

E-ISSN: 2458-9176



# ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

JOURNAL OF HEALTH SCIENCES OF ADIYAMAN UNIVERSITY

CİLT  
VOLUME

9

SAYI  
ISSUE

1

AY  
MONTH

Nisan  
April

YIL  
YEAR

2023





**Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**  
*Journal of Health Sciences of Adıyaman University*  
Nisan, Ağustos ve Aralık aylarında olmak üzere yılda 3 sayı çıkar.  
*Three issues annually: April, August, December*  
Yayın dili: Türkçe ve İngilizce'dir  
*Publishing Language: Turkish and English*



<https://dergipark.org.tr/tr/pub/adiyamansaglik>  
<https://dergipark.org.tr/en/pub/adiyamansaglik>

**İmtiyaz Sahibi Privilege Owner**

Adıyaman Üniversitesi Rektörlüğü Adına  
Prof. Dr. Mehmet TURGUT (Rektör)

On Behalf of Rectorate of Adıyaman University  
Prof. Dr. Mehmet TURGUT (Rector)

**Dergi Yöneticisi Journal Manager**

Doç. Dr. İbrahim Hakan BUCAK  
Prof. Dr. Süleyman BAYRAM

Associate Prof. Dr. İbrahim Hakan BUCAK  
Prof. Dr. Süleyman BAYRAM

**Baş Editör Editor-in-Chief**

Doç. Dr. İbrahim Hakan BUCAK, Adıyaman Üniversitesi

Associate Prof. Dr. İbrahim Hakan BUCAK, Adıyaman University

**Yayın Kurulu Editorial Board**

**Editör Yardımcıları Associate Editors**

Prof. Dr. Musa ABEŞ, Adıyaman Üniversitesi  
Prof. Dr. Süleyman BAYRAM, Adıyaman Üniversitesi  
Prof. Dr. Sayad KOCAHAN, Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Prof. Dr. Mehmet TEKİN, İnönü Üniversitesi

Prof. Dr. Musa ABEŞ, Adıyaman University  
Prof. Dr. Süleyman BAYRAM, Adıyaman University  
Prof. Dr. Sayad KOCAHAN, University of Health Sciences  
Prof. Dr. Mehmet TEKİN, İnönü University

**Alan Editörleri National Section Editors**

Prof. Dr. Musa ABEŞ, Adıyaman Üniversitesi  
Prof. Dr. Süleyman BAYRAM, Adıyaman Üniversitesi  
Prof. Dr. Mehmet TEKİN, İnönü Üniversitesi  
Doç. Dr. Türkan KARACA, Adıyaman Üniversitesi  
Doç. Dr. Mehmet ŞİRİK, Adıyaman Üniversitesi  
Doç. Dr. Aydın KESKİNRÜZGAR, Adıyaman Üniversitesi  
Doç. Dr. Behice HAN ALMIŞ, Adıyaman Üniversitesi  
Dr. Öğr. Üyesi Hilal AYDIN, Balıkesir Üniversitesi  
Doç. Dr. Erman ALTUNIŞIK, Adıyaman Üniversitesi  
Dr. Öğr. Üyesi. Özlem YAĞIZ AGHAYAROV İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Musa ABEŞ, Adıyaman University  
Prof. Dr. Süleyman BAYRAM, Adıyaman University  
Prof. Dr. Mehmet TEKİN, İnönü University  
Associate Prof. Dr. Türkan KARACA, Adıyaman University  
Associate Prof. Dr. Mehmet ŞİRİK, Adıyaman University  
Associate Prof. Dr. Aydın KESKİNRÜZGAR, Adıyaman University  
Associate Prof. Dr. Behice HAN ALMIŞ, Adıyaman University  
Assistant. Prof. Dr. Hilal AYDIN, Balıkesir University  
Associate Prof. Dr. Erman ALTUNIŞIK, Adıyaman University  
Assistant. Prof. Dr. Özlem YAĞIZ AGHAYAROV, Izmir University of Health Sciences Tepecik Training and Research Hospital

**Türkçe Dil Editörü Turkish Language Editor**

Doç. Dr. Türker Barış BULDUK, Adıyaman Üniversitesi

Associate Prof. Dr. Türker Barış BULDUK, Adıyaman University

**İngilizce Dil Editörü English Language Editor**

Doç. Dr. Muhsin AYDIN, Adıyaman Üniversitesi  
Dr. Öğr. Üyesi Oya BAYILTMİŞ ÖĞÜTCÜ, Adıyaman Üniversitesi

Associate Prof. Dr. Muhsin AYDIN, Adıyaman University  
Assistant. Prof. Dr. Oya BAYILTMİŞ ÖĞÜTCÜ Adıyaman University

**Biyostatistik Editörü Editor-in-Biostatistics**

Prof. Dr. Tayfun SERVİ, Adıyaman Üniversitesi

Prof. Dr. Tayfun SERVİ, Adıyaman University

**Etik Editörü Editor-in-Ethics**

Dr. Öğr. Üyesi Gülhan ERKUŞ KÜÇÜKKELEPÇE, Adıyaman Üniversitesi

Assistant. Prof. Dr. Gülhan ERKUŞ KÜÇÜKKELEPÇE Adıyaman University

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü Publishing Manager**

Doç. Dr. Yasemin ALTINBAŞ, Adıyaman Üniversitesi

Doç. Dr. Yasemin ALTINBAŞ Adıyaman University

**Dergi Sekreteri Secretary**

Doç. Dr. Yasemin ALTINBAŞ, Adıyaman Üniversitesi

Doç. Dr. Yasemin ALTINBAŞ Adıyaman University

**Yazışma Adresi Correspondence**

Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Altınşehir Mh. 3005 Sokak, No:1, 02040, Adıyaman, Türkiye

e-posta: [sagbildergisi@adiyaman.edu.tr](mailto:sagbildergisi@adiyaman.edu.tr)

Dergi Yazı Gönderimi Sayfası:

<http://dergipark.org.tr/tr/pub/adiyamansaglik>

Tel: +90 (416) 223 38 00 Cep: +90 507 237 27 52

Adıyaman University Faculty of Health Sciences, Altınşehir Neighborhood, 3005 Street, Building No: 1, 02040, Adıyaman, Turkey.

e-mail: [sagbildergisi@adiyaman.edu.tr](mailto:sagbildergisi@adiyaman.edu.tr)

Journal Submission Web Page:

<https://dergipark.org.tr/en/pub/adiyamansaglik>

Tel: +90 (416) 223 38 00 Mobile: +90 507 237 27 52

**Danışma Kurulu Advisory Board**

**Prof. Dr. Ali CANBAY**, Otto-von Guericke University, Faculty of Medicine, Department of Gastroenterology, Hepatology and Infectious Diseases, Magdeburg, Germany. ([ali.canbay@med.ovgu.de](mailto:ali.canbay@med.ovgu.de))

**Prof. Dr. Margarete ODENTHAL**, University of Cologne, Institute of Pathology, Cologne, Germany. ([margarete.odenthal@uk-koeln.de](mailto:margarete.odenthal@uk-koeln.de))

**Dr. Fatma LEVENT**, Texas Tech University Health Sciences Center, Department of Pediatrics, Texas, USA. ([Fatma.levent@ttuhsc.edu](mailto:Fatma.levent@ttuhsc.edu))

**Prof. Dr. Hayri Levent YILMAZ**, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana, Türkiye. ([hyilmaz@cu.edu.tr](mailto:hyilmaz@cu.edu.tr))

**Prof. Dr. Sedef KURAN**, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Adana, Türkiye. ([skuran@cu.edu.tr](mailto:skuran@cu.edu.tr))

**Prof. Dr. Hüseyin Hakan POYRAZOĞLU**, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Adana, Türkiye. ([hpoyrazoglu@cu.edu.tr](mailto:hpoyrazoglu@cu.edu.tr))

**Prof. Dr. Yurdanur KILINÇ**, Sanko Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye. ([ykilinc@sanko.edu.tr](mailto:ykilinc@sanko.edu.tr))

**Prof. Dr. Ülkü ÇÖMELEKOĞLU**, Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Biyofizik Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye. ([ulkucomelekoglu@mersin.edu.tr](mailto:ulkucomelekoglu@mersin.edu.tr))

**Prof. Dr. Şükrü Mehmet ERTÜRK**, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ([smerturk@istanbul.edu.tr](mailto:smerturk@istanbul.edu.tr))

**Prof. Dr. Emine GEÇKİL**, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye. ([egeckil@erbakan.edu.tr](mailto:egeckil@erbakan.edu.tr))

**Prof. Dr. Meryem Yavuz Van Giersbergen**, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye. ([meryem.yavuz@ege.edu.tr](mailto:meryem.yavuz@ege.edu.tr))

**Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU**, Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye. ([bkadriye@akdeniz.edu.tr](mailto:bkadriye@akdeniz.edu.tr))

**Prof. Dr. Rukuye AYLAZ**, İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye. ([rukuye.aylaz@inonu.edu.tr](mailto:rukuye.aylaz@inonu.edu.tr))

**Prof. Dr. Leyla DİNÇ**, Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye ([leylad@hacettepe.edu.tr](mailto:leylad@hacettepe.edu.tr))

**Prof. Dr. Gülay RATHFISCH**, İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ([gulay.rathfisch@istanbul.edu.tr](mailto:gulay.rathfisch@istanbul.edu.tr))

**Prof. Dr. Ahmet Taner SÜMBÜL**, Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Adana, Türkiye. ([atsumbul@baskent.edu.tr](mailto:atsumbul@baskent.edu.tr))

**Doç. Dr. Ahmet RENCÜZOĞULLARI**, Koç Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ([arencuz@ku.edu.tr](mailto:arencuz@ku.edu.tr))

**Doç. Dr. İmatullah AKYAR**, Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye. ([akyar@hacettepe.edu.tr](mailto:akyar@hacettepe.edu.tr))

**Prof. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL**, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye. ([meltem.bal@marmara.edu.tr](mailto:meltem.bal@marmara.edu.tr))

**Prof. Dr. Ramazan AKÇAN**, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Adli Tıp Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye. ([ramazan.akcan@hacettepe.edu.tr](mailto:ramazan.akcan@hacettepe.edu.tr))

**Doç. Dr. Burhan Hakan KANAT**, Malatya Turgut Özal Üniversitesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye. ([burhankanat@hotmail.com](mailto:burhankanat@hotmail.com))

**Doç. Dr. Celal GÜVEN**, Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, Biyofizik Anabilim Dalı. Niğde, Türkiye. ([cguven@ohu.edu.tr](mailto:cguven@ohu.edu.tr))

**Dr. Öğr. Üyesi Kenan KAYA**, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Adli Tıp Anabilim Dalı, Adana, Türkiye. ([kkaya@cu.edu.tr](mailto:kkaya@cu.edu.tr))

**Doç. Dr. İbrahim Halil ERDOĞDU**, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye. ([imeteoglu@adu.edu.tr](mailto:imeteoglu@adu.edu.tr))

**Derginin Yayımlanması ve Web Sayfası Yönetimi Journal Publishing and Web Page Management**

Ömer KIZIL

**Derleme ve Mizanpaj Layout Editors**

Ömer KIZIL  
Maksude YILDIRIM  
Mümin SAVAŞ

**Dergi Yayın/Dizgi Ofisi Journal Publishing Office**

Ömer KIZIL  
Maksude YILDIRIM  
Mümin SAVAŞ

**Grafik Tasarım Graphic Design**

Ömer KIZIL  
Maksude YILDIRIM  
Mümin SAVAŞ

**Dizin Bilgisi (Taranmakta Olunan Ulusal ve Uluslararası Dizin ve Platformlar)**

“TÜBİTAK/ULAKBİM-TR Dizin”, “Sobiad”, “Türk Medline:Ulusal Biomedikal Süreli Yayınlar Veritabanı”, “ROAD”, “Crossref”, “JournalTOCs”, “Türkiye Atıf Dizini”, “Research Bible”, “Scilit”, “WorldCat”, “Index Copernicus (ICI World of Journals)” “EuroPub: Academic and Scholarly Research Publication Center” “İdealonline” “International Institute of Organized Research (I2OR)” ve “Scientific Indexing Services (SIS)” ulusal ve uluslararası dizinlerde taranmaktadır.

**Abstracting & Indexing (National and International Indexing Services and Platforms)**

“TÜBİTAK/ULAKBİM-TR Dizin” “Sobiad”, “Türk Medline:Ulusal Biomedikal Süreli Yayınlar Veritabanı”, “ROAD”, “Crossref”, “JournalTOCs”, “Türkiye Atıf Dizini”, “Research Bible”, “Scilit”, “WorldCat”, “Index Copernicus (ICI World of Journals)” “EuroPub: Academic and Scholarly Research Publication Center” “İdealonline” “International Institute of Organized Research (I2OR)” “Scientific Indexing Services (SIS)”

Yayın Tarihi Publication Date

23.04.2023



E-ISSN: 2458-9176



# ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

JOURNAL OF HEALTH SCIENCES OF ADİYAMAN UNIVERSITY



**A. KAPAK SAYFASI/COVER PAGE**

**B. DERGİ KÜNYESİ/ISSUE MASTHEAD**

**C. İÇİNDEKİLER/TABLE OF CONTENTS**

**i. ÖZGÜN ARAŞTIRMA/RESEARCH ARTICLES**

1,	<u>Erdoğan Öz</u> , Osman Küçükkelepçe, Habip Almış, Mehmet Emin Parlak, Osman Kurt <a href="https://doi.org/10.30569/adiyamansaglik.1210911">https://doi.org/10.30569/adiyamansaglik.1210911</a>	<b>Evaluation of infant deaths during Covid-19 pandemic in Adiyaman, a southeastern province of Turkey</b> <i>Türkiye'nin bir güneydoğu ili Adiyaman'da Covid-19 pandemi sürecinde bebek ölümlerinin değerlendirilmesi</i>	<b>1-9</b>
2,	Burcu Beyazgül, İbrahim Koruk, <u>Doğukan Karadağ</u> , Rüstem Kuzan, Ahmet Gündüzalp <a href="https://doi.org/10.30569/adiyamansaglik.1204173">https://doi.org/10.30569/adiyamansaglik.1204173</a>	<b>Kutanöz leishmaniasis hastalarının sağlık merkezine başvuru gecikmelerinde sağlık okuryazarlığı ve diğer faktörlerin etkisi</b> <i>The effect of health literacy and other factors on the delays in applying to the health center of cutaneous leishmaniasis patients</i>	<b>10-16</b>
3,	<u>Sibel İçke</u> , Emine Serap Çağan, Rabia Genç <a href="https://doi.org/10.30569/adiyamansaglik.1161939">https://doi.org/10.30569/adiyamansaglik.1161939</a>	<b>Klinik ortamlarda akademik ebelik ölçeği (KOAEÖ) Türkçe uyarlaması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması</b> <i>The Turkish adaptation of the midwifery academics in clinical environment (midACE) tool: Validity and reliability study</i>	<b>17-25</b>
4,	Gizem Anaç, Ebru Gözüyeşil, <a href="https://doi.org/10.30569/adiyamansaglik.1207642">https://doi.org/10.30569/adiyamansaglik.1207642</a>	<b>Gebe kadınların gebelik algıları ve sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi; metodolojik ve tanımlayıcı bir çalışma</b> <i>Determination of pregnancy perceptions and health needs of pregnant women; a methodological and descriptive study</i>	<b>26-38</b>
5,	<u>Fatma Erdeo</u> , Aysun Yeşiltaş <a href="https://doi.org/10.30569/adiyamansaglik.1184656">https://doi.org/10.30569/adiyamansaglik.1184656</a>	<b>Hastane seçiminde etkili olan faktörler: Engelli bireyler örneği</b> <i>Influential factors of hospital selection: A sample of people with disabilities</i>	<b>39-48</b>

Adiyaman Üniversitesi'nin Bilimsel Süreli Yayınıdır






*This work is a scientific periodical publication of Adiyaman University*



Research Article/Özgün Araştırma

Evaluation of infant deaths during Covid-19 pandemic in Adıyaman, a southeastern province of Turkey

Türkiye'nin bir güneydoğu ili Adıyaman'da Covid-19 pandemi sürecinde bebek ölümlerinin değerlendirilmesi

Erdoğan ÖZ<sup>1</sup> , Osman KÜÇÜKKELEPÇE<sup>1</sup> , Habip ALMIŞ<sup>2</sup> , Mehmet Emin PARLAK<sup>2</sup>   
, Osman KURT<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Adıyaman Provincial Health Directorate, 02040, Adıyaman-Turkey

<sup>2</sup>Adıyaman University, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, 02040, Adıyaman-Turkey

**Atıf gösterme/Cite this article as:** Öz E, Küçükkelepçe O, Almış H, Parlak ME, Kurt O. Evaluation of infant deaths during Covid-19 pandemic in Adıyaman, a southeastern province of Turkey. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg.* 2023;9(1):1-9. doi:10.30569.adiyamansaglik.1210911

**Abstract**

**Aim:** Evaluation of infant deaths during the Covid-19 Pandemic period in Adıyaman, a southeastern province of Turkey.

**Materials and Methods:** All infant mortality files submitted to Adıyaman Provincial Health Directorate Infant Mortality Investigation Commission in 2020 and 2021 were examined.

**Results:** 109 out of 11.019 live births in Adıyaman in 2020 and 135 of 11.979 live births in 2021 died before their first birthday. While the infant mortality rate was 9.9 per thousand in 2020, in 2021, it increased by 24% to 12.3 per thousand. There was no evidence that the Covid-19 pandemic directly increased infant mortality.

**Conclusion:** A significant portion of infant deaths are babies of mothers who had risky pregnancies. Therefore, all steps to protect maternal health will be the first and most effective way to reduce infant mortality.

**Keywords:** Infant Death; Infant mortality causes; Infant mortality rate; Covid-19; Pandemia.

**Öz**

**Amaç:** Türkiye'nin Güneydoğu ili Adıyaman'da Covid-19 Pandemi döneminde bebek ölümlerinin değerlendirilmesi.

**Gereç ve Yöntem:** 2020 ve 2021 yıllarında Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü Bebek Ölümünü Araştırma Komisyonuna sunulan tüm bebek ölüm dosyaları incelenmiştir.

**Bulgular:** 2020 yılında Adıyaman'da 11,019 canlı doğumdan 109'u ve 2021 yılında 11,979 canlı doğumdan 135'i bir yaşını doldurmadan ölmüştür. 2020 yılında bebek ölüm hızı binde 9,9 olurken; 2021'de %24 artarak binde 12,3'e yükselmiştir. Covid-19 pandemisinin bebek ölüm oranını doğrudan arttırdığına dair bir kanıt bulunmamıştır.

**Sonuç:** Bebek ölümlerinin önemli bir kısmı riskli gebelik geçiren annelerin bebekleridir. Bu sebeple; anne sağlığını korumaya yönelik atılacak tüm adımlar, bebek ölümlerini azaltmanın ilk ve en etkili yolu olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Bebek Ölümü; Bebek ölüm nedenleri; Bebek ölüm hızı; Covid19; Pandemi.

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Erdoğan ÖZ, Adıyaman Provincial Health Directorate, Turgut Reis District, 105th Street, No:23, 02040, Adıyaman-Turkey, E-mail: [drerdoganoz@hotmail.com](mailto:drerdoganoz@hotmail.com)

**Geliş Tarihi/Received:**28.11.2022

**Kabul Tarihi/Accepted:**14.03.2023

**Yayın Tarihi/Published online:**23.04.2023



## Introduction

According to the World Health Organization, 75% of deaths under 5 in 2018 occurred in the first year of life. The infant mortality rate, which expresses the number of babies who die before reaching the first year of age per thousand live births, has decreased by more than half in the last 30 years; it decreased to 29 per 1000 live births. The infant mortality rate was the highest in Africa, with 52 per thousand in 2018. In Europe, it is 7 per thousand.<sup>1</sup> In 2020, 47% of deaths under the age of 5 in the world occurred in the neonatal period. The risk of a baby dying within the first 28 days after birth in the country with the highest mortality rate is 56 times higher than in the country with the lowest.<sup>2</sup>

The infant mortality rate was 13.9 in 2009 in Turkey; although it showed slight increases in 2012, 2014, and 2021 compared to the previous years, it decreased to 9.1 by the end of 2021. The infant mortality rate was 9.3 in 2018; 9.1 in 2019; in 2020, it is 8.5. While the infant mortality rate was 12.9 in 2020 in the Southeastern Anatolia Region, the region with the highest maternal mortality rate and infant mortality rate, it was 13.6 in 2021.<sup>3,4</sup>

In pregnancies where the maternal age is below 20 or over 35, those born before the 28th week or at the 42nd week or later, and in low-development geographical regions, the infant mortality rate is higher.<sup>5</sup> Contrary to many studies showing that as per capita income increases, infant mortality rate decreases, a study conducted in Brazil based on 15,879 live birth data suggested that neonatal deaths are not associated with socioeconomic status.<sup>6-9</sup>

Whatever the cause, infant deaths have a devastating social impact, just like maternal deaths. Therefore, even the most developed countries prioritize reducing infant mortality even though infant mortality rates have decreased significantly in the last century.<sup>10</sup>

## Materials and Methods

In the study, infant deaths in Adıyaman province, located in the Southeast of Turkey, were evaluated in 2020 and 2021, when the Covid-19 pandemic affected the world. Infant mortality, based on time of death, was

examined in three periods: Those on 0-6 days from birth are in the ‘early neonatal period’, those on days 7-27 are ‘late neonatal period’ and those on days 28-365 are ‘postneonatal period’. According to the time of birth, babies born between 22 and 38 weeks were classified as ‘preterm’, those born between 38 and 42 weeks are classified as ‘term’ and those born at or after 43 weeks are classified as ‘postterm’. According to birth weight, that 999 g and below are ‘extremely low birth weight’, those between 1000-1500 g are ‘very low birth weight’, those between 1501- 2499 g are ‘low birth weight’, those between 2500-4000 g are ‘normal birth weight.’ Those weighing 4001 g and above are also classified as ‘macrosomia (large baby)’.

## Type of the study

The study was planned as a descriptive retrospective study.

## The sample size of the study

The records of 109 infants born and died in Adıyaman in 2020 and 2021 were examined.

## Data collection tools

All infant mortality files submitted to Adıyaman Provincial Health Directorate Infant Mortality Investigation Commission in 2020 and 2021 were examined.

## Data analysis

Analyzes were evaluated in 22 package programs of SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL). In the study, descriptive data are shown as n and % values in categorical data and mean±standard deviation (Mean±SD) values in continuous data. Chi-square analysis (Pearson Chi-square) was used to compare categorical variables between groups. The conformity of continuous variables to normal distribution was evaluated with the Kolmogorov-Smirnov test. Mann-Whitney U-test was used to compare paired groups. The statistical significance level in the analysis was accepted as ( $p<0.05$ )

## Ethics Committee Approval

Ethics committee approval was obtained with the decision of the Ethics Committee for Non-Interventional Procedures of Firat



University, dated 01/09/2022, and numbered 10306. The principles of the Declaration of Helsinki conducted the research.

**Results**

There were 11.019 live births in Adıyaman in 2020, and 109 died. While the infant

mortality rate in Adıyaman was 9.9 per thousand in 2020, it was 8.5 per thousand in Turkey. In 2021, 11.979 live births took place in Adıyaman, and 135 died. In 2021, the infant mortality rate in Adıyaman increased by 24% to 12.3 per thousand. In Turkey, the infant mortality rate in 2021 was 9.1 (Table 1).

**Table 1.** Number of live births and infant deaths in Adıyaman

	Number of Live Births	Adıyaman Number of Infant Deaths	Infant Mortality Rate (%)	Turkey Infant Mortality Rate (%)
<b>2020</b>	11.019	109	9.9	8.5
<b>2021</b>	10.979	135	12.3	9.1
<b>Total</b>	21.998	244	11.1	8.8

Of the infants who died in 2020-2021, 43% died in the early neonatal period, 25% in the

late neonatal period, and 32% in the postneonatal period (Table 2).

**Table 2.** Distribution of infant deaths by periods

	2020		2021		Total		P*
	Number	%	Number	%	Number	%	
<b>Early neonatal</b>	46	42,2	59	43.7	105	43.0	0.828
<b>Late neonatal</b>	26	23,9	35	25.9	61	25.0	
<b>Postneonatal</b>	37	33,9	41	30.4	78	32.0	

28% of the mothers were 35 years old and over. 45.3% of the mothers were primary school graduates or below, and 47.1% live in the province. While 25.3% of pregnancies were the first, the interval between two pregnancies was <1 year in 2.6%, 1-2 years in 25.9%, and >2 years in 70.5%. Parental consanguinity in 26.1% of the cases; 7.1% had

Rh incompatibility. 81.6% of mothers were fully vaccinated for the tetanus vaccine. 5.7% of mothers smoke. There was a significant difference in smoking between 2020 and 2021 (p=0.032), but no significant difference was observed in other parameters. (p>0.05)(Table 3).

**Table 3.** Pregnancy characteristics and maternal obstetric history<sup>a</sup>

		2020		2021		Total		P*
		Number	%	Number	%	Number	%	
<b>Age</b>	≤25	25	24.0	39	28.9	64	26.8	0.484
	26-34	46	44.2	62	45.9	108	45.2	
	≥35	33	31.7	34	25.2	67	28.0	
<b>Mother education</b>	Primary school and below	43	45.3	59	45.4	102	45.3	0.986
	Secondary school and above	52	54.7	71	54.6	123	54.7	
<b>Living place</b>	City	53	48.6	62	45.9	115	47.1	0.675
	County	56	51.4	73	54.1	129	52.9	
<b>Pregnancy type</b>	Natural	96	88.1	128	94.8	224	91.8	0.056
	Assisted reproductive techniques	13	11.9	7	5.2	20	8.2	
<b>Time of birth</b>	Preterm	76	69.7	98	72.6	174	71.3	0.622
	Term	33	30.3	37	27.4	70	28.7	
<b>Number of fetuses</b>	Singular	83	85.6	120	88.9	203	87.5	0.450
	Plural	14	14.4	15	11.1	29	12.5	
<b>First pregnancy?</b>	Yes	21	22.1	36	27.7	57	25.3	0.341
	No	74	77.9	94	72.3	168	74.7	
<b>Time between pregnancies</b>	<1 year	2	2.7	4	4.3	6	3.6	0.136
	1-2 year	14	18.9	29	31.5	43	25.9	
	>2 year	58	78.4	59	64.1	117	70.5	
<b>Parental kinship</b>	Yes	28	29.8	30	23.4	58	26.1	0.287
	No	66	70.2	98	76.6	164	73.9	

<b>Rh incompatibility</b>	Yes	4	4.3	12	9.2	16	7.1	0.154
	No	90	95.7	118	90.8	208	92.9	
<b>Tetanus vaccine</b>	Fully vaccinated	76	81.7	106	81.5	182	81.6	0.489
	Incompletely vaccinated	16	17.2	19	14.6	35	15.7	
	Unvaccinated	1	1.1	5	3.8	6	2.7	
<b>Smoke</b>	Yes	9	9.7	4	3.0	13	5.7	0.032
	No	84	90.3	131	97.0	215	94.3	
<b>Type of birth</b>	Cesarean section	71	74.7	88	68.2	159	71.0	0.288
	Vaginal delivery	24	25.3	41	31.8	65	29.0	
<b>Place of birth</b>	Training and Research Hospital	68	73.9	93	72.7	161	73.2	0.563
	Private hospital	20	21.7	25	19.5	45	20.5	
	Hospital	4	4.3	10	7.8	14	6.4	
<b>Place of death</b>	Training and Research Hospital	60	66.7	78	61.9	138	63.9	0.513
	Private hospital	21	23.3	38	30.2	59	27.3	
	University hospital	9	10.0	10	7.9	19	8.8	

\* Chi-square analysis was applied. <sup>a</sup>There are missing data.

While 32.8% of the deliveries were of average weight, 53.7% of the babies were girls, and 46.3% were boys. Congenital anomalies were present in 25.4% of the babies. The need for resuscitation was observed in 47.1% of the infants, meconium in 5.8%, and

hyperbilirubinemia in 24.9%. There was a significant difference only in terms of the presence of congenital anomalies between 2020 and 2021 ( $p=0.023$ ), but no significant difference was observed in terms of other parameters ( $p>0.05$ ) (Table 4).

**Table 4.** Characteristics of the baby<sup>a</sup>

		2020		2021		Total		<i>p</i> *
		Number	%	Number	%	Number	%	
<b>Birth weight</b>	Extremely low weight	28	25.7	39	28.9	67	27.5	0.635
	Very low weight	17	15.6	18	13.3	35	14.3	
	Low weight	22	20.2	36	26.7	58	23.8	
	Normal weight	40	36.7	40	29.6	80	32.8	
	Macrosomia	2	1.8	2	1.5	4	1.6	
<b>Gender</b>	Female	56	51.4	75	55.6	131	53.7	0.515
	Male	53	48.6	60	44.4	113	46.3	
<b>Congenital anomaly</b>	Yes	31	33.3	27	20.0	58	25.4	0.023
	No	62	66.7	108	80.0	170	74.6	
<b>Need to resuscitate the baby</b>	Yes	45	47.4	61	46.9	106	47.1	0.947
	No	50	52.6	69	53.1	119	52.9	
<b>Presence of meconium</b>	Yes	3	3.2	10	7.7	13	5.8	0.150
	No	92	96.8	120	92.3	212	94.2	
<b>Hyperbilirubinemia status in the baby</b>	Physiological jaundice	18	18.9	32	24.6	50	22.2	0.579
	Pathological jaundice	2	2.1	4	3.1	6	2.7	
	No	75	78.9	94	72.3	169	75.1	

\* Chi-square analysis was applied. <sup>a</sup>There are missing data.

The average number of days to live for all babies was  $47.9\pm 85.5$  days, the average maternal age was  $30.2\pm 6.7$ , the number of people living at home was  $3.8\pm 1.9$ , the average week of gestation was  $32.3\pm 6.0$ , birth weight

was  $1907.1\pm 1069.7$ , and the number of follow-ups was  $8.4\pm 3.8$  between years. There was no significant difference in terms of these parameters by the years (Table 5).

**Table 5.** Day of death, maternal age, number of people living at home, gestational week, birth weight, and number of follow-ups

	2020	2021	Toplam	<i>p</i> *
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	
<b>Day of death</b>	50.8±88.9	45.5±83.0	47.9±85.5	0.762
<b>Mother age</b>	30.7±6.8	29.9±6.7	30.2±6.7	0.435
<b>Number of people living at home</b>	4.0±2.1	3.7±1.8	3.8±1.9	0.302
<b>Gestational week</b>	32.5±6.0	32.2±5.9	32.3±6.0	0.619
<b>Birth weight</b>	1987.4±1123.2	1842.2±1024.0	1907.1±1069.7	0.275
<b>Number of follow-ups</b>	8.9±4.1	8.0±3.5	8.4±3.8	0.064

\*Mann-Whitney U test was applied

The most common causes of infant death were Respiratory Distress Syndrome (RDS), (29.1%), while congenital anomaly (17.6%), prematurity (13.1%), sepsis (11.1%), pneumonia (6.6%), pulmonary hemorrhage (5.3%), necrotizing enterocolitis (4.5%),

hypoxic-ischemic encephalopathy (2.5%), heart failure (2.5%), sudden infant death syndrome (0.8%) and a significant difference were observed between years in terms of the cause of infant death ( $p<0.001$ ) (Table 6).

**Table 6.** Causes of death

	2020		2021		Total	
	Number	%	Number	%	Number	%
<b>RDS</b>	16	14.7	55	40.7	71	29.1
<b>Congenital anomaly</b>	32	29.4	11	8.1	43	17.6
<b>Prematurity</b>	19	17.4	13	9.6	32	13.1
<b>Sepsis</b>	9	8.3	18	13.3	27	11.1
<b>Pneumonia</b>	8	7.3	8	5.9	16	6.6
<b>Pulmonary hemorrhage</b>	4	3.7	9	6.7	13	5.3
<b>Necrotizing enterocolitis</b>	6	5.5	5	3.7	11	4.5
<b>Hypoxic-ischemic encephalopathy</b>	2	1.8	4	3.0	6	2.5
<b>Heart failure</b>	1	0.9	5	3.7	6	2.5
<b>Sudden infant death syndrome</b>	0	0.0	2	1.5	2	0.8
<b>In the research phase</b>	3	2.8	3	2.2	6	2.5
<b>Other</b>	9	8.3	2	1.5	11	4.5

The most common cause of death in the early neonatal period was RDS (34.3%), the second most common cause of death was prematurity (24.8%), and the most common cause of death in the late neonatal period was RDS (24.6%). The second most common cause of death was sepsis (18%), and the most

common cause of death in the postneonatal period was RDS (25.6%), while the second most common cause of death was a congenital anomaly (23.1%). There was a significant difference between the periods in terms of the cause of death ( $p<0.001$ ) (Table 7).

**Table 7.** Distribution of infant deaths by periods and causes

	Early neonatal		Late neonatal		Postneonatal	
	Number	%	Number	%	Number	%
<b>RDS</b>	36	34.3	15	24.6	20	25.6
<b>Congenital anomaly</b>	16	15.2	9	14.8	18	23.1
<b>Prematurity</b>	26	24.8	5	8.2	1	1.3
<b>Sepsis</b>	7	6.7	11	18.0	9	11.5
<b>Pneumonia</b>	3	2.9	3	4.9	10	12.8
<b>Pulmonary hemorrhage</b>	6	5.7	4	6.6	3	3.8
<b>Necrotizing enterocolitis</b>	3	2.9	5	8.2	3	3.8
<b>Hypoxic-ischemic encephalopathy</b>	2	1.9	3	4.9	1	1.3
<b>Heart failure</b>	1	1.0	3	4.9	2	2.6
<b>Sudden infant death syndrome</b>	0	.0	1	1.6	1	1.3
<b>In the research phase</b>	2	1.9	0	.0	4	5.1
<b>Other</b>	3	2.9	2	3.3	6	7.7

**Discussion**

It is considered that the increase in infant mortality rates in both Turkey and Adıyaman in 2021 compared to 2020 may have resulted from the indirect effect of the Covid-19 pandemic rather than the direct effect. Because the new type of Coronavirus infection is milder in children, and only 0.2% of all deaths worldwide are children under 60 months.<sup>2</sup> In addition, while the infant mortality rate has gradually decreased in Turkey as in the rest of

the world since 2009, there has been a similar slight increase in the infant mortality rate in 2012 and 2014 compared to the previous years, just as in 2021. Despite the pandemic that affected all countries, the decrease in the infant mortality rate in the world in 2021 compared to 2020 shows that the covid-19 pandemic did not significantly increase infant mortality.<sup>11</sup>

The Covid-19 pandemic has significantly reduced the number of applications to health facilities for all branches due to the risk of

contamination throughout the country, province, and all over the world.<sup>12</sup> While the Infant Mortality Rate increased by 19.5% in Adıyaman in 2021 compared to 2020, the increase in Turkey is 7%. These data show that the Infant Mortality Rate in Adıyaman will increase at a much higher rate; it reveals the necessity of examining many factors, including the number of hospital admissions in Adıyaman, the shortening of hospitalization times due to the pandemic, the number of Syrian guests, the percentage of vaccination against Coronavirus in pregnant women, and mothers with Coronavirus infection stopping breastfeeding.<sup>13</sup>

It is striking that 26.1% of the babies who died in Adıyaman in 2020-2021 had kinship ties between their mothers and fathers. Because consanguineous marriage is one of the essential factors in infant mortality.<sup>14</sup> While this rate was 23.1% in a study in which 2008 infant mortality records in Turkey were examined, in another study conducted in Kahramanmaraş city center, first-degree consanguineous marriage between parents was 56.3%, more than twice that of Adıyaman.<sup>15,16</sup>

Regarding the 2008 Turkey rates, 56.5% early neonatal, 19.5% late neonatal, and 23.9% postneonatal deaths were detected.<sup>15</sup> In a study conducted in Bursa and published in 2019, 51% of infant deaths occurred in the early neonatal period.<sup>17</sup> In 2016, infant mortality rates in the United States were 50% for the early neonatal period, 24% for the late neonatal period, and 26% for the postneonatal period.<sup>18</sup> In a study examining infant deaths in Duzce province between 2014 and 2017, 48% of infant deaths occurred in the early neonatal period, 22.6% in the late neonatal period, and 29.4% in the postneonatal period, which did not differ significantly from the data in our study.<sup>19</sup>

Smoking, shown to cause infant mortality, was found in 5.7% of mothers.<sup>20</sup> The high rate of cesarean section in infant deaths, such as 71%, is consistent with studies showing that the cesarean section rate and infant mortality rate are directly proportional.<sup>21</sup> Preterm birth is a condition that increases infantile mortality.<sup>22</sup> The births in Adıyaman in the years 2020-2021 were preterm at 71.3%.

In addition to the studies showing that the mother's education level significantly reduces infant mortality, some studies have determined that it has no effect.<sup>8,10,23</sup> In our study, no correlation was found between education level and infant mortality. Births that occur without the intervention of any healthcare professional increase the infant mortality rate.<sup>24</sup>

However, since all deliveries in Adıyaman took place in the hospital, this was not a factor affecting the infant mortality rate in our study. In addition, due to the ease of access to hospitals with gynecologists and pediatricians, no significant difference was found between those living in the center and the districts regarding infant mortality.

In a meta-analysis study, nulliparous women under 18, compared to women aged 18-35 with 1-2 parity, stated that they had a higher rate of small for gestational age (SGA), preterm, neonatal mortality, and infant mortality rates. In addition, SGA and neonatal mortality in nulliparous women aged 18-35; preterm, neonatal, and infant mortality in women aged 18-35 with parity of 3 and above; The probability of preterm and neonatal mortality increases in women aged 35 and over with parity of three and above.<sup>25</sup>

However, the high mortality rate of infants at an advanced age is more common in underdeveloped countries. Because in these places, advanced age is associated with low education and income levels, and infant mortality is higher. Although low birth weight, which is one of the important causes of infant death, is seen in advanced-age births in developed countries, the ease of access to water, electricity, and health services, regular and high-quality pregnancy, and infant follow-up are more important due to the mother's education level and high-income level. As an indicator of this situation, in developed countries, it can be shown that pregnancies over 35 years of age have low birth weight and a low infant mortality rate, unlike underdeveloped countries.<sup>7</sup> In our study, 26.8% of the pregnant women were under 25; 28% were over 35 years old, and 25.3% had their first pregnancy.

A pregnancy interval of fewer than 18 months significantly increases SGA, preterm, and infant mortality rates. While the pregnancy interval over 60 months increases the probability of SGA, it does not affect other parameters.<sup>25</sup> In addition to studies showing that a short pregnancy interval reduces the infant mortality rate, some studies argue that it does not pose a risk.<sup>26</sup> When the fertility rate decreases, infant mortality decreases.<sup>7</sup> In our study, 74.7% of infant deaths were the second or later pregnancies of the mother. In 3.6% of our pregnancies, there is less than one year between two pregnancies.

In many studies, low birth weight; has been identified as one of the most important causes of perinatal deaths.<sup>7</sup> 65.6% of babies who died in 2020 and 2021 in Adıyaman province have low birth weights. This rate was 59% in a study conducted across Turkey in 2013.<sup>15</sup>

A 40% decrease in the rate of congenital anomalies in infant deaths in 2021 compared to 2020 may be because a perinatologist started to work for the first time in Adıyaman. Thanks to genetic and other professional counseling before pregnancy, pregnancies with a risk of fetuses with congenital anomalies have been largely prevented. In addition, early diagnosis of babies with congenital anomalies and termination of pregnancies, compared to the previous year, decrease the number of babies born with congenital anomalies; therefore, it may have caused a lower rate of congenital anomalies to be detected in infant deaths in 2021. Due to the lack of data supporting this decrease, it would be appropriate to conduct more detailed studies on this subject. Despite this decrease, the congenital anomaly is Adıyaman's second most common cause of infant deaths in 2020-2021.

Although the rate of sudden infant death has decreased in developed countries, it is still high. It ranks 3rd in infant mortality after congenital anomalies and low birth weight.<sup>27</sup> In Adıyaman, sudden infant death within two years; has been reported as the cause of death in only two infants, one in the late neonatal and the other in the postneonatal period.

Our study observed that the mortality rate in female infants was higher than in males.

Contrary to our findings, a study conducted in Ethiopia found that the rate of death in boys within the first year was 50% higher than in girls.<sup>28</sup>

Studies show that the infant mortality rate increases as the number of households increases.<sup>8</sup> However, when 2020 and 2021 infant deaths in Adıyaman were compared, no significant difference was found between the number of households.

When we examine the causes of death, the diagnosis of RDS increased from 14.7% to 40.7% with an increase of 177% compared to 2020 in 2021, when the Covid-19 pandemic was especially more prominent; RDS may be recorded as the cause of death in infants whose diagnosis has not been confirmed due to the physicians' failure to always distinguish between the diagnosis of coronavirus infection or the extreme selectivity caused by the pandemic. As a result, while RDS was the 3rd in infant mortality in Adıyaman in 2020, it became the most common cause of death in 2021, in line with Turkey's overall.<sup>27</sup>

The Turkish Ministry of Health recommends at least eight follow-ups by family physicians, except for the follow-up when each baby is born in the hospital.<sup>29</sup> When the infant deaths in Adıyaman in 2020 and 2021 are examined, it is seen that the required average in the number of infant follow-ups is achieved.

Our study has an important limitation. Missing data in patient files is an obstacle to an appropriate evaluation. Despite the developing registration systems, some studies criticize irregular records and delayed notifications regarding infant deaths.<sup>30</sup>

## Conclusion

The infant mortality rate varies from country to country and region to region within the same country, depending on many factors; it is one of the most crucial development indicators. The easiest way to reduce infant mortality is to provide frequent, regular, quality counseling and health services before and during pregnancy, especially in the first six weeks and one year after pregnancy. An essential part of infant deaths is seen in babies

of mothers who had risky pregnancies. Therefore, all steps to protect maternal health, especially during pregnancy and puerperium, will be the first and most effective way to reduce infant mortality. Taking the necessary measures to increase the education level of expectant mothers is indispensable for a permanent solution. Disadvantages of smoking and pregnancy at young or older ages; counseling services should be given to mothers, fathers, and candidates on all issues related to the importance of infant care. The most crucial point in reducing infant mortality is to produce unique solutions for regions with different dynamics.

### Ethics Committee Approval

Ethics committee approval was obtained with the decision of the Ethics Committee for Non-Interventional Procedures of Firat University, dated 01/09/2022, and numbered 10306. The study was conducted under the principles of the Declaration of Helsinki.

### Informed Consent

Data concerning the study were collected with the permission of the Adıyaman Provincial Health Directorate.

### Authors Contributions

All of the authors contributed at every stage of the study

### Conflict of Interests

There is no conflict of interest to declare.

### Financial Disclosure

No person/organization is supporting this study financially.

### Statements

These research results have yet to be presented anywhere previously. Data related to the study is available on request.

### Peer-review

Externally peer-reviewed.

### References

1. World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/infant-mortality> Access date: August, 2022
2. World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-child-mortality-report-2021> Access date: August, 2022
3. Türkiye İstatistik Kurumu. Available at: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> Access date: August, 2022
4. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Available at: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/44131/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-haber-bultenipdf.pdf> Access date: August, 2022
5. Ely DM, Driscoll AK. Infant mortality in the United States, 2017: data from the period linked birth/infant death file.
6. Baird S, Friedman J, Schady N. Aggregate income shocks and infant mortality in the developing world. *Review of Economics and Statistics*. 2011;93(3):847-856. [https://doi.org/10.1162/REST\\_a\\_00084](https://doi.org/10.1162/REST_a_00084)
7. Ray D, Linden M. Health, inequality and income: a global study using simultaneous model. *Journal of Economic Structures*. 2018;7(1):1-28.
8. Bugelli A, Borgès Da Silva R, Dowbor L, Sicotte C. The Determinants of Infant Mortality in Brazil, 2010–2020: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(12):6464.
9. Garcia LP, Fernandes CM, Traebert J. Risk factors for neonatal death in the capital city with the lowest infant mortality rate in Brazil. *Jornal de pediatria*. 2019;95:194-200. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.12.007>
10. Singh GK, Stella MY. Infant mortality in the United States, 1915-2017: large social inequalities have persisted for over a century. *International Journal of Maternal and Child Health and AIDS*. 2019;8(1):19. doi: 10.21106/ijma.271
11. OECD Data (Organisation for Economic Co-operation and Development). Available at: <https://data.oecd.org/healthstat/infant-mortality-rates.htm> Accessed in August, 2022
12. Nourazari S, Davis SR, Granovsky R, et al. Decreased hospital admissions through emergency departments during the COVID-19 pandemic. *The American journal of emergency medicine*. 2021;42:203-210.
13. Rollins N, Minckas N, Jehan F, et al. A public health approach for deciding policy on infant feeding and mother–infant contact in the context of COVID-19. *The Lancet Global Health*. 2021;9(4):e552-e557. doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30538-6
14. Pedersen J. The influence of consanguineous marriage on infant and child mortality among Palestinians in the West Bank and Gaza, Jordan, Lebanon and Syria. *Public Health Genomics*. 2002;5(3):178-181.
15. Korkmaz A, Aydın Ş, Çamurdan AD, ve ark. Türkiye’de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2013;56(3):105-121.
16. Filiz Taş, Oktay AA, Gülpak M. Kahramanmaraş İl Merkezinde Meydana Gelen Bebek Ölümünün Değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2018;13(1):7-12. doi.org/10.17517/ksutfd.393180
17. Çatak B, Öner C. Bebek Ölümünün Temel Nedenleri Değişiyor mu? Kayıt Temelli Kesitsel bir Çalışma. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*. 2019;13(3): 311-317. doi.org/10.21763/tjfm.609770
18. Gregory EC, Drake P, Martin JA. (2018). Lack of change in perinatal mortality in the United States, 2014-2016. *US Department of Health & Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics*.
19. Yılmaz M, Bayraktar F. Düzce ilinin 2014-2017 yılları arasındaki perinatal ölüm ve bebek ölümü verilerinin değerlendirilmesi/Evaluation of perinatal and infant mortality data in Duzce between 2014-2017. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2020;5(1):35-42.
20. Xie RH, Gaudet L, Krewski D, Graham ID, Walker MC, Wen SW. Higher cesarean delivery rates are associated with higher infant mortality rates in industrialized countries. *Birth*. 2015;42(1):62-69. doi.org/10.1111/birt.12153
21. Shapiro-Mendoza CK, Lackritz EM. Epidemiology of late and moderate preterm birth. *In Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2012;17(3):120-125. doi.org/10.1016/j.siny.2012.01.007
22. Salihu HM, Aliyu MH, Pierre-Louis BJ, Alexander GR. Levels of excess infant deaths attributable to maternal smoking during pregnancy in the United States. *Maternal and child health journal*. 2003;7(4):219-227. doi.org/10.1023/A:1027319517405

23. Terra de Souza AC, Cufino E, Peterson KE, Gardner J, Vasconcelos do Amaral MI, Ascherio A. Variations in infant mortality rates among municipalities in the state of Ceará, Northeast Brazil: an ecological analysis. *International Journal of Epidemiology*. 1999;28(2):267-275. doi.org/10.1093/ije/28.2.267
24. Lamichhane R, Zhao Y, Paudel S, Adewuyi EO. Factors associated with infant mortality in Nepal: a comparative analysis of Nepal demographic and health surveys (NDHS) 2006 and 2011. *BMC public health*. 2017;17(1):1-18.
25. Kozuki N, Lee AC, Silveira MF, et al. The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2013;13(3):1-10.
26. Mohammed M, Akuoko M. Subnational variations in electricity access and infant mortality: Evidence from Ghana. *Health Policy OPEN*. 2022;3:100057. doi.org/10.1016/j.hopen.2021.100057
27. National Vital Statistics Reports. International comparisons of infant mortality and related factors 2010. Available at: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/25388> Accessed on August, 2022
28. Kiross GT, Chojenta C, Barker D, Loxton D. Individual-, household- and community-level determinants of infant mortality in Ethiopia. *PloS one*. 2021;16(3):e0248501. doi.org/10.1371/journal.pone.0248501
29. Türkiye Cumhuriyeti 2020 Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Available at: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0> Access date August, 2022
30. Cerit Ç, Porsuk AÖ. Bebek Ölümünün İncelenmesi: Kırklareli Örneği. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. 2021;6(1):60.



Özgün Araştırma/Research Article

Kutanöz leishmaniasis hastalarının sağlık merkezine başvuru gecikmelerinde sağlık okuryazarlığı ve diğer faktörlerin etkisi

The effect of health literacy and other factors on the delays in applying to the health center of cutaneous leishmaniasis patients

Burcu BEYAZGÜL<sup>1</sup>, İbrahim KORUK<sup>1</sup>, Doğukan KARADAĞ<sup>1</sup>, Rüstem KUZAN<sup>2</sup>, Ahmet GÜNDÜZALP<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 63290, Şanlıurfa-Türkiye

<sup>2</sup>Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü, 13000, Bitlis-Türkiye

**Atf gösterme/Cite this article as:** Beyazgül B, Koruk İ, Karadağ D, Kuzan R, Gündüzalp A. Kutanöz leishmaniasis hastalarının sağlık merkezine başvuru gecikmelerinde sağlık okuryazarlığı ve diğer faktörlerin etkisi. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg.* 2023;9(1):10-16. doi:10.30569.adiyamansaglik.1204173

Öz

**Amaç:** Çalışma Şanlıurfa'daki Kutanöz leishmaniasis vakalarının başvuru gecikmesini ve Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Ölçeği puanlarının Kutanöz leishmaniasis hastalarındaki düzeyini değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür.

**Gereç ve Yöntem:** Yapılan araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmanın bağımlı değişkeni; Kutanöz leishmaniasis tedavisine yönelik başvuru gecikmesidir.

**Bulgular:** Tedavi merkezine başvuru gecikmesi sıklığı %20,0 olarak saptanmıştır. Katılımcıların ölçek puanları ile öğrenim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır.

**Sonuç:** Hastaların tedavi için başvuru gecikmesi düzeyi yüksektir. Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Ölçeği, eğitim durumuna paralel olarak sağlık okuryazarlığı düzeyini iyi bir şekilde göstermektedir ve Şanlıurfa bölgesi için sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemede önemli bir araçtır.

**Anahtar Kelimeler:** Kutanöz leishmaniasis; Sağlık Okuryazarlığı; Başvuru gecikmesi.

Abstract

**Aim:** The study was conducted to evaluate the delay in application of cutaneous leishmaniasis cases and the level of Health Literacy Assessment Scale scores in cutaneous leishmaniasis patients in Şanlıurfa.

**Materials and Methods:** The study is a cross-sectional study. The dependent variable of the study is the delay in application for cutaneous leishmaniasis treatment.

**Results:** The prevalence of delayed application to the treatment center was 20.0%. A statistically significant and positive correlation was found between the scale scores of the participants and their educational status.

**Conclusion:** The level of delay in seeking treatment was high. The Health Literacy Assessment Scale provides a good indication of the level of health literacy in parallel with educational status and is an important tool for determining the level of health literacy in the Şanlıurfa region.

**Keywords:** Cutaneous leishmaniasis; Health Literacy; Delay in application.

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Doğukan KARADAĞ, Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 63290, Şanlıurfa-Türkiye, E-mail: [dogukankaradag44@gmail.com](mailto:dogukankaradag44@gmail.com)

**Geliş Tarihi/Received:** 14.11.2022

**Kabul Tarihi/Accepted:** 28.02.2023

**Yayın Tarihi/Published online:** 23.04.2023



Bu eser, Creative Commons Atf-GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.  
Telif Hakkı © 2023 Adıyaman Üniversitesi Rektörlüğü



Bu makale araştırma ve yayın etiğine uygun hazırlanmıştır.



intihal incelemesinden geçirilmiştir.





## Giriş

Kutanöz leishmaniasis (KL), *Leishmania* spp. taşıyan kum sineğinin (tatarcık, yakarca) insanlardan kan emmesiyle bulaşan bir hastalıktır. Tedavi edilmediğinde cilt lezyonları ile seyrederek ve genellikle skar bırakarak iyileşir.<sup>1</sup> Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre tüm dünyada yılda yaklaşık 1 milyon kişi bu hastalığa yakalanmaktadır. Yine 2020 yılı DSÖ verilerine göre; tüm dünyadaki KL olgularının %85'inin 10 ülkede görüldüğü bildirilmektedir.<sup>2</sup> Vakalar en sık Afganistan, Pakistan, Suriye, Suudi Arabistan, Cezayir, İran, Brezilya ve Peru'dan bildirilmektedir.<sup>3</sup> Türkiye de KL açısından endemik bölgelerden biridir. KL Türkiye'de Şark çıbanı, Antep çıbanı, Urfa çıbanı, Halep çıbanı, güzellik yarası gibi yerel isimler alacak kadar eski bir geçmişe sahiptir.<sup>1</sup> Vakaların büyük bir bölümü Şanlıurfa, Adana, Osmaniye, Hatay, Diyarbakır, Kahramanmaraş, Antalya ve Aydın'da görülmektedir.<sup>4</sup>

Çok sık görülen KL hastalığının tedavi edilmeden iyileşme eğiliminde olması, hastalığın sistemik komplikasyonlarının olmaması ve ölüm riskinin çok düşük olması hastalığın toplum tarafından önemsenmemesine neden olmakta ve hastaların sağlık kurumlarına başvuru gecikmelerine neden olabilmektedir. Ancak yüz, boyun gibi bölgelerde görülen aktif lezyonlar ve skarlar iyileşen lezyonlar hastalarda sosyal ve psikolojik sorunlara neden olabilmekte hatta yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.<sup>5</sup> Öte yandan sıklıkla gözden kaçırılan bir boyut da başvuru gecikmesine bağlı olarak KL hastalarının tedavileri de gecikmekte ve bu hastalar hastalığın bulaştırılmasında kaynak olabilmektedir. Bu durum da hastalığın kontrolünü güçleştirmektedir.<sup>6</sup>

Hastaların tedavi arama davranışını ve sağlık kuruluşlarına başvuru sürelerini belirleyen birçok sosyal ve kültürel faktör bulunmakta olup, sağlık davranışlarıyla birlikte tedavi hizmetleri konusundaki bilgi ve tutumları önde gelen faktörlerdendir.<sup>7</sup> Kişilerin sağlık okuryazarlığı (SOY) düzeylerinin artışı, hastalıkları konusunda öz

sorumluluk sahibi olmalarına ve tedavi arama çabalarına katkı sağlayacaktır.<sup>8</sup> DSÖ'ye göre SOY; bireylerin sağlıklarını korumak ve mevcut sağlık düzeylerini arttırmak amacıyla sağlık bilgisine erişim, erişilen bilgiyi anlama ve kullanma becerileri olarak tanımlanmaktadır.<sup>9</sup> Özellikle bulaşıcı hastalıklarla mücadelede ya da korunma kontrol programlarının uygulanmasında bireyin ya da toplumun SOY düzeyini de bilmek ve gerekirse bu düzeyi arttırmaya yönelik uygulamalar yapmak çok yararlıdır.<sup>8</sup>

Bu çalışma Şanlıurfa'da KL vakalarının Şanlıurfa Şark Çıbanı Tanı ve Tedavi Merkezi'ne başvuru gecikmesi düzeyini belirlemek, SOY durumunun ve diğer faktörlerin gecikmiş başvuru üzerine etkisini göstermek, alan araştırmalarında ilk kez kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Ölçeğinin (SOYDÖ) toplam ve alt boyut puanlarının KL hastalarındaki düzeyini belirlemek ve bu boyutların eğitim durumu ile arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür.

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın evreni ve örnekleme

Yapılan araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırma evrenini, Şanlıurfa Şark Çıbanı Tanı ve Tedavi Merkezi'ne tanı ve tedavi amacıyla başvuran, fizik muayene ve mikroskopik inceleme sonucu KL tanısı ile tedaviye başlanan, 18 yaş ve üzeri kişiler oluşturmuştur. Şanlıurfa'da yaşayan göçmenler dil ve ölçek uyumu sorunları nedeniyle araştırmaya dâhil edilmemiştir.

Örnek büyüklüğü hesaplamada gerekli olan tahmin edicileri belirlemek amacıyla pilot uygulama yapılmıştır. Örnek büyüklüğü hesaplamasında G-power istatistik programı kullanılmıştır. Başvuru gecikmesi olan ve olmayan hastalarda SOYDÖ toplam puanı dikkate alınarak yapılan hesaplamada 0,46 etki büyüklüğü, %95,0 güven düzeyi, %80,0 güç ile örnek büyüklüğü 150 kişi olarak hesaplanmıştır.

### Veri toplama araçları

Çalışmanın veri toplama bölümü Aralık 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında

yürütülmüştür. Araştırmaya katılım düzeyi %100,0'dür.

Veri toplama aracı olarak Şark Çıbanı Hastalarının Sosyodemografik Özellikler Formu (ŞÇHSÖF) ve SOYDÖ kullanılmıştır. Bu formda; yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, bir işte çalışma durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, hane halkı sayısı, gelir durumu, kronik hastalık durumu, engellilik durumu ve sağlık merkezine ilk başvuru süresi gibi sosyodemografik özellikleri içeren 14 soru bulunmaktadır. SOYDÖ, Kuzan tarafından 2021 yılında geliştirilmiştir. Temel ve İletişimsel, Uygulama, Kritik/Değerlendirme olmak üzere 3 boyuttan oluşan ölçekte, toplam 26 soru yer almaktadır.<sup>10</sup> Ölçek dördümlük likert olarak tasarlanmış olup her bir sorunun Hiçbir zaman/Bazen/Çoğu Zaman/Her Zaman seçenekleri ile değerlendirilmesi istenmiştir. Soru formu ve ölçek araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yoluyla doldurulmuştur.

Çalışmanın bağımlı değişkeni; ŞÇ hastalığının tedavisine yönelik başvuru gecikmesidir. KL hastalarının lezyonun ortaya çıkmasından 3 ay ve sonrasında tedavi için başvuruları başvuru gecikmesi olarak tanımlanmıştır.<sup>11</sup> Bağımsız değişkenler ise SOYDÖ'den aldıkları toplam ve alt boyut puanları ile sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, çalışma durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu, kronik hastalık durumu)'dir.

### Verilerin analizi

Başvuru süresi değişkeni, sürekli veri olarak toplanmış ve başvuru gecikmesini belirlemek üzere kategorize edilmiştir. Başvuru süresi analizlerde sürekli ve kategorik veri olarak kullanılmıştır. Yaş değişkeni, tek değişkenli analizler için 40 yaş altı ve üzeri olarak kategorize edilerek kullanılmıştır. Veri analizi SPSS(Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 20.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerden ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum, yüzde ile tek değişkenli analizlerden ki-kare ve t testi yapılmıştır. SOYDÖ puanları ve eğitim

durumu arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Analizler yapılırken istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak belirlenmiştir.

### Araştırmanın etik boyutu

Araştırma için Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13.12.2021 tarih ve 22 sayılı etik onay, Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı'nın 60766955-604.02 sayılı kurum izni alınmıştır. Katılımcılardan çalışmanın amacı açıklanarak onam alınmıştır. Araştırma süreci Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

### Bulgular

Araştırmaya katılanların ortanca yaşının 40,0 (min:18, mak:78), %53,3'ünün erkek ve %80,0'nin evli olduğu, %33,3'ünün herhangi bir örgün eğitim almadığı, %45,3'ünün ancak ilköğretim düzeyinde eğitim aldığı saptanmıştır. Katılımcıların %50,7'si herhangi bir işte çalışmamakta iken, %53,34'ünün gelirinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Katılımcıların yaşadıkları hanedeki insan sayısı ortancasının 6 (min:2, mak:14) olduğu, %83,3'ünün en az bir çocuk sahibi olduğu, %18,7'sinin kronik hastalığa sahip olduğu ve %2,0'nin engelli olduğu saptanmıştır.

Hastaların tanı ve tedavi için sağlık kuruluşuna başvuru süresi ortancası 3 ay (min: 15 gün, mak: 12 ay) ve başvuru gecikmesi sıklığı %20,0 olarak saptanmıştır (Tablo 1). Bazı sosyodemografik özelliklerin başvuru gecikmesine etkisi Tablo 2'de gösterilmiştir. Tek değişkenli analizlerde; yaş, cinsiyet, çalışma durumu, çocuk sahibi olma durumu, kronik hastalık durumu, öğrenim durumu, medeni durum, gelir durumunun başvuru gecikmesine etkisi saptanmamıştır (Tablo 2).

Katılımcıların SOYDÖ temel puanı ortalaması  $30,51 \pm 0,87$  ve ortancası 33 (min:13, mak:52), uygulama puanı ortalaması  $17,62 \pm 0,20$  ve ortancası 18 (min:12, mak:24), kritik puanı ortalaması  $15,86 \pm 0,31$  ve ortancası 16 (min:8, mak: 26), toplam SOYDÖ puanı ortalaması  $64,00 \pm 1,32$  ve ortancası 67 (min:35, mak: 98) olarak saptanmıştır. SOYDÖ ve alt boyutlarının

başvuru durumuna etkisi saptanmamıştır (Tablo 3). Katılımcıların SOYDÖ toplam ve alt boyut puanları ile öğrenim durumu arasındaki ilişki Tablo 4'te incelenmiştir. Uygulama ve kritik alt boyut puanları ile öğrenim durumu arasında güçlü düzeyde

pozitif yönlü, temel alt boyut puanı ve toplam puan ile öğrenim durumu arasında çok güçlü düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 1.** Tedavi başvurusu yapan hastaların sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	70	46,7
Erkek	80	53,3
<b>Yaş</b>		
40 yaş ve altı	80	53,3
40 yaş üstü	70	46,7
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Eğitim almamış	50	33,3
İlköğretim	68	45,3
Lise ve üzeri	32	21,3
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	74	49,3
Çalışmıyor	76	50,7
<b>Medeni Durum</b>		
Evli değil	30	20,0
Evli	120	80,0
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>		
Var	125	83,3
Yok	25	16,7
<b>Gelir Durumu</b>		
Yetersiz	80	53,3
Orta	52	34,7
Yeterli	18	12,0
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>		
Var	28	18,7
Yok	122	81,3
<b>Engellilik Durumu</b>		
Var	3	2,0
Yok	147	98,0
<b>Başvuru Süresi</b>		
Zamanında başvuru (3 ay ve altı)	120	80,0
Geç başvuru (3 ayın üzeri)	30	20,0
<b>Toplam</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>

## Tartışma

Şanlıurfa'da yetişkin KL hastalarının genel olarak düşük eğitilmiş ve düşük gelirli bireylerden oluştuğu görülmektedir. Hindistan'ın Bihar bölgesinde yapılan çalışmada da erişkin hastaların %33,3'ünün ilköğretim altı eğitim düzeyinde olduğu belirtilmiştir.<sup>12</sup> Araştırmaya katılanların yarısından fazlası herhangi bir işte çalışmamaktadır. Koruk ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, bu hastalık grubundaki bireylerde işsizlerin düzeyi yüksek ve %54,9

olarak bildirilmiştir.<sup>13</sup> Basher ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %76'sının aylık gelirinin 100 doların altında olduğu bildirilmiştir.<sup>14</sup> Bu çalışmada vakaların çoğunluğu 40 yaş altındadır. Benzer şekilde, Fernando ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ortalama yaş 31,6 olarak belirtilmiştir.<sup>7</sup> Muhtemelen, bireylerin genç yaşta hastalığı geçirip bağışık hale gelmesinden kaynaklı KL hastalarının çoğu gençlerden oluşmaktadır.

**Tablo 2.** Sosyodemografik özelliklerin başvuru süresine etkisi

Özellikler	Başvuru Gecikmesi				İstatistiksel Test*	
	Zamanında Başvuru		Geç Başvuru		x <sup>2</sup>	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Yaş</b>						
40 yaş ve altı	60	75,0	20	25,0	2,05	0,15
40 yaş üzeri	60	85,7	10	14,3		
<b>Cinsiyet</b>						
Erkek	67	83,8	13	16,3	1,04	0,30
Kadın	53	75,7	17	24,3		
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	58	78,4	16	21,6	0,08	0,77
Çalışmıyor	62	81,6	14	18,4		
<b>Çocuk Sahibi Olma</b>						
Var	102	81,6	23	18,4	0,67	0,41
Yok	18	72,0	7	28,0		
<b>Kronik Hastalık</b>						
Var	23	82,1	5	17,9	0,003	0,95
Yok	97	79,5	25	20,5		
<b>Öğrenim Durumu</b>						
Eğitim almamış	39	78,0	11	22,0	0,18	0,91
İlköğretim	55	80,9	13	19,1		
Lise ve üzeri	26	81,3	6	18,8		
<b>Medeni Durum</b>						
Evli değil	22	73,3	8	26,7	0,58	0,44
Evli	98	81,7	22	18,3		
<b>Gelir Durumu</b>						
Yetersiz	66	82,5	14	17,5	0,67	0,71
Orta	40	76,9	12	23,1		
Yeterli	14	77,8	4	22,2		

\*Ki-kare testi

**Tablo 3.** SOYDÖ ve alt boyutları puanlarının başvuru gecikmesine etkisi

Özellikler	Başvuru Gecikmesi Durumu		İstatistiksel Test*	
	Gecikme Var	Gecikme Yok	t	p
	Ortalama ± Standart Sapma	Ortalama ± Standart Sapma		
Temel boyut puanı	30,40±10,62	30,93±11,25	-0,23	0,81
Uygulama boyut puanı	17,62±2,53	17,63±2,55	-0,01	0,98
Kritik boyut puanı	15,73±3,84	16,40±3,97	-0,84	0,40
Toplam SOYDÖ puanı	63,76±16,08	64,96±16,93	-0,36	0,71

\*Bağımsız gruplarda t testi

**Tablo 4.** SOYDÖ alt grup ve toplam puanları ile öğrenim durumu arasındaki korelasyon

		Temel Puanı	Uygulama Puanı	Kritik Puanı	Toplam Puan
Öğrenim Durumu	Rho*	0,84	0,70	0,72	0,83
	p	0,00	0,00	0,00	0,00

\*Spearman korelasyon analizi

Araştırmaya katılan hastaların başvuru süresi ortancası yaklaşık olarak 90 gündür. Basher ve arkadaşları bir araştırmada başvuru süresi ortancasını 696 gün olarak belirtmişlerdir ve bu sürenin uzunluğunun toplumun çoğunluğunun kırsal bölgelerde yaşamasından kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir.<sup>14</sup> Bu çalışmada Şanlıurfa'daki hastaların çoğunun kent merkezinde yaşadığı görülmektedir. Muhtemelen başvuru süresi bu nedenle biraz daha kısadır. Ancak, yine de önemli düzeyde gecikmeler yaşanmaktadır. Bu sonuçlarda toplumun bilgi düzeyinde

düşüklük, hastalığı önemsememe ve tedavi olma çabası göstermeme gibi pek çok farklı nedenden kaynaklanabilmektedir. Araştırmada hastaların %20'sinin tedavi için başvuruda geciktiği görülmektedir. Beyazgül ve arkadaşlarının, yine benzer bölgede tedavi gecikmesi ve psikososyal faktörlerle ilişkisini inceledikleri bir çalışmada ise; tedavi gecikme düzeyi %38,9 olarak saptanmıştır.<sup>15</sup> Bu farklılık çalışmanın sadece erişkin katılımcılarla yapılmış olmasından kaynaklanıyor olabilir. Öte yandan çocukların ve gençlerin daha fazla ihmal edildiğini de

akla getirmektedir. Araştırmada yaş, cinsiyet, eğitim ve diğer sosyodemografik özelliklerin başvuru süresine etkisi saptanmamıştır. Garapati ve arkadaşlarının Hindistan'da yaptıkları araştırmada da benzer sonuçlar bildirilmiştir.<sup>12</sup> Araştırma popülasyonunun birçok sosyodemografik özellik bakımından homojen bir kitle olması bu sonuçlara neden olmuş olabilir.

Eğitim düzeyi artışının SOY'u yükselttiği, yüksek SOY düzeyinin de tedavi arama, tedavi uyumu ve sürdürme gibi pek çok konuda etkisi olduğu bilinmektedir.<sup>10, 16-19</sup> Rheault ve arkadaşları Avustralya'da yerlilerde, eğitim durumu daha yüksek olan hastaların SOY düzeyinin daha yüksek olduğunu ve bu kişilerin sağlık hizmeti sunucuları ile iletişim kurarken daha güvenli hissettiğini, anlaşılma ve desteklenme algısının daha yüksek olduğunu saptamıştır.<sup>20</sup> Ancak, çalışmamızda katılımcıların SOYDÖ puanları ile tedavi için başvuru süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. SOY sağlıkla ilgili pek çok tutum ve davranış üzerinde önemli bir faktör olması nedeniyle SOY-başvuru gecikmesi arasındaki ilişkinin başka araştırmalarla yeniden incelenmesi gerekmektedir. Benzer şekilde, başka çalışmalarda da SOY ve sonuç arasında nedensel ilişkinin gösterilememesi çalışılan grubun sağlık düzeyinin iyi olması, sağlık hizmet sunucularının durumu, coğrafi ve kültürel farklılıklar, çalışmalarda kullanılan anket formlarının farklılığı, katılımcıların benzer SOY düzeylerinde olması gibi nedenlerle açıklanmaya çalışılmıştır.<sup>21-23</sup> Öte yandan SOYDÖ puanları ile eğitim düzeyi arasında oldukça yüksek bir korelasyon vardır. Başka bir ifade ile ölçeğin beklendiği gibi çalıştığı söylenebilir. Ancak, grubun temel özellikler açısından çok benzer olması muhtemelen gecikme üzerine olan etkilerini göstermeyi engellemektedir.

## Sonuçlar

Çalışmamızda da görüldüğü gibi KL hastaları, çoğunluğu genç yaşta olup eğitim düzeyi düşük ve gelir durumu yetersiz kişilerden oluşan incinebilir bir gruptur. Hastalığın sağlık merkezine başvuru gecikmesi düzeyi yüksektir, bu nedenle hastalığın yoğun olduğu mahalle, bölge ve

okullarda seçici aktif sörveyans ile yeni vakalar hızla bulunmalı ve tedavilerine başlanmalıdır. Bölgeye uyumlu bilgilendirme yöntemleri ile hastalık konusunda farkındalığının artırılması gerekmektedir. Çalışmamızda kullanılan SOYDÖ, eğitim durumuna paralel olarak SOY düzeyini iyi bir şekilde göstermektedir ve Şanlıurfa bölgesi için SOY düzeyini belirlemede önemli bir araçtır.

## Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 13.12.2021 tarih ve 22 sayılı etik onay, Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı'nın 60766955-604.02 sayılı kurum izni alınmıştır. Araştırma süreci Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

## Bilgilendirilmiş Onam

Katılımcılardan çalışmanın amacı açıklanarak onam alınmıştır.

## Yazar Katkıları

Çalışma tasarımı: İK, BB, RK; Veri toplama: DK, AG, RK; Veri analizi: İK, BB, DK, AG; Yazma: İK, BB, DK

## Teşekkür

Tüm katılımcılara ve Şark Çıbanı Tanı ve Tedavi Merkezi çalışanlarına teşekkür ediyoruz.

## Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarların herhangi bir çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

## Araştırma Desteği

Çalışma boyunca herhangi bir kişi veya kuruluştan maddi olarak destek alınmamıştır.

## Beyanlar

27-28 Ağustos 2022'de düzenlenen UTSAK 2022'de sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

## Hakem Değerlendirmesi

Dış bağımsız

## Kaynaklar

1. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Şark Çıbanı.

- [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/zoootik-vektorel-hastaliklar-db/zoootik-hastaliklar/3-Sark-cibani/7-Sunumlar/Sark\\_cibani\\_sunum\\_okul\\_sagligi.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/zoootik-vektorel-hastaliklar-db/zoootik-hastaliklar/3-Sark-cibani/7-Sunumlar/Sark_cibani_sunum_okul_sagligi.pdf). 13 Kasım 2022'de erişildi.
2. World Health Organization. Leishmaniasis. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/leishmaniasis> Updated January 2022. Accessed November 13, 2022.
  3. Murray HW, Berman JD, Davies CR, Saravia NG. Advances in leishmaniasis. *Lancet*. 2005;366(9496):1561-1577.
  4. Gürel MS, Yeşilova Y, Olgen MK, Ozbel Y. Türkiye'de Kutanoz Leishmaniasisin Durumu [Cutaneous leishmaniasis in Turkey]. *Türkiye Parazitolojisi Dergisi*. 2012;36(2):121-129.
  5. Yanik M, Gürel MS, Simsek Z, Kati M. The psychological impact of cutaneous leishmaniasis. *Clin Exp Dermatol*. 2004;29(5):464-467.
  6. Beyazgül B, Koruk İ, Kuzan R, Allahverdi Ş. Şark cıbanı vakalarında bilgi ve farkındalık düzeyini artırmaya yönelik müdahale çalışması: Şanlıurfa örneği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022; 15(2): 188-195.
  7. Fernando SD, Siriwardana HV, Guneratne KA, Rajapaksa LC. Some sociological aspects of cutaneous leishmaniasis in patients attending a tertiary referral centre in Colombo, Sri Lanka. *Int Health*. 2010;2(1):69-74.
  8. Yalçın Balçık P, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık Okur-Yazarlığı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2014;13(4): 321-326.
  9. Nutbeam D, Muscat DM. Health Promotion Glossary 2021 [published correction appears in Health Promot Int. 2021 May 12]. *Health Promot Int*. 2021;36(6):1578-1598.
  10. Kuzan R. Sağlık okuryazarlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması [Uzmanlık Tezi]. Şanlıurfa, Türkiye: Harran Üniversitesi; 2021.
  11. Gomes A, Martines RB, Kanamura CT, et al. American cutaneous leishmaniasis: In situ immune response of patients with recent and late lesions. *Parasite Immunol*. 2017;39(4):10.1111/pim.12423.
  12. Garapati P, Pal B, Siddiqui NA, et al. Knowledge, stigma, health seeking behaviour and its determinants among patients with post kalaazar dermal leishmaniasis, Bihar, India. *PLoS One*. 2018;13(9):e0203407.
  13. Koruk İ, Beyazgül B, Allahverdi Ş, Kuzan R, Gökçeoğlu S. The State of Disease-Related Awareness Regarding Cutaneous Leishmaniasis Cases in Sanliurfa, Delay Level in Treatment and Reasons for Delay. *Saudi Journal of Medicine (SJM)*, 2020; 5(9): 292-299.
  14. Basher A, Nath P, Nabi SG, et al. A Study on Health Seeking Behaviors of Patients of Post-Kala-Azar Dermal Leishmaniasis. *Biomed Res Int*. 2015; 2015:314543.
  15. Beyazgül B, Koruk İ, Allahverdi Ş, Kuzan R. Psychosocial And Sociodemographic Factors That Affect Delays In Seeking Treatment For Cutaneous Leishmaniasis In Sanliurfa. *Ponte Academic Journal*. 2020;76(9).
  16. Eker Y. Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin tedaviye uyum ile ilişkisi [Master tezi]. Kırklareli, Türkiye: Kırklareli Üniversitesi. 2021
  17. Ilgaz A. Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi ve İlişkili Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2021; 8(2): 151-159.
  18. Soylar P, Ulaş Kadioğlu B. Yetişkin Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı ve Obeziteyle İlişkili Bazı Davranışlarının İncelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2020; 10(2): 270-276.
  19. Liu YB, Liu L, Li YF, Chen YL. Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(8):9714-9725.
  20. Rheault H, Coyer F, Jones L, Bonner A. Health literacy in Indigenous people with chronic disease living in remote Australia [published correction appears in BMC Health Serv Res. 2019 Aug 14;19(1):566]. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):523.
  21. Esen İ, Demirci H, Güçlü M, Esen S, Şimşek E. The Relationship Between Health Literacy, Diabetic Control, and Disease-Specific Complications in Patients with Type 1 Diabetes Mellitus. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*. 2018;29(3):151-156.
  22. Akagündüz G. Astımlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve astım kontrolü [Master tezi]. Aydın, Türkiye: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2022.
  23. Lor M, Koleck TA, Bakken S, Yoon S, Dunn Navarra AM. Association Between Health Literacy and Medication Adherence Among Hispanics with Hypertension [published correction appears in J Racial Ethn Health Disparities. 2019 Apr 29;]. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2019;6(3):517-524.



Özgün Araştırma/Research Article

**Klinik ortamlarda akademik ebelik ölçeği (KOAEÖ) Türkçe uyarlaması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması**

**The Turkish adaptation of the midwifery academics in clinical environment (midACE) tool: Validity and reliability study**

Sibel İÇKE<sup>1</sup>, Emine Serap ÇAĞAN<sup>2</sup>, Rabia GENÇ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mardin Artuklu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, 47100, Mardin-Türkiye

<sup>2</sup>Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, 04100, Ağrı-Türkiye

<sup>3</sup>Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, 35040, İzmir-Türkiye

**Atıf gösterme/Cite this article as:** İçke S, Çağan ES, Genç R. Klinik ortamlarda akademik ebelik ölçeği (KOAEÖ) Türkçe uyarlaması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg.* 2023;9(1):17-25. doi:10.30569.adiyamansaglik.1161939

**Öz**

**Amaç:** Klinik Ortamlarda Akademik Ebelik Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak ve ölçeğin Türkçe formunu kullanıma sunmaktır.

**Gereç ve yöntem:** Metodolojik tipte bir araştırmadır. Araştırmada 163 ebelik öğrencisine ulaşılmış, veri toplama araçları olarak "Birey Tanıtım Formu" ve "Klinik Ortamlarda Akademik Ebelik Ölçeği" kullanılmıştır.

**Bulgular:** Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucuna göre ölçeğin yapısal denklem modelinin  $p=0.000$  düzeyinde anlamlı ve ölçeği oluşturan 10 maddenin iki faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Ölçeğin Kuder Richardson-20 katsayısı 0,886 bulunmuştur ve güvenilir olduğu belirlenmiştir. En düşük faktör yük değeri 0,363, en yüksek değeri 0,732 olarak saptanmıştır.

**Sonuç:** Ölçek ebelik öğrencilerinin, ebelerin akademik rolünün klinik öğrenme ve mesleki bilgi, beceri ve klinik yeterlilik gelişimine ilişkin algılarını ölçmede yüksek güvenilirlik ve geçerliliğe sahiptir.

**Anahtar kelimeler:** Akademik ebelik; Geçerlilik; Güvenilirlik; Klinik.

**Abstract**

**Aim:** To conduct the Turkish validity and reliability study of the Midwifery Academics in Clinical Environment Tool and to make Turkish version of the tool available.

**Materials and Methods:** It's a methodological type of research. In the research, 163 midwifery students were reached, and "Individual Identification Form" and "The Midwifery Academics In Clinical Environment Tool" were used as data collection tools.

**Results:** According to the results of the Confirmatory Factor Analysis, it was determined that the structural equation model of the tool was significant at the  $p=0.000$  level and that the 10 items constituting the tool were related to the tool structure with two factors. The Kuder Richardson-20 coefficient of the tool was found to be 0.886 and it was determined to be reliable. The lowest factor load value of the tool was 0.363, the highest value was 0.732.

**Conclusion:** The tool has high reliability and validity in measuring midwifery students' perceptions of the academic role of midwives on clinical learning and the development of professional knowledge, skills and clinical competence.

**Keywords:** Academic midwifery; Validity; Reliability; Clinic.

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Sibel İÇKE, Mardin Artuklu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, 47100, Mardin-Türkiye, E-mail: [sibelicke@artuklu.edu.tr](mailto:sibelicke@artuklu.edu.tr)

**Geliş Tarihi/Received:** 14.08.2022 **Kabul Tarihi/Accepted:** 15.01.2023

**Yayın Tarihi/Published online:** 23.04.2023



Bu eser, Creative Commons Atıf-GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.  
Telif Hakkı © 2023 Adıyaman Üniversitesi Rektörlüğü



Bu makale araştırma ve yayın etiğine uygun hazırlanmıştır.



intihal incelemesinden geçirilmiştir.



## Giriş

Ebelik eğitiminin en önemli amacı kadın, bebek ve çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik bilgi ve beceri kazandırmak ve mesleğine yönelik yeterli donanımına sahip ebeler yetiştirmektir.<sup>1,2</sup> Anne ve yenidoğan sağlığını iyileştirmek, evrensel sağlık sigortası ile tanışmanın ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin anahtarıdır.<sup>3</sup> Anne ve yenidoğan ölümlerini ve ölü doğumları 2035 yılına kadar azaltmak, aynı zamanda 4,3 milyon hayat kurtarmak için ebelerin yüksek kaliteli ve belirli standartlarda eğitim almasının çok önemli olduğu tespit edilmiştir.<sup>3</sup> Bu, disiplinlerarası ekiplerde kanıta dayalı yaklaşım ve elverişli bir ortamda ebelere bir ebe ile çalışma fırsatı verildiğinde geçerli olabilmektedir.<sup>3,4</sup> Ebelik öğrencilerinin kendi sorumlulukları dahilinde uygulama yapabilen yetkin ebeler olmaları için eğitilmesi, öğrencilerin ihtiyaç duydukları becerileri kazanabilecekleri kaliteli ebelik uygulamalarına dayanmaktadır.<sup>5</sup> Bu nedenle ebelik öğrencileri eğitimlerinin çoğunu uygulama alanlarında tamamlamaktadırlar. Yüksek kaliteli, destekleyici uygulamalı öğrenme deneyimleri öğrenci ebelerin birer yetkin uygulayıcı olarak gelişmelerini sağlamak için çok önemlidir.<sup>6</sup> Klinik öğrenme ortamları, ebelik bilgisi, becerisi, kimliği, yeteneği ve ebe olarak güvenin gelişimi için kritiktir.<sup>7</sup> Bu noktada akademisyenler ve klinisyenler arasındaki etkili, iş birliğine dayalı çalışma ilişkileri, öğrencilerin uygulamada öğrenmesini optimize etmek için çok önemlidir. Ebelik lisans eğitiminde üniversite ve sağlık kuruluşları arasındaki ortaklıkları beslemeye yönelik bir strateji ise ebe akademisyenlerin klinik ortamda bulunmalarıdır.<sup>8</sup> Ebe akademisyenlerin klinik ortamlarda bulunmaları, öğrencilerin klinik öğrenmeleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.<sup>9</sup> Klinik ortamda bulunan akademisyenler, kaliteli klinik öğrenmeden, öğrenci değerlendirmesine katılımdan ve öğrenmeyi desteklemek için öğrencilerle birlikte çalışmaktan sorumludur.<sup>9</sup> Yapılan çalışmalarda, ebelik öğrencileri ebe akademisyenlerin klinik ortamda güçlü bir işbirliğine dayalı mevcudiyet yoluyla mesleki bilgilerine, becerilerine ve klinik

yeteneklerine daha fazla katkıda bulunabileceğini belirtmişlerdir.<sup>9</sup> Koçak ve ark.<sup>10</sup> ülkemizde lisans eğitimine devam eden öğrenci sayısının 6045 olmasına rağmen ebelik bölümü akademisyen sayısının ise sadece 62 olduğunu ve öğretim elemanlarının 13'ünün (%19,1) öğretim üyesi, 29'unun (%42,6) öğretim elemanı olduğunu belirtmiştir. Koçak ve ark.<sup>10</sup> çalışmasına göre ülkemizde ebelik öğrenci sayısına göre ebe akademisyen sayısının oldukça az olduğu görülmektedir. Bu konuda Griffiths ve ark.<sup>9</sup> 2020 yılında "Ebelik Öğrencilerinin Klinik Öğrenme Deneyimleri Algı Ölçeği"ni geliştirmişlerdir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2022 yılında Ayyıldız ve Akyüz tarafından yapılmıştır. Ölçek, Klinik Öğrenme Ortamı Ölçeği ve Ebe Öğretim Elemanı Etkisi Ölçeği olmak üzere iki ölçeğin birleşiminden meydana gelmektedir.<sup>11</sup> Ayyıldız ve Akyüz'ün (2022) geçerlik ve güvenilirlik çalışması yaptıkları ölçeğin "Ebe Öğretim Elemanı Etkisi" bölümü dışında ebelik öğrencilerine, klinikte ebe akademisyenlerin katkılarına yönelik herhangi bir ölçüm aracı ya da bir çalışma ve ölçeğin başka bir dilde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması bulunmamaktadır.

Bu çalışma ile ebelik öğrencilerinin ebelerin akademik rolünün klinik öğrenme ve mesleki bilgi, beceri ve klinik yeterlilik gelişimine ilişkin algılarını ölçen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmak ve ölçeğin Türkçe formunu kullanıma sunmak amaçlanmaktadır.

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın tipi

Araştırma metodolojik tipte bir araştırmadır.

### Araştırmanın evreni ve örnekleme

Araştırmanın evrenini Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde öğrenim gören, dahil edilme kriterlerine uyan ve klinik uygulamaya çıkan 2., 3., 4. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır (N:327). Araştırmanın örneklemini ise dahil edilme ve dışlama kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler oluşturmuştur (n:163).



Dahil edilme kriterleri: Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü 2., 3. ve 4. sınıfta okuma, klinik uygulama derslerini alma ve klinik uygulamaya çıkma, araştırmaya katılmaya gönüllü olma ve formları eksiksiz bir şekilde doldurma.

Dışlanma Kriterleri: Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü 1. sınıfta okuma, Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü dışında farklı bir ebelik bölümünde okuma, klinik uygulama derslerini almama, araştırmaya katılmaya gönüllü olmama.

### Veri toplama yöntemi

Veriler, çevrimiçi anket yöntemi kullanılarak basit rastgele örnekleme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan form, Google forms olarak öğrencilere doldurtulmuştur. Ölçek uyarlama çalışmalarında ölçek madde sayısının 5-10 katı örneklem büyüklüğü önerilmektedir.<sup>12</sup> Ölçeğin 10 maddeden oluşması nedeniyle örneklem büyüklüğü minimum 100 kişi olarak belirlenmiştir. Veri toplama sırasında 163 öğrenci online anket formunu doldurmuştur. Bu nedenle araştırmaya katılan ve formu eksiksiz dolduran tüm öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir.

### Veri toplama araçları

Veri toplama araçları olarak “Birey Tanıtım Formu” ve “Klinik Ortamlarda Akademik Ebelik Ölçeği” kullanılmıştır.

Birey Tanıtım Formu öğrencilerin sosyo-demografik bilgilerini değerlendirmek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir ve sosyo-demografik özelliklere ve ebelik eğitimi uygulamalarına (yaz stajı yapma durumu, mesleği isteyerek tercih etme durumu, uygulamalar hakkındaki düşünceleri) yönelik 14 sorudan oluşmaktadır.

Klinik Ortamlarda Akademik Ebelik Ölçeği Griffiths ve ark.<sup>13</sup> tarafından ebelik öğrencilerine yönelik akademik ebelerin rolünün klinik öğrenme ve mesleki bilgi, beceri ve klinik yeterliliğin geliştirilmesi konusundaki algılarını ölçmek amacıyla 2021 yılında geliştirilmiştir. Griffiths ve ark.<sup>13</sup> ölçeğin geliştirilmesi aşamasında; birinci

aşamada, taslak ölçek için maddeleri, ebelik 2. ve 3. sınıf lisans öğrencilerinin beklentilerini keşfetmek için Başarının Beş Duyusu (yetenek, amaç, beceriklilik, bağlantılılık ve kimlik) çerçevesini kullanan bir çalışmanın parçası olarak toplanan verilerden geliştirmişlerdir. Daha sonra ikinci aşamada ölçeğin açıklık, iç tutarlılık ve içerik geçerliliğinin değerlendirilmesini gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir.<sup>13</sup> Ölçek ebelik öğrencilerine uygulanmaktadır. Ölçeğin orijinal versiyonu 10 madde ve tek alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek ikili likert tipi bir ölçektir. Griffiths ve ark.<sup>13</sup> çalışmasında ölçeğin orijinal versiyonunun cronbach alfa değeri 0,94 olarak saptanmıştır. Ölçeğin değerlendirmesi öğrenciler tarafından katılıyorum/katılmıyorum şeklinde yapılmaktadır. Ölçek değerlendirmesi öğrencilerin cevapları doğrultusunda sayı ve yüzde belirtilerek yapılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için yazarlardan yazılı onay alınmıştır.

Dil Geçerliliği: “Klinik Ortamlarda Akademik Ebelik Ölçeği”nin dil geçerliliğini değerlendirmek için çeviri-geri çeviri tekniği kullanılmıştır. Ölçeğin ilk olarak ebelik alanında uzman 5 kişi tarafından İngilizce’den Türkçe’ye çevirisi yapılmıştır. Uzmanların çeviri sürecinin ardından araştırmacılar tarafından ölçek maddeleri için en uygun ifadeler belirlenmiştir ve elde edilen verilerle tek bir Türkçe form oluşturulmuştur. Ardından oluşturulan bu form İngilizce dil uzmanı tarafından İngilizce diline geri çevirisi yapılmıştır. Elde edilen geri çeviri formu ile ölçeğin orijinal formunun maddeleri kıyaslanmış ve her iki formun uyum sağladığı görülmüştür. Ölçeğin çeviri sonrası oluşturulan formu Türk Dili ve İngiliz Dili uzmanının görüşüne sunulmuştur.

Kapsam Geçerliliği: Ölçeğin kapsam geçerlilik indeksinin hesaplanmasında Davis tekniği kullanılmıştır. Ölçek yüksek lisans/doktorası ebelik alanında olan ve ebelik alanında uzman olan 10 ebelik akademisyenine gönderilmiştir. Davis tekniğine göre uzmanlar görüşlerini dörtlü derecelendirmektedir [(a) “Uygun”, (b) “Madde hafifçe gözden geçirilmeli”, (c) “Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve

(d) “Madde uygun değil”].<sup>12</sup> Değerlendirme sonucunda a ve b seçeneğini belirten uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünerek ölçek maddelerine yönelik kapsam geçerlilik indeksi elde edilir.<sup>14</sup> Elde edilen değer istatistiksel olarak 0,75 ve üzerinde, tüm maddelerin KGİ değerlerinin toplam madde sayısına bölünmesiyle elde edilen Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO) değeri 0,80’in üzerinde olmalıdır.<sup>14</sup> Bu çalışmada 10 uzmandan elde edilen görüşler doğrultusunda KGO için değer 1,00 olarak hesaplanmıştır. KGİ için hesaplanan değer 1,00 olarak elde edilmiştir.

Ölçeğin uzman değerlendirmelerinin ardından dil ifade uygunluğu, yazım ve imla hatası, ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği açısından yapılması gereken başka düzeltmeler olup olmadığını değerlendirmek amacıyla pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama toplam 20 öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerden ölçek maddelerine düzeltme ve öneri gelmediğinden ölçeğin taslak formuna son hali verilmiş ve asıl örneklem grubuna ölçek uygulanmıştır. Pilot uygulamadan elde edilen veriler analizlere dahil edilmemiştir.

### Verilerin analizi

Araştırma verileri, IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 23.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olan sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma uygulanmıştır. Ölçeğin uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde kapsam geçerlilik indeksi (KGİ), ölçeğin ve alt boyutlarının iç tutarlılığı Kuder Richardson-20 (KR-20) katsayısı ile hesaplanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör analizi (AFA), ölçeğin yapısının doğrulanabilirliğini değerlendirmek için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır. Verilerin faktör analizini yapmak için uygunluğunun belirlenmesinde Bartlett testi, örneklemin yeterli olup olmadığını değerlendirmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi; Faktör yapısının belirlenmesinde ise temel bileşenler analizi kullanılmıştır.

### Araştırmanın etik boyutu

Araştırma için Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır (22.06.2021 tarih ve E.12094 sayılı yazı). Araştırma süreci Helsinki Bildirgesi’ne uygun olarak yürütülmüştür. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için Marnie Griffiths ve arkadaşlarından yazılı onay alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere bilgilendirilmiş onam formu ‘okudum ve araştırmaya katılmayı kabul ediyorum’ şeklinde onaylamalarının ardından anket formu uygulanmıştır.

### Bulgular

Araştırmaya katılan katılımcıların (n=163) yaş ortalaması 21,28±1,53 (min:18, max:29) olarak saptanmıştır ve %60’ı 18-21 yaş aralığındadır. Araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri Tablo 1’de görülmektedir.

Ölçek çalışmalarında örneklem büyüklüğü, ilişkilerin güvenilir bir şekilde değerlendirilebileceği büyüklükte olmalıdır.<sup>15</sup> Verilerin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Bartlett küresellik testi uygulanmıştır (Tablo 2). Yapılan analiz sonucunda KMO değeri 0,862 olarak belirlenmiştir. KMO değerinin 0,50’nin altında olması örneklem büyüklüğünün geçerlilik analizi için yeterli olmadığını gösterir. KMO değerinin 0,8-0,9 arasında olması “çok iyi”, 0,9-1,0 arasında olması “mükemmel” olarak değerlendirilmektedir.<sup>12</sup> KMO değerine göre örneklem büyüklüğünün “çok iyi” olduğu saptanmıştır. Bartlett küresellik testi ile elde edilen değer sonucunda ölçeğin değerinin kabul edilebilir olduğu görülmüştür ( $\chi^2=754,096$ ;  $p=0.000$ ).

Araştırmanın yapı geçerliliğini incelemek amacıyla yapılan açıklayıcı faktör analizinde, faktörleştirme yöntemi olarak temel bileşenler analizi ve döndürme yöntemlerinden Varimax uygulanmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde, faktör yük değerleri için kabul düzeyi 0,40 alınarak belirlenmiştir.<sup>17</sup> Buna göre 10 maddeden oluşan ölçeğin en düşük faktör yük değeri 0,524 en yüksek değeri ise 0,837’dir. Ölçeğin orijinal versiyonu tek alt boyuttan

oluşmaktadır. Araştırmada varimax döndürmesi sonuçlarında maddelere göre toplam iki faktörlü yapının uygun olduğu görülmüştür. Varimax döndürmesi sonucunda ölçeğin iki alt boyutta saptanması sonucunda ölçeğin yazarından da onay alınarak ve ölçek maddeleri değerlendirilerek; birinci alt boyuta

“öğrenciye destek”, ikinci alt boyuta ise “öğrenci gelişimi” başlıkları verilmiştir. Bu faktörler toplam varyansın %59,811’ini açıklamaktadır (Tablo 3). Çok faktörlü desenlerde, açıklanan varyansın %40 ile %60 arasında olması yeterli olarak kabul edilir.<sup>17,18</sup>

**Tablo 1.** Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri.

Değişkenler	Sayı	Yüzde
<b>Yaş Grubu</b>		
18-21	99	60,7
22-25	60	36,8
26-29	4	2,5
<b>Sınıf</b>		
İkinci Sınıf	50	30,6
Üçüncü Sınıf	57	35,0
Dördüncü Sınıf	56	34,4
<b>Çalışma Durumu</b>		
Evet	2	1,2
Hayır	161	98,8
<b>Mezun Olunan Lise</b>		
Düz Lise	16	9,8
Sağlık Meslek Lisesi	35	21,5
Anadolu/Fen Lisesi	101	62,0
Diğer	11	6,7
<b>Mesleği İsteyerek Tercih Etme Durumu</b>		
Evet	105	64,4
Hayır	58	35,6
<b>Yaz Stajı Yapma Durumu</b>		
Evet	120	73,6
Hayır	43	26,4
<b>Ders Uygulamaları Hakkındaki Düşünceleri</b>		
Yeterli	83	50,9
Yeterli Değil	80	49,1
<b>Uygulamada Öğretim Üye Yeterliği Konusundaki Düşünceleri</b>		
Yeterli	131	80,4
Yeterli Değil	32	19,6
<b>Toplam</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

Sayı-yüzde dağılımı

**Tablo 2.** Kaiser- Meyer-Olkin ve Barlett’s testi sonuçları

*KMO Değeri	0,862
**Barlett’s Testi	$X^2 = 754,096$ df = 45 p=0,000

\*Kaiser- Meyer-Olkin

\*\*Barlett’s Testi

Ölçeğin yapı geçerliliği için yapılan doğrulayıcı faktör analizine (DFA) göre ölçeğin yapısal denklem modelinin  $p=0.000$  düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 10 maddenin, iki faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Modelde iyileştirme yapılmıştır. MI değerleri yüksek olan hatalar arasında kovaryans oluşturulmuştur. Buna göre Ki-kare iyilik uyumu=21,630, CFI=0,972, RMSEA= 0,062, NFI=0,933,

NNFI= 0,961 ve GFI = 0,942 olarak saptanmıştır (Tablo 4). Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları Şekil 1’de gösterilmiştir.

Ölçeğin güvenilirlik değerlendirmesi Kuder-Rishardson 20 (KR-20) yöntemi ile yapılmıştır. KR-20 katsayısı az sayıda maddeden oluşan ölçeklerde uygulandığında KR-20 değerinin 0.50’nin üzerinde olması güvenilir kabul edilmektedir.<sup>12</sup> Araştırmada KR-20 katsayısı ölçek geneli için 0,886 hesaplanmıştır. Ölçeğin birinci alt boyutunun KR-20 katsayısı 0,812, ikinci alt boyutunun KR-20 katsayısı ise 0,837 olarak hesaplanmıştır. Bu değer “Klinik Ortamlarda Akademik Ebelik Ölçeği”nin yüksek derecede güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin madde analizlerine ilişkin bulgular Tablo 5'te yer almaktadır. Ölçeğin güvenilirliğindeki düzeltilmiş madde toplam

korelasyonu değerlerinin 0.50'nin üzerinde ve yeterli düzeyde olduğu tespit edilmiştir.<sup>12</sup>

**Tablo 3.** Ölçeğe ait açıklayıcı faktör analizi sonuçları

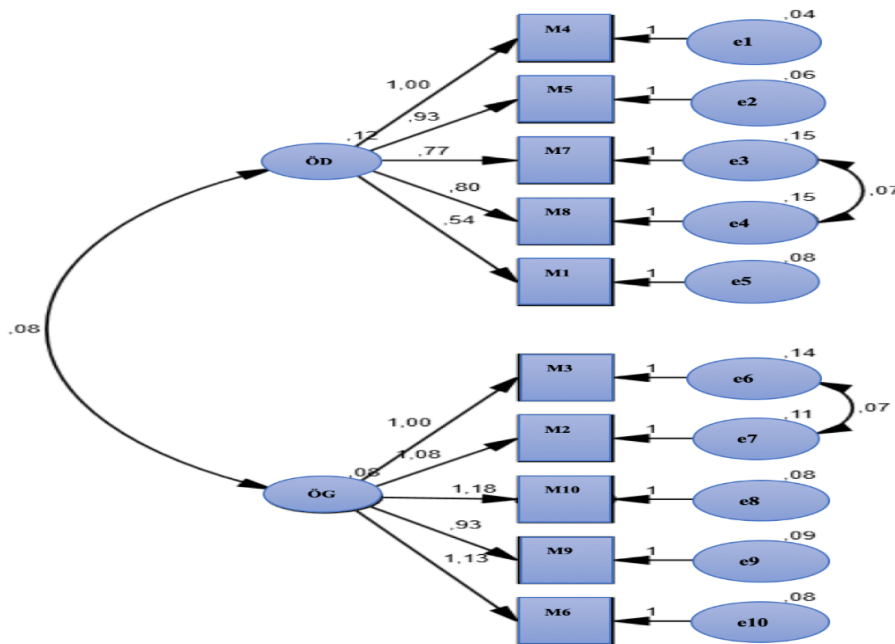
Boyutlar ve ölçek maddeleri	Döndürülmüş faktör yükleri	Açıklanan varyans	Özdeğer
<b>F1: Öğrenciye destek alt boyutu</b>		<b>49,686</b>	<b>4,969</b>
M1 Klinik ortamlarda ebelik teori ve uygulamasının birleşimini destekledi	,524		
M4 Bireysel öğrenme ihtiyaçlarımı karşılamamda beni destekledi.	,814		
M5 Uygulamalar üzerine eleştirel düşünme fırsatı sundu.	,807		
M7 Gelişimim hakkında net geri bildirim verdi.	,689		
M8 Gelişimim hakkında zamanında geri bildirim verdi.	,673		
<b>F2: Öğrenci gelişimi alt boyutu</b>		<b>10,125</b>	<b>1,012</b>
M2 Etkili klinik öğrenme sağlamak için ebelik akademisyenleri ile ortaklaşa çalıştı.	,800		
M3 Gelişimimi değerlendirmek için ebelik akademisyenleri ile ortak çalıştı	,837		
M6 Beklentilerini net bir şekilde belirtti.	,571		
M9 Klinik ortamda güçlü bir duruşa/görünürlüğe sahipti	,645		
M10 Kendini mümkün olduğunca ulaşılabilir kıldı.	,672		
<b>Toplam açıklanan varyans=59,811</b>			

Temel bileşenler testi

\*Ölçeğin orjinal versiyonu tek alt boyuttan oluşmaktadır. Çalışmamız sonucunda varimax döndürmesi sonuçlarında maddelere göre toplam iki faktörlü yapının uygun olduğu görülmüştür.

**Tablo 4.** Doğrulayıcı faktör analizi model uyum indeksleri

İndeks	Mükemmel Uyum Ölçütü	İyi Uyum Ölçütü	Model Uyum
$\chi^2/SD$	0-3	3-5	1,630
RMSEA	$0.0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.06 \leq RMSEA \leq 1.0$	0.062
CFI	$0.95 \leq CFI$	$0.85 \leq CFI$	0.972
NFI	$0.95 \leq NFI$	$0.80 \leq NFI$	0.933
NNFI(TLI)	$0.90 \leq TLI$	$0.80 \leq TLI$	0.961
GFI	$0.90 \leq GFI$	$0.80 \leq GFI$	0.942
AGFI	$0.90 \leq AGFI$	$0.80 \leq AGFI$	0.900



**Şekil 1.** Klinik ortamlarda akademik ebelik ölçeğinin birinci düzey çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizine ilişkin model (M: Madde, ÖD: Öğrenciye destek, ÖG: Öğrenci gelişimi)

**Tablo 5.** Ölçeği oluşturan maddelerin güvenilirliğine etkileri

Ölçek maddeleri	Madde ortalaması	Madde silindiğinde ölçek ortalaması	Madde silindiğinde ölçek varyansı	Madde toplam puan korelasyonu	Madde silindiğinde Cronbach's Alpha değeri
<b>F1:</b>					
M1	1,13±0,34	11,44	8,175	,492	0,883
M4	1,20±0,40	11,38	7,558	,693	0,870
M5	1,22±0,41	11,36	7,677	,610	0,875
M7	1,33±0,47	11,24	7,446	,613	0,875
M8	1,36±0,48	11,21	7,404	,615	0,875
<b>KR-20 katsayısı:</b>			0,812		
<b>F2:</b>					
M2	1,29±0,45	11,28	7,367	,677	0,870
M3	1,33±0,47	11,24	7,495	,592	0,877
M6	1,24±0,43	11,33	7,497	,666	0,871
M9	1,19±0,39	11,39	7,796	,594	0,877
M10	1,25±0,43	11,33	7,519	,649	0,873
<b>KR-20 katsayısı:</b>			0,837		
<b>Ölçeğin toplam KR-20 katsayısı:</b>			0,886		

Madde toplam puan ve KR-20 Katsayısı Analiz

## Tartışma

Ebelik öğrencilerinin klinik uygulama deneyimlerine ilişkin algıları, kendilerine kaliteli klinik öğrenim ve mükemmel profesyonel rol geliştirme fırsatları sağlandığından emin olmak açısından önemlidir.<sup>13</sup> Akademisyenler, klinisyenler ve öğrenciler arasındaki mükemmel işbirliğine dayalı çalışma ilişkileri, pratikte öğrenci öğrenimini optimize etmek için çok önemlidir.<sup>13</sup> Bu çalışma ile Griffiths ve ark.<sup>13</sup> tarafından ebelik öğrencilerinin ebelerin akademik rolünün klinik öğrenme ve mesleki bilgi, beceri ve klinik yeterlilik gelişimine ilişkin algılarını ölçmek amacıyla geliştirilen Klinik Ortamlarda Akademik Ebelik Ölçeği'nin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda ölçeğin faktör yapısının iyi olduğu ve iç tutarlılık katsayısının yeterli olduğu saptanmıştır. Ölçeğin orijinal versiyonu tek alt boyuttan ve 10 maddeden oluşmaktadır.<sup>13</sup> Çalışmamızda ölçek iki alt boyut olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin kapsam geçerliliği analizinde ölçek maddelerin KGO değeri 1,00 olarak, KGİ değeri ise 1,00 olarak saptanmıştır. Ayyıldız ve Demirelöz Ebe Öğretim Elemanı Etkisi Ölçek maddelerinin kapsam geçerliliği için elde edilen KGİ değerinin 0,80 ile 1,00 arasında olduğunu ve ölçek genelinde KGİ'i değerinin 0,98 olduğunu belirtmiştir.<sup>11</sup>

Çalışmada örneklem büyüklüğünün faktör analizine yeterliliğini değerlendirmek amacıyla yapılan KMO değeri ve Barlett küresellik testi sonucuna göre örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygun büyüklükte olduğu saptanmıştır. Griffiths ve ark.<sup>13</sup> ise değerinin 0,6 üzerinde olduğunu ve Bartlett küresellik testinin anlamlı olduğunu belirtmiştir. Griffiths ve ark.,<sup>9</sup> Ebe Öğretim Elemanı Etkisi Ölçek KMO değeri 0,6'nın üzerinde olduğunu Bartlett küresellik testinin anlamlı olduğunu belirtmiştir. Ayyıldız ve Demirelöz de (2022) ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışmasında KMO değerinin 0,890 olduğunu ve Bartlett küresellik testinin anlamlı olduğunu belirtmiştir.<sup>11</sup>

Ölçeğin açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, 10 maddeden oluşan ölçeğin en düşük faktör yük değeri 0,524 en yüksek değeri ise 0,837 olarak saptanmıştır. Ölçeğin orijinal versiyonu tek alt boyuttan oluşmaktadır. Varimax döndürmesi sonuçlarında maddelere göre toplam iki faktörlü yapının uygun olduğu görülmüştür. Buna göre 1,4,5,7,8. maddelerin birinci alt boyutta, 2,3,6,9,10. maddelerin ikinci alt boyutta yer aldığı saptanmıştır. Ölçeğin yazarından da onay alınarak ve ölçek maddeleri değerlendirilerek; birinci alt boyuta "öğrenciye destek", ikinci alt boyuta ise "öğrenci gelişimi" başlıkları verilmiştir. Faktör yüklerinin açıkladığı minimum toplam varyans %40 kabul edilmektedir.<sup>18</sup> Çalışmada faktörler toplam varyansın %59,811'ini

açıklamaktadır. Griffiths ve ark.<sup>13</sup>, ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla temel bileşenler analizi ve döndürme yöntemlerinden oblimini kullanmışlardır ve ölçeğin yalnızca bir bileşenin 1'in üzerinde özdeğere sahip olduğunu, 10 madde ve tek alt boyuttan oluştuğunu, varyansın %69,6'sını açıkladığını belirtmişlerdir.<sup>13</sup> Griffiths ve ark.<sup>13</sup>, Ebe Öğretim Elemanı Etkisi Ölçek maddelerinin toplam açıklanan varyans %69.9 olduğunu, Ayyıldız ve Demirelöz de (2022) ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışmasında toplam varyansın %72.198'ini açıkladığını belirtmişlerdir.<sup>11</sup>

Çalışmanı DFA sonuçlarına göre yapısal denklem modelinin  $p=0.000$  düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 10 maddenin, iki faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Ölçeğin Ki-kare iyilik uyumu=21,630, CFI=0,972, RMSEA= 0,062, NFI=0,933, NNFI= 0,961 ve GFI = 0,942 olarak saptanmıştır. Ayyıldız ve Demirelöz (2022) çalışmalarında Ebe öğretim elemanı etkisi ölçeğinin modifikasyon sonrası model uyumu incelendiğinde DFA  $\chi^2/df$  değerinin 1,432 olduğunu ve mükemmel uyum ölçütüne karşılık geldiğini, GFI değerinin 0,928 olduğunu ve mükemmel uyum gösterdiğini belirtmiştir.<sup>11</sup>

Çalışmada ölçeğin KR-20 katsayısı 0,886 olarak saptanmıştır. Varimax döndürmesi sonucunda ortaya çıkan alt boyutlardan birinci alt boyutun KR-20 katsayısı 0,812, ikinci alt boyutun KR-20 katsayısı ise 0,837 olarak saptanmıştır. Griffiths ve ark.<sup>13</sup> ölçeğin Cronbach alfa değerini 0,94 olarak belirtmişlerdir. Griffiths ve ark.<sup>9</sup> geliştirilen Ebe Öğretim Elemanı Etkisi Ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0,85'in üzerinde olduğunu, Ayyıldız ve Demirelöz ise ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değerinin 0,927 olduğunu belirtmiştir.<sup>11</sup>

Çalışmada ölçeğin madde toplam puan korelasyon katsayılarının 0,492 ile 0,693 arasında olduğu saptanmıştır. Griffiths ve ark.<sup>13</sup> ise madde toplam puan korelasyon katsayılarının 0,73'ün üzerinde olduğunu ve korelasyonun yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Ayyıldız ve Demirelöz çalışmalarında Ebe Öğretim Elemanı Etkisi

Ölçeğinin korelasyon katsayılarının 0,582-0,849 aralığında değiştiğini ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtmiştir.<sup>11</sup>

## Sonuç

Çalışma sonucunda Klinik Ortamlarda Akademik Ebelik Ölçeği'nin (midACE) ebelik öğrencilerinin ebelerin akademik rolünün klinik öğrenme ve mesleki bilgi, beceri ve klinik yeterlilik gelişimine ilişkin algılarını ölçmede kullanılabilecek güvenilirliği yüksek bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır. Ölçeğin dil geçerliliği çalışmasında dilimize ve kültürümüze uygun olduğu görülmüştür. Ölçeğin üniversite ve sağlık kuruluşları arasında başarılı iş ortaklığı sağlamak ve öğrencilerden alınan geri bildirim ile iyileştirme alanlarının belirlenmesi için etkili bir fırsat sunacağı düşünülmektedir.

## Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (22.06.2021 tarih ve E.12094 sayılı yazı). Araştırma süreci Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütülmüştür. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için Marnie Griffiths ve arkadaşlarından yazılı onay alınmıştır.

## Bilgilendirilmiş Onam

Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

## Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Sİ, RG; Tasarım ve Dizayn: Sİ, ESÇ, RG; Denetleme/Danışmanlık: Sİ, ESÇ, RG; Kaynaklar: Sİ, ESÇ; Veri toplama: Sİ; Analiz ve Yorum: ESÇ; Literatür taraması: Sİ, ESÇ, RG; Yazan: Sİ, ESÇ, RG

## Teşekkür

Araştırmaya destek veren tüm öğrencilere teşekkür ediyoruz.

## Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarların herhangi bir çıkarı dayalı ilişkisi yoktur.

## Araştırma Desteği

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur.

## Beyanlar

Bu yazı daha önce herhangi bir yerde sunulmamıştır.

## Hakem Değerlendirmesi

Dış bağımsız

## Kaynaklar

1. International Confederation of Midwives. International Definition of the Midwife. 2017'de basıldı. 15 Temmuz 2022'de erişildi. [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition\\_of\\_the\\_midwife-2017.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf)
2. Dereli Yılmaz S, Erkal Aksoy Y. Ebelik eğitiminin dünyadaki durumu. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;1(1):26-31.
3. Bogren M, Alesö A, Teklemariam M, Sjöblom H, Hammarbäck L, Erlandsson K. Facilitators of and barriers to providing high-quality midwifery education in South-East Asia—An integrative review. *Women and Birth*. 2022;35(3):e199-e210. doi:10.1016/j.wombi.2021.06.006
4. Nove A, Pairman S, Bohle LF, et al. The development of a global Midwifery Education Accreditation Programme. 2018'de çevrimiçi basıldı. doi:10.1080/16549716.2018.1489604
5. Gilkison A, Pairman S, McAra-Couper J, Kensington M, James L. Midwifery education in New Zealand: Education, practice and autonomy. *Midwifery*. 2016;33:31-33. doi:10.1016/j.midw.2015.12.001
6. Maxwell E, Black S, Baillie L. The role of the practice educator in supporting nursing and midwifery students' clinical practice learning: An appreciative inquiry. *J Nurs Educ Pract*. 2014;5(1). doi:10.5430/jnep.v5n1p35
7. Flott EA, Linden L. The clinical learning environment in nursing education: A concept analysis. *J Adv Nurs*. 2016;72(3):501-513. doi:10.1111/jan.12861
8. Mehigan Sinead, Pisaneschi Laura, McDermott Justin. Academic practice partnerships. İçinde: Morley DA, Wilson K, Holbery N, editörler. *Facilitating Learning in Practice: A Research-Based Approach to Challenges and Solutions*. 1st ed. Routledge; 2019:44-55.
9. Griffiths M, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK. Midwifery student evaluation of practice: The MidSTEP tool — Perceptions of clinical learning experiences. *Women and Birth*. 2020;33(5):440-447. doi:10.1016/j.wombi.2019.09.010
10. Çakır Koçak Y, Öztürk Can H, Yücel U, Demirelöz Akyüz M, Çeber Turfan E. Türkiye'de ebelik bölümlerinin akademik ve fiziki profili. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 11 Haziran 2017'de basıldı. doi:10.17681/hsp-dergisi.293047
11. Güneş Ayyıldız M. Ebelik Öğrencilerinin Klinik Öğrenme Deneyimleri Algı Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması [Yüksek lisans tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2022.
12. Esin MN. Veri toplama yöntem ve araçları & veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği. İçinde: Erdoğan S, Nahçıvan N, Esin MN, editörler. *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik*. 1. baskı. Nobel Tıp Kitapevleri; 2014:193-232.
13. Griffiths M, Creedy DK, Carter AG. Validation of the MidACE tool – Students' perceptions of the Midwifery Academic role in clinical environments. *Women and Birth*. 2021;34(1):e14-e22. doi:10.1016/j.wombi.2020.05.007
14. Yurdugül H, Üniversitesi H, Fakültesi E. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. *XIV Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi*. 2005'te çevrimiçi basıldı.
15. Karakoç F, Dönmez L. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2014;(40):39-49.
16. Terzi Y. Anket, güvenilirlik-geçerlilik analizi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi İstatistik Bölümü. 2019'da




- basıldı. 16 Kasım 2022'de erişildi. [personel.omu.edu.tr/docs/ders\\_dokumanlari/1030\\_32625\\_1500.pdf](https://personel.omu.edu.tr/docs/ders_dokumanlari/1030_32625_1500.pdf)
17. Büyüköztürk Ş. *Data Analysis Handbook for Social Sciences*. 23rd ed. (Büyüköztürk Ş, ed.). Pegem Akademi; 2017.
  18. Tavşancıl E. *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. 6th ed. (Tavşancıl E, ed.). Nobel Akademik Yayıncılık; 2019.



Özgün Araştırma/Research Article

Gebe kadınların gebelik algıları ve sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi;  
metodolojik ve tanımlayıcı bir çalışma

Determination of pregnancy perceptions and health needs of pregnant women; a  
methodological and descriptive study

Gizem ANAÇ<sup>1</sup> , Ebru GÖZÜYEŞİL<sup>2</sup>  

<sup>1</sup>Aksaray Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 68200, Aksaray-Türkiye

<sup>2</sup>Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, 01250, Adana-Türkiye

**Atf gösterme/Cite this article as:** Anaç G, Gözüyeşil E. Gebe kadınların gebelik algıları ve sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi; metodolojik ve tanımlayıcı bir çalışma. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg.* 2023;9(1):26-38. doi:10.30569.adiyamansaglik.1207642

Öz

**Amaç:** Bu çalışmada öncelikle maternal sağlık gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik ölçme aracının Türk toplumuna uyarlanması, sonrasında gebe kadınların gebelik algıları ve sağlık gereksinimlerinin ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma metodolojik ve tanımlayıcı tipte yürütülmüştür. İlk aşamada "Maternal Health Needs Scale" in geçerlik ve güvenilirliği gerçekleştirmiş, ikinci aşama 372 gebe ile yürütülmüştür. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Maternal Sağlık Gereksinimleri Ölçeği (MSGÖ) ve Gebelerin Kendini Algılama Ölçeği (GKAÖ) ile toplanmıştır.

**Bulgular:** MSGÖ geçerli ve güvenilir bulunmuştur. MSGÖ, GKAÖ-Annelik Algısı ve GKAÖ-Beden Algısı toplam puan ortalamaları sırasıyla 94,48±7,59, 24,06±2,78, 11,77±2,56 bulunmuştur.

**Sonuç:** Araştırmada, Türkiye için uyarlanan MSGÖ geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Gebelerin maternal sağlık gereksinimlerinin yüksek, annelik algılarının olumlu, beden algılarının ise hafif düzeyde olumsuz olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** İhtiyaç ve talep; Gebelik algısı; Geçerlik; Güvenirlik.

Abstract

**Aim:** In this study, first of all, the measurement tool for determining maternal health needs was adapted to Turkish society. Afterwards, it was aimed to determine the pregnancy perceptions and health needs of pregnant women and the factors affecting them.

**Materials and Methods:** The research was conducted in methodological and descriptive type. In the first stage, the validity and reliability of the "Maternal Health Needs Scale" was realized, the second stage was carried out with 372 pregnant women. Data were collected with Personal Information Form, Maternal Health Needs Scale (MHNS), and Self-Perception Scale of Pregnants (SPSP).

**Results:** MHNS was found to be valid and reliable. The total mean scores of MHNS, SPSP-Maternity Perception, and SPSP-Body Perception were found to be 94.48±7.59, 24.06±2.78, 11.77±2.56, respectively.

**Conclusion:** In the research, MHNS adapted for Turkey was found to be valid and reliable. It was determined that the pregnant women need maternal health needs, their perceptions of maternity were positive, and their body perceptions were slightly negative.

**Keywords:** Needs and demand; Pregnancy perception; Validity; Reliability.

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Ebru GÖZÜYEŞİL, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, 01250, Adana-Türkiye, E-mail: [ebruozuyesil@hotmail.com](mailto:ebruozuyesil@hotmail.com)

**Geliş Tarihi/Received:**20.11.2022

**Kabul Tarihi/Accepted:**24.03.2023

**Yayın Tarihi/Published online:**23.04.2023



Bu eser, Creative Commons Atf-GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.  
Telif Hakkı © 2023 Adıyaman Üniversitesi Rektörlüğü



Bu makale araştırma ve yayın etiğine uygun hazırlanmıştır.



intihal incelemesinden geçirilmiştir.





## Giriş

Gebelik, kadının yaşamında fizyolojik değişiklikler başta olmak üzere duygusal, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir.<sup>1</sup> Gebeliğe uyum süreci her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre farklılık göstermektedir. Bu süreçte kadının daha önce anneliğe hazır olması, çevresinde bulunan olumlu ve olumsuz örnekler, gebeliğin planlı olup olmaması, gebelik ve doğum hakkında yeterli ve doğru bilgiye sahip olma, korku ve endişe, sosyo-ekonomik koşullar ve benlik kavramı gebeliği kabullenmeyi etkileyen faktörlerden bazılarıdır.<sup>2,3</sup> Annelik ve beden algılarının olumlu yönde geliştirilmesi kadınların sağlıklı bir ruh halinde olması ve gebeliğe uyum sağlaması açısından önemlidir.<sup>4</sup>

Gebelik döneminde artan fiziksel-obstetrik ihtiyaçların yanı sıra sosyal ve psiko-duygusal ihtiyaçların da olduğu bildirilmektedir.<sup>5</sup> Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisine göre fizyolojik ihtiyaçlar; yiyecek, su, ısı, boşaltım, dinlenme ve ağrıdan kaçınma gibi insan gereksinimlerinin temel olanlarıdır.<sup>6</sup> Gebe kadınların beslenme, ilaç ve aşı kullanımı, gebelikte kilo yönetimi, yaşadıkları fizyolojik değişimler hakkında bilgi, gebelikte risk yönetimi, kişisel gebelik risklerini içeren güvenli cinsel davranışlar hakkında da ek bilgiye ihtiyaçları bulunmaktadır.<sup>6-8</sup>

Kadınlar tarafından bildirilen güvenlik ihtiyaçları ise kendi kendine sağlığı yönetme, fiziksel ve psikolojik komplikasyonları içermektedir.<sup>6-8</sup> Gebelik sırasında meydana gelen fizyolojik değişiklikler nedeniyle gebeler eşlerinden veya diğer destekleyici kişilerden artan düzeyde psikolojik desteğe ihtiyaç duymakta ve doğum sonu dönemde duygusal destek talepleri artmaktadır.<sup>8</sup> Karşılanmayan anne sağlığı ihtiyaçları, sağlık hizmetinin kalitesini etkileyerek gebelerin psikolojik ve fiziksel sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bunun sonucunda gebeliğin algılanması gebelerin içinde bulunduğu duruma göre farklılık gösterebilmektedir. Mevcut doğum öncesi eğitim programları her kadının benzersiz ihtiyaçlarına dayalı bilgiyi sağlamada yeterli olamayabilir. Yüksek düzeyde kaliteli maternal bakımı sağlamak ve maternal sağlığı

yükseltmek için maternal sağlık gereksinimlerinin anlaşılması gereklidir.<sup>8,9</sup>

Bu bakış açısıyla gebe kadınların maternal sağlıklarının en üst düzeyde tutulması ebeler ve hemşireler tarafından sürekli bakım desteğinin sağlanması kadın sağlığının iyileştirilmesinde atılacak ilk adımlardan biridir. Gebelik döneminde maternal sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi gebelerin gebeliklerini nasıl algıladıklarına yol gösterici olması bakımından önemlidir. Dolayısıyla gebelerin gebeliklerine ilişkin algılarının ne yönde olduğunun tespiti ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi kadınlara verilecek bütüncül bakımın kalitesini yükseltmede ve verilmesi gereken sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde önemli rol oynayacaktır.

Bu doğrultuda gebelerin maternal sağlık gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik ülkemizde geçerli ve güvenilir herhangi bir nicel ölçme aracı bulunmamaktadır. Ayrıca, konuyla ilgili literatür incelendiğinde gebelik algısının araştırıldığı, ulusal ve uluslararası düzeyde araştırmalar bulunmaktadır.<sup>10-13</sup> Ancak, gebelik algısı ile birlikte maternal sağlık gereksinimlerinin değerlendirildiği ve bu durumları etkileyen faktörlerin çalışıldığı herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Bu doğrultuda, bu araştırma, maternal sağlık gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik Qun Liu ve arkadaşları tarafından Çin'de geliştirilen ölçeğin<sup>8</sup> Türk toplumuna uyarlanması, sonrasında ise gebe kadınların gebelik algılarının ve sağlık gereksinimlerinin ne düzeyde olduğunun saptanması ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Bu doğrultuda araştırma soruları şunlardır;

- Maternal Sağlık Gereksinimleri Ölçeği Türk toplumu için geçerli ve güvenilir midir?
- Gebe kadınların gebelik algıları nasıldır?
- Gebelerin maternal sağlık gereksinimleri ne düzeydedir?
- Gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri, gebelik algısını etkiler mi?
- Gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri, maternal sağlık gereksinimlerini etkiler mi?

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın tipi

Bu çalışma, metodolojik ve tanımlayıcı tipte yürütülmüştür.

### Araştırma evreni ve örnekleme

Araştırma 01 Ekim 2020-01 Aralık 2021 tarihleri arasında, bir devlet hastanesinin kadın doğum polikliniğine başvuran kadınlar ile yürütülmüştür. Araştırma iki aşamadan oluşmaktadır. Her iki aşamada araştırmanın evrenini ilgili hastanenin gebe polikliniğine başvuran kadınlar oluşturmuştur.

Birinci aşama metodolojik kısmı oluşturmaktadır. Bu aşamada Maternal Health Needs Scale'nin Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması 01 Ekim 2020-15 Temmuz 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bu süreçte örnekleme seçilen gebeler diğer aşamalara dâhil edilmemiştir. Literatür bilgisi metodolojik araştırmalar için örneklem büyüklüğü belirlemede ölçüğün madde sayısının 5 katından fazla olmasının yeterli kabul edileceği bildirmektedir.<sup>14</sup> MHNS'nin madde sayısının 23 olması göz önünde bulundurulduğunda toplam 230 kişi ile geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

İkinci aşamada; gebe kadınlarda geçerliği ve güvenilirliği test edilmiş olan Maternal Sağlık Gereksinimleri Ölçeği yeni örneklem grubuna 01 Ağustos-01 Aralık 2021 tarihleri arasında uygulanmıştır. İlgili hastanede 2020 yılında polikliniğe başvuran gebe sayısı yaklaşık 3000'dir. Örneklem büyüklüğü hesaplamasında Sample Size Calculator web sitesi kullanılmıştır.<sup>15</sup> Evren sayısı 3000 olan popülasyonda %5 hata olasılığında ( $\alpha=0.05$ ), %95 güçte ( $1-\beta=0.95$ ) ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 341 olarak hesaplanmıştır. Yaşanabilecek kayıplar göz önüne alınarak toplam örneklem sayısı yaklaşık %10 arttırılarak araştırma 372 kişi ile yürütülmüştür. Araştırmanın ikinci aşaması her trimesterden 124 gebe olmak üzere 372 gebe ile yürütülmüştür.

Araştırmanın her iki aşamasında araştırmaya alınma ve dışlanma kriterleri aynıdır. Türkçe anlıyor ve konuşuyor olan, gebeliğin herhangi bir trimesterinde olan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, işbirliği

ve iletişime açık olan gebeler araştırmaya alınmış, riskli gebelik yaşayan (Rh uyuşmazlığı, erken membran rüptürü, preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği, serviks yetmezliği ve sistemik hastalıklar) kadınlar araştırmaya alınmamıştır.

### Veri toplama araçları

Araştırmanın birinci aşamasının verilerinin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu 1", "Maternal Health Needs Scale" (MHNS) ve "Doğum Öncesi Fonksiyonel Durum Envanteri" (DÖFDE) kullanılmıştır. Kişisel Bilgi Formu 1 kadınların yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence ve aile tipinin sorgulandığı sosyodemografik ve gebelik sayısı, çocuk sayısı ve gebelik haftasının sorgulandığı obstetrik özellikleri içeren sorulardan oluşmaktadır.<sup>8</sup>

DÖFDE, MHNS'nin yakınsak geçerliğinin sınanması amacıyla kullanılmıştır. Özkan ve arkadaşları<sup>16</sup>, tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır. Toplam 57 soru ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Fonksiyonel yeteneği ölçmek için ev içi (12 soru), sosyal ve toplumsal (5 soru), çocuk bakımı (11 soru), öz bakım (17 soru), mesleki (6 soru) ve eğitim (6 soru) faaliyetlerini içeren 6 alt skaladan oluşmaktadır. Maddeler likert tipinde (1 azaldı, aynı kaldı, 3 arttı) hazırlanmış ve ortalamaları alınmıştır. En düşük skor 1, en yüksek skor 3 olarak belirlenmiştir. Ortalama puanın yüksek olması daha iyi fonksiyonel durumda olduklarını göstermektedir.<sup>16</sup>

MHNS, Maslow'un temel insan gereksinimlerine dayanarak Yan Qun Liu ve arkadaşları<sup>8</sup> tarafından geliştirilen ve gebe kadınların sağlık gereksinimlerini belirlemeyi amaçlayan bir ölçektir. MHNS, gebelikte her dönem kullanılabilirlikle birlikte özellikle son trimesterde kullanılması önerilmektedir. MHNS; 23 maddeli altı alt boyuta sahip 5'li likert tipinde bir ölçektir. Ölçek maddeleri, çok gereksiz (1), çok gerekli (5) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek, "Fizyolojik İhtiyaçlar", "Güvenlik İhtiyaçları", "Saygı İhtiyacı", "Sevgi ve Aidiyet İhtiyaçları", "Kendini Gerçekleştirme İhtiyaçları" ve "Bir Fetüsün/Bebeğin Fizyolojisi ve Güvenliği İhtiyaçları" şeklinde altı alt

boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı toplam ölçek için 0,94 olarak hesaplanmıştır. Altboyutların Cronbach alfa katsayıları ise 0,69-0,94 aralığındadır. Ölçekte ters madde ve kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde ölçek puanı arttıkça maternal ihtiyaçlar da artmaktadır.<sup>8</sup>

Araştırmanın ikinci aşamasının verilerinin toplanmasında ise “Kişisel Bilgi Formu 2”, “Maternal Sağlık Gereksinimleri Ölçeği” (MSGÖ) ve “Gebelerin Kendini Algılama Ölçeği” (GKAÖ) kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu 2’de sosyodemografik özelliklere ek olarak obstetrik özelliklerin daha ayrıntılı sorgulandığı, gebeliği isteme durumu, sağlık sorunu yaşama durumu, gebelik takibine ilişkin sorulardan oluşmaktadır.<sup>8,10,11</sup> Verilerin toplanması her iki aşama için 10-15 dakikada tamamlanmıştır.

MSGÖ, gebe kadınların sağlık gereksinimlerini belirlemeyi amaçlayan bir ölçektir. 23 maddeli beş alt boyuta sahip 5’li likert tipinde bir ölçektir. Ölçek maddeleri, çok gereksiz (1), çok gerekli (5) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekte alt boyutlar, “Fizyolojik Gereksinimler”, “Güvenli Gebelik Gereksinimleri”, “Perinatal Güvenlik Gereksinimleri”, “Saygınlık ve Kendini Gerçekleştirme Gereksinimleri”, ve “Bebek Gereksinimleri” şeklindedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı toplam ölçek için 0,95 olarak hesaplanmıştır. Ölçekte ters madde ve kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde ölçek puanı arttıkça maternal ihtiyaçlar da artmaktadır.

GKAÖ, Kumcağız ve arkadaşları<sup>17</sup> tarafından geliştirilen, toplam 12 madde ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek dördümlük tipte olup maddeler, her zaman (4), çoğu zaman (3), bazen (2), hiçbir zaman (1) şeklinde puanlanmakta, alt boyutlar ayrı ayrı değerlendirilmektedir. İlk yedi madde, “Gebeliğe Ait Annelik Algısı (GAAA)” alt boyutu ile ilgili maddeler olup bu alt boyuttan alınabilecek puanlar 7-28 aralığındadır. Alınan puan yükseldikçe GAAA düzeyi yüksek olarak değerlendirilmektedir. Sekiz-on iki arasındaki beş madde ise “Gebeliğe Ait

Beden Algısı (GABA)” alt boyutunu belirlemekte ve tamamen negatif sorulardan oluşmaktadır. Bu boyuttan alınabilecek puanlar ise 5-20 aralığındadır. Yüksek puan, GABA’nın olumsuz, düşük puan ise algının olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlık analizinde, GAAA alt boyutu için Cronbach Alfa katsayı değeri 0,86 iken GABA alt boyutu için 0,75 olarak bulunmuştur. Ölçekte kesme puanı bulunmamaktadır.<sup>17</sup> Bu çalışmada GAAA alt boyut için Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0,75 iken GABA alt boyutu için 0,79 olarak bulunmuştur.

### Verilerin analizi

Bu çalışmanın verileri IBM SPSS 25 programları aracılığı ile değerlendirilmiştir. Verilerin normallik sayıltısını karşılayıp karşılamadığını incelemek için çarpıklık ve basıklık değerleri, histogramlar ve Q-Q plot değerlerine bakılmıştır. İncelenen değerlerin dağılımının normal olduğunu göstermiştir. Birinci aşamada; uzman görüşlerinin uyumluluğu Kapsam geçerlik indeksi (KGI-Lawshe tekniği) ile değerlendirilmiştir. Ölçek ve alt boyutlarının test-tekrar test değerlendirmesi Pearson korelasyon analizi ile, yakınsak geçerlik için, ölçek ve alt boyutları için madde toplam puanları arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile, ölçek ve alt boyutlarının iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliği açıklayıcı faktör analizi ile test edilmiştir Madde-faktör ilişkisi için açıklayıcı faktör analizi kullanılmıştır.

İkinci aşamada; Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş, yüzde, ortalama, standart sapma, min-max, ortanca hesaplamalarının yanı sıra gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız gruplar için t testi, tek yönlü ANOVA analizleri kullanılmıştır. Bütün analiz sonuçları için anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak belirlenmiştir.

### Araştırmanın etik boyutu

Araştırmaya başlamadan önce, Çukurova Üniversitenin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (06.11.2020/105) onay alınmıştır.

Araştırmanın yapıldığı ilgili hastaneden izin alınmıştır. Araştırma Helsinki Bildirgesine uygun olarak yürütülmüştür.

### Bulgular

Araştırmanın birinci aşaması olan ölçek geçerlik-güvenirliliğine ilişkin bulgular şunlardır;

Ön çalışmanın örneklemini yaşları 17 ile 44 arasında değişen (Ort=26,77±5,33) 270 katılımcı oluşturmaktadır. Katılımcıların çoğunluğu (% 66,1, n=152) orta gelir düzeyindedir. 75 (% 32,6) katılımcı 1. Trimester, 79 (% 34,4) katılımcı 2. Trimester ve 76 (% 33) katılımcı ise 3. Trimesterdedir. 103 (% 44,8) katılımcının çocuğu yoktur. 201 (% 87,4) katılımcı isteyerek hamile kaldığını ifade etmiştir.

Geçerlik analizleri, dil ve kapsam geçerliği yapılarak tamamlanmıştır. Ölçeğin dil geçerlik aşamasında ilk olarak ölçeği geliştiren yazardan izin alınmıştır. Ardından İngilizceyi iyi bilen üç akademisyen tarafından, birbirinden bağımsız olarak Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. Daha sonra, alanda uzman bir öğretim üyesi ve bir Türk dili uzmanı tarafından ölçek incelenerek, her madde için uygun olan çeviri benimsenmiş ve Türkçe formu oluşturulmuştur. Sonrasında ise, Türkçe'ye çevrilen ölçeğin özgün dili olan İngilizceye çevrilmesi sağlanmış, bu çeviri, özgün dildeki aslı ile karşılaştırılması amacı ile Dr. Yan Qun Liu tarafından değerlendirilmiş ve uygunluk onayı alınarak ölçeğin son şekli verilmiştir.<sup>18</sup>

Dil eşdeğerliği sonrası kapsam geçerlik çalışması, alanında uzman (Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ile Ebelikte uzman) 13 kişi ile yapılmıştır. Uzmanlar ölçüm aracını amaca uygunluk, anlaşılabilirlik, kültürel uygunluk ve maternal sağlık gereksinimlerini belirleme açısından değerlendirmiştir. Uzmanlar arasındaki uyum Kapsam geçerlik indeksi (KGİ) ile değerlendirilmiştir. KGİ indeksi 0,80'den büyük ise madde kapsam geçerliliği açısından yeterlidir. Eğer düşük ise madde çıkarılır.<sup>19</sup> Uzman puanlarının uyumlu olduğu görülmüştür (KGİ=0,957).

Dil ve kapsam geçerliği analizi sonrasında ölçeğin anlaşılır ve uygulanabilir olduğunu belirlemek amacı ile 20 gebeye ön uygulama yapılmış bu kişiler araştırmaya dâhil edilmemiştir. Ön uygulama sonrası maddelerde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

Ölçeğin yapı geçerliliği açıklayıcı faktör analizi ile sınıanmıştır. Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemede Kaiser-Maier Oklin (KMO) değeri hesaplanmış ve 0,902 olarak bulunmuştur. Ayrıca Barlett Sphericity Testi anlamlılık değerinin ( $\chi^2=4824,927$ ;  $p=0,000$ ) 0,05'ten küçük olması çok değişkenli normallik sayıltısını sağladığını işaret etmektedir. MHNS'nin yakınsak geçerliğinin sınıanması amacıyla, DÖFDE alt boyutları ve MSGÖ'nin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar, farklı alt boyutlar arasında anlamlı ilişkiler olduğuna göstermiştir (Tablo 1).

MHNS'nin faktör yapısı, varimax eksen döndürme yöntemi kullanılarak temel bileşenler analizi ile incelenmiştir. Yapılan Varimax eksen döndürmesi sonucunda varyansın 77,76'sını açıklayan ve faktör yükleri ,578 ile ,875 arasında değişen faktör yüklerine sahip beş faktörlü bir yapı oluşmuştur (Tablo 2). Türkçe'ye uyarlaması tamamlanan MSGÖ ölçeği 23 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlara ait başlıklar ve ilgili maddeler şöyledir; fizyolojik gereksinimler (1-4), güvenli gebelik gereksinimleri (5-8), perinatal güvenlik gereksinimleri (9-11), saygınlık ve kendini gerçekleştirme gereksinimleri (12-19) ve bebek gereksinimleri (20-23) şeklindedir. Her alt boyutta puanın artması maternal ihtiyaçların arttığını göstermektedir. Ölçekte kesme noktası bulunmamaktadır.

Güvenirlilik analizleri için iç tutarlılık analizi ve test-tekrar test güvenirliliği analizleri gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin toplam Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,95 olarak hesaplanırken, alt boyutların Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları sırasıyla; 0,94, 0,93, 0,88, 0,85 ve 0,80 olarak hesaplanmıştır. Cronbach Alfa katsayılarına ilişkin veriler ölçeğin güvenilir sonuçlar verdiğini göstermektedir.

**Tablo 1.** MSGÖ ve DÖFDE'nin alt boyutları arasındaki korelasyonel ilişkiler. (n: 230)

Boyutlar	F1	F2	F3	F4	F5	DÖFDE1	DÖFDE2	DÖFDE3	DÖFDE4	DÖFDE5
F1	1									
F2	,546***	1								
F3	,477***	,604***	1							
F4	,558***	,626***	,659***	1						
F5	,666***	,530***	,526***	,601***	1					
DÖFDE1	-,002	-,208**	-,172***	-,176**	-,102	1				
DÖFDE2	,117	,165*	,065	,230***	,119	,133*	1			
DÖFDE3	-,097	-,203**	-,209**	-,151*	-,117	,277**	,146*	1		
DÖFDE4	,053	,000	,060	,056	,105	-,049	-,063	-,127	1	
DÖFDE5	,097	,284***	,313***	,212***	,181**	-,314***	,088	-,295***	,003	1
DÖFDE6	,149*	,129	,130*	,141*	,095	-,004	,005	-,074	-,035	,119
	,024	,051	,048	,033	,152	,948	,943	,266	,599	,073

MSGÖ: Maternal Sağlık Gereksinimleri Ölçeği, DÖFDE: Doğum Öncesi Fonksiyonel Durum Envanteri, Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.  
 \*=  $p < 0,05$ , \*\*=  $p < 0,01$ , \*\*\*=  $p < 0,001$

**Tablo 2.** Maternal sağlık gereksinimleri ölçeğinin faktör yapısı.

Maddeler	F1	F2	F3	F4	F5
14.Gebelik, iş yerinde haksız muameleye neden olacak bir süreç değildir.	,875				
16.Günlük yaşamda sosyal faaliyetlerde bulunma ve var olan işinde yetkin olma.	,849				
15.Gebelik, günlük yaşamda haksız muameleye neden olacak bir süreç değildir.	,823				
13.İlgili sosyal kurumlardan yardım ve destek alabilme konusunda bilgi sahibi olma.	,814				
12.Keyifli ve rahatsız edici deneyimler dâhil olmak üzere. aile. arkadaşlar ve sağlık çalışanı ile paylaşılabilir ve desteklenebilir çeşitli gebelik deneyimleri.	,739				
17.Kendi kararlarını verebilme.	,709				
18.Eş rolünü sürdürebilme.	,675				
19.Bu süreçte yardıma gereksinim olan ebeveynlerin bakımı.	,578				
21.Yeni doğan bebeklerin fizyolojik özelliklerini ve belirtilerini anlama.		,841			
22.Bebeğin banyosu. göbek kordonu bakımı. yenidoğana dokunma/yenidoğan masajı gibi günlük bakımlarını yapabilme.		,823			
20.Gebelikte fetal gelişimin özelliklerini ve belirtilerini anlama.		,799			
23.Bebekte normal olmayan belirtileri ve onlarla başa çıkma stratejilerini öğrenme.		,731			
2.Gebelikte beslenme yönetimi hakkında bilgi sahibi olma.			,839		
3.Gebelikte kilo yönetimi hakkında bilgi sahibi olma.			,788		
4.Gebelikte egzersiz yönetimi hakkında bilgi sahibi olma.			,759		
1.Gebeliğin erken belirtilerini öğrenme.			,644		
8.Sezaryen yapılma nedenleri ve riskleri hakkında bilgi sahibi olma.				,791	
7.Doğumun başlama belirtilerini tanıma ve ağrıyla nasıl baş edileceği ve doğum sırasında alınacak önlemler gibi doğal doğum hakkında bilgi sahibi olma.				,669	
6.Gebelikte sık görülen gebelik diyabeti ve hipertansiyonu gibi sorunlar hakkında bilgi sahibi olma.				,594	
5.Gebelikte cinsel ilişki hakkında bilgi sahibi olma.				,593	

9.Doğumdan önce fiziksel ve zihinsel olarak hazır olmayı bilme.						,719
10.Doğum sonrası sık görülen belirtiler ve doğum sonrası bakım hakkında bilgi sahibi olma.						,699
11.Gebelik ayının bilimsel olarak nasıl hesaplanacağını bilme.						.602
Açıklanan Varyans	49,57	61,36	67,62	73,21	77,78	
Özdeğer	11,40	2,71	1,44	1,29	1,05	
Cronbach Alfa	0,94	0,93	0,88	0,85	0,80	

Zamana göre değişmezlik için iki ölçüm arasındaki değişmezlik güvenilirliği analizi yapılmıştır. Ölçeğin anlamlı olduğunu belirlemek amacıyla, 40 kişilik bir gruba iki hafta ara ile ölçek iki kez uygulanmıştır. İlk uygulamada puan ortalaması  $20,09 \pm 1,92$ , ikinci uygulamada puan ortalaması  $21,71 \pm 2,66$  bulunmuş ve puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $t(270)=3,30$ ;  $p<0,01$ , Cohen's  $d=-0,69$ ). Her bir maddesinin test-tekrar test için Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Bu iki uygulama arasında hesaplanan korelasyon katsayısı  $0,466$  ( $p<0,01$ ) olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin toplam puanının kullanılabilmesi için ANOVA with Tukey's test for nonadditivity değeri hesaplanmıştır. Analiz

sonucu ölçek toplam puanının kullanılabilir olduğunu göstermektedir ( $F = 165.130$ ,  $p<0,001$ ).

Araştırmanın ikinci aşamasına ait bulgular şunlardır; Gebelerin yaş ortalaması  $27,67 \pm 5,4$ 'dir. Gebelerin büyük çoğunluğu (%41,4) lise ve dengi eğitime sahiptir ve çoğunluğu (% 66,9) orta gelir grubundadır. Gebelerin % 86'sının gebeliği istediği, % 97,8'inin gebelik takibine düzenli katıldığı belirlenmiştir.

Araştırmada ölçek ortalamaları değerlendirildiğinde; GKAÖ-GAAA ve GKAÖ-GABA alt boyut puan ortalamaları ve MSGÖ'nin toplam puan ortalaması sırasıyla  $24,06 \pm 2,78$ ,  $11,77 \pm 2,56$  ve  $94,48 \pm 7,59$  olarak saptanmıştır. MSGÖ'nin alt boyut puan ortalamaları Tablo 3'de sunulmuştur.

**Tablo 3.** GKAÖ ve MSGÖ ortalamaları. (n: 372)

Ölçekler ve alt boyutları	Ort±SS ( min-max)
GKAÖ-GAAA	24,06±2,78 (12,0-29,0)
GKAÖ-GABA	11,77±2,56 (5,0-17,0)
Fizyolojik gereksinimler	16,53±1,69 (10,0-20,0)
Güvenli gebelik gereksinimleri	16,54±1,55 (8,0-20,0)
Perinatal güvenlik gereksinimleri	12,17±1,46 (6,0-15,0)
Saygınlık ve kendini gerçekleştirme gereksinimleri	32,59±3,16 (17,0-40,0)
Bebek gereksinimleri	16,65±1,55 (12,0-20,0)
MSGÖ Toplam	94,48±7,59 (55,0-115,0)

Ölçeğin kendisinden alınabilecek min-max değerler, min; alınan en küçük değer, max; alınan en yüksek değer, Ort; ortalama, SS; standart sapma  
 GKAÖ-GAAA: Gebelerin Kendini Algılama Ölçeği-Gebeliğe Ait Annelik Algısı.  
 GKAÖ-GABA: Gebelerin Kendini Algılama Ölçeği-Gebeliğe Ait Beden Algısı.  
 MSGÖ: Maternal Sağlık Gereksinimleri Ölçeği.

Çalışmada gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile ölçek ortalamaları karşılaştırıldığında; gebelerin GKAÖ-GABA alt boyut puan ortalamaları ile yaş, çalışma durumu ve eğitim durumu değişkenleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan ileri analizde GKAÖ-GABA alt boyutu puan ortalamaları, ilköğretim mezunlarının lise ve lisans düzeyinde eğitim alanlardan, lise düzeyinde eğitim alanların ise üniversite düzeyinde eğitim alanlardan daha yüksektir ( $p<0,001$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 4). MSGÖ toplam puan ortalaması ile eğitim durumu, çalışma durumu

ve gelir düzeyi değişkenleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ) (Tablo 4). Yapılan ileri analizde eğitim durumu değişkeni bakımından, MSGÖ toplam puan ortalamaları, ilköğretim ve lise mezunlarının lisans düzeyinde eğitim alanlardan daha düşüktür. Gelir düzeyi değişkeni bakımından ise, yüksek gelir grubundaki katılımcıların, MSGÖ toplam puan ortalamaları orta gelir ve düşük gelir grubundaki gebelerden anlamlı olarak daha yüksektir ( $p<0,001$ ) (Tablo 4).

**Tablo 4.** Gebelerin tanıtıcı ve obstetrik özellikleri ile ölçek ortalamalarının karşılaştırılması.

Özellikler	n (%)	GKAÖ-GAAA Ort±SS	GKAÖ-GABA Ort±SS	Fizyolojik Gereksinimleri Ort±SS	Güvenli Gebelik Gereksinimleri Ort±SS	Perinatal Güvenlik Gereksinimleri Ort±SS	Saygınlık ve Kendini Gerçekleştirme Gereksinimleri Ort±SS	Bebek Gereksinimleri Ort±SS	MSGÖ Toplam Ort±SS
<b>Yaş</b>									
25 ve altı	134 (36,0)	23,78±3,18	12,10±2,14	16,46±1,62	16,43±1,34	12,01±1,31	32,60±2,69	16,56±1,37	94,06±3,18
25 yaş üstü	238 (64,0)	24,22±2,51	11,58±2,75	16,56±1,73	16,61±1,66	12,25±1,53	32,58±3,40	16,70±1,64	94,7±2,51
<b>İstatistiksel test</b>		t=-1,490 p=0,137	t=2,045 p=0,042*	t=-0,549 p=0,583	t=-1,063 p=0,289	t=-1,512 p=0,131	t=0,043 p=0,966	t=-0,864 p=0,388	t=-0,788 p=0,431
<b>Eğitim</b>									
İlköğretim <sup>1</sup>	102 (27,4)	24,36±1,90	12,68±1,52	16,07±1,85	16,27±1,70	11,90±1,63	31,94±3,55	16,32±1,70	92,51±8,34
Lise <sup>2</sup>	154 (41,4)	23,81±3,13	11,85±2,48	16,27±1,27	16,36±1,29	11,97±1,22	32,34±2,76	16,53±1,32	93,47±5,73
Lisans ve üstü <sup>3</sup>	116 (31,2)	24,13±2,91	10,86±3,04	17,28±1,79	17,02±1,63	12,66±1,49	33,48±3,12	17,11±1,60	97,55±8,17
<b>İstatistiksel test</b>		F=1,258 p=0,285	<b>F=14,851</b> p=0,000*** 2, 3 < 1 3 < 2	<b>F=18,599</b> p=0,000*** 1 < 2, 3 2 < 3	<b>F=18,455</b> p=0,000*** 1, 2 < 3	<b>F=10,327</b> p=0,000*** 1, 2 < 3	<b>F=7,474</b> p=0,001** 1 < 3	<b>F=8,137</b> p=0,000*** 1 < 3	<b>F=15,401</b> p=0,000*** 1, 2 < 3
<b>Çalışma Durumu</b>									
Çalışıyor	125 (33,6)	24,03±2,98	10,81±3,18	17,15±1,72	17,00±1,78	12,62±1,57	33,44±3,17	17,16±1,64	97,07±8,39
Çalışmıyor	247 (66,4)	24,08±2,67	12,26±2,01	16,21±1,58	16,31±1,37	11,94±1,34	32,16±3,17	16,40±1,64	93,01±6,71
<b>İstatistiksel test</b>		t=0,148 p=0,882	<b>t=5,348</b> p=0,000***	<b>t=5,256</b> p=0,000***	<b>t=-4,094</b> p=0,000***	<b>t=-4,402</b> p=0,000***	<b>t=-3,755</b> p=0,000***	<b>t=-4,587</b> p=0,000***	<b>t=-5,417</b> p=0,000***
<b>Gelir düzeyi</b>									
Düşük <sup>1</sup>	23 (6,2)	22,96±4,22	12,22±1,54	16,22±1,51	15,52±1,93	11,35±1,43	30,52±3,82	15,78±1,62	89,39±8,91
Orta <sup>2</sup>	249 (66,9)	23,99±2,70	11,69±2,71	16,38±1,65	16,45±1,44	12,05±1,36	32,36±2,98	16,50±1,45	93,75±6,75
Yüksek <sup>3</sup>	100 (26,9)	24,49±2,48	11,86±2,33	16,96±1,76	17,00±1,58	12,64±1,57	33,64±3,10	17,23±1,61	97,47±8,23
<b>İstatistiksel test</b>		F=1,955 p=0,376	F=0,008 p=0,996	F=6,093 p=0,058	<b>F=13,231</b> p=0,001** 1 < 3	<b>F=15,480</b> p=0,000*** 1 < 3	<b>F=12,730</b> p=0,002** 1 < 3	<b>F=19,546;</b> p=0,000*** 1 < 3	<b>F=21,537</b> p=0,000*** 1 < 2, 3 2 < 3
<b>Trimester</b>									
1.Trimester <sup>1</sup>	124 (33,3)	23,72±3,14	10,99±3,32	16,41±1,61	16,59±1,60	12,33±1,47	32,58±2,84	16,47±1,34	94,39±7,49
2.Trimester <sup>2</sup>	124 (33,3)	23,94±2,98	11,58±2,26	16,74±1,66	16,81±1,43	12,22±1,49	33,02±3,30	16,84±1,57	95,63±7,47
3.Trimester <sup>3</sup>	124 (33,3)	24,52±2,05	12,73±1,41	16,43±1,78	16,23±1,57	11,95±1,40	32,16±3,28	16,65±1,71	93,42±7,71
<b>İstatistiksel test</b>		F=2,099 p=0,124	<b>F=15,601</b> p=0,000*** 1 < 2, 3 2 < 3	F=1,792 p=0,168	F=4,483 p=0,012	F=2,249 p=0,107	F=2,836 p=0,060	F=2,006 p=0,136	F=2,269 p=0,071

<b>Gebelik Sayısı</b>									
Bir <sup>1</sup>	165 (44,4)	23,99±2,86	12,05±2,08	16,79±1,67	16,81±1,50	12,25±1,42	33,07±2,77	16,95±1,56	95,87±6,77
İki <sup>2</sup>	113 (30,4)	24,39±2,56	11,81±2,88	16,50±1,70	16,49±1,46	12,31±1,32	32,60±3,22	16,48±1,46	94,38±7,59
Üç <sup>3</sup>	48 (12,9)	23,92±2,76	10,69±2,98	16,27±1,78	16,44±1,32	12,08±1,27	32,38±3,19	16,67±1,48	93,83±7,29
Dört ve üzeri <sup>4</sup>	46 (12,4)	23,67±3,00	11,76±2,58	15,89±1,45	15,85±1,94	11,61±1,94	31,04±3,80	16,00±1,61	90,39±9,21
<b>İstatistiksel test</b>		F=0,905 p=0,439	<b>F=3,641</b> <b>p=0,013*</b> <b>3 &lt; 1,2</b>	<b>F=4,015</b> <b>p=0,008**</b> <b>4 &lt; 1, 2, 3</b>	<b>F=4,949</b> <b>p=0,002***</b> <b>4 &lt; 1, 2, 3</b>	<b>F=2,878</b> <b>p=0,036*</b> <b>4 &lt; 1, 2, 3</b>	<b>F=5,197</b> <b>p=0,002***</b> <b>4 &lt; 1, 2, 3</b>	<b>F=5,395</b> <b>p=0,001**</b> <b>4 &lt; 1, 2, 3</b>	<b>F=6,708</b> <b>p=0,000***</b> <b>4 &lt; 1, 2</b>
<b>Gebeliği İsteme</b>									
Evet	52 (14,0)	22,04±4,42	11,02±2,71	16,23±1,17	15,70±1,68	11,40±1,51	30,88±3,36	15,88±1,38	90,11±7,97
Hayır	320 (86,0)	24,39±2,25	11,89±2,51	16,58±1,76	16,68±1,49	12,29±1,41	32,86±3,04	16,78±1,54	95,19±7,30
<b>İstatistiksel test</b>		<b>t=-5,921</b> <b>p=0,000***</b>	<b>t=-2,294</b> <b>p=0,022</b>	<b>t=-1,364</b> <b>p=0,173</b>	<b>t=-4,314</b> <b>p=0,000***</b>	<b>t=-4,156</b> <b>p=0,000***</b>	<b>t=-4,291</b> <b>p=0,000***</b>	<b>t=-3,923</b> <b>p=0,000***</b>	<b>t=-4,595</b> <b>p=0,000***</b>
<b>Sağlık sorunu yaşama</b>									
Evet	35 (9,4)	23,98±1,53	12,89±1,21	16,09±1,44	16,26±1,67	12,14±1,85	32,49±3,18	16,29±1,53	93,26±7,56
Hayır	337 (90,6)	24,89±2,86	11,65±2,63	16,57±1,71	16,57±1,54	12,17±1,42	32,60±3,16	16,69±1,55	94,60±7,60
<b>İstatistiksel test</b>		<b>t=3,012</b> <b>p=0,004**</b>	<b>t=4,945</b> <b>p=0,000***</b>	<b>t=1,627</b> <b>p=0,105</b>	<b>t=-1,147</b> <b>p=0,252</b>	<b>t=-0,103</b> <b>p=0,918</b>	<b>t=-0,200</b> <b>p=0,841</b>	<b>t=-1,472</b> <b>p=0,142</b>	<b>t=-0,999</b> <b>p=0,319</b>

n; sayı, %; yüzde, İkili kategorilerde Bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla kategorilerde ise One-Way ANOVA testi kullanılmıştır, \* =  $p < 0,05$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \*\*\* =  $p < 0,001$

Gebelerin obstetrik özellikleri ile ölçüklerin ortalamaları değerlendirildiğinde; GKAÖ-GAAA alt boyut puan ortalamaları ile gebeliği isteme ve sağlık sorunu yaşama durumu değişkenleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$ ). Trimestere göre ölçük puanları ile GKAÖ-GABA alt boyut değişkenleri açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,001$ ). Yapılan ileri analizde üçüncü trimesterde olan gebelerin GKAÖ-GABA alt boyut ortalamalarının, birinci ve ikinci trimesterde olan gebelerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Gebeliği isteme durumu, sağlık sorunu yaşama durumu ve gebelik sayısı değişkeni bakımından GKAÖ-GABA alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0,01$ ). Gebelik sayısı değişkeni bakımından yapılan ileri analizde GKAÖ-GABA alt boyutu ortalamaları, üçüncü gebeliği olanların bir ve ikinci gebeliği olanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

MSGÖ toplam puanı ile gebeliği isteme durumu ve gebelik sayısı değişkeni arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ( $p < 0,001$ ). Yapılan ileri analizde gebelik sayısı değişkeni bakımından MSGÖ toplam puan ortalamaları, dördüncü gebeliği olanların bir ve ikinci gebeliği olanlardan daha düşüktür.

## Tartışma

Araştırmada gebelerin annelik algılarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde aynı ölçük ile yürütülen benzer çalışmalarda gebe kadınların annelik algılarının yüksek olduğu görülmektedir.<sup>10-12</sup> Gebelik dönemi doğacak olan bebek için kadın ve ailesi tarafından özel olarak hazırlık yapılan bir dönemdir. Özellikle Türk toplumu gibi geleneksel toplumlarda gebelik ve anne olma süreçleri kadının yaşamında çok özel ve anlamlıdır.<sup>20</sup> Araştırmamızda ve literatürde annelik algısının yüksek olması Türk toplumunun bu özelliklerinin araştırma sonuçlarına yansımış olabileceğini düşündürmektedir.



Bu araştırmada gebelerin gebeliklerine ait beden algılarının hafif düzeyde olumsuz olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde Demir Alkin ve Beydağ'ın, çalışmalarında gebe kadınların beden algılarının hafif düzeyde olumsuz olduğu saptanmıştır.<sup>11</sup> İnanır ve arkadaşlarının araştırmalarında, beden imajı algısının gebelik döneminde olumsuz etkilendiği, trimesterler ilerledikçe olumsuzluğun arttığı, en düşük beden imajı algısının ise üçüncü trimesterde görüldüğü belirlenmiştir.<sup>20</sup> Farklı ölçeklerle yürütülen benzer çalışmalarda da gebelerin beden algılarının olumsuz etkilendiği bulunmuştur.<sup>21-23</sup> Bulgularımızın aksine gebelikte beden algısının olumlu olduğu çalışmalar da bulunmaktadır.<sup>10,24-29</sup> Literatürde yürütülen çalışmalarda gebelikte algılanan beden algısının hem olumlu hem de olumsuz olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda olumsuzluğun nedeni araştırmanın Covid-19 pandemi döneminde yürütülmüş olması ile ilişkili olabilir.

Bu araştırmada gebelerin maternal sağlık gereksinimlerinin yüksek olduğu görülmektedir. Liu ve arkadaşlarının ölçek geliştirme çalışmasında gebelerin maternal sağlık ihtiyaçlarının yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>8</sup> Literatürdeki çalışmalarda gebelikte kadınların sağlık gereksinimlerinin arttığı, gebelerin bilgi ihtiyaçlarının yüksek olduğu ve bu bilgi ihtiyaçlarını en çok sağlık profesyonellerinden karşıladıkları bildirilmiştir.<sup>30,31</sup> Almalık ve arkadaşlarının çalışmalarında, gebe kadınların başlıca bilgi ihtiyaçlarının majör komplikasyonların yönetimi, gebelik takibinde doktor ziyaretleri, uygun diyet ve alınacak takviyeler olduğu bildirilmiştir.<sup>32</sup> Benzer çalışmalarda da gebelikte bilgi ihtiyacının yüksek olduğu belirlenmiştir.<sup>7,33-35</sup>

Bu çalışmada gebelerin beden algılarının yaş arttıkça olumlu olduğu belirlenmiştir. Kartal ve arkadaşlarının çalışmasında yaş arttıkça beden algısı puanlarının arttığı belirlenmiştir.<sup>21</sup> Balaydın ve arkadaşlarının çalışmasında 20-30 yaş aralığındaki kadınların beden algıları 31 ve üzeri yaşta kadınlarından daha yüksek bulunmuştur.<sup>25</sup> Kumcağız'ın, yürüttüğü çalışmasında da,

genç gebelerin beden imajı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.<sup>4</sup>

Gebelerin eğitim düzeyi arttıkça gebelikte beden algısının olumlu etkilendiği belirlenmiştir. Kumcağız'ın çalışmasında, eğitim düzeyi arttıkça beden algısının olumlu etkilendiği saptanmıştır.<sup>4</sup> Balaydın'ın çalışmasında eğitim durumu iyi olan gebelerin vücut algıları da yüksek saptanmıştır.<sup>25</sup> Benzer şekilde Skouteris ve arkadaşlarının çalışmasında da eğitim düzeyi arttıkça ve mesleki statü iyileştikçe beden algısının olumlu etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır.<sup>36</sup> Arslan ve arkadaşlarının yürüttükleri çalışmada gebe kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe gebeliğe ve anneliğe adaptasyonun daha kolay olabileceğini belirtmişlerdir.<sup>13</sup> Kadınların eğitim düzeyinin yükselmesi paralelinde sosyoekonomik seviyenin de artmasına katkı sağlamak ve dolayısıyla kadınların sağlıkları ile ilgili farkındalıkları da artmaktadır. Bu durum beden algısını da olumlu etkilemektedir.

Araştırmada çalışmayan gebelerin beden algılarının olumsuz olduğu belirlenmiştir. Kumcağız ve arkadaşlarının çalışmasında yüksek sosyo ekonomik düzeye sahip gebe kadınların beden algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>4</sup> Benzer çalışmalarda da yüksek gelirli gebe kadınların olumlu beden algısına sahip oldukları bildirilmiştir.<sup>25,37</sup>

Bu araştırmada üçüncü trimesterdeki gebelerin gebelikte beden algıları daha olumsuzdur. Literatürde yürütülen çalışmalarda, üçüncü trimesterde bulunan gebe kadınların beden imajının diğer trimesterlere göre daha olumsuz etkilendiği, gebe kadınların kendilerini üçüncü trimesterde gebelik öncesi döneme göre daha az çekici bulduklarını ifade ettikleri bildirilmiştir.<sup>20,24,36</sup>

Bu çalışmada gebelik sayısı arttıkça gebelikte beden algısı olumlu etkilenmektedir. Kök ve arkadaşlarının yürüttükleri çalışmada primiparların, üçüncü ve dördüncü gebeliği olan kadınlara göre beden algılarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir.<sup>24</sup> Kumcağız'ın çalışmasında da gebe kadınların gebelik sayısı ile beden algıları arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Gebelik sayısı az olan

gebe kadınların beden algılarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.<sup>4</sup> Çalışma bulgularımızı literatür bulguları ile aynı doğrultuda çıkmamış olması çalışmaların farklı bölgelerde yürütülmüş olmasından kaynaklanabilir.

Gebeliği isteyen kadınların annelik algılarının olumlu olduğu görülmektedir. Margirit Coşkun ve arkadaşlarının yürüttükleri çalışmada gebeliği isteyen kadınların annelik algıları yüksek bulunmuştur.<sup>10</sup> Demir Alkin ve Beydağ'ın yürüttükleri çalışmada planlı gebelik yaşayan kadınların annelik algılarının olumlu etkilendiği bildirilmiştir.<sup>11</sup> Bu çalışmada gebeliği isteyen kadınların beden algılarının ise olumsuz olduğu görülmektedir. Kumcağız'ın çalışmasında isteyerek gebe kalan kadınların beden algılarının olumsuz olduğu belirlenmiştir.<sup>4</sup> Sonuçlarımızdan farklı olarak Demir Alkin ve Beydağ'ın çalışmasında gebeliği plansız gebelerin beden algılarının olumsuz olduğu belirlenmiştir.<sup>11</sup> Bu çalışmada gebeliği isteyen kadınların beden algılarının olumsuz olması araştırmanın Covid-19 pandemisinde yürütülmüş olmasından kaynaklanabilir.

Sağlık sorunu yaşamayan gebelerin annelik algılarının olumlu ve beden algılarının ise olumsuz olduğu bulunmuştur. Coşkun ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık sorunu yaşamayan gebelerin annelik algıları yüksek beden algıları ise olumlu bulunmuştur.<sup>10</sup> Kök ve arkadaşlarının çalışmasında küretaj olan ve düşük yapan kadınların beden algılarının olumsuz olduğu saptanmıştır.<sup>24</sup> Demir Alkin ve Beydağ'ın çalışmasında da bedenindeki değişimleri olumsuz algılayan gebelerin beden algılarının da olumsuz olduğu belirlenmiştir.<sup>11</sup>

Gebelerin eğitim düzeyi arttıkça maternal sağlık gereksinimlerinin arttığı görülmektedir. Hämeen-Anttila ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim seviyesi yükseldikçe gebe kadınların bilgi gereksinimine olan ihtiyacı da artmaktadır.<sup>31</sup> Kamali ve arkadaşlarının çalışmalarında lisans mezunu olan gebe kadınların gebelik gereksinimlerinin en yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.<sup>7</sup> Almalik ve arkadaşlarının çalışmalarında, yüksek eğitim düzeyine sahip

gebelerin bilgiye olan gereksiniminin daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.<sup>32</sup> Bulgularımızdan farklı olarak Chalak ve arkadaşlarının çalışmalarında ilkökul mezunu gebe kadınların en yüksek bilgi gereksinim duydukları belirtilmiştir.<sup>35</sup>

Çalışan gebelerin maternal sağlık gereksinimlerinin arttığı görülmektedir. Sonuçlarımızdan farklı olarak, Kamali ve arkadaşlarının çalışmalarında çalışmayan gebe kadınların gebelik gereksinimlerinin en yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.<sup>7</sup> Bu farklılığın araştırma bölgelerinin farklı ülkelerde yapılmasından ve kültürden etkilendiği söylenebilir.

Gelir düzeyi arttıkça gebelerin maternal sağlık gereksinimleri artmaktadır. Gelir düzeyinin yüksekliği bilgi kaynaklarına erişimi de arttırmakta ve dolayısıyla ihtiyaçlar konusunda farkındalıklar da görünür olmaktadır. Larsson'ın çalışmasında kadınların internete erişimlerinin %84 düzeyinde olduğu bildirilmiştir.<sup>38</sup> Gebelerin bilgi ihtiyaçlarını karşılamada internetin rolünün incelendiği bir derlemede, internetin gebeler tarafından oldukça sık kullanılan bir kaynak olduğu saptanmıştır.<sup>39</sup>

Gebelik sayısının artması maternal sağlık gereksinimlerini azaltmaktadır. Chalak ve arkadaşlarının çalışmasında ilk kez gebelik yaşayan kadınların gereksinimlerinin daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir.<sup>35</sup> Almalik ve arkadaşlarının çalışmasında gebelik sayısı ve öğrenme ihtiyaçları arasında anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır.<sup>32</sup>

Gebeliği isteyen kadınların maternal sağlık gereksinimleri yüksektir. Özkan ve Arslan'ın çalışmasında isteyerek gebe kalan kadınların gebelikte eğitim konularında daha fazla ilgili oldukları gösterilmiştir.<sup>40</sup> Gebeliğin planlı ya da istendik olması kadınların gebelikte ile ilgili her düzeyde ihtiyaçları konusunda yüksek farkındalık yaşamaları ihtimalini arttırabilmektedir.

## Sonuçlar

Bu çalışmada, Türkiye için uyarlanan MSGÖ geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Gebelerin maternal sağlık gereksinimleri nin

yüksek, annelik algılarının olumlu, beden algılarının ise hafif düzeyde olumsuz olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi, gelir düzeyi, çalışma durumu, gebelik sayısı, gebeliği isteme değişkenlerinin maternal sağlık gereksinimlerini etkilediği, gebelikte annelik algısını gebeliği isteme ve sağlık sorunu yaşama değişkenlerinin etkilediği, gebelikte beden algısını ise yaş, çalışma durumu, gebelik sayısı, gebeliği isteme, gebelik trimesterinin ve sağlık sorunu yaşama değişkenlerinin etkilediği belirlenmiştir.

Araştırmadaki sonuçlara göre, birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan ebe ve hemşirelerin gebelerin maternal sağlık gereksinimlerini ve gebelik algılarını değerlendirmeleri ve gebenin sosyal destekleriyle işbirliği kurmaları önemlidir. Gebelik döneminde verilen antenatal eğitimlerde gebelerin ve ailelerinin gebeliğe uyumunu arttıracak farkındalıkların oluşturulması, verilecek eğitimlerde gebeliğin olumlu algılanmasında etkili faktörler, sosyal desteğin önemi ve gebeliğe uyumu kolaylaştıran faktörleri de içeren konulara yer verilmesi ve konuyla ilgili örneklem grubunun daha geniş olduğu çalışmalar yürütülebilir.

### Kısıtlılıklar

Araştırmanın pandemi döneminde yürütülmüş olması nedeniyle bazı zorluklar yaşanmıştır. Pandemi nedeniyle gebelerin hastaneye gelme sıklıkları azaldığından ve hastanelerde iş yükünün artması nedeniyle veri toplama aşaması planlanan süreden daha uzun zamanda gerçekleşmiştir. Ayrıca, bazı gebeler pandemi sürecinden dolayı anket çalışmasına katılmak istememişlerdir. Bu araştırma sadece hastaneye başvuran gebelerin dahil edildiği bir örneklem olması nedeniyle sonuçlarımız topluma genellenemez.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce, Çukurova Üniversitesinin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (06.11.2020/105) onay alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı ilgili hastaneden izin alınmıştır. Araştırma Helsinki Bildirgesine uygun olarak yürütülmüştür.

### Bilgilendirilmiş Onam

Araştırmaya alınacak kadınlardan sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

### Yazar Katkıları

Çalışma tasarımı: EG, GA; Veri toplama: GA; Veri analizi: EG, GA; Yazma: GA; EG

### Teşekkür

Çalışmaya katılan tüm gebe kadınlara teşekkür ederiz.

### Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarların herhangi bir çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

### Araştırma Desteği

Bu çalışma Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TYL-2021-13483 nolu proje ile desteklenmiştir.

### Beyanlar

Bu çalışma 2. Uluslararası 4. Ulusal 2022 Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

### Hakem Değerlendirmesi

Dış bağımsız.

### Kaynaklar

1. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.17. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2021.
2. Çalık KY, Çetin FC. Doğum Öncesi Dönem I. Baskı. İstanbul:İstanbul Tıp Kitabevleri; 2018.
3. Özkan S. Kadın Hastalıkları ve Doğumun Psikiyatrik Yönleri. İstanbul; 1993.
4. Kumcağız H. Gebe kadınların beden imajı ve benlik saygısına göre bazı değişkenlerin incelenmesi. *İnsan Bilimleri Dergisi*. 2012; 9 (2): 691-703.
5. Miranda EF, Nunes da Silva, AM, Teixeira Mandú, EN. Approaching health needs by nurse in prenatal consultation. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*. 2018; 10(2): 524-533. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i2.524-533
6. Maslow AH. Bilme ihtiyacı ve bilme korkusu. *Genel Psikoloji Dergisi*. 1963; 68 (1): 111-125.
7. Kamali S, Ahmadian L, Khajouei R, Bahaadinbeigy K. Health information needs of pregnant women: information sources, motives and barriers. *Health Information & Libraries Journal*. 2018; 35(1): 24-37. doi: 10.1111/hir.12200.
8. Qun Liu Y, Yua Y, Bai JB, Chen XL. Development and psychometric properties of the maternal health needs scale in Chinese maternal women. *Midwifery*.2020; 81:102588. doi: 10.1016/j.midw.2019.102588.
9. Bahadoran P, Mohammadi Mahdiabdzade M, Nasiri H, Gholami Dehaghi A. The effect of face-to-face or group education during pregnancy on sexual function of couples in Isfahan. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*. 2015; 20(5): 582-587. doi: 10.4103/1735-9066.164512.
10. Coşkun AM, Arslan S, Okcu G. Gebe kadınlarda gebelik algısının stres, demografik ve obstetrik özellikler açısından

- incelenmesi. *HEAD*. 2020;17(1):1-8. doi:10.5222/HEAD.2020.001.
11. Demir Alkin E, Beydağ KD. Üç ve üzeri gebeliği olan kadınların algıladıkları stres düzeyi ve kendilerini algılama düzeyi ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2020; 11(3):225-238. doi: 10.14744/phd.2020.72621.
  12. Alan Dikmen H, Şanlı Y. Progresif kas gevşeme egzersizlerinin gebelerin distress düzeyi ve gebelik algısına etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2019; 12(3): 186-198.
  13. Arslan S, Okçu G, Coşkun AM, Temiz F. Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2019; 6(1): 179-192. doi: 10.17681/hsp.432333.
  14. Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*. 2002; 32: 470-483.
  15. Sample Size Calculator. <https://www.calculator.net/sample-size-calculator.html>
  16. Özkan S, Demirhan H, Çınar İÖ, Sevil Ü, Alataş E. Antepartum dönem fonksiyonel durum envanteri" nin geçerlilik güvenilirlik çalışması. *Pam Tıp Derg*. 2014; 7(2): 125-130.
  17. Kumcağız H, Ersanlı E, Murat N. Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği'nin geliştirilmesi ve psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2017; 8(1); 23-31. doi: 10.14744/phd.2017.12599.
  18. Alper R. Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik. Ankara: Detay Yayıncılık, 2010.
  19. Davis LL. Instrument review: Getting the most from your panel of experts. *Applied Nursing Research*. 1992; 5:194-197. doi: 10.1016/S0897-1897(05)80008-4.
  20. Inanir S, Cakmak B, Nacar MC, Guler AE, Inanir A. Body Image perception and self-esteem during pregnancy. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2015; 3(4): 196-200. doi: 10.15296/ijwhr.2015.41.
  21. Kartal B, Kızılırmak A, Zedelenmez A, Erdem E. Investigation of body perception in pregnant women according to physical changes in pregnancy. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2018;8(4): 356-360. doi: 10.16899/gopctd.447159
  22. Shloim N, Hetherington MM, Rudolf M, Feltbower RG. Relationship between body mass index and women's body image, self-esteem and eating behaviours in pregnancy: A cross-cultural study. *Journal of Health Psychology*. 2015;20(4): 413-426. doi: 10.1177/13591053135025.
  23. Babieva NS, Sidyacheva NV, Mudrak SA et al. Specific features of self-perception and anxiety of a woman with pathology of pregnancy. *Electron J Gen Med*. 2018;15(4):em62. doi:10.29333/ejgm/93130.
  24. Kök G, Güvenc G, Bilsel H, Güvener A. Gebelik Doneminde Kadınların Beden Algısı Farklılık Gösterir mi?. *Journal of Education and Research in Nursing*. 2018,15(4):209-215. doi:10.5222/HEAD.2018.209.
  25. Balaydın AS., Kızıltan B., Apay, SE. Gebelikte vücut algısı ile kıskançlık durumu arasındaki ilişkinin araştırılması. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 3(2): 115-126.
  26. Küçükçaya B, Sarıkaya N A, Süt HK, Öz S. Gebelikte Alınan Kiloya Bağlı Beden Algısı ile Gebeliğin Kabulü Arasındaki İlişki. *Journal of Academic Research in Nursing*.2020; 6(3):426-432. doi: 10.5222/jaren.2020.15010.
  27. Tutkuviene J, Juskaite A, Katinaite J, et al. Body image issues in Lithuanian females before and during pregnancy. *Anthropologischer Anzeiger; Bericht Über die Biologisch-anthropologische Literatur*. 2018; 75(1): 9-17. doi:10.1127/anthranz/2018/0779.
  28. Özkan TK, Küçükkeleşçe DŞ, Özkan SA. Gebelikte prenatal bağlanma ve vücut algısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2020;7(1): 49-54. doi: 10.34087/cbusbed.587467.
  29. Güney E, Uçar T. Gebelikteki beden imajının emzirme tutumu ve doğum sonu emzirme sürecine etkisi, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2018; 49(1):49-53. doi: 10.16948/zktpb.338783.
  30. Javanmardi M, Noroozi M, Mostafavi F, Ashrafi-Rizi H. Exploring women's Health information needs during pregnancy: A qualitative study. *Journal of Family & Reproductive Health*. 2020; 14(4): 252-258. doi: 10.18502/jfrh.v14i4.5209.
  31. Hämeen-Anttila, K, Jyrkkä J, Enlund H, Nordeng H, Lupattelli A, Kokki E. Medicines information needs during pregnancy: a multinational comparison. *BMJ Open*, 2013 ;3(4): e002594. doi:10.1136/bmjopen-2013-002594.
  32. Almalik MM, Mosleh SM. Pregnant women: What do they need to know during pregnancy? A descriptive study. *Women and Birth*. 2017; 30(2): 100-106. doi: 10.1016/j.wombi.2016.09.001.
  33. Bookari K, Yeatman H, Williamson M. Informing nutrition care in the antenatal period: pregnant women's experiences and need for support. *BioMed research international*. 2017; 4856527:1-16. doi: 10.1155/2017/4856527.
  34. Osok J, Kigamwa P, Huang KY, Grote N, Kumar M. Adversities and mental health needs of pregnant adolescents in Kenya: identifying interpersonal, practical, and cultural barriers to care. *BMC Women's Health*. 2018; 18(1): 1-18. doi: 610.1186/s12905-018-0581-5.
  35. Chalak AM, Riahi A. Information needs of pregnant women referred to health centers in Behshahr City within 2016-2017. *Journal of Community Health Research*. 2017; 6(3): 165-74.
  36. Skouteris H, Carr R, Wertheim EH, Paxton SJ, Duncombe D. A prospective study of factors that lead to body dissatisfaction during pregnancy. *Body image*. 2005; 2(4): 347-361. doi: 10.1016/j.bodyim.2005.09.002.
  37. Huang HC, Wang SY, Chen CH. Body image, maternal-fetal attachment, and choice of infant feeding method: a study in Taiwan. *Birth*. 2004; 31(3): 183-188. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.00303.x.
  38. Larsson M.A. Descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*. 2009; 25(1): 14-20. doi: 10.1016/j.midw.2007.01.010.
  39. Cirban E, Özsoy S. Gebelikte bilgi ihtiyacının karşılanmasında internetin rolü. *STED*. 2020; 29(5): 351-360. doi: 10.17942/sted.513554
  40. Özkan A, Arslan H. Gebeliğe karar verme, fizyolojik yakınmaları algılama ve eğitim gereksinimleri. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2007;38(4): 155-161.



Özgün Araştırma/Research Article

Hastane seçiminde etkili olan faktörler: Engelli bireyler örneği

Influential factors of hospital selection: A sample of people with disabilities

Fatma ERDEO<sup>1</sup>, Aysun YEŞİLTAŞ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, 42090, Konya-Türkiye

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, 42090, Konya-Türkiye

**Atf gösterme/Cite this article as:** Erdeo F, Yeşiltaş A. Hastane seçiminde etkili olan faktörler: Engelli bireyler örneği. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg.* 2023;9(1):39-48. doi:10.30569.adiyamansaglik.1184656

Öz

**Amaç:** Bu çalışma, engelli bireylerin sağlık hizmet sunucuları içinde önemli bir role sahip olan hastaneleri tercih nedenlerini araştırmak, hastane tercih nedenlerinin katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipte yapılan çalışmanın evrenini engelli bireyler oluşturmaktadır. Verilerin analizinde bağımsız örneklem t-testi, ANOVA testi; gruplar arasındaki farkların belirlenmesi için post hoc testler uygulanmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların %61,6'sının erkek, %54,4'ünün evli, %51,2'sinin bedensel engelli ve %38,4'ünün 21 yıl ve üzeri süredir engelli olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların %56,8'inin son bir yılda 1-4 kez hastane başvurusu yaptığı, %44'ünün genel olarak devlet hastanesi tercih ettiği, %86,4'ünün hastane seçiminde konuma önem verdiği belirlenmiştir.

**Sonuç:** Çalışma sonucunda hastane tercihinde hizmet kalitesi ve tüketiciye maliyet boyutları ilk sıralarda yer alırken; tanınırlık ve fiziki unsur boyutları daha az önemli görülmüştür. Hastane tercihinde en çok önem verilen unsurun hijyen ve temizlik; en az etkili olan unsurun ise hastanenin tabelası/logosu/renkleri olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Engelli birey; Hastane tercihi, Sağlık hizmeti.

Abstract

**Aim:** This study was conducted to investigate the reasons for choosing hospitals, which have an important role in healthcare providers, and to determine whether the reasons for choosing hospitals differ according to the descriptive characteristics of the participants.

**Materials and Methods:** The population of the descriptive study consists of disabled individuals. Independent sample t-test and ANOVA test were used in the analysis of the data, and post hoc tests were applied to determine the differences between the groups.

**Results:** It was determined that 61.6% of the participants are male, 54.4% are married, 51.2% of them were physically disabled and 38.4% of them were disabled for 21 years or more. In addition, it was determined that 56.8% of the participants applied to a hospital 1-4 times in the last year, 44% preferred a public hospital in general, 86.4% give importance to location in choosing a hospital.

**Conclusion:** As a result of the study, while the service quality and cost to the consumer dimensions are in the first place in the hospital preference; recognition and physical element dimensions were seen as less important. It was determined that the most important factor in choosing a hospital is hygiene and cleanliness and the least effective factor was the sign/logo/colors of the hospital.

**Keywords:** Disabled individual; Hospital preference; Health service.

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Fatma ERDEO, Yaka Mahallesi, Beyşehir Caddesi, D Blok No: 281, 42090, Konya-Türkiye, E-mail: [fatmacobanerdeo@gmail.com](mailto:fatmacobanerdeo@gmail.com)

**Geliş Tarihi/Received:**05.10.2022

**Kabul Tarihi/Accepted:**15.01.2023

**Yayın Tarihi/Published online:**23.04.2023



Bu eser, Creative Commons Atf-GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.  
Telif Hakkı © 2023 Adıyaman Üniversitesi Rektörlüğü



Bu makale araştırma ve yayın etiğine uygun hazırlanmıştır.



intihal incelemesinden geçirilmiştir.



## Giriş

Toplum sağlığı açısından sağlık eşitsizlikleri önemli göstergelerdir. Bu göstergeler, özellikle mortalite ve morbiditeyi azaltmak, topluluklar arasında sağlık eşitsizliklerini karşılaştırmak ve eşitsizlikleri iyileştirmek için bilgi sağlamaktadır.<sup>1</sup> Sağlık eşitsizlikleri nedenlerinden biri olan engellilik ile ilişkili literatürde çalışmalara rastlanmaktadır.<sup>2-4</sup> Dünya Engelli Raporu'nda da mevcut sağlık sistemlerinin tüm düzeylerinin daha kapsayıcı hale getirilmesi ve halk sağlığı programlarının engelliler için erişilebilir kılınmasıyla, sağlık eşitsizliklerinin ve karşılanmayan ihtiyaçların azaltılabileceğine vurgu yapılmaktadır. Ayrıca raporda bir milyardan fazla insanın ya da dünya nüfusunun yaklaşık %15'inin bir tür engellilikle yaşadığı tahmin edilmektedir.<sup>5</sup>

Sağlık durumundaki farklılıklar, bazı bireysel, sosyal ve sistemik faktörlerle ilişkilendirilebilir. Engellilik, cinsiyet bireysel risk faktörlerini oluştururken, eğitim durumu ve meslek sosyal risk; sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmet kaynakları ise sistemik risk faktörleri olarak ifade edilebilir.<sup>6</sup> Bu bağlamda fiziksel, bilişsel ve zihinsel bir engel, bireyin sağlık hizmetlerine erişiminde zorluklara neden olabilmektedir.<sup>7</sup> Üstelik engelli bireylerin sağlık durumlarına ve sağlık hizmetlerine erişimlerine ilişkin bazı çalışmalar yapılmıştır. Örneğin Arterburn ve ark.<sup>8</sup> 40-65 yaş aralığında kadınların katılımıyla yaptıkları çalışmada obezite ve depresyonun engellilik üzerindeki etkilerine değinmişlerdir. Bir başka çalışmada Drum ve ark.<sup>9</sup> engelli yetişkinlerin, engelli olmayan yetişkinlere göre kendi sağlıklarını değerlendirme düzeylerini daha kötü olarak bildirmiştir. Bu durumu destekler nitelikte aynı sağlık derecesine sahip engelliler, fiziksel ve zihinsel sağlığının iyi olmadığı günlerini, engelli olmayan bireylerden daha fazla rapor etmişlerdir. Benzer şekilde 2002'den 2008'e kadar Tıbbi Harcama Paneli Anketi yıllık verilerinin incelendiği çalışmada görme, fiziksel, bilişsel veya çoklu engel türlerine sahip bireylerin, çoğu sağlık sonuçlarında işitme bozukluğu olan kişilere göre daha kötü sağlık sonucu verdiği belirlenmiştir.<sup>10</sup> Bir başka çalışmada

Brezilya'da engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimleriyle ilgili sorunlar değerlendirilmiş, 333 katılımcıyla gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların yaklaşık %16'sının sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşadığı bildirilmiştir. Hareket engeli ya da birden fazla engeli olan bireylerin işitme engeli olan bireylere; 78 yaşın altında olan engellilerin de diğer yaş grubuna göre sağlık hizmetlerine erişiminde sorun yaşadığı belirlenmiştir.<sup>11</sup> Benzer bir değerlendirmede Mulumba ve ark.'nın<sup>12</sup> çalışmasında görülmektedir. Uganda'da engelli ve yaşlı bireylerin katılımıyla yapılan çalışmada sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler yaşandığı ve sağlıklarının kötü olmasındaki en temel nedenin bu durumdan kaynaklandığı ifade edilmiştir.

Hastane seçimi, bir hastanın veya onun bakımından sorumlu bireyin, seçim imkânına sahip olması durumunda sağlık kuruluşları arasında birini tercih etmesi şeklinde ifade edilebilir.<sup>13</sup> Kurumların sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin bu hizmetlere ilişkin beklentilerini değerlendirmeleri de önemlidir. Ayaktan veya yatarak tedavi hizmeti sunan kamu veya özel sağlık kuruluşları, sağlık hizmetleri ve hasta beklentileri açısından değerlendirmeler yaparak hizmet bileşenlerine ilişkin faaliyetler gerçekleştirirler.<sup>14</sup>

Artan rekabet ortamında ulaşım, tıbbi donanım, tanınırlık, gelir seviyesi, güven gibi pek çok unsur sağlık kurumunun tercih edilmesinde etkili olmaktadır. Bu çalışmada ise engelli bireylerin hastane tercih nedenleri ve bu nedenleri etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki araştırma soruları belirlenmiştir;

1. Engelli bireylerin hastane tercihinde etki eden faktörler nelerdir?
2. Hastane tercihinde etki eden faktörler engelli bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?

## Gereç ve Yöntem

### Araştırmanın tipi

Bu araştırma tanımlayıcı tipte nicel bir çalışmadır.

## Araştırmanın evreni ve örnekleme

2011 yılında yapılan Türkiye Engelliler Araştırması'na göre engelli nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12,6 olarak belirlenmiştir.<sup>15</sup> Sonraki yıllarda ulaşılabilen bir istatistik mevcut değildir. Dolayısıyla bu oran ve 2021 yılı Türkiye nüfusunun yaklaşık 84 milyon<sup>16</sup> olması doğrultusunda; engelli nüfusun on milyon civarında olduğu tahmin edilebilir. Bu evreni temsil edecek örneklem büyüklüğü 385 olarak hesaplanmış ancak araştırma kapsamında kolayda örnekleme yöntemi ile 125 engelli bireye ulaşılmıştır. Bu durum araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Ayrıca zihinsel engelli bireylerin ve 18 yaş altı engelli bireylerin çalışma kapsamına dahil edilmemesi de bir diğer araştırma sınırlılığıdır. Pandemi şartları dolayısıyla veriler Ocak-Ağustos 2022 tarihleri arasında hem yüz yüze hem de çevirim içi şekilde toplanmıştır.

## Veri toplama araçları

Araştırma verileri iki bölümden oluşan anket formu ile toplanmıştır. Birinci bölümde Çiftçi'nin "*Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Konumlandırma Stratejileri (Kırkkale İli Örneği)*" adlı yüksek lisans tezi kapsamında geliştirdiği ölçek kullanılmıştır. Ölçek, Hizmet Kalitesi (9 madde), Çevre ve Tanınmışlık (5 madde), Fiziki Uygunluk (3 madde), Personel Tutum ve Davranış (3 madde), Tüketici Maliyeti (3 madde) olmak üzere 5 faktörden oluşmaktadır.<sup>17</sup> Bu çalışmada Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için 0,82'dir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik değerleri ise  $\alpha=0,78$  (Hizmet kalitesi),  $\alpha=0,80$  (tanınırlık)  $\alpha=0,81$  (personel)  $\alpha=0,81$  (fiziki unsur) ve  $\alpha=0,82$  (tüketiciye maliyet) şeklindedir. İkinci bölümde ise engelli bireylere ilişkin kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Kişisel bilgi formunda 18 soru yer almaktadır. Anket formu oluşturulurken, Şantaş ve arkadaşlarının "*Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması*" adlı çalışması ve Karip'in "*Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik Düzeylerinin Belirlenmesi: Konya Örneği*" adlı çalışmalardan yararlanılmıştır.<sup>18,19</sup>

## Verilerin analizi

Araştırmada veri analizi için IBM SPSS 25.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerini ve hastane tercih nedenlerini belirlemek için tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Verilerin normallik dağılımı gösterme durumları Kolmogorov-Smirnov testi ile sınanmıştır. Verilerin homojenliğini test etmek için Levene testi, tanımlayıcı özellikler ile hastane tercih nedenleri arasında fark olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi, ANOVA testi; gruplar arasındaki farkların belirlenmesi için post hoc testler (Bonferroni, Tamhane) uygulanmıştır. Verilerin analizinde anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## Araştırmanın etik boyutu

Araştırmanın etik yönden uygunluğu için Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 05.01.2022 tarih ve 2022/18/123 sayılı onayı alınmıştır. Araştırma süreci Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür. Çalışmaya dahil edilen bireylerden ankete başlamadan önce izin alınmıştır.

## Bulgular

Araştırmaya dâhil olan katılımcıların yaş, eğitim, çalışma, medeni durum, ikamet yeri, gelir durumu engellilik süresi, engellilik nedeni gibi tanımlayıcı bilgileri Tablo 1'de gösterilmiştir. Buna göre katılımcıların %40'ının 31-45 yaş aralığında, %48'inin gelirinin giderine eşit, %61,6'sının erkek, %54,4'ünün evli, %74,4'ünün il merkezinde ikamet ettiği, %56'sının okuryazar değil ile lise mezunu aralığında olduğu, %66,4'ünün herhangi bir işte çalışmadığı, %92'sinin sağlık güvencesinin olduğu ve %64,8'inin tüm sağlık giderlerini sağlık güvencelerinin karşıladığı belirlenmiştir. Engellilik ve hastane tercihlerine ilişkin sorulara yönelik yanıtlar değerlendirildiğinde; katılımcıların %87,9'unun engelli maaşı almadığı, %51,2'sinin bedensel engelli, %44,8'inin engellilik sebebinin hastalık olduğu, %38,4'ünün 21 yıl ve üzeri süredir engelli olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların %56,8'inin son bir yılda 1-4 kez hastane

başvurusu yaptığı, %44'ünün genel olarak devlet hastanesini tercih ettiği ve %57,6'sının nadiren ya da hiç hastane değişikliği yapmadığı belirlenmiştir. Hastane seçiminde

konumun önemine ilişkin yapılan değerlendirmede ise katılımcıların %86,4'ü "evet" yanıtını vermiştir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri

Değişken	n	%	Değişken	n	%
<b>Yaş (n=125)</b>			<b>Gelir durumu (n=125)</b>		
18-30	30	24	Gelirim giderimden az	41	32,8
31-45	50	40	Gelirim giderime eşit	60	48,0
46+	45	36	Gelirim giderimden fazla	24	19,2
<b>Cinsiyet (n=125)</b>			<b>Medeni durum(n=125)</b>		
Kadın	48	38,4	Evli	68	54,4
Erkek	77	61,6	Bekar	57	45,6
<b>İkamet yeri (n=125)</b>			<b>Eğitim (n=125)</b>		
Köy-İlçe	32	25,6	Okuryazar değil-lise	70	56,0
İl	93	74,4	Önlisans/lisans/lisansüstü	55	44,0
<b>Çalışma durumu (n=125)</b>			<b>Sağlık güvenceniz var mı? (n=125)</b>		
Evet	42	33,6	Evet	115	92,0
Hayır	83	66,4	Hayır	10	8,0
<b>Sağlık güvenceniz tüm sağlık giderlerinizi karşılıyor mu? (n=125)</b>			<b>Engelli maaşı alıyor musunuz? (n=124)</b>		
Evet	81	64,8	Evet	15	12,1
Hayır	44	35,2	Hayır	109	87,9
<b>Engellilik türü (n=125)</b>			<b>Engellilik süresi (n=125)</b>		
Bedensel	64	51,2	0-10 yıl	47	37,6
İşitme-konuşma-görme	31	24,8	11-20 yıl	30	24,0
Diğer (kronik hst. vs.)	30	24,0	21 yıl+	48	38,4
<b>Engellilik sebebi (n=124)</b>			<b>Hastane tercihiniz genellikle nedir? (n=125)</b>		
Doğuştan	44	36,3	Devlet hastanesi	55	44,0
Hastalık	56	43,5	Eğitim ve Araştırma hastanesi	29	23,2
Kaza	14	11,3	Üniversite hastanesi	25	20,0
Bilmiyorum	10	8,9	Özel hastane/poliklinik	16	12,8
<b>Son bir yılda hastane başvuru sayısı (n=125)</b>			<b>Hastanenizi ne sıklıkla değiştirirsiniz? (n=125)</b>		
1-4 kez	71	56,8	Sık	7	5,6
5+	54	43,2	Bir problem yaşadığımda	46	36,8
<b>Hastane seçiminde konum önemli mi? (n=125)</b>			Nadiren-hiç	72	57,6
Evet	108	86,4			
Hayır/Fark etmez	17	13,6			

Katılımcıların hastane tercihlerine ilişkin görüşlerinin aritmetik ortalamasının 4,64 ile 2,90 değiştiği görülmektedir. Hastane tercihinde en çok önem verilen unsurun hijyen ve temizlik (4,64±0,57); en az etkili olan unsurun ise hastanenin tabelası/logosu/renkleri (2,90±1,20) olduğu

saptanmıştır (Tablo 2). Katılımcıların medeni durum, çalışma durumu, gelir, ikamet yeri, eğitim durumu, engellilik sebebi, hastane konumu, hastane değişim sıklığı, son bir yıl içinde hastane başvuru durumu ile ölçek ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

**Tablo 2.** Ölçek ifadelerine ilişkin bilgiler

Madde	Ortalama	ss
1.Personelin kılık kıyafeti	3,85	1,04
2.Personelin tutum ve davranışı	4,35	0,88
3.Doktorların tutum ve davranışı	4,61	0,75
4. Muayene ve diğer hizmet fiyatları	4,49	0,83
5. Sağlık işletmesine ulaşımın kolaylığı olması	4,50	0,66
6. Hasta ve refakatçinin barınma olanağı	4,47	0,71
7. Sağlık işletmesinin tıbbi/teknik donanımı	4,56	0,67
8. Sağlık işletmesinin kafeterya hizmetlerinin olması	4,06	0,89
9. Hastaların tedavi sırasında takip sisteminin varlığı	4,40	0,83
10.Sağlık işletmesinin hijyen ve temizliği	<b>4,64</b>	0,57
11.Sağlık işletmesinde güvenlik sisteminin olması	4,63	0,63



12.Hastane içi işlemlerde kısalık ve kolaylık	4,46	0,64
13.Randevu sisteminin olması	4,50	0,71
14.Sağlık işletmelerinde sunulan tıbbi hizmetlerinin çeşitliliği	4,48	0,75
15.Sağlık işletmesinin güvenilirliği	4,49	0,65
16.Sağlık işletmesinin tanınmışlığı/ünü	3,96	0,99
17.Doktorların tanınmışlığı/ünü	3,82	1,00
18.Sağlık işletmesi ile ilgili medyada (gazete, radyo, tv gibi) yer alan haberler	3,67	1,12
19.Sağlık işletmesinin tabelası/logosu/renkleri	<b>2,90</b>	1,20
20.Sağlık işletmesinin iç/dış mimarisi ve otopark olanakları	3,41	1,21
21.Bekleme alanlarının uygunluğu	4,07	0,97
22.Sağlık işletmesinin fiziki büyüklüğü	3,80	0,98
23.Yataklı tedavi hizmetinin var olması	4,24	0,82

Hastane tercihi boyutlar açısından incelendiğinde hizmet kalitesi (ort=1,63±0,69) ve tüketiciye maliyet (ort=1,69±0,58) boyutları ilk sıralarda yer almaktadır. Tanınırlık (ort=2,07±0,71) ve fiziki unsur (1,95±0,71) boyutları hastane tercihinde daha az önem arz etmektedir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Ölçek alt boyutlarına ilişkin bilgiler

Boyut	Ortalama	ss
Hizmet kalitesi	1,63	0,69
Tanınilık	2,07	0,71
Personel	1,89	0,73
Fiziki Unsur	1,95	0,71
Tüketiciye maliyet	1,69	0,58

Araştırmada katılımcıların cinsiyet, yaş, engel türü, engellilik süresi gibi bazı değişkenler ile ölçek ortalaması ve alt boyutlarının karşılaştırılması için yapılan analiz sonuçları Tablo 4'te gösterilmiştir. Katılımcıların cinsiyeti ile ölçeğin toplam puan ortalaması ( $p=0,005$ ), hizmet kalitesi ( $p=0,007$ ), personel ( $p=0,044$ ) ve tüketiciye maliyet ( $p=0,014$ ) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Buna göre hastane tercihi konusunda kadınların erkeklere göre hizmet kalitesi, personel ve tüketiciye maliyet konularına daha fazla önem verdiği ifade edilebilir. Yaş ile ölçek alt boyutları karşılaştırıldığında ise hizmet kalitesi ( $p=0,008$ ) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlılık bir fark görülmüştür. Yapılan ileri analizler sonucu 18-30 yaş grubundaki katılımcıların 45 yaş ve üstü gruptaki katılımcılara göre hizmet kalitesine daha fazla önem verdiği tespit edilmiştir (Tablo 4).

Araştırmaya katılan engelli bireylerin engel türüne göre hastane tercih ve alt boyutlarının 0,05 önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterip göstermediği

araştırılmıştır. Engel türü açısından tanınilık ( $p=0,030$ ) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Bonferroni testi yapılmış olup, diğer gruptaki bireylerin bedensel engelli grubundaki bireylere göre hastane tercihinde tanınilığa daha fazla önem verdiği belirlenmiştir. Katılımcıların engellilik süresi ile hastane tercihi ve alt boyutları arasında yapılan ANOVA testi sonucuna göre ise engellilik süresi ile fiziki unsur ( $p=0,010$ ) alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki farkın belirlenmesi için yapılan Bonferroni testi sonucuna göre ise 0-10 yıldır engeli olan ve 21 yıl ve üzeri olan bireylerin 11-20 yıldır engelli olan bireylere göre hastane tercihinde fiziki unsura daha fazla önem verdiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Katılımcıların genel hastane tercihleri ile ölçek toplam puan ortalaması ve alt boyutları incelendiğinde; hizmet kalitesi ( $p=0,015$ ), tanınilık ( $p=0,017$ ), personel ( $p=0,025$ ) ve ölçeğin toplam ortalaması ( $p=0,004$ ) ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlenmesi için yapılan analiz sonucuna göre özel hastane/poliklinik tercih eden katılımcıların devlet hastanesi tercih eden katılımcılara göre hizmet kalitesine daha fazla önem verdiği görülmüştür. Üniversite hastanesi tercih eden katılımcıların devlet hastanesi tercih edenlere göre hastane tercihinde genel ölçek ortalaması, tanınilık ve personel boyutları daha yüksek bulunmuştur. Özel hastane/poliklinik tercih eden katılımcıların devlet hastanesi tercih eden katılımcılara göre

personel alt boyutu ve hastane tercihi toplam ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür.

**Tablo 4.** Katılımcıların hastane tercihleri ile çeşitli değişkenlere ilişkin analiz sonuçları

		Hizmet kalitesi	Tanımlılık	Personel	Fiziki Unsur	Tüketiciye maliyet	Toplam ölçek ort.
Cinsiyet	Kadın n=48 $\bar{x}\pm sd$	4,58±0,35	3,76±0,71	4,54±0,45	4,03±0,64	4,59±0,51	4,32±0,34
	Erkek n=77 $\bar{x}\pm sd$	4,38±0,43	3,56±0,71	4,35±0,53	3,86±0,66	4,34±0,54	4,12±0,41
	t	-2,763	-1,533	-2,033	-1,402	-2,501	-2,829
	p	<b>0,007</b>	<b>0,128</b>	<b>0,044</b>	<b>0,163</b>	<b>0,014</b>	<b>0,005</b>
Yaş	18-30 n=30 $\bar{x}\pm sd$	4,60±0,32	3,88±0,66	4,41±0,57	3,90±0,80	4,42±0,64	4,30±0,41
	31-45 n=50 $\bar{x}\pm sd$	4,50±0,47	3,61±0,75	4,42±0,47	3,88±0,70	4,50±0,49	4,22±0,45
	46+ n=45 $\bar{x}\pm sd$	4,31±0,34	3,50±0,67	4,43±0,49	4,00±0,48	4,37±0,52	4,12±0,30
	F	5,088	2,576	0,023	0,391	0,689	1,978
	p	<b>0,008</b>	<b>0,080</b>	<b>0,977</b>	<b>0,677</b>	<b>0,504</b>	<b>0,143</b>
Engel türü	Bedensel n=64 $\bar{x}\pm sd$	4,38±0,37	3,49±0,71	4,36±0,55	3,88±0,61	4,42±0,51	4,13±0,38
	İşit,konu-görme n=31 $\bar{x}\pm sd$	4,50±0,49	3,67±0,70	4,42±0,49	3,88±0,75	4,54±0,52	4,23±0,43
	Diğer n=30 $\bar{x}\pm sd$	4,56±0,36	3,90±0,66	4,55±0,36	4,07±0,64	4,36±0,61	4,32±0,36
	F	2,170	3,598	1,562	0,998	0,867	2,847
p	0,119	<b>0,030</b>	0,214	0,371	0,423	0,062	
Engellilik süresi	0-10 yıl n=47 $\bar{x}\pm sd$	4,51±0,38	3,62±0,75	4,44±0,53	4,06±0,63	4,45±0,54	4,24±0,39
	n=11-20yıl n=30 $\bar{x}\pm sd$	4,34±0,44	3,63±0,61	4,32±0,53	3,62±0,61	4,34±0,52	4,09±0,39
	21yıl+ n=48 $\bar{x}\pm sd$	4,47±0,40	3,65±0,74	4,47±0,45	3,99±0,65	4,48±0,54	4,23±0,39
	F	1,686	0,029	0,871	4,751	0,653	1,628
p	0,190	0,971	0,421	<b>0,010</b>	0,522	0,201	
Genel Hastane Tercihi	Devlet Hst. n=55 $\bar{x}\pm sd$	4,33±0,46	3,42±0,73	4,29±0,51	3,79±0,67	4,40±0,51	4,07±0,42
	EAH n=29 $\bar{x}\pm sd$	4,53±0,33	3,70±0,72	4,41±0,58	3,88±0,68	4,45±0,56	4,24±0,35
	Üniversite Hst. n=25 $\bar{x}\pm sd$	4,52±0,33	3,87±0,52	4,58±0,36	4,14±0,54	4,49±0,47	4,33±0,30
	Özel Hst/ poliklinik n=16 $\bar{x}\pm sd$	4,65±0,33	3,90±0,70	4,64±0,35	4,14±0,60	4,45±0,69	4,39±0,36
	F	3,621	3,512	3,214	2,387	0,196	4,775
p	<b>0,015</b>	<b>0,017</b>	<b>0,025</b>	0,72	0,899	<b>0,004</b>	

## Tartışma

Bu çalışmada, engelli bireylerin sağlık hizmet kullanımı için hastane tercihlerini etkileyen nedenlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Konu ile ilgili literatür incelenerek, çalışma bulguları ile tartışılmıştır. Çalışmada hizmet kalitesinin, tüketiciye maliyeti, temizlik, tanımlılık ve hastane türünün hastane tercihinde etkili olduğu belirlenmiştir. Korkutan'ın<sup>20</sup> öğrencilerin katılımıyla gerçekleştirdiği

çalışmada öğrencilerin hastane seçimlerinde çoğunlukla devlet hastanelerini tercih ettiği, büyük bir kısmının ise herhangi bir hastane tercihi yapmadığı belirtilmiştir. Ayrıca tercihlerini etkileyen kriterlerin hekim faktörü, hastanenin kalitesi, hastanenin ulaşılabilirliği ve eş-dost tavsiyeleri olduğu görülmüştür. Aksoy ve Yılmaz'a<sup>21</sup> göre de sağlık turistlerinin hizmet alacağı sağlık kuruluşunu seçme kriterlerini belirleyen unsurlar; hizmet kalitesi, maliyet avantajı, sağlık profesyonellerinin başarısı, coğrafi

yakınlık gibi faktörlerdir. Tüfekçi ve Asıgbulmuş'un Isparta'da yaptıkları çalışmada hastane tercihinde en çok etkili olan ilk üç faktörün güven, uzman doktor tercihi ve memnuniyet olduğu belirtilmiştir. Yine araştırmada hastanelerde en çok beğenilmeyen üç özellik doktor ilgisizliği, yetersiz muayene ve hoşgörü olmaması şeklinde ifade edilmiştir.<sup>22</sup> Bir başka çalışmada sağlık kuruluşlarını sosyal güvence, ucuzluk, yakınlık, beğeni ve tavsiyeden dolayı tercih etme olasılıklarının gelir, eğitim ve yaş gibi çeşitli parametreler özelinde farklılaştığı tespit edilmiştir.<sup>23</sup>

Mosadeghrad<sup>24</sup> tarafından karma yöntemle hazırlanan, İran'da hastane seçiminde etkili olan faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, hastaların hastane seçimini hastane türü, hizmet türü, ağızdan ağıza pazarlama, hizmetlerin maliyeti, sağlık sigortası, konum, fiziksel çevre, tesisler, hizmet sağlayıcıların uzmanlığı ve kişiler arası nezaket ve hastanenin itibarının etkilediğine değinilmektedir. Aşamalı regresyon analizi sonucunda ise bir hastaneyi seçmenin ana nedenleri arasında hizmetlerin maliyeti, erişim, hastanın sağlık durumu ve hizmet sağlayıcıların uzmanlığının olduğu ortaya konulmuştur. Woo ve ark.'nin<sup>25</sup> ABD'de 652 hastanın katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmada da gün ışığı alan hasta odası tasarımı ve pencereden görünüm, sigorta kapsamı, yakınlık ve bir yıldızlı daha yüksek hasta deneyimi derecelendirmesinin hastanın hastaneyi seçme olasılığını artırdığı belirlenmiştir.

Çalışmada 18-30 yaş grubundaki engelli bireylerin 45 yaş ve üstü gruptaki engelli bireylere; kadınların erkeklere göre hizmet kalitesine daha fazla önem verdiği bulunmuştur. Çalışma bulguları ile benzer şekilde Saeed<sup>26</sup> tarafından Riyad'daki iki devlet ve iki özel hastaneye başvuran 541 hasta ile yapılan çalışmada hizmet kalitesinin hastane tercihinde ayırt edici bir değişken olduğu belirlenmiştir. Bu durumda, hastane hizmetlerinin kalitesine önem veren hastaların özel hastaneleri tercih edecekleri ifade edilmiştir. Bir diğer çalışmada da hastalar özel hastanelerdeki hizmet kalitesinin kamu hastanelerinden daha iyi olduğuna

inanmaktadır. Bunu destekler nitelikte "Hizmet kalitesi" olarak adlandırılan faktörün de hastane seçiminde ayırt edici bir değişken olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, hastane hizmetlerinin kalitesine değer veren hastaların özel hastanede tedavi görmeyi tercih edeceklerini göstermektedir.<sup>24</sup> Çalışmada tanınırlık hastane tercihinde daha az önem verilen bir unsur olarak karşımıza çıkmış olsa da diğer gruptaki bireylerin bedensel engelli bireylere göre hastane tercihinde tanınırlığa daha fazla önem verdiği belirlenmiştir. Bu durumun katılımcıların hastane tercihinde hastanenin tanınırlığından ziyade hizmet kalitesi ve maliyete daha fazla önem vermesi neden olmuş olabilir. Diğer taraftan Belber'in<sup>27</sup> özel hastanelerin yaptığı tanıtımın hastanenin prestijine, tanınırlığına ve tercih edilirlğine etkisini incelediği, 311 katılımcıyla Nevşehir'de gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların ileri yaşlarda, uzun zamandır bildiği, sıkça tanıtımlarına rastladığı kuruluşları daha prestijli gördüğü ve tercih ettiği ifade edilmiştir.

Çalışmada hastane tercihinde devlet hastanelerinin ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Beukers ve ark.'nin<sup>28</sup> Hollanda'da gerçekleştirdikleri çalışmada kalça protezi hastalarının yakınlardaki genel hastaneleri tercih etme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Gil ve Choi'nin<sup>29</sup> Güney Kore'de 2008-2013 yılları tıbbi panel verileri örnekleminde gerçekleştirdikleri çalışmada ise en yüksek gelir grubundaki ayakta tedavi gören hastaların önemli bir bölümünün özel hastaneleri seçtiği ifade edilmiştir. Benzer şekilde engellilik durumunda, hastaların ulusal ve kamu hastanelerini tercih etme olasılığının engeli olmayanlara göre daha az olduğu ifade edilmiştir.

Bu çalışmada hastane konumuna ilişkin engelli bireylerin görüşleri değerlendirilmiş olup, katılımcılar hastane konumunun önemli olduğuna vurgu yapmışlardır. Benzer şekilde Iowa kırsal kesiminde yaşayan bireylerin hastane seçimlerine yönelik yapılan çalışmada 65 yaş üstü bireylerin ve kadınların daha yakın olan yerel hastaneyi tercih ettikleri belirtilmiştir.<sup>30</sup> Medicare kullanıcısı, daha önce hastaneye yatışı yapılmış, kırsal bölgede yaşayan 1702 katılımcıyla yapılan çalışmada

yaşlı hastaların daha yakın hastanelere ve daha büyük ölçekli hizmet kapasitesine sahip hastanelere yönelik güçlü tercihleri olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi yüksek katılımcıların ise en yakın kırsal hastane yerine kentsel eğitim hastanesini tercih ettiği ifade edilmiştir. Diğer taraftan karmaşık sağlık sorunları olan ve daha fazla kaynağa sahip olan hastaların en yakın kırsal hastaneleri atlama olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.<sup>31</sup> Moscelli ve ark.'nın<sup>32</sup> 2006'dan itibaren İngiltere'de hasta seçimi üzerindeki kısıtlamaların gevşetilmesiyle, elektif kalça protezi için 2002/3'ten 2012/13'e kadar olan verileri kullanarak, hastane seçimini mesafe, kalite ve bekleme sürelerinin etkileme durumu incelemişlerdir. Buna göre, mesafenin hastane seçiminin ana belirleyicisi olduğunu bulmuşlardır.

Çalışmada engellilik süresi ile hastane fiziki özelliği arasındaki anlamlılık düzeyi incelendiğinde 0-10 yıl ve 21 yıl ve üzeri engeli olan bireylerin 11-20 yıldır engelli olan bireylere göre hastane tercihinde fiziki unsura daha fazla önem verdiği belirlenmiştir. West ve ark.'ın<sup>33</sup> Orta Atlantik bölgesindeki 360 madde bağımlılığı tedavisi uzmanının katılımıyla fiziksel erişilemezliğin engelli bireylerin madde bağımlılığı tedavisi üzerindeki etkisine yönelik çalışma yapmıştır. Buna göre belirli özürler tarafından hizmet alımının fiziksel erişilemezlik tarafından engellendiğine dair bulgular ortaya koymuşlardır.<sup>33</sup> Ayrıca engelli bireylerin diğer bireylere oranla hastaneleri daha fazla kullanmaları nedeniyle bu kurumlar engelli bireylerin yaşamlarında önemli bir role sahiptir. Bu nedenle işaret tabelaları hastanelerin ve tıbbi ortamların önemli tasarım aracı olmalıdır.<sup>34</sup>

Bu çalışmada engelli bireylerin hastane tercihinde en çok önem verdiği özelliklerden birinin temizlik ve hijyen olduğu görülmektedir. Kazemi-Karyani ve ark.'nın<sup>35</sup> İran'da iki hastaneye başvuran 328 hastanın hastane tercihlerinin değerlendirildiği çalışmada hastane temizliğinin "sıklıkla temiz"den "neredeyse temiz"e yükseltilmesinin, hastanenin seçilme olasılığını %61 oranında artırdığı belirlenmiştir. Bahrampour ve ark.<sup>36</sup>

tarafından sağlık hizmetlerine ilişkin hasta tercihlerini ortaya çıkarmak için yararlı yöntemlerden biri olan ayırık seçim deneyi (DCE) kullanılarak hazırlanan çalışmada katılımcıların hastanelerde önem verdiği konulardan birinin de temizlik olduğuna dikkat çekilmiştir.

Çalışmada katılımcıların medeni durum, çalışma durumu, gelir, ikamet yeri, eğitim durumu, engellilik sebebi, hastane konumu, hastane değişim sıklığı, son bir yıl içinde hastane başvuru durumu ile ölçek ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Çalışma bulgularının aksine Mosadeghrad<sup>24</sup> ile Gil ve Choi'nin<sup>29</sup> çalışmalarında eğitim, cinsiyet, medeni durum ile hastane tercihleri arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir.

Bu çalışmada kadınların erkeklere göre hizmetlerin tüketiciye maliyet konusuna daha fazla önem verdiği belirlenmiştir. Higgs ve ark.<sup>37</sup> Spokane'de karma yöntemle hazırlanan çalışmada sağlık hizmetine erişimdeki engellerden birinin maliyet olduğunu, en yüksek öncelikler arasında yer alan düşük maliyetli diş ve ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini alamadıklarını ifade etmişlerdir. Bir diğer çalışmada daha iyi sağlık sigortasına sahip hastaların, bakım maliyetini daha az dikkate alma eğiliminde olduğu ve daha pahalı olan şehir hastanelerine gitme olasılıklarının daha yüksek olabileceğine dikkat çekilmiştir.<sup>25</sup> Benzer şekilde bir başka çalışmada sağlık güvencesi olan katılımcıların genellikle özel hastanelerde tedavi görmeyi tercih ettiği belirtilmiştir.<sup>26</sup>

### Araştırmanın kısıtlılıkları

Araştırma kapsamında 125 engelli bireye ulaşılmış olması araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır. Ayrıca pandemi şartları nedeniyle verilerin bir kısmının çevirim içi olarak toplanması da bir diğer kısıtlılıktır.

### Sonuç

Bu çalışmada engelli bireylerin hastane tercihleri incelenmiş, bu tercihleri etkileyen faktörler belirlenerek literatüre katkı sağlanmaya çalışılmıştır. Araştırma

sonucunda çalışmaya katılan engelli bireylerin hastane tercihinde konuma önem verdiği ve genellikle devlet hastanelerini tercih ettiği görülmüştür. Ayrıca katılımcıların sık hastane değişikliğini tercih etmedikleri belirlenmiştir. Diğer taraftan hastane tercihinde hizmet kalitesi, tüketiciye maliyet boyutlarına ve temizliğe önem verildiği bulunmuştur. Hastane logosu/tabelasının ise hastane tercihinde en az etkili unsur olduğu tespit edilmiştir. Bu kapsamda hastanelerin konumlandırılmasında yer seçimine önem verilmelidir. Ayrıca toplu taşıma araçları ile hastanelere kolay ulaşım sağlanmalıdır. Hastane yöneticileri, kurumlarda sunulan sağlık hizmetlerinin belirli kalite standartlarında sunulmasına gayret göstermeli, sağlık çalışanları ile işbirliği içinde olmalıdır. Devlet hastanelerinin sağlık hizmetine başvuruda tercih edilmelerinin nedeni de özel hastanelerin tüketiciye olan maliyetleridir. Bu bağlamda özel hastanelerin fiyat politikalarını gözden geçirmeleri önerilebilir.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu için Necmettin Erbakan Üniversitesi'nin Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05.01.2022 tarihinde 18/123 sayılı etik onay alınmıştır. Araştırma süreci Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

### Bilgilendirilmiş Onam

Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü bireylerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

### Yazar Katkıları

Fikir/Kavram F.E, A.Y.; Tasarım A.Y.; Veri Toplama ve/veya İşleme F.E.; Analiz ve/veya Yorum A.Y.; Literatür Taraması F.E.; Makale Yazımı A.Y.; Eleştirel İnceleme F.E.

### Teşekkürler

Çalışmaya katılan tüm bireylere teşekkür ederiz.

### Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarların herhangi bir çıkara dayalı ilişkisi yoktur.

### Araştırma Desteği

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur.

### Beyanlar

Çalışma herhangi bir kongrede sunulmamıştır.

### Hakem Değerlendirmesi

Dış bağımsız.

### Kaynaklar

1. Truman BI, Smith CK, Roy, K, et.al. Rationale for regular reporting on health disparities and inequalities-united states. *Supplements*. 2011;60(1):3-10.
2. Eisenberg Y, Vanderbom KA, Harris K, Herman C, Hefelfinger J, Rauworth, A. Evaluation of the reaching people with disabilities through healthy communities project. *Disability and Health Journal*. 2021;14(3):1-9.
3. Genç G, Kurutkan MN. Eşitsizlik bağlamında karşılanmayan sağlık ihtiyacı: türkiye sağlık araştırması verilerinden kanıtlar. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*. 2021;3(1):34-51.
4. Kavanagh A, Dickinson H, Carey G et. al. Improving health care for disabled people in covid-19 and beyond:lessons from australia and england. *Disability and Health Journal*. 2021;14(2):1-7.
5. WHO, World Report on Disability, 2011, file:///C:/Users/PC/Downloads/9789240685215\_eng.pdf erişim:11.06.2022
6. Rowland M, Peterson-Besse J, Dobbertin K, Walsh ES, Horner-Johnson W. Health outcome disparities among subgroups of people with disabilities: a scoping review. *Disability and Health Journal*. 2014;7:136-150.
7. Sutton JP, Dejong G. Managed care and people with disabilities: Framing the issues. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.1998;79(10):1312-1316.
8. Arteburn D, Westbrook EO, Ludman EJ, et.al. Relationship between obesity, depression, and disability in middle-aged women. *Obesity Research & Clinical Practice*. 2012;(3):197-206.
9. Drum CE, Horner-Johnson W, Krahn L. Self-rated health and healthy days: Examining the "disability paradox". *Disability and Health Journal*. 2008;1(2):71-78.
10. Horner Johnson W, Dobbertin K, Lee JC, Andersen EM. Disparities in chronic conditions and health status by type of disability. *Disabil Health J*. 2013;6(4):280-286.
11. Castro SS, Cieza A, Cesar CLG. Problems with accessibility to health services by persons with disabilities in Sao Paulo, Brazil. *Disability and Rehabilitation*. 2011;33(17-18):1693-1698.
12. Mulumba M, Nantaba J, Brolan CE, Ruano AL, Brooker K, Hammonds R. Perceptions and experiences of access to publichealthcare by people with disabilities and olderpeople in Uganda. *International Journal for Equity in Health*.2014;13(76).
13. Tengilimoğlu D. Hastane seçimine etkili olan faktörler: bir alan uygulaması. *G.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2001; 1: 85-98.
14. Öztürk YE. Sağlıkta algılanan hizmet kalitesi ve hastane tercih nedenlerinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014;3(4):1079-1097.
15. Nüfus ve Konut Araştırması, 2011 <https://www.aile.gov.tr/media/5657/nka-internete-verilecek-2-5.pdf> erişim: 11.06.2022.
16. Nüfus ve Konut Sayımı, 2021, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-ve-Konut-Sayimi-2021-45866#:~:text=T%C3%BCriye%20n%C3%BCfusu%2084%20milyon%20680%20bin%20273%20ki%C5%9Fi%20oldu&text=Kad%C4%B1n%20n%C3%BCfusu%20ise%201927'de,binde%2012%2C7%20oldu%C4%9Fu%20g%C3%B6r%C3%BCld%C3%BC.> erişim:25.12.2022.
17. Çiftçi GE. Sağlık hizmetleri pazarlamasında konumlandırma stratejileri (Kırkkale İli Örneği) [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü;2010.

18. Şantaş F, Kurşun A, Kar A. Hastane tercihine etki eden faktörler: sağlık hizmetleri pazarlaması perspektifinden alan araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2016;19(1):17-33.
19. Karip S. Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeylerinin belirlenmesi: konya örneği [Yüksek Lisans Tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı;2016.
20. Korkutan M. Gençlerin hastane tercihlerini etkileyen kriterler: Bir alan uygulaması. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*. 2020; 8(68): 915-927.
21. Aksoy C, Yılmaz S. Sağlık turistlerinin hastaneleri tercih etme kriterleri: yönetici görüşleri. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*;2019;1(2):27-39.
22. Tüfekçi N, Asıgbulmuş, H. Hasta memnuniyeti ve hastane tercihinde etkili olan faktörler: ısparta ili örneği. *Journal of Current Researches on Health Sector*;2016;6(2):71-92.
23. Çakmak İ, Öztürk S. Türkiye’de bireylerin sağlık kuruluşları tercihlerini etkileyen faktörlerin analizi. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2022;40(1);44-57.
24. Mosadeghrad AM. Patient choice of a hospital: implications for health policy and management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2014;27(2):152-164.
25. Woo M, Jafariroozabadi R, MacNaughton P, Mihandoust S, Kennedy S, Joseph A. Using discrete choice methodology to explore the impact of patient room window design on hospital choice. *Journal of Patient Experience*.2022;9:1-8.
26. Saeed KSB. (1998). Factors affecting patients’choice of hospitals. *Annals of Saudi Medicine*.1998;18(5):420-424.
27. Belber BG. Yaş ve medeni duruma göre “özel hastanelerin yaptığı tanıtımın” hastanenin prestijine, tanınırlığına ve tercih edilirliliğine etkisi: Nevşehir uygulaması. *International Journal of Social Sciences and Education Research*. 2015;1 (2):424-438.
28. Beukers PDC, Kemp, RGM, Varkevisser M. Patient hospital choice for hip replacement: empirical evidence from the netherlands. *The European Journal of Health Economics*. 2014;15 (9):927-936.
29. Gil MR, Choi CG. Factors affecting the choice of national and public hospitals among outpatient service users in south korea. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2019;56:1-11.
30. Jintanakul K, Otto, D. Factors affecting hospital choice for rural iowa residents. *The Review Of Regional Studies*. 2009;39(2):171-187.
31. Tai WC, Porell FW, Adams, EK. Hospital choice of rural medicare beneficiaries: patient, hospital attributes, and the patient–physician relationship. *HSR: Health Services Research*. 2004; 39(6):1903-1922.
32. Moscelli G, Siciliani L, Gutacker G, Gravelle H. Location, quality and choice of hospital: evidence from england 2002-2013. *Regional Science and Urban Economics*. 2016;60:112–124.
33. West SL, Luck RS, Capps CF. Physical inaccessibility negatively impacts the treatment participation of persons with disabilities. *Addictive Behaviors*. 2007;32(7):1494-1497.
34. Jia W. Survey & Quantitative design strategies on hospital accessible signs applied mechanics and materials (ED: Yu, Y), 2014;507:31-35.
35. Kazemi-Karyani A, Ramezani-Doroh V, Khosravi F. et.al. Eliciting preferences of patients about the quality of hospital services in the west of iran using discrete choice experiment analysis. *Cost Effectiveness And Resource Allocation*. 2021;19:65.
36. Bahrapour M, Bahrapour A, Amiresmaili M, Barouni M. Hospital service quality – patient preferences – a discrete choice experiment. *International Journal of Health Care Quality Assurance*.2018;31(7):676-683.
37. Higgs ZR, Bayne T, Murphy D. Health care access: a consumer perspective. *Public Health Nursing*. 2001;18(1):3-12.