



T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

WEB TABANLI PREKONSEPSİYONEL BAKIM VE DANIŞMANLIĞIN
KADINLARDA RİSK FARKINDALIĞINA VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞINA ETKİSİ

ÖZNUR HASDEMİR
0000-0003-1087-2112

EBELİK ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

SİVAS
AĞUSTOS 2023

T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

WEB TABANLI PREKONSEPSİYONEL BAKIM VE DANIŞMANLIĞIN
KADINLARDA RİSK FARKINDALIĞINA VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞINA ETKİSİ

ÖZNUR HASDEMİR

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. ZELİHA BURCU YURTSAL

EBELİK ANABİLİM DALI

SİVAS

2023



Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 2023 tarihli ve 2/9 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Mesleki aidiyet duygularımla ilk günkü heyecanı hissederek ilerlediğim yolda hayallerini kurduğum güzelliklerin bir gün gerekleŖeceđini biliyordum ve buna yürekten inanıyordum. İŖte tam da bu noktada hayalini kurduğum yolculuğun gereğe dnŖerek doktora sürecimin bitimi ile talanmasının benim iin son derece onur verici olduğunu belirtmek isterim. Bu yolculukta bana ıŖık rehberi olan değerli danıŖmanım Do. Dr. Burcu YURTSAL hocam baŖta olmak üzere; tez izleme komitelerimde değerli katkıları ile alıŖmama sonsuz destek veren Prof. Dr. Nuran GÜLER ve Do. Dr. BŖra CESUR hocama; ayrıca hayatımın bu önemli adımımda yanımda olan ve değerli grŖlerini almaktan son derece onur duyduğum Prof. Dr. Sema YILMAZ ve Prof. Dr. Serap EJDER APAY hocam baŖta olmak üzere mesleki geliŖimimde emeği olan tüm hocalarıma; benim her koŖulda yanımda olan canım aileme ve eŖime; doktora sürecim boyunca alıŖma motivasyonumu her daim destekleyen Halk Sağlığı Hizmetleri BaŖkanlıđı BulaŖıcı Hastalıklar Birimi mesai arkadaşlarıma ve yöneticilerime; tezimin uygulama aŖamasında yardım ve desteklerini esirgemeyen uzman grŖleri ile katkı sağlayan tüm hocalarıma; aile hekimliğinde ve toplum sağlığı merkezinde görev yapan hekimlerimize ve ebe meslektaŖlarıma; hayatımda her daim yeri olacak olan yanımda hissettiğim ve hissettirebildiğim tüm dostlarıma ayrı ayrı teŖekkr ederim. Hayatıma kattığınız bu güzel dokunuŖlar iin hepinize minnettarım. En büyük teŖekkr ise bu srete yanımda olan tüm kadınlarımıza... Sizler sayesinde gelecek nesillerimizi birlikte koruyacağız.

Bir teŖekkr de kendime saklıyorum; Sevgili Kendim, Tüm kalbi duygularınla Ebeliği setiğin ve İyi ki bu yolda ilerlediğin, ilerlemeye de devam edeceğin iin sana Sonsuz TeŖekkr Ederim.

Sivas, 2023

Öznur HASDEMİR

Tüm Kadınlara İthafen

ÖZET
WEB TABANLI PREKONSEPSİYONEL BAKIM VE DANIŞMANLIĞIN
KADINLARDA RİSK FARKINDALIĞINA VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞINA ETKİSİ

Öznur HASDEMİR

Doktora Tezi, Ebelik Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Zeliha Burcu YURTSAL

2023, xvii, 202 sayfa

Bu araştırma web tabanlı prekonsepsiyonel danışmanlık (PD) ve bakım kapsamında verilen eğitimin kadınlarda risk farkındalığına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. İki aşamada gerçekleştirilen bu araştırmanın birinci aşaması metodolojik; ikinci aşaması ise ön test – son test randomize kontrollü bir çalışma olarak yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini Sivas İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı belirlenen merkezlere başvuran doğurganlık çağında olan birinci aşamada 949 kadın; ikinci aşamada 42'i deney ve 42'i kontrol grubu olmak üzere toplam 84 kadın oluşturmuştur. Araştırma verileri Mayıs 2021-Temmuz 2023 tarihleri arasında Kişisel Bilgi Formu, Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği (PDRFÖ) Deneme Formu, PDRFÖ, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ile toplanmıştır. Birinci aşamada PDRFÖ geliştirilmiş; İkinci aşamada ise deney grubunda olan kadınlara 2 hafta boyunca web tabanlı prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık eğitimi verilmiş; eğitim sırasında izlem ve sonrasındaki 8 hafta boyunca kadınlara 7/24 ulaşabilecekleri PD ve bakım hizmeti sağlanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23.0 ve AMOS 21 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, geçerlik ve güvenirlik çalışması analizleri (CVI, AFA, DFA, Cronbach Alpha katsayısı, yarıya bölme yöntemi; test tekrar test güvenirliği), ki-kare testi, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi, Wilcoxon İşaret testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Birinci aşamada 37 madde 8 alt boyuttan oluşan PDRFÖ'nün geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir. İkinci aşamada kadınların tanımlayıcı özelliklerin deney ve kontrol gruplarında homojen dağılım gösterdiği tespit

edilmiştir ($p>0,05$). PDRFÖ ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'den alınan toplam ve alt boyut puanların ön test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ($p>0,05$); son test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubunun her iki ölçek için de ön test- son test değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$); kontrol grubu ön test-son test puan değişimi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Sonuç olarak PDRFÖ'nün doğurganlık çağında olan kadınlar için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu, Web Tabanlı PD ve bakım doğrultusunda verilen eğitiminin kadınların prekonsepsiyonel dönem risk farkındalığını ve sağlıklı yaşam biçimi davranışını geliştirmede ebelik uygulamalarında etkili bir inovatif yaklaşım olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Web Tabanlı Eğitim; Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık; Sağlıklı Yaşam Biçimi; Risk Farkındalığı; Geçerlik ve Güvenirlik, Ebelikte İnovasyon.

ABSTRACT
THE EFFECT OF WEB-BASED PRECONCEPTIONAL CARE AND
COUNSELING ON RISK AWARENESS AND HEALTHY LIFESTYLE
BEHAVIOR IN WOMEN

Öznur HASDEMİR

Doctoral Thesis, Department of Midwifery

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Zeliha Burcu YURTSAL

2023, xvii, 202c pages

This research was conducted to determine the effect of web-based preconceptional counseling (PC) and education within the scope of care on risk awareness and healthy lifestyle behavior in women. The first stage of this research, which was carried out in two stages, is methodological; The second stage was pre-test – post-test was conducted as a randomized controlled trial. The sample of the study was 949 women in the first stage of childbearing age who applied to the designated centers affiliated to the Sivas Provincial Health Directorate; In the second stage, a total of 84 women were formed, 42 of whom were experimental and 42 of whom were control groups. The research data were collected between May 2021-July 2023 with Personal Information Form, Preconceptional Period Risk Awareness Scale (PPRAS) Trial Form, PPRAS, Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II. In the first phase, PPRAS was developed; In the second stage, web-based preconceptional care and counseling training was given to the women in the experimental group for 2 weeks; PD and care were provided to women 24/7 during follow-up during the training and for 8 weeks thereafter. The data obtained in the study were analyzed by using IBM SPSS (Statistical Package for SocialSciences) Statistics 23.0 and AMOS 21 program. Descriptive statistics, validity and reliability study analyses (CVI, AFA, DFA, Cronbach Alpha coefficient, halving method; test-retest reliability), chi-square test, t test in dependent and independent groups, Wilcoxon Mark test and Mann Whitney U test were used in the analysis of the data. In the first stage, it was accepted that PPRAS, which consists of 37 items and 8 sub-dimensions, is a valid and reliable tool. In the second stage, it was determined that the descriptive characteristics of women showed homogeneous distribution in the experimental and control groups ($p>0.05$). The total and sub-dimension

scores taken from the scale of PPRAS and Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II did not show a statistically significant difference between the experimental and control groups for pre-test ($p>0.05$); For the final test, it was found that there was a statistically significant difference between the experimental and control groups ($p<0.05$). While the pretest-posttest change of the experimental group in both scales was found to be statistically significant ($p<0.05$); The control group pretest-posttest score change was found to be statistically insignificant ($p>0.05$). As a result, it was determined that PPRAS is a valid and reliable measurement tool for women of childbearing age and that Web-Based PD and education given in line with care is an effective innovative approach in midwifery practices in improving women's preconceptional risk awareness and healthy lifestyle behavior.

Key Words: Web Based Training; Preconceptional Care and Counseling; Healthy Lifestyle; Risk Awareness; Validity and Reliability; Innovation in Midwifery.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	xv
KISALTMALAR LİSTESİ	xvi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Hipotezler	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Tanımı	6
2.2. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Önemi	6
2.3. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Sağlık Üzerine Etkileri.....	7
2.4. Dünya' da Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Gelişim Süreci.....	9
2.5. Ülkemiz' de Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Gelişim Süreci	10
2.6. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlıkta Bütüncül Yaklaşım	11
2.6.1. Doğurganlığın Planlanması	11
2.6.2. İleri Anne ve Baba Yaşı	12
2.6.3. Aile, Genetik Öykü ve Hastalıklar	13
2.6.4. Fiziksel Aktivite, Beden Kitle İndeksi	15
2.6.5. Beslenme.....	16
2.6.6. Aşılama ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	17

2.6.7. Kronik Hastalıklar	18
2.6.8. Psikososyal Değerlendirme	19
2.6.9. İlaçlar, Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetler.....	19
2.7. Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Tanımı.....	20
2.7.1. Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığının Bileşenleri ve Önemi	21
2.8. Prekonsepsiyonel Dönemde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Tanımı	22
2.8.1. Prekonsepsiyonel Dönem Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Bileşenleri ve Önemi.....	22
2.9. Web Tabanlı Eğitimin Tanımı ve Önemi	23
2.9.1. Web Tabanlı Eğitimin Geliştirilme Süreci	23
2.9.2. Web Tabanlı Eğitimin Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Hizmetlerinde Kullanımı.....	24
2.9.3. Web Tabanlı Eğitimlerin Ebelik Uygulamalarındaki Yeri ve Önemi	25
2.10. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlıkta Ebelerin Yeri ve Önemi.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Tipi	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	31
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	31
3.3.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	32
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	32
3.5. Veri Toplama Araçları.....	34
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1).....	34
3.5.2. Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Ölçeği Deneme Formu (Ek-2)	34
3.5.3. Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği (PDRFÖ) (Ek-3).....	35

3.5.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (Ek-4).....	35
3.6. Ölçek Geliştirme Aşamaları	36
3.7. Verilerin Toplanması ve Uygulama	66
3.8. Web Tabanının Geliştirilme Aşamaları.....	68
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	85
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	87
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	87
4. BULGULAR	88
5. TARTIŞMA.....	104
5.1. Web Tabanlı Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Eğitimine Yönelik Kadınların Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığına İlişkin Bulgularının Tartışılması.....	104
5.2. Web Tabanlı Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Eğitimine Yönelik Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışına İlişkin Bulgularının Tartışılması	108
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	111
6.1. Sonuçlar.....	111
6.2. Öneriler.....	112
7. KAYNAKÇA	114
8. EKLER	131
EK-1: Kişisel Bilgi Formu.....	131
EK-2: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Deneme Formu	132
Ek-3: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği (PDRFÖ).....	137
Ek-4 Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II	140
Ek- 5: Ölçek Madde Havuzu	142
Ek-6: Bilgilendirilmiş Olur Formu -I (Ölçek Grubu)	147
Ek-7: Bilgilendirilmiş Olur Formu-II (Deney Grubu).....	151
Ek-8: Bilgilendirilmiş Olur Formu-II (Kontrol Grubu).....	154

Ek- 9: Diksiyon Programı Kurs Bitirme Belgesi	157
Ek- 10: Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi Sertifikası	158
Ek- 11: Üreme Sağlığı Eğitim Becerileri Eğitimi Sertifikası	159
Ek-12: Ölçek Geliştirme ve Yapısal Eşitlik Modellemesi Eğitimi Katılım Sertifikası	160
Ek-13: Modül 1: Doğurganlığın Planlanması Eğitim İçeriği.....	161
Ek-14: Modül 2: İleri Anne ve Baba Yaşı Eğitim İçeriği.....	167
Ek-15: Modül 3: Aile, Genetik Öykü ve Hastalıklar Eğitim İçeriği.....	170
Ek-16: Modül 4: Fiziksel Aktivite, Beden Kitle İndeksi Eğitim İçeriği.....	174
Ek-17: Modül 5: Beslenme Eğitim İçeriği.....	177
Ek-18: Modül 6: Aşılar ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Eğitim İçeriği	181
Ek-19: Modül 7: Kronik Hastalıklar Eğitim İçeriği.....	185
Ek-20: Modül 8: Psikososyal Değerlendirme Eğitim İçeriği.....	188
Ek-21: Modül 9: İlaçlar, Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetler Eğitim İçeriği	191

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 3.1: KGO Değerleri Sonuçları	38
Tablo 3.2: Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (Açıklayıcı Faktör Analizi).....	47
Tablo 3.3: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları	49
Tablo 3.4: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları (AFA Veri Seti)	54
Tablo 3.5: Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (Doğrulamalı Faktör Analizi)	57
Tablo 3.6: Doğrulamalı Faktör Analizine İlişkin Bulgular (DFA veri seti)	58
Tablo 3.7: Doğrulamalı Faktör Analizi Faktör Yükleri (Birinci Düzey)(DFA veri seti) 61	
Tablo 3.8: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Maddelerine İlişkin Madde Analizi Sonuçları (DFA Veri Seti)	62
Tablo 3.9: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Güvenilirlik Analizi.....	64
Tablo 3.10: Yarıya Bölme Metodu (DFA veri seti).....	65
Tablo 3.11: Test Tekrar Test Sonuçları	66
Tablo 3.12: Web Sitesinin Eğitim İçeriği, Planı ve Öğrenim Hedeflerini İçeren Modül Eğitim Programı, Web Sitesi İş Akış Tablosu	71
Tablo 3.13: Araştırmanın Birinci Aşaması Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	86
Tablo 3.14: Araştırmanın İkinci Aşaması Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	87
Tablo 4.1: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	88
Tablo 4.2: Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	90
Tablo 4.3: Ölçüm Araçlarının Güvenilirlikleri	91
Tablo 4.4: Ölçüm Araçlarının Normallikleri	92

Tablo 4.5: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırması	94
Tablo 4.6: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırması	99



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Araştırmanın Birinci Aşama Örneklem Seçimi.....	30
Şekil 3.2. Randomizasyon Grupları.....	31
Şekil 3.3. Araştırmanın İkinci Aşaması Consort Akış Diyagramı	33
Şekil 3.4. Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	60
Şekil 3.5. Web Ebe Destek Kullanıcı Giriş Ekranı.....	76
Şekil 3.6. Web Ebe Destek Sistem Modülleri ve Eğitim oluşturma Ekranı	78
Şekil 3.7. Deney Grubu Veri Formlarının Takip Listesi	78
Şekil 3.8. Deney Grubu İşlemler Ekranı.....	79
Şekil 3.9. Deney Grubu Eğitim Detayı Takip Ekranı.....	79
Şekil 3.10. Rol Yetkisine Göre Kullanıcı Ekleme Ekranı	80
Şekil 3.11. Deney Grubu Karşılama Ekranı (Bilgilendirilmiş Olur Formu)	80
Şekil 3.12. Kullanıcı Panelinde Araştırma Veri Formlarının Görüntü Ekranı	81
Şekil 3.13. İlk Değerlendirme (Ön Test) Sonrası Eğitimlere Yönlendirme Ekranı	82
Şekil 3.14. Kullanıcı Panelinde Eğitim Videoların İzlenme Durumu Görüntüsü	83
Şekil 3.15. Eğitim Videosunda İlerleme Kayıt Uyarısı	84
Şekil 3.16. 7/24 Yardım Desteği İletişim Kutucuğu	85

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 3.1: PDRFÖ Maddelerinin Uygun Olma ve Ölçülmek İstenen Alanı Temsil Etme Durumunun Belirlenmesi Amacıyla Görüşlerine Başvurulan Uzmanların Listesi	45
---	----



KISALTMALAR LİSTESİ

PD	:	Prekonsepsiyonel Danışmanlık
WHO	:	World Health Organization
TNSA	:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
ACOG	:	The American College of Obstetricians and Gynecologists
SYBD	:	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı
CDC	:	Center for Disease Control and Prevention
WTE	:	Web Tabanlı Eğitim
CÜBAP	:	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Proje Birimi
BKİ	:	Beden Kitle İndeksi
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
RGOG	:	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
FIGO	:	Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu
PDRFÖ	:	Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Ölçeği
ICM	:	International Confederation of Midwives

1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Prekonsepsiyonel (gebelik öncesi) bakım; bireylerin gebeliğe hazırlanmasını, gebelik sürecinin sağlıklı sürdürülmesi ve sağlıklı sonuçlanmasını, böylece yeni nesillerin daha sağlıklı bireylerden oluşmasına katkı sağlamayı hedefleyen birinci basamak koruyucu sağlık hizmetidir (Shawe ve ark., 2015; Zhou ve ark., 2016; Gökdemir ve Eryılmaz, 2017). Prekonsepsiyonel bakımın amacı; kadında var olan risk faktörlerini (bireysel, çevresel faktörler ve davranışları) belirleyerek bu risk faktörlerinin gebelik sürecindeki olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak ya da azaltmak, sağlık durumunu iyileştirmek, sağlıklı gebeliklerin oluşması için ön hazırlık yapmak, anne ve çocuk sağlığını kısa ve uzun vadede geliştirmektir (Johnson ve ark., 2006; Çoşkun, 2012; Doğaner ve Gölbaşı, 2011).

Sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonu süreç için doğum öncesi bakım gebelik öncesi dönemde başlatılmalıdır (Kırkham ve ark., 2005; Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2019). Kadın gebeliğinin farkına varıp ilk antenatal kontrole gelinceye kadar gebelik öncesi riskler saptanmamış sakatlıkların ve etkilenimlerin önlenmesinde müdahale fırsatları kaçırılmış olmaktadır (Şahin ve Yurdakul, 2012; Doğan Pekince ve Ertem, 2016). Bu müdahale fırsatlarının kaçırılmamasında prekonsepsiyonel danışmanlık (PD) kavramının son derece önemli olduğu bildirilmektedir (Güler Baysoy ve Özkan, 2012). PD hizmeti, prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır (Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2019). PD'nin amacı, kadınların mevcut sağlık sorunlarını ve değiştirilebilir risk faktörlerini ele alarak sağlıklı bir gebelik elde etmenin en iyi yolu konusunda eğitimler vermektir (ACOG, 2019). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center for Disease Control and Prevention- CDC) gebelik öncesi kadınlara ulaşarak; prekonsepsiyonel bilgi, tutum ve davranışlarının geliştirilmesini; doğurganlık çağındaki tüm kadınların bakım almasının sağlanmasını hedeflemektedir (CDC, 2021). Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologist-ACOG) de PD ve bakımın kadın sağlığındaki yerinin önemli olduğunu vurgulamıştır (ACOG, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise var olan sağlık programlarının anne-bebek sağlığını geliştirmede yetersiz kaldığını ve

Ülkelerin PD ve bakım hizmetlerini rutin sağlık sistemlerine dahil etmeleri gerektiğini önermiştir (World Health Organization, 2013a).

PD ve bakım verirken kanıta dayalı bir yönetim ile doğurganlığın planlanması; ileri anne ve baba yaşı; aile öyküsü, genetik öyküsü ve hastalıklar; fiziksel aktivite , beden kitle indeksi; beslenme; aşılama ;cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar; kronik hastalıklar; ilaçlar ;zararlı alışkanlıklar ve maruziyet; psikososyal alt boyutları ile kadınların bütüncül değerlendirilmesi ve risk farkındalığının oluşturulması gerekmektedir (De Weerd ve ark., 2002; Başgl ve Oskay, 2012; Farahı ve Zolotor, 2013; Farahı ve Zolotor, 2014; Yılmaz ve l, 2014; Sağlık Bakanlığı, 2014; zkan Arslan ve Bilgin, 2019). Risk farkındalığı risk, riskin sonuçları ve bunlarla nasıl baş edileceği konularında güvenilebilir ve ulaşılabilir kaynaklardan elde edilen bilgilere sahip olma ve davranış biçimini kalıcı olarak değiştirebilme olarak tanımlanmaktadır (Terim Rehberim, 2021). Nitekim kadınlarda risk farkındalığının oluşturulması gebelikten önce var olan risk faktörlerinin belirlenmesi ile başlamalıdır (Cömert, 2019). Bu risk faktörlerinin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması ile birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (SYBD) kazandırılması mümkündür (Jelsma ve ark., 2016; Karsten ve ark., 2018; Aksoy Erkal, 2019). SYBD, kişinin sağlığını etkileyen ve sağlığı üzerinde önemli etkisi olan faktörlere karşı kontrol edilebilen tüm davranışlar olarak belirtilmektedir (Sungur ve ark., 2019).

Literatürde PD ve bakım hizmeti alan kadınların standart bakım alan ya da hiç bakım almayan kadınlara göre risk faktörlerine yönelik olumlu sağlık davranışları geliştirdikleri; genel sağlık durumlarını iyileştirmeye yönelik gerekli uzman desteğine başvurma oranlarının daha yüksek olduğu; kronik hastalık ve erken doğum oranlarının daha az grldğu; doğum sonuçlarının iyileştirilmesinde en iyi yaklaşımlardan biri olduğu belirtilmektedir (Elsinga ve ark., 2008; Beckmann ve ark .,2014; Tekalign ve ark., 2021). Ayrıca yapılan araştırmalarda PD ve bakım hizmetinin anne ve ocuk sağlığını geliştirirken aynı zamanda maliyet etkinliği sağladığı; bu hizmeti sağlamada yetersiz olan sağlık kuruluşlarının başta kadınlar olmak üzere toplum düzeyinde PD ve bakımın teşvik edilmesine yönelik stratejiler geliştirmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Kotirum ve ark., 2021; Tekalign ve ark., 2021).

Dünyada birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde PD ve bakım almada karşılaşılan engellerin sağlık bakım sistemlerinde ki organizasyon yetersizliği; politik destek eksikliği ve hizmetin finanse edilmesinde yaşanan sorunlar; PD ve bakım kavramının geniş kapsamlı olmasına rağmen kapsamlı prekonsepsiyonel programlarının eksikliği; kanıta dayalı uygulamaların yetersizliği; ulusal uygulama kılavuzlarının olmaması; sağlık çalışanlarının PD ve bakım ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması; toplumun prekonsepsiyonel hizmetlere ulaşım ve hizmetin faydaları ile ilgili bilgi eksikliğinin olduğu belirtilmektedir (Beckman ve ark., 2014; Shannon ve ark., 2014; Zhou ve ark., 2016; Başlı ve Aksu, 2018). Ülkemizde ise, doğum öncesi bakım hizmetleri konusunda önemli adımlar atılmış olmasına rağmen işlevsel bir PD ve bakım şeması, standart uygulamalar ve kurumsallaşmış hizmetler bulunmaması; Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 verilerinde PD ve bakım ile ilgili herhangi bir veriye rastlanmamış olması hizmet sunumunda alanda benzer engellerin olduğunu kanıtlar niteliktedir (Güler Baysoy ve Özkan, 2012; Gökdemir ve Eryılmaz, 2017; TNSA, 2018). Alanın önündeki engellerin ve hizmet kalitesinin daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Du ve ark., 2021).

CDC, ACOG, DSÖ gibi saygın kuruluşların tavsiyeleri; yapılan araştırmaların belirtmiş olduğu sonuç ve önerileri doğrultusunda PD ve bakım hizmetlerinin daha etkin ve hızlı bir şekilde yaygınlaştırılması gerektiği sonucuna varılmış olup; bu yaygın etkinin hayatımızın bir parçası olan internetin ve web tabanlı eğitimlerin kullanılması ile sağlanabileceği düşünülmüştür. Web Tabanlı Eğitim (WTE), internet ve bilgisayar teknolojilerinin özelliklerinden faydalanılarak oluşturulan zamandan ve mekândan bağımsız şekilde bilgilere sınırsız ulaşma olanağı sunan, görsel ve işitsel yöntemlere dayalı interaktif bir eğitim-öğretim programı olarak tanımlanmaktadır (Görkemli, 2017, Ahadzadeh ve ark., 2015; Bölüktaş ve ark., 2019). Günümüzde WTE'lerin bireylere olumlu davranış değişikliği kazandırılması; sağlığın iyileştirilmesi ve sağlıkla ilgili bilgiye erişim amacıyla kullanıldığı bilinmektedir (Öz Alkan, 2016; Jansà ve ark., 2018).

Literatürde WTE'lerin PD ve bakım gereksinimi olan doğurganlık çağındaki kadınlara ulaşmada da uygun bir müdahale alanı olarak görüldüğü bildirilmektedir (Ahadzadeh ve ark., 2015; Oscarsson ve ark., 2018; Görkemli, 2017; Canbay Çitil, 2020; Bickmore ve ark., 2020). Nitekim yapılan çalışmalarda web tabanlı PD ve bakım

hizmetlerinin kadınların sağlığa yönelik risk faktörlerini azalttığı; sağlığı olumlu yönde etkileyen davranışlarını artırdığını, sağlığının geliştirilmesinde bir uzmana başvurma oranlarını artırdığı; üreme sağlığı hakkında tartışabilmesini sağladığı, gebelik planlamadaki sağlık göstergelerini iyileştirdiği sonucuna varılmıştır (Agricola ve ark., 2014; Bickmore ve ark., 2020; Batra ve ark., 2018; Pandolfi ve ark., 2014; Holmes ve ark., 2017). Dünya da web tabanlı PD ve bakım hizmetlerinin verildiği ve sağlığı olumlu yönde etkilediğine dair çalışmalar bulunmakla birlikte (Pandolfi ve ark., 2014; Agricola ve ark., 2014; Shawe ve ark., 2015; Holmes ve ark., 2017); ülkemizde web tabanlı PD ve bakım hizmeti ile ilgili yapılan çalışmalara rastlanmamıştır. Ayrıca yapılan araştırmalarda prekonsepsiyonel risk farkındalığını ölçmek için ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış standart bir ölçek olmadığı tespit edilmiştir.

Yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçların prekonsepsiyonel dönemde risk farkındalığını ölçebilecek standart bir ölçek geliştirilmesine; geniş kapsamlı kanıta dayalı standart bir PD ve bakım programının oluşturulmasına; doğurganlık çağındaki kadınların risk farkındalığının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine; modern teknoloji alanlarının PD ve bakım hizmetleri alanında da kullanımının teşvik edilmesine ve bu alanda kapsamlı hizmet vermek isteyen başta ebeler olmak üzere tüm sağlık personelinin kendini geliştirmesine, saha uygulamalarında web tabanlı PD ve bakım programını kullanabilmelerine öncülük edebileceği ve ileri düzey çalışmaların planlamasında ebelik literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, web tabanlı prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlığın kadınlarda risk farkındalığına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3.Hipotezler

Hipotez 1 (H₁₀): Web tabanlı PD ve bakım alan kadınlarla, PD ve bakım almayan kadınların risk farkındalığı arasında fark yoktur.

Hipotez 1 (H₁₁): Web tabanlı PD ve bakım alan kadınlarla, PD ve bakım almayan kadınların risk farkındalığı arasında fark vardır.

Hipotez 2 (H₂₀): Web tabanlı PD ve bakım alan kadınlarla, PD ve bakım almayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında fark yoktur.

Hipotez 2 (H₂₁): Web tabanlı PD ve bakım alan kadınlarla, PD ve bakım almayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında fark vardır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Tanımı

Prekonsepsiyonel bakım, gebe kalmadan önce ve gebelikler arasında kadınlara ve çiftlere biyomedikal, davranışsal ve sosyal sağlık müdahaleleri sağlayarak optimal sağlığı geliştirmeyi amaçlayan birinci basamak koruyucu sağlık hizmetidir (Berglund ve Lindmark, 2016; Woldeyohannes ve ark., 2023).

Prekonsepsiyonel danışmanlık, üreme çağındaki kadınlara ve çiftlere yönelik önce riskleri belirleme ve bu riskleri ele alma konusunda rehberlik edecek bilgileri içeren sağlık eğitimi ve teşviki olarak tanımlanmaktadır (Fowler ve ark., 2017).

2.2.Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Önemi

Prekonsepsiyonel bakım, doğum ve postpartum sürecinde anne ve bebeklerin yüksek ve düşük gelirli ülkelerde anne ve bebek sağlığının yükseltilmesine; mortalite ve morbidite oranının azaltılmasına; istenmeyen ve planlanmayan gebeliklerin önlenmesine, doğurganlık bilincinin kazanılmasına; gebeliği doğru zamanda planlama kültürünün gelişmesine ve sağlıklı bir gebelik için ön hazırlık oluşturulmasına katkı sağlamaktadır (Çoşkun, 2012; Şahin ve Yurdakul, 2012; World Health Organization, 2013a; Karakakaya ve Çoşkun, 2013; Dean ve ark., 2014; Doğan Pekince ve Ertem, 2016). Prekonsepsiyonel danışmanlık ise erken sağlığın teşviki, sağlık eğitimleri ve ailelere gebelikten önce riskleri belirleme ve bu riskleri ele alma konusunda rehberlik edecek bilgiler vermektedir (Fowler ve ark., 2017). Bu kapsamda prekonsepsiyonel dönemdeki sağlık hizmetleri gelecek bir ya da iki yıl içerisinde gebelik planlayan bireyler için daha öncelikli bir durum olarak görülse de gebelik planı olsun ya da olmasın doğurganlık çağındaki her bireye bu hizmetlerin ulaştırılması önemlidir (Şahin ve Yurdakul, 2012; World Health Organization, 2013b). Her çift, üremeye hazır oldukları zamanı seçme fırsatına sahip olmalıdır. PD ve bakım ile aile planlaması ve gebeliğin önlenmesi, gebeliğe hazır olmanın anahtarıdır (Henning ve ark., 2017). Bununla birlikte PD ve bakım çiftlerin gebelikten önce sağlığını optimize etmek ve sağlıkla ilgili sonuçları iyileştirmek için biyomedikal, davranışsal ve sosyal sağlık müdahaleleri sağlayarak sağlığın geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir (Dorney ve Black, 2018). ACOG'a göre sağlık durumu ve risk faktörleri zamanla değişebileceğinden, eğitim fırsatının artırılması; üreme sağlığı ve potansiyel gebelik

sonuçlarının en üst düzeye çıkarılması kapsamında bir kadının üreme ömrü boyunca birkaç kez PD ve bakım alması gerektiği bildirilmektedir (ACOG, 2019).

2.3.Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Sağlık Üzerine Etkileri

Sağlıklı gebeliğin oluşması, doğumun ve doğum sonundaki süreçlerin sağlıklı ilerleyebilmesi için doğum öncesi bakım hizmetleri prekonsepsiyonel dönemde başlatılmalıdır (Kırkham ve ark., 2005; Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2019). Ancak kadın gebeliğinin farkına varıp ilk antenatal kontrole gelinceye kadar organogenezis sürecini tamamlanmış olmaktadır (Doğan Pekince ve Ertem, 2016). Başka bir ifade ile gebelikten önce riskler saptanamamış bu nedenle sakatlık ve etkilenimlerin önüne geçilmesinde geç kalınmış ve müdahale fırsatları kaçırılmış olmaktadır (Şahin ve Yurdakul, 2012; Doğan Pekince ve Ertem, 2016). PD ve bakımda risk değerlendirmesi ile genel sağlık durumunun, tıbbi geçmişin, cerrahi risklerin, sosyal ve davranışsal risklerin, ilaç risklerinin, mesleki risklerin, eğitim risklerinin ve doğurganlık veya gebelik için risk oluşturabilecek diğer tüm engellerin değerlendirilmesi sağlanarak risklere yönelik müdahale fırsatı oluşturulmaktadır (Fowler ve ark., 2017). Gebeliklerin %45'inin ve doğumların üçte birinin planlanmamış veya kararsızlık duygularıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Wellings ve ark., 2013). 20 yaşın altındaki kadınlarda gerçekleşen doğumların %12'sinin halihazırda anne olan genç kadınlara ait olması gebeliklerin henüz istendik düzeyde planlanmadığını göstermektedir (Department of Health, 2017).Yapılan araştırmalarda gebelik öncesi dönem risk faktörlerinin kadınların 18 yaş altı 35 yaş üstü gebe kalması , beden kitle indeksinin (BKİ) 25 ve üzerinde olması, yetersiz beslenme, enfeksiyon, akraba evliliği, genetik geçişli hastalıklar, sigara ve alkol kullanımı, tekrarlayan gebelik kayıpları, aile içi şiddet, yetersiz egzersiz, diyabet, hipertansiyon , epilepsi, demir eksikliği anemisi, depresyon , kronik böbrek rahatsızlıkları , ağız ve diş sağlığı sorunları, talesemi, folik asit ,vitamin A, iyot, çinko ve kalsiyum eksikliği gibi durumlar olduğu bildirilmektedir (Çoşkun, 2012; Başgöl ve Oskay, 2012; Özkan Arslan ve Bilgin, 2019; Cömert, 2019).

Hollanda' da yürütülen bir çalışmada gebe kalmayı planlayan kadınlara PD hizmeti verilmiş ve standart bakım alan kadınlar ile karşılaştırılmıştır ve PD hizmeti alan kadınların folik asit kullanma, gebelik öncesi aşılanma ve zararlı alışkanlıklardan

uzak durma oranlarının standart bakım alanlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir (Elsinga ve ark., 2008). Avusturalya’da PD ve bakım alan ve almayan kadınlar karşılaştırıldığı başka bir çalışmada; PD ve bakım alan kadınların %37’sinin genel sağlık durumunu iyileştirmek için bir uzmana başvurduğu gözlemlenirken; danışmanlık almayan kadınların yalnızca %17,9’u gebelik öncesi bir uzmana başvurduğu tespit edilmiştir (Beckmann ve ark., 2014). Ayrıca çalışmada PD ve bakım alan kadınların almayanlara göre preterm eylem ve hipertansif hastalık oranlarının daha az olduğu belirtilmiştir (Beckmann ve ark., 2014). Prekonsepsiyonel bakım müdahalelerinin uygulanması anne ve çocuk sağlığı sonuçlarının iyileştirilmede teşvik edilmesi adına maliyet-etkililiklerine üzerine yapılan sistematik derlemede prekonsepsiyonel dönem bakımın yüksek gelirli ülkelerde dahil olmak üzere özellikle düşük gelirli ülkelerde maliyet etkinliği sağladığı sonucuna varılmıştır (Kotirum ve ark., 2021). Afrika’da yapılan bir sistematik derleme ve meta-analiz sonuçlarına göre doğum sonuçlarını iyileştirmeye yönelik en iyi yaklaşımlardan biri olarak belirtilen PD ve bakım hizmetinin, Afrika’daki anneler arasında kullanımının önemli ölçüde düşük olduğunu göstermiş ve bu nedenle sağlık kuruluşlarının, PD ve bakım hizmeti kullanımını iyileştirmek için stratejiler üzerinde çalışması gerektiği vurgulanmıştır (Tekalign ve ark., 2021). Çin’de prekonsepsiyonel bakımın kullanımı ve sağlık davranışı değişiklikleri üzerindeki etkilerinin incelendiği bir çalışmanın sonucunda ise gebelik öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmanın önündeki engellerin araştırılması ve hizmetlerin kalitesini anlamak için gelecekteki çalışmalara ihtiyaç olduğu, toplum düzeyinde hizmetlerin kullanımını daha da geliştirmek için, özellikle genç ve multipar kadınlara PD ve bakımı teşvik etme stratejilerinin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Du ve ark., 2021).

Sonuç olarak birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin bütüncül değerlendirme yaklaşımlarından olan PD ve bakım hizmetlerinin başta kadınlar olmak üzere çiftlerin; toplumdaki gelecek kuşakların sağlığını etkileyebilecek; yaşamı her boyutu ile kapsayabilecek konuların üzerinden geçilmesi için son derece önemli, iyi bir fırsat penceresi olduğu unutulmamalıdır (Gönenç ve Tuzcular Vural, 2022).

2.4.Dünya' da Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Gelişim Süreci

PD ve bakımın gelişim sürecinin aslında insanlık tarihi boyunca var olduğu ilk basamağının ise M.Ö. 9. yüzyıla dayandığı bildirilmektedir (Görkem, 2020). Nitekim kadınlara gebe kalmadan önce sağlık düzeylerini artırmaları ve tehlikeli maddelerden uzak durmalarının tavsiye edildiği yazıtlara rastlanmıştır (Freda ve ark., 2006). Plutarkhos, eski Spartalıların: *"...gebe kaldıkları meyvenin güçlü ve sağlıklı bedenlerde daha sağlam kök salması ve daha iyi büyümesi için kızlara güreş, koşu, cirit atma ve dart atma gibi egzersizler yapmalarını emrettiklerini"* yazdığını bildirmiştir (Plutarch, 1932; Freda ve ark., 2006). Eski Ahit'te ise *" Rab'bin meleği kadına görünerek, 'İşte kısırsın ve doğuramıyorsun, ama gebe kalıp bir oğul doğuracaksın' dedi. Şimdi dikkat et, sana yalvarırım, şarap ve sert içki içme, murdar bir şey yeme' dedi. "* şeklinde bir pasaj yer aldığı belirtilmiştir (Freda ve ark., 2006).

Amerika'da perinatal tıbbın öncüsü olarak bilinen William Potts Dewees, 1825 yılında sağlıklı gebelikler oluşmasında prekonsepsiyonel ve evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinin öneminden bahsederken; kadının sağlık davranışlarına gebelik öncesi dönemde dikkat etmesi gerektiğini vurgulamıştır (Gökdemir ve Eryılmaz, 2017; Başlı ve Aksu, 2018). Chamberlain'nin, 1980 yılında prekonsepsiyonel bakımı ilk defa tanımlayan kişi olduğu ve prekonsepsiyonel bakımı *"daha öncesinde kötü üreme sağlığı sonuçları olan kadınlar için gebe kalmadan önceki döneme özgü sağlık bakımı"* olarak ifade ettiği bildirilmiştir (Chamberlain, 1980; Başlı ve Aksu, 2018). 1983 yılında Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics: AAP) ve ACOG, March of Dimes Doğum Kusurları Vakfı ile ortaklaşa ilk 'Perinatal Bakım Kılavuz' İlkelerini yayınlamıştır (Freda ve ark., 2006). Rehber de ebeveynlik için hazırlığın gebe kalmadan önce başlaması gerektiği; gebe kalma anında çiftlerin, optimal fiziksel sağlıkta ve ebeveynlik için duygusal olarak hazır olmaları gerektiği ve PD ve bakımının birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinde ki önemi açıklanmıştır (Atrash ve ark., 2008; Jack ve ark., 2008; Freda ve ark., 2006). 1985 yılında Washington' da, Sağlık Enstitüsü Komitesi tarafından prenatal ve antenatal bakım hizmetlerinin risklerin tanımlanması ve elimine edilmesinde yetersiz olduğu bakım hizmetlerinin başlanması gereken en doğru zamanın aslında gebelik öncesi dönemde olması gerektiği belirtilmiştir (Behrman, 1985). 90'lı yıllara gelindiğinde ise PD ve bakımın birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçası olduğu görüşü kabul

görmüştür (Freda ve ark., 2006; Çoşkun, 2012). 2000’li yıllarda ise CDC konsepsiyon öncesinde üreme çağında ki kadınlara bakım ve danışmanlık hizmeti verilmediği taktirde prenatal bakımın yetersiz kalacağını vurgulayarak gebelik öncesi dönemde ki bakım programlarının genişletilmesi önerilerinde bulunmuştur (Freda ve ark., 2006; Jack ve ark., 2008; Başlı ve Aksu, 2018). DSÖ ise 2012 yılında tüm ülkelere gebelik öncesinde ki bakım hizmetlerinin rutin sağlık hizmetleri kapsamına alınması konusunda çağrıda bulunmuştur (World Health Organization, 2013a).

2.5.Ülkemiz’ de Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Gelişim Süreci

Ülkemizde PD ve bakım kapsamında ciddi adımlar atılmış olsa dahi evlilik öncesinde verilen danışmanlık hizmetleri dışında standart bir PD ve bakım yönetimi ve bu kapsamda ülke genelinde uygulanan kurumsallaşan hizmetler henüz verilmemektedir (Gökdemir ve Eryılmaz, 2017). 2000’li yıllarda ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin anne ve bebek ölümlerinin önlenmesi ve sağlığının geliştirilmesi kapsamında daha fazla gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin artırılmasına odaklandığı görülmektedir (Baysoy ve Özkan, 2012). Nitekim 2009 yılında standart bir ulusal doğum öncesi bakım yönetimi rehberi oluşturulmuş ve standart uygulamalar belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Sağlık bakanlığı tarafından 2002 yılında uygulamaya geçirilen “Evlilik Öncesi Danışmanlık” PD ve bakım adına atılan ilk adım olarak düşünülmektedir. 2014 yılında “Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı” tarafından “Evlilik Öncesi Danışmanlık” hakkında yayınlanan genelge ile söz konusu danışmanlık hizmetlerinin genel kapsamında ki rehberler doğrultusunda yürütülmesi sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Bununla birlikte ülkemizde toplum sağlığı merkezlerinde bulunan Evlilik Öncesi Danışmanlık birimlerine başvuran çiftlere “Evliliğe Sağlıklı Başlangıç” kitabı verilerek; isterlerse danışmanlık hizmetlerinden faydalanmalarının sağlanması ve çiftlerin bilgi sahibi olması hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Ayrıca ülkemizde aile sağlığı merkezleri tarafından ‘15-49 Yaş Kadın İzlem Programı’ yürütülmektedir. Bu program kapsamında yılda en az iki defa takip gerektiren üreme sağlığı; aile planlaması, prekonsepsiyonel danışmanlık; sağlığın iyileştirilmesine yönelik yaşam tarzı müdahaleleri gibi izlemler yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015). Ancak ülkemizde PD ve bakımın öneminin vurgulandığı ulusal sağlık politikalarımız,

standart uygulama şemalarımız bulunmamaktadır (Genç Koyucu ve ark., 2017; Gökdemir ve Eryılmaz, 2017). Bu durumun ülkemizde PD ve bakım hizmetlerinin gelişim sürecinde beklenen ivmeyi kazandıramadığını; üreme çağında olan her kadın ve çiftlere istendik düzeyde ulaştırılmasının önünde engel olabileceğini düşündürmektedir.

2.6.Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlıkta Bütüncül Yaklaşım

PD ve bakım verirken kanıta dayalı bir yönetim ile doğurganlığın planlanması; ileri anne ve baba yaşı; aile öyküsü, genetik öyküsü ve hastalıklar; fiziksel aktivite , beden kitle indeksi; beslenme; aşılama ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar; kronik hastalıklar; ilaçlar ;zararlı alışkanlıklar ve maruziyet; psikososyal alt boyutları ile kadınların bütüncül değerlendirilmesi ve risk farkındalığının oluşturulması gerekmektedir (De Weerd ve ark., 2002; Başgöl ve Oskay, 2012; Farahı ve Zolotor, 2013; Farahı ve Zolotor, 2014; Yılmaz ve Çöl, 2014; Sağlık Bakanlığı, 2014; Özkan Arslan ve Bilgin, 2019; Gantt ve ark., 2022)

2.6.1. Doğurganlığın Planlanması

Doğurganlığın planlanması kadınların eşleri ile birlikte çocuk sahibi olmak isteyip istemediklerine kendilerinin karar vermesi zamanıdır (Royal Australian College of General Practitioners, 2021). Mevcut gebeliklerin %45'i ve doğumların 1/3'ü planlanmamış ya da kararsızlık duygularıyla ilişkilendirilmektedir (Wellings ve ark., 2013). Gebelik planlanmış olsun veya olmasın karmaşık duyguları da beraberinde getirebilmektedir. Aynı zamanda pek çok 'planlanmayan' gebelik istenmeyen değil, yanlış zamanlanmış olabilmektedir. Gebeliklerin birçoğu memnuniyet ile karşılanmış olsa da planlanmamış gebeliklerin anne ve çocuk sağlığı açısından kötü doğum sonuçları ile ilişkilendirildiği bilinmektedir (Gipson ve ark., 2008). Genç gebelik yaşayan 20 yaşın altındaki annelerden doğan bebeklerin ölü doğum oranları ve gebelik kaybı yaşama oranları daha yüksektir (Office for National Statistics, 2016). Ayrıca dört ya da daha fazla olumsuz çocuk deneyimi ile kazara gebe kalma riskinin 18 yaşın altında olan bireylerde daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Bellis ve ark., 2014). Planlanmayan gebelikler neticesinde küretaj oranları genç kadınlarda yüksektir; en yüksek oran ise 20-24 yaş arasında olan kadınlar arasında olup; bu yaş grubu arasında her 1000 kadından 27'sinin küretaj olduğu bildirilmektedir (Jesurasa, 2018).

Doğurganlık çağında ki çoğu kadının güvenilir bir yöntem kullanmaması bu tehlike boyutunu gittikçe artırmaktadır (Cha ve ark., 2021).

Bununla birlikte planlanmayan gebelikler prekonsepsiyonel dönemde sağlığı optimize edebilmek için kaçırılmış bir fırsat olarak görülmektedir (Lassi ve ark., 2014). İnsanları sağlıklı ilişkiler geliştirmeleri ve planlanmayan gebeliklerin önlenmesi için desteklemek; onların özlemlerini ve potansiyellerini gerçekleştirebilmelerinin ve duygusal esenliklerinin sağlanabilmesinin anahtarıdır. Nitekim planlı gebelikler her çocuğun hayata en iyi şekilde başlamasını desteklemektedir (Jesurasa, 2018). Bu nedenle doğurganlığın planlanması ve bireyin kendi ile ilgili risk farkındalığının geliştirilmesi ile kendine uygun bir üreme yaşam planı geliştirmesi gerekmektedir (Royal Australian College of General Practitioners, 2021). Üreme yaşam planının oluşturulmasında PD ve bakım hizmetlerinin sunulması ile bireye yardım edilebilmektedir (Jesurasa, 2018). Planlanan çocukların sayısı, aralığı ve zamanlaması hakkında görüşmeler yapmak ve bu planın uygulanmasını sağlamak, planlanmamış gebelik riskini azaltmak için doğurganlık farkındalığı bilincinin artırılmasına ve etkili bir doğum kontrolü seçmesine yardımcı olmak PD ve bakım hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır (World Health Organization, 2013a; Frayne, 2017; Jesurasa, 2018; Dorney ve Black, 2018; Özkan Arslan ve Bilgin, 2019).

2.6.2. İleri Anne ve Baba Yaşı

İleri anne yaşı, genellikle kadının bebeğini doğurduğu sırada 35 yaşında ya da daha büyük olması olarak tanımlanırken; ileri baba yaşı ise erkeğin gebelik olduğu sırada 40 yaş ve üzerinde olması olarak tanımlanmaktadır (Pinheiro ve ark., 2019; Chan ve Robaire, 2022). İleri anne yaşı ile birlikte doğurganlıkta azalmaktadır. En yüksek üreme yılları 10 -20 yaş arasında arasındadır; 30 yaşına gelindiğinde doğurganlık azalmaya başlar; 30 yaşından sonra bu düşüş hızla gerçekleşir ve 45 yaşında doğurganlık o kadar azalır ki artık doğal yoldan gebe kalmak zorlaşmaktadır (ACOG, 2023). Küresel olarak ülkelerde ileri yaşta anne olma ve ilk hamilelik yaşının arttığı belirtilmektedir (Laopaiboon ve ark., 2014; Wolker ve ark., 2016; Gantt ve ark., 2022). İleri anne yaşındaki kadınlar, olumsuz obstetrik ve perinatal sonuçlar açısından daha yüksek risk altındadır ve yaş ilerledikçe bu riskler daha da yaygın hale gelmektedir (Pinheiro ve ark., 2019). İleri yaş kadınlar, genç kadınlara göre daha fazla

sağlık sorunu yaşama eğilimindedir ve birçok risk faktörü açısından değerlendirilmesi gerekmektedir (Gantt ve ark., 2022).

Literatürde ileri yaş kadınların risk faktörlerinin infertilite; gebelik kaybı, genetik ve kromozomal anomaliler; gestasyonel diyabet, obezite; hipertansiyon, preeklampsi; çoğul gebelikler, erken doğum; derin ven trombozu, sezeryan; ölü doğum, anne morbidite ve mortalitesinde artış; düşük doğum ağırlığı , yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul gibi faktörler olduğu ve faktörlerinde yaş ilerledikçe daha yüksek risk oluşturduğu belirtilmektedir (Claramonte ve ark., 2019; Pinheiro ve ark., 2019 ; Scime ve ark., 2020; Bergholt ve ark., 2020; Rademaker ve ark., 2021; Gantt ve ark., 2022). İleri baba yaşında erkeklerin risk faktörleri ise, kısırlık; spontan düşük, yardımcı üreme teknolojilerinde başarısızlık, DNA hasarı; genetik riskler (otizm spektrum bozukluğu gibi); doğuştan anomaliler (yarık damak, yarık dudak gibi); olumsuz obstetrik sonuçlar, sperm sayısı, motilitesi ve morfolojisi gibi geleneksel semen parametrelerinde yaşa bağlı bir düşüş olarak belirtilmektedir (Green ve ark., 2010; Johnson ve ark., 2015; Teras ve ark., 2015; Khandwala ve ark., 2018; Chan ve Robaire, 2022; Gonzalez ve ark., 2022).

Bu nedenle ileri anne ve baba yaşı PD ve bakım hizmetlerinde risk faktörü olarak değerlendirilmeli gerekli farkındalık, danışmanlık sağlanmalıdır (Gönenç ve Tuzcular Vural, 2022). Ayrıca literatürde gebelik öncesi dönemde ileri yaş riskli bireyler için genetik tarama ve testlerin yapılması; kan gruplarının tayinin yapılması ; sezaryen komplikasyonu yok ise vajinal doğuma yönlendirilmesi; izlem ve bakım takipleri düzenli yapılması, çoğul gebelik olasılığına karşı gebeliğin ilk trimesterinde ultrasonografi; preeklampsinin azaltılması için düşük doz aspirin önerilmesi ve her bireyin danışmanlık ve bakım hizmetlerinin yaşına ve hastalıklara yönelik planlanması gerektiği vurgulanmaktadır (Özkan Arslan ve Bilgin, 2019; Gantt ve ark., 2022).

2.6.3. Aile, Genetik Öykü ve Hastalıklar

Aile ve genetik öykünün alınması bireylerinde görülen hastalıklar hakkında ayrıntılı bilgi alınmasıdır. Başka bir ifade ile aile de olan (baba, anne, kardeş vb.) mevcut genetik hastalıkların kişide olan varlığının araştırılması durumudur (ACOG, 2023). Konjenital bozukluklar, bireyler, aileler, sağlık hizmetleri sistemleri ve toplumlar üzerinde önemli bir zarara yol açan uzun vadeli sakatlığa katkıda bulunan

hastalıklardır. Konjenital bozukluklar, enfeksiyonlar, beslenme genetik veya çevresel faktörlerin sonucunda olabilse de kesin nedenlerinin belirlenmesi genellikle zordur. En sık görülen ciddi doğumsal bozukluklar kalp kusurları, nöral tüp kusurları ve Down sendromudur (WHO, 2023). Bebek ölümlerinin önemli bir nedeni olan konjenital anomalilerin gelişiminde genler önemli bir rol oynadığından, genetik risk dikkate alınması gereken önemli bir faktördür (Jesurasa, 2018). Akraba evliliği uygulayan popülasyonlarda, kalıtsal genetik bozukluk riski artmaktadır (Sheridan ve ark., 2013).

Literatürde perinatal sağlığın iyileştirilmesi için özellikle prekonsepsiyonel dönemde genomik ve genetik hastalıklara yönelik bilginin sorgulanarak genişletilmesi, risklerin tespit edilmesi ve risklere yönelik stratejilerin geliştirilmesi yeni doğanların ve ailelerinin yaşamlarında ömür boyu sürececek ölçülemez bir fark yaratabileceği vurgulanmaktadır (Dolan ve ark., 2007). Nitekim DSÖ halk sağlığı önlemleri, koruyucu faktörlerin güçlendirilmesi ya da risk faktörlerinin ortadan kaldırılması yoluyla belirli doğumsal bozuklukların sıklığının azaltılmasında gebelik öncesi dönemde bireylerin danışmanlık alması gerektiğinin önemini açıklamaktadır. Bununla birlikte DSÖ özellikle akraba evliliklerinin olduğu ülkelerde gebelik öncesi tarama, aile öyküsünün alınması ve taşıyıcı taramasının yapılmasının risk tespiti ve sakatlıkları önleme açısından son derece önemli olduğunu ifade etmektedir (WHO, 2023). Son yıllarda genomik teknolojilerindeki gelişmeler ile birlikte taşıyıcı taraması yoluyla çiftlerin otozomal resesif veya X'e bağlı bir durumdan etkilenen bir çocuğa gebe kalma risklerinin artıp artmadığı hakkında bilgi alınabilmektedir (Van ve ark., 2020). Aile öyküsü, etnik köken, obstetrik geçmiş, bilinen taşıyıcılık durumu veya genetik tanıya dayalı olarak genetik taşıyıcı taraması ve üreme sonuçlarıyla ilgili bilinçli üreme kararlarının alınması gelecek nesiller için elzemdir (Wilson ve ark., 2016).

Bu kapsamda tüm kadınların annelik yaşı, anne ve babasına ait tıbbi durum, obstetrik ve geçmiş öyküsü sorulması; risk faktörlerine yönelik genetik danışma için çiftlerin sevk edilmesi ve spesifik danışmanlık hizmeti verilmesi, gelecekteki gebelik riskini belirlemek için uygun olduğu zamanda taşıyıcılık testlerinin yapılması için yönlendirilmesi , kan grubu ve Rh faktörlerinin belirlenmesi için uzmana yönlendirilmesi bütüncül PD ve bakımın temel bileşenleri arasındadır (Baysoy ve Özkan, 2012 ; Farahı ve Zolotor, 2013; Özkan Arslan ve Bilgin, 2019; Van ve ark., 2020; WHO, 2023).

2.6.4. Fiziksel Aktivite, Beden Kitle İndeksi

Prekonsepsiyonel dönemde kadınların sağlığı üreme sağlığını, gebelik sonuçlarını ve gelecekteki çocuklarının sağlığını etkileyebilmektedir (Fleming ve ark., 2018). Bu dönemde sağlık ve gebelik sonuçlarındaki iyileşmeler, sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite ile optimal kiloya ulaşma ($BKİ >18$ ila $<25 \text{ kg/m}^2$) ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere sağlıklı davranışların benimsenmesi yoluyla elde edilebilmektedir (Lang ve ark., 2017). Günümüzde obezite en büyük küresel halk sağlığı sorunlarından biridir (Catalano ve Shankar, 2017).

Doğurganlık çağındaki genç kadınlar kilo artışı, artan obezite prevalansı, majör üreme, metabolik ve psikolojik komplikasyonları ile risk altındaki en yüksek nüfus grubunu oluşturmaktadır (Lang ve ark., 2019). Nitekim literatürde gebeliğe aşırı kilolu ya da obez giren kadınların gebelik hipertansiyonu, gestasyonel diyabet, preeklampsi, depresif bozukluklar, sezaryen, iri bebek doğumu gibi olumsuz üreme sonuçları ile anne ve çocuk sağlığı açısından yüksek riskli oldukları belirtilmektedir (Poston ve ark., 2016; Catalano ve Shankar, 2017; Fleming ve ark., 2018). Yüksek gelirli ülkelerdeki kadınların %50' sinden fazlası gebeliğe aşırı kilolu veya obez girmektedir (World Health Organization Nutrition, 2012; Ng ve ark., 2014). Bu durum kadınların gebelik öncesi dönemde düzenli ve yeterli fiziksel aktivite ve beden kitle indeksinin korunması konusunda henüz istendik düzeyde bir risk farkındalıklarının olmadığını düşündürmektedir. Bunun yanı sıra kadınlarda yetersiz kilo alımının da antepartum, intrapartum ve postpartum komplikasyonlar ile preterm doğum, düşük doğum ağırlığına yol açtığı gösterilmektedir (Gönenç ve Tuzcular Vural, 2022). Orta düzeyde yapılan fiziksel aktivitelerin kadın sağlığı açısından birçok faydası bulunmaktadır (Özkan Arslan ve Bilgin, 2019). Literatürde bu faydaların sosyal etkileşimleri, yaşam kalitesini, uykuyu iyileştirmek ve depresyonu azaltmak; sağlıklı kemikler, kaslar ve eklemler oluşturmak ve korumak, yaralanma riskini azaltmak; tip 2 diyabet, kalp hastalığı, yüksek tansiyon, inme, bazı kanserlerin riskini azaltmak; akciğer hastalığı, kalp hastalığı, artrit, osteoporoz, böbrek hastalığı yönetiminin iyileştirilmesini sağlamak, felç ve kanserlere karşı korumak olduğu belirtilmektedir (Royal Australian College of General Practitioners, 2021). Bu nedenle birinci basamakta prekonsepsiyonel dönemde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için entegrasyon ve

kapasite geliştirme dahil olmak üzere bütüncül stratejik yaklaşımlar yoluyla bilinçlendirme ve desteğe daha fazla ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır (Lang ve ark., 2019).

Bu kapsamda fiziksel aktivite ve beden kitle indeksine yönelik PD ve bakım hizmetleri verirken kadınların hangi egzersizleri güvenle yapmaya devam edeceği ; beden kitle indeksine göre fiziksel yeteneklerine uygun egzersiz önerilerinin verilmesi; olumsuz maternal ve perinatal riskler konusunda danışmanlık verilmesi ; kendi sağlığındaki risk farkındalığının artırılması konusunda eğitimler verilmesi ; riskli bireylerin gerekli uzmanlara yönlendirilmesi gerekli tarama ve tedavilerinin yapılması gerekmektedir (Baysoy ve Özkan, 2012; Farahı ve Zolotor, 2013; Fleming ve ark., 2018; Özkan Arslan ve Bilgin, 2019)

2.6.5. Beslenme

Beslenme ideal olarak büyümenin sağlanmasında sağlık ve işlevselliğin sürdürülmesinde gerekli olan besinin alınması şeklinde ifade edilmektedir (Çalışkan ve ark., 2017). Sağlığın temeli besin çeşitliliğini içeren yeterli ve dengeli beslenme sağlanabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022). İyi bir beslenme, temel besin gruplarının her birinden ideal ölçüde tüketilmesi iken; kötü beslenme ise temel besin gruplarından eksik ya da fazla ölçüde tüketmek olarak tanımlanmaktadır (Dorney ve Black, 2018; Lang ve ark., 2019). Prekonsepsiyonel dönemde yetersiz ve dengesiz beslenme kadınların ve sağlıklı nesillerin gelişimini etkileyen çok önemli bir halk sağlığı sorunudur (Çalışkan ve ark., 2017). Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO) yaşam boyu sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinde iyi bir beslenmenin kadın sağlığı ve gelecek nesiller üzerindeki önemini vurgulamaktadır (Hanson ve ark., 2015). Ayrıca FIGO prekonsepsiyonel dönemde beslenmeye odaklanılmasının uzun vade de sağlık getirilerini iyileştirdiğini ifade etmektedir (Hanson ve ark., 2015). Nitekim bu dönemde ideal beslenmenin sağlanmaması kadınların üreme yeteneklerinin azalmasına; büyümenin engellenmesine, bağışıklığın zayıf olmasına; enfeksiyonlara yatkınlık ve direncinin düşük olmasına, yaşam boyu zayıflık ve kaşeksinin görülmesine; aşırı kilo veya obeziteye, hipertansif hastalıkların gelişmesi gibi yaşamsal risklere sebep olmaktadır (Victoria ve ark., 2008; Black ve ark., 2008; Gluckman ve ark., 2007; Poston ve ark., 2014; Stephenson ve ark., 2018). Kadının

yaşamında ki bu riskler hayatının ilerleyen dönemlerinde obstetrik komplikasyonları da beraberinde getirmektedir (Gluckman ve ark., 2015; Çalışkan ve ark., 2017). Literatürde dengeli ve yeterli maternal beslenmenin sağlanamamasının düşük doğum ağırlığı; konjenital anomaliler; makrozomi; çocukluk çağıda boy kısalığı; preterm doğum; ölü doğum; çocukluk çağı obezitesi gibi zihinsel, fiziksel ve sosyal gelişimleri açısından olumsuz neonatal sonuçlara yol açtığına dair kanıtların arttığı belirtilmektedir (Victoria ve ark., 2008; Black ve ark., 2008; Gluckman ve ark., 2007; Ng ve ark., 2014; Stephenson ve ark., 2018). Bu durum aslında anne ve çocuk sağlığını iyileştirmek ve bulaşıcı olmayan hastalıkların artan yükünü azaltmak için gebe kalmadan önce beslenme durumuna müdahale edilmesine odaklanmak gerektiğini göstermektedir (Stephenson ve ark., 2018). DSÖ 2025 yılına kadar annelerin, bebeklerin ve çocukların beslenmesinin iyileştirilmesi hedeflerinin önemini vurgularken; doğurganlık çağındaki kadınlarda görülen anemin %50 azaltılması gerektiğini bildirmektedir (WHO, 2017). Bu hedef kadının beslenme durumunun değerlendirilmesi ve gerektiğinde ek takviyeler ile desteklenmesi gerektiğinin önemi destekler niteliktedir.

Bu kapsamda beslenmeye yönelik PD ve bakım hizmetleri verirken kadınların beslenme yetersizliklerinin değerlendirilmesi (kalsiyum, iyot, demir eksikliği vb); önerilen günlük miktarın gıda kaynakları ile karşılanamadığı durumlarda multivitamin takviyelerinin önerilmesi; yeme bozuklukları olan kadınların gebelik öncesi dönemde tedavi programlarına girmeleri konusunda teşvik edilmesi; kullandıkları takviyelerin sorgulanması; gebe kalmayı planlayan kadınların folik asit almalarının sağlanması; demir düzeyinin ve demir alımının sorgulanması; yeterli su ve iyotlu tuz tüketimi konusunda teşvik edilmesi ve beslenmeye yönelik risk farkındalığını artırıcı eğitimler verilmesi gerekmektedir (Baysoy ve Özkan, 2012 ; Farahı ve Zolotor, 2013; Fleming ve ark., 2018; Stephenson ve ark., 2018; Özkan Arslan ve Bilgin, 2019; Sağlık Bakanlığı, 2022).

2.6.6. Aşılama ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Prekonsepsiyonel dönem kadının aşılama ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) durumunun değerlendirilmesi gereken en uygun dönemdir (Özkan Arslan ve Bilgin, 2019). Nitekim bu döneme ilişkin kanıtlar bağışıklığı olmayan anne

adaylarının rubella, varisella ve hepatit B'ye karşı aşılama gerektğini; üreme çağındaki kadınlarda, tetanoz-difteri toksoidi/difteri-tetanoz-boğmaca; kızamık-kabakulak-kızamıkçık; suçiçeği bağışıklıklarının her yıl sorgulanması gerektiğini belirtmektedir (WHO, 2012; Özkan Arslan ve Bilgin, 2019). Bu dönemde Human Papilloma Virüs (HPV) açısından da kadınların bilgilendirilmesi önemlidir. Nitekim aşılama ile gebelik esnasında fetüste oluşabilecek büyüme geriliği, ölü doğum, konjenital malformasyon, influenza veya rubella enfeksiyonlara karşı korunma, preterm eylem önlenmektedir (Coonrod ve ark., 2008). Prekonsepsiyonel dönemde üreme çağındaki kadınlara aşılanma hakkında bilgilendirmek ve farkındalık yaratmak bireylerin risk durumları tespit edildiği zamanlarda gerekli müdahalelerin yapılması için fırsat sağlayabilmektedir (Gönenç ve Vural, 2022). Bu dönem kadına aşılama durumu geçmişinde bağışıklığın olmadığı durumlar da uygun aşı takvimi oluşturma alanı sağlayabilmektedir (Coonrod ve ark., 2008).

CYBH'ler, hastalığın ağırlığının özellikle genç ya da sosyoekonomik olarak dezavantajlı olan kadınların üzerinde aşırı derecede görülmesi ciddi bir evrensel üreme sağlığı sorunudur (Lassi ve ark., 2014a). Aynı zamanda gebelik planlamadan önce cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı risk farkındalığı oluşturulması; Hepatit ve HIV enfeksiyonlarına karşı tarama yapılması gerekmektedir (Özkan Arslan ve Bilgin, 2019)

Bu kapsamda PD ve bakım hizmeti sunarken aşılama ve CYBH durumunun değerlendirilmesi gerekli durumlarda yönlendirme yapılması son derece önemlidir (Coonrod ve ark., 2008; Lassi ve ark., 2014a; Gönenç ve Vural, 2022).

2.6.7. Kronik Hastalıklar

Gebelik öncesi danışmanlık ve değerlendirme özellikle kronik hastalığı olan kadınlar için sağlığın korunması ve sağlıklı nesillerin yetiştirilmesinde son derece önemlidir (Hopper ve ark., 2022). Üreme çağındaki kadınlarda kronik hastalıklarda ki artış anne adayları ve yenidoğan için ciddi sağlık sorunları oluşturmaktadır (Hunt ve Schuller, 2007; Lassi ve ark., 2014b). Kronik hastalıklar gebelik sırasında diyabet; düşükler; ölü doğum; makrozomi ve obstetrik komplikasyonlar; intrauterin gelişim ve büyüme anormallikleri; doğum ve neonatal komplikasyonlar gibi artan riskleri de beraberinde getirmektedir (Grubbs ve Brundage, 2002).

PD ve bakımın maternal ve fetal sonuçlar üzerinde olumlu katkılar sağladığına ilişkin kanıtlar bulunmaktadır (Nana ve ark., 2022). Bu kapsamda PD ve bakım verirken özellikle gebelik planlayan kadınların tam bir fizik muayeneden geçirilmesi, kronik hastalıklara yönelik risk farkındalığını artıran eğitimler verilerek bilinç düzeyinin artırılması; düzenli kullanılan kronik ilaçların gebelikte anne ve fetüse olan etkilenimi ve risklere maruziyette gerekli önlemleri nasıl alması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanması konusunda yardımcı olunmalıdır (Özkan Arslan ve Bilgin, 2019). Ayrıca diyabetes mellitus, hipertansiyon, tiroid, romatoid artrit, epilepsi, lupus, kalp hastalığı, trombofili, astım, böbrek hastalığı, tüberküloz ve kanser gibi hastalıklara yaklaşımda kanıt temelli bir yaklaşım ile yönetilmesi gerektiği unutulmamalıdır (Baysoy ve Özkan, 2012; Farahı ve Zolotor, 2013; Özkan Arslan ve Bilgin, 2019).

2.6.8. Psikososyal Değerlendirme

Gebe kalmadan önceki dönemde birçok kadın, gebe kalma ve gebeliği başarılı bir şekilde sona erdirmeye yeteneklerini etkileyebilecek önemli psikososyal stres altındadır. Bu nedenle gebelik öncesi ve gebe kalma döneminde kadınlarla etkileşim halinde olan sağlık hizmeti sunucuları, hastalarına olası psikososyal riskleri sormalıdır (Klerman ve ark., 2008). Çiftlerin her birinin ayrı ayrı hazır olup olmadıkları değerlendirilmelidir (Özkan Arslan ve Bilgin, 2019). Depresyon, anksiyete, şizofreni, bipolar bozukluk gebelikte ve lohusalıkta şiddetlenen hastalıklar olması nedeniyle gebelik öncesi dönemde en az yılda bir kez değerlendirilmesi gerekmektedir (Jesurasa, 2018). Üreme çağındaki tüm kadınlara yetersiz finansal destek boyutları; bakıma erişim, fiziksel ve cinsel istismar durumları; depresyon/anksiyete durumlarına ilişkin kanıt temelli yaklaşımlar ışığında tavsiye ve yönlendirmelerde bulunulmalıdır (Baysoy ve Özkan, 2012; Farahı ve Zolotor, 2013; Özkan Arslan ve Bilgin, 2019).

2.6.9. İlaçlar, Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetler

Üreme çağındaki kadınların ilaçlara ve kimyasallara maruz kalması sağlıklı nesillerin oluşmasının engellenmesi açısından önemli bir rol oynamaktadır. Alkol, sigara, kafein kullanımı ve diğer benzer yaşam tarzı faktörleri, zararlı etkilerini bildikleri halde bu zararlı maddelerden bir veya daha fazlasını düzenli olarak

kullanmakta ve çoğu kadının günlük yaşamının ayrılmaz bir parçası haline geldiği görülmektedir (Lassi ve ark., 2014c). Çevrede (evde ve işyerinde) üreme ve gelişimsel toksik maddelere maruz kalma durumu endişe vericidir. Bu maruziyetlerin olumsuz sağlık sonuçları, maruz kalmanın anne karnındaki bebeğine de zarar verme potansiyeline sahip olduğu gerçeği doğurganlık çağındaki kadınlarda daha da büyük endişe kaynağıdır (Elsinga ve ark., 2008). Bu riskler ve bunları önlemeye ve önlemeye yönelik müdahaleler, gebelik öncesi bakımın önemli bir bileşenidir. Gebelik öncesi bakım, “gebelik durumuna veya isteğine bakılmaksızın, kadınlara ve doğurganlık çağındaki çiftlere gebelikten önce, kadınlar, yeni doğanlar ve çocuklar için sağlık sonuçlarını iyileştirmek için sağlanan herhangi bir müdahale” olarak tanımlanmaktadır (Lassi ve ark., 2014c).

Kafein, alkol ve diğer yasa dışı uyuşturucuların kullanımı ve çevresel radyasyona ve kimyasal çözücülere maruz kalma, kadınların ve çocuklarının sağlığı için önemli sağlık riskleri oluşturur (Mullally ve ark., 2011). Gebelik öncesi dönemde maddenin kötüye kullanımı ve çevresel öykünün belirlenmesi, kadınlara önemli sağlık risklerini azaltmada ve sağlıklı gebeliğin temel belirleyicilerini belirlemede yardımcı olma fırsatı sunar (Lassi ve ark., 2014c).

Prekonsepsiyonel dönemde doğurganlık çağındaki olan tüm kadınlar teratojenik ilaç kullanımı, tütün/sigara, alkol, yasadışı madde, aile içi şiddete maruziyet açısından taranmalı ve kanıt temelli yaklaşımlar ile uygun yönlendirmeler yapılmalıdır (Baysoy ve Özkan, 2012; Farahı ve Zolotor, 2013; Özkan Arslan ve Bilgin, 2019).

2.7. Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Tanımı

Risk farkındalığı, “*risk, riskin sonuçları ve bunlarla nasıl baş edileceği konularında güvenilebilir ve ulaşılabilir kaynaklardan elde edilen bilgilere sahip olma ve davranış biçimini kalıcı olarak değiştirebilme*” olarak tanımlanmaktadır (Terim Rehberim, 2021).

Farkında olmak kavramı “*görülmesi ya da bilinmesi gereken şeylerden haberi bulunmak ve kavranması gerekli olan bir şeye yönelik dikkat çekmek*” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2022). Farkında olmak aslında bireyin yaşamına devam edebilmesi; kendini dış faktörlerden koruyabilmesi, kendini tanıma ve

algılayabilme becerisinin kazanılması gibi temel ve üst basamakları içermesi olarak açıklanmaktadır (Aktepe ve Tolan, 2020).

Prekonsepsiyonel dönem risk farkındalığı ise üreme çağında olan kadın ve çiftlere yönelik risklerin belirlenmesi ve/veya bilgi edinilmesi ile sağlığın optimize edilmesinde bireyin kendi risk durumu hakkında bilinçli farkındalık düzeyinin artırılması olarak ifade edilmektedir (Cömert, 2019; Clark ve Mager, 2022).

2.7.1. Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığının Bileşenleri ve Önemi

Kadınlarda prekonsepsiyonel risk farkındalığının oluşturulması gebelikten önce var olan risk faktörlerinin belirlenmesi ile başlamalıdır (Cömert, 2019). Yapılan araştırmalarda gebelik öncesi dönem risk faktörlerinin kadınların 18 yaş altı 35 yaş üstü gebe kalması, beden kitle indeksinin (BKİ) 25 ve üzerinde olması, yetersiz beslenme, enfeksiyon, akraba evliliği, genetik geçişli hastalıklar, sigara ve alkol kullanımı, tekrarlayan gebelik kayıpları, aile içi şiddet, yetersiz egzersiz, diyabet, hipertansiyon, epilepsi, demir eksikliği anemisi, depresyon, kronik böbrek rahatsızlıkları, ağız ve diş sağlığı sorunları, talasemi, folik asit, vitamin A, iyot, çinko ve kalsiyum eksikliği gibi durumlar olduğu bildirilmektedir (Çoşkun, 2012; Başgöl ve Oskay, 2012; Özkan Arslan ve Bilgin, 2019; Cömert, 2019). Gebelik oluşmadan önce bu risk faktörlerine yönelik değerlendirmenin yapılması; sağlık eğitimlerinin ve sağlık iyileştirmelerinin yapılması, bireye özgün risklere odaklanarak danışmanlık hizmeti sunmak prekonsepsiyonel dönemde risk farkındalığı oluşturma müdahalelerinin temelini oluşturmaktadır (Dorney ve Black, 2018).

Prekonsepsiyonel dönemde kadınların risk farkındalığının oluşturulması belki de gizli kalan ya da önemsenmeyen sağlık sorunlarının; gebeliğinin ve doğacak olan bebeğin sağlık durumunu etkileyebilecek yaşam tarzı özellikleri üzerinden farkındalık yaratması açısından önemlidir (Gönenç ve Tuzcular Vural, 2022). Bu kapsamda kadının prekonsepsiyonel dönemde bütüncül yaklaşımla değerlendirilerek kanıta dayalı yönetim ile doğurganlığın planlanması; ileri anne ve baba yaşı; aile öyküsü, genetik öyküsü ve hastalıklar; fiziksel aktivite, beden kitle indeksi; beslenme; aşılama; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar; kronik hastalıklar; ilaçlar; zararlı alışkanlıklar ve maruziyet; psikososyal alt boyutları ile risk farkındalığının oluşturulması son derece

önemlidir (Başgöl ve Oskay, 2012; Farahı ve Zolotor, 2013; Farahı ve Zolotor, 2014; Özkan Arslan ve Bilgin, 2019).

2.8.Prekonsepsiyonel Dönemde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Tanımı

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; hastalık yükünü azaltmak için bireyin sağlığını korumasına yönelik sorumluluk alabilmesini sağlayan; yeterli ve dengeli beslenmeyi, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkileri ile stresle başetme gelişimini destekleyen; düzenli egzersiz yapmayı kapsayan önemli araçlar olarak tanımlanmaktadır (Walker ve ark., 1987; Chiuve ve ark., 2008; Zhang ve ark., 2021).

2.8.1. Prekonsepsiyonel Dönem Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının

Bileşenleri ve Önemi

Günümüzde sağlıklı yaşamak ifadesinin kaliteli yaşam ifadesi ile de özdeşleştirildiği görülmektedir. Sağlıklı yaşam anlayışı toplumlar arasında farklılık gösterse de doğru beslenmek; sağlığını korumak, düzenli egzersiz yapmak; kişiler arası iyi ilişkiler kurmak ve olumlu düşünebilmenin her birinin yaşam kalitesinde bir alt bileşeni oluşturmaktadır (Yüksel, 2020). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde altı farklı bileşenden bahsedilmektedir. Bu bileşenler sırasıyla sağlık sorumluluğu; fiziksel aktivite, beslenme; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir (Walker ve ark., 1987; Bahar ve ark., 2008). Bu bileşenlerin bireylerin sağlığını geliştirme açısından son derece önemli olduğu bildirilmektedir (Walker ve ark., 1987). Yapılan araştırmalarda sağlıklı bir diyet ve beslenme sürdürülmesi ile dünya çapında yaklaşık 11 milyon insanın ölümüne engel olduğu ifade edilmektedir (Loef ve Walach, 2012). Ayrıca sigara içilmemesi (7 milyon); alkol kullanımının sınırlandırılması (3 milyon) ve fiziksel aktivitenin sürdürülmesi (1 milyon) ile 11 milyon insanın ölümünün önüne geçildiği belirtilmektedir (Loef ve Walach, 2012; Zhang ve ark., 2021). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının eksikliği bireyler de kronik hastalıkların gelişimine neden olmaktadır (Zhang ve ark., 2021). Oysa ki literatürde bireylerde sağlıklı bir yaşam tarzına bağlılığın, majör kronik hastalıklardan arınmış daha uzun bir yaşam beklentisi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Li ve ark., 2020).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında bir etkileşim vardır ve bunlardan birini değiştirmenin başka bir davranışta eşzamanlı değişiklikleri de beraberinde getirmesi mümkündür. Ancak bunun aksine, bir veya daha fazla sağlıksız yaşam tarzı

davranışının varlığı da başka bir yaşam tarzı davranışını/davranışlarını (kötü beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, aşırı kilo/obezite, kötü uyku kalitesi, tütün maruziyeti ve kötü stres yönetimi) değiştirmeyi azaltabilir. Bu kapsamda etkin bir müdahale programı planlayabilmek için kişiye özgü olan tüm yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi optimal sağlığın korunması ve geliştirilmesinde son derece önemlidir (Kris-Etherton ve ark., 2022).

2.9.Web Tabanlı Eğitimin Tanımı ve Önemi

WTE'ler internet, bilgisayar teknolojilerinin özelliklerinden yararlanılarak oluşturulan bir eğitim ve öğretim programı olarak tanımlanmaktadır (Görkemli, 2017). WTE sistemleri kullanıcılarına zamandan, uzaklıktan ve mekândan bağımsız olarak eğitim alma olanağı sağlamaktadır (Ahadzadeh ve ark., 2015). Bununla birlikte bu eğitim; bilgilere sınırsız erişim sağlama olanağı hem görsel hem de işitsel yöntemlerin birlikte kullanılabilmesi ve interaktif eğitim olanakları da sunmaktadır (Bölüktaş ve ark., 2019). Fiziksel engellerinden dolayı eve bağımlı olanlar; kırsal bölgelerde ikamet edenler sağlık merkezlerine, sağlık profesyonellerine ulaşamayacak yerde bulunanlar ve sosyal fobisi olanlar içinde fırsat eşitliği sağlayabilmektedir (Demir ve Gözüm, 2011). Günümüzde WTE'lerin, bireylerin değişen yeni durumlara uyum sağlayabilmelerini ve olumlu yönde davranış değişikliği kazandırması ve bireylerin sağlık durumlarını iyileştirmek amacıyla kullanıldığı bilinmektedir (Öz Alkan, 2016; Jansà ve ark., 2018).

2.9.1. Web Tabanlı Eğitimin Geliştirilme Süreci

WTE'ler öğrenmenin desteklenip teşvik edildiği bir ortam sağlanması için “www, web veya W3 (World Wide Web), yazı, resim, ses, film, animasyon vb.” üzerinde ki kaynakların etkileşimli bir şekilde kullanıldığı hipermedya tabanlı olan bir öğretim programı olarak bilinmektedir (Bay ve Tüzün, 2002; Sajeve, 2006). WTE tasarım ve içerik geliştirme süreci oldukça önemlidir ve standartları kapsamaktadır (Saraç ve ark., 2011). Bu standartlar izlenecek yönerge ile; arayüz tasarımı; algı kavramı, e-ders öğeleri, kullanılacak yazılım araçları; içerik geliştirme süreçlerinden oluşmaktadır (Hakkari ve ark., 2008; Saraç ve ark.,2011). Ayrıca ülkemizdeki program geliştirme uzmanları WTE geliştirme yönergesi hazırlamışlardır (Demirel, 1992). Bu

yönergeye göre WTE geliştirme sürecinde konu; hedef kitle, hedef kitleye uygun konunun alt başlıkları bir şekilde; konu başlığına uygun olarak kullanılacak örnekler; derste yapılacak etkinlikler, ölçme ve değerlendirilme basamakları uygulanmaktadır (Demirel, 1992). WTE tasarımında görsel öğeler, çizgiler, renk, tonlamalar, biçim ve yönlendirmeler bir bütünlük içerisinde olması önemlidir. WTE görselliğin öne çıkarılmasının ilk aşaması iyi hazırlanmış bir ara yüz tasarımıdır (Saraç ve ark., 2011). İyi bir ara yüz tasarımı konular arasında aşamalı geçiş sağlayabilmeli; güdülenme seviyesini en üst düzeyde tutmak için en az hata ile gerçekleştirilmeli; bilgiye kısa yoldan erişim sağlayabilmeli, kullanıcıyı kontrolün kendisinde olduğunu hissettirmelidir (Hakkari ve ark., 2008; Saraç ve ark., 2011). Literatürde ücretsiz içerik geliştirme yazılım araçları Exe-learning, LCDS, Acontent ve daha etkili ders içeriklerinin oluşturulmasında ise ücretli Flash, Captivate ve Camtasia gibi yazılımlar kullanıldığı bildirilmektedir. E- ders öğeleri ise metin, resim, grafik, ses video, oyun, animasyon gibi öğelerdir (Saraç ve Ark., 2011). Web ortamında metinlerin okunabilirlik özelliklerine mutlaka önem gösterilmelidir. Son olarak içerik geliştirme aşamasında ise yapılan araştırmalarda WTE’de kesin kabul edilmiş ilkeler olmamakla birlikte çalışabilirlik; yeniden kullanılabilirlik, ulaşılabilirlik ve devamlılık ilkelerinin göz önünde bulunması gerektiği ifade edilmektedir (Kim ve ark., 2005). Literatürde kaliteli ve etkin bir WTE gerçekleştirebilmek için projenin doğuşu ve başlatılması; projenin tanımlanması gerektiği; iyi bir ekip kurulması; planlama yapılması finansmanın bulunması ve sağlanması; eğitim programının geliştirilmesi; yönetim destek ve fiziki kaynakların hazırlanması; uzaktan eğitim sitesinin hazırlanması; eğitim medyalarının hazırlanması ve uzman görüşleri ile gözden geçirilmesi; bir örneklem üzerinde denenmesi; ölçme ve değerlendirmenin yapılması; programın onaylanması ve güncellenmesinin sağlanması gerektiği anlaşılmaktadır (Bay ve Tüzün , 2002; Türkoğlu, 2003; Adec, 2007; Saraç ve ark., 2011).

2.9.2. Web Tabanlı Eğitimin Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık

Hizmetlerinde Kullanımı

İnternet kullanımının sağlıkla ilgili bilgi arayışı için de kullanılıyor olması, PD ve bakım gereksinimi olan doğurganlık çağındaki kadınlara ulaşmada da müdahale alanı olarak görülmektedir (Ahadzadeh ve ark., 2015; Oscarsson ve ark., 2018; Görkemli, 2017; Canbay Çitil, 2020). Bu kapsamda kadınlara PD ve bakım hizmetinin

ulaştırılmasında modern teknoloji imkanlarından birinin de uzaktan eğitim yöntemi olan WTE'lerin olduğu görülmektedir (Erümit, 2013). Prekonsepsiyonel dönemde yapılan araştırmalar incelendiğinde dünya da web tabanlı danışmanlık ve bakım hizmetlerinin verildiği ve sağlığı olumlu yönde etkilediğine dair çalışmalar olsa da (Pandolfi ve ark., 2014; Agricola ve ark., 2014; Shawe ve ark., 2015; Holmes ve ark., 2017); ülkemizde prekonsepsiyonel dönemde verilen web tabanlı bakım ve danışmanlık hizmeti ile ilgili yapılan çalışmalara rastlanmamıştır.

2.9.3. Web Tabanlı Eğitimlerin Ebelik Uygulamalarındaki Yeri ve Önemi

Bilişim teknolojileri gelişmiş ülkelerin çoğunun sağlık sistemlerinde mobil sağlık, robotik cerrahi ve e- sağlık gibi teknolojik uygulamalar kullanılmaktadır ve insanlar sağlık problemlerini bir sağlık merkezine danışmak yerine web ortamında araştırmalar yaparak meraklarını gidermektedirler (Kılıç, 2007; Ushimaru, 2019). Literatürde bu durum ve beraberinde oluşan denetim eksikliği nedeni ile insanların yanlış bilgilere erişim sağlaması ve özellikle kadınların kanıta dayalı olmayan bilgi kaynaklarına olan beklentisinin de arttığı belirtilmektedir (Ünal ve Taylan, 2017). Bu nedenle ebelerin WTE bakım ve danışmanlık sağladığı bireyleri uygun ve doğru bilgi kaynaklarının yer aldığı kaliteli web sitelerine yönlendirmesi gerekmektedir (Lima ve ark., 2012). İnsanların ebelerden beklentisinin çok yönlü; iyi eğitilmiş, kültüre saygılı ve bulunduğu toplumun ihtiyaçlarını karşılayabilecek yeterlilikte olması gerektiğidir (Smedley ve ark., 2004). Ebelik yaklaşımı, kişiselleştirilmiş bakımı sağlamak için kadınlar ve aileleri ile ortaklaşa bütüncül bakımı içerir. Nitekim ebeler, güvenli ve kişiselleştirilmiş bakımın temeli olarak normal üreme süreçlerini destekleme konusunda uzman kişilerdir. Bu yaklaşım bakımın kişiselleştirilmesini ve saygılı olmasını sağlamak için kadınların seslerinin bakımın doğasına entegre edilmesi ve kadınların gebe kalmadan önce sağlık bakımlarının iyileştirilmesi ve uzun vadeli, hatta nesiller arası etkisinin tanınması ile başladığını ifade etmektedir (Maimburg ve ark., 2023).

Ancak ülkemizde Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2019) haber bülteni verilerine bakıldığında, 100 bin kişiye düşen ebe ve hemşire sayısının, Türkiye'de 306 kişi olması ülkemizde ebe ve hemşire sayısının insanların beklentilerini karşılama, hizmet sunumu ve kişiselleştirilmiş bakım sağlayabilme konusunda yetersiz olduğunu

göstermektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019). Bu yetersizliğin desteklenmesinde ebeler ve hemşireler de değişen teknolojiye olabildiğince uyum sağlayarak, bireylerin sağlık bakımına yönelik beklentilerini karşılayarak, internet kullanan doğurganlık çağında ki kadınları kanıt temelli yaklaşımlar ışığında doğru bilgi kaynaklarına yönlendirerek, kültüre saygılı, anlaşılır ve etkili iletişim ile bu konuda danışmanlık görevini yerine getirebilmesi önemlidir (Phillips ve Malone, 2014; McIntyre ve Craig, 2015; Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019; ICM, 2020; Maimburg ve ark., 2023). Ayrıca web tabanlı uygulamaların günlük gereksinimlere göre çeşitli şekillerde geliştirilebilmektedir. Bu gereksinimler arasında kadınlara yönelik sistemlerin geliştirilmesi ve bu sistemlerin ebeler tarafından yürütülmesi en önemli işlevlerden biridir. Nitekim bu uygulamaların gerek kadınlara gerekse ebelere kolaylık sağladığı ve aralarındaki ilişkiyi kuvvetlendirdiği; her iki tarafında zamandan tasarruf ederek verimliliğini artırdığı ve yetersizliklere yönelik bir çözüm yaklaşımı olduğu belirtilmektedir (Wijayawickrama ve ark., 2020). Bununla birlikte son dönemlerde bu yenilikçi yaklaşım modellerinin etkili ve kabul edilebilir olanlarının; prekonsepsiyonel dönem bakım müdahalelerinin bileşenlerine ilişkin kanıtları içerenlerinin ve bu müdahalelerin ebeler ve tüm sağlık profesyonelleri tarafından toplum temelli bakıma entegrasyonunun sağlanabildiği yaşam boyu üreme sağlığı ihtiyaçlarının ele alınmasında toplum temelli modellerinin geliştirilmesi görüşünün altı çizilmektedir (Hall ve ark., 2023).

2.10. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlıkta Ebelerin Yeri ve Önemi

PD ve bakım kapsamında toplumda kadın ve onların ailesi ile güçlü bir ilişki kurmak ebelerin kilit rollerinden biridir. Bir ebe, yolculuğunu olumlu bir deneyim haline getirmek için kadını yaşam boyunca kendisine sunulan tüm bilgi ve yardıma sahip olacak şekilde hazırlamalıdır (ICM, 2018; Pavel, 2019). Nitekim ebeler sağlık ve zindelik gibi iyileştirilebilir alanların değerlendirilmesini sağlayarak ailenin sağlıklı yaşam tarzlarının değerlendirilmesinde yardımcı olmaktadır (Manniën ve ark., 2012; Pavel, 2019). Ebenin kendi değerlerini danışmanlık arayan kadına aktarmaması, kadın için neyin önemli olduğunu dikkatlice araştırması ve desteklemesi önemlidir (Pavel, 2019). Özellikle düşük sağlık okuryazarlığı olan kadınlara nasıl danışmanlık yapılacağı konusunda ebeler için geliştirilmiş eğitimler onları zorlu gruplar da nasıl yaklaşması gerektiği açısından hazır hale getirecektir (Homer, 2009; Pavel, 2019).

Davranış değişikliğini desteklenmenin giderek yaygınlaşan stratejisi motivasyonel görüşmeler olarak bilinmektedir. Ebeler, kadın ve çocuk sağlığı alanında bilgi ve beceri sahibi olan, topluma en yakın alanlarda görev yapan ve toplumu en iyi tanıyan halk sağlığı çalışanları olarak kabul edilmektedir (Özdemir ve Özcan, 2018). Bu çerçevede ebelerin çalışma alanları büyük ölçüde koruyucu hizmetlerin sunulduğu birinci basamak sağlık hizmetleridir. Özellikle birinci basamakta aktif rol oynayan ebelerin üreme çağında olan kadınlara, ailelere ve topluma yönelik prekonsepsiyonel dönemde önemli tavsiyelerde bulanabilme ve bireyleri yakından izleme açısından yeri son derece önemlidir (Van Heesch ve ark., 2016). Ayrıca bu dönemde ebelerin uygulamalarının kanıta dayalı olması ile bakımın kalitesi ve bakım sonuçlarının iyileştirilmesi, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratılması, bakımın standardize edilmesi hedeflenmekte ve ebelerden de profesyonel olarak kanıta ulaşım, kanıtın değerlendirilmesinde ve klinik kararlarında kullanılması beklenmektedir. İyi bir danışmanlık ve bakım süreci nitekim bilimsel temele dayalı ebelik uygulamalarının kanıt temelli yaklaşım boyutu ile gözden geçirilmesi ile gerçekleştirilebildiği unutulmamalıdır (Özkan Arslan ve Bilgin, 2019).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

İki aşamada gerçekleştirilen bu araştırmanın birinci aşaması “Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Ölçeği” geliştirilmesi amacıyla metodolojik; ikinci aşaması ise “Web Tabanlı Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Kadınlarda Risk Farkındalığına ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışına Etkisini” belirlemek amacıyla ön test – son test randomize kontrollü bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Sivas İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı İbn-i Sina Toplum Sağlığı Merkezi evlilik öncesi danışmanlık birimi ve Aydoğan Aile Sağlığı Merkezi, 4 Eylül Aile Sağlığı Merkezi, Çayyurt Aile Sağlığı Merkezi, Gökmedrese Aile Sağlığı Merkezi, Şeyhşamil Aile Sağlığı Merkezi, Emek Aile Sağlığı Merkezi ve Çarşıbaşı Aile Sağlığı Merkezine başvuruda bulunan doğurganlık çağındaki kadınlar arasında yapılmıştır. Araştırma Mayıs 2021- Temmuz 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Sivas ilinde merkezde 58 Aile Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. Bu merkezler bulunduğu konum itibarıyla bölgelere ayrılmış ve her bölgeyi temsil edebilecek düzeyde olan Aile Sağlığı Merkezleri randomizasyon ile seçilerek çalışmaya dahil edilmiştir. Aile sağlığı merkezleri ve İbn-i Sina Toplum Sağlığı Merkezi evlilik öncesi danışmanlık biriminin çalışma saatleri sabah 08:00-12:00 ile öğleden sonra 13:00-17:00 arasındadır. Seçilen merkezlerde toplam 42 adet aile sağlığı birimi, 1 adet evlilik öncesi danışmanlık birimi bulunmaktadır. Her bir aile sağlığı biriminde bir hekim, bir ebe veya hemşire; evlilik öncesi danışmanlık biriminde ise üç ebe, bir hemşire görev yapmaktadır. Aile sağlığı merkezlerinde gebe, lohusa ve yenidoğan; 0-6 yaş çocuk izlemleri; 15-49 yaş kadın izlemleri; evlilik öncesi sağlık raporlarının düzenlenmesi rutin olarak yürütülmektedir. Evlilik öncesi danışmanlık biriminde ise evlilik için sağlık raporuna mühür için başvuran adaylara evlilik öncesi muayene ve danışmanlık hizmetleri ile ilgili kitapçık/broşür verilmektedir.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sivas İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı İbn-i Sina Toplum Sağlığı Merkezi evlilik öncesi danışmanlık birimi ve Aydoğan Aile Sağlığı Merkezi, 4 Eylül Aile Sağlığı Merkezi, Çayyurt Aile Sağlığı Merkezi, Gökmedrese Aile Sağlığı

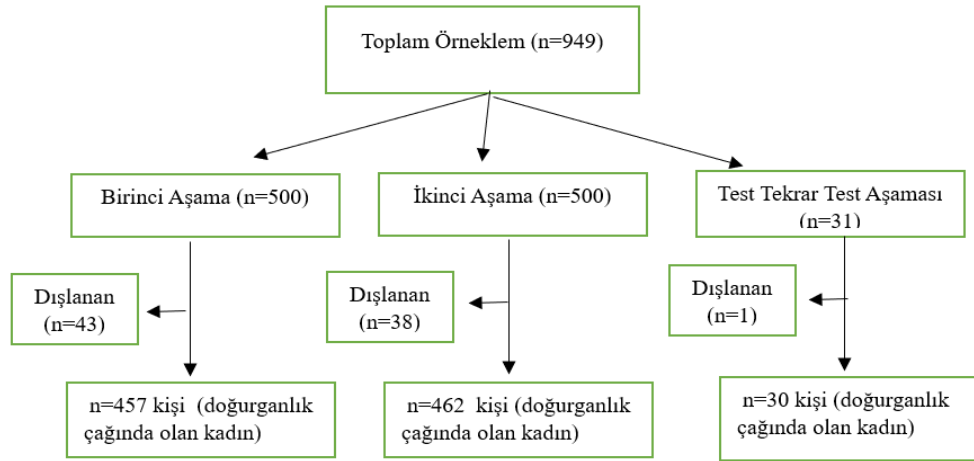
Merkezi, Şeyhşamil Aile Sağlığı Merkezi, Emek Aile Sağlığı Merkezi ve Çarşıbaşı Aile Sağlığı Merkezine başvuran doğurganlık çağındaki tüm kadınlar oluşturmuştur.

Araştırmanın Birinci Aşaması

Ölçek geliştirme geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında faktör analizi büyük bir örneklem büyüklüğü tekniğidir. Örneklem büyüklüğünün yetersiz olması, genellenebilirliğin azalmasına ve uygun olmayan sonuçlara neden olmaktadır. Literatürde, ölçek geliştirilirken örneklem sayısının belirlenmesinde, her bir ölçek maddesi için 5–10 kişinin örnekleme alınması önerilmektedir (Young ve Pearce, 2013). Ayrıca Tabachnick ve Fidell (2001) tarafından faktör analizi için kişi sayısının, 100'ün altına inmemesi önerilmekte, 300 kişi “iyi”, 500 kişi “çok iyi”, 1000 kişi ise “mükemmel” olarak değerlendirilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2001). Araştırma başlangıcında geliştirilen ölçek 92 maddeden oluşmakta idi. Bu nedenle araştırmanın örnekleminde her bir ölçek maddesi için 10 katı örneklem alınması; kayıp verilerinde olabileceği düşünülerek birinci aşama açıklayıcı faktör analizi için 500, ikinci aşama doğrulayıcı faktör analizi için 500 olmak üzere toplamda 1000 doğurganlık çağında olan kadına ulaşılması hedeflenmiştir.

Araştırmanın ilk aşama veri girişi öncesinde araştırmayı yarıda bırakan ve araştırma kriterlerine uymayan 43 kişi örneklem dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak araştırmanın birinci aşama açıklayıcı faktör analizi için örneklemini 457 kişi (doğurganlık çağında olan kadın) oluşturmuştur. Araştırmanın ikinci aşaması veri girişi öncesinde araştırmayı yarıda bırakan ve araştırma kriterlerine uymayan 38 kişi örneklem dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak araştırmanın ikinci aşama doğrulayıcı faktör analizi için örneklemini 462 kişi (doğurganlık çağında olan kadın) oluşturmuştur. Araştırmanın birinci ve ikinci aşaması için toplamda 919 doğurganlık çağında olan kadına ulaşılmıştır. Örnekleme alınan katılımcılar tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Ayrıca araştırmanın ilk ve ikinci aşamasının örneklemini dışında test tekrar test için 31 kişi belirlenmiş araştırmayı yarıda bırakan 1 kişi örneklem dışı bırakılmıştır. Toplamda 30 kişiye (doğurganlık çağında olan kadın) geçerlilik analizi yapabilmek için üç-dört hafta ara ile ulaşılarak test tekrar test yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini toplamda 949 katılımcı oluşturmuştur (Şekil 3.1.Araştırmanın birinci aşama örneklem seçimi).

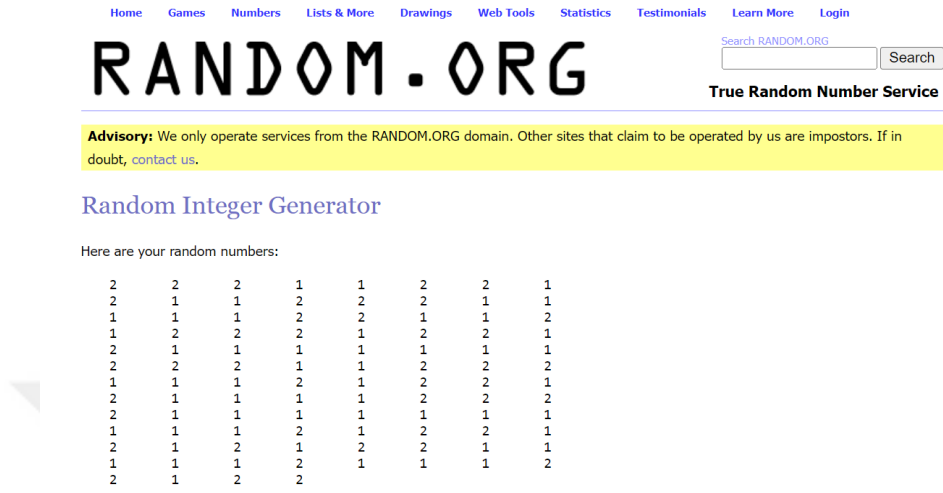


Şekil 3.1. Araştırmanın Birinci Aşama Örneklem Seçimi

Araştırmanın İkinci Aşaması

Araştırmanın ikinci aşamasının örneklem hacminin hesaplanmasında PAS-14.0 analizi kullanılmıştır. Referans çalışma (Aksoy Erkal, 2019) baz alınarak yapılan PAS-14.0 analizinde $\alpha=0.05$, $\beta=0.10$, $1-\beta=0.90$ alındığında her bir gruba 42 kişi (42 deney, 42 kontrol doğurganlık çağında olan kadın) alınmasına karar verilmiştir ve testin gücü $p=0.90367$ olarak hesaplanmıştır. Araştırmada olası vaka kayıplarının da yaşanabileceği dikkate alınarak (yaklaşık %20) her bir gruba 50 kişi (50 deney, 50 kontrol) alınması planlanmıştır. Araştırmada belirlenen süre içerisinde 150 kişi ile görülmüş olup; araştırmaya katılmayı reddeden 16 kişi, dahil edilme kriterlerini karşılamayan 14 kişi, araştırmanın ön uygulamasında yer alan 20 kişi (10 kontrol ; 10 deney) olmak üzere toplamda 50 kişi örneklem dışında yer almıştır. Örneklem seçim kriterlerine uygun olan kadınlar için random.org sitesinin Numbers alt başlığında yer alan Random Integer Generator yöntemi kullanılarak 1-100 arasında sütunlar oluşturulmuştur (Random.Org., 2022). Hangi rakamın deney veya kontrol grubu olduğu çalışmanın başında kura çekilerek belirlenmiştir. Sütunda 1 rakamına denk gelen kadınlar deney grubuna; 2 rakamına denk gelen kadınlar da kontrol grubuna randomize olarak atanmıştır (Şekil 3.2.) Araştırmanın yürütülmesi sırasında bazı kadınların web tabanlı modül eğitimlerini belirtilen sürede tamamlamamış olması; araştırma sırasında gebe kalması, araştırma veri toplama formlarını tamamlamaması; kullanıcı adı ve şifresi oluşturulduğu halde web sitesine hiç giriş yapmaması, internet sorunu yaşaması gibi

nedenler ile araştırma 84 doğurganlık çağında olan kadın (42 deney, 42 kontrol) ile tamamlanmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasına ait Consort akış diyagramı Şekil 3.3’de verilmiştir.



Şekil 3.2. Randomizasyon Grupları

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Okur-yazar olan,
- 18-49 yaş arasında doğurganlık çağında olan,
- Gebe olmayan,
- Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti almayan,
- Psikiyatrik/Psikolojik tanıya dayalı bir rahatsızlığı olmayan,
- Menapoz tanısı olmayan,
- İnternet erişim imkânı olan,
- Bilgisayar-tablet- akıllı telefondan en az birini kullanan,
- İletişime açık ve dil sorunu olmayan.

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen,
- 18 yaş altı 49 yaş üzerinde olan,
- Gebe olan,

- Daha önce prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alan,
- Okuma yazma bilmeyen,
- İnternet erişim imkânı olmayan,
- Bilgisayar-tablet- akıllı telefonda en az biri olmayan,
- Psikiyatrik/Psikolojik tanıya dayalı bir rahatsızlığı olan,
- Menapoz tanısı olan,
- İletişim ve dil problemi yaşayan.

3.3.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Veri toplama anket formlarını doldurmayan,
- Çalışmayı yarıda bırakıp ayrılmak isteyen,
- Araştırma sırasında gebe kalan,
- Araştırma sırasında Psikiyatrik/Psikolojik tanı alan,
- Araştırma sırasında Menopoz Tanısı alan,
- Uyum sağlayamayan,
- İnternete erişim problemi yaşayan,
- Çalışma sırasında bilgisayar-tablet- akıllı telefonu bozulan ,
- Web taban üzerindeki eğitim modüllerini tamamlamayan (*sadece ikinci aşama kriteri*),
- Web sitesine hiç giriş yapmayan (*sadece ikinci aşama kriteri*).

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler

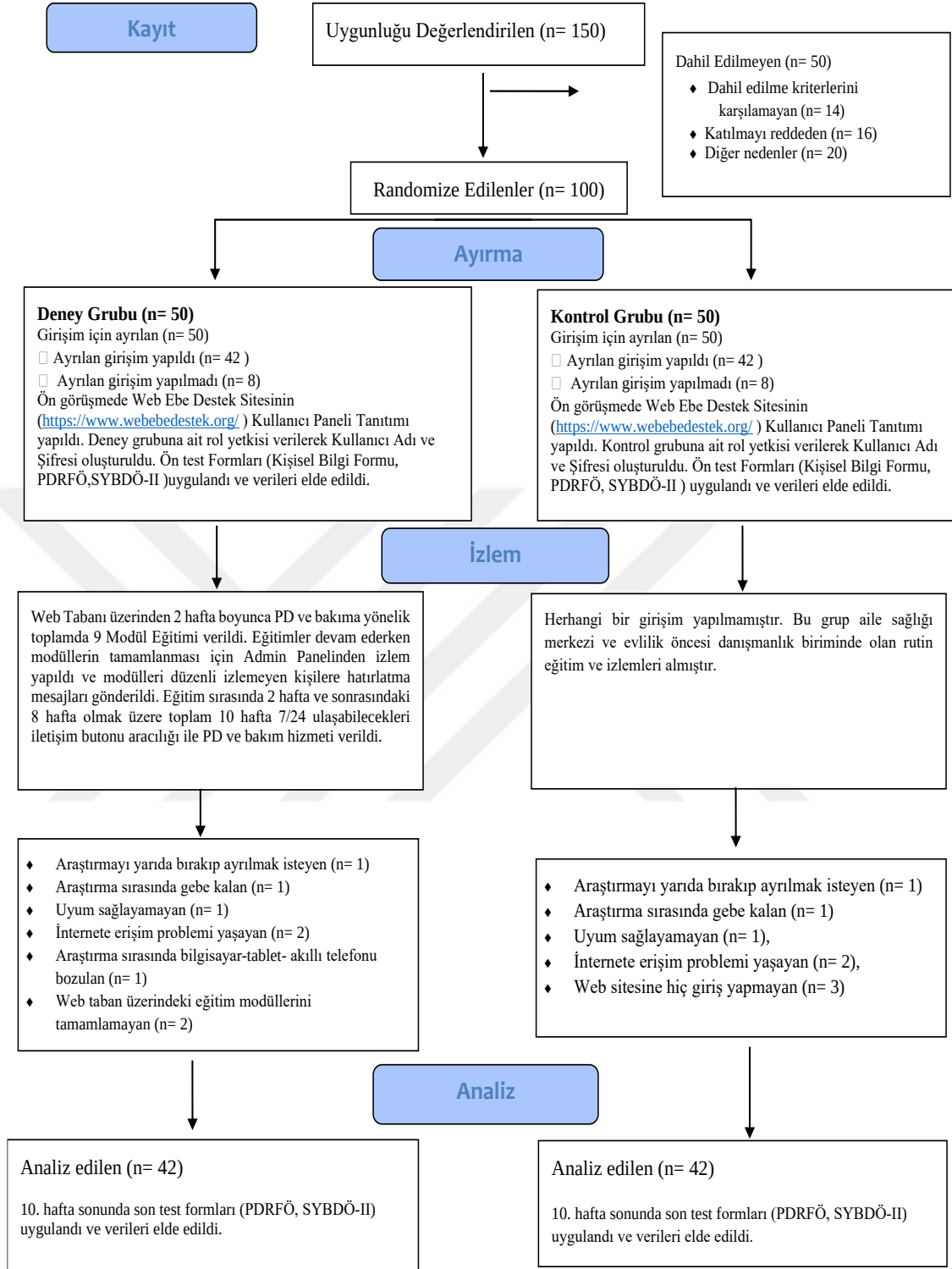
Doğurganlık çağındaki kadınların Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık; Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanları.

Bağımsız değişkenler

Doğurganlık çağındaki kadınlara WTE doğrultusunda verilen Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık girişimi.

Kontrol Değişkenler

Doğurganlık çağındaki kadınların demografik özellikleri (yaş, eğitim, çalışma durumu vb.), obstetrik özellikleri (gebelik planı, gebelik sayısı, doğum sayısı vb.)



Şekil 3.3. Araştırmanın ikinci aşaması Consort akış diyagramı

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın Birinci Aşaması

Araştırmanın birinci aşama verileri kadınların demografik ve obstetrik özelliklerini içeren Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Ölçeği Deneme Formu (Ek-2) ile toplanmıştır.

Araştırmanın İkinci Aşaması

Araştırmanın ikinci aşama verileri kadınların demografik ve obstetrik özelliklerini içeren Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Ölçeği (PDRFÖ) (Ek- 3) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (Ek-4) ile toplanmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (Cömert, 2019; Aksoy Erkal, 2019) oluşturulan “Kişisel Bilgi Formu”nda, kadınların yaşı, eğitimi, mesleği, gelir durumu ve obstetrik öyküsü gibi özellikleri içeren toplam 15 soru yer almaktadır.

3.5.2. Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Ölçeği Deneme Formu (Ek-2)

Doğurganlık çağında olan kadınların prekonsepsiyonel dönem risk farkındalıklarını belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Ölçeği Deneme Formu (Ek-2) beşli likert tipine sahip 92 maddeden oluşmaktadır. Deneme ölçeğinin beşli likert yapısı; kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum ifadelerinden oluşmaktadır. Tüm maddeler olumlu ifade edilmiştir. Puanlama yapılırken kesinlikle katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), kararsızım (3), katılıyorum (4) ve kesinlikle katılıyorum (5) olarak puanlanmaktadır. Ölçekte yer alan Madde 3, 6, 7, 22, 24, 30, 33, 34, 35, 44, 51-56, 62, 63, 67, 70, 71, 76, 77, 80, 82, 85, 86, 87, 88 ise ters puanlanmaktadır.

3.5.3. Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği (PDRFÖ) (Ek-3)

PD ve bakım doğrultusunda geliştirilen PDRFÖ doğurganlık çağındaki kadınların prekonsepsiyonel dönemde risk farkındalıklarını değerlendirmektedir. Toplam 37 maddeden oluşan ölçeğin tüm ifadeleri olumludur. Ölçek doğurganlığın planlanması (1, 2, 3. maddeler), ileri anne ve baba yaşı (4, 5, 6. maddeler), aile genetik öykü ve hastalıklar (7,8, 9, 10, 11. maddeler), fiziksel aktivite (12, 13, 14. maddeler), beslenme durumu (15, 16, 17. maddeler), cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve aşılama durumu (18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25. maddeler), kronik hastalıklar (26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34. maddeler) ve psikososyal değerlendirme (35, 36, 37. maddeler) olmak üzere toplam 8 alt boyut ve 37 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler beşli likert tipi olup “Kesinlikle katılmıyorum (1)”, “Katılmıyorum (2)”, “Kararsızım (3)”, “Katılıyorum (4)”, “Kesinlikle katılıyorum (5)” şeklinde puanlanmaktadır. PDRFÖ kronik hastalıklar alt boyutuna ait tüm maddeler (26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34. maddeler) ters puanlanmaktadır.

Ölçekten alınan en düşük puan 37, en yüksek puan ise 185’tir. Ölçeğin toplam puanı prekonsepsiyonel dönem risk farkındalık puanını belirlemektedir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça kadınların prekonsepsiyonel dönem risk farkındalık düzeyleri artmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.90 olup yüksek güvenirlik derecesine sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenirlik katsayıları ise; Doğurganlığın Planlanması 0.61, İleri Anne ve Baba yaşı 0.71, Aile Genetik Öykü ve Hastalıklar 0.78, Fiziksel Aktivite 0.80, Beslenme Durumu 0.62, Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve aşılama durumu 0.85, kronik hastalıklar 0.88, psikososyal değerlendirme 0.60 olarak saptanmıştır.

3.5.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (Ek-4)

Walker ve arkadaşları 1987 yılında bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları değerlendiren ölçek geliştirilmişlerdir (Walker vd., 1987). Geçerlik ve güvenirlik çalışması Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır. Toplam 52 maddeden oluşan ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ölçek dört seçenekli olup hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir. Ölçeğin toplam puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını belirlemektedir

(Bahar vd., 2008).Ölçekte altı tane alt boyut bulunmaktadır: Sağlık Sorumluluğu (Madde 3,9,15,21,27,33,39,45,51); bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesi, kendi sağlığına özen göstermesidir. Fiziksel Aktivite (Madde 4,10,16,22,28,34,40,46); günlük yaşamın bir parçası haline getirilerek hafif, orta ve ağır egzersizlerin düzenli olarak uygulanmasını içerir. Beslenme (Madde 2,8,14,20,26,32,38,44,50); bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler. Manevi Gelişim (Madde 6,12,18,24,30,36,42,48,52); bireyin iç kaynaklarının gelişmesine odaklanır. Gelişmenin sağlanabilmesi için bireyin amaçlar için çalışması, iyilik durumuna yönelik gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır. Kişilerarası İlişkiler (Madde 1,7,13,19,25,31,37,43,49); bireyin çevresindeki bireyler ile olan ilişkileridir, nedensel gereklilik dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. Stres Yönetimi (Madde 5,11,17,23,29,35,41,47); gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi, harekete geçirebilmesidir (Walker vd., 1987; Bahar vd., 2008). Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.92 olup yüksek güvenirlik derecesine sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenirlik katsayıları ise; Sağlık sorumluluğu 0.77, Fiziksel Aktivite 0.79, Beslenme 0.68, Manevi Gelişim 0.79, Kişilerarası İlişkiler 0.80, Stres Yönetimi 0.64 olarak saptanmıştır.

3.6. Ölçek Geliştirme Aşamaları

Ölçek geliştirme aşamaları literatürün taranması ve madde havuzunun oluşturulması; uzman görüşünün alınması ve kapsam geçerliliği, araştırmanın ön uygulamasının yapılması ve geçerlik ve güvenirlik analizleri olmak üzere 4 aşamada gerçekleştirilmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014; Kartal ve Bardakçı, 2018).

Literatürün Taranması ve Madde Havuzunun Oluşturulması

“Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı” ölçeğinin geliştirilmesi amacıyla literatür bilgileri (Tabachnick ve Fidell, 2001; De Weerd ve ark., 2002; Arslan ve Özkan, 2005; Kırkham vd.,2005; Johnson vd.,2006; Özkan ve Arslan, 2007; Doğaner ve Gölbaşı, 2011; ; Başgöl ve Oskay, 2012; Çoşkun, 2012; DeVellis R.,2012; Güler Baysoy ve Özkan, 2012 ; Şahin ve Yurdakul, 2012; Karakakaya ve Çoşkun, 2013; Farahı ve Zolotor, 2013; Young ve Pearce, 2013 Dean vd., 2014; Karakoç ve Dönmez, 2014; Farahı ve Zolotor, 2014 ; Yılmaz ve Çöl, 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye

Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, 2014; World Health Organization, 2013a ; World Health Organization, 2013b; Beckman vd., 2014; Shannon vd. 2014; Shawe vd.,2015; Doğan Pekince ve Ertem, 2016; Zhou vd.,2016; Gökdemir ve Eryılmaz, 2017; Karsten vd. 2018; Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2019; Özkan Arslan ve Bilgin, 2019; Cömert, 2019; Aksoy Erkal, 2019; CDC, 2021), araştırmacının ve danışmanın bilgi ve deneyimleri doğrultusunda madde havuzu oluşturulmuştur (Ek-5). Ölçekte madde havuzu oluşturulurken PD ve bakım doğrultusunda risk farkındalığına yönelik 11 alt boyut ve bu alt boyutları kapsayan 132 maddelik bir yapı belirlenmiştir. Bu alt boyutlar sırasıyla doğurganlığın planlanması; ileri anne ve baba yaşı; aile, genetik öykü ve hastalıklar; fiziksel aktivite, beden kitle indeksi; beslenme; aşılama, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar; kronik hastalıklar; ilaçlar, zararlı alışkanlıklar ve maruziyet; psikososyal alt boyutlarıdır.

Uzman Görüşünün Alınması ve Kapsam Geçerliliği

Bu aşamada ölçülmek istenen özelliğe yönelik oluşturulan madde havuzundaki maddeler uzman (hakem) görüşüne sunulmaktadır. Uzmanlar madde havuzunda yer alan her bir maddeyi ölçekte yer alıp almaması yönünde değerlendirir ve maddenin ölçekte bulunması gerektiği ya da ölçekten çıkarılması gerektiği yönünde görüş belirtmektedir. Ancak, önerilerin kabul veya reddedilmesi ölçek hazırlayan kişinin sorumluluğuna bırakılır. Madde havuzu, kapsam geçerliliğinin yapılması için uzman sayısı hakkında literatürde genel kabul gören bir kriter olmamakla birlikte bu sayının alanda 3'ün altında olmaması ve mümkünse 5 ve 5'in üzerinde olması gerekmektedir (Şencan, 2005). Uzman görüşü ile kapsam geçerliği değerlendirilmiş olmaktadır (Karakoç ve Dönmez, 2014; Kartal ve Bardakçı, 2018). Çalışmamız obstetri ve ebelik alanında uzman 14 öğretim üyesi tarafından incelenmiştir (Çizelge 3.1). Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Lawshe Tekniği kullanılmıştır. Geliştirilen ölçeğin kapsam geçerliliğini belirlemek için kapsam geçerlilik indeksi hesaplanmıştır. Kapsam geçerlilik indeksi hesaplanırken Lawshe Tekniği kullanılmıştır.

Maddelerin geçerliliğinin onaylanabilmesi için, toplamda 14 uzmanın bulunduğu göz önüne alınarak, KGO değerlerinin 0.52 değerinin üzerinde olması gerekmektedir. Fakat 4 maddenin (Madde 38, 43, 49, 114) KGO'nın anlamsız olduğu (- ve 0) görülmektedir. Bu dört madde taslak ölçekten direkt olarak çıkarılan

maddelerdir. Kalan maddelerin içinde tekrar uzman görüşüne gidilmeyeceği için istatistiksel olarak anlamsız olanlar çıkarılmıştır ve $KGO > KGÖ$ olduğu görülmüştür (Lawshe, 1975).

Tablo 3.1: KGO Değerleri Sonuçları

Madde	Kalmalı Diyen Uzman Sayısı	Toplam Uzman Sayısı	KGO	KGO
Madde 1	10	14	0,4286	
Madde 2	14	14	1	1
Madde 3	10	14	0,4286	
Madde 4	14	14	1	1
Madde 5	10	14	0,4286	
Madde 6	10	14	0,4286	
Madde 7	10	14	0,4286	
Madde 8	8	14	0,1429	
Madde 9	9	14	0,2857	
Madde 10	11	14	0,5714	0,5714
Madde 11	10	14	0,4286	
Madde 12	10	14	0,4286	
Madde 13	13	14	0,8571	0,8571
Madde 14	12	14	0,7143	0,7143
Madde 15	11	14	0,5714	0,5714
Madde 16	11	14	0,5714	0,5714
Madde 17	14	14	1	1
Madde 18	13	14	0,8571	0,8571
Madde 19	11	14	0,5714	0,5714
Madde 20	14	14	1	1

Tablo 3.1 (Devam): KGO Değerleri Sonuçları

Madde	Kalmalı Diyen Uzman Sayısı	Toplam Uzman Sayısı	KGO	KGO
Madde 21	13	14	0,8571	0,8571
Madde 22	11	14	0,5714	0,5714
Madde 23	11	14	0,5714	0,5714
Madde 24	14	14	1	1
Madde 25	14	14	1	1
Madde 26	10	14	0,4286	
Madde 27	12	14	0,7143	0,7143
Madde 28	12	14	0,7143	0,7143
Madde 29	13	14	0,8571	0,8571
Madde 30	13	14	0,8571	0,8571
Madde 31	9	14	0,2857	
Madde 32	10	14	0,4286	
Madde 33	12	14	0,7143	0,7143
Madde 34	13	14	0,8571	0,8571
Madde 35	10	14	0,4286	
Madde 36	13	14	0,8571	0,8571
Madde 37	9	14	0,2857	
Madde 38	5	14	-0,2857	
Madde 39	11	14	0,5714	0,5714
Madde 40	12	14	0,7143	0,7143

Tablo 3.1 (Devam): KGO Değerleri Sonuçları

Madde	Kalmalı Diyen Uzman Sayısı	Toplam Uzman Sayısı	KGO	KGO
Madde 41	11	14	0,5714	0,5714
Madde 42	11	14	0,5714	0,5714
Madde 43	3	14	-0,5714	
Madde 44	9	14	0,2857	
Madde 45	11	14	0,5714	0,5714
Madde 46	8	14	0,1429	
Madde 47	12	14	0,7143	0,7143
Madde 48	11	14	0,5714	0,5714
Madde 49	7	14	0	
Madde 50	10	14	0,4286	
Madde 51	13	14	0,8571	0,8571
Madde 52	12	14	0,7143	0,7143
Madde 53	13	14	0,8571	0,8571
Madde 54	12	14	0,7143	0,7143
Madde 55	11	14	0,5714	0,5714
Madde 56	14	14	1	1
Madde 57	12	14	0,7143	0,7143
Madde 58	13	14	0,8571	0,8571
Madde 59	13	14	0,8571	0,8571
Madde 60	9	14	0,2857	

Tablo 3.1 (Devam): KGO Değerleri Sonuçları

Madde	Kalmalı Diyen Uzman Sayısı	Toplam Uzman Sayısı	KGO	KGO
Madde 61	12	14	0,7143	0,7143
Madde 62	12	14	0,7143	0,7143
Madde 63	13	14	0,8571	0,8571
Madde 64	14	14	1	1
Madde 65	12	14	0,7143	0,7143
Madde 66	11	14	0,5714	0,5714
Madde 67	11	14	0,5714	0,5714
Madde 68	9	14	0,2857	
Madde 69	9	14	0,2857	
Madde 70	11	14	0,5714	0,5714
Madde 71	10	14	0,4286	
Madde 72	13	14	0,8571	0,8571
Madde 73	10	14	0,4286	
Madde 74	9	14	0,2857	
Madde 75.	14	14	1	1
Madde 76	13	14	0,8571	0,8571
Madde 77	12	14	0,7143	0,7143
Madde 78	11	14	0,5714	0,5714
Madde 79	13	14	0,8571	0,8571
Madde 80	12	14	0,7143	0,7143

Tablo 3.1 (Devam): KGO Değerleri Sonuçları

Madde	Kalmalı Diyen Uzman Sayısı	Toplam Uzman Sayısı	KGO	KGO
Madde 81	12	14	0,7143	0,7143
Madde 82	13	14	0,8571	0,8571
Madde 83	13	14	0,8571	0,8571
Madde 84	13	14	0,8571	0,8571
Madde 85	12	14	0,7143	0,7143
Madde 86	12	14	0,7143	0,7143
Madde 87	12	14	0,7143	0,7143
Madde 88	10	14	0,4286	
Madde 89	11	14	0,5714	0,5714
Madde 90	11	14	0,5714	0,5714
Madde 91	14	14	1	1
Madde 92	12	14	0,7143	0,7143
Madde 93	12	14	0,7143	0,7143
Madde 94	10	14	0,4286	
Madde 95	11	14	0,5714	0,5714
Madde 96	12	14	0,7143	0,7143
Madde 97	12	14	0,7143	0,7143
Madde 98	13	14	0,8571	0,8571
Madde 99	11	14	0,5714	0,5714
Madde 100	13	14	0,8571	0,8571

Tablo 3.1 (Devam): KGO Değerleri Sonuçları

Madde	Kalmalı Diyen Uzman Sayısı	Toplam Uzman Sayısı	KGO	KGO
Madde 101	11	14	0,5714	0,5714
Madde 102	12	14	0,7143	0,7143
Madde 103	12	14	0,7143	0,7143
Madde 104	12	14	0,7143	0,7143
Madde 105	11	14	0,5714	0,5714
Madde 106	10	14	0,4286	
Madde 107	10	14	0,4286	
Madde 108	14	14	1	1
Madde 109	10	14	0,4286	
Madde 110	13	14	0,8571	0,8571
Madde 111	12	14	0,7143	0,7143
Madde 112	10	14	0,4286	
Madde 113	11	14	0,5714	0,5714
Madde 114	7	14	0	
Madde 115	10	14	0,4286	
Madde 116	10	14	0,4286	
Madde 117	9	14	0,2857	
Madde 118	8	14	0,1429	
Madde 119	9	14	0,2857	
Madde 120	13	14	0,8571	0,8571

Tablo 3.1 (Devam): KGO Değerleri Sonuçları

Madde	Kalmalı Diyen Uzman Sayısı	Toplam Uzman Sayısı	KGO	KGO
Madde 121	10	14	0,4286	
Madde 122	12	14	0,7143	0,7143
Madde 123	13	14	0,8571	0,8571
Madde 124	14	14	1	1
Madde 125	11	14	0,5714	0,5714
Madde 126	11	14	0,5714	0,5714
Madde 127	12	14	0,7143	0,7143
Madde 128	12	14	0,7143	0,7143
Madde 129	12	14	0,7143	0,7143
Madde 130	12	14	0,7143	0,7143
Madde 131	14	14	1	1
Madde 132	11	14	0,5714	0,5714
İstatistik Olarak Anlamlı Olanlar Toplam Kapsam Geçerlilik Oranı= 0,75				0,749602151

Kapsam geçerlilik oranı için istatistiksel olarak anlamsız olan maddeler direkt çıkartıldığında kalan maddelerin KGO ortalaması 0,75 olarak hesaplanmış ve ölçek kapsam geçerliliğinin sağlandığı tespit edilmiştir (Ayre ve Scally, 2014).

Çizelge 3.1: PDRFÖ maddelerinin uygun olma ve ölçülmek istenen alanı temsil etme durumunun belirlenmesi amacıyla görüşlerine başvurulmuş uzmanların listesi

Uzman	Görev yeri
Dr. Öğr. Üyesi Safiye Ağapınar Şahin	Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
Doç. Dr. Songül Aktaş	Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
Prof. Dr. Özgür Alparslan	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
Doç. Dr. Burcu Avcıbay Vurgeç	Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
Dr. Öğr. Üyesi Reyhan Aydın Doğan	Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
Doç. Dr. Semiha Aydın Özkan	Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
Doç. Dr. Yeşim Derya Aksoy	İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
Prof. Dr. Serap Ejder Apay	Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
Doç. Dr. Ayla Kanbur	Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
Doç. Dr. Aysel Özdemir	Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
Dr. Öğr. Üyesi Sibel Öztürk	Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
Doç. Dr. Tuba Uçar	İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
Prof. Dr. Sema Yılmaz	Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
Prof. Dr. Saadet Yazıcı	İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

*Uzmanlar soy isimlerinin alfabetik sıralamasına göre belirtilmiştir.

Uzman görüşleri çerçevesinde daha önce 132 madde olan ölçeğin, kapsam geçerliğine ait analizler ve gerekli revizyonları yapıldıktan sonra 93 maddesinin ölçekte kalmasına karar verilmiştir.

Araştırmanın Ön Uygulamasının Yapılması

Araştırmanın ön uygulamasında ölçek doğurganlık çağında olan araştırma kriterlerine uyan 22 kişilik bir gruba uygulanmış ve ifadelerin anlaşılabilirliği test edilmiştir. Bu kişiler araştırma örneklem grubuna dahil edilmemiştir.

Güvenirlilik analizi ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etme amacıyla yapılmaktadır (Ural ve Kılıç, 2006: 286). Güvenirlilik analizinde, 0-1 arasında değişen Cronbach's Alpha (α) katsayısı değeri; 0,00-0,40 arasında ise ölçeğin güvenilir olmadığı; 0,40-0,60 arasında ise düşük güvenirlilikte, 0,60-0,80 arasında ise oldukça güvenilir ve 0,80-1,00 arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2005). Sonuçlar incelendiğinde, ilgili ölçeğin pilot çalışmaya ait Cronbach's Alpha değeri 0,908 olarak hesaplanmıştır. Cronbach's Alpha değeri hesaplanırken Madde 81'in sistemin bu maddeyi devre dışında bıraktığı tespit edilmiştir. Bu nedenle ilgili madde ölçekten çıkarılmıştır. Ön uygulama sonrası ölçekte 92. Madde kalmasına karar verilmiştir. Sonuç olarak ifadelerin anlaşılır olduğu ve çalışmanın veri toplanmasına devam edilebilir olduğu görülmüştür.

Geçerlik ve Güvenirlilik Analizleri

Yapı Geçerliliğine İlişkin Bulgular

Araştırmanın ön uygulaması sonrası, ölçeğin geçerlik ve güvenirlilik analizleri ile değerlendirilmesi yapılarak ölçeğin son hali verilmektedir (DeVellis, 2012; Kartal ve Bardakçı, 2018). Bu kapsamda çalışmada elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23.0 ve AMOS 21 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Güvenirlilik analizi ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etme amacıyla yapılmaktadır (Ural ve Kılıç, 2006: 286). Yapılan testlerin ve sonuçların güvenilir olabilmesi için ölçümlerin güvenilir olmasını gerekmektedir. Bu bağlamda ölçeğe ilişkin güvenirlilikler Cronbach Alpha, yarıya bölme ile incelenmiştir. Ayrıca ölçeğe ilişkin yapı geçerliliği için Açıklayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizi

(AFA -DFA) yapılmıştır. Madde ayırt ediciliği için %27 alt üst madde analizi yapılmıştır. Ayrıca ölçeğin kararlılık gösterip göstermediğini belirlemek için test tekrar test yöntemi kullanılmıştır (Ural ve Kılıç, 2006: 286).

Açıklayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Tablo 3.2: Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (Açıklayıcı Faktör Analizi) (n=457)

		n	%
Yaş	18-24	73	16,0
	25-29	102	22,3
	30-34	95	20,8
	35-49	187	40,9
Medeni durum	Evli	317	69,4
	Bekar	140	30,6
Eğitim durumu	Okuma yazma bilen	1	0,2
	İlkokul	16	3,5
	Ortaokul	19	4,2
	Lise	105	23,0
	Üniversite ve üzeri	316	69,1
Çalışma durumu	Çalışmıyor	202	44,2
	Çalışıyor	255	55,8
Gelir durumu	Gelir giderden az	97	21,2
	Gelir giderine eşit	250	54,7
	Gelir giderden fazla	110	24,1
Aile yapısı	Çekirdek aile	415	90,8
	Geniş aile	42	9,2
Gebelik sayısı	Hiç gebe kalmamış	152	33,3
	1,00	67	14,7
	2,00	134	29,3
	3,00	69	15,1
	4,00	35	7,7

Tablo 3.2 (Devam): Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (Açıklayıcı Faktör Analizi) (n=457)

Doğum sayısı	Hiç doğum yapmadım	162	35,4
	1,00	82	17,9
	2,00	150	32,8
	3,00	55	12,0
	4,00	8	1,8
Doğum şekli (Sadece doğum yapanların)	Normal doğum	135	44,9
	Sezaryan doğum	139	46,2
	Normal ve sezaryen doğum	27	9,0
Düşük sayısı	Hiç düşük yapmadım	358	78,3
	1,00	78	17,1
	2,00	12	2,6
	3,00	5	1,1
	4,00	4	0,9
İsteyerek küretaj sayısı	Hiç küretaj olmadım	418	91,5
	1,00	31	6,8
	2,00	7	1,5
	3,00	1	0,2

Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin dağılım Tablo 3.2’ de verilmiştir. Sonuçlara göre, kişilerin %40,9’u 35-49 yaş aralığında, %20,8’i 30-34 yaş aralığında, %22,3’ü 25-29 yaş aralığında, %16’sı 18-24 yaş aralığındadır. Medeni durumları incelendiğinde ise %69,4’ü evli ve %69,1’i üniversite ve üstü bir eğitim kurumundan mezundur. Kişilerin %44,2’si çalışmadığını belirtirken, %54,7’sinin gelirinin giderine eşit olduğu görülmüştür. Aile yapısı incelendiğinde ise %90,8’inin çekirdek ailesi olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %33,3’ünün hiç gebe kalmadığı ve %35,4’ünün hiç doğum yapmadığı görülmüştür. Doğum yapanların doğum şekli incelendiğinde ise %44,9’unun normal doğum yaptığı; %46,2’sinin sezaryen doğum yaptığı, %9’unun hem sezaryen hem de normal doğum yaptığı görülmüştür. Katılımcıların %91,5’inin isteyerek küretaj olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 3.3: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları

	Faktörler										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
F6_38	0,726							0,150	0,157	0,108	
F6_42	0,724		0,104						0,154	0,160	
F6_37	0,672				0,131			0,150	0,166		
F6_36	0,643	0,115	0,161	0,188	0,129			0,111			
F7_48	0,636		0,165	0,179	0,121						
F7_45	0,623		0,116	0,212	0,251						
F6_43	0,604					0,154					
F6_39	0,571		0,169	0,245		0,129		0,117			
F7_46	0,501		0,175		0,173			0,105	0,147	0,267	
F8_59	0,480	0,118	0,422	0,204			0,105	0,194			
F8_60	0,467		0,134	0,139	-0,128						
F8_50	0,459		0,276	0,133	0,223	0,103		0,159	0,103	-0,150	
F6_41	0,442		0,165	-0,159		0,129			0,252	0,271	
F8_64	0,421		0,311	0,223				-0,179			0,219
F9_73	0,413		0,273	0,174	0,265		0,102	-0,105			
F8_49	0,408		0,274	0,384	0,301			0,127			0,146
F8_66	0,359		0,347				0,319		0,198	0,102	

F4_23	0,303		-0,134	0,190	0,127	0,276	0,168			0,127	
F5_27	0,293	-0,120		0,125		0,223		0,276		0,240	0,148
F8_53		0,793									
F8_56		0,778	0,128								
F8_55		0,759	0,194				-0,155				
F8_52		0,737				-0,119					0,133
F8_54		0,705	0,100	0,109							
F8_67		0,682	0,262				-0,116			0,115	
F8_63		0,665	0,134			0,284		-0,154			
F8_51		0,641		-0,165	0,164	-0,128	0,215		0,105		0,119
F8_62		0,638				0,142		-0,296			-0,105
F8_71		0,541	0,213				-0,178	0,105		0,286	0,124
F5_34		0,488		0,141				0,236		0,125	
F11_86		0,417	0,231		0,133	-0,104				0,249	0,366
F6_44	-0,130	0,361			0,168	-0,271			0,201	0,228	
F4_24	0,109	0,359	-0,159			-0,131		0,292			
F5_30		0,342	0,133	-0,145	0,191	-0,215	0,207		0,146	0,280	0,269
F9_77	0,215	0,273		0,121	0,247	-0,263	-0,107	-0,221		0,201	0,137
F10_78		0,133	0,667	0,106		-0,120		0,137			
F11_89		0,150	0,597								-0,142

F10_79	0,134	0,167	0,587						0,127		
F11_84	0,119	0,211	0,559	0,242	0,227					0,105	
F11_92	0,147	0,126	0,550	0,316	0,147					0,125	
F8_68	0,300	0,131	0,534	0,201	0,122	0,116				0,141	0,104
F8_69	0,262	0,113	0,518	0,115				0,134		0,158	
F8_72	0,268		0,449	0,330	0,142				-0,102		0,152
F8_61	0,259		0,446					0,266		-0,177	
F10_81	0,135		0,341	0,133	0,187	0,216			0,153		0,100
F9_75			0,338			0,289					
F9_74	0,113		0,326		0,135		0,130		0,125	0,186	
F1_7		0,142	0,280		0,277				0,151		0,127
F3_13	0,222		0,189	0,613		0,163	0,118		0,105		
F3_14	0,180	0,140	0,257	0,607	0,176			0,130	0,110	0,131	
F3_17	0,365		0,127	0,605	0,132						
F3_12	0,127		0,265	0,528	0,104			0,226	0,290		
F3_15	0,143	0,146	0,349	0,475	0,217			0,273	0,144	0,115	
F3_16	0,157	0,182	0,341	0,363	0,301			0,341		0,206	-0,105
F1_1	0,131		0,166	0,134	0,708			0,138			-0,139
F1_5	0,249			0,215	0,639						0,111
F1_2	0,144		0,105		0,603	0,134			-0,105		

F1_3	0,114				0,431		0,134		0,123		-0,104
F11_91	0,327		0,308	0,310	0,334						0,120
F1_6			-0,239		-0,328	-0,170			-0,217	0,138	
F1_4	0,173	0,133	0,126	0,157	0,318	-0,190			0,116	0,267	0,200
F4_18	0,205		0,157	0,201	0,277	0,508					
F4_20	0,199	0,102	0,153	0,308	0,200	0,458		0,156		0,223	
F5_33		0,311			0,143	-0,433	0,147		0,109	0,109	
F4_22		0,173				-0,422					
F4_19	0,214	0,124	0,173	0,329	0,339	0,417	-0,133			0,234	-0,175
F6_40	0,265				0,112	0,414			0,159		
F7_47		0,213		0,145		-0,383				0,122	
F4_21	0,240	0,116	0,209	0,193	0,174	0,377		0,162	0,183		
F5_31	0,273		0,183		0,277	0,362		0,106		-0,100	0,125
F2_9					0,154	0,238	0,154		0,114		
F8_58				0,112			0,805				
F8_57							0,745				
F8_65			0,173		0,102		0,525		0,112		
F5_35		0,249				-0,149	0,301			0,279	
F5_32	0,310		0,251	0,120	0,117			0,532			0,148
F5_26	0,193		0,296	0,256				0,478		0,103	

F8_70	0,108	0,294						-0,427		0,122	0,165
F5_29	0,335	0,129	0,289	0,156	0,183	0,248		0,402			
F5_28	0,282					0,262	0,141	0,300		0,273	
F2_10	0,160			0,159					0,740		
F2_8	0,173			0,112				-0,115	0,550		-0,108
F2_11	0,268			0,403				-0,137	0,510		
F10_83	0,148		0,199	-0,173	0,151	0,121			0,416		0,188
F5_25	0,208		0,174				0,150	0,104		0,547	-0,121
F10_80		0,237								0,516	0,303
F9_76	0,121	0,326		0,245		-0,196	-0,265			0,353	0,120
F11_88		0,147									0,587
F11_85		0,361							0,137		0,471
F11_87		0,397				0,117		-0,167			0,460
F11_90	0,150						0,248	-0,188			-0,430
F10_82			0,123				0,111			0,229	0,366
Öz değer	15,44	7,10	2,88	2,43	2,24	2,13	1,91	1,77	1,69	1,67	1,55
Açıklanan Varyans Oranı	7,92	7,63	5,97	4,07	3,68	3,04	2,61	2,49	2,35	2,35	2,25
KMO =0,883 X²(4186) =16727,315; Bartlett Küresellik Testi (p) = 0,000											

İlgili ölçüm aracı Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax döndürme yöntemleri kullanılarak açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Sonuçlar incelendiğinde bazı maddelerin binişiklik gösterdiği bazı maddelerin teorik boyutlar dışında kaldığı görülmüştür (Tablo 3.3). Buna göre sırası ile binişiklik gösteren ve teorik boyutlar dışında kalan maddeler analiz dışı bırakılarak faktör analizi tekrarlanmıştır. Tekrarlanan faktör analizi sonuçları (özdeğeri bir üzerinde olanlar faktör olarak kabul edildiğinde) Tablo 3.4 içinde gösterilmiştir.

Tablo 3.4: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları (AFA Veri Seti)

	Faktörler						
	Kronik Hastalıklar	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve Aşılama Durumu	Aile, Genetik Öykü Hastalıklar	Fiziksel aktivite	Doğurganlığın Planlanması	Beslenme Durumu	İleri Anne ve Baba Yaşı
F8_56	0,818						
F8_55	0,808						
F8_53	0,803						
F8_54	0,733						
F8_52	0,730						
F8_67	0,718						
F8_63	0,673						
F8_62	0,649						
F8_51	0,649						
F6_38		0,774					
F6_37		0,721					
F7_45		0,700					
F6_42		0,694					
F7_48		0,685					
F6_36		0,679					
F6_39		0,628					
F7_46		0,571					

F3_14			0,679					
F3_13			0,663					
F3_17			0,661					
F3_12			0,607					
F3_15			0,579					
F4_20				0,757				
F4_19				0,748				
F4_18				0,739				
F1_1					0,781			
F1_2					0,727			
F1_5					0,710			
F5_32						0,754		
F5_26						0,676		
F5_29						0,562		
F2_10							0,823	
F2_8							0,710	
F2_11							0,605	
F11_89								0,797
F11_84								0,685
F11_92								0,569
Öz değer	8,91	4,60	2,00	1,68	1,45	1,37	1,24	1,10
Açıklanan Varyans Oranı	13,70	12,17	7,93	5,89	5,56	5,50	4,84	4,80
Alfa değerleri	0,893	0,869	0,784	0,787	0,781	0,711	0,644	0,686
KMO =0,898 $X^2(666) = 7096,464$; Bartlett Küresellik Testi (p) = 0,000 Toplam Açıklanan Varyans Oranı=60,393 Toplam Alfa=0,899								

Tablo 3.4. 'de görüldüğü gibi Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeğine, ait açıklayıcı faktör analizi sonucu Tablo 3.4. 'de verilmiştir. Aracın faktör desenini ortaya koymak amacıyla açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi uygulamasından önce, örneklem büyüklüğünün faktörleştirmeye uygunluğunu test etmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda KMO değerinin 0,898 olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu doğrultusunda, örneklem büyüklüğünün ve maddelerin faktör analizi yapmak için “yeterli” olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Bartlett Küresellik testi sonuçları incelendiğinde, elde edilen ki-kare değerinin manidar olduğu görülmüştür ($\chi^2(666) = 7096,464$ $p < 0,01$). Bu doğrultuda, verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiği kabul edilmiştir.

Verilerin faktör analizine uygunluğu teyit edildikten sonra ölçeğin faktör yapısının incelenmesi amacıyla Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax döndürme yöntemleri kullanılarak açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçek maddeleri bir araya gelince teorik olarak anlamsız olan maddeler ve binişiklik gösteren maddeler analiz dışı bırakılarak tekrarlı bir şekilde açıklayıcı faktör analizi tekrarlanmıştır. Maddelerin oluşturduğu desende aşılama boyutu, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar alt boyutunun maddelerinin birleştiği görüldü. Sonuç olarak, ilgili ölçek sekiz boyut olarak, teorik yapıya uyumlu biçimde kabul edilmiş ve faktör deseni kabul edilebilir olduğu tespit edilmiştir. Açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre geliştirilen ölçek toplam değişkenliğin %60,393'ünü açıkladığı görüldü. Ayrıca ilgili ölçüm aracının birinci faktör %13,705; ikinci faktör %12,170; üçüncü faktör %7,926; dördüncü faktör %5,890; beşinci faktör %5,559; altıncı faktör %5,502; yedinci faktör %4,480; sekizinci faktör %4,802 açıklanma oranına sahip olduğu görülmüştür (Tablo 3.4.).

Güvenirlilik analizi ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etme amacıyla yapılmaktadır (Ural ve Kılıç, 2006: 286). Güvenirlilik analizinde, 0-1 arasında değişen Cronbach's Alpha (α) katsayısı değeri; 0.00-0.40 arasında ise ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40-0.60 arasında ise düşük güvenirlilikte, 0.60-0.80 arasında ise oldukça güvenilir ve 0.80-1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2005: 19). Sonuçlar incelendiğinde, Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Cronbach's alfa 0,899; alt boyut alfa değerleri ise 0,644-0,893 olarak hesaplanmıştır (Tablo 3.4.).

Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Tablo 3.5: Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri (Doğrulayıcı Faktör Analizi) (n=462)

		n	%
Yaş	18-24	78	16,9
	25-29	83	18,0
	30-34	82	17,7
	35-49	219	47,4
Medeni durum	Evli	305	66,0
	Bekar	157	34,0
Eğitim durumu	Okuma yazma bilen	1	0,2
	İlkokul	20	4,3
	Ortaokul	21	4,5
	Lise	97	21,0
	Üniversite ve üzeri	323	69,9
Çalışma durumu	Çalışmıyor	202	43,7
	Çalışıyor	260	56,3
Gelir durumu	Gelir giderden az	117	25,3
	Gelir giderine eşit	264	57,1
	Gelir giderden fazla	81	17,5
Aile yapısı	Çekirdek aile	410	88,7
	Geniş aile	52	11,3
Gebelik sayısı	Hiç gebe kalmamış	170	36,8
	1,00	68	14,7
	2,00	118	25,5
	3,00	77	16,7
	4,00	29	6,3
Doğum sayısı	Hiç doğum yapmamış	176	38,1
	1,00	76	16,5
	2,00	147	31,8
	3,00	55	11,9
	4,00	8	1,7
Doğum şekli (Sadece doğum yapanların)	Normal doğum	126	42,1
	Sezaryan doğum	150	50,2
	Normal ve sezaryen doğum	23	7,7
Düşük sayısı	Hiç düşük yapmamış	388	84,0
	1,00	57	12,3
	2,00	10	2,2
	3,00	5	1,1
	4,00	2	0,4
İsteyerek küretaj sayısı	Hiç küretaj olmamış	432	93,5
	1,00	26	5,6
	2,00	1	0,2
	3,00	1	0,2
	4	2	0,4

Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin dağılım Tablo 5'te verilmiştir. Sonuçlara göre, kişilerin %47,4'ü 35-49 yaş aralığında, %17,7'si 30-34 yaş aralığında, %18'i 25-29 yaş aralığında, %16,9'u 18-24 yaş aralığındadır. Medeni durumları incelendiğinde ise %66'sı evli ve %69,9'u üniversite ve üstü bir eğitim kurumundan mezundur. Kişilerin %43,7 çalışmadığını belirtirken, %57,1'inin gelirinin giderine eşit olduğu görülmüştür. Aile yapısı incelendiğinde ise %88,7'sinin çekirdek ailesi olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %36,8 hiç gebe kalmadığı ve %38,1'inin hiç doğum yapmadığı görülmüştür. Doğum yapanların doğum şekli incelendiğinde ise %42,1'i normal doğum yaptığı; %50,2'sinin sezaryen doğum yaptığı, %7,7'sinin hem sezaryen hem de normal doğum yaptığı görülmüştür. Katılımcıların %93,5'inin isteyerek küretaj olmadığı tespit edilmiştir.

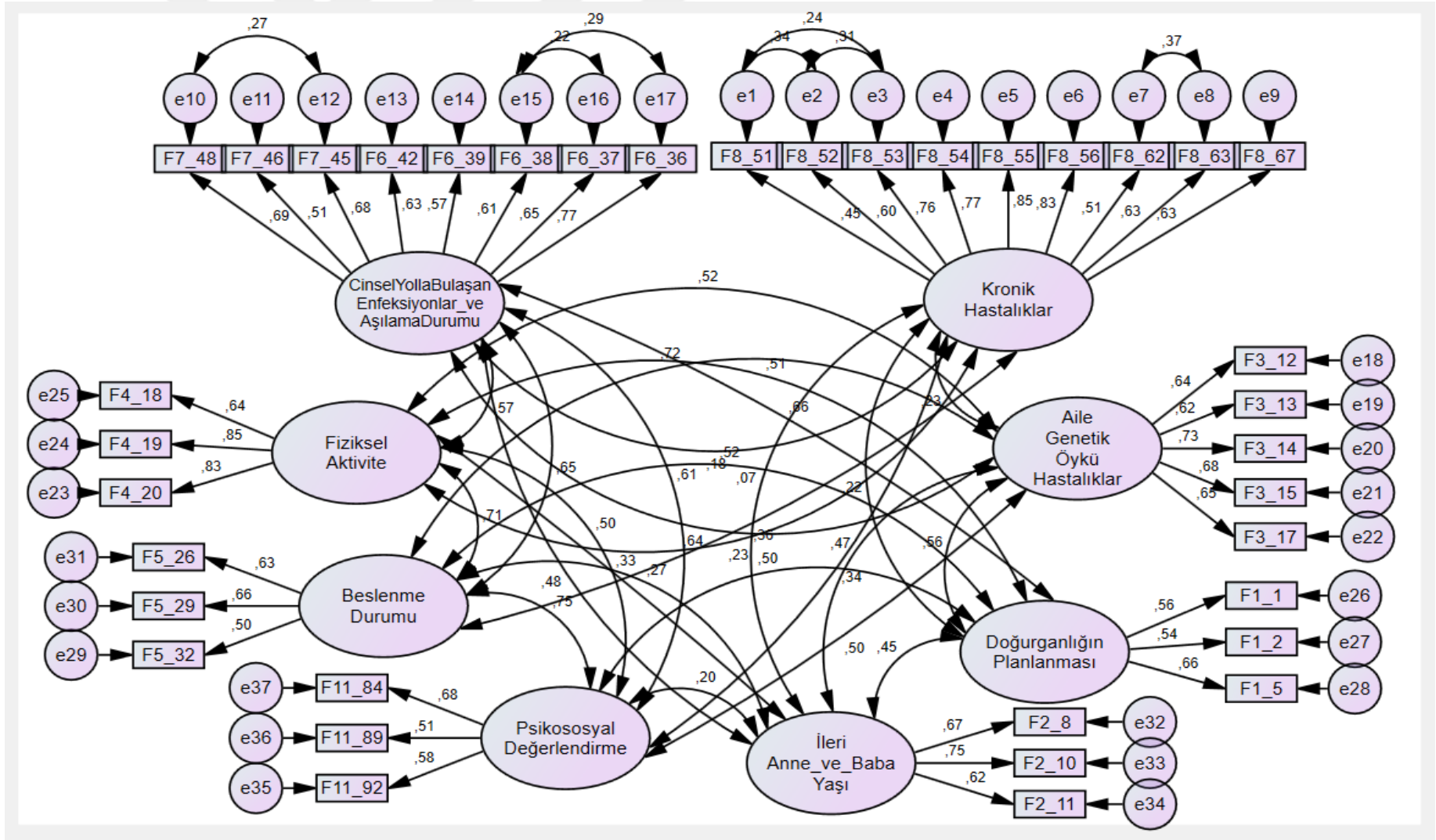
Tablo 3.6: Doğrulamalı Faktör Analizine İlişkin Bulgular (DFA Veri Seti)

İndeks	Mükemmel Uyum	Kabul edilebilir uyum	Modifikasyon Sonrası
χ^2/SD	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 5$	1,743
RMSEA	$0,00 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,040
SRMR	$0,00 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,08$	0,046
CFI	$0,95 \leq CFI$	$0,85 \leq CFI$	0,932
GFI	$0,90 \leq GFI$	$0,85 \leq GFI$	0,895
AGFI	$0,90 \leq AGFI$	$0,85 \leq AGFI$	0,875
IFI	$0,90 \leq IFI \leq 1,00$	$0,80 \leq IFI$	0,933
TLI	$0,90 \leq TLI$	$0,80 \leq TLI$	0,924
NI	$0,90 \leq NFI$	$0,80 \leq NFI$	0,855
Ki-kare/ Degrees of Freedom (χ^2/SD) Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA): Yaklaşık hataların ortalama karekökü Comparative Fit Index (CFI): Karşılaştırmalı Uyum İndeksi NNFI (TLI): Normlaştırılmamış Uyum İndeksi Goodness of Fit Index (GFI): Uyum İyiliği İndeksi Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI): Ayarlanmış Uyum İyiliği İndeksi			

Doğrulamalı Faktör analizine göre ölçeğin yapısal denklem model sonucu (Structural Equation Modeling Results) $p=0,000$ düzeyinde anlamlı olduğu, ölçeği oluşturan 37 madde ve sekiz faktörlü ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Modelde iyileştirme yapılmıştır. İyileştirme yapılırken MI değerleri yüksek olan hatalar arasında kovaryans oluşturulmuştur. Birinci düzey çok faktör analizi sonuçlarına göre ilgili ölçeğin uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; RMSEA 0,040 ile χ^2 (Cmin/df) 1,743 ile mükemmel uyum gösterdiği tespit edilmiştir. Sonuç olarak ölçeğin yapı geçerliliğinin sağlandığı tespit edilmiştir (Tablo 3.6) (Simon ve ark., 2010; Hooper ve ark., 2008).



Şekil 3.4. Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Birinci Düzey Çok Faktörlü Model Doğrulayıcı Faktör Analizi



Tablo 3.7: Doğrulamalı Faktör Analizi Faktör Yükleri (Birinci Düzey) (DFA veri seti)

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

Maddelerin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını t istatistikleri göstermektedir. Buna göre öncelikle CR değerinin tamamının anlamlı olduğu ve tüm maddelerin faktör yük değerinin 0,30 üzerinde olduğu görülmektedir. Faktör yük

değerleri 0,30 üzerinde ise maddelerin yapı için uygun olduğu ve yapının doğrulandığı sonucuna ulaşılabilir (Hair ve ark., 2009; Kartal ve Bardakçı, 2018). Buna tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,452-0,854 arasında olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3.8: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Maddelerine İlişkin Madde Analizi Sonuçları (DFA Veri Seti)

	r*	Madde silindiğinde alfa değeri	t (Alt -Üst %27)**	p değeri (Alt Üst %27)
F1: Doğurganlığın Planlanması				
F1_1	0,430	0,508	14,954	0,000*
F1_2	0,425	0,515	15,351	0,000*
F1_5	0,417	0,527	16,842	0,000*
F2: İleri Anne ve Baba Yaşı				
F2_8	0,544	0,613	24,954	0,000*
F2_10	0,617	0,514	25,324	0,000*
F2_11	0,450	0,718	14,144	0,000*
F3: Aile Genetik Öykü ve Hastalıklar				
F3_12	0,557	0,749	18,776	0,000*
F3_13	0,540	0,761	20,257	0,000*
F3_14	0,648	0,723	20,686	0,000*
F3_15	0,557	0,753	17,197	0,000*
F3_17	0,564	0,748	18,371	0,000*
F4: Fiziksel Aktivite				
F4_18	0,582	0,824	19,929	0,000*
F4_19	0,746	0,655	22,770	0,000*
F4_20	0,659	0,737	20,725	0,000*
F5: Beslenme Durumu				
F5_26	0,437	0,527	16,339	0,000*
F5_29	0,454	0,502	21,804	0,000*
F5_32	0,417	0,554	18,768	0,000*

Tablo 3.8 (Devam): Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Maddelerine İlişkin Madde Analizi Sonuçları (DFA Veri Seti)

F6: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve Aşılama Durumu				
F6_36	0,718	0,819	19,145	0,000*
F6_37	0,602	0,833	18,286	0,000*
F6_38	0,602	0,833	16,273	0,000*
F6_39	0,503	0,844	13,128	0,000*
F6_42	0,579	0,835	14,729	0,000*
F7_45	0,644	0,827	18,226	0,000*
F7_46	0,461	0,849	14,272	0,000*
F7_48	0,638	0,829	14,112	0,000*
F7: Kronik Hastalıklar				
F8_51	0,498	0,889	12,416	0,000*
F8_52	0,623	0,878	15,617	0,000*
F8_53	0,733	0,869	22,699	0,000*
F8_54	0,721	0,870	17,727	0,000*
F8_55	0,744	0,869	17,133	0,000*
F8_56	0,742	0,868	19,140	0,000*
F8_62	0,546	0,885	13,188	0,000*
F8_63	0,629	0,878	17,210	0,000*
F8_67	0,584	0,881	14,312	
F8: Psikososyal Değerlendirme				
F11_84	0,452	0,455	16,270	0,000*
F11_89	0,387	0,565	15,576	0,000*
F11_92	0,422	0,507	16,143	0,000*

$n = 462$, ** $n1 = n2 = 125$; $r = \text{Madde Toplam Puan Korelasyonu}$ * $p < 0,05$ için anlamlı değerler.

Tablo 3.8’de bütün maddelerin ayırt edicilik güçlerini gösteren bağımsız grup t-testi sonuçları ve madde toplam korelasyon yer almaktadır. Madde- toplam test korelasyonunun yeterli olabilmesi için gerekli minimum değer 0,30 olarak belirtilmektedir. Madde korelasyonlarını incelediğimiz ölçek maddelerinden 0,30’un altında kalan maddelerin analize dahil edilmemesi gerekmektedir. Katılımcıların ölçek sorularına verdikleri cevapların madde-toplam test korelasyon değerleri incelenmiş ve 0,30’un altında kalan maddeler olmadığı tespit edilmiştir. Tüm maddelerin madde-toplam test korelasyon değerleri 0,387 ile 0,746 arasında değişkenlik göstermektedir. Madde-toplam test korelasyonu tablosunda görüldüğü üzere tüm maddelerin birbiri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir Ölçekte yer alan maddelerin ayırt ediciliklerinin belirlenmesi amacıyla ölçekten elde edilen ham puanlar büyükten küçüğe doğru sıralanmış, alt %27 ve üst %27’de yer alan grupların puan ortalamaları bağımsız grup t-testi ile karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonucunda alt ve üst grup madde puanlarının ortalamaları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Buradan hareketle ölçeğin, istenen niteliği ölçmesi bağlamında ayırt edici olduğu söylenebilir.

Tablo 3.9: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Güvenirlik Analizi

Ölçek ve alt boyutları	Cronbach Alfa
Doğurganlığın Planlanması	0,616
İleri Anne ve Baba Yaşı	0,714
Aile Genetik Öykü ve Hastalıklar	0,787
Fiziksel Aktivite	0,809
Beslenme Durumu	0,627
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve Aşılama Durumu	0,852
Kronik Hastalıklar	0,889
Psikososyal Değerlendirme	0,607
Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği	0,900

Güvenirlik analizi ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etme amacıyla yapılmaktadır (Ural ve Kılıç, 2006: 286). Güvenirlik analizinde, 0-1 arasında değişen Cronbach's Alpha (α) katsayısı değeri; 0.00-0.40 arasında ise ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40 -0.60 arasında ise düşük güvenirlikte, 0.60-0.80 arasında ise oldukça güvenilir ve 0.80-1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2005: 19). Sonuçlar incelendiğinde, Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeğinin Cronbach's alfa 0,900; alt boyutlar için alfa değeri için 0,616 ile 0,889 arasında hesaplanmıştır. Sonuçlar ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir (Tablo 3.9) (Tavşancıl, 2005).

Tablo 3.10: Yarıya Bölme Metodu (DFA Veri Seti)

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

Yarıya bölme yani ikiye bölme metodu testin iki yarı parçaya bölünüp bir puan elde edilebildiği durumlarda kullanılan bir yöntemdir. Yöntem eğer ilgili ölçüm aracı güvenilir ise örneklemin her iki yarısından aldığı puanların benzer olmasına dayanmaktadır. Sonuçlara göre iki yarı arasındaki korelasyon katsayısı 0,880; Spearman Brown katsayısı 0,936; Guttman katsayısı 0,936 olarak hesaplanmış ve aracın güvenilir olduğu görülmüştür (Tablo 3.10).

Tablo 3.11: Test Tekrar Test Sonuçları (n=30)

		Ort	SS	r	p
Doğurganlığın Planlanması	1.ölçüm	13,33	1,54	0,451	0,012
	2.ölçüm	13,47	1,36		
İleri Anne ve Baba Yaşı	1.ölçüm	11,33	2,12	0,758	0,000
	2.ölçüm	11,97	1,83		
Aile Genetik Öykü ve Hastalıklar	1.ölçüm	22,57	2,39	0,570	0,001
	2.ölçüm	22,23	2,25		
Fiziksel Aktivite	1.ölçüm	13,00	1,72	0,514	0,004
	2.ölçüm	12,97	1,52		
Beslenme Durumu	1.ölçüm	14,00	0,91	0,534	0,002
	2.ölçüm	13,47	1,14		
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve Aşılama Durumu	1.ölçüm	33,80	3,14	0,523	0,003
	2.ölçüm	33,37	3,21		
Kronik Hastalıklar	1.ölçüm	18,77	5,56	0,841	0,000
	2.ölçüm	15,70	4,71		
Psikososyal Değerlendirme	1.ölçüm	13,90	1,35	0,667	0,000
	2.ölçüm	13,80	1,24		
Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği	1.ölçüm	140,70	7,09	0,722	0,000
	2.ölçüm	139,13	7,09		

Test tekrar test yöntemi ölçüm aracının kararlılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesine imkân veren bir yöntemdir. Genel olarak uygulamada iki ölçüm arasındaki ilişkinin 0,70 üstü olması istenir. İlgili ölçüm aracı için birinci ve ikinci uygulamada ölçek geneli ortalamaları arasındaki ilişki 0,722 olarak hesaplanmıştır.

3.7. Verilerin Toplanması ve Uygulama

Araştırmanın Birinci Aşaması

Araştırmanın birinci aşamasında veriler Mayıs 2021- Aralık 2022 tarihleri arasında Sivas İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı İbn-i Sina Toplum Sağlığı Merkezi evlilik öncesi danışmanlık birimi ve Aydoğan Aile Sağlığı Merkezi, 4 Eylül Aile Sağlığı Merkezi, Çayyurt Aile Sağlığı Merkezi, Gökmedrese Aile Sağlığı Merkezi, Şeyhşamil Aile Sağlığı Merkezi, Emek Aile Sağlığı Merkezi ve Çarşıbaşı Aile Sağlığı Merkezine başvuruda bulunan doğurganlık çağında olan kadınlara ulaşılarak; araştırmacı tarafından oluşturulan google anket formlarının “Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Deneme

Formu (Ek-2) , Ölçek Grubu Bilgilendirilmiş Olur Formu-I (Ek-6)” mobil iletişim aracı kullanılarak online toplanmıştır. Belirlenen araştırma yerlerinde tabakalı örnekleme yöntemi ile hesaplanan örneklem sayısına ulaşıncaya kadar hafta içi beş gün 08:00-16:00 saatleri arasında ulaşılarak veriler elde edilmiştir. Formların uygulanması ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Ölçeğin test tekrar test güvenirliğini ölçmek için çalışmaya katılmayı kabul eden 31 kadına ilk aşamada rumuz verilmiştir. Rumuz verilen kadınlara ilk uygulamadan 3-4 hafta sonra ikinci kez ulaşılarak “Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Ölçeği Deneme Formunu (Ek 2)” aynı yöntem ile doldurması istenerek veriler toplanmıştır.

Araştırmanın İkinci Aşaması

Araştırma verileri Mayıs 2023 – Temmuz 2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Ayrıca araştırmanın ikinci aşamasına ait web sitesi ve içeriklerinin oluşturulması, uzman görüşlerinin alınması kontrollerinin yapılması ve ön uygulama süreci Ekim 2022-Nisan 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmada doğurganlık çağında olan kadınlara iki hafta eğitim süreci ve izlemi sonrasında sekiz hafta olmak üzere toplam 10 hafta boyunca PD ve bakım hizmeti sağlanmıştır. Araştırmaya başlamadan önce araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan deney ve kontrol grubundaki kadınlar Sivas İl Sağlık Müdürlüğü’ne davet edilerek yüz yüze görüşülmüş; araştırmanın amacı, süreci, web sayfası hakkında bilgi, Web Ebe Destek Sitesinin Kullanıcı Paneli Tanıtımı ve siteyi nasıl kullanacakları, web sitesi üzerindeki veri toplama formlarını nasıl dolduracakları hakkında ayrıntılı ve uygulamalı bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmak isteyen kadınların iletişim bilgileri (adı, soyadı, telefon numarası ve varsa e-posta adresi) alınmıştır. Web sayfasına girebilmeleri için kadınların her birine hangi gruba aitler ise ona uygun “deney ya da kontrol rol kullanıcı adı ve şifresi verilmiş ve bu bilgiyi kaydetmeleri istenmiştir. Araştırmanın Consort akış diyagramı Şekil 3.3’de verilmiştir.

Deney Grubu;

- Kadınlara formlar hakkında bilgi verilip ön test ile ilgili formları (Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği (PDRFÖ) (Ek-3), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (Ek-4) ve Deney Grubu Bilgilendirilmiş Olur Formu-II (Ek-7) web sitesi üzerinden siteye ilk girdikleri zaman doldurmaları sağlanmıştır.

- Kadınlara 2 hafta eğitim süreci ve izlemi yapılmış; eğitim sırası ve sonrasında ki 8 hafta olmak üzere toplam 10 hafta boyunca PD ve bakım hizmeti sağlanmıştır.
- Web sitesi üzerinden 7/24 ulaşabilecekleri iletişim butonu aracılığı ile mobil iletişime bağlanarak PD ve bakım hizmeti kapsamında her türlü sorular cevaplanmış ve gerekli durumlara yönelik uzmanlara yönlendirmeler yapılmıştır.
- Kadınların risk farkındalığı gelişimi ve davranış değişikliğinin WTE müdahalesi sonrası ne düzeyde olduğunu belirlemek için eğitim süresi bittikten 8 hafta sonra son test ile ilgili formları (Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği (PDRFÖ) (Ek-3), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (Ek-4) web sitesi üzerinden tekrar doldurmaları sağlanmıştır.

Kontrol Grubu;

- Kadınlara formlar hakkında bilgi verilip ön test ile ilgili formları (Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği (PDRFÖ) (Ek 3), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (Ek 4) ve Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Olur Formu-II (Ek-8) web sitesi üzerinden siteye ilk girdikleri zaman doldurmaları sağlanmıştır.
- Kontrol grubuyla 8 hafta boyunca (web sitesine erişim probleminin giderilmesi hariç) herhangi bir iletişime geçilmemiştir. Deney grubu ile aynı zamanlarda (2. ve 10. Hafta) iletişime geçilerek ön test formlarını tamamlamaları ve son test ile ilgili yeniden atanan formları (Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği (PDRFÖ) (Ek-3), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (Ek-4) web sitesi üzerinden tekrar doldurmaları sağlanmıştır.
- Son test ile ilgili formlar doldurulduktan sonra kadınların eğitim videolarına erişimi sağlanmıştır.

3.8. Web Tabanının Geliştirilme Aşamaları

Web Tabanlı Eğitim İçeriğinin Oluşturulması

Literatürde PD ve bakım verirken kanıta dayalı bir yönetim ile doğurganlığın planlanması; ileri anne ve baba yaşı, aile öyküsü, genetik öyküsü ve hastalıklar; fiziksel aktivite, beden kitle indeksi, beslenme, aşılama ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar; kronik hastalıklar, ilaçlar; zararlı alışkanlıklar ve maruziyet, psikososyal alt boyutları ile kadınların bütüncül değerlendirilmesi ve risk farkındalığının oluşturulması gerektiği

bildirilmiştir. Bu kapsamda literatür doğrultusunda kanıt temelli yaklaşımlar ve ACOG, DSÖ, RCOG , CDC , ICM gibi saygın kuruluşlara ait hastalara yönelik güncel yönetime ilişkin tavsiyeleri referans alınarak; Web Tabanlı Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Programı ve web sitesinin içeriği araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (De Weerd ve ark., 2002; Başgöl ve Oskay, 2012; World Health Organization, 2013a, Farahı ve Zolotor, 2013; Farahı ve Zolotor, 2014; Yılmaz ve Çöl, 2014; Sağlık Bakanlığı, 2014; CDC, 2021; Özkan Arslan ve Bilgin, 2019; Gantt ve ark., 2022, ICM, 2022; Royal College of Obstetricians&Gynaecologists, 2022; ACOG, 2023). Aynı zamanda modül başlıklarına yönelik eğitim içeriğinin oluşturulmasında alanında uzman kişilerin görüşleri de alınmıştır. Web sitesinin eğitim içeriği, planı ve öğrenim hedeflerini içeren modül eğitim programı web sitesi iş akış tablosu Tablo 3.12’de gösterilmiştir. Eğitim videoları literatürle uyumlu olacak şekilde 6-16 dakika arasında hazırlanmıştır (Canbay Çitil, 2020). Web sitesine yüklenmesi için oluşturulan videolar profesyonel bir stüdyo ortamında, profesyonel ekipmanlar (stüdyo kamerası; stüdyo ışığı, yaka mikrofonu, prompter) ile vMix programı kullanılarak her bir video ortalama en az 6 dakika ve en fazla 16 dakika olacak şekilde eğitim içeriği alt bölümlerine göre ayrılarak çekimleri yapılmış ve kayıt altına alınmıştır. Kayıt altına alınan bu içeriklerin yazılı ifadeler, animasyon, karakter ve görsel öğeler ile zenginleştirilmesi, videoların çözünürlüğünün; montajının ya da efektlerinin düzenlenmesinde profesyonel bir video editör desteği alınmıştır. Modül videolarının her birinde sunumun amacı ve hedefleri doğrultusunda ana mesajlar verilmesi temel alınmıştır. Bu kapsamda ppt sunumları en fazla 35 slayt en az 16 slayt olarak hazırlanmış olup; iletmek istediğimiz mesajlarla ilgili olan öğrenmeyi kolaylaştırıcı sunum görsellerini içermiştir. Sunumların uzunluğu konunun içerik yoğunluğuna göre değişkenlik göstermiştir. Sunum videoları katılımcıların dikkat dağınıklığı yaşamaması, sunum esnasında sıkılmaması ve ilgisini canlı tutacak şekilde olabildiğince kısa tutularak kurgusu yapılmıştır. Dinleyici ile göz teması kuruyormuş gibi bir his vermesi adına sunumu anlatırken kameraya odaklanılmıştır ve pozisyon açık iletişime uygun olacak şekilde düzenlenmiştir. Bu kısımda esas alınan nokta dinleyicinin kritik olan, hayatını, algısını, farkındalığını ve davranışlarını değiştirebileceği bilgilere erişmesi boyutu gözetilmiş olmasıdır. Sunum kayıt öncesinde tekrarlı olarak sunum provaları yapılmış, sunum alanı, stüdyo ışığı ses düzeni kontrolleri sağlanmıştır. Sunum esnasında dinleyicinin dikkatini dağıtabilecek herhangi bir aksesuar kullanılmamıştır. Dinamik ve dikkat toplayıcı bir renk olması, enerjik, sıcak ve samimi bir his vermesi nedeniyle

turuncu kıyafet seçilmiştir. Ayrıca araştırmacı video çekimleri öncesinde Türkçeyi iyi kullanmak, doğru nefes almak, sesi etkili kullanmak, vurgu, tonlama ve duraklara dikkat etmek adına Millî Eğitim Bakanlığı tarafından verilen 40 saatlik Diksiyon Programı eğitimine katılmıştır (Ek-9). Aynı zamanda araştırmacının Sağlık bakanlığı tarafından verilen “Üreme ve Cinsel sağlık Modüler Eğitimi” (Ek-10) sertifikası ve “Üreme Sağlığı Eğitim Becerileri Eğitimi” (Ek-11) sertifikası ve “Ölçek Geliştirme ve Yapısal Eşitlik Modellemesi Eğitimi” (Ek-12) katılım sertifikası bulunmaktadır.



Tablo 3.12: Web Sitesinin Eğitim İçeriği, Planı ve Öğrenim Hedeflerini İçeren Modül Eğitim Programı, Web Sitesi İş Akış Tablosu

Web Tabanlı Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Eğitim Programı		
Modül Eğitimleri – Eğitim Video Süresi	Modül Eğitimlerinin İçeriği	Eğitimin Amaç ve Hedefleri
MODÜL 1: DOĞURGANLIĞIN PLANLANMASI EĞİTİM VIDEO SÜRESİ: 15 dakika 41 saniye 1. HAFTA	▪ Prekonsepsiyonel (Gebelik Öncesi) Bakım ve Danışmanlık ▪ Menstrual Siklus (Adet Döngüsü) ▪ Doğurganlık Farkındalığı ▪ Doğurganlık Farkındalığına Yönelik Aile Planması Yöntemleri ▪ Doğurganlığın Düzenlenmesinde Doğum Kontrol Yöntemleri ▪ Doğurganlığın Planlanması ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular (35 soru ve cevabından oluşan pdf dökümanı) ▪ Eğitim sunumu (35 slaytlık ppt sunumu) ▪ Kaynaklar (Ek-13)	Amaç: Doğurganlık bilincinin ve risk farkındalığının geliştirilmesini sağlamak. Hedefler: Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın önemini açıklayabilmeli, Düzenli olarak adet dönemi takvimini tutabilmeli, Doğurganlık farkındalığına yönelik aile planlaması yöntemlerini sayabilmeli, Doğum kontrol yöntemlerinden kendisine uygun olan bir yöntemi seçebilmeli, Doğurganlık dönemine ait risk farkındalığını oluşturabilmeli.
MODÜL 2: İLERİ ANNE VE BABA YAŞI EĞİTİM VIDEO SÜRESİ: 6 dakika 25 saniye 1. HAFTA	▪ İleri Anne Yaşı: Nedir, Neden Önemlidir? ▪ İleri Anne Yaşı ile ilgili Risk Faktörleri ▪ İleri Baba Yaşı: Nedir, Neden Önemlidir? ▪ İleri Baba Yaşı ile ilgili Risk Faktörleri ▪ İleri Anne ve Baba Yaşı ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular (20 soru ve cevabından oluşan pdf dökümanı) ▪ Eğitim sunumu (16 slaytlık ppt sunumu) ▪ Kaynaklar (EK-14)	Amaç: İleri anne ve baba yaşına yönelik risk farkındalığının geliştirilmesini sağlamak. Hedefler: İleri anne yaşının neden önemli olduğunu açıklayabilmeli, İleri baba yaşının neden önemli olduğunu açıklayabilmeli, İleri anne yaşındaki risk faktörlerini sayabilmeli, İleri baba yaşındaki risk faktörlerini sayabilmeli, İleri anne baba yaşına ait risk farkındalığını oluşturabilmeli.

Tablo 3.12 (Devam): Web Sitesinin Eğitim İçeriği, Planı ve Öğrenim Hedeflerini İçeren Modül Eğitim Programı, Web Sitesi İş Akış Tablosu

Web Tabanlı Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Eğitim Programı		
Modül Eğitimleri – Eğitim Video Süresi	Modül Eğitimlerinin İçeriği	Eğitimin Amaç ve Hedefleri
MODÜL 3: AİLE, GENETİK ÖYKÜ VE HASTALIKLAR EĞİTİM VIDEO SÜRESİ: 8 dakika 24 saniye 1. HAFTA	▪ Aile ve Genetik Öykü: Nedir, Neden Önemlidir? ▪ Doğum Öncesinde Yapılan Genetik Testler ▪ Genetik Hastalıklar: Nelerdir, Neden Önemlidir? ▪ Aile, Genetik Öykü ve Hastalıklar ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular (34 soru ve cevabından oluşan pdf dökümanı) ▪ Eğitim sunumu (20 slaytlık ppt sunumu) ▪ Kaynaklar (Ek-15)	Amaç: Aile, Genetik Öykü ve Hastalıklara yönelik risk farkındalığının geliştirilmesini sağlamak. Hedefler: Aile ve Genetik öykünün neden önemli olduğunu açıklayabilmeli, Gebelik öncesinde yapılan genetik testleri sayabilmeli, Gebelik öncesinde yapılan genetik testlerin önemini açıklayabilmeli, Genetik hastalıkları ve risk faktörlerini açıklayabilmeli, Aile, Genetik Öykü ve Hastalıklara ait risk farkındalığını oluşturabilmeli.
MODÜL 4: FİZİKSEL AKTİVİTE, BEDEN KİTLE İNDEKSİ EĞİTİM VIDEO SÜRESİ: 8 dakika 28 saniye 1. HAFTA	▪ Fiziksel Aktivite, Beden Kitle İndeksi: Nedir, Neden Önemlidir? ▪ Fiziksel Aktivite Çeşitleri ▪ Fiziksel Aktivitenin Faydaları ▪ Fiziksel Aktivitenin Süresi ve Sıklığı ▪ Fiziksel Aktiviteye Başlama Yöntemleri ▪ Fiziksel Aktivite ve Beden Kitle İndeksinde Risk Faktörleri ▪ Fiziksel Aktivite ve Beden Kitle İndeksi ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular (14 soru ve cevabından oluşan pdf dökümanı) ▪ Eğitim sunumu (16 slaytlık ppt sunumu) ▪ Kaynaklar (Ek-16)	Amaç: Fiziksel aktivite ve beden kitle indeksine yönelik risk farkındalığının geliştirilmesini sağlamak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmek. Hedefler: Fiziksel aktivite, beden kitle indeksinin neden önemli olduğunu açıklayabilmeli, Fiziksel aktivite çeşitlerini sayabilmeli, Fiziksel aktivitenin önemini açıklayabilmeli, Fiziksel aktivite, beden kitle indeksinde risk faktörlerini açıklayabilmeli, Fiziksel aktivite, beden kitle indeksine ait risk farkındalığını oluşturabilmeli.

Tablo 3.12 (Devam): Web Sitesinin Eğitim İçeriği, Planı ve Öğrenim Hedeflerini İçeren Modül Eğitim Programı, Web Sitesi İş Akış Tablosu

Web Tabanlı Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Eğitim Programı		
Modül Eğitimleri – Eğitim Video Süresi	Modül Eğitimlerinin İçeriği	Eğitimin Amaç ve Hedefleri
MODÜL 5: BESLENME EĞİTİM VIDEO SÜRESİ: 10 dakika 11 saniye 1. HAFTA	▪ Beslenme: Nedir, Neden Önemlidir? ▪ Besin Öğeleri ve Besin Grupları ▪ Yeterli ve Dengeli Beslenmenin Faydaları ▪ Yetersiz ve Dengesiz Beslenmenin Sağlık Üzerine Etkileri ▪ Beslenmeye Bağlı Yetersizlik ve Kronik Hastalıklar ▪ Beslenme Önerileri ▪ Beslenme Durumu ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular (32 soru ve cevabından oluşan pdf dökümanı) ▪ Eğitim sunumu (21 slaytlık ppt sunumu) ▪ Kaynaklar (Ek- 17)	Amaç: Beslenme durumuna yönelik risk farkındalığının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışınızın geliştirilmesini sağlamak. Hedefler: Yeterli ve dengeli beslenmenin neden önemli olduğunu açıklayabilmeli, Besin öğelerini ve besin guruplarını sayabilmeli, Yeterli ve dengeli beslenmenin faydalarını açıklayabilmeli, Yetersiz ve dengesiz beslenmenin sağlık üzerindeki risk faktörlerini açıklayabilmeli, Beslenme durumuna yönelik risk farkındalığını oluşturabilmeli.
MODÜL 6: AŞILAR ve CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR EĞİTİM VIDEO SÜRESİ: 9 dakika 45 saniye 2. HAFTA	▪ Aşı ve Bağışıklama: Nedir, Neden Önemlidir? ▪ Bağışıklama ve Aşılama Durumunun Değerlendirilmesi ▪ Gebelik Öncesi Dönemde Yapılması Gereken Aşılar ▪ Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar: Nedir, Neden Önemlidir? ▪ Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Nelerdir? ▪ Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlarda Risk Faktörleri ▪ Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlardan Korunma Yöntemleri ▪ Aşılar ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular (14 soru ve cevabından oluşan pdf dökümanı) ▪ Eğitim sunumu (18 slaytlık ppt sunumu) ▪ Kaynaklar (Ek-18)	Amaç: Aşılar ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yönelik risk farkındalığının geliştirilmesini sağlamak. Hedefler: Aşı ve bağışıklama durumunun neden önemli olduğunu açıklayabilmeli, Gebelik öncesi dönemde yaptırmayı gereken aşıları sayabilmeli, Cinsel yolla bulaşan hastalıklar neden önemli olduğunu açıklayabilmeli, Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları sayabilmeli, Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma yöntemlerini açıklayabilmeli, Aşılama durumu ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yönelik risk farkındalığını oluşturabilmeli.

Tablo 3.12 (Devam): Web Sitesinin Eğitim İçeriği, Planı ve Öğrenim Hedeflerini İçeren Modül Eğitim Programı, Web Sitesi İş Akış Tablosu

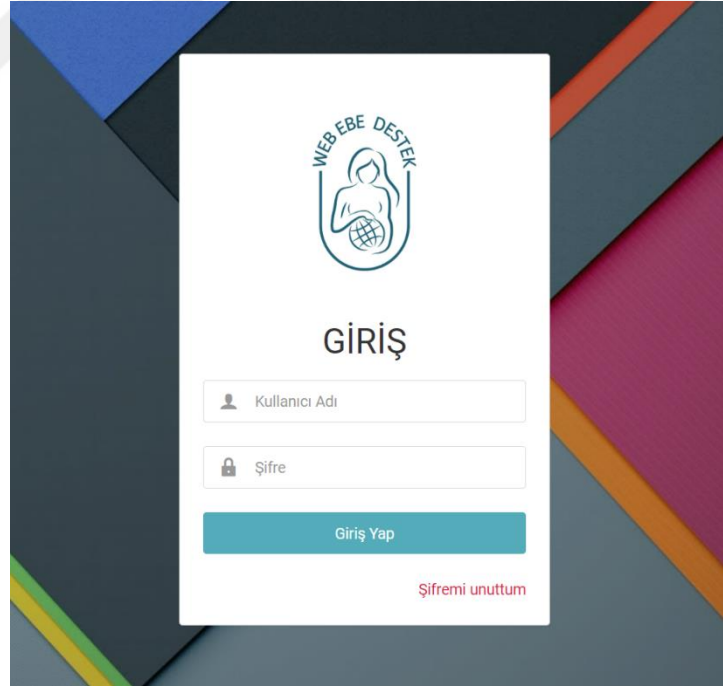
Web Tabanlı Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Eğitim Programı		
Modül Eğitimleri – Eğitim Video Süresi	Modül Eğitimlerinin İçeriği	Eğitimin Amaç ve Hedefleri
MODÜL 7: KRONİK HASTALIKLAR EĞİTİM VIDEO SÜRESİ: 10 dakika 09 saniye 2. HAFTA	- Kronik Hastalıklar: Nedir, Neden Önemlidir? - Kronik Hastalıklar Nelerdir? - Kronik Hastalıklarda Risk Faktörleri - Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Geliştirilmesi - Kronik Hastalıklar ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular (29 soru ve cevabından oluşan pdf dökümanı) - Eğitim sunumu (18 slaytlık ppt sunumu) - Kaynaklar (Ek-19)	Amaç: Kronik Hastalıklara yönelik risk farkındalığının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışının geliştirilmesini sağlamak. Hedefler: Kronik hastalıkların neden önemli olduğunu açıklayabilmeli, Başlıca kronik hastalıkları sayabilmeli, Kronik hastalıkların risk faktörlerini açıklayabilmeli, Kronik hastalıkların nasıl önlenileceğini açıklayabilmeli, Kronik hastalıklara yönelik risk farkındalığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı oluşturabilmeli.
MODÜL 8: PSİKOSOSYAL DEĞERLENDİRME EĞİTİM VIDEO SÜRESİ: 6 dakika 23 saniye 2. HAFTA	- Psikososyal Değerlendirme: Nedir, Neden Önemlidir? - Ruh Sağlığı Genel Sağlığınızı Nasıl Etkiler? - Ruh Sağlığı Bozuklukları ve Risk Faktörleri - Psikososyal Sağlığı Koruma Yöntemleri - Psikososyal Değerlendirme ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular (17 soru ve cevabından oluşan pdf dökümanı) - Eğitim sunumu (21 slaytlık ppt sunumu) - Kaynaklar (Ek-20)	Amaç: Psikososyal risk farkındalığının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışının geliştirilmesini sağlamak. Hedefler: Psikososyal sağlığın neden önemli olduğunu açıklayabilmeli, Ruh sağlığının genel sağlığı nasıl etkilediğini açıklayabilmeli, Ruh sağlığı bozuklukları ve risk faktörlerini sayabilmeli, Psikososyal sağlığı koruma yöntemlerini açıklayabilmeli, Psikososyal değerlendirmeye yönelik risk farkındalığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı oluşturabilmeli.

Tablo 3.12 (Devam): Web Sitesinin Eğitim İçeriği, Planı Ve Öğrenim Hedeflerini İçeren Modül Eğitim Programı, Web Sitesi İş Akış Tablosu

Web Tabanlı Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Eğitim Programı		
Modül Eğitimleri – Eğitim Video Süresi	Modül Eğitimlerinin İçeriği	Eğitimin Amaç ve Hedefleri
MODÜL 9: İLAÇLAR, ZARARLI ALIŞKANLIKLAR ve MARUZİYETLER EĞİTİM VIDEO SÜRESİ: 6 dakika 47 saniye 2. HAFTA	▪ Prekonsepsiyonel Dönemde İlaçların Kullanımı ▪ Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetler: Nedir, Neden Önemlidir? ▪ İlaçlar, Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetlerin Sağlık üzerindeki risk faktörleri ▪ İlaçlar, Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetlerin önlenmesine yönelik Öneriler ▪ İlaçlar, Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetler ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular (28 soru ve cevabından oluşan pdf dökümanı) ▪ Eğitim sunumu (18 slaytlık ppt sunumu) ▪ Kaynaklar (Ek-21)	Amaç: İlaçlar, zararlı alışkanlıklar ve maruziyetlere yönelik risk farkındalığının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışınızın geliştirilmesini sağlamak. Hedefler: Reçetesiz ilaç kullanmanın neden zararlı olduğunu açıklayabilmeli, Zararlı alışkanlıklar ve maruziyetleri sayabilmeli, İlaçlar, Zararlı alışkanlıklar ve maruziyetlerin sağlık üzerindeki risk faktörlerini açıklayabilmeli, İlaçlar, Zararlı alışkanlıklar ve maruziyetlere yönelik risk farkındalığını oluşturabilmeli.
TOPLAM MODÜL EĞİTİMİ: 9 Modül TOPLAM EĞİTİM SÜRESİ: 83 dakika 53 saniye		

Web Tabanlı Eğitim Sisteminin Tasarımı ve Geliştirilmesi

Mobil uyumlu Web tabanının geliştirilmesi, sitenin oluşturulması, tasarımı ve hazırlanmasında uzman desteği ve profesyonel bir firmadan teknik destek ve danışmanlık hizmeti alınmıştır. Bu süreçte belirlenen “Web Tabanlı Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Kadınlarda Risk Farkındalığına ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışına Etkisi Yazılımının” satın alınabilmesi için 24.07.2022 tarihinde CÜBAP (Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Proje Ofisi)’a proje sunulmuştur. Yazılım için teklif edilen 35.400 TL bütçeli proje (Proje numarası: SBF-2022-097) 14.10.2022 tarihinde kabul edilmiştir. Yazılım firması ile tez danışmanı, araştırmacı ve firma yetkililerinden oluşan WhatsApp grubu kurulmuş, Google Meet üzerinden toplantılar gerçekleştirilmiştir. Web tasarımının geliştirilmesi, logo ve isim çalışmaları için bu platformlar üzerinden haberleşme sağlanmıştır. Yazılım firmasından bir yıllık adlı domain ve hosting hizmeti satın alınmış ve web sayfası bu sistem üzerinden giriş sağlanan “Web Ebe Destek” isim ve logosu ile oluşturulmuştur (Şekil 3.5).



Şekil 3.5. Web Ebe Destek Kullanıcı Giriş Ekranı

Web tabanının geliştirilmesi için ulusal ve uluslararası düzeyde hizmet sağlayan siteler incelenmiştir. Yazılım firmasına istenilen web sitesi hakkında senaryo oluşturulmuş ve web tabanının kapsam ve genel hatları belirlenmiştir. Geliştirilen web

tabanı üzerinde her bir aşamasının kullanım durumu test edilerek; yazılım firması ile yapılan toplantılar sonrasında gerekli iyileştirmeler, eklemeler ya da çıkarmalar yapılmıştır. Yazılımdan kaynaklı hata ve benzeri durumlarda firma 24 saat içinde dönüş sağlamıştır. Yazılımların kurulu olduğu sistemlerin çökmesine karşı veritabanı ve dosya yedekleri tutulmuştur. Sistemin üzerine kurulacağı sunucular ile birlikte en 10.000 kişiyi ve aynı anda 1000 kişiyi destekleyecek şekilde oluşturulmuştur.

Web tabanının geliştirilmesinde teknik şartname kapsamında ve yazılım firmasından alınan bilgiye göre aşağıda yer alan teknik çalışmalar yapılmıştır. Bunlar:

- Web sistemi Web sistemi .Net Core teknolojiyle geliştirilmiştir.
- JavaScript uygulamaları, JQuery uygulamaları ve arayüz sayfalarında VueJs teknolojisi üçüncü parti olarak sayfalarda bulunmuştur.
- VueJs, .Net Core Razor View’leri ile yardımcı JavaScript çözümleri ile arayüzler hazırlanıp servislerle entegrasyonları tanımlanmıştır.
- Veritabanı olarak PostgreSQL kullanılmıştır
- Veritabanında kullanıcı formları, eğitim içerikleri, rol yetkilendirmeleri gibi işlemler için toplam 13 tablo oluşturulmuştur.
- Her tablo için C# Entity Class dosyaları yazılmış ve ilişkiler tanımlanmıştır.
- Uygulama kullanılırken kullanıcılar tarafından girilen verilerin hasta ve admin ebe haricinde üçüncü kişiler tarafından kullanılması, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) uyarınca yasaktır. Ancak bazı istisnai durumlarda, belirli şartlarda bu bilgilerin gözetim altında veri olarak işlenebilmesi mümkün olacak şekilde mevcut veriler şifreli olarak tutulmuştur.
- Sistem toplamda 7 modülden oluşmaktadır. Bunlar: “Rol Yönetimi; Kullanıcı Yönetimi, Eğitim Yönetimi; Form Yönetimi, Kullanıcı Eğitim Ekranı; İletişim Numarası Yönetimi, Modül Yönetimi” dir (Şekil 3.5).

Web sitesine hazırlanan video eğitim içeriklerinin, yüklenebilmesi ve izlenebilmesi için YouTube platformu kullanılmıştır. “Web Ebe Destek” YouTube kanalı açılmıştır. Video editörü tarafından düzenlenen videolar araştırmacı tarafından önce bu platforma yüklenmiş; videoların bu platformda herkese görünürlüğü gizlenmiştir. Daha sonra videoların Id’si alınarak web sitesi üzerine eğitim oluşturma ekranından tüm videoların eklemeleri yapılmıştır (Şekil. 3.6). Bu yöntem görüntü kalitesinin en yüksek

düzeyde verilebilmesi için seçilmiştir. Web sitesinin ve video içeriklerinin oluşturulması, deneme kontrollerinin sağlanması, belirlenen hataların revize edilmesi ve iyileştirilmesi yaklaşık 7 ay sürmüştür.

Şekil 3.6. Web Ebe Destek Sistem Modülleri ve Eğitim Oluşturma Ekranı

Web sayfasına veri toplama formları kapsamında kullanılan Kişisel Bilgi Formu “Ek 1 durumu”, Prekonsepsiyonel Risk Farkındalık Ölçeği “Ek 2 Eğitimli ve Eğitimsiz Durumu” ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II “Ek 3 Eğitimli ve Eğitimsiz Durumu” şeklinde tanımlanmıştır. Deney ve Kontrol Grubuna ait formlar liste üzerinden takip edilmiştir (Şekil 3.7).

Deney Grubu Listesi

Deney Grubu Ekle

Tüm Kullanıcıların Form Verileri

Deney Grubu Form Verileri

Kontrol Grubu Form Verileri

Anasayfa / Deney Grubu Listesi

Kullanıcı Düzenle

Şifre Değiştir

Tüm Eğitimleri Ata

Kullanıcı Eğitim Detayları

Kullanıcı Form Detayları

Kullanıcıyı Sil ! (Acil olmadıkça kullanılmamasını rica ediyoruz.)

Seçili Kullanıcılara Eğitim Ata

Sayfada10 kayıtgöster

Excel

PDF

Göster/Gizle

Ara:

Id	Ad Soyad	Kullanıcı Adı	Telefon	Ek-1 Durumu	Ek-2 Eğitimli Durumu	Ek-2 Eğitimsiz Durumu	Ek-3 Eğitimli Durumu	Ek-3 Eğitimsiz Durumu
118				Tamamlandı	Tamamlandı	Tamamlandı	Tamamlandı	Tamamlandı
117				Tamamlanmadı	Tamamlanmadı	Tamamlanmadı	Tamamlanmadı	Tamamlanmadı

Şekil 3.7. Deney Grubu Veri Formlarının Takip Listesi

Deney Grubu Listesi

Deney Grubu Ekle Tüm Kullanıcıların Form Verileri Deney Grubu Form Verileri Kontrol Grubu Form Verileri

Anasayfa / Deney Grubu Listesi

Kullanıcı Düzenle Şifre Değiştir Tüm Eğitimleri Ata Kullanıcı Eğitim Detayları Kullanıcı Form Detayları

Kullanıcıyı Sil ! (Acil olmadıkça kullanılmamasını rica ediyoruz.)

Seçili Kullanıcılara Eğitim Ata

Sayfada 10 kayıt göster Excel PDF Göster/Gizle Ara:

Id	Ad Soyad	Kullanıcı Adı	Telefon	Ek-1 Durumu	Ek-2 Eğitilmiş Durumu	Ek-2 Eğitimsiz Durumu	Ek-3 Eğitilmiş Durumu	Ek-3 Eğitimsiz Durumu
118				Tamamlandı	Tamamlandı	Tamamlandı	Tamamlandı	Tamamlandı

İşlemler

WhatsApp

Şekil 3.8. Deney Grubu İşlemler Ekranı

Deney grubuna ait video atama, kullanıcı eğitim detayları, kullanıcı form detayları kullanıcı silme işlemleri; her kullanıcıya ait alt sütunda yer alan işlemler bölümünden yapılmaktadır (Şekil 3. 8).

Deney grubunda kullanıcı eğitim ekranından videoların izlenme durumu takip edilmektedir. Videolarını düzenli izlemeyen kullanıcılara WhatsApp platformu aracılığı ile hatırlatma izlemleri yapılmıştır. Videoların izlenme durumunun takip edildiği kullanıcı eğitim detay ekranı Şekil 3. 9’da gösterilmiştir.

DENEY Adlı Kullanıcının Eğitim Detayı

Anasayfa / DENEY GRUBU 1 Adlı Kullanıcının Eğitim Detayı

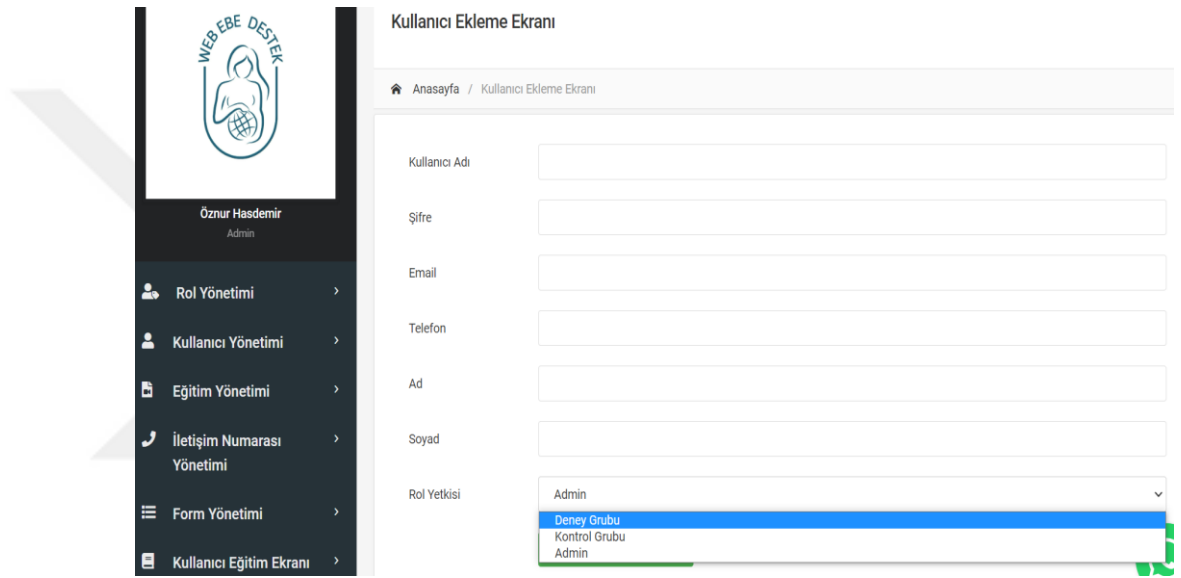
Video Id	Video Başlığı	Başlangıç Tarihi	Tamamlanma Tarihi	İzlendi mi?	Tamamlandı mı?	Kaçıncı Dakikada?
oR05gShu9gU	MODÜL 1 : DOĞURGANLIĞIN PLANLANMASI	01.05.2023	01.05.2023	✓ Evet	✓ Evet	15672 dk 41 saniye
8365WKmmXc	MODÜL 2: İLERİ ANNE VE BABA YAŞI	02.05.2023	02.05.2023	✓ Evet	✓ Evet	6407 dk 21 saniye
tiipnDyfuVE	MODÜL 3: AILE, GENETİK ÖYKÜ VE HASTALIKLAR	03.05.2023	03.05.2023	✓ Evet	✓ Evet	8384 dk 21 saniye
4idhYAbhZko	MODÜL 4: FİZİKSEL AKTİVİTE, BEDEN KİTLE İNDEKSİ	04.05.2023	05.05.2023	✓ Evet	✓ Evet	8463 dk 41 saniye
hERgt1miJkw	MODÜL 5. BESLENME	05.05.2023	07.05.2023	✓ Evet	✓ Evet	10172 dk 41 saniye
MfdSi8MCUMY	MODÜL 6: AŞILAR VE CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR	08.05.2023	09.05.2023	✓ Evet	✓ Evet	9743 dk 41 saniye
oSPVMkav3Lw	MODÜL 7. KRONİK HASTALIKLAR	10.05.2023	11.05.2023	✓ Evet	✓ Evet	10145 dk 1 saniye
9azVT1AT1U0	MODÜL 8. PSİKOSOSYAL DEĞERLENDİRME	11.05.2023	12.05.2023	✓ Evet	✓ Evet	6373 dk 1 saniye
huJwvtQ7OE	MODÜL 9. İLAÇLAR, ZARARLI ALIŞKANLIKLAR VE MARUZİYETLER	13.05.2023	14.05.2023	✓ Evet	✓ Evet	6781 dk 1 saniye
qPXReorUSS0	WEB EBE DESTEK INTRO			✗ Hayır	✗ Hayır	0 dk 1 saniye

WhatsApp

Şekil 3.9. Deney Grubu Eğitim Detayı Takip Ekranı

Kullanıcı Ekleme ekranından Kullanıcı adı, şifre, email, telefon, ad soyad ve rol yetkisi seçilerek kullanıcı adı ve şifresi oluşturulmaktadır (Şekil 3.10). Kadınlar

kendilerine ait bu kullanıcı adı ve şifreyle istedikleri zaman web sitesine girmişlerdir. Böylece örnekleme dâhil olmayan ya da araştırma dışında kalanların uygulamaya girmesini engelleyecek bir sistem oluşturulmuş ve web sayfasının araştırmaya özgü kullanımı sağlanmıştır. Ayrıca Web tabanının yazılım denemesi, anlaşılabilirliği, var olan sorunlarını gidermek amacıyla projeye alınma kriterlerine uygun 10 deney 10 kontrol grubu kadın ile pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sonrasında kadınlar sitenin anlaşılır ve kullanımının kolay olduğunu ifade etmişlerdir. Bu grup örneklem dışında bırakılmıştır.



Şekil 3.10. Rol Yetkisine Göre Kullanıcı Ekleme Ekranı

Kullanıcılar kendilerine ait kullanıcı adı ve şifresi ile sitesine giriş sağladıklarında karşılama ekranında çalışmaya ait deney ve kontrol grubu için ayrı ayrı hazırlanmış Bilgilendirilmiş Olur Formu ekranı karşılamaktadır (Şekil 3.11). Kullanıcılar “Bilgilendirilmiş Olur formunu okudum, onaylıyorum” kutucuğunu işaretledikten sonra sistem kullanıcıları ön test formlarına yönlendirmektedir (Şekil 3.12).

Web Tabii Düşük

Ekli yapı

Çıkış Yap

Bilgilendirilmiş Olur Formu-II

Anasayfa / Bilgilendirilmiş Olur Formu-II

(EK-6) BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU-II (DENEY GRUBU)

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMCİLİK OLMAK İÇİN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Ebelik aile,

Bu katabacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "Web Tabii Prekonsepsiyonel Bakım ve Davranışın Kadınlar Risk Farkındalığına Ve Sağlıklı Yaşam Bıçımı Davranışına Etkisidir".

Bu araştırmanın amacı web tabii prekonsepsiyonel bakım ve davranışın kadınlarda risk farkındalığına ve sağlıklı yaşam bıçımı davranışına etkisini belirlemektir. Çalışmaya katılm gönüllülük esasına dayanır. Kararımdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalıyorum.

Araştırma deney ve kontrol grubu olmak üzere iki gruptan oluşmaktadır. Bu araştırmaya katılmak istediğiniz takdirde deney grubunda yer alırsanız araştırmanın amacı ve yöntemini hakkında bilgi verildikten sonra sizin Web sitesine işleyeceğimiz araştırma tarafından gerçekleştirilerek kullanıcı adı ve şifresi verilecektir. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği (Ek-2), Sağlıklı Yaşam Bıçımı Davranışın Ölçeği-II web sitesi üzerinden online olarak uygulanacaktır. Araştırmada deney grubundaki gönüllülerin formlarını eksiksiz doldurması ile birlikte Ekli Module ait videonun izlenmesi ile davranışın ve bakım süreci baskılayacaktır. 2 hafta içerisinde tüm videolar izlenecektir. Toplamda 9 modül olacak şekilde eğitim videoları deney grubu için aktif olacak ve 2 hafta içerisinde tüm videolar izlenecektir. Belirtilen haftaya ait katılım sağlamayan gönüllülere Web tabii üzerinden takip edilecek hatırlatıcı mesajlar gönderilecek ve tamamlanması sağlanacaktır. Eğitimler tamamlandıktan 8 hafta sonra Deney Grubu Web tabii üzerinden Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği (Ek-2), Sağlıklı Yaşam Bıçımı Davranışın Ölçeği-II ölçeği dolduracaktır. Araştırmada yer alan sizin gibi gönüllülerin sayısı 42'dir. Araştırma yaklaşık 3 ay sürecek. Toplam süre yaklaşık 1830'dur.

Bu araştırma ile ilgili olacak sizin beklentiler, araştırmanın sonuçlarına uygun ve doğru cevap vermeniz. Web Tabii Prekonsepsiyonel bakım ve davranışın etkinliğinin doğru olarak tespit edilebilmesi için sizin beklentiler beklentiler haftalara yönelik form ve video izlenimleri düzenli olarak takip etmenizdir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklentiler yaran sağlığınızın geliştirilmesi, gebelik öncesi dönemde mevcut risklerinizin farkına varılması, sağlıklı yaşam bıçımı davranışınızın olumlu yönde etkilenmesidir. Aynı zamanda araştırma tarafından oluşturulan Web Tabii Prekonsepsiyonel bakım ve davranış ile kant temel bilgiler sağında eğitim alınırken sizin zaman ve mekân açısından özgür olabileceğiniz, istiyorsanız oturma veya omasanız gebelik öncesi birçok konuda farkındalığınız arttırılabileceğiniz, gebelik öncesi sürecinizin iyileştirilmesinde müdahale süreci fırsatı sağlayılabileceğiniz.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da müdahale ile ilgili herhangi bir soru, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0542 7374286 numaralı telefondan araştırmacı Dr. HASDEMİR'e ulaşabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma için sizin veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bununla birlikte size bu araştırma ile ilgili herhangi bir ücret verilmeyecektir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklentiler yaran sağlığınızın geliştirilmesi, gebelik öncesi dönemde mevcut risklerinizin farkına varılması, sağlıklı yaşam bıçımı davranışınızın olumlu yönde etkilenmesidir. Aynı zamanda araştırma tarafından oluşturulan Web Tabii Prekonsepsiyonel bakım ve davranış ile kant temel bilgiler sağında eğitim alınırken sizin zaman ve mekân açısından özgür olabileceğiniz, istiyorsanız oturma veya omasanız gebelik öncesi birçok konuda farkındalığınız arttırılabileceğiniz, gebelik öncesi sürecinizin iyileştirilmesinde müdahale süreci fırsatı sağlayılabileceğiniz.

Siz ve tüm ailenizi ve kimlik bilgileriniz gibi tutulacaktır ve araştırma yayımları bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın ildeyicileri, yoklama yapmaları, etik kurullar ve resmi makamlar gereğinde bizi bilgilendirme ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bizi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırma başlamadan önce gönüllülük verimlere gerekli bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Akıma gelen tüm soruları araştırmaya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılı olarak anladım ve anladım. Çalışmaya katılmayı istiyorum istemediğime karar verdim için bana yeterli zaman tanıdım. Bu koşullar altında, bana ait bizi bilgilendirme gözetim, transfer edilmesi ve gizlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırma için bana yapılan katılm devletin hiçbir zorlaması ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formu imzalı bir kopyayı bana verilecektir.

☐ **Bilgilendirilmiş Olur Formumu okudum, anladım ve onaylıyorum.**

Sadece

Şekil 3.11. Deney Grubu Karşılama Ekranı (Bilgilendirilmiş Olur Formu)

Web Tabii Düşük

Ekli yapı

Çıkış Yap

Ek-1 Kişisel Bilgi Formu

Anasayfa / Ek-1 Kişisel Bilgi Formu

A-SÖYNE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1) Yaşınız: 2) Medeni durum:

3) Eğitim durumu: 4) Çalışma durumu:

5) Evlilik planınız var mı?: 6) Gebelik durumu:

7) Aile yapısı: 8) Gebelik durumu:

9) Kilo: 10) Boy: 11) Bireysel sağlık:

12) Bireysel sağlık: 13) Bireysel sağlık:

14) Bireysel sağlık: 15) Bireysel sağlık:

16) Bireysel sağlık: 17) Bireysel sağlık:

18) Bireysel sağlık: 19) Bireysel sağlık:

20) Bireysel sağlık: 21) Bireysel sağlık:

22) Bireysel sağlık: 23) Bireysel sağlık:

24) Bireysel sağlık: 25) Bireysel sağlık:

26) Bireysel sağlık: 27) Bireysel sağlık:

28) Bireysel sağlık: 29) Bireysel sağlık:

30) Bireysel sağlık: 31) Bireysel sağlık:

32) Bireysel sağlık: 33) Bireysel sağlık:

34) Bireysel sağlık: 35) Bireysel sağlık:

36) Bireysel sağlık: 37) Bireysel sağlık:

38) Bireysel sağlık: 39) Bireysel sağlık:

40) Bireysel sağlık: 41) Bireysel sağlık:

42) Bireysel sağlık: 43) Bireysel sağlık:

44) Bireysel sağlık: 45) Bireysel sağlık:

46) Bireysel sağlık: 47) Bireysel sağlık:

48) Bireysel sağlık: 49) Bireysel sağlık:

50) Bireysel sağlık: 51) Bireysel sağlık:

52) Bireysel sağlık: 53) Bireysel sağlık:

54) Bireysel sağlık: 55) Bireysel sağlık:

56) Bireysel sağlık: 57) Bireysel sağlık:

58) Bireysel sağlık: 59) Bireysel sağlık:

60) Bireysel sağlık: 61) Bireysel sağlık:

62) Bireysel sağlık: 63) Bireysel sağlık:

64) Bireysel sağlık: 65) Bireysel sağlık:

66) Bireysel sağlık: 67) Bireysel sağlık:

68) Bireysel sağlık: 69) Bireysel sağlık:

70) Bireysel sağlık: 71) Bireysel sağlık:

72) Bireysel sağlık: 73) Bireysel sağlık:

74) Bireysel sağlık: 75) Bireysel sağlık:

76) Bireysel sağlık: 77) Bireysel sağlık:

78) Bireysel sağlık: 79) Bireysel sağlık:

80) Bireysel sağlık: 81) Bireysel sağlık:

82) Bireysel sağlık: 83) Bireysel sağlık:

84) Bireysel sağlık: 85) Bireysel sağlık:

86) Bireysel sağlık: 87) Bireysel sağlık:

88) Bireysel sağlık: 89) Bireysel sağlık:

90) Bireysel sağlık: 91) Bireysel sağlık:

92) Bireysel sağlık: 93) Bireysel sağlık:

94) Bireysel sağlık: 95) Bireysel sağlık:

96) Bireysel sağlık: 97) Bireysel sağlık:

98) Bireysel sağlık: 99) Bireysel sağlık:

100) Bireysel sağlık: 101) Bireysel sağlık:

102) Bireysel sağlık: 103) Bireysel sağlık:

104) Bireysel sağlık: 105) Bireysel sağlık:

106) Bireysel sağlık: 107) Bireysel sağlık:

108) Bireysel sağlık: 109) Bireysel sağlık:

110) Bireysel sağlık: 111) Bireysel sağlık:

112) Bireysel sağlık: 113) Bireysel sağlık:

114) Bireysel sağlık: 115) Bireysel sağlık:

116) Bireysel sağlık: 117) Bireysel sağlık:

118) Bireysel sağlık: 119) Bireysel sağlık:

120) Bireysel sağlık: 121) Bireysel sağlık:

122) Bireysel sağlık: 123) Bireysel sağlık:

124) Bireysel sağlık: 125) Bireysel sağlık:

126) Bireysel sağlık: 127) Bireysel sağlık:

128) Bireysel sağlık: 129) Bireysel sağlık:

130) Bireysel sağlık: 131) Bireysel sağlık:

132) Bireysel sağlık: 133) Bireysel sağlık:

134) Bireysel sağlık: 135) Bireysel sağlık:

136) Bireysel sağlık: 137) Bireysel sağlık:

138) Bireysel sağlık: 139) Bireysel sağlık:

140) Bireysel sağlık: 141) Bireysel sağlık:

142) Bireysel sağlık: 143) Bireysel sağlık:

144) Bireysel sağlık: 145) Bireysel sağlık:

146) Bireysel sağlık: 147) Bireysel sağlık:

148) Bireysel sağlık: 149) Bireysel sağlık:

150) Bireysel sağlık: 151) Bireysel sağlık:

152) Bireysel sağlık: 153) Bireysel sağlık:

154) Bireysel sağlık: 155) Bireysel sağlık:

156) Bireysel sağlık: 157) Bireysel sağlık:

158) Bireysel sağlık: 159) Bireysel sağlık:

160) Bireysel sağlık: 161) Bireysel sağlık:

162) Bireysel sağlık: 163) Bireysel sağlık:

164) Bireysel sağlık: 165) Bireysel sağlık:

166) Bireysel sağlık: 167) Bireysel sağlık:

168) Bireysel sağlık: 169) Bireysel sağlık:

170) Bireysel sağlık: 171) Bireysel sağlık:

172) Bireysel sağlık: 173) Bireysel sağlık:

174) Bireysel sağlık: 175) Bireysel sağlık:

176) Bireysel sağlık: 177) Bireysel sağlık:

178) Bireysel sağlık: 179) Bireysel sağlık:

180) Bireysel sağlık: 181) Bireysel sağlık:

182) Bireysel sağlık: 183) Bireysel sağlık:

184) Bireysel sağlık: 185) Bireysel sağlık:

186) Bireysel sağlık: 187) Bireysel sağlık:

188) Bireysel sağlık: 189) Bireysel sağlık:

190) Bireysel sağlık: 191) Bireysel sağlık:

192) Bireysel sağlık: 193) Bireysel sağlık:

194) Bireysel sağlık: 195) Bireysel sağlık:

196) Bireysel sağlık: 197) Bireysel sağlık:

198) Bireysel sağlık: 199) Bireysel sağlık:

200) Bireysel sağlık: 201) Bireysel sağlık:

202) Bireysel sağlık: 203) Bireysel sağlık:

204) Bireysel sağlık: 205) Bireysel sağlık:

206) Bireysel sağlık: 207) Bireysel sağlık:

208) Bireysel sağlık: 209) Bireysel sağlık:

210) Bireysel sağlık: 211) Bireysel sağlık:

212) Bireysel sağlık: 213) Bireysel sağlık:

214) Bireysel sağlık: 215) Bireysel sağlık:

216) Bireysel sağlık: 217) Bireysel sağlık:

218) Bireysel sağlık: 219) Bireysel sağlık:

220) Bireysel sağlık: 221) Bireysel sağlık:

222) Bireysel sağlık: 223) Bireysel sağlık:

224) Bireysel sağlık: 225) Bireysel sağlık:

226) Bireysel sağlık: 227) Bireysel sağlık:

228) Bireysel sağlık: 229) Bireysel sağlık:

230) Bireysel sağlık: 231) Bireysel sağlık:

232) Bireysel sağlık: 233) Bireysel sağlık:

234) Bireysel sağlık: 235) Bireysel sağlık:

236) Bireysel sağlık: 237) Bireysel sağlık:

238) Bireysel sağlık: 239) Bireysel sağlık:

240) Bireysel sağlık: 241) Bireysel sağlık:

242) Bireysel sağlık: 243) Bireysel sağlık:

244) Bireysel sağlık: 245) Bireysel sağlık:

246) Bireysel sağlık: 247) Bireysel sağlık:

248) Bireysel sağlık: 249) Bireysel sağlık:

250) Bireysel sağlık: 251) Bireysel sağlık:

252) Bireysel sağlık: 253) Bireysel sağlık:

254) Bireysel sağlık: 255) Bireysel sağlık:

256) Bireysel sağlık: 257) Bireysel sağlık:

258) Bireysel sağlık: 259) Bireysel sağlık:

260) Bireysel sağlık: 261) Bireysel sağlık:

262) Bireysel sağlık: 263) Bireysel sağlık:

264) Bireysel sağlık: 265) Bireysel sağlık:

266) Bireysel sağlık: 267) Bireysel sağlık:

268) Bireysel sağlık: 269) Bireysel sağlık:

270) Bireysel sağlık: 271) Bireysel sağlık:

272) Bireysel sağlık: 273) Bireysel sağlık:

274) Bireysel sağlık: 275) Bireysel sağlık:

276) Bireysel sağlık: 277) Bireysel sağlık:

278) Bireysel sağlık: 279) Bireysel sağlık:

280) Bireysel sağlık: 281) Bireysel sağlık:

282) Bireysel sağlık: 283) Bireysel sağlık:

284) Bireysel sağlık: 285) Bireysel sağlık:

286) Bireysel sağlık: 287) Bireysel sağlık:

288) Bireysel sağlık: 289) Bireysel sağlık:

290) Bireysel sağlık: 291) Bireysel sağlık:

292) Bireysel sağlık: 293) Bireysel sağlık:

294) Bireysel sağlık: 295) Bireysel sağlık:

296) Bireysel sağlık: 297) Bireysel sağlık:

298) Bireysel sağlık: 299) Bireysel sağlık:

300) Bireysel sağlık: 301) Bireysel sağlık:

302) Bireysel sağlık: 303) Bireysel sağlık:

304) Bireysel sağlık: 305) Bireysel sağlık:

306) Bireysel sağlık: 307) Bireysel sağlık:

308) Bireysel sağlık: 309) Bireysel sağlık:

310) Bireysel sağlık: 311) Bireysel sağlık:

312) Bireysel sağlık: 313) Bireysel sağlık:

314) Bireysel sağlık: 315) Bireysel sağlık:

316) Bireysel sağlık: 317) Bireysel sağlık:

318) Bireysel sağlık: 319) Bireysel sağlık:

320) Bireysel sağlık: 321) Bireysel sağlık:

322) Bireysel sağlık: 323) Bireysel sağlık:

324) Bireysel sağlık: 325) Bireysel sağlık:

326) Bireysel sağlık: 327) Bireysel sağlık:

328) Bireysel sağlık: 329) Bireysel sağlık:

330) Bireysel sağlık: 331) Bireysel sağlık:

332) Bireysel sağlık: 333) Bireysel sağlık:

334) Bireysel sağlık: 335) Bireysel sağlık:

336) Bireysel sağlık: 337) Bireysel sağlık:

338) Bireysel sağlık: 339) Bireysel sağlık:

340) Bireysel sağlık: 341) Bireysel sağlık:

342) Bireysel sağlık: 343) Bireysel sağlık:

344) Bireysel sağlık: 345) Bireysel sağlık:

346) Bireysel sağlık: 347) Bireysel sağlık:

348) Bireysel sağlık: 349) Bireysel sağlık:

350) Bireysel sağlık: 351) Bireysel sağlık:

352) Bireysel sağlık: 353) Bireysel sağlık:

354) Bireysel sağlık: 355) Bireysel sağlık:

356) Bireysel sağlık: 357) Bireysel sağlık:

358) Bireysel sağlık: 359) Bireysel sağlık:

360) Bireysel sağlık: 361) Bireysel sağlık:

362) Bireysel sağlık: 363) Bireysel sağlık:

364) Bireysel sağlık: 365) Bireysel sağlık:

366) Bireysel sağlık: 367) Bireysel sağlık:

368) Bireysel sağlık: 369) Bireysel sağlık:

370) Bireysel sağlık: 371) Bireysel sağlık:

372) Bireysel sağlık: 373) Bireysel sağlık:

374) Bireysel sağlık: 375) Bireysel sağlık:

376) Bireysel sağlık: 377) Bireysel sağlık:

378) Bireysel sağlık: 379) Bireysel sağlık:

380) Bireysel sağlık: 381) Bireysel sağlık:

382) Bireysel sağlık: 383) Bireysel sağlık:

384) Bireysel sağlık: 385) Bireysel sağlık:

386) Bireysel sağlık: 387) Bireysel sağlık:

388) Bireysel sağlık: 389) Bireysel sağlık:

390) Bireysel sağlık: 391) Bireysel sağlık:

392) Bireysel sağlık: 393) Bireysel sağlık:

394) Bireysel sağlık: 395) Bireysel sağlık:

396) Bireysel sağlık: 397) Bireysel sağlık:

398) Bireysel sağlık: 399) Bireysel sağlık:

400) Bireysel sağlık: 401) Bireysel sağlık:

402) Bireysel sağlık: 403) Bireysel sağlık:

404) Bireysel sağlık: 405) Bireysel sağlık:

406) Bireysel sağlık: 407) Bireysel sağlık:

408) Bireysel sağlık: 409) Bireysel sağlık:

410) Bireysel sağlık: 411) Bireysel sağlık:

412) Bireysel sağlık: 413) Bireysel sağlık:

414) Bireysel sağlık: 415) Bireysel sağlık:

416) Bireysel sağlık: 417) Bireysel sağlık:

418) Bireysel sağlık: 419) Bireysel sağlık:

420) Bireysel sağlık: 421) Bireysel sağlık:

422) Bireysel sağlık: 423) Bireysel sağlık:

424) Bireysel sağlık: 425) Bireysel sağlık:

426) Bireysel sağlık: 427) Bireysel sağlık:

428) Bireysel sağlık: 429) Bireysel sağlık:

430) Bireysel sağlık: 431) Bireysel sağlık:

432) Bireysel sağlık: 433) Bireysel sağlık:

434) Bireysel sağlık: 435) Bireysel sağlık:

436) Bireysel sağlık: 437) Bireysel sağlık:

438) Bireysel sağlık: 439) Bireysel sağlık:

440) Bireysel sağlık: 441) Bireysel sağlık:

442) Bireysel sağlık: 443) Bireysel sağlık:

444) Bireysel sağlık: 445) Bireysel sağlık:

446) Bireysel sağlık: 447) Bireysel sağlık:

448) Bireysel sağlık: 449) Bireysel sağlık:

450) Bireysel sağlık: 451) Bireysel sağlık:

452) Bireysel sağlık: 453) Bireysel sağlık:

454) Bireysel sağlık: 455) Bireysel sağlık:

456) Bireysel sağlık: 457) Bireysel sağlık:

458) Bireysel sağlık: 459) Bireysel sağlık:

460) Bireysel sağlık: 461) Bireysel sağlık:

462) Bireysel sağlık: 463) Bireysel sağlık:

464) Bireysel sağlık: 465) Bireysel sağlık:

466) Bireysel sağlık: 467) Bireysel sağlık:

468) Bireysel sağlık: 469) Bireysel sağlık:

470) Bireysel sağlık: 471) Bireysel sağlık:

472) Bireysel sağlık: 473) Bireysel sağlık:

474) Bireysel sağlık: 475) Bireysel sağlık:

476) Bireysel sağlık: 477) Bireysel sağlık:

478) Bireysel sağlık: 479) Bireysel sağlık:

480) Bireysel sağlık: 481) Bireysel sağlık:

482) Bireysel sağlık: 483) Bireysel sağlık:

484) Bireysel sağlık: 485) Bireysel sağlık:

486) Bireysel sağlık: 487) Bireysel sağlık:

488) Bireysel sağlık: 489) Bireysel sağlık:

490) Bireysel sağlık: 491) Bireysel sağlık:

492) Bireysel sağlık: 493) Bireysel sağlık:

494) Bireysel sağlık: 495) Bireysel sağlık:

496) Bireysel sağlık: 497) Bireysel sağlık:

498) Bireysel sağlık: 499) Bireysel sağlık:

500) Bireysel sağlık: 501) Bireysel sağlık:

502) Bireysel sağlık: 503) Bireysel sağlık:

504) Bireysel sağlık: 505) Bireysel sağlık:

506) Bireysel sağlık: 507) Bireysel sağlık:

508) Bireysel sağlık: 509) Bireysel sağlık:

510) Bireysel sağlık: 511) Bireysel sağlık:

512) Bireysel sağlık: 513) Bireysel sağlık:

514) Bireysel sağlık: 515) Bireysel sağlık:

516) Bireysel sağlık: 517) Bireysel sağlık:

518) Bireysel sağlık: 519) Bireysel sağlık:

520) Bireysel sağlık: 521) Bireysel sağlık:

522) Bireysel sağlık: 523) Bireysel sağlık:

524) Bireysel sağlık: 525) Bireysel sağlık:

526) Bireysel sağlık: 527) Bireysel sağlık:

528) Bireysel sağlık: 529) Bireysel sağlık:

530) Bireysel sağlık: 531) Bireysel sağlık:

532) Bireysel sağlık: 533) Bireysel sağlık:

534) Bireysel sağlık: 535) Bireysel sağlık:

536) Bireysel sağlık: 537) Bireysel sağlık:

538) Bireysel sağlık: 539) Bireysel sağlık:

540) Bireysel sağlık: 541) Bireysel sağlık:

542) Bireysel sağlık: 543) Bireysel sağlık:

544) Bireysel sağlık: 545) Bireysel sağlık:

546) Bireysel sağlık: 547) Bireysel sağlık:

548) Bireysel sağlık: 549) Bireysel sağlık:

550) Bireysel sağlık: 551) Bireysel sağlık:

552) Bireysel sağlık: 553) Bireysel sağlık:

554) Bireysel sağlık: 555) Bireysel sağlık:

556) Bireysel sağlık: 557) Bireysel sağlık:

558) Bireysel sağlık: 559) Bireysel sağlık:

560) Bireysel sağlık: 561) Bireysel sağlık:

562) Bireysel sağlık: 563) Bireysel sağlık:

564) Bireysel sağlık: 565) Bireysel sağlık:

566) Bireysel sağlık: 567) Bireysel sağlık:

568) Bireysel sağlık: 569) Bireysel sağlık:

570) Bireysel sağlık: 571) Bireysel sağlık:

572) Bireysel sağlık: 573) Bireysel sağlık:

574) Bireysel sağlık: 575) Bireysel sağlık:

576) Bireysel sağlık: 577) Bireysel sağlık:

578) Bireysel sağlık: 579) Bireysel sağlık:

580) Bireysel sağlık: 581) Bireysel sağlık:

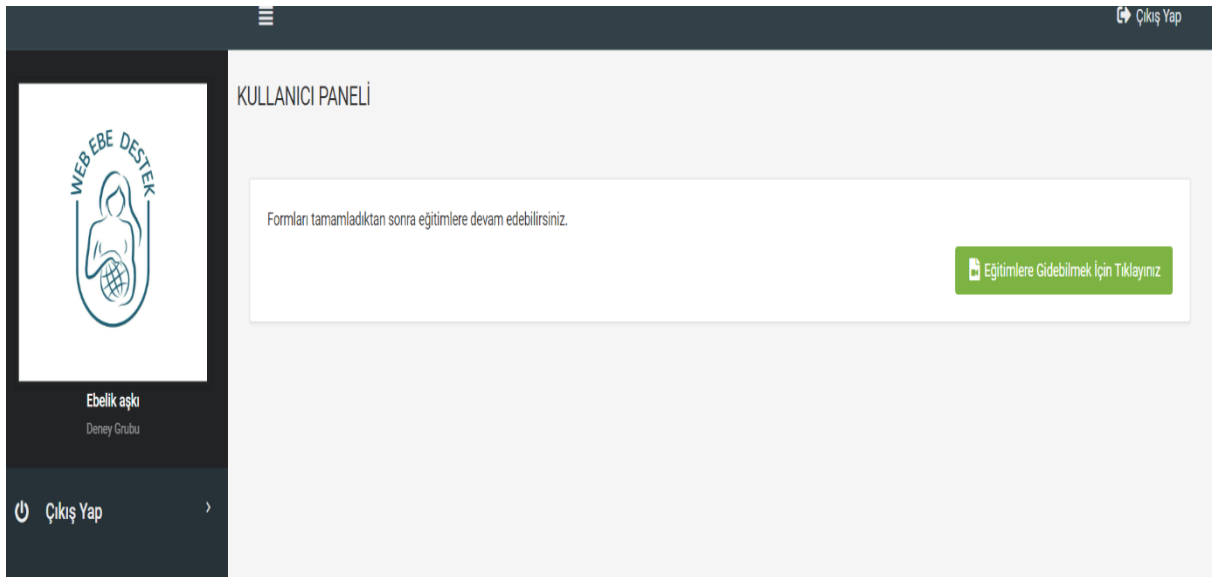
582) Bireysel sağlık: 583) Bireysel sağlık:

584) Bireysel sağlık: 585) Bireysel sağlık:

586) Bireysel sağlık: 587) Bireysel sağlık:

588) Bireysel sağlık:

Deney grubundaki kullanıcılar ilk değerlendirme (ön test) testlerini doldurduktan sonra eğitim videolarına ulaşabilmektedir (Şekil 3.13). Eğitim videolarına erişim ile birlikte PD ve bakım süreci başlatılmıştır. Her Modül eğitiminin altında kullanıcılar tarafından indirme özelliği bulunan ilgili Eğitim Sunumu, Sıkça Sorulan Sorular ve sunumun hazırlanmasında kullanılan kaynaklar pdf dosyası şeklinde web sitesine eklenmiştir. Web sitesinin kullanıcı panelinde tamamlanan bölüm videoları “yeşil” rengini almaktadır (Şekil 3.14). Eğitim videolarının izlemi modül sırasına göre gerçekleştirilmiş olup bir video tamamlanmadan diğerinin açılmasına izin verilmemiştir. Ayrıca videolarda sardırma özelliği engellenmiş kadının eğitim videosunun tamamını izlemesi sağlanmıştır. Deney grubunda eğitim videolarının 2 hafta içerisinde tamamlanma süreci araştırmacı tarafından Kullanıcı Eğitim Detay Ekranından takip edilmiştir (Şekil 3.9). Eğitimin son modül videosunun izlenmesinden sonra otomatik olarak anket formlarının açılıp kullanıcılar tarafından çözülmemesi için 15 saniyelik Web Ebe Destek İntro videosu eklenmiş ve video kullanıcılar için son modül videosunun izleminden 8 hafta sonra aktif olacak şekilde ayarlanmıştır (Şekil 3.9). Son test uygulamasından önce bu video izletilerek son test verilerinin girişin sağlanması için sistem form ekranına yönlendirecek şekilde düzenlenmiştir. Sistem, kadınlara videoları istedikleri zaman istedikleri cihazdan (bilgisayar, tablet, telefon) tekrar tekrar izleme fırsatı sağlayabilmiştir.



Şekil 3.13. İlk Değerlendirme (Ön Test) Sonrası Eğitimlere Yönlendirme Ekranı

İk Eğitim Videosu

Tamamlanmayan Eğitim Videosu

Tamamlanan Eğitim Videosu

Pasif Eğitim Videosu

BÖLÜMLER

MODÜL 1: DOĞURGANLIĞIN PLANLANMASI

MODÜL 2: İLERİ ANNE VE BABA YAŞI

MODÜL 3: AİLE, GENETİK ÖYKÜ VE HASTALIKLAR

MODÜL 4: FİZİKSEL AKTİVİTE, BEDEN KİTLE İNDEKSİ

MODÜL 5: BESLENME

MODÜL 6: AĞILAR VE CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR

MODÜL 7: KRONİK HASTALIKLAR

MODÜL 8: PSİKO SOSYAL DEĞERLENDİRME

MODÜL 9: İLAÇLAR, ZARARLI ALIŞKANLIKLAR VE MARUZİYETLER

WEB EBE DESTEK INTRO

MODÜL 1 - DOĞURGANLIĞIN PLANLANMASI

ÖZNR HASDEMİR

ÖZNR HASDEMİR

MODÜL 1: DOĞURGANLIĞIN PLANLANMASI

Prökonsepsiyon (Gebelik Öncesi) Bakım ve Dengesizlik Menstrüel Siklus (Alder Döngüsü) Doğurganlık Farkındalığı Doğurganlık Farkındalığına Yönelik Aile Planması Yönetimleri Doğurganlığın Düzenlenmesinde Doğum Kontrol Yöntemleri Doğurganlığın Planlanması ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular

MODÜL 1: DOĞURGANLIĞIN PLANLANMASI.pdf

Doğurganlığın Planlanması ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular.pdf

Modül 1: KAYNAKLAR.pdf

MODÜL 1: DOĞURGANLIĞIN PLANLANMASI

MODÜL 2: İLERİ ANNE VE BABA YAŞI

MODÜL 3: AİLE, GENETİK ÖYKÜ VE HASTALIKLAR

MODÜL 4: FİZİKSEL AKTİVİTE, BEDEN KİTLE İNDEKSİ

MODÜL 5: BESLENME

MODÜL 6: AĞILAR VE CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR

MODÜL 7: KRONİK HASTALIKLAR

MODÜL 8: PSİKO SOSYAL DEĞERLENDİRME

MODÜL 9: İLAÇLAR, ZARARLI ALIŞKANLIKLAR VE MARUZİYETLER

WEB EBE DESTEK INTRO

MODÜL 2: İLERİ ANNE VE BABA YAŞI

İleri Anne Yaşı: Nedir, Neden Önemlidir? İleri Anne Yaşı ile İlgili Risk Faktörleri İleri Baba Yaşı: Nedir, Neden Önemlidir? İleri Baba Yaşı ile İlgili Risk Faktörleri İleri Anne ve Baba Yaşı ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular

MODÜL 2: İLERİ ANNE VE BABA YAŞI.pdf

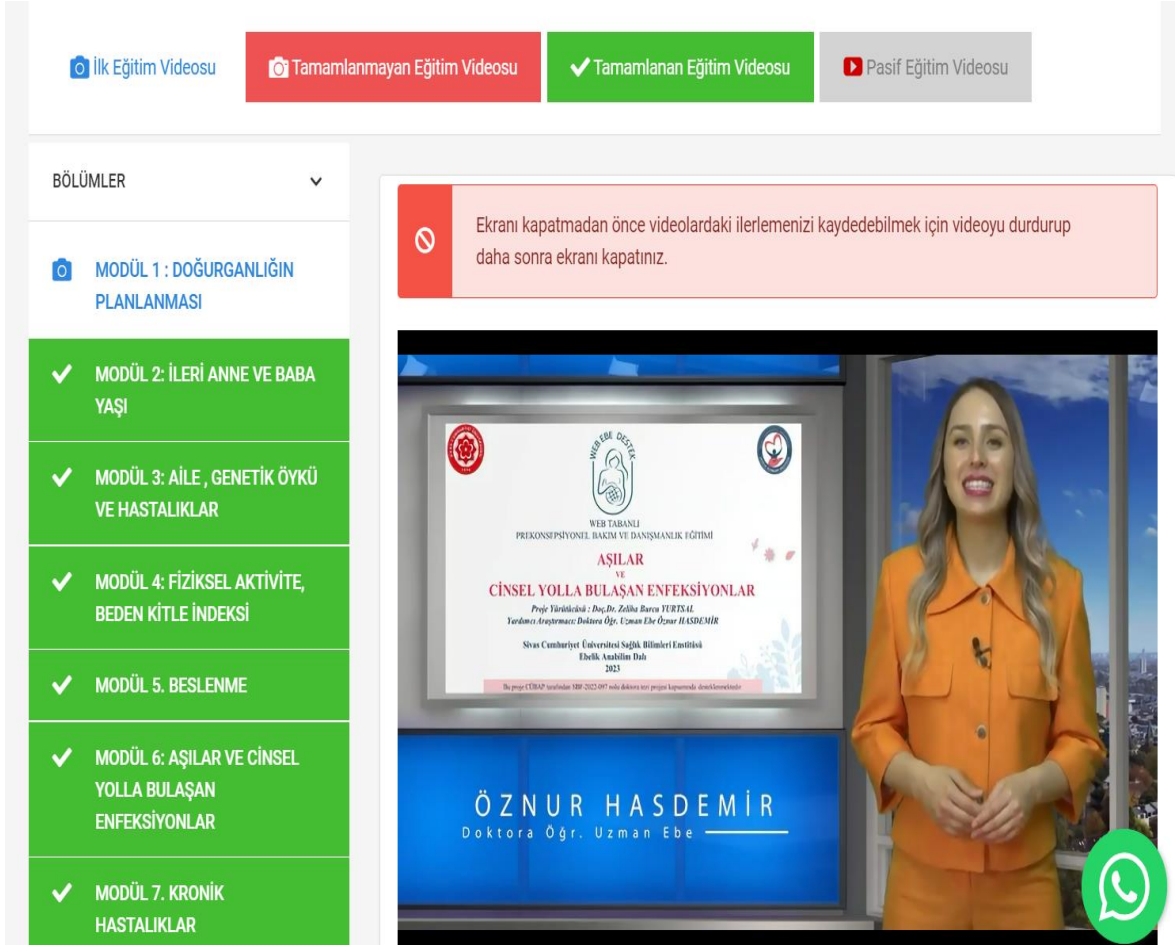
İLERİ ANNE VE BABA YAŞI ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular.pdf

Modül 2: KAYNAKLAR.pdf

Şekil 3.14.Kullanıcı Panelinde Eğitim Videoların İzlenme Durumu Görüntüsü

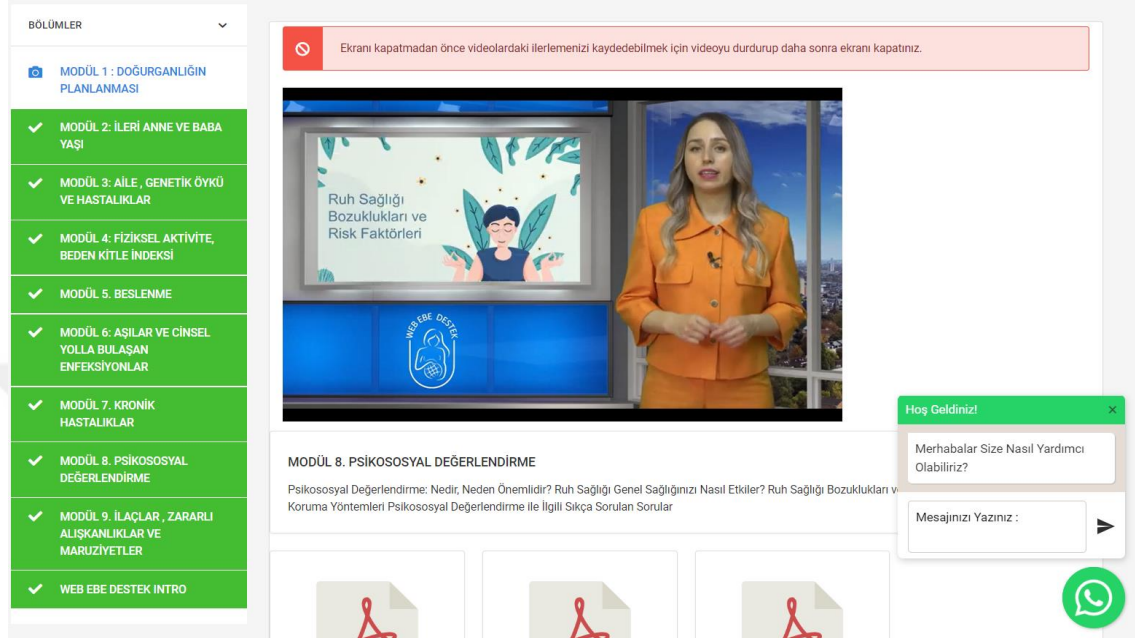
83

Kullanıcılar eğitim modüllerini tamamlama sürecinde sistemden çıkış yapmadan önce hangi videoda ve hangi sürede iseler siteye giriş yaptıklarında aynı yerden devam edebilmeleri için videoyu durdurarak çıkış yapmaları gerekmektedir. Bu durumun kullanıcılara hatırlatılması adına Kullanıcı Panelinde eğitim videolarının üzerine uyarı butonu eklenmiştir (Şekil 3.15).



Şekil 3.15. Eğitim Videosunda İlerleme Kayıt Uyarısı

Kullanıcıların sistem üzerinden PD ve bakım hizmeti alması kapsamında kadınların eğitim sırasında ve sonrasında sormak istedikleri konularda 7/24 iletişim sağlayabilmeleri için ekran üzerinde yardım desteği iletişim kutucuğu açılmıştır (Şekil 3. 16).



Şekil 3.16. 7/24 Yardım Desteği İletişim Kutucuğu

3.9.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Pack age for Social Sciences) 23.0 ve AMOS 21 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği basıklık ve çarpıklık değerlerinin kontrol edilmesi ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren bağımlı gruplarda bağımlı örneklem t testi; normal dağılım gösteren bağımsız gruplarda ise bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen bağımlı gruplarda Wilcoxon İşaret testi; normal dağılım gösteren bağımsız gruplarda ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Deney ve kontrol grubu demografik özelliklerin gruplara göre karşılaştırması ise kategorik değişkenlerde ki-kare ile incelenmiştir. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.13 ve Tablo 3.14’de verilmiştir.

Araştırmanın Birinci Aşaması

Tablo 3.13: Araştırmanın Birinci Aşaması Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Geçerlik Çalışması	
Kapsam Geçerliği	
Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi	Kapsam geçerlik indeksi (content validity index-CVI)
Yapı Geçerliği	
Açımlayıcı Faktör analizi	KMO katsayısı ve Bartlett küresellik testi
	Ölçek Alt Boyutlarının Belirlenmesi (Özdeğer ve Açıklanan Varyans)
Doğrulamalı Faktör analizi	Doğrulamalı faktör analizi (confirmatory factor analysis-CFA)
	Yaklaşık hataların ortalama karekökü (root mean square error of approximation-RMSEA)
	Standardize ortalama hataların karekökü (standardized root meansquare residual-SRMR)
	Karşılaştırmalı uyum iyiliği (comperative fit index-CFI)
	Uyum iyiliği indeksi (goodness of fit index-GFI)
	Ayarlanmış uyum iyiliği indeksinin (adjusted goodness of fit index-AGFI)
	Normlandırılmamış uyum indeksi (non-normed fit index-NNFI ya da TLI)
Güvenirlilik Çalışması	
İç Tutarlılık	
Yarıya bölme yöntemi	Korelasyon katsayısı
Cronbach alfa katsayısı	Cronbach alfa katsayısı (Cronbach's alpha coefficient)
Madde-toplam puan ölçek güvenirliği	Korelasyon katsayısı
Test tekrar test	Korelasyon katsayısı
Diğer Çalışmalar	
Madde ayıricılık gücü indeksi	Madde ayıricılık gücü indeksi
Alt boyutlar arasındaki ilişki	Korelasyon katsayısı
Madde tanımlayıcı istatistikleri	Aritmetik ortalama Standart sapma (standard deviation)

Araştırmanın İkinci Aşaması

Tablo 3.14: Araştırmanın İkinci Aşaması Verilerinin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Bağımsız kategorik değişkenlerin analizi	Ki-kare
Normallik analizi	Basıklık ve çarpıklık değerlerinin incelenmesi
Tanımlayıcı analizler	Sayı, yüzde ortalama ve standart sapma
Normal dağılım var	
Bağımlı grup	Bağımlı gruplarda bağımlı örneklem t testi
Bağımsız grup	Bağımsız gruplarda bağımlı örneklem t testi
Normal dağılım yok	
Bağımlı grup	Wilcoxon İşaret testi
Bağımsız grup	Mann Whitney U testi

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma yapılmadan önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Etik Kurul onayı (Karar No:2021-03/25; Ek-21) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin (2021/11 Karar Nolu Komisyon Kararı; Ek-22) alınmıştır. Kadınlara araştırma konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiş, yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (Ek-6, Ek-7, Ek-8). Çalışma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır. Ayrıca araştırmada kullanılan 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'yi kullanmak için izin maili (Ek-23)'de gösterilmiştir. Ayrıca etik ikilem yaşanmaması ve "Eşitlik" ilkesi doğrultusunda herhangi bir girişim yapılmayan, kontrol grubundaki katılımcılara son test uygulandıktan sonra "Modüllerin Eğitim Videoları" izleyebilmeleri için kullanıcı eğitim video atamaları yapılmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği

Araştırmaya sadece evinde internet erişimi ya da mobil telefonunda internet bağlantısı olan; tablet, bilgisayar veya akıllı telefonda herhangi birine sahip olan doğurganlık çağındaki kadınların alınması araştırmanın sınırlılığıdır. Bu kapsamda araştırmadan elde edilen bulgular sadece araştırmaya alınan doğurganlık çağındaki kadınları kapsamakta olup, tüm kadınlara genellenemez.

4. BULGULAR

Doğurganlık çağında olan kadınlarda prekonsepsiyonel dönem risk farkındalığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışını geliştirmeye yönelik verilen Web Tabanlı PD ve bakım doğrultusunda verilen eğitimin etkinliğini değerlendiren istatistiksel analizler ve sonuçlar tablolar halinde bu bölümde verilmiştir.

Tablo 4.1: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		Grup				Test değeri	p değeri
		Deney		Kontrol			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Yaş	18-24	10	23,8	9	22,0	0,808 ^P	0,819
	25-29	11	26,2	11	26,8		
	30-34	6	14,3	9	22,0		
	35-49	15	35,7	12	29,3		
Medeni durum	Evli	27	64,3	23	56,1	0,581 ^P	0,446
	Bekar	15	35,7	18	43,9		
Eğitim durumu	İlkokul	3	7,1	3	7,3	0,249 ^{FE}	1,000
	Ortaokul	2	4,8	2	4,9		
	Lise	16	38,1	15	36,6		
	Üniversite ve üzeri	21	50,0	21	51,2		
Çalışma durumu	Çalışmıyorum	25	59,5	24	58,5	0,008 ^P	0,927
	Çalışıyorum	17	40,5	17	41,5		
Sosyal güvence	Evet	35	83,3	34	82,9	0,001 ^P	0,961
	Hayır	7	16,7	7	17,1		
Gelir durumu	Gelir giderden az	9	21,4	12	29,3	0,764 ^P	0,682
	Gelir gidere denk	25	59,5	21	51,2		
	Gelir giderden fazla	8	19,0	8	19,5		
Aile tipi	Çekirdek aile	37	88,1	34	82,9	0,448 ^P	0,503
	Geniş aile	5	11,9	7	17,1		
BKİ-sınıf	18.5 ve altı Düşük Kilolu	1	2,4	1	2,4	0,315 ^{FE}	1,0000
	18.5- 24.9 Normal Kilolu	23	54,8	22	53,7		
	25-29.9 Fazla Kilolu	11	26,2	11	26,8		
	30-40 Obez	7	16,7	7	17,1		

P: Pearson ki-kare; FE: Fisher Exact ki-kare

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’da verilmiştir. Buna göre yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir durumu, aile tipi, BKİ sınıfı bakımından katılımcıların deney ve kontrol

gruplarında homojen dağılım gösterdiği diğer bir ifade ile benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Deney grubundaki katılımcıların %35,7'sinin 35-49 yaş arasında, %64,3'ünün evli, %50'sinin üniversite ve üzerinde bir okuldan mezun olduğu, %59,5'inin çalışmadığı, %83,3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %59,5'inin gelirinin giderine denk olduğunu, %88,1'inin çekirdek aileye sahip olduğu, %54,8'inin normal kilolu olduğu tespit edildi. Kontrol grubundaki katılımcıların %29,3'ünün 35-49 yaş arasında, %56,1'inin evli, %51,2'sinin üniversite ve üzerinde bir okuldan mezun olduğu, %58,5'inin çalışmadığı, %82,9'unun sosyal güvencesinin olduğu, %51,2'sinin gelirinin giderine denk olduğunu, %82,9'unun çekirdek aileye sahip olduğu, %53,7'sinin normal kilolu olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların obstetrik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.2'de verilmiştir. Buna göre gebelik sayısı, doğum sayısı, doğum şekli, düşük sayısı, küretaj sayısı, gebelik planı özellikleri bakımından katılımcıların deney ve kontrol gruplarında homojen dağılım gösterdiği diğer bir ifade ile benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Deney grubundaki katılımcıların %52,4'ünün hiç gebe kalmadığı, kontrol grubundaki kişilerin ise %48,8'inin hiç gebe kalmadığı görüldü. Deney grubundaki kişilerin %52,4'ünün hiç doğum yapmadığı, kontrol grubundaki kişilerin %48,8'inin hiç doğum yapmadığı görüldü. Ayrıca deney grubundaki katılımcıların %95,2'sinin hiç küretaj olmadığı, %88,1'inin hiç düşük yapmadığı, kontrol grubundaki katılımcıların %92,7'sinin hiç küretaj olmadığı, %85,4'ünün düşük yapmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.2: Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

		Grup				Test değeri	p değeri
		Deney		Kontrol			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Gebelik sayısı	Hiç gebe kalmadım	22	52,4	20	48,8	0,572 ^{FE}	0,987
	Bir kez	3	7,1	4	9,8		
	İki kez	6	14,3	7	17,1		
	Üç kez	6	14,3	5	12,2		
	Dört ve üzeri	5	11,9	5	12,2		
Doğum sayısı	Hiç doğum yapmadım	22	52,4	20	48,8	0,839 ^{FE}	0,971
	Bir kez	3	7,1	5	12,2		
	İki kez	8	19,0	8	19,5		
	Üç kez	6	14,3	5	12,2		
	Dört ve üzeri	3	7,1	3	7,3		
Doğum şekli	Yok	22	52,4	21	51,2	0,389 ^{FE}	1,000
	Normal doğum	12	28,6	12	29,3		
	Sezaryen doğum	5	11,9	4	9,8		
	Normal ve sezaryen doğum	3	7,1	4	9,8		
Düşük sayısı	Hiç düşük yapmadım	37	88,1	35	85,4	0,441 ^{FE}	0,867
	Bir kez	4	9,5	5	12,2		
	İki kez	1	2,4	1	2,4		
Küretaj sayısı	Hiç küretaj olmadım	40	95,2	38	92,7	0,001 ^{FE}	0,978
	Bir kez	2	4,8	3	7,3		
Gebelik planı	Hayır	19	45,2	21	51,2	0,350 ^P	0,839
	Evet	13	31,0	12	29,3		
	Kararsızım	10	23,8	8	19,5		

P: Pearson ki-kare; FE: Fisher Exact ki-kare

Tablo 4.3: Ölçüm Araçlarının Güvenirlikleri

Ölçüm araçları	Alfa değeri	
	1. Ölçüm	2. Ölçüm
Doğurganlığın Planlanması	0,859	0,878
İleri Anne ve Baba Yaşı	0,672	0,718
Aile Genetik Öykü ve Hastalıklar	0,858	0,889
Fiziksel Aktivite	0,905	0,930
Beslenme Durumu	0,825	0,857
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve Aşılama Durumu	0,918	0,931
Kronik Hastalıklar	0,898	0,951
Psikososyal Değerlendirme	0,783	0,830
Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık	0,952	0,975
Sağlık Sorumluluğu	0,866	0,939
Fiziksel Aktivite	0,859	0,910
Beslenme	0,660	0,859
Manevi Gelişim	0,850	0,833
Kişilerarası İlişkiler	0,788	0,769
Stres Yönetimi	0,703	0,743
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	0,946	0,962

Güvenirlik analizi ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etme amacıyla yapılmaktadır. Güvenirlik analizinde, 0-1 arasında değişen Cronbach's Alpha (α) katsayısı değeri; 0.00-0.40 arasında ise ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40-0.60 arasında ise düşük güvenilirlikte, 0.60-0.80 arasında ise oldukça güvenilir ve 0.80-1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2005: 19).

Sonuçlar incelendiğinde, Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçek ve alt boyutlarına ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçek ve alt boyutlarına ilişkin alfa değeri ön test ve son test değerleri incelendiğinde en düşük alfa değeri 0,660 en yüksek alfa değeri ise 0,975 olarak hesaplanmıştır (Tavşancıl, 2005) (Tablo 4.3.)

Tablo 4.4: Ölçüm Araçlarının Normallikleri

	Deney				Kontrol			
	Basıklık	Basıklık SH	Çarpıklık	Çarpıklık SH	Basıklık	Basıklık SH	Çarpıklık	Çarpıklık SH
Ön test								
Doğurganlığın Planlanması	-0,360	0,717	-0,777	0,365	-0,857	0,724	-0,385	0,369
İleri Anne ve Baba Yaşı	-0,412	0,717	0,832	0,365	-0,575	0,724	0,733	0,369
Aile Genetik Öykü ve Hastalıklar	0,119	0,717	-0,824	0,365	0,117	0,724	-0,794	0,369
Fiziksel Aktivite	-1,022	0,717	-0,199	0,365	-1,041	0,724	-0,229	0,369
Beslenme Durumu	0,467	0,717	-1,171	0,365	0,141	0,724	-1,052	0,369
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve Aşılama Durumu	-0,681	0,717	-0,445	0,365	-0,702	0,724	-0,411	0,369
Kronik Hastalıklar	-0,681	0,717	0,106	0,365	-0,696	0,724	0,125	0,369
Psikososyal Değerlendirme	0,553	0,717	-1,077	0,365	0,524	0,724	-1,093	0,369
Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık	-0,664	0,717	-0,156	0,365	-0,698	0,724	-0,077	0,369
Sağlık Sorumluluğu	-0,725	0,717	0,313	0,365	-0,964	0,724	0,070	0,369
Fiziksel Aktivite	0,323	0,717	0,650	0,365	0,236	0,724	0,697	0,369
Beslenme	-1,120	0,717	0,146	0,365	-1,206	0,724	0,156	0,369
Manevi Gelişim	-1,243	0,717	-0,158	0,365	-1,148	0,724	-0,175	0,369
Kişilerarası İlişkiler	-0,250	0,717	0,525	0,365	-0,371	0,724	0,468	0,369
Stres Yönetimi	-0,729	0,717	0,359	0,365	-0,768	0,724	0,260	0,369
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	-0,795	0,717	0,321	0,365	-0,848	0,724	0,240	0,369

Tablo 4.4 (Devam): Ölçüm Araçlarının Normallikleri

	Deney				Kontrol			
	Basıklık	Basıklık SH	Çarpıklık	Çarpıklık SH	Basıklık	Basıklık SH	Çarpıklık	Çarpıklık SH
Son test								
Doğurganlığın Planlanması	10,416	0,717	-3,453	0,365	-0,912	0,724	-0,351	0,369
İleri Anne ve Baba Yaşı	4,213	0,717	-2,154	0,365	-0,387	0,724	0,071	0,369
Aile Genetik Öykü ve Hastalıklar	6,047	0,717	-2,451	0,365	0,117	0,724	-0,794	0,369
Fiziksel Aktivite	42,000	0,717	-6,481	0,365	-0,966	0,724	-0,286	0,369
Beslenme Durumu	10,416	0,717	-3,453	0,365	0,141	0,724	-1,052	0,369
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve Aşılama Durumu	3,947	0,717	-1,985	0,365	-0,917	0,724	-0,346	0,369
Kronik Hastalıklar	5,273	0,717	-2,266	0,365	-0,681	0,724	0,126	0,369
Psikososyal Değerlendirme	10,416	0,717	-3,453	0,365	0,524	0,724	-1,093	0,369
Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık	4,279	0,717	-1,820	0,365	-0,759	0,724	-0,084	0,369
Sağlık Sorumluluğu	0,147	0,717	-1,004	0,365	-0,937	0,724	0,111	0,369
Fiziksel Aktivite	-0,675	0,717	-0,156	0,365	0,134	0,724	0,647	0,369
Beslenme	1,697	0,717	-1,199	0,365	-1,289	0,724	0,097	0,369
Manevi Gelişim	-0,504	0,717	-0,345	0,365	-1,134	0,724	-0,151	0,369
Kişilerarası İlişkiler	-0,138	0,717	0,647	0,365	-0,372	0,724	0,482	0,369
Stres Yönetimi	-0,444	0,717	0,132	0,365	-0,775	0,724	0,283	0,369
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	0,094	0,717	-0,091	0,365	-0,834	0,724	0,272	0,369

Tüm ölçek ve alt boyutlarının basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 3 aralığında olup olmadığı hem ön test hem de son test puanları için gruplara göre ayrı ayrı hesaplanmıştır. Sonuçlara göre ölçüm araçlarının bir kısmının basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 3 aralığında bir kısmının ise ± 3 aralı dışında olduğu görülmüştür. Bu nedenle verilerin analizinde hem parametrik hem de nonparametrik testlerin kullanılmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırması

		Ön test					Son test					Test değeri	p değeri
Grup		Ort	SS	Med	Mak	Min	Ort	SS	Med	Mak	Min		
Doğurganlığın Planlanması	Deney	12,48	2,44	7,00	15,00	12,50	14,93	0,26	14,00	15,00	15,00	-4,811 ^a	0,000*
	Kontrol	12,32	2,16	8,00	15,00	12,00	12,29	2,17	8,00	15,00	12,00	1,000 ^b	0,323
Test değeri		0,314 ^c					-6,600 ^d						
p değeri		0,754					0,000*						
İleri Anne ve Baba Yaşı	Deney	10,90	2,13	8,00	15,00	10,00	14,79	0,47	13,00	15,00	15,00	-5,259 ^a	0,000*
	Kontrol	10,98	2,12	8,00	15,00	10,00	11,71	1,89	8,00	15,00	12,00	-5,078 ^b	0,000*
Test değeri		-0,152 ^c					-6,999 ^d						
p değeri		0,879					0,000*						
Aile Genetik Öykü ve Hastalıklar	Deney	21,00	3,54	11,00	25,00	22,00	24,69	0,68	22,00	25,00	25,00	-5,096 ^a	0,000*
	Kontrol	20,85	3,51	11,00	25,00	22,00	20,85	3,51	11,00	25,00	22,00	----	-----
Test değeri		0,189 ^c					-6,254						
p değeri		0,851					0,000*						
Fiziksel Aktivite	Deney	12,21	2,18	8,00	15,00	12,00	14,95	0,31	13,00	15,00	15,00	-4,815 ^a	0,000*
	Kontrol	12,15	2,16	8,00	15,00	12,00	12,22	2,13	8,00	15,00	12,00	-1,777 ^b	0,083
Test değeri		0,142 ^c					-6,824 ^d						
p değeri		0,887					0,000*						

b: Bağımlı örneklem t testi ; a: Wilcoxon işaret testi; c:Bağımsız örneklem t testi: d:Mann Whitney U testi z değeri

Tablo 4.5 (Devam): Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırması

		Ön test					Son test						
	Grup	Ort	SS	Med	Mak	Min	Ort	SS	Med	Max	Min	Test değeri	p değeri
Beslenme Durumu	Deney	13,33	2,02	8,00	15,00	14,00	14,93	0,26	14,00	15,00	15,00	-4,228 ^a	0,000*
	Kontrol	13,22	2,04	8,00	15,00	14,00	13,22	2,04	8,00	15,00	14,00	----	-----
Test değeri		-0,323 ^c					-5,300 ^d						
p değeri		0,747					0,000*						
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve Aşılama Durumu	Deney	31,12	6,84	16,00	40,00	32,00	38,55	2,36	30,00	40,00	40,00	-8,569 ^a	0,000*
	Kontrol	31,02	6,82	16,00	40,00	32,00	31,15	6,68	18,00	40,00	32,00	-1,532 ^b	0,133
Test değeri		0,063 ^c					6,762 ^c						
p değeri		0,950					0,000*						
Kronik Hastalıklar	Deney	33,19	6,88	18,00	45,00	32,50	44,52	0,92	41,00	45,00	45,00	-5,377 ^a	0,000*
	Kontrol	33,10	6,91	18,00	45,00	31,00	33,10	6,89	18,00	45,00	32,00	0,000 ^b	1,000
Test değeri		0,061 ^c					-7,054 ^d						
p değeri		0,951					0,000*						
Psikososyal Değerlendirme	Deney	13,55	1,71	9,00	15,00	14,00	14,93	0,26	14,00	15,00	15,00	-4,151 ^a	0,000*
	Kontrol	13,56	1,73	9,00	15,00	14,00	13,56	1,73	9,00	15,00	14,00	---	----
Test değeri		-0,035 ^c					-4,775 ^d						
p değeri		0,972					0,000*						
Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık	Deney	147,79	21,11	104,00	185,00	146,50	182,29	3,17	170,00	185,00	183,50	-5,579 ^a	0,000*
	Kontrol	147,20	20,80	104,00	185,00	145,00	148,10	20,71	105,00	185,00	147,00	-5,189 ^b	0,000
Test değeri		0,128 ^c					-7,302 ^d						
p değeri		0,898					0,000*						

b: Bağımlı örneklem t testi ; a: Wilcoxon işaret testi; c:Bağımsız örneklem t testi: d:Mann Whitney U testi z değeri

Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği grup içi ve gruplar arası karşılaştırması Tablo 4.5’de verilmiştir.

“Doğurganlığın Planlanması” alt boyutundan alınan puanların ön test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). **“Doğurganlığın Planlanması”** alt boyutundan alınan puanların son test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubundaki kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca deney grubunun ön test- son test değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$); kontrol grubu ön test-son test puan değişimi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Deney grubunda zaman içinde puanlarda bir artış olduğu tespit edilmiştir.

“İleri Anne ve Baba Yaşı” alt boyutundan alınan puanların ön test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). **“İleri Anne ve Baba Yaşı”** alt boyutundan alınan puanların son test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi ($p<0,05$). Deney grubundaki kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca deney grubunun ön test- son test değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$); kontrol grubu ön test-son test puan değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Deney ve kontrol grubunda zaman içinde puanlarda bir artış olduğu tespit edilmiştir.

“Ailede Genetik Öykü ve Hastalıklar” alt boyutundan alınan puanların ön test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). **“Ailede Genetik Öykü ve Hastalıklar”** alt boyutundan alınan puanların son test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubundaki kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca deney grubunun ön test- son test değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$); kontrol grubu ön test-son test puan değişimi istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($p>0,05$). Deney grubunda zaman içinde puanlarda bir artış olduğu tespit edilmiştir.

“Fiziksel Aktivite” alt boyutundan alınan puanların ön test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). **“Fiziksel Aktivite”** alt boyutundan alınan puanların son test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubundaki kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca deney grubunun ön test- son test değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$); kontrol grubu ön test-son test puan değişimi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Deney grubunda zaman içinde puanlarda bir artış olduğu tespit edilmiştir.

“Beslenme Durumu” alt boyutundan alınan puanların ön test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). **“Beslenme Durumu”** alt boyutundan alınan puanların son test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubundaki kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca deney grubunun ön test- son test değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$); kontrol grubu ön test-son test puan değişimi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Deney grubunda zaman içinde puanlarda bir artış olduğu tespit edilmiştir.

“Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve Aşılama Durumu” alt boyutundan alınan puanların ön test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). **“Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve Aşılama durumu”** alt boyutundan alınan puanların son test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubundaki kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca deney grubunun ön test- son test değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$); kontrol grubu ön test-son test puan değişimi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Deney grubunda zaman içinde puanlarda bir artış olduğu tespit edilmiştir.

“Kronik Hastalıklar” alt boyutundan alınan puanların ön test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). **“Kronik Hastalıklar”** alt boyutundan alınan puanların son test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubundaki kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca deney grubunun ön test- son test değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$); kontrol grubu ön test-son test puan değişimi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Deney grubunda zaman içinde puanlarda bir artış olduğu tespit edilmiştir.

“Psikososyal Değerlendirme” alt boyutundan alınan puanların ön test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). **“Psikososyal Değerlendirme”** alt boyutundan alınan puanların son test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubundaki kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca deney grubunun ön test- son test değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$); kontrol grubu ön test-son test puan değişimi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Deney grubunda zaman içinde puanlarda bir artış olduğu tespit edilmiştir.

“Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık” ölçeğinden alınan puanların ön test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). **“Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık”** ölçeğinden alınan puanların son test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi ($p<0,05$). Deney grubundaki kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. Ayrıca deney grubunun ön test- son test değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$); kontrol grubu ön test-son test puan değişimi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Deney grubunda zaman içinde puanlarda bir artış olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.6: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırması

	Grup	Ön test					Son test					Test değeri	p değeri
		Ort	SS	Med	Max	Min	Ort	SS	Med	Mak	Min		
Sağlık Sorumluluğu	Deney	19,48	5,78	11,00	32,00	19,00	32,33	3,27	24,00	36,00	33,50	-16,064 ^b	0,0000*
	Kontrol	19,66	5,56	11,00	30,00	19,00	19,66	5,52	11,00	30,00	19,00	0,000 ^b	1,000
Test değeri		-0,146 ^c					12,692						
p değeri		0,884					0,000 ^c						
Fiziksel Aktivite	Deney	15,64	5,15	8,00	29,00	15,00	25,05	4,14	17,00	32,00	25,00	-11,438 ^b	0,0000*
	Kontrol	15,98	4,93	9,00	28,00	15,00	15,98	4,82	9,00	28,00	15,00	0,000 ^b	1,000
Test değeri		-0,301 ^c					9,203 ^c						
p değeri		0,764					0,000						
Beslenme	Deney	20,79	3,90	14,00	28,00	21,00	31,12	3,65	20,00	36,00	32,00	-5,526 ^a	0,000*
	Kontrol	20,90	3,70	15,00	28,00	21,00	20,98	3,66	15,00	27,00	21,00	-1,138 ^b	0,262
Test değeri		-0,165 ^d					12,633 ^c						
p değeri		0,869					0,000*						

b: Bağımlı örneklem t testi ; a: Wilcoxon işaret testi; c:Bağımsız örneklem t testi: d:Mann Whitney U testi z değeri

Tablo 4.6 (Devam): Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırması

		Ön test					Son test						
	Grup	Ort	SS	Med	Max	Min	Ort	SS	Med	Max	Min	Test değeri	p değeri
Manevi Gelişim	Deney	25,29	5,47	16,00	33,00	26,00	28,50	4,13	19,00	36,00	28,50	-6,547 ^b	0,000*
	Kontrol	25,27	5,16	16,00	33,00	27,00	25,29	5,12	16,00	33,00	27,00	-0,330 ^b	0,743
Test değeri		0,015 ^c					3,144 ^c						
p değeri		0,988					0,002*						
Kişilerarası İlişkiler	Deney	24,24	4,44	17,00	35,00	23,50	25,95	4,03	20,00	36,00	25,50	-4,768 ^b	0,000*
	Kontrol	24,34	4,57	17,00	35,00	25,00	24,24	4,56	17,00	34,00	24,00	1,432 ^b	0,160
Test değeri		-0,104 ^c					1,809 ^c						
p değeri		0,917					0,074						
Stres Yönetimi	Deney	18,31	4,34	11,00	27,00	17,50	22,40	4,08	14,00	31,00	22,00	-8,459 ^b	0,000*
	Kontrol	18,63	4,07	12,00	26,00	18,00	18,63	4,00	12,00	26,00	18,00	0,000 ^b	1,000
Test değeri		-0,351 ^c					4,252 ^c						
p değeri		0,726					0,000*						
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Deney	123,74	24,09	85,00	177,00	125,00	165,36	16,25	126,00	202,00	166,00	-15,518 ^b	0,000*
	Kontrol	124,78	22,91	86,00	175,00	126,00	124,78	22,78	86,00	174,00	126,00	0,000 ^b	1,000
Test değeri		-0,202 ^c					9,359 ^c						
p değeri		0,841					0,000*						

b: Bağımlı örneklem t testi ; a: Wilcoxon işaret testi; c:Bağımsız örneklem t testi; d:Mann Whitney U testi z değeri

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği grup içi ve gruplar arası karşılaştırması Tablo 4.6’da verilmiştir.

“**Sağlık Sorumluluğu**” alt boyutundan alınan puanların ön test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). “**Sağlık Sorumluluğu**” alt boyutundan alınan puanların son test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubundaki kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca deney grubunun ön test- son test değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$); kontrol grubu ön test-son test puan değişimi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Deney grubunda zaman içinde puanlarda bir artış olduğu tespit edilmiştir.

“**Fiziksel Aktivite**” alt boyutundan alınan puanların ön test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). “**Fiziksel Aktivite**” alt boyutundan alınan puanların son test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubundaki kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. Ayrıca deney grubunun ön test- son test değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$); kontrol grubu ön test-son test puan değişimi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Deney grubunda zaman içinde puanlarda bir artış olduğu tespit edilmiştir.

“**Beslenme**” alt boyutundan alınan puanların ön test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$). “**Beslenme**” alt boyutundan alınan puanların son test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubundaki kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca deney grubunun ön test- son test değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$); kontrol grubu ön test-son test puan değişimi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Deney grubunda zaman içinde puanlarda bir artış olduğu tespit edilmiştir.

“Manevi Gelişim” alt boyutundan alınan puanların ön test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). **“Manevi Gelişim”** alt boyutundan alınan puanların son test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubundaki kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. Ayrıca deney grubunun ön test- son test değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$); kontrol grubu ön test-son test puan değişimi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Deney grubunda zaman içinde puanlarda bir artış olduğu tespit edilmiştir.

“Kişilerarası İlişkiler” alt boyutundan alınan puanların ön test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). **“Kişilerarası İlişkiler”** alt boyutundan alınan puanların son test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubundaki kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca deney grubunun ön test- son test değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$); kontrol grubu ön test-son test puan değişimi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Deney grubunda zaman içinde puanlarda bir artış olduğu tespit edilmiştir.

“Stres Yönetimi” alt boyutundan alınan puanların ön test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). **“Stres Yönetimi”** alt boyutundan alınan puanların son test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubundaki kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca deney grubunun ön test- son test değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$); kontrol grubu ön test-son test puan değişimi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Deney grubunda zaman içinde puanlarda bir artış olduğu tespit edilmiştir.

“Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları” ölçeğinden alınan puanların ön test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). **“Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”** ölçeğinden alınan puanların son test için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubundaki kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca deney grubunun ön test- son test değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$); kontrol grubu ön test-son test puan değişimi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Deney grubunda zaman içinde puanlarda bir artış olduğu tespit edilmiştir.



5. TARTIŞMA

Araştırmanın bulguları iki bölümde tartışılmıştır. Birinci bölümde web tabanlı prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık eğitime yönelik kadınların prekonsepsiyonel dönem risk farkındalığına ilişkin bulgular, ikinci bölümde web tabanlı prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık eğitime yönelik kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışına ilişkin bulgular ilgili literatür bilgilerine dayalı olarak tartışılmıştır.

5.1.Web Tabanlı Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Eğitime Yönelik

Kadınların Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığına İlişkin

Bulgularının Tartışılması

Bu araştırmada, deney grubu ve kontrol grubu arasında PD ve bakım doğrultusunda verilen WTE öncesi PDRFÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı; WTE sonrası deney grubunda yer alan kadınların PDRFÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu; deney grubunun zaman içinde puan artışlarının önemli düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Bu bulgular “**Hipotez 1 (H₁₁):** Web tabanlı PD ve bakım alan kadınlarla, PD ve bakım almayan kadınların risk farkındalığı arasında fark vardır.” şeklindeki araştırma hipotezimizi doğrulamaktadır.

Son yıllarda sağlık hizmetlerinde danışmanlık ve bakım planlamada WTE’lerin yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir (Oscarsson vd., 2018; Ward ve ark., 2018; van der Smissen ve ark., 2020). Bu yöntemlerin kullanımı özellikle COVID-19 salgını sonrasında yeni çağda uzaktan çalışma ve sanal iş birliğinin; dijital teknolojiler, internet ve internet tabanlı hizmetlerin kullanımının hızla yaygınlaşması ile popülerliğini artırmıştır (Mallakin ve ark., 2023). Nitekim Dünya genelinde internet kullanımı %63,2; ülkemizde ise hanelerin %90,7’sinin evden internete erişim imkanına sahip olduğu; cinsiyete göre kullanım oranının ise kadınlarda %73,3 olduğu bildirilmiştir (TUİK 2020; World Stats, 2021). Literatürde dünya genelinde milyonlarca insanın interneti sıklıkla sağlıkla ilgili bilgi aramak ve iletişim kurmak amacıyla kullandığı bildirilmektedir (Dumitru ve ark., 2007; Atkinson ve ark., 2009; Hale ve ark., 2010). Nitekim yapılan araştırmalarda sağlıkla ilgili bilgilerin İnternet tabanlı yayılması, genellikle sağlık bilgilerini yaymanın en uygun yolu olarak

önerilmektedir (Balka ve ark., 2010; Mallakin ve ark., 2023). Bu kapsamda araştırmamızda PD ve bakım hizmetlerinin ulaştırılmasında modern teknoloji alanı olan WTE sistemlerinin kullanımının kadın ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde; kadınların sağlık bilgi arayışlarına kanıt temelli ve bütüncül yaklaşım boyutu ile sağlıklı bilginin sunulmasında ve risk farkındalığının geliştirilmesinde fırsat alanı oluşturabileceği düşünülmüştür. Yapılan çalışmalarda PD ve bakım ihtiyacı olan doğurganlık çağındaki kadınlara ulaşmanın ve sağlıkla ilgili bilgi arayışlarına yönelik destek sağlamanın önemli bir müdahale alanı olduğu görüşünü desteklemektedir (Ahizade ve ark.,2015; Görkemli, 2017; Oscarsson ve ark., 2018; Pandolfi ve ark., 2014).

Pandolfi ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada web tabanına kayıtlı olan doğurganlık çağındaki kadınların prekonsepsiyonel dönemde risk faktörleri değerlendirilmiş ve sağlıklı bir yenidoğana sahip olma şansına yönelik risk prevalansının yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada web müdahalesinin risk faktörlerine yönelik gebelik planlayan belirli bir grup kadını PD ve bakım ile bilgilendirmeyi hedefleyen uygun bir araç olabileceği ifade edilmiştir.

İtalya’da gebelik öncesi üreme çağındaki kadınlar ile yapılan web tabanlı bir çalışmada kadınlara web üzerinden prekonsepsiyonel dönem ile ilgili bazı tavsiyelerde bulunulmuştur ve çalışma sonucunda kadınların %71’inin PD ve bakım almak için doktora başvurduğu , gebelik öncesi alkol kullanımının azaldığı, folik asit kullanımının arttığı, web tabanlı verilen prekonsepsiyonel bakım hizmetinin gebelik planlayan kadınların sağlığını iyileştirmede faydalı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Agricola vd., 2014).

Withanage ve ark.(2022) tarafından sağlık bilgisini geliştirmek, gebelik öncesi risk faktörlerini azaltmak ve gebelik sonuçlarını iyileştirmek için üreme çağındaki kadınlara birinci basamak tabanlı verilen PD ve bakımın etkinliğinin değerlendirildiği sistematik bir incelemede birinci basamak bakım temelli PD ve bakım kapsamında kısa ve yoğun eğitimlerin erkekler için sınırlı kanıt olmasına rağmen, kadınlarda sağlık bilgisini geliştirmede ve gebelik öncesi risk faktörlerini azaltmada etkili olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda benzer şekilde kapsamlı ancak kısa eğitimlerin verilmiş olmasına ek olarak kadınları sıkmadan, özgürce istedikleri zaman PD ve bakım

alabilmelerinin sağlanması kadınların risk farkındalığını geliştirmede etkili bir yöntem olduğunu düşündürmektedir.

Hristova-Atanasova ve ark. (2023) tarafından doğurganlık çağında Bulgar kadınların gebelik öncesi sağlıkla ilgili tutum ve deneyimlerini inceleyen nitel bir çalışmada gelecekteki aileler için birincil sağlık bilgileri kaynağı olarak hizmet edebilecek web tabanlı bir eğitim platformuna ihtiyaç duyulduğunu; kolayca erişilebilen, bilgiye dayalı bir web platformunun kadınların PD ve bakım konusundaki farkındalıklarını ve algılarını geliştirebileceğini ifade etmişlerdir. Çalışmamızda web tabanlı PD ve bakımın kadınların risk farkındalığını artırmış olması bu görüşü desteklenmesi açısından benzer niteliktedir. Araştırmamızda gebelik planı olsun veya olmasın doğurganlık çağındaki tüm kadınların PD ve bakım hizmeti alması gerektiği görüşü benimsenmiştir. Ayrıca araştırmamızda risk farkındalık düzeylerinin önemli sevide artmış olmasının; PD ve bakım hizmetleri sağlarken bu döneme ait temel bileşenlere yönelik bir eğitim programı hazırlanmış olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Web tabanlı Gabby adlı sanal bir sağlık danışmanının kullanıldığı randomize kontrollü bir çalışmada web tabanlı sanal konuşma araçlarının uzun soluklu PD ve bakım sağlamak için uygun bir ortam olduğu ancak gerçek bir sağlık hizmeti sağlayıcısı ile konuşmanın yerini alamayacağı sonucuna ulaşılmıştır (Bickmore vd., 2020). Araştırmamızda web tabanı üzerinden PD ve bakım hizmetleri sunarken kadınların aynı zamanda 7/24 ulaşabilecekleri canlı bir ebe desteğinin sağlanması, motivasyonel görüşmelerin ve gerekli durumlarda kadınların ilgili uzmanlara yönlendirmelerin yapılması boyutları ile PD ve bakım vermede uygun, yenilikçi ve memnuniyet artırıcı bir yaklaşım ortamı sağlayabilmesi yönüyle farklılık göstermektedir.

Yapılan randomize kontrollü başka bir çalışma da Web tabanlı bir prekonsepsiyonel sağlık modülü olarak geliştirilen MyFamilyPlan adlı bir uygulamanın ev ziyaretlerinin iyileştirilmesinde ve kadınların üreme sağlığı konusunda tartışabilmelerini sağlaması hakkında etkisi değerlendirilmiş ve bilinçli farkındalıklarını olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (Batra ve ark., 2018).

Araştırmamızda da yapılan girişim ile kadınların risk farkındalıklarının olumlu yönde artmış olması benzer görüşü desteklemektedir.

Yamamoto ve ark. (2018) tarafından yapılan yüksek risk altında olan kadınlarda gebelik hazırlığını iyileştirmek amacıyla toplum temelli bir PD ve bakım programı geliştirdikleri (PD bilgi broşürlerinin belirlenmesi ve gönderilmesi, elektronik PD ve bakım şablonları, çevrimiçi eğitim modülleri, kaynakların kullanıldığı) çalışmalarında kadınlarda 'optimal' gebelik hazırlığında neredeyse üç kat iyileşme olduğu belirtilmiştir.

Literatürde web tabanlı verilen PD ve bakım hizmetinin gebeliği planlayan kadınların prekonsepsiyonel sağlığını iyileştirebileceği, sağlık uzmanları tarafından bakıma entegre edilebileceği, gebelik planlamadaki sağlık göstergelerini iyileştirdiği, folik asit kullanımını artırdığı, düzenli glisemik kontrol sağladığı , gebeliğe daha iyi hazırlanıldığını , birinci ve ikinci basamak hizmetler arasında ortak bir yaklaşım olarak kullanılabileceğini, risk faktörlerini azaltmada müdahale alanı olarak kullanılabileceğini, adölesan ve genç yetişkinlere yönelik uygun bir ortam olduğu belirtilmektedir (Pandolfi vd., 2014; Agricola vd., 2014; Holmes vd., 2017).

Sonuç olarak prekonsepsiyonel dönemde yapılan araştırmalar incelendiğinde dünya da web tabanlı danışmanlık ve bakım hizmetlerinin verildiği ve kadın sağlığını olumlu yönde etkilediğine dair çalışmalar olsa da (Pandolfi vd., 2014; Agricola vd., 2014; Shawe vd., 2015; Holmes vd., 2017; Bickmore vd., 2020); ülkemizde prekonsepsiyonel dönemde, web tabanlı bakım ve danışmanlık hizmeti ile ilgili yapılan geniş kapsamlı eğitim çalışmalarına rastlanmamıştır. Araştırmamızın gebelik planı olsun veya olmasın doğurganlık çağında olan kadınların risk farkındalığı geliştirmeye yönelik verilen web tabanlı PD ve bakım eğitimi ile doğurganlığın planlanması; ileri anne ve baba yaşı; aile,genetik hastalıklar; fiziksel aktivite; beslenme durumu; aşılarda ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik kronik hastalıklar ; psikososyal değerlendirme ; ilaçlar, zararlı alışkanlar ve maruziyetlere yönelik kadının tüm boyutları ile risk farkındalığının artırılmasında kanıt temelli bilgilere yönelik web tabanlı olarak hazırlanmış olması ve yapılan girişim sonrası doğurganlık çağında olan kadınların risk farkındalık puanlarını önemli düzeyde arttırmış olduğunun tespit edilmesi çalışmamızın özgünlüğü ve gücünü artırmıştır. Bu

kapsamda araştırma bulgularımızın alanda PD ve bakım doğrultusunda WTE'lerin planlanmasında öncülük edebileceği düşünülmektedir.

5.2. Web Tabanlı Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Eğitimine Yönelik Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışına İlişkin Bulgularının Tartışılması

Bu araştırmada, deney grubu ve kontrol grubu arasında PD ve bakım doğrultusunda verilen WTE öncesi SYBDÖ-II alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı; WTE sonrası deney grubunda yer alan kadınların SYBDÖ-II alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu; deney grubunun zaman içinde puan artışlarının önemli düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Bu bulgular “**Hipotez 2 (H₂₁):** Web tabanlı PD ve bakım alan kadınlarla, PD ve bakım almayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında fark vardır.” şeklindeki araştırma hipotezimizi doğrulamaktadır.

Prekonsepsiyonel dönemde kadınların sağlık davranışlarının gebeliği ve gebelik sonuçlarını bununla birlikte yenidoğanın sağlığını doğrudan etkilediği bilinmektedir (Ural, 2016). Sağlıksız yaşam tarzı davranışları, yaşam boyunca üreme ve sağlık üzerinde zararlı etkilere sahiptir. Bu nedenle, prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı müdahalelerinin doğurganlığı, gebelik sonuçlarını ve sonraki nesillerin sağlığını iyileştirdiği vurgulanmaktadır (Van ve ark., 2016). PD ve bakım kapsamında WTE'lerin sağlığı geliştirici davranışların teşvik edilmesinde uygun bir ortam olduğu belirtilmektedir (Je ve Choi, 2016; Öz Alkan, 2016; Jansà vd., 2018). Web tabanlı bir prekonsepsiyonel bakım ve eğitim sisteminin gebelikle ilgili stres, genel öz yeterlilik ve doğum öncesi bakımdan memnuniyet üzerindeki etkinliğinin incelendiği bir çalışmada prekonsepsiyonel bakım kapsamında ki WTE sisteminin gebe kadınlar arasında gebelikle ilgili stresi ve genel öz yeterliliği artırabileceği ; bu sistemi sağlık hizmetlerine web tabanlı veya internet tabanlı müdahalelerle entegre etmenin doğum öncesi bakımın kalitesini artırabileceği görüşü ifade edilmiştir (Tsai ve ark. 2018).

Je ve Choi (2016) tarafından prekonsepsiyonel dönem sağlığını teşviki ve geliştirilmesi farkındalığının artırılması kapsamında geliştirilen web tabanlı programın evlenmek üzere olan çiftlerde etkili bir hemşirelik girişimi olduğu ve kadınların sağlığını geliştirme davranışlarında anlamlı bir farklılık olduğunu (p =.001) tespit

etmişlerdir. Araştırma bulgularımızda PD ve bakım programı kapsamında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0,05$) saptanmıştır. Bu durum araştırma sonucumuzun literatür ile uyumlu olduğu göstermektedir.

Van Dijk ve ark. (2016) tarafından web tabanlı mHealth platformu ve sağlıklı yaşam tarzının benimsendiği bir web uygulaması olan Smarter Pregnancy'nin uyumluluğunu, kullanılabilirliğini ve etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada web tabanlı mHealth platformunun, yüksek uyumluluk ve kullanılabilirlik gösterdiği; gebelik planlayan çiftlerin beslenme ve yaşam tarzı davranışlarında olumlu gelişmeleri desteklediği sonucuna varılmıştır.

Karataş ve Gölbaşı (2021) tarafından yapılan tanımlayıcı çalışmada prekonsepsiyonel dönemde kadınların SYBDÖ-II puan ortalamasının $128,16\pm19,18$ olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda ise SYBDÖ-II toplam puan ortalamasının deney grubunda WTE öncesi $123,74\pm24,09$ ve WTE sonrasında ise $165,36\pm16,25$ olarak belirlenmiştir (Tablo 4.6). WTE öncesi ölçek puan ortalamaların benzer olmasının; araştırmamızın aynı bölgede yapılmış olmasından kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim Aksoy Erkal ve Özentürk (2021) tarafından prekonsepsiyonel dönemde yapılan randomize kontrollü bir çalışmada kadınların SYBDÖ-II toplam puan ortalamasının deney grubunda eğitim müdahale öncesi $134,42\pm24,01$ ve eğitim müdahale sonrasında ise $147,68\pm21,36$ olarak saptanmıştır. Yapılan araştırmanın deney grubu puan ortalamalarımız arasında önemli bir fark olması oldukça dikkat çekicidir. Bu durumun araştırma merkezlerinin ve yapılan eğitim girişiminin farklı yöntemle denenmesinden kaynaklı olduğunu düşündürmektedir. Nitekim araştırmamızın daha uzun vadede yapılması ve sürekli PD ve bakım hizmetini sağlaması; WTE tabanlı bir platformda verilmiş olması, WTE'lerin zamandan bağımsız bir şekilde kadınların hazır oldukları ortamlarda istedikleri zaman ve sıklıkta eğitim materyaline erişim imkânı sağlayabilmesi, dersin hızını kontrol edebilmesi ile zamanı etkin kullanabilmesi, aynı anda görüntülü, sesli ve yazılı iletişim kurulabilmesi imkanlarına sahip olması bu görüşümüzü destekler niteliktedir (Gernsbacher, 2015; Balaman, 2018; Bölüktaş ve ark., 2019).

Batra ve ark. (2018) tarafından yapılan randomize kontrollü başka bir çalışma da Web tabanlı bir prekonsepsiyonel sağlık modülü olarak geliştirilen WTE'lerin uygulama ile takip süresinin bir hafta ile kısıtlı olması sağlık davranışı

değişikliklerinin meydana gelmesi için gerçekçi bir yeterli zaman olamayabileceği ve gelecekteki çalışmalarda uzun bir takip süresi olacak çalışmaların anlamlı davranış değişikliklerinin daha iyi değerlendirilmesine olanak sağlayabileceği belirtilmiştir. Araştırmamız uygulamada olan takip süresi eksikliğini tamamlayarak kadınlara 2 hafta boyunca yapılan modül eğitimleri ve izlemlerin yapılması ve devamında 8 hafta boyunca PD ve Bakım hizmetleri sağlaması açısından sağlıklı yaşam biçimi davranış değişikliklerinin kazanımını daha iyi izleme imkânı sağlayabilmesi yönüyle de özgün değere sahiptir.

Bu kapsamda yapılan çalışmaların sonuçlarından yola çıkarak PD ve bakım kapsamında geliştirmiş olduğumuz “WEB EBE DESTEK” adlı web tabanlı yazılım hizmetinin finanse edilmesi ile bu alanda kapsamlı hizmet vermek isteyen başta ebeler olmak üzere tüm sağlık personelinin kendini geliştirmesine ve saha uygulamalarında web tabanlı PD ve bakım programını kullanabilmelerine ve bu konuda yaygın bir etki ile yenilikçi ve yaratıcı bir çözüm oluşturması beklenmektedir. Ayrıca fiziksel engellerinden dolayı eve bağımlı olanlar, sağlık merkezlerine ve sağlık profesyonellerine ulaşamayabilecek yerde bulunanlar, kırsal bölgelerde ikamet edenler ve sosyal fobisi olan kadınlar için fırsat eşitliği sağlayarak toplumun her kesimindeki kadınların prekonsepsiyonel döneme yönelik eğitim seviyesinin ve ulaşımının iyileştirilmesine, eğitilen kadınların gelecekte gebelik planlamadaki sağlık göstergelerinin iyileştirilmesine, sağlıklı nesiller ve sağlıklı bir toplumun gelişmesine katkı sağlayabilmesi araştırmamızın yaygın etkileri kapsamında beklenmektedir. Dünya da ve ülkemizde istendik düzeyde olmayan Prekonsepsiyonel Döneme Yönelik Bakım ve Danışmanlık Hizmetlerinin yeniden gözden geçirilerek inovasyon ve stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Doğurganlık çağında olan kadınlarda prekonsepsiyonel dönem risk farkındalığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışını geliştirmeye yönelik verilen Web Tabanlı PD ve bakım doğrultusunda verilen eğitimin etkisini belirlemek amacıyla yürütülen bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır;

- PDRFÖ'nün 37 madde ve 8 alt boyuttan oluşan, prekonsepsiyonel dönemde doğurganlık çağında olan kadınların risk farkındalık düzeyini ölçebilen geçerlik ve güvenilirlik düzeyi yüksek düzeyde olan bir ölçüm aracı olduğu (Tablo 3.4; Tablo 3.6; Tablo 3.9),
- Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin homojen dağılım gösterdiği diğer bir ifade ile benzer olduğu ($p>0,05$) (Tablo 4.1; Tablo 4.2),
- Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların girişim öncesi ön testte benzer risk farkındalık puan ortalamalarına sahip olduğu ($p>0,05$) (Tablo 4.5),
- Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların girişim öncesi ön testte benzer sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarına sahip olduğu ($p>0,05$). (Tablo 4.6),
- Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların girişim sonrası son testte PDRFÖ “doğurganlığın planlanması”, “ileri anne ve baba yaşı”, “ailede genetik öykü ve hastalıklar”, “fiziksel aktivite”, “beslenme durumu”, “cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve aşılama durumu”, “kronik hastalıklar”, “psikososyal değerlendirme” alt boyut ve toplam puan ortalamalarının deney grubunda yer alan kadınlarda kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.5),
- Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların girişim sonrası son testte SYBDÖ-II “Sağlık sorumluluğu”, “fiziksel aktivite”, “beslenme”, “manevi gelişim”, “kişiler arası ilişkiler”, “stres yönetimi” alt boyut ve toplam puan ortalamalarının deney grubunda yer alan kadınlarda kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.6),

- Deney grubunda yer alan kadınların zaman içinde PDRFÖ ve SYBDÖ-II puanlarında önemli düzeyde bir artış olduğu tespit edilmiştir.

6.2.Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler aşağıda sıralanmıştır;

- PDRFÖ’nün Türk toplumunun doğurganlık çağında olan kadınlarında prekonsepsiyonel dönem risk farkındalıkları düzeyinin değerlendirilmesinde kullanılması,
- PDRFÖ’nün PD ve kapsamında risk farkındalık düzeyinin artırılmasına yönelik eğitimler öncesinde ve sonrasında kullanılması,
- PDRFÖ’nün etkinliğinin değerlendirilebilmesi için farklı toplumlarda geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması,
- PD ve bakım hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin artırılması,
- PD ve bakım hizmetlerinin bütüncül yaklaşım ile kanıt temelli güncel bilgilere yönelik verilmesi,
- PD ve bakım hizmetlerinde kapsamlı standart bakım programlarının ve rehberin oluşturulması,
- PD ve bakım hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılmasında inovasyon ve stratejilerin geliştirilmesi,
- PD ve bakım hizmetlerinde kanıttan gerçeğe yaklaşımı ile ebeler başta olmak üzere koruyucu sağlık hizmetlerinde sahada aktif rolü olan birinci basamak sağlık personeline yönelik bilgilendirici eğitimlerin düzenlenmesi,
- WTE’lerin PD ve bakım hizmetlerinde kullanımının ülke ve dünya genelinde yaygınlaştırılması,
- Bir ebe tarafından geliştirilen “WEB EBE DESTEK” adlı WTE uygulamasının ebelere tanıtılması, farkındalık oluşturulması ve günümüzde yaygın olarak kullanılan sosyal medya aracılığı ile görünürlüğünün artırılması,
- “WEB EBE DESTEK” gibi WTE’nin ebelik uygulamalarında etkili bir inovatif yaklaşım olarak kabul edilmesi ve kullanımının teşvik edilmesi,
- WTE’nin ebelik ve diğer sağlık profesyonellerinin saha uygulamalarında kullanabilmeleri adına eğitimler düzenlenmesi,

- Doğurganlık çağında olan tüm kadınlara ebeler tarafından 7/24 PD ve bakım hizmetlerin verilmesi kapsamında; bilişim ve teknolojik gelişmelerin kullanımına yönelik ebelere yatırım yapılması ve ebelik mesleğinin güçlendirilmesi,
- Kadınların Ebe liderliğinde sürekli PD ve bakım alabilmelerinin sağlanması ile kadınlar ve ebeler arasında ki bağın daha da güçlendirilmesi,
- PD ve bakım kapsamında çiftlere yönelik WTE programlarının düzenlenmesi,
- Yapılan çalışmanın PD ve bakım kapsamında WTE ile bir ebe tarafından desteklenmesi alanda yapılmış ilk çalışma örneği olması sebebiyle farklı örneklem gruplarında benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. ACOG (2019). American College of Obstetricians Gynecologists Committee Opinion no.762: Prepregnancy counseling. *Obstet Gynecol*, 133(1): e78-89.
2. ACOG (2023). American College of Obstetricians and Gynecologists. Having a Baby After Age 35: How Aging Affects Fertility and Pregnancy.
3. Adec (2007). ADEC Guiding Principles for Distance Teaching and Learning.
4. Agricola, E., Pandolfi, E. ve Gonfiantini, M., V. (2014). A Cohort Study of a Tailored Web Intervention for Preconception Care. *BMC Med Inform Decis Mak*; 14: 33-42.
5. Ahadzadeh, A.S, Sharif, S.P, Ong, F., S., ve Khong, K., W. (2015). Integrating health belief model and technology acceptance model: An investigation of health-related internet use. *Journal of Medical Internet Research*, 17(2), 45.
6. Aksoy A., ve Vefikuluçay Yılmaz D. (2019). Toplum sağlığını arttırmada yeni bir hizmet modeli: prekonsepsiyonel bakım ve hemşirenin rolü hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi, 16 (1): 60-67.
7. Aksoy, Erkal Y. (2019). Prekonsepsiyonel dönemde verilen eğitimin kadınların sağlık davranışları değişim aşamalarına (transteoretik model) etkisi. Doktora tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
8. Aksoy, Y. E., ve Özentürk, M. G. (2021). Prekonsepsiyonel Dönemdeki Kadınların Sağlık Davranışları Değişim Aşamaları (Transteoretik Model): Randomize Kontrollü Çalışma. *Genel Tıp Dergisi*, 31(4), 330-338.
9. Aktepe, İ. ve Tolan, Ö. (2020). Bilinçli farkındalık: güncel bir gözden geçirme. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 12(4), 534-561.
10. Arslan, H., ve Özkan, A. (2005). Prekonsepsiyonel Dönemdeki Kadınların Değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*; 36 (2): 65-71.
11. Atkinson, N.L., Saperstein, S.L. ve Pleis J. (2009). Using the internet for health-related activities: findings from a national probability sample. *J Med Internet Res* 11(1): e4.
12. Atrash, H., Jack, B.W., ve Johnson, K. (2008). Preconception care: a 2008 update. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 20(6):581-9.

13. Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. ve Kıssal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. C.Ü. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1),1-13.
14. Balaman, F. (2018). Web tabanlı uzaktan eğitim ile geleneksel eğitimin internet programcılığı 2 dersi kapsamında karşılaştırılması. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 7 (2): 1173-200.
15. Balka, E., Krueger, G., Holmes, B.J., ve Stephen, J.E. (2010). Situating Internet use: Information-seeking among young women with breast cancer. Journal of Computer-Mediated Communication 15(3):389-411.
16. Başgöl, Ş., ve Oskay, Ü. (2012). Prekonsepsiyonel Dönemde ve Gebelikte Kanıt Temelli Yaklaşımlar.” International Journal of Human Sciences, 9(2),1524–34.
17. Başlı, M., ve Aksu, H. (2018). Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 34(3):128-140.
18. Batra, P., Mangione, C. M., Cheng, E., Steers, W. N., Nguyen, T. A., Bell, D., ... Gregory, K. D. (2018). A cluster randomized controlled trial of the MyFamilyPlan online preconception health education tool. American Journal of Health Promotion, 32(4), 897-905.
19. Bay, Ö.F. ve Tüzün, H. (2002). Yüksek öğretim kurumlarında ders içeriklerinin web tabanlı olarak aktarılması-1. Politeknik Dergisi, 5(1):13-22.
20. Baysoy, N.G., ve Özkan S. (2012). Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım: Halk sağlığı perspektifi. Gazi Med J., 23:77-90.
21. Beckmann, M.M., Widmer, T, ve Bolton, E. (2014). Does Preconception Care Work? Aust N Z J Obstet Gynaecol, 54 (6): 510-514.
22. Behrman, R. E. (1985). Preventing low birth weight: A pediatric perspective. The Journal of pediatrics, 107(6), 842-854.
23. Bellis, M.A., Hughes, K., Leckenby, N., Perkins C. ve Lowey H. (2014). National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England. BMC medicine, 12(1):72.
24. Bergholt, T., Skjeldestad, F. E., Pyykönen, A., Rasmussen, S. C., Tapper, A. M., Bjarnadóttir, R. I., ... Løkkegaard, E. C. (2020). Maternal age and risk of cesarean section in women with induced labor at term—a Nordic register-based study. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 99(2), 283-289.

25. Berglund, A. ve Lindmark, G. (2016). Preconception health and care (PHC)—a strategy for improved maternal and child health. *Upsala journal of medical sciences*, 121(4):216-221.
26. Bickmore , T., Zhang , Z., Reichert , M., Julce, C., ve Jack , B. (2020). Promotion of preconception care among adolescents and young adults by conversational agent *Journal of Adolescent Health*, 67 (2), S45-S51.
27. Black, R. E., Allen, L. H., Bhutta, Z. A., Caulfield, L. E., De Onis, M., Ezzati, M., ... Rivera, J. (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, 371(9608), 243-260.
28. Bölüktaş, R.,P., Özer, Z., ve Yıldırım D. (2019). Web tabanlı eğitimin sağlık alanında kullanılabilirliği. *Journal of International Management and Social Researches*, (11)6: 198-207.
29. Canbay Çitil, F. (2020). Babalara Verilen Web Tabanlı Eğitimin Doğum Sonrası Fonksiyonel Durumlarına Etkisi. Doktora tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
30. Catalano, P.M. ve Shankar, K. (2017). Obesity and pregnancy: Mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. *BMJ*. :8(356):1.
31. CDC (2021). Before Pregnancy.)
32. Cha, E., Smart, M.J., Braxter B.J. ve Faulkner, M.S. (2021). Preconception Care to Reduce the Risks of Overweight and Obesity in Women of Reproductive Age: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health*.,18(9):4582.
33. Chamberlain, G. (1980). The prepregnancy clinic. *Br Med J*, 281(6232), 29-30.
34. Chan, P. T. ve Robaire, B. (2022). Advanced paternal age and future generations. *Frontiers in Endocrinology*, 13: 897101.
35. Chiuve, S. E., Rexrode, K. M., Spiegelman, D., Logroscino, G., Manson, J. E. ve Rimm, E. B. (2008). Primary prevention of stroke by healthy lifestyle. *Circulation*, 118(9), 947-954.
36. Claramonte N., M., Meler B., E., Garcia Martínez S, Gutiérrez P.,M. ve Serra, Z., B. (2019). Impact of aging on obstetric outcomes: defining advanced maternal age in Barcelona. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19:342–3.

37. Clark, A. D. ve Mager, N. A. D. (2022). “Nobody talks about it”: Preconception health and care among women in the rural, Midwestern United States. *Women's Health*, 18, 17455057221097563.
38. Coonrod, D. V., Jack, B. W., Boggess, K. A., Long, R., Conry, J. A., Cox, S. N., ... Dunlop, A. L. (2008). The clinical content of preconception care: immunizations as part of preconception care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(6), S290-S295.
39. Coşkun A. (2012). Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık: Kadın Yaşamındaki Yeri ve Önemi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8 (3): 8-15.
40. Cömert, M. (2019). Gebelik Planlayan Kadınlarda Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. *Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*
41. Çalışkan, E., Demir, C. ve Yıldızhan, R. (2017). FIGO Adölesan, Gebelik öncesi ve Maternal Beslenme önerileri: “Önce Beslenmeyi Düşün”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2015(131):4.
42. Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., ve Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: nutritional risks and interventions. *Reproductive Health*, 11(3), 1–15.
43. Demir, Y., ve Gözümlü, S. (2011). Sağlık eğitiminde yeni yönelimler; web destekli sağlık eğitimi. *DEUHYO ED*, 4(4), 196-203.
44. Demirel, Ö., (1992). Türkiye’de Program Geliştirme Uygulamaları, H. Ü. Eğitim Dergisi, 7: 27-43.
45. Department of Health (2017). *Abortion Statistics, England and Wales: 2017*.
46. DeVellis, R. (2012). *Scale Development Theory and Applications* 4 th ed. Chapel Hill, USA, SAGE Publications.
47. Doğan Pekince, G., ve Ertem, G. (2016). Doğum öncesi dönem. In: Sevil Ü, Ertem G. editors. *Perinatoloji*. 1st ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, p. 127-68. 4.
48. Doğaner, G., ve Gölbaşı, Z. (2011). Prekonsepsiyonel Danışmanlık, *Sted*, 20(5), 215-21.
49. Dolan, S., Biermann, J. ve Damus, K. (2007). Genomics for health in preconception and prenatal periods. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(1), 4-9.
- WHO (2023). *Congenital disorders. Key Facts*.

50. Dorney, E. ve Black, K. I. (2018). Preconception care. Australian journal of general practice, 47(7), 424-429.
51. Du, L., La, X., Zhu, L., Jiang, H., Xu, B., Chen, A., ve Li, M. (2021). Utilization of preconception care and its impact on health behavior changes among expectant couples in Shanghai, China. BMC Pregnancy and Childbirth, 21(1), 1-8.
52. Dumitru, R. C., Bürkle, T., Potapov, S., Lausen, B., Wiese, B., ve Prokosch, H. U. (2007). Use and perception of internet for health related purposes in Germany: results of a national survey. International journal of public health, 52, 275-285.
53. Elsinga, J., de Jong-Potjer, L. C., vander Pal-de, K. M., le Cessie, S., Assendelft, W. J., ve Buitendijk, S. E. (2008). The effect of preconception counselling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy. Women's Health Issues, 18(6), S117-S125.
54. Erümit, S.F. (2013). Web Tabanlı Uzaktan Eğitimde Biyoloji Dersi için Ders Materyali Tasarımı: Kriterler, Uygulama ve Değerlendirme, Journal of Instructional Technologies & Teacher Education, 2(1), 86-111.
55. Farahı, N., ve Zolotor, A. (2013). Recommendations for preconception counseling and care. American Family Physician, 88(8):500-506.
56. Farahı, N., ve Zolotor, A. (2014). Recommendations for preconception counseling and care. Indian Journal of Clinical Practice, 24(11):10006-1002.
57. Fleming, T. P., Watkins, A. J., Velazquez, M. A., Mathers, J. C., Prentice, A. M., Stephenson, J., ... Godfrey, K. M. (2018). Origins of lifetime health around the time of conception: causes and consequences. The Lancet, 391(10132), 1842-1852.
58. Fowler, J. R., Mahdy, H. ve Jack, B. W. (2017). Preconception counseling.
59. Frayne, D.J. (2017). A paradigm shift in preconception and interconception care: using every encounter to improve birth outcomes. Zero to three Journal, 37 (4):4-12.
60. Freda, M. C., Moos, M. K. ve Curtis, M. (2006). The history of preconception care: Evolving guidelines and standards. Maternal and child health journal, 10:43-5.
61. Gantt, A., Metz, T. D., Kuller, J. A., Louis, J. M., Cahill, A. G. ve Turrentine, M. A. (2022). Pregnancy at Age 35 Years or Older ACOG Obstetric Care Consensus No. 11. Obstetrics and Gynecology, 140(2), 348-366.

62. Genç Koyucu, R., Tosun, Y., ve Katran, B. (2017). Üreme Çağındaki Kadınlarda Prekonsepsiyonel danışmanlık gereksinimleri G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN 3(3):116-121.
63. Gernsbacher, M.A. (2015). Why internet-based education? Front. Psychol, 5: 1530-35.
64. Gipson, J.D., Koenig, M.A. ve Hindin M.J. (2008). The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. Studies in family planning,39(1):18-38.
65. Gluckman, P. D., Seng, C. Y., Fukuoka, H., Beedle, A. S., ...Hanson, M. A. (2007). Low birthweight and subsequent obesity in Japan. The Lancet, 369(9567), 1081-1082.
66. Gonzalez, D.C., Ory, J., Blachman-Braun, R., Nackeeran, S., Best, J.C. ve Ramasamy, R. (2022). Advanced Paternal Age and Sperm DNA Fragmentation: A Systematic Review. World J Mens Health ,40(1):104–15.
67. Gökdemir F, ve Eryılmaz G. (2017). Prekonsepsiyonel Sağlık Hizmetleri. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics; 3 (3): 204-212.
68. Gönenç, I. ve Vural, E. Z. T. (2022). Bir gebeliğe hazırlanmak: prekonsepsiyonel interkonsepsiyonel bakım ve danışmanlık. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 26(3), 77-87.
69. Görkem, Ü. (2020). Birinci Basamakta Gebelik Öncesi Danışmanlık. İçinde: Çiftçi A, Özkara A, editors. Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı ve Tedavi. Ankara, p. 2691–7.
70. Görkemli N. (2017). Sağlık iletişimde internet kullanımı üzerine bir araştırma. The Turkish Online Journal of Design, Art and Communication 2017, 7(1), 122-138.
71. Green, R. F., Devine, O., Crider, K. S., Olney, R. S., Archer, N., Olshan, A. F., ... Study, T. N. B. D. P. (2010). Association of paternal age and risk for major congenital anomalies from the National Birth Defects Prevention Study, 1997 to 2004. Annals of epidemiology, 20(3), 241-249.
72. Grubbs, S.,ve Brundage, S. C. (2002). Preconception management of chronic diseases. Journal of the South Carolina Medical Association (1975). 98(6), 270-276.

73. Guler Baysoy, N., ve Özkan, S. (2012). Preconception Care: A Public Health Perspective. *Gazi Medical Journal*, 23(3), 77-90.
74. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
75. Hakkari F., Kantar M., Boy Y., İbili F., Bayram F. Ve Doğan M., (2008). “Uzaktan Eğitimde Ders Materyallerini Hazırlanırken Ders İçeriklerinin Tasarımı ve Senaryolaştırılmasının Önemi”, 2. Uluslararası Gelecek İçin Öğrenme Alanında Yenilikler Konferansı, İstanbul.
76. Hale, T.M., Cotten, S.R., Drentea, P., ve Goldner, M. (2010). Rural-urban differences in general and health-related Internet use. *American Behavioral Scientist* Mar 09;53(9):1304-1325.
77. Hall, J., Chawla, M., Watson, D., Jacob, C. M., Schoenaker, D., Connolly, A., ve 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.
78. Hanson, M. A., Bardsley, A., De-Regil, L. M., Moore, S. E., Oken, E., Poston, L., ... Morris, J. L. (2015). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) recommendations on adolescent, preconception, and maternal nutrition: "Think Nutrition First". *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 131, S213-S253.
79. Henning P.A., Burgess, C.K., Jones, H.E. ve Norman, W.V. (2017). The effects of asking a fertility intention question in primary care settings: a systematic review protocol. *Syst Rev.*, Jan 19;6(1):11.
80. Holmes, V. A., Hamill, L. L., Alderdice, F. A., Spence, M., Harper, R., ve Patterson, C. C., ve Women with Diabetes Project Team. (2017). Effect of implementation of a preconception counselling resource for women with diabetes: a population based study. *Primary care diabetes*, 11(1), 37-45.
81. Homer, C. S., Passant, L., Brodie, P. M., Kildea, S., Leap, N., Pincombe, J., ve Thorogood, C. (2009). The role of the midwife in Australia: views of women and midwives. *Midwifery*, 25(6), 673-681.

82. Hopper, H., Husk, K., Maslin, K., Kent, B., Wanner, A., ve Shawe, J. (2022). Preconception Care for People With Health Conditions: What Approaches Work, for Whom, and in What Circumstances? A Realist Review. *Women's Reproductive Health*, 1-24.
83. Hristova-Atanasova, E., Iskrov, G., Raycheva, R., Mandova, V., ve Stefanov, R. (2023). Preconception-Health-Related Attitudes of Bulgarian Women of Reproductive Age. In *Healthcare*, 11(7): s989. MDPI.
84. Hunt, K. J., ve Schuller, K. L. (2007). The increasing prevalence of diabetes in pregnancy. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 34(2), 173-199.
85. ICM (2018). Essential competencies for Midwifery Practice.
86. ICM (2020). International Confederation of Midwives. Philosophy and model of midwifery care. Core Document,
87. Jack, B.W., Atrash, H., Bickmore, T. ve Johson, K. (2008). The Future of Preconception Care a Clinical Perspective. *Women's Health Issues*, 18 (6): 19-25.
88. Jansà, M., Bertran, M. J., Vilardell, J., Garcia, F., Escarrabill, J., ve on Information, W. G. (2018). Analysis of the quality of patient therapeutic education and information in a high complexity reference hospital. *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(6), 343-351.
89. Je, N. J., ve Choi, S. Y. (2016). Effects of web-based preconception health promotion program for couples about to be married. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 46(5), 720-732.
90. Jelsma, J. G., van Leeuwen, K. M., Oostdam, N., Bunn, C., Simmons, D., Desoye, G., ...van Poppel, M. N. (2016). Beliefs, Barriers, and Preferences of European Overweight Women to Adopt a Healthier Lifestyle in Pregnancy to Minimize Risk of Developing Gestational Diabetes Mellitus: An Explorative Study. *J Pregnancy*, 3435791.
91. Jesurasa, A. (2018). Making the Case for Preconception Care.
92. Johnson, K., Posner, S. F., Biermann, J., Cordero, J. F., Atrash, H. K., Parker, C. S., ve Curtis, M. G. (2006). Recommendations to improve preconception health and Health Care—United States: report of the CDC/ATSDR preconception care work group and the select panel on preconception care. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, 55(6), 1-CE.

93. Johnson, S.L., Dunleavy, J., Gemmell, N.J. ve Nakagawa S. (2015). Consistent Age Dependent Declines in Human Semen Quality: A Systematic Review and Meta Analysis. *Ageing Res Rev*,19:22–33.
94. Karakaya, E., ve oşkun, A. (2013). The Evaluation of Community-Based Safe Motherhood Application Performed in Province of Diyarbakir. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2), 20-28.
95. Karakoç, F., Y., ve Dönmez L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *TED* 40:(40)
96. Karsten, M. D. A., van Oers, A. M., Groen, H., Mutsaerts, M. A. Q., van Poppel, M. N. M., Geelen, ve A., group, L. I. s. (2018). Determinants of successful lifestyle change during a 6-month preconception lifestyle intervention in women with obesity and infertility. *Eur J Nutr*. doi:10.1007/s00394-018- 1798-7
97. Kaya, Y., Beji, N. K., Aydın, Y., ve Hassa, H. (2016). The effect of health-promoting lifestyle education on the treatment of unexplained female infertility. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 207, 109-114.
98. Khandwala, Y.S., Baker, V.L., Shaw, G.M., Stevenson, D.K., Lu Y ve Eisenberg, M.L. (2018). Association of paternal age with perinatal outcomes between 2007 and 2016 in the United States: Population Based Cohort Study. *BMJ* 363:k4372.
99. Kirkham, C., Harris, S., ve Gryzybowski, S. (2005). Evidence-based prenatal care: Part 1: General prenatal care and counseling issues. *American Family Physician*., 71(7):1307-16.
100. Klerman, L. V., Jack, B. W., Coonrod, D. V., Lu, M. C., Fry-Johnson, Y. W., ve Johnson, K. (2008). The clinical content of preconception care: care of psychosocial stressors. *American journal of obstetrics andgynecology*, 199(6), S362-S366.
101. Kotirum, S., Kiatpongsan, S., ve Kapol, N. (2021). Systematic review of economic evaluation studies on preconception care interventions. *Health Care for Women International*,42(4-6), 503-517.
102. Kris-Etherton, P. M., Sapp, P. A., Riley, T. M., Davis, K. M., Hart, T. ve Lawler, O. (2022). The dynamic interplay of healthy lifestyle behaviors for cardiovascular health. *Current atherosclerosis reports*, 24(12), 969-980.

103. Lang, A. Y., Boyle, J. A., Fitzgerald, G. L., Teede, H., Mazza, D., Moran, L. J., ...Harrison, C. (2017). Optimizing preconception health in women of reproductive age. *Minerva ginecologica*, 70(1), 99-119.
104. Lang, A. Y., Harrison, C. L. ve Boyle, J. A. (2019). Preconception lifestyle and weight related behaviors by maternal body mass index: a cross-sectional study of pregnant women. *Nutrients*, 11(4):759.
105. Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Intarut, N., Mori, R., Ganchimeg, T., Vogel, J.P.,...Gülmezoglu, A.M (2014). Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. *BJOG*;121(1): 49–56.
106. Lassi, Z. S., Imam, A. M., Dean, S. V., ve Bhutta, Z. A. (2014a). Preconception care: preventing and treating infections. *Reproductive Health*, 11, 1-16.
107. Lassi, Z. S., Imam, A. M., Dean, S. V., ve Bhutta, Z. A. (2014b). Preconception care: screening and management of chronic disease and promoting psychological health. *Reproductive Health*, 11, 1-20.
108. Lassi, Z. S., Imam, A. M., Dean, S. V., ve Bhutta, Z. A. (2014c). Preconception care: caffeine, smoking, alcohol, drugs and other environmental chemical/radiation exposure. *Reproductive health*, 11(3), 1-12.
109. Lassi, Z.S., Dean, S.V., Mallick, D. ve Bhutta, Z.A. (2014). Preconception care: delivery strategies and packages for care. *Reproductive health*,11(3):S7.
110. Li, Y., Schoufour, J., Wang, D. D., Dhana, K., Pan, A., Liu, X., ... Hu, F. B. (2020). Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: prospective cohort study. *BMJ*, 368.
111. Lima-Pereira, P., Bermúdez-Tamayo, C., ve Jasienska, G. (2012). Use of the Internet as a source of health information amongst participants of antenatal classes. *Journal of clinical nursing*, 21(3-4), 322-330.
112. Loef, M. ve Walach, H. (2012). The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med.*, 55(3):163–70.
113. Mallakin, M., Dery, C., Vaillancourt, S., Gupta, S., ve Sellen, K. (2023). Web-Based Co-design in Health Care: Considerations for Renewed Participation. *Interactive Journal of Medical Research*, 12(1), e36765.

114. Manniën, J., Klomp, T., Wiegers, T., Pereboom, M., Brug, J., de Jonge, A., ... Spelten, E. (2012). Evaluation of primary care midwifery in the Netherlands: design and rationale of a dynamic cohort study (DELIVER). *BMC health services research*, 12, 1-11.
115. Maimburg, R. D., Declercq, E. R., ve de Jonge, A. (2023). Midwifery care is evidence-based but under increasing pressure. *Sexual & Reproductive Healthcare*.
116. McIntyre, R. ve Craig, A. A (2015). Literature review of patient education: Is it time to move forward? *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences* , 46(3), 75-85.
117. Mullally, A., Cleary, B.J., Barry, J., Fahey, T.P. ve Murphy, D.J. (2011). Revalence, predictors and perinatal outcomes of peri-conceptional alcohol exposure- retrospective cohort study in an urban obstetric population in Ireland. *BMC Pregnancy and Childbirth*.11(1):27.
118. Nana, M., Stannard, M. T., Nelson-Piercy, C., ve 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.
119. Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., ... Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 384(9945):766-781.
120. Office for National Statistics (2016). Child mortality in England and Wales: 2016.
121. Oscarsson, M.G., Medin, E., Holmström, I., ve Lendahls, L. (2018). Using the Internet as source of information during pregnancy: A descriptive cross-sectional study among fathers-to-be in Sweden. *Midwifery* 2018; 62: 146-150.
122. Öz Alkan, H. (2016). Hasta eğitimi ve davranış değişikliği geliştirme. *Journal of Cardiovascular Nursing-Cardiac Rehabilitation Special Issue* 7(2), 41-47.
123. Özdemir, R. ve Özcan, G. (2018). Dünya’da ve Türkiye’de Ebelik Mesleğinin Gelişimi ve Ebe İnsan Gücü. *Doğum Öncesi Dönem 1 Kitabı*, İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul. S:1-15.

124. Özkan, A., ve Arslan H. (2007). Gebeliğe karar verme, fizyolojik yakınmaları algılama ve eğitim gereksinimleri. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*.38(4):155-61.
125. Özkan, Arslan, H., ve Bilgin Z. (2019). Kanıta Dayalı Gebelik ve Doğum Yönetimi. Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, Prenkonsepsiyonel Dönemin Kanıta Dayalı Yönetimi, ss:11-37.
126. Pandolfi, E., Gonfiantini, M. V., Gesualdo, F., Romano, M., Carloni, E., Mastroiacovo, P., ve Tozzi, A. E. (2014). Women participating in a web-based preconception study have a high prevalence of risk factors for adverse pregnancy outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 1-6.
127. Pavel, N. (2019). Midwife role in preconception care.
128. Phillips, J.M. ve Malone, B. (2014). Increasing racial/ethnic diversity in nursing to reduce health disparities and achieve health equity. *Public Health Reports* 129, 45–50.
129. Pinheiro, R. L., Areia, A. L., Pinto, A. M. ve Donato, H. (2019). Advanced maternal age: adverse outcomes of pregnancy, a meta-analysis. *Acta medica portuguesa*, 32(3), 219-226.
130. Plutarch (1932). *Lycurgus* 14 (Çev. John Dryden). New York: Random House; p. 59–60.
131. Poston L., Caleyachetty R., Cnattingius S., Corvalan C., Uauy R., Herring S.,...Gillman M.W. (2016). Preconceptional and maternal obesity: Epidemiology and health consequences. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 4:1025–1036.
132. Rademaker, D., Hukkelhoven, C.W. ve van Pampus MG (2021). Adverse maternal and perinatal pregnancy outcomes related to very advanced maternal age in primigravida and multigravida in the Netherlands: a population-based cohort. *Acta Obstet Gynecol Scand*,100:941–8.
133. Random.Org (2022). Randomizasyon.
134. Royal College of Obstetricians&Gynaecologists (2022). RCOG. Browse all patient information leaflets .
135. De Weerd, S., van der Bij, A. K., Cikot, R. J., Braspenning, J. C., Braat, D. D., & Steegers, E. A. (2002). Preconception care: a screening tool for health assessment and risk detection. *Preventive medicine*, 34(5), 505-511.

136. Sağlık Bakanlığı (2010). Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi Genelgesi 2010 / 13.
137. Sağlık Bakanlığı (2014). Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi.
138. Sağlık Bakanlığı (2015). 15-49 yaş kadın izlemeleri.
139. Sağlık Bakanlığı (2022). Türkiye Beslenme Rehber (TÜBER) 2022, HSGM.
140. Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2019). Haber Bülteni.
141. Sajeve, M. (2006). E-learning: Web-based education. *Current Opinion in Anesthesiology*, 19(6), 645-649.
142. Saraç, A. E., Koçoğlu, F. Ö. ve Reis, Z. A. (2011). Web tabanlı eğitimde içerik tasarımı. Akademik Bilişim Konferansı, İnönü Üniversitesi, Malatya
143. Scime, N.V., Chaput, K.H., Faris, P.D., Quan, H., Tough, S.C. ve Metcalfe A. (2020). Pregnancy complications and risk of preterm birth according to maternal age: a population-based study of delivery hospitalizations in Alberta. *Acta Obstet Gynecol Scand*,99:459– 68.
144. Shannon, G. D., Alberg, C., Nacul, L., ve Pashayan, N. (2014). Preconception healthcare and congenital disorders: systematic review of the effectiveness of preconception care programs in the prevention of congenital disorders. *Maternal and child health journal*, 18, 1354-1379.
145. Shawe, J., Delbaere, I., Ekstrand, M., Hegaard, H. K., Larsson, M., Mastroiacovo, P., .ve Tydén, T. (2015). Preconception care policy, guidelines, recommendations and services across six European countries: Belgium (Flanders), Denmark, Italy, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 20(2), 77-87.
146. Sheridan, E., Wright, J., Small, N., Corry, P.C., Oddie, S., Whibley, C.,...Parslow, R.C. (2013). Risk factors for congenital anomaly in a multiethnic birth cohort: an analysis of the Born in Bradford study. *The Lancet*,19;382(9901):1350-9.
147. Simon, C. (2019). Introduction: Preconceptional care: do we have to care?. *Fertility and Sterility*, 112(4), 611-612.
148. Smedley, B., D. ve Stith, A.,Y, (2004). Bristow LR. In the Nation's compelling interest: Institutional& policy level strategies for increasing racial ethnic diversity

- of the US healthcare workforce. Institute of Medicine, Washington (DC): National Academies Press (US).
149. Stephenson, J., Heslehurst, N., Hall, J., Schoenaker, D. A., Hutchinson, J., Cade, J. E., ... 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.
 150. Sungur, C., Kar, A., Kıran, Ş., & Macit, M. (2019) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi: Klinik Sağlık Hizmeti Alan Hastalar Üzerinde Bir Araştırma. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(15) 43–52.
 151. Şahin M, Yurdakul M. (2012). Gebelik öncesi danışmanlık. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*;20(21):80-5.
 152. Sağlık Bakanlığı (2014). Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi. Ankara: Yayın No: 927.
 153. Tabachnick, B. and Fidell, L. (2001). Using multivariate statistics. (Fourth Edition). Ma: Allyn & Bacon Inc
 154. Tekalign, T., Lemma, T., Silesh, M., Lake, E. A., Teshome, M., Yitna, T., ve Awoke, N.(2021). Mothers' utilizationandassociatedfactorsof preconceptioncarein Africa, a systematicreviewandmeta-analysis. *PloSone*, 16(7), e0254935.
 155. Temizkan, E., ve Daşkan, Z. (2021). Prekonsepsiyonel Sağlık Bakımı. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(2), 94-105.
 156. Teras, L.R., Gaudet, M.M., Blase, J.L. ve Gapstur, S.M. (2015). Parental Age at Birth and Risk of Hematological Malignancies in Older Adults. *Am J Epidemiol*, 182(1):41 8.
 157. Terim Rehberim (2021). Risk Farkındalığı.
 158. TNSA (2018). Türkiye Hacettepe Üniversitesi Nüfus ve sağlık araştırması.
 159. Tsai, Y. J., Hsu, Y. Y., Hou, T. W., ve Chang, C. H. (2018). Effects of a web-based antenatal care system on maternal stress and self-efficacy during pregnancy: A study in Taiwan. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(2), 205-213.
 160. TÜİK (2020). Hane halkı Bilişimleri Teknolojileri (BT) Kullanım araştırması, veri Portalı.
 161. Türk Dil Kurumu (2022). Farkında Olmak.

162. Türkoglu, R. (2003). Internet Tabanlı Uzaktan Eğitim Programı Geliştirme Süreçleri. TOJET: The Turkish Online Journal of Educational Technology, 2(3).
163. Ural, A. (2016). Gestasyonel diabetes mellitus ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. DÜ Sağlık Bil Enst Derg., 6(2): 120-27.
164. Van der Smissen, D., Overbeek, A., van Dulmen, S., van Gemert-Pijnen, L., van der Heide, A., Rietjens, J. A., ve Korfage, I. J. (2020). The feasibility and effectiveness of web-based advance care planning programs: scoping review. Journal of medical internet research, 22(3), e15578.
165. Van Dijk, M. R., Huijgen, N. A., Willemsen, S. P., Laven, J. S., Steegers, E. A., ve Steegers-Theunissen, R. P. (2016). Impact of an mHealth platform for pregnancy on nutrition and lifestyle of the reproductive population: a survey. JMIR mHealth and uHealth, 4(2), e5197.
166. Van Heesch, P. N., de Weerd, S., Kotey, S. ve Steegers, E. A. (2006). Dutch community midwives' views on preconception care. Midwifery, 22(2), 120-124.
167. Van Steijvoort, E., Chokoshvili, D., W Cannon, J., Peeters, H., Peeraer, K., Matthijs, G.,...Borry, P. (2020). Interest in expanded carrier screening among individuals and couples in the general population: systematic review of the literature. Human Reproduction Update, 26(3), 335-355.
168. Victora, C. G., Adair, L., Fall, C., Hallal, P. C., Martorell, R., Richter, L.,...Sachdev, H. S. (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. The Lancet, 371(9609), 340-357.
169. Walker K.F., Bradshaw, L., Bugg, G.J. ve Thornton, J.G. (2016). Causes of antepartum stillbirth in women of advanced maternal age. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol,197:86–90.
170. Walker, S. N., Sechrist, K. R., ve Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res, 36(2), 76-81.
171. Ward, M. E., De Brún, A., Beirne, D., Conway, C., Cunningham, U., English, A., ... McAuliffe, E. (2018). Using co-design to develop a collective leadership intervention for healthcare teams to improve safety culture. International journal of environmental research and public health, 15(6), 1182.

172. Wellings, K., Jones, KG., Mercer, CH., Tanton, C., Clifton, S., Datta, J.,... Johnson (2013). The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, 382; 1807–1816.
173. WHO (2012). World Health Organization Meeting to Develop a Global Consensus on Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity World Health Organization Headquarters, Geneva 6–7 February 2012 Meeting report.
174. WHO (2017). World Health Organization. Global targets 2025 to improve maternal, infant and young children nutrition (No. WHO/NMH/NHD/17.10). World Health Organization.
175. Wilson, R. D., De Bie, I., Armour, C. M., Brown, R. N., Campagnolo, C., Carroll, J. C., ...Zwingerman, R. (2016). RETIRED: Joint SOGC–CCMG Opinion for Reproductive Genetic Carrier Screening: An Update for All Canadian Providers of Maternity and Reproductive Healthcare in the Era of Direct-to-Consumer Testing. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 38(8), 742-762.
176. Withanage, N. N., Botfield, J. R., Srinivasan, S., Black, K. I., ve Mazza, D. (2022). Effectiveness of preconception interventions in primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 72(725), e865-e872.
177. Woldeyohannes, D., Tekalegn, Y., Sahiledengle, B., Hailemariam, Z., Erkalo, D., Zegeye, A., ...Enticott, J. C. (2023). Preconception care in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis on the prevalence and its correlation with knowledge level among women in the reproductive age group. *SAGE Open Medicine*, 11:20503121231153511.
178. World Health Organization Nutrition (2012). Nutrition of Women in the Preconception Period, during Pregnancy and the Breastfeeding Period.
179. World Health Organization (2013a). Meeting to Develop a Global Consensus on Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity: Meeting Report, Geneva.
180. World Health Organization (2013b). Preconception Care: Maximizing the Gains for Maternal and Child Health.

181. World Stats (2021). World internet users statistics and 2021 world population stats.
182. Wijayawickrama, D. G. B. C., De Sirisuriya, S. C. M., ve Wedasinghe, N. (2020). Web-Based Application For Mothers & Midwives.
183. Yılmaz, E. ve Çöl, M. (2014). Kanıta dayalı tıp. J Clin Anal Med., 5(6):537-542.
184. Yamamoto, J. M., Hughes, D. J., Evans, M. L., Karunakaran, V., Clark, J. D., Morrish, N. J., ve Murphy, H. R. (2018). Community-based pre-pregnancy care programme improves pregnancy preparation in women with pregestational diabetes. Diabetologia, 61, 1528-1537.
185. Young, A.G. ve Pearce, S. (2013). A beginner's guide to factor analysis: focusing on exploratory factor analysis. Tutorials in Quantitative Methods for Psychology, 9(2), 79-94.
186. Yüksel, S. (2020). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Spor ve Rekreasyon Araştırmaları Dergisi, 2(1), 34-43.
187. Zhang, X., Lu, J., Wu, C., Cui, J., Wu, Y., Hu, A., ... Li, X. (2021). Healthy lifestyle behaviours and all-cause and cardiovascular mortality among 0.9 million Chinese adults. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 18(1), 1-11.
188. Zhou, Q., Zhang, S., Wang, Q., Shen, H., Tian, W., Chen, J., ... ve Li, X. (2016). China's community-based strategy of universal preconception care in rural areas at a population level using a novel risk classification system for stratifying couples preconception health status. BMC Health Services Research, 16, 1-7.

8. EKLER

EK-1: Kişisel Bilgi Formu

Vaka No:

Deney :

Kontrol:

A-Sosyo-Demografik- Özellikler

1) Yaşınız: ...

a) 18-24 b) 25-29 c) 30-34 d) 35-49

2) Medeni Durum: a) Evli b) Bekar

3) Eğitim durumunuz:

a) Okuma- yazma bilen b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite ve üzeri

4) Çalışma Durumu:

a) Çalışmıyorum b) Çalışıyorum

5) Sosyal güvenceniz var mı?

a) Evet b) Hayır

6) Gelir durumunuz?

a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

7) Aile yapınız:

a) Çekirdek aile b) Geniş aile

8) Kilo:

9) Boy:

10) BKİ:

B- Obstetrik Özellikler

11) Gebelik Sayısı ...

a) Hiç gebe kalmadım b)1 c)2 d)3 e)4 ve üzeri

12) Doğum Sayısı

a) Hiç Doğum Yapmadım b)1 c)2 d)3 e)4 ve üzeri

13) Doğum şekli:

1) Yok 2) Normal doğum 3) Sezaryen doğum 4) Normal ve sezaryen doğum

14) Düşük sayısı:

a) Hiç düşük yapmadım b)1 c)2 d)3 e)4 ve üzeri

15) İsteyerek küretaj sayısı:

a) Hiç küretaj olmadım b)1 c)2 d)3 e)4 ve üzeri

16) Gebelik planlamayı düşünüyor musunuz? a) Hayır b) Evet c) Kararsızım

EK-2: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Deneme Formu

Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Alt Boyut Ayrımı							
Alt Boyutları	MADDE NO		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Doğurganlığın Planlanması Alt Boyutu	1	Çiftlerin istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde danışmanlık hizmeti almasını düşünürüm.					
	2	Çiftlerin her ay düzenli olarak adet döneminin takvimini tutmasının gerekli olduğunu düşünürüm.					
	3	Daha önce sezaryan olan bir kadının yeniden gebe kalmak için en az 24 ay beklemesinin yeterli olduğunu düşünürüm.					
	4	Gebelik planlamadan önce rutin yapılan testlerin gereksiz olduğunu düşünürüm.					
	5	Gebelik planlanmadan önce danışmanlık almanın daha yararlı olduğunu düşünürüm.					
	6	İstenmeyen bir gebelik yaşanmaması için kendi tercih ettiğim bir aile planlaması yöntemi kullanmayı düşünürüm.					
	7	Gebelik oluşumu için herhangi bir planlama yapmam, kendiliğinden olacağını düşünürüm.					
İleri Anne ve Baba Yaşı Alt Boyutu	8	35 yaşından sonra gebe kalmanın anne ve bebek sağlığı açısından riskli olduğunu düşünürüm.					
	9	İleri anne ve baba yaşında gebe kalmaya çalıştıktan 6 ay sonra gebelik oluşmaz ise infertilite tedavisine başlanmasını düşünürüm.					
	10	İleri anne ve baba yaşında down sendromlu, doğumsal anomalili bebek doğma riskinin daha yüksek olduğunu düşünürüm.					
	11	Yaşları ileri olan çiftlerin genetik test yaptırması gerektiğini düşünürüm.					
Aile, Genetik Öykü ve Hastalıklar Alt Boyutu	12	Ailede genetik hastalığı olanların gebelikten önce düzenli olarak takip edilmesini düşünürüm.					
	13	Üç nesil aile öyküsündeki genetik hastalıkların araştırılması gerektiğini düşünürüm.					
	14	Aile bireylerinde gelişimsel gecikme, doğumsal anomali genetik bozukluk öyküsü var ise uzmana başvurulmasını düşünürüm.					
	15	Kan gruplarının bilinmesi ile anne ve baba adayının kan uyumsuzluğu riskinin önceden belirlenmesi gerektiğini düşünürüm.					
	16	Birden fazla ölü bebek ya da düşük ile sonuçlanan gebeliklerde kapsamlı tetkikler yapılmasını düşünürüm.					

	17	Gebelik öncesinde hastalıkların ve ölüm oranlarının azaltılması, sağlıklı bireylerin doğması için genetik testler yapılmasını düşünürüm.					
Fiziksel Aktivite , Beden Kitle İndeksi Alt Boyutu	18	Haftanın her günü, 20-30 dk orta şiddette yapılan egzersizin, gebelikte aşırı kilo alımının engellenmesinde etkili olduğunu düşünürüm.					
	19	Gebelik öncesi süreçte fiziksel olarak aktif, düzenli egzersiz yapılan yaşam tarzının benimsenmesini düşünürüm.					
	20	Gebelik öncesinde egzersiz yapmanın gebelik sürecinin rahat ve aktif geçmesini sağlayacağını düşünürüm.					
	21	Gebelik öncesinde kadınlarda aşırı kilolu ve/veya obez olmak doğumsal anomali, iri bebek, erken doğum açısından risk oluşturduğunu düşünürüm.					
	22	Gebelik öncesi kilo ne olursa olsun gebelik sırasında kilo verilebildiğini düşünürüm.					
	23	Düşük kilolu kadınlara danışmanlık hizmeti verilmesini düşünürüm.					
	24	Yemek yemeyi unuttuğum zamanların normal olduğunu düşünürüm.					
Beslenme Durumu Alt Boyutu	25	Günde 2-3 fincan (standart) kahveden daha fazla kahve tüketiminin sakıncalı olduğunu düşünürüm.					
	26	Sağlıklı ve dengeli beslenmenin önemli olduğunu düşünürüm.					
	27	Beslenmemde vitamin takviyesi almamın faydalı olduğunu düşünürüm.					
	28	Kahve tüketiminin demir emilimini olumsuz etkileyerek demir eksikliği anemisine neden olduğunu düşünürüm.					
	29	Gebelik planlamadan önce Demir, Vitamin A , İyot , Çinko ve Kalsiyum düzeylerine baktırmamın anne-bebek sağlığına yararı olduğunu düşünürüm..					
	30	Gebelik öncesinde kullanılan bitkilerin (Adaçayı, rezene,sinameki, biberiye gibi) gebelikte de kullanılabileceğini düşünürüm.					
	31	Gebelik planlamadan önce günlük diyetle özen gösterilmesini, gerekirse destek alınmasını düşünürüm.					
	32	Günde en az 1,5 litre su tüketilmesi gerektiğini düşünürüm.					
	33	Gebelik sırasında günlük diyetle alınan demir ihtiyacının yeterli olduğunu düşünürüm.					
	34	Genellikle iştahsızlık yaşamamın normal olduğunu düşünürüm.					
	35	Gebelik planlamadan önce folik asit kullanmanın yararı olmadığını düşünürüm.					
Aşılama Durumu Alt Boyutu	36	Gebe kalmadan önce kızamıkçık, suçiçeği, Hepatit B bağışıklığının kontrol ettirilmesi gerektiğini düşünürüm.					
	37	Bağışıklığım olmayan aşıları gebelik planlamadan önce yaptırmayı düşünürüm.					

	38	Üreme çağındaki tüm kadınların tetanoz difteri boğmaca, kızamık -kabakulak-kızamıkçık açısından bağışıklanmış olması gerektiğini düşünürüm.					
	39	Gebe kalmadan önce rahim ağzı kanser taraması yaptırmanın gerekli olduğunu düşünürüm.					
	40	Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı olduktan hemen sonra gebe kalmaktan kaçınmanın gerekli olduğunu düşünürüm.					
	41	Tetanozun aşılama ile önlenebilen bir hastalık olduğunu düşünürüm.					
	42	Gebelik öncesinde kadının aşılama durumunun değerlendirilmesi gerektiğini düşünürüm.					
	43	Gebelik planlayan kadınların gebelikleri grip açısından riskli aylara denk geldiğinde aşılama gerektiğini düşünürüm.					
	44	Tetanoz aşısı bir kez yaptırıldığında doğurganlık çağı boyunca tetanozdan koruduğunu düşünürüm.					
	45	Gebelik planlamadan önce HIV taraması yaptırmanın gerekli olduğunu düşünürüm.					
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Alt Boyutu	46	HIV (Cinsel yolla bulaşan hastalık) pozitif olduğumda eşime ve bebeğime bulaşabileceğini düşünürüm.					
	47	Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve istenmeyen enfeksiyonlara karşı korunmak için prezaratif kullanmanın tek başına yeterli olduğunu düşünürüm.					
	48	Gebelikten önce hepatit C enfeksiyonunun taranması gerektiğini düşünürüm.					
	49	Gebelikten önce anne ve baba adayının sağlık kontrolünden geçmesinin gerekli olduğunu düşünürüm.					
Kronik Hastalıklar Alt Boyutu	50	Gebelik öncesi dönemde diyet ve kan glukoz (şeker) düzeyi takibinin gebelik ve gebelik sonucunu olumlu yönde etkilediğini düşünürüm.					
	51	Gebelik öncesi dönemde ciltte kuruluk, saç ve kaşlarda dökülme problemi yaşanmasının normal olduğunu düşünürüm.					
	52	Vücut ısısının çoğu zaman düşük olmasının normal olduğunu düşünürüm.					
	53	Vücutta terlemede artış, sıcak basması, titreme, çarpıntı gibi durumların çoğu zaman yaşanmasının normal olduğunu düşünürüm.					
	54	Genellikle vücutta halsizlik hissi yaşanabilir; bu durumun önemsiz olduğunu düşünürüm.					
	55	Dudak etrafında ve parmak uçlarında uyuşmalar olabilir; bu durumun önemsiz olduğunu düşünürüm.					
	56	Ara sıra yüksek ateş, güçsüzlük, karında sırtın alt bölümlerinde ve bacaklarda şiddetli ağrılar yaşanmasının normal olduğunu düşünürüm.					
	57	Cilt üzerinde nedeni bilinmeyen morarmalar meydana gelmesinin normal olmadığını düşünürüm.					
	58	Aşırı tüylenme problemi yaşanmasının normal olmadığını düşünürüm.					
	59	Kan şekeri düzeylerinin ölçülmesi gerektiğini düşünürüm.					

	60	Enfeksiyondan kaynaklı sıklıkla sağlık kuruluşuna başvurmanın gerekli olduğunu düşünürüm.					
	61	İdrarın koyu renkli olduğunu gördüğümde yeterli sıvı alınmadığını düşünürüm.					
	62	Çok sık idrara çıkmanın normal olduğunu düşünürüm.					
	63	Merdiven çıkıldığında çabucak yorulmanın, nefes nefese kalmanın normal olduğunu düşünürüm.					
	64	Gebelikten önce tansiyon takibi yapılmasının gerekli olduğunu düşünürüm.					
	65	Büyük tansiyonun 140 mm/Hg, küçük tansiyonun 90 mm/ Hg ve üzerinde olmasının normal olmadığını düşünürüm.					
	66	Tansiyon ve şeker hastalığında genetik geçiş yaşanabileceğini düşünürüm.					
	67	Zaman zaman çift ve ya bulanık görme gibi durumlar yaşanmasının önemsiz olduğunu düşünürüm.					
	68	Gebelik planlamadan önce kan tahlili yaptırmanın gerekli olduğunu düşünürüm.					
	69	Epileptik bir nöbet yaşandığında sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiğini düşünürüm.					
	70	Işıklı ve gürültülü ortamlarda baş ağrısı olmasının normal olduğunu düşünürüm.					
	71	Ani ve ya kademeli olarak başlayıp dakika, saat hatta günlerce süren öksürük, nefes darlığı, göğüste sıkışma ataklarının olması durumunun önemsiz olduğunu düşünürüm.					
ilaçlar Alt boyutu	72	Kronik hastalıklara yönelik danışmanlık hizmeti alınmasının gerekli olduğunu düşünürüm.					
	73	Çiftlerin teratojenik ilaç kullanımı açısından taranmasının gerekli olduğunu düşünürüm.					
	74	Sağlık profesyonellerine danışmadan ilaç kullanmanın doğru olmadığını düşünürüm.					
	75	Gebelik planlamadan önce kullanılan ilaçların negatif gebelik sonuçları için bir risk faktörü olduğunu düşünürüm.					
	76	Reçetesiz ilaçların kullanılabilceğini düşünürüm.					
	77	Geleneksel, alternatif tamamlayıcı yöntemleri kullanmanın daha güvenli olduğunu düşünürüm.					

Psikososyal Değerlendirme	Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetler Alt Boyutu	78	Sigara, alkol ve uyuşturucu kullanmanın anne ve bebek sağlığı açısından zararlı olduğunu düşünürüm.					
		79	Sigaranın sperm kalitesini bozduğunu düşünürüm.					
		80	Haftada 1 kadehten fazla alkol tüketmenin normal olduğunu düşünürüm.					
		81	Gebelik planlamadan önce ağız ve diş sağlığı ile ilgili bakım alınması gerektiğini düşünürüm.					
		82	Gebelik öncesinde evde aşısız hayvan beslemenin zararsız olduğunu düşünürüm.					
		83	Gebelik öncesinde kadınların kedi dışkısı ile temas etmemesi gerektiğini düşünürüm.					
		84	Çiftlerin gebelik ve ebeveynlik için her birinin ayrı ayrı hazır olmasının önemli olduğunu düşünürüm.					

85	Ekonomik açıdan yetersiz hissetmenin normal olduğunu düşünürüm.					
86	Fiziksel, cinsel, duygusal, ekonomik, siber şiddetten herhangi biri veya birilerine maruz kalmanın normal olduğunu düşünürüm.					
87	Zaman zaman çaresiz hissetmenin normal olduğunu düşünürüm.					
88	Ekonomik durumun yetersiz olmasından kaynaklı sağlık hizmetlerinden faydalanılamayacağını düşünürüm.					
89	Ailede şiddet yaşayan bireylerde depresyon ve ruh sağlığının bozulma riskinin daha yüksek olduğunu düşünürüm.					
90	İntihar etmenin ara ara düşünüldüğü zamanların olmasının önemli olduğunu düşünürüm.					
91	Gebelik öncesinde çiftlerin eğitim ve psikososyal danışmanlık alması gerektiğini düşünürüm.					
92	İstismara maruz kalındığında tüm hakların savunulabilmesi için hukuksal süreçlerin bilinmesi gerektiğini düşünürüm.					

Ek-3: Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği (PDRFÖ)

Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalık Ölçeği Alt Boyut Ayrımı						
Alt Boyutları	MADDE NO		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum
Doğurganlığın Planlanması Alt Boyutu	1	Çiftlerin istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde danışmanlık hizmeti almasını düşünürüm.				
	2	Çiftlerin her ay düzenli olarak adet döneminin takvimini tutmasının gerekli olduğunu düşünürüm.				
	3	Gebelik planlanmadan önce danışmanlık almanın daha yararlı olduğunu düşünürüm.				
İleri Anne ve Baba Yaşı Alt Boyutu	4	35 yaşından sonra gebe kalmanın anne ve bebek sağlığı açısından riskli olduğunu düşünürüm.				
	5	İleri anne ve baba yaşında down sendromlu, doğumsal anomalili bebek doğma riskinin daha yüksek olduğunu düşünürüm.				
	6	Yaşları ileri olan çiftlerin genetik test yaptırması gerektiğini düşünürüm.				
Aile, Genetik Öykü ve Hastalıklar Alt Boyutu	7	Ailede genetik hastalığı olanların gebelikten önce düzenli olarak takip edilmesini düşünürüm.				
	8	Üç nesil aile öyküsündeki genetik hastalıkların araştırılması gerektiğini düşünürüm.				
	9	Aile bireylerinde gelişimsel gecikme, doğumsal anomali genetik bozukluk öyküsü var ise uzmana başvurulmasını düşünürüm.				
	10	Kan gruplarının bilinmesi ile anne ve baba adayının kan uyumsuzluğu riskinin önceden belirlenmesi gerektiğini düşünürüm.				
	11	Gebelik öncesinde hastalıkların ve ölüm oranlarının azaltılması, sağlıklı bireylerin doğması için genetik testler yapılmasını düşünürüm.				
Fiziksel Aktivite, Beden Kitle İndeksi Alt Boyutu	12	Haftanın her günü, 20-30 dk orta şiddette yapılan egzersizin, gebelikte aşırı kilo alımının engellenmesinde etkili olduğunu düşünürüm.				
	13	Gebelik öncesi süreçte fiziksel olarak aktif, düzenli egzersiz yapılan yaşam tarzının benimsenmesini düşünürüm.				

	14	Gebelik öncesinde egzersiz yapmanın gebelik sürecinin rahat ve aktif geçmesini sağlayacağını düşünürüm.					
Beslenme Durumu Alt Boyutu	15	Sağlıklı ve dengeli beslenmenin önemli olduğunu düşünürüm.					
	16	Gebelik planlamadan önce Demir, Vitamin A , İyot , Çinko ve Kalsiyum düzeylerine baktırmanın anne- bebek sağlığına yararı olduğunu düşünürüm..					
	17	Günde en az 1,5 litre su tüketilmesi gerektiğini düşünürüm.					
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve Aşılama Durumu Alt Boyutu	18	Gebe kalmadan önce kızamıkçık, suçiçeği, Hepatit B bağışıklığının kontrol ettirilmesi gerektiğini düşünürüm.					
	19	Bağışıklığım olmayan aşıları gebelik planlamadan önce yaptırmayı düşünürüm.					
	20	Üreme çağındaki tüm kadınların tetanoz difteri boğmaca, kızamık -kabakulak-kızamıkçık açısından bağışıklanmış olması gerektiğini düşünürüm.					
	21	Gebe kalmadan önce rahim ağzı kanser taraması yaptırmanın gerekli olduğunu düşünürüm.					
	22	Gebelik öncesinde kadının aşılama durumunun değerlendirilmesi gerektiğini düşünürüm.					
	23	Gebelik planlamadan önce HIV taraması yaptırmanın gerekli olduğunu düşünürüm.					
	24	HIV (Cinsel yolla bulaşan hastalık) pozitif olduğumda eşime ve bebeğime bulaşabileceğini düşünürüm.					
	25	Gebelikten önce hepatit C enfeksiyonunun taranması gerektiğini düşünürüm.					
Kronik Hastalıklar Alt Boyutu	26	Gebelik öncesi dönemde ciltte kuruluk, saç ve kaşlarda dökülme problemi yaşanmasının normal olduğunu düşünürüm.					
	27	Vücut ısısının çoğu zaman düşük olmasının normal olduğunu düşünürüm.					
	28	Vücutta terlemede artış, sıcak basması, titreme, çarpıntı gibi durumların çoğu zaman yaşanmasının normal olduğunu düşünürüm.					
	29	Genellikle vücutta halsizlik hissi yaşanabilir; bu durumun önemsiz olduğunu düşünürüm.					
	30	Dudak etrafında ve parmak uçlarında uyuşmalar olabilir; bu durumun önemsiz olduğunu düşünürüm.					
	31	Ara sıra yüksek ateş, güçsüzlük, karında sırtın alt bölümlerinde ve bacaklarda şiddetli ağrılar yaşamının normal olduğunu düşünürüm.					
	32	Çok sık idrara çıkmanın normal olduğunu düşünürüm.					

	33	Merdiven çıkıldığında çabucak yorulmanın, nefes nefese kalmanın normal olduğunu düşünürüm.					
	34	Zaman zaman çift veya bulanık görme gibi durumlar yaşanmasının önemsiz olduğunu düşünürüm.					
Psikososyal Değerlendirme Alt Boyutu	35	Çiftlerin gebelik ve ebeveynlik için her birinin ayrı ayrı hazır olmasının önemli olduğunu düşünürüm.					
	36	Ailede şiddet yaşayan bireylerde depresyon ve ruh sağlığının bozulma riskinin daha yüksek olduğunu düşünürüm.					
	37	İstismara maruz kalındığında tüm hakların savunulabilmesi için hukuksal süreçlerin bilinmesi gerektiğini düşünürüm.					

Ek-4 Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiç bir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağlı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekerli ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumsuz ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle başışık ve kendimi yeterli hissedirim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

Ek- 5: Ölçek Madde Havuzu

Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Ölçeği Taslak Formu (132 Madde)							
Alt Boyutları	MADDE NO		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Doğurganlığın Planlanması Alt Boyutu	1	Plansız ve istenmeyen bir gebelikten kaçınmak gebelik sonuçlarını kontrol etmenin bir parçasıdır.					
	2	Çiftler istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde danışmanlık hizmeti almalıdır.					
	3	Çiftler istenmeyen bir gebelik yaşamaması için kendi tercih ettiği bir aile planlaması yöntemi kullanmalıdır.					
	4	Çiftler her ay düzenli olarak adet dönemi takvimi tutmalıdır.					
	5	Çiftler her ay düzenli olarak cinsel birleşme takvimi tutmalıdır.					
	6	Gebelik öncesinde aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi almaya gerek olmadığını düşünürüm.					
	7	Acil kontrasepsiyon olarak her zaman bir yöntemim vardır.					
	8	Gebelik planladıktan sonra 3 ay geçmesine rağmen gebelik oluşmuyor ise infertilite tedavisi alınmalıdır.					
	9	Gebelikler arasındaki zaman aralığı 18 aydan az olmalıdır.					
	10	Daha önce sezaryan olan bir kadının yeniden gebe kalması için en az 12 ay beklemesi yeterlidir.					
	11	İstenmeyen bir gebelik yaşanması durumunda ilk olarak küretajı düşünürüm.					
	12	Gebelik planlamadan önce hormon testleri yaptırım.					
	13	Gebelik planlamadan önce rutin yapılan testlerin gereksiz olduğunu düşünürüm.					
	14	Gebelik planlanmadan önce danışmanlık almanın daha yararlı olduğunu düşünürüm.					
	15	İstenmeyen bir gebelik yaşanmaması için kendi tercih ettiğim bir aile planlaması yöntemi kullanırım.					
	16	Gebelik oluşumu için planlama yapmam zamanı gelince olacağını düşünürüm.					
İleri Anne ve Baba Yaşı Alt Boyutu	17	35 yaşından sonra gebe kalmak anne ve bebek sağlığı açısından risklidir.					
	18	İleri anne ve baba yaşında gebe kalmaya çalıştıktan 6 ay sonra gebelik oluşmaz ise infertilite tedavisine başlanmalıdır.					
	19	ileri anne ve baba yaşında down sendromlu , konjenital anomalili bebek doğma riski daha yüksektir.					
	20	Yaşları ileri olan çiftler genetik test yaptırmalıdır.					
Aile , Genetik Öykü ve Hastalıklar Alt Boyutu	21	Ailede genetik hastalığı olanlar gebelikten önce düzenli olarak takip edilmelidir.					
	22	Üç nesil aile öykümde genetik hastalıklar araştırılmalıdır.					

	23	Aile bireylerinde gelişimsel gecikme, konjenital anomali genetik bozukluk öyküsü var ise uzmana başvurulmalıdır.						
	24	Kan gruplarının bilinmesi ile anne ve baba adayının kan uyumsuzluğu riski önceden belirlenmelidir.						
	25	Birden fazla ölü bebek ya da düşük ile sonuçlanan gebeliklerde kapsamlı tetkikler yapılmalıdır.						
	26	İki talesemi taşıyıcısının evlenmesi sonucu talesemili bebek doğabilmektedir.						
	27	Gebelik öncesinde hastalık yükü ve ölüm oranlarının azaltılması, sağlıklı bireylerin doğması için genetik testler yapılmalıdır.						
Fiziksel Aktivite , Beden Kitle İndeksi Alt Boyutu	28	Uygun zaman, sıklık ve şiddette yapılan egzersiz gebelikte aşırı kilo alımının engellenmesinde etkilidir.						
	29	Gebelik öncesi süreçte fiziksel olarak aktif, düzenli egzersiz yapma yaşam tarzını benimseyen kadınların oluşumuna destek olunmalıdır.						
	30	Gebelik öncesinde egzersiz yapmak gebelik sürecinin rahat ve aktif geçmesini sağlar.						
	31	Fiziksel yeteneklerime uygun egzersizler yaparım.						
	32	Beden Kitle İndeksi 18.5-24.9 kg/m2 olanlar normal kiloludur.						
	33	Gebelik öncesinde kadınlarda aşırı kilolu ve obez olmak nöral tüp kusurları, iri bebek, erken doğum açısından risk oluşturur.						
	34	Gebelik öncesi kilo ne olursa olsun gebelik sırasında kilo verilebilir.						
	35	Kilo alma konusunda desteğe ihtiyacım olduğunu düşünürüm.						
	36	Düşük kilolu kadınlara danışmanlık hizmeti verilmelidir.						
	37	Egzersizlerimi yapmak için her zaman vakit ayırıyorum.						
	38	Anoreksiya gibi yeme bozuklukları yaşıyorum.						
	39	Yemek yemeyi unuttuğum zamanlar olur.						
Beslenme Durumu Alt Boyutu	40	Günde 2-3 standart fincan kahveden daha fazla kahve tüketirim.						
	41	Sağlıklı ve dengeli beslendiğimi düşünürüm.						
	42	Beslenmemde multivitamin takviyesi alırım.						
	43	Günlük 3000 retinol activity equivalents A vitamini kullanırım.						
	44	Gebelik planlamadan önce kadınlar en az 1 ay önce 400 mikrogram folik asit kullanmalıdır.						
	45	Kahve tüketimi demir emilimini olumsuz etkileyerek demir eksikliği anemisine neden olur.						
	46	Çiğ et , süt ve /ve ya yumurta tüketirim.						
	47	Gebelik planlamadan önce Demir, Vitamin A , İyot , Çinko ve Kalsiyum düzeylerime baktırmamın anne-bebek sağlığına yararı olduğunu düşünürüm.						
	48	Gebelik öncesinde kullanılan bitkilerin gebelikte kullanılacağını düşünürüm.						
	49	Günlük 150 mg iyotlu tuz tüketirim.						
	50	Omega -3 ve Omega-6 yağ asitleri dahil olmak üzere tüm esansiyel yağ asitleri açısından zengin beslenirim.						
	51	Gebelik planlamadan önce diyetime önem gösterir , gerekirse destek alırım.						

	52	Günde en az 1,5 litre su tüketirim.					
	53	Gebelik sırasında demir ihtiyacı sadece diyet ile karşılanmalıdır.					
	54	Genellikle iştahsızlık yaşarım.					
	55	Gebelik planlamadan önce folik asit kullanmanın yararı olmadığını düşünürüm.					
Aşılama Durumu Alt Boyutu	56	Gebe kalmadan önce kızamıkçık, suçiçeği , Hepatit B bağışıklığı kontrol ettirilmelidir.					
	57	Bağışıklığım olmayan aşıları gebelik planlamadan önce yaptırırım.					
	58	Üreme çağındaki tüm kadınlar tetanoz difteri boğmaca , kızamık -kabakulak-kızamıkçık açısından bağışıklanmış olmalıdır.					
	59	Gebe kalmadan önce rahim ağzı kanser taraması yaptırılmalıdır.					
	60	Suçiçeği aşısı olduktan en az 1 ay gebe kalmaktan kaçınırım.					
	61	Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı olduktan hemen sonra gebe kalmaktan kaçınmaya gerek yoktur.					
	62	Tetanoz aşılama ile önlenebilen bir hastalıktır.					
	63	Gebelik öncesinde kadının aşılama durumu değerlendirilmelidir.					
	64	Gebelik planlayan kadınların gebelikleri grip açısından riskli aylara denk geldiğinde aşılanmalıdır.					
	65	Tetanoz aşısını bir kez yaptırdığımda doğurganlık çağı boyunca korunurum.					
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Alt Boyutu	66	Gebelik planlamadan önce HIV taraması yaptırırım.					
	67	HIV pozitif olsam bile eşime ve bebeğime bulaşmayacağımı düşünürüm.					
	68	HIV pozitif bir anne bebeğini emzirebilir.					
	69	HIV pozitif olduğumda bebeğe mutlaka geçeceğini düşünürüm.					
	70	Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve istenmeyen enfeksiyonlara karşı korunmak için prezaratif kullanmak tek başına yeterlidir.					
	71	Gebelikten önce klamidya enfeksiyonu taranmalıdır.					
	72	Gebelikten önce hepatit C enfeksiyonu taranmalıdır.					
	73	Gebelikten önce Sifiliz enfeksiyonu taranmalıdır.					
	74	Gebelikten önce gonore enfeksiyonu taranmalıdır.					
Kronik Hastalıklar Alt Boyutu	75	Gebelikten önce anne ve baba adayı sağlık kontrolünden geçmelidir.					
	76	Gebelik öncesi dönemde diyet ve kan glukoz düzeyi takibi gebelik ve gebelik sonucunu olumlu yönde etkiler .					
	77	Cildimde kuruluk , saç ve kaşlarımda dökülme problemi yaşarım.					
	78	Vücut ısımın çoğu zaman düşük olduğunu hissedirim üşürüm.					
	79	Vücudumda terlemede artış , sıcak basması , titreme , çarpıntı gibi durumlar çoğu zaman olur.					

	80	Genellikle halsizlik yaşıyorum.					
	81	Dudak etrafımda ve parmak uçlarımda uyuşmalar olur .					
	82	Ara sıra yüksek ateş, güçsüzlük , karnımda sırtımın alt bölümlerinde ve bacaklarımda şiddetli ağrılar yaşıyorum.					
	83	Cildimde nedenini bilmediğim morarmalar olur .					
	84	Aşırı tüylenme problemi yaşıyorum.					
	85	Kan şekeri düzeyleri ölçtürülmelidir.					
	86	Enfeksiyondan kaynaklı sıklıkla sağlık kuruluşuna başvururum.					
	87	İdrarımı koyu renkli olarak görmek bana yeterli sıvı aldığımı düşündürür.					
	88	Gün içinde sadece 1 kez tualete gittiğim olur.					
	89	Çok sık idrara çıkarım.					
	90	Merdiven Çıktığımda çabucak yorulur , nefes nefese kalırım.					
	91	Gebelikten önce tansiyon takibi yapılmalıdır.					
	92	Büyük tansiyonumun 140 mm/Hg , küçük tansiyonumun 90 mm/ Hg ve üzerinde olması bana her şeyin normal olduğunu düşündürür.					
	93	Tansiyon ve şeker hastalığında genetik geçiş yaşanabilir.					
	94	Bacaklarımda ödem olduğunda önemsemem.					
	95	Zaman zaman çift ve ya ulanık görme gibi durumlar yaşadığım olur .					
	96	Gebelik planlamadan önce kan sayımı yaptırırım.					
	97	Epileptik bir nöbet yaşadığım olmuştu.					
	98	Işıklı ve gürültülü ortamlarda baş ağrım olur.					
	99	Ani ve ya kademeli olarak başlayıp dakika, saat hatta günlerce süren öksürük , nefes darlığı , göğsümde sıkışma ataklarım olur.					
	100	Kronik hastalıklara yönelik danışmanlık hizmeti alınmalıdır.					
İlaçlar Alt boyutu	101	Çiftler teratojenik ilaç kullanımı açısından taranmalıdır.					
	102	Sağlık profesyonellerine danışmadan ilaç kullanmayı doğru bulmam.					
	103	Gebelik planlamadan önce kullanılan ilaçlar negatif gebelik sonuçları için bir risk faktörü olabilir.					
	104	Reçetesiz ilaçlar kullanabilirim.					
	105	Geleneksel, alternatif tamamlayıcı yöntemleri kullanmak daha güvenlidir.					
	106	Bazı ilaçların hormonal kontrasepyonların etkisini azalttığını bilirim.					
	107	Son zamanlarda sivilce tedavisi için ilaçlar kullandım.					
Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetler Alt Boyutu	108	Sigara , alkol ve uyuşturucu kullanmanın anne ve bebek sağlığı açısından zararlı olduğunu düşünürüm.					
	109	Günde 1 paket ve ya üzeri sigarı kullanırım.					

Psikososyal Değerlendirme Alt Boyutu	110	Sigara sperm kalitesini bozmaktadır.					
	111	Haftada 1 kadehten fazla alkol tüketirim.					
	112	Sigarayı bırakmanın imkansız olduğunu düşünürüm .					
	113	Kokain , esrar , eroin vb. keyif verici maddeler kullandım.					
	114	Evde ya da iş yerimde toksik, zararlı madde, kimyasal ajanlara ve teratojenlere maruz kalırım.					
	115	Ailemde şiddet ile karşılaştığım olmuştur.					
	116	Sinirlendiğim zaman kendime zarar veririm.					
	117	Sinirlendiğim zaman çevreme zarar veririm.					
	118	Sakin bir kişiliğim vardır öfkelenmem.					
	119	Gebelik öncesinde alkol kullanmanın germ hücreleri üzerine zararlı etkileri vardır.					
	120	Gebelik planlamadan önce ağız ve diş sağlığım ile ilgili bakım alırım.					
	121	Günde en az 2 kez dişlerimi fırçalarım.					
	122	Gebelik öncesinde evde aşısız hayvan beslediğim olur.					
	123	Gebelik öncesinde kadın kedi dışkısı ile temas etmemelidir.					
	124	Çiftlerin gebelik ve ebeveynlik için her birinin ayrı ayrı hazır olması önemlidir.					
	125	Ekonomik açıdan kendimi yetersiz hissettiğim olur.					
	126	Geçmişte fiziksel, cinsel ,duygusal , ekonomik , siber şiddetten herhangi biri veya birilerine maruz kaldığım oldu.					
	127	Zaman zaman kendimi çaresiz hissettiğim olur .					
	128	Ekonomik durumumun yetersiz olması sağlık hizmetlerinden yararlanamama neden olur.					
	129	Aile şiddet yaşayan bireylerde depresyon ,ruh sağlığının bozulma riski daha yüksektir.					
	130	İntihar etmeyi düşündüğüm zamanlar oldu.					
	131	Gebelik öncesinde çiftlerin eğitim ve psikososyal danışmanlık alması gerekmektedir.					
	132	İstismara maruziyette tüm haklarımı savunacak hukuksal süreçleri bilirim.					

Ek-6: Bilgilendirilmiş Olur Formu -I (Ölçek Grubu)



**SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL
OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

Sayın

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “**Web Tabanlı Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Kadınlarda Risk farkındalığına ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışına Etkisi**”dir.

Bu araştırmanın amacı, gebelikten önce kadınların risk farkındalıklarını değerlendirmeye yarayacak olan Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Ölçeği’nin geliştirilmesidir.

Risk farkındalığı risk, riskin sonuçları ve bunlarla nasıl baş edileceği konularında güvenilebilir ve ulaşılabilir kaynaklardan elde edilen bilgilere sahip olma ve davranış biçimini kalıcı olarak değiştirebilme olarak tanımlanmaktadır. Kadınlarda risk farkındalığının oluşturulması gebelikten önce var olan risk faktörlerinin belirlenmesi ile başlamalıdır. Bu kapsamda incelendiği bir çalışmaya gerek ülkemizde gerekse yurt dışında rastlanmamış olması bilime katkı sağlayacağını düşündürmektedir. Yapılan araştırmalarda gebelik öncesi dönem risk faktörlerinin kadınların 18 yaş altı 35 yaş üstü gebe kalması, beden kitle indeksinin (BKİ) 25 ve üzerinde olması, yetersiz beslenme, enfeksiyon, kronik hastalıklar, akraba evliliği, genetik geçişli hastalıklar, sigara ve alkol kullanımı, tekrarlayan gebelik kayıpları, aile içi şiddet, yetersiz egzersiz, diyabet, hipertansiyon, epilepsi, demir eksikliği anemisi, depresyon, kronik böbrek rahatsızlıkları, ağız ve diş sağlığı sorunları, talesemi, folik asit, vitamin A, iyot, çinko ve kalsiyum eksikliği gibi durumlar olduğu bildirilmektedir. Bu çalışma ile gebelikten önce sizin ve sizin gibi olan diğer kadınların risk farkındalığınızın değerlendirilmesine fırsat sağlayabilecektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Çalışma sırasında size yaş, meslek, ekonomik durum vb. soruların sorgulandığı toplam 14 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu (EK 1) , gebelikten önce risk farkındalığınızı belirlemek amacıyla hazırlanan Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Ölçeği Taslak Formu (Ek 2) veri toplama formu uygulanacaktır. Bu formda ilgili konuya ilişkin maddeler bulunmaktadır. Bu maddelere katılım durumunuzu “Kesinlikle Katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum” ve “Tamamen Katılıyorum” ifadelerinden birisine işaret koyarak belirtmeniz istenecektir. Cevaplarınız doğruya da yanlış olarak değerlendirilmeyecektir. Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Ölçeği Taslak Formu (Ek 2) 92 sorudan oluşmaktadır. Toplamda cevaplayacağınız soru sayısı 107’dir. Çalışma 12 ay sürecektir. Bu araştırmada yer alan sizin gibi gönüllülerin sayısı 949’dur. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen sorulara doğru cevap vermenizdir. Ayrıca çalışmamızda test-tekrar güvenirliğini sağlayabilmemiz için çalışmamızı kabul eden test-tekrar test için gönüllü olan 30 kadına ilk aşamada rumuz verilerek ilk uygulamadan 15 gün sonra ikinci kez ulaşılarak Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Ölçeğini (Ek-2) aynı yöntem ile doldurması istenecektir. Sizde test-tekrar test içinde gönüllü iseniz kendinize rumuz vererek araştırmacıya bildirmeniz yeterli olacaktır.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararı gebelik öncesi döneminizde doğurganlığın planlanması; ileri anne ve baba yaşı; aile öyküsü, genetik öyküsü ve hastalıklar; fiziksel aktivite, beden kitle indeksi; beslenme; aşılama; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar; kronik hastalıklar; ilaçlar; zararlı alışkanlıklar ve maruziyet; psikososyal alt boyutları ile bütüncül olarak değerlendirilebilmenize ve risk farkındalık durumunuzun saptanmasına katkı sağlayabileceğimizi düşünmekteyiz. Bu kapsamda geliştirilecek olan ölçek ile olası risk durumunun tespiti ile hastalıkların ve sakatlıkların önüne geçerek sağlıklı yaşam bilinci yüksek bireyler ile anne, bebek, aile, toplum sağlığının geliştirilmesine katkı sağlayabileceğimize inanmaktayız. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da müdahale ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0542 7374286 numaralı telefondan araştırmacınız Öznur HASDEMİR’e başvurabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bununla birlikte size bu araştırma ile ilgili herhangi bir ücret verilmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, müdahale programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, müdahaleden çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Tarih ve İmza:

Ek-7: Bilgilendirilmiş Olur Formu-II (Deney Grubu)



**SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL
OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

Sayın

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Web Tabanlı Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Kadınlarda Risk Farkındalığına Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışına Etkisi”dir.

Bu araştırmanın amacı web tabanlı prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlığın kadınlarda risk farkındalığına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışına etkisini belirlemektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırma deney ve kontrol grubu olmak üzere iki gruptan oluşmaktadır. Bu araştırmaya katılmak istediğiniz takdirde deney grubunda yer alırsanız araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verildikten sonra sizin Web sitesine üyeliğiniz araştırmacı tarafından gerçekleştirilerek kullanıcı adı ve şifresi verilecektir. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Ölçeği (Ek-2), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II web sitesi üzerinden online olarak uygulanacaktır. Araştırmada deney grubundaki gönüllülerin formlarını eksiksiz doldurması ile birlikte 1. Hafta’ya ait videonun açılması ile danışmanlık ve bakım süreci başlayacaktır. Toplamda 10 hafta her hafta ayrı bir modül olacak şekilde eğitim videoları deney grubu için aktif olacak belirtilen haftaya ait katılım sağlamayan gönüllülere Web tabanı üzerinden takip edilerek hatırlatıcı mesajlar gönderilecek ve tamamlanması sağlanacaktır. 10 haftalık eğitim sonunda Deney Grubu Web tabanı üzerinden Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Ölçeği (Ek-2), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ölçeği dolduracaktır. Araştırmada yer alan sizin gibi gönüllülerin sayısı 42’dir. Araştırma yaklaşık 3 ay sürecektir. Toplam soru sayısı 104’dür

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen, araştıracının sorularına uygun ve doğru cevap vermektir. Web Tabanlı Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlığın etkinliğinin doğru olarak tespit edilebilmesi için sizden beklenen belirlenen haftalara yönelik form ve video içeriklerini düzenli olarak takip etmektedir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararı sağlığınızın geliştirilmesi, gebelik öncesi dönemde mevcut risklerinizin farkına varılması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızın olumlu yönde etkilenmesidir. Aynı zamanda araştırmacı tarafından oluşturulan Web Tabanlı Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık ile kanıt temelli bilgiler ışığında eğitim alırken zaman ve mekân açısından özgür olabileceksiniz, ihtiyacınız olsun veya olmasın gebelik öncesi döneminizde doğurganlığın planlanması; ileri anne ve baba yaşı; aile öyküsü, genetik öyküsü ve hastalıklar; fiziksel aktivite, beden kitle indeksi; beslenme; aşılamaya; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar; kronik hastalıklar; ilaçlar; zararlı alışkanlıklar ve maruziyet; psikososyal alt boyutlarına yönelik birçok konuda farkındalığınızı artırabileceksiniz, gebelik öncesi sürecinizin iyileştirilmesinde müdahale süreci fırsatı sağlayabileceksiniz.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da müdahale ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05427374286 numaralı telefonda araştırmacınız Öznur HASDEMİR'e başvurabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bununla birlikte size bu araştırma ile ilgili herhangi bir ücret verilmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, müdahale programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, müdahaleden çekilmeniz ya da araştırmacı

tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Ek-8: Bilgilendirilmiş Olur Formu-II (Kontrol Grubu)



**SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL
OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU**

Sayın

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Web Tabanlı Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Kadınlarda Risk Farkındalığına Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışına Etkisi”dir..

Bu araştırmanın amacı web tabanlı prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlığın kadınlarda risk farkındalığına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışına etkisini belirlemektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırma deney ve kontrol grubu olmak üzere iki gruptan oluşmaktadır. Bu araştırmaya katılmak istediğiniz takdirde kontrol grubunda yer alırsanız araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verildikten sonra sizin Web sitesine üyeliğiniz araştırmacı tarafından gerçekleştirilerek kullanıcı adı ve şifresi verilecektir. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Ölçeği (Ek-2), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II web sitesi üzerinden online olarak uygulanacaktır. Siz başvurduğunuz sağlık kuruluşunda uygulanan rutin bakımı ve eğitimini alacaksınız. Size 3. Ayın sonunda sizinle Web tabanı üzerinden iletişime geçilerek Prekonsepsiyonel Dönem Risk Farkındalığı Ölçeği (Ek-2), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ölçeği uygulanacaktır. Araştırmada yer alan sizin gibi gönüllülerin sayısı 42’dir. Araştırma yaklaşık 3 ay sürecektir. Toplam soru sayısı 107’dir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermektir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararı risk farkındalık durumunuz ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızın düzeyi hakkında bilgi sahibi olabileceksiniz. Araştırma sonunda dilerseniz sizler içinde Doğurganlığın planlanması; ileri anne ve baba yaşı;

aile öyküsü, genetik öyküsü ve hastalıklar; fiziksel aktivite, beden kitle indeksi; beslenme; aşılama; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar; kronik hastalıklar; ilaçlar; zararlı alışkanlıklar ve maruziyet; psikososyal alt boyutlarına yönelik eğitim modülleri aktif olacak mevcut bilgilerinizi yeniden gözden geçirme ve eğitim modüllerini izleme imkanı sağlayabileceksiniz.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da müdahale ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0542 7374286 numaralı telefonda araştırmacınız Öznur HASDEMİR'e başvurabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, müdahale programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, müdahaleden çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki

veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Ek- 9: Diksiyon Programı Kurs Bitirme Belgesi

	
T.C. MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü	
KURS BİTİRME BELGESİ	
KURSIYERİN	PROGRAMIN
T.C. KİMLİK NO 58864401242	SEVİYE
ADI SOYADI Öznur HASDEMİR	ALAN Kişisel Gelişim Ve Eğitim
BABA ADI Mustafa	MESLEK Diksiyon
ANNE ADI Fatma	
NUMARASI 19866120230077669134	TARİH 13/01/2023
VERİLDİĞİ YER Sivas / Merkez / Sivas Halk Eğitimi Merkezi	

Yukarıda açık kimliği yazılı Öznur HASDEMİR, 20/12/2022 - 13/01/2023 tarihleri arasında düzenlenen 40 saatlik Diksiyon programını tamamlayarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

MEB0919866120230077669134

Bu belgenin doğruluğu <https://www.kurkiye.gov.tr> adresinden veya mobil cihazlara yükleyebileceğiniz e-Devlet Kapısı'na atı Barikodu Belge Doğrulama uygulaması ile barkodu okularak kontrol edilebilir.



Ek- 10: Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi Sertifikası

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Sivas İli Sağlık Müdürlüğü	Tarih : 07.10.2022 Sertifika No: 58-748
ÜREME VE CİNSEL SAĞLIK MODÜLER EĞİTİMİ SERTİFİKASI		
Sayın; ÖZNUR KARAKÖSE HASDEMİR		
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından yürütülen, Üreme Sağlığı Hizmetleri Eğitim Programı kapsamında, Sivas İli Üreme Sağlığı Eğitim Merkezinde 14-18 Nisan 2014 / 20-24 Mayıs 2014 / 09-13 Haziran 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilen 15 iş günü " Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi " ni başarı ile tamamlayarak bu sertifikayı almaya hak kazanmıştır.		
Uzm.Dr.Fethullah Selçuk MOĞULKOÇ İl Sağlık Müdürü		

Ek- 11: Üreme Sağlığı Eğitim Becerileri Eğitimi Sertifikası

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Sivas İl Sağlık Müdürlüğü	Tarih : 23/06/2023 Sertifika No : 58-216
ÜREME SAĞLIĞI EĞİTİM BECERİLERİ EĞİTİMİ SERTİFİKASI		
Sayın; Öznur HASDEMİR		
Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından yürütülen, Üreme Sağlığı Hizmetiçi Eğitim Programı kapsamında, Sivas İl Üreme Sağlığı Eğitim Merkezinde 19/06/2023-23/06/2023 tarihleri arasında gerçekleştirilen “Üreme Sağlığı Eğitim Becerileri Eğitimi” ni başarı ile tamamlayarak bu sertifikayı almaya hak kazanmıştır.		
Uzm.Dr.Fethullah Selçuk MOĞULKOCU İl Sağlık Müdürü		

Ek-12: Ölçek Geliştirme ve Yapısal Eşitlik Modellemesi Eğitimi Katılım Sertifikası



Ek-13: Modül 1: Doğurganlığın Planlanması Eğitim İçeriği





WEB TABANLI
PREKONSEPSİYONEL BAKIM VE DANIŞMANLIK EĞİTİMİ

DOĞURGANLIĞIN PLANLANMASI

Proje Yürütücüsü : Doç.Dr. Zeliha Barcu YURTSAL
Yardımcı Araştırmacı: Doktora Öğr. Uzman Ebe Öznur HASDEMİR

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalı
2023

Bu proje CUBAP tarafından SBF-2022-097 nolu doktora tezi projesi kapsamında desteklenmektedir.

SUNUM PLANI

- Eğitimin Amacı ve Hedefleri
- Prekonsepsiyonel (Gebelik Öncesi) Bakım ve Danışmanlık
- Menstrual Siklus (Adet Döngüsü)
- Doğurganlık Farkındalığı
- Doğurganlık Farkındalığına Yönelik Aile Planlaması Yöntemleri
- Doğurganlığın Düzenlenmesinde Doğum Kontrol Yöntemleri
- Doğurganlığın Planlanması ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular

Eğitimin Amacı ve Hedefleri

Amaç:
Doğurganlık bilincinin ve risk farkındalığının geliştirilmesini sağlamak.

Hedefler :

- Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın önemini açıklayabilmeli,
- Düzenli olarak adet döngüsü takvimini tutabilmeli,
- Doğurganlık farkındalığına yönelik aile planlaması yöntemlerini sayabilmeli,
- Doğum kontrol yöntemlerinden kendisine uygun olan bir yöntemi seçebilmeli,
- Doğurganlık dönemine ait risk farkındalığını oluşturabilmeli.

Prekonsepsiyonel (Gebelik Öncesi) Bakım ve Danışmanlık

TANIMI
Bireyin gebelik hazırlanması, gebelik sürecini sağlıklı sürdürülmesi ve sağlıklı sonuçlanmasını, böylece yeni nesilden daha sağlıklı bireylerin doğmasını katkı sağlanmaya hedeflenen bir süreçtir.

PREKONSEPSİYONEL BAKIMIN AMACI
Kadında var olan risk faktörlerini belirlemek ve risk faktörlerine gebelik sürecindeki olumsuz etkilerden ortamı korumak ya da azaltmak, sağlıklı doğumun gerçekleştirilmesini, anne ve bebek sağlığını kısa ve uzun vadede geliştirmektir.

PREKONSEPSİYONEL DANIŞMANLIĞIN AMACI
Kadınların mevcut sağlık sorunlarını ve değişken risk faktörlerini ele alarak sağlıklı bir gebelik elde etmesini ve iyi bir anne olmasını sağlamaktır.

Sorunsuz bir gebelik süreci sağlıklı bir çocuk sahibi olma

Sansım

Doğurganlık Çıkmadık bir kadın gebelik filiri olma veya olumsuz sonuçla Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık olmalıdır.

Prekonsepsiyonel (Gebelik Öncesi) Bakım ve Danışmanlık Neden Önemli ?

Kadınları tüm alt boyutları ile bütüncül değerlendirilerek risk değerlendirilmesinin yapılması sağlar .

ALT BOYUTLAR

Doğurganlık planlaması:
İleri anne ve bebek yaşı ;
Aile büyüklüğü, genetik öykü ve hastalıklar

ALT BOYUTLAR

Fiziksel durumu, beden kitle indeksi;
Beslenme;
Ağrıları ;
Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları;

ALT BOYUTLAR

Kronik hastalıklar;
Eğilimler ;
Zararlı alışkanlıklar ve davranışlar;
Psikososyal

RİSK FARKINDALIĞI GELİŞİR

Menstrual Siklus (Adet Döngüsü)

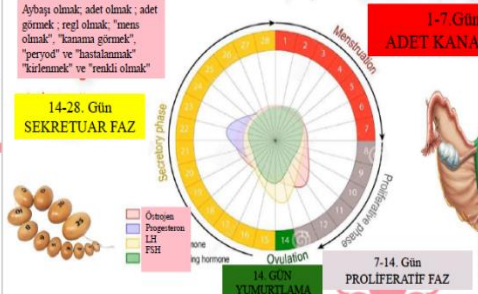
Aybaşı olmak ; adet olmak ; adet görmek ; regl olmak ; "mens olmak" ; "tanınma görmek" ; "periyod" ve "hastalananmak" ; "kızılmak" ve "renkli olmak"

14-28. Gün SEKRETUAR FAZ

1-7. Gün ADET KANAMASI

14. GÜN YUMURTlama

7-14. Gün PROLİFERATİF FAZ



HER AY DÜZENLİ OLARAK ADET TAKVİMİ TUTMAK ÖNEMLİDİR.



YUMURTlama GÜNÜ NASIL HESAPLANIR?

Kaç Günde Bir Adet Görüyorsanız ? : 30 gün (Her Kadında Değişir)
Yumurtlamakta Oluşan Sani Cismın Ömrü: 14 gün (Her Kadında Aynıdır)
Yumurtlama Zamanı : 30-14=16. gün

Doğurganlık Farkındalığı

Bir kadının adet döngüsünde doğurganlık zamanının yani gebe kalacağı zamanın geldiğini bilmesi ve tanımasıdır.

Gebelik

Doğumuyorsanız
Doğumun olacağını
gizlenmiş, ideal olmak
bir gün veya gün ayın
cinsel ilişkiye
girmenizdir.

Gebelik

Doğumuyorsanız
Doğumun olacağını
gizlenmiş, ideal olmak
bir gün veya gün ayın
cinsel ilişkiye
girmenizdir.

Gebeliğin

Doğru Planlanması
İstenmeyen gebeliklerin
önlenmesi
Sağlıklı bireylerin dünyaya
gelmesi

GEBELİK OLUŞUMU

Sperm ile Yumurtanın Hikayesi

Bir yumurta, **yumurtlamadan sonra yaklaşık 24 saat boyunca fallop tüpünde** yaşayabilir.

Bir erkek sperm, bir kadın vücudunda cinsel ilişki sonrası yaklaşık **3 gün (ve bazen 5 güne kadar)** canlı kalabilir.

Yumurtlamadan 5 gün önceden yumurtlamadan 1 gün sonrasına kadar herhangi bir yerde cinsel ilişkiye gerseniz gebe kalabilirsiniz.

Yumurtlama meydana geldiğinde fallop tüpünde canlı sperm beklediğinizde gebe kalma şansınız en yüksektir.

ÜREME DÖNGÜSÜ

Yumurtlama

- Yumurtalar yumurtalıklardan çıktıktan sonra fallop tüpüne ulaşır.
- Özellikle yumurtlama zamanı olan saatte sperm ve fallop tüpüne ulaşarak cinsel ilişki yapılır.
- Yumurtlama döngüsünde sperm canlı kalabilir.
- Aktif sperm kalıcılığı yaklaşık 3 güne kadar sürer.
- En uygun gebelik testi.
- Doğru yumurtlama zamanı.

Döllenme

- Özellikle yumurtlama zamanı olan saatte fallop tüpüne ulaşır.
- Sperm yumurtaya ulaşarak cinsel ilişki yapılır.
- Sperm ve yumurtanın birleşmesiyle döllenme gerçekleşir.
- Sperm yumurtaya ulaşarak cinsel ilişki yapılır.
- Sperm yumurtaya ulaşarak cinsel ilişki yapılır.
- Sperm yumurtaya ulaşarak cinsel ilişki yapılır.

Gestasyon

- Gestasyon 1. Yarı, 2. Yarı, 3. Yarı.
- Gestasyon 1. Yarı, 2. Yarı, 3. Yarı.
- Gestasyon 1. Yarı, 2. Yarı, 3. Yarı.

Doğurganlık Farkındalığına Yönelik Aile Planması Yöntemleri

01 Standart Günlük Yöntemi

03 TwoDay Yöntemi

05 Semptomatik Yöntem

02 Servikal Mukoza Yöntemi

04 Bazal vücut ısı (BBT) Yöntemi

Doğurganlık Farkındalığına Yönelik Aile Planması Yöntemleri

01 Standart Günlük yöntemi

- Adet döngüsü sırasında hangi günlerin en doğurgan olduğu konusunda standart bir kuralı izler.
- Döngünüz **26 gün ile 32 gün** arasındaysa,
- Standart Günlük yöntemi **8-19 günlerini en doğurgan günler** olarak kabul eder.
- 8. gün ile 19. gün arasında her gün veya gün aşırı ilişkiye girmeye çalışmalısınız.

Doğurganlık Farkındalığına Yönelik Aile Planması Yöntemleri

02 Servikal mukoza Yöntemi

- Serviks tarafından üretilen mukusdaki değişiklikleri ve mukusun nasıl görüldüğünü ve hissettğini tanımayı içerir.
- Yumurtlamadan hemen önce** Mukus miktarı belirgin şekilde artar, ince ve kaygan hale gelir.
- Yumurtlamadan hemen sonra** Mukus miktarı azalır, kalınlaşır ve daha az fark edilir hale gelir.
- Gebelik planlamıyorsanız**, herhangi bir servikal mukus fark ettiğiniz andan itibaren cinsel ilişkiden kaçınmalı veya bariyer bir doğum kontrol yöntemi kullanmalısınız.
- Gebelik planlıyorsanız**, ince ve kaygan servikal mukus varken her gün veya gün aşırı cinsel ilişkiye girmelisiniz.
- Unutmalısınız** ilaçlar, kadın hijyen türleri, duş, cinsel ilişki, emzirme gibi durumlar Servikal mukusun görünümünü değiştirebilir.

Doğurganlık Farkındalığına Yönelik Aile Planması Yöntemleri

03 TwoDay Yöntemi

- TwoDay yöntemiyle günde en az iki kez servikal mukusunuzu kontrol eder ve ardından kendinize iki soru sorarsınız:
- 1. Soru: Bugün herhangi bir salgı fark ettim mi?**
- 2. Soru: Dün herhangi bir salgı fark ettim mi?**
- Bugün veya dün servikal mukus fark ettiyseniz, büyük ihtimalle doğurgansınızdır.
- Gebelik planlamıyorsanız**, herhangi bir servikal mukus fark ettiğiniz andan itibaren cinsel ilişkiden kaçınmalı veya bariyer bir doğum kontrol yöntemi kullanmalısınız.
- Gebelik planlıyorsanız**, ince ve kaygan servikal mukus varken her gün veya gün aşırı cinsel ilişkiye girmelisiniz. Arka arkaya 2 kuru gün, gebelik olasılığı daha düşüktür.

Doğurganlık Farkındalığına Yönelik Aile Planması Yöntemleri

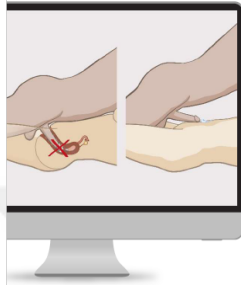
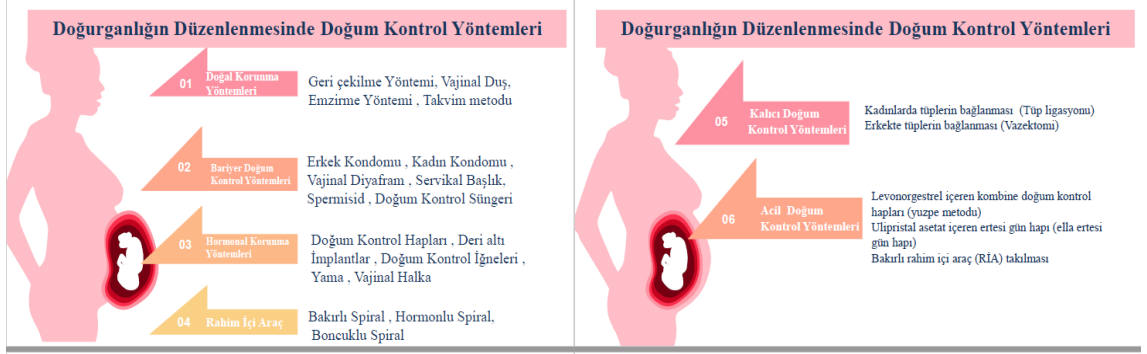
04 Bazal vücut ısı (BBT) Yöntemi

- BBT, tamamen dinlenirken vücudunuzun sıcaklığıdır.
- Çoğu kadında, vücudun normal sıcaklığı yumurtlama sırasında hafifçe yükselir (0.5-1°F) ve adet döngüsünün sonuna kadar yüksek kalır.
- En verimli günler, sıcaklıktaki bu artıştan önceki 2-3 gündür.
- BBT'nizi izlemek için, her sabah uyanıldıktan sonra, herhangi bir aktiviteden önce, yataktan kalktıktan veya herhangi bir şey yiyip içtikten sonra ateşinizi ölçün.
- Bu sıcaklıkları günlük olarak kaydedin.
- Unutmalısınız** BBT tek başına gebeliği önlemenin veya teşvik etmenin iyi bir yolu değildir. Sadece yumurtlamanın ne zaman gerçekleştiğini gösterir. Ayrıca, ateşiniz varsa (örneğin, devam eden bir tıbbi durumunuz varsa veya grip olursanız), BBT yönteminin güvenilir olmayabileceğini unutmayın.

Doğurganlık Farkındalığına Yönelik Aile Planması Yöntemleri

05 Semptomatik Yöntem

- Semptotermal yöntem, yöntemlerin bir kombinasyonudur.
- En sık kullanılan ikisi **BBT yöntemi ve Servikal mukus yöntemi**dir.
- Marquette yöntemi**
- BBT ve servikal mukus takibini elektronik hormonal doğurganlık monitörü kullanmayla birleştirir. Monitör, doğurgan günleri doğrulamak için idrardaki hormonları sağlar.

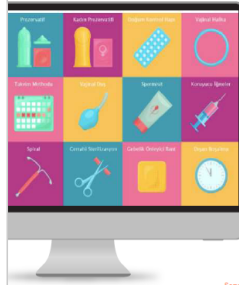


Doğal Korunma Yöntemleri

UNUTMAYIN

Doğal korunma yöntemlerinin gebelikten korunma oranını çok düşüktür.

- Geri Çekilme Yöntemi (Mollus Interritus)** > Erkek boşaldıktan önce vajinadan dışarı ve diğer boğaz. Erkek boşaldıktan önce, zerk sınırsız sperm olabilir. Vajinaya yakın bölgedeki sperm hermetik olarak vajinaya girer.
- Vajinal Duş (Post Koital Duş)** > İlişki sonrası vajinanın su ile yıkanması. Teorik olarak ilişki sonrası dış sperm vajina dışına atabilir. Ancak ejakulasyondan (boşalma) 10 saniye sonra spermier rahim ağzına ulaşır.
- Emzime ve Takvim Yöntemi** > Sadece anne sütü ile bebeğini besleyen annelerde emzime takviminde ilk 3 ay korunma olasılığı vardır. Takvim yönteminde Yumurtlama gününün doğru hesaplanması gerekir.

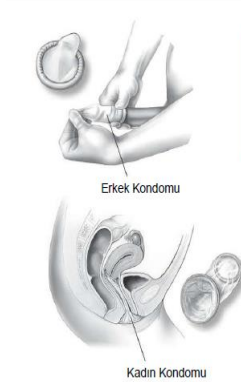


Bariyer Doğum Kontrol Yöntemleri

UNUTMAYIN

Bariyer doğum kontrol yöntemleri spermin yumurtaya ulaşmasını engellemek için bariyer görevi görür. Bazıları CYBH(Cinsel yolla bulaşan hastalık) karşı korur.

- Erkek Kondomu (Prezervatif)** > Lateks (kauçuk), polizeten (plastik) veya doğal (hayvanat) zarları yapılmış ince bir kılıf.
- Kadın Kondomu** > Vajinaya giren beyaz, ince plastik bir kasedir. Servikale kapalı bir iç halka ve vajina girişinde açık bir dış halka ile yerinde tutulur.
- Vajinal Diyafram** > Diyafram, lateksden yapılmış küçük, kubbe şeklinde serviksı kaplayan bir silindirdir. Bir sağlık uzmanı tarafından takılması gerekir. Doğulardan, kurtulmuş, kilo almadan veya kilo kayırdan sonra yeniden takılmalı kontrol edilmelidir.
- Servikal Başlık** > Servikal başlık, serviksın üzerine sıkıca oturan ve emme yoluyla yerinde kalan küçük bir plastik kubbedir. Silindirden yapılmış (lateks değil) boyutuna sağla uygun ile karer verilir.



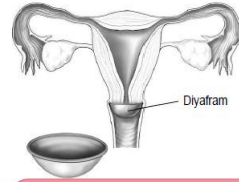
Erkek Kondomu

Cinsel ilişki sırasında, serleşme olduktan sonra penisle takılan kauçuk bir kılıftır. Boşalma sonrası içinde sperm bulunan meninin, kadının vajinasının içine girmesini engeller. Aile planlamasının yanında cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuk sağlaması bu yöntemin en önemli avantajlarıdır. İlişki sırasında kondomun yırtılması, delik olduğunun fark edilmesi veya penislen çıkması ek bir yöntem kullanmayı gerektirir.



Kadın Kondomu

Kondomun her iki ucunda yarı sert ve kolay bükülebilen bir halka bulunur. Kapalı uçta bulunan halka kondomun yerinde durmasını sağlarken, açık taraftaki halka perine bölgesini ve penis kökünü korurken kondomun ilişki sırasında vajina içine kaçmasını engeller. Kondom yapısındaki maddenin özelliğine bağlı olarak yerleştirildikten hemen sonra vücut sıcaklığı ile yumuşayarak vajina duvarına yapışır. Kondomun içi silikon bir kayganlaştırıcı ile kaplıdır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuk sağlaması bu yöntemin en önemli avantajlarıdır.



Diyafram



Servikal Başlık

İnce plastikten yapılmış, rahmin vajine açılan kısmına yani rahim ağzına yerleştirilen bir kapaktır. Spermlerin rahme geçişini engelleyerek gebelikten korur. Kadın, her cinsel ilişki öncesinde diyaframı kendi yerleştirir, cinsel ilişki sonrasında ise çıkarır.

Servikal başlık, serviksın üzerine sıkıca oturan ve emme gücü sayesinde yerinde kalan küçük plastik bir kubbedir. Birden fazla boyutta üretilmiştir. Muayene ile hangi boyutu kullanılabileceği belirlenir ve doktor tarafından reçete edilir. Doğulardan ya da kilo alıp vermelerden sonra ölçüm tekrarlmalıdır. Doğum yapılandırdan sonra etkinliği düşüktür. Bunun nedeni doğumun serviksın boyutunu değiştirmesidir.



Spermid

Spermlerin yavaşlamasını sağlayarak yumurtaya ulaşma kabiliyetini azaltmaktadır. Rahim ağzına sperm girişini engelleyerek sperm ile yumurtanın birleşmesini önler.



Sünger

Doğum kontrol süngeri spermid içerir ve vajinaya rahim ağzının önüne elle yerleştirilir.

Sünger 24 saate kadar etki eder ve son ilişkiden sonra en az 6 saat boyunca vajinada bırakılır sonra çıkarılır ve atılır.



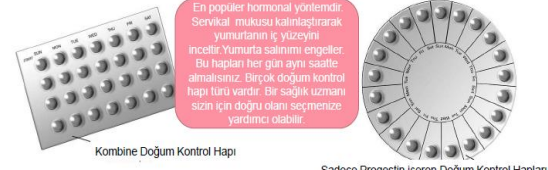
Yama ve Vajinal Halka

Hormonal Korunma Yöntemleri

UNUTMAYIN

Doğum kontrol yöntemleri arasında gebeliği önleme konusunda çok etkindir. Ancak, hormonal doğum kontrol yöntemleri cinsel temasla bulaşan hastalıklardan korunmaz.

- Doğum Kontrol Hapları** > Doğum kontrol hapının içinde bulunan östrojen ve progesteron hormonları, yumurtlamamın gerçekleşmesini önleyerek, olas gebelikten önüne geçilmesini sağlar.
- Deri Altı İmplantlar** > Deri altı implantı cilt altına bir aparat yerleştirilmesi yolu ile uygulanan bir doğum kontrol yöntemidir. "Etonogestrel" türü bir progesteron hormonu içerir. Koruma süresi 3 yıldır.
- Doğum Kontrol İğneleri** > Doğum kontrol iğneleri kullanımı durumunda ve konuculuk sürelerine göre 1 ayda uygulanmalıdır. Günümüzde kullanılan doğum kontrol iğneleri aylık ve üç aylık olanlardır.
- Yama ve Vajinal Halka** > Yaplarda hem östrojen hem de progesteron bulunur.



Kombine Doğum Kontrol Hapı

En popüler hormonal yöntemlerdir. Servikal mukusu kalınlaştırarak yumurtanın iç yüzeyini inceltir. Yumurtanın salınımı engeller. Bu hapları her gün aynı saatte almalısınız. Birçok doğum kontrol hapi türü vardır. Bir sağlık uzmanı sizin için doğru olanı seçmenize yardımcı olabilir.

Sadece Progesterin içeren Doğum Kontrol Hapları

Serviksteki mukusu kalınlaştırarak spermin rahme girmesini ve bir yumurtayı dölemesini zorlaştırır. Yalnızca progesterin içeren haplara bazen "mini haplar" denir. Haplar 28'lik paketler halinde gelir ve her gün aynı saatte günde bir tane alınmalıdır. Bu yöntemle ilk kez adet döngünüzü herhangi bir noktada kullanmaya başlayabilirsiniz.



Enjeksiyon

Doğum kontrol enjeksiyonu hormon deposu medroksiprogesteron asetat (DMPA) içerir. Bu hormon 13 hafta boyunca gebeliğe karşı koruma sağlar. Bu doğum kontrol yöntemi kullanırken yılda dört enjeksiyona ihtiyacınız var. Yumurtlamayı durdurur. Servikal mukus miktarını kalınlaştırır ve azaltır. Bu, spermin rahme girmesini ve bir yumurtayı dölemesini zorlaştırır. Rahim duvarını inceltir. İlk ay, siz ve sağlık uzmanınız hamile olmadığınızdan makul ölçüde emin olduğunuz sürece adet döngünüz sırasında herhangi bir zamanda yapılabilir.

İmplant

Cilt altı implantların yerleştirilmesi ve çıkarılması bir hekim tarafından yapılır. Eğitim almış doktorlar tarafından 5 dakika gibi kısa bir süreçte takılır ve çıkarma işlemi gerçekleştirilebilmektedir. Cilt altı implantların, adet ilk 5 günü içerisinde takılması tavsiye edilmektedir.



Yama

Kontraseptif cilt yaması, hamileliği önlemek için cilde takılan küçük yapışkan bir yamadır. Yama, deniden vücuda emilen östrojen ve progesterin salgılar. Bir sağlık uzmanının bandı reçete etmesi gerekir, ancak bandı uygulamak veya çıkarmak için bir sağlık uzmanını ziyaret etmeniz gerekmez. Yama kalfaya, göğse (göğüsler hariç), sırtın üst kısmına veya kola veya bacağa takılabilir. Arka arkaya toplam 3 hafta olmak üzere her sekizimde bir hafta yama takarsınız. Dördüncü hafta boyunca bir yama takılmaz ve adet olursunuz. 4. haftadan sonra yeni bir yama uygulanır ve döngü tekrarlanır.

Vajinal Halka

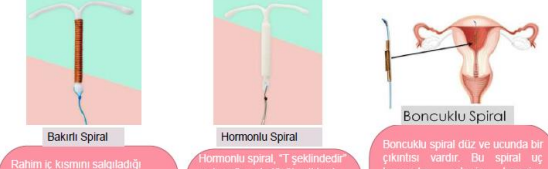
Vajinal halka, üst vajinaya yerleştirilen esnek, plastik bir halkadır. Vajinal dokular yoluyla vücuda emilen östrojen ve progesterin salgılar. Bir sağlık uzmanının vajinal halkayı reçete etmesi gerekir, ancak siz kendiniz takarsınız. Halkayı kaldırıp vajinaya yerleştiriyorsunuz. 21 gün orada kaldıktan sonra çıkarın ve yeni bir halka takmadan önce 7 gün bekleyin. Halkanın kullanılmadığı hafta adet olunuz.

Rahim içi Araç Yöntemleri

UNUTMAYIN

Spiral veya Rahim İçi Araç (RIA) spermlerin yumurtanın yamına ulaşarak döllenmesini, döllenme olsa bile rahim içi duvar yapısını bozarak döllenmiş yumurtanın yerleşmesini engeller. Ancak CYBH karşı korumaz.

- Bakır Spiral** > Bakır spiral T şeklinde, ucuca bakır bulunan bir rahim içi araçtır.
- Hormonal Spiral** > Hormonal spiral, T şeklinde levonorgestrel adlı hormon içerir.
- Boncuksuz Spiral** > Boncuksuz spiral bölümleri bakır spiralin bir parçasıdır. T spiral ya da S şeklindeki spiraline göre biraz daha farklıdır. Daha düşük şekilde bir yapıya sahiptir.



Bakır Spiral

Rahim içi kısmını salıdırdığı bakır sayesinde, Spermli rahim içinden tüpüre geçişini ve embriyonun rahim içi zarına tutunmasını engeller. Adet kanamaları ve adet ağrıları olan kadınlarda bakır spiral kullanımı önerilmektedir. Bu spiralin kullanım süresi 5 yıldır.

Hormonal Spiral

Hormonal spiral, "T" şeklindedir ve her gün çok düşük miktarda hormonun rahim içi zarına salınmasını sağlar. Bu şekilde rahim içi zarını inceltirerek gebelik oluşumunu engeller. Salıdığı hormon sayesinde rahim içi zarını düzelterek yoğun adet kanamalarının ve adet dönemlerinde ağrı şikayeti düzene girmesini sağlar. Bu spiralin kullanım süresi 3 yıldır.

Boncuksuz Spiral

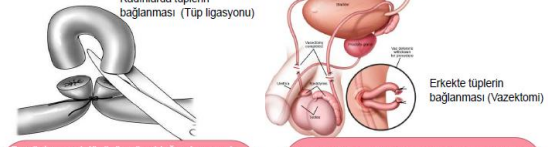
Boncuksuz spiral düz ve ucuca bir çıkıntısı vardır. Bu spiral ucu kısmından rahmin tepesine yerleştirilir. Genellikle kayma sonucu olmaz. Bu durum en büyük avantajdır. Rahim içinde çok yer kaplamadığı için adet miktarını ve ağrıyı da çok artırmaz. Adetin 3-4 günü takılır. spiral takıldıktan 1 ay sonra kontrol edilmelidir. Bu spiralin kullanım süresi 5 yıldır.

Kalıcı Doğum Kontrol Yöntemleri

UNUTMAYIN

Kısırlaşma olarak bilinen kalıcı bir doğum kontrol yöntemidir.

- Kadınlarda tüplerin bağlanması (Tüp ligasyonu)** > Tüp sterilizasyonunda, fallop tüpleri bağlanır, kesilir, uçları kapatılır. Bu, yumurtanın fallop tüpünden ilerletme hareketi etmesini ve sperm yumurtaya ulaşmasını engeller.
- Erkeklerde tüplerin bağlanması (Vazektomi)** > Vazektomide testislerden sperm taşıyan iki tüp bağlanır, kesilir ve diğer veya sperm salınımını önlemek için kapatılır. Bu, bir kadının yumurtasının erkeğin spermle döllenmesini önler.



Kadınlarda tüplerin bağlanması (Tüp ligasyonu)

Bu yöntem geri dönüşümsüz olduğundan ancak 30 yaşın üstünde ve yeterince çocuk sahibi olmuş kadınlarda ve her iki eşin de inzasi alınarak uygulanmalıdır.

Doğum yapmalarını sakıncalı olduğu, önemli sağlık sorunları olan kadınlarda da seçilecek yöntemdir.

İşlem hastanede yapılabilir. Ameliyatın aynı gününde eve gidebilir ve birkaç gün içinde normal aktivitelerinize devam edebilirsiniz. Bu yöntem hemen etkilidir.

Erkeklerde tüplerin bağlanması (Vazektomi)

Bu işlem, bir erkeğin spermının penisine gitmesini önlemek için yapılır, bu nedenle erkek boşaldığında meni içinde asla yumurtayı döleyebilen herhangi bir sperm yoktur. Operasyon Üroloji uzmanları tarafından yapılır. Erkek aynı gün eve gidebilir. İyileşme süresi bir haftadan azdır. Ameliyattan belli bir süre sonra, erkek hasta sperm sayısının sıfıra düşmüşünden emin olmak için doktoruna tekrar muayene olur; bu yaklaşık 3 ay sürer. Erkek sperm sayısı düzene kadar başka bir doğum kontrol yöntemi kullanılmamalıdır.

Acil Doğum Kontrol Yöntemleri

UNUTMAYIN

Korunmasız ilişki sonrasında veya kullanılmakta olan koruma metodunun başarısız olduğu durumlarda başvurulacak doğum kontrol yöntemlerine acil kontrasepsiyon denir.

- Levonorgestrel içeren kombine doğum kontrol hapları (Yazma metodu)** > Yazma metodu 12 saat aralıyla 2 kez normal doğum kontrol hapi daha yüksek dozda alınarak doğum kontrolü sağlar. (Mikrognon, miranova gibi)
- Ulipristal asetat içeren erkeci gün hapi (erkeci gün hapi)** > Erkeci gün hapi kullanımı içinde 16 saat önce progesteron bulunur. Erkeci gün hapi korunmasız ilişki sonrası en kısa zamanda alınmalıdır. Ne kadar erken alınması etkili olduğu kadar tabidir. Yapılan çalışmalarda ilk 72 saatte alınan erkeci gün hapi daha etkili olduğu gösterilmiştir.
- Bakır rahim içi araç (RIA) takılması** > Korunmasız ilişki sonrası 7 gün içinde acil spiral (RIA) takılma, hamilekten koruma sağlar.

En Eklili

Yılda 100 kadından en az 1'inde gebelik Yılda 100 kadından 6-12'sinde gebelik Yılda 100 kadından 18 ve üzeri gebelik	Reversibilite IMPLANT: Yaklaşık kullanımı 3 yıl Gebe Kalma : %0.05 RIA: Yaklaşık Kullanımı Hormonlu Ria : 3-7 yıl Bakır Ria : 10 yıl Gebe Kalma : %0.2-0.8 KISIRLAŞTIRMA: Kadın ve erkek kullanımı için uygun Gebe Kalma : %0.15-0.5
ENJEKSYON: Her 3 ay da bir zamanında Gebe Kalma : %0.8 HAP: Her gün zamanında Gebe Kalma : %0.2 YAMA: Her hafta değiştirim Gebe Kalma : %0.2 VALİRAL HALKA: Her ay değiştirim Gebe Kalma : %0.9 DİYAFRAM: Her cinsel ilişki de kullanılır, değişim sonrası değiştirilmeli Gebe Kalma : %12	ERKEK KONDOMU: Her cinsel ilişkide aynı kullanılmı Gebe Kalma : %0.8 KADIN KONDOMU: Her cinsel ilişkide aynı kullanılmı Gebe Kalma : %0.1 SERVİKAL KAP: Her cinsel ilişkide kullanılmı Gebe Kalma : %17-23 SÜNGER: Her cinsel ilişkide Gebe Kalma : %12-24
DOĞURGANLIK FARKINDALIĞINA DAYALI YÖNTEMLER: Eğitim gerektirir; bir banyer yöntemi ile kullanı doğurgen günlerde cinsel aktiviteden kaçını Gebe Kalma : %24 SPERMİD: Her cinsel ilişkide kullanılmı Gebe Kalma : %28	

Az Eklili



Doğurganlığın Planlanması ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular?

Modül VIDEO'sunun altında doküman olarak yer alan

Doğurganlığın Planlanması ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular ?

ile ilgili hazırladığımız dokümanımızı incelemeyi unutmayın



MODÜL 1: Doğurganlığın Planlanması Eğitiminizi Başarıyla Tamamladınız ...

TEŞEKKÜRLER

Başka sorularınız varsa, ekran üzerinde ki bu alandan yazarak bizimle iletişime geçebilirsiniz ...





Doğurganlığın Planlanması ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular?

Soru: Bir doğum kontrol yöntemi nasıl seçilir?

Cevap: İdeal bir doğum kontrol yöntemi: Eşlerin ikisinin de benimsediği bir yöntem olmalı; Gebeliği kesin olarak önlenmeli, Sağlığa zarar vermemeli; Uygulaması kolay olmalı, Maliyeti düşük olmalı; Çiftler bu yöntemi kullanırken kendilerini rahat hissetmelidir.

Soru: Doğum kontrol yöntemi seçilirken sağlık profesyonellerine başvurmak gerekir mi?

Cevap: Hangi doğum kontrol yönteminin size uygun olduğunu belirlerken mutlaka sağlık profesyonellerine (hekim, ebe gibi) başvurmak gerekir. Yaşam tarzınız, alışkanlıklarınız, sağlık durumunuz, üreme organlarınızın durumu, aileniz ve sizin tıbbi öykünüz beraberce değerlendirilerek sizin için uygun olabilecek doğum kontrol yöntemleri önerilir.

Soru: Gebeliği önlemek için doğurganlık farkındalığına dayalı yöntemler kullanmanın avantajları nelerdir?

Cevap: Kullanımları çok az maliyetlidir. Birçok kadın, doğurganlık bilincinin, ilaç veya cihaz kullanımını içermeyen bir doğum kontrol şekli olduğu gerçeğini sever.

Soru: Gebeliği önlemek için doğurganlık farkındalığına dayalı yöntemleri kullanmanın dezavantajları nelerdir?

Cevap: Gebeliği önlemek için doğurganlık bilincini kullanmak, insan immün yetmezlik virüsü (HIV) dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (CYBE) karşı koruma sağlamaz. Cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyona yakalanma riskiniz yüksekse, doğurganlık farkındalığına dayalı yöntemler iyi bir seçim olmayabilir. Bu yöntemler aynı zamanda erkek partnerinizin de iş birliğine ihtiyaç duyar.

Soru: Gebeliği önlemek için doğurganlık farkındalığına dayalı yöntemleri herkes kullanabilir mi?

Cevap: Gebeliği önlemek için doğurganlık bilincine dayalı yöntemlerin kullanımının daha zor olabileceği bazı durumlar vardır. Adet dönemlerine yeni başladınız ; son zamanlarda hormonal bir doğum kontrol yöntemi kullanmayı bıraktınız veya doğurganlık belirtilerini etkileyebilecek

Ek-14: Modül 2: İleri Anne ve Baba Yaşı Eğitim İçeriği





WEB TABANLI
PREKONSEPSİYONEL BAKIM VE DANIŞMANLIK EĞİTİMİ

İLERİ ANNE VE BABA YAŞI

Proje Yürütücüsü : Doç.Dr. Zeliha Burem FURUSAL
Yardımcı Araştırmacı: Doç.Dr. Uzman Ebe Öğretmen HASDEMİR

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalı
2023

bu proje CUBAŞF tarafından 5077-2022-0076-646-Adresine bu proje kapsamında desteklenmektedir.

Eğitimin Amacı ve Hedefleri

Amaç:
İleri anne ve baba yaşına yönelik risk farkındalığının geliştirilmesini sağlamak.

Hedefler:

- İleri anne yaşının neden önemli olduğunu açıklayabilmeli,
- İleri baba yaşının neden önemli olduğunu açıklayabilmeli,
- İleri anne yaşındaki risk faktörlerini sayabilmeli,
- İleri baba yaşındaki risk faktörlerini sayabilmeli,
- İleri anne baba yaşına ait risk farkındalığını oluşturunabilmeli.

SUNUM PLANI

- Eğitimin Amacı ve Hedefleri
- İleri Anne Yaşı: Nedir, Neden Önemlidir?
- İleri Anne Yaşı ile ilgili Risk Faktörleri
- İleri Baba Yaşı : Nedir , Neden Önemlidir?
- İleri Baba Yaşı ile ilgili Risk Faktörleri
- İleri Anne ve Baba Yaşı ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular

KADINLARDA YAŞ DOĞURGANLIĞI NASIL ETKİLER ?



YAŞ İLERLEDİKÇE DOĞURGANLIK AZALIR

- En yüksek doğurganlık, 10'lu yaşların sonları ile 20'li yaşların sonları arasındadır.
- 30 yaşında doğurganlık (gebe kalma yeteneği) azalmaya başlar.
- 30'lu yaşların sonlarına geldikçe bu süreç daha hızlı olur.
- 45 yaşında doğurganlık o kadar azalır ki, çoğu kadın için doğal yoldan gebe kalamama potansiyeli doğabilir.

İleri Anne Yaşı: Nedir, Neden Önemlidir?

İLERİ ANNE YAŞI NEDİR?
İleri Anne Yaşı, genellikle kadının bebeğine doğduğunda arada 35 yaşında ya da daha büyük olması olarak tanımlanır.

NEDEN ÖNEMLİDİR ?

ÇÜNKÜ:
YAKLAŞIK 10 KADINLARDA DOĞURGANLIĞI ETKİLER...

Bir kadın yaşlandıkça gebelik şansı nedir?

GEBE KALMAYI ZORLAŞTIRIR.

20'li yaşlarında ve 30'lu yaşlarının başındaki sağlıklı çiftler için, yaklaşık 4 kadından 1'i herhangi bir adet döngüsünde gebe kalabilecek iken ;

40 yaşına gelindiğinde ise , her 10 kadından yaklaşık 1'i adet döngüsünde gebe kalır.

İleri Anne Yaşı ile ilgili Risk Faktörleri

UNUTMAYALIM
İleri yaş kadınlara, genç kadınlara göre daha fazla sağlık sorunu yaşama eğilimindedir ve birçok risk faktörü ile karşı karşıya kalabilirler.

ANCAK İYİ HABER ŞU Kİ:
Erken ve düzenli doğum öncesi bakım almak, 35 yaşından sonra sağlıklı bir bebeğe sahip olma şansını artırabilir.

İLERİ ANNE YAŞI İLE İLGİLİ RISK FAKTÖRLERİ

İSPERKİLİTE (GEBE KALMA PROBLEMİ)
GERBELİK KAYBI
BEDEKTE YATIRILAN ANOMALİLER
GERBELİĞE BAĞLI OLUŞAN SİKER
GERBELİĞE BAĞLI OLUŞAN TANSİYON- PREEKLAMPSİ
ÇOCUK GEBELİKLERİ
ERKEN DOĞUM
DERİN VEN TROMBOZİ (KAY PHİTİLAŞMASI)
SEZERYAN
ÖLÜ DOĞUM

İleri Baba Yaşı: Nedir, Neden Önemlidir?

İLERİ BABA YAŞI NEDİR?
İleri baba yaşı gebeliğe >40 yd olarak tanımlanmaktadır. Genellikle 40 yaşından sonra doğal doğurganlık oranları giderek azalır. Bu düşüklüklere rağmen erkeklerde baba olamayacakları maksimum bir yaş yoktur.

NEDEN ÖNEMLİDİR?
ÇÜNKÜ
Erkek yaşlandıkça sperm kalitesinde azalma olur.

Yaş bir erkeğin spermelerini nasıl etkiler?
Erkeklerde sperm özelliklerinin değişmesi daha geç olur.
Erkeklerin baba olamayacakları maksimum bir yaş yoktur. Ancak

Erkeklerin Yaşlandıkça Sperm ve kalitesi azalır.
Erkeklerin Yaşlandıkça Testosteron daha yavaş yavaş azalır. Sperm miktarı (sayısı) ve hareketliliği azalmaya başlar.
Erkeklerin Yaşlandıkça Spermatozoide genetik hatalar oluşma riski artar.

İleri Baba Yaşı ile ilgili Risk Faktörleri

UNUTMAYALIM
İleri baba yaşı: kısırlık ve diğer üreme riskleri ile ilişkilidir.
ANCAK İYİ HABER ŞU Kİ;
Gebelik öncesi danışmanlık alan ve risk faktörlerini tespit eden ve sağlıklı yaşayan erkekler 60'ında da 70'inde de baba olabilmektedir.

İLERİ BABA YAŞI İLE İLGİLİ RISK FAKTÖRLERİ

KISIRLIK
SPONTAN DÜŞÜK
YARDIMCI ÜREME TEKNOLOJİLERİNDE BAŞARISIZLIK (YFİR Babalık)
DNA HASARI
GENETİK RİSKLER OTİZM SPEKTRUM
ÇOCUKLUK KANSERİ
DOĞUŞAN ANOMALİLER
OLUMSUZ OBSTETRİK SONUÇLAR
GERBELİK KAYIP-ERKEN DOĞUM RİSKİ

Sonuç olarak :

Gebelik düşünen yaşları ileri olan çiftler gebelik öncesi mutlaka genetik danışmanlık almalıdır.

Yaşları ileri olan çiftler Sağlıklı bir bebeğe sahip olmak için genetik test yaptırmayı düşünmelidirler.

İleri Anne ve Baba Yaşı ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular?

Model VIDEO'yunun altında doküman olarak yer alan İleri Anne ve Baba Yaşı ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular ? ile ilgili hazırladığımız dokümanımızı incelemeyi unutmayın

TEŞEKKÜRLER

MODÜL 2: İleri Anne ve Baba Yaşı Eğitiminin Başarıyla Tamamlandı.

Başka sorularınız varsa, ekran üzerinde ki bu alandan yazarak bizimle iletişime geçebilirsiniz.



İleri Anne ve Baba Yaşı ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular?

Soru: Yaş kadın ve erkeklerde doğurganlığı nasıl etkiler?

Cevap: Kadınlarda: Bir kadının en yüksek üreme yılları, onlu yaşların sonları ile 20'li yaşların sonları arasındadır. 30 yaşına gelindiğinde doğurganlık (hamile kalma yeteneği) azalmaya başlar. 30'lu yaşların ortalarına geldiğinizde bu düşüş daha hızlı olur. 45 yaşına gelindiğinde doğurganlık o kadar azalır ki, çoğu kadın için doğal yoldan gebe kalması pek mümkün değildir.

Erkeklerde: Kadınlarda erken doğurganlık azalmasının aksine, erkeklerde sperm özelliklerinin değişmesi daha geç olur. Erkek yaşlandıkça sperm kalitesinin azalması olur ama genellikle erkekler 60 yaşına gelmeden bu bir sıkıntı yaratmaz. Bu değişikliklere rağmen erkeklerde baba olamayacakları maksimum bir yaş yoktur ki genç partnerleriyle beraber 60'ında da 70'inde de baba olabilen erkekler bunun bir kanıtıdır. Erkekler yaşlandıkça; testisleri daha yumuşamaya ve küçülmeye ve sperm morfolojisi (şekli) ve hareketliliği azalmaya başlar. Bununla birlikte, spermlerinde biraz daha fazla genetik kusur olma riski de bulunmaktadır.

Soru: Yaş bir kadının yumurtalarını nasıl etkiler?

Cevap: Kadınlar yumurtalıklarında belirli sayıda yumurta ile hayata başlarlar. Kadınlar yaşlandıkça yumurta sayısı azalır. Ayrıca, yaşlı kadınlarda kalan yumurtaların anormal kromozomlara sahip olma olasılığı daha yüksektir. Bununla birlikte kadınlar yaşlandıkça, rahim fibroidleri ve endometriyoz gibi doğurganlığı etkileyebilecek bozukluklar açısından daha riski daha da yüksektir.

Soru: Yaş bir erkeğin spermelerini nasıl etkiler?

Cevap: Sperm sayısını ve kalitesini, sperm şeklini ve hareketliliğini azaltır. Ayrıca genetik olarak kusurların (DNA hasarı) oluşma riskini artırır.

Ek-15: Modül 3: Aile, Genetik Öykü ve Hastalıklar Eğitim İçeriği





WEB EBE DESTEK
WEB TABANLI
PREKONSEPSİYONEL BAKIM VE DANIŞMANLIK EĞİTİMİ

AİLE ,GENETİK ÖYKÜ VE HASTALIKLAR

Proje Yürütücüsü : Doç.Dr. Zeliha Buren YURTSAZ
Yardımcı Araştırmacı: Doktora Öğr. Uzman Ede Öznur HASDEMİR

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalı
2023

Bu proje CÜBAF tarafından SBF-2022-097 nolu doktora tezi projesi kapsamında desteklenmektedir.

SUNUM PLANI

- Eğitimin Amacı ve Hedefleri
- Aile ve Genetik Öykü : Nedir, Neden Önemlidir?
- Doğum Öncesinde Yapılan Genetik Testler
- Genetik Hastalıklar: Nelerdir, Neden Önemlidir?
- Aile, Genetik Öykü ve Hastalıklar ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular

Eğitimin Amacı ve Hedefleri

Amaç:
Aile , Genetik Öykü ve Hastalıklara yönelik risk farkındalığının geliştirilmesini sağlamak.

Hedefler :

- Aile ve Genetik öykünün neden önemli olduğunu açıklayabilmeli,
- Gebelik öncesinde yapılan genetik testleri sayabilmeli,
- Gebelik öncesinde yapılan genetik testlerin önemini açıklayabilmeli,
- Genetik hastalıkları ve risk faktörlerini açıklayabilmeli,
- Aile , Genetik Öykü ve Hastalıklara ait risk farkındalığını oluşturabilmeli.

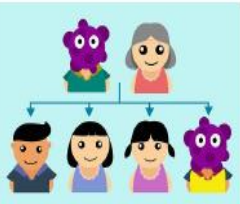


Aile ve Genetik Öykü : Nedir, Neden Önemlidir?

AİLE VE GENETİK ÖYKÜ NEDİR ?
Aile bireylerinde görülen hastalıklar hakkında ayrıntılı bilgi alınmasıdır. Aile de olan (baba, anne , kardeş vb) mevcut genetik hastalıkların kişide olan varlığının araştırılmasıdır.

NEDEN ÖNEMLİDİR ?
ÇÜNKÜ
SOYAĞACINIZDAKİ HASTALIKLAR HAKKINDA BİLGİ SAHİBİ OLMAK,
GEÇMİŞE BAKIŞ İLE GELECEĞİNİZİ AYDINLATIR

AİLE, GENETİK HASTALIK ÖYKÜSÜNÜ ÖĞRENMEK HASTALIK RİSKİNİ ORTADAN KALDIRABİLİR Mİ ?



Anne, baba, büyükanne ve büyükbabalarınızdan birçok şey miras olarak geçer. Hücrelerimizin içindeki genler bu özellikleri bireyden bireye taşır.

- Aile hastalık öyküsünü öğrenerek, buna göre önlem alarak ve sağlıklı seçimler yaparak hastalık riskinizi ortadan kaldırebilirsiniz.



Aile ve Genetik Öykünün Bilinmesi Nasıl Fayda Sağlar?

MASRAFSIZDIR.

- Yüksek oranda doğru tabirler yapılabilir.
- Bazı hastalıklarda risk sifirleşebilir. Başlarında da önemli oranda azaltılabilir. Örneğin Kalın bağırsak, prostat, rahim ağzı ve meme kanserlerini önlemek için.
- Her zaman kötüye gidiş olmaz. , Sakılla iyi haberler de verilebilir (Fiksen Toprak).
- Ailedeki bir kişinin durumunda haberler olmasa, diğer aile bireylerinin de genetiğini olumlu etkileyebilir.

Doğum Öncesinde Yapılan Genetik Testler

UNUTMAYALIM

Doğum öncesi genetik testler, müstakbel ebeveynlere fetüslerinde belirli genetik bozuklukların olup olmayacağı hakkında bilgi verir

Genetik Testler İki Gruba Ayrılır:

Doğum Öncesi Tarama Testleri

Doğum Öncesi Tanı/Teşhis Testleri

Genetik Testler

01 Doğum öncesi Tarama Testleri

Tarama Testleri size, gebeliğinizin genetik bir bozukluğa sahip olma (veya olmama) olasılığını söyler.

Taşıyıcı taraması

Bu testler, bir kişinin belirli kalıtsal bozukluklar için bir gen taşıyıp taşımadığını bulmak için kullanılır.

Taşıyıcı taraması **gebelikten önce veya gebelik sırasında** yapılabilir

YANAKTAN ALINAN DOKU ÖRNEĞİ

Taşıyıcı taraması

ALINAN KAN ÖRNEĞİ

Gebe kadının kanının alınması ile yapılan **doğum öncesi genetik tarama testleri** ve **ultrason muayenelerinden elde edilen bulgular** ile fetüste doğumsal kusur taraması yapılabilir. nöral tüp kusurları olarak adlandırılan beyin ve omurga kusurları ; ve kalp, kalp ve yüz hatlarındaki bazı kusurlar tespit edilebilir.

Genetik Testler

02 Doğum öncesi Teşhis/Tanı Testleri

Teşhis/Tanı Testleri size, gebeliğinizin gerçekten genetik bir bozukluğa sahip olup olmadığını söyler.

Bebek'in içiire dıyında bulunan DNA'ı amnion kuzunu plaventa (aq) yoluyla geçmektedir. Anne kuzunda dolayın bu DNA sayısında bebektin genetik inceleme yapılabilmektedir.

Amnion kuzundan bir enjektöre kan alınır. Daha sonra bu kan laboratuvara gıderilir.

Down sendromu, edwards sendromu (trizomi 18), patru sendromu (trizomi 13)' bakılıaktadır.

Serbest fetal DNA testi (cell free DNA test)



Aile,

Genetik Öykü ve Hastalıklar ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular?

Soru: Preimplantasyon genetik tanı nedir?

Cevap: Gebe kalmak için tüp bebek (IVF) kullanan ve genetik veya kromozomal bozukluğu olan bir bebek sahibi olma riski yüksek olan çiftlere preimplantasyon genetik tanı önerilebilir. Bir embriyo rahme transfer edilmeden önce bazı genetik bozukluklar ve mutasyonlar açısından test edilir. Sadece bozukluklar için pozitif olmayan embriyoların transfer edilmesidir.

Soru: Doğum öncesi genetik test yaptırıp yaptırmamaya karar verirken nelere dikkat etmeliyim?

Cevap: Doğum öncesi genetik test yaptırıp yaptırmamak sizin seçiminizdir. Kişisel inançlarınız ve değerleriniz, doğum öncesi testler hakkında karar vermede önemli faktörlerdir. Bir teşhis testi sonucu pozitif çıkarsa ne yapacağınızı düşünmek faydalı olabilir. Bazı ebeveynler, çocuklarının genetik bir bozuklukla doğup doğmayacağını önceden bilmek isterler. Bu, ebeveynlere hastalık hakkında bilgi edinmeleri ve çocuğun ihtiyaç duyabileceği tıbbi bakımı planlamaları için zaman verir. Diğer ebeveynler, çocuk doğmadan önce bu bilgiyi bilmek istemezler. Hiç test yaptırmamaya karar verebilirler. Ancak bazı testlerin hamilelik sırasında sadece belirli zamanlarda yapılabileceğini unutmayın. Daha önce yapılan testler, bir test sonucu pozitif çıkarsa ebeveynlere karar vermeleri için daha fazla zaman tanır. Gebeliğin sonlandırılması düşünülüyorsa gebeliğin ilk 13 haftası içinde yapılması daha güvenlidir.

Soru: Doğum öncesi genetik tarama testleri ne kadar doğrudur?

Cevap: Her tür testte yanlış pozitif ve yanlış negatif sonuç olasılığı vardır. Bir sorun olmadığı halde var olduğunu gösteren bir tarama testi sonucuna yanlış pozitif sonuç denir. Bir sorun varken sorun olmadığını gösteren bir tarama testi sonucuna yanlış negatif sonuç denir. Sağlık

Ek-16: Modül 4: Fiziksel Aktivite, Beden Kitle İndeksi Eğitim İçeriği



WEB TABANLI
PREKONSEPSİYONEL BAKIM VE DANIŞMANLIK EĞİTİMİ

FİZİKSEL AKTİVİTE, BEDEN KİTLE İNDEKSİ

Proje Yürütücüsü : Doç.Dr. Zeliha Burcu YURTSAL
Yardımcı Araştırmacı: Doktora Öğr. Uzman Ebe Öznur HASDEMİR

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalı
2023

Bu proje CÜBAP tarafından 389F-2022-097 nolu doktora tezi projesi kapsamında desteklenmektedir.

SUNUM PLANI

- Eğitimin Amacı ve Hedefleri
- Fiziksel Aktivite, Beden Kitle İndeksi : Nedir, Neden Önemlidir?
- Fiziksel Aktivite Çeşitleri
- Fiziksel Aktivitenin Faydaları
- Fiziksel Aktivitenin Süresi ve Sıklığı
- Fiziksel Aktiviteye Başlama Yöntemleri
- Fiziksel Aktivite ve Beden Kitle İndeksinde Risk Faktörleri
- Fiziksel Aktivite ve Beden Kitle İndeksi ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular

Eğitimin Amacı ve Hedefleri

Amaç:
Fiziksel aktivite ve beden kitle indeksine yönelik risk farkındalığının geliştirilmesini sağlamak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışını geliştirmek.

Hedefler :

- Fiziksel aktivite, beden kitle indeksinin neden önemli olduğunu açıklayabilmeli,
- Fiziksel aktivite çeşitlerini sayabilmeli,
- Fiziksel aktivitenin önemini açıklayabilmeli,
- Fiziksel aktivite , beden kitle indeksinde risk faktörlerini açıklayabilmeli,
- Fiziksel aktivite, beden kitle indeksine ait risk farkındalığını oluşturabilmeli.

Fiziksel Aktivite, Beden Kitle İndeksi: Nedir, Neden Önemlidir?

FİZİKSEL AKTİVİTE
Günlük yaşam içerisinde kas ve eklemlerinizi kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını artıran ve farklı jödetlerde yorululukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanmaktadır.



BEDEN KİTLE İNDEKSİ
Vücut yağını ölçmek için sıklıkla kullanılan bir araçtır. Boy ve kiloya dayalıdır. BKM Kategorileri:
Zayıf = <18,5
Normal kilolu = 18,5-24,9
Fazla kilolu = 25-29,9
Obesite = BKM 30 veya üstü

BEDENSEL , RUHSAL VE SOSYAL SAĞLIĞIMIZ ÜZERİNDE OLUMLU BİR ÇOK ETKİSİ VARDIR.



Fiziksel Aktivite Çeşitleri

- Yürüme
- Koşma
- Sıçrama
- Yüzme
- Bisiklete binme
- Çömelme kalkma
- Kol ve bacak hareketleri
- Baş ve gövde hareketleri
- spor dalları (yoga , pilates, tenis vb.)
- , dans, egzersiz, oyun

Fiziksel Aktivitenin Faydaları

Bedensel Sağlığımız İçin Faydaları:

- Kas kuvvetinin korunması ve artırılması sağlar ,
- Vücut dengeli olduğunda ve postürün korunmasını sağlar
- Yoruluklu azalır,
- Kabın ritmini düzenler,
- Kabın güçlendirilerek kalbe olan kan akışını artırır ve kalp krizi gelişme riskini azalır,
- Solunum kapasitesinde artış meydana gelir,
- Düzenli aktivite yapan bireyler sigara bağımlılığından kurtulma konusunda daha başarılıdır,
- Düzenli fiziksel aktivite insülin aktivitesinin kontrolünü sağlayarak şeker hastalığının ve kan şekerinin kontrolüne yardımcı olur,
- Vücutta su, tuz, mineral kullanımının dengelenmesine yardımcı olur,
- Enerji gerektirirtilen yağları yakarak kar yağışa alıştırılmışı geliştirir metabolizmayı hızlandırır ve kilo almını önler,
- Damar yapısına etkileri nedeniyle beyne olan kan akışının artmasına bağlı olarak erken demans (senans) ve unutkanlık gelişim riskini azalır,
- Beyin damar hastalıkların gelişim riskini azalır.

Fiziksel Aktivitenin Faydaları

Ruhsal ve Sosyal Sağlığımız İçin Faydaları:

- Sağlıklı kas, kemik ve eklemler üzerinde olumlu etkileri nedeniyle vücut dayanıklılığı ve farkındalığını geliştirilerek bedeni ile barışık, özgüvenli bireyler yaratır,
- Olumlu düzensizlik ve stresle başa çıkabilme yeteneğini geliştirir, depresyon riskini azaltır,
- Kendini iyi hissetme ve mutluluk oluşturmaya.

Fiziksel Aktivitenin Süresi ve Sıklığı ?

Fiziksel aktivite programı kişiye özeldir. Oluşturulan aktivite programlarında, kişinin fiziksel aktiviteyi yapma sıklığı, süresi ve yoğunluğu dikkate alınarak belirleme beslenimleri kılavuzlarıdır. Böylece fiziksel aktiviteyi sağlan. Özerinde olumlu etkileri artırılmaya ve kalıcı hale getirilmeye çalışılır.

Yetişkin her birey için

Haftada en az 2 gün 150 dakika orta şiddette egzersiz önerilmektedir.



Fiziksel Aktiviteye Başlama Yöntemleri



SEVDİĞİNİZ BİR AKTİVİTE SEÇİN

FİZİKSEL AKTİVİTEYİ ÖNCELİĞİNİZ HALİNE GETİRİN

ZAMAN İÇİNDE KÜÇÜK DEĞİŞİKLİKLER YAPIN

Fiziksel Aktivite'de Önemli Noktalar



Egzersiz öncesinde yavaş ve yavaş hareketlerle hareket hazırlanmalıdır.

Egzersiz öncesinde ve sonrasında beslenmeye dikkat edin.

Akış havada yapılacak sporlar için hava kirliliğinin yoğun olmadığı ortamları seçin.

Vücudunuzun sıvı dengesini korumak için mutlaka su için.

Fiziksel Aktivite ve Beden Kitle İndeksinde Risk Faktörleri



MUTLAKA UZMAN GÖRÜŞÜ ALIN

Kronik bir tıbbi rahatsızlığınız varsa veya tıbbi bir duruma yakalanma riskiniz yüksekse ; gebeyken ; fiziksel aktivite önermelerini karşılamayı zorlaştıran bir engeliniz varsa

FİZİKSEL AKTİVİTEYİ BIRAKIN

Ağrı kas ağrısı veya ağrı, diğer ağrı türleri, nefes alma sorunları, tüm antrenman boyunca çok yorgun hissetme, mide bulantısı kusma, baygınlık, baş dönmesi, düzensiz kalp atışı var ise

Fazla Kilolu Olmanın Sağlık Riskleri

Özellikle :
Kalp ve damar hastalıkları, Şeker Hastalığı, Tansiyon Hastalıkları, Safra kesesi rahatsızlıkları, Endometriyum, meme, kolon ve safra kesesi kanseri gibi belirli kanser türleri ; yumurtalık kanseri, jükü anemi, Böbrek hastalığı, Kronik riskleri artırmaktadır.



BEDEN KİTLE İNDEKSİNİZE DİKKAT EDİN...

Gebe Kalmayı Planlıyorsanız

Hafiften her gün, 30-35 dk orta şiddetli tempoda egzersiz yapın, gebelikte ağırlık kazanma miktarını kontrol etmeye çalışın.



Gebelik süreci doğru şekilde yönetmek için fiziksel aktiviteyi düzenli olarak yapın.

Gebelik sürecinde egzersiz yaparken gebelik sürecinin rahat ve aktif geçmesini sağlayabilirsiniz.

Sağlığınız İçin Fiziksel Aktivitelerinizi ihmal etmeyin...



Fiziksel Aktivite, Beden Kitle İndeksi ile İlgili Sorulara Sorular

Modeli VIDEO formatında doküman olarak yer alın

Fiziksel Aktivite, Beden Kitle İndeksi ile İlgili Sorulara Sorular ?

İle ilgili hastalıkların dokümanlarınıza indirilebilir formatında

YEREL, 4. ARA, GENELİ ÖZEL ve MÜHÜRLEME GÖRÜŞÜNE

EGERSİZİ ÖNERMEKTE

TEŞEKKÜRLER

Bu belge oluşturulmuş, etkin

Genelinde bu belgenin geçerli

Belgenin geçerliliği



Fiziksel Aktivite, Beden Kitle İndeksi ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular?

Soru: Fiziksel aktivitenin faydaları nelerdir?

Cevap: Fiziksel aktivite vücudunuza birçok yönden fayda sağlar. Aktif olmak kaslarınızı güçlendirir esnekliğinizi artırır; size daha fazla enerji verir, kilonuzu kontrol etmenize yardımcı olur; güçlü kemikler oluşturmaya ve korumaya yardımcı olur; kardiyovasküler hastalık, diabetes mellitus ve belirli kanser türleri gibi önemli hastalıkların önlenmesine veya riskinin azaltılmasına yardımcı olur stresi azaltır, uyku kalitesini artırır ve depresyon ve kaygıyı hafifletmeye yardımcı olabilir.

Soru: Beden Kitle İndeksi Nasıl Hesaplanır?

Cevap: Vücut kitle indeksi, vücut ağırlığının boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle (kg/m²) hesaplanır.

$$BKİ = \frac{KİLO (KG)}{BOY (m^2)}$$

Soru: Aerobik aktivite nedir?

Cevap: Aerobik aktiviteler ("kardiyo") vücudun büyük kaslarını (bacak ve kollardakiler gibi) ritmik bir şekilde hareket ettirdiğiniz aktivitelerdir. Bu tür faaliyetler kalbinizi ve kan damarlarınızı güçlendirir. Aerobik aktivite ayrıca kilo vermenize veya kilonuzu korumanıza yardımcı olan kalorileri de yakar.

Soru: Farklı aerobik aktivite seviyeleri nelerdir?

Cevap: Yoğunluk, bir aktivitenin harcadığı çaba miktarıdır. Orta yoğunluk, kalp atış hızınızı artıracak ve terlemeye başlayacak kadar hareket ettiğiniz anlamına gelir. Hâlâ normal konuşabilirsin ama şarkı söyleyemezsin. Orta yoğunluktaki aktivite örnekleri, tempolu yürüyüş ve 10 milden daha yavaş bisiklet sürmektir. Şiddetli yoğunlukta bir aktivite, nefes almak için

Ek-17: Modül 5: Beslenme Eğitim İçeriği



WEB TABANLI
PREKONSEPSİYONEL BAKIM VE DANIŞMANLIK EĞİTİMİ

BESLENME

Proje Yürütücüsü : Doç.Dr. Zeliha Bureç YURTSAL
Yardımcı Araştırmacı: Doktora Öğr. Uzman Ebe Özgür HASDEMİR

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalı
2023

Bu proje CÜBAP tarafından SRF-2022-097 nolu doktora tezi projesi kapsamında desteklenmektedir.

SUNUM PLANI

- Eğitimin Amacı ve Hedefleri
- Beslenme: Nedir, Neden Önemlidir?
- Besin Öğeleri ve Besin Grupları
- Yeterli ve Dengeli Beslenmenin Faydaları
- Yetersiz ve Dengesiz Beslenmenin Sağlık Üzerine Etkileri
- Beslenmeye Bağlı Yetersizlik ve Kronik Hastalıklar
- Beslenme Önerileri
- Beslenme Durumu ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular

Eğitimin Amacı ve Hedefleri

Amaç:
Beslenme durumuna yönelik risk farkındalığının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesini sağlamak.

Hedefler :

- Yeterli ve dengeli beslenmenin neden önemli olduğunu açıklayabilmeli,
- Besin öğelerini ve besin gruplarını sayabilmeli,
- Yeterli ve dengeli beslenmenin faydalarını açıklayabilmeli,
- Yetersiz ve dengesiz beslenmenin sağlık üzerindeki risk faktörlerini açıklayabilmeli,
- Beslenme durumuna yönelik risk farkındalığını oluşturabilmeli.

BESLENME: NEDİR, Neden Önemlidir?

Beslenme; yaşamın sürdürülmesi, büyüme ve gelişme, sağlığının iyileştirilmesi, korunması ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, üretkenliğin sağlanması için gerekli olan besin öğeleri ile biyoaktif bileşenleri sağlayan besinleri tüketerek vücutta kullanılmasıdır.

Neden Önemlidir?

Bireyin ve toplumun sağlıklı yaşaması ve toplumun ekonomik yönden gelişmesi onu oluşturan bireylerin sağlıklı olmasına bağlıdır.

Sağlığın temeli yeterli ve dengeli beslenmedir.

Sağlıklı beslenme yaşamın sürdürülmesi, büyüme ve gelişme, üretkenlik, sağlık ve iyi hal için anne karnında başlayan * yaşamdan, bebeklik, çocukluk, adolesan ve yetişkin çağından yaşlağa kadar tüm yaşam sürecinde etimdir.

Yeterli ve Dengeli Beslenme

Vücudunuzun büyümek, yıpranmış dokuları yenilemek ve enerji sağlamak için dengeli bir besin kaynağına ihtiyacı vardır.

—Besin çeşitliliği sağlıklı beslenmenin temelidir.

Besin Öğeleri ve Besin Grupları

Besin öğeleri besinlerin yapıyağıdır.
Besin Grupları Yeterli ve dengeli beslenmenin temelidir.

Besin Öğeleri

Karbonhidratlar

Karbonhidrat vücut için en ekonomik ve en hızlı enerji kaynağıdır.

Vitaminler

Vücutta enerji metabolizmasında, kan yapımında ve bağışıklık sisteminin güçlendirilmesinde, vücut hücrelerinin hasarının önlenmesinde, kemik oluşumunda zararlı bazı maddelerin etkilerinin azaltılmasında önemlidir.

Yağlar

Yağlar enerji kaynağıdır ve yağda çözünen vitaminleri sağlar. Hücre ve bazı hormon yapımı için önemlidir.

Mineraller

İskelet ve diş yapımında, kan yapımında ve bağışıklık sisteminin güçlenmesinde önemlidir.

Proteinler

Proteinler vücuttan büyüme ve gelişme, hücre yenilenmesi, bağışıklık sistemi, bazı hormonlar ve enzimler için elzemdir.

Su

Besinlerin sindirimi, besin öğelerinin dokulara taşınması, bunların hücrelerde kullanılmadan sonra oluşan zararlı maddelerin atılması ve vücut ısısının düzenlenmesi için su gerekir.

Besin Grupları

Süt ve Ürünleri grubu

Kalsiyumdan zengin olan bu grup kemiklerin ve diğerleri sağlığı gelişiminde ve hücre çalışmasında önemli rol oynar.

Ekmek ve Tahıllar

Tahıllar vücutta temel enerji kaynağıdır. Sıvı, sindirim sistemi ile deri sağlığı ve hastalıklara karşı direnç oluşturmada önemli görevleri vardır.

Et-Tavuk-Balık-Yumurta-Baklagiller-Yağlı Tohumlar-Sert Kabuklu Yemlişler Grubu

Hücre yenilenmesi, doku onarımı ve görme, kan yapımı Sıvı, sindirim sistemi ve deri sağlığının korunması Hastalıklara karşı direnç kazanmasında rolü olan en önemli besin grubudur.

Sebze grubu

Büyüme ve gelişme, hücre yenilenmesi, doku onarımı, deri ve göz sağlığı, diyet ve diğerleri sağlığı, kan yapımı, hastalıklara karşı direnç oluşturmada etkilidir.

Meyve grubu

Yetersiz ve Dengesiz Beslenmenin Sağlık Üzerine Etkileri

- Büyüme gelişme geriliği meydana gelir.
- Büyüme çağında zeka gelişimini olumsuz etkiler.
- Hastalıklara direnç azalır.
- Üreme fonksiyonları etkilenir.
- Okul ve çalışma hayatındaki başarı azalır.

Beslenmeye Bağlı Yetersizlik Hastalıkları

❖ Protein Enerji yetersizliği hastalıkları (PEM)

- ✓ Marasmus (kalori eksikliği)
- ✓ Kwashiorkor (protein eksikliği)
- ✓ Marasmik kwashiorkor

❖ Vitamin-mineral (mikronutrient) yetersizlikler

- ❖ Vitamin yetersizlikleri
 - ✓ A vitamini eksikliği
 - ✓ D vitamini eksikliği
 - ✓ B12 vitamini eksikliği
- ❖ Mineral yetersizlikleri
 - ✓ Demir yetersizliği anemisi-kansızlık
 - ✓ Kalsiyum yetersizlikleri – Osteoporoz, Kemik erimesi
 - ✓ İyot yetersizliği – Basit Guatr
 - ✓ Flor yetersizliği – Diş sürülmesi

Beslenmeye Bağlı Kronik Hastalıklar

- ❖ Şişmanlık
- ❖ Zayıflık
- ❖ Tip II Diyabet
- ❖ Yüksek tansiyon
- ❖ Kalp damar hastalıkları
- ❖ İnme-serebrovasküler olaylar
- ❖ Sindirim sistemi hastalıkları
- ❖ Kanseller
- ❖ Kemik sistemi hastalıkları

BESLENME ÖNERİLERİ



Sağlıklı Beslen, Sağlık İçin Hareket Et

Sağlıklı Yemek Tabakası

Hedef her öğünde tabakta yer alan **her besin grubundan bir besinin** seçilerek tüketilmesidir.

Günlük beslenmede önerilen **su** tüketiminin sağlanması, günlük beslenmede **zayıflığın** yer alması, aktif yaşamın desteklenmesi **sağlıklı yaşam biçiminin** temel taşıdır.

SAĞLIKLIL YEMEK VE FİZİKSEL AKTİVİTE PIRAMİDİ



Sağlıklı Beslen, Sağlık İçin Hareket Et

Su yaşam için elzemdir.

Vücutta suyun dengesinin yagsamsal önemi vardır, günlük gereksinim 25 mL x vücut ağırlığı (kg) eptir. İle baskın hesaplanır. İdrar renginin koyulması, su ihtiyacının karşılanmadığını gösteresidir.

Yaş (yıl)	Erkek	Kadın
0-4 yaş	100-120 mL/gün (anne sütü ile karıştırılmalıdır)	
5-12 yaş	1000-1500 mL/gün	
13-18 yaş	1200-1500 mL/gün	
19-30 yaş	2000 mL/gün	1800 mL/gün
31-40 yaş	2000 mL/gün	1800 mL/gün
41-50 yaş	2000 mL/gün	1800 mL/gün
51-60 yaş	2000 mL/gün	1800 mL/gün
61-70 yaş	2000 mL/gün	1800 mL/gün
71-80 yaş	2000 mL/gün	1800 mL/gün
81-90 yaş	2000 mL/gün	1800 mL/gün
91-100 yaş	2000 mL/gün	1800 mL/gün



ŞEKER TÜKETİMİNİ AZALTIN

Basit şekerler (çay şekeri gibi) kolay enerjiye dönüştüğünden kan şekerini çabuk yükseltir. Enerji değeri yüksek, tüketimlerinin azaltılması önerilir.

Günlük şeker tüketimi ihtiyaç duyulan günlük enerji miktarının %10' unu geçmemelidir.

Gereğinden Fazla Tüketim Şişmanlık, Gerekli enerji alımı : besleyici değeri yüksek olan diğer yiyeceklerin tüketiminin de azaltılması metabolik sendrom, kalp damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon ve böbrek hastalıkları riski ile ilgilidir.



TUZ TÜKETİMİNİ AZALTIN

Aşırı tuz (sodyum) tüketimi; kardiyovasküler hastalıklar, böbrek hastalıkları, hipertansiyon, inme, osteoporoz ve bazı kanser türlerinin oluşmasına neden olabilmektedir. Günlük tuz tüketimi 5 g' ı aşmamalıdır. Tüketilen tuz iyotlu olmalıdır.

5 gr=1 Tepeleme çay kaşığı
Yemeklerin tadına bakmadan tuz atılmamalı ve fazla tuzlu yiyecekler tüketilmemelidir.



YAĞ(DOYMUŞ, TRANS)TÜKETİMİNİ AZALTIN

Günlük beslenmede tüketilen her türlü trans yağ kaynağı olabilecek besinlerden uzak durulmalıdır. Bu diyet yemek/bsin tüketimlerinde de toplam yağ, doymuş yağ, kolesterol miktarlarının düşük olmasına dikkat edilmelidir.

Diyette fazla miktarda toplam yağ, doymuş yağ, trans yağ ve kolesterol tüketimi; başta kalp ve damar hastalıkları, diyabet, obezite, kanser vb. hastalıklar olmak üzere beslenme ile ilgili bulguları olmayan pek çok hastalığa neden olmaktadır.



- ✓ Gün boyunca 3 ana, 2 veya 3 ara    n ile besin alımı sağlanmalı, mutlaka kahvaltı yapılmalıdır.
- ✓ Yemeklerde; margarin, tereyağı, kuyruk yağı,   yağı gibi doymuş yağlar (kay yağları) yerine bitkisel sıvı yağlar (zeytin yağı, ayçiçek yağı, soya, kanola yağı) vb.) tercih edilmelidir.
- ✓ Sebze, meyve, tam tahıl, kurubaklagil tüketimi dolayısıyla posa alımı arttırılmalıdır.
- ✓ Kemik sağlığı için her gün 2-3 su bardağı yoğurt ya da süt tüketilmelidir.
- ✓ A ın protein (günlük önerilerden fazla miktarda et ve  rd nleri) tüketiminden kağınılmalıdır.
- ✓ Satın alınan besinlerin ambalajı üzerinde yer alan besin etiket bilgileri değerlendirilmeli, yağ ve  eker i eriti düşük olanlar tercih edilmelidir.
- ✓ esneleri kazarılmak yerine, fırında, hağlama, ızgara, buharda pişirme tercih edilmelidir.
- ✓ Kahve içeren kahve t nleri ve gazlı/gazsız içeceklerin ve enerji içeceklerinin tüketimi sınırlanmalıdır.
- * Her gün en az 30 dakika (5000 adım) y r   y yapılmalı, zamanla adım sayısı 10.000 adıma çıkarılmalıdır.
- * Gebelik   ekimadan önce Demir, Vitamin A,  yot, çinko ve Kalsiyum d zeylerinize mutlaka baktırın ve geçe kamadan en az 3 ay önce folik asit kullanmayı unutmayın.
- TOTON KULLANILMAMALI VE ALKOL ALIMINDAN SAKINILMALIDIR.**



TEŞEKKÜRLER

MODÜL 5: Beslenme Eğitiminizi Bağarıyla Tamamladınız .

Başka sorularınız varsa, ekran üzerinde ki bu alandan yazarak bizimle iletişime geçebilirsiniz ...

Yorumunuza Katılın

Yorumunuza Katılın

Yorumunuza Katılın



Beslenme Durumu ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular?

Modül VIDEO' sunum altında doküman olarak yer alan

Beslenme Durumu ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular ?

ile ilgili hazırladığımız dokümanımızı incelemeyi unutmayın



Beslenme Durumu ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular?

Soru: Sağlıklı beslenmek neden önemlidir?

Cevap: Vücudunuzun büyümek, yıpranmış dokuyu değiştirmek ve enerji sağlamak için dengeli bir besin kaynağına ihtiyacı vardır. Temel besin öğeleri ve besin gruplarından yeterince almamak sağlığını etkileyebilir. Ancak çok fazla yemek ve çok fazla kalori tüketmek sağlık sorunlarına yol açabilir.

Soru Obezite vücuduma nasıl zarar verebilir?

Cevap: Obezite, kardiyovasküler hastalık, diabetes mellitus (şeker hastalığı), yüksek tansiyon ve meme kanseri, kolon kanseri ve rahim kanseri dahil olmak üzere belirli kanser türleri riskini artırır . Obezite aynı zamanda kısırlıkla da ilişkilidir

Soru: Sağlıklı nasıl beslenirim?

Cevap: Beş temel besin grubunu tüketerek. Tahıllar, meyveler sebzeler ,proteinli gıdalar, süt ürünleridir.

Soru: Dengeli beslenme nedir?

Cevap: Dengeli bir diyet, proteinler, karbonhidratlar ve yağların bir kombinasyonunu içermelidir.

Soru: Protein neden önemlidir?

Cevap: Protein, vücudunuzun kasları ve diğer dokuları büyütmek ve onarmak için ihtiyaç duyduğu besinleri sağlar.

Soru: Hangi yiyecekler iyi protein kaynaklarıdır?

Cevap: Sığır eti ve balık kümes hayvanları, yumurta ve süt ürünleri, fasulye ve bezelye ,fındık ve tohumlardır.

Soru: Vejetaryensem nasıl yeterince protein alabilirim?

Ek-18: Modül 6: Aşılar ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Eğitim İçeriği



WEB EBE DESTEK

WEB TABANLI
PREKONSEPSİYONEL BAKIM VE DANIŞMANLIK EĞİTİMİ

AŞILAR
VE
CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYONLAR

Proje Yürütücüsü : Doç.Dr. Zeliha Baran YURTSAL
Yardımcı Araştırmacı: Doktora Öğr. Uzman Ebe Özner HASDEMİR

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalı
2023

Bu proje CUBAP tarafından SSB-2022-097 nolu doküman izni ile proje kapsamında desteklenmektedir.

SUNUM PLANI

- Eğitimin Amacı ve Hedefleri
- Aşı ve Bağışıklama : Nedir, Neden Önemlidir?
- Bağışıklama ve Aşılama Durumunun Değerlendirilmesi
- Gebelik Öncesi Dönemde Yapılması Gereken Aşılar
- Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar: Nedir, Neden Önemlidir?
- Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Nelerdir?
- Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlarda Risk Faktörleri
- Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlardan Korunma Yöntemleri
- Aşılar ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular

Eğitimin Amacı ve Hedefleri

Amaç:
Aşılar ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yönelik risk farkındalığının geliştirilmesini sağlamak.

Hedefler:

- Aşı ve bağışıklama durumunun neden önemli olduğunu açıklayabilmeli,
- Gebelik öncesi dönemde yaptırması gereken aşıları sayabilmeli,
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların neden önemli olduğunu açıklayabilmeli,
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları sayabilmeli,
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma yöntemlerini açıklayabilmeli,
- Aşılama durumu ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yönelik risk farkındalığının oluşturulabilmesi.

Aşı ve Bağışıklama : Nedir?

Aşı, insanları hastalıklardan ve hastalıkların neden olduğu sonuçlardan koruyabilmek için sağlam ve risk altındaki kişilere uygulanan biyolojik ürünlerdir.

Bağışıklama, aşıyla önlenabilir hastalıkların ve ölümlerin önlenmesi açısından en önemli toplum sağlığı müdahalesidir.

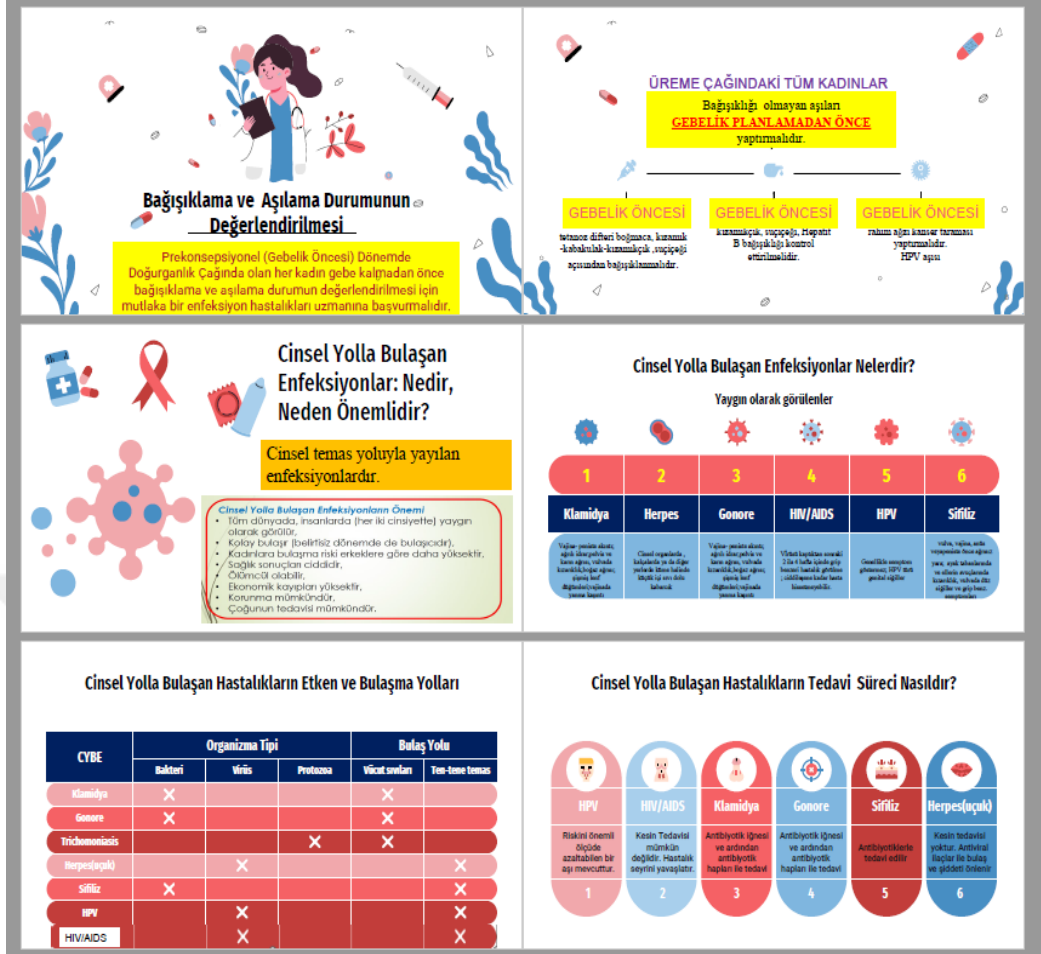
Neden Önemlidir?

- ✓ Toplumsal salgınları önler ;
- ✓ Bağışıklığı güçlendirir;
- ✓ Bulaşıcı Hastalıklara karşı Korur ;
- ✓ Hastalık ve Sakatlık yükünü azaltır;
- ✓ Ölümleri önler.

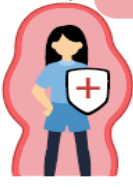
Aşılar, sadece çocukluk döneminde değil, yaşam süremiz boyunca gereklidir.

AŞI İLE KORUNABİLİR HASTALIKLAR

- *Difteri
- *Boğmaca
- *Kızamık
- *Kızamıkçık
- *Kabakulak
- *Tetanoz (yenidogan/tetanoz dahil)
- *Verem
- *Çocuk felci
- *Hepatit B
- *Hemophilus influenza tip b'ye bağlı pnömoni, menenjit ve kan dolaşım enfeksiyonları
- *Pnömoni
- *Su Çiçeği
- *Hepatit A



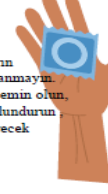
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlarda Risk Faktörleri



- Çok eşli cinsel yaşam , yeni cinsel eş
- Cinsel eşin çok seyahat etmesi
- CYBE öyküsü bilinen biriyle cinsel ilişkiye girmek
- Alkol, uyuşturucu kullanımı
- Ezlerin de tedavi edilmesi gerektiğinin bilinmemesi
- CYBE ile ilgili eğitimin az ya da yetersiz olması
- Cinsel ilişki sırasında kondom (prezervatif) kullanılmaması
- Stünetiz olma
- Kan ve kan ürünleri ile çalışmak
- Seks işçileri ve müşterileri
- Açık yaralara CYBE'li birinin vücut sıvılarının temas etmesi
- Kadın olma

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlardan Korunma Yöntemleri

CİNSEL İLİŞKİDE MUTLAKA KONDOM (PREZARVATİF) KULLANIN .



- Tek eşliliği tercih edin.
- HPV ve hepatit B aşısı yaptırın
- Şırınga ve iğneleri ortak kullanmayın.
- Kondomun yırtılmadığından emin olun.
- Yanınızda yedek kondom bulundurun
- Anal seks gibi cilde zarar verecek cinsel eylemlerden kaçının.
- Size nakledilecek kanda geçerli testlerin yapıp yapılmadığını sorgulayın.
- Dövme, sünet, kulak delme, manikür, pedikür gibi işlemlerde kullanılan aletlerin mikroptan arındırılmış olmasına (steril) dikkat edin.

Örneğin ; HIV /AİDS Hangi Durumlarda Bulaşmaz



- ❑ Havadan bulaşmaz.
- ❑ Birlikte yaşam, çalışma, ortak malzeme, telefon, kağıt kalem gibi eşyaların paylaşılmasıyla bulaşmaz.
- ❑ Hamam bideği, kene, tahta kurusu, sıvınsinek, karasinek gibi hayvanların ısırması ile bulaşmaz.



- ❑ Aksırık, öksürük, tükürük ve balgamla bulaşmaz.
- ❑ Aynı tağı aracı kullanma ya da evcil hayvanların bakımıyla bulaşmaz.
- ❑ Yüzme havuzu, banyo küveti, hamam ve duşla bulaşmaz.
- ❑ Çeşmeler, su içilen musluklar ya da dolaplardan bulaşmaz.
- ❑ Kucaklama/sarılma ile bulaşmaz.

Son olarak ;

ÜREME ÇAĞINDAKİ TÜM KADINLAR GEBELİK PLANLAMADAN ÖNCE

GEBELİK ÖNCESİ
HIV' tanınması yapılmaması önemli olduğum, HIV pozitif olduğunda eşine ve bebeğine de bulaşabileceğini.

GEBELİK ÖNCESİ
Hepatit b enfeksiyonları aşılaması önem taşıyor.

UNUTMAYIN



Aşılanma Durumu ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular?

Modül VIDEO'sunun altında doküman olarak yer alan

Aşılanma Durumu ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular ?

ile ilgili hazırladığımız dokümanımıza incelemeyi unutmayın

TEŞEKKÜRLER

MODÜL 6: Aşılar ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Eğitiminizi Başarıyla Tamamladınız .

Başka sorularınız varsa ,ekran üzerinde ki bu alandan yazarak bizimle iletişime geçebilirsiniz ...



KAYNAKLAR

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. *ACOG: How to Prevent Sexually Transmitted Infections (STIs)*. Available from: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/how-to-prevent-stis> (Accessed 6 th May 2023).
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. *ACOG: Protecting Yourself Against Hepatitis B and Hepatitis C*. Available from: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/protecting-yourself-against-hepatitis-b-and-hepatitis-c> (Accessed 1 th May 2023).
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. *ACOG: 5 Ways Your Ob-Gyn Can Help You Stay Healthy*. Available from: <https://www.acog.org/womens-health/experts-and-stories/the-latest/5-ways-your-ob-gyn-can-help-you-stay-healthy> (Accessed 10 th March 2023).
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. *ACOG Human Papillomavirus (HPV) Vaccination*. Available from: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/hpv-vaccination> (Accessed 10 th March 2023).
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. *ACOG Testing for Human Immunodeficiency Virus (HIV)*. Available from: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/testing-for-hiv> (Accessed 10 th March 2023).
6. Baysoy NG, Özkan S. Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım: Halk sağlığı perspektifi. *Gazi Med J*. 2012; 23:77-90. doi:10.5152/gmj.2012.25.
7. Başgöl, S., Oskay, U. (2012), "Prekonsepsiyonel Dönemde ve Gebelikte Kanıt Temelli Yaklaşımlar" *International Journal of Human Sciences*, 9(2),1524-34.
8. Başlı, M., Akın, H. (2018), Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(3):128-140.
9. Berglund A, Lindmark G. Preconception health and care (PHC)-a strategy for improved maternal and child health. *Ups J Med Sci*. 2016 Nov;121(4):216-221.
10. Centers of Disease Control and Prevention. (2017). Planning for pregnancy. 24(7). Available at: <https://www.cdc.gov/preconception/planning.html>
11. Deak P(2022). What I Tell Every Patient About the HPV Vaccine <https://www.acog.org/womens-health/experts-and-stories/the-latest/what-i-tell-every-patient-about-the-hpv-vaccine> (Accessed 10th May 2023).
12. Gönenç, I. & Vural, E. Z. T. (2022). Bir Gebeliğe Hazırlanmak: Prekonsepsiyonel-interkonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 26(3), 77-87.
13. Olsson M. (2017). Preconception counseling. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 43(2):189-199. Available at: <http://doi.org/10.1016/j.rdc.2016.12.002>
14. Özkan Arslan, H., Bilgin Z. (2019). Kanıta Dayalı Gebelik ve Doğum Yönetimi. *Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, Prekonsepsiyonel Dönemin Kanıta Dayalı Yönetimi*, ss:11-37.
15. Öznürk Çoşar E., Kuru N., Canbolat Seyman Ç. (2015). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulamalara genel bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(1):51-55. Available at: <http://doi.org/10.5222/SHYD.2015.051>
16. Poels M., Koster M.P.H., Boetje H.R., Frans A., van Stel H.F. (2016). Why do women not use preconception care? A systematic review on barriers and facilitators. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 71(10):603-612. <http://doi.org/10.1097/OGX.00000000000000360>

17. Robbins C., Bouler S.L., Morgan I., et al. (2018). Disparities in preconception health indicators - behavioral risk factor surveillance system, 2013-2015, and pregnancy risk assessment monitoring system, 2013-2014. *MMWR Surveill Summ*, 67(1):1-16.
18. Sabina de Weerd, Akke K. & et al (2002). Preconception Care: A Screening Tool for Health Assessment and Risk Detection. *Preventive Medicine* 34, 505-511.
19. Shannon G.D., Alberg C., Nacul L., Pashayan N. (2014). Preconception healthcare and congenital disorders: systematic review of the effectiveness of preconception care programs in the prevention of congenital disorders. *Maternal and Child Health Journal*, 18(6):1354-1379. Available at: <http://doi.org/10.1007/s10995-013-1370-2>
20. Sağlık Bakanlığı. Aşı Portalı. HSGM. Available from: <https://asi.saglik.gov.tr/> (Accessed 12 th May 2023).
21. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı sunumları Available from: <https://hsqm.saglik.gov.tr/bulasicihastaliklar-sunayfa> (Accessed 12 th May 2023).
22. Şahin M., Yurdakul M. (2012). Gebelik öncesi danışmanlık İÜ.F.N. *Hem Derg* :20(21):80-5 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı (2014). Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi. Ankara: Yayın No: 927.
23. Tabachnick, B. and Fidell, L. (2001). Using multivariate statistics. (Fourth Edition). Ma: Allyn & Bacon Inc.
24. Terrell C.A. (2021). Are you current on your vaccines? These are the ones you should get as an adult. Available from: <https://www.acog.org/womens-health/experts-and-stories/the-latest/are-you-current-on-your-vaccines-these-are-the-ones-you-should-have-as-an-adult> (Accessed 7 th May 2023).
25. WHO. (2013). Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. WHO Headquarters, Geneva Meeting Report. Geneva. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78067>
26. WHO. (2013). Preconception care: maximizing the gains for maternal and child health. Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, WHO. Geneva.



Aşılanma Durumu ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular?

Soru: HPV aşısını ne zaman olabilirim?

Cevap: HPV aşısı olmak için en iyi zaman 11 veya 12 yaştır. Ancak aşı 45 yaşına kadar herkes için onaylanmıştır.

Soru: Gebe kalmadan önce hangi aşıları yaptırmam gerekir?

Cevap: Gebe kalmaya çalışmadan önce, tüm aşılarınızı güncellediğinizden emin olun. MMR (kızamık-kabakulak-kızamıkçık) aşısı veya suçiçeği (su çiçeği) aşısını hiç yaptırmadıysanız, hamilelikten en az 28 gün önce her ikisini de yaptırmalısınız. Gebelik sırasında ve gebe kalmaya çalışırken grip, Tdap(Tetanoz, Difteri, Boğmaca) ve COVID-19 aşılarının tümü önerilir. Bu aşılar sizin ve fetüsünüz için güvenlidir ve sizi ciddi hastalıklardan korur.

Soru: Ülke dışına çok fazla seyahat ediyorum hangi aşılar benim için önemlidir?

Cevap: Gideceğiniz ülkeye bağlı olarak hepatit A , hepatit B , menenjit veya diğer hastalıklar için aşılar ihtiyacınız olabilir .

Soru: Ülkemizde yapılan yetişkin aşıları nelerdir, bebeklik çağında yaptırılmayan aşılar ilerde yaptırılabilir mi?

Cevap: Ülkemizde ileri yaş nüfusun giderek artmasıyla, kronik hastalıklar ve kanserlerde de buna bağlı bir artış meydana gelmekte olup bu durum erişkin aşılanmasının giderek daha da ön plana çıkmasına yol açmıştır. Sağlık bakanlığımız, erişkin bağışıklamasının giderek artan öneminin farkında olup gerek çocukluk döneminde bağışıklama takvimini yarım kalan gerekse de bağışıklığın pekiştirilmesi amacıyla ek aşılamalara ihtiyacı olanlar ile gebeler, yaşlılar, kronik hastalığı olanlar, bağışıklık yetmezliği bulunanlar ve diğer risk gruplarındaki kişilerin enfeksiyon hastalıklarından korunması hedefleri doğrultusunda aşılanma çalışmalarını yürütmekte ve desteklemektedir. Erişkin aşılanma, bebeklik döneminde aşı takvimine uygun olarak aşılanmamış kişilerin aşılanması için bir fırsat olarak görülmelidir.

Ek-19: Modül 7: Kronik Hastalıklar Eğitim İçeriği





WEB TABANLI
PREKONSEPSİYONEL BAKIM VE DANIŞMANLIK EĞİTİMİ

KRONİK HASTALIKLAR

Proje Yürütücüsü : Doç.Dr. Zeliha Barcı YURTSAL
Yardımcı Araştırmacı: Doktora Öğr. Uzman Ebe Özgur HASDEMİR

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalı
2023

Bu proje CÜBAP tarafından 58F-2022-097 nolu doktora tezi projesi kapsamında desteklenmektedir.

SUNUM PLANI

- Eğitimin Amacı ve Hedefleri
- Kronik Hastalıklar: Nedir, Neden Önemlidir?
- Kronik Hastalıklar Nelerdir?
- Kronik Hastalıklarda Risk Faktörleri
- Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Geliştirilmesi
- Kronik Hastalıklar ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular

Eğitimin Amacı ve Hedefleri

Amaç:
Kronik Hastalıklara yönelik risk farkındalığının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışının geliştirilmesini sağlamak.

Hedefler :

- Kronik hastalıkların neden önemli olduğunu açıklayabilmeli,
- Başlıca kronik hastalıkları sayabilmeli,
- Kronik hastalıkların risk faktörlerini açıklayabilmeli,
- Kronik hastalıkların nasıl önenebileceğini açıklayabilmeli,
- Kronik hastalıklara yönelik risk farkındalığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı oluşturabilmeli.

Kronik Hastalıklar: Nedir, Neden Önemlidir?

Kronik hastalıklar, genel olarak **1 yıl veya daha uzun süren ve sürekli tıbbi müdahale gerektiren** veya **günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan** veya her ikisini birden gerektiren durumlar olarak tanımlanır.

Yaşam Kalitesini Bozar;
Bireyin Bedensel , Fiziksel ve Ruhsal Olarak Tam Bir İyilik Halinde Olmasının Önünde Engeldir.

Kronik hastalıkların tüm devletler için önemli sağlık ve ekonomik maliyetleri vardır.

Kronik Hastalıklar Nelerdir?



KARDİOVASKÜLER
KALP-DAMAR
HASTALIKLARI



KANSER



KRONİK AKCIĞER
HASTALIKLARI



İNMEYİTİLE



ALZHEIMER
HASTALIKLARI



DİYABET



KRONİK BÖBREK
HASTALIKLARI

Kronik hastalıkların gelişen ve gelişmekte olan ülkelerde olan toplam ölümlerin %80'ini kronik hastalıklar oluşturmaktadır

01 KARDİOVASKÜLER KALP-DAMAR HASTALIKLARI

Kalbi ve kan damarlarını etkileyen hastalıklardır. Kimi zaman kalbi besleyen ; kimi zaman vücutu besleyen ; kimi zaman ise beyni besleyen damarları etkiler. Birçoğu , kalbe giden damarlarda **plak adı verilen mumsu bir maddenin birikmesinden** kaynaklanır .

Kalp : Kriz; Felç, İnme gibi sağlık problemlerine yol açar

RİSK FAKTÖRLERİ : Yaşlılık, Yüksek tansiyon, anormal trigliserit ve kolesterol seviyeleri, şeker hastalığı, sigara içmek, egzersiz yapmamak ve fazla kilo olmak gibi yaşam tarzı faktörleri

02 KANSER

Bir organ veya dokudaki **hücrelerin düzensiz olarak bölünüp çoğalmaya** başlayan kötü ırlara denir.

Cilt kanseri, Meme kanseri, Akciğer kanseri, Prostat kanseri, Mide kanseri, Kalın bağırsak (kolon) kanseri, Rahim ağzı (serviks) kanseri, Lenf bezleri tümörleri, mide ve pankreas, rektum üzeri kanseri ; kemik iliği kanseri gibi bulunduğu organlara hasar verir.

RISK FAKTÖRLERİ : yaş, cinsiyet ve aile öyküsü. Sigara ve alkol kullanımı, Radyasyona maruz kalma, Ben virüsler, Kötü beslenme alışkanlıkları, Gıdalarındaki katkı maddeleri, Uzun süre güneş ışığına maruz kalma, Ağız dounda röngene ışıması maruz kalma, Ben kimyasal maddeler (kayna, benzin, boyu maddeleri, asbest v.b.), Hava kirliliği.

03 KRONİK AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ)

Hava yollarının daralması sonucu rahat ve sağlıklı bir şekilde nefes almayı engelleyen bir akciğer hastalığıdır.

Çarpıntı; Şiddetli baş ağrısı; Nefes darlığı; Öksürük; Balgam; Terleme; Dudak, dil ve parmak uçlarında morarma; Uykusuzluk; Unutkanlık; Acayipet; Zayıflama; Kabızlık; Cinsel isteğin azalması; Karın şişliği; Ellerde şişme ve uyuşma hissi; Boyun damarlarında belirginleşme; Bacaklarda ödem

RISK FAKTÖRLERİ : Sigara, hava kirliliği, duşmalı ve tozlu ortamlarda çalışmak sırasında kalınma, zararlı gas ve kimyasal maddeler, ev içi hava kirliliği, soyoekonomik düşey (kötü beslenme), yaş, cinsiyet, genetik faktörler, akciğer gelişiminde dikkat problemleri, kronik bronşit, vohumun yolu enfeksiyonlardır.

04 İNME - FELÇ

Beyninizi bir kısmına giden kan akışı azaldığında veya kesintiye uğradığında, **beyin dokusunun oksijen ve besin alınmasını önleyen bir inme (felç) meydana gelir ve beyin hücreleri dakikalar içerisinde ölmeye başlar.**

Felç veya Kas Hareketi Kaybı; Konuşma veya Yutma Güçlüğü ; Hafıza Kaybı ya da Düşünme Güçlüğü; Ağrı ; Yüz, kol veya bacakta felç veya uyuşma; görme problemleri gibi sorunlara yol açar.

RISK FAKTÖRLERİ : Yaşın artması risk faktörleri. Fazla kilolu ya da obez olmak, Fiziksel hareketsizlik, Uygun tıccu kullanımı, Yüksek tansiyon, Sigara içimi ya da pasif içicilik, Yüksek kolesterol, Diyabet, Obstrüktif uyku apnesi, Kalp yetmezliği, tıbbi inme öyküsü.

05 ALZHEİMER HASTALIĞI

Beyin hücrelerinin zamanla ölümüne bağlı olarak hafıza kaybı, bunama (demans) bilişsel fonksiyonların azalmasıdır.

Bilişim bulanıklığı; adaptasyonda güçlük ; hafızayama; Konuşma ve dil becerisinde oluşan sorunlar ; Sevgilinin, aile ve arkadaşlarından oluşan dış kayıpla bunama, Şüpheli kayıp; Halüsinasyon ve sanırlar, hafızayamadığı olayları inkar etmesi.

RISK FAKTÖRLERİ : İleri yaş , Ailede Alzheimer öyküsü , Down sendromu olmak, Geçmişte yaşanan kafa travmaları, Uykü düzeni bozuklukları, Yetenmiş fiziksel aktivite, Obesite, Sigara kullanımı - pasif içicilik, Yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol ; tip 2 diyabet, Yetenmiş, dengensiz ve sağlıklı beslenmek.

06 DİYABET (ŞEKER) HASTALIĞI

Kanda glukoz (şeker) seviyesinin normalin üzerine çıkması, buna bağlı olarak normalde şeker içermemesi gereken idrarda şekere rastlanılmasıdır.

Halsizlik ve yorgunluk hissi; Hızlı ve idemazlık kilo kaybı; Butanik görme; Ayaklarında uyuşma ve karıncalanma şeklinde rahatsızlık hissi; Yaratılan normiden daha geç iyileşmesi; Ciltte kuruluk ve kaşıntı; Ağzıda aseton benzeri koku oluşumu.

RISK FAKTÖRLERİ : Obesite (ağırlık), Ebeveynlerde diyabet öyküsünde bulunması, İleri yaş, Hareketsiz yaşam tarzı, Stres, Yüksek kan basıncı , kötü kolesterolün yüksek olması, Gebelik sırasında gestasyonal diyabet oluşumu ve sonrasında yüksek doğum ağırlıklı bebek doğması, polikistik over sendromu (PCOS) sahip olmak.

07 KRONİK BÖBREK HASTALIĞI

Böbreğin zaman içinde fonksiyonlarını kaybetmesidir.

Yorgunluk ve halsizlik ; Mide bulantısı; Kusma; Konsantrasyon bozukluğu; Ayakta ödem; İştah kaybı; Uykü problemleri ; geceleri sık idrara çıkma kas seğirmesi ve krampılar; Kalıcı kaşıntı ve ciltte kuruluk; Göğüs ağrısı, nefes darlığı; Hipertansiyon, baş ağrısı, Cinsel fonksiyonlarda bozulma.

RISK FAKTÖRLERİ : Yaşın artması risk faktörleri, Fazla kilolu ya da obez olmak, Fiziksel hareketsizlik, Yüksek tansiyon, Sigara içimi ya da pasif içicilik, Ağız nur ya da şeker tüketimi, kalp hastalıkları, görme ve işitme bozukluğu.

Kronik Hastalıklarda Risk Faktörleri

Değıştirmeyen Risk Faktör	Değıştirilebilir Risk Faktör
01 Sağlıksız beslenme	01 Yaş
02 Yetersiz Fiziksel Aktivite (egzersiz)	02 Cinsiyet
03 Tütün-Alkol Kullanımı	03 İrk
	04 Genetik Özellikler
	05 Aile Öyküsü

Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Geliştirilmesi

Sigara İcmeğin | Sağlıklı Beslenin | Aktif Ol | İcme

Düzenli Tıbbi ve Diş Kontrollerinizi Yapın.

Aile Sağlığı Geçmişinizi Bilin.

Kanser Taramaları Konusunda Güncel Kalın.

Aşı Olun

TEŞEKKÜRLER

MODÜL 7: Kronik Hastalıklar Eğitiminizi Başarıyla Tamamladınız .

Başka sorularınız varsa, ekran üzerinde ki bu alandan yazarak bizimle iletişime geçebilirsiniz .

Kronik Hastalıklar ile İlgili Soruları Sorunlar?

MOZU YODU? wwww. alında doküman olarak ya da

Kronik Hastalıklar ile İlgili Soruları Sorunlar ?

ile ilgili beş sorudan dokümanınıza indirilebilir sorularınız

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Best Health for Women. Available from: <http://www.acog.org/women/best-health-for-women> (Accessed 4 March 2023).
2. Slamon G.D., Aday C., Nucci L., Pashayan N. (2014). Preconception health and congenital disorders: systematic review of the effectiveness of preconception care programs in the prevention of congenital disorders. *Maternal and Child Health Journal*, 18(8):1354-1379. Available at: <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-014-1293-2>
3. Jahn M., Tschöke M. (2012). Gebelik öncesi danışmanlık. TÜRKİYE. *Ham Dergisi*, 20(2):184-177. Sağlık Bakanlığı Tıbbi ve Sağlık Hizmetleri Kurumu Kanser ve Sağlık Genel Müdürlüğü (2014). *Eriltili Gebelik Danışmanlık Rehberi*. Ankara: Tıbbi Yayıncılık.
4. Tschöke M. and Pöhl L. (2003). *Using multivariate statistics*. (Fourth Edition). Mac Albany & Boston Inc.
5. WHO. (2015). Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and child health morbidity and mortality. WHO Headquarters, Geneva Meeting Report. Geneva. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/18667>
6. WHO. (2013). Preconception care: maximizing the gains for maternal and child health. Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, WHO, Geneva.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Best Health for Women. Available from: <http://www.acog.org/women/best-health-for-women> (Accessed 4 March 2023).
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG. Diabetes and Women. Available from: <http://www.acog.org/women/best-health-for-women> (Accessed 10 March 2023).
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG. Managing High Blood Pressure. Available from: <http://www.acog.org/women/best-health-for-women> (Accessed 10 March 2023).
10. ACOG Practice Bulletin No. 188 January. Gestational Diabetes Mellitus. Obstet Gynecol. 2018 Feb;131(2):404-408.
11. Beyaz NG, Özdemir S. Gebelik öncesi (preconceptional) bakım: Riskli gebelikler için. *Genel Tıp*, 2012; 23(7-8): 10-12.
12. Büyükçiftçi Ö, Özlü C. (2012). Prekonseptiyonel bakım ve Gebelikte Kanser Riskleri. "Akademik" Uluslararası Forum of Human Sciences, 9(2), 1334-34.
13. Büyükçiftçi Ö, Özlü C. (2018). Prekonseptiyonel bakım ve danışmanlık. *Eğilimler* Uluslararası Bilimsel Konferans, 34(3):120-140.
14. Berglund A, Lindmark G. Preconception health and care (PHC): a strategy for improved maternal and child health. *Top J Med Sci*, 2010 Nov; 12(2):114-121.
15. Centers of Disease Control and Prevention. (2017). Planning for pregnancy. 24(7). Available at: <http://www.cdc.gov/preconception/preconception.html>
16. Centers of Disease Control and Prevention. CDC. *about Chronic Diseases*. Available from: <http://www.cdc.gov/chronicdiseases/about/index.html> (Accessed 10th May 2023).
17. Doshi P. (2022). What I Did Every Patient About the HPV Vaccine. <http://www.acog.org/women/best-health-for-women> (Accessed 10th May 2023).
18. Gennaro J. A., Vitti E. C. T. (2022). Bir Gebelik Danışmanlık: Prekonseptiyonel-antenatal bakım ve Danışmanlık. *Tıbbi ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 26(3), 77-87.
19. Hensman M. (2017). Preconception counseling. *Reproductive Medicine Clinics of North America*, 45(2):189-199. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmc.2017.10.005>
20. Özdemir N., Özdemir E., Bilgin Z. (2019). Kanser Öncesi Gebelik ve Doğum Yönetimi. *Adana Tıbbi Tıp Kurumu*. Prekonseptiyonel bakım ve Gebelikte Kanser Dönüşümü, 11-37.
21. Özdemir N., Özdemir E., Kaya M., Çelebi S. (2015). Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık. *Genel Tıp*, 26(2):184-177. Sağlık Bakanlığı Tıbbi ve Sağlık Hizmetleri Kurumu Kanser ve Sağlık Genel Müdürlüğü (2014). *Eriltili Gebelik Danışmanlık Rehberi*. Ankara: Tıbbi Yayıncılık.
22. Pöhl M., Kanner M.P.H., Beyaz H.E., Frenn A., van Tol R.F. (2016). Why do women not use preconception care? A systematic review on barriers and facilitators. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 71(10):403-412. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogur.2016.09.005>
23. Zaitoun C., Boudier S.L., Mounier L. et al. (2018). Disposition in preconception health outcomes - balanced risk factor surveillance system, 2013-2015, and pregnancy risk assessment monitoring system, 2013-2014. *MOJNR Women's Health*, 4(1):1-18.
24. Soto de Wied, Julia B. et al. (2020). Preconception Care: A Growing Trend for Health Assessment and Risk Detection. *Prenatal Medicine*, 24, 505-511.



Kronik Hastalıklar ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular?

Soru: Kalp krizinin belirtileri nelerdir?

Cevap: Göğsünüzün ortasında birkaç dakikadan fazla süren veya gidip gelen rahatsız edici basınç, sıkışma, dolgunluk veya ağrı; bir veya iki kolda, sırtta, boyunda, çenede veya midede ağrı veya rahatsızlık; nefes darlığı, soğuk ter, mide bulantısı veya baş dönmesi kalp krizinin belirtileri arasındadır.

Soru: Kalp-sağlıklı bir yaşam tarzı nedir?

Cevap: Kalp sağlıklı bir yaşam tarzı yaşamak, sağlıklı beslenmeyi, alkolü sınırlamayı, sağlıklı kiloda kalmayı, sigara içmemeyi ve günlük egzersiz yapmayı içerir.

Soru: Kalp sağlığına uygun beslenme nedir?

Cevap: Kalp dostu bir diyet şunları içerir: sebzeler ve meyveler fasulye az yağlı süt ürünleri balık ve kümes hayvanları.

Soru: Sigarayı bırakmak neden önemlidir?

Cevap: Sigara içmek kalp hastalığının önemli bir nedenidir. Kalp hastalığı riskiniz ne kadar çok sigara içerseniz ve ne kadar uzun süre içerseniz artar. Sigara içen kadınlar, sigara içen erkeklere göre daha yüksek kalp hastalığı riskine sahiptir.

Soru: Aktif kalmak neden önemlidir?

Cevap: Fiziksel aktivite eksikliği KVVH riskinizi artırabilir. Düzenli egzersiz kalbinizi güçlendirebilir ve kan damarlarınızın sağlığını geliştirebilir. Egzersiz, kalp hastalığı ve inme riskinizi azaltabilen "iyi kolesterol" seviyenizi artırmanıza ve kan basıncı seviyenizi düşürmenize yardımcı olur.

Soru: Kolesterol nereden geliyor?

Cevap: Karaciğer vücudumuzdaki kolesterolün çoğunu yapar. Et ve süt ürünleri gibi yiyeceklerden küçük bir miktar gelir. Bu besinlerdeki yağlar trigliseritlere çevrilir. Trigliseritler



WEB EĞİTİM



WEB TABANLI
PREKONSEPSİYONEL BAKIM VE DANIŞMANLIK EĞİTİMİ



PSİKOSOSYAL DEĞERLENDİRME

Proje Yürütücüsü : Doç.Dr. Zeliha Burcu YURTSAL
Yardımcı Araştırmacı: Doktora Öğr. Uzman Elve Özner HASDEMİR

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalı
2023

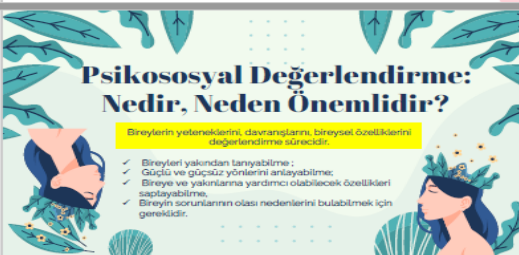
Bu proje CTBAP tarafından RRP-2023-097 num. ile doktora tezi projesi kapsamında desteklenmektedir.

Eğitimin Amacı ve Hedefleri

Amaç:
Psikososyal risk farkındalığının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışının geliştirilmesini sağlamak.

Hedefler :

- Psikososyal sağlığın neden önemli olduğunu açıklayabilmeli,
- Ruh sağlığın genel sağlık nasıl etkilendiğini açıklayabilmeli,
- Ruh sağlığı bozuklukları ve risk faktörlerini sayabilmeli,
- Psikososyal sağlığı koruma yöntemlerini açıklayabilmeli,
- Psikososyal değerlendirme yönelik risk farkındalığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı oluşturabilmeli.



Psikososyal Değerlendirme: Nedir, Neden Önemlidir?

Bireylerin yeteneklerini, davranışlarını, bireysel özelliklerini değerlendirmeye sürecidir.

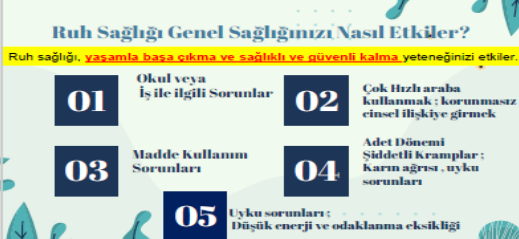
- ✓ Bireyleri yakından tanıyabilme ;
- ✓ Güçlü ve güçlüsüz yönlerini anlayabilme;
- ✓ Bireyi ve yakınlarına yardımcı olacaklıklar özellikleri sayılabılmalı,
- ✓ Bireyin sorunlarının olası nedenlerini bulabilmek için gereklidir.

Akıl ve Ruh Sağlığı!

Akıl sağlığınızdır düşüncelerinizin, duygularınızın ve davranışlarınızın sağlığıdır.

Ruh sağlığı, fiziki fiziksel sağlık gibi, yaşamla nasıl başa çıkıldığını ve gelecek için nasıl plan yaptığınızı etkiler.

Aileniz, arkadaşlarınız ve sosyal çevreniz bu plana dahildir.



Ruh Sağlığı Genel Sağlığımızı Nasıl Etkiler?

Ruh sağlığı, yaşamla başa çıkma ve sağlıklı ve güvenli kalma yeteneğinizi etkiler.

01 Okut veya iş ile ilgili Sorunlar	02 Çok Hızlı araba kullanmak ; korunmasız cinsel ilişkiye girmek
03 Madde Kullanım Sorunları	04 Adet Düzensizliği Kramplar ; karn ağrısı , uyku sorunları
05 Uyku sorunları ; Düşük enerji ve odaklanma eksikliği	

Ruh Sağlığı Bozuklukları ve Risk Faktörleri

Duygudurum Bozuklukları

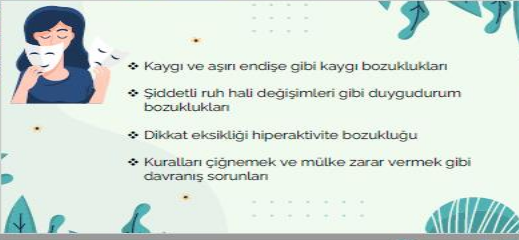
- Yaygın anksiyete bozukluğu
- Sosyal kaygı bozukluğu
- Panik Ataklar
- Obsesif kompulsif Bozukluk
- Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Anksiyete (Kaygı) Bozuklukları

- Uyrum Bozukluğu
- Depresyon
- Bipolar Bozukluk

Diğer yaygın görülen Ruh Sağlığı Sorunları :

- Yeme bozuklukları,
- Madde kullanım bozuklukları
- Kendine zarar verme



Risk Faktörleri

Rahatsız edicilikler	Ortamsal Etkenler	Bireysel Etkenler	Sosyal Etkenler
• Birisi ölmesi • Doğumun ya da ölümün yaklaşması • Yeni evlenme • Yaşadığınız yerdeki değişiklikler • Eğitim, işsizlik ve gelir • Davranışlar • Alkol ve ilaç kullanımı • Hastalık geçirme • Yaşam tarzı • Fiziksel sağlık • Genetik	• Kayıp veya ayrılık • Duygusal veya fiziksel acı • Bulunulan ortamın hızlı ve sürekli değişimi • Yaşam tarzı • Gerginlik • Ortamın yapısal veya sosyal olarak kötü olması • Akut travmatik stres • Diğer travmatik olaylar • Yaşam tarzı • Yaşam tarzı • Yaşam tarzı • Yaşam tarzı • Yaşam tarzı	• Konuşma tarzı ve ses tonu • Göz teması • Beden dili • İletişim tarzı • Yaşam tarzı • Yaşam tarzı • Yaşam tarzı • Yaşam tarzı • Yaşam tarzı • Yaşam tarzı • Yaşam tarzı	• İnsanlara karşı tutum • Başkalarına suçluluk • Başkalarını inceltme • Başkalarını inceltme • Başkalarını inceltme • Başkalarını inceltme • Başkalarını inceltme • Başkalarını inceltme • Başkalarını inceltme • Başkalarını inceltme • Başkalarını inceltme



Psikososyal Sağlığı Koruma Yöntemleri

D: Değerlendir	Stres kaynağıyla yüzleş	Yardım iste	Zamanını iyi kullan	"Hayır" demeyi öğren	Arada mola ver	Stres kaynağından uzaklaşarak saklamak
K: Kabul Et	Düşünce tarzını değiştir	Kaybolma	Olfektör hakımı ol	Durumu daha da kötüleştirme		
B: Başvur	Yaşam tarzını değiştirme	İşleri istedi şekilde yapma	Rahatlık sağlama	Kayıp	Kayıp	Kayıp
Y: Yaşam Tarzını Yönet	Negatif müdahalelerden kaçın	Pozitif yaşam tarzına yönelme	Olumsuz yapı	Olumlu yapı	Rahatlık	Denetim ol

THERAPIEN İYİ ÇÖZÜMDÜR....

Hayatınızda her şey yolunda ve iyi görünse bile, Terapi: Depresyon ve anksiyete semptomlarını iyileştirdiği, olumlu benlik saygısını desteklediği, sağlıklı ilişkileri desteklediği ve geçmiş travmaları iyileştirdiği psikososyal sağlığı desteklediği bilinmektedir.

Bu nedenle bir profesyonelden tarafsız tavsiye ve destek almanız size iyi geleceğini unutmayın...






SAĞLIK BAKANLIĞI
CUMHURİYET HASTANE





SAĞLIK BAKANLIĞI
CUMHURİYET HASTANE

Psikososyal Değerlendirme ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular?

Modül VIDEO'sunun altında doküman olarak yer alan

Psikososyal Değerlendirme ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular ?

ile ilgili hazırladığımız dokümanımızı incelemeyi unutmayın

KAYNAKLAR

- American College of Obstetrics and Gynecologists. *ACOG* Menstrual Disorders. Available from: <http://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/patient-education/faq/faq-001>. Accessed 10 March 2013.
- American College of Obstetrics and Gynecologists. *ACOG* Dyspareunia. Available from: <http://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/patient-education/faq/faq-002>. Accessed 10 March 2013.
- American College of Obstetrics and Gynecologists. *ACOG* Sex Health and Reproductive Health. Available from: <http://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/patient-education/faq/faq-003>. Accessed 10 March 2013.
- American College of Obstetrics and Gynecologists. *ACOG* Intimate Partner Violence. Available from: <http://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/patient-education/faq/faq-004>. Accessed 10 March 2013.
1. American College of Obstetrics and Gynecologists. *ACOG Practice Bulletin* 101: Summary: Gestational Diabetes Mellitus. Obstet Gynecol. 2009;113(2):401-408.
2. Barry JM, O'Gara S. Gestalt versus gestalt: gestational diabetes. Irish J Public Health Med. 2009;14(2):101-102.
3. Bhatia R, Collier U. Diabetes mellitus and pregnancy. In: Collier U, ed. *Diabetes Mellitus*. Chichester: John Wiley & Sons; 2009:101-112.
4. Bayat M, Akmal H. Preconception health and care (PHC): a strategy for pregnancy prevention. *Obstet Gynecol*. 2010;115(1):1-10.
5. Bhatia R, Lushington G. Preconception health and care (PHC): a strategy for pregnancy prevention. *Obstet Gynecol*. 2010;115(1):1-10.
6. Centers of Disease Control and Prevention. 1997. Planning for pregnancy. Available from: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/infertility/PlanningforPregnancy.htm>. Accessed 10 March 2013.
7. Centers of Disease Control and Prevention. CDC: About Chronic Disease. Available from: <http://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>. Accessed 10 March 2013.
8. Dask P (2012). What I Did Every Patient After the HPV Vaccine. <http://www.obstetgynecology.com/2012/03/01/what-i-did-every-patient-after-the-hpv-vaccine/>. Accessed 10 March 2013.
9. American College of Obstetrics and Gynecologists. *ACOG Practice Bulletin* 101: Summary: Gestational Diabetes Mellitus. Obstet Gynecol. 2009;113(2):401-408.
10. Oussenez M (2007). Preconception counseling. *Endocrine Disease Clinics of North America*. 31(1):1-10.
11. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
12. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
13. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
14. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
15. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
16. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
17. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
18. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
19. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
20. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
21. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
22. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
23. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
24. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
25. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
26. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
27. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
28. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
29. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
30. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
31. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
32. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
33. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
34. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
35. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
36. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
37. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
38. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
39. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
40. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
41. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
42. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
43. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
44. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
45. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
46. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
47. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
48. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
49. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
50. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
51. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
52. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
53. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
54. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
55. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
56. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
57. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
58. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
59. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
60. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
61. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
62. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
63. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
64. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
65. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
66. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
67. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
68. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
69. O'Gara S, Akmal H, Blythe D (2009). *Kennedy's Preconception Health and Care: A Practical Approach*. Oxford: Blackwell.
70. O'Gara S, Akmal H, Blythe

- [illegible]



Psikososyal Değerlendirme ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular?

Soru: Depresyon nedir?

Cevap: Depresyon yaygın fakat ciddi bir hastalıktır. Kısa bir süreliğine üzgün veya üzgün hissetmekten veya bir kayıptan sonra keder hissetmekten daha fazlasıdır. Depresyon düşüncelerinizi, duygularınızı, davranışlarınızı ve fiziksel sağlığını değiştirir. Aileniz, arkadaşlarınız ve iş arkadaşlarınızla nasıl ilişki kurduğunuzu etkileyebilir. Hayatın farklı zamanlarında veya farklı durumlarda ortaya çıkabilir.

Soru: Depresyon belirtileri nelerdir?

Cevap: Depresyon, duygusal ve fiziksel semptomların bir karışımına neden olur. Aynı 2 haftalık süre boyunca, günün büyük bölümünde, her gün, aşağıdaki belirtilerden beşine sahipseniz, depresyonunuz var demektir. Semptomlardan biri ya üzgün ya da depresif ruh hali ya da ilgi kaybı ya da önceden zevk alınan aktivitelerden zevk almama olmalıdır: Üzgün veya depresif ruh hali; Eskiden zevk aldığınız aktivitelere ilgi veya zevk kaybı; Diyet yapmadığınız zamanlarda kilo verme veya kilo alma; iştahta azalma veya artış; Uyuma sorunu ya da çok fazla uyuma; Normalden daha yavaş veya daha hızlı hareket etmek; Yorgunluk veya enerji kaybı; Değersizlik veya suçluluk duyguları; Düşünme, konsantre olma veya karar vermede sorun yaşama; Ölüm veya intihar düşünceleri.

Soru: Depresyon nasıl tedavi edilir?

Cevap: Depresyon, psikoterapi, antidepresanlar adı verilen ilaçlar veya her ikisi ile tedavi edilir.

Soru: Antidepresanlar nelerdir?

Cevap: Antidepresanlar, beyindeki ruh halinizi kontrol eden kimyasalları dengelemek için çalışan ilaçlardır. Birçok antidepresan türü vardır. Bir tip sizin için işe yaramazsa, sağlık uzmanınız bir başkasını reçete edebilir. İlaçlar sıklıkla kombine edilebilir. Sizin için en uygun ilacı veya ilaç kombinasyonunu bulmak biraz zaman alabilir. Kendinizi daha iyi hissetmeye başlamadan önce ilacı almanız genellikle en az 3-4 hafta sürer.

Ek-21: Modül 9: İlaçlar, Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetler Eğitim İçeriği




WEB EBE DESTEK

WEB TABANLI
PREKONSEPSİYONEL BAKIM VE DANIŞMANLIK EĞİTİMİ

**İLAÇLAR, ZARARLI ALIŞKANLIKLAR
VE
MARUZİYETLER**

Proje Yürütücüsü : Doç.Dr. Zeynep Burcu YURTSAL
Yardımcı Araştırmacı: Doktor Öğr. Üzman Ebe Öğur HASDEMİR

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalı
2023

Bu proje CÜBAF tarafından SSB-2022-097 sayılı doktora tezi projesi kapsamında desteklenmektedir.

SUNUM PLANI

- Eğitimin Amacı ve Hedefleri
- Prekonsepsiyonel Dönemde İlaçların Kullanımı
- Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetler: Nedir, Neden Önemlidir?
- İlaçlar , Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetlerin Sağlık üzerindeki risk faktörleri
- İlaçlar , Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetlerin önlenmesine yönelik Öneriler
- İlaçlar , Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetler ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular

Eğitimin Amacı ve Hedefleri

Amaç:
İlaçlar, zararlı alışkanlıklar ve maruziyetlere yönelik risk farkındalığının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışının geliştirilmesini sağlamak.

Hedefler :

- Reçetesiz ilaç kullanmanın neden zararlı olduğunu açıklayabilmeli,
- Zararlı alışkanlıklar ve maruziyetleri sayabilmeli,
- İlaçlar , Zararlı alışkanlıklar ve maruziyetlerin sağlık üzerindeki risk faktörlerini açıklayabilmeli,
- İlaçlar , Zararlı alışkanlıklar ve maruziyetlere yönelik risk farkındalığını oluşturabilmeli.

Prekonsepsiyonel (Gebelik Öncesi) Dönemde İLAÇLARIN KULLANIMI

TERATOJENİK İLAÇ KULLANILMAMALIDIR

Tüm kadınlar, teratojenik ilaç kullanımı açısından tarımsal ve kronik sağlık durumları için ilaçları gebelik ve fetal sonuçlar üzerindeki potansiyel etkisi hakkında bilgilendirilmelidir.

Gebe kalmadan önce daha güvenli ilaçlara geçilmelidir.

UNUTMAYIN: İlaç kullanımı konusunda danışmanlık, gebelik öncesi bakımın önemli bir parçasıdır.

REÇETESİZ İLAÇLAR KULLANILMAMALIDIR

Sağlık profesyonellerine danışmadan ilaç kullanılmamalıdır.

İLAÇ DANIŞMANLIĞI ALIN

Her ilacın endikasyonu, güvenliği, etkinliği ve gerekliliği gözden geçirilmelidir. Alınmış olduğunuz ilaçları yanınızda götürün.

Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetler: Nedir, Neden Önemlidir?

Gebelik öncesinde sigara, alkol alımı veya keyif verici ilaçların (uyuşturucu, esrar, eroin vb.) kullanılması teratojenik ve kimyasal maddelere (kurşun, asbest vb.) maruz kalmak olarak tanımlanır.

Tütün, alkol veya keyif verici maddelerin kullanılması yalnızca kadınların sağlığını etkilemekle kalmaz; aynı zamanda bırakılması zor alışkanlıklar oluşturarak daha sonraki gebelikleri etkileyebilecek sağlıksız bir yaşam biçimi oluşturur.

Sağlık Üzerindeki Risk Faktörleri

- Adet düzensizliği
- Adet Krampları
- Erken Menopoz
- Doğum Kusurları (yarık dudak gibi.)
- Düşükler
- Erken Doğum

- Düşük Doğum ağırlıklı bebek
- Fetal alkol sendromu
- Fetal büyüme ve gelişme geriliği
- Ölü Doğum

SİĞARANIN SAĞLIĞA ZARARLARI

KANSER

Akciğer kanseri, meme kanseri ve yumurtalık kanseri sebebidir.

Her bir sigarada vücudunuz 7.000'den fazla ZEHİRLİ ve KANSEROJEN MADDEye maruz kalır.

ÖLÜM

Sigara içmek kadınlarda önde gelen ölüm nedenidir.

Sigara içmeyen sigara içmeyen kadınlara göre 12 yıl daha erken ölüyor.

ORGANLARA ZARAR VERİR

Tek bir sigara bile içmek güvenli değildir.

SİĞARAYI NEDEN BIRAKMALIYIM?

Daha iyi görünecek ve daha fazla enerjiye sahip olacaksınız.

Tütün lekelerini dişlerinizden, tırnaklarınızdan ve ellerinizden siliceksiniz.

Paranız cebinizde kalacak.

Sigara kokusu kuyollarınızdan, arabanızdan ve evinizden kaybolacak.

Çocuklarınız ve diğerler için iyi bir örnek olacaksınız.

Sigara içmek için bir yer bulmak zorunda kalmayacak.

Sigaranın bitmesi konusunda asla endişelenmenize gerek kalmayacak.

SİĞARAYI NASIL BIRAKIRIM ?

- ✓ Burakmak istediğinize karar verin. Zor olmayı düşümeğe yerine Hayatınızı sigarasız hayal edin .
- ✓ Bir destek grubu oluşturun . Telefonda danışmanlık gibi
- ✓ Sağlığınıza iyileştirmek, ailenizi korumak veya paradan tasarruf etmek için burakma nedenlerinizi odaklanın.
- ✓ Alıştınız ve alışkanlıklarınıza sigarayı bırakmayı planladığınızı söyleyin.
- ✓ Sigarayı bırakmanıza yardımcı olacak ürünler hakkındaki bilgi edinin.
- ✓ Sigara içme dürtüsü ve sigarayı bırakmanın getirdiği stresle nasıl başa çıkacağınızı öğrenin.
- ✓ Burakmak için bir hedef tarih belirleyin. Yakın gelecekte bir tarih seçin - birkaç gün veya hafta. Tarihi takviminizde işaretleyin.
- ✓ Sağlık uzmanınıza sigarayı bıraktığınızı söyleyin. Sigara fiziksel bir bağımlılıktır.

ALKOLÜN SAĞLIĞI ZARARLARI

➢ Varsızlanmalar

➢ Kişilerarası şiddet

➢ Cinsel Yolla Bulağan Enfeksiyonlar

➢ İstenmeyen Gebelik

➢ Doğum Kusurları

➢ Adet Bozuklukları

➢ Kalp ve Karaciğer Hastalığı

➢ Nöbetler

➢ Kanser

Vücudta alkolü parçalayan bir kimyasal, vücudunuzda erkeklerin vücudunda olduğundan daha az aktılır. Bu durum , içtiğiniz alkolün daha fazlasının kan dolaşımınıza girdiği anlamına gelir.

ALKOLÜ NASIL BIRAKIRIM ?

01 Destek grupları

02 Danışmanlık –Terapi

03 Yatılı tedavi

04 İlaç tedavisi –Reçeteli ilaçlar

MADDENİN SAĞLIĞA ZARARLARI

korumasız ve plansız seks veya sarhoşken araba kullanmak gibi diğer riskli davranışlar

şiddet, kendine zarar verme ve intihar

anksiyete ve depresyon gibi duygudurum bozuklukları

Kalp hastalığı ve inme, yüksek tansiyon

Kanserler ve uyku bozuklukları gibi yaşamın ilerleyen dönemlerinde sağlık sorunları

Bağımlılık

Genç beyinlere yetişkin beyinlerinden daha fazla zarar verir.

MADDEYİ NASIL BIRAKIRIM ?

Sağıksız maddeleri bırakmak için yardıma ihtiyacınız varsa danışmanlık ve tedavi alabilirsiniz.

Aile ile , bir öğretmenle, okul danışmanıyla, doktorla veya başka bir sağlık uzmanıyla mufaka konuşun.

TOKSİK MADDELERİN SAĞLIĞA ZARARLARI

Hormonları üreten ve vücudunuza gönderen vücudun endokrin sistemini bozar.

Tiroid beziniz, beyininiz, üreme organlarınız ve bağışıklık sisteminizi etkiler

Hücreleri bozabilir ve kansere katkıda bulunabilir.

MARUZİYETLERDEN (KİMYASAL, TERATOJENİK) KORUNMA ÖNERİLERİ

Kişisel bakım ürünlerinizin içinde neler olduğunu bilin.

"Kokulu" olarak işaretlenmiş sabunları ve diğer kişisel bakım ürünlerini seçmek genellikle daha güvenlidir.

Temizlik, yemek pişirme ve hâşere kontrolü için daha güvenli seçenekler seçin.

Günlük kullanım için sirke ve karbonat gibi toksik olmayan seçeneklerle temizlemenizi öneririz.

Plastik konusunda dikkatli olun.

Mümkün olduğunda cam, paslanmaz çelik veya seramik kaplar seçmeye çalışın.

İlaçların , Zararlı Alışkanlıkların ve Maruziyetlerin SİZE ZARAR VERMESİNİ ÖNLEYİN!!!

SAĞLIĞINIZ VE SAĞLIKLI NESİLLER İÇİN TÜTÜN , ALKOL , MADDE KULLANMAYIN.

KULLANIRSEYİNİZ, GELECEĞİNİZ ÖNCE MUTLAKA BİRAMIN.

MARUZİYETLERE YÖNELİK ÖNLEM ALIN

REÇETESİZ İLAÇLAR KULLANMAYIN.

TEŞEKKÜRLER

KADINLARIN İHTİYAÇLARINI GÖZETEN OLARAK İHTER KONGREDE İZLENİYİZ ...

MODÜL 9: İlaçlar, Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetler Eğitiminizi Başarıyla Tamamladınız.

Başka sorularınız varsa, ekran üzerinde ki bu alandan yazarak bizimle iletişime geçebilirsiniz.

İlaçlar, Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetler ile İlgili Sağlık Soruları Soruldu?

Modül VIDEO'nun altında doküman olarak yer alın

İlaçlar, Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetler ile İlgili Sağlık Soruları Soruldu ?

ile ilgili becerdiğiniz dokümanınıza ulaşabilirsiniz ...

KAYNAKLAR

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG. 4th. How to Give Informed Assisted Birth. <http://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/patient-education/4th-edition/how-to-give-informed-assisted-birth> (Accessed 18 Jan 2023).
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG. Don't Smoke During Pregnancy. <http://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/patient-education/4th-edition/don't-smoke-during-pregnancy> (Accessed 18 Jan 2023).
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG. Alcohol and Women. <http://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/patient-education/4th-edition/alcohol-and-women> (Accessed 18 Jan 2023).
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG. Great Births. <http://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/patient-education/4th-edition/great-births> (Accessed 18 Jan 2023).
5. Borneo VS. Olan T. Genetik İleri (genetikçilik) İleri. Bilişsel gelişim. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44010-0_10 (Accessed 18 Jan 2023).
6. Borge J, Olan T. (2022). Poliklinik Hastalıklar ve Genetik Hastalıklar. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44010-0_10 (Accessed 18 Jan 2023).
7. Borge J, Olan T. (2022). Poliklinik Hastalıklar ve Genetik Hastalıklar. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44010-0_10 (Accessed 18 Jan 2023).
8. Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Planning for pregnancy. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/infertility/index.html> (Accessed 18 Jan 2023).
9. Cope J. (2018). What is a safe place to have a baby? <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/patient-education/4th-edition/what-is-a-safe-place-to-have-a-baby> (Accessed 18 Jan 2023).
10. Givens L, & Tracy E. T. T. (2012). Bir Genetik Hastalık. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44010-0_10 (Accessed 18 Jan 2023).
11. Givens L. (2017). Prenatal Testing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44010-0_10 (Accessed 18 Jan 2023).
12. Givens L. (2017). Prenatal Testing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44010-0_10 (Accessed 18 Jan 2023).
13. Givens L. (2017). Prenatal Testing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44010-0_10 (Accessed 18 Jan 2023).
14. Givens L. (2017). Prenatal Testing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44010-0_10 (Accessed 18 Jan 2023).
15. Givens L. (2017). Prenatal Testing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44010-0_10 (Accessed 18 Jan 2023).
16. Givens L. (2017). Prenatal Testing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44010-0_10 (Accessed 18 Jan 2023).
17. Givens L. (2017). Prenatal Testing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44010-0_10 (Accessed 18 Jan 2023).
18. Givens L. (2017). Prenatal Testing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44010-0_10 (Accessed 18 Jan 2023).
19. Givens L. (2017). Prenatal Testing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44010-0_10 (Accessed 18 Jan 2023).
20. Givens L. (2017). Prenatal Testing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-44010-0_10 (Accessed 18 Jan 2023).



İlaçlar, Zararlı Alışkanlıklar ve Maruziyetler ile İlgili Sıkça Sorulan Sorular?

Soru: Elektronik Sigara güvenli midir?

Cevap: Elektronik sigaralar güvenli değildir. Elektronik sigaranın uzun vadeli sağlık etkileri hakkında hala bilmediğimiz çok şey vardır. E-sigara buharındaki kimyasallar da zararlı olabilir. Bu kimyasallar arasında kansere neden olan kimyasallar, kurşun gibi ağır metaller ve akciğer hastalığına neden olabilecek tatlandırıcılar bulunur. Ayrıca araştırmalar, e-sigara kullanan gençlerin gelecekte sigara içmeye başlama olasılıklarının daha yüksek olabileceğini belirtmektedir.

Soru: Sigaranın zararları nelerdir?

Cevap: Sigara içmek kadınlarda önde gelen ölüm nedenidir. Akciğer kanseri, kadınlarda meme kanseri ve yumurtalık kanseri de dahil olmak üzere diğer tüm kanser türlerinden daha fazla ölüme neden olur. Sigara içen kadınlarda ölüm daha erken gerçekleşir. Ortalama olarak, kadın sigara içenler sigara içmeyen kadınlara göre 12 yıl daha erken ölmektedir.

Soru: Sigara vücudu nasıl etkiler?

Cevap: İçilen her bir sigarada vücudunuz 7.000'den fazla kimyasala maruz kalır. Bu kimyasallardan yüzlercesi zehirlidir. Yaklaşık 70 tanesi kanserojendir. Sigara dumanındaki kimyasallar ciğerlerinizden kanınıza geçer. Atardamarlarındaki kan bu kimyasalları vücudunuzdaki her organa taşır. Sigara içtiğinizde vücudunuza hemen zarar verir. Bu nedenle tek bir sigara bile içmek güvenli değildir.

Soru: Sigara içmek görünüşünüzü etkiler mi?

Cevap: Evet etkiler. Sigara içenler, sigara içmeyenlere göre vücudunda daha erken kırışıklıklar oluşur. Sigara içen birinin dişleri, parmakları ve tırnakları tütün dumanından lekelenir. Sigara vücudtaki oksijeni tükettiğinden, sigara içen kişinin cildi soluk veya gri görünebilir. Sigara içenler çabuk yorulur ve sigara içmeyenler kadar fiziksel olarak aktif