

**PREKONSEPSİYONEL BİLGİ VE TUTUM
ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ**

Fulya GÖKDEMİR

**Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı**

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ

Yüksek Lisans Tezi-2015

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

PREKONSEPSİYONEL BİLGİ VE TUTUM ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ

Fulya GÖKDEMİR

**Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ**

**ERZURUM
2015**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**PREKONSEPSİYONEL BİLGİ VE TUTUM
ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ**

Fulya GÖKDEMİR

Tez Savunma Tarihi : 24.06.2015

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ (İstanbul Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK (Atatürk Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Yayuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM-2015**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
TABLOLAR DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. Prekonsepsiyonel Bakım Kavramı.....	8
2.2. Tutum ve Tutumların Ölçülmesi.....	45
3. MATERYAL VE METOT.....	59
4. BULGULAR.....	85
5. TARTIŞMA	119
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	136
KAYNAKLAR	138
EKLER	149
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	149
EK-2. ETİK KURUL İZNİ	150
EK-3. ÇALIŞMA İZİNLERİ.....	152
EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	154
EK-5. UZMAN GÖRÜŞÜNE SUNULAN 87 MADDELİ TASLAK ÖLÇEK FORMU	156
EK-6. UZMAN GÖRÜŞ YÖNERGESİ.....	165
EK-7. ÇALIŞMADA GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN UZMANLARIN LİSTESİ.	166

EK-8. GÖNÜLLÜ ONAM FORMLARI	169
EK-9. PİLOT UYGULAMADA KULLANILAN 76 MADDELİK TASLAK	
ÖLÇEK FORMU	172
EK-10. ÖRNEKLEM GRUBUNA UYGULANAN 77 MADDELİK TASLAK	
ÖLÇEK FORMU	178
EK-11. AFA ve DFA NETİCESİNDE ELDE EDİLEN 43 MADDE VE 7 ALT	
BOYUTTAN OLUŞAN PREKONSEPSİYONEL TUTUM ÖLÇEĞİ (PKTÖ)...	184
EK-12. ÖLÇEK UYGULAMA REHBERİ ve YÖNERGESİ.....	187

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmaya beni yönlendirerek, değerli bilgi, katkı ve deneyimleri ile tezimi yöneten, gerek yüksek lisans eğitimim, gerekse tezimin her aşamasında beni destekleyen, yaşanan her türlü zorlukta her zaman yanımda olduğunu hissettiğim değerli danışmanım Sayın Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ'a teşekkürü bir borç bilir, saygı ve şükranlarımı sunarım.

Ayrıca Üniversiteler Arası İşbirliği Programı (ÜNİP) kapsamında Yüksek Lisans eğitimime başlamama katkı sağlayan ve eğitimim süresince beni destekleyen değerli hocam Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU ve Artvin Çoruh Üniversitesi Rektörü Sayın Prof. Dr. Mehmet DUMAN'a, tezime yaptığı bilimsel ve istatistiksel katkı nedeniyle değerli hocam Doç. Dr. Başaran GENÇDOĞAN'a, tezimin çeşitli aşamalarında katkısı olan Prof. Dr. Ömer UÇAR, Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK, Yrd. Doç. Dr. Gülay İPEK ÇOBAN ve Yrd. Doç. Dr. Özlem AŞCI'ya, tezimin jürisine katılarak beni onurlandıran değerli jüri üyelerine, mail yoluyla gönderdiğim uzman davetini kabul ederek, yaptıkları öneri, eleştiri ve değerlendirmelerle ölçek maddelerinin yeniden şekillenmesinde verdikleri katkı dolayısıyla araştırmanın uzman havuzunda yer alan değerleri bilim insanlarına, çalışmama katılmayı kabul ederek tezimin veri tabanının oluşturulmasına katkı sağlayan tüm katılımcılara, tezimin uygulama aşamasında verileri toplamamda katkısı olan, ancak ismini burada sayamayacağım Artvin Çoruh Üniversitesi, Artvin Devlet Hastanesi ve Aile Hekimliği çalışanlarına, son olarak da, bu uzun ve zorlu süreçte beni destekleyen değerli eşim, canım oğlum ve aileme sonsuz teşekkür ederim.

Fulya GÖKDEMİR

ÖZET

Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi

Amaç: Araştırma, kadınların prekonsepsiyonel bilgi ve tutumlarını ölçebilen geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırmada; metodolojik araştırma modeli kullanılmıştır. Çalışma; Artvin Devlet Hastanesi, Aile Hekimlikleri ve Artvin Çoruh Üniversitesi'ne bağlı birimlerde 01 Ocak-01 Ağustos 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evreni, ildeki 18-45 yaş arası kadınlardan oluşmaktadır. Örneklemi ise olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen 913 kadın oluşturmuştur. Veriler, “Kişisel Bilgi Formu” ve “Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği (PKTÖ)” taslağı ile toplanmıştır. PKTÖ'nin geçerliliği; kapsam, yüzey ve yapı geçerliliğine bakılarak, iç tutarlılığı ve homojenliği Cronbach's Alfa katsayısı ve madde-toplam puan korelasyonları hesaplanarak, zamana karşı değişmezliği ise test-tekrar test yöntemi ile araştırılmıştır. Veriler, SPSS 18 ve LISREL 8.5 istatistiksel paket programları ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Uzman değerlendirmeleri ve pilot uygulama sonunda; PKTÖ'nin kapsam ve yüzey geçerliliği sağlanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğine, açıklayıcı faktör analizi ile bakılmış ve varyansın %40'ını açıklayan, 7 faktörlü ve 43 maddeli bir ölçek elde edilmiştir. Bu maddelerin, faktör yükleri 0.29 ile 0.71 arasında, madde-toplam puan korelasyonları ise 0.21 ile 0.50 arasında değişmektedir. Ölçek genelinde Cronbach's Alfa katsayısı 0.86 olarak belirlenmiştir. Yapısal eşitlik modellemesinde 7 faktörlü ölçek modelinin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğu belirlenmiştir. Tekrar test korelasyon katsayısı $r=0.978$ olup istatistiksel olarak anlamlıdır.

Sonuç: Başlangıçta 87 maddeden oluşan PKTÖ taslağı, yapılan analizler sonucunda 43 maddelik geçerli, güvenilir ve standardize bir form haline getirilmiştir. Literatüre yeni kazandırılan 5'li Likert tipindeki bu ölçek, 18-45 yaş arası kadınların prekonsepsiyonel bilgi ve tutumlarını belirlemek için kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Danışmanlık, gebelik öncesi, güvenilirlik ve geçerlilik, kadın sağlığı, prekonsepsiyonel bakım, risk değerlendirmesi, tutum.

ABSTRACT

Development of Preconceptional Knowledge and Attitudes Scale

Aim: This study was conducted to develop a valid and reliable instrument for measuring women's preconceptional knowledge and attitudes.

Material and Method: This research was conducted using the methodological research model. It was carried out in the units of State Hospital, Family Medicine and the Çoruh University in the province of Artvin from January 1st to August 1st 2013. The population of the study consisted of women aged 18-45 years. Samples consisted of 913 women selected by improbable random sampling method. Data were collected by the "Personal Information Form" and "Preconceptional Knowledge and Attitude Scale (PCAS)" draft. Of the PCAS; the validity was investigated by content, face and structural validity, internal consistency and homogeneity by calculating Cronbach's Alpha coefficient and item-total score correlations, and the invariance against time by the test-retest method. The data were evaluated using SPSS 18 and LISREL 8.5 statistical package programmes.

Results: Of the PCAS, the content and face validity were provided following expert evaluations and pilot practice. The validity of scale structure was considered by exploratory factor analysis, and a scale with 7 factors and 43 items, explaining 40% of the variance, was obtained. Of these items; factor loads ranged from 0.29 to 0.71, while item-total score correlations ranged from 0.21 to 0.50. The overall Cronbach's Alpha coefficient of the scale was determined as 0.86. In structural equation modelling, it was determined that 7-factor model of the scale have an acceptable goodness of fit. Retest correlation coefficient being $r=0.978$ was statistically significant.

Conclusion: The PCAS draft, initially consisted of 87 items, has become a standard form with 43-item having validity and reliability provided as a result of the analyses made. This Likert-type 5-scale newly added into the literature thereby, could be used to determine the preconceptional knowledge and attitudes of women aged 18-45 years.

Keywords: Attitude, counseling, preconceptional care, pre-pregnancy, reliability and validity, risk assessment, women's health.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAP	: American Academy of Pediatrics
ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
CDC	: American National Centers for Disease Control and Prevention
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DFA	: Doğrulamalı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KGİ	: Kapsam Geçerlilik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlilik Oranı
KGÖ	: Kapsam Geçerlilik Ölçütü
KMO	: Kaiser Meyer-Olkin Testi
MOD	: March of Dimes
PKTÖ	: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
YEM	: Yapısal Eşitlik Modellemesi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
TORCH	: Toksoplazmozis, Others (Sifiliz, Varicella vb.), Rubella, Cytomegalo- Virus, Herpes Simpleks Virüs)
IOM	: The Institute of Medicine
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Şeması.....	84
Şekil 4.1. Scree Plot Testi	99
Şekil 4.2. PKTÖ İle İlgili Birinci Düzey DFA Sonuçları (Ölçeğin Rota/Path Diyagramı)	117

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo No

Sayfa No

Tablo 3.1. Bekâr ve Evli Kadınların Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	61
Tablo 3.2. Bekâr ve Evli Kadınların Gebelikle İlgili Planları, Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Kavramını Duyma Durumlarının Dağılımı.....	65
Tablo 3.3. Evli Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı	67
Tablo 3.4. Model Uyum İndeksleri ve Referans Değerleri.....	76
Tablo 3.5. Ölçeğin Geliştirilme Sürecinde Yapılan Analizler ve Amaçları ..	81
Tablo 4.1. Yetmiş Yedi Maddelik PKTÖ'nin Cronbach's Alfa Katsayısı.....	86
Tablo 4.2. Altmış Üç Maddelik PKTÖ'nin Cronbach's Alfa Katsayısı	89
Tablo 4.3. Kırk Üç Maddelik PKTÖ'nin Cronbach's Alfa Katsayısı	91
Tablo 4.4. PKTÖ'nin Madde-Toplam Puan Korelasyonu.....	93
Tablo 4.5. KMO ve Bartlett's Test Sonuçları.....	95
Tablo 4.6. Anti-imaj Korelasyonları	96
Tablo 4.7. PKTÖ'ne İlişkin Maddelerin ve Faktörlerin Varyansı Açıklama Oranları ...	97
Tablo 4.8. Yedi Faktörle Sınırlandırılan PKTÖ'ne İlişkin Maddelerin ve Faktörlerin Varyansı Açıklama Oranları	100
Tablo 4.9. Varimax Döndürme Yöntemi Sonrası Ortaya Çıkan Faktör Yükleri Matrisi.....	102
Tablo 4.10. PKTÖ Maddelerinin Faktörlere Dağılımı.....	104
Tablo 4.11. PKTÖ ve Alt Ölçeklerine Ait Korelasyon Matrisi	110
Tablo 4.12. PKTÖ'nin İki Yarı Güvenirlik Değerleri	111
Tablo 4.13. PKTÖ'nin Maddelerinin Ayırt Ediciliği	112
Tablo 4.14. PKTÖ'nin Model Uyum İndeksi Değerleri.....	116
Tablo 4.15. PKTÖ'nin Ön-Test ve Son-Test Puanları Arasındaki Korelasyon Değerleri	118

1. GİRİŞ

Çocuk sahibi olmak; çiftlerin yaşamlarındaki önemli kararlardan biri olup, ciddi sorumlulukların da başlangıcıdır. Bu nedenle her çiftin, çocuk sahibi olmanın yaşamlarında yapacağı değişiklikleri ve kendilerine getireceği sorumlulukları önceden düşünmesi gerekir. Anne-baba olmak isteyen çiftler, öncelikle bunu gerçekten isteyip istemediklerini ve neden istediklerini düşünmeli, bu konudaki beklentilerini aralarında tartışarak gebeliğin zamanlamasını planlamalıdır.¹⁻³

Çocuk sahibi olmaya hazırlanan her çiftin, birtakım risklere sahip olma olasılığı vardır. Bu riskler nedeniyle; gebelik, doğum ya da doğum sonu dönemde anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkilenebilir. Özellikle anne adayının, gebelik sonucunu olumsuz etkileyebilecek birtakım risk faktörleriyle gebeliğe başlaması, hem kendi hem de fetüsün sağlığını olumsuz etkilemekte, morbidite ve mortalite hızlarında artışa neden olabilmektedir.³⁻⁶ Anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkileyebilecek bu faktörlerin, gebelik öncesinde saptanması ve gerekli önlemlerin alınarak, eşlerin sağlık düzeylerinin gebelikten önce en üst seviyeye getirilmesi, gelecekte sağlıklı ve mutlu nesillerin varlığı için önemli bir gereksinimdir.^{3,4,6}

Sağlıklı bir bebeğe sahip olmak, tüm kültürel miraslarda önemsenen bir konu olmasına rağmen bu amaçla verilen hizmetler ve bireylerin hizmet talepleri, genellikle gebe kalınması ile başlamaktadır.⁶⁻⁸ Oysa gebelik öncesinde var olan birtakım riskler ve kadının henüz gebe olduğunun farkında olmadan maruz kalabileceği riskler, fetal gelişimi ve anne sağlığını olumsuz etkileyebilir.⁷⁻¹⁰ Prenatal bakım hizmetleri, bu risklerin önlenmesi için geç bir dönemdir. Günümüzde artık en iyi koşullarda yürütülse bile prenatal bakım hizmetlerinin anne ve doğacak çocuğunun sağlığını korumada tek başına yeterli olmadığı görüşü kabul edilmektedir.^{1,8,10-12}

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2013) mevcut halk sağlığı programlarının kadının,

gebeliğe risksiz başlaması için yeterli olmadığını bildirmekte ve ülkelerin prekonsepsiyonel bakımı sağlık politikaları içerisine dahil etmesini önermektedir.¹³

Bu nedenle anne ve bebek açısından risk oluşturabilecek durumların belirlenerek, önlemeye yönelik girişimlerin prekonsepsiyonel dönemde başlatılması gerekir. Çünkü prekonsepsiyonel sağlık hizmetleri prenatal sağlık hizmetlerinin öncüsü ve tamamlayıcısıdır.^{5,8,14}

Ülkemizde prenatal bakım hizmetlerinden ilk yararlanma zamanının, ortalama 2.2 ay olduğu ve gebelerin dörtte birinin (%25.8) gebeliklerinin ilk 4 ayında prenatal bakım hizmetlerine başlamadıkları bildirilmektedir.^{4,15} Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması (2014)¹⁶ verilerine göre; 15-49 yaş arası kadınların %30.39'u son gebeliği esnasında; maddi sorunlar, gebelikte sorun yaşamama, ulaşım zorluğu, bilinçsizlik, eşinin ya da kayınvalidesinin istememesi gibi nedenlerle doğum öncesi kontrole gitmemiştir. Prenatal bakım alanların ise gebeliğin ortalama 6. haftasında gebelik takibine başladıkları, %90.27'sinin hekim, %17.26'sının hemşire ve %14.60'ının ebelerden bakım aldığı bildirilmektedir.¹⁶ Bireylerin hizmet talepleri doğrultusunda antenatal bakım hizmetlerinin gebelik sonrasında başlatılması, anne-baba adayında uygun tedavi ve bakımla azaltılabilecek birtakım risklerin düzeltilebilmesi için var olan fırsatların kaçırılmasına neden olmaktadır.⁷⁻⁹ Oysa fetal sağlığı tehdit eden akraba evliliği gibi birtakım riskler, evlilik öncesinde değerlendirilmelidir. Anne ve babanın sağlık durumunun da gebelik öncesi değerlendirilmesi gerekir. Ayrıca fetal sağlıkla ilişkili risklerin çoğunluğunun pek çok kadının henüz gebe olduğunun farkında olmadığı organogenezis döneminde yani konsepsiyonu (döllenme) takip eden ilk 17-56. günlerde olduğu bilinen bir gerçektir.^{7,8,17,18} Tüm bu nedenlerle sağlıklı bir bebeğe sahip olabilmek için alınması gereken önlem ve hizmetlerin, evlilik öncesi başlatılması, gebelik öncesi yoğunlaşması, gebelik boyunca devam etmesi ve sağlığı koruyucu

davranışların hayat boyu bir yaşam felsefesi haline getirilmesi gerekir.^{3,4,7,8}

Komplikasyonsuz gebelikler için, akraba evliliklerinin önlenmesi, risk altında olduğu bilinen bireylerin genetik danışmanlık hizmetlerinden faydalanmasının sağlanması, üreme çağındaki tüm kadınların risk değerlendirmesinden geçirilmesi, saptanan riskler doğrultusunda bireylerin uygun bakım almalarının sağlanması ve böylece bu risklerin gebeliğe getireceği olumsuz etkilerinin en aza indirilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca çocuk sahibi olmaya karar veren çiftlerin sağlık düzeylerini yükseltebilmek için çaba sarf etmeleri, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerinden yararlanmaları, fiziksel, psikolojik, sosyo-ekonomik açıdan kendilerini hazır hissettiklerinde çocuk sahibi olmaları, atılması gereken adımlardandır.^{1-4,6,10,19}

Prekonsepsiyonel danışmanlık; çiftlere, sağlıklı gebelik için fiziksel ve psikolojik olarak hazırlanma imkânı sunan, maternal-fetal riskleri azaltmayı amaçlayan, gebelik planlayan çiftlere rutin taramalar yaparak, risk faktörlerini ortaya koyan, uygun tedavi ve bakımla bu riskleri azaltan, organize ve kapsamlı hizmetlerin tümüdür.^{1,4-6,19} Prekonsepsiyonel bakım ise, sağlıklı anne babalardan sağlıklı bebekler doğacağı ilkesinden hareketle, sorunsuz bir gebelik ve sağlıklı bir bebek sahibi olmak için gebelik öncesinde rutin sağlık bakımının bir parçası olarak, kadın ve erkeğe ait fiziksel, davranışsal, sosyal risklerin taranması, var olan risklerin azaltılması ve sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmetleri kapsar.^{17,19,20} Prekonsepsiyonel bakımın amacı, anne-baba adayının var olan risk faktörlerini gebe kalmadan önce belirlemek, bunları ortadan kaldırma ya da olumsuz etkilerini azaltma konusunda aileye tıbbi destek ve bilgi vererek, anne adayının risk faktörleri kontrol altına alındıktan sonra gebeliğe başlamasını sağlamaktır. Bu hizmetlerin gebelikten en az üç ay önce başlatılması önerilmektedir.^{1,4,7,8}

Gebelik öncesi dönemde çiftlerin sağlık düzeyinin yükseltilmesine odaklanan

"prekonsepsiyonel bakım" yeni bir kavram değildir.^{8,21} Prekonsepsiyonel bakıma yönelik ilk bilgilere yazılı kayıtlarda, M.Ö. 9. yüzyılda rastlandığı bildirilmiştir.² Ancak bu alandaki hızlı gelişmeler 1980 sonrasında olmuştur. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), American Academy of Pediatrics (AAP), March of Dimes (MOD), American Nurses Association (ANA), American National Centers for Disease Control and Prevention (CDC)'nin prekonsepsiyonel sağlık ve bakımı geliştirmeye yönelik tavsiyeleri verilen hizmetlerde yol gösterici olmuştur.^{4,18,21,22} İngiltere, Macaristan gibi ülkelerde; prekonsepsiyonel danışmanlık hizmetlerinin alınabileceği özel klinikler bulunmasına karşın, ülkemizde bu alanda yürütülen hizmetler oldukça yetersizdir.^{4,5,7,8} Yapılan bir çalışmada, kadınların %59.2'si prekonsepsiyonel danışmanlığı gerekli görmesine rağmen, sadece %2.8'inin danışmanlık aldığı saptanmıştır.⁵ Prekonsepsiyonel dönemde yapılan çalışmalarda, kadınların %95'inin en az bir probleme sahip olduğu, %52'sinin medikal ve reproduktif, %25'inin hepatit ve yasaklı madde ve %54'ünün de nütrisyonel yönden risk taşıdığı gösterilmiştir.⁵ Ülkemizde prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın öneminin yeterince anlaşılmaması, bu alanda standart ve organize hizmetlerin olmaması, bireylerin bu hizmetleri nereden ve nasıl alacaklarını bilememesi, hizmetlerin finansmanındaki yetersizlikler, bireylerdeki mevcut bilgi eksikliği ve olumsuz tutumlar gibi nedenlerle hizmet alımının istenen düzeyde olmadığı söylenebilir.⁴⁻⁷

Hemşire ve ebeler; gebelik öncesi optimum sağlığın yakalanması, var olan risk faktörlerinin tespiti, bu riskler azaltılmadan gebe kalınması durumunda yaşanabilecek problemlerle ilgili çiftlerin bilgilendirilmesi, tespit edilen riskler doğrultusunda bireylerin gerekli bakımı almalarının sağlanması için uygun merkezlere yönlendirilmesi gibi konularda önemli roller üstlenebilirler.^{1,4,5} Böylece prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmetlerinin daha yaygın kullanılmasına ve başarıya ulaşmasına katkıda

bulunabilirler.^{1,7}

Bireylerin sağlık davranışlarının şekillenmesinde; kişisel gereksinimleri, içinde yaşadıkları toplumsal evre ve kültür, yaş, cinsiyet, eğitim, geçmiş yaşantıları, sahip oldukları bilgi ve tutumlar gibi pek çok faktör rol oynamaktadır.²³ Prekonsepsiyonel alandaki bireysel bilgi ve tutumların tespit edilmesi, bu alanda yapılacak eğitimlerin planlanmasında önemli bir yere sahiptir.⁵ Bu amaçla da genellikle ölçeklerden yararlanılır.

Hemşirelik alanında kanıt temelli uygulamaların geliştirebilmesi için verilerin, iyi tasarlanmış, geçerlilik ve güvenirlik analizleri yapılmış ölçeklerle toplanması önemlidir.²⁴ çünkü bir araştırmada toplanan verilerin kalitesi o araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının niteliği ile yakından alakalıdır.^{25(s.169)} lme aracının uygulandığı kültüre özgü ve standardize olması çalışmanın kalitesini arttıran diğer bir faktördür.²⁶

Hemşirelik mesleği teorik gelişimini sürdürürken sıklıkla yeni kavramlarla karşılaşmakta ve bu kavramları inceyebilmek için nitelikli ölçüm araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır.^{25(s.169)} Bu gereksinimin bir sonucu olarak dünyada ve ülkemizde ölçek geliştirme ve ölçeklerle veri toplama yaygınlaşmıştır.^{24,27,28(s.217)} Bilim dalları alanlarına özel değişkenleri nitel özelliklerinden kurtarıp nicelleştirebildikleri ve bu değişkenleri sayısal olarak lebildikleri oranda gelişim gösterirler.^{29(s.355)} çünkü bilimlerin gelişmesi ölçmeye dayanır. Daha nitelikli ve duyarlı ölçüm araçlarıyla yapılan ölçümler de bu gelişmeyi hızlandırır.^{30(s.4)} Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlığa yönelik bilimsel çalışmaların artması da bu alanda geliştirilecek nitelikli ölçekler sayesinde mümkün olacaktır. Artan bu bilimsel çalışmalar, konunun önemine dikkat çekecek ve gelecekteki prekonsepsiyonel sağlık hizmetlerine ışık tutacaktır.

Ölçek geliştirme önemli ölçüde kavramsal ve teknik bilginin yanısıra ciddi çaba

gerektiren zor bir süreçtir. Bu nedenle daha önceden geliştirilerek, geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçek varsa öncelikle bu ölçeğin kullanılması tavsiye edilmektedir.^{26,30(s.4),31(s.51)} Mevcut psikometrik özelliklerin yetersizliği, hedef kitlenin farklı olması, uygulama zorluğu vb. durumlarda ise yeni bir ölçek geliştirme gerekli olabilmektedir.^{32(s25)} Bu nedenle bu çalışmaya başlanırken öncelikle literatür taraması yapılarak; prekonsepsiyonel bilgi ve tutumları ölçen bir ölçek olup olmadığı araştırılmıştır. Ülkemizdeki literatür incelendiğinde Arslan ve Özkan⁵ tarafından prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların değerlendirilmesi amacıyla bir çalışmanın yapılmış olduğu, ancak kullanılan ölçme aracının geliştirildiği ve uygulandığı örneklem grubunun farklı olduğu, geçerlilik ve güvenilirliğe ilişkin istatistiksel analizlerin yetersiz olduğu, dolayısıyla kullanımının uygun olmayacağı görülmüştür.⁵ Yabancı literatürde ise prekonsepsiyonel bilgi ve tutumları değerlendiren çalışmalar olmasına rağmen kullanılan ölçme araçlarının, geçerlilik ve güvenirlik analizlerinin yapılmamış olduğu bu nedenle anket formu niteliğinde kaldığı saptanmıştır.³³⁻³⁴ Taramalar neticesinde ulaşılabilen literatürde bu konuda geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış nitelikli bir ölçeğe rastlanmadığı için bu çalışma planlanmıştır. Çalışma kapsamında geliştirilecek olan ölçeğin, ülkemizde prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerinin gelişimine ve verilen hizmetlerin iyileştirilmesine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Bu ölçek, gelecekte bu alanda yapılacak çalışmalara rehberlik edecek ve literatüre de önemli katkılar sağlayacaktır. Ayrıca bu ölçek ile var olan olumsuz tutumlar saptanabilecek, değiştirilmesine yönelik eğitim ve uygulamalar planlanabilecektir. Bu alanda verilecek hizmetlerle bireylerin, sağlıklı bir bebek sahibi olmak için bireysel sorumlulukları olduğu bilinci gelişecek ve prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerine olan talepleri artacaktır. Alınan danışmanlık ve bakım, bu konuda yaşanan endişeleri azaltacak, sağlıklı bir gebelik geçirilmesine ve sağlıklı bir bebek sahibi

olmaya katkı sağlayacaktır.^{1,4,5,8}

Özetle ülkemizde, anne-baba adaylarını; bedensel, ruhsal, psiko-sosyo-kültürel yönleri ve çevresiyle ele alan, bütüncül bir yaklaşımla değerlendirebilen standardize ölçüm araçlarının geliştirilmesine ve sahada kullanımının yaygınlaştırılmasına ihtiyaç vardır.⁸ Uzmanlar tarafından oluşturulacak standardize risk tarama listeleri, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kalitesini arttıracaktır.^{8,14}

Bu araştırma, gebelik öncesi dönemde, prekonsepsiyonel bilgi ve tutumların değerlendirilmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prekonsepsiyonel Bakım Kavramı

Gebelik öncesi bakım “preconception care” terimi ile ifade edilmektedir.^{19,22,35} Prekonsepsiyonel bakım, anne adayının sağlığını, gebelik sürecini, sonucunu ve çiftin doğurganlığını etkileyebilecek biyomedikal, çevresel, davranışsal, sosyal risk faktörlerini gebelik öncesinde saptayarak, uygun müdahalelerle azaltan koruyucu ve önleyici bir sağlık hizmetidir.^{8,10,13,19,21,36} Prekonsepsiyonel bakım, gebelik oluşmadan önce her çifte rutin olarak verilmesi gereken; tarama, tanı, tedavi, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini kapsar.^{8,17,19,21,36}

2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Prekonsepsiyonel Bakım

Üreme çağındaki bireylerin sağlık durumlarını, gebelik öncesinde optimize etmeye odaklanan prekonsepsiyonel bakım, yeni bir kavram değildir.^{8,21,22} Prekonsepsiyonel bakıma ilişkin ilk bilgilere yazılı kayıtlarda, M.Ö. 9. yüzyılda rastlanmaktadır.²² Bu dönemde gebelik sonuçlarını iyileştirmek için fiziksel egzersiz, meyve tüketimi, alkolden kaçınma gibi konular üzerinde durulduğu görülmektedir.^{22,35}

Amerikalı doğum uzmanı ve perinatal tıbbın öncülerinden olan William Potts Dewees’in 1825 yılında yayınlanan bir eserinde; çocuğun sağlığında, “kadının gebelik sürecindeki davranışlarının yanısıra embrio oluşmadan önceki dönem ve hatta evlilik öncesindeki dönemin de etkili olduğu” bildirilmiştir.^{21,22} ABD’de geleneksel prenatal bakım yaklaşımı ile istenen sonuçların alınamaması, yeni arayışların ortaya çıkmasına neden olmuştur.^{11,21} Atrash ve arkadaşlarının aktardığına²¹ göre Chamberlain, 1980 yılında gebelik öncesi bakımı, “gebelik öncesinde üretkenlik durumu kötü olan kadınlar için özel bir hizmet” şeklinde tanımlamıştır.²¹ Aynı yıllarda; ABD’deki kötü obstetrik sonuçları iyileştirmeye yönelik koruyucu bir hizmet arayışının sonucunda “prekonsepsiyonel bakım” kavramı gündeme gelmiş ve bu alanda yapılan çalışmalar

hızlanmıştır.^{7,22,35,37} Bu dönemde özellikle düşük doğum ağırlığına bağlı olumsuz gebelik sonuçlarını iyileştirmek ve bebek ölümlerini önlemek için prekonsepsiyonel bakımın önemini vurgulayan ulusal kampanyalar düzenlenmiştir.^{22,35}

AAP, ACOG ve MOD'un ortak çalışması sonucu 1983 yılında prekonsepsiyonel sağlık kavramının tanıtıldığı "Perinatal Bakım Rehberi"ni yayınlanmıştır.^{22,37,38} Bu rehberde; ebeveynliğin konsepsiyondan önce başladığı, konsepsiyon esnasında çiftlerin, optimal fiziksel sağlığa ve duygusal olarak ebeveynliğe hazır olmaları gerektiği vurgulanmıştır.^{22,37} Ayrıca prekonsepsiyonel dönemde yapılması gerekenler ve konjenital anomalilerin önlenmesi gibi konular üzerinde de durulmuştur.³⁵

The Institute of Medicine (IOM), tarafından 1985 yılında yayınlanan "Düşük Doğum Ağırlığının Önlenmesi" raporunun ABD Halk Sağlığı Hizmetlerinin prekonsepsiyonel bakıma yönelmesinde önemli katkıları olmuştur.^{21,22,35} Bu dönemde prekonsepsiyonel danışmanlık hizmetlerinin aile planlaması merkezleri başta olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak sunulması önerilmiştir.^{21,35} IOM gebelik öncesi risk taraması, danışmanlık, risk azaltma ve sağlık eğitimi verilmesini önermiştir.^{22,35}

Gebelik öncesi bakım, 1990'lı yıllarda birincil bakım hizmetlerinin bir parçası ve Amerikan Toplum Sağlığı Hizmetlerinin önceliği olarak tanımlanmıştır.^{7,20,21,39} Bu nedenle Amerika'da, aynı yıllarda yürütülen "2000 Yılında Herkese Sağlık" programı kapsamında, sağlığın desteklenmesi, yaşa uygun prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin ve bu hizmetleri sunacak sağlık personelinin sayısının artırılması önerilmiştir.^{21,22,37}

MOD, Doğum Kusurları Vakfı (Birth Defects Foundation) 1993 yılında; bireylere "üreme bilinci" kazandırılması, erkeklerin de prekonsepsiyonel bakım sürecine dahil edilmesi, menarştan menopoza kadar geçen sürede tüm kadınlara yıllık ziyaret yapılarak gebelik öncesi ve gebelikler arası uygun sağlık bakımı verilmesini

tavsiye etmiştir.^{22,35,38}

ACOG tarafından 1995 yılında yayınlanan ilk prekonsepsiyonel bakım konulu bültende, prekonsepsiyonel hizmetlerin olumlu gebelik sonuçlarının bir garantisi olmadığı, ancak pek çok riski ortadan kaldıracak şekilde için kapsamlı ve sistematik risk taramasının önemi vurgulanmıştır.^{22,35} Bu yıllarda ACOG, AAP ve MOD tarafından bakım ve tarama ölçütleri geliştirilmiştir.⁷ Belirlenen riskler için gerekli müdahalelerin başlatılması, kişisel ihtiyaç ve beklentiler doğrultusunda birey odaklı eğitim verilmesi önerilmiştir.^{22,35}

CDC'nin 2004 yılında düzenlediği panelde konsepsiyon öncesi anne adayına ulaşım bakım verilmediğinde verilen prenatal bakımın sınırlı kalacağı görüşüne varılmış ve prekonsepsiyonel bakımın önemi üzerinde durulmuştur.^{8,11,19,21} Ayrıca prenatal bakım programlarının, prekonsepsiyonel dönemi de kapsayacak şekilde genişletilmesine yönelik çalışmalara ağırlık verilmesi önerilmiştir.^{11,19}

CDC tarafından 2006 yılında yayınlanan raporda¹⁹; gebelik öncesinde ya da gebeliğin erken döneminde uygulandığında, gebelik sonuçlarında iyileşme sağlayan en az 14 girişim tanımlanmıştır.^{4,9,10,19,37} Bunlar; folik asit desteği, kızamıkçık aşısı, HIV/AIDS tarama ve tedavisi, hepatit B aşısı, diyabet yönetimi, hipotiroidi yönetimi, annede fenilketonüri yönetimi, obezite kontrolü, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) tarama ve yönetimi, alkol ve sigaranın bırakılması, epilepsi ilaçları, oral antikoagülanlar ve isotretinoin (accutane) gibi teratojenik ilaçlardan sakınılmasıdır.^{4,9,10,19,21}

CDC'nin prekonsepsiyonel sağlık ve bakımı geliştirmeye yönelik bu tavsiyeleri, verilen hizmetlerde yol gösterici olmuştur.^{4,21,22} Amerika'daki çoğu eyalet ve yerel sağlık kuruluşunda bu öneriler doğrultusunda çeşitli programlar düzenlenmiştir.^{8,21} Daha sonra Kanada, Belçika, Hollanda gibi bazı ülkeler prekonsepsiyonel bakım

programlarını uygulamaya başlamışlardır.^{21,40} İngiltere, Macaristan, İsrail, Hong-Kong gibi birçok ülke kendi imkânları ve ihtiyaçları doğrultusunda gebelik öncesi bakım programları yürütmüştür.^{8,40} DSÖ de mevcut halk sağlığı programlarının, kadının gebeliğe risksiz başlaması için yeterli olmadığını bildirmiş ve ülkelerin prekonsepsiyonel bakımı sağlık politikaları içerisine dahil etmesini önermiştir.¹³

Tüm bu gelişmelere rağmen günümüzde, dünya genelinde prekonsepsiyonel bakım hizmeti sunan klinik sayısı oldukça sınırlıdır.⁴ Türkiye’de ise prekonsepsiyonel bakım hizmetleri, gerektiğinde bireysel düzeyde verilmekle birlikte, ülke geneline yayılmış standardize uygulamalar ve kuramsallaşmış hizmetler mevcut değildir.^{4,5,7,8} Bireyler, prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinden yararlanmak isteseler bile bu hizmetleri kapsamlı şekilde alabilecekleri birimler de yoktur.⁴⁻⁸

Gebelik öncesi bakımın bir parçası olan “evlilik öncesi danışmanlık” hizmetleri, ülkemizde 2002 yılında uygulanmaya başlamış ve buna paralel olarak doğum öncesi (prenatal/antenatal) bakım hizmetlerinde de önemli gelişmeler olmuştur.^{8,41} Ancak günümüzde prekonsepsiyonel bakım hizmetleri oldukça yetersizdir.⁴⁻⁸ Ülkemizde özellikle eğitilmiş ve bilinçli çiftlerin prekonsepsiyonel bakım konusunda ciddi talepleri vardır.⁷ Bu taleplerin karşılanması için kanıt temelli bilgiler doğrultusunda verilecek kapsamlı, organize ve standardize hizmetlere ihtiyaç vardır.^{4,7,8} Prekonsepsiyonel bakım hizmetleri sayesinde, bilinen sağlık sorunu olmayan çiftlerde anne ve fetüsü olumsuz etkileyebilecek risk faktörleri erken dönemde tespit edilerek, çiftlerin sağlık durumlarında olumlu değişiklikler sağlanabilir.^{4,8} Bu nedenle; sağlık kuruluşuna çeşitli nedenlerle başvuran bireyler, nişanlı ve yeni evlenen çiftler, özellikle geçmişte kötü obstetrik öyküye sahip kadınlar başta olmak üzere doğurganlık çağındaki tüm bireylere gebelik öncesi bakım hizmetleri ulaştırılmalıdır.^{7-9,13,19,21,36}

Sonuç olarak; prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin gebelik sonuçlarında

iyileşmeye sağladığı katkı, uzun yıllardan beri kanıtlarıyla bilinen bir gerçektir.^{4,11,13,21,40}

Bu nedenle prekonsepsiyonel bakım, anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesinde kritik bir bileşen olarak kabul edilmektedir.^{19,40} Ancak hizmetlerin dünya genelinde yaygınlaştırılması, tam olarak mümkün olmamıştır.^{4,7,8,21,22} Halen gelişmiş ülkeler de dahil olmak üzere tüm dünyada prekonsepsiyonel bakım hizmetleri ve bu hizmetlerden yararlanma oranı düşüktür.^{5,7,8,19,21,22} Bu nedenle günümüzde kadınların önemli bir kısmı, önlenabilir risklerle gebe kalmayı sürdürmektedir.^{19,21}

2.3. Prekonsepsiyonel Bakımın Amacı ve Önemi

Prekonsepsiyonel bakımın temel amacı; çiftlerin sağlık durumlarını gebelikten önce optimize ederek, anne adayının daha sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem geçirmesi ile daha sağlıklı bebek ve ailelerin oluşmasını sağlamaktır. Ayrıca bireylerin doğurganlık yaşamları boyunca, daha sağlıklı olmaları ve üreme yaşamlarını planlamalarına yardım edilmesi amaçlanmaktadır.^{4,6,8,19,36,42} AAP ve ACOG prekonsepsiyonel danışmanlığın birincil amacının; risk taraması, tanımlanmış risklere yönelik müdahalede bulunma, eğitim ve sağlığı geliştirme olduğunu rapor etmiştir.⁴

CDC 2006 raporunda prekonsepsiyonel bakımın 4 temel amacı (hedefi) olduğunu bildirmiştir. Bunlar:^{4,11,19,21,36}

1. Kadın ve erkeklerin gebelik öncesi sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını geliştirmek,
2. Doğurganlık çağındaki tüm kadınların, gebeliğe en yüksek sağlık düzeyinde başlamalarını sağlayacak şekilde prekonsepsiyonel bakım almasını sağlamak,
3. Önceki gebeliklerinin olumsuz sonuçlanmasına neden olan ve gelecekteki gebelikleri, doğacak bebekleri olumsuz etkileyebilecek risk faktörlerini belirleyerek, gebelikler arası süreçte verilecek uygun bakım ve müdahalelerle riskleri azaltmak,
4. Olumsuz gebelik sonuçlarını azaltmak ve gebelik kayıplarını önlemektir.

Bu hedeflerin gerçekleşmesi durumunda; çiftlerin sağlığının iyileştirilmesi, anne adayının gebelik sürecini olumsuz etkileyebilecek risk faktörlerinin azaltılması yoluyla anne-çocuk sağlığının geliştirilmesi, morbidite ve mortalite oranlarının azaltılması sağlanabilir.^{13,17,36}

Evliliğin en önemli aşamalarından biri, çocuk sahibi olma kararının verilmesidir.⁴³ Bu karar sonrasında, alınacak prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetleri ise o çifti diğer çiftlerden ayrıcalıklı hale getirmektedir. Çünkü gebelik, doğum ve lohusalık döneminin olabildiğince en az sorunla atlatılması, çiftlerde var olan sağlık problemlerinin gebelikten önce saptanarak, önlenmesine bağlıdır.^{4,7,8,10,19,43} Ayrıca prekonsepsiyonel hizmetler, çiftlerin psikolojik, fizyolojik, sosyal ve ekonomik yönden anne-baba olmaya hazırlanmasını da sağlar.^{1,6,9,10} Prekonsepsiyonel bakım; istemli ve planlı gebeliklerde anne baba adayının bilinçlendirilmesi ve uygun bakımla sağlık durumunun iyileştirilmesi, istenmeyen gebeliklerin ise önlenmesine yönelik hizmetlerin sunulabilmesi için önemli ve tek fırsattır.^{8,20}

Gelişmiş ölkelerde bile gebeliklerin çoğu plansız olmaktadır. Oysa anne, baba adayının gebelik öncesi sağlık durumu ve sağlık alışkanlıkları doğacak bebeğin sağlığını etkiler.⁷ İstenmeyen ya da plansız gebeliklerin, anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilediği, istemli ve spontan düşük, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu ve prematüre doğum oranını arttırdığı, gebelik esnasında bakım alma oranlarını düşürdüğü, fiziksel ve ruhsal açıdan anne-çocuk ilişkisini olumsuz etkilediği bilinmektedir.^{44,9,20} Planlı gebeliklerde, daha sağlıklı anne ve bebeklerin olduğu bilinmektedir.⁸ Bu nedenle gebeliğin ilk ve en doğru adımı gebeliğin planlanmasıdır.¹ Gebelik, ister planlı isterse plansız olsun gebelik öncesi bir hazırlık söz konusu değil ise anne ve yenidoğanın sağlığı olumsuz etkilenebilmektedir.⁷ Bu nedenle üreme çağındaki tüm kadınlar, gebeliğe ait risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve prekonsepsiyonel bakım

hizmetlerinden yararlanmaları sağlanmalıdır.¹

Gebelik, fizyolojik bir süreç olmakla birlikte; kadın hayatını biyolojik, psikolojik, sosyal yönden etkileyen, zaman zaman tıbbi bakım ve psikososyal destek gerektiren özel bir süreçtir.⁴⁵ Anne-baba adayında gebelikten önce var olan bazı riskler, bu süreci olumsuz etkileyebilir.^{45,46} Bu nedenle bebek sahibi olmak isteyen her çiftin, gebelik öncesinde doktor tarafından değerlendirilmesi önerilmektedir.^{4,12(s.35),46} Bu kontrol sayesinde; gebelik, doğum ve doğum sonrası süreci olumsuz etkileyebilecek riskler belirlenerek, uygun tedavi ve bakımla azaltılabilir.^{7,8,12(s.35),21,36,46} Anne-baba adayının; gebelik öncesindeki sağlığı, sağlıklı bir bebeğe sahip olmada oldukça önemlidir.^{7,8,13,19,21,46} Ancak; anne adayı sağlıklı bir şekilde gebeliğe başlasa bile, organogenezis döneminde karşılaşılabileceği teratojenler, fetüsü olumsuz etkileyebilir.^{7,17} Gebeliğin 17-56. günleri arasına rastlayan bu dönemde çoğu kadın gebe olduğunun farkında olmadığı için henüz antenatal ziyaretlere başlamamış olabilir.^{7,9} Bu nedenle prekonsepsiyonel hizmetler, anne adayının teratojenler konusunda uyarılması ve gerekli müdahalelerde bulunulması için önemli bir fırsattır.^{7,36} Ayrıca ilerleyen yaşlarda gebe kalma, anne ve fetüs sağlığını olumsuz etkileyen bir faktördür.^{7,12(s.52-53),46} Baba adayının da ileri yaşlarda olması, kromozomal anomalilerde artışa neden olabilmektedir.⁷ Prekonsepsiyonel bakım hizmetleri, ileri yaşlarda anne-baba olmanın getireceği riskler konusunda çiftlerin bilgilendirilmesi için bir fırsattır.^{1,7,12(s.52-53),43}

Genel olarak bireyler, gebe kaldıktan sonra sağlık bakımı alma eğilimindedirler.⁶ Ülkemizde bir kadının, gebe kaldığını fark edip ilk prenatal kontrole gelmesi veya sağlık personeli tarafından tespit edilmesine kadar yaklaşık 2-3 ay geçmektedir.⁸ Bu sürede fetüsün, organogenez sürecini çoktan tamamladığı ve tüm organlarının oluştuğu bilinmektedir.^{7,11,17} Dolayısıyla bazı anomali ve risklere bağlı olumsuzlukları önlenmek için çok geç kalınmış ve müdahale fırsatı kaçırılmış olabilir.^{7-9,11,14}

Sağlığı olumsuz etkileyen davranışlar, kronik hastalıklar ve enfeksiyonların yarattığı olumsuz etkileri önlemek için gebelik esnasında yapılan müdahaleler prekonsepsiyonel bakımdaki kadar etkili değildir.^{8,42,47} Gebelik öncesi danışmanlık, doğum öncesi bakımdan daha erken yararlanılmasını sağlayan koruyucu ve önleyici bir hizmettir. Risk taraması sonucu mevcut problemler için bakımın planlanması, gebelikte ortaya çıkabilecek potansiyel (olası) risklerin önceden tanınması ve azaltılması için çiftlere fırsat tanır.^{1,4,6,7} Prekonsepsiyonel hizmetler sayesinde, anne ve fetus için risk oluşturabilecek tıbbi ve sosyal durumlar gebelikten önce saptanabilir. Risk saptanan çiftler, uygun bakım ve tedavi alacakları birimlere yönlendirilerek gebelik oluşmadan önce bu sorunların önlenmesi veya azaltılmasına yönelik gerekli tedbirler alınabilir.^{1,8} Bu hizmetler çiftlere, bireysel sağlıklarını geliştirmek için ideal eğitim ortamı da sağlar.^{4,5} Prekonsepsiyonel bakım temelde, anne ve çocuk sağlığını geliştirmeye yönelik önlemleri içerse de aslında tüm kadın ve erkeklere yaşam boyu sağlıklı davranışlar kazandırmayı amaçlar. Bu nedenle gelecekte bir bebeğe sahip olma planı olsun ya da olmasın, doğurganlık çağındaki tüm bireylere bu hizmetler ulaştırılmalıdır.^{8,13,19,41} Prekonsepsiyonel bakım, gebeliklerin planlanması ve kişisel sağlık davranışları konusunda bilinçlenmeyi sağlayarak, riskleri önleyerek, anne ve bebek sağlığını geliştirerek, sağlıklı bireyler ve toplumların oluşmasına katkıda bulunur.^{4,6,7,13,19,21}

2.4. Prekonsepsiyonel Bakımın Bileşenleri

Prekonsepsiyonel bakımın bileşenleri, literatürde genellikle üç kategoride incelenmektedir. Bu bileşenler:^{9,10,19,48}

1. Risk değerlendirmesi
2. Gebelik öncesi sağlığın geliştirilmesi
3. Belirlenen risklerin azaltılmasına yönelik tıbbi ve psikososyal müdahalelerdir.

2.4.1. Risk Değerlendirmesi

Risk değerlendirmesi, prekonsepsiyonel bakımın ana bileşenlerinden biridir ve rutin olarak her yıl yapılması önerilir. Risk değerlendirmesi olumsuz gebelik sonuçlarının azaltılmasında oldukça önemlidir.^{8,14,20,49} Anne-baba adayının; mevcut risk faktörleri tespit edilip, gebelikten önce kontrol altına alındığında, annenin daha sağlıklı bir gebelik süreci geçirdiği ve daha sağlıklı bir bebeğe sahip olduğu bilinmektedir.^{7,8,13,19,20,48} Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında başta kadınlar olmak üzere üreme çağındaki tüm bireylerin, periyodik olarak, prekonsepsiyonel riskler açısından değerlendirilmesi önerilmiştir.^{8-10,19,35,39} Ancak, kapsamlı bir değerlendirme için yeterli bilgiye, beceriye, ekonomik kaynağa ve zamana ihtiyaç vardır.^{8,49} Bu nedenle prekonsepsiyonel risklerin değerlendirilmesini kolaylaştırmak için çeşitli risk tarama araçları ve kontrol listeleri (check listler) geliştirilmiştir.^{8,14,49-52} Geliştirilen çeşitli klinik tarama araçları; CDC tarafından derlenerek, 2012 yılında yayınlanan bir raporda özetlenmiştir.⁵⁰ Reeve ve arkadaşları¹⁴; Çin, Lübnan ve Filipinler’de yaşayan; farklı kültürel yapıdaki 6530 kadını, kendi geliştirdikleri prekonsepsiyonel kontrol listeleri vasıtasıyla taramış ve prekonsepsiyonel sağlık ihtiyaçlarını belirlemiştir. Modern kontraseptif kullanımının sağlanması, yeterli aşılama, HIV ve CYBE taraması; anemi tedavisi, sağlıklı bir kilonun sürdürülmesine yönelik bakım ve danışmanlık tespit ettikleri ihtiyaçlardan başlıcalarıdır.¹⁴

Ülkemizde ise Baysoy ve Özkan⁸ tarafından, örnek oluşturması amacıyla bir soru listesi örneği yayınlanmıştır. Ancak; yayımlanan bu soru listesi ulusal veya uluslararası taramalara olanak sağlayacak ölçüde kapsamlı ve standardize değildir.⁸

Çeşitli soru listeleri ile yapılan değerlendirmede veya yapılan muayenelerde, herhangi bir risk faktörünün tespit edilmesi, bu riske bağlı olarak maternal ya da fetal komplikasyonların her zaman gerçekleşeceği anlamına gelmez. Öte yandan; herhangi

bir risk faktörü tespit edilemeyen kadınlarda da “gebelik tamamen sorunsuz seyredecektir” denilemez. Ancak değerlendirmede risk faktörünün tespit edilmemiş olması, gebeliğin sorunsuz seyretme olasılığının yüksek olduğunu gösterir.^{12(s.42)} Ayrıca tespit edilen bazı risk faktörlerinin uygun bakım ve müdahalelerle azaltılması için bir fırsat elde edilmiş olur.^{8,48} Prekonsepsiyonel değerlendirmede riskler, belli başlıklar altında kategorize edilerek değerlendirilir.^{9,10,19,48}

Doğurganlık Hedefleri ve Kontraseptif Kullanımındaki Risklerin Değerlendirilmesi:

CDC, prekonsepsiyonel sağlığın geliştirilmesi için çeşitli önerilerde bulunmuştur. Bu önerilerden biri; doğurganlık çağındaki her bireyin, çocuk sahibi olmaya ilişkin kısa ve uzun vadeli hedeflerinin belirlenmesi ve mevcut kaynakları doğrultusunda kendi doğurganlık (üreme) yaşamlarını planlamaları için bireylerin teşvik edilmesidir.^{11,19,20,48} Dolayısıyla hemşire ve ebeler; doğurganlık planı yapmaları konusunda çiftleri bilinçlendirmelidirler.^{8,10,11} Prekonsepsiyonel bakım, her bireyin bir üreme planı olması gerektiği varsayımından yola çıkar.⁴¹ Çünkü bireylerin doğurganlık hedefleri, onlara verilecek prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin içeriğini, süresini ve bireylerin tercih edecekleri kontraseptif yöntemleri etkiler.⁸⁻¹¹

Sosyo-Demografik Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi:

Anne-baba adayının; sosyo-demografik risk faktörleri (yaş, etnik köken, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durum, sosyal güvence varlığı vb.) gebelik öncesinde değerlendirilerek riskler tespit edilmelidir.^{17(s.122),48}

Etnik kökenle ilişkili olarak birtakım genetik (talasemi, sickle cell anemi, Tay-Sachs hastalığı, nöral tüp defekti vb.) ve metabolik hastalıkların (fenilketonüri, tiroid problemleri vb.) arttığı bilinmektedir.^{8,48,53} Bu nedenle CDC, etnik kökenleri nedeniyle risk altında olan bireylerin, prekonsepsiyonel bakım hizmetleri kapsamında

değerlendirilmesini ve genetik danışmanlık hizmetleri başta olmak üzere alınabilecek önlemler hakkında bilgilendirilmesini tavsiye etmektedir.⁴⁸

Sosyo-demografik risk faktörlerinden biri de anne ve baba adayının yaşıdır. Gebelik planlayan anne ve baba adayının yaşı, mutlaka değerlendirilmelidir.⁷ Baba adayının yaşının 55 yaş ve üzerinde olması durumunda; Down Sendromu ve doğumsal ekstremitte anomalileri gibi konjenital anomaliler artmaktadır.^{7,12(s.42)} Anne adayının yaşı da maternal ve fetal risklerle yakından ilgilidir. Bir kadının, 18 yaşından önce ve 35 yaşından sonra gebe kalması tavsiye edilmemektedir.^{54(s.273-274),12(s.33-42)} 35 yaş ve üstü gebeliklerde; birçok maternal ve fetal riskin arttığı bilinmektedir.^{7,46,54(s.273-274)} Down Sendromu gibi fetal anomaliler ve geçirilmiş jinekolojik enfeksiyonlardan kaynaklanan ektopik gebelik riski, 35 yaşından sonra yaşanan gebeliklerde daha sıktır.^{7,12(s.53),46,54(s.273-274)} Literatürde; erken yaştaki gebelikler de ise anemi, preeklampsi, erken doğum ve/veya düşük tartılı bebek doğumu, baş-pelvis uygunsuzluğu, postpartum kanama ve yenidoğan ölümü risklerinde belirgin artışa neden olduğu bildirilmiştir.^{12(s.55-56),14,54(s.273-274)} Genç ebeveynler; yenidoğan bebeklerinin bakımı konusunda da çeşitli sorunlarla karşılaşabilmektedir. Bu dönemde tıbbi sorunlara ilaveten yaşam tarzında meydana gelen değişiklikler, evlilik ve ebeveynliğe uyum sorunları ciddi psikolojik problemlere yol açabilmektedir.^{12(s.55-56),54(s.273-274)} Adölesan ve ileri yaş gebeliklerde maternal ve neonatal riskler arttığı için gebelik ve doğum açısından risklerin en düşük olduğu 20-30 yaşları arasında anne olunması tavsiye edilmektedir.^{54(s.273),55} Bütün çiftler; genç ve ileri yaştaki gebeliklerde yaşanabilecek sorunlar ve doğurganlık yaşamlarını planlarken ideal gebelik aralığını dikkate almaları konusunda bilgilendirilmelidir.^{12(s.33),55}

Değerlendirilmesi gereken diğer bir risk faktörü de sosyo-ekonomik durumdur. Düşük sosyo-ekonomik statüye sahip kadınların, genellikle sağlıksız koşullarda

yaşadıkları, yeterli besin alamadıkları, sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları, daha sık gebe kaldıkları ve bu nedenle komplikasyonlu gebelik (erken doğum, gestasyonel diyabet, düşük doğum ağırlığı, postneonatal ölüm vb.) geçirme olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^{9,46,54(s.227)} Bu tür sorunların azaltılması için çiftlerin, sosyo-ekonomik açıdan hazır oldukları bir dönemde çocuk sahibi olmaları önerilmelidir.¹

Sosyo-ekonomik düzey ve sosyal güvence varlığının kadınların prekonsepsiyonel bilgilerini, danışmanlık ve bakım alma durumlarını etkilediği bildirilmektedir.^{5,7,33,34} Bu nedenle prekonsepsiyonel bakım kapsamında rutin olarak her kadının; ekonomik durumu, sağlık bakımına erişim olanakları, sosyal güvence (sağlık sigortası) durumunun değerlendirilmesi ve yardıma gereksinimi olanların destek alabilecekleri kurum ya da kuruluşlara yönlendirilmesi gerekir.⁴⁸ DSÖ, prekonsepsiyonel bakım kapsamında; doğurganlık çağındaki tüm kadınların sosyo-ekonomik açıdan güçlendirilmesini, yeterli ve dengeli beslenmelerinin sağlanmasını, eğitim olanaklarına ve sağlık bakımına erişimlerinin iyileştirilmesini önermiştir.¹³

Üreme Sistemine Ait Risklerin Değerlendirilmesi:

Çiftlerin, ayrıntılı öyküsü alınarak; üreme sistemine ait herhangi bir problem olup olmadığı araştırılmalı ve alınan öykü doğrultusunda verilecek bakım planlanmalıdır.^{4,9,10,12(s.49),56} Anne adayında önceden var olan jinekolojik sorunlar, CYBE, infertilite durumu, sık geçirilen genital enfeksiyonlar ve bunlara bağlı olarak aldığı medikal ve cerrahi tedaviler sorgulanmalıdır.^{1,12(s.44-46),53,56} Önceden geçirilmiş, jinekolojik hastalık ve operasyonların gebelik, doğum sürecine etkileri değerlendirilmelidir.^{12(s.44-45)} Halen devam eden problemler varsa, olası riskleri konusunda çiftler bilgilendirilmeli ve gebelik öncesinde uygun şekilde tedavisi sağlanmalıdır.^{1,12(s.45-46),48}

Kadın sağlığını ve fetüsü olumsuz etkileyen üreme sistemi enfeksiyonları gebelik öncesinde tespit edilmelidir.^{5,7,8,12(s.45-46),36} Enfeksiyon sıklığını arttıran; çok eşlilik, olumsuz genital hijyen davranışları ve postkoital vajinal duş alışkanlığı olup olmadığı da araştırılmalıdır.⁵ Daha önce gebe kalmış kadınların; önceki gebeliklerine, doğumlarına ve bebeklerine ait problemler araştırılmalı^{9,10,12(s.49),53,56} ve sonraki gebeliklerde bu tür sorunların tekrarlamasına neden olabilecek faktörler belirlenerek gerekli önlemler gebelik öncesinde alınmalıdır.^{8-10,12(s.49),19,56}

Kadının, geçmişte tümüyle sorunsuz bir gebelik, normal vajinal doğum, lohusalık ve sağlıklı bir yeni doğan öyküsü varsa, sonraki gebelikler ve yenidoğanlardaki risklerin azaldığı kabul edilmektedir.^{12(s.48)} Ancak; önceki doğumların sayısı, şekli ve gebelikler arası süre, sonraki gebeliklerde birtakım risklerin artmasına neden olabilir.^{7,12(s.66)} Gebelikler arasında ortaya çıkan yeni bir risk faktörü olmadığı sürece ilk üç gebelikteki risklerin her gebelikte azaldığı, üç ve dördüncü gebelikler arasında nispeten sabit olduğu beşinci gebelikten sonra ise risklerin tekrar arttığı bildirilmektedir.^{12(s.48),54(s.228)}

Geçirilmiş sezaryen öyküsü; tekrar sezaryen olasılığını artıran ve sonraki çocuk sayısını nispeten kısıtlayan bir risk etmenidir. Sezaryan sayısı arttıkça plesanta previa, erken doğum, batın içi yapışıklıklar ve buna bağlı sonraki gebeliklerde bebeğin çıkarılmasının güçleşmesi, travmatik ve zor sezaryen riski artar. İlk iki sezeryanda risk oranı düşük iken özellikle üçüncü sezeryan sonrası yaşanan dördüncü gebelikte riskler oldukça belirginleşir.^{12(s.50)}

Tamamen normal seyreden bir doğumdan, diğer bir gebeliğe kadar geçmesi gereken süre, en az iki yıl olarak kabul edilmektedir.^{12(s.66),54(s.228)} Bu sürenin doğum şekliyle ilgisi yoktur. Ancak çeşitli nedenlerle hekimlerin önerdiği süreler farklı olabilir.^{12(s.66)} 18 aydan kısa ve 59 aydan uzun aralıklarla yapılan doğumlarda, preterm

doğum ve düşük doğum ağırlıklı yeni doğan riskinde artış olduğu bilinmektedir.⁷ Dolayısıyla yeniden gebelik isteyen kadınlarda gebelik aralıklarının uygun olup olmadığı değerlendirilmelidir.^{7,12(s.66)}

Tıbbi ve Cerrahi Risklerin Değerlendirilmesi:

Anne-baba adayının; ayrıntılı tıbbi ve cerrahi öyküsü alınarak gerekli laboratuvar tetkikleri ve fiziksel muayeneler yapılmalıdır. Gebeliğin oluşumunu, gebeliğin devamını ya da anne ve fetusu olumsuz etkileyebilecek hastalıklar, bu hastalıklar nedeniyle yapılan tedaviler ve kullanılan ilaçlar araştırılmalıdır.^{4,8-10, 12(s4647),47,56 57}

Gebelik düşünen bir kadında, tanılanmamış veya tedavi edilmemiş ya da kontrol altına alınamamış tıbbi durumlar mevcut olabilir.^{7,47,53} Akut, kronik, metabolik, otoimmün, lokal veya sistemik hastalıklar ile geçirilmiş cerrahi müdahalelerin sorgulanması ve gebeliği olumsuz etkileyebilecek durumların, gebelik öncesinde tespit edilmesi önemlidir. Çünkü gebelikten önce alınacak önlemlerle mevcut sorun ya da hastalıklar kontrol altına alınarak, fetal ve maternal riskler azaltılabilir.^{4,8-10,12(s46),47} Kronik ve sistemik hastalığı olan kadınların, komplikasyonlu bir gebelik geçirme, hastalıklarının ağırlaşmasına bağlı fetal ya da maternal ölüm yaşama riski yüksektir. Ayrıca sürekli kullanılan ilaçlar nedeniyle fetal anomalili, prematüre ya da düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskinin daha yüksek olduğu ve antenatal bakımın, bu riskleri azaltmada yetersiz kaldığı bilinmektedir.^{8,12(s46-47),54(s.228),42,47} Dolayısıyla kronik hastalıkların değerlendirilmesine ve yönetimine yönelik hizmetlerin prekonsepsiyonel dönemde verilmesi, kullanılan ilaçların gebeliğe uygun olarak düzenlenmesi gerekir.^{8,42} Gebelik öncesi dönemde yapılacak taramalar; riskli durumları ve daha önce tanılanmamış hastalıkları (anemi, hipertansiyon, tiroid vb.) ortaya çıkarabilir.^{7,10}

Ülkemizde 2004 yılında 3 ay içinde gebe kalmayı planlayan kadınlar üzerinde

yapılan bir çalışmada⁵ %4.9'unun tiroid, %3.6'sının İYE, %2.8'inin anemi, %2.1'inin diyabet, %1.4'ünün hipertansiyon, %1.4'ünün alerjik hastalıklar ve %0.7'sinin kalp hastalıkları olmak üzere toplam %16.9'unun sistemik hastalıklar açısından risk taşıdığı saptanmıştır.⁵ Bu nedenle gebelik düşünen tüm çiftler; özellikle prevelansı yüksek olan ve anne ya da bebek sağlığını olumsuz olarak etkileyen hastalıklar (enfeksiyon hastalıkları, diyabet, tiroid, kalp yetmezliği, anemi, hipertansiyon vb.) açısından değerlendirilmeli ve tespit edilen hastalıklar, prekonsepsiyonel dönemde tedavi edilmelidir. Tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda ise kullanılması gereken ilaçlar anne ve fetus sağlığını en az etkileyecek şekilde düzenlenmelidir. Ayrıca aşılarmayı gerektiren bulaşıcı hastalıklar da taranmalı ve risk altında olan kadınlar; Hepatit B, rubella, tetanoz gibi enfeksiyonlara karşı aşılanmalıdır.^{4,7,8,42,47,48}

Sağlık çalışanları prekonsepsiyonel hizmetler kapsamında, CYBE riskini, rutin olarak değerlendirmelidir.^{8,12(s.32),20,48,53,56} Ülkemizde; akut sifiliz, gonore ve tüberkülozlu bireylerin, hastalıkları iyileşmeden evlenmesinin kanunen yasaklanmış olması, çiftler arası bulaşın önlenmesi açısından önemlidir.^{8,58}

Genel sağlık taramasının bir parçası olarak ağız ve diş sağlığı sorunlarının da prekonsepsiyonel-interkonsepsiyonel dönemde taranması ve tedavi edilmesinin önemli maternal faydaları vardır.^{2(s.8),8,43,48} Gebelik sürecini olumsuz etkilediği ve ülkemizde oldukça yaygın olduğu bilinen periodontal problemler, gebelik öncesinde saptanarak tedavi edilmelidir.^{8,43}

Teratojenik Olabilecek İlaç Kullanımının Değerlendirilmesi:

İlaç kullanımına bağlı gelişebilecek; konjenital anomalilerin bilgilendirme yoluyla azaltılması, prekonsepsiyonel bakımın başlıca hedeflerinden biridir.^{19,48,59} Anne ve baba adayının; geçmişte ve halen kullandığı bazı ilaçların üreme fonksiyonu, gebelik süreci ve fetus üzerine olumsuz etki gösterebilme olasılığı vardır.^{7,9,12(s.47),48,54(s.191-196),59}

CDC, prekonsepsiyonel bakım sürecinde olası riskleri tespit edip, azaltabilmek için teratojenik olabilecek reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanım öyküsünün mutlaka sorgulanması gerektiğini bildirmiştir.^{6-9,12(s.47),48,59} Buna ek olarak, gebe kalmayı planlayan çiftlerin, çeşitli nedenlerle ilaç kullanmaları gerektiğinde doktora danışmadan ilaç kullanmamaları ve hekimi gebelik ihtimali konusunda bilgilendirmeleri önerilmektedir.^{6-8,48}

Baba adayının kullandığı ilaçların da sperm üretimini olumsuz etkileyebileceği ve konjenital anomali riski yaratabileceği bilinmektedir. Ancak bu konudaki çalışmalar ve kanıtlar yetersizdir.^{12(s.47),59} Anne-baba adaylarının yaygın olarak gebelik öncesinde ilaç kullandığı saptanmıştır.⁵⁹ Günümüzde kullanılan ilaçların %90'ından fazlasının, insan gebeliğindeki teratojenik riskleri hala belirsizdir.⁵⁹ İlacın türü ve kullanıldığı gebelik dönemine göre potansiyel riskleri değişebilir.^{12(s.88-89)} Bazı ilaçların olumsuz etkileri ise kullanımından yıllar sonra ortaya çıkabilir.^{12(s.89),59} Bu nedenle sağlık çalışanları ilaç kullanımının potansiyel zararları konusunda tüm çiftleri bilgilendirmelidir.^{8,48,59}

Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Durumunun Değerlendirilmesi:

Gebelik esnasında geçirilen enfeksiyon hastalıklarının, spontan abortus, konjenital malformasyon, fetal ya da perinatal morbidite ve mortalitede artış, büyüme geriliği, koryoretinit, körlük, strabismus, preterm doğum vb. komplikasyonlara yol açabileceği bilinmektedir.^{7,43,45,46} Mevcut enfeksiyonlar gebelik öncesinde tedavi edilir ve anne adayı bazı hastalıklara karşı aşılanırsa, gebelik esnasında ağır seyredebilecek bazı enfeksiyonlar ve enfeksiyon kaynaklı gebelik komplikasyonları önemli ölçüde azaltılabilir.^{7,8,45,46}

CDC, üreme çağındaki tüm kadınların; genel sağlık durumu, yaşam tarzı, çevresel koşullar ve mesleki riskleri nedeniyle maruz kalabileceği enfeksiyonlar açısından yıllık olarak değerlendirilmesini ve risk altında olanların aşılanmalarını

tavsiye etmektedir.⁴⁸ Bu nedenle prekonsepsiyonel vizit esnasında güncel aşı durumu değerlendirilmelidir.^{48,56} Tetanoz, difteri, boğmaca (dTaP), kızamık, kızamıkçık, kabakulak (KKK/MMR), suçiçeği, hepatit B, Human Papilloma Virüs (HPV) ve influenza yıllık olarak bağışıklığının kontrolü ve gerekli durumlarda tekrar aşılama önerilen hastalıklar arasındadır.^{21,48} Bu nedenle üreme çağındaki tüm kadınların gebelik öncesi dönemde hepatit B, kızamıkçık, difteri ve tetanoz hastalıklarına karşı bağışıklık durumu değerlendirilmelidir.^{12(s.39),13,56}

Prekonsepsiyonel dönemde; TORCH (Tokso plazmozis, Others-sifiliz, varicella vb, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes Simpleks Virüs), ürogenital ya da CYBE, tüberküloz başta olmak üzere gebeliğin seyrini olumsuz etkileyebilecek diğer enfeksiyonlar da mutlaka değerlendirilmelidir.^{1,8-10,12(s.47),48} Ayrıca listeriosis, toksoplazma gibi enfeksiyonundan korunmak için aşılanmamış hayvanlarla temas, çiğ et, sağlıksız koşullarda hazırlanmış salam sosis, hamburger vb. soğuk hazır gıdalar, pastörize olmayan süt ve süt ürünleri ve iyi yıkanmamış sebze vb. tüketiminden kaçınılmalıdır.^{2(s.6),48}

Aile Öyküsü, Akraba Evliliği Durumu ve Genetik Geçişli Hastalık Riskinin Değerlendirilmesi:

Genetik danışmanlık, evlilik ve gebelik öncesi danışmanlığın en önemli bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir.^{1,8,43,58} Doğacak bebekte ortaya çıkabilecek olası genetik hastalık riskinin tespiti için anne-baba adaylarının; tıbbi, obstetrik ve tercihen üç kuşağı içeren aile öyküleri alınmalıdır.^{2(s.8),48,53} Alınan bu öyküde, akraba evliliği, mevcut genetik hastalıklar (hemofili, kistik fibrozis, talasemi, sickle sel anemi, Tay-Sachs hastalığı, müsküler distrofi, cücelik, konjenital kalp hastalığı vb.) multifaktöriyel konjenital anomaliler (spina bifida, anensefali, yarı damak ve dudak, hipospadias, konjenital kalp hastalığı vb.), tekrarlayan gebelik kaybı, gelişimsel

ya da mental retardasyon sorunları ve genetik kökenli ailesel hastalıklar (diyabet, hipertansiyon, epileptik hastalıklar, romatoid artrit, şizofreni, psikoz vb.) araştırılmalıdır.^{2(s.8),7,8,12(s.43),45,53} Çiftlerin; öykü, etnik köken, akraba evliliği, yaş, teratojenlere maruz kalma, obezite vb. etmenlere bağlı olası riskleri değerlendirilmelidir.^{7-10,13,53,56} Değerlendirme sonucunda çiftler, bebekte ortaya çıkabilecek sorunlar, alınabilecek önlemler konusunda bilgilendirilmeli ve bebek sahibi olma kararları tartışılmalıdır.^{1,4,7,10,17(s.125),46,53} Gerekli durumlarda anne ve baba adayının genetik incelemeleri yapılmalıdır.^{7,12(s.64)}

Gebeliğe hazırlanan anne adayının, kendisi ya da eşinin genetik geçişli bir hastalık için taşıyıcı olma ve genetik hastalıklı bebek doğurma riski mevcuttur.⁵ Ancak ileri yaştaki anne-baba adaylarının, ailesinde genetik bozukluk öyküsü olanların, akraba evliliği yapanların, resesif geçişli hastalıklar açısından riskli bir etnik kökene sahip olanların, geçmişte genetik anomalili bebek doğurmuş ya da tekrarlayan gebelik kayıpları olanların genetik hastalık açısından daha yüksek risk taşıdığı bilinmektedir.^{4,5,7,46}

Genetik hastalık riski taşıyan çiftlerin, gebelik kararları kesinse genetik danışmanlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için bu hizmeti sağlayan merkezlere yönlendirilmesi gerekir.^{4,8,12(s.47),13,17(s.125),46}

Türkiye'de oldukça yaygın olan akraba evliliği, prekonsepsiyonel değerlendirmede mutlaka sorgulanmalıdır.^{12(s.56)} Akraba evliliği yapıldığında konjenital anomalili bebek doğurma riski yaklaşık 2 kat artar.^{7,12(s.43)} Özellikle birinci derece (kardeş çocukları) akrabalar arasında yapılan evliliklerde, otozomal ressesif geçişli genetik hastalıkların görülme oranı artar.^{12(s.57)} Ülkemizde 2004 yılında; 3 ay içinde gebelik planlayan kadınlarda yapılan bir çalışmada, kadınların %2.1'inde genetik hastalık riski saptanmıştır.⁵

Genetik geçişli hastalık öyküsü olan bireylerin; evlenmesi durumunda, doğacak bebeklerin, o hastalığa yakalanma ve taşıyıcı olma olasılığı istatistiksel olarak hesaplanabilir.^{12(s.56)} Ancak; otozomal ressesif geçişli hastalık (Talasemi, kistik fibrozis, fenilketonüri, Ailevi Akdeniz Ateşı, sickle-cell anemi, Tay-Sachs hastalığı, albinizm, genetik sağırılık vb.) taşıyıcısı olan bireylerde, hastalık gizli kalmış olduğu için bilinmeyebilir.^{12(s.57)} Dolayısıyla sağlıklı görünen bir çiftte ressesif geçişli bir hastalık olabileceği, akraba evliliğinden doğan bebekler doğumda sağlıklı görünse bile bazı hastalıkların çocukluğun daha geç dönemlerinde (3-4 yaş vb.) ortaya çıkabileceği ya da hastalığın sonraki kuşaklarda görülebileceği unutulmamalıdır.^{12(s.57)} Evlilik ve gebelik öncesi danışmanlık hizmetleri, genetik geçişli hastalıklar konusunda bireylerin bilgilendirilmesi için önemli bir fırsattır.^{8,43,58}

Beslenme ile İlgili Risklerin Değerlendirilmesi:

Konsepsiyon esnasındaki maternal beslenme durumu, bireyin kendi sağlık durumu ve doğacak çocuğunun sağlığı ile doğrudan ilişkilidir. Ancak doğurganlık çağındaki kadınların sıklıkla yetersiz veya dengesiz beslendiği bilinmektedir.^{20,60} Aşırı zayıf ya da fazla kilolu olmak, gebe kalmayı olumsuz etkilediği ve gebelikte birtakım risklere neden olduğu için anne adayının, ideal bir kilo ile gebeliğe başlaması önemlidir.^{1,2(s.10),8,12(s.33),46,60}

Maternal beslenme yetersizliği; anemi, intrauterin büyüme geriliği (IUGR), erken doğum, preeklampsi, kanama ve enfeksiyon gelişme riskinde artışa hatta maternal ve fetal ölümlere neden olabilir.^{13,54(s.228)} Anne adayının beslenme kaynaklı risklerinin, prekonsepsiyonel dönemde saptanarak giderilmesi, gebelik süreci ve sonuçları açısından önemlidir.^{8,48,60} Dolayısıyla anne adayının; antropometrik (Beden Kitle İndeksi-BKİ vb.), biyokimyasal (anemi, diyabet vb.), klinik (beslenme bozukluğu, obesite, anoreksiya gibi) ve diyet riskleri (vejeterian, pika, çiğ et tüketimi, zayıflama

diyetleri vb.) açısından gebelikten önce değerlendirilmesi gerekir.^{7,9,10,13}

Anne adayının; çok düşük ya da çok fazla kilo ile gebeliğe başlaması önerilen bir durum değildir.^{4,8,48,60} Zayıf ya da kilolu olmanın anne ve çocuk sağlığına getireceği olumsuz etkiler nedeniyle sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite ile ideal kilonun korunması sağlanmalıdır.^{8,46,48,60} Hesaplanan $BKİ \geq 26 \text{ kg/m}^2$ olan kadınlar, aşırı kilonun, $BKİ \leq 19.8 \text{ kg/m}^2$ altında olan kadınlar ise düşük kilonun, gebelik üzerine getireceği riskler konusunda bilgilendirilmelidirler.^{39,48,60} Gebelik öncesinde $BKİ \leq 19.8 \text{ kg/m}^2$ olan ve gebelik esnasında yeterli kilo alamayan kadınlarda; amenore, infertilite, beslenme yetersizliğine bağlı hastalıklar, kalp ritim düzensizlikleri, osteoporoz, prematüre ve düşük kilolu bebek doğurma riski artar.^{1,20,46,60}

Obez yani $BKİ > 30 \text{ kg/m}^2$ olan kadınlarda ise gebe kalma güçleşir, prematüre doğum, nöral tüp defekti, makrosomi, zor doğuma bağlı travma, sürmatürasyon, ölü doğum, düşük apgar skoru, neonatal ölüm gibi fetal riskler artar. Ayrıca gebelik esnasında gebede; hipertansif, tromboembolik problemler, kalp, safra kesesi problemleri, tip II diyabet ve gestasyonel diyabet, sezaryenle doğum ve postpartum infeksiyon riski artar. Her iki grupta da konjenital anomalili bebek doğurma riski artmıştır.^{4,12(s.61),20,36,46,56,60}

Gebelik süreci diyet için uygun bir dönem değildir. Bu nedenle prekonsepsiyonel dönemde fazla kilolar verilmelidir.^{2(s.11),12(s.43),43,60} Ancak kilo vermek için kullanılan bitkisel ve tıbbi ürünler ya da egzersiz programlarının bazı riskleri olabilir.⁴⁸ Sıkı bir diyet tedavisi uygulayan kadınların, diyeti sonlandırdıktan birkaç ay sonra gebe kalmaları önerilir. Bu sürede kadınların vücut dengeleri düzene girmiş olur.¹

Sağlıklı bir gebelik için sadece kilonun istendik düzeyde olması yeterli değildir. Anne adayının; normal kiloda olmasının yanı sıra yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığının olması, tüketilen gıda maddelerinin doğal ve katkı maddesi içermeyen

besinlerden seçilmesi beslenme ile ilgili riskleri azaltmak için gereklidir.⁹ Ayrıca çığ et tüketiminden sakınılması, yeterli protein alınması, kafein ve şeker kullanımının azaltılması da önemlidir.^{1,48} Sperm sağlığı açısından baba adayının da yeterli ve dengeli beslenmesi gerektiği konusunda çiftler bilgilendirilmelidir.¹

Prekonsepsiyonel bakımın bir parçası olarak, doğurganlık çağındaki tüm kadınların, çeşitli besin takviyelerini (vitaminler, mineraller, geleneksel/ev ilaçları, bitkisel ürünler, zayıflama ürünleri vb.) kullanma durumu ve beslenme ile ilgili risk açısından sorgulanmalıdır.^{48,60} Ayrıca doğurgan çağındaki tüm kadınlar; periyodik olarak beslenme yetersizliği açısından değerlendirilmelidir.^{9,48,60}

Madde Bağımlılığı ve Çevresel Risklerin Değerlendirilmesi:

Madde Bağımlılığı

Anne ya da baba adayının sigara, alkol veya yasadışı madde kullanmasının, gebelik ihtimalini azalttığı, gebe kalındığında ise embrio ve fetüs üzerine olumsuz etki göstererek çeşitli komplikasyonlara neden olduğu bilinmektedir.^{2(s.10),4,7,9,12(s.494),43} Prekonsepsiyonel dönemde bu alışkanlıklar tespit edilip önlem alınırsa üreme, gebelik ve doğum sonrası süreçlere getireceği olumsuz etkiler azaltılabilir.^{4,7,8,10,48,61} Kadının, sigara içmesi ya da sigara dumanına maruz kalmasının, ovülasyonu olumsuz etkilediği, gebe kalma sürecini uzattığı, yardımcı üreme tekniklerinin başarısını düşürdüğü ve gebelik sürecinde de bazı komplikasyonlara neden olabileceği bilinmektedir.^{12(s.33),20} Baba adayının sigara kullanıyor olması ise sperm sayı ve morfolojisini olumsuz etkileyebilir.^{7,9}

Anne ve/veya baba adayının; gebelik öncesi ve esnası kullandığı alkolün, kendi sağlıklarının yanısıra germ hücrelerini, embrio ve fetüsü de olumsuz etkilediği bilinmektedir.^{2(s.10),7,12(s.343-345),48,56} Gebelik planlandığı andan başlanarak, tüm gebelik süresince alkol kullanımından kaçınılması, fetal risklerin azaltılması açısından

önemlidir.^{2(s.10),12(s.345)} Bu nedenle konsepsiyon öncesi anne ve baba adayında alkol konusunda farkındalık yaratılmalıdır.^{7,12(s.345),48}

Gebelik öncesi risk değerlendirmesinin bir parçası olarak, yasadışı maddelerin (uyuşturucu, uyarıcı, sakinleştirici vb.) kullanımı dikkatli bir öykü alınarak saptanmalıdır. Çocuk sahibi olmayı planlayan çiftler, gebelik öncesinde yasadışı uyuşturucu madde kullanmanın riskleri hakkında bilgilendirilmelidir. Madde bağımlısı bireyler, tedavi ve rehabilitasyon programlarına yönlendirilmeli, madde kullanımını bırakıncaya kadar gebelik ertelenmelidir.^{13,48,61}

Çevresel Toksinler ve Teratojenik Ajanlar

Yaşanılan ev, çevre ya da çalışılan işyerinde, çok sayıda kimyasal ve toksik maddenin (kurşun, civa, bakır gibi ağır metaller, radyasyon, DDT, solventler, insektisitler, pestisitler, tarım ilaçları vb.) bulunabileceği bilinmektedir.^{7,9,10,62} Teratojenik etki gösterebileceği için bu maddelerin, gebelik öncesinde tespit edilmesi önemlidir.^{4,6,7,9,10} Artan bilimsel kanıtlar, bu maddelerin, kısa ya da uzun vadede bireylerin ve doğacak çocuklarının sağlığını olumsuz etkileyebileceğini göstermiştir.^{9,21,48,62,63} Arslan ve Özkan⁵ tarafından 3 ay içinde gebelik planlayan kadınlarda yapılan bir çalışmada, prekonsepsiyonel dönemdeki çiftlerin %1.4'ünün çevresel etmenlere maruz kalma riski altında olduğu saptanmıştır.⁵

Embrio ve fetüs, çevresel toksinlere, teratojenlere yetişkinlerden daha duyarlı ve korunmasızdır.^{4,7,6} Anne ya da baba adayının; gebelik öncesi ya da esnasında maruz kalabileceği bazı maddeler gebe kalma sürecini uzatabilir. Gebelik gerçekleştiğinde ise doğacak bebeği olumsuz etkileyebilir.^{2(s.7),4,7,9,43,48,62} Ortaya çıkacak bu olumsuz etkiler, maruz kalınan teratojenin türüne (ilaçlar, kimyasallar vb.), gestasyonel yaşa ve genetik yatkınlığa bağlı olarak değişebilir.⁵³

Pestisit ya da organofosfat gibi tarımsal kimyasallara maruz kalan bireylerin;

çocuklarında nörogelişimsel sorunlar, intrauterin gelişme geriliği konjenital anomaliler ve çocukluk çağı lösemilerinde artma saptanmıştır. Bu nedenle gebelik planlayan ya da gebe olan kadınlar, bu kimyasallardan uzak durmalı, olası riski azaltmak için sebze ve meyveleri iyice yıkamadan yememelidirler.^{13,62} Ağır metaller (civa, kurşun, bakır, manganez, bor vb.) ise abortus, fetüste nörolojik hasar, mental retardasyon, böbrek anomalileri, körlük gibi rahatsızlıklara neden olabilir.^{3(s.195),7,63} Çalışma koşulları ya da yaşadığı çevre nedeniyle kurşun ve diğer metallere maruz kalma riski altında olan veya çocukluk çağı da dahil olmak üzere geçmişte, kurşun zehirlenmesi öyküsü bildiren kadınlarda gebelikten önce tarama yapılması yararlıdır.^{3(s.195),48}

Psiko-Sosyo-Kültürel Endişe ve Risklerin Değerlendirilmesi:

Çiftlerin; fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan gebeliğe ve ebeveynliğe hazır olması önemlidir.^{1,3(s.153),6,9} Psikolojik olarak gebeliğe ve ebeveynliğe hazır olunması, yaşanabilecek uyum sorunlarını azaltır.^{1,9} Anne adayının; sağlıklı bir gebelik, kaliteli bir doğum ve sonrasında keyifli bir annelik dönemi geçirerek, çocuğunu iyi bir şekilde yetiştirmesi, çiftlerin gebeliğe hazır olmasıyla yakından ilgilidir.^{12(s.48)} Prekonsepsiyonel bakıma, psikososyal risk değerlendirmesi ile çiftlerin, gebeliğe, ebeveynliğe ve ailelerine yeni katılacak bireye gerçekten hazır olup olmadıklarının araştırılmasıyla başlanmalıdır.⁹ Pek çok çiftin, bu ciddi kararı alırken zorlandığı ve zaman zaman tereddüt yaşadığı bilinmektedir.^{3(153),9} Bazen çiftlerden biri, gebeliğe ve ebeveynliğe hazırlarken diğeri yeterince hazır olmayabilir. Böyle durumlarda; çiftler endişelerini aralarında konuşarak, ortak bir karar almaya çalışmalı ve kendileri için en uygun olabilecek, gebelik zamanlamasını belirlemelidirler.^{3(153),9}

Gebelik zamanlamasını belirlerken çiftlerin; aile yaşantılarında, iş hayatlarında, kariyer planlarında ve aile bütçesindeki olası değişiklikleri de mutlaka göz önünde bulundurmaları gerekir.^{12(s.35)}

Prekonsepsiyonel değerlendirmede, gebelik ya da lohusalık döneminde, şiddetlendiği bilinen ruhsal hastalıkların ve bu hastalıklar nedeniyle kullanılan ilaçların da sorgulanması gerekir.^{7,48} Gebeliği olumsuz etkileyecek risklerden biri olan kadına yönelik şiddetin de bu kapsamda değerlendirilmesi önemlidir.⁷ Toplumsal ve bölgesel farklılıklar olsa da kadına yönelik şiddet, evrensel bir problemidir.^{7,16} Birleşmiş Milletler Cinsiyet Eşitliği ve Kadınları Güçlendirme Kurumu 2013 yılı verilerine göre, yaşamlarının herhangi bir döneminde fiziksel ve/veya cinsel şiddete uğrayan kadınların oranının %15-76 olduğu bildirilmiştir.⁶⁴ şiddetin, bireyleri fiziksel ve psikolojik açıdan olumsuz etkilediği, üreme sistemi üzerindeki olumsuz etkileri neticesinde, prematüre ve düşük doğum tartılı bebek doğurma sıklığında arttış görülebileceği bilinmektedir.^{7,9,13,56}

Gebelik öncesinde mevcut olan şiddetin, gebelik esnasında da devam edebileceği bilinen bir gerçektir.^{7,9,56,65} Yapılan bir alıřmada⁶⁵, gebelik öncesinde kadınların, %45.8'inin psikolojik, %21.7'sinin fiziksel ve %7'sinin cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Bu kadınların; %46'sının psikolojik, %18.6'sının fiziksel ve %6.3'ünün cinsel olmak üzere gebelik esnasında da şiddet yaşamaya devam ettiği tespit edilmiştir.⁶⁵

DSÖ prekonsepsiyonel sağlık hizmetleri kapsamında; psikososyal sorunların değerlendirilmesini, şiddetin ve cinsel istismarın nlenmesine yönelik tedbirlerin alınmasını, mağdurların uygun şekilde tedavisini, depresyon vb. ruhsal problemlerin gebelikten önce tedavisinin sağlanması tavsiye etmektedir. Ayrıca kadınlara gebelik öncesi ve esnasında psikososyal danışmanlık, eğitim sağlanması, sosyo-ekonomik problemlerinin azaltılmasını ve toplumsal desteğin arttırılmasını önermektedir.¹³

Fiziksel Muayene ve Laboratuvar Bulguları ile İlgili Risklerin Değerlendirilmesi:

Anne-baba adayından, alınacak iyi bir öyküye ek olarak; yapılacak olan fiziksel

muayene ve laboratuvar tetkikleri sayesinde bireylerin, daha önce farkında olmadıkları riskler tespit edilerek, gebelikten önce gerekli önlemler alınabilir.^{4,7,57} Özellikle anne adayının; boy, kilo ölçümü, tansiyon kontrolüne ilaveten tam bir genel ve jinekolojik muayeneden geçirilmesi önemlidir.^{7,12(s.37-38),36,46} Anne adayının boy ve kilosu, gebelik sonuçlarını etkiyebilecek faktörlerdendir.^{46,48,60} Kilo değiştirilebilir bir risk faktörü olmasına rağmen, bireyin boyunun değiştirilmesi mümkün değildir.⁴⁶ Anne adayının boyu; 1.50 cm'den kısa ise baş pelvis uyumsuzluğu (CPD) riski ve buna bağlı olarak sezaryen olasılığı artar. Bu olasılık konusunda çiftler bilgilendirilmelidir.^{12(s.44),46}

Prekonsepsiyonel dönemde yapılan muayeneler neticesinde tespit edilen veya şüphelenilen sorunlara yönelik daha ileri tetkik ve tedavilerin yapılması gerekebilir.^{12(s.37-38),46,48,57} Prekonsepsiyonel dönemde yapılan bu müdahalelerle; bazı risk faktörlerinin gebelikten önce kontrol altına alınması mümkünken genetik sorunlar, boy, bedensel engeller gibi bir takım risk faktörlerinin azaltılması mümkün olmayabilir.^{12(s.64),46,48} Tedavi edilemeyen riskleri taşıyan anne-baba adayları, ebeveynlik kararlarını yeniden gözden geçirmeleri ve etkili kontraseptif yöntemlerden yararlanmaları için teşvik edilmelidir. Gebelik kararları kesinse, risklerin azaltılması için uygun merkezlere yönlendirilmelidirler.⁴⁸

Öykü ve muayene esnasında herhangi bir risk faktörü saptanmayan veya herhangi bir şikâyeti olmayan anne adaylarında bile sağlık kuruluşlarının olanakları ölçüsünde, bazı kan ve idrar tetkiklerinin yapılması önerilmektedir.^{12(s.38)} Tansiyon ölçümü, diyabet taraması, rutin biyokimyasal testler, kan grubu ve Rh faktörü, tiroid fonksiyon testleri, tam idrar tahlili, hepatit, CYBE, TORCH grubu enfeksiyonlar vb. açısından çiftlerin taranması gereklidir.^{1,7-10,12(s.37-38),46} Yapılan muayene ve tetkikler neticesinde tespit edilen tıbbi risklere uygun olarak; gebelikten önce eğitim, danışmanlık tedavi ve bakım hizmetleri sunulmalıdır.^{1,8-10,12(s.37-38),46,48}

Baba Adayına Ait Risklerin Değerlendirilmesi:

Prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin; çoğunlukla kadın sağlığına odaklandığı ve anne adayının sağlığını gebelik öncesinde optimize etmeye yönelik faaliyetlere yoğunlaştığı bilinmektedir.^{8,48,66,67} Oysa baba adayının; yaşı, beslenme durumu, seksüel problemleri, hastalıkları, kullandığı ilaçlar, çalışma koşulları, alışkanlıkları da gebelik oluşumu ve doğacak bebeğin sağlığını etkileyebilmektedir.^{4,7-9,12(s.42-47),59,66} Gebeliğin oluşumunda sadece kadının değil, erkeğin sağlık durumunun da çok önemli rolü vardır.^{4,7,9,12(s.47),59,66} Bu nedenle baba adayının sağlık durumunun da gebelik öncesinde optimize edilmesi önemlidir.^{48,66}

Gebelik planlayan çiftlerde, baba adayına ait risk faktörleri de değerlendirilerek, tespit edilen risklerin azaltılması için gerekli önlemler, gebelikten önce alınmalıdır.^{4,7-9,48,66} Bunun için baba adayının yaşı, beslenme durumu, reçeteli veya reçetesiz ilaç kullanma durumu, mesleki ve çevresel riskleri, üç kuşağı içeren aile öyküsü alınarak genetik problemler sorgulanmalıdır. Ayrıca seksüel, mental, tıbbi ve cerrahi öyküsü, alışkanlıkları ve riskli sağlık davranışları değerlendirilerek sperm kalitesini olumsuz etkileyebilecek faktörler araştırılmalıdır. Alınan klinik öykü doğrultusunda gerekli görülen diğer fiziksel muayeneleri ve labarotuvlar tetkikleri yapılmalıdır.⁶⁶ CDC, her baba adayının partneriyle birlikte hastalıkların önlenmesi, tespiti ve prekonsepsiyonel değerlendirme amacıyla kapsamlı bir tıbbi muayene yaptırmasını tavsiye etmektedir.^{48,66}

2.4.2. Gebelik Öncesi Sağlığın Geliştirilmesi

Gebelik öncesi bakım, bireylere kendilerinin ve doğacak çocuklarının sağlığını koruma ve geliştirme bilinci kazandırmayı amaçlayan bir süreçtir ve tek bir kontrolle sınırlı değildir.⁸ Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi DSÖ tarafından; “insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrolü artırmalarını ve böylece sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci” olarak tanımlanmaktadır.⁶⁸

Gebelik öncesi sađlđın korunması ve geliştirilmesine yönelik faaliyetler prekonsepsiyonel bakımın önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir.^{8,21,48} Bu faaliyetler sayesinde; üreme sürecini olumsuz etkileyebilecek bilgi, tutum ve riskli davranışların bireysel farkındalık yaratılarak azatılması amaçlanmaktadır.^{19,48} Güvenli annelik hizmetlerinin ilk adımı olarak değerdendirebileceğimiz prekonsepsiyonel sağlık hizmetleri sayesinde; kadınların ve çocukların sađlđının yaşam boyu desteklenmesi ve sürdürölmesi hedeflenmektedir.^{7,21}

CDC; olumsuz gebelik sonuçlarının azaltılması için menarştan, menopoza kadar tüm kadınların, prekonsepsiyonel riskler açısından taranmasını, eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmesi yoluyla gebelik öncesi sağlıklarının geliştirilmesini tavsiye etmektedir.^{8-10,19,20}

Doğacak bebeğın sađlđı, doğrudan anne ve babasının sađlđı ile ilişkilidir. Özellikle anne adayının sađlđının iyileştirilmesi; istemli, istemsiz ya da plansız bir gebelik yaşanması durumunda yaşanabilecek sorunların azaltılması açısından oldukça önemlidir.^{8,20,42} Bu nedenle cinsel yönden aktif olan tüm bireyler, sağlıklı bir yaşam tarzı geliştirmeleri ve bunu devam ettirmeleri konusunda teşvik edilmelidir.^{4,7-10,20,48}

Gebelik öncesi sađlđın geliştirilmesinde, bireysel risk faktörlerinin tespit edilerek gerekli müdahalelerle gebelikten önce azaltılması oldukça önemlidir. Bu amaçla iyi bir öykü alınması ve gebelik öncesi sađlđı geliştirmeye yönelik müdahalelerin planlanması gerekir.^{8,19,21,48,57} Yapılan değerdendirmede tespit edilen risk faktörlerinin azaltılması için gerekli müdahaleler planlanmalı ve risk faktörü kontrol altına alınıncaya kadar gebelik ertelenmelidir. Herhangi bir risk faktörü tespit edilmeyen kadınlarda doğurganlık bilinci geliştirme, üreme yaşamını planlama, güvenli cinsel yaşam, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme, folik asit kullanımının önemi vb. konularda eğitim verilmelidir.^{9,10,12(s.66),39,48}

Gebelik öncesinde, düzenli olarak egzersiz yapan ve uyuyan kadınların; daha rahat bir gebelik geçirdikleri, doğum ve doğum sonu komplikasyonları daha az yaşadıkları bilinmektedir.^{4,9,12(s.47),46} Dolayısıyla gebelik planlayan kadınlara, kardiyovasküler ve fiziksel kapasiteleri doğrultusunda günlük, 30 dk olacak şekilde düzenli egzersiz yapmaları tavsiye edilmeli, bu alışkanlığı yaşam biçimine dönüştürmeleri sağlanmalıdır.^{39,48}

Gebelik planlayan tüm çiftlerin; prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerinden yararlanmaları sağlanmalı, mevcut ya da potansiyel riskleri gebelikten önce kontrol altına alınmalıdır.^{4,7,8,10,48} Anne ya da baba adayında herhangi bir sorun tespit edilmesi durumunda, hekim tarafından yapılan önerilere uyulmalı, özellikle kullanılan ilaçlar, gebeliğe uygun olacak şekilde düzenlendikten ve mevcut risk faktörü/faktörleri kontrol altına alındıktan sonra gebelik planlanmalıdır.^{4,6,8,43,47} Bu öneriler, bireyden bireye ve tespit edilen risk faktörüne göre değişebilir.^{4,47} Yapılan bu öneri ve müdahaleler, komplikasyon gelişme riskini önemli ölçüde azaltır. Gebelik öncesi bakımın; doğumsal anomalileri azaltmada ortalama %25 (%15-%42), erken doğumu önlemede %70 (%55-%90) ve perinatal ölümleri azaltmada %35 (%15-%82) oranında etkili olduğu rapor edilmiştir.⁶⁹

2.4.3. Belirlenen Risklerin Azaltılmasına Yönelik Tıbbi ve Psikososyal Müdahaleler

CDC, rutin taramalar vasıtasıyla, prekonsepsiyonel risk taşıyan kadınların tespit edilmesini ve bu risklerin tıbbi ve psikososyal müdahalelerle azaltılmasını tavsiye etmektedir.^{8-10,19,36,42,48} Ayrıca daha önce tanılanmış riski olan ya da taramalar sayesinde risk tespit edilen kadınların, gebelik öncesi, esnası ve postpartum dönemde daha sık izlenerek, risklerinin azaltılmasıyla sağlığın geliştirilmesini önermiştir.^{8,10,12(s.49),19,46,48} Tespit edilen psikososyal sorunlar veya endişeler uygun girişim ve müdahalelerle

azaltılmalıdır. Bunun için relaksasyon tekniklerinden yararlanma, baş etme ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesi, eşler arası ilişkinin kalitesi ve sosyal desteğin artırılması, beslenme, egzersiz, uyku alışkanlıklarının iyileştirilmesi, iş yükü paylaşımı, tıbbi destek sağlanması gibi girişimlerde bulunulabilir.^{9,10,13,48}

Prekonsepsiyonel dönemde bilinen ya da yeni tanılanan riskler için uygulanacak bazı tıbbi ve psikososyal müdahaleler vardır. Bunlar;^{4,10,13,21,48,57}

- Prekonsepsiyonel değerlendirmede eksik olduğu tesbit edilen veya yetersiz alındığı düşünülen tüm vitamin, mineral (demir, kalsiyum, iyot gibi) ve besinlerin takviyesi sağlanmalıdır. Ancak yağda eriyen vitaminlerin takviyesinin ihtiyaçtan fazla olması toksik etkiye yol açabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.^{9,48,60}

- Nöral tüp defekti oluşumunun azaltılması için tüm kadınların, gebelikten önce folik asit desteği almaları sağlanmalıdır.^{4,7-10,19,21,48}

- Prekonsepsiyonel değerlendirme sonucunda gereksinim duyulan aşılar uygulanmalıdır.^{8,48,56} Ancak canlı aşı (kızamık, kızamıkçık, suçiçeği vb) uygulanan anne adayları, en az 1 ay ve tercihen 3 ay süre ile gebelikten korunmaları gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir. Aşılama ile Konjenital Rubella Sendromu gibi viral hastalıklara karşı korunma sağlanmalıdır.^{8,12(s.39),45,46,48,56}

- Hepatit B enfeksiyonuna karşı risk altında olan gruplar aşılmalı, portör olan anne adaylarının, bebeklerine ve yakınlarına hastalığı bulaştırmaması için gerekli önlemler alınmalıdır.^{8,13,21,48}

- Yenidoğan tetanozunun önlenmesi ve bireyin korunması için gebelik öncesinde anne adayına, tetanos aşısı yapılmalıdır.^{8,57}

- Taramalar sonucunda CYBE olduğu tespit edilen bireyler ve cinsel partnerleri gebelikten önce tedavi edilmelidir. Bu hastalıklardan nasıl korunacakları (eğitim, aşılama, tek eşlilik ve prezervatif kullanımını teşvik vb.) konusunda bireyler

eğitilmelidir.^{8,13,19,21,48}

- HIV/AIDS taraması yapılarak, bulaş yolları ve potansiyel riskler konusunda çiftler bilgilendirilmeli, enfeksiyonun yenidoğana bulaşı uygun tedavi ve müdahalelerle azatılmalıdır.^{8,13,19,21,48}

- TORCH grubu enfeksiyonlar tespit edildiğinde tedavisi sağlanmalı ve korunma konusunda anne adayları bilgilendirilmelidir.⁴⁸

- Diyabetik kadınlarda, yapılacak tetkikler doğrultusunda; ilaç, diyet, egzersiz vb. düzenlemeler ile hastalık gebelikten önce kontrol altına alınmalıdır.^{8-10,19,48,69}

- Tiroid problemi olan kadınlarda kullanılan ilaçların dozu gebelikten önce, gebelik esnasında ve doğum sonrası süreçlerde yapılacak tetkikler doğrultusunda hekim tarafından düzenlenmelidir.^{4,8-10,19,48}

- Tespit edilen diğer tıbbi (anemi vb.), kronik (hipertansiyon, epilepsi, astım, böbrek, kalp, lupus vb.), psikiyatrik ya da enfeksiyon hastalıkları gebelikten önce tedavi edilmeli ve kullanılan ilaçlar gebelik sürecine uygun olacak şekilde düzenlenmeli, gerekirse gebelikten korunulmalıdır.^{7-10,19,46,48}

- Riskli obstetrik öyküye sahip kadınlarda, altta yatan etiyolojik faktörler araştırılmalı ve yeni bir gebelikten önce gerekli önlemler alınmalıdır.^{4,10,19,48,57}

- Sigara, alkol ve madde bağımlılıkları prekonsepsiyonel dönemde tedavi edilmelidir. Gebeliğin planlandığı andan itibaren; çiftlerin sigarayı tamamen bırakmaları ve sigara içilen ortamlardan uzak durmaları önerilmelidir.^{4,7,36(s.167),48,57} Ancak bireyler, sigarayı tamamen bırakmakta zorlanıyorlarsa, içtikleri sigara sayısını günde 10 taneyi geçmeyecek şekilde azaltmaları gerekir.^{12(s.166)} Böylece bu maddelerin bireyin sağlığına, üreme süreci, gebelik süreci, fetüs ve yenidoğan üzerine olan olumsuz etkileri azaltılmış olur.

- $BKİ \geq 26 \text{ kg/m}^2$ olan kadınlar; kalori alımının azaltılması, fiziksel aktivitenin artırılması, diyetisyen destekli kilo verme programlarına katılım gibi davranışsal stratejilerle kilo artışı gebelikten önce kontrol altına alınmalıdır.^{4,7,13,39,48,60}

- Aşırı zayıflık, anoreksiya, bulimia, pika, vejeteryanlık gibi yeme problemleri, diyet riskleri ve beslenme problemleri; gebelikten önce kontrol altına alınmalıdır. Düşük kilolu kadınların yeme bozuklukları ve beden imajı konusundaki endişeleri araştırılmalıdır. Kilo alamayan ya da bu konuda isteksiz olan kadınlar, yeme bozukluğu ve altında yatan diğer nedenlerin araştırılması için uygun merkezlere sevk edilmelidir.^{2(s.10),4,39,47,48,60}

- Sürekli ya da sık kullanılan ilaçların, prekonsepsiyonel dönemde maternal yararları ve olası fetal zararları değerlendirilerek, yeniden düzenlenmesi gerekir.^{4,7,8,48} Teratojenik etki gösterebilecek ilaçlar, prekonsepsiyonel dönemde bırakılmalıdır. Ayrıca hekim tavsiyesi olmadan hiçbir ilaç ya da bitkisel ürünün kullanılmaması gerektiği konusunda bireyler bilgilendirilmelidir.^{4,7,8,48}

- Yaşadığı ya da çalıştığı çevre nedeniyle risk altında olan bireylerde teratojenik etkilenmenin belirlenmesi için taramalar yapılmalıdır. Bu taramalarda, kan serumlarında ağır metallerin düzeyi yüksek bulunan bireyler, gebelik öncesinde tedavi edilmelidir.^{8,48}

- 18 yaşından küçük ve 35 yaşından büyük anne adaylarının gebe kalmaması için gerekli uyarılarda bulunulmalı, gebe kalmaları durumunda daha sık takip edilmelidir.^{54(s.273),55}

- Yapılan tetkik sonucu genetik hastalık açısından risk taşıdığı tespit edilen bireylerin, genetik danışmanlık hizmetlerini alabileceği birimlere sevki sağlanmalıdır. Ancak tespit edilen soruna göre tedavi olasılığı ve başarı şansının değişken olduğu söylenmelidir.^{12(s.64)}

2.5. Prekonsepsiyonel Danışmanlık

Prekonsepsiyonel danışmanlık; çiftlere, sağlıklı gebelik için fiziksel ve psikolojik olarak hazırlanma imkânı sunan, maternal-fetal riskleri azaltmayı amaçlayan, gebelik planlayan çiftlere rutin taramalar yaparak, risk faktörlerini ortaya koyan, uygun tedavi ve bakımla bu riskleri azaltan, organize ve kapsamlı hizmetlerin tümüdür.^{1,2,5-7}

Prekonsepsiyonel danışmanlık hizmetleri; istenmeyen gebeliklerin azaltılması ve istenen gebeliklerin daha sağlıklı bir şekilde başlatılıp, sürdürülerek, sonuçta sağlıklı bir bebeğe sahip olunması için önemli bir fırsattır.^{5,8,11,47} Bu hizmetlerle, doğurganlık çağındaki tüm bireylere; sağlıkla ilgili çeşitli mesajlar iletilerek, sağlıklı bir yaşam tarzı geliştirmelerine yardımcı olunması, bu sayede gelecek nesillerin daha sağlıklı doğmasının sağlanması hedeflenmektedir.^{4,7-10,19,42,48}

Prekonsepsiyonel danışmanlık hizmetlerinin; sadece çocuk sahibi olmayı planlayanları değil, doğurganlık çağındaki tüm kadın ve erkekleri kapsamı gerektiği kabul edilmektedir.^{4,8,10,13,19,66} Bu nedenle çeşitli nedenlerle sağlık kuruluşuna başvuran bireyler, nişanlı ve yeni evlenen çiftler başta olmak üzere üreme çağındaki tüm bireylere gebelik öncesi danışmanlık ve bakım hizmetleri verilmelidir.^{7-9,13,19,21,36}

Prekonsepsiyonel danışmanlık, aslında gebelik öncesi bakımın içerisinde bulunan bir hizmettir ve dünya genelindeki tüm sağlık personelinin görevi olarak kabul edilmektedir.^{4,8-10,19-21} Prekonsepsiyonel danışmanlıkta bireyler, bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir. Bireylere üreme sağlığını yaşam boyu koruma, doğurganlık bilinci geliştirme, güvenli ve sorumlu bir cinsel yaşam konusunda bilgi verilmelidir. Ayrıca kronik hastalıklar ve ilaçların yönetimi, genetik danışmanlık, sigara, alkol ve madde bağımlılıklarını bırakma, sağlığı geliştiren davranışlar kazanma, fiziksel ve mental sorunların giderilmesi, ebeveynliğe hazırlık, düzenli sağlık kontrolüne gitmenin önemi gibi konularda da eğitim verilmelidir. Böylece bireyin alacağı kararları daha bilinçli

vermesine yardımcı olunur.^{1,4,7,8,19,20} Gelecek 1-2 yıl içinde gebelik düşünen bireylere, prekonsepsiyonel danışmanlık hizmetlerinin başlatılması ve 3 ay içerisinde gebelik düşünenlerde ise daha da yoğunlaştırılması önerilmektedir.^{1,5,8,9} Gebelik planlayan bireylerin; gebelik öncesi sağlıklarının geliştirilmesi, prekonsepsiyonel riskler açısından taramaları ve tespit edilen risklerin gebelikten önce azaltılması sağlanmalıdır.^{8,10,19,36,48} Gebelik istemeyen/planlamayan bireylerde ise etkili bir aile planlaması yöntemi kullandığından emin olunması, varsa kullandığı yöntem ile ilgili endişelerinin tartışılması, ihtiyaç duyuyorsa aile planlaması danışmanlığı verilmesi ve yöntem teminine yardımcı olunması önerilmektedir.^{8,48} Çünkü etkili bir kontraseptif yöntem kullanmayan çiftlerin, sağlık durumlarının gebelik için uygun olmadığı bir dönemde plansız bir gebelik yaşama olasılıkları daha fazladır.^{19,20,44,48} CDC, tüm bireylerin; doğurganlık yaşamlarını planlamaları konusunda teşvik edilmelerini, yapacakları bu planın kontraseptif tercihler ve medikal kararları nasıl etkileyeceği konusunda eğitilmelerini tavsiye etmiştir.⁴⁸ Ayrıca doğurganlık çağındaki tüm kadınların; kişisel istekleri, mevcut olanakları ve riskleri doğrultusunda, gebeliklerini planlayabilmeleri için acil kontrasepsiyonu da içerecek şekilde tüm aile planlaması yöntemleri konusunda danışmanlık almaları sağlanmalıdır.^{9,10,39}

Prekonsepsiyonel bakım hizmeti verilirken, CDC'nin önerilerine uygun olacak şekilde hareket edilmelidir.^{9,10,12(s.66),48,54(s.228)} Kullanılacak aile planlaması yöntemi seçilirken bireyin, gelecekteki gebelik planları ve mevcut risk faktörleri göz önünde bulundurulmalıdır.^{12(s.45),39,48} Tekrar çocuk sahibi olmayı planlayan bireylere tüpligasyonu veya vazektomi gibi kalıcı yöntemleri tercih etmemeleri gerektiği konusunda bilgi verilmelidir.^{12(s.45)} Ayrıca tüm kadınlara doğurganlık yaşamlarını planlarken, ideal doğum yaşı olarak kabul edilen yaş aralıklarını dikkate almaları, 35 yaşından önce ve tercihen 20-30 yaşları arasında, en az iki ve en fazla beş yıl ara ile doğum yapmaları

tavsiye edilmelidir.^{5,12(s.66),13,54(s.228),55} Dikkat edilecek diğer bir husus ise aile planlaması yöntemi kullanan çiftlerin, gebe kalmayı planladıkları zaman dilimine uygun olacak şekilde kullandıkları yöntemi bırakmalarının sağlanmasıdır.^{12(s.45)} Her kadının gebe kalabilme hızının farklı olduğu, bazı kadınların korunmayı bıraktıktan hemen sonra, bazılarının ise daha geç gebe kalabileceği, gebelik oluşmadığında hemen endişelenilmemesi gerektiği, konusunda çiftler bilgilendirilmelidir.^{12(s.64)}

Gelecekte yaşanabilecek problemlerin azaltılması için fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik açıdan hazır olunan bir dönemde gebe kalınmasının önemi konusunda çiftlerin bilgilendirilmesi önemlidir.^{1,3(s.153),6,9,12(s.48)} Bu nedenle sağlık personeli; bireyleri olumsuz etkileyebilecek tıbbi ya da psiko-sosyo-kültürel risk faktörlerini değerlendirerek, gerekli önlemleri almaları konusunda çiftlere yardımcı olmalıdır.^{1,9,21,48} Psikososyal sorunlar ve stresörler belirlenmeli, bunların azaltılması için başat mekanizmaları arttırılmalıdır. Gebelik esnasında yaşanabilecek fiziksel, emosyonel, cinsel, ruhsal değişimler konusunda çiftler bilgilendirilmelidir. Şiddet ya da istismar öyküsü veya riski varsa gebelik kararının tekrar gözden geçirilmesi sağlanmalıdır.^{7,9,10,12(s.35),13,48}

2.6. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlıkta Hemşirenin-Ebenin Rolü

Her bireyin; üreme yeteneğini özgür bir şekilde, istediği zaman ve sıklıkta kullanarak, yaşamı boyunca sahip olacağı çocuk sayısına karar verme hakkı vardır. Bireylerin bu hakkı kullanırken; sağlık hizmetlerine yeterince ulaşabilmesi, şiddet, baskı, ayrımcılık yaşamadan sorumlu ve bilinçli bir şekilde karar verebilmeleri önemlidir.⁷⁰

Prekonsepsiyonel sağlık hizmetleri; bireylerin ebeveynlik kararını daha bilinçli bir şekilde vermeleri, gebeliğe daha sağlıklı bir şekilde başlamalarını sağlama, istenmeyen gebelikleri önlenme ve gebeliği daha güvenli hale getirmede önemli bir yere

sahiptir.^{4,8-11,66} Prekonsepsiyonel sağlık hizmetleri; dünya genelindeki tüm sağlık personelinin görevi olarak kabul edilmekte ve bir ekip hizmeti olarak sunulması önerilmektedir.^{4,8,9,20} Aile hekimi, hemşire, ebe veya kadın doğum uzmanları tarafından sunulabilecek bu hizmetlerde, hemşire-ebeler bu ekibin ayrılmaz ve vazgeçilmez bir paçasıdır.^{4,9,57}

Merry K. Moos³⁸, hemşirelik mesleği ile prekonsepsiyonel sağlık hizmetleri arasındaki mükemmel uyuma dikkat çekmiş ve hemşirelerin bu alanda lider rolü üstlenebileceğini savunmuştur. Ona göre, hemşirelik mesleği temelde; bireyin mevcut durumunu dikkate alarak, sağlık yönünden mümkün olan en yüksek refah seviyesine ulaşmasına yardım etmeye odaklanmıştır. Pekonsepsiyonel bakımın özü de temelde gebelik öncesi sağlığın geliştirilmesidir.³⁸

Hemşire ve ebelerle ilgili ülkemizdeki yasal düzenlemeler incelendiğinde; birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasının, hemşirelik hizmetlerinin kapsamı içerisinde yer aldığı görülmektedir.⁷¹⁻⁷³ Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte⁷² ise "Çiftlere, gebelik öncesi eğitim ve danışmanlık yapmak", kadın sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin görev, yetki ve sorumlulukları arasında, ilk sırada yer almaktadır.^{72,74}

2014 yılında yapılan ebe ve ebe yardımcılarıyla ilgili düzenlemelerde⁷³ ebenin ilk görevi olarak "Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde; gebelik öncesi dönemde gebeliğe hazırlık eğitimi ile anne-babalığa ve doğuma hazırlık programlarının hazırlanmasını ve yürütülmesini sağlar ve doğurganlık çağındaki kadınların üreme sağlığı konusunda izlemi yapar" ifadesine yer verilmiştir. "Gebelik öncesi dönemde gebeliğe hazırlık eğitim programı ile anne-babalığa ve doğuma hazırlık programlarının uygulanmasına yardım etme" görevi ise ebe yardımcısının görevleri arasında ve ikinci

sırada yer almaktadır.⁷³ Tüm bu bilgiler doğrultusunda; başta kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireleri ve ebeler olmak üzere, tüm hemşire ve ebe yardımcılarının prekonsepsiyonel sağlık hizmetlerinde, primer rolü olduğu söylenebilir.⁷¹⁻⁷⁴

Hemşire-ebeler; gebelikten en az 3 ay önce başlatacakları prekonsepsiyonel sağlık hizmetleri sayesinde maternal ve fetal riskleri azaltarak, gelecek nesillerin daha sağlıklı doğmasına, maternal, paternal, fetal sağlığın gelişmesine katkı sağlayabilirler.^{1,5,7-9,48} Dolayısıyla hemşire-ebelerin, antenatal hizmetlerin öncüsü ve tamamlayıcısı olarak nitelendirilen prekonsepsiyonel sağlık hizmetlerinin öneminin bilincinde olmaları gerekir. Ayrıca sağlıklı bir gebelik ve bebek için çiftlerin; biyo-psiko-sosyo-kültürel-ekonomik açılardan azaltılmış risklerle gebeliğe, ebeveynliğe hazırlanmalarına yardımcı olmalıdırlar.^{1,5,7-9}

Gümümüzde; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde meydana gelecek bazı komplikasyonları önlemede, antenatal kontrollerin tek başına yeterli olmadığı ve riskleri azaltmada prekonsepsiyonel bakımın önemi bilinen bir gerçektir.^{4,7-9,21} Gebelikten 3 ay önce kullanılacak folik asit sayesinde nöral tüp defekti riskinin azaltılması, organogenezis döneminde teratojenlerden sakınılması, diyabet başta olmak üzere kronik ya da enfeksiyon hastalıklarının kontrolü ve ilaç düzenlemeleri sayesinde konjenital anomalilerin önlenmesi bunlara en iyi örneklerdir.^{7,8,13,19,36,47} Anne-baba adayları; gebelik öncesinde taşıdıkları riskleri ve bu riskleri azaltmaya yönelik önlemleri bilirlerse daha sağlıklı bir gebelik geçirerek daha sağlıklı çocuklara sahip olabilirler.^{5,20} Bu nedenle hemşire-ebeler; öncelikle anne-baba adaylarını değerlendirerek, riskli ve riskli olmayan davranışlarını tespit etmelidir. Daha sonra ise olumlu sağlık davranışlarını destekleme ve riskli olan durumları değiştirmeye yönelik tedbirler almalıdır.⁹ Bunun için hemşire ve ebeler, istenmeyen gebelikleri önlemenin, gebeliği planlamanın, doğurganlık bilinci geliştirmenin ve konsepsiyondan önce optimal sağlık

düzeyine ulaşp, devam ettirmenin önemi konusunda anne-baba adaylarını eğitmelidir.^{4,7} Gebelik istemeyenlere aile planlaması danışmanlığı vermelidir. Gebelik planlayanlarda ise risk tespiti yapılarak, bu risklerle gebe kalındığında ortaya çıkacak sorunlar hakkında çiftleri bilgilendirmelidir. Saptanan risklerin nasıl azaltılabileceği konusunda danışmanlık verilerek onların doğru kararlar almasına yardımcı olunmalıdır.^{4,9,48}

Özetle hemşire-ebeler; prekonsepsiyonel risk taraması yaparak, uygun danışmanlık, eğitim, bakım, yönlendirme hizmetleri vererek prekonsepsiyonel risklerin azaltılması ve gebelik öncesi sağlığın optimize edilmesi, gebeliğin daha güvenli hale getirilmesinden sorumlu, güvenilir, eğitilmiş ve yetenekli sağlık profesyonelleridir.^{1,4} Dolayısıyla güvenli annelik hizmetlerinin ilk adımı olarak değerlendirebileceğimiz prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerinin topluma ulaştırılmasında önemli görevler üstlenirler.^{1,4,7} Bu nedenle prekonsepsiyonel bakım-danışmanlık hizmetlerinin örgütlenmesi, güçlendirilmesi ve geliştirilmesinde hemşireler ve ebeler danışman, eğitici, araştırmacı, uygulayıcı olarak rol almalıdır.⁷

Anne ve çocuk sağlığının korunup geliştirilmesinde; prekonsepsiyonel ve bunu tamamlayan antenatal hizmetlerin önemli bir yeri vardır. Ancak elde edilen veriler prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin antenatal bakım hizmetleri kadar yaygın olmadığını göstermiştir.^{4,7,8,10,21} Unutulmamalıdır ki bireylerin yaşamları boyunca belki de geride bırakabilecekleri en büyük eser, onların çocuklarıdır. Her yenidoğan bebek bu nedenle bir umuttur.¹ Bir bebeğin sağlıklı doğması, anne ve babanın sağlıklı olması, gebeliğin planlı olması, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmetlerinden yeterince yararlanmaları ile yakından ilişkilidir.^{1,4,5,7,8,10,48} Bu nedenle hemşire-ebeler mümkün olan her fırsatı iyi bir şekilde değerlendirerek; sağlıklı yaşamın gerekleri, sağlık kontrolünün önemi, gebelik öncesi sağlığın geliştirilmesinin önemi gibi

konularda açık ve net mesajlar vermeli ve perkonsepsiyonel sağlık hizmetleri konusunda toplumsal farkındalığı arttırmalıdır.^{4,7}

2.2. Tutum ve Tutumların Ölçülmesi

2.2.1. Tutumun Tanımı ve Özellikleri

Tutum, Latince kökenli bir kelime olup temelde “harekete hazır” anlamına gelmektedir.^{30(s.65)} Tutum, genellikle; bir durum, olay, nesne ya da kişi karşısında belli bir tavır ortaya koymaya, davranış göstermeye hazır olma durumu olarak bilinmektedir.^{75(s.8)}

Bilimsel olarak 19. yy’dan itibaren incelenmeye başlanan tutumun, günümüze kadar çok sayıda tanımı yapılmıştır.^{30(s.65-72),75(s.9)} Yapılan tanımların temelinde iki farklı bakış açısı vardır.^{30(s.68)} İlkinde öğelerin olumlu-olumsuz, tercih edilir-edilmez vb. şekillerde değerlendirilmesi söz konusudur.^{30(s.71)} Thurstone ve Katz’ın tanımları buna örnek olarak verilebilir. Tavşancıl’ın aktardığına göre^{30(s.65)} Thurstone (1931) tutumu; “psikolojik bir objeye yönelen olumlu veya olumsuz bir yoğunluk sıralaması ve derecelemesidir” şeklinde tanımlamıştır.^{30(s.65)} Katz’a göre tutum, “bireyin çevresindeki bir simgeyi, bir nesneyi ya da bir olayı olumlu ya da olumsuz bir şekilde değerlendirme eğilimidir.”^{30(s.65),75(s.9)}

İkincisinde ise tutumun üç temel öğesinin (bilişsel, duygusal ve davranışsal) göz önünde bulundurulduğu, değerlendirmeden ziyade kavramsallaştırmanın dikkate alındığı tanımlar mevcuttur.^{30(s.71)} Tutumu kavramsal düzeyde ilk ele alanlar ve tanımlayanlar arasında Allport gelir.^{30(s.65),75(s.8)} Tavşancıl’ın aktardığına göre^{30(s.65)} Allport (1935)’a göre tutum “yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün obje ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici ya da dinamik bir etkileme gücüne sahip duygusal ve zihinsel hazırlık durumudur”^{30(s.65)}

İnceoğlu’na göre tutum, "bireyin kendine ya da çevresindeki herhangi bir nesne,

toplumsal konu ya da olaya karşı deneyim, bilgi, duygu ve güdülerine dayanarak örgütlediği zihinsel, duygusal ve davranışsal bir tepki ön eğilimidir"^{75(s.13)} Tutum bir tepki gösterme biçimi değil, belli bir tepkinin ortaya konulmasının bir ön aşamasıdır.^{75(s.20)}

Tezbaşaran tutumu, “belirli nesne, durum, kurum, kavram ya da diğer insanlara karşı öğrenilmiş, olumlu ya da olumsuz tepkide bulunma eğilimi” olarak tanımlamıştır.^{31(s.1)} Bu tanımlardan hareketle tutumların, kişisel yaşantı ve deneyimler sonucunda öğrenildiği ve bireyin davranışlarını yönlendirdiği söylenebilir.^{30(s.65),75(s.8)}

McClelland’a göre tutum; “bireyin şimdiki davranışını belirleyen geçmiş deneyimlerinin bir özetidir”^{30(s.66)} Bireyin tutumlarının kökeninde anne, baba davranışlarının ve ilk çocukluk yıllarının önemli bir yeri vardır. Yaşın ilerlemesiyle akranlar, kitle iletişim araçları ve diğer kaynaklardan edinilen bilgi ve eğitimler bireyin tutumlarını şekillendirir.^{30(s.80)} Dolayısıyla varlığından haberdar olunmayan herhangi bir duruma ilişkin tutum oluşamaz.^{75(s.25)} Tutumlar, bireyin kişiliğinin bir parçasıdır.^{29(s.353)} Bireyin yaşantısı, kişisel özellikleri, bilgi ve deneyimlerindeki değişiklikler, kültürel çevresi, toplumsallaşma süreci vb. faktörlere bağlı olarak tutumlar, kalıcı ya da geçici olabilir.^{75(s.8, 25)}

Tutumlar oldukça organize olmuş uzun süreli duygu, inanç ve davranış eğilimleridir.^{30(s.68)} Tutumlar, bireyin hedef objeyi tercih etme ya da etmeme ile ilgili değerlendirmesini, inançlar ise bireyin obje ile ilgili sahip olduğu bilgiyi temsil eder.^{30(s.69)} Bir tutuma eşlik eden inanca “kanı” denilmektedir. Kanılar duyguların sözel ifadeleri olup, bireyin tutumlarını sembolize ederler.^{29(s.353),30(s.101)} Thurstone (1929) tutumların, kanılar yoluyla ölçülebileceğini ifade etmiştir.^{29(s.353)}

Özetle tutum; belirli bir soyut ya da somut objeye ve onunla bağlantılı durumlara karşı her bireyde bulunan ancak; derecesi, yönü, yoğunluğu kişiden kişiye değişen

duygu, inanç ve davranışsal eğilimlerdir.^{27,29(s.354)}

Tutumlarla ilgili özellikler^{30(s.71-79),76}

- Tutumlar doğuştan yoktur, yaşanarak kazanılır, sosyal deneyimler ve kültürün etkisiyle şekillenir.^{30(s.71)} Tecrübe ile organize edilirler ve olumlu tepkiler tutumların pekişmesini sağlar.⁷⁶
- Tutumlar, gözlem, doğrudan deneyim, pekiştirme, taklit, bilişsel ve sosyal öğrenme gibi farklı yollarla öğrenilirler.^{30(s.79-81)}
- Tutumlar, birey ve obje arasındaki ilişkide bir düzenlilik olmasını sağlarlar. Öğrenme süreci içerisinde derece derece biçimlendiğinden insanın çevresini anlamasına da yardımcı olurlar.^{30(s.71)}
- Tutum, bir tepki değil daha çok tepki gösterme eğilimidir. Başka bir deyişle tutumlar, tepkide bulunmaya ilişkin eğilimdir.^{30(s.72)}
- Kişisel tutumlar gibi toplumsal tutumlar da vardır (toplumsal değer, grup ve objelere yönelik).^{30(s.72)}
- Olumlu ya da olumsuz tepkiler için hazırlanma ve hazır olmadır. Tutuma bağlı olan bütün durumların ve objelerin varlığında harekete geçer.⁷⁶
- Bir objeye ilişkin olumlu ya da olumsuz bir tutumun oluşması, ancak o objenin başka objelerle karşılaştırılması sonucunda mümkün olur.^{30(s.72)}
- Bir tutumun olumlu ya da olumsuz olarak kabul edilmesi bireyden bireye farklılık gösterir.⁷⁶
- Tutumlar olumlu ya da olumsuz davranışlara yol açabilir.^{30(s.72)}
- Tutumlar geçici değildir, belli bir süre devamlılık gösterir ve zamanla değişebilirler.^{30(s.71)}
- İnsan-obje ilişkisinde yanlılık, tutumlar sayesinde sağlanır. Birey bir objeye ilişkin tutum kazandıktan sonra ona yansız bakamaz.^{30(s.72)}

- Bireyin tutumları, bireyin deneyimleri ve edindiği bilgilerin örgütlenmesi ile oluşmaktadır. Bu bilgi ve deneyimler değiştiğinde tutum da değişebilir.^{30(s.72)} Ancak tutumlar, değişime direnç gösterme eğilimindedirler. Tutumlar yavaş bir şekilde değiştirilebilirler. Yeni bilgi ve deneyimler değişimde önemlidir.^{30(s.72)}

2.2.2. Tutumun Temel Öğeleri

Kats ve Stotkand (1959)'e göre⁷⁶ tutumların oluşmasında etkili olan duyuşsal, bilişsel ve davranışsal olmak üzere üç temel öge vardır.⁷⁶ Bu öğeler arasında genellikle örgütlenmeden kaynaklanan bir denge ve iç tutarlılık olduğu varsayılmaktadır.^{30(s.72),75(s.20)}

Duyuşsal (Duygusal) Öge

Duyuşsal öge, bireyi bir objeyle karşılaştığında, olumlu ya da olumsuz tarzda kararlı cevap vermeye hazırlayan ve uygun hale getiren histir.^{30(s.75),76} Duyuşsal öge, tutumun istenme ya da istenmeme durumuna göre eyleme dönüşmesinde karar vermede etkili olan duygusal yönünü ifade eder.²⁷ Bu öge, bireyin tutuma konu olan olay ve objelere karşı heyecanını içermektedir. Duyuşsal öge, tutumun itici ve şekillendirici yönü olup ona süreklilik kazandırır.^{30(s.77)} Tutumlar duyuşsal öğeleri içermeye derecelerine göre farklılaşır.^{30(s.75),76} Duyuşsal öge, tutumu inanç, değer ve gerçeklerden ayıran en önemli öğedir.^{30(s.76)} Duygusal öğenin gelişmesinde özellikle zihinsel (bilişsel) öğenin önemli bir yeri vardır.^{75(s21)} Çevresel etkiler, önceki deneyimler ve tutum objesinin bireyin amaçlarına hizmet edip etmemesine göre olumlu ya da olumsuz duygular oluşur.^{30(s.76),75(s21)}

Bilişsel (Zihinsel) Öge

Bilişsel (zihinsel) öge, tutum objesi (kişi, durum, olay veya nesne) ile ilgili her tür bilgi, deneyim, inanç ve düşüncüyü içerir.^{30(s.73),75(s.24),76} Bilgiler okuma ya da objeyle karşılaşma sonucunda yaşanan deneyimlerle edinilir ve bilgiler değiştiğinde tutumlar da

değişebilir.^{30(s.73),75(s.25)} Birey, çevreden gelen uyaranlar doğrultusunda öğrendiği bilgileri önce gruplandırır daha sonra da birbiri ile ilişkilendirir. Bireyin bildikleri o konuya olumlu bakmasını gerektiriyorsa birey o konuya ilişkin olumludur. Bunu sözleri ya da davranışları ile gösterir.^{30(s.72)} Bilinmeyen bir konuyla ilgili tutum oluşmaz. Gerçeğe dayalı bilgilerden elde edilen tutumlar daha kalıcı olur.^{30(s.73),75(s.25)} Bazı tutumlar, doğru olmayan bilgi ve yanlış inanç birikimine dayanabilir.⁷⁶ Yanlış bilgi ve inanca dayanan tutumların bireyin sağlığını olumsuz etkileyebileceği açıktır.

Davranışsal Öge (Eylem Ögesi)

Davranışsal öge, tutumların davranışa yansıyan kısmıdır.⁷⁶ Tutumların davranışlara yol gösterdiği ve tutumlarda farklılık yaratılarak davranışın değiştirilebileceği kabul edilmektedir.^{30(s.85)} Bireyin duygu ve kanısına göre hareket etme eğilimi vardır. Ancak bireyler her zaman duygu ve kanılarına uygun şekilde davranmaz veya davranamazlar. Her tutum davranışa dönüşmez, ancak gözlenebilir davranışlardan tutumlar anlaşılabilir.^{30(s.79)} Bir tutumun bilinmesi ona bağlı davranışın da bilinmesini sağlar. Ancak tutumların bilinmesi bunun davranışa dönüşüp dönüşmeyeceğini kestirmek için yeterli değildir.^{30(s.88)} Bir tutumun davranışa dönüşebilme olasılığı o tutumun yoğunluğuna bağlıdır.^{29(s354)}

Davranışsal öge, tutumun diğer öğelerinden bağımsızdır ve eğitim planlamaları açısından önemlidir. Yapılan tutum eğitimleri bilişsel ve duyuşsal öğelerle sınırlı kalırsa eyleme dönüşmesi sınırlı kalabilir.⁷⁶ Tutum belli bir davranışın oluşabileceğine işaretler. Ancak mutlaka oluşacağı anlamına gelmez.^{30(s.96)} Bu nedenle verilecek eğitimlerin tutumu davranışa dönüştürmeye yönelik olması gerekir. Tutumun davranışa dönüşüp dönüşmediğinin değerlendirilmesi ile verilen eğitimin başarısı ortaya konabilir. Tutumları öğrenmek için gösterilen çabanın nedeni, bireyin davranışlarını önceden kestirerek bu davranışları kontrol altına alma isteğidir.^{30(s.101),75(s.49)}

Sonuç olarak; tutumlar sadece bir davranış eğilimi değil, bilgi, duygu ve davranış eğilimi bütünleşmesidir.^{30(s.72)} Bu öğeler arasında genellikle örgütlenmeden kaynaklanan bir denge ve iç tutarlılık olduğu varsayılmaktadır. Bu varsayıma göre, bireyin bir konu hakkında bildikleri (zihinsel/bilişsel öğe) ona nasıl bir duyguyla yaklaşacağını (olumlu, olumsuz, nötr) ve ona karşı nasıl bir tavır ortaya koyacağını (davranışsal öğe) belirler.^{30(s.72),75(s.20)} Denge ve tutarlılığı koruma çabası devamlıdır ve öğelerden birinde ortaya çıkan bir değişiklik, diğer öğelerde de zincirleme bir değişime neden olur.^{75(s.28)} Sonuçta bireyin bir nesne, durum ya da kişi hakkında zihinsel, duygusal ve davranışsal anlamda ortaya koyduğu duruş, onun tutumunu yansıtır.^{75(s.28)}

2.2.3. Tutumların Ölçülmesi

Ölçme, bireylerin ya da nesnelerin belirli özelliklere sahip olup olmadığının, sahipse sahip oluş derecesinin belirlenerek, sonuçların sayısal sembollerle ifade edilmesidir.^{28(s.207),29(s.36-37),77} Üzerinde çalışılan özellik, ölçülebiliyor ve sayısal olarak ifade edilebiliyorsa, bilimsel bir şekilde değerlendirilip, açıklanabilir.⁷⁸ Çünkü bilim; anlamak, değerlendirmek, ayırt etmek ve bir sonuca varmak için ölçümleri kullanır.⁷⁹ Bu nedenle bir bilim dalını diğer bilim dallarından ayıran ve gelişimini hızlandıran en önemli özelliklerden biri ölçmedir.^{29(s.355),30(s.4),79} Ölçme işleminde ölçülecek kavram soyutlaştıkça ölçüm güçleşir.^{28(s.207),29(s.36)} Sonuçta daha yüksek nitelikli ve duyarlı ölçüm araçlarına olan ihtiyaç artar.^{30(s.4)}

Tutumlar, bireyin kişiliğinin bir parçasıdır ve soyut kavramlar oldukları için doğrudan gözlenmesi olanaksızdır.^{29(s.353),76} Ancak duygu, düşünce ve davranışlarla kendini gösterebilir.^{27,29(s.353),30(s.85),80} Tutumların, bireyin davranışları ve davranışların gerisindeki yönlendirici güçler olduğu, tutumların ölçülmesi yoluyla davranışların önceden tahmin edilebileceği kabul edilmektedir.^{30(s.67),75(s.49)} Tutum-davranış ilişkisinin anlaşılması ve tutumdan davranışın kestirilmesi, tutumların güvenilir bir şekilde

ölçülmesine bağlıdır.^{30(s.102)} Bu nedenle tutumların ölçülmesi ve derecelendirilmesi önemlidir.^{30(s.67),31(s.2)} Tutumlar, diğer psikolojik değişkenler gibi karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu nedenle tutumların ölçülmesi, fiziksel değişkenleri ölçmekten çok daha güçtür, ancak olanaksız değildir.^{26,76} Gözlem yapma, soru listeleri, tamamlanmamış cümleler ve resimlere bakarak hikâye anlatma gibi çeşitli yöntemlerin yanı sıra, yanlışın seçilmesi ve içerik analizi gibi çeşitli teknikler kullanılarak tutumlar ölçülebilir.^{27,30(s.103),31(s.2)}

Tutumlar ölçülürken; konusu, tutumun yönü (hoşlanma-hoşlanmama pozitif ya da negatif oluş gibi duygusal niteliği), tutumun derecesi (kabul ya da reddetme boyutlarının duygusal tonunun seviyesi), yoğunluğu (dışa yönelik bir davranışa dönüşebilme olasılığı) gibi boyutların göz önünde bulundurulması gereklidir.^{29(s.354), 30(s.110),75(s.43-49),76}

Tutumların ölçülmesinde temelde üç yaklaşım söz konusudur.^{30(s.103-106),76,80}

- Bireyin gözlemlenebilen davranışlarından çıkarımlar yapılması,
- Bireyin fizyolojik tepkilerinden çıkarımlar yapılması,
- Bireyin sıfat ve ifadelerden oluşan soru listelerine (ölçekler) verdiği tepkilerden çıkarımlar yapılmasıdır.

Bireyin davranışlarını gözlemleyerek ya da fizyolojik tepkilerini inceleyerek tutumların ölçülmesi oldukça zordur.^{30(s.103-106),76,80} Bu nedenle tutumların ölçülmesinde genellikle bireylerin bir dizi cümle ya da sıfata verdikleri tepkilerin değerlendirildiği ölçekler kullanılmaktadır.^{24,27,28(s.207), 29(s.354),30(s.106),31(s.2-5)}

Ölçekler, doğrudan gözlemlenemeyen tutum, davranış, ilgi, yetenek, beceri vb. soyut değişkenler hakkında bilgi toplamak ve bu bilgileri sayısallaştırmak amacıyla kullanılan ölçüm araçlarıdır.^{24,28(s.207),81} Ölçme araçlarının temel işlevi, belirli sayıda ve belirli tekniklere dayalı olarak seçilmiş test maddelerine (uyarıcılara) verilen cevaplara

(gösterdikleri tepkilere) göre bireyin, ölçülen özellik bakımından konumunu belirlemektir.^{31(s.5)}

Bireylerin bir konudaki görüş, düşünce ya da tutumlarını belirlemeye yarayan ölçme araçlarına tutum ölçeği adı verilmektedir.²⁶ Tutum ölçekleri, yanıtlayıcının kabul ve ret derecesini açıklamak zorunda olduğu ifadeleri kapsayan kâğıt kalemle uygulanan kendini rapor etme araçlarıdır.^{27,31(s.5)} Tutum ölçekleri ile bireyin inanç, algı veya hislerinin ne olduğu belirlenebilir ve böylece bireyin kendisine, başkalarına, çeşitli kurum, yer ve aktivitelere karşı olan tutumları ölçülebilir.^{27,31(s.5),30(s.107)} Ancak; ölçme aracının güvenilirliğinin düşük olması, soruların anlaşılmasız olması, ölçme yöntemleri, alışkanlıklar, sonuç hakkındaki beklentiler, çevresel ve ortamdan kaynaklanan etkenler, dikkatsiz yanıtlayıcılar, yeterli bilgiye sahip olmayan araştırmacılar tutum ile davranış arasındaki ilişkinin yanlış saptanmasına neden olabilir.^{29(s.40-41),30(s.85-98)}

2.2.4. Tutum Ölçeklerinin Temel İlkeleri

Bilimsel çalışmalarda kullanılan veri toplama araçlarının, kullanışlı ve amaca uygun olması önemlidir.^{25(s.140)} Bu nedenle ölçek geliştirilirken süreklilik, tek boyutluluk, doğrusallık ve üretilebilirlik olmak üzere dört temel ilkeye dikkat edilmesi gerekir.^{25(s.162),30(s.108-109)} Tutum ölçeklerinden elde edilen ölçüm sonuçları bu ilkeler sağlanabildiği ölçüde geçerli olarak kabul edilmektedir.^{30(s.107),31(s.3)}

Süreklilik: Ölçeklerde ölçülen özelliğin sürekli bir değişken olduğu kabul edilir ve ölçeğin ölçmek istediği yapıyı belli bir süreklilik üzerinde ölçmesi istenir. Ölçeklerde kullanılan ifadeler olumludan olumsuz ya da olumsuzdan olumluya kadar uzanan sonsuz ölçüde derecelendiğinde bile sürekliliğin korunacağı varsayılır.^{25(s.162),30(s.107),76}

Tek boyutluluk: Ölçülen bir özelliğin, diğer özelliklerden bağımsız olarak tek başına tanımlanabileceği ve ölçülebileceği anlamına gelir.^{25(s.162),30(s.108),31(s.3)} Tek boyutluluk ölçme aracının temelidir ve tutum ölçeği geliştirilirken önem taşır. Bu ilkeye

bağlı olarak geliştirilen ölçeklerde ölçülmek istenen her özellik (değişken) tek başına ölçülebilme özelliğine sahip olur.^{25(s.162)}

Günümüzde bilgisayar teknolojileri sayesinde ölçülmek istenen psikolojik yapının kaç boyutlu olduğu belirlenebilmektedir. Bu sayede her boyut kendi başına ölçülebilmekte ve tek boyutluluk, ölçekteki maddelerin veya alt boyutların iç tutarlılık dereceleri araştırılarak sağlanmaktadır.^{30(s.108),31(s.3),76}

Doğrusallık: Ölçeğin, ölçüm sürekliliğini doğrusal bir çizgide ölçmesi beklenir.^{30(s.108)} Ölçülen niteliğin doğrusal bir çizgi biçiminde sürekli olduğu ve aralıklarının birimlerle gösterildiği kabul edilir.^{31(s.4),76} Geliştirilen ölçeklerde bu ilke, katılım derecelerinin sıralanması vasıtasıyla sağlanmaktadır.^{30(s.109)}

Üretilbilirlik: Ölçekten elde edilen bilgi ve puanlara dayanılarak yeni bilgilere ulaşılması ve bireyin durumunu tahmin etmeyi ifade eder.^{30(s.109)} Bu özelliğin sağlanabilmesi için ölçeğin tek boyutlu olması gerekir.^{30(s.110)}

2.2.5. Geçmişten Günümüze Ölçek Türleri

Ölçekler, hızlı, kolay, kullanışlı ve ekonomik veri toplama araçlarıdır.^{24,76} Sınıflama (evet, hayır, kız erkek vb), sıralama (birinci, ikinci vb), eşit aralıklı (standart testlerdeki puan aralıkları, Likert, Thurstone tipi ölçekler) ve oran ölçekleri olmak üzere dört kategoriye ayrılarak incelendikleri bilinmektedir.^{30(s.12),82(s.55)}

Geçmişten günümüze kadar tutumların ölçülmesi amacıyla farklı teknikler kullanılarak çeşitli ölçekler geliştirilmiştir.^{27,29(s.357),30(s.115),31(s.5),32(s.103)} Bunlardan ilki Bogardus (1925) tarafından geliştirilen “Toplumsal Uzaklık Ölçeği”dir. Bu ölçeği, Thurstone (1929) ’un “Eşit Görünen Aralıklar” tekniği, Likert (1932)’in “Dereceleme Toplamlarıyla Ölçekleme” tekniği ve Guttman (1944)’ın “Birikimli-Yığışımli Ölçekleme” tekniği, Osgood, Suci ve Tannenbaum (1957)’un geliştirdikleri “Duygusal Anlam-Semantik Farklılıklar Ölçeği” takip etmiştir.^{27,29(s.357),30(s.115),31(s.5),32(s.103)} Bu

ölçeklerden; Bogardus, Thursone, Likert ve Guttman ölçekleri cümlelerden (maddelerden), Osgood Duygusal Anlam Ölçeği ise sıfatlardan oluşmaktadır.^{30(s.115)}

Likert ölçekleme modeli, diğer modellere oranla sezgilere daha çok dayanır ve ölçek oluşturmadaki işlemler bakımından diğer modellerden daha ekonomiktir.^{31(s.5)} Bu nedenle en çok kabul gören ve yaygın olarak kullanılan ölçek türüdür.^{27,30(s.139),31(s.5),82(s.5)}

2.2.6. Likert Tipi Tutum Ölçekleri ve Geliştirilmesi

Likert Tipi Tutum Ölçeklerinin Özellikleri

Likert tipi ölçek, ilk olarak psikolog Rensis Likert (1903-1981) tarafından 1932 yılında geliştirilmiştir.^{27,31(s.5)} Günümüzde tutumların belirlenmesinde “Dereceleme toplamları ile ölçekleme” modeli olarak da bilinen ve en yaygın kullanılan teknik, Likert tipi ölçme modelidir.^{24,27,30(s.139),31(s.5),32(s.80),82(s.55)} Likert tipi ölçekler, yapısal olarak tek boyutlu olmalarına rağmen ölçülen kavramla ilişkili olarak farklı alt boyutları da içerebilir.^{27,28(s.207)}

Likert tipi ölçekler, deneklerin ön plana alındığı ölçekleme yaklaşımının tipik bir örneğidir.^{30(s.138)} Davranışların ve tutumların ölçülmesi için geliştirilen Likert tipi ölçekler, bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi temeline dayanır. Belirli bir durum karşısında bireyin nasıl davranış göstereceği olumlu ve olumsuz ifadelerden oluşan soru listeleri aracılığıyla belirlenmeye çalışılır.^{25(s.164),27,31(s.5-8)} Bu yöntemde, cevaplayıcıların tepkide bulunacakları çeşitli ifadeler ve bireysel katılım derecelerini gösteren seçenekler yer alır.^{24,27,29(s.361),30(s.138),31(s.5),32(s.80)} Cevaplayıcılardan ölçekte yer alan dereceleme doğrultusunda, verilen her ifadeye ne ölçüde katılıp katılmadıklarını belirtmeleri istenir.^{24,28(s.207),29(s.361),32(s.80)} Bu yöntemde bireyin tepkileri farklı sayıda katılım derecesi kullanılarak ölçülebilir.^{27,30(s.145),31(s.18),76}

Likert tipi tutum ölçeğinde derecelemeler 3, 5, 7, 9, 11’li olabilir.^{30(s.145)} Ancak orijinal ölçekteki benzer şekilde 5’li derecelemenin kullanımı daha

sıktır.^{24,27,28(s.208),30(s.145),31(s.18),76} Bazı araştırmacılar ise 4'lü ve 6'lı dereceleme yöntemlerinin kullanılmasını tavsiye etmektedir.^{27,76} Köklü (1995)⁷⁶ özellikle küçük yaştaki bireyler için hazırlanan ölçeklerin 2'li veya 3'lü olmasının daha uygun olacağını ifade etmektedir.⁷⁶

Likert tipi ölçeklerde nötr bir noktanın olup olmayacağı konusu ise tartışmalıdır.⁷⁶ Özellikle bireyin nötr olma durumunu bildiren “Emin değilim”, “Kararsızım” “Fikrim yok” gibi ifadelerin kullanılması durumunda bireyin gerçek fikrini işaretlemekten kaçınabileceği bildirilmektedir.^{76,83} Başar,⁸³ bu tür ifadelerin bir katılım derecesi değil durum bildirdiğini bu nedenle de Likert tipi ölçeklerde kullanılmaması gerektiğini savunmuştur. Ona göre tutum, bir tepkide bulunma eğilimidir ve kararsızlık, bir eğilim bildirmez. Bu tür ifadeler ölçeğe konulduğunda ölçeğin eşit aralıklılığı bozulur. Ayrıca derece belirtmeyen ifadelere derece belirten rakamların verilmemesi gerekir. Dolayısıyla bu ifadelerin yer aldığı ölçeklerle yapılan araştırmaların bulgu ve yorumları şüphelidir. Bu nedenle bu tür ifadeler yerine katılım derecesi bildiren “orta derecede katılıyorum” gibi ifadeler tercih edilmelidir.⁸³ Köklü'nün aktardığına göre⁷⁶ Anderson, bu tür sorunları ortadan kaldırmak için 4'lü ve 6'lı ölçeklerin tercih edilmesi gerektiğini savunmuştur.⁷⁶

Ölçekteki mevcut dereceleme biçimi ve önceden belirlenmiş kriterler doğrultusunda bireyin işaretlediği her yanıt, uygun puanlar verilir. Verilecek puan, kullanılan dereceleme sayısı ve sorunun olumlu ya da olumsuz olması ile yakından alakalıdır. Genellikle olumlu ifadelere yüksek, olumsuz ifadelere düşük puan verilmesi söz konusudur.^{25(s.164),27,28(s.208),30(s.147),31(s.22),76,83} Likert ölçeklerinde bireyin, her bir maddeye verdiği yanıt doğrultusunda aldığı puan toplanarak, ölçekten aldığı toplam puan bulunur.^{25(s.164),27,29(s.356),30(s.147),76} Bireyin ölçekten aldığı puan arttıkça tutumlarının da o ölçüde olumlu olduğu varsayılır.²⁷

Ölçeklerle çalışmanın bazı avantaj ve dezavantajları söz konusudur.

Likert tipi ölçeğin avantajları^{27,29(s.363),30(s.139,155-156)}

- Geliştirilmesi ve kullanımı diğer ölçeklere oranla nispeten daha kolaydır.
- Ölçekte yer alan her madde eşit değerdedir.
- İfadeler, obje ile doğrudan doğruya ilişkilerine bakılarak değil, işe yarama derecelerine bakılarak ve konu ile ilişkili hususlar dikkate alınarak dolaylı olarak da hazırlanabilir.
- Verilerin oldukça güvenilir bir şekilde toplanmasını sağlar.
- Oluşturulan tutum ifadelerine bireyin farklı derecelerde katılma olanağı vardır. Bu sayede tutumun hem derecesi hem de yönü hesaplanabilir.
- Seçenek sayısının artması, ölçeğin güvenilirliğini artırır.
- Maliyeti düşük ve uygulanması kolaydır.
- Katılımcılar (denekler) tarafından kolayca okunup işaretlenebilir.
- Tutumların tutarlı ve sürekli bir şekilde değerlendirilmesini sağlar.
- Çok çeşitli tutum objelerine ve durumlarına uyarlanabilir.
- Thurstone ölçeklerindeki gibi bir hakem heyeti gerekmez.
- Maddelerin ayırt ediciliği, deneysel bir yaklaşımla cevaplayıcıların tepkilerine göre saptanır.
- Uygun formata dönüştürüldüğünde optik okuyucular aracılığı ile hızlı bir şekilde değerlendirilebilir.

Likert tipi ölçeğin dezavantajları^{27,30(s.139,155-156)}

- Ölçeğin geçerliliğinin kanıtlanması zordur.
- Madde analizi sayesinde tek boyutluluk sağlanmaya çalışılsa da tam anlamıyla tek boyutlu ve homojen olduğu söylenemez.
- Bu ölçekte gerçekte eşit aralıklar yoktur. Bu nedenle yeniden üretilebilme yani

tekrarlanabilme aralığı net değildir.

- Farklı cevap ifadelerinin aynı toplam puanı üretebilmesi nedeniyle elde edilen puanlar katılımcının duygularını net ve kesin bir şekilde yansıtamayabilir.
- Bireyler bir tutum bakımından sıralanabilirken, bir kişinin tutumunun bir başka kişiden ne kadar daha olumlu olduğunu bulmak olanaksızdır.
- Çok-boyutlu kavramlar oluşturulamaz.
- Likert ölçeği bir sıralama ölçeği olduğundan sıfır noktası yoktur. Tutumlar hesaplanırken ortaya yakın olanların yorumunu yazmak zordur.
- Ölçekten elde edilen puanlar örnekleme oranlanarak yorumlanır, bağımsız olarak değerlendirilemez.
- Geçerli ve güvenilir araçları oluşturmak için gereken zaman uzundur.
- Ayrıca tüm kendi kendini rapor etme araçlarında olduğu gibi deneklerin yanlış beyanına, algılama ve işaretleme hatalarına bağlı sorunlar yaşanabilir.

Likert Tipi Tutum Ölçeği Geliştirme

Likert tipi tutum ölçeği geliştirilirken yapılacak işlemlerin basamakları şu şekilde sıralanabilir:^{26-28(s.216),30(s.141-142),76,80-82(s.3-15)}

1. Uygun örneklem ve ölçekte yer alacak maddelerin seçimi için odak grup görüşmesi, kompozisyon yazdırma ve literatür taramasının yapılması,
2. Madde havuzunda yer alacak ifadelerin yazılması,
3. Ölçeğin kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi için uzman görüşlerinin alınması ve gerekli düzeltmelerin (madde atma, düzeltme, önerilenleri ekleme vb.) yapılması,
4. Pilot uygulama için ölçek formu ve yönergenin oluşturulması,
5. Ölçeğin yüzey geçerliğinin değerlendirilmesi için deneme formunun küçük bir gruba uygulanması (pilot uygulama yapılması),

6. Pilot uygulama sonrası gerekli düzeltmelerin yapılması ve örneklem grubuna uygulanacak ölçek formunun oluşturulması,
7. Ölçeğin örneklem grubuna uygulanması,
8. Ölçme aracının zamana göre değişmezliğini sınamak için örneklemden seçilen bir gruba uygun bir süre sonrasında ölçeğin ikinci kez uygulanması,
9. Örneklemden elde edilen tüm bilgilerin veri setine kodlanması,
10. Nihai ölçekte yer alacak maddelerin seçimi ve boyutlandırma için gerekli istatistiksel analizlerin (geçerlilik, güvenirlik, faktör analizi vb.) yapılması,
11. Boyutlandırma, istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan maddelerin ölçekten çıkarılması sonrasında ölçeğe son şeklinin verilerek standardize hale getirilmesi.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, prekonsepsiyonel bilgi ve tutumların değerlendirilmesinde kullanılmak üzere Türk Kültürü'ne özgü bir ölçek geliştirmek amacıyla, metodolojik araştırma modeli kullanılarak yapılmıştır.⁸⁴

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma, 01 Ocak -01 Ağustos 2013 tarihleri arasında Artvin Devlet Hastanesi, Artvin ilindeki Aile Hekimlikleri ve Artvin Çoruh Üniversitesi'nde yapılmıştır.

Artvin ili, Doğu Karadeniz Bölgesinde yer almakta olup, 7.367 km² yüzölçümüne sahiptir. Artvin; doğusunda Ardahan, güneyinde Erzurum, batısında Rize, kuzeyinde Karadeniz ve kuzeydoğusunda Gürcistan ile komşudur. Biri merkez ilçe olmak üzere toplam 8 ilçesi (Merkez, Ardanuç, Arhavi, Borçka, Hopa, Murgul, Şavşat, Yusufeli) vardır.⁸⁵

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin 2013 yılına ait verilere göre; Artvin il ve ilçelerinde toplam, 169.334 kişi (85.160'ı erkek ve 84.174'ü kadın) ikamet etmektedir. İl merkezinde ikamet eden kişi sayısı ise 33.415 (16.906'ü erkek ve 16.509'i kadın)'dir.⁸⁶

Artvin il merkezinde; Artvin Kamu Hastaneler Birliği bünyesinde 1 Devlet Hastanesi, 1 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, 1 Toplum Sağlığı Merkezi ve 2 Aile Sağlığı Merkezi mevcuttur. 2013 yılı itibarı ile 10 aile hekimi görev yapmaktadır. İlde 1 Üniversite ve Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı çeşitli düzeylerde eğitim kurumları mevcuttur.⁸⁵

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 18-45 yaş arası evli ve bekâr kadınlar oluşturmaktadır. Çalışmada, 18-45 yaş arasındaki kadınların tercih edilme nedeni; bu yaş grubunun fertil

dönemi kapsamasıdır. Evren kendi içerisinde ikiye ayrılmaktadır. İlk evren, Artvin ilinde ikamet eden ve üniversitede öğrenci olmayan 18-45 yaş arası kadınlardan oluşmaktadır ve yaklaşık 4000 kişidir. İkinci evren, Artvin Çoruh Üniversitesi'nde sağlıkla ilgili alanlar dışında önlisans ve lisans düzeyinde öğrenim gören kız öğrencilerden oluşmaktadır. Araştırmanın yapıldığı dönemde Artvin Çoruh Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'ndan elde edilen verilere göre 18-45 yaş arası kız öğrenci sayısı 2050 (1500 merkez, 550 ilçeler)'dir.

Ölçek geliştirme çalışmalarında örneklem sayısı tespiti yapılırken ölçekte yer alan madde sayısı doğrultusunda karar verilmesi önerilmektedir. Bu çalışmada, 77 maddeden oluşan ölçek formu kullanıldığı için örneklem sayısının en az 385, en fazla 2310 kişi olması gerekmektedir. Araştırmanın örneklemini, belirtilen evrenlerden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan kadınlar oluşturmuştur. Taslak ölçek formları, 15 Nisan-01 Ağustos 2013 tarihleri arasında daha önce pilot uygulamaya katılmamış olan 968 kişiye uygulanmıştır. Ancak veriler, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) veri setine işlenirken, bunlardan 55 tane anket formu eksik doldurulduğu için işleme konulmamış ve çalışma toplam 913 gönüllüyle (402'si evli, 511'i bekâr) tamamlanmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- İlkokul mezunu ve üstü eğitim düzeyine sahip olmak,
- Formları yanıtlamaya engel olacak düzeyde iletişim, işitme veya görme sorunu olmamak.
- Veri toplama sürecinde Artvin ilinde ikamet ediyor olmak,
- 18-45 yaş arasında bekâr veya evli kadın olmak,
- Artvin Çoruh Üniversitesi'nin sağlıkla ilgili bölümleri (İlk ve Acil Yardım

Bölümü ve Hemşirelik Bölümü) dışındaki bölümlerde öğrenim görüyor olmak,

- Gebe olmamak,
- Lohusa olmamak,
- Tüp Ligasyonu veya fertiliteyi engelleyen operasyon geçirmemiş olmak,
- Menopoza girmiş olmamak,
- Sağlık çalışanı (doktor, ebe, hemşire, vb.) olmamak,

Araştırma kapsamına alınan gönüllülerin sosyo-demografik ve evlilik durumları ile ilgili tanıtıcı özellikler Tablo 3.1.'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Bekâr ve Evli Kadınların Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Bekâr (n=511)		Evli (n=402)		Örneklem Geneli (N=913)	
	Ort.±SS (Min- Max)		Ort.±SS (Min- Max)		Ort.±SS (Min- Max)	
Yaş (Yıl)	21.96 ±3.46		33.37 ±5.76		26.98 ±7.31	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eğitim Durumu						
İlkokul	5	1	76	18.9	81	8.9
İlköğretim/Ortaokul	1	0.2	59	14.7	60	6.6
Lise ve Dengi Okul	474	92.7	161	40	635	69.5
Üniversite ve Üzeri	31	6.1	106	26.4	137	15.0
Araştırma						
Esnasında Öğrenci						
Olma Durumu						
Öğrenci Değil	54	10.6	370	92.0	424	46.5
Öğrenci	457	89.4	32	8.0	489	53.5
Öğrenim						
Gördüğü Birim						
Orman Fakültesi	55	12.0	0	0	55	11.2
Eğitim Fakültesi	87	19.0	0	0	87	17.8
Fen Edebiyat Fakültesi	48	10.5	1	3.1	49	10.0

Tablo 3.1'in Devamı

Özellikler	Bekâr (n=511)		Evli (n=402)		Örneklem Geneli (N=913)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Öğrenim						
Gördüğü Birim						
İlahiyat Fakültesi	79	17.3	1	3.1	80	16.3
Meslek Yüksekokulu	187	41.0	8	25	195	40.0
Açık Öğretim Fakültesi	1	0.2	17	53.2	18	3.7
Açık Öğretim Lisesi	0	0	5	15.6	5	1.0
Öğrencilerin						
Öğrenim						
Gördüğü Sınıf						
1.sınıf	151	33.0	9	28.1	160	32.7
2.sınıf	151	33.0	13*	40.6	164	33.6
3.sınıf	112	24.5	7*	21.9	119	24.3
4.sınıf	43	9.5	3	9.4	46	9.4
Mesleği/İşi						
Ev Hanımı	9	1.8	175	43.5	184	20.1
Memur	24	4.7	89	22.1	113	12.4
İşçi	20	3.9	86	21.4	106	11.6
Serbest Meslek	7	1.4	46	11.5	53	5.8
Üniversite Öğrencisi**	451	88.2	6	1.5	457	50.1
Sosyal Güvence						
Durumu						
Yok	37	7.2	16	4	53	5.8
Var	474	92.8	386	96	860	94.2

* 2. Sınıftaki öğrencilerden 1 tanesi, 3. Sınıftaki öğrencilerden 4 tanesi Açık Öğretim Lisesi'nde öğrencidir.

** Öğrencilerden 6 kişi aynı zamanda çalışmaktadır (1'i serbest meslek 2'si işçi, 3'ü memur).

Tablo 3.1.'in Devamı

Özellikler	Bekâr (n=511)		Evli (n=402)		Örneklem Geneli (N=913)	
	Ort.±SS (Min- Max)		Ort.±SS (Min- Max)		Ort.±SS (Min- Max)	
Aylık Ortalama Maddi Gelir Düzeyi						
	572±501	50-4000	1739±1008	200-6000	1085±961	50-6000
Aylık Gelirinin Giderlerini Karşılama Durumu						
Hayır	434±291	100-2000	1323±724	200-5000	868±704	100-5000
Evet	756±628	100-3000	2327± 113	500-6000	1445±118	100-6000
Kısmen	517±452	50-4000	1589±875	500-5000	958±844	50-5000
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Aylık Gelirinin Giderlerini Karşılama Durumu						
Hayır	126	24.7	120	29.9	246	27.0
Evet	160	31.3	125	31.1	285	31.2
Kısmen	225	44.0	157	39.0	382	41.8
Bekârların Evlilik Planı						
Evlilik Planı Yok	31	6.0	-	-	31	6.0
Kararsız	56	11.0	-	-	56	11.0
Gelecekte Evlenmeyi Planlıyor	424	83.0	-	-	424	83.0
	Ort.±SS (Min- Max)		Ort.±SS (Min- Max)		Ort.±SS (Min- Max)	
Evlilik Süresi (Ay)	-		129.52±80.55		-	
	-		3-360		-	
Ne Kadar Zaman Sonra Evlenmeyi Planladığı (Ay)	51.96±26.6		-		-	
	1-220		-		-	

Araştırmaya katılanların %56'sının bekâr, %44'ünün evli olduğu belirlenmiştir. Bekâr kadınların yaş ortalamasının 21.96 ± 3.46 , evli kadınların 33.37 ± 5.76 ve örneklemin genelinin ise 26.98 ± 7.31 olduğu bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan kadınların; %8.9'u ilkokul mezunu, %6.6'sı ilköğretim veya ortaokul mezunu, %69.5'i lise ve dengi okul mezunu, %15'i ise üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahiptir.

Örnekleme alınan kadınların; %53.5'i araştırmanın yürütüldüğü tarihte çeşitli eğitim kurumlarında öğrenci olduklarını beyan etmiştir. Araştırmaya alınan bekâr kadınların %1.8'inin ev hanımı, %4.7'sinin memur, %3.9'unun işçi ve %1.4'ünün serbest meslek sahibi olduğu bulunmuştur. Evli kadınların %43.5'inin ev hanımı, %22.1'inin memur, %21.4'ünün işçi, %11.5'inin serbest meslekle uğraştığı saptanmıştır. Örnekleme alınan kadınların, %94.2'sinin sosyal güvencesinin olduğunu, %5.8'inin sosyal güvencesinin olmadığı belirlenmiştir. Örnekleme alınan bekâr kadınların aylık gelir düzeyinin ortalama 572 ± 501 (Min=50, Max=4000) Türk Lirası, evli kadınların ortalama 1739 ± 1008 (Min=200, Max=6000) Türk Lirası olduğu saptanmıştır. Kadınların %27'si aylık gelirinin (868 ± 704) giderlerini karşılamadığını, %41.8'i aylık gelirinin (958 ± 844) giderlerini kısmen karşıladığını, %31.2'si aylık gelirinin (1445 ± 1179) giderlerini karşıladığını bildirmiştir. Aylık ortalama 434 ± 291 ve altında maddi geliri olan bekâr kadınların (%24.7) gelirlerinin giderlerini karşılamadığı, aylık ortalama maddi geliri 756 ± 628 ve üzerinde olan bekâr kadınların (%31.3) gelirlerinin giderlerini karşıladığı, aylık ortalama maddi geliri 517 ± 452 Türk Lirası civarında olan bekâr kadınların (%44.0) ise gelirlerinin giderlerini kısmen karşıladığı saptanmıştır. Evli kadınların ise %29.9'unun gelirinin giderini karşılamadığı, %31.1'inin gelirinin giderini karşıladığı ve %39'unun gelirinin giderini kısmen karşıladığı belirlenmiştir.

Örnekleme alınan evli kadınların ortalama evlilik süresi 129.52 ± 80.55 (Min=3, Max=360) ay olarak bulunmuştur. Bekâr kadınların ise %83'ünün gelecekte evlenmeyi

planladığı, %11'inin kararsız olduğu ve %6'sının evlilik planının olmadığı tespit edilmiştir. Evlilik planı olan bekâr kadınların ortalama 51.96±26.6 ay sonra evlenmeyi planladığı saptanmıştır.

Atıftırma kadınların, gebelikle ilgili planları, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duyma durumları Tablo 3.2'de verilmiştir.

Tablo 3.2. Bekâr ve Evli Kadınların Gebelikle İlgili Planları, Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Kavramını Duyma Durumlarının Dağılımı

Özellikler	Bekâr (n=511)		Evli (n=402)		Örneklem Geneli (N=913)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gelecekte Gebelik Planlama Durumu						
İstemiyor	39	7.6	215	53.5	254	27.8
Kararsız	137	26.8	66	16.4	203	22.2
İstiyor	335	65.6	121	30.1	456	49.9
	Ort.±SS (Min- Max)		Ort.±SS (Min-Max)		Ort.±SS (Min-Max)	
Ne Kadar						
Zaman Sonra	70.75 ±27.68		26.63 ±22.84		59.11 ±32.85	
Gebe Kalmak	9-180		1-120		1-180	
İsteddiği (Ay)						
1 yıldan kısa sürede	1	0.3	27	22.3	28	6.1
1-5 yıl içerisinde	146	43.6	90	74.4	236	51.8
6-10 yıl içerisinde	183	54.6	4	3.3	187	41.0
10 yıldan fazla sürede	5	1.5	0	0	5	1.1
Prekonsepsiyonel						
Danışmanlık ve Bakım Kavramını Duyma Durumu						
Hayır	278	54.4	259	64.4	537	58.8
Evet	233	45.6	143	35.6	376	41.2

Tablo 3.2.'nin Devamı

Özellikler	Bekâr (n=511)		Evli (n=402)		Örneklem Geneli (N=913)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Prekonsepsiyonel Danışmanlık veya Bakım Kavramını Nereden Duyduğu*						
Doktor	30	6.2	57	22.0	87	11.7
Hemşire/Ebe	41	8.5	56	21.6	97	13.1
TV	113	23.5	48	18.5	161	21.7
İnternet	76	15.7	39	15.1	115	15.5
Yazılı Doküman (Kitap, dergi, gazete vb.)	34	7.0	12	4.6	46	6.2
Okul	35	7.2	4	1.5	39	5.2
Aile	81	16.8	13	5.1	94	12.7
Arkadaş	73	15.1	30	11.6	103	13.9
Toplam Yanıt Sayısı	483	65.0	259	35.0	742	100

* Bu soruda kadınlar birden fazla seçenek işaretlemiş ve yüzdeler toplam yanıt sayısı üzerinden alınmıştır.

Tablo 3.2. incelendiğinde bekâr kadınların %65.6'sının gelecekte gebe kalmak istediği %26.8'inin kararsız olduğu ve %7.6'sının gebe kalmak istemediği saptanmıştır. Evli kadınların ise yarıdan fazlasının (%53.5) gelecekte gebelik istemediği, az bir kısmının kararsız (%16.4) olduğu ve %30.1'inin gelecekte gebe kalmak istediği saptanmıştır. Gelecekte gebe kalmak istediğini beyan edenlerin ne kadar zaman sonra gebe kalmayı planladıkları incelendiğinde; bekâr kadınların ortalama 70.75 ± 27.68 (Min=9, Max=180) ay sonra ve evli kadınların ortalama 26.63 ± 22.84 (Min=1, Max=120) ay sonra gebe kalmak istedikleri belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duyma durumları

incelendiğinde; %58.8'inin bu kavramı daha önce duymadığı, %41.2'sinin duyduğu belirlenmiştir. Bekâr kadınların %54.4'ü, evli kadınların %64.4'ü bu kavramı daha önce duymadığını ifade etmiştir. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramının hangi kaynaklardan duyulduğu incelendiğinde; bekâr kadınların bu kavramı daha çok TV (%23.5), aile (%16.8), internet (%15.7) ve arkadaş (%15.1)'den duyduğu, daha az oranlarda ise hemşire ya da ebe (%8.5), okul (%7.2), kitap, dergi, gazete vb. yazılı dokümanlar (%7.0) ve doktordan (%6.2) duyduğu belirlenmiştir. Evli kadınların ise prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını daha çok doktor (%22.0), hemşire ya da ebe (%21.6) ve TV (%18.5)'den duyduğu, daha az oranda internet (%15.1), arkadaş (%11.6), yazılı dokümanlar (%4.6), aile (%5.1) ve okuldan (%1.5) duyduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan evli kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 3.3'de verilmiştir.

Tablo 3.3 Evli Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n= 402)

Obstetrik Özellikler	Ort.± SS	Min- Max	Sayı	%
Daha Önce Gebe Kalma Durumu				
Gebe Kalmadı			39	9.7
Gebe Kaldı			363	90.3
En Son Ne Kadar Zaman Önce Gebe Kaldığı (Ay)	73.34±59.13	3-276		
Toplam Kaç Kez Gebe Kaldığı*	2.06±1.43	0-9		
Hiç			39	9.7
1 kez			105	26.1
2 kez			149	37.1
3 kez			59*	14.7
4 ve üzeri			50*	12.4

* 2 kadın ektopik gebelik geçirmiştir.

Tablo 3.3.'ün Devamı (n= 402)

Obstetrik Özellikler	Ort.± SS	Min- Max	Sayı	%
Toplam Kaç Kez Canlı Doğum Yaptığı	1.76±0.81	0-5	363	100
Hiç			9	2.5
1			132	36.4
2			169	46.6
3			43	11.8
4 ve üzeri			10	2.7
Toplam Yaşayan Çocuk Sayısı**	1.73 ±0.79	0-5	363	100
Hiç			12	3.3
1			129	35.5
2			172**	47.4
3			43	11.8
4 ve üzeri			7	2.0
Toplam Ölü Doğum Sayısı	0.08 ±0.37	0-4	363	100
Hiç			339	93.4
1			20	5.5
2 ve üzeri			4	1.1
Toplam Düşük Sayısı	0.29±0.65	0-4	363	100
Hiç			287	79.0
1			58	16.0
2			10	2.8
3 ve üzeri			8	2.2
Toplam Küretaj Sayısı	0.14±0.48	0-4	363	100
Hiç			322	88.7
1			36	9.9
2 ve üzeri			5	1.4

** 3 kadın ikiz doğum yapmıştır.

Tablo 3.3'deki obstetrik özellikler incelendiğinde evli kadınların ortalama 2.06±1.43 (Min=0 Max=9) kez gebe kaldığı görülmektedir. Bu kadınların %9.7'si hiç gebe kalmadığı, %90.3'ü ise en az bir kez gebe kaldığı saptanmıştır.

Toplam kaç kez gebe kaldıkları incelendiğinde; %26.1'inin 1 kez, %37.1'inin 2 kez, %14.7'sinin 3 kez ve %12.4'ünün 4 ve daha fazla kez gebe kaldığı görülmektedir. Daha önce gebe kalanların canlı doğum sayıları incelendiğinde; %36.4'ünün 1 kez, %46.6'sının 2 kez, %11.8'inin 3 kez, %2.7'sinin 4 ve daha fazla canlı doğum yaptığı belirlenmiştir. Daha önce gebe kaldığını beyan eden kadınların toplam yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.73 ± 0.79 (Min=0 Max=5) olarak bulunmuştur. Bu kadınların %35.5'inin 1, %47.4'ünün 2, %11.8'inin 3, %2'sinin 4 ve daha fazla yaşayan çocuğa sahip olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan evli kadınların %5.5'inin bir kez %1.1'inin iki ve daha fazla sayıda ölü doğum yaptıkları bulunmuştur. Daha önce gebe kalan evli kadınların, %16'sının bir kez, %2.8'inin iki kez, %2.2'sinin 3 ve daha fazla kez düşük yaptığı saptanmıştır. Evli kadınların %9.9'unun 1, %1.4'ünün 2 ve daha fazla küretaj geçirdiği belirlenmiştir. Ayrıca 3 kadın ikiz doğum yaptığını ve 2 kadın ise ektopik gebelik geçirdiğini ifade etmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, “**Kişisel Bilgi Formu**” ve “**Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği (PKTÖ)**” ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (EK-4)

Literatür^{5,7-10,33,34,48} bilgileri doğrultusunda oluşturulan kişisel bilgi formu (EK-4) katılımcıların sosyo-demografik, obstetrik ve prekonsepsiyonel bilgilerini içeren 22 adet sorudan oluşmaktadır.

Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği (PKTÖ)

Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği (PKTÖ) geliştirilirken literatür^{7-10,19,21,33,34,39,48-52} bilgileri ve prekonsepsiyonel bakımın bileşenleri doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan 87 maddeli taslak ölçek formu (EK-5), uzmanların

görüşleri doğrultusunda 76 maddeye indirilmiş (EK-9) ve pilot uygulama sonucunda anlam karışıklığına yol açan bir madde, iki madde halinde yazılarak örneklem grubuna uygulanan 77 maddelik bir ölçek (EK-10) elde edilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, 15 Nisan-01 Ağustos 2013 tarihleri arasında Artvin Devlet Hastanesi ve Artvin ilindeki Aile Hekimlikleri'ne çeşitli nedenlerle başvuran bayanlar ile Artvin Çoruh Üniversitesi'nde öğrenim gören kız öğrencilerden toplanmıştır. Üniversite öğrencilerine ait veriler, derslerini aksatmayacak şekilde eğitim aldıkları sınıflarda toplanmıştır. Kadınlara ait veriler ise belirtilen sağlık kuruluşlarında toplanmıştır. Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildikten sonra “Kişisel Bilgi Formu” ve “Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği” verilmiş ve doldurmaları istenmiştir. Formlar, yaklaşık 25 (20-30) dakikada doldurulmuştur.

3.6. Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeğinin Geliştirilme Aşamaları

Geliştirilen bir ölçeğin standardize olması için, güvenirlik (reliability) ve geçerlilik (validity) gibi iki temel psikometrik özelliğe sahip olması gerekir. Bu özelliklerin sağlanabilmesi için “Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği” geliştirilirken aşağıdaki aşamalar izlenmiştir:

3.6.1. Literatür Taraması ve Madde Havuzunun Oluşturulması

PKTÖ geliştirilirken literatür taraması ve uzman görüşlerinden yararlanma teknikleri kullanılmıştır. Bu ölçeğin hazırlanma aşamasında Doğum Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği alanında bir uzmandan (tez danışmanı), Ölçme Değerlendirme alanında bir uzmandan ve Türk Dili alanında 2 uzmandan destek alınmıştır. (EK-7)

Ölçeğe ait tutum ifadeleri yazılırken konu ile ilgili kaynak kitaplar^{2, 3, 12(35-62), 17, 30(141-156), 31, 54, 82} ve makale literatürü^{7-10,19,21,26,33,34,39,48-52} incelenmiş, prekonsepsiyonel bakımın bileşenleri ve uzmanların önerileri doğrultusunda 87 adet tutum cümlesi

oluşturulmuştur. Bu ifadeler; “tamamen katılıyorum”, “çok katılıyorum”, “orta derecede katılıyorum”, “az katılıyorum”, “hiç katılmıyorum” şeklinde ve 5’li likert tipinde derecelendirilmiştir.

3.6.2. Ölçme Aracının Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

PKTÖ'nin geçerliliği; kapsam-içerik geçerliliği, yüzey-görünüm geçerliliği ve yapı geçerliliğine bakılarak değerlendirilmiştir.

Kapsam-İçerik Geçerliliği

Ölçeğin kapsam-içerik geçerliliğini değerlendirmek için etik kurul izni alındıktan sonra, 29 uzmana e-mail yoluyla davet gönderilmiştir. Daveti kabul eden uzmanlara 87 maddelik taslak ölçek formu ve değerlendirme esaslarını içeren “Uzman Görüş Yönergesi” (EK-6) e-mail yoluyla gönderilmiştir. Uzmanlardan her bir maddeyi “gerekli”, “yararlı ancak yetersiz”, “gereksiz” olarak derecelendirmesi ve her madde konusunda varsa önerileri istenmiştir. Ayrıca dil ve kapsam geçerliliğinin hesaplanması için her maddeyi aşağıdaki kriterler doğrultusunda değerlendirmeleri talep edilmiştir.

- Ölçekteki maddeler, ölçülecek özellikleri temsil ediyor mu?
- Hedef kitle tarafından kolayca anlaşılabilir mi?
- Maddeler yeteri kadar açık ifade edilmiş mi?
- Maddeler, ölçekte yer alabilir mi?

Taslak ölçeği değerlendirmesi için davet edilen 29 uzmandan; 3’ü iş yoğunluğu gerekçesiyle daveti reddetmiştir. İki uzman davete hiçbir yanıt vermemiştir. Beş uzman daveti kabul etmesine rağmen ölçeği değerlendirmeleri için tanınan yaklaşık 2 aylık sürede yanıt vermemiştir. 3 uzman ölçeğin geneli hakkında fikir belirtmesine rağmen maddeleri tek tek değerlendirmemiştir. Sonuçta; davete olumlu cevap veren ve uygun şekilde değerlendirmeyi tamamlayan 16 uzmandan gelen öneriler doğrultusunda taslak ölçeğin gerekli düzeltmeleri yapılmış ve kapsam geçerliği hesaplanmıştır. Bu

uzmanların; 6'sı profesör, 1'i doçent ve 1'i yardımcı doçent olmak üzere 8'i Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında görev yapmaktadır. Diğer uzmanlar ise Halk Sağlığı Hemşireliği alanında 3 profesör, ölçme değerlendirme alanında 1 profesör, Psikoloji alanında 1 profesör, Obstetri ve Jinekoloji alanında 1 uzman hekim, biri uzman olmak üzere 2 aile hekiminden oluşmaktadır (EK-7)

Uzman görüşleri tek bir formda birleştirildikten sonra her bir madde için kapsam geçerlilik oranları aşağıdaki formül ile hesaplanmıştır.

$$KGO_{madde} = \frac{NG}{N/2} - 1$$

* **KGO:** Kapsam Geçerlilik Oranı
 * **NG:** Maddeye Gerekli Diyen Uzman Sayısı
 * **N:** Maddeye İlişkin Görüş Belirten Toplam Uzman Sayısı

Her bir madde için hesaplanan Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO) değerleri; Veneziano ve Hooper (1997) tarafından standardize hale getirilen minimum kapsam geçerlilik ölçüt değerleri tablosu²⁶ ile karşılaştırılarak Lawse'nin Minimum KGÖ'ne göre maddelerin anlamlı olup olmadığına bakılmıştır. Görüşüne başvurulmuş 16 uzman olması nedeniyle KGÖ değeri 0.49 olarak alınmış ve bu değerin altında olan 11 madde istatistiksel olarak anlamsız kabul edilerek ölçekten atılmıştır.

Madde atma sürecinden sonra kalan maddelerin, Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) araştırılmış ve $KGİ \geq KGO$ veya $KGİ/KGO \geq 0$ 'ı sağlayan maddeler, istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Başlangıçta 87 tutum ifadesinin yer aldığı taslak ölçek formu; uzmanların önerileri ve yapılan kapsam geçerlilik analizleri neticesinde 76 madde olacak şekilde yeniden yapılandırılmıştır. Elde edilen 76 maddelik taslak ölçek formu (EK-9), pilot uygulama yapılmadan önce Türk Dili alanında başka bir uzman tarafından tekrar incelenmiş, yaptığı öneriler doğrultusunda anlatım ve dilbilgisi eksiklikleri giderilmeye çalışılmıştır.

Yüzey-Görünüm Geçerliliği

Kapsam geçerlilik analizleri ve uzman görüşü doğrultusunda gerekli düzeltmeler (madde atma, birleştirme, düzeltme, önerilenleri ekleme, anlatım ve dilbilgisi düzeltmeleri vb.) yapılarak 76 maddeye indirgenen taslak ölçek formu, yüzey-görünüm geçerliğini değerlendirmek için yüz yüze görüşme yöntemiyle 38 gönüllüye (17 evli, 21 bekâr) pilot uygulama yoluyla uygulanmıştır. Bu süreçte soruların hedef grup tarafından anlaşılabilirliği, dil geçerliliği ve ölçeğin ortalama cevaplanma süresi kontrol edilmiştir.

Pilot uygulamaya katılan tüm bireylere, standart şekilde davranılmıştır. Ölçeği yönergeye uygun doldurmaları, işaretli madde bırakmamaları, anlamadıkları ifadeler olursa bunların altlarını çizerek, testi tamamladıktan sonra araştırmacıya sormaları istenmiştir. Formları tamamlayan katılımcılara yönergedeki açıklamaların yeterliliği, soruların sayısı, sıralaması, maddelerin anlaşılabilirliği, derecelemede zorluk yaşama durumları, cevaplama zorlandıkları soru olup olmadığı, anketi doldururken yardıma ihtiyaç duyup duymadıkları sorulmuştur. Ayrıca test hakkındaki genel görüş ve önerileri alınmıştır.

Pilot uygulama sonucunda; bireyler tarafından anlaşılmayan maddeler tekrar gözden geçirilerek, daha anlaşılır hale getirilmesi için aşağıda belirtilen düzeltmeler yapılmıştır:

- Altıncı sorudaki “Gebe kalmadan 3 (üç) ay önce, Folik Asit (B₉ vitamini) kullanmaya başlamam gereksizdir.” İfadesi “Gebe kalmadan 3 (üç) ay önce, vitamin ilacı (Folik Asit/B₉ vitamini) kullanmaya başlamam gereksizdir.” şeklinde düzeltilmiştir.
- Sekizinci sorudaki “Gebe kalmak istersem, iki adet arasına rastlayan günlerde, gün aşırı cinsel ilişkide bulunmam gerekir” ifadesi “Gebe kalmak istersem, iki adet arasına rastlayan günlerde, gün aşırı (iki günde bir) cinsel ilişkide

bulunmam gerekir.” şeklinde düzeltilmiştir.

- Yirmi sekizinci soruda yer alan “Çiğ et (çiğ köfte, salam, sosis vb.) yemem ve çiğ ete çıplak elle dokunmam” ifadesi, “Çiğ et (çiğ köfte, salam, sosis vb.) yemem” ve “Çiğ ete çıplak elle dokunursam, ellerimi sabunla yıkamama gerek yoktur” şeklinde 2 ayrı madde olarak düzenlenmiştir.
- Bazı yerlerde olumlu ifadeler, bazı yerlerde ise olumsuz ifadeler çok fazla arka arkaya denk geldiği için bu durumun cevaplamayı olumsuz etkileyebileceği düşünülerek bazı soruların yerlerinde değişiklik yapılmış, olumlu ve olumsuz ifadeler rastgele sıralanmıştır.

Pilot uygulama sonucunda yeniden düzenlenen PKTÖ'nde; toplam 77 madde yer almıştır. Bu maddelerin 56'sı olumlu (düz) ve 21'i olumsuz (ters) ifadeleri içermektedir (EK-10).

Yapı Geçerliliği

PKTÖ'nin yapı geçerliliği açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılarak araştırılmıştır. Bu analizler yapılmadan önce veri setinin analizler için uygunluğunun değerlendirilmesi gereklidir. Bu nedenle PKTÖ'nin yapı geçerliliği araştırılırken, öncelikle örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygun olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Testi ve Bartlett's Sphericity (küresellik) Testi ile araştırılmıştır. Yapılan analizlerde KMO değerinin 0.50'nin üzerinde olduğu, Bartlett's Sphericity Testi sonucunun da anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca ölçek maddelerinin anti imaj korelasyonlarına bakılmış tüm anti imaj korelasyon değerlerinin anlamlı olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda veri setinin faktör analizleri için uygun olduğu anlaşıldığı için öncelikle ölçeğin faktör yapısını saptamak amacıyla önce açıklayıcı faktör analizi daha sonra ise belirlenen faktör yapısının geçerli bir model olup olmadığını değerlendirmek için de doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Açıklayıcı Faktör Analizi

Yeni geliştirilen bir ölçek olması nedeniyle PKTÖ'nin açıklayıcı faktör analizleri (AFA) 4 aşamalı olarak değerlendirilmiştir:

Birinci aşamada veri setinin faktör analizi için uygun olup olmadığını anlamak amacıyla KMO Testi, Bartlett's Sphericity Testi yapılmış ve maddelerin anti-imaj korelasyonları çıkarılmıştır. İkinci aşamada Temel Bileşenler Analizi yöntemi ve varimax rotasyonları kullanılarak faktörler belirlenmeye çalışılmıştır. Bu aşamada 11 faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Üçüncü aşamada varimax rotasyonları devam ettirilmiş, Scree Plot testi yapılarak elde edilen grafiğin, eğimindeki ilk ani değişiklik doğrultusunda ölçeğin faktör sayısı 7 faktör ile sınırlandırılmıştır. Bu aşamada ayrıca elde edilen faktör yüklerinin, toplam varyansın %40'ını açıklayabilmesine ve her boyutta en az 3 madde olmasına dikkat edilmiştir. Örneklem büyüklüğü 350'nin üzerinde olduğu için faktör yükü 0.30 ve üzerinde olan maddeler ölçeğe alınmıştır. Ancak 20. madde, faktör yükü 0.29 olmasına rağmen çok gerekli bir madde olarak düşünüldüğü için ölçeğe alınmıştır. Dördüncü ve son aşamada ise AFA neticesinde 43 madde ve 7 alt boyuttan oluştuğu saptanan ölçeğin (EK-11), her boyutunda yer alan maddelere bakılarak faktörler isimlendirilmiştir.

Doğrulamalı Faktör Analizi

PKTÖ geliştirilirken DFA literatüre uygun olarak Yapısal Eşitlik Modellemesi (YEM) kullanılmış ve LISREL 8.5 istatistik paket programından yararlanılmıştır.

Yapısal Eşitlik Modellemesi

YEM'de sık kullanılan Model Uyum İndeksleri ve referans değerleri Tablo 3.4.'de verilmiştir.^{28(s.227), 80, 87- 90, 91(410-414)}

Tablo 3.4. Model Uyum İndeksleri ve Referans Değerleri

UYUM İYİLİĞİ GÖSTERGESİ	ARZULANAN İYİ UYUM DEĞERLERİ	KABUL EDİLEBİLİR DEĞERLER
Örneklem Sayısı (N)	Korelasyon analizleri için en az 100 kişilik örneklem tavsiye edilmektedir.	Örneklem sayısı 30' un altında olduğunda analizler yapılamaz.
Critical N (Hoelter N) (CN)	>0.200 CN	Ölçekte yer alan madde sayısının en az 5 katı bireyin örnekleme alınması önerilir.
Ki-kare Değeri	χ^2 değerinin anlamsız çıkması beklenir.	Örneklem büyüklüğü 200'ün üzerinde olduğunda anlamlı çıkma olasılığı fazladır. Bu durumda χ^2/df değerine bakılmalıdır.
Ki-kare/Serbestlik Derecesi χ^2/df	≤ 2	≤ 5
Uyum İyiliği İndeksi (GFI-Goodness of Fit Index)	0.95'dir ve GFI değeri 1'e yaklaştıkça uyum artar.	0.90
Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (AGFI- Adjusted Goodness of Fit Index)	0.90'dir ve AGFI değeri 1'e yaklaştıkça uyum artar.	0.85
Tutarlı Uyum İndeksi (PGFI-Parsimony Goodness of Fit Index)	0.90'dir ve PGFI değeri arttıkça uyum artar.	0.50
Artan Uyum İndeksi (IFI-Incremental Fit Index)	0.95'dir ve IFI değeri 1'e yaklaştıkça uyum artar.	0.90
Karşılaştırmalı Uyum İyiliği (CFI-Comperative Fit Index)	0.95 CFI değeri arttıkça uyum artar.	0.90
Normlaştırılmış (Ölçeklendirilmiş) Uyum İndeksi (NFI-Normed Fit Index)	0.95 NFI değeri arttıkça uyum artar.	0.90
Normlaştırılmamış (Ölçeklendirilmemiş) Uyum İndeksi (NNFI-Non-Normed Fit Index)	0.95'dir ve NNFI değeri 1'e yaklaştıkça uyum artar.	0.80
Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA-Root Mean Square Error Of Approximation)	0.05 ve altındaki değerler iyi uyum olduğunu gösterir.	Maksimum 0.08'dir. 0.08 ile 0.10 arasındaki değerler kötü uyumu gösterdiği için kabul edilemez.
Kök Artık Kareler Ortalaması (RMR-Root Mean Square Residual)	0.05'dir. RMR değeri sıfıra yaklaştıkça uyum artar.	0.08'dir. Yüksek değerler kötü uyumu gösterir.
Standartlaştırılmış Kök Artık Kareler Ortalaması (SRMR-Standardized Root-Meansquare Residual)	0.05'dir. RMR değeri sıfıra yaklaştıkça uyum artar.	0.08'dir. Yüksek değerler kötü uyumu gösterir.
Residual Matrix	± 2.58 den büyük standart hatalar, hata matrisinin en fazla %5'i olmalıdır.	

Kırk üç madde ve yedi faktörden oluşan PKTÖ'nin; YEM analizleri neticesinde elde edilen; χ^2 değeri=1737.55, df= 839 ve χ^2/df değeri 2.70'dır. Diğer uyum iyiliği değerleri olan RMSEA 0.034, NFI 0.92, NNFI 0.92, CFI 0.93, RFI 0.92, IFI 0.92, AGFI 0.89 ve GFI 0.91 olarak bulunmuş ve ölçeğin, kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğu kanısına varılmıştır. Tüm bu veriler doğrultusunda; 43 madde ve yedi faktörden oluşan PKTÖ formunun model veri uygunluğunun olduğu ve yapı geçerliliğini sağladığı söylenebilir.

3.6.3. Ölçme Aracının Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

PKTÖ'nin güvenirliliği; iç tutarlılık güvenirliliğine ve zamana karşı değişmezliği değerlendirmede kullanılan test-tekrar test güvenirliliğine bakılarak değerlendirilmiştir.

İç Tutarlılık Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

PKTÖ'nin iç tutarlılığı, testi yarılama yöntemi (split-half technique) ve madde-toplam puan korelasyonlarına bakılarak değerlendirilmiştir. Bu amaçla bölünmüş ölçek geçerliliği olarak da bilinen iki yarıya bölme tekniğinden (split-half technique) yararlanılarak ölçeğin; Cronbach's Alfa Katsayısı, Guttman Split-Half Katsayısı ve Spearman-Brown Katsayısı hesaplanmıştır.

Madde-toplam puan korelasyonuna bakılması yoluyla maddelerin ayırt ediciliği ve iç tutarlılığın hesaplanmasında ise %27'lik alt ve üst dilimler baz alınmıştır. Örneklem büyüklüğü 400'ün üzerinde olduğu için madde-toplam puan korelasyonu 0.20 ve üzerinde olan maddelerin ölçeğe alınması uygun bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda madde-toplam puan korelasyonu 0.20'nin üzerinde olan kırk üç madde (1., 3., 6., 7., 9., 11., 13., 15., 17., 18., 20., 21., 22., 23., 25., 26., 27., 28., 29., 31., 32., 33., 35., 38., 40., 41., 43., 45., 46., 47., 48., 49., 50., 51., 53., 54., 56., 59., 61., 63., 64., 67., 76.) ölçeğe alınmıştır. Ölçeğe alınan bu maddelerin madde-toplam puan korelasyonları 0.21 ile 0.50 arasında değişmektedir. Kırk üç maddelik ölçeğin, 42 maddesi olumlu

ifade içerirken, 1 maddesi (47. madde) olumsuz yani ters ifade içermektedir.

Ölçme Aracının Zamana Göre Değişmezliği (Test-Tekrar Test)

PKTÖ'nin zamana karşı değişmezliği test-tekrar test tekniğinden yararlanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerden gönüllü onamı alınırken gönüllülerin, tekrar teste katılmak isteyip istemediklerini işaretlemeleri istenmiştir. Tekrar teste katılmayı kabul eden 169 gönüllüye (76'sı evli ve 93'ü bekâr) ilk uygulamadan 15 gün (2 hafta) sonra ölçek, yeniden uygulanarak her iki uygulamadan alınan puanların arasındaki korelasyon değerlendirilmiştir.^{28(s.219), 92} Ölçeğin, ön-test ve son-test ölçüm sonuçları arasındaki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı değeri $r=0.978$ olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. ($p<0.001$).

3.6.4. Ölçme Aracının Standardizasyonu

PKTÖ'nin standardizasyonuna yönelik olarak yapılan işlemler aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Literatür taraması yapılarak, 87 maddeden oluşan taslak ölçek madde havuzu oluşturulmuştur.
- Taslak ölçek maddeleri 5'li likert biçiminde derecelendirilmiştir.
- Taslak ölçeğin kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi için 16 uzmandan görüş ve öneri alınmıştır.
- Kapsam geçerlilik analizleri doğrultusunda gerekli düzeltmeleri yapılmıştır.
- Pilot uygulamada kullanılacak taslak formlar ve ölçek yönergesi hazırlanmıştır.
- Örneklem gurubuna benzer özellikleri taşıyan 38 kişilik bir gruba pilot (ön deneme) uygulama yapılarak, formların doldurulma süresi ve uygulamaya yönelik sorunlar tespit edilmiş, maddeler daha anlaşılır hale getirilmiştir.
- Gerekli düzeltmeleri yapılan 77 maddeli ölçek formu örneklem grubuna uygulanmıştır.

- Ölçme aracının zamana karşı değişmezliğinin değerlendirilmesi için örneklemden seçilen tekrar test grubuna formlar 15 gün sonra yeniden uygulanmıştır.
- Örneklemden elde edilen veriler, bilgisayarda hazırlanan SPSS veri setine işlenmiştir.
- SPSS'e veri girişi yapılırken eksik doldurulduğu tespit edilen formlar iptal edilmiştir.
- Nihai ölçekte yer alacak maddelerin seçimi ve ölçek alt boyutlarının tespiti için gerekli istatistiki analizler yapılmıştır.
- Geçerlilik, güvenirlik ve değişmezlik analizleri neticesinde ölçek uygulama rehberi ve yönergesi hazırlanmıştır.
- Yapılan bu işlemler ve analizler sonucunda 43 madde ve 7 alt boyuttan oluştuğu belirlenen PKTÖ standardize hale getirilmiştir.

Standardize hale getirilmiş nihai ölçek formu EK-11'de verilmiştir. Ölçeğin psikometrik özellikleri, kullanımı ve yorumlamasına yönelik bilgilerin yer aldığı ölçek uygulama rehberi ve yönergesi ise EK-12'de sunulmuştur.

3.6.5. Ölçme Aracının Puanlaması

5'li likert şeklinde derecelenen PKTÖ'deki her bir ifade literatür bilgileri doğrultusunda 1'den 5'e kadar puanlanmıştır.^{26, 27, 31(s.22),76, 80, 82(s.62-63), 83} Buna göre ölçeğin, 77 maddelik taslak formunda bulunan olumlu ifadeler için “Hiç Katılmıyorum” yanıtına: 1 puan, “Az Katılıyorum” yanıtına: 2 puan, “Orta Derecede Katılıyorum” yanıtına: 3 puan, “Çok Katılıyorum” yanıtına: 4 puan, “Tamamen Katılıyorum” yanıtına: 5 puan verilmiştir.

PKTÖ'nin taslak halindeki 77 maddelik formunda bulunan; 4., 8., 12., 16., 19., 24., 30., 34., 37., 42., 47., 52., 55., 58., 62., 65., 68., 69., 71., 74., 77. maddeler olumsuz

ifade (ters ifadeler) içermektedir. Bu maddeler tersten puanlanmıştır. Yani "Hiç Katılmıyorum" yanıtına: 5 puan, "Az Katılıyorum" yanıtına: 4 puan, "Orta Derecede Katılıyorum" yanıtına: 3 puan, "Çok Katılıyorum" yanıtına: 2 puan, "Tamamen Katılıyorum" yanıtına: 1 puan verilmiştir.

PKTÖ'nin istatistiksel analizleri neticesinde elde edilen 43 maddelik son formunda ise sadece 47. madde olumsuz (ters) ifade içerdiği için tersten puanlanması gerekmektedir.

3.6.6. Ölçme Aracından Alınan Puanların Yorumlanması

Yapılan geçerlilik ve güvenirlik analizleri neticesinde kırk üç madde ve yedi boyuttan oluştuğu saptanan PKTÖ'nün alt boyutlarından alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar sırasıyla birinci alt boyut için en düşük 10 ve en yüksek 50; ikinci alt boyut için en düşük 7 ve en yüksek 35; üçüncü alt boyut için en düşük 5 ve en yüksek 25; dördüncü alt boyut için en düşük 8 ve en yüksek 40; beşinci alt boyut için en düşük 5 ve en yüksek 25; altıncı alt boyut için en düşük 5 ve en yüksek 25; yedinci alt boyut için en düşük 3 ve en yüksek 15 puandır. PKTÖ'nin genelinden alınabilecek en düşük puan 43, en yüksek puan ise 215'dir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe, bireyin prekonsepsiyonel bilgi ve tutumlarının da olumlu yönde artması söz konusudur.

3. 7. Ölçme Aracının Geçerlilik ve Güvenirlik Analizlerinde Kullanılan Yöntemler

Araştırma kapsamında toplanan verilerin analizi; bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 18.00 istatistik paket programı ve LISREL 8.5 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Yapılan analizler ve kullanım amaçları Tablo 3.3'de verilmiştir.

Tablo 3.5. Ölçeğin Geliştirilme Sürecinde Yapılan Analizler ve Amaçları

Ölçeğin Geliştirilme Aşamaları	Yapılan Testin Adı	Testin Yapılış Amaçları
Kapsam (İçerik) Geçerliliği	Uzman Görüşü Alınması	Geçerlilik Tespiti
Yüzey-Görünüm (Dil Geçerliliği/ Mantıksal geçerlilik) Geçerliliği	Uzman Görüşü Alınması ve Pilot (Ön) Uygulama	Geçerlilik Tespiti
Örnekleme Yeterliliği	KMO (Kaiser-Meyer Olkin) ve Barlett's Testi	Geçerlilik ve Güvenirlilik
Yapı (Kavram) Geçerliliği	Faktör Analizi Çözümlemeleri - Açıklayıcı Faktör Analizi (Exploratory Factor Analysis) Principal Component (Temel Bileşenler) yöntemi ile Varimax Dik Döndürme Scree Plot Testi - Doğrulayıcı Faktör Analizi (Confirmatory Factor Analysis) Yapısal Eşitlik Modellemesi ile (Structural equations modelling)	Geçerlilik Tespiti
Ölçeğin İç Tutarlılığı ve Homojenliği	Testi Yarılama Tekniği (Split-Half Technique) - Cronbach's Alfa Katsayısı, - Guttman Split-Half Katsayısı ve - Spearman-Brown Korelasyon Katsayılarının hesaplanması Madde-Toplam Puan Analizi - Student t testi - Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu	Güvenirlilik
Ölçeğin Zamana Karşı Değişmezliği (Kararlılığı)	Test-Tekrar Test Metodu (Test-Retest Method) - Bağımlı Gruplarda t testi - Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu	Güvenirlilik

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan 11.12.2012 Tarih ve B.30.2.ATA.0.A1./00.00/.3745 sayısı ile yazılı olarak “Etik Kurul İzini” alınmıştır (EK-2). Etik Kurul izni alınırken “Helsinki Bildirgesi” imzalanmış ve araştırma sürecinde bu bildirgede yer alan maddeler doğrultusunda hareket edilmiştir.^{93,94}

Etik Kurul izni alındıktan sonra araştırmanın yapılması planlanan kurumlardan (Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Artvin Devlet Hastanesi ve Aile Hekimlikleri için Artvin İl Sağlık Müdürlüğünden, Üniversite öğrencileri için Artvin Çoruh Üniversitesi Rektörlüğü ve Kredi ve Yurtlar Kurumu Artvin Yurtkur Müdürlüğünden) yazılı olarak çalışma izni talebinde bulunulmuştur.^{93,94} Bu kurumlardan Kredi ve Yurtlar Kurumu çalışma talebini reddetmiş, diğer kurumlar ise yazılı izin vermiştir (EK-3).

Alınan yazılı izinler sonrasında ilgili kurum yöneticileri, öğretim üyesi ve elemanları, hekimler, hemşirelik hizmetleri müdürü ve servis sorumlu hemşireleri çalışma konusunda sözel olarak bilgilendirilmiş ve izin yazıları gösterilerek, çalışma yürütülmüştür. Ayrıca çalışma süresince izin yazıları, talep eden tüm kurum yöneticilerine ve gönüllülere tekrar gösterilmiştir.⁹³⁻⁹⁵

Çalışmaya katılacak bireylere; araştırmanın amacı, süresi ve yapılacak işlemler açıklanmış “Özerklik”, “Kişiye ve Yaşama Saygı” ilkeleri doğrultusunda; çalışmaya katılmada gönüllüğün esas olduğu, isterlerse katılımı reddetme hakkına sahip oldukları, katılmayı kabul ettikleri halde sonradan çalışmadan çekilme hakkına sahip oldukları açıklanarak, yazılı onam alınmıştır.⁹³ (EK-8). “Bilgilendirilmiş Olur Formu”nun bir örneği çalışmaya katılan gönüllüye verilerek haklarının korunması sağlanmıştır.^{93,94} Araştırma öncesinde alınan gönüllü onamı ile “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi sağlanmış, çalışma sürecinde katılımcıların kimliğinin korunması ve elde edilen

bilgilerin gizliliğinin sağlanması için gerekli önlemler alınmıştır. “İnsan Onuruna Saygı” ilkesi gereği, hiç bir katılımcı kişisel bilgi, görüş ve tutumları nedeniyle yargılanmamış, kültürel değerler ve geleneklere saygı gösterilmiştir. Gönüllülerin seçiminde ve çalışma süresince “Adalet ve Eşitlik” ilkelerine, “Zarar Vermeme-Yararlılık” ilkesine riayet edilmiştir.⁹³⁻⁹⁵

3.9. Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeğinin Kullanılmasıyla İlgili Etik İlkeler

Çalışma kapsamında araştırmacılar tarafından geliştirilen “Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği (PKTÖ)", ölçeği geliştiren yazarlardan yazılı izin alınmadan kullanılamaz. Ölçeğin, kısmen ya da tamamen kullanılması durumunda yazar hakları ile ilgili kurallara uyulması ve her iki yazara da atıf yapılması zorunludur. PKTÖ kullanılarak yapılacak çalışmalarda araştırmacıların, ulusal ve uluslararası etik ilkeler doğrultusunda hareket etmesi gerekir. Araştırmacıların yapacağı etik ihlallerden ölçeği geliştiren yazarlar sorumlu tutulamaz.⁹³⁻⁹⁴

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

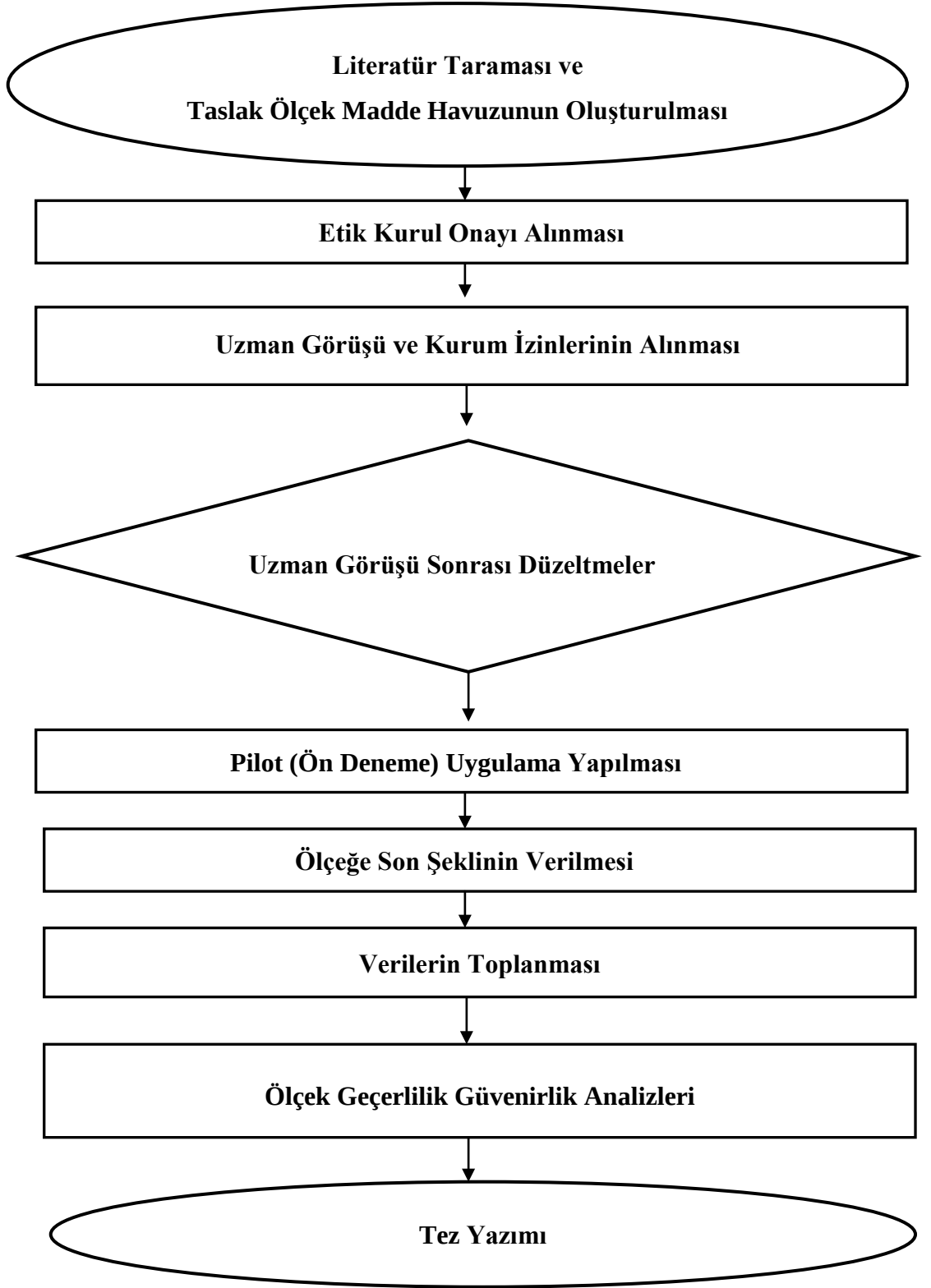
Çalışma kapsamında, örnekleme alınma ve dışlanma kriterlerine uygun olan ancak formları eksik dolduran 55 kişinin çalışma dışında tutulması ve yerlerine yeni katılımcı alınmaması,

Artvin Çoruh Üniversitesi’nin sağlıkla ilgili bölümlerinde (İlk ve Acil Yardım Bölümü ve Hemşirelik Bölümü) öğrenim gören öğrencilerin çalışmaya alınmaması,

Sağlık çalışanlarının (doktor, ebe, hemşire, vb.) çalışmaya alınmaması bu araştırmanın sınırlılıkları olarak sayılabilir.

ARAŞTIRMA PLANI

Araştırma planı aşağıdaki akış şemasında gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Şeması

4. BULGULAR

Bu bölümde; PKTÖ geliştirilirken yapılan geçerlilik ve güvenirlik analizleri sonucunda elde edilen bulgular sunulmuştur.

PKTÖ'nin Kapsam ve Yüzey Geçerliliğine İlişkin Bulgular

PKTÖ geliştirilirken literatür^{7-10,19,21,33,34,39,48} bilgileri ve prekonsepsiyonel bakımın bileşenleri doğrultusunda çeşitli tutum ifadeleri oluşturulmuştur. Oluşturulan 87 maddelik taslak ölçek formu kapsam geçerliliği açısından 16 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzmanların görüş ve önerileri doğrultusunda gerekli düzetmeler yapılmış ve bazı maddeler ölçekten çıkarılmıştır.

Uzman görüşleri doğrultusunda ölçeğin kapsam geçerliği değerlendirilirken; uzmanların "gerekli" şeklinde görüş bildirdiği maddelerin KGO değerlendirilmiş ve KGÖ değeri 0.49'un altında olan 11 madde istatistiksel olarak anlamsız kabul edilerek ölçekten çıkarılmıştır. Madde atma sürecinden sonra kalan maddelerin, KGİ araştırılmış ve $KGİ \geq KGO$ veya $KGİ/KGO \geq 0$ 'ı sağlayan maddeler, istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Başlangıçta 87 tutum ifadesinin yer aldığı taslak ölçek formu (EK-5); uzmanların önerileri ve yapılan kapsam geçerlilik analizleri neticesinde 76 madde (EK-9) olacak şekilde yeniden yapılandırılmıştır. Bu taslak ölçeğin, yüzey geçerliliğini değerlendirmek için pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sonucunda 6. ve 8. sorulardaki anlaşılmayan ifadeler düzeltilmiş ve 28. soru ise iki ayrı soru şekline dönüştürülmüştür. Sonuçta; örneklem grubuna uygulanacak 77 maddelik daha anlaşılır bir form (EK 10) elde edilmiştir.

PKTÖ'nin Homojenlik ve İç Tutarlık Güvenirliğine İlişkin Bulgular

PKTÖ'nin 4., 8., 12., 16., 19., 24., 30., 34., 37., 42., 47., 52., 55., 58., 62., 65., 68., 69., 71., 74., 77 maddeleri ters yönde puanlandıktan sonra madde havuzundaki maddelerin iç tutarlılığının ve homojenliğinin bir göstergesi olarak, "Cronbach's Alfa

Katsayısı" ve "Madde-Toplam Puan Korelasyonları" hesaplanmıştır (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Yetmiş Yedi Maddelik PKTÖ'nin Cronbach's Alfa Katsayısı

Madde No	Madde Silinirse Ölçeğin Ortalaması	Madde Silinirse Ölçeğin Varyansı	Madde- Toplam Puan Korelasyonu	Düzeltilmiş Madde- Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Ölçeğin Cronbach's Alfa Katsayısı
Madde 1	307.9726	380.970	.224	.232	.767
Madde 2	308.3494	378.377	.178	.191	.767
Madde 3	308.0077	380.262	.261	.280	.767
Madde 4T	309.4874	380.910	.040	.042	.772
Madde 5	308.5181	379.399	.127	.148	.768
Madde 6	308.3965	372.424	.339	.355	.763
Madde 7	308.2990	376.168	.262	.275	.765
Madde 8T	309.4984	377.231	.109	.108	.769
Madde 9	308.1358	374.012	.394	.416	.763
Madde 10	309.8587	380.422	.043	.044	.772
Madde 11	308.7514	370.512	.277	.270	.764
Madde 12T	309.3691	378.474	.083	.089	.770
Madde 13	308.9967	369.639	.256	.268	.764
Madde 14	309.3910	374.107	.169	.171	.767
Madde 15	308.1917	371.339	.415	.426	.762
Madde 16T	308.6112	372.133	.209	.210	.766
Madde 17	308.2114	373.972	.340	.346	.764
Madde 18	308.0000	378.031	.378	.387	.765
Madde 19T	309.2300	375.815	.100	.111	.771
Madde 20	308.1292	376.409	.313	.323	.765
Madde 21	308.2519	371.566	.370	.391	.763
Madde 22	309.1873	370.552	.207	.200	.766
Madde 23	308.2979	372.144	.327	.352	.763
Madde 24T	308.4107	376.552	.160	.164	.767
Madde 25	308.1095	374.137	.419	.435	.763
Madde 26	308.7306	372.118	.210	.204	.766

Tablo 4.1.'in Devamı

Madde No	Madde Silinirse Ölçeğin Ortalaması	Madde Silinirse Ölçeğin Varyansı	Madde- Toplam Puan Korelasyonu	Düzeltilmiş Madde- Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Ölçeğin Cronbach's Alfa Katsayısı
Madde 27	308.0898	374.001	.393	.417	.763
Madde 28	308.0460	374.669	.421	.435	.764
Madde 29	308.2267	371.557	.384	.391	.762
Madde 30T	309.1347	373.722	.166	.177	.767
Madde 31	308.2705	372.928	.359	.377	.763
Madde 32	308.0789	374.623	.405	.431	.764
Madde 33	308.6210	369.558	.296	.310	.763
Madde 34T	308.7404	374.712	.176	.199	.767
Madde 35	308.0110	375.910	.443	.463	.764
Madde 36	309.5838	381.311	.028	.032	.772
Madde 37T	310.2640	387.964	-.092	-.097	.776
Madde 38	308.0526	376.010	.413	.436	.764
Madde 39	310.3089	389.060	-.109	.118	.777
Madde 40	308.0372	375.953	.363	.383	.764
Madde 41	307.9726	378.075	.350	.370	.766
Madde 42T	309.9113	373.669	.175	.166	.767
Madde 43	308.2497	372.898	.403	.403	.763
Madde 44	308.1577	377.822	.183	.179	.767
Madde 45	308.2158	374.981	.288	.299	.765
Madde 46	308.6243	369.928	.290	.302	.763
Madde 47T	308.3614	373.312	.270	.283	.764
Madde 48	308.1490	375.412	.360	.377	.764
Madde 49	308.1281	376.993	.274	.282	.765
Madde 50	308.4545	372.163	.238	.265	.765
Madde 51	308.2618	372.672	.334	.353	.763
Madde 52T	308.7853	374.954	.179	.176	.767
Madde 53	308.4852	371.919	.315	.325	.763
Madde 54	308.1818	374.517	.288	.301	.765
Madde 55T	310.4348	389.378	-.118	-.129	.777

Tablo 4.1.'in Devamı

Madde No	Madde Silinirse Ölçeğin Ortalaması	Madde Silinirse Ölçeğin Varyansı	Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Düzeltilmiş Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Ölçeğin Cronbach's Alfa Katsayısı
Madde 56	308.8598	367.498	.330	.336	.762
Madde 57	309.4217	374.512	.170	.186	.767
Madde 58T	309.3176	377.353	.100	.110	.770
Madde 59	308.1687	374.524	.359	.375	.764
Madde 60	308.9759	374.067	.188	.197	.767
Madde 61	308.1479	373.547	.375	.379	.763
Madde 62T	309.4754	378.405	.089	.094	.770
Madde 63	308.6309	371.845	.278	.286	.764
Madde 64	308.4786	370.436	.348	.367	.763
Madde 65T	309.5816	383.090	.001	.002	.773
Madde 66	308.6824	378.313	.132	.120	.768
Madde 67	308.3483	376.394	.211	.222	.766
Madde 68T	310.5367	389.446	-.119	-.125	.777
Madde 69T	310.5958	375.517	.136	.126	.769
Madde 70	309.2442	380.990	.040	.043	.772
Madde 71T	308.6188	377.344	.148	.186	.768
Madde 72	309.3790	382.203	.015	.018	.772
Madde 73	308.8379	374.099	.202	.187	.766
Madde 74T	309.8280	390.057	-.128	-.136	.778
Madde 75	311.3319	386.132	-.057	-.063	.773
Madde 76	308.2946	371.370	.320	.335	.763
Madde 77T	308.8587	373.880	.152	.172	.768

Tablo 4.1. incelendiğinde ilk aşamada; 14 maddenin (4., 10., 12., 36., 37., 39., 55., 62., 65., 68., 70., 72., 74., 75.) madde-toplam puan korelasyonunun 0.10 dan düşük veya negatif çıktığı, bu maddelerin Cronbach's Alfa katsayısını olumsuz etkilediği görülmektedir. Bu maddeler ölçekten atıldıktan sonra Cronbach's Alfa katsayısı tekrar hesaplanmış ve bulgular Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Altmış Üç Maddelik PKTÖ'nin Cronbach's Alfa Katsayısı

Madde No	Madde Silinirse Ölçeğin Ortalaması	Madde Silinirse Ölçeğin Varyansı	Düzeltilmiş Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Ölçeğin Cronbach's Alfa Katsayısı
Madde 1	266.6484	368.513	.232	.834
Madde 2	267.0252	365.693	.191	.834
Madde 3	266.6835	367.640	.280	.833
Madde 5	267.1939	366.358	.148	.835
Madde 6	267.0723	359.692	.355	.831
Madde 7	266.9748	363.538	.275	.832
Madde 8T	268.1742	364.995	.108	.837
Madde 9	266.8116	361.230	.416	.831
Madde 11	267.4272	358.633	.270	.832
Madde 13	267.6725	356.896	.268	.832
Madde 14	268.0668	361.738	.171	.835
Madde 15	266.8675	358.856	.426	.830
Madde 16T	267.2870	359.887	.210	.834
Madde 17	266.8872	361.589	.346	.831
Madde 18	266.6758	365.601	.387	.832
Madde 19T	267.9058	362.875	.111	.838
Madde 20	266.8050	363.907	.323	.832
Madde 21	266.9277	358.701	.391	.830
Madde 22	267.8631	358.759	.200	.835
Madde 23	266.9737	359.080	.352	.831
Madde 24T	267.0865	364.123	.164	.835
Madde 25	266.7853	361.537	.435	.831
Madde 26	267.4064	360.231	.204	.834
Madde 27	266.7656	361.153	.417	.831
Madde 28	266.7218	362.135	.435	.831
Madde 29	266.9025	359.154	.391	.830
Madde 30T	267.8105	360.908	.177	.835
Madde 31	266.9463	360.165	.377	.831
Madde 32	266.7547	361.777	.431	.831
Madde 33	267.2968	356.810	.310	.831
Madde 34T	267.4162	361.377	.199	.834

Tablo 4.2.'nin Devamı

Madde No	Madde Silinirse Ölçeğin Ortalaması	Madde Silinirse Ölçeğin Varyansı	Düzeltilmiş Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Ölçeğin Cronbach's Alfa Katsayısı
Madde 35	266.6867	363.279	.463	.831
Madde 38	266.7284	363.292	.436	.831
Madde 40	266.7130	363.240	.383	.832
Madde 41	266.6484	365.430	.370	.832
Madde 42T	268.7393	362.533	.166	.835
Madde 43	266.9255	360.725	.403	.831
Madde 44	266.8335	365.672	.179	.834
Madde 45	266.8916	362.417	.299	.832
Madde 46	267.3001	357.217	.302	.832
Madde 47T	267.0372	360.597	.283	.832
Madde 48	266.8248	362.754	.377	.831
Madde 49	266.8039	364.522	.282	.833
Madde 50	267.1303	358.743	.265	.832
Madde 51	266.9376	359.846	.353	.831
Madde 52T	267.4611	362.819	.176	.834
Madde 53	267.1610	359.374	.325	.831
Madde 54	266.8576	361.861	.301	.832
Madde 56	267.5356	355.111	.336	.831
Madde 57	268.0975	361.487	.186	.834
Madde 58T	267.9934	364.539	.110	.837
Madde 59	266.8445	361.873	.375	.831
Madde 60	267.6517	361.387	.197	.834
Madde 61	266.8237	361.235	.379	.831
Madde 63	267.3067	359.312	.286	.832
Madde 64	267.1544	357.567	.367	.830
Madde 66	267.3582	366.537	.120	.835
Madde 67	267.0241	363.763	.222	.833
Madde 69T	269.2716	363.786	.126	.836
Madde 71T	267.2946	363.473	.186	.834
Madde 73	267.5137	362.533	.187	.834
Madde 76	266.9704	358.638	.335	.831
Madde 77	267.6287	360.223	.172	.835

PKTÖ'nin Tablo 4.2. deki analizleri sonrası ikinci aşamada; madde-toplam puan korelasyonu 0.20 den düşük olan 19 madde (2., 5., 8., 14., 19., 24., 30., 34., 42., 44., 52., 57, 58., 60., 66., 69., 71., 73., 77.) ölçekten atıldıktan sonra Cronbach's Alfa katsayısı tekrar hesaplanmış ve analizler sonucu üçüncü aşamada; madde-toplam puan korelasyonu 0.30'dan düşük olan ve alfa değerini olumsuz etkileyen 16 madde de ölçekten atılmıştır. Daha sonra Cronbach's Alfa katsayısı tekrar hesaplanmış ve bulgular Tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4.3. Kırk Üç Maddelik PKTÖ'nin Cronbach's Alfa Katsayısı

Madde No	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Madde Silinirse Ölçeğin Ortalaması	Madde Silinirse Ölçeğin Varyansı	Düzeltilmiş Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Ölçeğin Cronbach's Alfa Katsayısı
Madde 1	4.87	4.87	189.6637	219.272	.230	.863
Madde 3	4.44	4.44	189.6988	218.331	.299	.862
Madde 6	4.70	4.70	190.0876	211.867	.374	.860
Madde 7	4.09	4.09	189.9901	214.668	.303	.862
Madde 9	4.65	4.65	189.8269	213.299	.431	.860
Madde 11	4.63	4.63	190.4425	212.113	.249	.864
Madde 13	4.84	4.84	190.6878	209.901	.270	.864
Madde 15	4.59	4.59	189.8828	211.224	.448	.859
Madde 17	4.54	4.54	189.9025	213.608	.356	.861
Madde 18	4.73	4.73	189.6911	216.648	.414	.861
Madde 20	4.75	4.75	189.8204	215.148	.349	.861
Madde 21	4.79	4.79	189.9430	210.716	.426	.859
Madde 22	4.61	4.61	190.8784	210.861	.210	.867
Madde 23	4.57	4.57	189.9890	211.153	.378	.860
Madde 25	4.22	4.22	189.8007	213.322	.463	.860
Madde 26	4.83	4.83	190.4217	211.547	.229	.865
Madde 27	4.79	4.79	189.7809	212.294	.481	.859
Madde 28	4.80	4.80	189.7371	213.486	.482	.860

Tablo 4.3.'ün Devamı

Madde No	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Madde Silinirse Ölçeğin Ortalaması	Madde Silinirse Ölçeğin Varyansı	Düzeltilmiş Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Madde silinirse ölçeğin Cronbach's Alfa Katsayısı
Madde 29	4.87	4.87	189.9179	210.896	.434	.859
Madde 31	4.62	4.62	189.9617	211.636	.425	.860
Madde 32	4.22	4.22	189.7700	213.179	.478	.860
Madde 33	4.69	4.69	190.3122	209.257	.331	.862
Madde 35	4.39	4.39	189.7021	214.560	.508	.860
Madde 38	4.58	4.58	189.7437	214.695	.470	.860
Madde 40	4.35	4.35	189.7284	215.268	.377	.861
Madde 41	4.66	4.66	189.6637	216.228	.416	.861
Madde 43	4.67	4.67	189.9409	211.874	.465	.859
Madde 45	4.21	4.21	189.9069	213.317	.346	.861
Madde 46	4.49	4.49	190.3154	210.017	.310	.862
Madde 47T	4.00	4.00	189.8401	213.928	.422	.860
Madde 48	4.55	4.55	189.8193	215.218	.326	.862
Madde 49	4.87	4.87	190.1457	211.221	.272	.863
Madde 50	4.83	4.83	189.9529	211.720	.382	.860
Madde 51	4.54	4.54	190.1763	210.884	.367	.861
Madde 53	4.70	4.70	189.8729	213.968	.303	.862
Madde 54	4.09	4.09	190.5509	210.182	.293	.863
Madde 56	4.63	4.63	189.8598	213.233	.417	.860
Madde 59	4.71	4.71	189.8390	212.990	.407	.860
Madde 61	4.59	4.59	190.3220	210.521	.332	.861
Madde 63	3.65	3.65	190.1698	209.538	.406	.860
Madde 64	4.73	4.73	190.0394	213.952	.277	.862
Madde 67	4.79	4.79	190.5290	212.857	.231	.864
Madde 76	4.61	4.61	189.9858	211.354	.339	.861
ÖLÇEĞİN	Aritmetik ortalama	Standart Varyans	Madde sapma	Madde sayısı	Cronbach's Alfa	Ranj
	194.5312	222.372	14.91215	43	.864	198

Tablo 4.3. incelendiğinde tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyonunun kabul edilebilir değer olan 0.20'den büyük olduğu, 10 maddenin (1., 3., 11., 13.,22., 26., 49., 54, 64.,65.) madde-toplam puan korelasyonunun ise önerilen değer olan 0.30'dan küçük olduğu ancak bu maddelerin ölçekten atılmasının Cronbach's Alfa katsayısına olumlu katkı yapmadığı görülmektedir.

Yapılan analizler sonucunda; Cronbach's Alfa katsayısını olumsuz etkileyen, toplam 34 madde (2., 4., 5., 8., 10., 12., 14., 16., 19., 24., 30., 34., 36., 37., 39., 42., 44., 52., 55., 57., 58., 60., 62., 65., 66., 68., 69., 70., 71.,72., 73, 74., 75., 77.) ölçekten atılmış ve ölçekte 43 madde kalmıştır (Tablo 4.3.).

Kırk üç maddelik PKTÖ'nin her bir maddesinin ölçeğin toplam puanına etkisini bulmak amacıyla Madde-Toplam Puan Korelasyonu hesaplanmış ve bulgular Tablo 4.4'de verilmiştir.

Tablo 4.4. PKTÖ'nin Madde-Toplam Puan Korelasyonu

Madde No	r	P	Madde No	r	P
Madde 1	.257*	.000	Madde 25	.497*	.000
Madde 3	.325*	.000	Madde 26	.314*	.000
Madde 6	.425*	.000	Madde 27	.516*	.000
Madde 7	.352*	.000	Madde 28	.513*	.000
Madde 9	.468*	.000	Madde 29	.480*	.000
Madde 11	.324*	.000	Madde 31	.469*	.000
Madde 13	.353*	.000	Madde 32	.510*	.000
Madde 15	.491*	.000	Madde 33	.402*	.000
Madde 17	.402*	.000	Madde 35	.533*	.000
Madde 18	.439*	.000	Madde 38	.498*	.000
Madde 20	.388*	.000	Madde 40	.411*	.000
Madde 21	.474*	.000	Madde 41	.443*	.000
Madde 22	.306*	.000	Madde 43	.504*	.000
Madde 23	.432*	.000	Madde 45	.395*	.000

* P<0.001

Tablo 4.4.'ün Devamı

Madde No	r	P	Madde No	r	P
Madde 46	.383*	.000	Madde 56	.456*	.000
Madde 47	.458*	.000	Madde 59	.448*	.000
Madde 48	.367*	.000	Madde 61	.397*	.000
Madde 49	.347*	.000	Madde 63	.462*	.000
Madde 50	.433*	.000	Madde 64	.334*	.000
Madde 51	.424*	.000	Madde 67	.307*	.000
Madde 53	.355*	.000	Madde 76	.399*	.000
Madde 54	.369*	.000			

* P<0.001

Tablo 4.4 incelendiğinde 43 maddelik PKTÖ'nin maddelerinin Madde-Toplam Puan Korelasyonlarının hepsi $p<0.001$ önem düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular ölçeğin korelasyon değerlerinin madde analizi için kabul edilebilir düzeyde olduğunu ve 43 maddeden oluşan PKTÖ'nin sorunlu maddesinin olmadığını göstermektedir.

PKTÖ'nin Yapı Geçerliliğine İlişkin Bulgular

PKTÖ'nin yapı geçerliliği, AFA ve DFA yapılarak incelenmiştir. AFA için "Principal Component (Temel Bileşenler)" yöntemi ve döndürme yöntemleri olarak da "Varimax Rotasyon" yöntemleri, DFA için "YEM" analizleri kullanılmıştır.

PKTÖ'nin Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları

AFA'nın yapılabilmesi için örneklem büyüklüğünün yeterli olması gerekir. Bu nedenle PKTÖ geliştirilirken, örneklem büyüklüğünün faktör analizleri için uygun olup olmadığına bakılmıştır. Kırküş maddelik PKTÖ ölçeği için örneklem sayısının, madde sayısına oranı 1'e 21 (913 kişi/43 madde=21.23) olarak bulunmuştur. Bu bulgu veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu ve örneklem büyüklüğünün, sonuçların genellenebilirliği açısından yeterli olduğunu göstermektedir.

Örneklem büyüklüğünün faktör analizi uygulaması için uygun olup olmadığı KMO örneklem yeterliği testi ve analiz edilecek değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı ve sıfırdan farklı olup olmadığını anlamak amacıyla da Bartlett's Testi uygulanmış olup elde edilen bulgular Tablo 4.5'de verilmiştir.

Tablo 4.5. KMO ve Bartlett's Test Sonuçları

Testler		Sonuçlar
Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO)		.904
Bartlett's Test of Sphericity	Ki-kare	7845.588
	S.d.	903
	p	.000

Tablo 4.5. incelendiğinde KMO katsayısının 0.904 olduğu ve Bartlett's testine ilişkin Ki-kare değerinin $p < 0.001$ önem düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Bu bulgular verilerin faktör analizi uygulanabilirliği açısından elverişli olduğunu göstermektedir.

Verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için ayrıca ölçek maddelerinin Anti-imaj korelasyonlarına bakılmış ve Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Anti-imaj Korelasyonları

Madde	1	3	6	7	9	11	13	15	17	18	20	21	22	23	25	26	27	28	29	31	32	33	35	38	40	41	43	45	46	48	49	50	51	53	54	56	59	61	63	64	67	73	76			
1																																														
3	,820*																																													
6	-,231	,880*																																												
7	-,026	-,127	,883*																																											
9	-,015	,020	-,121	,905*																																										
11	,016	-,099	-,154	-,009	,923*																																									
13	,027	-,009	-,087	-,146	,002	,821*																																								
15	-,023	,017	-,100	-,021	-,061	-,083	,856*																																							
17	-,069	-,048	-,086	-,020	-,099	-,054	-,074	,930*																																						
18	-,009	,041	,068	-,030	-,044	-,063	,007	-,102	,900*																																					
20	-,016	-,036	,016	-,017	-,026	-,029	,016	-,080	-,220	,925*																																				
21	,031	-,059	-,107	-,060	,065	-,033	,029	-,030	-,081	-,109	,916*																																			
22	-,001	-,026	-,069	-,021	,023	,090	-,055	-,076	-,035	,018	-,039	,893*																																		
23	-,049	,006	,035	-,043	,016	-,112	,099	-,059	-,086	,043	-,007	-,049	,750*																																	
25	-,093	,023	-,037	-,005	-,067	,014	-,072	-,004	,006	-,016	-,040	-,183	-,238	,889*																																
26	-,007	-,023	-,052	-,035	-,118	-,053	-,037	,005	-,005	-,055	-,061	-,042	-,063	,010	,952*																															
27	-,020	,010	,031	,007	-,014	-,071	-,026	,039	-,004	-,065	,003	-,111	-,161	,026	,002	,801*																														
28	-,017	-,014	,054	,051	-,082	-,052	-,099	,046	-,002	-,055	-,036	-,150	,043	,045	-,083	-,114	,925*																													
29	,058	-,078	,071	,040	-,129	-,037	,066	,071	,034	-,050	-,021	,029	,020	-,062	,004	-,057	-,104	,900*																												
31	,023	-,018	-,090	-,041	,067	-,029	,033	-,040	,013	,022	,019	,027	-,013	-,029	-,052	,005	-,098	-,300	,891*																											
32	,035	-,041	-,032	-,028	-,007	-,004	-,010	,051	-,012	,000	,045	-,151	-,073	-,008	,011	-,052	-,033	-,055	-,136	,922*																										
33	-,052	-,006	,026	-,013	-,019	,006	,067	-,114	-,002	,019	-,101	-,027	,044	-,009	-,005	-,081	,019	-,064	-,036	-,148	,927*																									
35	,084	,040	,020	-,028	-,016	,051	-,063	-,052	-,019	,015	-,017	-,013	-,106	,044	-,031	-,057	-,069	,051	-,033	-,058	-,130	,877*																								
38	-,006	,019	-,002	-,067	-,038	-,009	,019	-,098	-,039	-,070	,064	,056	-,004	-,081	-,104	,078	-,095	-,104	,024	-,077	-,230	-,062	,929*																							
40	-,008	-,065	-,006	-,008	-,107	,001	,021	-,019	-,009	-,030	-,084	,036	,007	-,068	-,085	,037	-,002	-,003	,083	-,015	-,039	-,006	-,077	,944*																						
41	-,089	,053	,055	,049	-,047	,022	-,014	-,010	-,024	-,071	-,014	-,040	,025	,009	,011	-,037	,005	-,091	-,075	-,020	-,109	,010	-,130	-,054	,931*																					
43	,008	-,036	,025	,041	,072	,023	-,040	,003	-,021	-,121	-,008	,049	-,016	-,005	-,064	,067	-,085	-,136	,060	-,006	-,016	,073	-,124	-,103	-,172	,907*																				
45	-,063	,019	,035	-,021	-,055	-,050	-,024	,003	-,003	,043	-,055	-,045	-,021	,000	-,003	-,025	-,048	-,023	-,042	-,030	-,002	-,043	,000	,022	-,066	-,043	,944*																			
46	-,005	-,005	,044	-,019	,017	,010	-,061	-,031	,015	-,042	,048	,040	-,022	-,060	,020	-,043	-,044	-,048	,027	,023	-,023	-,009	,068	-,048	-,010	-,040	,914*																			
48	-,030	,012	-,074	-,025	,001	,065	-,063	-,038	-,002	-,031	,004	-,028	,034	,023	-,040	,075	,009	-,108	-,005	-,050	,031	-,046	,046	,022	,016	-,013	-,028	-,016	,892*																	
49	-,027	-,027	-,008	-,053	,024	,012	-,109	,019	,079	-,089	-,028	-,096	,021	,003	-,006	,078	,121	-,129	-,123	,044	-,047	,031	-,124	-,086	-,004	,006	-,102	,009	-,041	,912*																
50	-,007	-,003	-,020	-,025	,025	,029	,054	-,023	,051	-,019	-,016	-,079	-,007	-,014	,047	-,031	-,002	-,018	,002	,033	-,023	-,078	,006	-,089	-,008	-,112	,029	-,096	,021	,012	,891*															
51	-,078	,007	-,011	-,007	,028	-,050	,043	-,026	-,008	,000	-,001	-,005	-,033	,041	,008	-,071	-,034	,001	-,058	,000	,002	,013	,007	-,013	,000	-,059	-,075	-,017	-,090	,005	-,056	,901*														
53	,013	,031	-,003	-,008	-,054	,003	-,002	,037	-,029	,002	-,028	-,111	-,001	,034	-,049	-,008	,003	-,073	-,025	,046	-,030	,051	-,017	-,107	,034	,011	-,032	-,145	,018	-,022	-,008	,027	,917*													
54	-,007	-,005	-,026	,011	,054	,065	-,002	-,064	-,074	-,009	,008	-,016	,053	-,007	,022	-,015	-,002	-,066	,055	,014	-,020	-,065	,031	-,047	,037	,030	-,129	-,064	-,068	-,093	-,039	-,023	,033	,902*												
56	-,019	,026	-,011	-,017	-,013	-,016	,005	,028	-,051	-,006	,038	-,016	,032	-,030	-,062	,020	-,023	,017	-,010	,009	-,057	-,045	,019	-,032	,013	-,095	,046	,020	-,024	-,042	-,003	-,051	-,002	-,105	,919*											
59	,006	-,048	-,055	-,043	,008	-,098	-,022	,063	-,059	,001	,063	-,009	-,050	-,012	,020	,022	,037	,018	-,078	,010	-,043	-,132	-,018	-,032	,028	-,013	-,039	-,040	-,089	,044	-,023	,014	-,022	-,016	-,076	,879*										
61	,031	-,033	-,011	,021	-,037	-,058	-,008	,002	-,012	,005	,036	,008	,017	-,020	-,053	-,009	-,012	,064	,034	-,055	,030	-,012	-,004	,020	-,033	,021	,013	-,142	-,057	-,065	-,059	-,017	-,188	-,041	,022	-,017	,893*									
63	,044	,025	-,020	,003	-,040	,063	-,057	-,028	,020	-,013	-,039	,014	,013	,011	,047	-,009	-,088	-,018	-,035	,051	-,041	-,014	-,022	-,095	,042	-,066	-,009	-,042	,063	,061	-,020	,011	-,119	-,012	-,074	-,008	-,261	,897*								
64	-,031	,025	-,079	,056	,041	-,015	,032	-,031	-,009	,039	-,020	-,019	,006	-,024	,003	-,050	-,059	,002	-,041	-,060	,049	,035	,016	-,053	-,002	-,101	-,019	-,002	-,009	-,015	,031	,031	-,040	-,026	,004	,011	-,045	-,083	,904*							
67	,024	,044	-,042	-,025	-,011	,028	-,073	,014	-,039	,000	,051	,055	,002	,028	-,016	,043	-,069	,095	-,059	-,072	,010	-,073	,038	-,048	,002	,064	-,139	,005	-,149	-,049	-,009	,006	-,024	-,186	,033	-,025	-,022	-,071	-,154	,869*						
73	,064	-,040	-,021	-,024	-,009	,079	-,012	-,013	-,022	-,004	,010	,000	-,016	,012	,031	-,027	-,016	-,017	,003	,034	,028	-,005	,009	-,025	,009	-,032	-,064	,014	-,010	-,026	-,199	,012	-,003	-,015	-,035	,067	-,064	,053	-,086	-,190	,857*					
76	-,056	-,042	,020	,024	-,034	-,025	-,012																																							

Tablo 4.6’da ölçek maddelerinin tümünün anti imaj korelasyon değerlerinin pozitif ve anlamlı olduğu görülmektedir.

Yukarıdaki bulgulara dayanarak 43 maddeden oluşan PKTÖ’ne AFA olarak temel bileşenler yöntemi ve varimaks dönüştürmesi yöntemi uygulanmış ve bulgular Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. PKTÖ’ne İlişkin Maddelerin ve Faktörlerin Varyansı Açıklama Oranları

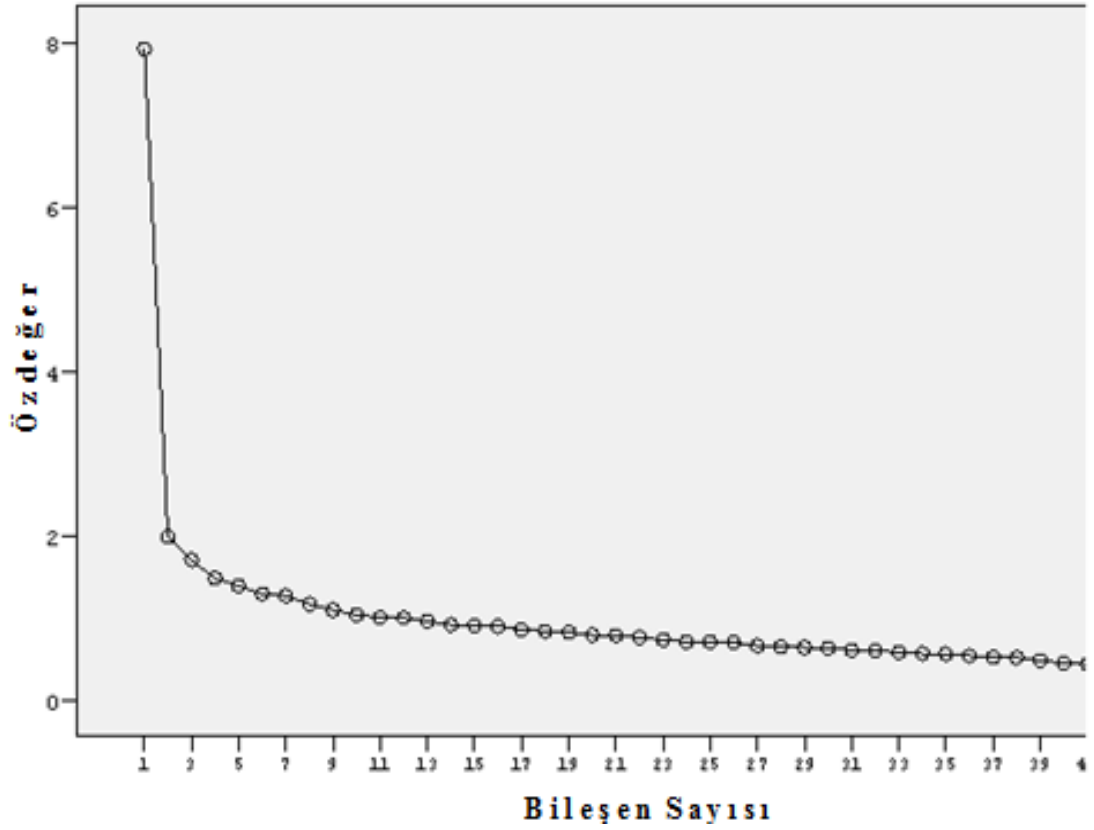
Bileşenler	Yüklerin Kareler						Döndürme Sonrası		
	Başlangıç Özdeğerleri			Toplamı			Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyans %	Yığmal %	Toplam	Varyans %	Yığmal %	Toplam	Varyans %	Yığmal %
1	7.925	18.431	18.431	7.925	18.431	18.431	3.639	8.463	8.463
2	1.991	4.631	23.061	1.991	4.631	23.061	2.513	5.845	14.308
3	1.706	3.968	27.030	1.706	3.968	27.030	2.485	5.779	20.086
4	1.482	3.445	30.475	1.482	3.445	30.475	2.064	4.801	24.887
5	1.389	3.230	33.705	1.389	3.230	33.705	1.883	4.379	29.266
6	1.293	3.007	36.713	1.293	3.007	36.713	1.696	3.944	33.210
7	1.271	2.955	39.667	1.271	2.955	39.667	1.679	3.906	37.115
8	1.166	2.713	42.380	1.166	2.713	42.380	1.468	3.414	40.529
9	1.098	2.553	44.933	1.098	2.553	44.933	1.385	3.220	43.749
10	1.039	2.417	47.350	1.039	2.417	47.350	1.381	3.211	46.961
11	1.006	2.340	49.690	1.006	2.340	49.690	1.174	2.730	49.690
12	.999	2.324	52.015						
13	.962	2.238	54.252						
14	.916	2.131	56.384						
15	.909	2.114	58.498						
16	.901	2.095	60.593						
17	.854	1.987	62.579						
18	.838	1.950	64.529						
19	.830	1.930	66.459						
20	.792	1.842	68.302						
21	.787	1.831	70.132						

Tablo 4.7.'nin Devamı

Bileşenler	Başlangıç Özdeğerleri			Yüklerin Kareler Toplamı			Döndürme Sonrası Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyans	Yıgmal	Toplam	Varyans	Yıgmal	Toplam	Varyans	Yıgmal
		%	%		%	%		%	%
22	.759	1.765	71.898						
23	.734	1.706	73.604						
24	.708	1.648	75.251						
25	.707	1.645	76.896						
26	.702	1.632	78.529						
27	.663	1.542	80.071						
28	.649	1.509	81.580						
29	.640	1.489	83.069						
30	.632	1.470	84.539						
31	.608	1.415	85.954						
32	.603	1.402	87.356						
33	.582	1.352	88.708						
34	.566	1.315	90.023						
35	.562	1.307	91.330						
36	.539	1.253	92.583						
37	.523	1.216	93.799						
38	.517	1.201	95.000						
39	.479	1.113	96.113						
40	.452	1.052	97.165						
41	.435	1.011	98.176						
42	.399	.929	99.105						
43	.385	.895	100.000						

Tablo 4.7 incelendiğinde 43 maddeden oluşan PKTÖ'nin faktör analizi sonrası, toplam varyansın 50'sini açıklayan özdeğeri 1.00'in üzerinde olan 11 faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. On bir faktörlü bir yapıda maddeler çok fazla dağılacığı ve yorumlanması güç olacağı için Scree Plot Testi yapılarak faktör sayısı azaltılmıştır.

Scree Plot test sonucu Şekil 4.1’de verilmiştir.



Şekil 4.1. Scree Plot Test

Scree Plot Test sonucu elde edilen grafikte ilk ani değişiklik 7. faktörde olduğu için ölçek, 7 faktörle sınırlandırılmış ve varimax döndürme yöntemi ile faktör analizi tekrar yapılmıştır. Faktör analizi sonrasında faktörlere ait özdeğer, varyans ve toplam varyansı açıklama yüzdeleri ile maddelere ait faktör yükleri Tablo 4.8’da gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Yedi Faktörle Sınırlandırılan PKTÖ'ne İlişkin Maddelerin ve Faktörlerin Varyansı Açıklama Oranları

Bileşenler	Döndürme Sonrası								
	Başlangıç Özdeğerleri			Yüklerin Kareler Toplamı			Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyans %	Yığılmalı %	Toplam	Varyans %	Yığılmalı %	Toplam	Varyans %	Yığılmalı %
1	7.925	18.431	18.431	7.925	18.431	18.431	3.930	9.140	9.140
2	1.991	4.631	23.061	1.991	4.631	23.061	2.776	6.456	15.596
3	1.706	3.968	27.030	1.706	3.968	27.030	2.450	5.697	21.293
4	1.482	3.445	30.475	1.482	3.445	30.475	2.267	5.273	26.566
5	1.389	3.230	33.705	1.389	3.230	33.705	1.984	4.615	31.181
6	1.293	3.007	36.713	1.293	3.007	36.713	1.910	4.442	35.623
7	1.271	2.955	39.667	1.271	2.955	39.667	1.739	4.044	39.667
8	1.166	2.713	42.380						
9	1.098	2.553	44.933						
10	1.039	2.417	47.350						
11	1.006	2.340	49.690						
12	.999	2.324	52.015						
13	.962	2.238	54.252						
14	.916	2.131	56.384						
15	.909	2.114	58.498						
16	.901	2.095	60.593						
17	.854	1.987	62.579						
18	.838	1.950	64.529						
19	.830	1.930	66.459						
20	.792	1.842	68.302						
21	.787	1.831	70.132						
22	.759	1.765	71.898						
23	.734	1.706	73.604						
24	.708	1.648	75.251						
25	.707	1.645	76.896						
26	.702	1.632	78.529						
27	.663	1.542	80.071						
28	.649	1.509	81.580						

Tablo 4.8.'in Devamı

Bileşenler	Döndürme Sonrası								
	Başlangıç Özdeğerleri			Yüklerin Kareler Toplamı			Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyans	Yığılmalı	Toplam	Varyans	Yığılmalı	Toplam	Varyans	Yığılmalı
		%	%		%	%		%	%
29	.640	1.489	83.069						
30	.632	1.470	84.539						
31	.608	1.415	85.954						
32	.603	1.402	87.356						
33	.582	1.352	88.708						
34	.566	1.315	90.023						
35	.562	1.307	91.330						
36	.539	1.253	92.583						
37	.523	1.216	93.799						
38	.517	1.201	95.000						
39	.479	1.113	96.113						
40	.452	1.052	97.165						
41	.435	1.011	98.176						
42	.399	.929	99.105						
43	.385	.895	100.000						

Tablo 4.8’da görüldüğü gibi 7 faktörle sınırlandırılan 43 maddelik PKTÖ'nin faktör analizi sonrası toplam varyansın %40'ını açıklayan ve özdeğeri 1.00 'in üzerinde olan 7 faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır. Varimax döndürme yöntemi sonrası maddelerin 7 faktördeki dağılımları Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4.9. Varimax Döndürme Yöntemi Sonrası Ortaya Çıkan Faktör Yükleri Matrisi

Ölçek	Bileşenler						
Maddeler	1	2	3	4	5	6	7
Madde 28	.717						
Madde 35	.669						
Madde 40	.638						
Madde 32	.579						
Madde 41	.566						
Madde 29	.532						
Madde 48	.436						
Madde 27	.430						
Madde 18	.422						
Madde 25	.374						
Madde 61		.671					
Madde 59		.619					
Madde 51		.600					
Madde 45		.472					
Madde 63		.391					
Madde 47		.389					
Madde 49		.325					
Madde 64			.655				
Madde 53			.583				
Madde 46			.528				
Madde 67			.496				
Madde 43			.454				
Madde 17				.547			
Madde 76				.456			
Madde 54				.403			
Madde 56				.391			
Madde 15				.379			
Madde 50				.315			
Madde 20				.291			
Madde 33				.301			

Tablo 4.9.'un Devamı

Ölçek	Bileşenler						
Maddeler	1	2	3	4	5	6	7
Madde 13					.497		
Madde 7					.419		
Madde 9					.392		
Madde 11					.391		
Madde 6					.593		
Madde 26						.676	
Madde 22						.620	
Madde 21						.489	
Madde 31						.411	
Madde 23						.371	
Madde 1							.611
Madde 3							.557
Madde 38							.360

Tablo 4.9'da faktör yükleri incelendiğinde sadece "Gebe kalmaya karar verdiğim zaman, herhangi bir nedenle ilaç kullanmam gerekirse doktoruma hamile kalmayı planladığımı söylerim" ifadesini içeren 20. maddenin faktör yükünün, önerilen ve orta olarak kabul edilen 0.30 değerinin altında olduğu görülmektedir. Bu maddenin (20. madde); içerik olarak AFA sonucunda elde edilen faktörlerle ilişkili önemli bir madde olması, örneklem büyüklüğünün yeterli olması ve önerilen yük değeri olan 0.30'a yakın bir değer olması nedeniyle ölçekte bırakılması uygun bulunmuştur. İterasyon sayısının 14 olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular ölçeğin yapı geçerliğinin uygun olduğunu göstermektedir.

Hangi bileşenin hangi faktörlerde yer aldığı Tablo 4.10'de verilmiştir.

Tablo 4.10. PKTÖ Maddelerinin Faktörlere Dağılımı

Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum	Faktörler							
	Ölçeği Maddeleri	1	2	3	4	5	6	7
Prekonsepsiyonel Sağlık Korumaya ve Geliştirmeye İlişkin Tutumlar	18-Sürekli kullandığım ilaçlarım varsa, gebelikten önce bunların yeniden düzenlenmesinin gerekip gerekmediğini doktoruma sorarım.	.422						
	25-Kansızlığım varsa gebelik öncesinde tedavi olurum.	.374						
	27-Gebe kalmayı düşündüğüm zaman, doktoruma danışmadan ilaç kullanmam.	.430						
	28-Sigara içiyorsam, gebelik öncesinde sigara içmeyi bırakırım ve sigara dumanından uzak dururum.	.717						
	29-Eşim sigara içiyorsa, ben gebe kalmadan önce onun sigara içmeyi bırakması ve sigara içilen ortamlardan uzak durması için çaba gösteririm.	.532						
	32-Anne-baba olacak bireylerin, akıl sağlığının yerinde olması gerektiğine inanıyorum.	.579						
	35-Anne-baba olacak bireylerin, cinsel organlarında akıntı, yara gibi belirtileri veya cinsel yolla bulaşan hastalıkları varsa gebelik öncesinde tedavi olmalarının gerekli olduğuna inanıyorum.	.669						

Tablo 4.10.'un Devamı

Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum		Faktörler						
Ölçeği Maddeleri		1	2	3	4	5	6	7
Prekonsepsiyonel Sağlık Koruma ve Geliştirmeye İlişkin Tutumlar (Devamı)	40-Alkol kullanma alışkanlığı olan anne-baba adaylarının, gebelik öncesinde alkolü bırakmalarının gerekli olduğuna inanıyorum.	.638						
	41-Anne-baba olacak bireylerin, uyuşturucu madde veya bağımlılık yapan ilaçları kullanmalarına karşıyım.	.566						
	48-Anne-baba olacak bireylerin, gebelik oluşmadan önce çocuk bakımıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları gerekir.	.436						
	45-Çocuk sahibi olmak istediğimde, eşim de isterse gebe kalırım.		.472					
Doğurganlığın Planlanmasına İlişkin Tutumlar	47-Evliliğim kötü giderse, evliliğimi kurtarmak için çocuk doğururum.		.325					
	49-Mutlu bir evliliğim varsa çocuk doğurmak isterim.		.600					
	51-Çocuk sahibi olmak istemezsem, gebelikten nasıl korunacağıma eşimle birlikte karar veririm.		.619					
	59-Çocuk sahibi olmadan önce, ne zaman gebe kalacağıma eşimle birlikte karar veririm.		.671					
	61-Kaç tane çocuğa sahip olacağımıza eşimle birlikte karar veririm.		.391					
	63-Gebe kaldığım zaman, yakınlarımdan destek görürüm.		.389					

Tablo 4.10.'un Devamı

Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum		Faktörler						
		1	2	3	4	5	6	7
Çocuk Sahibi Olmadan Önceki Yaşam Koşullarına İlişkin Tutumlar	Ölçeği Maddeleri							
	43-Anne-baba olacak bireylerin, bir çocuğa bakabilecek yeterli zamana sahip olmaları gerekir.			.454				
	46-Çocuk sahibi olmak için evlendikten sonra en az 1-2 yıl beklemeyi uygun görüyorum.			.528				
	53-Çocuk sahibi olmadan önce, bir çocuğa bakabilecek kadar yeterli gelire (paraya) sahip olmam gerekir.			.583				
	64-Çalışma koşullarımı düzenledikten sonra gebe kalırım.			.655				
Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerine İlişkin Tutumlar	67-Bir çocuğum olursa, iyi bir anne olurum.			.496				
	15-Sakat çocuk doğurma riskim varsa (ailede özürlü birey olması, akraba evliliği yapma gibi), gebelik öncesinde genetik danışmanlık alırım.			.379				
	17-Kalp, şeker, sara gibi bir hastalığım varsa, doktorum izin verinceye kadar gebe kalmam.			.547				
	20-Gebe kalmaya karar verdiğim zaman, herhangi bir nedenle ilaç kullanmam gerekirse doktoruma hamile kalmayı planladığımı söylerim.			.291				

Tablo 4.10.'un Devamı

Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum		Faktörler						
Ölçeği Maddeleri		1	2	3	4	5	6	7
Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerine İlişkin Tutumlar (Devamı)	33-Sağlıklı bir çocuğa sahip olmak için, akraba evliliği yapmamak gerektiğine inanıyorum.				.301			
	50-Eşimden şiddet görürsem, çocuk doğurmak istemem.				.315			
	54-18 yaşından küçüklerin anne-baba olmasına karşıyım.				.403			
	56-İki yıldan kısa aralıklarla, gebe kalmam sakıncalıdır.				.391			
	76-Akrabaların, evli çiftlere çocuk sahibi olmaları için baskı yapmalarını hoş karşılamam.				.456			
Prekonsepsiyonel Sağlık Davranışlarına İlişkin Tutumlar	6-Çocuk sahibi olmaya karar verirsem, gebelik öncesi sağlığını geliştirmek için danışmanlık hizmeti alırım.					.593		
	7-Gebe kalmadan önce, normal kiloda olmam gerekir.					.419		
	9-Ailemde bir hastalık varsa, gebe kalmadan önce bunu doktorumla konuşurum.					.392		
	11-Gebe kalmadan önce diş tedavilerimi yaptırırım.					.391		
	13-Gebe kalmadan önce, kızamıkçık, sarılık, tetanoz gibi bazı aşıları yaptırırım.					.497		

Tablo 4.10.'un Devamı

Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği Maddeleri		Faktörler						
		1	2	3	4	5	6	7
Prekonsepsiyonel Dönemde Kaçınılması Gereken Davranışlar	21-Gebe kalmaya karar verdiğim zaman fare zehiri, böcek ilacı ve tarım ilaçları gibi kimyasal maddelerden uzak dururum.						.489	
	22-Çiğ et (çiğ köfte, salam, sosis vb.) yemem.						.620	
	23-Kedi, köpek gibi aşısız hayvanlardan ve bunların atıkları (dışkı vb.) ile temastan kaçınırım.						.371	
	26-Gebe kalmaya karar verdiğim zaman, röntgen çektirmem.						.676	
	31- Anne-baba olacak bireylerin, stresten uzak durmaları gerektiğine inanıyorum.						.411	
Prekonsepsiyonel Sağlığa İlişkin Duyarlılık Durumu	1-Anne-baba olacak bireyler, gebelik oluşmadan önce sağlık durumlarını iyileştirmelidir.							.611
	3-Anne-baba olacak bireylerin, gebelik oluşmadan önce sağlık kontrolünden geçmeleri gerekir.							.557
	38-Önceki gebeliklerinde sorun yaşayan kadınların, tekrar gebe kalmadan önce doktorlarına danışmaları gerekir.							.360
	Açıkladığı varyans %	9.140	6.456	5.697	5.273	4.615	4.442	4.044
Açıklanan toplam varyans %		9.140	15.596	21.293	26.566	31.181	35.623	39.667

Tablo 4.10. incelendiğinde, toplam varyansın %9.140'ını 1. faktörün, %6.456'sını 2. faktörün ve %5.697'sini, 3. faktörün, %5.273'ünü 4. faktörün, %4.615'ini 5. faktörün, %4.442'sini 6. faktörün ve %4.044'ünü 7. faktörün açıkladığı ve bu faktörlerin tümünün toplam varyansın %39.667'sini açıkladığı görülmektedir. Ayrıca elde edilen 7 faktörün her birinde en az 3 madde bulunmaktadır.

Kırk üç maddelik PKTÖ'nin yedi faktörlü yapısını oluşturan bileşenler incelenerek faktörlere şu adlar verilmiştir.

1.Faktör: 18., 25., 27., 28., 29., 32., 35., 40., 41., 48. maddelerden olmak üzere toplam 10 maddeden oluşan bu faktöre **“Prekonsepsiyonel Sağlığı Koruma ve Geliştirmeye İlişkin Tutumlar”** denilebilir.

2.Faktör: 45., 47., 49., 51., 59., 61., 63., maddelerden olmak üzere toplam 7 madde den oluşan bu faktöre **“Doğurganlığın Planlanmasına İlişkin Tutumlar”** denilebilir.

3. Faktör: 43., 46., 53., 64., 67. maddelerden olmak üzere toplam 5 maddeden oluşan bu faktöre **“Çocuk Sahibi Olmadan Önceki Yaşam Koşullarına İlişkin Tutumlar”** denilebilir.

4. Faktör: 15., 17., 20., 33., 50., 54., 56., 76. maddelerden olmak üzere toplam 8 maddeden oluşan bu faktöre **“Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerine İlişkin Tutumlar”** denilebilir.

5. Faktör: 6., 7., 9., 11., 13., maddelerden olmak üzere toplam 5 maddeden oluşan bu faktöre **“Prekonsepsiyonel Sağlık Davranışlarına İlişkin Tutumlar”** denilebilir.

6. Faktör: 21., 22., 23., 26., 31. maddelerden olmak üzere toplam 5 maddeden oluşan bu faktöre **“Prekonsepsiyonel Dönemde Kaçınılması Gereken Davranışlar”** denilebilir.

7. Faktör: 1., 3., 38., maddelerden olmak üzere toplam 3 maddeden oluşan bu faktöre “**Prekonsepsiyonel Sağlığa İlişkin Duyarlılık Durumu**” denilebilir.

PKTÖ'nin alt ölçeklerinin birbirleriyle ve ölçeğin tümüyle olan korelasyonları, aritmetik ortalamaları, standart sapmaları, Cronbach's Alfa katsayıları, ranjları hesaplanmış ve bulgular Tablo 4.11.'de verilmiştir.

Tablo 4.11. PKTÖ ve Alt Ölçeklerine Ait Korelasyon Matriksi

	1	2	3	4	5	6	7	Toplam
1. Boyut	1							
2. Boyut	.489*	1						
3. Boyut	.418*	.446*	1					
4. Boyut	.532*	.381*	.426*	1				
5. Boyut	.390*	.260*	.261*	.381*	1			
6. Boyut	.413*	.245*	.204*	.400*	.291*	1		
7. Boyut	.349*	.264*	.265*	.331*	.371*	.249*	1	
Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği Toplam Puanı	.802*	.685*	.653*	.771*	.588*	.616*	.503*	1
Aritmetik Ortalama	52.47	31.49	22.01	35.78	17.18	21.46	14.14	194.53
Standart Sapma	4.00	3.55	3.11	3.96	2.51	3.40	1.25	14.91
Cronbach's Alfa Katsayısı	.815	.641	.620	.559	.503	.554	.438	.864
Ranj	35	20	20	27	18	20	7	120

(*) p<0.001

Tablo 4.11. incelendiğinde kırk üç maddelik PKTÖ'nin geneli için Cronbach's Alfa Katsayısı 0.864 olarak bulunmuştur. Faktör analizi sonucunda elde edilen 7 alt boyuta ilişkin Cronbach's Alfa değerleri ise 0.43 ile 0.81 arasında değişmektedir. PKTÖ'nin alt ölçeklerle olan korelasyon değerlerinin tümü p<0.001 önem düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Alt ölçeklerin ve ölçeğin toplam puanın ranj

değerlerine bakıldığında, birinci faktöre ait olması gereken ranjı 40 ve hesaplanan ranjının 35, ikinci faktöre ait olması gereken ranjı 28 ve hesaplanan ranjının 20, üçüncü faktöre ait olması gereken ranjı 20 ve hesaplanan ranjının 20, dördüncü faktöre ait olması gereken ranjı 32 ve hesaplanan ranjının 27, beşinci faktöre ait olması gereken ranjı 20 ve hesaplanan ranjının 18, altıncı faktöre ait olması gereken ranjı 20 ve hesaplanan ranjının 20, yedinci faktöre ait olması gereken ranjı 12 ve hesaplanan ranjının 7, toplam puana ait olması gereken ranjı 172 ve hesaplanan ranjının 120 olduğu görülmektedir.

Tüm bu bulgular PKTÖ'nin 7 faktörlü bir yapısının olduğunu ve ölçeğin bu haliyle Prekonsepsiyonel tutumların ölçülmesinde kullanılabileceğini göstermektedir.

PKTÖ'nin iç tutarlık güvenirlik katsayısını tespit etmek için ölçek iki yarıya ayrılmış ve iki yarıya ilişkin tutarlılık değerleri Tablo 4.12'de verilmiştir.

Tablo 4.12. PKTÖ'nin İki Yarı Güvenirlik Değerleri

Cronbach's Alfa	Birinci yarı	Değer	.782
		Madde sayısı	22 ^a
	İkinci yarı	Değer	.759
		Madde sayısı	21 ^b
	Toplam madde sayısı		43
İki yarı arasındaki korelasyon			.611
Spearman-Brown katsayısı	Eşit uzunluk		.758
	Eşit olmayan uzunluk		.758
Guttman Split-Half katsayısı			.758

a. Maddeler: madde 1, madde 3, madde 6, madde 7, madde 9, madde 11, madde 13, madde 15, madde 17, madde 18, madde 20, madde 21, madde 22, madde 23, madde 25, madde 26, madde 27, madde 28, madde 29, madde 31, madde 32, madde 33.

b. Maddeler: madde 35, madde 38, madde 40, madde 41, madde 43, madde 45, madde 46, madde 47, madde 48, madde 49, madde 50, madde 51, madde 53, madde 54, madde 56, madde 59, madde 61, madde 63, madde 64, madde 67, madde 76.

Tablo 4.12. incelendiğinde PKTÖ'nin iç tutarlılığına ilişkin iki yarı güvenirlik değerlerinin tümü yüksek bulunmuştur. Yirmi iki maddeden oluşan ölçeğin ilk yarısı için bu değer 0.782 ve 21 maddeden oluşan ikinci yarı için 0.759 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Guttman Split-Half Katsayısı ve Spearman-Brown Katsayısı ise 0.758 olarak bulunmuş ve ölçeğin iç tutarlılık güvenirliğinin iyi olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular PKTÖ'nin iç tutarlılık güvenirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

PKTÖ'nin maddelerinin ayırt edici geçerliğinin incelenmesi için ölçekten alınan toplam puanlar, düşükten yükseğe doğru sıralanmıştır. Bu sıralama sonrası alt gruptan %27 ve üst gruptan %27'lik dilimler alınmıştır. Her bir maddenin bu iki grubu ayırt edip etmediği t testi ile incelenmiş ve bulgular Tablo 4.13'de verilmiştir.

Tablo 4.13. PKTÖ'nin Maddelerinin Ayırt Ediciliği

Sorular	Gruplar	N	$\bar{X}$	S.s.	t	p
Madde 1	Alt grup	247	4.72	.568	-6.419	.000
	Üst grup	247	4.97	.177		
Madde 3	Alt grup	247	4.66	.553	-7.974	.000
	Üst grup	247	4.96	.208		
Madde 6	Alt grup	247	3.91	1.119	-11.949	.000
	Üst grup	247	4.85	.511		
Madde 7	Alt grup	247	4.24	.918	-9.095	.000
	Üst grup	247	4.85	.508		
Madde 9	Alt grup	247	4.27	.973	-10.896	.000
	Üst grup	247	4.96	.197		
Madde 11	Alt grup	247	3.62	1.332	-10.694	.000
	Üst grup	247	4.67	.787		
Madde 13	Alt grup	247	3.18	1.403	-11.541	.000
	Üst grup	247	4.47	1.070		
Madde 15	Alt grup	247	4.06	1.144	-12.056	.000
	Üst grup	247	4.96	.252		

S.D.=492

Tablo 4.13.'ün Devamı

Sorular	Gruplar	N	$\bar{X}$	S.s.	t	p
Madde 17	Alt grup	247	4.19	1.013	-11.318	.000
	Üst grup	247	4.95	.258		
Madde 18	Alt grup	247	4.57	.646	-10.244	.000
	Üst grup	247	4.99	.090		
Madde 20	Alt grup	247	4.38	.806	-10.297	.000
	Üst grup	247	4.95	.346		
Madde 21	Alt grup	247	4.07	1.154	-11.540	.000
	Üst grup	247	4.95	.314		
Madde 22	Alt grup	247	3.08	1.527	-9.963	.000
	Üst grup	247	4.33	1.250		
Madde 23	Alt grup	247	3.98	1.170	-12.053	.000
	Üst grup	247	4.94	.428		
Madde 25	Alt grup	247	4.31	.890	-10.719	.000
	Üst grup	247	4.95	.295		
Madde 26	Alt grup	247	3.54	1.405	-9.519	.000
	Üst grup	247	4.59	1.024		
Madde 27	Alt grup	247	4.31	1.014	-10.583	.000
	Üst grup	247	5.00	.064		
Madde 28	Alt grup	247	4.43	.916	-9.792	.000
	Üst grup	247	5.00	.000		
Madde 29	Alt grup	247	4.07	1.204	-10.109	.000
	Üst grup	247	4.91	.481		
Madde 31	Alt grup	247	4.11	1.063	-11.330	.000
	Üst grup	247	4.91	.345		
Madde 32	Alt grup	247	4.34	.962	-10.129	.000
	Üst grup	247	4.97	.189		
Madde 33	Alt grup	247	3.58	1.420	-11.596	.000
	Üst grup	247	4.75	.705		
Madde 35	Alt grup	247	4.49	.791	-9.948	.000
	Üst grup	247	5.00	.064		
Madde 38	Alt grup	247	4.39	.794	-11.717	.000
	Üst grup	247	4.99	.127		

S.D.=492

Tablo 4.13.'ün Devamı

Sorular	Gruplar	N	$\bar{X}$	S.s.	t	p
Madde 40	Alt grup	247	4.51	.831	-8.358	.000
	Üst grup	247	4.97	.276		
Madde 41	Alt grup	247	4.62	.711	-8.417	.000
	Üst grup	247	5.00	.000		
Madde 43	Alt grup	247	4.13	.975	-11.184	.000
	Üst grup	247	4.88	.411		
Madde 45	Alt grup	247	4.21	1.045	-10.202	.000
	Üst grup	247	4.93	.376		
Madde 46	Alt grup	247	3.61	1.377	-12.687	.000
	Üst grup	247	4.82	.580		
Madde 47	Alt grup	247	4.29	.852	-11.137	.000
	Üst grup	247	4.94	.331		
Madde 48	Alt grup	247	4.36	.899	-9.989	.000
	Üst grup	247	4.96	.304		
Madde 49	Alt grup	247	3.80	1.451	-10.127	.000
	Üst grup	247	4.84	.709		
Madde 50	Alt grup	247	4.10	1.085	-12.056	.000
	Üst grup	247	4.95	.250		
Madde51	Alt grup	247	3.83	1.138	-11.654	.000
	Üst grup	247	4.79	.615		
Madde 53	Alt grup	247	4.23	1.148	-8.621	.000
	Üst grup	247	4.92	.487		
Madde 54	Alt grup	247	3.46	1.360	-10.891	.000
	Üst grup	247	4.57	.866		
Madde 56	Alt grup	247	4.23	.928	-12.002	.000
	Üst grup	247	4.96	.244		
Madde 59	Alt grup	247	4.23	1.041	-10.124	.000
	Üst grup	247	4.94	.356		
Madde 61	Alt grup	247	3.66	1.212	-11.805	.000
	Üst grup	247	4.72	.715		

S.D.=492

Tablo 4.13.'ün Devamı

Sorular	Gruplar	N	$\bar{X}$	S.s.	t	p
Madde 63	Alt grup	247	3.70	1.209	-13.689	.000
	Üst grup	247	4.84	.505		
Madde 64	Alt grup	247	4.10	1.093	-9.082	.000
	Üst grup	247	4.83	.630		
Madde 67	Alt grup	247	3.49	1.252	-9.324	.000
	Üst grup	247	4.44	1.002		
Madde 76	Alt grup	247	4.05	1.282	-9.654	.000
	Üst grup	247	4.90	.504		
Toplam	Alt grup	247	175.12	13.262	-39.263	.000
Puan	Üst grup	247	209.07	2.959		

S.D.=492

Tablo 4.13. incelendiğinde PKTÖ'nin her bir maddesine ve toplam puanına ilişkin üst ve alt gruplar arasındaki farka ait t değerlerinin tümü $p < 0.001$ önem düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular PKTÖ'nin tüm maddelerinin ve toplam puanının "prekonsepsiyonel bilgi ve tutumu" yüksek olanlar ile düşük olanları birbirinden ayırt ettiğini göstermektedir.

PKTÖ'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

PKTÖ'nin AFA sonucunda elde edilen 7 faktörlü yapısının uygunluğu LISREL 8.5 istatistik paket programı kullanılarak, YEM yöntemi ile test edilmiş ve elde edilen DFA bulguları aşağıda sunulmuştur.

PKTÖ'nin yedi faktörlü modelinin DFA neticesinde elde edilen model uyum gösterge değerleri Tablo 4.14'de verilmiştir.

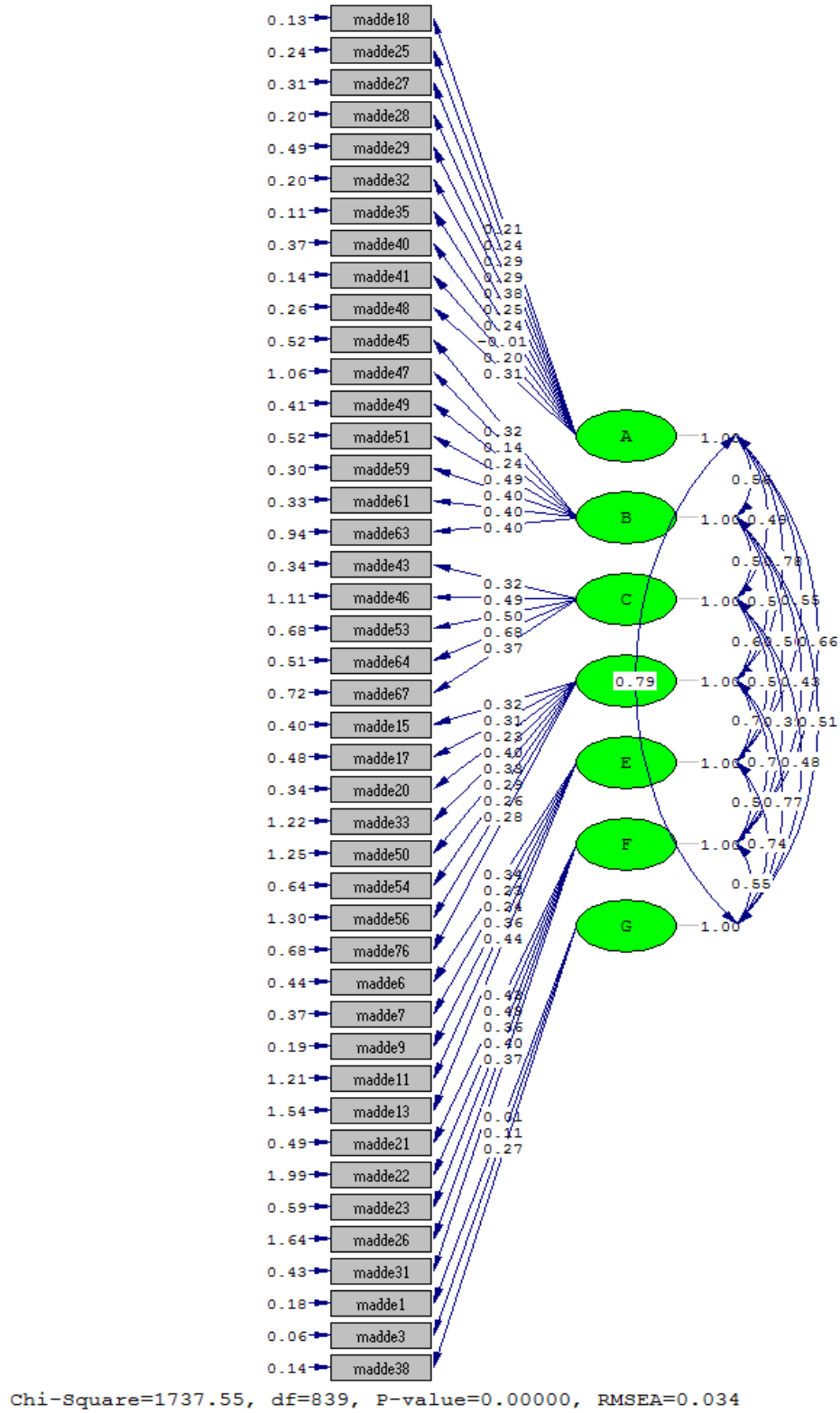
Tablo 4.14. PKTÖ'nin Model Uyum Gösterge Değerleri

Kriter	Değerler
Ki-kare/Serbestlik Derecesi (X^2/df)	2.70
Normed Fit Index (NFI)	.92
Non-Normed Fit Index (NNFI)	.92
Comparative Fit Index (CFI)	.93
Relative Fit Index (RFI)	.92
Incremental Fit Index (IFI)	.92
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	.89
Goodness of Fit Index (GFI)	.91
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	.034

Tablo 4.14. incelendiğinde kırk üç madde ve yedi faktörden oluşan modelin uyum iyiliği değerlerinin anlamlı olduğu, daha önce verilen (Tablo 3.4.) referans değerlerle paralellik gösterdiği ve modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğu söylenebilir.

Birinci Düzey DFA'ya ilişkin veriler şekil 4.2'de sunulmuştur.

Şekil 4.2.'deki grafik incelendiğinde $\chi^2=1737.55$, $df= 839$, $p=0.000$ olduğu, ölçeğin kırk üç madde ve yedi faktörlü modelinin yapı geçerliğinin sağlandığı görülmektedir.



Şekil 4.2. PKTÖ'nin Birinci Düzey DFA Sonuçları (Ölçeğin Rota/Path Diyagramı)

Ölçeğin Zamana Karşı Değişmezliğine İlişkin Bulgular

PKTÖ'nin zamana göre değişmezlik güvenirliğini belirlemek için test-tekrar test uygulaması yapılmış ve bulgular Tablo 4.15'da sunulmuştur.

Tablo 4.15. PKTÖ'nin Ön-Test ve Son-Test Puanları Arasındaki Korelasyon Değerleri

	r	P
Ön test	.978	.000
Son test		

Tablo 4.15. incelendiğinde ön-test ve son-test ölçüm sonuçları arasındaki ilişkiye ait korelasyon değeri $r=0.978$ olup $p<0.001$ önem düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir. Bu bulgu 15 gün arayla uygulanan ölçeğin ön-test ve son-test ölçüm sonuçlarının benzer olduğunu göstermektedir. Elde edilen bu bulgular, PKTÖ'nin test tekrar test güvenirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Tüm bu bulgular PKTÖ'nin 43 madde ve 7 faktörlü bir yapısının olduğunu ve ölçeğin bu haliyle prekonsepsiyonel bilgi ve tutumların ölçülmesinde kullanılabileceğini göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Ülkemizde kadınların, prekonsepsiyonel (gebelik öncesi) tutumlarını ölçebilen standardize bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu nedenle gebelik öncesi dönemde, prekonsepsiyonel bilgi ve tutumların değerlendirilmesinde kullanılabilecek Türk Kültürü'ne özgü, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmek amacıyla bu araştırma yapılmıştır. Bu çalışmada Likert tipi ölçek tercih edilmiştir. Bu tercihin nedeni Likert tipi ölçeklerin, çok kabul görmesi ve yaygın olarak kullanılması, diğer modellere oranla sezgilere daha çok dayanması ve ölçek oluşturmadaki işlemler bakımından diğer modellerden daha ekonomik olmasıdır.^{27,30(s.139),31(s.5),82(s.55)} Ölçek geliştirme kurallarına uygun olarak yapılan çalışma sonucunda, 43 maddeden ve 7 faktörden oluşan, geçerlilik ve güvenirliği sağlanmış bir tutum ölçeği geliştirilmiştir.

Nitelikli veriler üretebilmesi için tüm veri toplama araçlarının; standardize olması, norm değerlerinin bilinmesi, geçerlilik ve güvenirlik gibi iki temel psikometrik özelliğe sahip olması istenmektedir.^{26-28(s.216),31(s.47),77,92,96} Bu nedenle Likert tipi PKTÖ geliştirilirken, gerekli ve istendik psikometrik özelliklere sahip olabilmesi için literatürde belirtilen gerekli işlemler yapılmıştır.^{26-28(s.216),30(s.141),31(s.10),81,82(s.3-15)}

Bu bölümde PKTÖ'nin geçerlilik (kapsam geçerliliği, yüzey geçerliliği, yapı geçerliliği) ve güvenirlik (test-tekrar test güvenirliği, iç tutarlılık güvenirliği) analizlerine ilişkin bulgular, literatür verileri ile tartışılmıştır.

Geçerlilik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği (değişkeni) tam ve doğru olarak, başka özelliklerle (değişkenlerle) karıştırmadan ölçebilme derecesidir.^{25(s.178),29(s.97),30(s.34),78, 96,97} Başka bir ifade ile bir ölçme aracının, neyi ölçtüğü ve bu işi ne kadar iyi yaptığı anlamına gelir.^{24,26,30(s.34),79,92,96}

Bir ölçme aracının geçerliğini sınamaya yönelik bir çok ölçüt mevcuttur. Bunlardan en bilinenleri; kapsam (içerik) geçerliği, yüzey geçerliği, ölçüt bağımlı

geçerlilik ve yapı geçerliğidir.^{24,26,28(s.224),30(s.34-61),79,82(s.44),92,97} PKTÖ geliştirilirken; kapsam (içerik) geçerliği, yüzey geçerliği ve yapı geçerliğine bakılmıştır. Gebelik öncesi tutumları ölçebilen geçerli ve güvenilir başka bir ölçek (eşdeğer form) olmadığı için ölçüt-bağımlı geçerlilik ise değerlendirilememiştir.^{28(s.225),30(s.34-44),92}

PKTÖ'nün geliştirilmesinin ilk basamağında tutum ifadeleri yazılırken, literatürden yararlanma ve uzman görüşlerine başvurma teknikleri kullanılmıştır. Prekonsepsiyonel bakımın bileşenleri göz önünde bulundurularak, oluşturulan tutum ifadeleri, öncelikle tez danışmanı daha sonra ölçme değerlendirme alanında bir uzman ve Türk Dili alanında iki uzman tarafından incelenmiştir. Yapılan öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak 87 adet tutum ifadesini içeren taslak ölçek formu oluşturulmuştur. Taslak formda yer alan ifadeler “tamamen katılıyorum”, “çok katılıyorum”, “orta derecede katılıyorum”, “az katılıyorum”, “hiç katılmıyorum” şeklinde olmak üzere 5'li likert biçiminde derecelendirilmiştir.^{26,27,30(147),31(s.9),76,80,83}

Ölçek geliştirilirken, her bir maddenin ve bir bütün olarak ölçeğin, ölçülmek istenen kavramı ölçüp ölçmediği ve ölçülmek istenen kavram dışında farklı anlamlar barındırıp barındırmadığının, kapsam geçerliğine bakılarak değerlendirilmesi gerekir.^{28(s.224),32(s.52)} Ölçme aracındaki maddelerin anlaşılabilirliği, ölçülecek alanı temsil durumu, kullanılacağı amaç ve veri toplama için uygunluk durumu kapsam (içerik) geçerliliği hesaplanarak değerlendirilir.^{26,30(s.38),32(s.52)} Bu amaçla en sık kullanılan yöntem ilgili bilim alanında ve ölçek sorusu hazırlama teknik ve yöntemleri konusunda uzman olan kişilerin görüşüne başvurulmasıdır.^{24,26,28(s.224),29(s.99),30(s.38-41),31(s.51),80} Uzman görüşleri, farklı yöntemler kullanılarak alınabilmektedir.^{26,28(s.224)} PKTÖ geliştirilirken, 1975 yılında Lawshe⁹⁸ tarafından geliştirilen ve kendi adını taşıyan “Lawshe Tekniği” kullanılmıştır. Bu teknikte, kapsam geçerliliğinin sınanması için ölçek geliştirme ve geliştirilmek istenen ölçekteki konu hakkında yeterliliği olan en az 5, en fazla 40

uzmanın görüşüne başvurulması gerekmektedir.^{26,98,99}

Taslak PKTÖ formu, kapsam geçerliğinin sınanması için literatüre uygun olarak 16 uzmanın görüşlerine sunulmuştur. Değerlendirmeyi uygun şekilde tamamlayan uzmanların, öneri ve görüşüne doğrultusunda taslak ölçek formunda bazı düzeltmeler yapılarak ölçeğin kapsam geçerliği değerlendirilmiştir.^{26,98,99} Her bir madde için uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda KGO değeri hesaplanmıştır. Elde edilen değerler, Veneziano ve Hooper (1997) tarafından oluşturulan; Lawshe Minimum KGO tablosu ile karşılaştırılmıştır. KGÖ 0.49'un altında olan 11 madde istatistiksel olarak anlamsız kabul edilerek ölçekten atılmıştır.^{26,99} Madde atma sürecinden sonra kalan maddelerin, KGİ değeri araştırılmış ve $KGİ \geq KGO$ veya $KGİ/KGO \geq 0$ 'ı sağlayan maddeler, istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.^{26,98,99} Bu analizler ve uzmanların önerileri doğrultusunda 87 maddelik taslak ölçek, 76 maddeye inmiştir.^{26,28(s.224),98,99} Yetmiş altı maddeye indirgenen taslak ölçek formu, Türk Dili alanında bir uzman tarafından incelenmiş ve önerileri doğrultusunda anlatım ve dilbilgisi eksiklikleri giderilmiştir.

Yüzey-görünüm geçerliliği, ölçeğin neyi ölçer görüldüğünün araştırılmasına yönelik işlemleri içerir.^{77,97} Öncelikle araştırmacı tarafından ve daha sonra bu konuda uzman olan ve olmayan kişilerin görüşleri alınarak sınanır. Uzman olmayan kişilerin görüşleri genellikle pilot uygulama yoluyla değerlendirilir.^{26,30(s.37),77,79,97} Bunun için veri toplama formlarının, örnekleme alınacak bireylerle benzer özelliklere sahip olan 30-50 kişilik küçük gruba pilot uygulama yoluyla uygulanması gerekir.^{25(s.141),26,27,79,82(s.13),97} Yüzey-görünüm geçerliğinin sınanması için literatüre^{26,27,30(s.37),77,79,97} uygun olarak 76 maddelik PKTÖ taslağı 38 gönüllüye uygulanmıştır. Pilot uygulamada gönüllülerin; taslak ölçeği cevaplama süreleri, yönergeyi ve soruları anlama düzeyleri belirlenmiş, cevaplama güçlüğü yaşadıkları ifadeler değerlendirilmiş, ölçek

konusundaki görüş ve önerileri alınmıştır. Yapılan değerlendirmeler neticesinde, bireyler tarafından anlaşılmayan maddeler tekrar gözden geçirilerek; bir madde (28. soru) iki madde haline getirilmiş, anlaşılmayan bazı maddeler düzeltilmiş ve soruların yerlerinde değişiklik yapılmıştır. Sonuçta; 77 maddelik daha anlaşılır bir form elde edilmiştir. Bu formda yer alan toplam 77 maddenin 56'sı olumlu (düz) ve 21'i olumsuz (ters) ifadeleri içermektedir.

Likert tipi ölçek geliştirilirken kapsam geçerliliği ve yüzey-görünüm geçerliliği saptandıktan sonra yapı geçerliğinin de ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gerekir.⁹⁶ Yapı geçerliği; bir ölçme aracının ölçtüğü niteliklerin, cevaplayıcıların ölçekten aldığı puanların ne anlama geldiğinin araştırıldığı ve testin ölçmeyi amaçladığı kavramı gerçekten ölçüp ölçmediğinin değerlendirildiği bir süreçtir.^{25(s.183),26,28(s.226),29(s.107),30(s.45),}

^{96,100} Yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan yöntem, faktör analizi çözümleridir.^{26,28(s.226-227),29(s.107),77,79,100-102}

Faktör analizi, çok sayıda değişkenin arka planında yatan temel yapıyı ortaya çıkarmak için yapılmaktadır.^{77,79,103} Faktör analizi; kullanım amacına bağlı olarak AFA ve DFA olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.^{28(226-227),30(s.46-61),32(92-93),77,92,98,104} AFA var olan psikolojik yapıyı “anlamaya” DFA'de bu yapıyı “test etmeye” yöneliktir.^{32(s.93),77,100}

Ölçek geliştirme çalışmalarında; DFA yapılmadan önce AFA yapılması önerilmektedir.^{28(226-227),30(s.46-51),32(s.60),89}

AFA'da; anlaşılmasını ve yorumlanmasını kolaylaştırmak için temelde birbiri ile bağlantılı değişkenleri belli kümelerde bir araya getirerek, daha az sayıda boyuta indirgeme söz konusudur.^{25(s.186),26,28(226-227),29(s.107),77,79,100-102} AFA; yeni geliştirilen ölçeklerde, maddelerin farklı boyutlar (faktörler) altında toplanıp-toplanamayacağını değerlendirmek ve varsa ölçeğin alt boyutlarını ortaya çıkarmak amacıyla yapılır.^{28(s.226),92,103}

AFA ya da diğ er adıyla Keş fedici Faktör Analizi, yeni geliştirilen ölçek çalışmalarında, literatürde konuyla ilgili kuramsal bir bilgi bulunmaması ve ölçeğin kaç faktörden oluş tuğ unun önceden bilinmemesi durumunda, ölçeğin kaç faktörden oluş tuğ unu belirlemek amacıyla uygulanmaktadır.^{26,28(s.227),30(s.46),77,103} Bu yöntemde; araşt ır macı tarafından belirlenen ölçek maddeleri deneklere uygulanmakta, analiz sonuçlarına göre gerekli madde eklemesi, çıkarılması ve düzeltmeleri yapıldıktan sonra tekrar uygulamaya geçilmektedir. Bu süreç, ölçülmek istenen yapılar, kontrol edilebilir sayıda madde ile güvenilir bir şekilde ölçülebilir hale getirilinceye kadar sürdürülmektedir.^{100,102}

Likert Tipi ölçeklerde, maddelerin hangi başlıklar altında gruplanabileceğini saptamak için yapılan AFA'da, sıklıkla "Temel Bileş enler Analizi" yöntemi kullanılmaktadır.^{24,25(s.186),26,100,103}

AFA'nın 4 temel aş aması vardır:^{28(s.227)}

AFA'nın Birinci aş amasında örneklem büyüklüğü değ erlendirilerek veri setinin faktör analizi için uygunluğ una bakılmalıdır. Ölçek geliştirme çalışmalarında, örneklem sayısının nasıl tespit edileceğ i konusunda farklı görüşler mevcuttur.^{30(s.51), 32(s.60)} Literatürde aktarıldığına^{30(s.51),32(s.60),89,91(s.362),102} göre Comrey ve Lee (1992); örneklem büyüklüğ ünü 50 ise çok zayıf/yetersiz, 100' ise zayıf/yetersiz, 200 ise orta/kararsız, 300 ise iyi, 500 ise çok iyi ve 1000 ise ideal/mükemmel olarak değ erlendirilmesi gerektiğ ini bildirmiştir. Ölçek geliştirme çalışmalarında örneklem büyüklüğü, korelasyon analizlerini etkilemektedir. Ayrıca örnekleme alınacak maddelerin faktör yükleri örneklem büyüklüğüne bağı lı olarak değ işmektedir.^{26,30(s.48-51), 91(s.390-391),100,101,104} Bu nedenle faktör analizi yapılabilmesi için örneklem büyüklüğ ünün, en az 100 kişı olması tavsiye edilmektedir.^{24,26,89,91(s.362),100} Daha güvenilir sonuçlar elde edebilmek için araşt ır manın yapıldığı örneklem büyüklüğ ünün

ölçekteki madde sayısının en az 5 hatta 10 katı (1'e 10 oranı) olması önerilmektedir.^{26,28(s.217),30(s.51),32(s.60),89,91(s.362),100,101} Bazı kaynaklarda ise 1'e 20 oranı^{32(s.60)}, hatta 1'e 30 oranının¹⁰¹ kullanılması tavsiye edilmektedir. Kırküş maddelik PKTÖ ölçeği için bu oran 1'e 21 (913 kişi/43 madde=21.23) olarak hesaplanmıştır. Bu bulgu veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu ve örneklem büyüklüğünün sonuçların genellenebilirliği açısından yeterli olduğunu göstermektedir.

Örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için KMO Testi ve Bartlett's Sphericity testi uygulanmaktadır.^{28(s.227)} Ayrıca ölçek maddelerinin anti imaj korelasyonlarına bakılmaktadır.^{92(s.384),101} KMO Testi; gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştırmak amacıyla kullanılan bir indekstir.^{80,89} KMO değerinin; 0.90-1.00 arasında olması mükemmel, 0.80-0.89 arasında olması çok iyi, 0.71-0.79 arasında olması iyi, 0.60-0.70 arasında olması orta; 0.50-0.59 arasında olması zayıf ve 0.50'nin altında olması ise yetersiz (kabul edilemez) olarak değerlendirilmektedir.^{26,30(s.50),80,91(s.384)} Faktör analizi yapılabilmesi için KMO test sonucunun 0.50'den büyük olması tavsiye edilmektedir.^{26, 28(s.227), 30(s.50),91(s.384),101,103} PKTÖ'nin; KMO katsayısı 0.90 olarak tespit edilmiş ve mükemmel olarak değerlendirilmiştir (Tablo 4.5).

Bartlett's Sphericity (küresellik) Testinde ise değişkenlerin birbiriyle uyumlu olup olmadığı ve verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmektedir.^{30(s.51)} Korelasyon matrisinden faktör çıkarılabilmesi için ki-kare değerinin $p<0.05$ düzeyinde anlamlı olması gerekmektedir.^{30(s.51),91(s.384),101,103} PKTÖ'nin Bartlett's Sphericity testine ilişkin Ki-kare değeri, 7845.588 olarak bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). PKTÖ'nin ölçek maddelerinin anti-imaj korelasyonlarına bakılmış, tüm anti imaj korelasyon değerlerinin anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 4.6). Elde edilen bu bulgular; verilerin normal dağılım gösterdiğini,

değişkenlerin birbiriyle uyumlu olduğunu ve örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

AFA'nın ikinci aşamasında geliştirilen ölçeğin faktör yapısı incelenir. Bunun için Özdeğer (eigenvalues) istatistiği ve Scree Plot grafiği çıkarılmalıdır.^{28(s.227)} Örneklem büyüklüğünün uygunluğu sınılandıktan sonra; PKTÖ'nin faktör yapısını ortaya çıkarmak için Principal Component (Temel Bileşenler) yöntemi kullanılmış ve varimax dik döndürme tekniğinden yararlanılmıştır. Bu analizler sonucunda, varyansın %50'sini (49.690) açıklayan, 11 faktörlü bir yapı ortaya çıkmıştır (Tablo 4.7). Faktör sayısının fazla olduğu bir yapıda maddelerin çok fazla dağılacağı ve yorumlanmasının güçleşeceği bildirilmektedir.^{30(48-50),103} Scree Plot Testi, faktör sayısının fazla çıkması durumunda kavramsal yapının anlamlılığını sağlama ve yorumlamayı kolaylaştırmak için faktör sayısının sınırlandırılması amacıyla kullanılmaktadır.^{24,28(s.227),30(48-50),101,103} Bu nedenle PKTÖ geliştirilirken Scree Plot testi yapılarak elde edilen grafiğin, eğimindeki ilk ani değişiklik doğrultusunda ölçeğin, faktör sayısı 7 faktör ile sınırlandırılmıştır.^{26,28(s.227),30(48-50),91(s.367-402),100,103}

AFA'nın üçüncü aşamasında birden fazla faktörü ortaya çıkarmak ve faktörlerin yorumlanmasını kolaylaştırmak amacıyla rotasyon (döndürme) işlemi uygulanmaktadır.^{28(s.227)} Bu amaçla en sık kullanılan döndürme yöntemi Varimax Rotasyonu (dik açılı döndürme)'dur.^{24,26,28(s.227),32(s.96),103,104} Rotasyon işlemi sonucunda her boyutta en az 3 madde^{26,32(s.102),91(s.405)} olacak şekilde ölçek maddeleri seçilerek, boyutlandırılır ve standart ölçek formu oluşturulur.^{26,76} Rotasyon işlemleri neticesinde elde edilen faktör yüklerinin, toplam varyansın %40'ını açıklayabilmesi gerekmektedir.^{30(s.48),91(s.392-393)} Scree Plot Test sonucunda 7 faktörle sınırlandırılan PKTÖ'ne tekrar varimax döndürme yöntemi yapılarak faktör analizi tekrar yapılmıştır. Bu analiz sonrasında toplam varyansın yaklaşık %40'ını (%39.667) açıklayan ve

özdeğeri 1.00'in üzerinde olan 7 faktörlü, kırk üç maddeli PKTÖ elde edilmiştir. Toplam varyansın % 9.140'ını 1. faktörün, % 6.456'sını 2. faktörün, %5.697'sini 3. faktörün, %5.273'ünü 4. faktörün, %4.615'ini 5. faktörün, %4.442'sini 6. faktörün ve %4.044'ünü 7. faktörün açıkladığı belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Ölçekteki bir maddenin herhangi bir faktöre girebilmesi için ulaşması gereken en küçük faktör yük değeri konusunda kesin bir sınır yoktur.^{105,106} Ancak, bazı çalışmalarda örneklem büyüklüğü ve maddenin içerik olarak faktörlerle olan ilişkisine bakılarak, 0.30 ya da 0.40 değerleri önerilmiştir.^{26,30(s.48),91(s.390-391),100-105} Büyüköztürk (2002)¹⁰⁰ işaretine bakılmaksızın 0.60 ve daha fazla olan yük değerlerinin yüksek, 0.30 ile 0.59 arasındaki yük değerinin ise orta olarak kabul edilebileceğini bildirmiştir.¹⁰⁰ Ancak Faktör yükü 0.30 olan maddelerin ölçeğe alınabilmesi için örneklem büyüklüğünün 350'nin üzerinde olması gerekmektedir.^{26,30(s.48),91(s.390-391),100,101,104} Bu çalışmada PKTÖ'nin 20. maddesi hariç tüm maddelerinin faktör yükünün önerilen ve orta olarak kabul edilen 0.30 değerinin üstünde olduğu bulunmuştur. Yirminci maddenin yük değerinin 0.30'a yakın bir değer olması (0.29), içerik olarak AFA sonucunda elde edilen faktörlerle ilişkili önemli bir madde olması, örneklem büyüklüğünün yeterli olması nedeniyle ölçekte bırakılması uygun bulunmuştur. İterasyon sayısının 14 olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular ölçeğin yapı geçerliğinin uygun olduğunu göstermektedir.

AFA'nın dördüncü ve son aşamasında ise her boyutta yer alan maddelere (bileşenlerine) bakılarak elde edilen boyutlar isimlendirilir.^{26,28(s.227),30(s.51),76,91(s.394)} Faktörlere isim bulma işlemine “etiketleme” denir.^{26,91(s.394)} PKTÖ geliştirilirken bu aşamada kırk üç maddelik ölçeğe etikleme işlemi yapılmış ve yedi faktöre bileşenlerine göre isimler verilmiştir.

1. Faktör: Prekonsepsiyonel Sağlığı Koruma ve Geliştirmeye İlişkin Tutumlar,

2. **Faktör:** Doğurganlığın Planlanmasına İlişkin Tutumlar,
3. **Faktör:** Çocuk Sahibi Olmadan Önceki Yaşam Koşullarına İlişkin Tutumlar,
4. **Faktör:** Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerine İlişkin Tutumlar,
5. **Faktör:** Prekonsepsiyonel Sağlık Davranışlarına İlişkin Tutumlar,
6. **Faktör:** Prekonsepsiyonel Dönemde Kaçınılması Gereken Davranışlar ve
7. **Faktör:** Prekonsepsiyonel Sağlığa İlişkin Duyarlılık Durumu

olarak isimlendirilmiştir. (Tablo 4.10.)

AFA yapıldıktan sonra, DFA ile verilerin temelindeki yapı değerlendirilir.^{90,102} DFA, AFA ile belirlenen faktörler arasında yeterli düzeyde ilişki olup olmadığını, hangi değişkenlerin hangi değişkenlerle ilişkili olduğunu, faktörlerin birbirinden bağımsız olup olmadığını ve belirlenen faktörlerin modeli açıklamada yeterli olup olmadığını sınamak için kullanılmaktadır.⁹⁰ İlk defa geliştirilen bir ölçekte, AFA'den sonra DFA yapılarak faktörler ortaya çıkarılmalı ve bu faktörler doğrulanmalıdır.^{28(s.227)} Doğrulayıcı ya da teyit edici faktör analizi bir hipotez testi olup, AFA'nden daha güvenilirdir.^{91(s.409)} Bu nedenle fen, sosyal ve sağlık bilimlerinde yapılan ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında AFA'ne ait bulguların, DFA ile sınanarak teyit edilmesi gerekir.^{90,91(s.408),101}

DFA yapılırken, genellikle YEM kullanılır.^{28(s.227),87,91(s.409-410)} YEM gözlenen ve ölçülen açık değişkenler (faktörler) ile gözlenemeyen ve ölçülemeyen gizli değişkenler arasındaki nedensel ilişkilerin, bir model kapsamında test edilmesi amacıyla kullanılan analizlerin genel adıdır.^{90,91(s.410),107} YEM; kuramsal, deneysel ve istatistiksel yaklaşımlarla, yapı ile bağlantılı olan pek çok değişken arasındaki nedensel ilişkileri eş zamanlı olarak incelemeye olanak sağlar. Böylece yapının dayandığı kuram açısından beklenen ilişkilerin gözlenip, gözlenemediği konusuna açıklık getirir. AFA ile ölçeğin hangi yapı ya da yapıları ölçtüğü belirlenebilirken, YEM ile belirlenen bu yapılar

arasındaki ilişkiler ve bu ilişkilerin yönü incelenebilir.^{30(s.58)} YEM’de temel olarak, AFA ile elde edilmiş bir veri ve ölçek modeli vardır.⁹⁰ DFA yapılarak bu model test edilir, modeldeki gizli ve görünür değişkenler arasındaki ilişkiler ve bu ilişkilerin yönü “Rota ya da Path Diyagramı” adı verilen bir grafikte gösterilir.^{91(s.410-411),107}

YEM analizleri için LISREL, AMOS ve EQS, SAS, Mplus, SEPATH, RAMONA, CALIS, MX, PLS-PC, PLS-graph gibi farklı ileri istatistik paket programlarının yararlanılmaktadır.^{28(s.227),87,91(s.409-410)} LISREL Programı, uygun model alternatiflerini oluşturmada çeşitliliği maksimum seviyede tuttuğu için daha fazla tercih edilmektedir.⁹⁰ PKTÖ’nin DFA’i yapılırken, literatüre uygun olarak YEM modeli kullanılmış ve LISREL 8.5 istatistik paket programından yararlanılmıştır.

Verilerin modele uyumlu olduğunu hesaplamak için sıklıkla “ χ^2 Testi” kullanılır, ancak tek başına yeterli değildir.^{28(s.227),90,91(s.412-413)} Ancak χ^2 değeri örneklem büyüklüğünden etkilendiği için özellikle 200’ün üzerinde bir örnekleme çalışıldığında ki-kare değerinin anlamlı çıktığı bilinmektedir.^{28(s.227), 90, 91(s.412-413)} Ancak modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değeri anlamsız çıkmalıdır.^{28(s.227),90,91(s.412-413)} Bu nedenle ki-kare değerinin serbestlik derecesine bölünerek değerlendirilmesi daha yaygındır. Ki-kare/Serbestlik Derecesi (χ^2/df) değerin 2 ve 2’nin altında olması ölçek modelinin iyi bir model olduğunu, 5 ve 5’in altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir.^{28(s.227),87-91(s.412-413)}

Kırk üç madde ve yedi faktörden oluşan PKTÖ’nin YEM analizleri neticesinde elde edilen $\chi^2=1737.55$, $df= 839$ ve χ^2/df değeri 2.70 olarak saptanmıştır. Bu doğrultuda ölçek modelinin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğu söylenebilir. Model-veri uyumunun bir diğer göstergesi olan RMSEA 0.034 olarak saptanmış olup kabul edilebilir referans değeri olan 0.080’dan küçüktür ve 0.05 ve altındaki değerler iyi uyum olduğunu gösterdiği için PKTÖ modelinin iyi uyum gösterdiği söylenebilir.

PKTÖ'nin diğer uyum iyiliği değerleri, NFI 0.92, NNFI 0.92, CFI 0.93, RFI 0.92, IFI 0.92, AGFI 0.89 ve GFI 0.91 olarak bulunmuştur (Tablo 4.14).

Literatürdeki^{28(s.227), 80, 87- 91(410-414)} Referans Model Uyum İndeksi Değerleri GFI 0.90, AGFI 0.85, CFI 0.90 ve NFI 0.90, NNFI 0.80, RFI 0.90, IFI 0.90 olarak verilmiştir (Tablo 3.4). Kırküç maddelik PKTÖ'nin hesaplanan uyum iyiliği değerleri, literatürde belirtilen referans değerlerinden yüksek bulunmuştur.

Tüm bu bulgular, ölçek model veri uyumunun kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir. Sonuçta; 43 madde ve yedi faktörden oluşan PKTÖ'nin model veri uygunluğunun olduğu ve yapı geçerliğini sağladığı söylenebilir.

Güvenirlilik, bir ölçme aracının hedeflediği değişkeni ölçerken duyarlı olması, benzer koşullarda tekrarlanan birbirinden bağımsız ölçümlerde, birbiriyle tutarlı ve kararlı sonuçlar üretebilmesidir.^{28(s.216),29(s.83),92} Güvenirlilik, bir ölçme aracının temel özelliği ve bilimsel anlamda kabul edilir sayılmasının şartlarından biridir.^{25(s.171),28(s.217)} Ölçme aracının özelliğine uygun olarak yapılan farklı değerlendirme yöntemleri ile ölçeğin, güvenirlilik katsayısı belirlenebilir.^{26-28(s.218),29,30(s.19),82(s.36),92} Ölçek geliştirme çalışmalarında, güvenirlilik için iç tutarlılığın ve değişmezliğin değerlendirilmesine yönelik farklı istatistiksel analizler yapılır.^{24,26-28(s.218),29(s.86-92),82(s.36),92} Bu analizler sonucunda ölçeğin güvenirliliğini düşüren maddeler ölçekten çıkarılarak, güvenilir bir ölçek elde edilmeye çalışılır.^{26,29(s.92),30(s.33)}

PKTÖ geliştirilirken ölçeğin güvenirliliği; iç tutarlılığın araştırılması yoluyla değerlendirilmiştir. Bu amaçla Cronbach's Alfa katsayısı ve madde-toplam puan korelasyonu hesaplanmıştır.

İç tutarlık güvenirliliği, geliştirilen ölçeğin bütün yönlerinin ölçme yeterliliği değerlendirilerek, farklı maddelerin aynı yapıyı ölçmede ne kadar tutarlı olduğu incelenir.^{28(s.221), 97} Ölçeğin tüm alt boyutlarının aynı özelliği ölçtüğü kanıtlanırsa, ölçeğin iç tutarlılık güvenirliliğine sahip olduğu varsayılır.^{28(s.221),92}

Likert tipi ölçeklerde, daha güvenilir olması nedeniyle en çok tercih edilen teknik; testi yarılama tekniği kullanılarak Cronbach's Alfa katsayısının hesaplanmasıdır.^{24,26,28(s.221),29(s.92),30(s.28),79,92,97} Kabul edilebilir güvenilirlik katsayısı değeri, ölçüm aracının kullanım amacına göre değişmektedir.^{82(s.41),108} İlk kez geliştirilen bir ölçekte Cronbach's Alfa katsayısının; 0.70 olması yeterli kabul edilirken, zekâ testlerinde ve ölçek uyarlama çalışmaları gibi olgunlaştırılmış bir ölçekle yapılan değerlendirmelerde Cronbach's Alfa değerinin 0.80'i aşması istenir.^{24,25(s.178),26,91(s.128),109}

Ölçüm aracına göre değişmekle birlikte günümüzde önerilen en düşük Cronbach's Alfa katsayısı değeri 0.70' dir.^{26,28(s.219),30(s.152),82(s.41),91(s.128),92,108,109}

Ölçekteki maddeler birbiri ile ilişkili ise alfa değeri artar. Ancak, yüksek Cronbach's Alfa katsayısı iç tutarlılığın daima yüksek olduğu anlamına gelmez. Hesaplanan Cronbach's Alfa değeri, güvenilirlik katsayısının alabileceği minimum değeri gösterir. Testin güvenilirlik katsayısı elde edilen Cronbach's Alfa katsayısından çok daha yüksek olabilir.^{29(s.89)} Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayısı (r) için farklı sınıflamalar mevcuttur.^{26, 91(s.128)} Tavşancıl'ın^{30(s.29)} aktardığına göre Cronbach's Alfa iç tutarlılık katsayısı (r) $0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir, $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilir, $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirlikte ve $0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilirmez şeklinde yorumlanmaktadır.^{30(s.29)} PKTÖ'nin Cronbach's Alfa katsayısı hesaplanırken alfa değerini olumsuz etkilediği belirlenen 34 madde (2., 4., 5., 8., 10., 12., 14., 16., 19., 24., 30., 34., 36., 37., 39., 42., 44., 52., 55., 57., 58., 60., 62., 65., 66., 68., 69., 70., 71., 72., 73, 74., 75., 77.) ölçekten çıkarılmıştır. Bu maddeler çıkarıldıktan sonra kalan 43 maddeye ilişkin Cronbach's Alfa katsayısı 0.86 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.3.). PKTÖ'nin 7 alt boyutuna ait alfa değerleri ise 0.43 ile 0.81 arasında değişmektedir. Birinci boyutun alfa değeri 0.81, ikinci boyutun 0.64, üçüncü boyutun 0.62, dördüncü boyutun 0.55, beşinci boyutun 0.50, altıncı boyutun 0.55 ve

yedinci boyutun ise 0.43 olarak bulunmuştur. (Tablo 4.11.). Literatür^{30(s.29),91(s.128),108} bilgileri doğrultusunda ölçeğin, geneline ve birinci alt boyutuna ilişkin Cronbach's Alfa değerinin yüksek derecede güvenilir olduğu, ikinci ve üçüncü boyuta ilişkin alfa değerlerinin oldukça güvenilir olduğu, dördüncü, beşinci, altıncı ve yedinci boyutlardaki alfa değerinin ise düşük güvenilirlikte olduğu bulunmuştur. Ölçeğin dördüncü, beşinci, altıncı ve yedinci boyutlarındaki alfa değerlerinin daha düşük bulunması, bu boyutlarda yer alan madde sayısının 10'un altında olması ile açıklanabilir.^{82(s.41)} Özellikle en az madde (üç adet) bulunan yedinci boyutta, hesaplanan alfa değerinin en düşük ($\alpha=43.8$) olması bu kanıyı desteklemektedir. Yedinci boyutta yer alan maddelerin ölçeğin bütününe katkı sağladığı ancak tek başına kullanım için yetersiz kalabileceği söylenebilir. Bu nedenle alfa değeri düşük olan boyutların (dördüncü, beşinci, altıncı ve yedinci boyutlar) ölçeğin diğer boyutlarıyla birlikte kullanılması daha uygun olur.¹¹⁰

İç tutarlığın değerlendirilmesinde madde analizine dayanan tekniklerin de önemli bir yeri vardır.^{26,91(s.249)} Maddeler arasındaki ilişkilerin yönü ve tutarlılık derecesini değerlendirmek, etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla maddeler arası korelasyon analizleri ve madde-toplam puan korelasyon analizleri yapılmaktadır.^{26,28(s.222-223),91(s.249)} Bu analizlerle iç tutarlılık belirlenirken, ölçüt olarak doğrudan doğruya ölçeğin uygulanmasından elde edilen puanlar kullanılmaktadır.^{30(s.57)} Madde analizinin farklı tekniklerle yapılması mümkündür.^{31(s.28-36)} Genellikle ölçekten alınan toplam puanlar; en yüksek puandan en düşük puana doğru sıralanır. Daha sonra ölçeğe cevap veren birey sayısı 3'e bölünerek alt ve üst gruplar oluşturulur.^{29(s.115),30(s.55)} Sıralama sonucunda karşılaştırma için dağılımın normal olduğu büyük gruplarda, dağılımın her iki ucundan %27'lik dilimler alınır.^{30(s.55),31(s.32),32(s.146)} Her madde için üst ve alt gruba ait puan ortalamaları bulunur ve iki grubun ortalamaları arasındaki farkın

anlamlılığını belirlemek için "bağımsız gruplarda t testi" yapılır.^{30(s.55),31(32-37),32(s.146)}

Elde edilen sonuçlar "t" tablosundan kontrol edilerek farkın anlamlılığının yüksek olduğu maddeler seçilir. Fark olmayan maddeler yeniden incelenir ve ölçekten çıkarılır.^{30(s.56),31(s.35),32(s.146)} Ölçme aracındaki maddeler ya da alt boyut toplam puanları

ile ölçek toplam puanları arasındaki anlamlı korelasyon katsayıları iç tutarlılık göstergesi olarak kabul edilir.^{30(s.55)} Maddeler arası kabul edilebilir korelasyon katsayısının kaç olması gerektiği konusunda farklı fikirler mevcut olmakla birlikte çoğunlukla 0.20 ile 0.40 arasında değerler kullanılmaktadır.^{28(s.222),30(s.34,148),32(s.144),82(s.47)}

Ancak uygulamalarda sıklıkla alt sınır olarak 0.20 oranı kullanılmaktadır.^{30(s.148),32(s.145),92}

Literatürde hesaplanan madde-toplam puan korelasyon değeri 0.00-0.19 arasında ise ayırt edicilik az veya yok, 0.20-0.39 arasında ise ayırt edicilik orta düzeyde, 0.40 ile 1.00 arasında ise ayırt ediciliğin iyi düzeyde olduğu bildirmiştir.^{32(s.144),82(s.47)}

Korelasyon katsayısı 0.20'nin altında olan maddelerin ayırt ediciliğinin kötü olduğu ve testteki diğer maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğü düşünülerek güvenilirliğin artırılması için ölçekten çıkarılması tavsiye edilmektedir.^{26,29(s.115),30(s.33),32(s.144,146),}

^{82(s.47),92} Ancak maddeler arasındaki korelasyon katsayısının yüksek ya da düşük olması ölçeğin güvenilirliğini tek başına belirleyen bir kriter değildir. Ölçekten madde çıkarıldığında Cronbach's Alfa katsayısında olacak değişim ve madde-toplam puan korelasyonlarına da bakılmalıdır.^{91(s.250)} Dikkat edilmesi gereken diğer bir husus

örneklem büyüklüğüdür. Madde-toplam puan korelasyon analizlerinin yapılabilmesi için örneklem büyüklüğün en az 100 kişi olması veya madde sayısının en az 5 katı örneklemle çalışılmış olması gerekir.^{26,91(s.363)} Madde-toplam puan korelasyonu 0.20 ve

üzerinde olan maddelerin ölçeğe alınabilmesi için örneklem büyüklüğünün 400'ün üzerinde olması gerekir.^{26,32(s.144),82(s.47)} PKTÖ geliştirilirken iç tutarlık güvenilirliği ve

maddelerin ayırt ediciliği %27'lik alt ve üst dilimler baz alınarak, madde-toplam puan

korelasyonlarının hesaplanması yoluyla değerlendirilmiştir. Örneklem büyüklüğü 400'ün üzerinde olduğu için madde-toplam puan korelasyonu 0.20 ve üzerinde olan maddelerin ölçeğe alınması uygun bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda madde-toplam puan korelasyonu 0.20'nin üzerinde olan kırk üç madde (1., 3., 6., 7., 9., 11., 13., 15., 17., 18., 20., 21., 22., 23., 25., 26., 27., 28., 29., 31., 32., 33., 35., 38., 40., 41., 43., 45., 46., 47., 48., 49., 50., 51., 53., 54., 56., 59., 61., 63., 64., 67., 76.) ölçeğe alınmıştır. Ölçeğe alınan bu maddelerin düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyonları 0.21 ile 0.50 arasında değişmektedir (Tablo 4.3). Kırk üç maddelik ölçeğin, kırk iki maddesi olumlu ifade içerirken, bir tanesi (47. madde) olumsuz yani ters ifade içermektedir Kırk üç maddelik PKTÖ maddelerinin madde-toplam puan korelasyonlarının istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.001$) olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4.). Bu bulgular ölçeğin korelasyon değerlerinin madde analizi için kabul edilebilir düzeyde olduğunu ve kırk üç maddeden oluşan PKTÖ'nin sorunlu maddesinin olmadığını göstermektedir. Bu doğrultuda ölçek maddelerinin kendi içinde tutarlı ve ayırt edici olduğu söylenebilir. Ayrıca madde analizi ölçeğin yapı geçerliliğine ilişkin ipucu verdiği için elde edilen bu bulguların aynı zamanda ölçeğin yapı geçerliliği olduğunu da göstermektedir.^{30(s.151)}

PKTÖ'nin alt boyutlarının birbirleriyle ve ölçeğin tümüyle olan korelasyonları, Cronbach's Alfa katsayıları, aritmetik ortalamaları, standart sapmaları ve ranjları da hesaplanmıştır. Ölçeğin alt boyutları ile olan korelasyon değerlerinin tümü $p < 0.001$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.11.). PKTÖ'nin alt boyutları ve ölçeğin toplam puanın ranj değerlerine bakıldığında, birinci faktöre ait olması gereken ranjı 40 ve hesaplanan ranjının 35, ikinci faktöre ait olması gereken ranjı 28 ve hesaplanan ranjının 20, üçüncü faktöre ait olması gereken ranjı 20 ve hesaplanan ranjının 20, dördüncü faktöre ait olması gereken ranjı 32 ve hesaplanan ranjının 27, beşinci faktöre ait olması gereken ranjı 20 ve hesaplanan ranjının 18, altıncı faktöre ait olması gereken

ranjı 20 ve hesaplanan ranjının 20, yedinci faktöre ait olması gereken ranjı 12 ve hesaplanan ranjının 7, toplam puana ait olması gereken ranjı 172 ve hesaplanan ranjının 120 olduğu görülmektedir (Tablo 4.11.). Tüm bu bulgular, PKTÖ'nin 7 faktörlü bir yapısının olduğunu ve mevcut haliyle prekonsepsiyonel bilgi ve tutumların ölçülmesinde kullanılabileceğini göstermektedir.

Güvenirliğin göstergelerinden biri olarak kabul edilen değişmezlik, bir ölçme aracının aradan geçen zamana rağmen tutarlı sonuçlar üretebilme gücüdür.^{25(s.172),28(s.218),91(s.146)} Aynı ölçme aracı değişik zamanlarda bireylere uygulandığında, bireylerin ölçme aracı maddelerine verdiği yanıtların tutarlı yani benzer olması, o ölçme aracının değişmezliğini gösterir.^{25(s.172),28(s.218)} Güvenilir bir ölçme aracında mutlaka olması gereken bir özellik olan değişmezlik; tekrar test (test-tekrar test) ve paralel form (eşdeğer form) güvenilirliği yöntemleri ile değerlendirilebilir.^{28(s.218),92,97} PKTÖ'nin zamana karşı değişmezliği, mevcut bir paralel formun olmaması nedeniyle tekrar test yöntemi ile değerlendirilmiştir.^{28(s.218-219),77,92,97}

Tekrar test sonuçları; deneklerin ezberleme/öğrenme gibi özelliklerinden, ilk uygulamaya bağlı olarak kazanılan tecrübelerden, testin zorluk düzeyinden, iki uygulama arasında geçen zaman aralığından, formların eşleştirme güçlüklerinden, örneklemin büyüklüğü ve özellikleri vb. faktörlerden etkilenmektedir.^{79,91(s.153)} Bu nedenle; sıklıkla 2-4 hafta ara verildikten sonra ve en az 30 kişiye test tekrar test uygulanması tavsiye edilmektedir.^{26,28(s.218),30(s.19-20),97} Ancak, eşleştirme ve geri dönüşteki kayıplara dayalı zorluklar göz önünde bulundurularak bu sayının artırılması tavsiye edilmektedir.^{30(s.20)} Şencan (2005)^{91(s.363)} ve Çakmur (2012)⁷⁹ standart hatanın azaltılması için ana kütleyi temsil edecek şekilde seçilmiş en az 100 kişiye tekrar test yapılması gerektiğini savunmuştur.^{79,91(s.363)}

Test tekrar testinden elde edilen korelasyon katsayısı negatif, sıfır veya sıfıra yakınsa ölçeğin güvenilirliği azalır.^{30(s.54,153),31(s.31)} Güvenirlik katsayısının (r değeri) 1'e

yaklaşması, en az 0.70'in ve tercihen 0.80'nin üzerinde olması tavsiye edilmektedir.^{25(s.171-178),26,28(s.219),29(s.97),30(s.29),32(s.219),82(s.47),91(s.152),92}

PKTÖ geliştirilirken, tüm bu bilgiler göz önünde bulundurmuş ve 169 gönüllüye (76'sı evli ve 93'ü bekâr), ilk uygulamadan 15 gün sonra ölçek formları yeniden uygulanmıştır. Her iki uygulamadan elde edilen puanların korelasyonu, pearson momentler çarpımı yöntemi ile hesaplanmıştır.^{25(s.172),26,28(s.218),29(s.86-87),30(s.19),77,92}

PKTÖ'nin tekrar testindeki korelasyon katsayısı 0.97 ($r=0,978$) olarak bulunmuş ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($p<0.001$) saptanmıştır (Tablo 4.15). Bu bulgular ölçeğin, zamana karşı değişmezliğinin mükemmel olduğunu göstermektedir.

Ölçek yapısındaki veri toplama araçlarının; ölçmeyi hedeflediği kavram ya da kavramları her zaman ve her birey için aynı standartta ölçmesi gerekir.^{28(s.216)} Standardize edilip, uygun veriler üretebilir hale gelmesi için ölçeklerin tezin daha önceki kısımlarında anlatılan işlemde geçirilerek, geçerli ve güvenilir hale getirilmesi önemlidir.⁷⁷ PKTÖ'nin standardizasyonu literatürde belirtilen şartlar yerine getirilerek sağlanmıştır.^{30(s.145),31(s.15-16),76,77,79,82(s.13),96,97}

Sonuç olarak: Ölçek geliştirme kurallarına uygun olarak yürütülen araştırmanın sonucunda; 43 madde ve 7 alt boyuttan (faktörden) oluşan, geçerlilik (kapsam geçerliği, yüzey geçerliği, yapı geçerliği) ve güvenilirliği (test-tekrar test güvenilirliği, iç tutarlılık güvenilirliği) sağlanan bir ölçüm aracı geliştirilmiştir (EK-11.). Geliştirilen PKTÖ'nin 18-45 yaş arası evli ve bekâr kadınların prekonsepsiyonel bilgi ve tutumlarını değerlendirmek için uygun bir ölçme aracı olduğu ortaya konulmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda; 18-45 yaş arası evli ve bekâr kadınların prekonsepsiyonel bilgi ve tutumlarını ölçebilen Türk Kültürü'ne özgü, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirilmiştir. Literatüre yeni kazandırılan bu ölçeğe Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği (PKTÖ) adı verilmiştir.

Çalışmanın tüm bulguları değerlendirildiğinde elde edilen önemli sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

- Türk Kültürü'ne özgü geliştirilen Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeğinin, yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu kanıtlanmıştır.
- PKTÖ'nin 43 madde ve 7 alt boyut içerdiği saptanmıştır. Bu alt boyutlar; “Prekonsepsiyonel Sağlığı Koruma ve Geliştirmeye İlişkin Tutumlar”, “Doğurganlığın Planlanmasına İlişkin Tutumlar”, “Çocuk Sahibi Olmadan Önceki Yaşam Koşullarına İlişkin Tutumlar”, “Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerine İlişkin Tutumlar”, “Prekonsepsiyonel Sağlık Davranışlarına İlişkin Tutumlar”, “Prekonsepsiyonel Dönemde Kaçınılması Gereken Davranışlar” ve “Prekonsepsiyonel Sağlığa İlişkin Duyarlılık Durumu” olarak isimlendirilmiştir.
- PKTÖ'nin bazı alt boyutlarının (dördüncü, beşinci, altıncı ve yedinci boyutlar) Cronbach's Alfa değerleri düşük olduğu için tek başlarına kullanmada yetersiz kalabileceğinden, ölçeğin bütünüyle birlikte kullanılması daha uygun olacağı sonucuna varılmıştır.
- Geliştirilen PKTÖ 18-45 yaş arası evli ve bekâr kadınların prekonsepsiyonel bilgi ve tutumlarını ölçmede kullanılabilir.
- PKTÖ'nin genelinden alınabilecek en düşük puan 43, en yüksek puan ise 215'dir.

- Ölçekten alınan puan yükseldikçe, bireyin prekonsepsiyonel bilgi ve tutumlarının da olumlu yönde arttığı söylenebilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- 18-45 yaş arası evli ve bekâr kadınların prekonsepsiyonel bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla rutin ölçüm aracı olarak kullanılması,
- Ölçeğin, Türkiye'de daha büyük örneklem gruplarında kullanılması yoluyla ülkemizdeki 18-45 yaş arası kadınların prekonsepsiyonel bilgi ve tutumlarının belirlenmesine yönelik araştırmaların planlanması,
- PKTÖ'nin farklı örneklem gruplarında uygulanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Çoban A, Şirin A, Sevil Ü, Saruhan A. Gebelik öncesi danışmanlık. *Kadın Doğum Dergisi*, 2005, 3:584-586.
2. Thompson J. Gebe Kalma. İçinde: *Gebelikten Doğuma Hamilelik*, Karakuş S, Bozkurt T. (Çeviri Editörleri). *Pregnancy From Conception To Birth*. Thompson J. 3. Baskı, Ankara, Arkadaş Yayınevi, 2006:5-13.
3. Terzioğlu F. Ebeveynliğe Hazırlanma ve Doğum Öncesi Bakım. İçinde: Taşkın L (Editör). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 11. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık; 2012:151-196.
4. Doğaner G, Gölbaşı Z. Prekonsepsiyonel danışmanlık. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2011, 20:215-221.
5. Arslan H, Özkan A. Prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2005, 36:65-71.
6. Şahin M, Yurdakul M. Gebelik öncesi danışmanlık. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012, 20:80-85.
7. Coşkun A. Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık: kadın yaşamındaki yeri ve önemi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2011, 8:8-15.
8. Baysoy NG, Özkan S. Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım: halk sağlığı perspektifi. *Gazi Medical Journal*. 2012, 23:77-90.
9. Mete S. Prekonsepsiyonel danışmanlık-erken gebelik izlemi bazen geç olabilir. 9. *Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, Kongre Özet Kitabı*, Bursa, 15-18 Ocak 2009:68-74.
10. Lu MC. Recommendations for preconception care. *American Family Physician*, 2007, 76:397-400.
11. Moos MK. Preconception health: where to from here? *Women's Health Issues*, 2006, 16:156-158.

12. Kocatepe D. *Hamilelik Rehberi 9 Ay 10 Gün*, 6. Baskı. İstanbul, Papatya Yayıncılık, 2011.
13. World Health Organization. Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity: World Health Organization Headquarters, Geneva, 6-7 February 2012: meeting report. 2013 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preconception_care_policy_brief.pdf 24 Ocak 2014.
14. Reeve ME, Charafeddine L, Zhong N, Padilla CD, Yunis K, Rafei RE, Alamiddine K, Zhao X, Jiang X, Howson PC. Preconception health assessment in China, Lebanon and the Philippines: applicability to other countries. *Maternal and Child Health Journal*, 2014, 18:1066-1074.
15. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA2008_ana_Rapor-tr.pdf 13 Ekim 2012.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması, 2014. http://www.sagem.gov.tr/kadin_sagligi_arastirmasi_28_04_2014.pdf 17 Temmuz 2014.
17. Coşkun A, Güngör İ. Genetik Danışmanlık ve Prekonsepsiyonel Bakım. İçinde: Tankuter K (Editör). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, 2012:122-128.
18. Atrash H, Jack BW, Johnson K, Coonrod DV, Moos MK, Stubblefield PG, Cefalo R, Damus K, Reddy UM. Where is the "W"oman in MCH?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2008, 199:259-65.
19. Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, Boutlet S, Curtis MG. Recommendations to improve preconception health and health care-United States. *CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2006; 55:1-23. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm> 29 Ekim 2012

20. Moos MK, Dunlop, Jack BW, Nelson L, Coonrod DV, Long R, Boggess K, Gardiner PM, Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2008, 199:280-289.
21. Atrash H, Jack BW, Johnson K. Gebe kalma öncesinde bakım: 2008 güncellemesi. Koşmaz PG (Çeviren). *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 2009, 3:41-51.
22. Buie ME. An Examination of the Impact of Preconception Health on Adverse Pregnancy Outcomes through the Theoretical Lens of Reciprocal Determinism. Department of Community and Family Health, College of Public Health, *Graduate Theses and Dissertations*, Florida: University of South Florida, 2011.
23. Doğan O, Doğan S. *Toplumu Tanıma ve İletişim*. Ankara: Songür Yayıncılık, 2004. 24-35.
24. Rattray J, Jones MC. Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of Clinical Nursing*. 2007, 16:234-243.
25. Erefe İ. Veri Toplama Araçlarının Niteliği. İçinde: Erefe İ (editör). *Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri*, 3. Baskı. İstanbul, Odak Ofset, 2004.
26. Çam MO, Arabacı LB, Tutum ölçeği hazırlamada nitel ve nicel adımlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2010, 2:59-71.
27. Balasubramanian N. Likert Technique of Attitude Scale Construction in Nursing Research. *Asian Journal Of Nursing Education And Research*, 2012, 2:65-69.
28. Esin N. Veri Toplama Yöntem ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Güvenirlilik ve Geçerliliği. İçinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. (Editörler) *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik*. 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2014, 193-231.
29. Özgüven İE. *Psikolojik Testler*, 11. Baskı. Ankara, Nobel Yayıncılık, 2012.

30. Tavşancıl E. *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*, 4. Baskı. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2010.
31. Tezbaşaran A.A. *Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu*. 3. Baskı, e-kitap. Mersin, 2008. http://www.academia.edu/1288035/Likert_Tipi_%C3%96l%C3%A7ek_Haz%C4%B1rlama_K%C4%B1lavuzu. 25 Eylül 2012.
32. Erkuş A. *Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme-I: Temel Kavramlar ve İşlemler*, 1. Baskı. Ankara, Pegem Akademi Yayınevi, 2012.
33. Frey KA, Files JA. Preconception healthcare: what women know and believe. *Matern Child Health Journal*, 2006, 10:73-77.
34. Coonrod DV, Bruce NC, Malcolm TD, Drachman D, Frey KA. Knowledge and attitudes regarding preconception care in a predominantly low-income Mexican. American population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 200:1-7.
35. Freda MC, Moos MK, Curtis M. The History of Preconception Care: Evolving Guidelines and Standards. *Matern Child Health Journal*, 2006, 10:43-52.
36. Yakışan RŞ, Set T. Birinci basamakta gebelik öncesi bakım. *Tıp Med*, 2012, 16:23-27.
37. Jack BW, Atrash H, Bickmore T, Johnson K. The future of preconception care a clinical perspective. *Women's Health Issues*. 2008, 18:19-25.
38. Moos MK. Preconception Health Promotion: The Foundation for a Healthier Tomorrow 2013 March of Dimes Foundation http://www.marchofdimes.com/nursing/modnemedial/othermedia/slidemodules/sm01_preconception2013_text.pdf 12 Temmuz 2014.
39. Moos MK. Speeding the progress to improved health and wellness for North Carolina's women. *North Carolina Medical Journal*, 2009, 70:427-431.
40. Boulet SL, Parker C, Atrash H. Preconception Care in International Settings. *Maternal and Child Health Journal*, 2006, 10:29-35.

41. Vural ZT, Gönenç I. Prekonsepsiyonel danışmanlık. *13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Kongre Kitabı, Antalya, 23-27 Nisan 2014, 45-49.*
http://www.aile2014.org/Presentation_2014.pdf 15 Temmuz 2014
42. Lee MY, Ryu HM, Kim MY, Ahn HK, Choi JS, Kim MH, Chung JH, Lee SV, Han YJ, Kwak DV, Han JY. Preconception Care: Prevalence of Chronic Disease. *Journal of Women's Health, Issues and Care.* 2014, 3:1-4.
43. Selman ŞB. *Üreme Sağlığı ve Sağlıklı Annelik.* Ankara, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları, 2011:91-100.
44. Guttmacher Institute. Unintended Pregnancy in the United States. New York, 2013.
<http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Unintended-Pregnancy-US.pdf> 23 Nisan 2014
45. Başgöl Ş, Oskay Ü. Prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte kanıt temelli yaklaşımlar. *International Journal of Human Sciences*, 2012, 9:1524-1534.
46. Arslan T, Yiğiter AB. Gebelik takibinde güncel yaklaşımlar. *Turkish Family Physician.* 2012, 3:1-13.
47. Dunlop AL, Jack BW, Bottalico JN, Lu MC, James A, Shellhaas CS, Hallstrom LHK, Solomon BD, Feero WG, Menard MK, Prasad MR. The clinical content of preconception care: women with chronic medical conditions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2008, 199:310-327.
48. Jack BW, Atrash H, Coonrod DV, Moos MK, O'Donnell J, Johnson K. The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2008, 199:266-79.
49. De Weerd S, Van Der Bij AK, Cikot RJ, Braspenning JC, Braat DD, Steegers EA. Preconception care: a screening tool for health assessment and risk detection. *Preventive Medicine*, 2002, 34:505-511.
50. Humphrey, JR, Floyd RL. Preconception Health and Health Care Environmental Scan Report on Clinical Screening Tools and Interventions. *National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities Centers for Disease Control and Prevention*, 2012, 1-30. <http://www.cdc.gov/preconception/documents/Environmental-Scan-Report.pdf>. 19 Ağustos 2012

51. Verbiest S, Cullough A, Cox S. Preconception screening and assessment tools, 2007. <http://mombaby.org/PDF/Summary%20of%20Preconception%20Tools.pdf>
10 Ağustos 2012
52. Becoming a parent preconception checklist. *Wisconsin Association for Perinatal Care*. 2nd Edition, 2006. <http://publichealth.lacounty.gov/mch/ReproductiveHealth/PreconceptionHealth/PCHFiles/Becoming%20A%20Parent%20Preconception%20Checklist%20WAPC.pdf> 18 Ağustos 2012
53. Wilson RD, Calgary AB, Audibert F, Brock JA, Cartier L, Desilets VA, Gagnon A, Johnson JA, anglois S, Kaulbeck LM, Okun N, Pastuck M. Genetic considerations for a woman's pre-conception evaluation (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada Committee Opinion) *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 2011, 33:57-64.
54. Taşkın L. Riskli Gebelikler. İçinde: Taşkın L (Editör). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 11. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2012:227-274.
55. Xiaoli L, Zhang W. Effect of maternal age on pregnancy: a retrospective cohort study. *Chinese Medical Journal*, 2014, 127:2241-2246.
56. Lanik AD. Preconception Counseling. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 2012, 39:1-16.
57. Braspenningx S, Haagdorens E, Blaumeiser B, Jacquemyn Y, Mortier G. Preconceptional care: a systematic review of the current situation and recommendations for the future. *Facts, Views and Vision in Obstetrics and Gynaecology*, 2013, 5:13-25.
58. Demirel N, Özgen S. (Raportörler) Yuvarlak Masa Toplantısı: Evlilik raporları. İstanbul Tabip Odası pratisyen hekim komisyonu atölye çalışması raporu, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2002, 11:210-214.
59. Steegers EAP. Preconception care. Teratogenic risks of medication. *International Congress Series*, 2005, 1279:278-281.

60. Gardiner PM, Nelson L; Shellhaas CS, Dunlop AL, Long R, Andrist S, Jack BW. The clinical content of preconception care: nutrition and dietary supplements. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2008, 199:345-356.
61. Floyd, Jack, Cefalo, Atrash, Mahoney, Herron, Husten C, Sokol RJ. The clinical content of preconception care: alcohol, tobacco, and illicit drug exposures. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2008, 199:333-339.
62. Sathyanarayana S, Focareta J, Dailey T, Buchanan S. Environmental exposures: how to counsel preconception and prenatal patients in the clinical setting. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2012, 207:463-470.
63. McDiarmid MA, Gardiner PM, Jack BW. The clinical content of preconception care: environmental exposures. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2008; 199:357-361.
64. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1372349234.pdf> 25 Ocak 2014
65. Arslan F. Kadınlarda Şiddet Öyküsü: "Anket Çalışması" Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adli Tıp Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, 2012.
66. Frey KA, Navarro SM, Kotelchuck M, Lu MC. The clinical content of preconception care: preconception care for men. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008, 199:389-395.
67. Keith A. Frey, Richard Engle and Brie Noble. Preconception healthcare: what do men know and believe? *Journal of Men's Health*, 2012, 9:2-35.
68. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Alanındaki Değerlendirmeler İlkeler ve Bakış Açıları*, 1. Baskı, Bakanlık Yayın No: 815, Ankara, Anıl Matbaacılık, 2011:10-13.
69. Wahabi HA, Alzeidan RA, Bawazeer GA, Alansari LA, Esmail SA. Preconception care for diabetic women for improving maternal and fetal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Biomedcentral Pregnancy and Childbirth*. 2010, 10:1-14.

70. Akın A, Özvarış ŞB, Özgülnar N, Dilbaz B, Özaydın NG. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi. Ankara: Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009, 4-5.
71. Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete, sayı: 27515, 8 Mart 2010.
72. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. T.C. Resmî Gazete, sayı: 27910, 19 Nisan 2011
73. Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, T.C. Resmî Gazete, sayı: 29007, 22 Mayıs 2014.
74. Güngör İ, Rathfisch G, Beji NK. Kadın sağlığı hemşirelerinin rol yetki ve sorumluluklarının uluslararası düzeyde irdelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2013, 21:49-56.
75. İnceoğlu M. *Tutum, Algı, İletişim*, 5. Baskı. İstanbul, Beykent Üniversitesi Yayınevi, 2010.
76. Köklü N. Tutumların ölçülmesi ve likert tipi ölçeklerde kullanılan seçenekler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1995, 28:81-93
77. Güleç H. Psikiyatride Psikometri: Temel Kavramlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2009, 1:175-186.
78. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlilik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004, 30: 211-216.
79. Çakmur H. Araştırmalarda Ölçme - Güvenilirlik-Geçerlilik. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2012, 11:339-344.
80. Çoban Gİ. Hemşirelik mesleğine yönelik tutum ölçeğinin geliştirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2010.
81. Erdemir E. Yönetim ve örgüt araştırmalarında ölçek kullanımı: yönetim organizasyon kongre bildirileri örneği. 16. *Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, Bildiriler Kitabı*, İstanbul, 16-18 Mayıs 2008, 397-403.

82. Şeker H, Gençdoğan B. *Psikolojide ve Eğitimde ölçme Aracı Geliştirme*. 1. Baskı. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2006.
83. Başar H. Araştırmalarda Likert Yanılgıları.
<http://yunus.hacettepe.edu.tr/~alerbas/yazilar/Likert.doc> 20 Ağustos 2012
84. Nahcivan N. Nicel Araştırma Tasarımları. İçinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. (Editörler) *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik*. 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2014:87-127
85. Artvin Valiliği Resmi Web Sitesi
<http://www.artvin.gov.tr/?page=icerik&file=detay&id=57> 20 Ekim 2012
86. Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları
<http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul> 20 Ekim 2012
87. Engel SK, Moosbrugger H. Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods Of Psychological Research Online*, 2003, 8:23-74.
88. Hooper D, Coughlan J, Mullen MR. Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 2008, 6:53-60.
89. Worthington, RL, Whittaker TA. Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *Counseling Psychologist*, 2006, 34:806-838
90. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Yavuz SY. Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri*, 2013, 33:210-223.
91. Şencan H. *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*, 1. Baskı. Seçkin Yayıncılık, 2005.
92. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2003, 5:3-14.

93. Esin N. Hemşirelik Araştırmalarında Etik. İçinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N. (Editörler) *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik*. 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2014:313-330.
94. Bayık A. Hemşirelik Araştırmalarında Etik. İçinde: Erefe İ (editör). *Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri*, 3. Baskı. İstanbul, Odak Ofset, 2004, 27-46.
95. Karataş N. Hemşirelik araştırmalarında etik. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi*, 2000, 1:5-8.
96. Dağ İ. Psikolojik test ve ölçeklerde geçerlik ve güvenirlik. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*, 2005, 13:17-32.
97. Aktürk Z, Acemoğlu H. Tıbbi araştırmalarda güvenirlik ve geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi*, 2012, 39:316-319.
98. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 1975, 28:536-575.
99. Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerlilik indekslerinin kullanılması, *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Kongre Kitabı*, Denizli, 28-30 Eylül 2005. <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/PamukkaleBildiri.pdf> 20 Ekim 2012
100. Büyüköztürk, Ş. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı, *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 2002, 32:470-483.
101. Yong AG, Pearce S.A Beginner's guide to factor analysis: focusing on exploratory factor analysis. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*. 2013, 9:79-94.
102. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics 4th Edition*, Boston: Allyn and Bacon, 2001, 582-589.
103. Field, A. Factor Analysis Using SPSS, London, Sage Yayınları, 2005, 1-14. <http://discoveringstatistics.com/docs/factor.pdf> Erişim 22.05.2014
104. Laher S. Using exploratory factor analysis in personality research: Best-practice recommendations. *South Africa Journal of Industrial Psychology*. 2010, 36:1-7.

105. Çevik Ü, Çelebioğlu A. Astımlı çocuklar ve adölesanlar için öz etkililik ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15:55-62.
106. İnci FH, Erdem M. Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2008, 11:88-95.
107. Schreiber JB, Nora A, Stage FK, Barlow EA, King J. Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. *The Journal of Educational Research*. 2006, 99:323-338.
108. Suhr D, Reliability, Exploratory and Confirmatory Factor Analysis for the Scale of Athletic Priorities. Seattle SAS Users Grup International (SUGI) 28 Proceedings, Statistics and Data Analysis. Seattle, Washington (USA), March 30-April 2, 2003. Paper 274:1-7. <http://www2.sas.com/proceedings/sugi28/274-28.pdf> 25 Mayıs 2014.
109. Tavakol M, Dennick R Making sense of cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2011, 2:53-55.
110. Yılmaz S, Kılıç EZ. Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2014, 25:1-7

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	: Fulya GÖKDEMİR
Doğum tarihi	: 25.07.1979
Doğum yeri	: ŞAVŞAT/ARTVİN
Medeni hali	: Evli, 1 çocuk sahibi
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, 08000 ARTVİN
Tel	: 0 530 941 42 68
Faks	: -
E-mail	: fulya08_tr@hotmail.com veya fulya08_tr@artvin.edu.tr
Eğitim	
Lise	: Trabzon Sağlık Meslek Lisesi (1996, Okul 2.'liği derecesiyle)
Lisans	: Atatürk Üniversitesi Erzurum Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü (1996-2000, Okul 1.'liği derecesiyle)
Yüksek lisans	: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2011-2015)
Doktora	: -
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	: Başlangıç (ÜDS 53.750, Ekim 2011)
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği-Ankara Şubesi	
İlgi Alanları ve Hobiler	

EK-2. ETİK KURUL İZNİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

11 ARA 2012

Sayı : B.30.2.ATA.0.A1./00.00/ **3745**
Konu : Etik Kurul

Sayın: Fulya GÖKDEMİR

Etik Kurul Bilimsel Araştırma ve Tez Başvuru Formları hakkında Enstitümüz Etik Kurulu'nun almış olduğu 29.11.2012 tarih ve "2012.5.1/10" numaralı kararı yazımız ekindedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Funda BAYINDIR
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurul Başkanı

EK: 1 Adet Karar

e-mail:sagbilenst@atauni.edu.tr
Harici Tlf : 0 442 - 236 09 70

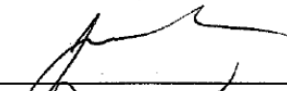
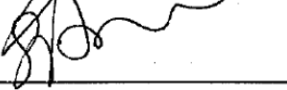
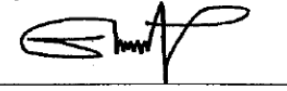
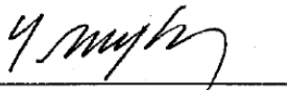
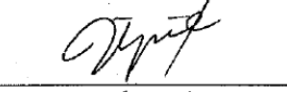
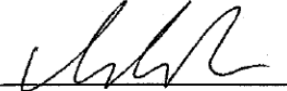
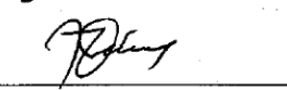
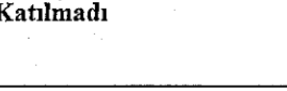
Dahili Tlf : 0-442-231-4885-4886-4887-4895
Fax : 0-442 - 236 09 69

EK-2. ETİK KURUL İZNİ

“2012. 5.1/ 10 “SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 29.11.2012

5.1/10 -Enstitümüz Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Fulya GÖKDEMİR'in “ Prekonsepsiyonel Bilgi Ve Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi ” tez konusu görüşüldü;

İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile,

ADI SOYADI	GÖREVİ	İMZA
Prof. Dr. Funda BAYINDIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanı	
Doç. Dr. Ayşe OKANLI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof. Dr. Samih DİYARBAKIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Prof.Dr.Yavuz Selim SAĞLAM	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Prof. Dr. H. İnci GÜL	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Doç.Dr. Ahmet YILDIZ	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Doç. Dr.Abdulkadir YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Yrd.Doç.Dr.Engin SAYGIN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. İlhan ŞEN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi ve Raportör	

EK-3. ÇALIŞMA İZİNLERİ



T.C.
ARTVİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : 41991840/773.01/107/640
KONU: Tez Çalışması

21/02/2013

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

İlgi :07.01.2013 tarih ve 31 sayılı yazı

Atatürk Üniversitesi Rektörlüğünün ilgi tarih sayılı yazısına istinaden Bakanlığımıza bağlı kuruluşlar ve İl Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki Sağlık kurumlarına tez çalışması ile ilgili gerekli bilgi iletilmiş olup, çalışmanın bu kurumlarda yürütülebileceği hususunu bilgilerinize arz ederim.


Dr. Murat KUCUKOĞLU
İl Sağlık Müdürü

Atatürk Üniversitesi	
Öğrenci	26.02.2013
505	30.02.13
İmza	445

Orta Mah. Miralay Şükrü bey Cad. ARTVİN Ayrıntılı bilgi için : Sağ. Hizmetleri Şub. Müd. M. DAĞ
Tel: 0466 212-13-16 / Fax: (0466) 212-38-91 P.K. 08000 Elektronik Ağ: www.artvinsaglik.gov.tr
e-posta: artvin@saglik.gov.tr Şube e-posta: shsm@artvinsaglik.gov.tr



" Anne Sütü Her Bebeğin, Emzirme Her Annenin En Doğal Hakkıdır! "

EK-3. ÇALIŞMA İZİNLERİ



T.C.
ARTVİN ÇORUH ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 14375793/000-19-123

15./01/2013

Konu : Tez Çalışması

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 07.01.2013 tarih ve B.08.6.YÖK.2.AU.0.72.0.00-31-000348 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Fulya GÖKDEMİR'in ilgi yazınızda belirtilen tez çalışması ile ilgili anket uygulamasını, Üniversitemiz Orman, Eğitim, Fen Edebiyat, İktisadi ve İdari Bilimleri Fakülteleri ile Artvin ve Hopa Meslek Yüksekokullarında yapması uygundur.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Fahrettin TILKI
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

14/01/2013 Memur : Y. ARIK ★
14/01/2013 Öğr. İşl. Dai. Bşk. V. : H. KORCAK ★
15/01/2013 Genel Sekreter : K. ALTUN ★

Seyitler Yerleşkesi 08000 ARTVİN
Tel: (0 466) 215 10 16 Faks: (0 466) 215 10 17
e-posta : oldb@artvin.edu.tr Elektronik Ağ: www.artvin.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: M. Ü. SABUNCU

EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

S1. Kaç yaşındasınız?.....

S2. Eğitim durumunuz (en son mezun olduğunuz okul) aşağıdakilerden hangisidir?

- ☐ 1. İlkokul
- ☐ 2. İlköğretim/Ortaokul
- ☐ 3. Lise ve Dengi Okul
- ☐ 4. Üniversite ve Üzeri

S3. Eğitim yaşamınıza halen devam ediyor musunuz?

- ☐ 1. Hayır
- ☐ 2. Evet

S4. Eğitim yaşamınıza halen devam ediyorsanız aşağıda istenen bilgileri yazınız.

1. Öğrenim Gördüğünüz Okul/Fakülte/Yüksekokul:.....
2. Bölümünüz:.....
3. Sınıfınız:.....

S5. Mesleğiniz/işiniz nedir?

- ☐ 1. Ev Hanımı
 - ☐ 2. Memur
 - ☐ 3. İşçi
 - ☐ 4. Serbest Meslek
 - ☐ 5. Öğrenci
 - ☐ 6. Diğer
- (belirtiniz):.....

S6. Sosyal güvenceniz var mı?

- ☐ 1. Yok
- ☐ 2. Var

S7. Aylık ortalama maddi gelirinizi yazınız:.....

S8. Aylık elinize geçen gelir (para) giderlerinizi karşılamada yeterli mi?

- ☐ 1. Hayır
- ☐ 2. Evet
- ☐ 3. Kısmen

S9. Medeni durumunuz nedir?

- ☐ 1. Bekâr
- ☐ 2. Evli

S10. Bu soruyu evli ya da bekâr olma durumunuza göre yanıtlayınız.

1. Evli iseniz ne kadar zamandır evlisiniz?.....
2. Bekâr iseniz ne kadar zaman sonra evlenmeyi planlıyorsunuz?.....

S11. Daha önce gebe kaldınız mı?

- () 1. Hayır (lütfen 19. soruya geçiniz)
() 2. Evet

S12. En son kaç yıl önce gebe kaldınız?:.....

S13. Toplam Kaç kez gebe kaldınız?:.....

S14. Kaç tane canlı doğum yaptınız?:.....

S15. Yaşayan çocuk sayınız kaç tanedir?:.....

S16. Kaç kez ölü doğum yaptınız:.....

S17. Kaç tane düşük yaptınız:.....

S18. Kaç kez kürtaj yaptırdınız:.....

S19. Gelecekte gebelik planlama/isteme durumunuz aşağıdakilerden hangisidir?

- () 1. İstemiyorum
() 2. Kararsızım
() 3. İstiyorum

S20. Gelecekte gebelik planınız/isteğiniz varsa ne kadar zaman sonra gebe kalmak istiyorsunuz?:.....

S21. Gebelik öncesi (Prekonsepsiyonel) bakım ve danışmanlık kavramını daha önce duydunuz mu?

- () 1. Hayır
() 2. Evet

S22. Önceki soruya (21. soru) yanıtınız evet ise nerden duydunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)?

- () 1. Doktor
() 2. Hemşire/Ebe
() 3. Televizyon
() 4. İnternet
() 5. Kitap, dergi, gazete vb. yazılı dökümanlar
() 6. Okul
() 7. Aile
() 8. Arkadaş
() 9. Diğer (Belirtiniz):.....

EK-5. UZMAN GÖRÜŞÜNE SUNULAN 87 MADDELİ TASLAK ÖLÇEK FORMU

PREKONSEPSİYONEL BİLGİ ve TUTUM ÖLÇEĞİ TASLAĞI			
TASLAK ÖLÇEK MADDE HAVUZU	DEĞERLENDİRME		
	Gerekli	Yararlı, Ancak Yetersiz	Gereksiz
1. Çocuk sahibi olmak isteyen eşlerin, sağlık düzeylerinin geliştirilmesi önemlidir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
2. Gebe kalmadan önce eşlerin, gebelik öncesi sağlıklarını geliştirmeye yönelik danışmanlık alması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
3. Gebe kalmadan önce eşlerin, sağlık kontrolünden geçmesi gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
4. Gebe kalmadan önce sadece kadının muayene olmasının yeterli olduğunu düşünüyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
5. Baba olacak erkeğin gebelik öncesi muayene olmasına gerek yoktur. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
6. Eşlerin birlikte muayene olması gerektiğini düşünüyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
7. Gebe kalmadan önce kadın doğum uzmanına gidilmesi gerektiğine inanıyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
8. Folik asit almaya gebe kalmadan 3 ay önce başlanmalı ve gebeliğin ilk 3 ayı süresince folik asit kullanılmalıdır. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
9. Kadının; gebelik öncesinde normal kiloda olması, anne ve doğacak bebeğin sağlığı açısından önemlidir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			

PREKONSEPSİYONEL BİLGİ ve TUTUM ÖLÇEĞİ TASLAĞI			
TASLAK ÖLÇEK MADDE HAVUZU	DEĞERLENDİRME		
	Gerekli	Yararlı, Ancak Yetersiz	Gereksiz
10. Gebe kalmak isteyenlerin, kullandıkları korunma yöntemini bırakması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
11. Gebe kalmak isteyen kadının, iki adet arasına rastlayan günlerde, gün aşırı cinsel ilişkide bulunması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
12. Gebelik öncesi eşlerin sağlık düzeyi, bireysel sağlık davranışlarında yapılan değişikliklerle iyileştirilebilir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
13. Eşlerin sağlıklı beslenmesi doğacak bebeğin sağlığına olumlu katkı yapmaz. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
14. Gebe kalmak isteyenlerin her gün 7-8 saat uyuması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
15. Gebe kalmak isteyenlerin, stresten uzak durması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
16. Gebe kalmadan önce düzenli egzersiz yapmak doğmamış çocuğa zarar verebilir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
17. Gebe kalmadan önce kadının diş tedavilerini yaptırması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
18. Kadın, gebe kalmadan önce rahim ağzı kanseri taraması için test (smear) yaptırmalıdır. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
19. Gebe kalınmadan önce doktor önerirse, kadına; sarılık, kızamıkçık gibi aşılarda yapılması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			

PREKONSEPSİYONEL BİLGİ ve TUTUM ÖLÇEĞİ TASLAĞI			
TASLAK ÖLÇEK MADDE HAVUZU	DEĞERLENDİRME		
	Gerekli	Yararlı, Ancak Yetersiz	Gereksiz
20. Aşı yaptıran bir kadının, 3 ay geçmeden gebe kalması sakıncalıdır. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
21. Sakat çocuk doğurma riski olanların (ailede özürlü birey olan, akraba evliliği yapan gibi.) genetik danışmanlık alması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
22. Gebe kalmadan önce var olan hastalıkların, doktorla konuşulması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
23. Kalp, şeker, sara vb. hastalıkları olan kadınlar, gebe kalmadan önce doktorla konuşmalıdır. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
24. Sürekli kullanılan ilaçların, gebelik öncesinde doktor tarafından düzenlenmesi önemlidir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
25. Doktor tavsiyesi olmayan hiç bir ilaç ve bitkisel ürünün kullanılmaması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
26. Enfeksiyon hastalıkları ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların gebelik öncesinde tedavi edilmesi önemlidir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
27. Kansızlığı olan kadınların gebelik öncesinde tedavi edilmesi gerekmez. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
28. Korunma yöntemini bırakan kadının, röntgen gibi radyoaktif etkenler ve kimyasal maddelerden uzak durması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
29. Korunmayan ve gebe olma olasılığı olan kadının, herhangi bir nedenle ilaç kullanması gerekirse doktorunu uyarması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			

PREKONSEPSİYONEL BİLGİ ve TUTUM ÖLÇEĞİ TASLAĞI			
TASLAK ÖLÇEK MADDE HAVUZU	DEĞERLENDİRME		
	Gerekli	Yararlı, Ancak Yetersiz	Gereksiz
30. Çay, kahve gibi kafeinli içeceklerden uzak durulmalıdır. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
31. Gebelik düşünen veya gebe olan kadınların; köpekbalığı, kılıçbalığı, ton balığı, somon, uskumru gibi balıkları yemesi sakıncalıdır. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
32. Gebelik düşünen veya gebe olan kadının kedi, köpek gibi hayvanlarla temastan kaçınması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
33. Kadının; çiğ et ve toprakla temastan kaçınması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
34. Önceki gebeliklerde yaşanan sorunların, doktorla konuşulması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
35. Gebelik planlayan kadınlar hemen gebe kalamayabilir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
36. Korunmadan düzenli cinsel ilişkiye rağmen 1 yıl içinde gebe kalamamak normaldir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
37. Kadın gebe kalamamışsa, önce eşinin doktora gitmesi gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
38. Gebe kalmadan önce her iki eşin sigarayı bırakması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
39. Gebe kalmadan önce her iki eşin sigara içilen ortamlardan uzak durması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			

PREKONSEPSİYONEL BİLGİ ve TUTUM ÖLÇEĞİ TASLAĞI			
TASLAK ÖLÇEK MADDE HAVUZU	DEĞERLENDİRME		
	Gerekli	Yararlı, Ancak Yetersiz	Gereksiz
40. Bebekte sakatlığa neden olabileceği için her iki eşin gebelik öncesinde alkolü bırakması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
41. Gebelik düşünen eşlerin, uyuşturucu madde veya bağımlılık yapan ilaçları kullanmaması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ			
42. Sigara, alkol, uyuşturucu madde ve bağımlılık yapan ilaçları; sadece anne olacak kadının bırakmasının yeterli olduğunu düşünüyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
43. Üzüm/Mol gebelik geçirenlerin 2 yıl süre ile gebe kalması sakıncalıdır. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
44. Dış gebelik geçirenlerin 3 ay geçmeden tekrar gebe kalması sakıncalıdır. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
45. Düşük yapanların hemen gebe kalmasında sakınca olmadığını düşünüyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
46. 18 yaşından küçüklerin anne-baba olmaması gerektiğini düşünüyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
47. Kadının yaşı 35'ten büyükse sakat çocuk doğurma riski artar. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
48. Annenin yaşının, anne ve bebek sağlığı için önemli olmadığını düşünüyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
49. İki yıldan az ara ile gebe kalmanın sakıncalı olduğunu düşünüyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
50. Dört ve daha fazla gebe kalmanın, anne ve bebek için tehlikeli olduğuna inanıyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			

PREKONSEPSİYONEL BİLGİ ve TUTUM ÖLÇEĞİ TASLAĞI			
TASLAK ÖLÇEK MADDE HAVUZU	DEĞERLENDİRME		
	Gerekli	Yararlı, Ancak Yetersiz	Gereksiz
51. Çocuk isteyen çiftlerin genellikle mutlu bir evlilikleri olduğunu düşünüyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
52. Evli çiftlerin çocuk sahibi olması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
53. İnsanların genellikle çocuk sahibi olmak için evlendiklerini düşünüyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
54. Çocuğu olmayanların, evliliğini devam ettirmesinin zor olduğunu düşünüyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
55. Resmi nikâhı olmayan kadınların çocuk doğurmaması gerektiğine inanıyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
56. İyi anlaşılamayan çiftlerin çocuk sahibi olmaması gerektiğini düşünüyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
57. Eşinden şiddet gören kadınların çocuk sahibi olmaması gerektiğine inanıyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
58. Çocuk sahibi olmanın, mutsuz çiftlerin evliliğini kurtaracağına inanıyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
59. Çocuk istemeyen eşlerin, gebelikten nasıl korunacaklarını konuşması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
60. Çocuk sahibi olmadan önce gebeliğin planlaması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
61. Eşlerin kaç çocuk istediklerini planlamaları gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			

PREKONSEPSİYONEL BİLGİ ve TUTUM ÖLÇEĞİ TASLAĞI			
TASLAK ÖLÇEK MADDE HAVUZU	DEĞERLENDİRME		
	Gerekli	Yararlı, Ancak Yetersiz	Gereksiz
62. Eşlerin ne zaman çocuk istediklerini planlamasına gerek yoktur. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
63. Çalışan kadınların gebeliklerini planlamasında fayda vardır. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
64. Evlendikten 1-2 yıl sonra çocuk sahibi olunması gerektiğini düşünüyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
65. İstemedен gebe kalınsa bile kürtaj yaptırmamak gerektiğini düşünüyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
66. Anne-baba olmadan önce, çocuk bakımıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmak gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
67. Anne-baba olmadan önce bir çocuğa bakabilecek yeterli paraya sahip olmak gerektiğine inanıyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
68. Bir çocuğa bakabilecek yeterli zamana sahip olmak gerektiğine inanıyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
69. Kadının, sadece kendi istiyorsa gebe kalması gerektiğine inanıyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
70. Kadının, sadece eşi istiyorsa gebe kalması gerekir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
71. Çocuğu kardeş isteyen kadınların, gebe kalması gerektiğine inanıyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
72. Evli çiftlere akrabaların, çocuk sahibi olma konusunda baskı yaptıklarına inanıyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			

PREKONSEPSİYONEL BİLGİ ve TUTUM ÖLÇEĞİ TASLAĞI			
TASLAK ÖLÇEK MADDE HAVUZU	DEĞERLENDİRME		
	Gerekli	Yararlı, Ancak Yetersiz	Gereksiz
73. Evli çiftlerin çocuk sahibi olmaları yönünde toplumda bir beklenti olduğuna inanıyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
74. İstmeden gebe kalırsam mutsuz olacağıma inanıyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
75. Bir ailenin çocuklarının olmasının yaşamlarını daha güzel hale getireceğine inanıyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
76. Bir çocuğum olursa, iyi bir anne olacağıma inanıyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
77. “Doğacak her çocuğun rızkını Allah verir” diye düşünüyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
78. Gebe kalınca yakınlarımin destek olacağını düşünüyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
79. Gebe kalamama düşüncesi insanları endişelendirir. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
80. Doğum yapmaktan korkan kadınlar gebe kalmayı erteler. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
81. Anne baba olacak çiftlerin akıl sağlığının yerinde olması gerektiğine inanıyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
82. Kadının yaşı fazla ilerlemeden çocuk doğurması gerektiğine inanıyorum. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
83. Bir ailenin çocuk sahibi olması erkeğin eve bağlanmasını sağlar. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			

PREKONSEPSİYONEL BİLGİ ve TUTUM ÖLÇEĞİ TASLAĞI			
TASLAK ÖLÇEK MADDE HAVUZU	DEĞERLENDİRME		
	Gerekli	Yararlı, Ancak Yetersiz	Gereksiz
84. Çocuk doğuran kadınının toplumda saygınlığı artar. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
85. Bir kadın topluma doğurganlığını kanıtlamak için çocuk doğurur. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
86. Evli çiftler aile üyelerini mutlu etmek için çocuk sahibi olurlar. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
87. Gebeliği önlemek günah olduğu için çiftler çocuk sahibi olurlar. BU MADDE İÇİN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:			
<u>VARSA DİĞER GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ:</u>			

EK-6. UZMAN GÖRÜŞ YÖNERGESİ

Sayın

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Fulya GÖKDEMİR'in, "Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği Geliştirilmesi" adlı tez çalışması kapsamında hazırladığı taslak ölçek ekli dosyada görüşlerinize sunulmuştur.

18-45 yaş arası evli ve bekâr kadınlarda uygulanmak üzere; 5'li likert tipi olarak hazırlanan bu ölçek; 12 maddesi ters ifade şeklinde olmak üzere, toplam 87 maddeden oluşmaktadır.

Ölçeğin puanlaması aşağıda belirtilmiştir. Ters ifadelerin yer aldığı; 4, 5, 13, 16, 27, 42, 45, 48, 58, 62, 70 ve 77. maddelerde tersten puanlama yapılacaktır.

Taslak ölçekteki her maddenin karşısında belirtilen değerlendirme kısmı Lawshe Tekniği'ne göre hazırlanmıştır. Her bir maddeyi kapsam ve dil geçerliliği açısından değerlendirerek, karşısındaki sütuna görüşünüzü "X" işareti koyarak belirtmenizi ve her bir madde ile ilgili önerinizi maddenin altında ayrılan kısma yazmanızı istirham ediyoruz.

Çalışmamıza yaptığınız katkı ve ayırdığınız zaman için çok teşekkür ederiz. Saygılarımızla...

Ölçek Maddelerinin Puanlaması:

"Hiç Katılmıyorum" yanıtına: 1 puan

"Az katılıyorum" yanıtına: 2 puan

"Orta Derecede Katılıyorum" yanıtına: 3 puan

"Çok Katılıyorum" yanıtına: 4 puan

"Tamamen Katılıyorum" yanıtına: 5 puan verilecektir.

Fulya GÖKDEMİR
Atatürk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum, Kadın Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı
Yüksek lisans Öğrencisi

Doç. Dr. Gülşen ERYILMAZ
Atatürk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Doğum, Kadın Sağlığı ve
Hemşireliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

EK-7. ÇALIŞMADA GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN UZMANLARIN LİSTESİ*

ÖLÇEĞİN HAZIRLANMA AŞAMASINDA KATKI SAĞLAYAN UZMANLAR:

1. Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.B.D.

2. Doç. Dr. Başaran GENÇDOĞAN

Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık A.B.D.

ÖLÇEĞİN KAPSAM GEÇERLİLİĞİ İÇİN GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR:

1. Prof. Dr. A. Ata TEZBAŞARAN

Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme A.B.D.

2. Prof. Dr. Ayla BAYIK TEMEL

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği A.B.D.

3. Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.B.D.

4. Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik A.B.D.

5. Prof.Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN

İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Bölüm Başkanı

6. Prof. Dr. Lale TAŞKIN

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.B.D. (Emekli Öğretim Üyesi)

7. Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.B.D.

8. Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı, Halk Sağlığı A.B.D.

9. Prof. Dr. Seçil AKSAYAN

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Halk Sağlığı Hemşireliği A.B.D.

10. Prof. Dr. Ümran SEVİL

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D.

11. Prof. Dr. Zehra YASİN DÖKMEN

Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi

12. Doç. Dr. Gülcihan AKKUZU

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği A.B.D.

13. Yrd. Doç. Dr. Hatice YILDIZ

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.B.D.

14. Op. Dr. Hasan ÇETİN

Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Birliği Artvin Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı

15. Uzm. Dr. Şevket ERKÖK

Artvin I. Nolu Aile Sağlığı Merkezi Aile Hekimi

16. Dr. Cemil YAVUZ

Artvin I. Nolu Aile Sağlığı Merkezi Aile Hekimi

**ÖLÇEĞİN TÜRKÇE ANLATIM VE DİL BİLGİSİ DÜZELTMELERİ İÇİN
GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR**

1. Yrd. Doç. Dr. Mehmet Nuri KARDAŞ

Artvin Çoruh Üniversitesi Eğitim Fakültesi Türkçe Eğitimi Bölümü

2. Dilay YENİDOĞAN

Emekli Türkçe Öğretmeni

3. Yener ALTUN

Kocaeli İl Eğitim Denetmeni (Türkçe)

SPSS ANALİZLERİ KONUSUNDA DANIŞMANLIK ALINAN UZMANLAR

1. Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.B.D.

2. Doç. Dr. Başaran GENÇDOĞAN

Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Rehberlik ve
Psikolojik Danışmanlık A.B.D.

*** Uzmanların isimleri ünvan ve alfabetik sıraya göre yazılmıştır.**

EK-8. GÖNÜLLÜ ONAM FORMLARI

ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI İÇİN GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE RIZASINI ALMA FORMU (ARAŞTIRMACININ AÇIKLAMASI)

...../...../2013

Değerli Katılımcı,

Bu araştırma, kadınların gebelik öncesi bilgi ve tutumlarını değerlendirmeye yönelik geçerli ve güvenilir bir ölçeğe aracı geliştirmek için yapılmaktadır.

Yüksek lisans tezi olarak yürütülmekte olan bu çalışma için, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden Etik Kurul Onayı ve çalışmanın yapılacağı kurumlardan yazılı izinler alınmış olup, çalışma kapsamında en az 500 gönüllü kişiye ulaşılabilecektir.

Çalışmaya katılımda gönüllülük esastır. 18 yaşından küçük veya 45 yaşından büyük iseniz, en az ilkokul mezunu değilseniz, gebe iseniz, menopoza girmişseniz, tüpleriniz bağlı ise, sağlık personeliyseniz veya Artvin Çoruh Üniversitesi'nin sağlıkla ilgili bölümlerinde öğrenim görüyorsanız araştırmaya katılımınız uygun değildir.

Bu çalışmaya katılma ya da katılmama hakkına sahipsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizden yazılı izin alınacak, anket formu ve ölçek formunda yer alan soruları yanıtlanmanız istenecektir. Bu formları yanıtlamanız yaklaşık 20-30 dk. sürecektir. Soruları yanıtlarken tüm sorulara eksiksiz ve kendi düşüncelerinize uygun şekilde yanıt vermeniz çalışmanın güvenilirliği açısından oldukça önemlidir.

Çalışma kapsamında toplanacak bilgiler gizli tutulacak, özenle korunacak ve sadece bilimsel araştırma amacı ile kullanılacaktır. Sizin de katkılarınızla geliştirilecek olan bu ölçeğin, gelecekte gebelik öncesi eğitim, danışmanlık ve bakım hizmetlerinin iyileştirilmesine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Bu çalışma kapsamında sizden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği gibi, çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ücret ödemesi de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılmayı yazılı olarak kabul ettiğiniz halde istediğiniz zaman çalışmadan ayrılma hakkına sahip olacaksınız. Araştırmacının gerekli görmesi durumunda tekrar test amacı ile formları yeniden doldurmanız istenebilir ve formları eksik doldurmanız gibi durumlarda, sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmadan çıkarılabileceğiniz.

Araştırmaya yaptığınız katkılardan dolayı çok teşekkür ederim.

Fulya GÖKDEMİR

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

ADRES:

Artvin Çoruh Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu ARTVİN
Tel: 0 466 2121301

**ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI İÇİN
GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE RIZASINI ALMA FORMU
(KATILIMCININ BEYANI)**

...../...../2013

Gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum ve bir örneğini aldım. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜNÜN (Araştırmaya Katılmayı Kabul Eden Kişi)	
Adı Soyadı:	
İmzası:	
Adresi:	
Telefon:	Faks:
Lütfen 15 gün sonra yapılacak tekrar teste katılım durumunuzla ilgili olarak, aşağıdaki seçeneklerden size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.	
1. Tekrar teste katılmak istiyorum. ()	
2. Tekrar teste katılmak istemiyorum. ()	
ARAŞTIRMACININ (Açıklamaları Yapan Kişi)	
Adı Soyadı: Fulya GÖKDEMİR	
Adresi: Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ARTVİN	
İmzası:	
Telefon: 0 466 212 1301	
GÖRÜŞME TANIĞI (Rıza Alma İşlemine Tanıklık Eden Kişi)	
Adı Soyadı:	
İmzası:	
Görevi:	

ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI İÇİN
GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE RIZASINI ALMA FORMU
(“TEST-TEKRAR TEST” ONAM FORMU)

...../...../2013

Sayın.....

Bekâr ve evli kadınların, gebelik öncesi sağlık durumlarına yönelik tutumlarının değerlendirilmesinde kullanılmak üzere, bir ölçek geliştirmek amacıyla yürüttüğüm Yüksek Lisans Tezimin; tekrar testine katılmayı kabul ettiğiniz için bu formu almış bulunmaktasınız.

“Test-Tekrar Test” yapılmasının amacı; taslak ölçek formuna verilen yanıtların zamana karşı değişim durumunu ve buna bağlı olarak geliştirilecek ölçeğin güvenilirliğini tespit etmektir.

Çalışmaya katılımda gönüllülük esas olup, buraya yazacağınız bilgiler gizlitutulacaktır.

Ekte, “Kişisel Bilgi Formu” ve “Taslak Ölçek Formu” bulunmaktadır. Formları içtenlikle ve eksiksiz bir şekilde doldurmanız çalışmanın güvenilirliği açısından oldukça önemlidir.

Araştırmama gösterdiğiniz ilgi, destek ve ayırdığınız zaman için çok teşekkür ederim.

Fulya GÖKDEMİR

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. “Test-Tekrar Test” hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜNÜN:

Adı Soyadı:

İmza:

GÖRÜŞME TANIGININ:

Adı Soyadı:

İmza:

EK-9. PİLOT UYGULAMADA KULLANILAN 76 MADDELİ TASLAK ÖLÇEK FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma; bekâr ve evli kadınların, gebelik öncesi sağlık durumlarına yönelik tutumlarının değerlendirilmesinde kullanılmak üzere bir ölçek geliştirmek amacıyla, Yüksek Lisans Tezi olarak yürütülmektedir.

Çalışmaya katılımda gönüllülük esas olup, buraya yazacağınız bilgiler gizli tutulacaktır.

Ekte, pilot uygulama için hazırlanan taslak ölçek formu bulunmaktadır. Gebe kalmadan önce yapmanız gerekenleri düşünerek; formdaki her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz. Okuduğunuz ifadeye ne derecede katıldığınızı ya da katılmadığınızı o ifadenin karşısındaki alana “X” işareti koyarak işaretleyiniz.

Pilot uygulama yapılmasındaki amaç; formdaki soruların anlaşılabilirliğini ve testin ortalama cevaplama süresini belirlemektir. Bu nedenle; ifadeleri okurken anlayamadığınız sorular ya da kelimeler olursa bunların altını çiziniz ve neden anlayamadığınızı yazınız.

İçtenlikle vereceğiniz yanıtlar; çalışmanın güvenilirliği açısından oldukça önemlidir. İfadeleri okuduktan sonra aklınıza ilk gelen seçeneği işaretleyiniz ve lütfen işaretsiz ifade bırakmayınız.

Size verilen formlar üzerine adınızı yazmayınız, kimliğinizi belirtecek herhangi bir işaret koymayınız.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Fulya GÖKDEMİR

Atatürk Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları

Hemşireliği ABD Yüksek Lisans Öğrencisi

PREKONSEPSİYONEL BİLGİ VE TUTUM ÖLÇEĞİ

MADDELER	Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Doğacak bebeğimin, sağlıklı olması için benim sağlıklı olmam yeterlidir.					
2. Anne-baba olacak bireyler, gebelik oluşmadan önce sağlık durumlarını iyileştirmelidir.					
3. Çocuk sahibi olmaya karar verirsem, gebelik öncesi sağlığını geliştirmek için danışmanlık hizmeti alırım.					
4. Anne-baba olacak bireylerin; gebelik oluşmadan önce sağlık kontrolünden geçmeleri gerekir.					
5. Gebe kalmadan önce, sadece benim kadın doğum uzmanına muayene olmam yeterlidir.					
6. Gebe kalmadan 3 (üç) ay önce, Folik Asit (B ₉ vitamini) kullanmaya başlamam gereksizdir.					
7. Gebe kalmadan önce, normal kiloda olmam gerekir.					
8. Gebe kalmak istersem, iki adet arasına rastlayan günlerde, gün aşırı cinsel ilişkide bulunmam gerekir.					
9. Anne-baba olacak bireyler, davranışlarında yapacakları değişikliklerle gebelik öncesi sağlık durumlarını iyileştirebilirler.					
10. Anne-baba olacak bireylerin; gebelik öncesindeki beslenme durumlarının, gebe kalmaya etkisinin olmadığını düşünüyorum.					
11. Anne-baba olacak bireylerin; stresten uzak durmaları gerektiğine inanıyorum.					
12. Gebe kalmadan önce diş tedavilerimi yaptırıyorum.					
13. Gebe kalmadan önce rahim ağzı kanseri taraması için test (pap smear) yaptırmam gereksizdir.					
14. Gebe kalmadan önce, kızamıkçık, sarılık, tetanoz gibi bazı aşıları yaptırıyorum.					

MADDELER	Tamamen Katlıyorum	Çok Katlıyorum	Orta Derecede Katlıyorum	Az Katlıyorum	Hiç Katılmıyorum
15. Kızamıkçık gibi aşıları yaptırdıktan sonra 3 (üç) ay gebelikten korunurum.					
16. Sakat çocuk doğurma riskim varsa (ailede özürlü birey olması, akraba evliliği yapma gibi.) gebelik öncesinde genetik danışmanlık alırım.					
17. Ailemde bir hastalık varsa gebe kalmadan önce bunu doktorumla konuşurum.					
18. Kalp, şeker, sara gibi bir hastalığım varsa doktorum izin verinceye kadar gebe kalmam.					
19. Sürekli kullandığım ilaçlarım varsa gebelikten önce bunların yeniden düzenlenmesinin gerekip gerekmediğini doktoruma sorarım.					
20. Gebe kalmayı düşündüğüm zaman; doktoruma danışmadan ilaç kullanmam.					
21. Anne-baba olacak bireylerin, gebelik öncesinde bitkisel ürün kullanmalarının gereksiz olduğuna inanıyorum.					
22. Anne-baba olacak bireylerin; cinsel organlarında akıntı, yara gibi belirtileri veya cinsel yolla bulaşan hastalıkları varsa gebelik öncesinde tedavi olmalarının gerekli olduğuna inanıyorum.					
23. Kansızlığım varsa gebelik öncesinde tedavi olurum.					
24. Gebe kalmaya karar verdiğim zaman, röntgen çektirmem.					
25. Gebe kalmaya karar verdiğim zaman fare zehiri, böcek ilacı ve tarım ilaçları gibi kimyasal maddelerden uzak dururum.					
26. Gebe kalmaya karar verdiğim zaman, herhangi bir nedenle ilaç kullanmam gerekirse doktoruma hamile kalmayı planladığımı söylerim.					
27. Kedi, köpek gibi aşısız hayvanlardan ve bunların atıkları (dışkı vb.) ile temastan kaçınırım.					
28. Çiğ et (çiğ köfte, salam, sosis vb.) yemem ve çiğ ete çıplak elle dokunmam.					
29. Önceki gebeliklerinde sorun yaşayan kadınların; tekrar gebe kalmadan önce doktorlarına danışmaları gerekir.					

MADDELER	Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
30. Gebe kalmayı planladığım ay, gebe kalamazsam endişelenirim.					
31. Korunmadan düzenli cinsel ilişkiye rağmen 1 yıl içinde gebe kalamazsam normal karşılarım.					
32. Sigara içiyorsam, gebelik öncesinde sigara içmeyi bırakırım ve sigara dumanından uzak dururum.					
33. Eşim sigara içiyorsa; ben gebe kalmadan önce onun sigara içmeyi bırakması ve sigara içilen ortamlardan uzak durması için çaba gösteririm.					
34. Alkol kullanma alışkanlığı olan anne-baba adaylarının, gebelik öncesinde alkolü bırakmalarının gerekli olduğuna inanıyorum.					
35. Anne-baba olacak bireylerin; uyuşturucu madde veya bağımlılık yapan ilaçları kullanmalarına karşıyım.					
36. Düşük yapıldıktan sonraki ilk 3 (üç) ay içinde gebe kalmayı sakıncalı bulmuyorum.					
37. 18 yaşından küçüklerin anne-baba olmasına karşıyım.					
38. Kadının yaşı, fazla ilerlemeden çocuk doğurması gerekir.					
39. Kadınların, 35 yaşından sonra gebe kalmasını doğru bulmuyorum.					
40. Kadının yaşını, gebelikte ortaya çıkabilecek problemler açısından riskli bulmuyorum.					
41. İki yıldan kısa aralıklarla, gebe kalmam sakıncalıdır.					
42. Üç defadan fazla gebe kalmam, riskli değildir.					
43. Mutlu bir evliliğim varsa çocuk doğurmak isterim.					
44. Çocuk olmazsa evliliklerin devam etmeyeceğine inanıyorum.					
45. Resmi nikâhım olmazsa, çocuk doğurmak istemem.					
46. Eşimden şiddet görürsem, çocuk doğurmak istemem.					

MADDELER	Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
47. Çocuk sahibi olmak istemezsem gebelikten nasıl korunacağıma, eşimle birlikte karar veririm.					
48. Çocuk sahibi olmadan önce, ne zaman gebe kalacağıma eşimle birlikte karar veririm.					
49. Kaç tane çocuğa sahip olacağımıza eşimle birlikte karar veririm.					
50. Çalışma koşullarımı düzenledikten sonra gebe kalırım.					
51. Çocuk sahibi olmak için evlendikten sonra en az 1-2 yıl beklemeyi uygun görüyorum.					
52. İstmeden gebe kalırsam, mutsuz olurum.					
53. İstmeden gebe kalırsam, kürtaj yaptırırım.					
54. Anne-baba olacak bireylerin, gebelik oluşmadan önce çocuk bakımıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları gerekir.					
55. Çocuk sahibi olmadan önce, bir çocuğa bakabilecek kadar yeterli gelire (paraya) sahip olmam gerekir.					
56. Anne-baba olacak bireylerin, bir çocuğa bakabilecek yeterli zamana sahip olmaları gerekir.					
57. Çocuk sahibi olmak istediğimde, eşim de isterse gebe kalırım.					
58. Çocuğum kardeş isterse, tekrar çocuk sahibi olurum.					
59. Çocuğuma kardeş istediğim zaman, tekrar çocuk sahibi olurum.					
60. Akrabaların, evli çiftlere çocuk sahibi olmaları için baskı yapmalarını hoş karşılamam.					
61. Evli çiftlerin çocuk sahibi olmaları yönünde, toplumda bir beklentinin olmasını hoş karşılamam.					
62. Çocuk sahibi olmanın, çiftlerin yaşamını daha güzel ve düzenli hale getirdiğine inanıyorum.					

MADDELER	Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
63. Bir çocuğum olursa, iyi bir anne olurum.					
64. “Doğacak her çocuğun rızkını Allah verir”					
65. Gebe kaldığım zaman, yakınlarımdan destek görürüm.					
66. Gebe kalamayacağım düşüncesi beni endişelendirir.					
67. Doğum yapmaktan korkan kadınlar, gebe kalmaktan kaçınır.					
68. Anne-baba olacak bireylerin, akıl sağlığının yerinde olması gerektiğine inanıyorum.					
69. Erkeğin eve bağlanması için çocuk doğurmanın gerekli olduğuna inanıyorum.					
70. Çocuk doğurursam, toplumdaki saygınlığım artar.					
71. Aile büyüklerini mutlu etmek için çocuk doğururum.					
72. Gebeliği önlemenin günah olduğuna inandığım için gebeliği önleyici yöntem kullanmam.					
73. Doğacak çocuğumun sağlığı, benim yapacaklarımdan çok, Allah’ın takdirine bağlıdır.					
74. Evliliğim kötü giderse; evliliğimi kurtarmak için çocuk doğururum.					
75. Çocuğu olan çiftlerin, topluma katılımları artar.					
76. Sağlıklı bir çocuğa sahip olmak için; akraba evliliği yapmamak gerektiğine inanıyorum.					

EK-10. ÖRNEKLEM GRUBUNA UYGULANAN 77 MADDELİ TASLAK ÖLÇEK FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma; bekâr ve evli kadınların, gebelik öncesi sağlık durumlarına yönelik tutumlarının değerlendirilmesinde kullanılmak üzere bir ölçek geliştirmek amacıyla, Yüksek Lisans Tezi olarak yürütülmektedir.

Çalışmaya katılımda gönüllülük esas olup, buraya yazacağınız bilgiler gizli tutulacaktır.

Ekte, taslak ölçek formu bulunmaktadır. Gebe kalmadan önce yapmanız gerekenleri düşünerek; formdaki her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz. Okuduğunuz ifadeye ne derecede katıldığınızı ya da katılmadığınızı o ifadenin karşısındaki alana “X” işareti koyarak işaretleyiniz.

İçtenlikle vereceğiniz yanıtlar; çalışmanın güvenilirliği açısından oldukça önemlidir. İfadeleri okuduktan sonra aklınıza ilk gelen seçeneği işaretleyiniz ve lütfen işaretsiz ifade bırakmayınız.

Size verilen formlar üzerine adınızı yazmayınız, kimliğinizi belirtecek herhangi bir işaret koymayınız.

Katılımınız için çok teşekkür ederim.

Fulya GÖKDEMİR

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

PREKONSEPSİYONEL BİLGİ VE TUTUM ÖLÇEĞİ

MADDELER	Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Anne-baba olacak bireyler, gebelik oluşmadan önce sağlık durumlarını iyileştirmelidir.					
2. Anne-baba olacak bireyler, davranışlarında yapacakları değişikliklerle gebelik öncesi sağlık durumlarını iyileştirebilirler.					
3. Anne-baba olacak bireylerin, gebelik oluşmadan önce sağlık kontrolünden geçmeleri gerekir.					
4. Doğacak bebeğimin, sağlıklı olması için benim sağlıklı olmam yeterlidir.					
5. Kadının yaşı, fazla ilerlemeden çocuk doğurması gerekir.					
6. Çocuk sahibi olmaya karar verirsem, gebelik öncesi sağlığımı geliştirmek için danışmanlık hizmeti alırım.					
7. Gebe kalmadan önce, normal kiloda olmam gerekir.					
8. Gebe kalmadan önce, sadece benim kadın doğum uzmanına muayene olmam yeterlidir.					
9. Ailemde bir hastalık varsa, gebe kalmadan önce bunu doktorumla konuşurum.					
10. Gebe kalmak istersem, iki adet arasına rastlayan günlerde, gün aşırı (iki günde bir) cinsel ilişkide bulunmam gerekir.					
11. Gebe kalmadan önce diş tedavilerimi yaptırırım.					
12. Gebe kalmadan 3 (üç) ay önce, vitamin ilacı (Folik Asit/B ₉ vitamini) kullanmaya başlamam gereksizdir.					
13. Gebe kalmadan önce, kızamıkçık, sarılık, tetanoz gibi bazı aşıları yaptırırım.					
14. Kızamıkçık gibi aşıları yaptırdıktan sonra 3 (üç) ay gebelikten korunurum.					

MADDELER	Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
15. Sakat çocuk doğurma riskim varsa (ailede özürlü birey olması, akraba evliliği yapma gibi), gebelik öncesinde genetik danışmanlık alırım.					
16. Gebe kalmadan önce rahim ağzı kanseri taraması için test (pap smear) yaptırmam gereksizdir.					
17. Kalp, şeker, sara gibi bir hastalığım varsa, doktorum izin verinceye kadar gebe kalmam.					
18. Sürekli kullandığım ilaçlarım varsa, gebelikten önce bunların yeniden düzenlenmesinin gerekip gerekmediğini doktoruma sorarım.					
19. Düşük yapıldıktan sonraki ilk 3 (üç) ay içinde gebe kalmayı sakıncalı bulmuyorum.					
20. Gebe kalmaya karar verdiğim zaman, herhangi bir nedenle ilaç kullanmam gerekirse doktoruma hamile kalmayı planladığımı söylerim.					
21. Gebe kalmaya karar verdiğim zaman fare zehiri, böcek ilacı ve tarım ilaçları gibi kimyasal maddelerden uzak dururum.					
22. Çiğ et (çiğ köfte, salam, sosis vb.) yemem.					
23. Kedi, köpek gibi aşısız hayvanlardan ve bunların atıkları (dışkı vb.) ile temastan kaçınırım.					
24. Çiğ ete çıplak elle dokunursam, ellerimi sabunla yıkamama gerek yoktur.					
25. Kansızlığım varsa gebelik öncesinde tedavi olurum.					
26. Gebe kalmaya karar verdiğim zaman, röntgen çekirtmem.					
27. Gebe kalmayı düşündüğüm zaman, doktoruma danışmadan ilaç kullanmam.					
28. Sigara içiyorsam, gebelik öncesinde sigara içmeyi bırakırım ve sigara dumanından uzak dururum.					
29. Eşim sigara içiyorsa, ben gebe kalmadan önce onun sigara içmeyi bırakması ve sigara içilen ortamlardan uzak durması için çaba gösteririm.					
30. Anne-baba olacak bireylerin, gebelik öncesindeki beslenme durumlarının gebe kalmaya etkisinin olmadığını düşünüyorum.					
31. Anne-baba olacak bireylerin, stresten uzak durmaları gerektiğine inanıyorum.					

MADDELER	Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
32. Anne-baba olacak bireylerin, akıl sağlığının yerinde olması gerektiğine inanıyorum.					
33. Sağlıklı bir çocuğa sahip olmak için, akraba evliliği yapmamak gerektiğine inanıyorum.					
34. Erkeğin eve bağlanması için çocuk doğurmanın gerekli olduğuna inanıyorum.					
35. Anne-baba olacak bireylerin, cinsel organlarında akıntı, yara gibi belirtileri veya cinsel yolla bulaşan hastalıkları varsa gebelik öncesinde tedavi olmalarının gerekli olduğuna inanıyorum.					
36. Anne-baba olacak bireylerin, gebelik öncesinde bitkisel ürün kullanmalarının gereksiz olduğuna inanıyorum.					
37. Doğum yapmaktan korkan kadınlar, gebe kalmaktan kaçınır.					
38. Önceki gebeliklerinde sorun yaşayan kadınların, tekrar gebe kalmadan önce doktorlarına danışmaları gerekir.					
39. Korunmadan düzenli cinsel ilişkiye rağmen 1 (bir) yıl içinde gebe kalamazsam normal karşılarım.					
40. Alkol kullanma alışkanlığı olan anne-baba adaylarının, gebelik öncesinde alkolü bırakmalarının gerekli olduğuna inanıyorum.					
41. Anne-baba olacak bireylerin, uyuşturucu madde veya bağımlılık yapan ilaçları kullanmalarına karşıyım.					
42. Doğacak çocuğumun sağlığı, benim yapacaklarım-dan çok, Allah'ın takdirine bağlıdır.					
43. Anne-baba olacak bireylerin, bir çocuğa bakabilecek yeterli zamana sahip olmaları gerekir.					
44. Resmi nikâhım olmazsa, çocuk doğurmak istemem.					
45. Çocuk sahibi olmak istediğimde, eşim de isterse gebe kalırım.					
46. Çocuk sahibi olmak için evlendikten sonra en az 1-2 yıl beklemeyi uygun görüyorum.					
47. Evliliğim kötü giderse, evliliğimi kurtarmak için çocuk doğururum.					
48. Anne-baba olacak bireylerin, gebelik oluşmadan önce çocuk bakımıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları gerekir.					

MADDELER	Tamamen Katlıyorum	Çok Katlıyorum	Orta Derecede Katlıyorum	Az Katlıyorum	Hiç Katılmıyorum
49. Mutlu bir evliliğim varsa çocuk doğurmak isterim					
50. Eşimden şiddet görürsem, çocuk doğurmak istemem.					
51. Çocuk sahibi olmak istemezsem, gebelikten nasıl korunacağıma eşimle birlikte karar veririm.					
52. Çocuk olmazsa evliliklerin devam etmeyeceğine inanıyorum.					
53. Çocuk sahibi olmadan önce, bir çocuğa bakabilecek kadar yeterli gelire (paraya) sahip olmam gerekir.					
54. 18 yaşından küçüklerin anne-baba olmasına karşıyım.					
55. Gebe kalamayacağım düşüncesi beni endişelendirir.					
56. İki yıldan kısa aralıklarla, gebe kalmam sakıncalıdır.					
57. Kadınların, 35 yaşından sonra gebe kalmasını doğru bulmuyorum.					
58. Kadının yaşını, gebelikte ortaya çıkabilecek problemler açısından riskli bulmuyorum.					
59. Çocuk sahibi olmadan önce, ne zaman gebe kalacağıma eşimle birlikte karar veririm.					
60. Evli çiftlerin çocuk sahibi olmaları yönünde, toplumda bir beklentinin olmasını hoş karşılamam.					
61. Kaç tane çocuğa sahip olacağımıza eşimle birlikte karar veririm.					
62. Üç defadan fazla gebe kalmam, riskli değildir.					
63. Gebe kaldığım zaman, yakınlarımdan destek görürüm.					
64. Çalışma koşullarımı düzenledikten sonra gebe kalırım.					
65. Gebe kalmayı planladığım ay, gebe kalamazsam endişelenirim.					
66. Çocuk sahibi olmanın, çiftlerin yaşamını daha güzel ve düzenli hale getirdiğine inanıyorum.					
67. Bir çocuğum olursa, iyi bir anne olurum.					
68. Çocuk doğurursam, toplumdaki saygınlığım artar.					

MADDELER	Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
69. “Doğacak her çocuğun rızkını Allah verir”.					
70. Çocuğu olan çiftlerin, topluma katılımları artar.					
71. Aile büyüklerini mutlu etmek için çocuk doğururum.					
72. Çocuğum kardeş isterse, tekrar çocuk sahibi olurum.					
73. Çocuğuma kardeş istediğim zaman, tekrar çocuk sahibi olurum.					
74. İstemedenden gebe kalırsam, mutsuz olurum.					
75. İstemedenden gebe kalırsam, kürtaj yaptırırım.					
76. Akrabaların, evli çiftlere çocuk sahibi olmaları için baskı yapmalarını hoş karşılamam.					
77. Gebeliği önlemenin günah olduğuna inandığım için gebeliği önleyici yöntem kullanmam.					

**EK-11. AFA ve DFA NETİCESİNDE ELDE EDİLEN 43 MADDE VE 7 ALT
BOYUTTAN OLUŞAN PREKONSEPSİYONEL BİLGİ VE TUTUM ÖLÇEĞİ (PKTÖ)**

Değerli Katılımcı, Ekteki ölçeğe birtakım ifadeler yer almaktadır. Gebe kalmadan önce yapmanız gerekenleri düşünerek, formdaki her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz. Okuduğunuz ifadeye ne derecede katıldığınızı ya da katılmadığınızı o ifadenin karşısındaki alana “X” işareti koyarak belirtiniz. İçtenlikle vereceğiniz yanıtlar çalışmamıza katkı sağlayacaktır. İfadeleri okuduktan sonra aklınıza ilk gelen seçeneği işaretleyiniz ve lütfen işaretsiz ifade bırakmayınız.						
MADDELER		Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
Prekonsepsiyonel Sağlık Korumaya ve Geliştirmeye İlişkin Tutumlar	18. Sürekli kullandığım ilaçlarım varsa, gebelikten önce bunların yeniden düzenlenmesinin gerekip gerekmediğini doktoruma sorarım.					
	25. Kansızlığım varsa gebelik öncesinde tedavi olurum.					
	27. Gebe kalmayı düşündüğüm zaman, doktoruma danışmadan ilaç kullanmam.					
	28. Sigara içiyorsam, gebelik öncesinde sigara içmeyi bırakırım ve sigara dumanından uzak dururum.					
	29. Eşim sigara içiyorsa, ben gebe kalmadan önce onun sigara içmeyi bırakması ve sigara içilen ortamlardan uzak durması için çaba gösteririm.					
	32. Anne-baba olacak bireylerin, akıl sağlığının yerinde olması gerektiğine inanıyorum.					
	35. Anne-baba olacak bireylerin, cinsel organlarında akıntı, yara gibi belirtileri veya cinsel yolla bulaşan hastalıkları varsa gebelik öncesinde tedavi olmalarının gerekli olduğuna inanıyorum.					
	40. Alkol kullanma alışkanlığı olan anne-baba adaylarının, gebelik öncesinde alkolü bırakmalarının gerekli olduğuna inanıyorum.					
	41. Anne-baba olacak bireylerin, uyuşturucu madde veya bağımlılık yapan ilaçları kullanmalarına karşıyım.					
	48. Anne-baba olacak bireylerin, gebelik oluşmadan önce çocuk bakımıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları gerekir.					

MADDELER		Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
Doğurganlığın Planlanmasına İlişkin Tutumlar	45. Çocuk sahibi olmak istediğimde, eşim de isterse gebe kalırım.					
	47. Evliliğim kötü giderse, evliliğimi kurtarmak için çocuk doğururum.					
	49. Mutlu bir evliliğim varsa çocuk doğurmak isterim.					
	51. Çocuk sahibi olmak istemezsem, gebelikten nasıl korunacağıma eşimle birlikte karar veririm.					
	59. Çocuk sahibi olmadan önce, ne zaman gebe kalacağıma eşimle birlikte karar veririm.					
	61. Kaç tane çocuğa sahip olacağımıza eşimle birlikte karar veririm.					
	63. Gebe kaldığım zaman, yakınlarımdan destek görürüm.					
Çocuk Sahibi Olmadan Önceki Yaşam Koşullarına İlişkin Tutumlar	43. Anne-baba olacak bireylerin, bir çocuğa bakabilecek yeterli zamana sahip olmaları gerekir.					
	46. Çocuk sahibi olmak için evlendikten sonra en az 1-2 yıl beklemeyi uygun görüyorum.					
	53. Çocuk sahibi olmadan önce, bir çocuğa bakabilecek kadar yeterli gelire (paraya) sahip olmam gerekir.					
	64. Çalışma koşullarımı düzenledikten sonra gebe kalırım.					
	67. Bir çocuğum olursa, iyi bir anne olurum.					
Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerine İlişkin Tutumlar	15. Sakat çocuk doğurma riskim varsa (ailede özürlü birey olması, akraba evliliği yapma gibi), gebelik öncesinde genetik danışmanlık alırım.					
	17. Kalp, şeker, sara gibi bir hastalığım varsa, doktorum izin verinceye kadar gebe kalmam.					
	20. Gebe kalmaya karar verdiğim zaman, herhangi bir nedenle ilaç kullanmam gerekirse doktoruma hamile kalmayı planladığımı söylerim.					
	33. Sağlıklı bir çocuğa sahip olmak için, akraba evliliği yapmamak gerektiğine inanıyorum.					
	50. Eşimden şiddet görürsem, çocuk doğurmak istemem.					
	54. 18 yaşından küçüklerin anne-baba olmasına karşıyım.					
	56. İki yıldan kısa aralıklarla, gebe kalmam sakıncalıdır.					
	76. Akrabaların, evli çiftlere çocuk sahibi olmaları için baskı yapmalarını hoş karşılamam.					

MADDELER		Tamamen Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Az Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
Prekonsepsiyonel Sağlık Davranışlarına İlişkin Tutumlar	6. Çocuk sahibi olmaya karar verirsem, gebelik öncesi sağlığımı geliştirmek için danışmanlık hizmeti alırım.					
	7. Gebe kalmadan önce, normal kiloda olmam gerekir.					
	9. Ailemde bir hastalık varsa, gebe kalmadan önce bunu doktorumla konuşurum.					
	11. Gebe kalmadan önce diş tedavilerimi yaptırırım.					
	13. Gebe kalmadan önce, kızamıkçık, sarılık, tetanoz gibi bazı aşıları yaptırırım.					
Prekonsepsiyonel Dönemde Kaçınılması Gereken Davranışlar	21. Gebe kalmaya karar verdiğim zaman fare zehiri, böcek ilacı ve tarım ilaçları gibi kimyasal maddelerden uzak dururum.					
	22. Çiğ et (çiğ köfte, salam, sosis vb.) yemem.					
	23. Kedi, köpek gibi aşısız hayvanlardan ve bunların atıkları (dışkı vb.) ile temastan kaçınırım.					
	26. Gebe kalmaya karar verdiğim zaman, röntgen çektiirmem.					
	31. Anne-baba olacak bireylerin, stresten uzak durmaları gerektiğine inanıyorum.					
Prekonsepsiyonel Sağlığa İlişkin Duyarlılık Durumu	1. Anne-baba olacak bireyler, gebelik oluşmadan önce sağlık durumlarını iyileştirmelidir.					
	3. Anne-baba olacak bireylerin, gebelik oluşmadan önce sağlık kontrolünden geçmeleri gerekir.					
	38. Önceki gebeliklerinde sorun yaşayan kadınların, tekrar gebe kalmadan önce doktorlarına danışmaları gerekir.					

EK-12. ÖLÇEK UYGULAMA REHBERİ VE YÖNERGESİ

PREKONSEPSİYONEL BİLGİ VE TUTUM ÖLÇEĞİNİN (PKTÖ)

ÖZELLİKLERİ VE UYGULAMA ESASLARI

Ölçeğin Özgün Adı: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği (PKTÖ).

Ölçtüğü Nitelik: Prekonsepsiyonel (Gebelik Öncesi) Tutumlar.

Orijinal (Asıl) Form: Türk Kültürüne özgü olan ölçeğin orjinal formu Türkçe'dir.

Ölçek Türü: Beşli Likert Tipi olan ölçek, bireysel öz bildirime dayanan bir kâğıt kalem testidir.

Ölçeği Geliştirenler: Fulya GÖKDEMİR, Gülşen ERYILMAZ

Ölçeğin Kullanılmasıyla İlgili Etik İlkeler: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği (PKTÖ); ölçeği geliştiren yazarlardan, yazılı izin alınmadan kullanılamaz. Ölçeğin, kısmen ya da tamamen kullanılması durumunda yazar hakları ile ilgili kurallara uyulması ve her iki yazara da atıf yapılması zorunludur. PKTÖ kullanılarak yapılacak çalışmalarda araştırmacıların, ulusal ve uluslararası etik ilkeler doğrultusunda hareket etmesi gerekir. Araştırmacıların yapacağı etik ihlallerden, ölçeği geliştiren yazarlar sorumlu tutulamaz.

Kimlere Uygulanabildiği: 18-45 yaş arası evli ve bekâr kadınlara uygulanabilir.

Uygulama Süresi: Uygulama için zaman sınırı olmamakla birlikte tavsiye edilen süre 20-30 dakikadır.

Kapsamı: Ölçek 42 olumlu (düz) ve 1 olumsuz (ters) madde olmak üzere toplam 43 madde ve 7 alt boyuttan (faktör) oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddelerin faktörlere dağılımı aşağıdaki gibidir.

1. Faktör (Prekonsepsiyonel Sağlığı Koruma ve Geliştirmeye İlişkin Tutumlar): 18., 25., 27., 28., 29., 32., 35., 40., 41., 48. Maddelerden oluşan bu boyutta toplam 10 madde yer almaktadır.

2.Faktör (Doğurganlığın Planlanmasına İlişkin Tutumlar): 45., 47., 49., 51., 59., 61., 63., maddelerden oluşan bu boyutta toplam 7 madde yer almaktadır.

3. Faktör (Çocuk Sahibi Olmadan Önceki Yaşam Koşullarına İlişkin Tutumlar): 43., 46., 53., 64., 67. maddelerden oluşan bu boyutta toplam 5 madde yer almaktadır.

4. Faktör (Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerine İlişkin Tutumlar): 15., 17., 20., 33., 50., 54., 56., 76. maddelerden oluşan bu boyutta toplam 8 madde yer almaktadır.

5. Faktör (Prekonsepsiyonel Sağlık Davranışlarına İlişkin Tutumlar): 6., 7., 9., 11., 13., maddelerden oluşan bu boyutta toplam 5 madde yer almaktadır.

6. Faktör (Prekonsepsiyonel Dönemde Kaçınılması Gereken Davranışlar): 21., 22., 23., 26., 31. maddelerden oluşan bu boyutta toplam 5 madde yer almaktadır.

7. Faktör (Prekonsepsiyonel Sağlığa İlişkin Duyarlılık Durumu): 1., 3., 38., maddelerden oluşan bu boyutta toplam 3 madde yer almaktadır.

Uygulanışı: Ölçekte bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği ifadeler yer aldığı için uygulanması ve doldurulması kolay bir ölçektir.

Yanıtlanması ve Puanlaması: Cevaplayıcıların, ölçekte yer alan her bir ifadeyi (madde) okuması ve ilgili maddeye katılım derecesini "X" işareti ile belirtmesi gerekir.

Ölçekte yer alan katılım dereceleri ve cevaplayan bireyin yanıtı doğrultusunda verilecek puanlar aşağıdaki gibidir.

“Hiç Katılmıyorum” yanıtına: 1 puan

“Az katılıyorum” yanıtına: 2 puan

“Orta Derecede Katılıyorum” yanıtına: 3 puan

“Çok Katılıyorum” yanıtına: 4 puan

“Tamamen Katılıyorum” yanıtına: 5 puan verilecektir.

Olumsuz ifade içeren 47. Maddede ise puanlama ters yönde yapılmalıdır.

Ölçekten Alınan Puanların Yorumlanması: PKTÖ'nin genelinden alınabilecek en düşük puan 43, en yüksek puan ise 215'dir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe, bireyin prekonsepsiyonel bilgi ve tutumlarının da olumlu yönde artması söz konusudur. PKTÖ'nün alt boyutlarından alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar ise sırasıyla birinci alt boyut için en düşük 10 ve en yüksek 50; ikinci alt boyut için en düşük 7 ve en yüksek 35; üçüncü alt boyut için en düşük 5 ve en yüksek 25; dördüncü alt boyut için en düşük 8 ve en yüksek 40; beşinci alt boyut için en düşük 5 ve en yüksek 25; altıncı alt boyut için en düşük 5 ve en yüksek 25; yedinci alt boyut için en düşük 3 ve en yüksek 15 puandır.

Orijinal Formun Geliştirilme Süreci: PKTÖ geliştirilirken literatürden yararlanma tekniği kullanılarak 87 maddelik bir taslak ölçek formu oluşturulmuş ve 5'li Likert biçiminde derecelenmiştir. Bu form kapsam geçerliliğinin sağlanması için 16 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzman görüş ve önerileri doğrultusunda 76 maddeye indirgenen taslak ölçek formunun yüzey geçerliliğini değerlendirmek için örneklem grubuna benzer özellikleri taşıyan 38 kişiye bu form uygulanarak, pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulamaya katılan gönüllülerden gelen görüş ve öneriler doğrultusunda 77 maddelik daha anlaşılır bir form oluşturulmuştur. Elde edilen 77 maddelik form 968 kişilik örneklem grubuna uygulanmıştır. Ancak elde edilen veriler SPSS veri setine işlenirken eksik doldurulduğu belirlenen 55 kişinin formu iptal edilmiştir. Bu nedenle istatistiksel analizler 913 kişilik veri seti ile yapılmıştır. Ölçme aracının zaman karşı değişmezliğini belirlemek için bu örneklem grubundan seçilen 169 kişinin formları 15 gün sonra yeniden doldurması sağlanmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri bilgisayar ortamında SPSS 18 istatistiksel paket programı kullanılarak yapılmıştır. YEM analizleri ise LISREL 8.5 istatistik paket programında yapılmıştır.

Ölçeğin Psikometrik Özellikleri: Ölçeğin, kapsam geçerliği için 16 uzmandan Lawshe Tekniğine göre görüş alınmıştır. Minimum KGÖ değeri 0.49 olarak kabul edilmiştir. $KGI \geq KGO$ veya $KGI/KGO \geq 0$ 'ı sağlayan maddeler, istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Ölçeğin yüzey geçerliliği için 38 kişiye pilot uygulama yapılmış ve daha anlaşılır bir form elde edilmesi için anlaşılmayan maddeler düzeltilmiştir.

Ölçeğin yapı geçerliliği AFA ve DFA ile değerlendirilmiştir. AFA öncesinde örneklem yeterliliğini değerlendirmek için KMO ve Barlett's testi yapılmıştır. Ölçeğin KMO değeri= 0.904 ve Bartlett's testine ilişkin ki-kare değeri= 7845.588 olup istatistiksel olarak anlamlıdır (<0.001). Yapılan AFA'leri sonucunda toplam varyansın yaklaşık %40'ını (%39.667) açıklayan, 43 madde ve 7 alt boyuttan oluşan bir ölçek modeli elde edilmiştir. AFA neticesinde elde edilen ölçek maddelerinin faktör yükleri 0.29 ile 0.71 arasında ve madde-toplam puan korelasyonları 0.21 ile 0.50 arasında değişmektedir. 43 madde ve 7 alt boyuttan oluşan ölçek modeli DFA yapılarak değerlendirilmiş ve AFA neticesinde elde edilen ölçek modelinin YEM analizleri neticesinde kabul edilebilir bir uyum iyiliğine ($\chi^2=1737.55$, $df= 839$ ve χ^2/df değeri 2.70, RMSEA 0.034, NFI 0.92, NNFI 0.92, CFI 0.93, RFI 0.92, IFI 0.92, AGFI 0.89 ve GFI 0.91) sahip olduğu saptanmıştır.

Ölçek maddelerinin iç tutarlılığı ve homojenliğini belirlemek için Cronbach's Alfa katsayısı, Guttman Split-Half Katsayısı ve Spearman-Brown Katsayısı bakılmıştır. Ölçeğin, Cronbach's Alfa katsayısı 0.86, Guttman Split-Half Katsayısı ve Spearman-Brown Katsayısı ise 0.758'dir. AFA sonucunda elde edilen 7 alt boyuta ilişkin alfa değerleri ise sırasıyla birinci boyutta 0.81, ikinci boyutta 0.64, üçüncü boyutta 0.62, dördüncü boyutta 0.55, beşinci boyutta 0.50, altıncı boyutta 0.55 ve yedinci boyutta 0.43'dür. PKTÖ'nin geneline ve birinci alt boyutuna ilişkin Cronbach's Alfa değeri yüksek derecede, ikinci ve üçüncü boyuta ilişkin alfa değerleri ise oldukça

güvenilirdir. Ancak dördüncü, beşinci, altıncı ve yedinci boyutlardaki alfa değerinin güvenilirliği düşüktür. Bu nedenle özellikle en düşük alfa değerine sahip olan yedinci boyutun ölçeğin diğer boyutlarıyla birlikte kullanılması daha uygundur.

Ölçeğin zamana karşı değişmezliği tekrar test ile sınanmış olup; ön-test ve son-test ölçüm sonuçları arasındaki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı değeri $r=0.978$ ve p değeri ≤ 0.001 olarak saptanmıştır.