



**T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
BURSA YÜKSEK İHTİSAS  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**‘PUBLIC HEALTH LİTERACY KNOWLEDGE SCALE’ ÖLÇEĞİNİN  
TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Aykut ARDIÇ**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**BURSA/2020**



**T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
BURSA YÜKSEK İHTİSAS  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**‘PUBLIC HEALTH LITERACY KNOWLEDGE SCALE’ ÖLÇEĞİNİN  
TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Aykut ARDIÇ**

**Tez Danışmanı:  
Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**BURSA/2020**

## TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tecrübe ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen başta tez danıŐmanım değerli hocam Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ olmak üzere öğrenim hayatım boyunca üzerimde emeği olan tüm hocalarıma,

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalıŐmaktan memnuniyet duyduğum tüm hekim arkadaşlarıma,

Yoğun çalışma süresince bana her konuda destek olan hep yanımda hissettiğim kıymetli eŐim ve Aile Sağlığı ÇalıŐanım Derya ARDIÇ' a, kendilerine ayırmam gereken zamanımı bu çalıŐmalara harcarken destek olan biricik kızım Bengisu Elif ARDIÇ ve biricik oğlum Ahmet Faruk ARDIÇ' a,

Fedakârlıklarıyla beni bu günlere getiren, maddi manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetlim annem ve 22 Şubat 2020 tarihinde vefat eden babam' a sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

Dr. Aykut ARDIÇ

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR .....	iv
TABLO LİSTESİ .....	vi
ŞEKİL LİSTESİ .....	vii
ÖZET .....	viii
ABSTRACT .....	ix
GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
GENEL BİLGİLER .....	2
1. YAŞAM İÇİN GERÇEKLER ‘FACTS FOR LIFE’ .....	2
1.1 DOĞUM ZAMANI .....	2
1.2 GÜVENLİ ANNELER VE YENİDOĞAN SAĞLIĞI .....	3
1.3 ÇOCUK GELİŞİMİ VE ERKEN ÖĞRENME .....	6
1.4 EMZİRME .....	8
1.5 BESLENME VE BÜYÜME .....	10
1.6 BAĞIŞIKLAMA .....	15
1.7 DİARE .....	16
1.8 ÖKSÜRÜKLER, SOĞUK ALGINLIĞI VE DAHA CİDDİ HASTALIKLAR .....	19
1.9 HİJYEN .....	21
1.10 MALARİA .....	22
1.11 HIV/AIDS .....	23
1.12 YARALANMAYI ÖNLEME .....	27
1.13 ACİL DURUMLARA HAZIRLIK VE MÜDAHALE .....	29
1.14 ÇOCUK KORUMA .....	32
GEREÇ VE YÖNTEMLER .....	35
1. İNGİLİZCE FORMUN TÜRKÇEYE ÇEVİRİLMESİ .....	35
2. ÖRNEKLEM GENİŞLİĞİNİN BELİRLENMESİ .....	35
3. ÖLÇEĞİN GÜVENİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (Test-yeniden test yöntemi) .....	36
4. ÖLÇEĞİN KAPSAM GEÇERLİLİĞİ .....	36
5. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE EVRENİ .....	36
5.1 Katılımcılar .....	36
5.2 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri: .....	37

<b>6. KULLANILAN ANKET FORMLARI</b> .....	37
6.1 Sosyo-demografik bilgilerle ilgili anket formu .....	37
6.2 En Yeni Yaşamsal Bulgu Anketi formu (EYYB) .....	37
6.3 Kamu Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (Public Health Literacy Knowledge Scale) .....	38
<b>7. YAPILAN İŞLEMLER</b> .....	38
<b>8. İSTATİSTİKSEL ANALİZ</b> .....	39
<b>BULGULAR</b> .....	40
1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.....	40
2. GEÇERLİLİK ANALİZLERİ.....	42
2.1 Ölçeğin Dil Eşdeğerlik Çalışmaları .....	42
2.2 Ölçüt (Kriter) Geçerliliği.....	43
2.3 Yapı Geçerliliği.....	43
2.3.1 Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) .....	43
2.3.2 Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) .....	45
3. GÜVENİRLİK ANALİZİ .....	47
<b>TARTIŞMA</b> .....	49
<b>SONUÇ</b> .....	56
<b>KAYNAKLAR</b> .....	57
<b>EKLER</b> .....	66
EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU.....	66
EK-2 EYYB ÖLÇEĞİ SORULARI VE İÇİNDEKİLER FORMU .....	67
EK-3 PUBLIC HEALTH LİTERACY KNOWLEDGE SCALE .....	69
EK-4 HALK SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI BİLGİ ÖLÇEĞİ (HSOY Ölçeği) .....	70
EK-5 TEZ ONAMI .....	72
EK-6 ETİK KURUL RAPORU .....	76
EK-7 HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ ONAYI .....	78

## KISALTMALAR

AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
AFAD	Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
AFADEM	Afet ve Acil Durum Eğitim Merkezi
AGE	Akut Gastroenterit
AIDS	Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu
ART	Antiretroviral Tedavi
CFI	Comparative Fit Index/Karşılaştırmalı Uyum Endeksi
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EBA	Eğitim Bilişim Ağı
ESPGHAN	Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme Derneği
ESPID	Avrupa Pediatrik Bulaşıcı Hastalıklar Derneği
EYYB	En Yeni Yaşamsal Bulgu Anketi formu
HIV	Human Immunodeficiency Virüs / İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
HSOY	Halk Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği
KMO	KaiserMeyer-Olkinörneklem yeterlilik testi
NICE	Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü
ORS	Oral Rehidratasyon Solüsyonu
RMSEA	Root Mean Square Error Approximation / Kök Ortalama Kare Hata Yaklaşıklığı
SOY	Sağlık okuryazarlığı

TAMP	Türkiye Afet Müdahale Planı
TLI	Tucker-Lewis Index
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TUİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UDSEP	Ulusal Deprem Stratejisi ve Eylem Planı
UNAIDS	Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Ortak Programı
UNDP	Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
UNESCO	Birleşmiş Milletler Eğitim ve Kültür Örgütü
UNFPA	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu
YEM	Yapısal Eşitlik Modellemesi

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1; Dehidratasyon derecesi ve verilecek ORS miktarı .....	18
Tablo 2; Afet Yönetim Aşamaları (86) .....	31
Tablo 3; Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri.....	41
Tablo 4; Kronik hastalıkların dağılımı .....	42
Tablo 5; HSOY Ölçeğinin Madde Faktör Yükleri.....	45
Tablo 6; HSOY ölçeğinin 3 faktörlü modeli için model uyum ölçütleri .....	45
Tablo 7; HSOY ölçek puanlarının sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılması .....	47
Tablo 8; Public Health Literacy Knowledge Scale soru kaynağı konular .....	48
Tablo 9; HSOY ölçeğinde sorulan sorulara verilen cevapların dağılımı (%) .....	48



## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1; Nüfus Piramidi.....	40
Şekil 2; HSOY Ölçeğine Ait Alt Boyut ve Maddelerini Gösteren Diyagram .....	46



## ÖZET

**Amaç:** Pleasant ve Kuruvilla tarafından geliştirilen ‘Public Health Literacy Knowledge Scale’ anketini Türkçeye çevirmek, Türkçe anketin geçerlilik ve güvenilirliğini araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntemler:** Gerekli izinler alındı. İngilizce formun Türkçeye çevrilmesi iki aşamada gerçekleştirildi. 290 kişinin örnekleme alınması yeterli görüldü. Ölçeğin güvenilirliğinin değerlendirilmesinde (Test-yeniden test yöntemi), 40 lisans öğrencisinden alınan yanıtlar doğrultusunda ölçeğin Türkçe ve İngilizce formları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelendi. Ölçeğin kapsam geçerliliği En Yeni Yaşamsal Bulgu ölçeği ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Ölçeğin Dil Eşdeğerlik Çalışmasında Türkçe ve İngilizce formu arasında yüksek düzeyde pozitif ilişki olduğu bulundu. Halk Sağlığı Okuryazarlığı ölçeği ve En Yeni Yaşamsal Bulgu ölçeklerine ait toplam ölçek puanları arasında aynı yönlü anlamlı bir ilişki belirlenmiş olup Halk Sağlığı Okuryazarlığı ölçeğinin ölçüt geçerliliğini sağladığı öngörülmüştür. İç tutarlılık bakımından ölçek güvenilirliği incelendiğinde, Halk Sağlığı Okuryazarlığı ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı  $\alpha=0,58$  olarak bulunmuştur. Cronbach alfa katsayısına bakıldığında bu ölçeğin, iç tutarlılık açısından zayıf düzeyde bir ölçüm aracı olduğu görülmektedir. Test-tekrar test yöntemiyle güvenilirlik incelenmesinde, Halk Sağlığı Okuryazarlığı ölçeği ilk uygulamadan üç hafta sonra 40 kişilik bir gruba tekrar uygulanmış ve test-tekrar test korelasyonu  $r_s=0,93$  ( $p<0,001$ ) olarak bulunmuştur.

**Sonuç:** Halk Sağlığı Okur Yazarlığı ölçeği Türkçe geçerliliği bu çalışmada sağlanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı zayıf ancak güvenilirliği mükemmel olarak değerlendirilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Halk Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği, Yaşam İçin Gerçekler, En Yeni Yaşamsal Bulgu, Geçerlilik

## ABSTRACT

**Aim:** To translate the "Public Health Literacy Knowledge Scale" questionnaire developed by Pleasant and Kuruvilla into Turkish, to investigate the validity and reliability of the Turkish questionnaire.

**Materials and Methods:** The necessary permissions have been obtained. The translation of the English form into Turkish was carried out in two steps. Sampling of 290 people was deemed sufficient. In evaluating the reliability of the scale (Test-retest method), the relationship between the Turkish and English forms of the scale was analyzed with correlation analysis in line with the answers received from 40 undergraduate students. The content validity of the scale was evaluated with the Newest Vital Signs scale.

**Results:** English and Turkish forms were found to have a high level of positive correlation in the language equivalence study of the scale. A significant relationship between the Public Health Literacy Knowledge scale and the total scale scores of the Newest Vital Sign scales has been determined in the same direction and it has been assumed that the Public Health Literacy Knowledge scale provides the validity of the criteria. When the scale reliability was examined in terms of internal consistency, the Cronbach alpha coefficient of the Public Health Literacy Knowledge scale was found to be  $\alpha=0.58$ . Looking at the Cronbach Alpha coefficient, it seems that this scale is a poor measurement tool in terms of internal consistency. In a reliability study by Test-retest method, the Public Health Literacy Knowledge scale was re-applied to a group of 40 people three weeks after the first application, and the test-retest correlation was found to be  $r_s=0.93$  ( $p<0.001$ ).

**Conclusions:** The Turkish validity of the Public Health Literacy Knowledge Scale was provided in this study. The internal consistency of the scale is poor, but its reliability can be evaluated as excellent.

**Keywords:** Public Health Literacy Knowledge Scale, Fact for Life, Newest Vital Sign, Validation

## GİRİŞ VE AMAÇ

Çocukların sağlığını korumak ve geliştirmek toplum sağlığı ve toplumun geleceği için çok önemlidir. 2019 verileri ile ülkemiz nüfusunun % 27,5'i 18 yaş altıdır. Günümüzde hala önlenabilir nedenlerden dolayı çocuk ve anne ölümleri devam etmektedir. Aşı ile önlenabilir hastalıklar, ishal, solunum yolu enfeksiyonları, beslenme sorunları, kazalar gibi önlenabilir nedenler çocuk sağlığını tehdit etmektedir. Hamilelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle anne ölümleri de olmaktadır. Çocuklar geleceğimizdir ve çocukların sağlığını korumak başta anneler olmak üzere babaların, okulda öğretmenlerin, toplumun ve devletin görevidir. Ebeveynlerin, öğretmenlerin ve genelde toplumun eğitimi önlenabilir nedenlerden çocuk ölümlerine engel olabilir. Yaşam İçin Gerçekler 'Facts for life' eğitim için kullanılacak anlaşılabilir, güvenilirliği kanıtlanmış bilgiler içermektedir (1).

Yaşam İçin Gerçekler 'Facts for Life' uluslararası bağlamda çalışan halk sağlığı uzmanlarının sağlık araştırmaları ile doğrulanmış bir bilgidir. UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu), DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), UNESCO (Birleşmiş Milletler Eğitim ve Kültür Örgütü), UNFPA (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu), UNDP (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı), UNAIDS (Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Ortak Programı), Dünya Ticaret Örgütü ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlar arasında işbirliğine dayalı bir süreç Yaşam İçin Gerçekleri geliştirdi. On dört başlıkta (doğum zamanı; güvenli annelik ve yeni doğan sağlığı; çocuk gelişimi ve erken öğrenme; emzirme; beslenme ve büyüme; bağışıklama; ishal; öksürük, soğuk algınlığı ve daha ciddi hastalıklar; hijyen; sıtma; HIV(İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü) / AIDS (Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu) ; çocuk koruma; yaralanmayı önleme; acil durumlara hazırlık ve müdahale) yaşam için gerçekler açıklanmıştır (1).

Pleasant ve Kuruvilla, hayata dair gerçekleri geliştirerek 'Public Health Literacy Knowledge Scale' anketini oluşturdular. Geliştirilen anket DSÖ(Dünya Sağlık Örgütü) tarafından Meksika, Çin, Gana ve Hindistan'daki bağımsız yerel ortaklarla koordineli olarak test edildi. Bu çalışmada amacımız, Pleasant ve Kuruvilla tarafından geliştirilen Halk sağlığı okuryazarlığı anketini Türkçeye çevirmek, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini araştırmaktır.

## GENEL BİLGİLER

### 1. YAŞAM İÇİN GERÇEKLER 'FACTS FOR LIFE' (1)

Yaşam İçin Gerçekler 'Facts for Life' uluslararası bağlamda çalışan halk sağlığı uzmanlarının sağlık araştırmaları ile doğrulanmış bir bilgidir. UNICEF, DSÖ, UNESCO, UNFPA, UNDP, UNAIDS, Dünya Ticaret Örgütü ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlar arasında işbirliğine dayalı bir süreç ile ortaya çıkmıştır.

On dört başlıkta yaşam için gerçekler açıklanmıştır.

- Doğum Zamanı;
- Güvenli Annelik Ve Yeni Doğan Sağlığı;
- Çocuk Gelişimi Ve Erken Öğrenme;
- Emzirme;
- Beslenme Ve Büyüme;
- Bağışıklama;
- İshal;
- Öksürük, Soğuk Algınlığı Ve Daha Ciddi Hastalıklar;
- Hijyen;
- Sıtma;
- HIV/ AIDS ;
- Yaralanmayı Önleme;
- Acil Durumlara Hazırlık Ve Müdahale
- Çocuk Koruma;

#### 1.1 DOĞUM ZAMANI (1)

- ✓ *18 yaşından küçük kızların ve 35 yaşından büyük kadınların hamileliği anne ve bebeğin sağlığı için riskler içerir.*
- ✓ *İki hamilelik arasında en az 2 yıl ara verilmelidir.*
- ✓ *Çok fazla hamilelik gebelikte ve doğumda sağlık riskini artırır.*
- ✓ *Aile planlaması; uygun zamanda gebe kalmayı ve uygun sayıda çocuk sahibi olabilmeyi sağlar. Güvenli, etkili ve kabul edilebilir aile planlaması uygula-*

*maları ile anne ve bebek sağlığı korunabilir. Ergen gebeliği, 35 yaş uřtũ gebeliği ve sık gebelik Önlenebilir.*

- ✓ *Ergenlerde dahil erkek ve kadınlar aile planlamasından sorumludur. Aile planlamasının faydaları ve etkili aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmalıdırlar.*

## **1.2 GÜVENLİ ANNELER VE YENİDOĞAN SAĞLIĞI (1)**

- ✓ *Çocukluk ve gençlik dönemlerinde yeterli ve sağlıklı beslenen kızların 18 yaşından sonra hamilelik- doğum sürecini güvenle geçirmeleri ve sağlıklı bebek doğurmaları daha olasıdır.*
- ✓ *Bebeklerin zihinsel gelişimi için hamilelik sırasında ve emzirirken daha fazla dinlenmeye, artan miktarda yiyeceğe, demir- folik asit- çoklu besin takviyelerine ihtiyaç vardır.*
- ✓ *Güvenli, sağlıklı bir hamilelik ve doğum için, hamilelik süresince en az dört kez kontrol ve bakım ziyaretine ihtiyaç vardır.*
- ✓ *Hamilelere ve ailelerine doğum belirtileri ve gebelik komplikasyonlarının uyarı işaretleri öğretilmeli, tanınmaları sağlanmalıdır.*
- ✓ *Doğum, anne ve bebeği için en kritik dönemdir. Ebe, doktor veya hemşire gibi yetkin bir doğum görevlisi yardımı ile doğum gerçekleşmeli ve komplikasyonlar ortaya çıkarsa özel bakıma erişim sağlanmalıdır.*
- ✓ *Doğum sonrası bakım anne ve çocuk için komplikasyon riskini azaltır. Doğum sonrası hemen başlanarak ilk 6 hafta anne ve bebeğin düzenli kontrolleri yapılmalıdır.*
- ✓ *Sağlıklı anne, güvenli doğum, yeni doğan bakımı, sevgi dolu huzurlu bir ev ortamı, yeni doğanın sağlıklı büyümesine katkı sağlar.*
- ✓ *Sigara, alkol, uyuşturucu ve kimyasallar; hamileler, fetüs ve çocuklar için zararlıdır.*
- ✓ *Şiddet hem anne hem de bebeği için çok tehlikelidir. Şiddet düşük ve erken doğum riskini arttırır.*
- ✓ *Çalışma hayatında hamile ve emzirenler ayrımcılıktan, sağlık risklerine maruz kalmaktan korunmalıdır. Anneye emzirmek için yeterli zaman ve imkân verilmelidir.*

- ✓ *Doğum izni, istihdamın korunması, tıbbi yardımlar ve ekonomik yardım alma hakkına sahip olmalıdırlar.*
- ✓ *Her kadın (özellikle gebe ve gebelik düşünen kadınlar ) kaliteli sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir.*
- ✓ *Sağlık çalışanları bilgili, tecrübeli ve kültürel uygulamalara duyarlı olmalıdır.*

Çoğunluğu önlenemez nedenler yüzünden her yıl yaklaşık 3 milyon gebe kadın ve yeni doğan bebek ölmektedir. Dünyada her 11 saniyede bir gebe kadın ya da yeni doğan bebek ölüyor (3). Sağlık hizmetlerinin kalitesini, tıbbi bakıma erişimi ve ülkelerin gelişmişlik düzeyini yansıtan önemli göstergeler; Anne ölüm oranı, bebek ölüm hızı ve doğumda beklenen yaşam süresidir (4). Dünyada 2000 yılından 2017'ye kadar yeni doğan mortalitesi yüzde 41, sonrası mortalite yüzde 51, 1-4 yaş arası mortalite yüzde 60, 5-14 yaş arası mortalite yüzde 37 azalmıştır. Bu azalmaya rağmen dünyada 2017 yılında 6,3 milyon çocuk önlenemez nedenlerden dolayı hayatını kaybetti (5). Dünyada 2018 yılında 15 yaşından küçük 6,2 milyon çocuk ölümü meydana geldi. Toplam çocuk ölümlerinin 5,3 milyonu ilk 5 yıl, bu ölümlerin de yarıya yakını doğumu izleyen ilk ay içinde meydana geldi (3).

Bir bölgenin sağlık düzeyini gösteren en önemli gösterge birinci yaş doğum gününü kutlayamadan ölen bebek sayısını (hızı) gösteren bebek ölüm hızıdır. Canlı olarak doğan bin bebekten kaç tanesinin bir yaşını tamamlamadan öldüğünü gösterir. Türkiye de birinci yaş doğum gününü kutlayamadan ölen bebek sayısı 2018' de 11 bin 629 dur. (Bebek ölüm hızı binde 9,3) % 65,3 ü bir ayını tamamlayamadan öldü (Yeni doğan ölüm hızı ). Özellikle anne sağlığı düzeyini, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımın yeterliliğini gösteren erken neonatal dönem(0-6 gün) ölüm hızıdır. 2018 yılında ölen 11bin 629 bebeğin % 12,7 si ilk 24 saat , % 31,5 'i 1-6 gün , % 21,1 'i 7-29 gün içinde öldü. Bebek ölüm hızı en yüksek Gaziantep te(binde 15,3), en düşük Tunceli de(binde 5) oldu. Beşinci doğum gününü kutlayamadan ölen çocukların o yıl doğan çocuklara oranı olan 5 yaş altı çocuk ölüm hızı (oranı) 2018 de binde 11,4 dür (6). 20. gebelik haftasından sonra ki ölü doğan bebek ve doğumdan sonraki ilk yedi günde ölen bebek sayısının toplamını ifade eden Perinatal ölüm hızı gebelik dönemi bakım ve beslenme ile yeni doğan bakım kalitesinin göstergesidir (7). Perinatal ölüm hızı 2018 yılında ülkemizde ortalama bin canlı doğumda 7,1

oldu. Bölgesel farklılıklar mevcuttur. Batı Anadolu da 5,6 iken güney doğu Anadolu da 9,7dir (8).

Çocuk ölüm oranları genel sağlık hizmeti hakkında fikir verir. Neonatal ve 5 yaş altı çocuk ölümlerinin yüksek olması koruyucu sağlık hizmetlerinin tam olarak verilemediğini gösterir (9).

DSÖ anne ölümünü hamileyken veya gebeliğin sonlandırılmasından sonraki 42 gün içinde bir kadının ölümü olarak tanımlar. Gelişmekte olan ülkelerde gebelik ve doğumdaki komplikasyonlar üreme çağındaki kadınlar için önemli ölüm ve sakatlık nedenidir. En sık kullanılan ölçüm anne ölüm oranıdır. Belirli bir süre ve yerdeki yüz bin canlı doğumda meydana gelen anne ölümlerinin sayısıdır (10). Dünyada 2000 yılından bu yana anne ölümleri yaklaşık üçte bir oranında azalmıştır. Bu azalmaya rağmen 2017 yılında gebelik ve doğum komplikasyonları yüzünden 290 bin anne yaşamını yitirdi (3). Ülkemizde 1990 yılında 100.000 canlı doğumda 68 olan anne ölüm oranı yıllar içinde azalarak 2018 yılında 13,6 olarak gerçekleşti. Bölgesel farklılık dikkat çekicidir. Batı ve Doğu Karadeniz de en düşük(100bin canlı doğumda 9,7), Kuzeydoğu Anadolu da en yüksek (100bin canlı doğumda 24) (8). Anne ölümlerine neden olan temel problemler; kanama, hipertansif bozukluklar, enfeksiyon/sepsis, kürtaj, uzamış doğum, ektopik gebelik ve emboli. Gelişmekte olan ülkelerde kanama ön plandadır. Gelişmiş ülkelerde ise anestezi ve sezeryan komplikasyonları ön plandadır. HIV enfeksiyonu da özellikle Afrika da anne ve bebek sağlığını tehdit etmektedir (11). Sağlık hizmetinin anne ve çocuklara yeterince ulaştırılmaması, kaliteli ve yeterli sağlık hizmeti verecek personel eksikliği, düşük sosyoekonomik düzey, eğitimsizlik, yetersiz sağlık okuryazarlığı ve kültürel uygulamalar ile eksik aşılama da anne ve çocuk ölümüne katkısı olan faktörlerdir (9). ‘Bir kadının doğum sırasında veya sonrasında kanamadan ölüp ölmeyeceği, büyük ölçüde zamanında ve yetkin obstetrik bakıma erişime bağlıdır’ (12). Yapılan çalışmalarda anne ölümü ve bebek ölümleri incelendiğinde; Aile planlaması- anne sütünün önemi konusunda halkın bilinçlendirilmesi, aşıların zamanında yapılması, annelerin gebelik- gebelik takipleri hakkında bilgilendirilmesi, gebelik ve sonrasında tıbbi destek verilmesi, doğumların hijyenik bir ortamda yetkin kişilerce yapılması önlenemez ölümlere engel olduğu görülmüştür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi önemlidir. Hamilelik, doğum ve lohusalık kontrolleri ile yeterli sayıda çocuk izlemlerinin yapılması

anne ve bebek sağlığı açısından 3nemlidir. Uygun Őartlarda gebelik d3nemini geçiren anneyi ve bebeğini kaybetme riski azalmaktadır (9,13). D3nya Sağlık 3rg3t3ne g3re yeterli doğum 3ncesi bakım; gebelikte en az d3rt kez izlem yapılması, ilk izlemin ( tıbbi bakımın) gebeliğin ilk on iki haftasında olması, izlemlerin doktor ve hemşire tarafından uygulanmış olması (14).

Adolesan veya ileri yaş anneden doğan bebekler ile kısa doğum aralığından sonra doğan ya da çok doğum yapmıŐ anneden doğan bebeklerde daha y3ksek 3l3m riski vardır (15-17).

TNSA (T3rkiye N3fus ve Sağlık Araştırması )' a g3re 20-24 yaş grubunda ki kadınların 18 yaş 3ncesinde evlenme oranı 1993 de % 23 iken 2018 de %15 e d3Őm3Őt3r. 3lkemizde 15-19 yaş grubundaki kadınların %5'i evlidir. Evliliklerin %24'3 akraba evliliğidir. 15-19 yaş grubunda doğurganlığa başlama 1993 de % 10 iken, 2018 de %4' e d3Őm3Őt3r (18). Ad3lesan gebelerin daha sık d3Ők doğum ağırlıklı bebek doğurduğu çalışmalarda g3sterilmiŐtir (19-22). Ad3lesan gebelerde anemi riski y3ksektir (19,20). Ad3lesan gebelerden doğan bebeklerin yeni doğan yoğun bakım ihtiyacının daha fazla olduğu g3sterilmiŐtir (20,21,23). Mal prezantasyon, erken membran r3pt3r3, preterm doğum, eklampsi gibi komplikasyonların ad3lesan gebelerde g3r3lme sıklığının arttığı saptanmış (24). Doğum 3ncesi bakımı yetersiz olan gençlerde eklampsi ve 3riner sistem enfeksiyonu riski ile neonatal risklerin arttığı g3sterilmiŐ (20). Başka bir çalışmada ise t3m yaş grupları ile karŐılaŐtırmada ileri yaş grubu gebelerden doğan bebeklerde yeni doğan yoğun bakım gereksinimi en y3ksek saptanmış (19). Makrosomik bebek doğum sıklığı ileri yaş gebeliklerde daha sık g3r3l3r (19,22). oğul gebelik, gestasyonel diyabet ve preeklampsi riski de yaş ilerledikçe artmaktadır (25).

Yeterli antenatal ve neonatal bakım yapıldığında hem Ad3lesan gebelerden hem de ileri yaş gebelerden doğan bebeklerde erken d3nemde erken yaş ve ileri yaşın olumsuz etkilerinin olmadığı g3r3lm3Őt3r (25,26).

### 1.3 ÇOCUK GELİŞİMİ VE ERKEN 3ĐRENME (1)

- ✓ *ocuk geliŐiminde ilk 3 yıl beyin gelişimi için çok 3nemlidir. G3rd3đ3, dokunduğu, tattığı, kokladığı, duyduğu her Şey beyin gelişimine katkı sağlar.*

- ✓ *Bebekler doğum anından itibaren hızlı bir şekilde öğrenirler. İyi beslenme, sağlıklı ortam ve korunmaya ek olarak sevgi, dikkat ve oyunlar ile bebeğin uyarılması büyüme ve öğrenmeye katkı sağlar.*
- ✓ *'Çocukları oynamaya ve keşfetmeye teşvik etmek, sosyal, duygusal, fiziksel ve entelektüel olarak öğrenmelerine ve gelişmelerine yardımcı olur. Bu, çocukların okula hazırlanmasına yardımcı olur.'*
- ✓ *'Çocuklar, kendilerine en yakın olanların davranışlarını taklit ederek (sosyal ve duygusal) nasıl davranacaklarını öğrenirler.'*
- ✓ *Okul öncesi eğitim ve ilköğretim çocuk gelişiminin sürekliliği için çok önemlidir.*
- ✓ *Her çocuğun gelişimi kendine has özellikler içerir. Her çocuğun kendine has ilgi alanı, mizacı, sosyal yönü ve öğrenmeye yaklaşımı vardır.*

Çocuklarda zihinsel gelişimin %80'i ilk 3 yılda olmaktadır. Zihinsel gelişim için ilk 3 yıl çok önemlidir. Doğumdan sonra ağlama, gülme, bağırma gibi sesler çıkaran bebekler işittiği sesleri de taklit ederler (27). Doğumdan önce anne karnında başlayan algılama çocuklukta artarak devam eder. Dokunma, işitme, tat alma gibi duyular bebeklerde algılamayı geliştirir (28). Bebekler çevreye uyum sağlamaya çalışırken ebeveyn ile göz kontağı kurmaya çalışır, gülümsemesi artar. Bebeğin bu hareketleri sosyalleşme çabasını gösterdiği gibi zihinsel gelişiminin de artığının kanıtıdır. Çocuk, annesi ile arasındaki fiziksel ve duygusal ilişki, taklit etme ve nöropsikolojik faktörlerin eklenmesi ile sosyal etkileşimde bulunmaya başlar (29).

Drama, oyun, tiyatro, tekerleme, hikaye anlatma, tekrarlama gibi faaliyetler çocuğun dil gelişimi yanında sosyal ve zihinsel gelişimini de sağlar(27).

Çocuklar gerçek dünyayı oyunların içerisinde bulmaya ve tanımaya çalışır. Oyunlar çocuğu eğlendirirken sevgi, saygı, dostluk, paylaşma, iyilik, kötülük, haklı-haksız olmak, dürüstlük, kurallara uyma gibi toplumsal belli-başlı değerleri kazanmasına, fiziksel, zihinsel ve sosyo- kültürel gelişimine katkı sağlar (30).

#### 1.4 EMZİRME (1)

- ✓ *Bebek için ilk altı ay en iyi yiyecek ve içecek anne sütüdür. İlk altı ay sadece anne sütü verilmelidir.*
- ✓ *Doğumdan hemen sonra bebek anneye verilmeli, anneye cilt teması olmalı ve doğumdan sonraki 1 saat içinde anneyi emmelidir.*
- ✓ *Bebeğin emzirilmesi süt üretimini artırır. Bebek gece, gündüz en az sekiz kez ve her istediğinde emzirilmelidir.*
- ✓ *Emzirme, anneden geçen antikorlar ve sütün yapısında bulunan antibakteriyel ajanlar ile çocukların tehlikeli hastalıklara karşı korunmasına katkı sağlar. Anne ile çocuk arasında ki özel bağı artırır.*
- ✓ *'Biberonla besleme ve bebek maması veya hayvan sütü gibi anne sütü yerine geçen ürünler verilmesi bebeğin sağlığını ve hayatta kalmasını tehdit edebilir.' Annenin sütü varsa ama bebeğini emziremiyorsa sütünü sağıp biberon yerine kaşık ile vermelidir.*
- ✓ *Annede HIV varsa, emzirme ile bebeğe geçme riski vardır. 'İlk altı ayda, bebek hem anne sütü hem de diğer sıvı ve gıdalarla besleniyorsa, bu risk sadece anne sütü ile beslendiğinden çok daha fazladır.' Bu nedenle bebeğin ilk altı ayda sadece anne sütü alması önerilir.*
- ✓ *Evinden uzakta çalışan anne evde iken olabildiğince sık emzirmeli ve sütünü sağarak evde olmadığı sürede bebeğinin anne sütü ikamesini sağlamalıdır.*
- ✓ *Anne sütü hastalıklara karşı korunmada faydalı içeriğe sahiptir. İlk altı ay sadece anne sütü almalı, altıncı aydan sonra anne sütü ile birlikte ek gıdalar eklenmelidir. En az 2 yaşına kadar anne sütü almalıdır.*

Dünyada 36,3 milyon 6 aydan küçük çocuk ( düşük orta gelirli ülkelerde 6 aydan küçük çocukların %61'i ve üst orta gelirli ülkelerde 6 aydan küçük çocukların %63'ü ) ve 64,8 milyon 6-23 aylık çocuk (düşük orta gelirli ülkelerde 6-23 aylık çocukların %34'ü ve üst orta gelirli ülkelerde 6-23 aylık çocukların %55'i ) anne sütü ile beslenmemiştir. Yapılan sistematik derleme ve meta analiz sonuçlarına göre anne sütü, bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümleri azaltmakta, İshal, solunum yolu enfeksiyonları, akut otitis media, alerjik rinit ve maloklüzyon görülme sıklığını azaltmaktadır. Tip2 diyabet ve obesite olasılığını azalttığı saptanmıştır. Emzirme ile tüm diyare ataklarının yaklaşık yarısı ve solunum yolu enfeksiyonlarının üçte biri önlenecektir.

Anne sütü alan çocuklarda İshal ve solunum yolu enfeksiyonundan dolayı hastaneye yatış oranları da düşüktür. Yapılan analizler emzirmenin çocukluk çağı lösemi sıklığında azalma ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Daha uzun süre anne sütü alan çocuklar, anne sütü almayan çocuklara göre daha yüksek zekaya sahiptir. Anne sütü çocuklar için kişiselleştirilmiş bir ilaçtır (31,32). Preterm bebeklerde anne sütü beslenmesi ile nekrotizan enterokolit riskinde anlamlı azalma saptanmıştır. Ani bebek ölümünün emzirilen bebeklere kıyasla formül mama alanlarda iki kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (33). Anne sütünde bulunan immunoglobulinA (Ig A) ve lactobacillus bifidus, bebeğin olgunlaşmamış sindirim sistemini E. Koli, kolera, rotavirüs gibi enfeksiyonlara karşı koruma sağlar (34). 12 aydan uzun süre emzirmenin annede meme ve yumurtalık kanserine karşı koruma sağladığına dair güçlü kanıtlar vardır. Tip2 diyabet riskini azaltmaktadır. Uzun süre ve baskın emzirme ile laktasyonel amenore sağlar (35,36).

Kanıtlar, emzirmenin küçük çocuklar, anneler ve ülkenin geleceği için iyi bir yatırım olduğunu göstermektedir. 130 ülkenin sağlık srveyans verilerine dayanarak, 2 yaş altı çocukların optimal emzirilmemesi dünyada 2 yaş altında görülen yıllık 166 milyon ishal ve 9 milyon pnömoni vakası ile ilişkilendirilmiştir. Her yıl 5 yaş altı diyare(%38) ve zatürre(%62) den ölen 600bine yakın çocuğun ve 974956 çocukluk çağı obesite vakasını önerilere uygun emzirilmemeye bağlı olabileceği tahmin edilmektedir. Kadınlar için, emzirmenin yıllık meme ve yumurta kanseri ile tip2 diyabetten 100bine yakın ölümü nlene potansiyeli olduğu tahmin edilmektedir. Bu nlenebilir morbidite ve mortalite düzeyi ülkelere ciddi tedavi maliyetine sebep olmaktadır (37).

Türkiye'de ise, TNSA 2018 verilerine göre; çocukların %98'i bir süre emzirilmiştir. Doğumdan sonraki birinci saat içinde emzirme oranı %71, prelakteal (emzirme öncesi) besin alma oranı %42. Sadece anne sütü ile beslenen sıfır- altı aylık bebeklerin oranı %41. Sadece anne sütü alan çocukların oranı ilk iki aylık çocuklar arasında %59 iken, dört- beş aylık çocuklar arasında %14 e düşmektedir. Ortanca emzirme süresi 16,7 ay. Sadece anne sütü alanların ortanca emzirme süresi 1,8 ay (18). Maalesef toplum anne sütünün değerini yeterince anlayamamış ve biz sağlık çalışanları yeterince anlatamamışız.

Türkiye’de 2008-2017 tarihleri arasında yapılmış 34 çalışmanın değerlendirme sonuçlarına göre; meme-meme ucu sorunları-mastit, fazla süt salımı, bebeği sakinleştirmede güçlük, annenin emzirme tekniğini bilememesi/ bilgi ve tecrübe yetersizliği/ destek gereksinimi, anne sütü yetersiz- yok/ bebeğin aç olduğunu düşünme/ bebeğin yetersiz kilo alımı, geç besleme/ emzirme, sezaryen sonrası emzirmede zorluk, bebeğin yeterli emmemesi/ uyumaması/ emmede zorluk, ev dışında uygun emzirme ortamı bulunmama emzirememe nedenleri olarak ön plana çıkmıştır (38). Yaşamın ilk 6 ayında emzirmeyi etkileyen faktörlere odaklanan 11025 katılımcıyı içeren 25 çalışmanın inceleme sonucuna göre emzirmeye engel sosyo-demografik, tıbbi, psikososyal, kültürel ve çevresel belirleyiciler ortaya çıkarılmıştır. Anne istihdamı, anne yaşı, anne eğitimi, anne sütünün yetersiz veya yetersiz olduğu algıları, anne/ bebek morbiditesi/ mortalite ve emzirme sorunları, kötü anne beslenmesi, diğer aile talepleri / destek eksikliği, emzirme ve bebek beslenmesine ilişkin anne inançları, akraba baskısı/ akran baskısı, beden imajı ile ilgili kaygılar, kültürel uygulamalar, sosyal altyapı ve olanakların eksikliği (39). Z. Gölbaşı ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada annelerin çoğunluğunun ( anneler memelerini emzik gibi kullanmamalıdır- bebek sürekli ağlıyorsa anne sütü yetmiyordur- emzirmenin iki yıldan uzun süre devam etmesi çocukta anneye bağımlılık geliştirir- bebek kilo almıyorsa bu durum anne sütünün kalitesinin düşük olduğunu gösterir- bebek sık sık emmek istiyorsa bu annenin sütünün yetmediğini gösterir- emzirme memelerin sarkmasına neden olur gibi) mitlere inandığı saptanmıştır (40).

### **1.5 BESLENME VE BÜYÜME (1)**

- ✓ *Çocukların büyümesini değerlendirmek için doğumdan 2 yaşa kadar düzenli olarak tartılmalıdır. Çocuğun kilo almadığı saptanırsa sağlık kurumunda kontrolleri yapılması gerekir.*
- ✓ *Yaşamın ilk altı ayında bebeğin ihtiyaç duyduğu tek yiyecek ve içecek anne sütüdür. Altıncı aydan sonra anne sütü ile birlikte ek gıdaya ihtiyaç vardır.*
- ✓ *Anne sütüne ek olarak 6-9 ay arası günde 2-3 kez, 9 aylıktan itibaren günde 3-4 kez ek gıda yemesi gerekir.*
- ✓ *Yemek öğünleri çocuğun fiziksel, ruhsal, duygusal büyüme ve gelişmesini destekleyen öğrenme, sevgi ve etkileşim dönemleridir. Yemek yedirirken çocuk*

*ile konuşmalı ve sabırlı olunmalıdır. Kız ve erkek çocuklarına eşit davranılmalıdır.*

- ✓ *Çocukların bağışıklık sistemi için, görme duyularının sağlığı için ve ölüm riskini azaltmak için A vitaminine ihtiyacı vardır. A vitamini yumurta, süt ürünleri, karaciğer, et, balık, taze sebze (ıspanak, maydanoz, pırasa, brokoli, pazı), kırmızıbiber, mercimek, kabak, havuç, patates, kavun, karpuz da ve anne sütünde bulunur. A vitamini eksikliği yaygın olan bölgelerde 6 ay- 5 yaş arasında dört ila 6 ayda bir yüksek doz A vitamini takviyesi verilebilir.*
- ✓ *Demirden zengin gıdalar çocuğun fiziksel ve zihinsel gelişimi ile anemiyi önlemek için gereklidir.*
- ✓ *Çocukta zihinsel gelişim ve büyüme için gerekli olan iyot hamile ve çocuğun diyetinde mutlak olmalıdır. İyotlu tuz kullanılması ihtiyaç duyulan iyodu sağlar.*
- ✓ *Çocukların beslenmesi için gerekli gıdaların uygun, hijyenik hazırlanması ve saklanması; gıdaların mikroplar ile kontaminasyonunu engeller. Gıdaların mikroplar ile kontaminasyonu çocukların büyüme ve gelişmesi için gerekli besin ve enerjiyi kaybetmesine neden olan ishal, kusma ve diğer hastalıkların nedenidir.*
- ✓ *Çocuklara hasta oldukları dönemde ve hastalık sonrası normalden daha fazla yiyecek ve su verilmelidir. Bebekler daha sık emzirilmelidir.*
- ✓ *Beslenme problemi yaşayan, kilo alımı olmayan çocuklar tıbbi bakıma ihtiyaç duyar. Sağlık kurumuna götürülmelidir.*

Optimal emzirme (0-6ay arası sadece anne sütü, 6-23 ay arası anne sütü +ek gıda ve çocuk her istediğinde emzirme ) ile her yıl 5 yaşın altındaki 820.000'den fazla çocuğun hayatı kurtulabilir. Anne sütü çocuğun enerji ihtiyacının ilk 6 ay %100 nü, 6-12 ay arasında yarısını, 12-23 ay arasında üçte birini karşılar. Hastalık sırasında kritik enerji ve besin kaynağıdır, hastalık döneminde iştah azlığına bağlı beslenememe durumuna engel olur. Yeterince ek gıda alamayan çocukların ölüm oranını azaltır (41,42).

Altı aya kadar sadece anne sütü ve altıncı aydan sonra anne sütü ile birlikte tamamlayıcı gıdalara başlamak en idealidir (43). Tamamlayıcı gıda terimi anne sütü, bebek maması ve takip formülü dışındaki tüm katı gıdaları ve sıvıları kapsar. Ta-

mamlayıcı gıdalara başlama 17. haftadan önce olmamalı, 26. haftadan önce de başlanmış olmalıdır (44).

Bebeğin enerji ihtiyacı; ilk altı ay 500 kcal/gün, altı- on iki ay arasında %44 artış ile 750 kcal/gündür. Protein ihtiyacı ise ilk altı ay 9 gr/gün, altı- on iki ay %56 artış ile 14 gr/gündür. Altıncı aydan sonraki enerji ve protein ihtiyacındaki artış yalnız anne sütü verilmesi ile karşılanamaz. Tamamlayıcı gıdalardan çocuğun alması gereken enerji; 6-8, 9-11 ve 12-23. aylar arasında sırası ile 200, 300 ve 550 kcal'dir(45).

Günde altı- sekiz aylık bebek için 2 öğün, dokuz-on bir aylık bebek için 3 öğün, bir- iki yaş arasında ise 4-5 öğün (3 ana öğün+ 2 ara öğün) yeterlidir. Çocuklarda mide hacmi doğumda 2 yemek kaşığı(30cc), altıncı ayda 1 çay fincanı(180cc), bir yaşında ise 1 su bardağı(240cc) kadardır. Mide hacmi yaklaşık 30 cc/kg kabul edilir (34,45).

İlk altı ay çocuk her istediğinde mutlaka emmelidir. En az 8kez/gün anne sütü alınmalıdır. Altıncı aydan sonrada tamamlayıcı gıdalara başlandığında da en az 2 yaşına kadar çocuk sık sık (her istediğinde ) emzirilmelidir (42,46).

**Tamamlayıcı gıda verilirken dikkat edilmesi gereken hususlar (34,42-47);**

- Tamamlayıcı beslenmeye 6. ayda tek çeşit ve çay kaşığı miktarınca başlanmalıdır. Her yeni gıda teker teker 3-7 gün aralıklarla, bir öğün ve çay kaşığı miktarınca eklenmelidir ( bebeğin yeni besine alışması için zaman tanınmış olunur ve oluşan alerjik reaksiyonun hangi yiyecekten kaynaklandığı kolay anlaşılır). Her yeni gıdaya çocuk aç iken ve emzirme öncesi başlanmalıdır.
- 6-7. Aylarda yumuşak sıvımsı kıvamda, 8. Aydan itibaren püre şeklinde pütürlü olmayan çatalla ezilmiş gıdalar verilebilir. Çocuğun yeme ve sıvı içme becerisi yakından izlenmelidir. 1 yaşından itibaren aile sofrasında aile ile aynı yiyecekleri yiyebilir.
- Kuruyemiş, üzüm, çiğ havuç gibi boğulmaya neden olabilecek şekil ve/veya kıvama sahip gıdalar verilmemelidir.
- 6. Aydan 12. Aya kadar her öğünde 1 çay bardağı (180cc), 12. Aydan 2 yaşına kadar her öğüne 1 su bardağı (240cc) kadar tamamlayıcı gıda verilmelidir.

- Bebeğin sağlıklı beslenmesi için tahıllar, baklagiller, hayvansal besinler, sebze ve meyveler, meyve suyu, süt ve süt ürünleri tamamlayıcı beslenmede yer almalıdır.
- Tamamlayıcı gıdalar çeşitlendirilmeli ve et, kümes hayvanları ve balık dönüşümlü olarak her gün verilmelidir. Psikomotor gelişimin desteklenmesi için et tüketimi gereklidir. Et kıyma şeklinde 6. Aydan itibaren çorbaların içinde verilmelidir.
- Tamamlayıcı beslenme döneminde eksikliği en çok görülen vitamin (B vitamini ve nadiren A vitamini ) ve mineraller (Demir, çinko, kalsiyum) hayvansal gıdalarda boldur.
- A vitamini bol içeren sebze ve meyvelerde her gün verilmelidir.
- Yumurthanın sarısı 6. Aydan itibaren azar azar başlanmalıdır. Çorbaların, pürelerin içine katılarak verilebilir. Yumurthanın beyazı ve balık alerji yapabileceği için 8-9. Aylarda kontrollü başlanmalıdır.
- Güneş dışında en iyi D vitamini kaynağı yağlı balıklardır. Deniz balıkları ise İyot içerir.
- Tahılların 4-7 ay arasında tadımlık başlanması çölyak hastalığı riskini yarı yarıya azalttığı tespit edilmiştir ( Buğday, çavdar ve arpa gluten içerirler). Tahıllar B12 dışında diğer B vitaminleri yönünden zengindir. Tahılların et ile veya baklagiller ile tüketilmesi önerilir. Pirinç kaliteli protein içeren, sindirimi kolay bir tahıldır ve 6-12 ay arası bebek beslenmesinde önemli yeri vardır.
- Yeterli miktarda yağ ile yemekler hazırlanmalıdır, toplam enerjinin % 30-% 45'i yağlardan sağlanır. Tam yağlı köy yoğurdu(evde hazırlanmış yoğurt) tercih edilmelidir. Omega 3'ten zengin besinler( somon, uskumru, sardalye, alabalık, ceviz) diyetinde olmalıdır.
- Süt ürünleri, çorba ve pürelerin içine katarak verilmelidir.
- Bal bir yaşından önce önerilmez. Bal bebek botulizmi ile ilişkilidir. 12 aylık olana kadar bitki çayları ve şekerli gıdalar verilmemelidir.
- Mikrobiyal kontaminasyon ve gıdalardaki patojenlerin çoğalması çocukluk ishalinin ana nedenidir. Tamamlayıcı gıdalar ile birlikte görülme sıklığı artmaktadır. Hijyen uygulamaları (gıdaları hazırlama ve yemeden önce ellerin yıkanması, gıdaları hazırlarken ve servis ederken temiz mutfak eşyaları kul-

lanmak, taze-doğal ürünler kullanmak, paketli ürünler kullanmamak, gıdaları güvenli şekilde saklamak, buzdolabında muhafaza edilmeyecekse 2 saat içinde tüketmek, temiz tutulması zor olan biberon kullanımından kaçınmak, bebekleri kaşıık ve bardak ile beslemek) ile önlenabilir.

- Tamamlayıcı beslenme döneminde bebeğin demir ihtiyacı tamamlayıcı gıdalar ile karşılanmalıdır. İnek sütü zayıf demir kaynağıdır.12. aydan önce verilmemelidir. 500 ml/gün den fazla verildiğinde demir eksikliğine neden olur. 9 aydan önce verildiğinde mikroskobik barsak kanamasına neden olduğu saptanmıştır.
- Çocuğu beslerken göz teması kurulmalı ve konuşulmalıdır Sabırlı olunmalı, gelişim düzeyine göre yardım edilmelidir. Yemek öğünlerinin çocuğun gelişimini destekleyen etkileşim ve öğrenme dönemi olduğu unutulmamalıdır.

Persentil eğrisi ile kilo, boy ve Baş çevresi ölçümleri kullanılarak büyümenin izlenmesi yeterli ve dengeli beslenmenin en iyi göstergesidir (46).

Ülkemizde genelde meyve suyu, çorbalar, yoğurt ve süt ürünleri tamamlayıcı gıda olarak başlanmakta. DSÖ ise 6.ayda tahıl ve süt ürünlerinin, 9-12 ay arasında ise et, tavuk, balık başlanmasını önermektedir (45).

TNSA 2018 verilerine göre ülkemizde 6-23 aylık emzirilen çocuklarda Et, balık ve kümes hayvanları tüketim oranı %25, emzirilmeyen çocuklarda % 26 ile en az verilen gıdalardır. Hazır mama tüketimi emzirilenlerde %15, emzirilmeyenlerde ise %32dir. Mikro besin eksikliği çocuklarda önemli morbidite ve mortalite nedenlerindedir. Demir açısından zengin gıdaların alımı emzirilenlerde %60, emzirilmeyenlerde %67, eğitim düzeyi en düşük olan annelerin çocuklarında %32, en yüksek olan annelerin çocuklarında %81dir (18).

Dördüncü aydan itibaren anne sütüne ek olarak az miktarda tamamlayıcı gıda verilmesinin 4 ila 6 ay arasındaki büyüme oranını etkilemediği, demir verilmesinin ise pozitif bir etkiye sahip olduğu görüldü (46). Miadında normal kiloda doğan bebeklere 4. ayda, düşük doğum ağırlıklı bebeklere 2. Ayda demir damlası başlanmalıdır (49).

K ve D vitamini anne sütünde yeterli değildir. Diğer vitaminler açısından anne sütü zengindir. Bebeklere 15 günlükken 400 IU D vitamini başlamak gerekir ve 12 aylık olana kadar verilmelidir (34).

Korkmaz A. ve arkadaşlarının 0-1 yaş bebek ölümlerini incelediği araştırmada ana ölüm nedeni olan hastalıktan önce beslenme zorluğu saptanan vakaların oranı %32,3 bulunmuş (50). Ebeveynlere bebeklerde beslenme güçlüğü olduğunda sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiği anlatılmalıdır. Çünkü beslenme güçlüğü ölüme neden olabilecek ciddi bir hastalığın belirtisi olabilir.

## 1.6 BAĞIŞIKLAMA (1)

- ✓ *Çocukların doğumdan itibaren önerilen aşı programına göre aşılanarak bağışıklık kazanması kritik öneme sahiptir. Erken koruma önemlidir. Anne, baba ve diğer bakıcılar gerekli aşular ve aşuların yapılma zamanı konusunda sağlık personelinin tavsiyelerine uymalıdır.*
- ✓ *Aşılanmamış çocuğun sık hastalanma, kalıcı sakatlık, yetersiz beslenme ve ölüm olasılığı daha yüksektir.*
- ✓ *'Küçük bir hastalığı veya özrü olan veya yetersiz beslenen bir çocuğu aşılama güvenlidir.'*
- ✓ *Hamile ve yeni doğan bebeklerin tetanosa karşı korunması gerekir. Kadınlar önceden aşılanmış olsa bile hamilelikte tetanos toksoid aşılanma için sağlık personeline bilgi almalıdır.*
- ✓ *Her aşılamada yeni bir şırınga kullanılmalıdır.*
- ✓ *Savaş, afet ya da mülteci kampları gibi nedenlerle toplu sıkışık halde yaşamak zorunda kalan çocuklar kızamığa karşı hemen aşılanmalıdır.*
- ✓ *Aşı kartı, her aşıdan önce sağlık personeline sunulmalıdır.*

Bağışıklama toplum sağlığı açısından önemlidir. Aşı ile önlenebilir hastalıkların morbidite ve mortalitesinden toplumu korumanın maliyet etkin yolu aşılamadır.

Her sene çoğunluğu önlenebilir hastalıklardan olan milyonlarca çocuk ölümleri dünyada olmaktadır. Bebek ve çocuklara yapılması gereken aşuların düzenli yapılmaması ölümlere neden olabilmektedir (9). DSÖ 2018 raporuna göre dünya çapındaki aşılanma ile her yıl 3 milyona yakın ölüm engellenmektedir. Ama halen dünyada bir yaştan altındaki yaklaşık 19 milyon çocuk temel aşuları alamadı (51).

Ülkemizde hepatit B, KKK(kızamık, kızamıkçık, kabakulak), tetanos, difteri, boğmaca, pnömokok aşularıyla bağışıklama 2016 da %98. 2017 yılında %96 ya geri-

lemiş, 2018 yılında tekrar % 98 e yükselmiş. BCG aşısı ile aşılama oranı 2016 yılında %96'dan 2017 de %93'e gerilemiştir, 2018 de %96 a yükseldi. Bölgesel bazda bakıldığında 2018 yılında Batı Marmara da en yüksek ( %99-100 ) , Ortadoğu Anadolu da en düşük( %89- 92) olduğu görülüyor (52). Türkiye de 2018 resmi verilerine göre aşılama oranı ortalama % 98 dir. 2018 TNSA verilerine göre aşı kartı ve anne beyanına göre yapılan çalışmada 12-23 aylık çocukların iki yaşına kadar yaşa uygun tüm aşılarını olma oranı anne beyanına göre %26, aşı kartına göre ise % 85 dir. Anne ve babalarda aşılama konusunda daha fazla farkındalık oluşturulmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir. Aşılama oranlarındaki bölgesel farklılık da dikkat çekicidir (18).

### 1.7 DİARE (1)

- ✓ *İshal aşırı sıvı kaybına neden olarak çocukları öldürür. İshal başladığında çocuğa ilave sıvı verilmelidir.*
- ✓ *Bir saat içinde birkaç sulu dışkılama olması veya dışkıda kan olması tehlike işaretidir. Derhal çocuk Sağlık kurumuna götürülmelidir.*
- ✓ *Çocuğun anne sütü alması ishal ile ilgili riskleri azaltır. Rota virüse karşı aşı, bu virüse bağlı ishali önler. A vitamini ve çinko takviyesi ishali azaltabilir.*
- ✓ *İshalli çocuk düzenli yemeye devam etmelidir. İyileşirken, hastalığa bağlı olarak kaybedilen enerjiyi yenilemek için normalden daha fazla yiyecek ve sıvı verilmesi gerekir.*
- ✓ *İshalli bir çocuk, 10-14 gün boyunca ORS çözeltisi ve günlük çinko takviyesi almalıdır. İshal ilaçları genellikle etkisizdir ve zararlı olabilir.*
- ✓ *İshali önlemek için dışkılama tuvalete yapılmalı ya da gömülmelidir.*
- ✓ *Hijyene dikkat etmek ve güvenli içme suyu kullanımı ishale karşı korur. Eller tuvaletten sonra ve yiyeceklere dokunmadan önce sabun ve su ile (sabun yoksa kül ve su ile) yıkanmalıdır.*

İshal günde 3 veya daha fazla sayıda sıvı yada yumuşak kıvamlı dışkılamadır. Çoğunlukla kirli gıda ve sudan kaynaklanmaktadır. Yaş, yaşanan bölgenin iklim özelliği, mevsim, bölgenin gelişmişlik düzeyi, alt yapısı ishal etkenlerini belirlemektedir (53). Akut Gastroenteritler dünyada mortalite ve morbidite açısından önemini korumaktadır. Gastroenteritin şiddetinde yaştan ziyade etyoloji önemlidir. 5 yaş altı çocuklarda etken % 70- 80 viral ajanlardır (en sık görüleni rotavirüs) ve vakalardan

rotavirüs sorumludur. Hastaneye yatış ve ölümlere sebep olan gastroenterit vakalarının önemli etkenlerinden biride rotavirüsdür. Enterik adenovirüsler, Kalisivirüs, Astrovirüs ve Norwalk virüslerde diğer çocukluk çağı gastroenterit etkeni virüslerdir. Viral etkenler daha çok kışın görülmekte, enterik bakteri ve parazitler ise yaz mevsiminde pik yapmaktadır. Rotavirüs kış mevsiminde daha sık olmakla beraber her mevsim görülebilir (53-55). Fekal- oral yolla bulaşmaları hijyen, sanitasyon, temiz su, kanalizasyon ve atık yönetimi kavramlarını önemli kılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde 9-15 aylar arasında, gelişmekte olan ülkelerde ise 6-9 aylar arasında rota virüs enfeksiyonu ilk olarak görülmektedir. Dehidratasyon, asidoz ve elektrolit dengesizliği özellikle ilk atakta ağır seyretmektedir. Ergen ve erişkinlerde ise genelde asemptomatik seyreder.

Rota virüs gastroenteriti 2 yaşından küçük çocuklarda görülmesi, ateş ile kusmanın 2 günden önce ortaya çıkması ve daha soğuk havalarda etkili olması ile akut bakteriyel gastroenteritlerden ayrılır (54). Akut gastroenteritler de bulantı, kusma, ateş, karın ağrısı, dehidratasyon görülebilir. Dehidratasyon hastalığın şiddetini yansıtır. Dehidratasyon bulguları (cilt turgorunun azalması, tırnak kılcak kanlanmanın uzaması, kilo kaybı, solunumun bozulması ) bilinmeli ve saptandığında hızla sıvı açığı kapatılmalı ya da sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır. (53,55).

AGE(Akut Gastroenterit ) tedavisinde ESPGHAN, ESPID(Avrupa Pediatrik Bulaşıcı Hastalıklar Derneği) ve NICE(Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü) kılavuzları mümkün olan en kısa sürede düşük ozmolariteli ORS (Oral Rehidratasyon Sıvısı) (240-250 mOsm / l) ile oral rehidrasyon tedavisi başlanmasını önermektedir. ORS tedavisi ile birlikte emzirmeye devam edilmesini tavsiye ederler. İlk rehidrasyonun ardından sulu gıdalar ile düzenli beslenmeye devam edilmesini önerirler. Antiemetiklerin kullanılmamasını, rutin olarak antibiyotik başlanmamasını, Meyve suyu ve gazlı içeceklerin verilmemesini önerirler. Süt ürünleri verilebilir. Sıvı alımı teşvik edilmelidir (55,56). Probiyotiklerin (özellikle Lactobacillus GG ve Saccharomyces boulardii ) kullanımı ishal (yaklaşık 24 saat) ve hastaneye yatış süresini (20 saat) önemli ölçüde azaltmaktadır. Çinko ve prebiyotiklerle birlikte ORS kullanımının, sadece ORS kullanımı ile karşılaştırıldığında, 72 saatte daha yüksek ishali toparladığı tespit edilmiş (57).

**Tablo 1;** Dehidratasyon derecesi ve verilecek ORS miktarı(54)

DEHİDRATASYON DERECEŚİ	ORS (ml/kg/4 saat )
Hafif	50
Orta	100
Ağır	100- 150

Tablo 1 de belirtildiđi Őekilde ORS miktarı 4 saatte verilir. 4 saat sonra deđerlendirilir, dehidratasyon bulguları dűzelmiŐe beslenmeye baŐlanır. İdame tedavide 24 saatte kilograma 100 ml ORS verilir ya da her bűyűk sulu dıŐkıdan sonra 5-10ml/kg ORS verilir (54,56).

6ay- 5yaŐ arası çocuklarda diyareye bađlı mortalitenin A vitamini takviyesi ile %32 azaldıđı belirtilmekte (54). AraŐtırmalar inko desteđinin ocuklarda AGE tedavisinde yararlı olabileceđi sonucunu gűstermiŐtir. Çinko takviyesinin 6 aydan kűűk çocuklarda ortalama ishal sűresine etkisi yoktur. 6 aydan bűyűk çocuklarda ishal sűresini %15-30 azaltır. Fakat bu etki çinko eksikliđinin nadir olduđu bűlgelerde gűrűlmemiŐtir. Daha çok beslenme bozukluđu dűŐűnűlen çocuklara verilebilir. Çinko takviyesinin dıŐkılama sıklıđı ve kıvamı űzerine bir etkisi gűrűlmemiŐtir (57). UNİCEF 2-6 ay arası çocuklara 10 gűn boyunca gűnde 10mg, 6-59 ay arasına ise 10 gűn boyunca gűnde 20 mg çinko verilmesini tavsiye etmektedir (58).

RotaTeq (RV5)(Canlı oral insan-sığır rotavirűs aŐısı- 3 doz) 2016 yılında ve Rotarix (RV1)(Canlı zayıflatılmıŐ oral rotavirűs aŐısı- 2doz ) 2008 yılında lisanslandı. RV5 2,4,6. Aylarda oral uygulanır. RV1 2,4. Aylarda oral uygulanır. Rotavirűs aŐısının ilk dozu 6-14 hafta arasında yapılmalı. Dozlar arasında minimum 4 hafta aralık olmalı. Tűm dozlar 8. Aya kadar uygulanmalı. Amerikan pediatri akademisi RV5 veya RV1 arasında tercih ifade etmemiŐtir (59).

UNİCEF 2018 raporuna gűre dűnyada hala 2,1 milyar insanın güvenli içme suyuna, 2,3 milyar insanın temel sanitasyona eriŐimi yok. 900 milyona yakın hanede dıŐkılama açıkta. 2016 verilerine gűre 570 milyon çocuđun okulunda temel içme suyu yok ve 600 milyondan fazla ocuk temel sađlık hizmetlerine eriŐememiŐ (5). TNSA verilerine gűre űlkemizde iyileŐtirilmiŐ su kaynađına ulaŐım oranı 2008 de %92 den 2018 de %98'e çıkmıŐtır. Yalnızca hane halkı tarafından kullanılan iyileŐtirilmiŐ tuvalet imkanı 2008 de %94 den 2018 de %98'e yűkselmiŐtir. Tuvaletlerin

%88'i kanalizasyona bağlıdır, %11'i ise kapalı çukurdur. Kentteki hanelerin % 97 si kanalizasyona bağlıken kırsalda bu oran %58'dir (18). Alt yapıdaki gelişmelere rağmen 2016 yılında TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu)'in yaptığı Türkiye Sağlık Araştırması'na göre Akut gastroenteritler ve ishal 0-6 yaş grubunda %32,3 sıklıkla en çok görülen 2. hastalık oldu (61). Araştırmalara göre içme suyu ve kanalizasyon sistemindeki gelişmelere rağmen dönemsel farklı etkenler ile ishal vakaları görülmektedir. İshal nedeniyle en sık başvuruların; Zonguldak'ta yapılan çalışmada Kasım ayında, Konya'da yapılan çalışmada Mart ayında, Afyon'da yapılan çalışmada Ocak ve Şubat ayında olduğu saptanmış. Trabzon'da yağışların fazla olduğu dönemde ishal sıklığının arttığı tespit edilmiş, yüzey sularının şebekeye karışmış olabileceği düşünülmüş ve 2017 çevre raporuna göre yeterli klorlamanın yapılamadığı tespit edilmiş. Ayrıca Zonguldak çevresinde içme suyu sağlamak amacı ile halk tarafından yoğun ilgi gören çeşmelerin %81'nin uygun olmadığı tespit edilmiş. Atık suların yeterli arıtma kapasitesi olmadığı için denize ve toprağa karıştığı tespit edilmiş(53,62,63).

Sıcak akan su ve sabun ile ellerin yıkanması (tuvaletten sonra yada bebek bezi değiştirdikten sonra, yemek hazırlamadan önce ve yemek yemeden önce, sokaktan eve gelince) gastroenteritin yayılmasını önlemede en önemli faktördür. Enfekte çocuklar tarafından kullanılan havlular paylaşılmamalı. Gastroenterit bulguları varken çocuklar kreş ve okula gönderilmemeli, ishal ve kusma geçtikten en az 48 saat sonra gönderilmeli. Çocuklar ishal geçtikten sonra 2 hafta havuza girmemelidir (56).

## **1.8 ÖKSÜRÜKLER, SOĞUK ALGINLIĞI VE DAHA CİDDİ HASTALIKLAR (1)**

- ✓ *Soğuk algınlığı semptomları (öksürük, burun akıntısı gibi) olan çocuk sıcak tutulmalı ve yeme-içmeye teşvik edilmelidir. Öksürük ve soğuk algınlığı semptomları genelde kendiliğinden geçer.*
- ✓ *Öksürük ile birlikte hızlı veya zor nefes alan çocukta hayatı tehdit eden pnömoni (akciğer enfeksiyonu) olabilir. Çocuk derhal sağlık kurumuna götürülmelidir.*

- ✓ *Aileler, bebeklerin ilk altı ayda sadece anne sütüyle beslendiğinden ve tüm çocukların iyi beslendiğinden ve tamamen aşılandığından emin olarak pnömoniyi önlemeye yardımcı olabilir.*
- ✓ *Üç haftadan uzun süre devam eden öksürük Tüberküloz gibi ciddi bir nedene bağlı olabilir. Sağlık kurumuna götürülmelidir.*
- ✓ *Tütün veya ateş dumanına maruz kalan çocuk ve hamileler bronşit gibi solunum hastalıkları riski altındadır.*

Öksürük solunum sistemini aşırı salgı ve yabancı maddelerden koruyan normal bir mekanizmadır. Öksürük bakteriyel veya viral enfeksiyonlardan kaynaklanabilir, solunum sistemini tahriş eden ajanlar veya alerjenlerin etkisi ile oluşabilir. Öksürük yaşam kalitesini, çocuklarda ve ailesinde uykuyu etkileyebilir. Ebeveynler için endişe kaynağıdır. Üst solunum yolu kaynaklı akut öksürük birinci basamağa (Aile hekimliğine) çok sık başvuru nedenidir. Ebeveynler öksüren çocukları için sürekli çözüm arayışında olurlar (64). Munyard P ve Bush A. Tarafından yapılan çalışmada normal çocukların 24 saatte ortalama 11 kez öksürdüğü ve bu sayının 1 ile 34 arasında değiştiği gösterildi (65). Dört haftaya kadar süren öksürük akut, dört haftadan daha uzun süren öksürük ise kronik olarak adlandırılır.

‘Akut öksürük şikayeti ile başvuran çocukların %90’unda yaklaşık 3 hafta içinde öksürük kendiliğinden geçer. Öksürüğü devam eden çocukların ise az bir kısmında önemli komplikasyonların (pnömoni, akut bronşiolit gibi) görüldüğü raporlanmıştır (66). Akut öksürüğün en sık nedeni çocuklarda soğuk algınlığı, grip gibi viral üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Soğuk algınlığının en sık etkenleri rinovirüs (yaklaşık %40), koronavirüs ve influenza virüsleridir. En sık şikayetler burun tıkanıklığı, burun akıntısı, öksürük, hapsirik ve ateştir. Soğuk algınlığı şikayetleri 2 hafta kadar sürebilir. Yılda yaklaşık 6-8 kez soğuk algınlığı geçirmek çocuklar için normaldir (67,68). Soğuk algınlığı bulgularının antibiyotik kullanmadan normal seyrinde 2 hafta içinde geçeceği, akut öksürüğün 3-4 haftaya kadar uzayabileceği aileye anlatılmalıdır. Ailenin endişeleri dinlenmelidir. Öksürük ile birlikte takipne gelişmesi, çocuğun genel durumunun bozulması, hırıltı gibi göğüs bulgularının olması ya da öksürüğün 3-4 haftadan uzun sürmesi durumunda sağlık kurumuna başvurulması gerektiği anlatılmalıdır (66,68).

‘Sekiz haftadan uzun süren öksürük kronik öksürük olarak tanımlanır. Son yayınlarda 4 haftadan uzun süren öksürük kronik öksürük olarak adlandırılmaktadır’ (66). Kronik öksürük nedeniyle başvuran çocuklarda ayrıntılı anemnez ve klinik bulgular eşliğinde yaş grupları için düzenlenmiş algoritmaların uygulanması önemlidir. 2008 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada Kronik öksürük şikayeti olan çocukların %25’nde astım, %23’nde persistan bakteriyel bronşit, %20’nde üst havayolu öksürük sendromu saptanmış, %5’nde ise gastroözefagial reflü görülmüştür. Vakaların %2’sinde ise öksürük kendiliğinden geçmiştir. 2-3 haftadan daha uzun süren öksürük varlığında Tüberkülozda akla gelmelidir. Genelde mukuslu ve bazen de kanlı mukuslu (hemoptizi) inatçı öksürük varlığı Tüberkülozu düşündürmelidir. Uygun antimikrobiyal tedaviye rağmen düzelmeyen pnömoninin ayırıcı tanısında da Tüberküloz düşünülmelidir (66).

TÜİK verilerine göre 2016 yılında ülkemizde 0-6 yaş grubu çocukların %42,6’sı Üst solunum yolu enfeksiyonu (tonsilit, faranjit, orta kulak iltihabı vb.), %11,1’i Alt solunum yolu enfeksiyonu (pnömoni vb.) geçirmiştir (61).

Çevresel hava kirleticileri, iç ortam hava kirleticileri (oda parfümleri, temizlik maddeleri, ısınmada kullanılan sobanın dumanları ) ve sigara dumanı çocuklarda akciğer gelişimini olumsuz etkiler, solunum fonksiyonlarında ve havayolu silier aktivitesinde bozulmaya neden olur. Yapılan kohort çalışmalarında Ananenin kızına hamileliği sırasında içtiği sigaranın etkisi (doz-yanıt ilişkisi sergileyerek ) (annenin sigara tüketiminden bağımsız olarak) torununda ilk 6 yaşta astım görülme riskini arttırdığı gösterilmiş (69). Araştırmalarda Sigara içen annelerin çocuklarında, sigara içmeyen annelerin çocuklarına göre idrarda kotinin/ kreatinin oranları yüksek bulunmuştur. Kotinin, nikotin metabolitidir. . Evde içilen sigara sayısının artması ile çocuklarda akut solunum yolu enfeksiyonu sıklığı artmaktadır (70).

## **1.9 HİJYEN (1)**

- ✓ *Dışkı ile temasın olmaması önemlidir. Tuvalet (kanalizasyon, fosseptik) dışkıyı atmanın en iyi yoludur. Tuvaletin olmadığı yerde dışkı gömülmelidir.*

- ✓ *Tuvaletten sonra (dışkı ile temas sonrası), yiyeceklere dokunmadan önce ve çocukları beslemeye başlamadan önce ellerin sabun ve su (sabun yoksa kül ve su) ile iyice yıkanması gerekir.*
- ✓ *Yüzün ve ellerin her gün sabun ile yıkanması trahom gibi körlüğe neden olabilecek enfeksiyonları önlemeye yardımcı olur.*
- ✓ *İçilen ve kullanılan sular güvenli bir kaynaktan gelmeli veya arıtılmalıdır. Şehir şebekesinin olmadığı bölgelerde suyu arıtmak için kaynatma, süzme, klor ekleme veya güneş ışığı ile dezenfekte etme gibi yöntemler kullanılmalıdır.*
- ✓ *Çiğ yiyecekler iyice yıkanmalı veya pişirilmelidir. Pişmiş yiyecekler uzun süre bekletilmeden tüketilmelidir.*
- ✓ *Yiyecekler, mutfak eşyaları ve hazırlık yüzeyleri temiz tutulmalı ve hayvanlardan uzak tutulmalıdır. Yiyecekler kapalı kaplarda saklanmalıdır.*
- ✓ *Ev çöpleri güvenli şekilde depolanmalı ve imha edilmelidir.*
- ✓ *Kadınların menstrüasyon döneminde hijyen önemlidir. Temiz ve kuru pedler kullanılmalıdır. Kullanılmış pedlerin ev tipi çöplerle karışmaması sağlanmalı veya yakılmalıdır.*

#### **1.10 MALARİA (1)**

- ✓ *Bazı sivrisineklerin ısırması ile bulaşan sıtmadan korunmanın en iyi yolu cibinlik altında uyumaktır.*
- ✓ *Sıtmanın yaygın olduğu bölgelerde ateşi olan çocuk derhal sağlık kurumuna götürülmelidir. Plasmodium falciparum sıtması en ciddi ve ölümcül sıtma türüdür, tedavisinde artemisininin temelli kombinasyon terapileri (ACT' ler) DSÖ tarafından önerilmektedir.*
- ✓ *Sıtmanın yaygın olduğu bölgelerde hamileler önerilen antimalaryal tabletleri almalı ve cibinlik altında uyumalıdırlar.*
- ✓ *Sıtma olmuş çocukların bol sıvıya ve gıdaya ihtiyacı vardır.*

Özellikle tropikal ve subtropikal bölgelerde yaygın görülen sıtma Plasmodium parazitlerini taşıyan dişi Anopheles cinsi sivrisineklerin kan emmesi ile bulaşır. Kan transfüzyonu, doku transplantasyonu veya transplasental yollar ile de insandan insana geçebilir (71). 2018'de dünya çapında tahmini 228 milyon sıtma vakası gerçekleş-

ti. 2018'deki sıtma vakalarının çoğu DSÖ Afrika Bölgesi'ndeydi (213 milyon veya% 93). 2018'de, küresel olarak sıtmadan kaynaklanan tahmini 405.000 ölüm. Sıtmadan en fazla etkilenen grup 5 yaş altı çocuklardır. 2018'de dünyadaki tüm sıtma ölümlerinin% 67'sini (272 000) 5 yaş altı çocuklar oluşturdular. DSÖ Afrika Bölgesi, 2018'deki tüm sıtma ölümlerinin% 94'ünü oluşturdu. 2018'de, Sahra altı Afrika ülkelerinde yaklaşık 11 milyon gebe sıtma enfeksiyonuna maruz kaldı (72). Ülkemizde 1920li yıllarda en önemli enfeksiyon hastalıklarından biri olan sıtmanın başarılı mücadelesi ve korunma önlemleri ile insidansı düşmüştür. Fakat yetersiz mücadelenin yapıldığı dönemlerde tekrar artmıştır. Bu nedenle mücadele ve önlemlerin sürekliliği önemlidir. En son 2002 yılında 10184 sıtma vakası görülmüş. 2009'da 38'e düşmüştür. 2018 yılında yabancı, ülke dışından gelenlerden 238 sıtma vakası görülmüş, yerli vaka görülmemiştir. 1990 yılından itibaren tanı konulan olguların %87'si Güneydoğu Anadolu Bölgesinde bulunmaktadır. Mevsimlik işçilik, askerlik, kontrolsüz göçler gibi nedenlerle yayılımı olabilmektedir. Ülkemizde ve ülkemize komşu ülkelerde sıtma insidansı sıfıra yakındır. Günümüzde olgular daha çok Afrika ülkelerine (Nijerya, Somali, Tanzanya, Ekvatorya yüksek insidansa sahip ülkeler ) seyahat edenlerde ve göç ile ülkemize gelenlerde görülmektedir (52.71). 'Ülkemizde sıtma açısından riskli bölgeler; Birinci sırada Güney- Güneydoğu Anadolu, ikinci sırada Akdeniz- Ege ve Marmara, üçüncü sırada İç Anadolu, dördüncü sırada Karadeniz ve Kuzeydoğu illeridir' (71). Tropikal- subtropikal bölgelere gidecek kişilerin ve riskli bölgelerde yaşayanların, profilaktik tedavi ve bireysel tedbirler konusunda (cibinlik ve sinek kovucu ürünler kullanmaları) eğitilmeleri önem taşımaktadır. Sıtma tedavisinde; kinolin bileşikleri, folik asit antagonistleri, artemisin deriveleri ve antimikrobiyal ilaç deriveleri kullanılmaktadır (71).

### **1.11 HIV/AIDS (1)**

- ✓ *Edinilmiş bağışıklık yetmezliği sendromu(AIDS)'na insan bağışıklık yetmezliği virüsü(HIV) sebep olur. HIV önlenemez, baskılanabilir ama tamamen tedavi edilemez.*

#### ***HIV bulaş yolları;***

- I. *HIV bulaşmış kişiyle korunmasız cinsel ilişki yoluyla,*

- II. *HIV enfekte anneden hamilelik, doğum veya emzirme döneminde bebeğine bulaşması*
- III. *HIV bulaşmış şırınga, kesici aletler ile kan yoluyla ve kan transfüzyonu ile bulaş*

***Sıradan temas veya başka yollarla bulaşmaz.***

- ✓ *HIV den korunma yolları, HIV testi, danışmanlığı, bakımı için nereden destek alınacağı konusunda sağlık uzmanlarından bilgi alınmalıdır. İnsanları HIV'den korunma yolları, HIV' in önlenmesi, HIV testi ve hastaların bakımı konusunda eğitmek önemlidir.*
- ✓ *Hamileler HIV hakkında sağlık uzmanlarından bilgi almalıdır. HIV salgını olan bölgede yaşıyorsa veya HIV bulaştığını düşünüyorsa HIV testi yaptırmalı, kendini ve aile üyelerini nasıl koruyacağını danışmanlardan öğrenmelidir.*
- ✓ *HIV pozitif anneden doğan çocuklara HIV testi yapılmalıdır. Test pozitif çıkarsa sevgi dolu bakım, destek ve tedavi alabileceği merkeze yönlendirilmelidir.*
- ✓ *İlişki, cinsellik ve HIV den korunma konusunda ebeveynler çocukları ile konuşmalıdır. "Kız ve erkek çocukların cinsel taciz, şiddet ve akran baskısından kaçınmayı, reddetmeyi veya savunmayı öğrenmeleri gerekir."*
- ✓ *Ebeveyn ve öğretmenler ergenlere sağlıklı ilişki ve davranış için yaşam becerileri kazandırmalıdır.*
- ✓ *Çocuk ve ergenler HIV' i önleme, bakım ve destek konusundaki faaliyetlere aktif olarak katılmalıdır.*
- ✓ *HIV den etkilenen çocuklar ve aileleri sağlık hizmetlerine, beslenme ve sosyal yardım hizmetlerine erişebilmelidir.*
- ✓ *Damgalama ve ayrımcılığı azaltmak için çalışmalar yapılmalıdır.*
- ✓ *HIV ile yaşayan tüm insanlar haklarını bilmelidir.*

İlk olarak Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 1980 yılında tespit edilen HIV enfeksiyonu ve edinsel immün yetmezlik sendromu (AIDS) dünya genelinde hızla yayılarak salgın haline dönüşmüştür (73). Salgının başlamasından 2018 yılı sonuna kadar yaklaşık 80 milyon insana HIV bulaştı ve ortalama 33 milyon (23.6 milyon- 43.8 milyon arası) insan AIDS kaynaklı hastalıklardan öldü. 2018 yılında yaklaşık 1,7 milyon insana HIV bulaştı ve yaklaşık 800 bin insan AIDS kaynaklı

hastalıklardan öldü. 2018'de HIV ile yaşayan 38 milyon insanın 1,7 milyonu 15 yaş altı çocuk. Dünya da 2010 yılından buyana yeni HIV enfeksiyonu yaklaşık %16 düştü, çocuklarda ise %41 azaldı. AİDS ile ilgili mortalite 2010 yılından buyana % 33 azaldı (74). Ülkemizde HIV/AIDS bildirim zorunlu hastalıktır.1985 yılında ilk vaka bildiriminden buyana artarak devam etmektedir. Yeni tespit HIV pozitif kişi sayısı yıllar geçtikçe katlanarak artmaktadır. Yeni tespit HIV pozitif kişi sayısı 2011 yılında 676 iken 2018 yılında 5,4 kat artarak 3678 oldu. 1985 yılından 31 Aralık 2018 tarihine kadar toplam 20202 HIV pozitif vaka bildirim yapılmış ve 1786 AİDS vakası tespit edilmiştir. % 79,98'si erkek, % 20,02'i kadındır. Bunlardan 205'i 15 yaş altı çocuk. %84'ü T.C. vatandaşı, %15 ya yakını ise yabancı kökenlidir (75). 1985 yılından beri elde edilen istatistiklere göre; HIV bulaşı en çok korunmasız cinsel ilişki ile olmaktadır( %49,2). Heteroseksüel cinsel ilişki ile bulaş %34,74- homoseksüel/ biseksüel cinsel ilişki ile bulaş %14,49. Damar içi madde bağımlılığı ile bulaş %1,26- Anneden bebeğe geçiş ile bulaş %0,80- Enfekte kan transfüzyonu ile bulaş %0,48- Nazokomiyal bulaş %0,36- Çoklu bulaş %1,01- Bulaş kaynağı bilinmeyen ise %48,78. Yıllara göre dağılım incelendiğinde erkek ile seks yapan erkek ile bulaşın arttığı, heteroseksüel ilişki ile bulaşın ise azaldığı görülmektedir. Vakaların en çok görüldüğü yaşlar 25-29 yaş grubu(%18,2 ) ve sonra 30-34 yaş grubu(%17,3) dur (73,75).

UNAIDS 2014 yılında 90-90-90 olarak adlandırılan bir hedef belirledi. 2020 yılına kadar HIV pozitif kişilerin % 90'nına tanı konulması, tanı konularının % 90'ına antiretroviral tedavi (ART) verilmesi ve tedavi görenlerin % 90'nında tam olarak viral baskılanma sağlanması. Ülkemiz antiretroviral ilaçlara erişim noktasında oldukça iyi durumdadır. Test yapıp tanı konularına ART başlanmasında sorun yoktur. ART başlananlarda altı ay içinde virolojik baskılanmanın sağlanması oranları da yüksektir. Ülkemizdeki sorun HIV ile yaşayanların gerçek sayısının bilinmemesidir. Damgalanmak ve ayrımcılığa maruz kalma korkusu (73).

Gökengin ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada; İnsan hakları ihlali oranı %30 ve damgalama/ayrımcılık oranı %23,1 olarak tespit edilmiş. Hakkında dedikodu yapılması ve sözel taciz, tehdit, incitilme en çok damgalama şekli olarak saptanmış. Damgalanmanın en önemli sebebi olarak insanların bulaşma yollarını bilmemesi ve rutin temas ile bulaşma korkusu olduğu tespit edilmiş. Çalışmaya katı-

lanların yaklaşık üçte biri damgalama nedeniyle işini kaybetmiş. Beşte biri ne de sağlık hizmeti verilmesi reddedilmiş. Sağlık görevlileri tarafından AIDS'li hastaların rızası olmadan üçüncü şahıslara hastalık durumunun açıklanması da tespit edilmiş (76).

HIV hamilelik, doğum sırasında ve anne sütü ile anneden bebeğe geçebilir. DSÖ kılavuzu ve yapılan araştırmalarda elde edilen kanıtlar HIV ile yaşayan annelere ART verilmesinin emzirme ile bulaşma riskini önemli düzeyde azalttığını göstermiştir. ART kullanan annenin ilk 6 ay bebeğine anne sütü verebileceğini önermektedir. Özellikle diyare, pnömoni veya beslenme yetersizliğinin olduğu bebeklerde 6. Aydan sonrada ek gıdalar ile birlikte anne sütü verilmelidir (41,77). HIV enfeksiyonu etkin tedaviye rağmen vücuttan tamamen yok edilemez. AIDS hayat boyu ilaç kullanılması gereken kronik hastalık haline gelmiştir. Sadece hastaların değil, aile ve toplumun da etkilendiği kültürel, yasal, ekonomik ve sosyal durumları da içeren ciddi halk sağlığı sorunudur. 2030 vizyonu; 'Yeni HIV enfeksiyonlarının sıfırlanması, HIV bağlantılı ölümlerin sıfırlanması, HIV'li bireylerin daha uzun ve sağlıklı yaşadığı bir dünya yaratarak HIV' le bağlantılı ayrımcılığa son verilmesidir'. Ülkemizde bildirimler, bireyin kimliğinin gizli tutulması amacıyla kodlama sistemi yoluyla yapılmaktadır. Her sene 6-7 milyon HIV testi yapılmaktadır. 1985 yılından beri gösterilen çaba HIV yayılımını engellemeye yetmemiştir. Yeni tespit HIV pozitif sayısı her sene katlanarak artmaktadır. Yeni vakaları önlemek için halkın HIV enfeksiyonu ve bulaşma yolları konusunda farkındalığının artırılması için daha çok çaba gösterilmelidir. Yaş grupları, sosyoekonomik ve kültürel düzeyler dikkate alınarak davranış değişikliği oluşturmak için çalışılmalıdır. Riskli durumla karşılaştıklarında çekinmeden test yaptırabilecekleri yollar (Aile hekimliği, gönüllü test ve danışmanlık merkezleri ) öğretilmelidir. Yüksek risk grubu olan seks çalışanları, homoseksüeller, transseksüeller, damar içi madde kullananlar başta olmak üzere hastalık insidansının yüksek olduğu yaş grupları ile riskli gruplar ve HIV pozitif vakalar ile mesleki olarak temas halindeki gruplara özel korunma ve test stratejileri geliştirilmelidir. HIV bulaşma riski yüksek olanlarda antiretroviral ilaçların korunma amacıyla kullanılmasının, bulaş önemli ölçüde önlediği kanıtlanmıştır (73,78).

### 1.12 YARALANMAYI ÖNLEME (1)

- ✓ *Anne, baba ve bakıcıların çocukların hareketlerini sıkı takip etmesi ve çocuğa zarar verebilecek çevresel faktörleri bertaraf etmesi ciddi yaralanmaları önler.*
- ✓ *Yolda ve yolun yakınında oynamak, yoldan çocukların tek başına geçmesi tehlikelidir. Bisiklet-motosiklet kullanırken kask takılmalıdır. Araçta yaşına uygun çocuk koltuğu kullanılmalıdır.*
- ✓ *Çocuklar suda ve yakınında (küvet, havuz, kanal, banyo ) yalnız bırakılmamalıdır.*
- ✓ *Küçük çocuklar için yanma ve haşlanma en yaygın ciddi yaralanma nedenlerindedir. Yanıcı maddelerden ve sıcak sıvılardan çocuklar uzak tutulmalıdır.*
- ✓ *Düşmeler küçük çocuklar için önemli bir yaralanma nedenidir. Merdivenler, balkonlar, çatılar, pencereler, oyun ve uyku alanları, çocukların düşmesini önlemek için dikey çubuklu bariyerler kullanılarak güvenli hale getirilmelidir.*
- ✓ *“İlaçlar, zehirler, böcek öldürücüler, çamaşır suyu, asitler ve parafin (gazyağı) çocukların göremeyeceği ve erişemeyeceği yerlerde dikkatli bir şekilde depolanmalıdır. Tehlikeli maddeler açıkça işaretlenmiş kaplarda saklanmalı ve asla içme şişelerinde saklanmamalıdır. Zehirli ürünlerin kaplarında çocuklara dirençli kapaklar kullanılmalıdır.”*
- ✓ *Sivri ve kesici aletler çocukların ulaşamayacağı yerde tutulmalıdır. Naylon poşetler çocukların boğulmasına neden olabilir.*
- ✓ *Çocukların yaşam alanında ağızlarına alıp boğulabileceği küçük nesnelere bulundurulmamalıdır.*

Dünyada 5-14 yaş arası çocukların ölme olasılığı 1990 da binde 15 den 2018 de binde 7'e düşmüştür. %53 lük azalmaya rağmen 2018 yılında 1 milyona yakın 5-14 yaş arası çocuk öldü. Büyük çocuk ve ergenler arasında bulaşıcı çocukluk hastalıklarından ölümler azalmıştır. Fakat trafik kazaları, boğulma, yanıklar ve düşmeler dahil yaralanma sonucu ölümlerde azalma yoktur (60). TÜİK verilerine göre ülkemizde 2018 yılında 1-17 yaş arası 6586 çocuk öldü. 1828 çocuğun ölüm sebebi dışsal yaralanma ve zehirlenmelerdi. 1-17 yaş arası tüm ölümlerin %27,8'i yaralanma ve

zehirlenmelerden dolayı oldu. 1-4 yaş arası ölümlerin %19' nun ( 549 çocuk ), 5-14 yaş arası ölümlerin %28,6'nın (695 çocuk ), 15-17 yaş arası ölümlerin %45,6'sının (584 çocuk ) sebebi yaralanma ve zehirlenmelerdir. Yaralanma ve zehirlenmeler ülkemizde de 1-17 yaş arası çocuk ölümü nedenleri arasında ( 0-4 yaş, 5-14 yaş, 15-17 yaş gruplarında da ) 1. sıradadır. Ülkemizde 2018 yılında 18 yaş altı 665 çocuk (2014 yılında 391) trafik kazasında hayatını kaybetti, 55611 çocukta (2014 yılında 51850 ) yaralandı. 2018 yılında trafik kazasında ölen çocukların 123'ü sürücü, 328'i yolcu, 214'ü yayaydı. Aracı kullanan çocuklardan 6'sının 9 yaşından küçük, 21'inin de 10-14 yaş arasında olması düşündürücüdür (79).

Kazaların sebeplerine baktığımızda hem çocuk hem de bakıcı ve ebeveyn kaynaklı olduğunu görmekteyiz. 0-6 yaş grubu çocuklar meraklı, arama- bulma ve öğrenmeye meyilli, tehlikenin farkına varamayan, çevresel risklere açık durumdadırlar. Bu nedenle düşme, yanma, boğulma, zehirlenme olaylarına daha çok maruz kalırlar. 0-6 yaş grubu çocuklar daha çok evde vakit geçirdikleri için ev ortamındaki riskleri belirlemek önemlidir. 0- 6 yaş grubunda ölümle sonuçlanan düşme vakalarının %50-80'ni evde olmaktadır. Annelerin yaşı, eğitim düzeyi, gelir seviyesi, ailenin kalabalık olması ev kazalarının olma riskini belirlemektedir. Çocukların merakını baskılamadan, onlar için güvenli bir ortam oluşturulmalıdır. Anne ve bakıcılara kazalar ve alınabilecek önlemler konusunda farkındalık oluşturulmalıdır (80). G. Gündüz ve ark. nın yaptığı çalışmada 1-3 yaş arası çocuğu olan annelerin durumu incelenmiş. Annelerin eğitim ve çalışma durumu, babanın eğitim durumu ve çocuk sayısının kazalarda etkili olduğu görülmüş. Araştırmada kaza yapan çocukların %55'i düşmeler, %15,2'si çarpmalar ve %12,5'u yanıklar, %5,5'i boğulma, %6,7'si delici-kesici alet yaralanması, %5,1'i zehirlenme sonucu yaralanmış. Kaza geçiren çocukların %14,1'nde kalıcı hasar oluşmuş (81). Ev kazaları alınacak basit önlemler ile önlenbilir önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ebeveyn ve bakıcıların çocuklar için evde güvenli yaşama ve oynama alanı sağlamaları önemlidir. Aile hekimleri tarafından ebeveyn ve bakıcıların eğitilmesi, bilinçlendirilmesi gerekmektedir (82).

TNSA 2018 araştırmasına göre ülkemizde 5 yaş altı çocukların %6'sı evde tek başına ya da 10 yaşından küçük birinin kontrolüne bırakılmakta. Bu durum kaza, ihmal ve istismar riskini arttırmaktadır. TNSA 2018 verilerine göre kırsalda, ülkenin güneyinde düşük eğitim seviyesi ve düşük refah düzeyi olan ailelerde bu durum daha

çok görülmektedir (18). A.Üstoğlu ve ark. tarafından 0-6 yaş arası çocuklarda yabancı cisim aspirasyonu olan vakaların incelendiği çalışmada; çocukların %84'nün 1-3 yaş arasında olduğu, %70'nin erkek olduğu, kazanın %81,7'nin evde - %10,8'nin misafirlikte olduğu saptanmış. Annelerin yaklaşık % 68'nin yabancı cisim aspirasyonunu engellemek için alınabilecek önlemleri bilmediği, kaza olduktan sonrada nasıl davranacaklarını bilmedikleri saptanmış. Annelerin eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeyinin de arttığı saptanmış. Çocuklara müdahale sonucu çıkarılan yabancı cismin % 41'i fındık ve fıstıkmış (83).

Yıldırım Y. ve ark. nın yaptığı araştırmada 18 yaş altı yaralanma nedenleri arasında trafik kazaları ilk sırada, istemli yaralanmalar ( darp- cebir, ateşli silah, kesici- delici elet yaralanması, cinsel istismar, intihar girişimi ) ikinci sırada bulunmuş. İstemli yaralanmalar okul çağı ve adolesan dönemde daha sıktır. Trafik kazaları, düşme ve zehirlenmeler ise istemsiz yaralanmaların en önemli sebepleridir (84). Kartal A. ve ark. tarafından yapılan sistematik derlemede 4-18 yaş arası çocuklarda istemsiz yaralanmaların en çok okulda ve trafikte olduğu saptanmış. Okulda uygulanan eğitim programlarının yaralanmaları önlemede etkili olduğu belirtilmiştir (85).

TÜİK verilerine göre ülkemizde 2018 yılında 239 çocuk intihar etmiştir. intihar eden çocukların toplam intiharlar içindeki oranı : %7,6 (erkek %5,2, kız %14,9 )dur. Bu oran Ortadoğu Anadolu da kızlarda %30, erkeklerde % 12,8dir (79).

Önlenebilir çocuk ölümlerinde trafik kazaları, istemli ve istemsiz yaralanmalar ile zehirlenmeler ciddi halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Ebeveynlerin eğitilmesi, farkındalığın oluşturulması, evlerde alınacak basit önlemler ve okulda çocukların ve velilerinin eğitilmesi çalışmaları ile ölümler engellenebilir.

### **1.13 ACİL DURUMLARA HAZIRLIK VE MÜDAHALE (1)**

- ✓ *Çatışma, afet, salgın gibi acil durumlarda çocuklar; normal zamandaki aynı haklara sahiptir.*
- ✓ *Aileler ve toplum acil durumlar için evde, okulda ve toplumda acil eylem planları yapmalıdır.*
- ✓ *Kızamık, ishal, zatürree, sıtma, yetersiz beslenme ve yeni doğan komplikasyonları, özellikle acil durumlarda çocuk ölümlerinin başlıca nedenleridir.*

- ✓ *Salgın hastalıklar acil durumlara neden olabilir.*
- ✓ *Pandemiler olduğunda, hastalar karantina altına alınmalıdır.*
- ✓ *Anneler acil durumlarda bile emzirmeye devam etmelidir.*
- ✓ *Çocuklar acil durumlarda şiddetten korunma hakkına sahiptir. Hükümetler, sivil toplum, uluslararası örgütler, topluluklar ve aileler onları koruma sorumluluğuna sahiptir.*
- ✓ *Çocuklar aileleriyle birlikte kendilerini güvende hisseder. Aile bütünlüğünü korumak için her türlü çaba sarf edilmelidir.*
- ✓ *Afet ve silahlı çatışma ortamlarında çocuklara özel ilgi ve sevgi gösterilmelidir. Böylelikle çocukların yaşadığı stres ve korku azaltılabilir.*
- ✓ *Çocuklar acil durumlarda bile eğitim hakkına sahiptir. Çocukların güvenli, çocuk dostu bir okula gitmelerini sağlamak, normallik duygularını güçlendirmeye ve iyileşme sürecini başlatmaya yardımcı olur.*
- ✓ *Çocuklar ve aileleri sadece güvenli ilan edilen alanlarda kalmalı ve bilinmeyen nesnelere kaçınmalıdır.*

Afetler oluşma zamanı tam kestirilemeyen, doğal ya da insan kaynaklı oluşan, fiziksel, ekonomik ve psiko-sosyal sonuçları olan olaylardır. Toplumun afetlere hazırlıklı olması, afet öncesi– afet sırasında ve sonrasında yapılacakların planlanması zaruridir. Afet durumlarına hazırlık Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP), Ulusal Deprem Stratejisi ve Eylem Planına (UDSEP) göre yapılmaktadır. Afet yönetim planlamaları çocukları da kapsamalıdır (86,87). Maalesef çocuk merkezli afet yönetim planları henüz Türkiye’de yok.(86). Dünyada her yıl yaklaşık 150 milyon insan afetlerden etkilenmektedir. Çatışmalardan etkilenen bölgelerde 420 milyona yakın çocuk yaşıyor. Çatışmalar, doğal afetler ve salgın hastalıklar insanların ve çocukların hayatlarını tehdit etmektedir. 2018 yılında yaklaşık 69 milyon insan evlerini terk etmek zorunda kaldı ve 25,4 milyon insan mülteci oldu. Mültecilerin yarısından fazlası da çocuktur. 2018 yılında afet ve çatışma ortamlarından etkilenen ciddi akut yetersiz beslenen 3,4 milyon çocuk UNİCEF koordinasyonu ile tedavi edildi (5). Ülkemizde 1900-2017 yılları arasında olan depremlerde 86 bin 802 kişi yaşamını yitirdi (88).

Çocukların afetleri fazla zarar görmeden atlatabilmesi için afet yönetim planlarının merkezine çocuklar yerleştirilmeli ve çocukların ihtiyaçlarına cevap verecek

planlar oluşturulmalıdır (86). Çocukların psikolojik ve fiziksel özelliklerini dikkate alan, yaş ve cinsiyetlerine göre, aile-çocuk-okul işbirliğinde uzman ekipler koordinatörlüğünde yürütülecek yapıda olan afet yönetimi planlamaları olmalıdır. Afet yönetiminin oluşturulması ve uygulamasında çocuklarda katkı sağlamalıdır. Çocukların görüşleri dikkate alınmalıdır. Çocukların zayıf ve kırılabilir yapıları göz ardı edilmemelidir (86).

**Tablo 2;** Afet Yönetim Aşamaları (86)

RİSK YÖNETİMİ			KRİZ YÖNETİMİ		
AFET ÖNCESİ			AFET	AFET SONRASI	
Önleme	Zarar azaltma	Hazırlık	Acil Yardım	İyileştirme	Yeniden inşa

**Önleme Aşaması** Afetlere hazırlığın ilk aşamasıdır. Afetlerin (yangın, sel gibi.) oluşmaması için ve engellenemeyen afetler sırasında oluşabilecek ikincil tehlikeleri önlemek için yapılan çalışmaları kapsar. Evlerde, okullarda ve doğal çevrede tehlikeler için önlem alınmalıdır. **Zarar Azaltma Aşaması** toplumun afetlere maruziyet düzeyini azaltmak ve savunma gücünü arttırmak için çalışmaları içerir. Mühendislik çalışmaları yanında Eğitim kurumları aracılığı ile yaş aralıklarına göre çocukların ve ailelerin olası afetlere karşı bilinçlendirilmesini sağlayacak programları kapsar. **Hazırlık Aşamasında** çocuklara afetler ve olağandışı acil durumlarda ve sonrasında ne yapmaları gerektiği aileler, eğitimciler ve yetkili kurumlar tarafından öğretilmelidir. Yapılan anket çalışmalarında çoğunluğun afetlere hazırlık hakkında yeterli bilgisinin olmadığı saptanmıştır. Okullarda çocukların farkındalığını arttıracak faaliyetler yapılmalıdır. Okulların güçlendirilmesi çocuklara güvenli ortam sağlayacaktır. Ailenin bir arada olması, bilinçli olması ve toplumun hazırlıklı olması çocukları da afetlere karşı güçlü kılacaktır. **Acil Yardım Aşamasında** barınak ve yiyecek-giyecek dağıtımında çocuklu ailelere öncelik verilmeli. Aile bütünlüğü sağlanmalı. Bebek ve küçük çocukların mama ve gıda ihtiyacı ivedilikle sağlanmalıdır. Çocuk istismarı ve çocuk kaçakçılığına karşı önlemler alınmalıdır. Acil yardım müdahaleleri çocukların fizyolojik ve ruhsal durumları gözetilerek yapılmalıdır. **İyileştirme Aşamasında** Geçici barınma alanlarında çocuklara ve kadınlara yemek, su, tuvalet, banyo gibi durumlarda pozitif ayrımcılık yapılmalıdır. Sağlık hizmetleri, psikolojik destek verilmeli. Güvenli-geçici okullarda kesintisiz eğitim sağlanmalıdır. Çocukların mahre-

miyetine özen gösterilmelidir. Çocukların duygu ve düşüncelerini aktaracak faaliyetler( yaz ve çiz teknikleri gibi) ve oyunlar düzenlenmelidir. **Yeniden İnşa Aşamasında** Afettede çocuklarda psikolojik ve fizyolojik problemlerin tedavisi uzun bir süreçtir. Dayanışma, birlik olma ve güven duyguları pekiştirilmelidir. Afet öncesindeki alışkanlıklarını(el yıkama, banyo, oyun gibi) devam ettirebilmeleri için imkan sağlanmalı, hijyenik ortam oluşturulmalıdır. Kalıcı konut, eğitim alanları, oyun alanları ve yollar çocukların kullanımına uygun ve güvenli olmalıdır. Sağlık hizmetleri, rehabilitasyon ve eğitim devam etmelidir. Risk yönetimi ve kriz yönetiminin tüm aşamalarında çocukların aktif katılımı sağlanmalı, düşünceleri dikkate alınmalıdır (86,87).

AFAD (Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı) ile AFAD-DEM (Afet ve Acil Durum Eğitim Merkezi), Deprem Simülasyon Tırları ile depremlere hazırlık, deprem anı ve sonrasındaki doğru davranış şekilleri uygulamalı olarak anlatılıyor. Çocukların depremler ve alınacak önlemler hakkında bilinçlendirilmesi için tiyatro oyunu sahneliyorlar (89).

#### **1.14 ÇOCUK KORUMA (1)**

- ✓ *Her çocuk aile içinde büyümelidir. Aileyi bir arada tutmak için yetkililer çaba göstermelidir.*
- ✓ *Her çocuğun doğum kaydı yapılmalıdır. Doğum kaydı; eğitim, sağlık hizmetleri, yasal ve sosyal hizmetler hakkından çocuğun faydalanmasını sağlar.*
- ✓ *Çocuklar her türlü şiddet, ihmal ve fiziksel, cinsel, duygusal istismara karşı aile, toplum ve yetkililer tarafından korunmalıdır.*
- ✓ *Çocuklar okula gitmeli, zorla çalıştırılmamalı, tehlikeli olan işlerden korunmalıdır.*
- ✓ *Çocukların evde, okulda, işyerinde veya toplum içinde cinsel istismar ve sömürülmesine karşı önlemler alınmalıdır.*
- ✓ *Devlet, sivil toplum ve aile; çocukları insan ticaretinden korumak ve mağdur olmuş çocukların yeniden topluma kazandırılmasından sorumludur.*
- ✓ *Suç işlemiş çocuklara adli uygulamalar çocuk haklarına uygun, cezalandırıcı değil topluma kazandırıcı olmalıdır.*
- ✓ *Aile bütünlüğünü korumak, çocukların okula devamını sağlamak, sağlık hizmetlerine erişimi sağlamak için ihtiyacı olan ailelere gelir desteği ve sosyal yardım verilmelidir.*

- ✓ *Çocuklar fikirlerini özgürce ifade edebilmeli. Çocukların görüşleri çocuğun yaşı ve olgunluğuna göre dinlenmeli ve ciddiye alınmalıdır.*

Çocuk hakları Cenevre Çocuk Hakları Bildirisi(1924), Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Beyannamesi(1959) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme (1989) ile resmîyet kazanmış dünyadaki tüm çocukların doğuştan sahip olduğu barınma, eğitim, sağlık, her türlü sömürüye karşı korunma gibi haklarının tanımlanmasında kullanılan evrensel bir kavramdır. 1995 tarihinde Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmeye ülkemiz de taraf olmuştur (90).

### **Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesine göre (91-93);**

Kanunen 18 yaşından küçükler, daha erken yaşta reşit olma durumu hariç çocuk kabul edilir ve sözleşmede belirtilen haklara sahiptirler.

- Doğumda nüfus kütüğüne kaydedilip vatandaşlık kazanma ve isim hakkı.
- Ana-babasını bilme ve onlar tarafından korunma, bakılma, yetiştirilme, yaşama ve gelişme hakkı.
- Eğitim (İlköğretimin zorunlu ve parasız olması).
- Her türlü fiziksel ve psikolojik zararlı etkilerden, ihmal, cinsel ve duygusal istismardan korunma hakkı.
- Aile ve sosyal yaşama katılma ile dinlenme ve oyun oynama hakkı.
- Sosyal güvenlikten yararlanma, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmeti alma hakkı.
- Yeterli beslenme, temiz içme suyu ve sağlıklı çevre ile hastalıklardan korunma hakkı.
- Fiziksel, zihinsel, ahlaki ve sosyal gelişmesini sağlayacak olanaklara sahip olma hakkı.
- Çocukların kendisi ile alakalı her konuda görüşlerini ifade etme hakkı.
- Zihinsel ve bedensel özürlü çocukların toplumsal yaşama katılmalarını sağlayacak özel bakım ve eğitim görme hakkı.
- Devletin her kademesinde çocuğu ilgilendiren bütün faaliyetlerde **çocuğun yüksek yararının gözetilmesi** esastır.

- Çocuk için gerekli elverişli koşulların sağlanması görev ve sorumluluğu öncelikle ana-baba veya yasal vasisine aittir. İhtiyaç olduğunda maddi yardım ve destek programları uygulanmalıdır.
- Çocukların kaçırılması, satılması ve cinsel istismarı ile uyuşturucu ve psikotrop maddelere erişimleri engellenmelidir.
- Çocukların yetiştirilmesi sürecinde topluma özgü değerler dikkate alınmalıdır.

‘Kötü davranışlara, ihmale ya da tutukluluğa maruz kalan çocuklara yeniden topluma kazandırılmaları için gerekli özen gösterilmelidir’ (93). ‘Eğer ana-baba çocuğun masraflarını karşılayamayacak durumda ise, çocuğun giderleri devlet tarafından karşılanır(M.K.277)’ (91). Çocukların doğum sonrası olduğu kadar doğum öncesinde de özel koruma gereksiniminin olduğu ve haklarının olduğu unutulmamalıdır (92).

Ülkemizde çocuk hakları ile ilgili önemli gelişmeler olmuştur. Fakat çocukların güçlerini aşan işlerde çalıştırılması, iş kazaları ile işten kaynaklı hastalık ve sakatlıklara maruz kalması sorunları devam etmektedir.5 yaş altı nüfus kaydı olmayan çocukların oranı 1993 TNSA da %26 iken 2018 TNSA da %2’e düşmüştür. 2018 TNSA ya göre; 18 yaş altı çocukların %92 si öz anne ve babaları ile birlikte yaşamakta, %7 si sadece bir ebeveyn ile yaşamakta, %1’i ise öz anne veya babasından hiçbiri ile yaşamamaktadır. 18 yaş altı çocuklardan öz anne ve baba ile yaşamayanların oranı %1dir. Öz anne veya babasından herhangi birinin öldüğü çocukların oranı %2dir. 1997-98 eğitim döneminde ilkokula giden çocukların oranı %85,6 , orta öğretime gidenlerin oranı 74,7 iken 2018-19 eğitim döneminde %99,6 – lise ve dengi okullara gidenlerin oranı 93,8dir (18).

2019 yılı TÜİK verilerine göre 5-14 yaş arası **35 bin** çocuk, 15-17 yaş arası **421bin** çocuk ücretli veya yevmiyeli olarak çalışmaktadır. **261bin** çocukta ücretsiz aile işçisi olarak çalışmakta. **4 bin** çocuk ise kendi hesabına çalışmaktadır.720 bin çalışan 5-17 yaş arası çocuğun; %1,3’ü (9bin çocuk) Herhangi bir yaralanma, sakatlanmaya maruz kalmıştır. %48,4ü Fiziksel sağlığı olumsuz etkileyen faktörlere maruz kalmıştır. %6,4ü kaza riski yaşamıştır.15-17 yaş eğitime devam etmeyen çocuk sayısı 634bin. Bunların %67,6sı çalışmamaktadır (79).

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

- ✓ ‘Public Health Literacy Knowledge Scale’ Ölçeğini Türkçe’ ye çevirmek için Andrew Pleasant ile iletişime geçildi ve gerekli izin alındı.
- ✓ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas SUAM Akademik Kurul onayı alındı(08.11.2017).
- ✓ Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurul onayı alındı(20.02.2018).
- ✓ Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Araştırma Değerlendirme Kurulu onayı alındı (08.05.2018).

### 1. İNGİLİZCE FORMUN TÜRKÇEYE ÇEVİRİLMESİ

İngilizce ölçeğin Türkçeye tercüme edilmesi iki adımda gerçekleştirildi. Birinci adımda ölçek, anadili Türkçe olan bir lengüist ve konusunda kompetan bir kişi olmak üzere iki kişi tarafından İngilizce’den Türkçe ’ye ölçeğe ait maddelerin birbirlerinden bağımsız olmasına dikkat edilerek çevirisi yapıldı. Ölçeğin her maddesi araştırmacılar tarafından en uygun tercüme, lisan, kavramda eşdeğerlilik ve mana uygunluğu yönünden tetkik edildi. İkinci adımda Türkçeye tercüme edilen ölçek geri tercüme metodu ile tekrar İngilizce’ ye çevrildi ve daha sonra özgün formu ile karşılaştırılarak ölçek maddelerini en iyi ifade ettiği düşünülen çeviriler benimsendi.

### 2. ÖRNEKLEM GENİŞLİĞİNİN BELİRLENMESİ

Kestirim yönteminin doğru sonuç vermesi için doğrulayıcı faktör analizinde örneklem genişliği önemlidir, ama örneklem sayısı hakkında net görüş birliği yoktur (94).

Kline’a göre, örneklem sayısı ölçeğin madde sayısının 10 katı olması ve bu sayının 200’ den fazla olması gerekir (95).

Andrew ve arkadaşları ölçeğin her maddesi için tercihen örneklem sayısının 20 olmasını ama ölçeğin her maddesi için 10 örneklem olmasının yeterli olacağını belirtmişlerdir (96).

Erkuş ile MacCallum, Widaman, Zhang ve Hong tarafından ölçekteki madde sayısının 5 katı kadar örneklem genişliğinin olması önerilmiştir (97,98).

Çalışmada Kline tarafından önerilen kriter dikkate alınarak, olası örneklem kayıpları ve ölçeğin dil bakımından eş değeriği çalışmasını da içerecek şekilde 290 kişi örnekleme alındı.

### **3. ÖLÇEĞİN GÜVENİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (Test-yeniden test yöntemi )**

Türkçe ölçek Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi İngilizce son sınıf öğrencilerinden gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden 40 lisans öğrencisine uygulandı. 3 hafta sonra İngilizce ölçek formu aynı öğrencilere uygulandı.

40 lisans öğrencisinden elde edilen yanıtlar doğrultusunda ölçeğin Türkçe ve İngilizce formu arasındaki ilişki korelasyon analizi kullanılarak incelendi.

### **4. ÖLÇEĞİN KAPSAM GEÇERLİLİĞİ**

Barr D. Weiss ve arkadaşları tarafından geliştirilen En Yeni Yaşamsal Bulgu (EYYB ) ölçeği ile değerlendirildi (99). Yenişehir 1 Nolu Siteler ASM ye muayene ve kontrol için gelen vatandaşlardan 250 kişiye Türkçe Halk Sağlığı Okuryazarlığı (HSOY) Bilgi Ölçeği ve EYYB ölçeği uygulandı.250 kişiden 40'ına da Türkçe Halk Sağlığı Okuryazarlığı Bilgi Ölçeği ve EYYB Ölçeği 2 hafta ara ile yeniden uygulandı.

Verilerin toplanmasında İngilizce son sınıf öğrencilerine sınıfta önce Türkçe form tek oturumda cevaplandırıldı. 3 hafta sonra İngilizce form tek oturumda aynı öğrencilere cevaplandırıldı. Yenişehir Siteler Aile Sağlığı Merkezine gelen aile hekimliği birimime kayıtlı hastalara ise yüz yüze görüşme tekniği uygulandı.

Verilerin analizi SPSS (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Versiyon22.0. Armonk, NY: IBM Corp) programıyla yapıldı, istatistiksel anlam düzeyi  $\alpha=0,05$ olarak alındı.

### **5. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE EVRENİ**

#### **5.1 Katılımcılar**

Bu araştırma Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi İngilizce son sınıf öğrencilerinden gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenciler ile Bursa Yenişehir Siteler Aile Sağlığı Merkezi 1617001 Nolu Aile hekimliği birimime kayıtlı 20-

69 yaş arası birim nüfus piramidine göre oransal eşit sayıda, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden 250 kayıtlı birey üzerinde gerçekleştirildi. Araştırmaya katılanlardan onam alındı.

### **5.2 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:**

- ✓ Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- ✓ 18 yaşından büyük olmak
- ✓ Okur-yazar olmak
- ✓ Tanı konulmuş herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmamak

## **6. KULLANILAN ANKET FORMLARI**

Bu araştırmada hastaların sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan bir anket Formu, sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmek için En Yeni Yaşamsal Bulgu (EYYB) anketi ile Türkçe ve İngilizce Halk Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (Public Health Literacy Scale) kullanıldı.

### **6.1 Sosyo-demografik bilgilerle ilgili anket formu (EK-1):**

Protokol numarası, cinsiyet, yaş, medeni hal, boy, kilo, beden kitle indeksi, sigara ve alkol içip içmediği ve içiyorsa miktarı sorgulandı. Ayrıca haftada okunan gazete sayısı, kitap okuma alışkanlığı ve yılda okunan kitap sayısı, mesleği, eğitim durumu, gelir durumu ve kronik hastalıkları da sorgulandı.

Antropometrik ölçümlerden boy ve ağırlık, standart ölçüm aletleri kullanılarak ölçüldü. Boy ölçümü sırasında kişilerin ayakkabılarını çıkarmaları sağlandı. Kilo ölçümü esnasında hastaların üzerindeki ağırlık yapacak kıyafet ve eşyaların çıkarılması sağlandı

Beden kitle indeksi(BMI) değeri hastanın kilosunun boyunun karesine bölünmesi ile (ağırlık/boy<sup>2</sup>-kg/m<sup>2</sup>) hesaplandı.

### **6.2 En Yeni Yaşamsal Bulgu Anketi formu (EYYB) (EK-2):**

Weiss ve ark. (2005) tarafından geliştirildi. Bu ölçekte bir dondurma besin etiketi ile ilgili 6 soru var ve ortalama 3-6 dakika sürer. Bu sorulardan ilk dördü hesaplama gerektirip son iki soru sayısal beceri gerektirmez. EYYB okuma ve anlamayı test etmektedir. Okuryazarlık, hesaplama ve kavrama becerilerini ölçer (99).

Katılımcının verdiği her doğru cevap 1 puan olarak hesaplanır ve aldığı toplam puana göre sağlık okuryazarlık düzeyi belirlenir.

Puanların toplamına göre:

1. Toplam puan 0-1: Çok kısıtlı okuryazarlık
2. Toplam puan 2-3: Kısıtlı okuryazarlık
3. Toplam puan 4-6: Yeterli okuryazarlık şeklindedir.

### **6.3 Kamu Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (Public Health Literacy Knowledge Scale) (EK-3)**

Halk sağlığını ilgilendiren temel konuların yer aldığı 17 maddeden oluşan bir ölçektir (2). Doğru olarak cevaplanan her maddeye 1 puan verilir ve toplam 17 puan üzerinden değerlendirme yapılır.

## **7. YAPILAN İŞLEMLER**

Çalışma 2 aşamada gerçekleştirildi.

Birinci aşamada 1-30 Nisan 2018 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi dekanlığından izin alınarak İngilizce son sınıf öğrencilerinden gönüllü olarak çalışmaya katılanlara sınıflarında önce İngilizce ölçek, 3 hafta sonrada aynı öğrencilere Türkçe ölçek cevaplandırıldı. Türkçe ve İngilizce ölçeği cevaplayan 40 öğrenci çalışmaya dahil edildi. Oturumlardan birisine katılmayan, sadece İngilizce veya Türkçe ölçeği cevaplandıranlar çalışmaya dahil edilmedi. Formların üzerinde kimlik bilgisine yer verilmedi, sadece eşleştirme için öğrenci numaraları yazmaları istendi. Onam formu alındı.

İkinci aşama 1 Haziran 2018- 31 Aralık 2018 tarihleri arasında Bursa Yenişehir 1 Nolu Siteler Aile Sağlığı Merkezinde yapıldı. Katılımcılarla görüşmenin gizliliğinin sağlandığı rahat bir ortamda yüz yüze görüşülerek anket formları dolduruldu. Boy ve kiloları ölçüldü. Formların üzerinde kimlik bilgisine yer verilmedi ve hasta gizliliğine özen gösterildi. Aile hekimliği birimime kayıtlı ve çalışmaya katılmayı kabul eden 250 kişi ile gerçekleştirildi. Test-tekrar test yöntemiyle güvenilirlik incelenmesinde, HSOY ölçeği ilk uygulamadan üç hafta sonra 40 kişilik bir gruba tekrar uygulandı ve test-tekrar test korelasyonu  $r_s=0,93$  ( $p<0,001$ ) olarak bulundu.

## 8. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

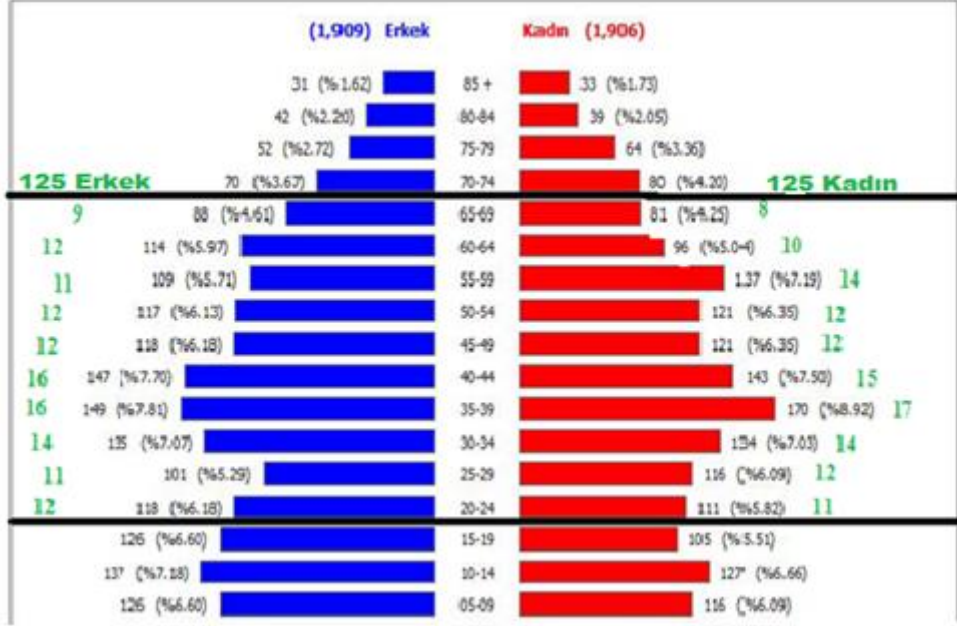
Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ( iç tutarlılık güvenilirliği) ve test-tekrar test yöntemi ile ölçek güvenilirliği incelendi. Test-tekrar test korelasyonu Spearman (rs) korelasyon katsayısı ile incelendi. HSOY ve EYYB ölçeğinden toplanan puanlar arasındaki ilişki Spearman korelasyon katsayısı (rs) ile analiz edilerek ölçeğin kriter geçerliliği incelendi. Açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi kullanılarak yapısal geçerlilik araştırıldı. AFA ile ölçeğin çalışma popülasyonundaki faktör yapısının keşfedilmesi amaçlandı. DFA kullanılarak, ölçeğin AFA sonucunda elde edilen ölçek modeline uygunluğu araştırıldı ve ölçeğin farklı yapıları belirleme yetisi incelendi. Sosyo demografik özelliklerin istatiki analizleri ile HSOY ölçeğinin farklı yapıları belirleme yeterliliği incelendi. Kruskal Wallis Testi ve Mann-Whitney U testi ile gruplar arası farklılıklar analiz edildi. Sürekli değişkenler için ortanca (minimum-maksimum) veya ortalama ve standart sapma değerleri tanımlayıcı istatistikler için verildi. Kategorik değişkenler n ve yüzde değerleri olarak gösterildi. Anlamlılık düzeyi  $\alpha=0,05$  alındı. Çoklu karşılaştırmalarda anlamlılık denemelerinde Bonferroni düzeltmesi ( $\alpha^*$ ) yapıldı.

İstatistiksel analizlerde SPSS 21 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp ), Factor v.10.8.04 ve Amos (Arbuckle, J. L. (2014). Amos (Version 23.0) [Computer Program]. Chicago: IBM SPSS.) programları kullanılmıştır.

## BULGULAR

### 1. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Araştırmaya katılan gönüllülerin yaş dağılımı Aile hekimliği birimime kayıtlı 20-69 yaş arası birim nüfus piramidine göre oransal eşit sayıda alınmıştır.



Şekil 1; Nüfus Piramidi

Katılımcıların sosyo-demografik durumları Tablo-3 de verilmiştir. Katılımcıların %30'u üniversite mezunu, %26,8'i lise mezunu, %42,4'ü ilköğretim mezundur.

**Tablo 3;** Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

<b>n=250</b>	
<b>Yaş (yıl)</b>	
<i>20-24 Arası</i>	48(% 19,20)
<i>25-29 Arası</i>	61(% 64,40)
<i>30-34 Arası</i>	55(% 22)
<i>35-39 Arası</i>	49(% 19,60)
<i>40-44 Arası</i>	37(% 14,80)
<b>Cinsiyet</b>	
<i>Erkek</i>	125(% 50)
<i>Kadın</i>	125(% 50)
<b>Boy(cm)</b>	167±8.95(125:190)
<b>Kilo(kg)</b>	75.69±15(40:160)
<b>BMI(kg/m<sup>2</sup>)</b>	26.95±5.26(17.01:51.20)
<b>Medeni Durum</b>	
<i>Evli</i>	201(% 80.40)
<i>Bekar</i>	31(% 12.40)
<i>Ayrılmış/Boşanmış</i>	14(% 5.60)
<i>Dul</i>	4(% 1.60)
<b>Sigara Kullanımı</b>	70(% 28)
<b>Sigara Adet*</b>	15.47±9.70(1:50)
<b>Alkol Kullanımı</b>	14(% 5.60)
<b>Meslek</b>	
<i>Memur</i>	65(26)
<i>Ev Hanımı</i>	58(23.30)
<i>Çiftçi</i>	40(16)
<i>Esnaf</i>	34(13.60)
<i>İşçi</i>	24(9.60)
<i>Emekli</i>	23(9.20)
<i>Öğrenci</i>	6(2.40)
<b>Eğitim Durumu</b>	
<i>Okur-yazar</i>	2(% 0.80)
<i>İlkokul</i>	70(% 28)
<i>Ortaokul</i>	36(% 14.40)
<i>Lise</i>	67(% 26.80)
<i>Ön lisans</i>	27(% 10.80)
<i>Lisans</i>	45(% 18)
<i>Lisansüstü</i>	3(% 1.20)
<b>Gelir</b>	
<i>Kötü</i>	4(% 1.60)
<i>Orta</i>	157(% 63.10)
<i>İyi</i>	84(% 33.70)
<i>Çok iyi</i>	4(% 1.60)
<b>Gazete sayısı (haftada)</b>	2(0:7)
<b>Kitap sayısı (yılda)</b>	2(0:100)

Veriler ortalama± standart sapma (minimum: maksimum), medyan (minimum: maksimum) ve n(%) olarak ifade edilmiştir.

Katılımcıların kronik hastalıkları Tablo-4’de verilmiştir. Katılımcıların %12,8’inde Hipertansiyon, %8,8’inde Diyabet Mellitus, %6’inde Kalpdamar Hastalığı ve %3,6’ında Astım vardı.

**Tablo 4;** Kronik hastalıkların dağılımı

	<b>n=250</b>
<b>Kronik Hastalık</b>	<b>83(%33.20)</b>
<i>Hipertansiyon</i>	32(%12.80)
<i>Diyabet</i>	22(%8.80)
<i>Kalp damar hastalığı</i>	15(%6)
<i>Astım</i>	9(%3.60)
<i>Romatolojik hastalık</i>	8(%3.20)
<i>Hiperlipidemi</i>	7(%2.80)
<i>Böbrek hastalığı</i>	5(%2)
<i>Hipotroidi</i>	4(%1.60)
<i>Koah</i>	4(%1.60)
<i>Karaciğer hastalığı</i>	3(%1.20)
<i>Benign prostat hipertrofisi</i>	2(%0.80)
<i>Epilepsi</i>	2(%0.80)
<i>Haşimatoitroiditi</i>	2(%0.80)
<i>Psikiyatrik hastalık</i>	2(%0.80)
<i>Guatr</i>	1(%0.40)
<i>Hiatal herni-özefajit</i>	1(%0.40)
<i>Hipotroid</i>	1(%0.40)
<i>Kronik hepatit b</i>	1(%0.40)
<i>Migren</i>	1(%0.40)
<i>Osteoporoz</i>	1(%0.40)
<i>Kanser</i>	1(%0.40)
<i>İnme / felç</i>	0
<i>Demans</i>	0

Veriler medyan(minimum: maksimum) ve n(%) olarak verilmiştir.

## 2. GEÇERLİLİK ANALİZLERİ

### 2.1 Ölçeğin Dil Eşdeğerlik Çalışmaları

‘Public Health Literacy Knowledge Scale’ Ölçeğini Türkçe’ ye çevirmek için Andrew Pleasant ile iletişime geçildi ve gerekli izin alındı. İngilizce ölçeğin Türkçeye tercüme edilmesi iki adımda gerçekleştirildi. Birinci adımda ölçek, anadili Türkçe olan bir lügüist ve konusunda kompetan bir kişi olmak üzere iki kişi tarafından İngilizceden Türkçeye ölçeğe ait maddelerin birbirlerinden bağımsız olmasına dikkat

edilerek çevirisi yapıldı. Ölçeğin her maddesi araştırmacılar tarafından en uygun tercüme, lisan, kavramda eşdeğerlilik ve mana uygunluğu yönünden tetkik edildi. İkinci adımda Türkçeye tercüme edilen ölçek geri tercüme metodu ile tekrar İngilizce'ye çevrildi ve daha sonra özgün formu ile karşılaştırılarak ölçek maddelerini en iyi ifade ettiği düşünülen çeviriler benimsendi. Oluşturulan Türkçe ölçek Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi İngilizce son sınıf öğrencilerinden gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden 40 lisans öğrencisine uygulandı. 3 hafta sonra İngilizce ölçek formu aynı öğrencilere uygulandı. 40 lisans öğrencisinden elde edilen yanıtlar doğrultusunda ölçeğin Türkçe ve İngilizce formu arasındaki ilişki korelasyon analizi kullanılarak incelendi.

Ölçeğin Türkçe ve İngilizce formu arasında yüksek düzeyde pozitif ilişki saptandı ( $r_s= 0.78$ ,  $p<0.001$ ) ve eşdeğer oldukları değerlendirildi.

## **2.2 Ölçüt (Kriter) Geçerliliği**

Ölçeğin ölçüt (kriter) geçerliğini belirlemek için Weiss ve ark. tarafından geliştirilmiş EYYB ölçeği ölçüt alınmıştır. HSOY ölçeği ve EYYB ölçeklerine ait toplam ölçek puanları arasında aynı yönlü anlamlı bir ilişki belirlenmiş olup ( $r_s=0.68$ ;  $p<0.001$ ) HSOY ölçeğinin ölçüt geçerliliğini sağladığı öngörülmüştür.

## **2.3 Yapı Geçerliliği**

### **2.3.1 Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)**

Açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) kullanılarak HSOY ölçeğinin yapı geçerliliği araştırıldı. Açıklayıcı faktör analizinde (AFA) ölçekteki maddelerin yük değerinin en az 0.30 (101,102), maddelerin öz değerlerinin en az 1 (100), maddelerin tek bir faktörde yer alması ve iki faktörde yer alan faktörler arasında ise en az 0.10 faktör yükü farkı olmasına (103) dikkat edilerek ölçekte bulunacak maddeler belirlendi. Açıklayıcı faktör analizi öncesinde Kaiser Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterlilik testi ve Bartlett'in küresellik testi yapılarak örneklem yeterliliği ile faktör korelasyon matrisinin uygun olup olmadığı değerlendirildiğinde Bartlett testi sonucu  $\chi^2=381.60$  (ölçek maddelerinin korelasyon matrisi faktör analizi yapmaya uygun), KMO 0.61 (faktör analizi için örneklem orta seviyede) bulundu ve istatistiksel anlamlılık ( $p<0.001$ ) tespit edildi (104).

HSOY ölçeğini oluşturan maddelere verilen yanıtların iki değerli (doğru/yanlış) olmasından ötürü faktör analizinde Polikorik korelasyon matrisi kullanıldı. Açıklayıcı faktör analizinde faktör sayısının belirlenmesi için Paralel Analiz kullanıldı (105). Faktör çıkarma yöntemi olarak Temel Bileşenler Analizi kullanılmış olup, Varimax döndürme tekniği de yorumlamada açıklık sağlama amacı ile kullanıldı. Yapılan açıklayıcı faktör analizinde 17 maddenin, özdeğeri (eigenvalues) 1'in üzerinde ve toplam varyansın %56.60'ini açıklayan yedi faktöre ayrıldığı saptandı. Faktörler için toplam varyansı açıklama yüzdelerinin birinci faktör için %10.99, ikinci faktör için %8.88, üçüncü faktör için %8.48, dördüncü faktör için %7.98, beşinci faktör için %6.95, altıncı faktör için %6.51 ve yedinci faktör için %6.09 olarak hesaplandı.

Kabul edilebilir en düşük faktör yük değeri 0.30 (103). Çalışmamızda bir maddenin (5 numaralı soru) faktör yük değeri 0.30'un altında olduğu için elendi.

Çalışmamızda 'yüksek iki yük değeri arasındaki farkın en az 0.10 olması'(103) kriterini sağlamayan 2 soru (soru 8 ve soru 15) çıkartılarak analizlere 14 madde ile devam edildi.

İkinci kez AFA uygulanması sonucunda KMO değeri 0.60 olarak bulundu. Bartlett testi  $\chi^2=299.40$  ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.001$ ) belirlendi. HSOY ölçeğini oluşturan maddelere verilen yanıtların iki değerli (doğru/yanlış) olmasından ötürü faktör analizinde Polikorik korelasyon matrisi ve faktör sayısının belirlenmesi için ise Paralel Analiz kullanıldı (105). İkinci kez yapılan AFA sonucunda 14 maddenin, özdeğeri (eigenvalues) 1'in üzerinde ve toplam varyansın %56.10' unu açıklayan 5 faktöre ayrıldığı saptandı. Bununla birlikte, 14 numaralı soru faktör yük değeri 0.30'un altında olduğu için elendi.

AFA'nın üçüncü kez yürütülmesinde ise 1 numaralı soru yine faktör yük değeri 0.30'un altında olduğu için elendi ve son analiz sonucuna göre kalan 12 maddenin özdeğeri (eigenvalues) 1'in üzerinde ve toplam varyansın %47.36'sını açıklayan 3 faktör altında gruplandığı görüldü (tablo-5).

**Tablo 5;** HSOY Ölçeğinin Madde Faktör Yükleri

Faktör 1	Soru No	9	10	11	12	
	Faktör Yüğü	0.83	0.66	0.67	0.46	
Özdeğer		2.29				
%Varyans		%19.12				
Faktör 2	Soru No	2	6	7	13	17
	Faktör Yüğü	0.75	0.46	0.57	0.51	0.91
Özdeğer		1.87				
%Varyans		%15.56				
Faktör 3	Soru No	3	4	16		
	Faktör Yüğü	0.65	-0.36	0.89		
Özdeğer		1.52				
%Varyans		%12.68				
Toplam Açıklanan Varyans: %47.36						
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test: 0.60						
Bartlett İstatistiğı: $\chi^2_{(66)}=262.30$ ; <b>p&lt;0.001</b>						

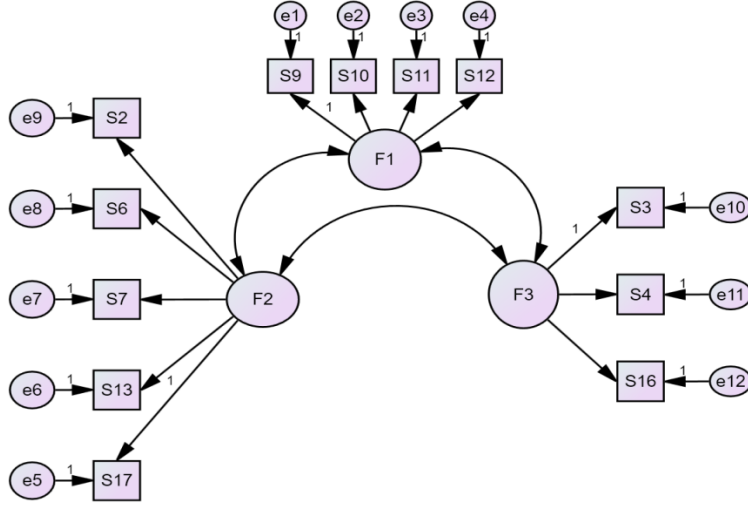
### 2.3.2 Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

Yapısal geçerliliğı incelemede DFA yapılarak HSOY ölçeğinin 3 Faktörlü modelinin uygunluğu değerlendirildi ve uyum iyiliğı ölçütleri hesaplandı. AFA sonucu oluşturulan ve HSOY ölçeğinin Türkçe versiyonun da yer alan 12 madde ve üç faktörlü yapı DFA ile test edildi. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının, uyum iyiliğı ölçütleri dikkate alındığında, AFA sonucunda elde edilen 3 faktörlü yapıyı desteklediğı görüldü. Bu çalışmada uyum iyiliğı ölçütü olarak;  $\chi^2$  test istatistiğı 70.60,  $\nu$  değeri 52,  $\chi^2 / \nu$  değeri 1.36, “Root Mean Square Error Approximation (RMSEA)” değeri 0.04, Tucker- Lewis Index (TLI) 0.88 ve “Comparative Fit Index” (CFI) 0.91 olarak saptanmıştır (Tablo-6).

**Tablo 6;** HSOY ölçeğinin 3 faktörlü modeli için model uyum ölçütleri

Ölçüt	Model
$\chi^2$	70.60 <sub>(52)</sub> ; p=0.044
$\chi^2 / \nu$	1.36
RMSEA	0.04, %90GA:0.01-0.06, p=0.814
TLI	0.88
CFI	0.91

CI: Confidence Interval,  $\nu$ : Degree of freedom, RMSEA: Root mean square error approximation, TLI: Tucker-Lewis Index, CFI: Comparative Fit Index



**Şekil 2;**HSOY Ölçeğine Ait Alt Boyut ve Maddelerini Gösteren Diyagram

Ölçeğin farklı yapıları belirleme kabiliyetinin incelenmesi için, HSOY orijinal ölçeği ve çalışmamızda önerilen versiyonunun toplam puanlarına göre cinsiyet, eğitim ve sosyo-ekonomik seviye arasında fark olup olmadığına bakıldı. Eğitim düzeylerine göre ölçek puanları farklılık gösterdi. Cinsiyet ve gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görüldü. İlgili karşılaştırmalar tablo-7 de verilmiştir.

Tablo-7 incelendiğinde HSOY ve çalışmamızda önerilen ölçek puanlarına göre cinsiyet ve gelir düzeyine göre fark bulunmazken, eğitim durumuna göre ölçek puanları farklılık göstermektedir. Alt grup analizlerde ise HSOY ölçek puanlarına göre tüm eğitim düzeyleri arasında yapılan karşılaştırmalarda fark bulunmuştur ( $p_{lise altı-p_{lise}}=p<0.001$ ,  $p_{lise altı-p_{lise üzeri}}=p<0.001$  ve  $p_{lise-p_{lise üzeri}}=0.041$ ). Önerilen ölçek puanı ise lise mezunları ve lise üstü eğitim durumuna sahip katılımcılar arasında farklılık göstermemekteydi ( $p_{lise altı-p_{lise}}=p<0.001$ ,  $p_{lise altı-p_{lise üzeri}}=p<0.001$  ve  $p_{lise-p_{lise üzeri}}=0.063$ ).

**Tablo 7;** HSOY ölçek puanlarının sosyo-demografik değişkenlere göre karşılaştırılması

		<b>Short HL</b>	<b>Önerilen HL</b>
<b>Cinsiyet</b>	Erkek(n=125)	14(8:17) 13.90±2.13	10(5:12) 13.90±2.13
	Kadın (n=125)	14(6:17) 14.02±1.97	11(4:12) 10.47±1.56
	<b>p-değeri</b>	0.728 <sup>a</sup>	0.073 <sup>a</sup>
<b>Eğitim</b>	Lise altı (n=108)	13(6:17) 12.94±2.10	9.50(4:12) 9.49±1.76
	Lise (n=67)	15(10:17) 14.34±1.64	11(7:12) 10.64±1.24
	Lise üstü (n=75)	15(9:17) 15.09±1.55	11(6:12) 11.13±1.12
	<b>p-değeri</b>	<0.001 <sup>b</sup>	<0.001 <sup>b</sup>
<b>Gelir</b>	Kötü (n=5)	13(10:17) 13±2.74	10(6:12) 9.20±2.59
	Orta (n=157)	14(8:17) 13.95±2.01	11(5:12) 10.26±1.57
	İyi (n=88)	15(6:17) 14.03±2.10	11(4:12) 10.41±1.66
	<b>p-değeri</b>	0.526 <sup>b</sup>	0.388 <sup>b</sup>

Veriler medyan(minimum: maksimum) ve ortalama standart sapma olarak ifade edilmiştir.  
a: Mann-Whitney testi, b: Kruskal-Wallis testi

### 3. GÜVENİRLİK ANALİZİ

İç tutarlılık bakımından ölçek güvenilirliği incelendiğinde, HSOY ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı  $\alpha=0,58$  olarak bulundu. Çalışmamızda önerilen HSOY formunun ise iç tutarlığı yine Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiş olup  $\alpha=0,53$  olarak hesaplanmıştır.

Test-tekrar test yöntemiyle güvenilirlik incelenmesinde, HSOY ölçeği ilk uygulamadan yaklaşık iki-üç hafta sonra 40 kişilik bir gruba tekrar uygulandı ve test-tekrar test korelasyonu  $r_s=0,93$  ( $p<0,001$ ) olarak bulundu.

Yaşam için Gerçekler "Facts for Life" ı esas olarak hazırlanan "Public Health Literacy Knowledge Scale" da soru kaynağı konular Tablo-8 dedir.

**Tablo 8;** Public Health Literacy Knowledge Scale soru kaynağı konular

KONU BAŞLIĞI	SORU SAYISI
• Güvenli anneler ve Yeni doğan sağlığı	2
• Çocuk gelişimi ve erken öğrenme	1
• Beslenme ve büyüme	1
• Bağışıklama	2
• Öksürük, soğuk algınlığı ve daha ciddi hastalıklar	3
• Hijyen	1
• Malaria	1
• HIV/ AİDS	1
• Yaralanmayı önleme	1

Ölçekte sorulan sorulara verilen cevapların dağılımı Tablo-9’de gösterilmiştir. Buna göre sorulara ortalama %84,4 oranında doğru cevap verilmiştir.

**Tablo 9;** HSOY ölçeğinde sorulan sorulara verilen cevapların dağılımı (%)

SORU	DOĞRU	YANLIŞ	BOŞ
1 Sağlıklı bir hamilelik ve doğum için, tüm hamile kadınlar doğumdan önce mutlaka bir sağlık çalışanını ziyaret etmelidir.	98,4	1,6	
2 Yetkin bir doğum görevlisinin eşlik etmediği doğumlar, yetkin bir doğum görevlisinin eşlik ettiği doğumlarla aynı derecede güvenlidir.	88,8	9,2	2
3 1 yaşın altında olan çocukların 2 aylık süre zarfında aynı kiloda kalması normaldir.	81,6	16,8	1,6
4 Aşı yapılan çocuklar tehlikeli hastalıklardan korunur.	98,4	1,6	
5 Genel olarak, aşının riskleri faydalarından fazladır.	77,6	18,4	4
6 Çocuklar oynayarak çok şey öğrenir.	98,4	0,8	0,8
7 Yaralanmaların ve kazaların büyük çoğunluğu önlenemez.	71,2	27,6	1,2
8 Eğer bir çocuk hızlı nefes alıp veriyorsa veya nefes almada zorluk çekiyorsa, hemen bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir.	99,2	0,8	
9 Pek çok hastalık, yemeklere dokunmadan önce ellerin yıkanmasıyla önlenir.	98	1,6	0,4
10 Cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanmak AIDS hastalığının yayılmasını önleyebilir.	87,6	4,8	7,6
11 Sineklik (cibinlik) kullanmak sıtmayı önleyebilir.	69,6	25,6	4,8
12 Egzersiz kalp rahatsızlıklarını önlemeye yardımcı olur.	96,4	3,2	0,4
13 Öksürük ve soğuk algınlığı sadece ilaçla iyileşir.	68	31,6	0,4
14 Bir bebeğin cinsiyetini belirleyen babanın genidir.	63,6	28,8	7,6
15 Antibiyotikler hem virüsleri hem de bakterileri yok eder.	68	28	4
16 Sigara içmek akciğer kanserine yol açar.	98,8	0,8	0,4
17 Tüm bakteriler insanlara zararlıdır.	72,4	27,2	0,4

## TARTIŞMA

Ölçeğin Dil Eşdeğerlik Çalışmasında İngilizce ve Türkçe formlarının en iyi şekilde uyumlu olduğu görüldü. HSOY ölçeği ve EYYB ölçeklerine ait toplam ölçek puanları arasında aynı yönlü anlamlı bir ilişki belirlenmiş olup HSOY ölçeğinin ölçüt geçerliliğini sağladığı öngörülmüştür. Açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre ölçekteki 1, 5, 8, 14, 15Nolu sorular ölçekten çıkarılmıştır. AFA sonucu oluşturulan ve HSOY ölçeğinin Türkçe versiyonunda yer alan 12 madde ve üç faktörlü yapı Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) ile test edildi. Doğrulamalı faktör analizi sonuçlarının, uyum iyiliği ölçütleri dikkate alındığında, AFA sonucunda elde edilen 3 faktörlü yapıyı desteklediği görülmüştür. Ölçeğin farklı yapıları belirleme kabiliyetinin incelenmesi için, HSOY orijinal ölçeği ve çalışmamızda önerilen versiyonunun toplam puanlarına göre cinsiyet, eğitim ve sosyo-ekonomik seviye arasında fark var mı diye bakıldı. Eğitim düzeylerine göre ölçek puanları farklılık gösterdi. Cinsiyet ve gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görüldü. Ölçek güvenilirliği iç tutarlık açısından araştırıldığında, HSOY ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı  $\alpha=0,58$  olarak saptandı. Cronbach alfaya göre ölçeğin, iç tutarlılık yönünden zayıf seviyede ölçüm yöntemi olduğu değerlendirildi (106). Çalışmamızda önerilen HSOY formunun ise iç tutarlığı yine Cronbach alfa ile değerlendirilmiş olup  $\alpha=0,53$  olarak hesaplanmış ve 12 soruluk bu versiyonunun da zayıf düzeyde bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir (106). HSOY ölçeği ilk uygulamadan yaklaşık iki üç hafta sonra 40 kişilik bir gruba yeniden uygulanarak test-tekrar test korelasyonu  $r_s=0,93$  ( $p<0,001$ ) olarak tespit edildi.

Farklı lisandan ölçek uyarlamalarında ifadelerin adaptasyon yapılacak dil ve kültüre uygunluğu önemlidir. Kültür, dinamik bir yapıdır. Toplumlar arasında değişiklik gösterir. Bu sebeple, ölçek uyarlaması yapılırken, bu dinamik yapı göz önünde bulundurulmalıdır (107). Sadece İngilizce formu olan 'Public Health Literacy Knowledge Scale' ölçeğinin Türkçeye çevrilmesi iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İki aşamalı çalışma sonrasında Ölçeğin Türkçe ve İngilizce formu arasında yüksek düzeyde olumlu ilişki saptandı ( $r_s= 0.78$ ,  $p<0.001$ ) ve İngilizce ile Türkçe ölçeğin eşdeğer olduğu değerlendirildi. Görüşmeler esnasında belli yaşın üzerindeki bayanlara

‘Cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanmak AIDS hastalığının yayılmasını önleyebilir’ sorusunu sormakta ve cevap almakta zorlanılmıştır. Bu sebeple ilgili soruya cevap vermeyenlerin oranı %7,6’dır. Aynı oran ‘Bir bebeğin cinsiyetini babanın geni belirler’ sorusuna cevapta karşımıza çıkmıştır. Genlerle ilgili soruya yanlış cevap verme oranı da oldukça yüksek olarak gözlenmiştir.

Testin ölçülmek istenen hususu ne kadar doğru ölçtüğü ve diğer unsurlar ile karıştırmadan ölçebilme kabiliyeti olarak tanımlayabileceğimiz geçerliliği sınamak için; yapı (costruct) geçerliliği, ölçüt-bağımlı (criterion-relation) geçerlilik, kapsam (content) geçerliliği kullanılır (108). Yapı geçerliliği ve Ölçüt (kriter) geçerliliğini araştırmamızda ölçeğin geçerliliğini test etmek için kullandık. Ölçeğin ölçüt (kriter) geçerliliğini belirlemek için Weiss ve ark.(2005) tarafından geliştirilmiş EYYB ölçeği (99) ölçüt alındı. HSOY ölçeği ve EYYB ölçeklerine ait toplam ölçek puanları arasında aynı yönlü anlamlı bir ilişki belirlenmiş olup HSOY ölçeğinin ölçüt geçerliliğini sağladığı öngörülmüştür. EYYB’ nin kriter geçerliliği ( $r = 0.59, P < .001$ ) şeklindedir (99).

Açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) kullanılarak HSOY ölçeğinin yapı geçerliliğini araştırdık. Açıklayıcı faktör analizinde (AFA) ölçekteki maddelerin yük değerinin en düşük 0.30 (101,102), maddelerin öz değerlerinin en düşük 1 (100), maddelerin tek bir faktörde yer alması ve iki faktörde yer alan faktörler arasında ise en az 0.10 faktör yükü farkı olmasına(103) dikkat edilerek ölçekte bulunacak maddeler belirlendi.

Açıklayıcı faktör analizi öncesinde Kaiser Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterlilik testi ve Bartlett’in küresellik testi yapılarak örneklem yeterliliği ile faktör korelasyon matrisinin uygun olup olmadığı değerlendirildiğinde Bartlett testi sonucu  $\chi^2=381.60$ , KMO 0.61 bulundu ve istatistikî anlamlılık ( $p < 0.001$ ) tespit edildi. Tavşancıl’a göre, KMO 0.50’den fazla olması halinde faktör analizi uygulanabilir (104). Çalışmamızda KMO’ nun 0,61 olması örneklemin faktör analizi için orta olduğunu göstermekte (KMO; 0.50 altı kabul edilemez, 0.50-0.59 düşük, 0.60-0.69 orta, 0.70-0.79 iyi, 0.80-0.89 çok iyi, 0.90-1.00 mükemmel ) (108,109). Ölçekteki maddelerin korelasyon matrisinin faktör analizi yapmaya uygun olduğunu gösteren Bartlett testi çalışmamızda anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=381.60$ ). HSOY ölçeğini oluşturan madde-

lere verilen yanıtların iki değerli (doğru/yanlış) olmasından ötürü faktör analizinde Polikorik korelasyon matrisi kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde faktör sayısının belirlenmesi için Paralel Analiz kullanıldı (105). Faktör çıkarma yöntemi olarak Temel Bileşenler Analiz kullanılmış olup, Varimax döndürme tekniği de yorumlamada açıklık sağlamak amacı ile kullanıldı. Açıklayıcı faktör analizinde 17 maddenin, öz değeri (eigen values) 1'in üzerinde ve toplam varyansın %56.60'ini açıklayan yedi faktöre ayrıldığı saptandı. Faktörler için toplam varyansı açıklama yüzdelerinin birinci faktör için %10.99, ikinci faktör için %8.88, üçüncü faktör için %8.48, dördüncü faktör için %7.98, beşinci faktör için %6.95, altıncı faktör için %6.51 ve yedinci faktör için %6.09 olarak hesaplandı. Kabul edilebilir en düşük faktör yük değeri 0.30 (103). Çalışmamızda faktör yük değeri 5 numaralı soruda (Genel olarak, aşının riskleri faydalarından fazladır) 0.30'dan düşük olduğu için bu madde elendi.

Çalışmamızda 'yüksek iki yük değeri arasındaki farkın en az 0.10 olması'(103) kriterini sağlamayan 2 soru (soru 8; Eğer bir çocuk hızlı nefes alıp veriyorsa veya nefes almada zorluk çekiyorsa, hemen bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir ve soru 15; Antibiyotikler hem virüsleri hem de bakterileri yok eder) çıkartılarak analizlere 14 madde ile devam edildi.

İkinci kez AFA uygulanması sonucunda KMO değeri 0.60 olarak bulundu. Bartlett testi  $\chi^2=299.40$  ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0.001$ ) belirlendi. HSOY ölçeğini oluşturan maddelere verilen yanıtların iki değerli (doğru/yanlış) olmasından ötürü faktör analizinde Polikorik korelasyon matrisi ve faktör sayısının belirlenmesi için ise Paralel Analiz kullanıldı (105). İkinci kez yapılan açıklayıcı faktör analizinde 14 maddenin, öz değeri (eigen values) 1'in üzerinde ve toplam varyansın %56.10'unu açıklayan 5 faktöre ayrıldığı saptandı. Bununla birlikte, 14 numaralı soru (Bir bebeğin cinsiyetini belirleyen babanın genidir) faktör yük değeri 0.30'un altında olduğu için elendi.

AFA'nın üçüncü kez yürütülmesinde ise 1 numaralı soru (Sağlıklı bir hamilelik ve doğum için, tüm hamile kadınlar doğumdan önce mutlaka bir sağlık çalışanını ziyaret etmelidir) yine faktör yük değeri 0.30'un altında olduğu için elenmiş ve son analiz sonucuna göre kalan 12 maddenin öz değeri (eigen values) 1'in üzerinde ve toplam varyansın %47.36'sını açıklayan 3 faktör altında gruplandırıldığı görülmüştür.

Yapısal geçerliliği incelemede DFA yapılarak HSOY ölçeğinin 3 Faktörlü modelinin uygunluğu değerlendirildi ve uyum iyiliği ölçütleri hesaplandı. Yapısal eşitlik modellemesi(YEM)nin bir türü olan DFA, çalışmanın yapıldığı örneklemin daha önceden bulunmuş ve daha az faktör yapılı ölçeklere benzer olup olmadığını test etmek için kullanılmakta (110, 111). AFA sonucu oluşturulan ve HSOY ölçeğinin Türkçe versiyonun da yer alan 12 madde ve üç faktörlü yapı Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile test edildi. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının, uyum iyiliği ölçütleri dikkate alındığında, AFA sonucunda elde edilen 3 faktörlü yapıyı desteklediği görüldü. Bu çalışmada uyum iyiliği ölçütü olarak;  $\chi^2$  test istatistiği 70.60,  $\nu$  değeri 52,  $\chi^2 / \nu$  değeri 1.36, “Root Mean Square Error Approximation (RMSEA)” değeri 0.04, Tucker-Lewis Index (TLI) 0.88 ve “Comparative Fit Index” (CFI) 0.91 olarak saptandı.

Ölçeğin farklı yapıları belirleme kabiliyetinin incelenmesi için, HSOY orijinal ölçeği ve çalışmamızda önerilen versiyonunun toplam puanlarına göre cinsiyet, eğitim ve sosyo-ekonomik seviye arasında fark olup olmadığına bakıldı. Eğitim düzeylerine göre ölçek puanları farklılık gösterdi. Cinsiyet ve gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görüldü.

İki yarı testi, iç tutarlılık (KuderRichardson-20, cronbach alpha katsayısı), madde analizi, zamana göre değişmezlik (test tekrar test) ve paralel (eşdeğer) form **güvenilirliği** araştırmak için kullanılmakta (108). Cronbach alfa ve Kuder-Richardson homojenliği, Test/tekrar test ise testin stabilliğini belirler (112). Biz Cronbach alfa ve Test/tekrar test (Test/retest) yöntemini uyguladık.

İç tutarlılık, ölçek içindeki unsurların birbiriyle ilişkili olup olmadığını ve ölçekteki tüm unsurların aynı yapı veya kavramı ne ölçüde ölçtüğünü tanımlar (103). İç tutarlılık bakımından ölçek güvenilirliği incelendiğinde, HSOY ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı  $\alpha=0,58$  olarak bulundu. Çalışmamızda önerilen 12 sorulu HSOY formunda ise  $\alpha=0,53$  olarak hesaplandı. İç tutarlılık yönünden zayıf bir ölçüm aracı olduğu görüldü. (alfa<0.5 kabul edilemez, 0.5-0.6 arası zayıf, 0.6-0.7 arası kabul edilebilir, 0.7-0.9 arası iyi, 0.9 ve üstü mükemmel)(106). ‘Public Health Literacy Knowledge Scale’ için Cronbach’ın alfa değeri, tüm ülkelerin toplu verileri için 0.7973 olduğu belirtilmiş (2). Ölçekte madde sayısının az olması düşük alfa değerinin sebebi olabilir (106). Tavakola göre Test öğelerinin sayısı, öğeyle ilişkili olma ve

boyutsallık alfa değerini etkiler. Düşük bir alfa değeri, az sayıda soru, öğeler veya heterojen yapılar arasındaki zayıf ilişki nedeniyle olabilir. Alfa testin uzunluğundan da etkilenebildiği için her zaman yüksek iç tutarlılık anlamına gelmez. Test uzunluğu çok kısaysa, alfa değeri azalır (113). Pleasant ‘Public Health Literacy Knowledge Scale’ de içerik geçerliliği gibi endişeleri gidermek için, ‘Yaşam için Gerçekler’ adı verilen bir bilgi kaynağına yöneldiğini belirtmektedir (2).

Zamana göre değişmezlik (Test tekrar test ) yöntemi ile Bir ölçeğin aynı kişilerden oluşan gruba belli zaman aralığı ile iki kere uygulanmasıyla elde edilen puanlar arasındaki ilişki hesaplanır. 0.00 ile 1.00 arasında değişen Test-tekrar test korelasyonu 1’e ne kadar yakın olursa ölçeğin zamana göre değişmezliği de o kadar iyi olur (0.60- 0.80 iyi, 0.80 üzeri mükemmel) (108,114-116). Test-tekrar test yöntemiyle güvenilirlik incelenmesinde, HSOY ölçeği ilk uygulamadan yaklaşık iki-üç hafta sonra 40 kişilik bir gruba tekrar uygulandı ve Zamana göre değişmezlik (test-tekrar test) korelasyonu  $r_s=0,93$  ( $p<0,001$ ) olarak bulundu. ‘Public Health Literacy Knowledge Scale’ da test tekrar test kappa değerleri Meksika’da 0.89’dan, Çin’de 0.67’ye kadar değişen bir aralıkta kabul edilebilir denmiştir (2).

Pleasant’ın ‘Public Health Literacy Knowledge Scale’ ölçeğine Meksika, Çin, Gana ve Hindistan’da verilen yanıtların % 75’i ortalama olarak doğruymuş. En düşük genel performans, katılımcıların yarısından daha azının (% 41) ifadenin yanlış olduğunu doğru bir şekilde yanıtladığı ‘Öksürük ve soğuk algınlığı sadece ilaçla iyileşir’ sorusuymuş. Dört soruya ‘Sağlıklı bir hamilelik ve doğum için, tüm hamile kadınlar doğumdan önce mutlaka bir sağlık çalışanını ziyaret etmelidir, Çocuklar oynayarak çok şey öğrenir, Eğer bir çocuk hızlı nefes alıp veriyorsa veya nefes almada zorluk çekiyorsa, hemen bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir, Pek çok hastalık, yemeklere dokunmadan önce ellerin yıkanmasıyla önlenir’ %90 doğru yanıt verilmiş (2). Aile sağlığı birimine gelen ve birim nüfus piramidine göre oransal eşitlikte 250 kişiye uyguladığımız Türkçe Halk sağlığı okuryazarlığı anketine verilen cevaplara baktığımızda %84,4’ü ortalama doğrudur. En düşük performans katılımcıların %63,6 sının doğru bildiği ‘Bir bebeğin cinsiyetini belirleyen babanın genidir’ sorusudur. En yüksek performans katılımcıların %99,2’nin doğru bildiği ‘Eğer bir çocuk hızlı nefes alıp veriyorsa veya nefes almada zorluk çekiyorsa, hemen bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir’ sorusudur. Altı soruya ‘Sağlıklı bir hamilelik ve doğum için, tüm hamile

kadınlar doğumdan önce mutlaka bir sağlık çalışanını ziyaret etmelidir, Aşı yapılan çocuklar tehlikeli hastalıklardan korunur, Çocuklar oynayarak çok şey öğrenir, Eğer bir çocuk hızlı nefes alıp veriyorsa veya nefes almada zorluk çekiyorsa hemen bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir, Pek çok hastalık, yemeklere dokunmadan önce ellerin yıkanmasıyla önlenir, Sigara içmek akciğer kanserine yol açar' katılımcılar %98 den fazla doğru yanıt verdi.

Türkçe HSOY anketi sosyoekonomik ve eğitim düzeyi farklı bölgelerde uygulandığında nasıl sonuçlar olacağı merak konusudur.

Tüm dünya salgın hastalıklar, bebek ve çocuk ölümleri, anne ölümleri, yetersiz beslenme, çatışmalar nedeniyle halk sağlığı sorunları ile mücadele içindedir. Geri kalmış bölgelerde çocuk ölümleri, anne ölümleri, yetersiz beslenme ön planda iken son dönemde zengin fakir ayrımı yapmadan tüm dünyayı etkileyen viral salgın hastalık korku ve endişe yaratmıştır. UNICEF, DSÖ ve UNESCO tarafından İlk baskısı 1989 yılında yayınlanan Yaşam için gerçekler 'Facts for Life' in 2010 yılında dördüncü baskısı UNICEF, DSÖ, UNESCO, UNFPA, UNDP, UNAIDS, WFP tarafından İngilizce, Fransızca ve İspanyolca yayınlanmıştır. 216 sayfadan oluşan dördüncü baskı 'Facts for Life' bilimsel geçmişi olmayan insanlar tarafından da kolay anlaşılabilir ve uygulanabilir yapıdadır (1).

Yaşam için gerçekler 'Facts for Life' (1) yaptığımız literatür araştırması sonucuna göre anne, yeni doğan, çocuk ve adolesan sağlığı konularında güvenilir bilgiler içermektedir. Bilgiler anlaşılması kolay ve yol göstericidir. Bilgiyi öğrenmekle birlikte gerektiği yerde kullanmakta önemlidir. Anne, yenidoğan, çocuk ve adolesan sağlığı ile gelişimini kapsayan on dört genel başlık altında verilen bilgilerin başta ebeveynler ve öğretmenler olmak üzere toplum tarafından bilinmesi ve zamanla davranış değişikliğine yol açarak çocuk ve toplum sağlığı ve gelişimi üzerine olumlu etkiler oluşturacaktır. Bilgiye ulaşmanın, öğrenmenin ve öğrendiğini uygulamanın kolay yolu Yaşam için gerçekleri anlamaktan geçiyor olabilir. Aile hekimleri tarafından vatandaşlarının bilgilendirilmesinde, okullarda çocuk ve gençlerin eğitilmesinde ve olumlu davranışlar kazandırılmasında kaynak teşkil edebilir.

Pleasant Klinik yaklaşımının büyük kısmının hasta hakkında ve hastadan bilgi edinmeye odaklandığını, halk sağlığı çalışmalarının ise insanlara bilgiler vermeye odaklandığını ifade etmiştir. Mevcut sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin halk sağlığı

bileşeninden yoksun olduğunu, çoğunun klinik olarak yönlendirdiğini belirtmiştir. Halk sağlığı sağlık okuryazarlığı anketini “Public Health Literacy Knowledge Scale” içerik geçerliliği gibi endişeleri gidermek içinde UNICEF, DSÖ ve diğer büyük uluslararası kuruluşlar arasındaki işbirliği ile ortaya çıkan Yaşam için Gerçekler adı verilen bir bilgi kaynağını temel alarak geliştirmiştir (2).

‘Public Health Literacy Knowledge Scale’ ölçeğinde ‘Facts for Life’ daki Doğum zamanı, Emzirme, Diyare, Çocuk koruma, Acil durumlara hazırlık ve müdahale konularından soru sorulmamış. Ölçekte ki ‘Egzersiz kalp rahatsızlıklarını önlemeye yardımcı olur, Bir bebeğin cinsiyetini belirleyen babanın genidir, Antibiyotikler hem virüsleri hem de bakterileri yok eder, Tüm bakteriler insanlara zararlıdır’ sorularının ise ‘Facts for Life’ da tam karşılığı görülemedi.

## SONUÇ

Ölçeğin Dil Eşdeğerlik çalışmasında Türkçe ve İngilizce formu arasında yüksek düzeyde pozitif ilişki olduğu bulundu. Toplumların dil ve kültür yapısı dil eşdeğerlilik çalışmalarında önemlidir. HSOY ölçeği için Türk toplumunun kültürel yapısına uygun olarak bazı sorularda değişiklikler önerilebilir.

HSOY ölçeği ölçüt kriter geçerliliği analizleri için eşdeğer ölçek olarak EYYB ölçeği alınmıştır. HSOY sonuçlarının genel anlamda EYYB ölçeği ile paralel sonuçları olması sadece katılımcıların eğitiminin HSOY sonuçlarını etkiliyor olması bu ölçeğin bir dezavantajı olarak değerlendirilebilir. HSOY ölçeğinde soru kapsamının kişilerin bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik olması bu farkın sebebi olarak gösterilebilir. Pleasant ve ark. da ölçeği geliştirirken ağırlıklı olarak sağlık meslek grubu üzerinde çalışmışlardır. Hatta enteresan olarak sağlık meslek grubunda HSOY puanları genel halktan daha kötü ortalama değerlere sahip bulunmuştur.

İstatistiksel analiz sonuçlarına göre açıklayıcı faktör analizi ile 5 sorunun HSOY ölçeğinden çıkarılması önerilmiştir. Bu sorular çıkarıldığında da çıkarılmadığında da güvenilirlik katsayısı Cronbach alfa katsayısı zayıf kategoride değerlendirilmiştir. Bu sebeple HSOY ölçeğinin sağlık okuryazarlığını değerlendirmede kullanımını tartışmalıdır. Ölçeğin doğru/yanlış şeklinde değerlendirmeye tabi olması bunun sebeplerinden birisi olabilir. Benzer şekilde soru sayısının azlığı ve doğru/yanlış dağılımındaki dengesizlik diğer etkili sebepler olabilir.

Test-tekrar test yöntemiyle güvenilirlik incelenmesinde ise HSOY ölçeği test-tekrar test korelasyonu oldukça yüksek bulunmuştur. Bu sebeple testin güvenilirliği mükemmel kabul edilebilir.

Sonuç olarak, HSOY ölçeği Türkçe geçerliliği bu çalışmada sağlanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı zayıf ancak güvenilirliği mükemmel olarak değerlendirilebilir. HSOY ölçeğinin eşdeğer ölçeği EYYB gibi sağlık okuryazarlığı ile ilişkili bulunan tedavi hizmetleri, sağlığı koruma ve sağlığı geliştirme başlıkları ile ilişkisi ileri çalışmalarda ortaya konmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. [https://www.unicef.org/publications/files/Facts\\_for\\_Life\\_EN\\_010810.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/Facts_for_Life_EN_010810.pdf) Erişim tarihi: 06.02.2020
2. Pleasant A, Kuruvilla SS: A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promot Int.* 2008, 23 (2): 152-159.
3. UNICEF NEW YORK/ CENEVRE, 19 Eylül 2019: Basın bülteni Erişim tarihi: 16.03.2020
4. Macdorman vd., 2016: 1; Anand vd., 2000: 247; Reidpath ve Allotey, 2003: 344
5. UNICEF-annual-report-2018 revised 1  
[https://www.unicef.org/media/55486/file/UNICEF-annual-report-2018 %20 revised %201. pdf](https://www.unicef.org/media/55486/file/UNICEF-annual-report-2018%20revised%201.pdf) Erişim tarihi: 16.03.2020
6. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Ölüm İstatistikleri 2018
7. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. Definitions and rates: statistics for international comparison. World Health Organization. France, 2006; 7-8.
8. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni erişim tarihi:13.04.2020
9. Şenol O, Metin A , Sezer Korucu K . Ülkelerin Ölüm Göstergeleriyle Karşılaştırılması: Veri Zarflama Analizi. *sdu sbe.* 2019; 2(33): 82-103.
10. Maternal Mortality Ratio. Erişim: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/> Erişim tarihi: 12.04.2020
11. Aygar H, Metintaş S. Bir Kalkınma Göstergesi Olarak Anne Ölümleri. *ESTÜ-DAM Halk Sağlığı Dergisi.* 2018;3(3):63-70.
12. RONSMANS, C., and GRAHAM, W. J. (2006). Maternal Mortality: Who, When, Where, And Why, *The Lancet*, 368(9542): 1189–1200.
13. Ronsmans and Graham, 2006: 1198; Wegman, 1996
14. Safe Motherhood. Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries. Geneva: World Health Organization, 1996: 1-114.
15. Black AY, Fleming NA, Rome ES. Pregnancy in adolescents. *Adolesc Med State Art Rev* 2012; 23: 123-138.

16. Gibbs CM, Wendt A, Peters S, Hogue CJ. The impact of early age at first child-birth on maternal and infant health. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2012; 26 (Suppl): 259-284.
17. Balasch J, Gratacós E. Delayed childbearing: effects on fertility and the outcome of pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2012; 24: 187-193.
18. 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.
19. Görkem Ü, Toğrul C, Güngör T. Adölesan gebelik gerçekten bir risk faktörü müdür? *Turk Hij Den Biyol Derg*, 2017; 74(3): 193-200
20. Leppälahti S, Gissler M, Mentula M, Heikinheimo O. Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011. *BMJ Open*, 2013 19; 3(8): e003225.
21. Althabe F, Moore JL, Gibbons L, Berrueta M, Goudar SS, Chomba E, et al. Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global network's Maternal Newborn Health Registry study. *Reprod Health*, 2015; 12 Suppl 2: S8.
22. Weng YH, Yang CY, Chiu YW. Risk Assessment of Adverse Birth Outcomes in Relation to Maternal Age. *PLoS One*, 2014, 9(12): e114843.
23. Partridge S, Balayla J, Holcroft CA, Abenhaim HA. Inadequate prenatal care utilization and risks of infant mortality and poor birth outcome: a retrospective analysis of 28,729,765 U.S. deliveries over 8 years. *Am J Perinatol*, 2012; 29(10): 787-93.
24. İmir AG, Çetin M, Balta Ö, et al. Perinatal Outcomes of Adolescent Pregnancies at a University Hospital in Turkey. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2008;9:71-74.
25. Topçuoğlu S, Erçin S, Arman D, Gürsoy T, Karatekin G, Ovalı F. Adölesan veya İleri Anne Yaşı: Yenidoğan İçin Risk midir? Tek Bir Merkezin Retrospektif Sonuçları. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2014;45:131-5.
26. Karabulut A, Ozkan S, Bozkurt AI, et al. Perinatal outcomes and risk factors in adolescent and advanced age pregnancies: comparison with normal reproductive age women. *J Obstet Gynaecol*. 2013; 33: 346-50.

27. Bağcı Ayrancı B . 0-12 Yaş Dil Gelişimi Uygulamaları ve Yapılması Gerekenler. Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2018; 8(1): 13-34.
28. Semra KARACA, Esen ÖNGÜN, Ninnilerle Büyüme, G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN 2017;3(Ek sayı):28-32
29. Biçer, E. ve Sarı, O. T. (2017). Normal Gelişim Gösteren ve Hafif Düzeyde Zihinsel Engelli Öğrencilerin Zihin Kuramı ve Yürütücü İşlev Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Eğitimde Kuram ve Uygulama, 13, 261-276.
30. Sümbüllü Y., Altınışık, M . (2016). Geleneksel Çocuk Oyunlarının Değerler Eğitimi Açısından Önemi. Erzurum Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1 (2), 73-85
31. Victora CG, Bahl R, Barros AJD ve diğ. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and life long effect. Lancet. 2016; 387:475-90.
32. Horta, BL., Loret de Mola, C., Victora, CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and metaanalysis, Acta Paediatrica, 2015.
33. Ip S, Chung M, Raman G, et al., Tufts-New England Medical Center Evidence-based Practice Center. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2007;153(153):1–186pmid:17764214
34. Topal S , Çınar N , Altınkaynak S . Süt Çocukluğu Döneminde Beslenme. DÜ Sağlık Bil Enst Derg. 2016; 6(1): 63-70.
35. Victora CG, Bahl R, Barros AJD ve diğ. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and life long effect. Lancet. 2016; 387:475-90.
36. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr Suppl 2015; 104: 96–113.
37. Walters, D., et al., The cost of not breastfeeding: global results from a new tool, Health Policy and Planning, 24 June 2019.
38. Karaçam Z, Sağlık M. Breastfeeding problems and interventions performed on problems: Systematic review based on studies made in Turkey. Turk Pediatri Ars 2018; 53(3): 134-48.

39. Balogun OO, Dagvadorj A, Anigo KM ve diğ. Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. *Maternal and Child Nutrition*. 2015; 11:433-51.
40. Gölbaşı, Z., Eroğlu, K., & Kaya, D. (2018). Doğum Yapan Kadınların Anne Sütü ve Emzirme Mitlerine İnanma Durumlarının Belirlenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 32-43.
41. Infant and young childfeeding.  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/index.html> Erişim tarihi: 26.04.2020
42. Pan American Health Organization. *Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child*. Washington DC: Pan American Health Organization, World Health Organization, 2003
43. WHO (World Health Organization). 2002 Complementary feeding, Report of the Global Consultation. Geneva, 10-13 December 2001. Summary of Guiding Principles. Erişim 02.05.2020
44. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2008; 46(1): 99- 110.
45. Yazıcı, Y . "Tamamlayıcı Beslenme". *Klinik Tıp Pediatri Derg* 10 (2018 ):7-16.
46. Tamamlayıcı Beslenme Sağlık Çalışanları için Rehber Kitap Ekim 2009.
47. Tanzi MG, Gabay MP. Association between honey consumption and infant botulism. *Pharmacotherapy* 2002; 22:1479–1483.
48. Jonsdottir OH, Thorsdottir I, Hibberd PL, Fewtrell MS, Well JC, Palsson GI, et al. Timing of the introduction of complementary foods in infancy: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2012; 130(6): 1038-45.
49. Telatar B, Zengin BE, Vitrinel A, Erginöz E. Anne Sütü Alan Bebeklerde 4. aydaki Demir Durumu. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2005; 9(4): 163-5.
50. Korkmaz A, Aydın Ş, Duyan Çamurdan A, Okumuş N, Onat FN, Özbaş S, Polat E, Şenel S, Tezel B, Tezer H, Köse MR. Türkiye'de bebek ölüm nedenlerinin ve yeni bir ulusal ölüm kayıt sisteminin analizi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2013; 56: 105-121

51. WHO. Immunization coverage.URL: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>.erişim tarihi: 02.05.2020
52. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
53. Kemen A , Zorlu İ , Açıkgöz B , Pişkin İ , Ayoğlu F . Çocuklarda İshal Olgularının Tanımlayıcı Özellikleri. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2020; 112-104.
54. Devrim D . Çocuklarda Viral Gastroenteritler Çocuklarda Viral Gastroenteritler. Pediatri. 2016; 8(4): 12-16.
55. Guarino A, Albano F, Ashkenazi S, et al. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/ European Society for Paediatric Infectious Diseases evidence based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: executive summary. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008; 46: 619-21.
56. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg84/chapter/1-Guidance#diagnosis> erişim tarihi: 11.05.2020
57. Piescik-Lech M, Shamir R, Guarino A, Szajewska H. Review article: the management of acute gasenteritis in children. Aliment Pharmacol Ther 2013; 37: 289-303.
58. [https://www.unicef.org/innovation/innovation\\_81929.html](https://www.unicef.org/innovation/innovation_81929.html) erişim tarihi: 12.05.2020
59. American Academy of Pediatrics (Rota virüs). In: Pickerling LK, Baker CJ, Kimberlin DW, LongSS, editors. RedBook: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases. 28th ed. ElkGroveVillage, IL: American Academy of Pediatrics; 2009: p.576-9
60. Levels & Trends in Child Mortality Report 2019 Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation
61. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Türkiye Sağlık Araştırması, 2016
62. Altındış M, Beştepe G, Çeri A, Yavru S, Kalaycı R. Akut ishal yakınmalı çocuklarda rotavirüs ve enterik adenovirüs sıklığı. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 15(2)
63. Çelik AY, Emiroğlu M, Kurtoğlu MG, İnci A, Odabaş D. Akut gastroenteritli 0-5 yaş arası çocuklarda viral etkenlerin sıklığının araştırılması. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2016; 10(2), 101-6.

64. Oduwole O, Udoh EE, Oyo-Ita A, Meremikwu MM. Honey for acute cough in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 4. Art. No.: CD007094. DOI: 10.1002/14651858.CD007094.pub5.
65. Munyard P, Bush A. How much coughing is normal? Arch Dis Child 1996; 74: 531-4.
66. A. Fuat KALYONCU, İ. Kıvılcım OĞUZÜLGEN. Toraks Kitapları, sayı:26, Ocak 2019. Öksürük, Türk Toraks Derneği, ISBN: 978-605-68474-3-1
67. S. Öncel KOU Sağ Bil Derg. 2018, C.4, S.1, s.27-31
68. NICE kılavuzu <https://www.nice.org.uk/guidance/ng120/chapter/summary-of-the-evidence#self-care-2> erişim tarihi: 18.05.2020
69. Özdemir P. Çocuklarda Astım' ın Tanımı ve Yönetimi. Klinik Tıp Pediatri Dergisi.2018; 10(2): 32-27.
70. İnci G, Uğur Baysal S, Şişman AR. Exposure to environmental tobacco smoke by healthy children aged below five (Preliminary study). Turk Pediatri Ars 2018; 53: 37-44.
71. Cömert Aksu M . Mersin ilinde 2012 ile 2017 yılları arasındaki sıtma vakalarının değerlendirilmesi. Mersin Univ Sağlık Bilim derg. 2018; 11(3): 258-266.
72. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/world-malaria-report-2019> erişim tarihi:07.06.2020
73. Gökengin D. [HIV infection in Turkey: How close are we to the target?]. Klimik Derg. 2018; 31(1): 4-10. Turkish.
74. Global HIV ve AIDS İstatistikleri - 2019 Bilgi Formu <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet> erişim: 25.05.2020
75. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/hiv-aids-istatistik.html> erişim:25.05.2020
76. Gökengin D, Çalık Ş, Öktem P. Türkiye’de HIV’le ilgili damgalama ve ayrımcılığın analizi: HIV’le yaşayan kişiler için damgalama göstergesi sonuçları. Klimik Derg. 2017; 30(1): 15-21.
77. Guideline Updates on HIV and Infant Feeding 2016 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246260/9789241549707-eng.pdf?sequence=1> erişim tarihi: 26.05.2020
78. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı (2019-2024)

79. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), İstatistiklerle çocuk 2019
80. Tural Büyük E , Çavuşoğlu F , Teker E . Sıfır Altı Yaş Arası Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerinin Tanılanması. DÜ Sağlık Bil Enst Derg. 2015; 5(3): 17-22.
81. Gökçe Gündüz, Aynur Aytakin. Annelerin çocuklarını ev kazalarından korumaya yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. Behcet Uz Çocuk Hast Derg. 2015; 5(3): 184-192.
82. Karatepe T, EkerbiçerH.Çocuklarda Ev Kazaları. Sakarya Tıp Dergisi. 2017; 7(1): 1-1.
83. Alev Üstoğlu, Bülent Zülfikar, Gonca Topuzlu Tekant, Rahşan Özcan. Characteristics of Children 0-6 Aged and Families Showing Foreign Body Aspiration. 2018; 32(3): 93-102.
84. Yıldırım Y. Acil Servise Başvuran Çocukluk Çağı Adli Olgularda Travma Profili ve İstemli Yaralanmaların Özellikleri: Retrospektif Bir Analiz. Pediatri. 2016; 8(3): 34-39.
85. Kartal A, Kılınç E. Yaralanmaları Önlemede Okul Temelli Eğitim Programları: Sistematik Derleme. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2020;5(1):131-41.
86. Sevgül LİMONCU, Ahmet Bircan ATMACA. Çocuk Merkezli Afet Yönetimi. Megaron. 2018; 13(1): 132-143
87. Şahin Ş. Türkiye’de Afet Yönetimi ve 2023 Hedefleri. TDAD. 2019; 1(2): 180-196.
88. AFAD. Türkiye’de Afet Yönetimi ve Doğa Kaynaklı Afet İstatistikleri Raporu.<https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/turkiye-117-yilda-210-buyuk-deprem-yasadi/1458151> erişimtarihi :31.05.2020
89. [https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/e\\_Kutuphane/Dergiler/2018-Afad-Dergi.pdf](https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/e_Kutuphane/Dergiler/2018-Afad-Dergi.pdf) erişim tarihi: 31.05.2020
90. Güçlü, S. Çocukluk ve Çocukluğun Sosyolojisi Bağlamında Çocuk Hakları. Sosyoloji Dergisi. 2016; (1ozel): 1-22.
91. Güçlü, S. Çocukluk ve Çocukluğun Sosyolojisi Bağlamında Çocuk Hakları. Sosyoloji Dergisi. 2016; (1ozel): 1-22.
92. <https://www.unicef.org/turkey/çocuk-haklarına-dair-sözleşme> erişim tarihi: 02.06.2020

93. <http://www.cocukhaklariizleme.org/bir-tarihce-cocuklarin-haklari-ve-birlesmis-milletler-cocuk-haklarina-dair-sozlesme> erişim:03.06.2020
94. Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in Nursing and Health Research. New York: Springer Publishing Company; 2010. p.176-8.
95. Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. New York: Guilford Press; 2005.p.154-186
96. Andrew DPS, Pedersen PM, McEvoy CD. Research Methods in Sport Management. Champaign: Human Kinetics; 2011. p.203-7.
97. MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. Psychological Methods, 4(1), 84-99.
98. Erkuş, A. (2012). Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-1: Temel kavramlar ve işlemler. Ankara: Pegem Akademi
99. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al: Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. The Annals of Family Medicine 2005; 3(6):514–22.
100. Shevlin ME, Lewis CA (1999) The revised social anxiety scale: exploratory and confirmatory factor analysis. The Journal of Social Psychology 139:250-252
101. Martin CR, Newell RJ (2004) Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in individuals with facial disfigurement. Psychology, Health & Medicine 9:327-336
102. Schriesheim CA, Eisenbach RJ (1995) An exploratory and confirmatory factor-analytic investigation of item wording effects on the obtained factor structures of survey questionnaire measures. Journal of Manag 21:1177-1193
103. Büyüköztürk Ş (2017) Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Pegem Atıf İndeksi:1-213
104. Tavşancıl E (2002) Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Ankara: Nobel Yayıncılık
105. Timmerman ME, Lorenzo-Seva U (2011) Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. Psychological methods 16:209
106. Kiliç S (2016) Cronbach's alpha reliability coefficient. Journal of Mood Disorders 6:47

107. Akbaş, G. ve L. Korkmaz. (2007). Ölçek uyarlaması (Adaptasyon)." Türk Psikoloji Bülteni 13 (40), 15,16
108. Sezer A, KadioğluH.Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 17: 3
109. AlparR.Geçerlilik ve Güvenilirlik. Uygulamalı İstatistik ve GeçerlilikGüvenilirlik. 1. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık;; 2010. p.316-66.
110. Simsek ÖF (2007) Yapısaleşitlik modellemesine giriş: Temel ilkeler ve LISREL uygulamaları. Ankara: Ekinoks
111. Byrne BM (2013) Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming. Psychology Press.
112. Z. Aktürk ve H. Acemoğlu. Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik.Dicle Tıp Derg. 2012; 39 (2): 316-319
113. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. International Journal of Medical Education. 2011;2:53-5.
114. Erkuş A. Geçerlilik, Psikometri Üzerine Notlar. Baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları;200p.74-114
115. Tunca Yılmaz Ö, Yakut Y, Uygur F, Uluğ N. Tampa Kinezyofobi Ölçeği'nin Türkçe versiyonu ve test-tekrar test güvenirligi. Fizyoter Rehabil. 2011;22(1):44-49
116. Shrout PE, Fleiss J. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. Psychol Bull. 1979;86:420- 428.

## EKLER

### EK-1 SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.Hasta Protokol No:

2. Cinsiyetiniz  Kadın  Erkek

3. Yaşı.....

4. Medeni durumu  Evli  Bekar  Ayrılmış/boşanmış  Bilmiyor/kabul etmedi

5. Boy: .....

6. Kilo: .....

7. BMI:

8.  Sigara .....adet/gün/yıl

9.  Alkol .....bardak/gün/yıl

10. Haftada kaç gün gazete okursunuz? .....

11. Bir yılda kaç kitap okursunuz? .....

12. Mesleğiniz (yazınız) .....

13. Eğitim durumu  Okur-yazar değil  Okur-yazar  İlkokul  İlköğretim/Ortaokul  Lise

Ön lisans  Lisans  Yüksek Lisans/Doktora Toplam okul yılı (hesaplayınız).....yıl

14. Gelir Durumunuz?  Çok kötü  Kötü  Orta  İyi  Çok iyi

15. Kronik Hastalıklar

Kalp-damar hastalığı  Hiperlipidemi  Diyabet  Hipertansiyon

KOAH  Astım

Böbrek hastalığı  Karaciğer hastalığı

İnme/felç  Romatolojik hastalık  Kanser

Psikiyatrik hastalık  Demans

Diğer.....

Yok

## EK-2 EYYB ÖLÇEĞİ SORULARI VE İÇİNDEKİLER FORMU

KİŞİYE OKU: Bu bilgiler yarım kiloluk bir dondurma kutusunun arkasında yer almaktadır.

		Cevap	
		Doğru	Yanlış
1. Kutudaki dondurmanın tamamını yerseniz ne kadar kalori almış olursunuz?			
2. Günde 60 gr karbonhidrat almanıza izin veriliyorsa ne kadar dondurma yiyebilirsiniz?			
3. Doktorunuz, yiyeceklerinizdeki doymuş yağları azaltmanızı önerdi. Genellikle her gün 42 gr doymuş yağ aldığınızı var sayalım, bunu içinde bir öğün dondurma da dahil. Bu bir öğün dondurma yemeyi bırakırsanız günlük doymuş yağ tüketiminiz ne olur?			
4. Günde 2500 kalori alıyorsanız, bir öğün dondurma yemekle, günlük kalorienizin % kaçını almış olursunuz?			
KİŞİYE OKU: Farz edelim ki penisilin, fıstık, plastik eldiven ve arı sokmasına karşı alerjiniz var			
5. Bu durumda, bu dondurmayı yemeniz güvenlimidir?			
6. Kişi 5. soruya “Hayır” diye cevap vermişse sorunuz: Neden güvenli değildir?			

## Besleyici Özellikleri

Bir öğün miktarı Yarım kase

Bu kutudaki öğün miktarı 4 öğün

Her öğündeki

Kalori 250

Yağ Kalorisi 120

**% olarak alınması gereken günlük miktar**

**Toplam yağ** 13 gr %20

Doymuş yağ 9 gr %40

**Kolesterol** 28 mgr %12

**Sodyum** 55 mgr %2

**Toplam Karbonhidrat** 30 gr %12

Lif 2 gr

Şeker 23 gr

**Protein** 4 gr

## İçindekiler

% olarak alınması gereken günlük miktar 2000

kalorilik bir diyeteye göre hesaplanmıştır. Kalori

Krema, yağsız süt, şeker, su, yumurta sarısı, süt yağı, fıstık yağı, tereyağı, tuz,

ihtiyacına göre bu miktarlar çoğalıp azalabilir.

vanilya özü

### **EK-3 PUBLIC HEALTH LITERACY KNOWLEDGE SCALE**

For a healthy pregnancy and birth, all pregnant women should visit a health worker before the baby is born (T)

Births that are not assisted by a skilled birth attendant are as safe as births that are assisted by a skilled birth attendant (F)

It is normal if children below the age of 1 year weigh the same over a 2-month period (F)

Children who are vaccinated are protected from dangerous diseases (T)

Overall, vaccination has more risks than benefits (F)

Children learn a lot by playing (T)

Most injuries and accidents cannot be prevented (F)

If a child is breathing rapidly or has difficulty breathing, the child should be taken immediately to a health-care provider (T)

Many diseases can be prevented by washing hands before touching food (T)

Using condoms when having sex can prevent the spread of AIDS (T)

Using mosquito nets helps prevent malaria (T)

Exercise helps prevent heart disease (T)

Coughs and colds only get better with medicine (F)

It is the father's gene that decides whether the baby is a boy or a girl (T)

Antibiotics kill viruses as well as bacteria (F)

Cigarette smoking causes lung cancer (T)

All bacteria are harmful to humans (F)

#### **EK-4 HALK SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI BİLGİ ÖLÇEĞİ (HSOY Ölçeği)**

Sağlıklı bir hamilelik ve doğum için, tüm hamile kadınlar doğumdan önce mutlaka bir sağlık çalışanını ziyaret etmelidir (D)

Yetkin bir doğum görevlisinin eşlik etmediği doğumlar, yetkin bir doğum görevlisinin eşlik ettiği doğumlarla aynı derecede güvenlidir (Y)

1 yaşın altında olan çocukların 2 aylık süre zarfında aynı kiloda kalması normaldir (Y)

Aşı yapılan çocuklar tehlikeli hastalıklardan korunur (D)

Genel olarak, aşının riskleri faydalarından fazladır (Y)

Çocuklar oynayarak çok şey öğrenir (D)

Yaralanmaların ve kazaların büyük çoğunluğu önlenemez (Y)

Eğer bir çocuk hızlı nefes alıp veriyorsa veya nefes almada zorluk çekiyorsa, hemen bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir (D)

Pekçok hastalık, yemeklere dokunmadan önce ellerin yıkanmasıyla önlenemez (D)

Cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanmak AIDS hastalığının yayılmasını önleyebilir (D)

Sineklik (cibinlik) kullanmak sıtmayı önleyebilir (D)

Egzersiz kalp rahatsızlıklarını önlemeye yardımcı olur (D)

Öksürük ve soğuk algınlığı sadece ilaçla iyileşir (Y)

Bir bebeğin cinsiyetini belirleyen babanın genidir (D)

Antibiyotikler hem virüsleri hem de bakterileri yok eder (Y)

Sigara içmek akciğer kanserine yol açar (D)

Tüm bakteriler insanlara zararlıdır (Y)

## HALK SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI BİLGİ ÖLÇEĞİ

		DOĞRU	YANLIŞ
1	Sağlıklı bir hamilelik ve doğum için, tüm hamile kadınlar doğumdan önce mutlaka bir sağlık çalışanını ziyaret etmelidir		
2	Yetkin bir doğum görevlisinin eşlik etmediği doğumlar, yetkin bir doğum görevlisinin eşlik ettiği doğumlarla aynı derecede güvenlidir		
3	1 yaşın altında olan çocukların 2 aylık süre zarfında aynı kiloda kalması normaldir		
4	Aşı yapılan çocuklar tehlikeli hastalıklardan korunur		
5	Genel olarak, aşının riskleri faydalarından fazladır		
6	Çocuklar oynayarak çok şey öğrenir		
7	Yaralanmaların ve kazaların büyük çoğunluğu önlenemez		
8	Eğer bir çocuk hızlı nefes alıp veriyorsa veya nefes almada zorluk çekiyorsa, hemen bir sağlık kuruluşuna götürülmelidir		
9	Pek çok hastalık, yemeklere dokunmadan önce ellerin yıkanmasıyla önlenir		
10	Cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanmak AIDS hastalığının yayılmasını önleyebilir		
11	Sineklik (cibinlik) kullanmak sıtmayı önleyebilir		
12	Egzersiz kalp rahatsızlıklarını önlemeye yardımcı olur		
13	Öksürük ve soğuk algınlığı sadece ilaçla iyileşir		
14	Bir bebeğin cinsiyetini belirleyen babanın genidir		
15	Antibiyotikler hem virüsleri hem de bakterileri yok eder		
16	Sigara içmek akciğer kanserine yol açar		
17	Tüm bakteriler insanlara zararlıdır		

## EK-5 TEZ ONAMI

### SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Adı Soyadı	Dr Aykut ARDIÇ
TC Kimlik No:	20200522676
Uzmanlık Dalı(Anadal)	Aile Hekimliği
Uzmanlık Eğitim Kurumu:	Bursa Yüksek İhtisas SUAM

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilmiş tıpta uzmanlık öğrencisinin Tez konusu, Akademik Kurulumuzda değerlendirilmiş, alınan karar aşağıda belirtilmiştir.

Anabilim Dalı Başkanı  
Doç Dr Seçil ARICA  
e-imzalıdır

Akademik Kurul Karar Tarihi:	09.11.2017
Karar No:	15-1
Tez Konusu:	( ) Uygundur. ( X ) Eleştirilen yönlerin giderilmesi şartıyla uygundur. Tekrar değerlendirmeyegerek yoktur ( ) Eleştirilerin giderilmesi veya cevaplanması sonrası tekrar değerlendirilmesi uygundur. ( ) Uygun değildir.

Ek:  
1-Tez konusu onay formu  
2-Tez konusu hakem değerlendirme formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/11/2017-E.17073



T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı.



Sayı : 48865165-020  
Konu : Dr. Aykut ARDIÇ'ın Tez Onayı Hk.

TUTUK

BURSA YÜKSEK İHTİSAS S.U.A.M.

Hastanenizde Aile Hekimliği Kliniğinde uzmanlık ğrencisi olan Dr. Aykut ARDIÇ'ın tez konusu eleştirilen yönlerin giderilmesi şartı ile uygun bulunmuş olup tekrar değerlendirmeye gerek yoktur. Onay formu ve 2 (iki) adet hakem değerlendirme formu ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim

e-imzalıdır  
Prof. Dr. Ali İhsan TAŐCI  
Dekan V.

TEZ KONUSU HAKEM DEĞERLENDİRME FORMU

DEĞERLENDİRME	
1-Tez Başlığı/Konusu:	"Public Health Literacy Knowledge Scale" Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliğinin Araştırılması
2-Araştırma sorusu:	Uygundur.
3-Araştırmanın amacı:	Uygundur.
4-Araştırma materyalleri, popülasyonu:	Uygundur.
5-Dahil etme ve hariç tutma kriterleri:	Uygundur.
6-Araştırmanın birincil sonuç değişkenleri:	Uygundur.
7-Araştırmanın türü ve tasarımı:	Uygundur.
8- Araştırma hipotezi:	Uygundur.
9-Örneklem sayısı ve belirleme yöntemi:	Uygundur.
10-Araştırmada kullanılacak istatistik yöntemler:	Uygundur.
11-Araştırmanın orijinalliği ve bilime katkısının açıklaması:	Öneri: Ölçek usulüne uygun olarak Türkçeye çevrildikten sonra 20-30 kişilik bir gruba Türkçesinin değerlendirilmesi adına ön test yapılması tavsiye olunur.
12-Açıklamak istediğiniz diğer konular:	Uygundur.
Hakemin kararı	(...X...) Tez konusu uygundur. (.....) Tez konusu açıklanan eksiklikler giderilmesi şartı ile uygundur. Tekrar değerlendirmeye gerek yoktur. (.....) Açıklanan eksiklikler giderildikten sonra tez konusu tekrar değerlendirilmelidir. (.....) Tez konusu uygun değildir. Yeni tez konusu önerisi gönderilmelidir.
HAKEM ADI SOYADI: KURUMU: TARİH:	TARIK EREN YILMAZ SBÜ ANKARA-NUMUNE SUAM 08.11.2017

\* Bilgisayar ortamında doldurulmalıdır.

\*\*Lütfen değerlendirmelerinizi açıklayınız.

## TEZ KONUSU HAKEM DEĞERLENDİRME FORMU

DEĞERLENDİRME	
1-Tez Başlığı/Konusu:	"Public Health Literacy Knowledge Scale" ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması
2-Araştırma sorusu:	uygundur
3-Araştırmanın amacı:	uygundur
4-Araştırma materyalleri, popülasyonu:	uygundur
5-Dahil etme ve hariç tutma kriterleri:	uygundur
6-Araştırmanın birincil sonuç değişkenleri:	uygundur
7-Araştırmanın türü ve tasarımı:	Uygundur ancak ölçeğin dilsel eşdeğerlik çalışmasının da yapılması gerekmektedir. Bunun için Türkçeye çevrilen ölçeğin tekrar İngilizceye çevrilip ikisinin karşılaştırılması önerilir
8- Araştırma hipotezi:	uygundur
9-Örneklem sayısı ve belirleme yöntemi:	uygundur
10-Araştırmada kullanılacak istatistik yöntemler:	uygundur
11-Araştırmanın orijinalliği ve bilime katkısının açıklaması:	uygundur
12-Açıklamak istediğiniz diğer konular:	Ölçeğin dilsel eşdeğerlik çalışmasının da yapılması gerekmektedir
Hakemin kararı	(.....) Tez konusu uygundur. (...X.....) Tez konusu açıklanan eksiklikler giderilmesi şartı ile uygundur. Tekrar değerlendirmeye gerek yoktur. (.....) Açıklanan eksiklikler giderildikten sonra tez konusu tekrar değerlendirilmelidir. (.....) Tez konusu uygun değildir. Yeni tez konusu önerisi gönderilmelidir.
HAKEM ADI SOYADI:	Doç. Dr Hülya PARILDAR
KURUMU:	SBÜ İzmir Tepecik SUAM Aile Hekimliği Kliniği
TARİH:	8/11/2017

## EK-6 ETİK KURUL RAPORU

 T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 2011-KAEK-26/192  
Konu : Etik Kurul kararı

09 / 03 / 2018

Sayın Doç.Dr.Hakan DEMİRCİ  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas EAH  
Aile Hekimliği Kliniği Öğretim Üyesi

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız ve sorumlu araştırmacısı olduğunuz “Public Health Literacy Knowledge Scale ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması” başlıklı araştırmanıza ilişkin Kurulumuzun 20 Şubat 2018 tarih ve 2018-4/23 nolu kararı ekte gönderilmektedir.

Gereği için bilgilerinize sunulur.

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

<b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b>	'Public Health Literacy Knowledge Scale' ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması
------------------------------	--

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	<b>ETİK KURULUN ADI</b>	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	<b>AÇIK ADRESİ</b>	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	<b>TELEFON</b>	0.224. 295 00 20
	<b>FAKS</b>	0.224. 295 00 29
	<b>E-POSTA</b>	uukaek@uludag.edu.tr

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	<b>SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI</b>	Doç.Dr.Hakan Demirci			
	<b>SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ</b>	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas EAH Aile Hekimliği Kliniği			
	<b>YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI</b>	-Dr.Aykut Ardıç -Doç.Dr.Gökhan Ocakoğlu			
	<b>YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ</b>	-Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Aile Hekimliği Kliniği , Yenişehir 1 nolu Siteler Aile Sağlığı Merkezi -Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik AD			
	<b>DESTEKLEYİCİ</b>				
	<b>ARAŞTIRMANIN TÜRÜ</b>	Anket çalışması			
	<b>ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI</b>	Uzmanlık tez çalışması			
	<b>ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ</b>	01.03.2018 / 8 ay			
	<b>GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI</b>	290			
	<b>ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER</b>	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

<b>DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER</b>	<b>Belge Adı</b>	<b>Tarihi</b>	<b>Dili</b>
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	05.02.2018	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	05.02.2018	Türkçe
	ANKET FORMU	-	Türkçe

<b>DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER</b>	<b>Belge Adı</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Açıklama</b>
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih:05.02.2018
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih:18.12.2017
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLI GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	<input type="checkbox"/>	Tarih:18.01.2018
	IKU klavuzunun okunduğuna dair taahhütname	<input checked="" type="checkbox"/>	Tarih:18.12.2017
	SONUÇ ÖZET RAPORU	<input type="checkbox"/>	
<b>DİĞER:</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	Araştırma ilk başvuru (düzeltme) ön yazısı (05.02.2018), sorumlu araştırmacı özgeçmiş, araştırmacılar tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür	

## EK-7 HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ ONAYI



T.C. Sağlık Bakanlığı  
Bursa İl Sağlık Müdürlüğü

**BURSA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**  
**HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI**  
**ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU**  
**TOPLANTI TUTANAĞI**

Başkanlığımız Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu, sunulan dosyanın Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün "*Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İçin / Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler*"e uygunluğunu değerlendirmek üzere 08.05.2018 tarihinde saat 14.00'da toplanmıştır.

Başvuru evrakları incelendiğinde, Yenişehir İlçe Sağlık Müdürlüğü'müze bağlı 1 Nolu Siteler Aile Sağlığı Merkezi 16.17.001 Nolu Birimde Aile Hekimi olarak görev yapan Dr. Aykut ARDIÇ 'ın Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Hakan DEMİRCİ ile birlikte yapacakları "**Public Health Literacy Knowledge Scale' Ölçeğinin Araştırılması**" konulu anket çalışmasının, İlimizde Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi İngilizce son sınıf öğrencileri ile Bursa Yenişehir 01 No.lu Siteler Aile Sağlığı Merkezinde çalışmaya gönüllü olarak katılan kayıtlı popülasyona uygulanacağı anlaşılmıştır.

Komisyon tarafından yapılan değerlendirme sonucunda:

1. Yapılması planlanan çalışmanın Hasta Hakları Yönetmeliğine uygun bir şekilde yürütülmesi ve özellikle bu yönetmelikte bahsi geçen "Mahremiyete Saygı Gösterilmesi" ile "Bilgilerin Gizli Tutulması;" hususlarına azami dikkat gösterilmesi kaydıyla yapılmasının komisyonumuzca kabul edilmesine
2. Komisyonun çalışmanın yapılmasına ilişkin onayın, yapılan çalışmanın sonuç raporunun bir nüshasının Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne iletilmek üzere Başkanlığımıza gönderilmesi hususunda çalışmacıya bilgi verilerek tebliğine;

Ov birliği ile karar verilmiştir. //