

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI



GEBELİK OKURYAZARLIĞI (GOY) ÖLÇEK GELİŞTİRME
ÇALIŞMASI

İŞLETME DOKTORA TEZİ

Derya KOCADAĞ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Abdulhamit EŞ

BOLU, OCAK 2025

KABUL VE ONAY SAYFASI

Derya KOCADAĞ tarafından hazırlanan “**GEBELİK OKURYAZARLIĞI (GOY) ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI**” adlı tez çalışması jürimiz tarafından İşletme Ana Bilim Dalı İşletme Programında Doktora Tezi olarak oy birliğiyle kabul edilmiştir. 2/01/2025

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman
Doç. Dr. Abdulhamit EŞ
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye
Prof. Dr. Yalçın KARAGÖZ
Düzce Üniversitesi

.....

Üye
Doç. Dr. Hakan Tahiri MUTLU
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye
Doç. Dr. Süleyman ÖZSARI
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

.....

Üye
Doç. Dr. Yusuf ÖCEL
Düzce Üniversitesi

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzu ve Şablonuna uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
 - Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
 - Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
 - Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
 - Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir
- aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Teze ilişkin Turnitin adlı programında enstitü müdürlüğünce belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan benzerlik raporuna göre, tezin benzerlik oranı %30'u geçmemektedir.

Bu çalışma için Klinik Araştırmaları Etik Kurulundan 2022/335 sayısı ile etik izin alınmıştır.

.....
DERYA KOCADAĞ

ÖZET

**GEBELİK OKURYAZARLIĞI (GOY) ÖLÇEK GELİŞTİRME
ÇALIŞMASI
DOKTORA TEZİ
DERYA KOCADAĞ
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI
İŞLETME DOKTORA PROGRAMI
(TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. ABDULHAMİT EŞ)
BOLU, OCAK - 2025
XIII + 103**

Gebelik okuryazarlığı, kadınların gebelik sürecine özgü sağlık bilgilerini doğru bir şekilde edinme, anlama, değerlendirme ve günlük yaşamda uygulama becerilerini ifade eden, kendi sağlıklarını ve çocuklarının sağlığını iyileştirme ve sürdürme amacı taşıyan sosyal ve bilişsel bir yetkinliktir.

Geliştirilen gebelik okuryazarlığı ölçeği için 12 uzman ile 89 soruluk taslak madde havuzu oluşturulmuş, Lawshe tekniği ile kapsam geçerlik oranı (KGO) “0 ya da negatif” değer alan 12 madde elenerek dil uygunluğu da test edilmiş ve 77 madde ile taslak ölçek uygulama aşamasına geçilmiştir. Pilot çalışma 100 gönüllü gebe katılımcı üzerinden yapılmış, daha sonra 18 yaş ve üzeri olan toplam 401 gönüllü kadın katılımcı ile ana çalışma gerçekleştirilmiştir.

Hedeflenen ölçeğin yapısının doğrulanması amacı ile açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, madde analizi, güvenirlik analizleri yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda faktör yükleri 0,489 ile 0,718 arasında olan 39 maddeli veri seti ve özdeğeri 1’in üzerinde 4 faktörlü ölçme aracı elde edilmiştir. Toplam varyansın %52,78’ini açıklayan bu faktörler “Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık, Doğum Süreci ve Hazırlık, Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı ile Gebelikte Tehlike İşaretleri” olarak isimlendirilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarında elde edilen uyum indeksi değerleri, yeterli ve kabul edilebilir aralıkta bulunmuş olup, alt-üst %27’lik grup ortalamaları farkı anlamlı, madde toplam korelasyonuna ait değerleri ise 0,329 ile 0,698 değerleri arasında olduğu tespit edilmiştir. İlaveten ölçeğin yapısal uygunluğu için Fornell-Larcker kriteri, HTMT kriteri, CR ve AVE parametreleri de kabul edilen uyum sınırları içerisinde. Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS, AMOS ve SMART-PLS programları ile yapılmıştır. Sonuç olarak Gebelik Okuryazarlığı Ölçeği’nin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu tespit edilmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: Okuryazarlık, Gebelik okuryazarlığı, Ölçek geliştirme

ABSTRACT

**PREGNANCY LITERACY SCALE DEVELOPMENT STUDY
PHD THESIS
DERYA KOCADAG
BOLU ABANT IZZET BAYSAL UNIVERSITY
INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES
DEPARTMENT OF BUSINESS ADMINISTRATION
(SUPERVISOR: ASSOC. PROF. DR., ABDULHAMIT ES)
BOLU, JANUARY 2025
XIII + 103**

Pregnancy literacy is a social and cognitive competence that refers to women's ability to correctly acquire, understand, evaluate and apply health information specific to the pregnancy process in daily life, with the aim of improving and maintaining their own health and the health of their children.

For the pregnancy literacy scale developed, a draft item pool of 89 questions was created with 12 experts, 12 items with a content validity ratio (CVR) of “0 or negative” were eliminated with the Lawshe technique and language suitability was tested, and the draft scale application phase was started with 77 items. The pilot study was conducted with 100 volunteer pregnant participants, then the main study was conducted with a total of 401 volunteer female participants aged 18 and over.

In order to verify the structure of the targeted scale, explanatory and confirmatory factor analysis, item analysis, and reliability analyses were conducted. As a result of the explanatory factor analysis, a 39-item data set with factor loadings between 0.489 and 0.718 and a 4-factor measurement tool with an eigenvalue above 1 were obtained. These factors, which explained 52.78% of the total variance, were named as “Newborn Care and Postpartum, Birth Process and Preparation, Information Seeking and Decision Making Behavior, and Danger Signs in Pregnancy”. The fit index values obtained in the confirmatory factor analysis results were found to be sufficient and within acceptable ranges, and the difference between the lower and upper 27% group means was found to be significant, and the item total correlation values were found to be between 0.329 and 0.698. In addition, the Fornell-Larcker criterion, HTMT criterion, CR and AVE parameters for the structural fit of the scale were also within the accepted fit limits. Statistical analyses of the study were conducted using SPSS, AMOS and SMART-PLS programs. As a result, it was determined that the Pregnancy Literacy Scale was a valid and reliable measurement tool.

KEYWORDS: Literacy, Pregnancy literacy, Scale development

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
TABLO LİSTESİ	ix
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ	xi
EKLER LİSTESİ	xii
TEŞEKKÜR	xiii
1. GİRİŞ.....	1
1.1 Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı Kavramları.....	4
1.1.1 Okuryazarlık Kavramı	4
1.1.2 Sağlık Okuryazarlığı Kavramı.....	5
1.1.3 Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması/Boyutları	7
1.1.4 Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler.....	8
1.1.5 Yetersiz/Düşük/Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı.....	9
1.1.6 Gebelik ve Sağlık Okuryazarlığı	10
1.1.7 Türkiye ve Dünyada Anne-Bebek Ölümleri.....	12
1.2 Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	15
2. MATERYAL ve YÖNTEM.....	19
2.1 Ölçek Kavramı.....	19
2.2 Geçerlik (Validity) Kavramı.....	19
2.2.1 Yüzey (Görünüm, Mantıksal) Geçerliği (Face Validity)	20
2.2.2 Kapsam/İçerik (Content) Geçerliği	20
2.2.3 Yapısal (Kavramsal) Geçerlik (Construct Validity).....	22
2.2.3.1 Ölçüt/Kriter Bağımlı (Criterion-Related) Geçerlik.....	22
2.2.3.2 Gruplar Arası Ayrışma	23
2.2.3.3 Açıklayıcı (Exploratory) Faktör Analizi (AFA)	23
2.2.3.4 Doğrulayıcı (Confirmatory) Faktör Analizi (DFA)	25
2.2.3.5 Faktör Analizinde Birleşim ve Ayrışım Geçerliliğine İlişkin Kriterler 30	
2.2.3.5.1 Birleşim Geçerliliği İçin Fornell ve Larcker Kriteri.....	30
2.2.3.5.2 Birinci Dereceden Yapılar Arasında Ayrışım Geçerliliği İçin Heterotrait-Monotrait (HTMT) Kriteri.....	31
2.2.3.5.3 CR ve AVE Parametreleri.....	31
2.3 Güvenirlik (Reliability) Kavramı	32
2.3.1 Güvenirlik Katsayıları	33

2.3.2 Güvenirliği Belirleme Yöntemleri.....	34
2.3.2.1 Test Yeniden Test (Test-retest) Güvenirliği	34
2.3.2.2 İkiye Ayırma (Split-Half) Güvenirliği	35
2.3.2.3 Paralel (Parallel) ve Kesin Paralel (Strict Parallel) Formlar Güvenirliği	35
2.3.2.4 İçsel Tutarlılık	35
2.3.2.4.1 Cronbach's Alpha Katsayısı	36
2.3.2.4.2 Madde Analizi (Item Analysis).....	36
3. BULGULAR	38
3.1 Gebelik Okuryazarlığı İçin Ölçek Geliştirme Süreci ve Aşamaları / Yöntem ve Metodoloji.....	38
3.1.1 Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	38
3.1.2 Soru Havuzunun Oluşturulması (Yüzey/Görünüş Geçerliği).....	39
3.1.3 Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	40
3.1.4 Kapsam (İçerik) Geçerliği	42
3.1.5 Yapı Geçerliliğinin Belirlenmesi.....	42
3.1.5.1 Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) Aşamaları.....	42
3.1.5.2 Güvenirlik/İç Tutarlılık (Cronbach Alpha)	50
3.1.5.2.1 Cronbach Alpha Katsayısı İle Güvenirliğin Belirlenmesi	50
3.1.5.2.2 Madde Analizi: Madde Toplam Korelasyonu İle Güvenirliğin Test Edilmesi	53
3.1.5.2.3 Madde Analizi: Madde Ayırt Edicilik Analizi (Alt-Üst %27'lik Gruplara İlişkin Madde Puanları) İle Güvenirliğin Test Edilmesi	56
3.1.5.3 Gebelik Okuryazarlığı Ölçeğine Ait Betimleyici İstatistikler.	56
3.1.5.4 Hotelling T ² İstatistiği	64
3.1.5.5 Fornell ve Larcker Kriteri İle Heterotrait-Monotrait (HTMT) Kriteri	65
3.1.5.6 Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) Aşamaları	67
4. TARTIŞMA	86
5. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	92
KAYNAKLAR	95
EKLER.....	102

ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 3.1. Ölçek geliştirme süreci basamakları	38
Şekil 3.2. Açıklayıcı faktör analizine ait çizgi grafiği (scree plot)	50
Şekil 3.3. Geliştirilen ölçeğe ilişkin araştırma modeli (DFA-Yol analizi)	68
Şekil 3.4. Geliştirilen ölçeğe ilişkin birinci alt boyut (yenidoğan bakımı ve lohusalık) için araştırma modeli (DFA-Yol analizi)	73
Şekil 3.5. Geliştirilen ölçeğe ilişkin ikinci alt boyut (doğum süreci) için araştırma modeli (DFA-Yol analizi)	76
Şekil 3.6. Geliştirilen ölçeğe ilişkin üçüncü alt boyut (bilgi arama ve karar verme davranışı) için araştırma modeli (DFA-Yol analizi)	79
Şekil 3.7. Geliştirilen ölçeğe ilişkin dördüncü alt boyut (gebelikte tehlike işaretleri) için araştırma modeli (DFA-Yol analizi)	82

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1. Model uyumunun değerlendirilmesi için kabul gören değerler	30
Tablo 3.1. Çalışmanın analiz prosedürleri özeti	41
Tablo 3.2. KMO ve Bartlett's test sonuçları.....	43
Tablo 3.3. Ortak faktör varyansı (eşkökenlilik) (communality)	43
Tablo 3.4. Açıklanan varyans değerleri (total variance explained) tablosu	46
Tablo 3.5. Açıklayıcı faktör analizi sonrası faktör yükleri.....	48
Tablo 3.6. Gebelik okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları güvenirlik analizi sonuçları	51
Tablo 3.7. Madde çıkarma analizi ile güvenirliğin test edilmesi	52
Tablo 3.8. Madde toplam korelasyonu ile güvenirliğin test edilmesi	54
Tablo 3.9. Ölçek geneli ve alt boyutlar için alt-üst %27'lik gruplara ilişkin sonuçlar	56
Tablo 3.10. Gebelik okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutlarının betimleyici istatistikleri ve normallik sonuçları	57
Tablo 3.11. 1.faktör (yenidoğan bakımı ve lohusalık) için maddelerin betimleyici istatistikleri	58
Tablo 3.12. 2.faktör (doğum süreci ve hazırlık) için maddelerin betimleyici istatistikleri	59
Tablo 3.13. 3.faktör (bilgi arama ve karar verme davranışı) için maddelerin betimleyici istatistikleri	60
Tablo 3.14. 4.faktör (gebelikte tehlike işaretleri) için maddelerin betimleyici istatistikleri	61
Tablo 3.15. Taslak ölçekten çıkarılan maddelere ait betimleyici istatistikler ..	62
Tablo 3.16. Gebelik okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutlarının korelasyonu	64
Tablo 3.17. Hotelling T ² test sonuçları.....	65
Tablo 3.18. Fornell ve Larcker kriteri bulguları.....	65
Tablo 3.19. Heterotrait-Monotrait (HTMT) kriteri bulguları.....	66
Tablo 3.20. Modelin doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uyum indeks sonuçları	69
Tablo 3.21. Geliştirilen ölçeğe ilişkin regresyon katsayıları	70
Tablo 3.22. Geliştirilen ölçeğe ilişkin standardize edilmiş regresyon katsayıları	71
Tablo 3.23. Birinci alt boyut (yenidoğan bakımı ve lohusalık) için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uyum indeks sonuçları.....	74
Tablo 3.24. Geliştirilen ölçeğe ilişkin birinci alt boyut (yenidoğan bakımı ve lohusalık) için regresyon katsayıları	75
Tablo 3.25. Geliştirilen ölçeğe ilişkin birinci alt boyut (yenidoğan bakımı ve lohusalık) için standardize edilmiş regresyon katsayıları	75
Tablo 3.26. İkinci alt boyut (doğum süreci) için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uyum indeks sonuçları.....	77
Tablo 3.27. Geliştirilen ölçeğe ilişkin ikinci alt boyut (doğum süreci) için regresyon katsayıları	78
Tablo 3.28. Geliştirilen ölçeğe ilişkin ikinci alt boyut (doğum süreci) için standardize edilmiş regresyon katsayıları	78
Tablo 3.29. Üçüncü alt boyut (bilgi arama ve karar verme davranışı) için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uyum indeks sonuçları	80
Tablo 3.30. Geliştirilen ölçeğe ilişkin üçüncü alt boyut (bilgi arama ve karar verme davranışı) için regresyon katsayıları	81

Tablo 3.31. Geliştirilen ölçeğe ilişkin üçüncü alt boyut (bilgi arama ve karar verme davranışı) için standardize edilmiş regresyon katsayıları	81
Tablo 3.32. Dördüncü alt boyut (gebelikte tehlike işaretleri) için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uyum indeks sonuçları	83
Tablo 3.33. Geliştirilen ölçeğe ilişkin dördüncü alt boyut (gebelikte tehlike işaretleri) için regresyon katsayıları	84
Tablo 3.34. Geliştirilen ölçeğe ilişkin dördüncü alt boyut (gebelikte tehlike işaretleri) için standardize edilmiş regresyon katsayıları	84



KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
A-SOY	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
AVE	: Ortalama açıklanan varyans
CR	: Bileşik güvenirlik
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
E-HEALS	: Adölesanlarda E-Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği
GOY	: Gebelik Okuryazarlığı Ölçeği
HLS-14	: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
HLS-EU-Q16	: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formu
KGO	: Kapsam Geçerlilik Oranı
KGI	: Kapsam Geçerliliği İndeksi
TOFHLS	: Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32
SLIS	: Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması
SOÖ	: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
REALM	: Tıpta Yetişkin Sağlık Okuryazarlığının Hızlı Tahmini
YSOÖ	: Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

EKLER LİSTESİ

EK 1: Gebelik Okuryazarlığı Ölçeği



TEŞEKKÜR

Tez sürecimin başından itibaren her aşamada ilgisini, bilgisini ve sabrını eksik etmeyen öğrencisi olmaktan mutluluk duyduğum değerli danışmanım Doç. Dr. Abdulhamit EŞ'e emeği ve katkıları için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez süreci boyunca desteklerini esirgemeyen ve değerli katkıları ile beni yönlendiren, bilgi ve birikimleriyle bana yol gösteren, güler yüzünü ve moral desteklerini eksik etmeyen sayın hocalarım Doç. Dr. Süleyman ÖZSARI ile Doç. Dr. Hakan Tahiri MUTLU'ya minnettarım.

Ve en kıymetli teşekkürüm sabrı ve anlayışı için canım oğlum Toprak Ata'ya...



1. GİRİŞ

Ülkelerin gelişmişlik seviyelerini gösteren sosyo-demografik, ekonomik, teknolojik, eğitim, sağlık gibi çok sayıda unsur bulunmaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresi, bulaşıcı hastalık insidansları (HIV, AIDS...vb.), doğum oranları (kaba doğum hızı, nüfus artış hızı...vb.) ve ölüm oranları (kaba ölüm hızı, bebek ölüm oranı, anne ölüm oranı...vb.) gibi göstergeler de sağlık alanında gelişmişlik düzeyini gösteren temel belirteçler olarak kabul edilir. Bu oranlar toplumun genel yaşam koşulları, ekonomik gelişimi, çevre koşulları gibi pek çok farklı faktörünü açıklamada fayda sağlanan göstergeler olmasının yanı sıra anne ve bebek sağlığını ilgilendiren sağlık hizmetlerinin sunumu ve kalitesinin analiz edilebilmesi açısından çok yönlü bir kalkınma göstergesidir.

Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma 2030 Hedefleri arasında “2030’a kadar küresel anne ölüm oranının 100.000 canlı doğumda 70’in altına düşürülmesi” ve “2030’a kadar yeni doğanların ve beş yaş altı çocukların engellenebilir ölümlerinin bitirilmesi” maddelerine yer verilmiştir. Ancak yine de; küresel yenidoğan ölümlerinde, 28 hafta ve üzerinde hiçbir yaşam belirtisi göstermeden (ölü doğum) doğan yaklaşık 2 milyon bebek ve her yıl yaklaşık 295.000 anne ölümü meydana gelmektedir. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 haber bültenine göre Türkiye anne ölüm hızı (yüzbin canlı doğumda) 13,5 ve neonatal (0-28 gün) ölüm hızı (bin canlı doğumda) 6,0 olarak açıklanmıştır. 2022 yılı Sağlık İstatistikleri yılına göre ise bu parametreler sırasıyla yüzbin canlı doğumda 12,6 ve bin canlı doğumda 5,7 değerleri ile OECD ve AB ortalaması üzerindedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün ifadesine göre neonatal (0-28 gün) dönemde gerçekleşen ölümler, bulaşıcı hastalıklar gibi çevresel faktörlerden daha az etkilenmekte ve bu dönemdeki ölümler daha çok doğumda meydana gelen komplikasyonlar, doğumda kaliteli bakım veya doğumdan hemen sonra/yaşamın ilk günlerinde nitelikli bakım, tedavi eksikliği, doğum koşulları ile ilişkilidir. (WHO Newborn health ve WHO Mortality).

Türkiye Bebek Ölümleri Raporu’na göre bebek ölümlerinin %4,3’ünün önlenemez olduğu; ilaveten önlenemez olduğuna karar verilen bebek ölümlerinin %21’inin “bilgi eksikliğinden” kaynaklandığı ifade edilmiştir. Türkiye Anne Ölümleri Raporu’na göre kanamadan ölen annelerin %33,3’ü okuryazar-ilkokul mezunu ve %27,3’ü ise eğitimi olmayan annelerdir.

Gebelik, kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşıandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren hassas bir dönemdir. Sağlık okuryazarlığı, hasta eğitimi ve hastalık yönetiminde önemli bir kavram olup sağlık eğitimi ve iletişim faaliyetlerinin bir sonucu olarak, bireylerin olumlu sağlık davranışını geliştirmesini destekleyecek şekilde bilgiye ulaşım, bilgiyi anlama, yorumlama ve kullanma becerisini temsil eden bir yetkinliktir (Sorensen, 2012). Gebelik döneminde, gebeler genellikle kendilerinin yanı sıra bebekleri için de sağlıklı bir gebelik sonucu elde etme, doğru bilgiye ulaşma, anlama ve sağlıklarını iyileştirme konusunda oldukça motive olduklarından davranış değişikliğine açık olurlar. Dolayısıyla bu dönem, gebelik okuryazarlığını iyileştirmeye yönelik müdahalelerin hedeflenebileceğı, değiştirilebilir risk faktörleri ile (sigara kullanımı, alkol kullanımı, fiziksel aktivitenin az olması, sağlıksız beslenme...vb.) mücadele edilebileceğı ve gebeler ile sağlık sistemi arasındaki düzenli etkileşim yoluyla gebelik okuryazarlığının geliştirilebileceğı “öğretilebilir bir an”dır. Bu dönem boyunca anne adayından takviye alımı, sağlık beslenme, fiziksel aktivite, doğuma hazırlık/ağrı yönetimi, ilaç kullanımı, aktif doğumun tanınması, bebek beslenmesi gibi zamanlaması değişkenlik gösteren çok sayıda bilinçli sağlık davranışını benimsemesi, sürdürmesi ya da bırakması beklenir.

Sağlık profesyonelleri, sağlık ve tıbbi bilgilere ulaşmada birincil kaynak olmalarına rağmen, teknolojik alanda yaşanan gelişmelerle bilgi edinme kaynakları çeşitlenmiş ve bilgiye erişim daha kolay bir hal almıştır. Mevcut bilgilerin çokluğu ve niteliğı, gebelerin hangi bilginin kendileri için önemli olduğunu anlamasını ve karar vermesini zorlaştırmaktadır. Ancak bilgi asimetriktir ve tesadüfi sağlık bilgisinin olumsuz sonuçları olabilmektedir. Gebelik öncesi dönemden başlayıp lohusalık dönemine kadar uzanan süreçte sayıca fazla faktör olmakla birlikte; gebelerin doğru ve net sağlık bilgilerine erişimini ve ulaşılan bilgileri anlama ve verimli kullanım kapasitelerini geliştirmek, sağlıklı yaşam biçimi davranışı kazandırmak, farkındalık arttırmak, doğumu olumlu bir deneyim haline getirme ve anne ile yenidoğan bakımının kalitesini artırmak noktasında güçlü gebelik sağlık okuryazarlığının desteğı tartışmasız bir gerçektir.

Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde sağlık okuryazarlığı kavramının çeşitli çok boyutlu tanımları olduğu görülmüştür. Okuryazarlık seviyesi yüksek olan birinin sağlık okuryazarlık seviyesinin de yüksek olmasını bekleyemeyeceğimiz gibi benzer şekilde sağlık okuryazarlık seviyesi yüksek olan

birinden de gebelik okuryazarlık düzeyinin yüksek olmasını bekleyemeyiz. Çünkü gebelik okuryazarlığı belli bir döneme özgü spesifik belirteçler ile karakterize edilen kritik bir dönemdir. Gebenin kendinde olan değişiklikleri farkedip anlaması, ve yorumlaması; bilgi alma çabası ve kontrol ihtiyacı doğuracaktır ve bu da gebelik sürecini etkileyecektir. Annenin yeterli seviyede gebe okuryazarı olması, yendioğan döneminde kontrolleri aksatmaması, izlemlerini yaptırması gibi olumlu sonuçlar da doğuracaktır. Verilecek temel eğitimlerle, alınacak basit önlemlerle gebelerin, gebelik okuryazarlığı güçlendirilerek gebeliğin tehlike işaretlerinin farkına varmaları, önlem alıcı faaliyetler açısından fırsat olacaktır.

Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde; kronik hastalığı olan düşük okuryazarlık hastalarında Uygun İlaç Kullanımı Ölçeği'nin (SEAMS) geliştirilmesi ve değerlendirilmesi (Risser vd., 2007), düşük okuryazarlığı olan kronik hastalığı olan hastalarda ilaçlara uyum ölçeğinin (ARMS) geliştirilmesi ve değerlendirilmesi (Kripalani vd., 2009), yetişkinler için ağız sağlığı okuryazarlığı ölçeği (Sabbahi vd., 2009), obezite farkındalık ölçeği (Kafkas ve Özen, 2014), diş hekimliğinde sağlık okuryazarlığı ölçeği (Jones vd., 2014) kalp yetmezliğine özgü sağlık okuryazarlığı ölçeği (Matsuoka vd., 2016), göz sağlığı okuryazarlığı ölçeği (Yılmaz vd., 2019), yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği (Sezer ve Kadioğlu, 2014), okul çağı çocukları için sağlık okuryazarlığı ölçeği (Öztürk Haney, 2018), adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği (Coşkun ve Bebiş, 2015), ağız sağlığı okuryazarlığı ölçeği (Sun vd., 2021), diyabet sağlık okuryazarlığı ölçeği (Lee vd., 2018), COVID-19 aşı okuryazarlığı ölçeği (Durmuş ve Akbolat, 2021), yetişkinlerde beslenme okuryazarlığı değerlendirme aracı (Cesur ve Koçoğlu, 2015), meme kanseri özbakım ölçeği (Deveci vd., 2020), prematüre bebeklerin bakımı için ölçek geliştirme çalışması (Tiryaki vd., 2021), otizmlı çocukların ebeveynlerinde ebeveyn yeterlik ölçeği (Mohammadi vd., 2020), kiloya özgü sağlık okuryazarlığı ölçek geliştirme çalışması (Tsai vd., 2018) ve gebelikte anne sağlığı okuryazarlığı (Taheri vd., 2020) gibi konu bazında özele indirgenerek sağlık okuryazarlık ölçme araçlarının geliştirildiği görülmüştür.

Gebelik dönemi de multidisipliner anlayışla irdelenmesi gereken sosyal bir yapıdır ve anne ile bebeğin/fetüsün şimdiki ve gelecekteki yaşamını doğrudan etkiler. Yapılan literatür taramasında araştırmacıların gebelik dönemine özgü okuryazarlık seviyesi ile ilgili araştırmalara yapmak için genel sağlık okuryazarlık ölçeklerini (TSOY32, ASOY-TR, YSOÖ, HLS14, SILS... vb.) kullandıkları ya da

literatür tarayarak kendi oluşturdıkları soru havuzlarını kullandıkları görülmüştür. Bu durum, hem akademik araştırmalarda hem de sağlık hizmetlerinde gebelik dönemine özgü okuryazarlık düzeyini değerlendirme noktasında ciddi bir boşluk olduğuna dikkat çekmektedir. Gebelik okuryazarlığı seviyesinin tespit edilebilmesi, bu alanda iyileştirici ve hedefe yönelik müdahalelerin planlanması için bir ön koşuldur. Mevcut genel sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin, gebelik gibi özel bir dönemin kendine özgü ihtiyaç ve belirteçlerini yeterince yansıtamadığı göz önüne alındığında, gebelik okuryazarlığına özgü bir ölçeğin geliştirilmesi kaçınılmaz bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple çalışmamızda özgünlük konusunun yanı sıra, kanıta dayalı veri üretmek için gebelik dönemine özgü okuryazarlık seviyesinin belirlenmesinde kullanılabilmesi amacıyla pratikte kullanılabilecek toplumun kültürel ve sosyal boyutlarına uygun gerçekçi, geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirme çalışması planlanmıştır.

Tez çalışması dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı kavramları, sağlık okuryazarlığının önemi ve sağlık okuryazarlığının sınıflandırılması gibi kavramlar açıklanmıştır. İkinci bölümde ölçek geliştirme süreci ile ilgili literatür ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Üçüncü bölümde tez çalışması kapsamında geliştirilen ölçek için ölçek geliştirme sürecinin gereç ve yöntem aşamaları ayrıntılı olarak açıklanmış ve ölçeğin nihai şekline gelene kadar gerçekleştirilen aşamalar anlatılmıştır. Dördüncü ve beşinci bölümlerde ise sırasıyla araştırmadan elde edilen bulgular neticesinde tartışma ile sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

1.1 Okuryazarlık ve Sağlık Okuryazarlığı Kavramları

1.1.1 Okuryazarlık Kavramı

Okuryazarlık, kişinin bilgi ve potansiyelini geliştirmek için yazılı okuryazarlık (yazılı bilgileri okuma, anlama ve yorumlama), sözlü okuryazarlık (etkili konuşma/dinleme) ve aritmetik (sayısal bilgilerin uygulanması) dahil olmak üzere ihtiyaç duyulan çeşitli becerileri ve bu becerileri kullanabilme kapasitelerini kapsar (Sorensen vd. 2012; Macleod vd., 2017).

2023 TÜİK Ulusal Eğitim İstatistiklerine göre Türkiye’de okuryazarlık oranları kadınlarda % 96 olmakla birlikte 2018 yılı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Araştırması’nda toplumun % 68.9’unun yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Başka bir ifadeyle toplumun sadece % 31.1’i yani sadece üçte biri yeterli veya mükemmel

sağlık okuryazarlığına sahiptir. Avrupa çalışmasında bu oran %52.5 olarak bulunmuştur.

Nutbeam (2000)'e göre genel okuryazarlık düzeyi bireyin sağlık bilgilerini anlaması ve yönetmesini sağlayan becerileri ve yetenekleri arasında bir köprüdür. Sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik stratejiler, genel okuryazarlığı teşvik etmeye yönelik stratejilere ayrılmaz bir şekilde bağlı olsa da (Nutbeam, 2000) genel okuryazarlık, kritik sağlık bilgilerini ve endişelerini yönetebilmek için gereken tüm yetkinlikleri sağlamaz. Kişinin sağlığını yönetirken ortalama okuma yeteneği ile sağlık bilgilerini yorumlama ve anlama yetenekleri arasındaki uyumsuzluk genel okuryazarlıktan daha fazlasını gerektirir (Shahid vd., 2022); yani sağlık okuryazarlığı, başarılı bir şekilde muayene randevusu alıp kitapçık okuma yeteneğinden fazlasıdır (Nutbeam, 2000).

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü'ne (UNESCO) göre, okuryazarlık temel bir insan hakkı olup eğitim hakkıyla özdeşleştirilir ve sağlığı iyileştirmek için bireylerin gelişimini destekleyen bir araç olarak görülür. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı doğası gereği okuryazarlıkla gereği bağlantılı bir kavram olarak düşünülür; insanların bilgisini, motivasyonlarını ve ilgili sağlık bilgilerine erişme, anlama, takdir etme ve uygulama becerilerini ifade eder. Bu becerilerin tümü beraberinde sağlık bakımı ve hastalık önleme hakkında yargılarda bulunma, kararlar alma ve sağlık eşitsizliklerini azaltarak daha iyi bir yaşam kalitesini getirir (Pauca-Caceres vd., 2023).

1.1.2 Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Sağlık okuryazarlığı, genel okuryazarlıkla bağlantılı olmasının yanı sıra “insanların günlük yaşamlarında yaşam kalitelerini korumak ya da yükseltmek için hastalık önleme ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili gerekli olan sağlık bilgisine erişmeyi, sağlıkla ilgili kararlar almayı, anlamayı ve kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik” olarak tanımlanır (Sorensen vd., 2012; Kirchhoff vd., 2022; Visscher vd., 2021).

Sağlık okuryazarlığı kavramı, sağlık eğitiminin sosyal politika olarak görüldüğü 1970'lerde ortaya çıkmış ve ilk kez “Health Education as Social Policy” başlıklı yayında Simonds tarafından 1974 yılında “asgari standartları karşılayan sağlık eğitimi” olarak tanımlanmıştır (Sorensen vd., 2012; Pauca-Caceres, vd., 2023; Barnes vd., 2018). Bu yıllarda yapılan sağlık okuryazarlığı temalı çalışmaların sadece bilgi aktarımına vurgu yaparak iletişim ile davranış değişikliği

arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Ancak zaman içinde, yalnızca bilgi aktarımına odaklanan, bireylerin ekonomik ve sosyal koşullarını dikkate almayan çalışmaların, sağlık davranışları üzerindeki etkileri beklendiği gibi olmadığı ifade edilmiştir (Nutbeam, 2000). Bu nedenle günümüze kadar sağlık okuryazarlığı kavramsal boyutta incelendiğinde multidisipliner anlayışla çok çeşitli tanımları yapılmıştır. Bu tanımların literatürce kabul görmüş en yaygın ve geniş tanımı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından şu şekilde yapılmıştır: “Bireylerin iyi sağlığı teşvik eden ve sürdüren şekillerde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal becerilerdir” (WHO, Health literacy). DSÖ’nün tanımında da görüldüğü üzere sadece bilgi aktarımının üzerinde durulmamıştır.

Bu kavram, ilk ortaya çıktığı yıllarda sağlık hizmeti ortamlarında sözcükleri ve rakamları okuma, yazma ve anlama yeteneği gibi düşünülse de; sağlık okuryazarlığının sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım yoluyla halk sağlığı üzerinde hayati bir etkiye sahip olduğu (Tavusi vd., 2022); sağlık okuryazarlığının başarılı bir şekilde muayene randevusu alıp kitapçık okuma yeteneğinden fazlası olması gerektiği (Nutbeam, 2000) ve yazılı sağlık bilgilerini okuma ve anlayarak buna göre hareket etme, sağlık profesyonellerine taleplerini iletme, sağlık talimatlarını anlama ve uygulama gibi daha karmaşık ve birbirine bağlı bir dizi becerinin eş zamanlı kullanımını içeren bir anlayışa doğru genişlediği ifade edilmektedir (Sorensen vd., 2012).

Hastaların sağlık bakım sürecine katılımı, başarılı bir hastalık yönetiminin kritik bir belirleyicisi olarak kabul edilir. Bir hastanın sağlık sorunları hakkındaki bilgileri anlama ve uygulama becerilerinin, davranışları ve sağlığı üzerinde önemli bir rolü olmakla birlikte son yıllarda hastaların sağlıklarını kendi kendilerine yönetme ve bakımlarını organize etme becerilerine artan bir şekilde odaklanılmıştır. Sağlık okuryazarlığı yeterli seviyede olan bir hastadan kendi sağlığının yanı sıra bebeğinin ya da ailesinin hatta toplumun sağlığı konusunda aktif karar verme ve sorumluluk alması ve bu yetenekte olması beklenir. Tüm bu beceriler bütüncül bir anlayışla sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde sağlık eğitimi ve iletişim faaliyetlerinin karması başlığı altında sağlık okuryazarlığı olarak kavramsallaştırılmıştır (Ishikawa vd., 2008; Visscher vd., 2021; Sorensen vd., 2012, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, 2018).

Son yıllarda hızla tıbbi, psikolojik, halk sağlığı, çevre çalışmaları ve sosyal bilimlerin diğer yönlerini içeren çok disiplinli bir araştırma alanı olarak kabul gören sağlık okuryazarlığı; halk sağlığı stratejileri, sağlık eşitsizliklerini azaltma, refahı teşvik etme ve vatandaşların bulaşıcı olan ve olmayan hastalıkları karşı bilinçlenme, ruh sağlığını güçlendirmelerini öğrenmede kritik bir rolü belirtilmektedir (Paucar-Caceres vd., 2023). Sağlık okuryazarlığı; yeterli sağlık bilgisine sahip olmak, sağlık sisteminde gezinmek, doğru bakımı almak ve sağlığınızın sorumluluğunu alabilmek için olmazsa olmazdır ve bu nedenle sağlığın önemli bir öngörücüsüdür. Sağlık bilgilerinin bir kişinin sağlık okuryazarlığı düzeyine göre özelleştirilmesi, proaktif hastalık yönetimini teşvik edilmesi ve insanlara kendi sağlıklarının sorumluluğunu üstlenme konusunda özgüven duymaları için önemli bir kavramdır (Gökdemir vd., 2024).

1.1.3 Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması/Boyutları

Nutbeam (2000), sağlık okuryazarlığını “Temel/Fonksiyonel/İşlevsel, İnteraktif/Etkileşimli/İletişimsel ve Eleştirel/Kritik Sağlık Okuryazarlığı” olmak üzere üç şekilde sınıflandırmıştır. Sağlık okuryazarlığının tanımında öncelikle işlevsel sağlık okuryazarlığı vardır ve temel okuma, yazma ve sayısal becerilere sahip olmayı içerir.

- **Temel/Fonksiyonel/İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı:** Sağlık ile ilgili bilgileri, mesajları, hizmetleri ve sistemleri anlamak için günlük yaşamın gereklerini etkin bir şekilde yerine getirebilmek için gereken temel okuma ve yazma becerisidir. Örneğin sağlık hizmeti sunucularından/hastaneden veya eczaneden alınan broşürleri okumakta veya anlamakta bazen sorun yaşamak ya da hiç yaşamamak.
- **İnteraktif/Etkileşimli/İletişimsel Sağlık Okuryazarlığı:** Sosyal becerilerle birlikte günlük faaliyetlerde aktif olarak rol almak, farklı iletişim türlerinden bilgi çıkarmak ve anlam türetmek, değişen koşullara yeni bilgileri uygulayabilmeyi kapsayan bilişsel okuryazarlık becerisidir.
- **Eleştirel/Kritik Sağlık Okuryazarlığı:** Sosyal becerilerle birlikte bilgiyi eleştirel olarak analiz etmek ve bu bilgileri yaşam olayları üzerinde daha fazla kontrol sağlayabilmek için gerekli gelişmiş bilişsel becerileri kapsar (Nutbeam, 2000). Eleştirel sağlık okuryazarlığı uygun ölçme araçları ile ölçüme açıktır; bireysel ve toplum düzeyindeki sağlık sonuçları arasındaki bağlantının tanımlanması ve değerlendirilmesi imkanı verir (Chinn, 2011).

Bu temel 3 başlık dışında sağlık okuryazarlığı tanımları arasında aşağıdaki kavramlar da literatürde yer edinmiştir.

- **Kişisel sağlık okuryazarlığı:** Bireylerin kendileri ve çevresi için sağlıkla ilgili kararları ve eylemleri için bilgi ve hizmetleri bulma, anlama ve kullanma yeteneği olarak tanımlanır.
- **Örgütsel sağlık okuryazarlığı:** Sağlık bilgisi ve hizmetlerinin üreticilerinin sağlık okuryazarlığını geliştirmede bir rolü olduğunu kabul eder. Bu sebeple okuryazarlık kavramının yalnızca kişisel/bireysel yeteneklere değil, aynı zamanda sağlık kuruluşlarının/sağlık hizmeti sunucularının/örgütlerinin sağlıkla ilgili bilgi ve hizmetleri eşit olarak erişilebilir, ve anlaşılır hale getirme ve kullanmalarını adil olarak sağlama yeteneği olarak tanımlar (WHO Health literacy).

1.1.4 Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı yakın ilişkili olmakla birlikte aslında farklı kavramı karşılamaktadır. Teknolojik alanda yaşanan gelişmelerle bilgi edinme kaynakları çeşitlenmiş bazıları doğru olan ancak bazıları doğru olmayan aşırı bilgi bolluğu oluşmuş ve bilgiye erişim daha kolay bir hal almıştır. Ancak bilgi asimetrik ve tesadüfi sağlık bilgisinin birçok olumsuz sonuçları olabilmektedir.

Bireylerin sağlıklarıyla ilgili bilgileri anlama, eleştirel olarak değerlendirme ve kullanma yeteneği olan sağlık okuryazarlığı için eğitim önemli bir bileşendir. Bireyin sağlık okuryazarlığı kapasitesine eğitim aracılık eder ve sağlık okuryazarlığının yeterliliği; kültür, dil ve sağlıkla ilgili ortamların özelliklerinden etkilenir; dolayısıyla sağlık okuryazarlığı kültürel, sosyal ve bireysel faktörlerin ortak bir işlevidir ve bu faktörler ile çevresel koşullar arasındaki etkileşimlere bağlıdır. (Nielsen vd., 2000; Kirchoff vd., 2022). Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, meslek, istihdam, gelir, sosyal destek, kültür ve dil ve medya kullanımı, akran ve aile etkileri sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler arasında sıralanabilir (Sorensen vd., 2012, Gök ve Küçük vd., 2022).

Yapılan çalışmalarda da sağlık okuryazarlığı yaş, eğitim düzeyi ve ekonomik durum ile ilişkili olarak bulunmuş olup daha düşük eğitim seviyesi, daha yaşlı olan/ileri yaş, ekonomik durumu kötü olan/daha düşük gelir ve çoklu hastalık/komorbidite ve kötü fiziksel sağlık/daha ciddi fonksiyonel kısıtlamalar olan katılımcıların sağlık okuryazarlık puanları en düşük çıkmıştır (Özdemir vd., 2010, Dadipoor vd., 2017, Tol vd., 2012, Heijmans vd., 2015, Macleod vd., 2017).

Eğitim seviyesi düşük olan ve daha genç olan kadınların daha fazla sigara içme, daha az meyve ve sebze yeme ve daha fazla kafeinli içecekler içme eğiliminde oldukları belirtilmiştir (Crozier vd., 2009).

1.1.5 Yetersiz/Düşük/Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı

Yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığı genel olarak kişinin kendi sağlığını etkin bir şekilde yönetemediği, sağlık hizmetlerine erişimde aktif bir rol üstlenemediği, var olan mevcut bilgileri yorumlayamadığı ve dolayısıyla sağlıklı kararlar veremediği şeklinde yorumlanır (Akça vd., 2020). Düşük sağlık okuryazarlığının birçok olumsuz sonucu olmakla birlikte literatürdeki çalışmalar incelendiğinde ulaşılan bilgiler şu yöndedir:

Sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin daha fazla acil servis başvurusu, uzun hastane kalış süreleri, sağlık hizmetlerinin kötü kullanımı ve koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları, ilaçlarla ve etkileri ile ilgili olumsuz sağlık inançları, reçeteli ilaçlara uyum sağlamama/reçete etiketlerini anlayamama, doğum öncesi hizmetlere ilişkin yazılı bilgilerin anlamada güçlük yaşama, daha kötü genel sağlık durumuna sahip olma, tıbbi tavsiyelere uyumda güçlük yaşadıkları, gebelikte sigara kullanımı, daha yüksek oranla planlanmamış gebelik geçirdikleri ifade edilmiştir (Nawabi vd., 2021; Liu vd., 2021; Visscher vd., 2021; Berkman vd., 2011, Heijmans vd., 2015, Shahid 2022, Macleod vd., 2017, Lupatelli vd., 2014; Endres vd., 2004 ve MacLean vd., 2020). İlaveten sağlık okuryazarlığı düşük olanların ilaç uyumunun kötü olduğu, doz konusunda güçlük yaşadığı ve ilaç kullanımında doz aşımı olabildiği (Liu vd., 2021; Visscher vd., 2021), sağlık profesyonelleri ile iletişim kurmada ve anlamada zorluk yaşadıkları, hastalıkları hakkında yetersiz bilgiye sahip oldukları, doğum öncesi stres düzeyinde artış yaşadıkları ve doğum öncesi bakım konusunda düşük bilgi düzeyleri ifade edilmiştir (Ishikawa vd., 2008; Okan vd., 2020; Licari vd., 2021; Uğurlu vd., 2023 ve Güler vd., 2021).

Çalışmalarda hamile kadınların gebelikte ve emzirme dönemlerinde çeşitli bitkisel ilaçlar ve mikro besin takviyeleri/tamamlayıcı tıp ürünlerini kullandıkları, okuryazarlık seviyeleri yeterli olmayan annelerin çocuk beslenmesi konusunda sıkıntı yaşadıklarını, sağlık okuryazarlık düzeyi yeterli olan kadınların hamilelikte sigara içmenin zararlarını daha iyi anladıkları belirtilmiştir (Barnes vd., 2018; Çobanoğlu 2020; Ickes vd., 2015; Nawabi vd., 2021; Heijmans vd., 2015).

Sağlık okuryazarlık düzeyi mevcut kanıtların kalitesi ve miktarı, alan, çevre, sağlık sistemi veya kullanılan metodolojiler gibi faktörlerden etkilenir. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyleri, herhangi bir ülkenin sağlık sisteminin mali ve personel kaynaklarına önemli bir yük getirerek sağlık üzerinde önemli bir olumsuz etkiye sahiptir (Gökdemir vd., 2024)

Düşük sağlık okuryazarlığı olan popülasyonlar, sağlık bilgilerini anlama ve uygun sağlık kararları alma konusunda zorluk çektiği, ilaç uyumsuzlukları, daha yüksek hastaneye yatış ve acil bakım kullanımı, tanı ve tarama araçlarının daha az kullanımı, ilaç talimatlarını yorumlama ve anlama becerisinin düşüklüğü, daha kötü sağlık durumu ve daha yüksek ölüm oranı ile ilişkilidir. Ek olarak, düşük sağlık okuryazarlığı olan bireylerin, ilaç etiketleri, yardımcı etiketler, talimatlar ve yazılı ve sözlü bilgiler dahil olmak üzere ilaç bilgilerini anlamada zorluk çekme olasılıkları daha yüksektir (Wali vd., 2016).

Yetersiz/düşük/sınırlı sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilen tüm sonuçlar incelendiğinde göze çarpan ortak nokta büyük çoğunluğunun önlenabilir olmasıdır.

1.1.6 Gebelik ve Sağlık Okuryazarlığı

Gebelik dönemi, kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren, kadınların yaşamının hassas ve önemli bir dönemdir. Yeterli seviyede gebe sağlığı okuryazarlığı, sağlıklı bir hamilelik sürecinin anahtarı olup gebelik sonuçlarını, hamilelik ve emzirme döneminde yapılan sağlık hizmeti seçimlerini de etkiler (Altıparmak 2014 ve Taheri vd., 2020). Eğer sağlık okuryazarlığı; sağlık eğitimi ve iletişim faaliyetlerinin bir sonucu olarak, bireylerin olumlu sağlık davranışını geliştirmesini destekleyecek şekilde bilgiye erişim, bilgiyi anlama, yorumlama ve bilgiyi kullanma motivasyonunu ve becerisini belirleyen sosyal ve bilişsel becerileri temsil eden bir yetkinlik ise (Sorensen vd., 2012) bu bağlamda gebelik okuryazarlığını da “kadınların, kendilerinin ve çocuklarının sağlığını iyileştirecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve bilgiyi kullanma konusundaki motivasyonunu ve becerisini belirleyen bilişsel ve sosyal yetkinlikler” olarak tanımlamak mümkündür (Barnes vd., 2018)

Sağlık okuryazarlığı, bir bireyin sağlıklarıyla ilgili kararlar alırken sağlık bilgilerini arama, anlama ve uygulama yeteneğini ifade etmesinden hareketle kadınların hamilelik ve emzirme döneminde aldıkları sağlık bakımı kararlarını etkiler (Barnes vd., 2018). Hamile bir kadının sağlık ile ilgili primer bilgileri

özümseme, anlama ve kullanma ve hem kendisi hem de bebeği için uygun sağlık kararları verme becerisi yani yeterli seviyede gebe okuryazarı olarak hareket edebilme yetisi sağlık okuryazarlığı düzeyinden etkilenirken aynı zamanda kadının gelecekte hem kendi hem de ailesinin sağlık sorunlarının çözümünde nasıl bir yol çizeceğini de belirler (Güler vd., 2021).

Aynı zamanda hamilelik dönemi, kadınlardan hamilelik öncesinde, hamilelik sırasında veya sonrasında; başlatması, sürdürmesi ya da değiştirmesi beklenen ve zamanlaması değişkenlik gösteren çok sayıda sağlık davranışı ile karakterize edilir. Örneğin hamilelik öncesinde takviye alımı (örneğin folik asit, çeşitli vitaminler...vb.) başlatılması gereken bir davranış olarak düşünülürken yeterli lif ve sıvı alımı, sağlıklı beslenme, uygun miktarda kilo alımı/kilo kontrolü, diş bakımı...vb. sürdürülmesi gereken bir davranış; sigara-alkol tüketimi ise durdurulması gereken bir davranıştır. İlaç tedavisi, tarama testleri, doğuma/ağrı yönetimine hazırlık, kendi kendine gözetim (örn. preeklampsisi semptomlarının izlenmesi, depresyon, aktif doğumun tanınması) gibi durumlar ise gebenin bilinçli ve farkındalığının yüksek olması beklenen davranışlardır (Olander vd., 2018).

Bakıldığında hamilelik dönemi, kadınların sağlık hizmetlerinden periyodik olarak önemli ölçüde fayda sağladığı, sağlıkla ilgili bilgi ve davranışları öğrenmeye açık ve davranış değişikliğine gönüllü olduğu, sağlıklı yaşam davranışlarının kendiliğinden benimsendiği bir dönem olarak kendini gösterir, bu sebeple gebelik dönemi, sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak için bir fırsat olarak değerlendirilebilir. (Olander vd., 2018). Yapılan çalışmalarda gebelik varlığının sigara içmede azalma, alkol ve kafein tüketiminde azalma, daha fazla meyve-sebze tüketimi gibi olumlu davranış değişikliği yarattığı bulgulanmıştır (Crozier vd., 2009; Hillier vd., 2017; Verbeke vd., 2007).

Sağlık Bakanlığı'nın stratejik hedeflerinden birisi de "bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu arttırmak için sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi" olarak ifade edilmiştir (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, 2018). Aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında doğum hizmetlerinin kalitesinin artırılması, normal doğumun teşvik edilmesi ve sezaryen oranlarının düşürülmesi, önlenebilir anne ve bebek ölümlerinin minimuma indirilmesi Bakanlığın temel hedefleri arasındadır. Bu amaçlarla kaliteli, eşit sağlık hizmeti sunumu için Sağlık Bakanlığı tarafından Anne Dostu Hastane çalışmaları, Bebeğim Yolda, Acil Obstetrik Bakım, Riskli Gebelik Takip Rehberi, Doğum Önceesi

Bakım Rehberi, Doğum Sonu Bakım Rehberi...vb. yol gösterici ve bilgilendirici kaynaklar hazırlanmış ve sağlık kuruluşları aracılığıyla hastaların ulaşabilir olmasını sağlamaktadır. Sağlık sorunları ve sağlık hizmetlerinden yararlanan hamile kadınların anlayış ve anlama düzeylerini bilmek, bu sağlık hizmetlerinin ve hamile kadınlara verilecek sağlık eğitiminin etkinliğini de artıracaktır.

İlaveten Sağlık Bakanlığı 2022 Sağlık İstatistikleri Yıllığı incelendiğinde gebelik ve bebek sağlığına yönelik ulaşılan bazı bulgular şu yöndedir:

- Tablo 4.9.'a göre iki yaş altı bebeklerin anne sütü ile beslenme durumlarının yaşa göre dağılımı incelendiğinde ilk 6 ay sadece anne sütü alan bebek oranı %40.7'dir.
- İlk 3 ay hiç emzirilmeyen bebek oranı %5.5 iken ilk 3 ayda sadece anne sütü alan bebek oranı %52.4'tür.

Özetle sağlıkla ilgili kararlar alırken sağlık okuryazarlığı etkili bir kavramdır ve gebelerin kendi sağlığını kontrol etmesi ve yönetmesinde, sağlıkla ilişkili doğru kararlar alabilmesinde; gebelik öncesinde, gebelik esnasında ve gebelik sonrasında kendini ve bebeğini sağlık risklerinden korumak için olumlu sağlık davranışı gösterebilmesi için gebelik dönemi özgü sağlık okuryazarlığı güçlü tutulmalıdır.

1.1.7 Türkiye ve Dünyada Anne-Bebek Ölümleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri bireye yönelik koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri sunumu olup gebe, lohusa, bebek ve çocuk takipleri/izlemleri birinci basamak sağlık hizmeti kapsamında yürütülür. Birinci basamak sağlık hizmetleri; “sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur”.

Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma 2030 Hedefleri arasında “2030’a kadar küresel anne ölüm oranının 100.000 canlı doğumda 70’in altına düşürülmesi” ve “2030’a kadar yeni doğanların ve beş yaş altı çocukların engellenebilir ölümlerinin bitirilmesi” maddelerine yer verilmiştir (Unesco, Kalkınma Hedefleri)

Ülkemiz 2022 yılı sağlık istatistikleri yıllığı incelendiğinde; bebek ölüm hızı %9,1 (1.000 canlı doğumda-tüm haftalar)’tir. Dünyada bu oran 28,4 iken AB ülkelerinde 3,1; OECD ülkeleri içerisinde de 3,6’dır. Neonatal ölüm hızı ise %5,7

(1.000 canlı doğumda-tüm haftalar) olup, dünyada bu oran 17,6 iken AB ülkelerinde 2,1; OECD ülkeleri içerisinde de 2,5'tir. Postneonatal ölüm hızı ise Türkiye %3,4 (1.000 canlı doğumda- tüm haftalar)'dır. Beş yaş altı ölüm hızı ise Türkiye-2022 verisine göre %11,1 (1.000 canlı doğumda- tüm haftalar) olup, dünyada bu oran 38,1 iken AB ülkelerinde 3,7; OECD ülkeleri içerisinde de 4,3'tür. Anne ölüm oranı ise 12,6 (100.000 canlı doğumda) olup AB ülkelerinde bu oran 8,8 ve OECD ülkelerinde 10,8'dir.

2021 yılında yayınlanan “Türkiye 2015-2019 Yılları Anne Ölümleri Raporu”na göre; ülkemizde anne ölümlerinin en sık görülen ilk dört sebebi; kardiyovasküler hastalık (%25.1), kanama (%15.3), hipertansiyon/hipertansif hastalıklar (%12.4) ve embolidir (%14.7). 2019 yılında gerçekleşen ölümlerin %10,3'ü (sayı=16) “kanama”; %16,1'i (sayı=25) “emboli”; %14,2'si (sayı=22) “gebeliğin hipertansif hastalıkları” nedeniyle gerçekleşmiştir. Kanama, anne ölümlerinin önlenabilir nedenlerinin başında gelmektedir. Dünya genelinde anne ölümlerinin %27,1'i kanamaya bağlı ölümlerdir. Bunların da yaklaşık 2/3'ü postpartum kanamaya bağlı nedenlerle olmaktadır. Kanamadan ölen annelerin %33,3'ü okuryazar-ilkokul mezunu ve %27,3'ü ise eğitimi olmayan annelerdir. Ölen annelerde en yüksek oranda sırasıyla; 35 yaş üstü gebelik (%19,6), geçirilmiş sezaryen öyküsü (%11,8), iki yıldan az gebelik aralığı (%7,9), kardiyovasküler hastalık (%7,8), grand multiparite (%5,5) ve obezite (%5,1) riski tespit edilmiştir (2015-2019 Türkiye Anne Ölümleri Raporu).

2022 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı incelendiğinde gebelik, doğum ve lohusalık nedeniyle meydana gelen ölümlerin payı % 0,05'tir (Tablo 2.1). Tedavi edilebilir ölümlerin dağılımı incelendiğinde ise “gebelik, doğum ve perinatal dönem kaynaklı hastalıklar”ın ölümler içerisindeki payı %47'dir (Şekil 2.22). Tedavi edilebilir ölümler içindeki ilk 10 ölüm nedeninin dağılımı incelendiğinde “perinatal dönemden kaynaklanan ölümler” % 6,4'lük oran ile 6.sırada yer almaktadır (Şekil 2.23).

Beş yaş altı ölüm hızının 1000 canlı doğumda 25'den az ve neonatal ölümlerin ise 1000 canlı doğumda 12'den az olacak şekilde indirilmesi öngörülmektedir (WHO; Maternal health).

2021 yılında paylaşılan “Türkiye Bebek Ölümleri Raporu”nda 2012-2018 yılları arasında meydana gelen bebek ölümleri ile ilgili detaylı bir rapor yayınlamıştır. Bu rapora göre tüm bebek ölümleri içinde;

- Yapılan bebek izlemleri sırasında büyüme geriliği, gelişme geriliği, konjenital anomali gibi bir ya da daha fazla sorun saptanma oranı %71,4'tür.
- Yapılan gebe izlemlerinde enfeksiyon, eklampsi, fetal anomali, kronik hastalık...vb. bir ya da daha fazla sorun saptanma oranı %42,9'dur.
- Gerçekleşen bebek ölümleri içinde annelerin %7,3'ünde "madde kullanımı" olup madde kullanan annelerin %98,6'sı sigara, %1,4 ü ise alkol ve diğer maddeleri kullanmaktadır.
- Bebek ölümlerinin %4.3'ünün önlenabilir olduğu; ilaveten önlenebilir olduğuna karar verilen bebek ölümlerinin %21'inin "bilgi eksikliğinden" kaynaklandığı ifade edilmiştir.

Bazı doğuştan anomaliler; aşılama, temel yiyeceklerin takviyesi veya takviye yoluyla yeterli folik asit veya iyot alımı ve yeterli doğum öncesi bakım desteği ile önlenabilmektedir.

Sigara ve anemi gibi risk faktörleri, erken doğuma ve düşük doğum ağırlığına sebep olabilir. Sigara içen annelerden doğan bebekler enfeksiyon hastalıklarına daha yatkındır. (Sağlık Bakanlığı, Bebeğim Yolda Broşürü, <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics> (Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık İstatistikleri Raporu-2022, 20.09.2022) Prematürel ve düşük doğum ağırlığı ile dünyaya gelmek bebeklerin hayatta kalma şansını oldukça etkilemektedir. DSÖ verilerine göre her 7 bebekten 1'i (20,5 milyon bebek) düşük doğum ağırlığı ile hayata başlamaktadır. Annenin yaşının 18 yaş altı ve 40 yaş üstünde olması, gebeliklerin iyi aralıklandırılmaması ve sigara kullanımı gibi önlenabilir sebepler oransal olarak yüksektir.

Annelerin madde kullanımının bebeklerin doğum haftalarını ve doğum ağırlıklarını azalttığı; gebelik haftası arttıkça sağkalım oranları anlamlı olarak arttığı sonucuna ulaşılmıştır. İlaveten gebelik haftasına göre yetersiz izlem yapılan gebelerin doğum haftası ve doğum ağırlıkları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Gebelik izlemlerinde sorun saptanan annelerin bebekleri daha erken haftada ve daha düşük doğum ağırlıklı doğmaktadır (Sağlık Bakanlığı, Bebek Ölümleri Raporu).

2022 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı incelendiğinde; sezaryen doğum oranı %60,1; primer sezaryen oranı 31,1'dir. Avrupa Birliği ülkelerinde bu oran %28,9 (2021 yılı verisi); OECD ülkelerinde ise bu oran %28,0 (2021 yılı verisi)'dir.

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan “2015-2019 Yılları Türkiye Anne Ölümleri Raporu”na göre; 2015-2019 yıllarında kanamadan ölen annelerin eğitim durumu incelendiğinde; sırasıyla en yüksek orandaki ölen anne grubunun okuryazar-ilkokul mezunu anneler (%33,3) ve eğitimi olmayan anneler (%27,3) olduğu görülmektedir. Emboli nedenli ölümler ise tüm ölümlerin %16,1'ini oluşturmaktadır.

1.2 Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi için literatür taraması sonucunda ulaşılan ve sıklıkla kullanıldığı tespit edilen ölçekler aşağıda maddeler halinde açıklanmaya çalışılmıştır:

- **Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ)** Sorensen (2012) tarafından geliştirilen HLS-EU Çalışması Kavramsal Çerçevesi (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) temel alınarak geliştirilen 47 maddeden oluşan ölçek; Toçi ve arkadaşları (2013) tarafından tekrar düzenlenmiş ve madde sayısı 25 madde ve 4 faktör olarak indirgenerek Sağlık Okuryazarlığı Tanılama Ölçeği” geliştirilmiştir. İndirgenen bu 25 maddelik ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Aras ve Bayık Temel tarafından yapılmıştır. Beşli likert yapıda olan bu ölçeğin alt boyutları “bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/değerlendirme ve uygulama/kullanma” şeklindedir (Temel vd., 2017).
- **Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ASOY-TR): HLS-EU (Health Literacy Survey in Europe):** Sorensen tarafından geliştirilen; 47 madde ve 4 faktörden oluşan ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması, Sağlık Bakanlığı tarafından “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması” kapsamında yapılmıştır. 47 maddelik ölçek dört kategoride değerlendirilmiştir:

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) : sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı

- **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32):** Sorensen tarafından geliştirilen HLS-EU Çalışması Kavramsal Çerçevesi (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) temel alınarak geliştirilen 32 soruluk sağlık okuryazarlığı değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Sağlık Bakanlığı tarafından “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması” kapsamında yapılmıştır. TSOY-32, orijinal ölçekten farklı olarak; üç boyutta değil iki temel boyut oluşturularak, 2x4'lük bir matris olarak yapılandırılmıştır. 32 maddelik bu ölçek şu dört kategoride değerlendirilmiştir:

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33) : sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı

- **Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formu (European Health Literacy Survey, HLS-EU-Q16):** Avrupa Konsorsiyumu tarafından geliştirilen 47 maddelik ölçeğin kısa versiyonu olarak geliştirilen bu HLS-EU-Q16 ölçeği, sağlık okuryazarlığını değerlendirmeye yönelik 16 madde den oluşmakta olup 3 alt bölümden oluşmaktadır. Sağlık hizmetini kapsayan sorular, hastalık önlemeyi kapsayan sorular ve sağlığın iyileştirilmesini kapsayan sorular olmak üzere 3 alt bölümden oluşmaktadır. Ölçekteki her maddenin puanlaması 1=Çok zor, 2=Zor, 3=Kolay, 4=Çok kolay olacak şekilde yapılmakta olup “Bilmiyorum” seçeneği değerlendirmeye dahil edilmemektedir. Hesaplama kolaylığı açısından toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde aşağıdaki indeks formülü yardımıyla standardize edilerek aşağıdaki kategorize edilmiştir (Yeter, 2021):

Formül=İndeks= (Aritmetik ortalama-1) x [50/3]

İndeks= Hesaplanan kişiye özgün puan

0-25 puan: Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

>25-33 puan: Sorunlu–Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

>33-42 puan: Yeterli Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

>42-50 puan: Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

- **Yetişkin Sağlık okuryazarlığı ölçeği (YSOÖ):** 2014 yılında Sezer ve Kadioğlu tarafından geliştirilmiştir. Yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı konusundaki yeterliliğini belirlemek için 8 faktörlü; 22 madde ve 1 adet

vücuttaki organların yerini bilme ile ilgili şekilli soru içermektedir. Ölçek puanları 0-23 arasında değişirken puan arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır.

- **Halk Sağlığı Okuryazarlık Ölçeği (Public Health Literacy Scale):** Pleasant ve Kuruvilla (2008) tarafından geliştirilmiş ve Filiz ve Bodur (2015) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 17 maddeden oluşmakta olup her madde “doğru” veya “yanlış” şeklinde cevaplanmakta ve toplamda 17 puan üzerinden değerlendirme yapılmaktadır (Filiz vd., 2022).
- **Adolesanlarda E-Sağlık Okur-Yazarlığı Ölçeği (eHEALS: The eHealth Literacy Scale):** Norman ve Skinner tarafından geliştirilen ölçek toplamda 10 maddeden oluşmakta olup Coşkun ve Bebiş (2015) tarafından Türkçe geçerliği ve güvenirliği yapılmıştır. Öleekten alınacak minimum puan 8, maksimum puan 40’dır. Alınan puanın yüksek olması, ergenlerin E-sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olduğunu gösterir (Coşkun vd., 2015).
- **Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı (Test of Functional Health Literacy in Adults/TOFHLA):** Parker ve ark. (1995) tarafından hastaların, hap şişeleri ve randevu fişleri gibi gerçek materyaller kullanılarak 67 madde olarak geliştirilmiştir ve uygulanması 22 dakikaya kadar sürmektedir. Bu sürenin uzunluğu sebebiyle 1999 yılında Baker ve ark. tarafından kısa versiyonu olarak “Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi S-TOFHLA (Short Test of Functional Health Literacy in Adults)” geliştirilerek geçerlik ve güvenirlik çalışması Üçpunar (2014) tarafından yapılmıştır. Öleekten alınabilecek minmum puan 0, maksimum puan 100’dür (Üçpunar, 2014 ve Baker vd., 1999).
- **Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (Health Literacy Scale HLS-14):** Suka ve ark. tarafından 2013 yılında geliştirilen 14 maddelik ölçek, yetişkinlerin sağlık okuryazarlık düzeylerini ölçmek için Japonya’da geliştirilmiştir. İnteraktif, eleştirel ve fonksiyonel sağlık okuryazarlığı olmak üzere 3 alt faktörden oluşmaktadır. Likert yapıdaki ölçeğin her bir maddesi “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) ile “kesinlikle katılıyorum” (5 puan) arasında derecelendirilmekte ve öleekten toplamda 14 ile 70 puan alınmaktadır.

Toplam puanın yükselmesi sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseldiğini göstermektedir (Türkoğlu vd., 2021).

- **Tıpta Yetişkin Sağlık Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (REALM-Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine):** Davis ve arkadaşları (1991) tarafından birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçme amacıyla geliştirilen ilk sağlık okuryazarlığı ölçeğidir. REALM, okuryazarlık seviyesi yetersiz olan hastaları belirleyebilmek için 125 kelimelik tanıma testi formatında geliştirilmiştir. Testte bireylerden kendilerine verilen tıbbi terimler listesindeki bütün kelimeleri yüksek sesle okumaları sağlanır ve telaffuzlarının doğruluğuna göre her doğru kelime için puanlama yapılır. Sorular kolaydan zora olacak şekilde sıralanmakta olup kelime tanıma ve telaffuz yeteneğini yani okuma düzeyini ölçer ancak anlama düzeyini ölçmez (Özdemir vd., 2010). Daha sonra Davis ve ark. (1993) tarafından bu testin 66 kelimelik daha kısa versiyonu REALM-S (REALM-Short) olarak geliştirilmiştir. Daha da sonra ise REALMS-S testinin en kısa versiyonu REALM-R (REALM-Revised) olacak şekilde 10 tıbbi kelimeye indirgenmiştir (Yeter, 2021).
- **The Newest Vital Sign (En İyi Yaşamsal Belirti Testi):** Weiss ve ark. tarafından 2005 yılında geliştirilen test bir gıda etiketi üzerinden bireyin okuma-anlama ve problem çözme yeteneğini ölçer. Matematiksel ifadeleri kullanabilen hastalar üzerinden uygulama yapmaya imkan veren test 6 maddeden oluşur. Etiketdeki bilgileri yorumlayarak 6 sorunun yanıtlanması istenir. İlk 4 soru hesaplama ve son 2 soru da etiketteki uygun bilgiyi bulmaya yönelik olup bu 6 soruya verilen doğru yanıtlar üzerinden değerlendirme yapılır (Özdemir vd., 2010 ve Eker, 2021).
- **SILS (Single Item Literacy Screen)-Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması:** Bireylerin basılı sağlık okuryazarlık düzeylerini belirlemeye yönelik bir test olup beceriyi değil ihtiyacı ölçmektedir. Şu tek maddeden oluşur: “Doktorunuz veya eczaneden verilen sağlık talimatlarını, broşürleri veya yazılı materyalleri okumak için hangi sıklıkla yardım alırsınız?” (Morris vd., 2006).

2. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu çalışma 01.10.2023 – 31.08.2024 tarihleri arasında Bolu’da yaşayan gebeler üzerinde gerçekleştirilen Gebelik Okuryazarlığı Ölçeği (GOY) geliştirilmesi ve geliştirilen bu ölçek kullanılarak gebelerin gebelik sürecine özgü sağlık okuryazarlık seviyelerinin saptanması, gebelik okuryazarlığı ile ilgili olduğu düşünülen bazı faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bir araştırmadır.

2.1 Ölçek Kavramı

Ölçek, birimlerin bilinen ancak gözlenemeyen ama özellikle hissedilen duygusal, eğilimsel, bilişsel, yargısal, tepkisel ve duygu-durum özelliklerini sayısallaştırmak için geliştirilen ölçüm araçlarıdır (Özdamar, 2017:7). Genel olarak kabul edilen 5 ölçek bulunmaktadır (Özdamar, 2017:28):

1. Bogardus Toplumsal Uzaklık Ölçeği
2. Thurstone Eşit Aralıklar Ölçeği
3. Guttman Ölçeği
4. Osgood Ölçeği
5. Likert Toplamsal Ölçeği

En yaygın olarak kullanılanı “Likert tipi Toplamsal Ölçek”tir. Belirli bir olaya/özellikle ilişkin bireylerin tutum, tavır, eğilim veya yargılarını ardışık seçeneklere verdikleri cevaplar yardımıyla açıklamayı sağlayan ölçektir. Birden fazla boyut içeren olay/özelliğin boyutlandırılmasını ve her bir boyutun ölçek toplam puanı içindeki büyüklüğünü hesaplamaya imkan sağlar. Ölçekteki maddeler azalan ya da artan sırada büyüklük sıralaması olan cevap seçeneklerini içerir. Her bir seçenek arasında sıralı (ordinal) artan ve eşit aralıklı (equidistance) değerler bulunmalıdır. Seçeneklerin puanlanmasında en az 5 puanlama seçeneği (1-5) yer almalıdır (Özdamar, 2017: 33, 45). Soru ortalamalarının birbirine eşit olup olmadığı ise Hotelling T² testi ile test edilir. Yani bu test soruların denekler tarafından benzer şekilde anlaşılıp anlaşılmadığını, soruların zorluk derecelerinin, ölçme yeteneklerinin aynı olup olmadığını ölçer (Karagöz vd., 2020: 67).

2.2 Geçerlik (Validity) Kavramı

Geçerlik, “bir ölçek veya testin ölçülmesi amaçlanan şeyi ne oranda doğru ölçmesi ile alakalı olup bir ölçülmesi amaçlanan özelliğin, başka herhangi bir özellik karıştırmadan doğru ölçme derecesi”dir. Herhangi bir ölçek bir özelliği ölçerken başka bir özellikten ne kadar az etkilenirse ölçeğin geçerliği o oranda

yüksek demektir. Geçerliğin önemli bir parçası da tutarlılıktır. Yani yüksek geçerliğe sahip bir ölçme aracı ölçtüğü özelliği her defasında aynı doğrulukla ölçmelidir (Lorcu, 2015: 207; Karagöz vd., 2020: 14).

Geçerliğin belirlenmesi için yüzey, kapsam (içerik), kriter, yapısal geçerlik gibi geçerlik türleri geliştirilmiş olup bu kavramların hepsi iç içe kavramlardır ve birbirini destekler. Ölçek geliştirme süreçlerinde birden fazla geçerlik türü kullanılabilir. Örneğin bir ölçeğin kapsam geçerliği düşükse yapı geçerliği de düşük olacaktır (Karagöz vd., 2020: 15).

Geçerlik kavramı temel olarak 3 başlıkta incelenir: Yüzey geçerliği, kapsam/içerik (content) geçerliliği ve yapı (construct) geçerliliği.

2.2.1 Yüzey (Görünüm, Mantıksal) Geçerliği (Face Validity)

Araştırılan kavramsal yapı ile ölçekteki sorular (maddeler) arasında anlamlı ilişki kurulabilmesidir. Testin ismi, açıklamalar, soruların ve testin düzeni gibi kavramları kapsar ve ölçme aracının “neyi ölçtüğü değil neyi ölçüyor gibi görüldüğü” ile ilgilenir. Bu kavramlardaki olumlu izlenimler güvenilir cevaplar almayı kolaylaştırır. Testin görünümü ile ilgili olduğu için uzman görüşü ile değerlendirilmesi önerilir. İfadelerin ölçüm amacına uygun olması ve cevaplayıcıların ölçeği değerlendirebilecek bilgi alt yapısına sahip olmasına dikkat edilmelidir. Bazı görüşler yüzey geçerliliğini kapsam geçerliliğine dahil ederken bazı görüşler ayrı bir geçerlilik kavramı olarak kabul etmektedir (Büyüköztürk, 2015: 181 ve Karagöz vd., 2020: 15).

2.2.2 Kapsam/İçerik (Content) Geçerliği

Ölçeği oluşturan maddelerin, ölçülmek istenen yapıyı, davranışı ya da özelliği ölçmek için nitelik ve nicelik olarak yeterliliğinin göstergesidir. Temelde “ilgili ölçeğin maddeleri ölçülmek istenen yapıyı yansıtıyor mu?” sorusuna cevap aranır. Kapsam geçerliliğini test etmek için tercih edilen seçeneklerinden biri “uzman görüşüne” başvurmaktır. Hazırlanan sorulara uzmanların “uygun/gerekli – uygun/gerekli ama yetersiz – uygun değil/gerekli değil” şeklinde kodlaması sağlanır. “Gerekli ama yetersiz” seçeneğinin işaretlenmesi durumunda eleştiri getirilen sorular uygun düzeltmeler yapılarak ölçekte tutulabilir. (Büyüköztürk, 2015: 180). Kapsam geçerliliğinin belirlenmesinde şu adımlar sırasıyla takip edilir: Kavramsal yapının (çerçevenin) oluşturulması, alt faktörlerin (boyutların) belirlenmesi, madde havuzunun oluşturulması, taslak ölçekteki maddelerin uzman görüşüne sunulması ve nihai maddelerin belirlenmesi için analizi yapılması.

Literatürde kabul edilen en az üç uzman olması görüşünün yeterli olduğu olup beş uzman ise ideal olarak kabul edilir. Havuzdaki maddeler uzman görüşüne sunulduktan sonra ölçekte kalacak maddelerin seçiminde istatistiksel analiz mi yapılacağı yoksa içerik analizi ile nicel bir yol mu izleneceği konusunda bir görüş birliği mevcut değildir. İstatistiksel analizin kullanıldığı durumlarda literatürde sıkça kullanılan kapsam geçerliliği yöntemleri Lawshe Tekniği ve Davis Tekniği'dir.

Lawshe tekniği: Bu teknik ile ve Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO, CVR: Content Validity Ratio) ve Kapsam Geçerliliği İndeksi (KGİ, CVI: Content Validity Index) değerleri incelenmekte olup ölçekteki her bir madde için KGO ve KGİ değerleri aşağıdaki formüller ile hesaplanır.

Uzman görüşlerine göre hesaplanan KGO “negatif” çıkan maddelerin KGİ değerine bakılmadan direkt kapsam dışı bırakılması önerilir. Daha sonra kalmasına karar verilen maddeler ise uzman sayısına göre kabul edilen CVI değeri ile karşılaştırılır. Maddenin KGO değeri uzman sayısına karşılık gelen CVI değerinden büyükse o maddenin ölçekte kalmasına karar verilir.

$$\text{Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO)} = [\text{Gerekli diyen uzman sayısı} \div \text{değerlendirme yapan toplam uzman sayısının yarısı}] - 1$$

$$\text{Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ)} = \text{Taslak ölçekte kalan tüm soruların KGO toplamı} / \text{Taslak ölçekteki madde sayısı}$$

Uzman sayısına göre olması gereken minimum KGİ değerleri ise 5 ile 40 arasındaki uzman sayısı için standardize edilmiştir. Örneğin 5 - 6 ve 7 uzman için minimum CVI değerinin 0.99 olması, 8 uzman için minimum 0.75 ve 12 uzman için minimum 0.56 olması beklenir (Karagöz ve Bardakçı, 2020: 17,18).

Davis Tekniği: Davis (1992) tekniğinde uzman görüşleri “a-uygun”, “b-madde hafifçe gözden geçirilmeli”, “c-madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve “d-madde uygun değil” şeklinde dörtlü derecelendirmektedir. Bu teknikte (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin “kapsam geçerlik indeksi” elde edilmektedir ve bu değer yerine 0,80 değeri ile karşılaştırılır. 0,80’den küçük olan KGİ değerleri maddeler elenir. (Karakoç vd., 2014)

2.2.3 Yapısal (Kavramsal) Geçerlik (Construct Validity)

Yapı geçerliği, belli bir kurama dayalı olarak geliştirilmiş bir ölçeğin kuramda yer alan yapıları ne oranda ölçebildiği ile ilgilidir; ölçme aracının ölçülmek istenen çok faktörlü yapıyı doğru ölçebilme derecesini belirler.

Yapı geçerliliğini incelemek için kullanılan fazlaca teknik mevcut olup ölçüt/kriter bağımlı geçerlik, gruplar arası ayrışma, Fornell ve Larcker kriteri, Heterotrait-Monotrait (HTMT) kriteri, açıklayıcı (açımlayıcı, keşfedici) faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi sıklıkla kullanılan yöntemler olup ilerleyen alt başlıklarda açıklanmıştır.

2.2.3.1 Ölçüt/Kriter Bağımlı (Criterion-Related) Geçerlik

Ölçek puanlarının belirlenen bir ya da birkaç dış ölçütle ilişkisini inceleyen tekniktir. Yordama (predictive) geçerliği ve eşzamanlı ölçüt (concurrent geçerliği) olarak 2'ye ayrılır.

Tahmin-Kestirim-Yordama (Predictive) Geçerliği: Kullanılan ölçeğe dayalı kestirimlerin gerçek değerle tutarlılığının ölçüsüdür. Ölçek puanı ile gelecekte ölçülmesi planlanan davranış arasındaki korelasyonel ilişki incelenerek test sonuçlarının gelecekteki davranışı ne derece yordadığı araştırılır. Bunun saptanabilmesi için araştırmacının gerçek durumla ilgili bir dış kritere ihtiyacı vardır ki bu genelde zordur. Buradaki dış kriter gelecekte ölçülecek (gözlenecek) davranıştır. Örneğin üniversiteye giriş puanları (YKS) ile öğrencinin yerleştiği üniversitedeki başarısı arasındaki korelasyon hesaplanır ve YYS'nin tahminsel geçerliliği incelenebilir (Büyüköztürk, 2015: 180; Tutar vd., 2022: 336). Tahmin geçerliği, tutum ölçeklerinden ziyade bilişsel testler ya da başarı testleri için kullanılır. Örneğin bir test ikna kabiliyetini ölçüyorsa, iş müracatında pazarlamacı olarak istihdam edilecek kişilere bu test uygulanır. Daha sonra bu kişilerin satış rakamları, müşteri sayıları gibi somut veriler değerlendirilir. Eğer bu değerlendirmeden yüksek puan alan kişiler, başlangıçta uygulanan ikna kabiliyeti testinden de yüksek puan alan kişiler ise; ikna kabiliyeti testinin tahmin geçerliğine sahip olduğu söylenir. Uygulanma zamanları arasında en az 6 ay olması istenirken bu süre 5 yıla kadar çıkabilir ve korelasyonun 0,30 ve üzeri olması yeterli kabul edilir (Karagöz vd, 2020: 21).

Eş-zamanlı Ölçüt-Mevcut Hal (Concurrent) Geçerliği: Yeni geliştirilen ölçme aracından elde edilen puanlar ile daha önceden geliştirilmiş ve ölçülmek istenen yapıyı ölçtüğü, geçerliği yüksek olduğu bilinen bir referans test (yani aynı

özelliği ölçen başka bir ölçme aracının puanları ile) arasındaki korelasyon dercesini gösteren geçerliliktir. Korelasyon ne kadar yüksekse yeni geliştirilen aracın uyum geçerliliğine sahip olduğu söylenir (Tutar vd., 2022: 336). Bu geçerlilik, bireylerin gelecekteki davranışlarıyla değil bulunduğu zaman içerisindeki davranışlarıyla ilgilidir. Örneğin bir ALES kursu sonunda; öğrencilere ÖSYM'nin hazırladığı test (kriter ölçek) ile kurs hocalarının hazırladığı test (ikinci ölçek) ile uygulanır. Korelasyon anlamlı ise ikinci ölçek eş zamanlı geçerliği sağlıyor demektir (Karagöz vd., 2020: 21).

2.2.3.2 Gruplar Arası Ayırışma

Bu yöntemde ölçülecek değişken açısından grupların farklılığı varsayımına dayanır. Bu gruplar arasında fark olup olmadığını görmek için test puan ortalamalarının karşılaştırıldığı deneysel desenlerde kullanılır. Temel olarak bu geçerlilikte; ölçülen özellik açısından farklılık gösteren gruplar (örneğin kadın-erkek; çalışan-çalışmayan...vb.) arasındaki korelasyon katsayısının 0 ya da düşük olması beklenir. Ya da iki grubun puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığın bulunması yapı geçerliliğine kanıt olarak sunulabilir. Örneğin, erkek ve kadınların “cinsiyet rolü algısı ölçeği”nden aldıkları puanlarda farklılık çıkması beklenir. Eğer beklenen farklılık bulunmamışsa yapıyı ölçmek için ortaya konan ölçme aracının yetersiz olduğu düşünülür. (Çokluk vd., 2018: 183).

2.2.3.3 Açıklayıcı (Exploratory) Faktör Analizi (AFA)

Faktör analizi, aralarında ilişki bulunduğu düşünülen sayıca fazla değişkeni daha az sayıda, birbirinden bağımsız ve anlamlı faktörler haline getiren çok değişkenli bir tekniktir. Amacı değişkenler arasındaki yapıyı ortaya çıkararak değişkenleri sınıflandırmak ve değişken sayısını azaltmaktır (Kalaycı, 9.Baskı: 321). Faktör analizinde, değişkenler arasındaki korelasyonun yüksek olması beklenir ve korelasyonel ilişki güçlü ise bu değişkenler genelde aynı faktörde yer alır. Birinci faktörün ağırlığı (katsayısı) her zaman en yüksektir dolayısıyla toplam varyans içinde en büyük paya sahiptir. Daha sonra ikinci, üçüncü...vb. diğer faktörler gelir (Karagöz, 2014: 650). Değişkenler arasındaki ilişki maksimum, faktörler arasındaki ilişki ise minimum olacak şekilde faktörleri değişkenlere dönüştüren bir analiz türüdür (Karagöz vd., 2020: 30). Açıklayıcı faktör analizi kapsamında bazı temel kavramlar aşağıda açıklanmıştır:

- **Faktör Yükleri:** Bir faktör ile orijinal değişken arasındaki korelasyon faktör yükü olarak ifade edilir. Faktör yüklerinin karesi; bir değişkendeki

varyansın ne kadarının ilgili faktör tarafından açıklandığının gösterir (Altunışık vd., 2012: 268) Maddelerin yük değerlerinin ait olduğu faktörde yüksek, diğer faktörlerde ise düşük olması beklenir ve yük değerlerinin 0,45 ya da daha yüksek olması istenen sınırdır. Ancak uygulamalarda bazen 0,30 ve üzeri yük değerleri de kabul görmektedir. Herhangi bir maddenin 1 faktörden fazla faktöre yüksek değerler ile yüklenme yaptığı durumda o madde “binişik madde” olarak kabul edilir ve ölçekten çıkarılması önerilir. En yüksek iki faktör arasındaki farkın en az 0,10 olması istenir (Büyüköztürk, 2015: 134).

- **Özdeğer (eigenvalue):** Bir faktörün açıkladığı toplam varyansı gösterir. Özdeğeri 1 ve 1’den büyük olan faktörler modele önemli faktör olarak dahil edilir (Karagöz, 2014: 652).
- **Korelasyon matrisi:** Faktör analizinde yer alan değişkenler arasındaki ilişkiyi gösterir. Korelasyon matrisindeki korelasyonların önemli çoğunluğunun 0,3’ten büyük değerlere sahip olması gerekir (Altunışık vd., 2012: 271).
- **Anti-image korelasyonu ve örneklem yeterlilik testi (MSA):** Faktör analizi çözümünde bozucu etki yapan değişkenlerin analizden çıkarılması için anti-image korelasyon matrisinin köşegeninde (diagonalinde) yer alan örneklem yeterlilik ölçümü aracılığıyla ilgili değişkenin analizde kalıp kalmayacağına karar verilir. Köşegen dışındaki değerler ise değişkenler arası kısmi korelasyonu gösterir. Köşegendeki değerlerin 0,5’ten küçük olmaması gerekir. Eğer öyleyse küçük değerlere sahip bu değişkenler faktör analizi çözümünü bozduğu için analizden çıkartılır ve analiz tekrarlanır (Altunışık vd., 2012: 267, 287).
- **Bartlett’s testi (Bartlett test of sphericity):** Bu test ile evrende bulunan değişkenler arasında ilişkinin olmadığı hipotezi test edilir. Analize devam etmek için sıfır hipotezinin reddedilmesi gerekir. Korelasyon matrisinde yer alan tüm korelasyonların genel anlamlılıklarını gösterir. Ana mantığı evrene ait korelasyon matrisi birim matristir yani her değişken kendisi ile mükemmel uyuma sahipken değişkenler arasındaki korelasyon sıfırdır (Altunışık vd., 2012: 267, Karagöz, 2014: 651)

- **Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği testi:** Faktör analizi için veri setinin uygunluğunu gösterir. KMO değeri için kabul edilebilir asgari değer 0.7'dir (Altunışık vd., 2012: 268).
- **Açıklanan varyans:** Özdeğerler tarafından açıklanan varyanslar, toplam varyansı maksimum düzeyde temsil edene kadar faktörler modele dahil edilir. Ulaşılan varyans oranı ne kadar denli büyükse faktör yapısı da o kadar güçlü olur. İlaç ve tıp gibi hassas sektörlerde % 95'lere varan yüksek oranlar beklense de sosyal bilimlerde % 40 ile % 60 arasında açıklanan varyans oranı yeterli kabul edilir (Karagöz, 2014: 652). Tek faktörlü yapılarda bu oranın % 30 ve fazlası yeterli görülebilir. Açıklanan varyansın yüksek olması ilgili yapının o ölçüde iyi ölçüldüğü anlamına gelir (Büyüköztürk, 2015: 135).
- **Ortak faktör varyansı (eşkökenlilik) (communality):** Toplam varyansın ortak faktörler tarafından açıklanma oranını gösterir. Önemli maddelerin, ortak faktör varyanslarının 0,66'nın üzerinde hatta 1,00'a yakın olması kabul edilen sınırdır ancak uygulamada bunu karşılamak genellikle zordur (Büyüköztürk, 2015: 135).
- **Rotasyon/Döndürme:** Faktör rotasyonunda amaç, isimlendirilebilir ve yorumlanabilir faktörler elde etmektir. Ortogonal rotasyon (dik) ve ortogonal olmayan (oblique/eğik) rotasyon olmak üzere 2 tip mevcuttur. Eğik veya dik döndürme kararı verilirken faktörlerin ilişkili olup olmadığı incelenir. Ortogonal rotasyonda elde edilen faktörler birbirleri ile korelasyon içinde değilken; ortogonal olmayan (oblique) rotasyonda faktörler birbiri ile korelasyon içindedir yani faktörler birbirinden bağımsız değildir/ilişkilidir. Ortogonal rotasyon varimax, equamax ve quartimax olarak 3'e ayrılırken en çok tercih edilen varimax tekniğidir. Ortogonal olmayan rotasyon ise Promax ve Direct Oblimin olarak 2'ye ayrılır (Kalaycı, 9. Baskı).

2.2.3.4 Doğrulayıcı (Confirmatory) Faktör Analizi (DFA)

Doğrulayıcı faktör analizinde önceden oluşturulan bir model aracılığıyla gözlenen değişkenlerden yola çıkılarak gizil değişkenler ile ilgili kuramların test edilmesine dayanır. Araştırmacı tarafından daha önceden belirlenmiş bir yapının doğrulanıp doğrulanmadığını test etmek için kullanılır. Açıklayıcı faktör analizinde hangi faktör ile hangi değişken grupları arasında yüksek ilişkinin varlığını test

etmek için kullanılırken; doğrulayıcı faktör analizinde belirlenen k sayıda faktöre katkısı olan değişken gruplarının bu faktörler ile yeterince temsil edilip edilmediği ile ilgilidir (Karagöz vd., 2020: 37). Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), Açıklayıcı Faktör Analizi'nin (AFA) doğal bir uzantısıdır. Açıklayıcı faktör analizi kapsamında bazı temel kavramlar aşağıda açıklanmıştır: Doğrulayıcı faktör analizi kapsamında bazı temel kavramlar aşağıda kısaca açıklanmıştır:

- **Gözlenen ve Gizli (Örtük) Değişken:** Araştırmacılar gizli (örtük) değişken olarak adlandırılan ve doğrudan ölçülemeyen inanç, zeka, bilgi gibi kavramlarla çalışmak zorunda kalabilir. Doğrulayıcı faktör analizinde ölçek maddeleri gözlenen değişken olarak ifade edilirken, ölçek maddelerinin ölçmüş olduğu ölçüm-yapı ise gizli (örtük) değişken olarak adlandırılır. 1-5 arasında puanlama yapılan bir Likert tipi ölçekte her bir madde gözlenen değişkendir. Bu maddelerin ilişkilendirilmiş oldukları alt boyutlar (faktörler) ise gizli (örtük) değişken olarak ifade edilir (Aylar vd., 2019).
- **Uyum İndeksleri:** Önceden belirlenen modellerin veriyi ne kadar iyi açıkladıkları uyum istatistikleri ile belirlenir. Modellerin uyumunu test eden 1'den fazla uyum istatistiği vardır. Literatürde sıkça kullanılan uyum iyiliği indeksleri aşağıda açıklanmıştır:
 - **χ^2 değeri:** Ki-kare değeri ile modelin genel uyumuna bakılır. Örneklem kovaryans matrisi ile evren kovaryans matrisi arasındaki uyumu inceler. Matrisler arasında uyuma ulaşmak için testin anlamsız çıkması gerekir (vd., 2019). Bu değer çok değişkenli normal dağılım gerektirmesi, modele parametre eklendikçe değerin küçülmesi, örneklem büyüklüğünden etkilenebilmesi gibi sebeplerle χ^2/sd parametresinin kullanılması önerilir (Çelik vd., 2016). χ^2 ' ye ait olan p değeri örneklemden etkilenir. Örneklem çok büyük olursa model reddedilmez. Diğer uyum indeksleri ise χ^2 kadar örneklem büyüklüğünden etkilenmemektedir (Aylar vd., 2019).
 - **χ^2/sd değeri - CMIN/DF (Chi-square goodness of fit - Kikare uyum indeksi):** Ki kare (χ^2) istatistiğine göre örneklem büyüklüğünden daha az etkilendiği için bu değer ki karenin yerine kullanılır. χ^2 'nin serbestlik derecesine (sd) bölünmesi sonucu ortaya çıkan değer iki veya daha küçük (≤ 2) olması mükemmel uyumdur.

Beş veya daha az ise (≤ 5) bu değerin kabul edileceği ifade edilir (Aylar vd., 2019). Ancak literatürde en kabul göreni χ^2/sd değeri 2 ile 3 arasında ise verinin model ile uyumunun kabul edilebilir veya iyi olduğunu gösterir (Çelik vd., 2016). Aynı zamanda modelin genel uyumuna Ki-kare testi ile bakılır ve ki-karenin anlamlı olmaması istenir ancak Ki-kare anlamlı dahi olsa $\chi^2/sd \leq 3$ olması modelin genel uyumunun kabul edilebilir olduğunu ifade eder (Karagöz, 2023: 969).

- **RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation – Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü):** Bu değer ana kütledeki yaklaşık uyumun bir ölçüsü olup yaklaşık ortalamaların karekökü olarak tanımlanır. 0-1 arasında değer almaktadır. RMSEA değeri, 0.05'ten küçük veya eşit olması durumunda mükemmel uyum göstermekte, 0.05 ile 0.08'in altında ise kabul edilebilir uyum göstermektedir. Değerler 0.08-0.10 arasında ise vasat uyum göstermekte iken 0.10'un üzerinde yer alan değerler ise kabul edilebilir değer olarak görülmemektedir (Çelik vd., 2016: 33). RMSEA değeri örneklem sayısından aşırı etkilendiği için örneklem sayısı 250'den az olduğunda tercih edilmemesi önerilir (Karagöz, 2023).
- **RMR (Root Mean Square Residual - Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü) ve SRMR (Standardized Root Mean Square Residual – Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü):** RMR, modelin tahmin ettiği kovaryans matrisi ile gözlemlenen kovaryans matrisi farkların karelerinin ortalamasının karekökü (karekök artık kareler ortalaması) olarak hesaplanır. Bu farklar, modelin veriye ne kadar iyi uyduğunu gösterir. Düşük RMR değerleri (0'a yakın) modelin gözlemlenen verilere iyi uyduğunu, modelin tahmin ettiği kovaryansların gözlemlenen kovaryanslara yakın olduğunu gösterir. $RMR \leq 0,05$ ise çok iyi uyum; 0,05-0,08 arasında ise iyi uyum; $>0,08$ ise yetersiz uyum olarak değerlendirilir (Tutar vd., 2024: 180). Standartize edilen şekli olan SRMR ise standartlaştırılmış artık kareler ortalaması olarak adlandırılır. Aldığı değer 0-1 arasında olmakla

birlikte değerin 0'a yaklaşması uyum iyiliğini artırmaktadır (Aylar vd., 2019). Ki kare değeri gibi değer yükseldikçe uyum düzeyi kötüleşmektedir. SRMR değeri için de benzer şekilde 0.05'ten küçük ise iyi bir uyuma; 0.08'den küçük ise kabul edilebilir bir uyuma işaretir (Karagöz; 2016: 975).

- **CFI (Comparative Fit Index-Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi):** Karşılaştırmalı uyum indeksi olarak adlandırılır ve değişkenler arasında herhangi bir ilişkinin olmadığını ifade etmekte ve bu durumu baz alarak oluşturulan modelin, null (yokluk) modelinden farkını ortaya çıkarmayı amaç edinmektedir. Değeri 0-1 arasında değişirken değerin 1'e yaklaştıkça uyum iyiliği derecesinin arttığı aynı zamanda yüksek değerli CFI'ya sahip modelin güçlü uyum sergilediği kabul edilir. NNFI ile karşılaştırıldığında örneklem büyüklüğünden daha az etkilenen bir uyum indeksidir (Çelik vd., 2016: 36). CFI değerinin 0.95'ten büyük olması iyi bir uyuma işaret edeken; 0,90-0,95 arasında olması ise kabul edilebilir uyuma ve 0,90'dan küçük olması ise yetersiz uyuma işaret etmektedir (Tutar vd., 2024:180).
- **NFI (Normed Fit Index-Normlaştırılmış uyum indeksi):** CFI'ya alternatif indeks olarak geliştirilmiş olup 0-1 arasında değer almaktadır. Değerler 0.90-0.95 arasında yer alıyorsa bu değerlerin kabul edilebilir uyum gösterdiği belirtilmektedir. 0.95 arasında değer gösteriyor ise mükemmel uyum gösterdiği ifade edilmektedir (Evcı ve Aylar, 2017). Bu parametre örneklem büyüklüğünden etkilenir ve veri setinin küçük örneklemli olması durumunda iyi uyum gösteren bir modelin reddedilmesine yol açabilir. Bu sebeplerle modele serbestlik derecesinin ilave edilmesiyle NNFI parametresi elde edilir. Böylece örneklem sayısının etkisinin azaltılır veriyi uyum gösteren küçük örneklemli modellerin reddedilmesi önlenmiş olunur. (Karagöz 2023: 969).
- **NNFI (Nonnormed Fit Index-Normlaştırılmamış uyum indeksi):** Bu parametre 0-1 arasında değer alırken yüksek değerler daha iyi uyumu gösterir. Değerler 0.90-0.95 arasında yer alıyorsa bu değerlerin kabul edilebilir uyum gösterdiği belirtilmektedir. 0.95 ve

1 arasında değer gösteriyor ise mkemmел uyum gösterdiği ifade edilmektedir (elik vd., 2016: 35). Literatürde Tucker-Lewis Indeksi (TLI) olarak da bilinir (okluk vd., 2018: 270).

- **GFI (Goodness of Fit Index – İyi Uyum İndeksi):** GFI, uyum iyiliği indeksi olarak adlandırılmaktadır. GFI değeri örneklemin büyüklük derecesinden etkilenmekle beraber NNFI değerine göre örnekleme büyüklüğünden daha az ekilenen bir uyum ölçütüdür. Örnekleme büyüklük derecesi arttıkça, GFI değeri de artmaktadır. Genel değeri 0 ile 1 arasında olmakla birlikte GFI’nın 0.85 ve üzeri olması kabul edilebilir uyumu; 0.90 ve üzeri ise iyi bir uyum gösterdiğini ifade etmektedir (elik vd., 2016: 37).
- **AGFI (Adjusted Goognesss of Fit Index – Ayarlanmış iyi uyum indeksi):** Ayarlanmış/düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi olarak adlandırılır. GFI (uyum iyiliği indeksi)’nın yüksek örnekleme seviyesinde meydana gelen eksikliğini yok etmek amacıyla kullanılmaktadır. AGFI’nın hesaplanmasında serbestlik derecesi önem taşımaktadır. Değeri 0 ile 1 arasında değişirken, 0.90’ın üzerinde olması uygunluğu sağlamaktadır (elik vd., 2016: 37). AGFI’nın 0.80 ve üzeri olması kabul edilebilir uyumu; 0.90 ve üzeri ise iyi bir uyum gösterdiğini ifade etmektedir (Tutar vd., 2024: 181).
- **IFI (Incremental Fit Index-Artırmalı Uyum İndeksi):** Artan uyum indeksi olarak ifade edilmektedir. 0-1 arasında değer almakla birlikte alınan değer 1’ e yaklaştıkça mkemmел uyum gösterdiği belirtilmektedir. IFI değeri 0.90 üzerinde ise kabul edilebilir uyum, 0.95 ve üzeri ise mkemmел uyum sergilediği ifade edilmektedir (Aylar vd., 2019).

Tüm uyum iyiliği parametreleri için kabul edilen uyum değerleri Tablo 2.1’de özetlenmiştir:

Tablo 2.1. Model uyumunun değerlendirilmesi için kabul gören değerler

	İyi/mükemmel uyum	Kabul edebilir uyum
χ^2/sd	$2 < \chi^2/sd < 3$	$\chi^2/sd \leq 5$
RMSEA	≤ 0.05	≤ 0.08
RMR	≤ 0.05	≤ 0.08
SRMR	≤ 0.05	≤ 0.08
CFI	> 0.95	> 0.90
NFI	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$
NNFI (TLI)	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$
GFI	$\geq 0,90$	$\geq 0,85$
AGFI	$\geq 0,90$	$\geq 0,80$
IFI	$\geq 0,95$	$\geq 0,90$
CR	$\geq 0,70$	-
AVE	$\geq 0,50$	$\geq 0,40$

2.2.3.5 Faktör Analizinde Birleşim ve Ayrışım Geçerliliğine İlişkin Kriterler

Birleşim ve ayrışım geçerliliği, bir ölçeğin yapısal geçerliliğini değerlendirmek için kullanılan önemli bir kriter olup Fornell ve Larcker (1981) tarafından önerilen yöntem, ölçeğin faktör yapılarını doğrulamak için yaygın olarak kullanılan bir analiz yöntemidir. Bu kriterlerin bulguları, ölçeğin farklı boyutlarının ne derece iyi ayrıştırıldığını ve her bir boyutun diğerleriyle ne kadar güçlü bir şekilde birleştiğini göstermektedir Fornell ve Larcker (1981). Ayrışım geçerliliğinde farklı yapıların ölçümleri arasındaki korelasyonun düşük olması beklenirken; birleşim geçerliliğinde ise aynı yapıların ölçümleri arasındaki korelasyonun yüksek olması beklenir (Çokluk vd., 2018: 183).

2.2.3.5.1 Birleşim Geçerliliği İçin Fornell ve Larcker Kriteri

Fornell ve Larcker Kriteri, bir ölçeğin birleşim ve ayrışım geçerliliğini belirlemek için faktör yüklerinin karelerini ve faktörler arası korelasyonları kullanmaktadır. Bir ölçeğin birleşim geçerliliği, aynı faktör altında yer alan maddelerin birbiriyle güçlü bir şekilde ilişkili olup olmadığını göstermektedir. Bu genellikle her bir maddenin faktör yüklerinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığına bakılarak değerlendirilir. Örneğin, bir ölçeğin her bir maddesi için

faktör yükü değerleri 0,6 ve üzerindeyse, bu maddelerin ölçtükleri kavramın güçlü bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Ayırışım geçerliliği ise, bir ölçeğin farklı faktörleri arasındaki farklılıkların ne kadar iyi belirlenebildiğini gösterir. Bu genellikle faktörler arası korelasyonların incelenmesiyle değerlendirilir. Örneğin, iki farklı faktörün arasındaki korelasyonun yeterince düşük olması gerekir (örneğin, 0,85'ten küçük), böylece bu faktörler birbirinden ayrıldığı ve farklı ölçümleri temsil ettiği kabul edilmektedir.

2.2.3.5.2 Birinci Dereceden Yapılar Arasında Ayırışım Geçerliliği

İçin Heterotrait-Monotrait (HTMT) Kriteri

Birinci dereceden yapılar arasında ayırışım geçerliliğinin test edilmesi için Heterotrait-Monotrait (HTMT) kriteri kullanılmıştır. Heterotrait-Monotrait (HTMT) kriteri, bir ölçeğin farklı yapılar arasındaki ayırışım geçerliliğini değerlendirmek için kullanılan bir istatistiksel yöntemdir. Özellikle yapısal eşitlik modellemesi ve çoklu yapısal denklem modellemesi (SEM) analizlerinde yaygın olarak kullanılır. HTMT kriteri, aynı yapı altında bulunan maddeler arasındaki ilişkiyi (monotrait) farklı yapılar altında bulunan maddeler arasındaki ilişkiye (heterotrait) kıyaslar. Bu sayede ölçeğin farklı faktörleri arasındaki farklılığı belirlemek ve yapılar arasındaki ayırışım geçerliliğini test etmek mümkün olur (Henseler, Ringle ve Sarstedt, 2015).

HTMT kriteri için genellikle kabul edilebilir sınır değeri 0,90'dır. Yani, $HTMT_{ij}$ değeri 0,90'dan büyükse, i ve j yapıları arasındaki heterotrait (farklı yapılar arasındaki ilişki) ilişkisi, monotrait (aynı yapı altındaki ilişki) ilişkisine kıyasla kabul edilemez derecede yüksek olabilir. Bu durumda, ölçeğin yapılarının ayırışım geçerliliği sorunlu olabilir ve yapısal eşitlik modeli sonuçları güvenilir olmayabilir. HTMT kriteri, özellikle çok faktörlü yapısal denklem modellemesi (PLS-SEM) gibi tekniklerle yapılan analizlerde, ölçeğin yapısal geçerliliğini ve yapılar arasındaki ilişkileri doğru bir şekilde değerlendirmek için önemli bir araçtır. Bu nedenle, araştırmacılar analizlerinde HTMT kriterini kullanarak ölçeğin yapısal geçerliliğini daha sağlam bir şekilde değerlendirebilirler (Henseler, Hubona ve Ray, 2016).

2.2.3.5.3 CR ve AVE Parametreleri

CR (Composite Reliability) ve AVE (Average Variance Extracted) parametreleri genellikle yapısal eşitlik modellemesi gibi analizlerde ölçeğin yapısal geçerliliğini ve güvenilirliğini değerlendirmek; doğru sonuçlar çıkarmak için kullanılan önemli istatistiksel ölçütlerdir. Bu nedenle, özellikle araştırmalarda ve

ölçek geliştirme süreçlerinde CR ve AVE değerlerinin doğru şekilde hesaplanması ve yorumlanması büyük önem taşır.

- **CR (Composire Reliability - Bileşik güvenilirlik):** CR, gizli yapının içsel tutarlılığını ölçer ve değişkenlerin standart yükleri ve ölçüm hatalarını kapsar. Genel olarak, CR değerinin 0,70 üzeri olması tercih edilir (Filiz vd., 2023). Bir ölçeğin tüm maddeleri bir araya geldiğinde (toplam puan alındığında) ne kadar tutarlı ve güvenilir bir şekilde ölçtüğünü göstermektedir. CR değeri genellikle 0 ile 1 arasında olup, 0,70 veya daha yüksek olması kabul edilebilir bir iç tutarlılığı ifade etmektedir. Yüksek CR değerleri, ölçeğin maddelerinin birbiriyle tutarlı bir şekilde ölçtüğünü ve ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir (Fornell ve Larcker, 1981).
- **AVE (Average Variance Extracted - Ortalama açıklanan varyans):** AVE, gözlenen değişkenlerdeki varyansın toplamını ifade eder ve temelde AFA'daki özdeğerle benzerdir. AVE, ayırt edici geçerliliğin belirlenmesinde sıklıkla kullanılır. Kabul edilebilir bir AVE değerinin %50 üzerinde olması gerektiği ifade edilmektedir (Tabachnick vd., 2013: 140). Her yapı için AVE'nin, diğer yapılarla olan ortak varyans (korelasyonların karesi) değerinden daha yüksek olması gerektiği kontrol edilmiştir. Eğer her bir yapının ortalama varyansı diğerleriyle paylaşılan varyanstan yüksekse, ayırt edici geçerlilik elde edilmiş demektir (Filiz vd., 2023). AVE, bir faktörün maddelerinin toplam varyansının faktör tarafından açıklanan varyansa oranını göstermektedir. Yani, bir faktörün altındaki maddelerin varyansının faktör tarafından ne kadar iyi açıklandığını gösterir. AVE değeri genellikle 0 ile 1 arasında olup, 0,50 veya daha yüksek olması istenir. Yüksek AVE değerleri, bir faktörün maddelerinin faktör altında yoğunlaştığını ve bu faktörün diğer faktörlerden ayrıştığını göstermektedir. Ancak CR değeri 0,70'den yüksek çıkan çalışmalarda AVE değerinin 0,50'nin altında çıkması kabul edilebilir olarak ifade edilmektedir (Fornell ve Larcker, 1981).

2.3 Güvenirlik (Reliability) Kavramı

Güvenirlik, bir ölçme aracı ile aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerden elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığını gösterir. Güvenilir bir ölçek hatasız ölçme yapar (Lorcu, 2015: 207) ve benzeri şartlarda tekrar uygulandığında benzeri sonuçlar verir. Bir test ya da ölçek ne derece güvenilir ise elde edilen sonuçlar da o

derece güvenilir olur (Karagöz, 2014: 697). Yani “aynı zamanda elde edilen cevaplar arasındaki tutarlılık” ve “farklı zamanlarda elde edilen puanlar arasındaki tutarlılık” olarak tanımlanabilir (Büyüköztürk, 2015: 181).

2.3.1 Güvenirlik Katsayıları

Güvenirlik katsayıları (α); evren ve örneklem standart sapma ve varyansına dayanarak hesaplanır. Gerçek değerdeki değişkenliğin (varyansın), ölçümle elde edilen değerlerdeki değişkenliğe (varyansa) oranlanmasıyla bulunur (Özdamar, 78). Güvenirliğin belirlenmesi için sıklıkla kullanılan güvenilirlik katsayıları şunlardır:

- Pearson korelasyon katsayısı: Ölçümle elde edilmiş interval (eşit aralıklı) ya da ratio (oranlı) ölçekli veriler için iki uygulama arasındaki ilişki bu katsayı ile hesaplanır. Veri sayısı en az 30 olmalıdır (Karagöz vd., 2022: 52).
- Spearman korelasyon katsayısı: Yarışma sıralamaları, sosyal statüler, firma büyüklükleri ya da olayların önem dereceleri... vb. sıralı (ordinal) ölçeklerle elde edilmiş veriler arasındaki ilişki bu katsayı ile incelenir (Karagöz vd., 2022: 53).
- Spearman-Brown katsayısı: Uygulanan bir ölçeğin maddeleri tek-çift, rastgele seçimle vb. ikiye ayrılarak, iki yarıdan elde edilen ölçümlerin korelasyonu yani iki yarı ölçeğin korelasyonu hesaplanır. Daha sonra hesaplanan bu korelasyon katsayısından yararlanarak ölçeğin tamamının güvenilirliğini gösteren Spearman-Brown katsayısı hesaplanır (Karagöz vd., 2022: 53).
- Guttman katsayısı: Spearman-Brown katsayısı, yarı ölçeklerin varyanslarının homojen olduğu durumlarda daha iyi sonuçlar vermektedir. Eğer varyanslar homojen değilse bu katsayı yerine Cronbach’ın geliştirdiği α güvenilirlik katsayısı ya da onun alternatifi olan Guttman güvenilirlik katsayısı kullanılır. Buradaki α güvenilirlik katsayısı, Cronbach α güvenilirlik katsayısından farklıdır. α güvenilirlik katsayısı, iki yarı ölçek arasındaki güvenilirlik katsayısı olup Cronbach α ise ölçeğin tamamının iç tutarlılığını gösteren güvenilirlik katsayısıdır (Karagöz vd., 2022: 54). Bu teknik güvenilirliği kovaryans ya da varyans yaklaşımı ile hesaplar. Guttman alt

sınırı ve lamda 1'den lamda 6'ya kadar altı güvenirlik katsayısı hesaplanır (Kalaycı, 9. baskı: 405).

- Kudher-Richardson (KR20-KR21) Katsayıları: Kuder-Richardson katsayıları; doğru-yanlış, evet-hayır, var-yok, 0-1 gibi sadece iki kategori ile ifade edilen maddeler için uygundur. KR20 katsayısı iki kategoriye ait sonuçların oranlanmasına dayalı bir formülle hesaplanır. KR21 katsayısı ise ölçek ortalamasına ve toplam varyansa dayalı olarak hesaplanır (Özdamar, 2010: 78, 79). Kuder-Richardson kat sayısının 0.80 ve üzerinde olması geliştirilen değerlendirme aracının güvenirliliğinin yüksek olduğunu gösterir (Karagöz vd., 2022: 75, 76).
- Hoyt'un varyans analizi: Bireylere ait kareler ortalaması ile hata kareler ortalaması farkının, bireylere ait kareler ortalamasına bölünmesiyle elde edilir. Tüm maddeler iki değerli ölçümlendiğinde Kuder-Richardson, Cronbach α ve Hoyt'un varyans analizi formülleri aynı sonuçları verir (Karagöz vd., 2022: 54).
- Diğer Güvenirlik Katsayıları: Yukarıda kısaca açıklanan bu sayısal ölçüm katsayılarının dışında cinsiyet, medeni durum, göz rengi ya da şehirler vb. nominal (isimsel) ölçekli değişkenler arasındaki ilişkileri ölçmek için ise ki-kare ya da ilişki katsayıları (association measures) kullanılır. Pearson'un kontenjans katsayısı (contingency coefficient), Fi katsayısı (Phi coefficient), Cramer'in V katsayısı (Cramer's V), Goodman-Kruskal'ın Tau katsayısı (sembolü ekle), Theil'in belirsizlik katsayısı (uncertainty coefficient), Kappa katsayısı verinin yapısına göre uygun durumlarda kullanılan katsayılardır.

2.3.2 Güvenirliği Belirleme Yöntemleri

Güvenirliğin belirlenmesi için sıklıkla kullanılan yöntemler ise şunlardır: Test tekrar test yöntemi (test re-test reliability), alternatif (paralel) formlar yöntemi (parallel forms reliability), ikiye ayırma yöntemi (split-half reliability) ve iç tutarlılık (internal consistency) (Cronbach Alpha katsayısı ve madde analizi (item analysis)).

2.3.2.1 Test Yeniden Test (Test-retest) Güvenirliği

Bu teknikte bir testin/ölçeğin aynı gruplara belli aralıklarla iki kez uygulandıktan sonra elde edilen sonuçlar arasındaki korelasyon incelenir. İki uygulama arasındaki zaman diliminin ortalama iki-dört hafta olması önerilir. İki

farklı zamandaki korelasyon güvenilirliğin bir göstergesidir. Varsayımlar sağlanıyorsa Pearson korelasyon katsayısı kullanılır (Büyüköztürk, 2015: 182; Altunışık vd, 2012: 125). Korelasyon katsayıları iki değişken arasındaki ilişkinin derecesi ve yönü hakkında bilgi verir ve -1 ile +1 arasında değer alır. Katsayının +1 olması pozitif ve mükemmel ilişki varlığını gösterir. Bir ölçeğin kararlılık gösterdiğinin kabulü için en az 0,70 olması gerekir (Karakoç vd., 2024).

2.3.2.2 İkiye Ayırma (Split-Half) Güvenirliği

Bu teknikte, ölçekte yer alan maddeler iki parçaya ayrılır ve parçalar arasındaki korelasyon hesaplanır (Kalaycı, 405). Ölçeğin maddeleri tek-çift, ilk yarı-son yarı ya da tesadüfi olarak iki eş yarıya ayrılabilir. Daha sonra Spearman-Brown formülü ile hesaplanan korelasyon katsayısı ile yorumlanır. Testin dizilişi, soruların zorluk derecesi gibi faktörler bu yöntemde dikkat gerektirir. Örneğin maddelerin kolaydan zora doğru sıralandığı bir ölçekte tek-çift şeklinde ikiye ayırma yöntemi önerilir. SPSS programı ise ikiye ayırma yönteminde ilk yarı-son yarı olarak ikiye ayırır (Büyüköztürk, 2015: 182).

2.3.2.3 Paralel (Parallel) ve Kesin Paralel (Strict Parallel) Formlar Güvenirliği

Bu yaklaşımda aynı özelliği ölçmeye yönelik hazırlanan farklı iki eşdeğer formu oluşturulur. Bu iki formun bir gruba aynı zamanda veya farklı iki zamanda (iki-dört hafta arayla) uygulanmasıyla elde edilen puanlar arasındaki korelasyon incelenir. Varsayımlar sağlanıyorsa Pearson korelasyon katsayısı kullanılır (Büyüköztürk, 2015: 182).

Paralel (Parallel) modelde; ölçekteki bütün maddeler için eşit varyanslılığı; karşılıklı tekrar soruları için de eşit hata varyanslılığını kullanarak en büyük benzerlik tahminleri hesaplar. Tahminlerin verilere uygunluğunu Ki-kare ile test edilir. Kesin paralel (Strict Parallel) modelde ise eşit varyanslılıkla beraber sorular arasındaki ortalamaların da eşit olduğu varsayımını kullanır (Kalaycı, 9. baskı: 405).

2.3.2.4 İçsel Tutarlılık

Ölçme aracının ölçtüğü varsayılan nitelikleri ölçen maddelerin, kendi içlerinde birbirleriyle ne kadar ilişkili oldukları, ne kadar homojen bir madde grubu oluşturduklarını belirlemeye çalışır. Maddeler arasındaki ilişkinin pozitif ve yüksek olması ölçekteki maddelerin bütün olarak aynı yönde hareket ettiğini, ölçeğin o kadar yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu ifade eder (Karagöz vd., 2020: 50). İçsel

tutarlılığı ölçmede kullanılan 2 yaygın yaklaşım vardır: Cronbach's alpha katsayısı ve madde analizi (item analysis).

2.3.2.4.1 Cronbach's Alpha Katsayısı

Geçerliğin belirlenmesinde kullanılan temel yöntemlerden biri de “Cronbach alpha korelasyon katsayısı”dır. Teorik olarak -1 ile +1 arasında değer alabilir. Ancak negatif bir geçerlik katsayısı ters ilişki anlamına geleceğinden geçerlik yerine geçersizliği ifade eder (Karagöz vd., 2020: 15). Bu katsayı KR-20 ve KR-21 katsayılarının genelleştirilmiş halidir. Çünkü hem iki değerli (0 ve 1 gibi) hem de ağırlıklı (1, 2, 3, 4 ve 5 gibi) ölçümlenmiş maddelerin güvenilirlik hesaplamasında kullanılabilir (Karagöz ve Bardakçı, 2020: 55). Alfa değeri muhtemel tüm ikiye ayırma kombinasyonları neticesinde ortaya çıkacak olan ikiye ayırma katsayılarının ortalamasını gösterir (Altunışık vd., 2012: 126). Bir testin güvenilirlik katsayısı olarak hesaplanan korelasyon katsayısı (r) şöyle yorumlanır (Lorcu, 2015: 208):

$0 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değil

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçeğin güvenilirliği düşük

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilir

$0.80 \leq \alpha \leq 1$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

2.3.2.4.2 Madde Analizi (Item Analysis)

Madde analizi ile bir ölçekteki soruların (maddelerin) ölçeğin hedefleri doğrultusunda işlev görüp görmediği belirlenmeye çalışılır (Karagöz vd., 2020: 109). Ölçme aracının her bir maddesinin toplam puana yapmış olduğu katkı iç tutarlılık katsayısı olarak hesaplanır. Toplam puana belli seviyede katkıda bulunmayan maddeler ölçekten çıkarılır (Tutar vd., 2022: 332).

Geliştirilen bir ölçekte yer alan maddelerin bu ölçeğe katkılarını incelemek, hangi maddelerin dahil edilip edilmeyeceğine karar vermek için farklı yöntemlerle madde analizi yapılmaktadır. Madde analizinde ölçüt, ölçme aracının kendi toplam puanı olup bu kapsamda iki türlü işlem yapılabilir:

- **Madde toplam korelasyonuna dayalı madde analizi:** Bu yöntemde her bir maddenin ölçeğin tamamıyla olan korelasyonu belirlenir. Analiz sonucundan elde edilen madde-toplam korelasyonuna göre herhangi bir maddenin katsayısı pozitifse ve yeterince yüksek düzeyde ölçekte kalmalıdır, maddenin katsayısı negatifse ölçekten çıkarılmalıdır. Katsayının düşük olması ise ilgili maddenin bütün ölçeğe katkısının düşük olduğunu

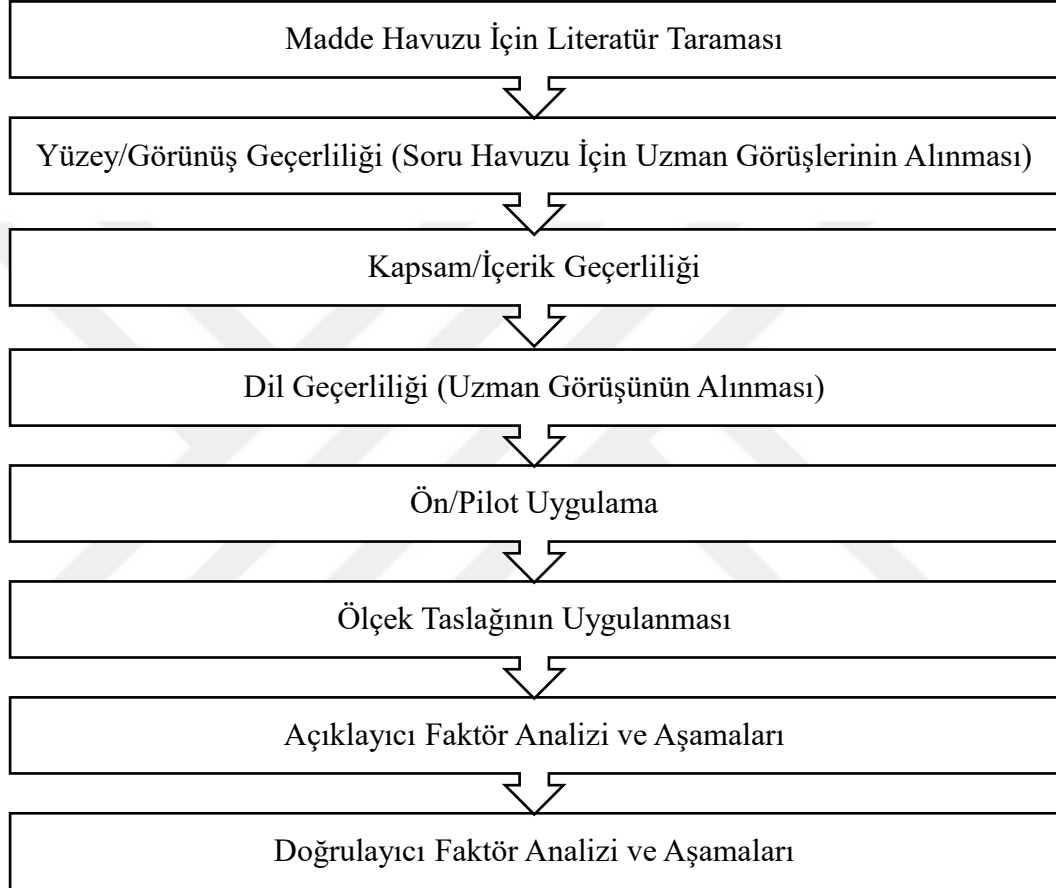
ifade eder. Sonuç olarak madde-toplam korelasyon katsayılarının 0,30'dan küçük olmaması gerekir. 0,20 ile 0,30 arasında değer alan sorular ise kalması zorunlu ise ölçekte kalmalıdır (Karagöz vd., 2020: 109).

- **Alt-üst %27'lik gruplara dayalı madde analizi (Ayırt edicilik analizi):**
Madde geçerliliğinin belirlenmesinde kullanılan yöntemlerden bir diğeri de alt-üst %27'lik gruplara ilişkin madde puanlarının karşılaştırılmasıdır. Üst %27'lik grupta yer alan kişilerin değerlendirme aracının ölçmek istediği özelliğe olumlu yönde, alt %27'lik grupta yer alan kişilerin ise olumsuz yönde sahip olduğu varsayımına dayanır. Bu varsayımın maddeler arasında da ortaya çıkması beklenir. Bu nedenle alt-üst %27'lik grupların değerlendirme aracından aldıkları puanlar bağımsız örneklerde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile analiz edilerek iki ortalama arasında istatistiksel açıdan bir farklılık olması istenir. İlk olarak ölçekten alınan toplam puanlar büyükten küçüğe sıralanır. Daha sonra toplam en yüksek puana sahip %27'lik paya “üst grup”; toplam en düşük puana sahip olan %27'lik paya ise “alt grup” denir ve ortada kalanlar işleme alınmaz. Grup ortalamaları arasında farklılık olup olmadığı belirlemeye çalışılır. Farklılık varlığı tespit edilirse o maddenin, ölçekte araştırılan konuda ayırt edici özelliğe sahip olduğu söylenir (Karagöz vd., 2020: 115).

3. BULGULAR

3.1 Gebelik Okuryazarlığı İçin Ölçek Geliştirme Süreci ve Aşamaları / Yöntem ve Metodoloji

Gebelik okuryazarlığı ölçek geliştirme çalışması için ölçek geliştirme süreci basamakları Şekil 1’de anlatılmış ve aşağıdaki başlıklarda detaylı olarak açıklanmıştır.



Şekil 3.1. Ölçek geliştirme süreci basamakları

3.1.1 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

18-49 yaş arasında daha önce aktif gebelik öyküsü olan ya da olmayan doğurganlık çağındaki tüm kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir. TÜİK 2023 açıklanan verilere göre Bolu İli 15-49 yaş arası kadın nüfusu 69.272 olarak açıklanmıştır. Çalışma süresi içinde, tüm ilgili nüfustaki tüm kadınlara/gebelere ulaşmanın coğrafik olarak zorluğu, çalışma süresinin kısıtlı olması ve katılımcılara ulaşmadaki ekonomik yük gibi sebeplerle örneklem seçimine gidilmiştir. Örneklem birim sayısının belirlenmesi için aşağıdaki formülden yararlanılmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evren birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değeri

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatası

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq} = \frac{69.272 * 1,96^2 + 0,5 * 0,5}{0,05^2 * 69.271 + 1,96^2 * 0,5 * 0,5} \cong 382$$

69.272 evren büyüklüğü için örneklem girecek birim sayısının % 5 hata payı ile minimum 382 olmasının yeterli olduğu görülmüştür. Aynı zamanda ölçek geliştirme çalışmalarında önerilen örnek büyüklüğü, değerlendirme aracında yer alan soru sayısının 5-10 katı kadar olması önerilir. Eylül 2023-Ağustos 2024 tarihleri arasında 401 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmamızda 401 kişiye ulaşılarak 10 katı kadar kişiye ulaşılmıştır.

Pilot uygulama: Kapsam geçerliliği ve dil geçerliliğinden sonra belirlenen taslak ölçek ile 100 gebe üzerinden pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulamada faktör analizi şartlarını sağlamayan maddeler ölçekten çıkarılmış ve 39 madde ile ana uygulamaya geçilmiştir. Pilot uygulamaya katılan gebeler örneklem dahil edilmemiştir.

3.1.2 Soru Havuzunun Oluşturulması (Yüzey/Görünüş Geçerliliği)

Geliştirilmesi planlanan gebelik okuryazarlığı ölçeği soru havuzunun oluşturulması için literatürde kullanılan “sağlık okuryazarlığını” ölçmeyi amaçlayan ölçeklerden Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ASOY-TR), Türkiye Sağlık okuryazarlığı Ölçeği (T-SOY), Gebelikte Anne Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği, Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Adölesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SILS (Single Item Literacy Screen)-Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması, HLS14 ve Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler ölçeklerindeki soru metinleri temel alınarak gebelik okuryazarlığını ölçtüğü düşünülen ifadeler oluşturulmuştur. İlimizde gebe eğitim sınıfında gebe eğitimi veren 2 uzman ebe, 3 pratisyen hekim, İl Sağlık Müdürlüğü’nde halk sağlığı

hizmetleri alanında 2 aile hekimi uzmanı, 1 aile hekimliği anabilim dalı öğretim üyesi aile hekimi uzmanı ve 4 kadın doğum uzmanı olmak üzere toplam 12 uzmanın fikir ve görüşleri yüz yüze alınarak soruların şeklen nihai şekli verilmiştir. İlk aşamada toplamda 90 soruluk taslak soru havuzu oluşturulmuştur. Lawshe tekniği kullanılarak uzmanlardan, soruları “gerekli - gerekli ama yetersiz - gerekli değil” olarak kodlaması istenmiştir. “Gerekli ama yetersiz” seçeneğinin işaretlenmesi durumunda o soru ile ilgili öneri alınmıştır.

90 soruluk başlangıç taslak ölçeği ile başlanan ilk görüşmede uzmanların kodlamaları ve önerileri doğrultusunda revizeler yapılmış ve 80 soruluk yeni taslak ölçek elde edilmiştir. İkinci görüşmede bu 80 soru üzerinden tekrar kodlama yapılması istenmiş ve yine öneriler doğrultusunda 7 tane soru ilavesi yapılarak 87 madde ile üçüncü görüşmeye geçilmiştir. Üçüncü görüşmede 87 soruluk taslak üzerinden tekrar kodlama yapıp revize önerisi getirilen sorulara da son şekli verilip 2 tane soru ilavesi ile 89 maddelik taslak ölçek elde edilmiştir. Daha sonra gerçekleştirilen dördüncü görüşmede tüm sorular uzmanlar tarafından sadece “gerekli-gereksiz” formatında kodlandığı ve revize önerisi verilmediği için 89 maddelik taslak ölçek ile görüşmeler sonlandırılmıştır. Daha sonra bu 89 maddelik taslak için kapsam geçerlik oranı ve kapsam geçerlik indeksi değerleri hesaplanmış ve kapsam geçerlik oranı (KGO) “0 ya da negatif” değer alan 12 madde elendikten sonra 77 madde ile taslak ölçek uygulama aşaması için nihai şeklini almıştır. Uygulama aşamasına geçmeden önce son olarak soruların doğru bir şekilde ifade edilip edilmediği, anlam bozukluğu olup olmadığı amacıyla dil uygunluğu için Türk Dili ve Edebiyatı uzmanı ile görüşülerek soruların anlam bütünlüğü incelenip dil yönünden uygunluğu verildikten sonra bu 77 maddelik taslak ölçek ile uygulama aşamasına geçilmiştir.

GOY’da yer alan soruların anlaşılıp anlaşılmadığının ve uygulama sırasında karşılaşılabilecek olası sorunların belirlenmesi amacıyla Bolu Refika Baysal Toplum Sağlığı Merkezi Gebe Eğitim sınıfına başvuran 30 gebe üzerinde bir ön çalışma yapılmıştır. Ön çalışma sonucunda GOY’da anlaşılamayan herhangi bir soru olmadığı saptanmış olup, 77 soruluk taslak ölçek ile geçerlilik-güvenirlik çalışmasının yapılabilmesi için veri toplama aşamasına geçilmiştir.

3.1.3 Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Çalışmaya başlamadan önce Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Etik Kurulu’ndan 03.01.2023 tarih ve 2022/335 karar numarası ile onay alınmıştır. Veri

toplamaya Bolu ili Merkez Toplum Sağlığı Merkezi'nde hizmet veren gebe eğitim sınıflarındaki eğitimlere katılan gebe grupları hedef alınarak başlanmıştır. Çalışmadaki katılımcıların seçimine, amaçlı örnekleme tekniği ile öncelikle gebe sınıfında eğitim için belirli günlerde toplanan gebelerden kolayda örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Daha sonra kartopu örnekleme ve kolayda örnekleme yöntemleri ile gebelere ulaşılmaya devam edilmiştir. Belirli günlerde yüz yüze yapılan bu gebe sınıfı eğitimlerine katılarak araştırmacılar tarafından araştırma konusu ile ilgili bilgilendirme yapılmış ve sözlü katılım onamı alınarak gönüllü gebelere Google Forms linki aracılığıyla ya da oluşturulan QR kod ile ölçek uygulanmıştır. Çalışma dönemi boyunca veri toplamaya Google Forms aracılığıyla ya da QR kod aracılığı ile gebe olan ve olmayan tüm gönüllü katılımcılar üzerinden kolayda örnekleme yöntemi ile devam edilmiştir. Google Forms linkine çalışma hakkında bilgilendirme metni eklenmiş ve katılım onayı seçeneği eklenerek onam alınmış “katılmayı kabul ediyorum” seçeneğini işaretleyen tüm katılımcıların verileri çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma için elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences), AMOS ve SMART-PLS paket programları kullanılmıştır. Ölçek geliştirme sürecinde verilerin değerlendirilmesi için kullanılan yöntemler kısaca Tablo 3.1’de açıklanmıştır.

Tablo 3.1. Çalışmanın analiz prosedürleri özeti

			Kriterler
GEÇERLİLİK ANALİZİ	Yüzey/Kapsam/İçerik Geçerliliği	Uzman Görüşmeleri: Lawshe Tekniği Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI): 0 ve negatif olanlar elenmiştir.	Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO): Uzman sayısına karşılık gelen literatür değeri ile karşılaştırılmıştır. Hesaplanan KGO değeri uzman sayısı literatür değerinin üstünde ise analize devam edilmiştir.
	Yapı Geçerliliği	Açıklayıcı Faktör Analizi	Faktör yükleri>0.40
			Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı>0.7
			Bartlett's küresellik testi: sig<0.05
			Eigen value (Özdeğer)>1
			Anti-İmage korelasyon matrisi: köşegendeki değerler >0.5
			Ortak faktör varyansı (eşkökenlilik)>0.66
			Korelasyon matrisi>0.30
			Açıklanan varyans oranı>%40

Tablo 3.1. (devam). Çalışmanın analiz prosedürleri özeti

			Kriterler
GEÇERLİLİK ANALİZİ	Yapı Geçerliliği	Doğrulayıcı Faktör Analizi	$CMIN/DF (\chi^2/sd) \leq 3$
			$GFI, AGFI \geq 0.85$
			$NFI, NNFI, RFI, IFI, CFI \geq 0.90$
			$RMSEA \leq 0.08$
			$RMR < 0,08$
		Birleşim ve Ayrışım Geçerlilikleri	$AVE \geq 0,50$ ya da $\geq 0,40$
			$CR > 0,70$
			Fornell ve Larcker $> 0,60$
			Heterotrait-Monotrait (HTMT) $> 0,90$
GÜVENİRLİK ANALİZİ	İçsel Tutarlılık	Cronbach Alpha Katsayısı	Cronbach's Alpha katsayısı > 0.60
		Madde Analizi	Madde silinirse alpha: Artmalı
			Madde toplam korelasyonu > 0.20
			Alt-Üst %27'lik dilim karşılaştırması: Bağımsız örneklem t test

3.1.4 Kapsam (İçerik) Geçerliği

Ölçek geliştirme çalışması kapsamında her bir soru için kapsam geçerlilik oranı (KGO) hesaplanmış ve KGO değeri “0 ya da negatif”çıkan 12 soru kapsam dışı bırakılmıştır. Daha sonra kapsam geçerlilik indeksi (KGİ) hesaplanmıştır. Literatürde, çalışılan uzman sayısına göre standardize edilen kapsam geçerlilik indeks değerleri incelendiğinde çalışmamızın uzman sayısı olan 12 uzman için olması gereken minimum KGİ değeri 0.56’dır. Çalışmamızın kapsam geçerlilik indeksi değeri ise 0.82 olarak hesaplanmış olup yeterli şart sağlanmıştır.

3.1.5 Yapi Geçerliliğinin Belirlenmesi

3.1.5.1 Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) Aşamaları

Çalışmaya katılım gösteren 401 katılımcının verileri ile SPSS ile açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Faktör yükleri 0.40 ve üzeri, varimax döndürmesi ve özdeğeri 1’den büyük olacak şekilde analize başlanmıştır. Veri setine ait Bartlett’s testi ve KMO örneklem yeterliliği testi sonuçları Tablo 3.2’de gösterilmiştir. Ortak faktör varyansı (eşkökenlilik) (communality) ve açıklanan varyans değerlerini gösteren tablolar ise Tablo 3.3 ve Tablo 3.4’te gösterilmiştir.

Tablo 3.2. KMO ve Bartlett's test sonuçları

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,941
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	8326,992
	df	741
	Sig.	,000

Tablo 3.2’de yer alan gebelik okuryazarlığı ölçeği için yapılan açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre KMO Geçerliliği (Kaiser-Meyer-Olkin) 0,941 olup, örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygunluğunu gösteren oldukça yüksek bir değerdir. KMO değeri 0,70’den büyük olduğunda veri faktör analizine uygun kabul edilir; burada 0,891 değeri analiz için ideal bir örneklem yeterliliğinin sağlandığı anlamına gelmektedir. Bartlett Testi sonucunda elde edilen ki-kare değeri 8326,992 olup, $p < 0,001$ olduğu için Bartlett test sonucu anlamlı bulunmuştur. Bu düşük p değeri ise faktör analizinin yapılabilirliğini ve değişkenler arasında yeterli yüksek korelasyon bulunduğunu göstermektedir.

Tablo 3.3. Ortak faktör varyansı (eşkökenlilik) (communality)

	Extraction
65. Yenidoğan bebek, hekim tarafından emzirmenin kesilmesi önerilmedikçe sarılık bile olsa emzirmeye devam edilir.	,581
66. Yenidoğan bebek, yan veya düz olacak şekilde başını yana çevirerek yatırılır.	,503
67. Anneler doğum sonu dönemde mümkün olduğu kadar kısa süre içerisinde hareket halinde olmalıdır.	,424
68. Doğumu takip eden ilk 6 saat içinde anne idrara çıkmalıdır.	,585
74. Yenidoğan bebeğin yeterli kilo alım sınırları günde en az 5-6 ıslak bez ya da aylık en az 500 gr almasıdır.	,592
75. Yenidoğan bebekler doğduktan sonraki birkaç gün içinde bir miktar kilo verebilir.	,550
56. Doğumdan sonraki 1 hafta içinde kanama, adet kanaması gibi olup rengi açılarak 3 haftaya kadar uzayabilir.	,411
76. Doğum sonrası eğer bebek emzirilemiyorsa 2-3 saate bir annenin sütü sağlanmalıdır.	,586

Tablo 3.3. (devam). Ortak faktör varyansı (eşkökenlilik) (communality)

	Extraction
77. Sağılan anne sütü bebeğe hemen verilemiyorsa uygun koşullarda saklanabilir.	,628
69. Bağırsak fonksiyonları, sezaryen doğumda normal doğuma göre daha geç normale döner.	,450
70. Doğum sonrası duygusal değişiklikler (gergin, huzursuz, sinirli hissetme vb.) hafif belirtiler ile kendini belli edebilir.	,427
73. Doğum sonrası annenin adet döngüsü başlamasa bile gebe kalma ihtimali vardır.	,395
49. Gerçek doğum kasılmaları düzenli olarak gelir ve dinlenmekle geçmez.	,624
50. Kasılmalar sırasında doğru nefes tekniklerini kullanmak ağrı yönetiminde faydalıdır.	,642
64. Yenidoğan bebeğin sık sık beslenmesi ve ilk ağız (kolostrum) sütü alması sağlanmalıdır.	,705
46. Gebeliğin son ayında nişane, suyun gelmesi, kasılmaların şiddet ve süresinin giderek artması doğum eyleminin başladığını gösteren belirtilerdendir.	,577
61. Yeni doğan bebeğin göbek bakımında kordonu temiz ve kuru tutulmalıdır.	,604
63. Yenidoğan bebeğin alt temizliğinde su ve pamuk/pamuk içerikli ürünler kullanılmalı ve havalandırılmalıdır.	,641
47. Normal doğumun anne doğum sayısını kısıtlamaması, doğum sonrası kanamayı azaltması, günlük hayata hızlı geri dönüş sağlaması gibi, sütün erken gelmesi yararları vardır.	,475
57. Doğumdan sonra mümkünse hemen, değilse ilk 1/2 - 1 saat içinde emzirmeye başlanmalıdır.	,542
58. Emzirmede meme ucu ve kahverengi kısmın mümkünse tamamı bebeğin ağızına yerleştirilmelidir.	,514
53. Normal doğumda ağrıyı azaltmak için masaj, aromaterapi gibi yöntemler faydalı olabilir.	,437

Tablo 3.3. (devam). Ortak faktör varyansı (eşkökenlilik) (communality)

	Extraction
6.Gebelikte bitkisel ya da kimyasal herhangi bir ilaç kullanmadan önce sağlık profesyonellerine danışırım.	,532
7.Gebelik boyunca sağlık profesyonelleri tarafından önerilen tahlil ve testleri yaptırım.	,511
9.Acil durumlar dışında rutin gebelik kontrolleri için hekimin çağırma zamanlarına uyarım.	,637
8.Sağlık profesyonellerinin beslenme, yürüyüş ...vb. konularda gebelik ile ilgili verdiği önerilere uyarım.	,519
10.Gebelikte sağlık profesyonellerinin önerisi dışında vitamin kullanmam.	,397
11.Kullandığım ya da kullanacağım ilaçların gebeliğe olan etkilerini sorgularım.	,485
12.Gebelik sırasında sağlık profesyonelleri tarafından önerilen hamilelik takviyelerini alırım.	,513
13.Gebeliğimle ilgili edindiğim bilgileri kolaylıkla anlayabilirim.	,498
14.Gebeliğimle ilgili bir sorun olduğunda sağlık çalışanlarına rahatça problemimi aktarabilirim.	,505
15.Gebeliğimle ilgili bir sorun olduğunda sağlık çalışanlarının anlattıklarını rahatça anlayabilirim.	,539
32. Gebelikte yetersiz ve dengesiz beslenme durumunda zamanından önce, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek görülebilir.	,511
45. Gebeliğin son aylarında günde bir defadan fazla kusma, idrarın miktar ve yoğunluğunda azalma sağlık kuruluşuna gidilmesi gereken önemli işaretlerindendir.	,523
39. Gebeliğim boyunca bebek hareketlerinin azaldığını hissettiğimde sağlık kuruluşuna giderim.	,481
40. Bulanık görme, şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, ödem gibi belirtiler gebelikte tansiyon göstergesi olabilir.	,525
42. Ailesinde obezite ya da şeker öyküsü olanlar gebeliğe bağlı şeker hastalığına karşı daha riskli olabilir.	,436

Tablo 3.3. (devam). Ortak faktör varyansı (eşkökenlilik) (communality)

	Extraction
16.Gebelikle ilgili afiş, broşür, kitapçık gibi sağlık kaynaklarının olması gebeliğimi bilinçli geçirmemi sağlar.	,433
21.Gebelikte, mümkünse her kontrolde tansiyonun ölçülmesi gerekir.	,370

Ortak varyans (communality); bir değişkenin analizde yer alan diğer değişkenlerle paylaştığı varyans miktarını gösterir. Tablo 3.4'te ölçekte yer alan maddelerin ortak varyansa katkısı olan katkıları gösterilmiştir.

Tablo 3.4. Açıklanan varyans değerleri (total variance explained) tablosu

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared			Rotation Sums of Squared		
	Loadings			Loadings			Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	14,029	35,972	35,972	14,029	35,972	35,972	5,871	15,054	15,054
2	3,100	7,949	43,921	3,100	7,949	43,921	5,365	13,755	28,810
3	1,871	4,798	48,719	1,871	4,798	48,719	5,034	12,908	41,718
4	1,310	3,359	52,078	1,310	3,359	52,078	4,040	10,359	52,078
5	1,170	3,000	55,078						
6	1,052	2,696	57,774						
7	,978	2,508	60,282						
8	,973	2,494	62,776						
9	,855	2,192	64,968						
10	,816	2,094	67,062						
11	,765	1,962	69,024						
12	,749	1,922	70,945						
13	,701	1,798	72,744						
14	,677	1,737	74,481						
15	,662	1,697	76,178						
16	,638	1,636	77,814						
17	,601	1,541	79,356						
18	,562	1,442	80,797						
19	,550	1,411	82,209						
20	,532	1,363	83,572						

Tablo 3.4. (devam). Açıklanan varyans değerleri (total variance explained) tablosu

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared			Rotation Sums of Squared		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
21	,507	1,299	84,871						
22	,488	1,250	86,121						
23	,445	1,142	87,263						
24	,443	1,135	88,398						
25	,430	1,103	89,501						
26	,402	1,031	90,532						
27	,383	,981	91,513						
28	,378	,970	92,483						
29	,357	,916	93,400						
30	,331	,848	94,247						
31	,323	,827	95,074						
32	,311	,796	95,871						
33	,295	,757	96,628						
34	,276	,708	97,335						
35	,244	,626	97,961						
36	,235	,604	98,565						
37	,199	,510	99,075						
38	,192	,493	99,568						
39	,168	,432	100,000						

Tablo 3.4'te açıklanan varyans değerleri tablosu incelendiğinde; 1. Faktör toplam varyansın %15,054'ünü açıklamakta; 2. faktör toplam varyansın %13,755'ini açıklamakta; 3.faktör toplam varyansın %12,908'ini açıklamakta ve 4.faktör de toplam varyansın %10,359'unu açıklamaktadır. Bu dört faktör birlikte toplam varyansın %52,078'ini açıklamaktadır. Bu değer 0,40 değerinin üzerinde olduğu için açıklanan varyans oranının yeterli olduğunu göstermektedir.

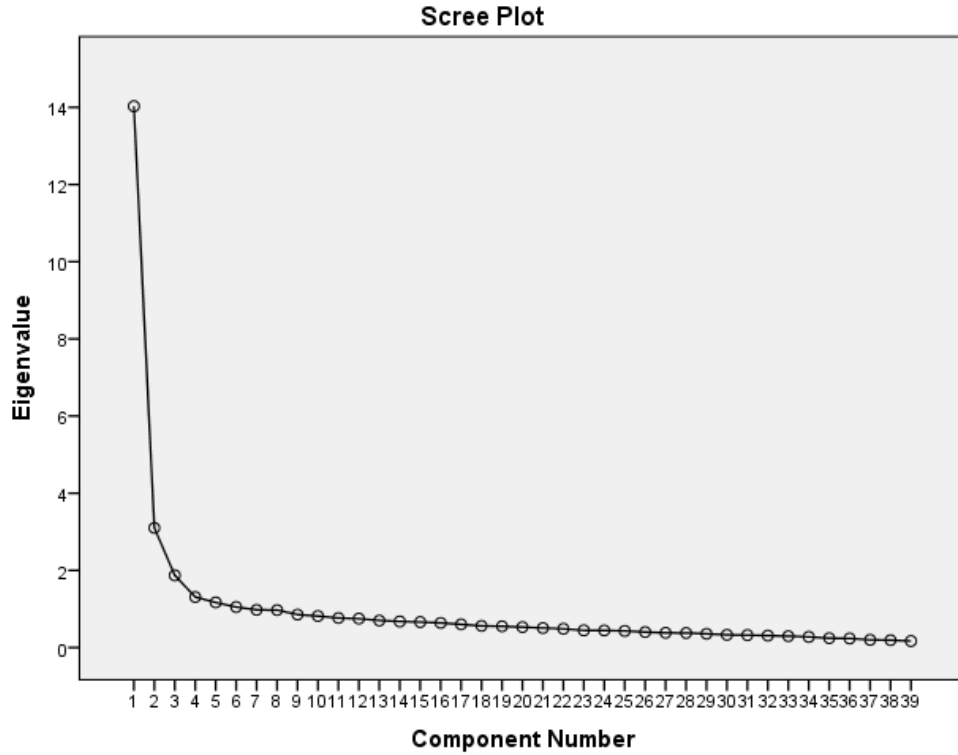
Tablo 3.5. Açıklayıcı faktör analizi sonrası faktör yükleri

Rotated Component Matrix	Component			
	1	2	3	4
68. Doğumu takip eden ilk 6 saat içinde anne idrara çıkmalıdır.	,716			
74. Yenidoğan bebeğin yeterli kilo alım sınırları günde en az 5-6 ıslak bez ya da aylık en az 500 gr almasıdır.	,706			
65. Yenidoğan bebek, hekim tarafından emzirmenin kesilmesi önerilmedikçe sarılık bile olsa emzirmeye devam edilir.	,635			
75. Yenidoğan bebekler doğduktan sonraki birkaç gün içinde bir miktar kilo verebilir.	,635			
66. Yenidoğan bebek, yan veya düz olacak şekilde başını yana çevirerek yatırılır.	,612			
67. Anneler doğum sonu dönemde mümkün olduğu kadar kısa süre içerisinde hareket halinde olmalıdır.	,576			
77. Sağılan anne sütü bebeğe hemen verilemiyorsa uygun koşullarda saklanabilir.	,576			
76. Doğum sonrası eğer bebek emzirilemiyorsa 2-3 saate bir annenin sütü sağılmalıdır.	,554			
56. Doğumdan sonraki 1 hafta içinde kanama, adet kanaması gibi olup rengi açılarak 3 haftaya kadar uzayabilir.	,526			
69. Bağırsak fonksiyonları, sezaryen doğumda normal doğuma göre daha geç normale döner.	,526			
73. Doğum sonrası annenin adet döngüsü başlamasa bile gebe kalma ihtimali vardır.	,525			
70. Doğum sonrası duygusal değişiklikler (gergin, huzursuz, sinirli hissetme vb.) hafif belirtiler ile kendini belli edebilir.	,499			
49. Gerçek doğum kasılmaları düzenli olarak gelir ve dinlenmekle geçmez.		,702		
50. Kasılmalar sırasında doğru nefes tekniklerini kullanmak ağrı yönetiminde faydalıdır.		,671		
64. Yenidoğan bebeğin sık sık beslenmesi ve ilk ağız (kolostrum) sütü alması sağlanmalıdır.		,666		
46. Gebeliğin son ayında nişane, suyun gelmesi, kasılmaların şiddet ve süresinin giderek artması doğum eyleminin başladığını gösteren belirtilerdendir.		,619		
63. Yenidoğan bebeğin alt temizliğinde su ve pamuk/pamuk içerikli ürünler kullanılmalı ve havalandırılmalıdır.		,616		
61. Yeni doğan bebeğin göbek bakımında kordonu temiz ve kuru tutulmalıdır.		,614		
58. Emzirmede meme ucu ve kahverengi kısmın mümkünse tamamı bebeğin ağızına yerleştirilmelidir.		,590		
47. Normal doğumun anne doğum sayısını kısıtlamaması, doğum sonrası kanamayı azaltması, günlük hayata hızlı geri dönüş sağlaması gibi, sütün erken gelmesi yararları vardır.		,544		
57. Doğumdan sonra mümkünse hemen, değilse ilk 1/2 - 1 saat içinde emzirmeye başlanmalıdır.		,543		
53. Normal doğumda ağrıyı azaltmak için masaj, aromaterapi gibi yöntemler faydalı olabilir.		,495		

Tablo 3.5. (devam). Açıklayıcı faktör analizi sonrası faktör yükleri

Rotated Component Matrix	Component			
	1	2	3	4
9.Acil durumlar dışında rutin gebelik kontrolleri için hekimin çağırma zamanlarına uyarım.			,760	
6.Gebelikte bitkisel ya da kimyasal herhangi bir ilaç kullanmadan önce sağlık profesyonellerine danışırım.			,718	
7.Gebelik boyunca sağlık profesyonelleri tarafından önerilen tahlil ve testleri yaptırırım.			,708	
8.Sağlık profesyonellerinin beslenme, yürüyüş ...vb. konularda gebelikte ilgili verdiği önerilere uyarım.			,689	
11.Kullandığım ya da kullanacağım ilaçların gebeliğe olan etkilerini sorgularım.			,633	
12.Gebelik sırasında sağlık profesyonelleri tarafından önerilen hamilelik takviyelerini alırım.			,621	
13.Gebeliğimle ilgili edindiğim bilgileri kolaylıkla anlayabilirim.			,551	
10.Gebelikte sağlık profesyonellerinin önerisi dışında vitamin kullanmam.			,543	
15.Gebeliğimle ilgili bir sorun olduğunda sağlık çalışanlarının anlattıklarını rahatça anlayabilirim.			,533	
14.Gebeliğimle ilgili bir sorun olduğunda sağlık çalışanlarına rahatça problemimi aktarabilirim.			,532	
32. Gebelikte yetersiz ve dengesiz beslenme durumunda zamanından önce, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek görülebilir.				,644
45. Gebeliğin son aylarında günde bir defadan fazla kusma, idrarın miktar ve yoğunluğunda azalma sağlık kuruluşuna gidilmesi gereken önemli işaretlerindendir.				,643
42. Ailesinde obezite ya da şeker öyküsü olanlar gebeliğe bağlı şeker hastalığına karşı daha riskli olabilir.				,605
40. Bulanık görme, şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, ödem gibi belirtiler gebelikte tansiyon göstergesi olabilir.				,578
39. Gebeliğim boyunca bebek hareketlerinin azaldığını hissettiğimde sağlık kuruluşuna giderim.				,570
16.Gebelikte ilgili afiş, broşür, kitapçık gibi sağlık kaynaklarının olması gebeliğimi bilinçli geçirmemi sağlar.				,498
21.Gebelikte, mümkünse her kontrolde tansiyonun ölçülmesi gerekir.				,489

Açıklayıcı faktör analizi sonrası oluşturulan faktörler ve faktör yükler, Tablo 3.5’te gösterilmiştir. 1.faktör “yenidoğan bakımı ve lohusalık”, 2.faktör “doğum süreci ve hazırlık”, 3.faktör “bilgi arama ve karar verme davranışı” ve 4.faktör ise “gebelikte tehlike işaretleri” olarak isimlendirilmiştir.



Şekil 3.2. Açıklayıcı faktör analizine ait çizgi grafiği (scree plot)

Çizgi grafiği (scree plot) her faktörle ilişki içinde olan toplam varyansı gösterir. Grafiğin yatay şekil aldığı noktaya kadar olan faktörler, elde edilebilecek maksimum faktör sayısını gösterir. Şekil 3.2’de geliştirilen ölçeğe ait çizgi grafiği incelendiğinde özdeğeri 1’den büyük olan 4 faktör olduğunu; 4’ten sonra kırılımın yatay olarak devam eden bölgenin özdeğeri 1’den küçük olan faktörlere denk geldiği görülmektedir.

3.1.5.2 Güvenirlik/İç Tutarlılık (Cronbach Alpha)

3.1.5.2.1 Cronbach Alpha Katsayısı İle Güvenirliğin Belirlenmesi

Gebelik okuryazarlığı ölçek geliştirme çalışması kapsamında güvenilirliğin belirlenmesi için Cronbach Alpha katsayısı kullanılmış olup 39 maddelik ölçeğin ve alt boyutların güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 3.6’da gösterilmiştir.

Tablo 3.6. Gebelik okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları güvenirlik analizi sonuçları

	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
Gebelik okuryazarlığı ölçek geneli	0.950	0.951	39
Yenidoğan bakımı ve lohusalık	0.901	0.904	12
Doğum süreci ve hazırlık	0.906	0.910	10
Bilgi arama ve karar verme davranışı	0.875	0.879	10
Gebelikte tehlike işaretleri	0.805	0.805	7

Geliştirilen gebelik okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları için güvenirlik analizi sonuçları Tablo 3.6’da gösterilmiş olup genel ölçeğin Cronbach’s Alpha değeri 0,950 değeri ile yüksek derecede güvenilir çıkmıştır. Bu yüksek değer, ölçeğin iç tutarlılığının oldukça yüksek olduğunu ve güvenirlik açısından uygun olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde alt boyutların güvenirlik değerleri de incelendiğinde yenidoğan bakımı ve lohusalık alt boyutu için Cronbach Alpha değeri 0,901 değeri; doğum süreci ve hazırlık alt boyutu için Cronbach Alpha değeri 0,906 değeri; bilgi arama ve karar verme davranışı alt boyutu için Cronbach Alpha değeri 0,875 değeri ve gebelikte tehlike işaretleri alt boyutu için Cronbach Alpha değeri 0.805 değeri ile yüksek derecede güvenilir çıkmıştır.

Ayrıca Cronbach’s Alpha ile güvenirlik belirlenmeye çalışılırken aynı zamanda açıklayıcı faktör analizi aşamasında “madde çıkarma analizi” olarak da bilinen; herhangi bir maddenin ölçekten çıkarılması durumunda Cronbach Alpha değerindeki değişim incelenmiş ve Tablo 3.7’de gösterilmiştir. Ölçek geneli için hesaplanan 0,950 değerini önemli ölçüde daha fazla yükselten madde çıkarımına ihtiyaç olmadığı için bu aşamada herhangi bir madde çıkarılmadan analize devam edilmiştir.

Tablo 3.7. Madde çıkarma analizi ile güvenilirliğin test edilmesi

	Cronbach's Alpha if Item Deleted
6.Gebelikte bitkisel ya da kimyasal herhangi bir ilaç kullanmadan önce sağlık profesyonellerine danışırım.	,950
7.Gebelik boyunca sağlık profesyonelleri tarafından önerilen tahlil ve testleri yaptırım.	,950
8.Sağlık profesyonellerinin beslenme, yürüyüş ...vb. konularda gebelikle ilgili verdiği önerilere uyarım.	,949
9.Acil durumlar dışında rutin gebelik kontrolleri için hekimin çağırma zamanlarına uyarım.	,949
10.Gebelikte sağlık profesyonellerinin önerisi dışında vitamin kullanmam.	,950
11.Kullandığım ya da kullanacağım ilaçların gebeliğe olan etkilerini sorgularım.	,949
12.Gebelik sırasında sağlık profesyonelleri tarafından önerilen hamilelik takviyelerini alırım.	,949
13.Gebeliğimle ilgili edindiğim bilgileri kolaylıkla anlayabilirim.	,949
14.Gebeliğimle ilgili bir sorun olduğunda sağlık çalışanlarına rahatça problemimi aktarabilirim.	,949
15.Gebeliğimle ilgili bir sorun olduğunda sağlık çalışanlarının anlattıklarını rahatça anlayabilirim.	,948
16.Gebelikle ilgili afiş, broşür, kitapçık gibi sağlık kaynaklarının olması gebeliğimi bilinçli geçirmemi sağlar.	,949
21.Gebelikte, mümkünse her kontrolde tansiyonun ölçülmesi gerekir.	,949
32. Gebelikte yetersiz ve dengesiz beslenme durumunda zamanından önce, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek görülebilir.	,949
39. Gebeliğim boyunca bebek hareketlerinin azaldığını hissettiğimde sağlık kuruluşuna giderim.	,949
40. Bulanık görme, şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, ödem gibi belirtiler gebelikte tansiyon göstergesi olabilir.	,949
42. Ailesinde obezite ya da şeker öyküsü olanlar gebeliğe bağlı şeker hastalığına karşı daha riskli olabilir.	,949
45. Gebeliğin son aylarında günde bir defadan fazla kusma, idrarın miktar ve yoğunluğunda azalma sağlık kuruluşuna gidilmesi gereken önemli işaretlerindendir.	,949
46. Gebeliğin son ayında nişane, suyun gelmesi, kasılmaların şiddet ve süresinin giderek artması doğum eyleminin başladığını gösteren belirtilerdendir.	,948
47. Normal doğumun anne doğum sayısını kısıtlamaması, doğum sonrası kanamayı azaltması, günlük hayata hızlı geri dönüş sağlaması gibi, sütün erken gelmesi yararları vardır.	,949
49. Gerçek doğum kasılmaları düzenli olarak gelir ve dinlenmekle geçmez.	,948
50. Kasılmalar sırasında doğru nefes tekniklerini kullanmak ağrı yönetiminde faydalıdır.	,948

Tablo 3.7. (devam). Madde çıkarma analizi ile güvenirliğin test edilmesi

	Cronbach's Alpha if Item Deleted
53. Normal doğumda ağrıyı azaltmak için masaj, aromaterapi gibi yöntemler faydalı olabilir.	,949
56. Doğumdan sonraki 1 hafta içinde kanama, adet kanaması gibi olup rengi açılarak 3 haftaya kadar uzayabilir.	,949
57. Doğumdan sonra mümkünse hemen, değilse ilk 1/2 - 1 saat içinde emzirmeye başlanmalıdır.	,948
58. Emzirmede meme ucu ve kahverengi kısmın mümkünse tamamı bebeğin ağzına yerleştirilmelidir.	,949
61. Yeni doğan bebeğin göbek bakımında kordonu temiz ve kuru tutulmalıdır.	,948
63. Yenidoğan bebeğin alt temizliğinde su ve pamuk/pamuk içerikli ürünler kullanılmalı ve havalandırılmalıdır.	,948
64. Yenidoğan bebeğin sık sık beslenmesi ve ilk ağız (kolostrum) sütü alması sağlanmalıdır.	,948
65. Yenidoğan bebek, hekim tarafından emzirmenin kesilmesi önerilmedikçe sarılık bile olsa emzirmeye devam edilir.	,948
66. Yenidoğan bebek, yan veya düz olacak şekilde başını yana çevirerek yatırılır.	,948
67. Anneler doğum sonu dönemde mümkün olduğu kadar kısa süre içerisinde hareket halinde olmalıdır.	,949
68. Doğumu takip eden ilk 6 saat içinde anne idrara çıkmalıdır.	,949
69. Bağırsak fonksiyonları, sezaryen doğumda normal doğuma göre daha geç normale döner.	,948
70. Doğum sonrası duygusal değişiklikler (gergin, huzursuz, sinirli hissetme vb.) hafif belirtiler ile kendini belli edebilir.	,948
73. Doğum sonrası annenin adet döngüsü başlamasa bile gebe kalma ihtimali vardır.	,949
74. Yenidoğan bebeğin yeterli kilo alım sınırları günde en az 5-6 ıslak bez ya da aylık en az 500 gr almasıdır.	,949
75. Yenidoğan bebekler doğduktan sonraki birkaç gün içinde bir miktar kilo verebilir.	,948
76. Doğum sonrası eğer bebek emzirilemiyorsa 2-3 saate bir annenin sütü sağlanmalıdır.	,948
77. Sağılan anne sütü bebeğe hemen verilemiyorsa uygun koşullarda saklanabilir.	,948

3.1.5.2.2 Madde Analizi: Madde Toplam Korelasyonu İle Güvenirliğin Test Edilmesi

Güvenirlik belirlenme adımları incelenirken açıklayıcı faktör analizi aşamasında Cronbach's Alpha katsayısı ve madde çıkarma analizinin yanı sıra "madde-toplam korelasyonu" değerlerinin de incelenmesi güvenirlik hakkında

daha detaylı bilgi edinmeyi sağlamaktadır. Düzeltilmiş madde-toplam korelasyon (corrected item total correlation) değerlerinde negatif değer olmaması ve 0,20'den büyük olması istenir. Tablo 3.8 incelendiğinde tüm değerlerin 0,20'den büyük olduğu ve negatif değer bulunmadığı görülmektedir. Dolayısıyla bu aşamada da madde çıkarımına ihtiyaç olmadığı için analize devam edilmiştir.

Tablo 3.8. Madde toplam korelasyonu ile güvenilirliğin test edilmesi

	Corrected Item-Total Correlation
6.Gebelikte bitkisel ya da kimyasal herhangi bir ilaç kullanmadan önce sağlık profesyonellerine danışırım.	,377
7.Gebelik boyunca sağlık profesyonelleri tarafından önerilen tahlil ve testleri yaptırırım.	,329
8.Sağlık profesyonellerinin beslenme, yürüyüş ...vb. konularda gebelik ile ilgili verdiği önerilere uyarım.	,448
9.Acil durumlar dışında rutin gebelik kontrolleri için hekimin çağırma zamanlarına uyarım.	,528
10.Gebelikte sağlık profesyonellerinin önerisi dışında vitamin kullanmam.	,428
11.Kullandığım ya da kullanacağım ilaçların gebeliğe olan etkilerini sorgularım.	,483
12.Gebelik sırasında sağlık profesyonelleri tarafından önerilen hamilelik takviyelerini alırım.	,544
13.Gebeliğimle ilgili edindiğim bilgileri kolaylıkla anlayabilirim.	,577
14.Gebeliğimle ilgili bir sorun olduğunda sağlık çalışanlarına rahatça problemimi aktarabilirim.	,540
15.Gebeliğimle ilgili bir sorun olduğunda sağlık çalışanlarının anlattıklarını rahatça anlayabilirim.	,622
16.Gebelik ile ilgili afiş, broşür, kitapçık gibi sağlık kaynaklarının olması gebeliğimi bilinçli geçirmemi sağlar.	,483
21.Gebelikte, mümkünse her kontrolde tansiyonun ölçülmesi gerekir.	,478
32. Gebelikte yetersiz ve dengesiz beslenme durumunda zamanından önce, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek görülebilir.	,539
39. Gebeliğim boyunca bebek hareketlerinin azaldığını hissettiğimde sağlık kuruluşuna giderim.	,517
40. Bulanık görme, şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, ödem gibi belirtiler gebelikte tansiyon göstergesi olabilir.	,569
42. Ailesinde obezite ya da şeker öyküsü olanlar gebeliğe bağlı şeker hastalığına karşı daha riskli olabilir.	,472
45. Gebeliğin son aylarında günde bir defadan fazla kusma, idrarın miktar ve yoğunluğunda azalma sağlık kuruluşuna gidilmesi gereken önemli işaretlerindendir.	,485
46. Gebeliğin son ayında nişane, suyun gelmesi, kasılmaların şiddet ve süresinin giderek artması doğum eyleminin başladığını gösteren belirtilerdendir.	,664

Tablo 3.8. (devam) Madde toplam korelasyonu ile güvenilirliğin test edilmesi

	Corrected Item-Total Correlation
47. Normal doğumun anne doğum sayısını kısıtlamaması, doğum sonrası kanamayı azaltması, günlük hayata hızlı geri dönüş sağlaması gibi, sütün erken gelmesi yararları vardır.	,568
49. Gerçek doğum kasılmaları düzenli olarak gelir ve dinlenmekle geçmez.	,644
50. Kasılmalar sırasında doğru nefes tekniklerini kullanmak ağrı yönetiminde faydalıdır.	,689
53. Normal doğumda ağrıyı azaltmak için masaj, aromaterapi gibi yöntemler faydalı olabilir.	,559
56. Doğumdan sonraki 1 hafta içinde kanama, adet kanaması gibi olup rengi açılarak 3 haftaya kadar uzayabilir.	,532
57. Doğumdan sonra mümkünse hemen, değilse ilk 1/2 - 1 saat içinde emzirmeye başlanmalıdır.	,670
58. Emzirmede meme ucu ve kahverengi kısmın mümkünse tamamı bebeğin ağzına yerleştirilmelidir.	,536
61. Yeni doğan bebeğin göbek bakımında kordonu temiz ve kuru tutulmalıdır.	,696
63. Yenidoğan bebeğin alt temizliğinde su ve pamuk/pamuk içerikli ürünler kullanılmalı ve havalandırılmalıdır.	,711
64. Yenidoğan bebeğin sık sık beslenmesi ve ilk ağız (kolostrum) sütü alması sağlanmalıdır.	,685
65. Yenidoğan bebek, hekim tarafından emzirmenin kesilmesi önerilmedikçe sarılık bile olsa emzirmeye devam edilir.	,629
66. Yenidoğan bebek, yan veya düz olacak şekilde başını yana çevirerek yatırılır.	,609
67. Anneler doğum sonu dönemde mümkün olduğu kadar kısa süre içerisinde hareket halinde olmalıdır.	,537
68. Doğumu takip eden ilk 6 saat içinde anne idrara çıkmalıdır.	,568
69. Bağırsak fonksiyonları, sezaryen doğumda normal doğuma göre daha geç normale döner.	,569
70. Doğum sonrası duygusal değişiklikler (gergin, huzursuz, sinirli hissetme vb.) hafif belirtiler ile kendini belli edebilir.	,598
73. Doğum sonrası annenin adet döngüsü başlamasa bile gebe kalma ihtimali vardır.	,520
74. Yenidoğan bebeğin yeterli kilo alım sınırları günde en az 5-6 ıslak bez ya da aylık en az 500 gr almasıdır.	,568
75. Yenidoğan bebekler doğduktan sonraki birkaç gün içinde bir miktar kilo verebilir.	,612
76. Doğum sonrası eğer bebek emzirilemiyorsa 2-3 saate bir annenin sütü sağlanmalıdır.	,694
77. Sağılan anne sütü bebeğe hemen verilemiyorsa uygun koşullarda saklanabilir.	,698

3.1.5.2.3 Madde Analizi: Madde Ayırt Edicilik Analizi (Alt-Üst %27'lik Gruplara İlişkin Madde Puanları) İle Güvenirliğin Test Edilmesi

Ölçek geliştirme çalışması kapsamında gebelik okuryazarlığı ölçeğinin madde analizi için %27 üst ve %27 alt grupların puanları Mann-Whitney U test ile karşılaştırılmış olup alt ve üst %27'lik gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0.001$). İlâveten %27'lik üst grubun puanlarının gebelik okuryazarlığı ölçek genelinde ve tüm alt boyutlarında daha yüksek olduğu saptanmıştır. Alt-üst %27'lik gruplara ilişkin madde puanlarının karşılaştırılması Tablo 3.9'da verilmiştir.

Tablo 3.9. Ölçek geneli ve alt boyutlar için alt-üst %27'lik gruplara ilişkin sonuçlar

	Alt %27lik grup	Üst %27lik grup	z değeri	p değeri
	Median (Min-Maks)			
Gebelik okuryazarlığı ölçek geneli	3,92 (2,31-4,03)	4,85 (4,64-5,00)	-12,718	<0.001*
Yenidoğan bakımı ve lohusalık	3,83 (2,58-4,25)	4,92 (4,08-5,00)	-12,764	<0.001*
Doğum Süreci ve Hazırlık	4,00 (2,40-4,20)	5,00 (4,40-5,00)	-12,935	<0.001*
Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	4,00 (2,00-5,00)	4,90 (4,30-5,00)	-11,811	<0.001*
Gebelikte Tehlike İşaretleri	3,86 (2,14-5,00)	4,86 (4,00-5,00)	-12,368	<0.001*

3.1.5.3 Gebelik Okuryazarlığı Ölçeğine Ait Betimleyici İstatistikler

Geliştirilen gebelik okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutlarına ait betimleyici istatistikler Tablo 3.10'da detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 3.10. Gebelik okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutlarının betimleyici istatistikleri ve normallik sonuçları

	$\bar{x} \pm sd$	Median (Min-Maks)	Q1 – Q3	α_3	α_4
Gebelik Okuryazarlığı Ölçek Geneli	4,33±0,40	4,28 (2,31-5,00)	4,00-4,67	-0,244	0,546
Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	4,21±0,48	4,08 (2,58-5,00)	3,92-4,58	0,020	-0,460
Doğum Süreci ve Hazırlık	4,40±0,48	4,40 (2,40-5,00)	4,00-4,90	-0,490	0,058
Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	4,50±0,42	4,60 (2,00-5,00)	4,10-4,90	-0,870	1,928
Gebelikte Tehlike İşaretleri	4,18±0,50	4,14 (2,14-5,00)	3,86-4,57	-0,159	0,014
$\bar{x}$: Aritmetik Ortalama Sd: Standart Sapma Q1: 1.kartil Q3: 3.kartil α_3 : Çarpıklık (Skewness) α_4 : Basıklık (Kurtosis)					

Gebelik okuryazarlığı ölçeği çarpıklık değeri -0,2440 ve basıklık değeri 0,546 ile normal dağılıma yakın ancak sola çarpık ve hafif sağa basık bir dağılım göstermektedir. Yenidoğan bakımı ve lohusalık alt boyutu için çarpıklık değeri 0,020 değeri ve basıklık değeri -0,460 ile normal dağılıma yakın ancak sağa çarpık ve hafif sola basık bir dağılım göstermektedir. Doğum süreci ve hazırlık alt boyutu için çarpıklık değeri -0,490 ve basıklık değeri 0,058 ile normal dağılıma yakın ancak sola çarpık ve hafif sağa basık bir dağılım göstermektedir. Bilgi arama ve karar verme davranışı alt boyutu için çarpıklık değeri -0,870 ve basıklık değeri 1,928 ile normal dağılıma yakın ancak sola çarpık ve sağa basık bir dağılım göstermektedir. Gebelikte tehlike işaretleri alt boyutu için çarpıklık değeri -0,159 ve basıklık değeri 0,014 ile normal dağılıma yakın ancak sola çarpık ve sağa basık bir dağılım göstermektedir.

Genel olarak, tüm değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerleri ± 2 aralığında olduğu için gebelik okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutlarının normal dağılım varsayımını karşıladığı kabul edilmiştir.

Tablo 3.11. 1.faktör (yenidoğan bakımı ve lohusalık) için maddelerin betimleyici istatistikleri

	$\bar{x} \pm sd$
65. Yenidoğan bebek, hekim tarafından emzirmenin kesilmesi önerilmedikçe sarılık bile olsa emzirmeye devam edilir.	4,44±0,68
66. Yenidoğan bebek, yan veya düz olacak şekilde başını yana çevirerek yatırılır.	4,34±0,69
67. Anneler doğum sonu dönemde mümkün olduğu kadar kısa süre içerisinde hareket halinde olmalıdır.	4,19±0,72
68. Doğumu takip eden ilk 6 saat içinde anne idrara çıkmalıdır.	3,98±0,76
74. Yenidoğan bebeğin yeterli kilo alım sınırları günde en az 5-6 ıslak bez ya da aylık en az 500 gr almasıdır.	4,01±0,76
75. Yenidoğan bebekler doğduktan sonraki birkaç gün içinde bir miktar kilo verebilir.	4,20±0,65
56. Doğumdan sonraki 1 hafta içinde kanama, adet kanaması gibi olup rengi açılarak 3 haftaya kadar uzayabilir.	3,99±0,73
69. Bağırsak fonksiyonları, sezaryen doğumda normal doğuma göre daha geç normale döner.	4,17±0,72
70. Doğum sonrası duygusal değişiklikler (gergin, huzursuz, sinirli hissetme vb.) hafif belirtiler ile kendini belli edebilir.	4,31±0,64
73. Doğum sonrası annenin adet döngüsü başlamasa bile gebe kalma ihtimali vardır.	4,15±0,79
76. Doğum sonrası eğer bebek emzirilemiyorsa 2-3 saate bir annenin sütü sağılmalıdır.	4,34±0,6
77. Sağılan anne sütü bebeğe hemen verilemiyorsa uygun koşullarda saklanabilir.	4,44±0,58
Genel	4,21±0,48
$\bar{x}$: Aritmetik Ortalama sd: Standart Sapma	

Tablo 3.11’de ifade edildiği üzere 1.faktör olan “yenidoğan bakımı ve lohusalık” alt boyutunun betimleyici istatistikleri incelendiğinde;

- Tüm alt boyutun aritmetik ortalaması 4,21 ve standart sapması 0,48’dir.
- En düşük ortalamaya sahip madde 3,9825 aritmetik ortalama değeri ile “68. Doğumu takip eden ilk 6 saat içinde anne idrara çıkmalıdır.” maddesidir.

- En yüksek ortalamaya sahip maddeler ise 4,4414 aritmetik ortalama değeri ile “77. Sağılan anne sütü bebeğe hemen verilemiyorsa uygun koşullarda saklanabilir.” ve “65. Yenidoğan bebek, hekim tarafından emzirmenin kesilmesi önerilmedikçe sarılık bile olsa emzirmeye devam edilir.” maddeleridir.

Tablo 3.12. 2.faktör (doğum süreci ve hazırlık) için maddelerin betimleyici istatistikleri

	$\bar{x} \pm sd$
46. Gebeliğin son ayında nişane, suyun gelmesi, kasılmaların şiddet ve süresinin giderek artması doğum eyleminin başladığını gösteren belirtilerdendir.	4,46±0,57
47. Normal doğumun anne doğum sayısını kısıtlamaması, doğum sonrası kanamayı azaltması, günlük hayata hızlı geri dönüş sağlaması gibi, sütün erken gelmesi yararları vardır.	4,34±0,72
49. Gerçek doğum kasılmaları düzenli olarak gelir ve dinlenmekle geçmez.	4,33±0,66
50. Kasılmalar sırasında doğru nefes tekniklerini kullanmak ağrı yönetiminde faydalıdır.	4,37±0,63
58. Emzirmede meme ucu ve kahverengi kısmın mümkünse tamamı bebeğin ağızına yerleştirilmelidir.	4,42±0,67
61. Yeni doğan bebeğin göbek bakımında kordonu temiz ve kuru tutulmalıdır.	4,51±0,61
63. Yenidoğan bebeğin alt temizliğinde su ve pamuk/pamuk içerikli ürünler kullanılmalı ve havalandırılmalıdır.	4,50±0,60
64. Yenidoğan bebeğin sık sık beslenmesi ve ilk ağız (kolostrum) sütü alması sağlanmalıdır.	4,58±0,57
53. Normal doğumda ağrıyı azaltmak için masaj, aromaterapi gibi yöntemler faydalı olabilir.	4,08±0,79
57. Doğumdan sonra mümkünse hemen, değilse ilk 1/2 - 1 saat içinde emzirmeye başlanmalıdır.	4,39±0,69
Genel	4,40±0,48
$\bar{x}$: Aritmetik Ortalama sd: Standart Sapma	

Tablo 3.12’de ifade edildiği üzere 2.faktör olan “doğum süreci ve hazırlık” alt boyutunun betimleyici istatistikleri incelendiğinde;

- Tüm alt boyutun genel aritmetik ortalaması 4,40 ve standart sapması 0,48’dir.

- En düşük ortalamaya sahip madde 4,0848 aritmetik ortalama değeri ile “53. Normal doğumda ağrıyı azaltmak için masaj, aromaterapi gibi yöntemler faydalı olabilir.” maddesidir.
- En yüksek ortalamaya sahip madde ise 4,5761 aritmetik ortalama değeri ile “64. Yenidoğan bebeğin sık sık beslenmesi ve ilk ağız (kolostrum) sütü alması sağlanmalıdır.” maddesidir.

Tablo 3.13. 3.faktör (bilgi arama ve karar verme davranışı) için maddelerin betimleyici istatistikleri

	$\bar{x} \pm sd$
6.Gebelikte bitkisel ya da kimyasal herhangi bir ilaç kullanmadan önce sağlık profesyonellerine danışırım.	4,66±0,58
7.Gebelik boyunca sağlık profesyonelleri tarafından önerilen tahlil ve testleri yaptırırım.	4,52±0,69
8.Sağlık profesyonellerinin beslenme, yürüyüş ...vb. konularda gebelik ile ilgili verdiği önerilere uyarım.	4,44±0,58
9.Acil durumlar dışında rutin gebelik kontrolleri için hekimin çağırma zamanlarına uyarım.	4,61±0,55
10.Gebelikte sağlık profesyonellerinin önerisi dışında vitamin kullanmam.	4,41±0,76
11.Kullandığım ya da kullanacağım ilaçların gebeliğe olan etkilerini sorgularım.	4,56±0,6
12.Gebelik sırasında sağlık profesyonelleri tarafından önerilen hamilelik takviyelerini alırım.	4,43±0,61
13.Gebeliğimle ilgili edindiğim bilgileri kolaylıkla anlayabilirim.	4,46±0,57
14.Gebeliğimle ilgili bir sorun olduğunda sağlık çalışanlarına rahatça problemimi aktarabilirim.	4,48±0,63
15.Gebeliğimle ilgili bir sorun olduğunda sağlık çalışanlarının anlattıklarını rahatça anlayabilirim.	4,46±0,59
Genel	4,50±0,42
$\bar{x}$: Aritmetik Ortalama sd: Standart Sapma	

Tablo 3.13’de ifade edildiği üzere 3.faktör olan “bilgi arama ve karar verme davranışı” alt boyutunun betimleyici istatistikleri incelendiğinde;

- Tüm alt boyutun aritmetik ortalaması 4,50 ve standart sapması 0,42’dir.
- En düşük ortalamaya sahip madde 4,4090 aritmetik ortalama değeri ile “10.Gebelikte sağlık profesyonellerinin önerisi dışında vitamin kullanmam.” maddesidir.

- En yüksek ortalamaya sahip madde ise 4,6559 aritmetik ortalama değeri ile “6.Gebelikte bitkisel ya da kimyasal herhangi bir ilaç kullanmadan önce sağlık profesyonellerine danışırım.” maddesidir.

Tablo 3.14. 4.faktör (gebelikte tehlike işaretleri) için maddelerin betimleyici istatistikleri

	$\bar{x} \pm sd$
16.Gebelikte ilgili afiş, broşür, kitapçık gibi sağlık kaynaklarının olması gebeliğimi bilinçli geçirmemi sağlar.	4,24±0,72
21.Gebelikte, mümkünse her kontrolde tansiyonun ölçülmesi gerekir.	4,28±0,77
32. Gebelikte yetersiz ve dengesiz beslenme durumunda zamanından önce, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek görülebilir.	4,04±0,75
39. Gebeliğim boyunca bebek hareketlerinin azaldığını hissettiğimde sağlık kuruluşuna giderim.	4,38±0,69
40. Bulanık görme, şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, ödem gibi belirtiler gebelikte tansiyon göstergesi olabilir.	4,11±0,74
42. Ailesinde obezite ya da şeker öyküsü olanlar gebeliğe bağlı şeker hastalığına karşı daha riskli olabilir.	4,17±0,69
45. Gebeliğin son aylarında günde bir defadan fazla kusma, idrarın miktar ve yoğunluğunda azalma sağlık kuruluşuna gidilmesi gereken önemli işaretlerindendir.	4,00±0,77
Genel	4,18±0,50
$\bar{x}$: Aritmetik Ortalama sd: Standart Sapma	

Tablo 3.14’de ifade edildiği üzere 4.faktör olan “gebelikte tehlike işaretleri” alt boyutunun betimleyici istatistikleri incelendiğinde;

- Tüm alt boyutun aritmetik ortalaması 4,18 ve standart sapması 0,50’dir.
- En düşük ortalamaya sahip madde 4,00 aritmetik ortalama değeri ile “45. Gebeliğin son aylarında günde bir defadan fazla kusma, idrarın miktar ve yoğunluğunda azalma sağlık kuruluşuna gidilmesi gereken önemli işaretlerindendir.” maddesidir.
- En yüksek ortalamaya sahip madde ise 4,38 aritmetik ortalama değeri ile “39. Gebeliğim boyunca bebek hareketlerinin azaldığını hissettiğimde sağlık kuruluşuna giderim.” maddesidir.

Taslak ölçekte bulunan ancak açıklayıcı faktör analizi aşamasında istatistiksel olarak ölçekten çıkarılmasına karar verilen sorular ise Tablo 3.15’te verilmiştir.

Tablo 3.15. Taslak ölçekten çıkarılan maddelere ait betimleyici istatistikler

	$\bar{x} \pm sd$
1. Gebelikle ilgili sağlık dışı kaynaklardan (ailemden, arkadaşlarımdan ve tanıdıklar, internet, sosyal medya...vb.) bilgi edinmem.	2,66±1,22
27. X-RAY, BT gibi radyolojik görüntülemeler hekim gerekli gördüğünde çektirilebilir.	3,46±1,09
55. Doğum sonrasında 20-30 dakika içerisinde 2-3'ten fazla pedi kirletecek kanaması olması tehlike işaretidir.	3,50±0,89
62. Yenidoğan bebek, göbeği kuru kalacak şekilde göbeği düşmeden banyo yaptırılabilir.	3,55±1,14
24. Gebelikte ıhlamur, adaçayı gibi ürünlerin gebeliğe olumsuz etkileri olabilir.	3,59±0,99
71. Doğum sonrası dönemde cinsel aktiviteye 6. haftadan sonra başlanabilir.	3,66±0,87
44. Gebeliğin son üç ayında 24 saatlik dönemde 10'dan az bebek hareketi olması anormaldir.	3,69±0,96
23. Gebelikte folik asit, demir, D-vitamini kullanmamanın anne ve bebek sağlığına olumsuz etkileri olabilir.	3,71±1,09
34. Gebelik döneminde anemi (kansızlık) bulgusu yoksa bile gebeye demir desteği yapılmalıdır.	3,74±0,84
5. Gebelikle ilgili en ufak problemde sağlık kuruluşuna giderim.	3,75±1,09
22. Hekim tarafından söylenen bir risk yoksa gebelik boyunca cinsel ilişki serbesttir.	3,83±0,99
59. Her annenin bebeğine yetecek kadar sütü vardır.	3,86±0,98
17. Folik asit kullanımına gebe kalmadan 3 ay önce başlanması faydalıdır.	3,89±0,86
41. Gebelikte şeker yükleme testi yaptırmak gebeliğe bağlı şeker hastalığı tanısını koydurur.	3,96±0,93
54. Doğumdan sonra annenin demir desteği alması önemlidir.	3,99±0,73
3. Gebelikle ilgili yararlı sağlık kaynaklarını nerede bulacağımı biliyorum.	3,99±0,87
51. Normal doğum korkusu nedeniyle sezaryen doğum yapılmaması gerekir.	4,01±1,11
72. Doğum sonrası emzirmek tam olarak korunma sağlamaz.	4,05±0,98
29. Gebeliğin son aylarında yatış pozisyonu mümkün olduğunca sol yan yatar pozisyonda olması önerilir.	4,08±0,76
35. Anne ve bebek sağlığı açısından iki doğum arasında en az 2 yıl olması önerilir.	4,11±0,75
48. Sezaryen doğumun tıbbi gereklilik olmadığı durumlardaki dezavantajlarını biliyorum.	4,15±0,79
30. Gebelikte artan enerji ve besin ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için gebelikte beslenme diğer zamanlardan farklıdır.	4,24±0,71
2. Gebelikle ilgili sağlık dışı kaynaklardan öğrenilen her bilginin sağlık profesyonellerine danışılması gerekir.	4,25±0,93
31. Bol su, sebze, meyve, tam tahıl ürünleri, kuru baklagiller gibi posa içeriği yüksek besinleri tüketmek kabızlığa iyi gelir.	4,26±0,72
36. Gebelikte yolculuk sırasında mümkünse iki saatte bir mola verilip yürüyüş yapılmalıdır.	4,27±0,71

Tablo 3.15. (devam). Taslak ölçekten çıkarılan maddelere ait betimleyici istatistikler

28. Gebelikte yürüyüş ve yüzme önerilen uygun egzersizlerdir.	4,28±0,62
26. Gebelikte doktor tarafından tavsiye edilen aşıları yaptırmak anne-bebek sağlığını olumlu etkiler.	4,32±0,72
20. Gebelik başlangıç vücut ağırlığına göre kilo alımı sınırları olduğunu biliyorum.	4,35±0,67
37. Gebelikte yapılması gereken 2li, 3lü tarama, şeker yükleme testleri gibi testler ve zamanları hakkında bilgi sahibiyim.	4,37±0,61
52. Sezaryen doğum, hekim kontrolünde tıbbi gereklilik olduğunda yapılması gereken bir ameliyat türüdür.	4,37±0,76
60. Yenidoğan bebek beslenmesinde ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü yeterlidir.	4,39±0,76
33. Gebelikte özellikle ilk 3 ayında bulantı, kusma, sık idrara çıkma, kabızlık, mide yanması gibi durumlar olabilir.	4,44±0,57
38. Gebelikte mide bulantısı, mide yanması, ağza acı su gelmesi gibi durumları olabilir.	4,46±0,63
4. Gebelik ile ilgili sağlık dışı kaynaklardan edindiğim bilgilerin doğruluğunu araştırırım.	4,46±0,66
18. Gebelik sırasında oluşabilecek fiziki değişikliklerin farkındayım.	4,53±0,50
19. Gebelik sırasında oluşabilecek psikolojik değişikliklerin farkındayım.	4,53±0,52
25. Alkol, sigara gibi ürünlerin kullanımını gebelikte bırakırım.	4,54±0,95
43. Şiddetli karın ağrısı, su gelmesi, kanama gibi belirtiler sağlık kuruluşuna gidilmesi gereken önemli işaretlerindendir.	4,70±0,46
$\bar{x}$: Aritmetik ortalama sd: Standart sapma	

Pilot çalışma sonrası yapılan açıklayıcı faktör analizi aşamasında istatistiksel olarak ölçekten çıkarılmasına karar verilen soruların ortalamaları ve standart sapmalarını gösteren Tablo 3.15 incelendiğinde; en yüksek ortalamaya sahip maddenin 4,70±0,46 aritmetik ortalama değeri ile “43. Şiddetli karın ağrısı, su gelmesi, kanama gibi belirtiler sağlık kuruluşuna gidilmesi gereken önemli işaretlerindendir.” ve en düşük ortalamaya sahip maddenin ise 2,66±1,22 aritmetik ortalama değeri ile “1. Gebelik ile ilgili sağlık dışı kaynaklardan (ailemden, arkadaşlarımdan ve tanıdıklar, internet, sosyal medya...vb.) bilgi edinmem.” olduğu görülmüştür.

Tablo 3.16. Gebelik okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutlarının korelasyonu

		1	2	3	4
Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık ¹	r	1			
Doğum Süreci ve Hazırlık ²	r	,787**	1		
Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı ³	r	,471**	,551**	1	
Gebelikte Tehlike İşaretleri ⁴	r	,621**	,606**	,540**	1
Gebelik Okuryazarlığı Ölçeği	r	,891**	,896**	,746**	,797**
*p<0,05; **p<0,01 r: Pearson Correlation katsayısı					

Tablo 3.16’da gebelik okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları arasındaki doğrusal ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir. Veri seti normal dağılıma uygunluk gösterdiği için (Tablo 3.10) Pearson korelasyon katsayısı ile korelasyon ilişkisi incelenmiş olup korelasyon katsayıları ölçekler arasındaki ilişkileri göstermektedir. Gebelik okuryazarlığı genel ölçeği ile “yenidoğan bakımı ve lohusalık (1)” arasında pozitif ve anlamlı doğrusal bir ilişki vardır ($r = 0,891$; $p < 0,001$). Bu bulgu “yenidoğan bakımı ve lohusalık” alt boyutu bilgi düzeyi arttıkça gebelik okuryazarlığı genel bilgi düzeyinin de artacağını göstermektedir. Gebelik okuryazarlığı genel ölçeği ile “doğum süreci ve hazırlık alt boyutu (2)” arasında pozitif ve anlamlı doğrusal bir ilişki vardır ($r = 0,896$; $p < 0,001$). Bu bulgu “doğum süreci ve hazırlık” alt boyutu bilgi düzeyi arttıkça gebelik okuryazarlığı genel bilgi düzeyinin de artacağını göstermektedir. Gebelik okuryazarlığı genel ölçeği ile “bilgi arama ve karar verme davranışı alt boyutu (3)” arasında pozitif ve anlamlı doğrusal bir ilişki vardır ($r = 0,746$; $p < 0,001$). Bu bulgu “bilgi arama ve karar verme davranışı” alt boyutu bilgi düzeyi arttıkça gebelik okuryazarlığı genel bilgi düzeyinin de artacağını göstermektedir. Gebelik okuryazarlığı genel ölçeği ile “gebelikte tehlike işaretleri alt boyutu (4)” arasında pozitif ve anlamlı doğrusal bir ilişki vardır ($r = 0,797$; $p < 0,001$). Bu bulgu “gebelikte tehlike işaretleri” alt boyutu bilgi düzeyi arttıkça gebelik okuryazarlığı genel bilgi düzeyinin de artacağını göstermektedir.

3.1.5.4 Hotelling T² İstatistiği

Ölçek geliştirme süreçlerinde ölçek maddelerine ait madde puan ortalamalarının birbirine eşit olup olmadığı ve tepki yanlılığını saptamak için ise Hotelling T² testi ile test edilir. Yani bu test soruların katılımcılar tarafından benzer şekilde anlaşılıp anlaşılmadığını ve ölçekte yer alan her bir sorunun zorluk

derecesinin birbirine eşit olup olmadığını test eder. Hotelling's T^2 test sonuçları Tablo 3.17'de gösterilmiş olup test sonucuna göre madde ortalamalarının farklı olduğu ve tepki yanlılığının olmadığı belirlenmiştir (Hotelling $T^2=720.327$, $p<0.001$). Dolayısıyla ölçeği cevaplarken gebelerin yanlı yanıt vermedikleri ve maddeleri aynı şekilde algıladığı sonucuna varılmıştır.

Tablo 3.17. Hotelling T^2 test sonuçları

Hotelling's T-Squared	F	df1	df2	Sig
720,357	17,203	38	363	,000

Geliştirilen gebelik okuryazarlığı ölçeğinin yapısal geçerliliğini değerlendirmek için kullanılan önemli bir kriter olan birleşim ve ayrışım geçerliliğine ilişkin Fornell ve Larcker kriteri bulguları Tablo 3.18'de; Heterotrait-Monotrait (HTMT) kriterine ait bulgular ise Tablo 3.19'da gösterilmiştir.

3.1.5.5 Fornell ve Larcker Kriteri İle Heterotrait-Monotrait (HTMT) Kriteri

Tablo 3.18'de, birleşim ve ayrışım geçerliliğine ilişkin Fornell ve Larcker Kriteri bulgularını sunmaktadır. Her bir değişken için CR (Bileşik Güvenilirlik) ve AVE (Açıklanan Ortalama Varyans) değerleri ile bu değişkenler arasındaki korelasyonlar belirtilmiştir.

Tablo 3.18. Fornell ve Larcker kriteri bulguları

	CR	AVE	1	2	3	4
Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı ¹	0,901	0,478	0.691*			
Doğum Süreci ve Hazırlık ²	0,926	0,556	0,577	0.746*		
Gebelikte Tehlike İşaretleri ³	0,857	0,462	0,568	0,604	0.680*	
Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık ⁴	0,919	0,488	0,504	0,646	0,622	0.699*
* ile belirtilen değerler Açıklanan Ortalama Varyans (AVE) değerlerinin karekökleridir.						

“Bilgi arama ve karar verme davranışı” değişkeni için CR değeri 0,901 ve AVE değeri 0,478 olarak bulunmuştur. Bu değişkenin AVE'sinin karekökü olan 0,691; diğer değişkenlerle olan korelasyon değerlerinden (0,577, 0,568, 0,504) daha

yüksek çıkmıştır. Bu durum, “bilgi arama ve karar verme davranışı” değişkeninin ayrışım geçerliliğini desteklemektedir.

“Doğum süreci ve hazırlık” değişkeni için CR değeri 0,926 ve AVE değeri 0,556 olarak bulunmuştur. Bu değişkenin AVE'sinin karekökü olan 0,746; diğer değişkenlerle olan korelasyon değerlerinden (0,577, 0,604, 0,646) daha yüksek çıkmıştır. Bu durum, “doğum süreci ve hazırlık” değişkeninin ayrışım geçerliliğini desteklemektedir.

“Gebelikte tehlike işaretleri” değişkeni için CR değeri 0,857 ve AVE değeri 0,462 olarak bulunmuştur. Bu değişkenin AVE'sinin karekökü olan 0,680; diğer değişkenlerle olan korelasyon değerlerinden (0,622, 0,568, 0,604) daha yüksek çıkmıştır. Bu durum, “gebelikte tehlike işaretleri” değişkeninin ayrışım geçerliliğini desteklemektedir.

“Yenidoğan bakımı ve lohusalık” değişkeni için CR değeri 0,919 ve AVE değeri 0,488 olarak bulunmuştur. Bu değişkenin AVE'sinin karekökü olan 0,699; diğer değişkenlerle olan korelasyon değerlerinden (0,504, 0,646, 0,622) daha yüksek çıkmıştır. Bu durum, “yenidoğan bakımı ve lohusalık” değişkeninin ayrışım geçerliliğini desteklemektedir.

Genel olarak, tüm değişkenlerin CR değerleri 0.70'in üzerinde olduğu için bileşik güvenilirlik sağlanmaktadır. Ayrıca, her bir değişkenin AVE'sinin karekökü, diğer değişkenlerle olan korelasyonlardan yüksek olduğundan, değişkenlerin ayrışım geçerliliği de sağlanmaktadır. Bu bulgular, ölçeklerin hem birleşim hem de ayrışım geçerliliğini desteklemekte ve modelin geçerliliğini göstermektedir.

Tablo 3.19. Heterotrait-Monotrait (HTMT) kriteri bulguları

	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	Doğum Süreci ve Hazırlık	Gebelikte Tehlike İşaretleri	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık
Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	-			
Doğum Süreci ve Hazırlık	0,622	-		
Gebelikte Tehlike İşaretleri	0,646	0,705	-	
Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	0,538	0,775	0,727	-

Tablo 3.19 değişkenlere ilişkin HTMT (Heterotrait-Monotrait Ratio) kriterine dayalı ayırışım geçerliliği bulgularını göstermektedir. HTMT, iki değişken arasındaki korelasyonun, bu değişkenlerin aynı kavramı ölçüp ölçmediğini değerlendirmede kullanılan bir ölçüttür. HTMT değerlerinin 0.90'ın altında olması, ayırışım geçerliliğinin sağlandığını gösterir.

“Bilgi arama ve karar verme davranışı” değişkeni ile diğer değişkenler arasındaki HTMT değerlerine bakıldığında, “doğum süreci ve hazırlık” değişkeni ile olan HTMT değeri 0,622; “gebelikte tehlike işaretleri” değişkeni ile olan HTMT değeri 0,646 ve “yenidoğan bakımı ve lohusalık” değişkeni ile olan HTMT değeri 0.538 olarak bulunmuştur. Tüm bu değerler, 0.90'ın altında kalarak “bilgi arama ve karar verme davranışı” değişkeninin diğer değişkenlerden yeterince ayrıştığını ve ayırışım geçerliliğini sağladığını göstermektedir.

“Doğum süreci ve hazırlık” değişkeni ile diğer değişkenler arasındaki HTMT değerlerine bakıldığında, “gebelikte tehlike işaretleri” değişkeni ile olan HTMT değeri 0,705 ve “yenidoğan bakımı ve lohusalık” değişkeni ile olan HTMT değeri 0.775 olarak bulunmuştur. Tüm bu değerler, 0.90'ın altında kalarak “doğum süreci ve hazırlık” değişkeninin diğer değişkenlerden yeterince ayrıştığını ve ayırışım geçerliliğini sağladığını göstermektedir.

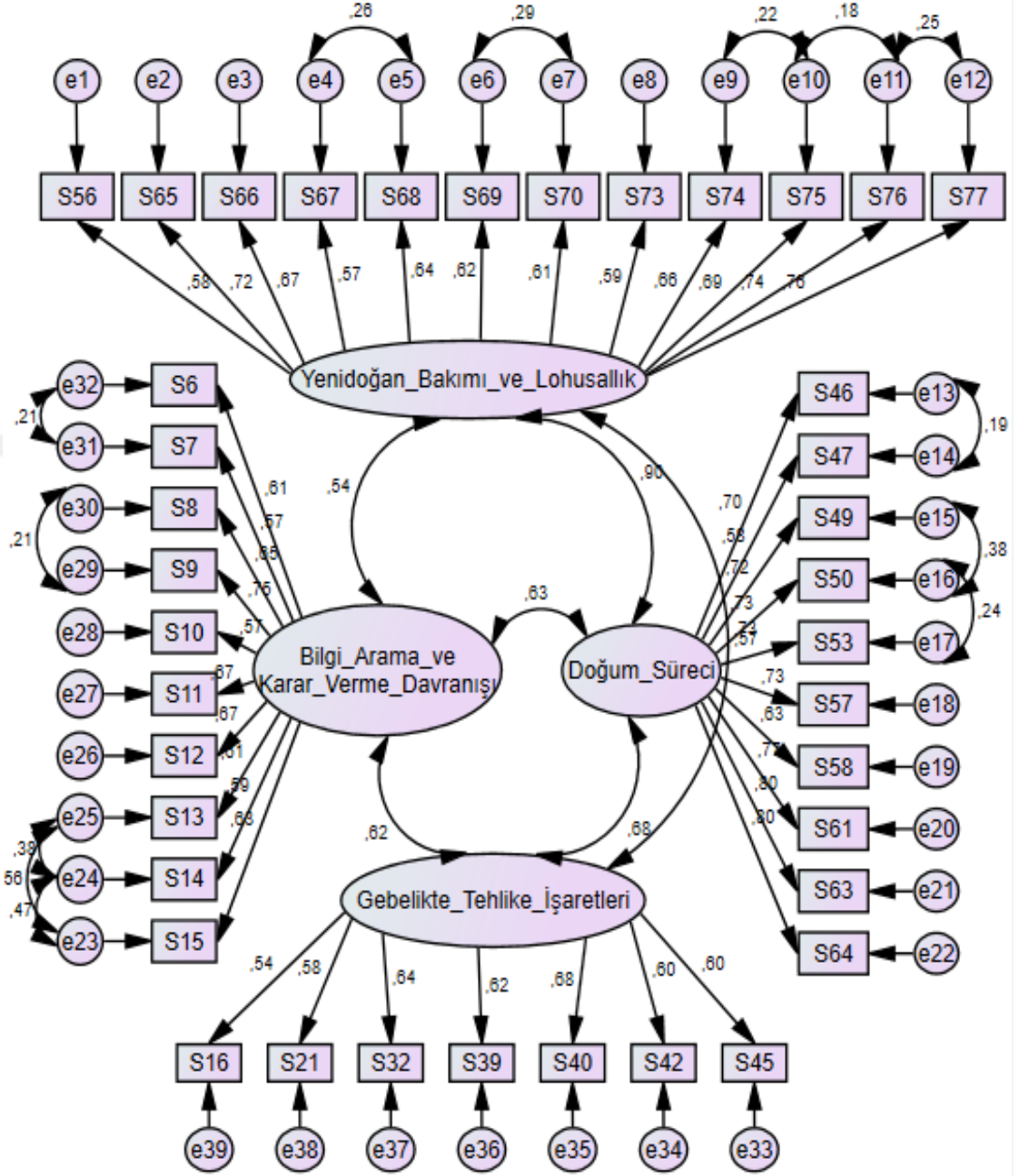
“Gebelikte tehlike işaretleri” değişkeni ile diğer değişkenler arasındaki HTMT değerlerine bakıldığında, “yenidoğan bakımı ve lohusalık” değişkeni ile olan HTMT değeri 0.727 olarak bulunmuştur. Bu değer de 0.90'ın altında kalarak “yenidoğan bakımı ve lohusalık” değişkeninin diğer değişkenlerden yeterince ayrıştığını ve ayırışım geçerliliğini sağladığını göstermektedir.

Sonuç olarak, tüm değişkenler arasındaki HTMT değerleri 0.90'ın altında kalmaktadır. Bu durum, her bir değişkenin diğer değişkenlerden yeterince ayrıştığını ve modelin ayırışım geçerliliğini sağladığını göstermektedir. Bu bulgular, değişkenlerin birbirinden bağımsız kavramlar olduğunu ve modelin geçerliliğini desteklemektedir.

3.1.5.6 Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Aşamaları

Doğrulayıcı faktör analizinde herhangi bir modelin veriye ne derece uyum sağladığını ve yapısal geçerliliğini test etmek için kullanılan bir analiz yöntemidir. Temel amaç önceden belirlenmiş bir faktör yapısının veriye uygunluğunu doğrulamaktır. Açıklayıcı faktör analizi sonucu ortaya çıkarılan yapının test edilmesi için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Bu aşamada geliştirilen ölçeğe

ilişkin DFA-yol analizi Şekil 3.3'te ve kabul edilen uyum ölçütlerinin sınır değerleri ilerleyen tablolarda özetlenmiştir.



Şekil 3.3. Geliştirilen ölçeğe ilişkin araştırma modeli (DFA-Yol analizi)

Şekil 3.3'te gebelik okuryazarlığı ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi (DFA) sonuçları incelendiğinde, ölçme modelinin teorik olarak önerilen yapıya uygun olduğunu ve veriyi tatmin edici bir şekilde açıkladığını ortaya koymaktadır.

Tablo 3.20. Modelin doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uyum indeks sonuçları

Kriter	Kriter değeri	Model değeri ve sonuç
χ^2	-	1.501,214
CMIN/DF (χ^2 /sd)	≤ 3	2,198
GFI	$\geq 0,85$	0,937
AGFI	$\geq 0,80$	0,913
NFI	$\geq 0,90$	0,926
NNFI (TLI)	$\geq 0,90$	0,987
RFI	$\geq 0,90$	0,911
IFI	$\geq 0,90$	0,997
CFI	$\geq 0,90$	0,996
RMSEA	$\leq 0,08$	0,055
RMR	$\leq 0,08$	0,027
AVE (ortalama açıklanan varyans)	$\geq 0,40$	0,410
CR (bileşik güvenirlik)	$\geq 0,70$	0,954

Doğrulayıcı Faktör analizine göre ölçeğin yapısal denklem model sonucu (Structural Equation Modeling Results) $p < 0,001$ düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 39 madde ve dört faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçlarına göre Gebelik Okuryazarlığı Ölçeği'nin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında;

Tablo 3.20'de görüldüğü üzere modelin doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uyum indeks sonuçları incelendiğinde χ^2 değeri 1.501,214 ve CMIN/DF (χ^2 /sd) değeri 2,198 olarak elde edilmiştir. Bu kriterin 3'ten büyük olması, modelin veriye uygunluğunun sınırlı olduğunu ve uyumun iyileştirilmesi gerektiğini göstermekte olup 3'ten küçük değerler uyumun işaretidir.

GFI (Goodness of Fit Index) değeri 0,937 olup, 0,85'in üstünde olduğundan iyi bir uyum sağlamaktadır.

AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) değeri 0,913 olup, 0,85'in üzerinde kabul edilebilir uyum değerinin üzerinde olduğundan modelin uyum düzeyi yeterlidir.

NFI (Normed Fit Index) değeri 0,926 olup, 0,90'ın üzerinde olup kabul edilebilir uyum değerinin üzerinde olduğundan modelin uyum düzeyi yeterlidir.

NNFI (Non-Normed Fit Index veya Tucker-Lewis Index - TLI) değeri 0,987 olup, 0,90'ın üzerinde kabul edilebilir uyum değerinin üzerinde olduğundan modelin uyum düzeyi yeterlidir.

RFI (Relative Fit Index) değeri 0,911 olarak hesaplanmış olup, bu değerin 0,90'ın üzerinde olması, modelin veriye iyi uyum sağladığını gösterir.

IFI (Incremental Fit Index) değeri 0,997 olarak hesaplanmış olup, bu değerin 0,90'ın üzerinde olması, modelin veriye iyi uyum sağladığını gösterir.

CFI (Comparative Fit Index) değeri 0,996 olup bu değerin 0,90'ın üzerinde olması, modelin veriye iyi uyum sağladığını gösterir.

RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) değeri 0,055 olarak elde edilmiş olup bu değer kabul edilebilir sınırlarda olduğunu göstermektedir. Bu değerin 0,08'den küçük olması, modelin iyi bir uyum gösterdiğini ve modelin veriye uygunluğunun yeterli olduğunu göstermektedir.

RMR (Root Mean Square Residual - Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü) değeri ise 0,027 olup bu değerin 0,08'in altında olduğundan modelin uyum düzeyi yeterlidir.

AVE (ortalama açıklanan varyans) ve CR (bileşik güvenirlik) değerleri incelendiğinde ise sırasıyla 0,410 ve 0,954 değerleri kabul edilen referans değerlerin üzerinde olup genel modelin uyum iyiliğini göstermektedir.

Tablo 3.21. Geliştirilen ölçeğe ilişkin regresyon katsayıları

		Estimate	S.E.	C.R.	p
S56	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	1,000			
S65	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	1,152	,104	11,122	<0.001
S66	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	1,101	,103	10,665	<0.001
S67	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	,971	,102	9,480	<0.001
S68	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	1,149	,112	10,263	<0.001
S69	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	1,044	,104	10,018	<0.001
S70	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	,926	,093	9,969	<0.001
S73	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	1,106	,114	9,696	<0.001
S74	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	1,196	,114	10,530	<0.001
S75	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	1,042	,097	10,759	<0.001
S76	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	1,035	,092	11,297	<0.001
S77	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	1,041	,090	11,517	<0.001
S46	Doğum Süreci	1,000			
S47	Doğum Süreci	1,036	,086	12,102	<0.001
S49	Doğum Süreci	1,188	,088	13,483	<0.001
S50	Doğum Süreci	1,148	,084	13,628	<0.001
S53	Doğum Süreci	1,133	,104	10,892	<0.001
S57	Doğum Süreci	1,268	,092	13,793	<0.001
S58	Doğum Süreci	1,073	,089	12,004	<0.001

Tablo 3.21. (devam). Geliştirilen ölçeğe ilişkin regresyon katsayıları

		Estimate	S.E.	C.R.	p
S61	Doğum Süreci	1,179	,082	14,461	<0.001
S63	Doğum Süreci	1,191	,080	14,885	<0.001
S64	Doğum Süreci	1,143	,077	14,941	<0.001
S15	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	1,000			
S14	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	1,011	,073	13,799	<0.001
S13	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,938	,060	15,546	<0.001
S12	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	1,116	,101	11,050	<0.001
S11	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	1,076	,098	10,963	<0.001
S10	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	1,174	,121	9,694	<0.001
S9	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	1,115	,094	11,868	<0.001
S8	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	1,013	,096	10,573	<0.001
S7	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	1,060	,110	9,662	<0.001
S6	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,962	,094	10,243	<0.001
S45	Gebelikte Tehlike İşaretleri	1,000			
S42	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,891	,093	9,594	<0.001
S40	Gebelikte Tehlike İşaretleri	1,086	,104	10,460	<0.001
S39	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,934	,095	9,808	<0.001
S32	Gebelikte Tehlike İşaretleri	1,046	,104	10,067	<0.001
S21	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,971	,104	9,333	<0.001
S16	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,840	,095	8,853	<0.001

Tablo 3.22. Geliştirilen ölçeğe ilişkin standardize edilmiş regresyon katsayıları

	Estimate
S56	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık
S65	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık
S66	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık
S67	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık
S68	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık
S69	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık
S70	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık
S73	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık
S74	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık
S75	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık
S76	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık
S77	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık
S46	Doğum Süreci
S47	Doğum Süreci
S49	Doğum Süreci
S50	Doğum Süreci
S53	Doğum Süreci

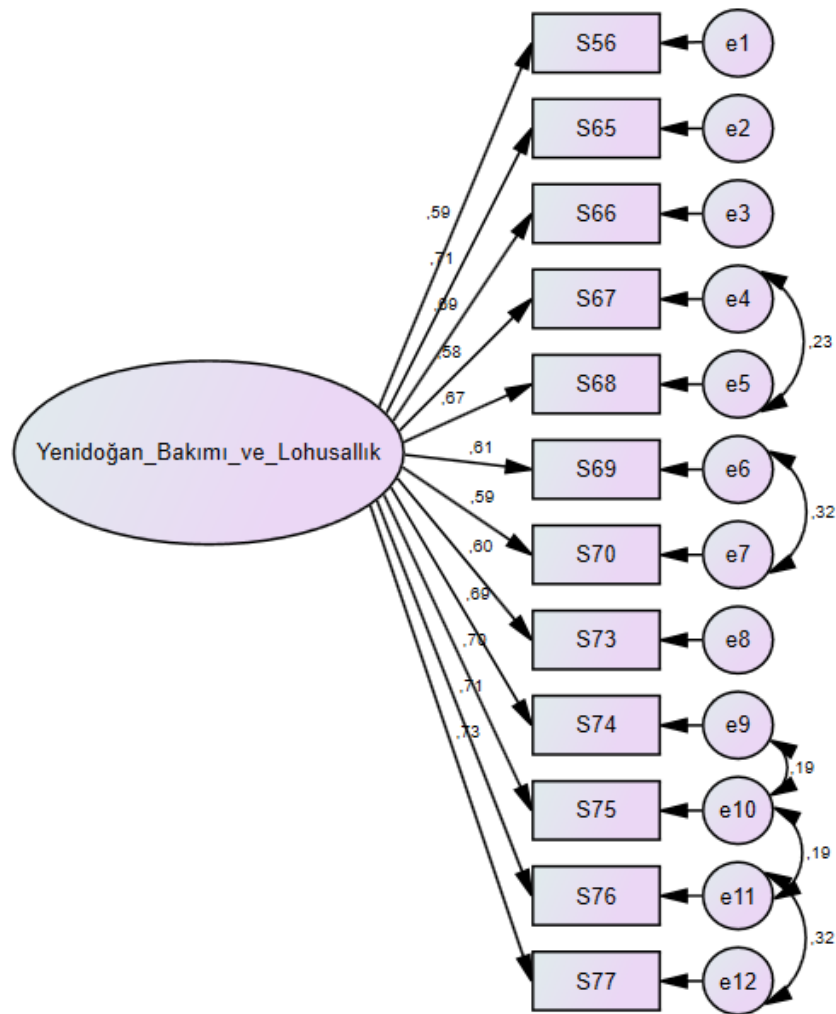
Tablo 3.22. (devam). Geliştirilen ölçeğe ilişkin standardize edilmiş regresyon katsayıları

S57	Doğum Süreci	,734
S58	Doğum Süreci	,635
S61	Doğum Süreci	,772
S63	Doğum Süreci	,796
S64	Doğum Süreci	,799
S15	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,632
S14	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,592
S13	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,611
S12	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,675
S11	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,668
S10	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,572
S9	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,749
S8	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,646
S7	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,573
S6	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,615
S45	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,600
S42	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,602
S40	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,680
S39	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,621
S32	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,643
S21	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,580
S16	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,542

Tablo 3.22’de geliştirilen ölçeğe ilişkin standardize edilmiş regresyon katsayıları incelendiğinde;

- Yenidoğan bakımı ve lohusalık alt boyutunda standartlaştırılmış faktör yüklerinin 0.573 ile 0.761 arasında değiştiği görülmektedir. Bu alt boyutta en yüksek faktör yüküne sahip olan madde S77 maddesi olup teorik yapıyı oldukça güçlü bir şekilde temsil etmektedir. S67 maddesi ise 0.573 yük değeri ile en düşük faktör yüküne sahip olmakla birlikte 0,50 değerinin üzerinde olduğu için kabul edilebilir temsil gücünü ifade etmektedir.
- Doğum süreci alt boyutunda standartlaştırılmış faktör yüklerinin 0.574 ile 0.799 arasında değiştiği görülmektedir. Bu alt boyutta en yüksek faktöre sahip madde S64 maddesi olup teorik yapıyı oldukça güçlü bir şekilde temsil etmektedir. En düşük faktöre sahip madde ise S63 olmakla birlikte 0,50 değerinin üzerinde olduğu için kabul edilebilir temsil gücünü ifade etmektedir.

- Bilgi arama ve karar verme davranışı alt boyutunda standartlaştırılmış yüklerin 0.572 ile 0.749 arasında değiştiği görülmektedir. Bu alt boyutta en yüksek faktöre sahip madde S9 maddesi olup teorik yapıyı oldukça güçlü bir şekilde temsil etmektedir. En düşük faktöre sahip madde ise S10 olmakla birlikte 0,50 değerinin üzerinde olduğu için kabul edilebilir temsil gücünü ifade etmektedir.
- Gebelikte tehlike işaretleri alt boyutunda faktör yüklerinin 0.542 ile 0.680 arasında değiştiği görülmektedir. Bu alt boyutta en yüksek faktöre sahip madde S40 maddesi olup teorik yapıyı oldukça güçlü bir şekilde temsil etmektedir. En düşük faktöre sahip madde ise S16 maddesi olmakla birlikte 0,50 değerinin üzerinde olduğu için kabul edilebilir temsil gücünü ifade etmektedir.



Şekil 3.4. Geliştirilen ölçeğe ilişkin birinci alt boyut (yenidoğan bakımı ve lohusalık) için araştırma modeli (DFA-Yol analizi)

Şekil 3.4'te birinci alt boyut olan (yenidoğan bakımı ve lohusalık) alt boyutunun doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre birinci alt boyutun $p<0,001$ düzeyinde anlamlı olduğu, alt boyutu oluşturan 12 madde ve ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.23. Birinci alt boyut (yenidoğan bakımı ve lohusalık) için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uyum indeks sonuçları

Kriter	Kriter değeri	Model değeri ve sonuç
χ^2	-	100,874
CMIN/DF (χ^2/sd)	≤ 3	2,059
GFI	$\geq 0,85$	0,960
AGFI	$\geq 0,80$	0,936
NFI	$\geq 0,90$	0,952
NNFI (TLI)	$\geq 0,90$	0,966
RFI	$\geq 0,90$	0,936
IFI	$\geq 0,90$	0,975
CFI	$\geq 0,90$	0,975
RMSEA	$\leq 0,08$	0,051
RMR	$\leq 0,08$	0,016
AVE (ortalama açıklanan varyans)	$\geq 0,40$	0,488
CR (bileşik güvenirlik)	$\geq 0,70$	0,919

Tablo 3.23'te birinci alt boyut (yenidoğan bakımı ve lohusalık) için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uyum indeks sonuçları incelendiğinde χ^2 değeri 100,874 ve CMIN/DF (χ^2/sd) değeri 2,059 olarak elde edilmiştir. GFI (Goodness of Fit Index) değeri 0,960; AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) değeri 0,936; NFI (Normed Fit Index) değeri 0,952; NNFI (Non-Normed Fit Index veya Tucker-Lewis Index - TLI) değeri 0,966 olup, RFI (Relative Fit Index) değeri 0,936; IFI (Incremental Fit Index) değeri 0,975; CFI (Comparative Fit Index) değeri 0,975; RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) değeri 0,051 ve RMR (Root Mean Square Residual - Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü) değeri ise 0,016 olup bu değerlerin kabul edilebilir sınırlarda olduğunu, modelin iyi bir uyum gösterdiğini ve modelin veriye uygunluğunun yeterli olduğunu göstermektedir.

AVE (ortalama açıklanan varyans) ve CR (bileşik güvenirlik) değerleri incelendiğinde ise sırasıyla 0,488 ve 0,919 değerleri kabul edilen referans değerlerin üzerinde olup modelin uyum iyiliğini göstermektedir.

Tablo 3.24. Geliştirilen ölçeğe ilişkin birinci alt boyut (yenidoğan bakımı ve lohusalık) için regresyon katsayıları

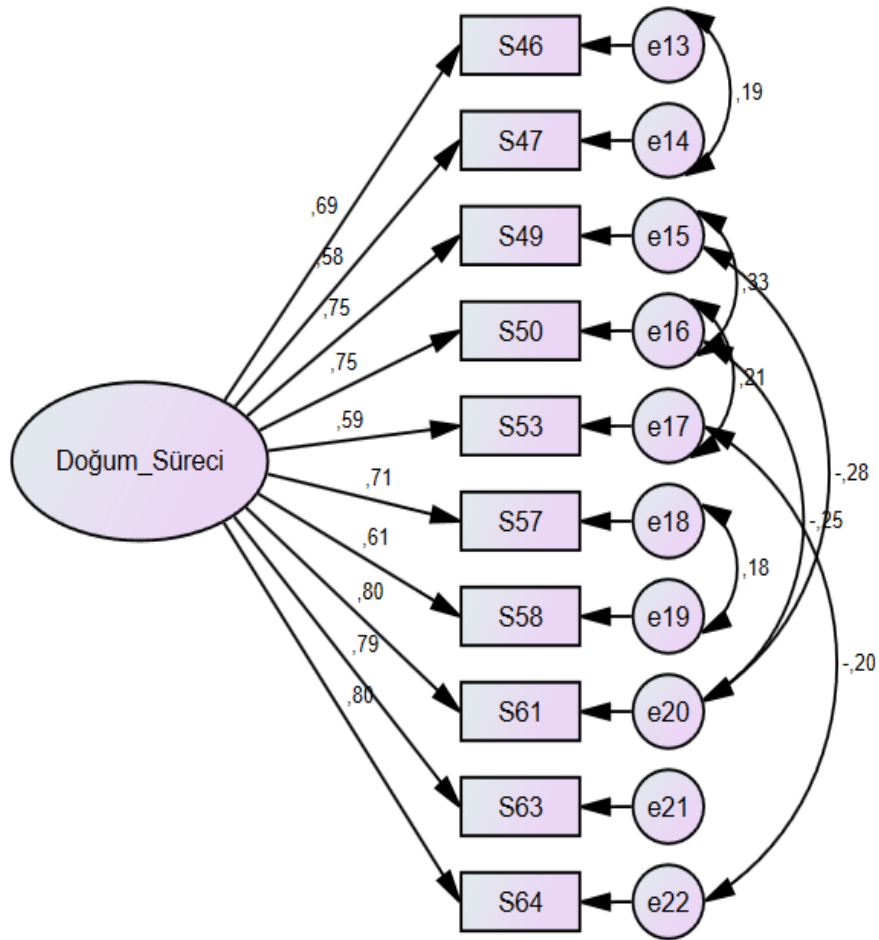
	Estimate	S.E.	C.R.	p
S56	1,000			
S65	1,128	,103	10,986	<0.001
S66	1,103	,103	10,698	<0.001
S67	,972	,103	9,476	<0.001
S68	1,192	,113	10,541	<0.001
S69	1,018	,103	9,844	<0.001
S70	,873	,091	9,553	<0.001
S73	1,103	,114	9,691	<0.001
S74	1,221	,114	10,685	<0.001
S75	1,044	,097	10,771	<0.001
S76	,979	,090	10,899	<0.001
S77	,984	,088	11,127	<0.001

Tablo 3.24’te geliştirilen ölçeğe ilişkin birinci alt boyut (yenidoğan bakımı ve lohusalık) için regresyon katsayıları incelendiğinde faktör yüklerinin 0.873 ile 1.221 arasında değiştiği görülmektedir. Bu alt boyutta en yüksek faktör yüküne sahip olan madde S74 maddesi olup teorik yapıyı oldukça güçlü bir şekilde temsil etmektedir. S70 maddesi ise 0.873 yük değeri ile en düşük faktör yüküne sahip olmakla birlikte 0,50 değerinin üzerinde olduğu için kabul edilebilir temsil gücünü ifade etmektedir.

Tablo 3.25. Geliştirilen ölçeğe ilişkin birinci alt boyut (yenidoğan bakımı ve lohusalık) için standardize edilmiş regresyon katsayıları

		Estimate
S56	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	,586
S65	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	,714
S66	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	,686
S67	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	,582
S68	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	,673
S69	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	,611
S70	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	,587
S73	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	,597
S74	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	,687
S75	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	,697
S76	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	,710
S77	Yenidoğan Bakımı ve Lohusalık	,730

Tablo 3.25’te geliştirilen ölçeğe ilişkin birinci alt boyut (yenidoğan bakımı ve lohusalık) için regresyon katsayıları incelendiğinde standartlaştırılmış faktör yüklerinin 0.873 ile 1.221 arasında değiştiği görülmektedir. Bu alt boyutta en yüksek faktör yüküne sahip olan madde S74 maddesi olup teorik yapıyı oldukça güçlü bir şekilde temsil etmektedir. S70 maddesi ise 0.873 yük değeri ile en düşük faktör yüküne sahip olmakla birlikte 0,50 değerinin üzerinde olduğu için kabul edilebilir temsil gücünü ifade etmektedir.



Şekil 3.5. Geliştirilen ölçeğe ilişkin ikinci alt boyut (doğum süreci) için araştırma modeli (DFA-Yol analizi)

Geliştirilen ölçeğe ait ikinci alt boyut olan (doğum süreci) alt boyutunun doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre $p < 0,001$ düzeyinde anlamlı olduğu, alt boyutu oluşturan 10 maddenin ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.26. İkinci alt boyut (doğum süreci) için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uyum indeks sonuçları

Kriter	Kriter değeri	Model değeri ve sonuç
χ^2	-	67,140
CMIN/DF (χ^2 /sd)	≤ 3	2,398
GFI	$\geq 0,85$	0,967
AGFI	$\geq 0,80$	0,935
NFI	$\geq 0,90$	0,968
NNFI (TLI)	$\geq 0,90$	0,970
RFI	$\geq 0,90$	0,949
IFI	$\geq 0,90$	0,981
CFI	$\geq 0,90$	0,981
RMSEA	$\leq 0,08$	0,059
RMR	$\leq 0,08$	0,014
AVE (ortalama açıklanan varyans)	$\geq 0,40$	0,556
CR (bileşik güvenirlik)	$\geq 0,70$	0,926

Tablo 3.26’da ikinci alt boyut (doğum süreci) için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uyum indeks sonuçları incelendiğinde χ^2 değeri 67,140 ve CMIN/DF (χ^2 /sd) değeri 2,398 olarak elde edilmiştir. GFI (Goodness of Fit Index) değeri 0,967; AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) değeri 0,935; NFI (Normed Fit Index) değeri 0,968; NNFI (Non-Normed Fit Index veya Tucker-Lewis Index - TLI) değeri 0,970 olup, RFI (Relative Fit Index) değeri 0,949; IFI (Incremental Fit Index) değeri 0,981; CFI (Comparative Fit Index) değeri 0,981, RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) değeri 0,059 ve RMR (Root Mean Square Residual - Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü) değeri ise 0,014 olup bu değerler tüm uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğunu, modelin iyi bir uyum gösterdiğini ve modelin veriye uygunluğunun yeterli olduğunu göstermektedir.

AVE (ortalama açıklanan varyans) ve CR (bileşik güvenirlik) değerleri incelendiğinde ise sırasıyla 0,556 ve 0,926 değerleri kabul edilen referans değerlerin üzerinde olup modelin uyum iyiliğini göstermektedir.

Tablo 3.27. Geliştirilen ölçeğe ilişkin ikinci alt boyut (doğum süreci) için regresyon katsayıları

		Estimate	S.E.	C.R.	p
S46	Doğum Süreci	1,000			
S47	Doğum Süreci	1,046	,086	12,138	<0.001
S49	Doğum Süreci	1,242	,090	13,790	<0.001
S50	Doğum Süreci	1,190	,087	13,754	<0.001
S53	Doğum Süreci	1,157	,105	10,973	<0.001
S57	Doğum Süreci	1,226	,092	13,288	<0.001
S58	Doğum Süreci	1,027	,090	11,439	<0.001
S61	Doğum Süreci	1,227	,083	14,732	<0.001
S63	Doğum Süreci	1,175	,080	14,629	<0.001
S64	Doğum Süreci	1,148	,077	14,905	<0.001

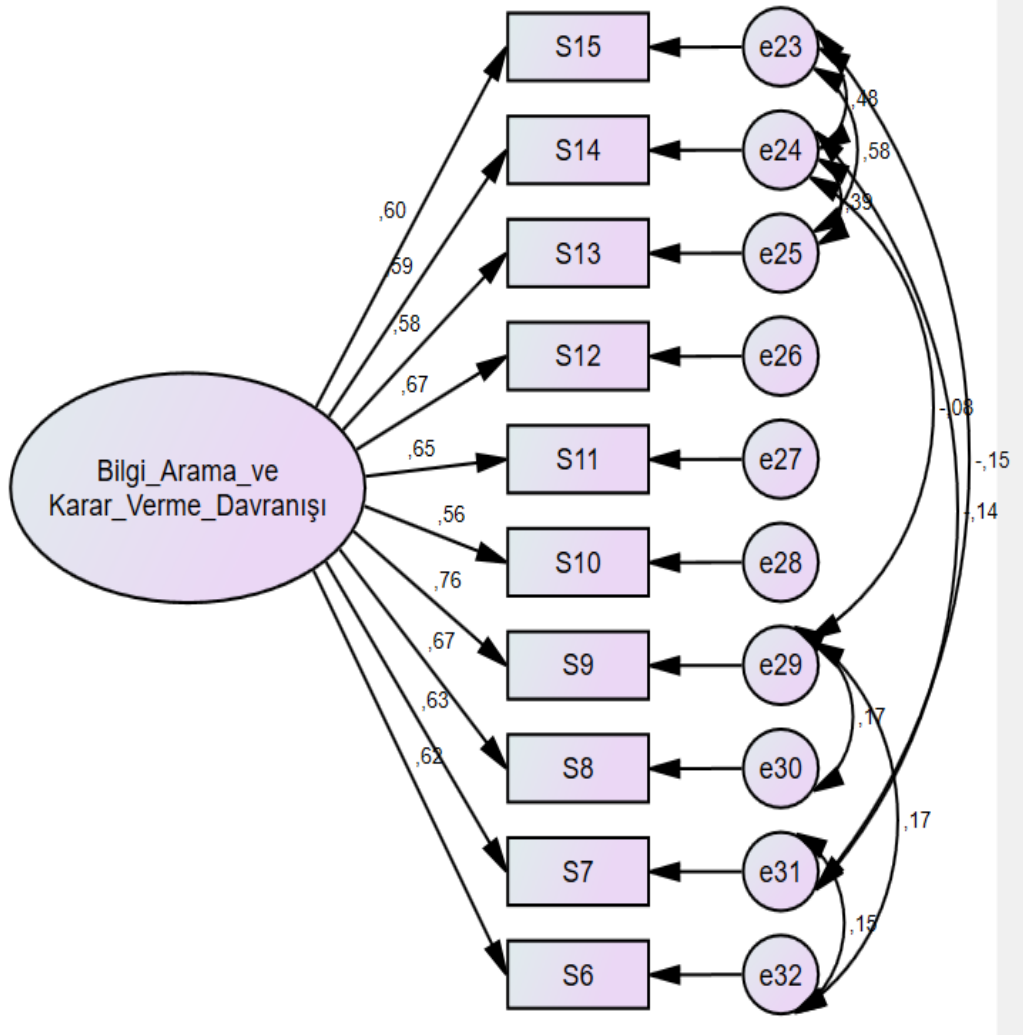
Tablo 3.27’de geliştirilen ölçeğe ilişkin ikinci alt boyut (doğum süreci) için regresyon katsayıları incelendiğinde faktör yüklerinin 1,000 ile 1,242 arasında değiştiği görülmektedir. Bu alt boyutta en yüksek faktör yüküne sahip olan madde S49 maddesi olup teorik yapıyı oldukça güçlü bir şekilde temsil etmektedir. S46 maddesi ise 1,000 yük değeri ile en düşük faktör yüküne sahip olmakla birlikte 0,50 değerinin üzerinde olduğu için kabul edilebilir temsil gücünü ifade etmektedir.

Tablo 3.28. Geliştirilen ölçeğe ilişkin ikinci alt boyut (doğum süreci) için standardize edilmiş regresyon katsayıları

		Estimate
S46	Doğum Süreci	,695
S47	Doğum Süreci	,581
S49	Doğum Süreci	,750
S50	Doğum Süreci	,750
S53	Doğum Süreci	,587
S57	Doğum Süreci	,710
S58	Doğum Süreci	,607
S61	Doğum Süreci	,803
S63	Doğum Süreci	,785
S64	Doğum Süreci	,803

Tablo 3.28’de geliştirilen ölçeğe ilişkin ikinci alt boyut (doğum süreci) için standardize edilmiş regresyon katsayıları incelendiğinde standartlaştırılmış faktör

yüklerinin 0,587 ile 0,803 arasında değiştiği görülmektedir. Bu alt boyutta en yüksek faktör yüküne sahip olan madde S61 ve S64 maddeleri olup teorik yapıyı oldukça güçlü bir şekilde temsil etmektedir.



Şekil 3.6. Geliştirilen ölçeğe ilişkin üçüncü alt boyut (bilgi arama ve karar verme davranışı) için araştırma modeli (DFA-Yol analizi)

Geliştirilen ölçeğe ait üçüncü alt boyut olan (bilgi arama ve karar verme davranışı) alt boyutunun doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre üçüncü alt boyutun $p < 0,001$ düzeyinde anlamlı olduğu, alt boyutu oluşturan 10 maddenin ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.29. Üçüncü alt boyut (bilgi arama ve karar verme davranışı) için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uyum indeks sonuçları

Kriter	Kriter değeri	Model değeri ve sonuç
χ^2	-	55,043
CMIN/DF (χ^2 /sd)	≤ 3	2,117
GFI	$\geq 0,85$	0,974
AGFI	$\geq 0,80$	0,944
NFI	$\geq 0,90$	0,968
NNFI (TLI)	$\geq 0,90$	0,970
RFI	$\geq 0,90$	0,945
IFI	$\geq 0,90$	0,983
CFI	$\geq 0,90$	0,983
RMSEA	$\leq 0,08$	0,053
RMR	$\leq 0,08$	0,012
AVE (ortalama açıklanan varyans)	$\geq 0,40$	0,478
CR (bileşik güvenirlik)	$\geq 0,70$	0,901

Tablo 3.29’da üçüncü alt boyut (bilgi arama ve karar verme davranışı) için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uyum indeks sonuçları incelendiğinde χ^2 değeri 55,043 ve CMIN/DF (χ^2 /sd) değeri 2,117 olarak elde edilmiştir. GFI (Goodness of Fit Index) değeri 0,974; AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) değeri 0,944; NFI (Normed Fit Index) değeri 0,968; NNFI (Non-Normed Fit Index veya Tucker-Lewis Index - TLI) değeri 0,970 olup, RFI (Relative Fit Index) değeri 0,945; IFI (Incremental Fit Index) değeri 0,983; CFI (Comparative Fit Index) değeri 0,983, RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) değeri 0,053 ve RMR (Root Mean Square Residual - Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü) değeri ise 0,012 olup bu değerler tüm uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğunu, modelin iyi bir uyum gösterdiğini ve modelin veriye uygunluğunun yeterli olduğunu göstermektedir.

AVE (ortalama açıklanan varyans) ve CR (bileşik güvenirlik) değerleri incelendiğinde ise sırasıyla 0,478 ve 0,901 değerleri kabul edilen referans değerlerin üzerinde olup modelin uyum iyiliğini göstermektedir.

Tablo 3.30. Geliştirilen ölçeğe ilişkin üçüncü alt boyut (bilgi arama ve karar verme davranışı) için regresyon katsayıları

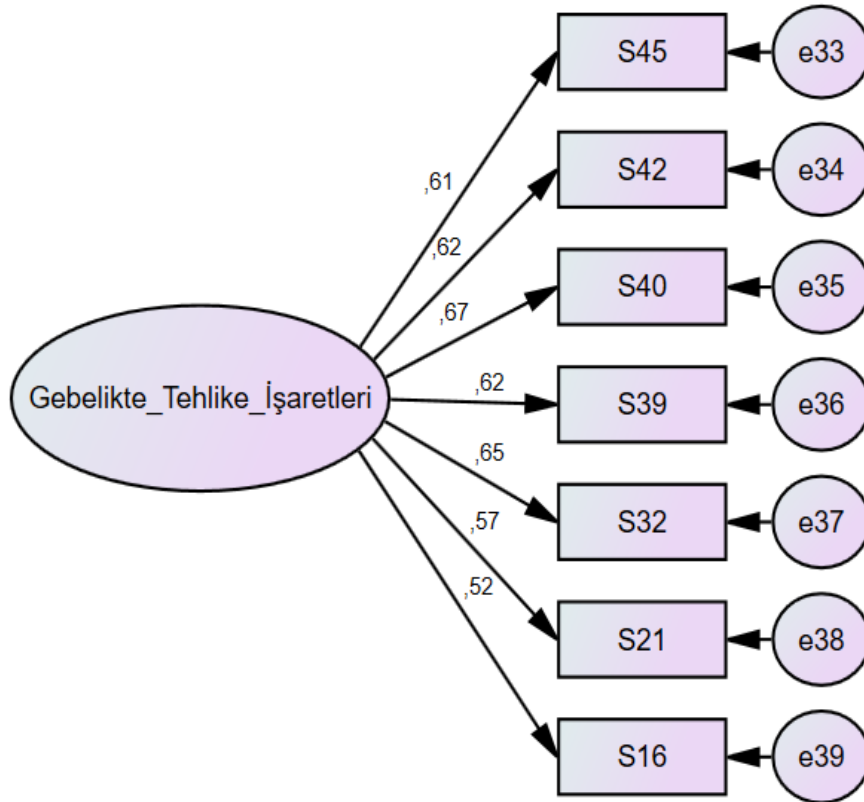
		Estimate	S.E.	C.R.	P
S15	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	1,000			
S14	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	1,054	,081	12,950	<0.001
S13	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,929	,065	14,385	<0.001
S12	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	1,165	,112	10,356	<0.001
S11	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	1,109	,109	10,193	<0.001
S10	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	1,205	,133	9,087	<0.001
S9	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	1,193	,108	11,079	<0.001
S8	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	1,097	,108	10,166	<0.001
S7	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	1,224	,133	9,230	<0.001
S6	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	1,013	,106	9,572	<0.001

Tablo 3.30’de geliştirilen ölçeğe ilişkin üçüncü alt boyut (bilgi arama ve karar verme davranışı) için regresyon katsayıları incelendiğinde faktör yüklerinin 0,929 ile 1,224 arasında değiştiği görülmektedir. Bu alt boyutta en yüksek faktör yüküne sahip olan madde S7 maddesi olup teorik yapıyı oldukça güçlü bir şekilde temsil etmektedir. S13 maddesi ise 0,929 yük değeri ile en düşük faktör yüküne sahip olmakla birlikte 0,50 değerinin üzerinde olduğu için kabul edilebilir temsil gücünü ifade etmektedir.

Tablo 3.31. Geliştirilen ölçeğe ilişkin üçüncü alt boyut (bilgi arama ve karar verme davranışı) için standardize edilmiş regresyon katsayıları

		Estimate
S15	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,603
S14	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,590
S13	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,575
S12	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,670
S11	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,654
S10	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,559
S9	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,763
S8	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,666
S7	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,629
S6	Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	,617

Tablo 3.31’de geliştirilen ölçeğe ilişkin üçüncü alt boyut bilgi arama ve karar verme davranışı) için standardize edilmiş regresyon katsayıları incelendiğinde standartlaştırılmış faktör yüklerinin 0,559 ile 0,763 arasında değiştiği görülmektedir. Bu alt boyutta en yüksek faktör yüküne sahip olan madde S9 maddesi olup teorik yapıyı oldukça güçlü bir şekilde temsil etmektedir. S10 maddesi ise 0.559 yük değeri ile en düşük faktör yüküne sahip olmakla birlikte 0,50 değerinin üzerinde olduğu için kabul edilebilir temsil gücünü ifade etmektedir.



Şekil 3.7. Geliştirilen ölçeğe ilişkin dördüncü alt boyut (gebelikte tehlike işaretleri) için araştırma modeli (DFA-Yol analizi)

Geliştirilen ölçeğe ait dördüncü alt boyut olan (gebelikte tehlike işaretleri) alt boyutunun doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre 4. alt boyutun $p < 0,001$ düzeyinde anlamlı olduğu, alt boyutu oluşturan 7 maddenin ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.32. Dördüncü alt boyut (gebelikte tehlike işaretleri) için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uyum indeks sonuçları

Kriter	Kriter değeri	Model değeri ve sonuç
χ^2	-	21,438
CMIN/DF (χ^2/sd)	≤ 3	1,531
GFI	$\geq 0,85$	0,985
AGFI	$\geq 0,80$	0,971
NFI	$\geq 0,90$	0,968
NNFI (TLI)	$\geq 0,90$	0,983
RFI	$\geq 0,90$	0,953
IFI	$\geq 0,90$	0,989
CFI	$\geq 0,90$	0,989
RMSEA	$\leq 0,08$	0,036
RMR	$\leq 0,08$	0,015
AVE (ortalama açıklanan varyans)	$\geq 0,40$	0,462
CR (bileşik güvenirlik)	$\geq 0,70$	0,857

Tablo 3.32’de dördüncü alt boyut (gebelikte tehlike işaretleri) için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uyum indeks sonuçları incelendiğinde χ^2 değeri 21,438 ve CMIN/DF (χ^2/sd) değeri 1,531 olarak elde edilmiştir. GFI (Goodness of Fit Index) değeri 0,985; AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index) değeri 0,971; NFI (Normed Fit Index) değeri 0,968; NNFI (Non-Normed Fit Index veya Tucker-Lewis Index - TLI) değeri 0,983 olup, RFI (Relative Fit Index) değeri 0,953; IFI (Incremental Fit Index) değeri 0,989; CFI (Comparative Fit Index) değeri 0,989, RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) değeri 0,036 ve RMR (Root Mean Square Residual - Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü) değeri ise 0,015 olup bu değerler tüm uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırlarda olduğunu, modelin iyi bir uyum gösterdiğini ve modelin veriye uygunluğunun yeterli olduğunu göstermektedir.

AVE (ortalama açıklanan varyans) ve CR (bileşik güvenirlik) değerleri incelendiğinde ise sırasıyla 0,462 ve 0,857 değerleri iyi kabul edilen referans değerlerin üzerinde olup modelin uyum iyiliğini göstermektedir.

Tablo 3.33. Geliştirilen ölçeğe ilişkin dördüncü alt boyut (gebelikte tehlike işaretleri) için regresyon katsayıları

		Estimate	S.E.	C.R.	p
S45	Gebelikte Tehlike İşaretleri	1,000			
S42	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,897	,093	9,617	<0.001
S40	Gebelikte Tehlike İşaretleri	1,046	,103	10,147	<0.001
S39	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,920	,095	9,670	<0.001
S32	Gebelikte Tehlike İşaretleri	1,025	,104	9,896	<0.001
S21	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,938	,103	9,086	<0.001
S16	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,783	,094	8,367	<0.001

Tablo 3.33'te geliştirilen ölçeğe ilişkin dördüncü alt boyut (gebelikte tehlike işaretleri) için regresyon katsayıları incelendiğinde faktör yüklerinin 0,783 ile 1,046 arasında değiştiği görülmektedir. Bu alt boyutta en yüksek faktör yüküne sahip olan madde S40 maddesi olup teorik yapıyı oldukça güçlü bir şekilde temsil etmektedir. S16 maddesi ise 0,783 yük değeri ile en düşük faktör yüküne sahip olmakla birlikte 0,50 değerinin üzerinde olduğu için kabul edilebilir temsil gücünü ifade etmektedir.

Tablo 3.34. Geliştirilen ölçeğe ilişkin dördüncü alt boyut (gebelikte tehlike işaretleri) için standardize edilmiş regresyon katsayıları

		Estimate
S45	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,614
S42	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,620
S40	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,670
S39	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,625
S32	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,646
S21	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,574
S16	Gebelikte Tehlike İşaretleri	,517

Tablo 3.34'de geliştirilen ölçeğe ilişkin dördüncü alt (gebelikte tehlike işaretleri) için standardize edilmiş regresyon katsayıları incelendiğinde standartlaştırılmış faktör yüklerinin 0,517 ile 0,670 arasında değiştiği görülmektedir. Bu alt boyutta en yüksek faktör yüküne sahip olan madde S40 maddesi olup teorik yapıyı oldukça güçlü bir şekilde temsil etmektedir. S16

maddesi ise 0.517 yük değeri ile en düşük faktör yüküne sahip olmakla birlikte 0,50 değerinin üzerinde olduğu için kabul edilebilir temsil gücünü ifade etmektedir.



4. TARTIŞMA

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık bilgisine erişim, anlama, yorumlama ve kullanma becerisini ifade eden hasta eğitimi ve hastalık yönetiminde rolü olan kritik bir yetkinliktir. Gebelik okuryazarlığı ise bu yetkinliğin kadınların sağlıklı kararlar almasını ve gebelik sürecine özgü ihtiyaç duyulan spesifik bilgilerin doğru şekilde uygulaması aşamasını kapsayan bir alt boyuttur.

Gebelik dönemi psikolojik, fizyolojik ve sosyal değişimlerin yoğun yaşandığı bir süreç olduğundan; gebelerin bu değişimleri fark edebilmesi, doğru şekilde yorumlayabilmesi ve bilgiye erişim çabası göstermesi, sürecin hem anne hem de bebek sağlığı üzerindeki sonuçlarını doğrudan etkileyebilir. Bu dönemde anne adaylarından, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite gibi olumlu sağlık davranışları sürdürmesi istenirken; doğuma hazırlık, bebek beslenmesi, yenidoğan bakımı gibi yeni davranışların benimsenmesi ve aynı zamanda sigara, alkol kullanımı, sağlıksız beslenme ve hareketsiz yaşam gibi olumsuz sağlık davranışları da bırakması beklenir. Dolayısıyla gebelik dönemi, hem bu değiştirilebilir risk faktörleriyle mücadele etmek hem de gebelik okuryazarlığını geliştirmeye yönelik müdahaleler açısından kritik bir süreç olup bu yönleriyle etkileşimli “öğretilebilir bir an” olarak değerlendirilebilir. Çünkü bu dönemde anne adayları hem kendilerinin hem de bebeklerinin sağlığını iyileştirme motivasyonu ile hareket etmeye istekli olduklarından bahsedilen sağlık davranışı değişikliklerine ve geliştirici faaliyetlere açık/uyumlanmaya daha yatkın olabilirler. Dolayısıyla bu alanda iyileştirici ve hedefe yönelik müdahalelerin planlanması, anne adaylarının sağlık bilgilerine erişim, bu bilgileri anlama ve doğru şekilde kullanma becerilerinin yeterli düzeyde olup olmadığının anlaşılması ve ihtiyaçların belirlenebilmesi için gebelik okuryazarlığı seviyesinin tespit edilebilmesi bir ön koşuldur. Ancak ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde gebelik okuryazarlığını ölçmek üzere geliştirilmiş geçerlik ve güvenilirliği test edilmiş özgün bir ölçeğe rastlanmamıştır. Araştırmacıların gebelik dönemine özgü okuryazarlık seviyesinin tespiti ile ilgili çalışmalar yapmak için genel sağlık okuryazarlık ölçeklerini (TSOY32, ASOY-TR, YSOÖ, HLS14, SILS... vb.) kullandıkları ya da kendi oluşturdukları soru havuzlarını kullandıkları görülmüştür. Fakat gebelik dönemi spesifik bir dönemle sınırlı, yalnızca o döneme özgü bilgi ve belirteçlerle karakterize edilen bir dönem olduğu için genel sağlık okuryazarlığı ölçüm sonuçları üzerinden gebelik

okuryazarlığı ile ilgili bulgu, öngörü ve tavsiyelerde bulunulması gerçekçi bir yaklaşım olmayacaktır. Bu sebeplerle gebelik sürecinin özelliklerini dikkate alan, anlamlı, hedefe yönelik ve spesifik sağlık davranışlarını ölçebilecek sorular içeren, anne adaylarının bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve sağlıklı davranış geliştirme kapasitelerini değerlendirmede bir araç olarak kullanılmak üzere bilimsel geçerlik ve güvenilirliği olan gebelik okuryazarlığı ölçeğinin geliştirilmesi planlanmıştır.

Bu tez çalışması kapsamında gebelik sürecindeki bireylerin bilgiye ulaşma, kavrama, değerlendirme ve hayata geçirme yetkinliklerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen Gebelik Okuryazarlığı Ölçeği (GOY) kapsamlı bir süreçle tasarlanmıştır. Çalışmada uygulanan açıklayıcı (AFA) ve doğrulayıcı (DFA) faktör analizleri ile ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik açısından güçlü olduğunu ortaya konmuştur. Bolu İli'nde yaşayan gebeler üzerinde yapılan bu ölçek geliştirme çalışması sonucunda; Gebelik Okuryazarlığı Ölçeği'nin, ölçek olarak kabul edilebilmesi için gereken standartları sağlayan, gebelik dönemine özgü sağlık okuryazarlığını ölçebilen, mevcut haliyle geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır. Ölçek geliştirme sürecinin aşamaları ve elde edilen sonuçlar aşağıda açıklandığı gibi ilerletilmiştir.

Gebelik okuryazarlığı ölçeğinin taslak soru havuzunu oluşturmak için öncelikle literatürde “genel sağlık okuryazarlığını” ölçmeye yönelik kullanılan ölçeklerden faydalanılmıştır. Bu kapsamda Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ASOY-TR), Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (T-SOY), Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Adölesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SILS (Single Item Literacy Screen)-Tek Maddelik Sağlık Okuryazarlığı Taraması, HLS14, Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği ve Gebelikte Anne Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'ndeki ifadeler temel alınarak gebelik okuryazarlığını ölçmeye yönelik sorular formatında hazırlanmıştır. İlk aşamada 90 sorudan oluşan bir taslak soru havuzu oluşturulmuş ve 2 uzman ebe, 3 pratisyen hekim, 3 aile hekimi uzmanı ve 4 kadın doğum uzmanı olmak üzere toplam 12 uzman ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Ölçekte kalmasına karar verilecek soruların kapsam geçerliliğini belirlenmesi için Lawshe tekniği uygulanmış ve uzmanlardan her soruyu “gerekli”, “gerekli ama yetersiz” veya “gerekli değil” olarak kodlamaları istenmiştir. “Gerekli ama yetersiz” seçeneğinin işaretlenmesi durumunda ilgili soru için uzmanlardan öneriler alınmış ve maddeler revize edilmiştir. İlaveten uzmanların önerilerine göre yeni sorular ilave edilmiştir. Toplam 4 yüz yüze

görüşme neticesinde tüm uzmanlar maddeleri “gerekli” ya da “gerekli değil” formatında kodladıkları için 89 madde ile görüşmeler sonlandırılmıştır. Daha sonra bu 89 maddelik taslak ölçek için kapsam geçerlik oranı ve kapsam geçerlik indeksi değerleri hesaplanmış ve kapsam geçerlik oranı (KGO) “0 ya da negatif” değer alan 12 madde elendikten sonra 77 madde ile taslak ölçek elde edilerek soruların dil yönünden uygunluğu değerlendirildikten sonra bu 77 maddelik taslak ölçek ile uygulama aşamasına geçilmiştir.

Taslak ölçekteki soruların anlam yönünden uygunluğu, anlaşılamayan soru olup olmadığının değerlendirilmesi için 30 gebeye uygulama yapılmış olup daha sonra 100 gebe ile pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma sonucunda açıklayıcı faktör analizi aşamasında analizin şartlarına uymayan ve yapıyı bozan/açıklanan varyans oranını düşüren 27 madde ve binişik olan 11 madde analizden çıkarılmış ve 39 maddelik nihai gebelik okuryazarlığı ölçeği elde edilmiştir. Daha sonra bu 39 maddelik nihai ölçek kullanılarak 401 katılımcı ile veri toplama süreci tamamlanarak analizlere başlanmıştır. Örneklem birim sayısının yeterliliğini gösteren KMO değerinin 0,941 ile kabul edilebilir olduğu ve Bartlett küresellik testinde $\text{sig.} < 0.05$ olduğu görülmüştür.

Açıklayıcı faktör analizi için faktör yükü 0,40 üzerinde ve özdeğeri 1’in üzerinde olan varimax döndürmesi sonunda 4 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Elde edilen faktörler “yenidoğan bakımı ve lohusalık”, “doğum süreci ve hazırlık”, “bilgi arama ve karar verme davranışı” ve “gebelikte tehlike işaretleri” olarak isimlendirilmiştir. Bu 4 faktörün birlikte toplam açıkladığı varyans oranı % 52,078’dir. Ölçekte yer alan maddelerin faktör yükleri 0,489 ile 0,718 değerleri arasında değişmekte; madde toplam puan korelasyonları ise 0,329 ile 0,698 değerleri arasında olup maddelerin ait olduğu yapıyı yeterli seviyede açıkladığı görülmüştür.

İç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı ile incelenmiş ve Cronbach’s Alpha katsayısı ölçek geneli için 0,951 değeri ile ölçeğin güvenilir olduğu ortaya konmuştur. Alt boyutlarda ise Cronbach’s Alpha değeri sırasıyla yenidoğan bakımı ve lohusalık alt boyutu için 0,901; doğum süreci ve hazırlık alt boyutu için 0,906; bilgi arama ve karar verme davranışı alt boyutu için 0,875 ve gebelikte tehlike işaretleri alt boyutu için 0,805 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla alt boyutlarda 0,70 değerinin üzerinde olduğu için alt boyutlarında güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

İlaveten güvenilirlik belirlenmeye çalışılırken Cronbach's Alpha değerinin yanı sıra madde çıkarma analizi ve %27'lik alt ve üst grupların karşılaştırılması yöntemleri ile de incelenmiş ve ölçeğin güvenilir olduğu desteklenmiştir. Madde çıkarma analizinde herhangi bir maddenin ölçekten çıkarılması durumunda Cronbach's Alpha değerini daha fazla yükselten bir madde olmadığı için madde çıkarımına ihtiyaç olmamıştır. Bu durum gebelik okuryazarlığı ölçeğinin tüm maddelerinin iç tutarlılık açısından ölçeğe olumlu katkı sağladığını ve ölçek genelinde yüksek bir güvenilirlik düzeyinin mevcut olduğunu desteklemektedir. Alt ve üst %27'lik grupların karşılaştırılması ile güvenilirlik incelendiğinde ise bu gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve dolayısıyla gebelik okuryazarlığı seviyelerinde alt ve üst grupların ölçek maddelerinin ölçülen özellik açısından tutarlı ve güvenilir bir şekilde farklılık yarattığını yani ölçeğin ayırt edici özelliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum geliştirilen ölçeğin sorularının düşük ve yüksek düzeyde gebelik okuryazarlığına sahip bireyleri doğru bir şekilde ayırt edebildiğini ve bu bağlamda ölçme güvenirliliğinin sağlandığını ifade eder.

Açıklayıcı faktör analizi ile belirlenen yapı doğrulayıcı faktör analizi ile doğrulanmış, ortaya çıkan modelin $\chi^2/sd \leq 3$, GFI $\geq 0,85$; AGFI $\geq 0,80$; NFI, NNFI (TLI), RFI, IFI ve CFI $\geq 0,90$ ile RMSEA ve RMR $\leq 0,08$ şartlarını sağlayarak bu parametrelerin kabul edilebilir sınırlar ile uyumlu olduğu saptanmıştır. Ölçeğin yapısal uygunluğu için değerlendirilen Fornell-Larcker kriteri, HTMT kriteri, CR ve AVE parametreleri de kabul edilen uyum sınırları içerisinde olup ölçeğin geçerliğine yeterli kanıt sağlamaktadır.

Açıklayıcı faktör analizi sonunda elde edilen 4 faktörün birlikte toplam açıkladığı varyans oranı % 52,08'dir. Birinci faktör olan “yenidoğan bakımı ve lohusalık” faktörünün açıkladığı varyans oranı % 15,05 olup 12 maddeden oluşmakta ve faktör yükleri 0,499 ile 0,716 arasında değişmektedir. Bu faktör, doğum sonrası dönemde annenin ve bebeğin sağlıklı bir şekilde adapte olmasını destekleyen bilgi ve becerileri kapsar. Yenidoğan bakımı, emzirme, uyku düzeni, hijyen ve bebekle bağ kurma gibi konularda annenin doğru bilgiye sahip olması, hem bebeğin sağlıklı gelişimini hem de annenin ruhsal ve fiziksel iyilik halini destekler. Lohusalık dönemi, hormonal değişiklikler ve fiziksel iyileşme süreci nedeniyle kadınların sağlık desteğine ve bilinçli rehberliğe en çok ihtiyaç duyduğu dönemlerden biridir. Bu alt boyutun yeterliliği, anne ve yenidoğan sağlığını olumlu

yönde etkileyerek, postpartum depresyon riskini azaltabilir ve aile içindeki ilişkilerin güçlenmesine katkıda bulunabilir.

İkinci faktör olan “doğum süreci ve hazırlık” faktörünün açıkladığı varyans oranı % 13,76 olup 10 maddeden oluşmakta ve faktör yükleri 0,495 ile 0,702 arasında değişmektedir. Bu faktör doğum süreci ve hazırlığa ilişkin bilgi ve farkındalık, doğum öncesi dönemde anne adaylarının hem fiziksel hem de zihinsel olarak hazırlanmasını içerir. Bu faktör; doğum yöntemleri, ağrı yönetimi, doğum sonrası bakım ve olası komplikasyonlar gibi konularda bilgi sahibi olmayı gerektirir. Kadınların doğum sürecine ilişkin yeterli bilgiye sahip olmaları, doğum sırasında daha az stres yaşamalarına ve bilinçli kararlar almalarına olanak tanır. Ayrıca, doğum hazırlığına yönelik eğitimler, kadınların sağlık hizmetleriyle iş birliği yapmasını kolaylaştırarak hem anne hem de bebek sağlığı üzerinde olumlu bir etki yaratır.

Üçüncü faktör olan “bilgi arama ve karar verme davranışı” faktörünün açıkladığı varyans oranı % 12,91 olup 10 maddeden oluşmakta ve faktör yükleri 0,532 ile 0,760 arasında değişmektedir. Bu faktör anne adaylarının gebelikle ilgili bilgiye ulaşma, bilgiyi değerlendirme ve bu bilgiyi karar verme sürecinde kullanma becerilerini kapsar. Kadınların güvenilir bilgi kaynaklarına erişebilmesi, sağlık profesyonelleriyle etkin iletişim kurabilmesi ve doğru kararlar alabilmesi, gebelik sürecinde ortaya çıkabilecek risklerin önlenmesinde kritik bir rol oynar. Bilgiye dayalı karar verme davranışı, kadınların hem gebelik hem de doğum sürecinde daha aktif bir rol üstlenmelerine ve sağlıkla ilgili kendi sorumluluklarını daha bilinçli bir şekilde yerine getirmelerine olanak tanır.

Dördüncü faktör olan “gebelikte tehlike işaretleri” faktörünün açıkladığı varyans oranı % 10,36 olup 7 maddeden oluşmakta ve faktör yükleri 0,489 ile 0,644 arasında değişmektedir. Bu faktör gebelikte tehlike işaretlerinin farkında olmak, anne ve bebeğin sağlığını tehdit edebilecek durumların erken tanınmasını ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlar. Kanama, yüksek tansiyon, şiddetli baş ağrısı ve fetal hareketlerde azalma gibi belirtileri tanıyabilmek, anne adaylarının zamanında sağlık hizmetine başvurmasına imkan tanır. Bu alt boyutun önemi, anne ve bebek ölümlerinin önlenmesindeki kritik rolüyle daha da belirgin hale gelir. Kadınların gebelikte tehlike işaretlerine dair bilinçlendirilmesi, hem bireysel sağlık okuryazarlığını artırır hem de toplumsal düzeyde sağlıklı gebelik ve doğum oranlarını destekler.

Gebelik okuryazarlığı ölçeğinin genel betimleyici istatistikleri incelendiğinde ölçek genel ortalaması $4,33\pm0,40$; yenidoğan bakımı ve lohusalık alt boyutu için $4,21\pm0,48$ ortalama; doğum süreci ve hazırlık alt boyutu için $4,40\pm0,48$ ortalama; bilgi arama ve karar veröe davranışı alt boyutu için $4,50\pm0,42$ ortalama ve gebelikte tehlike işaretleri alt boyutu için $4,18\pm0,50$ ortalama olarak bulunmuştur.



5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelik okuryazarlığı seviyesi, anne adaylarının bilgiye erişim, anlama ve kullanma becerilerini yansıtarak sağlık davranışlarını ve gebelik sürecine uyumlarını doğrudan etkiler. Bu seviyenin ölçülmesi, yalnızca mevcut durumun analiz edilmesine değil, aynı zamanda eksikliklerin belirlenerek iyileştirici müdahalelerin hedeflenmesine olanak tanırken anne adaylarının eğitim ihtiyaçlarını daha doğru bir şekilde tanımlayarak bireyselleştirilmiş sağlık eğitim programlarının tasarlanmasını ve uygulanmasını da mümkün kılar.

Gebelik okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi hem bireysel hem de toplumsal sağlık çıktılarının optimize edilmesi açısından kadınların gebelik ve doğum sürecinde adil, eşit ve kaliteli sağlık hizmeti almasını destekleyecek bir adım olarak değerlendirilebilir. Gebelikten lohusalık dönemine kadar, gebelerin doğru sağlık bilgilerine erişimini, bu bilgileri anlama ve kullanma kapasitelerini artırmak; farkındalık geliştirmek, sağlıklı yaşam davranışlarını teşvik etmek ve anne ile yenidoğan bakım kalitesini iyileştirmek açısından güçlü gebelik sağlık okuryazarlığı kritik bir rol oynamaktadır. Ölçek olmaksızın, gebelik okuryazarlığı seviyesine ilişkin geliştirilmiş yaklaşımlar hem eksik kalabilir hem de etkin olmayan müdahalelere yol açabilir.

Mevcut genel sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin, gebelik gibi özel bir dönemin kendine özgü ihtiyaç ve belirteçlerini yeterince yansıtamadığı göz önüne alındığında, gebelik okuryazarlığına özgü bir ölçeğin geliştirilmesi kaçınılmaz bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır. Ölçeğin varlığı gebelerin kendi sağlık sorumluluklarını alabilmeleri açısından bilgi arama davranışlarının değerlendirilmesi, gebelerin yanlış bilgiye maruz kalmasını önleyerek doğru yönlendirmeler yapılmasını mümkün kılabilir. Gebelikte karşılaşılabilecek olası komplikasyonlara yönelik farkındalık ve bu durumlara karşı doğru tepkileri ölçme ve önleyici sağlık hizmetlerini ideale yakın sunma fırsatı sağlayabilir. Özellikle gebelik eğitimi veren hekimler, ebeler, hemşireler başta olmak üzere sağlık profesyonelleri için, anne adaylarının eğitim gereksinimlerini daha doğru belirleme, riskli grupları tespit etme ve önleyici sağlık hizmetlerinin planlanması, ihtiyaçlara yönelik bireyselleştirilmiş müdahale programları, ilgili eğitim programlarının etkinliğinin değerlendirilmesi süreçlerine rehberlik edebilir. Ayrıca ölçek, anne adaylarının ihtiyaçlarını daha iyi anlamaya yönelik kültürel ve sosyal faktörlerin

değerlendirilmesinde de bir araç olarak kullanılıp bireyselleştirilmiş sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine katkıda bulunabilir.

Gebelik okuryazarlığının yeterli seviyede olması, doğum sonrası izlemler ve yenidoğan kontrollerinin düzenli yapılması gibi olumlu sonuçlar doğurabilir. Temel eğitimler ve basit önlemlerle gebelerin tehlike işaretlerini fark etmesi ve önlem alıcı davranışlar geliştirmesi sağlanabilir. Ayrıca, gebelik döneminde verilecek eğitimlerin içerik, nitelik ve niceliğinin, gebenin bilgi seviyesi göz önünde bulundurularak yapılandırılması büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, ölçek aracılığıyla gebenin bilgi düzeyine dair detaylı bir değerlendirme yapılabilir ve eğitimlerde özellikle eksik veya yanlış anlaşılan konulara vurgu yapılarak daha etkili bir öğrenme süreci sağlanabilir. Böylece, sağlık profesyonelleri tarafından yürütülen eğitimlerin hedef odaklı, anlamlı ve kalıcı bir etki yaratması mümkün olacaktır. Özellikle, bu süreçte elde edilen geri bildirimler, gebelik sürecinin yönetimine dair yeni stratejilerin geliştirilmesine zemin hazırlayabilir ve sağlıklı anne ve bebek sonuçlarının elde edilmesine önemli bir destek sağlayabilir.

Taslak ölçekte bulunan ancak açıklayıcı faktör analizi aşamasında istatistiksel olarak ölçekten çıkarılması gereken soruların (Tablo 3.15) bundan sonraki çalışmalara yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Çünkü bahsi geçen soruların, uzmanların görüşleriyle elde edilen ancak ölçek geliştirme aşamasında katılımcıların cevaplarken doğru yanıtta emin olmadıkları ya da cevabını bilemedikleri sorular olup faktör analizinde bozucu etki yapmışlardır. Bu sebeple taslak ölçekten çıkarılan sorular, gebelik dönemine özgü bilgi ve becerilerde eksiklikler yaşadığını ve bu alanlarda da rehberliğe ihtiyaç duyulduğunu ifade edebilir. Dolayısıyla çıkarılan bu soruların vurguladığı konular, gebelik okuryazarlığı seviyesini artırmaya yönelik eğitim programları ve farkındalık çalışmaları için önemli ipuçları sunmaktadır. Sağlık profesyonellerinin, özellikle gebelik ve doğum alanında çalışanların, sağlığın korunması ve geliştirilmesi rollerini etkin şekilde yerine getirebilmeleri açısından, bu ölçek ile elde edilen veriler ışığında gebelerin eksik ya da hatalı sağlık davranışlarına odaklanmaları önerilmektedir. Eğitim programlarına, ölçekten çıkarılan soruların işaret ettiği bilgi eksikliklerini gidermeye yönelik özel ders içerikleri eklenebilir. Bununla birlikte, görece daha düşük faktör yüklerine sahip maddeler üzerine tartışmalar yapılması ve modelin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar gerçekleştirilmesi düşünülebilir.

Sonuç olarak, her bir alt boyut gebelik sürecinin farklı yönlerini ele alarak bütüncül bir gebelik okuryazarlığı değerlendirmesi yapılmasına olanak tanımaktadır. Gebelik döneminin belli bir döneme özgü spesifik belirteçler ile karakterize edilen kritik bir dönem olması sebebiyle, çalışmamızda hem özgün bir yaklaşım sunmak hem de kanıta dayalı veri üretmek amacıyla, gebelik sürecindeki bireylerin bilgiye erişim, anlama, yorumlama ve kullanma bilgi ve becerilerini ölçebilecek, toplumun kültürel ve sosyal özelliklerine uygun, pratikte kullanılabilir, geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirilmiştir. Analiz sonuçları geliştirilen ölçeğin gebelik dönemindeki bireylerin bilgi düzeylerini, sağlık davranışlarını ve farkındalıklarını ölçebilecek; sağlık hizmetlerinde, eğitim programlarında ve araştırmalarda etkili bir şekilde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

- Akça, E., Gökyıldız Sürücü, Ş., ve Akbaş, M. (2020). Health perception, health literacy and related factors in pregnant women. *Journal of Inonu University Health Services Vocational School*, 8(3), 630-42. doi: 10.33715/inonusaglik.735467
- Altıparmak, S. (2014). Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Altunışık R., Coşkun R., Bayraktaroğlu S. ve Yıldırım E. (2012). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri SPSS uygulamalı* (7. Baskı). Sakarya Yayıncılık.
- Aylar, F., ve Nagihan, Evci. (2019). Derleme: Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Doğrulamalı Faktör Analizinin Kullanımı. *The Journal of Social Sciences*, 4(10), 389-412.
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., ve Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient education and counseling*, 38(1), 33-42.
- 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 Complement Altern Med*. 18(1), 229. doi: 10.1186/s12906-018-2283-9.
- Baydaş, A. ve Yalman, F. (2021). Sağlık hizmetlerinin etkin yönetilmesi açısından sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22, 791 – 824
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. Doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
- Büyüköztürk, Ş. (2015). *Veri analizi el kitabı* (21. Baskı). Pegem Akademi.
- Cesur B, Koçoğlu G ve Sümer H,. (2015). Evaluation Instrument of Nutrition Literacy On Adults (EINLA): The Study of Validity And Reliability. *Integrative food, nutrition and metabolism*, 2(3), 174-177.
- Chinn, Deborah. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social science & medicine*, 73(1), 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.004>
- Crozier, S. R., Robinson, S. M., Borland, S. E., Godfrey, K. M., Cooper, C. ve Inskip, H. M. (2009). Do women change their health behaviours in pregnancy? Findings from the Southampton Women's Survey. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 23(5), 446-453.
- Coşkun, S. ve Bebiş, H. (2015). Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Gülhane tıp dergisi*, 57(4), 378-384.
- Çelik, E.H. ve Yılmaz, V. (2016). *LISREL 9.1 ile yapısal eşitlik modellemesi* (3. Baskı). Anı Yayıncılık.
- Çobanoğlu A. (2020). Gebelerin ilaç kullanım durumu ve güvenli ilaç kullanımı bilgilerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(4): 463-469. DOI: 10.17049/ataunihem.499684
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., Büyüköztürk, Ş. (2018). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları* (5.Baskı). Pegem Akademi.
- Dadipoor S, Ramezankhani A, Alavi A, Aghamolaei T, Safari-Moradabadi A. (2017). Pregnant women's health literacy in the south of Iran. *J Family Reprod Health*. 11(4):211-218.

- Davis TC, Long S, Jackson RH, Mayaux EJ, George RB, Murphy PW and Crouch MA. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family Medicine*, 25(6), 391-395.
- Deveci Z, Karayurt Ö, Bilik O ve Eyigör S. (2020). Development of the Breast Cancer Related Lymphedema Self-Care Scale. *Clin Nurs Research*, 6, 1054773820947980. doi: 10.1177/1054773820947980.
- Durmuş, A., Akbolat, M., & Amarat, M. (2021). COVID-19 Aşı okuryazarlığı ölçeği'nin türkçe geçerlilik ve güvenirliliği. *Cukurova Medical Journal*, 46(2), 732-741. <http://dx.doi.org/10.17826/cumj.870432>
- Eker, Y. (2021). Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin tedaviye uyum ile ilişkisi [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Endres LK, Sharp LK, Haney E, Dooley SL. (2004). Health literacy and pregnancy preparedness in pregestational diabetes. *Diabetes care*, 27(2), 331-4.
- Eun-Hyun L.. Young W.L., Kwan-Woo L., Moonsuk, N. ve So Hun Kim. (2018). A new comprehensive diabetes health literacy scale: Development and psychometric evaluation. *Int J Nurs Stud*, 88, 1-8. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.08.002.
- Filiz, E., ve Bodur, S. (2022). Gebe kadımlarda sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisinin değerlendirilmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 3(1), 17-33.
- Filiz, M., Karagöz, Y., & Karaşin, Y. (2023). Ötenazi Konusunda Algı: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (52), 268-284.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.
- Gokdemir O, Kushwaha P, Shikha D, Petrazzuoli F ve Bhattacharya S. (2024). Health literacy and disease prevention. *Front Public Health*, 27(12), 1369146. doi: 10.3389/fpubh.2024.1369146.
- Gök, M. Ş., Küçük, K. ve Kanbur, A. (2022). Gebelerde sağlık okuryazarlığı ile sağlık uygulamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(6), 409-417.
- Gözlü, K. (2020). Sağlığın sosyal bir belirleyicisi: Sağlık okuryazarlığı A Social Determinant Of Health: Health Literacy. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 137-144.
- Guler, D. S., Sahin, S., Ozdemir, K., Unsal, A., ve Uslu Yuvacı, H. (2021). Health literacy and knowledge of antenatal care among pregnant women. *Health & social care in the community*, 29(6), 1815-1823.
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., van der Vaart, R., & Rijken, M. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient education and counseling*, 98(1), 41-48.
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2015). A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the academy of marketing science*, 43, 115-135.
- Henseler, J., Hubona, G., & Ray, P. A. (2016). Using PLS path modeling in new technology research: Updated guidelines. *Industrial management & data systems*, 116(1), 2-20.
- Hillier, S. E., ve Olander, E. K. (2017). Women's dietary changes before and during pregnancy: A systematic review. *Midwifery*, 49, 19-31.
- Ickes, S. B., Hurst, T. E., ve Flax, V. L. (2015). Maternal literacy, facility birth, and education are positively associated with better infant and young child feeding practices and nutritional status among Ugandan children. *The Journal of nutrition*, 145(11), 2578-2586.

- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes care*, 31(5), 874-879. <https://doi.org/10.2337/dc07-1932>
- Jones K, Parker E, Mills H, Brennan D. ve Jamieson LM. (2014). Development and psychometric validation of a health literacy in dentistry scale (HeLD). *Community Dent Health*, 31(1), 37-43.
- Kafkas, M.E. ve Özen, G. (2014). Obezite Farkındalık Ölçeği'nin (Ofö) Türkçeye uyarlanması: Bir geçerlik ve güvenirlik çalışması. *İnönü üniversitesi beden eğitimi ve spor bilimleri dergisi*, 1(2), 1-15.
- Kalaycı, Ş. (Ed.). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri* (9. Baskı). Dinamik Yayıncılık.
- Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1 Uygulamalı biyoistatistik tıp, eczacılık, diş hekimliği ve sağlık bilimleri için* (1. Baskı). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Karagöz, Y. ve Bardakçı, S. (2020). *Bilimsel araştırmalarda kullanılan ölçme araçları ve ölçek geliştirme* (1. Baskı). Nobel Yayıncılık.
- Karagöz, Y. (2016). *SPSS 23 ve AMOS uygulamalı istatistiksel analizler* (1. Baskı). Nobel Yayıncılık.
- Karakoç, A. G. D. F. Y., ve Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49.
- Kirchhoff, S., Dadaczynski, K., Pelikan, J. M., Zelinka-Roitner, I., Dietscher, C., Bittlingmayer, U. H., ve Okan, O. (2022). Organizational health literacy in schools: Concept development for health-literate schools. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8795.
- Kripalani, S., Risser, J., Gatti, M. E., & Jacobson, T. A. (2009). Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. *Value in health*, 12(1), 118-123.
- Kripalani, S., Robertson, R., Love-Ghaffari, MH, Henderson, LE, Praska, J., Strawder, A ve Jacobson, T.A. (2007). Düşük okuryazarlık hasta eğitim aracı olarak resimli bir ilaç programının geliştirilmesi. *Hasta eğitimi ve danışmanlığı* , 66 (3), 368-377.
- Licari, A., Castagnoli, R., Ciprandi, R., Marsegli, G. L., & Ciprandi, G. (2021). Inadequate literacy is associated with uncontrolled asthma in adolescents. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 127(5), 598-600. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2021.07.003>
- Liu, H., Li, S., Song, Y., ve Ju, M. (2021). Research on the health literacy status and compliance behavior of patients with acute coronary syndrome. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 1, 9648708.
- Lorcu, F. (2015). *Örneklerle veri analizi SPSS uygulamalı* (1. Baskı). Detay Yayıncılık.
- Lori JR, Dahlem CHY, Ackah JV, Adanu RM. (2014). Examining antenatal health literacy in Ghana. *Journal of nursing scholarship*, 46(6), 432-40.
- Lupattelli, A., Picinardi, M., Einarson, A., & Nordeng, H. (2014). Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy. *Patient education and counseling*, 96(2), 171-178.
- MacLean, L. (2020). A literature review of health literacy of adolescents during pregnancy. *Nursing for Women's Health*, 24(6), 431-439. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2020.09.004>
- MacLeod S, Musich S, Guylas S, Cheng Y, Tkatch R, Cempellin D, Bhattarai GR, Hawkins K, and Yeh CS (2017). The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatric Nursing*, 38(4), 334-341.

- MacLeod, S., Musich, S., Gulyas, S., Cheng, Y., Tkatch, R., Cempellin, D., ... & Yeh, C. S. (2017). The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatric Nursing*, 38(4), 334-341. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.12.003>
- Matsuoka S, Kato N, Kayane T, Yamada M, Koizumi M, Ikegame T ve Tsuchihashi-Makaya M. (2016). Development and validation of a heart failure-specific health literacy scale. *J Cardiovasc Nurs.*, 31(2), 131-139. doi: 10.1097/JCN.0000000000000226.
- Mohammadi F, Rakhshan, M., Molazem, Z., Zareh, N. ve Gillespie, M. (2020). development of parental competence scale in parents of children with autism. *Journal of Pediatric Nursing*, 50, e77-e84.
- Nawabi F, Krebs F, Vennedey V, Shukri A, Lorenz L, Stock S. Health Literacy in pregnant women: a systematic review. (2021). *Int J Environ Res Public Health*, 18(7), 3847. doi: 10.3390/ijerph18073847.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., ve Kindig, D. A. (2004). Health literacy: a prescription to end confusion. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy, National Academies Press (US). ISBN: 0-309-09117-9
- 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), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Okan, O., Bollweg, T. M., Berens, E. M., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Schaeffer, D. (2020). Coronavirus-related health literacy: A cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. *International Journal of Environmental Research and public health*, 17(15), 5503.
- Olander EK, Darwin ZJ, Atkinson L, Smith DM, Gardner B. Beyond the 'teachable moment' - A conceptual analysis of women's perinatal behaviour change. (2016). *Women Birth*. 29(3), e67-71. doi: 10.1016/j.wombi.2015.11.005.
- Olander, E. K., Smith, D. M., ve Darwin, Z. (2018). Health behaviour and pregnancy: a time for change. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), 1-3. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1408965>
- Ozturk-Haney, M. (2018). Psychometric testing of the Turkish version of the health literacy for school-aged children scale. *Journal of child health care*, 22(1), 97-107. doi: 10.1177/1367493517738124
- Özdamar, K. (2017). *Eğitim, sağlık ve davranış bilimlerinde ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modelleri* (2. Baskı). Nisan Kitabevi.
- Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., & Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health Education Research*, 464-77. doi:10.1093/her/cyp068
- Parker RM, Baker DW, Williams MV and Nurss JR. (1995). The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10): 537-541.
- Paucar-Caceres A, Vélchez-Román C ve Quispe-Prieto S. (2023). Health literacy concepts, themes, and research trends globally and in latin america and the caribbean: a bibliometric review. *Int J Environ Res Public Health*, 20(22), 7084. doi: 10.3390/ijerph20227084
- Risser, J., Jacobson, T. A., ve Kripalani, S. (2007). Development and psychometric evaluation of the Self-efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS) in low-literacy patients with chronic disease. *Journal of nursing measurement*, 15(3), 203-219.

- Sabbahi DA, Lawrence HP, Limeback H ve Rootman I. Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults. (2009). *Community Dent Oral Epidemiol*, 37(5), 451-62. doi: 10.1111/j.1600-0528.2009.00490.x. PMID: 19740249.
- Sentell, T., Braun, K. L., Davis, J., & Davis, T. (2013). Colorectal cancer screening: low health literacy and limited English proficiency among Asians and Whites in California. *Journal of health communication*, 18(sup1), 242-255.
- Sezer, A. ve Kadioğlu, H. (2014). Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 165-170.
- Shahid, R., Shoker, M., ve Chu, L.M. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. *BMC Health Serv Res* 22, 1148. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>
- Shieh C, Mays R, McDaniel A, Yu J. (2009). Health literacy and its association with the use of information sources and with barriers to information seeking in clinic-based pregnant women. *Health care for women international*, 30(11), 971-88.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. (2012). (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models (2012). *BMC Public Health*, 12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., ... ve Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC public health*, 13(1), 1-10.
- Sun, Y., Sun, J., Zhao, Y., Cheng, A., ve Zhou, J. (2021). A new comprehensive oral health literacy scale: Development and psychometric evaluation. *BMC Oral Health*, 21(429), 1-10.
- Susan Renkert, Don Nutbeam (2001). Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promotion International*, 16(4), 381–388, <https://doi.org/10.1093/heapro/16.4.381>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Doğum öncesi bakım yönetim rehberi (Yayın no: 925) ISBN: 978-975-590-686-7. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/28085/0/dogumoncesibakimyonetimrehberipdf.pdf> (14.09.2022)
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021). Türkiye Anne Ölümleri Raporu (Yayın no: 1208) ISBN: 978-975-590-826-7). https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Raporlar/Turkiye_Anne_Olumleri_Raporu_2015-2019.pdf (13.04.2024)
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021). Türkiye Bebek Ölümleri Raporu (Yayın no: 1212) ISBN: 978-975-590-828-1). https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Saglik_Bakanliginin_Kurulusunun_100._Yilinda_Turkiyede_Bebek_Olumleri_Durum_Raporu.pdf (13.04.2024)
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021). Bebeğim Yolda Sağlık Bakanlığı Broşürü. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/13437/0/bebegim-yolda-ben-hazirim---baskipdf.pdf> (22.09.2022).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2024). 2023 Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber Bülteni (Yayın no: 12). <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-105979/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-haber-bulteni.html> (20.11.2024)

- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2024). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. (Yayın no: 1279). (ISBN: 978-975-590-900-4) <https://www.saglik.gov.tr/TR-103184/saglik-istatistikleri-yilligi-2022-yayinlanmistir.html> (20.11.2024)
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. (2016). (Yayın no: 1025). (ISBN: 978-975-590-594-5). <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/530>
- Tabachnick B.G., ve Fidell L.S. ve Baloğlu, M. (Ed.). (2015). *Çok değişkenli istatistiklerin kullanımı* (6. Baskı). Nobel Yayıncılık.
- Taheri, S., Tavousi M., Momenimovahed Z., Direkvand-Moghadam A., Tiznobaik A, Suhrabi Z. ve Taghizadeh Z. (2020). Development and psychometric properties of maternal health literacy inventory in pregnancy. *PLoS One*, 11;15(6):e0234305. doi: 10.1371/journal.pone.0234305
- Tavousi, M., Mohammadi, S., Sadighi, J., Zarei, F., Kermani, R. M., Rostami, R., & Montazeri, A. (2022). Measuring health literacy: A systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. *PloS one*, 17(7), e0271524. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271524>
- Temel, A. B., ve Aras, Z. (2017). Evaluation of validity and reliability of the Turkish version of health literacy scale. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 25(2), 85-94.
- Tiryaki O ve Çınar, N. (2021). Scale Development Study: Readiness for Discharge from the Neonatal Intensive Care Unit and Home Care of Premature Infants by Parents. *J Coll Physicians Surg Pak*. 31(02), 171-176.
- Tol, A., Pourreza, A., Tavasoli, E., & Rahimi Foroshani, A. (2012). Determination of knowledge and health literacy among women with type 2 diabetes in teaching hospitals of TUMS. *Journal of Hospital*, 11(3), 45-52.
- Tsai TI ve Lee SD. (2018). Development and validation of a weight-specific health literacy instrument (WSHLI). *Obes Res Clin Practice*, 12(2), 214-221. doi: 10.1016/j.orcp.2017.11.003.
- Tutar, H. ve Erdem, A. T. (2022). *Örnekleriyle bilimsel araştırma yöntemleri ve SPSS uygulamaları* (2. Baskı), Seçkin Yayıncılık.
- Tutar, H. (Ed.), Eryüzlü, H., Mutlu, H.T. ve Nam, S (2024). *Bilimsel analiz teknikleri (Nicel, nitel, karma yöntem ve ekonometrik analiz teknikleri)* (1. Baskı). Umuttepe Yayınları.
- Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Aralık 2014. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası
- Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, 2018. Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması (Yayın no: 1103). (ISBN: 978-975-590-689-8). <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-56524/turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasi-kitabi.html>
- Türkoğlu, N., ve Kılıç, D. (2021). Sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 25-33.
- Uğurlu M, Uctu AK. The Relationship of the Prenatal Distress with Health Literacy and Health Perception of Pregnant Women. (2023). *Iran J Public Health*, 52(9):1917-1924. doi: 10.18502/ijph.v52i9.13573.
- UNESCO. (2022). Kalkınma hedefleri. (2022). (<https://www.unesco.org.tr/Pages/108/219/S%C3%BCrd%C3%BCr%C3%BClebilir-Kalk%C4%B1nma-2030-Hedefleri-%C4%B0htisas-Komitesi> adresinden 19.09.2022 tarihinde alınmıştır).

- Üçpunar, E. (2014). Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testinin uyarlama çalışması (TOFHLA) [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Verbeke, W., ve De Bourdeaudhuij, I. (2007). Dietary behaviour of pregnant versus non-pregnant women. *Appetite*, 48(1), 78-86. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2006.07.078>
- Visscher, B.B., Steunenberg, B., Zwikker, H., Heerdink, E.R., ve Rademakers, J. (2021). The impact of health literacy on beliefs about medication in a Dutch medication-using population. *European Journal of Clinical Pharmacology* 77, 1219–1224. <https://doi.org/10.1007/s00228-021-03105-0>
- Wali, H., ve Grindrod, K. (2016). Don't assume the patient understands: Qualitative analysis of the challenges low health literate patients face in the pharmacy. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 12(6), 885-892. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2015.12.003>
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J., & Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514–522. <https://doi.org/10.1370/afm.405>
- World Health Organization. (2022). Newborn health. https://www.who.int/health-topics/newborn-health#tab=tab_2 adresinden 19 Eylül 2023 tarihinde alınmıştır.
- World Health Organization. (2022). Mortality. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-child-mortality-report-2021> adresinden 19 Eylül 2023 tarihinde alınmıştır.
- World Health Organization. (2022). Maternal health. https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_2 adresinden 19 Eylül 2023 tarihinde alınmıştır.
- World Health Organization. (2022). Health Literacy. <https://www.who.int/europe/teams/behavioural-and-cultural-insights/health-literacy#:~:text=Section%20navigation&text=Health%20literacy%20empowers%20people%20to,personal%20lifestyles%20and%20living%20conditions> adresinden 16.09.2022 tarihinde alınmıştır.
- Yeter, G. (2021). Hamile kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ağız dış sağlığı bilgisi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. [Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi]. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı.
- Yılmaz, U., Gökler, E., Güneş, C. E. ve Parça, O. (2019). Göz sağlığı okuryazarlığı ölçeği. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 12(1), 83-91. doi: 10.31362/patd.457969
- Yue Sun, Jing Sun, Yan Zhao, Aixiao Cheng ve Junhong Zhou. (2021). A new comprehensive oral health literacy scale: development and psychometric evaluation. *BMC Oral Health*, 21(1), 429. doi: 10.1186/s12903-021-01795-7.
- Zhang, N. J., Terry, A., & McHorney, C. A. (2014). Impact of health literacy on medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Pharmacotherapy*, 48(6), 741-751. <https://doi.org/10.1177/1060028014526562>

EKLER

EK 1: Gebelik Okuryazarlığı Ölçeği

Yenidoğan bakımı ve lohusalık	1. Doğumu takip eden ilk 6 saat içinde anne idrara çıkmalıdır.
	2. Yenidoğan bebeğin yeterli kilo alım sınırları günde en az 5-6 ıslak bez ya da aylık en az 500 gr almasıdır.
	3. Yenidoğan bebek, hekim tarafından emzirmenin kesilmesi önerilmedikçe sarılık bile olsa emzirmeye devam edilir.
	4. Yenidoğan bebekler doğduktan sonraki birkaç gün içinde bir miktar kilo verebilir.
	5. Yenidoğan bebek, yan veya düz olacak şekilde başını yana çevirerek yatırılır.
	6. Anneler doğum sonu dönemde mümkün olduğu kadar kısa süre içerisinde hareket halinde olmalıdır.
	7. Sağılan anne sütü bebeğe hemen verilemiyorsa uygun koşullarda saklanabilir.
	8. Doğum sonrası eğer bebek emzirilemiyorsa 2-3 saate bir annenin sütü sağılmalıdır.
	9. Doğumdan sonraki 1 hafta içinde kanama, adet kanaması gibi olup rengi açılarak 3 haftaya kadar uzayabilir.
	10. Bağırsak fonksiyonları, sezaryen doğumda normal doğuma göre daha geç normale döner.
	11. Doğum sonrası annenin adet döngüsü başlamasa bile gebe kalma ihtimali vardır.
	12. Doğum sonrası duygusal değişiklikler (gergin, huzursuz, sinirli hissetme vb.) hafif belirtiler ile kendini belli edebilir.
Doğum Süreci ve Hazırlık	13. Gerçek doğum kasılmaları düzenli olarak gelir ve dinlenmekle geçmez.
	14. Kasılmalar sırasında doğru nefes tekniklerini kullanmak ağırlı yönetiminde faydalıdır.
	15. Yenidoğan bebeğin sık sık beslenmesi ve ilk ağız (kolostrum) sütü alması sağlanmalıdır.
	16. Gebeliğin son ayında nişane, suyun gelmesi, kasılmaların şiddet ve süresinin giderek artması doğum eyleminin başladığını gösteren belirtilerdendir.
	17. Yenidoğan bebeğin alt temizliğinde su ve pamuk/pamuk içerikli ürünler kullanılmalı ve havalandırılmalıdır.
	18. Yeni doğan bebeğin göbek bakımında kordonu temiz ve kuru tutulmalıdır.
	19. Emzirmede meme ucu ve kahverengi kısmın mümkünse tamamı bebeğin ağzına yerleştirilmelidir.
	20. Normal doğumun anne doğum sayısını kısıtlamaması, doğum sonrası kanamayı azaltması, günlük hayata hızlı geri dönüş sağlaması gibi, sütün erken gelmesi yararları vardır.
	21. Doğumdan sonra mümkünse hemen, değilse ilk 1/2 - 1 saat içinde emzirmeye başlanmalıdır.
	22. Normal doğumda ağrıyı azaltmak için masaj, aromaterapi gibi yöntemler faydalı olabilir.

Bilgi Arama ve Karar Verme Davranışı	23. Acil durumlar dışında rutin gebelik kontrolleri için hekimin çağırma zamanlarına uyarım.
	24. Gebelikte bitkisel ya da kimyasal herhangi bir ilaç kullanmadan önce sağlık profesyonellerine danışırım.
	25. Gebelik boyunca sağlık profesyonelleri tarafından önerilen tahlil ve testleri yaptırırım.
	26. Sağlık profesyonellerinin beslenme, yürüyüş ...vb. konularda gebelik ile ilgili verdiği önerilere uyarım.
	27. Kullandığım ya da kullanacağım ilaçların gebeliğe olan etkilerini sorgularım.
	28. Gebelik sırasında sağlık profesyonelleri tarafından önerilen hamilelik takviyelerini alırım.
	29. Gebeliğimle ilgili edindiğim bilgileri kolaylıkla anlayabilirim.
	30. Gebelikte sağlık profesyonellerinin önerisi dışında vitamin kullanmam.
	31. Gebeliğimle ilgili bir sorun olduğunda sağlık çalışanlarının anlattıklarını rahatça anlayabilirim.
	32. Gebeliğimle ilgili bir sorun olduğunda sağlık çalışanlarına rahatça problemimi aktarabilirim.
Gebelikte Tehlike İşaretleri	33. Gebelikte yetersiz ve dengesiz beslenme durumunda zamanından önce, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek görülebilir.
	34. Gebeliğin son aylarında günde bir defadan fazla kusma, idrarın miktar ve yoğunluğunda azalma sağlık kuruluşuna gidilmesi gereken önemli işaretlerindendir.
	35. Ailesinde obezite ya da şeker öyküsü olanlar gebeliğe bağlı şeker hastalığına karşı daha riskli olabilir.
	36. Bulanık görme, şiddetli baş ağrısı, bulantı, kusma, ödem gibi belirtiler gebelikte tansiyon göstergesi olabilir.
	37. Gebeliğim boyunca bebek hareketlerinin azaldığını hissettiğimde sağlık kuruluşuna giderim.
	38. Gebelik ile ilgili afiş, broşür, kitapçık gibi sağlık kaynaklarının olması gebeliğimi bilinçli geçirmemi sağlar.
	39. Gebelikte, mümkünse her kontrolde tansiyonun ölçülmesi gerekir.