

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELERDE DOĞUM ÖNCESİ ALGILANAN
STRES İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Esra KILIÇ

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN

ORDU-2022

ONAY

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Esra KILIÇ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca birçok konuda uzman görüşü, bilgisi, ilgisi, sabrı ve motivasyonu ile bana her zaman yol gösteren, tez çalışmamın her aşamasında beni destekleyen ve etik ilkeler çerçevesinde geleceğe dair yön veren danışman hocam Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN'e,

Yüksek lisans eğitimim ve tezimin aşamalarında ilgisini esirgemeyen, destek veren değerli hocam Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'e,

Tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile teze önemli katkıları olan saygıdeğer hocam Doç. Dr. Eda ŞAHİN'e,

Çalışmamın analizine destek olan Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK'a,

Yüksek lisans tezimin yapım aşamasında değerli bilgilerini benimle paylaşan, yol gösteren Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyeleri'ne,

Tezimin düzenlenmesinde desteklerini esirgemeyen Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür Yardımcısı Sayın Dr. Öğr. Üyesi Erdal Arı'ya,

Araştırmama gönüllü olarak katılan tüm gebelere, Bugünüme kadar ihtiyacım olan her anımda koşup gelen, desteklerini ve ilgilerini esirgemeyen, bu konuma gelmemde en büyük emeği olan aileme,

Her zaman yanımda olan kıymetli çalışma arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Esra KILIÇ

ÖZET

GEBELERDE DOĞUM ÖNCESİ ALGILANAN STRES İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Bu çalışma gebelerde doğum öncesi algılanan stres ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılan araştırmanın örneklemine 08.11.2021-08.02.2022 tarihleri arasında Giresun ilinde yer alan bir hastanenin kadın doğum polikliniğine başvuran 36 hafta ve üzeri gebeliği olan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 368 gebe alınmıştır. Veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği (DÖASÖ) ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ) kullanılmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Cronbach Alfa güvenilirlik testi, bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır.

Bulgular: Gebelerin yaş ortalaması 28.33 ± 5.10 'dur. Gebelerin %35.3'ünün üniversite mezunu olduğu, %52.7'sinin ev hanımı olduğu, ve %73.6'sının çekirdek ailede yaşadığı belirlenmiştir. Gebelerin DÖASÖ puan ortalamasının 2.09 ± 0.68 ve SOÖ puan ortalamasının 98.79 ± 17.94 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin eğitim durumu, meslek, gelir seviyesi, sosyal güvence, aile tipi, uzun süre yaşanan yer, şu anki gebelik sayısı, önceki gebelik ile şimdiki gebelik arasındaki süre, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonuçlanan gebelik durumu, gebelik dönemi hakkında televizyondan ve sağlık kurumundan bilgi alma durumu, eş eğitim durumu ve mesleğine göre DÖASÖ puan ortalamalarının farklı olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Gebelerin yaş, eğitim durumu, meslek, gelir seviyesi, sosyal güvence, aile tipi, uzun süre yaşanan yer, sigara kullanımı, şu anki gebelik sayısı, önceki gebelik ile şimdiki gebelik arasındaki süre, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik dönemi hakkında televizyondan bilgi almama durumu, eş eğitim durumu ve mesleğine göre SOÖ puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Gebelerin DÖASÖ puan ortalaması ile SOÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = 0.177$).

Sonuç: Gebelikte sağlık okuryazarlığı arttıkça doğum öncesi algılanan stresinde arttığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, stres, doğum öncesi, hemşirelik

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND PERVEIVED SRESS AMONG PREGNANT WOMEN

Aim: This study was conducted to examine the relationship between perceived prenatal stress and health literacy in pregnant women.

Materials and Methods: The sample of this descriptive and relationship-seeking study was included in the sample of the study, who applied to the obstetrics clinic of a hospital in Giresun between 08.11.2021 and 08.02.2022, had a pregnancy of 36 weeks or more, a total of 368 pregnant women who had no communication barriers and volunteered to participate in the study were recruited. Personal Information Form, Prenatal Perceived Stress Scale (PSAS) and Health Literacy Scale (SSS) were used as data collection tools. Descriptive statistical methods, Cronbach's Alpha reliability test, independent groups t test and ANOVA test were used in the evaluation of the research data.

Results: The mean age of the pregnant women was 28.33 ± 5.10 years. It was determined that %35.3 of the pregnant women were university graduates, %52.7 were housewives, and %73.6 lived in a nuclear family. It was determined that the mean EPASS score of the pregnant women was 2.09 ± 0.68 , and the mean PAS score was 98.79 ± 17.94 . Educational status, occupation, income level, social security, family type, place of residence for a long time, current number of pregnancies, time between previous pregnancy and current pregnancy, total number of pregnancies, number of living children, miscarriage, stillbirth, abortion, premature It was observed that the mean BSASQ score differed according to the pregnancy status resulting in childbirth, getting information about the pregnancy period from television and health institutions, education status of the spouse and profession ($p<0.05$). About the age, education level, profession, income level, social security, family type, place of residence for a long time, smoking, current number of pregnancies, time between previous pregnancy and current pregnancy, total number of pregnancies, number of living children, pregnancy period. It was found that the difference in the mean STS score according to the status of not getting information from television, the education status of the spouse and the occupation was statistically significant ($p<0.05$). It was determined that there was a statistically significant, positive, and low-level relationship between the PASAS score average of the pregnant women and the PAS score average ($r=0.177$).

Conclusion: It was observed that the perceived prenatal stress increased as health literacy increased during pregnancy.

Keywords: Health literacy, stress, prenatal, nursing.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ONAY	I
TEZ BİLDİRİMİ	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
TABLolar DİZİNİ	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	X
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırma Soruları.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Stres Kavramı	5
2.2. Stres Nedenleri.....	6
2.3. Stres Belirtileri.....	7
2.4. Gebelikte Doğum Öncesi Algılanan Stres.....	7
2.5. Gebelikte Doğum Öncesi Algılanan Strese Yol Açan Faktörler	8
2.6. Gebelikte Doğum Öncesi Algılanan Stresin Maternal ve Fetal Etkileri	9
2.7. Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı Kavramı	11
2.8. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Gelişimi.....	12
2.9. Sağlık Okuryazarlığının Önemi	13
2.10. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler.....	15
2.11. Doğum Öncesi Algılanan Stres İle Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki	16
2.12. Gebelikte Doğum Öncesi Algılanan Stresle Baş Etmede Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	17
2.13. Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21

3.1. Araştırmanın Türü.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	21
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	21
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	22
3.5. Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	22
3.6. Veri Toplama Araçları	22
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	22
3.6.2. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği	23
3.6.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	23
3.6. Kişisel Bilgi Formunun Ön Uygulaması	24
3.7. Verilerin Toplanması.....	24
3.9. Değişkenler	25
3.9.1. Bağımlı Değişkenler	25
3.9.2. Bağımsız Değişkenler	25
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	25
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
3.12. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	25
3.13. Verilerin Değerlendirilmesi	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulguların Değerlendirilmesi	27
4.2. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ne Ait Bulguların Değerlendirilmesi	30
5. TARTIŞMA.....	56
5.1. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği'ne Ait Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	56
5.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ne Ait Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	61
5.3. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması	65
6. SONUÇ ÖNERİLER	68
6.1. Sonuçlar	68
6.2. Öneriler.....	71

KAYNAKLAR	72
EKLER	87
EK 1. Kişisel Bilgi Formu	87
EK 2. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği.....	89
EK 3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği.....	90
EK 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu	92
EK 5. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği Kullanım İzni Yazısı.....	94
EK 6. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Kullanım İzni Yazısı	95
EK 7. Sağlık Bakanlığı Giresun İl Sağlık Müdürlüğü Yazılı İzni	96
EK 8. Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni	97
ÖZGEÇMİŞ	Error! Bookmark not defined.

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bazı Değişkenlere Göre Dağılımları.....	26
Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	28
Tablo 4.3. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	29
Tablo 4.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	30
Tablo 4.5. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bazı Değişkenlere Göre DÖASÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.6. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.7. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bazı Değişkenlere Göre SOÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.8. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre SOÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.9. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	53

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DÖASÖ: Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği

SOÖ: Sağlık Okuryazarlık Ölçeği

TDK: Türk Dil Kurumu

HLS-EU-Q: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi

Min : Minimum

Max : Maksimum

Ort : Ortalama

SS : Standart Sapma

r : Pearson Korelasyon

t : Bağımsız t-Örneklem Testi

F : Tek Yönlü Varyans Analizi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsanlar hayatları boyunca yaşam kalitelerini arttırmak, hastalıklardan korunmak, sağlıklarını geliştirmek için sağlık bilgisine ihtiyaç duyarlar. İnsanların bu bilgiye ulaşmak için gösterdikleri çaba, tutum, bilgi, beceri ve motivasyon sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır (Yakar ve ark, 2019). Sağlık okuryazarlığı, toplumun ekonomik ve sosyal anlamda gelişmesi açısından önemli bir konudur (Şantaş, 2021). İnsanların sağlıkla ilişkili doğru bilgilere ulaşma, uygulama ve işleme kapasitesini elen alan sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili doğru kararlar verilmesini de sağlayan önemli bir kavramdır ve sosyal, bireysel etkenlerin ortak sonucudur (Dadipoor ve ark, 2017; Asadi ve ark, 2020; Örsal ve ark, 2019).

Sağlık okuryazarlığı, modern toplumlarda sağlığın ana bileşeni olarak kabul edilmektedir. Zayıf sağlık okuryazarlığı insanlarda olumsuz sağlık durumlarına neden olmaktadır. Kanıtlar; kronik hastalıklara, ruh sağlığı sorunlarına sahip kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir (Jenabi ve ark, 2020). Bunun yanı sıra göçmenler, yaşlılar, düşük eğitim düzeyi ve düşük sosyo-ekonomik statüye sahip hassas gruplardan oluşan toplumlarda da sağlık okuryazarlık oranı yetersiz görülmektedir (Yakar ve ark, 2019). Montazeri ve arkadaşları (2014), tarafından İran'da yapılan bir araştırmaya göre, İran nüfusunun yarısının sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ve bu kısıtlamanın, yaşlılar, ev kadınları, işsizler ve sınırlı genel okuryazarlığa sahip kişiler dahil olmak üzere hassas gruplarda daha yaygın görüldüğü bildirilmiştir.

Sağlık okuryazarlığı, toplumdaki erkeklerin yanı sıra kadının kendisi ve çocuklarının sağlığını geliştirmesinde çok daha önemli bir unsurdur. Yeterli sağlık bilgisine sahip olmayan kadınlar çocukları için sağlık bakımını yaşamakta zorluk yaşamaktadır. Bu sebeple doğru bilgilere sahip olmak, kadının ve ailesinin sağlık davranışlarını geliştirmektedir (Asadi ve ark, 2020). Kadınlarda sağlık okuryazarlığı durumuna dikkat edilmesinin iki önemli nedeni bulunmaktadır. Birincisi, gebelik bir kadının sağlık sistemiyle ilk karşılaşması olabilir bu nedenle, bu karmaşık sistemle ilk kez karşılaşmak, yeterli okuryazarlık becerilerine sahip olsa bile kişiye karmaşık gelebilmektedir. Diğer neden ise düşük düzeyde okuryazarlığa sahip kadınların yeni

bilgileri öğrenme, yönergeleri izleme sağlık durumu ve sağlık bilgilerini doğrudan anlama konusunda daha fazla sorun yaşamalarıdır. Bu nedenle kadınlar gebelik öncesinde, gebelik sırasında, bebeğin büyüme gelişme döneminde sıkıntı yaşayabilmektedir. Özellikle gebelik dönemde algılanan stres düzeyinde sağlık okuryazarlığı belirleyici bir rol oynamaktadır (Charoghchian Khorasani ve ark, 2018).

Gebelik, psikososyal ve fiziksel değişimler içermesi sebebiyle kadınlar için stres içeren bir yaşam olayıdır. Gebelik süresince yaşanan bu stres “prenatal sıkıntı” olarak tanımlanmaktadır (Atasever ve Sis Çelik, 2018). Kadının gebelik dönemi görülen fizyolojik, psikolojik ve fiziksel değişikliklere uyum sağlayamaması sonucu ruhsal sıkıntılar ortaya çıkmaktadır. Bu sıkıntıların temelini genetik, sosyal ve psikolojik etkenler oluşturmaktadır (Öztürk ve Aydın, 2017; Özdamar ve ark, 2014). Yapılan bir çalışmada 1. trimester gebelerde doğum öncesi algılanan stres düzeyi arttıkça bebeğe bağlanma düzeyinin de arttığı, 3. trimesterde ise algılanan stres seviyesinin yükselmesine karşın doğum öncesi dönemde bebeğe bağlanma düzeyinin azaldığı saptanmıştır (Topaç Tuncel ve Kahyaoğlu Süt, 2019). Avustralya ve Yeni Zelanda’da gebe kadınların dahil edildiği bir çalışmada ise annede görülen stresin plasental problemler, preeklampsi ve gebelikte madde kullanımına neden olduğu tespit edilmiştir (Staneva ve ark, 2018).

Coşkun ve ark (2020), yaptıkları çalışmada gebelerin algıladıkları stres yükseldikçe annelik rolüne adaptasyon sürecinin zorlaştığı ve beden algılarının olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. Gebeliği plansız olan, istenmeyen sağlık sorunları yaşayan, eşi ile uyum sağlayamayan gebelerin stres düzeyleri artmaktadır. Bununla birlikte annelik-beden algıları da anlamlı şekilde olumsuz etkilenmektedir. Körükçü ve ark (2017), çalışmasında gebelik öncesi dönemde saptanmış sağlık sorunu olan gebelerin prenatal kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Solhi ve ark (2019), yaptıkları çalışmada gebelerde sağlık okuryazarlığı eğitiminin fiziksel ve zihinsel anlamda öz bakımı artırdığı saptanmıştır. Jenabi ve ark (2020), tarafından İran’da 177 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığının kadının yaşam kalitesi, vazomotor, psikoloji ve fiziksel alanlar ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Kilfoyle ve ark (2016), yaptıkları sistematik bir inceleme de sağlık okuryazarlığı ve üreme sağlığı konulu 34 makale ele alınmıştır. İncelemeler sonucunda sağlık okuryazarlığının üreme davranışları ve sonuçlarında önemli rol

oynadığı fikrine varılmıştır. Asadi ve ark (2020), gebelerde üzerinde yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlığı daha yüksek olan kişilerin, diğer kadınlardan önemli ölçüde daha fazla doğum öncesi danışmanlık aldığını ve planlı bir gebeliğe sahip olduğunu saptamışlardır. Aydın ve Aba (2019), yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlık seviyesi yüksek olan gebelerin emzirme öz yeterlilik durumlarının da daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Kaya Şenol ve ark (2019), 153 gebe ile yaptıkları bir çalışmada gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin yeterli doğum öncesi bakım alma durumunu olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Akça ve ark (2020), yaptıkları bir çalışmada gebelerin eğitim düzeyi ve gelir seviyesi ile sağlık algısı ve okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde gerekli olan bilgiye hızlı ve kolay erişim sağlaması açısından internet en çok kullanılan kaynaklar arasında yer almaktadır. Ancak olumlu sağlık bilgisi elde edinmenin yanı sıra kişide endişeye de neden olmaktadır (Doğan ve ark, 2021). Ökmen ve Yılmaz (2016), internet ile sağlık bilgisi elde eden kişilerin kaygı, endişe ve korku düzeylerinin arttığını belirtmişlerdir. Aiken ve ark (2012), yaptıkları çalışmada ise internet kendi sağlığını yönetebilen bireyler için yararlı bulunurken duyarlı bireyler için endişe kaynağı olarak yorumlanmıştır. Çalışma sonuçları doğrultusunda özellikle gebe bireylerde internetin kullanım amacının ve sınırının annede doğum öncesi stres yaratmaması açısından değerlendirilmesi gerekmektedir.

Gebelik dönemi kadının sağlık hizmetlerinden en çok yararlandığı dönemdir. Gebelerin sağlık hizmetlerinden faydalanma, sağlıkla ilgili konuları anlama ve uygulama yeteneklerinin oluşmasında sağlık okuryazarlık düzeyi önemli bir faktördür (Akça ve ark., 2020). Bu sebeple gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyi ve bu düzeyin gebeliği nasıl etkilediği bilinmelidir. Bu amaç doğrultusunda artan sağlık okuryazarlığının kadın sağlığı sonuçlarını arttırma durumuna yönelik geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık okuryazarlığının doğum öncesi strese etkisini inceleyen az sayıda çalışmaya rastlanılması nedeniyle bu çalışmanın literatüre katkı sunacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, gebelerde doğum öncesi algılanan stres ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

- Gebelerde sağlık okuryazarlığı ne düzeydedir?
- Gebelerde doğum öncesi algılanan stres ne düzeydedir?
- Gebelerde doğum öncesi algılanan stres ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki var mıdır?
- Gebelerde doğum öncesi algılanan stres ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Stres Kavramı

Hans Selye tarafından 1930'lu yıllarda ilk defa ortaya çıkarılan stres kavramı, aşırı baskı altında kalınması sonucu insanda ortaya çıkan tepki olarak ifade edilmektedir (Timuroğlu ve Yılmaz, 2019). Frederico 1877'de stres kavramını tehlikeli etkenlere karşı verilen uyarı olarak tanımlarken, Claude Bernard 1878'de canlının dengesi bozulduğunda ortaya çıkan durum olarak tanımlamıştır. Stres kavramını, 1960'ta Lazarus insanın çevresiyle oluşturduğu ilişkiler sonucu organizmada ortaya çıkan tepki; 1974'te Hause insanda alışkanlık haline gelen davranışların yetersiz kalması sonucu meydana gelen refleks; 1976'da Mandler çevredeki zararlı faktörler tarafından oluşturulan tehlike esnasında organizmanın üstlendiği görev; 1984'te Hann insanın, yaşamış olduğu çevrenin diğer insanlar tarafından kötü değerlendirilmesi sonucu düştüğu durum şeklinde ifade etmiştir. Pfluger ise stresi canlının yaşamını devam ettirmesi için tehlikeli durumlardan kaçıp korunması olarak ifade etmiştir (Salbacak, 2021).

Stres kavramı, Oxford Learners sözlüğü tarafından "kişinin hayatında var olan baskı" anlamına gelirken Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından "ruhsal gerilim" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2022). Asıl kökeni Latince olan stres kavramı, kişide gerginlik ve kaygı sebebi olarak görülmektedir (Yılmaz, 2019). Hissedilen duyguların uzun süreli ve kronik olması durumu ise endişe verici olarak ifade edilmektedir (Timuroğlu ve Yılmaz, 2019).

Kişilerin hayatlarında hedeflerini gerçekleştirmek adına itici bir güç olarak tanımlanan stres, baş edilemeyecek düzeye geldiğinde hayatı olumsuz etkilemektedir (Arslan, 2018). Fakat stres beklenmedik durumlar karşısında kişilerin harekete geçmesini sağlayarak motive edici bir faktör olarak da görülmektedir (Kandaş, 2021).

Dünyada stresin görülme sıklığı olarak ilk sırada Peru (%66) yer alırken ikinci sırada Lübnan (%63) yer almaktadır. Türkiye (%59) dördüncü sırada yer almaktadır (GALLUP Dünya Anketi, 2020). Türkiye'de bulunan gençlerin %49'unun stresli olduğu düşünölmektedir (Küresel Gençlik Refah Endeksi, 2017). Kadınlarda ise gebelik döneminde görölen stres oranı %11.6 ile %57.7 arasında değişim göstermektedir (Geldi, 2020).

2.2. Stres Nedenleri

Stresin ortaya çıkmasında etkili olan faktörler aşağıda sıralanmıştır:

1. Yaş

Genç yaştaki insanlar ileri yaş grubuna sahip insanlara göre daha fazla stres yaşamaktadır (Coşar Çetin ve Yeşilçiçek Çalık, 2018).

2. Cinsiyet

İnsanların cinsiyet etkeni açısından stres düzeyleri değerlendirildiğinde kadınlar erkeklerden daha fazla stres yaşamaktadır (Ülker, 2015).

3. Eğitim Durumu

Kişinin eğitim seviyesi arttıkça sahip olduğu stres düzeyi de artmaktadır. Üniversite mezunu insanların, ortaokul ve ilkokul mezunu insanlara göre stres düzeyi daha yüksektir (Ülker, 2015).

4. Fiziksel Faktörler

Hava ve gürültü kirliliği, aşırı ya da yetersiz beslenme, kalabalık ortam, ağrı, sıcak, soğuk, radyasyon toz gibi etkenler stres düzeyini etkilemektedir (Külçür, 2016; Salbacak, 2021).

5. Psiko-sosyal Faktörler

İnsanların stres düzeylerini etkileyen psiko-sosyal nedenler üç farklı grupta incelenmektedir.

-Günlük stresler: İnsanların günlük hayatta karşılaşmış strese girmesine neden olan faktörlerdir. Ağlayan çocuk, ev işlerinin yetişmemesi, sorumluluk gerektiren görevler, yanan yemek gibi olaylar günlük streslere örnek verilebilmektedir (Külçür, 2016; Salbacak, 2021).

-Gelişimsel stresler: Kişilerin gelişme dönemi evrelerinin neden olduğu streslerdir. Menopoz, ergenlik, adolesan dönem ve gebelik dönemi gelişimsel streslere örnek verilmektedir (Kızılkaya Beji, 2019).

-Durumsal stresler: İnsan hayatını şekillendiren olayların neden olduğu streslerdir. Boşanma, doğum yapma, anne-baba olma, evlenme gibi olaylar durumsal streslere örnek verilmektedir (Kızılkaya Beji, 2019).

6. Doğal Afetler

Deprem, sel, çığ, yangın gibi doğal afetler insanların stres düzeylerinin yükselmesine neden olmaktadır (Coşar Çetin ve Yeşilçiçek Çalık, 2018).

7. Sağlık Problemleri

Mental ve kronik hastalıklar, insanlarda stres görülmesine neden olmaktadır (Salbacak, 2021).

2.3. Stres Belirtileri

Stres sonucu görülen belirtiler fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal olmak üzere dört grupta incelenmektedir (Köse, 2013).

Fiziksel Belirtiler: Baş ağrısı, uykusuzluk, kabızlık, yorgunluk, enerji kaybı, dış gıcırdatma, aşırı terleme, kas ağrıları, ciltte döküntü, bulantı-kusma, kilo kaybı, kan basıncında artma, baş dönmesi (Köse, 2013; Ülker, 2015; Akdeniz ve Deniz, 2019).

Duygusal Belirtiler: Saldırganlık, düşmanlık, gerginlik, güvensizlik hissi, aşırı hassasiyet, depresyon, anksiyete, kızgınlık (Köse, 2013; Ülker, 2015; Kandaş, 2021).

Zihinsel Belirtiler: Unutkanlık, karar vermede zorluk, kazalarda artış, iş veriminde azalma, zihin karışıklığı, bellek zayıflığı (Köse, 2013; Ülker, 2015).

Sosyal Belirtiler: İnsanlarda hata bulmaya çalışmak, randevulara geç kalmak, insanlara suçlayıcı yaklaşmak, aşırı savunmacı tutum sergilemek (Köse, 2013).

2.4. Gebelikte Doğum Öncesi Algılanan Stres

Kadınların yaşadığı doğal bir olay olan gebelik, aynı zamanda kadınlar tarafından normal görülmekte birlikte kendini gerçekleştirme ve esenlik dönemi olarak da tanımlanır (Karataş Baran ve ark, 2020; Guo ve ark, 2021). Gebelik döneminde kadınlar psikolojik, sosyo-ekonomik ve çevresel anlamda birçok değişiklik yaşamaktadır. Doğumla ilişkili endişeler, ebeveynlik rolünde zorlanma ve gebelikte oluşan fiziksel belirtiler bu değişikliklere örnek verilebilir (Chen, 2015; Bjelica ve ark,

2018). Gebe kadınlar bu yaşam deneyimleri ve tehdit edici durumlarla başa çıkamadıklarında fiziksel, zihinsel ve sosyal stres hissetmeye başlamaktadır (Bjelica ve ark., 2018).

Gebelik döneminde hafif düzeyde seyreden stres normal ve geçici olarak kabul edilmektedir. Bu durum kadınların gebelik dönemi adaptasyonuna olumlu katkı sağlayan bir durumdur (DeSocio, 2018). Stres ciddi bir boyuta ulaştığında ise gebenin hem doğum öncesi hem doğum sonu sağlığını olumsuz etkilemektedir. Stres gebelerde yetersiz beslenme, yetersiz doğum öncesi bakım ve emzirme sorunlarına yol açabilmektedir. Aynı zamanda doğum sonu dönemde annenin hem bebeğine hem kendine zarar vermesi açısından risk oluşturmaktadır (Ertekin Pınar ve ark., 2017).

Gebe kadınlarda stres yaygın bir durumdur. Kanada'da yapılan bir çalışmada, gebelerin %40.2'sinin stres yaşadığı bunlardan %9.7'sinin hafif veya orta düzeyde stres olduğu belirlenmiştir. Amerika'da gerçekleştirilen farklı bir araştırmada ise, gebelerin %84'ünün doğum öncesi stres yaşadığı ve bunlardan %6'sının yüksek düzeyde stres olduğu bildirilmiştir (Guo ve ark., 2021). Ülkemizde ise Yüksel ve ark (2020), yaptıkları çalışma sonucunda gebelerde stres görülme oranı %39.7 bulunmuştur (Yüksel ve ark., 2020).

2.5. Gebelikte Doğum Öncesi Algılanan Strese Yol Açan Faktörler

Gebelik, kadın için olumlu beklentilerin olduğu bir dönemdir ancak oluşan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler nedeniyle gebe için stresli bir dönem haline gelebilmektedir. Hormonal değişiklikler bu durumun oluşmasında başlıca etkidir (Iranzad, 2014). Kadının eğitim seviyesi, gebeliğe karşı tutumu, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin istenme durumu, aile bireyleri arasındaki ilişkiler, sosyoekonomik durum ve cerrahi riskler de doğum öncesinde risk oluşturan faktörlerdendir (Dönmez ve ark., 2014).

Gebelik döneminde görülen fizyolojik şikayetler de stres nedeni olarak görülmektedir. Bulantı-kusma, bel ağrısı, halsizlik ve konstipasyon bu duruma örnek olarak verilebilmektedir (Baykal Akmeşe, 2017). Gebelik yaşayan kadınlarda görülen kanama, ağrı, düşük riski, doğum yapılacak zamanın bilinmemesi, bebekte genetik bozukluk olma ihtimali, aile içi destek ve sosyal desteğin az olması gibi etkenler strese neden olmaktadır. Sosyal açıdan bakıldığında eşler cinsel yeteneklerini kanıtlamak,

toplumda statü kazanmak ve geleneksel dayatmalar sebebiyle çocuk sahibi olmak isteyebilirler. Eşlerin bu düşüncelere sahip olması kadınlar için stres kaynağı olarak görülebilmektedir (Ölçer ve Oskay, 2015).

Doğum eyleminin başlamasıyla gebenin hissettiği stres ortamdaki kaynaklı uyaranlar nedeniyle artmaktadır. Gebenin etrafında tanımadığı insanlar olması, ses, ışık, lavman yapılması, kendini yalnız hissetmesi gibi uyaranlar stres faktörüdür. Ayrıca gebenin tüm bu faktörlerle baş edebilmesini ve çok iyi bir anne olabilmesini beklemek strese neden olan diğer etkenler arasında sayılmaktadır (Salbacak, 2021).

2.6. Gebelikte Doğum Öncesi Algılanan Stresin Maternal ve Fetal Etkileri

Gebelik normal bir fizyolojik süreç olmasına rağmen, duyulan stres sebebiyle hem gebe kadının hem de fetüsün sağlığı ve yaşamı ile ilgili bazı riskler taşımaktadır. Özellikle yüksek riskli gebeliğe sahip kadınlarda duyulan stres, kaygı düzeyini yükselterek istenmeyen komplikasyonlara neden olmaktadır (Deshpande, 2016). Stres, gebelik döneminde kadının zihinsel baskısının bir sonucu olarak görülebilmektedir. Aynı zamanda gebenin vücudunda gerçekleşen kimyasal olayları hızlandıran bir faktördür (Iranzad, 2014).

Stres görülmesiyle birlikte damarlarda daralma meydana gelerek plasentanın yeterli şekilde kanlanması engellenir. Bunun sonucunda gebe kadında bazı obstetrik komplikasyonlar meydana gelmektedir. Spontan abortus, doğum eyleminde uzama ya da kısalma, erken membran rüptürü, preeklampsi, doğum öncesi kanama görülmesi, zor doğum eylemi ve epizyotomi uygulanma riskinin artması bu komplikasyonlardan arasında yer almaktadır (Pearlstein, 2015). Yapılan çalışmalar stresli gebelerin daha fazla bulantı-kusma yaşayarak fiziksel şikayetlerinin arttığını, daha fazla hastaneye başvurduklarını ve daha çok doğum korkusu yaşadıklarını göstermiştir (Shishehgar ve ark., 2014).

Doğum öncesi dönemde algılanan stres, anne ve bebek sağlığını iki farklı yol ile etkilemektedir. Artan kortizol, nörepinefrin hormonlarının vücuda vermiş olduğu etkiler bunlardan biridir. İkincisi ise, stres yaşayan gebelerde doğum öncesi kontrollere gidememe, madde kullanmaya başlama gibi sağlıklı olmayan yaşam alışkanlıklarına sahip olmasıdır (Usta ve Balıkcı, 2012).

Yapılan çalışmalar sonucunda, gebelerin algıladıkları stres ile anne ve fetüste oluşan olumsuz sonuçlar arasında yakın ilişki bulunmaktadır (Bale ve ark., 2010; Grote ve ark., 2010; Iranzad ve ark., 2014). Stres durumunda vücut enzimler üreterek kendini savunur fakat stresin kronik hale gelmesiyle bu koruyucu etki yok olmaktadır (Coşar Çetin ve Yeşilçiçek Çalık., 2018). Görülen stres sürekli bir durum haline geldiğinde anne ve bebekte bazı etkiler göstermektedir (Baykal Akmeşe, 2017).

Stresin Maternal Etkileri

Stres oluşumu esnasında, kortizol ve nörepinefrin adı verilen stres hormonlarının salınımı artmaktadır. Bu hormonlar plasenta aracılığıyla fetüse ulaşarak gelişme geriliğine neden olmakta ve gebenin preterm doğum yapmasına yol açmaktadır (Atasever ve Sis Çelik, 2018). Yapılan bir çalışma sonucunda, gebelik döneminde strese maruz kalmış kadınların %45'inde preterm doğum yaşandığı bildirilmiştir (Lilliecreutz ve ark., 2016).

Stresin Fetal Etkileri

Gebelik fetüsün sağlığı için uygun bir intrauterin ortamın oluşturulduğu dönemdir. Bu dönemde oluşan fizyolojik değişimlerin yanı sıra ruhsal değişimlerde sağlıklı bir gebeliğin sürmesinde etkili faktördür. Özellikle doğum öncesi algılanan stres gebenin ruhsal iyilik halini bozmakta, fetüsün sağlıklı gelişim sürecini de engelleyebilmektedir (Öztürk ve Aydın, 2018).

Gebelik dönemi stresin oluşturduğu başlıca komplikasyon, plasentanın yeterli kanlanamamasına bağlı olarak fetüste gelişen büyüme gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlıklı bebektir. Fetal kalp atım hızında değişiklik, yoğun bakım ihtiyacı duyulan bebek, gestasyon yaşına göre küçük fetüs, düşük APGAR skoru, intrauterin gelişme geriliği ve fetal ölüm de bu komplikasyonlara dahil edilmektedir (Staneva, 2015).

Gebelikte salgılanan hormonlar nedeniyle fetüsün immün sistemi zayıf bir hale gelebilmekte bu durum alerjik inflamasyonlara sebep olabilmektedir. Bunun sonucunda ise, preeklampsi gibi komplikasyonların görülme riski artmaktadır (Coşar Çetin ve Yeşilçiçek Çalık, 2018).

Gebelerin hem kendi hem bebeklerinin sağlıklarını korumak ve sürdürmek için ihtiyaç duyulan sağlık bilgisine ulaşmaları gerekmektedir. Bu nedenle doğum öncesi süreçte sağlık okuryazarlığı önem kazanmaktadır.

2.7. Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Okuryazarlık kavramı bireyin bilgisini geliştirmesinde, belirlediği hedeflere ulaşmasında, karşılaştığı problemleri çözümlemesinde hem sosyal yaşantısında hem de iş yaşantısında sahip olduğu sorumlulukları yerine getirmesinde gerekli olan bilgi, beceri ve tecrübeye ulaşabilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Türkoğlu ve Kılıç, 2021). Aynı zamanda, bireylerin olayları algılayıp yorumlamasında yol göstericidir ve “bilgi sahibi olma” olarak algılanmaktadır (Karabacak ve Sezgin, 2019). Okuryazarlık kavramı, okuma yazma becerisinin yanı sıra bireylerin özel alanlarda bilgi düzeyinin belirlenmesinde de kullanılmaktadır. Bu özel alanlarda en önemli okuryazarlık düzeylerinden birisi sağlık okuryazarlığıdır (Malatyalı ve Biçer, 2018).

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk olarak 1974 yılında sosyal sorunları ele almak için toplanan bir sağlık eğitimi kongresinde ortaya çıkmıştır. Bu sebeple sağlık okuryazarlığı okuma-yazma ve sağlık alanlarında insanların bir araya getirildiği kavram olarak algılanmaktadır (Türkoğlu ve Kılıç). Ortaya çıktığı ilk yıllarda “sağlığı için bireyin becerileri” olarak tanımlanmıştır. Daha sonra “bireyin sağlığı için gerekli bilgiye ulaşması ve bu bilgiye uygun davranışlar göstermesi” olarak ifade edilmiştir. En geniş tanımıyla ise, “insanın sağlığıyla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve bu bilgileri sağlık yararına olacak şekilde kullanması için gerekli sosyal ve bilişsel beceriler” şeklinde yer almaktadır (Kendir Çopurlar ve Kartal, 2016).

Sonraki yıllarda yapılan tanımlamalarda, “insanın sağlık bilgisini elde edebilme, değerlendirebilme ve kullanabilmesi için sağlık hizmetlerini kullanabilme düzeyi” olarak ifade edilmektedir. Başka bir ifadeyle sağlık okuryazarlığı, “bireyin sağlığı ile ilgili günlük kararları alabilmesi, var olan sağlığını koruması ve geliştirmesi, oluşabilecek hastalıkları engellemesi için ihtiyaç duyduğu bilgiye ulaşması için gerekli beceri ve motivasyon” olarak kabul edilmektedir (Kendir Çopurlar ve Kartal, 2016). Sağlık okuryazarlığı kavramı bireysel, bilişsel ve davranışsal kapasitelerin dışında daha geniş sağlık hizmetlerinden oluşan çok boyutlu bir yapıdadır (Moore ve ark, 2021).

Sağlık okuryazarlık durumu incelendiğinde, dünyada 776 milyon insan temel sağlık okuryazarı değildir (Okur ve ark, 2021). Amerika’da ise yetişkin bireylerin yarısının temel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olmadığı görülmektedir. Avrupa ülkelerinde (Hollanda, Yunanistan, İrlanda, Avusturya, Polonya, İspanya, Bulgaristan ve Almanya) sağlık okuryazarlık seviyesini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışma sonucu ülkelerin sahip olduğu sağlık okuryazarlık düzeyi %2-%27 oranında “yetersiz” olarak belirlenmiştir (Okur ve ark, 2021).

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikasının “Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (HLS-EU-Q)” ile ülkemizde erişkinlere yönelik yaptığı çalışma sonucunda genel sağlık okuryazarlık puanı 30.4 olarak bulunmuştur. Toplumun %64.6’sının yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Bu durum yaklaşık 35 milyon erişkinin yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlık düzeyinde olduğunu belirtmektedir (Durusu Tanrıöver ve ark, 2014).

Ülkemiz ve Avrupa sağlık okuryazarlık durumu karşılaştırıldığında ülkemizdeki bireylerin %24.5’i yetersiz, %40.1’i sorunlu, %27.8’i yeterli ve %7.6’sı mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyindeyken, Avrupa’da ise %12.4’ü yetersiz, %35.2’si sorunlu, %36’sı yeterli ve %16.5’i mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir (Durusu Tanrıöver ve ark, 2014). Buna göre ülkemizdeki sağlık okuryazarlığı ortalamaları, her kategoride Avrupa ülkelerinin ortalamalarının altındadır. Ülkemizde sağlık okuryazarlığına gereken önemi vermek için 2012 yılında “Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı” düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve bazı üniversiteler bir araya gelerek sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesi için projeler planlamıştır (Kendir Çopurlar ve Kartal, 2016).

2.8. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Gelişimi

Tanımı ilk yapıldığı günden 2000’li yıllara kadar sağlık okuryazarlığının kavramsal modeli için birçok teori meydana koyulmaktadır. Nutbeam sağlık okuryazarlığını üç düzeyli bir model geliştirerek ele almaktadır (Nutbeam, 2000). Bunlar (Bilişli, 2019; Durmaz ve ark, 2020);

Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı: Temel anlamda okuma yazma becerisine sahip olarak ihtiyaç duyulan sağlık kaynaklarına ulaşma ve sağlık hizmetinden

yararlanma yeteneğidir. Aynı zamanda sağlık eğitimi için gerekli olan bilgileri içermektedir.

İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı: İnsanın kendi kişisel ve sosyal ve becerilerini geliştirerek, kendini gerçekleştirmesi için üzerinde durulan bir kavramdır. Bireyin aktif olarak sağlık hizmetlerine katılımını sağlayan sosyal yeteneklerini kapsamaktadır. Bu okuryazarlık türü, kişinin kendini tanıması, motivasyon ve güven duygularının gelişmesi için önemli bir yere sahiptir.

Kritik Sağlık Okuryazarlığı: İnsanlar sahip oldukları sağlık bilgisini analiz edebilmek için yüksek düzeyde zihinsel ve sosyal yeteneklere ihtiyaç duymaktadır. Kritik sağlık okuryazarlığı kavramı bu yeteneklere ulaşmayı ve kullanmayı, sağlık sorunlarını tanımlamayı, sağlık politikalarını takip etmeyi, sağlıkla ilgili çıkabilecek sorunların çözümünün de aktif rol oynamayı kapsayarak kişinin elde ettiği bilgiyi eleştirel bir şekilde analiz etmesini sağlamaktadır.

2.9. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşam kalitesini ve süresini arttıran, sağlık personellerinin iletişim ve klinik becerilerini geliştiren, bireylerin sağlık hizmetlerinde aktif rolü oynamasını sağlayan belirleyici bir öge olarak kabul edilmektedir. İnsanlar ile sağlık ve eğitim sistemi arabuluculuk işlevi gören sağlık okuryazarlığı kavramı aynı zamanda kaynakların doğru kullanılarak sağlık maliyetlerinin azaltılmasını sağlamaktadır (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016).

Sağlık okuryazarlık kavramının önem verildiği toplumlarda hastalığa yakalanma riski azalmaktadır. Kişilerin tedaviyi anlama ve katılım sağlama imkanları artarak sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi ve bireylerin refah seviyeleri yükselmektedir. Hasta bireylerin şikayetlerini ve beklentilerini açık bir dille ifade etmelerini kolaylaştırmaktadır. Aynı zamanda hasta ve doktor ilişkisi de olumlu yönde güçlendirmektedir (Şahinöz ve ark, 2018).

Sağlık okuryazarlığı kavramının insanlar açısından bir diğer önemi de erken tanı ve tedavi olarak kabul edilebilir olmasıdır. Bireylerin erken teşhis ve tedavi sonucunda hastaneye yatış oranları azalmaktadır. Aynı zamanda kişilerin ilaç kullanım hatalarında azalışlar, hastalığı yönetme becerilerinin gelişmesi, bulaşıcı hastalıkların

görülme riskinin azalması da sağlık okuryazarlığının güçlü yönleri arasında yer almaktadır (Şahinöz ve ark, 2018).

Sağlık okuryazarlığının, özellikle toplumda görülen kronik hastalıkların önlenmesinde ve tedavi edilmesinde önemli bir yere sahip olduğu belirtilmektedir. Ortalama yaşam süresinin artmasına bağlı olarak ülkemizde yaşlı nüfus artmaktadır. Bununla birlikte sakin yaşam, sağlıksız beslenme, sigara ve alkol kullanımı gibi sağlıksız yaşam davranışları da daha fazla görülmektedir. Sağlık okuryazarlığı oranının artırılması kronik hastalıklar gibi halk sağlığı sorunlarının giderilmesinde de önemlidir (Bilir, 2014).

Sağlık okuryazarlığı, özellikle toplum sağlığı açısından önemli bir kavram olarak görülmektedir. Bu durumu belirleyen temalar şu şekilde açıklanmaktadır (Nutbeam, 2000; Yılmazel ve Çetinkaya, 2016; Kılınçkaya, 2018);

Etkilediği İnsan Sayısı: Yetersiz düzeydeki sağlık okuryazarlığı gelişmemiş ülkelerin yanı sıra gelişmiş ülkelerde de yaygın görülmektedir. Özellikle dünya geneline bakıldığında kadınların üçte ikisinin yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir.

Olumsuz Sağlık Sonuçları: Azalan sağlık okuryazarlık düzeyi ve artan ölüm oranları arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir.

Kronik Hastalık Oranlarında Artış: Sağlıksız davranış gösterilmesinin en önemli sonuçlarından biri kronik hastalıklardır. Küresel hastalık yükünün çoğunluğunu kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Bu hastalıkların yönetiminde sağlık okuryazarlığı önemli faktördür.

Sağlık Bakım Maliyetleri: Yetersiz düzeydeki sağlık okuryazarlığının, ülkelerin sağlık maliyetlerinin üzerine artı yük getirmektedir.

Sağlık Bilgisi Talepleri: Hizmet sunulan bireyin okuma becerisi ile sağlık alanındaki terimleri okuma becerisi eş değer değildir. Mesleki terimler insanların sağlık kaynaklarını kullanmasında zorluk yaratabilmektedir.

Eşitlik: Sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması bireyin, sağlıkla ilgili doğru kararlar alamamasına, hastalıkları kolay yönetememesine ve sağlık hizmetlerinden

yeterli yararlanamamasına neden olur. Sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilmesi tüm insanların sağlık bakımlarından eşit yararlanması için önemlidir.

2.10. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı, insanların yaşadıkları toplum yapısı, var olan eğitim ve sağlık sistemi ile şekillenmektedir. Özellikle sağlık politikalarının bir belirleyicisi olan sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerinin sunumunda büyük öneme sahiptir.

Sağlık okuryazarlığı, sosyal ve çevresel birçok faktörle etkileşim halindedir. Meslek, gelir seviyesi, dil, kültür, akrantar, politik ortam ve sosyo-ekonomik durum bunlardan birkaçıdır. Daha geniş çaplı incelendiğinde sağlık okuryazarlığını etkileyen durumlar bireysel ve sistemsel faktörler olmak üzere iki farklı grupta sıralanmaktadır. Bunlar (Gözlü, 2020);

Bireysel Faktörler;

- Cinsiyet
- Yaş
- Zihinsel yetenekler
- Motivasyon
- Bedensel ve duygusal sağlık
- Sağlık hizmeti deneyimi
- Özel sağlık koşulları
- Geleneksel sağlık inançları
- Ekonomik statü
- Toplumsal desteklerdir.

Sistemsel Faktörler ise;

- Sağlık bakımı verilen ortamın özellikleri
- Sağlık bakımı veren personelin iletişim yeteneği
- Sağlık bilgisinin anlaşılır olmaması
- Sağlık bakımı alan bireyin istekleri ve beklentileri
- Sağlık bakımı veren personelin üzerinde bulunan zaman yetersizliği baskısıdır.

Sağlık okuryazarlığı genel olarak psikososyal ve kültürel etkenlerden, demografik özelliklerden, kişisel özelliklerden, hastalıklar hakkındaki deneyimlerden sağlık sistemine kadar daha birçok faktörden etkilenmektedir. Sağlık okuryazarlığının sağlık durumuyla birebir ilişkisi olması nedeniyle sayılan etkenlerin göz önünde bulundurulması, sağlıklı yaşamın oluşturulmasında önemli katkı sağlamaktadır (Aktaş, 2018).

2.11. Doğum Öncesi Algılanan Stres ile Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki

Gebelik dönemi, kadın hayatının en önemli ve en hassas hissettiği dönem olarak kabul edilmektedir. Gebenin bu dönemdeki sağlığı ve yaşam kalitesi bebeğin ileri dönemdeki sağlığını etkilemektedir (Toosi ve Akbarzadeh, 2016). Dünya genelinde yaklaşık 1000 gebe kadının doğum komplikasyonları sonucu yaşamı sona ermektedir. Bu ölümlerin %99'u ise gelişmekte olan ülkelerde yaşanmaktadır (Taheri ve ark, 2020).

Gebelerde prenatal bakımın ilk üç ayda başlaması, gebelik dönemi esnasında devam etmesi, doğumun sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesine yol açmaktadır. Kaliteli bir doğum öncesi bakım anne ve bebekte oluşabilecek komplikasyonların azaltılmasında fayda sağlamaktadır. Ancak bazı etkenlerin gebelere uygun zamanda ve yerde doğum öncesi bakım verilmesini engellediği görülmektedir. Bu faktörlerden en önemlisi gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyidir (Taheri ve ark, 2020).

Sağlık okuryazarlığı, “insanların sağlıklarını korumak için ihtiyaç duydukları bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulama yetenekleri” olarak ifade edilmesi nedeniyle gebelerin doğum öncesi dönemde aldıkları sağlık bakımının uyguladığı sağlık davranışlarına etkisi büyüktür. Gebelikte sağlık okuryazarlığı, “kadının hem kendi sağlığını hem bebeğinin sağlığını geliştirecek bilgiye ulaşma motivasyonu ve bilgiye ulaşma becerisi” olarak tanımlanmaktadır (Barnes ve ark, 2018). Gebenin sahip olduğu bilgi, yetenek ve güven, gebelik döneminde tercih edeceği sağlık davranışlarını etkilemektedir (Ostini ve Kairuz, 2014).

Sağlık okuryazarlığı, gebe kadınların sağlıkla ilgili davranışlarının geliştirilmesinde önemli bir faktördür. Kadınların öz yeterliliğini ve öz güvenini geliştirmektedir. Yapılan çalışmalar sağlık okuryazarlığının gebelerin doğum

süreciyle başa çıkmasına yardımcı olduğunu ve doğum korkusunu azalttığını göstermektedir (Astantekin Özçoban ve ark, 2019; Kaya Şenol ve ark, 2019; Asadi ve ark, 2020; Güler ve ark, 2021). Aynı zamanda gebelikte oluşabilecek komplikasyonları ve hastanede yatma ihtimalini azaltmaktadır. Daha yüksek sağlık okuryazarlığı görülen gebelerde planlı gebelik, folik asit kullanımı, etkili emzirme öz etkinliği gibi olumlu sağlık davranışları görülmektedir (Astantekin Özçoban ve ark, 2021).

Sağlık bilgi düzeyini arttırmak için sürekli araştırma halinde olmak bir noktadan sonra gebede endişe ve stres yaratmaktadır. Herhangi olumsuz bir durumda sağlık bilgisi sebebiyle en kötü ihtimali düşünmek, gebenin çok sayıda doktor ve sağlık merkezine başvurmasına neden olmaktadır. Böylelikle gebenin sağlık hizmetine ayırdığı zaman ve bütçe artmaktadır. Aynı zamanda diğer insanlarında sağlık sunucularına ulaşmaları zorlaşmaktadır. Gebenin kendi sağlık bilgileri doğrultusunda karar vermeye çalışması doktora olan güveni azaltmakta, hasta-hekim ilişkisini de zedelemektedir (Özyurt ve ark, 2020).

Bu nedenle sağlık bakımı alan ve sağlık kaynaklarından yararlanan gebelerin anlayış ve bilgi düzeylerini bilmek, gebelere verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmaktadır. Gebelik kadınların sağlık hizmetlerinden sık yararlandığı ve öğrenmeye açık olduğu bir dönem olduğu için bu dönem sağlık okuryazarlık düzeyini arttırmak için önemli bir dönem olarak görülmektedir. Ancak sağlık okuryazarlığının gebeleri nasıl etkilediğinin bilinmesi önemlidir (Güler ve ark, 2021).

2.12. Gebelikte Doğum Öncesi Algılanan Stresle Baş Etmede Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Doğum öncesi dönemde gebelerin sağlık ekibinin üyeleri ile arasındaki ilişki oldukça önemlidir. Gebe kadının kaygı ve endişesi, ekip üyelerinin desteği ile azaltılabilir. Gebelik süresince her dönemde oluşabilecek ruhsal değişikliklerin bilinmesi, bu sürece uyum sağlamayı kolaylaştırmaktadır (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014). Gebelik öncesi dönemde algılanan stres erken evrede fark edilerek düzeltilmelidir. Aksi takdirde doğum sonu dönemde annede postpartum depresyon ve hüznün görülebilirken, çocukta ilerleyen dönemlerde psikolojik ve bilişsel sorunlar yaşanabilmektedir (Bock ve ark, 2015; Atasever ve Sis Çelik, 2018). Bu sebeple doğum öncesi dönemde yaşanan stres ile ilgili sağlık ekibi bilgilendirilmeli, sonrasında

yaşanabilecek sıkıntılara karşı koruyucu bir tedavi planlanarak uygulanmalıdır (Atasever ve Sis Çelik, 2018).

Gebelikte doğum öncesi dönemde görülen stresi azaltarak anne bebek sağlığını korumak için sağlık profesyonellerine büyük sorumluluk düşmektedir. Bu dönemde stresle baş etmede hemşirenin rolleri şunlardır (Demirbaş ve Kadıoğlu, 2014; Ölçer ve Oskay, 2015; Atasever ve Sis Çelik, 2018; Baltacı ve Başer, 2020);

- Gebenin var olan stres kaynakları belirlenmeli, kendisinin ve ailesinin psikososyal gereksinimlerini belirlemeye yönelik bilgi toplanmalı ve tanı konularak bir tedavi planlanmalıdır.

- Gebelerin stresle baş etme yöntemleri belirlenmelidir.

- Gebe ile görüşülecek ortamdaki uyaranlar azaltılmalı, sakin bir yaklaşım sergilenmelidir.

- Gebeye bir girişim uygulanacak ise neden uygulandığı hakkında kısaca bilgi verilmelidir.

- Gebelik dönemi yaşanan fizyolojik sorunlarının yanında gebeliği benimseme ve uyum sağlamada zorlanmaması için gerekli görüşmeler planlanmalıdır.

- Birinci basamak sağlık kurumlarında görev yapan sağlık personellerinin ev ziyareti faaliyetlerini arttırması sağlanmalıdır.

- Gebelik stresini azaltmaya yönelik yoga, müzik terapisi, solunum ve gevşeme egzersizleri gibi programlar planlanmalıdır.

- Gebeye kendini rahat hissedeceği bir ortam oluşturulmalı, kaygılarını ve endişelerini anlatması için güven verilmelidir.

- Hastane yatışı ile süren bir gebelik süreci var ise, aile bireylerinin de gebenin bakımına katılımı sağlanmalıdır.

- Gebeye bilgi verilirken eşi gibi güvendiği aile bireyleri yanında bulundurulmalıdır.

- Doğum öncesi dönemde gebelerin psikolojik sağlıklarını koruyacak ve geliştirecek eğitim programları hazırlanmalıdır.

- Gebelere bu dönem hakkında merak ettiklerinin yanıtlandığı seminer, toplantı ve konferans düzenlenmelidir.

2.13. Sağlık Okuryazarlığının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde izlenen adımlar bilgiyi edinmek, anlamak ve kullanmanın yanı sıra amaca ulaşmak şeklinde sıralanır. Bilgi kaynaklarına ulaşmak için yardımcı olan faktörler ise; internet, radyo, televizyon, kitap, aile, arkadaşlar ve en önemlisi sağlık profesyonelleridir (Johnston ve ark, 2016). Etkili iletişim kurmak ve hasta eğitimi hemşirelik mesleğinin önemli unsurları arasında yer almaktadır. Hastaya bakımın ve sağlık hizmetlerinin uygulanması, sağlık okuryazarlık düzeyi ve sağlık-bakım kalitesinin yükseltilmesi hemşirelik mesleğinin temel rolleri arasındadır.

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde hemşirenin rol ve sorumlulukları şunlardır (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016; Kaya ve Karaca Sivrikaya, 2019; Bükecik ve Adana, 2021);

- Kaliteli bir sağlık hizmeti vermek için, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin ve bu düzeylere etki eden faktörlerin neler olduğu bilinmelidir. Sağlık hizmetleri, bu faktörler göz önünde bulundurularak planlanmalıdır.

- Sağlık okuryazarlığında belirtilen yeteneklerin geliştirilmesi için eğitimlerin sürekli hale getirilmelidir.

- Bireyin sağlık okuryazarlık düzeyinin seviyesi öğrenilmeli ve buna uygun bir eğitim planı oluşturmalıdır.

- Eğitim esnasında tıbbi terimlerden kaçınılmalı, açık ve anlaşılır bir dil kullanılmalıdır.

- Bakım ilkeleri somutlaştırılarak bireylere aktarmalıdır.

- Sağlık ve iyilik halini sürdürmek için kişiye yeni davranışlar aktarılmalıdır.

- Bireyin sağlık okuryazarlık eğitiminde karşılaşacağı olası engelleri ortadan kaldırımalıdır.

- Bireylerin kişisel özelliklerine ve anlama düzeylerine uygun eğitim programları düzenlenmelidir.

- Bireylere verilen eğitim broşürler ile desteklenmeli, eğitim esnasında aktif katılımlarını sağlamalıdır.

Toplum eğitimi gibi önemli bir sorumluluğa sahip hemşirelerin, sayılı kaynaklara sahip alanlarda, hastalıkların yönetilmesinde ve önlenmesinde, bakımı ile tedavisinde vereceği eğitimlerle sağlık okuryazarlığını geliştirmek için en yeni ve güvenilir bilgilere sahip olması gerekir (Hughes, 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Giresun Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebelerin başvurduğu polikliniklerde yapılmıştır. Hastane içerisinde yedi adet kadın doğum polikliniği bulunmaktadır. Buna ek olarak hastanede bir adet gebe izlem ve laktasyon birimi, bir adet NST odası ve gebe okulu yer almaktadır. Gebe okulunda anne ve baba adaylarına gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçleri ele alan hazırlık eğitimleri sunulmaktadır. Laktasyon biriminde ise annelere emzirmeyle ilgili her konuda yardımcı olunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Giresun Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum polikliniklerine başvuran gebeler oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleme gebe kadınlar arasından araştırmaya katılma kriterlerini sağlayan gebeler dahil edilmiştir. Gebelerin hastaneye tekrarlı gelmeleri nedeniyle, örnekleme dahil edilecek gebe sayısı “Evrendeki Birey Sayısı Bilinmeyen Örneklem Genişliği Formülü” uygulanarak hesaplanmıştır. Örneklem sayısının hesaplanmasında, Yüksel ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında gebelerde algılanan stres oranı olarak belirlenen %39,7 incelenen olayın görülüş sıklığı olarak kullanılmıştır.

$$n = t^2pq / d^2$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.397)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (0.603)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatası (0.05)

n: $0.397 \times 0.603 \times (1.96)^2 / (0.05)^2 = 368$ **gebe** kadın çalışma kapsamına alınmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- 36 hafta ve üzeri gebeliği olan,
- 18 yaşının üzerinde olan,
- Türkçe konuşan ve anlayabilen,
- En az ilkokul mezunu olan ve
- İletişim engeli olmayan gebe kadınlar çalışma kapsamına dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Riskli gebeliği olan gebe kadınlar çalışma kapsamına alınmamıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin elde edilmesinde araştırmacı tarafından tasarlanan Kişisel Bilgi Formu (EK-1), Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği (EK-2) ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (EK-3) kullanılmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Gebelerin tanıtıcı özelliklerinin yer aldığı Kişisel Bilgi Formu (**EK-1**) araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayandırılarak tasarlanmıştır (Filiz, 2015; Bulut, 2016). Formda gebelerin sosyodemografik (yaş, eğitim durumu, eş eğitim durumu, meslek, eş mesleği, gelir seviyesi, aile tipi, uzun süre yaşadığı yer, doktor veya hemşirenin verdiği önerilere uyup uymadığı, sigara kullanma durumu, gebelik dönemi bilgileri nereden aldığı ve gebelik ile ilgileri bilgileri elde etmek için sosyal

medya kullanma durumu gibi), obstetrik (kaçıncı gebeliği olduğu, bu gebeliği ile önceki gebeliği arasındaki süre, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonlanan gebelik durumu gibi) özellikler ile ilgili 18 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği

Razuel ve ark (2014) tarafından geliştirilen Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği (**EK-2**), gebe kadınlarda stres yaratacak etkenleri tespit ederek, prenatal dönemde hissedilen stres düzeyini belirlemek için kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Atasever ve Sis Çelik (2018) tarafından yapılmıştır. Ölçek 36 ve üzeri gebelik haftasına sahip kadınlara uygulanabilmektedir. Ölçek 5’li likert tipindedir (çok fazla=5 puan, çok=4 puan, oldukça=3 puan, biraz=2 puan, hiç=1 puan). Toplam 12 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar; “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” (8., 9. ve 10. maddeler), “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” (1., 2., 3., 5. ve 7. maddeler) ve “Doğum Beklentisi” (4., 6., 11. ve 12. maddeler). Alt boyutların puanı hesaplanırken her bir alt boyutta yer alan madde puanları toplanır ve toplam madde sayısına bölünür. Ölçek alt boyutlarından en düşük 1 puan, en yüksek 5 puan alınır. Toplam ölçek puanı ise, tüm maddelerden alınan toplam puanın, toplam madde sayısına bölünmesiyle hesaplanır. Ölçekten toplam alınabilecek en düşük puan 1, en yüksek puan ise 5 ‘tir. Ölçek sonucu elde edilen yüksek puanlar gebelerin doğum öncesi algıladıkları stresin fazla olduğunu göstermektedir (Razuel ve ark, 2014; Atasever ve Sis Çelik, 2018). Özgün çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.70’dir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.865’dir.

3.6.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Toçi ve ark (2013) tarafından geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (**EK-3**), hasta veya sağlıklı bireylerin uygun sağlık hizmetini alabilmek için sağlık birimlerine başvurmaları sonrası tanılama sürecinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi için kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Aras ve Bayık Temel (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçek 5’li likert tipindedir (1=Hiç zorluk çekmiyorum, 2=Az zorluk çekiyorum, 3=Biraz zorluk çekiyorum, 4=Çok zorluk çekiyorum, 5: Yapamayacak durumdayım/hiç yeteneğim yok/olanaksız). Ölçek

toplam 25 maddeden ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar; “Bilgiye Erişim” beş madde (1., 2., 3., 4. ve 5. maddeler) yer alır, bu alt ölçekten elde edilecek en düşük puan 5, en yüksek puan 25’tir. “Bilgileri Anlama” yedi madde yer alır, (6., 7., 8., 9., 10., 11. ve 12. maddeler) bu alt ölçekten alınacak en düşük puan 7, en yüksek puan 35’dir. “Değer Biçme/ Değerlendirme” alt ölçeği sekiz madde yer alır (13., 14., 15., 16., 17., 18., 19. ve 20. maddeler), bu alt ölçekten alınacak en düşük puan 8, en yüksek puan 40’dır. “Uygulama/ Kullanma” alt ölçeği de beş madde (21., 22., 23., 24. ve 25. maddeler) yer alır bu alt ölçekten alınacak en düşük puan 5, en yüksek puan 25’dir. Ölçekten toplam en düşük 25 puan en yüksek 125 puan alınabilmektedir. Ölçekte bulunan maddelerin tamamı olumlu yapıda tasarlanmıştır. Ölçek sonucu elde edilen puanın düşük olması sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz, sorunlu ve zayıf olduğu, yüksek olması ise yeterli ve çok iyi olduğu anlamına gelmektedir (Toçi ve ark, 2013; Aras ve Bayık Temel, 2017). Özgün çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.92’dir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.969’dur.

3.6. Kişisel Bilgi Formunun Ön Uygulaması

Kişisel Bilgi Formunun ön uygulaması, formun kullanılabilir ve anlaşılabilir olma durumunu kontrol etmek için, 11 Ekim 2021-22 Ekim 2021 tarihleri arasında örnekleme yer alma şartlarını taşıyan 36 gebe kadına uygulanmıştır. Uygulama sonrası formda bir düzeltme yapılmasına gerek görülmemiştir. Ön uygulamada gebelere sunulan Kişisel Bilgi Formları araştırmaya kullanılmıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri 8 Kasım 2021- 8 Şubat 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılma şartlarını sağlayan gebelere çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Gebelerin, bilgilendirilmiş olur formunu imzalamalarından sonra form ve ölçekleri cevaplandırmaları istenmiştir. Form ve ölçeklerin doldurulması 15-20 dakika zaman almıştır.

3.9. Değişkenler

3.9.1. Bağımlı Değişkenler

- Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puan Ortalamaları
- Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamaları

3.9.2. Bağımsız Değişkenler

- Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin değişkenler.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Ölçek yazarlarından Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin çalışmada uygulanabilmesi için e-posta aracılığıyla ölçek kullanım izinleri (**EK-5 ve EK-6**) alınmıştır. Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.08.2021 tarih ve 2021/196 sayılı kararla Etik Kurul izni (**EK-8**) alınmıştır. Araştırmanın Sağlık Bakanlığı Giresun Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması için Giresun İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin (**EK-7**) alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebelerin Bilgilendirilmiş Olur Formu (**EK-4**) ile yazılı onamaları alınmıştır. Bilgilendirilmiş olur formunda araştırmaya katılan gebenin istediği zaman çalışmadan ayrılacağı, ayrıldığında kendisini etkileyebilecek olumsuz bir durum oluşmayacağı, sorulan sorulara vermiş olduğu yanıtların kimseyle paylaşılmayıp gizli tutulacağı, araştırmaya katılım sağlamada gönüllülüğün esas olduğuna yönelik açıklamalar yer almaktadır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Gebelerde doğum öncesi algılanan stres ve sağlık okuryazarlık düzeyine yönelik problemlerin gebelerin sözel cevaplarına bağlı olması, tıbbi bir tanıya dayanmamaktadır.

3.12. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Gebelerin çalışmaya katılmada isteksiz olması ve veri toplama formunda yer alan bazı sorulara cevap vermek istememesi karşılaşılan güçlükler arasındadır.

3.13. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi bilgisayarda SPSS for Windows 26 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Verilerin normallik dağılımı kontrolünde Kurtosis ve Skewness katsayısı kullanılmıştır. Parametrik veriler için, bağımsız gruplarda t testi, varyans analizi (ANOVA) ile yapılmıştır. İki'den fazla grup karşılaştırılmasında önemli bulunan değişkenlerde farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C testi kullanılmıştır. Ölçeklerden alınan puanların ilişkisinin değerlendirilmesinde normal dağılan ölçümlerde Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Ölçeklerin iç geçerliliği Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. İstatistik önem 0.05 düzeyi sınır olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Gebelerde doğum öncesi algılanan stres ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelenmek için yürütülen bu çalışmanın sonuçları iki ayrı başlık altında toplanmıştır.

1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulguların Değerlendirilmesi

2. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ne Ait Bulguların Değerlendirilmesi

4.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulguların Değerlendirilmesi

Tablo 4.1'de araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve bazı değişkenlere göre dağılımları sunulmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 28.33 ± 5.10 'dur. Gebelerin %35.3'ünün üniversite mezunu olduğu, %52.7'sinin ev hanımı olduğu, %30.2'sinin eşinin üniversite mezunu olduğu ve %37.5'inin eşinin serbest meslek gruplarıyla ilgilendiği belirlenmiştir. Gebelerin %78.3'ünün orta gelir düzeyine sahip olduğu, %69.3'ünün SGK'lı olduğu, %73.6'sının çekirdek ailede ve %47'sinin en uzun il merkezinde yaşadığı, %98.1'inin doktor veya hemşirenin verdiği önerilere uyduğu, %84.9'unun sigara kullanmadığı bulunmuştur. Gebelerin %22.3'ünün gebelikle ilgili bilgileri TV'den, %56.8'inin internetten, %28.5'inin kitaplardan ve %78.3'ünün sağlık kurumlarından elde ettiği ve %62.2'sinin gebelikle ilgili bilgilere ulaşmak için sosyal medyayı kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bazı Değişkenlere Göre Dağılımları (n=368)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Yaş (Ortalama=28.33±5.10)		
Eğitim Durumu		
İlkokul	27	7.3
Ortaokul	76	20.7
Lise	122	33.2
Üniversite	130	35.3
Yüksek Lisans	13	3.5
Eş Eğitim Durumu		
İlkokul	64	17.4
Ortaokul	70	19.0
Lise	97	26.4
Üniversite	111	30.2
Yüksek Lisans/Doktora	26	7.0
Meslek		
Ev Hanımı	194	52.7
İşçi	30	8.2
Memur	94	25.5
Diğer	50	13.6
Eş Mesleği		
İşçi	105	28.5
Memur	125	34.0
Diğer	138	37.5
Gelir Seviyesi		
Düşük	33	9.0
Orta	288	78.3
Yüksek	37	12.7
Sosyal Güvence		
BAĞ-KUR	87	23.6
SGK	255	69.3
Yeşil Kart	22	6.0
Emekli Sandığı	4	1.1

Tablo 4.1. (Devamı) Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bazı Değişkenlere Göre Dağılımları (n=368)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Aile Tipi		
Geniş Aile	97	26.4
Çekirdek Aile	271	73.6
Uzun Süre Yaşanılan Yer		
Köy	76	20.7
İl	173	47.0
İlçe	119	32.3
Doktor ya da Hemşirenin Verdiği Önerilere Uyma		
Evet	361	98.1
Hayır	7	1.9
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	39	10.6
Hayır	329	89.4
Gebelik Dönemi Hakkında Bilgilerin Nerden Alındığı*		
Televizyon	82	22.3
İnternet	209	56.8
Kitap	105	28.5
Sağlık Kurumu	288	78.3
Gebelikle İlgili Bilgi Edinmek İçin Sosyal Medyayı Kullanımı		
Evet	229	62.2
Hayır	139	37.8

* Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

Tablo 4.2’de araştırma kapsamına alınan gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları sunulmuştur. Gebelerin %37.2’sinin şu anki gebelik sayısının üç ve üzeri olduğu, %54.7’sinin önceki gebeliği ile bu gebeliği arasında iki yıl ve üzeri zaman olduğu saptanmıştır. Gebelerin ortalama gebelik sayısı 2.38 ± 1.31 ’dir. Gebelerin %38.9’unun hiç yaşayan çocuğu olmadığı, %76.9’unun düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonuçlanan gebelik yaşamadıkları bulunmuştur.

Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=368)

Obstetrik Özellikler	n	%
Toplam Gebelik Sayısı (Ortalama= 2.38±1.31)		
Şu Anki Gebelik Sayısı		
1	105	28.5
2	126	34.3
3 ve üzeri	137	37.2
Önceki Gebelik ile Şimdiki Gebelik Arasındaki Süre		
2 yıl ve üzeri	141	54.7
2 yıldan az	117	45.3
Yaşayan Çocuk Sayısı		
Hiç	143	38.9
1	110	29.9
2	60	16.3
3 ve üzeri	55	14.9
Düşük, Ölü Doğum, Kürtaj, Erken Doğumla Sonuçlanan Gebelik		
Var	85	23.1
Yok	283	76.9

4.2. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ne Ait Bulguların Değerlendirilmesi

Tablo 4.3'de araştırma kapsamına alınan gebelerin DÖASÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı sunulmuştur.

Araştırmaya katılan gebelerin Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalaması 2.09 ± 0.68 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.865 olarak belirlenmiştir. Gebelerin Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği "Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık" alt boyut puan ortalaması 1.98 ± 0.63 ve Cronbach Alfa değeri 0.592, "Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler" alt boyut puan

ortalaması 1.89 ± 0.63 ve Cronbach Alfa değeri 0.767, “Doğum Beklentisi” alt boyut puan ortalaması 2.42 ± 0.95 ve Cronbach Alfa değeri 0.778 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=368)

DÖASÖ	Cronbach Alfa	Min.	Max.	Ort.	SS.
Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık	0.592	1.00	5.00	1.98	0.84
Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler	0.767	1.00	4.20	1.89	0.63
Doğum Beklentisi	0.778	1.00	5.00	2.42	0.95
DÖASÖ Toplam	0.865	1.00	5.00	2.09	0.68

Tablo 4.4’de araştırma kapsamına alınan gebelerin SOÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı sunulmuştur.

Araştırmaya katılan gebelerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puan ortalaması 98.79 ± 17.94 ve Cronbach Alfa değeri 0.969 olarak belirlenmiştir. Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği “Bilgiye Erişim” alt boyut puan ortalaması 19.73 ± 3.99 ve Cronbach Alfa değeri 0.912, “Bilgileri Anlama” alt boyut puan ortalaması 26.58 ± 5.73 ve Cronbach Alfa değeri 0.923, “Değer Biçme/Değerlendirme” alt boyut puan ortalaması 31.42 ± 6.31 ve Cronbach Alfa değeri 0.935, “Uygulama/Kullanma” alt boyut puan ortalaması 21.07 ± 3.72 ve Cronbach Alfa değeri 0.884 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=368)

SOÖ	Cronbach Alfa	Min.	Max.	Ort.	SS.
Bilgiye Erişim	0.912	8.00	25.00	19.73	3.99
Bilgileri Anlama	0.923	12.00	35.00	26.58	5.73
Değer Bıçme/Değerlendirme	0.935	14.00	40.00	31.42	6.31
Uygulama/Kullanma	0.884	9.00	25.00	21.07	3.72
SOÖ Toplam	0.969	43.00	125.00	98.79	17.94

Tablo 4.5’de araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve bazı değişkenlere göre DÖASÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur.

Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık alt boyutu için;

Üniversite mezunu olan (2.28 ± 0.91), memur olan (2.37 ± 0.86), eşi memur olan (2.39 ± 0.89), geliri yüksek olan (2.39 ± 0.95), sosyal güvencesi SGK olan (2.10 ± 0.89), çekirdek ailede yaşayan (2.05 ± 0.84), gebelik dönemi hakkında televizyondan bilgi almayan (2.04 ± 0.86) gebelerin DÖASÖ “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” alt boyutu puan ortalamaları diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Eşi ilkökul mezunu olan (1.60 ± 0.66) ve uzun süre köyde yaşayan (1.65 ± 0.70) gebelerin DÖASÖ “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” alt boyutu puan ortalamaları diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin sigara kullanma, doktor ya da hemşirenin verdiği önerileri uygulama, gebelik dönemi hakkında bilgileri edinme yollarından internet, kitap, sağlık kurumu ve gebelik ile ilgili bilgi edinmek için sosyal medyayı kullanma durumuna göre “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Araştırmaya katılan gebelerin DÖASÖ “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal” Sağlık alt boyut puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$), (Tablo 4.5.). Yaş arttıkça “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal” Sağlık alt boyut puanı da artmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve bazı değişkenlere göre DÖASÖ'nin "Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık" alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim durumu ($p=0.000$), eş eğitim durumu ($p=0.000$), meslek ($p=0.000$), eş mesleği ($p=0.000$), gelir seviyesi ($p=0.000$), sosyal güvence ($p=0.000$), aile tipi ($p=0.015$), uzun süre yaşanan yer ($p=0.000$), gebelik dönemi hakkında bilgileri edinme yerlerinden televizyondan öğrenmeme ($p=0.024$) durumuna göre "Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık" alt boyut puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.5.).

Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler alt boyut puanı için;

Üniversite mezunu olan (2.05 ± 0.68), memur olan (2.17 ± 0.66), eşi memur olan (2.12 ± 0.68), geliri yüksek olan (2.16 ± 0.70), sosyal güvencesi SGK olan (1.98 ± 0.64), çekirdek ailede yaşayan (1.95 ± 0.64), gebelik dönemi hakkında sağlık kurumundan bilgi alan (1.93 ± 0.64) gebelerin DÖASÖ "Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler" alt boyutu puan ortalamaları diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Eşi ilkökul mezunu olan (1.50 ± 0.46) ve uzun süre köyde yaşayan (1.58 ± 0.49) gebelerin DÖASÖ "Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler" alt boyutu puan ortalamaları diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin sigara kullanma, doktor ya da hemşirenin verdiği önerileri uygulama, gebelik dönemi hakkında bilgi edinme yerlerinden televizyon, internet, kitaptan edinme ve gebelik ile ilgili bilgi edinmek için sosyal medyayı kullanma durumuna göre "Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler" alt boyut puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Aynı zamanda araştırmaya katılan gebelerin DÖASÖ "Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler" alt boyut puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$), (Tablo 4.5.).

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve bazı değişkenlere göre DÖASÖ'nin "Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler" alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim durumu ($p=0.000$), eş eğitim durumu ($p=0.000$), meslek ($p=0.000$), eş mesleği ($p=0.000$), gelir seviyesi ($p=0.000$), sosyal güvence ($p=0.000$), aile tipi ($p=0.001$), uzun süre yaşanan yer ($p=0.000$), gebelik dönemi hakkında bilgileri edinme yollarından sağlık kurumunu ($p=0.016$) kullanma

durumuna göre “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” alt boyut puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.5.).

Doğum Beklentisi alt boyut puanı için;

Üniversite mezunu olan (2.79 ± 1.00), memur olan (2.92 ± 1.00), eşi memur olan (2.86 ± 1.00), geliri yüksek olan (2.97 ± 1.08), sosyal güvencesi SGK olan (2.55 ± 1.00), çekirdek ailede yaşayan (2.52 ± 0.97), gebelik dönemi hakkında sağlık kurumundan bilgi alan (2.48 ± 0.93) ve televizyondan bilgi almayan (2.47 ± 0.97) gebelerin DÖASÖ “Doğum Beklentisi” alt boyutu puan ortalamaları diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Eşi ilkokul mezunu olan (1.88 ± 0.75) ve uzun süre köyde yaşayan (1.90 ± 0.73) gebelerin DÖASÖ “Doğum Beklentisi” alt boyutu puan ortalamaları diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin sigara kullanma, doktor ya da hemşirenin verdiği önerileri uygulama, gebelik dönemi hakkında bilgileri edinme yerlerinden, internet, kitaptan edinme ve gebelik ile ilgili bilgi edinmek için sosyal medyayı kullanma durumuna göre “Doğum Beklentisi” alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Aynı zamanda araştırmaya katılan gebelerin DÖASÖ “Doğum Beklentisi” alt boyut puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$), (Tablo 4.5.).

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve bazı değişkenlere göre DÖASÖ’nin “Doğum Beklentisi” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim durumu ($p=0.000$), eş eğitim durumu ($p=0.000$), meslek ($p=0.000$), eş mesleği ($p=0.000$), gelir seviyesi ($p=0.000$), sosyal güvence ($p=0.000$), aile tipi ($p=0.000$) ve uzun süre yaşanan yer ($p=0.000$), gebelik dönemi hakkında bilgileri edinme yollarından televizyon ($p=0.042$) ve sağlık kurumu ($p=0.020$) kullanma durumuna göre “Doğum Beklentisi” alt boyut puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.5.).

Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği toplam puanı için;

Üniversite mezunu olan (2.36 ± 0.74), memur olan (2.47 ± 0.71), eşi memur olan (2.44 ± 0.73), geliri yüksek olan (2.49 ± 0.77), sosyal güvencesi SGK olan (2.21 ± 0.72), çekirdek ailede yaşayan (2.17 ± 0.70), gebelik dönemi hakkında sağlık kurumundan

bilgi alan (2.13 ± 0.67) ve televizyondan bilgi almayan (2.13 ± 0.71) gebelerin DÖASÖ toplam ortalamaları diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Eşi ilkokul mezunu olan (1.65 ± 0.51) ve uzun süre köyde yaşayan (1.71 ± 0.52) gebelerin DÖASÖ toplam puan ortalamaları diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin sigara kullanma, doktor ya da hemşirenin verdiği önerileri uygulama, gebelik dönemi hakkında bilgileri edinme yerlerinden internet, kitaptan edinme ve gebelik ile ilgili bilgi edinmek için sosyal medyayı kullanma durumuna göre Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Aynı zamanda araştırmaya katılan gebelerin DÖASÖ toplam puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$), (Tablo 4.5.).

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve bazı değişkenlere göre DÖASÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim durumu ($p=0.000$), eş eğitim durumu ($p=0.000$), meslek ($p=0.000$), eş mesleği ($p=0.000$), gelir seviyesi ($p=0.000$), sosyal güvence ($p=0.000$), aile tipi ($p=0.000$), uzun süre yaşanan yer ($p=0.000$), gebelik dönemi hakkında bilgileri edinme yollarından televizyon ($p=0.012$) ve sağlık kurumunu ($p=0.029$) kullanma durumuna göre DÖASÖ toplam puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bazı Değişkenlere Göre DÖASÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıttıcı Özellikler	n	Medikal ve Obstetrik Riskler/ Fetal Sağlık Ort. ± SS	Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler Ort. ± SS	Doğum Beklentisi Ort. ± SS	DÖASÖ Ort. ± SS
Yaş					
Test ve p değeri		r=0.131/p=0.012	r=-0.082/p=0.118	r=-0.055/p=0.289	r=-0.101/p=0.054
Eğitim Durumu					
İlkokul ¹	27	1.48±0.52	1.47±0.43	1.77±0.60	1.57±0.39
Ortaokul ²	76	1.78±0.71	1.73±0.59	2.11±0.87	1.87±0.59
Lise ³	122	1.89±0.70	1.87±0.55	2.29±0.84	2.02±0.60
Üniversite ⁴	130	2.28±0.91	2.05±0.68	2.79±1.00	2.36±0.74
Yüksek Lisans ⁵	13	2.18±0.77	2.17±0.72	3.02±0.67	2.46±0.55
Test ve p değeri		F=8.800/p=0.000 Fark*: 4-1,2,3	F=7.291/p=0.000 Fark*: 4-1,2	F=13.763/p=0.000 Fark*: 4-1,2,3	F=14.035/p=0.000 Fark*: 4-1,2,3
Eş Eğitim Durumu					
İlkokul ¹	64	1.60±0.66	1.50±0.46	1.88±0.75	1.65±0.51
Ortaokul ²	70	1.76±0.66	1.88±0.62	2.25±0.88	1.98±0.62
Lise ³	97	1.98±0.78	1.89±0.53	2.39±0.85	2.08±0.56
Üniversite ⁴	111	2.29±0.95	2.08±0.71	2.74±1.00	2.36±0.77
Y. Lisans/Doktora ⁵	26	2.26±0.80	2.00±0.57	2.89±0.97	2.36±0.62
Test ve p değeri		F=9.821/p=0.000 Fark*: 1-3,4,5	F=9.635/p=0.000 Fark*: 1-2,3,4,5	F=11.885/p=0.000 Fark*: 1-3,4,5	F=14.406/p=0.000 Fark*: 1-2,3,4,5
Meslek					
Ev Hanımı ¹	194	1.80±0.78	1.75±0.59	2.20±0.91	1.92±0.65
İşçi ²	30	2.01±0.76	1.83±0.43	2.32±0.77	2.04±0.53
Memur ³	94	2.37±0.86	2.17±0.66	2.92±1.00	2.47±0.71
Diğer ⁴	50	1.95±0.83	1.90±0.64	2.36±0.75	2.07±0.52
Test ve p değeri		F=10.422/p=0.000 Fark***: 3-1,2,4	F=10.644/p=0.000 Fark***: 3-1,2,4	F=13.529/p=0.000 Fark***: 3-1,2,4	F=15.521/p=0.000 Fark***: 3-1,2,4
Eş Mesleği					
İşçi ¹	105	1.85±0.80	1.80±0.53	2.25±0.86	1.96±0.62
Memur ²	125	2.39±0.89	2.12±0.68	2.86±1.00	2.44±0.73
Diğer ³	138	1.72±0.66	1.74±0.59	2.14±0.82	1.87±0.55
Test ve p değeri		F=25.634/p=0.000 Fark***: 2-1,3	F=14.509/p=0.000 Fark***: 2-1,3	F=23.619/p=0.000 Fark***: 2-1,3	F=29.915/p=0.000 Fark***: 2-1,3
Gelir Seviyesi					
Düşük ¹	33	1.67±0.79	1.61±0.53	1.84±0.80	1.70±0.62
Orta ²	288	1.95±0.80	1.87±0.61	2.39±0.90	2.07±0.64
Yüksek ³	47	2.39±0.95	2.16±0.70	2.97±1.08	2.49±0.77
Test ve p değeri		F=8.425/p=0.000 Fark***: 3-1,2	F=8.229/p=0.000 Fark***: 3-1,2	F=15.212/p=0.000 Fark***: 3-1,2	F=14.497/p=0.000 Fark***: 3-1,2
Sosyal Güvence					
BAĞ-KUR ¹	87	1.74±0.66	1.65±0.54	2.15±0.74	1.84±0.54
SGK ²	255	2.10±0.89	1.98±0.64	2.55±1.00	2.21±0.72
Yeşil kart ³	22	1.58±0.50	1.68±0.43	1.92±0.68	1.73±0.36
Emekli sandığı ⁴	4	2.08±0.17	2.25±0.66	2.50±0.89	2.29±0.39
Test ve p değeri		F=6.321/p=0.000 Fark*: 2-1,3	F=7.739/p=0.000 Fark*: 2-1,3	F=6.343/p=0.000 Fark*: 2-1,3	F=9.161/p=0.000 Fark*: 2-1,3
Aile Tipi					
Geniş Aile ¹	97	1.81±0.81	1.71±0.54	2.12±0.83	1.87±0.59
Çekirdek Aile ²	271	2.05±0.84	1.95±0.64	2.52±0.97	2.17±0.70
Test ve p değeri		t=-2.447/p=0.015	t=-3.301/p=0.001	t=-3.907/p=0.000	t=-4.066/p=0.000
Uzun Süre Yaşanılan Yer					
Köy ¹	76	1.65±0.70	1.58±0.49	1.90±0.73	1.71±0.52
İl ²	173	2.09±0.80	1.98±0.66	2.57±0.97	2.20±0.67
İlçe ³	119	2.05±0.92	1.94±0.60	2.53±0.93	2.18±0.71
Test ve p değeri		F=8.099/p=0.000 Fark*: 1-2	F=11.796/p=0.000 Fark*: 1-2,3	F=15.349/p=0.000 Fark*: 1-2,3	F=16.582/p=0.000 Fark*: 1-2,3

Tablo 4.5. (Devam) Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bazı Değişkenlere Göre DÖASÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıttıcı Özellikler	n	Medikal ve Obstetrik Riskler/ Fetal Sağlık Ort. ± SS	Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler Ort. ± SS	Doğum Beklentisi Ort. ± SS	DÖASÖ Ort. ± SS
Doktorun ya da Hemsirenin Verdiği Önerilere Uyuma					
Evet ¹	361	1.98±0.83	1.89±0.63	2.42±0.95	2.09±0.68
Hayır ²	7	2.29±1.13	1.80±0.69	2.18±0.80	2.05±0.62
Test ve p değeri		t=-0.962/p=0.337	t=0.362/p=0.717	t=0.672/p=0.502	t=0.169/p=0.866
Sigara Kullanımı					
Evet ¹	39	2.06±0.74	1.94±0.62	2.35±0.77	2.11±0.61
Hayır ²	329	1.98±0.85	1.88±0.63	2.43±0.97	2.09±0.69
Test ve p değeri		t=0.594/p=0.553	t=0.617/p=0.538	t=-0.494/p=0.622	t=0.155/p=0.877
Gebelik Dönemi Hakkında Televizyondan Bilgi Alma					
Evet ¹	82	1.80±0.74	1.79±0.49	2.24±0.84	1.94±0.56
Hayır ²	286	2.04±0.86	1.91±0.66	2.47±0.97	2.13±0.71
Test ve p değeri		t=-2.271/p= 0.024	t=-1.869/p=0.063	t=-2.047/p= 0.042	t=-2.546/p= 0.012
Gebelik Dönemi Hakkında İnternette Bilgi Alma					
Evet ¹	209	1.95±0.78	1.88±0.59	2.41±0.89	2.08±0.64
Hayır ²	159	2.03±0.90	1.89±0.67	2.43±1.02	2.11±0.74
Test ve p değeri		t=-0.961/p=0.337	t=-0.244/p=0.808	t=-0.182/p=0.855	t=-0.387/p=0.699
Gebelik Dönemi Hakkında Kitaptan Bilgi Alma					
Evet ¹	105	1.96±0.83	1.89±0.57	2.42±0.90	2.08±0.63
Hayır ²	263	1.99±0.84	1.88±0.65	2.42±0.97	2.09±0.70
Test ve p değeri		t=-0.329/p=0.743	t=0.013/p=0.990	t=-0.006/p=0.995	t=-0.161/p=0.872
Gebelik Dönemi Hakkında Sağlık Kurumundan Bilgi Alma					
Evet ¹	288	2.01±0.83	1.93±0.64	2.48±0.93	2.13±0.67
Hayır ²	80	1.88±0.86	1.74±0.57	2.20±0.99	1.94±0.71
Test ve p değeri		t=1.226/p=0.221	t=2.417/p= 0.016	t=2.329/p= 0.020	t=2.191/p= 0.029
Gebelik İlgili Bilgi Edinmek İçin Sosyal Medyayı Kullanımı					
Evet ¹	229	1.95±0.80	1.87±0.59	2.38±0.89	2.07±0.64
Hayır ²	139	2.04±0.89	1.90±0.68	2.48±1.04	2.13±0.75
Test ve p değeri		t=-0.918/p=0.359	t=-0.394/p=0.694	t=-1.012/p=0.312	t=-0.817/p=0.415

*Fark Dunnet C ile değerlendirilmiştir, **Fark LSD ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.6’da araştırma kapsamına alınan gebelerin obstetrik özelliklerine göre DÖASÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur.

Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık alt boyutu için;

İki gebelik arası iki yıl ve üzeri zaman olan (2.04 ± 0.90) ve düşük ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonuçlanan gebelik yaşayan (2.24 ± 0.95) gebelerin DÖASÖ “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” alt boyut puan ortalaması diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Üç ve üzeri yaşayan çocuğu olan (55 ± 1.65) gebelerin DÖASÖ “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” alt boyut puan ortalaması ise diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin şu anki gebelik sayısı durumuna göre “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Araştırmaya katılan gebelerin DÖASÖ “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” alt boyut puanı ile toplam gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$), (Tablo 4.6.). Toplam gebelik sayısı azaldıkça “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” alt boyut puanı artmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine göre DÖASÖ’nin “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; önceki gebelik ile şimdiki gebelik arasında geçen süre ($p=0.035$), yaşayan çocuk sayısı ($p=0.001$), düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonuçlanan gebelik durumuna ($p=0.002$) göre “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal” Sağlık alt boyut puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.6.).

Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler alt boyut puanı için;

İki gebelik arası iki yıl ve üzeri zaman olan (1.92 ± 0.65) gebelerin DÖASÖ “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” alt boyut puan ortalaması diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Şu anki gebeliği üçüncü ve üzeri olan (1.80 ± 0.62), yaşayan üç ve üzeri çocuğu olan (1.63 ± 0.52) gebelerin DÖASÖ “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” alt boyut puan ortalaması diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin düşük, ölü doğum, kürtaj, erken

doğumla sonuçlanan gebelik durumuna göre “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Araştırmaya katılan gebelerin DÖASÖ “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” alt boyut puanı ile toplam gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$), (Tablo 4.6.). Toplam gebelik sayısı azaldıkça “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” alt boyut puanı artmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine göre DÖASÖ’nin “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; şu anki gebelik sayısı ($p=0.048$), önceki gebelik ile şimdiki gebelik arasında geçen süre ($p=0.026$), yaşayan çocuk sayısı ($p=0.001$) durumuna göre “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” alt boyut puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.6.).

Doğum Beklentisi alt boyut puanı için;

İki gebelik arası iki yıl ve üzeri zaman olan (2.49 ± 0.98) gebelerin DÖASÖ “Doğum Beklentisi” alt boyut puan ortalaması diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Yaşayan üç ve üzeri çocuğu olan (1.94 ± 0.78) gebelerin DÖASÖ “Doğum Beklentisi” alt boyut puan ortalaması diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin şu anki gebelik sayısı, düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonuçlanan gebelik durumuna göre “Doğum Beklentisi” alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Araştırmaya katılan gebelerin DÖASÖ “Doğum Beklentisi” alt boyut puanı ile toplam gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$), (Tablo 4.6.). Toplam gebelik sayısı azaldıkça “Doğum Beklentisi” alt boyut puanı artmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine göre DÖASÖ’nin “Doğum Beklentisi” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; önceki gebelik ile şimdiki gebelik arasında geçen süre ($p=0.006$), yaşayan çocuk sayısı ($p=0.000$) durumuna göre “Doğum Beklentisi” alt boyut puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.6.).

Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği toplam puanı için;

İki gebelik arası iki yıl ve üzeri zaman olan (2.14 ± 0.69), düşük ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonuçlanan gebelik yaşayan (2.24 ± 0.74) gebelerin DÖASÖ toplam puan ortalaması diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Şu anki gebeliği üçüncü ve üzeri olan (1.97 ± 0.64), yaşayan üç ve üzeri çocuğu olan (1.74 ± 0.56) gebelerin DÖASÖ toplam puan ortalaması diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin DÖASÖ toplam puanı ile toplam gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p < 0.05$), (Tablo 4.6.). Toplam gebelik sayısı azaldıkça DÖASÖ toplam puanı artmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine göre DÖASÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; şu anki gebelik sayısı ($p = 0.016$), önceki gebelik ile şimdiki gebelik arasında geçen süre ($p = 0.004$), yaşayan çocuk sayısı ($p = 0.000$), düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonuçlanan gebelik ($p = 0.024$) durumuna göre DÖASÖ toplam puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$), (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	n	Medikal ve Obstetrik Riskler/ Fetal Sağlık Ort. ± SS	Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler Ort. ± SS	Doğum Beklentisi Ort. ± SS	DÖASÖ Ort. ± SS
Şu Anki Gebelik Sayısı					
1 ¹	105	2.09±0.87	2.00±0.63	2.56±0.99	2.22±0.73
2 ²	126	2.04±0.87	1.87±0.62	2.43±0.97	2.10±0.67
3 ve üzeri ³	137	1.85±0.77	1.80±0.62	2.28±0.88	1.97±0.64
Test ve p değeri		F=2.999/p=0.051	F=3.063/p=0.048 Fark** ³ : 3-1	F=2.817/p=0.061	F=4.170/p=0.016 Fark** ³ : 3-1
Önceki Gebelik ile Şimdiki Gebelik Arasındaki Süre					
2 yıl ve üzeri ¹	141	2.04±0.90	1.92±0.65	2.49±0.98	2.14±0.69
2 yıldan az ²	117	1.82±0.70	1.75±0.57	2.18±0.81	1.91±0.58
Test ve p değeri		t=2.116/p=0.035	t=2.243/p=0.026	t=2.779/p=0.006	t=2.913/p=0.004
Toplam Gebelik Sayısı					
Test ve p değeri		r=-0.146/p=0.005	r=-0.175/p=0.001	r=-0.201/p=0.000	r=-0.210/p=0.000
Yaşayan Çocuk Sayısı					
Hiç ¹	143	2.16±0.92	1.99±0.65	2.61±0.98	2.25±0.74
1 ²	110	2.02±0.77	1.95±0.66	2.45±0.98	2.13±0.67
2 ³	60	1.83±0.71	1.75±0.51	2.33±0.82	1.97±0.52
3 ve üzeri ⁴	55	1.65±0.73	1.63±0.52	1.94±0.78	1.74±0.56
Test ve p değeri		F=5.957/p=0.001 Fark* ⁴ : 4-1,2	F=5.745/p=0.001 Fark* ⁴ : 4-1,2	F=7.141/p=0.000 Fark* ⁴ : 4-1,2	F=8.676/p=0.000 Fark* ⁴ : 4-1,2
Düşük, Ölü Doğum, Kürtaj, Erken Doğumla Sonuçlanan Gebelik Durumu					
Var ¹	85	2.24±0.95	1.97±0.72	2.57±0.95	2.24±0.74
Yok ²	283	1.91±0.78	1.86±0.59	2.37±0.94	2.05±0.66
Test ve p değeri		t=3.192/p=0.002	t=1.457/p=0.146	t=1.706/p=0.089	t=2.270/p=0.024

*Fark Dunnet C ile değerlendirilmiştir, **Fark LSD ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.7’de araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve bazı değişkenlere göre SOÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur.

Bilgiye Erişim alt boyutu için;

Eşi memur olan (21.06±3.19), gelir seviyesi yüksek olan (22.15± 2.69), sosyal güvencesi SGK olan (20.75±3.44), çekirdek ailede yaşayan (20.58±3.60), sigara kullanmayan (19.90±3.97), gebelik dönemi hakkında bilgileri televizyondan almayan (20.16± 3.90) gebelerin SOÖ “Bilgiye Erişim” alt boyutu puan

ortalamları diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. İlkokul mezunu olan (15.89±4.44), eşi ilkokul mezunu olan (16.27±4.57), ev hanımı olan (18.91±4.29), uzun süre köyde yaşayan (17.13±4.17) gebelerin SOÖ “Bilgiye Erişim” alt boyutu puan ortalamaları diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin doktor ya da hemşirenin verdiği önerileri uygulama, gebelik dönemi hakkında bilgileri edinme yollarından internet, kitap, sağlık kurumu ve gebelik ile ilgili bilgi edinmek için sosyal medyayı kullanma durumuna göre gebelerin SOÖ “Bilgiye Erişim” alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (**p>0.05**). Araştırmaya katılan gebelerin SOÖ “Bilgiye Erişim” alt boyut puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır (**p<0.05**), (Tablo 4.7.). Yaş arttıkça “Bilgiye Erişim” alt boyut puanı da artmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve bazı değişkenlere göre SOÖ “Bilgiye Erişim” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim durumu (**p=0.000**), eş eğitim durumu (**p=0.000**), meslek (**p=0.000**), eş mesleği (**p=0.000**), gelir seviyesi (**p=0.000**), sosyal güvence (**p=0.000**), aile tipi (**p=0.000**), uzun süre yaşanan yer (**p=0.000**), sigara kullanma (**p=0.015**), gebelik dönemi hakkında bilgileri edinme yollarından televizyon kullanmama (**p=0.000**) durumuna göre “Bilgiye Erişim” alt boyut puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (**p<0.05**), (Tablo 4.7.).

Bilgileri Anlama alt boyutu için;

Eşi memur olan (29.07±4.64), gelir seviyesi yüksek olan (30.57± 3.22), sosyal güvencesi SGK olan (27.98±5.07), çekirdek ailede yaşayan (27.87±5.24), sigara kullanmayan (26.85±5.68), gebelik dönemi hakkında bilgi televizyondan almayan (27.29±5.62) gebelerin SOÖ “Bilgileri Anlama” alt boyutu puan ortalamaları diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. İlkokul mezunu olan (20.81±5.90), eşi ilkokul mezunu olan (21.31±5.87), ev hanımı olan (25.04±6.00), uzun süre köyde yaşayan (22.53±5.54) gebelerin SOÖ “Bilgileri Anlama” alt boyutu puan ortalamaları diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin doktor ya da hemşirenin verdiği önerileri uygulama, gebelik dönemi

hakkında bilgileri edinme yollarından internet, kitap, sağlık kurumu ve gebelik ile ilgili bilgi edinmek için sosyal medyayı kullanma durumuna göre gebelerin SOÖ “Bilgileri Anlama” alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Aynı zamanda Araştırmaya katılan gebelerin SOÖ “Bilgileri Anlama” alt boyut puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$), (Tablo 4.7.).

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve bazı değişkenlere göre SOÖ “Bilgileri Anlama” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim durumu ($p=0.000$), eş eğitim durumu ($p=0.000$), meslek ($p=0.000$), eş mesleği ($p=0.000$), gelir seviyesi ($p=0.000$), sosyal güvence ($p=0.000$), aile tipi ($p=0.000$), uzun süre yaşanan yer ($p=0.000$), sigara kullanma ($p=0.009$), gebelik dönemi hakkında bilgileri edinme yollarından televizyon kullanmama ($p=0.000$) durumuna göre “Bilgileri Anlama” alt boyut puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.7.).

Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutu için;

Eşi memur olan (34.18 ± 5.05), gelir seviyesi yüksek olan (34.83 ± 4.84), sosyal güvencesi SGK olan (32.83 ± 5.68), çekirdek ailede yaşayan (32.68 ± 5.64), sigara kullanmayan (31.74 ± 6.30), gebelik dönemi hakkında bilgileri televizyondan almayan (32.15 ± 6.25) gebelerin SOÖ “Değer Bıçme/Değerlendirme” alt boyutu puan ortalamaları diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. İlkokul mezunu olan (24.93 ± 5.86), eşi ilkokul mezunu olan (26.44 ± 7.17), ev hanımı olan (29.95 ± 6.70), uzun süre köyde yaşayan (27.30 ± 6.60) gebelerin SOÖ “Değer Bıçme/Değerlendirme” alt boyutu puan ortalamaları diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin doktor ya da hemşirenin verdiği önerileri uygulama, gebelik dönemi hakkında bilgileri edinme yollarından internet, kitap, sağlık kurumu ve gebelik ile ilgili bilgi edinmek için sosyal medyayı kullanma durumuna göre gebelerin SOÖ “Değer Bıçme/Değerlendirme” alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Araştırmaya katılan gebelerin SOÖ “Değer Bıçme/Değerlendirme” alt boyut puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$), (Tablo 4.7.). Yaş arttıkça “Değer Bıçme/Değerlendirme” alt boyut puanı artmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve bazı değişkenlere göre SOÖ “Değer Bıçme/Değerlendirme” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim durumu ($p=0.000$), eş eğitim durumu ($p=0.000$), meslek ($p=0.000$), eş mesleği ($p=0.000$), gelir seviyesi ($p=0.000$), sosyal güvence ($p=0.000$), aile tipi ($p=0.000$), uzun süre yaşanan yer ($p=0.000$), sigara kullanma ($p=0.005$), gebelik dönemi hakkında bilgileri edinme yollarından televizyon kullanmama ($p=0.000$) durumuna göre “Değer Bıçme/Değerlendirme” alt boyut puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.7.).

Uygulama/Kullanma alt boyutu için;

Eşi memur olan (22.22 ± 2.79), gelir seviyesi yüksek olan (22.40 ± 2.71), sosyal güvencesi SGK olan (21.76 ± 3.18), çekirdek ailede yaşayan (21.69 ± 3.25), sigara kullanmayan (21.21 ± 3.75), gebelik dönemi hakkında bilgileri televizyondan almayan (21.47 ± 3.51) gebelerin SOÖ “Uygulama/Kullanma” alt boyutu puan ortalamaları diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. İlkokul mezunu olan (17.44 ± 4.66), eşi ilkokul mezunu olan (18.42 ± 4.70), ev hanımı olan (20.60 ± 4.07), uzun süre köyde yaşayan (18.79 ± 4.65) gebelerin SOÖ “Uygulama/Kullanma” alt boyutu puan ortalamaları diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin doktor ya da hemşirenin verdiği önerileri uygulama, gebelik dönemi hakkında bilgileri edinme yollarından internet, kitap, sağlık kurumu ve gebelik ile ilgili bilgi edinmek için sosyal medyayı kullanma durumuna göre gebelerin SOÖ “Uygulama/Kullanma” alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Aynı zamanda araştırmaya katılan gebelerin SOÖ “Uygulama/ Kullanma” alt boyut puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$), (Tablo 4.7.).

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve bazı değişkenlere göre SOÖ “Uygulama/Kullanma” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim durumu ($p=0.000$), eş eğitim durumu ($p=0.000$), meslek ($p=0.045$), eş mesleği ($p=0.000$), gelir seviyesi ($p=0.000$), sosyal güvence ($p=0.000$), aile tipi ($p=0.000$), uzun süre yaşanan yer ($p=0.000$), sigara kullanma ($p=0.037$), gebelik dönemi hakkında bilgileri edinme yollarından televizyon kullanmama ($p=0.000$) durumuna

göre “Uygulama/Kullanma” alt boyut puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.7.).

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puanı için;

Eşi memur olan (106.53 ± 13.47), gelir seviyesi yüksek olan (109.96 ± 11.44), sosyal güvencesi SGK olan (103.31 ± 15.45), çekirdek ailede yaşayan (102.82 ± 15.93), sigara kullanmayan (99.69 ± 17.86), gebelik dönemi hakkında bilgileri televizyondan almayan (101.07 ± 17.55) gebelerin SOÖ toplam puan ortalamaları diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. İlkokul mezunu olan (79.07 ± 18.88), eşi ilkokul mezunu olan (82.44 ± 20.48), ev hanımı olan (94.51 ± 19.33), uzun süre köyde yaşayan (85.75 ± 19.08) gebelerin SOÖ toplam puan ortalamaları diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin doktor ya da hemşirenin verdiği önerileri uygulama, gebelik dönemi hakkında bilgileri edinme yollarından internet, kitap, sağlık kurumu ve gebelik ile ilgili bilgi edinmek için sosyal medyayı kullanma durumuna göre gebelerin SOÖ toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Araştırmaya katılan gebelerin SOÖ toplam puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$), (Tablo 4.7.). Yaş arttıkça SOÖ toplam puanı artmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve bazı değişkenlere göre SOÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim durumu ($p=0.000$), eş eğitim durumu ($p=0.000$), meslek ($p=0.000$), eş mesleği ($p=0.000$), gelir seviyesi ($p=0.000$), sosyal güvence ($p=0.000$), aile tipi ($p=0.000$), uzun süre yaşanan yer ($p=0.000$), sigara kullanma ($p=0.005$), gebelik dönemi hakkında bilgileri edinme yollarından televizyon kullanmama ($p=0.000$) durumuna göre SOÖ toplam puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bazı Değişkenlere Göre SOÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtcı Özellikler	n	Bilgiye Erişim Ort. ± SS	Bilgileri Anlama Ort. ± SS	Değer Biçme/ Değerlendirme Ort. ± SS	Uygulama/Kullanma Ort. ± SS	SOÖ Ort. ± SS
Yaş						
Test ve p değeri		r=0.157/p=0.003	r=0.083/p=0.112	r=0.122/p=0.019	r=0.085/p=0.103	r=0.122/p=0.019
Eğitim Durumu						
İlkokul ¹	27	15.89±4.44	20.81±5.90	24.93±5.86	17.44±4.66	79.07±18.88
Ortaokul ²	76	18.58±4.33	24.34±5.79	29.54±7.12	20.20±4.24	92.66±19.47
Lise ³	122	19.30±3.58	25.81±5.09	30.95±5.65	21.18±3.32	97.25±15.53
Üniversite ⁴	130	21.38±3.23	29.34±4.65	33.97±5.13	22.11±3.02	106.79±14.25
Yüksek Lisans ⁵	13	21.92±2.78	31.15±2.54	34.77±4.38	22.31±2.50	110.15±10.62
Test ve p değeri		F=17.313/p=0.000 Fark*: 1-2,3,4,5	F=25.165/p=0.000 Fark*: 1-2,3,4,5	F=18.067/p=0.000 Fark*: 1-2,3,4,5	F=11.594/p=0.000 Fark*: 1-3,4,5	F=22.722/p=0.000 Fark*: 1-2,3,4,5
Eş Eğitim Durumu						
İlkokul ¹	64	16.27±4.57	21.31±5.87	26.44±7.17	18.42±4.70	82.44±20.48
Ortaokul ²	70	18.71±3.60	24.99±4.50	30.09±5.51	20.80±3.56	94.59±15.02
Lise ³	97	20.59±3.03	27.61±5.03	31.97±5.40	21.47±3.27	101.64±14.72
Üniversite ⁴	111	21.01±3.44	28.56±4.92	33.64±5.49	22.06±2.98	105.27±14.87
Yüksek Lisans/Doktora ⁵	26	22.31±2.75	31.50±3.13	35.73±3.91	22.58±2.53	112.12±10.10
Test ve p değeri		F=25.092/p=0.000 Fark*: 1-2,3,4,5	F=31.787/p=0.000 Fark*: 1-2,3,4,5	F=21.265/p=0.000 Fark*: 1-2,3,4,5	F=13.075/p=0.000 Fark*: 1-2,3,4,5	F=28.756/p=0.000 Fark*: 1-2,3,4,5
Meslek						
Ev Hanımı ¹	194	18.91± 4.29	25.04± 6.00	29.95± 6.70	20.60± 4.07	94.51± 19.33
İşçi ²	30	19.60± 3.05	26.13± 4.35	31.33± 5.52	20.83± 3.00	97.90± 13.86
Memur ³	94	21.21± 3.27	29.43± 4.62	33.96± 5.32	21.76± 3.26	106.35±14.63
Diğer ⁴	50	20.18± 3.72	27.46± 5.10	32.38± 5.29	21.74± 3.24	101.76±15.05
Test ve p değeri		F=7.658/p=0.000 Fark*: 1-3	F=14.302/p=0.000 Fark*: 1-3,4	F=9.579/p=0.000 Fark*: 1-3,4	F=2.706/p=0.045 Fark*: 1-3	F=10.494/p=0.000 Fark*: 1-3,4
Eş Mesleği						
İşçi ¹	105	19.52±3.50	25.49± 5.03	30.12±5.61	20.53±3.51	95.67±15.74
Memur ²	125	21.06±3.19	29.07±4.64	34.18±5.05	22.22±2.79	106.53±13.47
Diğer ³	138	18.68±4.63	25.14±6.36	29.91±7.01	20.43±4.33	94.17±20.64
Test ve p değeri		F=12.550/p=0.000 Fark*: 2-1,3	F=19.967/p=0.000 Fark*: 2-1,3	F=19.996/p=0.000 Fark*: 2-1,3	F=9.565/p=0.000 Fark*: 2-1,3	F=19.611/p=0.000 Fark*: 2-1,3

Tablo 4.7. (Devam) Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bazı Değişkenlere Göre SOÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtcı Özellikler	n	Bilgiye Erişim Ort. ± SS	Bilgileri Anlama Ort. ± SS	Değer Biçme/ Değerlendirme Ort. ± SS	Uygulama/Kullanma Ort. ± SS	SOÖ Ort. ± SS
Gelir Seviyesi						
Düşük ¹	33	15.09±4.21	19.42±4.02	24.70±5.81	16.94±4.45	76.15±16.32
Orta ²	288	19.86±3.71	26.74±5.47	31.63±6.02	21.33±3.46	99.57±16.76
Yüksek ³	47	22.15±2.69	30.57±3.22	34.83±4.84	22.40±2.71	109.96±11.44
Test ve p değeri		F=37.235/p=0.000	F=46.619/p=0.000	F=29.814/p=0.000	F=27.593/p=0.000	F=44.015/p=0.000
		Fark*: 3-1,2	Fark*: 3-1,2	Fark*: 3-1,2	Fark*: 3-1,2	Fark*: 3-1,2
Sosyal Güvence						
BAĞ-KUR ¹	87	17.52±3.68	23.13±5.27	27.92±5.77	19.59±4.17	88.15±16.78
SGK ²	255	20.75±3.44	27.98±5.07	32.83±5.68	21.76±3.18	103.31±15.45
Yeşil kart ³	22	16.05±5.17	22.77±7.16	22.77±7.16	18.50±4.89	85.09±24.40
Emekli Sandığı ⁴	4	23.25±1.71	33.25±1.71	37.75±0.96	23.75±1.89	118.00±4.08
Test ve p değeri		F=26.169/p=0.000	F=24.662/p=0.000	F=19.520/p=0.000	F=12.866/p=0.000	F=25.720/p=0.000
		Fark*: 2-1,3	Fark*: 2-1,3,4	Fark*: 2-1,4	Fark*: 2-1,3	Fark*: 2-1,3,4
Aile Tipi						
Geniş Aile ¹	97	17.34±4.07	22.96±5.50	27.91±6.76	19.33±4.36	87.54±18.51
Çekirdek Aile ²	271	20.58±3.60	27.87±5.24	32.68±5.64	21.69±3.25	102.82±15.93
Test ve p değeri		t=-7.347/p=0.000	t=-7.824/p=0.000	t=-6.767/p=0.000	t=-4.881/p=0.000	t=-7.762/p=0.000
Uzun Süre Yaşanılan Yer						
Köy ¹	76	17.13±4.17	22.53±5.54	27.30±6.60	18.79±4.65	85.75±19.08
İl ²	173	20.91±3.61	28.42±5.24	33.22±5.81	21.90±3.22	104.45±16.05
İlçe ³	119	19.66±3.62	26.48±5.18	31.43±5.59	21.33±3.12	98.90±15.41
Test ve p değeri		F=27.108/p=0.000	F=32.898/p=0.000	F=26.448/p=0.000	F=20.919/p=0.000	F=33.831/p=0.000
		Fark***: 1-2,3	Fark***: 1-2,3	Fark***: 1-2,3	Fark*: 1-2,3	Fark*: 1-2,3
Doktor ya da Hemşirenin Verdiği Önerilere Uyma						
Evet ¹	361	19.71±4.00	26.57±5.73	31.37±6.34	21.07±3.73	98.73±18.01
Hayır ²	7	20.43±3.74	26.71±5.62	33.71±3.99	21.29±3.09	102.14±14.60
Test ve p değeri		t=-0.468/p=0.640	t=-0.064/p=0.949	t=-1.516/p=0.176	t=-0.154/p=0.877	t=-0.498/p=0.619
Sigara Kullanımı						
Evet ¹	39	18.26±3.91	24.31±5.66	28.74±5.78	19.90±3.27	91.21±17.00
Hayır ²	329	19.90±3.97	26.85±5.68	31.74±6.30	21.21±3.75	99.69±17.86
Test ve p değeri		t=-2.453/p=0.015	t=-2.638/p=0.009	t=-2.827/p=0.005	t=-2.095/p=0.037	t=-2.820/p=0.005

Tablo 4.7. (Devam) Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bazı Değişkenlere Göre SOÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıttıcı Özellikler	n	Bilgiye Erişim Ort. ± SS	Bilgileri Anlama Ort. ± SS	Değer Biçme/ Değerlendirme Ort. ± SS	Uygulama/Kullanma Ort. ± SS	SOÖ Ort. ± SS
Gebelik Dönemi Hakkında Televizyondan Bilgi Alma						
Evet ¹	82	18.23±3.97	24.09±5.41	28.85±5.85	19.68±4.08	90.85±17.09
Hayır ²	286	20.16±3.90	27.29±5.62	32.15±6.25	21.47±3.51	101.07±17.55
Test ve p değeri		t=-3.927/p=0.000	t=-4.590/p=0.000	t=-4.273/p=0.000	t=-3.602/p=0.000	t=-4.674/p=0.000
Gebelik Dönemi Hakkında İnternette Bilgi Alma						
Evet ¹	209	19.72±3.85	26.44±5.56	31.51±5.89	21.22±3.53	98.89±16.75
Hayır ²	159	19.74±4.18	26.76±5.95	31.30±6.84	20.87±3.95	98.67±19.44
Test ve p değeri		t=-0.032/p=0.975	t=-0.540/p=0.590	t=0.303/p=0.762	t=0.913/p=0.362	t=0.116/p=0.908
Gebelik Dönemi Hakkında Kitaplardan Bilgi Alma						
Evet ¹	105	19.77±3.89	26.51±5.44	31.46±5.86	21.06±3.78	98.80±16.81
Hayır ²	263	19.71±4.04	26.60±5.85	31.40±6.49	21.08±3.70	98.79±18.40
Test ve p değeri		t=0.131/p=0.896	t=-0.131/p=0.896	t=0.074/p=0.941	t=-0.044/p=0.965	t=0.004/p=0.996
Gebelik Dönemi Hakkında Sağlık Kurumlarından Bilgi Alma						
Evet ¹	288	19.61±3.91	26.51±5.53	31.41±6.25	20.98±3.75	98.50±17.77
Hayır ²	80	20.14±4.27	26.83±6.39	31.46±6.56	21.41±3.58	99.84±18.60
Test ve p değeri		t=-1.037/p=0.300	t=-0.405/p=0.686	t=-0.070/p=0.944	t=-0.930/p=0.353	t=-0.588/p=0.557
Gebelikte Sosyal Medya Kullanımı						
Evet ¹	229	19.79±3.86	26.48±5.60	31.50±5.88	21.17±3.54	98.93±16.93
Hayır ²	139	19.63±4.22	26.74±5.93	31.29±6.98	20.91±4.00	98.57±19.55
Test ve p değeri		t=0.356/p=0.722	t=-0.430/p=0.667	t=0.297/p=0.767	t=0.660/p=0.510	t=0.181/p=0.857

*Fark Dunnet C ile değerlendirilmiştir, **Fark LSD ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.8’de araştırma kapsamına alınan gebelerin obstetrik özelliklerine göre SOÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur.

Bilgiye Erişim alt boyutu için;

Şu an ikinci gebeliği olan (20.34 ± 3.86), önceki gebelik ile şimdiki gebelik arasında iki yıl ve üzeri zaman olan (21.03 ± 3.41) gebelerin SOÖ “Bilgiye Erişim” alt boyutu puan ortalaması diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Yaşayan üç ve üzeri çocuğu olan (17.49 ± 3.56) gebelerin SOÖ “Bilgiye Erişim” alt boyutu puan ortalaması diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonuçlanan gebelik durumuna göre gebelerin SOÖ “Bilgiye Erişim” alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$), (Tablo 4.8.). Araştırmaya katılan gebelerin SOÖ “Bilgiye Erişim” alt boyut puanı ile toplam gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p < 0.05$). Toplam gebelik sayısı azaldıkça “Bilgiye Erişim” alt boyut puanı artmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine göre SOÖ “Bilgiye Erişim” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; şu anki gebelik sayısı ($p = 0.015$), önceki gebelik ile şimdiki gebelik arasındaki süre ($p = 0.000$), yaşayan çocuk sayısı ($p = 0.000$) durumuna göre “Bilgiye Erişim” alt boyut puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$), (Tablo 4.8.).

Bilgileri Anlama alt boyutu için;

Önceki gebelik ile şimdiki gebelik arasında iki yıl ve üzeri zaman olan (28.32 ± 5.25) gebelerin SOÖ “Bilgileri Anlama” alt boyutu puan ortalaması diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Şu an üçüncü ve üzeri gebeliği olan (25.28 ± 5.31), yaşayan üç ve üzeri çocuğu olan (23.05 ± 4.92) gebelerin SOÖ “Bilgiye Anlama” alt boyutu puan ortalaması diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonuçlanan gebelik durumuna göre gebelerin SOÖ “Bilgileri Anlama” alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). Araştırmaya katılan gebelerin SOÖ “Bilgileri Anlama” alt boyut puanı ile toplam gebelik sayısı arasında istatistiksel

olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$), (Tablo 4.8.). Toplam gebelik sayısı azaldıkça “Bilgileri Anlama” alt boyut puanı artmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine göre SOÖ “Bilgileri Anlama” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; şu anki gebelik sayısı ($p=0.003$), önceki gebelik ile şimdiki gebelik arasındaki süre ($p=0.000$), yaşayan çocuk sayısı ($p=0.000$) durumuna göre “Bilgileri Anlama” alt boyut puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.8.).

Değer Bıçme/Değerlendirme alt boyutu için;

Önceki gebelik ile şimdiki gebelik arasında iki yıl ve üzeri zaman olan (32.99 ± 5.64) gebelerin SOÖ “Değer Bıçme/Değerlendirme” alt boyutu puan ortalaması diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Şu an üçüncü ve üzeri gebeliği olan (30.19 ± 6.17), yaşayan üç ve üzeri çocuğu olan (28.02 ± 6.46) gebelerin SOÖ “Değer Bıçme/Değerlendirme” alt boyutu puan ortalaması diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonuçlanan gebelik durumuna göre gebelerin SOÖ “Değer Bıçme/Değerlendirme” alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Araştırmaya katılan gebelerin SOÖ “Değer Bıçme/Değerlendirme” alt boyut puanı ile toplam gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$), (Tablo 4.8.). Toplam gebelik sayısı azaldıkça “Değer Bıçme/Değerlendirme” alt boyut puanı artmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine göre SOÖ “Değer Bıçme/Değerlendirme” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; şu anki gebelik sayısı ($p=0.015$), önceki gebelik ile şimdiki gebelik arasındaki süre ($p=0.000$), yaşayan çocuk sayısı ($p=0.000$) durumuna göre “Değer Bıçme/Değerlendirme” alt boyut puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.8.).

Uygulama/Kullanma alt boyutu için;

Önceki gebelik ile şimdiki gebelik arasında iki yıl ve üzeri zaman olan (21.90 ± 3.23) gebelerin SOÖ “Uygulama/Kullanma” alt boyutu puan ortalaması diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Şu an

üçüncü ve üzeri gebeliği olan (20.35 ± 3.79), yaşayan üç ve üzeri çocuğu olan (19.00 ± 4.33) gebelerin SOÖ “Uygulama/Kullanma” alt boyutu puan ortalaması diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonuçlanan gebelik durumuna göre gebelerin SOÖ “Uygulama/Kullanma” alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Araştırmaya katılan gebelerin SOÖ “Uygulama/ Kullanma” alt boyut puanı ile toplam gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$), (Tablo 4.8.). Toplam gebelik sayısı azaldıkça “Uygulama/Kullanma” alt boyut puanı artmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine göre SOÖ “Uygulama/Kullanma” alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; şu anki gebelik sayısı ($p=0.014$), önceki gebelik ile şimdiki gebelik arasındaki süre ($p=0.000$), yaşayan çocuk sayısı ($p=0.000$) durumuna göre durumuna göre “Uygulama/Kullanma” alt boyut puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.8.).

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam puanı için;

Önceki gebelik ile şimdiki gebelik arasında iki yıl ve üzeri zaman olan (104.24 ± 15.46) gebelerin SOÖ toplam puan ortalaması diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Şu an üçüncü ve üzeri gebeliği olan (94.78 ± 16.90), yaşayan üç ve üzeri çocuğu olan (87.56 ± 17.06) gebelerin SOÖ toplam puan ortalaması diğer gebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılan gebelerin düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonuçlanan gebelik durumuna göre gebelerin SOÖ toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Araştırmaya katılan gebelerin SOÖ toplam puanı ile toplam gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$), (Tablo 4.8.). Toplam gebelik sayısı azaldıkça SOÖ toplam puanı artmaktadır.

Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine göre SOÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde; şu anki gebelik sayısı ($p=0.004$), önceki gebelik ile şimdiki gebelik arasındaki süre ($p=0.000$), yaşayan çocuk sayısı ($p=0.000$) durumuna

göre durumuna göre SOÖ toplam puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre SOÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	n	Bilgiye Erişim Ort. ± SS	Bilgileri Anlama Ort. ± SS	Değer Bıçme/ Değerlendirme Ort. ± SS	Uygulama/Kullanma Ort. ± SS	SOÖ Ort. ± SS
Gebelik Sayısı						
1 ¹	105	20.02±4.39	27.12±6.07	32.24±6.56	21.36±3.88	100.74±19.40
2 ²	126	20.34±3.86	27.57±5.60	32.05±6.04	21.64±3.34	101.60±16.88
3 ve üzeri ³	137	18.96±3.64	25.28±5.31	30.19±6.17	20.35±3.79	94.78±16.90
Test ve p değeri		F=4.277/p=0.015	F=5.948/p=0.003	F=4.240/p=0.015	F=4.343/p=0.014	F=5.668/p=0.004
		Fark**: 2-3	Fark**: 3-1,2	Fark**: 3-1,2	Fark**: 3-1,2	Fark**: 3-1,2
Önceki Gebelik ile Şimdiki Gebelik Arasındaki Süre						
2 yıl ve üzeri ¹	141	21.03±3.41	28.32±5.25	32.99±5.64	21.90±3.23	104.24±15.46
2 yıldan az ²	117	18.06±3.64	24.15±5.05	28.89±6.01	19.89±3.79	90.99±16.45
Test ve p değeri		t=6.754/p=0.000	t=6.454/p=0.000	t=5.644/p=0.000	t=4.607/p=0.000	t=6.658/p=0.000
		Fark***: 1-2	Fark***: 1-2	Fark***: 1-2	Fark***: 1-2	Fark***: 1-2
Toplam Gebelik Sayısı						
Test ve p değeri		r=-0.193/p=0.000	r=-0.214/p=0.000	r=-0.190/p=0.000	r=-0.199/p=0.000	r=-0.219/p=0.000
Yaşayan Çocuk Sayısı						
Hiç ¹	143	19.67±4.43	26.76±6.18	31.46±6.90	21.08±3.90	98.97±19.87
1 ²	110	20.66±3.50	28.37±4.88	32.99±5.18	22.15±2.85	104.18±14.47
2 ³	60	20.20±3.32	26.08±5.30	31.55±5.45	20.95±3.30	98.78±15.05
3 ve üzeri ⁴	55	17.49±3.56	23.05±4.92	28.02±6.46	19.00±4.33	87.56±17.06
Test ve p değeri		F=8.565/p=0.000	F=11.681/p=0.000	F=8.054/p=0.000	F=9.443/p=0.000	F=11.390/p=0.000
		Fark*: 4-1,2,3	Fark*: 4-1,2,3	Fark*: 4-1,2,3	Fark*: 4-1,2,3	Fark*: 4-1,2,3
Düşük, Ölü Doğum, Kürtaj, Erken Doğumla Sonuçlanan Gebelik Durumu						
Var ¹	85	19.76±4.15	26.60±5.87	30.94±6.26	20.85±3.67	98.15±18.38
Yok ²	283	19.72±3.95	26.57±5.69	31.56±6.33	21.14±3.73	98.99±17.83
Test ve p değeri		t=0.096/p=0.924	t=0.044/p=0.965	t=-0.795/p=0.427	t=-0.632/p=0.528	t=-0.375/p=0.708

*Fark Dunnet C ile değerlendirilmiştir, **Fark LSD ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.9’da araştırmaya katılan gebelerin DÖASÖ ile SOÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkini sunulmuştur.

Çalışmaya dahil edilen gebelerin “Bilgiye Erişim” alt boyut puanı ile “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık”, “Doğum Beklentisi” alt boyut puanları ve “Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği” toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır (**p<0.05**). “Bilgiye Erişim” alt boyut puanı arttıka “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık”, “Doğum Beklentisi” alt boyut puanları ve “Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği” toplam puanı da artmaktadır. “Bilgiye Erişim” alt boyut puanı ile “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (**p>0.05**).

Çalışmaya dahil edilen gebelerin “Bilgileri Anlama” alt boyut puanı ile “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık”, “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler”, “Doğum Beklentisi” alt boyut puanları ve “Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği” toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır (**p<0.05**). “Bilgileri Anlama” alt boyut puanı arttıka “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık”, “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler”, “Doğum Beklentisi” alt boyut puanları ve “Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği” toplam puanı da artmaktadır.

Çalışmaya dahil edilen gebelerin “Değer Biçme/Değerlendirme” alt boyut puanı ile “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık”, “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler”, “Doğum Beklentisi” alt boyut puanları ve “Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği” toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır (**p<0.05**). “Değer Biçme/Değerlendirme” alt boyut puanı arttıka “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık”, “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler”, “Doğum Beklentisi” alt boyut puanları ve “Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği” toplam puanı da artmaktadır.

Çalışmaya dahil edilen gebelerin “Uygulama/Kullanma” alt boyut puanı ile “Doğum Beklentisi” alt boyut puanı ve “Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği” toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır (**p<0.05**). “Uygulama/Kullanma” alt boyut puanı arttıka “Doğum

Beklentisi” alt boyut puanı ve “Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği” toplam puanı da artmaktadır. “Uygulama/Kullanma” alt boyut puanı ile “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” ve “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Çalışmaya dahil edilen gebelerin “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” toplam puanı ile “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık”, “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler”, “Doğum Beklentisi” alt boyut puanları ve “Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği” toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” toplam puanı arttıkça “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık”, “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler”, “Doğum Beklentisi” alt boyut puanları ve “Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği” toplam puanı da artmaktadır.

Tablo 4.9. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n=368)

		Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık	Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler	Doğum Beklentisi	DÖASÖ Toplam
Bilgiye Erişim	r	0.117	0.073	0.187	0.155
	p	0.025	0.161	0.000	0.003
Bilgileri Anlama	r	0.151	0.148	0.208	0.207
	p	0.004	0.004	0.000	0.000
Değer Biçme/Değerlendirme	r	0.108	0.103	0.145	0.143
	p	0.039	0.048	0.005	0.006
Uygulama/Kullanma	r	0.098	0.061	0.143	0.125
	p	0.061	0.241	0.006	0.016
SOÖ Toplam	r	0.132	0.113	0.189	0.177
	p	0.011	0.031	0.000	0.001

5. TARTIŞMA

Gebelerde doğum öncesi algılanan stres ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen verilerin üç ayrı bölüm halinde değerlendirilmiştir.

1. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği'ne Ait Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ne Ait Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

3. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği'ne Ait Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Gebelik dönemi, kadınların fiziksel, sosyal ve fizyolojik açıdan birçok değişime maruz kaldığı bir dönemdir. Bu dönemde yaşanan değişimler kadınlarda duygusal değişimlerin yanı sıra gerginlik ve strese de yol açabilmektedir (Geldi, 2020). Atasever ve Sis Çelik (2018)'in çalışmasında gebelerin DÖASÖ toplam puan ortalaması 2.28 ± 0.90 , DÖASÖ "Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık" alt boyut puan ortalaması 1.26 ± 2.29 , DÖASÖ "Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler" alt boyut puan ortalaması 1.27 ± 2.13 , DÖASÖ "Doğum Beklentisi" alt boyut puan ortalaması 1.31 ± 2.49 saptanmıştır. Bu çalışmada ise yapılan diğer çalışmaya benzer olarak gebelerin DÖASÖ toplam puan ortalaması 2.09 ± 0.68 , DÖASÖ "Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal" Sağlık alt boyut puan ortalaması 1.98 ± 0.84 , DÖASÖ "Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler" alt boyut puan ortalaması 1.89 ± 0.63 , DÖASÖ "Doğum Beklentisi" alt boyut puan ortalaması 2.42 ± 0.95 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3).

Çapık ve ark. (2015) yaptıkları çalışmada gebelerin yaşı ile gebelik stresi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelerin yaşı küçüldükçe gebelikte duyulan stresin arttığı belirlenmiştir. Hou ve ark. (2018), Geldi (2020) ve Genç Koyucu (2020) yaptıkları farklı çalışmalarda da benzer sonuca varılmıştır. Bu

çalışmada ise yaş arttıkça gebelerin “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” ($p=0.012$) alt boyutunda algıladıkları stres istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur (Tablo 4.5.). Genç annelerin deneyim eksikliğine bağlı olarak gebelikte genellikle daha fazla stres yaşadıkları görülmekle birlikte, ileri yaştaki gebelerin kendi ve bebeklerinin sağlığına ilişkin risk altında olmaları nedeniyle daha fazla stres algıladıkları söylenebilir.

Durmuş (2015)’un yaptığı çalışmada ilkokuldan mezun olan gebelerin algıladıkları stresin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kapan ve Yanikkerem (2016)’in çalışmasında eğitim düzeyi düşük olan gebelerde depresyon görülme oranı daha fazla bulunmuştur. İşcan ve ark. (2018) yaptıkları araştırmada eğitim düzeyi düşük olan gebelerde daha fazla depresyon semptomu görüldüğü saptanmıştır. Bu çalışmada üniversite mezunu gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.5). Yüksek eğitim düzeyine sahip gebelerde riskli durumlarla karşılaşma ihtimalinin farkında olunması ve bu risklerin neler olduğunun bilinmesinin daha fazla strese yol açtığı düşünülmektedir.

Yıldız Çiltaş ve Köse Tuncer (2019)’in yaptığı çalışmada eşi okur yazar olmayan gebelerin stres düzeyleri daha yüksek belirlenmiştir. Sis Çelik ve Atasever (2020)’in yaptığı araştırmada eşi ilkokuldan mezun olan gebelerin daha yüksek düzeyde stres algıladıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada eşi ilkokul mezunu gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.5). Sonuçlar arasındaki farkın çalışmaya katılan gebelerin eşlerinin yaşadıkları bölgeden ve kültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ertekin Pınar ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada gebelerin meslekleri ile gebelikte algıladıkları stres puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı bulunmadığı tespit edilmiştir. Akpınar ve Ejder Apay (2020)’in yaptığı çalışmada gebenin mesleği ile görülen stres düzeyi arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Bu araştırmada memur gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.5). Memuriyet ile birlikte gelen eğitim, bilgi ve farkındalık seviyesi yüksek gebelerin doğum öncesi dönemde daha fazla stres algıladıkları söylenebilir.

Arslan ve ark. (2011), Çapık ve ark. (2015) yaptığı çalışmalarda eşi çalışmayan gebelerin depresyon ve stres puan ortalamaları daha fazla bulunmuştur. Genç Koyucu ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada ise gebelerin eşlerinin mesleğinin stres yaşama durumunu etkilediği sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada eşi memur olan gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.5). Sonuçlar arasındaki farkın gebelerin eşlerine bağlı olarak algıladıkları düşük sosyoekonomik durumun yaşanılan stresi artırmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Deuschle ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada düşük gelirli olan gebelerin daha fazla stres algıladıkları belirtilmiştir. Ertekin Pınar ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada maddi durumu kötü olan gebelerin daha fazla stres yaşadıkları saptanmıştır. Kaloğlu Binici ve Köse Tuncer (2020) yaptığı çalışmada ise gelir seviyesi ve gebelerde doğum öncesi algılanan stres arasında bir ilişki bulunamamıştır. Araştırmamızda gelir seviyesi yüksek olan gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur($p<0.05$), (Tablo 4.5). Özer (2021) yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızı destekler şekilde aynı sonuca varılmıştır. Sonuçlar arasındaki farklılığın, gelir düzeyine bağlı olarak gerekli bilgiye ulaşma durumunun etkilendiği ve kişisel farklılıkların farklı streslere neden olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kaloğlu Binici ve Köse Tuncer (2020) yaptığı çalışmada sosyal güvencenin varlığı ile gebelerde doğum öncesi algılanan stres arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı saptanmıştır. Bu çalışmada ise sosyal güvencesi SGK olan gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5). Sonuçlar arasındaki farkın sosyal güvenceye sahip gebelerde daha iyi yaşam standartlarının görülmesiyle birlikte bilgiye hızlı ve kolay ulaşım sağlanmasının stresi arttırmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Şahin ve Kılıçarslan (2010) yaptıkları çalışmada geniş ailede yaşayan gebelerin daha fazla stres algıladıkları belirlenmiştir. Elkin (2015) yaptığı çalışmada aile tipi ve gebelik stresi arasında ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmada ise geniş aile tipine sahip gebelerde doğum öncesi algılanan stres istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.5). Çalışma sonuçları arasındaki farklılığın

geniş ailede yaşayan gebelerin kendilerine ayıracak kısıtlı zamanlarının olması ve üstlerine düşen rol ve sorumluluklarının fazlalığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Cheng ve ark. (2019), Karataş Baran ve ark. (2020) yaptıkları çalışmalarda da gebelerin yaşadıkları yer ile algıladıkları stres arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Geldi (2020) yaptığı çalışmada ise ilde yaşayan gebelerin daha fazla stres yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu çalışmada uzun süre köyde yaşayan gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.5.). Yaşanılan yerde var olan sosyal stres faktörlerinin (trafik, şehir gürültüsü vb.) az olması nedeniyle bu bölgelerde yaşayan gebelerde algılanan stresin daha düşük hissedildiği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalar sonucunda ilk gebeliği olan kadınların algıladıkları stres düzeylerinin daha yüksek olduğunu görülmüştür (Ko ve ark, 2015; Chang ve ark, 2016; Shamsaei ve ark, 2019; Sis Çelik ve Atasever, 2020). Ancak Goletzke ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada ise şu anki gebelik sayısı iki ve üzeri olan kadınların algıladıkları stres oranları daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada şu an üçüncü ya da üzeri gebeliği olan gebelerin “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” ($p=0.048$) alt boyutunda algıladıkları stres istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.6.). Birden çok gebelik deneyimi yaşayanlarda gebelik dönemi meydana gelebilecek fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin bilinmesinin ve stresle baş etme yöntemlerinin bu doğrultuda seçilmesinin algılanan stresi azalttığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda önceki gebeliği ile şimdiki gebeliği arasında iki yıl ve üzeri zaman olan gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.6.). Bu sonucun gebelik sürecini uzun aradan sonra tekrar deneyimleyenlerde bilgi ve becerilerin unutulma kaygısı ve beraberinde getirdiği iyi bir ebeveyn olamama endişesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Altınçelep ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada gebelik sayısı ve algılanan stres arasında ilişki bulunamamıştır. Bunun aksine yapılan diğer çalışmalarda gebelik sayısı ve gebelik dönemi yaşanan stres arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır (Ejder Apay ve ark, 2015). Demir Alkin ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada gebelik

sayısı arttıkça algılanan stres puan ortalamalarının da arttığı belirlenmiştir. Bu çalışmada gebelik sayısı azaldıkça gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.6.). Gebelik sayısının fazla olmasının beraberinde getirdiği deneyimlerin stresle baş etme mekanizmalarının etkili kullanılmasına yarar sağladığı dolayısıyla algılanan stresin daha az hissedildiği düşünülmektedir.

Yapılan bazı çalışmalarda yaşayan çocuk sayısı ile gebelik stresi arasında bir ilişki bulunmamıştır (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010; Çapık ve ark, 2015). Arslan (2010) yaptığı çalışmada yaşayan çocuk sayısı arttıkça gebelik stresi ve depresyonunda arttığı saptanmıştır. Bu çalışmada yaşayan üç ve üzeri çocuğa sahip gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.6.). Yaşayan başka çocuğa sahip gebelerin tüm çocuklarının bakımına yeterli olamama kaygısının algılanan stresi arttırdığı, sahip olunan deneyimlerin ise stresle baş etmede güçlü bir etken olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalar önceki gebeliğinde düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğum hikayesi olan kadınlarda gebelik stresinin daha fazla yaşandığını göstermiştir (Ortaarık ve ark, 2012; Chang ve ark, 2016; Genç Koyucu, 2020). Bu çalışmada da sonuçlara paralel olarak düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğum hikayesi olan gebelerin “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” ($p=0.002$) alt boyutunda algıladıkları stres istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur (Tablo 4.6.). Gebelerde bebeğini kaybetme düşüncesinin stresi arttırdığı düşünülmektedir.

Ertekin Pınar ve ark (2014) yaptıkları çalışmada ise doktor randevularına düzenli giderek önerileri uygulayan gebelerde görülen stres düzeyi daha fazla bulunmuştur. Bu çalışmada ise gebelerin doktor ya da hemşirelerin önerilerine uyması ile gebelik stresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.5.). Sonuçlar arasındaki farklılığın gebelerin sahip olduğu kültürel değer ve inançlardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ertekin Pınar ve ark (2014) yaptıkları çalışmada sigara içen gebelerde daha fazla stres algılandığı belirlenmiştir. Aynı şekilde Karataş Baran ve ark (2020) yaptıkları çalışmada da benzer bir sonuç elde edilmiştir. Bu çalışmada ise gebelerde sigara kullanma durumu ile gebelikte doğum öncesi stres arasındaki fark istatistiksel olarak

anlamli bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.5.). Sonuçlar arasındaki bu farklılığın araştırmaya dahil edilen gebelerden çoğunluğunun sigara kullanmamasından kaynaklandığı düşünölmektedir.

Akben (2019) yaptığı çalışmada ise sosyal paylaşım sitelerini kullanan gebelerde daha az depresif semptom göröldüğü bulunmuştur. Bu çalışmada gebelerin bilgi edinmek için sosyal medyayı kullanma durumları ile algıladıkları stres arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.5.). Sonuçlar arasındaki farklılığın sosyal medyanın kullanım amaçlarındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünölmektedir.

De Santis ve ark (2010) yaptıkları çalışmada gebelerin bilgi edinmek için televizyon, internet ve sağlık çalışanlarını kullandıkları belirlenmiştir. Batman (2018) yaptığı çalışmada sağlık personeli ile etkileşimin kaygı ve korku üzerinde pozitif etki sağladığı belirtilmiştir. Bu çalışmada ise gebelik dönemi hakkında televizyondan bilgi almayan gebelerin “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” ($p=0.024$) ve “Doğum Beklentisi” ($p=0.042$) alt boyutlarında algıladıkları stres daha fazla bulunurken, sağlık kurumundan bilgi alan gebelerin “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” ($p=0.016$) ve “Doğum Beklentisi” ($p=0.020$) alt boyutlarında algıladıkları stres istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.5.). Sonuçlar arasındaki farklılığın bilgi edinme kaynaklarına göre stresle baş etme yöntemlerinin değişmesinden kaynaklandığı düşünölmektedir.

5.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ne Ait Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Gebelikte sağlık okuryazarlığı, “kadının hem kendi sağlığını hem bebeğinin sağlığını geliştirecek bilgiye ulaşma motivasyonu ve bilgiye ulaşma becerisi” olarak tanımlanır (Barnes ve ark, 2018). Gebenin sahip olduğı bilgi, yetenek ve güven, gebelik döneminde tercih edeceği sağlık davranışlarını etkilemektedir (Ostini ve Kairuz, 2014). Aras ve Bayık Temel (2017)'in çalışmasında gebelerin SOÖ toplam puan ortalaması 98.79 ± 17.94 , SOÖ “Bilgiye Erişim” alt boyut puan ortalaması 19.56 ± 3.10 , SOÖ “Bilgileri Anlama” alt boyut puan ortalaması 24.32 ± 4.50 , SOÖ “Değer Biçme/Değerlendirme” alt boyut puan ortalaması 30.08 ± 4.70 , SOÖ “Uygulama/Kullanma” alt boyut puan ortalaması 18.64 ± 3.20 olarak bulunmuştur. Bu

çalışmada ise gebelerin SOÖ toplam puan ortalaması 90.30 ± 12.40 , SOÖ “Bilgiye Erişim” alt boyut puan ortalaması 19.73 ± 3.99 , SOÖ “Bilgileri Anlama” alt boyut puan ortalaması 26.58 ± 5.73 , SOÖ “Değer Biçme/Değerlendirme” alt boyut puan ortalaması 31.42 ± 6.31 , SOÖ “Uygulama/Kullanma” alt boyut puan ortalaması 21.07 ± 3.72 olarak bulunmuştur (Tablo 4.4.).

Kadınlardan sağlık okuryazarlık düzeyi sağlığın korunması ve geliştirilmesi için önemli bir etkidir. Kadınlarda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi tüm toplum sağlığını etkileyecektir (Gönenç, 2015). Aydın ve Aba (2019) yaptıkları çalışmada kadınların yaşı ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmada gebelerin yaşı arttıkça “Bilgiye Erişim” ($p=0.003$) ve “Değer Biçme/Değerlendirme” ($p=0.019$) alt boyutundaki sağlık okuryazarlık düzeyleri de artmaktadır (Tablo 4.7.). Bu sonucun ileri yaş gebelerin sağlık bilgisine ulaşmada daha tecrübeli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Eğitim düzeyinin sağlık bilgisine ulaşma ve sağlıklı yaşam davranışlarını belirlemede önemli etken olduğu bilinen bir gerçektir. Yapılan çalışmalar sonucunda artan eğitim düzeyi ile birlikte sağlık okuryazarlığının da arttığı bulunmuştur (Lee ve ark, 2010). Khorasani ve ark (2018) yaptıkları çalışmada annelerin eğitim seviyeleri ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Gebeler üzerinde yapılan çalışmalarda da bu sonuca paralellik gösteren veriler elde edilmiştir (Kaya Şenol ve ark, 2019; Dadipoor ve ark, 2017). Bu çalışmada kendisi ve eşi ilkökul mezunu gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$), (Tablo 4.7.). Bu sonucun eğitim düzeyinin yüksek olması dolayısıyla bilgileri anlama ve yorumlama yeteneğinin artmasıyla birlikte sağlık davranışlarının iyileştirilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde yer alan çalışmalar işsizlik durumu ve süresinin sağlık okuryazarlık durumunu etkilediğini göstermektedir (Virtanen ve ark, 2013; Griep ve ark, 2016; Lee, 2019). Filiz (2015) yaptığı çalışmada çalışan gebelerde bazı alt boyutlardaki sağlık okuryazarlık düzeyinin daha fazla olduğunu saptamıştır. Dadipoor ve ark (2017) yaptıkları çalışmada da aynı sonuca varılmıştır. Bu çalışmada ev hanımı olan (çalışmayan) gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri daha düşük bulunurken, eşi memur olan gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı

derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.7.). Bu sonuçların çalışma durumunun sağlık bilgisine ulaşmadaki etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Goto ve ark (2018) yaptıkları çalışmada da gelir seviyesi yüksek olan kadınların daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Literatürde yer alan çalışma sonuçları da bunu desteklemektedir (Sørensen ve ark, 2015; Şen Uğur, 2016; Deniz, 2018). Bu çalışmada gelir seviyesi yüksek olan gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.7.). Bu sonuçların daha iyi sosyoekonomik duruma sahip gebelerin daha kaliteli ve daha ulaşılabilir sağlık bakımı almasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada sosyal güvencesi SGK olan ve çekirdek ailede yaşayan gebelerde sağlık okuryazarlık düzeyi istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.7.). Bu sonucun geniş aile tipine sahip gebelerin ailedeki yaşlı bireylerin sağlık uygulamaları konusundaki tecrübe ve söz hakkından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Wagner ve ark (2020) yaptıkları çalışmada kırsal kesimde yaşayan kadınların sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha düşük olduğunu saptanmıştır. Yeşilçınar ve ark (2021) yaptıkları çalışma sonucunda da köyde yaşayan kadınların il ve ilçede yaşayanlara göre daha düşük sağlık okuryazarlık puanına sahip oldukları belirlenmiştir. Bu çalışmada literatürdeki verilere paralellik göstermiştir. Köyde yaşayan gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.7.). Bu sonucun kırsal bölgede yaşayan gebelerin sağlık bilgisine ulaşımında zorluk çekmesinden ve doğru bilgiye ulaşamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Akça ve ark (2020) yaptıkları çalışmada ilk gebeliği olanların daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip oldukları belirlenmiştir. Bu çalışmada önceki gebeliği ile şimdiki gebeliği arasında iki yıl ve üzeri zaman olan gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.9.). Yine bu çalışma da şu an üç ve üzeri gebeliği olan gebelerin “Bilgileri Anlama” ($p=0.003$), “Değer Bıçme/Değerlendirme” (0.015) ve “Uygulama/Kullanma” ($p=0.014$) alt boyutlarındaki sağlık okuryazarlık düzeyleri

istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur. Şu an ikinci gebeliği olanların ise “Bilgiye Erişim” ($p=0.015$) alt boyutundaki sağlık okuryazarlık düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8.). Sonuçlar arasındaki farkın ilk kez gebelik deneyimi yaşayan kadınların daha çok araştırma eğilimi göstermesinden kaynaklandığı söylenebilir.

Akça ve ark (2020) yaptıkları çalışmada gebelerin mevcut gebelik sayısının sağlık okuryazarlık düzeyini etkilemediği saptanmıştır. Demirli (2018) yaptığı çalışmada ise beş ve üzeri yaşayan çocuğu olan kadınların sağlık okuryazarlık puanları daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmada toplam gebelik sayısı azaldıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığı bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.10.). Ayrıca yaşayan üç ve üzeri çocuğu olan gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.8.). Sonuçlar arasındaki farkın üstlenilen çocuk sayısının fazla olmasının sağlık bilgisi edinmeye zaman ayrılmasını zorlaştırmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Akça ve ark (2020) yaptıkları çalışmada daha önce düşük yapmamış gebelerin daha iyi sağlık okuryazarlık durumuna sahip oldukları belirlenmiştir. Bu çalışmada gebelerde daha önce düşük, ölü doğum gibi riskli durum yaşanması ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.8.). Bu sonucun örneklem grubunda yer alan gebelerin düşüğe verdikleri anlam ve tepkinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Batman (2018) yaptığı çalışmada gebelerin sağlık personelinin verdiği bilgilere güvendiği ve uyguladığı saptanmıştır. Bu çalışmada gebelerin doktor ve hemşire önerilerine uyma durumu ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.8.). Sonuçlar arasındaki farkın teknolojinin gelişmesiyle birlikte bilgi kaynaklarının çeşitli olmasından, gebelerin sağlık çalışanlarından aldıkları bilgiyle sınırlı kalmamasından kaynaklandığı söylenebilir.

Bu çalışmada sigara kullanmayan gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.7.). Bu sonucun sigara kullanmayan gebelerin daha doğru sağlık davranışları sergilemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelik döneminde alınan bilginin zamanı ve kaynağı hem gebenin hem bebeğin sağlığını etkileyen bir etkidir. Gao ve ark (2013) yaptıkları çalışmada gebelerin bilgi edinmek %88.7'sinin internete başvurduğu bulunmuştur. Kahraman (2016) yaptığı çalışmada gebelerin en çok doktor, ebe, hemşire, anne ve komşusundan bilgi aldığı saptanmıştır. Özyurt ve ark (2020) yaptıkları çalışmada ise kadınların sağlık programlarını erkeklerden daha fazla izlediği belirlenmiştir. Bu çalışmada gebelerin %78.3'ünün sağlık kurumlarından, %56.8'inin internetten, %28.5'inin kitaplardan ve %22.3'ünün televizyondan gebelikle ilgili bilgi edindiği bulunmuştur. Bu çalışmada televizyondan bilgi almayan gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.7.). Bu sonucun gebelerin karşısında sorularını ifade ederek cevap alabileceği birinin olmaması nedeniyle televizyondan aldıkları bilgiye güvenmemesinden kaynaklandığı söylenebilir.

Larsson (2009) yaptığı çalışmada gebelerin %91'inin günde 2-3 defa sosyal medyayı kullandığı belirlenmiştir. Rodger ve ark (2013) yaptıkları çalışmada gebelerin %89' unun Facebook'u, %20' sinin Youtube'u, %6'sınının Twitter'ı kullandığı saptanmıştır. Yapılan çalışmaların gebelerin sosyal medyayı en çok gebelikle ilgili bilgi almak için kullandıklarını göstermiştir (Çiçek ve Yenal, 2016; Sinclair ve ark, 2018). Bu çalışmada gebelikle ilgili bilgi edinmede sosyal medya kullanımının sağlık okuryazarlık düzeyini etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.7.). Bu sonucun kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

5. 3. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Dorst ve ark (2019) yılında yaptıkları çalışmada teknolojiyi kullanarak sağlık bilgisi alan gebelerin daha az stres yaşadıkları, gebeliğin olumlu maternal ve neonatal sonuçlarla sonlandığı saptanmıştır. Bu çalışmada DÖASÖ toplam puan ortalaması ile SOÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönlü, düşük düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($r=0.177$), (Tablo 4.9.). Gebelikte sağlık okuryazarlığı düzeyi yükseldikçe doğum öncesi algılanan stres de artmaktadır. Sonuçlar arasındaki farklılığın kültürel etkenler, gebeliğe yüklenen anlam, bilgi sahibi olmanın bazen algılanan stres faktörlerini arttırmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Tsai ve ark (2018) yaptıkları çalışmada düzenli antenal bakım alan gebelerin daha az stres yaşadıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada SOÖ toplam puan ortalaması ile “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönlü, düşük düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($r=0.132$), (Tablo 4.9.). Yani gebelik döneminde sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça tedavi ve doğum sırasında anne ve bebek için oluşabilecek risklerin bilinmesinden kaynaklanan doğum öncesi stres artmaktadır. Sonuçlar arasındaki farklılıkların araştırmada yer alan gebelerin eğitim ve bilgi düzeylerinin farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Niksalehi ve ark (2018) yaptıkları çalışmada lohusalara mesaj yolu ile düzenli bilgi verilmesinin postpartum depresyonu azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada SOÖ toplam puan ortalaması ile “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönlü, düşük düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($r=0.113$), (Tablo 4.9.). Yani gebelik döneminde sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça gebenin gebelik sürecinde kendinde oluşabilecek psikososyal değişiklerin farkında olmasından kaynaklanan doğum öncesi stres artmaktadır. Sonuçlar arasındaki farklılıkların yaşanan bölgenin ve sosyokültürel özelliklerin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Şahin ve ark (2019) yılında yaptıkları çalışmada daha önce doğum izlemiş ve doğum bilgisi yüksek olan gebelerin, izlemeyen gebelere göre doğum sırasında daha az korku ve stres yaşadıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada SOÖ toplam puan ortalaması ile “Doğum Beklentisi” puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönlü, düşük düzeyli bir ilişki bulunmuştur ($r=0.189$), (Tablo 4.9.). Yani gebelik döneminde sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça doğum sırasında uygulanabilecek uygulamaların bilinmesinden kaynaklanan doğum öncesi stres artmaktadır. Bu sonuç doğum sürecine tanık olmanın her zaman gebeyi rahatlatmayacağı, var olan bilginin stresi arttırabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Sonuç olarak sağlık okuryazarlık puan ortalaması yüksek olan gebelerde, doğum öncesi algılanan stres puan ortalaması da daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum daha fazla sağlık bilgisine ulaşan ve sahip olan gebelerin, olumsuz durumlara ilişkin

bilgilerinin de artmasıyla beraber doğum öncesi algılanan stres düzeylerinin de yükselmesi şeklinde yorumlanabilir.

6. SONUÇ ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma gebelerde doğum öncesi algılanan stres ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Gebelerin yaş ortalamasının 28.33 ± 5.10 olduğu bulunmuştur. Gebelerin %35.3'ünün üniversite mezunu olduğu, %52.7'sinin ev hanımı olduğu, %30.2'sinin eşinin üniversite mezunu olduğu ve %37.5'inin eşinin serbest meslek gruplarıyla uğraştığı saptanmıştır (Tablo 4.1.).

- Gebelerin %78.3'ünün orta gelir düzeyine sahip olduğu, %69.3'ünün SGK'lı olduğu, %73.6'sının çekirdek ailede ve %47'sinin en uzun il merkezinde yaşadığı, %98.1'inin doktor veya hemşirenin verdiği önerilere uyduğu, %84.9'unun sigara kullanmadığı bulunmuştur. Gebelerin %22.3'ünün gebelikle ilgili bilgileri TV'den, %56.8'inin internetten, %28.5'inin kitaplardan ve %78.3'ünün sağlık kurumlarından elde ettiği ve %62.2'sinin gebelikle ilgili bilgilere ulaşmak için sosyal medyayı kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.).

- Gebelerin %37.2'sinin şu an ki gebelik sayısının 3 ve üzeri olduğu, %54.7'sinin önceki gebeliği ile bu gebeliği arasında 2 yıl ve üzeri zaman olduğu saptanmıştır. Gebelerin ortalama gebelik sayısının 2.38 ± 1.31 olduğu, %38.9'unun henüz hiç yaşayan çocuğu olmadığı, %76.9'unun düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonuçlanan gebelikleri olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.2.).

- Gebelerin DÖASÖ toplam puan ortalaması 2.09 ± 0.68 olarak bulunmuştur. “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” alt boyut puan ortalaması 1.98 ± 0.63 , “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” alt boyut puan ortalaması 1.89 ± 0.63 , “Doğum Beklentisi” alt boyut puan ortalaması 2.42 ± 0.95 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3.).

- Gebelerin SOÖ toplam puan ortalaması 98.79 ± 17.94 olarak bulunmuştur. “Bilgiye Erişim” alt boyut puan ortalaması 19.73 ± 3.99 , “Bilgileri Anlama” alt boyut puan ortalaması 26.58 ± 5.73 , “Değer Biçme/Değerlendirme” alt boyut puan ortalaması

31.42±6.31, “Uygulama/Kullanma” alt boyut puan ortalaması 21.07±3.72 olarak bulunmuştur (Tablo 4.4.).

•Gebelerin yaşı ile DÖASÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$); SOÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

•Gebelerin eğitim durumuna göre DÖASÖ puan ortalaması ve SOÖ puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

•Gebelerin eş eğitim durumuna göre DÖASÖ puan ortalaması ve SOÖ puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

•Gebelerin mesleğine göre DÖASÖ puan ortalaması ve SOÖ puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

•Gebelerin eş mesleğine göre DÖASÖ puan ortalaması ve SOÖ puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

•Gebelerin gelir seviyesine göre DÖASÖ puan ortalaması ve SOÖ puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

•Gebelerin sosyal güvencesine göre DÖASÖ puan ortalaması ve SOÖ puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

•Gebelerin aile tipine göre DÖASÖ puan ortalaması ve SOÖ puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

•Gebelerin uzun süre yaşadıkları yere göre DÖASÖ puan ortalaması ve SOÖ puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

•Gebelerin şu an ki gebelik sayısına göre DÖASÖ puan ortalaması ve SOÖ puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

•Gebelerin bu gebelik ile önceki gebelik arasındaki süreye göre DÖASÖ puan ortalaması ve SOÖ puan ortalaması arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

•Gebelerin toplam gebelik sayısına göre DÖASÖ puan ortalaması ve SOÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

•Gebelerin yaşayan çocuk sayısına göre DÖASÖ puan ortalaması ve SOÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

•Gebelerin düşük, ölü doğum, kürtajla sonuçlanan gebelik durumuna göre DÖASÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur

($p < 0.05$). Düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonuçlanan gebelik durumu ile SOÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

- Gebelerin doktor ya da hemşirenin verdiği önerilere uyup uymama durumlarında göre DÖASÖ puan ortalaması ve SOÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

- Gebelerin sigara kullanma durumlarına göre DÖASÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p > 0.05$); SOÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).

- Gebelik dönemi bilgileri edinme yerlerinden televizyon kullanmama durumuna göre DÖASÖ puan ortalaması ve SOÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).

- Gebelik döneminde bilgi edinmek için sosyal medyayı kullanma durumuna göre DÖASÖ puan ortalaması ve SOÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

- Gebelerin SOÖ puan ortalaması ile DÖASÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($r = 0.177$), (Tablo 4.9.).

- Gebelerin SOÖ “Bilgiye Erişim” alt boyut puanı ile DÖASÖ ($r = 0.155$) toplam puanı, DÖASÖ’nin “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” ($r = 0.117$) ve “Doğum Beklentisi” ($r = 0.187$) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.19.). Gebelerin SOÖ “Bilgiye Erişim” alt boyut puanı ile DÖASÖ’nin “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$), (Tablo 4.9.).

- Gebelerin SOÖ “Bilgileri Anlama” alt boyut puanı ile DÖASÖ ($r = 0.207$) toplam puanı, DÖASÖ’nin “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” ($r = 0.151$), “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” ($r = 0.148$) ve “Doğum Beklentisi” ($r = 0.208$) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.9.).

- Gebelerin SOÖ “Değer Biçme/Değerlendirme” alt boyut puanı ile DÖASÖ ($r = 0.143$) toplam puanı, DÖASÖ’nin “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” ($r = 0.108$), “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” ($r = 0.103$) ve “Doğum

Beklentisi” ($r=0.145$) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.9.).

• Gebelerin SOÖ “Uygulama/Kullanma” alt boyut puanı ile DÖASÖ ($r=0.125$) toplam puanı ve DÖASÖ’nin “Doğum Beklentisi” ($r=0.143$) alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.11.). Gebelerin SOÖ “Uygulama/Kullanma” alt boyut puanı ile DÖASÖ’nin “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” ve “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.9.).

• Gebelerin SOÖ toplam puanı ile DÖASÖ’nin “Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık” ($r=0.132$), “Gebelik Esnasındaki Psikososyal Değişiklikler” ($r=0.113$) ve “Doğum Beklentisi” ($r=0.189$) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.9.).

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

• Gebelere yönelik doğum öncesi eğitimler planlanmadan önce doğum öncesi algıladıkları stres düzeylerinin ve sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi,

• Sağlık personelleri tarafından gebe ile ailesine uygun ve ihtiyaç doğrultusunda gebelik sürecine ilişkin eğitim verilmesi, ailenin ve gebenin doğum ile ilgili bilgi düzeylerinin artırılması,

• Stres yaşayan gebelerin stres kaynağının belirlenmesi gerekirse psikolojik yardım alınmasının sağlanması,

• Hemşire ve ebeler tarafından gebelere stresle baş etme yöntemleri konusunda eğitimler ve etkinlikler planlanması,

• Gebelere gebelik hakkında doğru bilgiye ulaşmak için sosyal medya ve internet kullanımını konusunda eğitimler verilmesi,

• Gebe ve ailelerine yönelik sağlık okuryazarlığı konusunda eğitim ve danışmanlık planlanması ve bu etkinliklere katılımın teşvik edilmesi,

• Gebelerde doğum öncesi algılanan stres ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen farklı bölgelerde daha geniş çaplı araştırmalar yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Aiken M, Kirwan G, Berry M, O'Boyle CA. (2012). The age of cyberchondria. *Royal College of Surgeons in Ireland Student Medical Journal*, 5(1), 71-74.
- Akben M. (2019). Gebelerin Sosyal Paylaşım Sitelerini Kullanma Durumları İle Sosyal Destek Ve Depresif Semptomlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Akça E, Gökyıldız Sürücü Ş, Akbaş M. (2020). Gebelerde sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), 630-642.
- Akdeniz S, Deniz ME. (2019). Farklı Merhamet Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Anksiyete, Stres ve Duygusal Zekanın İncelenmesi. *Karatay Sosyal Araştırmalar Dergisi*, (2), 183-207.
- Akpınar FZ, Ejder Apay S. (2020). Gebelikte yaşanan distres ile gebelikteki yakınmalar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 17 (4), 550-561.
- Aktaş H. (2018). Sağlık ve eğitimi değerlendirmede bir ölçme aracı; sağlık okuryazarlığı. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*, 1 (1), 12-16.
- Altınçelep, F. (2011). Gebelerdeki Prenatal Distres Düzeyinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul.
- Aras Z, Bayık Temel A. (2017). Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25 (2), 85-94.
- Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT. (2011). Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 21 (2), 79-84.
- Arslan B. (2010). Gebelerde Anksiyete Ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler. Uzmanlık Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.

- Arslan İ. (2018). Bilinçli farkındalık, depresyon düzeyleri ve algılanan stres arasındaki ilişki. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 8 (2), 73-86.
- Asadi L, Amiri F, Safinejad H. (2020). Investigating the effect of health literacy level on improving the quality of care during pregnancy in pregnant women covered by health centers. *Journal of Education and Health Promotion*, 9 (1), 1-6.
- Astantekin Özçoban F, Ergün S, Erkal Aksoy Y. (2021). Effects of health literacy education on adaptation to pregnancy, self-efficacy, fear of childbirth and health literacy in Turkish pregnant women: A randomized, controlled trial. *Health and Social Care*, 2 (30), 537-549.
- Astantekin Özçoban F, Erkal Aksoy Y, Dereli Yılmaz S. (2019). The effects and related factors of health literacy status and self-efficacy of pregnant women. *International Journal of Caring Sciences*, 12 (3), 1815–1824.
- Atasever İ, Sis Çelik A. (2018). Prenatal stresin ana-çocuk sağlığı üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21 (1), 60-68.
- Atasever İ, Sis Çelik A. (2018). The validity and reliability of the antenatal perceived stress inventory turkish version: A methodological study. *Health Care for Women International*, 39 (10), 1140-1157.
- Aydın D, Aba YA. (2019). Annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile emzirme öz-yeterlilik algıları arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12 (1), 31-39.
- Bale TL, Baram TZ, Brown AS, Goldstein JM, Insel TR, ve ark. (2010). Early life programming and neurodevelopment disorders. *Biol Psychiatry*, 68 (4), 314–319.
- Baltacı N, Başer M. (2020). Riskli gebelerde yaşanan anksiyete, prenatal bağlanma ve hemşirenin rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13 (3), 206-212.
- Barnes LAJ, Barclay L, McCaffery K, Aslani P. (2018). Complementary medicine products used in pregnancy and lactation and an examination of the information sources accessed pertaining to maternal health literacy: a systematic review of qualitative studies. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 18 (1), 1-27.

- Batman D. (2018). Gebe kadınların gebelikleriyle ilgili araştırdığı konular ve bilgi kaynakları; Nitel bir çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (3), 63-69.
- Baykal Akmeşe Z. (2017). Stresli Gebelerin Stres Yönetiminde Yogaya İlişkin Deneyimlerinin Belirlenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Bilir N. (2014). Sağlık Okur-Yazarlığı. *Turkish Journal of Public Health*, 12 (1), 61-68.
- Bilişli Y. (2019). Medya ve sağlık arasındaki sınırları keşfetmek: Eleştirel medya sağlığı okuryazarlığı bağlamında sağlık haberlerine yaklaşım. *Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 5 (2), 197-219.
- Bjelica A, Cetkovic N, Trninic Pjevic A, Mladenovic Segedi L. (2018). The phenomenon of pregnancy-a psychological view. *Ginekologia Polska*, 89 (2), 102-106.
- Bock J, Wainstock T, Braun K, Segal M. (2015). Stress in utero: prenatal programming of brain plasticity and cognition. *Biological Psychiatry*, 78 (5), 315-326.
- Bükecik N, Adana F. (2021). Hastane çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeyleri ve ilişkili faktörler: Konya ili örneği. *Caucasian Journal of Science*, 8 (1), 1-13.
- Chang HC, Chen SY, Chen CH. (2016). Predictors of antenatal psychosocial stress in Taiwanese women. *Journal of Nursing Research*, 24 (3), 193-200.
- Charoghchian Khorasani E, Peyman N, Esmaily H. (2018). Measuring maternal health literacy in pregnant women referred to the healthcare Centers of Mashhad, Iran, in 2015. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 6 (1), 1157-1162.
- Chen CH. (2015). Revision and validation of a scale to assess pregnancy stress. *The Journal of Nursing Research*, 23 (1), 25-31.
- Cheng BH, Chen JH, Wang GH. (2019). Psychological factors influencing choice of prenatal diagnosis in Chinese multiparous women with advanced maternal age. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 32 (14), 2295-2301.
- Coşar Çetin F, Yeşilçiçek Çalık K. (2018). Doğum Öncesi Dönem (1. bs.). İstanbul: Medikal Sağlık ve Yayıncılık. S:42-188.

- Coşkun AM, Arslan S, Okcu G. (2020). Gebe kadınlarda gebelik algısının stres, demografik ve obstetrik özellikler açısından incelenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17 (1), 1-8.
- Çapık A, Ejder Apay S, Sakar T. (2015). Gebelerde distres düzeyinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18 (3), 196-203.
- Çiçek Ö, Yenal K. (2016). Türkiye’de doğuma hazırlık eğitimi ile ilgili internet sayfalarının analizi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25 (4), 131-135.
- Çopurlar CK, Kartal M. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? nasıl değerlendirilir? neden önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10 (1), 42-47.
- Dadipoor S, Ramezankhani A, Alavi A, Aghamolaei T, Safari-Moradabadi A. (2017). Pregnant women’s health literacy in the South of Iran. *Journal of Family & Reproductive Health*, 11 (4), 211-218.
- De Santis M, De Luca C, Quattrocchi T, Visconti D, Cesari E, ve ark. (2010). Use of the internet by women seeking information about potentially teratogenic agents. *European Journal Obstetrics Gynecology Reproductive Biology*, 151 (2), 154-157.
- Demir Alkin E, Beydağ KD. (2020). Üç ve üzeri gebeliği olan kadınların algıladıkları stres düzeyi ve kendilerini algılama düzeyi ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 11 (3), 228-238.
- Demirbaş H, Kadioğlu H. (2014). Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4 (4), 200-206.
- Demirli P. (2018). Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Üzerine Bir Araştırma: Edirne İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Deniz S. (2018). Malatya İli Akçadağ İlçesinde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Fırat Üniversitesi, Elazığ.
- Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 20 (3), 99-108.

- Deshpande J. (2016). The effect of selected aspect of Garbha Sanskar on stress, coping strategies and wellbeing of antenatal mothers. *International Journal of Science and Research*, 3 (5), 588-591.
- DeSocio JE. (2018). Epigenetics, maternal prenatal psychosocial stress, and infant mental health. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32 (6), 901-906.
- Deuschle M, Hendlmeier F, Witt S, Rietschel M, Gilles M, ve ark. (2018). Cortisol, cortisone, and BDNF in amniotic fluid in the second trimester of pregnancy: effect of early life and current maternal stress and socioeconomic status. *Development and Psychopathology*, 30 (3), 971-980.
- Doğan S, Acar F, Baynal Doğan TG. (2021). İnternet bağımlılığı ve sağlık anksiyetesinin siberkondria davranışları üzerine etkisi. *Erciyes Akademi*, 35 (1), 281-298.
- Dorst MT, Anders SH, Chennupati S, Chen Q, Jackson GP. (2019). Health information technologies in the support systems of pregnant women and their caregivers: Mixed-methods study. *Journal of Medical Internet Research*, 21 (5), 1-12.
- Dönmez S, Yeniçel ÖA, Kavlak O. (2014). Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (3), 908-920.
- Durmaz S, Sürücü E, Özvurmaz S. (2020). Sağlık Okuryazarlığı. Tanır F. (Ed.). Halk Sağlığında Güncel Derlemeler. Ankara: Akademisyen Kitapevi. S:69-74.
- Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready ND, Çakır B, Akalın EH. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (1. bs.). Ankara: Sağlık-Sen Yayınları. S:21-26.
- Ejder Apay S, Özdemir F, Özorhan EY, Sakar T. (2015). Erzurum'daki kadınların gebelik sayısına ve aralığına etki eden faktörlerin incelenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (1), 45-64.
- Elkin N. (2015). Gebelerin stresle başa çıkma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8 (1), 22-31.

- Erdoğan P. (2021). İş Tatmininin Örgütsel Stres Algısına Etkisi: Cinsiyet ve medeni durumun düzenleyici rolü. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (45), 223-235.
- Ertekin Pınar Ş, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, ve ark. (2014). Gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7 (3), 171-177.
- Ertekin Pınar Ş, Duran Aksoy Ö, Dağlar G, Yurtsal ZB, Cesur B. (2017). Effect of stress management training on depression, stress and coping strategies in pregnant women: A randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39 (3), 203-210.
- GALLUP Dünya Anketi 2020. Erişim: 26 Ocak 2022, <https://www.gallup.com/analytics/349280/gallup-global-emotions-report.aspx>
- Gao LL, Larsson M, Luo SY. (2013). Internet use by Chinese women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*, 29 (7), 730-735.
- Geldi BN. (2020). Gebe Kadınlarda Stres ve Doğum Korkusu İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi, Ordu.
- Genç Koyucu R, Ülkar D, Erdem B. (2020). Primipar ve multipar gebelerin gebelik streslerinin karşılaştırılması. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8 (3), 652-663.
- Goletzke J, Kocalevent RD, Hansen G, Rose M, Becher H, ve ark. (2017). Prenatal stress perception and coping strategies: Insights from a longitudinal prospective pregnancy cohort. *Journal of Psychosomatic Research*, 102 (1), 8-14.
- Goto E, Ishikawa H, Okuhara T, Kuuchi T. (2018). Relationship between health literacy and adherence to recommendations to undergo cancer screening and health-related behaviors among insured women in Japan. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19 (12), 3409-3413.
- Gönenç İM. (2015). Kadın Sağlığı Açısından Sağlık Okuryazarlığı. Yıldırım F, Keser A. (Ed.). Sağlık Okuryazarlığı. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi. S: 61-74.

- Gözlü K. (2020). Sağlıkın Sosyal Bir Belirleyicisi: Sağlık Okuryazarlığı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27 (1), 137-144.
- Griep Y, Kinnunen U, Nätti J, De Cuyper N, Mauno S, ve ark. (2016). The effects of unemployment and perceived job insecurity: a comparison of their association with psychological and somatic complaints, self-rated health and life satisfaction. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89 (1), 147-162.
- Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, ve ark. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*, 67 (10), 1012-1024.
- Guo P, Zhang X, Liu N, Wang J, Chen D, ve ark. (2021). Mind–body interventions on stress management in pregnant women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal Of Advanced Nursing*, 77 (1), 125-146.
- Güler DS, Şahin S, Özdemir K, Ünsal A, Uslu Yuvacı H. (2021). Health literacy and knowledge of antenatal care among pregnant women. *Health and Social Care*, 6 (29), 1815-1823.
- Hou Q, Li S, Jiang C, Huang Y, Huang L, ve ark. (2018). The associations between maternal lifestyles and antenatal stress and anxiety in Chinese pregnant women: A cross-sectional study. *Scientific Reports*, 8 (1), 1-9.
- Hughes F. (2016). Nursing and Health Policy Perspectives: Health literacy: a key educational role for nurses and a vital tool for improving health. *International Nursing Review*, 63 (3), 304-305.
- Iranzad I, Bani S, Hasanpour Ş, Mohammadalizadeh S, Mirghafourvand M. (2014). Perceived social support and stress among pregnant women at health centers of Iran- Tabriz. *Journal of Caring Sciences*, 3 (4), 287-295.
- İşcan G, İşcan SC, Koç EM, Karçaaltıncaba D. (2018). Sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin gebelik depresyonuna etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (4), 429-435.

- Jenabi E, Gholamalinee B, Khazaei S. (2020). Correlation between health literacy and quality of life in Iranian menopausal women. *Journal of Menopausal Medicine*, 26 (1), 34-38.
- Kahraman S, Kabalcıoğlu F, Ersin F. (2016). Őanlıurfa'daki gebelerin bebek bakımına ilişkin bilgi düzeyleri. *Sosyal Politika alışmaları Dergisi*, (36), 79-97.
- Kaloğlu Binici D, Köse Tuncer S. (2020). Primipar ve multipar gebelerde algılanan stres ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (3), 189-202.
- Kandaş S. (2021). Covid-19 Pandemisi Sırasında Evli Bireylerin Algıladıkları Stres Düzeyleri Ve zm Odaklı Düşünme Becerileri İle Evlilik Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
- Kapan M, Yanıkkerem E. (2016). Kırsal ve kentsel alanda yaşayan gebelerin depresyon, yalnızlık ve şiddete maruz kalma durumları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15 (5), 431-439.
- Karabacak Zİ, Sezgin AA. (2019). Türkiye'de dijital dönüşüm ve dijital okuryazarlık. *Türk İdare Dergisi*, 1 (488), 319-343.
- Karataş Baran G, şahin S, ztaş D, Demir P, Desdicioğlu R, ve ark. (2020). Gebelerin algılanan stres düzeylerinin ve stres nedenlerinin değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 45 (1), 170-180.
- Kaya E, Karaca Sivrikaya S. (2019). Sağlık okuryazarlığı ve hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 28 (3), 216-221.
- Kaya şenol D, Gl İ, Aydın zkan S. (2019). Gebe kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin doğum öncesi bakım almaya etkisi: Kesitsel tanımlayıcı bir alışma. *Uluslararası Bakım Bilimi Dergisi*, 12 (3), 17-24.
- Kaya şenol D, Gl İ, Aydın zkan S. (2019). The effect of health literacy levels of pregnant women on receiving prenatal care: A cross-sectional descriptive study. *International Journal of Caring Sciences*, 12 (3), 1717–1726.

- Khorasani EC, Peyman N, Esmaily H. (2018). Measuring maternal health literacy in pregnant women referred to the health care centers of Mashhad, Iran, in 2015. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 6 (1), 1157-1162.
- Kılınçkaya A. (2018). Gölbaşı İlçesindeki Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş Üstü Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleriyle İlgili Bilgilerinin Ve Sağlık Hizmeti Alma Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Kızılkaya Beji N. (2019). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (3. bs.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. S:51-342.
- Kilfoyle KA, Vitko M, O'Connor R, Bailey SC. (2016). Health literacy and women's reproductive health: A systematic review. *Journal of Women's Health*, 25 (12), 1237-1255.
- Ko YL, Lin PC, Chen SC. (2015). Stress, sleep quality and unplanned caesarean section in pregnant women. *International Journal Of Nursing Practice*, 21 (5), 454-461.
- Körükçü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukcuoğlu K. (2017). Investigation of the relationship between the psychosocial health status and fear of childbirth in healthy pregnancies. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 7 (4), 159–65.
- Köse H. (2013). Örgütlerde stres kaynakları ve stres yönetimi. *Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi*, (29), 29-30.
- Külçür İ. (2016). Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Küresel Gençlik Refah Endeksi 2017. Erişim: 26 Ocak 2022, <https://www.tisk.org.tr/dokuman/uluslararasi-genclik-vakfi-iyf--hilton-kuresel-genclik-refah-endeksi-2017.pdf>
- Larsson M. (2009). A descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*, 25 (1), 14-20.
- Lee KS, Feltner FJ, Bailey AL, Lennie TA, Chung ML, ve ark. (2019). The relationship between psychological states and health perception in individuals at risk for

- cardiovascular disease. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 317-324.
- Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. (2010). Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: Results from a national survey. *BMC Public Health*, 10 (614), 1-8.
- Lilliecreutz C, Larén J, Sydsjö G, Josefsson A. (2016). Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 16 (5), 1-8.
- Malatyalı İ, Biçer EB. (2018). Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (17), 1-15.
- Montazeri A, Tavousi M, Rakhshani F, Azin SA, Jahangiri K, ve ark. (2014). Health Literacy for Iranian Adults (HELIA): development and psychometric properties. *Payesh Journal*, 13 (5), 589-599.
- Moore C, Hassett D, Dunne S. (2021). Health literacy in cancer caregivers: a systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 15 (6), 825-836.
- Niksalehi S, Taghadosi M, Mazhariazad F, Tashk M. (2018). The effectiveness of mobile phone text messaging support for mothers with postpartum depression: A clinical before and after study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7 (5), 1058-1062.
- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), 259-67.
- Okur E, Evcimen H, Yağcı Şentürk A. (2021). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30 (1), 18-24.
- Ortaarık E, Tekgöz İ, Ak M, Kaya E. (2012). İkinci trimestir gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (1), 16-20.

- Ostini R, Kairuz T. (2014). Investigating the association between health literacy and nonadherence. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 36 (1), 36-44.
- Ökmen AC, Yılmaz E. (2016). Psikotik bozukluğu eşlik eden retroserebellar araknoid kist. 52. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya, Özet Kitabı, 2016; 145.
- Ölçer Z, Oskay Ü. (2015). Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12 (2), 85-92.
- Örsal Ö, Duru P, Örsal Ö, Tırpan K, Çulhacı A. (2019). Analysis of the relationship among health awareness and health literacy, patient satisfaction levels with primary care in patients admitting to primary care health centers. *Patient Education and Counseling*, 102 (2), 376-82.
- Özdamar Ö, Yılmaz O, Beyca HH, Muhcu M. (2014). Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45 (2), 71-77.
- Özer R. (2021). Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Gebelerde Algılanan Stres ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Öztürk N, Aydın N. (2017). Anne ruh sağlığının önemi. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 1 (2), 29-36.
- Özyurt TE, Aydemir Y, Aydın A, İnci MB, Ekerbiçer HÇ, ve ark. (2020). İnternet ve televizyonda sağlık bilgisi arama davranışı ve ilişkili faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10 (özel sayı), 1-10.
- Pearlstein, T. (2015). Depression during pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29 (5), 754-765.
- Razurel C, Kaiser B, Dupuis M, Antonietti JP, Citherlet C, ve ark. (2014). Validation of the antenatal perceived stress inventory. *Journal of Health Psychology*, 19 (4), 471-81.
- Rodger D, Skuse A, Wilmore M, Humphreys S, Dalton J, ve ark. (2013). Pregnant women's use of information and communications technologies to access pregnancy-related health information in South Australia. *Australian Journal of Primary Health*, 19 (4), 308-312.

- Salbacak B. (2021). Gebelik Stresinin Uyku Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi, Ordu.
- Shamsaei F, Maleki A, Shobeiri F, Soltani F, Ahmadi F, ve ark. (2019). The relationship between general health and coping style with perceived stress in primigravida healthy pregnant women: Using the PATH model. *Women and Health*, 59 (1), 41-54.
- Shishehgar S, Dolatian M, Majd HA, Bakhtiary M. (2014). Perceived pregnancy stress and quality of life amongst Iranian women. *Global Journal of Health Science*, 6 (4), 270-277.
- Sinclair M, Lagan B, Dolk H, McCullough JE. (2018). An assessment of pregnant women's knowledge and use of the Internet for medication safety information and purchase. *Journal of Advanced Nursing*, 74 (1), 137-147.
- Sis Çelik A, Atasever İ. (2020). Gebelerde algılanan stres düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23 (2), 271-273.
- Solhi M, Abbasi K, Ebadi Fard Azar F, Hosseini A. (2019). Effect of health literacy education on self care in pregnant women: A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 7 (1), 2-12.
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, ve ark. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25 (6), 1053-1058.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, ve ark. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12 (80), 1-13.
- Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. (2015). The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: a systematic review. *Women and Birth*, 28 (3), 179-193.

- Staneva AA, Morawska A, Bogossian F, Wittkowski A. (2018). Maternal psychological distress during pregnancy does not increase the risk for adverse birth outcomes. *Women & Health*, 58 (1), 92–111.
- Şahin EM, Kılıçarslan S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27 (1), 51-8.
- Şahin S, Güler DS, İlçioğlu K, Ünsal A. (2019). Gebelerde doğum ile ilgili bilgi düzeyi ve doğum korkusunun değerlendirilmesi. *Medical Journal of Bakirkoy*, 15 (1), 5-14.
- Şahinöz T, Şahinöz S, Kıvanç A. (2018). Üniversite son sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7 (3), 71-79.
- Şantaş G. (2021). Türkiye'de sağlık okuryazarlığı araştırmaları: Lisansüstü tezlere yönelik bir içerik analizi. *Türk Fen ve Sağlık Dergisi*, 2 (2), 54-60.
- Şen Uğur V. (2016). Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Erişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi. Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Taheri S, Tavousi M, Momenimovahed Z, Direkvand Moghadam A, Tiznobaik A, ve ark. (2020). Development and psychometric properties of maternal health literacy inventory in pregnancy. *Plos One*, 15 (6), 1-14.
- Timuroğlu MK, Yılmaz B. (2019). Stres ve Girişimcilik Niyeti: Bir Uygulama. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 33 (3), 699-713.
- Toçi E, Burazeri G, Sorensen K, Jerliu N, Ramadani N, ve ark. (2013). Health literacy and socioeconomic characteristics among older people in transitional kosovo. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 3 (4), 1646–58.
- Toosi M, Akbarzadeh M. (2016). The effect of aerobic exercises on maternal outcomes: A randomized controlled clinical trial. *Women's Health Bull*, 3 (4), 1-8.

- Topaç Tuncel N, Kahtaoglu Süt H. (2019). Gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distress düzeyinin doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisi. *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16 (1), 9-17.
- Tsai YJ, Hsu YY, Hou TW, Chang CH. (2018). Effects of a web-based antenatal care system on maternal stress and self-efficacy during pregnancy: a study in Taiwan. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 63 (2), 205-213.
- Türk Dil Kurumu. StresTanımı. Erişim: 09.07.2022, <https://sozluk.gov.tr/>
- Türkoğlu N, Kılıç D. (2021). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24 (1), 25-33.
- Usta MG, Balıkcı A. (2012). Prenatal stresin nörogelişimsel etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4 (1), 99-111.
- Ülker N. (2015). Hastanede Çalışanların Stres ve Yönetimi. Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ.
- Virtanen P, Janlert U, Hammarström A. (2013). Health Status and health behaviour as predictors of the occurrence of unemployment and prolonged unemployment. *Public Health*, 127 (1), 46-52.
- Wagner T, Thompson EL, Gadson A, Stark M, Bush K, ve ark. (2020). Postpartum education and health literacy: new moms' perspectives. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 24 (4), 346-359.
- Yakar B, Gömleksiz M, Piriñçi E. (2019). Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Eurasian Journal of Family Medicine*, 8 (1), 27-35.
- Yeşilçınar İ, Şahin E, Mercen D. (2021). Postpartum dönemdeki kadınların sağlık okuryazarlığı ile geleneksel uygulamalara başvurmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15 (3), 594-601.

- Yıldız Çiltaş N, Köse Tuncer S. (2019). Gebelikte distresin tanımlanması: Erzincan örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7 (1), 15-24.
- Yılmazel G, Çetinkaya F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 1 (5), 69-74.
- Yılmazel A. (2019). Stres ve Stres Yönetimi, Yılmazel, A. (Ed.). Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütsel Davranış. Ankara: Detay Yayıncılık, 197-209.
- Yüksel A, Dabanlı Z, Yılmaz EB. (2020). Gebelerde bilinçli farkındalık ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 6 (2), 195-202.

EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmada, “**Gebelerde Doğum Öncesi Algılanan Stres İle Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki**”yi incelemek amaçlanmıştır. Soru formu ve ilgili ölçeklerin doldurulması 20 dakikanızı alacaktır. Tüm soruların eksiksiz ve içtenlikle cevaplanması bilimsel değeri nedeniyle oldukça önemlidir. Çalışma bulguları bilimsel amaç dışında hiçbir yerde yayınlanmayacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Esra KILIÇ

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

1.Yaşınız:

2. Eğitim durumunuz:

1) İlkokul 2)Ortaokul 3)Lise 4) Üniversite 5)Yüksek lisans 6)Doktora

3. Eşinizin eğitim durumu:

1) İlkokul 2)Ortaokul 3)Lise 4) Üniversite 5)Yüksek lisans 6)Doktora

4. Mesleğiniz:

1) Ev hanımı 2) İşçi 3) Memur 4) Diğer

5. Eşinizin mesleği:

1) Ev hanımı 2) İşçi 3) Memur 4) Diğer

6. Gelir seviyeniz:

1) Düşük 2) Orta 3)Yüksek

7. Sosyal güvenceniz:.....

8. Aile tipiniz:

1) Geniş Aile 2) Çekirdek Aile

9. Uzun süre yaşadığınız yer:

- 1) Köy 2) İl 3) İlçe

10. Şu an ki gebeliğiniz kaçınıcı gebeliğiniz?

- 1) 1 2) 2 3) 3 ve üzeri

11. Bu gebeliğiniz ile önceki gebeliğiniz arasındaki süre:

- 1) 2 yıl ve üzeri 2) 2 yıldan az

12. Toplam gebelik sayınız:

13. Yaşayan çocuk sayınız:

- 1) Hiç 2) 1 3) 2 4) 3 ve üzeri

14. Düşük, ölü doğum, kürtaj, erken doğumla sonuçlanan gebelikleriniz var mı?

- 1) Var 2) Yok

15. Doktorunuzun ya da hemşirenizin verdiği önerileri uyguluyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

16. Sigara kullanıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

17. Gebelik dönemi hakkında bilgileri nereden ediniyorsunuz?

- 1) Televizyon 2) İnternet 3) Kitap 4) Sağlık kurumu

18. Gebelik ile ilgili bilgi edinmek için sosyal medyayı kullanıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

EK 2. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği (DÖASÖ)

İFADELER	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	Çok fazla
1.Gebeliğim sırasında karşılaşılabileceğim sağlık sorunları konusunda stresliyim.					
2.Daha önce yapabildiğim ancak gebelikte yapamadığım şeyler (sigara, alkol kullanma, dışarı çıkma, seyahat, spor vb.) konusunda stresliyim.					
3.Gebeliğim sırasında kilomda oluşacak değişiklikler konusunda stresliyim.					
4.Gebeliğim sırasında kendimi yorgun hissetmem konusunda stresliyim.					
5.Gebeliğim sırasında ruhsal durumum ve aşırı hassasiyetim konusunda stresliyim.					
6.Doğum yapacağım zamanı bilmediğim için stresliyim.					
7.Gebeliğim sırasında eşim ile ilişkilerim konusunda stresliyim.					
8.Bebeğimin sağlığı konusunda stresliyim.					
9.Down sendromu gibi genetik bozukluklar için yapılan testler konusunda stresliyim.					
10.Ultrason çektirme konusunda stresliyim.					
11.Epidural anestezi (belden uyuşma) olup olmayacağım konusunda stresliyim.					
12.Epizyotomi (dikişli doğum) uygulanırsa acı çekip çekmeyeceğim konusunda stresliyim.					

EK 3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ)

BİLGİYE ERİŞİM	Hiç zorluk çekmiyorum	Az zorluk çekiyorum	Biraz zorluk çekiyorum	Çok zorluk çekiyorum	Yapamayacak durumdayım
1.Hastalıklar hakkında bilgiyi bulabiliyor musunuz?					
2.Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?					
3.Sigara içme, şişmanlık gibi riskler hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?					
4.Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgi bulabiliyor musunuz?					
5.Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgi elde edebiliyor musunuz?					
BİLGİLERİ ANLAMA	Hiç zorluk çekmiyorum	Az zorluk çekiyorum	Biraz zorluk çekiyorum	Çok zorluk çekiyorum	Yapamayacak durumdayım
6.İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
7.Tıbbi reçeteleri anlayabiliyor musunuz?					
8.Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehanelerinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?					
9.Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?					
10.Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?					
11. Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?					
12. Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?					
DEĞER BİÇME/ DEĞERLENDİRME	Hiç zorluk çekmiyorum	Az zorluk çekiyorum	Biraz zorluk çekiyorum	Çok zorluk çekiyorum	Yapamayacak durumdayım

13. Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbi bilgileri tartışabiliyor musunuz?					
14. Tedavi seçeneklerinin tehlikelerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
15. Tıbbi önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?					
16. Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?					
17. Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?					
18. Sağlık personeli, arkadaşlarımız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?					
19. Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?					
20. Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?					
UYGULAMA/ KULLANMA	Hiç zorluk çekmiyorum	Az zorluk çekiyorum	Biraz zorluk çekiyorum	Çok zorluk çekiyorum	Yapamayacak durumdayım
21. Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
22. Aşı yaptıрма, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personelinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?					
23. Eğer isterseniz tehlikeli alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?					
24. Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?					
25. Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?					

EK 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Ben Esra KILIÇ, Ordu Üniversitesi'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Dr. Öğretim Üyesi Ebru ŞAHİN danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak “Gebelerde Doğum Öncesi Algılanan Stres İle Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” isimli çalışmayı yürütmekteyim. Bu bilimsel araştırma ile gebelerde doğum öncesi algılanan stres ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyeceğim. Bu araştırmanın sonucunda gebelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi ve bu dönemde algıladıkları stres düzeyleri ile ilişkisi konusunda literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyim.

Araştırma için Giresun İl Sağlık Müdürlüğünden ve Ordu Üniversitesi Etik Kurulundan gerekli izinler alınmıştır. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadaki işlemlerin size hiçbir zararı olmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır, katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur.

Araştırmada yer almayı kabul ettikten sonra, istediğiniz zaman çalışmadan çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde olumsuz bir durumla karşılaşmayacaksınız. Sorulara verdiğiniz yanıtlar gizli olacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Size araştırma hakkında detaylı bilgi verilecektir. Bu çalışmayla ilgili aklınıza takılan her türlü soruyu istediğiniz zaman aşağıda ki telefon numarasını arayarak sorabilirsiniz

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları çalışmaya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin çalışmada kullanılması konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve çalışmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:

Tarih ve İmzası:

Araştırmacının Adı Soyadı:

İş Adresi:

Telefonu:

E-Posta:

Tarih ve İmzası:

EK 5. Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği Kullanım İzni Yazısı

ÖLÇEK KULLANIM İZNI Gelen Kutusu x



Esra Kılıç <esra150901@gmail.com>
Alıcı: ilknur_kulcur235

13 Tem 2021 Sal 14:06



Merhaba,

Sayın İlknur ATASEVER,

Ben Esra KILIÇ, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği"ni hocam Dr. Öğr. Üye. Ebru Şahin ile yapacağımız tez çalışmasında izniniz olursa kullanmak istiyoruz. Ölçeğinizi kullanmamıza izin vermeniz halinde özğün formunu ve yönergesini e-posta ile gönderebilir misiniz?

İlgünüz için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla...



İLKNUR ATASEVER <ilknur_kulcur235@outlook.com>
Alıcı: ben

14 Tem 2021 Çar 09:04



Merhaba Esra Hanım;

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Sevgiler

Arş. Gör. İlknur ATASEVER

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D.

Ankara Türkiye

Telefon: +90 312 305 15 80

EK 6. Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Kullanım İzni Yazısı

ÖLÇEK KULLANIM İZNI Gelen Kutusu x



Esra Kılıç <esra150901@gmail.com>

Alıcı: ayla.bayik

24 Haziran Per 13:13



Merhaba,

Sayın Ayla BAYIK,

Ben Esra KILIÇ, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğini" hocam Dr. Öğr. Üye. Ebru Şahin ile yapacağımız tez çalışmasında izniniz olursa kullanmak istiyoruz. Ölçeğinizi kullanmamıza izin vermeniz halinde özgün formunu ve yönergesini e posta ile gönderebilir misiniz?

İlginiz için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla...



Ayla Bayık Temel

Alıcı: ben

25 Haziran Cum 20:05




Sayın Esra Kılıç


Uzman Hemşire Zühal Aras ile birlikte geçerlik ve güvenilirliğini test ettiğimiz "Sağlık Okuryazarlık Ölçeğini" bilimsel çalışmanızda kullanabilmemiz uygundur.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim. Makaleye **Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;25(2):85-94** sayısında ulaşabilirsiniz ölçeğin son hali ve kullanımı makalede açık verilmiştir, açıklanmıştır. Makaledeki formu kullanınız. İlginize teşekkür ederim, başarılar dilerim.

Prof. Dr. Ayla Bayık Temel

EK 7. Sağlık Bakanlığı Giresun İl Sağlık Müdürlüğü Yazılı İzni



GİRESUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - GİRESUN ÖZLÜK
İŞLERİ BİRİMİ
07/09/2021 09:53 - E-41544352 - 799 - 2395

00147258373

T.C.
GİRESUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-41544352-799
Konu : Araştırma İzni (Öğrenci Esra KILIÇ)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 01/09/2021 tarihli ve 49005789-E.633135 sayılı yazımız.

İlgi yazınıza istinaden: Üniversiteniz öğrencilerinden Esra KILIÇ' ın Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Ebru ŞAHİN danışmanlığında "Gebelerde Doğum Öncesi Algılanan Stres ile Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu anket çalışmasını 15 Eylül 2021-15 Eylül 2022 tarihleri aralığında Müdürlüğümüze bağlı GRÜ Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapma talebi Komisyonumuzca uygun mütalaa edilmiştir.

Söz konusu verilerin kullanılmasında kişisel verilere/özel hayata özen gösterilmesi ve çalışma sonuçlarının tarafımıza gönderilmesi hususunu,
Bilgilerinize arz/rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Muhammet BULUT
İl Sağlık Müdürü

Ek:
1-Komisyon Kararı (1 Adet)

EK 8. Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni



T.C. ORDU ÜNİVERSİTESİ - Ordu
Üniversitesi Rektörlüğü - Tıp Fakültesi
Dekanlığı
03.09.2021 17:37
Sayı: 91120269-800-E.0633927
0000633927

T.C. ORDU ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
26.08.2021	17	15.00	196

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, "Klinik Araştırmalar ve Biyoyararlanım/Biyoeşdeğerlik Çalışmaları Etik Kurullarının Standart Çalışma Yöntemi Esasları" 11.2.1 maddesi uyarınca Etik Kurul Başkan V. Doç. Dr. Ali YILMAZ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2021/196

Sorumlu yürütücü Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN'in, KAEK 207 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "Gebelerde Doğum Öncesi Algılanan Stres İle Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı araştırmasının Giresun İl Sağlık Müdürlüğü İzni onayı sonrası başlanabileceğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Ali YILMAZ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkan V.