T.C.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN GEBELERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE GEBELİKTE CİNSELLİĞE KARŞI TUTUM DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Delal AKMAN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN

ERZURUM-2024

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Adı, Soyadı : Delal AKMAN	**Sınav tarihi:** 08/10/2024
Anabilim Dalı : Aile Hekimliği	
Tez Danışmanı ve Atanma Tarihi: Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN-21/03/2024	
Tezin Konusu ve Başlığı : Atatürk Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı ile Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Düzeyi Arasındaki İlişkinin Araştırılması **Belirlenme Tarihi** : 21/03/2024	
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	Doç. Dr. Mustafa BAYRAKTAR	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR DİZİNİ ..... **v**

ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **vi**

KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vii**

TEŞEKKÜR ..... **viii**

ÖZET ..... **ix**

ABSTRACT ..... **xi**

1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**

2. GENEL BİLGİLER **3**

2.1. Sağlık Okuryazarlığı 3

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı 3

2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi 4

2.1.3. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı 4

2.1.4. Yeterli Sağlık Okuryazarlığı 5

2.1.5. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler 6

2.1.6. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler 7

2.1.7. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı 9

2.1.8. Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı 11

2.2. Cinsel Sağlık 11

2.2.1. Cinsellik ve Cinsel Sağlığın Tanımı 11

2.2.2. Cinsel Fizyoloji 13

2.3. Gebelik ve Gebeliğe Uyum 15

2.3.1. Gebelikte Görülen Fizyolojik Değişiklikler 16

2.3.2. Gebelikte Cinsel Davranış 18

3. GEREÇ VE YÖNTEM **21**

3.1. Araştırmanın Tipi 21
3.2. Evren ve Örneklem Seçimi 21
3.2.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri 21
3.2.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri 21
3.3. Veri Toplama Araçları 21
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu 22
3.3.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) 22
3.3.3. Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği 23
3.4. İstatistiksel Analiz 24
3.5. Etik Kurul İzni 24
4. BULGULAR 25
4.1. Sosyo-Demografik Veri Analizi 25
4.2. T-SOY32 Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi 31
4.3. GCKTÖ Puanlarının Değerlendirilmesi 35
4.4. T-SOY32 Alt Grupları ile GCKTÖ Boyutlarının Karşılaştırılması 38
5. TARTIŞMA 40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 50
7. KAYNAKLAR 51
8. EKLER 59

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Avrupa-Türkiye Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri 10

Tablo 2. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı 29

Tablo 3. Katılımcıların doğum şekillerinin dağılımı 30

Tablo 4. TSOY alt grupları 31

Tablo 5. Katılımcıların TSOY-32 indeks puanlarının sosyo-demografik özelliklerle karşılaştırılması 32

Tablo 6. Katılımcıların TSOY-32 kategorilerinin çeşitli değişkenlere göre dağılımları 33

Tablo 7. Katılımcıların TSOY-32 kategorilerine yaş ortalamalarının karşılaştırılması . 34

Tablo 8. Yaş ile TSOY-32 arasındaki ilişki 34

Tablo 9. Katılımcıların GCKTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları 35

Tablo 10. Katılımcıların GCKTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması 36

Tablo 11. Tablo 10 devamı 37

Tablo 12. Katılımcıların GCKTÖ ve alt boyutlarının TSOY'dan aldıkları puanlar arasındaki ilişki 38

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.Eğitim Durumu 25

Şekil 2.Meslek 26

Şekil 3.Kronik Hastalık 26

Şekil 4. Kronik Hastalık Tanısı 27

Şekil 5. Doğum Sayıları 27

Şekil 6. Gebelik Sayısı 28

Şekil 7. Abortus Durumu 28

Şekil 8. TSOY Sınıflama 31

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SOY	: Sağlık okuryazarlığı
ARK	: Arkadaşları
AÜTF	: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
EASM	: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
ORT	: Ortalama
SS	: Standart Sapma
TSOY	: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
HLS-EU	: Healty Literacy Survey in Europe
GCKTÖ	: Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca bilgi ve birikimlerini paylaşan büyük desteğini gördüğüm çok kıymetli tez danışmanı hocam Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN' a,

Uzmanlık eğitimi süresince tecrübeleri ve bilgileri ile yol gösteren, hiçbir zaman desteğini ve yardımlarını esirgemeyen, Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR' a,

Uzmanlık eğitimim boyunca eğitimime katkıda bulunan, mesleki bilgi ve birikimlerini içtenlikle bizimle paylaşan, farklı bakış açıları kazandıran her zaman rahmetle ve minnetle anacağım hocamız Prof. Dr. Kenan TAŞTAN' a,

Eğitimim sürecinde bilgi ve birikimlerini paylaşan, yol gösteren değerli hocalarım Doç. Dr. Mustafa BAYRAKTAR, Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL ve Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Akif NAS' a,

Asistanlık ve tez sürecim boyunca her anımda yanımda olan en büyük destekçim, yol arkadaşım Mücahit BOZALİ' ye,

Asistanlık sürecinin bana kazandırdığı, her zaman destekçim olan her anımızı paylaştığımız canım arkadaşım Sümeyye Nur KAYA' ya ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde yanımda olan ve beni destekleyen değerli anne ve babam Zeynep ve Mehmet Zülküf AKMAN' a, varlıklarını en yakın şekilde hissettiğim abim ve ablam Dilan ve Nadir GÜLTEKİN' e, canım kardeşlerim Şilan AKPOLAT ve Emin AKMAN' a,

Eğitim hayatımın bu gününe gelene kadar üzerimde emeği olan herkese sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Dr. Delal AKMAN

ÖZET

Atatürk Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı ile Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Düzeyi Arasındaki İlişkinin Araştırılması

Giriş ve Amaç: Sağlık okuryazarlığının düzeyi hasta-hekim iletişimi, hekimin talimatlarını anlama ve tedavi uyumu gibi konularla ilişki olduğu bilinmektedir. Gebelik sürecinde kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlıkla ilgili bilgileri anlama, değerlendirme ve kullanma becerisini ifade etmektedir. Bu bağlamda, gebelerin cinsellik hakkındaki tutumları, sağlıklı bir gebelik için kritik bir öneme sahiptir. Bu çalışma, Atatürk Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran gebelerde sağlık okuryazarlığı ile gebelikte cinselliğe karşı tutum düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Çalışmanın evrenini Mart-Ağustos 2024 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (EASM) birimlerine kayıtlı olan gebeler oluşturmaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde mart ayı itibariyle tüm EASM' lere kayıtlı 118 gebe bulunmaktadır ve veriler yüz yüze anket yöntemi ile toplanmıştır. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için TSOY-32 ölçeği ve cinsellikte tutumlarını ölçmek için GCKTÖ kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS-25 programı kullanılarak yapıldı. Analizlerde t testi, tek yönlü varyans analizi, post hoc analizde Tukey testi ve pearson korelasyon testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması ise 29,07±5,57 yıldı. Gebelik haftası ortalaması 23,11±9,63. Katılımcıların ortalama TSOY-32 puanı 34,27±8,41 olarak belirlendi. Katılımcıların %54,2'si yeterli- mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyindeydi. GCKTÖ puan ortalaması ise 118,72±19,27'dir. Gebelerin %63,5'i cinselliğe karşı tutumu olumluydu. TSOY-32 ölçek puan ortalaması ile GCKTÖ ve tüm alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon mevcuttu ($p<0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça cinselliğe karşı tutumlarının olumlu yönde arttığı bulundu. Gebelerin sağlık bilgilerini anlama ve uygulama becerilerinin artması, cinsel sağlık ve ilişki dinamikleri hakkında daha bilinçli kararlar almalarına olanak tanır.

Anahtar Kelimeler: sağlık okuryazarlığı, gebelik, cinsel tutum, cinsellik, aile hekimliği

ABSTRACT

Investigation Of The Relationship Between Health Literacy And Attitudes Towards Sexuality During Pregnancy İn Pregnant Women Applying To The Family Health Center Of Atatürk University

Background and Aim: The level of health literacy is known to be related to issues such as patient-physician communication, understanding the physician's instructions, and treatment adherence. The level of health literacy among women during pregnancy reflects their ability to understand, evaluate, and utilize health-related information. In this context, the attitudes of pregnant women towards sexuality are critically important for a healthy pregnancy process. This study aims to investigate the relationship between health literacy and attitudes towards sexuality during pregnancy in pregnant women applying to the Family Health Center of Atatürk University.

Methods: The population of the study consists of pregnant women registered at the Family Health Center (EASM) affiliated with the Department of Family Medicine at Atatürk University between March and August 2024. As of March, there are a total of 118 pregnant women registered at all EASM units, and data were collected using a face-to-face survey method. The TSOY-32 scale was used to measure the participants' level of health literacy, and the GCKTÖ scale was used to assess their attitudes towards sexuality. Data analysis was performed using the SPSS-25 program. T-tests, one-way analysis of variance (ANOVA), Tukey post hoc analysis, and Pearson correlation tests were used in the analyses. A significance level of $p<0.05$ was accepted.

Results: The average age of the participants was 29.07 ± 5.57 years. The average gestational week was 23.11 ± 9.63. The mean TSOY-32 score of the participants was found to be 34.27 ± 8.41. 54.2% of the participants had a sufficient to excellent level of health literacy. The average GCKTÖ score was 118.72 ± 19.27. 63.5% of the pregnant women had a positive attitude towards sexuality. There was a significant positive correlation between the mean TSOY-32 scale score and the GCKTÖ as well as all its subdimensions ($p <0.05$).

Conclusion: In our study, it was found that as the level of health literacy increased, the pregnant women's attitudes towards sexuality became more positive. The

improvement in pregnant women's ability to understand and apply health information allows them to make more informed decisions regarding sexual health and relationship dynamics.

Keywords: health literacy, pregnancy, sexual attitude, sexuality, family medicine

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık okuryazarlığı bir kavram olarak ilk kez ScottSimonds tarafından 1974 yılında "Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika" başlıklı makalede kullanılmıştır(1). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) sağlık okuryazarlığı kavramını "Sağlıkta iyilik halini korumak ve sağlığı geliştirmek için, bireylerin sağlık bilgisine erişebilme, bu bilgiyi anlama ve kullanma motivasyonlarını belirleyen bilişsel ve sosyal becerilerin tamamı'' olarak ifade etmiştir. Sağlık okuryazarlığı kavramı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere erişme, bu bilgileri anlama ve yorumlama becerilerinin ötesine geçmektedir. Sağlık okuryazarlığı, bireyin kendi sağlığı hakkında bilinçli kararlar alabilmesi ve bu kararları etkili bir şekilde uygulayabilmesi için gerekli olan bilgi, beceri ve yetenekleri kapsar. Bireyin sağlık okuryazarlığı arttıkça, hem kendi sağlığı hem de toplum sağlığı daha iyi bir düzeye ulaşmaktadır(2). Sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olması, hastanın tıbbi tedaviye uyumunu ve hastalık yönetimini olumsuz anlamda etkilediği, hastalıklar hakkında eksik bilgiye sebep olup bunun neticesinde daha fazla sayıda hastanede yatış, morbidite ve de erken ölüm ile ilişkilendirilmektedir(3). Sağlık sistemine ve kişi sağlığına yönelik bu etkileri göz önünde bulundurulduğunda, sağlık okuryazarlığı sağlık alanındaki en temel ve öncelikli konulardan biri haline gelmektedir.

Cinsellik, bireyin cinsel organlarının işlevlerini, sahip olduğu cinsel yetenekleri ve bu yetenekleri algılayışını, cinsel ifadelerini ve tercihlerini kapsar. Cinsellik, bireyin yaşamında biyolojik, psikolojik, sosyal ve davranışsal açıdan önemli bir yer tutan karmaşık bir deneyimdir. Yaş, cinsiyet, kişisel inançlar, kültürel normlar ve geçmiş deneyimler gibi birçok faktör, bireyin cinselliği nasıl tanımladığı ve yaşadığı üzerinde etkili olur. Bu nedenle, cinsellik her birey için farklı anlamlar taşır ve kişisel bir deneyimdir(4). Kadında cinsel yaşam puberte ile başlayıp hayatının sonuna kadar devam edebilen anatomik, psikolojik, fizyolojik, tıbbi, sosyal etmenleri olan çok yönlü bir durumdur(5). Kadınların cinsel yaşamları, gebelik, menopoz, doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı ve çeşitli hastalıklar gibi farklı dönemlerde önemli ölçüde etkilenebilir. Bu dönemler, kadınların cinsel istek, heyecan ve tatmin düzeylerinde değişikliklere neden olabilir(6). Cinselliği doğrudan ya da dolaylı olarak şekillendiren gebelik cinsel işlevi bozabilmekte ve dolayısıyla da kişilerde fiziksel, ruhsal ve sosyal problemlere sebep olabilmektedir(7). Gebe kadın, ya değişikliklere uyum göstererek

cinsel yaşamına devam etmektedir ya da cinsel problemlerle karşı karşıya kalmaktadır(8). Fizyolojik ve psikolojik faktörler, gebelik ve doğum sonrası dönemde çiftlerin cinsel işlevini etkileyebilir. Bu değişikler gebeliğin her trimesterinde oluşabilmektedir. Gebelik dönemi ilerledikçe, birçok kadında cinsel istek ve cinsel aktivitede azalma görülür. Bireyin eşiyle ilişkisindeki yaşanan değişiklikler, gebelik sürecinde yaşanan bedensel değişimlere dair kaygılar, cinsellikle ilgili kültürel inançlar ve ebeveynlik rolüne geçiş endişeleri, kadınlarda cinsel isteği olumsuz yönde etkileyecek önemli faktörlerdir(9). Gebelik döneminde cinsel ilişki yaşamanın gebede uterin aktiviteyi artırarak kontraksiyonlara, abortus, erken doğum gibi birçok probleme sebep olabileceği, cinsel ilişkinin fetüs üzerindeki mekanik etkilerinin bebeğe zarar verebileceği yönünde yaygın düşünceler bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar, cinsel ilişki ile perinatal mortalite arasında net bir ilişkiyi kesin olarak ortaya koymamakla beraber çağdaş tıp bilimi birkaç tıbbi gerekçe dışında gebelikte cinselliği sınırlamamaktadır(10). Çalışmalarda ispatlanmamasına rağmen birçok eş bebeğe zarar geleceği düşüncesi ile cinsel aktiviteden uzaklaşmakta ve cinsel birliktelik yaşayıp yaşamama konusunda çelişki yaşamaktadır. Yapılan çalışmalar aylara göre ilişki sıklığında önemli ölçüde azalma bildirmekte ve eşlerin cinsel ilişkiden uzak durmayı tercih ettikleri görüşünü doğrulamaktadır(11). Bunun yanı sıra literatürde sağlık okuryazarlık düzeyiyle gebelikte cinselliğe karşı tutum düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma bulunmamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Okuryazarlığı

2.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı

Sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramını anlamak için öncelikle sağlığın tanımını bilmemiz gerekir.1948 yılında DSÖ tarafından yapılan pozitif sağlık tanımına göre sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlık gibi negatif durumların olmaması değil, aynı zamanda bireyin sosyal, ruhsal ve fiziksel açıdan tam ve dengeli bir iyilik hali içinde bulunmasıdır(12). Sağlık, genetik özellikler, beslenme alışkanlıkları, yaşam tarzı ve ekonomik durum gibi birçok farklı faktörden etkilendiği için sadece fiziksel açıdan ele alınmamalıdır. Sağlık ve sağlıklı olma kavramları, bireysel farklılıklar dikkate alınarak değerlendirilmeli fiziksel, ruhsal, dini ve entelektüel bütünlük çerçevesinde tanımlanmalıdır(13). SOY kavramı, ilk kez 1974 yılında Scott Simonds tarafınca yazılan "Sağlık Eğitimi ve Sosyal Politika" isimli yayında bir terim olarak kullanılmıştır(14). Bu tarihten itibaren, sağlık okuryazarlığı kavramı çeşitli kişiler ve kuruluşlar tarafından incelenmiş ve farklı tanımlamalar getirilmiştir. SOY bireyin sağlık bilgilerini anlayarak, bu bilgiyi günlük yaşamında değerlendirebilme ve sağlıklı kararlar alabilme yeteneğidir. SOY kavramı, bireylerin kendilerine verilen bilgileri anlamanın ötesinde, kendi sağlık durumlarını tanımlayabilmeleri, sağlıklı kararlar alabilmeleri ve sağlık sistemini nasıl kullanacaklarını bilmeleri gibi unsurları da içeren geniş bir kavramdır(15). DSÖ, sağlık okuryazarlığını "bireylerin sağlıkta iyilik halini sürdürebilmesi ve geliştirebilmesi amacıyla gerekli bilgiye ulaşabilme, bilgiyi anlayabilme ve kullanabilme yeteneği" olarak ifade etmektedir(2). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2011 yılında yayınlanan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü' nde SOY kavramı, "sağlıkla ilgili bilgilerin okunması ve anlaşılması için gerekli temel becerilerin ötesinde, bireylerin sağlığını geliştirmesi ve iyi sağlık halini sürdürebilmesi için sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, bu bilgiyi anlaması ve kullanması için gerekli bilişsel ve sosyal beceriler" olarak belirtmektedir(16). Healthy People 2010 raporunda SOY, "bireylerin sağlıklarıyla ilgili doğru kararlar alabilmesi için gerekli olan sağlık bilgilerini anlama, sağlık hizmetlerini anlama, elde etme ve değerlendirme yeteneği" olarak tanımlanmaktadır(17).

2.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık, tüm bireyin hayatının vazgeçilmez bir parçasıdır ve bireylerin sağlıklarıyla ilgili bilinçli kararlar alabilmesi büyük önem taşımaktadır. SOY, kişilerin kendi sağlıklarını yönetmelerine, hastalıkları önlemelerine, erken teşhis etmelerine ve tedavi süreçlerine katkı sağlarken, aynı zamanda sağlık sistemlerinin hem sürdürülebilirliği hem de maliyet etkinliği açısından da önemli bir role sahiptir. SOY, bireylerin yaşam kalitesini artırarak, daha uzun süre sağlıklı kalmalarına olanak tanır. Ayrıca, kişiler arasındaki sağlık eşitsizliklerini azaltır ve sağlık çalışanları ile daha etkili iletişim kurulmasını sağlar. Bu durum, bireylerin tanı ve tedavi sürecine aktif olarak katılımını teşvik ederek, daha doğru kararların alınmasını mümkün kılar(18). SOY teriminin önemi son yıllarda önceki dönemlere kıyasla önemli ölçüde artmıştır. Ancak, bireylere sağlıkla ilgili bilgi aktarmak ve tanı koymak daha karmaşık hale gelmiştir. Bu zorluklar, sağlık bilgilerinin sürekli olarak güncellenmesi gerekliliği, bireylerin okuryazarlık seviyelerindeki düşüklük, kültürel çeşitlilikler, yaşa bağlı biyolojik ve ruhsal değişiklikler, duygusal durumlar ve buna bağlı olarak kişilerin öğrenme ve öğrendikleri bilgileri hatırlama yeteneklerinin etkilenmesinden kaynaklanmaktadır. SOY' un önemi çeşitli açılardan ele alınabilir. Öncelikle, yeterli SOY' a sahip bireyler, kendi sağlıkları üzerinde daha fazla söz sahibi olurlar. Sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmek, düzenli sağlık kontrolleri yaptırmak ve kişisel sağlık risklerini tanımak, hastalıkların erken dönemde fark edilmesini sağlayarak daha başarılı tedavi sonuçlarına ulaşılmasına katkıda bulunur. Bu durum, bireylerin kişisel sağlık ve refah düzeylerinin artmasına katkıda bulunur(19). Toplumun SOY seviyesinin artması, sağlık hizmetlerinden ve sağlık olanaklarından en etkin şekilde faydalanılmasını sağlayacaktır. SOY düzeyinin yükselmesiyle birlikte, hastalar hangi durumlarda birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına müracaat edeceklerini bilirler ve gereksiz yere üst basamak sağlık hizmetlerini meşgul etmemiş olurlar. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinde ciddi bir azalma gözlemlenebilir(20).

2.1.3. Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan kişiler, sağlık hizmetlerinden gerektiği gibi yararlanamazlar bu da onların sağlık durumlarını yönetme becerilerini sınırlamaktadır. SOY' u düşük olan hastaların, doktorların hastalıkları hakkında verdiği bilgileri ve

önerilen tedavi yöntemlerini tam olarak anlayamadıkları gözlemlenmiştir. Ayrıca bu hastaların, tedavi süreçleriyle alakalı bilgi düzeylerinin de yetersiz olduğu belirlenmiştir. Özellikle, doktor kontrollerinin önemi, ilaçların doğru kullanım şekli ve bu süreçte dikkat edilmesi gerekenler konusunda eksiklikleri bulunmaktadır. Bu durum, hastaların ilaçlarını yanlış dozlarda veya yanlış zamanlarda kullanmalarına neden olmaktadır(21). Yetersiz SOY' a sahip bireyler, hastalıkları ve tedavileriyle ilgili yeterince bilgiye sahip olmayıp, hastalık yönetimi becerileri de daha düşük düzeydedir. Bu bireylerin tedavi sürecine uyum sağlamaları daha zordur ve bu durum, hastalıklarının tedavisinde ve yönetiminde daha fazla hata yapmalarına neden olmaktadır(22). SOY düzeyi yetersiz olan popülasyonda hastalık sıklığı ve ölüm oranı daha yüksektir(23). Yetersiz SOY, bireylerin sağlığı iyileştiren tarama, aşı gibi koruyucu sağlık hizmetleri ve aktivitelerine daha az katılım göstermelerine; iyileştirici hizmetleri ise daha fazla kullanmalarına neden olmaktadır. Ayrıca, bu durum, bireylerin sağlık bilgisi eksikliği, sağlık hizmetlerine ulaşmakta güçlük çekmeleri, hastane yatış oranlarının artması, sağlık hizmetlerinin maliyetinin yükselmesi, yaşam kalitesinin düşmesi, iş gücünde kayıpların yaşanması, sağlık kurumlarında şiddet olaylarının sıklaşması ve sağlık çalışanlarının mesleki memnuniyetsizliğinin artması gibi bir dizi sorunu beraberinde getirmektedir(24).

2.1.4. Yeterli Sağlık Okuryazarlığı

SOY düzeyinin yeterli olması, hastaların sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini daha iyi anlamalarına ve bu hizmetlerden en doğru şekilde yararlanmalarına olanak sağlar. Bilinçli hastalar, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğini ve etkinliğini daha iyi değerlendirebilirler, bu da genel olarak sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır. Bu bağlamda, SOY yüksek olması hem sağlık çalışanlarının çalışma konforunu artırır hem de hastaların memnuniyet düzeyini yükseltir(25). SOY' un yeterli düzeye çekilmesi, sağlık sonuçlarında belirgin bir iyileşme ve aynı zamanda sağlık masraflarının azalmasını sağlayabilir. Eğitim programları, bilinçlendirme kampanyaları ve toplum temelli müdahalelerle SOY' u artırmak mümkündür. Bu tür çalışmalar, bireylerin sağlık bilgilerine daha kolay erişmelerini ve bu bilgileri daha etkili bir şekilde kullanarak daha iyi sonuçlar elde etmelerini sağlar(26).

2.1.5. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı teriminin daha iyi anlaşılabilmesi için, SOY düzeylerine etki eden etmenlerin ve bu etmenlerin SOY ‘a olan yansımalarının bilinmesi gerekmektedir. SOY düzeyleri, başlıca sosyal, kültürel, demografik, psikolojik ve bireysel özelliklerden etkilenmektedir(27). SOY temel olarak bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim seviyesi, medeni durumu, sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık sisteminin yapısı gibi çeşitli faktörlerle yakından ilişkilidir. Bu faktörler, kişilerin sağlık bilgilerini anlama, değerlendirme, kullanma yeteneklerini doğrudan etkilemektedir. Dolayısıyla, SOY düzeylerinin arttırılması, bu faktörlerin göz önünde bulundurularak ele alınmasını gerektirmektedir(28). SOY düzeylerini etkileyen kültürel faktörler arasında bireylerin aile yapısı, arkadaş çevresi, çevresel ve politik ortam, yaşanılan coğrafi bölge, bu bölgedeki göçmenlik durumu, etnik grup aidiyeti ve dil farklılıkları yer almaktadır. Bu faktörler, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri edinme, yorumlama ve kullanma yeteneklerini önemli ölçüde etkilemektedir(29).

Genel okuryazarlık seviyesi ve SOY muhakkak ilişkilidir; ancak, yüksek okuryazarlık seviyesine sahip bireylerin daima yüksek SOY seviyesine sahip olacağı söylenemez. Literatürde, düşük okuryazarlık seviyesindeki kişilerin sağlık bilgilerini anlamada ve değerlendirmede zorlandıkları gösterilmektedir. Ancak, okuryazarlık seviyesi yüksek olan bireylerin de SOY seviyesinin düşük olabileceği vurgulanmıştır. Bu durum, SOY’ un, genel okuryazarlık seviyesinin ötesinde, sağlık bilgilerini anlamaya ve kullanmaya yönelik spesifik becerilere dayandığını göstermektedir(30). SOY düzeyini etkileyen kişisel faktörler, bireyin görme, duyma, konuşma, hafızada tutma ve yorumlama gibi fiziksel, zihinsel, sosyal yeteneklerini kapsamaktadır. Bu yeteneklerin yetersiz olması, düşük SOY seviyesine yol açabilmektedir. Ayrıca, bireyin hastalıkla ilgili yaşadığı deneyim ve tecrübeleri de SOY’ u etkileyen önemli bir faktördür. Hastalığın süresi, tipi, şiddeti, başka tedavi ihtimalleri, hastalığın komplikasyonları ve bireyin başka hastalıklarının olup olmadığı, bu deneyim ve tecrübeleri şekillendiren unsurlardır. Bireyin hastalıkla ilgili edindiği tecrübeler, SOY düzeyine önemli ölçüde etki etmektedir(28).

2.1.6. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

SOY' u değerlendirmek amacıyla dünya genelinde birçok araç geliştirilmiş ve uygulanmaktadır. Bu ölçüm araçları, SOY' un farklı boyutlarını çeşitli yöntemlerle değerlendirmeyi hedeflemektedir. İlk geliştirilen araçlar, bireylerin kelime okuma ve telaffuz becerilerini değerlendirme üzerine odaklanmıştır. Zamanla, bu araçlara sayısal verileri kullanabilme ve anlama yeteneği de eklenmiş ve hizmet sürecine daha bütüncül bir yaklaşım benimsenmiştir. Son dönemde geliştirilen ölçüm araçları ise, SOY' un daha iyi anlaşılması ve bileşenlerinin kavramsal bir çerçeveye oturtulmasının ardından, her bir bileşenin ve genel SOY 'un değerlendirilmesine yönelik olarak tasarlanmıştır(31). SOY düzeylerini anlamak için kapsamlı araştırmalar yürütülmüş ve bu kapsamda literatüre çok sayıda ölçek kazandırılmıştır. Bu ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik seviyelerinin artırılması adına ek çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Ülkelerin sosyokültürel ve ekonomik yapılarının farklılık göstermesi nedeniyle, bu ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliklerinin bu etmenler yönünden de incelenmesi önem arz etmektedir(32).

En sık kullanılanları NVS, TOFHLA, REALM, HLS-EU, TSOY-32 testidir(33).

NVS: NVS ölçeği, Weiss ile arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir. Ölçekte katılımcılara bir besin etiketi verilerek, önce bu etiketi nasıl yorumladıkları, ardından etikete göre nasıl hareket edecekleri sorgulanmaktadır. Toplamda altı sorudan oluşan bu ölçekte, bireylerin besin etiketlerini okuma ve anlama becerileri değerlendirilmekte olup, uygulanması neredeyse 3-6 dakika devam eder. Puanlama, katılımcıların verdiği doğru cevap sayısına göre yapılır ve her doğru cevap için 1 puan verilir(34). Puanlamaya göre kategoriler şu şekildedir:

- Yüksek ihtimalli sınırlı sağlık okuryazarlığı (0-1 puan),
- Düşük ihtimalli sınırlı sağlık okuryazarlığı (2-3 puan),
- Yeterli sağlık okuryazarlığı (4-6 puan).

Ölçeğin, kişilerin hesap yapma, okuma ve de anlama yeteneklerini aynı anda değerlendirmesi ve kısa sürede uygulanabilmesi en önemli avantajları arasında yer alırken; yeterli ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeylerini net bir şekilde ayırt edememesi ise en büyük dezavantajı olarak belirtilmektedir(35).

TOFHLA: Parker ile arkadaşlarının 1995 yılında geliştirdikleri bu ölçek, literatürde en sık kullanılan ölçüm araçlarından biridir. Kişilerin sayısal ve sözel anlama becerilerini bir arada değerlendirmeyi amaçlayan ölçek, altmış yedi soru ve iki temel kısımdan oluşmaktadır. Bu ölçeğin bir şahsa uygulanması 22-26 dakika sürer. Birinci bölüm, sözel anlama yeteneğini ölçen elli sorudan oluşur. Bu bölümde katılımcılara kısa metinler okunması için verilir ve sonrasında metinleri anlayıp anlamadıklarını ölçen sorular yöneltilir. Bu kısımda cümledeki boş bırakılan yerleri tamamlama yöntemi kullanılmaktadır; katılımcılardan, kendilerine verilen cümlelerdeki boşlukları uygun şıkkı seçerek doldurmaları istenir. İkinci bölüm, sayısal anlama yeteneğini ölçen on yedi sorudan oluşur. Bu kısımda ise bireylerin hastane evraklarını, randevu kartlarını ve etiketli ilaç şişelerini okuma ve anlama yetenekleri değerlendirilir. Ölçeği 0-100 arasında puanlanır ve elde edilen puana göre sağlık okuryazarlığı üç kategoriye ayrılır:

- Yetersiz sağlık okuryazarlığı (0-59 puan)
- Düşük sağlık okuryazarlığı (60-74 puan)
- Yeterli sağlık okuryazarlığı (75-100 puan)

Bu ölçeğin dezavantajları arasında, uygulanmasının uzun sürmesi ve kişilerin okuma yeteneğine bağımlı olması bulunmaktadır(36).

REALM: Davis ile arkadaşlarının 1991 yılında geliştirdikleri bu ölçek, kişilerin tıbbi terimleri telaffuz etme yeteneklerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ölçek, kişilerin okuma becerilerini ölçmekte olup, anlama ve sayısal yeteneklerini değerlendirmemektedir. Ölçek uygulaması sırasında, katılımcıya belirli bir liste verilir ve katılımcının bu listeyi okuması istenir. Ölçek değerlendirmesinde, uygulayıcı tarafından doğru ifade edilen her kelime için 1 puan verilir ve bu puanlar toplanarak bireyin toplam puanı hesaplanır. Bir kişiye bu ölçeği uygulamak ortalama 3-6 dakika sürmektedir. Puanlama sistemi aşağıdaki şekilde kategorize edilmiştir:

- Yeterli sağlık okuryazarlığı (61-66 puan)
- Düşük sağlık okuryazarlığı (45-60 puan)
- Yetersiz sağlık okuryazarlığı (0-44 puan)(37)

HLS-EU: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilen bir ölçektir. HLS-EU projesi, sağlık okuryazarlığı kavramını daha geniş bir perspektiften ele alarak, Avrupa'da sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemeyi ve

karşılaştırmayı amaçlamıştır. Bu ölçek, toplamda kırk yedi maddeden oluşan bir anket kullanmaktadır. Her madde, 1 ile 4 arasında bir puanla değerlendirilir (1=çok zor, 2=zor, 3=kolay, 4=çok kolay). Katılımcılar, her bir maddede belirtilen davranışın kendileri için ne kadar kolay veya zor olduğunu belirlerler. Puanlamasına göre sınıflaması şu şekildedir:

- Yetersiz sağlık okuryazarlığı (0-25 puan)
- Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı (25-33 puan)
- Yeterli sağlık okuryazarlığı (33-42 puan)
- Mükemmel sağlık okuryazarlığı (42-50 puan)(38)

TSOY-32: Bu ölçek, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki Daire Başkanlığı ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından, SOYA-AB ölçeği esas alınarak geliştirilmiştir. Bu ölçek, toplamda otuz iki sorudan oluşmakta olup, iki boyut ve dört süreçten oluşan sekiz bileşeni içermektedir. İki boyut, "tedavi ve hizmet" ile "hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi" şeklinde tanımlanırken, dört süreç "sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma", "bu bilgiyi anlama", "değerlendirme" ve "kullanma" olarak belirlenmiştir. İndeksleme, 0-50 arasında yapılmakta olup, 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 puan ise en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir(39).

2.1.7. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı

UNESCO tarafından 2009 yılında yayımlanan raporda, dünya genelinde 700 milyondan fazla insanın temel SOY seviyesine sahip olmadığı belirtilmiştir. Raporda, bu denli yüksek sayıda insanın SOY' unun yetersiz olmasının sağlık açısından olumsuz etkilerinin kaçınılmaz olduğu vurgulanmaktadır. Bu durumun farkına varan birçok ülke, SOY' un önemini kavrayarak bu alanda çeşitli çalışmalar yürütmüştür (40).

2012 yılında Avrupa'da Polonya, Almanya, Hollanda, İrlanda, Bulgaristan, İspanya, Avusturya ve Yunanistan'ın katılımıyla SOY seviyesini değerlendirmek amacıyla bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, 15 yaş üstü 8.000 bireye, 12 alt bölümü olan ve toplamda 47 sorudan oluşan "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q)" uygulanmıştır. Araştırmanın sonuçları, SOY seviyelerine göre mükemmel, yeterli, sorunlu ve yetersiz

olmak üzere dört kategoride sınıflandırılmıştır. Ankete katılanların %12' sinin yetersiz düzeyde SOY' a sahip olduğu, %53'ünün ise yeterli ve mükemmel SOY seviyesine ulaştığı tespit edilmiştir. Ülkeler bazında değerlendirildiğinde, İrlanda %72 ve Hollanda %60 ile en yüksek yeterli SOY puanlarına sahip ilk iki ülke olarak öne çıkarken, Bulgaristan %37 ve İspanya %42 ile en düşük yeterli SOY puanlarına sahip ülkeler olarak belirlenmiştir. Bu araştırma, ülkeler arasında farklılıklar olmasına rağmen katılımcıların yaklaşık yarısının SOY düzeyinin düşük olduğunu göstermekte ve bu düşük seviyenin yalnızca belirli bir azınlığın sorunu olmadığını, toplumun genel bir sorunu olduğunu ve bazı grupların SOY yönünden dezavantajlı durumda bulunduğunu ortaya koymaktadır(41).

Son yıllarda ülkemizde SOY' a verilen önem artmış ve bu alanda gerekli araştırmalar başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012 yılında "Sağlık Okuryazarlığı Çalıştayı" düzenlemiştir. Bu çalıştayda, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı gibi kurumların yanı sıra bazı üniversitelerin de katılımıyla, SOY düzeyinin arttırılması gayesiyle ortak hareket etme kararı alınmıştır(42). Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından 2009-2012 yılları arasında gerçekleştirilen ve 23 ilde yaklaşık 5000 kişinin katıldığı bir çalışmada, bireylerin %24'ünün yetersiz, %40'ının ise sınırda SOY seviyesinde olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, 18 yaş üstü nüfus dikkate alındığında, 35 milyona yakın insanın yetersiz veya sorunlu SOY alt sınıfında yer aldığını göstermektedir. Aynı dönemde Avrupa'da gerçekleştirilen benzer nitelikteki çalışmalar, Türkiye'deki SOY düzeyinin Avrupa'ya kıyasla daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 1)(43,44).

Tablo 1. Avrupa-Türkiye Sağlık Okuryazarlık Düzeyleri

Sağlık okuryazarlık düzeyi	**Avrupa**	**Türkiye**
Yetersiz	%12,4	%24,5
Sorunlu	%35,1	%40,1
Yeterli	%36	%28,8
Mükemmel	%16,5	%6,6

2.1.8. Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı

Kadın sağlığı, bireyin fetal dönemden başlayarak yaşamının sonuna kadar süren bir süreçtir ve bu sebeple büyük bir önem taşır. Kadın sağlığının iyi olması, yalnızca kadının kendisini değil, aynı zamanda eşini ve yetiştireceği çocuklarını da etkileyerek aile ve toplum sağlığı üzerinde belirleyici bir rol oynar. Bu durum, toplumsal gelişmişliğin bir göstergesi olarak da değerlendirilebilir. Bu bağlamda, kişilerin doğum öncesi, doğum ve postpartum dönemlerde alacakları sağlık hizmetleri kritik bir yer tutar. Doğum öncesi bakıma erişimde karşılaşılan zorluklar arasında annenin düşük eğitim ve SOY düzeyi, ulaşım sorunları, sosyoekonomik yetersizlikler ve eşinin izin vermemesi gibi faktörler bulunmaktadır (45). Doğum öncesi bakım ve takiplerin sağlanması, bebeklerin sağlıkla dünyaya gelmeleri ve büyümeleri için önemlidir. Bu süreçler, çocukların erişkin dönemlerinde de sağlıklı bir yaşam sürmelerine katkıda bulunur. Dolayısıyla, kadın sağlığı ve doğum öncesi bakım hem bireysel hem de toplumsal sağlığın sürdürülebilirliği açısından kritik bir yere sahiptir(46).

Gebelik sürecinde, anne adaylarının anne-bebek sağlığıyla alakalı gerekli bilgileri okuyup değerlendirmesi, bu bilgileri yorumlayıp uygulayabilmesi için SOY büyük bir önem taşımaktadır. SOY ‘u düşük olan anne adayları, bu süreçleri etkili bir şekilde yerine getirmekte güçlük yaşayabilirler. Bu nedenle, gebelik döneminde SOY’ un artırılması, anne ve bebek sağlığını korumada kritik bir rol oynamaktadır(47).

Yapılan araştırmalar, düşük SOY seviyesinde bulunan gebelerin doğum öncesi taramaları anlamakta zorluk çektiklerini, gebeliklerini planlamada sorunlar yaşadıklarını, folik asit kullanım oranlarının daha düşük olduğunu ve yeni bilgileri edinme veya önerileri uygulamada güçlük çektiklerini ortaya koymuştur. Bu bulgular, gebelik sürecinde SOY’ un önemini bir kez daha vurgulamaktadır(48).

2.2. Cinsel Sağlık

2.2.1. Cinsellik ve Cinsel Sağlığın Tanımı

Cinsellik, insanın fizyolojik, psikolojik, sosyal taraflarını bir araya getiren karmaşık bir olgudur. Cinsiyet, cinsel kimlik, cinsel yönelim, erotik deneyimler, sevgi bağları ve üreme gibi pek çok farklı boyutu içerir. Cinselliğin fizyolojisi, psikolojik,

nörofizyolojik ve nörokimyasal süreçlerin birbirleriyle etkileşim halinde olduğu karmaşık olaylar bütünüdür. Cinsel davranışlar oldukça çeşitlidir ve birçok faktörün karmaşık etkileşimiyle şekillenir. Cinsellik, çok boyutlu bir olgu olup, tek bir kavramla ifade edilmesi mümkün değildir; kişinin var olduğu kültürel ortam, çevresindeki etik değerler, dini faktörler, yaşam koşulları ve diğer insanlarla olan ilişkileri cinselliği üzerinde etkilidir. Bireyin cinselliği ve kişiliği, birbiriyle iç içe geçmiş bir bütün oluşturur(49). Tarih boyunca, cinselliğin tanımı ve kavramları önemli ölçüde değişiklik göstermiştir. DSÖ' ye göre cinsellik, fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal tarafların birleşimiyle kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirir ve hayatı süresince insan olmanın temel bir yönünü oluşturur. Cinsiyet, toplumsal cinsiyet rolleri, cinsel kimlik, cinsel yönelim, sevgi ve üreme gibi birçok terimi içine alan ve varoluşun temelini oluşturan bir olgudur(50). Cinsellik, yalnızca cinsel organlar ve üreme ile sınırlı olmayıp, akıl ve bedenin bütününü kapsayan, içinde yaşadığın toplum ve toplumsal normlar tarafından şekillendirilen bir olgudur. Biyolojik açıdan bakıldığında, cinsellik fiziksel rahatlama olarak değerlendirilebilir ve bu deneyim için sağlıklı bir bedene ihtiyaç vardır. Psikolojik açıdan ise, cinsellik doyum alma, bütünlük hissi ve yakınlaşmayı içerir. Bireyin temel tutum ve davranışları, travmaları ve geçmiş yaşantıları cinselliğini önemli ölçüde etkiler. Sosyokültürel açıdan ele alındığında, cinsellik yaşam kalitesinde artış, sevgi, saygı ve güven gibi olumlu duygularla ilişkilidir ve toplumsal yargılar, gelenekler, aile değerleri ve yaşanılan çevre tarafından şekillenir(51). Cinsel sağlık, bireyin cinsellik hakkında doğru bilgiye sahip olması ve kendi cinsel kimliğini keşfetmesiyle başlar. Cinsel sağlığın sağlanması ve korunması, herkesin cinsel haklarına saygı gösterilmesini, bu hakların korunmasını ve uygulanmasını gerektirir. Cinsel sağlık, hakların tanındığı, saygı gördüğü ve uygulandığı ortamlarda mümkün olabilir. Cinsel sağlık sadece bireysel bir mesele değil, aynı zamanda toplumsal bir sorumluluktur. Cinsel sağlık sadece cinsel ilişkiyle sınırlı kalmaz, bedensel, duygusal, zihinsel ve sosyal boyutları içerir. Bu kapsamda, cinsel istismar, taciz, ayrımcılık gibi konular da cinsel sağlığın bir parçasıdır(52). DSÖ hem erkeklerin hem de kadınların cinsel sağlık ve mutluluğu için belirli kriterler belirlemiştir. Bu kriterler, bireylerin cinsellik hakkında doğru ve yeterli bilgiye sahip olmasını, cinsel sağlıklarını tehdit edebilecek riskleri anlamalarını ve bu risklerden korunma yollarını öğrenmelerini gerektirmektedir. Cinsel sağlık eğitimi bu konuda atılabilecek en önemli adımlardan biridir. Kapsamlı ve doğru cinsel eğitim programları, bireylerin cinsellikle

ilgili sağlıklı kararlar almalarını sağlayacak bilgi ve becerileri kazandırır. Bu eğitimler, sadece okullarda değil, toplumun tüm kesimlerine ulaşacak şekilde düzenlenmelidir(53). Cinsel sağlık sadece fiziksel bir durum olmamakla beraber psikolojik ve sosyal faktörlerin de etkileşim içinde olduğu kapsamlı bir kavramdır. Doğumdan ölüme kadar her yaşta bireyin genel sağlığının önemli bir parçasıdır. Cinsel sağlığı oluşturan bu üç temel faktörden (biyolojik, psikolojik ve sosyal) herhangi birinin eksikliği veya dengesizliği, bireyin hem fiziksel hem de duygusal sağlığını olumsuz etkileyebilir. Bu durum, çeşitli sağlık sorunlarına yol açabileceği gibi, yaşam kalitesini düşürerek kişinin kendine olan güvenini zedelemesine neden olabilir(54). Cinsel sağlık, fiziksel ve psikolojik sağlığın yanı sıra, yaşam kalitesi ve ilişkiler üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir. Cinsel sağlıklı bireyler, daha sağlıklı ilişkiler kurar, daha mutlu ve tatmin olmuş bir yaşam sürerler. Cinsel sağlık, sadece bireylerin değil, toplumun tamamının sorumluluğudur. Cinsel sağlıklı bir toplum için, cinsel eğitimin yaygınlaştırılması, cinsel sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, stigma ve tabuların ortadan kaldırılması ve cinsel hakların korunması gerekmektedir(55).

2.2.2. Cinsel Fizyoloji

Alfred Kinsey ve ekibi, 20. yüzyılın ortalarında cinsellik üzerine yapılan araştırmalarda bir devrim yaratmıştır. Yüz yüze görüşmeler yoluyla topladıkları geniş kapsamlı veriler sayesinde, o dönemde tabu sayılan cinsel konulara ışık tutmuşlardır. Kinsey'in çalışmaları, cinselliğin çeşitliliğini ve karmaşıklığını ortaya koyarak, insanların cinsel hayatları hakkında daha gerçekçi bir anlayışa sahip olmalarını sağlamıştır. 1966 yılında yayımlanan "İnsanda Cinsel Davranış" adlı kitapta yer alan bulgular, W. H. Masters ve V. E. Johnson'ın 10 yılı aşkın süreyle yürüttükleri kapsamlı bir araştırmanın sonucudur. Bu çalışma, insan cinsel fizyolojisi hakkında o dönemde bilinenlerin çok ötesine geçerek, günümüzde bile bu alandaki temel bilgilerin büyük bir kısmını oluşturmaktadır. William Masters ve Virginia Johnson cinselliğin biyolojik boyutunu daha derinlemesine incelemek için laboratuvar ortamına taşımışlardır. Cinsel tepkinin fizyolojik süreçlerini bilimsel yöntemlerle inceleyerek, cinsellikle ilgili birçok yanılgıyı ortadan kaldırmışlardır. Kinsey ve Masters-Johnson çalışmaları, cinsellik üzerine yapılan araştırmalarda çığır açıcı olmuş ve modern seksolojinin temelini atmıştır(56). İnsanda cinsel uyarıya gösterilen fizyolojik tepki, Masters ve Johnson tarafından dört evrede tanımlanmıştır: uyarılma, plato, orgazm ve çözülme. Erkeklerde cinsel yanıt döngüsü

genellikle daha belirgindir ve her zaman aynı sıralamayla ilerler. Ancak, kadınlarda cinsel yanıt döngüsü daha karmaşıktır ve bireyler arasında büyük farklılıklar gösterebilir. Kadınlarda plato ve orgazm evreleri çözülme evresine geçmeden önce tekrarlanabilir. Bu nedenle, kadınlardaki cinsel yanıt döngüsü hem yoğunluk hem de süre açısından büyük çeşitlilik gösterebilir. Bu çeşitlilik, bireysel tepkilerin çok çeşitli olmasına neden olur(57). Cinsel ilişki sırasında kadın ve erkek vücutları, cinsel uyarana tepki olarak bir dizi fizyolojik değişim gösterir. Bu değişimlerin tümü, cinsel yanıt döngüsü adı verilen dört evrede incelenir.

2.2.2.1. Uyarılma Evresi

Cinsel yanıt döngüsünün ilk aşamasıdır. Psikolojik uyaranlar (fanteziler veya bir aşk nesnesi) ve fizyolojik uyaranlar (okşama, öpme gibi) ya da bu ikisinin birleşimiyle cinsel uyarılma meydana gelir. Bu evrede, cinsel organlara artan kan akışı sonucunda ıslanma ve kabarma gibi değişiklikler meydana gelir. Ayrıca, memelerde hacimsel artış ve meme uçlarında dikleşme görülür. Bu evre, erkeklerde ereksiyon ve kadınlarda vajinal lubrikasyon ile tipiktir. Cinsel uyaranın şiddeti ve süresi arttıkça, uyarılma evresi daha kısa sürebilir. Ancak, cinsel uyarım aralıklı olarak sürdürüldüğünde veya kişi kendisi için uygun olmayan uyaranlar deneyimlediğinde, bu aşama uzayabilir veya tamamen kaybolabilir(57).

2.2.2.2. Plato Evresi

Uyarılma evresinin devamı niteliğindeki bu aşamada, etkili cinsel uyaranın sürmesi ve cinsel heyecanın yükselmesiyle beraber hem kadın hem de erkek plato evresine girer. Haz duygusu ve cinsel gerilim artmaya devam eder ve kişi orgazma ulaşabileceği bir noktaya gelir. Cinsel uyarılmanın ilerlemesiyle plato evresinin son aşamalarında fizyolojik değişimler daha belirgin hale gelir. Kaslarda gerginlik artar, kalp atışları hızlanır, nefes alıp verme sıklaşır, anüs ve kalça kaslarında ritmik kasılmalar görülür. Bu evre, orgazma geçiş aşaması olarak kabul edilir(58).

2.2.2.3. Orgazm Evresi

Bu evre, cinsel hazzın en yüksek noktaya ulaştığı ve cinsel gerilimin hafiflediği aşamadır. Erkeklerde ejakülasyonun gerçekleştiği, kadınlarda ise perine ve vajina çevresindeki kasların ve kanla dolmuş dokuların ritmik refleks kasılmaları ile tanımlanır. Bu evre süresi kısa olmasına rağmen yoğun cinsel haz yaşanır. Bu kasılmalar 0,8 saniyelik

aralıklarla meydana gelir ve kadında klitoral bölge ile vajinada, erkekte ise penis, prostatta yoğunlaşır. Orgazm genellikle 3-25 saniye devam eder ve bilinçte belirgin olmayan bulanıklığına neden olur. Orgazmın en yoğun hissedildiği bölgeler kadınlarda klitoris ve vajina, erkeklerde ise penis ve prostattır(59).

2.2.2.4. Çözülme (rezolüsyon) Evresi

Cinsel döngünün son evresidir kadın ve erkekte, orgazmdan bağımsız, platoyu izleyen dönemde gerçekleşir. Bu evrede, genital bölgelerde ve vücudun tamamında önceki aşamalarda meydana gelen fizyolojik değişiklikler dakikalar içinde benzer bir sıra izleyerek geri döner. Bu evrenin süresi, cinsiyet, orgazmın gerçekleşip gerçekleşmediği, orgazmın yoğunluğu ve cinsel uyarının sürüp sürmediği gibi etmenlere bağlı olarak büyük oranda farklılıklar gösterir. Kadınlar, çözülme döneminde cinsel uyarının tekrar başlamasıyla yanıtsız döneme girmeden tekrar uyarılabilir ve orgazm olabilirler. Buna karşın, erkekler muhakkak farklı sürelerde yanıtsız döneme girerler. Erkeklerde cinsel yanıt döngüsü, genellikle daha belirgin ve öngörülebilir bir seyir izler. Orgazm sonrası başlayan "yanıtsız dönem" olarak adlandırılan süreçte, erkekler yeni bir cinsel uyarıya karşı geçici bir süreliğine yanıt veremezler. Bu dönemde ereksiyon veya orgazm olmak fizyolojik olarak mümkün değildir. Bu durum, erkeklerin cinsel yanıt döngüsünün daha tipik ve benzer şekilde olmasına neden olur. Kadınlarda cinsel yanıt döngüsü ise erkeklerden daha karmaşık ve kişiye özel farklılıklar gösterebilir. Kadınlar, birden fazla orgazm yaşayabilir ve yanıtsız dönem erkekler kadar belirgin olmayabilir. Yani, bir orgazmdan sonra tekrar yeni bir uyarıya yanıt verebilmeleri mümkündür. Ayrıca, kadınlarda cinsel uyarılma sadece fiziksel temasla değil, duygusal ve psikolojik faktörlerle de tetiklenebilir. Bu durum, kadınların cinsel deneyimlerinin daha çeşitli ve kişiselleştirilebilir olmasını sağlar(60).

2.3. Gebelik ve Gebeliğe Uyum

Gebelik, kadın bedeninde fiziksel değişimlere yol açarken, aynı zamanda psikolojik ve sosyal bir dönüşümün de olduğu süreçtir. Bu dönem, çift için hem heyecan verici bir bekleyiş hem de çeşitli kaygılarla dolu olabilir. Gebelik sayısı, evlilik süresi, çocuk isteği, çiftin ilişki dinamikleri, ailelerin sosyokültürel yapıları ve bireylerin yetiştirilme tarzları gibi faktörler, bu duygusal deneyimi şekillendiren önemli etmenlerdir. Gebelik sürecinde kadın vücudu, fetüsün büyümesi ve gelişimi için

fizyolojik olarak önemli dönüşümler geçirir. Bu dönüşümler, kadının organ ve sistemleri üzerinde ek bir yük oluşturarak, vücudu stres altına alabilir. Gebelik boyunca, vücut tüm kaynaklarını fetüsü beslemek ve korumaya yönlendirerek, adeta yeni bir yaşam için kendini feda eder. Bu süreçte yaşanan bedensel değişimler, kadınlara bir yandan bebeğin gelişimini hissettirerek hamileliği kabullenmelerini sağlarken, diğer yandan kilo alımı, yorgunluk gibi şikayetler nedeniyle kendilerini eski hallerinden uzaklaşmış hissetmelerine neden olabilir(61). Bu dönemde vücutta tüm sistemlerde belli başlı değişimler meydana gelir. Bu değişimleri daha yakından inceleyelim.

2.3.1. Gebelikte Görülen Fizyolojik Değişiklikler

Gebelik, kadının vücudunda başlayan ve doğumla sona eren, oldukça karmaşık ve etkileyici bir süreçtir. Bu süreç içerisinde, kadın vücudu yeni bir hayatı taşıyabilmek için birçok değişikliğe uğrar. Bu değişiklikler, yalnızca fiziksel olmamakla beraber hormonal ve metabolik düzeyde de önemli farklılıkları beraberinde getirir. Konsepsiyon anından itibaren, kadın vücudundaki hemen hemen tüm sistemler, gelişmekte olan fetüse uygun hale gelmek için adapte olmaya başlar. Bu adaptasyonlar, gebelik boyunca sürekli olarak değişir ve gelişir. Gebelik sürecindeki fizyolojik adaptasyonların detaylı bir şekilde anlaşılması, gebelikle ilişkili cinsel işlev bozukluklarının patofizyolojisi ve gebelik döneminin kadınların yaşam kalitesi üzerindeki sonuçları adına yapılan araştırmalara yön vererek, klinik uygulamalara bilimsel bir temel sağlar(62).

2.3.1.1. Genital Sistem

Gebelik sürecinde kadın vücudunda birçok değişiklik görülür, ancak en belirgin değişimler genital sistemde yaşanır. Uterus en çok değişikliğe uğrayan organdır. Gebelik öncesinde, uterus 60-70 gram ağırlığında, tepesi aşağı bakan üçgen şekilli, iç hacmi 10 ml olan ve kas dokusu açısından zengin bir organdır. Gebelik süresince fetüs, plasenta, amniyon sıvısı ve zarların gelişmesine bağlı olarak uterusun hacmi ve kanlanması artar. Bu süreçte kas tabakası hipertrofi ve hiperplazi geçirir, bu değişimlerin sonucu olarak uterusun şekli ilk 3 ayda küreye, son 3 ayda ise uzunlamasına oval bir form alır. Gebelik sonlanmasına doğru ağırlığı 1100 gramdır ve iç hacmi 5000ml'ye ulaşır. Gebelik sürecinde uterusun büyümesiyle birlikte, bu organa olan kan ihtiyacı da önemli ölçüde artar. Bu fizyolojik gereksinim, karmaşık hormonal mekanizmalar tarafından karşılanır. Özellikle, 17-β östradiol ve relaksin hormonları, uterus kan akımının artmasında kritik bir

rol oynar. Gebelik sırasında uterus kan akımının artması, hormonal mekanizmalar tarafından titizlikle düzenlenen karmaşık bir süreçtir. Büyüyen fetüsün yeterli oksijen ve beslenmesini sağlayarak sağlıklı bir gebelik için gereklidir(63). Döllenmeden sonra serviks yumuşamaya, morarmaya başlar. Bu süreçte, pelvik bölgedeki kan dolaşımı artar ve damarlar genişler (konjesyon). Bu artan kan akımı, vajina ve serviksin rengini pembe-kırmızıdan mavi-mora doğru değiştirmesine neden olur (Chadwick belirtisi). Vajina mukozası kalınlaşır ayrıca papillaları genişler. Düz kas dokusu hipertrofiye uğrar. Vajinanın asiditesi artar. Vajinal ve servikal salgılarda artış olur, bu da beyaz mukoid bir akıntı görülmesine neden olur. Bu durum, vajinal florada bulunan laktobasillerin artan glikojen sekresyonundan çok, laktik asit üretiminin artmasıyla ilişkilidir. Bu sebeple, gebelik boyunca vulvovajinal kandidiyazis oluşma sıklığı 10-20 kat daha artmıştır. Tüm bu değişiklikler gebelikte görülen cinsel işlev bozukluklarının en önemli sebeplerinden bazılarıdır. Gebelik boyunca yumurtlama olmaz. Yumurtalıklarda tek bir korpus luteum oluşur, bu yapı gebeliğin ilk 7 haftasında progesteron salgılar. 7-9. haftalar arasında ise plasenta ile birlikte progesteron üretimi sürdürülür. Ayrıca, gebelik süresince korpus luteumdan relaksin hormonu üretilir(64).

2.3.1.2. Meme

Gebelik sürecinde memeler, süt üretimi için hazırlanmak üzere önemli morfolojik ve fizyolojik değişimler geçirir. Gebeliğin ilk haftalarında, artan hormon seviyeleri (östrojen ve progesteron) nedeniyle memelerde hassasiyet ve ağrı mütemadiyen görülür. Bu hassasiyet, meme dokusunun şişmesi ve süt bezlerinin büyümeye başlamasıyla alakalıdır. İkinci trimesterde memeler hacim olarak belirgin bir şekilde büyür. Bu büyüme, süt bezlerinin gelişimi ve yağ dokusunun artmasıyla ilişkilidir. Cilt altında bulunan venöz damarlar, artan kan akımı nedeniyle daha belirgin hale gelir. Areola olarak adlandırılan meme başı etrafındaki koyu renkli bölge, melanosit uyarıcı hormonun etkisiyle daha koyulaşır. Bu durum, meme başının çevresindeki alanda pigmentasyon artışına neden olur. Meme başları daha sert ve erektil hale gelir. Bu durum, emzirme için hazırlığın bir parçasıdır. Gebeliğin ilk birkaç ayından itibaren, meme başlarına hafif bir baskı uygulandığında sarımtırak ve yoğun formda sıvı olan kolostrum salgılanabilir. Kolostrum**,** doğumdan hemen sonra annenin memelerinden salgılanan ilk süt olup, bebeklerin ilk ve en önemli besin kaynağıdır ayrıca bebeğe gerekli antikorları sağlar(65).

2.3.1.3. Cilt

Gebelik sürecinde ciltte birçok değişiklik yaşanması oldukça yaygındır. Bu değişiklikler bazen oldukça belirgin olabilir ve anne adaylarında endişeye neden olabilir. Gebelik hormonu olan melanin, ciltte artış göstererek bu koyulaşmalara yol açar. Özellikle yüz, karın ve koltuk altı çevresinde daha belirgin olabilir. Bu durum, sıklıkla zararlı değildir ve doğumdan sonra kendiliğinden geçer. Güneşten korunmak ve doktorunuzun önerdiği cilt bakım ürünlerini kullanmak, bu süreçte size yardımcı olacaktır. Yapılan araştırmalar, gebe kadınların yaklaşık %90'ında hiperpigmentasyon adı verilen cilt koyulaşması sorunu görüldüğünü göstermektedir. Gebelik sürecinde, karın ön duvarının orta hattında bulunan linea alba olarak adlandırılan beyaz çizgi, artan pigmentasyon nedeniyle linea nigra olarak adlandırılan koyu renkli bir çizgiye dönüşür. Benzer şekilde, boyun ve yüz bölgesinde düzensiz bir şekilde ortaya çıkan hiperpigmentasyon durumuna ise chloasma, melasma gravidarum veya daha yaygın olarak gebelik maskesi denir(66). Ciltteki bu değişimler, kadınların özgüvenini zedeleyerek cinsel yaşamlarını olumsuz etkileyebilir ve genel yaşam kalitesini düşürebilir(67).

2.3.2. Gebelikte Cinsel Davranış

Gebelik, kadının yaşamında önemli bir dönüm noktasıdır ve bu süreçte vücutta pek çok fizyolojik ve anatomik değişiklik meydana gelir. Bu değişimler, yalnızca fiziksel değil, beraberinde psikolojik ve sosyal olarak da gebeyi etkiler. Bu bağlamda, gebelik sürecinde cinsel işlevlerde de belirgin değişiklikler gözlemlenmektedir. Kadınların gebelik dönemi boyunca bedenlerinde ve zihinlerinde yaşanan yoğun değişimler, cinsellikle ilgili bilgi ihtiyacını artırmaktadır. Bu dönemde cinselliğin devamı adına doğru ve yeterli bilgiye sahip olmak büyük önem taşımaktadır. Gebelik, kadının hormonal sisteminde köklü değişimlere yol açan kompleks bir süreçtir. Bu süreçte, çeşitli hormonların seviyelerinde yaşanan artışlar, vücuttaki pek çok sistemi etkileyerek fizyolojik adaptasyonlara neden olur. Bu hormonal değişimlerin cinsel işlevler üzerindeki etkileri, gebelik sürecinde sıklıkla gözlemlenen bir durumdur. Kadınların gebelik döneminde progesteron seviyesi yaklaşık on kat daha fazladır. Bu hormon, vücuttaki pek çok sistemi etkiler. Cildi nemlendirir ve kolajen üretimini artırarak daha parlak ve yumuşak bir cilt görünümü sağlar. Östrojen ise gebe bir kadın, üç yılda üretebileceği

kadar östrojen hormonu gebelik sürecinde üretir. Cildi daha parlak ve canlı gösterir. Saçların güçlenmesine ve daha hızlı uzamasına yardımcı olur. Cinsel organlardaki kan akışını artırarak cinsel hassasiyeti yükseltir. Yüksek seviyedeki progesteron ve östrojen, gebe kadının cinsel isteğini ve duyarlılığını artırabilir. Özellikle cinsel organlardaki kan akışının artması, cinsel ilişki sırasında daha yoğun bir haz yaşanmasına neden olabilir. Ancak, gebelik sürecinde yaşanan fiziksel değişimler (büyüyen karın, yorgunluk vb.) ve psikolojik faktörler (kaygı, endişe) cinsel isteği azaltabilir. Ancak, her gebe kadının deneyimi farklıdır ve bu etkiler kişiden kişiye değişebilir. Gebelik sürecinde kadınların vücutlarında ve duygusal durumlarında yaşanan değişimler trimesterlere göre farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar, cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkma sıklığını ve türünü de etkilemektedir. Her trimesterde farklı hormonal değişiklikler, fiziksel rahatsızlıklar ve duygusal durumlar, cinsel isteği, uyarılmayı ve orgazmı etkileyebilecek farklı faktörler oluşturmaktadır(61).

2.3.2.1. Birinci Trimester

Birinci trimester, anne adayının vücudunun gebeliğe adaptasyon süreci olduğu için oldukça önemlidir. İlk trimesterde, cinsel birleşme sıklığında azalma görülür. Beta-hCG, östrojen ve progesteron hormonlarındaki artış, gebelikte sıklıkla görülen dispepsi, bulantı, kusma, yorgunluk, uyku hali, meme hassasiyeti, vajinal rahatsızlık ve libido kaybı gibi şikayetlerin temel nedenleri arasında yer almaktadır. Bazı hamile kadınlarda, partnerlerinin vücut ve nefes kokularına dahi katlanamayacak derecede aşırı tiksinme yaşanabilir. Cinsel ilginin azalması şikayetlerin derecesiyle alakalıdır. Artan salgı, fiziksel görünümde bozulmalara yol açarak kişinin fiziksel aktivitelerini kısıtlayabilir. Bebeğe zarar verme, düşük yapma korkusu cinsel isteği etkileyebilir. Ancak, doğum kontrolüne ihtiyaç olmadığı için istek artışı da yaşanabilir. Önceki gebeliklerinde spontan düşük yaşayan kadınlara, genellikle birinci trimesterde cinsel ilişkiden kaçınmaları tavsiye edilir(68).

2.3.2.2. İkinci Trimester

İkinci trimesterde, kadınlar gebeliğe daha iyi uyum sağladıkları için duygusal olarak daha dengeli ve enerjik hissederler. Birinci trimesterde yaşanan şikayetler azalırken, kadınlar gebeliklerine ve bebeklerine odaklanarak olayı kabullenmişlerdir. Bu dönem, sağlıklı bir gebelikte cinsel ilişki için de en ideal zamandır. Gebelik sırasında bazı

babalar, cinsel ilişkinin bebeğe zarar verip vermeyeceği konusunda endişe duyar ve bebeğin hareket etmesini "fetüsün onları fark ettiği" şeklinde yorumlayabilirler(69).

2.3.2.3. Üçüncü Trimester

İkinci trimesterde azalan bedensel rahatsızlıklar, bu dönemde uterusun büyümesiyle birlikte farklı şekillerde yeniden ortaya çıkabilir. Bu dönemde yaşanan yorgunluk, halsizlik, mide sorunları, solunum güçlüğü, pelvik bölge ağrıları, sık idrara çıkma ve hareket kısıtlılığı gibi fiziksel rahatsızlıklar, cinsel ilişki sırasında ortaya çıkan güçlü rahim kasılmalarıyla birleşince anne adayının cinsel isteğini azaltarak cinselliği geri plana atmasına yol açabilir. Ayrıca, memelerden süt gelmesi gibi hormonal değişikliklere bağlı durumlar da cinsel isteği etkileyebilir. Doğum yaklaştıkça, anne adayları enfeksiyon, doğum ağrısı ve beklenmedik durumlar (örneğin, erken membran rüptürü veya plasenta problemi) konusunda endişelenebilir. Bazı insanlar, gebeliğin son dönemlerinde cinsel ilişkinin erken doğuma yol açabileceğini düşünürler(70).

Gebelik, bir çiftin yaşam döngüsünde önemli bir dönüm noktası olup hem biyolojik hem de psikolojik anlamda derin etkiler yaratmaktadır. Literatürde sıklıkla vurgulandığı üzere, gebelik sürecindeki hormonal değişimler ve bedensel dönüşümler, çiftlerin cinsel yaşamlarında geçici bir duraklamaya neden olabilmektedir. Cinsel istekte azalma, beden algısında değişimler ve fiziksel rahatsızlıklar, bu süreçte sıkça karşılaşılan sorunlar arasında yer almaktadır. Öte yandan, gebelik aynı zamanda çiftlerin ilişkisinde yeni bir boyut açmakta ve ebeveynlik rolüne geçiş sürecini başlatmaktadır. Ebeveynlik rolüne hazırlık sürecinde çiftler, ortak hedefler belirleyerek, iletişim becerilerini geliştirerek ve karşılıklı destek sağlayarak ilişki kalitelerini yükseltebilmektedirler. Gebelik, çiftlerin aşması gereken bir gelişimsel kriz olarak değerlendirilebilir. Bu krizin başarılı bir şekilde yönetilmesi, çiftlerin hem bireysel hem de ilişkisel olarak gelişimine katkıda bulunabilir(71).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Atatürk Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren Eğitim Aile Sağlığı Merkezi birimlerine kayıtlı tüm gebe hastalar üzerinde yapılan kesitsel tanımlayıcı özellikte bir araştırmadır.

3.2. Evren ve Örneklem Seçimi

Çalışmanın evrenini Mart-Ağustos 2024 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 mart ayı itibariyle Saltuklu EASM; 8 nolu birime kayıtlı 29, 16 nolu birime kayıtlı 30, 21 nolu birime kayıtlı 37 gebe ve Üniversite EASM; 15 nolu birime kayıtlı 11, 16 nolu birime kayıtlı 6, 17 nolu birime kayıtlı 5 gebe bulunmaktadır. Tüm EASM'lere kayıtlı toplam 118 gebe mevcuttur. Böylece toplamda çalışmamızın evrenini 118 kişi oluşturmuştur. Evrenin tamamı örneklem olarak alınacaktır.

3.2.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Gebe olmak
- AÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalına bağlı EASM'ye kayıtlı olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek ve onam vermek

3.2.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- Sağlık çalışanı olmak
- 18 yaşından küçük olmak
- EASM'ye başvuran misafir hasta olmak
- Kooperasyon sorunu olmak

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan katılımcılar sözel olarak detaylı bilgilendirilip yazılı onamları alındıktan yüz yüze anket uygulama tekniği kullanılarak Sosyodemografik Veri Formu, TSOY-32(Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği) ve Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeğini doldurmaları sağlandı.

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Hastaların tanımlayıcı özelliklerini belirlemek için araştırmacılar tarafından on soruluk bir veri toplama aracı geliştirilmiştir. Bu formla katılımcıların yaş, eğitim düzeyi, mesleği, kronik hastalığının mevcutluğu var ise tanısı, gebelik haftası, doğum sayısı, doğum şekilleri, gebelik sayısı ve daha önce düşük yapıp yapmadığı gibi bilgileri kaydedilmiştir.

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

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-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 da Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme, Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama olarak dört bileşen içermektedir. 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, kişiye özgün hesaplanan indeksi ve ortalama da bir kişinin cevaplandırdığı her maddenin ortalamasını ifade etmektedir. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Yine, HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır. Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı;

0-25 puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

>25-33 puan: sorunlu–sınırlı sağlık okuryazarlığı

>33-42: yeterli sağlık okuryazarlığı

>42-50: mükemmel sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır.(14)

3.3.3. Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği

Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği (GCKTÖ), gebelerin ve eşlerinin gebelik döneminde cinselliğe yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla Yılmaz Sezer ve Şentürk Erenel tarafından 2021 yılında geliştirilmiş ve geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, toplam 34 maddeden oluşmakta ve üç alt boyutu bulunmaktadır:

- Gebelikte Cinsel Birleşmeye Yönelik Kaygı: Bu alt boyut, gebelerin cinsel ilişkiye girme konusundaki endişelerini ve kaygılarını ölçer. 9 maddeden (7, 10, 15, 18, 22, 25, 26, 27, 30) oluşur.
- Gebelikte Cinselliğe Yönelik İnançlar ve Değerler: Bu alt boyut, gebelerin cinsellik hakkındaki inançlarını, değerlerini ve tutumlarını değerlendirir. 10 maddeden (3, 4, 8, 9, 12, 13, 16, 17, 19, 29) oluşur.
- Gebelikte Cinselliği Onaylama: Bu alt boyut, gebelerin cinselliği ne kadar onayladığını ve bu konudaki düşüncelerini ölçer. 15 maddeden (1, 2, 5, 6, 11, 14, 20, 21,23, 24, 28, 31, 32, 33, 34) oluşur.

Puanlama:

GCKTÖ'de olumlu tutum ifade eden maddeler (1, 2, 5, 6, 11, 14, 20, 21, 23, 24, 28, 31, 32, 33, 34) 1'den 5'e kadar puanlanır ("hiç katılmıyorum"=1, "tamamen katılıyorum"=5). Olumsuz tutum ifade eden maddeler (3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 25, 26, 27, 29, 30) ise ters yönde puanlanır ("hiç katılmıyorum"=5, "tamamen katılıyorum"=1).

Puan Aralığı:

- Gebelikte Cinsel Birleşmeye Yönelik Kaygı: En düşük 9, en yüksek 45 puan
- Gebelikte Cinselliğe Yönelik İnançlar ve Değerler: En düşük 10, en yüksek 50 puan
- Gebelikte Cinselliği Onaylama: En düşük 15, en yüksek 75 puan
- Toplam GCKTÖ Puanı: En düşük 34, en yüksek 170 puan

Değerlendirme:

GCKTÖ'den alınan toplam puanın yüksek olması, gebelikte cinselliğe karşı olumlu tutumları gösterirken, düşük puanlar olumsuz tutumları işaret eder. Ölçeğin kesme noktası 111,5 olarak belirlenmiştir. Bu puanın üzerinde alanlar, gebelikte cinselliğe karşı olumlu tutum sergilemektedir.

Alt Boyutların Değerlendirilmesi:

- Gebelikte Cinsel Birleşmeye Yönelik Kaygı: Yüksek puanlar kaygının azaldığını, düşük puanlar ise arttığını gösterir.
- Gebelikte Cinselliğe Yönelik İnançlar ve Değerler: Yüksek puanlar olumlu inanç ve değerleri, düşük puanlar olumsuz inanç ve değerleri gösterir.
- Gebelikte Cinselliği Onaylama: Yüksek puanlar daha onaylayıcı tutumları, düşük puanlar ise daha az onaylayıcı tutumları gösterir.

3.4. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS 25 programı kullanılmıştır. Verilerin normalliğinin belirlenmesinde basıklık-çarpıklık değerlerinin ±2 aralığında olması kriter kabul edilmiştir(73). Verilerin normal dağıldığı görülmüştür. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler için; sayı, yüzde ve ortalama kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki kare analizi kullanılmıştır. Ölçeklerden alınan puanların karşılaştırılmasında; ikili gruplar için bağımsız gruplarda t testi, üç ve üzeri gruplarda ise tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Farkın hangi gruptan oluştuğunu tespit etmek için yapılan post hoc analizde Tukey testi kullanılmıştır. Ayrıca değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi kullanılmıştır. Veriler % 95 güven aralığında ve $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi kabul edilerek analiz edilmiştir

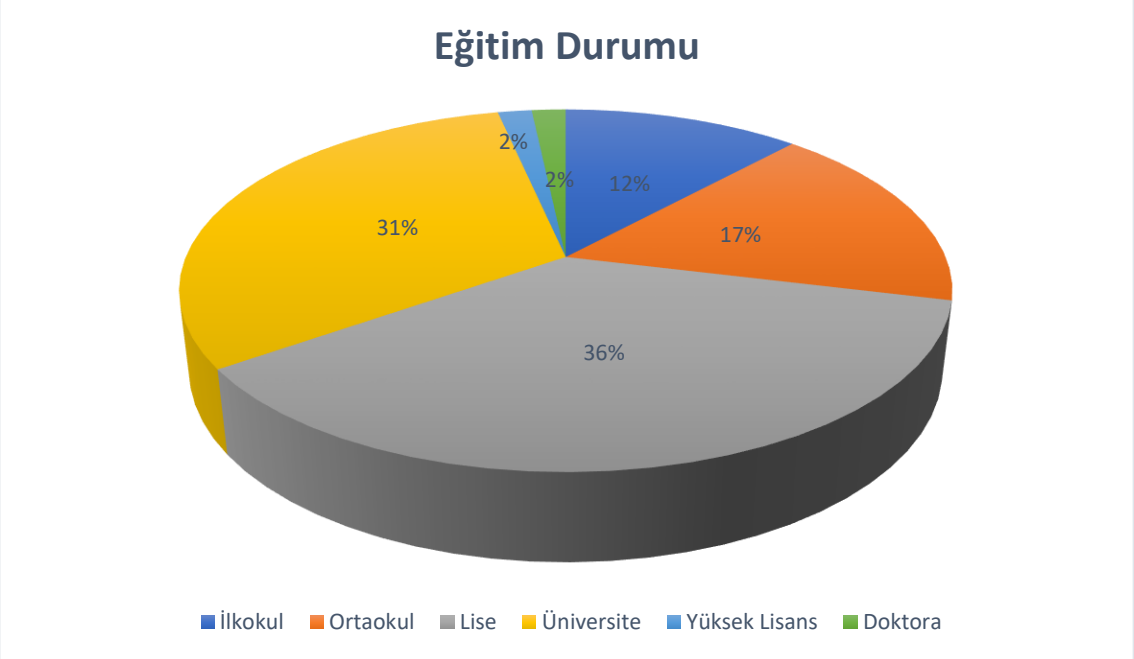
3.5. Etik Kurul İzni

Bu çalışma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'dan 29 Mart 2024 tarihli ve B.30.2.ATA.0.01.00/513 sayılı kararla bilimsel ve etik açıdan uygunluk onayı alarak gerçekleştirilmiştir. (Ek-1).

4. BULGULAR

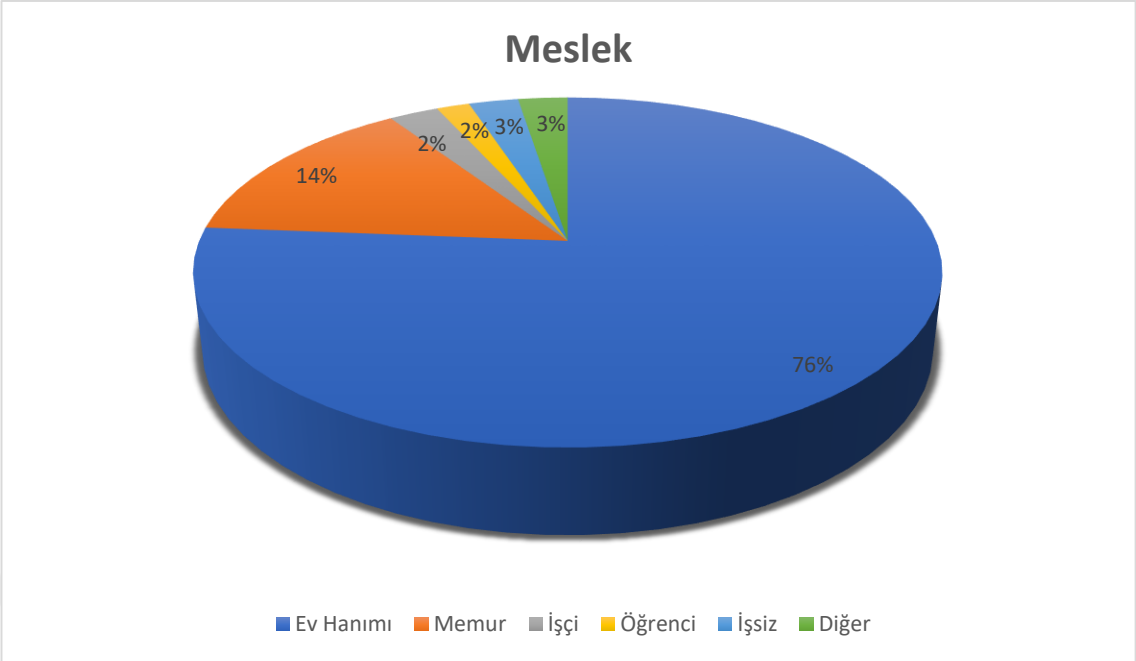
4.1. Sosyo-Demografik Veri Analizi

Çalışmamızda tüm gebelere ulaşılmış olup, toplam 118 kişi üzerinden yapıldı.



Şekil 1.Eğitim Durumu

Katılımcıların %11,9(n=14)'u ilkokul, %16,9(n=20)'u ortaokul, %36.4(n=43)'ü lise, %31,4(n=37)'ü üniversite, %1,7(n=2)'si yüksek lisans ve %1,7(n=2)'si doktora mezunu idi.



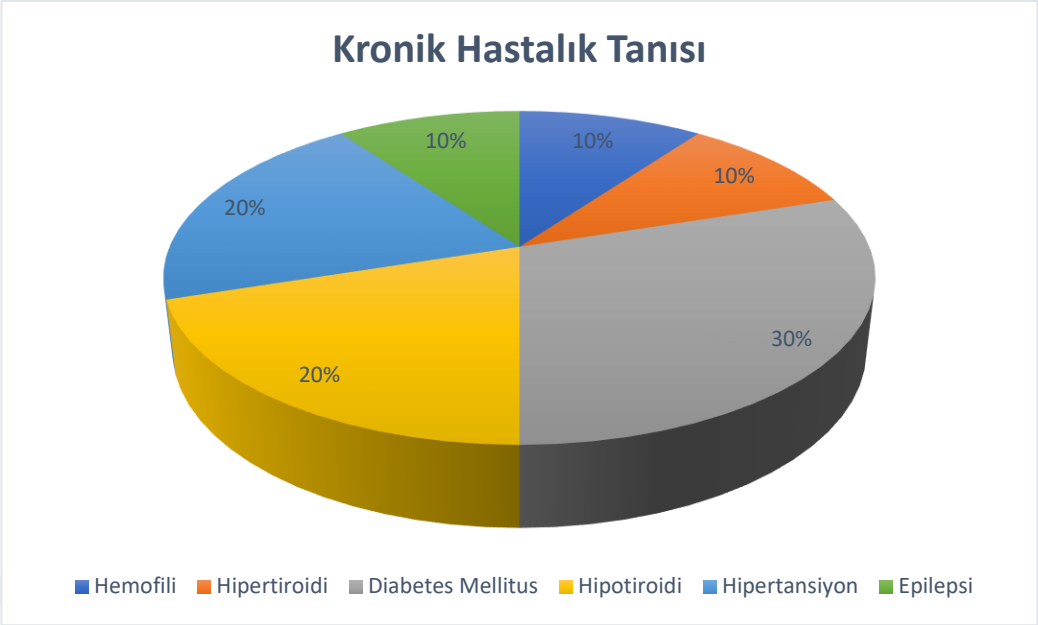
Şekil 2.Meslek

Katılımcıların %76,3(n=90)'ü ev hanımı, %14,4(n=17)'ü memur, %2,5(n=3)'u işçi, %1,7(n=2)'si öğrenci, %2,5(n=3)'u işsiz ve %2,5(n=3)'u diğer meslek grubunda çalışmaktaydı.



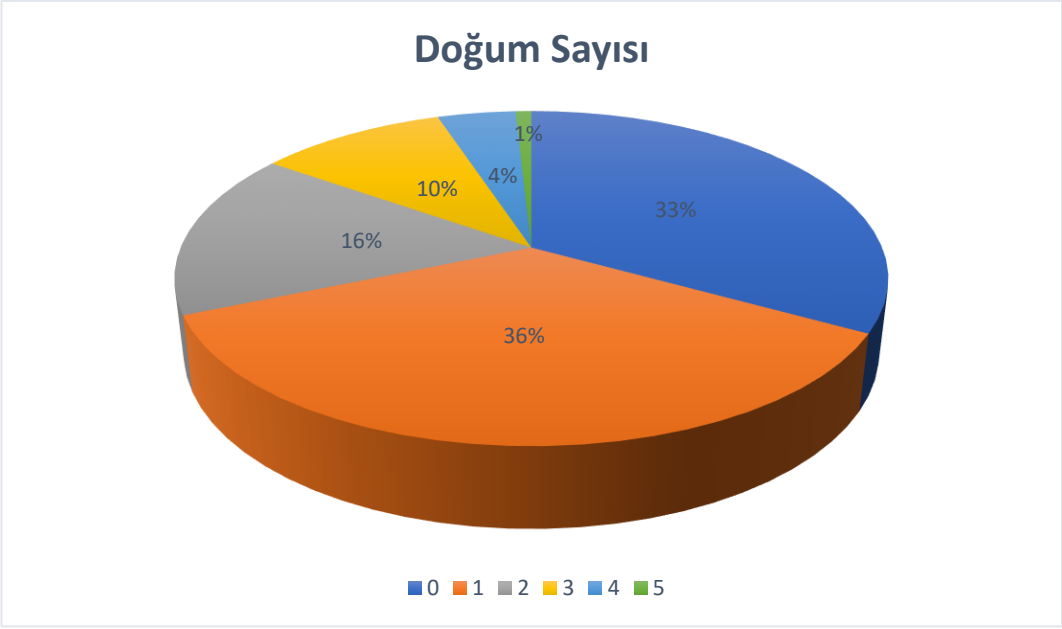
Şekil 3.Kronik Hastalık

Katılımcıların %91.5(n=108)'inde kronik hastalık olmayıp %8.5(n=10)'unda kronik hastalık vardı.



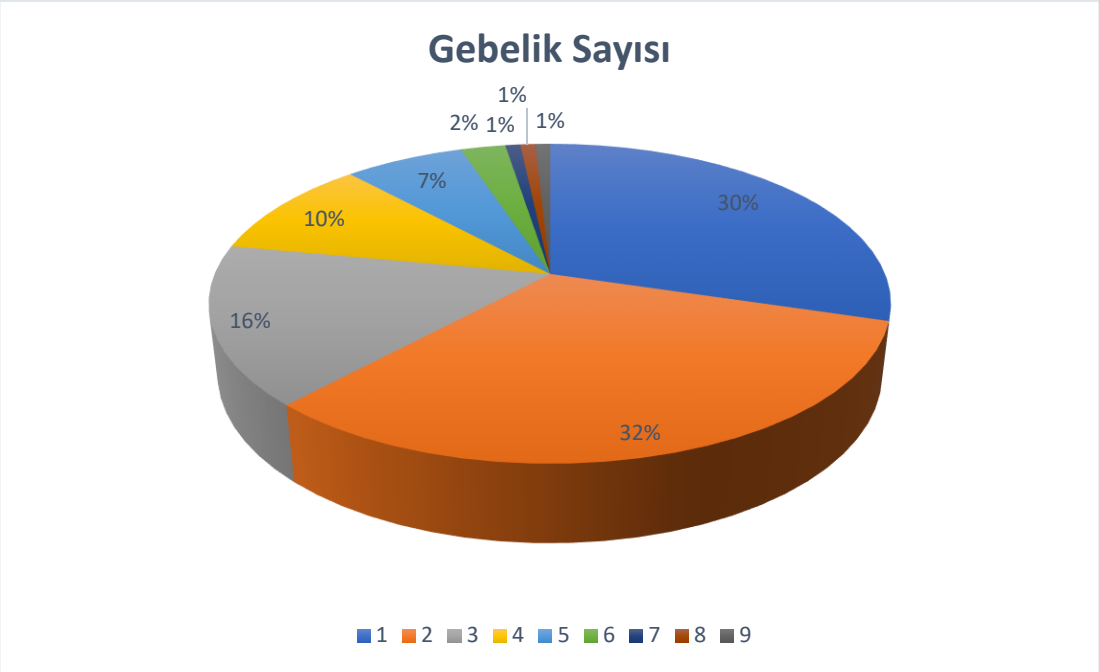
Şekil 4. Kronik Hastalık Tanısı

Kronik hastalığı olanların %10(n=1)'u hemofili, %10(n=1)'u hipertiroidi, %30(n=3)'u DM, %20(n=2)'si hipotiroidi, %20(n=2)'si hipertansiyon ve %10(n=1)'u epilepsi hastasıydı.



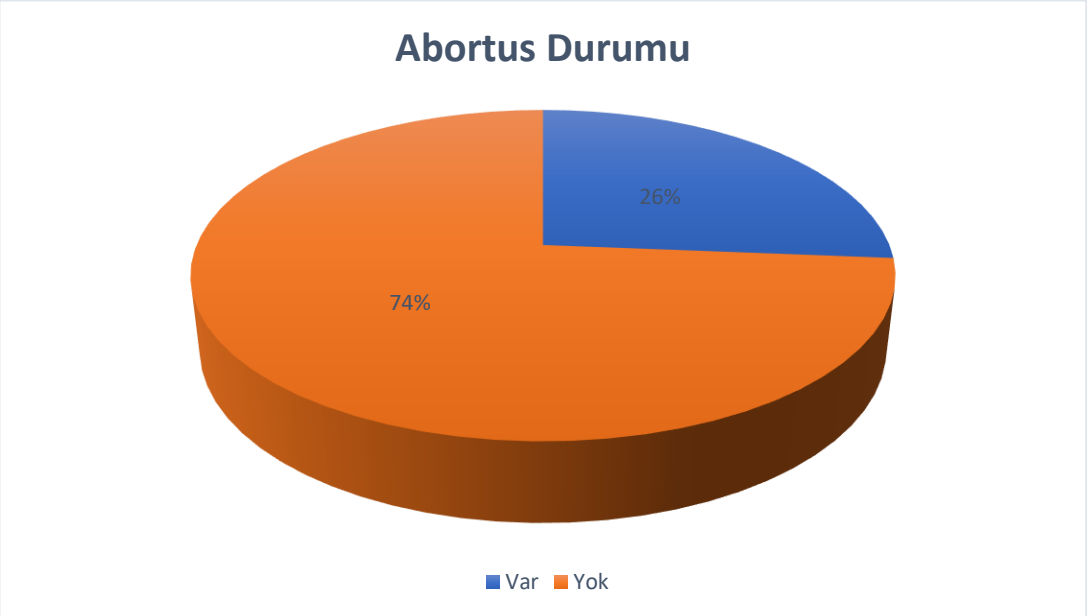
Şekil 5. Doğum Sayıları

Katılımcıların %33,1(n=39)'i hiç doğum yapmamış, %35,6(n=42)'sı bir, %16,1(n=19)'i iki, %10,2(n=12)'si üç, %4,2(n=5)'si dört ve %0,8(n=1)'i beş doğum yapmıştır.



Şekil 6. Gebelik Sayısı

Katılımcıların %29,7(n=35)'si bir, %32,2(n=38)'si iki, %16,1(n=19)'i üç, %10,2(n=12)'si dört, %6,8(n=8)'i beş, %2,5(n=3)'u altı, %0,8(n=1)'i yedi, %0,8(n=1)'i sekiz ve %0,8(n=1)'i dokuz kere gebe kalmıştır.



Şekil 7. Abortus Durumu

Katılımcıların %26,3(n=31)'ünün abortus öyküsü varken %73,7(n=87)'sinin abortus öyküsü bulunmamaktadır.

Tablo 2. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	n	(%)
Eğitim durumu		
İlkokul	14	11,9
Ortaokul	20	16,9
Lise	43	36,4
Üniversite	37	31,4
Yüksek lisans	2	1,7
Doktora	2	1,7
Meslek		
Ev hanımı	90	76,3
Memur	17	14,4
İşçi	3	2,5
Öğrenci	2	1,7
İşsiz	3	2,5
Diğer	3	2,5
Kronik hastalık		
Var	10	8,5
Yok	108	91,5
Tanı		
Hemofili	1	10
Hipertiroidi	1	10
DM	3	30
Hipotiroidi	2	20
Hipertansiyon	2	20
Epilepsi	1	10
Doğum sayısı		
0	39	33,1
1	42	35,6
2	19	16,1
3	12	10,2
4	5	4,2
5	1	0,8
Gebelik sayısı		
1	35	29,7
2	38	32,2
3	19	16,1
4	12	10,2
5	8	6,8
6	3	2,5
7	1	0,8
8	1	0,8
9	1	0,8
Abortus durumu		
Var	31	26,3
Yok	87	73,7
Yaş ortalaması (X±SS)	29,07±5,57	
Gebelik haftası (X±SS)	23,11±9,63	

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı tablo 2'de sunuldu. Buna göre; katılımcıların %36,4'ü lise mezunu, %76,3'ünün mesleğinin ev hanımı olduğu, %91,5'inde kronik hastalık görülmediği, en yaygın görülen kronik hastalığın %30 ile DM olduğu, %35,6'sının doğum sayısının bir olduğu, %32,2'sinin gebelik sayısının iki olduğu ve %73,7'si abortus öyküsünün olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 29,07±5,57 olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Katılımcıların doğum şekillerinin dağılımı

Doğum sayısı	Doğum şekli	
	Sezaryen n (%)	Normal doğum n (%)
Birinci doğum	26 (32,9)	53 (67,1)
İkinci doğum	15 (40,5)	22 (59,5)
Üçüncü doğum	8 (44,4)	10 (56,6)
Dördüncü doğum	3 (50)	3 (50)
Beşinci doğum	1 (100)	0 (0)

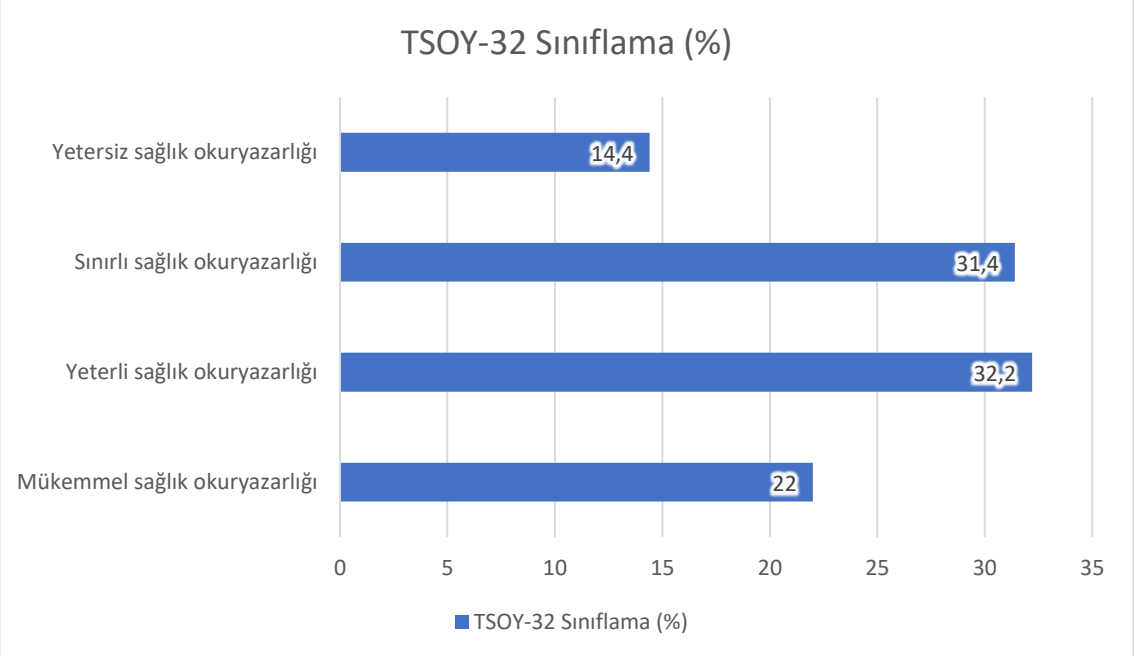
Katılımcıların doğum sayılarının doğum şekillerine göre dağılımı tablo 3'te sunuldu. Buna göre; birinci doğumun %67,1'i normal doğum, ikinci doğumun %59,5'i normal doğum, üçüncü doğumun %56,6'sı normal doğum, dördüncü doğumun %50'si normal doğum iken beşinci doğumun tamamının sezaryen doğum olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

4.2. T-SOY32 Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 4. TSOY alt grupları

TSOY-32 kategorileri	n	%
(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı	17	14,4
(>25-33) : sınırlı sağlık okuryazarlığı	37	31,4
(>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı	38	32,2
(>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı	26	22

Katılımcıların TSOY-32 aldıkları puanlara göre sağlık okuryazarlıklarının sınıflandırılması tablo 4'te sunuldu. Buna göre; katılımcıların %14,4'ü yetersiz sağlık okuryazarlığında, %31,4'ü sınırlı sağlık okuryazarlığında, %32,2'si yeterli sağlık okuryazarlığında ve %22'si mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4) (Şekil 8). Katılımcıların ortalama TSOY-32 puanı 34,27±8,41 olup yeterli sağlık okuryazarlığı kategorisindeydiler.



Şekil 8. TSOY Sınıflama

Tablo 5. Katılımcıların TSOY-32 indeks puanlarının sosyo-demografik özelliklerle karşılaştırılması

Özellikler	TSOY-32		
	X±SS	t/F, p	post hoc test
Eğitim durumu			
İlkokul[a]	29,35±7,52	F: 4,003 **p<0,009**	d>a
Ortaokul[b]	31,20±9,89		
Lise[c]	34,98±7,78		
Lisans ve üstü[d]	36,72±7,76		
Meslek durumu			
Ev hanımı	33,94±8,88	F: 0,689 p: 0,633	
Memur	37,01±6,70		
İşçi	33,68±6,21		
Öğrenci	27,86±7		
İşsiz	35,76±9,96		
Diğer	31,94±2,96		
Kronik hastalık			
Var	29,63±9,22	t: 1,834 p:0,069	
Yok	34,70±8,28		
Gebelik haftası			
1.trimester	31,95±8,31	F: 1,596 p:0,207	
2.trimester	34,05±8,61		
3.trimester	35,80±8,18		
Doğum sayısı			
<1	34,97±8,71	t: 1,339 p:0,183	
≥1	32,74±7,72		
Gebelik sayısı			
<2,5	34,76±8,91	t:0,800 p:0,425	
≥2,5	33,48±7,66		
Abortus durum			
Var	35,45±8,11	t: -0,899 p: 0,371	
Yok	33,86±8,57		
Birinci Doğum			
Sezaryen	32,87±8,08	t: -0,440 p: 0,661	
Normal doğum	33,73±8,25		
İkinci Doğum			
Sezaryen	33,12±9,04	t: 0,246 p: 0,807	
Normal doğum	32,48±6,88		
Üçüncü Doğum			
Sezaryen	26,69±6,76	t: -1,233 p: 0,235	
Normal doğum	30,36±5,87		
Dördüncü Doğum			
Sezaryen	22,73±7,07	t: -1,597 p: 0,185	
Normal doğum	31,77±6,77		

Katılımcıların TSOY-32 indeks puanlarının sosyo-demografik özelliklerle karşılaştırılması tablo 5'te sunuldu. Eğitim durumu ile TSOY-32 indeks puan ortalamaları arasında farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Farkı oluşturan grubu tespit etmek için yapılan post hoc analizde lisans ve üstü mezunlarının TSOY-32 puanının ilkokul mezunlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcıların meslek durumları, kronik hastalık bulunma durumu, gebelik haftası, doğum sayısı, gebelik sayısı, doğum şekli ve abortus durumlarının TSOY-32'den almış oldukları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 6. Katılımcıların TSOY-32 kategorilerinin çeşitli değişkenlere göre dağılımları

Özellikler	TSOY-32 Kategori				p
	Yetersiz n (%)	Sorunlu n (%)	Yeterli n (%)	Mükemmel n (%)	
Eğitim durumu					
İlkokul	5 (29,4)	4 (10,8)	4 (10,5)	1 (3,8)	
Ortaokul	4 (23,5)	6 (16,2)	6 (15,8)	4 (15,4)	0,41
Lise	5 (29,4)	14 (37,8)	15 (39,5)	9 (34,6)	
Lisans ve üstü	3 (17,6	13 (35,1)	13 (34,2)	12 (46,2)	
Gebelik sayısı					
<2,5	11 (64,7)	22 (59,5)	21 (55,3)	19 (73,1)	0,52
≥2,5	6 (35,3)	15 (40,5)	17 (44,7)	7 (26,9)	
Doğum sayısı					
<1	11 (64,7)	25 (67,6)	24 (63,2)	21 (80,8)	0,48
≥1	6 (35,3)	12 (32,4)	14 (36,8)	5 (19,2)	
Trimester					
1	4 (23,5)	8 (21,6)	8 (21,1)	3 (11,5)	
2	8 (47,1)	18 (48,6)	14 (36,8)	12 (46,2)	0,8
3	5 (29,4)	11 (29,7)	16 (42,1)	11 (42,3)	
Kronik hastalık durumu					
Hayır	13 (76,5)	36 (97,3)	33 (86,8)	26 (100)	**0,018**
Evet	4 (23,5)	1 (2,7)	5 (13,2)	0 (0)	
Abortus durum					
Hayır	14 (82,4)	28 (75,7)	27 (71,1)	18 (69,2)	0,768
Evet	3 (17,6)	9 (24,3)	11 (28,9)	8 (30,8)	

Katılımcıların TSOY-32 kategorilerinin çeşitli değişkenlere göre dağılımları tablo 6'da sunuldu. Buna göre; kronik hastalığı olmayanların olanlara göre tüm TSOY-32 kategorilerinde anlamlı derecede fazla olduğu görüldü. Diğer değişkenlerle TSOY-32 kategori dağılımları arasında anlamlılık görülmemiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Katılımcıların TSOY-32 kategorilerine yaş ortalamalarının karşılaştırılması

TSOY-32 kategori	n	Yaş ortalaması	Test ve önemlilik
Sorunlu	17	28,94±6,27	F:0,980 p:0,405
Sınırlı	37	28,45±5,57	
Yeterli	38	30,31±5,58	
Mükemmel	26	28,23±5,05	
Toplam	118	29,07±5,57	

Katılımcıların TSOY-32 kategorilerine yaş ortalamalarının karşılaştırılması tablo 7'de sunuldu. Buna göre; katılımcıların yaş ortalamaları ile TSOY-32 kategorileri arasında anlamlı fark görülmemiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Yaş ile TSOY-32 arasındaki ilişki

		Yaş	TSOY-32
Yaş	r	1	-,011
	p		,905
TSOY-32	r	-,011	1
	p	,905	

Katılımcıların yaşları ile TSOY-32 puanları arasındaki ilişki tablo 8'de sunuldu. Buna göre yaş ile TSOY-32'den alınan puan arasında negatif yönde zayıf düzeyde ve anlamlı olmayan bir ilişki mevcuttur.

4.3. GCKTÖ Puanlarının Değerlendirilmesi

Tablo 9. Katılımcıların GCKTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları

Ölçek/alt boyut	Minimum	Maximum	X±SS
Kaygı alt boyutu	9	45	31,34±7,31
İnanç ve değerler alt boyutu	18	50	40,85±6,80
Onaylama alt boyutu	24	73	46,52±9,53
GCKTÖ	70	162	118,72±19,27

Katılımcıların GCKTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları tablo 9'da sunuldu. Buna göre; kaygı alt boyutu puan ortalaması 31,34±7,31 inanç ve değerler alt boyutu puan ortalaması 40,85±6,80 onaylama alt boyutu puan ortalaması 46,52±9,53 ve GCKTÖ puan ortalaması ise 118,72±19,27'dir (Tablo 9).

Tablo 10. Katılımcıların GCKTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması

Özellikler	Kaygı X±SS t/F, p post hoc test	İnanç ve değerler X±SS t/F, p post hoc test	Onaylama X±SS t/F, p post hoc test	GCKTÖ X±SS t/F, p post hoc test
Eğitim durumu				
İlkokul[a]	27,64±8,67	37,50±6,93	46,21±8,44	111,35±20,11
Ortaokul[b]	32±7,65	40,05±6,15	46,30±8,77	118,35±17
Lise[c]	30,20±7,30	40,65±7,50	44,16±10,15	115,02±19,64
Lisans ve üstü[d]	33,48±6,11	42,60±5,91	49,21±9,20	125,31±18,30
	F: 2,901 **p:0,038** d>a	F: 2,222 p:0,088 -	F:2,031 p:0,114 -	F: 2,951 **p:0,036** d>a
Meslek durumu				
Ev hanımı	30,54±7,44	40,60±7,01	45,06±9,18	116,21±18,76
Memur	35,05±4,81	42,30±4,63	50,47±8,54	127,82±15,74
İşçi	26±9,64	40,66±13,65	53,33±17,10	120±36,34
Öğrenci	33,50±12,02	41±7,07	52,50±13,43	127±32,52
İşsiz	35,33±6,02	42±7,21	55±10,44	132,33±22,36
Diğer	34,33±6,65	39,33±7,02	48,66±6,42	122,33±19,50
	F: 1,783 p:0,122	F: 0,218 p:0,954	F: 2,058 p:0,076	F: 1,490 p:0,199
Kronik hastalık				
Var	30,10±6,10	41,01±6,92	46,54±9,70	115,50±11,03
Yok	31,46±7,43	39,10±5,20	46,30±8,06	119,02±19,87
	t: 0,562 p:0,575	t: 0,853 p:0,395	t: 0,078 p:0,938	t: 0,552 p:0,582
Gebelik haftası				
1.trimester	30±6,14	38,91±6,17	44,95±8,70	113,86±17,23
2.trimester	31,88±7,80	40,76±6,16	48,76±10,06	121,42±19,03
3.trimester	31,41±7,35	42±7,68	44,65±8,91	118,06±20,42
	F: 0,528 p:0,588	F: 1,568 p:0,213	F: 2,653 p:0,075	F: 1,270 p:0,285

Tablo 11. Tablo 10 devamı

Doğum sayısı				
<1	32,11±6,88	41,13±6,93	46,50±9,64	119,74±19,45
≥1	29,67±8	40,24±6,52	46,60±9,81	116,51±18,96
	t: 1,691 p:0,094	t: 0,660 p:0,510	t: -0,053 p:0,958	t: 0,843 p:0,401
Gebelik sayısı				
<2,5	32,34±6,94	41,58±6,66	46,46±9,60	120,40±19,38
≥2,5	29,73±7,70	39,66±6,91	46,62±9,55	116,02±19,01
	t: 1,903 p:0,060	t: 1,500 p: 0,136	t: -0,086 p:0,931	t: 1,200 p:0,233
Abortus öyküsü				
Var	29,38±6,84	38,80±6,88	47,12±8,57	119,94±19,56
Yok	32,04±7,38	41,58±6,65	46,31±9,89	115,32±18,33
	t: 1,753 p:0,082	t: 1,980 p:0,051	t: -0,408 p:0,683	t: 1,147 p:0,254
Birinci doğum				
Sezaryen	31,57±6,62	40,30±6,71	46,61±9,65	118,50±18,40
Normal doğum	30,54±7,61	40,47±6,61	45,96±9,29	116,98±18,18
	t: 0,588 p:0,558	t: -0,103 p:0,918	t: 0,290 p:0,773	t: 0,347 p:0,728
İkinci doğum				
Sezaryen	28,20±8,05	39,40±5,61	47,46±6,70	115,06±15,73
Normal doğum	30,68±8	40,81±7,14	46±11,60	117,50±21,18
	t: -0,924 p:0,362	t: -0,644 p:0,524	t: 0,441 p:0,662	t: -0,378 p:0,707
Üçüncü doğum				
Sezaryen	22,75±10,63	38±9,60	43±9,60	103,75±20,56
Normal doğum	30±7,08	40,40±4	43,50±10,18	113,90±14,34
	t: -1,734 p:0,102	t: -0,721 p:0,481	t: -0,106 p:0,917	t: -1,234 p:0,235
Dördüncü doğum				
Sezaryen	21,33±3,78	42,66±4,04	46,33±6,02	110,33±7,10
Normal doğum	32,33±5,03	42±2,64	47,66±7,57	122±12,52
	t: -3,025 **p:0,038**	t: 0,238 p:0,823	t: -0,240 p:0,824	t: -1,403 p:0,233

Katılımcıların GCKTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması tablo 10 ve 11'de sunuldu. Buna göre; eğitim durumu ile kaygı alt boyutu ve GCKTÖ arasında farkın anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post hoc analizde (Tukey test) lisans ve üstü mezunların puan ortalamalarının ilkokul mezunlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Dördüncü doğumunu yapan katılımcılardan normal doğum yapanların kaygı alt boyutu puan ortalamasının sezaryen doğum yapanlara anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür($p<0,05$). 1, 2 ve 3. Doğumlarda GCKTÖ ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Dördüncü doğumda ise kaygı alt boyutu hariç diğer alt boyut ve GCKTÖ puanları arasında fark anlamlı değildir ($p>0,05$). Katılımcıların meslek durumları, kronik hastalık bulunma durumu, gebelik haftası durumları, doğum sayısı, gebelik sayısı ve abortus durumlarının GCKTÖ ve alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 10 ve 11).

4.4. T-SOY32 Alt Grupları ile GCKTÖ Boyutlarının Karşılaştırılması

Tablo 12. Katılımcıların GCKTÖ ve alt boyutlarının TSOY'dan aldıkları puanlar arasındaki ilişki

		Kaygı	İnanç ve değer	Onaylama	GCKTÖ	TSOY-32
Kaygı	r	1	0,668**	0,452**	0,839**	0,282**
	p		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,002**
İnanç ve değer	r	0,668**	1	0,396**	0,802**	0,279**
	p	**0,000**		**0,000**	**0,000**	**0,002**
Onaylama	r	0,452**	0,396**	1	0,806**	0,212*
	p	**0,000**	**0,000**		**0,000**	**0,021**
GCKTÖ	r	0,839**	0,802**	0,806**	1	0,310**
	p	**0,000**	**0,000**	**0,000**		**0,001**
TSOY-32	r	0,282**	0,279**	0,212*	0,310**	1
	p	**0,002**	**0,002**	**0,021**	**0,001**	

**. p<0.01 level

*. p<0.05 level

Katılımcıların GCKTÖ ve alt boyutları ile TSOY-32'den aldıkları puanlar arasındaki ilişki tablo 12'de sunuldu. Buna göre; kaygı alt boyutu ile inanç ve değerler alt boyutu ve onaylama alt boyutları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki mevcut olup GCKTÖ ile arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı ilişki mevcuttur. Kaygı alt boyutu ile TSOY-32 arasında ise pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmaktadır. İnanç ve değerler alt boyutunun kaygı ve onaylama alt boyutları ile arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki, GCKTÖ ile arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ve anlamlı bir ilişki ve TSOY-32 ile arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır. Onaylama alt boyutunun kaygı ve inanç ve değerler alt boyutları ile arasında orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki, GCKTÖ ile arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki, TSOY-32 ile arasında ise düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttur. GCKTÖ ile alt boyutları arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunurken, TSOY-32 ile arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki vardır. TSOY-32'nin kaygı, inanç ve değerler ve onaylama alt boyutları ile arasında zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki mevcuttur (Tablo 12).

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda aile sağlığı merkezine başvuran gebelerde sağlık okuryazarlığı ile gebelikte cinselliğe karşı tutum düzeyi arasındaki ilişkiyi TSOY ve GCKTÖ ölçeklerini kullanarak inceledik. Çalışmamızın bulgularına göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin artması GCKTÖ' den alınan toplam puanın artmasını sonuç olarak gebelikte cinselliğe karşı tutumların olumlu yönde artmasını sağlamıştır.

Çalışmamızda, katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeylerini değerlendirmek amacıyla TSOY-32 ölçeği uyguladık. Verilerimize göre, katılımcıların genel sağlık okuryazarlık indeks puan ortalaması 34,27 olarak belirlendi. Katılımcıların %14,4'ü yetersiz, %31,4'ü sorunlu-sınırlı, %32,2'si yeterli ve %22'si mükemmel SOY düzeylerine sahipti. Katılımcıların yarısından çoğunun yeterli-mükemmel, yarısından az bir kısmının ise yetersiz-sınırlı SOY düzeyine sahip oldukları görülmektedir.

Nawabi ve ark. 2022'de Almanya'da 1860 gebe ile yapmış olduğu çalışmada örneklemin %66,5'i yeterli sağlık okuryazarlığına sahipti. Çalışmaya katılan kadınların yaklaşık üçte biri yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığına sahipti(74). Lupattelli ve ark. 2014'de 4999 gebede SBSQ ölçeği kullanarak yaptığı 18 ülkede gerçekleştirilen çok uluslu kesitsel bir çalışmada %5,2' si düşük, %40,2'si orta, %54,5'i yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahipti(75). Duggan ve ark. 2014'de REALM ölçeğini kullanarak 196 gebede yapmış olduğu çalışmada %84,7 yeterli, %15,3 sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyindeydi(76). HLS EU tarafından yürütülen kapsamlı bir Avrupa SOY araştırmasında, Avrupa'da 8 farklı ülkeden toplanan veriler, katılımcıların Sosyal Beceri Yeteneklerini (SOY) Avrupa SOY Ölçeği ile ölçerek analiz etmiştir. Sonuçlar, katılımcıların SOY düzeylerinde farklılıklar olduğunu göstermiştir. Katılımcıların %12,4'ü yetersiz SOY düzeyine sahipken, %35,2'si sınırlı-sorunlu düzeyde bulunmuştur. Katılımcıların %36'sı yeterli düzeyde SOY sergilerken, %16,4'ü mükemmel SOY düzeyinde performans göstermiştir. Bu bulgular, sosyal beceri yeteneklerinin farklı Avrupa ülkelerinde değişkenlik gösterebileceğini düşündürmektedir(41). Baccolini ve ark. 2021'de gerçekleştirdiği meta-analiz çalışması düşük SOY düzeyi kullanılan değerlendirme yöntemine bağlı olarak %27 ile %48 arasında değişkenlik göstermiştir. Güney, Batı ve Doğu AB ülkelerinde Kuzey Avrupa ile karşılaştırıldığında daha düşük SOY vardı. Mülteciler en düşük SOY düzeyine sahipti(77). Tavakoly ve ark. 2021'de

İran'da gebelerde yapmış olduğu çalışmada gebelerin %38' yeterli sağlık okuryazarlığına sahipti(78). Gök ile arkadaşlarının 2019 yılında gerçekleştirdikleri bir araştırmada, 250 gebe üzerinde genel sağlık okuryazarlığı puanlarının ortalamasının 36,08±9,68 olduğunu belirlemişlerdir. Araştırmaya göre, gebelerin %12,8'inin sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz, %24,0'ının sınırlı ve sorunlu, %28,4'ünün yeterli, %34,8'inin ise mükemmel seviyede oldukları bulunmuştur(79). Yılmaz ve ark. 2019'da Erzurum'da 297 gebe üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların TSOY32 ölçek puanı ortalaması 34.49±9.14'tü. Katılımcıların %13.0'ünün sağlık okuryazarlığı yetersiz, %32.2'sinin sorunlu, %32.6'snın yeterli, %22.3'ünün mükemmel düzeydeydi(80). Berberoğlu ve arkadaşlarının araştırmasında, katılımcıların SOY düzeyini ölçmek için TSOY-32 Ölçeği kullanılmıştır. Bulunan veri sonuçlarına göre, katılımcıların ortalama SOY puanı oldukça düşük bulunmuştur. Araştırmaya katılanların yarısından fazlası, sağlık bilgisi ve becerileri açısından yetersiz olduğu belirlenmiştir. Sadece yüzde 17,2'lik bir kısım yeterli veya mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahiptir(81). Okyay ve arkadaşlarının 2016 tarihli çalışmasında, katılımcıların %69,4'ünün sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz veya sorunlu olduğu tespit edilmiştir(14). Bizim çalışmamızda ve literatürdeki benzer çalışmalarda gebelerin birçoğunun yeterli seviyede sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni gebeyken yapılan hastane başvurularının ve muayene sayılarının artması aynı zamanda yapılan gebe izlemlerinde hastaların bilinçlendirilmesi olabilir. Başvuran gebelerin sağlık okuryazarlık durumunun toplumdan daha iyi olduğu söylenebilir.

Bizim çalışmamıza katılan gebelerin yaş ortalaması 29,07±5,57 idi. Katılımcıların yaş ortalamaları ile TSOY-32 kategorileri arasında anlamlı fark görülmemiştir. Nawabi ark. yaptığı çalışmada 31,3±4,3(82), Duggan ve ark. yaptığı çalışmada katılımcının ortalama yaşı 31,2 yıldı(76). Tavakoly ve ark. 2021'de İran'da gebelerde yapmış olduğu çalışmada gebelerin ortalama yaşı 24,80±4,92ydi (78). Gök ve ark. 2019'da 250 gebede yaptığı çalışmada gebelerin yaş ortalaması 28.01 ±5.99 (79). Yılmaz ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 27.47±4.87 yıldı(80). Çelikyürek ve arkadaşlarının araştırmasına göre, yaş ilerledikçe SOY düzeyi düşmektedir(83). Yapılan bu çalışmalarda da yine çalışmamıza benzer şekilde yaş ile SOY puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Literatürdeki birçok çalışmada yaş ile SOY düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde yaşın ilerlemesiyle SOY puanlarında anlamlı bir düşüş

olduğu gözlemlenmiştir. Ancak bizim çalışmamızda ve gebelerde yapılan diğer SOY çalışmalarında yaş aralığı dar ve yaşlar birbirine yakın olduğu için böyle bir fark görülmemiş olabilir.

Bizim çalışmamıza katılan gebelerin gebelik haftası ortalaması 23,11± 9,63'tü. Duggan ve ark. yaptığı çalışmada gebelik haftası ortalaması 28,7 haftaydı (76). Lupatelli ve ark. yaptığı çalışmada 22,78 ± 10,32 haftaydı (75). Tavakoly ve ark. yapmış olduğu çalışmada gebelik haftası 13,69 (± 3,82)(78). Gök ve ark. yaptığı çalışmada ise gebelik haftası 34,40±4,28'di (79). Bu durumun sebebi çalışmaların yapıldığı toplumda gebelerin izleme veya muayeneye gelme haftalarının farklı olmasından veya farklı trimesterlarda çalışma yapılmasından kaynaklanabilir.

Araştırmamızda katılımcıların eğitim düzeyleri ile SOY düzeyleri pozitif yönde paralellik gösteriyordu. Ülkemizde ve yurtdışında mevcut çokça çalışmada eğitim düzeyiyle SOY seviyesi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Papezova ve ark. Çek Cumhuriyeti'nde 2022'de yaptığı çalışmada katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça Beslenme Sağlığı Bilgisi ve Okuryazarlığı artmıştır(84). Çelikyürek ve ark. yaptığı çalışmada yüksekokul/ üniversite mezunu ve üzeri gruplarının SOY puanı diğer gruplara oranla fazla bulunmuştur(83). Tavakoly ve ark. İran'da yapmış olduğu çalışmada katılımcıların çoğu lise diploması veya altı olan düşük gelirli ailelerdi (%69,1)(78). Duggan ve ark. yaptığı çalışmada SOY' u ölçen REALM puanları yaş ve eğitim düzeyleri arttıkça iyileşti(76). Yılmaz ve ark. yaptığı çalışmada katılımcıların eğitim durumu arttıkça SOY düzeyleri artmıştır(80). Altı Asya ülkesinin katıldığı bir araştırmada düşük eğitim seviyesinin düşük SOY düzeyleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur(85). Literatürdeki çalışma sonuçlarıyla benzer sonuçlar çalışmamızda da elde edilmiştir. Bu durumun sebebi olarak eğitim düzeyi arttıkça hastaların daha bilinçli olduğu, sağlık bilgilerini doğru anlayıp uygulayabildiği düşünülebilir.

Araştırmamıza katılan katılımcıların meslekleri ile TSOY puan ortalamaları kıyaslandığında istatiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. En düşük TSOY puan ortalamasına 27,86 ± 7 öğrenciler, en yüksek TSOY puan ortalamasına 37,01 ± 6,70 ile memurlar sahipti. Yılmaz ve ark. yaptığı çalışmada gebelerin %23,3'ü gelir getiren bir işte çalışıyordu ve SOY' la ilişkisizdi. Öncü ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, çalışan ve çalışmayan kişilerin SOY düzeyleri arasında önemli bir fark olduğu bulunmuştur.

Çalışmayan bireylerin büyük bir kısmının SOY düzeyinin yetersiz olduğu görülmüştür.(86). Yaprak'ın yaptığı çalışmada en yüksek SOY düzeyi öğrencilerde bulunurken en düşük SOY düzeyi ise işsiz ve emeklilerde bulunmuştur. Mackey ve ark. yaptıkları çalışmaya göre emekli ve işsizlerin SOY düzeyleri diğer meslek kollarıyla kıyaslandığında düşük bulunmuştur(87). Literatür taraması, bu konuda sınırlı sayıda araştırma yapıldığını göstermiştir. Mevcut araştırmaların sonuçları, bizim bulgularımızı desteklemektedir. Genel olarak bu tür çalışmalar, katılımcıların çalışıp çalışmadığına göre karşılaştırmalar yapmıştır. Bizim çalışmamız ise farklı bir yaklaşımla, çeşitli meslek gruplarını karşılaştırmıştır.

Araştırmamıza katılan katılımcıların mevcut kronik hastalıkları ile TSOY' dan aldıkları puan arasında anlamlı fark bulunmamıştır Papezova ve ark. yaptığı çalışmada Gebeliğe eşlik eden en sık bildirilen hastalık kadınların %14,5'inde tiroid hastalığıydı, kadınların %6'sı gebelik diyabeti bildirmişti ve kadınların %1'i yüksek tansiyon bildirmişti. Ve SOY düzeyinden ilişkisizdi(84). Çelikyürek ve ark. yaptığı çalışmada kronik hastalığı olanların sağlık okuryazarlık düzeyi daha düşük saptanmıştır. Bakan ve ark. yaptığı çalışmada %84.2'sinin kronik bir hastalığı olmadığı ve SOY düzeyi ile anlamlı ilişkisi olmadığı saptandı(86). Uğur ve ark. yaptığı araştırmaya göre, kronik hastalığı olmayan kişilerin SOY düzeyi, kronik hastalığı olan kişilere göre daha yüksek çıkmıştır. Yani kronik hastalığı olan kişilerin sağlık bilgisi ve becerileri daha düşüktür. Mackey ve ark. yaptığı araştırma, kronik hastalıkların artışının SOY' un yetersizliği ile ilişkili olduğunu göstermiştir(87). Kavuncuoğlu ve ekibinin Erzurum'da yaptığı araştırmada, kronik hastalığı olan kişilerin SOY düzeyinin daha düşük olduğu görülmüştür. Yani kronik hastalığı olmayan kişiler, sağlık bilgilerini daha iyi anlıyor ve sağlıklı yaşam konusunda daha bilinçliler. Davis ve ark yaptığı araştırma, SOY düzeyinin düşük olmasının kronik hastalıklarla ilişkili olduğunu göstermiştir. (88). ABD'de yapılan bir araştırmaya göre SOY düzeyi yüksek olan kişilerde kalp hastalıkları, diyabet gibi kronik rahatsızlıklar ve bazı kanser türleri daha az görülüyor. Yani, sağlık bilgilerini iyi bilen ve bu bilgilere göre davranabilen insanlar, daha sağlıklı bir yaşam sürüyorlar.(89). Bizim çalışmamızda kronik hastalığı var olanların TSOY puanı 30 iken, kronik hastalığı olmayanların TSOY puan ortalaması 35'ti. Literatürden farklı olarak bizim çalışmamızın anlamlı çıkmama sebebi çalışmamızda kronik hasta sayısının toplam katılımcımızın

%8,5'ini oluşturmasından kaynaklanıyor olabilir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük bireyler, sağlık bilgisi ve becerileri açısından yetersiz olduklarından dolayı koruyucu sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşıyor ve sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri yapmada güçlük çekiyorlar. Bu durum, sigara kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği ve sağlıksız beslenme gibi kronik hastalık risk faktörlerini azaltma konusunda yetersiz kalmalarına neden olarak, kronik hastalıklara yakalanma risklerini artırıyor. Kronik hastalığı olan kişiler, bu durumdan dolayı psikolojik olarak etkilenebilirler. Bu durum, onların sağlık bilgisi edinme, anlamaları ve uygulamaları konusunda zorluk yaşamasına neden olabilir. Sonuç olarak, hastalıklarını yönetmekte zorlanabilirler. Düşük SOY düzeyi, kronik hastalıkların yönetimini olumsuz etkileyen önemli bir faktördür. SOY' un artırılması, bireylerin hastalıkları hakkında daha bilinçli olmalarını sağlayarak, tedaviye uyumlarını artıracak ve dolayısıyla hastalıkların kontrol altına alınmasına katkı sağlayacaktır.

Gebelikte cinselliğe yaklaşımı değerlendirmek için GCKTÖ ölçeğini kullandık. Ölçeğimiz üç alt boyutundan alınan puanlar şu şekildeydi: Kaygı alt boyutundan alınabilecek maksimum puan 45 iken çalışmamızda puan ortalaması 31,34±7,3'ti. İnanç ve değerler alt boyutundan alınabilecek maksimum puan 50 iken çalışmamızda puan ortalaması 40,85±6,80'di. Onaylama alt boyutundan alınabilecek maksimum puan 75 iken çalışmamızda puan ortalaması 46,52±9,53'dü. GCKTÖ puan ortalaması ise 118,72±19,27'dir(maksimum:170). GCKTÖ kesme puanına göre gebelerin %63,5'inin gebelik döneminde cinselliğe karşı olumlu bir tutum sergilediği görülmüştür. Beydağ ve ekibi, 2021 yılında İstanbul'da 405 gebe kadının katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, "gebelikte cinsel birleşmeye yönelik kaygı" alt boyutunun puan ortalaması 22,70; "gebelikte cinselliğe yönelik inançlar ve değerler" alt boyutunun puan ortalaması ise 18,89 olarak bulunmuştur. "Gebelikte cinselliği onaylama" alt boyutunun puan ortalaması 48,51 ve Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması ise 90,11 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların çoğunun, gebelikte cinselliğe karşı olumlu bir tutum sergilemediği, olumsuz düşünceleri olduğu sonucuna varılmıştır (90). Adegboyega'nın Nijerya'da 2019'da farklı ölçüm aracıyla yaptığı bir çalışmada, gebelerin gebelikte cinselliğe karşı tutumlarının olumlu yönde oldukları tespit edilmiştir(91). N.Yılmaz Sezer ve ark. 2024'te 73 gebe üzerinden yaptığı randomize kontrollü çalışmada Gebelikte cinsel eğitim alan gebelerin gebelikte cinselliğe yönelik tutum puanları, kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca dört hafta sonra,

eğitim alan gebelerin gebelikte cinsel ilişkiye ilişkin kaygı ve onay puanları kontrol grubuna göre yüksek bulunurken, inanç ve değerler puanları her iki grupta benzer bulunmuştur(92). 2023 yılında Çin'de yapılan bir araştırmada, GCKTÖ kullanılarak gebelerin cinsellik algıları değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda, gebelerin GCKTÖ puan ortalaması 118,87 olarak tespit edilmiştir. GCKTÖ' nün alt boyutlarına bakıldığında ise Gebelikte Cinsel Birleşmeye Yönelik Kaygı alt boyutunun ortalama puanı 31,13, Gebelikte Cinselliğe Yönelik İnançlar ve Değerler alt boyutunun ortalama puanı 39,98 ve Gebelikte Cinselliği Onaylama alt boyutunun ortalama puanı ise 47,77 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, gebelerin cinselliğe yönelik tutumlarının genel olarak olumlu olduğunu göstermektedir(93). Güney ve ark. 2023'de 298 gebede yapmış olduğu çalışmada GCKTÖ toplam ve alt boyutlarının toplam puan ortalamaları sırasıyla, 112,36±14,21, kaygı; 28,17±6,17, inançlar; 38,13±6,66 ve onaylama; 46,06±7,06'dır. Araştırmada gebelerin %50,7'sinin cinselliğe karşı olumlu tutumlarının olduğu belirlendi (94). Pamuk, 2021 yılında Karadeniz bölgesinde 288 gebe ile gerçekleştirdiği bir araştırmada, katılımcıların GCKTÖ puan ortalamasının 117,28 olduğunu bulmuştur. GCKTÖ' nün alt boyutları incelendiğinde, "gebelikte cinsel birleşmeye yönelik kaygı" alt boyutunun puan ortalaması 32,03, "gebelikte cinselliğe yönelik inançlar ve değerler" alt boyutunun puan ortalaması 39,48 ve "gebelikte cinselliği onaylama" alt boyutunun puan ortalaması ise 49,31 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, GCKTÖ kesme puanına göre gebelerin %66,7'sinin gebelikte cinselliğe karşı tutumlarının olumlu olduğu gözlemlenmiştir.(95) Akın ve ark. 2023'de yapmış 268 gebede yapmış olduğu çalışmada GCKTÖ' den alınan puan ortalaması 86,72±14,11olarak bulunmuştur. GCKTÖ' nün alt boyutlarına göre alınan puanlar incelendiğinde; Gebelikte Cinsel Birleşmeye Yönelik Kaygı alt boyutu puan ortalaması 20,96±7,54 Gebelikte Cinselliğe Yönelik İnançlar ve Değerler alt boyutu puan ortalaması 18,59±7,45, Gebelikte Cinselliği Onaylama alt boyutu puan ortalaması 47,12±10,66 olarak belirlenmiştir(96). Çalışmamızda literatürdeki çalışmalarla benzerlik ve farklılıklar bulunmuştur. Bu durumun sebebi çalışmaya katılanların yaşadıkları coğrafi bölge eğitim düzeyleri, kültürü, sağlık politikaları gibi değişkenlerin farklı olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda gebelerin yaş ortalaması29,07±5,57'ydi. Beydağ ve ark. yaptığı çalışmada gebelerin yaş ortalaması 27.89 ± 4.6 olarak bulunmuştur. GCKTÖ ile arasında bir ilişki yoktu. Çini ve ark. 26-35 yaş aralığındaki gebelerin, 17-25 yaş aralığındaki

gebelere göre ölçekte daha yüksek puanlar aldığını bulmuşlardır(93). Güney ve arkadaşları, 29 yaş altı gebelerin, 30 yaş ve üzeri gebelere göre ölçekte daha yüksek puanlar aldığını bulmuşlardır(94). Abouzari-Gazafroodi ve ark. yaptıkları çalışmada, gebelerin yaşı ilerledikçe cinsellikle ilgili olumsuz düşüncelerin arttığı belirtilmiştir(97). Bilgiç ve ark. gebelerin yaşı arttıkça cinselliğe karşı olumsuz tutumlarının da arttığını tespit etmişlerdir(98). Güney ve ark. yaptıkları çalışmada yaşı 29 ve altı olanların cinselliği onaylama puan ortalamalarının ve GCKTÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu gösterildi(94).

Çalışmamıza katılan gebelerden çalışma sonucunda; farklı meslek gruplarındaki kadınların GCKTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Çini ve ark. çalışan gebelerin, çalışmayan gebelere göre gebelikte cinselliğe karşı daha olumlu bir tutum sergilediğini bulmuşlardır(93). Bilgiç ve ark. yaptıkları çalışmada, çalışan ve çalışmayan gebelerin gebelikte cinselliğe yönelik tutumlarının benzer olduğunu bulmuşlardır(98). Fok ve ark. yaptığı çalışmada meslek durumunun gebelikte cinsel işlevi etkilemediği belirtilmiştir(99).

Çalışmamızda eğitim ile GCKTÖ ve alt boyutları karşılaştırıldığında kaygı alt boyutu ve GCKTÖ arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptandı. Lisans ve üstü mezunlarının puan ortalaması ilkokul mezunlarının puan ortalamasına göre anlamlı derecede yüksekti. Literatür taramaları, eğitim düzeyinin yükselmesiyle birlikte kadınların gebelikte cinselliğe yönelik daha olumlu ve bilinçli bir tutum sergilediklerini ortaya koymaktadır. Beydağ ve ark. araştırmasına göre, kadınların eğitim düzeyi, gebelik ayı ve cinsel ilişki sıklığı gibi faktörler, gebelikte cinselliğe karşı tutumlarını etkilemektedir(90). Topatan ve Koç'un 2020'de yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin cinsel sorunlarını daha rahat ifade ettiği ve cinsel bilgiye daha kolay ulaştığı görülmüştür(100). Eryılmaz ve ark. yaptıkları çalışmada düşük eğitim düzeyine sahip kadınların gebelikte cinsel ilişkiyi daha olumsuz deneyimlediğini göstermiştir(101). Güney ve ark. yaptığı çalışmada üniversite mezunu veya üzeri eğitim görmüş kadınların, gebelikte cinselliğe yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu tespit edilmiştir(94). Navidian ve ekibi tarafından yapılan çalışmada, cinsel danışmanlığın gebelik döneminde cinsellikle ilgili yanlış inanışları azalttığını ve fetüse zarar verme endişesini giderdiğini göstermiştir(102). Wannakosit ve ark. Tayland'da gerçekleştirdiği araştırmada, cinsel eğitim alan kadınların, almayan kadınlara göre cinsel ilişki sıklığı veya doyum gibi

konularda daha farklı bir deneyim yaşamadıkları ancak cinsel ilişkiyi daha güvenli buldukları sonucuna varılmıştır(103). Gümüşay ve ark. 2021 yılında yaptığı araştırmaya göre, gebelerin %57.7'si, cinsel ilişkinin bebeğe zarar vereceği endişesiyle cinsel ilişkiden kaçınmıştır(104). Çini'nin araştırmasına göre, eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin, gebelikte cinselliğe karşı daha olumlu bir tutum sergilediği görülmüştür(93). Abouzari-Gazafroodi ve ark. 2015 yılında yaptığı araştırma, eğitim düzeyi düşük olan gebelerin gebelik dönemindeki cinsel yaşamlarının daha olumsuz etkilendiğini göstermiştir(97). Çalışmamızda literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde eğitimin gebelikte cinselliğe karşı tutumu etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda araştırma grubundaki gebelerin obstetrik özelliklerinden gebelik sayısına, doğum sayısına, abortus varlığına, doğum şekline göre GCKTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan arasında ilişki bulunmamıştır. Çini ve ekibi tarafından yapılan çalışmada, gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ile GCKTÖ puanları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Yani, daha önce doğum yapmış olan ve birden fazla çocuğu olan kadınların, gebelikte cinselliğe yönelik daha olumlu tutumlar sergilediği belirlenmiştir(93). Pamuk ve ekibinin yaptığı çalışmada, gebelik sayısı, doğum deneyimi, gebelik planlaması gibi faktörlerin kadınların gebelikte cinselliğe yönelik tutumlarını etkilediği belirlenmiştir. Özellikle daha önce doğum yapmış veya gebeliği planlamış olan kadınların, cinselliğe karşı daha olumlu tutumlar sergilediği görülmüştür(95). Eryılmaz ve ark. farklı ölçüm aracı kullanarak yaptıkları bir çalışmada daha fazla doğum yapmış kadınların, cinsel yaşamlarının gebelik süreci boyunca daha olumlu etkilendiğini göstermiştir(101). Soares ve ark. çalışması, bir kadının kaç çocuğu olduğu ile cinsel işlevleri arasında doğrudan bir bağlantı olmadığını göstermiştir(105). Çalışmamızda literatürdeki çalışmalarla benzerlik ve farklılıklar bulunmuştur. Bu durumun sebebi çalışmaların örneklemindeki kadınların yaşadıkları gebelik deneyimlerinin ve aile yapılarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda gebelerin obstetrik özelliklerinden gebelik haftasına içlerinde bulundukları trimesterlara göre bakılınca; trimesterlar arasında GCKTÖ puanı ve alt boyutlarının puanları incelendiğinde gruplar arasındaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır. Çini ve ark. yaptığı çalışmada gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur(93). Abouzari-Gazafroodi ve ark. yaptığı

çalışmada beklenmedik gebelikler veya gebeliğin ilk üç ayında olan kadınların cinsel yaşamlarının daha olumsuz etkilendiğini göstermiştir(97). Kračun ve ark. 2019 yılında yaptığı araştırma, gebeliğin son döneminde kadınların cinsel isteğinin ve zevkinin azaldığını göstermiştir(106). Güney ve ark. yaptığı çalışmada gebeliğin hangi döneminde olunduğunun kadınların cinselliğe karşı tutumlarını etkilemediğini göstermişti (94). Bilge ve ark. yapmış oldukları çalışmada gebelik sürecinin başı ve sonu olmak üzere birinci ve üçüncü trimesterlerde kadınların cinsel memnuniyetlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır(107). Yine yapılan bir meta-analiz çalışmasında gebeliğin üçüncü trimesterinde kadınların cinsel isteklerinde ve cinsel ilişki sıklıklarında önemli bir düşüş olduğu gözlemlenmiştir(108). Literatürde çalışmamıza benzer ve farklı sonuçlar bulunmuştur. Bu farklılığın sebebi, bireylerin gebeliğe fiziksel, psikolojik ve duygusal adaptasyonlarının farklı zamanda farklı şekilde gelişmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza katılan gebelerin GCKTÖ ve alt boyutları ile TSOY-32'den aldıkları puanlar arasındaki ilişki; GCKTÖ ile GCKTÖ' nün alt boyutları ve TSOY-32 arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki mevcuttur. Bu durum çalışmamızdan beklediğimiz bir sonuçtu. Çünkü her ikisi de kişilerin eğitilmesiyle, sağlık profesyonellerine ve bilgisine ulaşmasıyla artıp azalacaktır. Çini'nin 2023'te yaptığı GCKTÖ ve e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmada, GCKTÖ toplam puanı ile e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin toplam puanı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır(93). Barikani ve ark. 2023'te farklı ölçüm araçları kullanarak yapılan bir araştırmada, kadınlar üzerinde sağlık okuryazarlığı ile cinsel işlev arasındaki ilişkinin pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir(109). Dehgankar ve ark. 2022'de yaptıkları çalışmada, cinsel sağlık okuryazarlığı düzeyleri mükemmel, yeterli ve sınırlı olan kadınlarla, yetersiz düzeyde cinsel sağlık okuryazarlığına sahip olan kadınlar arasında cinsel işlev üzerindeki etkilerin sırasıyla 4,22-2,21 ve 1,31 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bu durum, cinsel sağlık okuryazarlığının cinsel işlev üzerinde doğrudan ve önemli bir etkisinin olduğu göstermektedir. (110). Durmuş ve ark. 2022'de 286 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada cinsellik ile ilgili gebelerin sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu belirtilmiştir(111). Altınayak ve ark. 2024'de yaptıkları çalışmada gebelerin cinsel sağlık okuryazarlık düzeylerinin artmasıyla birlikte, gebelikte cinselliğe yönelik olumlu tutumların da arttığını göstermektedir(112).

Çalışmamızda literatürle benzer şekilde sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça hastaların daha bilinçli olduğunu sağlıkla ilgili bilgileri daha iyi anladığını, gebelikte değişen cinsel hayatına uyumunun daha bilinçli olduğunu, cinsellikle alakalı kaygılarının azaldığını, yanlış inanışlar ve cinsel mitlerden uzaklaşıldığını bunların neticesinde de cinselliğe karşı tutumlarının olumlu yönde etkilendiği görülmüştür.

Araştırmamızın kısıtlılığı çalışmanın eğitim aile sağlığı merkezi ile sınırlı olması ve topluma genellenemez olmasıdır. Araştırmamızın güçlü yönü ise gebelerde sağlık okuryazarlığı ile cinselliğe karşı tutum arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışmadan biri olmasıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda EASM' ye başvuran gebelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile cinselliğe karşı tutumları arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık. Çalışmamızın sonuçlarına göre gebelerde sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça cinselliğe karşı tutumlarının olumlu yönde arttığı bulundu.

Çalışmamızda katılımcıların çoğunun sağlık okuryazarlık düzeylerinin yeterli düzeyde olduğu belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunurken yaş, obstetrik özellikler, meslek grubu ve kronik hastalık ile anlamlı fark bulunmadı.

Çalışmamızda katılımcıların GCKTÖ' ne göre gebelerin %63,5'inin gebelikte cinselliğe karşı tutumunun olumlu olduğu bulunmuştur. GCKTÖ puanı ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunurken yaş, obstetrik özellikler, meslek grubu ve kronik hastalık ile anlamlı fark bulunmadı.

Elde edilen pozitif yönlü anlamlı korelasyon, TSOY ile GCKTÖ arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu durum, yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, gebelik döneminde cinselliğe yönelik daha olumlu tutumlar sergileme eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır.

Bireylerin sağlık bilgilerini anlama ve uygulama becerilerinin artması, cinsel sağlık ve ilişki dinamikleri hakkında daha bilinçli kararlar almalarına olanak tanıyabilir. Bu bağlamda, sağlık okuryazarlığının artırılması, gebelik sürecinde cinsellik konusunda daha sağlıklı ve pozitif tutumların gelişmesine katkıda bulunabilir. Bu bulgu, hem sağlık eğitim programlarının önemini vurgulamakta hem de cinsel sağlık konularında farkındalığın artırılmasının gerekliliğini göstermektedir.

Gelecek araştırmalar, bu konuyu etkileyen faktörler üzerine daha derinlemesine incelemeler yaparak, gebelikte cinsel sağlığın iyileştirilmesi için stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayabilir. Literatürde gebelerde sağlık okuryazarlığı ve cinselliğe karşı tutum arasındaki ilişki açısından sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu alanda daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. González-Chica DA, Mnisi Z, Avery J, Duszynski K, Doust J, Tideman P, et al. Effect of Health Literacy on Quality of Life amongst Patients with Ischaemic Heart Disease in Australian General Practice. PLoS One. 2016;11(3):e0151079.
2. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promotion International. 1998;13(4):349-64.
3. Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. Health Policy. 2016;120(9):1087-94.
4. Demirezen E. Birinci basamakta kadın cinselliğinin değerlendirilmes. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2006;15(5):79-81.
5. Kadioğlu A, Yaman Mö. Güncel Üroloji. Türk Üroloji Akademisi Yayini. 2016;1710-1730.
6. Çavdar İ. Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. Meme Sağlığı Dergisi. 2006;2(2):64-6.
7. Bitzer J, Alder J. Sexuality During Pregnancy and the Postpartum Period. Journal of Sex Education and Therapy. 2000;25(1):49-58.
8. Fitzpatrick LA. Libido and the perimenopausal women. Menopause. 2004;11(2).
9. Kuluçtu A, Bekmezci H, Özerdoğan N. Gebelikte Cinsellik. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(3):171-5.
10. Gökyildiz Ş, Beji NK. The Effects of Pregnancy on Sexual Life. Journal of Sex & Marital Therapy. 2005;31(3):201-15.
11. Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA, Byrd JM. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. The Journal of Sex Research. 1996;33(2):143-51.
12. Çelikay F, Gümüş E. Sağlikta Dönüşümün Ampirik Analizi. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi. 2011;66(03):55-92.
13. Gözlü K. Sağliğin Sosyal Bir Belirleyicisi: Sağlik Okuryazarliği A Social Determinant Of Health: Health Literacy. Medical Journal of Süleyman Demirel University. 2020;27(1):137-44.
14. Özdemir S, Akça H. Türkiye'de Saglik Okuryazarliği. Medical Journal of Süleyman Demirel University. 2021;28(3):535-6.
15. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. Ann Fam Med. 2005;3(6):514-22.
16. Aydın N. Sağliğin Teşviki Ve Geliştirilmesi. Black Sea Journal of Health Science. 2019;2(1):21-9.
17. Lee JLC, Ho RTH. Health Literacy and Health Behavior. In: Gu D, Dupre ME, editors. Encyclopedia of Gerontology and Population Aging. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 2309-13.

18. Aygun O, Cerim S. The relationship between general health behaviors and general health literacy levels in the Turkish population. Health Promot Int. 2021;36(5):1275-89.

19. Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. Ann Fam Med. 2009;7(3):204-11.

20. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000;15(3):259-67.

21. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı. Turkish Journal of Public Health. 2014;12(1):61-8.

22. Simonds SK. Health Education as Social Policy. Health Education Monographs. 1974;2(1_suppl):1-10.

23. Dageforde LA, Cavanaugh KL. Health literacy: emerging evidence and applications in kidney disease care. Adv Chronic Kidney Dis. 2013;20(4):311-9.

24. Adams RJ, Appleton SL, Hill CL, Dodd M, Findlay C, Wilson DH. Risks associated with low functional health literacy in an Australian population. Med J Aust. 2009;191(10):530-4.

25. Çatı K, Karagöz Y, Yalman F, Öcel Y. Sağlık Okuryazarlığının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2018;14(1):67-88.

26. Institute of Medicine Committee on Health L. In: Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington (DC): National Academies Press (US)Copyright 2004 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.; 2004.

27. Akbolat M, Kahraman G, Erigüç G. Sağlık okuryazarlığı hasta hekim ilişkisini etkiler mi Sakarya ilinde bir araştırma. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15:354-62.

28. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.

29. Cutilli CC, Bennett IM. Understanding the health literacy of America: results of the National Assessment of Adult Literacy. Orthop Nurs. 2009;28(1):27-32; quiz 3-4.

30. Onotai L. A Review of the impact of the health literacy status of patients on health outcomes. The Nigerian Health Journal. 2015;8(3 - 4):1.

31. P. O, F. B. Sağlık okuryazarlığının ölçülmesi. Sağlık Okuryazarlığı. 2019:5-10.

32. Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağlık Okuryazarlığı ve Ölçümü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2014;13(4):327-34.

33. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. Patient Educ Couns. 1999;38(1):33-42.

34. Chin J, Morrow DG, Stine-Morrow EA, Conner-Garcia T, Graumlich JF, Murray MD. The process-knowledge model of health literacy: evidence from a componential analysis of two commonly used measures. J Health Commun. 2011;16 Suppl 3(Suppl 3):222-41.

35. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. J Gen Intern Med. 1995;10(10):537-41.

36. Schillinger D. Social Determinants, Health Literacy, and Disparities: Intersections and Controversies. Health Lit Res Pract. 2021;5(3):e234-e43.

37. Özkan S, Uğraş Dikmen A, Tüzün H, Karakaya K. Prevalence and Determiners of Health Literacy in Turkey. Turkey Health Literacy Journal. 2020;1(1):27-39.

38. Kendir Çopurlar C, Kartal M. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016;10(1):0-.

39. Kavuncuoğlu D, Koşan Z, Yılmaz S, Vançelik S. Health literacy levels and affecting factors among adults in Northeast Anatolia: Health literacy levels of adults. Journal of Surgery and Medicine. 2023;7(1):20-5.

40. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. J Gen Intern Med. 1998;13(12):791-8.

41. 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. 2015;25(6):1053-8.

42. Çopurlar Kendir C, Kartal M. What is Health Literacy? How to measure it? Why is it important? Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016;10(1):40-5.

43. Taş AT, Akış N. Sağlık Okuryazarlığı. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2016;25(3):119-24.

44. Şengül H, Çinar F, Çapar H, Bulut A, Çakmak C. Sağlik Bilimleri Fakültesi Öğrencilerin E-Sağlik Okuryazarliği Düzeyleri Ve İnternet Kullanimina Yönelik Tutumlari: Bir Vakif Üniversitesi Örneği. International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR). 2017;4(12):1277-87.

45. Çıtak G, Toker S. Türkiye'de Üreme Çağındaki Kadınların Güncel Sağlık Göstergeleri. TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;1(2):72-84.

46. İlçioğlu K, Keser N, Çınar N. Journal of Human Rhythm. 2017;3(3):112-9.

47. Solhi M, Abbasi K, Ebadi Fard Azar F, Hosseini A. Effect of Health Literacy Education on Self-Care in Pregnant Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2019;7(1):2-12.

48. Cho RN, Plunkett BA, Wolf MS, Simon CE, Grobman WA. Health literacy and patient understanding of screening tests for aneuploidy and neural tube defects. Prenat Diagn. 2007;27(5):463-7.

49. Gereklioğlu Ç, Başhan İ, Akpınar E. Erkek Cinsel İşlev Bozukluklarinda Aile Hekimliği Yaklaşimi. Marmara Medical Journal. 2015;23(2):308-15.

50. Taşkın PDL, Koç AGDG. I. Basamak Sağlık Kuruluşlarında Verilen Perinatoloji Hizmetlerinde Ebe ve Hemşireler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2006;13(2):48-56.

51. Bozdemir N, Özcan S. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2011;5(4):0-.

52. Pan American Health O, Pan American Health O, World Association for S, Pan American Health O. Promotion of sexual health: recommendations for action.

53. World Health O. Developing sexual health programmes: a framework for action. Geneva: World Health Organization; 2010.

54. Şen S, Usta E, Aygin D, Sert H. Yaşlılık ve cinsellik konusunda sağlık profesyonellerinin yaklaşımları (Derleme). Andrology Bulletin. 2015;17(60):64-7.

55. Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH. Assessment and Management of Women's Sexual Dysfunctions: Problematic Desire and Arousal. The Journal of Sexual Medicine. 2005;2(3):291-300.

56. Brecher EM. The Journal of Sex Research. 1970;6(3):247-50.

57. Polat C. Cinsel İşlev Bozuklukları ve Depresyon. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi. 2019;3(6):223-8.

58. Rao TS, Tandon A. Normal Human Sexuality and Sexual Disorders. 2018. p. 685

59. Özşahin AK, Aksöyek A, Canatar T. Approach to Sexual Health in Primary Care. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2019;13(3):356-62.

60. Yadav J, Gennarelli LA, Ratakonda U. Female sexuality and common sexual dysfunctions: evaluation and management in a primary care setting. Prim Care Update Ob Gyns. 2001;8(1):5-11.

61. Bogren LY. Changes in sexuality in women and men during pregnancy. Arch Sex Behav. 1991;20(1):35-45.

62. Nalbant S. Gebelikte gelişen fizyolojik değişiklikler. Onuncu Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. 2008;39:40.

63. Kirdemir P, Erdoğan A. Gebelikte Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler. Turkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation-Special Topics. 2013;6(2):1-6.

64. Reamy K, White SE, Daniell WC, Le Vine ES. Sexuality and pregnancy. A prospective study. J Reprod Med. 1982;27(6):321-7.

65. Rezai S, Nakagawa JT, Tedesco J, Chadee A, Gottimukkala S, Mercado R, et al. Gestational Gigantomastia Complicating Pregnancy: A Case Report and Review of the Literature. Case Rep Obstet Gynecol. 2015;2015:892369.

66. Dertlioğlu SB, Çiçek D, Uçak H, Çelik H, Halisdemir N. Gebelikte Gözlenen Deri Değişiklikleri ve Gebelik Dermatozlarının İncelenmesi. Fırat Tıp Dergisi. 2011;16(4):170-4.

67. Sayle AE, Savitz DA, Thorp JM, Jr., Hertz-Picciotto I, Wilcox AJ. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. Obstet Gynecol. 2001;97(2):283-9.

68. Ertem G, Sevil Ü. Gebeliğin cinselliğe etkisi. Dirim. 2010;2(7):40-7.

69. al Bustan MA, el Tomi NF, Faiwalla MF, Manav V. Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti women. Arch Sex Behav. 1995;24(2):207-15.

70. Güney E, Bal Z. Evaluation of pregnant women's attitudes towards sex life and sexuali. Andrology Bulletin. 2023;25(1):18-26.

71. Karaçam Yılmaz ZD, Tokman E. Trimesterden Trimestere: Gebelikte Değişen Cinsel İşlevleri Anlamak. KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024;4(3):174-83.

72. Yılmaz Sezer N, Şentürk Erenel A. Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi Uluslararası Ulusal Ebelik Kongresi 2019.

73. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları: Pegem Akademi Ankara; 2012.

74. Nawabi F, Krebs F, Lorenz L, Shukri A, Alayli A, Stock S. Health Literacy among Pregnant Women in a Lifestyle Intervention Trial. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet]. 2022; 19(10).

75. Lupattelli A, Picinardi M, Einarson A, Nordeng H. Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy. Patient Education and Counseling. 2014;96(2):171-8.

76. Duggan L, McCarthy S, Curtis LM, Wolf MS, Noone C, Higgins JR, et al. Associations between health literacy and beliefs about medicines in an Irish obstetric population. J Health Commun. 2014;19 Suppl 2:106-14.

77. Baccolini V, Rosso A, Di Paolo C, Isonne C, Salerno C, Migliara G, et al. What is the Prevalence of Low Health Literacy in European Union Member States? A Systematic Review and Meta-analysis. J Gen Intern Med. 2021;36(3):753-61.

78. Tavakoly Sany SB, Eslami V, Lael-Monfared E, Ghavami V, Peyman N. Effect of an educational intervention based on self-efficacy theory and health literacy skills on preventive behaviors of urinary tract infection in pregnant women: A quasi-experimental study. PLoS One. 2024;19(8):e0306558.

79. Kanbur A, Şirin Gök M, Küçük K. Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı İle Sağlık Uygulamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2023;31(6):409-17.

80. Yılmaz S, Kavuncuoğlu D, Koşan Z, Kadıoğlu BG, editors. Erzurum İl Merkezinde Hastanelere Başvuran Gebelerin Sağlik Okuryazarliği Düzeyi Ve Etkili Faktörler. 3 International 21 National Public Health Congress; 2019.

81. İnci MB, Berberoğlu U, Öztürk O, Ekerbiçer HÇ. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi. 2018;8(3):575-81.

82. 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;19(10).

83. Çelikyürek NA, Meydan Acımış N, Özcan B. Bir üniversite hastanesi dahiliye polikliniğine başvuranlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili etmenler. Pamukkale Medical Journal. 2020;13(2):258-66.

84. Papežová K, Kapounová Z, Zelenková V, Riad A. Nutritional Health Knowledge and Literacy among Pregnant Women in the Czech Republic: Analytical Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(5).

85. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah, Pham TV, Pham KM, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. J Epidemiol. 2017;27(2):80-6.

86. Bakan AB, Yıldız M. 21-64 yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. Sağlık ve Toplum. 2019;29(3):33-40.

87. 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;105(3):346-53.

88. Ilgaz A. Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi ve İlişkili Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2021;8(2):151-9.

89. Haun JN, Patel NR, French DD, Campbell RR, Bradham DD, Lapcevic WA. Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. BMC Health Serv Res. 2015;15:249.

90. Beydağ KD, Yuvarlan E. Gebelerin Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutumu ve Etkileyen Faktörler. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2024;6(1):21-31.

91. Pakray A, Ahmadi A, Jahani Y, Ghazanfarpour M. Effect of Educational Counseling on Knowledge and Attitude of Pregnant Women Towards Sex During Pregnancy. International Electronic Journal of Medicine. 2020;9:52-8.

92. Sezer NY, Aker MN, Alaca C, Dedeoğlu AZ. Gebelere Verilen Cinsel Eğitimin, Gebelikte Cinselliğe Yönelik Tutum ve Cinsel Yanıta Etkisinin Belirlenmesi; Randomize Kontrollü Araştırma. 2024.

93. Çini E. Gebelerin e-sağlık okuryazarlığının cinselliğe karşı tutumları ile ilişkisi. 2023.

94. Güney E, Bal Z. Gebelerin, cinsel yaşam ve cinselliğe karşı tutumlarının değerlendirilmesi. Androloji Bülteni. 2023;25(1).

95. Pamuk T. Gebelerin cinselliğe karşı tutumunun cinsel işleve etkisi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.

96. Akın B, Çelik B. The Relationship Between Attitudes Towards Sexuality and Anxiety During Pregnancy. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024;13(2):457-64.

97. Abouzari-Gazafroodi K, Najafi F, Kazemnejad E, Rahnama P, Montazeri A. Demographic and obstetric factors affecting women's sexual functioning during pregnancy. Reprod Health. 2015;12:72.

98. Bilgiç F, Karaahmet AY. Attitudes and beliefs regarding sexuality in pregnancy affect sexuality Turkey example: A cross-sectional study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2022;276:14-20.

99. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005;84(10):934-8.

100. Topatan S, Koç E. Gebelik Döneminde Yaşanan Kadın Cinsel Sıkıntı Durumu ve İlişkili Faktörler. Firat Universitesi Saglik Bilimleri Tip Dergisi. 2020;34(1).

101. Eryilmaz G, Ege E, Zincir H. Factors affecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey. Gynecol Obstet Invest. 2004;57(2):103-8.

102. Navidian A, Rigi SN, Soltani P. Effects of group sexual counseling on the traditional perceptions and attitudes of Iranian pregnant women. Int J Womens Health. 2016;8:203-11.

103. Wannakosit S, Phupong V. Sexual behavior in pregnancy: comparing between sexual education group and nonsexual education group. J Sex Med. 2010;7(10):3434-8.

104. Gumusay M, Erbil N, Demirbag BC. Investigation of sexual function and body image of pregnant women and sexual function of their partners. Sexual and Relationship Therapy. 2021;36(2-3):296-310.

105. Soares P, Calou C, Ribeiro S, Aquino P, Almeida P, Pinheiro A. Sexuality and associated risk factors in pregnant women. Revista Brasileira de Enfermagem. 2020;73.

106. Kračun I, Tul N, Blickstein I, Velikonja VG. Quantitative and qualitative assessment of maternal sexuality during pregnancy. J Perinat Med. 2019;47(3):335-40.

107. Bilge Ç, Mecdi Kaydırak M, Öner Ö, Balkaya NA. Gebelikte Cinsel İşlev Ve Cinsel Memnuniyetin Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 2021;9(2):684-93.

108. Sacomori C, Cardoso FL. Sexual initiative and intercourse behavior during pregnancy among brazilian women: a retrospective study. J Sex Marital Ther. 2010;36(2):124-36.

109. Barikani A, Samani Kia M, Khoshkchali A, Mirzadeh M. Relationship between health literacy level and sexual function in women in the Northwest of Iran in 2020- a cross sectional study. BMC Womens Health. 2023;23(1):176.

110. Dehghankar L, Panahi R, Khatooni M, Fallah S, Moafi F, Anbari M, et al. The association between sexual health literacy and sexual function of women in Iran. J Educ Health Promot. 2022;11:11.

111. Kurt Durmuş M, Ören B. Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ve Kişisel Özelliklerin Sağlık Okuryazarlığına Etkisi. Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi. 2022;4(2):88-94.

112. Öztürk Altınayak S, Özkan H. Gebelerde Cinsel Sağlık Okuryazarlığının Cinsellik Tutumları ile İlişkisi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi. 2024;14(3):605-15.

8. EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam 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 BAŞVURAN GEBELERDE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE GEBELİKTE CİNSELLİĞE KARŞI TUTUM DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

Sorumlu Araştırıcının Adı: Dr. Öğr. Üyesi Suat SİNCAN

Diğer Araştırıcıların Adı: Arş. Gör. Dr. Delal AKMAN

Destekleyici (varsa):

"Atatürk Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde Sağlık Okuryazarlığı ile Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Düzeyi Arasındaki İlişkinin Araştırılması"

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 Suat SİNCAN sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu tezde gebelerde sağlık okuryazarlığı ile gebelikte cinselliğe karşı tutum düzeyi arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya 118 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 Okuryazarlık Ölçeği, Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

1. Çalışmamızın herhangi bir riski bulunmamaktadır.
2. Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır.

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 : Delal AKMAN

GÖREVİ : Arş. Gör. Dr.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

AÜTF Aile Hekimliği Anabilim dalında, Dr. Delal AKMAN 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. Delal AKMAN'ı, 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, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

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

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı: DR. DELAL AKMAN

Adres: ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tel:

İmza:

Tarih:

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

EK-2. Sosyo-Demografik Veri Formu

1-Yaşınız?.....

2- Eğitim düzeyiniz?

İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu ( ) Lise mezunu( )

Üniversite/yüksekokul mezunu ( ) Yüksek lisans mezunu ( ) Doktora mezunu ( )

3- Mesleğiniz?

Ev hanımı ( ) Emekli ( ) Memur ( ) İşçi ( ) Öğrenci ( ) İşsiz ( ) Diğer (……..)

4-Kronik bir hastalığınız var mı? Evet( ) Hayır ( )

5-Kronik hastalığınız varsa nedir?.....

6- Kaç haftalık gebesiniz?.....

7- Kaç doğum yaptınız?.....

8- Doğum şekilleriniz nelerdir?

1.doğum sezaryen ( ) normal doğum ( )

2.doğum sezaryen ( ) normal doğum ( )

3.doğum sezaryen ( ) normal doğum ( )

4.doğum sezaryen ( ) normal doğum ( )

5.doğum sezaryen ( ) normal doğum ( )

9- Kaçıncı gebeliğiniz?.....

10-Daha önce düşüğünüz oldu mu?.....

EK-3. Türkiye Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği (TSOY)

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	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 (laboratuar, 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					

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim yok
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, anlamak gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri					
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 değerlen					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri					
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					

EK-4. Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği

	Katılma Düzeyiniz				
	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta Düzeyde Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.Gebelikte cinsel yaşantının evliliğin devamı için gerekli olduğunu düşünürüm.					
2.Gebelikte cinsel birleşmeyi bebeğin hissetmeyeceğini düşünürüm.					
3.Gebelikte cinsel birleşmenin yasak olduğunu düşünürüm.					
4.Gebe iken eşimle cinsel birleşmeye girdiğimde suçluluk hissederim.					
5.Gebelikte cinsel birleşmeden korkmam.					
6.Sağlıklı bir gebelikte gebelikte cinsel birleşmenin tehlikesiz olduğunu düşünürüm.					
7.Gebelikte cinsel birleşmenin kadında ağrıya neden olacağını düşünürüm.					
8.Gebelikte cinsel birleşmenin günah olduğunu düşünürüm.					
9.Gebelikte cinsel yaşantının annelik ile bağdaşmadığını düşünürüm.					
10.Bebeğin hissedeceğini düşünerek gebelikte cinsel birleşmeden kaçınırım.					
11.Sağlıklı bir gebelikte cinsel birleşmeyi kısıtlamaya gerek olmadığını düşünürüm.					
12.Gebelikte cinsel yaşantının ahlaksızlık olduğunu düşünürüm.					
13.Gebelikte cinsellik ile ilgili konuların konuşulmasının bebeği rahatsız edeceğini düşünürüm.					
14.Gebelikte cinsel birleşmenin anneye zarar vermeyeceğini düşünürüm.					
15.Gebelikte cinsel birleşmeden mümkün olduğunca uzak dururum.					
16.Gebelikte cinsel birleşmenin bebeği kirlettiğini düşünürüm.					
17.Gebelik süresince cinsellik ile ilgili konuları konuşmaktan utanırım.					
18.Gebelikte cinsel birleşmenin erken doğuma neden olacağını düşünürüm.					
19.Gebeliğin kadını kutsallaştırdığına inandığım için cinsel birleşmede bulunmaktan kaçınırım.					
20.Gebe kalma endişesi olmadığı için gebelikte cinsel birleşmeye daha rahat girerim.					

	Katılma Düzeyiniz (Devamı)				
	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta Düzeyde Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
21.Gebelikte cinsel birleşmenin bebeğe zarar vermesinden korkmam.					
22.Gebelikte cinsel birleşmenin kanamaya neden olacağını düşünürüm.					
23.Gebelikte kendi kendine tatmin olmanın sakınca taşımadığını düşünürüm.					
24.Gebelikte cinsel yaşantının beni eşime yakınlaştırdığını hissederim.					
25.Gebelikte cinsel birleşme sırasında bebeğin rahatsız olacağını düşünürüm.					
26.Gebelikte cinsel birleşmenin enfeksiyona neden olacağını düşünürüm.					
27.Gebelikte kadın vücudunun cinsel birleşme için uygun olmadığını düşünürüm.					
28.Gebelikte cinsel yaşantıdan uzak durmanın eşimle ilişkimizin bozulmasına neden olacağını düşünürüm.					
29.Gebelikte cinsel yakınlaşmada bulunduğumda bebeğimden utandığımı hissederim.					
30.Gebelikte cinsel birleşmenin düşüğe neden olacağını düşünürüm.					
31.Gebelikte öpme, sarılma, yakınlaşma gibi davranışlarla cinsel paylaşımımı sürdürürüm.					
32.Gebelikte cinsel yaşantıdan uzak durduğumda kendimi mutsuz hissederim.					
33.Gebelikte cinsel birleşmenin bebeğe zarar vermeyeceğini düşünürüm.					
34.Gebelikte cinsel yaşantının normal olduğunu düşünürüm.					