

ORİJİNAL ARAŞTIRMA ORIGINAL RESEARCH

DOI: 10.5336/healthsci.2024-106398

Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği'nin Geliştirilmesi, Geçerlik ve Güvenirliği: Metodolojik Çalışma

Development, Validity and Reliability of the Preconceptional Period Risk Awareness Scale: A Methodological Study

Öznur HASDEMİR^a, Zeliha Burcu YURTSAL^b

^aSivas İl Sağlık Müdürlüğü, Sivas, Türkiye

^bSivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Sivas, Türkiye

Bu çalışmanın özeti, 6. Uluslararası 7. Ulusal Ebelik Kongresi'nde (25-27 Eylül 2023, Ankara) sözlü olarak sunulmuştur.

Bu çalışma, Öznur HASDEMİR'in "Web Tabanlı Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Kadınlarda Risk Farkındalığına ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışına Etkisi" başlıklı doktora tezinin farklı örneklem grupları kullanılarak gerçekleştirilen birinci aşamasından üretilmiştir. (Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi; Ebelik Anabilim Dalı, 2023).

ÖZET Amaç: Bu araştırmanın amacı doğurganlık çağındaki kadınların prekonsepsiyonel dönem risk farkındalıkları düzeyini değerlendirmeye yönelik bir ölçek geliştirmektir. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırma metodolojik tiptedir. Araştırmanın örneklemini 18-49 yaş arası doğurganlık çağındaki toplamda 949 kadın oluşturmuştur. Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği'nin (PDRFÖ) madde havuzu literatür ve uzman görüşlerine dayanmaktadır. Çalışma kapsamında veriler, 92 maddeden oluşan 5'li Likert tipinde bir ölçek deneme formu aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler, IBM SPSS 23.0 ve AMOS 21 programı ile incelenmiştir. Analiz aşamasında tanımlayıcı istatistikler ile geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. **Bulgular:** Çalışmanın sonuçlarına göre, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi örnekleme büyüklüğünün yeterli düzeyde olduğunu (KMO=0,898) ve Bartlett küresellik testi maddeler arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu ($\chi^2(666)=7096,464$ $p<0,01$) göstermektedir. Açıklayıcı faktör analizinde (AFA) ölçeğin 8 faktör altında toplandığı belirlenmiştir. DFA, AFA'da elde edilen yapının doğrulandığını ve mükemmel bir uyum sağladığını göstermektedir. Güvenirlik ve geçerlik analizleri sonucunda, ölçeğin toplamda 37 madde ve 8 faktörden oluştuğu belirlenmiştir. Faktörlerin ölçeğe ilişkin açıkladıkları toplam varyans oranı %60,393'tür. Ölçeğin genelinde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının 0,900 olması, ölçeğin güvenilirliğinin oldukça yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. **Sonuç:** Bu çalışma sonucunda, PDRFÖ'nün doğurganlık çağındaki kadınların prekonsepsiyonel dönem risk farkındalıkları düzeyinin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracı olduğu tespit edilmiştir.

ABSTRACT Objective: This study aims to develop a scale for assessing risk awareness during the preconception period in women of reproductive age. **Material and Methods:** The research is methodological in type. The study included a sample of 949 women aged 18 to 49 who are of child-bearing age. The item pool of the Preconceptional Period Risk Awareness Scale (PPRAS) is based on literature and expert opinions. In the study, data were collected using a trial form featuring 92 items on a 5-point Likert scale. The study's data were examined with the help of IBM SPSS 23.0 and AMOS 21 software. Descriptive statistics, validity and reliability study analyses were performed in the analysis of the data. **Results:** The results of the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test indicated that the sample size was adequate, with a KMO value of 0.898. Additionally, the Bartlett's sphericity test indicated a sufficient level of correlation among the items to perform factor analysis ($\chi^2(666)=7096.464$, $p<0.01$). The exploratory factor analysis revealed that the scale is grouped under 8 factors. The confirmatory factor analysis confirms the structure identified in the exploratory factor analysis and shows a perfect fit. The reliability and validity analyses revealed that the scale comprises a total of 37 items and 8 factors. The factors account for a total variance of 60.393% related to the scale. A Cronbach's Alpha value of 0.900 for the scale demonstrates that its reliability is significantly high. **Conclusion:** This study found that the PPRAS is a valid and reliable assessment tool for measuring the level of risk awareness related to the preconception period among women of reproductive age in Turkish society.

Anahtar Kelimeler: Prekonsepsiyonel bakım; farkındalık; güvenilirlik ve geçerlilik; risk değerlendirme; kadın sağlığı

Keywords: Preconception care; awareness; reproducibility of results; risk assessment; women's health

KAYNAK GÖSTERMEK İÇİN:

Hasdemir Ö, Yurtsal ZB. Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği'nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenirliliği: Metodolojik çalışma. Türkiye Klinikleri J Health Sci. 2025;10(2):391-402.

Correspondence: Öznur HASDEMİR
Sivas İl Sağlık Müdürlüğü, Sivas, Türkiye
E-mail: karakoseoznur@gmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences.

Received: 24 Oct 2024

Received in revised form: 17 Dec 2024

Accepted: 18 Dec 2024

Available online: 11 Apr 2025

2536-4391 / Copyright © 2025 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Risk farkındalığı, bireylerin riskleri tanıma, bu risklerin sonuçlarını anlama ve onlarla başa çıkma konusunda güvenilir kaynaklardan edinilen bilgilere sahip olması ve bu bilgilerin davranışlarını kalıcı olarak değiştirmesi olarak tanımlanmaktadır.¹ Başka bir ifadeyle risk farkındalığı sağlık hizmeti ortamında meydana gelen ve hastaya zarar veren tehlike, risk ve olay potansiyelinin tanınmasıdır.² Prekonsepsiyonel dönem risk farkındalığı ise üreme çağındaki kadınlar için risklerin belirlenmesi ve/veya bilgi edinilmesi ile sağlığın optimize edilmesinde bireyin kendi risk durumu hakkında bilinçli farkındalık düzeyinin artırılması olarak ifade edilmektedir.^{3,4} Kadınlarda prekonsepsiyonel risk farkındalığının oluşturulması gebelikten önce var olan risk faktörlerinin belirlenmesi ile başlamalıdır.³ Yapılan araştırmalarda gebelik öncesi dönem risk faktörlerinin kadınların 18 yaş altı 35 yaş üstü gebe kalması; beden kitle indeksinin 25 ve üzeri olması; yetersiz beslenme; enfeksiyon; akraba evliliği, genetik geçişli hastalıklar; sigara ve alkol kullanımı; tekrarlayan gebelik kayıpları; aile içi şiddet; yetersiz egzersiz, diyabet, hipertansiyon, epilepsi, demir eksikliği anemisi, depresyon, kronik böbrek rahatsızlıkları, ağız ve diş sağlığı sorunları, talesemi, folik asit, vitamin A, iyot, çinko ve kalsiyum eksikliği gibi durumlar olduğu bildirilmektedir.^{3,5-8}

Prekonsepsiyonel dönemde kadınların risk farkındalığının değerlendirilmesi, genellikle göz ardı edilen ya da yeterince önemsenmeyen sağlık sorunlarının, gebelik ve doğacak bebeğin sağlık durumunu etkileyebilecek yaşam tarzı özellikleri üzerinden farkındalık yaratması açısından büyük önem taşımaktadır.⁹ Nitekim kadınların prekonsepsiyonel dönemde sağlık risklerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada, kadınların prekonsepsiyonel dönemde gebelik, doğum ve doğum sonrası süreci olumsuz etkileyebilecek yaş, aile içi şiddet, anemi, sigara dumanına maruz kalma gibi birçok risk faktörüne sahip oldukları sonucuna varılmıştır.⁷ Bu durum, prekonsepsiyonel dönem kadınların risk farkındalığının değerlendirilmesinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Bu kapsamda kadının prekonsepsiyonel dönemde bütüncül yaklaşımla değerlendirilerek kanıta dayalı yönetim ile doğurganlığın planlanması, ileri anne ve baba yaşı,

aile öyküsü, genetik öyküsü ve hastalıklar, fiziksel aktivite, beden kitle indeksi, beslenme, aşılama, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, kronik hastalıklar, ilaçlar, zararlı alışkanlıklar ve maruziyet, psikososyal alt boyutları ile risk farkındalığının oluşturulması son derece önemlidir.^{5,6,9,10} Yapılan araştırmalarda prekonsepsiyonel risk farkındalığını ölçmek için ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış kadının bütüncül olarak risk farkındalığını ölçen standart bir ölçek olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan bu çalışma prekonsepsiyonel dönemde doğurganlık çağındaki kadınların risk farkındalığını ölçebilecek standart bir ölçek geliştirilmesi ve alandaki önemli bir boşluğu doldurarak literatüre katkı sağlaması amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ÇALIŞMA TASARIMI, YERİ, ZAMANI VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırma “Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Ölçeği (PDRFÖ)” geliştirilmesi amacıyla metodolojik olarak yapılmıştır. Araştırma Mayıs 2021-Temmuz 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma bir İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı (Türkiye’nin Orta Anadolu bölgesinde bulunan) evlilik öncesi danışmanlık birimi ve Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) gerçekleştirilmiştir. ASM konum itibarıyla bölgelere ayrılmış ve her bölgeyi temsil edebilecek düzeyde olan 7 farklı ASM randomizasyon ile seçilerek belirlenmiştir. Araştırmanın evrenini belirleyen merkezlere başvuran doğurganlık çağındaki tüm kadınlar oluşturmuştur. Literatürde, ölçek geliştirilirken her bir madde için 5-10 katılımcının örneklemde yer alması önerilmektedir.¹¹ Araştırma başlangıcında geliştirilen ölçek 92 maddeden oluşmaktadır. Bu nedenle araştırmanın örnekleminde her bir ölçek maddesi için 10 katı örneklem alınması; kayıp verilerinde olabileceği düşünülerek birinci aşamadaki açıklayıcı faktör analizinde (AFA) “500”, ikinci aşamadaki doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) “500” olmak üzere toplamda “1000” doğurganlık çağındaki kadına ulaşılmıştır. Araştırmanın kayıp verileri çıkarıldığında birinci aşama AFA için örnekleme 457 kişi (doğurganlık çağındaki kadın), araştırmanın ikinci aşama DFA için örnekleme 462

kişi (doğurganlık çağında olan kadın), test-tekrar test analizi için örneklemini 30 kişi ile araştırmanın örneklemini toplam 949 katılımcı oluşturmuştur. Araştırma verileri yazılı çevrim içi toplanmıştır. Araştırmaya alınma kriterleri okur-yazar olan, 18-49 yaş arasında doğurganlık çağında olan, gebe olmayan, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti almayan, psikiyatrik/psikolojik tanıya dayalı bir rahatsızlığı olmayan, menopoz tanısı olmayan, internet erişim imkânı olan, iletişime açık ve dil sorunu olmayan Türk kadınlarıdır.

ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Çalışmanın öncesinde, “Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Etik Kurul” izni (tarih: 10 Mart 2021, no: 2021-03/25) ve çalışmanın yürütüleceği ilgili kurumdan yazılı izin (2021/11 Karar No’lu Komisyon Kararı) alınmıştır. Kadınlara araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında detaylı bilgiler verilmiş, yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Çalışma, Helsinki Deklarasyonu prensipleri doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, kadınların demografik ve obstetrik özelliklerini içeren Kişisel Bilgi Formu, PRDFÖ Deneme Formu (PDRFÖDF) ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Literatüre göre oluşturulan “Kişisel Bilgi Formu”nda, kadınların yaşı, eğitimi, mesleği, gelir durumu ve obstetrik öyküsü gibi özellikleri içeren toplam 9 soru yer almaktadır.^{8,12}

PRDFÖDF: Doğurganlık çağında olan kadınların prekonsepsiyonel dönem risk farkındalıklarını belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen PDRFÖDF 5’li Likert tipine sahip 92 maddeden oluşmaktadır. Deneme ölçeği, (kesinlikle katılmıyorum; katılmıyorum, kararsızım; katılıyorum, kesinlikle katılıyorum) ifadeleriyle 5’li Likert yapısına sahiptir. Tüm maddeler olumlu bir dille oluşturulmuştur. Puanlama, (“kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum” (2), “kararsızım” (3), “katılıyorum” (4) ve “kesinlikle katılıyorum” (5) olarak puanlanmıştır. Ölçeğin bazı maddeleri (Madde 3, 6, 7, 22, 24, 30, 33-35, 44, 51-56, 62, 63, 67, 70, 71, 76, 77, 80, 82, 85-88) ise ters puanlanmaktadır.

PDRFÖ’NÜN GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Literatürün Taranması ve Madde Havuzunun Oluşturulması

“PRDFÖ”nün oluşturulması amacıyla, literatür taramalarına ve araştırmacıların bilgilerine, deneyimlerine dayanan bir madde havuzu hazırlanmıştır.^{5,6,10-24} Ölçekte madde havuzu oluşturulurken prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım doğrultusunda risk farkındalığına yönelik 11 alt boyut ve bu alt boyutları kapsayan 132 maddelik bir yapı belirlenmiştir. Bu alt boyutlar sırasıyla doğurganlığın planlanması, ileri anne ve baba yaşı, aile, genetik öykü ve hastalıklar, fiziksel aktivite, beden kitle indeksi, beslenme, aşılama, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, kronik hastalıklar, ilaçlar, zararlı alışkanlıklar ve maruziyet, psikososyal alt boyutlarıdır.

Uzman Görüşünün Alınması ve Kapsam Geçerliliği

Çalışma obstetri ve ebelik alanında uzman 14 öğretim üyesi tarafından incelenmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde ve kapsam geçerlilik indeksi hesaplanırken Lawshe Tekniği kullanılmıştır. Bu teknik basit, kullanışlı ve yaygın olarak kullanılmakta olup ortaya koyduğu tekniğin objektif ve kesin sonuçlar vermesi yönleriyle tercih edilmiştir.^{25,26} Ölçeğin kapsam geçerlilik oranlarının hesaplanabilmesi için maddeler Uygun (3); Uygun Ancak Düzeltilmeli (2) ve Çıkarılmalı (1) şeklinde puanlaması yapılmıştır. Bununla birlikte, araştırmacılar Lawshe (1975) tekniğine ek olarak, uzmanların “Düzeltilmeli” seçeneğine “Yanıtınız düzeltilmeli ise nasıl olmalıdır?” ve “Çıkarılmalı” seçeneğine “Yanıtınız çıkarılmalı ise neden?” cevapları araştırılarak ölçekteki tüm maddeler için ayrı ayrı görüşlerini detaylı olarak yazmaları talep edilmiştir. 14 uzmana göre Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) değerinin 0,52 değerinin üzerinde olması beklenmiştir.²⁵ Kapsam geçerlilik oranı için istatistiksel olarak anlamsız olan maddeler direkt çıkarıldığında kalan maddelerin KGO ortalaması 0,75 olarak hesaplanmış ve ölçek kapsam geçerliliğinin sağlandığı tespit edilmiştir.²⁶ Uzman görüşleri çerçevesinde daha önce 132 madde olan ölçeğin, kapsam geçerliğine ait analizleri yapıldıktan sonra ölçekte 93 madde kalmıştır.

Araştırmanın Ön Uygulamasının Yapılması

Araştırmanın ön uygulamasında ölçek doğurganlık çağında olan araştırma kriterlerine uyan 22 kişilik bir

gruba uygulanmış ve ifadelerin anlaşılabilirliği test edilmiştir. Güvenilirlik analizi için (Cronbach alfa (α) katsayısı) 0 ile 1 arasında bir değeri alır. Bu değerlere göre; (“0,00-0,40 aralığında” ölçeğin güvenilir olmadığı, “0,40-0,60 aralığında” düşük güvenilirlikte, “0,60-0,80 aralığında” oldukça güvenilir ve “0,80-1,00 aralığında” ise yüksek derecede güvenilir) bir ölçek olduğu kabul edilmektedir.²⁷ Sonuçlar incelendiğinde, ilgili ölçeğin pilot çalışmaya ait (Cronbach alfa değeri 0,908) hesaplanmıştır. Bu değer hesaplanırken bir maddenin devre dışında kaldığının tespit edilmesi ile madde ölçekten çıkarılmıştır. Ön uygulama sonrası ölçekte 92 madde kalmasına karar verilmiştir. Sonuç olarak ifadelerin anlaşılır olduğu ve çalışmanın veri toplanmasına devam edilebilir olduğu görülmüştür. Pilot çalışma sırasında görüşülen kadınlar araştırmanın örneklem grubuna dâhil edilmiştir.

GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

Araştırmanın ön uygulamasının ardından, geçerlik ve güvenilirlik analizlerinin gerçekleştirilmesi ile ölçeğin son hali belirlenmiştir. Verilerin analizinde IBM SPSS 23.0 ve AMOS 21 (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) yazılımı kullanılmıştır. Veriler değerlendirilirken “tanımlayıcı istatistiksel yöntemler” (sayı-yüzde-ortalama-standart sapma) uygulanmıştır. Güvenilirlik analizi, ölçeklerdeki ifadelerin “birbirleriyle olan tutarlılığı”, tüm ifadelerin aynı konuyu “ölçüp ölçmediğini” değerlendirmek için gerçekleştirilmektedir.²⁸ Bu kapsamda, ölçeğin güvenilirlik düzeyleri Cronbach alfa ve yarıya bölme yöntemleriyle incelenmiştir. Ayrıca, ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla AFA ve DFA “Confirmatory Factor Analysis (CFA)” uygulanmıştır. Maddelerin ayırt ediciliği (%27 alt-üst madde analizi) gerçekleştirilmiştir. Ayrıca ölçeğin kararlılık gösterip göstermediğini belirlemek için 3-4 hafta ara ile katılımcılara ulaşılmış tekrar test yöntemi kullanılmıştır.^{29,30}

VERİLERİN İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmadaki verilerin analizleri, IBM SPSS 23.0 ve AMOS 21 programlarının kullanılması ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde “tanımlayıcı istatistiksel yöntemler” (sayı-yüzde-ortalama-standart sapma) kullanılmıştır. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde “kapsam geçerlik indeksi”

[Content Validity Index (CVI)] hesaplanmıştır. Yapı geçerliliğinde [AFA; Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett küresellik testi], DFA ile birlikte yaklaşık hataların ortalama karekökü [Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)], standartlaştırılmış ortalama hataların karekökü [Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)], karşılaştırmalı uyum iyiliği [Comparative Fit Index (CFI)] ve uyum iyiliği indeksi [Goodness of Fit Index (GFI)] ile ayarlanmış uyum iyiliği indeksi [Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)] hesaplanmıştır. Güvenilirlik analizinde ise yarıya bölme yöntemi-korelasyon katsayısı, Cronbach alfa katsayısı, madde-toplam puan ölçek güvenilirliği-korelasyon katsayısı; test-tekrar test-korelasyon katsayıları analiz edilmiştir.

BULGULAR

AFA'YA İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sonuçlara göre, kişilerin %40,9'u 35-49 yaş aralığında, %20,8'i 30-34 yaş aralığında, %22,3'ü 25-29 yaş aralığında, %16'sı 18-24 yaş aralığındadır. Medeni durumları incelendiğinde %69,4'ü evli ve %69,1'i üniversite ve üstü bir eğitim kurumundan mezundur. Kişilerin %44,2'si çalışmadığını belirtirken, %54,7'sinin gelirin giderine eşit olduğu görülmüştür. Aile yapısı incelendiğinde ise %90,8'inin çekirdek ailesi olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların obstetrik bilgilerine göre %33,3'ünün hiç gebe kalmadığı ve %35,4'ünün hiç doğum yapmadığı görülmüştür.

PRDFÖ'ne ait AFA yapılmıştır (Tablo 1). AFA'nın öncesindeki örneklemin faktörleştirmeye uygun olup olmadığını değerlendirmek için KMO testi uygulanmıştır. Yapılan analizlere göre “KMO değerinin 0,898” olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, örneklemin büyüklüğünün ve maddelerin faktör analizi için “yeterli” olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda Bartlett Küresellik testi sonuçları da değerlendirilmiş ve elde edilmiş olan “ki kare değerinin” anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2(666)=7096,464$, $p<0,01$). Bartlett testinin anlamlı çıkması ($p<0,05$), değişkenler arasında anlamlı korelasyonlar olduğunu ve verilerin faktör analizi için uygun olduğunu gösterir. Bartlett testi sonucunun anlamlılığı,

TABLO 1: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği AFA sonuçları (AFA veri seti)

	Faktörler							
	Kronik hastalıklar	Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve aşılama durumu	Aile, genetik öykü hastalıkları	Fiziksel aktivite	Doğurganlığın planlanması	Beslenme durumu	İleri anne ve baba yaşı	Psikososyal değerlendirme
F8_56	0,818							
F8_55	0,808							
F8_53	0,803							
F8_54	0,733							
F8_52	0,730							
F8_67	0,718							
F8_63	0,673							
F8_62	0,649							
F8_51	0,649							
F6_38		0,774						
F6_37		0,721						
F7_45		0,700						
F6_42		0,694						
F7_48		0,685						
F6_36		0,679						
F6_39		0,628						
F7_46		0,571						
F3_14			0,679					
F3_13			0,663					
F3_17			0,661					
F3_12			0,607					
F3_15			0,579					
F4_20				0,757				
F4_19				0,748				
F4_18				0,739				
F1_1					0,781			
F1_2					0,727			
F1_5					0,710			
F5_32						0,754		
F5_26						0,676		
F5_29						0,562		
F2_10							0,823	
F2_8							0,710	
F2_11							0,605	
F11_89								0,797
F11_84								0,685
F11_92								0,569
Öz değer	8,91	4,60	2,00	1,68	1,45	1,37	1,24	1,10
Açıklanan varyans oranı	13,70	12,17	7,93	5,89	5,56	5,50	4,84	4,80
Alfa değerleri	0,893	0,869	0,784	0,787	0,781	0,711	0,644	0,686

KMO=0,898 $\chi^2(666)=7096,464$; Bartlett Küresellik Testi (p)=0,000

Toplam Açıklanan Varyans Oranı=60,393

Toplam alfa=0,899

verilerin çok değişkenli normal dağılıma uygun olduğunu ve değişkenler arasında yeterli ilişki bulunduğunu destekler niteliktedir.²⁷ Bulgular ışığında, verilerin (çok değişkenli normal dağılımdan) geldiği

varsayılmıştır. Ölçekte verilerin faktör analizindeki “uygunluğu” doğrulandıktan sonra “faktör yapısının” incelenmesinde (Temel Bileşenler Analizi-Varimax döndürme yöntemi) kullanılmış ve AFA gerçekleştirilmiştir.

rilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde bazı maddelerin binışiklik gösterdiği bazı maddelerin teorik boyutlar dışında kaldığı görülmüş buna göre sırası ile teorik boyutlar dışında kalan ve binışiklik gösteren maddeler analiz dışı bırakılmış ve faktör analizi tekrar yapılmıştır. Tekrarlanan faktör analizi sonuçlarına göre, özdeğeri birin üzerinde olan faktörler kabul edilmiştir. Bu sonuçlar, AFA kapsamında sunulmuştur (Tablo 1). Maddelerin oluşturduğu desende aşılama boyutu, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar alt boyutunun maddelerinin birleştiği görülmüştür. Sonuçta geliştirilen ölçeğin 8 boyut olarak yapılandırıldığı ve bu yapının kavramsal yapıyla uyum göstermiş olduğu tespit edilmiştir. Yapılan AFA, ölçeğin toplam değişkenliğin %60,393'ünü açıkladığını ortaya koymuştur. Ayrıca ilgili ölçüm aracının birinci faktör (%13,705); ikinci faktör (%12,170); üçüncü faktör (%7,926); dördüncü faktör (%5,890); beşinci faktör (%5,559); altıncı faktör (%5,502); yedinci faktör (%4,480); sekizinci faktör (%4,802) açıklanma oranına sahip olduğu görülmüştür (Tablo 1).

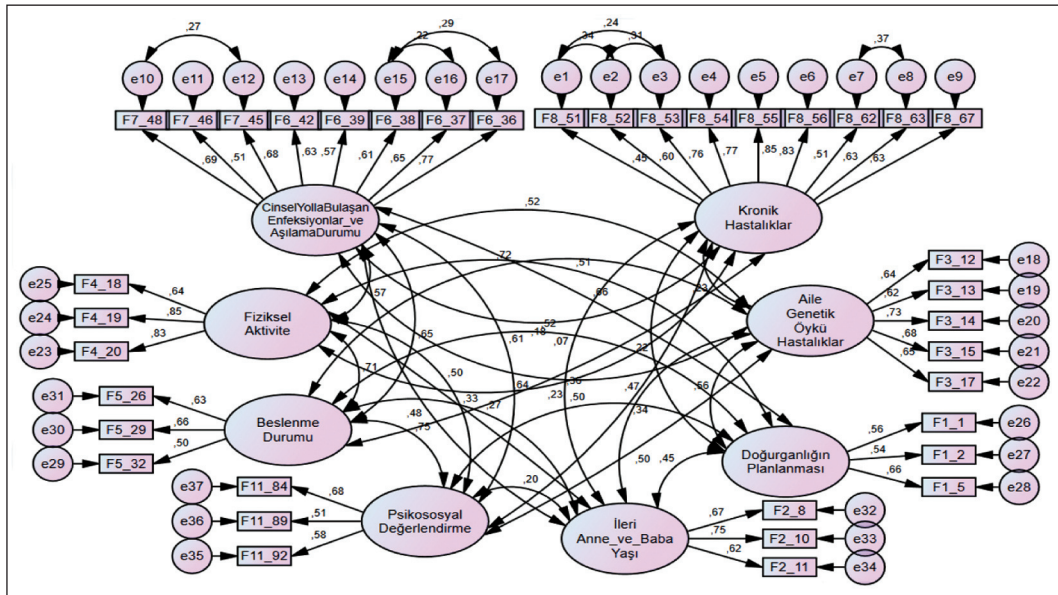
DFA'YA İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sonuçlara göre, kişilerin %47,4'ü 35-49 yaş aralığında, %17,7'si 30-34 yaş aralığında, %18'i 25-29 yaş aralığında, %16,9'u 18-24 yaş aralığındadır. Medeni durumları incelendiğinde ise %66'sı evli ve %69,9'u

üniversite ve üstü bir eğitim kurumundan mezundur. Kişilerin %43,7 çalışmadığını belirtirken, %57,1'inin gelirin giderine eşit olduğu görülmüştür. Aile yapısı incelendiğinde ise %88,7'sinin çekirdek ailesi olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların obstetrik bilgilerine göre %36,8 hiç gebe kalmadığı ve %38,1'inin hiç doğum yapmadığı görülmüştür.

DFA sonuçları incelendiğinde, ölçeğin "yapısal denklem modeli" ($p=0,000$ düzeyinde) anlamlı bulunmuş ve 37 madde ile 8 faktörlü yapıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Modelde bazı iyileştirmeler yapılmış; yüksek Modification Index (MI) değerlerine sahip hataların arasında kovaryans oluşturulmuştur. Bununla birlikte, uyum iyiliği indekslerine göre; (RMSEA 0,040 ve χ^2 (Cmin/df) 1,743) değerlerinin görülmesi ölçeğin (mükemmel uyum) gösterdiğini ispatlamaktadır. Sonuçta ölçeğin yapı geçerliliğini sağlanmış olduğu görülmüştür (Tablo 2).^{31,32} Ölçek maddelerine ilişkin yol (path) grafiğinde gösterilmiştir (Şekil 1).

Maddelerin istatistiksel anlamlılığı t istatistikleri ile belirlenmiştir. Sonuçlar, CR değerlerinin tümünün anlamlı olduğunu ve faktör yük değerlerinin 0,30'un üzerinde yer aldığını göstermektedir. Bu durum, maddelerin yapının geçerliliği için uygun olduğunu ve yapının doğrulandığını ifade etmektedir.²⁹ Ayrıca, tüm maddelere ait faktör yük değerinin



ŞEKİL 1: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği maddelerine ilişkin yol grafiği

TABLO 2: DFA'ya ilişkin bulgular (DFA veri seti)

İndeks	Mükemmel uyum	Kabul edilebilir uyum	Modifikasyon sonrası
χ^2/SD	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	1,743
RMSEA	$0,00 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,040
SRMR	$0,00 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,08$	0,046
CFI	$0,95 \leq CFI$	$0,85 \leq CFI$	0,932
GFI	$0,90 \leq GFI$	$0,85 \leq GFI$	0,895
AGFI	$0,90 \leq AGFI$	$0,85 \leq AGFI$	0,875
IFI	$0,90 \leq IFI \leq 1,00$	$0,80 \leq IFI$	0,933
NNFI (TLI)	$0,90 \leq NNFI (TLI)$	$0,80 \leq NNFI (TLI)$	0,924
NFI	$0,90 \leq NFI$	$0,80 \leq NFI$	0,855

ki-kare/Degrees of Freedom (χ^2/SD)

RMSEA: Tahmin Hatalarının Ortalamasının Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation)

SRMR: Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü (Standardized Root Mean Square Residual)

CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index)

GFI: İyilik Uyum İndeksi (Goodness of Fit Index)

AGFI: Ayarlanmış Uyum İyiliği İndeksi (Adjusted Goodness of Fit Index)

IFI: Fazlalık Uyum İndeksi (Incremental Fit Index)

TLI: Trucker-Levis İndeksi (Trucker-Levis Index)

NNFI: Normleştirilmemiş Uyum İndeksi (Non-Normed Fit Index)

NFI: Normleştirilmiş Uyum İndeksi (Normed Fit Index)

“0,452-0,854” aralığında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Maddelerin, ayırt edicilik güçlerinin gösterildiği (bağımsız grup t-testi; madde-toplam korelasyonları) sonuçlar sunulmuştur. Bu korelasyonun yeterli sayılabilmesi için gereken “minimum değer 0,30” olarak belirlenmiştir. Katılımcılar tarafından verilen cevaplar (madde-toplam test korelasyon) değerleri incelendiğinde, 0,30 değerinden daha az olan maddelerin olmadığı görülmüştür. Madde-toplam test korelasyon değerlerinin “0,387-0,746” aralığında değiştiği saptanmıştır. Madde-toplam test korelasyonunda, tüm maddelerin birbirleriyle ilişkili olduğu görülmüştür. Ölçekteki maddelerin ayırt ediciliğinin belirlenmesine yönelik ölçekten elde edilmiş ham puanlar (büyükten-küçüğe göre) sıralanarak, (alt-üst %27’de yer alan grupların puan ortalamaları) (bağımsız grup t-testi) ile karşılaştırılarak incelenmiştir. Sonuçta “alt-üst grup maddelerinin puan ortalamaları” arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Bu kapsamda ölçeğin istenilen niteliği ölçmesi için ayırt ediciliğe sahip olduğu söylenebilmektedir. PRDFÖ’nün Cronbach alfa 0,900; (alt boyutlar alfa değeri: 0,616-0,889) hesap-

lanmıştır. Sonuçlar ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir (Tablo 5).²⁷

Yarıya bölme metodunda, ölçüm aracının güvenilirliği, örneklemin her iki yarısından elde edilen puanların benzerliğine dayanır. Sonuçların (iki yarı arasında olan korelasyon katsayısı: 0,880) değerinde bulunmuş olup (Spearman-Brown katsayısı: 0,936) ve (Guttman katsayısı: 0,936) olarak hesaplanmıştır. Bu bulgular, ölçüm aracının güvenilir olduğunu göstermektedir (Tablo 6). Test-tekrar test yöntemiyle yapılan ölçümde, birinci ve ikinci uygulama arasındaki

TABLO 3: DFA faktör yükleri (Birinci düzey) (DFA veri seti)

	Standardize edilmiş faktör yükü	Standardize edilmemiş faktör yükü	S.E.	C.R.	p değeri
F8_51	0,452	1,000			<0,001
F8_52	0,604	1,251	0,122	10,261	<0,001
F8_53	0,758	1,648	0,159	10,342	<0,001
F8_54	0,773	1,564	0,166	9,436	<0,001
F8_55	0,854	1,620	0,166	9,741	<0,001
F8_56	0,829	1,692	0,175	9,659	<0,001
F8_62	0,515	1,161	0,148	7,839	<0,001
F8_63	0,632	1,457	0,167	8,704	<0,001
F8_67	0,633	1,269	0,146	8,707	<0,001
F7_48	0,686	0,879	0,062	14,239	<0,001
F7_46	0,508	0,676	0,065	10,415	<0,001
F7_45	0,682	1,014	0,072	14,131	<0,001
F6_42	0,631	0,813	0,062	13,118	<0,001
F6_39	0,567	0,775	0,066	11,715	<0,001
F6_38	0,614	0,800	0,054	14,703	<0,001
F6_37	0,645	0,999	0,074	13,428	<0,001
F6_36	0,773	1,000			<0,001
F3_12	0,640	1,000			<0,001
F3_13	0,619	1,194	0,109	10,934	<0,001
F3_14	0,733	1,059	0,085	12,400	<0,001
F3_15	0,678	0,882	0,075	11,731	<0,001
F3_17	0,646	1,164	0,103	11,308	<0,001
F4_20	0,826	1,196	0,086	13,858	<0,001
F4_19	0,853	1,165	0,083	14,006	<0,001
F4_18	0,642	1,000			<0,001
F1_1	0,556	1,000			<0,001
F1_2	0,536	0,925	0,118	7,812	<0,001
F1_5	0,664	1,175	0,136	8,630	<0,001
F5_32	0,499	1,000			<0,001
F5_29	0,658	1,356	0,150	9,022	<0,001
F5_26	0,630	1,185	0,134	8,834	<0,001
F2_8	0,674	1,000			<0,001
F2_10	0,753	1,059	0,097	10,873	<0,001
F2_11	0,618	0,763	0,075	10,151	<0,001
F11_92	0,583	1,000			<0,001
F11_89	0,507	1,091	0,138	7,877	<0,001
F11_84	0,681	1,286	0,139	9,244	<0,001

S.E.: Standart hata (Standard error); C.R.: Z değeri (Critical ratio)

TABLO 4: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeğine maddelerine ilişkin madde analizi sonuçları (DFA veri seti)

	r değeri*	Madde silindiğinde alfa değeri	t değeri (Alt-Üst %27)**	p değeri (Alt-Üst %27)
F1: Doğurganlığın planlanması				
F1_1	0,430	0,508	14,954	0,000*
F1_2	0,425	0,515	15,351	0,000*
F1_5	0,417	0,527	16,842	0,000*
F2: İleri Anne ve baba yaşı				
F2_8	0,544	0,613	24,954	0,000*
F2_10	0,617	0,514	25,324	0,000*
F2_11	0,450	0,718	14,144	0,000*
F3: Aile genetik öykü ve hastalıklar				
F3_12	0,557	0,749	18,776	0,000*
F3_13	0,540	0,761	20,257	0,000*
F3_14	0,648	0,723	20,686	0,000*
F3_15	0,557	0,753	17,197	0,000*
F3_17	0,564	0,748	18,371	0,000*
F4: Fiziksel aktivite				
F4_18	0,582	0,824	19,929	0,000*
F4_19	0,746	0,655	22,770	0,000*
F4_20	0,659	0,737	20,725	0,000*
F5: Beslenme durumu				
F5_26	0,437	0,527	16,339	0,000*
F5_29	0,454	0,502	21,804	0,000*
F5_32	0,417	0,554	18,768	0,000*
F6: Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve aşılama durumu				
F6_36	0,718	0,819	19,145	0,000*
F6_37	0,602	0,833	18,286	0,000*
F6_38	0,602	0,833	16,273	0,000*
F6_39	0,503	0,844	13,128	0,000*
F6_42	0,579	0,835	14,729	0,000*
F7_45	0,644	0,827	18,226	0,000*
F7_46	0,461	0,849	14,272	0,000*
F7_48	0,638	0,829	14,112	0,000*
F7: Kronik hastalıklar				
F8_51	0,498	0,889	12,416	0,000*
F8_52	0,623	0,878	15,617	0,000*
F8_53	0,733	0,869	22,699	0,000*
F8_54	0,721	0,870	17,727	0,000*
F8_55	0,744	0,869	17,133	0,000*
F8_56	0,742	0,868	19,140	0,000*
F8_62	0,546	0,885	13,188	0,000*
F8_63	0,629	0,878	17,210	0,000*
F8_67	0,584	0,881	14,312	
F8: Psikososyal değerlendirme				
F11_84	0,452	0,455	16,270	0,000*
F11_89	0,387	0,565	15,576	0,000*
F11_92	0,422	0,507	16,143	0,000*

n=462;**n1=n2=125; r=Madde Toplam Puan Korelasyonu *p<0,05 için anlamlı değerler

TABLO 5: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği güvenirlik analizi

Ölçek ve alt boyutları	Cronbach alfa
Doğurganlığın planlanması	0,616
İleri anne ve baba yaşı	0,714
Aile genetik öykü ve hastalıklar	0,787
Fiziksel aktivite	0,809
Beslenme durumu	0,627
Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve aşılama durumu	0,852
Kronik hastalıklar	0,889
Psikososyal değerlendirme	0,607
Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği	0,900

TABLO 6: Yarıya bölme metodu (DFA veri seti)

Cronbach alfa	Bölüm 1=F1_1, F1_5, F2_10, F3_12, F3_14, F3_17, F4_19, F5_26, F5_32, F6_37, F6_39, F7_45, F7_48, F8_52, F8_54, F8_56, F8_63, F11_84, F11_92	0,822
	Bölüm 2=F1_2, F2_8, F2_11, F3_13, F3_15, F4_18, F4_20, F5_29, F6_36, F6_38, F6_42, F7_46, F8_51, F8_53, F8_55, F8_62, F8_67, F11_89	0,798
İki yarı arasındaki korelasyon		0,880
Spearman-Brown katsayısı		0,936
Guttman Split-Half katsayısı		0,936

ölçek genel ortalamaları arasındaki ilişki 0,722 olarak belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada PDRFÖ'nün geçerlik ve güvenirliği incelenmiş olup analizler sonucunda “37 madde ve 8 alt boyutu” içeren “geçerli ve güvenilir” bir ölçek aracı olduğu görülmüştür. Türk toplumundaki 18-49 yaş arasında olan doğurganlık çağındaki kadınlarda prekonsepsiyonel dönem risk farkındalıklarını doğurganlığın planlanması, ileri anne ve baba yaşı, aile genetik öykü ve hastalıklar, fiziksel aktivite, beslenme durumu, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve aşılama durumu, kronik hastalıklar, psikososyal boyutları ile güvenli bir şekilde değerlendirebilen ilk ölçektir (Ek 1). Ölçekteki maddeler 5'li Likert tipi olarak (Kesinlikle katılmıyorum (1); Katılmıyorum (2); Kararsızım (3); Katılıyorum (4) ve Kesinlikle katılıyorum (5) olarak puanlanmaktadır. Bu ölçekte, sadece kronik has-

EK 1: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği (PDRFÖ)						
Madde no	Alt boyutları ve maddeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Doğurganlığın planlanması						
1	Çiftlerin istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde danışmanlık hizmeti almasını düşünürüm.					
2	Çiftlerin her ay düzenli olarak adet döneminin takvimini tutmasının gerekli olduğunu düşünürüm.					
3	Gebelik planlanmadan önce danışmanlık almanın daha yararlı olduğunu düşünürüm.					
İleri anne ve baba yaşı						
4	35 yaşından sonra gebe kalmanın anne ve bebek sağlığı açısından riskli olduğunu düşünürüm.					
5	İleri anne ve baba yaşında Down sendromlu, doğumsal anomali bebek doğma riskinin daha yüksek olduğunu düşünürüm.					
6	Yaşları ileri olan çiftlerin genetik test yaptırmayı gerektiğini düşünürüm.					
Aile, genetik öykü ve hastalıklar						
7	Ailede genetik hastalığı olanların gebelikten önce düzenli olarak takip edilmesini düşünürüm.					
8	Üç nesil aile öyküsündeki genetik hastalıkların araştırılması gerektiğini düşünürüm.					
9	Aile bireylerinde gelişimsel gecikme, doğumsal anomali genetik bozukluk öyküsü var ise uzmana başvurulmasını düşünürüm.					
10	Kan gruplarının bilinmesi ile anne ve baba adayının kan uyumsuzluğu riskinin önceden belirlenmesi gerektiğini düşünürüm.					
11	Gebelik öncesinde hastalıkların ve ölüm oranlarının azaltılması, sağlıklı bireylerin doğması için genetik testler yapılmasını düşünürüm.					
Fiziksel aktivite, beden kitle indeksi						
12	Haftanın her günü, 20-30 dk orta şiddette yapılan egzersizin, gebelikte aşırı kilo alımının engellenmesinde etkili olduğunu düşünürüm.					
13	Gebelik öncesi süreçte fiziksel olarak aktif, düzenli egzersiz yapılan yaşam tarzının benimsenmesini düşünürüm.					
14	Gebelik öncesinde egzersiz yapmanın gebelik sürecinin rahat ve aktif geçmesini sağlayacağını düşünürüm.					
Beslenme durumu						
15	Sağlıklı ve dengeli beslenmenin önemli olduğunu düşünürüm.					
16	Gebelik planlamadan önce demir, vitamin A, iyot, çinko ve kalsiyum düzeylerine baktırmanın anne-bebek sağlığına yararı olduğunu düşünürüm.					
17	Günde en az 1,5 litre su tüketilmesi gerektiğini düşünürüm.					
Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve aşılama durumu						
18	Gebe kalmadan önce kızamıkçık, suçiçeği, Hepatit B bulaşıcılığının kontrol ettirilmesi gerektiğini düşünürüm.					
19	Bağışıklığı olmayan aşıları gebelik planlamadan önce yaptırmayı düşünürüm.					
20	Üreme çağındaki tüm kadınların tetanoz, difteri boğmaca, kızamık-kabakulak-kızamıkçık açısından bağışıklanmış olması gerektiğini düşünürüm.					
21	Gebe kalmadan önce rahim ağzı kanser taraması yaptırmının gerekli olduğunu düşünürüm.					
22	Gebelik öncesinde kadının aşılama durumunun değerlendirilmesi gerektiğini düşünürüm.					
23	Gebelik planlamadan önce İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü [Human Immunodeficiency Virus (HIV)] taraması yaptırmının gerekli olduğunu düşünürüm.					
24	HIV (Cinsel yolla bulaşan hastalık) pozitif olduğumda eşime ve bebeğime bulaşabileceğini düşünürüm.					
25	Gebelikten önce hepatit C enfeksiyonunun taranması gerektiğini düşünürüm.					

EK 1: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği (PDRFÖ) (devamı).

Madde no	Alt boyutları ve maddeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Kronik hastalıklar						
26	Gebelik öncesi dönemde ciltte kuruluk, saç ve kaşlarda dökülme problemi yaşanmasının normal olduğunu düşünürüm.					
27	Vücut ısısının çoğu zaman düşük olmasının normal olduğunu düşünürüm.					
28	Vücutta terlemede artış, sıcak basması, titreme, çarpıntı gibi durumların çoğu zaman yaşanmasının normal olduğunu düşünürüm.					
29	Genellikle vücutta halsizlik hissi yaşanabilir; bu durumun önemsiz olduğunu düşünürüm.					
30	Dudak etrafında ve parmak uçlarında uyuşmalar olabilir; bu durumun önemsiz olduğunu düşünürüm.					
31	Ara sıra yüksek ateş, güçsüzlük, karında sırtın alt bölümlerinde ve bacaklarda şiddetli ağrılar yaşanmasının normal olduğunu düşünürüm.					
32	Çok sık idrara çıkmanın normal olduğunu düşünürüm.					
33	Merdiven çıkıldığında çabucak yorulmanın, nefes nefese kalmanın normal olduğunu düşünürüm.					
34	Zaman zaman çift veya bulanık görme gibi durumlar yaşanmasının önemsiz olduğunu düşünürüm.					
Psikososyal değerlendirme						
35	Çiftlerin gebelik ve ebeveynlik için her birinin ayrı ayrı hazır olmasının önemli olduğunu düşünürüm.					
36	Ailede şiddet yaşayan bireylerde depresyon ve ruh sağlığının bozulma riskinin daha yüksek olduğunu düşünürüm.					
37	İstismara maruz kalındığında tüm hakların savunulabilmesi için hukuksal süreçlerin bilinmesi gerektiğini düşünürüm.					

talıklar alt boyutuna ait tüm maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilmiş olan minimum puan 37; maximum puan ise 185 olarak hesaplanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı prekonsepsiyonel dönem risk farkındalık puanını belirlemektedir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça kadınların prekonsepsiyonel dönem risk farkındalık düzeyleri artmaktadır. Sağlıklı gebeliğin oluşması, doğumun ve doğum sonundaki süreçlerin sağlıklı ilerleyebilmesi için doğum öncesi bakım hizmetleri prekonsepsiyonel dönemde başlatılmalıdır.^{19,21} Ancak kadın, gebeliğinin farkına varıp ilk antenatal kontrole gelene kadar organogenez sürecini tamamlamış olmaktadır.⁶ Başka bir ifade ile gebelikten önce riskler saptanamamış bu nedenle sakatlık ve etkilenimlerin önüne geçilmesinde geç kalınmış ve müdahale fırsatları kaçırılmış olmaktadır.^{5,7} Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımda risk değerlendirmesi ile genel sağlık durumunun, tıbbi geçmişin, cerrahi risklerin, sosyal ve davranışsal risklerin, ilaç risklerinin, mesleki risklerin, eğitim risklerinin ve do-

ğurganlık veya gebelik için risk oluşturabilecek diğer tüm engellerin değerlendirilmesi sağlanarak risklere yönelik müdahale fırsatı oluşturulmaktadır.³³ Bu kapsamda geliştirdiğimiz ölçeğin AFA ve DFA sonuçlarıyla elde edilen sekiz faktörlü yapı, prekonsepsiyonel dönem risk farkındalığının çok boyutlu yapısını destekleyerek kadınların risk farkındalıklarının değerlendirme de önemli bir boşluğu dolduracağı düşünülmektedir. Araştırmamız toplamda 949 katılımcı ile yapılmıştır. Literatürde faktör analizine yönelik örneklem sayısının 100'ün altında olmaması önerilmekle birlikte ve örneklem sayısının (300 "iyi", 500 "çok iyi" ve 1000 ise "mükemmel") olarak değerlendirildiği bilinmektedir.¹³ Bu kapsamda ölçeğimizin örneklem sayısının mükemmel seviyelerde olduğu görülmektedir. Madde havuzu, kapsam geçerliliğinin yapılması için uzman sayısı hakkında literatürde genel olarak kabul gören bir kriter olmamakla birlikte, bu sayının alanda 3'ün altında olmaması ve mümkünse 5 veya daha üzerinde olması beklenmek-

tedir. Uzman görüşü ile kapsam geçerliği değerlendirilmiş olmaktadır.^{29,34} Araştırmamızda obstetri ve ebelik alanında 14 uzmana göre görüş alındığında KGO değerinin 0,52 değerinin üzerinde olması beklenmiştir. Araştırmamızın KGO değerinin bu değerin çok üzerinde 0,75 olduğu ve ölçek kapsam geçerliliğini sağladığı tespit edilmiştir.³¹ Ölçeğin toplam varyans açıklama oranının %60,393 olduğu tespit edilmiştir. Literatüre göre, toplam varyansın açıklanma oranının (%40-60 arasında olması), “çok faktörlü ölçekler” için (yeterli) kabul edilmektedir.^{29,35} Bu kapsamda ölçeğin açıklanan varyans oranının literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. DFA’da elde edilen χ^2/df oranı 3’ün altında ise, bu durum modelin mükemmel bir uyuma sahip olduğunu göstermektedir.³⁵ Araştırmamızda χ^2/df oranının 1,743 bulunması, modelin mükemmel uyuma sahip olduğunun göstergesidir.^{31,32} Ayrıca ölçeğin “Cronbach alfa katsayısının: 0,900 olması” yüksek düzeyde güvenilirliğini ortaya koyarken; test-tekrar test veri analizlerinde de ölçeğin iyi derecede güvenilirliğinin olduğu tespit edilmiştir.^{27,29}

SONUÇ

Sonuç olarak PDRFÖ’nün 37 madde ve 8 alt boyuttan oluşan, prekonsepsiyonel dönemde doğurganlık çağındaki 18-49 yaş aralığında olan kadınların risk farkındalık düzeyini ölçebilen geçerlik ve güvenilirlik düzeyi yüksek düzeyde olan bir ölçüm aracı olduğu tespit edilmiştir. PRDFÖ’nün Türk toplumunda, doğurganlık çağındaki kadınlarında prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım çerçevesinde risk far-

kındalık düzeyinin artırılmasına yönelik eğitimlerin öncesinde ve sonrasında uygulanması, ayrıca PDRFÖ’nün etkinliğinin değerlendirilebilmesi için çeşitli toplumlarda geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

Teşekkür

Araştırmaya katılan tüm kadınlara, araştırmanın yapıldığı birimlere, ölçek geliştirme kapsamında uzman görüşü alınan obstetri ve ebelik alanı öğretim üyelerine katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

Finansal Kaynak

Araştırmaya yönelik Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğünden maddi destek almıştır (Proje no: SBF-2022-097).

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyesi veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Öznur Hasdemir, Zeliha Burcu Yurtsal; **Tasarım:** Öznur Hasdemir, Zeliha Burcu Yurtsal; **Denetleme/Danışmanlık:** Zeliha Burcu Yurtsal, Öznur Hasdemir; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Öznur Hasdemir; **Analiz ve/veya Yorum:** Öznur Hasdemir, Zeliha Burcu Yurtsal; **Kaynak Taraması:** Öznur Hasdemir, Zeliha Burcu Yurtsal; **Makalenin Yazımı:** Öznur Hasdemir, Zeliha Burcu Yurtsal; **Eleştirel İnceleme:** Öznur Hasdemir, Zeliha Burcu Yurtsal; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Öznur Hasdemir, Zeliha Burcu Yurtsal; **Malzemeler:** Öznur Hasdemir, Zeliha Burcu Yurtsal.

KAYNAKLAR

1. Terim Rehberim [İnternet]. Risk Farkındalığı. [Erişim tarihi: 10 Eylül 2024]. Erişim linki: [\[Link\]](#)
2. Woodward S. Chapter 2: Risk awareness. In: Haxby E, Hunter D, Jaggar S, eds. An introduction to clinical governance and patient safety. Oxford: Oxford University Press; 2010. p.11-8. [\[Crossref\]](#)
3. Cömert M. Gebelik Planlayan Kadınlarda Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Biruni Üniversitesi; 2019. [\[Link\]](#)
4. Clark AD, DiPietro Mager NA. “Nobody talks about it”: Preconception health and care among women in the rural, Midwestern United States. Women's Health. 2022;18:1-10. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
5. Başgöl Ş, Oskay Ü. Prekonsepsiyonel Dönemde ve Gebelikte Kanıt Temelli Yaklaşımlar [Evidence-based practices in preconception period and pregnancy]. International Journal of Human Sciences. 2012;9(2):1524-34. [\[Link\]](#)
6. Arslan Özkan H, Bilgin Z. Kanıta Dayalı Gebelik ve Doğum Yönetimi. 1. Baskı. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevi; 2019.
7. Karataş M, Gölbaşı Z. Kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki sağlık riskleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi [Determination health risks and healthy lifestyle behaviors of women in the preconceptional period]. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2021;11(2):151-8. [\[Crossref\]](#)
8. Zhou Q, Zhang S, Wang Q, Shen H, Tian W, Chen J, et al. China's community-based strategy of universal preconception care in rural areas at a population level using a novel risk classification system for stratifying couples' preconception health status. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):689. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)

9. Gönenç İ, Tuzcular Vural EZ. Bir gebeliğe hazırlanmak: prekonsepsiyonel interkonsepsiyonel bakım ve danışmanlık [Getting ready for a pregnancy: pre-conception-interconception care and counseling]. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2022;26(3):77-87. [\[Crossref\]](#)
10. Farahi N, Zolotor A. Recommendations for preconception counseling and care. *Am Fam Physician*. 2013;88(8):499-506. Erratum in: *Am Fam Physician*. 2014;89(5):316. [\[PubMed\]](#)
11. Young AG, Pearce S. A beginner's guide to factor analysis: focusing on exploratory factor analysis. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*. 2013;9(2):79-94. [\[Crossref\]](#)
12. Aksoy YE, Özentürk MG. Prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların sağlık davranışları değişim aşamaları (transteoretik model): randomize kontrollü çalışma [Women's health behaviors stages of change (transtheoretical model) in preconception period: a randomized control study]. *Genel Tıp Dergisi*. 2021;31(4):330-8. [\[Crossref\]](#)
13. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 6th ed. Boston, MA: Pearson Education; 2013. p. 497-516.
14. Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al; CDC/ATSDR Preconception Care Work Group; Select Panel on Preconception Care. Recommendations to improve preconception health and health care-United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recomm Rep*. 2006;55(RR-6):1-23. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
15. Yılmaz E, Çöl M. Kanıt dayalı tıp. *J Clin Anal Med*. 2014;5(6):537-42.
16. Shannon GD, Alberg C, Nacul L, Pashayan N. Preconception healthcare and congenital disorders: systematic review of the effectiveness of preconception care programs in the prevention of congenital disorders. *Matern Child Health J*. 2014;18(6):1354-79. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
17. World Health Organization [Internet]. 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. [Erişim tarihi: Ağustos 2024]. Erişim linki: [\[Link\]](#)
18. Dean SV, Lassi ZS, Imam AM, Bhutta ZA. Preconception care: nutritional risks and interventions. *Reproductive Health*. 2014;11(3):1-15. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
19. Karsten MDA, van Oers AM, Groen H, Mutsaerts MAQ, van Poppel MNM, Geelen A, et al; LIFEstyle study group. Determinants of successful lifestyle change during a 6-month preconception lifestyle intervention in women with obesity and infertility. *Eur J Nutr*. 2019;58(6):2463-75. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
20. Gökdemir F, Eryılmaz G. Prekonsepsiyonel Sağlık Hizmetleri [Preconception health services]. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*. 2017;3(3):204-12. [\[Link\]](#)
21. Aksoy A, Vefikuluçay Yılmaz D. Toplum sağlığını arttırmada yeni bir hizmet modeli: prekonsepsiyonel bakım ve hemşirenin rolü [A new service model to increase community health: preconceptional care and the nurse's role]. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2019;16(1):60-7. [\[Link\]](#)
22. Temizkan E, Daşkan Z. Prekonsepsiyonel sağlık bakımı ve primer bakımda danışmanlık [Preconception healthcare and counselling in primary care]. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*. 2021;4(2):94-105. [\[Crossref\]](#)
23. Sağlık Bakanlığı [Internet]. Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi. [Erişim tarihi: 10 Kasım 2024]. Erişim linki: [\[Link\]](#)
24. Shawe J, Delbaere I, Ekstrand M, Hegaard HK, Larsson M, Mastroiacovo P, et al. Preconception care policy, guidelines, recommendations and services across six European countries: Belgium (Flanders), Denmark, Italy, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2015;20(2):77-87. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
25. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*. 1975;28:563-75. [\[Crossref\]](#)
26. Ayre C, Scally AJ. Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2014;47(1):79-86. [\[Crossref\]](#)
27. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 2. Baskı. Ankara: Nobel Basımevi; 2005.
28. DeVellis R. Scale Development Theory and Applications. 4th ed. Chapel Hill: SAGE Publications; 2012.
29. Kartal M, Bardakçı S. SPSS ve AMOS uygulamalı örneklerle güvenirlik ve geçerlik analizleri. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2018. [\[Crossref\]](#)
30. Ural A, Kılıç İ. Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi. 2. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık; 2006.
31. Simon D, Kriston L, Loh A, Spies C, Scheibler F, Wills C, et al. Confirmatory factor analysis and recommendations for improvement of the Autonomy-Preference-Index (API). *Health Expect*. 2010;13(3):234-43. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
32. Hooper D, Coughlan J, Mullen MR. Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic journal of business research methods*. 2008;6(1):53-60. [\[Link\]](#)
33. ACOG Committee Opinion No. 762: Prepregnancy Counseling. *Obstet Gynecol*. 2019;133(1):e78-e89. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
34. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler (Basic Principles Of Scale Development). *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2014;13(40):39-49. [\[Crossref\]](#)
35. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL uygulamaları. 2. Baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2012.