T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PREKONSEPSİYONEL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif Rabia KARABIYIK

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Ankara, 2025

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PREKONSEPSİYONEL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif Rabia KARABIYIK

Doç. Dr. Halime ABAY

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Ankara, 2025

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Elif Rabia KARABIYIK

Yüksek Lisans Tezi
01/12/2025

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Halime ABAY

Jüri Üyeleri
Prof. Dr. Sena KAPLAN
Doç. Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ
Doç. Dr. Halime ABAY

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Esra ÇALIK VAR
Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

01/12/2025

Elif Rabia KARABIYIK

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecim boyunca zor zamanlarımda bana sabır gösteren ve cesaretlendiren, bilgi ve deneyimleriyle akademik yolculuğumda bana rehberlik eden çok değerli hocam ve danışmanım Doç. Dr. Halime ABAY'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini özveriyle paylaşarak akademik gelişimime yön veren, aynı zamanda tez jürimde yer alarak sürece değerli katkılar sağlayan çok kıymetli hocam Prof. Dr. Sena KAPLAN'a,

Tez savunmamda yer alarak yapıcı değerlendirme ve önerileriyle tezimin niteliğini artıran sayın hocam Doç. Dr. İlknur Münevver GÖNENÇ'e,

Ders çıkışlarındaki çay ve kahve sohbetlerinde, hem akademik hem de insani açıdan çok şey öğrendiğim kıymetli hocam Doç. Dr. Sibel PEKSOY KAYA'ya,

Tez sürecim boyunca desteklerini esirgemeyen Trabzon Fatih Devlet Hastanesi Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi'nin değerli hemşirelerine,

Yüksek lisans öğrenimim boyunca bilgi, destek ve yönlendirmeleriyle bana katkı sağlayan, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı kıymetli hocalarına,

Tezimin gerçekleşmesine katkı sağlayan, verilerini paylaşan ve anketlerimi sabırla dolduran tüm katılımcılara,

Her zaman yolumu aydınlatan, her sıkıntıda bir çıkış yolu gösteren, varlığını her daim hissettirerek bana güç ve cesaret veren, kıymetli abim Dr. Muhammed Sinan KARABIYIK'a,

Hayatımın her aşamasında aldığım kararlara saygı gösteren ve beni destekleyen; dualarıyla yanımda olan, varlıklarına şükür ve minnetarlık duyduğum anne ve babama, içten muhabbetleri ve sonsuz destekleriyle hayat yolculuğumda yanımda oldukları için sevgili abilerime ve ablama teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET viii
ABSTRACT x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ xii
ŞEKİLLER DİZİNİ xiv
TABLOLAR DİZİNİ xv
1. GİRİŞ 1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 5
1.3. Araştırma Soruları 5
2. GENEL BİLGİLER 6
2.1. Prekonsepsiyonel Bakım 6
2.1.1. Prekonsepsiyonel Kavramı 6
2.1.2. Prekonsepsiyonel Bakımın Amacı ve Önemi 7
2.1.3. Prekonsepsiyonel Bakımın Tarihsel Gelişimi 9
2.1.4. Prekonsepsiyonel Bakımın Bileşenleri 14
2.2. Sağlık Okuryazarlığı 40
2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı 40
2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi 41
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Tarihsel Gelişimi 41
2.2.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler 42
2.2.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi 43
2.2.6. Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı 43
2.2.7. Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığını Geliştirilmesinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları 44
2.3. Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik Süreci 45
2.3.1. Geçerlik 46
2.3.2. Güvenirlik 46

3. MATERYAL VE YÖNTEM 48
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü 48
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 48
3.3. Araştırmanın Çalışma Grubu 48
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 48
3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri 49
3.6. Veri Toplama Araçları 49
3.6.1. Bireysel Bilgi Formu 49
3.6.2. Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 50
3.6.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 50
3.6.4. Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği 51
3.7. Araştırmanın Uygulanması 52
3.7.1. Araştırmanın Birinci Aşaması: Dil Geçerliği ve Kapsam Geçerliği 54
3.7.2. Araştırmanın İkinci Aşaması: Yüzeyel Geçerlik ve Veri Toplama 56
3.7.3. Araştırmanın Üçüncü Aşaması: Geçerlik Güvenirlik Analizleri 57
3.8. Verilerin Analizi 59
3.9. Araştırmanın Etik Yönü 60
4. BULGULAR 61
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 61
4.2. PSOÖ'nün Geçerlik ve Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular 64
4.2.1. Kapsam Geçerliğine İlişkin Bulgular 64
4.2.2. Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular 65
4.2.3. Kriter Geçerliğine İlişkin Bulgular 70
4.2.4. Ölçek Güvenirliğine İlişkin Bulgular 76
4.2.5. Bilinen Grup Geçerliğine İlişkin Bulgular 77

5. TARTIŞMA 99
5.1. Dil Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması 100
5.2. Kapsam Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması 101
5.3. Yapı Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması 102
5.4. Kriter Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması 105
5.5. Ölçek Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması 106
5.6. Bilinen Grup Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması 107
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 117
6.1. Sonuçlar 117
6.1.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar 117
6.1.2. PSOÖ'nün Geçerlik Güvenirliğine İlişkin Sonuçlar 117
6.2. Öneriler 121
7. KAYNAKLAR 122
8. EKLER 157
Ek-1. Bireysel Bilgi Formu (BBF) 157
Ek-2. Türkçe Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (T-PSOÖ) 158
Ek-3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ) 159
Ek-4. Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği (PBTÖ) 161
Ek-6. PSOÖ'nün Türkçe'ye Uyarlanabilmesi İçin Ölçek Sahibinden Alınan Yazılı İzin 164
Ek-7. SOÖ'nün Türkçe Versiyonunun Araştırmada Kullanılabilmesİ İçin Yazardan Alınan İzin 165
Ek-8. PBTÖ'nün Türkçe Versiyonunun Araştırmada Kullanılabilmesi İçin Yazardan Alınan İzin 166
Ek-9. Bilgilendirilmiş Onam Formu 167
Ek-10. Araştırmanın Etik Kurul İzni 168
Ek-11. Araştırmanın Kurum İzni 169
Ek-12. Özgeçmiş 170

ÖZET

Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Bu araştırma, üreme dönemindeki kadınlarda Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin (PSOÖ) Türkçe geçerliğini ve güvenirliğini değerlendirmek amacıyla yürütülen metodolojik tipte bir çalışmadır.

Araştırma Kasım 2024 – Mart 2025 tarihleri arasında Trabzon Fatih Devlet Hastanesi polikliniklerine başvuran ve dahil edilme kriterlerine uygun 299 kadının katılımıyla gerçekleştirildi. Veriler Bireysel Bilgi Formu (BBF), taslak Türkçe PSOÖ, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ), Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği (PBTÖ) kullanılarak yüz yüze toplandı. Araştırma üç aşamada yürütüldü. Birinci aşamada ölçeğin dil ve kapsam geçerliği değerlendirildi. İkinci aşamada ön uygulama yapılarak ölçeğin yüzeysel geçerliği değerlendirildi ve veri toplama işlemi gerçekleştirildi. Üçüncü aşamada ise geçerlik güvenirlik analizleri yapıldı. Bu kapsamda ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek için Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yöntemleri kullanıldı. Ayrıca SOÖ ve PBTÖ aracılığıyla kriter geçerliği ve bazı bireysel özellikler esas alınarak ölçeğin bilinen grup geçerliği değerlendirildi. Bu amaçla Pearson's ve Sperman's korelasyon analizi, bağımsız örneklemler t testi, ANOVA testi, Mann-Whitney U testi, Kurakal-Wallis testi ve Tukey testi yapıldı. Ölçeğin güvenirliği ise Cronbach alfa ve McDonald omega katsayıları hesaplanarak incelendi.

Çalışmada kadınların yaş ortalamasının 25,79 ± 6,46 olduğu belirlendi. PSOÖ'nün geçerlik güvenirlik analiz sonuçlarına göre; Kapsam Geçerlik İndeksi 0,920 olup, kapsam geçerliği sağlandı. Kaiser-Meyer-Olkin katsayısının 0,830 olması, Barlett Küresellik Testi'nin anlamlı çıkması (χ^2=2343,977; p<0,001) verilerin faktör analizine uygun olduğunu gösterdi. AFA sonucunda faktör yüklerinin 0,402-0,859 aralığında değiştiği, toplam varyansın %55,948'inin açıklandığı belirlendi. DFA kapsamında hesaplanan uyum indeksleri model uyumu destekledi ve 25 maddeli altı faktörlü yapı doğrulanarak ölçeğin yapı geçerliği sağlandı. PSOÖ ve tüm alt boyutlar arasında, ayrıca tüm alt boyutların kendi aralarında pozitif yönlü anlamlı korelasyonlar olması (p<0,001); PSOÖ'nün SOÖ, PBTÖ ve bazı alt boyutları arasında negatif yönlü

anlamlı korelasyonlar bulunması ($p<0,05$) kriter geçerliğinin sağlandığını gösterdi. Kadınların medeni durumunun, beden kitle indeksinin, sağlık algısının, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık farkındalığının, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alma durumunun, yeterli ve dengeli beslenme algısının, düzenli fiziksel aktivite yapma durumunun, sigara kullanma durumunun PSOÖ toplam puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar oluşturması PSOÖ'nün bilinen grup geçerliğini destekledi ($p<0,05$). PSOÖ'nün iç tutarlığını değerlendirmek üzere hesaplanan Cronbach alfa güvenirlik katsayısının ve McDonald Omega katsayısının sırasıyla 0,867 ve 0,863 olduğunun belirlenmesiyle ölçek güvenirliği sağlandı.

Sonuç olarak, PSOÖ'nün Türkçe versiyonu üreme dönemindeki kadınlar için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracıdır. Hemşirelerin prekonsepsiyonel danışmanlık hizmeti sunarken, öncelikle Türkçe PSOÖ'yi kullanarak üreme dönemindeki kadınların prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı düzeylerini değerlendirmeleri önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Geçerlik, güvenirlik, ölçek, prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı.

ABSTRACT

Adaptation of Preconceptional Health Literacy Scale to Turkish: Validity and Reliability Study

This research is a methodological study conducted to evaluate the Turkish validity and reliability of the Preconception Health Literacy Scale (PHLS) in women of reproductive age.

The study was conducted between November 2024 and March 2025 with the participation of 299 women who visited the outpatient clinics of Trabzon Fatih State Hospital and met the inclusion criteria. Data were collected face-to-face using the Individual Information Form (IIF), the draft Turkish PHLS, the Health Literacy Scale (HLS), and the Preconception Knowledge and Attitude Scale (PKAS). The research was carried out in three stages. In first stage, linguistic and content validity of the scale were assessed; in second stage, a pilot study was conducted to evaluate face validity and the main data collection was performed; and finally, validity and reliability analyses were conducted. In this context, Exploratory Factor Analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analysis (CFA) methods were used to evaluate the construct validity of the scale. Additionally, criterion validity was assessed using the HLS and PKAS, and known group validity was evaluated based on certain individual characteristics. For this purpose, Pearson's and Spearman's correlation analysis, independent samples t-test, ANOVA test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, and Tukey test were performed. The reliability of the scale was examined by calculating Cronbach alpha and McDonald omega coefficients.

The study determined that the average age of the women was 25.79 ±6.46. According to the validity and reliability analysis results of the PHLS, the Content Validity Index was 0.920, establishing content validity. A Kaiser-Meyer-Olkin coefficient of 0.830 and a significant Bartlett's Sphericity Test ((χ^2=2343.977; $p<0.001$) indicated that the data were suitable for factor analysis. The EFA results showed that factor loadings ranged from 0.402 to 0.859, explaining %55.948 of the total variance. The fit indices calculated within the CFA framework supported model fit, and the six-factor structure with 25 items was confirmed, establishing the construct validity of the scale. The presence of positive, significant correlations between the

PHLS and all subscales, as well as between all subscales themselves ($p<0.001$), and the presence of negative, significant correlations between the PHLS and the HLS, PKAS, and some subscales ($p<0.05$) confirmed criterion validity. The statistically significant differences in the PHLS total mean scores based on women's marital status, body mass index, health perception, awareness of preconception care and counseling, status of receiving preconception care and counseling services, perception of adequate and balanced nutrition, status of regular physical activity, and status of smoking supported the known group validity of the PHLS ($p<0.05$). The reliability of the scale was established by determining that the Cronbach alpha reliability coefficient and McDonald omega coefficient, calculated to assess the internal consistency of the PHLS, were 0.867 and 0.863, respectively.

In conclusion, the Turkish version of the PHLS is a valid and reliable measurement tool for women of reproductive age. It is recommended that nurses when providing preconception counseling services, firstly assess the preconception health literacy levels of women of reproductive age using the Turkish PHLS.

Keywords: Validity, reliability, scale, preconception health literacy.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji)
ADAPPC	: American Diabetes Association Professional Practice Committee (Amerikan Diyabet Derneği Profesyonel Uygulama Komitesi)
AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu)
ASRM	: American Society for Reproductive Medicine (Amerikan Üreme Tıbbı Derneği)
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention (Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri)
CFI	: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DNA	: Deoksiribonükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GDM	: Gestasyonel Diabetes Mellitus
HSV-2	: Herpes Simpleks Virüsü Tip 2
IDF	: International Diabetes Federation (Hastalık Korunma ve Kontrol Merkezleri)
IFI	: Incremental Fit Index (Fazlalık Uyum İndeksi)
IUGR	: Intrauterine Growth Retardation (İntrauterin Gelişme Geriliği)
KGİ	: Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerlik Oranı
NTD	: Nöral Tüp Defekti
PBTÖ	: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği
PCOS	: Polikistik Over Sendromu
PGFI	: Parsimony Goodness of Fit Index (Sıkı İyilik Uyum İndeksi)
PNFI	: Parsimony Adjusted Measures Index (Sıkı Normlaştırılmış Uyum İndeksi)

PNFI : Parsimony-Adjusted Measures Index (Sıkı Normlaştırılmış Uyum İndeksi)

PSOÖ : Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

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

SOÖ : Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

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

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

VTE : Venöz Tromboembolizm

WHO : World Health Organization

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1 *Araştırmanın Akış Şeması*…….53

Şekil 4.1 *Faktörlerin Dağılım Çizelgesi (Yamaç Birikinti Grafiği)*…….....67

Şekil 4.2 *PSOÖ'ye Ait Path Diagramı*…….68

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1 *Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı*.....61

Tablo 4.2 *Katılımcıların Sağlık Durumu Özelliklerinin Dağılımı*.....62

Tablo 4.3 *PSOÖ'ye Ait Maddelerin KGO ve KGİ Değerleri*.....64

Tablo 4.4 *Ölçeğin Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett Küresellik Test Sonuçları*.....65

Tablo 4.5 *Ölçeğin Faktör Yapısı, Toplam Korelasyon Değerleri ve Faktör Yükleri*...66

Tablo 4.6 *Ölçeğin ve Faktörlerin Varyans Değerleri*.....67

Tablo 4.7 *PSOÖ'ye Ait Uyum İndeksleri*.....69

Tablo 4.8 Katılımcıların *Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı* ……..70

Tablo 4.9 *PSOÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları*……..72

Tablo 4.10 *PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları*……..74

Tablo 4.11 *Ölçek ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa ve Mcdonald Omega Değerleri*……76

Tablo 4.12 *PSOÖ'nün Normallik Test Sonuçları*.....78

Tablo 4.13 *SOÖ'nün Normallik Test Sonuçları*.....78

Tablo 4.14 *PBTÖ'nün Normallik Test Sonuçları*.....79

Tablo 4.15 *Eğitim Durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*.....80

Tablo 4.16 *Medeni Durum ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*.....81

Tablo 4.17 *Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*……82

Tablo 4.18 *Ekonomik Durum Algısı ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*……83

Tablo 4.19 *Uyku Süresi ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*.....84

Tablo 4.20 *BKİ ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*.....85

Tablo 4.21 *Sağlık Algısı ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*.....87

Tablo 4.22 *Son Bir Yıl İçinde Gebelik Planı Varlığı ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*…….....89

Tablo 4.23 *Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Kavramını Duyma Durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*.....91

Tablo 4.24 *Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Hizmeti Alma Durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*……..92

Tablo 4.25 *Yeterli ve Dengeli Beslenme Algısı ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*.....93

Tablo 4.26 *Kronik Hastalık Varlığı ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*.....94

Tablo 4.27 *Genetik Hastalık Varlığı ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*.....95

Tablo 4.28 *Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*.....96

Tablo 4.29 *Sigara Kullanma Durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*.....97

Tablo 4.30 *Alkol Kullanma Durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*.....98

Tablo 4.31 *Düzenli Vitamin ve Mineral Takviyesi Alma Durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*……..99

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Prekonsepsiyonel dönem, gebelik öncesinde anne ve bebek sağlığını tehdit eden riskleri tanımlamak, uygun müdahalelerde bulunmak ve komplikasyonları minimum seviyeye indirmek için önemli fırsat sunmaktadır (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020; Poix ve Elmusharaf, 2024). Prekonsepsiyonel bakım gebeliğin daha sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesini desteklemek, anne ve bebek sağlığını korumak, doğuma ilişkin olumsuz sonuçları azaltmak için geliştirilen önleyici bir sağlık yaklaşımıdır (Aksoy vd., 2024; Suto vd., 2025). Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization [WHO]) verilerine göre, dünya genelinde maternal mortalite oranı her 100.000 canlı doğumda 223 olarak rapor edilmiştir (WHO, 2025). Türkiye'de maternal mortalite oranı ise TÜİK'in 2023 verilerine göre 100.000 canlı doğumda 13,5 olarak bildirilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2024a). Bu ölümlerin başlıca nedenleri arasında postpartum kanama, hipertansif bozukluklar ve sepsis gibi önlenebilir faktörler yer almakta olup, maternal ölümlerin yaklaşık %95'i düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir (WHO, 2023a). Yenidoğan ölümleri ise doğumla ilişkili malformasyonlar ve komplikasyonlar ile bağlantılıdır. Neonatal mortalite hızı dünyada 2023 yılında 1.000 canlı doğumda 17, Türkiye'de ise 2024 yılında 1.000 canlı doğumda 9 olarak rapor edilmiştir (TÜİK, 2025; UNİCEF, 2025a). Gebelik sürecindeki bakımın bu olumsuz durumların önlenmesinde vazgeçilmez bir rolü olmakla birlikte, prekonsepsiyonel bakımın yetersizliği prenatal bakımın etkinliğini kısıtlamaktadır (Poix ve Elmusharaf, 2024).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anne bebek mortalite ve morbiditesini azaltmak amacıyla prekonsepsiyonel bakımın önemini vurgulayarak, bu hizmetlerin hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yaygınlaştırılmasını önermektedir (WHO, 2013). Genellikle kadınlar, gebeliğinin farkına vardığında sağlık kuruluşuna başvurmaktadır. Ancak bu süreçte organogenezisin büyük bir kısmı tamamlandığı için, önlenebilir fetal sağlık sorunları açısından müdahalede geç kalınmaktadır (Aksoy vd., 2024). Oysa prekonsepsiyonel dönem gebelikle ilişkili biyomedikal, sosyal ve

davranışsal risklerin erken tanımlanması ve bu risklere yönelik uygun müdahalelerin yapılması açısından önemli bir dönemdir. Günümüzde prekonsepsiyonel dönemin önemine bağlı olarak, bu alandaki bilimsel araştırmalar belirgin biçimde artmıştır. Literatürdeki çalışmaların büyük bölümü, prekonsepsiyonel bakım alma oranlarına, prekonsepsiyonel dönemdeki davranışların maternal sağlık davranışlarıyla ve gebelik sonuçlarıyla ilişkisine odaklanmıştır (Aierken vd., 2025; Sajjadian vd., 2024). Son yıllarda prekonsepsiyonel bakımın uzun vadeli sağlık sonuçlarını şekillendirmede belirleyici olduğu da vurgulanmaktadır (Khekade vd., 2023). Bu doğrultuda, nitelikli ulusal prekonsepsiyonel bakım programınının geliştirilip yaygınlaştırılması önem kazanmaktadır (De Castro Nascimento vd., 2024).

Dünya çapında prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinden yararlanma oranları incelendiğinde; Çin'de %42,2, Amerika Birleşik Devletleri'nde %23,6 ile %28,1 aralığında, Fransa'da %15,8, Güney Sri Lanka'da %27,2, Etiyopya'da %22,3, Brezilya'da %15,9 ve Nijerya'da %23,4 olduğu bildirilmiştir (Amaje vd., 2022; Du vd., 2021; Odira vd., 2020; Paradis vd., 2017; Patabendige ve Goonewardene, 2013; Stulberg vd., 2023). Prekonsepsiyonel bakım alma oranlarının ülkelerin gelişmişlik düzeyleriyle yakından ilişkilidir (Kassa vd., 2021). Türkiye'de standardize ve yaygın bir prekonsepsiyonel bakım hizmeti sunulmamakta olup, genellikle evlilik öncesinde ya da çiftlerin talebi doğrultusunda bu hizmet verilmektedir (Ergi ve Şahin, 2023). Prekonsepsiyonel bakım alma oranı yaş, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, bilgi kaynaklarına erişim, sağlık kuruluşlarının varlığı, hizmet maliyeti, kronik hastalık varlığı, doğum sayısı ve sağlık okuryazarlığı düzeyi gibi faktörlerden etkilenmektedir (Sajjadian vd., 2024). Bu bağlamda, prekonsepsiyonel sağlığın iyileştirilmesinde temel bir bileşen olan sağlık okuryazarlığının anlaşılması önemlidir.

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere erişme, bu bilgileri analiz edebilme ve sağlık kararlarını etkili biçimde uygulayabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Ancker vd., 2020). İşlevsel düzeyde bir sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlık bilgilerini yalnızca anlamasını değil, aynı zamanda bunları günlük yaşamda uygulamaya aktarabilmesini gerektirmektedir (Mobley vd., 2014). Bununla birlikte sağlık okuryazarlığı, bireyin kendisi, ailesi ve toplum için sağlık farkındalığını artırmasını; sağlık durumunu olumsuz etkileyen faktörleri tanımasını ve bu faktörlerle

baş etme davranışları geliştirebilmesini de kapsamaktadır (Sørensen vd., 2013). Bu nedenle sağlık okuryazarlığı, özellikle riskli sağlık davranışlarının önlenmesi ve savunmasız dönemlerde sağlığın korunması açısından kritik bir öneme sahiptir.

Gebelik öncesi ve gebelik dönemindeki bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi toplum sağlığını doğrudan etkilediği gibi maternal ve fetal sağlık üzerinde de oldukça etkildir (Sajjadian vd., 2024). Küresel düzeyde sağlık okuryazarlığının istenen seviyede olmaması önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Uluslararası göstergeler, dünya genelinde yetişkin nüfusun yaklaşık yarısının temel sağlık bilgilerini anlama, yorumlama ve günlük yaşama aktarma konusunda güçlük yaşadığını göstermektedir (Sorensen vd., 2015). Türkiye'de gerçekleştirilen meta-analiz çalışmasında 65.544 yetişkinin verileri incelenmiş ve yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı oranının %63,7 olduğu bildirilmiştir (Ünlü, 2025). Bu oran, Sağlık Bakanlığı'nın 2017 (%68,9) ve 2024 (%53,9) verileriyle benzerlik göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024). Gerek dünyada gerekse Türkiye'de sağlık okuryazarlığı düzeyinin hâlâ düşük olduğu ve bunun toplum sağlığı açısından önemli bir risk faktörü olmaya devam ettiği anlaşılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024). Sağlık okuryazarlığının maternal ve fetal sağlık üzerindeki etkileri incelendiğinde ise, sağlık okuryazarlığı düşük olan kadınların prenatal hizmetlere ilişkin yazılı bilgileri anlamada zorluk yaşadığı görülmektedir (Kilfoyle, 2016). Sağlık okuryazarlığı gebelikte sağlık profesyonelleri ile gebe arasında iş birliğini artırarak sağlık sorunlarının önlenmesinde önemli bir etkendir. Sağlıklı bir gebelik için yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi gereklidir, çünkü düşük sağlık okuryazarlığı komplikasyon riskini yükseltebilmektedir (Meldgaard vd., 2022). Kadınların yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olması, perinatal sonuçların iyileşmesinde etkilidir (Bartlett ve Boyle, 2022; Zibellini vd., 2021). Dolayısıyla maternal ve fetal sağlığın iyileştirilmesinde prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı kavramı öne çıkmaktadır.

Literatürde standart bir tanıma sahip olmamakla birlikte, prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı, üreme dönemindeki bireylerin gebelik öncesi sağlığının optimize edilmesine yönelik bilgileri bulma, anlama, değerlendirme ve uygulama kapasitesini içeren çok boyutlu bir yapı olarak ele alınmaktadır (Suto vd., 2025). Yaşamın her aşamasında önemli olan sağlık okuryazarlığı kavramı, prekonsepsiyonel dönemde ayrı

bir önem taşımaktadır. Prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı, gebelik öncesinde hastalıkları önleyici ve sağlığı destekleyici davranışların geliştirilmesi ve sürdürülmesi ile yakından ilişkilidir (Sajjadian vd., 2024). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu süreçteki önemi büyüktür. Ancak ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşlarında ağırlıklı olarak prenatal ve postnatal anne bebek sağlığı takibi yapılmakta, prekonsepsiyonel bakım ise genellikle evlilik öncesinde kalıtsal hastalıkların taranmasıyla sınırlı kalmaktadır (İnan Kırmızıgül ve Şahin, 2023). Oysa dünyada prekonsepsiyonel bakım kapsamında aile planlaması, folik asit ve demir desteği, beslenme, kilo yönetimi, fiziksel aktivite, yaşam tarzı değişiklikleri, düzenli sağlık kontrolleri, bulaşıcı hastalıklar ve aşılar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, kronik hastalıklar, ilaç kullanımı, fertilite öyküsü ve infertilite, genetik danışmanlık, çevresel riskler, stres yönetimi, mental sağlık, ağız ve diş sağlığı, sigara ve madde kullanımı, adölesan gebelikler, genital mutilasyon, partner şiddeti ve sağlık hizmetlerine erişim konuları geniş bir şekilde ele alınmaktadır (Abay, 2022; Cassinelli vd., 2024; Dorney vd., 2022; Lu, 2007; Ojeda vd., 2025; Suto vd., 2025).

Sağlık sisteminin tüm kademelerinde görev alan hemşireler, prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinde önemli sorumluluklar üstlenmektedir (Ukoha ve Mtshali, 2022). Üreme çağındaki bireyleri, fertiliteyi etkileyen faktörler konusunda bilinçlendirmek hemşirelerin başlıca görevleri arasında yer almaktadır (Suto vd., 2021). Bu nedenle, öncelikli olarak üreme çağındaki bireylerin prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi gerekmektedir. Hemşireler sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin tespit edilmesinde ve uygun bakım müdahaleleri ile desteklenmesinde kilit rol üstlenmektedir (Ukoha ve Mtshali, 2022). Sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanması, düşük sağlık okuryazarlığına sahip olanların ise doğru sağlık hizmetini seçme ve danışmanlık alma konusunda zorluk yaşaması hemşirelere düşen görev ve sorumlulukların önemini ortaya koymaktadır (Khekade vd., 2023; Sajjadian vd., 2024).

Literatürde sağlık okuryazarlığı düzeyi değerlendirilirken, duruma veya belirli popülasyona özgü sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin kullanılması önerilmektedir (Tavousi vd., 2022). Türkiye'de bireylerin prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı

düzeyini değerlendiren pratik, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracının bulunmaması, alandaki önemli bir eksikliktir. Ayrıca, prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin ve geliştirilecek müdahale programlarının etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılacak bir ölçeğe ihtiyaç duyulmaktadır. Uluslararası literatür incelendiğinde, Japonya'da prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı davranış ve becerilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçek bulunduğu belirlendi. Bu çalışmada, Suto vd. (2021) tarafından geliştirilen Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin (PSOÖ) Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi amaçlandı.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada çok boyutlu olarak prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığını değerlendirme imkânı sunan PSOÖ'nün üreme dönemindeki kadınlarda Türkçe geçerlik güvenirliğini incelemek amaçlandı.

1.3. Araştırma Soruları

1. PSOÖ'nün Türkçe versiyonu üreme dönemindeki kadınlar için geçerli midir?

2. PSOÖ'nün Türkçe versiyonu üreme dönemindeki kadınlar için güvenilir midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prekonsepsiyonel Bakım

2.1.1. Prekonsepsiyonel Kavramı

Literatürde prekonsepsiyonel kavramı farklı şekillerde tanımlanmış olmakla birlikte, *The Lancet* dergisi tarafından yapılan kavramsallaştırma çerçevesinde üç farklı perspektiften ele alınmaktadır. Biyolojik açıdan, embriyonik gelişimden önceki süreci ifade eden günlere ve haftalara odaklanan bir bakış açısı söz konusudur. İkinci bakış açısı ise, bireysel düzeyde kişilerin gebeliğe ilişkin farkındalık düzeyini vurgulamaktadır. Üçüncü perspektif halk sağlığı yaklaşımıyla, diyabet ve obezite gibi risk faktörlerinin yönetimini hedefleyen gebelik öncesindeki ayları ve yılları kapsayan daha geniş bir süreci içermektedir. Bu tanımların genişliği, spesifik bir prekonsepsiyonel bakış açısının geliştirilmesine katkı sağlarken, prekonsepsiyonel sağlığın iyileştirilmesinde de önemli rol oynamaktadır (The Lancet, 2018).

Prekonsepsiyonel dönem DSÖ tarafından, maternal ve fetal sağlığı tehdit eden biyolojik, sosyal ve davranışsal risklerin tanımlandığı ve bu risklere yönelik müdahalelerin gerçekleştirildiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2013). Dünyada her gün yaklaşık 800 kadın postpartum kanama, preeklemsi, enfeksiyonlar gibi önlenebilir nedenlerden dolayı yaşamını yitirmektedir. Gebelik ve doğum sürecinde meydana gelen anne ölümleri, 100.000 canlı doğumda 223 oranında gerçekleşmektedir (United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF], 2025b). 2030 yılına yaklaşırken, küresel anne ölüm oranlarının hedeflenen düzeyin gerisinde kaldığı bildirilmektedir (UNİCEF, 2025b). 2000–2015 yılları arasında küresel anne ölüm oranlarının azaltılmasında kayda değer ilerlemeler sağlanmış olmasına rağmen, 2016–2023 döneminde bu ilerlemenin durakladığı ve yıllık azalma oranlarının istikrarsızlaştığı gözlemlenmiştir (UNICEF, 2025b). Anne ölümleri prekonsepsiyonel bakımın önemini gözler önüne seren temel sağlık göstergelerinden biridir. Prekonsepsiyonel bakım ile üreme çağındaki kadınların gebeliği daha sağlıklı bir şekilde deneyimlemeleri mümkündür. Böylece en iyi anne

bebek sağlığı sonuçları elde edilmekte ve önlenebilir anne bebek ölümleri azaltılabilmektedir (de Castro Nascimento vd., 2024).

İnsan gelişiminin en erken ve en hassas dönemlerinden biri olan prekonsepsiyonel dönem, gebelik döneminin yanı sıra postpartum dönemi de etkileyerek uzun vadeli olumlu sağlık sonuçları doğurmaktadır. Ayrıca bu dönem, bireyin yaşamındaki çeşitli istek ve olayların kesişiminde yer alan bir örüntü olarak ele alınmalıdır. Prekonsepsiyonel dönem adölesan dönem deneyimleri, cinsel olarak aktif olma süreci, yetişkinliğe geçiş, aile kurma hedefleri, sağlıklı bir bebek sahibi olma arzusu, fertilite bilinci, üreme sağlık cinsel sağlığın korunması ile yakından ilişkilidir. Bu nedenle yalnızca gebelik döneminde sağlanan bakım değil, prekonsepsiyonel dönemden başlayan hazırlık süreci optimal sağlık sonuçları açısından hayati öneme sahiptir (Aynalem vd., 2025).

Prekonsepsiyonel dönemde risk faktörlerinin belirlenememesi ve bu risklere yönelik gerekli müdahalelerin yapılamaması, gebelik sürecinde karşılaşılabilecek komplikasyonların temelini oluşturmaktadır. Bireyin biyolojik, psikososyal ve çevresel yönlerden kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi hem anne hem de yenidoğan sağlığı açısından kalıcı ve olumlu etkiler yaratma potansiyeline sahiptir (Caut vd., 2022). Dolayısıyla, üreme sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından prekonsepsiyonel bakım stratejileri, sağlık politikalarının ve hizmet sunumunun ayrılmaz bir parçası olmalıdır.

2.1.2. Prekonsepsiyonel Bakımın Amacı ve Önemi

Prekonsepsiyonel bakım, birey ve toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla fiziksel, duygusal ve çevresel faktörleri ele alan kapsamlı ve proaktif bir sağlık stratejisi olarak tanımlanmaktadır. Bu strateji bireyin biyolojik yapısını ve kişisel tercihlerinin yanı sıra, toplum sağlığı hedeflerini ve kuşaklar arası etkileri de göz önünde bulundurarak gebelik öncesi riskleri azaltmayı, toplumsal refahı desteklemeyi ve nihai olarak ebeveynler ve çocuklar için kuşaklar boyu olumlu sağlık sonuçları elde etmeyi amaçlamaktadır (Aynalem vd., 2025). Dünya genelinde gelişen sağlık hizmetlerine rağmen, istenilen düzeyde olmayan doğum sonuçları, günümüzde hâlâ acil bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Souza vd., 2024).

Maternal-neonatal morbidite ve mortalitelerin büyük bir bölümü prekonsepsiyonel dönemde ortaya çıkan risk faktörleriyle doğrudan ilişkilidir. Oysa prekonsepsiyonel dönemde bireyler, koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanarak ve sağlıklı yaşam tarzı uygulamalarını benimseyerek olası risk faktörlerini yönetebilmektedir. Bu dönem, bireyler için yeni ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını geliştirme açısından önemli bir fırsat sunmaktadır (Mekonnen vd., 2025).

Prekonsepsiyonel dönemde gerçekleştirilecek sağlık değerlendirmeleri, bireylerin üreme hakları çerçevesinde ele alınmalıdır. Bu doğrultuda, bireylerin bedensel özerkliğine saygı gösterilmeli, bireylere çocuk sahibi olma ya da olmama hakkı tanınmalı, mevcut çocukların güvenli ve sağlıklı koşullarda büyütülmesinin temel bir insan hakkı olduğu kabul edilmelidir. Dolayısıyla, prekonsepsiyonel sağlık politikalarının ve hizmet sunumunun üreme haklarını esas alan eşitlikçi, erişilebilir ve kapsayıcı bir anlayışla yapılandırılması büyük önem arz etmektedir (Heerboth vd., 2025).

Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]), Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) ve DSÖ gibi uluslararası sağlık kuruluşları prekonsepsiyonel dönemin önemini güçlü bir şekilde vurgulamaktadır (ACOG, 2024; CDC, 2025; WHO, 2013). Prekonsepsiyonel dönemdeki bazı riskli davranışlar ve çevresel maruziyetler, fetal gelişimde ve sonraki süreçlerde ciddi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Bu bağlamda kadınların gebeliklerinin farkında olmadıkları dönemde folik asit takviyesi kullanmamaları, temel vitamin desteklerini almamaları, alkol ya da madde kullanımına devam etmeleri gibi durumlar, gebeliğin en erken evrelerinde geri dönüşü olmayan etkiler oluşturabilmektedir (Crider vd., 2022).

Avrupa'da gerçekleştirilen kapsamlı bir araştırmada, folik asit takviyesi yapılmamasının önlenebilir nöral tüp defekti (NTD) vakalarına neden olduğu ve bu durumun yılda yaklaşık 1.000'den fazla etkilenen gebelik ile sonuçlanabileceği bildirilmiştir (Morris vd., 2021). Gebelik öncesinde ve sırasında madde kullanımının, konjenital anomaliler ve neonatal ölümler üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada,

intrauterin madde maruziyeti ile ilişkili olarak perinatal morbidite, konjenital anomali ve neonatal mortalite oranlarında artış gözlenmiştir (Lee vd., 2023).

Günümüzde yaygınlaşan sedanter yaşam ve sağlıksız yaşam alışkanlıklarının neden olduğu obezite, maternal metabolik ortam üzerinde olumsuz etkiler yaratmakta ve bu durum gestasyonel diabetes mellitus (GDM) ve preeklampsi gibi gebelik komplikasyonlarına yol açabilmektedir. Ayrıca fetal açıdan makrozomi ve gelişimsel anomaliler gibi ciddi sonuçlara neden olabilmektedir (Adamczak vd., 2024). Prekonsepsiyonel dönemdeki maternal beden kitle indeksinin (BKİ) ve kilo alımının doğum sonuçları üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, BKİ'si yüksek olan kadınlarda makrozomi ve prematür doğum oranlarının arttığı saptanmıştır (Huang vd., 2024). Tüm bu komplikasyonlar göz önüne alındığında, prekonsepsiyonel dönemin gebelikle ilişkili riskleri azaltmada, hem anne ve yenidoğan sağlığı hemde toplum sağlığı üzerindeki etkileri yadsınamayacak kadar büyüktür.

2.1.3. Prekonsepsiyonel Bakımın Tarihsel Gelişimi

2.1.3.1. Dünya'da Prekonsepsiyonel Bakımın Gelişimi

Prekonsepsiyonel bakım kavramını ilk kez ortaya atan kişi Chamberlain'dir (Chamberlain, 1980). Prekonsepsiyonel bakımın teşvik edilmesi, olumsuz doğum sonuçlarını azaltmak adına etkili bir önleme stratejisi olarak kabul görmektedir (Atrash vd., 2006). Konunun tarihsel arka planına bakıldığında, gebelik öncesi hazırlıkların çok eski dönemlerde de önemsendiği görülmektedir. Örneğin, Antik Sparta toplumunda fiziksel hareketlerin gebelik süresine olan etkisi vurgulanmaktadır. Spartalıların genç kadınları güreş, koşu, disk atma ve mızrak fırlatma gibi fiziksel etkinliklere yönlendirdiği, böylece sağlıklı bir beden yapısında gelişen fetüsün daha güçlü ve sağlıklı olacağına inandıkları bilinmektedir. Aynı zamanda dini kaynaklarda da prekonsepsiyonel döneme değinilmektedir. Eski Ahit'te kadınlara gebelik öncesi dönemde zararlı maddelerden uzak durmaları tavsiye edilmiştir (Freda vd., 2006).

Geleneksel prenatal bakım uygulamalarının konjenital anomalileri azaltma konusundaki sınırlılıklarına ilişkin araştırma bulguları, sağlık alanındaki karar vericiler tarafından dikkate alınmış; bu doğrultuda 1980'li yılların başlarında Amerika

Birleşik Devletleri'nde perinatal dönemde koruyucu yaklaşım yeniden tanımlanmıştır. Prenatal ve neonatal bakımın perinatal sonuçlar üzerindeki etkisinin, birincil koruma açısından geç kalınmış bir müdahale olduğu yönündeki görüşler, kadınlara gebelik öncesi dönemde ulaşılması gerektiği anlayışını güçlendirmiştir. Bu anlayış, prekonsepsiyonel sağlık teşviklerinin geliştirilmesine zemin hazırlamıştır (Freda vd., 2006).

Yayımlanan ilk belgelerde prekonsepsiyonel bakım daha çok çocuk sağlığının geliştirilmesi bağlamında ele alınmıştır. 1985 yılı itibarıyla Ulusal Tıp Akademisi (Institute of Medicine [IM]) tarafından gebelik öncesi müdahalelerin ihmal edilmesinin riskleri fark edilmiş ve "*Prevention of Low Birth Weight*-Düşük Doğum Ağırlığını Önleme" başlıklı bir belge yayımlanmıştır (IM, 1985). Bu gelişmeyi takiben, 1986'da IM düşük doğum ağırlığını önlemek için risk taramalarını, danışmanlığı ve sağlık eğitimini önermiştir. 1990'larda ABD'de prekonsepsiyonel bakım birincil sağlık hizmeti olarak kabul edilmiş, 1995'te ACOG ilk bülteni yayımlamış ve CDC 2006'da prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken 14 temel müdahaleyi (1-risk taraması [tıbbi, sosyal ve çevresel], 2-sağlık davranışları danışmanlığı [beslenme, sigara, alkol ve ilaç kullanımı], 3-beslenme desteği ve mikrobesin takviyesi [özellikle folik asit], 4-aşılama durumu değerlendirmesi, 5-kronik hastalıkların kontrolü, 6-genetik tarama ve danışmanlık, 7-cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların yönetimi, 8-aile planlaması danışmanlığı, 9-gebelikler arası bakımın sağlanması, 10-partner sağlığının değerlendirilmesi, 11-psikososyal risklerin ele alınması, 12-çevresel ve kimyasal maruziyetlerin değerlendirilmesi, 13-BKİ'nin optimizasyonu, 14-toplum düzeyinde farkındalık oluşturulması ve eğitim programlarının yaygınlaştırılması) tüm dünyaya duyurmuştur (ACOG, 2019a; Johnson vd., 2006).

Birçok ülke tarafından uygulanan başarılı prekonsepsiyonel dönem stratejilerinden biri, NTD riskini azaltmak amacıyla un ve pirince folik asit takviyesinin zorunlu hale getirilmesidir. March of Dimes Vakfı, 2000'li yıllarda ulusal çapta yürüttüğü folik asit kampanyasıyla konjenital malformasyonların önlenmesine yönelik toplumsal bilinci artırmış; medya kampanyaları, eğitim materyalleri ve sağlık profesyonellerine yönelik rehberler ile geniş kitlelere ulaşmıştır. Bu kampanya ayrıca,

folik asit takviyesinin zorunlu hale getirilmesine yönelik sağlık politikalarının geliştirilmesine katkı sağlamıştır (Murphy ve Westmark, 2022). Prekonsepsiyonel dönem stratejilerinin bir diğer örneği Çin'de evlilik öncesi yapılan tıbbi muayeneler olup, prekonsepsiyonel bakımın bir parçası olarak uygulanmıştır. 1995–2003 yılları arasında bu muayeneler çiftler için zorunlu tutulmuş, ancak 2003 yılı itibarıyla bu zorunluluk kaldırılmıştır (Xu vd., 2022).

Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri tarafından 2006 yılında yayımlanan *"Preconception Health and Health Services Recommendations*-Prekonsepsiyonel Sağlık ve Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesine Yönelik Öneriler" başlıklı raporda, yalnızca kadınların prekonsepsiyonel sağlığını iyileştirmenin yeterli olmayacağı, çiftlerin sağlığının birlikte ele alınması vurgulanmaktadır. Ayrıca aile planlamasının önemine dikkat çekerek bu dönemde kişisel bilgi, tutum ve davranış değişikliklerinin gerekli olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca prekonsepsiyonel dönemde tek bir sağlık kuruluşu ziyaretinin yetersiz olduğu; bunun yerine toplum temelli, kadınların yaşam döngüsü boyunca değişen gereksinimlerine duyarlı yaklaşımların benimsenmesi gerektiği belirtilmiştir (Johnson vd., 2006).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2012 yılında düzenlenen "*Developing a Global Consensus on Preconception Care to Reduce Maternal and Child Mortality and Morbidity*-Anne ve Çocukluk Dönemi Mortalite ve Morbiditesini Azaltmak İçin Prekonsepsiyonel Bakım Konusunda Küresel Mutabakat Geliştirme Toplantısı"nda, geleneksel prenatal bakım yaklaşımı yerine, prekonsepsiyonel bakımın etkili sunumunda yenilikçi yolların belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda prekonsepsiyonel bakımın halk sağlığı hizmetlerine entegre bir şekilde sunulması hedeflenmiştir. Aynı zamanda prekonsepsiyonel sağlık hizmetlerinin ülkelerin öncelikli sağlık sorunları doğrultusunda ulusal düzeyde planlanması ve sunulması önerilmiştir (WHO, 2013).

Çin'deki prekonsepsiyonel bakım uygulamaları incelendiğinde, bu hizmetlerin oldukça sistematik ve kapsamlı şekilde sunulduğu görülmektedir. Çin Ulusal Sağlık ve Aile Planlaması Komisyonu ile Maliye Bakanlığı'nın 2012 yılında başlattığı projede, özellikle çocuğu olmayan evli çiftler hedeflenmiştir. Bu bireylerin gebelik niyetleri sorgulanmış ve bireylere ücretsiz ulusal prekonsepsiyonel bakım hizmeti

tanıtılmıştır. Altı ay içinde gebe kalmayı planlayan çiftlerin bilgilendirilmiş onamları alınarak sağlık muayeneleri gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte, obstetri eğitim almış birinci basamak sağlık profesyonelleri tarafından bireylerin kişisel ve ailesel sağlık öyküsü, aile planlaması geçmişi, mevcut ilaç kullanımı, beslenme ve yaşam tarzı, toksik madde maruziyeti, sosyoekonomik durumları ve stres düzeyleri değerlendirilmiştir. Ayrıca muayene kapsamında boy, kilo, kan basıncı, nabız gibi temel ölçümler yapılmış; tam kan sayımı, kan grubu, idrar analizi, karaciğer, böbrek, tiroid fonksiyon testleri gibi laboratuvar tetkikleri ve jinekolojik ultrasonografi gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, genital sürüntüde mikrobiyolojik testler (candida, mycoplasma, chlamydia, gonococcus vb.), toksoplasma gondi, rubella, sitomegalovirüs, herpes simpleks virüsü (TORCH) paneli, hepatit B ve frengi serolojik testleri yapılmış; erkek bireylerde semen analizi uygulanmıştır (Zhou vd., 2016). Bunun yanı sıra prekonsepsiyonel hizmetlere erişimi artırmak amacıyla, son yıllarda "*National Premarital and Preconception Health Examination Information Service Platform*-Ulusal Evlilik Öncesi ve Prekonsepsiyonel Sağlık Muayenesi Bilgi Hizmet Platformu" adlı bir mobil uygulama geliştirilmiştir. Bu uygulama, bireyleri konumlarına göre en yakın prekonsepsiyonel bakım hizmeti sunan sağlık kuruluşlarına yönlendirmektedir (Xu vd., 2022).

Hollanda'da prekonsepsiyonel döneme ilişkin gelişmeler kapsamında, "*Smarter Pregnancy*-Daha Akıllı Gebelik" adlı bir mobil uygulama kullanıldığı dikkat çekmektedir. Bu uygulama aracılığıyla gebelerin 6., 12., 18. ve 24. gebelik haftalarında çevrimiçi anketlerle değerlendirildiği, bireysel gelişim süreçlerinin izlendiği ve gebelere danışmanlık hizmeti sunulduğu belirtilmektedir (van Dijk vd., 2017).

Amerika Birleşik Devletleri'nde prekonsepsiyonel dönemdeki yeniliklere ve gelişmelere bakıldığında; akıllı cihazlardaki mobil sağlık uygulamalarından farklı olarak sanal gerçeklik teknolojisinin kullanıldığı görülmektedir. Sanal gerçeklikte, kullanıcının gerçek dünyadan biriyle etkileşimde bulunuyormuş gibi hissetmesini sağlamak için bilgisayarlı simülasyonlar kullanılmaktadır. Grafiksel temsili gösteren sanal avatarlar, kullanıcılar gibi görünecek şekilde özelleştirilmektedir (O'Connor, 2019). Sanal gerçeklik teknolojilerinden yararlanılan uygulamalarda, kullanıcıların avatarlar aracılığıyla birebir danışmanlık alması sağlanmaktadır. Örneğin bu

kapsamda geliştirilen “Gabby” adlı sanal danışman, 18-35 yaşlarındaki kadınlara prekonsepsiyonel danışmanlık yapmaktadır. Bireyler 108 prekonsepsiyonel risk faktörünü içeren çevrimiçi bir anketi doldurduktan sonra, belirlenen risk faktörleri doğrultusunda Gabby aracılığıyla kişiye özel sağlık danışmanlığı almaktadır. Gardiner ve arkadaşlarının çalışmasında, bir yıl boyunca sözlü ve sözsüz iletişim teknikleriyle sürdürülen bu danışmanlık süreci sonunda, bireylerin %96’sının önerilen davranış değişikliklerini uyguladıkları ya da uygulamayı planladıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar, sanal danışmanlık yöntemlerinin prekonsepsiyonel bakımda uzun vadede etkili olabileceğini göstermektedir (Gardiner vd., 2013).

Prekonsepsiyonel sağlığın iyileştirilmesine yönelik müdahalelerin çoğu bireysel düzeyde değerlendirme ve danışmanlık yoluyla gerçekleştirilmektedir. Evrensel ve toplum tabanlı bir model henüz yaygın değildir. Literatürde çok düzeyli, çok yönlü ve yaşam boyu sağlık yaklaşımını esas alan bütüncül modellerin, üreme çağındaki bireylerin prekonsepsiyonel sağlığını geliştirmede daha etkili olabileceği vurgulanmaktadır (Nypaver ve Yeager, 2024).

2.1.3.2. Türkiye’de Prekonsepsiyonel Bakımın Gelişimi

Türkiye’de 1990’lı yıllar ve öncesinde prekonsepsiyonel bakım konusunda farkındalık oldukça sınırlıydı. Fertil dönemdeki bireyler genellikle yalnızca gebelik sürecinde sağlık hizmetlerine başvurmaktaydı. Sağlık hizmetleri, çoğunlukla gebelik dönemine ve postnatal bakıma odaklı olup, prekonsepsiyonel bakım genellikle göz ardı edilmekteydi (Temizkan Sekizler ve Daşıkan, 2021).

İlerleyen yıllarda sağlık alanında gerçekleştirilen reformlara rağmen, bu tablo belirgin şekilde değişmemiştir. Özellikle Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nin 2000’li yıllarda hayata geçirilmesi, kadın sağlığı ve prenatal bakım hizmetlerinde önemli iyileştirmeler sağlamış olsa da prekonsepsiyonel bakımın uygulama düzeyinde yaygınlaşmasına sınırlı katkı sunmuştur. Koruyucu hizmetlerin kapsamı genişletilmiş olsa da prekonsepsiyonel danışmanlığın rutin bir sağlık hizmeti olarak sistematik biçimde yerleşmesi sınırlı kalmıştır (Gökdemir ve Eryılmaz, 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003). Türkiye'de prekonsepsiyonel bakım uygulamaları kapsamında, 2002 yılında evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri uygulanmaya başlanmıştır. Bu alandaki

yasal düzenlemelerin temelleri 1930'lu yıllara dayanmaktadır. Türk Medeni Kanunu, evlenmek isteyen bireylerin evliliğe engel teşkil eden hastalıkların mevcut olmadığını gösteren bir sağlık raporu almalarını zorunlu kılmıştır. Bu esaslar, 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda belirlenmiş olup başlangıçta sifiliz, lepra, tüberküloz, gonore ve akıl hastalıkları gibi hastalıklar evliliğe engel olarak kabul edilmiştir. 2002 yılında yapılan düzenleme ile bu hastalıklarla ilgili sağlık raporlarının sağlık ocakları, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri tarafından düzenlenmesi kararlaştırılmıştır. Ayrıca edinilmiş bağışıklık yetmezliği sendromu-*acquired ımmunodeficiency syndrome* (AIDS), Hepatit B ve C gibi hastalıklar da değerlendirmeye dahil edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). Ayrıca 2002 yılında Resmî Gazete'de yayımlanan "Kalıtsal Kan Hastalıklarından Hemoglobinopati Kontrol Programı ile Tanı ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği" kapsamında, evlilik öncesi kalıtsal kan hastalıkları ve talasemiye yönelik taramalar başlatılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2002). 2014 yılında evlilik öncesi standart bakım sunmak amacıyla 2014/24 tarih ve sayılı "Evlilik Öncesi Danışmanlık Genelgesi" ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından "Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi" yayımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). Mevcut uygulamalar yalnızca kalıtsal hastalık boyutuna odaklanmakta olup, prekonsepsiyonel bakımın diğer boyutları geri planda kalmaktadır. Bu durum, ülkemizde bütüncül ve ulusal düzeyde prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin standart olarak sunulmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir (Ergi ve Şahin, 2023).

2.1.4. Prekonsepsiyonel Bakımın Bileşenleri

2.1.4.1. Prekonsepsiyonel Dönemde Risk Değerlendirmesi

Dünya genelinde prekonsepsiyonel bakım konusundaki farkındalık halen yeterli düzeye ulaşmamış olsa da gelişmiş ülkelerde kadınların önemli bir kısmı gebeliklerini planlamaktadır. Bu süreçte prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinden yararlanabilmek önemli bir fırsattır. Bu fırsatı elde eden ve yüksek risk taşıyan bireylerin doğru biçimde belirlenmesi süreci doğrudan etkilemektedir (Craig vd., 2025). Prekonsepsiyonel dönemde belirlenen risklerin ortadan kaldırılmasıyla,

bireylerin daha sağlıklı gebelik süreçleri ve sağlıklı çocuk sahibi olma olasılıkları artmaktadır.

Toplumdaki en yaygın prekonsepsiyonel sağlık risk faktörlerinin bilinmesi, hizmet planlamasına yön verecektir. Bu kapsamda Avustralya'da on farklı aile hekimliği kliniğinde toplam 1000 katılımcının elektronik sağlık kayıtları, retrospektif olarak incelenmiş ve en yaygın prekonsepsiyonel sağlık risk faktörleri tespit edilmiştir. En sık rastlanan risk faktörleri arasında sigara kullanımı (%79), yüksek kan basıncı (%74), alkol tüketimi (%63) ve yüksek BKİ (%57) yer alırken; daha az sıklıkta görülen risk faktörlerinin ruhsal sağlık sorunları (%28), kronik hastalıklar (%13), tiroid hastalıkları (%6) ve diyabet (%5) olduğu saptanmıştır (Withanage vd., 2024). Bireyler tarafından risk faktörlerinin gebelik ve doğum sonuçları üzerindeki etkileri bilindiğinde konuya verilen önem artacaktır. Örneğin sigara kullanımı konjenital anomaliler ile ilişkilendirilen önemli etiyolojik bir faktördür. Nitekim Perry ve arkadaşlarının çalışmasında prekonsepsiyonel dönemde ve gebeliğin ilk trimestırında maternal sigara kullanımının başta yarık damak ve yarık dudak olmak üzere, gastroşizis gibi çeşitli konjenital yapısal defektlere neden olduğu saptanmıştır (Perry vd., 2019).

Prekonsepsiyonel dönemde bireysel risk faktörleri kadar sağlık hizmetlerine erişim de önemlidir. Bu kapsamda prekonsepsiyonel bakım hizmeti almamak başlı başına bir risk oluşturarak gebelik öncesi dönemde yapılan değerlendirmelerin etkinliğini azaltmaktadır. Prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen faktörler arasında sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sektördeki erişilebilirliği, bu hizmetlerin bireylere getirdiği mali yük, bilgi kaynaklarına ulaşım olanakları, yaş, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, kronik hastalık öyküsü, doğum sayısı ve sağlık okuryazarlığı düzeyi gibi değişkenler bulunmaktadır (Sajjadian vd., 2024). İleri yaş, düşük gelir ve eğitim düzeyi gibi bazı sosyo-demografik özellikler ve çeşitli yaşam deneyimleri prekonsepsiyonel dönemde risk faktörü olarak karşımıza çıkarken, bazı bireysel özellikler ise prekonsepsiyonel bakım hizmeti almayı desteklemektedir. Örneğin prekonsepsiyonel bakım hizmeti alma oranının %40 olarak belirlendiği bir çalışmada, bu hizmetten en çok yararlanan grubunun çalışan kadınlar olduğu ve özellikle yönetici pozisyonunda çalışan kadınlar olduğu belirlenmiştir. Aynı

zamanda önceki gebeliklerinde olumsuz deneyimi olan ve planlı gebelik yaşayan kadınların prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinden daha çok faydalandığı saptanmıştır (Girma vd., 2023). Bu bulgular farkındalık düzeyi ve risk algısı yüksek olan kadınların prekonsepsiyonel bakım hizmetlerini daha aktif kullandığını göstermektedir. Dolayısıyla prekonsepsiyonel dönemde risk değerlendirmesi yaparken sosyo-demografik özelliklerin ve bireysel deneyimlerin ayrıntılı değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Toplumsal cinsiyet rolleri ve kültürel normlar da prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinden faydalanma durumunu doğrudan etkilemektedir. Özellikle gelişmekte olan birçok ülkede gebelik ve doğum süreçleri hâlâ kadının bireysel sorumluluğu olarak görülmekte olup, bu durum erkeklerin üreme sağlığı hizmetlerine katılımını sınırlamaktadır. Agustina ve arkadaşlarının literatür incelemesi sonucunda, prekonsepsiyonel sağlık hizmetlerine erkeklerin katılım düzeyinin %45 oranında bulunması, bu faktörlerin etkisini açıkça ortaya koymaktadır (Agustina vd., 2024). Öte yandan, sağlık profesyonellerinin bu konudaki bilgi düzeyinin ve farkındalığının yetersiz olması da prekonsepsiyonel bakımın yaygınlaştırılmasında önemli bir engel oluşturmaktadır. Literatürde bu kavramın yeterince yer bulamaması ve eğitim içeriklerinde sınırlı düzeyde ele alınması, sağlık profesyonellerinin konuya yaklaşımını sınırlamaktadır (de Castro Nascimento vd., 2024).

2.1.4.1.1. Maternal Yaş

Günümüzde kadının eğitim düzeyindeki artış, gebelik yaşının ilerlemesine neden olmuştur. İleri anne yaşı genellikle 35 yaş ve üzeri olarak tanımlanmaktadır. Bu yaş grubundaki gebeler kadın vücudundaki doğal yaşlanma süreci ve üreme kapasitesindeki azalma nedeniyle çeşitli komplikasyonlara daha yatkındır. Dolayısıyla ileri anne yaşı, maternal ve fetal riskler taşımaktadır. İleri anne yaşı ile preeklampsi, GDM, antepartum kanama, sezaryen doğum oranlarında artış gibi maternal komplikasyonlar; malprezentasyon, intrauterin gelişme geriliği-*intrauterine growth retardation* (IUGR), intrauterin ölüm, prematürite, preterm doğum ve düşük APGAR skoru (*Appearance* [ten rengi], *Pulse* [kalp atımı], *Grimace* [refleks-irritabilite], *Activity* [kas tonusu] ve *Respiration* [solunum]) gibi fetal komplikasyonlar arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (Dewi vd., 2016; Glick vd., 2021; Hadiwinata vd.,

2025). Ayrıca ileri yaşta doğum yapan kadınlarda bipolar bozukluk, depresyon, anksiyete ve stres gibi psikolojik sorunlar ve sosyal işlev bozuklukları görülme riski artmaktadır (Veldkamp ve Zondervan-Zwijnenburg vd., 2021).

Adölesan gebelikler gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde halen önemli bir sorun olarak kabul edilmektedir (WHO, 2024a). Adölesan gebelikler çoğu zaman göz ardı edilsede ileri yaş gebelikler kadar risklidir (Neal vd., 2012; WHO, 2024a). Adölesan dönem bireyin fiziksel, sosyal, psikolojik ve bilişsel açıdan önemli değişimler yaşadığı ve yetişkinliğe geçişin başladığı hayati bir süreçtir (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine [NASEM], 2019). Bu dönemde sağlıksız yaşam tarzı davranışlarına sıkça rastlanmakta olup, bu davranışlar arasında madde kullanımı, riskli ve güvensiz cinsel ilişki, yetersiz beslenme ve sedanter yaşam yer almaktadır. Bu davranışlar istenmeyen gebeliğe, sağlıksız koşullarda gerçekleştirilen kürtaja, düşüğe, malnütrisyona, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ve ruh sağlığı sorunlarına yol açabilmektedir (Padhani vd., 2024). Diabelková ve arkadaşlarının çalışmasında adölesan gebeliklerin hem maternal hem fetal ve neonatal açıdan önemli sağlık riskleri taşıdığı gösterilmiştir. Bu çalışmada adölesan gebelerin çoğunun düşük eğitim seviyesine sahip olduğu, daha az prenatal bakım aldığı ve erken doğum riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca düşük doğum ağırlığının, yenidoğan komplikasyonlarının ve düşük APGAR skorlarının bu annelerde daha yaygın olduğu saptanmıştır (Diabelková vd., 2023).

2.1.4.1.2. Paternal Yaş

Literatürde maternal yaş ve sağlık durumu ile fetal gelişim arasındaki ilişkiye yönelik kapsamlı çalışmalar bulunurken, paternal yaşın ve sağlığın fetal sağlık ve gebelik kaybı üzerindeki etkisi sınırlı düzeyde incelenmiştir. Yapılan çalışmalar ileri paternal yaş ile gebelik kaybı oranlarındaki artışın ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Kasman vd., 2021; Muncey vd., 2025). Yaş ilerledikçe babada görülen kronik hastalıkların, özellikle de metabolik sendromun görülme riski artmaktadır. Kasman ve arkadaşları 2007–2016 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleşen yaklaşık bir milyon gebeliğin verisini retrospektif olarak analiz etmiş ve babadaki metabolik sendromun gebelik kaybı ile olan ilişkisini değerlendirmiştir. Çalışmada metabolik sendrom obezite, hipertansiyon, dislipidemi ve diyabeti kapsayan tıbbi bir

durum olarak tanımlanmıştır. Sonuçlar babadaki metabolik bozuklukların sayısının artmasıyla gebelik kaybı riskinin kademeli olarak yükseldiğini ortaya koymuştur. Çalışmada bir, iki veya üç metabolik hastalığı bulunan babaların, metabolik açıdan sağlıklı babalarla karşılaştırıldığında gebelik kaybı riskinin sırasıyla %10, %15 ve %19 oranında artış gösterdiği belirlenmiştir (Kasman vd., 2021).

Erkeklerin genel sağlık durumunun iyileştirilmesi, sperm kalitesini artırarak gebelik şansını ve sağlıklı gebelik oluşumunu desteklemektedir. Ancak ileri yaşla birlikte baba adayları ısı, radyasyon ve endokrin bozucular gibi çevresel ve mesleki risk faktörlerine daha fazla maruz kalabilmektedir. Bu birikmiş maruziyet sperm kalitesini önemli derecede bozmaktadır. İleri yaş babaların sperm kalitesindeki düşüş, sperm deoksiribonükleik asidindeki (DNA) hasardan kaynaklı olarak konjenital anomalilerde, çocukluk dönemi kanserlerinde ve gelişimsel bozukluklarda artışa neden olmaktadır (Kotelchuck, 2022; Kothari vd., 2024).

2.1.4.1.3. Maternal ve Paternal Beslenme

Gebelik döneminde bireylerin beslenme alışkanlıkları hem kısa hem de uzun vadeli maternal ve fetal sağlık sonuçları üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Bu nedenle prekonsepsiyonel dönem itibariyle anne ve baba adaylarının tekli besin ögeleriyle beslenmekten ziyade, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı edinmeleri oldukça önemlidir (Thomas ve Cankurt, 2024). Çünkü gebelikteki beslenme düzeni ve diyet kalitesi doğum ağırlığı, gebelik süresi, konjenital kalp hastalıkları, anemi ve metabolik bozukluklar gibi ciddi sonuçlarla ilişkilidir (Tareke vd., 2024). Yeterli ve dengeli beslenme optimal vücut ağırlığını desteklemek yanında, preeklampsi ve GDM riskini azaltmakta ve fetal büyüme gelişmeyi olumlu yönde etkilemektedir. Özellikle protein ve kalori açısından yetersiz diyetler gebelikte artan enerji ihtiyacının karşılanmasını güçleştirmekte, plasental fonksiyonları bozmakta ve İUGR'ye yol açabilmektedir. Bu durum ise çocuğun ileri yaşamda hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklara yatkınlığını artırmaktadır (Jahan-Mihan vd., 2024).

Çiftlerin prekonsepsiyonel dönemdeki BKİ değerlerinin normal aralıkta olması önem taşımaktadır. Bu dönemde ve gebelik sırasındaki maternal obezitenin preeklampsi, GDM, sezaryen doğum, prematürite ve düşük doğum ağırlığı riskini

arttırdığı bilinmektedir. Ayrıca maternal obezite çocukluk döneminde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve otizm spektrum bozukluğu (OSB) gibi nörogelişimsel sorunların görülme riskini de arttırmaktadır (Andersen vd., 2018; Reed vd., 2023). Öte yandan Fransa'da yürütülen bir çalışmada prekonsepsiyonel dönemde düşük BKİ'ye sahip kadınlarda gebelik sürecinde yetersiz kilo alımının erken membran rüptürü, IUGR, düşük doğum ağırlığı, anemi, prematürite riskini yükselttiği belirtilmiştir (Montvignier Monnet vd., 2022).

Son yıllarda maternal beslenme kadar paternal beslenmenin de önemi vurgulanmakta, çocuğun sağlığında belirleyici olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalar baba adaylarının vücut ağırlığının, yağ-kas oranının ve genel beslenme durumunun çocukların uzun vadeli metabolik sağlığını etkilediğini ortaya koymaktadır (Hieronimus ve Ensenauer, 2021; Jahan-Mihan vd., 2024; Sharp ve Lawlor, 2019). Paternal obezite ve yetersiz beslenme sperm kalitesinde bozulma, epigenetik belirteçlerde değişim ve metabolik yolaklarda düzensizliklere yol açarak çocuklarda tip 2 diyabete, kardiyovasküler hastalıklara, obeziteye, insülin direncine ve polikistik over sendromuna (PCOS) zemin hazırlamaktadır (González-Domínguez vd., 2024; Jahan-Mihan vd., 2024).

2.1.4.1.4. Gebelikler Arası Süre

Gebelikler arası süre önceki çocuğun doğumundan mevcut gebeliğin oluşumuna kadar geçen zaman dilimi olarak tanımlanmaktadır (Jani vd., 2023). ACOG, bir sonraki gebelik için en az 18 aylık bir aranın bırakılmasını önermektedir. Özellikle sezaryen doğum yapan kadınlarda iki gebelik arasında geçmesi gereken bu 18 aylık süre hayati öneme sahiptir. Çünkü 18 aydan kısa doğum aralıkları sezaryen sonrası vajinal doğum yapan kadınlarda uterus rüptürü riskindeki artış ile ilişkilendirilmiştir. 5-10 yıldan uzun gebelik aralıkları da olumsuz sonuçların riskini arttırabilmektedir (ACOG, 2019b).

İnterkonsepsiyonel ya da gebelikler arası bakım, fertilite dönemindeki kadınların bir gebelikten diğerine geçiş sürecinde, gelecekteki gebelik sonuçlarını iyileştirmek amacıyla sunulan bir bakımdır (Randel, 2019). Bu kapsamda her çifte aile planlaması danışmanlığı ve etkili kontraseptif yöntemlere erişme imkanı sunulmalıdır.

Böylece altı aydan kısa gebelik aralıkları önlenebilir. Ayrıca çiftlere gebelikler arası sürenin 18 aydan kısa olmasının riskleri hakkında danışmanlık yapılmalıdır (ACOG, 2019b). Gebelikler arası sürenin kısa olması, annenin emzirme süresini kısaltabilmekte, demir eksikliği anemisi ve postpartum depresyon riskini artırabilmekte ve aynı zamanda anne psikososyal sağlığını olumsuz etkileyerek stres, anksiyete ve sosyal işlev bozukluklarına yol açabilmektedir. Bu nedenle gebelikler arası dönem, annenin hem fiziksel hem de psikolojik sağlığını desteklemek ve sonraki gebeliklerde komplikasyon riskini azaltmak amacıyla kapsamlı danışmanlık ve izleme fırsatı sunan kritik bir süreçtir (Randel, 2019).

2.1.4.1.5. Akraba Evliliği

Akraba evliliği ortak bir atadan gelen bireyler arasında gerçekleştirilen evlilikleri tanımlamakta olup, tarih boyunca birçok toplumda görülmüştür (Mansouritorghabeh, 2021). Akraba evliliği prevelansı toplumlara göre farklılık göstermekle birlikte, özellikle bazı Arap ülkelerinde, Kuzey Afrika ve Batı Asya'daki toplumlarda %20 ile %50 arasında değişmektedir (Bener ve Mohammed, 2017). Türkiye'de 2023 yılında akraba evliliği oranı %3,2 olarak belirlenmiştir (TÜİK, 2024b).

Akraba evlilikleri genetik açıdan önemli sonuçlar doğurabilmektedir. Çünkü bu tür evliliklerden doğan bebekler, yakın akrabalardan miras kalan resesif genetik bozukluklara sahip olma olasılığı taşımaktadır. Bu evliliklerden doğan çocuklarda otozomal resesif hastalıklar, kalp anomalileri, bilişsel bozukluklar ve işitme kaybı gibi genetik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır (Pameer, 2023). Ayrıca akraba evliliği yapan kişilerde depresyon ve şizofreni gibi ruhsal hastalıkların da daha yaygın görülebilmektedir (Singer vd., 2020). Ayrıca akraba evlilikleri geleneksel veya ekonomik nedenlerle tercih edildiği için toplumda sosyal, ekonomik ve sağlık eşitsizliklerini sürdürebilmektedir. Bu durum ise kadınların prekonsepsiyonel ve prenatal bakım hizmetlerine erişimini sınırlandırmaktadır (Ben-Omran vd., 2020; Saba vd., 2022).

2.1.4.1.6. Çevresel Riskler ve Teratojenler

Prekonsepsiyonel dönemde çevresel kimyasallara maruziyet, kadın ve erkeğin üreme fonksiyonları üzerinde önemli zararlar oluşturabilmektedir (Jain ve Singh, 2023). Endokrin bozucu maddeler, ağır metaller, pestisitler ve hava kirliliği gibi toksik ajanlar hormonal dengenin bozulmasına ve üreme hücrelerinin kalitesinde düşüşe neden olmaktadır. Bu durum fertiliteyi olumsuz etkilemektedir. Özellikle bisfenol A, ftalatlar ve poliklorlu bifeniller gibi endokrin bozucular kadınlarda ovulasyon anomalilerine, erkeklerde ise sperm parametrelerinde gerilemeye sebep olmaktadır. Ayrıca endokrin bozucular oosit ile sperm hücrelerinin işlevselliğini olumsuz etkileyerek embriyo gelişimini ve implantasyon sürecini zorlaştırmaktadır (Kumar vd., 2020).

Ağır metaller arasında yer alan kurşun, kadmiyum ve cıva, üreme organlarında toksik birikim oluşturmakta ve fertilite olasılığını azaltmaktadır. Kadmiyum hormonal düzeni bozarken, kurşun üreme hücrelerinde yapısal hasara yol açmaktadır (Massányi vd., 2020; Zečević vd., 2025). Pestisitler, özellikle organofosfatlar ve klorlu bileşikler kadınlarda ovulasyon dengesini bozmakta, erkeklerde sperm kalitesini düşürmektedir. Ayrıca pestisitler fetal gelişim üzerinde kalıcı zararlar oluşturabilmektedir (Soesanti vd., 2020).

Hava kirliliği de fertiliteyi olumsuz etkileyen çevresel bir faktördür. Yapılan çalışmalarda hava kirliliği ile preterm doğum, düşük doğum ağırlığı ve neonatal mortalite gibi olumsuz üreme sağlığı sonuçları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Carré vd., 2017; deSouza vd., 2022; Harris vd., 2014; Li vd., 2025; Tapia vd., 2025). Bunun yanı sıra mesleki kimyasal maruziyetleri üreme sağlığı üzerinde belirgin etkiler göstermektedir. Bu maruziyetler gebeliğe ulaşma süresinin uzaması, fetal büyüme gelişmede bozulma, abortus riski, konjenital anomaliler ve preterm doğum gibi olumsuz sonuçlarla neden olabilmektedir (Claessens vd., 2025). Tüm bu bulgular prekonsepsiyonel dönemde çevresel risklerin ve mesleki maruziyetlerin minimize edilmesinin hem fertilite hem de olumlu gebelik sonuçları açısından kritik öneme sahip olduğunu göstermektedir.

2.1.4.1.7. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı

Prekonsepsiyonel ve prenatal dönemlerde sigara, alkol ve madde kullanımı gebelik ve doğum sonuçlarını olumsuz yönde etkileyen önemli davranışsal risk faktörleri arasında yer almaktadır (Karatayev vd., 2024; Pielage vd., 2024). Prekonsepsiyonel dönemde sigara kullanımı spontan abortus, ölü doğum, preterm doğum, IUGR riskini arttırmaktadır. Ayrıca fetüsün maternal sigara maruziyetinin çocukluk çağında obezite gelişimiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Skogsdal vd., 2023; Taylor vd., 2024). Sigara içmenin veya sigara dumanına maruz kalmanın anne ve fetüs sağlığı üzerindeki zararlı etkileri literatürde geniş bir bağlamda incelenmiştir. Çevresel sigara dumanı olarak adlandırılan pasif (sekonder) içicilik hem yanan sigaradan çıkan dumanı hem de içici tarafından ekshale edilen dumanı içermektedir. CDC'ye göre, pasif içiciliğe maruziyetin güvenli bir düzeyi bulunmamaktadır. Kısa süreli maruziyetler dahi biyolojik olarak zararlı etkiler oluşturabilmektedir. Özellikle fetüs ve yenidoğanların bu toksik bileşiklere karşı fizyolojik olarak daha duyarlı olduğu vurgulanmaktadır (CDC, 2022). Bu bağlamda prekonsepsiyonel dönemde kadının pasif içiciliğe maruz kalması fetal gelişimi olumsuz etkilemekte, perinatal morbidite ve mortalite oranlarını artırmaktadır. Nitekim literatürde maternal sigara kullanımı ya da pasif içiciliğin konjenital malformasyonlar, ölü doğum, preterm doğum ve neonatal ölümle ilişkilendirildiği bildirilmektedir (WHO, 2021). Ayrıca, paternal sigara kullanımının da prekonsepsiyonel dönemde çocukluk çağı hematolojik maligniteleri, özellikle akut lenfoblastik lösemi riskinin artışıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (Cao vd., 2021).

Pasif içiciliğin ötesinde, literatürde üçüncü el (tersiyer) içicilik kavramı giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Bu maruziyet türü sigara dumanının duvar, halı, perde ve mobilya gibi yüzeylerde birikmesi ve bu birikintilerin zamanla yeniden havaya veya doğrudan bireylere aktarılması sonucu ortaya çıkmaktadır. Söz konusu toksik bileşikler, sigara içildikten haftalar hatta aylar sonra dahi ortamda kalabilmekte ve hem sigara içen hem de çevresindekiler için sağlık tehdidi oluşturmaktadır (Jacob vd., 2017). Yapılan çalışmalar gebelik sırasında tersiyer içiciliğe maruz kalmanın düşük doğum ağırlığı, preterm doğum ve konjenital malformasyonlara neden olduğu ortaya konmuştur (Hang vd., 2013; Wang ve Gu, 2025). Ayrıca bu maruziyetin postpartum

depresyon açısından da bağımsız bir risk faktörü olabileceği bildirilmektedir (Wang vd., 2018). Üçüncü el sigara dumanında yer alan formaldehit ve akrolein gibi toksik maddeler, oksidatif stres ve DNA hasarına neden olarak karsinojenik süreçleri de tetiklemektedir (Hang vd., 2013).

Prekonsepsiyonel dönemde alkol kullanımı gebelik sonuçlarını olumsuz etkileyen önemli bir risk faktörüdür. Yapılan çalışmalarda alkol kullanımının abortus, IUGR ve konjenital anomalilerle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Chai vd., 2022; Corsi vd., 2020; Pielage vd., 2024; Wikoff vd., 2017). Bununla birlikte, prekonsepsiyonel dönemde alkol kullanımının bırakılamaması prenatal dönemde fetüsün alkol maruziyetine neden olarak çocukta işitme kaybı riskini artırmaktadır (Yoshida vd., 2018; Young-Wolff vd., 2025).

Alkol kullanımının olumsuz etkileri yalnızca maternal düzeyle sınırlı değildir. Paternal alkol tüketimi de fertiliteyi ve gebelik sonuçlarını anlamlı biçimde etkilemektedir. Baba adayının prekonsepsiyonel dönemde alkol kullanımı sperm sayısında ve kalitesinde azalmaya, androjen metabolizmasında bozulmaya ve genetik materyalde hasara neden olmaktadır. Bu biyolojik değişimler sonucunda canlı doğum oranlarında azalma gözlenmekte, özellikle gebeliğe yakın dönemde alkol kullanım bozukluğu (AKB) tanısı alan bireylerde spontan abortus ve neonatal ölüm riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Chai vd., 2022; Lee vd., 2024).

Gebelikte madde kullanımı da fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Özellikle eroin maruziyeti düşük doğum ağırlığı, yenidoğanda boy kısalığı ve neonatal yoksunluk sendromu riskini artırmaktadır. Ayrıca üçüncü trimesterde vajinal kanama, fetal distres, fetal malpozisyon, preeklampsi ve yenidoğanda mekonyum aspirasyonu gibi obstetrik komplikasyonlarında sıklığını da arttırmaktadır (Kandhasamy vd., 2025). Bu kapsamda prekonsepsiyonel dönemde hem anne hem de baba adaylarının sigara, alkol ve madde kullanımını sonlandırması, yalnızca fetal ve neonatal sağlık açısından değil uzun dönem çocuk sağlığı açısından da kritik bir öneme sahiptir.

2.1.4.1.8. Kronik Hastalıklar ve İlaç Kullanımı

Kronik hastalıkları bulunan kadınlar gebelik sürecinde daha yüksek risk altında olduğu için, bu grupta prekonsepsiyonel danışmanlık ayrı bir önem taşımaktadır (Nana vd., 2023). Ayrıca kronik hastalığı olan kadınlar için gebelik kararı, diğer kadınlara göre daha karmaşık bir süreçtir. Bu süreçte hem maternal hem de fetal sağlığı etkileyebilecek ek riskler dikkate alınmalıdır. Gebelik planlaması aşamasında hastalığın en iyi şekilde kontrol edilmesi, teratojenik etkisi olabilecek tedavilerin güvenli alternatiflerle değiştirilmesi ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için etkili kontraseptif yöntemler hakkında bilgilendirme yapılması önemlidir (Hammarberg vd., 2022).

Kronik hastalığı olan her kadın, prekonsepsiyonel dönemde hastalığını takip eden hekimle gebelik isteğini görüşmeli ve kadının mevcut kronik hastalıkları bu dönemde medikal olarak optimize edilmelidir. Ayrıca hipertansiyonu, diyabeti, kardiyak, renal, otoimmün hastalıkları ve diğer kronik hastalıkları olan kadınlar perinatoloğa yönlendirilmelidir. Uzmanlar hem hastanın mevcut hastalık ve tedavilerinin gebelik üzerindeki etkilerini hem de gebeliğin hastalık seyri üzerindeki etkilerini göz önünde bulundurmalıdır (ACOG, 2019b). Prekonsepsiyonel danışmanlıkta da gebelik öncesi primer ve sekonder koruma müdahalelerine, tedavi uyumunun sağlanmasına ve genel sağlık durumunun iyileştirilmesine odaklanılmalıdır (Oketch vd., 2021; Setegn, 2021).

Kronik hastalıklardan hipertansiyon tüm gebeliklerin yaklaşık %5–10'unu komplike eden, dünya genelinde maternal fetal morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir (Hinkle vd., 2023). Kronik hipertansiyonu olan gebelerde kontrendike olan anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerlerinden (ARB) kaçınılmalı, güvenli antihipertansif ilaçlara (labetalol, nifedipin, metildopa gibi) geçiş yapılmalıdır. Ayrıca kronik veya kontrolsüz hipertansiyona bağlı organ hasarını değerlendirmek üzere oftalmoloji muayenesi, idrarda protein testi ve elektrokardiyografi gibi tetkikler istenmelidir. Bu gebelere özellikle sigara kullanımından, aşırı tuz tüketiminden ve kafein alımından kaçınmaları tavsiye edilmelidir. Bunun yanı sıra gebelik sürecinde preeklampsi ve IUGR gibi riskler takip edilmelidir (ACOG, 2019c; Countouris vd., 2025).

Son yıllarda küresel obezite prevalansındaki hızlı artış, tip 2 diyabet tanısının daha genç yaşlarda konmasına yol açmakta ve bu durum özellikle üreme çağındaki kadınları etkilemektedir. Dolayısıyla günümüzde GDM prevelansında ciddi bir artış görülmüştür. Prekonsepsiyonel dönemde gebelik planlayan diyabetli kadınlar endokrinolog, perinatolog, diyetisyen ve diyabet hemşiresinden oluşan multidisipliner bir ekipten bakım almalıdır. Bu dönemde kadınların glisemik hedeflere ulaşmalarının yanı sıra beslenme, fiziksel aktivite ve diyabet özbakımı eğitimi almaları çok önemlidir. Ayrıca uzmanlar GDM'ye bağlı ek hastalıklar ve komplikasyonlar açısından dikkatli olmalıdır. Tip 1 veya tip 2 diyabetli kadınlarda gebelik öncesi ya da gebeliğin ilk trimesterında göz muayenesi yapılmalı ve bu kadınlar diyabetik retinopati riskine karşı bilgilendirilerek gebelik sürecinde trimester bazında ve postpartum ilk bir yıl boyunca takip edilmelidir. Ergenlik dönemi itibariyle üreme çağındaki diyabetli bireylerde prekonsepsiyonel danışmanlık rutin diyabet bakımının bir parçası olmalıdır. Diyabetli bireylerde prekonsepsiyonel danışmanlıkta aile planlaması görüşülmeli, tedavi planı ve glikosile hemoglobin (HbA1c) hedefleri optimize edilene kadar etkili kontrasepsiyon sağlanmalıdır. Kan glukoz seviyesinin normal seviyelere yakın tutulması, ideal olarak HbA1c'nin %6.5'in altında (<48 mmol/mol) olması konjenital anomaliler, preeklampsi, makrozomi, erken doğum ve diğer gebelik komplikasyonlarını azaltmak için önemlidir (International Diabetes Federation [IDF], 2021; American Diabetes Association Professional Practice Committee [ADAPPC], 2024).

Gebelik tiroid bezinin büyümesine ve hormon üretiminin artmasına yol açarak tiroid fonksiyonlarını önemli ölçüde değiştirmektedir. Sağlıklı kadınlarda bu değişiklikler genellikle sorunsuz gerçekleşirken, bazı gebelerde patolojik süreçler tiroid disfonksiyonuna neden olabilmektedir. Hipotiroidizm gebeliklerin yaklaşık %4'ünde, hipertiroidizm ise gebeliklerin %2,4'ünde görülmektedir (Dong vd., 2019). Özellikle gebeliğin erken dönemlerinde fetüsün tamamen anneden gelen tiroid hormonuna bağımlı olması nedeniyle hipotiroidizm oldukça önemlidir. Gebelikte hipotiroidizm spontan düşük, erken doğum ve fetal beyin gelişiminde bozulmalar gibi ciddi komplikasyonlarla ilişkilidir. Ayrıca hashimoto tiroiditi gebelikte en sık rastlanan endokrin bir bozukluk olarak öne çıkmaktadır. Gebelik öncesi levotiroksin kullanmayan Haşimatolu kadınlarda gebelik sırasında hormon üretiminin yetersiz

kalabilir ve dolayısıyla tedavi gereksinimi doğabileceği unutulmamalıdır. Amerikan Tiroid Birliği (American Thyroid Association [ATA]), gebelik süresince tiroid stimüle edici hormon (TSH) düzeylerinin 2,5 mIU/L'nin altında tutulmasını önermekte ve yüksek tiroid antikorları taşıyan kadınlarda gerekirse levotiroksin başlatılmasını ya da mevcut dozun artırılmasını tavsiye etmektedir (Alexander vd., 2017).

Gebelik ve postpartum dönem venöz tromboembolizm (VTE) açısından yüksek riskli süreçlerdir. Gebelik sırasında VTE riski gebe olmayanlara göre yaklaşık 5 kat artmaktadır. Derin ven trombozu (DVT) gebelikte daha sık görülmekte, pulmoner emboli ise postpartum dönemde daha yaygındır ve maternal mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir. Gebelikteki hormonal değişiklikler, artan kan hacmi ve kan akımındaki farklılıklar pıhtılaşmaya eğilimi ve tromboembolik olay riskini artırmaktadır. Bu nedenle prekonsepsiyonel dönemden itibaren gebelikteki VTE'nin önlenmesinde ve yönetiminde doğru antikoagülanlara geçiş kritik öneme sahiptir. Çoğu gebenin tedavisinde ve profilaksi amaçlı düşük molekül ağırlıklı heparinler (DMAH) ve fraksiyone edilmemiş heparin (UFH) tercih edilmektedir. Öte yandan vitamin K antagonistleri (örneğin warfarin) teratojenik etkileri nedeniyle genellikle kontrendikedir (Kalaitzopoulos vd., 2022; Pacheco vd., 2022; Zaidi ve Jenkins, 2025). Bu fizyolojik ve farmakolojik süreçlerin temelinde yer alan trombofili, hemostatik dengedeki bozulma sonucu gelişen ve gebelikte tromboembolik komplikasyonların önemli bir bölümünde rol oynayan bir patofizyolojik durumdur. Trombofili yalnızca VTE açısından değil, aynı zamanda gebelik sonuçlarını olumsuz etkileyebilen obstetrik komplikasyonlarla da ilişkilendirilmektedir (Liu vd., 2021). Bu noktada, habitual abortusun kalıtsal trombofili ile yakından ilişkili bir durum olduğu bildirilmektedir (Karadağ vd., 2017).

Literatürde uterin anomalilerin ve myomaların fertiliteyi olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Bu patolojiler folikül sayısında azalma, uterus ve overlere olan kan akımının azalması gibi mekanizmalarla fertilitenin ve over rezervinin azalmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla prekonsepsiyonel dönemde over rezervinin değerlendirilmesi doğurganlık stratejilerinin belirlenmesi açısından faydalı olabilmektedir (Moini vd., 2023). Bunun yanı sıra PCOS, hiperandrojenizm, insülin direnci ve obezite gibi özellikleri nedeniyle gebelik komplikasyonları riskini

artırmaktadır. Dolayısıyla bu hastalarda prekonsepsiyonel dönemde hipertansiyon, glukoz intoleransı, obezitenin taranması ve yönetilmesi önerilmektedir. Uygun risk yönetimi hem maternal hem de fetal sağlık üzerinde olumlu etkiler sağlamaktadır (Lennon vd., 2022).

Prekonsepsiyonel dönemde üreme sistemi enfeksiyonlarının gebelikte olumsuz sonuçlarla ilişkilidir. Çin'in güneybatısında yürütülen büyük bir kohort çalışmasına göre prekonsepsiyonel dönemde üreme sistemi enfeksiyonları (sifiliz ve bakteriyel vajinozis gibi) spontan düşük, preterm eylem ve makrozomi riskini artırmaktadır. Çalışmada elde edilen bulgular prekonsepsiyonel dönemdeki maternal enfeksiyonların da, gebelik döneminde görülen enfeksiyonlar gibi olumsuz sağlık sonuçlarına neden olduğunu göstermektedir (Zeng vd., 2022).

Prekonsepsiyonel ve prenatal dönemde kan grubu ve Rh faktörünün belirlenmesi, maternal-fetal immün yanıt ve hemolitik komplikasyon risklerinin önceden değerlendirilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Rh negatif annelerde Rh pozitif fetüs varlığında maternal antikor yanıtı gelişebilmektedir. Bu durum fetal anemi, kayıp, neonatal hiperbilirubinemi ve hydrops fetalis riskini arttırabilmektedir. Antikor gelişmemiş annelere gebeliğin 28. ve 34. haftalarında, ayrıca postpartum süreçte anti-D immünoglobulin uygulanmalıdır. Antikor geliştirmiş annelerde ise fetüsün Rh durumu izlenmeli, gebelik hem anemi hem de neonatal komplikasyonlar açısından yakından takip edilmelidir. Bu nedenle hem prekonsepsiyonel hem de prenatal dönemde Rh uyumsuzluğu taraması ve uygun önlemlerin planlanması önerilmektedir (Hall vd., 2025).

2.1.4.1.9. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) üreme çağındaki bireyler arasında, küresel çapta önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. DSÖ 2020 yılında 15-49 yaş grubunda klamidya, gonore, trikomoniyaz ve sifiliz enfeksiyonlarında 374 milyondan fazla yeni vaka bildirmiştir (WHO, 2024b). Gebelikte görülen CYBE konjenital anomaliler ve ölü doğumla ilişkilendirilmektedir (Dunne vd., 2025). Etki mekanizmaları enfeksiyona neden olan patojene özgü olarak değişmektedir. Klamidya ve gonore, alt genital yoldan yukarıya doğru çıkarak desidua ve fetal membranlarda

enflamasyona yol açabilmektedir. Bu durum erken membran rüptürü ve preterm doğum riskini artırmaktadır (Daskalakis vd., 2023). Trikomoniyaz da benzer şekilde erken membran rüptürü ve prematür doğum ile ilişkili olup, inflamatuvar sitokin üretimindeki artışa bağlı olarak servikal olgunlaşmanın ve dilatasyonun tetiklendiği düşünülmektedir. Sifiliz etkeni treponema pallidum ise gebeliğin 9.-10. haftalarından itibaren plasentadan fetüse geçerek yaygın inflamasyon ve vasküler hasara neden olabilmektedir. Bu durum da plasental yetmezlik, IUGR ve ölü doğum gibi ciddi komplikasyonlarla sonuçlanabilmektedir (Mielczarek ve Blaszkowska, 2016; Sankaran vd., 2023).

HIV pozitif bireylerde, prekonsepsiyonel dönemde antiretroviral tedaviye başlanması ve viral yükün baskılanması önerilmektedir. Özellikle viral yük yüksek olan HIV pozitif gebelerde, perinatal bulaşma riskini azaltmak amacıyla planlanan doğumdan yaklaşık iki hafta önce sezaryen yapılması tavsiye edilmektedir. Perinatal bulaşma HIV'in gebelik, doğum veya emzirme yoluyla fetüse veya yenidoğana geçmesi anlamına gelmektedir (National Institutes of Health [NIH], 2025). Yakın zamanda yapılan bir araştırma, üreme çağındaki HIV pozitif kadınların prekonsepsiyonel bakımdan yararlanma oranının yalnızca %19,9 olduğunu göstermekte olup (Fikire vd., 2024), bu sonuç HIV pozitif kadınlarda prekonsepsiyonel bakımın önemini ve erişiminin artırılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Perinatal hepatit B virüsü (HBV) enfeksiyonu, erişkin dönemde kazanılan HBV enfeksiyonunun aksine, kronikleşme riski oldukça yüksek bir durumdur. Prenatal dönemde, doğum sırasında ve postnatal dönemde bulaş olabileceği bilinmektedir. Doğum sırasında uygulanan bazı müdahaleler teorik olarak bulaş riskini artırabilir, ancak yenidoğan HBV immünoprofilaksisi bu riski önemli ölçüde azaltmaktadır. Bu nedenle, kronik HBV enfeksiyonu olan gebelerde rutin intrapartum bakımın değiştirilmesi önerilmemektedir ve postpartum HBV immünoprofilaksisi standart bakım olarak uygulanmalıdır (Badell vd., 2024).

Maternal hepatit C virüsü (HCV) enfeksiyonu, fetüs ve yenidoğan açısından olumsuz perinatal sonuçlara yol açabilmektedir. Bunlar arasında düşük doğum ağırlığı, ventilasyon desteği gereksinimi ve neonatal yoğun bakım ünitesine yatış sıklığının

artışı yer almaktadır. Aynı zamanda literatürde HCV enfeksiyonu olan kadınlarda GDM riskinin arttığını belirtilmektedir (Liu vd., 2025).

Herpes simpleks virüsünün ikinci formu (HSV-2) genital herpes olarak bilinmektedir. HSV-2, herpes grubundan olan sitomegalovirüs (CMV) ve human papilloma virüsü (HPV) prekonsepsiyonel dönemde taranmalıdır. Çünkü HSV-2 ve CMV enfeksiyonu abortus, preterm eylem ve ölü doğum gibi olumsuz obstetrik sonuçlarla neden olabilmektedir (Clarke vd., 2025; Shi vd., 2018). Bunun yanı sıra nadir de olsa vertikal bulaş konjenital herpes tablosuna yol açabilmektedir. Bu durumda fetüste deri, göz ve santral sinir sistemi tutulumları, IUGR ve fetal kayıp meydana gelmektedir (Fa vd., 2020). Gebelikten hemen önce ya da gebelik sırasında geçirilen HPV enfeksiyonu da erken membran rüptürü ile ilişkilidir (Wiik vd., 2021). Prekonsepsiyonel dönemde HPV aşılaması önerilmekte olup, Xu ve arkadaşları HPV aşısı uygulanmış kadınlarda gebelik döneminde erken membran rüptürü, preeklampsi ve hemoraji insidansının azaldığını bildirilmiştir (Xu vd., 2025).

Prekonsepsiyonel bakım sürecinde CYBE taranması, sağlıklı bir gebelik planlaması ve olası komplikasyonların önlenmesi açısından oldukça önemlidir. CDC'ye göre sifiliz, trikomoniyaz, hepatit B ve *human immunodeficiency virus*-insan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV), HIV için gebelik öncesinde risk temelli değerlendirme yapılması önerilmektedir. Özellikle sifiliz ve HIV enfeksiyonlarının vertikal bulaş yoluyla ciddi fetal sonuçlara neden olabilmesi, bu testlerin planlı gebelikten önce yapılmasını gerekli kılmaktadır. Hepatit B açısından ise yüzey antijeni (HBsAg) taraması tüm gebelerde rutin olarak önerilmekte, ancak yüksek risk grubundaki bireylerde prekonsepsiyonel dönemde de uygulanması uygun görülmektedir. Klamidya ve gonore açısından 25 yaş altı tüm cinsel yönden aktif kadınlarda, 25 yaş ve üzerindeki kadınlarda ise risk faktörleri (yeni veya çoklu partner, korunmasız cinsel ilişki öyküsü vb.) bulunanlarda tarama yapılması önerilmektedir (CDC, 2021). Ayrıca literatürde prekonsepsiyonel dönemde kadınların HPV ve HSV-2 öykülerinin ayrıntılı şekilde sorgulanması, bulaş ve olası komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmesi ve gerekli durumlarda tıbbi yönlendirme yapılmasının hem maternal hem de neonatal sağlık açısından koruyucu bir rol oynadığı vurgulanmaktadır (Clarke vd., 2025; Xu vd., 2025).

2.1.4.1.10. Ağız ve Diş Sağlığı

Gebelikte oral sağlık sorunları ve periodontal hastalıklar preeklemsi, IUGR, düşük doğum ağırlığı ve preterm eylem gibi kritik obstetrik sonuçlarla ilişkilidir, ancak yeterince dikkate alınmamaktadır (Gil-Montoya vd., 2021). Gebelerde diş çürüğü görülme sıklığı genel popülasyona göre 1,5–2 kat daha yüksektir. Bu durum hormonal değişiklikler, beslenme alışkanlıkları ve ağız hijyenindeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Gebelikte progesteron ve östrojen düzeylerinin artması diş eti dokularında vaskülarizasyonu artırarak kolajen üretimini değiştirmekte ve biyofilm birikimini güçlendirmekte olup, mevcut diş eti iltihabını veya periodontitisi kötüleştirmektedir. Dolayısıyla kadınlar prekonsepsiyonel dönemde diş hekimine yönlendirilmeli ve kapsamlı bir ağız muayenesi ile diş çürükleri, periodontal hastalık, gömülü üçüncü azı dişleri dahil olmak üzere potansiyel ağız sağlığı sorunları belirlenmelidir. Gerekiyorsa gömülü olan ve çekilmesi gereken dişlerini çekilmesi önerilmektedir (Zhang vd., 2025).

2.1.4.1.11. Ruh Sağlığı

Literatürde gebelik döneminde ve postpartum dönemde anksiyete ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarının sıklıkla yaşandığı belirtilmektedir (Howard ve Khalifeh, 2020). Prospektif bir çalışmada prekonsepsiyonel dönemden gebeliğin ilk trimesterine kadar depresyon semptomlarının arttığı ve uyku sağlığının bozulduğu belirlenmiştir (Faleschini vd., 2025). Bir meta-analiz çalışmasında ebeveynlerinin ruhsal sorunlarına maruz kalan çocuklarda bilişsel ve davranışsal problemler yaşandığı belirlenmiştir (Liu vd., 2017). Ayrıca uzun süreli bir araştırma sonucu, gebelik döneminde ve postpartum dönemde ortaya çıkan ruhsal sorunların genellikle prekonsepsiyonel dönemde var olan sorunlarla ilişkili olduğunu bildirmiştir (Underwood vd., 2017). Dolayısıyla prekonsepsiyonel dönemde ruh sağlığı değerlendirilmeli ve gerekiyorsa müdahale edilmelidir. Böylece hem çiftlerin hem de çocukların uzun vadeli sağlık ve gelişim sonuçları iyileştirilebilecektir.

2.1.4.1.12. Partner Şiddeti

Partner şiddeti dünya genelinde yaygın olup, en sık üreme çağındaki kadınlarda görülmektedir (Breiding ve Armour 2015). Mevcut veya önceki partnerler tarafından uygulanan fiziksel, cinsel ve/veya psikolojik şiddet davranışlarını içeren bu durum, bireyin temel hak ve özgürlüklerinin ihlali olarak ifade edilmektedir (CDC, 2024a).

Gebelik çiftler için önemli değişimlerin yaşandığı bir dönemdir ve bazen mevcut çatışmaların şiddetlenmesine yol açabilmektedir. Bu durum eşzamanlı olarak sosyal ve ekonomik stres faktörleriyle karşı karşıya olan çiftlerde daha belirgin olabilmektedir (Cochran vd., 2023). Ayrıca gebelik sürecinde ve postpartum dönemde kadının işe gitmeme ya da işini kaybetme ihtimali artmakta ve bu durum gelir kaybı yaşanmasına neden olmaktadır. Ek olarak tıbbi bakım, bebeğin hazırlıkları ve bakımından doğan masraflar da ekonomik zorlukları arttırmaktadır (Stanczyk, 2020).

Danimarka'da ve İspanya'da yapılan bir çalışmada gebeler arasında yakın partner şiddeti yaygınlığı sırasıyla %6,9 ve %13,7 olarak saptanmıştır. Her iki ülkede de evli olmamak ve sosyal desteğin yetersizliği risk faktörü olarak öne çıkmıştır. Danimarka'da ileri yaş, işsizlik ve yabancı uyruklu olma riski artırmış, yüksek eğitim düzeyi ise koruyucu bir rol oynamıştır. İspanya'da mevcut partnerin olmaması ve daha önce çocuk sahibi olunması risk faktörleri arasında yer almıştır (Fernández-López vd., 2025). Prekonsepsiyonel danışmanlık kapsamında partner şiddeti açısından risk faktörlerinin değerlendirilmesi önemlidir.

Sahraaltı Afrika'da gerçekleştirilen bir çalışmada partner şiddetinin (cinsel, fiziksel, duygusal) preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, ölü doğum riskini %2,5 ile %8,4 arasında arttırdığı belirlenmiştir (Asnake vd., 2024). Buna ek olarak literatürde postpartum depresyonun partner şiddetinin en önemli sonuçlarından biri olduğu ve şiddetin tüm alt türlerinin (fiziksel, psikolojik, cinsel) postpartum depresyon riskini anlamlı şekilde artırdığı vurgulanmaktadır (Wei vd., 2024). Gebelikte partner şiddetinin önlemesi için prekonsepsiyonel dönemde özellikle kadının güçlendirilmesi önem taşımaktadır.

2.1.4.2. Prekonsepsiyonel Dönemde Sağlığın Geliştirilmesi

Prekonsepsiyonel dönemde çiftlerin sağlığının geliştirilmesi gebelik sonuçlarını doğrudan etkilemektedir. Bu dönemde risk değerlendirmesi yapıldıktan sonra ele alınması gereken konular arasında aile planlaması, vitamin ve mineral takviyeleri, beslenme, fiziksel aktivite, yaşam tarzı değişiklikleri, bağışıklama, genetik danışmanlık ve fertilite bilinci yer almaktadır (ACOG, 2020; Kwesiga vd., 2021; Mekonnen ve Tsega, 2024). Prekonsepsiyonel döneme özgü verilen eğitim ve danışmanlıklar gebelik planı olan çiftler için yol gösterici olacaktır.

2.1.4.2.1. Tek Anahtar Soru Yaklaşımı (One Key Question) ve PATH Modeli

Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji ve Amerikan Üreme Tıbbı Derneği (American Society for Reproductive Medicine [ASRM]) tarafından desteklenen "*One Key Question*-Tek Anahtar Soru" yaklaşımı, tüm sağlık profesyonellerini hastaların gebelik niyetini sorgulamaya teşvik etmektedir. Histerektomi geçirmemiş veya sterilizasyon uygulanmamış fertilite potansiyeline sahip üreme çağındaki tüm bireylerin sağlık durumu, ekonomik durumu, cinsel yönelimi veya cinsiyet kimliği fark etmeksizin taranması önerilmektedir (ACOG, 2019a; ASRM, 2019). Sağlık profesyonelleri dört seçenek (evet, emin değilim, hayır, her ikisi de olur) sunarak "Önümüzdeki yıl gebe kalmak ister misiniz?" sorusunu bireylere yöneltmelidir (Karataş Okyay vd., 2023). Bu soru bireylerin sağlık muayeneleri ve kronik hastalık tedavileri sırasında gebelik isteğini sorgulayarak prekonsepsiyonel bakıma bir giriş noktası sunmaktadır. Gebelik istemeyen veya gebelik isteği kesin olmayan bireyler aile planlaması danışmanlığına, gebelik isteği olanlar ise prekonsepsiyonel bakım almaya yönlendirilmelidir (Allen vd., 2017).

"*Parenting/Pregnancy Attitudes, Timing, and How Important*-Ebeveynlik/Gebelik Tutumu, Zamanlama ve Önemi" (PATH) modeli, bireylerin doğurganlık niyetlerini daha ayrıntılı bir şekilde değerlendirmeye olanak tanıyan, yapılandırılmış üç sorudan oluşmaktadır: (1) İlerleyen dönemde çocuk sahibi olmayı düşünüyor musunuz?, (2) Bunu ne zaman planlıyorsunuz? ve (3) O zamana kadar gebeliği önlemek sizin için ne kadar önemli?. Bu sorular, bireylerin uzun vadeli üreme

hedeflerini belirlemelerine yardımcı olmaktadır. Hem *"One Key Question"* yaklaşımı hem de *"PATH Modeli"* bireylerin gebelik planlamasında daha bilinçli kararlar almalarını sağlarken, sağlık profesyonellerinin prekonsepsiyonel dönemde bireylerin sağlık durumlarını değerlendirmesine ve gebelikle ilgili potansiyel riskleri belirlemesine olanak sağlamaktadır (ACOG, 2019a; ASRM, 2019).

2.1.4.2.2. Aile Planlaması

Prekonsepsiyonel dönemde aile planlaması yöntemlerinin etkin ve bilinçli kullanımı kadınların doğurganlıklarını planlamalarına, gebeliklerini sağlık açısından en uygun döneme ertelemelerine, bu süreçte prekonsepsiyonel risklerin azaltılmasına katkı sağlamakta olup, kısa ve uzun gebelik aralıklarının olumsuz doğum sonuçları üzerindeki etkilerini azaltabilmektedir (CDC, 2024b; Mekonnen ve Tsega, 2024).

Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri gebelik planlandığında hormonal kontraseptiflerin bırakılmasını ve yaklaşık üç ay boyunca non-hormonal yöntemlerin kullanımı önermektedir. Böylece kadın vücudunun doğal menstrual siklus ve ovulasyon işleyişine dönmesi, hormonal dengeyi yeniden sağlayacaktır. Bu süreç sonraki gebeliğin daha sağlıklı bir temelde başlamasını mümkün kılmakta olup, kadının prekonsepsiyonel dönemde olası gebelik için metabolik ve üreme sağlığını optimize etmesine fırsat sunmaktadır (CDC, 2024b).

2.1.4.2.3. Folik Asit Takviyesi

Prekonsepsiyonel dönemde vitamin ve mineral takviyelerine başlanması, gebelikten önce besin yetersizliklerini gidermek için uzun bir müdahale fırsatı sunmaktadır. Prekonsepsiyonel dönemde beslenme yetersizliklerinin ele alınması, kültürel ve toplumsal nedenlerle gebeliklerini saklayan ya da farkında olmayan kadınların bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkeler için kritir önem taşımaktadır. Bu kadınlar prenatal bakıma genellikle ikinci ya da üçüncü trimesterde başvurmakta olup, bu durum vitamin ve mineral takviyelerine zamanında başlamalarını engellemektedir. Bu sorunu aşmak için takviyelere prekonsepsiyonel dönemde başlanmalıdır (Kwesiga vd., 2021).

Folat DNA sentezinde, hücre çoğalmasında ve büyümesinde rol oynayan suda çözünen bir vitamin olup, NTD ve olumsuz gebelik sonuçları riskini etkileyen önemli bir faktördür. NTD'ler erken embriyonik gelişim sürecinde nöral tüpün kapanmasındaki aksaklıklardan kaynaklanan, merkezi sinir sistemini etkileyen ciddi konjenital anomalilerdir. Anensefali, spina bifida, ensefalosel, kraniorakisis ve iniensefali gibi farklı NTD tipleri yüksek oranda mortalite, morbidite, uzun dönem sakatlıklar, önemli psikolojik ve ekonomik etkiler yaratmaktadır. Prekonsepsiyonel dönemde folat alımının artırılması için iki temel strateji uygulanmaktadır. Birincisi genel gıdaların folat ile güçlendirilmesi, ikincisi bireylere yönelik hedefli folat takviyesidir (Aweke vd., 2025). DSÖ üreme çağındaki kadınların gebe kalmadan 2-3 ay önce başlayarak gebeliğin 12. haftasına kadar günlük 0,4 mg folik asit almalarını önermektedir (WHO, 2023b).

2.1.4.2.4. Demir Takviyesi

Prekonsepsiyonel dönemde kadınların beslenme durumu, demir depoları ve hemoglobin düzeyleri değerlendirilmeli ve gebeliğe kadar iyileştirilmelidir (Kwesiga vd., 2021). Gebelerin kendi ihtiyaçlarını karşılamaları için gerekli demirin yanı sıra gebelikte fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak, doğumdaki ve sonrasındaki kanamayı kompanse etmek için prekonsepsiyonel dönemde demir depoları doldurulmalıdır. Bunun için kırmızı et, tavuk eti, yumurta gibi besinler C vitamini ile birlikte (2 veya daha fazla porsiyon/gün) tüketilmelidir (UNİCEF, 2022; WHO, 2024c). Ancak dünya genelinde gebelerin %40'ından fazlasının anemik olduğu ve bu anemi yükünün en az yarısının demir eksikliğinden kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Dolayısıyla beslenme ile karşılanamayan demir ihtiyacını gidermek için, DSÖ yetişkin kadınlara ve gebelere günlük 30–60 mg demir takviyesi önermektedir (WHO, 2024c). Demir eksikliği olanlara ise hemoglobin düzeyi normale dönene kadar günde 60-120 mg ek demir takviyesi önermektedir (WHO, 2012). Böylece maternal hematolojik dengesizlikler önlenerek, puerperal sepsis riskleri minimize edilip ve neonatal düşük doğum ağırlığı ile prematüriteye bağlı morbidite olasılıkları azaltılacaktır (WHO, 2024c).

2.1.4.2.5. Yeterli ve Dengeli Beslenme

Prekonsepsiyonel dönemde edinilen sağlıklı beslenme alışkanlıkları gebeliğe sağlıklı bir başlangıç yapmayı kolaylaştırmakta ve komplikasyon riskini azaltmaktadır. Bu dönemde protein, karbonhidrat, doymamış yağ gibi temel besin öğeleri yeterli miktarda ve dengeli olarak tüketilmelidir. Lif alımını arttırmanın yanı sıra yağsız et ve süt ürünleri, baklagiller, tam tahıllar, meyve ve sebzeler, zeytinyağı, kuruyemiş, balık, ceviz diyete eklenmelidir. Beyaz undan, ilave şekerden, beyaz pirinçten, doymuş yağlardan (trans yağ içeren margarin gibi), işlenmiş gıdalardan, rafine tahıllar, boş kaloriden, şekerli ve gazlı içeceklerden kaçınılmalıdır. Günde 2-3 lt su içilmeli ve iyotlu tuz kullanılmalıdır (Abay, 2022; Marshall vd., 2022). Optimal beslenmenin sağlanamadığı durumlarda ise gebelikte alınması gereken sağlıklı kiloya (8-12 kg) ulaşmak için bireyler diyetisyene yönlendirilmelidir (University of Rochester Medical Center [URMC], 2025).

Bunun yanı sıra enfeksiyonlardan (toksoplazma, listeriosis, salmonella, E. coli) uzak durmak için, çiğ meyve sebzeleri tüketmeden önce iyice yıkama, füme et, pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerini tüketmeme, et ve yumurtayı iyi pişirme, çiğ ete çıplak elle dokunmama, çiğ şarküteri ürünlerine dokunuldu ise elleri, bıçağı, kesme tahtası, tezgâh üzeri gibi yerleri iyice yıkamak oldukça önemlidir (Abay, 2022).

Deniz ürünlerinden somon, uskumru ve sardalya gibi yağlı balıklar uzun zincirli omega-3 yağ asitleri eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosahekzaenoik asit (DHA), D vitamini, B12 vitamini, iyot ve yüksek biyoyararlanımlı proteinler açısından değerli kaynaklardır. Prekonsepsiyonel dönem itibariyle düzenli tüketimleri maternal ve fetal sağlık için fayda sağlamaktadır, ancak düşük cıva içerikli balıkların tercih edilmesine dikkat edilmelidir. Özellikle denizin dibinde beslenen balık türleri ağır metaller içerediği için tüketilmemelidir (Gualtieri vd., 2024). Alibrandi ve arkadaşlarının çalışmasında gebelikte DHA içeriği yüksek ve cıva düzeyi düşük küçük yağlı balıkların tüketiminin, neonatal doğum ağırlığında ve baş çevresinde artışla ilişkili olduğu; ayrıca GDM, preeklemsi ve sezaryen doğum oranlarında azalma sağladığı belirlenmiştir (Alibrandi vd., 2024).

2.1.4.2.6. Fiziksel Aktivite

Gebelikte vücutta birçok fiziksel ve psikolojik değişiklik meydana gelmektedir. Bu süreçte yapılan düzenli fiziksel aktivite, bu değişiklerin daha kolay tolere edilmesine yardımcı olarak birçok maternal ve fetal fayda sağlamaktadır. DSÖ ve ACOG, tıbbi veya obstetrik bir kontrendikasyon yoksa, gebelerin sedanter zamanı sınırlayıp, haftanın çoğu günü 30 dakika orta şiddette fiziksel aktivite (örneğin yürüyüş) yapmalarını önermektedir. Önceden aktif olan gebelerin gebelik ilerledikçe fiziksel aktivite sıklığını ve yoğunluğunu azaltmak koşuluyla aktivitelerini sürdürmelerinde sakınca bulunmamaktadır (ACOG, 2020; WHO, 2020).

Literatür incelendiğinde, Gou ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin yaklaşık %60'ının gebelik süresince fiziksel olarak inaktif olduğu ve sadece üçte birinin önerilen fiziksel aktivite düzeyine ulaştığı bulunmuştur (Gou vd., 2024). Oysa fiziksel aktivite gebelikte preeklemsi ve GDM riskini azaltmaktadır (Taliento vd., 2024). Dolayısıyla fertilite çağındaki kadınların prekonsepsiyonel dönemde düzenli fiziksel aktivite yapma alışkanlığı edinmelerini sağlamak oldukça önemlidir.

2.1.4.2.7. Sağlıklı Yaşam Tarzı Davranışları

Prekonsepsiyonel dönem gebelik sonuçları üzerinde belirleyici olan sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının edinilmesi bakımından önemli bir zaman dilimidir. Bu dönemde değiştirilebilir risk faktörlerinden biri uyku düzenidir. Literatürde kadınların üçte birinden fazlasının kısa uyku süresine (<7 saat/gece) sahip olduğu belirtilmektedir (CDC, 2024c; Di vd., 2022). Gebelik öncesindeki uyku süresi ve sirkadiyen ritim bozuklukları üreme sağlığı üzerinde etkilidir (Stephenson vd., 2018). Wang ve arkadaşları yetersiz uyku süresinin ve uyku düzensizliklerinin infertilite, abortus, preeklampsi ve preterm doğum gibi olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğunu bildirilmiştir (Wang vd., 2025). Bu nedenle uyku hijyeninin geliştirilmesi prekonsepsiyonel dönemde sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri arasında önemli bir müdahale alanı olarak görülmektedir.

Uyku düzeni kadar stres yönetimi de prekonsepsiyonel dönemde edinilmesi gereken sağlıklı yaşam tarzı davranışlarından biridir. Literatürde maternal stresin

anormal fetal gelişim için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Bais vd., 2022). Prenatal dönemde karşılaşılan stresörler, hormonal düzenleme ve bağışıklık yanıtları üzerinde etkili olarak fetüsün gelişimsel seyrini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu etkiler gebeliğin erken döneminden başlayarak doğuma kadar sürebilmektedir. Dolayısıyla optimal gebelik sonuçları ve uzun vadeli çocuk sağlığı için stres yönetimi stratejileri prekonsepsiyonel bakımın ayrılmaz bir parçası olarak ele alınmalıdır (Chen vd., 2025; Martín-Calvo vd., 2022).

Basit yaşam tarzı tercihleri dahi üreme sağlığı üzerinde anlamlı etkiler yaratabilmektedir. Evcil hayvan besleyen ya da mesleki olarak hayvancılıkla uğraşan kadınların, gebelikte hayvanlarla teması ya da çiğ hayvansal ürünleri işlemesi zoonozun yaygın olduğu bölgelerde yaşayan kadınlar için bir risk faktörüdür. Örneğin Tayland'da yapılan bir çalışmada keçilerle ya da çiğ keçi ürünleriyle temas eden gebelerin %3,7'sinde Brusella pozitifliği bulunmuştur (Kledmanee vd., 2019). Ancak Danimarka'da yapılan bir çalışmada da mesleki olarak ya da ev içinde hayvancılıkla uğraşan ve uğraşmayan gebeler arasında abortus, IUGR, preterm eylem, perinatal ölüm açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde rutin hayvan teması ile olumsuz gebelik sonuçları arasında güçlü bir bağlantı olmadığı belirtilmekte olup (Weng ve Ankrom, 2016), çiftlik hayvanlarıyla teması olan gebelerin endişelerinin azaltılması önerilmektedir (Nielsen, 2014). Ancak prekonsepsiyonel dönemde riskli durumların taranması ve gerekli önlemlerin alınması da faydalı olacaktır (Kledmanee vd., 2019).

2.1.4.2.8. Bağışıklama

Prekonsepsiyonel dönemde uygulanan bağışıklama programları, hem maternal hem de fetal sağlığı korumaya yönelik önemli bir toplum sağlığı müdahalesi niteliğindedir. Özellikle kızamık, kızamıkçık ve kabakulak (KKK) gibi canlı aşılar gebelikte teratojenik olduğu için, aşı olduktan ve kan testi ile bağışıklık teyit edildikten sonra en az bir ay gebe kalınmamalıdır. Kızamıkçık açısından bağışık olmayan kadınların ise prekonsepsiyonel dönemde mutlaka aşılanması gerekmektedir. Çünkü gebeliğin ilk trimesterinde geçirilen kızamıkçık enfeksiyonu, konjenital rubella sendromuna yol açarak ciddi fetal anomalilere neden olabilmektedir. Ayrıca Hepatit B

ve tetanoz-difteri-boğmaca (Tdap) gibi inaktive aşıların da eksik dozlarının prekonsepsiyonel dönemde tamamlanması önerilmektedir (CDC, 2024d).

Foley ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan bir çalışmada, infertilite tedavisi planlayan 1767 kadının kayıtları incelenmiş ve rubellaya karşı bağışık olmayanların %7,2, varisella'ya karşı bağışık olmayanların %4,5 oranında olduğu saptanmıştır. Bağışık olmayan kadınların çoğu önerilen aşıları yaptırmış, ancak bazıları infertilite tedavisini geciktirmek istemedikleri için aşı yaptırmamıştır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%67,7) sağlık profesyonellerinden bağışıklama ile ilgili eğitim almaya açık oldukları belirlenmiştir (Foley vd., 2020). Dolayısıyla prekonsepsiyonel bakım kapsamında bağışıklığı olmayan kadınların belirlenmesi ve aşılama programlarına dahil edilmesi sağlık profesyonellerinin sorumluluğundadır.

2.1.4.2.9. Genetik Danışmanlık

Prekonsepsiyonel dönem, anne ve babanın genetik geçmişlerinin sistematik olarak değerlendirildiği bir aşamadır. Bu dönemde yapılan genetik risk analizi gebelik sonuçlarını ve doğacak çocuğun sağlığını etkileyebilmektedir (ACOG, 2019b). Akraba evlilikleri, ailede kalıtsal hastalık öyküsü, önceki gebelikte konjenital anomali öyküsü, tekrarlayan gebelik kayıpları gibi risk faktörleri genetik danışmanlığın önemini arttırmaktadır. Danışmanlık sürecinde uzmanlar aile öyküsünü değerlendirerek potansiyel riskleri saptamalı, gerektiğinde genetik testler önermeli ve çiftlerin bilinçli karar almasını sağlamalıdır (Akrami vd., 2012; Stembalska vd., 2007).

Prekonsepsiyonel bakım kapsamında aile sağlık öyküsünün detaylı incelenmesi, özellikle ileri yaşta gebelik planlayan veya belirli etnik kökenden gelen çiftler için önemlidir. Gebelik öncesi riskli bulunan durumlarda, gebeliğin erken dönemlerinde prenatal tanı yöntemleriyle fetüsteki olası malformasyonların ve genetik sendromların erkenden saptanması, ebeveynlerin bilinçli karar almasına olanak tanımaktadır. Bu bütüncül yaklaşım prekonsepsiyonel bakımın yalnızca gebeliği değil, bireylerin uzun vadeli sağlık durumlarını da iyileştirmeye hizmet ettiğini göstermektedir (U.S. Department of Health and Human Services, Office on Women's Health, 2025).

2.1.4.2.10. Fertilite Bilincinin Oluşturulması

Üreme sağlığını doğrudan etkileyen fertilite bilinci, özellikle değiştirilebilir risk faktörleri göz önünde bulundurulduğunda, prekonsepsiyonel dönemde ele alınması gereken önemli bir konudur. Çünkü fertiliteye ilişkin bilgi eksikliği, ilerleyen dönemde bireylerin üreme hedeflerine ulaşmalarını engelleyebilmektedir (Ren vd., 2023). Üreme döneminin başından itibaren fertilitenin korunması hem kadın hem de erkek açısından büyük önem taşımaktadır. Yetersiz uyku, yüksek stres düzeyleri, sağlıksız beslenme ve diğer sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıkları fertiliteyi olumsuz etkilemektedir. Ayrıca erkeklerde testis ısısının artışı sperm sayısını azaltmakta ve kalitesini bozmaktadır. Skrotal sıcaklık spermatogenez için önemlidir ve normalde vücut ısısından birkaç derece daha düşük olmalıdır. Sauna, sıcak su banyoları, dar iç çamaşırı kullanımı, uzun süre oturma ve endüstriyel ortamlarda yüksek sıcaklığa maruz kalma gibi etkenler testiküler ısının artmasına ve geçici sperm düşüşlerine yol açabilmektedir (Hamerezaee vd., 2018; Hoang-Thi vd., 2022). Dolayısıyla gençlerin fertilite bilincine sahip olması, günümüzde artan infertilite prevelansı üzerinde etkili olacaktır.

Prekonsepsiyonel dönemde kadınların her ay menstrual siklus kapsamında vücudunda meydana gelen değişiklikleri bilmesi, konsepsiyon ihtimalini arttırmada etkili olacaktır. Örneğin cinsel ilişkinin ovülasyon dönemine denk gelecek şekilde zamanlanması, gebelik olasılığını anlamlı ölçüde artırmaktadır. Gebelik isteyen çiftlerin ovulasyondan yaklaşık iki gün önce ve sonra cinsel ilişki yaşaması fertilite olasıllığını arttıracaktır. Bu kapsamda fertilite bilinci yüksek bir kadın servikal mukusundaki değişimleri, bazal vücut ısısını ya da menstraul siklus tarihlerini düzenli bir şekilde takip ederek ovulasyon zamanını tespit edebilmektedir. Günümüzde mobil fertilite takip ya da ovulasyon hesaplama uygulamaları da ovulasyon zamanını belirlemeyi kolaylaştırmaktadır (Gibbons vd., 2023).

2.1.5. Prekonsepsiyonel Bakımda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Prekonsepsiyonel dönemde hemşireler bireylerin sağlık durumlarını değerlendirmede, sağlık risklerini azaltmada, eğitim ve danışmanlık sağlamada ve akilit role sahiptir. Literatürde hemşirelerin karşılaştığı temel engeller arasında bilgi

eksikliği, yeterli rehberliğe erişim zorlukları, zaman kısıtlılığı ve sağlık sisteminde prekonsepsiyonel bakımın yeterince yapılandırılmaması yer almaktadır (Ndou vd., 2023). Örneğin Avustralya'da gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmada hemşirelerin %74'ü sağlık hizmeti verirken zaman zaman prekonsepsiyonel bakım verdiğini, %13'ü ise bu bakımı rutin olarak verdiğini belirtmiştir. Bu bulgu, prekonsepsiyonel bakımın sağlık hizmeti sunumunda yeterince yer bulmadığını ve bu konuda önemli bir boşluk bulunduğunu ortaya koymaktadır (Walker vd., 2021).

Toplumsal cinsiyet rolleri, ataerkil değerler ve kadın odaklı sağlık hizmetleri erkeklerin prekonsepsiyonel dönemde bakıma katılımını sınırlamaktadır. Oysa erkeklerin bilgi eksikliklerinin giderilmesi, güvenilir çevrim içi kaynakların kullanımı ve akran desteği gibi yaklaşımlar prekonsepsiyonel bakıma katılımlarını artırabilmektedir. Ayrıca erkek fertilitesi hakkındaki bilgi eksikliği de süreci olumsuz etkileyen önemli bir faktördür. Bu bağlamda, hemşireler özellikle erkek bireylere yönelik prekonsepsiyonel bakım verirken daha fazla eğitime, rehbere ve materyallere ihtiyaç duymaktadır (Agustina vd., 2024). Dolayısıyla prekonsepsiyonel dönemde hemşirelerin bilgiye dayalı, hasta merkezli ve sistematik danışmanlık sunabilmeleri için güncel eğitimlerle desteklenmesi, kaynaklara erişimlerinin artırılması ve multidisipliner koordinasyonun sağlanması önem taşımaktadır.

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

2.2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

Sağlık okuryazarlığı kavramı, 1970'lerde Scott Simonds'un sağlık eğitimini bir sosyal politika olarak ele almasıyla ortaya çıkmış ve modern toplumların giderek karmaşıklaşan sağlık ihtiyaçlarına yanıt veren önemli bir olgu hâline gelmiştir. En basit tanımıyla sağlık okuryazarlığı; bireyin kendisinin, ailesinin ve yaşadığı toplumun sağlığına ilişkin farkındalık geliştirmesi, sağlık durumunu etkileyen faktörleri anlaması ve bu faktörlerle başa çıkma stratejileri üreterek bunları davranışlarına yansıtabilmesi sürecini ifade etmektedir (Sorensen vd., 2012). DSÖ ise sağlık okuryazarlığını, sağlığı korumak ve geliştirmek amacıyla bilgiye erişme, bu bilgiyi anlama ve kullanma için gerekli bilişsel ve sosyal beceriler bütünü olarak tanımlamaktadır (WHO, 2024d).

2.2.2. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlığı koruyucu davranışları benimsemesi, sağlıklı yaşam davranışlarını sürdürmesi, toplumun refahının arttırılması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılması için temel ve önemli bir faktördür (WHO, 2024d). Toplumda düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi koruyucu hizmetlere katılımın azalması, artan hastane yatışları, genel olarak kötüleşen sağlık durumu ve yüksek ölüm oranları ile ilişkilidir (Shahid vd., 2022). Sağlık okuryazarlığı bireylerin anlaşılır ve güvenilir sağlık bilgilerine erişimini, bunları etkili bir şekilde kullanımını, dolayısıyla bireysel sağlıklarıyla ilgili doğru karar almalarını sağladığı ve dolaylı olarak toplum sağlığını iyileştirdiği için oldukça önemlidir (WHO, 2024).

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığının Tarihsel Gelişimi

Sağlık okuryazarlığının kavramsal kökenleri, 1970'lerde Amerika Birleşik Devletleri'ndeki eğitim bilimleri çalışmalarına dayanmaktadır. Zamanla bu kavram farklı boyutlar kazanmış, uluslararası düzeyde ve özellikle sağlık hizmetleri alanı başta olmak üzere diğer disiplinlerde yaygınlaşmıştır (Urstad vd., 2022). 1990'lı yıllardan itibaren sağlık okuryazarlığı alanındaki çalışmalar üç temel döneme ayrılmaktadır. Birinci dönem sağlık okuryazarlığı alanındaki öncü araştırmaların gerçekleştirildiği ve bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri okuma ve anlama becerilerine odaklanıldığı bir dönemdir. Bu dönemdeki çalışmalar özellikle işlevsel sağlık okuryazarlığı (okuma, yazma ve sayısal işlemleri yapabilme gibi temel beceriler) kapsamında yürütülmüştür. İkinci dönemde ise, sağlık okuryazarlığının bireysel ve toplumsal sağlık sonuçları üzerindeki etkisini anlamaya yönelik çalışmalar öne çıkmıştır (Parker vd., 2019). Bu süreçte, farklı nüfus gruplarında sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçmek ve değerlendirmek için çeşitli ölçüm araçları geliştirilmiştir (Nguyen vd., 2017). Üçüncü dönemde de sağlık okuryazarlığının yalnızca işlevsel becerilerle sınırlı olmadığı, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık bilgisinin etkin kullanımı ve sağlığın geliştirilmesi gibi daha geniş bir perspektifle ele alınması gerektiğini savunan çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu dönemde sağlık okuryazarlığı sağlığın korunmasında ve teşvikinde kilit bir unsur olarak görülmeye başlanmıştır (Urstad vd., 2022).

Nutbeam 2000'li yıllarda sağlık okuryazarlığı kavramını (1) temel/işlevsel, (2) iletişimsel/etkileşimsel ve (3) eleştirel sağlık okuryazarlığı olmak üzere üç düzeyde ele alan bir model geliştirmiştir. İlk düzey, temel okuma ve yazma becerilerini kapsayan işlevsel sağlık okuryazarlığıdır. İkinci düzey, farklı iletişim biçimlerinden anlam çıkarabilme ve değişen durumlara yeni bilgileri uygulama yeteneğini içeren etkileşimsel sağlık okuryazarlığıdır. Üçüncü düzey ise, daha gelişmiş bilişsel becerilerin yanı sıra sosyal becerilerle birlikte, bilgiyi eleştirel bir şekilde analiz etme ve politika ile organizasyonel değişikliklere ulaşma yeteneği olan eleştirel sağlık okuryazarlığıdır (Nutbeam, 2000).

"*Healthy People 2030*-Sağlıklı Bireyler 2030" projesi, 2020 yılında başlatılan ve önceki yıllarda da serileri olan bir projedir. Sağlık okuryazarlığını toplumun sağlığa ve refaha ulaşması için temel bir unsur olarak tanımlamaktadır. Bu projenin amacı bireylerin sağlık bilgilerini anlama ve kullanma becerilerini geliştirmek, sağlık hizmeti sunan kurumların da bu bilgileri daha anlaşılır ve etkili şekilde bireylere iletmelerini sağlamaktır. Bu kapsamda projenin sağlık okuryazarlığını arttırma hedefi toplumsal sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırmayı ve sağlıklı yaşam yıllarını artırmayı amaçlayan geniş bir stratejinin parçasıdır. Proje kapsamında sağlık okuryazarlığını geliştirmek için bireysel ve kurumsal düzeyde hedefler belirleyerek, bu alandaki araştırmaların ve politika oluşturma çalışmalarının desteklenmesi teşvik edilmektedir (U.S. Department of Health and Human Services, 2024).

2.2.4. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı ile ilişkili birçok bireysel ve toplumsal faktör bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı ile anlamlı şekilde ilişkilendirilen en yaygın faktörler yaş, cinsiyet, etnik köken, eğitim durumu, ekonomik durum, meslek, sosyal statü ve sağlık durumudur (Gonçalves-Fernández vd., 2025). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin erkeklerde, bazı etnik gruplarda ve düşük gelirli bireylerde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sağlık okuryazarlığının yaş ilerledikçe arttığı ve 65 yaş üstü bireylerde en yüksek seviyede olduğu saptanmıştır (Yu vd., 2025). Buna karşın Kore'de gerçekleştirilen bir çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşla birlikte belirgin şekilde azaldığı ve yaşlı bireylerde en düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Kwon ve Kwon, 2025). Her

iki çalışmada da eğitim durumu, ekonomik durum ve öznel sağlık durumu sağlık okuryazarlığını etkileyen ortak faktörler olarak öne çıkmıştır. Düşük eğitim düzeyine ve ekonomik düzeye sahip, kronik hastalığı olan bireylerin daha fazla zorlukla karşılaştığı görülmüştür. Bu sonuçlar sağlık okuryazarlığı üzerindeki yaş etkisinin ülkeden ülkeye farklılık gösterebileceğini, ayrıca sosyoekonomik, kültürel ve sağlık ile ilgili faktörlerin önemini ortaya koymaktadır (Kwon ve Kwon, 2025; Yu vd., 2025).

2.2.5. Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Toplumdaki sağlık okuryazarlığı düzeyini belirlemek için uluslararası ölçekler mevcut kültürlere uyarlanarak ya da o topluma özgü geliştirilerek kullanılmaktadır. Sağlık okuryazarlığı çok boyutlu ve bileşenli bir kavram olduğu için, spesifik bir alandaki sağlık okuryazarlığı düzeyi değerlendirilecek ise belirli popülasyona ve duruma özgü spesifik sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin kullanılması önerilmektedir (Tavousi vd., 2022). Ülkemizde gebelik dönemine özgü sağlık okuryazarlığını değerlendirmede kullanılan "Gebelikte Maternel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" bulunmaktadır (Abay, 2023). Ancak prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığını değerlendiren bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu kapsamda kullanılabilecek pratik, geçerli ve güvenilir bir prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı ölçeğine ihtiyaç vardır.

2.2.6. Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı

Prekonsepsiyonel bakım çiftlerin gebelik öncesinde sağlık durumlarını iyileştirmenin yanı sıra gelecekte anne çocuk sağlığını olumsuz etkileyebilecek davranışsal ve çevresel riskleri azaltmayı hedeflemektedir. Prekonsepsiyonel dönemde sigara, alkol, madde kullanımı, yüksek riskli cinsel davranışlar, sağlıksız beslenme alışkanlıkları gibi faktörler hem maternal hem de fetal sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle üreme çağındaki bireylerin risk faktörleri ve üreme sağlığına etkileri hakkında bilinçlendirilmesi ve prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Özellikle gebeliğin ilk trimestırında henüz gebeliğin farkında olunmayan, ancak fetüs için en kritik süreç olan organogenezis döneminde riskler daha belirgin hâle gelmektedir. Ayrıca sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını edinmenin zaman aldığı göz önünde bulundurulduğunda,

prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığının önemi daha da öne çıkmaktadır (Suto vd., 2021).

Literatürde bireylerin prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığının değerlendirildiği çalışmalar sayıca oldukça sınırlıdır (Suto vd., 2021). Dolayısıyla bu bölümde prekonsepsiyonel dönemdeki sağlık okuryazarlığıyla ilgili araştırma sonuçlarına değinilmiştir. Prekonsepsiyonel dönemde sağlık okuryazarlığının değerlendirildiği araştırmalar düşük sağlık okuryazarlığına sahip kadınların kontraseptif kullanma, vitamin ve minereal takviyesi alma, tarama testlerine katılma, prenatal bakımı başlatma, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve emzirme ile ilgili olumsuz tutum sergilediklerini göstermektedir (Ghavami vd., 2024; Kilfoyle vd., 2016). Ek olarak prekonsepsiyonel dönemdeki sağlık okuryazarlığı düzeyi cinsel davranışlar ve CYBE arasındaki ilişkide belirleyici bir rol oynamaktadır. Yapılan çalışmalarda prekonsepsiyonel dönemde düşük sağlık okuryazarlığına sahip kadınların daha erken yaşta cinsel ilişkiye girdikleri, korunmasız ilişki oranlarının yüksek olduğu ve birden fazla cinsel partneri olma olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Çiçek Özdemir ve Çevik, 2025; Kilfoyle vd., 2016).

2.2.7. Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığını Geliştirilmesinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığını güçlendirmek, gebelik planlayan bireylerin sağlıklı davranışları benimsemesinde anahtar bir rol oynamaktadır. Prekonsepsiyonel dönemde hemşireler bireylerin ihtiyaçlarını doğru zamanda belirleyerek eğitim, danışmanlık ve rehberlik hizmetleriyle hedefe yönelik destek sağlamalıdır. Ayrıca hemşirelerin prekonsepsiyonel bakım hizmeti verirken bilinçli veya bilinçsiz önyargılarının farkında olması, yapısal eşitsizliklerin bireylerin sağlık davranışları üzerindeki etkilerini anlaması bu süreçte verdikleri desteğin etkinliğini artıracaktır (Cassinelli vd., 2024; Nacev vd., 2022).

Prekonsepsiyonel bakım yalnızca sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerle sınırlı kalmamalı; okullar, topluluk programları ve dijital medya gibi çeşitli platformlarda farkındalık artırıcı girişimler uygulanmalıdır. Ayrıca bu dönemdeki sağlık riskleri genellikle birbirine bağlı olup, sosyoekonomik, kültürel, ailevi ve

çevresel faktörlerle etkileşim halindedir. Dolayısıyla hem bireysel hem de toplum temelli, kapsamlı ve çok boyutlu bir yaklaşım benimsenmelidir (Hall vd., 2023). Ayrıca farklı disiplinler ve topluluklarla kurulan iş birlikleri, erkek partnerlerin sürece dahil edilmesi ve toplum tabanlı farkındalık artırıcı girişimler prekonsepsiyonel bakım kültürünün yaygınlaştırılmasında etkili stratejilerdir. Hemşireler bu bütüncül yaklaşımın merkezinde yer alarak bireylere doğru ve güvenilir bilgiler sunmalı, bireylerin prekonsepsiyonel sağlık davranışlarını desteklemeli, anne ve çocuk sağlığının iyileştirilmesine katkıda bulunmalıdır (Cassinelli vd., 2024; Hall vd., 2023).

Sonuç olarak prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığını artırmak için hemşireler bireysel danışmanlıktan toplumsal eğitim programlarına, politika savunuculuğundan disiplinlerarası iş birliğine kadar geniş bir yelpazede sorumluluklar üstlenmelidir. Hemşirelerin bu çok yönlü rolü, prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesinde oldukça önemlidir.

2.3. Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik Süreci

Bilimsel değerlendirmenin en temel özelliği, incelenen kavramın ölçülebilir olmasıdır. Ölçme, bir özelliğin gözlenmesi ve gözlem sonuçlarının nicel verilerle ifade edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Ölçmede kullanılan aracın temel amacı, belirli bir alanın doğru bir şekilde değerlendirilmesini sağlamak ve gerçeği yansıtmaktır. Bu amaçla kullanılan veri toplama araçlarından biri ölçektir. Ölçek, somut ifadelerle doğrudan gözlemlenemeyen gizli kavramları, yani örtük değişkenleri saptamak amacıyla kullanılmaktadır (Boateng vd., 2018). Literatürde ölçülmek istenen özellikle ilgili bir ölçek var ise ölçeğin veri toplanacak toplumda geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilerek o kültüre uyarlanması; yok ise ilgili ölçeğin geliştirilmesi önerilmektedir (Ford vd., 2018; Sullivan vd., 2011).

Ölçme sürecinde elde edilen sonuçların geçerli ve güvenilir olabilmesi için kullanılan ölçeğin psikometrik özellikler açısından doğru ve etkili bir şekilde uyarlanmış olması önem taşımaktadır. Dolayısıyla ölçek uyarlama çalışmaları çeşitli yöntemler kullanılarak ve belirli aşamalardan geçerek standartlara uygun şekilde gerçekleştirilmelidir (Gültürk, 2024). Bu çalışmalar çok sayıda teorik, metodolojik ve istatistiksel analizi içermektedir (Carpenter, 2018). Ölçek uyarlama çalışmalarının

başlatılabilmesi için öncelikle orijinal ölçek sahibinden izin alınması gerekmektedir. Üç aşamada yürütülen ölçek geçerlik güvenirlik çalışmalarının (1) birinci aşaması dil ve kapsam geçerliğini, (2) ikinci aşaması ön uygulamayı ve veri toplamayı, (3) üçüncü aşaması ise doğrulayıcı faktör analizini (DFA) içeren yapı geçerliği, kriter geçerliği, bilinen grup geçerliği gibi geçerlik analizlerini ve Cronbach alfa, McDonald omega katsayılarının hesaplanması gibi güvenirlik analizlerini gerektirmektedir (DeVellis, 2017).

2.3.1. Geçerlik

Geçerlik bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı davranışı veya niteliği ne kadar doğru bir şekilde ölçtüğünü ifade etmektedir (Gültürk, 2024). Aynı zamanda geçerlik aracın işlevselliğini ve elde edilen verilerin ne derece anlamlı bir şekilde yorumlanabileceğini de yansıtmaktadır (Sullivan vd., 2011).

Bir ölçümün geçerli sayılabilmesi için birincil şart, ölçümün güvenilir olmasıdır. Güvenirlik bir ölçme aracının zaman içerisinde ve farklı ölçümler arasında tutarlı sonuçlar verebilme yetisi olarak tanımlanmaktadır (Cesare vd., 2024). Güvenirlik, geçerlik için gerekli bir koşul olmakla birlikte yeterli bir koşul değildir. Yüksek bir güvenirlik düzeyi, yüksek bir geçerlik düzeyini kesin olarak göstermemektedir (Gürsakal, 2001). Ölçüm hatalarının kontrol altına alınabilmesi için geçerlik değerlendirmelerinin yapılması gerekmektedir. En sık başvurulan geçerlik analizleri arasında kapsam geçerliği ve yapı geçerliği yer almaktadır (Sullivan vd., 2011).

2.3.2. Güvenirlik

Güvenirlik bir ölçme aracının farklı zaman dilimlerinde, değişen koşullarda ya da çeşitli örneklem gruplarında benzer sonuçlar üretme kapasitesini ifade etmektedir. Bu ölçüt elde edilen verilerin tutarlılığını ve araştırma bulgularının tekrarlanabilirliğini güvence altına almaktadır. Güvenilir bir ölçüm aracı, rastlantısal hatalardan arındırılmış ve süreklilik gösteren sonuçlar üretebilme özelliğine sahip olmalıdır (Souza vd., 2017).

Araştırmacı bir ölçeğin güvenirliğini, farklı bir deyişle iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach alfa katsayısını kullanmaktadır. Bu yöntem 1950'lerden bu yana güvenilirlik değerlendirmelerinde en yaygın kullanılan ölçüt olmuştur (Bonett ve Wright, 2014). Cronbach alfa katsayısının yorumlanmasında genel bir görüş birliği bulunmamakla birlikte, bazı araştırmalarda 0,70'in üzerindeki değerler ideal olarak kabul edilirken, bazı araştırmalarda ise 0,60–0,70 arası değerler de kabul görmektedir. Cronbach alfa katsayısını ölçüm aracındaki madde sayısından oldukça etkilenmekte olup, madde sayısının az olması bu değeri düşürebilmekte ve iç tutarlılığı etkileyebilmektedir (Bonett ve Wright, 2014).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma, prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığını değerlendirmek üzere geliştirilen PSOÖ'nün üreme dönemindeki kadınlarda Türkçe geçerlik güvenirliğini incelemek amacıyla metodolojik tipte gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı Trabzon Fatih Devlet Hastanesi polikliniklerinde yürütüldü. İç hastalıkları, göğüs hastalıkları, ortopedi, nöroloji, genel cerrahi, enfeksiyon hastalıkları, dermatoloji ve psikiyatri gibi toplam 57 farklı uzmanlık alanında hizmet sunan bu hastane, üreme çağındaki kadınların sağlık hizmeti almak için başvurdukları önemli bir merkez niteliğindedir. Araştırmanın verileri, polikliniklere başvuran ve çalışma kapsamındaki dahil edilme kriterlerini karşılayan kadınlardan 15 Kasım 2024–15 Mart 2025 tarihleri arasında toplandı.

3.3. Araştırmanın Çalışma Grubu

Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlandığı geçerlik güvenirlik çalışmalarında, çalışma grubunun toplam ölçek madde sayısının 5-10 katı olması önerilmektedir (DeVellis, 2017). Bunun yanı sıra DFA'da daha kararlı sonuçlar elde edilmesi için minimum 200 katılımcıya ulaşılması önerilmektedir (DeVellis, 2017; Seçer, 2018). Bu kapsamda ölçek madde sayısının (25 madde) en az 10 katına ulaşmak için, olası veri kayıpları da göz önünde bulundurularak, 350 kadına ulaşıldı. Ancak veri toplama formlarını tam doldurmayan kadınlar çalışmadan dışlandı (n=51). Araştırma, verileri tam olan 299 kadın ile gerçekleştirildi. Çalışmada *convenience sampling*-uygun örnekleme yöntemi kullanıldı.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş üzerinde olan,
- Fertil olan (WHO, 2024),
- Gebelik deneyimi olmayan,

- Sağlık alanında mesleki eğitim almayan,
- İşitsel ve bilişsel bir engeli olmayan,
- Türkçe okuryazar gönüllü kadınlar araştırmaya dahil edildi.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Veri toplama formlarını eksik dolduran,
- Araştırmadan çekilmek isteyen kadınlar araştırmaya dahil edilmedi.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler Bireysel Bilgi Formu (BBF), taslak Türkçe Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (PSOÖ), PSOÖ'nün kriter geçerliğini değerlendirmek amacıyla Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ) ve Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği (PBTÖ) olmak üzere dört veri toplama aracı kullanılarak toplandı.

3.6.1. Bireysel Bilgi Formu

Bireysel Bilgi Formu (BBF), iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yaş, medeni durum ve gelir algısı gibi sosyodemografik özellikler; ikinci bölümde ise beden kitle indeksi (BKİ), genetik hastalık öyküsü, düzenli fiziksel aktivite yapma alışkanlığı, sağlık durumunun öznel derecelendirilmesi, daha önce prekonsepsiyonel bakım hizmeti alma durumu, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanım alışkanlıkları gibi sağlıkla ilişkili özellikler değerlendirilmektedir. Toplam 21 maddeden oluşan bu form, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirildi (Cömert, 2019; Gökdemir ve Eryılmaz, 2017; Suto vd., 2021; Tütüncü, 2022) (Ek-1).

Çalışmada BKİ, bireyin vücut ağırlığının boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle (kg/m^2) elde edildi ve BKİ <17,0 ise "Çok zayıf", 17,0-18,4 ise "Zayıf", 18,5-24,9 ise "Normal", 25,0-29,9 ise "Kilolu", ≥30,0 ise "Obez" olarak sınıflandırıldı (WHO, 1995). Genetik hastalık öyküsü, bireyin kendisinde veya birinci derece akrabalarında kalıtsal geçiş gösteren bir hastalığın bulunma durumu olarak kabul edildi (WHO, 2023c). Düzenli fiziksel aktivite, haftada en az üç gün ve en az 30 dakika süreyle orta düzeyde ya da daha yoğun bir egzersiz yapılmasıdır olarak tanımlandı (WHO, 2022).

3.6.2. Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Suto vd. (2021) tarafından prekonsepsiyonel bakım davranışları ve becerilerine ilişkin sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek amacıyla geliştirilen PSOÖ, 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin "Uygun tıbbi muayeneler" (1.–7. madde), "Uygun diyet" (8.–11. madde), "Stresle baş etme" (12.–15. madde), "Sağlıklı kilo" (16.–19. madde), "Güvenli yaşam ortamı" (20.–22. madde) ve "Aşılar" (23.–25. madde) olmak üzere altı alt boyutu bulunmaktadır. "Uygun tıbbi muayeneler" alt boyutu düzenli muayeneler, kronik hastalık yönetimi ve kullanılan ilaçlar hakkında bilgi ve davranış yeterliliğini, "uygun diyet" alt boyutu yeterli ve dengeli beslenme ile folik asit ve diğer temel besin maddeleri alımı konusundaki farkındalığı, "stresle baş etme" alt boyutu psikolojik iyi oluş ve stres yönetimi becerilerinin gebelik öncesi sağlığa etkisini, "sağlıklı kilo" alt boyutu ideal vücut kitle indeksini koruma ve kilo yönetimi bilgisini, "güvenli yaşam ortamı" alt boyutu çevresel risk faktörlerinden korunma bilgisi ve önlemlerini, "aşılar" alt boyutu gebelik öncesi ve esnasındaki gerekli aşılar hakkındaki bilgi ve bağışıklık durumunu değerlendirmektedir. Ölçek, dörtlü Likert tiptedir (1 puan: tamamen uygun, 2 puan: biraz uygun, 3 puan: pek uygun değil, 4 puan: hiç uygun değil) ve ters madde içermemektedir. Ölçekten toplamda en az 25, en fazla 100 puan alınabilirken, "Uygun tıbbi muayeneler" alt boyutundan 4-28 puan, "uygun diyet", "stresle baş etme", "sağlıklı kilo" alt boyutlarından 4-16 puan, "güvenli yaşam ortamı" ve "aşılar" alt boyutlarından 3-12 puan alınmaktadır. Ölçekten ve alt boyutlardan alınan puanın artması, prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığının azaldığını göstermektedir (Suto vd., 2021) (Ek-2).

3.6.3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Sorensen vd. (2013) tarafından sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilen 47 maddelik "*Health Literacy Survey in Europe (HLS-EU)*" formu, Toçi vd. (2013) tarafından sadeleştirilerek "Health Literacy Index" olarak düzenlenmiştir. SOÖ 25 maddeden oluşmaktadır ve ters madde içermemektedir. Ölçeğin "Bilgiye erişim" (1.–7. maddeler), "Bilgileri anlama" (8.–14.), "Değer biçme/Değerlendirme" (15.–19. maddeler) ve "Uygulama/Kullanma" (20.–25. maddeler) olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Ölçek beşli Likert tiptedir (5 puan: hiç zorluk çekmiyorum, 4 puan: az zorluk çekiyorum, 3 puan: biraz zorluk

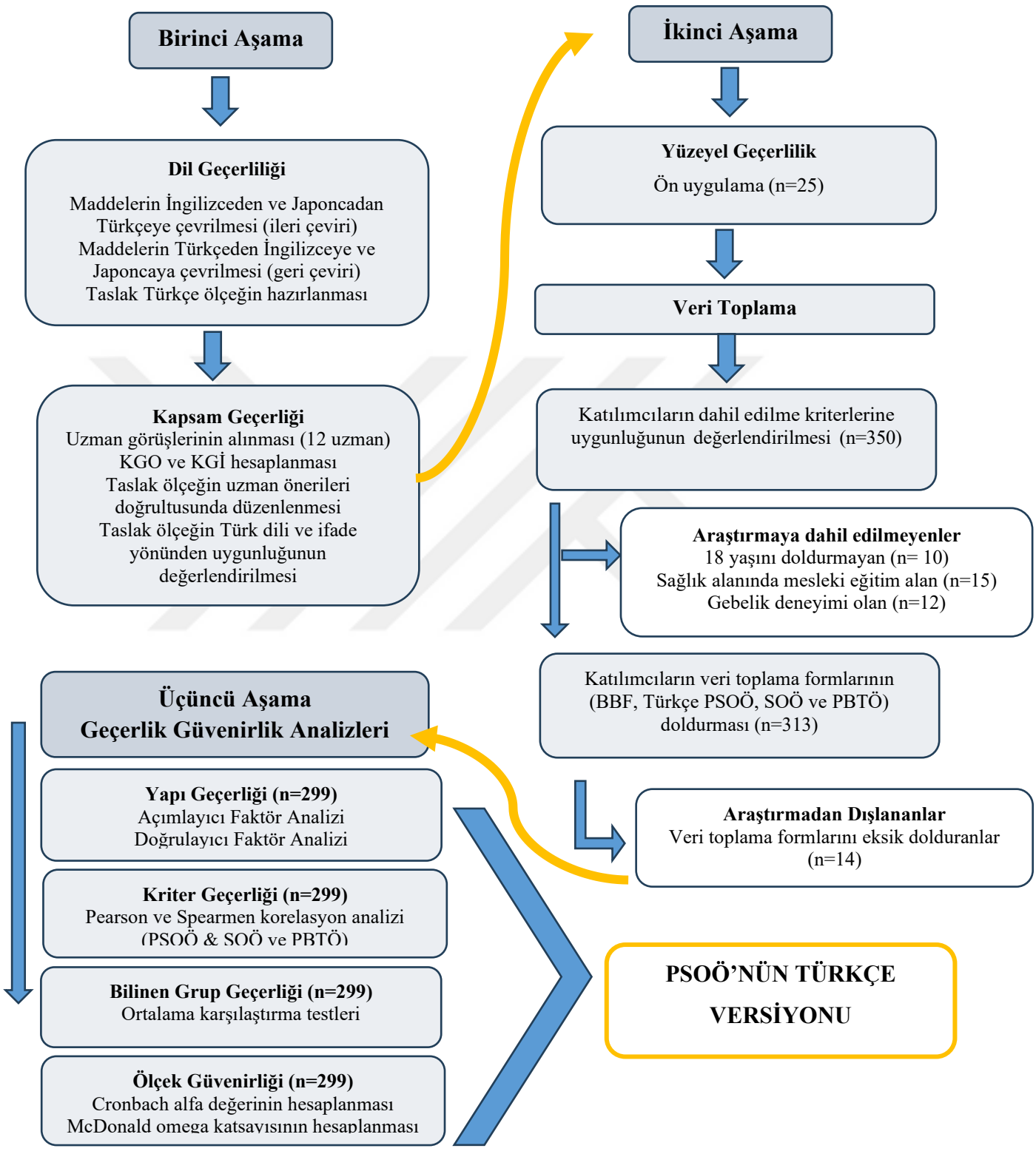
çekiyorum, 2 puan: çok zorluk çekiyorum, 1 puan: yapamayacak durumdayım/hiç yeteneğim yok/olanaksız). Ölçekten en az 25, en fazla 125 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın artması, sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Aras ve Bayık Temel (2017) tarafından yapılmış olup, Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,90 olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,98 olarak belirlendi (Aras ve Bayık Temel, 2017) (Ek-3).

3.6.4. Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği

Gökdemir ve Eryılmaz (2022) tarafından kadınların prekonsepsiyonel bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçek 43 maddeden oluşmaktadır. PBTÖ "Prekonsepsiyonel sağlığı koruma ve geliştirmeye ilişkin tutumlar" (18., 25., 27., 28., 29., 32., 35., 40., 41., 48. maddeler), "Doğurganlığın planlanmasına ilişkin tutumlar" (45., 47., 49., 51., 59., 61., 63., maddeler), "Çocuk sahibi olmadan önceki yaşam koşullarına ilişkin tutumlar" (43., 46., 53., 64., 67. maddeler), "Prekonsepsiyonel risk faktörlerine ilişkin tutumlar" (15., 17., 20., 33., 50., 54., 56., 76. maddeler), "Prekonsepsiyonel sağlık davranışlarına ilişkin tutumlar" (6., 7., 9., 11., 13. maddeler), "Prekonsepsiyonel dönemde kaçınılması gereken davranışlar" (21., 22., 23., 26., 31. maddeler), "Prekonsepsiyonel sağlığa ilişkin duyarlılık durumu" (1., 3., 38. maddeler) olmak üzere yedi alt boyut içermektedir. Ölçek beşli Likert tiptedir (1 puan: hiç katılmıyorum, 2 puan: az katılıyorum, 3 puan: orta derecede katılıyorum, 4 puan: çok katılıyorum, 5 puan: tamamen katılıyorum). Ölçeğin 12. maddesi ters kodlanmaktadır. Ölçekten en az 43, en fazla 215 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan artıkça bireyin prekonsepsiyonel bilgi ve tutumu olumlu yönde değişmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,86 olarak belirtilmiştir (Gökdemir ve Eryılmaz, 2022). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,91 olarak belirlendi (Ek-4).

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma üç aşamada yürütüldü. Birinci aşamada ölçeğin dil ve kapsam geçerliği değerlendirildi. İkinci aşamada ön uygulama yapıldı ve veri toplama işlemi gerçekleştirildi. Üçüncü aşamada ise geçerlik ve güvenirlik analizleri yapıldı (Şekil 3.1). Bu çalışmada "*Consensus-based Standards for the selection of health status Measurement Instruments* [COSMIN]-Sağlık Durumu Ölçme Araçlarının Seçimi İçin Konsensüse Dayalı Standartlar" kılavuzu esas alındı.



Şekil 3.1 *Araştırmanın Akış Şeması*

KGO: Kapsam Geçerlik Oranı, KGİ: Kapsam Geçerliği İndeksi, BBF: Bireysel Bilgi Formu, PSOÖ: Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği

3.7.1. Araştırmanın Birinci Aşaması: Dil Geçerliği ve Kapsam Geçerliği

3.7.1.1. Dil Geçerliği

Araştırmaya başlamadan önce ölçek sahibinden ölçeğin Türkçeye uyarlanmasına ilişkin yazılı izin alındı ve hem İngilizce hem de Japonca orijinal ölçek formları temin edildi. "*Language validity*-Dil geçerliği" sürecine, ölçek maddelerinin eş zamanlı olarak Japonca'dan Türkçeye ve İngilizceden Türkçeye çevrilmesi ile başlandı. Dil geçerliği aşamasında uzmanların yalnızca çeviri yapılacak dile değil, aynı zamanda kültürel bağlama ve alan terminolojisine hâkim olmaları gerektiği vurgulanmaktadır (Çapık vd., 2018). Bu doğrultuda çeviri süreci çok aşamalı ve sistematik bir biçimde yürütüldü.

İlk aşama olan *"Forward translation*-İleri çeviri" sürecinde, ölçek anadili Türkçe olan ve sağlık terminolojisine hâkim iki bağımsız çevirmen tarafından İngilizceden Türkçeye; iki bağımsız çevirmen tarafından ise Japoncadan Türkçeye çevrildi. Her çevirmen maddeleri diğer çevirmenlerden bağımsız şekilde değerlendirdi. Ardından "*Reconciliation*-Uzlaşma" aşamasına geçildi. İngilizceden Türkçeye yapılan iki ileri çeviri ile orijinal İngilizce metin, anadili Türkçe olup ileri düzey İngilizce bilen bir uzlaştırıcı çevirmen tarafından karşılaştırıldı. Benzer şekilde, Japoncadan Türkçeye yapılan iki ileri çeviri ve orijinal Japonca metin de anadili Türkçe olan ve Japonca bilgisine sahip ikinci bir uzlaştırıcı çevirmen tarafından değerlendirildi. Uzlaştırıcı çevirmenler, kendilerine iletilen üçer belgeyi (iki ileri çeviri ve orijinal metin) dikkate alarak anlam eşdeğerliğini, kültürel uygunluğu ve terminolojik tutarlılığı sağlayacak şekilde maddeleri yeniden düzenledi. Bu aşamada çevirmenler fiziksel olarak bir araya gelmedi; uzlaşı süreci tamamen uzlaştırıcılar tarafından yürütüldü.

Uzlaşılan Türkçe taslak üzerinde, üçüncü aşama olan "*Back translation*-Geri çeviri" uygulandı. Bu kapsamda taslak metin, anadili İngilizce olan bağımsız bir çevirmen tarafından Türkçeden İngilizceye; aynı taslak anadili Japonca olan bağımsız bir çevirmen tarafından Türkçe'den Japonca'ya geri çevrildi. Elde edilen geri çeviri metinleri, orijinal ölçekle anlam, kavram ve içerik eşdeğerliği bakımından karşılaştırıldı. Tüm çeviri aşamaları tamamlandıktan sonra, son taslak hazırlığı

gerçekleştirildi. Araştırmacılar Japonca ve İngilizce orijinal ölçekler ile ileri çeviri, uzlaşı ve geri çeviri metinlerini birlikte değerlendirerek Türkçe taslak PSOÖ'nün nihai hâlini oluşturdu. Bu aşamanın ardından taslak ölçek, bir Türk dili uzmanı tarafından dil bilgisi, akıcılık, anlam bütünlüğü ve terminolojik uygunluk açısından incelendi.

3.7.1.2. Kapsam Geçerliği

"*Content validity*-Kapsam geçerliği", ölçeğin ölçmek istediği yapıyı yeterli düzeyde temsil edip etmediğini göstermektedir. Kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla uzman görüşüne başvurulmaktadır. Bu değerlendirme sürecinde iki temel yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemler Lawshe yöntemi ve Davis yöntemidir. Seçilen yönteme bağlı olarak maddelerin gereklilik düzeyi için Kapsam Geçerliği Oranı (KGO) ve maddelerin uygunluk düzeyi için Kapsam Geçerliği İndeksi (KGİ) hesaplanmaktadır. Uzmanlardan elde edilen görüşler, bu hesaplamalarla nicel verilere dönüştürülerek analiz edilmektedir (Büyüköztürk, 2021; Davis, 1992; Lawshe, 1975).

Bu araştırmada kullanılan Lawshe tekniği, KGO ve KGİ'ye dayalı bir uygulamadır. Lawshe'ye göre KGO her madde için kapsam geçerliğine bağlı bir formülle hesaplanmaktadır. Maddeye "Gerekli" diyen uzman sayısının, toplam uzman sayısının yarısına bölünüp, sonuçtan bir çıkartılmasıyla KGO değeri belirlenmektedir. Elde edilen KGO değerlerinin ortalaması alınarak KGİ değeri hesaplanmaktadır (Lawshe, 1975). KGİ, ölçek maddelerinin ölçmeyi amaçladıkları kavrama ne derece uygun olduğunu ve uzmanlar tarafından gerekli olarak değerlendirilme düzeyini niceliksel olarak ifade eden bir göstergedir (Polit vd., 2007).

Lawshe tekniğinde her madde için hesaplanan KGO, maddenin ölçekte yer alıp almayacağına ilişkin temel kararı belirlemektedir. Bu teknikte kullanılan minimum kritik KGO değeri, Ayre ve Scally'nin (2014) Lawshe'nin orijinal tablosunu tam binom olasılıklarıyla yeniden hesaplayarak güncel ve istatistiksel olarak daha kesin biçimde ortaya koydukları değerlere dayanmaktadır. Bu çalışmada 12 uzmandan görüş alınmış olup, ilgili kritere göre bir maddenin kabul edilebilmesi için KGO değerinin en az 0,667 olması gerekmektedir. Değerlendirme sonucunda ölçeğin tüm

maddelerinin kritik değeri karşıladığı belirlendi ve herhangi bir madde kapsam geçerliği açısından çıkarılmadı (Ayre ve Scally, 2014; Lawsche, 1975).

Araştırma kapsamında taslak Türkçe PSOÖ'de bulunan ifadelerin, ölçme amacına uygun olup olmadığının değerlendirilmesi amacıyla uzman görüşüne başvuruldu (Ek-5). Hemşirelik ve tıp alanında doktor, hemşire ve akademisyenden oluşan 12 kişilik uzman gruptan ölçek maddeleri hakkında görüşlerini bildirmeleri istendi. Her bir uzmana, maddeleri değerlendirmesi için elektronik posta yoluyla bir yönerge gönderildi. Uzmanlardan her bir ölçek maddesinin amaca uygunluğunu ve anlaşılırlığını Lawshe tekniğine göre 1-3 puan (1 puan: uygun, 2 puan: uygun ancak düzeltilmeli, 3 puan: çıkartılmalı) aralığında değerlendirmeleri istendi. Ölçek maddelerinin dil, içerik, kültürel uygunluğunu değerlendirmek amacıyla uzman görüşlerine başvuruldu. Bu süreçte, maddenin düzeltilmesi gerektiğini düşünen uzmanlardan önerileri, çıkarılması gerektiğini düşünen uzmanlardan ise buna dair gerekçeleri talep edildi. Uzmanlardan gelen düzeltme ve çıkarma önerileri doğrultusunda, maddelerde anlaşılırlığı ve akıcılığı artıran ufak dilbilgisel ve sözdizimi revizyonları ile birlikte içerik düzenlemeleri yapıldı. Yapılan bu revizyonlar neticesinde, 25 maddelik ölçek formu düzenlenerek, çalışmaya aynı madde sayısıyla devam etme kararı alındı.

3.7.2. Araştırmanın İkinci Aşaması: Yüzeyel Geçerlik ve Veri Toplama

3.7.2.1. Yüzeyel Geçerlik

Araştırmada, taslak ölçeğin hedef grup tarafından anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla "*face validity*-yüzeyel geçerlik" yöntemi kullanıldı. Bu kapsamda, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 25 kadın (toplam hedef örneklemin %10'u) ile ön uygulama ve yüz yüze görüşme gerçekleştirildi. Ön uygulamada katılımcılardan taslak ölçeği kendilerine en uygun şekilde doldurmaları ve anlamakta güçlük çektikleri ifadeleri araştırmacıyla paylaşmaları istendi.

Katılımcı geri bildirimleri doğrultusunda, yalnızca ifade akışını ve anlaşılabilirliği artırmaya yönelik küçük dilsel düzeltmeler yapıldı ve ön uygulamadan elde edilen veriler analizlere dahil edilmedi.

3.7.2.2.Veri Toplama

Trabzon Devlet Hastanesi polikliniklerine başvuran kadınlara araştırma hakkında bilgi verildi ve araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar dahil edilme kriterleri açısından değerlendirildi (n=350). 18 yaşınını doldurmayan (n=10), sağlık alanında mesleki eğitim alan (n=15) ve gebelik deneyimi olan (n=12) kadınlar araştırmaya dahil edilmedi. Yazılı onamları alınan kadınlara BBF, PSOÖ, SOÖ ve PBTÖ'den oluşan veri toplama formları dağıtıldı (n=313). Biası önlemek adına veri toplama formları katılımcılar tarafından doldurulduu. Katılımcılara formları doldururken kullanabilecekleri masa ve sandalye gösterildi. Bu işlemin yaklaşık 20 dakika süreceği ve muayene sürelerini etkilemeyeceği hakkında bilgi verildi. Doldurulan veri toplama formları araştırmacı tarafından teslim alındı. Veri toplama formlarını eksik dolduran kadınlar araştırmadan dışlandı (n=14). Araştırma 299 kadının katılımıyla tamamlandı (n=299).

3.7.3. Araştırmanın Üçüncü Aşaması: Geçerlik Güvenirlik Analizleri

3.7.3.1. Yapı Geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliği için AFA ve DFA yapıldı. AFA ile ölçeğin faktör ve madde yapısının uygunluğu değerlendirildi. DFA ile ölçek modeli doğrulandı. Bu kapsamda faktörlerdeki tüm maddelerin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yerleşmesi önerilmektedir (Schumacker ve Lomax, 2010).

DFA sonucunda belirlenen uyum indekslerinden Ki-Kare'nin Serbestlik Derecesine Oranı (χ^2/sd) modelin verilere uygunluğunu belirlemek için kullanılmaktadır. Bu oran iki veya daha küçük ise mükemmel uyum, 2-5 arasında ise kabul edilebilir uyum düzeyindedir. "*Comparative Fit Index*-Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)" nin ve "*Incremental Fit Index*-Fazlalık Uyum İndeksi (IFI)" nin 0,90 ve üzerinde olması kabul edilebilir uyumu, 0,95-1,00 aralığında olması ise mükemmel uyumu göstermektedir. "*Standardized Root Mean Squared Residual*-Standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının karekökü (SRMR)" ve "*Root Mean Square Error of Approximation*-Tahmin hatalarının ortalamasının karekökü (RMSEA)" 0,01-0,05 aralığında ise mükemmel uyumu, 0,10'a kadar kabul edilebilir

model veri uyumunu göstermektedir (Schumacker ve Lomax, 2010; Browne ve Cudeck, 1993). "*Parsimony-Adjusted Measures Index*-Sıkı Normlaştırılmış Uyum İndeksi (PNFI)" ve *"Parsimony Goodness of Fit Index*-Sıkı İyilik Uyum İndeksi (PGFI)" 0,50-0,95 aralığında olması kabul edilebilir uyumu, 0.95'in üzerinde olması ise mükemmel uyumu göstermektedir (Kline, 2011).

3.7.3.2. Kriter Geçerliği

Prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı kavramına yönelik, kriter geçerliğini değerlendirmede kullanılabilecek genel kabul görmüş, kesin bir referans ölçüm aracı bulunmadığından, bu kavramla teorik olarak ilişkili olduğu düşünülen mevcut ölçekler (SOÖ ve PBTÖ) kullanıldı (De Vet vd., 2011). Ölçeklerin ve alt boyutlarının birbiriyle ilişkisi Pearson ve Spearmen kolerasyon analizi kullanılarak değerlendirildi. Pearson ve Spearmen korelasyon katsayısı iki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin gücünü belirlemektedir. İki değişken arasındaki ilişki ne kadar güçlüyse katsayı 1'e veya -1'e o kadar yakındır. Pearson ve Spearmen korelasyon katsayısı 0,39'dan küçük ise zayıf korelasyonu, 0,40 ile 0,69 aralığında ise orta düzey korelasyonu, 0,70 ile 0,89 aralığında ise güçlü korelasyonu, 0,90'dan büyük ise çok güçlü korelasyonu göstermektedir (Schober vd., 2018).

3.7.3.3. Ölçek Güvenirliği (Cronbach Alfa ve McDonald Omega)

Ölçeğin güvenirliğinin değerlendirilmesinde iç tutarlılığı temsil eden Cronbach alfa ve McDonald omega katsayıları hesaplanmaktadır. Bu katsayılar maddelerin aynı özelliği ölçme yeteneğini göstermektedir ve 0,70'ten büyük olmalıdır (Dennick, 2011; Tavakol ve Soysal, 2023).

3.7.3.4. Bilinen Grup Geçerliği

Bilinen grup geçerliğinin değerlendirilmesinde ölçülen özellikle ilişkisi olduğu bilinen bireysel özellikler, ölçek toplam ve alt boyut ortalama puanları ile karşılaştırılmaktadır. Böylece ölçeğin farklı gruplar arasında ayrım yapabilme yeteneği değerlendirilmektedir (Rodrigues vd., 2019). PSOÖ, SOÖ ve PBTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları üzerinden belirli özellikler ile ortalama karşılaştırma testleri yapıldı. Bunun için öncelikle Kolmogorov-Smirnov testi ile ölçeklerin ve alt

boyutlarından normal dağılım varsayımları incelendi. Normal dağılım gösteren verilerde parametrik testler, normal dağılım göstermeyen verilerde parametrik olmayan testler kullanıldı. Grup sayısı iki olan değişkenler/özellikler parametrik testlerden t test istatistiği, parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney-U test istatistiği ile, grup sayısı üç olan değişkenler/özellikler ise parametrik testlerden F test istatistiği, parametrik olmayan testlerden Kruskal-Wallis test istatistiği ile analiz edildi. Anlamlı farklılık saptanan çoklu grup karşılaştırmalarında, varyans homojenliği sağlandığında Tukey testi ile post-hoc analizler yapıldı.

3.8. Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizi *IBM Statistical Package for Social Science (SPSS) Statistics for Windows, Version 21,0 (IBM Corp., 2012)* kullanılarak gerçekleştirildi. Bunun yanı sıra DFA sonuçlarının daha iyi yorumlanabilmesi ve modelin faktör yapısının görsel olarak incelenebilmesi amacıyla *AMOS Version 21,0* (Arbuckle, 2013) programı kullanılarak "*path diagram*-model şeması" oluşturuldu. Analiz sonuçlarından sürekli veriler ortalama (Ort) ve standart sapma (SS); kategorik veriler ise sayı (n) ve yüzde (%) olarak verildi.

Ölçeğin yapı geçerliği AFA ve DFA ile, ölçek güvenirliği Cronbach alfa ve McDonald omega katsayıları hesaplanarak değerlendirildi. Bunun yanı sıra kriter geçerliği için, korelasyon analizlerinde Pearson ve Spearman korelasyon katsayısı hesaplandı. Ayrıca bilinen grup geçerliği için, normal dağılım varsayımları Kolmogorov-Smirnov testi ile test edildi. Normal dağılan veriler için parametrik testler (bağımsız örneklemler t testi, ANOVA), normal dağılmayan veriler için non-parametrik testler (Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis) uygulandı. Anlamlı farklılık saptanan çoklu grup karşılaştırmalarında, varyans homojenliği sağlandığında Tukey testi ile post-hoc analizler yapıldı. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak değerlendirildi.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

PSOÖ'nün Türkçeye uyarlanabilmesi için ölçek sahibinden elektronik ortamda yazılı izin alındı (Ek-6). SOÖ'nün ve PBTÖ'nün Türkçe versiyonlarının araştırmada kullanılabilmesi için yazarlardan izin alındı (Ek-7, Ek-8). Veri toplama aşamasında bilgilendirilmiş onam formu aracılığıyla katılımcıların yazılı onamları alındı (Ek-9). Bu formda, aydınlatılmış onam ilkesi doğrultusunda katılımcılara araştırma hakkında ayrıntılı bilgiler sunuldu ve araştırmada katılımcıların özerkliğine saygı gösterildi, gizlilikleri korundu. Araştırmanın her aşaması Helsinki Bildirgesi'ne uygun bir şekilde yürütüldü. Araştırmanın uygulanabilmesi için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi etik kurulundan (Tarih: 15.10.2024, Sayı: E-84892257-300-312471) ve İl Sağlık Müdürlüğü aracılığıyla hastane yönetiminden (Tarih: 08.11.2024, Sayı: E-55568733-604.01-259000255) izin alındı (Ek-10, Ek-11).

4. BULGULAR

Bu bölümde prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığını değerlendirmek üzere geliştirilen PSOÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenirliği sonuçlarına yer verildi. Çalışmada elde edilen bulgular iki ana başlık altında sunuldu.

4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. PSOÖ'nün Geçerlik ve Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular

4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde 18-49 yaş aralığında olan üreme dönemindeki kadınların sosyodemografik ve sağlık durumu özelliklerine, ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamalarına ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler		**n**	**%**
Yaş, yıl (Ort ± SS: 25,79 ± 6,46)			
Eğitim durumu	Lise ve altı	75	25,1
	Üniversite ve üzeri	224	74,9
Medeni durum	Evli	78	26,1
	Bekar	221	73,9
Gelir getiren bir işte çalışma durumu	Evet	106	35,5
	Hayır	193	64,5
Ekonomik durum algısı	Gelirim giderimden fazla	31	10,4
	Gelirim giderime denk	160	53,5
	Gelirim giderimden az	108	36,1

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 4.1'de belirtildiği üzere, çalışmada katılımcıların yaş ortalamasının 25,79 ± 6,46 (min=18, max=46) olduğu saptandı. Katılımcıların %25,1'i lise ve altı eğitim düzeyine sahip olup, %74,9'u üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların %26,1'i evli ve %73,9'u bekardır. Bunun yanı sıra katılımcıların %35,5'inin gelir getiren bir işte çalıştığı, %64,5'inin ise gelir getiren bir işte çalışmadığı belirlendi. Çalışmada ekonomik durum algısı değerlendirildiğinde, katılımcıların %10,4'ü gelirinin giderinden fazla olduğunu, %53,5'i gelirinin giderine denk olduğunu ve %36,1'i ise gelirinin giderinden eksik olduğunu belirtti (Bkz. Tablo 4.1).

Tablo 4.2 *Katılımcıların Sağlık Durumu Özelliklerinin Dağılımı*

Özellikler		**n**	**%**
Uyku süresi, saat/gün (Ort ± SS: 7,59 ± 1,58)	7,9 saat ve altı	129	43,1
	8-8,9 saat	110	36,8
	9 saat ve üzeri	60	20,1
BKİ, kg/cm^2 (Ort ± SS: 23,88 ± 4,19)	<17,0 (Çok zayıf)	7	2,3
	17,0-18,4 (Zayıf)	14	4,7
	18,5-24,9 (Normal)	182	60,9
	25,0-29,9 (Kilolu)	54	18,1
	≥30,0 (Obez)	42	14,0
Sağlık algısı	Çok iyi	29	9,7
	İyi	163	54,5
	Orta	97	32,4
	Kötü	10	3,3
Son 1 yıldaki gebelik planı	Evet	25	8,4
	Hayır	274	91,6
Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramını duyma durumu	Evet	102	34,1
	Hayır	197	65,9
Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alma durumu	Evet	14	4,7
	Hayır	285	95,3
Yeterli ve dengeli beslenme algısı	Evet	124	41,5
	Hayır	175	58,5
Kronik hastalık varlığı	Evet	51	17,1
	Hayır	248	82,9
Genetik hastalık varlığı	Evet	21	7,0
	Hayır	278	93,0
Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu	Evet	100	33,4
	Hayır	199	66,6
Sigara kullanma durumu	Evet	77	25,8
	Hayır	222	74,2
Alkol kullanma durumu	Evet	25	8,4
	Hayır	274	91,6
Düzenli vitamin ve mineral takviyesi alma durumu	Evet	80	26,8
	Hayır	219	73,2

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, BKİ: Beden Kitle İndeksi

Tablo 4.2'de katılımcıların sağlık durumu ile ilgili özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Bu veriler incelendiğinde, katılımcıların günlük ortalama uyku süresi 7,59 ± 1,58 saat (min = 2, max = 16) olarak belirlendi. Katılımcıların %43,1'i 7,9 saat ve daha az, %36,8'i 8,0–8,9 saat, %20,1'i ise 9 saat ve daha fazla uyumaktadır. Araştırmada BKİ ortalaması 23,91 ± 4,47 kg/m² (min = 14,64, max = 42,79) olarak belirlendi. Katılımcıların %2,3'ünün BKİ çok zayıf, %4,7'sinin BKİ zayıf, %60,9'unun BKİ normal, %18,1'inin BKİ kilolu, %14,0'ünün obez olarak sınıflandırıldı. Katılımcıların sağlık algıları değerlendirildiğinde, %9,7'si sağlığının

çok iyi düzeyde olduğunu, %54,5'i sağlığının iyi düzeyde olduğunu, %32,4'ü sağlığının orta düzeyde olduğunu, %3,3'ü sağlığının kötü düzeyde olduğunu belirtti (Bkz. Tablo 4.2).

Araştırmada katılımcıların %8,4'ünün bir yıl içerisinde gebelik planı olduğu, %91,6'sının bir yıl içerisinde gebelik planı olmadığı saptandı. Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramını duyanların oranı %34,1; prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alanların oranı ise %4,7'si olarak belirlendi. Katılımcıların %41,5'i yeterli ve dengeli beslendiğini düşünmektedir. Kronik hastalık oranı %17,1, genetik hastalık oranı %7,0 olarak saptandı. Katılımcıların %33,4'ünün düzenli fiziksel aktivite yaptığı, %25,8'inin sigara kullandığı ve %8,4'ünün alkol kullandığı belirlendi. Düzenli vitamin ve mineral takviyesi alanların oranı %26,8 olarak tespit edildi (Bkz. Tablo 4.2).

4.2. PSOÖ'nün Geçerlik ve Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular

4.2.1. Kapsam Geçerliğine İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde PSOÖ'nün kapsam geçerliğine ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4.3 *PSOÖ'ye Ait Maddelerin KGO ve KGİ Değerleri*

No	Madde	KGO
M1	Reçete edilen ilaçları nasıl kullanacağınıza dair sağlık çalışanlarının verdiği bilgileri anlayabiliyor musunuz?	0,833
M2	İlaçları nasıl kullanacağınıza dair sağlık çalışanlarının verdiği talimatlara uyuyor musunuz?	0,833
M3	Bir sağlık çalışanının verdiği bilgileri anlamadığınızda, ondan tekrar açıklamasını isteyebiliyor musunuz?	0,833
M4	Sağlık çalışanı seçim yapabileceğiniz birden fazla tedavi yöntemi sunduğunda, her bir tedavinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirebiliyor musunuz?	0,833
M5	Size sunulan bir tanı ya da tedavi konusunda kararsız kaldığınızda, ikinci bir görüş almak istediğinizi sağlık çalışanına söyleyebiliyor musunuz?	1,000
M6	Aile üyelerinizin geçmişte veya şu anda geçirdiği hastalıkları biliyor musunuz?	1,000
M7	Kendi başınıza aldığınız ilaçların açıklayıcı bilgilerini okuyor musunuz?	1,000
M8	Besin açısından dengeli öğünlerle beslenme alışkanlığınız var mı?	0,833
M9	Meyve ve sebze yönünden zengin beslenme alışkanlığınız var mı?	0,833
M10	Bir öğünün besin değerlerinin dengeli olup olmadığını değerlendirebiliyor musunuz?	0,833
M11	Vücudunuz için günlük tüketeceğiniz ideal besin miktarını biliyor musunuz?	0,833
M12	Stresinizi azaltmak için düzenli olarak bir şeyler (örneğin bol bol dinlenmek, egzersiz yapmak, vb.) yapıyor musunuz?	0,833
M13	Stresle baş etmek için kendi yöntemleriniz var mı?	1,000
M14	İçsel yaşamınızı zenginleştiren ve ruhsal durumunuzu iyileştiren aktiviteler (örneğin meditasyon, egzersiz, yürüyüş, yoga vb.) yapıyor musunuz?	0,833
M15	Zorlandığınızda ya da başınız sıkıştığında size yardım edecek biri var mı?	1,000
M16	Vücut Kitle İndeksinizi biliyor musunuz?	1,000
M17	Düzenli aralıklarla kilonuzu ölçüyor musunuz?	1,000
M18	İdeal kilonuzu korumak için çaba gösteriyor musunuz?	1,000
M19	Yaşam tarzıyla ilişkili hastalıkların önlenmesi ya da tedavisi hakkındaki bilgilere kendiniz ulaşabiliyor musunuz?	1,000
M20	Yiyecek satın alırken içerdiği katkı maddelerine dikkat ediyor musunuz?	1,000
M21	Yiyecek satın alırken üretim yerine dikkat ediyor musunuz?	1,000
M22	Günlük olarak hava kirliliği (PM 2.5 vb.) bilgilerine bakıp, kirliliğin yoğun olduğu yerlere gitmekten kaçınıyor musunuz?	1,000
M23	Hiç kendi başınıza aşıların yan etkilerine ilişkin bilgileri araştırdınız mı?	0,833
M24	Yaptırdığınız aşıları kaydetmek ve takip etmek için aşı kartı kullanıyor musunuz?	0,833
M25	Her yıl grip aşısı oluyor musunuz?	1,000
KGİ		**0,920**

KGO: Kapsam Geçerlik Oranı, KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

Çalışmada PSOÖ'nün dil geçerliği aşaması tamamlandıktan sonra elde edilen Türkçe ölçek maddeleri kapsam geçerliği için Lawshe tekniğiyle 12 uzmanın görüşüne sunuldu. Uzman değerlendirmeleri sonucunda her madde için KGO hesaplandı. Analiz sonucunda maddelere ait KGO değerlerinin 0,833-1,000 aralığında değiştiği ve KGİ değerinin 0,920 olduğu belirlendi (Ayre ve Scally, 2014). 12 uzmandan görüş alındığında KGO değerinin 0.667'den büyük olması gerekmektedir. KGO ve KGİ değerlerinin 0.667'nın üzerinde olmasıyla ölçeğin kapsam geçerliği sağlandı. Uzman görüşleri ve önerileri doğrultusunda, ölçek maddeleri düzenlenerek 25 maddeyle bir sonraki aşamaya geçildi (Bkz. Tablo 4.3).

4.2.2. Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular

4.2.2.1. Açımlayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde PSBÖ'nün AFA sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.4 *Ölçeğin Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett Küresellik Test Sonuçları*

Analiz		**Değer**
KMO örnekleme yeterliliğinin ölçümü		0,830
Bartlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare	2343,977
	Serbestlik Derecesi	300
	p değeri	0,000

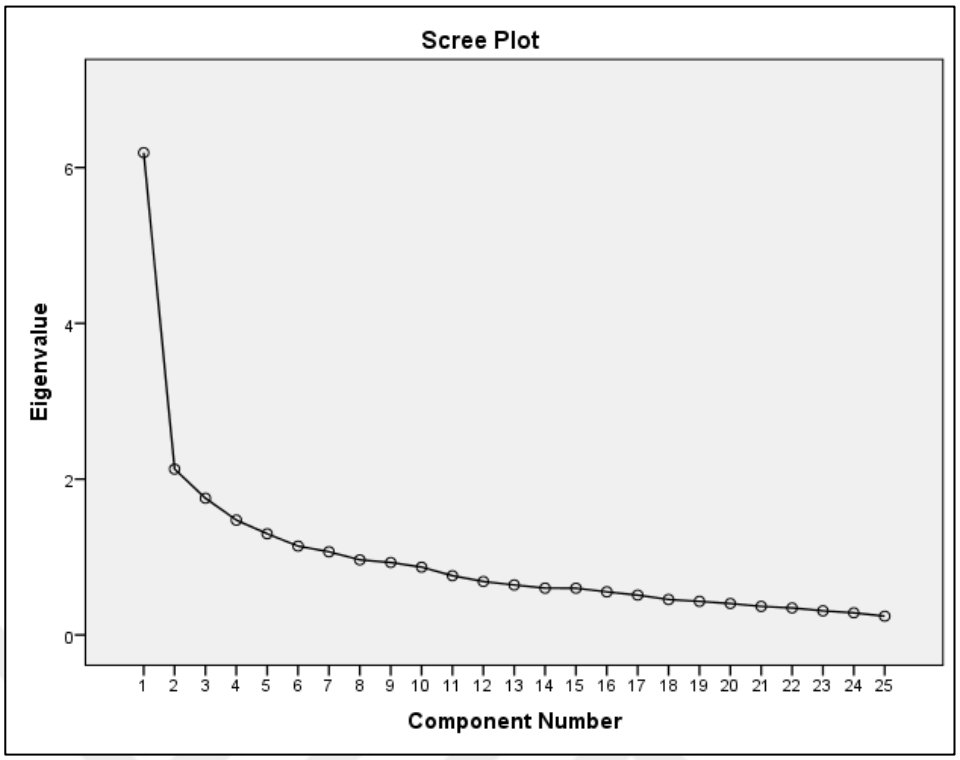
KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

Çalışmada ölçeğinin faktör yapısını belirlemek amacıyla ilk olarak örneklem büyüklüğünün faktörleştirmeye uygunluğunu değerlendirmek ve verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine ilişkin olarak KMO ve Barlett Küresellik Testi değerleri hesaplandı. Temel bileşenler analizinde KMO değeri kabul edilebilir sınır olan 0,70'in üzerinde, 0,830 olarak bulundu. Bu değer, örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğunu belirtmektedir. Analize ilişkin Barlett Küresellik Testi sonucu da anlamlı bulundu ($\chi 2 = 2343,977$; $p<0,000$) ve AFA'ya geçildi (Bkz. Tablo 4.4).

Tablo 4.5 *Ölçeğin Faktör Yapısı, Toplam Korelasyon Değerleri ve Faktör Yükleri*

Faktör	Madde no	Toplam Korelasyon	Faktör Yükü
Birinci faktör (Uygun tıbbi muayeneler)	M1	0,179	0,640
	M2	0,190	0,650
	M3	0,155	0,475
	M4	0,351	0,531
	M5	0,328	0,613
	M6	0,230	0,452
	M7	0,329	0,572
İkinci faktör (Uygun diyet)	M8	0,639	0,406
	M9	0,459	0,402
	M10	0,545	0,468
	M11	0,640	0,404
Üçüncü faktör (Stresle baş etme)	M12	0,539	0,842
	M13	0,484	0,792
	M14	0,507	0,859
	M15	0,211	0,714
Dördüncü faktör (Sağlıklı kilo)	M16	0,391	0,680
	M17	0,346	0,809
	M18	0,499	0,482
	M19	0,536	0,409
Beşinci faktör (Güvenli yaşam ortamı)	M20	0,552	0,818
	M21	0,437	0,843
	M22	0,476	0,522
Altıncı faktör (Aşılar)	M23	0,538	0,521
	M24	0,448	0,690
	M25	0,292	0,755

Çalışmada PSOÖ'nün faktör yapısını, toplam korelasyon değerlerini, faktör yüklerini elde etmek için AFA yapıldı. Faktör analizinde 25 maddenin özdeğeri 1 olacak şekilde Temel Bileşenler Analizi öncelikli olmak üzere *"direct oblimum"* döndürmesi gerçekleştirildi. Faktör yüklerinin 0,402-0,859 aralığında değiştiği belirlendi. Bu değerlerin 0,40 olan kabul edilebilir değerin üzerinde olmasıyla 25 maddeden oluşan ölçekte, altı faktörlü bir yapı belirlendi (Bkz. Tablo 4.5).



Şekil 4.1 *Faktörlerin Dağılım Çizelgesi (Yamaç Birikinti Grafiği)*

AFA sonuçlarına ilişkin Yamaç birikinti grafiğinde, altı keskin kırılma noktası olduğu görüldü. Bu bulgu altı faktörlü yapıyı işaret etmektedir (Bkz. Şekil 4.1).

Tablo 4.6 *Ölçeğin ve Faktörlerin Varyans Değerleri*

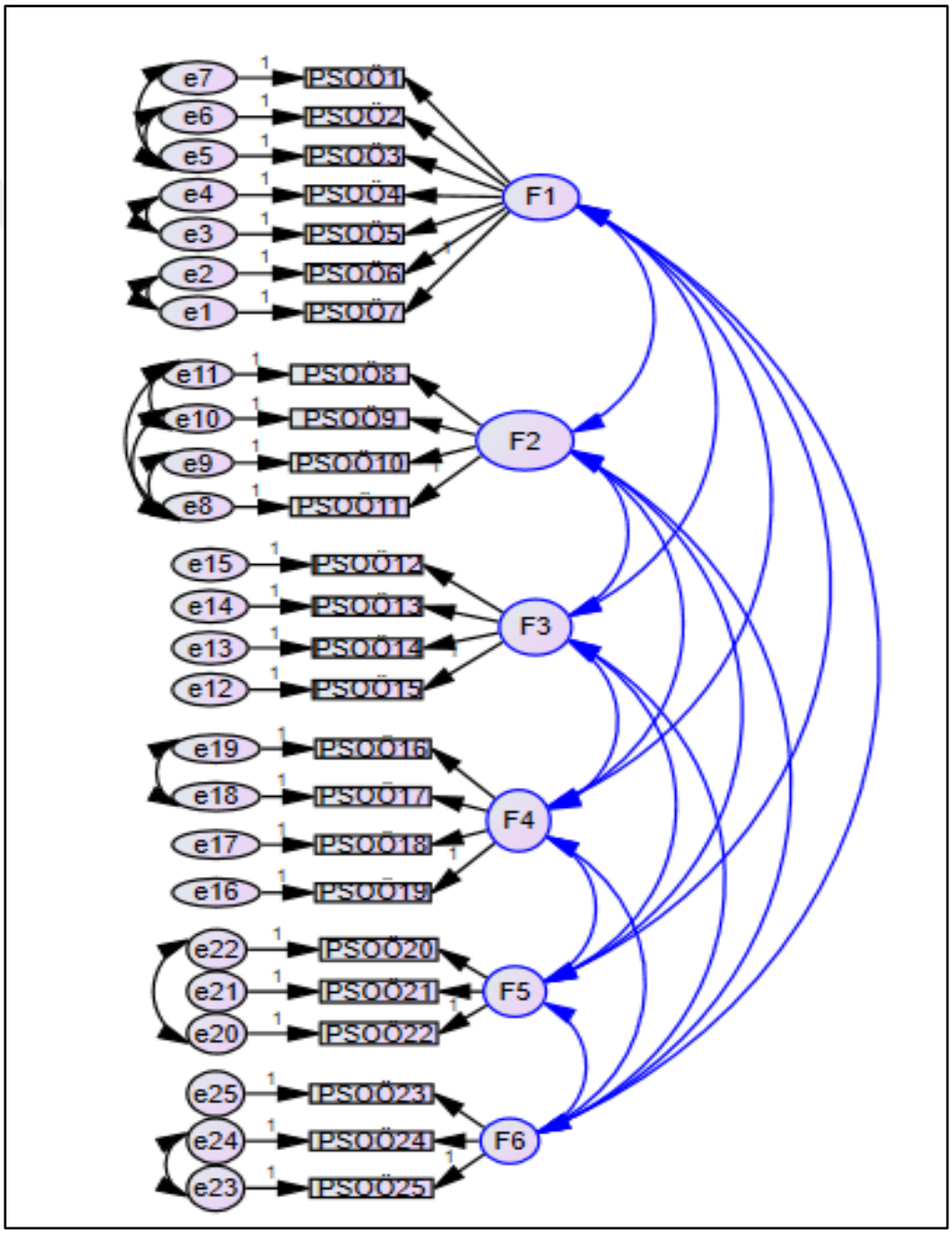
Ölçek ve faktörler	**Açıklanan Varyans**
Birinci faktör (Uygun tıbbi muayeneler)	24,765
İkinci faktör (Uygun diyet)	8,515
Üçüncü faktör (Stresle baş etme)	7,018
Dördüncü faktör (Sağlıklı kilo)	5,896
Beşinci faktör (Güvenli yaşam ortamı)	5,195
Altıncı faktör (Aşılar)	4,560
PSOÖ	55,948

AFA kapsamında gerçekleştirilen direct oblimum döndürme işlemi sonrasında altı faktörlü ve 25 maddeli yapı ortaya çıktı. AFA'da toplam varyansı açıklama oranının 0,40 ve üzerinde olması ölçütü esas alındı. Ölçeğin alt boyutlarını oluşturan faktörlerden birinci faktör (Uygun tıbbi muayeneler) ortak varyansın %24,765'ini, ikinci faktör (Uygun diyet) ortak varyansın %8,515'ini, üçüncü faktör (Stresle baş etme) %7,018'ini, dördüncü faktör (Sağlıklı kilo) %5,896'sını, beşinci faktör (Güvenli yaşam ortamı) %5,195'ini ve altıncı faktör (Aşılar) %4,560'ını açıkladı. AFA

sonucunda altı faktörlü yapının toplam varyansın %55,948'ini açıkladığı hesaplandı ve açıklanan varyansın 0,40'ın üzerinde olmasıyla AFA tamamlandı (Bkz. Tablo 4.6).

4.2.2.2. Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Çalışmada AFA ile belirlenen 25 maddeli ve altı faktörlü yapı DFA ile doğrulandı. Bu bölümde PSOÖ'nün DFA sonuçlarına yer verildi.



Şekil 4.2 *PSOÖ'ye Ait Path Diagramı*

Şekil 4.2'de görüldüğü üzere, DFA sürecinde bazı maddeler arasında kovaryans tanımlandı. Bu düzenlemeler, AMOS programı tarafından önerilen modifikasyon indeksleri dikkate alınarak yapıldı. Kovaryanslar yalnızca aynı alt boyut içerisinde yer alan maddeler arasında oluşturuldu. Farklı alt boyutlara ait maddeler arasında kovaryans tanımlanmadı. Bu kapsamda E1–E3, E3–E4, E5–E6, E5–E7, E8–E9, E8–E10, E8–E11, E10–E11, E18–E19, E20–E22 ve E23–E24 maddeleri arasında çift yönlü kovaryans ilişkileri kuruldu (Bkz. Şekil 4.2).

Tablo 4.7 *PSOÖ'ye Ait Uyum İndeksleri*

Uyum indeksleri	**Değer**	**Önerilen değerler**
Ki-Kare'nin Serbestlik Derecesine Oranı (χ^2/sd)	1,851	<2 (Mükemmel uyum) 2-5 (Kabul edilebilir uyum)
Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index-CFI)	0,909	≥0.90 (Kabul edilebilir uyum) 0.95-1.00 (Mükemmel uyum)
Fazlalık Uyum İndeksi (Incremental Fit Index-IFI)	0,902	
Standartlaştırılmış Hata Kareleri Ortalamasının Karekökü (Standardized Root Mean Squared Residual-SRMR)	0,045	0.01-0.05 (Mükemmel uyum) <0.10 (Kabul edilebilir uyum) ≤0,08 (Önerilen)
Tahmin Hatalarının Ortalamasının Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation-RMSEA)	0,053	
Sıkı Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Parsimony-Adjusted Measures Index-PNFI)	0,672	0.50-0.95 (Kabul edilebilir uyum) >0.95 (Mükemmel uyum)
Sıkı İyilik Uyum İndeksi (Parsimony Goodness-of-Fit Index-PGFI)	0,683	

Çalışmada DFA kapsamında model uyum indeksleri hesaplandı. Elde edilen değerlerin kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer aldığı görüldü. Modelin Ki-Kare değeri 460,983 olup, Serbestlik Derecesi 249 olarak hesaplandı. Buna göre χ^2/sd oranı 1,851'dir. Bu oranın 2'den küçük olması mükemmel uyumu göstermektedir. Diğer uyum indekslerinden CFI=0,909 ve IFI=0,902 olarak belirlendi. Çalışmada hesaplanan uyum indekslerinden SRMR=0,045 ve RMSEA=0,053 olarak belirlendi. Ayrıca diğer uyum indekslerinden PNFI=0,672 ve PGFI=0,683 olarak bulundu (Bkz. Tablo 4.7).

Çalışmada hesaplanan tüm uyum indekslerinin literatürde belirtilen eşik değerlere uygun olması, model uyumunun kabul edilebilir sınırlar içinde olduğunu ve analiz edilen yapının yeterli düzeyde doğrulandığını ortaya koydu. Ayrıca tüm bu

değerler ilgili modelin örneklem verisiyle uyumlu olduğunu ve ölçüm modelinin yeterli düzeyde yapı geçerliğine sahip olduğunu gösterdi.

4.2.3. Kriter Geçerliğine İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde PSOÖ, SOÖ, PBTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki korelasyonlar incelenerek değerlendirilen kriter geçerliğine ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4.8 *Katılımcıların Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı*

Ölçek ve alt boyutları	Ort	SS	Min	Max
PSOÖ	49,08	11,06	25,00	85,00
Uygun tıbbi muayeneler	9,64	2,60	7,00	21,00
Uygun diyet	8,29	2,92	4,00	16,00
Stresle baş etme	7,88	2,84	4,00	16,00
Sağlıklı kilo	7,34	2,63	4,00	16,00
Güvenli yaşam ortamı	7,31	2,56	3,00	12,00
Aşılar	8,62	2,45	3,00	12,00
SOÖ	103,74	24,83	25,00	125,00
Bilgiye erişim	21,25	5,42	5,00	25,00
Bilgileri anlama	29,19	7,29	7,00	35,00
Değerlendirme	32,94	8,23	8,00	40,00
Uygulama	20,36	5,29	5,00	25,00
PBTÖ	201,69	14,47	131,00	215,00
1. alt boyut	48,28	3,43	31,00	50,00
2. alt boyut	32,25	3,38	15,00	35,00
3. alt boyut	23,31	2,33	14,00	25,00
4. alt boyut	37,46	3,20	24,00	40,00
5. alt boyut	22,80	2,80	11,00	25,00
6. alt boyut	23,00	2,69	12,00	25,00
7. alt boyut	14,60	1,19	7,00	15,00

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, PSOÖ: Prekonsepsiyonel Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği, 1. alt boyut: Prekonsepsiyonel sağlığı koruma ve geliştirmeye ilişkin tutumlar, 2. alt boyut: Doğurganlığın planlanmasına ilişkin tutumlar, 3. alt boyut: Çocuk sahibi olmadan önceki yaşam koşullarına ilişkin tutumlar, 4. alt boyut: Prekonsepsiyonel risk faktörlerine ilişkin tutumlar, 5. alt boyut: Prekonsepsiyonel sağlık davranışlarına ilişkin tutumlar, 6. alt boyut: Prekonsepsiyonel dönemde kaçınılması gereken davranışlar, 7. alt boyut: Prekonsepsiyonel sağlığa ilişkin duyarlılık durumu

Tablo 4.8'de katılımcıların PSOÖ, SOÖ ve PBTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır. Katılımcıların PSOÖ toplam puan ortalaması 49,08 ± 11,06 (min=25, max=85) olarak belirlendi. PSOÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; katılımcıların Uygun tıbbi muayeneler alt boyut puan ortalaması 9,64 ± 2,60 (min=7, max=21), Uygun diyet alt boyut puan ortalaması 8,29 ± 2,92 (min=4,

max=16), Stresle baş etme alt boyut puan ortalaması 7,88 ± 2,84 (min=4, max=16), Sağlıklı kilo alt boyut puan ortalaması 7,34 ± 2,63 (min=4, max=16), Güvenli yaşam ortamı alt boyut puan ortalaması 7,31 ± 2,56 (min=3, max=12) ve Aşılar alt boyut puan ortalaması 8,62 ± 2,45 (min=3, max=12) olarak tespit edildi (Bkz. Tablo 4.8).

Katılımcıların SOÖ toplam puan ortalaması 103,74 ± 24,83 (min=25, max=125) olarak bulundu. Çalışmada Bilgiye erişim alt boyut puan ortalaması 21,25 ± 5,42 (min=5, max=25), Bilgileri anlama alt boyut puan ortalaması 29,19 ± 7,29 (min=7, max=35), Değerlendirme alt boyut puan ortalaması 32,94 ± 8,23 (min=8, max=40) ve Uygulama alt boyut puan ortalaması 20,36 ± 5,29 (min=5, max=25) olarak saptandı (Bkz. Tablo 4.8).

Araştırmada katılımcıların PBTÖ toplam puan ortalamasının 201,69 ± 14,47 (min=131, max=215) olduğu belirlendi. PBTÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; Prekonsepsiyonel sağlığı koruma ve geliştirmeye ilişkin tutumlar alt boyut puan ortalaması 48,28 ± 3,43 (min=31, max=50), Doğurganlığın planlanmasına ilişkin tutumlar alt boyut puan ortalaması 32,25 ± 3,38 (min=15, max=35), Çocuk sahibi olmadan önceki yaşam koşullarına ilişkin tutumlar alt boyut puan ortalaması 23,31 ± 2,33 (min=14, max=25), Prekonsepsiyonel risk faktörlerine ilişkin tutumlar alt boyut puan ortalaması 37,46 ± 3,20 (min=24, max=40), Prekonsepsiyonel sağlık davranışlarına ilişkin tutumlar alt boyut puan ortalaması 22,80 ± 2,80 (min=11, max=25), Prekonsepsiyonel dönemde kaçınılması gereken davranışlar alt boyut puan ortalaması 23,00 ± 2,69 (min=12, max=25), Prekonsepsiyonel sağlığa ilişkin duyarlılık durumu alt boyut puan ortalaması 14,60 ± 1,19 (min=7, max=15) olarak tespit edildi (Bkz. Tablo 4.8).

Tablo 4.9 *PSOÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları*

Ölçek ve alt boyutlar		**Ölçek ve alt boyutlar**						
		Uygun tıbbi muayeneler	Uygun diyet	Stresle baş etme	Sağlıklı kilo	Güvenli yaşam ortamı	Aşılar	**PSOÖ**
Uygun tıbbi muayeneler	r	-						
	p	-						
Uygun diyet	r	0,373**	-					
	p	0,000	-					
Stresle baş etme	r	0,303**	0,506**	-				
	p	0,000	0,000	-				
Sağlıklı kilo	r	0,303**	0,539**	0,428**	-			
	p	0,000	0,000	0,000	-			
Güvenli yaşam ortamı	r	0,195*	0,464**	0,327**	0,342**	-		
	p	0,001	0,000	0,000	0,000	-		
Aşılar	r	0,262**	0,367**	0,253**	0,393**	0,486**	-	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	-	
PSOÖ	r	0,563**	0,791**	0,677**	0,731**	0,663**	0,645**	-
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	-

PSOÖ: Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, r: Spearman korelasyon katsayısı
*p<0,05
**p<0,001

Tablo 4.9'da PSOÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Uygun tıbbı muayeneler alt boyut puan ortalaması ile PSOÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönlü, orta düzey istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (r=0,563; p=0,000). Uygun tıbbı muayeneler alt boyut puan ortalaması ile diğer alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu belirlendi (p<0,001) (Bkz. Tablo 4.9).

Uygun diyet alt boyut puan ortalaması ile PSOÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (r=0,791; p=0,000). Uygun diyet alt boyut puan ortalaması ile Stresle baş etme, Sağlıklı kilo, Güvenli yaşam ortamı alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, orta düzey; Aşılar alt boyut puan ortalaması arasında pozitif yönlü, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p<0,001) (Bkz. Tablo 4.9).

Stresle baş etme alt boyut puan ortalaması ile PSOÖ toplam ve Sağlıklı kilo alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p<0,001$). Stresle baş etme alt boyut puan ortalaması ile Güvenli yaşam ortamı ve Aşılar alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edildi ($p<0,001$) (Bkz. Tablo 4.9).

Sağlıklı kilo alt boyut puan ortalaması ile PSOÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0,731$; $p=0,000$). Sağlıklı kilo alt boyut puan ortalaması ile Güvenli yaşam ortamı ve Aşılar alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p<0,001$) (Bkz. Tablo 4.9).

Güvenli yaşam ortamı alt boyut puan ortalaması ile PSOÖ toplam ve Aşılar alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, orta düzey, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,001$). Bunun yanı sıra Aşılar alt boyut puan ortalaması ile PSOÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönlü, orta düzey, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($r=0,645$; $p=0,000$) (Bkz. Tablo 4.9).

PSOÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında bulunan pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler kriter geçerliğinin sağlandığını göstermektedir.

Tablo 4.10 *PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları*

Ölçek ve alt boyutlar		**Ölçek ve alt boyutlar**						
		Uygun tıbbi muayeneler	Uygun diyet	Stresle baş etme	Sağlıklı kilo	Güvenli yaşam ortamı	Aşılar	**PSOÖ**
Bilgiye erişim	r	-0,288**	-0,289**	-0,229**	-0,307**	-0,180**	-0,147*	-0,361**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,011	0,000
Bilgileri anlama	r	-0,326**	-0,286**	-0,205**	-0,267**	-0,178**	-0,185**	-0,361**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002	0,001	0,000
Değerlen dirme	r	-0,342**	-0,305**	-0,234**	-0,256**	-0,232**	-0,196**	-0,388**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000
Uygulama	r	-0,275**	-0,319**	-0,224**	-0,196**	-0,174**	-0,114*	-0,326**
	p	0,000	0,000	0,000	0,001	0,003	0,050	0,000
SOÖ	r	-0,354**	-0,345**	-0,269**	-0,290**	-0,234**	-0,190**	-0,418**
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000
1. alt boyut	r	-0,259**	-0,238**	-0,177**	-0,156**	-0,087	-0,041	-0,255**
	p	0,000	0,000	0,002	0,007	0,134	0,480	0,000
2. alt boyut	r	-0,165**	-0,037	-0,131*	-0,106	0,047	0,068	-0,091
	p	0,004	0,522	0,024	0,066	0,413	0,243	0,116
3. alt boyut	r	-0,166**	-0,115*	-0,205**	-0,113	-0,009	0,020	-0,158**
	p	0,004	0,047	0,000	0,051	0,873	0,727	0,006
4. alt boyut	r	-0,213**	-0,171**	-0,143*	-0,223**	-0,086	-0,121*	-0,244**
	p	0,000	0,003	0,013	0,000	0,138	0,037	0,000
5. alt boyut	r	-0,221**	-0,102	-0,145*	-0,097	-0,078	-0,057	-0,186**
	p	0,000	0,077	0,012	0,095	0,179	0,326	0,001
6. alt boyut	r	-0,219**	-0,179**	-0,134*	-0,158**	-0,199**	-0,164**	-0,270**
	p	0,000	0,002	0,021	0,006	0,001	0,004	0,000
7. alt boyut	r	-0,262**	-0,091	-0,134*	-0,081	0,041	-0,008	-0,135*
	p	0,000	0,114	0,020	0,160	0,477	0,894	0,020
PBTÖ	r	-0,254**	-0,183**	-0,234**	-0,205**	-0,094	-0,076	-0,275**
	p	0,000	0,001	0,000	0,000	0,105	0,192	0,000

PSOÖ: Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği, r: Spearmen korelasyon katsayısı, 1. alt boyut: Prekonsepsiyonel sağlığı koruma ve geliştirmeye ilişkin tutumlar, 2. alt boyut: Doğurganlığın planlanmasına ilişkin tutumlar, 3. alt boyut: Çocuk sahibi olmadan önceki yaşam koşullarına ilişkin tutumlar, 4. alt boyut: Prekonsepsiyonel risk faktörlerine ilişkin tutumlar, 5. alt boyut: Prekonsepsiyonel sağlık davranışlarına ilişkin tutumlar, 6. alt boyut: Prekonsepsiyonel dönemde kaçınılması gereken davranışlar, 7. alt boyut: Prekonsepsiyonel sağlığa ilişkin duyarlılık durumu

*p<0,05

**p<0,001

Tablo 4.10'da PSOÖ, SOÖ, PBTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. PSOÖ ve SOÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönlü, orta düzey, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (r=-0,418; p=0,000). Benzer şekilde PSOÖ ve PBTÖ toplam puan

ortalamaları arasında da negatif yönlü, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (r=-0,275; p=0,000) (Bkz. Tablo 4.10).

PSOÖ Uygun tıbbi muayeneler alt boyut puan ortalaması ile SOÖ, PBTÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlendi (p<0,001) (Bkz. Tablo 4.10).

PSOÖ Uygun diyet alt boyut puan ortalaması ile PBTÖ Prekonsepsiyonel sağlığı koruma ve geliştirmeye ilişkin tutumlar, Doğurganlığın planlanmasına ilişkin tutumlar ve Prekonsepsiyonel sağlığa ilişkin duyarlılık durumu alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken (p>0,05), Uygun diyet alt boyut puan ortalaması ile ölçeklerin toplam ve diğer tüm alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (p<0,001) (Bkz. Tablo 4.10).

PSOÖ Stresle baş etme alt boyut puan ortalaması ile SOÖ, PBTÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlendi (p<0,001) (Bkz. Tablo 4.10).

PSOÖ Sağlıklı kilo alt boyut puan ortalaması ile PBTÖ Doğurganlığın planlanmasına ilişkin tutumlar, Çocuk sahibi olmadan önceki yaşam koşullarına ilişkin tutumlar, Prekonsepsiyonel sağlık davranışlarına ilişkin tutumlar, ve Prekonsepsiyonel sağlığa ilişkin duyarlılık durumu alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken (p>0,05), Sağlıklı kilo alt boyut puan ortalaması ile ölçeklerin toplam ve diğer tüm alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (p<0,05) (Bkz. Tablo 4.10).

PSOÖ Güvenli yaşam ortamı alt boyut puan ortalaması ile SOÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (p<0,05). Güvenli yaşam ortamı alt boyut puan ortalaması ile PBTÖ Prekonsepsiyonel dönemde kaçınılması gereken davranışlar alt boyutu puan ortalaması arasında negatif yönlü, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken (r=-0,199; p=0,001), PBTÖ toplam ve diğer alt boyut puan ortalamaları

arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı belirlendi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.10).

PSOÖ Aşılar alt boyut puan ortalaması ile SOÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (p<0,05). Aşılar alt boyut puan ortalaması ile PBTÖ'nün Prekonsepsiyonel risk faktörlerine ilişkin tutumlar, Prekonsepsiyonel dönemde kaçınılması gereken davranışlar alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken (p<0,05), PBTÖ toplam ve diğer alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı belirlendi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.10).

PSOÖ ile SOÖ, PBTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler kriter geçerliğinin sağlandığının kanıtı niteliğindedir.

4.2.4. Ölçek Güvenirliğine İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde PSOÖ'nün iç tutarlığına ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4.11 *Ölçek ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa ve Mcdonald Omega Değerleri*

Ölçek ve alt boyutlar	Cronbach Alfa	Mcdonald Omega
Uygun tıbbi muayeneler	0,634	0,654
Uygun diyet	0,792	0,793
Stresle baş etme	0,714	0,736
Sağlıklı kilo	0,642	0,653
Güvenli yaşam ortamı	0,745	0,764
Aşılar	0,652	0,677
PSOÖ	0,867	0,863

PSOÖ: Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Tablo 4.11'de PSOÖ'nün güvenirliğinin değerlendirilmesinde iç tutarlılığı temsil eden Cronbach alfa ve McDonald omega katsayıları yer almaktadır. Çalışmada maddelerin aynı özelliği ölçme yeteneğini gösteren bu katsayılar birbirine yakın değerler olarak bulundu. Ölçek toplam Cronbach alfa ve McDonald omega

katsayılarının sırasıyla 0,867 ve 0,863 olduğu saptandı. Bu değerler 0,70'in üzerinde olup, ölçeğin yüksek güvenirliğe sahip olduğunu göstermektedir (Bkz. Tablo 4.11).

PSOÖ'nün alt boyutlarına ait Cronbach alfa ve McDonald omega katsayıları incelendiğinde, Uygun tıbbi muayeneler alt boyutuna ait değerler sırasıyla 0,634 ve 0,654; Sağlıklı kilo alt boyutuna ait değerler sırasıyla 0,642 ve 0,653; Aşılar alt boyutuna ait değerler sırasıyla 0,652 ve 0,677 olarak belirlendi. Bu sonuçlar bu alt boyutların oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra ölçeğin diğer alt boyutlarına ait Cronbach alfa ve McDonald omega katsayıları incelendiğinde, Uygun diyet alt boyutuna ait değerler sırasıyla 0,792 ve 0,793; Stresle baş etme alt boyutuna ait değerler sırasıyla 0,714 ve 0,736; Güvenli yaşam ortamı alt boyutuna ait değerler sırasıyla 0,745 ve 0,764 olarak hesaplandı. Bu sonuçlar bu alt boyutların yüksek güvenilirlikte olduğunu göstermektedir. Ölçek ve alt boyutlarına ait güvenirlik katsayılarına göre PSOÖ yeterli iç tutarlılığa sahip olup, ölçek ile güvenilir veriler elde edilebilmektedir (Bkz. Tablo 4.11).

4.2.5. Bilinen Grup Geçerliğine İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle ölçeklerin ve alt boyutlarının normallik varsayımlarına yer verildi. Sonrasında 18-49 yaş aralığıda olan üreme dönemindeki kadınların sosyodemografik ve sağlık durumu özellikleri ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunuldu.

Çalışmanın bilinen grup geçerliğine ilişkin bulguları, katılımcıların sosyodemografik ve sağlık durumu özelliklerinin PSOÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile karşılaştırma sonuçlarını içermektedir. Katılımcıların sosyodemografik ve sağlık durumu özelliklerinden medeni durum, BKİ, sigara kullanma durumu, düzenli fiziksel aktivite yapma durumu, yeterli ve dengeli beslenme algısı, sağlık algısı, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramını duyma durumu, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alma durumu gibi değişkenlerinin PSOÖ toplam puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Bu sonuçlar, PSOÖ'nün bilinen grup geçerliğini destekler niteliktedir.

4.2.5.1. Ölçeklerin ve Alt Boyutlarının Normallik Varsayımları

Çalışmada öncelikle ölçeklerin ve alt boyutlarının normallik varsayımları yapıldı.

Tablo 4.12 *PSOÖ'nün Normallik Test Sonuçları*

Analiz	**Ölçek ve alt boyutlar**						
	Uygun tıbbi muayeneler	Uygun diyet	Stresle baş etme	Sağlıklı kilo	Güvenli yaşam ortamı	Aşılar	**PSOÖ**
Ortalama	9,64	8,29	7,88	7,34	7,31	8,62	49,08
Standart Sapma	2,60	2,92	2,84	2,63	2,56	2,45	11,06
Kolmogorov Smirnov Testi	3,03	2,05	1,85	2,21	1,72	2,38	0,62
p değeri	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,200

PSOÖ: Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak PSOÖ ve alt boyutlarının normal dağılım varsayımları incelendi. PSOÖ'nün normal dağılımdan geldiği ($p>0,05$), tüm alt boyutlarının ise normal dağılımdan gelmediği belirlendi ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.12). Bu yüzden PSOÖ toplam puanı ile yapılan analizlerde parametrik testler, alt boyut puanları ile yapılan analizlerde parametrik olmayan testler kullanıldı. Grup sayısı iki olan değişkenler/özellikler parametrik testlerden t test istatistiği, parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney-U test istatistiği ile, grup sayısı üç ve üzerinde olan değişkenler/özellikler ise parametrik testlerden F test istatistiği, parametrik olmayan testlerden Kruskal-Wallis test istatistiği ile analiz edildi.

Tablo 4.13 *SOÖ'nün Normallik Test Sonuçları*

Analiz	**Ölçek ve alt boyutlar**				
	Bilgiye erişim	Bilgileri anlama	Değerlendirme	Uygulama	**SOÖ**
Ortalama	21,25	29,19	32,94	20,36	103,74
Standart Sapma	5,42	7,29	8,23	5,29	24,83
Kolmogorov Smirnov Testi	4,22	3,68	3,42	3,29	3,49
p değeri	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak SOÖ ve alt boyutlarının normal dağılım varsayımları incelendi. SOÖ ve tüm alt boyutlarının normal dağılımdan gelmediği belirlendi ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.13). Bu yüzden SOÖ ve alt boyutları ile yapılan analizlerde parametrik olmayan testler kullanıldı. Grup sayısı iki olan

değişkenler/özellikler parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney-U test istatistiği ile, grup sayısı üç ve üzerinde olan değişkenler/özellikler ise parametrik olmayan testlerden Kruskal-Wallis test istatistiği ile analiz edildi.

Tablo 4.14 *PBTÖ'nün Normallik Test Sonuçları*

Analiz	Ölçek ve alt boyutlar							
	1. alt boyut	2. alt boyut	3. alt boyut	4. alt boyut	5. alt boyut	6. alt boyut	7. alt boyut	PBTÖ
Ortalama	48,28	32,25	23,31	37,46	22,80	23,00	14,60	201,69
Standart Sapma	3,43	3,38	2,33	3,20	2,80	2,69	1,19	14,47
Kolmogorov Smirnov Testi	5,67	3,60	4,62	3,79	3,73	4,10	8,26	3,16
p değeri	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği, 1. alt boyut: Prekonsepsiyonel sağlığı koruma ve geliştirmeye ilişkin tutumlar, 2. alt boyut: Doğurganlığın planlanmasına ilişkin tutumlar, 3. alt boyut: Çocuk sahibi olmadan önceki yaşam koşullarına ilişkin tutumlar, 4. alt boyut: Prekonsepsiyonel risk faktörlerine ilişkin tutumlar, 5. alt boyut: Prekonsepsiyonel sağlık davranışlarına ilişkin tutumlar, 6. alt boyut: Prekonsepsiyonel dönemde kaçınılması gereken davranışlar, 7. alt boyut: Prekonsepsiyonel sağlığa ilişkin duyarlılık durumu

Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak PBTÖ ve alt boyutlarının normal dağılım varsayımları incelendi. PBTÖ ve tüm alt boyutlarının normal dağılımdan gelmediği belirlendi ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.14). Bu yüzden PBTÖ ve alt boyutları ile yapılan analizlerde parametrik olmayan testler kullanıldı. Grup sayısı iki olan değişkenler/özellikler parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney-U test istatistiği ile, grup sayısı üç ve üzerinde olan değişkenler/özellikler ise parametrik olmayan testlerden Kruskal-Wallis test istatistiği ile analiz edildi.

4.2.5.2. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde katılımcıların sosyodemografik ve sağlık durumu özellikleri ile ölçeklerin toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4.15 *Eğitim Durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Ölçek ve alt boyutları	Eğitim durumu	Ort	SS	MWU testi / t testi	p	EB
PSOÖ	Lise ve altı	49,07	11,44	- / -0,009	0,993	0,013
	Üniversite ve üzeri	49,08	10,95			
Uygun tıbbi muayeneler	Lise ve altı	10,07	2,92	7420,5 / -	0,125	0,089
	Üniversite ve üzeri	9,49	2,47			
Uygun diyet	Lise ve altı	8,41	2,67	7975,0 / -	0,509	0,038
	Üniversite ve üzeri	8,25	3,00			
Stres	Lise ve altı	7,83	3,09	8090,0 / -	0,630	0,028
	Üniversite ve üzeri	7,90	2,76			
Sağlıklı kilo	Lise ve altı	7,57	2,48	7696,5 / -	0,274	0,063
	Üniversite ve üzeri	7,26	2,67			
Güvenli yaşam ortamı	Lise ve altı	6,68	2,67	6832,0 / -	0,015*	0,141
	Üniversite ve üzeri	7,53	2,49			
Aşılar	Lise ve altı	8,51	2,72	8368,5 / -	0,961	0,003
	Üniversite ve üzeri	8,65	2,35			
SOÖ	Lise ve altı	100,43	28,40	7843 / -	0,390	0,050
	Üniversite ve üzeri	104,85	23,47			
PBTÖ	Lise ve altı	198,68	18,23	7637,0 / -	0,238	0,068
	Üniversite ve üzeri	202,70	12,86			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, MWU: Mann-Whitney-U Testi, EB: Etki büyüklüğü, PSOÖ: Preskonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği
*p<0,05

Tablo 4.15'de katılımcıların eğitim durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ toplam ve PSOÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları yer almaktadır. Katılımcıların eğitim durumu ile PSOÖ Güvenli yaşam ortamı alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (U=6832,0; p=0,015, EB = 0,141). Lise ve altı eğitim düzeyine sahip katılımcıların PSOÖ Güvenli yaşam ortamı alt boyut puan ortalamasının üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi. Katılımcıların eğitim durumuna göre PSOÖ toplam ve diğer alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.15).

Eğitim durumu ile SOÖ ve PBTÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.15).

Tablo 4.16 *Medeni Durum ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Ölçek ve alt boyutları	Medeni durum	Ort	SS	MWU testi / t testi	p	EB
PSOÖ	Evli	46,78	11,27	- / -2,145	0,033*	0,119
	Bekar	49,89	10,89			
Uygun tıbbi muayeneler	Evli	9,00	1,97	7240,0 / -	0,033*	0,123
	Bekar	9,86	2,76			
Uygun diyet	Evli	7,63	2,85	7065,0 / -	0,017*	0,138
	Bekar	8,52	2,91			
Stresle baş etme	Evli	8,18	3,21	8172,5 / -	0,494	0,040
	Bekar	7,77	2,70			
Sağlıklı kilo	Evli	7,09	2,69	7893,0 / -	0,265	0,064
	Bekar	7,43	2,60			
Güvenli yaşam ortamı	Evli	6,45	2,57	6386,0 / -	0,001*	0,198
	Bekar	7,62	2,49			
Aşılar	Evli	8,44	2,57	8205,5 / -	0,525	0,037
	Bekar	8,68	2,41			
SOÖ	Evli	103,33	27,75	8080,0	0,411	0,048
	Bekar	103,89	23,77			
PBTÖ	Evli	200,79	13,71	7733,0	0,176	0,078
	Bekar	202,00	14,75			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, MWU: Mann-Whitney-U Testi, EB: Etki büyüklüğü, PSOÖ: Preskonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği
*p<0,05

Tablo 4.16'da katılımcıların medeni durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ toplam ve PSOÖ alt boyut puan ortalamalarının analiz sonuçları belirtilmektedir. Evli katılımcıların PSOÖ toplam puan ortalamalarının bekar katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu tespit edildi (t=-2,145; p=0,033, EB= 0,119). Medeni duruma göre PSOÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, Uygun tıbbi muayeneler (U=7240,0; p=0,033, EB= 0,123), Uygun diyet (U=7065,0; p=0,017, EB=0,138) ve Güvenli yaşam ortamı (U=6386,0; p=0,001, EB=0,198) alt boyut puan ortalamaları bekar katılımcılara göre evli katılımcılarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulundu. Katılımcıların PSOÖ'nün diğer alt boyut puan ortalamalarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi (Bkz. Tablo 4.16).

Bulgular katılımcıların medeni durumlarının SOÖ ve PBTÖ toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığını gösterdi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.16).

Tablo 4.17 *Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Ölçek ve alt boyutları	G.G.İ.Ç. durumu	Ort	SS	MWU testi / t testi	p	EB
PSOÖ	Evet	49,76	11,33	- / 0,796	0,427	0,032
	Hayır	48,70	10,91			
Uygun tıbbi muayeneler	Evet	9,91	2,40	8795,0 / -	0,042*	0,118
	Hayır	9,49	2,70			
Uygun diyet	Evet	8,54	3,20	9774,0 / -	0,522	0,037
	Hayır	8,16	2,75			
Stresle baş etme	Evet	8,29	2,97	8961,5 / -	0,074	0,103
	Hayır	7,65	2,75			
Sağlıklı kilo	Evet	7,18	2,48	9756,0 / -	0,505	0,039
	Hayır	7,43	2,71			
Güvenli yaşam ortamı	Evet	7,29	2,50	10103,5 / -	0,860	0,010
	Hayır	7,33	2,59			
Aşılar	Evet	8,56	2,39	9907,5 / -	0,650	0,026
	Hayır	8,65	2,48			
SOÖ	Evet	103,62	25,43	10166,0	0,930	0,005
	Hayır	103,81	24,55			
PBTÖ	Evet	202,62	11,76	10196,5	0,964	0,003
	Hayır	201,18	15,77			

G.G.İ.Ç.: Gelir getiren bir işte çalışma, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, MWU: Mann-Whitney-U Testi, EB: Etki büyüklüğü, PSOÖ: Preskonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği
*p<0,05

Tablo 4.17'de görüldüğü üzere, katılımcıların gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre PSOÖ Uygun tıbbi muayeneler alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdi (U=8795,0; p=0,042, EB=0,118). Gelir getiren bir işte çalışmayanların çalışanlara göre Uygun tıbbi muayeneler alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu tespit edildi. Ancak katılımcıların gelir getiren bir işte çalışma durumuna göre PSOÖ toplam ve diğer alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.17).

Bulgular, katılımcıların gelir getiren bir işte çalışıyor olmalarının, SOÖ ve PBTÖ toplam puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa yol açmadığını gösterdi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.17).

Tablo 4.18 *Ekonomik Durum Algısı ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Ölçek ve alt boyutları	Ekonomik durum algısı	Ort	SS	KW / F	p	EB
PSOÖ	Gelir > gider	46,68	9,55	- / 2,416	0,091	0,005
	Gelir = gider	48,37	10,92			
	Gelir < gider	50,81	11,50			
Uygun tıbbi muayeneler	Gelir > gider	9,65	2,46	0,067 / -	0,967	0,007
	Gelir = gider	9,64	2,70			
	Gelir < gider	9,63	2,52			
Uygun diyet	Gelir > gider (1)	7,55	2,49	6,152 / -	0,046* (3>1)	0,014
	Gelir = gider (2)	8,02	2,80			
	Gelir < gider (3)	8,91	3,11			
Stresle baş etme	Gelir > gider	7,84	2,92	3,487 / -	0,175	0,005
	Gelir = gider	7,63	2,77			
	Gelir < gider	8,27	2,89			
Sağlıklı kilo	Gelir > gider	6,35	2,11	5,320 / -	0,070	0,011
	Gelir = gider	7,32	2,61			
	Gelir < gider	7,66	2,74			
Güvenli yaşam ortamı	Gelir > gider	7,03	2,34	2,260 / -	0,323	0,001
	Gelir = gider	7,17	2,61			
	Gelir < gider	7,61	2,53			
Aşılar	Gelir > gider	8,26	2,50	0,730 / -	0,694	0,004
	Gelir = gider	8,60	2,48			
	Gelir < gider	8,74	2,39			
SOÖ	Gelir > gider	107,94	19,25	1,872	0,392	0,001
	Gelir = gider	104,02	25,15			
	Gelir < gider	102,13	25,79			
PBTÖ	Gelir > gider	204,81	8,47	1,055	0,590	0,003
	Gelir = gider	200,79	15,25			
	Gelir < gider	202,13	14,61			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, KW: Kruskal–Wallis Testi, F: Tek Yönlü ANOVA testi, EB: Etki büyüklüğü, PSOÖ: Preskonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği

*p<0,05

Tablo 4.18'de katılımcıların ekonomik durum algısı ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ toplam ve PSOÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları yer almaktadır. Katılımcıların ekonomik durum algısı ile PSOÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05). Ancak katılımcıların ekonomik durum algısına göre Uygun diyet alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu (KW=6,152; p=0,046, EB=0,014). Bu anlamlı farklılık, geliri giderinden fazla olan ve az olan gruplardan kaynaklanmaktadır. Geliri giderinden fazla olan katılımcıların Uygun diyet alt boyut puan ortalamalarının

geliri giderinden az olanlara göre daha düşük olduğu belirlendi. PSOÖ'nün diğer alt boyut puan ortalamaları ile ekonomik durum algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.18).

Katılımcıların ekonomik durum algısına göre SOÖ, PBTÖ toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılık olmadığı belirlendi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.18).

Tablo 4.19 *Uyku Süresi ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Ölçek ve alt boyutları	Uyku Süresi	Ort	SS	KW / F	p	EB
PSOÖ	7,9 ve altı	48,44	11,26	- / 1,220	0,297	0,001
	8-8,9	48,75	11,10			
	9 saat ve üzeri	51,05	10,47			
Uygun tıbbi muayeneler	7,9 ve altı	9,49	2,53	4,859 / -	0,088	0,010
	8-8,9	9,55	2,76			
	9 ve üzeri	10,12	2,41			
Uygun diyet	7,9 ve altı	8,19	3,19	3,555 / -	0,169	0,005
	8-8,9	8,12	2,69			
	9 saat ve üzeri	8,83	2,69			
Stresle baş etme	7,9 ve altı	7,95	2,93	3,168 / -	0,205	0,004
	8-8,9	7,55	2,68			
	9 saat ve üzeri	8,35	2,90			
Sağlıklı kilo	7,9 ve altı (1)	6,97	2,65	7,452 / -	0,024* (3>1)	0,018
	8-8,9 (2)	7,41	2,53			
	9 ve üzeri (3)	8,02	2,65			
Güvenli yaşam ortamı	7,9 ve altı	7,25	2,46	0,646/ -	0,724	0,005
	8-8,9	7,45	2,61			
	9 saat ve üzeri	7,20	2,70			
Aşılar	7,9 ve altı	8,60	2,52	0,105 / -	0,959	0,006
	8-8,9	8,67	2,39			
	9 saat ve üzeri	8,53	2,42			
SOÖ	7,9 ve altı	105,12	24,50	1,404	0,496	0,002
	8-8,9	101,01	26,81			
	9 saat ve üzeri	105,78	21,46			
PBTÖ	7,9 ve altı	203,35	12,94	2,586	0,274	0,002
	8-8,9	201,17	14,54			
	9 saat ve üzeri	199,07	17,03			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, KW: Kruskal–Wallis Testi, F: Tek Yönlü ANOVA testi, EB: Etki büyüklüğü, PSOÖ: Preskonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği
*p<0,05

Tablo 4.19'da yer aldığı üzere, katılımcıların uyku süresi ile PSOÖ Sağlıklı kilo alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksek olarak anlamlı bir fark bulundu

(KW=7,452; p=0,024, EB=0,018). Bu farkın günde 7,9 saat ve daha az uyuyan grup ile 9 saat ve daha çok uyuyan grup arasında olduğu belirlendi. Günde 7,9 saat ve altında uyuyan katılımcıların Sağlıklı kilo alt boyut puan ortalamaları 9 saat ve üzerinde uyuyanlara göre daha düşük bulundu. Katılımcıların PSOÖ toplam ve diğer alt boyut puan ortalamaları uyku süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.19).

Çalışmada SOÖ ve PBTÖ toplam puan ortalamalarının katılımcıların uyku süresi değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.19).

Tablo 4.20 *BKİ ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Ölçek ve alt boyutları	BKİ**	Ort	SS	KW / F	p	EB
PSOÖ	<17,0 (1)	60,43	3,31	- / 2,643	0,034* (1>2,3,4,5)	0,027
	17,0-18,4 (2)	50,07	6,82			
	18,5-24,9 (3)	48,94	11,61			
	25,0-29,9 (4)	46,81	9,42			
	≥30,0 (5)	50,36	11,46			
Uygun tıbbi muayeneler	<17,0 (1)	12,29	3,25	14,953 / -	0,005* (1>2,4,5 3>4)	0,037
	17,0-18,4 (2)	8,86	1,41			
	18,5-24,9 (3)	9,91	2,65			
	25,0-29,9 (4)	8,74	1,94			
	≥30,0 (5)	9,40	2,85			
Uygun diyet	<17,0	10,57	1,99	7,418 / -	0,115	0,012
	17,0-18,4	8,50	2,71			
	18,5-24,9	8,32	3,06			
	25,0-29,9	7,69	2,34			
	≥30,0	8,48	3,02			
Stresle baş etme	<17,0	8,71	2,93	7,383 / -	0,117	0,012
	17,0-18,4	7,14	2,41			
	18,5-24,9	7,80	2,84			
	25,0-29,9	7,52	2,84			
	≥30,0	8,79	2,86			
Sağlıklı kilo	<17,0 (1)	9,57	2,23	10,112 / -	0,039* (1>2,3,4,5)	0,021
	17,0-18,4 (2)	7,57	2,68			
	18,5-24,9 (3)	7,10	2,62			
	25,0-29,9 (4)	7,20	2,39			
	≥30,0 (5)	8,12	2,80			
Güvenli yaşam ortamı	<17,0 (1)	9,14	2,12	13,650 / -	0,008* (1,2>3,4,5)	0,033
	17,0-18,4 (2)	9,14	1,46			
	18,5-24,9 (3)	7,27	2,63			
	25,0-29,9 (4)	7,04	2,47			

	≥30,0 (5)	6,95	2,42			
	<17,0	10,14	2,04			
	17,0-18,4	8,86	2,41			
Aşılar	18,5-24,9	8,53	2,43	3,514 / -	0,476	0,002
	25,0-29,9	8,63	2,50			
	≥30,0	8,62	2,56			
	<17,0	86,71	28,90			
	17,0-18,4	104,29	25,52			
SOÖ	18,5-24,9	106,05	22,22	6,246	0,182	0,008
	25,0-29,9	101,91	27,52			
	≥30,0	98,74	29,80			
	<17,0	189,29	27,13			
	17,0-18,4	203,36	12,74			
PBTÖ	18,5-24,9	201,75	14,37	5,446	0,245	0,005
	25,0-29,9	200,78	13,79			
	≥30,0	204,10	13,08			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, KW: Kruskal–Wallis Testi, F: Tek Yönlü ANOVA testi, EB: Etki büyüklüğü, PSOÖ: Preskonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği

*p<0,05

**BKİ <17,0 ise "Çok zayıf", 17,0-18,4 ise "Zayıf", 18,5-24,9 ise "Normal", 25,0-29,9 ise "Kilolu", ≥30,0 ise "Obez" olarak sınıflandırılmaktadır.

Tablo 4.20'de katılımcıların BKİ ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ toplam ve PSOÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları yer almaktadır. BKİ değişkeni ile PSOÖ toplam ve bazı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı (p<0,05). BKİ 17'den az olan grubun PSOÖ toplam puan ortalamasının diğer BKİ gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (F=2,643; p=0,034, EB=0,027). Bunun yanı sıra katılımcıların BKİ değerlerine göre Uygun tıbbi muayeneler alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunduğu tespit edildi (F=14,953; p=0,005, EB=0.037). BKİ 17'den az olan grubun, diğer BKİ gruplarına göre (BKİ=17,0-18,4, BKİ=25.0-29,9, BKİ≥30,0) Uygun tıbbi muayeneler alt boyut puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (post-hoc: 1>2,4,5; 3>4, p<0,05).Ayrıca BKİ 18,5-24,9 olan grubunun, BKİ 25,0-29,9 olan gruba göre Uygun tıbbi muayeneler alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (post-hoc: 3>4, p=0,03)Katılımcıların BKİ değerlerine göre Sağlıklı kilo alt boyut puan ortalamalarında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi (KW=10,112; p=0,039; EB=0,021). BKİ 17'den az olan grubunun diğer tüm gruplara göre Sağlıklı kilo alt boyut puan ortalaması daha yüksekti

(post-hoc: 1>2,3,4,5; p=0,022). Bunun yanı sıra katılımcıların BKİ değerlerine göre Güvenli yaşam ortamı alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi (KW=13,650; p=0,008; EB=0,033). BKİ 17'den az ve 17,0-18,4 aralığında olan grubunun, diğer BKİ gruplarına (BKİ=18,5-24,9, BKİ=25,0-29,9, BKİ≥30,0) kıyasla Güvenli yaşam ortamı alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edildi (post-hoc: 1,2>3,4,5; p<0,05). Öte yandan, diğer PSOÖ alt boyutları ile BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.20).

Çalışmada SOÖ ve PBTÖ toplam puan ortalamalarının BKİ gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.20).

Tablo 4.21 *Sağlık Algısı ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Ölçek ve alt boyutları	Sağlık algısı	Ort	SS	KW / F	p	EB
PSOÖ	Çok iyi (1)	43,90	11,36	- / 4,992	0,002* (3,4>1)	0,040
	İyi (2)	48,34	10,34			
	Orta (3)	51,14	11,63			
	Kötü (4)	56,00	9,02			
Uygun tıbbi muayeneler	Çok iyi	9,03	2,53	3,228 / -	0,358	0,001
	İyi	9,78	2,68			
	Orta	9,57	2,52			
	Kötü	9,70	2,36			
Uygun diyet	Çok iyi (1)	7,38	2,18	10,072 / -	0,018* (4>1,2)	0,024
	İyi (2)	7,98	2,64			
	Orta (3)	8,87	3,29			
	Kötü (4)	10,50	3,63			
Stresle baş etme	Çok iyi (1)	6,52	2,89	18,870 / -	0,000** (3,4>1,2)	0,054
	İyi (2)	7,56	2,51			
	Orta (3)	8,70	3,12			
	Kötü (4)	9,10	2,69			
Sağlıklı kilo	Çok iyi	6,59	2,81	6,075 / -	0,108	0,010
	İyi	7,25	2,55			
	Orta	7,64	2,72			
	Kötü	8,20	2,04			
Güvenli yaşam ortamı	Çok iyi	6,66	2,53	5,101 / -	0,165	0,007
	İyi	7,25	2,57			
	Orta	7,48	2,51			
	Kötü	8,70	2,58			

Aşılar	Çok iyi (1) İyi (2) Orta (3) Kötü (4)	7,72 8,54 8,89 9,80	2,43 2,47 2,37 2,25	8,133 / -	0,043* (4>1)	0,017
SOÖ	Çok iyi (1) İyi (2) Orta (3) Kötü (4)	109,28 105,17 101,38 87,40	23,18 24,13 24,91 33,77	8,275	0,041* (1,2,3>4)	0,018
PBTÖ	Çok iyi İyi Orta Kötü	206,41 201,55 200,81 198,80	9,77 14,66 15,63 8,40	6,565	0,087	0,012

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, KW: Kruskal–Wallis Testi, F: Tek Yönlü ANOVA testi, EB: Etki büyüklüğü, PSOÖ: Preskonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği

*p<0,05

**p<0,001

Tablo 4.21'de sağlık algısı değişkeni ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ toplam ve PSOÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları sunuldu. Katılımcıların sağlık algıları ile PSOÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (F=4,992; p=0,002; EB= 0,040). Sağlığının orta düzeyde ve kötü olduğunu düşünen katılımcıların PSOÖ toplam puan ortalamaları, sağlığının çok iyi olduğunu düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Katılımcıların sağlık algılarına göre Uygun diyet, Stresle baş etme ve Aşılar alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi (p<0,05). "Kötü" sağlık algısına sahip katılımcıların "çok iyi" ve "iyi" sağlık algısına sahip katılımcılara göre Uygun diyet alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (KW=10,072; p=0,018; EB= 0,024). Stresle baş etme alt boyutundan "orta" ve "kötü" sağlık algısına sahip olanların, "çok iyi" ve "iyi" sağlık algısına sahip olanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puanlar elde ettiği belirlendi. (KW=18,870; p=0,000; EB=0,054). Ayrıca sağlığının kötü olduğunu düşünen katılımcıların Aşılar alt boyut puan ortalamaları, sağlığının çok iyi olduğunu düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (KW=8,133; p=0,043; EB=0,017). Katılımcıların sağlık algılarına göre diğer PSOÖ alt boyut puan ortalamalarında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmedi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.21).

Katılımcıların sağlık algıları ile SOÖ toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi (KW=8,275; p=0,041; EB=EB=0,018). Bu farkın, sağlık algısını "kötü" olarak değerlendiren katılımcılardan kaynaklandığı ve "çok iyi", "iyi" ve "orta" sağlık algısına sahip grupların SOÖ toplam puanlarının "kötü" sağlık algısına sahip olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. Öte yandan, PBTÖ toplam puan ortalamaları sağlık algısı değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.21).

Tablo 4.22 *Son Bir Yıl İçinde Gebelik Planı Varlığı ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Ölçek ve alt boyutları	Gebelik planı varlığı	Ort	SS	MWU testi / t testi	p	EB
PSOÖ	Evet	46,00	11,05	- / -1,456	0,146	0,071
	Hayır	49,36	11,03			
Uygun tıbbi muayeneler	Evet	9,04	2,11	2986,5 / -	0,282	0,062
	Hayır	9,69	2,64			
Uygun diyet	Evet	7,36	2,69	2706,0 / -	0,081	0,101
	Hayır	8,38	2,93			
Stresle baş etme	Evet	8,00	3,12	3364,0 / -	0,882	0,009
	Hayır	7,87	2,82			
Sağlıklı kilo	Evet	6,68	2,46	2890,0 / -	0,193	0,075
	Hayır	7,40	2,64			
Güvenli yaşam ortamı	Evet	6,56	2,83	2785,0 / -	0,120	0,090
	Hayır	7,38	2,53			
Aşılar	Evet	8,36	2,71	3274,0 / -	0,713	0,021
	Hayır	8,64	2,43			
SOÖ	Evet	106,76	20,57	3339,5	0,836	0,012
	Hayır	103,47	25,19			
PBTÖ	Evet	204,04	8,13	3398,5	0,949	0,004
	Hayır	201,47	14,91			
	Hayır	23,36	2,31			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, MWU: Mann-Whitney-U Testi, EB: Etki büyüklüğü, PSOÖ: Preskonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği
*p<0,05

Tablo 4.22 incelendiğinde, PSOÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile son bir yıl içinde gebelik planı varlığı arasında Mann-Whitney U ve t testi sonuçlarına göre anlamlı bir fark olmadığı gözlendi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.22).

Çalışmada SOÖ toplam puan ortalamaları da katılımcıların son bir içinde gebelik planı olup olmamasına göre anlamlı bir farklılık göstermedi (U=3339,5;

p=0,836; EB=0,012). Katılımcıların son bir içindeki gebelik planı ile PBTÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.22).

Tablo 4.23 *Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Kavramını Duyma Durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Ölçek ve alt boyutları	P.B.D. kavramını duyma	Ort	SS	MWU testi / t testi	p	EB
PSOÖ	Evet	45,85	11,03	- / -3,705	0,000*	0,226
	Hayır	50,75	10,72			
Uygun tıbbi muayeneler	Evet	8,90	1,99	7786,5 / -	0,001*	0,187
	Hayır	10,02	2,79			
Uygun diyet	Evet	7,68	2,78	8239,0 / -	0,010*	0,148
	Hayır	8,61	2,95			
Stresle baş etme	Evet	7,55	2,82	8837,0 / -	0,100	0,095
	Hayır	8,05	2,84			
Sağlıklı kilo	Evet	6,66	2,45	7695,5 / -	0,001*	0,193
	Hayır	7,70	2,65			
Güvenli yaşam ortamı	Evet	6,89	2,54	8623,0 / -	0,043*	0,117
	Hayır	7,53	2,54			
Aşılar	Evet	8,18	2,46	8390,0 / -	0,018*	0,136
	Hayır	8,84	2,42			
SOÖ	Evet	104,93	26,21	8894,0	0,104	0,094
	Hayır	103,13	24,13			
PBTÖ	Evet	203,40	13,09	9173,0	0,217	0,071
	Hayır	200,80	15,09			

P.B.D.: Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, MWU: Mann-Whitney-U Testi, EB: Etki büyüklüğü, PSOÖ: Preskonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği
*p<0,05

Tablo 4.23'te katılımcıların prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramını duyma durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ toplam ve PSOÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları verildi. PSOÖ Stresle baş etme alt boyutu hariç, diğer tüm alt boyut ve toplam puan ortalamalarında katılımcıların prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramını duyma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edildi (p<0,05). Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramını duyan katılımcıların duymayanlara göre PSOÖ toplam ve ilgili alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlendi (Bkz. Tablo 4.23).

Çalışmada katılımcıların prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramını daha önce duymuş olup olmamalarına göre SOÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). PBTÖ toplam puan ortalamaları açısından katılımcıların bu kavramı duyup duymama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.23).

Tablo 4.24 *Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Hizmeti Alma Durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Ölçek ve alt boyutları	P.B.D. hizmeti alma	Ort	SS	MWU testi / t testi	p	EB
PSOÖ	Evet	42,00	14,45	- / -2,747	0,014*	0,172
	Hayır	49,42	10,78			
Uygun tıbbi muayeneler	Evet	8,79	2,12	1581,5 / -	0,184	0,077
	Hayır	9,68	2,62			
Uygun diyet	Evet	6,21	3,29	980,5 / -	0,001*	0,187
	Hayır	8,39	2,87			
Stresle baş etme	Evet	6,86	3,03	1475,0 / -	0,098	0,096
	Hayır	7,93	2,83			
Sağlıklı kilo	Evet	6,57	3,46	1469,5 / -	0,094	0,097
	Hayır	7,38	2,58			
Güvenli yaşam ortamı	Evet	6,21	2,81	1486,0 / -	0,105	0,094
	Hayır	7,37	2,54			
Aşılar	Evet	7,36	2,62	1347,0 / -	0,038*	0,120
	Hayır	8,68	2,43			
SOÖ	Evet	117,14	8,82	1215,5	0,014*	0,143
	Hayır	103,08	25,18			
PBTÖ	Evet	207,86	6,62	1488,5	0,108	0,093
	Hayır	201,39	14,69			

P.B.D.: Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, MWU: Mann-Whitney-U Testi, EB: Etki büyüklüğü, PSOÖ: Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği
*p<0,05

Tablo 4.24'de prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alma durumuna göre PSOÖ, SOÖ, PBTÖ toplam ve PSOÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki karşılaştırma sonuçları sunuldu. Katılımcıların prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alma durumuna göre PSOÖ'nün toplam ve Uygun diyet, Aşılar alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi (p<0,05). Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alan katılımcıların almayanlara göre PSOÖ'nün toplam ve Uygun diyet, Aşılar alt boyut

puan ortalamaları daha düşük bulundu. PSOÖ'nün diğer alt boyutları ile prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alma durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.24).

Katılımcıların prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alma durumuna göre SOÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Hizmet alan grubun SOÖ toplam puan ortalamalarının almayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi (MWU=1215,5; p=0,014; EB=0,143). PBTÖ toplam puan ortalamaları açısından ise prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.24).

Tablo 4.25 *Yeterli ve Dengeli Beslenme Algısı ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Ölçek ve alt boyutları	Y.D.B. algısı	Ort	SS	MWU testi / t testi	p	EB
PSOÖ	Evet	44,77	9,97	- / -5,999	0,000*	0,344
	Hayır	52,13	10,79			
Uygun tıbbi muayeneler	Evet	9,23	2,48	8889,0 / -	0,010*	0,149
	Hayır	9,92	2,65			
Uygun diyet	Evet	6,87	2,42	5422,0 / -	0,000*	0,429
	Hayır	9,30	2,83			
Stresle baş etme	Evet	7,13	2,78	7868,5 / -	0,000*	0,236
	Hayır	8,41	2,76			
Sağlıklı kilo	Evet	6,62	2,45	7819,5 / -	0,000*	0,240
	Hayır	7,85	2,64			
Güvenli yaşam ortamı	Evet	6,73	2,64	8350,0 / -	0,001*	0,198
	Hayır	7,73	2,42			
Aşılar	Evet	8,19	2,48	9027,5 / -	0,012*	0,144
	Hayır	8,92	2,38			
SOÖ	Evet	102,76	29,14	9731,5	0,129	0,088
	Hayır	104,44	21,31			
PBTÖ	Evet	201,55	14,43	10618,0	0,752	0,018
	Hayır	201,79	14,54			

Y.D.B.: Yeterli ve dengeli beslenme, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, MWU: Mann-Whitney-U Testi, EB: Etki büyüklüğü, PSOÖ: Preskonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği
*p<0,05

Tablo 4.25'de katılımcıların yeterli ve dengeli beslenme algısına göre PSOÖ, SOÖ, PBTÖ toplam ve PSOÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları yer almaktadır. PSOÖ toplam ve alt tüm boyut puan ortalamaları yeterli ve dengeli

beslendiğini düşünen grupta, yeterli ve dengeli beslendiğini düşünmeyen gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulundu (p<0,05) (Bkz. Tablo 4.25).

Yeterli ve dengeli beslenme algısına göre SOÖ ve PBTÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.25).

Tablo 4.26 *Kronik Hastalık Varlığı ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Ölçek ve alt boyutları	Kronik hastalık varlığı	Ort	SS	MWU testi / t testi	p	EB
PSOÖ	Evet	51,57	11,34	- / 1,774	0,077	0,108
	Hayır	48,56	10,95			
Uygun tıbbi muayeneler	Evet	9,67	2,46	6129,5 / -	0,726	0,020
	Hayır	9,63	2,63			
Uygun diyet	Evet	9,04	3,12	5162,5 / -	0,038*	0,120
	Hayır	8,14	2,86			
Stresle baş etme	Evet	8,92	3,35	4941,0 / -	0,013*	0,143
	Hayır	7,67	2,68			
Sağlıklı kilo	Evet	7,27	2,85	6108,0 / -	0,699	0,022
	Hayır	7,35	2,59			
Güvenli yaşam ortamı	Evet	7,92	2,68	5271,5 / -	0,060	0,109
	Hayır	7,19	2,52			
Aşılar	Evet	8,75	2,75	5977,5 / -	0,534	0,036
	Hayır	8,59	2,39			
SOÖ	Evet	98,47	30,25	5717,5	0,280	0,062
	Hayır	104,83	23,48			
PBTÖ	Evet	200,10	13,36	5478,5	0,132	0,087
	Hayır	202,02	14,69			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, MWU: Mann-Whitney-U Testi, EB: Etki büyüklüğü, PSOÖ: Preskonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği
*p<0,05

Tablo 4.26 incelendiğinde, katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre PSOÖ, SOÖ, PBTÖ toplam ve PSOÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları görülmektedir. PSOÖ'nün toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile kronik hastalık varlığı arasında yapılan Mann-Whitney U / t testi sonucuna göre; Uygun diyet ve Stresle baş etme alt boyut puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar tespit edildi (p<0,05). Kronik hastalığa sahip katılımcıların Uygun diyet (MWU=5162,5; p=0,038; EB=0,120) ve Stresle baş etme (MWU=4941,0; p=0,013;

EB=0,143) alt boyut puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi. Katılımcıların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre PSOÖ'nün diğer alt boyut ve toplam puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar gözlenmedi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.26).

Kronik hastalık varlığına göre hem SOÖ hem de PBTÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.26).

Tablo 4.27 *Genetik Hastalık Varlığı ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Ölçek ve alt boyutları	Genetik hastalık varlığı	Ort	SS	MWU testi / t testi	p	EB
PSOÖ	Evet	50,05	13,40	- / 0,417	0,677	0,023
	Hayır	49,00	10,88			
Uygun tıbbi muayeneler	Evet	9,33	1,98	2858,5 / -	0,872	0,009
	Hayır	9,66	2,64			
Uygun diyet	Evet	9,24	3,67	2457,0 / -	0,224	0,070
	Hayır	8,22	2,85			
Stresle baş etme	Evet	8,67	2,92	2386,5 / -	0,161	0,081
	Hayır	7,82	2,83			
Sağlıklı kilo	Evet	6,86	2,41	2616,5 / -	0,425	0,046
	Hayır	7,38	2,64			
Güvenli yaşam ortamı	Evet	7,62	2,71	2676,0 / -	0,522	0,037
	Hayır	7,29	2,55			
Aşılar	Evet	8,33	3,01	2791,5 / -	0,736	0,019
	Hayır	8,64	2,41			
SOÖ	Evet	105,29	17,34	2717,0	0,597	0,031
	Hayır	103,63	25,32			
PBTÖ	Evet	200,67	11,98	2519,0	0,264	0,061
	Hayır	201,77	14,66			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, MWU: Mann-Whitney-U Testi, EB: Etki büyüklüğü, PSOÖ: Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği
*p<0,05

Tablo 4.27'de katılımcıların genetik hastalığa sahip olma durumlarına göre PSOÖ, SOÖ, PBTÖ toplam ve PSOÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları yer almaktadır. Genetik hastalık varlığı değişkeni ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Whitney U / t testi

sonuçlarına göre, toplam ölçek ve alt boyut puanları bazında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.27).

Tablo 4.28 *Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma Durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Ölçek ve alt boyutları	D.F.A.Y durumu	Ort	SS	MWU testi / t testi	p	EB
PSOÖ	Evet	44,05	9,67	- / -5,879	0,000*	0,326
	Hayır	51,60	10,86			
Uygun tıbbi muayeneler	Evet	9,54	2,76	9290,5 / -	0,343	0,055
	Hayır	9,68	2,52			
Uygun diyet	Evet	6,98	2,33	5994,0 / -	0,000*	0,326
	Hayır	8,95	2,97			
Stresle baş etme	Evet	6,46	2,27	5600,0 / -	0,000*	0,359
	Hayır	8,59	2,83			
Sağlıklı kilo	Evet	6,50	2,35	7148,0 / -	0,000*	0,232
	Hayır	7,76	2,66			
Güvenli yaşam ortamı	Evet	6,66	2,57	7598,0 / -	0,001*	0,194
	Hayır	7,64	2,50			
Aşılar	Evet	7,91	2,57	7570,5 / -	0,001*	0,197
	Hayır	8,97	2,31			
SOÖ	Evet	105,38	24,34	9241,0	0,314	0,058
	Hayır	102,92	25,09			
PBTÖ	Evet	204,30	12,87	8161,0	0,011*	0,147
	Hayır	200,38	15,07			

D.F.A.Y.: Düzenli fiziksel aktivite yapma, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, MWU: Mann-Whitney-U Testi, EB: Etki büyüklüğü, PSOÖ: Preskonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği
*p<0,05

Tablo 4.28'de düzenli fiziksel aktivite yapma durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ toplam ve PSOÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçlarına yer verildi. Düzenli fiziksel aktivite yapan katılımcıların PSOÖ Uygun tıbbi muayeneler alt boyutu hariç, diğer tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları düzenli fiziksel aktivite yapmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük bulundu (p<0,05) (Bkz. Tablo 4.28).

Katılımcıların düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre SOÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Buna karşın, düzenli fiziksel aktivite yapma durumuna göre PBTÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu; düzenli fiziksel aktivite yapan katılımcıların PBTÖ toplam puan ortalamalarının yapmayanlara göre

daha yüksek olduğu belirlendi (MWU=8161,0; p=0,011; EB=0,147) (Bkz. Tablo 4.28).

Tablo 4.29 *Sigara Kullanma Durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Ölçek ve alt boyutları	Sigara kullanma durumu	Ort	SS	MWU testi / t testi	p	EB
PSOÖ	Evet	51,25	12,26	- / 2,009	0,045*	0,113
	Hayır	48,32	10,53			
Uygun tıbbi muayeneler	Evet	9,84	2,66	8025,0 / -	0,418	0,047
	Hayır	9,56	2,58			
Uygun diyet	Evet	8,88	3,58	7657,0 / -	0,171	0,079
	Hayır	8,09	2,63			
Stresle baş etme	Evet	8,05	2,98	8223,5 / -	0,618	0,029
	Hayır	7,82	2,79			
Sağlıklı kilo	Evet	7,73	2,82	7683,5 / -	0,183	0,077
	Hayır	7,21	2,55			
Güvenli yaşam ortamı	Evet	7,83	2,86	7358,0 / -	0,067	0,106
	Hayır	7,14	2,43			
Aşılar	Evet	8,91	2,39	7750,5 / -	0,219	0,071
	Hayır	8,51	2,47			
SOÖ	Evet	96,57	30,62	7182,5	0,037*	0,121
	Hayır	106,23	22,01			
PBTÖ	Evet	201,45	13,49	8295,5	0,700	0,022
	Hayır	201,77	14,83			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, MWU: Mann-Whitney-U Testi, EB: Etki büyüklüğü, PSOÖ: Preskonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği
*p<0,05

Tablo 4.29'da katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre PSOÖ, SOÖ, PBTÖ toplam ve PSOÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları sunuldu. Sigara kullanan katılımcıların sigara kullanmayanlara göre PSOÖ toplam puan ortalamasınının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (t=2,009; p=0,045, EB=0,113). PSOÖ alt boyut puan ortalamalarında sigara kullanım durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptandı (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.29).

Sigara kullanma durumu ile SOÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sigara kullanmayan katılımcıların SOÖ toplam puan ortalamasının sigara kullananlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu (MWU=7182,5; p=0,037; EB=0,121). Katılımcıların sigara kullanma durumlarına göre PBTÖ toplam

puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı saptandı (p>0,05) Bkz. Tablo 4.29).

Tablo 4.30 *Alkol Kullanma Durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Ölçek ve alt boyutları	Alkol kullanma durumu	Ort	SS	MWU testi / t testi	p	EB
PSOÖ	Evet	52,60	10,43	- / 1,669	0,096	0,089
	Hayır	48,76	11,07			
Uygun tıbbi muayeneler	Evet	9,32	2,14	3287,0 / -	0,735	0,020
	Hayır	9,66	2,64			
Uygun diyet	Evet	9,92	3,64	2438,0 / -	0,016*	0,139
	Hayır	8,14	2,81			
Stresle baş etme	Evet	7,92	3,00	3400,5 / -	0,952	0,003
	Hayır	7,88	2,83			
Sağlıklı kilo	Evet	7,44	2,63	3341,0 / -	0,838	0,012
	Hayır	7,33	2,63			
Güvenli yaşam ortamı	Evet	8,76	2,77	2273,0 / -	0,005*	0,162
	Hayır	7,18	2,50			
Aşılar	Evet	9,24	2,30	2845,0 / -	0,157	0,082
	Hayır	8,56	2,46			
SOÖ	Evet	99,40	29,27	2973,5	0,275	0,063
	Hayır	104,14	24,40			
PBTÖ	Evet	201,28	10,11	2965,0	0,266	0,064
	Hayır	201,73	14,82			

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, MWU: Mann-Whitney-U Testi, EB: Etki büyüklüğü, PSOÖ: Preskonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği
*p<0,05

Tablo 4.30 incelendiğinde, katılımcıların alkol kullanma durumlarına göre PSOÖ'nün, Uygun diyet (MWU=2438,0; p=0,016; EB=0,139) ve Güvenli yaşam (MWU=2273,0; p=0,005; EB=0,162) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edildi. Alkol kullananlarda bu alt boyut puan ortalamaları alkol kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Diğer alt boyutlar ve ölçek toplam puan ortalamaları ile alkol kullanımı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.30).

Katılımcıların alkol kullanma durumu ile SOÖ ve PBTÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmedi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.30).

Tablo 4.31 *Düzenli Vitamin ve Mineral Takviyesi Alma Durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ Toplam ve PSOÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması*

Ölçek ve alt boyutları	D.V.M.T.A. durumu	Ort	SS	MWU testi / t testi	p	EB
PSOÖ	Evet	47,18	12,26	- / -1,805	0,072	0,119
	Hayır	49,77	10,52			
Uygun tıbbi muayeneler	Evet	9,34	2,70	7717,5 / -	0,110	0,092
	Hayır	9,74	2,56			
Uygun diyet	Evet	7,76	2,82	7496,5 / -	0,055	0,111
	Hayır	8,48	2,94			
Stresle baş etme	Evet	7,51	3,11	7620,0 / -	0,083	0,100
	Hayır	8,01	2,73			
Sağlıklı kilo	Evet	6,81	2,60	7256,0 / -	0,022*	0,132
	Hayır	7,53	2,62			
Güvenli yaşam ortamı	Evet	7,13	2,75	8208,0 / -	0,401	0,049
	Hayır	7,38	2,49			
Aşılar	Evet	8,63	2,67	8631,0 / -	0,844	0,011
	Hayır	8,61	2,37			
SOÖ	Evet	102,74	27,09	8639,0	0,856	0,011
	Hayır	104,11	24,00			
PBTÖ	Evet	202,29	16,49	7797,5	0,145	0,084
	Hayır	201,47	13,69			

D.V.M.T.A.: Düzenli vitamin ve mineral takviyesi alma, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, MWU: Mann-Whitney-U Testi, EB: Etki büyüklüğü, PSOÖ: Preskonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, SOÖ: Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, PBTÖ: Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği
*p<0,05

Tablo 4.31'de katılımcıların düzenli vitamin ve mineral takviyesi alma durumu ile PSOÖ, SOÖ, PBTÖ toplam ve PSOÖ alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırma sonuçları verildi. Katılımcıların düzenli vitamin ve mineral takviyesi alma durumuna göre PSOÖ Sağlıklı kilo alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlendi (U=7256,0; p=0,022; EB=0,132). Düzenli vitamin ve mineral takviyesi alan katılımcıların Sağlıklı kilo alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktü. PSOÖ'nün diğer alt boyutları ve toplam puan ortalamamalarında düzenli vitamin ve mineral takviyesi alma durumu açısından anlamlı farklılıklar gözlenmedi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.31).

SOÖ, PBTÖ toplam puan ortalamaları ile düzenli vitamin ve mineral takviyesi kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edildi (p>0,05) (Bkz. Tablo 4.31).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığını değerlendiren PSOÖ'nün üreme dönemindeki kadınlarda Türkçe psikometrik özelliklerini test etmek amacıyla gerçekleştirildi. Ölçek uyarlama çalışmaları yabancı dilde geliştirilmiş ve geçerlik güvenirliği test edilmiş bir ölçme aracının, farklı bir dil ve kültürde geçerlik güvenirlik çalışması yapılarak ölçeğin o toplumda kullanıma sunulmasını içermektedir (Seçer, 2015). Bu çalışmaların planlama aşamasında, ölçeğin aynı veya benzer kavramı ölçmek için geliştirildiğinden ve daha önce bu kültüre uyarlanmamış olduğundan emin olmak önem taşımaktadır. Böylece çalışmanın özgünlüğü artırılmakta ve gereksiz tekrarların önüne geçilmektedir (DeVellis, 2017). Bunun yanı sıra bir araştırmanın bilimsel kalitesini artırmak için uygun bir metadoloji kullanmak kadar, geçerli güvenilir ölçüm araçları kullanmak da gerekmektedir. Kaliteli çalışmaların hemşirelik literatürüne kazandırılması için ölçek uyarlama çalışmalarının arttırılması gerekmektedir (Çapık vd., 2018).

Literatür incelendiğinde, prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı kavramını doğrudan ele alan çalışmaların sayıca sınırlı olduğu görülmektedir. Bu alanda mevcut olan Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği (PBTÖ) (Gökdemir ve Eryılmaz, 2022) gibi bilgi ve tutum boyutlarına odaklanan ya da Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği (PDRFÖ) (Hasdemir ve Yurtsal, 2025) gibi risk farkındalığını ölçen araçlar bulunsa da bu ölçekler kapsamlı bir prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmekte yetersiz kalmaktadır. Böyle bir ölçüm aracının eksikliği, bu kavramın doğru ve tutarlı bir şekilde değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. Bu önemli ihtiyacı gidermek amacıyla, bu çalışmada Japonya'da geliştirilen PSBÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenirlik analizleri yapıldı ve ölçeğin Türkçe versiyonu literatüre kazandırıldı. Bu çalışma orjinal ölçeğe ait ilk uyarlama çalışması olduğu için, araştırma sonuçları sadece ölçek geliştirme çalışmasındaki bulgular ile karşılaştırıldı.

Bu bölümde PSOÖ'nün dil, kapsam, yapı, kriter geçerliğine, güvenirliğine ve bilinen grup geçerliğine dair elde edilen bulgular literatür doğrultusunda altı ana başlık altında tartışıldı.

5.1. Dil Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması
5.2. Kapsam Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması
5.3. Yapı Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması
5.4. Kriter Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması
5.5. Güvenirlik Bulgularının Tartışılması
5.6. Bilinen Grup Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Dil Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ölçeklerin farklı kültürde ve dilde geçerli sonuçlar vermesi için dil geçerliği kritik öneme sahiptir. Dil geçerliği ölçüm araçlarının farklı kültürlerde doğru anlaşılmasını, verilerin karşılaştırılabilmesini ve anlamlı olmasını sağlamaktadır (Cha vd., 2007; Eremenco vd., 2005). Bu aşamada ölçek maddeleri yanlış ya da karmaşık çevrilirse maddenin anlaşılamaması, yanıtlanmaması ya da yanlış yorumlanması hatalı verilere neden olmaktadır (Koçak vd., 2022). Ayrıca sağlık araştırmalarında kullanılan ölçüm araçlarının farklı dillerde uygulanması için, doğru çeviri kadar kültürel uyum ve kavramsal bütünlüğün de korunması gerekmektedir (Cruchinho vd., 2024). Bu bağlamda "ileri-geri çeviri tekniği"nin kullanımı ve veri toplama aşamasından önce ön uygulamanın yapılması maddelerin hem dilsel hem de kültürel açıdan uygunluğunu değerlendirmek için önemli adımlardır (Cruchinho vd., 2024). İleri ve geri çeviride çevirmenlerin doğru seçilmesi oldukça önemlidir. Çevirmenler ana dili hedef dil olan ve ölçme aracının orijinal diline hâkim, her iki dili iyi derecede bilen, iki kültürü de tanıyan, ölçme aracının ölçtüğü bilimsel alanda fikir sahibi ve uyarlama çalışmalarının tekniği hakkında bilgi sahibi bireylerden oluşturmalıdır. Bu kurallar doğrultusunda seçilen çevirmenler tarafından ölçek ile ilgili ileri çeviriler yapılmalı, sonra sentezlenip tek bir form oluşturulmalıdır. Geri çeviride ise form orijinal dile çevrilmeli ve ilk yapı ile karşılaştırılmalıdır. Değerlendirmeler ve düzenlemeler tamamlandıktan sonra ölçme aracının nihai haline karar verilmelidir (Esin, 2021; Koçak vd., 2022). Bu doğrultuda PSOÖ'nün Türkçe versiyonu hazırlanırken dil geçerliği aşamasında "ileri-geri çeviri tekniği" uygulandı.

Araştırmanın başında ölçeğin İngilizce ve Japonca orijinal maddeleri çevirmenlere iletildi ve maddeler her iki dilde bağımsız olarak Türkçe'ye çevrildi. İleri çeviriler, İngilizce ve Japonca dillerine hâkim iki ayrı uzlaştırıcı çevirmen tarafından orijinal metinlerle karşılaştırılarak anlam tutarlılığı sağlandı. Ardından oluşturulan Türkçe taslak, anadili İngilizce ve Japonca olan profesyonel çevirmenler tarafından geri çevrilerek orijinal ölçeklerle karşılaştırıldı ve gerekli düzeltmeler yapıldı. Tüm çeviri süreçlerinin sertifikaları temin edildi. Son olarak, tüm çeviri ve uzlaşı raporları birlikte değerlendirilerek Türkçe taslak PSOÖ'nün son hâli oluşturuldu.

5.2. Kapsam Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kapsam geçerliği bir ölçme aracının ve alt boyutlarının ölçülmek istenen kavramı ne ölçüde temsil ettiğini, bu kavram dışında farklı yapıları içerip içermediğini ortaya koymayı amaçlayan bir geçerlik türüdür (Lawshe, 1975). Diğer bir deyişle kapsam geçerliği ölçme aracında amaca hizmet eden maddelerin kalmasını, konu haricinde kalan ve konuyu temsil yeteneği olmayan maddelerin çıkarılmasını sağlayan bir yöntemdir (Ersoy ve Akyar, 2018; Yeşilyurt ve Çapraz, 2018). Kapsam geçerliğinde temel yaklaşım, alanında uzman kişilerin görüşlerinin alınmasıdır. Uzman değerlendirmelerinin sistematik biçimde incelenebilmesi için literatürde en sık başvurulan yöntemler Lawshe yöntemi ve Davis yöntemidir (Davis, 1992; Lawshe, 1975).

Çalışmada uzman görüşlerine dayanarak her bir maddenin konu için ne kadar gerekli olduğunu sayısal olarak belirlemeye imkân sağlaması, objektif bir değerlendirme sunması ve psikometrik çalışmalarda yaygın olarak kullanılması nedeniyle Lawshe yöntemi tercih edildi. Lawshe yöntemine göre kapsam geçerliğinde, ölçek maddelerinin ölçmeyi hedeflediğimiz kavramı kapsama gücünü belirlemek için yeterli sayıda uzmana ulaşılmalıdır. Objektif sonuçlar elde edebilmek adına, nitelik olarak yeterli düzeyde olan 10 ve üzerinde uzmandan görüş alınması önerilmektedir. Uzmanlardan elde edilen değerlendirmeler, KGO ve KGİ aracılığıyla nicel verilere dönüştürülmektedir. KGO maddelerin gereklilik düzeyini belirlemek, KGİ ise maddelerin uygunluk düzeyini değerlendirmek amacıyla hesaplanmaktadır. Kabul edilen en düşük KGO ve KGİ değerleri uzman sayısına göre değişmekte olup, uzman sayısı artıkça bu değerler azalmaktadır (Lawshe, 1975).

Araştırmada PSOÖ'de yer alan maddelerin ölçme amacına uygunluğunu değerlendirmek için Lawshe tekniği kullanıldı. Hemşirelik ve tıp alanlarından toplam 12 uzman maddeleri uygunluk, düzeltilme gerekliliği ve çıkarılma açısından puanlayarak değerlendirdi. Bu değerlendirmeler ışığında, her madde için KGO ve ölçeğin geneli için KGİ hesaplandı. 12 uzman için kabul edilen minimum alt sınır olan 0.667 değeri referans alındığında, tüm maddelerin KGO değerlerinin bu sınırın üzerinde olduğu belirlendi. Bu sonuç, Türkçe PSOÖ'deki hiçbir maddenin çıkarılmadığını ve tüm maddelerin ölçülmek istenen yapıyı uzman görüşlerine göre yeterince kapsadığını gösterdi.

5.3. Yapı Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Yapı geçerliliği, bir ölçme aracının ölçmeyi hedeflediği kavramı ne derece doğru ve eksiksiz temsil ettiğini gösteren bir geçerlik türüdür. Yapı geçerliği elde edilen puanların ölçülen kavramla ilişkisini ortaya koymakta ve ölçeğin ölçmek istediği yapıyı ne derece doğru ölçtüğünü değerlendirmektedir (Colliver vd., 2012; Esin, 2021). Yapı geçerliliğini incelemenin yaygın yöntemlerinden biri faktör analizidir. Faktör analizi ölçek maddeleri arasındaki ilişkileri değerlendirerek, arka plandaki temel yapıyı ortaya çıkarmaktadır (Alavi vd., 2024). İncelenen çok sayıdaki değişken faktör analizi ile gruplandırılmakta ve bu grup faktör olarak tanımlanmaktadır (Seçer, 2021).

Faktör analizi için ölçek madde sayısının 5-10 katına ulaşılması gerekmekte olup, önerilen örneklem büyüklüğü en az 200'dür (DeVellis, 2017). Ayrıca veri setinin faktör analize uygun olup olmadığına karar vermek için öncelikle KMO katsayısı hesaplanmakta ve Barlett Küresellik Testi yapılmaktadır. Literatürde KMO katsayısının 0,60'ın üzerinde bulunması ve Bartlett Küresellik Testi sonucunun istatistiksel olarak anlamlı olması, faktör analizi için ön koşuldur. KMO değerinin 0.70'ten büyük olması iyi düzeyde bir faktör analizine işaret etmektedir (Büyüköztürk, 2020). Çalışmamızda PSOÖ için KMO değeri 0.830, Bartlett Küresellik Testi sonucu anlamlı bulundu (χ^2=2343.977; sd=300; p<0,001). Dolayısıyla çalışmada örneklem büyüklüğünün ve verilerin faktör analizi için uygun olduğu, ölçeğin faktörlenebilirliğinin sağlandığı ve analiz sürecine geçilebileceği sonucuna ulaşıldı.

Faktör analizinde AFA ve DFA olarak iki yöntem uygulanabilmektedir. AFA ölçeğin altında yatan yapıları keşfetmeye, DFA ise önceden belirlenmiş faktör yapısının veri ile ne ölçüde uyum sağladığını test etmeye yöneliktir (Alavi vd., 2024). Başka bir deyişle AFA ölçeği oluşturan faktör sayısını, açıklanan varyans oranını ve maddelerin faktör yüklerini belirlemek amacıyla (Büyüköztürk, 2020), DFA ise faktörler arasındaki ilişkiye dayanan ve daha önce kurulan ilişkileri test etmek amacıyla yapılmaktadır (Büyüköztürk, 2020; Esin, 2021).

PSOÖ'nün yapı geçerliği değerlendirilirken faktör analizi uygulandı. Bu kapsamda ölçeğin faktör yapısını incelemek amacıyla uygulanan AFA'da özdeğeri birden büyük olan faktörler dikkate alındı. "Temel Bileşenler Analizi" yöntemi ile birlikte faktörler arası korelasyona izin veren "direct oblimin" döndürme tekniği kullanıldı. Çalışmamızda faktör yüklerinin 0,402 ile 0,859 aralığında değiştiği saptandı. Bu değerlerin kabul edilen alt sınır olan 0,40'ın üzerinde olması, maddelerin ilgili faktörlerle yeterli düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk, 2018). Orijinal ölçek çalışmasında ise faktör yüklerinin 0,49–0,96 aralığında olduğu bildirilmiştir (Suto vd., 2021). Her iki çalışmada da faktör yüklerinin yüksek düzeyde olduğu ve maddelerin ölçülmek istenen yapıyı güçlü biçimde temsil ettiği görülmektedir. Ayrıca hem bu çalışmada hem de orijinal ölçek çalışmasında altı faktörlü yapı ve 25 madde anlamlı biçimde ilgili faktörlere yüklenmiştir. "*Scree plot*-yamaç birikinti grafiği"nde gözlenen altı keskin kırılma noktası da bu yapıyı destekledi. Bu bulgular, ölçeğin Türk kültürüne uyarlama sürecinde yapısal geçerliliğinin korunduğunu ve modelin orijinal formuyla yüksek düzeyde tutarlılık gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda PSOÖ'nün alt boyutlarının açıkladığı varyans oranları; birinci faktörde (Uygun tıbbi muayeneler) %24,765, ikinci faktörde (Uygun diyet) %8,515, üçüncü faktörde (Stresle baş etme) %7,018, dördüncü faktörde (Sağlıklı kilo) %5,896, beşinci faktörde (Güvenli yaşam ortamı) %5,195 ve altıncı faktörde (Aşılar) %4,560 olup, ölçeğin toplam açıklanan varyansı %55,948 olarak hesaplandı. Literatürde toplam açıklanan varyansın %40'ın üzerinde bulunması, ölçeğin yapı geçerliğinin sağlandığını göstermektedir (Büyüköztürk, 2020). Orijinal ölçekte toplam varyansın %68,9'u açıklanmıştır (Suto vd., 2021). Türkçe PSOÖ'de toplam açıklanan varyans,

orijinal ölçeğe kıyasla bir miktar daha düşük olmakla birlikte faktör sayısı, madde dağılımı ve alt boyutlardaki benzerlik ölçeğin yapısal bütünlüğünün korunduğunu göstermektedir. Açıklanan varyanstaki farklılığın, kültürel ve dilsel uyarlama sürecinde ifadelerin anlam eşdeğerliğini korumaya yönelik yapılan küçük düzenlemelerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,40'ın üzerinde olması, maddelerin ilgili faktörlerle yeterli düzeyde ilişkili olduğunu ve ölçeğin yapı geçerliliğinin sağlandığını göstermektedir**.** Sonuç olarak, Türkçe PSOÖ'nün prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı kavramını geçerli ve güvenilir biçimde ölçtüğü söylenebilir.

Çalışmamızda AFA ile belirlenen 25 maddeli ve altı faktörlü yapının doğrulanması amacıyla DFA gerçekleştirildi. Geliştirilmiş bir ölçeğin farklı bir dile uyarlanmış versiyonunun, faktör yapısı açısından tutarlılığını incelemek amacıyla DFA'ya başvurulmaktadır (Yaşlıoğlu, 2017). PSOÖ'ye ait DFA'da, modelin uyumunun daha sağlıklı değerlendirilmesi için AMOS programı tarafından önerilen modifikasyon indeksleri dikkate alındı. Bu kapsamda, yalnızca aynı alt boyut içindeki maddeler arasında çift yönlü kovaryans ilişkileri tanımlandı. Path diagramı oluşturularak bu kovaryans ilişkileri görselleştirildi ve modeldeki faktör yükleri, hata varyansları ile madde puan ortalamaları açıkça gösterildi. Ayrıca DFA sonucunda uyum indeksleri hesaplandı ve elde edilen değerler literatürde önerilen eşik değerlerle karşılaştırıldı.

Çalışmamızda PSOÖ için χ^2/df değeri 1,85 olarak belirlendi, bu oran modelin verilere mükemmel düzeyde uyum sağladığını göstermektedir. Literatürde, CFI ve IFI değerlerinin 0,90 ve üzerinde olması kabul edilebilir, 0,95 ve üzerinde olması ise mükemmel uyumu gösterdiği bildirilmektedir (Browne ve Cudeck, 1993; Sathyanarayana ve Mohanasundaram, 2024; Schumacker ve Lomax, 2010). Çalışmamızda elde edilen CFI (0,909) ve IFI (0,902) değerleri, modelin kabul edilebilir düzeyde uyum sergilediğini gösterdi. Literatürde, RMSEA ve SRMR değerlerinin 0,01–0,05 aralığında olmasının mükemmel uyumu, 0,10'a kadar olan değerlerin ise kabul edilebilir model-veri uyumunu gösterdiği belirtilmektedir (Browne ve Cudeck, 1993). Ayrıca PNFI ve PGFI değerlerinin 0,50–0,95 aralığında olmasının kabul edilebilir, 0,95'in üzerinde olmasının ise mükemmel uyumu ifade

ettiği bildirilmektedir (Kline, 2011). Çalışmamızda elde edilen RMSEA (0,053) ve SRMR (0,045) değerlerinin kabul edilebilir düzeyde, PNFI (0,672) ve PGFI (0,683) değerlerinin ise önerilen sınırlar içinde yer aldığı görüldü. Bu bulgular, PSOÖ'nün faktör yapısının verilerle uyumlu olduğunu ve yapısal geçerliğin korunduğunu göstermektedir.

5.4. Kriter Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Kriter geçerliği, bir ölçek veya testin etkinliğini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Bu süreçte elde edilen puanlar, daha önce doğrulanmış bir referans ölçüm aracı ile karşılaştırılmaktadır. Bu karşılaştırma, ölçüm aracının sonuçlarının ilgili kriterle olan korelasyonunu incelemektedir (Aker vd., 2005; Büyüköztürk, 2020). Kriter geçerliğinin değerlendirilmesinde, prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı kavramına ilişkin genel kabul görmüş bir "altın standart" ölçek bulunmadığından (De Vet vd., 2011), çalışmada ilişkili kavramları ölçtüğü düşünülen SOÖ ve PBTÖ kullanıldı. Ölçekler arasındaki ilişkiler Pearson ve Spearman korelasyon analizleri ile incelendi. Bu katsayılar değişkenler arasındaki doğrusal ilişkinin gücünü yansıtmaktadır. Literatürde katsayıların 0,39'un altında olması zayıf, 0,40–0,69 aralığında orta, 0,70–0,89 aralığında güçlü ve 0,90 üzerinde olması çok güçlü korelasyon olarak değerlendirilmektedir (Schober vd., 2018).

PSOÖ ile SOÖ, PBTÖ arasındaki korelasyonlar incelendiğinde ölçeklerin toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulundu. PSOÖ ve ilişkili ölçekler arasındaki bu negatif yönlü ve anlamlı korelasyonlar, ölçüm aracının benzer yapılarla öngörülebilir bir biçimde ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Orijinal ölçek çalışmasında da kriter geçerliliği incelenmiş ve *Cardiff Fertility Knowledge Scale*-Cardiff Fertilite Bilgi Ölçeği (CFKS-J) ile orijinal PSOÖ'nün toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı korelasyonlar tespit edilmiştir (Suto vd., 2021). Bu sonuç, bilgi ve davranışın birbirini destekleyici şekilde ilişkilendiğini göstermektedir. Benzer şekilde çalışmamızda da PSOÖ ile SOÖ ve PBTÖ arasındaki negatif yönlü ve anlamlı korelasyonlar ölçekteki davranış, tutum ve bilgi boyutlarının birbirleriyle uyumlu bir şekilde ölçüldüğünü ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra orijinal ölçeğin alt boyutları arasında pozitif ve anlamlı korelasyonlar, alt boyutları ve toplam ölçek puanları arasında güçlü ve anlamlı

korelasyonlar gözlenmiştir (Suto vd., 2021). Türkçe PSOÖ'de de benzer biçimde, alt boyut ve toplam ölçek puanları arasında güçlü, anlamlı, pozitif korelasyonlar bulundu. Alt boyutlar arasındaki anlamlı korelasyonların ise zayıf ile orta düzey arasında değiştiği saptandı. Böylece her iki ölçekte de alt boyutların bütünlük içinde ölçüm yaptığı ve yapısal tutarlılık olduğu belirlendi.

5.5. Ölçek Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Güvenirlik farklı bir deyişle iç tutarlılık, bir ölçme aracının maddelerinin birbirleriyle tutarlı bir şekilde ortak bir yapıyı yansıtıp yansıtmadığını değerlendirmeyi amaçlamaktadır (Cortina, 1993; DeVellis ve Thorpe, 2021). İç tutarlılığın değerlendirilmesinde en sık başvurulan yöntem Cronbach alfa güvenirlik katsayısının hesaplanmasıdır (Taber, 2018; Tavakol ve Dennick, 2011). Ölçek farklı alt boyutlar ve maddelerden oluşsa da yüksek Cronbach alfa güvenirlik katsayısının elde edilmesi, maddelerin aynı kavramı homojen biçimde ölçtüğünü göstermektedir (Cortina, 1993; DeVellis ve Thorpe, 2021). Cronbach alfa güvenirlik katsayısının yorumlanmasında genel bir görüş birliği bulunmamakla birlikte, bazı araştırmalarda 0,70'in üzerindeki değerler ideal olarak kabul edilirken, bazı araştırmalarda ise 0,60–0,70 arası değerler de kabul görmektedir (Bonett ve Wright, 2014). Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ölçüm aracındaki madde sayısından oldukça etkilenmekte olup, madde sayısının az olması bu değeri düşürebilmekte ve iç tutarlılığı etkileyebilmektedir (Taber, 2018).

PSOÖ'nün ölçek geliştirme çalışmasında Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,935 olarak bulunmuş olup, McDonald omega katsayısı hesaplanmamıştır (Suto vd., 2021). Çalışmamızda Cronbach alfa ve McDonald omega katsayıları sırasıyla 0,867 ve 0,863 olarak belirlendi. Bu değerler PSOÖ'nün Türkçe versiyonunun yüksek güvenirliğe sahip olduğunu göstermekle birlikte, orjinal ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı daha yüksektir. Bu durum örneklem grubundaki değişkenlik, kültürel ve dilsel uyarlama sürecinde oluşan anlam farklılıkları ile prekonsepsiyonel sağlık davranışlarının toplumsal algıdaki farklılıklarından kaynaklanmış olabilir. Bunun yanı sıra Türkçe PSOÖ'nün alt boyutlarına ait güvenirlik katsayılarının, orijinal ölçeğin alt boyutlarına ait Cronbach alfa güvenirlik katsayılarıyla benzer olduğu belirlendi. Orijinal ölçek çalışmada alt boyutların Cronbach alfa güvenirlik katsayıları 0,686 ile 0,898 arasında değişirken (Suto vd., 2021), çalışmamızda bu değerler 0,634

ile 0,792 arasında saptandı. Özellikle Aşılar alt boyutunun her iki çalışmada da en düşük güvenirliğe sahip alt boyut olması dikkat çekicidir (orijinal çalışmada α=0,686; çalışmamızda α=0,652). Bu durum Aşılar alt boyutunda yer alan madde sayısının azlığından ve katılımcıların aşı davranışlarına yönelik farkındalık düzeylerindeki farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Diğer alt boyutlara ait Cronbach alfa güvenirlik katsayıları ise orijinal ölçekte ve Türkçe versiyonunda genelde benzerdir. Ayrıca orijinal ölçekte ve Türkçe versiyonunda Uygun diyet (α=0,792) ve Güvenli yaşam ortamı (α=0,745) alt boyutlarındaki yüksek iç tutarlılık dikkat çekmektedir. Bu bulgular, PSOÖ'nün Türkçe versiyonunun güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu ve orijinal ölçekle yapısal açıdan benzer bir iç tutarlılık sergilediğini desteklemektedir.

5.6. Bilinen Grup Geçerliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların sosyodemografik özelliklerinin ve sağlık durumu özelliklerinin PSOÖ, SOÖ, PBTÖ toplam ve PSOÖ'nün alt boyut puan ortalamalarına etkileri literatür ile karşılaştırıldı.

Sosyodemografik özelliklerin bireylerin sağlık bilgilerini edinme, anlama ve kullanma düzeyleri üzerinde önemli etkilerinin olduğu bilinmektedir (Sorensen vd., 2012). Bu bağlamda yaş, eğitim durumu, gelir seviyesi, medeni durum ve çalışma durumu gibi sosyodemografik faktörlerin prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı üzerindeki olası etkileri araştırıldı. Çalışmamızda kadınların prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen sosyodemografik değişkenin medeni durum olduğu belirlendi. Evli kadınların prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyi bekarlara göre daha yüksek bulundu. Ayrıca evli kadınlar prekonsepsiyonel dönemde tıbbi muayenelere katılım, diyetine özen gösterme ve güvenli yaşam ortamı oluşturma konusunda bekarlara göre daha bilinçliydi. Yapılan çalışmalarda evliliğin genellikle kadınların sağlık farkındalığını artırdığı bildirilmektedir (Şahin vd., 2024; Yıldırım vd., 2024). Park ve arkadaşlarının çalışmasında, evli hemşirelerin bekar hemşirelere kıyasla prekonsepsiyonel sağlık davranışlarını daha iyi uyguladığı belirtilmektedir. Bu durum evliliğin, çiftlerin karşılıklı olarak birbirinin sağlığıyla ilgilenmesini teşvik ederek sağlık davranışlarını iyileştirdiğini düşündürmektedir (Park vd., 2024). Bunun yanı sıra kültürümüzde evlilik dışı çocuk sahibi olmak kabul görmeyen bir davranış iken, evlilik sonrası erken dönemde çocuk sahibi olma güçlü aile yapısı oluşturmak

adına oldukça yaygındır (Uludağlı ve Akbaş, 2019). Bu durum, evli bireylerin aile yaşamına ve ebeveynlik rollerine daha fazla odaklanmalarına, dolayısıyla prekonsepsiyonel döneme ilişkin bazı sağlık davranışlarında farkındalıklarının artmasına katkı sağlamış olabilir.

Eğitim düzeyi, bireylerin sağlık davranışlarını şekillendiren önemli bir sosyoekonomik faktör olarak kabul edilmekte olup, yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin sağlık bilgisine erişim, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sağlıklı yaşam tarzlarını benimseme konusunda daha yüksek eğilim gösterdiği literatürde belirtilmektedir (Fikadu vd., 2022). Ayrıca eğitim düzeyinin prekonsepsiyonel sağlık bilgisiyle de ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Sajjadian vd., 2024). Çalışmamızda, bu genel beklentinin aksine, kadınların eğitim düzeyi ile PSOÖ, SOÖ ve PBTÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Bu durum örneklem özelliklerinden veya kullanılan ölçeklerin yapısal farklılıklarından kaynaklanmış olabilir.

Literatürde eğitim düzeyi yükseldikçe güvenli yaşam ortamı bilgisi ve çevresel sağlık okuryazarlığının arttığı bildirilmekle birlikte (Cengiz ve Bahar, 2023; Deng vd., 2025), çalışmamızda kadınlarda eğitim düzeyi yükseldikçe güvenli yaşam ortamı ile ilişkili sağlık okuryazarlığının azaldığı gözlendi. Bu farklılık, sağlık okuryazarlığının yalnızca formal eğitim düzeyi ile değil, aynı zamanda kişilerin günlük yaşam deneyimleri, maruz kaldığı çevresel riskler ve pratik bilgi edinme yollarıyla da şekillendiği gerçeğiyle açıklanabilir.

Gelir getiren bir işte çalışma durumu sosyal güvence ve sağlık hizmetlerine erişim avantajı sağlamakta olup, tüm sağlık okuryazarlığı boyutlarında anlamlı bir fark yaratmayabilmektedir (Ehmann vd., 2021; Tekin, 2024). Özellikle yoğun ve olumsuz çalışma koşulları (uzun mesai saatleri, ağır iş yükü, düşük ücretler ve vardiyalı çalışma sistemi vb.) sağlık bilgisinin davranışa dönüştürülmesinde sınırlayıcı bir rol oynamaktadır (Ma vd., 2025). Çalışmamızda gelir getiren bir işte çalışan kadınların çalışmayanlara göre, Uygun tıbbi muayenelere ilişkin sağlık okuryazarlığının daha düşük olması bu durumu açıklar niteliktedir. Bu çalışma sonucumuz olumsuz koşullarda çalışan bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını sürdürmek için sağlık

hizmetlerinden yararlanma konusunda çeşitli engellerle karşılaştığını bildiren literatürle uyumludur (Cheng vd., 2025; Pega vd., 2021).

Sosyoekonomik durum farklı toplumsal gruplar arasında sağlık eşitsizliklerini belirleyen temel bir faktördür. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireyler, yüksek sosyoekonomik düzeye sahip gruplara kıyasla sağlıklı yaşam davranışlarını sürdürmede daha fazla güçlükle karşılaşmaktadır. Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı, sosyoekonomik durumun sağlık davranışları üzerindeki etkilerine aracılık etmektedir (Berete vd., 2024). Bunun yanı sıra literatürde sosyoekonomik durumun diyet kalitesi üzerinde güçlü bir etkisi olduğu ve yüksek sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin daha sağlıklı beslenme alışkanlıkları sergilediği belirtilmektedir (Darmon vd., 2008; Wilcox vd., 2021). Çalışmamızda ekonomik durum algısının PSOÖ'nün Uygun diyet alt boyut puan ortalaması üzerinde anlamlı bir fark oluşturduğu belirlendi. Geliri giderinden fazla olan kadınların prekonsepsiyonel dönemde sağlıklı beslenmeye ilişkin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, geliri giderinden az olanlara kıyasla daha yüksek olduğu saptandı. Ekonomik refah düzeyi yüksek kadınların prekonsepsiyonel dönemde daha sağlıklı beslendiği söylenebilir. Literatürde de ekonomik refah düzeyi yüksek bireylerin daha yüksek prekonsepsiyonel sağlık farkındalığına sahip oldukları ve diyetlerine özen gösterdikleri belirtilmekte olup, çalışma bulgumuz literatürle uyumludur (Craig vd., 2025; Parker vd., 2020).

Literatürde sosyodemografik faktörlerin bireylerin genel sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerinde belirleyici bir rol oynadığı belirtilmektedir (Craig vd., 2025; Garcia-Codina vd., 2019; Schillinger, 2020). Özellikle yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, gelir durumu gibi değişkenler ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişkiler olduğu belirtilmektedir (Garcia-Codina vd., 2019). Ancak çalışmamızda kadınların genel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin sosyodemografik özelliklerden ziyade, sağlık durumu özelliklerinden etkilendiği bulundu. Bu durum ülkemizde SOÖ kullanılarak gerçekleştirilen çalışmaların sonuçları ile benzerdir. Örneğin Mutlu ve arkadaşlarının ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini inceledikleri çalışmalarında, eğitim düzeyi ile anlamlı bir ilişki tespit edilmiş, ancak gelir düzeyi ile istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Mutlu vd., 2023). Benzer şekilde, Türkiye'de gerçekleştirilen diğer bir çalışma da eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığı üzerindeki

güçlü ve belirleyici etkisi vurgulanmakta, ancak cinsiyet ve gelir durumu gibi bazı sosyodemografik değişkenlerin etkisinin sınırlı kaldığı veya değiştiği belirtilmektedir (Karaca ve Akgül, 2024). Uluslararası çalışmalardan farklı olan bu sonuçların, araştırmaların yapıldığı toplumların sağlık sistemlerinin erişilebilirliğindeki ve kalitesindeki farklılıklardan, sosyokültürel yapılarının kadınların sağlıkla ilgili rollerindeki ve önceliklerindeki etkilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda sosyodemografik değişkenlerin prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığını, prekonsepsiyonel bilgi ve tutumu anlamlı biçimde etkilediği saptanırken, benzer etkiler genel sağlık okuryazarlığı üzerinde gözlenmedi. PSOÖ ve PBTÖ'deki gözlenen anlamlı sonuçların, SOÖ'de ortaya çıkmaması birlikte değerlendirildiğinde, genel sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin özel popülasyona ve konuya gerekli hassasiyeti sağlamayadığı düşünülmektedir. Literatürde popülasyona uygun ve ölçülmek istenen kavrama özgü sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin kullanılması önerilmekte olup, bu ölçeklerle genel sağlık okuryazarlığı ölçeklerine göre daha anlamlı ve duyarlı sonuçlar elde edileceği bildirilmektedir (Lee vd., 2025). Prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığını ölçerken ölçeğin hedef popülasyona ve konuya özgü olarak geliştirilmesi veya uyarlanması, geçerli ve güvenilir verilere ulaşmayı desteklemektedir.

Sağlık durumu özelliklerinin prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığına etkisi incelendiğinde; prekonsepsiyonel dönemdeki BKİ, beslenme, kilo kontrolü, alkol ve sigara kullanımı, enfeksiyonlar ve çevresel toksinlere maruziyet gibi yaşam tarzı değişkenlerinin belirleyici olduğu görülmektedir (Suto vd., 2021). Literatürde BKİ'nin yalnızca obezite sınırlarıyla değil, normal aralığın dışındaki tüm düzeylerde üreme sağlığını ve gebelik sonuçlarını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (du Fossé vd., 2022; Peel vd., 2023). Çalışmamızda BKİ <17,0 (çok zayıf) grubundaki kadınların prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyinin yanı sıra prekonsepsiyonel dönemdeki tıbbi muayenelere, sağlıklı kiloya, güvenli yaşam ortamına ilişkin sağlık okuryazarlığı düzeyi de diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük bulundu. Yapılan çalışmalarda düşük BKİ'nin genellikle beslenme yetersizliği veya malnütrisyon göstergesi olduğu, üreme sağlığı ve gebelik süreci ile ilişkili risklere neden olduğu vurgulanmaktadır (Ahmed vd., 2025; Chahal vd., 2025). Bu bağlamda düşük BKİ'ye

sahip kadınların prekonsepsiyonel dönemde hemşireler tarafından riskli grupta ele alınması ve mevcut sağlık riskleri ile ilgili farkındalıklarının arttırılması önemlidir. Ayrıca bu grubun prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığının arttırılarak düzenli tıbbi kontrollere katılması, sağlıklı kiloya ulaşması ve güvenli yaşam ortamı oluşturması için desteklenmesi gerekmektedir. Çünkü çalışmamızda yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı olan kadınların prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı ve PSOÖ'nün tüm alanlarına (Uygun tıbbi muayeneler, Uygun diyet, Stresle baş etme, Sağlıklı kilo, Güvenli yaşam ortamı, Aşılar) ilişkin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha iyi olduğu belirlendi. Prekonsepsiyonel dönemde optimal beslenme hem maternal sağlık hem de fetal gelişim için önemli bir rol oynamaktadır (Stephenson vd., 2018).

Prekonsepsiyonel dönemde besin takviyelerinin kullanımı gebelik öncesinde besin eksikliklerini gidermek açısından önem taşımakta olup, prekonsepsiyonel dönem sağlık profesyonellerine müdahale için fırsat sunmaktadır (Kwesiga vd., 2021). Çalışmamızda, düzenli takviye kullanımı ile prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı ve bilgi-tutum düzeyleri arasında genel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi. Ancak, PSOÖ' nün Sağlıklı kilo alt boyutunda, takviye kullanan katılımcıların puanları daha düşük çıktığı dikkat çekici bir bulgu olarak saptandı. Bu durum, bireylerin takviye kullanma davranışlarının, beslenme ve kilo yönetimi gibi daha kapsamlı sağlık davranışlarıyla her zaman doğrudan örtüşmeyebileceğini düşündürmektedir. Literatürdeki çalışmalar ise genellikle bu bulgunun aksini göstererek, sağlık okuryazarlığı yüksek olan kadınların vitamin ve mineral takviyelerini daha bilinçli ve düzenli kullandıklarını belirtmektedir (Furness vd., 2024; Le vd., 2023). Bu nedenle, elde edilen bulgular, prekonsepsiyonel dönemde takviye kullanımını artırmaya yönelik çabaların yalnızca sağlık okuryazarlığını geliştirmekle sınırlı kalmaması, aynı zamanda beslenme ve kilo yönetimi gibi spesifik davranışlara yönelik farkındalığın da güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Sağlıklı beslenenmenin yanı sıra, prekonsepsiyonel dönemde kazanılması beklenen diğer yaşam tarzı alışkanlığı düzenli fiziksel aktivitedir. Bu dönemde edinilen düzenli fiziksel aktivite yapma alışkanlığı, gebelikte aşırı kilo alımına ve GDM, preeklampsi, düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz sağlık sonuçlarına karşı koruyucu rol oynamaktadır (Arvizu vd., 2022; Kruszewski vd., 2023). Çalışmamızda

düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyi, yapmayanlara göre daha yüksek bulundu. Ayrıca düzenli fiziksel aktivite yapma alışkanlığı prekonsepsiyonel dönemde uygun diyetle, stresle baş etmeyle, sağlıklı kiloyla, güvenli yaşam ortamıyla, aşılarla ilgili sağlık okuryazarlığını olumlu yönde etkiledi. Bu sonuçlar literatürle uyumlu olup, sağlıklı yaşam tarzı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki pozitif yönlü ilişkiyi destekler niteliktedir (Harrison vd., 2016; Ünlü ve Altındiş, 2025). Kadının bir alandaki sağlıklı davranışı benimsemiş olması, kendi sağlığına dair genel bir duyarlılık, sorumluluk ve farkındalık geliştirmesinin yansıması olabilir. Nitekim sağlık farkındalığı yüksek kadınların, düzenli fiziksel aktivite yapmanın yanı sıra sağlıklı beslenme, stres yönetimi ve risk yönetimi (aşı, güvenli ortam) gibi diğer yaşam tarzı alışkanlıklarına da aynı bilinçle yaklaşması, bu konulardaki sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükselmesini beraberinde getirmektedir. Çalışmamızda prekonsepsiyonel dönemde fiziksel aktivite yapma alışkanlığı olan kadınların, prekonsepsiyonel bilgi düzeylerinin yüksek ve tutumlarının olumlu olduğunun belirlenmesi bu durumu desteklemektedir.

Prekonsepsiyonel dönemde sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları edinmek kadar, zararlı alışkanlıklardan vazgeçmekte önemlidir. Prekonsepsiyonel dönemde sigara ve alkol kullanımının bırakılması hem maternal sağlığın korunması hem de fetüsün gelişiminde ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçların önlenmesi açısından önemlidir. Çalışmamızda sigara kullanmayan kadınların sigara kullananlara göre hem prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyi hemde genel sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulundu. Li ve arkadaşlarının çalışmasında sigara kullanımının sağlık okuryazarlığını sınırlandırdığı, dolayısıyla prekonsepsiyonel sağlık davranışlarını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Li vd., 2022). Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin, güvenilir sağlık bilgilerine erişimleri sınırlı düzeydir ve sağlık özyönetim yeterlilikleri düşüktür (Sorensen vd., 2013). Dolayısıyla bu bireylerin sigara kullanımı gibi riskli yaşam tarzı alışkanlıklarından vazgeçmesi güç olabilir. Ancak literatürde de belirtildiği üzere, prekonsepsiyonel dönemde sigara kullanımı kadınlarda infertilite riskini artırarak, konsepsiyon süresini uzatarak, over rezervini azaltarak, folikül stimülan hormon (FSH) düzeyini arttırarak, anti-müllerian hormon (AMH) düzeyini azaltarak fertiliteyi olumsuz etkilediği gibi, gebelik ve doğum çıktılarını da olumsuz etkilemektedir (Peng vd., 2024; Practice Committee of

the American Society for Reproductive Medicine, 2018). Bu bakımdan prekonsepsiyonel dönemden itibaren kadınların sigara kullanımını bırakması için verilen hemşirelik bakımı ve danışmanlık kadının bu konudaki bilgi düzeyini arttırmaya yönelik olmalıdır. Bunun yanı sıra verilen bilginin anlaşılıp anlaşılmadığını ve uygulamaya geçirilip geçirilmediğini takip etmek, bilginin davranışa dönüşmesi açısından oldukça önemlidir.

Prekonsepsiyonel dönemde bırakılması beklenen zararlı alışkanlıklardan biri de alkol kullanımıdır. Alkol kullanımı beslenme kalitesini ve B1, B2, B6, A, C vitaminleri, folik asit gibi temel besin ögelerinin alımını olumsuz etkileyerek yetersiz beslenmeye yol açabilmektedir. Ayrıca, alkolün yol açtığı geçici bilinç bulanıklığı ve dikkat eksikliği gibi bilişsel zayıflamalar, çevresel riskleri doğru değerlendirme ve güvenli bir ortam oluşturma kapasitesini azaltarak gebelik planlamasında önemli bir risk oluşturmaktadır (Sebastiani vd., 2018; Zarezadeh vd., 2024). Çalışmamızda alkol kullanan kadınların alkol kullanmayanlara göre prekonsepsiyonel dönemde uygun diyet ve güvenli yaşam ortamı ile ilgili sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha düşük bulundu. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi alkol kullanımı gibi riskli davranışlarla ilişkilidir (Rolova vd., 2021; Svendsen vd., 2020; Zanobini vd., 2024). Bu bağlamda prekonsepsiyonel dönemde kadınların sağlıklı beslenme ve güvenli yaşam ile ilgili sağlık okuryazarlığını artırmak hem alkol kullanımını bırakmalarını teşvik etmede hemde sağlıklı bir gebelik sürecini desteklemede önemli bir adım teşkil etmektedir.

Ebeveyn olmayı düşünen bireylerde kronik hastalıkların erken tanısı ve etkin yönetimi, maternal ve fetal sağlık açısından kritik öneme sahiptir (Hammarberg vd., 2022). Literatürde sağlık okuryazarlığı düzeyinin, kronik hastalıkların yönetim başarısını doğrudan etkilediği; sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin tedavi süreçlerine daha etkin katılım sağladıkları ve sağlık sonuçlarının daha olumlu olduğu belirtilmektedir (Afni, 2021; Elkin, 2024). Çalışmamızda da bu duruma paralel olarak, kronik hastalığı olan kadınların, kronik hastalığı olmayanlara göre prekonsepsiyonel dönemde uygun diyet ve stresle baş etme sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı. Ancak, kronik hastalığın bireylerde hem farkındalığı artırıcı hem de bu farkındalığı günlük uygulamalara yansıtma kapasitesini sınırlayıcı çift yönlü

etkileri olabilir. Nitekim Çin'de yürütülen bir çalışmada, kronik hastalık varlığının sağlık okuryazarlığı üzerinde çift yönlü etkiler gösterdiği ve optimal düzeyde sağlık okuryazarlığının hedefe yönelik müdahalelerin planlanmasına katkı sağladığı ortaya konmuştur (Guo vd., 2025). Benzer şekilde, Demeke ve arkadaşlarının çalışmasında da hastalık süresi arttıkça (özellikle 5 yıl ve üzerinde) prekonsepsiyonel bilgi düzeyinin yükseldiği bildirilmiştir (Demeke vd., 2024). Bu kapsamda, araştırma bulgularımız, kronik hastalığın yalnızca bir risk faktörü olarak değil, aynı zamanda prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı ve davranışsal farkındalığı artırıcı potansiyel bir unsur olarak ele alınabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, bu etkinin bireyler arasında farklılık gösterebileceği göz önünde bulundurularak, prekonsepsiyonel dönemde sunulacak müdahalelerin bireyselleştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Kronik hastalığa sahip olma ya da olmama durumunda bağımsız olarak, sağlık algısı bireylerin kendi sağlık durumlarını öznel olarak değerlendirmelerini yansıtan önemli bir göstergedir (Yoon vd., 2022). Çalışmamızda sağlık algısı prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığını etkileyen önemli bir faktör olarak belirlendi. Olumlu sağlık algısına sahip kadınların, olumsuz sağlık algısına sahip olanlara göre prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı, prekonsepsiyonel dönemdeki uygun diyet, stresle baş etme, aşılar ile ilgili sağlık okuryazarlığı daha yüksek bulundu. Guo ve arkadaşlarının (2025) çalışmasında da, sağlık algısı ve sağlık okuryazarlığı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça hastalıklarını daha doğru yorumladıkları, riskleri daha bilinçli yönettikleri ve tedavi süreçlerine daha aktif katıldıkları vurgulanmıştır (Guo vd., 2025). Çalışma sonucumuz, sağlık algısının sağlık okuryazarlığı düzeyiyle yakından ilişkili olduğunu gösteren literatürle paralellik göstermektedir.

Planlı gebelik, prekonsepsiyonel dönemde risklerin minimize edilmesi ve sağlıklı gebelik sonuçlarının desteklenmesi açısından önemlidir. Gebeliklerin planlı olması kadınların zararlı alışkanlıklardan kaçınmasını, sağlıklı beslenmesini ve düzenli sağlık kontrollerine katılmasını içeren prekonsepsiyonel önlemlerin uygulanmasına fırsat vermektedir (Aynalem vd., 2025). Ancak gebeliğin planlı olması tek başına önerilen tüm prekonsepsiyonel sağlık davranışlarını garanti etmemektedir. Hollanda'da kadınların büyük çoğunluğu gebeliklerini planlamış olmasına rağmen

folik asit kullanımı, alkol kullanımının bırakılması ve sağlıklı beslenme gibi temel önlemlere tam uyum gösterememiştir (Maas vd., 2022). Benzer şekilde Brezilya'da planlı gebeliği olan kadınların yalnızca %47'si, tüm prekonsepsiyonel sağlık önlemlerini düzenli olarak uygulamıştır (Borges vd., 2016). Çalışmamızda da gebelik planlama durumuna göre PSOÖ, PBTÖ ve SOÖ toplam puanları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Ancak gebelik planı olan kadınların gebelik planı olmayanlara göre prekonsepsiyonel dönemde kaçınılması gereken davranışlarla ilgili farkındalığının daha yüksek olduğu tespit edildi. Bu sonuçlar planlı gebeliğin prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı ve farkındalığı açısından motivasyon sağlasa da kalıcı davranış değişikliği için bireysel sağlık inançlarının güçlendirilmesi, destek mekanizmalarının geliştirilmesi ve sosyoekonomik eşitsizliklerin azaltılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Gebeliğini planlayan bireylerin, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramının farkında olmaları, prekonsepsiyonel dönemde gerekli önlemleri alma motivasyonunu ve davranışlarını doğrudan etkilemektedir (Fowler vd., 2025). Yapılan çalışmalarda, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık farkındalığı yüksek olan bireylerin gebelik öncesinde sağlık hizmetlerinden daha etkin yararlandığı ve risk azaltıcı davranışları daha sık uyguladığı bildirilmiştir (Abneh vd., 2025; Hidayah vd., 2025). Çalışmamızda da prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramını duyan kadınların, bu kavramı duymayanlara göre prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu. Kavramı bilen katılımcıların, stresle baş etme alt boyutu hariç diğer tüm alt boyutlarda daha yüksek puanlar aldığı gözlendi. Dolayısıyla, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık farkındalığının, bireylerde risk algısını yeniden yapılandırarak daha bilinçli tutum ve davranışların gelişimini desteklediği; prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığını artırmada belirleyici bir rol oynadığı söylenebilir. Bilgi düzeyindeki bu artışın doğrudan daha uygun prekonsepsiyonel uygulamaları desteklediği görülmektedir (Hidayah vd., 2025). Bu doğrultuda, kadınların prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık farkındalığı artırılarak, prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı güçlendirilebilir ve sağlıklı gebelik süreci desteklenebilir.

Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık farkındalığı, bireylerin bu hizmeti almasını sağlayacaktır. Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık almak ise bireylerin sağlık bilgisine erişimini, yorumlamasını ve değerlendirmesini güçlendirerek risk farkındalığını arttıracak ve sağlıklı prekonsepsiyonel davranışları edinmesini destekleyecektir (Fransen vd., 2018). Çalışmamızda prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alan kadınların, bu hizmeti almayanlara göre prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyi, prekonsepsiyonel dönemde uygun diyet ve aşılar ile ilgili sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha yüksek bulundu. Literatürde yapılan çalışmalar da benzer şekilde, sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bireylerin prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinden daha fazla yararlandığını, bu kapsamada folik asit kullanımı, düzenli kan testi yaptırma, diş hekimi kontrolü ve pap smear gibi koruyucu sağlık davranışlarını daha sık gerçekleştirdiğini göstermektedir (Ghasemi Yngyknd vd., 2018; Kohansal vd., 2024; Sajjadian vd., 2024; Suto vd., 2025). Hem literatür hemde araştırma sonuçlarımız üreme çağındaki kadınların nitelikli prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmetine erişimiyle sağlıklı kadın, sağlıklı çocuk, sağlıklı aile, sağlıklı toplum döngüsünün işleyebileceğini göstermektedir. Bu süreç prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti almanın, kadının prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığını arttırması, eksikliklerini eleştirel olarak değerlendirmesi ve özyeterlilik algısında değişiklikler yaratması ile mümkün olacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

6.1.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Araştırmada;

- Kadınların yaş ortalamasının 25,79 ± 6,46 olduğu, %74,9'u üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu, %73,9'unun bekar olduğu, %64,5'inin gelir getiren bir işte çalışmadığı, %53,5'inin gelirinin giderine denk olduğu saptandı (Bkz. Tablo 4.1).
- Kadınların günlük ortalama uyku süresinin 7,59 ± 1,58 saat olduğu, BKİ ortalamasının 23,91 ± 4,47 kg/m² olduğu, %54,5'inin sağlığının iyi düzeyde olduğunu düşündüğü, %91,6'sının gebelik planı olmadığı, %34,1'nin prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramını daha önce duyduğu, %4,7'sinin prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti aldığı, %41,5'inin yeterli ve dengeli beslendiği, %17,1'nin kronik hastalığı olduğu, %7,0'sinin genetik geçişli hastalığı olduğu, %33,4'ünün düzenli fiziksel aktivite yaptığı, %25,8'inin sigara kullandığı, %8,4'ünün alkol kullandığı, %26,8'inin düzenli vitamin ve mineral takviyesi aldığı belirlendi (Bkz. Tablo 4.2).

6.1.2. PSOÖ'nün Geçerlik Güvenirliğine İlişkin Sonuçlar

PSOÖ'nün Türk kültürüne uyarlanarak geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirildiği bu araştırmada;

- PSOÖ'nün dil geçerliği aşaması tamamlandıktan sonra, kapsam geçerliği için Lawshe tekniğiyle kullanılarak 12 uzmandan görüşler doğrultusunda hesaplanan KGO değerlerinin 0,833-1,000 aralığında değiştiği ve KGİ değerinin 0,920 olduğu belirlendi. PSOÖ'nün 25 maddeyle kapsam geçerliği sağlandı (Bkz. Tablo 4.5).
- Ölçeğin faktör yapısının belirlenmesi amacıyla yapılan AFA sonuçları altı faktörlü ve 25 maddelik bir yapıyı ortaya koydu. Faktör yüklerinin 0,402-0,859

aralığında olduğu ve toplam varyansın %55,95'inin açıklandığı belirlendi (Bkz. Şekil 4.1, Tablo 4.6).

- DFA ile 25 maddeli ve altı faktörlü yapı doğrulandı. Uyum indeksleri χ^2/sd=1,851, CFI=0,909, IFI=0,902, SRMR=0,045, RMSEA=0,053, PNFI=0,672 ve PGFI=0,683 olarak belirlendi ve yapı geçerliği sağlandı (Bkz. Şekil 4.2, Tablo 4.7).
- Kadınların PSOÖ toplam puan ortalamasının 49,08 ± 11,06; Uygun tıbbi muayeneler alt boyut puan ortalamasının 9,64 ± 2,60, Uygun diyet alt boyut puan ortalamasının 8,29 ± 2,92, Stresle baş etme alt boyut puan ortalamasının 7,88 ± 2,84, Sağlıklı kilo alt boyut puan ortalamasının 7,34 ± 2,63, Güvenli yaşam ortamı alt boyut puan ortalamasının 7,31 ± 2,56 ve Aşılar alt boyut puan ortalamasının 8,62 ± 2,45 olduğu tespit edildi (Bkz. Tablo 4.8).
- Kadınların SOÖ toplam puan ortalamasının 103,74 ± 24,83; Bilgiye erişim alt boyut puan ortalamasının 21,25 ± 5,42, Bilgileri anlama alt boyut puan ortalamasının 29,19 ± 7,29, Değerlendirme alt boyut puan ortalamasının 32,94 ± 8,23 ve Uygulama alt boyut puan ortalamasının 20,36 ± 5,29 olduğu saptandı (Bkz. Tablo 4.8).
- Kadınların PBTÖ toplam puan ortalamasının 201,69 ± 14,47; Prekonsepsiyonel sağlığı koruma ve geliştirmeye ilişkin tutumlar alt boyut puan ortalamasının 48,28 ± 3,43, Doğurganlığın planlanmasına ilişkin tutumlar alt boyut puan ortalamasının 32,25 ± 3,38, Çocuk sahibi olmadan önceki yaşam koşullarına ilişkin tutumlar alt boyut puan ortalamasının 23,31 ± 2,33, Prekonsepsiyonel risk faktörlerine ilişkin tutumlar alt boyut puan ortalamasının 37,46 ± 3,20, Prekonsepsiyonel sağlık davranışlarına ilişkin tutumlar alt boyut puan ortalamasının 22,80 ± 2,80, Prekonsepsiyonel dönemde kaçınılması gereken davranışlar alt boyut puan ortalamasının 23,00 ± 2,69, Prekonsepsiyonel sağlığa ilişkin duyarlılık durumu alt boyut puan ortalamasının 14,60 ± 1,19 olduğu tespit edildi (Bkz. Tablo 4.8).
- PSOÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında, tüm alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu belirlendi ($p<0,001$) (Bkz. Tablo 4.9). PSOÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarıyla SOÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu saptandı ($p<0,05$). PSOÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarıyla PBTÖ toplam puan ortalamaları

arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu saptandı ($p<0,05$). Böylece kriter geçerliği sağlandı (Bkz. Tablo 4.9).

- PSOÖ'nün iç tutarlığını değerlendirmek üzere hesaplanan Cronbach alfa ve McDonald omega katsayıları sırasıyla 0,867 ve 0,863 olarak belirlendi. Alt boyutlara ait değerlerin 0,634–0,793 aralığında değiştiği saptandı. Böylece ölçek güvenirliği sağlandı (Bkz. Tablo 4.10).
- BKİ'nin, sağlık algısının, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramını duyma durumunun, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alma durumunun, yeterli ve dengeli beslenme algısının, düzenli fiziksel aktivite yapma durumunun, sigara kullanma durumunun PSOÖ toplam puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği saptandı ($p<0,05$). BKİ'si 17'nin üzerinde olan, sağlığının iyi olduğunu düşünen, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramını duyan, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alan, yeterli ve dengeli beslendiğini düşünen, düzenli fiziksel aktivite yapan, sigara kullanmayan kadınların prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulundu ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.16, Tablo 4.20, Tablo 4.21, Tablo 4.23, Tablo Tablo 4.24, Tablo 4.25, Tablo 4.28, Tablo 4.29).
- Evli, gelir getiren bir işte çalışan, BKİ 17'nin üzereinde olan, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramını daha önce duyan, yeterli ve dengeli beslenen kadınların PSOÖ'nün Uygun tıbbi muayeneler alt boyut puan ortalaması daha düşük bulundu ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.16, Tablo 4.17, Tablo 4.20, Tablo 4.23, Tablo 4.25).
- Evli, geliri giderinden fazla olan, iyi sağlık algısına sahip, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramını daha önce duyan ve prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alan, yeterli ve dengeli beslenen, kronik hastalığı olmayan, düzenli fiziksel aktivite yapan, alkol kullanmayan kadınların PSOÖ'nün Uygun diyet alt boyut puan ortalaması daha düşük olarak belirlendi ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.16, Tablo 4.18, Tablo 4.21, Tablo 4.23, Tablo 4.24, Tablo 4.25, Tablo 4.26, Tablo 4.28 Tablo 4.30).
- Sağlığının iyi olduğunu düşünen, yeterli ve dengeli beslenen, kronik hastalığı olmayan ve düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların PSOÖ'nün Stresle baş

etme alt boyut puan ortalaması daha düşük bulundu (p<0,05) (Bkz. Tablo 4.21, Tablo 4.25, Tablo 4.26, Tablo 4.28).

- Günde 7,9 saat ve daha az uyuyan, BKİ 17'nin üzerinde olan, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramını daha önce duyan, yeterli ve dengeli beslenen, düzenli fiziksel aktivite yapan, düzenli vitamin ve mineral takviyesi kullanan kadınların PSOÖ'nün Sağlıklı kilo alt boyut puan ortalaması daha düşük olarak belirlendi (p<0,05) (Bkz. Tablo 4.19, Tablo 4.20, Tablo 4.23, Tablo 4.25, Tablo 4.28, Tablo 4.31).
- Lise ve altı eğitim düzeyine sahip, evli, BKİ 17'nin üzerinde olan, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramını daha önce duyan, yeterli ve dengeli beslenen, düzenli fiziksel aktivite yapan ve alkol kullanmayan kadınların PSOÖ'nün Güvenli yaşam ortamı alt boyut puan ortalaması daha düşük olarak belirlendi (p<0,05) (Bkz. Tablo 4.15, Tablo 4.16, Tablo 4.20, Tablo 4.23, Tablo 4.25, Tablo 4.28, Tablo 4.30).
- Sağlığının iyi olduğunu düşünen, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramını daha önce duyan ve prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alan, yeterli ve dengeli beslenen, düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların PSOÖ'nün Aşılar alt boyut puan ortalaması daha düşük olarak belirlendi (p<0,05) (Bkz. Tablo 4.21, Tablo 4.23, Tablo 4.24, Tablo 4.25, Tablo 4.28).
- Genel sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler arasında sağlık algısı, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alma durumu, sigara kullanımının yer aldığı belirlendi. Sağlığının iyi olduğunu düşünen, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alan ve sigara kullanmayan kadınların genel sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,05) (Bkz. Tablo 4.21, Tablo 4.24, Tablo 4.29).
- Kadınların prekonsepsiyonel bilgi ve tutumlarını etkileyen bir faktörün düzenli fiziksel aktivite yapma alışkanlığı olduğu bulundu. Düzenli fiziksel aktivite yapan kadınların PBTÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi (p<0,05) (Bkz. Tablo 4.28).

6.2. Öneriler

Çalışmadan edilen sonuçlar doğrultusunda,

PSOÖ'nün Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna dayanarak;

- Fertil kadınlarla daha geniş popülasyonda gerçekleştirilecek araştırmalarda prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek için PSOÖ'nün kullanılması,
- Prekonsepsiyonel sağlık okuryazarlığı düzeyini iyileştirmeye yönelik gerçekleştirilen müdahale çalışmalarında PSOÖ'nün kullanılması,
- Ülkemizde birinci basamak sağlık kuruluşlarında görevli hemşirelerin, PSOÖ'yü kullanarak prekonsepsiyonel dönemdeki fertil kadınları değerlendirmeleri ve riskli grupları belirlemeleri,
- Ulusal düzeyde sağlık hizmetleri kapsamında, üreme dönemindeki bireylere, ayrıca evlilik başvurusu yapanlara ve gebelik planlayanlara PSOÖ aracılığıyla bireyselleştirilmiş eğitim ve danışmanlık verilmesinin rutin hale getirilmesi,
- PSOÖ'nün farklı popülasyonlara uyarlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Abay, H. (2022). *Prekonsepsiyonel ve interkonsepsiyonel danışmanlık için bir yol haritası.* 21. Yüzyıl'da Sağlık Bilimlerine Karşılaştırmalı Bir Bakış: Kavram, Yöntem ve Gözlem. Yiğit Uyanıkgil, Elem Kocaçal (Editörler). ss. 33–42. Gaziantep: Özgür Yayınları.

Abay, H., Alagöz, F., & Tekin, Ö. M. (2023). The Turkish validity and reliability of the maternal health literacy inventory in pregnancy. *Midwifery, 125*, 103774. https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103774

Abneh, A. A., Getahun, W. T., Agmassie, G. A., Gelaw, S. S., & Kassie, T. D. (2025). The magnitude of preconception care utilization and associated factors among women in Ethiopia: Systematic review and meta-analysis, 2024. *BMC Pregnancy and Childbirth, 25*(1), 259. https://doi.org/10.1186/s12884-025-07394-6

Adamczak, L., Mantaj, U., Sibiak, R., Gutaj, P., & Wender-Ozegowska, E. (2024). Physical activity, gestational weight gain in obese patients with early gestational diabetes and the perinatal outcome: A randomised-controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth, 24*(1), 104. https://doi.org/10.1186/s12884-024-06296-3

Afni, N. (2021). The role of health literacy in chronic disease management: Challenges, interventions, and policies. *Journal of Health Literacy and Qualitative Research, 1*(2), 57–68. https://doi.org/10.61194/jhlqr.v1i2.526

Agustina, S. A., Prabandari, Y. S., Hakimi, M., & Hayati, E. N. (2024). How to engage men in preconception health?: A scoping review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 29*(6), 660–668. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_27_23

Ahmed, A. A. E. H., Mohammed, A. H., & Khalifa, H. A. (2025). Maternal and fetal outcomes in underweight pregnant women. *Al-Azhar International Medical Journal, 2025*(3), 231–235.https://doi.org/10.21608/aimj.2025.446493

Aierken, M., Özerdoğan, N., & Çevik, F. (2025). Planlı gebeliği olan kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı değişikliklerinin gebelik sonuçlarına etkisi: Retrospektif bir çalışma. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 9*(3), 309–320. https://doi.org/10.46237/amusbfd.1480141

Aker, S., Dündar, C., & Pekşen, Y. (2005). Ölçme araçlarında iki yaşamsal kavram: Geçerlik ve güvenirlik: Derleme. *Journal of Experimental and Clinical Medicine, 22*(1), 50–60. https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/188910

Akrami, S. M. (2012). Genetics of consanguineous marriage: Impact and importance of counseling. *Journal of Pediatric Genetics, 1*(4), 217–220. https://doi.org/10.3233/PGE-12034

Aksoy, S. D., Özdilek, R., & Aba, Y. A. (2024). The effect of pregnant women's status of receiving preconception care on pregnancy stress. *Health Care for Women International*, *45*(12), 1471-1484. https://doi.org/10.1080/07399332.2024.2303513

Alavi, M., Biros, E., & Cleary, M. (2024). Notes to factor analysis techniques for construct validity. *The Canadian Journal of Nursing Research,* 56(2), 164–170. https://doi.org/10.1177/08445621231204296

Alexander, E. K., Pearce, E. N., Brent, G. A., Brown, R. S., Chen, H., Dosiou, C., Grobman, W. A., Laurberg, P., Lazarus, J. H., Mandel, S. J., Peeters, R. P., & Sullivan, S. (2017). 2017 guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. *Thyroid, 27*(3), 315–389. https://doi.org/10.1089/thy.2016.0457

Alibrandi, A., Zirilli, A., Le Donne, M., Giannetto, C., Lanfranchi, M., De Pascale, A., Politi, C., Incognito, G. G., Ercoli, A., & Granese, R. (2024). Association between fish consumption during pregnancy and maternal and neonatal outcomes: A statistical study in Southern Italy. *Journal of Clinical Medicine, 13*(7), 2131. https://doi.org/10.3390/jcm13072131

Allen, D., Hunter, M. S., Wood, S., & Beeson, T. (2017). One Key Question: First things first in reproductive health. *Maternal and Child Health Journal, 21*(3), 387–392. https://doi.org/10.1007/s10995-017-2283-2

Amaje, E., Fikrie, A., & Utura, T. (2022). Utilization of preconception care and its associated factors among pregnant women of West Guji Zone, Oromia, Ethiopia, 2021: A community-based cross-sectional study. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, *9,* 23333928221088720. https://doi.org/10.1177/23333928221088720

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2019a). Interpregnancy care: Obstetric care consensus no. 8. *Obstetrics & Gynecology, 133*(1), e51–e72. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003025

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2019b). Committee Opinion No. 762: Prepregnancy counseling. *Obstetrics and Gynecology, 133*(1), e78–e89. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003013

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2024). *Good health before pregnancy: Prepregnancy care.* Retrieved October 15, 2025, from https://www.acog.org/womens-health/faqs/good-health-before-pregnancy-prepregnancy-care

American College of Obstetricians and Gynecologists. (ACOG). (2019c). ACOG Practice Bulletin No. 203: Chronic hypertension in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology, 133*(1), e26–e50. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003020

American College of Obstetricians and Gynecologists. (ACOG). (2020). Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. ACOG Committee Opinion No. 804. *Obstetrics and Gynecology*, *135*(4), 991–993. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003773

American Diabetes Association Professional Practice Committee (ADAPPC). (2024). Management of diabetes in pregnancy: Standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care, 47*(Suppl. 1), S282–S294. https://doi.org/10.2337/dc24-S015

American Society for Reproductive Medicine (ASRM). (2019). *Prepregnancy counseling*. Retrieved October 15, 2025, from https://www.asrm.org/practice-guidance/practice-committee-documents/prepregnancy-counseling-2019

Ancker, J. S., Grossman, L. V., & Benda, N. C. (2020). Health literacy 2030: is it time to redefine the term? *Journal of General Internal Medicine*, *35*(8), 2427–2430. https://doi.org/10.1007/s11606-019-05472-y

Andersen, C. H., Thomsen, P. H., Nohr, E. A., & Lemcke, S. (2018). Maternal body mass index before pregnancy as a risk factor for ADHD and autism in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(2), 139–148. https://doi.org/10.1007/s00787-017-1027-6

Aras, Z., & Bayık Temel, A. (2017). Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi. *F.N. Hemşirelik Dergisi*, 25(2), 85–94. https://doi.org/10.17672/fnhd.94626

Arvizu, M., Minguez-Alarcon, L., Stuart, J. J., Mitsunami, M., Rosner, B., Rich-Edwards, J. W., & Chavarro, J. E. (2022). Physical activity before pregnancy and the risk of hypertensive disorders of pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM, 4*(2), 100556. https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100556

Asnake, A. A., Seifu, B. L., Gebrehana, A. K., Gebeyehu, A. A., Gebrekidan, A. Y., Lombebo, A. A., & Abajobir, A. A. (2024). The impact of intimate partner violence on adverse birth outcomes in 20 sub-Saharan African countries: Propensity score matching analysis. *Frontiers in Global Women's Health, 5*, 1420422. https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1420422

Atrash, H. K., Johnson, K., Adams, M., Cordero, J. F., & Howse, J. (2006). Preconception care for improving perinatal outcomes: the time to act. *Maternal and Child Health Journal, 10*(5 Suppl), S3–S11. https://doi.org/10.1007/s10995-006-0100-4

Aweke, M. N., Fentie, E. A., Agimas, M. C., Baffa, L. D., Shewarega, E. S., Belew, A. K., Muhammad, E. A., & Mengistu, B. (2025). Folic acid supplementation during preconception period in sub-Saharan African countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS One, 20*(1), e0318422. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0318422

Aynalem, Y. A., Paul, P., Olson, J., Lassi, Z. S., & Meherali, S. (2025). Preconception care: A concept analysis of an evolving paradigm. *Journal of Advanced Nursing, 81*(7), 3674–3691. https://doi.org/10.1111/jan.16711

Ayre, C., & Scally, A. J. (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: Revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 47*(1), 79–86. https://doi.org/10.1177/0748175613513808

Badell, M. L., Prabhu, M., Dionne, J., Tita, A. T., Silverman, N. S., Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), & SMFM Publications Committee. (2024). Society for maternal-fetal medicine consult series #69: Hepatitis B in pregnancy: Updated guidelines. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 230*(4), B2–B11. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.12.023

Bais, B., Zarchev, M. G., Luik, A. I., van Rossem, L., & Steegers-Theunissen, R. P. M. (2022). Maternal sleep problems in the periconceptional period and the impact on health of mother and offspring: A systematic review. *Clocks & Sleep, 4*(4), 688–713. https://doi.org/10.3390/clockssleep4040052

Bartlett, R., & Boyle, J. A. (2022). Developing multi-language maternal health education videos for refugee and migrant women in southeast Melbourne. *Midwifery*, *111*, 103369. https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103369

Bener, A., & Mohammad, R. R. (2017). Global distribution of consanguinity and their impact on complex diseases: Genetic disorders from an endogamous population. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics, 18*(4), 315–320. https://doi.org/10.1016/j.ejmhg.2017.01.002

Ben-Omran, T., Al Ghanim, K., Yavarna, T., El Akoum, M., Samara, M., Chandra, P., & Al-Dewik, N. (2020). Effects of consanguinity in a cohort of subjects with certain genetic disorders in Qatar. *Molecular Genetics & Genomic Medicine, 8*(1), e1051. https://doi.org/10.1002/mgg3.1051

Berete, F., Gisle, L., Demarest, S., Charafeddine, R., Bruyère, O., Van den Broucke, S., & Van der Heyden, J. (2024). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health-related outcomes in the Belgian adult population? *BMC Public Health, 24*(1), 1182. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18676-7

Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health,

social, and behavioral research: A primer. *Frontiers in Public Health, 6,* 149. https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149

Bonett, D. G., & Wright, T. A. (2014). Cronbach's alpha reliability: Interval estimation, hypothesis testing, and sample size planning. *Journal of Organizational Behavior, 36*(1), 3–15. https://doi.org/10.1002/job.1960

Borges, A. L., Santos, O. A., de Nascimento, N. C., Chofakian, C. B., & Gomes-Sponholz, F. A. (2016). Preconception health behaviors associated with pregnancy planning status among Brazilian women. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 50*(2), 208–216. https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200005

Borges, A. L., Santos, O. A., Nascimento, N. de C., Chofakian, C. B., & Gomes-Sponholz, F. A. (2016). Preconception health behaviors associated with pregnancy planning status among Brazilian women. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *50*(2), 208–216. https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200005

Breiding, M. J., & Armour, B. S. (2015). The association between disability and intimate partner violence in the United States. *Annals of Epidemiology, 25*(6), 455–457. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2015.03.017

Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136–162). Sage Publications.

Büyüköztürk, Ş. (2020). *Veri analizi el kitabı: SPSS ve LISREL uygulamaları* (26. baskı). Pegem Akademi.

Cao, Y., & Lu, J. (2020). Paternal smoking before conception and during pregnancy is associated with an increased risk of childhood acute lymphoblastic leukemia: A systematic review and meta-analysis of 17 case-control studies. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology, 42*(1), 32–40. https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000001657

Çapık, C., Gözüm, S., & Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, *26*(3), 199-210.

Carpenter, S. (2018). Ten steps in scale development and reporting: A guide for researchers. *Communication Methods and Measures, 12*(1), 25–44. https://doi.org/10.1080/19312458.2017.1396583

Carré, J., Gatimel, N., Moreau, J., Parinaud, J., & Léandri, R. (2017). Does air pollution play a role in infertility?: A systematic review. *Environmental Health: A Global Access Science Source, 16*(1), 82. https://doi.org/10.1186/s12940-017-0291-8

Cassinelli, E. H., McKinley, M. C., Kent, L., Eastwood, K. A., Schoenaker, D. A., Trew, D., ... & McGowan, L. (2024). Preconception health and care policies, strategies and guidelines in the UK and Ireland: a scoping review. *BMC Public Health*, *24*(1), 1662. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19188-0

Caut, C., Schoenaker, D., McIntyre, E., Vilcins, D., Gavine, A., & Steel, A. (2022). Relationships between women's and men's modifiable preconception risks and health behaviors and maternal and offspring health outcomes: An umbrella review. *Seminars in Reproductive Medicine, 40*(3–4), 170–183. https://doi.org/10.1055/s-0042-1744257

Cengiz, B., & Bahar, Z. (2023). The characteristics of university students on environmental attitude and environmental literacy level: example of faculty of nursing. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3*(2), 161–174. https://doi.org/10.56061/fbujohs.1210065

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). *Planning for pregnancy*. Retrieved October 6, 2025, from https://www.cdc.gov/pregnancy/about/index.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). *Health problems caused by secondhand smoke*. Retrieved October 17, 2025, from https://www.cdc.gov/tobacco/secondhand-smoke/health.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024a). *Preventing intimate partner violence for everyone*. Retrieved October 17, 2025, from https://www.cdc.gov/intimate-partner-violence/prevention/index.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024b). *U.S. selected practice recommendations for contraceptive use, 2024*. https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/rr/rr7303a1.htm

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024c). *Sleep and sleep disorders.* Retrieved October 23, 2025, from http://dx.doi.org/10.5888/pcd20.230197

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2025). *Planning for pregnancy.* Retrieved October 15, 2025, from https://www.cdc.gov/pregnancy/about/index.html

Centers for Disease Control and Prevention. (CDC). (2021). *Screening recommendations and considerations referenced in treatment guidelines and original sources.* Retrieved October 17, 2025, from https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/screening-recommendations.htm

Centers for Disease Control and Prevention. (CDC). (2024d). *Vaccine recommendations before, during, and after pregnancy*. Retrieved October 23, 2025, from https://www.cdc.gov/vaccines-pregnancy/recommended-vaccines/index.html

Cha, E. S., Kim, K. H., & Erlen, J. A. (2007). Translation of scales in cross-cultural research: Issues and techniques. *Journal of Advanced Nursing, 58*(4), 386–395. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04242.x

Chahal, N., Qureshi, T., Eljamri, S., Catov, J. M., & Fazeli, P. K. (2025). Impact of low maternal weight on pregnancy and neonatal outcomes. *Journal of the Endocrine Society, 9*(1). https://doi.org/10.1210/jendso/bvae206

Chai, J., Guo, T., Deng, Y., Jiang, L., Zhang, J., Xu, Q., ... & Ma, X. (2022). Preconception alcohol consumption and risk of miscarriage in over 4.5 million Chinese women aged 20–49 years. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 48*(e1), e53–e59. https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2020-201012

Chamberlain, G. (1980). The prepregnancy clinic. *British Medical Journal, 281*(6232), 29–30. https://doi.org/10.1136/bmj.281.6232.29

Chen, M., Zhou, Q., Li, Y., Lu, Q., Bai, A., Ruan, F., Liu, Y., Jiang, Y., & Li, X. (2025). Association between pre-pregnancy maternal stress and small for gestational age: A population-based retrospective cohort study. *BMC Medicine, 23*(1), 7. https://doi.org/10.1186/s12916-024-03837-7

Cheng, Q., Fattah, R. A., Susilo, D., Satrya, A., Haemmerli, M., Kosen, S., … Wiseman, V. (2025). Determinants of healthcare utilization under the Indonesian national health insurance system–A cross-sectional study. *BMC Health Services Research, 25*(1), 48. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11951-8

Çiçek Özdemir, S., & Çevik, E. (2025). The relationship between risky sexual behaviors and sexual health literacy and self-esteem in young women. *Revista da Associação Médica Brasileira, 71*(2), e20241040. https://doi.org/10.1590/1806-9282.20241040

Claessens, T., Hougaard, K. S., & Ronsmans, S. (2025). Risk assessment and management of chemical hazards for pregnant workers: A qualitative review of guidance from EU member states. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology, 20*(1), 10. https://doi.org/10.1186/s12995-025-00456-7

Clarke, E., Patel, R., Dickins, D., Fidler, K., Jackson, A., Kingston, M., Jones, C., Lyall, H., Nicholson, M., Pelosi, E., Porter, D., Powell, G., & Foley, E. (2025). Joint British Association for Sexual Health and HIV and Royal College of Obstetricians and Gynaecologists national UK guideline for the management of herpes simplex virus (HSV) in pregnancy and the neonate (2024 update). *International Journal of STD & AIDS, 36*(1), 4–23. https://doi.org/10.1177/09564624241280734

Cochran, K. A., Kashy, D. A., Bogat, G. A., Levendosky, A. A., Lonstein, J. S., Nuttall, A. K., & Muzik, M. (2023). Economic hardship predicts intimate partner violence victimization during pregnancy. *Psychology of Violence, 13*(5), 396–404. https://doi.org/10.1037/vio0000454

Colliver, J. A., Conlee, M. J., & Verhulst, S. J. (2012). From test validity to construct validity… and back? *Medical Education*, 46(4), 366–371. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.04194.x

Cömert, M. (2019). *Gebelik planlayan kadınlarda prekonsepsiyonel risk faktörlerinin belirlenmesi.* [Yüksek lisans tezi]. Biruni Üniversitesi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi

Corsi, D. J., Donelle, J., Sucha, E., Hawken, S., Hsu, H., El-Chaâr, D., ... & Walker, M. (2020). Maternal cannabis use in pregnancy and child neurodevelopmental outcomes. *Nature Medicine, 26*(10), 1536–1540. https://doi.org/10.1038/s41591-020-1002-5

Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology, 78*(1), 98.

Countouris, M., Mahmoud, Z., Cohen, J. B., Crousillat, D., Hameed, A. B., Harrington, C. M., Hauspurg, A., Honigberg, M. C., Lewey, J., Lindley, K., McLaughlin, M. M., Sachdev, N., Sarma, A., Shapero, K., Sinkey, R., Tita, A., Wong, K. E., Yang, E., Cho, L., & Bello, N. A. (2025). Hypertension in pregnancy and postpartum: current standards and opportunities to ımprove care. *Circulation*, *151*(7), 490–507. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.124.073302

Craig, A., Mabetha, K., Stephenson, J., Schoenaker, D., & Norris, S. A. (2025). *Preconception health knowledge, attitudes and behavioural intentions among adults: A multi-country study*. Reproductive Health, 22(1), 66. https://doi.org/10.1186/s12978-025-02015-z

Crider, K. S., Qi, Y. P., Yeung, L. F., Mai, C. T., Head Zauche, L., Wang, A., Daniels, K., & Williams, J. L. (2022). Folic acid and the prevention of birth defects: 30 years of opportunity and controversies. *Annual Review of Nutrition, 42*, 423–452. https://doi.org/10.1146/annurev-nutr-043020-091647

Cruchinho, P., López-Franco, M. D., Capelas, M. L., Almeida, S., Bennett, P. M., Miranda da Silva, M., Teixeira, G., Nunes, E., Lucas, P., Gaspar, F., & Handovers4SafeCare. (2024). Translation, cross-cultural adaptation, and validation of measurement instruments: A practical guideline for novice researchers. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 17*, 2701–2728. https://doi.org/10.2147/JMDH.S419714

Darmon, N., & Drewnowski, A. (2008). Does social class predict diet quality? *The American Journal of Clinical Nutrition, 87*(5), 1107–1117. https://doi.org/10.1093/ajcn/87.5.1107

Daskalakis, G., Psarris, A., Koutras, A., Fasoulakis, Z., Prokopakis, I., Varthaliti, A., Karasmani, C., Ntounis, T., Domali, E., Theodora, M., Antsaklis, P., Pappa, K. I., & Papapanagiotou, A. (2023). Maternal infection and preterm birth: From molecular basis to clinical implications. *Children (Basel, Switzerland), 10*(5), 907. https://doi.org/10.3390/children10050907

Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research, 5*(4), 194–197.

De Castro Nascimento, N., Borges, A. L. V., Fujimori, E., & Reis-Muleva, B. (2024). Training in preconception care focused on primary health care providers: Effects on preconception care knowledge and provision. *Heliyon, 10*(9), e30090. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e30090

De Vet, H. C. W., Terwee, C. B., Mokkink, L. B., & Knol, D. L. (2011). *Measurement in medicine: A practical guide.* Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511996214

Demeke, M., Yetwale, F., Mulaw, Z., Yehualashet, D., Gashaw, A., & Agegn Mengistie, B. (2024). Knowledge and attitude towards preconception care and associated factors among women of reproductive age with chronic disease in Amhara region referral hospitals, Ethiopia, 2022. *BMC Women's Health, 24*(1), 184. https://doi.org/10.1186/s12905-024-02994-9

Deng, F., Wen, X., Dong, G., Wang, X., He, H., Zhu, R., … Han, J. (2025). The environmental health literacy level was effectively improved of residents in Shaanxi Province, China, 2022. *Frontiers in Public Health, 12,* 1499349. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1499349

DeVellis, R. F. (2017). *Scale development: Theory and applications* (4th ed.). Sage Publications.

DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2021). *Scale development: Theory and applications* (5th ed.). Sage Publications.

Dewi, S., Toynbee, E., & Prayudhana, S. (2016). Maternal and fetal outcome on pregnancy in advanced maternal age. *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology, 4*(3), 123–127. https://doi.org/10.32771/inajog.v4i3.432

Di, H., Guo, Y., Daghlas, I., Wang, L., Liu, G., Pan, A., Liu, L., & Shan, Z. (2022). Evaluation of sleep habits and disturbances among US adults, 2017–2020. *JAMA Network Open, 5*(11), e2240788. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.40788

Diabelková, J., Rimárová, K., Dorko, E., Urdzík, P., Houžvičková, A., & Argalášová, Ľ. (2023). Adolescent pregnancy outcomes and risk factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4113. https://doi.org/10.3390/ijerph20054113

Dong, A. C., & Stagnaro-Green, A. (2019). Differences in diagnostic criteria mask the true prevalence of thyroid disease in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Thyroid, 29*(2), 278–289. https://doi.org/10.1089/thy.2018.0475

Dorney, E., Boyle, J. A., Walker, R., Hammarberg, K., Musgrave, L., Schoenaker, D., Jack, B., & Black, K. I. (2022). A systematic review of clinical guidelines for preconception care. *Seminars in Reproductive Medicine*, *40*(3-04), 157–169. https://doi.org/10.1055/s-0042-1748190

du Fossé, N. A., van der Hoorn, M. L. P., de Koning, R., Mulders, A. G., van Lith, J. M., le Cessie, S., & Lashley, E. E. (2022). Toward more accurate prediction of future pregnancy outcome in couples with unexplained recurrent pregnancy loss: Taking both partners into account. *Fertility and Sterility, 117*(1), 144–152. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.08.037

Du, L., La, X., Zhu, L., Jiang, H., Xu, B., Chen, A., & Li, M. (2021). Utilization of preconception care and its impacts on health behavior changes among expectant couples in Shanghai, China. *BMC Pregnancy and Childbirth, 21*(1), 491. https://doi.org/10.1186/s12884-021-03940-0

Dunne, J., Tessema, G. A., Legge, M., Nyadanu, S. D., Roy, A., Gebremedhin, A. T., Hendriks, J., Reid-Moore, T., & Pereira, G. (2025). The association between sexually transmitted infections and pregnancy outcomes in the Northern Territory, Australia: A population-based cohort study. *The Lancet Regional Health: Western Pacific, 60*, 101610. https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2025.101610

Ehmann, A. T., Ög, E., Rieger, M. A., & Siegel, A. (2021). Work-related health literacy: A scoping review to clarify the concept. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(19), 9945. https://doi.org/10.3390/ijerph18199945

Elkin, N. (2024). The relationship between health literacy and healthy lifestyle behaviors: A meta-analysis. *Medicine, 103*(43), e40260. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000040260

Eremenco, S. L., Cella, D., & Arnold, B. J. (2005). A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. *Evaluation & the Health Professions, 28*(2), 212–232. https://doi.org/10.1177/0163278705275342

Ergi, E. Ç., & Şahin, M. K. (2023). Gebelerin prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma durumları ve ilişkili faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, *17*(1), 139-149. https://doi.org/10.21763/tjfmpc.1182928

Ersoy, N. A., & Akyar, İ. (2018). Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda 5-D kaşıntı ölçeği'nin geçerlik-güvenirlik çalışması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 455–461. https://doi.org/10.31067/0.2018.66

Esin, N. (2021). Veri toplama yöntem ve araçları, veri toplama araçlarının güvenirlik ve geçerliği. In N. Erdoğan (Ed.), *Hemşirelikte araştırma: Süreç, uygulama ve kritik* (4. baskı, ss. 195–231). Nobel Tıp Kitabevleri.

Fa, F., Laup, L., Mandelbrot, L., Sibiude, J., & Picone, O. (2020). Fetal and neonatal abnormalities due to congenital herpes simplex virus infection: A literature review. *Prenatal Diagnosis, 40*(4), 408–414. https://doi.org/10.1002/pd.5587

Faleschini, S., Dussault, P., Vézina-Im, L. A., Thivierge, A. M., & Van Lieshout, R. J. (2025). The PREGO study: A preconception cohort to better understand perinatal mental health. *International Journal of Psychology: Journal International de Psychologie, 60*(4), e70086. https://doi.org/10.1002/ijop.70086

Fernández-López, R., Andreasen, K., Ankerstjerne, L., Martín-de-Las-Heras, S., Rasch, V., Megías, J. L., Linde, D. S., de-León-de-León, S., Schei, B., Wu, C., Oviedo-Gutiérrez, A., & Zapata-Calvente, A. L. (2025). Prevalence and associated factors of intimate partner violence against pregnant women who attend antenatal care in Denmark and Spain: A digital screening approach. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 104*(1), 139–150. https://doi.org/10.1111/aogs.15000

Fikadu, K., Wasihun, B., & Yimer, O. (2022). Knowledge of pre-conception health and planned pregnancy among married women in Jinka town, southern Ethiopia and factors influencing knowledge. *PLOS One, 17*(5), e0268012. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268012

Fikire, B., Sedoro, T., Hasen, H., & Mekango, D. E. (2024). Preconception care use and associated factors among HIV positive reproductive age women attending ART clinics at public hospitals in the Hadiya zone, southern Ethiopia: A mixed method approach. *BMC Public Health, 24*(1), 2116. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19653-w

Foley, E., Marsh, C., Lydic, M., & Ault, K. (2020). Women's attitudes toward vaccination during preconception care. *Obstetrics & Gynecology, 135*(1 Suppl), 13S. https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000663028.62617.12

Ford, J. B., Merchant, A., Bartier, A. L., & Friedman, M. (2018). The cross-cultural scale development process: The case of brand-evoked nostalgia in Belgium and the United States. *Journal of Business Research, 83*, 19–29. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2017.09.034

Fowler, J. R., Jenkins, S. M., & Jack, B. W. (2025). Preconception counseling. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441880/

Fransen, M. P., Hopman, M. E., Murugesu, L., Rosman, A. N., & Smith, S. K. (2018). Preconception counselling for low health literate women: An exploration of determinants in the Netherlands. *Reproductive Health, 15*(1), 192. https://doi.org/10.1186/s12978-018-0617-1

Freda, M. C., Moos, M. K., & Curtis, M. (2006). The history of preconception care: Evolving guidelines and standards. *Maternal and Child Health Journal, 10*(5 Suppl), S43–S52. https://doi.org/10.1007/s10995-006-0087-x

Furness, D., Huynh, N. K. T., Kaufmann, L., Liu, J., Nguyen, T. B. N., Schaefer, E., … Yu, Q. (2024). Real-world insights on nutritional awareness and behaviors among preconception and pregnant women in three Asia Pacific countries. *Frontiers in Global Women's Health, 5*, 1332555. https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1332555

Garcia-Codina, O., Juvinyà-Canal, D., Amil-Bujan, P., Bertran-Noguer, C., González-Mestre, M. A., Masachs-Fatjo, E., Santaeugènia, S. J., Magrinyà-Rull, P., & Saltó-Cerezuela, E. (2019). *Determinants of health literacy in the general population: Results of the Catalan health survey*. BMC Public Health, 19(1), 1122. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7381-1

Gardiner, P., Hempstead, M. B., Ring, L., Bickmore, T., Yinusa-Nyahkoon, L., Tran, H., Paasche-Orlow, M., Damus, K., & Jack, B. (2013). Reaching women through health information technology: The Gabby preconception care system. *American Journal of Health Promotion, 27*(3 Suppl), eS11–eS20. https://doi.org/10.4278/ajhp.1200113-QUAN-18

Ghasemi Yngyknd, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Babapour, J., & Mirghafourvand, M. (2018). The effect of counselling on preconception lifestyle and awareness in Iranian women contemplating pregnancy: A randomized controlled trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 31*(19), 2538–2544. https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1346605

Ghavami, B., Sohrabi, Z., RaisiDehkordi, Z., & Mohammadi, F. (2024). Relationship between reproductive health literacy and components of healthy fertility in women of the reproductive age. *Journal of Education and Health Promotion, 13*, 105. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_132_23

Gibbons, T., Reavey, J., Georgiou, E. X., & Becker, C. M. (2023). Timed intercourse for couples trying to conceive. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 9*(9), CD011345. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011345.pub3

Gil-Montoya, J. A., Leon-Rios, X., Rivero, T., Expósito-Ruiz, M., Perez-Castillo, I., & Aguilar-Cordero, M. J. (2021). Factors associated with oral health-related quality of life during pregnancy: A prospective observational study. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 30*(12), 3475–3484. https://doi.org/10.1007/s11136-021-02869-3

Girma, A., Bedada, A., & Kumbi, S. (2023). Utilization of preconception care and associated factors among pregnant women attending ANC in private MCH hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth, 23*(1), 649. https://doi.org/10.1186/s12884-023-05955-1

Glick, I., Kadish, E., & Rottenstreich, M. (2021). Management of pregnancy in women of advanced maternal age: improving outcomes for mother and baby. *International Journal of Women's Health.* 13, 751–759. https://doi.org/10.2147/IJWH.S283216

Gökdemir, F., & Eryılmaz, G. (2017). Preconceptional health services. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetrics Women's Health and Diseases Nursing – Special Topics, 3*(3), 204–212.

Gökdemir, F., & Eryılmaz, G. (2022). Development and psychometric characteristics evaluation of preconception knowledge and attitude scale. *International Journal of Caring Sciences*, *15*(1), 273–285.

Gonçalves-Fernández, M. L., & Pino-Juste, M. (2025). Health literacy in healthy adults: A systematic review of recent evidence. *Atencion primaria*, *57*(11), 103300. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103300

González-Domínguez, Á., Jurado-Sumariva, L., Domínguez-Riscart, J., Saez-Benito, A., & González-Domínguez, R. (2024). Parental obesity predisposes to exacerbated metabolic and inflammatory disturbances in childhood obesity within the framework of an altered profile of trace elements. *Nutrition & Diabetes*, 14(1), 2. https://doi.org/10.1038/s41387-024-00258-6

Gou, W., Xiao, C., Liang, X., Miao, Z., Shi, M., Wu, Y., Lu, S., Wang, X., Fu, Y., Hu, W., & Zheng, J. S. (2024). Physical activity during pregnancy and preterm birth among women with gestational diabetes. *JAMA Network Open, 7*(12), e2451799. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.51799

Gualtieri, P., Frank, G., Cianci, R., Dominici, F., Mappa, I., Rizzo, G., De Santis, G. L., Bigioni, G., & Di Renzo, L. (2024). Fish consumption and DHA supplementation during pregnancy: Study of gestational and neonatal outcomes. *Nutrients, 16*(18), 3051. https://doi.org/10.3390/nu16183051

Gültürk, E. A. (2024). Scale adaptation and redevelopment: A review on validity and reliability. *Journal of Cellular and Molecular Immunology, 3*(1), 26–32. https://doi.org/10.46439/immunol.3.027

Guo, C., Wu, Y., Bai, X., Qiao, Q., Qi, D., & Zang, S. (2025). Association of health literacy with illness perception of Chinese community patients with chronic disease. *BMC Public Health, 25*(1), 1857. https://doi.org/10.1186/s12889-025-23123-2

Hadiwinata, G., Djuwantono, T., & Suardi, D. (2025). Effect of advanced maternal age on pregnancy outcome: A retrospective study from three academic teaching hospitals in Indonesia. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research, 10*(5), 383–389. https://doi.org/10.30699/jogcr.10.5.383

Hall, J., Chawla, M., Watson, D., Jacob, C. M., Schoenaker, D., Connolly, A., Barrett, G., & Stephenson, J. (2023). Addressing reproductive health needs across the life course: An integrated, community-based model combining contraception and preconception care. *The Lancet Public Health, 8*(1), e76–e84. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00254-7

Hall, V., Vadakekut, E. S., & Avulakunta, I. D. (2025). Hemolytic disease of the fetus and newborn. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Hamerezaee, M., Dehghan, S. F., Golbabaei, F., Fathi, A., Barzegar, L., & Heidarnejad, N. (2018). Assessment of semen quality among workers exposed to heat stress: A cross-sectional study in a steel industry. *Safety and Health at Work, 9*(2), 232–235. https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.07.003

Hammarberg, K., Stocker, R., Romero, L., & Fisher, J. (2022). Pregnancy planning health information and service needs of women with chronic non-communicable conditions: A systematic review and narrative synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth, 22*(1), 236. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04498-

Hang, B., Sarker, A. H., Havel, C., Saha, S., Hazra, T. K., Schick, S., & Gundel, L. A. (2013). Thirdhand smoke causes DNA damage in human cells. *Mutagenesis, 28*(4), 381–391. https://doi.org/10.1093/mutage/get013

Harris, G., Thompson, W. D., Fitzgerald, E., & Wartenberg, D. (2014). The association of PM2.5 with full term low birth weight at different spatial scales. *Environmental Research, 134*, 427–434. https://doi.org/10.1016/j.envres.2014.05.034

Harrison, C. L., Brown, W. J., Hayman, M., Moran, L. J., & Redman, L. M. (2016). The role of physical activity in preconception, pregnancy and postpartum health. *Seminars in Reproductive Medicine, 34*(2), e28–e37. https://doi.org/10.1055/s-0036-1583530

Hidayah, N., Woro Kasmini, H. O., Yuniastuti, A., Nur Anggraini Ningrum, D., & Hasan, F. (2025). What influences women's knowledge, attitudes, and practices toward preconception care? A systematic review and meta-analysis. *F1000Research, 14*, 860. https://doi.org/10.12688/f1000research.167200.

Hieronimus, B., & Ensenauer, R. (2021). Influence of maternal and paternal pre-conception overweight/obesity on offspring outcomes and strategies for prevention. *European Journal of Clinical Nutrition*, 75(12), 1735–1744. https://doi.org/10.1038/s41430-021-00920-7

Hinkle, S. N., Schisterman, E. F., Liu, D., Pollack, A. Z., Yeung, E. H., Mumford, S. L., Grantz, K. L., Qiao, Y., Perkins, N. J., Mills, J. L., Mendola, P., & Zhang, C. (2023). Pregnancy complications and long-term mortality in a diverse cohort. *Circulation, 147*(13), 1014–1025. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.122.062177

Hoang-Thi, A. P., Dang-Thi, A. T., Phan-Van, S., Nguyen-Ba, T., Truong-Thi, P. L., Le-Minh, T., Nguyen-Vu, Q. H., & Nguyen-Thanh, T. (2022). The impact of high ambient temperature on human sperm parameters: A meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health, 51*(4), 710–723. https://doi.org/10.18502/ijph.v51i4.9232

Huang, Z., Tan, X., Wang, J., & Zhang, A. (2024). Maternal pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on adverse birth outcomes in Chinese newborns: a retrospective study. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, *43*(1), 165. https://doi.org/10.1186/s41043-024-00652-x

İnan Kırmızıgül, E., & Şahin, S. (2023). The place of web-based education in premarital counseling *Journal of Social and Analytical Health, 3*(1), 77-81. https://doi.org/10.5281/zenodo.7638838

Institute of Medicine (IM). (1985). *Preventing low birthweight*. The National Academies Press. https://doi.org/10.17226/511

International Diabetes Federation (IDF). (2021). *IDF diabetes atlas* (10th ed.). Retrieved October 20, 2025, from https://www.diabetesatlas.org

Jacob, P. III., Benowitz, N. L., Destaillats, H., Gundel, L., Hang, B., Martins-Green, M., ... & Whitehead, T. P. (2017). Thirdhand smoke: New evidence, challenges, and future directions. *Chemical Research in Toxicology, 30*(1), 270–294. https://doi.org/10.1021/acs.chemrestox.6b00343

Jahan-Mihan, A., Leftwich, J., Berg, K., Labyak, C., Nodarse, R. R., Allen, S., & Griggs, J. (2024). The impact of parental preconception nutrition, body weight, and exercise habits on offspring health outcomes: A narrative review. *Nutrients*, 16(24), 4276. https://doi.org/10.3390/nu16244276

Jain, M., & Singh, M. (2023). Environmental toxins and infertility. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.

Jani, H. T., Sud, S., & Jeyaseelan, S. (2023). Impact of interpregnancy interval on maternal and perinatal outcomes. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, *12*(10), 2987. https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20232934

Johnson, K., Posner, S. F., Biermann, J., Cordero, J. F., Atrash, H. K., Parker, C. S., Boulet, S., Curtis, M. G., CDC/ATSDR Preconception Care Work Group, & Select Panel on Preconception Care (2006). 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. Recommendations and Reports: Morbidity and Mortality Weekly report. Recommendations and Reports*, *55*(RR-6), 1–23. Retrieved October 16, 2025, from https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5506.pdf.

Kalaitzopoulos, D. R., Panagopoulos, A., Samant, S., Ghalib, N., Kadillari, J., Daniilidis, A., Samartzis, N., Makadia, J., Palaiodimos, L., Kokkinidis, D. G., & Spyrou, N. (2022). Management of venous thromboembolism in pregnancy. *Thrombosis Research, 211*, 106–113. https://doi.org/10.1016/j.thromres.2022.02.002

Kandhasamy, S., Lepigeon, K., Baggio, S., Céline, R., Ceulemans, M., Winterfeld, U., ... & Panchaud, A. (2025). Risk of adverse obstetrical and neonatal outcomes in women consuming recreational drugs during pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth, 25*(1), 456. https://doi.org/10.1186/s12884-024-07062-1

Karaca, Ö., & Akgül, G. D. (2024). Fen bilimleri öğretmenlerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 21*(1), 28-47. https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/3262706

Karadağ, C., Yoldemir, T., Karadağ, S. D., İnan, C., Dolgun, Z. N., & Aslanova, L. (2017). Obstetric outcomes of recurrent pregnancy loss patients diagnosed wıth inherited thrombophilia. *Irish Journal of Medical Science*, *186*(3), 707–713. https://doi.org/10.1007/s11845-017-1569-0

Karataş Okyay, E., Güney, E., & Uçar, T. (2023). Turkish adaptation of the desire to avoid pregnancy scale: A validity and reliability study. *Journal of Midwifery and Health Sciences, 6*(3), 128–134. https://doi.org/10.5152/JMHS.2023.22040

Karatayev, O., Collier, A. D., Targoff, S. R., & Leibowitz, S. F. (2024). Neurological disorders induced by drug use: Effects of adolescent and embryonic drug exposure on behavioral neurodevelopment. *International Journal of Molecular Sciences, 25*(15), 8341. https://doi.org/10.3390/ijms25158341

Kasman, A. M., Zhang, C. A., Li, S., Lu, Y., Lathi, R. B., Stevenson, D. K., Shaw, G. M., & Eisenberg, M. L. (2021). Association between preconception paternal health and pregnancy loss in the USA: An analysis of US claims data. *Human Reproduction (Oxford, England), 36*(3), 785–793. https://doi.org/10.1093/humrep/deaa332

Kassa, A., & Hadra, N. (2021). A systematic review and meta-analysis on women's knowledge of preconception care. *Ethiopian Journal of Reproductive Health*, *13*(2), 1-8. https://doi.org/10.69614/ejrh.v13i2.469

Khekade, H., Potdukhe, A., Taksande, A. B., Wanjari, M. B., & Yelne, S. (2023). Preconception care: A strategic intervention for the prevention of neonatal and birth disorders. *Cureus, 15*(6), e41141. https://doi.org/10.7759/cureus.41141

Kilfoyle, K. A., Vitko, M., O'Conor, R., & Bailey, S. C. (2016). Health literacy and women's reproductive health: a systematic review. *Journal of Women's Health (2002)*, *25*(12), 1237–1255. https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5810

Kledmanee, K., Liabsuetrakul, T., & Sretrirutchai, S. (2019). Risk of adverse pregnancy outcomes and seroprevalence for brucellosis in pregnant women exposed to goats or raw goat products in southern Thailand: A prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 19*(1), 118. https://doi.org/10.1186/s12884-019-2267-x

Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York, NY: The Guilford Press.

Koçak, Ö. E., Gençay, O., & Schaufeli, W. (2022). BAT-TR: tükenmişlik ölçme aracı'nın (BAT) Türkçeye uyarlanması. *Studies in Psychology*, *42*(3), 509-549. https://doi.org/10.26650/SP2020-799817

Kohansal, F., Nourizadeh, R., Jahdi, N. S., Bafrani, M. A., & Mehrabi, E. (2024). The effect of counseling based on health promotion awareness on self-care needs and reproductive and sexual health literacy of newly married women: A randomized controlled clinical trial study. *BMC Women's Health, 24*(1), 374. https://doi.org/10.1186/s12905-024-03214-9

Kotelchuck, M. (2022). The impact of father's health on reproductive and infant health and development. In M. Grau Grau, M. Las Heras Maestro, & H. Riley Bowles (Eds.), *Engaged Fatherhood For Men, Families And Gender Equality* (pp. 31–53). Retrived October 17, 2025, from https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-75645-1_3

Kothari, A., Dulhunty, J., & Callaway, L. (2024). The forgotten fathers in obstetric care. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology, 64*(1), 12–14. https://doi.org/10.1111/ajo.13744

Kruszewski, A., Przybysz, P., Kacperczyk-Bartnik, J., Dobrowolska-Redo, A., & Romejko-Wolniewicz, E. (2023). Physical activity during preconception impacts some maternal outcomes: A cross-sectional study on a population of Polish women. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(4), 3581. https://doi.org/10.3390/ijerph20043581

Kumar, M., Sarma, D. K., Shubham, S., Kumawat, M., Verma, V., Prakash, A., & Tiwari, R. (2020). Environmental endocrine-disrupting chemical exposure: Role in non-communicable diseases. *Frontiers in Public Health, 8*, 553850. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.553850

Kwesiga, D., Tawiah, C., Imam, M. A., Tesega, A. K., Nareeba, T., Enuameh, Y. A. K., Biks, G. A., Manu, G., Beedle, A., Delwar, N., Fisker, A. B., Waiswa, P., Lawn, J. E., Blencowe, H., & Every Newborn-INDEPTH Study Collaborative Group. (2021). Barriers and enablers to reporting pregnancy and adverse pregnancy outcomes in population-based surveys: EN-INDEPTH study. *Population Health Metrics, 19*(Suppl 1), 15. https://doi.org/10.1186/s12963-020-00228-x

Kwon, D. H., & Kwon, Y. D. (2025). Patterns of health literacy and influencing factors differ by age: A cross-sectional study. *BMC Public Health, 25*(1), 1556. https://doi.org/10.1186/s12889-025-22838-6

Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563–575.

Le, Q. T., Huynh, N. K. T., & Hoang, T. D. T. (2023). Awareness of nutrition and supplements among pregnant and preconception women: A real-world study in Vietnam. *Women's Health Reports, 4*(1), 506–516. https://doi.org/10.1089/whr.2023.0014

Lee, C. T., Chen, V. C., Lee, J. K., Wu, S. I., Cheng, G., Kao, T. M., Wang, S. Y., & Gossop, M. (2023). Substance use before or during pregnancy and the risk of child mortality, perinatal morbidities and congenital anomalies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 32*, e43. https://doi.org/10.1017/S2045796023000549

Lee, H., Kim, J., & Lee, H. (2025). Development and validation of a menopause-specific health literacy scale for middle-aged women. *Patient Education and Counseling, 136,* 108762. https://doi.org/10.1016/j.pec.2025.108762

Lee, P. M., Xu, X., Du, J. B., & Li, J. (2024). Paternal preconceptional alcohol use disorder with the offspring's mortality risk. *American Journal of Preventive Medicine, 67*(1), 105–113. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2024.02.017

Lennon, C., Voss, K., & Vitek, W. S. (2022). Preconception health optimization in women with polycystic ovary syndrome—how to find the time? *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity, 29*(6), 541–546. https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000781

Li, F., Duan, X., Li, M., Gao, Y., Kang, Y., Zheng, W., Guo, X., & Chen, Y. (2025). Environmental pollution and human fertility: Investigating the relationship between PM2.5 exposure and assisted reproductive technology outcomes. *BMC Public Health, 25*(1), 1357. https://doi.org/10.1186/s12889-025-22518-5

Li, M., Sonoda, N., Koh, C., Yasumoto, R., & Morimoto, A. (2022). Meta-analysis of the association between health literacy and smoking. *Population Medicine*, *4*, 1–11. https://doi.org/10.18332/popmed/152572

Li, M., Sonoda, N., Koh, C., Yasumoto, R., & Morimoto, A. (2022). *Meta-analysis of the association between health literacy and smoking*. Population Medicine, 4(August), 1–11. https://doi.org/10.18332/popmed/152572

Liu, Q., Liu, F., Xia, Y., & Wei, S. (2025). Association of hepatitis C virus infection with risk of gestational diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 51*(8), e70015. https://doi.org/10.1111/jog.70015

Liu, X., Chen, Y., Ye, C., Xing, D., Wu, R., Li, F., Chen, L., & Wang, T. (2021). Hereditary thrombophilia and recurrent pregnancy loss: A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction, 36*(5), 1213–1229. https://doi.org/10.1093/humrep/deab010

Liu, Y., Kaaya, S., Chai, J., McCoy, D. C., Surkan, P. J., Black, M. M., Sutter-Dallay, A. L., Verdoux, H., & Smith-Fawzi, M. C. (2017). Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: A meta-analysis. *Psychological Medicine, 47*(4), 680–689. https://doi.org/10.1017/S003329171600283X

Lu, M. C. (2007). Recommendations for preconception care. *American Family Physician*, *76*(3), 397–400. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17708141/

Ma, D., Wang, J., Gao, K., Wei, Q., Chen, Y., & Zhang, Y. (2025). Factors influencing occupational health literacy of workers in new forms of employment, Gansu Province, PR China. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 56*(2), 225–252.

Maas, V. Y. F., Poels, M., de Kievit, M. H., Hartog, A. P., Franx, A., & Koster, M. P. H. (2022). Planning is not equivalent to preparing: How Dutch women perceive their pregnancy planning in relation to preconceptional lifestyle behaviour change – A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 22*(1), 577. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04843-4

Mansouritorghabeh, H. (2021). Consanguineous marriage and rare bleeding disorders. *Expert Review of Hematology, 14*(5), 467–472. https://doi.org/10.1080/17474086.2021.1923476

Marshall, N. E., Abrams, B., Barbour, L. A., Catalano, P., Christian, P., Friedman, J. E., Hay, W. W., Jr, Hernandez, T. L., Krebs, N. F., Oken, E., Purnell, J. Q., Roberts, J. M., Soltani, H., Wallace, J., & Thornburg, K. L. (2022). The importance of nutrition in pregnancy and lactation: Lifelong consequences. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 226*(5), 607–632. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.12.035

Martín-Calvo, N., Goni, L., Tur, J. A., & Martínez, J. A. (2022). Low birth weight and small for gestational age are associated with complications of childhood and adolescence obesity: Systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews, 23*(Suppl 1), e13380. https://doi.org/10.1111/obr.13380

Massányi, P., Massányi, M., Madeddu, R., Stawarz, R., & Lukáč, N. (2020). Effects of cadmium, lead, and mercury on the structure and function of reproductive organs. *Toxics, 8*(4), 94. https://doi.org/10.3390/toxics8040094

Mekonnen, B. D., & Tsega, S. S. (2024). Association between preconception care and family planning and previous adverse birth outcomes in Ethiopia: Systematic review and meta-analysis. *BMJ Open, 14*(5), e078299. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-078299

Meldgaard, M., Gamborg, M., & Terkildsen Maindal, H. (2022). Health literacy levels among women in the prenatal period: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, *34*, 100796. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100796

Mielczarek, E., & Blaszkowska, J. (2016). *Trichomonas vaginalis*: Pathogenicity and potential role in human reproductive failure. *Infection, 44*(4), 447–458. https://doi.org/10.1007/s15010-015-0860-0

Mobley, S. C., Thomas, S. D., Sutherland, D. E., Hudgins, J., Ange, B. L., & Johnson, M. H. (2014). Maternal health literacy progression among rural perinatal women. *Maternal and Child Health Journal*, *18*(8), 1881–1892. https://doi.org/10.1007/s10995-014-1432-0

Moini, A., Kalhor, M., Jahanian Sadatmahalleh, S., Niknejadi, M., Nasiri, M., Yahyaei, A., Irani, S., Mousavi, S. S., Mikaeili, S., & Mirzaei, N. (2023). Evaluation of the relationship between ovarian reserve with congenital anomalies and intramural uterine leiomyoma among infertile women: A cross-sectional study. *Journal of Ovarian Research, 16*(1), 68.https://doi.org/10.1186/s13048-023-01149-7

Montvignier Monnet, A., Savoy, D., Préaubert, L., Hoffmann, P., & Bétry, C. (2022). In underweight women, insufficient gestational weight gain is associated with adverse obstetric outcomes. *Nutrients*, 15(1), 57. https://doi.org/10.3390/nu15010057

Morris, J. K., Addor, M. C., Ballardini, E., Barisic, I., Barrachina-Bonet, L., Braz, P., Cavero-Carbonell, C., Den Hond, E., Garne, E., Gatt, M., Haeusler, M., Khoshnood, B., Lelong, N., Kinsner-Ovaskainen, A., Kiuru-Kuhlefelt, S., Klungsoyr, K., Latos-Bielenska, A., Limb, E., O'Mahony, M. T., Perthus, I., … Bermejo-Sanchez, E. (2021). Prevention of neural tube defects in Europe: A public health failure. *Frontiers in Pediatrics, 9*, 647038. https://doi.org/10.3389/fped.2021.647038

Muncey, W., Scott, M., Lathi, R. B., & Eisenberg, M. L. (2025). The paternal role in pregnancy loss. *Andrology, 13*(1), 146–150. https://doi.org/10.1111/andr.13603

Murphy, M. E., & Westmark, C. J. (2020). Folic acid fortification and neural tube defect risk: analysis of the food fortification initiative dataset. *Nutrients*, *12*(1), 247. https://doi.org/10.3390/nu12010247

Mutlu, H., Söbü, E., & Çamaş, A. Ö. (2023). The role of the health literacy levels of parents in the management of type 1 diabetes in children and adolescents. *The Journal of Current Pediatrics, 21*(182-189). https://doi.org/10.4274/jcp.2023.36024

Nacev, E. C., Greene, M. Z., Taboada, M. P., & Ehrenthal, D. B. (2022). Factors influencing provider behavior around delivery of preconception care. *Maternal and Child Health Journal, 26*(7), 1567–1575. https://doi.org/10.1007/s10995-022-03411-8

Nana, M., Stannard, M. T., Nelson-Piercy, C., & Williamson, C. (2023). The impact of preconception counselling on maternal and fetal outcomes in women with chronic medical conditions: A systematic review. *European Journal of Internal Medicine, 108*, 52–59. https://doi.org/10.1016/j.ejim.2022.11.003

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Children, Youth, and Families; Committee on the Neurobiological and Socio-behavioral Science of Adolescent Development and Its Applications, Backes, E. P., & Bonnie, R. J. (Eds.). (2019). *The Promise of Adolescence: Realizing Opportunity for All Youth*. National Academies Press (US). https://doi.org/10.17226/25388

National Institutes of Health (NIH). (2025). *Preventing perinatal transmission of HIV during pregnancy and childbirth.* HIV info | U.S. Department of Health & Human Services. Retrieved October 17, 2025, from https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/preventing-perinatal-transmission-hiv-during-pregnancy-and-childbirth

Ndou, N. P., Malwela, T., Maputle, M. S., Raliphaswa, N. S., Mabasa, L., Samie, A., & Netshikweta, M. L. (2023). Factors related to the implementation of preconception care recommendations in selected districts of Limpopo Province: A qualitative study. *Healthcare (Basel, Switzerland), 11*(18), 2586. https://doi.org/10.3390/healthcare11182586

Neal, S., Matthews, Z., Frost, M., Fogstad, H., Camacho, A. V., & Laski, L. (2012). Childbearing in adolescents aged 12-15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 91(9), 1114–1118. https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01467.x

Nguyen, T. H., Paasche-Orlow, M. K., & McCormack, L. A. (2017). The state of the science of health literacy measurement. *Studies in Health Technology and Informatics, 240*, 17–33. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28972507/

Nielsen, S. Y., Henriksen, T. B., Hjøllund, N. H., Mølbak, K., & Andersen, A. M. (2014). Risk of adverse pregnancy outcome in women exposed to livestock: A study within the Danish National Birth Cohort. *Epidemiology and Infection, 142*(7), 1545–1553. https://doi.org/10.1017/S0950268813002203

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259–267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Nypaver, C., & Yeager, A. (2024). Innovations in preconception care: Optimizing health for all individuals. *Journal of Midwifery & Women's Health, 69*(6), 897–905. https://doi.org/10.1111/jmwh.13681

O'Connor, S. (2019). Virtual reality and avatars in health care. *Clinical Nursing Research, 28*(5), 523–528. https://doi.org/10.1177/1054773819845824

Odira, C. C., Chiejina, E. N., Okafor, C. N., & Ibekwe, A. M. (2020). Preconception care utilization among childbearing women in South-East Nigeria. *Midwifery*, *4*(6), 1-13. https://doi.org/10.52589/AJHNM-5MRKM80J

Ojeda, L. I., Valencia G, C. M., Cardozo Buitrago, N., Anumba, D., Gudu, W., Bianchi, A., Jacobson, B., & on behalf of the Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Committee for Preterm Birth (2025). FIGO good practice recommendations on preconception care: A strategy to prevent preterm birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 00,* 1–14. https://doi.org/10.1002/ijgo.70495

Oketch, D. A., Onguru, D., Ogolla, S., & Geoffrey, A. (2021). Factors influencing preconception care services among women of reproductive age at Jaramogi Oginga Odinga Teaching and Referral Hospital. *World Journal of Innovative Research, 10*(4), 82–94. https://www.wjir.org/download_data/WJIR1004003.pdf

Pacheco, L. D., Saade, G., Shrivastava, V., Shree, R., Elkayam, U., & Publications Committee. (2022). Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #61: Anticoagulation in pregnant patients with cardiac disease. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 227*(2), B28–B43. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.03.036

Padhani, Z. A., Lassi, Z. S., & Bhutta, Z. A. (2024). Preconception care interventions among adolescents and young adults to prevent adverse maternal, perinatal and child health outcomes: an evidence gap map. *Public Health*, 216, 1–10. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.12.036

Pameer, A. K. (2023). Rate of consanguineous marriages in Afghan society and its effects on health. *International Journal of Health Sciences*, 6(2), 28–39. https://doi.org/10.47941/ijhs.1219

Paradis, S., Ego, A., & Bosson, J. L. (2017). Preconception care among low-risk mothers in a French perinatal network: Frequency of utilization and factors associated. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, *46*(7), 591–596. https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2017.05.002

Park, Y. J., & Kim, S. H. (2024). Factors associated with clinical nurses' preconception health behavior in Korea: A cross-sectional survey. *Women's Health Nursing, 30*(1), 79–89. https://doi.org/10.4069/whn.2024.03.08

Parker, H. W., Tovar, A., McCurdy, K., & Vadiveloo, M. (2020). *Socio-economic and racial prenatal diet quality disparities in a national US sample. Public Health Nutrition, 23*(5), 894-903. https://doi.org/10.1017/S1368980019003240

Parker, R. M., & Ratzan, S. (2019). Re-enforce, not re-define health literacy—Moving forward with Health Literacy 2.0. *Journal of Health Communication, 24*(12), 923–925. https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1691292

Patabendige, M., & Goonewardene, I. M. R. (2013). Preconception care received by women attending antenatal clinics at a Teaching Hospital in Southern Sri Lanka. *Sri Lanka Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *35*(1). http://dx.doi.org/10.4038/sljog.v35i1.5996

Peel, A., Saini, A., Deluao, J. C., & McPherson, N. O. (2023). Sperm DNA damage: The possible link between obesity and male infertility, an update of the current literature. *Andrology, 11*(8), 1635–1652. https://doi.org/10.1111/andr.13409

Pega, F., Náfrádi, B., Momen, N. C., Ujita, Y., Streicher, K. N., Prüss-Üstün, A. M., … Woodruff, T. J. (2021). Global, regional, and national burdens of ischemic heart disease and stroke attributable to exposure to long working hours for 194 countries, 2000–2016: A systematic analysis from the WHO/ILO joint estimates of the work-related burden of disease and injury. *Environment International, 154*, 106595. https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106595

Peng, L., Luo, X., Cao, B., & Wang, X. (2024). Unraveling the link: Environmental tobacco smoke exposure and its impact on infertility among American women (18–50 years). *Frontiers in Public Health, 12,* 1358290. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1358290

Perry, M. F., Mulcahy, H., & DeFranco, E. A. (2019). Influence of periconception smoking behavior on birth defect risk. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 220*(6), 588.e1–588.e7. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.02.029

Pielage, M., Rousian, M., van Heteren, S., Groenenberg, I. A. L., Hillegers, M. H. J., Steegers, E. A. P., & Marroun, H. E. (2024). The association of prenatal alcohol exposure with brain development during the first 1000 days of life: A systematic review. *Prenatal Diagnosis, 44*(13), 1603–1613. https://doi.org/10.1002/pd.6694

Poix, S., & Elmusharaf, K. (2023). Investigating the pathways from preconception care to preventing maternal, perinatal, and child mortality: A scoping review and causal loop diagram. *Preventive Medicine Reports, 34,* 102274. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102274

Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). *Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Research in Nursing & Health*, 30(4), 459-467. https://doi.org/10.1002/nur.20199

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2018). Smoking and infertility: A committee opinion. *Fertility and Sterility, 110*(4), 611–618. https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.06.016

Randel, A. (2019). Interpregnancy care: Guidelines from ACOG and SMFM. *American Family Physician, 100*(2), 121–123. https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0715/p121.html

Reed, J., Case, S., & Rijhsinghani, A. (2023). Maternal obesity: Perinatal implications. *SAGE Open Medicine*, 11, 20503121231176128. https://doi.org/10.1177/20503121231176128

Ren, Y., Xie, Y., Xu, Q., Long, M., Zheng, Y., Li, L., & Niu, C. (2023). University students' fertility awareness and its influencing factors: A systematic review. *Reproductive Health, 20*(1), 85. https://doi.org/10.1186/s12978-023-01628-6

Rodrigues, I. B., Adachi, J. D., Beattie, K. A., Lau, A., & MacDermid, J. C. (2019). Determining known-group validity and test-retest reliability in the PEQ (personalized exercise questionnaire). *BMC Musculoskeletal Disorders, 20*, 373. https://doi.org/10.1186/s12891-019-2761-3

Rolova, G., Gavurova, B., & Petruzelka, B. (2021). Health literacy, self-perceived health, and substance use behavior among young people with alcohol and substance use disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(8), 4337. https://doi.org/10.3390/ijerph18084337

Saba, N., Kumar, J., Kumar, A., & Balwan, W. K. (2022). Keeping it in the family: Consanguineous marriages. *Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*, 32, 38873–38879.

Şahin, M., Karaman, S. T., & Basat, O. (2024). Evlilik öncesi kişilerin SMA taşıyıcılığı taraması hakkında bilgi, tutum ve davranışları. *Turkish Journal of Family Practice, 28*(1), 11–17. https://doi.org/10.54308/tahd.2024.82474

Sajjadian, F., Amiri-Farahani, L., Haghani, S., & Pezaro, S. (2024). Investigating the relationship between health literacy and preconceptual care components during the first 14 weeks of pregnancy: a cross-sectional study. *BMC Primary Care*, *25*(1), 209. https://doi.org/10.1186/s12875-024-02467-5

Sankaran, D., Partridge, E., & Lakshminrusimha, S. (2023). Congenital syphilis—An illustrative review. *Children (Basel, Switzerland), 10*(8), 1310. https://doi.org/10.3390/children10081310

Sathyanarayana, S., & Mohanasundaram, T. (2024). Fit indices in structural equation modeling and confirmatory factor analysis: Reporting guidelines. *Asian Journal of Economics, Business and Accounting, 24*(7), 561–577. https://doi.org/10.9734/ajeba/2024/v24i71430

Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation. *Anesthesia and Analgesia, 126*(5), 1763–1768. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864

Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling* (3rd ed.). New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group. https://doi.org/10.4324/9780203851319

Sebastiani, G., Borrás-Novell, C., Alsina Casanova, M., Pascual Tutusaus, M., Ferrero Martínez, S., Gómez Roig, M. D., & García-Algar, O. (2018). The effects of alcohol and drugs of abuse on maternal nutritional profile during pregnancy. *Nutrients, 10*(8), 1008. https://doi.org/10.3390/nu10081008

Seçer, İ. (2015). *Psikolojik test geliştirme ve uyarlama: SPSS ve LISREL uygulamaları.* Ani Yayıncılık.

Seçer, İ. (2021). *SPSS ve LISREL ile pratik veri analizi* (2. baskı, ss. 211–222). Anı Yayıncılık.

Setegn, M. (2021). What women do before pregnancy? A preconception care of women in Mizan-Aman town Southwest, Ethiopia, a mixed study. *Primary Health Care, 11*(1), 361. Retrieved October 15, 2025, from https://www.iomcworld.org/open-access/what-women-do-before-pregnancy-a-preconception-care-of-women-in-mizanaman-town-southwest-ethiopia-a-mixed-study.pdf

Shahid, R., Shoker, M., Chu, L. M., Frehlick, R., Ward, H., & Pahwa, P. (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: A multicenter cohort study. *BMC Health Services Research, 22*(1), 1148. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9

Sharp, G. C., & Lawlor, D. A. (2019). Paternal impact on the life course development of obesity and type 2 diabetes in the offspring. *Diabetologia*, 62(10), 1802–1810. https://doi.org/10.1007/s00125-019-4919-9

Shi, T. L., Huang, L. J., Xiong, Y. Q., Zhong, Y. Y., Yang, J. J., Fu, T., Lei, X. F., & Chen, Q. (2018). The risk of herpes simplex virus and human cytomegalovirus infection during pregnancy upon adverse pregnancy outcomes: A meta-analysis. *Journal of Clinical Virology, 104*, 48–55. https://doi.org/10.1016/j.jcv.2018.04.016

Singer, S., Davidovitch, N., Abu Fraiha, Y., & Abu Freha, N. (2020). Consanguinity and genetic diseases among the Bedouin population in the Negev. *Journal of Community Genetics, 11*(1), 13–19. https://doi.org/10.1007/s12687-019-00433-8

Skogsdal, Y., Karlsson, J., Tydén, T., Patil, S., & Backman, H. (2023). The association of smoking, use of snuff, and preconception alcohol consumption with spontaneous abortion: A population-based cohort study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 102*(1), 15–24. https://doi.org/10.1111/aogs.14470

Soesanti, F., Idris, N. S., Klipstein-Grobusch, K., Hendarto, A., Grobbee, D. E., & Uiterwaal, C. S. P. M. (2020). The effect of non-organophosphate household pesticides exposure during pregnancy on infants birth sizes and growth rate: A cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 20*(1), 476. https://doi.org/10.1186/s12884-020-03162-w

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health, 13,* 948. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948

Sorensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health, 25*(6), 1053–1058. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043

Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. B. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiologia e Serviços de Saúde: Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, 26*(3), 649–659. https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022

Souza, J. P., Day, L. T., Rezende-Gomes, A. C., Zhang, J., Mori, R., Baguiya, A., Jayaratne, K., Osoti, A., Vogel, J. P., Campbell, O., Mugerwa, K. Y., Lumbiganon, P., Tunçalp, Ö., Cresswell, J., Say, L., Moran, A. C., & Oladapo, O. T. (2024). A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality. *The Lancet. Global Health*, *12*(2), e306–e316. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00468-0

Soysal, S. (2023). Çok boyutlu test yapılarında alfa, tabakalı alfa ve omega güvenirlik katsayılarının karşılaştırılması. *Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi, 5*(1), 213–236. https://doi.org/10.38151/akef.2023.51

Stanczyk, A. B. (2020). The dynamics of U.S. household economic circumstances around a birth. *Demography, 57*(4), 1271–1296. https://doi.org/10.1007/s13524-020-00897-1

Stembalska, A., Slezak, R., Pesz, K., Gil, J., & Sasiadek, M. (2007). Prenatal diagnosis—principles of diagnostic procedures and genetic counseling. *Folia Histochemica et Cytobiologica, 45*(Suppl 1), S11–S16. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18292841/

Stephenson, J., Heslehurst, N., Hall, J., Schoenaker, D. A. J. M., Hutchinson, J., Cade, J. E., Poston, L., Barrett, G., Crozier, S. R., Barker, M., Kumaran, K., Yajnik, C. S., Baird, J., & Mishra, G. D. (2018). Before the beginning: Nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *The Lancet, 391*(10132), 1830–1841. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30311-8

Stulberg, D. B., Schumm, L. P., Schueler, K., Giurcanu, M., & Peek, M. E. (2023). Preconception care utilization: Self-report versus claims-based measures among women with Medicaid. *PLOS Global Public Health*, *3*(11), e0002592. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002592

Sullivan, G. M. (2011). A primer on the validity of assessment instruments. *Journal of Graduate Medical Education, 3*(2), 119–120. https://doi.org/10.4300/JGME-D-11-00075.1

Suto, M., Inaoka, K., Suzuki, D., Nitamizu, A., Arata, N., & Ota, E. (2025). Behavior changes to promote preconception health: a systematic review. *BMC Women's Health*, *25*(1), 23. https://doi.org/10.1186/s12905-024-03544-8

Suto, M., Mitsunaga, H., Honda, Y., Maeda, E., Ota, E., & Arata, N. (2021). Development of a health literacy scale for preconception care: a study of the reproductive age population in Japan. *BMC Public Health*, *21*(1), 2057. https://doi.org/10.1186/s12889-021-12081-0

Svendsen, M. T., Bak, C. K., Sørensen, K., Pelikan, J., Riddersholm, S. J., Skals, R. K., … & Torp-Pedersen, C. (2020). Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: A large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health, 20*(1), 565. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08498-8

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2010). *Doğum öncesi bakım yönetim rehberi genelgesi (2010/13)*. Erişim tarihi 15 Ekim 2025, erişim adresi https://www.saglik.gov.tr/TR11145/dogum-oncesi-bakim-yonetim-rehberi-genelgesi-2010--13.html

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). *2014/24 sayılı evlilik öncesi danışmanlık genelgesi*. Erişim tarihi 15 Ekim 2025, erişim adresi https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Mevzuat/Genelgeler/2014-24_Sayili_Evlilik_Oncesi_Danismanlik_Genelgesi.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2002). *Kalıtsal kan hastalıklarından hemoglobinopati kontrol programı ile tanı ve tedavi merkezleri yönetmeliği*. *Resmî Gazete* (Sayı:

24916). Erişim tarihi 15 Ekim 2025, erişim adresi https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4936&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta dönüşüm*. Erişim tarihi 15 Ekim 2025, erişim adresi https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması*. Özyurt Matbaacılık.

Taber, K. S. (2018). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education, 48*(6), 1273–1296. https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024). *Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması*. Semih Ofset.

Taliento, C., Piccolotti, I., Sabattini, A., Tormen, M., Cappadona, R., Greco, P., & Scutiero, G. (2024). Effect of physical activity during pregnancy on the risk of hypertension disorders and gestational diabetes: Evidence generated by new RCTs and systematic reviews. *Journal of Clinical Medicine, 13*(8), 2198. https://doi.org/10.3390/jcm13082198

Tapia, V. L., Vasquez-Apestegui, B. V., Alcantara-Zapata, D., Vu, B., Steenland, K., & Gonzales, G. F. (2021). Association between maximum temperature and PM2.5 with pregnancy outcomes in Lima, Peru. *Environmental Epidemiology (Philadelphia, Pa.), 5*(6), e179. https://doi.org/10.1097/EE9.0000000000000179

Tareke, A. A., Melak, E. G., Mengistu, B. K., Hussen, J., & Molla, A. (2024). Association between maternal dietary diversity during pregnancy and birth outcomes: Evidence from a systematic review and meta-analysis. *BMC Nutrition*, 10(1), 151. https://doi.org/10.1186/s40795-024-00960-9

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education, 2*, 53–55. https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd

Tavousi, M., Mohammadi, S., Sadighi, J., Zarei, F., Kermani, R. M., Rostami, R., & Montazeri, A. (2022). Measuring health literacy: A systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. *PLOS One, 17*(7), e0271524. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271524

Taylor, E. J., Ziauddeen, N., Berrington, A., Godfrey, K. M., & Alwan, N. A. (2024). Quantifying the effect of interpregnancy maternal weight and smoking status changes on childhood overweight and obesity in a UK population-based cohort. *PLOS One, 19*(10), e0311677. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0311677

Tekin, B. (2024). Kadınların sağlık hizmetlerine erişimi: Etkileyici faktörler ve bölgesel farklılıklar. *Şura Akademi, 7*(Kadın ve Aile), 111–123. https://dergipark.org.tr/en/pub/fbujohs/issue/79388/1210065

Temizkan Sekizler, E., & Daşıkan, Z. (2021). Prekonsepsiyonel sağlık bakımı ve primer bakımda danışmanlık. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, *4*(2), 94-105. https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1358946

The Lancet. (2018). Campaigning for preconception health. *The Lancet (London, England), 391*(10132), 1749. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30981-4

Thomas, T. W., & Cankurt, M. (2024). Influence of food environments on dietary habits: Insights from a quasi-experimental research. *Foods*, 13(13), 2013. https://doi.org/10.3390/foods13132013

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2024b). *İstatistiklerle Aile, 2023.* Erişim tarihi 15 Ekim 2025, Erişim adresi https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Aile-2023-53784

Türkiye İstatistik Kurumu. (TÜİK). (2024a). *İstatistiklerle kadın, 2024*. Erişim adresi: https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/istatistiklerle_kad%C4%B1n2024.pdf

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2025). *Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2024*. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2024-54195

Tütüncü, S. G. (2022). *Üniversite öğrencilerinin prekonsepsiyonel bilgi ve tutumunun değerlendirilmesi* [Yüksek lisans tezi]. Biruni Üniversitesi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi

U.S. Department of Health and Human Services, Office on Women's Health. (2025). *Preconception health.* Retrieved October 23, 2025, from https://www.womenshealth.gov/pregnancy/you-get-pregnant/preconception-health

U.S. Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2024). *Healthy People 2030: Health literacy.* Retrieved October 23, 2025, from https://odphp.health.gov/our-work/national-health-initiatives/healthy-people/healthy-people-2030

Ukoha, W. C., & Mtshali, N. G. (2022). Preconception care practices among primary health care nurses working in public health facilities in KwaZulu-Natal. *Global Health Action*, *15*(1), 2112395. https://doi.org/10.1080/16549716.2022.2112395

Uludağlı, N. P., & Akbaş, G. (2019). Evlilik ile çocuk sahibi olmaya ilişkin sosyal saat algısı ve evlilik doyumu. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 19*(42), 183–219. https://doi.org/10.21560/spcd.vi.546772

Underwood, L., Waldie, K. E., D'Souza, S., Peterson, E. R., & Morton, S. M. (2017). A longitudinal study of pre-pregnancy and pregnancy risk factors associated with antenatal and postnatal symptoms of depression: Evidence from Growing Up in New Zealand. *Maternal and Child Health Journal, 21*(4), 915–931. https://doi.org/10.1007/s10995-016-2191-x

United Nations Children's Fund. (2022). (UNICEF). *Counselling to improve maternal nutrition: Considerations for programming with quality, equity and scale* (Technical brief). https://www.unicef.org/media/114566/file

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2025a). *Neonatal mortality – global estimates*. Retrieved from October 23, 2025, https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/

United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2025b). *Trends in maternal mortality 2000 to 2023*. Retrieved October 23, 2025, from https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2025/04/Trends-in-maternal-mortality-2020-2023.pdf

University of Rochester Medical Center (URMC). (2025). *Nutrition before pregnancy.* Retrieved October 23, 2025, from https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content?ContentID=P02479&ContentTypeID=90

Ünlü, G., & Altındiş, S. (2025**).** The cross-sectional association of health literacy with healthy lifestyle behaviors in the Turkish population: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Health Promotion, 39*(3), 520–536. https://doi.org/10.1177/08901171241300190

Ünlü, G. (2025). *Türkiye'de sağlık okuryazarlığı düzeyi: Bir meta-analiz çalışması* [Doktora tezi]. Gazi Üniversitesi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi

Urstad, K. H., Andersen, M. H., Larsen, M. H., Borge, C. R., Helseth, S., & Wahl, A. K. (2022). Definitions and measurement of health literacy in health and medicine research: A systematic review. *BMJ Open, 12*(2), e056294. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056294

van Dijk, M. R., Koster, M. P. H., Oostingh, E. C., Willemsen, S. P., Steegers, E. A. P., & Steegers-Theunissen, R. P. M. (2020). A mobile app lifestyle intervention to improve healthy nutrition in women before and during early pregnancy: Single-center randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 22*(5), e15773. https://doi.org/10.2196/15773

Veldkamp, S. A. M., Zondervan-Zwijnenburg, M. A. J., van Bergen, E., Barzeva, S. A., Tamayo-Martinez, N., Becht, A. I., van Beijsterveldt, C. E. M., Meeus, W., Branje, S., Hillegers, M. H. J., Oldehinkel, A. J., Hoijtink, H. J. A., Boomsma, D. I., & Hartman, C. (2021). Parental age in relation to offspring's neurodevelopment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 50(5), 632–644. https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1756298

Walker, R., Kandel, P., Hill, B., Hills, S., Dunbar, J., & Skouteris, H. (2021). Practice nurses and providing preconception care to women in Australia: A qualitative study. *Australian Journal of Primary Health, 27*(1), 13–21. https://doi.org/10.1071/PY20072

Wang, L., Fu, K., Li, X., Kong, B., & Zhang, B. (2018). Exposure to third-hand smoke during pregnancy may increase the risk of postpartum depression in China. *Tobacco Induced Diseases, 16*, 17. https://doi.org/10.18332/tid/87141

Wang, N., Wang, T., Tang, M., Zu, B., & Chen, J. (2025). Common sleep characteristics and the risk of common perinatal complications and adverse outcomes: A multi-sample, bidirectional Mendelian randomization study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 25*(1), 622. https://doi.org/10.1186/s12884-025-07754-2

Wang, Y., & Gu, J. (2025). The physical processes and chemical transformations of third-hand smoke in indoor environments and its health effects: A review. *Atmosphere, 16*(4), 370. https://doi.org/10.3390/atmos16040370

Weng, H. Y., & Ankrom, K. (2016). Practices and perceptions of animal contact and associated health outcomes in pregnant women and new mothers. *Frontiers in Veterinary Science, 3*, 5. https://doi.org/10.3389/fvets.2016.00005

Wiik, J., Nilsson, S., Kärrberg, C., Strander, B., Jacobsson, B., & Sengpiel, V. (2021). Associations of treated and untreated human papillomavirus infection with preterm delivery and neonatal mortality: A Swedish population-based study. *PLoS Medicine, 18*(5), e1003641. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003641

Wikoff, D., Welsh, B. T., Henderson, R., Brorby, G. P., Britt, J., Myers, E., ... & Doepker, C. (2017). Systematic review of the potential adverse effects of caffeine consumption in healthy adults, pregnant women, adolescents, and children. *Food and Chemical Toxicology, 109*(Pt 1), 585–648. https://doi.org/10.1016/j.fct.2017.04.002

Wilcox, S., Sharpe, P. A., Liese, A. D., Dunn, C. G., & Hutto, B. (2020). Socioeconomic factors associated with diet quality and meeting dietary guidelines in disadvantaged neighborhoods in the Southeast United States. *Ethnicity & Health, 25*(8), 1115–1131. https://doi.org/10.1080/13557858.2018.1493434

Withanage, N. N., Botfield, J. R., Black, K., & Mazza, D. (2024). Preconception health risk factors documented in general practice electronic medical records. *BMJ Sexual & Reproductive Health, 50*(3), 165–171. https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2023-202038

World Health Organization. (1995). *Physical status: The use of and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee* (WHO Technical Report Series, No. 854). Geneva, Switzerland: World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003

World Health Organization (WHO). (2012). *Guideline: Daily iron and folic acid supplementation in pregnant women.* Retrieved October 23, 2025, from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK132263/pdf/Bookshelf_NBK132263.pdf

World Health Organization (WHO). (2013). *Preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity: Meeting report and packages of interventions*. Retrieved October 6, 2025, from https://iris.who.int/handle/10665/78067

World Health Organization (WHO). (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour.* Retrieved October 20, 2025, from https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128

World Health Organization (WHO). (2021). *Tobacco control to improve child health and development: Thematic brief.* Retrieved October 17, 2025, from https://www.who.int/publications/i/item/9789240022218

World Health Organization (WHO). (2023a). *Maternal mortality*. Retrieved October 6, 2025, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

World Health Organization (WHO). (2023b). *Periconceptional folic acid supplementation to prevent neural tube defects*. e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA). Retrieved October 20, 2025, from https://www.who.int/tools/elena/interventions/folate-periconceptional

World Health Organization. (WHO). (2023C). *Congenital disorders*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects

World Health Organization (WHO). (2024). Health literacy. Retrieved October 16, 2025, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy

World Health Organization (WHO). (2024a). *Adolescent pregnancy: issues and solutions.* Retrieved October 16, 2025, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

World Health Organization (WHO). (2024b). *Implementing the global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022–2030: Report on progress and gaps 2024*. Retrieved October 16, 2025, from https://www.who.int/publications/i/item/9789240094925

World Health Organization (WHO). (2024c). *Daily iron and folic acid supplementation during pregnancy*. WHO e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA). Retrieved October 16, 2025, from https://www.who.int/tools/elena/interventions/daily-iron-pregnancy

World Health Organization (WHO). (2025). *Maternal mortality*. Retrieved January 27, 2025, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

Xu, J., Li, X., & Zhou, Q. (2022). Nationwide-free preconception care strategy: Experience from China. *Frontiers in Public Health, 10*, 934983. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.934983

Xu, X., Cruickshank, M. E., & Woolner, A. M. F. (2025). The impact of human papillomavirus (HPV) vaccination on the risk of adverse obstetric outcomes: A data linkage study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology, 314*, 114678. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2025.114678

Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 46*, 74-85. https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/369427

Yeşilyurt, S., & Çapraz, C. (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1), 251–264. https://doi.org/10.17556/erziefd.297741

Yıldırım, F., Arar, M. A., Yücesoy, H., & Şahin, E. (2024). Evli kadınların HPV farkındalığı ve endişe düzeyleri ile aşıya ilişkin tutum ve inançları arasındaki ilişki. *Androloji Bülteni, 26*(4). https://doi.org/10.24898/tandro.2024.9197

Yiğitalp, G., Bayram Değer, V., & Çifçi, S. (2021). Health literacy, health perception and related factors among different ethnic groups: A cross-sectional study in southeastern Turkey. *BMC Public Health, 21*(1), 1109. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11119-7

Yoon, H., Kim, S., Naseh, M., Huang, Y. C., & Jang, Y. (2022). Chronic conditions and psychological distress in older Asian Americans: The mediating role of subjective health perception. *Journal of Gerontological Social Work, 65*(6), 604–617. https://doi.org/10.1080/01634372.2021.2005213

Yoshida, S., Wilunda, C., Kimura, T., Takeuchi, M., & Kawakami, K. (2018). Prenatal alcohol exposure and suspected hearing impairment among children: A population-based retrospective cohort study. *Alcohol and Alcoholism, 53*(3), 221–227. https://doi.org/10.1016/j.fct.2017.04.002

Young-Wolff, K. C., Oberman, N., Alexeeff, S. E., Croen, L. A., Steuerle, K. R., Ansley, D., ... & Avalos, L. A. (2025). Alcohol, cannabis, and nicotine use during early pregnancy and infant hearing loss. *Preventive Medicine, 192*, 108242. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2025.108242

Yu, Y. S., Altares, A., Leib, A., Bellows, L. L., Berry, C., Graham, D. J., & Mueller, M. P. (2025). Sociodemographic disparities in health literacy among American adults: A national survey study. *Preventive Medicine Reports, 57*, 103179. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2025.103179

Zaidi, S. R. H., & Jenkins, S. M. (2025). Anticoagulant therapy in pregnancy. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. Retrieved October 16, 2025, from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606098/

Zanobini, P., Parsa, N., Bonaccorsi, G., Minardi, V., Possenti, V., Masocco, M., … Lorini, C. (2024). Exploring the relationship between health literacy and alcohol consumption patterns in Tuscany. *European Journal of Public Health, 34*(Supplement_3), ckae144-1711. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1711

Zarezadeh, M., Mahmoudinezhad, M., Faghfouri, A. H., Mohammadzadeh Honarvar, N., Regestein, Q. R., Papatheodorou, S. I., Mekary, R. A., & Willett, W. C. (2024). Alcohol consumption in relation to cognitive dysfunction and dementia: A systematic review and dose-response meta-analysis of comparative longitudinal studies. *Ageing Research Reviews, 100*, 102419. https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102419

Zečević, N., Kocić, J., Perović, M., & Stojsavljević, A. (2025). Detrimental effects of cadmium on male infertility: A review. *Ecotoxicology and Environmental Safety, 290*, 117623. https://doi.org/10.1016/j.ecoenv.2024.117623

Zeng, M., Yang, L., Mao, Y., He, Y., Li, M., Liu, J., Zhu, Q., Chen, L., & Zhou, W. (2022). Preconception reproductive tract infections status and adverse pregnancy outcomes: A population-based retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 22*(1), 501.https://doi.org/10.1186/s12884-022-04836-3

Zhang, J., Zhou, C., Zheng, L., Wang, J., Xia, B., Zhao, W., Wei, X., Huang, Z., Chen, X., Ge, S., Yan, F., Zhou, J., Xuan, K., Wu, L. A., Cao, Z., Yuan, G., Zhao, J., Chen, Z., Zhang, L., You, Y., … Guo, W. (2025). Expert consensus on the treatment of oral diseases in pregnant women and infants. *International Journal of Oral Science, 17*(1), 62. https://doi.org/10.1038/s41368-025-00395-3

Zhou, Y., Bian, G., Zhou, Q., Gao, Z., Liao, P., Liu, Y., & He, M. (2015). Detection of cytomegalovirus, human parvovirus B19, and herpes simplex virus-1/2 in women with first-trimester spontaneous abortions. *Journal of Medical Virology, 87*(10), 1749–1753. https://doi.org/10.1002/jmv.24218

Zibellini, J., Muscat, D. M., Kizirian, N., & Gordon, A. (2021). Effect of health literacy interventions on pregnancy outcomes: A systematic review. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, *34*(2), 180–186. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.010

8. EKLER

Ek-1. Bireysel Bilgi Formu (BBF)

<table>
<tr><th colspan="2">BİREYSEL BİLGİ FORMU</th></tr>
<tr><td colspan="2">Bu form bireysel özelliklerinizi belirlemeye yöneliktir.
Lütfen aşağıdaki bilgileri eksiksiz olarak doldurunuz.</td></tr>
<tr><th colspan="2">A. Sosyodemografik Özellikler</th></tr>
<tr><td>1. Doğum yılınızı yazınız.
……....
2. Medeni durumunuzu belirtiniz.
a. Evli
b. Bekar
3. Eğitim durumunuzu belirtiniz.
a. Okuryazar
b. İlköğretim
c. Lise
d. Üniversite ve üzeri</td><td>4. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
a. Evet
b. Hayır
5. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
a. Gelirim giderimden fazla
b. Gelirim giderime denk
c. Gelirim giderimden eksik</td></tr>
<tr><th colspan="2">B. Sağlık İle İlgili Özellikler</th></tr>
<tr><td>6. Boyunuzu cm cinsinden belirtiniz.
……....
7. Kilonuzu kg cinsinden belirtiniz.
……....
8. Günde kaç saat uyuduğunuz belirtiniz.
……....
9. Şu an ki sağlık durumunuzu ifade ediniz.
a. Çok iyi
b. Iyi
c. Orta
d. Kötü
e. Çok kötü</td><td>10. Düzenli sağlık kontrolünüzü yaptırır mısınız?
a. Evet
b. Hayır
c. Gerektiğinde
10. Bir yıl içerisinde gebelik planlıyor musunuz?
a. Evet
b. Hayır
11. Alkol kullanır mısınız?
a. Evet
b. Hayır
12. Sigara kullanıp kullanmadığınızı belirtiniz.
a. Evet
b. Hayır</td></tr>
</table>

Ek-2. Türkçe Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (T-PSOÖ)

PREKONSEPSİYONEL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ				
	Tamamen uygun	**Biraz uygun**	**Pek uygun değil**	**Hiç uygun değil**
1. Reçete edilen ilaçları nasıl kullanacağınıza dair sağlık çalışanlarının verdiği bilgileri anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4
2. İlaçları nasıl kullanacağınıza dair sağlık çalışanlarının verdiği talimatlara uyuyor musunuz?	1	2	3	4
3. Bir sağlık çalışanının verdiği bilgileri anlamadığınızda, ondan tekrar açıklamasını isteyebiliyor musunuz?	1	2	3	4
4. Sağlık çalışanı seçim yapabileceğiniz birden fazla tedavi yöntemi sunduğunda, her bir tedavinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirebiliyor musunuz?	1	2	3	4
5. Size sunulan bir tanı ya da tedavi konusunda kararsız kaldığınızda, ikinci bir görüş almak istediğinizi sağlık çalışanına söyleyebiliyor musunuz?	1	2	3	4
6. Aile üyelerinizin geçmişte veya şu anda geçirdiği hastalıkları biliyor musunuz?	1	2	3	4
7. Kendi başınıza aldığınız ilaçların açıklayıcı bilgilerini okuyor musunuz?	1	2	3	4
8. Besin açısından dengeli öğünlerle beslenme alışkanlığınız var mı?	1	2	3	4
9. Meyve ve sebze yönünden zengin beslenme alışkanlığınız var mı?	1	2	3	4
10. Bir öğünün besin değerlerinin dengeli olup olmadığını değerlendirebiliyor musunuz?	1	2	3	4
11. Vücudunuz için günlük tüketeceğiniz ideal besin miktarını biliyor musunuz?	1	2	3	4
12. Stresinizi azaltmak için düzenli olarak bir şeyler (örneğin bol bol dinlenmek, egzersiz yapmak, vb.) yapıyor musunuz?	1	2	3	4
13. Stresle baş etmek için kendi yöntemleriniz var mı?	1	2	3	4
14. İçsel yaşamınızı zenginleştiren ve ruhsal durumunuzu iyileştiren aktiviteler (örneğin meditasyon, egzersiz, yürüyüş, yoga vb.) yapıyor musunuz?	1	2	3	4
15. Zorlandığınızda ya da başınız sıkıştığında size yardım edecek biri var mı?	1	2	3	4
16. Vücut Kitle İndeksinizi biliyor musunuz?	1	2	3	4
17. Düzenli aralıklarla kilonuzu ölçüyor musunuz?	1	2	3	4
18. İdeal kilonuzu korumak için çaba gösteriyor musunuz?	1	2	3	4
19. Yaşam tarzıyla ilişkili hastalıkların önlenmesi ya da tedavisi hakkındaki bilgilere kendiniz ulaşabiliyor musunuz?	1	2	3	4
20. Yiyecek satın alırken içerdiği katkı maddelerine dikkat ediyor musunuz?	1	2	3	4
21. Yiyecek satın alırken üretim yerine dikkat ediyor musunuz?	1	2	3	4
22. Günlük olarak hava kirliliği (PM 2.5 vb.) bilgilerine bakıp, kirliliğin yoğun olduğu yerlere gitmekten kaçınıyor musunuz?	1	2	3	4
23. Hiç kendi başınıza aşıların yan etkilerine ilişkin bilgileri araştırdınız mı?	1	2	3	4
24. Yaptırdığınız aşıları kaydetmek ve takip etmek için aşı kartı kullanıyor musunuz?	1	2	3	4
25. Her yıl grip aşısı oluyor musunuz?	1	2	3	4

Ek-3. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOÖ)

SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ					
	Yapamayacak durumdayım	**Çok zorluk çekiyorum**	**Biraz zorluk çekiyorum**	**Az zorluk çekiyorum**	**Hiç zorluk çekmiyorum**
1. Hastalıklar hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
2. Tedaviler hakkında bilgileniyor musunuz?	1	2	3	4	5
3. Sigara içme, şişmanlık gibi sağlık riskleri hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
4. Nasıl sağlıklı kalınacağı hakkında bilgileri bulabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
5. Sağlıklı yiyecekler ve nasıl formda kalınacağı hakkında bilgileri elde edebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
6. İlaç kutularında bulunan açıklayıcı bilgileri anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
7. Tıbbı reçeteleri anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
8. Eczanelerde, hastanelerde ya da doktor muayenehaneleinde bulunan sağlığa zararlı davranışlar hakkında bilgi sağlayan broşürleri okuyabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
9. Sigara içmek, uyuşturucu kullanmak, içkili araba kullanmak vb. gibi tehlikeli davranışlar hakkındaki bilgileri anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
10. Besin etiketlerinin içeriğini anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
11. Sağlıklı yaşam biçiminin önemini anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
12. Ev, okul, işyeri ya da mahallede sağlıklı çevrenin önemini anlayabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
13. Doktorunuzla ya da eczacınızla tıbbı bilgileri tartışabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
14. Tedavi seçeneklerinin yan etkilerini ya da yararlarını düşünebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
15. Tıbbı önerilerden hangisinin sizin için en iyisi olduğuna karar verebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
16. Sağlığınıza zararlı davranışlarınızı belirleyebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
17. Diğer insanların yaptığı sağlığa zararlı davranışlardan ders alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
18. Sağlık personeli, arkadaşlarınız, aileniz ya da radyo, gazete, televizyon gibi kaynaklardan edindiğiniz sağlığa zararlı davranışlarla ilgili bilgileri dikkatli biçimde değerlendirebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

19. Sağlıkla ilgili alışkanlıklarınızı değerlendirebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
20. Sağlıklı beslenme ya da spor gibi sağlıklı seçimlerin etkilerini ve yararlarını düşünebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
21. Doktor, hemşire ya da eczacının size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
22. Aşı yaptırma, bir tarama programında yer alma, güvenli araba kullanma gibi sağlık personellerinin size verdiği önerilere uyabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
23. Eğer isterseniz sağlığa zararlı alışkanlıklarınızı değiştirebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
24. Sağlıklı ürünlere (doğal besinler, zararsız kimyasallar gibi) ulaşabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
25. Sağlıkla ilgili bilgileri sizin yararınıza olacak şekilde kullanabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Ek-4. Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği (PBTÖ)

PREKONSEPSİYONEL BİLGİ VE TUTUM ÖLÇEĞİ					
	Tamamen Katılıyorum	**Çok Katılıyorum**	**Orta Derecede**	**Az Katılıyorum**	**Hiç Katılmıyorum**
1. Anne-baba olacak bireyler, gebelik oluşmadan önce sağlık durumlarını iyileştirmelidir.	5	4	3	2	1
2. Anne-baba olacak bireylerin, gebelik oluşmadan önce sağlık kontrolünden geçmeleri gerekir.	5	4	3	2	1
3. Çocuk sahibi olmaya karar verirsem, gebelik öncesi sağlığımı geliştirmek için danışmanlık hizmeti alırım.	5	4	3	2	1
4. Gebe kalmadan önce, normal kiloda olmam gerekir.	5	4	3	2	1
5. Ailemde bir hastalık varsa, gebe kalmadan önce bunu doktorumla konuşurum.	5	4	3	2	1
6. Gebe kalmadan önce diş tedavilerimi yaptırırım.	5	4	3	2	1
7. Gebe kalmadan önce, kızamıkçık, sarılık, tetanoz gibi bazı aşıları yaptırırım.	5	4	3	2	1
8. Sakat çocuk doğurma riskim varsa (ailede özürlü birey olması, akraba evliliği yapma gibi), gebelik öncesinde genetik danışmanlık alırım.	5	4	3	2	1
9. Kalp, şeker, sara gibi bir hastalığım varsa, doktorum izin verinceye kadar gebe kalmam.	5	4	3	2	1
10. Sürekli kullandığım ilaçlarım varsa, gebelikten once bunların yeniden düzenlenmesinin gerekip gerekmediğini doktoruma sorarım.	5	4	3	2	1
11. Gebe kalmaya karar verdiğim zaman, herhangi bir nedenle ilaç kullanmam gerekirse doktoruma hamile kalmayı planladığımı söylerim.	5	4	3	2	1
12. Gebe kalmaya karar verdiğim zaman fare zehiri, böcek ilacı ve tarım ilaçları gibi kimyasal maddelerden uzak dururum.	5	4	3	2	1
13. Çiğ et (çiğ köfte, salam, sosis vb.) yemem.	5	4	3	2	1
14. Kedi, köpek gibi aşısız hayvanlardan ve bunların atıkları (dışkı vb.) ile temastan kaçınırım.	5	4	3	2	1
15. Kansızlığım varsa gebelik öncesinde tedavi olurum.	5	4	3	2	1
16. Gebe kalmaya karar verdiğim zaman, röntgen çektirmem.	5	4	3	2	1
17. Gebe kalmayı düşündüğüm zaman, doktoruma danışmadan ilaç kullanmam.	5	4	3	2	1
18. Sigara içiyorsam, gebelik öncesinde sigara içmeyi bırakırım ve sigara dumanından uzak dururum.	5	4	3	2	1
19. Eşim sigara içiyorsa, ben gebe kalmadan önce onunsigara içmeyi bırakması ve sigara içilen ortamlardan uzak durması için çaba gösteririm.	5	4	3	2	1

20. Anne-baba olacak bireylerin, stresten uzak durmaları gerektiğine inanıyorum.	5	4	3	2	1
21. Anne-baba olacak bireylerin, akıl sağlığının yerinde olması gerektiğine inanıyorum.	5	4	3	2	1
22. Sağlıklı bir çocuğa sahip olmak için, akraba evliliği yapmamak gerektiğine inanıyorum.	5	4	3	2	1
23. Anne-baba olacak bireylerin, cinsel organlarında akıntı,yara gibi belirtileri veya cinsel yolla bulaşan hastalıklarıvarsa gebelik öncesinde tedavi olmalarının gerekli olduğuna inanıyorum.	5	4	3	2	1
24. Önceki gebeliklerinde sorun yaşayan kadınların, tekrar gebe kalmadan önce doktorlarına danışmaları gerekir.	5	4	3	2	1
25. Alkol kullanma alışkanlığı olan anne-baba adaylarının, gebelik öncesinde alkolü bırakmalarının gerekli olduğuna inanıyorum.	5	4	3	2	1
26. Anne-baba olacak bireylerin, uyuşturucu madde veya bağımlılık yapan ilaçları kullanmalarına karşıyım.	5	4	3	2	1
27. Anne-baba olacak bireylerin, bir çocuğa bakabilecek yeterli zamana sahip olmaları gerekir.	5	4	3	2	1
28. Çocuk sahibi olmak istediğimde, eşim de isterse gebe kalırım.	5	4	3	2	1
29. Çocuk sahibi olmak için evlendikten sonra en az 1-2 yıl beklemeyi uygun görüyorum.	5	4	3	2	1
30. Evliliğim kötü giderse, evliliğimi kurtarmak için çocuk doğururum.	5	4	3	2	1
31. Anne-baba olacak bireylerin, gebelik oluşmadan önce çocuk bakımıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları gerekir.	5	4	3	2	1
32. Mutlu bir evliliğim varsa çocuk doğurmak isterim.	5	4	3	2	1
33. Eşimden şiddet görürsem, çocuk doğurmak istemem.	5	4	3	2	1
34. Çocuk sahibi olmak istemezsem, gebelikten nasıl korunacağıma eşimle birlikte karar veririm.	5	4	3	2	1
35. Çocuk sahibi olmadan önce, bir çocuğa bakabilecek kadar yeterli gelire (paraya) sahip olmam gerekir.	5	4	3	2	1
36. 18 yaşından küçüklerin anne-baba olmasına karşıyım.	5	4	3	2	1
37. İki yıldan kısa aralıklarla, gebe kalmam sakıncalıdır.	5	4	3	2	1
38. Çocuk sahibi olmadan önce, ne zaman gebe kalacağıma eşimle birlikte karar veririm.	5	4	3	2	1
39. Kaç tane çocuğa sahip olacağımıza eşimle birlikte karar veririm.	5	4	3	2	1
40. Gebe kaldığım zaman, yakınlarımdan destek görürüm.	5	4	3	2	1
41. Çalışma koşullarımı düzenledikten sonra gebe kalırım.	5	4	3	2	1
42. Bir çocuğum olursa, iyi bir anne olurum.	5	4	3	2	1
43. Akrabaların, evli çiftlere çocuk sahibi olmaları için baskı yapmalarını hoş karşılamam.	5	4	3	2	1

Ek-5. PSOÖ'nün Kapsam Geçerliği Aşamasında Görüşüne Başvurulan Uzmanlar

Uzmanın Ünvanı Adı Soyadı	Uzmanın Kurumu
1. Dr. Afra Çalık	Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
2. Uzm. Dr. Ayşegül Güleç Karaduman	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3. Dr. Öğr. Üyesi Betül Çakmak	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
4. Dr. Öğr. Üyesi Dilek Aktaş	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
5. Dr. Öğr. Üyesi Erdal Ceylan	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
6. Dr. Öğr. Üyesi Hakan Orakçı	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
7. Dr. Öğr. Üyesi Hatice Azizoğlu	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
8. Dr. Öğr. Üyesi Kübra Yılmaz	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
9. Dr. Öğr. Üyesi Nuran Nur Aypar Akbağ	Sinop Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
10. Dr. Öğr. Üyesi Reyhan Eskiyurt	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
11. Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Öz	İstanbul Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
12. Dr. Zeynep Karakuş	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Ek-9. Bilgilendirilmiş Onam Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi **Elif Rabia Karabıyık** tarafından yürütülen "**Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması"** başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
Adı Soyadı:.....
İmzası:

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

Araştırmacının
Adı Soyadı: Elif Rabia KARABIYIK
İmzası:

Ek- 12. ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER
Adı Soyadı: Elif Rabia KARABIYIK
Akademik Unvan: Yüksek Lisans Öğrencisi / Hemşire
Doğum Tarihi / Yeri:
E-posta Adresi:
Telefon:

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

2023 – Devam Ediyor | Hemşirelik Anabilim Dalı | Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi | Yüksek Lisans
2019 – 2023 | Hemşirelik Bölümü | İnönü Üniversitesi | Lisans

C. İŞ TECRÜBESİ

03.05.2024 – Devam Ediyor
T.C. Sağlık Bakanlığı Trabzon Fatih Devlet Hastanesi
Görev: Yoğun Bakım Hemşiresi

Staj Deneyimleri:

2024 – Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (Lisansüstü Stajı)
2024 – Ankara Etlik Şehir Hastanesi (Lisansüstü Stajı)
2019 – 2023 – Dursun Odabaşı Araştırma Hastanesi (Lisans Stajı)
2019 – 2023 – Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Lisans Stajı)

D. AKADEMİK ÇALIŞMALAR VE SERTİFİKALAR

Kongre Bildiri Sunumları:

- Sağlıklı Bir Gebeliğin İlk Adımı: Prekonsepsiyonel Sağlık Okuryazarlığı, Bilinci ve Farkındalığın Gücü (Sözlü Bildiri). 6. Uluslararası Asklepios Tıp, Hemşirelik, Ebelik ve Sağlık Bilimleri Kongresi.

Eğitim ve Sertifikalar:

6. Uluslararası Asklepios Tıp, Hemşirelik, Ebelik ve Sağlık Bilimleri Kongresi Katılım Sertifikası.