bir çalışmada, SOY düzeyi düşük olan hastalarda glisemik indeksin ve retinopati görülme sıklığının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (51). Williams ve arkadaşlarının ABD'de hastaneye başvuran DM ve Hipertansiyon (HT) tanısı olan hastalar üzerinde yaptıkları diğer bir çalışmada SOY düzeyi yetersiz olanların hastalıkları hakkında bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu, hastalıklarının kontrol altında tutulması için gerekli sağlık eğitiminin yeterince sağlanamadığı bildirilmiştir (53). Williams ve arkadaşlarının astımlı hastalar üzerinde yaptıkları başka bir çalışmada, hastaların SOY düzeyi ile hastalıkları hakkında bilgi düzeyinin pozitif yönde ilişkili olduğu, hatalı ilaç kullanım sıklığının SOY düzeyi düşük bireylerde daha fazla olduğu rapor edilmiştir (54).

Düşük SOY düzeyli bireylerin, kendi sağlık durumlarını anlatmakta, verilen sağlık talimatlarını anlamada ve uygulamada, tıbbi formları doldurmada güçlükler yaşaması daha olası olup bu durum bireylerin damgalanma korkusu ve utanç duygusu yaşamalarına neden olabilmektedir. Dolayısıyla SOY düzeyi düşük bireyler soru sormaktan çekinebilirler, gerek sözlü gerekse basılı olarak yöneltilen soruları cevaplayamayabilirler, anlamadıkları bir durumu onaylamak ya da bir belgeyi imzalamak zorunda kalabilirler. Ek olarak sağlık profesyonellerince bilgi eksikliği giderilemeyen kişiler yakın çevre, yazılı-görsel medya veya internet gibi farklı kaynaklardan bilgi açığını kapatmaya çalışabileceği ve bu durumun kişilerin sağlık durumları hakkında eksik ve/veya hatalı bilgilenmelerine bağlı olarak ölüm dâhil bir dizi istemeyen duruma yol açacağı da aşikârdır (52, 55).

Sağlık okuryazarlık düzeyi sadece bireysel özelliklerden değil, sağlık hizmet

sunucularının ve hizmet sunulan alanların özelliklerinden de etkilenmektedir. Örneğin sağlık profesyonellerinin tıbbi kelimeler kullanması, hazırlanan eğitim materyallerinin fazla yabancı kelime içermesi gibi sağlık hizmeti sunanlara ait özellikler SOY düzeyini olumsuz etkilemektedir (55).

Özetle SOY düzeyinin düşük olması;

- ✓ Koruyucu sağlık hizmetlerinden yetersiz yararlanım,
- ✓ Hastalık oluştuğunda sağlık arama davranışında gecikme,
- ✓ Sağlık durumlarını anlamada yetersizlik,
- ✓ Navigasyon problemlerinin yaşanması,
- ✓ Tıbbi talimatlara uyumda eksiklik,
- ✓ İlaç kullanım hatalarının artması,
- ✓ Öz-bakımının yetersiz olması,
- ✓ Sağlık harcamalarında artış,
- ✓ Artmış mortalite/morbidite

ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (56, 57).

2.2.2 Yeterli Sağlık Okuryazarlığı

Yüksek SOY düzeyli bireyler,

- 1) Sağlıkın korunması ve geliştirilmesi için gerekli olan sağlık eğitiminin amacına ulaşmasında,
 - 2) Sağlık eğitiminin-iletişiminin kapsamının ve içeriğinin genişlemesinde,
 - 3) Sağlık ve eğitim alanları arasındaki bağlantının güçlenmesinde,
 - 4) Toplumun sağlık düzeyinin yükselmesinde,
 - 5) Sosyal ve ekonomik kalkınmanın sağlanmasında,
 - 6) Sağlık hizmetlerinin etkili-verimli kullanılmasında,
 - 7) Sağlıkla ilgili maliyetlerin azaltılmasında,
 - 8) Sağıktaki eşitsizliklerin giderilmesinde
- yardımcı olmaktadır (58).

Toplum sağlığının iyileştirilmesi ve sürdürülebilmesi için bireylerin SOY

düzeylerinin yükseltilmesinin sağlık politikaları içerisinde öncelikli bir konu olarak ele alınması son derece önemlidir.

2.2.3 Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Yetersiz SOY düzeyinin hem bireysel hem de toplum sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemi giderek artan bir halk sağlığı konusu haline gelmiştir. Sağlık sistemlerinin karmaşık yapısı, tanı ve tedavi seçeneklerinde alternatiflerin hızlı bir şekilde artışı ve bireylerin kendi sağlıklarının yönetimdeki payının artması gibi nedenler SOY düzeyinin düşük olduğu bireylerde sağlıkları ile ilgili problemlerin artmasına yol açmaktadır. SOY düzeyinin yükseltilmesi, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi için amaç; toplumların sağlık düzeylerinin yükselmesi sonucunda SOY düzeyinin yükselmesi ise sonuç olarak değerlendirilmektedir. Sağlık sisteminin, kitle iletişiminin ve eğitim sisteminin etkileşiminde önemli bir role sahip olan SOY, sadece bireyleri değil, toplumun her kesimini ve hatta tüm toplumları ilgilendiren bir kavram olup hem bireysel hem de toplumsal faydalar sağlamaktadır (29, 42).

Sağlık okuryazarlığı genel okuryazarlık becerilerinin yanı sıra sağlıkla ilgili konularda bilgi sahibi olmayı gerektirir. Yetersiz SOY'a sahip bireylerin, hem bedenlerinin yapısı hem de hastalıkların nedenleri hakkında bilgilerinin yetersiz olması beklenen bir durumdur. Bu bireyler yaşam tarzı alışkanlıklarının neden olduğu sağlık sonuçlarını kavramakta zorlanırlar böylece birçok sağlık riski ile karşı karşıya kalırlar. Bu nedenle SOY düzeyinin yükseltilmesi halk sağlığı profesyonellerin öncelikli konularından biri olmalıdır (59).

Scott ve arkadaşları tarafından ABD'de yapılan kesitsel bir çalışmada, SOY düzeyi yüksek olanların mammografi yaptırma, pap smear için örnek verme ve pnömokok-influenza aşuları yaptırma gibi koruyucu sağlık hizmetlerine katılımlarının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (60). Bennett ve arkadaşlarının yaptıkları farklı bir çalışmada kanser erken tanısı için mevcut engellerden birisinin yetersiz SOY düzeyi olduğu bildirilmiştir (61). Yetersiz SOY düzeyi sadece koruyucu sağlık hizmetlerini değil, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin de etkili ve verimli kullanılmasını olumsuz yönde etkilemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2015 yılında 900 milyon olan 60 yaş ve üzeri nüfusun 2050 yılına gelindiğinde 2 milyara çıkacağı (60 yaş nüfus oranı %12'den %22'ye), 2020 yılında 60 yaş ve üzeri nüfusun 5 yaş altı çocuk nüfusundan daha fazla olacağı öngörülmektedir. Değişen ve yaşlanan nüfus yapısı ile bulaşıcı olmayan hastalıkların ve bunlara bağlı gelişen ikincil durumların sıklığının artması, sağlık hizmet sunucuları ile hizmet alanlar arasındaki taleplerin değişmesine neden olmuştur. Dolayısıyla tüm ülkelerin sağlık ve sosyal sistemlerini demografik ve epidemiyolojik dönüşüme göre düzenleme gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu dönüşümlere paralel olarak kronik hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele artmış olup, sağlığın geliştirilmesi ön plana çıkmıştır. Bu durum sağlığın geliştirilmesinde anahtar rol oynayan SOY'un yeniden ele alınarak SOY düzeyinin yükseltilmesinin önemini ortaya koymuştur (29, 62).

'Sağlık okuryazarlığı' anahtar kelimesi ile sadece literatür başlıklarında arama yapıldığında, 2018 Mayıs ayı itibarıyla toplamda 3.830 literatür olduğu, en fazla araştırmanın ABD'de ve en az araştırmanın ise Afrika ülkelerinde olduğu görülmüştür. Türkiye'de ise sadece 25 araştırma yapıldığı ve en az çalışma yapılan ülkelerden birisi olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili araştırmaların 1980'li yıllarda çok az olduğu 1990'lı yıllardan sonra giderek arttığı 2017 yılına gelindiğinde ise 523 çalışmanın olduğu saptandı (63).

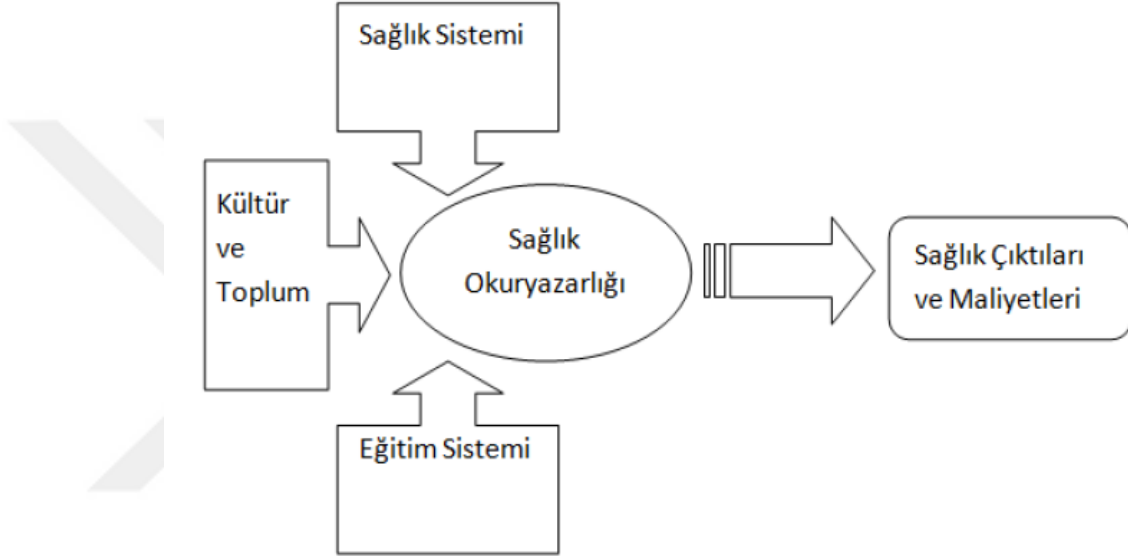
Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 Stratejik Planında SOY kavramına yer verilmiş olup, sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek için, bireylerin kendi sağlık durumları üzerindeki sorumluluklarını arttırmak için SOY düzeyinin yükseltilmesinin önemi üzerinde durulmuştur (33).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sağlık arasındaki ilişki göz önüne alındığında, sağlık hizmeti sunanlar ile hizmetten yararlananlar arasındaki dengenin sağlanmasında SOY'un önemi açıktır.

2.2.4 Sağlık Okuryazarlığı Etkileşim Alanları

Sağlık okuryazarlığı düzeyi pek çok sosyal ve kültürel faktörden etkilenmektedir. Toplumun öğrenim düzeyi, kültür yapısı, dili gibi özellikleri SOY düzeyi ile ilişkili faktörlerdir. Toplumun SOY düzeyinin yükseltilmesi için etkileşim alanlarının

belirlenmesi önemlidir. Eğitim müfredatı içerisinde ilköğretim çağından itibaren SOY konularına yer verilmesi, yetişkin dönemde SOY düzeyinin yükseltilmesi için alt yapı oluşturabilir (5). Sağlık okuryazarlığının etkileşim alanları ve sonuçları Şekil 2.2’de verilmiştir.



Şekil 2.2. Sağlık okuryazarlığını etkileşim alanları ve sonuçları (5)

2.2.5 Sağlık Okuryazarlığının Basamakları

Freebody ve Luka SOY’u okuma ve yazma başarısının ölçülmesi ile değil, okuryazarlığın her bir düzeyinde kişilere sağladığı kazanımlar üzerinden bir sınıflama ile değerlendirmişlerdir. Bu sınıflamaya göre SOY iç içe geçmiş 3 basamaktan oluşmaktadır (29).

1) Fonksiyonel/Temel/İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Basamağı: Günlük yaşamla ilgili faaliyetleri yerine getirebilmek için gerekli olan temel okuma-yazma becerilerinin yeterliliği olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım SOY’un Amerikan Tıp Derneği’nin ‘Sağlık sistemlerinde bireylerin, kendilerine yüklenen rolleri yerine getirebilmeleri için sahip olmaları gereken, temel okuma-yazma ve sayısal işlemlerin

yapılabilmesini içeren becerilerin “takımyıldızı” tanımını ile benzeşmektedir. Sağlık okuryazarlığının bu basamağı, kişilerin sağlık riskleri ve sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanacakları hakkında bilgi düzeylerinin artırılması ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili önerilere uyumlarını sağlamak amacıyla yapılan sağlık eğitiminin etkililiğini yansıtır. Fonksiyonel SOY yeterliliğinin sağlanması toplumsal faydadan ziyade tarama, aşılama programlarına katılma gibi bireysel faydalar sağlar. Sağlıkla ilgili bilgilendirici broşürlerin sağlanması, hastaların klasik eğitimi, medya aracılığıyla sağlanan sağlık eğitimi gibi yöntemler bu basamakta kullanılan sağlık eğitimi tekniklerine örnek gösterilebilir. İnteraktif iletişim gerektirmeyen, otonomi kazanmış bu yaklaşımlarda kişi pasif konumdadır (29, 64, 65).

2) İnteraktif/İletişimsel/Etkileşimsel Sağlık Okuryazarlığı Basamağı: Fonksiyonel basamağı da içeren bu basamak daha gelişmiş bilişsel, okuryazarlık ve sosyal becerileri gerektirmektedir. Bu basamak sağlıkla ilgili etkinliklere katılma, farklı iletişim teknikleriyle elde edilen bilgiyi anlamlandırma ve edinilen yeni bilgiyi değişen koşullara uyarlama gibi becerileri gerektirmektedir. Kişisel becerilerin geliştirilmesine odaklanılan bu basamakta sağlık hizmet sunucuları ve hizmetin sunulduğu ortamlar önemli role sahiptir. İnteraktif SOY, öneriler doğrultusunda, bilgiye dayalı olarak bağımsız bir şekilde kişisel kapasiteyi, motivasyonu ve özgüveni arttırmaya yönelik sağlık eğitimlerini kapsar. Bireysel ve toplumsal gelişmeye, davranışsal sonuç oluşturmaya yönelik olarak hazırlanan modern okul eğitimleri ve toplumun ve sosyal destek gruplarının kendi kendilerine yetebilmelerini kolaylaştırıcı eğitimler bu basamaktaki sağlık eğitimi etkinliklerine örnek olarak verilebilir. Bu basamakta bireysel fayda ön planda olmakta olup kişiler aktif konumdadır (29, 65).

3) Kritik/Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı Basamağı: Fonksiyonel ve interaktif basamakları da içeren kritik SOY, bir önceki basamağa göre daha gelişmiş bilişsel ve sosyal becerileri içermektedir. Bu basamakta bireylerin sağlık bilgilerini eleştirel olarak analiz etme ve bunun doğrultusunda elde edilen bilgileri yaşamları boyunca karşılaştıkları sorunlarda kullanabilmeyi kapsamaktadır. Sağlığın sosyal, ekonomik ve çevresel belirleyicileri ile ilgili bilgi edinme ve sağlığı olumsuz yönde etkileyen faktörlere yönelik harekete geçmek için eylemleri içerir. Bu doğrultuda yapılacak sağlık eğitiminin içeriği,

müdahale çalışmaları amacına ulaşamayacaktır. Bu nedenle bireylerin SOY düzeylerinin belirlenmesi son derece önemlidir (66).

Kişilerin kendilerine verilen sağlıkla ilgili broşürleri okuyamamaları, tıbbi formları dolduramamaları, ilaç tedavisine uyum gösterememeleri ve randevularına gelememeleri gibi durumlar SOY düzeyinin düşük olduğu yönünden ipuçları verebilir. Bu ipuçları olmadığında bireylerin ve toplumun SOY düzeyinin belirlenmesi için ölçüm araçlarına ihtiyaç olduğu açıktır (67). Kompleks, çok yönlü ve soyut bir kavram olan sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için farklı ölçüm araçları geliştirilmiş olup bu ölçüm araçları yapı, kapsam ve ölçüm özellikleri yönünden bazı farklılıklar göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin değerlendirilmesinde altın standart kabul edilmiş bir ölçüm aracı bulunamamıştır (68). Sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan ölçme araçlardan bazıları aşağıda verilmiştir:

1) REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

(Tıpta Erişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)

Davis ve arkadaşları tarafından 1991 yılında 125 madde olarak geliştirilmiş olan REALM aynı ekip tarafından 1993 yılında tekrar gözden geçirilerek 66 madde olarak kısaltılmıştır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerin sınırlı SOY düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen REALM kelime tanıma ve telaffuz testidir. Kişilerin sayısal becerisini ve anlama düzeyini ölçmeyen REALM zorluk derecesine göre sıralanmış 3 sütun ve her bir sütun 22 kelimedenden oluşmaktadır. Kişilerin her bir maddeyi yüksek sesle okunması istenir ve her doğru telaffuz 1 puan olarak değerlendirilir. Bu ölçekten alınacak puanlar 0-66 arasında değişmekte olup, alınan puanlar arttıkça SOY düzeyi artmaktadır. Ölçeğin uygulama süresi 3-6 dakika arasında değişmektedir (69, 70).

2) TOFHLA: Test of Functional Literacy Adults

(Erişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi)

Parker ve arkadaşları tarafından 1995 yılında hastanelerde yaygın olarak kullanılan hasta eğitim, ilaç etiketleri ve kullanım talimatları, hasta onam formları, yapılan tanı-tarama testleri ve hastane kayıt formları gibi yararlanılarak geliştirilmiştir. Bireylerin olağan okuryazarlık düzeylerinin yanı sıra sağlık sistemini anlayıp doğru iletişim kurma

becerilerini de değerlendirmektedir. Bu ölçek kişilerin sözel anlama becerilerini ölçen 50 ve sayısal becerilerini ölçen 17 madde olmak üzere toplamda 67 maddeden oluşmaktadır (38, 64).

Sözel bölümde bireylerin sağlık sisteminde var olan kısa metinleri içeren gerçek materyalleri okuması istenmekte olup bunun sonucunda bireylerin okuduğunu ne ölçüde anlayabildiği ortaya konmaktadır. Bu bölüm zorluk derecesi giderek artan boşluk doldurma (*cloze* yöntem) şeklinde cümlelerin yer aldığı 3 paragraftan oluşmaktadır. Paragraflardaki her yedi kelimedenden beşincisi çıkarılmış olup, bireylerden verilen 4 seçenektan en uygun olanını boşluğa yerleştirilmesi istenir. Seçeneklerden doğru olmayan 3'ü seçenek birbirine benzer olup, ya dil bilgisi kurallarına uymamakta ya da cümlenin anlam bütünlüğünü bozmaktadır. Bu bölümde her doğru cevap için 1 puan verilir. Sözel bölümden alınacak puanlar 0-50 arasında değişmektedir (38).

Bu ölçeğin sayısal bölümü; bireylerin ilaç kullanım talimatlarını, kan şekeri düzeyleri gibi laboratuvar işlemlerini ve randevu kartlarındaki bilgileri değerlendirebilmeleri gibi konuları test eder. Bu bölümün amacı bireylerin sağlık profesyonellerince kendisine verilen sayısal verileri ne derece anladığını ve uyguladığını belirlemektir. Sayısal bölüm hastanelerde kullanılan randevu kartları, ilaç şişe etiketleri kullanılarak 17 maddeden oluşturulmuştur. Etiketli ilaç şişeleri ve bilgi kartları sunulan bireylerin kartları okumaları sağlanarak bunlarla ilgili sorular sorulur ve her doğru cevap 1 puan olarak değerlendirilir. Sayısal bölümden alınan puanlar ağırlıklandırılarak toplam puan hesaplanır. Böylece alınacak puanlar 0-50 arasında değişir. Daha sonra sözel ve sayısal bölümden alınan puanlar toplanarak TOFHLA'dan alınan puan hesaplanır. Alınan puanlar 0 – 100 arasında değişmekte olup puan arttıkça SOY düzeyi artmaktadır (38). TOFHLA'nın cevaplanması yaklaşık 20-25 dakika sürmektedir.

3) Health Literacy Screening Questionnaire (Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi)

Chew ve arkadaşları tarafından 2004 yılında SOY'u kısa sürede değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Beşli Likert tipi ((0=Asla, 4=Her zaman)) 3 sorudan oluşan ankettan alınan puanlar arttıkça SOY düzeyi azalmaktadır (71).

4) Single Item Literacy Screener (Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması)

Morris ve arkadaşları tarafından 2006 yılında, bireylerin yazılı SOY düzeylerini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. “Doktorunuz veya eczanenizden verilen sağlık talimatları, broşürler veya diğer yazılı materyalleri okumak için hangi sıklıkla yardım alırsınız?” şeklinde, beşli Likert tipinde (1= Asla, 5=Her zaman) tek maddeden oluşan ölçüm aracından ikiden fazla puan alanların testi pozitif kabul edilir ve “yazılı sağlık materyallerini okumakta zorlanma var” olarak değerlendirilir (72).

5) NVS: The Newest Vital Sign (En Yeni Yaşamsal Bulgu Ölçeği)

Weiss ve arkadaşları tarafından 2005 yılında SOY düzeyini kısa sürede belirlemek amacıyla geliştirilen bir ölçektir . Altı sorudan oluşan bu ölçekte bir dondurma besin etiketi SOY ölçüm aracı olarak kullanılmıştır. Bireylerin hem okuma, anlama hem de hesap yapma becerilerini ölçmektedir. Her doğru cevap 1 puan olarak değerlendirilir. Bu ölçekten alınacak puanlar 0-6 arasında değişmekte olup puan arttıkça SOY düzeyi artmaktadır. NVS'nin uygulama süresi yaklaşık 3-6 sürmektedir (73).

2.3 Gebelik

Yumurta ile spermin birleşmesi sonucu meydana gelen zigotun uterusu yerleşmesi ile başlayan obstetrik olarak 40, embriyolojik olarak 38 hafta süren fizyolojik bir süreçtir. Gebelik anne vücudunda fizyolojik, psikolojik ve biyokimyasal pek çok değişikliklere sebep olur. Döllenmeden hemen sonra başlayan ve gebelik boyunca devam eden bu değişiklikler hem annenin hem de fetüsün sağlığını sürdürmek, metabolik ihtiyaçlarını karşılamak ve doğum eylemi için gerekli anatomik ve fizyolojik uyumu sağlamak amacıyla oluşur (74, 75).

2.3.1 Tanımlar

Gebelik, doğum ve lohusalık süreçleri ile ilişkili olan kadın ölümlerinin tanımları aşağıda verilmiştir:

1) Gebeliğe Bağlı Ölüm : Kazalar ve tesadüfi nedenlere bağlı kadın ölümleri anne ölümü kapsamına girmemektedir. Ayrıca çoğu zaman tesadüfi nedenlere bağlı kadın ölümleri ile dolaylı anne ölümleri birbirinden net olarak ayırt edilememektedir. Ölüm nedeninin belirsiz olduğu durumlar, anne ölümlerinin tespit edilmesinde yanlışlıklara neden olmuştur. Bu nedenle anne ölümü kavramıyla birlikte yeni bir kavrama ihtiyaç

duyulmuş ve “gebeliğe bağlı ölüm kavramı” geliştirilmiştir (76). Bu kavram, ölüm nedenine bakılmaksızın gebelik, doğum, doğum sonrası 42 gün içerisinde meydana gelen tüm kadın ölümlerini, “anne ölümü” ve “tesadüfi ölüm” tanımlarını kapsamaktadır (77).

2) Anne ölümü: Bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya gebelik sürecine bağlı (doğrudan) ya da bunların şiddetlendirdiği (dolaylı) nedenlerden kaynaklanan kadın ölümüdür. Kaza ve tesadüfi nedenlerle meydana gelen kadın ölümleri anne ölümü olarak değerlendirilmez. Anne ölümleri, doğrudan ve dolaylı olmak üzere ikiye ayrılır (77).

2a) Doğrudan Anne Ölümü: Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde, yapılan müdahaleler, ihmaller, uygun ve yeterli olmayan tedavi ve sağlık hizmeti ya da adı geçen olayların birbirini etkilemesiyle ortaya çıkan obstetrik komplikasyonlardan kaynaklanan ölümlerdir. Doğrudan anne ölüm nedenleri, gebelikte fiziksel ve psikolojik değişikliklere direkt olarak bağlıdır. Hemoraji, sepsis, eklampsi, emboli, sezeryan sırasındaki cerrahi ya da anestezi komplikasyonları nedeniyle meydana gelen anne ölümleri örnek gösterilebilir (77).

2b) Dolaylı Anne Ölümü: Gebelikten önce varolan veya gebelik sırasında ortaya çıkan, obstetrik nedenli olmayan veya bu dönemde meydana gelen fizyolojik değişikliklerin şiddetlendirmesinden kaynaklanan nedenlerle meydana gelen ölümlerdir. DM, *Human Deficiency Syndrome/Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/ AIDS), anemi, kalp rahatsızlığı gibi hastalıklardan kaynaklanan ölümler örnek olarak gösterilebilir (77).

3) Tesadüfi Ölüm: Gebelik, doğum, doğum sonrası 42 gün içerisinde meydana gelen doğrudan ve dolaylı olarak obstetrik nedenlere bağlı olmayan, bir kadının gebe olmasa bile ölümüne neden olabilecek nedenlerle meydana gelen kadın ölümleridir. Trafik kazaları ile meydana gelen kadın ölümleri tesadüfi ölümlere örnek olarak gösterilebilir (77).

Kadın sağlığının toplumda değerlendirilmesi, bölgeler ve uluslararası karşılaştırma yapılabilmesi, zaman içerisindeki değişikliklerin incelenmesi için bazı göstergeler kullanılmaktadır. Bu göstergelerden bazıları aşağıda verilmiştir:

Gebeliğe Bağlı Ölüm Oranı (GBÖO) : Yüzbin canlı doğumda gebelik, doğum ve doğum sonrası 42 gün içerisinde meydana gelen kadın ölümleridir (78).

Anne Ölüm Oranı (AÖO): Yüzbin canlı doğum başına bir yıl içinde meydana gelen anne ölümüdür. Canlı doğum, gebelik süresinden bağımsız olarak, gebelik ürününün anneden tam olarak ayrılmasından sonra solunum, kalp atımı, istemli kas hareketi gibi bir hayat belirtisi gösteren tüm doğumları kapsar (79).

Anne Ölüm Hızı: Doğurganlık çağındaki 100.000 kadında anne ölümlerinin sayısıdır (78).

Perinatal bebek ölüm hızı: Kadın sağlığı düzeyini, DÖB'ün yeterli ve doğumun sağlıklı koşullarda olup olmadığını gösteren önemli göstergelerden biridir. Bir toplumda bir yılda ölü doğan veya canlı doğup 0-7 gün içerisinde ölen bebek sayısının aynı toplumda aynı yıl içerisinde toplam doğum sayısına bölünerek 1.000 ile çarpımı sonucu elde edilir (80).

2.3.2 Dünya'da ve Türkiye'de Anne Ölümleri

Birleşmiş Milletler (BM) 2000 yılındaki toplantısında “küresel düzeyde insan onuru, eşitlik ve esenlik ilkelerinin güçlendirilmesi için topluca taşıdıkları sorumlulukları” kabul ederek Binyıl Bildirgesi'ni yayınlamış olup bu ilkelerin hayata geçirilmesi için sekiz “Binyıl Kalkınma Hedefi” belirlemiştir. Bu hedeflerden birisi 2015 yılına gelindiğinde AÖO'nun dörtte üç azaltılması olarak belirlenmiştir. Ancak 2015 yılı sonu itibariyle bu hedefe ulaşamamış olduğu, sadece %44'lük bir azalmanın sağlandığı bildirilmiştir. Dünya Bankası, DSÖ ve BM işbirliğinde yayınlanan “1990-2015 yılları arasında Anne Ölümünde Mortalite Trendleri” isimli raporda 2015 yılında dünya genelinde yaklaşık olarak 303.000 anne ölümünün gerçekleştiği ve bu ölümlerin %99'unun (302.000) gelişmekte olan ülkelerde meydana geldiği rapor edilmiştir. Dünya genelinde, AÖO, 2015 yılında 216 olup gelişmiş bölgelerde bu oran 12'ye kadar düşerken, gelişmekte olan bölgelerde ise 239'a kadar çıkmaktadır. Güney Asya'da AÖO 176 olup Sahra Altı Afrika ülkelerinde 546 Türkiye'de ise 16 olarak raporlanmıştır (81).

Say ve arkadaşlarının, DSÖ adına 2003-2012 yılları arasında dünya genelinde anne ölümleri ile ilgili yapılan çalışmaları kapsayan sistematik derlemede anne ölümlerinin

küresel nedenleri incelenmiştir. Bu çalışmada bölgeler arası farklılıklar olmakla beraber yaklaşık olarak %73.0'ünün kanama, sepsis, hipertansiyon, emboli ve düşük gibi doğrudan önlenabilir obstetrik nedenlere bağlı olarak, %27.0'sinin ise HIV/AIDS gibi dolaylı nedenlere bağlı olarak meydana geldiği bildirilmiştir. Dünya genelinde meydana gelen anne ölümlerinin yaklaşık %84.0'ünün Güney Asya ve Sahra Altı Afrika ülkelerinde meydana geldiği rapor edilmiştir. Kanama nedeniyle meydana gelen anne ölümlerinin %36.9'u, sepsis nedeniyle meydana gelen ölümlerin ise hemen hemen hepsinin gelişmekte olan ülkelerde meydana geldiği rapor edilmiştir (82).

Dünya Sağlık Örgütü, dünyada her yıl yaklaşık olarak 140 milyon kadının doğum yaptığı, hergün 830 kadının gebelik, doğum ve lohusalık ile ilgili önlenabilir nedenlerle hayatını kaybettiği ve bu ölümlerin %99'unun gelişmekte olan ülkelerde meydana geldiğini rapor etmiştir. Anne ölümleri ile yakından ilişkili olan bebek ölümlerine bakıldığında ise 2015 yılında yaklaşık olarak 2.7 milyon yenidoğan ölümün ve 2.6 milyon ölü doğumun meydana geldiği bildirilmiştir (83). Önlenabilir anne-bebek ölümlerinin azaltılmasının devam etmesi ve sağlanan başarının sürdürülmesi için doğum öncesinde ve doğum sonrasında sağlık bakımı, acil obstetrik bakım, aile planlaması gibi hizmetlerin niteliğinin ve niceliğinin iyileştirilmesi, bu hizmetlere erişimdeki problemlerin ve eşitsizliklerin ortadan kaldırılması son derece önemlidir (81).

2.3.3 Doğum Öncesi Bakım

Birleşmiş Milletler, Binyıl Kalkınma Hedefleri 2010 yılı Zirvesinde, ana-çocuk sağlığı ile ilgili amaçların gerçekleşmesi, kadınların, çocukların ve adölesanların karşılaştığı başlıca sağlık sorunlarının çözümlenmesi için küresel bir eylem planı hazırlamıştır. Bu eylem planı 2015 yılında revize edilerek "Küresel Kadın, Çocuk, Adölesan Sağlığı (*The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*)" stratejisine entegre edilmiştir (84). Bu küresel strateji 2015 yılında DSÖ tarafından 2016-2030 yıllarını kapsayacak şekilde kadınların, çocukların ve adölesanların her ortamda fiziksel-mental sağlıklarının ve iyi olma hallerinin sağlanması amacıyla bir yol haritası belirlenmesi için geliştirilmiştir. Küresel Kadın, Çocuk, Adölesan Sağlığı stratejisinin, önlenabilir nedenlerle meydana gelen ölümlerin engellenmesi, sağlığın ve

iyilik halinin teşviki ve sağlıklı yaşam alanları için çevrenin geliştirilmesi olmak üzere üç ana amacı vardır (85). Belirlenen bu amaçların gerçekleşmesi için, DSÖ, kadın merkezli yürütülen, gebelik tecrübelerinin geliştirildiği ve bebeklerin mümkün olan en iyi şartlarda hayata başlamalarını sağlayan yenilikçi, kanıta dayalı DÖB hizmetlerine ihtiyaç olduğunu vurgulanmaktadır (86). Dünya Sağlık Örgütü tarafından DÖB “adolesanların ve gebelerin, gebelik boyunca hem anne hem de bebeğin en iyi sağlık şartlarına sahip olması için nitelikli sağlık profesyonelleri tarafından sağlık bakımının sağlanması” olarak tanımlanmaktadır (86). Doğum Öncesi Bakım, gebeliğin planlanması aşamasında başlayıp doğum sonu döneme kadar “düzenli aralıklarla” yapılmalıdır (14). Doğum Öncesi Bakım, gebelerin sağlık sorunlarının, hastalık risklerinin erken dönemde tespitinin ve uygun tedavinin yapılmasının yanı sıra bazı hastalıklara karşı bağışıklama sağlanması, sağlıklı beslenme, doğum eyleminin belirtileri gibi konularda sağlık eğitiminin yapılması, fetal gelişimin takip edilmesi, doğumun nerede, kim tarafından yapılacağını belirlenmesi, ebeveynlerin doğuma hazırlanması, bebek bakımı ve emzirme gibi konulara yönelik bilgilendirmeyi amaçlamaktadır. Ek olarak gebenin fiziksel sağlığının yanında kendi kendine yetebilen, benlik saygısı yüksek pozitif bir annelik sağlanması ve sosyokültürel iyi olma halinin sürdürülmesi de DÖB’ün amaçları arasındadır (86).

Doğum Öncesi Bakım, riskli durumların saptanması, önlenmesi, gebelikle ilişkili ve/veya gebede önceden var olan hastalıkların yönetimi, sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi olmak üzere beş komponentten oluşmaktadır. Gebelikle ilişkili komplikasyonların erken dönemde tespitiyle doğrudan, doğum sürecinde oluşabilecek risklerin tanımlanmasıyla dolaylı olarak maternal ve perinatal mortalite-morbiditeyi azaltmada DÖB son derece önemlidir. Ek olarak doğum öncesi dönem dünya genelinde maternal ölümlerin yaklaşık %25’inden sorumlu olan sıtma, HIV gibi dolaylı anne ölümü nedenlerinin tespiti ve uygun yönetimi ile bunlara bağlı ölümlerin azaltılmasında önemli bir fırsattır.

Birleşmiş Milletler *Çocuk Hakları Sözleşmesi* (*United Nations Convention on The Rights of The Child*, UNİCEF), 2015 yılı, “Anne ve Yenidoğan Sağlığı” Raporunda, dünya genelinde gebelerin DÖB alma sıklığının yıllar içerisinde arttığını ancak halen istenilen düzeyde olmadığını rapor etmiştir. Aynı raporda, 1990 yılında her yüz kadından 59’unun

gebelikleri boyunca en az bir kez sağlık personeli tarafından izlendiği, bu sıklığın 2014 yılında %71.0'e yükseldiği bildirilmiştir (87). Türkiye'de 'Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)' 2013 sonuçlarına göre, gebelerin %97.0'sinin gebelikleri boyunca en az bir kez sağlık personeli tarafından DÖB almış olduğu görülmektedir. TNSA 2008 verileri ile karşılaştırıldığında bu sıklık %92.0'den %97.0'ye yükselmiş olup bu artış doğum öncesi hiç bakım almayan gebelerde yaklaşık olarak %63.0'lük bir azalmaya işaret etmektedir (88). Gebelerin doğum öncesi dönemde aldıkları bakım sayısı ülkelerin gelişmişlik düzeyine, gebelerin öğrenim seviyesine ve yerleşim yerine göre (kır-kent) değişiklik göstermektedir. Gelişmiş ülkelerdeki gebelerin tamamına yakını en az bir kez DÖB alırken, gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran %65.0'e düşmektedir. Gelişmekte olan ülkelere örnek olarak Güney Asya'da her iki kadından birinin gebelik sırasında sağlık personeli tarafından izlendiği rapor edilmiştir. Buna karşın, Küba, Finlandiya ve Avusturya gibi sağlık sistemi gelişmiş ülkelerde gebelerin %77.0'sinin gebelikleri süresince dört ve daha fazla DÖB aldığı bildirilmiştir (87, 89). Türkiye'de DÖB alma sıklığı bölgeler arasında farklılık göstermekte olup, kırsal bölgelerde yaşayanlarda ve ülkenin doğusunda yaşayan gebelerde DÖB alma sıklığının daha az olduğu bilinmektedir (88).

Dünya genelinde uzmanlar arasında doğum öncesi dönemde sağlanması gereken bakım sayısı ve aralığı konusunda farklı görüşler mevcuttur. Ancak DÖB hizmetlerinin mümkün olduğunca erken başlatılması ve ilk bakım hizmetinin gebeliğin ilk üç ayında gerçekleşmesi önerilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılında "Odaklanmış/Temel Doğum Öncesi Bakım" isimli raporunda ilk 12 haftada 1 kez, 24 ile 26. haftalar arasında 1 kez, 32. haftada 1 ve 36 ile 38. haftalar arasında 1 kez olmak üzere toplamda 4 kez DÖB önerilmektedir (90). Dünya Sağlık Örgütü, 2016 yılında DÖB ile ilgili olarak daha önce yayınladığı raporları güncelleyerek "Pozitif Gebelik Deneyimi İçin Doğum Öncesi Bakım" isimli yeni bir rapor yayınlamıştır. Bu raporda ilk trimesterde 1, ikinci trimesterde 2 ve üçüncü trimesterde 5 olmak üzere toplam 8 kez DÖB'ün verilmesi önerilmektedir. Aynı raporda hem gebenin hem de sağlık hizmet sunucusunun bu süreçte aktif olmasının gerektiği ve her bakım sırasında nelerin yapılması ve yapılan her işlemin kayıt altına alınmasının önemi vurgulanmıştır. Doğum öncesi dönemde verilen bakım

sayısından bağımsız olarak DÖB'ün niteliğini ve hizmetlerden yararlanmayı arttırmak için DSÖ 5 öneri sunmaktadır (91). Bu öneriler aşağıda sunulmuştur:

1) Beslenme ile ilgili müdahaleler: Anne ve bebeğin ihtiyaçlarının karşılanması için yeterli miktarda enerji, protein, vitamin ve mineral içeren sağlıklı beslenmenin sağlanmasına yönelik olmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü bu müdahalelerin sağlanabilmesi için öncelikle sağlık profesyonelleri için hazırlanmış, kanıta dayalı, uygulanabilir, erişilebilir ve farklı kültürlere uyarlanabilir standart beslenme rehberinin gerekliliğini vurgulamıştır.

Gebelerin gebelikten önceki vücut kitle indeksleri hesaplanarak gebelik süresince almaları gereken kilo miktarının belirlenmesi, gebelik sürecinde sağlıklı kalmak ve fazla kilo alımını önlemek için düzenli fizik aktivite gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması önerilmektedir.

Tüm gebelere sağlıklı beslenme konusunda eğitimin verilmesi, beslenme yetersizliği saptanan gebelere günlük alınması gereken protein ve enerji miktarı konusunda ayrıntılı olarak bilgi verilmesi ve gerekli durumlarda protein-enerji takviye edici ürünlerin sağlanması önerilmektedir.

Maternal anemi, puerperal sepsis, düşük doğum ağırlığı ve erken doğumu önlemek için tüm gebelere folik asit ve demir takviyesi sağlanması ve besinlerin vitamin, mineral içerikleri, diğer besinlerle etkileşimi gibi konularda gebelerin bilgilendirilmesi önerilmektedir.

Gebelikte preeklampsi, eklamsi gibi hastalıklardan korunmak ve tedavi için günlük kalsiyum tüketiminin artırılması, kalsiyum içeriği zengin besinler konusunda eğitim verilmesi ve gerekli hallerde kalsiyumun takviyesinin yapılması önerilmektedir. Ek olarak kalsiyum ve demir takviyeleri arasında negatif etkileşimler olabileceği için farklı saatlerde alınması önerilmektedir.

Kafein yüksek miktarlarda alındığında düşük doğum ağırlığı, gebelik kaybı gibi olumsuz sonuçlara neden olabileceği için gebelikte tüketim miktarının 300 mg'ın altında olması önerilir. Bu önerilere ek olarak DSÖ gerekli hallerde A vitamini ve Çinko desteği önermekte olup diğer vitamin ve mineral takviyelerini önermemektedir.

2) Anne ve bebeğin değerlendirilmesi: Anne ve bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkileyecek sağlık problemlerinin ve risklerinin erken dönemde saptanması ve tedavisinin sağlanması için yapılan müdahalelerdir. Gebelerin rutin olarak anemi, asemptomatik bakteriüri, hiperglisemi, HT gibi hastalıklar yönünden taranması ve sigara, alkol, madde kullanımı ve şiddete maruz kalıp kalmadığı yönünden sorgulanması önerilmektedir. Ek olarak gebe Tüberküloz ve HIV/AIDS gibi bulaşıcı hastalıkların sık görüldüğü bölgelerde yaşıyorsa bu hastalıklara yönelik olarak tarama yapılması önerilmektedir.

Fetal büyümenin ve iyilik halinin takibi DÖB hizmetlerinin önemli parçasıdır. Bebek hareketlerinin takibi, intrauterin gelişme geriliğinin saptanması için *symphysis-fundus mesafesinin ölçümü*, 24. gebelik haftasından önce gebelik yaşının belirlenmesi, fetal anomalilerin saptanması, çoğul gebelik olup olmadığını belirlemek için ultrasonografinin yapılması rutin olarak önerilmektedir. Ek olarak gerekli durumlarda kardiyotorakografi, dopler ultrasonografi yapılması DSÖ'nün önerileri arasındadır (91).

3) Koruyucu önlemler: Tüm gebelere tetanoz aşısının yapılması, asemptomatik bakteriürininin tedavi edilmesi, endemik alanlarda yaşayanlarda antihelmintik tedavinin yapılması, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu olan gebelere antibiyotik profilaksisi yapılması, Rh uygunsuzluğu olan gebelerde Rh immunizasyonunun sağlanması DSÖ'nün koruyucu önlemleri arasında yer almaktadır. Ek olarak Afrika gibi sıtmanın endemik olduğu bölgelerde yaşayan gebelere aralıklı koruyucu sıtma profilaksisinin yapılması ve HIV enfeksiyonuna yönelik diğer koruyucu önlemlerle birlikte maruziyet öncesi oral profilaksi yapılması koruyucu müdahaleler arasında yer almaktadır (91).

4) Yaygın olarak görülen fizyolojik semptomlara yönelik müdahaleler: Gebelikte hem mekanik hem de hormonal etkiler nedeniyle kadınların bedenleri önemli değişikliklere uğramaktadır. Mide bulantısı-kusma, kabızlık ve retrosternal yanma gibi şikayetlerin giderilmesi için yaşam tarzı değişikliklerin önerilmesi, özellikle bacaklarda görülen kramp, bel ve pelvik ağrı ile başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi, varis ve ödem oluşmaması, oluşmuş ise giderilmesi için farmakolojik olmayan yaklaşımların önerilmesi gebelikte yaygın olarak görülen fizyolojik değişikliklere yönelik müdahalelerdir (91).

5) Doğum öncesi bakım hizmetlerine erişimin kolaylaşması ve hizmet kalitesinin artırılması için sağlık sistemlerine yönelik müdahaleler: Her bir gebenin tek başına ele

alınarak yapılan tüm işlemin kayıt altına alınması, bire bir görüşmelere alternatif olarak uygun alt yapı sağlanarak nitelikli sağlık profesyonelleri tarafından grup şeklinde hizmetlerin sunulması, özellikle kırsal alanlar gibi sağlık hizmetine erişimin zor olduğu bölgelerde toplum katılımını arttırmak için toplum tabanlı müdahalelerin yapılması, ev ziyaretlerinin yapılarak hanehalkının bilgilendirilmesi, özellikle kırsalda ve uzak bölgelerde sağlık profesyonellerinin sağlanması, politika yapıcılarının, eğitim ve ekonomi düzenleyicilerinin nitelikli sağlık profesyonellerinin yetişmelerini sağlamak için destek olmaları, gebelik boyunca en az sekiz kez DÖB hizmetinin verilmesi sağlık sistemlerine yönelik müdahalelerdir (91).

Türkiye’de DÖB hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik 2008 yılında Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolü Genelgesi, 2010 yılında Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi yayınlanmıştır. Sağlık Bakanlığı 2014 yılında bu raporları revize ederek Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi’ni yayınlamıştır. Bu rehberde gebelik süresince en az yapılması gereken bakım sayısı, bakım aralıkları ve bu bakımlarda yapılması gereken işlemlere ayrıntılı olarak yer verilmiştir. Her gebenin en az 4 kez nitelikli olarak DÖB hizmeti alması belirlenmiştir. Doğum sonrası dönemde doğumu takip eden 1. saatte, 1.-6. ve 6.-24. saatler arasında olmak üzere 3 kez hastanede, doğumu takip eden 2.-5.,13.-17. ve 30.-42. günler arasında olmak üzere 3 kez evde olmak üzere 6 kez lohusa izleminin yapılması, vajinal yolla doğum sonrası 24 saat, sezaryen ile doğum sonrası 48 saat hastanede takip edilmesi, her doğumun hastanede gerçekleştirilmesi, acil obstetrik vakaların yönetimi ve gerektiğinde stabilize edilmesi koşuluyla hastaneye sevk edilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu rehberde göre normal seyirli gebelikte 0.-14., 18.-24., 28.-32. ve 36.-38. haftalar arasında olmak üzere en az 4 kez DÖB yapılması önerilmektedir (14).

Genel olarak bakıldığında doğum öncesi dönem kadınlarda daha önce tanısı konulmamış sağlık problemlerinin tespit edilmesi için iyi bir fırsat sunar. Örneğin, HIV pozitif gebeden bebeğe geçmesi önlenemez, gebeye sıtmadan korunma konusunda eğitimler verilerek bebeklerinin korunması sağlanabilir. Gebelerin gebelikte tehlike işaretleri ve riskli durumlar hakkında bilgilendirilmesi böyle bir durumla karşılaştıklarında yapılması gerekenler ile ilgili olarak yol haritası çıkarılmasına yardımcı

olacak, böyle bir durumla karşılaştıklarında nasıl bir yol izleneceğini bildikleri için gecikme yaşamadan tıbbi hizmete ulaşabileceklerdir (89).

2.3.4 Sağlık Okuryazarlığı ve Gebelik

Günümüzde yaşanan teknolojik gelişmeler ve bilimsel ilerlemeler doğrultusunda sağlık sistemlerinde tıbbi durumların tarama, tanı ve tedavi seçenekleri artmıştır. Birçok tıbbi durumun tarama, tanı ve tedavisinde tek ve en iyi seçenek olmayıp uygulanacak yöntemler kişilerin tercihlerine göre değişmektedir. Birçok ülkenin sağlık sisteminde gebelere rutin olarak doğum öncesi dönemde bakım verilmektedir. Gebelerin istenilen şekilde DÖB alıp almayacağı, taramalara katılıp katılmayacağı ve yapılan taramalar sonucunda kendisinin ve/veya bebeğinin sağlığı ile ilgili durumların nasıl yönetileceği gebelerin kararına bağlıdır. Gebelerin vereceği bu kararlar yapılacak işlemlerin sonuçları hakkındaki kanıtların yeterli olmayışı ve işlemlerin yararları-zararları hakkında bilgiye ihtiyaç duydukları için “tercih-duyarlı” olarak nitelendirilmektedir (92). Genel olarak kadınlar sadece kendi sağlıklarından değil aynı zamanda ailelerinin sağlıklarından da sorumlu olup gebelik dönemlerinde bu sorumluluklar artmaktadır. Ayrıca gebeler, bu dönemde kendilerinin ve bebeklerinin sağlıkları ile ilgili verilecek kararlara katılmak isterler. Dolayısıyla gebelerin sunulan sağlık hizmetlerinin yararları ve riskleri konusunda bilgilendirilmesi son derece önemlidir (93).

Doğum öncesi dönemde yapılan anne ve bebek sağlığı ile ilgili yapılan taramaların yanlış pozitif veya yanlış negatif olma riski gebelerde anksiyetenin artmasına neden olur. Örneğin, taramalar sonucunda fetal anomaliler ile ilgili olarak yüksek risk saptanmış bir gebe, tanı yöntemlerinden amniyosentez yaptırmayı kabul edebilir. Yapılması planlanan amniyosentez düşükle sonuçlanabileceği gibi bu tanı testinin sonucuna göre gebe kürtaj olmak ya da özel ihtiyaçları olan bir çocuğa sahip olmaya hazırlanmak zorunda kalabilir. Doğum öncesi dönemde taramalara katılma kararı tek başına anlamlı olmayabilir ancak daha sonrasında, zorluğu artan kararlar dizisinin başlangıcı olabilir. Dolayısıyla gebelerin vereceği kararlar tanı testleri ile yüzleşmemek, gerek sağlık sistemine gerekse sağlık profesyonellerine duyulan güven, konu ile ilgili bilgi eksikliği gibi birçok faktörden etkilenmektedir (94-96). Gebelerin bu süreçteki kararlarını etkileyen faktörlerden birisi de

SOY'dur (97). Genel olarak kullanılan SOY kavramının, anne ve çocuk sağlığı ile ilgili yapılan sağlık eğitiminin sonuçlarına uyarlanması için "Maternal Sağlık Okuryazarlığı" tanımı geliştirilmiştir. Maternal SOY, "kadınların kendilerinin ve çocuklarının sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi için, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmaları, anlamaları ve kullanmalarındaki motivasyonları ve yetenekleri olarak tanımlanan bilişsel ve sosyal becerilerdir" şeklinde belirtilmektedir (98). Ayrıca maternal SOY düzeyinin yüksek olması, ağrı yönetiminden obstetrik müdahalelere kadar birçok konuyu öğrenmek için önemli katkı sunar. Maternal SOY'un asıl amacı kadını, gebelik boyunca ve doğum sonrası dönemde çocuklarının sağlıkları ile ilgili kararlar almaya ve yönetmeye hazırlamaktır. Maternal SOY düzeyi gebelik, doğum ve bebek bakımı ile ilgili becerilerin geliştirilmesine odaklanmış doğum öncesi dönemde yapılan eğitimler ile yükseltilir. Birçok gebenin SOY düzeyi düşük olduğu için DÖB'ün önemini anlayamamakta, dolayısıyla olumsuz gebelik sonuçları ile karşı karşıya kalmaktadır (99).

Gebelerin doğum öncesi dönemle ilgili SOY düzeylerinin değerlendirildiği çalışmalar yetersizdir. Kohan ve arkadaşlarının İnan'da yaptıkları bir çalışmada, SOY düzeyi yeterli olan gebelerin DÖB alma sıklıklarının ve aralıklarının istenilen düzeyde olduğu bildirilmiştir. Aynı alışmada SOY düzeyi yüksek gebelerin kilo alımlarının daha kontrollü olduğu, önerilen vitamin ve mineral takviyelerini daha düzenli kullandıkları, ilk gebelik yaşlarının daha erken olduğu ve doğum sürecini daha iyi yönettikleri rapor edilmiştir (100). Benzer şekilde Ohnishi ve arkadaşlarının Paraguay'da yaptıkları çalışmada SOY düzeyi yeterli olan gebelerin, emzirme sürelerinin daha uzun olduğu ve istenmeyen gebelik sonuçlarının daha az olduğu bildirilmiştir (101).

Yapılan alışmalar açıkça göstermektedir ki maternal SOY düzeyinin kadının hem kendinin hem de ailesinin sağlıkları üzerinde doğrudan etkisi vardır. Gebelerin sağlıkla ilgili genel bilgilere ulaşma, anlama, kullanma, kendisi ve aile üyeleri için uygun sağlık kararları verebilme yeteneği SOY düzeyinden etkilenmektedir (98).

Gebelerde sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesi için atılacak ilk adım sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi olmalıdır. Planlanacak sağlık hizmetlerinin ve verilecek sağlık eğitimlerinin içeriğinin belirlenmesi için sorunun boyutunun saptanması gerekmektedir. Gebelik dönemi, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın yoğun olduğu ve de

gebelerin sağlıklı yaşam davranışlarına yöneldiği bir dönem olduğu için sağlık okuryazarlığını düzeyinin yükseltilmesi için bir fırsattır. Sağlık okuryazarlık düzeyi yükselen kadınların, kendilerinin, aile üyelerinin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltecek davranışlara yönelmesi beklenir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 15.02.2016-01.07.2018 tarihleri arasında, Eskişehir’de yaşayan gebeler üzerinde gerçekleştirilen, DÖBSOY-DA geliştirilmesi, geliştirilen bu ölçek kullanılarak gebelerin DÖB ile ilgili SOY düzeylerinin saptanması, SOY ile ilişkili olduğu düşünülen bazı faktörlerin incelenmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan metodolojik ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

Çalışmamız iki aşamada yürütülmüş olup birinci aşama DÖBSOY-DA’nın geliştirilmesi, ikinci aşama ise geliştirilen bu ölçek ile gebelerin SOY düzeylerinin belirlenmesidir.

3.1. Birinci aşama (DÖBSOY-DA’nın geliştirilmesi)

3.1.1. DÖBSOY-DA’nın Oluşturulması, İçerik/Kapsam/Dil geçerliliği

DÖBSOY-DA’nın geliştirilmesi için öncelikle araştırmalarda yaygın olarak kullanılan SOY ölçekleri incelendi. Bu ölçeklerin Türk kültür yapısına uygun olmayan maddeler içermeleri, tercüme problemlerinin olması, ölçeklerin orijinal yapılarının bozulmak istenmemesi ve genel SOY düzeyini ölçmeye yönelik olmaları dolayısıyla doğum öncesi dönemle ilgili olarak SOY düzeyini değerlendirememeleri gibi nedenlerle DÖBSOY-DA’nın geliştirilmesine karar verildi. Bu amaçla öncelikle kapsamlı literatür taraması yapıldı. Araştırmalarda yaygın olarak kullanılan TOFHLA temel alınarak 130 maddeden oluşan soru havuzu oluşturuldu. Soru havuzu oluşturulmasında, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan eğitim materyallerinden ve DÖB ile ilgili yapılan araştırmalardan yararlanıldı (14, 38, 102-105). Daha sonra uzmanların görüşleri doğrultusunda soru havuzundan seçilen 73 madde ile DÖBSOY-DA geliştirildi. DÖBSOY-DA’da yer alan maddelerden 55’i seçilerek sözel ve 18’i seçilerek sayısal olmak üzere iki bölüm oluşturuldu. Sözel bölüm 4 alt alandan oluşmakta olup alt alanlar aşağıda verilmiştir.

Alt alan 1: Gebelikte sağlıklı yaşam davranışları (18 soru),

Alt alan 2: Gebelikte görülen sağlık sorunları ve sonuçları (10 soru),

Alt alan 3: Gebelikte yapılması gereken tetkik ve tahliller (15 soru),

Alt alan 4: Doğumla ilgili belirtiler ve doğum sürecinin işleyişi (12 soru)

Sözel bölüm zorluk derecesi giderek artan, 4 seçenekli, boşluk doldurma şeklinde cümlelerin yer aldığı 4 paragraftan oluşmaktadır. Gebelerden her bir soruda 4 seçenekten kendine göre en uygun olan sadece birini işaretlemesi istenir. Sorulardaki seçeneklerden doğru olmayan üçü birbirine benzer olmasına rağmen ya dil bilgisi kurallarına uymamakta ya da cümledeki boşluğa getirildiğinde anlam bütünlüğü bozulmaktadır.

Sayısal bölüm tek alt alandan oluşmakta olup, hastane formları ve ilaç kutusu etiketleri kullanılarak hazırlanan 18 soru içermektedir. Bireylere bilgi kartları sunulur, okumaları sağlanarak kartlara ilişkin sorular sorulur. Bireylerin verdikleri cevaplar “doğru”, “yanlış” ve “boş” olarak anket forma kaydedilir.

DÖBSOY-DA'nın hem sözel hem de sayısal bölümde yer alan sorulara verilen doğru yanıtlar “1” puan, yanlış ve boş yanıtlar “0” olarak değerlendirilir. Şans başarısı ile ilgili olarak herhangi bir düzeltme formülü uygulanmamıştır.

Çalışmamızda DÖBSOY-DA'nın doğum öncesi dönemle ilgili ölçülmek istenen SOY'un alt konularını içerip içermediği kapsam geçerliliği ile değerlendirildi. Kapsam geçerliliği, geliştirilen yeni değerlendirme aracının maddelerinin ölçülmek istenen yapıyı uygun şekilde temsil edip etmediğini belirlemek için yapılır. Başka bir deyişle yeni geliştirilen değerlendirme aracının maddelerinin, madde evrenini iyi bir şekilde örnekleyip örneklemediğini belirlemek için yapılır. Geliştirilen ölçme aracının birden fazla alt boyutu var ise her alt boyut için ayrı ayrı kapsam geçerliliğine bakılır (106). Genel olarak kapsam geçerliliğini değerlendirmek için farklı yaklaşımlar söz konusu olup “Uzman” görüşüne başvurularak değerlendirme yapılması sık kullanılan yöntemlerden birisidir. Bu çalışmada DÖBSOY-DA kapsam geçerliliğinin yapılması amacıyla üç kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, yedi halk sağlığı uzmanı, iki deontoloji ve bir ölçme/değerlendirme uzmanı olmak üzere toplamda 13 uzmanın görüşlerine başvuruldu. Sorular uzmanlar tarafından incelenmiş olup her bir soru ‘gerekli-yeterli’, ‘gerekli-yetersiz’ ve ‘gereksiz’ olarak değerlendirildi. Uzmanların görüşleri doğrultusunda DÖBSOY-DA'dan soru çıkarılmamakla birlikte, soru kökü ve seçeneklerinde düzenlemeler yapılmıştır. Daha sonra uzman görüşleri istatistiksel olarak yorumlanabilir hale dönüştürülmüştür. Her bir soru için kapsam geçerlilik oranı aşağıdaki formülle hesaplandı:

Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO) = [Gerekli-yeterli diyen uzman sayısı ÷ Değerlendirme yapan toplam uzman sayısının yarısı]-1

Uzman görüşleri doğrultusunda hesaplanan KGO “0” veya “negatif ” çıkan soruların ölçme aracından çıkarılması önerilir. Çalışmamızda hesaplanan KGO değerlerinde 0 veya negatif olmadığı için DÖBSOY-DA’dan herhangi bir madde çıkarılmamıştır. Kapsam Geçerlilik Oranı hesaplandıktan sonra DÖBSOY-DA’nın sayısal ve sözel bölümleri için Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) hesaplanmıştır. Kapsam Geçerlilik İndeksi değerlendirme aracında kalan soruların kapsam geçerlik oranlarının ortalamasıdır. Bir değerlendirme aracının kapsam olarak geçerli olabilmesi için KGİ’nin 0.67’den büyük olması istenir. DÖBSOY-DA’nın sözel bölümü ile ilgili olarak KGİ alt alan 1 için 0.86, alt alan 2 için 0.87, alt alan 3 için 0.90, alt alan 4 için 0.87 olarak hesaplandı. DÖBSOY-DA’nın sayısal bölümü ile ilgili olarak KGİ 0.93 olarak hesaplandı. DÖBSOY-DA’nın KGİ’leri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup, DÖBSOY-DA’nın sayısal ve sözel bölümleri ile ilgili olarak hesaplanan KGİ’lerinin hepsi 0.67’den büyük olduğu için kapsam geçerliliğinin yeterli olduğu kabul edilmiştir (107).

DÖBSOY-DA’yı oluşturan soruların doğru bir şekilde ifade edilip edilmediği, anlam bozukluğu olup olmadığı Türkçe dil bilimcisi tarafından kontrol edilerek gerekli görülen düzeltmeler yapılmıştır.

DÖBSOY-DA’da yer alan soruların anlaşılıp anlaşılmadığının ve uygulama sırasında karşılaşılabilecek olası sorunların belirlenmesi amacıyla Eskişehir Devlet Hastanesi Kadın Doğum ve Hastalıkları Polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 15 gebe üzerinde bir ön çalışma yapılmıştır. Ön çalışma sonucunda DÖBSOY-DA’da anlaşılamayan herhangi bir soru olmadığı saptanmış olup, 73 soruluk DÖBSOY-DA’nın geçerlilik-güvenirlilik çalışmasının yapılabilmesi için veri toplama aşamasına geçilmiştir.

3.1.2. Çalışma grubu, Çalışma prosedürü ve Anket formu

Çalışmamız 15.02.2016-28.06.2016 tarihleri arasında Eskişehir ili merkez Odunpazarı ilçesinde sağlık hizmeti vermekte olan Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) görev yapmakta olan aile hekimlerine kayıtlı gebeler üzerinde gerçekleştirilen metodolojik bir araştırmadır.

Çalışmanın yapılabilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 24 Şubat 2016 tarih ve 80558721/G-11 sayılı onayı ve Eskişehir İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden 01.02.2016 tarih ve 773.01 sayılı yazılı izni alınmıştır. Ayrıca verilerin toplanabilmesi için çalışma kapsamına alınan ASM'lerin sorumlu hekimleri ile görüşülerek sözel izin alınmıştır.

Bu çalışmanın amacına yönelik olarak, literatürden de faydalanarak 2 kısımdan oluşan bir anket formu hazırlandı (14, 38, 102-105). Anket formun birinci kısmı gebelerin bazı sosyodemografik özellikleri (yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, aile tipi, anne-babasının öğrenim durumu) ile ilgili bilgileri ve Chew sağlık okuryazarlığı tarama anketinin sorularını içermektedir. "Chew Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi" 2004 yılında Chew ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, Türkiye'de geçerlilik-güvenilirlik çalışması 2013 yılında Eyüboğlu ve Schulz tarafından yapılmıştır. Bu ölçüm aracının Türkçe versiyonu bireylerin kendi algılarına göre değerlendirdikleri 4 soru içermektedir. Chew Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketinde yer alan her bir soru 0-4 arasında puan almakta olup ölçekten alınabilecek puanlar 0-16 arasında değişmektedir. Anketten alınan puan arttıkça SOY düzeyi azalmaktadır (71, 108). Anket formun ikinci kısmı ise DÖBSOY-DA'nın sorularından oluşmaktadır.

Yeni bir değerlendirme aracı geliştirilme çalışmalarında önerilen örnek büyüklüğü, değerlendirme aracında yer alan soru sayısının 5-10 katı kadar olmasıdır (109). Çalışmamızda örneklem büyüklüğü DÖBSOY-DA'nın soru sayısı 73 olduğu için 7 katı olacak şekilde 511 olarak hesaplandı. Eskişehir merkez Odunpazarı ilçesinde toplamda 29 ASM sağlık hizmeti vermekte olup kura ile belirlenen 3'ü (Emek, Gökmeşan ve Büyükdere) çalışma kapsamına alındı. Çalışma süresince herhangi bir nedenle ASM'lere başvuran gebeler çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve sözlü onam alınan toplam 511 gebe çalışma grubunu oluşturdu.

Gebelerle yapılan görüşmeler ASM'lerin gebe izlem odalarında gerçekleştirildi. Gebe izlem odalarının sessiz ve sakin olmasına ve gebe dışında herhangi birisinin olmamasına özen gösterildi. Anket formun birinci kısmı yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacılar tarafından, ikinci kısmında yer alan DÖBSOY-DA'nın sözel bölümü ise

gözlem altında gebelerin kendileri tarafından dolduruldu. Daha sonra, DÖBSOY-DA'nın sayısal bölümle ilgili, araştırmacılar tarafından önceden hazırlanan 11 adet bilgi kartı sırasıyla gebelere verilerek okumaları sağlandı. Kartlarda yer alan bilgilerle ilgili sorular araştırmacılar tarafından yöneltilerek gebeler tarafından verilen cevaplar anket forma kaydedildi. Anket formun doldurulmasında zaman sınırlaması getirilmemiş olup bu işlem yaklaşık olarak 25-45 dakika sürmüştür. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 32, okuma-yazma bilmeyen 19, iletişim kurulamayan 15 ve sağlık profesyoneli olan 7 olmak üzere toplam 73 gebe çalışma kapsamına alınmadı.

Geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılabilmesi için hesaplanan 511 gebeye ulaşıldıktan sonra veri toplama işlemine son verilmiştir.

3.1.3. Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri

Geçerlik, bir değerlendirme aracının ölçmek istediği özelliği doğru ve diğer özelliklerle karıştırmadan ölçebilmesidir. Güvenirlik ise değerlendirme aracından elde edilen sonuçların tekrarlayan uygulamalarda benzer olması yani tekrarlardaki tutarlılıktır. Başka bir ifadeyle güvenirlik zamana göre değişmezlik ölçüsüdür (107).

a. Madde Analizi

Geliştirilen bir değerlendirme aracında yer alan maddelerin değerlendirme aracına katkılarını incelemek, hangi maddelerin dahil edilip edilmeyeceğine karar vermek için farklı yöntemlerle madde analizi yapılmaktadır. Madde zorluk ve madde ayırt edicilik katsayılarının hesaplanması ile alt-üst %27'lik gruplara ilişkin madde ortalamalarının karşılaştırılması yöntemleri yaygın olarak kullanılan madde analizi yöntemlerinden bazılarıdır (107).

Madde zorluk düzeyi, çalışma grubuna göre değerlendirme aracında bulunan her bir maddenin zorluk derecesi hakkında bilgi verir. Bu nedenle madde zorluk düzeyi sadece kişinin kendisi veya başkaları ile yarış durumunda olduğu maksimum performansını sergilemesini gerektiren yetenek, başarı gibi değerlendirme aracı geliştirilme çalışmalarında hesaplanmalıdır. Madde zorluk düzeyi (p), maddeyi doğru cevaplayan kişilerin çalışma grubundaki payı olup, bu pay "madde zorluk indeksi" olarak isimlendirilir. Madde zorluk indeksi $p = \frac{n_{\text{doğru}}}{N}$ formülüyle hesaplanmakta olup, indeksten

alınacak puanlar 0.0-1.0 arasında değişmektedir. Bu değerin sıfıra yaklaşması ilgili maddenin zorluk derecesinin artmasını, bire yaklaşması ise kolaylık derecesinin artmasını ifade etmektedir. Geliştirilen değerlendirme aracında yer alan her bir maddenin değil, değerlendirme aracının bir bütün olarak kolay yada zor olması hedeflendiğinde ortalama zorluk derecesi hesaplanır. Çalışmamızda geliştirilen DÖBSOY-DA'da her bir maddenin zorluk indeksi hesaplanmış olup madde çıkarımı için alt ve üst limitler belirlenmemiştir. DÖBSOY-DA'nın bir bütün olarak orta derecede zor olması istendiğinden ortalama zorluk seviyesi hesaplanmıştır (106).

Maddenin geçerliliği olarak adlandırılabilen madde ayırt edicilik gücü (r_{jx}), geliştirilen değerlendirme aracı eğer kişinin maksimum performansının yeterliliğini ölçüyorsa ilgili maddenin bilenle bilmeyeni, eğer herhangi bir tutumu değerlendiriyorsa olumlu tutuma sahip olanla olmayanı belirleyebilme yeteneğidir. Herbir madde için hesaplanan madde ayırt edicilik gücü 0.30 ve üzerinde olan maddeler herhangi bir değişikliğe uğramadan ölçekte yer alabilir, 0.20 ile 0.29 arasında ise maddelere bazı değişiklikler yapılarak ölçeğe dahil edilebilir ve madde ayırt edicilik gücü 0.19 ve altında olan maddeler ayırt edici özelliğe sahip olmadığı için değerlendirme aracına dahil edilmemeli veya tamamen düzeltilerek dahil edilmeli şeklinde yorumlanır. Genel olarak madde ayırt edicilik gücü 0.19 ve altında olan maddelerin değerlendirme aracından çıkarılması önerilmektedir. Bu çalışmada madde ayırt edicilik gücü 0.20'nin altında olan 11 madde DÖBSOY-DA'dan çıkarıldı (106, 110).

Madde geçerliliğinin belirlenmesinde kullanılan yöntemlerden bir diğeri de alt-üst %27'lik gruplara ilişkin madde puanlarının karşılaştırılmasıdır. Üst %27'lik grupta yer alan kişilerin değerlendirme aracının ölçmek istediği özelliğe olumlu yönde, alt %27'lik grupta yer alan kişilerin ise olumsuz yönde sahip olduğu varsayımına dayanır. Bu varsayımın maddeler arasında da ortaya çıkması beklenir. Bu nedenle alt-üst %27'lik grupların değerlendirme aracından aldıkları puanlar bağımsız örneklerde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile analiz edilir. İki ortalama arasında istatistiksel açıdan bir farklılık olması istenir. Alt-üst %27'lik gruplar arasında istatistiksel olarak farkın olması değerlendirme aracında yer alan maddelerin geçerliliği ve ayırt ediciliği yönünden başka bir kanıt ortaya koyar (107). Bu çalışmada, gebelerin DÖBSOY-DA'dan aldıkları

puanlar büyükten küçüğe doğru sıralanarak alt-üst %27'lik gruplar belirlendi. Daha sonra alt-üst %27'lik grupların değerlendirme aracından aldıkları puanlar arasında farklılık olup olmadığı Mann Whitney U testi ile analiz edildi.

b. Yapı Geçerliğinin Belirlenmesi

Yapı, birbiri ile ilişkili olduğu düşünülen maddelerin oluşturduğu bütün/örüntü olarak tanımlanmaktadır. Yapı geçerliliği, doğrudan ölçülemeyen bir özelliğin değerlendirme aracı tarafından ölçülme derecesidir. Yapı geçerliğinin belirlenmesinde kullanılan birçok yöntem mevcuttur. Açımlayıcı faktör analizi, eş zamanlı ölçüt bağıntılı geçerliliği, gruplar arası ayrışma ve doğrulayıcı faktör analizi sıklıkla kullanılan yöntemlerdir (107).

DÖBSOY-DA'nın yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla ilk aşamada Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) yapıldı. Açımlayıcı Faktör Analizi, geliştirilen değerlendirme aracı ile ilgili olarak,

- 1) Faktör yapısının ortaya konulmasında,
- 2) Faktörlerde yer alan maddelerin belirlenmesinde,

3) Maddelerin bir ya da birden çok faktör altında toplanıp toplanmadığının değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler bütünüdür. Açımlayıcı Faktör Analizi yapılabilmesi için bazı varsayımların karşılanması gerekmektedir. Açımlayıcı Faktör Analizi ile elde edilen korelasyon matrisinin tümel anlamlılığının incelenmesi (Bartlett's küresellik testi), örneklemin faktör analizine uygunluğu (Keiser-Meyer-Olkin (KMO)) örneklem yeterliği ölçüsü için sık kullanılan varsayımlara örnek olarak verilebilir (107).

Açımlayıcı Faktör Analizinin yapılabilmesi tüm değişkenlerin korelasyon matrisinin hesaplanabileceği bir yapıda olması istenir. DÖBSOY-DA'da yer alan maddelerin iki kategorili puanlanması (doğru-yanlış/1-0) nedeniyle tetrakorik korelasyon matrisi kullanılmıştır (110). Açımlayıcı Faktör Analizi, tetrakorik korelasyon matrisi ile çalışılmasına izin veren FACTOR adlı yazılım programı ile yapılmıştır.

Açımlayıcı Faktör Analizi ile elde edilen korelasyon matrisinin tümel anlamlılığının değerlendirilmesinde Bartlett's küresellik testinden yararlanılmıştır. Bartlett's küresellik testi ile elde edilen p değerinin 0.05'den küçük olması korelasyon

matrisinin faktör analizine uygun olduğunu gösterir (107). Çalışmamızda Bartlett's küresellik testi sonucuna göre DÖBSOY-DA'nın faktör analizine uygun olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygun olup olmadığına karar vermek için KMO sayısına bakılmıştır. Keiser-Meyer-Olkin sayısı 0-1 arasında değişmekte olup faktör analizinin yapılabilmesi için 1'e yakın olması istenir. Yapılacak AFA'da KMO katsayısının 0.60 ve üzerinde olması yeterli olarak kabul edilmekle birlikte 0.80'in üzerinde olması istenir (107). Çalışmamızda, AFA yapılırken sözel alana ait tüm maddeler aynı anda analize dahil edilmemiş olup DÖBSOY-DA'da yer alan maddelerinin geliştirilme aşamasında belirlenen faktörler altında toplanıp toplanmadıkları test edilmiştir. Böyle bir AFA'nın yapılmasının nedeni ise sözel alana ait 55 madde için KMO değerinin 0.60'dan düşük çıkmasıdır (109). Sayısal bölümün KMO değeri 0.74 olduğu için bu bölümde yer alan tüm maddeler aynı anda AFA'ya dahil edilmiştir.

Açımlayıcı Faktör Analizi ile ortaya konan yapıda faktörler arası korelasyon katsayılarının 0.60'nın altında olması istenir. Korelasyon katsayısının yüksek olması faktörlerin aynı kavramsal yapıyı ölçtüğü yani faktör yapısının ve sayısının gözden geçirilmesi gerektiğini gösterir. Açımlayıcı Faktör Analizinin ile faktörler belirlendikten sonra her bir maddenin faktör yükü hesaplanır. Faktör yükü, maddelerin ilgili faktör ile olan ilişkisini tanımlayan korelasyon katsayısı olup, bu katsayının 0.30 ve üzerinde olması önerilmektedir (107). Açımlayıcı Faktör Analizinin sonucunda DÖBSOY-DA'da yer alan maddelerden faktör yükü 0.30'un altında olan 3 madde DÖBSOY-DA'dan çıkarılmıştır.

Yapı geçerliliğinin belirlenmesinde kullanılan diğer bir yöntem eş zamanlı ölçüt geçerliliğidir. Eş zamanlı ölçüt geçerliliği ölçülmek istenen bir yapıyı değerlendirdiği bilinen bir referans test ile yeni geliştirilen değerlendirme aracından alınan puanların korelasyon katsayısının hesaplanması esasına dayanır. Bu yöntemle çalışma grubuna hem referans test hem de geliştirilen değerlendirme aracı aynı anda uygulanır ve her iki ölçme aracından alınan puanların korelasyonuna uygun analiz yöntemi ile bakılır. Elde edilen korelasyon katsayısı -1 ve +1 arasında değişen değerler alabilir. Korelasyon katsayısının 1'e yaklaşması ilişkinin gücünün arttığı ve geliştirilen değerlendirme aracının geçerli olduğu hakkında bilgi verir (107). Çalışmamızda eş zamanlı ölçüt geçerliliği için "Chew

Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi” referans test olarak alınmıştır. Daha sonra her iki ölçme aracından alınan puanlar arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Geliştirilen değerlendirme aracının yapı geçerliğinin belirlenmesinde kullanılan yöntemlerden biri de “gruplar arası ayrışma”dır. Gruplar arası ayrışma yöntemi, ölçülecek alan açısından grupların farklı olması varsayımına dayanır. Bu farklılığın gösterilmesi için değerlendirme aracından elde edilen veri özelliğine göre uygun analiz yöntemi seçilir (107). Gruplar arası ayrışma yöntemi ile DÖBSOY-DA’nın yapı geçerliliğinin test edebilmesi için DÖB SOY düzeyi yüksek olduğu düşünülen sağlık profesyoneli olan (ebe, hemşire, doktor) gebeler (n=50) ile görüşüldü. Daha sonra sağlık profesyoneli olan ve olmayan gebelerin DÖBSOY-DA’dan aldıkları puan ortalamaları Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldı.

Yapı geçerliliğinin belirlenmesinde sık kullanılan yöntemlerden birisi Doğrulayıcı Faktör Analizidir (DFA). Doğrulayıcı Faktör Analizi, AFA’da ortaya konan faktör yapılarının denetlenmesini sağlayan bir yöntemdir. Açımlayıcı Faktör Analizinde değerlendirme aracında yer alan maddeler arasındaki ilişkilere bakılırken DFA’da faktörler arasındaki ilişkiler değerlendirilir. Doğrulayıcı Faktör Analizi bir ölçme aracının gizil yapısını değerlendirmek için kullanılan modelleme yöntemi olup gözlenen değişkenler ile gizil değişkenler arasındaki uyum test edilir (111). Bu çalışmada, DÖBSOY-DA’nın faktör yapısının denetimi DFA ile LISREL 8.71 yazılım programı kullanılarak yapılmıştır.

c. İç Tutarlılık

İç tutarlılık, herhangi bir değerlendirme aracında bulunan “n” maddenin birbirleriyle olan tutarlılıklarını ve aynı kavramsal yapıyı açıklamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarını ifade eden bir kavram olup, iç tutarlılık katsayısı ile değerlendirilir. İç tutarlılık katsayısı ne kadar yüksekse değerlendirme aracında yer alan maddelerin birbirleriyle o derece tutarlı olduğu yorumu yapılır.

Özellikle bilgi testlerinin ve iki kategorili değerlendirmelerden oluşan değerlendirme araçlarının iç tutarlılığının belirlenmesinde Kuder-Richardson-20 (KR-20)

kat sayısının hesaplanması önerilmektedir. Kuder-Richardson-20 kat sayısının 0.80 ve üzerinde olması geliştirilen değerlendirme aracının iç tutarlılığının yani güvenilirliğinin yüksek olduğunu gösterir (106, 107). Bu çalışmada DÖBSOY-DA'nın iç tutarlılığının belirlenmesi KR 20 katsayısı hesaplanarak yapılmıştır.

3.1.4. DÖBSOY Ölçeğinin Puanlanması

Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik analizleri sonucunda, Doğum Öncesi Bakım Sağlık Okuryazarlığı-Ölçeği'nin (DÖBSOY-Ö) geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu kabul edilmiştir. DÖBSOY-Ö'nün son hali, 47 soruluk 4 alt alandan oluşan sözel bölüm ve 10 soruluk tek alandan oluşan sayısal bölümden oluşmaktadır.

DÖBSOY-Ö'nde yer alan sorulara verilen her doğru cevap 1 puan olarak değerlendirilir. Sözel bölümün her bir alt alanı için ayrı ayrı puanlama yapılmakta olup toplam puan söz konusu değildir. Sözel bölüm alt alan 1'den alınabilecek puanlar 0-15, alt alan 2'den alınabilecek puanlar 0-8, alt alan 3'den alınabilecek puanlar 0-15 ve alt alan 4'den alınabilecek puanlar ise 0-9 arasında değişmektedir. Sayısal bölümden alınabilecek puanlar ise 0-10 arasında değişmektedir. DÖBSOY-Ö'nün her bir alt alanından alınan puanlar arttıkça her bir alt alan ile ilgili SOY düzeyi de artmaktadır.

3.2. Çalışmanın İkinci Aşaması

3.2.1. Çalışmanın Evreni, Çalışma Prosedürü ve Anket Formu

Çalışmanın ikinci aşaması, 01.08.2016-01.07.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma Eskişehir il genelinde aile hekimlerine kayıtlı gebeler üzerinde yapılan kesitsel tipte bir araştırmadır.

Bu çalışmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı ve veri toplanabilmesi için gerekli olan idari izinler yazılı olarak alınmıştır.

Eskişehir İç Anadolu bölgesinde yer alan, 2'si merkez, 12 perifer olmak üzere toplam 14 ilçesi bulunan bir ildir. Toplam il nüfusu 423.262 (%50.1)'i kadın, 421.580 (%49.9)'i erkek olmak üzere toplam 844.842'dir. Kadınların %53.7'si (n=222.495) 15-49 yaş grubunda olup, bu kadınların %9.9'u (22.038) perifer ilçelerde, %90.1'i (200.457) il merkezinde ikamet etmektedir. Toplam il nüfusun %86.7'si (732.478) il merkezinde

%13.3'ü (112.364) yaşamaktadır. Halkın geçim kaynağı il merkezinde sanayi, perifer ilçelerde ise tarım ve hayvancılıktır. Eskişehir sosyoekonomik gelişmişlik sıralamasına göre 7. sıradadır. Erkeklerin %99.3'ü ve kadınların %96.1'i okuryazardır (112, 113).

Çalışmanın amacına uygun olarak literatürden de faydalanarak 4 kısımdan oluşan bir anket form hazırlandı (14, 38, 102-105). Anket formun birinci kısmı gebelerin bazı sosyodemografik özellikleri (yaş, öğrenim durumu, yaşadığı yer, aile tipi, gelir getirici işte aktif olarak çalışma durumu, anne, baba ve eşinin öğrenim durumu vs.), bazı öz ve soy geçmiş özellikleri (hekim tanımlı her hangi bir kronik hastalık öyküsü, 1. derece akrabalarda (anne, baba, kardeşlerde) hekim tanımlı herhangi bir kronik hastalık öyküsü, önceki gebeliklerinde kötü obstetrik öykü varlığı, mevcut gebeliğinde herhangi bir sağlık sorunu varlığı vs.) ile ilgili bilgiler içermektedir.

Anket formun ikinci kısmı SOY ile ilgili olduğu düşünülen bazı değişkenlerden (düzenli olarak kitap, gazete, dergi okuma alışkanlığı, internet kullanma durumu, mevcut gebeliğinde düzenli ilaç kullanma durumu ve kullandığı ilaçların prospektüsünü okuma ve anlama durumu, gebelikte beslenme, emzirme, doğum gibi konularda bilgi alma durumu vs.) ve gebelerin kitap, gazete ve dergi gibi yazılı materyalleri okumaktan dolayı hoşnutluk düzeylerini değerlendiren Vizüel Analog Skalası'ndan (VAS) oluşmaktadır. Vizüel Analog Skalası, 1 (hiç hoşlanmam)-10 (çok hoşlanırım) arasında eşit aralıklarla ölçeklendirilmiş bir skaladır.

Gebelerin bazı obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, mevcut gebeliğin planlı olma durumu, gebenin doğum yöntemi tercihi, gebelik dönemi vs.) ve gebelikte Sağlıklı Yaşam Biçimi ile İlgili Tutum ve Davranışlarını (SYB-TD) değerlendiren 27 önerme anket formun üçüncü kısmında yer almaktadır. Gebelerin gebelik haftalarına uygun olan tetkik ve tahlilleri yaptırıp yaptırmadıklarını veya yaptırıp yaptırmayacaklarını, mineral ve vitamin desteklerini kullanıp kullanmadıklarını veya kullanıp kullanmayacaklarını, sağlıklı beslenip beslenmediklerini, yoğun bir şekilde çay kahve tüketip tüketmediklerini vs. sorgulayan 27 önerme ile gebelikte SYB-TD değerlendirilmiştir. Her bir önermeye verilen cevap olumlu tutum veya davranışa yönelik ise 1 puan, olumsuz tutum veya davranışa yönelik veya bilmiyorum şeklinde ise 0 puan

olarak değerlendirilmiştir. Bu bölümden alınabilecek puanlar 0-27 arasında değişmekte olup puan artıka SYB-TD olumlu yönde değişmektedir.

Anket formun dördüncü kısmı ise DÖBSOY-Ö'nün toplam 57 sorusundan oluşmaktadır.

Eskişehir merkez Odunpazarı ilçesinde 29 ASM'de, 131 aile hekimi, merkez Tepebaşı ilçesinde 26 ASM'de 95 aile hekimi, perifer ilçelerde ise 17 ASM'de 44 aile hekimi olmak üzere il genelinde toplamda 72 ASM'de 270 aile hekimi birinci basamak sağlık hizmeti vermektedir. Eskişehir İl Halk Sağlığı Müdürlüğü 2015 yılı istatistiklerine göre aile hekimlerine kayıtlı gebe sayısı il merkezinde 4.315, perifer ilçelerde 701 olmak üzere toplamda 5.016 idi (112).

Çalışma süresi içinde, tüm gebelere ulaşmanın coğrafik olarak zorluğu, tüm gebelere ulaşmanın getireceği ekonomik yük ve çalışma süresinin kısıtlı olması gibi sebeplerden dolayı örneklem alındı. Bu çalışmada örneklem büyüklüğü Openepi İstatistik Paket Programında $n=357$ olarak hesaplandı (yetersiz SOY sıklığı % 50, hata payı 0.05 ve güven aralığı %95 alındı). Çalışmamızda küme örnekleme yöntemi kullanıldığı için kümeler arası homojenliğin önlenmesi amacıyla desen etkisi "2" olarak alındı ve örneklem büyüklüğü iki katına çıkarıldı ($n=714$). Gebelerin %5'ine ulaşamaması, ulaşılan gebelerin %10'unun anket formu cevaplamaması gibi sebeplerden dolayı örneklem büyüklüğü %15 artırılarak $n=847$ 'ye çıkarıldı. İlk olarak merkez ve perifer ilçelerden, daha sonra her bir aile hekimden çalışma kapsamına alınacak gebe sayısını belirlemek için örneklem çarpanı (k)=Örnekleme alınacak gebe sayısı (n)÷Eskişehir ilindeki toplam gebe sayısı (N) formülüyle hesaplandı. Buna göre il merkezinden 728, perifer ilçelerden ise 119 gebenin çalışmaya dahil edilmesi hedeflendi.

Çalışmamızda her bir Aile Hekimliği Birimi (AHB) bir küme olarak kabul edildi. Daha sonra çalışma kapsamına alınacak AHB'ler kura ile, Eskişehir merkez ilçelerinden 23 ve perifer ilçelerden 5 olmak üzere 28 AHB olarak belirlendi (Eskişehir Odunpazarı 103 No'lu, Eskişehir Odunpazarı 105 No'lu, Eskişehir Odunpazarı 108 No'lu, Eskişehir Odunpazarı 17 No'lu, Eskişehir Odunpazarı 18 No'lu, Eskişehir Odunpazarı 20 No'lu, Eskişehir Odunpazarı 24 No'lu, Eskişehir Odunpazarı 32 No'lu, Eskişehir Odunpazarı 38 No'lu, Eskişehir Odunpazarı 6 No'lu, Eskişehir Odunpazarı 71 No'lu, Eskişehir

Odunpazarı 8 No'lu, Eskişehir Odunpazarı 82 No'lu, Eskişehir Tepebaşı 14 No'lu, Eskişehir Tepebaşı 20 No'lu, Eskişehir Tepebaşı 26 No'lu, Eskişehir Tepebaşı 35 No'lu, Eskişehir Tepebaşı 38 No'lu, Eskişehir Tepebaşı 47 No'lu, Eskişehir Tepebaşı 59 No'lu, Eskişehir Tepebaşı 6 No'lu, Eskişehir Tepebaşı 66 No'lu, Eskişehir Tepebaşı 73 No'lu, Eskişehir Alpu 6 No'lu, Eskişehir Beylikova 2 No'lu, Eskişehir Mahmudiye 2 No'lu, Eskişehir Sivrihisar 1 No'lu, Eskişehir Sivrihisar 2 No'lu).

Bu çalışmada, çalışma kapsamına alınan AHB'lere gidilerek ASM sorumlu hekimi, ilgili aile hekimi ve aile sağlığı elemanı çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirildi. Daha sonra ilgili aile hekimine kayıtlı gebelerin telefon numaraları ve öğrenim durumu bilgileri alındı. Telefon ile ulaşılan gebeler çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul edenler ASM'ye davet edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden ancak sağlık sorunu nedeniyle hareket kısıtlılığı olan 4 ve çalışan gebelerden iş yerinden izin alamayan 7 olmak üzere toplamda 11 gebe ile buldukları yerde görüşüldü. ASM'ye gelen gebeler ile gebe izlem odalarında görüşülerek çalışmanın konusu ve amacı anlatıldı. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerin sözlü onamları alındıktan sonra önceden hazırlanan anket formun 1, 2 ve 3. kısmı yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacılar tarafından dolduruldu. Anket formun dördüncü kısmında yer alan DÖBSOY-Ö'nün sözel bölümü gözlem altında gebeler tarafından dolduruldu. Daha sonra DÖBSOY-Ö'nün sayısal bölümüyle ilgili olarak önceden hazırlanan 7 adet bilgi kartı sıra ile gebelere verilerek okumaları sağlandı. Kartlarda yer alan bilgilerle ilgili olarak yöneltilen sorulara verilen cevaplar anket forma kaydedildi. Bu işlemler yaklaşık olarak 30-60 dakika sürmüş olup zaman sınırlaması getirilmemiştir. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 71, iletişim kurulamayan 8, anket formu dolduracak yeterlilikte olmayan 23 ve sağlık profesyoneli olan 12 olmak üzere toplam 114 gebe çalışma kapsamına alınmadı. Çalışma grubu toplamda 847 gebeden oluşmuştur.

3.2.2. Çalışmada Kullanılan Diğer Tanımlar

Çalışmamızda gelir getirici herhangi bir işte aktif olarak çalışanlar “çalışıyor”, olarak kabul edildi.

Gebelerden eş ve çocukları ile yaşayanlar “çekirdek tipi aile”, eş ve çocuklarının

yanısıra anne, baba, kardeş ve/veya evli çocukları ile yaşayanlar “geniş aile” yapısına sahip olarak tanımlandı.

Aile gelir durumu gebelerin kendi algılarına göre “iyi”, “orta”, “kötü” olarak değerlendirildi.

Gebelerin genel okuryazarlık düzeyleri kendi beyanlarına göre “iyi”, “orta”, “kötü” olarak sınıflandırıldı.

Bu çalışmada gebelerin kendisinde hekim tanılı DM, HT, astım, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA), serebro-vasküler hastalık, koroner arter hastalığı, depresyon ve anksiyete gibi herhangi bir kronik hastalık varlığı “kronik hastalık öyküsü var” olarak kabul edildi. Gebelerin ailesinde hekim tanılı herhangi bir kronik hastalık öyküsü olanlar “ ailesinde kronik hastalık öyküsü var” olarak değerlendirildi.

Gebeliği süresince aşırı kusma, düşük tehditi, ateşli hastalık, kanama, toksemi gibi herhangi bir sağlık sorunu yaşayanlar “mevcut gebeliğinde sağlık sorunu yaşama öyküsü var” olarak tanımlandı. Daha önceki gebeliklerinde düşük, ölü doğum ve doğumdan sonra yoğun bakım ihtiyacı duyulabilecek herhangi bir sağlık sorunu yaşayanlar “kötü obstetrik öykü var” olarak kabul edildi.

Çalışmamızda gebelik izlemi en az 4 kez ve belirli aralıklarla yapılanlar (ilk izlemine gebeliğin ilk 14 haftasında, 2. izlemine 18-24., 3. izlemine 28-32. ve 4. izlemine 36-38. haftalar arasında) “gebelik izlemi düzenli yapılıyor” olarak değerlendirildi (14).

Düzenli olarak her gün 300 mg’den daha fazla kafein tüketenler “aşırı kafein tüketimi var” olarak kabul edildi (1 çay bardağı siyah çay \approx 20 mg, 1 fincan türk kahvesi \approx 60 mg kafein içerir) (91).

Düzenli olarak günde en az 1 adet sigara içenler ‘sigara içiyor’ olarak kabul edildi (114).

Bu çalışmada günde en az 20 dakika ve haftada en az üç gün olacak şekilde yürüyüş yapan gebeler, gebeliğe uyarlanmış pilates yapanlar, haftada en az 3 gün, günde 20 ile 40 dakika yüzenler veya hafif ve orta şiddette aerobik yapanlar ‘düzenli egzersiz’ yapıyor olarak değerlendirildi (115).

3.2.3. İstatistiksel Analiz

Çalışmamızda elde edilen veriler, bilgisayar ortamında *International Business Machines Statistical Package for Social Sciences versiyon 20.0* (IBM-SPSS 20.0) İstatistik Paket Programında değerlendirildi. Çalışma grubunun bazı sosyodemografik özellikleri tanımlayıcı istatistiksel veriler (ortalama, frekans, standart sapma vs) ile sunuldu. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk test ile değerlendirildi. Çalışmada verilerin istatistiksel analizinde Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Çalışmamızda bağımlı değişkenimiz normal dağılımlı olmadığı için daha normal bir yapıya kavuşturmak için e tabanına göre logaritması alındı. Tek değişkenli analizler sonucunda DÖBSOY-Ö'nün her bir alt alından alınan puanlar ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle çoklu doğrusal regresyon analizi yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Çalışmanın Birinci Aşamasının Sonuçları (Geçerlilik Ve Güvenirlik analizleri)

Çalışmamızda DÖBSOY-DA'nın geçerlilik ve güvenilirlik analizleri iki ayrı çalışma grubu üzerinde yapılmıştır. Madde analizi, AFA, KR-20, gruplar arası ayrışma, eş zamanlı ölçüt geçerliliği ve alt-üst %27'lik gruplara ilişkin madde puanlarının karşılaştırılması analizleri 511 gebeden oluşan çalışma grubunda, DFA ise 444 gebeden oluşan ayrı bir çalışma grubu üzerinde yapılmıştır.

4.1.1. DÖBSOY-DA'nın Madde Analizi Sonuçları

Çalışmamızda, DÖBSOY-DA'nın sözel bölümünde madde ayırt edicilik katsayısı 0.20-0.57, sayısal bölümde ise 0.21-0.48 arasında değiştiği saptandı. Bu çalışmada, DÖBSOY-DA'nın sözel bölümünde 2., 5., 13., 25., 28., 51. ve 54. maddelerin, sayısal bölümde ise 1., 12., 16. ve 18. maddelerin madde ayırt edicilik katsayıları 0.20'den küçük olduğu için DÖBSOY-DA'dan çıkarılmıştır. DÖBSOY-DA'nın ortalama zorluk düzeyi 0.74 olarak hesaplandı. Madde zorluk indeksine göre DÖBSOY-DA'dan herhangi bir madde çıkarılmamıştır. DÖBSOY-DA'nın madde analiz sonuçları Tablo 4.1. ve 4.1.2'de verilmiştir.

Tablo 4.1. DÖBSOY-DA'nın sözel bölümünün madde analiz sonuçları

Sözel bölüm alt alanları	Madde zorluk indeksi	Madde ayırt edicilik gücü
<i>Alt alan 1 maddeleri: Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları</i>		
Madde 1	0.89	0.34
Madde 2	0.39	-0.06
Madde 3	0.62	0.25
Madde 4	0.91	0.25
Madde 5	0.32	0.00
Madde 6	0.76	0.38
Madde 7	0.72	0.39
Madde 8	0.96	0.30

Tablo 4.1. “Devam” DÖBSOY-DA’nın sözel bölümünün madde analiz sonuçları

Madde 9	0.83	0.34
Madde 10	0.94	0.30
Madde 11	0.53	0.37
Madde 12	0.82	0.30
Madde 13	0.91	0.05
Madde 14	0.97	0.37
Madde 15	0.95	0.39
Madde 16	0.85	0.44
Madde 17	0.88	0.43
Madde 18	0.95	0.31
<i>Alt alan 2 maddeleri: Gebelikte görülen sağlık sorunları ve sonuçları</i>		
Madde 19	0.83	0.43
Madde 20	0.59	0.41
Madde 21	0.87	0.36
Madde 22	0.57	0.40
Madde 23	0.97	0.29
Madde 24	0.85	0.27
Madde 25	1.00	0.15
Madde 26	0.82	0.29
Madde 27	0.83	0.49
Madde 28	0.20	-0.01
<i>Alt alan 3 maddeleri: Gebelikte yapılması gereken tetkik ve tahliller</i>		
Madde 29	0.97	0.27
Madde 30	0.84	0.34
Madde 31	0.58	0.46
Madde 32	0.92	0.29
Madde 33	0.69	0.45
Madde 34	0.93	0.35

Tablo 4.1. “Devam” DÖBSOY-DA’nın sözel bölümünün madde analiz sonuçları

Madde 35	0.84	0.50
Madde 36	0.81	0.34
Madde 37	0.65	0.56
Madde 38	0.84	0.46
Madde 39	0.77	0.43
Madde 40	0.80	0.57
Madde 41	0.85	0.20
Madde 42	0.37	0.24
Madde 43	0.52	0.37
<i>Alt alan 4: Doğumla ilgili belirtiler ve doğum sürecinin işleyişi</i>		
Madde 44	0.64	0.55
Madde 45	0.68	0.44
Madde 46	0.83	0.47
Madde 47	0.60	0.23
Madde 48	0.84	0.50
Madde 49	0.68	0.27
Madde 50	0.79	0.37
Madde 51	0.90	0.13
Madde 52	0.89	0.41
Madde 53	0.87	0.47
Madde 54	0.56	-0.02
Madde 55	0.74	0.37

Tablo 4.2. DÖBSOY-DA'nın sayısal bölümünün madde analiz sonuçları

Sayısal bölüm	Madde zorluk indeksi	Madde ayırt edicilik gücü
Madde 1	0.99	0.02
Madde 2	0.98	0.28
Madde 3	0.54	0.43
Madde 4	0.76	0.23
Madde 5	0.70	0.23
Madde 6	0.84	0.35
Madde 7	0.80	0.29
Madde 8	0.80	0.21
Madde 9	0.12	0.24
Madde 10	0.11	0.23
Madde 11	0.80	0.40
Madde 12	1.00	0.10
Madde 13	0.83	0.48
Madde 14	0.85	0.48
Madde 15	0.46	0.39
Madde 16	0.49	-0.07
Madde 17	0.88	0.46
Madde 18	0.24	-0.06

4.1.2. Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Çalışmamızda madde analizi sonrasında DÖBSOY-DA kalan 62 madde ile AFA yapıldı. Açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, DÖBSOY-DA'nın sözel bölümünden 47. maddenin ve sayısal bölümünden 2. ve 4. maddelerin faktör yükleri 0.30'dan düşük olduğu için DÖBSOY-DA'dan çıkarıldı. Ayrıca AFA sonucunda sayısal bölümde 9. ve 10. maddelerinin ayrı bir faktör altında toplandığı görüldü. Bir faktörün en az üç maddeden oluşması gerektiğinden bu maddeler DÖBSOY-DA'dan çıkarıldı (109). DÖBSOY-DA'nın sözel bölümünde 3., 24., 41. ve 42. maddelerin ve sayısal bölümünde

5. Maddenin ortak varyansa katkısı 0.20'den küçük olmasına rağmen faktör yüklerinin 0.30'un üzerinde olması ve DÖBSOY-DA'nın kapsamının daraltılmaması için DÖBSOY-DA'dan çıkarılmamıştır. Açımlayıcı faktör analizi sonucunda DÖBSOY-DA'nın sözel bölümünde yer alan maddeler 4 alt alanda, sayısal bölümünde yer alan maddeler ise tek alt alanda toplandı.

4.1.3. İç Tutarlılık

Çalışmamızda, DÖBSOY-DA'nın sözel bölümü için KR-20 katsayısının 0.85-0.89 arasında değiştiği saptandı. Sayısal bölümü için ise KR-20 katsayısı 0.85 olarak hesaplandı. DÖBSOY-DA'da yer alan maddelerin ortak varyansa katkı değerleri ve faktör yükleri Tablo 4.3'de, AFA sonuçları ve KR-20 katsayıları Tablo 4.4' de verilmiştir.

Tablo 4.3. DÖBSOY-DA'da yer alan maddelerin ortak varyansa katkı değerleri ve faktör yükleri

Sözel bölüm alt alanları	Maddelerin ortak varyansa katkı değerleri	Madde faktör yükleri
<i>Alt alan 1 maddeleri: Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları</i>		
Madde 1	0.437	0.661
Madde 3	0.150	0.387
Madde 4	0.273	0.523
Madde 6	0.367	0.606
Madde 7	0.404	0.635
Madde 8	0.411	0.641
Madde 9	0.227	0.477
Madde 10	0.368	0.607
Madde 11	0.292	0.541
Madde 12	0.303	0.551

Tablo 4.3. “Devam” DÖBSOY-DA’da yer alan maddelerin ortak varyansa katkı değerleri ve faktör yükleri

Madde 14	0.673	0.820
Madde 15	0.649	0.805
Madde 16	0.525	0.725
Madde 17	0.473	0.688
Madde 18	0.351	0.592
<i>Alt alan 2 maddeleri: Gebelikte görülen sağlık sorunları ve sonuçları</i>		
Madde 19	0.459	0.677
Madde 20	0.289	0.538
Madde 21	0.359	0.599
Madde 22	0.365	0.604
Madde 23	0.665	0.815
Madde 24	0.183	0.428
Madde 26	0.209	0.457
Madde 27	0.432	0.657
<i>Alt alan 3 maddeleri: Gebelikte yapılması gereken tetkik ve tahliller</i>		
Madde 29	0.320	0.566
Madde 30	0.260	0.510
Madde 31	0.504	0.710
Madde 32	0.394	0.628
Madde 33	0.471	0.687
Madde 34	0.471	0.686

Tablo 4.3. “Devam” DÖBSOY-DA’da yer alan maddelerin ortak varyansa katkı değerleri ve faktör yükleri

Madde 35	0.595	0.771
Madde 36	0.266	0.516
Madde 37	0.574	0.758
Madde 38	0.439	0.662
Madde 39	0.391	0.626
Madde 40	0.562	0.750
Madde 41	0.115	0.340
Madde 42	0.126	0.355
Madde 43	0.294	0.543
<i>Alt alan 4: Doğumla ilgili belirtiler ve doğum sürecinin işleyişi</i>		
Madde 44	0.609	0.781
Madde 45	0.476	0.690
Madde 46	0.581	0.762
Madde 48	0.679	0.824
Madde 49	0.245	0.495
Madde 50	0.368	0.607
Madde 52	0.503	0.709
Madde 53	0.598	0.773
Madde 55	0.315	0.562
<i>Sayısal bölüm maddeleri</i>		
Madde 3	0.389	0.624

Tablo 4.3. “Devam” DÖBSOY-DA’da yer alan maddelerin ortak varyansa katkı değerleri ve faktör yükleri

Madde 5	0.182	0.426
Madde 6	0.290	0.538
Madde 7	0.289	0.537
Madde 8	0.202	0.449
Madde 11	0.457	0.676
Madde 13	0.722	0.850
Madde 14	0.728	0.853
Madde 15	0.341	0.584
Madde 17	0.636	0.797

Tablo 4.4. DÖBSOY-DA’nın AFA sonuçları ve KR-20 katsayıları

DÖBSOY-DA’nın bölümleri	KMO	Bartlett Küresellik testi χ^2 ; p	Açıklanan varyans (%)	KR-20
Sözel bölüm				
Alt alan 1	0.80	776.8 ; 0.000	39.36	0.89
Alt alan 2	0.76	298.8 ; 0.000	44.28	0.85
Alt alan 3	0.80	1218.3 ; 0.000	39.00	0.89
Alt alan 4	0.82	652.2 ; 0.000	49.00	0.87
Sayısal bölüm	0.74	786.7 ; 0.000	42.00	0.85

4.1.4. Gruplar Arası Ayrışma

Gruplar arası ayrışma yöntemi için sağlık profesyoneli olan ve olmayan gebelerin DÖBSOY-DA’dan aldıkları puanlar karşılaştırılmış olup, sağlık profesyoneli olanların

DÖBSOY-DA'nın tüm alt alanlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu saptandı (her bir alt alan için; $p < 0.05$). Sağlık profesyoneli olan ve olmayanların DÖBSOY-DA'dan aldıkları puanlar Tablo 4.5' de verilmiştir.

Tablo 4.5. Sağlık profesyoneli olan ve olmayanların DÖBSOY-DA'dan aldıkları puanlar

DÖBSOY-DA bölümleri	DÖBSOY-DA puanı		Test değeri z ; p
	Sağlık profesyoneli olan Ortanca (Min-Max.)	Sağlık profesyoneli olmayan Ortanca (Min-Max.)	
Sözel bölüm			
Alt alan 1	15.0 (11.0-15.0)	13.0 (2.0-15.0)	7.046; 0.000
Alt alan 2	8.0 (5.0-8.0)	7.0 (0.0-.8.0)	4.631; 0.000
Alt alan 3	14.0 (12.0-15.0)	12.0 (2.0-15.0)	6.696; 0.000
Alt alan 4	9.0 (7.0-9.0)	8.0 (0.0-9.0)	6.257; 0.000
Sayısal bölüm	10.0 (7.0-10)	8.0 (0.0-10.0)	7.276; 0.000

4.1.5. Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliliği

Çalışmamızda, DÖBSOY-DA'nın eş zamanlı ölçüt geçerliliği için DÖBSOY-DA'nın alt alanlarından alınan puanlar ile Chew Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi Türkçe versiyonu'ndan alınan puanlar arasındaki korelasyona bakılmıştır. DÖBSOY-DA'nın tüm alt alanlarından alınan puanlar ile Chew Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi Türkçe versiyonu'ndan alınan puanlar arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur (herbir alt alan için $p < 0.05$). DÖBSOY-DA'nın alt alanlarından alınan puanlar ile Chew Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi Türkçe versiyonu'ndan alınan puanlar arasındaki korelasyon sonuçları Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. DÖBSOY-DA ve Chew Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi
Türkçe versiyonu arasındaki korelasyon analizi sonuçları

DÖBSOY-Ö'nin bölümleri	Chew Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi	
	r	p
Sözel bölüm		
Alt alan 1	-0.292	0.000
Alt alan 2	-0.277	0.000
Alt alan 3	-0.315	0.000
Alt alan 4	-0.241	0.000
Sayısal bölüm	-0.353	0.000

4.1.6. Alt-Üst %27'lik Gruplara İlişkin Madde Puanlarının Karşılaştırılması

Bu çalışmada, DÖBSOY-DA'nın madde analizi için %27 üst ve %27 alt grupların puanları karşılaştırılmış olup, %27'lik üst grubun puanlarının DÖBSOY-DA'nın tüm alt alanlarında daha yüksek olduğu saptanmıştır (her bir alt alan için; $p < 0.05$). Alt-üst %27'lik gruplara ilişkin madde puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Alt-üst %27'lik gruplara ilişkin madde puanlarının karşılaştırılması

DÖBSOY- DA'nın bölümleri	%27 alt grup puanı Ortanca (Min.-Max)	%27 üst grup puanı Ortanca (Min.-Max)	Test değeri z; p
Sözel bölüm			
Alt alan 1	10.0 (2.0-12.0)	15.0 (14.0-15.0)	14.853; 0.000
Alt alan 2	5.0 (0.0-6.0)	8.0 (8.0-8.0)	15.433; 0.000
Alt alan 3	8.0 (2.0-10.0)	14.0 (13.0-15.0)	14.365; 0.000
Alt alan 4	4.0 (0.0-6.0)	9.0 (8.0-9.0)	15.207; 0.000
Sayısal bölüm	5.0 (0.0-7.0)	10.0 (9.0-10.0)	14.624; 0.000

4.1.7. Doğrulayıcı Faktör Analizi

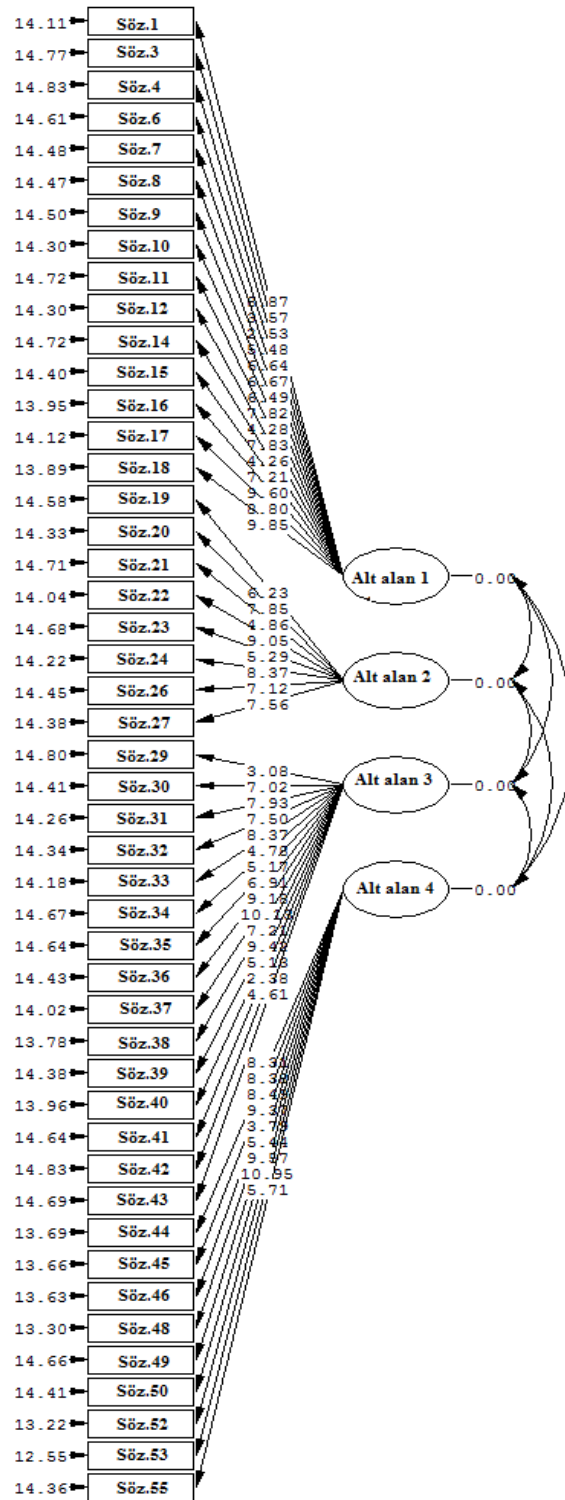
Çalışmamızda, DFA, DÖBSOY-DA'nın geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapıldıktan sonra ayrı bir veri seti üzerinde yapılmıştır.

DÖBSOY-DA'nın sözel bölümü için yapılan DFA sonucunda uyum indekslerinden $X^2 \div SD$, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error Of Approximation = RMSEA) ve Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü (Standardized Root Mean Square Error = SRMR) değerlerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğu saptandı. Ancak Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index = CFI), Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of fit Index = GFI) ve Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (Adjusted Goodness of fit Index = AGFI) değerlerinin ise kabul edilebilir sınırlar içerisinde olmadığı görülmüştür. Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda DÖBSOY-DA'nın sözel bölümü için ortaya konan ölçme modeli ve bu ölçme modelinin uyum değerleri sırasıyla Tablo 4.8 ve Şekil 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda DÖBSOY-DA'nın sözel bölümü için elde edilen uyum indeksleri

Uyum indekleri	DÖBSOY-DA'nın sözel bölümü için elde edilen ölçme modelinin uyum değerleri (Kabul edilebilir uyum değerleri)
$X^2 \div SD$	2.12 (≤ 5)
RMSEA	0.05 (≤ 0.08)
SRMR	0.06 (≤ 0.08)
CFI	0.86 (≥ 0.90)
GFI	0.83 (≥ 0.90)
AGFI	0.81 (≥ 0.90)

SD: Serbestlik derecesi



Şekil 4.1. DÖBSOY-DA'nın sözel bölümü için ortaya konan ölçme modeli

DÖBSOY-DA'nın sözel bölümü için yapılan DFA sonucunda maddelerin standartlaştırılmış faktör yüklerinin 0.12-0.56 arasında değiştiği saptandı. DÖBSOY-DA'nın sözel bölümü için yapılan DFA sonuçları Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.9. DÖBSOY-DA'nın sözel bölümü için yapılan DFA sonuçları

Sözel bölüm alt alanları	Standartlaştırılmamış Faktör Yükü	Standartlaştırılmış Faktör Yükü	SH	t
<i>Alt alan 1: Gebelikte Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları</i>				
Madde 1	0.16	0.44	0.018	8.87**
Madde 3	0.09	0.18	0.024	3.57**
Madde 4	0.03	0.13	0.013	2.53*
Madde 6	0.12	0.28	0.023	5.48**
Madde 7	0.15	0.34	0.023	6.64**
Madde 8	0.08	0.34	0.012	6.67**
Madde 9	0.12	0.33	0.018	6.49**
Madde 10	0.12	0.39	0.015	7.82**
Madde 11	0.11	0.22	0.025	4.28**
Madde 12	0.16	0.39	0.021	7.83**
Madde 14	0.03	0.22	0.077	4.26**
Madde 15	0.09	0.36	0.013	7.21**
Madde 16	0.18	0.47	0.019	9.60**
Madde 17	0.19	0.44	0.021	8.80**
Madde 18	0.18	0.48	0.018	9.85**
<i>Alt alan 2: Gebelikte görülen sağlık sorunları ve sonuçları</i>				
Madde 19	0.13	0.31	0.020	6.23**
Madde 20	0.20	0.39	0.025	7.85**
Madde 21	0.09	0.25	0.018	4.86**
Madde 22	0.22	0.45	0.025	9.05**
Madde 23	0.05	0.27	0.010	5.29**
Madde 24	0.14	0.42	0.017	8.37**
Madde 26	0.15	0.36	0.021	7.12**

Tablo 4.9. “Devam” DÖBSOY-DA’nın sözel bölümü için yapılan DFA sonuçları

Madde 27	0.13	0.38	0.018	7.56**
<i>Alt alan 3: Gebelikte yapılması gereken tetkik ve tahliller</i>				
Madde 29	0.03	0.16	0.009	3.08**
Madde 30	0.11	0.36	0.016	7.02**
Madde 31	0.20	0.40	0.025	7.93**
Madde 32	0.13	0.38	0.018	7.50**
Madde 33	0.20	0.42	0.024	8.37**
Madde 34	0.06	0.25	0.011	4.78**
Madde 35	0.09	0.27	0.017	5.17**
Madde 36	0.15	0.35	0.021	6.91**
Madde 37	0.21	0.46	0.023	9.18**
Madde 38	0.21	0.50	0.020	10.13**
Madde 39	0.14	0.36	0.019	7.21**
Madde 40	0.16	0.47	0.017	9.42**
Madde 41	0.10	0.26	0.020	5.13**
Madde 42	0.06	0.12	0.026	2.38*
Madde 43	0.12	0.24	0.026	4.61**
<i>Alt alan 4: Doğumla ilgili belirtiler ve doğum sürecinin işleyişi</i>				
Madde 44	0.21	0.44	0.025	8.31**
Madde 45	0.19	0.44	0.022	8.38**
Madde 46	0.12	0.44	0.014	8.49**
Madde 48	0.16	0.49	0.017	9.37**
Madde 49	0.09	0.21	0.023	3.79**
Madde 50	0.12	0.29	0.021	5.44**
Madde 52	0.16	0.50	0.016	9.57**
Madde 53	0.18	0.56	0.016	10.95**
Madde 55	0.12	0.31	0.021	5.71**

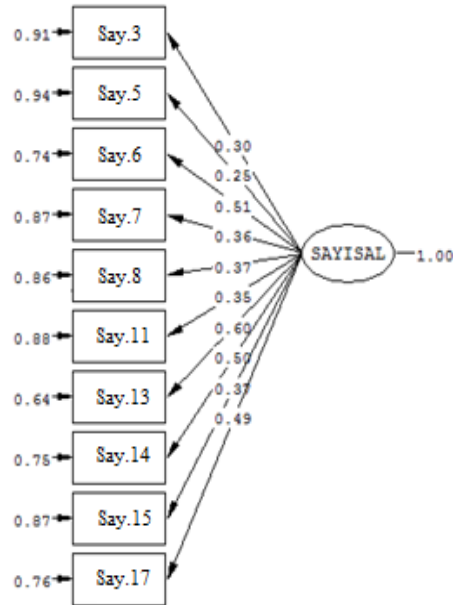
*p<0.05, **p<0.01

DÖBSOY-DA’nın sayısal bölümü için yapılan DFA sonucunda uyum indekslerinden hepsinin ($X^2 \div SD$, RMSEA, SRMR, CFI, GFI ve AGFI) değerlerinin

kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu saptandı. Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda DÖBSOY-DA'nın sayısal bölümü için ortaya konan ölçme modeli ve bu ölçme modelinin uyum değerleri sırasıyla Tablo 4.10 ve Şekil 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.10. DFA sonucunda DÖBSOY-DA'nın sayısal bölümü için elde edilen uyum indeksleri

Uyum indeksleri	DÖBSOY-DA'nın sayısal bölümü için elde edilen ölçme modelinin uyum değerleri (Kabul edilebilir uyum değerleri)
$X^2 \div SD$	3.20 (≤ 5)
RMSEA	0.07 (≤ 0.08)
SRMR	0.05 (≤ 0.08)
CFI	0.90 (≥ 0.90)
GFI	0.95 (≥ 0.90)
AGFI	0.92 (≥ 0.90)



Şekil 4.2. DÖBSOY-DA'nın sayısal bölümü için ortaya konan ölçme modeli

DÖBSOY-DA'nın sayısal bölümü için yapılan DFA sonucunda maddelerin standartlaştırılmış faktör yüklerinin 0.25-0.60 arasında değiştiği saptandı. DÖBSOY-DA'nın sayısal bölümü için yapılan DFA ile elde edilen standartlaştırılmamış ve standartlaştırılmış faktör yükleri, SH ve t değerleri Tablo 4.11'de verilmiştir.

Tablo 4.11. DÖBSOY-DA'nın sayısal bölümü için yapılan DFA sonuçları

Sayısal bölüm maddeleri	Standartlaştırılmamış Faktör Yükleri	Standartlaştırılmış Faktör Yükleri	SH	t
Madde 3	0.15	0.30	0.028	5.31**
Madde 5	0.12	0.25	0.026	4.42**
Madde 6	0.20	0.51	0.022	9.43**
Madde 7	0.16	0.36	0.024	6.47**
Madde 8	0.12	0.37	0.018	6.66**
Madde 11	0.12	0.35	0.019	6.35**
Madde 13	0.17	0.60	0.015	11.29**
Madde 14	0.16	0.50	0.017	9.31**
Madde 15	0.18	0.37	0.027	6.64**
Madde 17	0.16	0.49	0.017	8.96**

*p<0.05, **p<0.01

4.2. Çalışmanın İkinci Aşaması

4.2.1. Çalışma Grubunu Oluşturan Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışma grubunu oluşturanların yaşları 18 ile 44 arasında değişmekte olup ortalama 28.5 ± 5.2 yıl idi. Gebelerin 123'ü (%14.5) kırsal kesimde, 724'ü (%85.5) ise il merkezinde ikamet etmektedir. Öğrenim düzeyi ortaokul ve altında olan gebelerin sayısı 332 (%39.2) idi. Çalışma grubundakilerin bazı sosyodemografik özellikleri Tablo 4.12'de verilmiştir.

Tablo 4.12. Çalışma grubundakilerin sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler	n	%
İkamet edilen yer		
İlçe/köy	123	14.5
İl merkezi	724	85.5
Yaşamının çoğunun geçtiği yer		
İlçe/köy	264	31.2
İl merkezi	583	68.8
Yaş grubu		
≤ 24	212	25.0
25-29	282	33.3
≥ 30	353	41.7
Öğrenim durumu		
Ortaokul ve altı	332	39.2
Lise	302	35.7
Üniversite	213	25.1
Çalışma durumu		
Çalışıyor	207	24.4
Çalışmıyor	640	75.6

Tablo 4.12. “Devam” Çalışma grubundakilerin sosyodemografik özellikleri

Aile gelir durumu		
Kötü	199	23.5
Orta	561	66.2
İyi	87	10.3
Aile tipi		
Çekirdek aile	754	89.0
Geniş aile	93	11.0
Eş öğrenim durumu		
Ortaokul ve altı	232	27.4
Lise	369	43.6
Üniversite	246	29.0
Anne öğrenim durumu		
Okulsuz	156	18.4
İlkokul	544	64.2
Ortaokul ve üzeri	147	17.3
Baba öğrenim durumu		
Okulsuz	58	6.8
İlkokul	464	54.8
Ortaokul ve üzeri	325	38.4
Toplam	847	100.0

Gebelerin 233'ünde (%27.5) kötü obstetrik öykü, 228'inde (%26.9) kronik hastalık öyküsü vardı. Mevcut gebeliğinde herhangi bir sağlık sorunu yaşayanların sayısı 175 (%20.7) olup, bunlardan 105'i (%60.0) ayakta ve 69'u (%39.4) yatarak tedavi gördüğünü, 1'i (%0.6) ise tedaviyi kabul etmediğini bildirdi. Bu çalışmada sigara içme sıklığı %11.7 (n=99) bulundu. Çalışma grubundakilerin öz ve soy geçmişi ile ilgili bazı özellikleri ve alışkanlıkları Tablo 4.13'de verilmiştir.

Tablo 4.13. Gebelerin öz ve soy geçmişi ile ilgili özellikleri ve alışkanlıkları

Gebelerin öz-soy geçmiş özellikleri ve bazı alışkanlıkları	n	%
Kronik hastalık öyküsü		
Var	228	26.9
Yok	619	73.1
Mevcut gebeliğinde herhangi bir sağlık sorunu yaşama durumu		
Evet	175	20.7
Hayır	672	79.3
Sağlık sorunu yaşayanların aldıkları tedavi yöntemi*		
Tedaviyi red	1	0.6
Ayaktan tedavi	106	60.6
Yatarak tedavi	69	39.4
Kötü obstetrik öykü **		
Var	228	42.9
Yok	304	57.1
Ailesinde kronik hastalık öyküsü		
Var	377	44.5
Yok	470	55.5
Düzenli fiziksel egzersiz yapma durumu		
Yapıyor	412	48.6
Yapmıyor	435	51.4
Gebelik süresince sigara içme durumu		
İçiyor	99	11.7
İçmiyor	748	88.3
Toplam	847	100.0

* Mevcut gebeliğinde sağlık problemi yaşayanlar üzerinden sunulmuştur.

**Gebelik sayısı birden fazla olanlar üzerinden hesaplanmıştır.

Gebelerin 709'u (%83.7) internet kullandığını, 490'u (%57.9) düzenli kitap okuma alışkanlığının olduğunu, 108'i (%12.8) gebelikle ilgili herhangi bir eğitim programına

katıldığını bildirdi. Gebelikte verilen ilaçlarını düzenli olarak kullanan gebe sayısı 771 (%91.0), kullandığı ilaçların prospektüslerini okumayan gebe sayısı 56 (%6.6) idi. Gebelerin SOY düzeyi ile ilişkili olduğu düşünülen bazı değişkenler Tablo 4.14'te verilmiştir.

Tablo 4.14. Gebelerin SOY düzeyi ile ilişkili olduğu düşünülen değişkenler

Değişkenler	n	%
İnternet kullanma durumu		
Kullanıyor	709	83.7
Kullanmıyor	138	16.3
Düzenli kitap okuma alışkanlığı		
Var	357	42.1
Yok	490	57.9
Düzenli gazete-dergi okuma alışkanlığı		
Var	379	44.7
Yok	468	55.3
Genel okuryazarlık düzeyi		
İyi	595	70.2
Orta	225	26.6
Kötü	27	3.2
Gebelikte ilgili eğitim programına katılma durumu		
Katıldım	108	12.8
Katılmadım	739	87.2
Gebelikte düzenli ilaç kullanma durumu		
Kullanıyor	771	91.0
Kullanmıyor	76	9.0
Sağlık profesyoneli tarafından verilen bilgileri anlama durumu		
Anlamıyor	89	10.5
Anlıyor	758	89.5

Tablo 4.14. “Devam” Gebelerin SOY düzeyi ile ilişkili olduğu düşünülen değişkenler

Gebelikte kullanılan ilaçların prospektüsünü okuma ve anlama durumu		
Okumuyor	56	6.6
Okuyor ama anlamıyor	174	20.5
Okuyor ve anlıyor	617	72.8
Gebelikte ilgili yazılı bilgi formlarını okuma ve anlama durumu*		
Okumuyor	27	4.5
Okuyor ama anlamıyor	43	7.3
Okuyor ve anlıyor	522	88.2
Sağlık kuruluşlarında gebelikte ilgili afişleri okuma ve anlama durumu		
Okumuyor	38	4.5
Okuyor ama anlamıyor	714	84.3
Okuyor ve anlıyor	95	11.2
Sağlık profesyoneli tarafından verilen bilgileri anlama durumu		
Toplam	847	100.0

**Gebelik süresince sağlık kuruluşlarında yazılı materyal (broşür v.s) verilen gebeler üzerinden hesaplanmıştır.

Çalışma grubunda internet kullanan gebelerin en sık bildirdiği erişim aracı telefon (%70.0) iken, en az kullanılan erişim aracının ise tablet (%10.0) olduğu saptandı. İnternet kullananların en çok internet kullanım nedeni gebelikte sağlıklı yaşam davranışları hakkında bilgi edinmek olup, en az internet kullanım nedeni ise e-posta takibi için olduğu bulundu. Çalışma grubundakilerin internete erişim araçları ve internet kullanma nedenleri Tablo 4.15’te verilmiştir.

Tablo 4.15. Çalışma grubundakilerin internete erişim araçları ve internet kullanma nedenleri

İnternet erişim aracı	n*	%
Telefon	666	70.0
Bilgisayar	188	20.0
Tablet	99	10.0
Toplam	950	100.0
İnternet kullanma nedenleri	n*	%
İşi gereği	68	3.1
E-posta takibi	67	3.0
Herhangi bir konuda bilgi edinme	313	14.2
Sosyal medya takibi	436	19.8
Eğlence (müzik, oyun, film vs.)	279	12.7
Haber takibi	188	8.5
Gebelik takipleri hakkında bilgi edinme	413	18.8
Gebelikte sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında bilgi edinme	437	19.9
Toplam	2201	100.0

*Sayı-yüzdeler kişi üzerinden değil belirtilen cevaplar üzerinden verilmiştir.

Gebelerin en sık bildirdiği genel sağlıkla ilgili bilgi edinme kaynağı sağlık personeli iken (%37.7), en az bildirilen kaynağın ise kitap-broşür-el ilanı olduğu saptandı. Gebelerin genel sağlıkla ilgili bilgi edinme kaynaklarının dağılımı Tablo 4.16'da verilmiştir.

Tablo 4.16. Gebelerin genel sağlıkla ilgili bilgi edinme kaynakları

Kaynaklar	n*	%
Gazete-dergi	48	3.0
Radyo-televizyon	160	10.1
İnternet	488	30.9
Sağlık personeli	596	37.7
Kitap-broşür-el ilanı	45	2.9
Diğer (arkadaş vs.)	244	15.4
Toplam	1581	100.0

* Sayılar kişi üzerinden değil belirtilen cevaplar üzerinden verilmiştir.

Çalışma grubundakilerin gebelik sayısı 1 ile 10, doğum sayısı 0 ile 7, yaşayan çocuk sayısı ise 0 ile 7 arasında değişmektedir. İlk gebeliği olanların sayısı 315 (%37.2) olup, daha önce doğum yapmayanların sayısı ise 372 (%43.9) idi. Çalışma grubundakilerin doğurganlıkla ilgili bazı özellikleri Tablo 4.17’de verilmiştir.

Tablo 4.17. Çalışma grubundakilerin doğurganlıkla ilgili özellikleri

Doğurganlıkla ilgili özellikler	n	%
Gebelik sayısı		
1	315	37.2
2	275	32.5
≥3	257	30.3
Gebelik dönemi		
1. trimester	160	18.9
2. trimester	337	39.8
3. trimester	350	41.3
Doğum sayısı		
0	372	43.9
1	314	37.1
≥2	161	19.0

Tablo 4.17. “Devam” Çalışma grubundakilerin doğurganlıkla ilgili özellikleri

Yaşayan çocuk sayısı		
0	379	44.7
1	320	37.8
≥2	148	17.5
Mevcut gebeliğin planlı olma durumu		
Evet	643	75.9
Hayır	204	24.1
Tercih edilen doğum yöntemi		
Spontan vajinal doğum	656	77.4
Sezeryan ile doğum	191	22.6
Toplam	847	100.0

4.2.2. Gebelerin DÖBSOY-Ö'den Aldıkları Puanların İlişkili Olduğu Düşünülen Bazı Faktörlere Göre Dağılımı

Çalışma grubunu oluşturanların DÖBSOY-Ö'nün sözel ve sayısal bölümlerinden aldıkları puanlar Tablo 4.18'de verilmiştir.

Tablo 4.18. Gebelerin DÖBSOY-Ö'nin alt alanlarından aldıkları puanlar

DÖBSOY-Ö'nün bölümleri	Ortanca puan (Min-Max.)
Sözel bölüm	
Alt alan 1 (Gebelikte sağlıklı yaşam biçimi davranışları)	13.0 (3.0-15.0)
Alt alan 2 (Gebelikte görülen sağlık sorunları ve sonuçları)	6.0 (0.0-8.0)
Alt alan 3 (Gebelikte yapılması gereken tetkik ve tahliller)	12.0 (3.0-15.0)
Alt alan 4 (Doğumla ilgili belirtiler ve doğum sürecinin işleyişi)	8.0 (0.0-9.0)
Sayısal bölüm	8.0 (1.0-10.0)

Çalışma grubundakilerden il merkezinde yaşayan gebelerin DÖBSOY-Ö'nün sözel bölüm alt alan 1, alt alan 3 ve sayısal bölümünden aldıkları puanların daha yüksek olduğu bulundu (her bir alt alan için; $p < 0.05$). Gebelerin öğrenim düzeyi arttıkça DÖBSOY-Ö'nün her iki bölümünden aldıkları puanların da arttığı saptandı (her bir alt alan için; $p < 0.05$). Çalışma grubundakilerin DÖBSOY-Ö'nün bölümlerinden aldıkları puanların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.19'da sunulmuştur.

Tablo 4.19. Çalışma grubundakilerin DÖBSOY-Ö'nün bölümlerinden aldıkları puanların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Özellikler	DÖBSOY-Ö'nün bölümleri				
	Sözel Bölüm Puanı				Sayısal Bölüm Puanı
	Alt alan 1 Ortanca (Min-Max.)	Alt alan 2 Ortanca (Min-Max.)	Alt alan 3 Ortanca (Min-Max.)	Alt alan 4 Ortanca (Min-Max.)	
İkamet edilen yer					
İlçe/köy	12.0 (6.0-15.0)	6.0 (2.0-8.0)	11.0 (6.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	7.0 (1.0-10.0)
İl merkezi	13.0 (3.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Test değeri^a	2.249*	1.096	2.920*	1.778	3.451*
Yaşamının çoğunun geçtiği yer					
İlçe/köy	12.0 (6.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	11.0 (4.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 1.0-10.0
İl merkezi	13.0 (3.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	12.0 (4.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 1.0-10.0
Test değeri^a	4.203***	3.808***	4.810***	1.317	4.941***
Yaş grubu					
≤24	12.0 (5.0-15.0)	6.0 (1.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (1.0-9.0)	7.0 (1.0-10.0)
25-29	13.0 (3.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	12.0 (4.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)

Tablo 4.19. “Devam” Çalışma grubundakilerin DÖBSOY-Ö’nün bölümlerinden aldıkları puanların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

≥30	13.0 (5.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
<i>Test değeri^b</i>	19.541***	20.331***	6.086*	8.749*	19.886***
Çalışma durumu					
Çalışıyor	14.0 (5.0-15.0)	7.0 (1.0-8.0)	13.0 (4.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	9.0 (2.0-10.0)
Çalışmıyor	12.0 (3.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
<i>Test değeri^a</i>	9.546***	7.765***	7.944***	6.876***	9.885***
Öğrenim durumu					
Ortaokul ve altı	11.0 (3.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	10.5 (3.0-15.0)	7.0 (0.0-9.0)	7.0 (1.0-10.0)
Lise	13.0 (5.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (2.0-10.0)
Üniversite	14.0 (5.0-15.0)	7.0 (3.0-8.0)	13.0 (8.0-15.0)	8.0 (4.0-9.0)	9.0 (5.0-10.0)
<i>Test değeri^b</i>	183.528***	146.427***	175.063***	109.751***	208.154***
Aile gelir durumu					
Kötü	11.0 (5.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	10.0 (3.0-15.0)	7.0 (0.0-9.0)	7.0 (1.0-10.0)
Orta	13.0 (3.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
İyi	15.0 (5.0-15.0)	7.0 (3.0-8.0)	14.0 (5.0-15.0)	8.0 (2.0-9.00)	10.0 (2.0-10.0)
<i>Test değeri^b</i>	111.000***	100.287***	101.034***	56.387***	85.651***
Aile tipi					
Çekirdek aile	13.0 (3.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)

Tablo 4.19. “Devam” Çalışma grubundakilerin DÖBSOY-Ö’nün bölümlerinden aldıkları puanların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Geniş aile	11.0 (6.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	11.0 (3.0-15.0)	7.0 (1.0-9.0)	7.0 (1.0-10.0)
Test değeri^a	5.155***	3.538***	3.659***	3.701***	4.390***
Eşinin öğrenim durumu					
Ortaokul ve altı	11.0 (5.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	11.0 (3.0-15.0)	7.0 (0.0-9.0)	7.0 (1.0-10.0)
Lise	12.0 (3.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Üniversite	14.0 (7.0-15.0)	7.0 (2.0-8.0)	13.0 (3.0-15.0)	8.0 (2.0-9.0)	9.0 (2.0-10.0)
Test değeri^b	108.499***	81.015***	104.205***	74.404***	130.754***
Anne öğrenim durumu					
Okulsuz	11.0 (5.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	11.0 (3.0-15.0)	7.0 (0.0-9.0)	7.0 (1.0-10.0)
İlkokul	13.0 (3.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Ortaokul ve üzeri	14.0 (7.0-15.0)	7.0 (1.0-8.0)	13.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	9.0 (4.0-10.0)
Test değeri^b	71.390***	36.420***	48.726***	44.677***	61.968***
Baba öğrenim durumu					
Okulsuz	10.0 (5.0-15.0)	5.0 (0.0-8.0)	10.0 (3.0-14.0)	7.0 (2.0-9.0)	7.0 (1.0-10.0)
İlkokul	12.0 (3.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Ortaokul ve üzeri	14.0 (5.0-15.0)	7.0 (1.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	9.0 (2.0-10.0)
Test değeri^b	78.865***	34.408***	46.564***	27.109***	93.551***
Toplam	13.0 (3.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001; a=z; b=Kw

Çalışma grubunda kronik hastalık öyküsü olan ve olmayanlar arasında DÖBSOY-Ö'nün tüm alt alanlarından aldıkları puanlar açısından bir fark bulunamadı (her bir alt alan için; $p>0.05$). Düzenli fiziksel egzersiz yapanların DÖBSOY-Ö'nün sözel bölüm alt alan 1, alt alan 2 ve alt alan 3'den aldıkları puanların daha yüksek olduğu saptandı (her bir alt alan için; $p<0.05$). Gebelerin DÖBSOY-Ö'nün bölümlerinden aldıkları puanların öz ve soy geçmişi ile ilgili bazı özelliklerine ve alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 4.20'de verilmiştir.

Tablo 4.20. Gebelerin DÖBSOY-Ö'nün bölümlerinden aldıkları puanların öz ve soy geçmişi ile ilgili bazı özelliklerine ve alışkanlıklarına göre dağılımı

Öz ve soy geçmişi özellikler ve alışkanlıklar	DÖBSOY-Ö'nün bölümleri				
	Sözel Bölüm Puanı				Sayısal Bölüm Puanı
	Alt alan1 Ortanca (Min- Max.)	Alt alan 2 Ortanca (Min- Max.)	Alt alan 3 Ortanca (Min- Max.)	Alt alan 4 Ortanca (Min- Max.)	
Kronik hastalık öyküsü					
Var	13.0 (5.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (5.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Yok	13.0 (3.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
<i>Test değeri^a</i>	0.270	0.954	1.489	0.139	0.956
Mevcut gebeliğinde herhangi bir sağlık sorunu yaşama durumu					
Evet	13.0 (5.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	12.0 (4.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Hayır	13.0 (3.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
<i>Test değeri^a</i>	0.374	1.026	1.131	0.417	0.303
Sağlık sorunu yaşayanların aldıkları tedavi yöntemi^c					
Ayaktan tedavi	13.0 (5.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	12.0 (5.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)

Tablo 4.20. “Devam” Gebelerin DÖBSOY-Ö’nün bölümlerinden aldıkları puanların öz ve soy geçmişi ile ilgili bazı özelliklerine ve alışkanlıklarına göre dağılımı

Yatarak tedavi	13.0 (5.0-15.0)	6.0 (1.0-8.0)	12.0 (4.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Test değeri^a	1.287	0.978	1.853	1.208	1.401
Kötü obstetrik öykü^d					
Var	13.0 (5.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	12.0 (5.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Yok	12.0 (3.0-15.0)	6.0 (1.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Test değeri^a	1.470	1.898	1.697	0.711	1.376
Ailesinde kronik hastalık öyküsü					
Var	13.0 (5.0-15.0)	6.0 (1.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Yok	13.0 (3.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Test değeri^a	0.144	1.254	1.117	0.309	1.835
Düzenli fiziksel egzersiz yapma durumu					
Yapıyor	13.0 (3.0-15.0)	7.0 (1.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Yapmıyor	12.0 (5.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Test değeri^a	3.025*	2.685*	2.942*	0.235	0.375
Gebelik süresince sigara içme durumu					
İçiyor	13.0 (5.0-15.0)	6.0 (1.0-8.0)	12.0 (4.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
İçmiyor	13.0 (5.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	12.0 (5.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Test değeri^a	1.246	1.703	0.397	1.760	1.408
Toplam	13.0 (3.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001; a=z, c:Mevcut gebeliğinde sağlık problemi yaşayanlar üzerinden sunulmuştur.

d:Gebelik sayısı birden fazla olanlar üzerinden hesaplanmıştır.

Çalışma grubunda internet kullanan, düzenli kitap okuma ve gazete-dergi okuma alışkanlığı olanların DÖBSOY-Ö'nün tüm alt alanlarından aldıkları puanların daha yüksek olduğu saptandı (her bir alt alan için; $p<0.05$). Gebelikte sağlık kuruluşlarında verilen broşürleri okuduğunu ve anladığını ifade edenlerin DÖBSOY-Ö'nün tüm alt alanlarından aldıkları puanlar daha yüksekti (her bir alt alan için; $p<0.05$). Gebelerin DÖBSOY-Ö'nün bölümlerinden aldıkları puanların sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu düşünülen bazı değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.21' de sunulmuştur.

Tablo 4.21. Gebelerin DÖBSOY-Ö'nün bölümlerinden aldıkları puanların sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu düşünülen bazı değişkenlere göre dağılımı

Değişkenler	DÖBSOY-Ö'nün bölümleri				
	Sözel Bölüm Puanı				Sayısal Bölüm Puanı
	Alt alan1 Ortanca (Min- Max.)	Alt alan 2 Ortanca (Min- Max.)	Alt alan 3 Ortanca (Min- Max.)	Alt alan 4 Ortanca (Min- Max.)	
İnternet kullanma durumu					
Kullanıyor	13.0 (3.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Kullanmıyor	11.0 (5.0-.15.0)	6.0 (0.0-8.0)	10.0 (3.0-15.0)	7.0 (1.0-9.0)	6.5 (1.0-10.0)
Test değeri^a	8.137***	5.884***	8.114***	5.554***	9.640***
Genel okuryazarlık düzeyi					
İyi	13.0 (3.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	9.0 (1.0-10.0)
Orta	12.0 (5.0-15.0)	6.0 (1.0-8.0)	11.0 (5.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Kötü	11.0 (6.0-14.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	7.0 (0.0-9.0)	7.0 (1.0-10.0)
Test değeri^b	42.519***	29.642***	38.824***	9.497**	41.455***

Tablo 4.21. “Devam” Gebelerin DÖBSOY-Ö’nün bölümlerinden aldıkları puanların sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu düşünülen bazı değişkenlere göre dağılımı

Düzenli kitap okuma alışkanlığı					
Var	14.0 (5.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	13.0 (4.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	9.0 (1.0-10.0)
Yok	12.0 (3.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	11.0 (3.0-15.0)	7.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Test değeri^a	8.831***	6.800***	7.486***	6.022***	6.93***
Düzenli gazete-dergi okuma alışkanlığı					
Var	13.0 (5.0-15.0)	7.0 (2.0-8.0)	13.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	9.0 (1.0-10.0)
Yok	12.0 (3.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	11.0 (3.0-15.0)	7.5 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Test değeri^a	6.699***	5.795***	6.764***	5.724***	5.976***
Gebelikte ilgili eğitim programına katılma durumu					
Katıldım	13.0 (5.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	13.0 (5.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	9.0 (1.0-10.0)
Katılmadım	13.0 (3.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Test değeri^a	1.140	0.678	2.735**	3.004**	2058*
Gebelikte düzenli ilaç kullanma durumu					
Kullanıyor	13.0 (3.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Kullanmıyor	12.0 (5.0-15.0)	6.0 (1.0-8.0)	11.0 (3.0-15.0)	7.0 (0.0-9.0)	7.0 (1.0-10.0)
Test değeri^a	2.768**	2.229*	3.490***	3.098**	3.045**
Gebelikte kullanılan ilaçların prospektüsünü okuma ve anlama durumu					
Okumuyor	12.0 (6.0-15.0)	6.0 (1.0-8.0)	11.0 (4.0-15.0)	7.0 (2.0-9.0)	7.0 (1.0-10.0)

Tablo 4.21. “Devam” Gebelerin DÖBSOY-Ö’nün bölümlerinden aldıkları puanların sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olduğu düşünülen bazı değişkenlere göre dağılımı

Okuyor ama anlamıyor	12.0 (5.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	11.0 (3.0-15.0)	7.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Okuyor ve anlıyor	13.0 (3.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Test değeri^b	27.955***	33.973***	40.022***	22.246***	24.355***
Gebelikle ilgili yazılı bilgi formlarını okuma ve anlama durumu^c					
Okumuyor	10.0 (6.0-15.0)	6.0 (1.0-8.0)	10.0 (5.0-15.0)	7.0 (3.0-9.0)	6.0 (1.0-10.0)
Okuyor ama anlamıyor	11.0 (5.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	10.0 (3.0-15.0)	7.0 (0.0-9.0)	7.0 (1.0-10.0)
Okuyor ve anlıyor	13.0 (3.0-15.0)	7.0 (2.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Test değeri^b	34.222***	14.591**	32.103***	11.450**	31.590***
Sağlık kuruluşlarında gebelikle ilgili afişleri okuma ve anlama durumu					
Okumuyor	11.0 (6.0-15.0)	6.5 (3.0-8.0)	11.0 (5.0-15.0)	8.0 (2.0-9.0)	7.0 (1.0-10.0)
Okuyor ama anlamıyor	12.0 (5.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	11.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	7.0 (1.0-10.0)
Okuyor ve anlıyor	13.0 (3.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Test değeri^b	22.451***	13.199**	24.718***	4.344	42.125***
Sağlık profesyoneli tarafından verilen bilgileri anlama durumu					
Anlıyor	13.0 (3.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Anlamıyor	11.0 (5.0-15.0)	5.0 (0.0-8.0)	11.0 (6.0-15.0)	7.0 (0.0-9.0)	7.0 (1.0-10.0)
Test değeri^a	5.000***	4.648***	4.637***	3.199***	6.337***
Toplam	13.0 (3.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001; a=z; b=Kw,

c.Gebelik süresince sağlık kuruluşlarında yazılı materyal (broşür v.s) verilen gebeler üzerinden hesaplanmıştır.

Gebelerden daha önce doğum yapmayanların DÖBSOY-Ö'nün tüm alt alanlarından aldıkları puanlar daha düşük olduğu bulundu (her bir alt alan için; $p < 0.05$). Çalışma grubundakilerin DÖBSOY-Ö'nün alt alanlarından aldıkları puanların doğurganlıkla ilgili bazı özelliklere göre dağılımı Tablo 4.2.11'de verilmiştir.

Tablo 4.22. Çalışma grubundakilerin DÖBSOY-Ö'nün alt alanlarından aldıkları puanların doğurganlıkla ilgili bazı özelliklere göre dağılımı

Doğurganlık ile ilgili özellikler	DÖBSOY-Ö'nün bölümleri				
	Sözel Bölüm Puanı				Sayısal Bölüm Puanı
	Alt alan 1 Ortanca (Min- Max.)	Alt alan 2 Ortanca (Min- Max.)	Alt alan 3 Ortanca (Min- Max.)	Alt alan 4 Ortanca (Min- Max.)	
Gebelik sayısı					
1	13.0 (5.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	9.0 (1.0-10.0)
2	13.0 (3.0-15.0)	7.0 (1.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
≥3	12.0 (5.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (5.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Test değeri^b	8.622*	5.557	7.263*	6.285*	16.705***
Gebelik dönemi					
1.trimester	12.5 (6.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	11.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
2.trimester	13.0 (5.0-15.0)	6.0 (2.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
3.trimester	13.0 (3.0-15.0)	6.5 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Test değeri^b	1.332	2.573	14.466**	2.656	5.682
Doğum sayısı					
0	13.0 (5.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	9.0 (1.0-10.0)

Tablo 4.22. “Devam” Çalışma grubundakilerin DÖBSOY-Ö’nün alt alanlarından aldıkları puanların doğurganlıkla ilgili bazı özelliklere göre dağılımı

1	13.0 (3.0-15.0)	7.0 (1.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
≥2	12.0 (5.0-15.0)	6.0 (1.0-8.0)	11.0 (5.0-15.0)	7.0 (0.0-9.0)	7.0 (1.0-10.0)
Test değeri^b	18.593***	19.125***	17.444***	19.196***	26.435***
Yaşayan çocuk sayısı					
0	13.0 (5.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	12.0 (3.0-15.0)	9.0 (1.0-10.0)
1	13.0 (3.0-15.0)	7.0 (1.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (1.0-10.0)
≥2	11.5 (5.0-15.0)	6.0 (1.0-8.0)	11.0 (5.0-15.0)	11.0 (5.0-15.0)	7.0 (1.0-10.0)
Test değeri^b	19.628***	22.451***	17.080***	14.619**	23.852***
Mevcut gebeliğin planlı olma durumu					
Evet	13.0 (5.0-15.0)	7.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Hayır	13.0 (3.0-15.0)	6.0 (2.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Test değeri^a	0.618	2.451*	2.280*	0.949	2.762**
Tercih edilen doğum yöntemi					
Vajinal yolla doğum	13.0 (3.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Sezeryan ile doğum	12.0 (5.0-15.0)	6.0 (2.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)
Test değeri^a	1.474	1.348	1.796	0.069	2.930**
Toplam	13.0 (3.0-15.0)	6.0 (0.0-8.0)	12.0 (3.0-15.0)	8.0 (0.0-9.0)	8.0 (1.0-10.0)

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001; a=z; b=Kw

Gebelerin yazılı materyalleri okumaktan duydukları hoşnutluk düzeyleri VAS ile değerlendirilmiş olup, bu skaladan alınan puanlar 1-10 arasında değişmektedir. Gebelerin VAS'dan aldıkları puanlar ile DÖBSOY-Ö'nün tüm alt alanlarından alınan puanlar arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı (her bir alt alan için; $p < 0.05$). Gebelerin DÖBSOY-Ö'den aldıkları puanlar ile VAS'dan aldıkları puanlar arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 4.23'de verilmiştir.

Tablo 4.23. Gebelerin DÖBSOY-Ö'den aldıkları puanlar ile VAS'dan aldıkları puanlar arasındaki korelasyon katsayıları

DÖBSOY-Ö'nün bölümleri	VAS puanı	
	r	p
Sözel bölüm puanı		
Alt alan 1	0.302	0.000
Alt alan 2	0.227	0.000
Alt alan 3	0.330	0.000
Alt alan 4	0.167	0.000
Sayısal bölüm puanı	0.333	0.000

Çalışma grubundakilerin SYB-TD'yi sorgulayan önermelerden aldıkları puanlar 15-27 arasında değişmekte olup ortancası 24 idi. Gebelerin SYB-TD'yi sorgulayan önermelerden aldıkları puanlar ile DÖBSOY-Ö'nün tüm alt alanlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı (her bir alt alan için; $p < 0.05$). Gebelerin DÖBSOY-Ö'den aldıkları puanlar ile SYB-TD'yi sorgulayan önermelerden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 4.24'de verilmiştir.

Tablo 4.24. Gebelerin DÖBSOY-Ö'den aldıkları puanlar ile SYB-TD'yi sorgulayan önermelerden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon katsayıları

DÖBSOY-Ö'nün bölümleri	SYB-TD puanı	
	r	p
Sözel bölüm puanı		
Alt alan 1	0.241	0.000
Alt alan 2	0.191	0.000
Alt alan 3	0.274	0.000
Alt alan 4	0.186	0.000
Sayısal bölüm puanı	0.219	0.000

Gebelerin DÖBSOY-Ö'nün sözel bölüm alt alan 1'den aldıkları puanlar ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle (ikamet edilen yer, yaşamının çoğunun geçtiği yer, yaş grubu, öğrenim durumu, çalışma durumu, aile gelir durumu, aile tipi, eşinin öğrenim durumu, anne öğrenim durumu, baba öğrenim durumu, düzenli fiziksel egzersiz yapma durumu, internet kullanma durumu, düzenli kitap okuma alışkanlığı, düzenli gazete-dergi okuma alışkanlığı, genel okuryazarlık düzeyi, gebelikte düzenli ilaç kullanma durumu, gebelikte kullanılan ilaçların prospektüsünü okuma ve anlama durumu, gebelikle ilgili yazılı bilgi formlarını okuma ve anlama durumu, sağlık kuruluşlarında gebelikle ilgili afişleri okuma ve anlama durumu, sağlık profesyoneli tarafından verilen bilgileri anlama durumu ve doğum sayısı) oluşturulan çoklu hiyerarşik doğrusal regresyon analiz sonuçları Tablo 4.25'te verilmiştir.

Tablo 4.25. Gebelerin DÖBSOY-Ö'nün sözel bölüm alt alan 1'den aldıkları puanlar ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	Model 1 R ² =0.230 F=26.297***	Model 2 R ² =0.246 F=31.623***	Model 3 R ² =0.322 F=22.549***
	β [%95 GA]	β [%95 GA]	β [%95 GA]
İkamet edilen yer	-0.001 [(-0.041)-(0.040)]		
Yaşamın çoğunluğunun geçtiği yer	-0.062 [(-0.061)-(0.004)]		
Yaş grubu	0.067 [(0.001)-(0.034)]*	0.069 [(0.003)-(0.035)]*	0.015 [(-0.017)-(0.025)]
Öğrenim durumu	0.268 [(0.050)-(0.096)]***	0.234 [(0.043)-(0.084)]***	0.270 [(0.048)-(0.097)]***
Çalışma durumu	0.031 [(-0.020)-(0.051)]		
Aile gelir durumu	0.126 [(0.021)-(0.075)]***	0.119 [(0.020)-(0.070)]***	0.071 [(-0.002)-(0.056)]
Aile tipi	0.038 [(-0.017)-(0.069)]		
Eşinin öğrenim durumu	0.057 [(-0.006-0.039)]		
Anne öğrenim durumu	0.072 [(-0.001-0.053)]		
Baba öğrenim durumu	0.094 [(0.007-0.061)]*	0.118 [(0.019)-(0.066)]***	0.091 [(0.006)-(0.060)]*
Düzenli fiziksel egzersiz yapma durumu		0.027 [(-0.014)-(0.037)]	
İnternet kullanma durumu		0.067 [(-0.001)-(0.078)]*	0.075 [(-0.004)-(0.093)]
Düzenli kitap okuma alışkanlığı		0.085 [(0.006)-(0.068)]*	0.121 [(0.020)-(0.084)]**

Tablo 4.25. “Devam” Gebelerin DÖBSOY-Ö’nün sözel bölüm alt alan 1’den aldıkları puanlar ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Düzenli gazete-dergi okuma alışkanlığı	0.036 [(-0.014)-(0.045)]	
Genel okuryazarlık düzeyi	0.074 [(0.004)-(0.056)]*	0.160 [(0.037-0.102)]***
Gebelikte düzenli ilaç kullanma durumu		0.069 [(0.001-0.106)]*
Gebelikte kullanılan ilaçların prospektüsünü okuma ve anlama durumu		-0.042 [(-0.042-0.011)]
Gebelikle ilgili yazılı bilgi formlarını (broşür vs.) okuma ve anlama durumu		0.042 [(-0.016-0.053)]
Sağlık kuruluşlarında gebelikle ilgili afişleri okuma ve anlama durumu		0.060 [(-0.007-0.081)]
Sağlık profesyoneli tarafından verilen bilgileri anlama durumu		0.086 [(0.008-0.124)]*
Doğum sayısı		-0.003 [(-0.024-0.023)]

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001, R²=Düzeltilmiş R², GA:Güven Aralığı, β:Standardize katsayı

Çalışma grubundakilerin DÖBSOY-Ö'nün sözel bölüm alt alan 2'den aldıkları puanlar ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle (yaşamının çoğunun geçtiği yer, yaş grubu, öğrenim durumu, çalışma durumu, aile gelir durumu, aile tipi, eşinin öğrenim durumu, anne öğrenim durumu, baba öğrenim durumu, düzenli fiziksel egzersiz yapma durumu, internet kullanma durumu, düzenli kitap okuma alışkanlığı, düzenli gazete-dergi okuma alışkanlığı, genel okuryazarlık düzeyi, gebelikte düzenli ilaç kullanma durumu, gebelikte kullanılan ilaçların prospektüsünü okuma ve anlama durumu, gebelikle ilgili yazılı bilgi formlarını okuma ve anlama durumu, sağlık kuruluşlarında gebelikle ilgili afişleri okuma ve anlama durumu, sağlık profesyoneli tarafından verilen bilgileri anlama durumu, doğum sayısı ve mevcut gebeliğin planlı olma durumu) oluşturulan çoklu hiyerarşik doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 4.26'da verilmiştir.

Tablo 4.26. Çalışma grubundakilerin DÖBSOY-Ö'nün sözel bölüm alt alan 2'den aldıkları puanlar ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	Model 1	Model 2	Model 3
	R ² =0.174 F=20.706*** β [%95 GA]	R ² =0.186 F=25.122*** β [%95 GA]	R ² =0.205 F=14.855*** β [%95 GA]
Yaşamın çoğunluğunun geçtiği yer	-0.021 [(-0.058)-(0.029)]		
Yaş grubu	0.083 [(0.008)-(0.056)]*	0.084 [(0.008)-(0.056)]**	0.101 [(0.007)-(0.067)]*
Öğrenim durumu	0.268 [(0.070)-(0.137)]***	0.226 [(0.058)-(0.116)]***	0.265 [(0.062)-(0.130)]***
Çalışma durumu	-0.029[(-0.073)-(0.032)]		
Aile gelir durumu	0.196 [(0.067)-(0.146)]***	0.179 [(0.060)-(0.0.133)]***	0.130 [(0.025)-(0.109)]**
Aile tipi	0.036[(-0.028)-(0.100)]		
Eşinin öğrenim durumu	0.018[(-0.026)-(0.040)]		
Anne öğrenim durumu	0.040 [(-0.020)-(0.061)]		
Baba öğrenim durumu	-0.006[(-0.043)-(0.037)]		
Düzenli fiziksel egzersiz yapma durumu		0.058 [(-0.003)-(0.073)]	
İnternet kullanma durumu		0.031 [(-0.032)-(0.083)]	
Düzenli kitap okuma alışkanlığı		0.030 [(-0.027)-(0.064)]	

Tablo 4.26. “Devam” Çalışma grubundakilerin DÖBSOY-Ö’nün sözel bölüm alt alan 2’den aldıkları puanlar ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Düzenli gazete-dergi okuma alışkanlığı	0.030 [(-0.026)-(0.063)]	
Genel okuryazarlık düzeyi	0.079 [(0.007)-(0.084)]*	0.127 [(0.029)-(0.121)]**
Gebelikte düzenli ilaç kullanma durumu		0.040 [(-0.034)-(0.118)]
Gebelikte kullanılan ilaçların prospektüsünü okuma ve anlama durumu		-0.002 [(-0.039)-(0.037)]
Gebelikle ilgili yazılı bilgi formlarını (broşür vs.) okuma ve anlama durumu		0.055 [(-0.015)-(0.081)]
Sağlık kuruluşlarında gebelikle ilgili afişleri okuma ve anlama durumu		-0.028 [(0.113)-(0.055)]
Sağlık profesyoneli tarafından verilen bilgileri anlama durumu		-0.028 [(0.113)-(0.055)]
Doğum sayısı		0.045 [(-0.018)-(0.052)]
Mevcut gebeliğin planlı olma durumu		0.019 [(-0.039)-(0.066)]

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001, R²=Düzeltilmiş R², GA:Güven Aralığı, β:Standardize katsayı

Gebelerin DÖBSOY-Ö'nün sözel bölüm alt alan 3'den aldıkları puanlar ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle (ikamet edilen yer, yaşamının çoğunun geçtiği yer, yaş grubu, öğrenim durumu, çalışma durumu, aile gelir durumu, aile tipi, eşinin öğrenim durumu, anne öğrenim durumu, baba öğrenim durumu, düzenli fiziksel egzersiz yapma durumu, internet kullanma durumu, düzenli kitap okuma alışkanlığı, düzenli gazete-dergi okuma alışkanlığı, genel okuryazarlık düzeyi, gebelikle ilgili eğitim programına katılma durumu, gebelikte düzenli ilaç kullanma durumu, gebelikte kullanılan ilaçların prospektüsünü okuma ve anlama durumu, gebelikle ilgili yazılı bilgi formlarını okuma ve anlama durumu, sağlık kuruluşlarında gebelikle ilgili afişleri okuma ve anlama durumu, sağlık profesyoneli tarafından verilen bilgileri anlama durumu, doğum sayısı, gebelik dönemi ve mevcut gebeliğin planlı olma durumu) oluşturulan çoklu hiyerarşik doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 4.27'de verilmiştir.

Tablo 4.27. Gebelerin DÖBSOY-Ö'nün sözel bölüm alt alan 3'den aldıkları puanlar ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	Model 1 R ² =0.183 F=19.986***	Model 2 R ² =0.194 F=30.146***	Model 3 R ² =0.244 F=16.879***
	β [%95 GA]	β [%95 GA]	β [%95 GA]
İkamet edilen yer	0.003 [(-0.049)-(0.053)]		
Yaşamın çoğunluğunun geçtiği yer	-0.026 [(-0.055)-(0.026)]		
Yaş grubu	0.038 [(-0.008)-(0.033)]		
Öğrenim durumu	0.296 [(0.070)-(0.127)]***	0.267 [(0.064)-(0.113)]***	0.311 [(0.071-0.129)]***
Çalışma durumu	-0.018 [(-0.055)-(0.034)]		
Aile gelir durumu	0.167 [(0.044)-(0.111)]***	0.157 [(0.041)-(0.104)]***	0.147 [(0.031-0.104)]***
Aile tipi	0.009 [(-0.047)-(0.061)]		
Eşinin öğrenim durumu	0.053 [(-0.010)-(0.046)]		
Anne öğrenim durumu	-0.002 [(-0.035)-(0.034)]		
Baba öğrenim durumu	0.039 [(-0.017)-(0.051)]		
Düzenli fiziksel egzersiz yapma durumu		0.020 [(-0.022)-(0.043)]	
İnternet kullanma durumu		0.091 [(0.016)-(0.113)]*	0.126 [(0.029)-(0.150)]**
Düzenli kitap okuma alışkanlığı		0.019 [(-0.029)-(0.049)]	

Tablo 4.27. “Devam” Gebelerin DÖBSOY-Ö’nün sözel bölüm alt alan 3’den aldıkları puanlar ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Düzenli gazete-dergi okuma alışkanlığı	0.050 [(-0.011)-(0.064)]	
Genel okuryazarlık düzeyi	0.026 [(-0.020)-(0.045)]	
Gebelikle ilgili eğitim programına katılma durumu		0.013 [(-0.042)-(0.061)]
Gebelikte düzenli ilaç kullanma durumu		0.100 [(0.027)-(0.160)]**
Gebelikte kullanılan ilaçların prospektüsünü okuma ve anlama durumu		0.003 [(-0.032)-(0.034)]
Gebelikle ilgili yazılı bilgi formlarını (broşür vs.) okuma ve anlama durumu		0.072 [(-0.005)-(0.082)]
Sağlık kuruluşlarında gebelikle ilgili afişleri okuma ve anlama durumu		-0.004 [(-0.058)-(0.053)]
Sağlık profesyoneli tarafından verilen bilgileri anlama durumu		0.003 [(-0.071)-(0.075)]
Gebelik dönemi		0.072 [(0.000)-(0.050)]*
Doğum sayısı		-0.045 [(-0.043)-(0.012)]
Mevcut gebeliğin planlı olma durumu		-0.003[(-0.048)-(0.044)]

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001, R²=Düzeltilmiş R², GA:Güven Aralığı, β:Standardize katsayı

Çalışma grubundakilerin DÖBSOY-Ö'nün sözel bölüm alt alan 4 ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle (yaş grubu, öğrenim durumu, çalışma durumu, aile gelir durumu, aile tipi, eşinin öğrenim durumu, anne öğrenim durumu, baba öğrenim durumu, internet kullanma durumu, düzenli kitap okuma alışkanlığı, düzenli gazete-dergi okuma alışkanlığı, genel okuryazarlık düzeyi, gebelikte düzenli ilaç kullanma durumu, gebelikte kullanılan ilaçların prospektüsünü okuma ve anlama durumu, gebelikle ilgili yazılı bilgi formlarını okuma ve anlama durumu, sağlık profesyoneli tarafından verilen bilgileri anlama durumu ve doğum sayısı) oluşturulan çoklu hiyerarşik doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 4.28'de verilmiştir.



Tablo 4.28. Çalışma grubundakilerin DÖBSOY-Ö'nün sözel bölüm alt alan 4 ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	Model 1 R ² =0.119 F=15.123	Model 2 R ² =0.117 F=16.864***	Model 3 R ² =0.116 F=9.564***
	β [%95 GA]	β [%95 GA]	β [%95 GA]
Yaş grubu	0.072 [(0.002)-(0.050)]*	0.069 [(0.001)-(0.049)]*	0.023 [(-0.023)-(0.039)]
Öğrenim durumu	0.190 [(0.037)-(0.103)]***	0.219 [(0.052)-(0.110)]***	0.284 [(0.065)-(0.135)]***
Çalışma durumu	0.014 [(-0.042)-(0.062)]		
Aile gelir durumu	0.102 [(0.014)-(0.092)]*	0.119 [(0.024)-(0.098)]**	0.130 [(0.022)-(0.108)]**
Aile tipi	0.021 [(-0.043)-(0.082)]		
Eşinin öğrenim durumu	0.070 [(-0.005)-(0.060)]		
Anne öğrenim durumu	0.079 [(-0.001)-(0.079)]		
Baba öğrenim durumu	-0.031 [(-0.054)-(0.024)]		
İnternet kullanma durumu		0.060 [(-0.010)-(0.104)]	
Düzenli kitap okuma alışkanlığı		0.030 [(-0.028)-(0.063)]	
Düzenli gazete-dergi okuma alışkanlığı		0.030 [(-0.026)-(0.062)]	
Genel okuryazarlık düzeyi		-0.031 [(-0.055)-(0.021)]	
Gebelikle ilgili eğitim programına katılma durumu			-0.037 [(-0.091)-(0.032)]

Tablo 4.28. “Devam” Çalışma grubundakilerin DÖBSOY-Ö’nün sözel bölüm alt alan 4 ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Gebelikte düzenli ilaç kullanma durumu	0.049 [(-0.029)-(0.128)]
Gebelikte kullanılan ilaçların prospektüsünü okuma ve anlama durumu	-0.021 [(-0.049)-(0.029)]
Gebelikle ilgili yazılı bilgi formlarını (broşür vs.) okuma ve anlama durumu	-0.014 [(-0.057)-(0.041)]
Sağlık profesyoneli tarafından verilen bilgileri anlama durumu	0.035[(-0.047)-(0.117)]
Doğum sayısı	-0.031 [(-0.047)-(0.023)]

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001, R²=Düzeltilmiş R², GA:Güven Aralığı, β:Standardize katsayı

Gebelerin DÖBSOY-Ö'nün sayısal bölümünden aldıkları puanlar ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle (ikamet edilen yer, yaşamının çoğunun geçtiği yer, yaş grubu, öğrenim durumu, çalışma durumu, aile gelir durumu, aile tipi, eşinin öğrenim durumu, anne öğrenim durumu, baba öğrenim durumu, internet kullanma durumu, düzenli kitap okuma alışkanlığı, düzenli gazete-dergi okuma alışkanlığı, genel okuryazarlık düzeyi, gebelikle ilgili eğitim programına katılma durumu, gebelikte düzenli ilaç kullanma durumu, gebelikte kullanılan ilaçların prospektüsünü okuma ve anlama durumu, gebelikle ilgili yazılı bilgi formlarını okuma ve anlama durumu, sağlık kuruluşlarında gebelikle ilgili afişleri okuma ve anlama durumu, sağlık profesyoneli tarafından verilen bilgileri anlama durumu, doğum sayısı, mevcut gebeliğin planlı olma durumu ve tercih edilen doğum yöntemi) oluşturulan çoklu hiyerarşik doğrusal regresyon analizi sonuçları Tablo 4.29'de verilmiştir.

Tablo 4.29. Gebelerin DÖBSOY-Ö'nün sayısal bölümden aldıkları puanlar ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	Model 1 R ² =0.202 F=22.395***	Model 2 R ² =0.222 F=35.457***	Model 3 R ² =0.296 F=18.781***
	β [%95 GA]	β [%95 GA]	β [%95 GA]
İkamet edilen yer	0.042 [(-0.025)-(0.105)]		
Yaşamın çoğunluğunun geçtiği yer	-0.022 [(-0.068)-(0.036)]		
Yaş grubu	0.047 [(-0.007)-(0.046)]		
Öğrenim durumu	0.233 [(0.063)-(0.136)]***	0.255 [(0.078)-(0.140)]***	0.265 [(0.075)-(0.147)]***
Çalışma durumu	0.040 [(-0.025)-(0.088)]		
Aile gelir durumu	0.065 [(-0.004)-(0.081)]		
Aile tipi	0.066 [(0.003)-(0.140)]*	0.068 [(0.007)-(0.140)]*	0.044 [(-0.029)-(0.124)]
Eşinin öğrenim durumu	0.079 [(0.000)-(0.071)]		
Anne öğrenim durumu	0.040 [(-0.021)-(0.066)]		
Baba öğrenim durumu	0.119 [(0.025)-(0.111)]**	0.123 [(0.033)-(0.107)]***	0.086 [(0.006)-(0.091)]*
İnternet kullanma durumu		0.163 [(0.087)-(0.211)]***	0.107 [(0.022)-(0.175)]*
Düzenli kitap okuma alışkanlığı		-0.029 [(-0.069)-(0.029)]	
Düzenli gazete-dergi okuma alışkanlığı		0.020 [(-0.034)-(0.061)]	

Tablo 4.29. “Devam” Gebelerin DÖBSOY-Ö’nün sayısal bölümden aldıkları puanlar ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Genel okuryazarlık düzeyi	0.101 [(0.022)-(0.105)]**	0.150 [(0.052)-(0.153)]***
Gebelikle ilgili eğitim programına katılma durumu		-0.013 [(-0.077)-(0.053)]
Gebelikte düzenli ilaç kullanma durumu		0.146 [(0.094)-(0.261)]***
Gebelikte kullanılan ilaçların prospektüsünü okuma ve anlama durumu		-0.018 [(-0.052)-(0.031)]
Gebelikle ilgili yazılı bilgi formlarını (broşür vs.) okuma ve anlama durumu		0.039 [(-0.028)-(0.082)]
Sağlık kuruluşlarında gebelikle ilgili afişleri okuma ve anlama durumu		0.035 [(-0.036)-(0.103)]
Sağlık profesyoneli tarafından verilen bilgileri anlama durumu		0.151 [(0.089)-(0.274)]***
Doğum sayısı		-0.038 [(-0.051)-(0.018)]
Mevcut gebeliğin planlı olma durumu		0.017 [(-0.044)-(0.071)]
Tercih edilen doğum yöntemi		0.078 [(0.007)-(0.115)]*

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001, R²=Düzeltilmiş R², GA:Güven Aralığı, β:Standardize katsayı

5. TARTIŞMA

Bu çalışma iki aşamada yürütülmüş olup tartışma kısmı da iki başlık altında sunulmuştur.

5.1. Çalışmanın Birinci Aşamasının Bulgularının Tartışılması

(Geçerlilik Ve Güvenirlik Analizlerinin Sonuçları)

Kadınlar sadece kendi sağlıklarından sorumlu olmayıp aynı zamanda ailelerinin sağlıklarından da sorumludur. Gebelik dönemlerinde bu sorumluluklar daha da artmaktadır. Bu sorumlulukların yerine getirilmesinde doğru sağlık bilgisine erişme, anlama ve kullanma becerileri son derece önemlidir. Gebelerin sağlıkla ilgili genel bilgilere ulaşma, anlama, kullanma, kendisi ve ailesi için sağlıkla ilgili uygun kararları verebilme yetenekleri SOY düzeyi ile yakından ilişkilidir (98). Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan kadınlar, hem kendilerinin ve ailesinin hem de toplumun sağlık düzeyinin yükselmesine katkı sağlayacakları açıktır.

Gebelerin SOY düzeyinin yükseltilmesi amacıyla yapılacak sağlık hizmetlerinin planlanması için SOY düzeylerinin belirlenerek sorunun boyutunun saptanması son derece önemlidir. Gebelerin SOY düzeyinin belirlenmesi için doğum öncesi döneme ait standart bir ölçüm aracının olması gerekmektedir. Yapılan literatür taraması sonucunda basılı olarak herhangi bir ölçüm aracına rastlanılmadığı için yeni bir ölçek geliştirilmesine ihtiyaç duyulmuştur. Bu nedenle çalışmamızın ilk aşamasında DÖBSOY-DA'nın geliştirilmesi, güvenilirliğinin ve geçerliliğinin yapılması amaçlandı.

Araştırmalarda soyut yada somut herhangi bir özelliğin ölçülme amacı, bu özellik bakımından bireyler, olaylar yada nesnelere hakkında değerlendirme yapmak ve araştırmalarda elde edilen sonuçlara dayanarak belli kanunlara, kararlara, kavramlara v.s ulaşmaktır. Doğru ve uygun çıkarımların yapılmasını etkileyen önemli faktörlerden birisi de araştırmalarda kullanılan değerlendirme araçlarının standart olup olmamalarıdır. Değerlendirme araçlarının standart olabilmesi için “geçerlilik” ve “güvenirlik” olarak nitelendirilen iki temel özelliğe sahip olması gerekmektedir. Geçerlilik; bir değerlendirme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir. Güvenilirlik ise; test veya ölçek sonuçlarının kavramsal yapıya ilişkin olguyu doğru bir şekilde ortaya çıkarması, bir değerlendirme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir (107, 116).

Yeni bir değerlendirme aracı geliştirme çalışmalarında değerlendirme araçlarında yer alacak maddelerin çok kolay veya çok zor olmaması istenmektedir. Ancak değerlendirme aracında yer alacak her bir maddeden ziyade değerlendirme aracının bir bütün olarak kolaylığı veya zorluğu önemli ise ortalama zorluk düzeyinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Değerlendirme aracının genel olarak çok kolay veya çok zor olmaması için ortalama zorluk değerinin yaklaşık olarak 0.50 civarında olması istenir (77). Çalışmamızda DÖBSOY-DA'nın ortalama zorluk düzeyi 0.74 olarak hesaplandı. DÖBSOY-DA'nın geliştirilme aşamasında temel alınan TOFHLLA'nın ortalama zorluk düzeyinin sözel bölümde %72, sayısal bölümde %64 ve ölçek genelinde ise 0.68 olduğu bildirilmiştir (38). Ek olarak bu çalışmada DÖBSOY-DA'da yer alan her bir madde için zorluk düzeyi hesaplanmıştır. DÖBSOY-DA'nın sayısal bölümünde yer alan iki maddenin zorluk düzeyi yüksek kabul edilmekle beraber, bu maddelerin madde ayırt edicilik katsayılarının yüksek olması ve DÖBSOY-DA'nın ortalama zorluk değerinin istenen düzeyde olmasından dolayı değerlendirme aracından çıkarılmamıştır. Madde zorluk düzeyinin yüksek olması o maddenin her zaman çok kolay olduğunu değil aynı zamanda konunun kişiler tarafından iyi anlaşıldığının da bir göstergesi olabilir. Çalışmamızda DÖBSOY-DA'da yer alan maddelerin zorluk düzeyi için alt ve üst limit belirlenmemiş olup, madde seçiminde farklı analizlerden yararlanılmıştır.

Bireylerin maksimum performansını sergilemesini gerektiren yetenek, başarı gibi özellikleri değerlendiren ölçüm araçlarında yer alan maddeler bilen ile bilmeyen kişileri ayırt edebilmelidir. Yeni bir değerlendirme aracı geliştirilirken maddelerin ayırt edici ve amaca uygun olabilmeleri için madde ayırt edicilik katsayısının en az 0.20 olması istenmektedir (110). Bu çalışmada yeterli düzeyde ayırt edici olmayan maddeler DÖBSOY-DA'dan çıkarılmıştır. Ayrıca çalışmamızda madde ayırt ediciliği alt-üst %27'lik grupların puanları karşılaştırılarak da değerlendirilmiş olup DÖBSOY-DA yer alan tüm maddelerin ayırt edici olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, DÖBSOY-DA nispeten kolay ancak ayırt edicilik gücü yüksek olan maddelerden oluşmaktadır. DÖBSOY-DA'nın kolay olmasının nedenlerinden biri, DÖBSOY-DA'da yer alan maddelerin genel SOY düzeyinden ziyade gebelik dönemine özgü olmasından dolayı gebelerin doğru yanıtlama olasılıklarının artması olabilir. Yang ve arkadaşlarının göçmen evli kadınlarda yaptıkları SOY indeksi geliştirme çalışmasında madde seçiminde madde ayırt ediciliğinin ön planda tutulduğu, maddeler çok kolay ya da zor olsa dahi ayırt

edicilikleri yeterli ise indeksten çıkarılmadığı rapor edilmiştir (87). Literatürde benzer sonuç bildiren çalışmalar da mevcuttur (117, 118).

Bu çalışmada DÖBSOY-DA'nın yapı geçerliliğinin ortaya konulması için AFA kullanıldı. Açıklayıcı Faktör Analizi ile elde edilen Bartlett's küresellik testi sonucuna göre DÖBSOY-DA yer alan maddelerinin korelasyon matrisinin faktör analizi için uygun olduğu ve KMO ölçütüne göre örneklem yeterliliğinin orta-iyi düzeyde olduğu saptandı. Farklı çalışma gruplarında SOY düzeyini belirlemeye yönelik yapılan ölçek geliştirme çalışmalarında örneklemin ve korelasyon matrisinin faktör analizine uygunluğunun çalışmamıza benzer şekilde KMO ve Bartlett's küresellik testi ile değerlendirildiği bildirilmiştir (119, 120).

Açıklayıcı Faktör Analizi ile DÖBSOY-DA için ortaya konan yapının her bir alt alanının varyansın yaklaşık olarak %40'ını açıkladığı saptandı. Genellikle ölçüm araçlarının varyansın %50-%70'ini açıklaması istenmekte olup, sosyal bilimlerde bu değerlerin %40-%60 olması "yeterli" olarak kabul edilmektedir (107). Bjørnsen ve arkadaşlarının 2017 yılında adölesanlar üzerinde ruh sağlığı okuryazarlığını değerlendirmeye yönelik yaptıkları ölçek geliştirme çalışmasında AFA sonucu ortaya konan faktör yapısının varyansın %41'ini açıkladığı rapor edilmiştir (121). Hashimoto ve Yanagisawa'nın yaptıkları çalışmada da benzer sonuç bildirilmiştir (119). Bu çalışma için DÖBSOY-DA'nın her bir alt alanı tarafından açıklanan varyans yeterli olarak kabul edildi.

Açıklayıcı Faktör Analizi ile ortaya konan yapının geçerliliği için diğer bir gösterge faktörler arası korelasyon katsayılarının düşük olmasıdır (107). Bu katsayının 0.60'ın altında olması faktör yapısının uygun olduğuna dair bir kanıttır. DÖBSOY-DA sözel bölümünün alt alanlarının hem kendi hem de sayısal alan ile aralarındaki korelasyon katsayılarının istenen düzeyde olduğu saptanmış olup, DÖBSOY-DA'nın faktör yapısının uygun olduğu görülmüştür. Hashimoto ve Yanagisawa'nın 2011 yılında Japonya'da göçmen anneler üzerinde yaptıkları çalışmada, AFA ile ortaya konan iki faktörlü ölçek yapısında faktörler arası korelasyon katsayısının 0.39 olduğu bildirilmiştir (119).

Değerlendirme aracında yer alan maddelerin yer aldıkları faktör üzerindeki ağırlıkları faktör yükü ile belirlenir. Madde faktör yükü (-1)-(+1) arasında değişmekte olup 0.30 kabul edilen en düşük düzeydir (107). Çalışmamızda faktör yükü 0.30'un

altında olan maddeler değerlendirme aracından çıkarılmıştır. DÖBSOY-DA'nın maddelerinin faktör yüklerinin ait oldukları yapıyı yeterli düzeyde açıkladığı ortaya konmuştur. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan ölçek geliştirme çalışmalarında faktör yükü için kabul edilen minimum değerlerin 0.30-0.40 arasında değişmekte olduğu rapor edilmektedir (87, 119, 121). Çalışmamızda, AFA ile elde edilen tüm bu sonuçlar DÖBSOY-DA'nın yapı geçerliliğinin sağlandığını göstermektedir.

Yapı geçerliliğinin belirlenmesinde kullanılan diğer bir yöntem eş zamanlı ölçüt geçerliliğinde iki değerlendirme aracı arasındaki korelasyon katsayısının ne çok yüksek olması ne de çok düşük olması istenir (77). Çalışmamızda, eş zamanlı ölçüt geçerliliği için Chew Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi kullanılmış olup genel olarak DÖBSOY-DA'nın alt alanları ile negatif yönde zayıf-orta düzeyde bir korelasyon olduğu saptandı. Yang ve arkadaşlarının Kore'de yaptıkları iki farklı çalışmada da benzer sonuç rapor edilmektedir (87, 118). Matsumoto ve Nakayama tarafından yapılan çalışmada kullanılan SOY ölçekleri arasındaki korelasyon düzeyinin iyi olduğu bildirilmiştir (122). Yin ve arkadaşlarının ABD'de yaptıkları SOY ile ilgili geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında eş zamanlı ölçüt geçerliliği için Chew Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi kullanılmış olup iki ölçek arasında negatif yönde zayıf bir korelasyon saptandığı rapor edilmiştir (123). Chew Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi'nden alınan puanlar ile DÖBSOY-DA'dan alınan puanlar arasındaki korelasyon katsayılarının negatif yönlü olması beklenen bir durumdur. Chew Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi'nden alınan puanların yüksek olması algılanan SOY düzeyinin düşük olduğuna; DÖBSOY-DA'dan alınan puanların yüksek olması ise SOY düzeyinin yüksek olduğuna işaret eder. İki ölçüm aracı arasındaki korelasyonun zayıf-orta olmasının nedenlerinden biri Chew Sağlık Okuryazarlığı Tarama Anketi'nin maddelerinin likert tipinde, beyana dayanan ve bireyin tipik tepkilerini yansıttığı bir ölçek olup bireyin algıladığı SOY'ü ölçmesi olabilir. Oysa ki DÖBSOY-DA bireylerin maksimum performanslarını göstermesi gereken bir ölçüm aracı olduğu için, çoktan seçmeli maddeler yöneltildiğinde bireyler maddelere doğru yanıtlar veremeyebilir. Dolayısıyla her iki ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayısının düşük olması olağandır.

Gruplar arası ayrışma, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında yapı geçerliliğinin belirlenmesinde kullanılan yöntemlerden birisidir. Bu yöntem için çalışmamızda, sağlık profesyonellerinin öğrenim düzeylerinin yüksek olması ve öğrenimleri boyunca sağlıklı

ilgili eğitim almalarından dolayı SOY düzeylerinin yüksek olacağı düşüncesiyle sağlık profesyoneli olan ve olmayan gebelerin DÖBSOY-DA'dan aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır. Sağlık profesyoneli olanların doğum öncesi dönemle ilgili SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Elde edilen bu sonuç DÖBSOY-DA'nın yapı geçerliliğinin sağlandığını desteklemektedir. Literatürde SOY'ü değerlendirmeye yönelik yapılan ölçek geliştirme çalışmalarında da benzer sonuçlar bildirilmiştir (118, 121).

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında iç tutarlılık katsayıları ne kadar yüksekse değerlendirme aracında yer alan maddelerin birbirleriyle tutarlılıkları da o derece yüksektir. Genel olarak bir değerlendirme aracının güvenilir kabul edilmesi için iç tutarlılık katsayısının en az 0.70 olması önerilmektedir (107). Çalışmamızda DÖBSOY-DA'nın tüm alt alanlarının güvenilirlik düzeylerinin yüksek olduğu saptandı. Özdemir ve arkadaşlarının Türkiye'de SOY ile ilgili yaptıkları bir çalışmada iç tutarlılık katsayısının 0.70 olduğu, Bilgel ve arkadaşlarının SOY ile ilgili yaptıkları diğer bir çalışmada ise iç tutarlılık katsayılarının ölçek alt alanlarında 0.77-0.89 arasında değiştiği rapor edilmiştir (39, 124). Yin ve arkadaşlarının parenteral SOY düzeyini değerlendirdikleri çalışmada, çalışmamızda geliştirilen DÖBSOY-DA'ya benzer şekilde puanlanan bir ölçek kullanılmış olup iç tutarlılık katsayısının 0.64 olarak saptandığı bildirilmiştir (123). Literatürde farklı sonuçlar bildiren çalışmalar mevcuttur (125, 126). Araştırmalarda kullanılan ölçeklerin skorlama sistemlerinin ve araştırmaların yapıldığı çalışma gruplarının büyüklüğünün benzer olması gibi sebepler literatürde farklı iç tutarlılık katsayılarının bildirilmesinin nedenlerinden olabilir.

Bir modelleme yöntemi olan DFA, kurgulanmış veya diğer analizlerle belirlenmiş olan ölçek yapısının doğrulanması amacıyla yapılmaktadır. Doğrulayıcı Faktör Analizinde, gözlenen değişkenler ile gizil değişkenler arasındaki uyumun değerlendirilmesinde birden fazla istatistiksel ölçüt kullanılmaktadır. Ancak hangi ölçütlerin kullanılması gerektiği ve bu ölçütlerin kestirim değerlerinin ne olması gerektiği konusunda fikir birliği sağlanamamıştır (127). Çalışmamızda DÖBSOY-DA'nın sözel bölümü için RMSA, SRMR ve $X^2 \div SD$ uyum değerlerinin yüksek; CFI, GFI ve AGFI uyum değerlerinin ise kabul edilebilir düzeyde olduğu saptandı. DÖBSOY-DA'nın sayısal bölümü için elde edilen tüm uyum değerlerinin yüksek düzeyde olduğu görüldü. Yapılan bazı çalışmalarda uyum ölçütü olarak sıklıkla RMSA, SRMR ve $X^2 \div SD$

değerlerine bakılmış ve elde edilen sonuçların çalışmamıza benzer olduğu rapor edilmiştir (122, 126). Bununla birlikte GFI ve AGFI değerleri çalışma gruplarının özelliklerine göre değişebilmekte olduğu için uyum ölçütü olarak kullanılmaları çoğunlukla önerilmemektedir (127, 128). Çalışmamızda elde edilen uyum ölçütlerinin kabul edilebilir, hatta iyi uyum sınırları arasında yer almasından dolayı DFA ile ortaya konan ölçme modelinin veri ile uyum derecesinin yüksek olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak DÖBSOY-DA'nın ölçek olarak kabul edilmesi için gereken standartları sağladığı, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu kanaatine varılmıştır.

5.2. Çalışmanın İkinci Aşamasının Bulgularının Tartışılması

DSÖ tarafından dünyada her yıl yaklaşık olarak 140 milyon kadının doğum yaptığı, hergün 830 kadının ise gebelik, doğum ve lohusalık ile ilgili önlenebilir nedenlerle hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir. Bu nedenlerle meydana gelen kadın ölümlerinin %99'unun gelişmekte olan ülkelerde gerçekleştiği öngörülmektedir. Kadın ölümleri ile yakından ilişkili olan bebek ölümlerinin de zaman içerisinde azaldığı ancak istenilen düzeye inmediği bilinmektedir (83). Önlenebilir nedenlerle meydana gelen anne ve bebek ölümlerinin en aza indirilebilmesi ve sağlanan başarının sürdürülebilmesi için doğum öncesinde ve sonrasında sunulan sağlık hizmetlerinin önemini anlaşılması anahtar rol oynamaktadır (81). Doğum öncesi dönemde verilen sağlık hizmetlerinin yeterli ve etkili bir şekilde kullanılabilmesi gebelerin SOY düzeylerinin yüksek olması ile mümkündür. Gebelerin DÖB ile ilgili SOY düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgulara göre gebelerin SOY düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir. Pirdal ve arkadaşlarının Türkiye'de, Rosliza ve Muhamad tarafından Malezya'da yapılan iki farklı çalışmada da benzer sonuç bildirilirken, Kawasaki ve Ohnishi tarafından Paraguay'da yapılan iki farklı çalışmada ise gebelerin SOY düzeylerinin düşük olduğu rapor edilmektedir (101, 129-131). Literatürde farklı sonuçların bildirilmesinin nedenlerinden birisi genel olarak kabul görmüş bir ölçüm aracının olmaması ve çalışmalarda kullanılan ölçüm araçlarının değerlendirilmelerinin farklı olması olabilir.

Sağlık okuryazarlığı kavramı bireylerin yaşadıkları yerin kültürel özellikleri, sosyal yapısı ve sağlık sistemi ile etkileşim halindedir. Sağlığın belirleyicilerinden birisi olan çevresel faktörlerin, doğrudan veya dolaylı olarak sağlık üzerine etkisi olduğu açıktır (3, 132). Çalışmamızda il merkezinde yaşayan gebelerin ve/veya yaşamlarının büyük

çoğunluğunu il merkezinde geçirenlerin “Doğumla ilgili belirtiler ve doğum sürecinin işleyişi” ile ilgili alt alan dışında sözel ve sayısal okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Ohnishi ve arkadaşlarının Paraguay’da toplum tabanlı DÖB hizmeti veren sağlık kuruluşlarına başvuran gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada elde edilen sonucun çalışmamıza benzer olduğu gösterilmiştir (101). Literatürde benzer sonuç bildiren çalışmalar mevcuttur (132, 133). İl merkezinde sağlık kurum ve kuruluşlarının sayısının fazla olması gebelerin hizmet alacağı alternatifleri arttırmaktadır. Bu durum niceliksel ve niteliksel olarak daha iyi DÖB hizmeti alabilme olanakları sağlamakta, sağlığın geliştirilmesine yönelik eğitim faaliyetlerinin ve diğer aktivitelerin daha fazla olma imkanını sağlamaktadır. Bu imkanlar gebelerin farkındalıklarının artmasına, doğum öncesi dönemle ilgili bilgi dolayısıyla SOY düzeylerinin yükselmesine katkı sağlamış olabilir. Çalışma kapsamına alınan ilçe merkezlerinde toplumun daha kapalı bir yapıda olması ve sosyal ağların yetersiz olması ilçe merkezinde yaşayan gebelerin SOY düzeylerinin daha düşük olmasının nedenlerinden olabilir.

Genel olarak SOY düzeyi ile yaş arasındaki ilişki tam olarak aydınlatılamamış olmakla beraber yaş ilerledikçe SOY düzeyinin azaldığı kabul edilir (134). Görme eyleminin yeterli olması, konsantrasyon, işleyen hafıza, kelime tanıma gibi fonksiyonları gerektiren okuma eylemi karmaşık bilişsel bir süreçtir. Bu fonksiyonların herhangi birinde eksiklik olması, okuma fonksiyonunu olumsuz yönde etkilemekte olup, yaş ilerledikçe bu eksikliklerin görülme sıklıkları artmaktadır. Yaşla birlikte SOY düzeyinin azalması yukarıda sayılan bilişsel fonksiyonlarda meydana gelen değişikliklerle ilişkilendirilmektedir (135). Üreme çağında pek çok genç kadın herhangi bir sağlık problemi yaşamadığı için çoğu sağlık hizmetine ve karmaşık tıbbi danışmalıklara ilk kez ihtiyaç duymaları nedeniyle SOY düzeylerinin düşük olması daha olasıdır (136). Çalışmamızda 25 yaşından küçük olan gebelerin gebelikte görülen sağlık sorunları ve sonuçları hakkında SOY düzeyinin daha düşük olduğu saptandı. Çalışma grubunda yaş grupları arasında DÖBSOY-DA’nın diğer alanları ile ilgili SOY düzeyleri açısından fark bulunamadı. Lupattelli ve arkadaşlarının, internet tabanlı 2012 yılında çok merkezli olarak yaptıkları bir çalışmada ve Shieh ve arkadaşlarının klinik tabanlı olarak 2008 yılında ABD’de yaptıkları diğer bir çalışmada da çalışmamıza benzer sonuç bildirilmiştir (13, 18). ABD’de yapılan farklı iki çalışmada ise gebelerin yaş grupları arasında SOY düzeyi açısından fark bulunamadığı rapor edilmiştir (136, 137). Yapılan çeşitli

çalışmalarda farklı sonuçların bildirilmesinin nedenleri arasında, kadınların yaşlarının nispeten daha küçük olmasıyla birlikte, araştırma türlerinin ve çalışma gruplarının özelliklerinin farklı olması sayılabilir.

Bireylerin SOY düzeylerinin istenen seviyede olabilmesi için, doğru kaynaklardan doğru sağlık bilgisine ulaşabilmek, farklı ya da karmaşık metinlerden elde edilen bilgiyi birleştirebilmek, hesap yapabilmek gibi temel okuryazarlık becerilerini kazanmış olmaları gerekir. Öğrenim düzeyinin yüksek olması SOY düzeyinin yüksek olması için gerekli olan bu becerilerin kazanılma olasılığını arttırır (35). Bu çalışmada karıştırıcı faktörlere göre kontrol sağlandıktan sonra DÖBSOY-DA'nın tüm alt alanlarında öğrenim düzeyi yüksek olan gebelerin SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu. Gebeler üzerinde yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmiştir (16, 136, 138, 139). Ek olarak çalışma grubunda baba öğrenim düzeyi yüksek olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili sözel ve sayısal SOY düzeyleri daha yüksekti. Türk toplumunun ataerkil yapısı nedeniyle aile içinde rol model olan ebeveyn genellikle babadır. Öğrenim düzeyi yüksek olan babaların SOY düzeylerinin daha yüksek olması ve olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemesi daha olasıdır. Bu durum gerek çocuklarının öğrenim düzeyinin daha yüksek olma ihtimalini gerekse de sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda farkındalığın artmasına neden olarak SOY düzeylerinin yüksek olmasına katkı sağlamış olabilir.

Ekonomik durum ile SOY arasında iki yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Aile gelir düzeyi düşük olanlarda SOY düzeyinin daha düşük olması beklenmektedir. Diğer yandan SOY düzeyi düşük olan ailelerin koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterli şekilde yararlanamamaları, hastane ve acil sağlık hizmetlerini gereksiz kullanmaları gibi nedenlerden dolayı sağlık harcamaları daha fazladır (47). Çalışmamızda elde edilen bulgular literatür ile uyumlu olarak gelir durumu iyi olanların SOY düzeylerinin daha yüksek olduğunu gösterdi. Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda da ekonomik durumu iyi olanlarda SOY düzeyinin daha yüksek olduğu rapor edilmektedir (11, 39). Endres ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada da gelir düzeyi iyi olan gebelerin SOY düzeylerinin de yüksek olduğu bildirilmektedir (16). Cho ve arkadaşları ise ekonomik durum ile SOY düzeyi arasında bir ilişki bulunamadığını rapor etmişlerdir (136). Gelir düzeyi yüksek olan kişilerin gerek özel gerekse kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılıkları ve sağlıkla ilgili bilgiye erişim kaynakları

artmaktadır. Ek olarak gelir düzeyinin yüksek olması, SOY düzeyi ile yakından ilişkili olduğu bilinen, yaşanan çevrenin özelliklerinin daha olumlu olma ve daha iyi öğrenim alma ihtimalini arttırmaktadır. Tüm bu durumlar gelir düzeyi yüksek olan bireylerin SOY düzeylerinin de yüksek olmasını açıklayabilir.

Aktif olarak çalışma hayatının içerisinde olmak kişilere sosyal bir ortam sağlaması ve ekonomik durumlarında iyileşmeye neden olması gibi nedenlerden dolayı SOY düzeylerinin yükselmesine katkı sağlamaktadır. Endres ve arkadaşlarının ABD’de yaptıkları çalışmada aktif olarak çalışan gebelerin SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (16). Lupatelli ve arkadaşları da benzer sonuç bildirmektedirler (13). Çalışmamızda elde edilen sonuç literatür ile uyumlu olup, gelir getirici işte aktif olarak çalışan gebelerin SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Geleneksel yaşam tarzı kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını ve sağlıkları hakkında karar verme süreçlerini etkileyen unsurlardandır (140). Çalışmamızda çekirdek aile yapısına sahip olanların doğum öncesi dönemle ilgili SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu. Geniş ailede yaşayan gebeler birçok konuda olduğu gibi DÖB konusunda da aile büyüklerinin etkisi altında kalmakta olup kendilerinin ve bebeklerinin sağlıkları hakkında tek başına karar verme olasılıkları azalmaktadır. Bu durumun doğru olmayan bilgi ve tecrübelerin aktarılmasına, doğum öncesi dönemde sağlık hizmetlerinin yeterli ve verimli kullanılmamasına neden olarak gebelerin SOY düzeylerini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Aynı zamanda ailede yaşayan kişi sayısı arttıkça kişi başı gelir düzeyinin azalması SOY düzeyinin düşük olmasına katkı sağlayan faktörlerden olabilir.

Düşük SOY düzeyi ile genel sağlığın kötü olması ve sağlık risklerinin fazla olması gibi sağlıkla ilgili olumsuz sonuçlar arasında önemli bir bağ vardır. Düşük SOY düzeyi olan bireyler sağlık problemlerine yönelik işaret ve bulguları fark etmekte zorlanmakta olup sağlık arama davranışında gecikmektedirler. Aynı zamanda herhangi bir hastalık durumunda tedaviye uyum yeteneği SOY düzeyi düşük olan bireylerde daha azdır. Sayılan tüm bu durumlardan dolayı SOY düzeyi düşük olanlarda kronik hastalıkların görülme riski daha fazladır (141). Çalışma grubunda kronik hastalığı olma ve mevcut/daha önceki gebeliklerinde herhangi bir sağlık problemi yaşama durumu ile SOY düzeyi arasında bir ilişki bulunamadı. Endres ve arkadaşlarının Chicago’da yaptıkları çalışmada hipertansiyonu olan ve olmayan gebeler arasında SOY düzeyi açısından bir

fark bulunamadığı rapor edilmiştir (16). Sorensen ve arkadaşları ise SOY düzeyi düşük olanların genel olarak sağlık durumlarının daha kötü olduğunu ve kronik hastalıkların daha fazla görüldüğünü bildirmektedir (142). Schillinger ve arkadaşları SOY düzeyi düşük olanların sağlık profesyonellerinin söylediklerini anlayamadıklarından dolayı tedavi uyumlarının ve hastalık bakımlarının daha kötü olduğunu rapor etmişlerdir (143). Gerek çalışmamızda gerek benzer çalışmalarda kronik hastalık ile SOY arasındaki ilişkinin ortaya konulamamasının nedenlerinden birisi çalışma grubunun kronik hastalıkların görülme riskinin arttığı yaş aralığında yer almamaları olabilir.

Günümüzde internet erişiminin kolaylaşması, ihtiyaç duyulan bilgiye hızlı ulaşımın sağlanması, her yerde ve her zaman erişim olanağının olması gibi nedenlerden dolayı internet önemli bir bilgi kaynağı haline gelmiş olup sağlıkla ilgili bilgilere erişilmesinde de yaygın olarak kullanılmaktadır. Yaşanan gelişmelerin sonucunda DSÖ tarafından bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık alanında kullanılabilmesi için “e-sağlık” birimi kurulmuştur. E-sağlık biriminin yönetim kurulu 2016 yılında internet kullanımının sağlık hizmetlerinin sunumunda ve halk sağlığı uygulamalarındaki öneminin artmasıyla “m-sağlık: Halk sağlığı için mobil kablosuz teknolojilerin kullanımı” raporunu yayınlamıştır. Bu raporda sağlıkla ilgili internette bilgi aramanın m-sağlık sisteminin bir parçası olduğunu belirtilmiştir (144). Çalışmamızda gebelerin sağlıkla ilgili bilgiye erişimde başvurdukları önemli kaynaklardan birisinin internet olduğu saptandı. Eysenbach ve Kohler’in yaptıkları araştırmada internette yapılan aramaların %4.5’inin sağlıkla ilgili olduğu ve bu aramaların giderek arttığı rapor edilmektedir (145).

Çalışma grubundakilerin internet kullanım nedenlerinin başında gebelikte sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve gebelik takipleri hakkında bilgi edinme gibi gebelik dönemine özgü konularda bilgi aramak olduğu görüldü. Scaioli ve arkadaşlarının çok merkezli olarak yaptıkları çalışmada da, bölgeler arası farklılıklar olmakla beraber gebelerin internette daha ziyade fetal gelişim ve gebelikte sağlıklı yaşam biçimi davranışları gibi konularda arama yaptıkları bildirilmiştir (146). Gao ve arkadaşları Çin’de yaptıkları araştırmada benzer sonuç rapor etmişlerdir (147). Gebelik döneminde sağlık hizmetlerinden yararlanma ihtiyacının artması, gebelerin hem kendileri hem de bebeklerinin sağlıkları ile ilgili sorumluluklarının artması sonucunda bazı kararlar vermek zorunda kalması gibi nedenlerle sağlıkla ilgili bilgi edinme ihtiyacı artmış

olabilir. Gebeler artan bilgi ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla kolay, erişilebilir ve ucuz olması gibi avantajlarından dolayı internet kullanmaya yönelmiş olabilir.

Günlük yaşamda düzenli olarak gazete, dergi ve kitap okuma alışkanlığı olanların sağlık kurum ve kuruluşlarında asılı olan afişleri ve/veya kendilerine verilen yazılı sağlık eğitim materyallerini okuma ihtimallerinin de daha fazla olması beklenir. Bu durumun kişilerin sağlıkla ilgili farkındalıklarının ve bilgi düzeylerinin artmasına yol açarak SOY düzeylerinin yükselmesine katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Çalışma grubunda düzenli okuma alışkanlığı olan gebelerin SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuç bildirilmektedir (148, 149).

Sağlık bilgisi ile SOY kavramları genellikle birbiriyle karıştırılmakta olup, sağlık bilgisi SOY'un alt başlıkları arasında kabul edilmektedir. Sağlık ile ilgili yapılan bilgilendirme çalışmalarına katılanların konu ile ilgili hem farkındalıklarının hem de bilgilerinin artması sonucu SOY düzeylerinin de yükselmesi beklenebilir (29). Bu çalışmada gebelik ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılanların gebelikte yapılması gereken tetkik ve tahliller, doğumla ilgili belirtiler ve doğum sürecinin işleyişi ilgili sözel ve sayısal okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu. Ohnishi ve arkadaşlarının Paraguay'ın Caazapa Bölgesi'nde yaptıkları çalışmada daha önceki gebeliklerinde gebelik ile ilgili sağlık eğitimi alan ve almayan gebeler arasında maternal SOY düzeyi açısından bir fark olmadığı rapor edilmiştir (101). Çalışmamızda kullanılan DÖBSOY-Ö'nün doğum öncesi dönemle ilgili olarak SOY düzeyini alt başlıklar altında ölçmesi çalışmalarda bildirilen farklı sonuçların nedenlerinden birisi olabilir.

Doğum öncesi bakımın amaçlarından biri de kadının hem kendi hem de bebeğinin bakımı ve sağlığı konusunda eğitilmesidir. Doğum öncesi dönem sağlık hizmet sunucuları için fırsat olan bir süreçtir. Bu nedenle daha önce gebe kalan ve/veya doğum yapan kadınların doğum öncesi dönemle ilgili sağlık hizmetlerinden yararlandığı düşünülürse SOY düzeylerinin daha önce gebe kalmayanlara göre daha yüksek olması olasıdır. Çalışmamızda tek değişkenli analizlerde, 3 ve daha fazla gebe kalanların ilk gebeliği olanlara göre, 2 ve üzerinde doğum yapanların doğum yapmayan /bir kez doğum yapanlara göre ve yaşayan çocuk sayısı 2 ve üzerinde olanların çocuğu olmayan/bir çocuğu olanlara göre SOY düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmış olup bu ilişki çoklu doğrusal regresyon analizinde gösterilememiştir. Yapılan bazı çalışmalarda çalışmamıza benzer sonuçlar bildirilmiştir (101, 150). Lupattelli ve arkadaşlarının

yaptıkları çok merkezli çalışmada ise yaşayan çocuğu olmayan gebelerin SOY düzeyinin daha düşük olduğu rapor edilmiştir (13). Yapılan bazı çalışmalarda da ilk kez doğum öncesi bakım alanların aldıkları bakım sayısı arttıkça SOY düzeylerinin de yükseldiği bildirilmektedir (101, 131). Literatürde farklı sonuçların bildirilmesinin nedenlerinden birisi doğum öncesi dönemde verilen sağlık hizmetlerinin niteliğinin farklılık göstermesi olabilir. Aynı zamanda SOY düzeyleri farklı olan gebelerin sunulan sağlık hizmetlerinden aynı derecede yararlanamamaları bu sonucun oluşmasına katkı sağlamış olabilir.

Günümüzde tanı ve tedavi seçenekleri için alternatiflerin hızlı bir şekilde artması, hastalık yüklerinin ve seyirlerinin farklılaşması gibi nedenlerden dolayı bireylerin sağlık sistemleri içindeki sorumlulukları artmıştır. Gebelik döneminde bu sorumluluklar daha da artmaktadır. Bireylerin sağlıklarının yönetiminde artan sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için iletişim becerilerinin yeterli düzeyde olması gerekmektedir. Yazılı ve sözlü iletişim becerilerinin kazanılmasında anahtar rol oynayan SOY sağlık sistemlerinin kişilere yükledikleri sorumluluklar ile kişiler arasındaki dengeyi sağlayan önemli faktörlerden birisidir (143). Sağlık ile ilgili bilgilere ulaşma, okuma ve anlama kapasitesi olarak da tanımlanabilen SOY düzeyinin iletişim becerileri iyi olan ve sunulan bilgileri etkili şekilde kullanabilenlerde daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Bu çalışmada sağlık profesyonellerinin söylediklerini anlayan ve afiş-broşür gibi yazılı eğitim materyallerini okuyup anlayabilenlerin SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu bulundu. Özdemir ve arkadaşlarının Türkiye’de, İbrahim ve arkadaşlarının İngiltere’de yaptıkları çalışmalarda sağlık kuruluşları tarafından bilgilendirme amaçlı verilen kitapçıkları anlayamayanların SOY düzeylerinin daha düşük olduğu rapor edilmiştir (39, 149). Yapılan bazı *araştırmalarda da* sağlık profesyonelleri ile iletişim kurma becerileri iyi olanların ve yazılı/görsel olarak sunulan sağlıkla ilgili bilgileri anlayabilenlerin SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (139, 151). İletişim problemi yaşayan gebelerin aldıkları DÖB hizmetlerinin niteliğinin yanı sıra niceliği de olumsuz yönde etkilenmektedir (152). Niteliği ve niceliği yetersiz olan DÖB hizmetleri ve sağlık profesyonelleri tarafından sözel/yazılı olarak verilen bilgiyi kullanamama gibi durumlar gebelerin SOY düzeylerinin düşük olmasının nedenlerinden olabilir.

Çalışma grubunda DÖBSOY-Ö’nün sayısal bölümü ve sözel bölümün “Gebelikte görülen sağlık sorunları ve sonuçları” –“Gebelikte yapılması gereken tetkik ve tahliller” alt alanları ile ilgili okuryazarlık düzeyi yüksek olanların gebeliklerinin planlı olma

özelliği daha fazlaydı. Gebeler üzerinde yapılan bazı çalışmalarda da SOY düzeyi yüksek olanların gebelik öncesinde danışmanlık hizmetlerinden yararlanma ve gebeliklerinin planlı olma özelliklerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (13, 16). Düşük SOY düzeyi olan kadınların tüm sağlık hizmetlerinden olduğu gibi aile planlamasına yönelik hizmetlerden de yeterli şekilde yararlanamama ve dolayısıyla planlamadıkları bir dönemde gebe kalma olasılıkları daha fazladır. Diğer yönden gebeliğin planlı olup olmaması sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanmayı etkileyen faktörlerden birisidir. Gebeliği planlı olmayanların gebeliklerini kabullenmeleri zor olmakta ve gebeliğin gerektirdiği sorumlulukları yerine getirmekten kaçınmaktadırlar. Adetleri düzenli olmayan kadınlar planlamadıkları bir gebeliği uzun süre fark edemeyebilir ve gebelik haftasına uygun olarak yapılması gereken işlemler için geç kalabilirler. Magadi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebeliğinin planlı olma durumunun doğum öncesi dönemde sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumlu yönde etkileyen önemli faktörlerden birisi olduğu rapor edilmiştir (140). Planlanmayan gebeliklerde doğum öncesi dönemde sunulan sağlık hizmetlerinden etkili şekilde yararlanma olasılığı azalmaktadır. Bu durum gebeliği planlı olmayanlarda SOY düzeyinin düşük olmasına katkı sağlamış olabilir.

Gebelik boyunca uterus hacminin artması, serviksin kalınlaşp yumuşaması gibi vücutta meydana gelen fizyolojik değişiklikler sonucunda kadınlar doğum eylemine hazırlanır. Doğum eylemi kadın ve ailesi için özel bir deneyim olup bu süreçte kadınlar birçok sağlık riski ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu süreçteki olası sağlık risklerinin azaltılmasında önemli hususlardan birisi doğum şekline karar verilmesidir. Doğum şekline karar verme sürecini etkileyen önemli faktörlerden birisi gebenin hangi doğum şeklini tercih ettiğidir (153). Gebeler doğum yöntemine karar verme sürecinde aileleri, arkadaş çevreleri ve medyada yer alan haberlerin etkisi altında kalırlar. Sezeryan ile doğumun daha güvenli olduğuna inanma, doğum yöntemleri hakkında yeterince bilgilendirilmeme, doğumhane ve doğum sürecinden korkma gibi nedenler tıbbi neden olmadan gebelerin sezeryan ile doğum yöntemini seçmelerine neden olabilmektedir (154, 155). Doğum şekline karar verilmesinde önemli olan gebelerin doğru kaynaklar tarafından yeterli düzeyde bilgilendirilmeleri ve uygun doğum şekline yönlendirilmeleridir. Gebelere doğum yöntemi ile ilgili yapılacak bilgilendirme çalışmalarının amacına ulaşmasında ve sağlıkları ile ilgili doğru karar verebilmelerinde

SOY düzeyinin yüksek olması son derece önemlidir. Çalışmamızda karıştırıcı faktörlere göre düzeltme yapıldıktan sonra vajinal yolla doğum yapmak isteyenlerin sayısal okuryazarlıklarının daha yüksek olduğu saptandı. Cox'un 2014 yılında ABD'de yaptığı çalışmada gebelerin sağlık ve sayısal okuryazarlık düzeylerinin doğum yöntemine karar vermeyi etkileyen önemli faktörlerden olduğu bildirilmiştir (156). Yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuç rapor edilmektedir (157, 158).

Günümüzde sağlığın korunması ve geliştirilmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasına yönelik birçok kampanya yapılmakla birlikte yeterli katılımın sağlanamadığı bilinmektedir. Katılım düzeyinin yeterli olmamasının önemli sebepleri arasında SOY düzeyinin düşük olması sayılabilir. Çalışmamızda SOY düzeyi yüksek olanların düzenli egzersiz yapma, yeterli ve dengeli beslenme, gebelik haftalarına uygun destek tedavilerini kullanma gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu saptandı. Lupattelli ve arkadaşları SOY düzeyi yüksek gebelerde sigara içme alışkanlığının daha az olduğunu, Endres ve arkadaşları SOY düzeyi yüksek olan gebelerin ilk trimesterde folik asit kullanma sıklığının daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir (13, 16). Kohan ve arkadaşları SOY düzeyi yüksek olanların gebelik haftalarına uygun olarak önerilen tedavileri düzenli şekilde kullandıklarını bildirmektedirler (159). Edwards ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına adaptasyon sağlanmasında SOY düzeyinin önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir (160). Literatürde bazı çalışmalarda SOY düzeyi düşük olan gebelerin gebelik takiplerini yeterli ve düzenli yaptırmadıkları, ikili-üçlü tarama ve şeker yükleme testlerini bilmedikleri rapor edilmektedir (16-18).

Oo ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sigara-alkol tüketme ve düzenli egzersiz yapmama alışkanlıklarının SOY düzeyi düşük olanlarda daha fazla olduğu rapor edilmiştir (161). Çalışma grubunda sigara içme sıklığı %11.7 olarak saptanmış olup, sigara içenler ve içmeyenler arasında SOY düzeyi açısından bir fark bulunamamıştır. Smedberg ve arkadaşlarının 15 Avrupa ülkesinde gebelikte sigara içen kadınların özelliklerini araştırdıkları çalışmada, gebelikte sigara içme sıklığının %4.2-18.9 arasında değiştiği, SOY düzeyi düşük olanlarda daha sık olduğu bildirilmiştir (162). Sigara içme alışkanlığı ile SOY düzeyi arasında farklı sonuçların bildirilmesinin nedenlerinden biri sigara içme alışkanlığının gebeliğe göre detaylandırılarak sorgulanmamış olması olabilir.

Yüksek SOY düzeyi olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamamanın neden olabileceği sağlık risklerini daha iyi anlamaları ve bu risklere yönelik eyleme geçmeleri daha olasıdır. Gebelik döneminde zararlı alışkanlıkların ve/veya işlemlerin yaptırılmamasının bebeklerini de olumsuz yönde etkileyebilmesi gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik tutumlarının olumlu yönde değişmesine sebep olmuş olabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Eskişehir ilinde yaşayan gebeler üzerinde yapılan bu çalışmada DÖBSOY-Ö geliştirilmiş ve gebelerin DÖB ile ilgili SOY düzeyleri değerlendirilmiş olup aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Çalışmamızın birinci aşamasının sonuçları:

1. DÖBSOY-Ö'de yer alan maddeler ayırt edici olup (0.20-0.57), ölçeğin genel olarak zorluk düzeyi orta idi. DÖBSOY-Ö'de yer alan maddelerin geçerliliği %27'lik alt ve üst grup puanlarının karşılaştırılması ile de sınanmış ve madde geçerliliği ortaya konulmuştur.

2. DÖBSOY-Ö'nün yapı geçerliliği için yapılan AFA ile ortaya konulan yapıda, örneklemin AFA yapılabilmesi için yeterli olduğu (KMO değerinin 0.74-0.82 arasında değiştiği), korelasyon matrisinin AFA için uygun olduğu (Bartlett's küresellik testi her bir alt alan için; <0.05), her bir alt alan tarafından açıklanan varyansın yeterli olduğu ($\geq\%40$) ve madde faktör yüklerinin ait oldukları yapıyı yeterli düzeyde açıkladığı (her bir madde için faktör yükü; ≥ 0.30) görüldü. DÖBSOY-Ö'nün yapı geçerliliği diğer iki yöntemle de (eş zamanlı ölçüt geçerliliği, gruplar arası ayrışma yöntemleri) test edilmiş ve yapı geçerliliği ortaya konulmuştur.

3. Çalışmamızda DÖBSOY-Ö'nün tüm alt alanlarının güvenilirlik düzeylerinin yüksek olduğu saptandı (her bir alt alan için $KR-20 \geq 0.85$).

4. DÖBSOY-Ö için AFA ile ortaya konan yapı DFA ile denetlenmiş olup, ortaya konan ölçme modelinin veri ile uyum derecesinin yüksek olduğu saptanmıştır($X^2 \div SD$, RMSEA, SRMR, CFI, GFI ve AGFI uyum değerlerinin kabul edilebilir sınırlarda idi).

5. Bu çalışmada yapılan analizler sonucunda DÖBSOY-Ö'nün ölçek olarak kabul edilmesi için gereken standartları sağladığı, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmamızın ikinci aşamasında yapılan tek değişkenli analizlerin sonuçları:

6. Çalışma grubundakilerin DÖB ile ilgili SOY düzeyleri, bu çalışmada geliştirilen DÖBSOY-Ö ile değerlendirilmiş olup, gebelerin DÖB ile ilgili SOY düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

7. Çalışmamızda, 25 yaş ve üstünde olanların, gelir getirici işte çalışanların ve çekirdek aile yapısına sahip olanların DÖBSOY-Ö'nün tüm alt alanları ile ilgili SOY düzeylerinin yüksek olduğu saptandı. Ayrıca gebenin kendisinin, eşinin ve

ebeveynlerinin öğrenim düzeyi arttıkça DÖBSOY-Ö'nün tüm alt alanları ile ilgili SOY düzeyleri de artmaktaydı.

8. Gebelerden internet kullananların, düzenli kitap ve düzenli gazete-dergi okuma alışkanlığı olanların DÖBSOY-Ö'nün tüm alt alanları ile ilgili SOY düzeyleri daha yüksekti.

9. Çalışma grubunda sağlık profesyonelleri ile iyi iletişim kurabilenlerin ve sağlık kuruluşları tarafından verilen yazılı eğitim materyallerini okuyup-anlayanların doğum öncesi dönem ile ilgili SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı.

10. Bu çalışmada, gebelik sayısı 3 ve üzerinde ve doğum sayısı 2 ve üzerinde olanların doğum öncesi dönem ile ilgili SOY düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı.

11. Çalışmamızda, gebelerin doğum öncesi SOY düzeyleri ile düzenli egzersiz yapma, yeterli ve dengeli beslenme, gebelik haftalarına uygun destek tedavilerini kullanma gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik tutum ve davranışları arasında pozitif yönde korelasyon olduğu saptandı.

Çalışmamızın ikinci aşamasında yapılan ileri analizlerin sonuçları:

12. Çalışma grubunda düzenli kitap okuma alışkanlığı olanların, internet kullananların, genel okuryazarlık düzeyi iyi olanların ve sağlık profesyonelleri ile iyi iletişim kurabilenlerin DÖBSOY-Ö'nün sözel bölümünün birinci alt alanı olan "sağlıklı yaşam biçimi davranışları" ile ilgili SOY düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca gebelerin kendilerinin ve babalarının öğrenim düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili SOY düzeyleri de artmaktaydı.

13. Gebelerin DÖBSOY-Ö'nün sözel bölümünün ikinci alt alanı olan "gebelikte görülen sağlık sorunları ve sonuçları" ile ilgili SOY düzeyleri öğrenim düzeyleri ve aile gelir düzeyleri arttıkça artmakta idi. Gebelerden 25 yaşından küçük olanların ve genel okuryazarlık düzeyi kötü olanların ise gebelikte görülen sağlık sorunları ve sonuçları ile ilgili SOY düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı.

14. DÖBSOY-Ö'nün sözel bölümünün üçüncü alt alanı olan "gebelikte yapılması gereken tetkik ve tahliller" ile ilgili SOY düzeyi internet kullanmayanlarda, gebelikte kullanılması gereken destek tedavilerini düzenli almayanlarda ve gebeliğin ilk üç ayında olanlarda daha düşük olduğu bulundu. Gebelerin öğrenim düzeyleri ve aile gelir düzeyleri arttıkça gebelikte yapılması gereken tetkik ve tahliller ile ilgili SOY düzeylerinin arttığı saptandı.

15. Çalışma grubundakilerinin öğrenim düzeyleri ve aile gelir düzeyleri arttıkça DÖBSOY-Ö'nün sözel bölümünün dördüncü alt alanı olan “doğumla ilgili belirtiler ve doğum sürecinin işleyişi” ile ilgili SOY düzeylerinin arttığı bulundu.

16. Bu çalışmada, DÖBSOY-Ö'nün sayısal bölümü ile ilgili SOY düzeyi internet kullananlarda, genel okuryazarlık düzeyi iyi olanlarda, gebelikte kullanılması gereken destek tedavilerini alanlarda, sağlık profesyonelleri ile iyi iletişim kurabilenlerde ve vajinal yolla doğum yapmak isteyenlerde daha yüksekti. Ayrıca gebelerin kendi öğrenim düzeyi ve baba öğrenim düzeyleri arttıkça DÖBSOY-Ö'nün sayısal bölümü ile ilgili SOY düzeylerinin de artmakta olduğu saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Ana-çocuk sağlığının korunmasında, geliştirilmesinde ve sağlık çıktılarının iyileştirilmesinde SOY düzeyinin yükseltilmesi halk sağlığının öncelikli konularından birisi haline gelmiştir. SOY düzeyinin yükseltilmesi için yapılacak çalışmaların ilk aşaması kadınların mevcut SOY düzeyinin belirlenmesidir. Bu çalışmada geliştirilen DÖBSOY-Ö farklı çalışma gruplarının SOY düzeylerinin belirlenmesi için kullanılabilir.

- Bu çalışmanın gebelerin doğum öncesi dönemle ilgili SOY düzeylerini değerlendirme aracının geliştirildiği ilk araştırma olduğu söylenebilir. Doğum öncesi dönemle ilgili SOY düzeyini değerlendirmeye yönelik altın standart ölçüm aracı olmayıp yeni ölçüm araçları geliştirilmesi için kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu açıktır.

- Çalışmamızda öğrenim düzeyi yüksek olanlarda ve düzenli okuma alışkanlığı kazananlarda SOY düzeyinin yüksek olması, eğitim sisteminde zorunlu eğitimin örgün hale getirilmesi gibi yapılacak yeni planlamaların SOY düzeyinin yükseltilmesinde yararlı olacağını düşündürmektedir. Ek olarak sağlıkla ilgili konularda yapılacak eğitimlerin hem niteliğinin hem de niceliğinin iyileştirilerek eğitim müfredatına entegre edilmesi önerilir. Diğer yönden ülkemizde kız çocuklarının eğitimi halen önemli bir sorundur. Okuryazar olmayan erkek oranı %1.8 iken Okuryazar olmayan kadın oranı %9.0'dur. Kadının sadece kendinin değil, ailesinin sağlığından sorumlu olduğu düşünüldüğünde, toplumun SOY düzeyinin yükseltilmesinde kadınların ön planda tutulması gerekir. Bu nedenle kız çocuklarının okula gönderilmesi için aileler teşvik edilmeli ve buna yönelik hukuksal düzenlemeler yapılmalıdır.

- Gebelerin sağlıkla ilgili bilgileri edinmede sıklıkla başvurduğu kaynaklardan birisi internet idi. Bu durum göz önünde bulundurularak internet ortamında doğru, güvenilir sağlık bilgisine ulaşım sağlanmalı ve denetlemeler yapılmadı. Diğer yönden internet gibi kitle iletişim araçlarından hem genel sağlıkla ilgili hem de ana-çocuk sağlığı ile ilgili konularda farkındalık oluşturmak için yararlanılabilir.

- Sağlık profesyonelleri ile iyi iletişim kurabilenlerin SOY düzeylerinin daha yüksek olması, sağlık profesyonellerinin iletişim tekniklerine ve bireylerin SOY düzeyine dikkat ederek karşı tarafın anlayacağı şekilde basit, anlaşılır, tıbbi kelimelerden arındırılmış bir dil kullanmalı ve karşı tarafın ihtiyaçları doğrultusunda cevap verilmelidir.

- Gebelerden yazılı eğitim materyallerini anlayabilenlerin DÖB ile ilgili SOY düzeylerinin yüksek olması, eğitim için hazırlanan materyallerinin bireylerin SOY düzeylerinin belirlenerek buna göre hazırlanması gerektiğinin önemini ortaya koymuştur. Gebelik döneminde sağlık hizmetlerinden yararlanma sıklığı artmakta olup bu durum sağlık eğitimi için fırsat olarak değerlendirilmelidir. Uygun hazırlanmış eğitim materyalleri ile yapılan sağlık eğitiminin SOY düzeyinin yükseltilmesindeki rolü açıktır.

- Çalışmamızda gebelerin SOY düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik tutum ve davranışları arasında pozitif yönde korelasyon olması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında SOY'un önemli rol oynadığı kanısına varıldı. Günümüzde sağlığın geliştirilmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması ön plana çıkmış olup buna yönelik kampanyalar düzenlenmektedir ve SOY düzeyinin yükseltilmesi bu kampanyalara katılımı arttırabilir.

- Çok boyutlu bir kavram olan SOY'un yükseltilmesi için sosyokültürel yapı, eğitim sistemi ve sağlık sistemi gibi çok paydaşlı yaklaşım gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Tsai T-I, Lee S-YD, Tsai Y-W, Kuo KN. Methodology and validation of health literacy scale development in Taiwan. *Journal of health communication*. 2010;16(1):50-61.
2. Sørensen K, Pelikan J. M, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 2015;25(6), 1053-1058.
3. World Health Organization, Health Promotion Glossary, 1998 Geneva. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> (20.04.2018)
4. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*. 2012;12(1):80.
5. Kindig DA, Panzer AM, Nielsen-Bohlman L. Health literacy: a prescription to end confusion: National Academies Press; 2004.
6. Williams MV, Parker RM, Baker DW, Parikh NS, Pitkin K, Coates WC, et al. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *Jama*. 1995;274(21):1677-82.
7. Davis TC, Michielutte R, Askov EN, Williams MV, Weiss BD. Practical assessment of adult literacy in health care. *Health Education & Behavior*. 1998;25(5):613-24.
8. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *Journal of Public Health*. 2009; 31(4), 490-495
9. Sentell T, Braun KL, Davis J, Davis T. Colorectal cancer screening: low health literacy and limited English proficiency among Asians and Whites in California. *Journal of health communication*. 2013;18(sup1):242-55.

10. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. National Center for Education Statistics. 2006.
11. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım H, Demiray Ready F, Çakır B, Akalın H. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara. 2014(s 17).
12. Shieh C, Halstead JA. Understanding the impact of health literacy on women's health. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2009;38(5):601-12.
13. Lupattelli A, Picinardi M, Einarson A, Nordeng H. Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy. *Patient education and counseling*. 2014;96(2):171-8.
14. TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi 2014. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf> (10.02.2018)
15. Backe, B., A.S. Pay., A. Klovning., dan S. Sand. 2015. Antenatal Care. Diakses pada 3 Desember 2016. Tersedia di : [http://www.nfог.org/files/guidelines/1%20NGF%20Obst%20Antenatal%20care%](http://www.nfог.org/files/guidelines/1%20NGF%20Obst%20Antenatal%20care%20) (10.03.2018)
16. Endres LK, Sharp LK, Haney E, Dooley SL. Health literacy and pregnancy preparedness in pregestational diabetes. *Diabetes Care*. 2004;27(2):331-4.
17. Lori JR, Dahlem CHY, Ackah JV, Adanu RM. Examining antenatal health literacy in Ghana. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014;46(6):432-40.
18. Shieh C, Mays R, McDaniel A, Yu J. Health literacy and its association with the use of information sources and with barriers to information seeking in clinic-based pregnant women. *Health care for women international*. 2009;30(11):971-88.
19. Önal İ. Tarihsel değişim sürecinde yaşam boyu öğrenme ve okuryazarlık: Türkiye deneyimi. *Bilgi dünyası*. 2010;11(1):101-21.

20. Nartgün ŞS, Kösterelioğlu MA, Sipahioğlu M. İnsani gelişim indeksi göstergeleri açısından AB üyesi ve AB üyeliğine aday ülkelerin karşılaştırılması. Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2013;3(1).
21. Kirsch I. The International Adult Literacy Survey (IALS): Understanding What Was Measured. Princeton, NJ: Educational Testing Services; 2001(2), i-61
22. US Congress.National Literacy Act of 1991. Public Law. 1991:102-73.
23. The Centre for Literacy of Quebec. Definition of Literacy. n.d.
<http://www.centreforliteracy.qc.ca/def.htm>. (13.04.2018)
24. Kellner D. New technologies/new literacies: Reconstructing education for the new millennium. Teaching Education. 2000;11(3):245-65.
25. Kurudayıoğlu M, Tüzel S. 21. yüzyıl okuryazarlık türleri, değişen metin algısı ve Türkçe eğitimi. Türklük Bilimi Araştırmaları. 2010;28(28):283-98.
26. Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. Nursing & health sciences. 2008;10(3):248-55.
27. Cross, T. Toward a culturally competent system of care: A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed. Washington, DC: CAASP Technical Assistance Center, Georgetown University Development Center, 1989
28. Hull GA, Mikulecky L, St Clair R, Kerka S. Multiple Literacies. A Compilation for Adult Educators. 2003.
29. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international. 2000;15(3):259-67.
30. Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. Health promotion international. 2001;16(3):289-97.
31. Levin-Zamir D, Peterburg Y. Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel. Health promotion international. 2001;16(1):87-94.

32. Baker LM, Wilson FL, Nordstrom CK, Legwand C. Mothers' knowledge and information needs relating to childhood immunizations. *Issues in comprehensive pediatric nursing*. 2007;30(1-2):39-53.
33. TC Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2013-2017. <https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/stratejikplan20132017/index.html> (27.03.2017)
34. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*. 2008;67(12):2072-8.
35. Kirsch I, Jungeblut A, Jenkins L, Kolstad A. *Adult Literacy in America: A First Look at the Result of the National Adult Literacy Survey*, National Center for Education Statistics, U.S. Dept. of Education, Washington, DC. 2002.
36. DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes. *Journal of general internal medicine*. 2004;19(12):1228-39.
37. Health CoSDo. *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes: Commission on Social Determinants of Health, interim statement*. 2007.
38. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults. *Journal of general internal medicine*. 1995;10(10):537-41.
39. Ozdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health education research*. 2010;25(3):464-477.
40. Parker RM, Williams MV, Weiss BD, Baker DW, Davis TC, Doak CC, et al. *Health literacy-report of the council on scientific affairs*. *Jama-Journal of the American Medical Association*. 1999;281(6):552-7.
41. Simonds SK. *Health education as social policy*. *Health Education Monographs*. 1974;2(1_suppl):1-10.
42. Ratzan SC. *Health literacy: communication for the public good*. *Health promotion international*. 2001;16(2):207-14.
43. Health UDo, Services H. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. Washington, DC: US Government Printing Office, November 2000. Book

- US Department of Health and Human Services Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2009;2.
44. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient education and counseling*. 1999;38(1):33-42.
 45. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *Journal of general internal medicine*. 2006;21(8):878-83.
 46. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? *Journal of health communication*. 2010;15(S2):9-19.
 47. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *International journal of public health*. 2009;54(5):313.
 48. Wolf MS, Davis TC, Tilson HH, Bass III PF, Parker RM. Misunderstanding of prescription drug warning labels among patients with low literacy. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2006;63(11).
 49. Phillips DP, Christenfeld N, Glynn LM. Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. *The Lancet*. 1998;351(9103):643-4.
 50. Patel P, Zed PJ. Drug-Related Visits to the Emergency Department: How Big Is the Problem? *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*. 2002;22(7):915-23.
 51. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama*. 2002;288(4):475-82.
 52. Safer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician*. 2005;72(3):463-8.
 53. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of internal medicine*. 1998;158(2):166-72.
 54. Williams MV, Baker DW, Honig EG, Lee TM, Nowlan A. Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest*. 1998;114(4):1008-15.

55. Sezgin D. Tıbbileştirilen yaşam bireyselleştirilen sağlık: çelişkiler, alternatifler ve sağlık iletişimi: Ayrıntı Yayınları; 2011.
56. Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient education and counseling*. 2009;75(3):411-7.
57. Baker DW, Parker RM, Williams MV, et al. The health care experience of patients with low literacy. *Arch Fam Med* 1996;5(6):329-34
58. Kanj M, Mitic W. Health literacy and health promotion: Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean region. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap; 2009; (26-30).
59. U.S. Department of Health and Human Services Office of Disease Prevention and Health Promotion. Quick Guide to Health Literacy 2010. <https://health.gov/communication/literacy/quickguide/Quickguide.pdf> (03.05.2017)
60. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical care*. 2002;40(5):395-404.
61. Bennett CL, Ferreira MR, Davis TC, Kaplan J, Weinberger M, Kuzel T, et al. Relation between literacy, race, and stage of presentation among low-income patients with prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 1998;16(9):3101-4.
62. World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>. (29.03.2017)
63. Scopus Documents Search, <https://www.scopus.com/search/form.uri?display=basic&clear=t&origin=searchadvanced&txGid=64dce2a3118ac20e2688d8320c958c1e> (23.04.2018)
64. Smith S, McCaffery K. Health Literacy: a brief literature review. Produced for the NSW Clinical Excellence Commission, Australia. 2010.

65. Kickbusch I, editor Improving health literacy-A key priority for enabling good health in Europe. European Health Forum Gastein; 2004.
66. Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expectations*. 2008;11(2):113-22.
67. Maniaci MJ, Heckman MG, Dawson NL. Functional health literacy and understanding of medications at discharge. *Mayo Clinic Proceedings*; 2008;83:(554-558).
68. Al Sayah F, Williams B. An integrated model of health literacy using diabetes as an exemplar. *Canadian Journal of Diabetes*. 2012;36(1):27-31.
69. Davis TC, Crouch M, Long SW, Jackson RH, Bates P, George RB, et al. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family medicine*. 1991;23(6):433-5.
70. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux E, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family medicine*. 1993;25(6):391-5.
71. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *health*. 2004;36(8):588-594
72. Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The Single Item Literacy Screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC family practice*. 2006;7(1):21.
73. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *The Annals of Family Medicine*. 2005;3(6):514-22.
74. Kömürcü N, Doğan Merih Y. Doğum Öncesi Dönem. İçinde:Tankuter K (editör). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, 2012:131- 140, 161-163
75. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2003; (4): 98-105.

76. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. ICONINSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006) Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara. 2005:1-31.
77. Erkuş A. Psikometri üzerine yazılar. 2003.
78. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Anne Ölümleri İzleme Ve Değerlendirme Programı 2015 <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/daire-faaliyetleri/804-anne-%C3%B6l%C3%BCmleri-izleme-ve-de%C4%9Ferlendirme-program%C4%B1.html>. (13.04.2017)
79. World Health Organization. Health Statistics and Information Systems, Maternal mortality ratio, <http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/>.(13.04.2017)
80. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistiği Yıllığı 2014. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Ankara Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık. 2015.
81. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, United Nations Population Division Trends in maternal mortality: 1990 to 2014. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division, World Health Organization, Geneva (2015).
82. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a World Health Organization systematic analysis. The Lancet Global Health. 2014;2(6):323-333.
83. World Health Organization, Maternal Health. <http://www.who.int/maternal-health/en/> (26.04.2018).
84. World Health Organization, Every Woman, Every Child: A Post-2015 Vision http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/132673/9789241507523_eng.pdf?sequence=1. (26.04.2018).
85. World Health Organization, What is the Global Strategy?. <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>. (26.04.2018).

86. World Health Organization, WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>.(26.04.2018).
87. Yang SJ, Chee YK. Development and psychometric testing of the Health Literacy Index for Female Marriage Immigrants (HLI-FMI) in Korea. *Women & health*. 2017;57(8):1007-30.
88. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNE), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2014;1.
89. Abou-Zahr CL, Wardlaw TM. Antenatal care in developing countries: promises achievements and missed opportunities. An analysis of trends levels and differentials 1990-2001. 2003.
90. World Health Organization, WHO antenatal care randomized trial : manual for the implementation of the new model.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42513/WHO_RHR_01.30.pdf?sequence=1 (23.05.2018).
-
91. World Health Organization, WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>. (29.04.2018).
92. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;10(10).
93. Waldenström U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2006;85(5):551-60.

94. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*. 2012;27(10):1361-7.
95. St-Jacques S, Grenier S, Charland M, Forest JC, Rousseau F, Légaré F. Decisional needs assessment regarding Down syndrome prenatal testing: a systematic review of the perceptions of women, their partners and health professionals. *Prenatal diagnosis*. 2008;28(13):1183-203.
96. Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient education and counseling*. 2008;73(3):526-35.
97. McCaffery KJ, Holmes-Rovner M, Smith SK, Rovner D, Nutbeam D, Clayman ML, et al. Addressing health literacy in patient decision aids. *BMC medical informatics and decision making*. 2013;13(2):S10.
98. Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promotion International*. 2001;16(4):381-8.
99. Mojinyinola J. Influence of maternal health literacy on healthy pregnancy and pregnancy outcomes of women attending public hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. *African Research Review*. 2011;5(3).
100. Kohan S, Ghasemi S, Dodangeh M. Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2007;12(4):146-52.
101. Ohnishi M, Nakamura K, Takano T. Improvement in maternal health literacy among pregnant women who did not complete compulsory education: policy implications for community care services. *Health Policy*. 2005;72(2):157-64.
102. Bick D. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. National Institute for Clinical Excellence Caesarean Section Clinical Guideline National Collaborating Centre for Women's and Children's Health:

- commissioned by the National Institute for Clinical Excellence Worldviews Evid Based Nurs. 2004;1(3):198-9.
103. Villar J, Ba'aqeel H, Piaggio G, Lumbiganon P, Belizán JM, Farnot U, et al. WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. The Lancet. 2001;357(9268):1551-64.
 104. TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi 2014.
 105. Samur, G. Gebelik ve Emzilik Döneminde Beslenme, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, Sinem Matbaacılık, Ankara. 2008
 106. Erkuş A Psikometri Üzerine Yazılar: Ölçme ve Psikometrinin Tarihsel Kökenleri, Güvenirlik, Geçerlik, madde Analizi, Tutumlar; Bileşenleri ve Ölçülmesi. 1. baskı, Ankara. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:24., 2003.
 107. Alpar R. Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik: Detay Yayıncılık; 2010.
 108. Eyüboğlu E, Schulz PJ. Validation of Turkish health literacy measures. Health promotion international. 2016;31:355–362
 109. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Nobel Yayıncılık, Ankara. 2002.
 110. Baykul Y. Eğitimde ve psikolojide ölçme: Klasik test teorisi ve uygulaması: ÖSYM Yayınları; 2000.
 111. Yılmaz V, Çelik HE. Lisrel ile yapısal eşitlik modellemesi-I: Temel kavramlar, uygulamalar, programlama. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık. 2009.
 112. Eskişehir Halk Sağlığı Müdürlüğü, <http://www.eskisehir.hsm.saglik.gov.tr/> (15.12.2015).
 113. Türkiye İstatistik Kurumu, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr> (03.05.2017).
 114. World Health Organization, WHO policy on non-recruitment of smokers or other tobacco users: frequently asked questions. Genf; 2008.

115. Akbayrak T, Kaya S. Gebelik ve Egzersiz. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Bölümü Klasmat Matbaası, Ankara. 2008.
116. Ercan İ, İsmet K. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30(3):211-6.
117. Shen M, Hu M, Liu S, Chang Y, Sun Z. Assessment of the Chinese Resident Health Literacy Scale in a population-based sample in South China. BMC Public Health. 2015;15(1):637.
118. Yang SJ, Chee YK, An J, Park MH, Jung S. Analysis of Validity and Reliability of the Health Literacy Index for Female Marriage Immigrants (HLI-FMI). Asia Pacific Journal of Public Health. 2016;28(4):368-81.
119. Hashimoto H, Yanagisawa S. Development of health literacy scale among Brazilian mothers in Japan. Health promotion international. 2016;32(6):1034-40.
120. Pires C, Rosa P, Vigário M, Cavaco A. Short Assessment of Health Literacy (SAHL) in Portugal: development and validation of a self-administered tool. Primary health care research & development. 2018:1-18.
121. Bjørnsen HN, Ringdal R, Espnes GA, Moksnes UK. Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. BMC public health. 2017;17(1):717.
122. Matsumoto M, Nakayama K. Development of the health literacy on social determinants of health questionnaire in Japanese adults. BMC public health. 2017;17(1):30.
123. Yin HS, Sanders LM, Rothman RL, Mendelsohn AL, Dreyer BP, White RO, et al. Assessment of health literacy and numeracy among Spanish-Speaking parents of young children: validation of the Spanish Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT Spanish). Academic pediatrics. 2012;12(1):68-74.
124. Bilgel N, Sarkut P, Bilgel H, Ozcakir A. Functional health literacy in a group of Turkish patients: A pilot study. Cogent Social Sciences. 2017;3(1):1287832.

125. Ernstmann N, Halbach S, Kowalski C, Pfaff H, Ansmann L. Measuring attributes of health literate health care organizations from the patients' perspective: Development and validation of a questionnaire to assess health literacy-sensitive communication (HL-COM). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2017;121:58-63.
126. Moll S, Zanhour M, Patten SB, Stuart H, MacDermid J. Evaluating Mental Health Literacy in the Workplace: Development and Psychometric Properties of a Vignette-Based Tool. *Journal of occupational rehabilitation*. 2017;27(4):601-11.
127. Schreiber JB, Nora A, Stage FK, Barlow EA, King J. Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of educational research*. 2006;99(6):323-38.
128. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları: Pegem Akademi; 2012.
129. Yalçın BM, Pirdal H, Ünal M. Gebelerin gebelik izlemleri, gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2016;20(1):7-15.
130. Rosliza A, Muhamad J. Knowledge, attitude and practice on antenatal care among Orang Asli women in Jempol, Negeri Sembilan. *Malaysian J Public Health Med*. 2011;11(2):13-21.
131. Kawasaki R, Ito H, Ohnishi M. Factors associated with maternal health knowledge among pregnant women in a remote region of Paraguay. *J Health & Human Ecology*. 2015;81(2):56-67.
132. Takano T, Nakamura K. An analysis of health levels and various indicators of urban environments for Healthy Cities projects. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2001;55(4):263-70.
133. Batterham R, Hawkins M, Collins P, Buchbinder R, Osborne R. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health*. 2016;132:3-12.
134. Singleton K. Virginia Adult Education Health Literacy Toolkit. 2003.

135. Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J, Patterson M. The association between age and health literacy among elderly persons. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2000;55(6):S368-S74.
136. Cho RN, Plunkett BA, Wolf MS, Simon CE, Grobman WA. Health literacy and patient understanding of screening tests for aneuploidy and neural tube defects. *Prenatal diagnosis*. 2007;27(5):463-7.
137. Hom JM, Lee JY, Divaris K, Baker AD, Vann Jr WF. Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time. *The Journal of the American Dental Association*. 2012;143(9):972-80.
138. Mobley SC, Thomas SD, Sutherland DE, Hudgins J, Ange BL, Johnson MH. Maternal health literacy progression among rural perinatal women. *Maternal and child health journal*. 2014;18(8):1881-92.
139. LeVine RA, LeVine SE, Rowe ML, Schnell-Anzola B. Maternal literacy and health behavior: a Nepalese case study. *Social science & medicine*. 2004;58(4):863-77.
140. Magadi MA, Madise NJ, Rodrigues RN. Frequency and timing of antenatal care in Kenya: explaining the variations between women of different communities. *Social science & medicine*. 2000;51(4):551-61.
141. Von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J. Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*. 2009;36(5):860-77.
142. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*. 2015;25(6):1053-8.
143. Schillinger D, Bindman A, Wang F, Stewart A, Piette J. Functional health literacy and the quality of physician–patient communication among diabetes patients. *Patient education and counseling*. 2004;52(3):315-23.
144. World Health Organization, eHealth.
<http://www.who.int/ehealth/about/en/>. (07.07.2018)

145. Eysenbach G, Kohler C, editors. What is the prevalence of health-related searches on the World Wide Web? Qualitative and quantitative analysis of search engine queries on the internet. AMIA annual symposium, American Medical Informatics Association. 2003
146. Scaioli G, Bert F, Galis V, Brusaferrro S, De Vito E, La Torre G, et al. Pregnancy and internet: sociodemographic and geographic differences in e-health practice. Results from an Italian multicenter study. *Public health*. 2015;129(9):1258-66.
147. Gao L-l, Larsson M, Luo S-y. Internet use by Chinese women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*. 2013;29(7):730-5.
148. Sanders LM, Zacur G, Haecker T, Klass P. Number of children's books in the home: an indicator of parent health literacy. *Ambulatory Pediatrics*. 2004;4(5):424-8.
149. Ibrahim SY, Reid F, Shaw A, Rowlands G, Gomez GB, Chesnokov M, et al. Validation of a health literacy screening tool (REALM) in a UK population with coronary heart disease. *Journal of public health*. 2008;30(4):449-55.
150. Laishram J, Thounaojam UD, Panmei J, Mukhia S, Devi HS. Knowledge and practice of ante-natal care in an urban area. *Indian Medical Gazette*. 2013;2013:101-6.
151. Schnell-Anzola B, Rowe ML, LeVine RA. Literacy as a pathway between schooling and health-related communication skills: a study of Venezuelan mothers. *International Journal of Educational Development*. 2005;25(1):19-37.
152. Bennett I, Switzer J, Aguirre A, Evans K, Barg F. 'Breaking it down': patient-clinician communication and prenatal care among African American women of low and higher literacy. *The Annals of Family Medicine*. 2006;4(4):334-40.
153. Taşkın L. Kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği. IX. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık. 2009.
154. Ergöl Ş, Kürtüncü M. Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014;1(3).

155. Yaşar Ö, Şahin Fk, Coşar E, Köken Gn, Cevrioğlu As. Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. *Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2007;17(6):414-20.
156. Cox KJ. Counseling women with a previous cesarean birth: Toward a shared decision-making partnership. *Journal of midwifery & women's health*. 2014;59(3):237-45.
157. King TL. Can a vaginal birth after cesarean delivery be a normal labor and birth? Lessons from midwifery applied to trial of labor after a previous cesarean delivery. *Clinics in perinatology*. 2011;38(2):247-63.
158. Kananikandeh S. Persuading Iranian Women toward Normal Vaginal Delivery: Using Pictorial Perception of the Labour Process. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2018;6(6):1145-52.
159. Kohan S, Ghasemi S, Dodangeh M. Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2008;12(4).
160. Edwards J, Jackson C, Cheater F, Holt J, Robinson M. Healthy eating and physical activity choices in socio-economically disadvantaged women: the role of health literacy. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2009;63(Suppl 2):12-.
161. Oo WM, Soe PP, Lwin KT. Status and determinants of health literacy: a study among adult population in selected areas of Myanmar. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*. 2017;2(3):318-22.
162. Smedberg J, Lupattelli A, Mårdby A-C, Nordeng H. Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: a cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14(1):213.

