



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL
SAğLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

ÇOCUKLARIN TUVALET EğİTİMİ İLE
4-6 YAŞ ARASI ÇOCUK SAHİBİ OLAN ANNELERİN
SAğLIK OKURYAZARLIğININ İLİŞKİSİ

Dr. Fatma Büşra ÖZTÜRK ALPKIRAY

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2022



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
şİşLİ HAMİDİYE ETFAL
SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

ÇOCUKLARIN TUVALET EğİTİMİ İLE
4-6 YAş ARASI ÇOCUK SAHİBİ OLAN ANNELERİN
SAğLIK OKURYAZARLIğININ İLİşKİSİ

Dr. Fatma Büşra ÖZTÜRK ALPKIRAY

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL VE GRAFİKLER.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. TUVALET EĞİTİMİ TANIMI	3
2.2. TUVALET EĞİTİMİNE TARİHSEL BAKIŞ	4
2.3. TUVALET EĞİTİMİ YÖNTEMLERİ.....	5
2.3.1. Brazelton Metodu	5
2.3.2. Azrin ve Foxx Metodu.....	6
2.3.3. Dr. Spock'un Tuvalet Eğitimi Yöntemi.....	7
2.3.4. Edimsel Koşullanma.....	7
2.3.5. Destekli Bebek Tuvalet Eğitimi	7
2.3.6. Eliminasyon İletişimi	8
2.4. TUVALET EĞİTİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	8
2.4.1. Tuvalet Eğitiminde Başlangıç Yaşı.....	8
2.4.2. Cinsiyet.....	9
2.4.3. Kültürel Özellikler.....	9
2.4.4. Sosyoekonomik Özellikler.....	10
2.5. TUVALET EĞİTİMİNE HAZIRLIK.....	10
2.5.1. Çocuğun Tuvalet Eğitimine Hazırlanması	10
2.5.1.1. Fizyolojik Özellikler	10
2.5.1.2. Bilişsel ve Gelişimsel Özellikler	11
2.5.1.3. Psikolojik ve Davranışsal Özellikler	12
2.5.2. Ebeveynlerin Tuvalet Eğitimine Hazırlanması.....	13
2.6. TUVALET EĞİTİMİNDE KULLANILAN MATERYALLER.....	13
2.7. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI.....	14
2.7.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı	14
2.7.2. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı	15

2.7.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	16
2.7.4. Sağlık Okuryazarlığını Düzeyinin Belirlenmesinde Kullanılan Ölçekler	16
2.7.5. Ülkemizde Sağlık Okuryazarlığı.....	17
2.7.6. Ülkemizde Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri.....	17
2.7.6.1. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması(ASOY-TR).....	17
2.7.6.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)	18
2.7.6.3. Sağlık Okuryazarlığı Senaryo Ölçeği (SOY-SEN).....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	20
3.1. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ	20
3.1.1. Örneklem Büyüklüğü	20
3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN FORMLAR VE VERİLERİN TOPLANMASI.....	21
3.2.1. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)	21
3.3. İSTATİKSEL ANALİZ.....	22
3.4. ETİK KURUL ONAYI.....	22
4. BULGULAR	23
4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN ANALİZİ	23
4.2. KATILIMCILARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VERİLERİ ANALİZİ.....	25
4.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLEN ÇOCUKLARLA VE TUVALET EĞİTİMİYLE İLGİLİ VERİLERİN ANALİZİ.....	26
4.4. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLEN ÇOCUKLARIN TUVALET EĞİTİMİ SÜRECİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI.....	32
4.5. KATILIMCILARIN TSOY-32 PUANLARI İLE SOSYODEMOGRAFİK VERİLER VE TUVALET EĞİTİMİ SÜRECİNİN KARŞILAŞTIRILMASI.....	36
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
KAYNAKÇA	60

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca her konuda yanımda olan, emeğini benden esirgemeyen çok değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk'e ,

Eğitimim süresince birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, deneyimleriyle bana yol gösteren kliniğimizin kıymetli uzmanlarına,

Ailem gibi hissettiren kliniğimizin sevgili asistan doktorlarına ve hemşirelerine, beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum hastanemizin uzman ve asistan doktorlarına, hemşirelerine ve diğer sağlık çalışanlarına,

Hayatım boyunca her adımında arkamda duran, koşulsuz destekleyen, sevgisini her zaman hissettiğim aileme; doktor olma yolunda işine olan sevgisi ve özverisiyle her anlamda örnek aldığım, yol göstericim ve meslektaşım sevgili babam Prof. Dr. Faruk Öztürk'e, desteğini her zaman derinden hissettiğim biricik öğretmenim annem Havva Öztürk'e ve değerli ablam Betül Yalçın'a

Hayatıma dahil olduğu günden itibaren beraber yürüdüğümüz yolda desteğini esirgemeyen meslektaşım, sevgili eşim Mehmet Fatih Alpkıray'a teşekkür ederim.

Dr. Fatma Büşra ÖZTÜRK ALPKIRAY

İstanbul,2022

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAP: Amerika Pediatri Akademisi

AAFP: Amerikan Aile Hekimleri Akademisi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HL: Health Literacy

HLS-EU: The European Health Literacy Survey

METER: Medial Term Recognition Test

REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TC: Türkiye Cumhuriyeti

TE: Tuvalet Eğitimi

TL: Türk Lirası

TSOY-32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Ölçeklerin Kesme Puanına Göre Gruplandırılması (n=234)	25
Tablo 2. Ölçek ve Alt Boyutlardan Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler	26
Tablo 3. Çocukların Antenatal ve Postnatal Verilerinin Betimsel İstatistikleri	28
Tablo 4. Çocukların Gelişimsel İlerlemesini Belirten Soruların Dağılımları (n=234)	30
Tablo 5. Çocukların Mesane ve Bağırsak Kontrolünün Gruplandırılmış Dağılımları (n=234)	31
Tablo 6. Çocukların Tuvalet Eğitimi Sonrası Çiş ve Kaka Kaçırma Durumlarının Dağılımları	31
Tablo 7. Tuvalet eğitime başlama yaşının Cinsiyet ve Gelir Açısından Karşılaştırılması	32
Tablo 8. Çocuk Cinsiyet Grupları ile Mesane ve Bağırsak Kontrolü Yaşı ile Karşılaştırılması	33
Tablo 9. Kendinden küçük kardeşi olma durumu ile tuvalet eğitime başlangıçta kullanılan araçların karşılaştırılması	33
Tablo 10. Tuvalet Eğitime Başlama Zamanı Grupları ile Mesane ve Bağırsak Kontrolü Gruplarının Karşılaştırılması	34
Tablo 11. Tuvalet Eğitime Başlama Zamanı Grupları ile Mesane ve Bağırsak Kontrolü Gruplarının Karşılaştırılması	35
Tablo 12. Tuvalet Eğitime Başlama Zamanı grupları ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması	35
Tablo 13. Tuvalet Eğitime Başlama Zamanı ile Çocukların Antenatal ve Postnatal Özelliklerinin Karşılaştırılması	36
Tablo 14. TSOY Ölçek Toplam Puanının Sosyodemografik Veriler Açısından Karşılaştırılması	37
Tablo 15. TSOY Ölçek Toplam Puanının Tuvalet Eğitimi Verileri Açısından Karşılaştırılması	38
Tablo 16. Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gündüzleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı Açısından Karşılaştırılması	40
Tablo 17. Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Geceleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı Açısından Karşılaştırılması	42
Tablo 18. Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gündüzleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı Açısından Karşılaştırılması	44

Tablo 19. Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Geceleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı Açısından Karşılaştırılması.....	45
---	----



ŞEKİL VE GRAFİKLER

Şekil 1: Katılımcıların Yaş Dağılımları	23
Şekil 2: Katılımcıların Eğitim Durumları Dağılımları	24
Şekil 3: Katılımcıların Gelir Durumlarının Dağılımları.....	24
Şekil 4: Katılımcıların Çalışma Durumlarının Dağılımları.....	25
Şekil 5: Çalışmaya Katılan Annelerin Çocuklarının Cinsiyetine Göre Durumlarının Dağılımları	27
Şekil 6: Çalışmaya Katılan Annelerin Çocuklarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımları	27
Şekil 7: Annelerin Tuvalet Eğitimine Başlama İdeal Yaş Aralığına Verdiği Cevaplara Göre Dağılımları	28
Şekil 8: Çalışmaya Katılan Çocuklarının İdrar Yolu Enfeksiyonu Geçirme Durumlarını Dağılımları	29
Şekil 9: Çalışmaya Alınan Çocukların Bakım Verenlerine Göre Durumlarının Dağılımları	30

ÖZET

Amaç: : Çalışmamızın amacı 4-6 yaş arası çocukları olan annelerin sağlık okuryazarlığı ile tuvalet eğitimi arasındaki ilişkinin araştırılması ve tuvalet eğitiminin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği polikliniklerine 3 aylık zaman diliminde başvuran ve çalışmamıza katılmayı onaylayan 4-6 yaş arası çocuğu olan 234 anneye, literatür taraması yapılarak oluşturulan veri toplama anketi ve sonrasında Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. İstatistiksel analiz için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. $p<0.05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 4-6 yaş aralığında çocuğu olan 234 anne katıldı. Yaş ortalaması $34,96\pm6,07$ idi. Annelerin %64,1'inin eğitim düzeyi lisans ve üzeri olarak görüldü. Sağlık okuryazarlığının kategorik dağılımına göre anneler arasında yetersiz sağlık okuryazarlığı oranı %11,96 iken, annelerin %27,77'sinin sorunlu-sınırlı, %29,91'inin yeterli ve %30,34'ünün mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu gözlemlendi. Çocukların tuvalet eğitimine başlama ayı $25,98\pm6,78$ olarak tespit edilirken, %7,7'si 18 ay altı, %36,75'i 18-24 arasında, %35,9'u 25-30 ay geri kalan çocuklar ise daha sonrasında eğitime başladığı bulundu. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan annelerin tuvalet eğitimine başlama yaşı için geç davrandıkları gözlemlendi. Anne sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça çocukların mesane ve bağırsak kontrolünün daha geç olduğu saptandı.

Sonuç: Çocukluk dönemi için tuvalet eğitimi önemli bir kilometre taşıdır. Çalışmamızın sonuçları, ülkemizde ve dünya genelinde yapılan çalışmalarla uyum içinde olup, annenin eğitim düzeyi, ebeveynlerin gelir durumu arttıkça tuvalet eğitimi başlama yaşının geciktiğini göstermektedir. Annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile tuvalet eğitimi ilişkili bulunmuştur. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığını geliştirecek çalışmaların yapılması son derece önem taşımaktadır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık okuryazarlığı, tuvalet eğitimi, ebeveynlik

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to investigate and evaluate the relationship between the mother's with children aged 4-6 years health literacy and toilet training.

Materials and Methods: The Turkish Health Literacy Scale (TSOY32) was applied to 234 mothers with children aged 4-6 years who applied to the Health Sciences University Şişli Hamidiye Etfal Health Practice and Research Center Family Medicine Polyclinics within a 3-month period and approved to participate in our study. The questionnaire was created after a data collection through literature review, which was applied by face-to-face interview method. SPSS 25.0 package program was used for statistical analysis.

Results: 234 mothers with children aged 4-6 years participated in the study. The mean age was 34.96 ± 6.07 . The education level of the mothers was 64.1%, undergraduate or higher. According to the categorical distribution of health literacy, it was observed that 11,96% of the mothers had insufficient health literacy, 8,1%, problematic-limited, 15,8% adequate and 76,1% excellent health literacy levels. While the month of starting toilet training of children was determined as $25,98 \pm 6,78$, 7,7% of the children under 18 months, 36,75% of them between 18-24, 35,9% of them 25-30 months and the remaining children later on. It was observed that mothers with high health literacy acted late for the age to start toilet training. It was determined that the bladder and bowel control of the children achieved later as the mothers health literacy level increased.

Conclusion: Toilet training for children is an important milestone. The results of our study are in harmony with the studies conducted in our country and around the world, and show that the age of starting toilet training is delayed as the education level of the mother and the income status of the parents increase. Toilet training was found to be associated with mothers' health literacy levels. It is extremely important to carry out studies that will improve the health literacy of parents.

Keywords: Health literacy, toilet training, parenting

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocukluk çağının en önemli kazanılmış becerilerinden olan tuvalet eğitimi çocuğun bağımsızlığını gösterdiği, kendine olan güvenini kazandığı davranışlardandır (1). Tuvalet eğitimi; çocuğun yardıma ihtiyaç duymadan gündüz ve gece tuvaletinin geldiğini kendisi fark ederek tuvaleti kullanması, aynı zamanda bu dönemlerde istemli olarak kuru kalması olarak tanımlanır (2). Çocuğun tuvalet eğitimine hazır olması kronolojik yaşının yanında, fiziksel ve psikolojik gelişim yönünden de desteklenmelidir. Yaşıtlarına göre benzer geçişimi gösteren sağlık sorunu yaşamayan çocuklarda genellikle 18-24 ay civarında tuvalet eğitimine başlanabildiği tespit edilmiştir. Bununla birlikte eğitimi çocuklar arasında farklılık gösterse de birçoğunun 3 yaşında tamamladığı gösterilmiştir (3,4). Tuvalet eğitimi sosyodemografik özellikler, kültürel etmenler, çocuğun cinsiyeti, aile tutumu, anne-babanın eğitimi gibi birçok unsurla etkileşim içerisinde (5).

Ebeveynlerin çocuktan beklentisi, katı disiplinli tutumu; çocuğun kendini ifade etmeye çalıştığı, özgüven kazandığı bu dönemde olumsuz sonuçlar doğurabilir. Bu sürecin çocuk ve aile için daha sağlıklı ve doğru ilerlemesi adına Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics-AAP) çocuğu destekleyen, doğru yaptığı uygulamaları öven, kazalar olduğunda cezalandırma içermeyen sistem olan çocuk merkezli yaklaşımı önermiştir (5).

Sağlık okuryazarlığının önemi, son zamanlarda ülkemizde ve dünyada sağlık uygulamalarının kontrollü ve bilinçli kullanılmasının sağlanması isteğiyle artmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); amacına uygun sağlık hizmetlerinin kullanımı, sağlıkla alakalı bahsedilen bilgileri okuyabilme, anlayabilme, bu bilgi ile uyumlu hareket edebilme yetilerine sahip olunması ve kişilerin yaşam kalitesinin iyi yönde gelişmesi olarak sağlık okuryazarlığını tanımlar (6). Bireylerin sağlık okuryazarlığının artması toplumun, aile içindeki bireylerin hayat kalitesini artmasına neden olurken aynı zamanda kişilere bu davranışların öğretilmesi için bir adım oluşturur (7).

Sınırlı sağlık okuryazarlığı ile kişilerin sağlık durumları arasında ilişki saptanmış olup sağlıkla alakalı sorunları değerlendirmek, kendi ve çevresinin

sağlığıyla ilgili yapılması gereken sağlık hizmetleriyle alakalı fikir sahibi olmak ve bunları uygulamaya geçirmekte sıkıntılar yaşayabilir (8).

Toplumun en küçük yapı taşı olan aile içindeki sağlık okuryazarlık seviyesi de ailedeki bireylerin sağlıklı yaşam gelişimini etkilemektedir. Tuvalet eğitimi de çocuğun sağlıklı gelişiminin bir parçası olan hem çocuk hem de aile için önemli ve stresli bir dönemdir. Bilindiği üzere tuvalet eğitiminin anne-baba eğitim düzeyiyle ilişkili olduğu saptanmıştır (5).

Bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında tuvalet eğitimi ile sosyodemografik özellikler, eğitimde kullanılan araçlar, başlangıç yaşı, ailelerin eğitim durumu gibi birçok unsur incelenmiştir. Tuvalet eğitimi ile anne sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya literatür araştırmamızda rastlanmamıştır. Çalışmamızda anne sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocuğun tuvalet eğitimi üzerindeki etkisinin incelenmesi hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.TUVALET EĞİTİMİ TANIMI

Tuvalet eğitimi (TE); çocuğun idrar ve dışkılama kontrolünü kazanması ve tuvaletinin geldiğini fark edip, yardım ve hatırlatma olmaksızın tuvalete giderek ihtiyacını gidermesine verilen ifadedir. TE, çocukluk döneminin en önemli gelişimsel basamaklarından biridir. Bu dönem çocuğun bağımsızlığını ve kendi yapabildiklerini farkettiği bir süreçtir (5).

Tuvalet eğitimine başlama yaşı genellikle 1-3 yaş arasında beklenmekte olup, her çocuk için değişkenlik gösterir. Bu yaş aralığı Freud tarafından anal dönem olarak ele alınmıştır ve TE için bu dönemin oldukça kritik olduğu ifade edilmiştir (9). Anal dönemde olan çocuklar; kazandığı bağırsak kontrolünü çevresiyle sosyalleşme ve iletişim kurmaya yardımcı bir araç olarak görmektedir (9,10).

Tuvalet eğitimi; çocuğun tek başına değil, anne-babasıyla yürüttüğü bir süreçtir. Anne-babaların bu dönemde çocuğa baskı uygulaması, kendini fark etmeye ve özsaygısını oluşturmaya çabalayan çocukla çatışmaya girmesi; anne, baba ve çocuk üçgeni üzerinde negatif sonuçlar doğurabilmektedir. Bunun neticesinde tuvalet eğitimi ve sonrası istenmeyen şekilde sonuçlanabilir. TE ile ilgili sorunların büyük kısmı, anne-babanın süreç sırasındaki beklentisi ve baskıcı tavrı nedeniyle meydana gelmektedir. Bu sebeple anne-babanın ve bakım verenin tuvalet eğitimi hakkında doğrulara ulaşmasını sağlamak, uğraş gerektiren bu dönemde yardımcı olmak özellikle aile ve çocuk hekimleri için önem arz etmektedir (5).

Tuvalet eğitiminde çeşitli birçok yöntem olmasının yanısıra; çocuk merkezli yaklaşım olarak geçen Brazelton yöntemi ile daha çok aile odaklı yaklaşımı içeren Azrin-Foxx yöntemi hekimler tarafından ön planda tutulmaktadır. Her iki yöntem birbirinden farklılık göstermekle birlikte amaç tuvalet eğitimi sürecini çocuk ve ailenin birbirlerine uyum sağlayarak tamamlamasıdır. İki yöntem de incelendiğinde TE'ne

başlangıç zamanı 18 ay civarında olup, 24-36 ay dolaylarında eğitimin tamamlanması önerilmiştir. Bu yöntemleri karşılaştıran bir çalışma henüz mevcut değildir (11).

2.2.TUVALET EĞİTİMİNE TARİHSEL BAKIŞ

Tuvalet eğitiminde uygulanan metotlarda yüz yılı geçgin süredir ilerleme katedilmektedir. Çocuğun edilgin olduğu ve çoğunlukla fizyolojik hazır olma belirtilerinin göz önünde tutulduğu metotlar 20.yüzyılın başlarında uygulanmaya başlanmıştır (12). Katı disiplinli yaklaşım ve erken başlangıçlı tuvalet eğitimi 1920 ile 1930'lu yıllarda ön plandadır (13).

Herhangi bir sağlık problemi olmayan bebeklerin büyük çoğunluğuna 8 haftalıktan itibaren tuvalet eğitimi verilebileceği 1929'da yayınlanan bir dergide bahsedilmiştir (14). Bunu destekleyen nitelikte 1932'de Amerika Birleşik Devletleri'nde yayınlanan bir yazıda tuvalet eğitimine lohusalık süreci sonrası başlanması, çocuğun 6-8 ayı bittiğinde ise eğitimin tamamlanması tavsiyeleri yer almaktadır (15). Tuvalet eğitimine 6.ayla birlikte başlanabileceği fikri 1930'larda ortaya atılmakla birlikte, katı disiplinle ve erken başlanan tuvalet eğitiminin başarısız olduğu ve çocuk üzerinde davranışsal problemlere neden olduğunun farkına 1940'larda varılmıştır. Diğer bir yandan bu dönemdeki çalışmaların bazısında istemli bağırsak ve mesane kontrolünün 9.aydan önce tam anlamıyla oluşmadığı gösterilmiştir (16).

Tuvalet eğitimiyle ilgili oluşturulan ilk standardize edilmiş yöntem Brazelton tarafından 1962 yılında, çocuk merkezli ve basamaklar içeren bir metot olmakla birlikte çocuğun hazır olma belirtilerinin göstermesi beklenir (5,13). Dr. Spock da 1968'de katı disiplinli yaklaşım yerine çocuğun tuvalet eğitimine hazır olma belirtilerini ön planda tutup, çocuk odaklı yaklaşımı önermiştir (16). 1973 yılında ise Azrin ve Foxx erişkinlerde uyguladıkları metodu çocuklarda denemiş ve ebeveyn odaklı yöntem ortaya atılmıştır (5).

Brazelton ile Azrin ve Foxx yöntemi ile ayrı ayrı yapılan çalışmalarda iki metodunda etkili ve hızlı sonuçlar verdiği bulunmuştur. Bu iki method birbiriyle

kıyaslanmamıştır ama çocuk merkezli metot Amerikan Pediatri Akademisi(APA) tarafından daha ön planda tutulmuştur (5,17).

2.3.TUVALET EĞİTİMİ YÖNTEMLERİ

2.3.1. Brazelton Metodu

1962 de ortaya çıkan Brazelton yöntemi, çocuk odaklı tuvalet eğitimini öne atmış ve bu yaklaşım Amerika ve Kanada pediatri dernekleri tarafından önerilmiştir. Bu metotta çocuğun tuvalet eğitimine hazır olması temel prensip olarak kabul edilmiş olup, çocukta fizyolojik, bilişsel, psikolojik ve davranışsal sürecin olgunlaşması ve ailenin bu sürece uyum sağlayabilecek durumda olması ön plandadır (16,18).

Çocuğun hazır olmasının ön planda olduğu bu metotta eğitim, ortalama 18 ay itibariyle başlar. Tuvalet eğitimi verilirken bazı araçlar kullanılabilir; lazımlık da bunlardan biridir. Kullanım kolaylığı, çocuğun fiziksel gelişimine uygun olması, kullanırken etraftan ve ayaklarından destek alabilmesinden ötürü eğitime lazımlık dahil edilir. Çocuğun lazımlığa alışması için ilk planda bez kullanırken kıyafetleriyle oturması, lazımlığı çiş ya da kakası geldiği zaman tuvalet ihtiyacını gidermek için kullanamasa da, lazımlığa oturma isteği eğitime hazır olduğunu gösteren bir sinyal olarak değerlendirilebilir. Hazır olduğunda bez kullanımına ara verilip, lazımlık aktif olarak evin herhangi bir yerinde, hatta ebeveyn ile birlikte tuvalette birlikte kullanılabilir. Çocuğu bu süreçte desteklemek ve cesaretlendirmek için lazımlık kullanıldığı dönemde aile çocukla vakit geçirmeli, oyunlarla eğlenceli hale getirmelidir. Eğer bez takılı olduğu dönemde bezinde kaka ya da çiş görülürse lazımlığa boşaltılarak, çocuğa esas kullanması gereken yerin lazımlık olduğu gösterilmelidir. Bez çıkarmaların sayısının artması ve temiz bez sayısının artması ile 1-2 haftalık sürede çocuğun beze bağlılığının azaltılması beklenir. Süreç ilerlediğinde bez bırakılıp, tamamıyla lazımlıkla devam edilir ve ilerleyen dönemde alıştırmaya külotları eğitime eklenebilir. Bu süreçte ebeveynlerin özellikle katı ve ısrarcı tavırdan kaçınması, her başarısında sözel olarak ya da küçük ödülleri çocuğu desteklemesinin faydalı olacağı düşünülmüştür (5,16,18).

2.3.2. Azrin ve Foxx Metodu

Azrin ve Foxx tarafından geliştirilen aile odaklı tuvalet eğitimi yöntemi olup, 1 günde 1 tuvalet eğitimi olarak tanımlanır ve yoğun içeriğe sahiptir (16).

Burada birkaç temel uygulama öne çıkmaktadır. Çocuğun daha çok tuvalete gitmesini sağlamak adına sıvı tüketimi artırılması savunularak, çocuğun düzenli ve sık aralarla önce lazımlığa daha sonra da tuvalete gitmeye başlaması hedeflenir. Hedefe ulaşıldığında destek ve olumlu övgülerle çocuk ödüllendirilirken, kazalarda ise sözel kınama veya övgüden mahrum bırakılma gibi çeşitli düzeltmelere başvurulur. Bu açıdan bakıldığında yöntemin olumsuz tarafı, çocuklarda duygusal yan etkilere ve öfke nöbetlerine yol açabilmesidir (19–21).

Bu metot çocuğun tuvalet eğitimine hazır olma belirtilerini geliştirmek için bazı unsurlar içerir. Bunlar; tuvalete gitme ihtiyacını arttırmak için sıvı alımını arttırmak, çocuğun tuvaleti olmasada aralıklı olarak tuvalete ya da lazımlığa oturtmak, doğru hedefe yönelik yapılan eylemlerden sonra çocuk övgülerle desteklenirken, beklenmedik kazalarda ebeveyn tarafından sözel kınama veya destekleyici övgüden mahrum bırakma gibi uygulamalardır (19–21).

Tuvalet eğitimine 20 ay civarında başlanır. Aile odaklı bu yöntemde çocuk süreç boyunca doğru yaptığı şeyler için sözlü, fiziksel ya da küçük hediyelerle desteklenirken, kaza ile aksi bir durum olduğunda, çişini ya da kakasını altına kaçırdığında ebeveynler çocuğa sözel olarak uyarıda bulunur, destekten mahrum bırakılır ya da azaltılır, çocukta farkındalık oluşturmak adına çamaşırını sepete kendisinin atması istenir. İlk etapta lazımlığın kullanılabilmesi ve alıştırılması amacıyla, çocukla oyuncakları yardımıyla lazımlık nasıl kullanılacağına mükerrer olarak anlatılmasının sürece yardımcı olacağı bildirilmiştir. Çocuktan istenen; aralıklı olarak lazımlığa oturması, çamaşırını kendisinin indirip, tekrar giymesi ve tuvalet yapması durumunda lazımlığı tuvalete kendisi döktükten sonra sifonu çekip ellerini yıkayarak süreci tamamlamasıdır. Zamanla çocuk deneyim kazandıkça ve aile tarafından başarılı olduğu eylemler desteklendikçe lazımlığa zamanında ve daha az sıklıkta oturarak başarıya ulaşır (19–21).

Tuvalet eğitimini daha hızlı kazanılmasını sağladığı düşünülen Azrin ve Foxx metodu, bunun yanında kaza durumunda çocuğu kınama, övgüden yoksun bırakma

gibi eylemleri içermesi ile çocuk üzerinde olumsuz etkisi olabileceği düşünülmüştür (16,21).

2.3.3. Dr. Spock'un Tuvalet Eğitimi Yöntemi

Tuvalet eğitimine yaklaşık 24-30 ay civarında zorlama olmadan başlanır. Temel prensip çocuğu zorlamadan, hazır olmasını beklemektir. Tuvalet eğitimine hazır olma sinyalleri aile tarafından görüldüğünde çocukta hevesliyse başlanır. Eğitim sürecinde ailenin tutumun destekleyici olması gerekirken kaza kaçırımlarda ya da istemediği zaman ebeveynler zorlayıcı olmamalı ve çocuk eleştirilmemelidir. Diğer metotlarda olduğu gibi lazımlıkla başlamak ön plandadır. Bu dönemde altını ıslatmalar ya da istememe miktarı artarsa tekrardan beze dönüş düşünülebilir, ailenin bunu olağan karşılaması gerekip çocuğa baskı yapmaktan kaçınılmalıdır (11,16,19).

2.3.4. Edimsel Koşullanma

Dr. Skinner'ın geliştirdiği tuvalet eğitimi modelidir. Skinner'a göre insan davranışlarında pekiştiricilerin önemli bir rolü vardır. İstenilen davranışın yapılmasını sağlamada teşvik edici ödüller, sözlü övgüler yararlı olurken, aksinin olması durumunda verilen cezaların istenmeyen davranışları azaltmada etkili olacağı düşünülmüştür. Tuvalet eğitiminde de buradan yola çıkılarak başarılı eylemler sözel ya da hediyelerle desteklenirken, istenmeyen kaza durumlarında çocuğu cezalandırma, ilgisiz bırakma yöntemleri uygulanarak etkili bir ilerleme kaydedileceği düşünülmüştür (22).

2.3.5. Destekli Bebek Tuvalet Eğitimi

Güney Amerika, Afrika ve Asya ülkelerinin bazı kesimlerinde kullanılan tuvalet eğitimi yöntemidir. Aile bebeğin boşaltım yapma esnasındaki işaretleri öğrenir ve doğumdan sonra ilk aylarda eğitime başlanır. Bu eğitim mesane ve bağırsağın aynı anda kontrol edilmesini amaçlar. Aile bebeğin mesane ya da bağırsağını boşaltacağını anladığında tuvalete götürür. Boşaltım olduğunda aile bununla ilgili her zaman benzer sesler çıkarır, ve bebeğin artık bu uyarıları aldığında mesane ya da bağırsağını

boşaltması sağlanmaya çalışılır. Süreç ilerlediğinde, bebek boşaltım ihtiyacı olduğunda sesler çıkartarak ve boşaltım pozisyonuna geçerek aileye kendini ifade etmeye çalışır. İlk yılda istenmeyen altını ıslatma durumlarında bebeğe ceza uygulanmaz (23).

2.3.6. Eliminasyon İletişimi

Destekli bebek tuvalet eğitimine benzeyen bu yöntem daha sıklıkla Afrika'da denenen bir metottur. Bebek bezi kullanılmayan bu yöntemde doğumu takip eden haftalarda başlanır. Süreç, bebeğe bakım verenle bebek arasında kurulan bağ ile ilerler ve bu bağın sıkı olması eğitimin olumlu sonuçlanmasını etkiler. Boşaltım işlemi ile ailenin çıkardığı sesler birbirleriyle bağlantılı hale getirilir. Bebek bu sesleri duyduğunda boşaltım işlemini gerçekleştirmesi gerektiğini anlar (23).

Başka bir TE yönteminde de çocuğun bezine alarm yerleştirilir ve ıslaklık olunca alarm öter ve ebeveynler çocuğu tuvalate götürür. Aile ile çocuk arasındaki iletişim önemlidir, süreç çocuğa açıklanmalıdır. Bu çocuklarda tuvalet eğitiminin daha hızlı olduğu gözlenmiştir (16).

2.4. TUVALET EĞİTİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

2.4.1. Tuvalet Eğitiminde Başlangıç Yaşı

Tuvalet eğitimine başlama yaşının, son yıllarda yapılan çalışmalarda daha ileri aylara kaydığı gözlenmiştir. 1940'larda yapılan çalışmalarda başlama yaşı 18 ay gibi bulunurken, şimdilerde 21-36. ay arasına ilerlediği tespit edilmiştir. Bunun nedeni ailelerin çocuk odaklı yaklaşarak erken görmesi, teknolojiyle gelişen bezlerin konforu ve kullanım kolaylığı ile TE'nin ötelenmesi, çocukların fizyolojik hazırlığının göz ardı edilmesi gibi durumlar olarak görülebilir (24,25). Sıklıkla TE'ne başlama yaşı 18-24. aylar arası olarak kabul görmektedir (5).

Çocuğun gelişimsel basamaklarında genellikle bağırsak kontrolü, mesane kontrolüyle aynı zamanda veya daha önce gerçekleştiği bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada çocukların %80'inde bağırsak ve mesane kontrolünün aynı anda, %12'sinde önce bağırsak kontrolünün, %8'indeyse mesane kontrolünün önce tamamlandığı

görülmüştür (18). Bununla beraber yaygın düşünce; birçok değişkenden etkilenmesiyle birlikte kontrol sağlanma sırası; gece bağırsak, gündüz bağırsak gündüz işeme ve gece işeme kontrolü şeklinde beklenir (26). En geç tamamlanması beklenen ise gece mesane kontrolüdür ve bu süreç yaklaşık 5-7 yaş arasına kadar devam edebilmektedir (27).

Türkiye’de yapılan bir araştırmada gelişmiş ülkelere kıyasla tuvalet eğitimine daha küçük aylarda başlandığı bulunmuştur. Çalışmada, TE tamamlanma yaşı 28,5 ay olarak tespit edilmiştir (28).

2.4.2. Cinsiyet

Kız ve erkek çocuklarındaki tuvalet eğitimine hazır olma belirtileri birbirlerine oldukça yakın zamanlarda gözlemlenir. Buna karşın kız çocuklarının sosyal hayata olan ilgilerinin, dil becerilerinin erkek çocuklarına göre daha erken oluşması nedeniyle, eğitimlerinin 2-3 ay önce başlayıp, yine önce tamamlandığı tespit edilmiştir (25).

2.4.3. Kültürel Özellikler

Tuvalet eğitimi içinde bulunan kültürle etkileşim halindedir (29). Atılabilir bezlerin kullanımı arttıkça tuvalet eğitimine başlama yaşı ötelenmiştir (16).

Doğumu takip eden aylarda TE veren Afrika kökenli bir toplulukta, bakım veren ile bebek arasındaki kurulan iletişim sayesinde boşaltım öncesi belirtiler kolaylıkla anlaşılmakta olup, bebek yaklaşık 5.ayına geldiğinde eğitim tamamlanabilmektedir (29).

İran’da yapılan araştırmada annenin eğitim düzeyin artması, çalışması, ailedeki ilk çocuk olmak, şehir hayatı içerisinde büyümek gibi etmenlerin tuvalet eğitimine geç başlangıca neden olduğu bulunmuştur (30,31).

Beyaz ırk kökenli çocuklarda tuvalet eğitimine başlama yaşı, Afrikan-Amerikalılara göre daha ileri olduğu tespit edilmiştir (29).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada; TE başlama yaşı 22.ay, eğitim süresiye 4-5 ay olarak görülmüştür (28). Alaturka tuvalet kullananların eğitime daha önce başladığı saptanmıştır. Lazımlık kullanım sıklığının başlama ayı ilerledikçe arttığı gözlemlenmiştir (28).

2.4.4. Sosyoekonomik Özellikler

Annenin eğitim düzeyinde görülen artışla tuvalet eğitime başlama yaşının ileriye gitmesi arasında ilişki görülmüştür (32,33).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada kırsalda yaşayan ve eğitim seviyesi düşük olan annelerin tuvalet eğitimini daha önce vermeye başladıkları, eğitim süresinin diğerlerine göre daha uzun süre devam ettiği tespit edilmiştir (28).

Ailenin gelir düzeyi yükseldikçe tuvalet eğitime başlama yaşında artış göstermiştir (32).

Birden fazla çocuğu olan ailelerde ilk çocuklarda tuvalet eğitiminde sürenin uzadığı tespit edilmiş olup Brazelton bunun sebebinin ise ebeveynlerin ilk çocukta olan stresi olduğunu düşünmüştür (18).

2.5.TUVALET EĞİTİMİNE HAZIRLIK

2.5.1. Çocuğun Tuvalet Eğitime Hazırlanması

Tuvalet eğitime başlamada en önemli kıtas çocuğun yaşından ziyade, fizyolojik, gelişimsel ve davranışsal olarak gösterdiği ilerlemedir (34).

2.5.1.1.Fizyolojik Özellikler

Tuvalet eğitime başlarken en önemli kriterlerden biri fizyolojik olarak gelişimin ilerlemesidir. Çocuğun oturma, çömelme, sfinkter kontrollerini sağlayabilmesi, kıyafetlerini kendisi değiştirebilmesi beklenen gelişim basamaklarıdır (16). Çocukların refleks sfinkter kontrolü 9-12. aylar civarında, istekli sfinkter

kontrolü 12-15. aylarda, sfinkterlerden sorumlu yolağın gelişimini tamamlaması ise 12-18. aylarda olur (16).

Bebekler sfinkter kontrolünü tam sağlayamadığından yaşamın ilk aylarında günde 20 defa idrar yapabilir. Bebek büyüdükçe gün içerisindeki idrar yapma sayısında azalma görülür, 1-2 yaş aralığında günde 12'ye kadar bu sayı düşerken 2-4 yaş aralığında bu sayı yaklaşık 9 olarak tespit edilir (35). Çocuk mesanenin doluluğunu fark edip, çişini istemli olarak tutabilir duruma 3 yaş civarında gelir (16,35). Çocuklar 4 yaşına geldiğinde erişkin işeme özelliği kazanırken; gece kontrolü TE'de en son sağlanan becerilerdendir ve sağlanması 4-5 yaşlarını bulabilir (36). Bununla birlikte 5-7 yaş arasında mesane kontrolünün tamamen sağlanması beklenir (37,38). Çocuklarda genellikle bağırsak kontrolü sağlandıktan sonra mesane kontrolü başarılı şekilde tamamlanmaktadır (38).

Defakasyon, dışkının rektumu doldurmasıyla beraber oluşan gerilme ile başlar. Rektum ve kolonda biriken dışkı anüs iç sfinkterini gevşeterek basıncın azalmasına sebebiyet verir ve dışkılama ihtiyacı oluşur. Artan karın içi basınçla birlikte dış sfinkterin gevşemesi ise dışkının vücuttan uzaklaştırılmasını sağlar (17,39).

Büyüme ve gelişme basamakları yaşlıtlarına göre normal ilerleyen bir çocukta 2,5-3 yaş arasında bağırsak kontrolünün sağlanması ve 4-5 yaşına geldiğinde altının her zaman temiz kalması beklenir (27,40,41).

2.5.1.2.Bilişsel ve Gelişimsel Özellikler

Tuvalet eğitimine başlayabilmek için çocuğun bilişsel ve gelişimsel basamaklarının yaşına uygun olarak ilerlediğinin görülmesi gereklidir. Kendini yaşına uygun şekilde ifade edebilmesi, verilen komutlara uygun hareket etmesi, yaşlıtlarıyla oyun kurup oynayabilmesi, çişini ve kakasını bezine yapmakla tuvalete yapmak arasındaki farkı anlayabilmesi gibi temel beklenen gelişimler çocuğun eğitime başlanmasına hazır olduğunu düşündüren faktörlerden bazılarıdır (18).

2.5.1.3.Psikolojik ve Davranışsal Özellikler

Çocuğun TE' ne başlayabilmesi için, bezli durmaktan, bezde oluşan ıslaklıktan huzursuz olması ve bunu aileye veya bakım verenine belli edebilmesi gereklidir. Eğitime istekli olması, tuvalette çiş ya da kakasını yapacak süre bekleyebilmesi, ebeveynlerden gelecek desteği anlayabilmesi ve bunu talep edebilmesi ailelere çocuğun psikolojik yönden de hazır olduğu konusunda ipuçları verir (18,34).

Yapılan bir araştırmada; çocuğun eğitime hazır olduğunu gösteren bazı işaretler belirlenmiştir (42,43). TE'ne başlamadan bu 21 işaretin kaçının çocukta var olması gerektiği ya da hangisinin daha ön planda yer almasıyla alakalı bir kesinlik söz konusu olmamıştır (42). Hazırlık işaretlerinden 3 ay sonra tuvalet eğitimine başlamanın daha olumlu neticelendiği bazı klinisyenler tarafından saptanmıştır (5,44).

Çocuklarda tuvalet eğitimine hazır olma belirtileri (42,43):

1. Davranışları taklit edebilmek
2. Desteksiz oturabilmek
3. Yardıma ihtiyaç duymadan yürüyebilmek
4. Küçük nesneleri tutabilmek
5. Bağımsızlık belirtisi olarak hayır diyebilmek
6. Mesane ve bağırsak hareketlerini kontrol edebilmek
7. Soruları, kendisine yapılan açıklamaları anlayabilmek, basit komutları yapabilmek
8. Sözel iletişim olmadan jest ve mimiklerle kendini ifade edebilmek
9. Objeleri yerlerine yerleştirmek
10. Tuvalet ihtiyacını, mesaden gelen uyarıları farkedebilmek
11. Tuvaletle alakalı kelimeleri öğrenme ve kendini, tuvaletin geldiğini kendi cümleleriyle ifade edebilmek
12. Tuvalet eğitimine ailesiyle beraber iletişim halinde olmak, ilgili davranmak
13. Mesane kapasitesinde artış görmek
14. Kendi başına emirleri uygulayabilmek ve bundan mutluluk duymak
15. Tuvalete gitme ihtiyacı olduğunda sorular sorabilmek
16. Altında ıslaklık ya da kirlilik hissedince hoşuna gitmemek, temizlenmek istemek

17. Yardımsız giyinmeyi istemek
18. Tek başına kıyafetlerini değiştirebilmek
19. Bağırsak hareketleri olmadan geceyi geçirebilmek
20. Objeleri olması gereken yerlere koyabilmek
21. Tuvalet/lazımlıkta 5-10 dakika oturabilmek

2.5.2. Ebeveynlerin Tuvalet Eğitime Hazırlanması

Tuvalet eğitiminde çocuğun hazır olması kadar ailenin hazırlığı, bu süreçte motive olması ve dikkatini vermesi gerekli görülmüştür. Çocuk izlemi yapıldığı poliklinik kontrollerinde ebeveynlere de TE hakkında bilgi verilmelidir. Çocukların gelişimsel basamakları ailelere bahsedilmeli, TE’nde kazaların olabileceği, idrar ve dışkı kontrolünün zaman içerisinde geliştiğini, beklentilerini bu çerçevede tutmaları gerektiği vurgulanmalıdır. Aile bireylerinin en azından birinin ilgisini çocuğa ve bu süreçte vermesinin uygun olacağı ve bu aralıkta eğitime başlanmasının daha başarılı sonuçlar vereceği düşünülmüştür. Eğer TE’ne başlamayı düşünen ailede; aile içi durumu değiştiren hadiselerin varlığı, ev ya da il değişikliği, yeni bir kardeşin dünyaya gelmesi, bakım vereninin değişimi gibi durumlar olması halinde sürecin olumsuz etkilenmemesi adına eğitimin ertelenmesi düşünülebilir (5,34)

Tuvalet eğitiminde geriye dönüşler sık karşılaşılan problemlerden olup ebeveynlerin hayal kırıklığı, başarısızlık hissi ya da endişeli bir tavır çocuğa hissettirmemeleri önemlidir. Geriye dönüş yaşandığında üstelemeden eğitime 3 ay ara verilip sonrasında tekrar denemesi gerekmektedir (16).

2.6. TUVALET EĞİTİMİNDE KULLANILAN MATERYALLER

a) Lazımlık

Lazımlık çocuğun kendi boyutlarına daha yakın, tuvalet eğitimine başlangıçta ve geçişlerde evin herhangi bir noktasında kullanılabilecek bir araçtır. Lazımlığın;

çocuğun kullanımına uygun, üzerine rahatça oturabileceği ve ayaklarının havada kalmayacağı, onu taşıyabilecek sağlamlıkta olan bir yapıda olması istenir. TE başlanması düşünülen çocuk ilk olarak kıyafetleriyle lazımlığa oturtularak alıştırılmaya ve çocuğun fikir olarak hazırlanma süreci başlatılmaya çalışılır. Devam eden zamanda bez kullanan bebeğin bezi aralıklı olarak çıkartılıp lazımlığa oturması sağlanarak tuvalet eğitimi oluşturulmaya çalışılır (40,45).

b) Klozet Aparatı

Klozet üzerine konulan, çocukların vücut boyutlarına göre tasarlanan bu aparat tuvalet eğitimine klozet kullanılarak başlanılacak çocuklar için oldukça önemlidir. Aparatla beraberken klozetin kullanımının dengeli olup çocuğun düşme korkusuna kapılmaması ve daha destekli bir oturum sağlanması adına ayak desteği ile birlikte kullanılmasının faydalı olacağı düşünülmüştür. Bu şekilde oturarak tuvalet ihtiyacını gidermek mesane ve bağırsağın çalışmasını desteklemektedir (40).

c) Külotlu Bezler

Bez kullanımını terk edecek çocuklarda geçiş zamanında kazalara karşı kullanılabilecek ürünlerdir. TE' nin uzamaması için bu ürünler bebek bezi gibi düşünülmemeli ve rutin olarak kullanımdan kaçınılmalıdır (40).

d) Alezler ve Örtüler

Tuvalet eğitiminde en geç kazanılan beceri gece mesane kontrolü olup, yatağa koruma amacıyla alez örtülebilir. Çocuğun bu uygulamadan rahatsız olmaması için, ürünün pamuklu olmasına, allerji riski düşük ürünlerden üretilmesine ve yatak üzerinde hareket etmemesine özen gösterilmelidir (45).

2.7.SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

2.7.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı

Sağlık okuryazarlığı(SOY) tanımı ilk olarak 1974'te yayınlanan bir makalede gündeme gelmiştir (46).

SOY ana hatlarıyla; bir kişiye ya da hastaya verilecek olan tıbbi bilgiyi, bireyin anlayabilmesi, bahsedilen konu hakkında yorum yapabilmesi ve anladığına uygun davranışlar sergilemesi olarak tanımlanabilir (47). Bunun yanı sıra kişinin sağlık durumu ya da bir hastalığı mevcutsa onunla alakalı bilgileri bilebilmesi, gerekli sağlık uygulamalarını nasıl kullanacağını ve bunların sağlayacağı fayda hakkında bilgi sahibi olması gibi becerileri içeren kapsayıcı bir ifadedir (47).

Dünya sağlık örgütüne göre ise bu kavram; sağlıklı yaşama kapsamında iyilik halini koruma ve sürdürebilmesi için kişinin sağlık hizmetlerine ulaşma, bunları anlama ve hayatına entegre etme yeterliliği olarak belirtilmiştir (48).

Sorenson ve arkadaşları sağlık okuryazarlığı ile alakalı yapılan tanımlamaları özetleyerek; “kişilerin hastalıktan korunma ve iyilik halini geliştirmek için gerekli ve doğru bilgiyi elde etmesi, kararlar alması bunun devamında uygulayabilecek bilgi, istek ve becerisinin olmasıdır.” şeklinde tanımlamayı güncellenmiştir (49).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığınca yayınlanan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü’nde sağlık okuryazarlığı; kişilerin, sağlıklı hali teşvik edecek ve süregelen hale getirecek bilgiye erişme, o bilgiyi anlama ve uygulayabilme yeteneğini gösteren becerilerin bütünü olarak tanımlanır (50).

2.7.2. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı

Sağlık okuryazarlığı son yıllarda toplum ve yöneticiler için daha önemli hale gelmiştir. Birinci basamak ve sağlığın korunmasının ön planda yer almaya başlaması, toplumda SOY’ un yeterli düzeyde olmaması ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinin amacı dışında kullanılması, sağlık alanındaki harcamalarının yükselişine neden olması konuyu gündemde tutmaya başlamıştır (51,52).

Yetersiz ve sınırlı SOY’un hem bireysel hem de toplumsal etkileri vardır. Bireysel olarak ele aldığımızda kişinin kendi sağlık durumu hakkında bilgisinin az olması, kullandığı ilaçlara olan uyumsuzluğu ve dolayısıyla önlenabilir komplikasyonların artması, aldığı sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik, ruh ve beden sağlığında düşme, mortalite ve morbitide oranlarında artma olarak tespit edilmiştir (53). Toplumsal etkilerine bakıldığında; Acil servislere gereksiz başvurunun

artması, hastane yatış zamanlarının uzaması ve sağlık harcamalarında artma, tanı ve tedavide ihtiyaç görülmeyen tetkiklerde artış görülmesi, kronik hastalıklar hakkında bilgi yetersizliği, yorumlama azlığı nedeniyle sağlık merkezlerine geç başvuru ve hastalıklarla mücadelede etkin tedavi için geç kalınma ve komplikasyonların gelişmesi, koruyucu sağlık imkanlarından yararlanamama olarak değerlendirilebilir (54–56).

2.7.3. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık okuryazarlığı bireyin içinde bulunduğu toplum, toplumdaki sağlık uygulamaları, sosyal çevresi, eğitim ve öğrenim hayatı gibi birçok unsurla ilişkili haldedir (57). Genel olarak eğitim seviyesi arttıkça SOY'un artacağı düşünülse de aralarında her zaman doğru orantılı bir ilişki beklenmemelidir (58). Yaşamdan edinilmiş tecrübe, ailedeki sağlık bilgi düzeyleri SOY'u olumlu yönde etkiler (57,59).

Gelir düzeyi yüksek olmayan, kronik hastalığı yada kendi sağlığı ile ilgili menfi fikirlere sahip kişilerde SOY yetersiz olarak tespit edilmiştir (6). Yaşanılan toplumla farklı dili konuşanlarda, başka ülkeden göç edenlerde ve ilerlemiş yaşı olan kişilerde beklenen sağlık okuryazarlığı diğer bireylere göre daha düşük saptanmıştır (57).

2.7.4. Sağlık Okuryazarlığını Düzeyinin Belirlenmesinde Kullanılan Ölçekler

Sağlık okuryazarlığı kavramı ortaya atıldıktan sonra zaman içerisinde SOY'u objektif olarak tanımlayabilecek ve kendi içinde sınıflandırabilir hale getirilmesine yardım edecek ölçekler oluşturulmuştur. Oluşturulan ölçekler kendi içerisinde ilgilendiği alanlara ve içeriklerine göre değişiklikler gösterir. İşlevsel SOY, verilen kelimeyi anlayabilme, okuduğunu algılama gibi farklı alt kategorilerde incelenmektedir (60).

Tıpta Yetişkin Okur-Yazarlığını Hızlı Değerlendirme Testi (REALM) ve Tıbbi Terimleri Tanıma Testi (METER) gibi kelime anlama testlerinde; bireylerin sağlık alanında kullanılan bazı kelimeler hakkında fikir sahibi olup olmadıkları sorgulanır

(60). Sağlık bilgisini ölçmeyi hedefleyen yıllar içerisinde yapılan çalışmalarla içeriği genişletilen ölçekler hastalara kolay uygulanabilirliği ile sağlık merkezlerinde kullanılabilmektedir (61).

Dünya genelinde çeşitli ülkelerde ölçekler geliştirilmiş olup bunlardan bir kısmı Türkçeye uyarlanmıştır. Bunun yanı sıra Türkçe sağlık okuryazarlığını ölçmek için Sezer ve Arkadaşları araştırmalarda bulunarak Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeğini 23 soruda kullanıma sunmuştur (62).

Son yıllarda ülkemizde, 32 soruluk Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ölçeği Filiz Abacıgil ile Pınar Okyay tarafından ortaya atılmıştır (63).

2.7.5. Ülkemizde Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı son yıllarda ülkemizde de önem verilen bir konudur.

Türkiye’de sağlık okuryazarlığını araştırmak için yapılan yetişkin nüfusu kapsayan geniş çaplı çalışmaya katılan 35 milyon bireyin SOY değerlendirmesi yetersiz ve sorunlu olarak bulunmuştur (51).

T.C. Sağlık bakanlığı, sağlık okuryazarlığı kavramının üzerine düşmüş, bireylerin sağlıkla alakalı farkındalığını arttırmayı hedeflemiştir. Bunun üzerine Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32(TSOY-32) çalışmasının 2016 yılında yapılması desteklenmiştir (63)

2.7.6. Ülkemizde Kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri

2.7.6.1. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması(ASOY-TR)

Bu ölçek; 15 yaş üzeri bireylerin sağlık okuryazarlığının durumunu tespit etmek için Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanmasıyla geliştirilmiştir (63)

47 madde ve 12 boyuttan oluşan bu ölçek; sağlıkla ilgili karar verme, sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi sahibi olabilme, tedavi, korunma ya da var olan sağlığın pekiştirilmesiyle alakalı maddeleri içerir. Bu maddelerin her biri, Çok zor:1, Zor:2,

Kolay:3, Çok kolay: 4 puan olacak şekilde ayarlanmıştır. “Bilmiyorum” seçeneği için katılımcılardan 5 numarayı seçmeleri istenmiştir. Ölçek tamamlandığında alınabilecek puan 47-188 arasında görülmüştür. Ölçek için uygulanan bir formül yardımıyla toplam puan hesabı yapıldığında her katılımcı 0-50 arası puan alır. 50 puan mükemmel sağlık okuryazarlığının göstergesidir (63).

2.7.6.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

2016 yılında HLS-EU Çalışması Kavramsal Çerçevesi örnek alınarak 32 sorudan oluşan yeni bir sağlık okuryazarlığı ölçütü geliştirilmiştir. Örnek alınan ölçekle arasında farklılıklar olmuştur. Sağlıkla alakalı bilgiyi anlama, değerlendirme, bu bilgiyi uygulamaya koyma, ilgili bilgiye erişme gibi toplamda 8 birleşeni mevcuttur. 32 sorunun her biri çok kolay, kolay, zor, çok zor olmak üzere 1’den 4’e doğru seçilebilirken bilmiyorum seçeneği için bireylerin 5’i tercih etmeleri istenmiştir. Standardize edilmiş formülle hesaplanan puanlar dört alt sınıfa ayrılır.

Bunlar;

0-25 puan: yetersiz,

>25-33 puan: sorunlu-sınırlı,

>33-42 puan: yeterli,

>42-50 puan: mükemmel sağlık okuryazarlığını belirtmektedir (63).

400 kişinin katıldığı bu çalışmada Türkiye SOY ortalaması 29,5 puan hesaplanmıştır. Bunun yanı sıra popülasyonun %5,8’i mükemmel, % 24,8’i yeterli, %42,2’si sınırlı ve %27,2’si ise yetersiz SOY’a sahip olduğu tespit edilmiştir (63).

2.7.6.3. Sağlık Okuryazarlığı Senaryo leği (SOY-SEN)

Bu ölçekte sağlık okuryazarlığının sağlık bilgisini değerlendirme, anlama, uygulama gibi işleyişleri kapsayan kısımla alakalı senaryolar ortaya atılmış olup; çalışma sağlık alanında tam anlamıyla öğrenim görmemiş yeni başlayan Tıp Fakültesi ve Fen-Edebiyata Fakültesi öğrencilerinden 158 kişi ile yürütülmüştür. Her biri 4 sorudan oluşan 4 senaryo içeren ölçekte alınabilecek maksimum puan 120 iken minimum puan -120 olarak bulunmuştur (63).



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ

Bu çalışma 25.05.2022-25.08.2022 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'ne herhangi bir sebepten başvuran araştırmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan gönüllü bireylerle yapıldı. Çalışmada, 4-6 yaş arası sağlıklı çocuğu olan annelerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçmek ve çocuklardaki tuvalet eğitimi ile arasındaki ilişkiyi değerlendirmek hedeflendi. Çalışmaya katılan kişilere sosyodemografik bilgilerle birlikte literatür taranarak oluşturulan tuvalet eğitimi ve çocuklarına uyguladıkları süreci sorgulayan 35 soruluk anket oluşturuldu. Bununla birlikte annelere Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) yüz yüze görüşme metoduyla uygulandı. Bu çalışmanın tek merkezli, kesitsel nitelikte olması planlandı.

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 1) 4-6 yaş aralığında sağlıklı çocuğu olan 18 yaş ve üzeri anneler
- 2) Çalışmaya katılmayı kabul edenler

Çalışmadan Hariç Tutulma Kriterleri:

- 1) 4-6 yaş aralığında çocuğu olmayanlar
- 2) Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler

3.1.1. Örneklem Büyüklüğü

Çalışmada örneklem büyüklüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Polikliniği'ne son 3 ayda 4-6 yaş arası pediatrik hastaların başvuru sayısı bulunarak anne sayısı 650 olarak tespit edildi. Örneklem büyüklüğü %95 güvenilirlik aralığıyla 234 olarak hesaplandı.

3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN FORMLAR VE VERİLERİN TOPLANMASI

Tuvalet eğitimi ve sağlık okuryazarlığı ile ilgili literatür araştırması yapılarak sosyodemografik özellikleri incelemek için yaş, eğitim durumu, meslek, çalışma saatleri, gelir düzeyi, medeni durumun sorgulandığı, katılımcıların tuvalet eğitimi hakkında bilgi düzeyleri ve kendi çocuklarının tuvalet eğitimi sürecinde gösterdikleri tutum ve uygulamaları değerlendirmeyi hedefleyen 35 soruluk bir anket formu hazırlandı. Ankette tuvalet eğitimi sürecinde bakım verenin kim olduğu, tuvalet eğitimine başlama yaşı, başladığı mevsimi, eğitimde kullandığı araçları, küçük kardeşin olup olmadığı, çiş ve kakasını tutmaya başladığı zamanları sorgulandı. Hazırlanmış olan bu anketle birlikte, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-34) çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerden onamları alındıktan sonra 234 katılımcıya yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı.

3.2.1. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

Bu ölçek, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlık Teşviki Daire Başkanlığı tarafından Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile birlikte yürütülen çalışma ile son haline getirilmiştir. HLS-EU çalışması baz alınarak geliştirilmiştir (63).

TSOY-32, 2X4'lük bir matris yapıda yenilenmiştir. Matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz unsurdan oluşmaktadır. Ölçek 32 sorudan oluşur ve likert tipindedir (63).

Bunun yanı sıra sağlık okuryazarlığı düzeyinin hesaplanması için indeksler 0 ile 50 arasında olacak biçimde standart hale getirilmiştir. Bunun için; İndeks = $(\text{ortalama}-1) \times (50/3)$ olarak hesaplanmıştır. Bu hesaplama ile birlikte en düşük SOY 0, en yüksek SOY puanı ise 50 olarak gösterilmiştir (63).

Bu puanlama sistemi dört kategoriye ayrılmıştır (63);

(0-25) puan: Yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33): Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42): Yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50): Mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak belirlenmiştir.

3.3. İSTATİKSEL ANALİZ

Çalışmada veri analizi için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Hastaların sosyodemografik bilgilerine dair tanımlayıcı veriler frekans tabloları şeklinde verilmiştir.

Çalışmanın verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, Kolmogorov-Smirnov değerleri $p>0.05$ olarak belirlenmiştir. Bundan dolayı ölçek ve alt ölçekler ile katılımcıların sosyodemografik verileri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere parametrik testlerden ANOVA testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için post-Hoc testlerinden LSD testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Chi Square test ya da Fisher's exact test kullanılmıştır. $p<0.05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir.

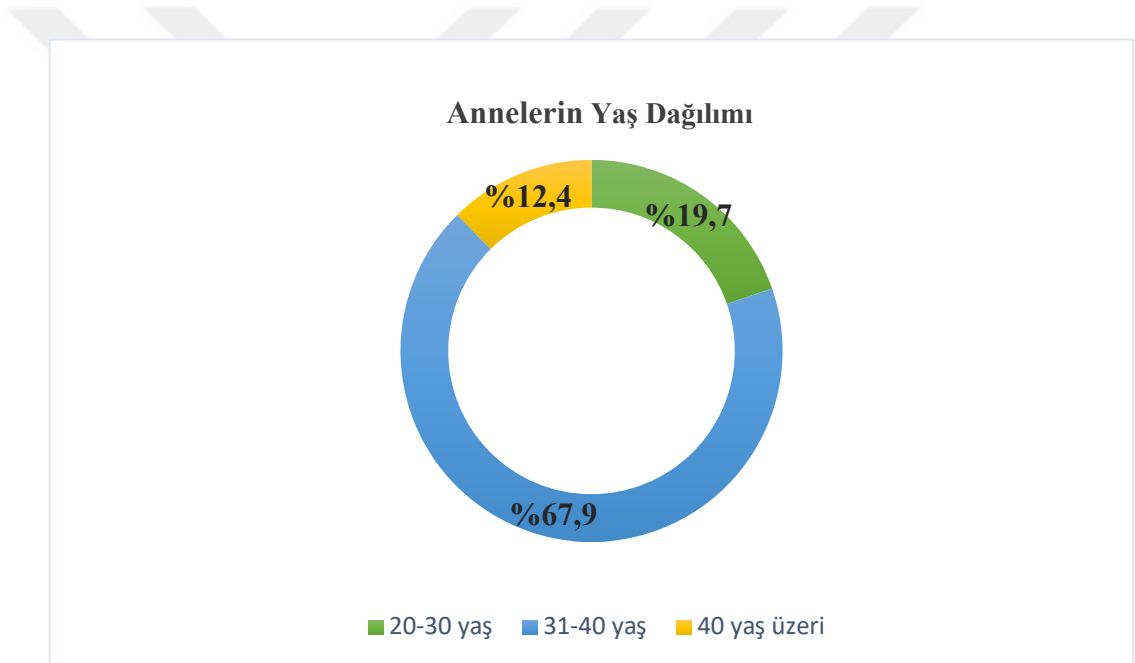
3.4. ETİK KURUL ONAYI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Başkanlığı tarafından 24.05.2022 tarihli ve 3562 protokol onay numarası ile etik kurul onayı alınmış olup, Ek-1'de sunulmuştur.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN ANALİZİ

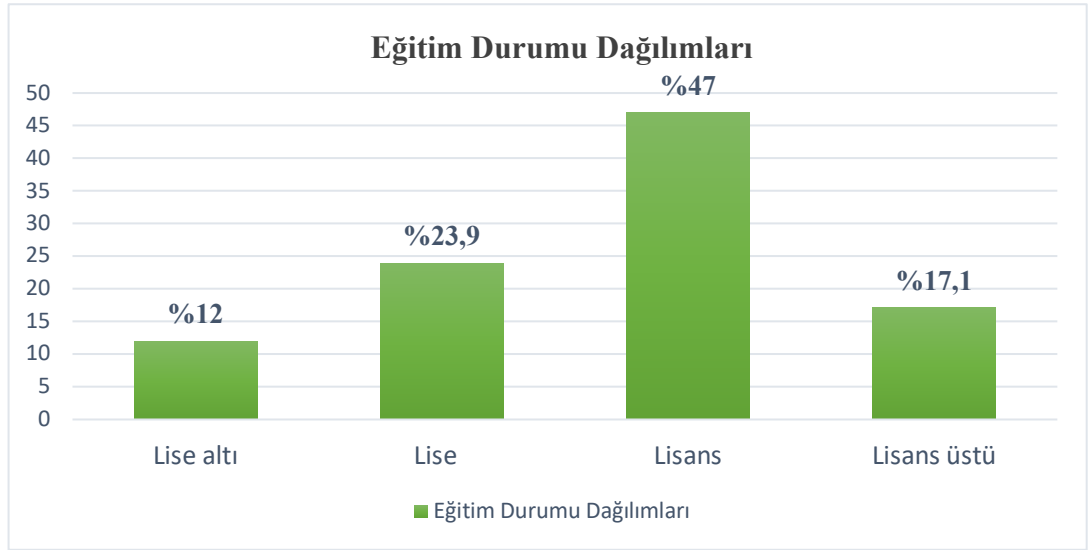
Çalışmamıza 4-6 yaş arası çocuğu olan 234 anne katılmıştır. Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında 20-30 yaş arası %19,7 (n=46) birey, 31-40 yaş arası %67,9 (n=159) birey ve 40 yaş üstü %12,4(n=29) oranındadır. Katılımcılar minimum 21, maksimum 53 yaşında olup yaş ortalaması $34,96 \pm 6,07$ dir.



Şekil 1: Katılımcıların Yaş Dağılımları

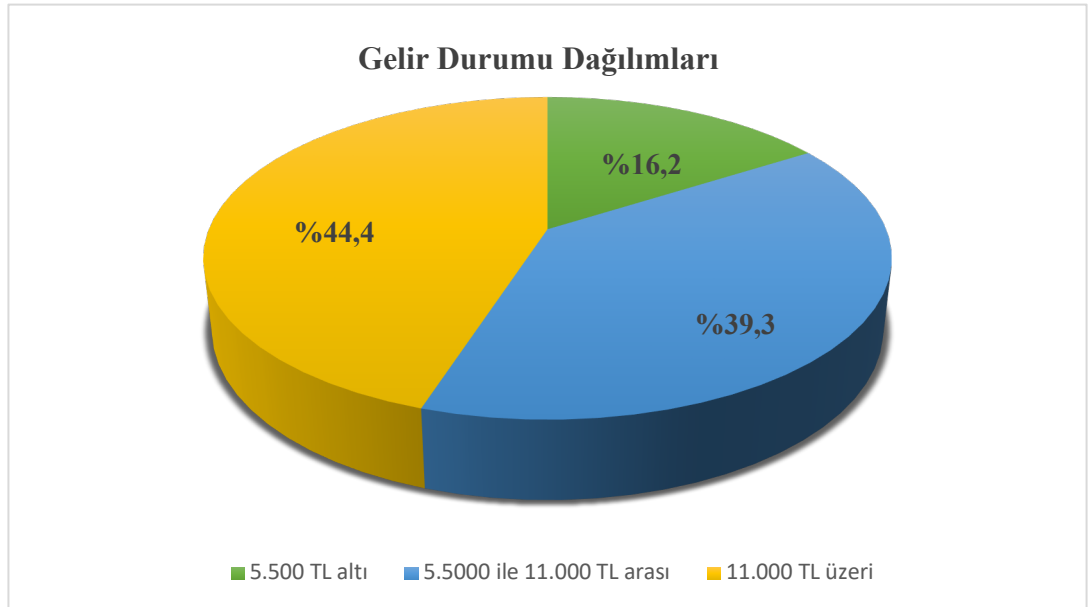
Katılımcıların eğitim durumlarına baktığımızda aralarında okuma-yazma bilmeyen olmazken, lise altının 28 kişi, lisenin 56, lisansın 110 ve lisans üstünün ise 40 kişi olduğu tespit edildi.

Annelerin çocuk sayısını sorguladığımızda ortalama $2,02 \pm 0,87$ olarak görüldü.



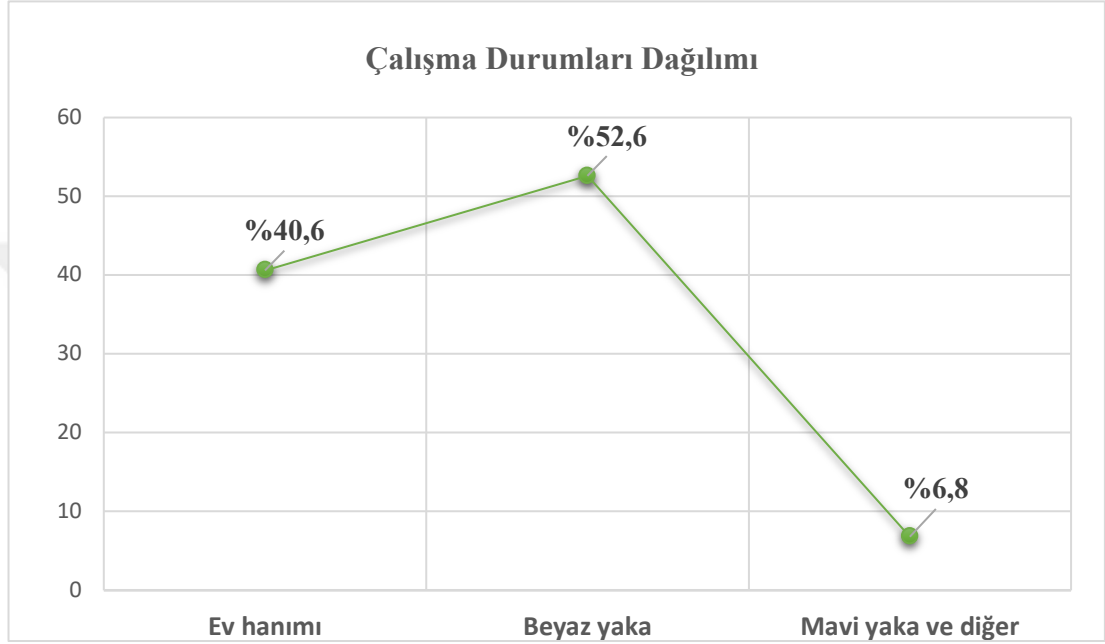
Şekil 2: Katılımcıların Eğitim Durumları Dağılımları

Gelir düzeylerine baktığımızda katılımcıların %16.2'sinin (n=38) 5.500 TL altında aylık kazancının olduğunu, %39.3'ünün 5.500 ile 11.000 TL arası ve %44.4'ünün 11.000 TL üzeri geliri olduğu tespit edildi.



Şekil 3: Katılımcıların Gelir Durumlarının Dağılımları

Annelerin çalışma durumları incelendiğinde %40.6'sının ev hanımı olduğu tespit edilirken, %52.6'sı beyaz yaka, kalan annelerin meslekleri mavi yaka grubu ve serbest meslek olarak bulundu. Annelerin %47.4'ü çalışmadığını, %47.9'u tam zamanlı çalıştığını geri kalan %4.7'si ise yarı zamanlı çalıştığını belirtti.



Şekil 4: Katılımcıların Çalışma Durumlarının Dağılımları

Aile tipine baktığımızda katılımcıların %98.3'ü çekirdek tipi, %1.7'sinin kalabalık ailede yaşadığı öğrenildi. Annelerin medeni durumunu sorguladığımızda %94.9'u evli, %5.1'i bekar olduğunu belirtti.

4.2. KATILIMCILARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VERİLERİ ANALİZİ

Tablo 1. Ölçeklerin Kesme Puanına Göre Gruplandırılması (n=234)

T-SOY Grup	n	%
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	28	11,96
Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	65	27,77
Yeterli sağlık okuryazarlığı	70	29,91
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	71	30,34

*Ölçeğin değerlendirilmesinde indeksler HLS-EU ölçeğinde olduğu gibi 0 ile 50 olacak şekilde standardize edilmiştir.

Tablo 1’de ölçeğin kesme puanlarına göre gruplandırmasına ilişkin frekans dağılımı sonuçları verilmiştir.

Tablo 2. Ölçek ve Alt Boyutlardan Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler

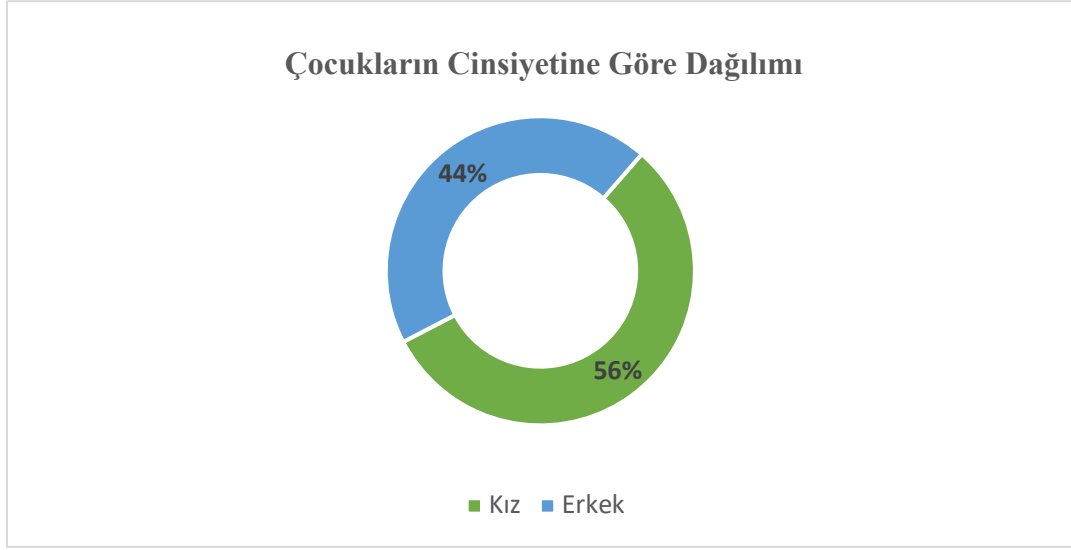
	Ölçek ve alt ölçekler	Min	Max	Ort.	SS
TSOY-Toplam		5,72	50,00	36,05	8,95
TSOY-Tedavi ve hizmet	Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	4,00	13,00	6,69	2,48
	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	4,00	14,00	6,73	2,33
	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	4,00	16,00	8,00	2,61
	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma	4,00	15,00	7,08	2,47
TSOY-Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma	4,00	18,00	7,11	2,61
	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama	4,00	17,00	7,00	2,51
	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme	4,00	16,00	7,86	2,60
	Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma	4,00	16,00	8,28	2,66

Min=Minumum, **Max**=Maximum, **Ort**=Ortalama, **SS**=Standart sapma, * Ölçeğin değerlendirilmesinde indeksler HLS-EU ölçeğinde olduğu gibi 0 ile 50 olacak şekilde standardize edilmiştir.

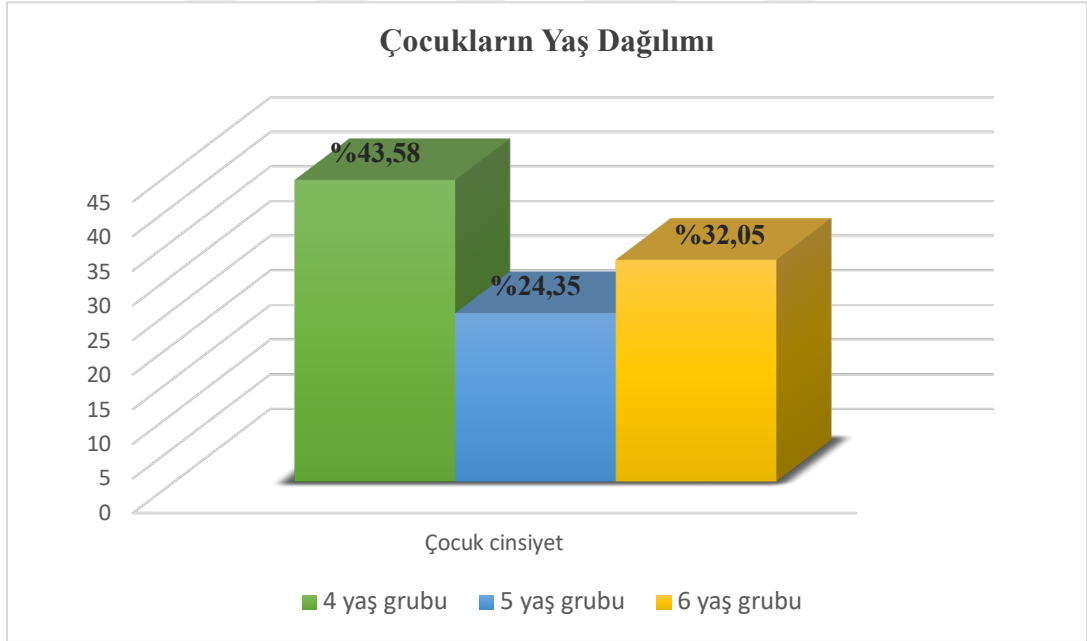
Tablo 2’de hastaların ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları minimum, maximum, ortalama ve std sapma puanları yer almaktadır.

4.3. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLEN ÇOCUKLARLA VE TUVALET EĞİTİMİYLE İLGİLİ VERİLERİN ANALİZİ

Katılımcıların çocuklarının cinsiyet dağılımına baktığımızda %56’sının kız çocuğu (n=131) ile %44’ünün erkek çocuğu(n=103) olduğu görüldü. Çocukların yaş ortalaması $4,91 \pm 0,85$ tespit edilirken, yaş dağılımını incelediğimizde 4 yaş grubunda %43.58 (n=102), 5 yaş grubunda %24.35 (n=57) ve 6 yaş grubunda %32.05 (n=75) çocuk bulundu.



Şekil 5: Çalışmaya Katılan Annelerin Çocuklarının Cinsiyetine Göre Durumlarının Dağılımları



Şekil 6: Çalışmaya Katılan Annelerin Çocuklarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımları

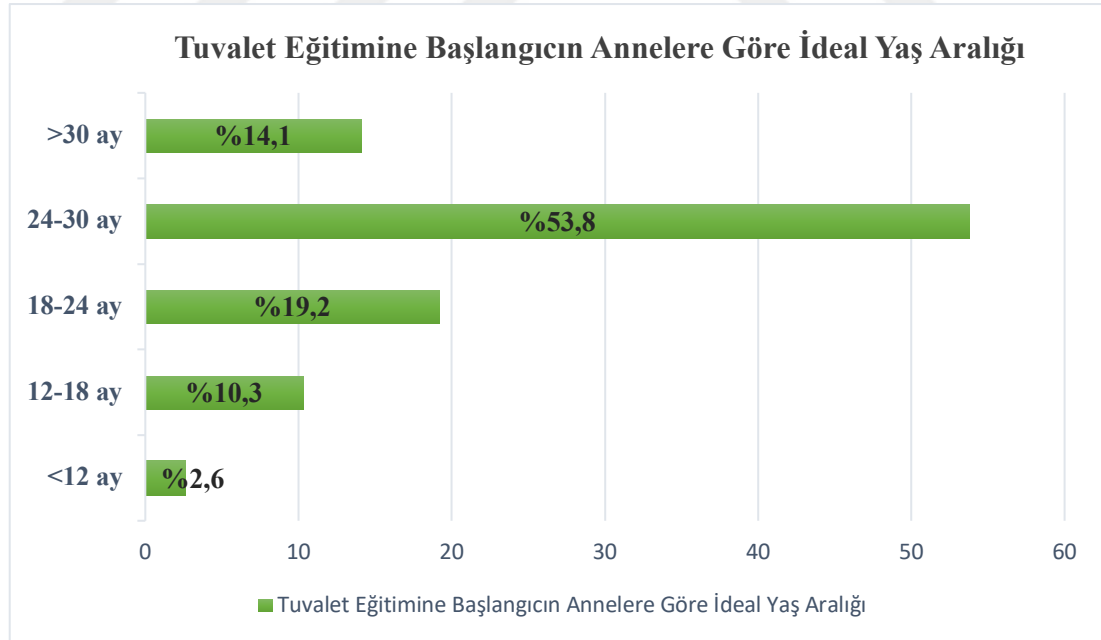
Çocukların doğumuyla alakalı verilerine baktığımızda %85,9'unun term, %12,8'inin preterm, %1,3'ünün postterm olarak dünyaya geldiği bulundu. Yenidoğan döneminde %11,5'inin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatışının olduğu görülürken, yatış süresi 20,44 gün olarak hesaplandı.

Tablo 3. Çocukların Antenatal ve Postnatal Verilerinin Betimsel İstatistikleri

		n	%
Gebelik haftası	preterm	30	12,8
	term	201	85,9
	postterm	3	1,3
Doğum ağırlığı	çok düşük doğum ağırlığı	4	1,7
	düşük doğum ağırlığı	13	5,6
	normal doğum ağırlığı	207	88,5
Yenidoğan döneminde yoğun bakımda yatışı var mı?	Evet	27	11,5
	Hayır	207	88,5

Tablo 3’de çocukların doğum ve sonrası annelerine sorularak elde edilen verilerinin frekans dağılımı sonuçları verilmiştir

Annelere sorulan tuvalet eğitime ideal başlama yaş aralığı sizce nedir sorusuna %53.8 anne (n=126) 24-30 ay olarak cevap verirken, annelerin %19.2’si (n=45) 18-24 ay, %14.1’i (n=33) 30 ay üzeri, % 10.3’ü (n=24) 12-18 ay ve %2.6’sı (n=6) 12 ay altı olarak cevapladığı tespit edildi.



Şekil 7: Annelerin Tuvalet Eğitime Başlama İdeal Yaş Aralığına Verdiği Cevaplara Göre Dağılımları

Tuvalet eğitiminde kullanılan araçlara anneler %32,5 ile en çok lazımlık cevabını verirken, annelerin %20,1'i klozet üzeri aparat kullanarak, %17,1'i lazımlık ile klozet birlikte, %12,8'i klozet üzeri aparat ve ayak desteği kullanarak %9,4'ü alaturka tuvalet ve %6,4'ü sadece klozet kullandığını belirtti.

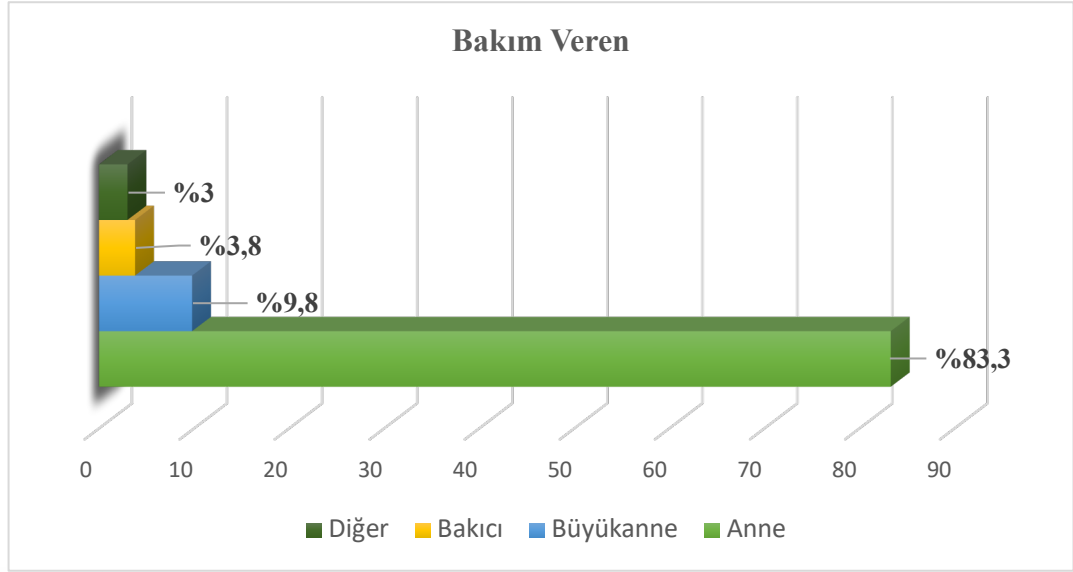
Tuvalet eğitimine başlanılan mevsime baktığımızda katılımcıların %44'ünün yazın, %38.9'unun ilkbahar, geri kalanın ise sonbahar ve kış aylarında başladığı bulundu.

Çocukların daha önce idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumları sorgulandığında annelerin %79.1'inin cevabı (n=185) hayır olurken, %20.9'unda geçirilmiş idrar yolu enfeksiyonu olduğu söyledi. İdrar yolu geçirdiği söylenen çocukların % 57.9'unun 1 kez, %28.1'inin 2-3 kez ve % 14'ünün 4 ve üzeri tanı aldığı ifade edildi.



Şekil 8: Çalışmaya Katılan Çocuklarının İdrar Yolu Enfeksiyonu Geçirme Durumlarını Dağılımları

Katılımcılara çocuklarının tuvalet döneminde bakımveren kişinin kim olduğunu sorguladığımızda, %83.3'ünün anne, %9.8'inin büyükanne, %3.8'inin bakıcı olduğu bulundu.



Şekil 9: Çalışmaya Alınan Çocukların Bakım Verenlerine Göre Durumlarının Dağılımları

Çocukların 73'ünün kendinden küçük kardeşi varken, 161 çocuğun kendinden küçük kardeşi olmadığı tespit edildi.

Tablo 4.Çocukların Gelişimsel İlerlemesini Belirten Soruların Dağılımları (n=234)

Gelişimsel basamaklar		n	%
Çocuğunuz oturma, yürüme, konuşma gibi becerileri yapmada yaşitlarına göre geç başlaması oldu mu?	Evet	34	14,5
	Hayır	200	85,5
Çocuğunuz ilk önce hangisini söyledi?	Çişinin geldiğini	197	84,2
	Kakasının geldiğini	37	15,8

Tablo 4'de çocukların gelişimine ait bulguların dağılımları yer almaktadır.

Çocukların tuvalet eğitime başlama yaş ortalaması $25,98 \pm 6,78$ ay olarak bulundu. Tuvalet eğitimi sonrası mesane ve bağırsak kontrolü sürelerine baktığımızda gündüzleri mesane kontrolüne başlama ayı ortalaması $27,90 \pm 6,77$ olurken, geceleri mesane kontrolü $30,37 \pm 9,40$ ay, gündüzleri bağırsak kontrolü $28,26 \pm 7,12$ ay ve geceleri bağırsak kontrolü $27,82 \pm 7,76$ ay olarak saptandı.

Tablo 5.Çocukların Mesane ve Bağırsak Kontrolünün Gruplandırılmış Dağılımları (n=234)

Mesane ve Bağırsak Kontrol Zamanı	Ay	n	%
Gündüzleri mesane kontrolü yaşı	<18 ay	11	4,7
	18-24 ay	73	31,2
	25-36 ay	136	58,1
	>36	14	6,0
Geceleri mesane kontrol yaşı	<18 ay	10	4,3
	18-24 ay	63	26,9
	25-36 ay	125	53,4
	>36	36	15,4
Gündüzleri bağırsak kontrol yaşı	<18 ay	8	3,4
	18-24 ay	73	31,2
	25-36 ay	136	58,1
	>36	17	7,3
Geceleri bağırsak kontrol yaşı	<18 ay	12	5,1
	18-24 ay	81	34,6
	25-36 ay	120	51,3
	>36	21	9,0

Tablo 5’de çocukların mesane ve bağırsak kontrolü yaşlarının gruplandırılmış halinin dağılımları yer almaktadır.

Tablo 6. Çocukların Tuvalet Eğitimi Sonrası Çiş ve Kaka Kaçırma Durumlarının Dağılımları

Tuvalet eğitimi sonrası çiş veya kaka kaçırma durumu		n	%
Çocuğunuz gündüz çişini tutabiliyor mu?	Evet	28	97,4
	Hayır	6	2,6
Çocuğunuz gece çişini tutabiliyor mu?	Evet	206	88,0
	Hayır	9	12,0
Çocuğunuz gündüz kakasını tutabiliyor mu?	Evet	231	98,7
	Hayır	3	1,3
Çocuğunuz gündüz kakasını tutabiliyor mu?	Evet	228	97,4
	Hayır	6	2,6

Tablo 6’da çocukların tuvalet eğitimi sonrasında çiş ve kaka kaçırma durumlarının dağılımları yer almaktadır.

4.4. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLEN ÇOCUKLARIN TUVALET EĞİTİMİ SÜRECİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 7. Tuvalet eğitimine başlama yaşının Cinsiyet ve Gelir Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Tuvalete başlama yaşı (ay)					Post-Hoc
		N	Ort±SS	t/F	p	
Çocuk Cinsiyeti	Kız	131	25,10±7,17	-2,257	0.025	
	Erkek	103	27,10±6,12			
Gelir Durumu	5.500 TL'den Düşük	38	21,26±6,63	12,430	<0.001	-
	5.500 TL ile 11.000 TL	92	27,32±5,30			
	11.000 TL'den Yüksek	104	26,98±6,78			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; t: independent t test, p<0.05

Tablo 7’de görüldüğü gibi tuvalet eğitimine başlama yaşı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-2.257$ $p=0.025$). Tuvalet eğitimine başlama yaşı erkek çocuklarda kız çocuklarına göre daha geçtir.

Tuvalet eğitimine başlama yaşı ile gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=12.430$ $p<0.001$). Tuvalet eğitimine başlama yaşı gelir durumu 5.500 TL-11.000 TL arasında olanlarda daha yüksektir. Yapılan post-hoc test sonucuna göre 5.500 TL’den düşük gelire sahip olanlar ile 5.500 TL-11.000 TL arasında ($p<0.001$) ve 11.000 TL’den yüksek ($p<0.001$) olanlar arasında tuvalet eğitimine başlama yaşı anlamlı bir farklılık göstermiştir.

Tablo 8. Çocuk Cinsiyet Grupları ile Mesane ve Bağırsak Kontrolü Yaşı ile Karşılaştırılması

	Çocuk Cinsiyet		
	Kız n (%)	Erkek n (%)	p
Gündüzleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı			
<18 Ay	7 (63,6)	4 (36,4)	0.298
18-24 Ay	47 (64,4)	26 (35,6)	
25-36 Ay	70 (51,5)	66 (48,5)	
>36 Ay	7 (50,0)	7 (50,0)	
Geceleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı			
<18 Ay	7 (70,0)	3 (30,0)	0.045
18-24 Ay	40 (63,5)	23 (36,5)	
25-36 Ay	71 (56,8)	54 (43,2)	
>36 Ay	13 (36,1)	23 (63,9)	
Gündüzleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı			
<18 Ay	7 (87,5)	1 (12,5)	0.091
18-24 Ay	43 (58,9)	30 (41,1)	
25-36 Ay	75 (55,1)	61 (44,9)	
>36 Ay	6 (35,3)	11 (64,7)	
Geceleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı			
<18 Ay	9 (75,0)	3 (25,0)	0.332
18-24 Ay	47 (58,0)	34 (42,0)	
25-36 Ay	66 (55,0)	54 (45,0)	
>36 Ay	9 (42,9)	12 (57,1)	

Chi-Square Test, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 8’de görüldüğü gibi çocuk cinsiyet ile geceleri mesane kontrolüne başlama yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.045$).

Tablo 9. Kendinden küçük kardeşi olma durumu ile tuvalet eğitimine başlangıçta kullanılan araçların karşılaştırılması

	Çocuğunuzun kendinden küçük kardeşi var mı?		
	Evet N (%)	Hayır N (%)	p
Tuvalet eğitimine başlangıçta hangi araçları kullandınız?			
Lazımlık	22 (28,9)	54 (71,1)	0.745
Klozet	3 (21,4)	11 (78,6)	
Klozet Üzeri Aparat Kullanarak	16 (34,0)	31 (66,0)	
Klozet, Ayak Desteği ile	0 (0,0)	4 (100,0)	
Klozet Üzeri Aparat ve Ayak Desteği	11 (36,7)	19 (63,3)	
Lazımlık ve Klozet Birlikte	13 (31,7)	28 (68,3)	
Alaturka Tuvalet	8 (36,4)	14 (63,6)	

Chi-Square Test, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 9’da görüldüğü gibi kendinden küçük kardeşi olma durumu ile tuvalet eğitimine başlangıçta kullanılan araçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.745$)

Tablo 10. Tuvalet Eğitime Başlama Zamanı Grupları ile Mesane ve Bağırsak Kontrolü Gruplarının Karşılaştırılması

Tuvalet Eğitimi Başlama Zamanı					
	<18 Ay	18-24 Ay	25-30 Ay	31 Ay ve Üzeri	p
Gündüzleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı					
<18 Ay	10 (90,9)	1 (9,1)	0 (0)	0 (0)	<0.001*
18-24 Ay	7 (9,6)	64 (87,7)	2 (2,7)	0 (0)	
25-36 Ay	1 (0,7)	21 (15,4)	78 (57,4)	36 (26,5)	
>36 Ay	0 (0)	0 (0)	4 (28,6)	10 (71,4)	
Geceleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı					
<18 Ay	8 (80)	2 (20)	0 (0)	0 (0)	<0.001*
18-24 Ay	10 (15,9)	48 (76,2)	5 (7,9)	0 (0)	
25-36 Ay	0 (0)	30 (24)	64 (51,2)	31 (24,8)	
>36 Ay	0 (0)	6 (16,7)	15 (41,7)	15 (41,7)	
Gündüzleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı					
<18 Ay	7 (87,5)	1 (12,5)	0 (0)	0 (0)	<0.001*
18-24 Ay	11 (15,1)	59 (80,8)	3 (4,1)	0 (0)	
25-36 Ay	0 (0)	26 (19,1)	76 (55,9)	34 (25)	
>36 Ay	0 (0)	0 (0)	5 (29,4)	12 (70,6)	
Geceleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı					
<18 Ay	7 (58,3)	3 (25)	2 (16,7)	0 (0)	<0.001*
18-24 Ay	11 (13,6)	61 (75,3)	8 (9,9)	1 (1,2)	
25-36 Ay	0 (0)	22 (18,3)	64 (53,3)	34 (28,3)	
>36 Ay	0 (0)	0 (0)	10 (47,6)	11 (52,4)	

Pearson Chi-Square Test, *: Fisher Exact Test

Tablo 10’da görüldüğü gibi tuvalet eğitimi başlama zamanları ile gündüzleri mesane kontrolü başlama yaşı ($p<0.001$), geceleri mesane kontrolü başlama yaşı ($p<0.001$), gündüzleri bağırsak kontrolü başlama yaşı ($p<0.001$), geceleri bağırsak kontrolü başlama yaşı ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 11. Tuvalet Eğitimine Başlama Zamanı Grupları ile Mesane ve Bağırsak Kontrolü Gruplarının Karşılaştırılması

	Tuvalet Eğitimi Başlama Zamanı				
	<18 Ay	18-24 Ay	25-30 Ay	31 Ay ve Üzeri	p
Anne Yaşı					
20-30 Yaş	2 (4,3)	19 (41,3)	18 (39,1)	7 (15,2)	0.169
31-40 Yaş	10 (6,3)	58 (36,5)	57 (35,8)	34 (21,4)	
40 Yaş ve Üzeri	6 (20,7)	9 (31)	9 (31)	5 (17,2)	
Anne Eğitim Durumu					
Lise Altı	10 (35,7)	9 (32,1)	7 (25)	2 (7,1)	<0.001
Lise	4 (7,1)	23 (41,1)	21 (37,5)	8 (14,3)	
Lisans	2 (1,8)	40 (36,4)	42 (38,2)	26 (23,6)	
Lisans Üstü	2 (5)	14 (35)	14 (35)	10 (25)	
Anne Mesleği					
Ev Hanımı	12 (12,6)	34 (35,8)	35 (36,8)	14 (14,7)	0.013
Beyaz Yaka	4 (3,3)	42 (34,1)	48 (39)	29 (23,6)	
Diğer	2 (12,5)	10 (62,5)	1 (6,3)	3 (18,8)	

Pearson Chi-Square Test, *: Fisher Exact Test

Tablo 11’de görüldüğü gibi tuvalet eğitimi başlama zamanları eğitim durumu ($p<0.001$), anne mesleği ($p=0.013$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 12. Tuvalet Eğitimine Başlama Zamanı grupları ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması

	Tuvalet Eğitimi Başlama Zamanı				
	<18 Ay	18-24 Ay	25-30 Ay	31 Ay ve Üzeri	p
Tuvalet eğitimi döneminde çocuğunuza bakım vereni					
Anne	17 (8,7)	67 (34,4)	71 (36,4)	40 (20,5)	0.418*
Büyükanne	1 (4,3)	8 (34,8)	8 (34,8)	6 (26,1)	
Bakıcı	0 (0)	7 (77,8)	2 (22,2)	0 (0)	
Diğer	0 (0)	4 (57,1)	3 (42,9)	0 (0)	
Tuvalet eğitimine başlangıçta hangi araçları kullandınız?					
Lazımlık	10(13,2)	25 (32,9)	27(35,5)	14(18,4)	0.013*
Klozet	2 (14,3)	7 (50)	4 (28,6)	1 (7,1)	
Klozet Üzeri Aparat Kullanarak	3 (6,4)	26 (55,3)	9 (19,1)	9 (19,1)	
Klozet, Ayak Desteği Kullanarak	0 (0)	1 (25)	2 (50)	1 (25)	
Klozet Üzeri Aparat ve Ayak Desteği	0 (0)	10 (33,3)	12 (40)	8 (26,7)	
Lazımlık ve Klozet Birlikte	0 (0)	9 (22)	25 (61)	7 (17,1)	
Alaturka Tuvalet	3 (13,6)	8 (36,4)	5 (22,7)	6 (27,3)	

Pearson Chi-Square Test, *: Fisher Exact Test

Tablo 12’de görüldüğü gibi tuvalet eğitimi başlama zamanları ile tuvalet eğitimine başlangıçta kullanılan araçlar ($p=0.013$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 13. Tuvalet Eğitime Başlama Zamanı ile Çocukların Antenatal ve Postnatal Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tuvalet Eğitimi Başlama Zamanı					
	<18 Ay	18-24 Ay	25-30 Ay	31 Ay ve Üzeri	p
Doğum Ağırlığı					
Çok Düşük	0 (0)	3 (75)	1 (25)	0 (0)	0.621*
Düşük	1 (7,7)	7 (53,8)	3 (23,1)	2 (15,4)	
Normal	17 (8,2)	74 (35,7)	76 (36,7)	40 (19,3)	
Makrozomi	0 (0)	2 (20)	4 (40)	4 (40)	
Gebelik Haftası					
Preterm	2 (6,7)	12 (40)	12 (40)	4 (13,3)	0.586*
Term	16 (8)	74 (36,8)	71 (35,3)	40 (19,9)	
Posterm	0 (0)	0 (0)	1 (33,3)	2 (66,7)	
Çocuğunuz yenidoğan döneminde yoğun bakımda yattı mı?					
Evet	3 (11,1)	14 (51,9)	8 (29,6)	2 (7,4)	0.170
Hayır	15 (7,2)	72 (34,8)	76 (36,7)	44 (21,3)	

Pearson Chi-Square Test, *: Fisher Exact Test

Tablo 13’de görüldüğü gibi tuvalet eğitimi başlama zamanları ile çocuğun doğduğu gebelik haftası, doğum ağırlığı, yenidoğan yoğun bakımda kalması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

4.5. KATILIMCILARIN TSOY-32 PUANLARI İLE SOSYODEMOGRAFİK VERİLER VE TUVALET EĞİTİMİ SÜRECİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 14. TSOY Ölçek Toplam Puanının Sosyodemografik Veriler Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	TSOY Toplam Puanı					Post-Hoc
		n	Ort±SS	F	p	
Anne Yaş	20-30 yaş	46	33,56±10,75	2,221	0.111	-
	31-40 yaş	159	36,67±8,51			
	40 yaş üzeri	29	36,53±7,76			
Eğitim Durumu	Lise Altı	28	29,63±6,90	6,370	<0.001	1-2,3,4
	Lise	56	36,84±7,60			
	Lisans	110	36,38±9,51			
	Lisans Üstü	40	38,46±8,68			
Meslek	Ev Hanımı	95	34,57±8,22	3,486	0.032	1-2
	Beyaz Yaka	123	37,48±9,68			
	Diğer	16	33,69±4,83			
Gelir Durumu	5.500 TL'den Düşük	38	34,24±8,79	2,874	0.059	-
	5.500 TL ile 11.000 TL	92	35,06±7,98			
	11.000 TL'den Yüksek	104	37,57±9,64			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; p<0.05

Tablo 14'de TSOY toplam puanı ile çeşitli değişkenler karşılaştırılmıştır. TSOY toplam puanı ile Eğitim Durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY toplam puanı diğer eğitim durumlarına kıyasla “Lisans ve Üstü” daha yüksek bulunmuştur (F=6,370 p<0.001). Yapılan post-hoc testi sonucunda “Lise ve Altı” ve “Lisans Üstü” (p<0.001) grupları arasında TSOY toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TSOY toplam puanı ile Meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY toplam puanı diğer meslek gruplarına kıyasla “Beyaz yaka” grubunda daha yüksek bulunmuştur (F=3,486 p=0.032). Yapılan post-hoc testi sonucunda “Ev Hanımı” ve “Beyaz Yaka” grupları arasında TSOY toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (p=0.017).

Tablo 15. TSOY Ölçek Toplam Puanının Tuvalet Eğitimi Verileri Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	TSOY Toplam Puanı					Post-Hoc
		N	Ort±SS	F	p	
Tuvalet Eğitimi Başlama Zamanı	<18 Ay	18	30,93±8,07	3,486	0.017	1-2,3,4
	18-24 Ay	86	35,88±7,70			
	25-30 Ay	84	35,82±10,44			
	31 Ay ve Üstü	46	38,75±7,73			
Tuvalet Eğitimine Başlangıçta Kullanılan Araçlar	Lazımlık	76	35,06±10,17	2,539	0.021	1-5 3-5 5-6,7
	Klozet	14	38,73±7,32			
	Klozet Üzeri Aparat Kullanarak	47	34,54±8,22			
	Klozet, Ayak Desteği Kullanarak	4	35,94±9,35			
	Klozet Üzeri Aparat ve Ayak Desteği Birlikte	30	41,18±6,44			
	Lazımlık ve Klozet Birlikte	41	36,06±9,06			
	Alaturka Tuvalet	22	33,88±7,6			
Tuvalet Eğitiminin Size Göre İdeal Yaş Aralığı	<12 Ay	6	25,61±8,74	4,181	0.003	1-2,3,4,5 2-5 3-5
	12-18 Ay	24	33,51±5,56			
	19-24 Ay	45	35,27±9,54			
	25-30 Ay	126	36,36±9,29			
	>30 Ay	33	39,63±6,93			
Gündüzleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı	<18 Ay	11	29,59±9,65	3,617	0.014	1-3 2-3
	18-24 Ay	73	34,6±7,34			
	25-36 Ay	136	37,35±9,56			
	>36 Ay	14	35,86±7,39			
Geceleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı	<18 Ay	10	32,14±11,95	4,471	0.004	1-3 2-3 3-4
	18-24 Ay	63	34,19±7,1			
	25-36 Ay	125	37,96±8,58			
	>36 Ay	36	33,68±10,86			
Gündüzleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı	<18 Ay	8	29,95±11,52	2,462	0.063	-
	18-24 Ay	73	34,74±7,58			
	25-36 Ay	136	37,12±9,55			
	>36 Ay	17	35,82±6,72			
Geceleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı	<18 Ay	12	30,99±10,65	6,002	0.001	1-3 2-3 3-4
	18-24 Ay	81	34,85±7,58			
	25-36 Ay	120	38,13±8,74			
	>36 Ay	21	31,6±10,94			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; p<0.05

Tablo 15’de TSOY toplam puanı ile Tuvalet Eğitimi Başlama Zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY toplam puanı diğer tuvalet eğitimi başlama zamanlarına kıyasla “31 Ay ve Üzeri” olanlarda daha yüksek, TSOY

toplam puanı düşük olanlarda ise tuvalet eğitimine daha erken başlandığı bulunmuştur ($F=3,486$ $p=0.017$). Yapılan post-hoc testi sonucunda “<18 Ay” ve “18-24 Ay” ($p=0.031$), “<18 Ay” ve “25-30 Ay” ($p=0.034$), “<18 Ay” ve “31 Ay ve Üstü” ($p=0.002$) grupları arasında TSOY toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TSOY toplam puanı ile Tuvalet Eğitimine Başlangıçta Kullanılan Araçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY toplam puanı diğer tuvalet eğitimine başlangıçta kullanılan araçlara kıyasla “Alaturka Tuvalet” de daha düşük, “Klozet, Aparat ve Ayak Desteği Birlikte” aracında daha yüksek bulunmuştur ($F=2,539$ $p=0.021$). Yapılan post-hoc testi sonucunda “Lazımlık” ve “Klozet, Aparat ve Ayak Desteği Birlikte” ($p=0.001$), “Klozet Üzeri Aparat Kullanarak” ve “Klozet, Aparat ve Ayak Desteği Birlikte” ($p=0.001$), “Klozet, Aparat ve Ayak Desteği Birlikte” ve “Lazımlık ve Klozet Birlikte” ($p=0.016$), “Klozet, Aparat ve Ayak Desteği Birlikte” ve “Alaturka Tuvalet” ($p=0.003$) grupları arasında TSOY toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TSOY toplam puanı ile annelere sorulan “Tuvalet Eğitiminin Size Göre İdeal Yaş Aralığı” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY toplam puanı diğer tuvalet eğitiminin size göre ideal yaş aralıklarına kıyasla “<12 Ay” olanlarda daha düşük bulunmuştur ($F=4,181$ $p=0.003$). TSOY puan ortalaması arttıkça Tuvalet Eğitimine İdeal Başlama Yaş Aralığının arttığı görülmüştür. Yapılan post-hoc testi sonucunda “<12 Ay” ve “12-18 Ay” ($p=0.048$), “<12 Ay” ve “19-24 Ay” ($p=0.011$), “<12 Ay” ve “25-30 Ay” ($p=0.004$), “<12 Ay” ve “>30 Ay” ($p<0.001$), “<12-18 Ay” ve “>30 Ay” ($p=0.009$), “19-24 Ay” ve “>30 Ay” ($p=0.030$) grupları arasında TSOY toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TSOY toplam puanı ile Gündüzleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY toplam puanı diğer gündüzleri mesane kontrolü başlama yaş aralıklarına kıyasla “<18 Ay” olanlarda daha düşük, 25-36 ay arasında daha yüksek bulunmuştur ($F=3,617$ $p=0.014$). Yapılan post-hoc testi sonucunda “<18 Ay” ve “25-36 Ay” ($p=0.005$), “18-24 Ay” ve “25-36 Ay”

($p=0.033$) grupları arasında TSOY toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TSOY toplam puanı ile Geceleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY toplam puanı diğer geceleri çiş tutmaya başlama yaş aralıklarına kıyasla “<18 Ay” olanlarda daha düşük, 25-36 ay arasında daha yüksek bulunmuştur ($F=4,471$ $p=0.004$). Yapılan post-hoc testi sonucunda “<18 Ay” ve “25-36 Ay” ($p=0.044$), “18-24 Ay” ve “25-36 Ay” ($p=0.006$), “25-36 Ay” ve “>36 Ay” ($p=0.010$) grupları arasında TSOY toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TSOY toplam puanı ile Geceleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY toplam puanı diğer geceleri kaka tutmaya başlama yaş aralıklarına kıyasla “<18 Ay” olanlarda daha düşük, 25-36 ay arası daha yüksek bulunmuştur ($F=6,002$ $p=0.001$). Yapılan post-hoc testi sonucunda “<18 Ay” ve “25-36 Ay” ($p=0.007$), “18-24 Ay” ve “25-36 Ay” ($p=0.009$), “25-36 Ay” ve “>36 Ay” ($p=0.002$) grupları arasında TSOY toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 16. Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gündüzleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Gündüzleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı	N	Ort±SS	F	p	Post - Hoc
TSOY-Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet)	<18 Ay	11	10,27±3,13	12,007	<0.001	1-2,3,4 2-3
	18-24 Ay	73	7,15±2,28			
	25-36 Ay	136	6,16±2,28			
	>36 Ay	14	6,71±2,33			
TSOY-Sağlıkla İlgili Bilgiye Anlama (Tedavi ve Hizmet)	<18 Ay	11	9,64±3,50	9,202	<0.001	1-2,3,4 2-3
	18-24 Ay	73	7,19±1,75			
	25-36 Ay	136	6,29±2,36			
	>36 Ay	14	6,43±1,70			
TSOY-Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Hastalıklardan Korunma)	<18 Ay	11	8,27±2,37	2,742	0.044	2-3
	18-24 Ay	73	7,63±2,77			
	25-36 Ay	136	6,73±2,53			
	>36 Ay	14	7,29±2,23			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; $p<0.05$

Tablo 16’da hastaların ölçek ve alt ölçek puanları Gündüzleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı açısından karşılaştırılmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet)” puanı ile Gündüzleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet)” puanı diğer gündüzleri Mesane Kontrolü başlama yaş aralıklarına kıyasla “<18 Ay” olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=12,007$ $p<0.001$). Yapılan post-hoc testi sonucunda “<18 Ay” ve “18-24 Ay” ($p<0.001$), “<18 Ay” ve “25-36 Ay” ($p<0.001$), “<18 Ay” ve “>36 Ay” ($p<0.001$), “18-24 Ay” ve “25-36 Ay” ($p=0.004$) grupları arasında TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet)” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Tedavi ve Hizmet)” puanı ile Gündüzleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Tedavi ve Hizmet)” puanı diğer gündüzleri mesane kontrolü başlama yaş aralıklarına kıyasla “<18 Ay” olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=9,202$ $p<0.001$). Yapılan post-hoc testi sonucunda “<18 Ay” ve “18-24 Ay” ($p=0.001$), “<18 Ay” ve “25-36 Ay” ($p<0.001$), “<18 Ay” ve “>36 Ay” ($p<0.001$), “18-24 Ay” ve “25-36 Ay” ($p=0.006$) grupları arasında TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Tedavi ve Hizmet)” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Hastalıklardan Korunma)” puanı ile Gündüzleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Hastalıklardan Korunma)” puanı diğer gündüzleri mesane kontrolü başlama yaş aralıklarına kıyasla “<18 Ay” olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=2,742$ $p=0.044$). Yapılan post-hoc testi “18-24 Ay” ve “25-36 Ay” grupları arasında TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Hastalıklardan Korunma)” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.017$).

Tablo 17. Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Geceleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Geceleri Mesane Kontrol Başlama Yaşı	N	Ort±SS	F	P	Post - Hoc
TSOY-Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet)	<18 Ay	10	9,30±4,03	8,859	<0.001	1-2,3,4 2-3 3-4
	18-24 Ay	63	7,29±2,37			
	25-36 Ay	125	6,06±2,17			
	>36 Ay	36	7,17±2,47			
TSOY-Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Tedavi ve Hizmet)	<18 Ay	10	8,90±4,23	7,677	<0.001	1-2,3,4 2-3 3-4
	18-24 Ay	63	7,37±1,68			
	25-36 Ay	125	6,17±2,10			
	>36 Ay	36	7,03±2,76			
	>36 Ay	36	7,61±2,60			
TSOY-Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Hastalıklardan Korunma)	<18 Ay	10	7,70±2,79	3,718	0.012	2-33-4
	18-24 Ay	63	7,73±2,85			
	25-36 Ay	125	6,59±2,22			
	>36 Ay	36	7,69±3,07			
TSOY-Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Hastalıklardan Korunma)	<18 Ay	10	7,30±2,67	3,187	0.025	2-3
	18-24 Ay	63	7,67±2,65			
	25-36 Ay	125	6,55±2,20			
	>36 Ay	36	7,36±3,00			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; p<0.05

Tablo 17’de Hastaların ölçek ve alt ölçek puanları Geceleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı açısından karşılaştırılmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet)” puanı ile Geceleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet)” puanı diğer geceleri mesane kontrolü başlama yaş aralıklarına kıyasla “<18 Ay” olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=8,859 p<0.001). Yapılan post-hoc testi sonucunda “<18 Ay” ve “18-24 Ay” (p=0.013), “<18 Ay” ve “25-36 Ay” (p<0.001), “18-24 Ay” ve “>36 Ay” (p=0.012), “18-24 Ay” ve “25-36 Ay” (p=0.001), “25-36 Ay” ve “>36 Ay” (p=0.014) grupları arasında TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet)” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Tedavi ve Hizmet)” puanı ile Geceleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Tedavi ve Hizmet)” puanı diğer geceleri mesane kontrolü başlama yaş aralıklarına kıyasla “<18 Ay” olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=7,677 p<0.001). Yapılan

post-hoc testi sonucunda “<18 Ay” ve “18-24 Ay” ($p=0.045$), “<18 Ay” ve “25-36 Ay” ($p<0.001$), “18-24 Ay” ve “>36 Ay” ($p=0.020$), “18-24 Ay” ve “25-36 Ay” ($p=0.001$), “25-36 Ay” ve “>36 Ay” ($p=0.043$) grupları arasında TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Tedavi ve Hizmet)” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Hastalıklardan Korunma)” puanı ile Geceleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Hastalıklardan Korunma)” puanı diğer geceleri mesane kontrolü başlama yaş aralıklarına kıyasla “18-24 Ay” olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=3,718$ $p=0.012$). Yapılan post-hoc testi “18-24 Ay” ve “25-36 Ay” ($p=0.005$), “25-36 Ay” ve “>36 Ay” ($p=0.024$) grupları arasında TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Hastalıklardan Korunma)” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Hastalıklardan Korunma)” puanı ile Geceleri Mesane Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Hastalıklardan Korunma)” puanı diğer geceleri mesane kontrolü başlama yaş aralıklarına kıyasla “18-24 Ay” olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=3,187$ $p=0.025$). Yapılan post-hoc testi “18-24 Ay” ve “25-36 Ay” grupları arasında TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Hastalıklardan Korunma)” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.004$).

Tablo 18. Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Gündüzleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Gündüzleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı	N	Ort±SS	F	P	Post - Hoc
TSOY-Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet)	<18 Ay	8	10,38±3,74	9,352	<0.001	1-2,3,4 2-3
	18-24 Ay	73	7,21±2,38			
	25-36 Ay	136	6,25±2,25			
	>36 Ay	17	6,35±2,42			
TSOY-Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Tedavi ve Hizmet)	<18 Ay	8	9,88±4,16	7,504	<0.001	1-2,3,4 2-3
	18-24 Ay	73	7,16±1,80			
	25-36 Ay	136	6,39±2,38			
	>36 Ay	17	6,24±1,48			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; p<0.05

Tablo 18’da Hastaların ölçek ve alt ölçek puanları Gündüzleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı açısından karşılaştırılmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet)” puanı ile Gündüzleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet)” puanı diğer gündüzleri bağırsak kontrolü başlama yaş aralıklarına kıyasla “<18 Ay” olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=9,352 p<0.001). Yapılan post-hoc testi sonucunda “<18 Ay” ve “18-24 Ay” (p<0.001), “<18 Ay” ve “25-36 Ay” (p<0.001), “18-24 Ay” ve “>36 Ay” (p<0.001), “18-24 Ay” ve “25-36 Ay” (p=0.006) grupları arasında TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet)” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Tedavi ve Hizmet)” puanı ile Gündüzleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Tedavi ve Hizmet)” puanı diğer gündüzleri bağırsak kontrolü başlama yaş aralıklarına kıyasla “<18 Ay” olanlarda daha yüksek bulunmuştur (F=7,504 p<0.001). Yapılan post-hoc testi sonucunda “<18 Ay” ve “18-24 Ay” (p=0.001), “<18 Ay” ve “25-36 Ay” (p<0.001), “18-24 Ay” ve “>36 Ay” (p<0.001), “18-24 Ay” ve “25-36 Ay” (p=0.018) grupları arasında TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi

Anlama (Tedavi ve Hizmet)” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Tablo 19. Hastaların Ölçek ve Alt Ölçek Puanlarının Geceleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Geceleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı	N	Ort±SS	F	P	Post - Hoc
TSOY-Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet)	<18 Ay	12	9,08±3,68	9,902	<0.001	1-2,3,4 2-3 3-4
	18-24 Ay	81	7,20±2,38			
	25-36 Ay	120	6,01±2,08			
	>36 Ay	21	7,33±2,85			
TSOY-Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Tedavi ve Hizmet)	<18 Ay	12	8,83±3,83	6,941	<0.001	1-2,3,4 2-3 3-4
	18-24 Ay	81	7,11±1,76			
	25-36 Ay	120	6,19±2,25			
	>36 Ay	21	7,24±2,74			
TSOY-Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (Tedavi ve Hizmet)	<18 Ay	12	8,42±2,47	3,453	0.017	3-4
	18-24 Ay	81	8,27±2,34			
	25-36 Ay	120	7,56±2,64			
	>36 Ay	21	9,33±3,09			
TSOY-Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma (Tedavi ve Hizmet)	<18 Ay	12	8,33±2,74	2,945	0.034	1-3 3-4
	18-24 Ay	81	7,16±2,04			
	25-36 Ay	120	6,74±2,62			
	>36 Ay	21	8,05±2,67			
TSOY-Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Hastalıklardan Korunma)	<18 Ay	12	7,92±2,57	4,489	0.004	2-33-4
	18-24 Ay	81	7,60±2,75			
	25-36 Ay	20	6,53±2,27			
	>36 Ay	21	8,10±3,24			
TSOY-Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Hastalıklardan Korunma)	<18 Ay	12	7,67±2,57	4,399	0.005	2-3 3-4
	18-24 Ay	81	7,43±2,56			
	25-36 Ay	120	6,47±2,17			
	> 36 Ay	21	8,10±3,39			
TSOY-Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (Hastalıklardan Korunma)	<18 Ay	12	9,00±2,63	5,497	0.001	1-3 2-4 3-4
	18-24 Ay	81	8,01±2,13			
	25-36 Ay	120	7,36±2,66			
	> 36 Ay	21	9,52±3,14			
TSOY-Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma (Hastalıklardan Korunma)	<18 Ay	12	9,25±3,05	3,166	0.025	2-4 3-4
	18-24 Ay	81	8,30±2,48			
	25-36 Ay	120	7,94±2,57			
	>36 Ay	21	9,67±3,21			

F= One Way ANOVA; Post-Hoc=LSD; p<0.05

Tablo 19’da Hastaların ölçek ve alt ölçek puanları Geceleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı açısından karşılaştırılmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili

Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet)” puanı ile Geceleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet)” puanı diğer geceleri bağırsak kontrolü başlama yaş aralıklarına kıyasla “<18 Ay” olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=9,902$ $p<0.001$). Yapılan post-hoc testi sonucunda “<18 Ay” ve “18-24 Ay” ($p=0.010$), “<18 Ay” ve “25-36 Ay” ($p<0.001$), “18-24 Ay” ve “>36 Ay” ($p=0.042$), “18-24 Ay” ve “25-36 Ay” ($p=0.001$), “25-36 Ay” ve “>36 Ay” ($p=0.019$) grupları arasında TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Tedavi ve Hizmet)” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Tedavi ve Hizmet)” puanı ile Geceleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Tedavi ve Hizmet)” puanı diğer geceleri bağırsak kontrolü başlama yaş aralıklarına kıyasla “<18 Ay” olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=6,941$ $p<0.001$). Yapılan post-hoc testi sonucunda “<18 Ay” ve “18-24 Ay” ($p=0.014$), “<18 Ay” ve “25-36 Ay” ($p<0.001$), “18-24 Ay” ve “>36 Ay” ($p=0.051$), “18-24 Ay” ve “25-36 Ay” ($p=0.005$), “25-36 Ay” ve “>36 Ay” ($p=0.050$) grupları arasında TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Tedavi ve Hizmet)” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (Tedavi ve Hizmet)” puanı ile Geceleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (Tedavi ve Hizmet)” puanı diğer geceleri bağırsak kontrolü başlama yaş aralıklarına kıyasla “>36 Ay” olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=3,453$ $p=0.017$). Yapılan post-hoc testi sonucunda “25-36 Ay” ve “>36 Ay” grupları arasında TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (Tedavi ve Hizmet)” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0.004$).

TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma (Tedavi ve Hizmet)” puanı ile Geceleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi

Kullanma (Tedavi ve Hizmet)” puanı diğer geceleri bağırsak kontrolü başlama yaş aralıklarına kıyasla “<18 Ay” olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=2,945$ $p=0.034$). Yapılan post-hoc testi sonucunda “<18 Ay” ve “18-24 Ay” ($p=0.032$), “25-36 Ay” ve “>36 Ay” ($p=0.025$) grupları arasında TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma (Tedavi ve Hizmet)” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Hastalıklardan Korunma)” puanı ile Geceleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Hastalıklardan Korunma)” puanı diğer geceleri bağırsak kontrolü başlama yaş aralıklarına kıyasla “>36 Ay” olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=4,489$ $p=0.004$). Yapılan post-hoc testi sonucunda “18-24 Ay” ve “25-36 Ay” ($p=0.004$), “25-36 Ay” ve “>36 Ay” ($p=0.010$) grupları arasında TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiye Ulaşma (Hastalıklardan Korunma)” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Hastalıklardan Korunma)” puanı ile Geceleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Hastalıklardan Korunma)” puanı diğer geceleri bağırsak kontrolü başlama yaş aralıklarına kıyasla “>36 Ay” olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=4,399$ $p=0.005$). Yapılan post-hoc testi sonucunda “18-24 Ay” ve “25-36 Ay” ($p=0.007$), “25-36 Ay” ve “>36 Ay” ($p=0.006$) grupları arasında TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Anlama (Hastalıklardan Korunma)” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (Hastalıklardan Korunma)” puanı ile Geceleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (Hastalıklardan Korunma)” puanı diğer geceleri bağırsak kontrolü başlama yaş aralıklarına kıyasla “>36 Ay” olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=5,497$ $p=0.001$). Yapılan post-hoc testi sonucunda “18 Ay” ve “25-36 Ay” ($p=0.033$), “18-24 Ay” ve “>36 Ay” ($p=0.016$), “25-36 Ay” ve “>36 Ay”

($p<0.001$) grupları arasında TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (Hastalıklardan Korunma)” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (Hastalıklardan Korunma)” puanı ile Geceleri Bağırsak Kontrolü Başlama Yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (Hastalıklardan Korunma)” puanı diğer geceleri bağırsak kontrolü başlama yaş aralıklarına kıyasla “>36 Ay” olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($F=3,166$ $p=0.025$). Yapılan post-hoc testi sonucunda “18-24 Ay” ve “>36 Ay” ($p=0.034$), “25-36 Ay” ve “>36 Ay” ($p=0.006$) grupları arasında TSOY alt ölçeklerinden “Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme (Hastalıklardan Korunma)” puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda 4-6 yaş arası çocuğu olan annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile çocuklarının tuvalet eğitimi süreci incelenmiştir.

2007’de Koç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Türkiye’de tuvalet eğitimine başlama aralığı 6 ile 48 ay arasında bulunmuştur. Çocukların %40.7’sinin 18 ay altı tuvalet eğitimine başladığı tespit edilirken, %34,4’ü 19 ile 24 ay arasında, geri kalanıysa 25 ay üzerinde başladığı tespit edilmiştir (28). Türkiye’de 2012 de yapılan başka bir çalışmada tuvalet eğitimine başlama yaşı; çalışmaya katılanlardan %5.2’ sinde 1 yaş altı, %25.9’unda 13-18 ay arasında, %35.7’sinde 19-24 ay ve %23.3’ünde 25-30 ay arasındayken geri kalan çocuklarda 30 ay üzeri olarak saptanmıştır (64). İlerleyen yıllarda Örün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocukların yalnızca yüzde 6’sı TE’ne 18 ayın altında başlamıştır ve ortalama başlangıç yaşı 25.2 ± 5.6 olarak bulunmuştur (65). Tarhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada TE başlama yaşı 22.32 ± 6.57 olarak saptanmıştır (32). Kaerts ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocukların %21’inin tuvalet eğitimine 18 ay altında başladığı, çoğununsa(%78.5) 18-29 ayda lazımlıkla tanıştırıldığı bulunmuştur (66). Aggelpoel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada TE’ne başlangıç yaşının ortalama 23.1 ay olarak saptandığı görülmüştür. Bunun yanında yüzde 25 çocuk 20 ayına gelmeden tuvalet eğitimine başlatılmıştır. Ailelerin %34’ü 24. Ayda başlarken, %2’lik kısmı ise 30 aydan önce eğitime başlamamıştır (67). Çalışmamızda ise çocukların tuvalet eğitimine başlama aylarını incelediğimizde $25,98 \pm 6,78$ ay olarak tespit edilirken, %7.7’si 18 ay altı, %36.75’i 18-24 arasında, %35.9’ u 25-30 ay geri kalan çocuklar ise daha sonrasında eğitime başladığı bulunmuştur. En erken eğitime başlama yaşı 9 ay iken en geç eğitime başlama yaşı 42 ay olarak görüldü. Türkiye’de yapılan çalışmalarla bulunan tuvalet eğitimine başlama yaşı bulguları ile verilerimiz benzerlik göstermiştir. Tuvalet eğitimine başlama yaşı ile ilgili yapılan araştırmalarda, başlama yaşının 18-24 ay arası önerilmesi sebebiyle ilgili hekimlerin aileleri bu konuda bilinçlendirmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir (5). İncelediğimiz benzer çalışmalarda yıllar ilerledikçe tuvalet eğitimine başlama yaşının ilerlediği farkedilmiştir, bunun nedeni atılabilir

bezlerin kullanımının sıklaşması, eğitim düzeyi ve ebeveynlerin iş yüklerinin fazla olması olabilir (11,33).

Tarhan ve Koç'un Türkiye'de yaptığı çalışmalarda tuvalet eğitime başlama zamanında iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark tespit edilmezken, farklı ülkelerde yapılan çalışmaların çoğunda kız çocuklarının tuvalet eğitime erkek çocuklarından yaklaşık 1 ile 3 ay arası erken başladığı saptanmıştır (28,30,32,66,68,69). Çalışmamızda kız ve erkek cinsiyet arasında tuvalet eğitime başlama yaşında anlamlı bir fark bulunmuştur ve kız çocuklarının daha erken tuvalet eğitime başladığı saptanmıştır.

Kaerts ve arkadaşlarının çalışmasında kız ve erkek çocukları arasında kuru kalma zamanı açısından anlamlı fark bulunmamıştır (66). Netto ve arkadaşlarının 2020'de yaptığı çalışma da gece-gündüz mesane ve bağırsak kontrolü açısından cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır (70). Çalışmamızda bunlardan farklı olarak kız ve erkek çocukları arasında geceleri mesane kontrolü incelendiğinde, kızlarda erkeklerden daha önce mesane kontrolü olduğu gözlemlenmiştir.

Türkiye'de yapılan iki çalışmada gelir düzeyi ile tuvalet eğitime başlama yaşının ilişkili olduğu görülmüştür. Tarhan ve arkadaşlarının aylık gelir artışı ile tuvalet eğitimi başlangıç yaşının arttığını, Önen ve arkadaşlarının ise açlık sınırı altında geliri olan ailelerde başlama yaşının diğer gruplara göre erken olduğu çalışmalarında saptanmıştır (32,64). Yıllık gelir ve tuvalet eğitime başlama yaşına bakıldığında Horn ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada , geliri fazla olanlarda eğitim başlangıcının daha geç olduğu bulunmuştur (29). Amerikada yapılan başka bir çalışmada ise düşük sosyoekonomik düzeyin tuvalet eğitime erken başlamakla ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (68). Köstekci yaptığı çalışmasında ailenin gelir düzeyi arttıkça eğitime başlama yaşının arttığı gözlemlenmiştir (71). Çalışmamız literatürle benzer sonuçlanmış ve gelir seviyesi arttıkça tuvalet eğitiminin geç başladığı görülmüştür. Gelir düzeyi arttıkça tek kullanımlık bezlerin hem kullanımının hem süresinin uzaması, ailelere sağladığı kolaylık nedeniyle tuvalet eğitimi ilerleyen aylara atmasının neden olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Ailelerin sosyokültürel gelişimi tuvalet eğitimi süreci üzerine etki etmektedir. Türkiye'de yapılan benzer iki çalışmada ebeveyn eğitim seviyesi arttıkça tuvalet

eğitimine başlama yaşında artış olduğu saptanmıştır (32,65). Kaerts ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin eğitimi seviyesi azaldıkça tuvalet eğitimine başlama zamanının 18 aydan önce olmasına yönelim olduğu bulunmuştur (66). Koç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 5 yıldan az ve 6-11 yıl arası eğitim alan anneler, 12 yıl üzeri eğitim alanlarla karşılaştırılmıştır. Daha düşük eğitim seviyesi olan annelerin tuvalet eğitimine başlama yaşı, diğer annelere göre daha sık olarak 24 aydan önce olduğu tespit edilmiştir (28). Çalışmamızda 8 yıl ve altı eğitimi olan annelerin 18 aydan önce tuvalet eğitimine başladıkları görülürken, 16 yıl ve üzeri eğitime sahip olan annelerin tuvalet eğitimine başlama yaşının 18-30 ay arasında olduğu gözlemlenmiştir ve bulgularımız literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan annelere birden çok seçenek işaretleyebileceği tuvalet eğitimi hakkında bilgiye erişimi sorusu neticesinde %52.1'i internetten bilgi aldığını belirtirken, %47.9'u daha önceki çocuklarından edindiği kendi tecrübelerinden yararlandığını ifade etmiştir. Doktordan bilgi alanlar %20.1 olarak bulurken, bilgi için kitap kullananlar %43.2, kendi anne ve kayınvalidesinin tecrübesinden yararlananlar ise %29.9 olarak saptanmıştır. Kaert ve arkadaşlarının çalışmasına baktığımızda katılan ebeveynlerin yüzde 77.8'i tuvalet eğitimi hakkında bilgi alırken, bunların yüzde 52.3' ocuk bakımevlerinden bilgi edinmiş ve sadece %1'i doktordan bilgi almıştır (33). Mota ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin %15.9'u ilk 48 ayda sağlık danışmanlığı aldığını belirtmiştir (69) Tatarı'nın çalışmasında en sık bilgi kaynağı internet olarak bulunurken, katılımcıların %16.7'si doktor veya diğer sağlık personellerinden bilgi aldığı tespit edilmiştir (72)

Ailelerin ve çocukların tuvalet eğitimine hazır olması, tuvalet eğitiminde en önemli kriterlerdendir. Neredeyse her ebeveynin çocuğuna tuvalet eğitimi vereceği zaman hakkında bir düşünceye sahip olduğu kanaati mevcuttur. Bununla alakalı bilgiler incelendiğinde Hooman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ebeveynlerin %21'i çocukların bezi 12 aydan önce bırakması gerektiğini, %70,2'si 12-24 ayda bırakmasını ve %8,8'i ise 24 aydan sonra olması gerektiğini düşündüğü grlmştir. (30) Netto ve arkadaşlarının çalışmasında, ebeveynlere göre tuvalet eğitimine başlamada ideal yaş incelendiğinde; ebeveynlerin %1,6'sı 12 aydan önce olmasının , %11,3' 12 ile 18 ayın , %25.5'i 18-24 ayın, %40.1'i 24-30 ayın ve %16,7'si ise 30-36 ayın ideal olacağını düşündüğünü saptamıştır (70). Çalışmamızda bu soru

incelendiğinde, annelerin %54,7'si tuvalet eğitimine başlangıç için ideal yaşı 24-30 ay, %18,8'inin 18-24 ay arasında olduğunu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra 30 ay üzerinde eğitimi uygun görenlerin yüzdesi 14,1 iken 12 ayın altında eğitim başlamasını uygun görenlerinki yüzde 2,1'dir. Annelerin ideal başlangıç yaşına olan verdiği cevapları ile Amerikan Pediatri Akademisinin önerdiği 18-24 ayda tuvalet eğitimine başlama önerisi uyumlu bulunmuştur (11).

Tuvalet eğitiminde kullanılan tuvalet türleri ve aparatları kültüre göre farklılıklar gösterebilir. Örün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ailelerin %62'sinin klozet kullanırken %15'i Türk tipi tuvalet kullandığını ve bunların %23'ü ikisini birlikte kullandığı bulunmuştur. Yüzde 50 anne bu süreçte yardımcı aparatlar kullandığını belirtmiştir. Bunlardan %77'sinin lazımlık, %18'inin klozet üzeri adaptör kullandığı tespit edilmiştir (65). Önen ve arkadaşlarının yine Türkiye'de yaptığı çalışmada en çok kullanılan tuvalet tipinin Alaturka tuvalet olduğu saptanmıştır. Tuvalet tipi ile başlama yaşı arasında ilişki tespit edilmiştir ve 1 yaş altında eğitime başlayanlar daha çok klozet tercih ederken, başlama yaşı arttıkça lazımlığın tercih edilmesinde artış olduğu gözlemlenmiştir (64). Koç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ebeveynlerin çoğu Türk tipi tuvalet kullanırken, 24 ay öncesinde tuvalet eğitimine başlayanların lazımlık kullanımı alafranga tuvalete göre daha sık bulunmuştur (28). Yurtdışında yapılan bir çalışmada ise %43.6 ile en çok kullanılan araç lazımlık olarak görülürken, bunu %28.9 ile klozetin takip ettiği saptanmıştır. Verilen seçenekler arasında en az kullanılan araç ise ayak desteği ile birlikte klozet kullanımının olduğu görülmüştür (70). Çalışmamızda annelere tuvalet eğitiminde hangi aracı kullandınız diye sorduğumuzda %32.5 ile en yüksek oranı lazımlık alırken, %20.1 ile klozet üzeri aparat kullanmayı tercih ettikleri saptanmıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalardan farklı olarak alaturka tuvalet kullanımını %9.4 olarak bulunarak daha düşük bir oran tespit edilmiştir. Tuvalet eğitimine başlama yaşı ile kullanılan araç arasında anlamlı fark bulunmuştur. Lazımlık ve klozet beraber kullanan annelerin tuvalet eğitimine başlangıç zamanı sıklıkla 25-30 ay iken, klozet üzeri aparat kullananların çoğunlukla 18-24 ayda eğitime başladığı tespit edilmiştir. Kendinden küçük kardeşinin olmasıyla kullanılan tuvalet türü ve aracı ilişkisine bakıldığında anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

Çalışmamızda annelerin hangi mevsimde tuvalet eğitimine başladığı sorgulanmış olup %44,4 ile yaz ilk tercih olurken, onu %38,5 ile ilkbahar takip edilmiştir. Türkiye’de yapılmış bir çalışmada da %56.8 ile en sık yaz, %24,7 ile 2. sırada ilkbahar tercih edilmiştir (64).

Howell ve arkadaşlarının yaptığı derlemede son yıllarda Amerika’da, az gelişmiş ülkelerin aksine, tuvalet eğitimini tamamlama yaşı 1940’ların sonunca 18 aydan küçükken, 1980’lerde 27 aya, 2003’te 37 aya kadar yükseldiği ve son yıllarla istikrarlı şekilde daha da artış gösterdiği saptanmıştır (68). Kaerts ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gündüz kuru kalma yaşı ortalama 26,21 ve gece kuru kalma yaşı ortalama 27,06 olarak saptanmıştır (66). İran’da yapılan bir çalışmada gündüz kuru kalma ile gece kuru kalma yaşları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Gündüz yaş ortalaması 24 ay bulunurken geceleri kuru kalma zamanı 27 ay olarak bulunmuştur (30). Bizim çalışmamızda gündüzleri kuru kalma yaş ortalaması 28,26 iken geceleri kuru kalma yaş ortalaması 30,37 olarak bulunmuştur. Çocukların gündüz bağırsak kontrolü mesane kontrolüne göre yaklaşık 1 ay geç sağlanırken, geceleri mesane kontrolü bağırsak kontrolüne göre yaklaşık 3 ay gecikmeli olduğu tespit edilmiştir. Kuru kalma yaş ortalamasının uzaması günümüzde çocukların yaşadığı çevresel stres, eğitim hayatında ailelerin giderek artan beklentisiyle yaşadığı zorluklar, aile içi yaşanan olumsuz durumlar olabileceği düşünülmüştür.

Mota ve arkadaşlarının çalışmasında tuvalet eğitimine 24 aydan önce başlayanların eğitimi daha geç tamamladıkları saptanmıştır (69). Köstekci yaptığı tez çalışmasında gece kontrolünü 18-24 ay arasında tamamlayan çocukların en az %82,9’ünde, 25-36 ay arasında tamamlayanların ise en az %94,5’inde tuvalet eğitimine önerilen yaş diliminde başladığı bulunmuştur (71). Çalışmamızda tuvalet eğitimine başlama zamanı ile gündüz ve gece mesane ve bağırsak kontrolü arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra gece mesane kontrolünü 18-24 ay arasında tamamlayanların %76’si tuvalet eğitimine 18-24 ay arasında başlayanlardan oluşurken, 25-36 ay arasında kontrolü sağlayanlar ise %64’ü 25-30 ay arasında tuvalet eğitimine başlayanlardan olduğu görülmüştür. Tuvalet eğitiminde önerilen 18-24 ay arasında tuvalet eğitimine başlamanın, gece kontrolünün daha erken aylarda sağlandığı bulunmuştur. Köstekci’nin çalışmasıyla paralel sonuçlar elde edilmiştir (71).

Çalışmamız 4-6 yaş tuvalet eğitimini tamamlanmış çocuklar üzerinde yapılmıştır. Katılan annelere çocuğunuz tuvalet eğitimini tamamlamasına rağmen kaka veya çiş kaçırıyor mu diye sorduğumuzda, çocukların %2.6'sı gündüz bağırsak kontrolünü tam sağlayamazken, %1.3'ü gece kontrolü sağlayamadığı tespit edilmiştir. Mesane kontrolüne baktığımızda bu oran gündüz %2.6 iken, gece mesane kontrolünü tam sağlayamayan %12 olarak saptanmıştır. Tatari' nin yaptığı çalışmada gece bağırsak kontrolü benzer sonuçlanırken, gündüz ve gece mesane kontrolü yüzdesi daha yüksek bulunmuştur (72). Tatari' nin çalışma grubuna dahil edilen en büyük çocuk 5 yaşındayken, bizim çalışmamızda 5-6 yaş arası çocukların da dahil edilmesinin mesane kontrolünün daha yüksek oranda bulunmasının sebebi olarak düşünülmüştür. Tuvalet eğitiminde mesane kontrolünün en geç kazanılan becerilerden olduğu bilinmektedir ve 5-7 yaşa kadar bu becerilerin kazanılması beklenebileceği belirtilmiştir (11,41). Türkiye'de yapılan Koç ve arkadaşlarının çalışmasında, tuvalet eğitiminde en erken kazanılan beceri gündüz mesane kontrolüyken, en son kazanılan beceri gece mesane kontrolü olarak saptanmıştır. Çocukların yüzde 51.3'ü bağırsak ve mesane kontrolünü birlikte sağlarken, kazanılan son beceri yüzde 42.3'le gece mesane kontrolü ve yüzde 6.4'le gece bağırsak kontrolü olduğu bulunmuştur (28).

Dünyada sağlık okuryazarlığı incelendiğinde, Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmada, nüfusun %53'ünün sağlık okuryazarlığı düzeyi orta bulunurken, %36'sının yetersiz, %22'sinin temel düzeyde olduğu bulunmuştur (73). Avrupa Birliği'ne mensup ülkeler arasından sekizinde yapılan sağlık okuryazarlığı ile ilgili çeşitli çalışmalarda %2 ile %27 arasında farklılık gösteren yetersiz sağlık okuryazarlığı tespit edilmiştir (74).

Türkiye'de Bakan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların TSOY toplam puan ortalaması $24,59 \pm 10,33$ olarak bulunmuş olup, %55.4'ünün sağlık okuryazarlık düzeyinin yetersiz, %22.4'ünün sorunlu- sınırlı, %16.4'ünün yeterli ve %5.8'inin mükemmel olduğu gözlemlenmiştir (75). 2018' de yapılan bir çalışmada katılanların yaklaşık yarısı (% 51,7) yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipken, %17,2'si yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur (76). TSOY-32 ölçeğini geliştiren Okyay ve Abacıgil'in verilerine baktığımızda çalışmaya katılan bireylerin genel sağlık okuryazarlığı puanı 29,5 bulunmuş olup, %30.6'sında yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi,

%42.2'sinde sorunlu-sınırlı ve %27.2'sinde yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi saptanmıştır (63). Ülkemizde ebeveynler üzerinde sağlık okuryazarlığı çalışmaları yapılmıştır. Ulusoy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ebeveynlerin %13,1'i mükemmel, %33,33'ü yeterli, %37,81'i sorunlu ve %15,85'i yetersiz SOY düzeyine sahip bulunmuştur (77). Başka bir çalışmada ebeveynler teker teker incelendiğinde annelerin %34,3'ünde sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı saptanırken ve babaların sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (78). Sadece 0-6 yaş çocuğu olan anneler üzerinde yapılan araştırmada katılanların %12,4'ünün mükemmel, %24,6'sının yeterli, %39,3'ünün sorunlu-sınırlı ve %23,6'sının yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip oldukları tespit edilmiştir (79). Çalışmamızda TSOY toplam puanı ortalaması $36,05 \pm 8,95$ olarak bulunmuştur. Kategorik dağılımına göre anneler arasında yetersiz sağlık okuryazarlığı oranı %11,96 iken, annelerin %27,77'sinin sorunlu-sınırlı, %29,91'inin yeterli ve %30,34'ünün mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu gözlemlenmiştir. Çalışmamıza katılan annelerin %64.1'i lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu tespit edilmiş olup, katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olmasının nedeninin eğitim düzeyi ve sosyokültürel seviyenin yüksek olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Yaş ile SOY ilişkisi incelendiğinde yaşın ilerlemesiyle sağlık okuryazarlığının azaldığının saptandığı birçok araştırma literatüre kazandırılmıştır. (63,74,80,81). 66 ile 75 yaş arasındaki bireylerden %51,8'inin sınırlı sağlık okuryazarlığı olduğu Avrupa'da yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir (74,82). Bunun sebebi belirli bir yaşın üzerinde kognitif becerilerdeki kayıpların görülmesi olabilir. Bunun yanı sıra yaş ile sağlık okur yazarlığı arasında ilişki olmadığını söyleyen çalışmalarda mevcuttur (83). Ertuğrul ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ebeveyn yaşı ile SOY arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızda da yaş faktörünü incelediğimizde literatürde olan çalışmalarının çoğunun aksine sağlık okuryazarlığı ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bunun nedeni baktığımızda, çalışmamıza katılan annelerin yaşlarının birbirine yakın ve yaş ortalamasının genç nüfus olması düşünülebilir.

Okyay ve Abacıgil çalışmasında “Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” alt boyutunda, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma indeks puanı en yüksek bulunurken ve “Tedavi ve Hizmet” alt boyutundaki sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme” en düşük puanlara sahip olarak saptanmıştır (63). Çalışmamızda da bu

çalışmaya benzer olarak “Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi” alt boyutunda sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma en yüksek puanı alırken, “Tedavi ve Hizmet” alt boyutundaki sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma en düşük puanı almıştır.

Bakan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada elde edilen bulgulara göre sağlık okuryazarlığı alt boyutları incelendiğinde, Tedavi ve Hizmet puan ortalamasının 25.68 ± 10.98 , Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi puan ortalamasının 23.50 ± 11.58 olarak bulunmuştur (75). Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı alt boyutlarından Tedavi ve Hizmet puan ortalaması 28.5 ± 9.89 iken Hastalıktan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi puan ortalaması 30.25 ± 10.38 olarak bulunmuştur. Bu puanlar benzer çalışmalara göre yüksek tespit edilirken, katılımcıların eğitim seviyesinin 16 yıl ve üzeri olmasının neden olduğunu düşünülmektedir (76,84).

Bakan ve arkadaşlarının çalışmasında, TSOY-32 toplam puan ortalaması ile lise ve üzeri eğitim alanlarda, gelir kazandıkları işte çalışan bireylerde istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (75). Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir araştırmada, sağlık okuryazarlığı ile eğitim durumu pozitif yönde anlamlı ilişki içerisinde bulunmuştur (85). Ülkemizdeki yapılan TSOY-32 çalışmasında da eğitim seviyesi yüksek bireylerde, sağlık okuryazarlığının yüksek olduğu tespit edilmiştir (63). Ertuğrul ve ark yaptığı çalışmada anne ve babaların eğitim seviyeleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (78). Ülkemizde ebeveynlerle yapılan başka bir çalışmada okulda aldığı eğitim yılı arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı gözlemlenmiştir (77). Bununla birlikte aynı çalışmada çalışan ebeveynlerin çalışmayanlara göre indeks ve alt boyutlarda TSOY puanları yüksek saptanmıştır (77). Çalışmamızda bu unsurlar incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksekliği ile eğitim seviyesinin lisans ve üzeri olması arasında anlamlı fark bulunmuştur. Çalışan ve çalışmayan anneler arasında çalışan anneler lehine anlamlı fark saptanmıştır. Bunun yanında gelir durumuyla alakalı anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürden benzer şekilde lisans ve üzeri eğitimin sağlık okuryazarlığı düzeyinin artmasına katkı sağladığı bulunmuştur. Bununla birlikte literatürdeki bazı çalışmalarda yüksek eğitim düzeylerinde de sağlık okuryazarlığının düşük olabileceğini gösteren araştırmalar vardır (86). Genel olarak eğitim seviyesi arttıkça sağlık okuryazarlığının artacağı çoğunlukla gösterilmiş olsa da, her zaman

doğru orantılı bir ilişki beklenmemesi belirtilmiştir (58). Sağlık okuryazarlığını etkileyen mutlifaktöriyel unsurların olması, eğitim düzeyindeki artışa rağmen, sağlık okuryazarlığında düşük düzeylerin görülmesine neden olabilir.

Çalışmamızda annelerin sağlık okuryazarlığı ile çocukların tuvalet eğitimi sürecini değerlendirmiş olup, yaptığımız literatür araştırmasında benzer bir çalışma bulunmamıştır. Çalışmamızdan edindiğimiz bulgularda annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi çoğunlukla yeterli ve mükemmel bulunmuş olup, bu annelerin tuvalet eğitimine başlama yaşı için önerilen başlama zamanlarından daha geç davrandıkları ve ideal tuvalet eğitime başlama yaşı olarak 30 ay ve üzerini uygun buldukları gözlemlenmiştir (11). Bununla birlikte sağlık okuryazarlığı daha düşük annelerde tuvalete başlama yaşı 18 ay altı olarak tespit edilmiştir. Anne sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça çocukların mesane ve bağırsak kontrolünün daha geç sağlandığı çalışmamızda saptanmıştır. Bu verilerin ışığında annelerin sağlık okuryazarlığının yeterli düzeylerde olmasının, çocuklarının doğumundan itibaren gelişim basamaklarının her aşamasında ve sağlığını etkileyen pek çok alanda doğrudan etkili olabileceğini düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tuvalet eğitimi, çocuk, anne ve babanın hazır olmasından başlayarak, sosyokültürel ve sosyoekonomik birçok unsurdan etkilenen çocukluk döneminin kazanılan en önemli becerilerinden biridir. Çalışmamızda 4-6 yaş arası tuvalet eğitimi tamamlamış çocukların anneleri üzerinde sağlık okuryazarlığı değerlendirilip, tuvalet eğitimi süreci incelenmiştir.

Çalışmamızdan edindiğimiz verilerin değerlendirilmesiyle, katılımcılarımızın sağlık okuryazarlığı düzeyi çoğunlukla yeterli ve mükemmel bulunmuş olup, bu annelerin tuvalet eğitimine başlama yaşı için önerilenden daha geç davrandıkları gözlemlenmiştir. Tuvalet eğitiminde önerilen 18-24 ay arasında tuvalet eğitimine başlamanın, gece kontrolünün daha erken aylarda sağlandığı bulunmuştur. Anne sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça çocukların mesane ve bağırsak kontrolünün daha geç olduğu çalışmamızda saptanmıştır. Gece mesane kontrolü en geç kazanılan becerilerden olurken, bu sonuçlar dünya genelinde yapılan çalışmalarla uyum göstermiştir. Çalışmamızda gece mesane kontrolü yaş ortalaması 30.37 ay olarak bulunmuştur ve literatüre göre daha uzun bir süredir. Çalışmamıza göre annelerin tuvalet eğitimi konusunda çoğunlukla interneti, kendi tecrübelerini ve ilgili kitapları ön planda tuttuğu gözlenmiştir. Aile hekimleri ve çocuk hekimleri tarafından tuvalet eğitimi konusunda ailelere yapılan bilgilendirmenin artırılması ve öneminin vurgulanması; tuvalet eğitimine başlama yaşı, kullanılan tuvalet tipi, tuvalet eğitim yöntemi gibi süreçle alakalı bilgi düzeyini ve doğru uygulamaları artıracaktır.

Çalışmamızın sonuçları, ülkemizde ve dünya genelinde yapılan çalışmalarla uyum içinde olup, annenin eğitim düzeyi, ebeveynlerin gelir durumu arttıkça tuvalet eğitimi başlama yaşının geciktiğini göstermektedir. Yapılacak yeni çalışmalarda sosyokültürel ve sosyoekonomik çeşitliliği fazla olan kitlelerde, sağlık okuryazarlığı ile çocukların tuvalet eğitim sürecinin karşılaştırılması ve tuvalet eğitimi

tamamlamamış çocuklarda tuvalet eğitiminde kullanılan metot ve aile tutumu gibi parametrelerin değerlendirilmesi literatüre katkıda bulunacaktır.

Çalışmamızdaki sonuçlardan hareketle sosyoekonomik, kültürel altyapı ve sağlık sistemine ulaşılabilirlik gibi farklı parametreleri de dikkate alan geniş kapsamlı ve sosyal projelerle desteklenen çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.



KAYNAKÇA

1. Wheeler Maria. Herkes için tuvalet eğitimi. İstanbul: Gün yayıncılık; 2011.
2. Evliyaoğlu N. Sağlam çocuk izlemi. Turk Pediatri Ars. 2007;42(6–10).
3. Yavuzer H. Çocuğu tanımak ve anlamak. 5.Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2005.
4. Rushton H. Wetting and functional voiding disorders. Urol Clin North Am. 1995 Feb;22(1):75–93.
5. Stadtler AC, Gorski PA, Brazelton TB. Toilet training methods, clinical interventions, and recommendations. American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 1999 Jun;103(6 pt 2):1359–68.
6. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, World Health Organization. Health literacy : The solid facts. World Health Organization; 2013.
7. Cetinkaya A, Ovat Cankurtaran D, Onat G. Health perceptions and health promotion behaviors of workers working in an industrial field. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2020 Jan 24;6(3):564–74.
8. Kickbusch I, Ratzan SC. Health literacy: making a difference in the USA. J Health Commun. 2001 Apr;6(2):87–8.
9. Arslan E. Erken Çocukluk Döneminde Gelişim. Ankara: Eğiten Kitap; 2016.
10. Turan F, Metin N, Yükselen Aİ. Her Yönüyle Okul Öncesi Eğitim 1. Hedef yayınları; 2014.
11. Choby BA, George S, Jacinto S. Toilet Training. American Family Physician . 2008;78(9):1059–64.
12. Michel RS. Toilet training. Pediatr Rev. 1999;20(7):240–5.
13. Robson W L, Leung A K. Advising parents on toilet training. Am Fam Physician. 1991 Oct;44(4):1283–6.
14. Luxem M, Christophersen E. Behavioral Toilet Training in Early Childhood: Research, Practice, and Implications. Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics. 1994;15(5):370–8.
15. DeVries MW, DeVries M. Cultural relativity of toilet training readiness: a perspective from East Africa. Pediatrics. 1977;60(2):170–7.
16. Gökçay G, Beyazova U. İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi. 2.Baskı. Gökçay G, Beyazova U, editors. 2020. 371–380 p.

17. Klassen TP, Kiddoo D, Lang ME, Friesen C, Russell K, Spooner C, et al. The Effectiveness of Different Methods of Toilet Training for Bowel and Bladder Control. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2006 Dec;(147):1–57.
18. Brazelton TB. A child-oriented approach to toilet training. 1962;29:121–8.
19. Cocchiola MA, Martino GM, Dwyer LJ, Demezzo K. Toilet training children with autism and developmental delays: an effective program for school settings. *Behav Anal Pract*. 2012 Dec;5(2):60–4.
20. Cicero FR, Pfadt A. Investigation of a reinforcement-based toilet training procedure for children with autism. *Res Dev Disabil [Internet]*. 2002 Sep [cited 2022 Aug 20];23(5):319–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12401483/>
21. Foxx RM, Azrin NH. Dry pants: A rapid method of toilet training children. *Behaviour research and therapy*. 1973;11(4):435–42.
22. Wingate H v., Falcomata TS, Ferguson R. Applications of Operant-Based Behavioral Principles to Toilet Training. undefined. Springer ; 2017. 119–141 p.
23. Bauer I. Diaper free: The gentle wisdom of natural infant hygiene. Plume; 2006.
24. Bakker E, Wyndaele JJ. Changes in the toilet training of children during the last 60 years: the cause of an increase in lower urinary tract dysfunction? *BJU Int*. 2000;86(3):248–52.
25. Schum TR, Kolb TM, McAuliffe TL, Simms MD, Underhill RL, Lewis M. Sequential acquisition of toilet-training skills: a descriptive study of gender and age differences in normal children. *Pediatrics*. 2002;109(3).
26. Stein Z, Susser M. Social Factors in the Development of Sphincter Control. *Dev Med Child Neurol*. 1967;9:692–706.
27. Largo RH, Stutzle W. Longitudinal study of bowel and bladder control by day and at night in the first six years of life. I: Epidemiology and interrelations between bowel and bladder control. *Dev Med Child Neurol*. 1977;19(5):598–606.
28. Koc I, Camurdan AD, Beyazova U, Ilhan MN, Sahin F. Toilet training in Turkey: the factors that affect timing and duration in different sociocultural groups. *Child Care Health Dev*. 2008 Jul;34(4):475–81.
29. Horn IB, Brenner R, Rao M, Cheng TL. Beliefs about the appropriate age for initiating toilet training: are there racial and socioeconomic differences? *J Pediatr*. 2006 Aug;149(2):165–8.
30. Hooman N, Safaai A, Valavi E, Amini-Alavijeh Z. Toilet Training in Iranian Children: A Cross-Sectional Study. *Iran J Pediatr*. 2013;23(2):154–8.

31. Hanna Albaramki J, Awad Allawama M, Fahme Yousef AM. Toilet Training and Influencing Factors that Affect Initiation and Duration of Training: A Cross Sectional Study. *Iran J Pediatr*. 2017;27(3):1–5.
32. Tarhan H, Çakmak Ö, Akarken İ, Gökhan Ekin R, Ün S, Uzelli D, et al. Toilet training age and influencing factors: a multicenter study. *The Turkish Journal of Pediatrics* . 2015;57(2):172–6.
33. van Nunen K, Kaerts N, Wyndaele JJ, Vermandel A, van Hal G. Parents' views on toilet training (TT): A quantitative study to identify the beliefs and attitudes of parents concerning TT. *Journal of Child Health Care* . 2015 Jun 4;19(2):265–74.
34. Brazelton TB, Christophersen E, Frauman A, Gorski P, Poole J, Stadtler A. Instruction, timeliness, and medical influences affecting toilet training. *Pediatrics*. 1999;103(6 p2):1353–8.
35. Alaygut D, Kavukçu S. Büyüme Sürecinde İşeme Fizyolojisinin Klinik Önemi Nedir? *Turkish Journal of Pediatric Disease*. 2013;1:53–6.
36. Berk LB, Friman PC. Epidemiologic aspects of toilet training. *Clin Pediatr (Phila)*. 1990;29(5):278–82.
37. Jansson U, Hanson M, Sillen U, Hellström A. Voiding pattern in healthy children 0 to 3 years old: A longitudinal study. *J Urol*. 2000 Dec;164(6):2050–4.
38. Jansson U, Hanson M, Hanson E, Hellström A. Voiding pattern and acquisition of bladder control from birth to age 6 years-A longitudinal study. *J Urol*. 2005 Jul;174(1):289–93.
39. Griffiths DM. The physiology of continence: Idiopathic fecal constipation and soiling. *Semin Pediatr Surg*. 2002 May;11(2):67–74.
40. Gilbert J. Tuvalet Eğitimi. İstanbul: Mikado yayınları; 2013.
41. Largo R, Stutzle W. Longitudinal study of bowel and bladder control by day and at night in the first six years of life. II: The rôle of potty training and the child's initiative. *Dev Med Child Neurol*. 1977;19(5):607–13.
42. Kaerts N, van Hal G, Vermandel A, Wyndaele JJ. Readiness signs used to define the proper moment to start toilet training: a review of the literature. *Neurourol Urodyn*. 2012 Apr;31(4):437–40.
43. Boyraz G, Yıldız D, Eren Fidancı B. Tuvalet Eğitimi İle İlgili Güncel Yaklaşımlar ve Hemşirelik Uygulamaları. *Güncel Pediatri*. 2018;16(2):247–60.
44. Christophersen ER, VanScoyoc SM. Toilet Training and Toileting Problems: How Do We Advise Parents? *AAP Section on Developmental and Behavioral Pediatrics Newsletter*. 2008;
45. Byron T. 1 Yaşından 3 Yaşına Çocuk Bakımı. İstanbul: Alfa yayıncılık; 2009.

46. Simonds SK. Health Education as Social Policy. *Health Educ Monogr.* 1974;2(1):1–10.
47. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. *Health Promot Int.* 1998 Jan 1;13(4):349–64.
48. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik dergisi. 2016;9(4):142–7.
49. Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 2012;12(1).
50. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2011.
51. Tanrıöver Durusu M, Yıldırım HH, Demiray Ready N, Çakır B, Akalın HE. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Çalışması. 2014. 14–26 p.
52. Kanj M, Mitic W. Health Literacy and Health Promotion Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region-Individual Empowerment Conference Working Document. In.
53. Kendir Çopurlar C, Kartal M. What is Health Literacy? How to Measure It? Why is It Important? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care.* 2016;10(1):42–7.
54. Bailey SC, Brega AG, Crutchfield TM, Elasy T, Herr H, Kaphingst K, et al. Update on health literacy and diabetes. *Diabetes Educ.* 2014;40(5):581–604.
55. Kim SH. Health literacy and functional health status in Korean older adults. *J Clin Nurs.* 2009 Aug;18(16):2337–43.
56. Scott TL, Gazmararian JA, Williams M v., Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Med Care.* 2002 May;40(5):395–404.
57. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion.* Washington: The National Academies Press; 2004.
58. Onotai LO. A Review of the impact of the health literacy status of patients on health outcomes. *The Nigerian Health Journal.* 2008;8(3–4):32–8.
59. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med.* 2006 Aug;21(8):878–83.
60. Peiravian F, Rasekh HR, Hashemi HJ, Mohammadi N, Jafari N, Fardi K. Drug Literacy in Iran: the Experience of Using “The Single Item Health Literacy Screening (SILS) Tool.” *Iranian Journal of Pharmaceutical Research.* 2014;13:217–24.

61. al Sayah F, Williams B, Johnson JA. Measuring health literacy in individuals with diabetes: a systematic review and evaluation of available measures. *Health Educ Behav*. 2013 Feb;40(1):42–55.
62. Sezer A, Kadioğlu H. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığını Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;17(3):165–70.
63. Okyay Pınar, Abacıgil Filiz. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (ASOY-TR). 2016. 24–41 p. 2016 May.
64. Önen S, Aksoy I, Taşar MA, Bilge YD. Çocuklarda Tuvalet Eğitimini Etkileyen Faktörler. *Medical Journal of Bakirkoy*. 2012;8(3):111–5.
65. Örün E, Tufan Pekküçüksen N, Kanburoglu MK. Factors that affect age of initiation and completion of toilet training. *Turkiye Klinikleri Pediatri*. 2017;26(3):85–9.
66. Kaerts N, Vermandel A, van Hal G, Wyndaele JJ. Toilet training in healthy children: results of a questionnaire study involving parents who make use of day-care at least once a week. *Neurourol Urodyn*. 2014;33(3):316–23.
67. van Aggelpoel T, de Wachter S, van Hal G. Parents' views on toilet training: a cross-sectional study in Flanders. *Nurs Child Young People*. 2018;30(3):30–5.
68. Howell DM, Wysocki K, Steiner MJ. Toilet training. *Pediatr Rev*. 2010;31(6):262–3.
69. Mota DM, Barros AJD, Matijasevich A, Santos IS. Longitudinal study of sphincter control in a cohort of Brazilian children. *J Pediatr (Rio J)*. 2010 Sep;86(5):429–34.
70. Netto JMB, de Paula JC, Bastos CR, Soares DG, de Castro NCT, do Vale Sousa KK, et al. Personal and Familial Factors Associated with Toilet Training. *International Braz J Urol*. 2020 Sep 10;47(1):169–77.
71. Köstekci YE. 5-7 Yaş Arası Sağlıklı Çocukların Tuvalet Eğitimi Süreçlerinin ve Süreç Sonrası Karşılaştıkları İşeme-Dışkılama Sorunlarının Değerlendirilmesi, Bu Sorunların Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2019.
72. Tatari F. İzmir İl Merkezindeki 13-60 Aylık Çocuğu Olan Ebeveynlerin Tuvalet Eğitimine Yaklaşımının Belirlenmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2019.
73. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. 2006.

74. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015 Dec 1;25(6):1053–8.
75. Bakan AB, Yıldız M. 21-64 Yaş Grubundaki Bireylerin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesine İlişkin Bir Çalışma. *Sağlık ve Toplum*. 2019;29(3):33–40.
76. Berberoğlu U, Öztürk O, İnci MB, Ekerbiçer HÇ. Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 18-65 Yaş Grubu Bireylerdeki Sağlık Okuryazarlığı Durumunun Değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018;8(3):575–81.
77. Ulusoy E, Yılmaz TE, Çifci A, Yılmaz T, Kasım İ, Özkara A. Sağlam Çocuk Takibinde Ebeveynlerin Rolü ve Sağlık Okuryazarlığı. *Ankara Med J*. 2020;(3):588–604.
78. Ertuğrul B, Albayrak S. Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Tutum ve Davranışlarıyla İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2021;8(2):186–95.
79. Demirköse H, Uğraş Dikmen A, Özkan S. 0-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Annelerin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Düzeyleri ile Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2022;7(1):112–21.
80. van der Heide I, Uiters E, Sørensen K, Rö Thlin F, Rgen Pelikan J, Rademakers J, et al. Health literacy in Europe: the development and validation of health literacy prediction models. *The European Journal of Public Health* [Internet]. 2016;26(6):906–11. Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article/26/6/906/2622389>
81. Deniz S, Öztaş D, Akbaba M. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2018;8(2):214–28.
82. Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. HLS-EU CONSORTIUM: COMPARATIVE REPORT ON HEALTH LITERACY IN EIGHT EU MEMBER STATES. THE EUROPEAN HEALTH LITERACY SURVEY HLS-EU. 2012;
83. Akbolat M, Kahraman G, Erigüç G, Sağlam H. Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(4):354–62.
84. Yılmaz Güven D, Bulut H, Öztürk S. Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi. *Journal of History Culture and Art Research*. 2018 Jul 2;7(2):400–9.

85. Yamashita T, Scott Brown J. Does cohort matter in the association between education, health literacy and health in the USA? *Health Promot Int* [Internet]. 2017;32(1):16–24. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article/32/1/16/2950910>
86. Kohan S, Kohan S, Ghasemi S, Dodangeh M. Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2007 Jun 24;12(4).



