T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI GEBELERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE ÇEVRESEL SİGARA DUMANI FARKINDALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Güzide YILMAZ ULUKAYA

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL

ERZURUM-2025

ATATURK UNIVERSITESI
TIP FAKULTESI

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Adı, Soyadı : Güzide YILMAZ ULUKAYA	**Sınav tarihi:** 25/04/2025
Anabilim Dalı : Aile Hekimliği	
Tez Danışmanı ve Atanma Tarihi: Dr.Öğr.Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL-23/12/2024	
Tezin Konusu ve Başlığı : Atatürk Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı Ve Çevresel Sigara Dumanı Farkındalığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi **Belirlenme Tarihi** :23/12/2024	
Tezin Niteliği : ☒ Tıpta Uzmanlık Tezi ☒ Klinik Çalışmalar ( ) Prospektif ( ) Retrospektif (X) Kesitsel ☐ Laboratuvar Çalışmaları ( ) Invitro (Cansız) Çalışmaları ( ) Hayvan Çalışmaları	
Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı: ☒ Yüz yüze katılım sağlanarak ☐ Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.)	

II. KARAR

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak;

☒ Kabulüne

1.Tez Sınavı ☐ Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)

2.Tez Sınavı ☐ Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 7. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişiğinin kesilmesine)

☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

III. AÇIKLAMALAR

IV. JÜRİ ÜYELERİ

	Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurum Bilgisi	İmza
Jüri Başkanı	Prof.Dr. Yasemin ÇAYIR	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr.Öğr.Üyesi Suat SİNCAN	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr.Öğr.Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **i**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **iii**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **iv**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
ÖZET ..... **vii**
ABSTRACT ..... **ix**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **4**
2.1. Okuryazarlık 4
2.1.1. Okuryazarlığın Tanımı 4
2.2. Sağlık Okuryazarlığı 4
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Tarihsel Gelişimi 4
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modelleri 7
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Alt Boyutları 8
2.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması 9
2.2.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler 10
2.2.6. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı 12
2.2.7. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler 13
2.2.8. Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı 15
2.3. Çevresel Sigara Dumanı 17
2.3.1. İkinci El Sigara Dumanı 17
2.3.2. Üçüncü El Sigara Dumanı 18
2.3.3. Çevresel Sigara Dumanı Maruziyetinin Sağlık Üzerine Etkisi 21
2.3.4. Gebelikte ve Çocukluk Döneminde Çevresel Sigara Dumanı Maruziyetinin Etkileri 22
3. GEREÇ VE YÖNTEM **25**
3.1. Araştırmanın Türü ve Tasarımı 25
3.2. Evren ve Örneklem Seçimi 25

3.2.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri 25
3.2.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri 25
3.3. Veri Toplama Araçları 26
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu 26
3.3.3. Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkındaki İnanışlar Ölçeği (BATHS-T) 28
3.4. İstatistiksel Analiz 29
3.5. Etik Kurul İzni 29
4. BULGULAR 30
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri 30
4.2. TSOY-32 Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi 35
4.3. BATHS-T Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi 42
4.4. Katılımcıların TSOY-32 ile BATHS-T Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki 44
5. TARTIŞMA 46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 55
KAYNAKÇA 57
EKLER 66
EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU 66
EK 2. TÜRKİYE SAĞLIK OKUYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ 68
EK 3. ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI HAKKINDAKİ İNANIŞLAR (BATHS-T) ÖLÇEĞİ 70
EK 4. ERİŞKİN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 71

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığının 4 Boyutlu Matrisi 9
Tablo 2. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Bazı Ölçekler.. 11
Tablo 3. Türkiye-Avrupa SOY Kıyaslaması 13
Tablo 4. TSOY-32'nin alt boyutları 27
Tablo 5. Katılımcıların Yaş Özellikleri 30
Tablo 6. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri 31
Tablo 7. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri 33
Tablo 8. Gebelerin Sigara Kullanma ve Sigara Dumanına Maruziyet Durumlarının Dağılımı 34
Tablo 9. TSOY-32 gruplarının dağılımı 35
Tablo 10. Katılımcıların TSOY-32 ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanları 35
Tablo 11. TSOY-32 ve Alt Boyutlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması 36
Tablo 12 Eğitim Düzeyine Göre TSOY-32 ve Alt Boyutların Karşılaştırılması 37
Tablo 13. Gebelik Sayısına Göre TSOY-32 ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması 38
Tablo 14. Doğum Sayısına Göre TSOY-32 ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması 39
Tablo 15. Sigara Dumanı Maruziyeti ile TSOY-32 ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması 40
Tablo 16. Katılımcıların BATHS-T Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanları 42
Tablo 17. Katılımcıların BATHS-T ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar İle Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması 43
Tablo 18. TSOY-32 ve Alt Boyutları ile BATHS-T ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Sonuçları 45

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli 7
Şekil 2. Katılımcıların eğitim durumu 30
Şekil 3. Katılımcıların Yaşadığı Yer..... 31
Şekil 4. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Güvendikleri Bilgi Kaynakları 32

KISALTMALAR DİZİNİ

ARK : Arkadaşları

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

AÜTF : Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

BATHS-T : Beliefs About Third-Hand Smoke

ÇSD : Çevresel Sigara Dumanı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EASM : Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

İESD : İkinci El Sigara Dumanı

KOAH : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

ORT : Ortalama

SOY : Sağlık okuryazarlığı

SS : Standart Sapma

TSOY : Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

ÜESD : Üçüncü El Sigara Dumanı

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca akademik birikimlerini, tecrübelerini ve yol göstericiliğini cömertçe paylaşan, sabrı ve desteğiyle bu sürecin en önemli rehberi olan değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL' a,

Eğitimim süresince mesleki ve kişisel gelişimime katkı sağlayan, yönlendirmeleri ve desteğiyle her zaman yanımda olan Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR' a,

Bilgi ve deneyimlerini paylaşarak çalışmama katkı sunan değerli hocalarım Doç. Dr. Mustafa BAYRAKTAR, Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN ve Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Akif NAS' a,

Asistanlık sürecinin zorluklarını birlikte aşmaktan mutluluk duyduğum, dostlukları ve işbirlikleriyle her anı daha değerli kılan tüm asistan arkadaşlarıma, özellikle de desteğini her zaman hissettiğim canım arkadaşım İlknur SOYLU'ya,

Her zaman yanımda duran, sabrı, sevgisi ve anlayışıyla beni motive eden, hayat yolculuğunda en büyük destekçim olan sevgili eşim Bayram ULUKAYA'ya,

Hayatımın her döneminde sevgileri, fedakârlıkları ve sabırlarıyla yanımda olan, bana güç veren değerli annem Türkan ve babam Yaşar YILMAZ'a,

Ve biricik kız kardeşim, en sevdiğim meslektaşım Gizem YILMAZ'a; koşulsuz sevgisi, desteği ve bana her zaman ilham veren varlığı için,

Bu süreçte emeği geçen, katkı sağlayan ve desteğini esirgemeyen tüm hocalarıma, meslektaşlarıma ve dostlarıma, içten teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Dr. Güzide YILMAZ ULUKAYA

ÖZET

Atatürk Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı ve Çevresel Sigara Dumanı Farkındalığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç: Gebelik sürecinde sağlık okuryazarlığı (SOY), sağlıkla ilgili bilgileri anlama, değerlendirme ve yaşamlarına uygulama becerisini ifade eder. Çevresel sigara dumanı (ÇSD)'nın farkındalığı düşük bir bileşeni olan üçüncü el sigara dumanı (ÜESD), gebelikte anne ve fetüs sağlığını tehdit eden risk faktörlerindendir. ÜESD, sigara içiminden sonra dumandaki toksik maddelerin uzun süre yüzeylerde ve tozda kalmasıyla ortaya çıkar ve pasif maruziyet yoluyla solunum ve temasla sağlık üzerinde olumsuz etkilere yol açabilir.Bu çalışma, gebelerde **SOY** düzeyi ile **ÇSD** farkındalığı arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır

Yöntem: Çalışmamız Ocak-Mart 2025 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde (EASM) yapıldı. Çalışmaya EASM'ye kayıtlı 159 gebe dahil edildi. Veriler, sosyodemografik bilgi formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) ve Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalık Ölçeği (BATHS-T) ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır Verilerin analizi SPSS-26 programı kullanılarak yapıldı. Analizlerde bağımsız örneklem t-test, ANOVA testi, post hoc karşılaştırmalarda Tukey's B testi, pearson korelasyon testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Katılımcılar ortalama 29,5 ± 4,96 yaşında olup, %52,2'si üniversite mezunu, %39'u gelir getiren bir işte çalıyor ve %50,9'u 3.trimesterde idi. Gebelerin %4,4'ü sigara içmeye devam ettiğini ve %88'inin evinde sigara içildiğini ifade etti. Gebelerin TSOY-32 toplam puan ortalaması 34,07±8,42 ve BATHS-T toplam puan ortalaması ise 34,55±7,45 olarak saptandı. Gebelerin SOY düzeyleri ile ÜESD farkındalık düzeyleri arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda gebelerin SOY düzeyi ile ÜESD farkındalığı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Aile hekimliği hizmetleri kapsamında, gebelikte ÜESD maruziyetinin önlenmesi ve SOY'un artırılması için hedeflenmiş eğitim programlarının uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Sağlık okuryazarlığı, Üçüncü el sigara dumanı, Çevresel tütün dumanı

ABSTRACT

Evaluation of the Reationship Between Heatlh Literacy and Environmental Tobacco Smoke Awareness Among Pregnant Women Registered at Atatürk University Training Family Health Center

Introduction and Aim: During pregnancy, health literacy (HL) refers to the ability to understand, evaluate, and apply health-related information in daily life. Third-hand smoke (THS), a low-awareness component of environmental tobacco smoke (ETS), is among the risk factors threatening maternal and fetal health during pregnancy. THS arises when toxic substances from tobacco smoke remain on surfaces and in dust long after smoking has ended, leading to adverse health effects through passive exposure via inhalation and contact. This study aimed to investigate the relationship between HL levels and ETS awareness among pregnant women.

Methods: This study was conducted between January and March 2025 at the Training Family Health Center (TFHC) affiliated with the Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Atatürk University. A total of 159 pregnant women registered at the TFHC were included. Data were collected via face-to-face interviews using a sociodemographic information form, the Turkish Health Literacy Scale-32 (TSOY-32), and the Third-Hand Smoke Awareness Scale (BATHS-T). Data analysis was performed using SPSS version 26. Independent samples t-test, ANOVA, Tukey's B post-hoc test, and Pearson correlation test were used for analyses. A significance level of $p<0.05$ was considered statistically significant.

Results: The mean age of participants was 29.5 ± 4.96 years; 52.2% were university graduates, 39% were employed, and 50.9% were in the third trimester. Among the pregnant women, 4.4% reported continuing to smoke, and 88% reported that smoking occurred in their home. The mean TSOY-32 total score was 34.07 ± 8.42, and the mean BATHS-T total score was 34.55 ± 7.45. A weak positive correlation was found between HL levels and THS awareness levels among the pregnant women.

Conclusion: Our study found a significant relationship between the health literacy levels and third-hand smoke awareness of pregnant women. Within the scope of family medicine services, it is recommended to implement targeted educational programs aimed at preventing third-hand smoke exposure during pregnancy and enhancing health literacy.

Keywords: Pregnancy, Health literacy, Third-hand smoke, Environmental tobacco smoke

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşamın sağlıklı şekilde sürdürülebilmesi, bireylerin doğru sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve uygulama becerilerine bağlıdır. Bu gereklilik, sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur (1). SOY, bireyin sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına ulaşma, bu bilgileri doğru biçimde anlama ve günlük yaşamında uygulayabilme yetisini içeren bilişsel ve sosyal bir beceri bütünüdür (2).

SOY düzeyi düşük olan bireyler, sağlık risklerini değerlendirmede yetersiz kalabilir ve tedavi süreçlerinde hatalı uygulamalarda bulunabilir. Bunun sonucu olarak, yaşam kalitelerinde azalma yaşanırken, sağlık hizmetlerinin verimliliği de olumsuz yönde etkilenebilir (3).

Gebelik dönemi, kadınlarda önemli fizyolojik ve psikolojik değişimlerin yaşandığı, sağlık açısından kritik bir süreçtir. Bu süreçte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi, yalnızca gebelik sürecinin daha sağlıklı seyretmesini sağlamakla kalmaz; aynı zamanda fetüsün büyüme ve gelişimini doğrudan olumlu yönde etkileyebilmektedir (4). Gebelik döneminde SOY düzeyi yüksek olan bireyler, sürece ilişkin potansiyel riskleri daha iyi tanımlayabilir, öz bakım uygulamalarına daha fazla özen gösterebilir ve doğum öncesi dönemde özgüven kazanabilirler. Ayrıca bu bireylerin, prenatal sağlık hizmetlerine daha düzenli katılım sağladıkları ve sağlık profesyonellerinin önerilerine daha yüksek oranda uyum gösterdikleri görülmektedir. Tüm bu faktörler, gebelik sürecinin daha sağlıklı ve güvenli bir şekilde tamamlanmasına katkı sunmaktadır. Öte yandan, SOY düzeyi düşük olan gebelerin, gebelikle ilgili temel sağlık bilgileri sınırlıdır. Bu bireylerin sağlık davranışları genellikle olumsuz yönde şekillenmekte; fetal anomaliler hakkında bilgi düzeyleri düşük olmakta ve bu nedenle prenatal tarama testleriyle ilgili farkındalıkları da yetersiz kalmaktadır. Aynı zamanda, sigara kullanımının fetüs sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri konusunda bilgi eksiklikleri sıklıkla görülmektedir (5).

Tütün kullanımı, küresel ölçekte en ciddi halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, her yıl 8 milyondan fazla kişinin tütün kullanımına bağlı ölümüne neden olmakta; bu ölümlerin büyük çoğunluğu doğrudan

tütün kullanımına bağlı olarak gerçekleşirken, yaklaşık 1,2 milyon kişi ise pasif içicilik sonucu yaşamını yitirmektedir (6). Pasif sigara dumanına maruz kalan bireylerin, sigara dumanında bulunan zararlı kimyasalların metabolit düzeylerinin, hiç maruziyet yaşamamış bireylere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (7).

Çevresel sigara dumanı, ikinci el sigara dumanı (İESD) ve üçüncü el sigara dumanı (ÜESD) olmak üzere iki ana bileşenden oluşur. İESD; tütün ürünlerinin yanması sırasında oluşan ana akım duman ile sigara içen kişinin soluduğu dumanı çevreye vermesiyle oluşan yan akım dumanın birleşimidir. Kapalı ortamlarda oluşan sigara dumanının önemli bir kısmı; saç, cilt, giysi, mobilya, yer döşemesi, duvar, yatak, halı, toz ve benzeri yüzeyler tarafından emilerek uzun süre ortamda kalır. Bu kalıcı kirleticiler ÜESD olarak tanımlanmaktadır (8). ÜESD; tütüne özgü nitrozaminler, toksik metaller, alkaloidler ve çeşitli uçucu organik bileşikler gibi mutajenik ve kanserojen özellik taşıyan birçok zararlı bileşeni bünyesinde barındırır (9). Çevresel sigara dumanına (ÇSD) maruziyet çoğunlukla kapalı alanlarda, özellikle konut ve taşıtlarda meydana gelmektedir. Yapılan araştırmalar, sigara içilen bir ortamda pencerenin açılmasının ya da ev ve araç içi havalandırmanın artırılmasının, ÇSD' ye karşı etkili bir koruma sağlamadığını ortaya koymaktadır (6).

Pasif sigara dumanına maruziyetten en çok etkilenen grupların başında hiç kuşkusuz gebeler ve bebekler gelmektedir. Gebelik sürecinde çevresel sigara dumanına maruz kalmak, aktif sigara kullanımı kadar fetüs sağlığı üzerinde olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Yapılan çalışmalar, aktif sigara kullanan gebelerin bebeklerinde daha sık görülen düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum ve neonatal solunum problemleri gibi komplikasyonların, pasif içicilik durumunda da artış gösterdiğini ortaya koymaktadır (10). Sigara kullanmayan ancak günde yaklaşık 7 saat pasif sigara dumanına maruz kalan gebelerin bebeklerinde; düşük doğum ağırlığı ile dünyaya gelme olasılığının 1,8 kat, prematüre doğum olasılığının 1,6 kat ve 35. gebelik haftasından önce doğma olasılığının ise 2,4 kat arttığı bildirilmektedir (10).

2016 yılında gerçekleştirilen Küresel Yetişkin Tütün Araştırması verilerine göre, Türkiye'de 19,2 milyon kişi tütün ürünü kullanmaktadır (erkeklerde %44,1; kadınlarda %19,2). Katılımcıların %83,3'ü pasif sigara dumanına maruz kalmanın

ciddi sağlık sorunlarına yol açtığını belirtmiştir. Buna rağmen, bireylerin %26,7'si ev ortamında, %45,4'ü ise halka açık alanlarda pasif duman maruziyeti yaşamaktadır. Ülkemizde 2020 yılında gebeler üzerinde yapılan kesitsel bir araştırmada ise, gebelerin yarısından fazlasının (%50,3) pasif sigara dumanına maruz kaldığı, bu maruziyetin büyük oranda (%83) ev ortamında gerçekleştiği bildirilmiştir (7).

Yapılan literatür taramaları, Türkiye'de ikinci ve üçüncü el sigara dumanının sağlık üzerindeki etkilerine yönelik çeşitli çalışmaların mevcut olduğunu göstermektedir. Ancak ÜESD ile ilgili farkındalık düzeyinin özellikle gebelerde SOY bağlamında değerlendirildiği araştırmalar oldukça sınırlıdır. Oysa ki, gebelik dönemi, annenin sağlık bilgilerini edinme, anlama ve uygulama konusunda daha hassas ve belirleyici olduğu bir dönemdir. Bu nedenle, bu özel dönemde üçüncü el sigara dumanı gibi gizli ve ihmal edilen bir maruziyetin anlaşılması ve yönetilmesi hem anne hem de fetüs sağlığı ile ilgili ciddi önem taşımaktadır.

Bu araştırmanın temel amacı, gebelerde SOY düzeyleri ile ÜESD ile ilgili farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Ayrıca, katılımcıların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin SOY ve üçüncü el sigara dumanı farkındalığı üzerindeki etkisini değerlendirmek hedeflenmiştir. Bu kapsamda çalışmada, gebelik sürecinde çevresel tütün maruziyetiyle mücadelede SOY rolü belirlenmeye çalışılarak, bireylerin koruyucu sağlık davranışları geliştirmelerine yönelik öneriler sunulması amaçlanmaktadır.

Çalışmamız Türkiye'de ÜESD farkındalığının gebeler özelinde SOY düzeyiyle birlikte değerlendiren az sayıdaki araştırmadan biri olma özelliği taşımaktadır. Elde edilecek veriler, başta aile hekimliği ve kadın sağlığı alanlarında olmak üzere, sigara ile mücadele kapsamında anne adaylarına yönelik daha hedefli sağlık eğitimi programlarının geliştirilmesine katkı sunabilir. Ayrıca, gebelik döneminde ÜESD'nin sağlık üzerindeki etkilerinin daha görünür hâle gelmesini sağlayarak, sağlık politikalarının bu yönde şekillenmesine bilimsel zemin oluşturabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Okuryazarlık

2.1.1. Okuryazarlığın Tanımı

Okuryazarlık kavramı, bireylerin okuma, yazma ve sayısal becerileri kullanabilme yeteneklerinin yanı sıra, bilgiye erişim, düşüncelerini ifade edebilme, karar alma ve problem çözme gibi temel yetkinlikleri de kapsamaktadır (11).

UNESCO tarafından tanımlandığı üzere, okuryazarlık kavramı, bireylerin okuma ve yazma becerilerinin ötesine geçerek, yazılı ve basılı kaynakları tanıma, anlama, yorumlama, üretme, iletişim kurma ve bu kaynakları etkili bir şekilde kullanma yeteneğini içeren geniş bir çerçeveye sahiptir. Bu yetenek, bireylerin toplumsal yaşama tam anlamıyla katılmalarını mümkün kılmakta, bilgi düzeylerini ve özgüvenlerini artırarak kişisel hedeflerine ulaşmalarını kolaylaştırmakta ve yaşam boyu öğrenme süreçlerini teşvik etmektedir (12).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

SOY kavramı, genel okuryazarlıkla doğrudan ilişkili bir kavramdır. Literatürde bu terime ilk kez, Scott K. Simonds'un 1974 yılında yayımlanan *Health Education as Social Policy* başlıklı makalesinde yer verilmiştir (13).

Sağlığı geliştirme alanında dönüm noktalarından biri, 1986 yılında Ottawa'da gerçekleştirilen "Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı" olmuştur. Bu toplantıda, sağlıkla ilgili bilgilerin toplum tarafından kolayca anlaşılabilecek biçimde sunulması ve bireylerin bu doğrultuda davranış geliştirmesinin önemi vurgulanmış; ayrıca "sağlık okuryazarlığı" kavramı ön plana çıkarılmıştır (1).

SOY kavramı önem kazanmaya başladığı dönemlerde, en temel haliyle "bireyin sağlığıyla ilgili yetenekleri" şeklinde tanımlanırken, 1993 yılında Nutbeam ve Wise tarafından "Bireyin sağlık bilgisine ulaşması, bu bilgiyi anlaması ve sağlıklı davranışlar ortaya koyması" şeklinde bir tanımlama yapılmış ve günümüzdeki SOY tanımının temelleri atılmıştır (1).

DSÖ, 1998 yılında sağlık okuryazarlığını; bireylerin sağlık durumlarını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlık bilgisine erişimlerini, bu bilgileri anlama ve kullanma konusundaki motivasyonlarını belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlamıştır. Başka bir tanıma göre ise sağlık okuryazarlığı, bireylerin kendi sağlıklarını ve toplum sağlığını iyileştirmek için yaşam tarzlarını ve çevresel koşullarını değiştirmelerine olanak sağlayacak bilgi, beceri ve özgüven düzeyine ulaşmaları şeklinde ifade edilmektedir (14).

American Medical Association (AMA) 1999 yılında SOY'u bireylerin temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini anlama ve kullanma becerisi olarak ifade etmiştir (15).

Tıp Enstitüsü (IOM) 2004 yılında, SOY'u bireylerin sağlıkla ilgili temel bilgileri okuyabilme, anlayabilme, işleyebilme ve bu bilgileri davranışa dönüştürerek doğru sağlık kararları alabilme kapasitesi olarak tanımlamaktadır (16).

Zarcadoolas ve arkadaşları (2005), sağlık okuryazarlığını; bireylerin bilinçli seçimler yapabilmek, sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla sağlık bilgilerini ve kavramlarını araştırma, anlama, değerlendirme ve kullanma süreçlerinde geliştirdikleri geniş kapsamlı beceri ve yetenekler bütünü olarak tanımlamıştır (17).

Freedman ve ark. 2009 yılında SOY'u, 'Bireylerin ve grupların, toplum yararına kamu sağlığı ile ilgili kararlar alabilmek için gerekli olan bilgilere erişebilme, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve bu bilgiler doğrultusunda harekete geçebilme kapasitesi' olarak tanımlamıştır (17).

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan *Sağlığın Teşviki ve Geliştirmesi Sözlüğü*'nde sağlık okuryazarlığı; bireylerin kendi sağlıklarını ve toplum sağlığını geliştirmek amacıyla yaşam tarzı ve koşullarında değişiklik yapabilmelerini sağlayacak bilgi, beceri ve özgüven düzeyine ulaşmaları olarak tanımlanmaktadır (11).

Sorensen ve arkadaşları, 2012 yılında yaptıkları kapsamlı çalışmada, o zamana kadar sağlık okuryazarlığına ilişkin literatürde yer alan tanımlamaları incelemiş ve sağlık okuryazarlığını; bireylerin sağlıklarını koruma, hastalıkları önleme ve yaşam kalitelerini artırma amacıyla günlük yaşamlarında sağlıkla ilgili kararlar alabilmek için gerekli olan bilgiyi edinme, anlama, değerlendirme ve kullanma becerilerini; aynı zamanda bu süreçte ihtiyaç duyulan motivasyon ve yeterlilikle birlikte ele alan bir kavram olarak tanımlamışlardır (1).

SOY tanımıyla ilgili farklı kuruluşlar tarafından çeşitli tanımlar yapılmıştır. Ancak, bu kuruluşların SOY ile ilgili ortak fikirleri, bireylerin yeni bilgiler edinme ve bu bilgileri kullanma yeteneğini içeren, zaman içinde genellikle stabil kalan, eğitim programlarıyla geliştirilebilen veya yaşlanma ve patolojik süreçlerle zayıflayabilen bir dizi bireysel beceriyi kapsaması şeklinde olmuştur (12).

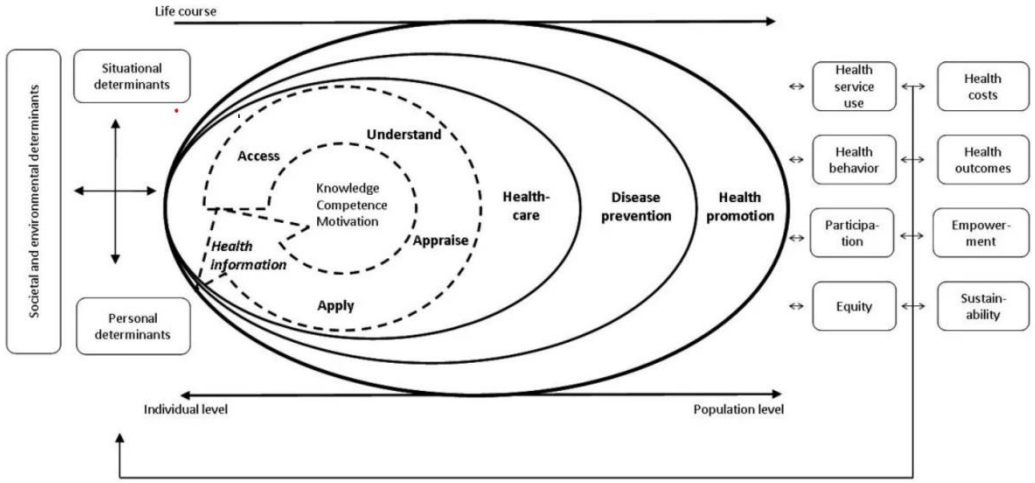
SOY, genel anlamda okuryazarlıkla ilişkili olup, bireylerin yaşam kalitelerini artırma, hastalıkları önleme ve sağlıklarını geliştirme amacıyla gerekli kararları alabilmelerini sağlayan bir olgu olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram, bireylerin sağlık bilgilerine erişme, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulama süreçlerinde gereken bilgi, motivasyon ve becerileri içermektedir (17).

Bu kavram, yalnızca tıbbi içeriği okuyup anlamakla sınırlı olmayıp, aynı zamanda kişinin kendi sağlık durumunu bilmesini, hastalıklarını tanımlayabilmesini, sağlığıyla ilgili doğru kararlar alabilmesini ve sağlık sistemini etkin bir şekilde kullanarak bu sistemden nasıl yararlanabileceğini bilmesini de kapsayan geniş bir alanı ifade etmektedir (17).

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modelleri

SOY, çok boyutlu ve farklı alt bileşenlerden oluşan bir kavramdır. Literatürde SOY'a ilişkin çeşitli kavramsal modeller sunulmuş olsa da, bu modellerin hiçbiri gelişen SOY tanımları ve bu tanımların ima ettiği yeterliliklerle tam olarak örtüşecek kadar kapsamlı olarak kabul edilmemektedir (18).

2012 yılında Masstricht Üniversitesinde Sorensen ve ark.larının yaptığı çalışma ile entegre sağlık okuryazarlığı modeli geliştirilmiştir. Geliştirilen SOY modeli; sağlık okuryazarlığının ana bileşenlerini, öncülerini ve etkilerini kapsayan, diğer birçok SOY modellerinin temel boyutlarını içeren bütüncül modeldir (Şekil 1)(17).



Şekil 1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramsal Modeli

Bu modelde, modelin çekirdeğinde bilgi, yeterlilik ve motivasyon yer almaktadır. Çekirdeğin etrafındaki halkayı ise sağlık okuryazarlığının 4 temel boyutu olan sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama oluşturur. Bu 4 temel boyut, 3 farklı sağlık etkinlik alanında uygulanmıştır. Bu alanları sağlık hizmeti, hastalığı önleme, sağlıklı yaşamın geliştirilmesi oluşturur. SOY düzeylerini etkileyen faktörler ve bu faktörlerin sonuçları, modelin dış çerçevesinde yer almaktadır. Model detaylı bir şekilde incelendiğinde, toplumsal ve çevresel

belirleyicilerin SOY üzerinde dolaylı etkilerinin olduğu görülmektedir. Bu faktörler arasında demografik özellikler, dil, kültürel yapı ve toplumsal-siyasal özellikler sayılabilir. Öte yandan, yaş, ırk, cinsiyet, sosyoekonomik durum, meslek, eğitim düzeyi ve gelir gibi kişisel belirleyiciler ile aile içi iletişim, arkadaş çevresi, sosyal destek ağları, sosyal medya kullanımı ve fiziki çevre gibi durumsal belirleyiciler, sağlık okuryazarlığı düzeyine doğrudan etki eden faktörler olarak öne çıkmaktadır (17).

Bu model, SOY'un bireylerin sağlık hizmetlerini kullanım biçimlerini etkileyerek sağlık harcamalarını değiştirdiğini, aynı zamanda sağlık davranışlarını şekillendirerek sağlık sonuçları üzerinde belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir. Ayrıca, sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasının, toplumdaki bireylerin sağlık alanına katılımını artıracağı ve sağlık eşitsizliklerini azaltacağı öngörülmektedir. Bu durum, bireylerin sağlık alanında güçlenmesine ve bu olumlu etkinin sürdürülebilir olmasına katkıda bulunacaktır (17).

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Alt Boyutları

SOY kavramının temel boyutları dört ana başlık altında toplanmıştır:1) Sağlıkla ilgili bilgiye erişim, 2) Bilgiyi anlama, 3) Değerlendirme ve 4) Uygulama. Bu dört temel boyut, sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi gibi üç farklı düzeyle birleştirilerek, sağlık okuryazarlığının toplam 12 alt boyutu ortaya çıkmıştır. Bu alt boyutlar şu şekildedir: sağlık hizmetleri düzeyinde klinik/tıbbi bilgi, hastalıkların önlenmesi düzeyinde risk faktörlerine ilişkin bilgi ve sağlığın geliştirilmesi düzeyinde ise sağlıkla ilgili daha geniş kapsamlı bilgi. Bu alt boyutlar, Tablo 1'de sunulmuştur (Tablo 1)(17).

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığının 4 Boyutlu Matrisi

	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	**Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama**	**Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme**	**Sağlıkla ilgili bilgiyi uygulama**
Sağlık hizmeti	Tıbbi/klinik konularda bilgiye erişim olanağı	Tıbbi bilgileri anlama ve anlam çıkarma yeteneği	Tıbbi bilgileri yorumlama ve değerlendirme yeteneği	Tıbbi konularda bilinçli kararlar alma yeteneği
Hastalığı önleme	Sağlık risk faktörleri hakkında bilgiye erişim olanağı	Risk faktörleri hakkındaki bilgileri anlama ve anlam çıkarma yeteneği	Risk faktörleri hakkındaki bilgileri yorumlama ve değerlendirme yeteneği	Sağlık risk faktörleri hakkında bilinçli kararlar alma yeteneği
Sağlığın Geliştirilmesi	Sağlık belirleyicileri konusunda kendini güncelleyebilme yeteneği	Sağlık belirleyicileri hakkındaki bilgileri anlama ve anlam çıkarma yeteneği	Sağlık belirleyicilerine ilişkin bilgileri yorumlama ve değerlendirme yeteneği	Sağlık belirleyicileri hakkında bilinçli kararlar alma yeten

Sağlık bilgisini işlemeyle ilgili dört boyutun üç düzeydeki alanlarla birleştirilmesi, Tablo 1'de gösterildiği gibi sağlık okuryazarlığının 12 boyutlu bir matrisini oluşturur (17).

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırılması

Nutbeam (2000), SOY'nın en yaygın kullanılan sınıflamasını "Temel/işlevsel, İnteraktif/İletişimsel ve Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı" olacak şekilde yapmıştır .

Temel/İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı; Bireyin günlük sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için gerekli olan temel okuma ve yazma becerilerini içerir. Bu düzey, kişilere sağlık riskleri hakkında doğru ve anlaşılır bilgiler sunarak, sağlık sisteminin nasıl kullanılacağı konusunda yönlendirici (19) .

İnteraktif/İletişimsel sağlık okuryazarlığı ise daha gelişmiş bilişsel ve sosyal becerileri içerir. Bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlama, sosyal becerileri kullanma ve farklı iletişim yöntemleriyle duruma uyum sağlama yetenekleri öne çıkmaktadır.

Bu bağlamda, okul sağlığı eğitim programları, farklı grupların özel ihtiyaçlarına yönelik sağlık iletişiminin sağlanması yoluyla etkileşimli SOY'un geliştirilmesine örnek teşkil etmektedir (20,21).

Eleştirel sağlık okuryazarlığı_ise bireylerin eleştirel düşünme yetilerini de kapsamaktadır. Sağlıkla ilgili edindikleri bilgileri analiz edebilme, toplum sağlığının iyileştirilmesine yönelik adım atabilmelerine ve sağlık sistemini etkileyen faktörleri sorgulayıp değerlendirmelerini sağlamaktadır. Bu düzeydeki bireyler, sağlıkla ilgili konularda proaktif bir tutum sergileyerek sorumluluk alırlar (20,22).

2.2.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Günümüzde, SOY'u daha objektif ve kapsamlı bir şekilde ölçmeyi amaçlayan çok sayıda geçerli ve güvenilir ölçme aracı geliştirilmiş olup, bu araçların sayısı her geçen gün artmaktadır. Sağlık profesyonellerinin, toplum sağlığını iyileştirme sürecinde etkin bir rol üstlenebilmeleri için, bireylerin SOY düzeylerini doğru bir şekilde değerlendirmeleri büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, ideal bir ölçüm aracının kısa sürede uygulanabilir, pratik ve klinik ortamlarda kolaylıkla kullanılabilir olması gerekmektedir (1,17,23).

Bireylerin sağlık bilgilerini ne kadar iyi anladıklarını ve bu bilgilere göre hareket edebilme yeteneklerini ölçmek için geliştirilen pek çok farklı ölçek bulunmaktadır. Bu ölçekler, SOY araştırmalarında sıklıkla kullanılmaktadır (24). Geliştirilen ölçeklerin bir kısmı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Tablo2).

Tablo 2. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Bazı Ölçekler

1. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)	Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini
2. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine -Revised (REALM-R)	Revize Edilmiş-Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi
3. Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)	Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi
4. Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)	Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Kısa Testi
5. Newest Vital Sign (NVS)	En Yeni Yaşamsal Belirteç
6. Single Item Literay Screen (SILS)	Tek Maddelik Okuryazarlık Taraması
7. Brief Estimate of Health Knowledge and Action (BEHKA) – HIV Version	Sağlık Bilgi ve Eylem Kısa Tahmini Ölçeği
8. How confident are you filling out medical forms by yourself ?	Tıbbi formları kendiniz doldurma konusunda ne kadar iyisiniz?
9. Public Health Literacy Scale	Kamu Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği
10. SOS Mnemonic	SOS Kısaltması
11. Health Literacy Screening Question Methodologies (HLSQMs)	Sağlık Okuryazarlığı Tarama Sorusu Metodolojileri
12. eHealth Literacy Scale (eHEALS	e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
13. Adult Basic Learning Examination (ABLE)	Yetişkin Basit Öğrenme Değerlendirilmesi
14. Literacy Assessment for Diabetes (LAD)	Diyabet için Okuryazarlık Değerlendirmesi
15. Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (REALD)	Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi
16. Test of Adult Basic Education (TABE)	Yetişkin Temel Eğitim Testi
17. Health Activities Literacy Scale (HALS)	Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Ölçeği
18. Health Literacy Skills Instrument (HLSI)	Sağlık Okuryazarlığı Becerileri Aracı
19. Functional Communicative and Critical Health Literacy (FCCHL)	İşlevsel İletişim ve Kritik Sağlık Okuryazarlığı
20. European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q)	Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi
21. Adult Health Literacy Scale	Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)

2.2.6. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı

Kişilerin SOY düzeylerinin yetersiz veya sınırlı olması, gelişmiş ülkeler de dahil olmak üzere küresel çapta önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (25,26).

Dünya genelinde temel SOY becerilerinden yoksun 776 milyon civarında yetişkin mevcuttur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmalar, yetişkin nüfusun yaklaşık %50'sinin temel SOY'a sahip olmadığını göstermektedir (27). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı araştırmasında, Almanya, İspanya, Avusturya, Bulgaristan, İrlanda, Polonya, Yunanistan ve Hollanda'dan katılan 8.000 kişinin %12,4'ünün yetersiz, %35,2'sinin ise sınırlı SOY düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (26). Bu bulgular, Avrupa ülkelerindeki bireylerin yaklaşık %47'sinin SOY seviyesinin yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır. Benzer şekilde, Asya'da gerçekleştirilen SOY araştırmasında (Endonezya, Kazakistan, Malezya, Myanmar, Tayvan ve Vietnam) 10.024 katılımcının SOY puan ortalamaları 29,6 ile 34,4 arasında değişmekte olup, Tayvan hariç diğer ülkelerin puanları sınırlı SOY düzeyinde kalmıştır (28).

Sekiz Avrupa ülkesini (Hollanda, Yunanistan, İrlanda, Avusturya, Polonya, İspanya, Bulgaristan ve Almanya) kapsayan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması'na göre, yetersiz sağlık okuryazarlığı (SOY) oranı ülkeler arasında %2 ile %27 arasında değişmektedir. Yeterli ve mükemmel SOY düzeyi %37 ile %72 arasında, sınırlı (yetersiz ve sorunlu) SOY düzeyi ise %29 ile %62 arasında görülmektedir. Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Projesi kapsamında yapılan değerlendirmelerde yeterli SOY oranı; Bulgaristan ve Türkiye'de %23,5, Almanya'da %23,8 ve İtalya'da %39,2 olarak belirlenmiştir (29). Britanya'da 2.309 kişinin katıldığı bir araştırmada ise katılımcıların sağlık bilgisini anlama puan ortalaması 3,98 (beş üzerinden), sağlık bilgisini kullanma becerisi puan ortalaması ise 3,83 olarak belirlenmiştir (30). Bu çalışmaya göre, SOY'un temel becerilerinden biri olan sağlık bilgisini anlama konusunda her beş kişiden biri zorluk yaşamaktadır. İran'da yürütülen nüfus tabanlı bir SOY çalışmasında ise katılımcıların %44'ünün sınırlı SOY seviyesinde olduğu saptanmıştır (31).

Türkiye'deki sağlık okuryazarlığı (SOY) düzeyini belirlemek amacıyla Sağlık Bakanlığı, 2009 yılında bir araştırma süreci başlatmıştır. Bu çalışmalar, 26 Aralık 2012'de Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından düzenlenen "Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı" ile ivme kazanmıştır (1). Çalıştay sonrasında, üniversiteler, Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı iş birliğiyle SOY tanımına verilen önem artmış ve bu alandaki çalışmalar genişletilmiştir. Bu kapsamda, Türkiye'de ilk kez bireylerin SOY düzeyini belirlemek için "Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" kullanılmıştır (32).

Türkiye'de, 2014 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi kapsamında yürütülen bir araştırmada sağlık okuryazarlığı (SOY) indeksi 30,4 olarak saptanmıştır. Bu sonuç, ülke nüfusunun yaklaşık üçte ikisinin yetersiz veya sorunlu SOY düzeyine sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında, Türkiye'nin SOY düzeyinin ortalamanın altında olduğu görülmektedir. Bu karşılaştırmaya ilişkin ayrıntılar Tablo 3'te sunulmuştur (Tablo 3)(33).

Tablo 3. Türkiye-Avrupa SOY Kıyaslaması

Sağlık Okuryazarlık Düzey	Avrupa	Türkiye
Yetersiz	%12,4	%24,5
Sorunlu	%35,2	%40,1
Yeterli	%36	%28,8
Mükemmel	%16,5	%7,6

2.2.7. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

SOY, çok boyutlu bir kavram olup; demografik, kültürel, psikososyal ve kişisel özelliklerin yanı sıra bireyin hastalık deneyimleri ve sağlık sistemiyle ilgili faktörlerden etkilenmektedir. Demografik faktörler arasında yaş, etnik köken, cinsiyet, medeni durum, gelir, eğitim düzeyi ve çalışma durumu yer alır. Yapılan araştırmalar, genellikle ileri yaşta olan, siyah ırka mensup, kadın, bekar, düşük eğitim seviyesine ve yetersiz gelir durumuna sahip bireylerde SOY düzeyinin daha düşük olduğunu

göstermektedir (12,34). Kültürel faktörler; etnik köken, göçmenlik durumu, dil farklılıkları ve dil kullanımına ilişkin unsurları kapsar. Bu durumlar, sağlıkla ilgili bilgileri okuma, yazma ve anlama süreçlerini zorlaştırarak sağlık okuryazarlığı düzeyini olumsuz etkileyebilir (35). SOY üzerinde etkili olan psikososyal faktörler arasında; bireyin öz yeterlilik düzeyi, sahip olduğu sosyal destek, sağlık sorunları hakkında bilgi sahibi olma durumu ve mevcut hastalığını anlama becerisi gibi unsurlar yer almaktadır (36). Genel okuryazarlık düzeyi ile SOY düzeyi arasında ilişki bulunmakla birlikte, yüksek genel okuryazarlık düzeyine sahip olmak her zaman yüksek SOY anlamına gelmemektedir. Araştırmalar, düşük okuryazarlık düzeyine sahip bireylerin sağlık bilgilerini anlamada güçlük yaşadığını ortaya koyarken, genel okuryazarlığı yüksek bireyler arasında da düşük SOY düzeyine rastlanabildiğini göstermektedir. Bu durum, SOY'un yalnızca temel okuryazarlık becerilerine değil; sağlık bilgilerini anlama, yorumlama ve uygulama yetkinliklerine de bağlı olduğunu ortaya koymaktadır (37).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen bireysel özellikler arasında görme, işitme ve konuşma yetileri; hafıza, anlamlandırma kapasitesi ile fiziksel, sosyal ve bilişsel beceriler yer almaktadır. Bu alanlardaki yetersizlikler, bireylerin sağlık bilgilerini anlama ve kullanma süreçlerini olumsuz etkileyerek düşük SOY düzeyine neden olabilmektedir (12).

Hastalık deneyimleri; hastalığın süresi, türü, şiddeti, tedavi sürecinin karmaşıklığı, komplikasyonların varlığı ve eşlik eden diğer sağlık sorunları gibi unsurlarla sağlık okuryazarlığı (SOY) düzeyini etkileyebilmektedir. Özellikle hastalığın kronikleşmesi, tedavi protokollerinin daha karmaşık hale gelmesi ve birden fazla hastalığın birlikte bulunması, bireylerin SOY düzeyini olumsuz yönde etkileyen başlıca etmenlerdendir (12).

SOY üzerinde etkili olan sağlık sistemi faktörleri arasında ise sağlık hizmetlerine erişim imkânı, sağlık sisteminin yapısal karmaşıklığı, sağlık güvencesinin kapsamı ve hekim-hasta ilişkisinin niteliği yer almaktadır. Bu unsurlar, bireylerin sağlık durumlarını yönetme ve sağlık bilgilerini anlama ile uygulama becerilerini doğrudan şekillendirebilmektedir (12).

Bunlara ek olarak, sağlık sistemiyle ilişkili değişkenlerden; sağlık hizmetlerine erişim düzeyi, sağlık sisteminin yapısal karmaşıklığı, bireyin sahip olduğu sağlık güvencesinin kapsamı ve hekim-hasta ilişkisi SOY'u etkilemektedir (12).

SOY'un bireysel düzeydeki düşüklüğü hastalığın kontrol altına alınamamasına, komplikasyon gelişmesine, hayat kalitesinin düşmesine, tedaviye uyum sorunlarına ve memnuniyetsizliğe neden olmaktadır (38). Ayrıca, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bireylerin hastaneye yatış ve acil servis başvuru oranlarının daha yüksek olduğu; tarama programlarına katılım, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının ise daha düşük olduğu görülmektedir. Bu bireyler, hastalıkları ve uygulanan tedaviler hakkında da genellikle daha sınırlı bilgiye sahiptir (37). Aynı zamanda bu kişilerin, morbidite ve mortalite oranları da daha yüksektir (1).

2.2.8. Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı

Gebelik dönemi hem anne hem de bebek sağlığı üzerinde kısa ve uzun vadeli etkileri olan kritik bir süreçtir. Bu dönemde sağlık ve hastalık kavramları birbiriyle yakın ilişki içindedir ve annenin SOY düzeyi, bu ilişkinin yönetilmesinde belirleyici bir rol oynar (39). Gebelik döneminde annenin eğitim düzeyi hem annenin sağlığı hem de bebeğin sağlığı açısından çok önemlidir. Yapılan araştırmalar, kadınların en azından ilköğretim düzeyinde eğitim almalarının, bu ölümlerin %66 oranında azalmasını sağlayabileceğini göstermektedir (40).

SOY düzeyi yüksek olan gebeler, bu süreçte karşılaşabilecekleri potansiyel riskleri daha iyi anlayabilir, öz bakımlarına daha fazla özen gösterir. Ayrıca, bu gebeler, doğum öncesi sağlık bakım hizmetlerine düzenli olarak erişim sağlama ve sağlık profesyonellerinin önerilerine uyma konusunda daha istekli davranırlar. Bu durum, gebelik sürecinin daha iyi yönetilmesini ve gebeliğin olumlu sonuçlanmasını sağlar. Buna karşılık, SOY düzeyi düşük olan gebeler, gebelikle ilgili bilgiler konusunda yetersiz olabilirler. Örneğin, prenatal tarama testlerinin önemi ve bu testlerin fetal anomalilerin erken tespitindeki rolü konusunda bilgi eksikliği yaşayabilirler. Aynı şekilde, sigara kullanımının fetüs sağlığı üzerindeki zararlı etkileri hakkında yetersiz

bilgiye sahip olmaları veya bu konuda hiç bilgilerinin olmaması, gebelik sürecini olumsuz etkileyebilir (5).

Sınırlı SOY'a sahip gebeler, gebelik sürecinde folik asit vb takviye kullanımı veya prenatal bakım hizmetlerine erişim ve faydalanma oranları daha düşüktür (41).

Aynı zamanda gebelik sürecinde hastanede kalış sürelerinin daha uzun olduğu ve doğum sonrası ilk iki ayda emzirme olasılıklarının daha düşük olduğu bildirilmektedir (41,42). Bu bulgular, sınırlı SOY'un, hem anne hem de bebek sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini göstermektedir.

Bir araştırmada, SOY düzeyi yüksek annelerin, kontrol grubundaki annelere kıyasla daha düşük prematüre doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek oranına sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca, bu annelerin yenidoğan ölüm oranlarının daha düşük olduğu ve anne sütüyle besleme oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (43). Başka bir araştırmada ise, SOY düzeyi yüksek olan gebelerin; hematokrit değerleri, demir ve folik asit kullanımı, doğum tercihleri, gebelik süresince kilo artışı ve emzirme konularında, düşük SOY düzeyine sahip gebelere kıyasla farklı özellikler gösterdikleri ortaya konmuştur (5).

Yapılan araştırmalarda, düşük SOY'a sahip gebelerin; planlanmamış gebelik yaşama, doğum öncesi tarama testlerini anlamama, anne sağlığı hizmetlerinden yararlanmama, olumsuz gebelik sonuçlarına sahip olma, gebelik öncesinde ve gebelik süresince vitamin kullanmama, gebelik döneminde reçeteli ilaç kullanımında uyumsuzluk gösterme ve sigara içmeye devam etme oranlarının, yeterli SOY düzeyine sahip gebelere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (44). Gebelik, kadının sağlık hizmetlerine en fazla ihtiyaç duyduğu dönemlerden biri olup, bu hizmetlerden etkin şekilde yararlanılması, SOY düzeyinin geliştirilmesi için en uygun fırsatlardan birini sunar (5).

2.3. Çevresel Sigara Dumanı

Çevresel sigara dumanı (ÇSD); sigara, puro veya pipo gibi tütün ürünlerinin yakılmasıyla yayılan dumanın ve sigara içenler tarafından solunan dumanın birleşiminden oluşan duman olarak tanımlanmaktadır (45). Amerika Birleşik Devletleri Çevre Koruma Ajansı tarafından A Grubu kanser yapıcı madde olarak sınıflandırılan ÇSD, 7000'den fazla zararlı-zehirli madde içermektedir. ÇSD'ye maruz kalma genellikle iç mekânlarda, özellikle evlerde ve arabalarda olmaktadır. Sigara içilen ortamda pencereyi açmanın, bir evde veya arabada havalandırmayı artırmanın, ÇSD'ye karşı koruyucu olmadığı bildirilmektedir (46). ÇSD'nin, normal sigara içiminden farklı olduğu, çevresel tütün dumanına 8 saat maruz kalmanın, doğrudan 20 sigara içmenin etkilerine karşılık geldiği bildirilmiştir (47). Çünkü sigara dumanı sadece içilen ortamda havada bulunmamakta, aynı zamanda ortamda yer alan eşyalar, yüzeyler tarafından tutularak bu yüzeylerde uzun süre kalabilmektedir ve havalandırma ile bu kalıntı duman yok edilememektedir (48). Bu nedenle ÇSD; İESD ve ÜESD olmak üzere iki başlık altında ele alınmaktadır (8).

2.3.1. İkinci El Sigara Dumanı

Sigara içimi sırasında ortaya çıkan duman, iki temel bileşenden oluşmaktadır. Sigara içen kişinin nefesiyle dışarı verdiği dumana "ana akım duman" denilmektedir. Sigaranın yanması sırasında doğrudan çevre havasına yayılan duman ise "yan akım duman" denilmektedir. İESD, bu iki duman türünün birleşimiyle oluşur ve literatürde genellikle ÇTD terimiyle de ifade edilmektedir.

Yapılan araştırmalar, yakılan bir sigaradan çıkan dumanın yaklaşık %66'sının sigara içen kişinin solunum sistemine ulaşmadan doğrudan ortama yayıldığını ve çevrede bulunan sigara içmeyen bireyler tarafından solunduğunu göstermektedir (49).

İESD'nin temel bileşenini ise yan akım dumanı oluşturmaktadır. ÇTD'nin çoğunluğu yan akım dumanından oluşmakta olup, bu duman ana akım dumana göre daha yüksek düzeyde toksik ve kanserojen bileşikler içermektedir (50).

İESD, 7000'den fazla kimyasal madde içermekte ve yaklaşık 70 tanesinin insanlarda kanserojen etkiler gösterdiği bilinmektedir (51). Bu maddeler arasında formaldehit, benzen, arsenik, amonyak, hidrojen siyanür ve nitrozaminler gibi toksik bileşikler yer almaktadır. Çevresel sigara dumanının en savunmasız gruplar üzerindeki etkileri daha belirgin ve yıkıcı olabilmektedir. Özellikle gebeler ve çocuklar bu gruplar arasında yer almaktadır. Dünya genelinde her yıl yaklaşık 50 milyon gebenin ÇTD'ye maruz kaldığı düşünülmektedir (52). Gebelik döneminde pasif sigara dumanına maruziyet; düşük doğum ağırlığı, erken doğum, fetal gelişim geriliği ve ölü doğum gibi ciddi sonuçlara yol açabilmektedir. Her yıl ortalama bin bebek sigara dumanına maruziyet sonucunda ölmektedir (53).

Küresel ölçekte değerlendirildiğinde, çocukların yaklaşık %40'ının İESD'ye düzenli olarak maruz kaldığı, bu durumun özellikle solunum yolu enfeksiyonları, astım atakları ve ani bebek ölümü sendromu gibi sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (53). Buna bağlı olarak, çocuk ölümlerinin yaklaşık %28'inden ÇTD'nin sorumlu olduğu ifade edilmektedir (54).

Maruz kalınan başlıca yerler restoranlar, iş yerleri, eğlence ortamları, kafeler, sigara içenlerin evleri ve arabalarıdır (55). KYTA Türkiye 2016 sonuçlarına göre yetişkinlerin ikinci el sigara dumanına sırasıyla en çok kafe, kahvehaneler ve çayhane"ler gibi halka açık yerlerde (%28) ardından restoranlarda (%12,7) ve kamu binalarında (%4,7) maruz kalmaktadır (56).

Dolayısıyla, İESD yalnızca geçici bir rahatsızlık değil, uzun vadeli sağlık riskleri taşıyan ciddi bir maruziyet şeklidir. Bu bağlamda hem kamusal alanlarda hem de özel yaşam alanlarında İESD'yi önlemeye yönelik stratejiler geliştirilmesi büyük önem arz etmektedir.

2.3.2. Üçüncü El Sigara Dumanı

ÜESD, bu isimle anılmaya başlanmasından çok önce de bilim insanlarının ilgisini çekmiştir. Nitekim 1953 yılında, sigara dumanından kaynaklanan toksik maddelerin duman ortadan kalktıktan sonra bile oda ve araba yüzeylerinde

kalabileceği ilk kez öne sürülmüştür (57). Sonraki çalışmalarla, 2002 yılında kapalı bir ortamda sigara içildikten sonra nikotin ve diğer organik gazların duman dağıldıktan sonra kaybolmayıp ortamdaki yüzeylere tutunduğu ve bu yüzeylerden tekrar ortama salınabildiği deneysel olarak gösterilmiştir (58). Bu tür maruziyet, literatürde daha önce "rezidüel ikinci el sigara dumanı", "sigara dumanı kalıntısı", "dolaylı sigara dumanı" veya "eskimiş/yaşlanmış yan akım dumanı" gibi adlarla da anılmıştır. Her ne kadar ÜESD terimi ilk kez 2006 yılında bir gazete haberinde kullanılmışsa da (59), tıp literatüründe yaygın olarak tanınması 2009 yılında Harvard Tıp Fakültesi'nden Pediatri Doçenti Jonathan Winickoff ve meslektaşlarının yayınladığı bir makaleyle mümkün olmuştur (60). Ayrıca 2011 yılında yayımlanan bir uzman konsensusu raporu, ÜESD'yi "tütün ürünü tüketildikten sonra yüzeylerde ve tozda kalmaya devam eden; buradan yeniden gaz fazına geçebilen veya ortamdaki oksidanlarla reaksiyona girerek ikincil kirleticilere yol açan artık tütün dumanı kirleticilerinin oluşturduğu kirlilik" şeklinde tanımlamıştır (48).

Matt ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada, sigarayı bırakmış ve evde sigara içicisi bulunmayan hanelerde ÜESD birikiminin devam edip etmediği araştırılmıştır. Katılımcıların sigara içmediği, yedinci günde yapılan kimyasal analizlerle doğrulandıktan sonra, bu evlere yüksek oranda nikotin absorbe edebilen pamuk dolgulu, koton yüzeyli yastıklar yerleştirilmiştir. Ayrıca, sigara içilmeyen dört eve de aynı tür yastıklar yerleştirilerek kontrol grubu oluşturulmuştur. Üç haftalık sürenin ardından, yastıkların kılıfları, yüzeyleri ve iç dolgu materyali ayrı ayrı incelenerek nikotin birikimi analiz edilmiştir. Sigarayı bırakmış bireylerin yaşadığı evlerde, özellikle yastık kılıfında olmak üzere, bir yastıkta ortalama 21,5 μg nikotin birikimi saptanmıştır. Buna karşılık, hiç sigara içilmemiş evlerde nikotin birikimi izlenmemiştir. Elde edilen bulgular, sigarayı bıraktıktan sonra dahi ev yüzeylerinde kalmış olan nikotinin çevre havasına salınım gösterdiğini ve bunun ÜESD kaynağı olabileceğini ortaya koymaktadır (61).

2018 yılında sigara dumanına maruz kalmış ve sigara dumanına maruz kalmamış temiz giysilerin karşılaştırmasının yapıldığı çalışmada; temiz giysiler giymenin sigara dumanının kısa süreli alımını önemli ölçüde azalttığı, sigara dumanına maruz kalmış giysilerin giyilmesinin alımı arttırdığı sonucuna varılmıştır. Temas

maruziyetine benzer şekilde, havadan veya giysilerden dermal olarak emilen nikotin ciltte birikir ve birkaç gün, belki de bir haftaya kadar bir sürede salınır. (62).

Zamanla bu artık maddeler, yeniden gaz fazına geçerek ortam havasına karışabilir ya da çevrede bulunan oksidanlar ve diğer kimyasal bileşiklerle etkileşime girerek ikincil kirleticiler oluşturabilir. Bu ikincil ürünlerin bir kısmı, insan sağlığı açısından toksik veya kanserojen nitelik taşıyabilir. Bu nedenle ÜESD'ye maruziyet, aktif sigara içiminin söz konusu olmadığı ortamlarda bile bireylerin istem dışı olarak bu kirleticileri solunum, deri teması ya da yutma yoluyla vücutlarına almalarına yol açabilir. Maruziyet, özellikle sigara bırakıldıktan sonra dahi sigara içilen ortamlarda uzun süre kalınması veya sigara içen kişilerle yakın fiziksel temas kurulması durumlarında da devam edebilmektedir (48).

ÜESD maruziyet, sigara içilen ortamlarda kalan kirleticilerin bireyler tarafından solunması, yutulması ya da deri yoluyla emilmesi yoluyla gerçekleşebilmektedir. Bu maruziyet, yalnızca aktif içicileri değil; aynı zamanda pasif olarak dumana dolaylı biçimde temas eden bebekler, çocuklar, yetişkinler ve yaşlılar gibi tüm yaş gruplarını da etkileyebilmektedir (63).

ÜESD'ye sürekli veya yoğun düzeyde maruz kalmak, başta akciğer kanseri olmak üzere kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıklarının gelişiminde önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (63). Ayrıca yapılan araştırmalar, ÜESD'nin kapalı yaşam alanlarında uzun süre kalıcı olduğunu göstermektedir. Sigaranın söndürülmesinin ardından bu kirleticilerin, ortamda günlerce, hatta haftalarca ve aylarca varlığını sürdürebildiği bildirilmektedir (64). Bu bulgular, tütün ürününün kullanımının sona ermesinin, maruziyetin de sona erdiği anlamına gelmediğini; sigara içmeyen bireylerin, yüzeylerde ve ev tozlarında biriken gaz ve partiküllerle temas ederek sağlık açısından risk altında kalmaya devam ettiklerini ortaya koymaktadır (65).

Sigara içen bireyler tarafından sıklıkla başvurulan; sigaranın farklı odalarda içilmesi, pencere açılması ya da vantilatör kullanılarak dumanın dağıtılması gibi önlemlerin, ÜESD oluşumunu engellemediği bildirilmektedir. Bu tür uygulamalar, iç

ortamda kalan kalıntı kirleticilerin tamamen ortadan kalkmasını sağlamamakta; dolayısıyla evde yaşayan ya da kısa süreli olarak bu ortamda bulunan bireylerin tütün kaynaklı zararlı maddelere maruziyet riskini ortadan kaldırmamaktadır (66).

Genel temizlik yöntemleri olan pencere açma, odanın fan veya klima ile havalandırılması ya da yüzeylerin silinmesi gibi uygulamalar, ortama yerleşmiş olan ÜESD kalıntılarını tamamen ortadan kaldırmakta yetersiz kalmaktadır (8). ÜESD'nin çevresel ve sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koyan bilimsel çalışmaların giderek artması, bu soruna yönelik koruyucu önlemlerin geliştirilmesi ve toplumda farkındalık oluşturulması açısından büyük önem taşımaktadır (67).

2.3.3. Çevresel Sigara Dumanı Maruziyetinin Sağlık Üzerine Etkisi

Sigara dumanına maruz kalmanın hem kısa hem de uzun vadede ciddi sağlık sonuçları doğurduğu çok sayıda bilimsel çalışmayla ortaya konmuştur. Sigaranın özellikle solunum sistemi üzerindeki etkileri iyi tanımlanmış olup, kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve çeşitli solunum sistemi bozukluklarının gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Yapılan epidemiyolojik araştırmalar, ÇSD maruz kalan bireylerde, başta akciğer kanseri olmak üzere çeşitli maligniteler ve kalp hastalıklarının görülme sıklığının arttığını göstermektedir. Özellikle sigara kullanmayan kadınların, ev ortamında sigara içen erkeklerin dumanına maruz kalmaları sonucu çeşitli sağlık sorunları yaşadıkları saptanmıştır. Ulusal ve uluslararası çok sayıda kuruluş tarafından yürütülen çalışmalar, çevresel sigara dumanının akciğer kanseri riskini belirgin şekilde artırdığını doğrulamaktadır (68).

ÇSD'nin sağlık üzerindeki etkileri özellikle savunmasız gruplarda daha belirgin hale gelmektedir. Bebekler, çocuklar, gebeler, yaşlılar ve kronik hastalığı olan bireyler, pasif sigara dumanının zararlı etkilerine karşı daha duyarlıdır. Çocuklarda solunum yolu enfeksiyonları, astım semptomlarında artış, kulak iltihapları, düşük akciğer fonksiyonları ve ani bebek ölümü sendromu gibi hastalıkların gelişiminde ÇSD önemli bir risk faktörüdür (69). Gebe kadınların pasif içiciliğe maruz kalması ise fetüsün büyüme ve gelişimini olumsuz etkileyebilir; düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve gelişimsel bozukluklarla ilişkilendirilmiştir (70).

Erişkin bireylerde ise ÇSD'ye kronik maruziyetin; kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, inme, akciğer kanseri ve KOAH gibi ciddi sağlık sorunları ile ilişkili olduğu birçok epidemiyolojik çalışma ile ortaya konmuştur (71,72).

Ayrıca son yıllarda yapılan çalışmalar, ÇSD'ye kısa süreli maruziyetin bile endotel fonksiyon bozukluğuna, sistemik inflamasyona ve oksidatif strese yol açarak, damar sağlığını olumsuz etkilediğini göstermektedir (73).

2.3.4. Gebelikte ve Çocukluk Döneminde Çevresel Sigara Dumanı Maruziyetinin Etkileri

DSÖ verilerine göre dünya genelinde yaklaşık 50 milyon gebe kadın, gebelik döneminde ÇSD'ye maruz kalmaktadır (72).

Sigara kullanımı, her yaş grubundaki bireyler için sağlık açısından ciddi tehditler oluşturmaktadır. Ancak gebelik döneminde sigara tüketiminin etkileri, yalnızca anne sağlığıyla sınırlı kalmamakta; gelişmekte olan fetüs üzerinde de önemli ve kalıcı sorunlara neden olmaktadır. Bu nedenle, gebelikte sigara kullanımı, diğer yaşam dönemlerine kıyasla çok daha yüksek sağlık riskleri taşımaktadır (74).

Çevresel sigara dumanının en çok etkilediği hassas grupların başında gebeler ve bebekler gelmektedir. Prenatal dönemde annenin İESD'ye maruz kalması, doğrudan tütün kullanımı kadar zararlı sonuçlar doğurabilmektedir. Pasif içiciliğin, özellikle fetal gelişim ve doğum sonuçları üzerinde ciddi sağlık riskleri oluşturduğu çeşitli bilimsel çalışmalarda ortaya konmuştur (75).

Gebelik döneminde nikotine maruz kalmak, fetüsün gelişimi üzerinde ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. Nikotin, yalnızca bağımlılık yapıcı etkisiyle değil, aynı zamanda nörotoksik özellikleri nedeniyle de fetal gelişimi tehdit eden bir maddedir. Özellikle merkezi sinir sistemi gelişimi devam eden fetüste nikotine bağlı olarak nörogelişimsel bozukluklar ortaya çıkabileceği bildirilmiştir (76). Sigara içmek veya pasif olarak tütün dumanına maruz kalmak; fetal gelişimi, gebeliğin her evresini ve doğum sürecini olumsuz yönde etkileyerek düşük doğum ağırlığı, preterm doğum, ölü

doğum ve komplikasyonlu doğum gibi istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir. Bunun yanı sıra, prenatal dönemde sigara maruziyetinin; çocukluk ve ergenlik döneminde duygudurum bozuklukları, çeşitli psikiyatrik rahatsızlıklar, zihinsel gelişim geriliği, madde kullanım bozuklukları, suç eğilimi, tip 2 diyabet, obezite, pediatrik kanserler ve solunum sistemi hastalıkları ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir (77).

Pasif içicilik; fetal solunum hareketlerini baskılayabilir, kalp atım hızında düzensizliklere yol açabilir ve büyüme geriliği oluşturabilir. Bu etkilerin bir sonucu olarak, bebeklik döneminde ani beklenmeyen bebek ölümü sendromu (ABÖS) riski anlamlı ölçüde artmaktadır (78).

Doğumdan sonra sigara dumanına maruz kalan çocuklar ise, solunum sistemlerinin henüz tam olgunlaşmamış olması nedeniyle pasif içiciliğin zararlı etkilerine karşı daha savunmasızdır. Pasif sigara dumanı; solunum yollarında tahriş ve ödem oluşturarak, çocukların alt ve üst solunum yolu hastalıklarına yakalanma riskini artırır. Bu maruziyet, çocuklarda astım ve astım atakları, bronşiyolit ve bronşit, krup (larenjotrakeit), otitis media, pnömoni, tonsillit, menenjit ve septisemi dahil meningokokal hastalıklar, lösemi başta olmak üzere bazı çocukluk çağı kanserleri görülme oranını arttırmaktadır (76).

ÜESD'ye maruz kalma genellikle diyet dışı alım (oral yutma) ve dermal emilim yoluyla meydana gelirken; ortamda yeniden havaya karışan partiküllerin solunması yoluyla da bireyler bu zararlı maddeleri istem dışı olarak vücutlarına alabilmektedir (79). Özellikle küçük çocuklar, kirli yüzeylere daha sık temas etmeleri, ellerini ağızlarına götürme davranışları ve oyun sırasında yerde vakit geçirmeleri nedeniyle bu maruziyet yollarına daha açıktır.

Yapılan çalışmalarda, ÇSD'ye maruziyetin biyolojik göstergesi olan kotinin düzeyleri kullanılarak, pasif ve kalıntı duman maruziyeti arasındaki farklar değerlendirilmiştir (79). Lidón-Moyano ve ark.ları tarafından yürütülen bir çalışmada, ev ortamında İESD'ye ve ÜESD'ye maruz kalan bireylerin biyolojik örneklerinde ölçülen kotinin seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu,

ÜESD'nin de en az İESD kadar ciddi bir nikotin maruziyetine yol açabileceğini göstermektedir (80).

Bunlara ek olarak, uzun süreyle maruz kalma davranışsal ve bilişsel bozukluklar ve okul performansı ile de ilişkilidir. Gençlerin ve çocukların sigara içen kişiler ile aynı ortamda bulunmaları ve ÇTD'ye maruz kalmaları, bir davranış modeli oluşturmasının yanı sıra kimyasal yolla da çocukların ileride sigara bağımlısı olma riskini arttırır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Tasarımı

Çalışmamız Ocak-Mart 2025 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren toplam 8 birimden oluşan Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı tüm gebelerde yapılmıştır. Bu araştırma tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem Seçimi

Çalışmanın evrenini Ocak-Mart 2025 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (EASM) birimlerine kayıtlı olan gebeler oluşturmaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde ocak ayı itibariyle 8 birime kayıtlı 159 gebe mevcuttu. Böylece toplamda çalışmamızın evrenini 159 kişi oluşturmuştur. Evrenin tamamı örneklem olarak alınmıştır.

3.2.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Okuryazar olmak
- 18 yaşın üzerinde olmak
- Gebe olmak (USG ile teyit edilmiş)
- Herhangi bir zihinsel engeli olmamak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek ve onam vermek
- AÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalına bağlı EASM'ye kayıtlı olmak

3.2.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- 18 yaş altında olmak
- Okur-yazar olmamak
- Tanı konulmuş ruhsal/psikolojik probleminin olması
- İletişim kurma (konuşma, işitme vb.) engelinin olması

- Türkçe bilmemek
- EASM'ye başvuran misafir hasta olmak

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış, yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra yüz yüze anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırmamızda veri toplama aracı olarak Sosyodemografik Veri Formu, TSOY-32 ve BATHS-T ölçekleri kullanılmıştır.

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu form, araştırmacı tarafından geliştirilmiş ve katılımcıların temel kişisel, obstetrik ve sigara maruziyeti ile ilgili özelliklerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Üç ana bölümden oluşmaktadır:

Kişisel Bilgiler: Yaş, eğitim durumu, medeni durum, aile tipi, çalışma durumu, aylık gelir düzeyi, sağlıkla ilgili bilgi kaynakları ve kronik hastalık öyküsü gibi demografik ve sosyoekonomik verileri kapsamaktadır.

Obstetrik Bilgiler: Gebelik haftası, gebelik ve doğum sayısı, canlı doğum ve düşük öyküsü, yaşayan çocuk sayısı ve çocukların sağlık durumuna ilişkin sorular yer almaktadır.

Sigara Dumanına Maruziyet: Katılımcının sigara içme durumu, elektronik sigara kullanımı, ev içi sigara maruziyeti, sigara içen ev bireyleri ve evde misafirlerin sigara içimine izin verilip verilmediği ile ilişkili sorular içermektedir. Bu bölüm çevresel tütün dumanına (pasif içicilik) ilişkin maruziyeti ve farkındalığı değerlendirme amacı taşımaktadır.

3.3.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

TSOY-32 Okyay ve ark. tarafından 2016 yılında HLS-EU (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği) çalışmasından temel alınarak geliştirilen bir ölçektir. Sağlık Bakanlığı tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldıktan sonra yayımlanan bir ölçektir. Çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.927 olarak bulunuştur.

TSOY-32, Tedavi ve Hizmet ve Hastalıklardan Korunma / Sağlığın Geliştirilmesi olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Her bir boyut, sağlıkla ilgili bilgiye erişim, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama olmak üzere dört temel bileşenden oluşmaktadır (32)(Tablo 4).

Tablo 4. TSOY-32'nin alt boyutları

	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
Tedavi ve hizmet	1, 4, 5, 7	2, 8, 11, 13	3, 9, 12, 15	6, 10, 14, 16
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	18, 20, 22, 27	19, 21, 23, 25	24, 26, 28, 32	17, 29, 30, 31

Ölçek 32 sorudan oluşmaktadır. 5'li likert tipinde ki ölçekte maddeler 0=fikrim yok, 1=çok zor, 2=zor 3=kolay 4=çok kolay şeklinde ifade edilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler 0-50 arasında olacak şekilde standardize edilmektedir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmaktadır.

İndeks = (ortalama-1) x (50/3)

Bu formülde "indeks", bireye özgü olarak hesaplanan sağlık okuryazarlığı (SOY) puanını; "ortalama" ise kişinin yanıtladığı tüm maddelerin puan ortalamasını ifade etmektedir. Hesaplama sonucunda, 0 puan en düşük, 50 puan ise en yüksek SOY düzeyini göstermektedir. HLS-EU çalışmasında olduğu gibi, elde edilen indeks değeri dört kategoriye ayrılmaktadır:

0–25 puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı

>25–33 puan: Sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı

>33–42 puan: Yeterli sağlık okuryazarlığı

>42–50 puan: Mükemmel sağlık okuryazarlığı şeklinde tanımlanmaktadır (32).

3.3.3. Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkındaki İnanışlar Ölçeği (BATHS-T)

Orijinal ismi "Beliefs About Third-Hand Smoke (BATHS)" olan, üçüncü el sigara dumanı hakkında farkındalık ölçeği ilk olarak 2017 yılında Haardörfer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçeye birkaç çevirisi olmuştur. Çalışmamızda Çadırcı ve arkadaşlarının çevirisi kullanılmıştır. 5'li Likert tipte (1=kesinlikle katılmıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum.) olan ölçek, toplam 9 sorudan meydana gelmektedir. Ölçek iki alt boyuttan oluşmaktadır. Sağlık etkileri alt boyutu (5 madde: 1, 2, 3, 7, 8) ÜESD'ye ilişkin sağlıkla bağlantılı inanışları; çevrede kalıcılık alt boyutu (4 madde: 4, 5, 6, 9) ise ÜESD'nin çevrede kalma süresine yönelik inanışları değerlendirmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Çadırcı ve arkadaşları ile Odacı ve Kitiş tarafından gerçekleştirilmiştir. Söz konusu çalışmalarda, ölçek toplam puanının madde sayısına bölünmesiyle elde edilen ortalama puan kullanılmış; bu doğrultuda ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 5, en düşük puanın ise 1 olduğu bildirilmiştir. Bu araştırmada, Çadırcı ve arkadaşları tarafından Türkçe uyarlaması yapılan ölçek kullanılmıştır.

BATHS-T ölçeğinin genel puanı ile iki alt boyutu arasındaki korelasyon 0.937 ($p<0,001$), sağlık ve kalıcılık alt boyutları arasındaki korelasyon ise 0.775 ($p<0,001$) olarak bulunmuştur. Bu güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki, uyarlanan BATHS-T ölçeğinin alt boyutlarla yapısal olarak uyumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin tümüne ait güvenirlik değeri 0.90'dır. Sağlık ve kalıcılık boyutları arasında test-tekrar test korelasyonları 0.745 ile 0.960 arasında olup, elde edilen tüm değerler 0.70'in üzerindedir ve istatistiksel olarak pozitif ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki göstermektedir ($p<0,001$) (81).

3.4. İstatistiksel Analiz

Bu araştırmada verilerin analizi için IBM SPSS Statistics 26 programı kullanıldı. Ölçek ve alt boyutlara ilişkin çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri incelendi; tüm değerlerin -3 ile +3 aralığında bulunması, verilerin normal dağıldığını gösterdi. Bu doğrultuda parametrik testlerin uygulanmasına karar verildi.

Verilerin tanımlayıcı istatistikleri (ortalama ± standart sapma, yüzdelik) hesaplandı. İki kategorili değişkenler için bağımsız örneklem t-testi, üç ve daha fazla kategori içeren değişkenler için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Anlamlı farklılık saptanan analizlerde farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc karşılaştırmalarda Tukey's B testi uygulandı. Ölçek alt boyutları arasındaki korelasyonun değerlendirilmesinde Pearson korelasyon testi kullanıldı.

Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

3.5. Etik Kurul İzni

Bu çalışma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27 Aralık 2024 Tarihli ve B.30.2.ATA.0.01.00/740 sayılı kararla bilimsel ve etik açıdan uygunluk onayı alınarak yürütülmüştür. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılara çalışmanın amacı sözel olarak anlatıldı. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alındı.

4. BULGULAR

Çalışmamızda gebelerin tamamına ulaşılmış olup 159 gebe üzerinden yapılmıştır.

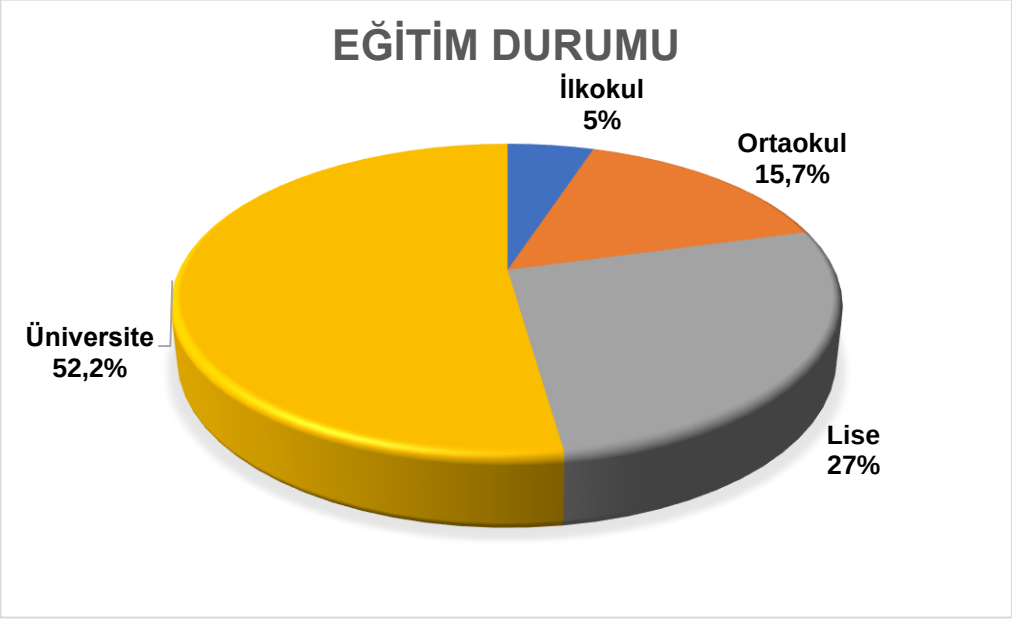
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Katılımcıların yaş ortalaması 29,5 ± 4,96 yıl olarak bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Yaş Özellikleri

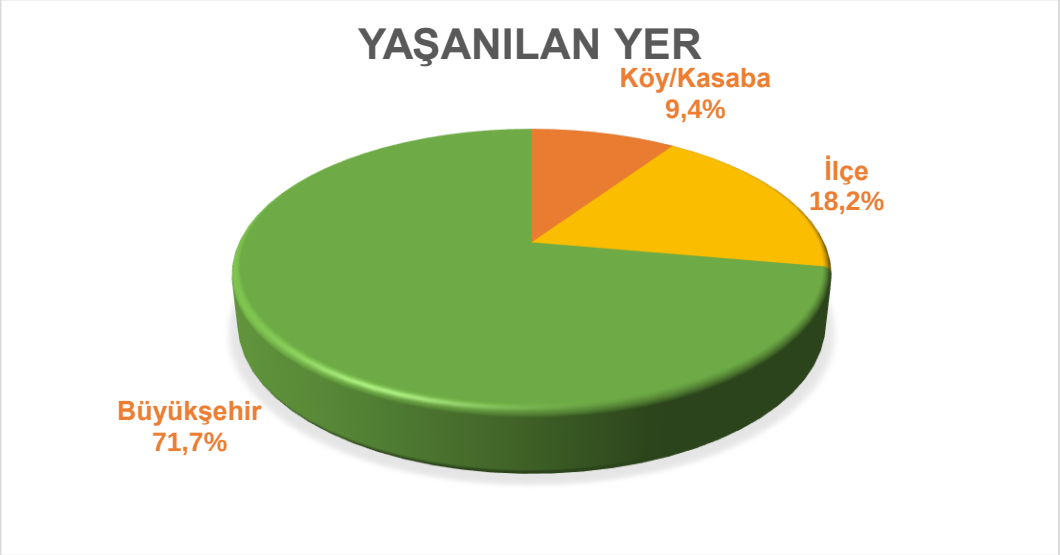
	n (%)
Yaş Min-Maks(Ortalama ± SS)	19-45 (29,5 ± 4,96)
Yaş Grubu:	
25 yaş ve altı	28 (17,6%)
26-28 yaş arası	45 (28,3%)
29-32 yaş arası	46 (28,9%)
33 yaş ve üzeri	40 (25,2%)

Katılımcıların %52,2'si (n=83) üniversite mezunu, %27'si (n=43) lise mezunu, %15,7'si (n=25) ortaokul mezunu, %5'i (n=8) ilkokul mezunuydu (Şekil 2).



Şekil 2. Katılımcıların eğitim durumu

Katılımcıların %71,7'si (n=114) en uzun süre yaşadığı yeri il/büyükşehir, %18,2'si (n=29) ilçe, %9,4'ü (n=15) köy/kasaba/belde olarak belirtti (Şekil 3).



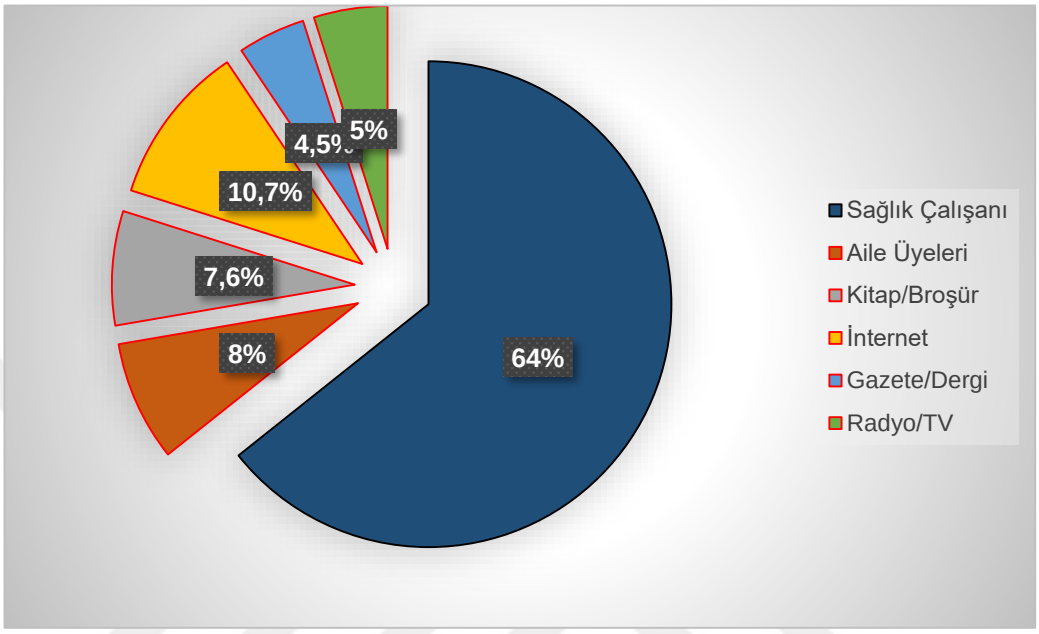
Şekil 3. Katılımcıların Yaşadığı Yer

Katılımcıların %100'ü (n=159) evli, %88,1'i (n=140) çekirdek aile yapısına sahip olduğunu belirtti. Katılımcıların %39'u (n=62) gelir getiren bir işte çalışırken, %61'i (n=97) gelir getiren bir işte çalışmamaktaydı. Katılımcıların aylık gelir durumunu sorgulandığında %56'sı (n=89) gelirinin gidere eşit olduğunu, %23,3'ü (n=37) gelirinin giderden fazla olduğunu, %20,1'i (n=32) gelirinin giderden az olduğunu belirtti (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	n	%
Medeni durum		
Evli	159	100.0
Bekar	0	0
Aile tipi		
Çekirdek aile	140	88.1
Geniş aile	19	11.9
Gelir getiren bir işte çalışma durumu		
Evet	62	39.0
Hayır	97	61.0
Aylık gelir durumu		
Gelir giderden az	32	20.1
Gelir gidere eşit	89	56.0
Gelir giderden fazla	37	23.3

Katılımcıların sağlıkla ilgili en çok güvendikleri bilgi kaynakları sorulduğunda Şekil 4'te görüldüğü üzere ilk üçte, sağlık çalışanı (%64,3), internet (%10,7) ve aile üyelerinin (%8,0) yer aldığı saptandı.



Şekil 4. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Güvendikleri Bilgi Kaynakları

Katılımcıların obstetrik özellikleri incelendiğinde, %50,9'unun (n=81) 3. trimesterde, %29,6'sının (n=47) 2. trimesterde ve %19,5'inin (n=31) 1. trimesterde olduğu belirlendi. Ortalama gebelik sayıları 2,13±1,30 olup, %56,6'sı (n=90) multigravida, %43,4'ü (n=69) primigravida idi.

Multigravida gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde ise, %22,6'sının (n=36) daha önce en az bir kez düşük yaptığı (spontan ya da isteyerek) belirlendi.

Katılımcıların %48,4'ü (n=77) daha önce doğum yapmamış iken, %51,6'sı (n=82) en az bir kez doğum yapmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri

Obstetrik özellikler	**N**	**%**
Gebelik dönemi		
1.Trimester	31	19,5
2.Trimester	47	29,6
3.Trimester	81	50,9
Gebelik sayısı		
Primigravida	69	43,4
Multigravida	90	56,6
Ort±SS = 2,13±1,30		
Medyan=2		
Doğum sayısı		
0	77	48,4
1	45	28,3
2-5	37	23,3
Ort±SS = 0,87±1,056		
Medyan=1		
Düşük yapma durumu		
Evet	36	22,6
Hayır	123	77,4
Ort±SS = 0,34±0,736		
Medyan=2		
Yaşayan çocuk sayısı		
1	49	30,8
2-5	34	21,4
Ort±SS = 1,61±0,85		
Medyan=1		
Çocuklar sağlıklı mı		
Henüz Doğmadı (0)	70	44,0
Evet	75	47,2
Hayır	12	7,5

Katılımcıların %76,1'i (n=121) hayatı boyunca hiç sigara içmediğini belirtti. Gebe kaldığını öğrendikten sonra sigarayı bırakanlar %13,2 (n=21), önceden içip bırakanlar %6,3 (n=10) ve gebelik devam ederken sigara içenler %4,4 (n=7) olarak saptandı. Günlük sigara tüketimine bakıldığında, katılımcıların büyük çoğunluğu %95,6'sı (n=152) günlük hiç sigara içmemekteydi. Sigara içen gebeler günde ortalama 7,0±3,70 adet sigara içtiğini belirtti (Tablo 8).

Katılımcıların %56,6'sının (n=90) yaşadığı evde sigara içilmekteyken %42,8'inin (n=68) yaşadığı evde sigara içilmemektedir. Evde sigara içen kişiler arasında katılımcıların %43,3'ü (n=90) eşinin, %39,9 'u misafirlerinin evde sigara içtiğini belirtti. Katılımcıların %18,5'i (n=31) misafirlerinin evinde sigara içmesine izin vermediğini, %57,1'i (n=96) balkonda içilmesine izin verdiğini, %4,8'i (n=8) ise evine gelen misafirin istedikleri yerde içebileceğini belirtti (Tablo 8).

Tablo 8. Gebelerin Sigara Kullanma ve Sigara Dumanına Maruziyet Durumlarının Dağılımı

Değişkenler	**N**	**%**
Sigara içme durumu		
Hiç içmedim	121	76,1
İçiyordum, gebe kalınca bıraktım	21	13,2
Önceden içiyordum, bıraktım	10	6,3
Halen içiyorum	7	4,4
Gebelikte içilen sigara miktarı (n=7)		
1-5adet	3	42,9
6-10adet	3	42,9
11-20adet	1	14,2
Ort±SS = 7.0±3.70		
Elektronik sigara içme durumu		
Evet	2	1,3
Hayır	155	98,7
Yaşanılan evde sigara içilme durumu		
Evet	90	56,6
Hayır	68	42,8
Yaşanılan evde kim sigara içiyor		
Kendim	9	4,3
Eşim	90	43,3
Çocuklarım	1	0,5
Misafirlerim	83	39,9
Hiç Kimse	25	12,0
Evine gelen misafirlerin sigara içmesine izin verme durumu		
Hayır, evimde sigara içilmez	31	18,5
Balkonda	96	57,1
Pencere yada aspiratör yanında	10	6,0
Oturduğum oda dışındaki diğer odalarda	23	13,7
Her ortamda	8	4,8

4.2. TSOY-32 Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların ortalama TSOY-32 puanı 34,07±8,42 olarak belirlendi. Puan aralığı 0 ile 50 arasında değişmekteydi. Katılımcıların TSOY-32 puanları gruplara göre incelendiğinde yetersiz, sorunlu-sınırlı puan alanlar %45,3 (n=72) ve yeterli, mükemmel puan alanlar %54,7 (n=87) oranında idi (Tablo 9).

Tablo 9. TSOY-32 gruplarının dağılımı

Gruplar	**n**	**%**
Yetersiz	11	6,9
Sorunlu-sınırlı	61	38,4
Yeterli	48	30,2
Mükemmel	39	12

TSOY-32; Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32

Katılımcıların TSOY-32 alt boyutlarına bakıldığında bilgiye erişim alt boyutu puan ortalaması 36,95 ± 7,88, bilgileri anlama alt boyutu puan ortalaması 37,00 ± 8,12, bilgileri değerlendirme alt boyutu puan ortalaması 32,19 ± 10,33 ve bilgileri kullanma alt boyutu puan ortalaması ise 36,26 ± 8,23 olarak belirlendi.

Tedavi ve Hizmet alt boyutu puan ortalaması 35,94±8,36 olarak belirlendi. Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi boyutunda puan ortalaması 32,23 ± 9,6 olarak belirlendi (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların TSOY-32 ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanları

TSOY-32 alt boyutları	**Ortalama ± SS**	**Min**	**Max**
Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişim	36,95±7,88	19	50
Sağlıkla İlgili Bilgileri Anlama	37,00±8,12	13	50
Sağlıkla İlgili Bilgileri Değerlendirme	32,19±10,33	6	50
Sağlıkla İlgili Bilgileri Kullanma	36,26±8,23	17	50
Tedavi ve Hizmet	35,94±8,36	14,67	50
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	32,23±9,6	7,33	50
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Toplamı	34,07±8,42	15	50

Katılımcıların yaş gruplarına göre TSOY-32 ve alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 11'de gösterilmiştir.

Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama alt boyutunda yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p=0,041). Tukey testi sonucuna göre anlamlı fark, 26–28 yaş grubuyla 33 yaş ve üzeri grup arasında gözlenmiştir (2>4). Diğer alt boyutlar açısından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05, Tablo 11).

Tablo 11. TSOY-32 ve Alt Boyutlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması

Değişken	**Yaşınız**	**n**	**ort**	**ss**	**F**	**p**	**Post Hoc Tukey**
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	25 yaş ve altı	28	34,41	8,49	0,538	0,657	
	26-28 yaş arası	45	36,10	9,29			
	29-32 yaş arası	46	35,22	10,08			
	33 Yaş ve üzeri	40	33,63	8,98			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	25 yaş ve altı	28	34,11	6,91	2,808	**0,041***	**2>4**
	26-28 yaş arası	45	37,87	8,37			
	29-32 yaş arası	46	37,05	8,79			
	33 Yaş ve üzeri	40	33,10	9,88			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	25 yaş ve altı	28	26,89	12,71	0,851	0,468	
	26-28 yaş arası	45	31,47	12,28			
	29-32 yaş arası	46	30,02	12,12			
	33 Yaş ve üzeri	40	30,10	10,96			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	25 yaş ve altı	28	34,70	7,45	1,188	0,316	
	26-28 yaş arası	45	37,58	7,79			
	29-32 yaş arası	46	35,82	8,55			
	33 Yaş ve üzeri	40	34,63	8,17			
Tedavi ve Hizmet	25 yaş ve altı	28	34,48	7,84	1,474	0,224	
	26-28 yaş arası	45	37,65	8,08			
	29-32 yaş arası	46	36,51	9,21			
	33 Yaş ve üzeri	40	34,37	7,82			
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	25 yaş ve altı	28	30,56	8,75	0,824	0,483	
	26-28 yaş arası	45	33,83	10,29			
	29-32 yaş arası	46	32,49	10,21			
	33 Yaş ve üzeri	40	31,32	8,66			
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Toplamı	25 yaş ve altı	28	32,53	7,68	1,184	0,318	
	26-28 yaş arası	45	35,68	8,64			
	29-32 yaş arası	46	34,50	9,12			
	33 Yaş ve üzeri	40	32,85	7,71			

**p<0,05; Anova testi*- Post Hoc Tukey

Katılımcıların eğitim durumuna göre TSOY-32 ve alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo.12'de belirtilmiştir. Eğitim durumu ve TSOY-32 ve tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı gözlendi (p<0,05). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analizinde üniversite mezunlarının puan ortalamaları ilkokul ve ortaokul mezunlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 12 Eğitim Düzeyine Göre TSOY-32 ve Alt Boyutların Karşılaştırılması

Değişkenler	**Eğitim Durumu**	**n**	**ort**	**ss**	**F**	**p**	**Post Hoc Tukey**
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	İlkokul	8	26,61	11,32	7,246	**0,000***	**1<4** **2<4**
	Ortaokul	25	29,87	7,37			
	Lise	43	34,77	9,07			
	Üniversite	83	37,33	8,75			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	İlkokul	8	25,29	12,64	8,412	**0,000***	**1<3** **1<4**
	Ortaokul	25	31,36	7,38			
	Lise	43	36,37	8,02			
	Üniversite	83	37,80	8,15			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	İlkokul	8	24,02	15,33	3,769	**0,012***	**2<4**
	Ortaokul	25	24,37	12,85			
	Lise	43	29,50	11,59			
	Üniversite	83	32,34	10,97			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	İlkokul	8	31,04	10,04	3,843	**0,011***	**2<4**
	Ortaokul	25	31,97	6,84			
	Lise	43	36,43	8,00			
	Üniversite	83	37,13	7,86			
Tedavi ve Hizmet	İlkokul	8	28,40	10,36	5,970	**0,001***	**1<4** **2<4**
	Ortaokul	25	31,98	7,45			
	Lise	43	35,99	8,78			
	Üniversite	83	37,83	7,46			
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	İlkokul	8	25,02	10,18	6,231	**0,001***	**1<4** **2<4**
	Ortaokul	25	26,77	8,39			
	Lise	43	32,50	8,35			
	Üniversite	83	34,44	9,67			
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Toplamı	İlkokul	8	26,79	9,73	6,835	**0,000***	**1<4** **2<4**
	Ortaokul	25	29,41	7,07			
	Lise	43	34,22	8,00			
	Üniversite	83	36,10	8,07			

**p<0,05; Anova testi*- Post Hoc Tukey

Katılımcıların gebelik sayılarına göre TSOY-32 ve alt boyutlarının karşılaştırma sonuçları Tablo 13'te belirtilmiştir. Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama, Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutlarında ve TSOY-32 toplam puanı ile ilk gebeliği olan bireyler ile iki veya daha fazla gebeliği olan bireyler arasında istatistiksel analiz sonucunda anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05, Tablo 13).

Tablo 13. Gebelik Sayısına Göre TSOY-32 ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması

Değişken	**Gebelik sayısınız?**	**n**	**ort**	**ss**	**t**	**p**
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	1	69	37,08	9,74	2,603	**0,010***
	2 ve üzeri	90	33,28	8,61		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	1	69	37,39	8,61	2,049	**0,042***
	2 ve üzeri	90	34,53	8,83		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	1	69	31,86	12,74	1,818	0,071
	2 ve üzeri	90	28,40	11,20		
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	1	69	36,63	8,84	1,072	0,285
	2 ve üzeri	90	35,21	7,43		
Tedavi Ve Hizmet	1	69	37,26	8,16	1,754	0,081
	2 ve üzeri	90	34,93	8,41		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	1	69	34,19	10,89	2,194	**0,030***
	2 ve üzeri	90	30,74	8,24		
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Toplamı	1	69	35,73	9,05	2,205	**0,029***
	2 ve üzeri	90	32,80	7,71		

**p<0,05;t testi*

Katılımcıların doğum sayısına göre TSOY-32 ve alt gruplarının karşılaştırma sonuçları Tablo 14'te belirtilmiştir. TSOY-32 toplam puanı ve Bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutları ile doğum sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan post hoc analizinde hiç doğum yapmamış olanların puanlarının, 2 ve üzerinde doğum yapmış olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05, Tablo 14).

Tablo 14. Doğum Sayısına Göre TSOY-32 ve Alt Boyutlarının Karşılaştırması

Değişken	Doğum Sayısı	n	ort	ss	F	p	Post Hoc Tukey
Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	0	77	36,96	9,80	4,079	**0,019***	**1>3**
	1	45	33,79	8,35			
	2 ve üzeri	37	32,08	8,45			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	0	77	37,40	8,71	3,978	**0,021***	**1>3**
	1	45	35,64	7,81			
	2 ve üzeri	37	32,52	9,50			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	0	77	32,02	12,50	2,377	0,096	
	1	45	28,05	11,36			
	2 ve üzeri	37	27,75	11,11			
Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama	0	77	36,45	8,86	0,761	0,469	
	1	45	35,88	6,88			
	2 ve üzeri	37	34,45	7,73			
Tedavi Ve Hizmet	0	77	37,24	8,53	2,521	0,084	
	1	45	35,67	8,29			
	2 ve üzeri	37	33,55	7,70			
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	0	77	34,14	10,66	3,179	**0,044***	**1>3**
	1	45	30,97	8,14			
	2 ve üzeri	37	29,80	8,26			
Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Toplamı	0	77	35,70	9,05	3,274	**0,040***	**1>3**
	1	45	33,28	7,66			
	2 ve üzeri	37	31,64	7,33			

**p<0,05;Anova testi*- Post Hoc Tukey

Katılımcıların sigara dumanı maruziyeti ile TSOY-32 ve alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 15'te gösterilmiştir. Katılımcıların yaşadıkları evde sigara içilmeyenler ile TSOY-32 toplam puanı ve tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Misafirlerinin sigara içmesine izin verme durumu ile TSOY-32 toplam puanı ve alt boyutlarından bilgiyi değerlendirme, tedavi ve hizmet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05, Tablo 15)

Tablo 15. Sigara Dumanı Maruziyeti ile TSOY-32 ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Bilgiye ulaşma	**Bilgiyi anlama**	**Bilgiyi değerlendirme**	**Bilgiyi kullanma**	**TSOY-32**	**Tedavi-Hizmet**	**Hastalıktn korunma**
	Ort ± ss	**Ort ± ss**	**Ort ± ss**	**Ort ± ss**	**Ort ± ss**	**Ort ± ss**	Ort ± ss
SİGARA İÇME DURUMU							
Hiç içmedim	34,59±9,27	35,61±8,89	28,97±11,90	35,75±7,93	33,67±8,31	35,73±8,21	31,68±9,42
İçiyordum gebe kalınca bıraktım	36,25±9,24	36,63±8,85	32,78±11,33	36,34±8,38	35,51±8,83	36,18±8,89	34,8±10,11
Önceden içiyordum bıraktım	39,82±8,29	37,95±9,39	37,33±11,04	38,37±9,69	38,45±7,95	39,90±8,62	36,8±9,26
Halen içiyorum	29,81±9,00	32,76±7,27	26,81±13,52	31,88±7,37	30,36±8,35	33,07±8,87	27,55±9,85
t/ F	1,861	0,550	2,134	0,917	1,672	1,055	1,979
p	0,138	0,649	0,098	0,434	0,175	0,370	0,119
Gebelikte Günlük Sigara Miktarı							
Hiç içmiyor	35,15±9,26	35,91±8,88	30,06±11,93	36,01±8,08	34,24±8,41	36,06±8,35	32,46±9,57
2 ve fazlası	30,09±9,09	32,76±7,27	26,52±13,38	31,88±7,37	30,36±8,35	33,36±8,83	27,26±9,68
t/F	1,414	0,922	0,763	1,325	1,196	0,835	1,405
P	0,159	0,358	0,447	0,187	0,233	0,405	0,162
Yaşanılan evde sigara içme durumu							
Evet	32,59±8,83	33,79±7,94	27,19±11,86	34,53±8,04	32,02±7,93	33,96±8,21	30,06±9,08
Hayır	38,05±9,07	38,46±9,32	33,47±11,34	37,57±7,90	36,81±8,37	38,60±7,91	35,13±9,65
t/F	3,801	3,398	3,354	2,370	3,670	3,571	3,383
P	**0,000***	**0,001***	**0,019***	**0,000***	**0,000***	**0,000***	**0,001***

Tablo 15. (Devamı)

Misafirlerin Sigara İçmesine İzin Veriyor musunuz?							
Hayır, evimde sigara içilmez	33,50±9,08	34,72±8,58	28,2±11,99	34,99±8,12	32,82±8,68	35,16±7,53	30,5±10,4
Balkonda sigara içilebilir	35,99±9,29	36,65±8,96	31,57±11,31	36,39±8,23	35,08±8,24	36,81±8,71	33,45±9,1
Pencere ya da aspiratör yanında içebilir	40,67±5,36	37,53±11,87	40,33±7,05	38,92±9,83	39,45±6,92	42,39±6,89	36,28±7,8
Oturduğum oda değil diğer odalarda içilebilir	32,56±9,14	34,87±8,3	25,61±13,57	34,41±6,82	31,91±8,51	33,41±6,96	30,28±10,8
Diğer	28,69±9,17	30,0±4,74	18,29±7,61	33,13±7,56	27,69±6,25	29,33±6,10	25,69±7,29
F	2,351	1,321	4,603	0,777	2,686	3,031	2,075
P	0,057	0,265	**0,002***	0,542	**0,033***	**0,019***	0,087
tukey			**2>5**		**3>5**	**3>5**	

4.3. BATHS-T Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Gebelerin BATHS-T'den aldıkları puanlar 9 ile 45 arasında değişmekte olup, toplam puan ortalaması 34,55±7,45 idi. Ölçeğin sağlık etkileri alt boyutu puanı 19,33 ± 4,07 ve çevrede kalıcılık alt boyutu puanı da 15,22 ± 3,68 olarak belirlendi (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların BATHS-T Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanları

BATHS-T Alt Boyutları	**Ortalama ± SS**	**Min**	**Max**
Sağlık etkileri alt boyut puanı	19,33±4,07	5	25
Çevrede kalıcılık alt boyut puanı	15,22±3,68	4	20
Ölçek toplam puanı	**34,55±7,45**	**9**	**45**

Çalışmada katılımcıların BATHS-T ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılması tablo 17'de sunuldu. Eğitim durumu ile sağlık etkileri alt boyutu**,** çevrede kalıcılık alt boyutu ve BATHS-T ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Buna göre; üniversite mezunlarının ortaokul mezunlarından anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı belirlenmiştir (Tablo 17).

Katılımcıların aile tipi ile sağlık etkileri alt boyutu**,** çevrede kalıcılık alt boyutu ve BATHS-T arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$, Tablo 17).

Katılımcıların gelir düzeyi ile sağlık etkileri alt boyutu, çevrede kalıcılık alt boyutu ve BATHS-T arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Geliri giderinden fazla olan grubun aldığı puan geliri giderin az ve geliri giderine eşit olan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 17).

Katılımcıların sigara içme durumu ile sağlık etkileri alt boyutu, çevrede kalıcılık alt boyutu ve BATHS-T arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Sağlık etkileri alt boyutunda, önceden sigara içip bırakmış olan bireylerin halen sigara içen bireylerden anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı belirlendi. Çevrede

kalıcılık alt boyutunda, önceden sigara içip bırakan bireylerin , gebe kaldıktan sonra sigarayı bırakan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı saptandı. BATHS-T açısından ise, içiyordum gebe kalınca bıraktım diyen bireyler hem önceden içiyordum bıraktım hem de halen içiyorum diyenlere göre düşük puan aldığı saptandı (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların BATHS-T ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar İle Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	**BATHS-T ort ± ss**	**SAĞLIK ETKİLERİ ort±ss**	**ÇEVREDE KALICILIK ort±ss**
YAŞ			
25 yaş ve altı	3,68±0,84	3,79 ± 0,82	3,55 ± 0,94
26-28 yaş arası	3,97±0,76	3,99 ± 0,73	3,95 ± 0,87
29-32 yaş arası	3,98 ± 0,69	4,02 ± 0,68	3,93 ± 0,80
33 yaş ve üzeri	3,98 ± 1,00	3,61 ± 0,98	3,68 ± 1,07
F ; p	1,99 ; 0,117	2,405 ; 0,070	1,63 ; 0,184
EĞİTİM			
İlkokul[1]	3,68 ± 0,88	3,65 ± 0,92	3,72 ± 0,87
Ortaokul[2]	3,34 ± 0,84	3,52 ± 0,80	3,11 ± 0,95
Lise[3]	3,74 ± 0,90	3,73 ± 0,90	3,76 ± 0,98
Üniversite[4]	4,05 ±0,71	4,06 ± 0,71	4,05 ± 0,78
F ; p	5,700 ; **000,1**	3,937 ; **0,010**	7,512 ; **0,000**
tukey	**2<4**	**2<4**	**2<3 ; 2<4**
YAŞADIĞI YER			
Köy/kasaba/belde	3,44 ± 0,94	3,47 ± 0,95	3,42 ± 1,00
İlçe	3,82 ± 0,79	3,85 ± 0,73	3,78 ± 0,96
İl/Büyükşehir	3,90 ± 0,82	3,92 ± 0,81	3,86 ± 0,90
F ; p	2,005 ; 0,138	2,103 ; 0,126	1,585 ; 0,208
AİLE TİPİ			
Çekirdek aile	3,91 ± 0,80	3,93 ± 0,79	3,88 ± 0,89
Geniş aile	3,32 ± 0,86	3,39 ± 0,86	3,24 ± 0,94
F ; p	2,972 ; **0,003**	2,771 ; **0,006**	2,935 ; **0,004**
İŞTE ÇALIŞMA DURUMU			
Evet	3,94 ± 0,90	3,95 ± 0,91	3,94 ± 0,94
Hayır	3,77 ±0,77	3,81 ± 0,75	3,72 ± 0,90
F ; p	1,292 ; 0,198	1,067 ; 0,287	1,433 ; 0,154
GELİR DURUMU			
Gelir giderden az[1]	3,59 ± 0,91	3,69 ± 0,86	3,48 ± 1,05
Gelir gidere eşit[2]	3,74 ± 0,83	3,73 ± 0,83	3,74 ± 0,90
Gelir giderden fazla[3]	4,27 ± 0,59	4,32 ± 0,54	4,20 ± 070
F ; p	7,660 ; **0,001**	8,474 ; **0,000**	6,068 ; **0,003**
tukey	**1< 3 ; 2<3**	**1<3 ; 2<3**	**1<3 ; 2<3**

Tablo 17. (Devamı)

GEBELİK SAYISI			
Primipar	3,91 ±0,71	3,93 ±0,70	3,89 ±0,81
Multipar	3,78 ±0,91	3,82 ±0,90	3,74 ±1,00
F ; p	0,972 ;0,333	0,841; 0,401	1,035;0,302
SİGARA İÇME DURUMU			
Hiç içmedim[1]	3,84 ± 0,83	3,87 ± 0,81	3,81 ± 0,94
İçiyordum gebe kalınca bıraktım[2]	3,64 ± 0,75	3,74 ± 0,79	3,51 ± 0,79
Önceden içiyordum bıraktım[3]	4,51 ± 0,61	4,46 ± 0,65	4,58 ± 0,58
Halen içiyorum[4]	3,40 ± 0,80	3,37 ± 0,81	3,43 ± 0,89
F-p	3,418 ;**0,019**	2,893 ; **0,037**	3,604 ; **0,015**
tukey	**2<3 ; 2<4**	**3>4**	**2<3**
Gebelikte Günlük Sigara Miktarı			
Hiç içmiyor	3,86 ±0,83	3,89 ±0,81	3,82 ±0,92
2 ve fazlası	3,35 ±0,70	3,31 ±0,68	3,39 ±0,83
F ; p	1,608 ;0,110	1,845 ; 0,067	1,213 ; 0,227
Yaşanılan evde sigara içme durumu			
Evet	3,75±0,83	3,78±0,82	3,70±0,93
Hayır	3,95±0,82	3,96±0,81	3,94±0,90
F ; p	1,549 ;0,123	1,358±0,177	1,630;0,105
Misafirlerin Sigara İçmesine İzin Veriyor musunuz?			
Hayır, evimde sigara içilmez	3,89±0,78	3,93±0,76	3,85±0,89
Balkonda sigara içilebilir	3,90±0,82	3,91±0,82	3,89±0,88
Pencere ya da aspiratör yanında içebilir	3,74±1,14	3,83±1,16	3,63±1,22
Oturduğum odada değil diğer odalarda içilebilir	3,52 ± 0,84	3,53±0,83	3,50±0,95
Diğer	3,65 ± 0,84	3,830±0,55	3,44±1,24
F ; p	0,971 ; 0,425	0,880 ; 0,477	1,096 ; 0,361

P<0,05; Anova testi – Post Hoc Tukey

4.4. Katılımcıların TSOY-32 ile BATHS-T Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Katılımcıların TSOY-32 ile alt boyutlarından aldıkları puanlar ve BATHS-T puanı ile alt boyutlarından aldıkları puanlar korelasyon testi ile analiz edildi. TSOY-32 ölçek puanı ile BATHS-T, Sağlık Etkileri alt boyutu ve Çevrede Kalıcılık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon gösteren (sırasıyla r=0,237, r=0,212, r=0,245) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı (p<0,05) (Tablo 18). Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma alt boyutu ile BATHS-T puanı, sağlık etkileri alt boyutu ve çevrede kalıcılık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü zayıf korelasyonlar (sırasıyla r=0,264, r=0,236, r=0,274) tespit edildi (p<0,05). Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama

alt boyutu ile BATHS-T puanı, sağlık etkileri alt boyutu ve çevrede kalıcılık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü zayıf korelasyonlar (sırasıyla r=0,202, r=0,178, r=0,211) tespit edildi (p<0,05). Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme alt boyutu ile BATHS-T puanı, sağlık etkileri alt boyutu ve çevrede kalıcılık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü zayıf korelasyonlar (sırasıyla r=0,215, r=0,189, r=0,225) tespit edildi (p<0,05). Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama alt boyutu ile BATHS-T puanı, sağlık etkileri alt boyutu ve çevrede kalıcılık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmemiştir (sırasıyla p>0,083, p>0,083, p>0,109). Tedavi ve Hizmet alt boyutu ile BATHS-T puanı, sağlık etkileri alt boyutu ve çevrede kalıcılık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü zayıf korelasyonlar (sırasıyla r=0,225, r=0,193, r=0,242) tespit edildi (p<0,05). Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu ile BATHS-T puanı, sağlık etkileri alt boyutu ve çevrede kalıcılık alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü zayıf korelasyonlar (sırasıyla r=0,216, r=0,200, r=0,216) tespit edildi (p<0,05) (Tablo 18).

Tablo 18. TSOY-32 ve Alt Boyutları ile BATHS-T ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Sonuçları

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bilgiye Ulaşma (1)	r	1									
	p										
Bilgiyi Anlama (2)	r	**,808****	**1**								
	p	**0,000**									
Bilgiyi Değerlendirme (3)	r	**,805****	**,713****	**1**							
	p	**0,000**	**0,000**								
Bilgiyi Kullanma/Uygulama (4)	r	**,677****	**,626****	**,654****	1						
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**							
Tedavi ve Hizmet (5)	r	**,889****	**,846****	**,825****	**,766****	**1**					
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**						
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi (6)	r	**,868****	**,821****	**,897****	**,777****	**,784****	1				
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**					
TSOY-32 (7)	r	**,930****	**,885****	**,914****	**,807****	**,932****	**,954****	1			
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**				
Sağlık Etkileri Alt Boyutu (8)	r	**,236****	**,178***	**,189***	0,128	**,193***	**,200***	**,212****	**1**		
	p	**0,003**	**0,024**	**0,017**	0,109	**0,015**	**0,011**	**0,007**			
Çevrede Kalıcılık Alt Boyutu (9)	r	**,274****	**,211****	**,225****	0,138	**,242****	**,216****	**,245****	**,845****	**1**	
	p	**0,000**	**0,008**	**0,004**	0,083	**0,002**	**0,006**	**0,002**	**0,000**		
BATHS-T (10)	r	**,264****	**,202***	**,215****	0,138	**,225****	**,216****	**,237****	**,964****	**,956****	1
	p	**0,001**	**0,011**	**0,007**	0,083	**0,004**	**0,006**	**0,003**	**0,000**	**0,000**	

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, ASM'ye başvuran gebelerin SOY düzeyi ile ÇSD arasındaki ilişkiyi inceledik. ÇSD bileşenlerinden olan ÜESD, sigara içimi tamamlandıktan sonra dahi çevrede kalmaya devam eden, görece yeni tanımlanmış ve toplum tarafından bilinirliği düşüktür. Gebelik dönemi, anne ve fetüs sağlığını doğrudan etkileyen kritik bir süreç olup, bu dönemde maruz kalınan çevresel risklerin belirlenmesi ve önlenmesi hem kısa hem de uzun vadeli sağlık sonuçları açısından büyük önem taşımaktadır (82). ÜESD gibi farkındalığı sınırlı ancak potansiyel olarak zararlı maruziyetlerin sağlık okuryazarlığı ile ilişkili olarak değerlendirilmesi, bireysel ve toplumsal düzeyde koruyucu sağlık hizmetlerine önemli katkılarda bulunabilir. Literatürde, özellikle gebe popülasyonda ÜESD farkındalığı ve sağlık okuryazarlığının birlikte değerlendirildiği çalışmalar sınırlıdır; bu bağlamda çalışmamız, bu boşluğu dolduracak özgün bir katkı sunmaktadır.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, gebelerin sağlık okuryazarlık düzeyi ile üçüncü el sigara dumanı (ÜESD) farkındalığı arasında pozitif yönlü, zayıf bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu durum, sağlık okuryazarlık düzeyi yükseldikçe ÜESD farkındalığının da artma eğiliminde olduğunu, ancak bu ilişkinin düşük düzeyde seyrettiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, katılımcıların SOY düzeylerini değerlendirmek amacıyla TSOY-32 ölçeğini uyguladık. Verilerimize göre, katılımcıların sağlık okuryazarlık indeks puan ortalaması 34,07 olarak belirlendi. Katılımcıların %6,9'u yetersiz, %38,4'ü sorunlu-sınırlı, %30,2'si yeterli ve %24,5'i mükemmel SOY düzeylerine sahipti. Bu sonuçlar, katılımcıların yarısından fazlasının yeterli-mükemmel SOY düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Literatürdeki bulgular incelendiğinde, Nawabi ve ark. (2022) Almanya'da yürüttükleri çalışmada gebelerin %66,5'i yeterli SOY düzeyinde olduğunu, yaklaşık üçte birinin ise yetersiz veya sorunlu SOY düzeyine sahip olduğunu bildirmiştir (83). HLS EU tarafından 8 ülkeden 8000 katılımcı ile yürütülen kapsamlı araştırmada ise katılımcıların SOY düzeyleri %12,4'ün de yetersiz, %35,2'sinde sınırlı-sorunlu, %36'sı yeterli, %16,4'ü mükemmel SOY düzeyinde olduğu bulunmuştur (26). İran'da Dadipoor ve ark. (2017) gebelerin

%15,5'inin yetersiz, %41,7'sinin sınırda ve %42,8'inin yeterli düzeyde SOY'a sahip olduğu saptanmıştır (84). Türkiye'de Tanrıöver ve ark. Türkiye'de Tanrıöver ve ark. (2014) tarafından yürütülen ulusal çalışmada, toplumun %24,5'inin yetersiz, %40,1'inin sorunlu SOY düzeyinde olduğu (85); Okyay ve ark. çalışmasında ise toplumun SOY düzeyi %27,2'si yetersiz, %42,2'si sorunlu, %24,8'i yeterli ve %5,8'i mükemmel olarak bulunmuştur (32). Gök ve arkadaşlarının 2019 yılında 250 gebe ile yaptıkları TSOY-32 ölçeğinin kullanıldığı araştırmada, sağlık okuryazarlığı puanlarının ortalamasının 36,08±9,68 olduğunu belirlemişlerdir. Araştırmaya göre, gebelerin sağlık okuryazarlığının %12,8'inde yetersiz, %24'ünde sınırlı ve sorunlu, %28,4'ünde yeterli, %34,8'inde ise mükemmel düzeyde olduğu bulunmuştur (86). Yılmaz ve ark. (2019) yaptığı çalışmada gebelerin %13,0'ünün yetersiz, %32,2'sinin sorunlu, %32,6'snın yeterli, %22,3'ünün mükemmel SOY düzeyinde olduğu bulunmuştur (87). Bulgularımız, literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Gebelik dönemi, kadınların hem doğum sürecine hem de bebek bakımına ilişkin bilgi edinme motivasyonlarının yüksek olduğu bir dönem olduğundan, elde edilen yüksek SOY düzeyleri bu dönemin sağlık eğitimi açısından önemli bir fırsat sunduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda gebelerin yaş ortalaması 29,5±4,96 olup, genel olarak genç erişkin yaş grubuna denk gelmektedir. Yaş grupları ile SOY puanı ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde, yalnızca "sağlıkla ilgili bilgiyi anlama" alt boyutunda yaşa bağlı farklılık bulunduğunu göstermiştir. Bu bulgu, genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşla birlikte anlamlı şekilde değişmediğini, ancak bilgiyi yorumlama ve analiz etme kapasitesinin yaş arttıkça arttığını göstermektedir. Literatürde yaş ile SOY arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar farklı sonuçlar bildirmiştir. Örneğin: Ulusoy ve ark. (2021) çalışmasında yaş grupları ile SOY arasında anlamlı fark saptamamış, bu bulgu çalışmamızla paralellik göstermiştir (88). Değerli ve ark. (2019) çalışmasında yaş arttıkça "tedavi ve hizmet" ile "hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi" boyutlarında SOY düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir (89). Elbarazi ve ark. (2023) yaptıkları çalışmada yaş ile üç farklı SOY alt boyutu arasında anlamlı fark bulamamışken (90); Çelikyürek ve ark. (2020) yaş ilerledikçe SOY düzeyi düşmektedir (91). Çalışmamız literatürdeki bazı çalışmalarla paralellik gösterirken

bazı çalışmalarla da uyuşmamaktadır. Bu durum çalışmalarda ele alınan yaş aralıkları ve örneklem özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Genç yaş grubuna odaklana araştırmalarda SOY düzeyleri arasında anlamlı fark çıkmayabilir; ancak yaş ilerledikçe sağlık bilgisine erişim yolları, bilgi kullanma biçimi ve bilişsel yetilerdeki değişimler SOY düzeyini olumsuz etkileyebilir. Ayrıca dijital bilgiye erişimde yaşla birlikte ortaya çıkabilecek güçlükler de bu düşüşte rol oynayabilir.

Araştırmamızda eğitim düzeyi ile TSOY-32 toplam ve alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, eğitim düzeyi yükseldikçe SOY düzeyinin de arttığını göstermektedir. Literatürdeki birçok çalışmada bu sonucu desteklemektedir. Filiz ve ark. çalışamasında öğrenim düzeyi yüksek olan bireylerin SOY düzeylerinin de anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (92). Benzer şekilde, Değerli ve ark (89) ile Nawabi ve ark. araştırmalarında da eğitim düzeyinin ile SOY üzerinde belirleyici bir faktör olduğu gösterilmiştir (93). Li ve ark.nın Çin'de yaptığı çalışmada düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin daha yüksek riskli davranışlarda bulundukları ve SOY düzeylerinin daha düşük olduğunu saptamıştır (94). Bu veriler, eğitim düzeyinin sağlık bilgilerini edinme, anlama, değerlendirme ve uygulama kapasitesini doğrudan etkilediğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin hedeflenerek sağlık eğitimi programlarının planlanması, sağlık okuryazarlığını artırma ve riskli sağlık davranışlarını azaltma açısından kritik önemdedir.

Araştırmamızda, gelir getiren bir işte çalışmak ve yüksek gelir düzeyine sahip olmak SOY düzeylerini de anlamlı şekilde artırmıştır. Literatür de bu bulgumuzu desteklemektedir. Atilla ve ark. (2024), gebe kadınlarda meslek sahibi olmanın ve yüksek gelir düzeyinin hem SOY'u hem de gebelikte sağlık uygulamalarını artırdığnı bildirmiştir (95). Çelikyürek ve ark. yaptığı çalışmada özellikle geliri giderinden yüksek olan ve sağlığını mükemmel olarak değerlendiren bireylerin SOY düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır (91). Mackey ve ark. ise emekli, işsiz veya düşük gelirli bireylerin SOY düzeyinin daha düşük olduğunu bulunmuştur (96). Bu bulgular, gelir düzeyinin ve istihdam durumunun sağlık bilgisine erişim olanaklarını, sağlık

hizmetlerinden yararlanma kapasitesini ve bireylerin psikososyal güçlenmesini artırarak SOY'u olumlu etkileyebileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda primigravida olan kadınların SOY düzeylerinin multigravida olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Atilla ve ark. çalışmasında gebelik sayısı arttıkça SOY puanları azalmaktadır (95). Elbarazi ve ark. çalışmasında da gebelik sayısı arttıkça SOY düzeyi azalmaktadır (90). Bu durum, ilk gebeliğin, kadınların sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve uygulama konusunda daha motive olmalarına ve sağlık davranışlarına daha fazla odaklanmalarına bağlanabilir. İlk gebelikte bilgi arayışı, gebeliğe ilişkin endişeler ve sağlık profesyonelleriyle daha sık iletişimde bulunma, SOY düzeyini artıran önemli faktörler olabilir. Buna karşın, sonraki gebeliklerde önceki deneyimlerin yeterli olduğu düşüncesiyle bilgi arama davranışında azalma görülebilir. Bu bulgu, gebelik sayısından bağımsız olarak her gebelikte sağlık okuryazarlığını destekleyecek eğitim programlarının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, birden fazla doğum yapan kadınların SOY düzeyleri, hiç doğum yapmamış olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Literatürdeki bulgular da bu sonucu büyük ölçüde desteklemektedir. Pazaryurt ve ark. tarafından yapılan araştırmada, primipar kadınların multipar kadınlara kıyasla daha yüksek SOY düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (97). Benzer şekilde, Atilla ve ark. çalışmasında da doğum sayısı arttıkça SOY düzeyinde azalma olduğu saptanmıştır (95) Bununla birlikte, Akça ve ark. (98) tarafından yapılan çalışmada gebelik sayısı, doğum sayısı ve düşük sayısı ile SOY arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. (98). Bu durumun olası nedenleri arasında, ilk gebelikte sağlıkla ilgili bilgi arayışının ve gebelik sürecine dair hassasiyetin daha yüksek olması, sağlık profesyonelleriyle iletişimin daha sık gerçekleşmesi ve gebelik yönetimine ilişkin eğitim materyallerine daha fazla başvurulması sayılabilir. Buna karşılık, birden fazla doğum yapmış kadınlarda önceki deneyimlere güvenme, bilgi arama davranışının azalması ve sağlık davranışlarında rutine bağlı kalma eğilimi görülebilir. Bu bulgular, her gebelikte sağlık okuryazarlığını destekleyecek ve güncel bilgiye erişimi teşvik edecek eğitim programlarının önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, katılımcıların sigara içme durumları ve gebelikte günlük sigara tüketim miktarı ile SOY düzeyi ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Vila-Candel ve ark. (2020) tarafından yürütülen çok merkezli bir çalışmada ise, SOY düzeyi düşük olan gebelerin gebelik sürecinde sigara kullanımına daha yatkın oldukları ve sigarayı bırakma oranlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bu bulgu, SOY'un gebelikte sigara içimi üzerinde bağımsız ve güçlü bir belirleyici olabileceğini göstermektedir. Literatürde, gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sigara dumanına maruziyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sayısının sınırlı olduğu görülmektedir. Mevcut çalışmamız ile literatürdeki farklı sonuçların, kullanılan ölçüm araçlarının çeşitliliği, örneklem büyüklüğü ve özelliklerindeki farklılıklar, sosyokültürel yapı ve eğitim düzeyindeki değişkenlik gibi faktörlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Gebelerin BATHS-T ölçeğinden aldıkları puanlar 9 ile 45 arasında değişmekte olup, ölçekten alınacak puanlar arttıkça kişilerin ÜESD farkındalık düzeyinin arttığını göstermektedir. Çalışmamızda katılımcıların BATHS-T toplam puan ortalaması 34,55 ± 7,45 olarak saptanmıştır. Çadırcı ve ark. (2021) tarafından yürütülen çalışmada, BATHS-T toplam puan ortalaması 5 üzerinden yaklaşık 3,86–4,08 olarak bildirilmiştir (81). Kitiş ve ark. çalışmasında ise bu değer 4,14 ± 0,55 olarak saptanmıştır (99). Söz konusu çalışmalar, ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını içermekte olup, bizim çalışmamızdaki ortalama puanın bu araştırmalardaki değerlerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum, çalışmamızın yalnızca gebeler üzerinde yürütülmüş olması ve örneklemin sosyokültürel özelliklerindeki farklılıklarla açıklanabilir. Durmuş'un gebeler üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, BATHS-T toplam puan ortalaması 37,09 ± 7,10 olarak bulunmuş olup, bu değer de yüksek düzeyde farkındalığa işaret etmekte ve çalışmamızın bulgularıyla örtüşmektedir (100). Bunun nedeni bu çalışmada gebeler üzerinde yapılmış olması olabilir. Özpinar ve ark. yaptığı çalışmada BATHS-T puan ortalaması 3,79 ± 0,85 olarak bulunmuştur (77).

Çalışmamızdaki gebelerin %4,4 ü gebelik sırasında sigara içmekte olup, günlük içilen sigara miktarı 1-7 adet arasında değişmekteydi. Katılımcıların büyük kısmı hiç sigara içmemişken, %13,2'si gebe olduğunu öğrendikten sonra sigarayı bırakmıştır. Gebelerin %56,6'sının evinde sigara içilmekte ve %43,3 ünün eşi sigara

kullanmaktadır. Edis ve ark. çalışmasında gebelerin %19'unun sigara içtiği, günlük ortalama sigara tüketimin 4,21±2,27 (1-10) olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada gebelerin %54,1'inin eşinin sigara içtiği ve her beş gebeden birinin aktif içici olduğu saptanmıştır (101). Özpinar ve ark. çalışmasında ise gebelerin %9,8'inin sigara içtiği, günlük tüketimin 2-12 arasında değiştiği, eşlerinin %63,1'inin sigara içtiği bildirilmiştir. Gebelerin kaldığı odada sigara içmeyen eşlerin ve misafirlerin oranı sırasıyla %86,9 ve %95,1'di (77). Lange ve ark. çalışmasında göre gebelikte sigara içe prevelansı dünya genelinde %1,7 olduğu tahmin edilmiştir (102). Kataoka ve ark. çalışmasında gebelerin sigara içme oranı %13,4 olarak bulunmuş (103). Durmuş'un yaptığı çalışmada gebelerin %67,4"ünün hiç sigara içmediği ancak %11,2'sinin aktif sigara içtiği saptanmıştır. Sigara içen gebelerin çoğu (%68,4) günde 1-5 adet sigara içtiğini belirtmiş ve %84,4'ünün yaşadığı evde sigara içilmekteymiş (100). Literatür karşılaştırmaları dikkate alındığında, çalışmamızda gebelikte sigara içme oranının oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu durum, SOY'un artması, gebelikte sigara bırakma bilincinin yükselmesi ve kamu sağlığı bilgilendirme kampanyalarının etkisi ile açıklanabilir. Çalışmamızda gebelerin bir kısmı, gebelik tanısı aldıktan sonra sigarayı bırakmıştır. Bu durum, gebelik sürecinin bireylerde sağlık davranışı değişikliği için kritik bir fırsat sunduğunu göstermektedir. Ancak katılımcıların büyük bir kısmının yaşadığı evde sigara içiliyor olması, İESD ve ÜESD maruziyetinin yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle eşlerin sigara içme oranlarının yüksek olması dikkat çekicidir. Bununla birlikte, çalışmamızda gebelerin ÜESD farkındalık düzeylerinin yüksek bulunması (ort=3,84/5), çevresel sigara dumanının yalnızca doğrudan değil, dolaylı yollarla da sağlık üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğine dair bilgi düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, SOY ile farkındalık arasındaki pozitif ilişkiye işaret etmekte olup, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama ve uygulama becerilerinin yüksek olmasının, pasif içicilik risklerini değerlendirme ve önleme davranışlarını güçlendirdiğini düşündürmektedir.

Gebelerin eğitim durumu ile BATHS-T, sağlık etkisi alt boyutu ve çevrede kalıcılık alt boyutu arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Yani eğitim düzeyi arrtıkça ÜESD hakkındaki farkındalıkları artmaktadır. Edis ve ark.'nın çalışmasında da benzer şekilde, üniversite mezunu gebelerin ÜESD farkındalık düzeylerinin daha

yüksek olduğu bildirilmiştir (101). Özpınar ve ark.nın yaptığı çalışmada da ÜESD farkındalık düzeyinin eğitim düzeyinin artması ile arttığı görülmüştür (77). Tafti ve arkadaşlarının çalışmada yüksek okuryazarlık seviyesine sahip olanların daha az tütün ürünü kullandıkları gösterilmiştir (104). Literatürde, gebelerin ÜESD farkındalığına yönelik çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, mevcut bulgular çalışmamızla örtüşmektedir. Eğitim düzeyi, SOY'un en güçlü belirleyicilerinden biridir. Eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin sağlıkla ilgili karmaşık kavramları anlama, risk faktörlerini değerlendirme ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları geliştirme becerileri artmaktadır. Özellikle gebelik döneminde, tütünün aktif ve pasif yollarla alımının yalnızca anne sağlığı değil, fetüs sağlığı üzerinde de geri dönüşü olmayan olumsuz etkileri bulunduğuna dair farkındalık, eğitim düzeyi yüksek bireylerde belirgin şekilde daha fazladır.

Çalışmamızda katılımcıların sigara içme durumları ile BATHS-T toplam puanı, sağlık etkileri alt boyutu ve çevrede kalıcılık alt boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ancak yaşanılan evde sigara içilme durumu, misafirlerin sigara içmesine izin verme durumu ve gebelikte günlük içilen sigara miktarı ile BATHS-T arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Katılımcıların %57'sinin evinde sigara içildiği, yalnızca %19,5'inin misafirlerin sigara içmesine izin vermediği, %80,5'inin ise izin verdiği belirlenmiştir. Bu durum, katılımcıların önemli bir bölümünün İESD ve daha az bilinen ÜESD maruziyetinin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir.

Literatüre baktığımızda, Çadırcı ve ark.'nın çalışmasında gebelerin bulunduğu ortamlarda sigara içilme oranı %45,8 olarak bildirilmiştir (81). Erbaş ve ark.'nın araştırmasında bireylerin %59,1'inin evinde sigara içildiği belirtilmiştir (105). Dilcen ve ark. gebelerin %25,4'ünün evde tütün dumanına maruz kaldığını tespit etmiştir (106). Özpınar ve ark. çalışmasında ise gebelerin eşlerinin %13,1'i, misafirlerin ise %4,9'u gebelerin bulunduğu ortamlarda sigara içmektedir (77). Rang ve ark.'nın Vietnam'da yaptığı çalışmada gebelerin %28'inin tütün dumanına maruz kaldığı belirlenmiştir (107).

Elde edilen veriler, gebelerin gerek aktif içicilik gerekse İESD ve ÜESD maruziyeti açısından yüksek risk altında olduğunu ortaya koymaktadır. Bu oranların

gerçekte daha da yüksek olabileceği ve bireylerin farkında olmadan uzun süreli maruziyet yaşayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Gebelik döneminde bu düzeyde tütün dumanına maruz kalmak, yalnızca anne sağlığını değil, gelişmekte olan fetüsün sağlığını da ciddi şekilde tehdit etmektedir. Sigara dumanının temel bileşenlerinden nikotin, plasentayı geçerek fetal nörogelişimi ve uteroplasental kan akışını olumsuz etkileyen güçlü bir gelişimsel toksindir. Aktif sigara kullanımı, İESD ve ÜESD maruziyet; düşük doğum ağırlığı, spontan abortus, prematür eylem, plasenta dekolmanı ve ani bebek ölümü sendromu gibi geri dönüşü olmayan olumsuz obstetrik sonuçlara yol açabilmektedir. Ayrıca bu maruziyetler, postnatal dönemde anne sütü alımının azalması, tekrarlayan enfeksiyonlar ve büyüme-gelişme geriliği gibi çocukluk çağı sağlık sorunlarıyla da ilişkilidir (105). Prenatal dönemde bu tür çevresel toksinlere maruziyetin, çocuğun ilerleyen yaşlarda sigara kullanma olasılığını ve diğer bağımlılık türlerine yatkınlığını artırabileceği bildirilmektedir.

Çalışmamızda, gebelerin TSOY-32 puanları ile BATHS-T toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı, pozitif ve zayıf kuvvetli ilişkiler saptanmıştır. Literatürde gebelerin SOY düzeyi ve ÜESD hakkındaki farkındalıklarını karşılaştıran Türkiye'de bir adet çalışmaya rastlanmıştır. Durmuş'un yaptığı çalışmada da gebelerin SOY düzeyi ile BATHS-T arasında anlamlı ancak zayıf pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir (100). ÜESD farkındalığı, tütün kontrolü çalışmalarında hâlâ göz ardı edilen kritik bir halk sağlığı sorunudur. Çalışmamız, gebeler arasında ÜESD farkındalığının genel olarak yüksek görünmesine rağmen, yaşanılan evlerde sigara içilme oranlarının ve pasif maruziyetin hâlen yaygın olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, bilgi düzeyinin her zaman davranış değişikliği ile sonuçlanmadığını göstermektedir. ÜESD, sigara dumanının solunmasından sonra geriye kalan nikotin ve toksik bileşiklerin giysi, mobilya, duvar gibi yüzeylerde uzun süre kalıcı olması ve solunum, deri teması veya oral yolla vücuda alınabilmesi ile tanımlanır ve sanıldığının aksine kapalı ortamlarda uzun süre kalıcılığını koruduğu bilinmektedir. Özellikle gebeler ve fetüs, fizyolojik hassasiyetleri nedeniyle bu maruziyetten daha fazla etkilenme riski taşır.

Araştırmamız kesitsel nitelikte olması nedeniyle sınırlılıklara sahiptir. Kesitsel çalışmalar belirli bir zaman dilimine ait bilgileri elde eder, bu nedenle sonuçlar

çalışmanın yapıldığı zamana ve popülasyona bağlı olarak değişebilir. Bu nedenle çalışmamız nedenselliği kanıtlayamadı**.**

Bir diğer kısıtlılık ise çalışmamızın sonuçlarının Erzurum ilindeki eğitim aile sağlığı merkezine kayıtlı gebelerle sınırlı olması ve tüm gebelere genellenemez olmasıdır.

Çalışmamızın güçlü yanı gebelik sağlık okuryazarlığı durumunun, sağlık uygulamalarıyla ilişkisinin ve diğer ilişkili faktörlerin ölçekler kullanılarak değerlendirilmesi ve sunulmasıdır.

Bu çalışmanın en güçlü yönlerinden biri, Türkiye'de ÜESD farkındalığı ile SOY düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren az sayıdaki çalışmadan biri olmasıdır. Aynı zamanda çalışmamız, SOY'u sadece bireysel bilgi düzeyi değil; davranışsal, çevresel ve sosyoekonomik bağlamda ele alarak çok boyutlu bir analiz sunmuştur. Geçerli ve güvenilir ölçeklerin kullanılması, verilerin kalitesini artırmış; gebelik dönemindeki çevresel risk faktörlerine yönelik farkındalık düzeylerini incelemek açısından çalışmaya özgün bir değer katmıştır. Çalışma sonuçları, halk sağlığı müdahaleleri açısından yol gösterici nitelikte olup, sağlık profesyonellerine yönelik politika önerileri geliştirmeye zemin hazırlamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, Atatürk Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 159 gebe kadın üzerinde yürütülerek, TSOY-32 ile BATHS-T puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların SOY düzeyleri ile ÜESD farkındalıkları arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. SOY düzeyi yüksek olan gebelerin, ÇSD'nin sağlık etkileri ve kalıcılığı konusunda daha yüksek farkındalığa sahip olduğu gözlemlenmiştir.

Eğitim düzeyi arttıkça hem SOY hem de ÜESD farkındalık düzeylerinin anlamlı şekilde arttığı görülmüştür. Gebelerin büyük bir kısmının ev ortamında sigara dumanına maruz kaldığı ve eşlerin sigara içme oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Günlük içilen sigara sayısı ile SOY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bu bulgular, SOY'un sadece bireysel bilgi düzeyi değil, aynı zamanda çevresel risklerin algılanması ve önleyici davranış geliştirilmesi açısından da önemli bir belirleyici olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızın en önemli sonucu ise ÜESD'nin yalnızca aktif ve pasif içicilikten farklı, bağımsız bir sağlık riski olduğu ve tütün kontrol politikalarında yeterince yer bulmadığı gerçeğini vurgulamasıdır. Bu nedenle, gebelik takiplerinde ÜESD'nin tanımı, maruziyet yolları ve önleme yöntemleri hakkında bilgilendirme yapılması; sağlık profesyonelleri için ÜESD eğitim içeriklerinin geliştirilmesi; toplumsal düzeyde ise ev ve kapalı alanlarda dumansız ortam bilincinin güçlendirilmesi gereklidir. ÜESD'nin farkındalığının artırılması, yalnızca bireysel sağlık kazanımları değil, gelecek nesillerin sağlığı açısından da kritik öneme sahiptir.

Farkındalığı arttırmak için ÜESD gibi görünmeyen ancak etkisi ciddi olan maruziyet türlerine yönelik özel eğitim modülleri oluşturulmalıdır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli aile hekimlerinin bu konuda aktif rol üstlenmesi büyük önem taşımaktadır. Gebelik sürecinde sağlık kontrolleri sırasında hem gebe bireylere hem de aile bireylerine yönelik sigara farkındalığı ve korunma eğitimi verilmesi, maruziyetin azaltılmasında etkili bir müdahale olabilir. Ayrıca, hastanelerde faaliyet gösteren gebelik okulları bu tür eğitimlerin kurumsal zeminde yürütülmesini

sağlayarak, sigaranın dolaylı etkileri konusunda toplumda genel bir bilinç oluşturabilir. Bu eğitimler, özellikle düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin bilgi ve farkındalık düzeylerini artırmaya yönelik olarak yapılandırılmalıdır. Televizyon, sosyal medya, halk sağlığı afişleri gibi kitle iletişim araçlarıyla ÜESD konusunda toplumsal farkındalık artırılmalıdır. Daha geniş örneklem gruplarıyla farklı bölgelerde benzer çalışmalar yapılmalıdır. Sağlık Bakanlığı nezdinde ÜESD ile ilgili stratejik halk sağlığı planları yapılmalı ve yasal düzenlemeler genişletilmelidir.

KAYNAKÇA

1. Copurlar C, Kartal M. What is Health Literacy? How to measure it? Why is it important? Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care. 2016;10(1):40.
2. Kurt Durmuş M, Ören B. Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Kişisel Özelliklerin Sağlık Okuryazarlığına Etkisi. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi [Internet]. 2022;4(2):88–94. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhpr/issue/70691/1113054
3. Gözlü K. SAĞLIĞIN SOSYAL BİR BELİRLEYİCİSİ: SAĞLIK OKURYAZARLIĞI A SOCIAL DETERMINANT OF HEALTH: HEALTH LITERACY. Medical Journal of Süleyman Demirel University [Internet]. 2020;27(1):137–44. Available from: https://doi.org/10.17343/sdutfd.569301
4. Yılmaz E, Karahan N. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin geliştirilmesi ve geçerlik güvenirliği. Cukurova Medical Journal [Internet]. 2019;44:498–512. Available from: https://doi.org/10.17826/cumj.568118
5. Gökoğlu AG. Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlık Davranışlarına ve Çocuk Sağlığına Etkisi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi [Internet]. 2021;6(2):132–48. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/busbid/issue/82844/1424531
6. Centers for Disease Control and Prevention (US), U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. Publications and Reports of the Surgeon General [Internet]. 2006 [cited 2025 Apr 10];727. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44324/
7. Pektaş Danagöz A, Çetin H, Şimşek EE, Dr 1, Kırdar L, Eğitim K, et al. Sigara İçmeyen Gebelerde Pasif Sigara İçicilik Düzeyleri ve İlişkili Faktörler Passive Smoking Levels and Related Factors in Non-Smoking Pregnant. Bağımlılık Dergisi-Journal of Dependence |. 2020;21(4):265–74.
8. Çınar N, Dede C. ÇEVRESEL SİGARA DUMANI VE ÇOCUK SAĞLIĞI. Duzce Medical Journal [Internet]. 2016;18(2):69–72. Available from: https://doi.org/10.1289/ehp.1103956.
9. Keten Edis E, Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi A, Bölümü H, Sümeyye BAL T, dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi O, Bölümü E, et al. Determination of Pregnant Women's Beliefs About Third-Hand Smoke.
10. BÜLBÜL H, CEYHUN G. Pasif Sigara İçiciliği. Türkiye AİIe Hekimliği Dergisi. 2006;10:123–8.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı | E-Kütüphane - Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü [Internet]. [cited 2025 Mar 12]. Available from: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/439
12. Balçik PY, Taşkaya S, Şahin B. Health literacy | Sağli{dotless}k okur-yazarli{dotless}ği{dotless}. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014;13(4).

13. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? Health Promot Int [Internet]. 2009 Sep [cited 2025 Mar 16];24(3):285–96. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19372101/

14. World Health Organization. Track 2: Health literacy and health behaviour. 7th Global Conference on Health Promotion: track themes [Internet]. 2013;2–4. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/

15. (PDF) Sağlık Okuryazarlığı: Bilimsel İşler Konseyi Raporu [Internet]. [cited 2025 Mar 16]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/279777823_Health_Literacy_Report_of_the_Council_on_Scientific_Affairs

16. Nielsen-Bohlman Lynn, Panzer AM., Kindig DA. Health literacy : a prescription to end confusion. 2004;345.

17. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012 Dec 25;12(1):80.

18. Pleasant A, Rudd RE, O'leary C, Paasche-Orlow MK, Allen MP, Alvarado-Little W, et al. Considerations for a New Definition of Health Literacy. 2016;

19. Aktaş C, Kızıltan G. Sağlık Okuryazarlığı. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi [Internet]. 2022;7(2):79–92. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/busbid/issue/82808/1425366

20. Nancy D. Berkman TCD, McCormack L. Health Literacy: What Is It? J Health Commun [Internet]. 2010;15(sup2):9–19. Available from: https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985

21. Nutbeam D, Kickbusch I. Health Promotion Glossary. Health Promot Int [Internet]. 1998 Jan 1 [cited 2025 Mar 15];13(4):349–64. Available from: https://dx.doi.org/10.1093/heapro/13.4.349

22. Inoue M, Takahashi M, Kai I. Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: A cross-sectional study of primary care in Japan. BMC Fam Pract. 2013;14.

23. Okuryazarlığı S, Literacy H, Üniversitesi H, Dergisi HF, Firat Kiliç H. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing [Internet]. 2019 Jul 30 [cited 2025 Mar 18];6(2):126–31. Available from: https://dergipark.org.tr/en/pub/hunhemsire/issue/47423/598649

24. Okuryazarlık S, Belirlemede D, Bazı K, Derleme Ö, Review /, Ertuğrul B, et al. Some Scales That can be Used for Determining Health Literacy Level. 2020;30(2):16–22.

25. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Ankara; 2018.

26. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey

(HLS-EU). Eur J Public Health [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2025 Mar 21];25(6):1053–8. Available from: https://www.researchgate.net/publication/274571242_Health_literacy_in_Europe_Comparative_results_of_the_European_health_literacy_survey_HLS-EU

27. Sağlık T, Dergisi O. TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DERGİSİ Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler The Level of Health Literacy in World and Turkey and Affecting Factors. [cited 2025 Mar 20];1–9. Available from: http://www.saglikokuryazarligidergisi.com/index.php/soyd/

28. Duong T, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah N, Pham T, Pham Minh K, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. J Epidemiol. 2016 Dec 1;27.

29. Ozkan S and DA and AM. Health Literacy Awareness for Healthy Europe (HEAL EU). Baltimore, USA. 2017;

30. Rowlands G, Protheroe J, Winkley J, Richardson M, Seed P, Rudd R. A mismatch between population health literacy and the complexity of health information: An observational study. Br J Gen Pract. 2015 Jun 1;65:e379-86.

31. Tavousi M, HAERI M, RAFIEFAR S, SOLIMANIAN A, SARBANDI F, ARDESTANI M, et al. Health literacy in Iran: findings from a national study. Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research. 2016 Jan 1;15:95–102.

32. Okyay P., Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı; 2016.

33. SARIYAR S, KILIÇ H. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Araçlar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2019 Jul 30;6:126–31.

34. Morris NS, MacLean CD, Littenberg B. Change in Health Literacy Over 2 Years in Older Adults With Diabetes. Diabetes Educ. 2013 Sep 20;39(5):638–46.

35. Villaire M, Mayer G. Low Health Literacy. Prof Case Manag. 2007 Jul;12(4):213–6.

36. Ussher M, Ibrahim S, Reid F, Shaw A, Rowlands G. Psychosocial Correlates of Health Literacy Among Older Patients With Coronary Heart Disease. J Health Commun. 2010 Oct 29;15(7):788–804.

37. Consumers, the health system and health literacy: Taking action to improve safety and quality Consultation Paper. 2013;

38. Al Sayah F, Williams B. An Integrated Model of Health Literacy Using Diabetes as an Exemplar. Can J Diabetes. 2012 Feb 1;36:27–31.

39. Sahin E, Yesilcinar I, Geris R, Pasalak SI, Seven M. The impact of pregnant women's health literacy on their health-promoting lifestyle and teratogenic risk perception. Health Care Women Int. 2021 Jul 1;42(4–6):598–610.

40. Said BODUR DA. SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ GEBELĠK VE SAĞLIK ALGISI ĠLE ĠLĠĢKĠSĠ Emel FĠLĠZ DOKTORA TEZĠ HALK SAĞLIĞI ANABĠLĠM DALI.

41. Endres L, Sharp L, Haney E, Dooley S. Health Literacy and Pregnancy Preparedness in Pregestational Diabetes. Diabetes Care. 2004 Feb 1;27:331–4.

42. Kaufman H, SKIPPER B, SMALL L, TERRY T, Mcgrew M. Effect of Literacy on Breast-feeding Outcomes. South Med J. 2001 Apr 1;94:293–6.

43. Renkert S. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. Health Promot Int. 2001 Dec 1;16(4):381–8.

44. Bello CB, Esan DT, Akerele SA, Fadare RI. Maternal health literacy, utilisation of maternal healthcare services and pregnancy outcomes among newly delivered mothers: A cross-sectional study in Nigeria. Public Health in Practice. 2022 Jun;3:100266.

45. Altun M, İriadam M. EGZERSİZİN SİGARA DUMANINA MARUZ KALAN FUTBOLCULARDA KAN OKSİJEN SATÜRASYONU, VÜCUT KOMPOZİSYONU, BİYOMOTOR ÖZELLİKLER İLE SOLUNUM VE DOLAŞIM PARAMETRELERİ ÜZERİNE ETKİLERİ. Saglik Bilim Derg [Internet]. 2022;31(1):79–85. Available from: https://doi.org/10.34108/eujhs.718617

46. 2022 Environmental Protection Agency Sustainability Plan. 2022;

47. Jinot J, Bayard S. Dissent (B) Respiratory health effects of passive smoking: EPA's weight-of-evidence analysis. J Clin Epidemiol. 1994 Apr;47(4):339–49.

48. Matt G, Quintana P, Zakarian J, Fortmann A, Chatfield D, Hoh E, et al. When smokers move out and non-smokers move in: Residential thirdhand smoke pollution and exposure. Tob Control. 2011 Jan 1;20:1–8.

49. Üniversitesi B, Fakültesi SB. Rüveyda Esra ERÇİM Burhanettin BAYDAŞ Genç Yetişkinlerde Pasif Sigara Maruziyetinin Diyet Kalitesine, Oksidatif Stres İndeksine ve Beslenme Durumuna Etkisi *. [cited 2025 Mar 25]; Available from: http://www.fusabil.org

50. Kocataş S, Güler Ç. Sigara dumanı ile kirlenmiş hava ortamlarının insan sağlığına etkileri. Hacette Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını. 2019;21(1):55–61.

51. Centers for Disease Control and Prevention (US), U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. Publications and Reports of the Surgeon General [Internet]. 2006 [cited 2025 Mar 25];727. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44324/

52. Flouris AD, Vardavas CI, Metsios GS, Tsatsakis AM, Koutedakis Y. Biological evidence for the acute health effects of secondhand smoke exposure. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol [Internet]. 2010 Jan [cited 2025 Mar 25];298(1):3–12. Available from: https://journals.physiology.org/doi/10.1152/ajplung.00215.2009

53. Services USD of H and H, Prevention C for DC and, Promotion NC for CDP and H, Health O on S and. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. 2014 [cited 2025 Mar 25];1–36. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/

54. Oberg M, Jaakkola M, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide Burden of Disease from Exposure to Second-Hand Smoke: A Retrospective Analysis of Data from 192 Countries. Lancet. 2011 Jan 8;377:139–46.

55. Braun M, Klingelhoefer D, Oremek G, Quarcoo D, Groneberg D. Influence of Second-Hand Smoke and Prenatal Tobacco Smoke Exposure on Biomarkers, Genetics and Physiological Processes in Children—An Overview in Research Insights of the Last Few Years. Int J Environ Res Public Health. 2020 May 5;17:3212.

56. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTA) 2016. Ankara; 2016.

57. Wynder EL, Graham EA, Croninger AB. Experimental Production of Carcinoma with Cigarette Tar. Cancer Res. 1953;13(12).

58. Singer B, Hodgson A, Guevarra K, Hawley E, Nazaroff W. Gas-Phase Organics in Environmental Tobacco Smoke. 1. Effects of Smoking Rate, Ventilation, and Furnishing Level on Emission Factors. Environ Sci Technol. 2002 Apr 1;36:846–53.

59. Protano C, Vitali M. The New Danger of Thirdhand Smoke: Why Passive Smoking Does Not Stop at Secondhand Smoke. Environ Health Perspect. 2011 Oct;119(10).

60. Winickoff JP, Friebely J, Tanski SE, Sherrod C, Matt GE, Hovell MF, et al. Beliefs About the Health Effects of "Thirdhand" Smoke and Home Smoking Bans. Pediatrics. 2009 Jan 1;123(1):e74–9.

61. Matt G, Hoh E, Quintana P, Zakarian J, Arceo J. Cotton Pillows: A Novel Field Method for Assessment of Thirdhand Smoke Pollution. Environ Res. 2018 Sep 1;168.

62. Bekö G, Morrison G, Weschler CJ, Koch HM, Pälmke C, Salthammer T, et al. Dermal uptake of nicotine from air and clothing: Experimental verification. Indoor Air. 2018 Mar;28(2):247–57.

63. Díez-Izquierdo A, Cassanello P, lidon moyano C, Matilla-Santander N, Balaguer A, Martínez-Sánchez J. Update on Thirdhand Smoke: A Comprehensive Systematic Review. Environ Res. 2018 Jul 1;167.

64. Becquemin M, Bertholon JF, Bentayeb M, Attoui M, Ledur D, Roy F, et al. Third-hand smoking: Indoor measurements of concentration and sizes of cigarette smoke particles after resuspension. Tob Control. 2010 Aug 1;19:347–8.

65. Ramirez N, Ozel M, Lewis A, Marcé R, Borrull F, Hamilton J. Exposure to nitrosamines in thirdhand tobacco smoke increases cancer risk in non-smokers. Environ Int. 2014 Oct 1;71:139–147.

66. Drehmer J, Ossip D, Nabi E, Rigotti N, Hipple Walters B, Woo H, et al. Thirdhand Smoke Beliefs of Parents. Pediatrics. 2014 Mar 3;133.

67. Makalesi A, Semerci Çakmak V, Gökdere E. HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING Üniversite Öğrencilerinin Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalıkları ve Sigaraya Yönelik Algıları: Kesitsel Çalışma * University Students' Third-hand Smoke Awareness and Perceptions of Smoking: Cross Sectional Study. Research Article [Internet]. [cited 2025 Mar 25];(3):2023–8. Available from: https://doi.org/10.54061/jphn.1250090

68. Vaizoğlu Songül. Kapalı Ortam Hava Kirliliği ve Tütün Kontrolü. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED). 2022;31(3):10–3.

69. Jones LL, Hashim A, McKeever T, Cook DG, Britton J, Leonardi-Bee J. Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis. Respir Res. 2011 Dec 1;12(1):5.

70. Leonardi-Be J, Smyth A, Britton J, Coleman T. Environmental Tobacco Smoke and Fetal Health: Systematic Review and Meta-Analysis. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2008 Feb 1;93:F351-61.

71. Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking and heart disease. Epidemiology, physiology, and biochemistry. Circulation. 1991 Jan;83(1):1–12.

72. Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. The Lancet. 2011 Jan;377(9760):139–46.

73. Barnoya J, Glantz SA. Cardiovascular Effects of Secondhand Smoke. Circulation. 2005 May 24;111(20):2684–98.

74. Gölbaşı Z, Cengizoğlu H. GEBE KADINLARIN SİGARA KULLANIMI VE PASİF SİGARA DUMANINA MARUZİYETİNİN BELİRLENMESİ. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi [Internet]. 2021;6(3):78–89. Available from: https://doi.org/10.52881/gsbdergi.938147

75. Leonardi-Be J, Smyth A, Britton J, Coleman T. Environmental Tobacco Smoke and Fetal Health: Systematic Review and Meta-Analysis. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2008 Feb 1;93:F351-61.

76. Karli Öksüz N. TÜRKİYE CUMHURİYETİ ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BİR SOSYAL PEDİATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 0-6 YAŞ ARASI ÇOCUĞU OLAN ANNE BABALARIN ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI HAKKINDAKİ İNANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.

77. Özpinar S, Demir Y, Yazicioğlu B, Bayçelebi S. PREGNANT WOMEN'S BELIEFS ABOUT THIRD-HAND SMOKE AND EXPOSURE TO TOBACCO SMOKE. Cent Eur J Public Health [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2025 Apr 17];30(3):154–9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/364347062_Pregnant_Women's_Beliefs_about_Third-Hand_Smoke_and_Exposure_to_Tobacco_Smoke

78. Ferrence R. Passive smoking and children. BMJ. 2010 Mar 24;340:c1680.

79. Torres S, Merino C, Paton Jiménez B, Correig X, Ramirez N. Biomarkers of Exposure to Secondhand and Thirdhand Tobacco Smoke: Recent Advances and Future Perspectives. Int J Environ Res Public Health. 2018 Nov 29;15:2693.

80. Lidón-Moyano C, Fu M, Pérez-Ortuño R, Ballbè M, Garcia E, Martín-Sánchez JC, et al. Third-hand exposure at homes: Assessment using salivary cotinine. Environ Res. 2021 May;196:110393.

81. Çadirci D, Terzi NK, Terzi R, Cihan FG. Validity and reliability of Turkish version of Beliefs About Third-Hand Smoke scale: BATHS-T. Cent Eur J Public Health. 2021 Mar 31;29(1):56–61.

82. Wang Y, Gu J. The Physical Processes and Chemical Transformations of Third-Hand Smoke in Indoor Environments and Its Health Effects: A Review. Atmosphere (Basel). 2025 Mar 24;16(4):370.

83. Nawabi F, Krebs F, Lorenz L, Shukri A, Alayli A, Stock S. Health Literacy among Pregnant Women in a Lifestyle Intervention Trial. Int J Environ Res Public Health. 2022 May 10;19(10):5808.

84. Dadipoor S, Ramezankhani A, Alavi A, Aghamolaei T, Safari-Moradabadi A. Pregnant Women's Health Literacy in the South of Iran. J Family Reprod Health. 2017 Dec;11(4):211–8.

85. Ekibi A, Doç Mine DURUSU TANRIÖVER Doç Hasan Hüseyin YILDIRIM Nihan DEMİRAY READY Banu ÇAKIR H Erdal AKALIN YF. TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI. 2014 [cited 2025 Apr 15]; Available from: www.sagliksen.org.tr

86. ŞİRİN GÖK M, KÜÇÜK K, KANBUR A. Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlık Uygulamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2022 Nov 21;

87. Yılmaz S, Kavuncuoğlu D, Koşan Z, Kadıoğlu BG. ERZURUM İL MERKEZİNDE HASTANELERE BAŞVURAN GEBELERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ VE ETKİLİ FAKTÖRLER. 3International 21National Public Health Congress [Internet]. 2019 Sep 16 [cited 2025 Apr 15]; Available from: https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHSK21/UHSK/paper/view/146

88. Ulusoy E, Eren Yılmaz T, Çifci A, Yılmaz T, Kasım İ, Özkara A, et al. SAĞLAM ÇOCUK TAKİBİNDE EBEVEYNLERİN ROLÜ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI THE ROLE OF PARENTS AND HEALTH LITERACY IN HEALTHY CHILD FOLLOW-UP. Araştırma Makalesi Ankara Med J. 2020;(3).

89. DEĞERLİ H, TÜFEKÇİ N. TOPLUMUN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ. Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi. 2018 Nov 28;6(15):467–88.

90. Elbarazi I, Alam Z, Al-Maskari F, Loney T, Ali N, Al-Rifai R, et al. Health literacy levels among pregnant women: the mutaba'ah study. Popul Med. 2023 Apr 26;5(Supplement).

91. Çelikyürek NA, Meydan Acımış N, Özcan B. Bir Üniversite Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuranlarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Etmenler. Pamukkale Medical Journal. 2020 May 1;

92. Filiz E, Bodur S. GEBE KADINLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE SAĞLIK ALGISI İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. Selçuk Sağlık Dergisi [Internet]. 2022;3(1):17–33. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/ssd/issue/69023/1025557

93. Nawabi F, Krebs F, Vennedey V, Shukri A, Lorenz L, Stock S. Health literacy in pregnant women: A systematic review. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2025 Mar 11];18(7):3847. Available from: https://www.mdpi.com/1660-4601/18/7/3847/htm

94. Li Y, Lv X, Liang J, Dong H, Chen C. The development and progress of health literacy in China. Front Public Health. 2022 Nov 7;10.

95. Atilla R, Baltacı N, Gürel R. An Investigation into Health Literacy, Health Practices and Related Factors in Pregnant Women. Journal of Academic Research in Nursing. 2024;10(3):188–98.

96. Mackey LM, Blake C, Casey MB, Power CK, Victory R, Hearty C, et al. The impact of health literacy on health outcomes in individuals with chronic pain: a cross-sectional study. Physiotherapy. 2019 Sep 1;105(3):346–53.

97. PAZARÖZYURT A, ÖZKAN H. Gebelerin Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2023 Apr 1;5(1):91–102.

98. Akça E, Gökyıldız Sürücü Ş, Akbaş M. Gebelerde Sağlık Algısı, Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2020;8(3):630–42.

99. Üniversitesi H, Dergisi HF, Odaci N, Kitiş Y. Üçüncü El Sigara Dumanı İnançlar Ölçeği Beliefs About ThirdHand Smoke Scale Üçüncü El Sigara Dumanına Yönelik İnançlar Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. 2021;8(3):269–76.

100. Durmuş M. GEBELERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ İLE ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI FARKINDALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ [Internet]. [Aydın]: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2023 [cited 2025 Apr 16]. Available from: http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11607/5012

101. Keten Edis E, Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi A, Bölümü H, Sümeyye BAL T, dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi O, Bölümü E, et al. Determination of Pregnant Women's Beliefs About Third-Hand Smoke.

102. Lange S, Probst C, Rehm J, Popova S. National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health. 2018 Jul;6(7):e769–76.

103. Kataoka MC, Carvalheira APP, Ferrari AP, Malta MB, de Barros Leite Carvalhaes MA, de Lima Parada CMG. Smoking during pregnancy and harm

reduction in birth weight: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2018 Dec 12;18(1):67.

104. Tafti SP, Azarshab A, Mahmoudian RA, Khayami R, Abadi RNS, Ahmadi-Simab S, et al. Predictors of tobacco use among pregnant women: a large-scale, retrospective study. BMC Public Health. 2024 Sep 18;24(1):2544.

105. Halisdemir E, Özçelik1 N, Gürlek B, Gümüş A, Yazar S, Eray :, et al. Gebelikte Tütün Ürünleri Kullanımı ve Farkındalık Araştırması Recep Tayyip Erdogan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Rize/ Türkiye 2 Özel Klinik, Rize. Rize Medical Journal. 2025;1(1):29–42.

EKLER

EK 1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1)KİŞİSEL BİLGİLER

1) **Kaç yaşındasınız? …….**

2) **Eğitim durumunuz nedir?**
İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite( )

3) **Bugüne kadar en uzun süre yaşadığı yer ?**
Köy/kasaba/belde ( ) İlçe ( ) İl/Büyükşehir ( )

4) **Medeni durumunuz nedir?**
Evli( ) Bekar( )

5) **Aile tipiniz hangisidir?**
Çekirdek aile ( ) Geniş aile ( )

6) **Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?**
Evet ( ) Hayır( )

7) **Aylık gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?**
Gelir giderden az ( ),

Gelir gidere eşit ( )

Gelir giderden fazla ( )

8) **Sağlıkla ilgili en çok güvendiğiniz bilgi kaynakları hangisidir?(birden fazla işaretleyebilirsiniz)**

- Sağlık çalışanı ( )
- Aile üyeleri ( )
- Kitap/broşür
- İnternet ( )
- Arkadaş ( )
- Yazılı basın(gazete/dergi vs.) ( )
- Radyo/televizyon ( )

9) **Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?**
Evet (açıklayınız……..) Hayır ( )

2) OBSTETRİK BİLGİLER

- Gebeliğinizin kaçıncı haftasındasınız ?: ……..
- Gebelik sayısınız?: ……
- Kaç doğum yaptınız? …….
- Kaç tanesi canlı doğum?.....
- Düşük doğum yaptınız mı? ……
- Yaşayan çocuk sayısı? :……
- Çocuklar sağ/ sağlıklı mı? (konjenital anamoli, düşük doğum ağırlığı…)
  Evet ( ) Hayır( )

3) SİGARA DUMANINA MARUZİYET İLE İLGİLİ

1)Sigara içme durumunuz nedir?

- Hiç içmedim ( )
- İçiyordum gebe kaldığımı öğrenince bıraktım( )
- Önceden içiyordum bıraktım( )
- Halen içiyorum ( )

2) Gebelikte günlük içilen sigara miktarı? …….

3) Elektronik sigara içiyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

4) Yaşanılan evde sigara içme durumu

Evet( ) Hayır ( )

5) Evinizde kim/kimler sigara içiyor? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Kendim
- Eşim
- Çocuklarım
- Misafirlerim
- Diğer (belirtiniz…….)

6) Evinize gelen misafirlerin sigara içmesine izin verir misiniz?

- Hayır, evimde sigara içilmez ( )
- Balkonda sigara içilebilir ( )
- Pencere ya da aspiratör yanında içebilir. ( )
- Oturduğum odada değil diğer odalarda içilebilir. ( )
- Diğer……..

EK 2. TÜRKİYE SAĞLIK OKUYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32

(TSOY-32)

Açıklama: Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadede belirtilen konu için zorluk derecesini "çok zor/zor/kolay/çok kolay" seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz.

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	1. Çok kolay	2. Kolay	3. Zor	4. Çok zor	5. Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK 3. ÜÇÜNCÜ EL SİGARA DUMANI HAKKINDAKİ İNANIŞLAR (BATHS-T) ÖLÇEĞİ

Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkındaki İnanışlar (BATHS-T) Ölçeği

Aşağıdaki sorular, evinizde sigara içmenin etkileri hakkında görüşlerinizi sormaktadır.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Dün insanların sigara içtiği bir odadaki havayı bugün solumak, bebeklerin ve çocukların sağlığına zarar verebilir.	1	2	3	4	5
2. Dün insanların sigara içtiği bir odadaki havayı bugün solumak, yetişkinlerin sağlığına zarar verebilir.	1	2	3	4	5
3. Dün insanların sigara içtiği odalardaki partiküller kansere neden olabilir.	1	2	3	4	5
4. Sigara dumanı partikülleri günlerce odada kalabilir.	1	2	3	4	5
5. Sigara dumanı partikülleri haftalarca odada kalabilir.	1	2	3	4	5
6. Sigara dumanı partikülleri mobilyalar ve duvarların içine işler.	1	2	3	4	5
7. Sigara içtikten sonra deride, saçta ve kıyafetlerde kalan sigara dumanı partikülleri temas ile başkalarına geçebilir.	1	2	3	4	5
8. Sigara dumanının çöktüğü yüzeylere dokunduktan sonra partiküller deriden vücuda girebilir.	1	2	3	4	5
9. Camları açmak veya klimaları çalıştırmak bir odadaki tüm sigara dumanı partiküllerini yok etmez.	1	2	3	4	5

BATHS-T ölçeği için alt puanlar;

1. Üçüncü el sigara dumanı hakkında inanışlar sağlık alt boyutu için 1, 2, 3, 7 ve 8. maddelerinin ortalaması,

2. Üçüncü el sigara dumanı hakkında inanışlar kalıcılık alt boyutu için 4, 5, 6 ve 9. maddelerin ortalaması alınarak hesaplanır.

EK 4. ERİŞKİN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Atatürk Üniversitesi
Tıp Fakültesi

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ERİŞKİN HASTALAR İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE KAYITLI GEBELERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE ÇEVRESEL SİGARA DUMANI FARKINDALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
Sorumlu Araştırıcının Adı: Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL
Diğer Araştırıcıların Adı: Arş. Gör. Dr. Güzide YILMAZ ULUKAYA
Destekleyici (varsa):

"Atatürk Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı ve Çevresel Sigara Dumanı Farkındalığı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Aile Hekimliği Anabilim Dalında, Dr. Öğr. Üyesi. İdeal Beraa YILMAZ KARTAL sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?
Bu tezde gebelerde sağlık okuryazarlığı ile çevresel sigara dumanı farkındalığı arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya 148 kişi katılacaktır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)
Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?
Sosyodemografik Veri Formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) ,Üçüncü El Sigara Dumanı Hakkındaki İnanışlar Ölçeği (BATHS-T)

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?
Örnek:
1. Çalışmamızın herhangi bir riski bulunmamaktadır.
2. Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcalamalar da tarafımızdan karşılanacaktır

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?
Araştırmadan beklenilen toplum yararı açıklanmalıdır.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)
Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?
Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Güzide Yılmaz Ulukaya
GÖREVİ : Arş. Gör. Dr.
TELEFON :

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

AÜTF Aile Hekimliği Anabilim dalında, Dr. Güzide Yılmaz Ulukaya tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Güzide Yılmaz Ulukaya'yı, numaralı telefondan ve Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Bölümü'nden arayabileceğimi biliyorum. (Doktor ismi, telefon ve adres bilgileri mutlaka belirtilmelidir)

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme tanığı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim
Adı soyadı, unvanı: DR. GÜZİDE YILMAZ ULUKAYA
Adres: ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
Tel:
İmza:
Tarih:

AYDINLATMA ve KATILIMCININ BEYANI KESİNLİKLE BİRBİRLERİNİN DEVAMI ŞEKLİNDE OLACAKTIR. AYRI AYRI SAYFALARDA YER *ALMAYACAKTIR.*