



T.C.
KIRŞEHİR AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

EBEVEYN SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÇOCUK SAĞLIĞI İLE İLİŞKİLERİNİN İNCELENMESİ

Nagihan Merve SÖYLEMEZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KIRŞEHİR EYLÜL/ 2023



T.C.
KIRŞEHİR AHI EVRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

EBEVEYN SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÇOCUK SAĞLIĞI İLE İLİŞKİLERİNİN İNCELENMESİ

Nagihan Merve SÖYLEMEZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül TURAN

KIRŞEHİR-EYLÜL/ 2023

KABUL VE ONAY

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı 201217007 öğrenci numaralı Nagihan Merve SÖYLEMEZ tarafından hazırlanan “Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığının Çocuk Sağlığı ile İlişkilerinin İncelenmesi” adlı tez çalışması 19.09.2023 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından oy birliği ile Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

Dr. Öğr. Üyesi Elif Tuba KOÇ

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül TURAN

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Nedret TEKİN KAYA

Çankırı Karatekin Üniversitesi

TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde hazırlanarak yapıldığını, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm.

Nagihan Merve SÖYLEMEZ



ÖNSÖZ

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesi için her aşamada değerli bilgilerini benimle paylaşan, kendisine ne zaman danışsam kıymetli zamanını bana ayırıp sabırla ve ilgiyle yaklaşan, her sorun yaşadığımda çözümü için yol gösteren, bilgi ve deneyimi ile yoluma ışık tutan, güler yüzü ve samimiyeti ile tüm süreçte yardımcı olan kıymetli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül TURAN başta olmak üzere,

Tezin özet çevirisi ve veri toplama sürecinde her dem destek olan sevgili hocam Öğr. Gör. Özgür AVŞAR'a, tez sürecimin başından itibaren ilgi ve alaka gösteren hocalarım sayın Dr. Öğr. Üyesi Elif Tuba KOÇ ve Öğr. Gör. Rasime DÜĞEROĞLU'na

Her sıkıntıda beni destekleyen ve yardımcı olan çalışma arkadaşlarım Arş. Gör. Elif ÇÖMLEKÇİ, Arş. Gör. Gamze SAATÇİ, Arş. Gör. Murat Gökhan KABAL, Arş. Gör. Hikmet BAYAM ve Arş. Gör. Selin SÖYÜNMEZ'e, çalışma sürecinde yorulduğum ve bunaldığım anlarda desteklerini ve emeklerini esirgemeyen, bana olan inançlarını her daim hissettiren değerli arkadaşlarım Elif AVŞAR, Eda Nur DURGUN ve Zaynab ABDİ JIMALE'ye

Son olarak eğitim hayatımın ilk gününden itibaren maddi ve manevi desteklerini hissettiren, hayatımın her evresinde bana güvenen, tüm zorlukları benimle göğüsleyen, anlayış ve sevgileriyle yanımda olan, çıktığım her yolda beni cesaretlendiren canım annem, babam ve abime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Eylül 2023

Nagihan Merve SÖYLEMEZ

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
ŞEKİL LİSTESİ	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
KISALTMA LİSTESİ.....	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Çocukluk Döneminde Sık Karşılaşılan Sağlıkla İlgili Problemler	3
2.1.1. Çocuklarda Solunum Yolu Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi	3
2.1.2. Çocuklarda Üriner Sistem Hastalıkları	7
2.1.3. Çocuklarda Sık Karşılaşılan Gastrointestinal Sistem Problemleri ve Hemşirelik Yönetimi	9
2.1.4. Çocuklarda Ateş ve Hemşirelik Yönetimi	14
2.2. Çocuk Sağlık Göstergeleri	15
2.2.1. Türkiye ve Dünyada Sağlık Göstergeleri Kıyaslaması.....	18
2.2.2. Çocuk Sağlık Göstergelerinin Önemi ve İyileştirilmesi	19
2.3. Sağlık Okuryazarlığı	20
2.3.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik	23
2.3.2. Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı	24
2.4. Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı ve Çocuk Sağlığı İlişkileri	25
2.4.1. Ebeveynlerin Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kullanımındaki Okuryazarlıkların Çocuk Sağlığı ile İlişkisi.....	27
2.4.2. Ebeveynlerin Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri Kullanımındaki Okuryazarlıkların Çocuk Sağlığı ile İlişkisi	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Şekli	34

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	35
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	36
3.4. Veri Toplama Araçları	36
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	36
3.4.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)	37
3.4.3. Çocuk Sağlık Çıktıları	37
3.5. Ön Uygulama	38
3.6. Araştırmanın Uygulaması	38
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.8. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları	38
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	39
4. BULGULAR	40
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	40
4.1.1. TSOY Ölçeğine Yönelik Tanımlayıcı Bulgular	41
4.1.2 Çocuk Sağlık Çıktılarına Yönelik Tanımlayıcı Bulgular	42
4.2. Güvenilirlik Bulguları	42
4.3. Veri Dosyasının Normal Dağılım Değerleri	43
4.4. Ölçeklerin Açıklayıcı Faktör Analizleri.....	43
4.5. Ölçeklerin Doğrulayıcı Faktör Analizleri	44
4.6. TSOY Ölçeği Puan Hesaplaması	48
4.6.1. Ebeveyn SOY Boyutlarına ve Çocuk Sağlık Çıktılarına Göre En Düşük-En Yüksek Puana Sahip Olan Mahallelerin Belirlenmesi	51
4.6.2. Ebeveyn SOY'un Demografik Verilere Göre Farklılaştığı Alanlar	56
4.6.3. Ebeveyn SOY ile Çocuk Sağlık Çıktıları Arasındaki İlişkiler	58
5. TARTIŞMA.....	61
SONUÇ VE ÖNERİLER	69
KAYNAKLAR.....	71
EKLER	84

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1: Araştırmanın Akış Şeması	34
Şekil 3.2: Mahallelere Göre 6-12 Yaş Çocuk Nüfus Dağılımı	35
Şekil 4.1: Ebeveyn SOY Boyutlarının Yeterlilik Durumlarına Göre Dağılımı	50
Şekil 4.2: Ebeveynlerin Mahallelere Göre SOY Seviyeleri.....	53
Şekil 4.3: Mahallelere Göre Çocuk Sağlık Çıktıları	55



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1:	Katılımcıların Sosyodemografik Bulguları	40
Tablo 4.2:	TSOY Ölçeğine Yönelik Tanımlayıcı Bulgular	42
Tablo 4.3:	Çocuk Sağlık Çıktılarına Yönelik Tanımlayıcı Bulgular	42
Tablo 4.4:	Ölçeklerin Güvenilirlik Bulguları.....	43
Tablo 4.5:	Ebeveyn SOY Ölçeği ve Çocuk Sağlık Çıktılarının Normal Dağılım Değerleri	43
Tablo 4.6:	Ölçeklerin Açıklayıcı Faktör Analizleri	44
Tablo 4.7:	TSOY-32 Ölçeği Doğrulamalı Faktör Analizi	45
Tablo 4.8:	Çocuk Sağlık Çıktıları Doğrulamalı Faktör Analizi.....	47
Tablo 4.9:	TSOY-32 Ölçeği Boyutlarının Puanları	48
Tablo 4.10:	Mahallelerin Boyutlara Göre SOY Puanları.....	52
Tablo 4.11:	Mahallelere Göre Çocuk Sağlığı Çıktıları	54
Tablo 4.12:	Ebeveyn SOY ile Mahaller, Aile Üye Sayısı, Sahip Olunan Çocuk Sayısı, Meslek, Gelir ve Eğitim Durumu Arası ANOVA ve Post Hoc Analizi	56
Tablo 4.13:	Ebeveyn SOY Boyutları ile Çocuk Sağlık Çıktıları Arasında Korelasyon Analizi	60

KISALTMA LİSTESİ

AFA:	Açıklayıcı Faktör Analizi
AMOS:	Analysis of Moment Structures
ANOVA:	Analysis of Variance
ASM:	Aile Sağlık Merkezi
ASOAK:	Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu
ASV:	Average Shared Squared Variance
AVE:	Average Variance Explained
CDC:	Centrel for Disease Control and Prevention
CR:	Composite Reliability
DFA:	Doğrulamalı Faktör Analizi
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
FK:	Febril Konvülsiyon
KMO:	Kaiser Meier Olkin
MSV:	Maximum Squared Variance
ORS:	Oral rehidratasyon sıvısı
SOY:	Sağlık Okuryazarlığı
SPSS 25:	Statistical Package for the Social Sciences
TSOY-32:	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBEVEYN SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ÇOCUK SAĞLIĞI İLE İLİŞKİLERİNİN İNCELENMESİ

Nagihan Merve SÖYLEMEZ

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**Hemşirelik Ana Bilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek
Lisans Programı**

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül TURAN

Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlığını iyi bir şekilde yönetebilmesi için doğru bilgiye erişmesini, anlamasını ve bu bilgileri kullanma becerilerini tespit eden kişisel, bilişsel ve sosyal becerilerini ifade etmektedir. Yetişkin nüfusunun önemli bir alt grubunu oluşturan ebeveynler hem kendi sağlık tutum ve davranışlarından hem de bakım verdikleri çocukların sağlık tutumlarından sorumludurlar. Ebeveynlere sağlık okuryazarlığının kazandırılması ya da iyileştirilmesi çocuklara nitelikli bir sağlık bakımı sunulması ve sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırılması için önemlidir. Sağlık sisteminde önemli bir grubu oluşturan hemşireler nitelikli sağlık hizmetinin sunulması ve sağlık okuryazarlığı seviyesinin yeterli düzeylere ulaşmasında önemli role sahiptir. Bu araştırma ebeveyn sağlık okuryazarlığı düzeyinin, çocuk sağlığı ile ilişkisini belirlemeye yönelik tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmanın evreni 6-12 yaş arası en az bir çocuğa sahip ebeveynler, örneklem ise evrenin özelliğini taşıyan Kırşehir il merkezinde ikamet etmekte olan ebeveynlerden oluşmaktadır. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Çocuk Sağlık Çıktısı soruları ile veriler toplanmıştır. Araştırmada AMOS, SPSS 25 ve MS Excel programları ile tanımlayıcı istatistikler, doğrulayıcı faktör analizi, korelasyon analizleri ve varyans analizleri yapılmıştır. Ebeveyn sağlık okuryazarlık boyut ortalamaları aile üye sayısı, gelir durumu, eğitim durumu, ebeveyn yaşı, sahip olunan çocuk sayısı ve ebeveynin mesleğine göre farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak çocuk sağlık çıktıları ile ebeveyn sağlık okuryazarlığı boyutları

arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı seviyesini artırmada hemşire hasta ilişkisi fırsatı doğru stratejiler ve planlamalar yapılarak değerlendirilmelidir. Ebeveyn sağlık okuryazarlığı ve çocuk sağlığına ilişkin çalışmaların sayısı arttırılması ve çalışmalarda çocuk sağlık çıktılarının sağlıklı bir şekilde değerlendirebilmek adına bir standart oluşturulması önerilmektedir.

Eylül 2023, 98 sayfa.

Anahtar Kelimeler: Çocuk hastalıkları, çocuk sağlığı, ebeveyn, sağlık okuryazarlığı



ABSTRACT

M.Sc. THESIS

EXAMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN PARENTAL HEALTH LITERACY AND CHILD HEALTH

Nagihan Merve SÖYLEMEZ

Kırşehir Ahi Evran University Health Sciences Institute

Department of Nursing Master of Child Health And Disease Nursing

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Ayşegül TURAN

Health literacy refers to the personal, cognitive, and social skills that enable individuals to access, understand, and use accurate health information for effective health management. Parents, who constitute a significant subset of the adult population, are responsible for both their own health attitudes and behaviours as well as those of the children in their care. Enhancing or improving health literacy among parents is crucial for providing quality healthcare to children and eliminating health disparities. Nurses, who play a vital role in the healthcare system, are instrumental in providing quality healthcare services and elevating health literacy levels. This research is a descriptive and cross-sectional study aimed at determining the relationship between parental health literacy levels and child health. The study population consists of parents with at least one child between the ages of 6 and 12, and the sample consists of parents residing in the city center of Kırşehir, representing the population. Data were collected using the Turkish Health Literacy Scale and Child Health Outcome questions. Descriptive statistics, Confirmatory Factor Analysis, correlation analysis, and variance analysis were conducted using AMOS, SPSS 25, and MS Excel. The study found that parental health literacy dimensions varied according to the number of family members, income status, education level, parental age, number of children, and parental occupation. In conclusion, a significant positive relationship was identified between child health outcomes and parental health literacy dimensions. Increasing health literacy levels among parents requires appropriate strategies and planning within the nurse-patient

relationship. It is recommended to increase the number of studies on parental health literacy and child health and establish a standard for evaluating child health outcomes in research studies.

September 2023, 98 pages.

Keywords: Child health, child diseases, health literacy, parents



1. GİRİŞ

Çocuklar zihinsel, bedensel ve sosyal yönden gelişmekte olan fakat hızla gelişen ve kendilerine özgü gereksinimleri olan bireydir. Anne sağlığı, sosyoekonomik durum, ebeveynlerin eğitim ve sağlık okuryazarlık düzeyi, aile içi ilişkiler, ülkenin nüfus politikası, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği gibi etmenler çocuk sağlığını etkileyen faktörlerdendir (1). Çocukluk döneminde sağlıklı bir yaşam tarzının benimsenmesi onların yetişkinlik döneminde de sağlık davranışını sürdürmelerine temel oluşturacaktır. Çocuk sağlığını iyileştirmeyi hedeflemek ve buna dair stratejiler geliştirmek, gelecek nesillerin riskli sağlık davranışından uzak kalarak toplum sağlığının iyileştirilmesini sağlayacaktır (2).

İlk kez 1970'li yıllarda karşımıza çıkan sağlık okuryazarlığı kavramı, sağlıkla ilgili doğru bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama ve uygun davranışa dönüştürme becerisidir (3, 4). Sağlık okuryazarlığı bireylerin okuma yetisinden çok daha fazlasını ifade etmektedir. Sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili randevu almaktan, evde kendi sağlığını yönetmeye kadar bilgiyi araştırma, anlama ve yorumlama gibi becerileri gerektirmektedir (5). Yetişkin nüfusu içinde kritik bir grubu oluşturan ebeveynler sadece kendi sağlıklarını değil aynı zamanda bakım verdikleri çocuklarının da sağlık yönetiminde aktif rol almaktadır (6). Sağlık bakımı konusunda ebeveynlerine ihtiyaç duyan çocuklar onların yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olmalarından olumsuz etkilenecek zarar görebilmektedir. Ebeveyn sağlık okuryazarlıklarının düşük olması koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanılmamasına, hastane başvurularının ve yatış sürelerinin artmasına, ilaç dozunun yanlış uygulanmasına ve çocuk sağlığının yanlış algılanıp yorumlanmasına neden olabilmektedir. Bunun yanında ebeveynlerin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olması çocuklarında sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve düzenli diş fırçalama gibi davranışların görülmesini desteklemektedir (5, 7-10). Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık seviyelerinin yükseltilmesi sadece bireysel çabalar ile değil sağlık profesyoneli ve kurumsal destek ile mümkündür (5, 11).

Özellikle sağlık hizmetlerinin her aşamasında bulunan hemşirelerin sağlık sisteminde nitelikli sağlık hizmeti sunma, bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyelerini belirleme ve iyileştirilme gibi önemli bir yeri bulunmaktadır (12, 13). Hemşireler, çocuk sağlığı için gerekli kontrol, tarama ve gözetim hakkında ebeveynlere bilgi verme, ilk ebeveynlik

deneyimi olan aileleri destekleme ve risk altında olan aileleri belirleme ile sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesini sağlayabilir. Çocuk sağlığının değerlendirilmesi doğum öncesi dönemde başlamaktadır ve hemşireler bu süreçte ailelerin sağlık merkezlerine başvurmalarını fırsat bilerek ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı seviyelerini belirlemekte ve onların gereksinimine göre iyileştirme planlamaları yapmaktadır. Yapılan planlamaların ailelere verilen eğitimlerin tıbbi terimlerden uzak, sade ve anlaşılır şekilde olması gerekmektedir (9, 14). Hemşirelerin ebeveynlere verdikleri eğitimler hem ebeveynlerin hem de çocuk sağlığının iyileşmesini sağlamaktadır.

Bu araştırmada ebeveyn sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocuk sağlığı ıktıları üzerindeki etkisinin ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda tez çalışmasının birinci bölümünde çocuk sağlığına, çocukluk döneminde sık karşılaşılan sağlık problemlerine ve hemşirelik yönetimine, ikinci bölümde ebeveyn sağlık okuryazarlığına yönelik kavramlara değinilmiştir.  ve dördüncü bölümde ise ebeveyn sağlık okuryazarlığı boyutlarının çocuk sağlığı ıktıları üzerindeki etkisinin ortaya çıkarılması amacıyla yapılan alan çalışmasına yönelik veriler yer almaktadır.

Araştırmanın sonucunda katılımcıların sağlık okuryazarlıkları düzeylerine, bu düzeylerin mahallelere, yaşlarına, eğitim ve gelir durumlarına göre farklılaşmalarına, araştırma alanındaki çocukların genel sağlık çıktı düzeylerine ve ikamet edilen mahalle, ebeveyn yaşlarına, eğitim ve gelir durumlarına göre farklılaşmalarına, son olarak ebeveynlerin okuryazarlıkları ile çocukların sağlık ıktıları arasındaki ilişkilerin sonuçlarına yönelik bilgilere ve önerilere yer verilmiştir.

Araştırmanın toplum sağlığı hizmet ve politikalarının planlanmasında rehberlik edebileceği düşünülmektedir. Ayrıca araştırma ileriki zamanlarda ebeveyn sağlığı okuryazarlığının artırılmasına yönelik eğitim planlamalarında bir boşluğu doldurabileceği için önem arz etmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocukluk Döneminde Sık Karşılaşılan Sağlıkla İlgili Problemler

Toplam nüfus içinde çocuk sayısının fazla olması, yaşamlarını sürdürebilmek için bir yetişkin desteğine ihtiyaç duymaları, gelişimsel özellikleri bakımından duyarlı olmaları, hastalık ve ölüm riskleri taşımaları bakımından ayrıca ele alınmaları gerekmektedir. Annenin sağlık durumu çocuk sağlığını ile ilişkili olduğu için anne/kadın sağlığı hizmetlerinin iyi bir nitelikte olması ve bu hizmetlerin tüm annelere/kadınlara ulaşması çocuk sağlığını doğrudan etkilemektedir. Diğer bir husus ise sağlık davranış ve tutumlarının temelini çocukluk çağında oluşmasıdır. Eğer çocukluk çağında bir sorun çözüm ile sonuçlandırılmazsa bu sorun yaşamın sonraki aşamalarında daha ciddi durumlara yol açmaktadır. Bir ülkenin gelişmişlik düzeyi, topluma sunulan sağlık hizmetlerine erişim durumu, sağlık hizmetinin kalitesi, sosyokültürel ve ekonomik faktörler ile çocuk sağlığı birbiriyle bağlantılıdır. Genel olarak çocuk sağlığını etkileyen bu etmenlere bakıldığında toplum sağlık göstergelerini yansıttığını söylemek mümkündür (15).

2.1.1. Çocuklarda Solunum Yolu Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi

Üst ve alt solunum yollarını kapsayan solunum sistemini etkileyen enfeksiyonlar, çocuk nüfusunda sıkça karşılaşılan akut hastalıklar arasındadır. Bu enfeksiyonların altında yatan nedenler hastalığın seyri ve şiddeti, çocukların yaşı, hayat şartları, gelişimsel özellikleri, mevsimsel özellikler gibi bireysel ve çevresel durumlardan etkilenmektedir (16). TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 2022 yılı verilerine göre 0-14 yaş arası çocuklarda en fazla görülen sağlık sorunu üst solunum yolu hastalıkları olmuştur. 0-6 yaş grubu arasında sık karşılaşılan hastalıklar arasında ilk sırada %31,3 ile üst solunum yolu hastalıkları üçüncü sırada %6,9 alt solunum yolu enfeksiyonları yer almaktadır (17).

Yaygın bir şekilde karşılaşılan pediatrik solunum değişikliklerini akut ve kronik sorunlar olmak üzere iki grupta incelenebilir. Nazofaranjit, tonsilit, faranjit, otitis media, krup, bronşiolit ve pnömoni akut solunum yolu, astım ve alerjik rinit ise kronik solunum yolu sorunları arasında yer almaktadır (16).

Nazofaranjit: Nazofaranjitin etkeni genellikle virüslerdir. Sigara dumanına maruz kalma, kalabalık bir aile ortamı ve düşük sosyoekonomik duruma sahip olma bu hastalığın oluşmasına altyapı oluşturan faktörlerdir (18). Hapşırma, burun akıntısı, boğaz ağrısı, öksürük ve özellikle bebeklerde solunum sıkıntısına yol açabilecek kadar sorun çıkaran nazal tıkanıklık nazofaranjitin belirtileri arasındadır. Semptomatik bir tedavi uygulanan nazofaranjitin genel etkeni virüsler olduğu için antibiyotiklerin gereksiz kullanımı büyük bir sağlık okuryazarlığı problemidir (16, 19).

Faranjit ve Tonsilit: Faranjit ve tonsilitin etkeni virüs ve bakterilerdir. Uygun bir şekilde tedavi edilmeyen, bakteriden kaynaklanan faranjit ve tonsilit ciddi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Çocuklarda faringeal kavitedeki lenfoid dokunun büyük olması onları tonsilite daha yatkın hale getirmektedir. Boğaz ağrısı, disfaji ve yüksek ateş klinik bulgular arasındadır. Tedavisi etken ajana bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Eğer bakteriden kaynaklı oluşmuşsa antibiyotik tedavisi uygulanırken virüs etkenli olanlarda semptomları gidermeye yönelik girişimler uygulanmaktadır (16).

Otitis Media: Otitis media orta kulağın inflamasyonu olarak adlandırılmaktadır. Otitis media, enfeksiyon ya da effüzyon (sıvı birikimi) nedeni olabilmektedir. Akut otitis media ani başlangıçlı ve patojen kaynaklı yapıdadır. Akut otitis media bir semptom olmaksızın da ortaya çıkabilir ancak genellikle kulak ağrısı yakınması olmaktadır. Effüzyon olsun ya da olmasın 3 aydan daha uzun bir süre kulak iltihaplanması varsa bu durum da kronik otitis media olarak adlandırılmaktadır. Effüzyonlu otitis media enfeksiyona dair bir bulgu olmaksızın timpanik membranın arkasında effüzyonlu orta kulak inflamasyonu olarak adlandırılmaktadır. Effüzyon otitis media, enfeksiyona dair bir bulgu olmaksızın timpanik membranın arkasında sıvı varlığı ile karakterize bir durumdur. Çocuklarda huzursuzluk, ateş, ishal ve kusma gibi bulgular görülmekle birlikte asıl belirtisi kulak ağrısıdır. Çocuklarda ağrının yaş dönemine göre değerlendirilmesi burada önem kazanmaktadır. Tedaviye antibiyotik grubu ilaçlar ile başlanmakta ve eşlik eden semptomlara göre antipiretik ve analjezikler de eklenebilmektedir (16, 19, 20).

Krup: Bakteriyal ya da virüs kaynaklı olan krup, burun akıntısı, boğaz ağrısı ve spesifik bulgusu olan havlar tarzda öksürük belirtileri göstermektedir. Çocuklarda solunum yolunun immatür olması nedeniyle hayati tehdit oluşturabilen krupun şiddeti obstrüksiyona bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Tedavisinde semptomları rahatlatmaya dair girişimler yapılarak bronkodilatör grubu ilaçlar verilmektedir (16, 19, 20).

Bronşiolit: Bronşiollerin inflamasyonu sonucu ortaya çıkan solunum yolu hastalığıdır. Dispne, huzursuzluk, yüksek ateş, taşipne, iştahsızlık ve wheezing duyulması klinik belirtileri arasında yer almaktadır. Hastalığın prognozuna göre tedavi uygulanmaktadır. Sıvı alımının desteklenmesi, dinlenme, dehidratasyon belirtilerinin takibi ve yüksek ateşin düşürülmesi evde bakımda uygulanabilecek girişimlerdir. Çocuklarda uzayan apne nöbetine bağlı olarak hayati tehlike oluşabilmektedir. Solunum yolu immatür olan bebeklerin solunum sıkıntısı yaşamaları halinde hastanede bakım almaları gerekebilmektedir. Hastanede bronkodilatörler, parenteral sıvı desteği ve nemlendirilmiş oksijen desteği ile çocukların rahatlaması sağlanmaktadır (16, 18).

Pnömoni: Pnömoni alt solunum yolunun inflamasyonu sonucu ortaya çıkmaktadır. Virüs ya da bakteriyel etkenli olarak oluşabilmektedir. Bakteriyel etkenli oluşan pnömoni daha çok 5 yaşından büyük çocuklarda görülmektedir. Kistik fibrozis, astım ve immün yetersizliklerin olması pnömoniye olan yatkınlığı artırmaktadır. Yüksek ateş, solunum güçlükleri, burun kanatlarının solunuma katılımı, retraksiyonlar, anormal solunum sesleri (Raller ve ronkus gibi), takipne, sekresyonlu ya da kuru öksürük genel semptomlar, halsiz, huzursuz, laterjik ve siyanotik bir görünüm ise spesifik semptomlar arasında yer almaktadır. Bakteriyel bir etiyoloji sonucu oluşan pnömonide antibiyotik tedavisi, viral bir etiyoloji mevcutsa semptomları giderici destekleyici bir tedavi uygulanmaktadır (18, 20).

Astım: Astım mukus üretiminin artması, aralıklı olarak bronkokonstriksiyon görülmesi ve solunum yolunun kronik bir inflamasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Klinik bulguları kuru öksürük, hışırtılı solunum ve solunum problemleridir. Bu bulgular sigara dumanı, ev içi akarları, kedi ve köpek gibi kürkü olan hayvanlara maruz kalma, küf, polen gibi etmenler ile tetiklenebilmektedir. Astım tedavisinde asıl hedef hastalığı kontrol altında tutabilmektir. Tedavinin diğer hedefleri ise çocukların günlük aktivitelerini sürdürmelerini sağlamak, eğitim hayatlarının kesintiye uğramaması, astım ataklarının önlenmesi ve solunum fonksiyonlarının normal ya da normale en yakın şekilde sürdürülmesinin sağlanmasıdır. Astımlı çocuğun evde bakım kalitesini iyileştirmek için hemşirelerin çocuğun bakım vericisine tetikleyici faktörleri açıklaması ve farmakolojik tedavinin düzenli uygulanmasının önemini anlatması gerekmektedir (16, 18, 20).

Alerjik Rinit: Alerjik rinit nazal yapıyı kaplayan mukozanın inflamasyonu ile oluşmaktadır. Tipik belirtileri arasında hapşırma, kaşıntı, nazal akıntı ve burun tıkanıklığıdır yer almaktadır. Bu belirtiler genellikle 2 gün veya daha uzun sürmektedir (21). Alerjik,

enfeksiyöz ya da nonalerjik faktörlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Tedavisi için tetikleyici faktörlerden kaçınılması önerilmektedir. Dekonjestanlar ve antihistaminik ilaçlar alerjik rinit durumunda kullanılan farmakolojik ajanlar arasındadır (22).

Solunum sistemi şikâyeti ile başvuran bir hastada hemşireler ilk olarak iyi bir fizik muayene yapmalıdır. Hastadan elde edilecek bulgulara göre hemşirelik yönetimi sağlanmalıdır. Fizik muayenede ilk olarak inspeksiyon yapılmalıdır. İnspeksiyon sırasında burun kanadının solunuma katılması, retraksiyon varlığı, dispne ya da takipne bulguları kontrol edilir. Solunum sayısının normal değer aralıkları yaş gruplarına göre değişkenlik göstermektedir. Bu yüzden hemşireler solunum sayısını yaş gruplarına göre değerlendirmelidir. İkinci olarak palpasyon yapılır. Palpasyon için avuç içi baskı uygulanmadan göğse yerleştirilir. Çocuğun konuşması ya da ağlaması sırasında hissedilen titreşim vokal fremitus olarak adlandırılır. Bronşiol bir obstrüksiyon veya astım olması halinde titreşimler azalırken pnömoni durumunda ses artmaktadır. Palpasyon esnasında hemşirelerin bu bulgulara karşı farkındalığı yüksek olmalıdır. Üçüncü aşama perküsyondur. Göğüs duvarına hafif vurularak muayene edilir. Burada çıkan sese göre obstrüksiyon, yabancı cisim aspirasyonu gibi durumlar tespit edilebilmektedir. Dördüncü aşama ise oskültasyondur ve steteskop yardımı ile akciğer sesleri dinlenir. Sağlıklı bir çocuğun muayenesinde duyulan veziküler solunum sesinden farklı bir ses (raller, ronkus, wheezing) olup olmadığı kontrol edilir (23).

Detaylı bir fizik muayene sonrasında çocuğun rahat bir şekilde solunum yapması, dinlenmenin yeterli olması ve konforunun sağlanması, diğer kişilere enfeksiyon bulaşının engellenmesi, ateşin normal değerleri arasında tutulması, beslenmenin ve hidrasyonun desteklenmesi, evde bakım konusunda çocuk ve aileye eğitim verilmesi solunum yolu enfeksiyonu olan çocuklarda hemşirelik yönetiminin temel hedeflerini oluşturmaktadır. Etkin bir şekilde solunum yolunun temizlenmesinde hemşirelik girişimleri;

- Uygun bir pozisyon verilerek havayolunun açık tutulması
- Gerekli durumlarda aspire edilmesi
- Nemlendirilmiş oksijen takviyesinin verilmesi
- Oksijen saturasyonu izlemi
- Dinlenme ve aktivite saatlerinin ayarlanarak çocuğun uyku düzeninin sağlanması
- Gevşeme tekniklerinin öğretilmesi
- Hekim istemine göre soğuk ya da sıcak buhar uygulanması
- Gelişim dönemi uygun olan çocuklarda öksürme egzersizlerinin yaptırılması

- Göğüs fizyoterapisinin uygulanması
- Sekresyonların atılmasını kolaylaştırmak için sıvı alımının desteklenmesi
- Postural drenaj uygulaması
- Aileye eğitim verilmesi şeklinde sıralanabilir (16, 24, 25).

Çocukların ikincil bir enfeksiyona maruz kalmasını engellemek amacıyla hemşireler yapacağı işlemleri aseptik kurallara uygun bir şekilde yapmaktadır. Çocuklarda oluşacak korku ve anksiyete hastalık yönetimini zorlaştıracığı için çocukların rutinlerinin devam etmesi ve aileler ile iş birliği içerisinde hareket edilmesi çocukların sakinleşmesine yardımcı olacaktır. Solunum yolu hastalıklarının semptomları arasında yer alan ağrının giderilmesi için farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerin uygulanması çocukların rahatlamasını sağlamaktadır (16, 24, 25). Yukarıda bahsedilen girişimlerin uygulanabilmesi ve etkin bir şekilde sürdürülebilmesi ancak ebeveynlerin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olabilmesiyle mümkündür. Bu bağlamda hemşirelerin ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeylerini tespit etmesi ve uygun bir eğitimi planlaması sürdürülebilir bakım için önemli bir role sahiptir. Solunum sistemi hastalıklardan korunmaya ilişkin ailelere verilen eğitimde çocukların alerjenlerden korunma, beslenme, sigara dumanına maruz kalmamaları gibi konu başlıklarına yer verilebilir (26, 27).

2.1.2. Çocuklarda Üriner Sistem Hastalıkları

Üriner sistem hem vücut sıvılarının hacmi ve bileşenini düzenlenmesi hem de idrar oluşumunda rol almaktadır. Yetişkinlerden farklı olarak çocuklarda böbreklerin lokalizasyonu daha aşağıdadır. Ayrıca böbreğin çevresini saran yağ dokusu daha az olması çocukları travmalara karşı daha hassas hale getirmektedir. Üriner sistemin son ürünü olan idrarın miktarı ve miksiyon sayısı da çocuğun yaşına göre değişiklik göstermektedir (16).

Böbrek fonksiyon testleri ya da radyolojik testler ile üriner sistem hastalıklarının tanısı belirlenmektedir. Üriner sistem enfeksiyonu, vezikoöreteral reflü, nefrotik sendrom ve akut böbrek yetmezliği üriner sistem hastalıkları arasında yer almaktadır. Vezikoöreteral reflü konjenital anomali, enfeksiyon ya da bir obstrüksiyon sonucu oluşarak idrarın mesaneden üreter ve böbrek pelvisine geri kaçmasıdır (28). Proteinüri, hipoalbünemi ve ödem ile karakterize olan nefrotik sendrom idiopatik ya da böbrek hastalıklarında karşılaşılan bir semptomdur. En önemli bulgusu ödem olan nefrotik sendromun diğer bulguları proteinüri ve hipoalbüminemi durumlarına bağlı olarak gelişmektedir. Renal fonksiyonların bozulması

ile sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesinin sağlanamaması, kan basıncının düzenlenememesi ve azot içeren atık maddelerin vücuttan atılamaması ile akut böbrek yetmezliği meydana gelmektedir. Akut böbrek yetmezliğinde ilk olarak oligüri belirtisi ortaya çıkmaktadır. İlerleyen süreçte ise çocuğun günlük yaşamında kendisini halsiz hissetmesi, düzensiz ve zayıf nabız, hipotansiyon, karın ağrısı ve kas gücünde azalma eşlik edebilir (16, 28).

Çocuklarda Üriner Sistem Hastalıkları Enfeksiyonu ve Hemşirelik Yönetimi: Böbrek korteksinden meatusa kadar herhangi bir noktada bakteriyel, fungal ya da viral mikroorganizmaların etkin olmasına üriner sistem enfeksiyonu denir. Mikroorganizmanın tutulum gösterdiği bölgeye göre farklı isimler ile adlandırılmaktadır (16, 29). Üretritis etken mikroorganizmanın sadece üretrada sınırlı kalmasını ifade ederken sistit mesanenin inflamasyonu anlamına gelmektedir. Eğer etkin mikroorganizmalar böbrek tutulumu da göstermişse piyelonefrit olarak adlandırılmaktadır. Üriner sistem enfeksiyonuna neden olan risk etmenler, üriner stazı, konjenital olan üriner sistem anomalileri, kötü hijyen koşulları, parazitlerden kaynaklanan hastalıklar, normal perine florasını bozacak etkiye sahip antimikrobiyal ajanların banyo esnasında kullanılması ve adölesanlarda sağlıklı olmayan cinsel ilişki deneyimleridir (16, 29).

Üriner sistem enfeksiyonunun görülme sıklığı yaş, cinsiyet ve çevresel koşullara göre değişkenlik göstermektedir. Anatomik ve fonksiyonel olarak hem immatür hem de üriner sistem anomalileri nedeniyle yenidoğanlarda üriner sistem enfeksiyonu daha fazla görülmektedir. Kız çocuklarında anüs ile üretranın yakın olmasından dolayı fekal bulaşma riskinin artması ve üretranın kısa olması kız çocuklarını üriner sistem enfeksiyonlarına daha yatkın hale getirmektedir. Erkek çocuklarında ise üretranın kısa olmaması ve prostat sekresyonunun antibakteriyel özellikte olması onları üriner sistem enfeksiyonlarına karşı korumaktadır. Ancak erkek çocuklarında da sünnet olma durumu üriner sistem enfeksiyonuna yatkınlıklarını etkilemektedir. Üriner sistem enfeksiyonu sünnet olan çocuklarda daha az sıklıkta görülmektedir (16, 30, 31).

Üriner sistem enfeksiyonun klinik bulguları çocukların yaş dönemlerine göre farklılık göstermektedir. Yetersiz beslenme, kilo kaybı, büyüme ve gelişmede gerileme, kolik, bilirubin miktarında artış, huzursuzluk, diyare, kusma, sepsis ve laterji yenidoğanda karşılaşılan bulgular arasında yer alırken en önemli bulgusu piyüridir (30, 32). Okul öncesi dönemindeki çocuklarda diyare, kusma, miksiyon alışkanlığının normalden farklı olması, büyüme ve gelişmesini değerlendirmek için bakılan persentil eğrilerinin normal değerinin

altında kalması ve kötü kokulu idrar bulguları görülmektedir. Okul çağı döneminde abdominal bölgede ağrı, dizüri, sık sık idrara çıkma gibi semptomlar gözlemlenmektedir. Adolesanlarda ise abdominal bölgede hassasiyet, ateş, dizüri, pollaküri ve idrarda kötü koku belirtileri görülmektedir (29, 32, 33).

Tedavideki temel amaç komplikasyonların ve enfeksiyon tekrarının engellenmesidir. Bu amaçla üriner sistem enfeksiyon oluşmasında etkili olan yaş, cinsiyet gibi durumların ve predispozan olarak konjenital üriner sistem anomalileri ve kötü hijyen koşullarının değerlendirilmeli, uygun hemşirelik girişimleri planlanmalıdır (33).

Hemşirelik yönetiminde ilk hedef çocukların enfeksiyonlardan korumasının sağlanmasıdır. Çocukların gelişim dönemleri göz önünde bulundurularak koruyucu önlemler ebeveynlere (perine temizliğinin önden arkaya doğru yapılması, perine bölgesinin florasını bozacak antimikrobiyal ajanların banyoda kullanılmaması vs.) anlatılmalıdır. Bebeklerin banyo yaptırılırken şezlong tarzında küvetin tercih edilmesi, bebeğin kirli bez ile uzun süre kalmaması, ıslak mendil yerine ıslatılmış pamuk kullanılması, perine bölgesinin nemli olmasının enfeksiyon ajanlarının konaklayabileceği bir ortam oluşturmamasından dolayı bu bölgenin kuru tutulması gerektiği ebeveynlere açık ve net bir şekilde ifade edilmelidir (24, 32).

Çocuklarda iç çamaşırı seçilirken naylon ve sıkı çamaşırlardan ziyade yumuşak ve pamuklu olanlar tercih edilmelidir. Üriner stazın olması bakterilerin çoğalmasını arttıracığı için çocukların mesaneyi tam olarak boşaltması gerektiği anlatılıp iş birliği içinde olunmalıdır. Bahsedilen girişimler çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireleri tarafından hem çocukların hem de ebeveynlerin bilgi ve sağlık okuryazarlığı seviyelerinin değerlendirilip bakım planı oluşturulması gerekmektedir (25, 32).

2.1.3. Çocuklarda Sık Karşılaşılan Gastrointestinal Sistem Problemleri ve Hemşirelik Yönetimi

Gastrointestinal sistem besinlerin sindirilmesi, emilimi, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması ve oluşan atık ürünlerin vücuttan uzaklaştırılması gibi işlevlere sahiptir. Bu işlevlerin yerine getirilmesinde özofagus, mide, ince ve kalın bağırsak yer alırken yardımcı organlar olarak pankreas, karaciğer ve safra kesesi de destek olan organlar arasındadır. Gastrointestinal sistem doğuma kadar immatür olduğu için yetişkinlerle karşılaştırıldığında yetersiz işleve sahiptir. Doğumdan sonra sinir ve kasların gelişim göstermesiyle beraber

kontrol edilmeye başlamaktadır. Düz kasların düzenli ve koordineli bir şekilde kasılması olan peristaltizm süt çocuklarında büyük çocuklardan daha fazladır ve bu durum midenin boşalma hızının yaş küçüldükçe daha hızlı olmasını sağlamaktadır. Bu olaya bağlı olarak da bebeklerin az ve sık beslenmesi gerekmektedir. Bebeklerin ince bağırsakları yetişkinlerden farklı olarak daha fazla emilim yüzeyine sahiptir. Bu yüzden çocuklarda diyare gibi bir sorun olduğunda sıvı-elektrolit dengesizlikleri yönünden yetişkinlere oranla daha fazla risk teşkil etmektedir. Kalın bağırsakların yetişkinlere kıyasla bebeklerde daha kısadır. Bağırsaklarda geri emilimin ve sekresyon salgılanması az olması da yumuşak gaita yapısına ve sık defekasyona sebep olmaktadır (16).

Gastrointestinal sistem hastalıkları enflamasyona bağlı ya da alt ve üst gastrointestinal değişikliklerden kaynaklı oluşmaktadır. Enflamasyon kaynaklı oluşan gastrointestinal sistem hastalıkları apandisit, crohn hastalığı ve ülseratif kolittir. Çekumun sonunda yer alan vermiform apandiksin enflamasyonu sonucu apandisit sorunu meydana gelmektedir. Karın ağrısından önce bulantı ve kusma şikayetleri görülebilmektedir. Mcburney noktası ve rebound hassasiyetine bakılarak fiziksel muayene ve öykü ile apandisit tanısı konulmaktadır. Apandisit ilk klinik bulgularından birisi karın ağrısıdır. Göbek çevresinde lokalize olan ağrı daha sonra sağ alt kadrana doğru yerleşir. Tedavi uygulamaları ise apandisit perforasyonu ya da olmamasına göre planlanmaktadır. Ülseratif kolit ve crohn hastalığını içeren bağırsakta ülseratif ya da enflamasyona neden olan bu durum enflamatuvar bağırsak hastalıkları olarak adlandırılmaktadır (16). Ülseratif kolit rektumdan kolona kadar uzanan mukozal inflamasyon ile karakterizedir. Crohn hastalığı ise gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinde lokalize olabilen inflamatuvar bir hastalıktır (34). Rektal kanama, abdominal ağrı ve diyare ülseratif kolitin klinik belirtileri arasındadır. Ülseratif kolitin ağır tablolarında kanlı defekasyon, lökositoz ve ateş gibi bulgular da vardır. Crohn hastalığının klinik belirtileri hastalığın yerleştiği lokalizasyona göre değişiklik göstermektedir. Örneğin; terminal ileumda lokalize hastalıkta kilo kaybı, abdominal ağrı, diyare ve büyüme geriliği görülürken hastalığın lokalizasyonu kolon ise acil dışkılama isteği, kanlı ishal ve kramp tarzında abdominal bölgede ağrı belirtileri bulunmaktadır. Enflamatuvar bağırsak hastalığında farmakolojik, cerrahi ve besinsel tedavi yaklaşımı uygulanmaktadır. Tedavinin temel hedefi çocuklarda büyüme ve gelişmeyi sağlamak, relapsların önlenmesi, remisyonun sürdürülmesi ve yaşam kalitesini artırılmasıdır (16, 34).

Gastroenterit: Bakteriler, parazitler ve virüsler ishale neden olan enfeksiyöz ajanlar arasındadır. Gelişmiş ülkelerde akut gastroenteritler viral etkenler olurken gelişmekte olan

lkelerde daha çok bakteriyel ve parazit gibi etkenler sonucu karşımıza çıkmaktadır. Bu ajanlar fekal ya da oral yolla bulaşabilir. Akut gastroenterite en fazla neden olan etken rotavirstr. Bağışıklama ile korunması mümkündür. Diğer bir enfeksiyöz ajan ise enterik adenovirslerdir. Adenovirüsler kapalı, kalabalık ortamlarda ve dört yaş altı çocuklarda görülmektedir (16, 35).

Genellikle enfeksiyöz kaynaklı oluşan ishal gaitanın yumuşaması ile şeklinin bozulması ve gaitanın miktarı ya da defakasyon sıklığının artmasıdır. Bir başka tanımda ise daha sık ve sulu defakasyonun bir günde ten fazla olması ya da anne sütü ile beslenenlerde rutinlerinden daha fazla sayıda olmasıdır.

Patojene maruz kalma gibi enfeksiyöz nedenler, kontamine olmuş besinlerin tüketilmesi, yaş ve hijyen eksikliği gibi konakçıya ait nedenler ve sosyoekonomik seviyenin düşük olması, okula devam etme ve mevsimsel özellikler gibi çevresel nedenler ishalin etiyolojisinde yer almaktadır. İshal oluşumuna neden olan ajan ve ishalin şiddetine göre klinik bulgular değişkenlik gösterse de karın ağrısı, yeşil veya açık sarı renkli sulu kıvamda gaita, defekasyon sırasında ağrı (tenesmus/tenezm) ve kusma sık görülen semptomları arasındadır (16, 35).

Akut, kronik ve persistan gastroenterit olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Akut gastroenterit 7-10 gün arasında sürer. Bağırsaklardaki emilim bozuklukları sonucu ortaya çıkar ve genellikle enfeksiyöz kaynaklıdır. Persistan ishal akut başlangıçlı ancak 14 günden uzun süren enterit olarak tanımlanmaktadır. Enfeksiyon ajanlarının immün sistemi baskıladığı durumlarda ortaya çıkar. Kronik gastroenterit ise 3 ila 4 haftadan uzun süren enterit türüdür. Anatomik durumlar, metabolik bozukluklar ya da immün yetmezlik gibi durumlar kronik gastroenteritin etiyolojisi arasındadır. Çocukluk ağının erken dönemlerinde geçirilen gastroenterit dehidratasyon, asidoz, sıvı-elektrolit dengesizliklerine neden olabilir. Dehidrasyon gastroenteritin yarattığı en ciddi tehdittir ve lme dahi neden olabilir (36). Adolesanlarda daha hafif seyreden prognoz yenidoğanlarda çok ve sepsis gibi daha ciddi sağlık sorunlarına neden olabilir (16, 35).

Tedavisinde kaybedilen elektrolit ve sıvıların yerine konulması için oral rehidratasyon sıvısı (ORS) verilmesi ya da diğer sıvılarla ile desteklenmesi yer alır. Ayrıca anne sütü alan 6 aydan küçük bebeklerin sık sık emzirilmesi ve daha büyük çocuklarda uygun besinlerle desteklenmesi tedavi girişimleri arasındadır. Farmakolojik tedavi antibiyotik kullanımı ile de desteklenmektedir.

Gastrointestinal sistem, sistemin herhangi bir bölümünün bakteri, virüs ya da parazit gibi patojene maruz kalması sonucu oluşan sorun gastrointestinal sistem enfeksiyonu olarak adlandırılmaktadır. Gastrointestinal sistem enfeksiyonları *Helicobacter pylori*nin sebep olduğu gastrik enfeksiyon ve gastroenterittir (37). Gastrointestinal sistem enfeksiyonları genellikle mide ve bağırsakları etkilemektedir. Gastrointestinal sistem enfeksiyonlarının çoğu ciddi olmayan birkaç gün içerisinde tedaviye gerek kalmadan düzelebilsede ishal özellikle çocukluk döneminin ilk zamanlarında morbidite ve mortalite açısından risk oluşturmaktadır (38). Gastroenterit tablosunda neden olan patojenin erkenden tespit edilmesi ve yayılmasının önlenmesi gerekmektedir (37).

Hemşirelik yönetiminde;

- Birincil hedef gastroenteriti önlemek, kaybedilen sıvı-elektrolit dengesizliğini gidermek ve malnütrisyon oluşmasına engel olmaktır.
- Hemşireler gerekli durumlarda çocuğun ya da bebeğin hidrasyonunu sağlamak için ORS ve uygun besinler ile destek sağlamaktadır.
- Hemşireler detaylı bir anemnez alarak etiyolojisi konusunda bilgi edinmekte ve gerekli önlemi almaktadır. Anemnezde enteritin başlangıç zamanı, gaitanın özelliği ve defekasyon sıklığına dair bilgiler alınmalıdır.
- Çocukların yaşam bulguları ve dehidratasyon bulguları takip edilmelidir. Dehidratasyon değerlendirilmesinde oral mukoz membranın kuruluğu, deri turgoru, fontanel ve göz kürelerinin çökük olup olmadığı ve bilişsel duruma değerlendirilmelidir.
- Aldığı çıkardığı takibi izlemi için aileye eğitim verilerek aile de bakıma dahil edilmelidir.
- Bağırsak seslerinin artması gastroenterit bulgusunu verdiği için bağırsak seslerinin dinlenmelidir.
- Günlük aynı saatte ve aynı kıyafetlerle kilo izlemi yapılmalıdır.
- Enterite eşlik eden kusma ve ağrı gibi semptomlar varsa bunlara yönelik de bakım planı oluşturarak çocuğun huzursuzluğu giderilir.
- Kronik enteriti olan çocukların altta yatan etmeni belirlenir ve ona yönelik girişimler planlanır.
- Ebeveynlere temiz besinlere ulaşmanın ve ilk 6 ay sadece anne sütünün verilmesinin önemine değinilmelidir.

- El ve perine hijyenine dikkat etmenin koruyucu etkisi ebeveynlere anlatılmalıdır.
- Probiyotik takviyesinin ishali önlemede etkili olduğu ve aşı takviminde yer alan rota virüs aşısı ile bağışıklamanın önemli olduğuna değinilmelidir.

Çocuğun takibi yapılırken aile merkezli bakım tercih edilerek ebeveynlerin de bakım üzerinde aktif rol almaları sağlanmalıdır. Böylece ebeveynlerin evde de sağlık bakımını sürdürebilmeleri sağlanmış olur. Hastane ortamında hemşireler ile yapılan uygulamalarda ebeveynler cesaretlendirilir. Doğru girişimleri takdir etmek ailenin bakıma katılmasını ve onların bilgi düzeylerini arttırmada teşvik edici olabilmektedir (16, 24).

Kusmalar: Çocukluk çağında diyafragma ve karın kaslarının kasılması ve özofagus sfinkterinin birden açılması ile mide içeriğinin dışarı çıkması kusma olarak tanımlanmaktadır. Bulantı ve öğürmenin eşlik ettiği kusma santral sinir sistemi tarafından kontrol edilmektedir. Az bir basınçla alt özofagus sfinkteri boyunca mide içeriğinin pasif bir şekilde yukarı çıkması regürjitasyon olarak adlandırılmaktadır ve regürjitasyon kusma değildir. Kusmanın sebebi bazen gastrointestinal sistem kaynaklı bazen de ilaç ve yolculuk yapmak gibi gastrointestinal olmayan sebeplerle ortaya çıkabilmektedir. Çocuklarda gastroenterit sistem enfeksiyonları, besin zehirlenmesi, apandisit ve kusma nedenleri arasında yer almaktadır. Bebeklerde genellikle fazla beslenme, metabolizmaya bağlı konjenital anomaliler, subdural hemoraji, kafa içi basıncın artması ve gastroözefageal reflü sebebiyle kusma görülürken adolesanlarda inflamatuvar bağırsak hastalığı ve bulimiya ya bağlı olarak da ortaya çıkmaktadır (16, 20).

Kusmanın genellikle spesifik bir tedavi uygulanmadan kendiliğinden geçmesi beklenmektedir ancak tekrarlayıcı kusmanın neden olabileceği sıvı-elektrolit bozuklukları, dehidratasyon ve malnütrisyon gibi komplikasyonlar yönünden takip edilmesi önemlidir (16, 20). Kusma yönetiminde hemşireler;

- Kusmanın ilişkili olabileceği semptomları belirleme
- Kusmanın azalmasına yardımcı olacak tedbirlerin uygulanması
- Detaylı bir anemnez alınması
- Yaşam bulgularını izlemi
- Dehidratasyon bulgularının takip edilmesi
- Bağırsak seslerini dinlemesi gibi süreçlerde rol almaktadır.

Hemşirelik girişimleri planlanırken kusmanın nedeni göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin yanlış beslenme davranışına bağlı olarak kusma gelişmişse az miktarda sık aralıklarla hafif yemeklerin ve beslenme sonrasında semi fowler pozisyonunun tercih edilmesi aileye açıklanmalıdır. Obstrüksiyona bağlı bir kusma olduğu düşünülüyorsa özel beslenme teknikleri uygulanmalı ve ebeveynlerine öğretilmelidir. Kusmanın önemli komplikasyonu olan dehidratasyon bulgularının (oral mukoz membranın kuruluğu, fontanel ve göz kürelerinin çöküklüğü vs) takip edilmesi ve hidrasyonun sürdürülmesi için hemşirelik girişimlerinin öncelikli tutulması gerekmektedir (16, 20, 24).

2.1.4. Çocuklarda Ateş ve Hemşirelik Yönetimi

Vücut ısısının normal değerler üzerinde olması ateş olarak tanımlanmaktadır. Tek başına bir hastalık olmayan ateş bir hastalığın semptomu şeklinde görülmektedir. Savunma mekanizmasının bir belirtisi olan ateş vücudun bir enfeksiyon ile mücadele ettiği anlamına gelmektedir. Ek olarak aşılar, malignensiler, metabolik ve genetik hastalıklar sonucu da ateş oluşabilmektedir. Ateşi olan çocuklarda yorgunluk, susuzluk, baş ve kas ağrısı görülebilmektedir. Ateş ölçümü rektal, oral, aksiller ve timpanik yollarla yapılabilen ve ölçüm yerine göre ateşin normal değer aralıkları değişiklik göstermektedir. Hipotermi, subfebril ateş, hafif ateş, orta ateş, yüksek ateş ve hipertermi olarak sınıflandırılmaktadır. 39-40°C arasındaki ateş yüksek ateş ifade ederken 41-43°C arası ateş hipertermi anlamına gelmektedir. Hipertermi genellikle nörolojik hastalıklar, zehirlenmeler ya da sıcak çarpması sonucu oluşmaktadır. Her ateşte olmamakla beraber tedavide farmakolojik olarak antipiretik ilaçlar uygulanmaktadır (16, 39, 40).

Akut metabolik ya da santral sistem enfeksiyonundan bağımsız ortaya çıkan ateşle beraber konvülsiyon meydana gelmesine febril konvülziyon (FK) denir (16). FK nöbet esnasında bilinç kaybı, ağızda köpüklenme, cildinde siyanoz, gözlerde kayma ve solunumda güçlük görülebilmektedir. Genellikle 6 aylık bebekler ile 5 yaş arası çocuklarda görülmekte olan FK ailenin sosyoekonomik durumdan etkilenmemektedir. FK yaşayan çocukların ailesinde genellikle FK öyküsü bulunmaktadır. FK’de minimum ateş 38°C olmakta ve konvülsiyon genellikle ateşin yükseldikten 1 ila 2 saat içerisinde oluşabilmektedir. FK’nin etiyolojisinde pnömoni, idrar yolu ve üst solunum yolu enfeksiyonu, farenjit ve otitis media gibi enfeksiyöz etkenler yer almaktadır. FK’nin oluşmasında risk faktörleri 1 yaş öncesinde FK’nin deneyimlenmesi, aile öyküsünde FK bulunması, rektal ölçümde 39°C’nin altında görülen FK’lar, nöbet öncesinde anormal nörolojik bulguların (serebral felç, mental retardasyon)

olmasıdır. Tedavi hedefleri arasında konvülsiyonları önlemek ve FK tekrar riski için profilaktik tedavinin uygulanması yer almaktadır (16, 41).

Hemşireler ateş yönetiminde aynı ateş ölçüm yolunu ve cihazını kullanarak ölçüm sonuçlarını kayıt altında tutması gerekmektedir. Böylece ateşin doğru bir şekilde izlenmesi ve uygulanan müdahalelerin sıcaklık değişimi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi sağlanmaktadır. Ateş izlemi ve hemşirelik girişimleri çocuğun yaşına göre değişiklik göstermektedir. Bu bağlamda hemşirelerin ebeveynlere ateş yönetimi hakkında eğitim vermesi gerekmektedir. Örneğin; 3 aylıktan küçük bebeklerde ateş durumunda hastaneye başvurmak gerekirken daha büyük çocuklarda çocuğun genel durumu değerlendirilmesi gerektiği açıklanmalıdır. Genel durumunda ise nabız ve solunumun hızlanması, halsizlik, laterji, emme güçlüğü, kusma ve ateşin antipiretiklere yanıt vermemesi gibi bulguların değerlendirilmesi gerektiği ailelere açık ve net bir şekilde ifade edilmelidir. Evde bakım eğitiminde ebeveynlere ateşin yükselmesi durumunda oda sıcaklığının 21-22°C civarında olması, çocuğun üzerindeki kıyafetlerin ince tercih edilmesi ve yüksek ateşin sıvı kaybına neden olabileceğinden beslenme ve sıvı alımının destelenmesi gerektiği hemşireler tarafından anlatılmalıdır. Damar dolaşımının yoğunlaştığı aksiller ve perine gibi bölgelere ıslak havlu uygulaması ya da ılık duş alma yüksek ateş için önerilmektedir. Ancak ebeveynlere önerilen ıslak havlu uygulamasında soğuk su, alkol ya da sirke kullanımının doğru bir girişim olmadığı açıklanmalıdır. Febril nöbet ve buna bağlı oluşabilecek nörolojik sorun ebeveynler için anksiyete sebebi olabilmektedir ve bu durum ateş fobisi olarak adlandırılmaktadır. Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireleri ebeveynlere eğitim vererek yanlış uygulamaları önleyebilir ve uygun davranışların geliştirilmesini sağlayabilir (16, 42).

2.2. Çocuk Sağlık Göstergeleri

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerini tespit etmek ve ülkeler arasında karşılaştırma yapabilmek için belirli ölçütler gerekmektedir ve bu ölçütler sağlık göstergesi olarak adlandırılmaktadır (43). Ülkelerin sağlık seviyelerine dair bilgi edinmemize yardımcı olan sağlık göstergeleri objektif, standartlaştırılmış ve niceliksel olarak uluslararası karşılaştırma yapmamızı kolaylaştıran göstergelerdir. Bu göstergeler temel sağlık hizmetleriyle ilgili politikaların belirlenmesinde, sağlık hizmetlerinin yönetilmesinde ve planlanmasında temel teşkil etmektedir. Ek olarak sağlık göstergeleri sağlık sorunlarının belirlenmesine ve çözülmesine, sağlık sektöründeki talebin karşılanmasına ve toplum sağlığının yaş, cinsiyet ve nüfus gibi farklı etmenlerdeki değişimlerin ölçülüp değerlendirilmesine de yardımcı olmaktadır. Bu

bağlamda sağlık göstergeleri sayesinde sunulan sağlık hizmetinin güçlü ya da güçsüz yönleri tespit edilerek gerekli tedbirlerin alınması mümkündür (44).

Sağlık durumunun değerlendirilmesi sadece sağlık sorunu yaşayan kişilerin sayılarını belirlemek ile sonuca varılacak bir bulgu değildir. Bu yüzden risk altında olan toplumun ve sağlık sorunlarının yaygınlığının birlikte değerlendirilmesi gerekir. Bu bağlamda günümüzde sağlık durumunun değerlendirilmesi yapılırken sağlık göstergeleri kullanılmaktadır. Bir toplumun gelişmişlik düzeyi o toplumun demografik yapısı, morbidite ve mortalite nedenlerinin tespit edilmesi ile açıklanırken riskli yaş grupları ve ele alınması gereken öncelikli sorunlara dair alınan tedbirler de o toplumun sağlık durumu düzeyi hakkında bilgi vermektedir (45). Embriyo ve fetüs ölümleri, perinatal ölümler, anne ölümleri ve bebek ölümleri çocuk sağlığını değerlendirirken kullanılan temel sağlık göstergeleri arasındadır (16).

❖ **Anne ölümleri:** Gebeliğin tespit edildikten sonraki 6 hafta sonuna kadar geçen sürede meydana gelen ölümler anne ölümü olarak adlandırılır. Anne ölümleri, sık aralıklar ile fazla sayıda gebelik deneyimleyen annelerde çokça karşımıza çıkan bir durumdur (16). Anne ölüm sayıları ile hem kadınların toplum içindeki yeri hem de yeterli sağlık hizmetlerinin sunulup sunulmadığı konusunda bilgi edinmek mümkündür. Kadının toplumdaki yeri, sağlık hizmetlerine ulaşabilme ve kullanabilme durumu anne ölümünü doğrudan etkilemektedir. Kırsal bölgede yaşamak, yoksul olmak, sağlık hizmetlerine erişim zorluğu ve sağlık okuryazarlıklarının yetersiz olmasına bağlı olarak gebeliklerde daha fazla komplikasyon yaşanmakta ve ölüm sayısı artmaktadır (15). Dumith ve arkadaşları (2012) çalışmalarında gebelik boyunca fiziksel aktivite yapmanın anne çocuk sağlığı göstergeleri ile ilişkisini incelemiştir. Doğum öncesi fiziksel aktivite konusunda bilgi almalarının, anne yaşı ve eğitim seviyesi gibi etmenler ile ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır. Prenatal dönemde fiziksel aktivite tavsiyesi alan genç ve eğitimli kadınların gebeliklerinde daha sık fiziksel aktivite yaptıklarını tespit etmişlerdir. Gebelikleri boyunca bu davranışı sergileyen annelerin daha az sezaryen ve çocuk sağlık göstergeleri arasında yer alan bebek ölümlerinin daha az olduğu sonucuna varmışlardır (46). Büyüksoy (2019), halk sağlığı kapsamında anne ölüm hızı değerlendirilirken kadınların sağlığını etkileyen toplumsal durumların da ele alınması gerektiğini vurgulamıştır. Bu bağlamda kadınların eğitim durumu, sağlık hizmetlerine ulaşabilme imkanları, aile planlama yöntemleri konusunda yeterli bilgi

sahibi olmaları ve uygulayabilmeleri, anne yaşı, doğumun sağlık kurumlarında gerçekleşmesi gibi kadın sağlığını etkileyen tüm bu faktörlerin bütüncül olarak değerlendirilmesinin önemli olduğunu açıklamıştır (47).

- ❖ **Embriyo ve fetüs ölümleri:** Embriyonik ölümler, gebeliğin ilk on iki haftasında meydana gelen ölümleri gösterir. Fetüs ölümleri ise ilk 12 hafta sonrasında gerçekleşen ölüm olarak isimlendirilmektedir. Embriyo ve fetüs ölümlerini kayıt altına almakta karşımıza çıkan zorluklar nedeniyle bu dönemdeki ölüm oranları tam olarak bilinmemektedir. Embriyo ve fetüs ölümleri sahada karşımıza spontan düşük olarak çıkmaktadır. Bireysel ve çevresel etmenler spontan düşüklere sebep olabilmektedir (16).
- ❖ **Perinatal ölümler:** Perinatal ölümler doğumdan sonraki ilk 7 gün içinde olan hem ölü hem de canlı doğumları kapsamaktadır. Ölü doğum sayısı ve 0-7 gün arasında ölen bebeklerin toplam sayısının hem canlı hem de ölü olarak doğan tüm bebeklerin sayısına oranlanıp, 1000 ile çarpılması sonucu elde edilen değer perinatal ölüm hızını vermektedir (16). Perinatal dönemde sağlığı etkileyen temel faktörler annenin sağlık seviyesi, gebelik bakımı ve doğum şartlarıdır (15). Plansız bir gebelik olması, anne eğitim seviyesinin düşük olması, annenin 2 yıldan daha kısa aralıklarda gebe kalması, annenin dörtten fazla gebe kalması, doğum öncesi sağlık hizmetlerini kullanmaması ve hijyen koşullarını sağlamayan hastane dışında doğumların yapılması gibi riskli durumlar perinatal ölümlerin artmasına neden olmaktadır (16).
- ❖ **Bebek ölümleri:** Bebek ölüm sıklığı doğum sonrasını kapsayan ilk 365 gün içindeki ölümlerin 1000 canlı doğuma oranlanması ile hesaplanır. Bebek ölüm riskini artıran durumlar anne yaşının 20-40 yaş aralığının dışında olması, bebeklerde düşük doğum ağırlığının olması, prematüre olması ve anne gebelik sıklığının 2 yıldan daha az aralıklarla olmasıdır. Bebeklik döneminde ölüme sebep olan riskler ve nedenler aynı olmadığı için doğumdan sonraki dönemler neonatal ölümler, postneonatal ölümler ve 5 yaş altı ölümler olmak üzere ayrı gruplar halinde değerlendirilmektedir. Kadınların eğitim seviyesinin artması, sağlık hizmeti sunan merkezlerin daha ulaşılabilir olması, prenatal ve postnatal hizmetlerin önemsenmesi, toplum bağışıklığının aşı programları ile sağlanması, sık doğumların olmaması için tedbirlerin alınması bebek ölümlerinin azalmasına yardımcı olmaktadır (16). Batbaylı (2022), 5 yaş altı çocuk ve bebek ölümlerinin kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile Gayrisafi millî hasıla arasında doğrudan ilişkili olduğuna değinmiştir (48).

Sağlık hizmetlerine ulaşabilme, kaliteli bir sağlık hizmeti, toplumun sosyoekonomik durumu ve anne sağlığı gibi etmenler bebek ölüm oranları ile ilişkilidir. Sosyoekonomik değişikliklere ve sunulan sağlık hizmeti girişimlerine karşı duyarlı olan bebek ölümleri sağlık göstergesi olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (44).

2.2.1. Türkiye ve Dünyada Sağlık Göstergeleri Kıyaslaması

Bir ulusun gelişmişliği sağlık seviyesi ile ilişkilidir. Toplum sağlığının geliştirilmesi bilinçli ve yeterli sağlık okuryazarlığına sahip ebeveynlerin çocuklarına kazandıracakları sağlık tutum ve davranışları vasıtası ile mümkündür. Ebeveynlerin gelecek kuşakların gelişimindeki kritik rolü göz önünde bulundurulduğunda onların sağlık okuryazarlığını arttırmaya ve çocuk sağlığına dair yapılan yatırımlar toplumun sağlık seviyesini geliştirecektir (44, 49). Dünyanın en kalabalık ülkelerinden birisi olan Hindistan'da, çocuk sağlığı ve ölümlerini etkileyen faktörlere değinen ve çocuk sağlığı göstergelerine genel bir bakış sunan bir çalışmada (50) yoksulluk ve malnütrisyon, sağlık hizmetine ulaşım, anne sağlığı, doğum ağırlığı, bağışıklama, emzirme, bebek ve neonatal ölümler gibi ölçütler çocuk sağlık göstergeleri olarak kullanılmıştır. Ulusal boyutta yürütülen programların bebek ölüm hızı üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu ancak ülke çapında her bölgeye eşit bir şekilde programların yayılması gerektiğini belirtmişlerdir. Çalışmada sağlık altyapısının geliştirilmesi ve toplumun çalışmalara dahil edilerek davranış değişikliği oluşturulması önerilmiştir (50).

Stenberg vd. (2014), anne ve çocuk ölümlerini önlemek amacıyla sağlık harcamalarını artırarak sosyal ve ekonomik faydada önemli bir katkı sağlanabileceğini ön görmüşlerdir. Çalışmada 2035 yılına kadar anne ve çocuk ölümlerinin %95'inden fazlasını oluşturan düşük ve orta gelirli toplam 74 ülkede sadece bir yıl için her bireyde sağlık harcamasını 5 \$ arttırma ile elde edilecek faydanın dokuz kat daha fazla etki sağlayabileceğine değinilmiştir. Anne ve çocuk sağlığına yapılacak yatırımlar hastalıkların ve ölüm sayısının azalmasına yardımcı olmaktadır. Ayrıca toplumun güçlenmesine ve sağlıkla ilgili ekonomik yükün azalmasına da katkıda bulunur (51). 2017 yılında Türk Cumhuriyetlerinde anne çocuk sağlığı göstergeleri ile ilgili yapılan bir başka çalışma sonuçlarına göre de her birey için sağlık harcamalarının artırılması ile anne ve çocuk ölüm hızının düştüğü, tersine doğurganlık hızının artması ve ekonomik yetersizliklerin artması ile ölüm hızının arttığı sonucuna varılmıştır (44). Çalışma sonunda anne ölümünün yüksek olduğu ülkelerde aile planlamasına dair eğitimlere odaklanılmasını ve sağlık altyapısının geliştirilmesinin önemi vurgulanmıştır (44).

Bebek ölüm oranı, toplumların sağlık seviyelerini değerlendirmede çok önemli bir ölçüt olarak kabul edilmektedir. Sağlık ve ekonomi alanlarında iyileşmelerle beraber bebek ölüm oranında azalma olması beklenmektedir (52). Benzer bir çalışmada (53) da değişen sağlık sistemlerine sahip ülkeler ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki incelenmiştir. Sağlık harcamalarının artmasının, sağlık göstergelerinin iyileşmesiyle birebir ilişkisinin olmadığını ifade edilmiştir. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerini anlamamıza yardımcı sağlık göstergelerinden biri olan bebek ölüm hızını azaltmak için yüksek sağlık harcamalarının temel gereklilik olmadığına değinilmiştir.

Ülkemiz ile bazı ülkelerin sağlık düzeyleri arasında farklılıkları inceleyen çalışmada farklılığın ölüm hızlarından kaynaklandığı bulunmuştur. Japonya, Norveç ve İsveç gibi ülkelere göre Türkiye'deki bebek ölüm hızının yaklaşık 10 kat, 5 yaş altı ölümlerin 8 kat, anne ölüm hızının ise 6 kat daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Kıyaslama sosyoekonomik düzeyler arasında yapıldığında da ülkemizdeki sağlık göstergeleri sonuçlarının yeterli düzeyde olmadığı ve diğer ülkeler arasında orta seviyede kaldığı belirtilmiştir. Çalışma sonunda temel sağlık hizmeti ve koruyucu sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ile çocuklar arasındaki önlenabilir hastalık ve ölümlerin azaltılmasının mümkün olduğu belirtilmiştir. Öneri olarak da gelir düzeyi yüksek olmayan kadınlara ve ailelerine aile planlama yöntemlerinin öğretilmesi, prenatal ve postnatal bakım hizmetlerinin ulaşımının kolaylaştırılmasının önemine değinilmiştir (54, 55).

2.2.2. Çocuk Sağlık Göstergelerinin Önemi ve İyileştirilmesi

Bir toplumdaki bireylerin sağlıklı olması o toplumun gelişmişlik seviyesinin iyi bir konumda olduğunu göstermektedir. Toplumların hem ruhsal hem de fiziksel olarak sağlıklı olması toplumun refahı için önemlidir. Bu sebeple sağlık alanında yapılan her yatırım öncelikle bireyleri olmak üzere toplumun esenliğine katkı sağlamaktadır (43). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ülkelerin politikalarında çocuk sağlığını öncelikli tutmuş ve kilit nokta olduğuna değinmiştir. Bu bağlamda hastalıklardan korunma ve ölümlerin azalmasına ek olarak çocukların gelişimine destek sağlanması 'Çocuklara Yatırım: Avrupa Çocuk ve Ergen Sağlığı Stratejisi 2015-2020' çalışmasında vurgulanmıştır (56).

Güney ve Kaya (2023) çalışmalarında çocukların refah düzeyleri üzerinde etkili olan eğitim, sağlık yatırımları ve ekonomik etmenleri hariç tutarak sadece sağlık göstergelerini ele almışlardır. Güney ve Kaya'nın çalışmasında çocuk refahı göstergesinin değerlendirilmesine ve sağlık ile ilgili uygulamaların ülkelere göre farklılık gösterdiğine değinilmiştir. Yüksek

gelir sahibi olan ülkedeki kadınların çalışma hayatına katılımlarının fazla olması ile emzirme süreleri kısalmaktadır. Bundan dolayı ülkelerin çocuk sağlığı refahı sıralamasında emzirme süresi etkili bir faktördür. Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda ilk 6 ay yalnızca anne sütü verilmesinin anahtar bir rolde olduğu vurgulanmıştır (57).

Sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi birkaç etmenin birlikte ele alınmasıyla mümkündür. Batbaylı'nın (2022) çalışmasına göre, ekonomik olarak gelişmiş olan ülkelerde sağlık göstergelerinin daha yüksek sonuçlar vermesi, sağlık ekonomisinin sağlık göstergeleri üzerinde önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Bu yüzden gelişmekte olan ülkelerin sağlık planlamalarını geliştirerek bu alanda altyapı yatırımlarına ağırlık vermeleri sağlık göstergelerinde iyi sonuçlar elde etmelerine destek olmaktadır (48). Sayılı ve arkadaşları (2017) çalışmalarında sağlık harcamalarına ayrılan bütçenin artırılması, hastane ve sağlık profesyoneli sayısının yeterli olmasının sağlanması ile sağlık sisteminin altyapısının güçleneceğine değinmişlerdir. Ayrıca sağlık hizmetinin kalitesini artırmaya yönelik planlamalarda DSÖ'nün oluşturduğu normların rehber olarak kullanılmasını önermektedirler (58).

2.3. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık kavramı Dünya Sağlık Örgütü tarafından 'Sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik hali' şeklinde tanımlanmaktadır (59). Sağlık sisteminde bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini ve sağlıklarını geliştirecek uygulamaları benimsemeleri, sağlık hizmetleri hakkında bilgi sahibi olmaları ve sağlıklarına ilişkin karar vermede yetkin olmaları asgari gerekliliklerdir. Tanı ve tedavi süreçlerinin karmaşık olması, teknolojinin hızla değişimi, kültürel farklılıklar ve yaşa bağlı bedensel ve bilişsel farklılıkların olması verilen hizmetlerin kullanımını, sağlık profesyonelleri ile iletişimleri ve öz bakımları etkilemektedir (60). Terimde okuryazarlık sözcüğünün kullanılmış olması sadece okuma ve yazma bilmeyenler ile ilgili bir konu olduğunu düşündürse de okuma ve yazma yetisinden çok daha fazlasını ifade etmektedir (61).

Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlığını iyi bir şekilde yönetebilmesi için doğru bilgiye erişmesini, anlamasını ve bu bilgileri kullanma becerilerini tespit eden kişisel, bilişsel ve sosyal becerilerini ifade etmektedir. Sağlık okuryazarlığı bilgiyi analiz etmeyi, eleştirel bir görüşe sahip olmayı bu doğrultuda düşüncelerini dile getirebilmeyi ve etkin katılımı

içermektedir (3, 62). Bireyler hayatları süresince sağlıkla ilgili bilgileri bulma ve anlama, kendi hastalıklarını yönetme, sağlıklılık durumunu sürdürme, sağlık sistemini kullanma, bakımını üstlendikleri kişilerin de sağlıklarını savunma ve yönetme durumlarını deneyimlemektedir. Bu durumları iyi yönetilmesinde sağlık okuryazarlığı (SOY) becerileri önem taşımaktadır (61). SOY kapsamının arka planında ilaç kutusunda yazılı olan bilgileri okuyup anlama, ilaç dozlarına uygun kullanabilme ve ilaç kullanım saatlerini ayarlayabilme, sağlığa ilişkin yazılı broşür, afiş gibi tüm kaynakları, hekimin direktiflerini anlama ve uygulama gibi bileşenleri içerir. Genel olarak SOY ‘okuryazarlığa’ bağlı olmakla beraber bireylerin dolaylı olarak toplumun sağlık ve yaşam kalitelerini iyileştirme, hastalıkları önleme konusunda karar verebilme, değerlendirme ve uygulamaları için gereken becerileri karşımıza çıkarmaktadır (63, 64) .

Dünya Sağlık Örgütü (2023) SOY kavramını ‘bireyin yaşam tarzını ve yaşam koşullarını değiştirerek bireyin ve toplumun sağlığını iyileştirmek için harekete geçmek amacıyla bir bilgi düzeyine, kişisel becerilere ve güvene ulaşması’ şeklinde tanımlamıştır (65). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centrel for Disease Control and Prevention/ CDC) SOY kavramını uygun sağlık kararlarını verebilecek temel sağlık bilgisini ve hizmetlerini edinme, işleme ve uygulamaya dair kapasiteye sahip olmak şeklinde tanımlamıştır (66). Yapılan bu tanıma ek olarak CDC, bireylerin sağlığa dair bilgileri sadece anlamalarından ziyade kullanmaya dair becerilerini vurgulamayı, uygun karardan daha çok iyi bilgilendirilmiş kararlar vermeye odaklanmayı ve halk sağlığı bakış açısını dahil ederek kuruluşların da SOY kavramını ele almaları gerektiği üzerinde durmuştur (66). Akbolat vd. (2016), SOY’u ‘Yaşam şeklini ve şartlarını değiştirerek ihtiyaç duyulan bilgi, beceri ve öz güven düzeyine ulaşp bireylerin ve toplumun sağlığını iyileştirmek’ şeklinde ifade etmiştir (67).

Farklı kavramsal çerçeveler üzerine yapılan SOY tanımı yeterli olmadığı için gerekçesiyle araştırmacılar mevcut önerilerin üzerine kurulmuş entegre bir SOY modeli geliştirmeye çalışmışlardır. Bu entegre model Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Konsorsiyumu (ASOAK) tarafından oluşturulmuş ve bu model sağlıklı ilişkili doğru bilgilere ulaşabilme, anlayabilme, değerlendirme ve davranışa dönüştürme yetkinlikleri esasına dayanmaktadır. SOY’u belirleyen etmenler ASOAK tarafından oluşturulan entegre SOY modelinde üç gruba ayrılmıştır (63, 68). Bunlar;

1. Toplumsal ve Çevresel Etmenler: Demografik yapı, dil ve kültür, politika faktörler
2. Kişisel Etmenler: Cinsiyeti, eğitim seviyesi, sosyoekonomik durumu

3. Duruma Bağlı Etmenler: Medya kullanımı, aile ve arkadaş gibi sosyal çevre desteğinin etkileri olacak şekilde gruplandırılmıştır.

Sağlık okuryazarlığının tanımı üzerinde bir fikir birliğinin olmaması ölçüm ve karşılaştırma olanaklarını sınırlandırmaktadır. Bu bağlamda SOY'a ilişkin tanımları inceleyerek kanıta dayalı bütünleşik bir tanı ve kavramsal model geliştirmek amacıyla Sorensen vd. (2012) sistematik bir literatür taraması yapmıştır. Yapılan incelemeler sonucunda SOY'a ilişkin tıp ve halk sağlığı görüşlerini entegre eden bir model öne sürmüşlerdir. Literatür taraması sonucunda SOY'u 'insanların sağlıklarına ilişkin karar verebilmek, yaşam kalitelerini artırmak ve sürdürmek için sağlıklarını iyileştirme ve hastalıklardan korunma amacıyla gerekli sağlık bilgilerine, doğru kaynaklara ulaşma, anlama, değerlendirme ve bilgiyi davranışa dönüştürmeyi sağlayacak bilgi motivasyon ve yeterlilik' olarak tanımlamıştır (3, 68). İlgili literatür incelendiğinde SOY kavramının farklı bakış açılarıyla ele alındığı görülmektedir ancak genel olarak tanımlar değerlendirildiğinde SOY'un bireyler adına sağlığa yönelik karar verebilme, sağlık durumunu olumsuz etkileyebilecek riskleri ön görebilme ve koruyucu hizmetlerin kullanılmasına yönelimin ağırlıklı olduğu görülmüştür (67, 69).

Dünyada SOY konusu 1970'li yıllarda ilgi görmeye başlamış ve Simond tarafından 1974 yılında 'Health Education as Social Policy' isimli bir çalışmada SOY kavramı sağlık ve eğitim sistemini etkileyen bir politika konusu olarak ilk kez ele alınmıştır (3). 1990'lı yıllarda SOY'un sağlık davranışları ve sağlık harcamaları üzerindeki etkilerini açığa çıkaran çalışmalar halk sağlığının önemli konuları arasında yer almıştır. 2000'li yıllarda başta Avrupa olmak üzere birçok ülkede SOY kavramı profesyonel olarak tanımlanmış, sınıflandırılmış, ölçüm yöntemleri geliştirilmiş ve politikalar haline dönüştürülmüştür. Ülkemizde ise 2003 yılında başlatılan 'Sağlıkta Dönüşüm Programı' ile hastalıklardan korunma, sağlıkla ilgili gelişmelerden haberdar olma, tedavi sürecinin bir parçası olma ve sağlık ile ilgili karar verme sürecinde daha aktif bir rol almaktadır. Bu gelişme doğrultusunda da hastaların sağlıkla ilgili birçok konuda okuma, anlama ve hayata geçirme gerekliliği SOY kavramını öne çıkarmaktadır (3, 70).

Bireyin doğru bilgiyi elde etmesi ve davranışa dönüşmesini sağlayan bireysel kapasite bütünü olan SOY bireyin eğitim düzeyinden ve okuma alışkanlığından etkilenmektedir. Sağlık hizmetinden yararlanabilmek için SOY hem bireyin hem de sağlık hizmeti sisteminin kapsamında ele alınmalıdır. Baker (2006) birçok faktörden etkilenen sağlık okur yazar

kapsamına giren temel kavramları bir kavramsal modelle ifade etmiştir. Baker hazırladığı bu modelde bireysel kapasite, sağlıkla ilişkili yazılı ve sözlü okur yazarlık ve sağlık çıktıları arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir (3, 71). Bu modeldeki ilk alan kişinin sağlık bilgileri, sağlık profesyoneli ve sağlık sistemiyle etkili bir şekilde başa çıkmak için sahip olduğu kaynakları ifade eden bireysel kapasitedir. Baker bu alanda okuma akıcılığı ve kelime dağarcığı ile sağlık ve sağlık hizmetleri ile alakalı kavramsal bilgi içeren ön bilgiye odaklanmıştır. Bu bölüm Sağlık okuryazarlığı modelin ikinci ana alanını oluşturmaktadır. Baker sağlıkla ilgili yazılı ve sözlü okuryazarlık kavramlarını bireyin sağlıkla ilgili okuma akıcılığı ve kelime dağarcığı, sağlık kavramlarına olan aşinalığı ve materyallerin verdiği mesajların anlaşılabilirliği ile ilişkilendirmiştir. Böylece SOY'un hem birey hem de sağlık sisteminin özelliklerinden etkilendiğine değinmiştir. Baker'a (2006) göre SOY yeni bilgilerin edinilmesine, sağlıklı yaşam davranış ve tutumlarına sahip olmaya, öz yeterlilik ve daha iyi sağlık sonuçlarına öncülük eden etmenlerden birisidir (71).

Hayatımızda büyük bir yer edinmiş olan teknoloji vasıtasıyla insanların sürekli olarak bilgiye maruz kaldığı düşünüldüğünde doğru sağlık bilgilerini ayırt etmek ve bu bilgileri kullanmak için SOY önemli bir rol kazanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, sağlığın korunmasından geliştirilmesine, sağlık hizmetlerine ulaşım kullanılması ve sağlık profesyonellerinin talimatlarına uyulması gibi süreçlerde önem kazanmaktadır (13, 72). Dünya çapında yaş farkı olmaksızın ölümlerin çoğuna sebep olan kronik hastalıklar SOY'u önemli kılan diğer bir noktadır. Sağlıklı yaşam tarzının benimsenmemesi kronik hastalıkların zeminini oluşturmaktadır. Kronik hastalıkların risk faktörlerinden korunmak ve kronik hastalığı yönetmek ancak SOY seviyesinin artması ile sağlanabilmektedir (73).

Günümüzde farklı örneklem gruplarında SOY seviyelerini belirlemek için yapılan çalışmaların sayısı artmaktadır. Sağlık okuryazarlığı çalışmalarının temel amacı insanların sağlığı iyileştirici programlara dahil edilmesi ve sonuç olarak da SOY'u geliştirmek olmalıdır (70, 74).

2.3.1. Sağlık Okuryazarlığı ve Hemşirelik

Bireylerin hem kendi hem de bakım verdiklerinin sağlıklarını korumak ve tedavi sürecinde aktif rol oynayabilmeleri ancak SOY seviyesinin artırılması ile mümkündür. Bu yüzden sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanabilmeleri için SOY seviyelerinin yeterli olması gerekmektedir. Sağlık okuryazarlığı kapsamında doğru bilgiye ulaşma, anlama ve davranışa dönüştürmede internet, sosyal medya, çevre ve hemşire gibi kaynaklar kullanılmaktadır (70).

Sağlık sisteminde önemli bir grubu oluşturan hemşireler nitelikli sağlık hizmetinin sunulması ve SOY seviyesinin yeterli düzeylere ulaşmasında önemli role sahiptir (12, 13). Sağlık insan kaynaklarının büyük çoğunluğunu oluşturan hemşirelerin, hasta bakımı ve etkili iletişim fırsatları ile doğrudan sağlık hizmeti sunumunda ve SOY üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı seviyesini artırmada hemşire hasta ilişkisi fırsatı doğru stratejiler ve planlamalar yapılarak değerlendirilmelidir. Hemşirelerin liderlik rollerine dayanarak araştırma temelli uygulamalar ile sağlıkla ilgili politika araştırma alanlarında önemli katkıda bulundukları bilinmektedir. Sağlık okuryazarlığının tanımları ve odak noktaları değişiklik gösterse de düşük SOY seviyesini artırmak için gerekli olan hemşirelik potansiyeline her zaman ihtiyaç olmuştur. Literatürde SOY ve hemşirelik mesleği birlikte ele alınmışken ülkemizde yapılan çalışmalarda SOY'a yönelik hemşirelik girişimleri konusunun atıl kaldığı görülmektedir. Hasta bakımının temel bileşenlerinden birisi olan SOY'a odaklanmış hemşirelik mesleği gelecekte hasta bakımının ve sağlık çıktılarının iyileştirilmesine katkıda bulunacaktır (70, 75).

Sağlık okuryazarlığı üzerinde bu denli öneme sahip hemşirelerin SOY seviyelerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin çocuk, ebeveyn ve bakıcılarının SOY düzeyinin yükseltilmesinde önemli sorumlulukları vardır. Çocuk ve ebeveyn arasında iyi bir iletişim kurması, sağlık ve hastalık ile ilgili sözlü ya da yazılı iletişim boyunca sade bir dil kullanımı çocuk ve ebeveynin SOY düzeyinin artmasına yardımcı olacaktır (14). Hemşireler bu doğrultuda sahip oldukları gücün farkında olup hasta ve ailelerine SOY seviyelerini artırmaya yönelik basit, anlaşılır eğitimler planlamalıdır (70, 76).

Hemşireler bireylerin SOY seviyelerini arttırmak için iletişim esnasında sade ve anlaşılabilir bir dil kullanmalıdır. Hastanın başvuru anından taburculuk sonrasını kapsayan süreç boyunca hemşireler bilgilendirme yaparken uzun ve kompleks bilgilerden kaçınmalıdır. Verilen yazılı materyallerin görsel ağırlıklı olmasına, randevu gününün not edilmesine ve hastanın yapması gerekenlerin kontrol edilip eksik ya da hatalı olan kısımların tekrar anlatılması hemşirelerin hastalardaki SOY seviyesini artırmaya yardımcı olmaktadır (77).

2.3.2. Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı

Toplum içindeki en küçük birim olan aile bir çocuğun yetişmesi ve topluma hazırlanmasına yardımcı olmaktadır. Topluma hazırlanırken çocuğun fiziksel bilişsel ve psikolojik olarak sağlıklı bir birey yetişmesinde ailenin etkisi büyüktür (78, 79). Yetişkin nüfusunun önemli

bir alt grubunu oluşturan ebeveynler hem kendi sağlık tutum ve davranışlarından hem de bakım verdikleri çocukların sağlık tutumlarından sorumludurlar. Ebeveynlere SOY'un kazandırılması ya da iyileştirilmesi çocuklara nitelikli bir sağlık bakımı sunulması ve sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırılması için önemlidir. Yetişkinler kendi sağlıklarını yönetebilecek ve yön verebilecek iradeye sahiptir. Ancak çocuklar sağlık sorunlarını önleme ve ele alma konusunda ebeveynlerine bağımlıdır. Ebeveynler çocuklarını yetiştirdikleri dönemde onlara birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Sundukları sağlık hizmetinin kaliteli olması için ebeveynlerin sağlık eğitimleri ve SOY düzeylerinin yeterli olması gerekmektedir (6, 49, 80, 81).

Sağlık okuryazarlığı yüksek olan ebeveynler sağlıklı çocuklar yetiştirirken aynı zamanda toplum sağlığının iyileştirilmesine de katkı sağlamaktadır. Çocukluk çağında kazandırılan sağlık bilinci çocuklarda SOY'a zemin oluşturarak gelecekteki sağlıklı yaşam davranışını kazanmış bir toplumun temelini atmaktadır (49). Çocukluk döneminde temeli atılan sağlık okuryazarlığı, ebeveynlerin sosyoekonomik düzeyleri, yaşam tarzları ve SOY düzeylerinden etkilenir. Sağlık hizmetlerini etkili bir şekilde kullanan, sağlıkla ilgili bilgi ve beceriye sahip aileler çocuklarının bilinçli bir birey olarak yetiştirilmesinde önemli bir role sahiptir. Örneğin ebeveyn sağlıklı beslenme ve fiziksel hareketlilik konusunda yeterince farkındalığa sahip değilse çocukta da sağlıklı beslenme ve fiziksel hareketlilik yönünden eksikliklerin olması beklendik bir durumdur (69, 82). Bir çalışmada düşük SOY'a sahip olan bakım vericilerin sağlıklı beslenme ve fiziksel hareketlilik konularında seçenek sunma ve teşvik etme yetileri yetersiz olabileceğine değinilmiştir. Bunun da çocukluk çağı obezitesine bir alt yapı oluşturabileceği sonucu elde edilmiştir (83, 84). Yoshii ve arkadaşlarının (2020) Japonya'da yaptığı başka bir çalışmada ise annelerin sağlıklı beslenme okuryazarlıkları ile sağlıklı besinleri tercih etmeleri arasında anlamlı ilişkili bulunmuştur (85). Sağlık okuryazarlığı seviyesinin etkili olduğu çocukların genel bakımı, ilaç dozlarının doğru şekilde ayarlanması, uygun koşullarda mama hazırlanması ve yemek porsiyonlarının doğru bir şekilde ayarlanmasına kadar birçok faktörden ebeveynler sorumludur (27, 86).

2.4. Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı ve Çocuk Sağlığı İlişkileri

Sağlık okuryazarlığı sistemsel ve bireysel olarak iki tür sonuç göstermektedir. Hastalıklarla mücadele için yeni program ve müdahalelerin oluşturulması sistemsel sonuç iken daha az sağlık tarama programlarına katılım, koruyucu hizmetlerden faydalanamama, hastalık

prognozunun daha kötü olması, hastaneye yatış süresinin uzaması ve tedavide etkin rol alınamaması bireysel sonuç olarak değerlendirilmektedir (64).

Kişinin sağlığını geliştirip koruyacak bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanmaya dair yeteneği ifade eden sağlık okuryazarlığı, ebeveynlerin sağlık sistemini seçmesine hem kendi hem de çocuklarının sağlık davranışı üzerinde özen göstermelerini etkilemektedir (77). Ebeveynlerin sahip olduğu SOY düzeyi, sağlık hizmetlerine yaklaşımları, sağlık uygulamalarının yürütülmesi, uygun sağlık davranışlarının sergilenmesi ve sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (87, 88). Sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan ebeveynler temel sağlık hizmeti sundukları çocukları için yeterli bilgi sahibi değildir ve sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını gidermede güçlük çekmektedir. Yetersiz SOY seviyesine sahip ebeveynlerin ilaç dozu hataları, acil servise daha sık başvurma ve hastanede yatışlarının yeterli SOY seviyesine sahip ebeveynlere göre daha sık olduğu belirtilmiştir (77). Akran (2021) tarafından yapılan bir çalışmada annelerin eğitim seviyesinin, gebeliğin planlı ve istendik olması gibi etmenlerin SOY seviyesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışma neticesinde yetersiz SOY'a sahip annelerin emzirme öz-yeterlilik seviyelerinin de azaldığı bulunmuştur. Annelerin SOY seviyeleri tespit edilerek etkili emzirmeyi teşvik etmek için prenatal ve postnatal dönemlerde eğitim planları, emzirme danışmanlığı ve destek gruplar oluşturulmasının önemi vurgulanmıştır. Bu girişimlerin uygun yer ve zamanda ebeveynlere sunulması koruyucu sağlık davranışlarının kazandırılması ve SOY seviyelerinin yükselmesinde etkilidir (69).

Yapılan literatür incelemeleri doğrultusunda ebeveynlerin SOY düzeyinin çocuk sağlığını etkilediği tespit edilmiştir. Ebeveynlerin SOY düzeyinin yeterli olmaması çocuk sağlık sonuçları da olumsuz yönde etkilemektedir. Yetersiz SOY seviyesine sahip ebeveynler hem sağlık bilgisi hem de sağlıklı davranış geliştirme yönünden yeterli SOY'a sahip ebeveynlere göre daha kötü durumdadırlar (7). Sanders (2009) çalışmasında benzer bir sonuçla bakım vericilerin düşük SOY seviyesinde olmasının çocuklardaki kötü sağlık sonuçları ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (8). Batool ve ark. (2022) çalışmalarında ebeveyn SOY'u ile çocuk sağlığı üzerindeki etkisini araştıran çalışmaların literatürde sınırlı sayıda olduğuna değinmiştir. Araştırma kapsamında çalışmaların en fazla Amerika'da ve Japonya'da yapıldığını belirtmişlerdir. Ayrıca ebeveyn SOY'u ile çocuk sağlık çıktıları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada genel olarak ebeveyn SOY'u ile çocuk sağlığı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya çıkarmıştır (89). Lee ve ark. (2020) çalışmalarında çocuk sağlığı sonuçları ile ebeveynlerin işlevsel SOY'u arasında anlamlı bir

korelasyon olduğu sonucuna varmışlardır. Çalışmada ayrıca Amerika doğumlu Latin, Latin göçmen ve Asyalı göçmen ebeveynlerin işlevsel SOY’u çocuk sağlık sonuçları ile anlamlı ilişki gösterdiğine değinilmiştir. Ayrıca çocuğun ve ebeveynin yaşı gibi faktörler de incelendiğinde çocuk sağlık çıktılarının daha iyi sonuçlar verdiği bulunmuştur (90).

Anneye ait olan bazı faktörlerin çocuk sağlığı üzerinde önemli yere sahip olduğuna değinilen bir çalışmada annenin ilk doğum yaşı, eğitim durumu, gelir durumu, annenin kötü sağlık durumunun olması ve doğum öncesi bakıma erişim durumlarının çocuk sağlık çıktısı üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Bu yüzden ebeveyn SOY ‘u özellikle çoklu sağlık problemleri olan çocukların sağlığı, güvenliği ve bakım kalitesi bakımından daha önemli ve hassas bir konu haline gelmektedir (91).

2.4.1. Ebeveynlerin Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kullanımındaki Okuryazarlıkların Çocuk Sağlığı ile İlişkisi

Bir hastalık oluşmadan önce tedbirlerin alınması, hastalık ve sağlığa ilişkin eğitim verme, bulaşıcı olan hastalıkla mücadele etme, hijyen, hasta ve yakınlarına hastalık sonrası rehabilitasyonu için danışmanlık verme, sağlıklı yaşam tarzının oluşturulması ile hastalıklardan korunma ve tedaviden ziyade korumaya odaklanan sağlık hizmetlerinin öncelikli olması koruyucu sağlık hizmeti olarak adlandırılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri tedavi edici hizmetleri tamamlar niteliktedir. Koruyucu sağlık hizmetleri sağlık için riskli durumları belirleme ve azaltma, topluma sağlık hizmeti sağlama gibi hizmetleri kapsamaktadır. Koruyucu hizmetlerin amacı sağlığı korumak ve geliştirmektir. Bu hedef doğrultusunda yapılan planlamaların uygulanması toplumun sağlığa ilişkin durumunu iyileştirerek sağlık gösterge sonuçlarının iyileşmesini desteklemektedir (92, 93).

Sağlık göstergeleri bir ülkenin hem sağlığa ilişkin mevcut durumunu hem de belirli zaman dilimleri arasında uygulanan değişimlerin değerlendirilip kıyaslanmasına yardımcı olmaktadır. Ancak ülkelerin ekonomik, sosyal ve kültürel uygulamalarına bağlı olarak sağlık göstergelerinde elde edilen sonuçlar değişiklik gösterebilmektedir (43). Soysal vd. (2022), bu farklılıkların sağlık problemlerinin çözülmesini zorlaştırdığını ve bir çıkmaza sürüklediğini ifade etmiştir. Bu duruma çözüm olarak sağlık hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetleri ile başlanması gerektiğini vurgulamıştır. Anne ve çocuk sağlığı hizmetine dair planlama yapılırken sadece tanı ve tedavi kısmına odaklanılmamalı aynı zamanda risk faktörleri oluşmadan anne ve çocuğa ulaşılması gerekmektedir (15).

İnsanların sağlık ve sağlık hizmetleri hakkında bilinçli karar verebilmesi için sağlık hizmeti sunan ile sağlık hizmeti alan kişiler arasında iletişimin etkili olması gerekmektedir. Aynı zamanda birey kendisi ya da bakım sunduğu kişi için doğru sağlık bilgilerini elde etme, bu bilgiyi anlama ve kullanmaya dair yeteneğe sahip olmalıdır. Bu da ancak SOY'un iyileştirilmesi ile mümkündür (70, 74).

Çocuk hakları sözleşmesinde yer alan çocuğun yüksek yararı kapsamında, ailenin bilgi, beceri ve sağlığa yönelik tutumlarının üst düzeyde olması beklenmektedir. Ono ve arkadaşları (2021) ebeveynlerin SOY düzeylerinin çocukların uyku alışkanlıkları üzerinde etkili olduğunu (94), Brandstetter ve arkadaşları (2020) ise çocukların sağlık sonuçları göstergeleri üzerinde ebeveyn SOY'unun etkili olduğunu ortaya koymuşlardır (95). Bir diğer çalışmada ise çocuklarının takip ve izlemlerini sağlık profesyoneli çağrısı olmadan kendiliğinden düzenli olarak yaptıran ebeveynlerin SOY seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (96). Laoraksawong ve arkadaşları ise (2020) yaptıkları çalışmada ebeveyn ve bakım vericiler için çocuklardaki enfeksiyon oluşumunu en aza indirmede SOY seviyesinin önemini vurgulamıştır (97). Alquah ve arkadaşları (2019) sağlık profesyonellerinin ilk müdahalede kullanılabilecek bilgileri ebeveynlere aktarırken onların anlayabileceği şekilde ifade edebilmek için ebeveynlerin SOY seviyelerinin belirlenmesinin önemli olduğuna değinmişlerdir (98).

Bireyin okur yazarlık düzeyi yüksek olmasına rağmen SOY seviyesi daha düşük olabilmektedir (64). Sağlık okuryazarlık seviyesi insanların sağlık hizmetlerini kullanımını etkilemektedir. Örneğin SOY'u yetersiz bireyler koruyucu sağlık hizmetlerinden bağışıklama, aşılama ve tarama testlerini diğerlerine oranla daha az kullanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı sınırlı olan bireyler acil servise daha sık başvurmakta, hastaneye yatış süreleri daha uzun olmakta ve hastalık prognozu kötüleşebilmektedir (63, 99).

İlaçların doğru dozda kullanılmasından, tahlil sonuçlarını anlamaya, tansiyon ve kan glikoz ölçümündeki rakamların anlaşılmasına kadar birçok alanda SOY seviyesinin yeterli olması gerekmektedir (72). Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan kişilerde karşılaşılan davranışlar koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanılmaması ya da az kullanılması, sağlık bakım arayışlarının gecikmesi, tıbbi durumunu anlamada zorlanma ve öz bakımlarının kötü olması, sağlık uzmanlarının verdiği talimatları anlamamasına bağlı olarak talimatları uygulayamama ve karar verme sürecine dahil olamama şeklindedir (73). Ölmez ve Barkan (2015) yetersiz sağlık okuryazarlığı sonucunda bireylerin ilaçların yan etkilerini anlamada zorlanmalarına

rağmen hastaların %45'inden fazlasının hastanelerde bulunan broşür gibi yazılı dokümanları rahat bir şekilde anladıklarını sonucuna ulaşmışlardır. Bu çalışmaya katılan bireyler sağlık profesyonellerinin verdikleri bilgiler ve tıbbi formları doldururken zorlanmaya ek olarak hastanede yer alan işaretleri de anlamakta zorlandıklarını ifade etmiştir. Örneğin bazı katılımcılar hekimin verdiği bilgileri anlayamadıkları için tedavi sürecine dahil olamadıklarını ve bundan dolayı sorun yaşadıklarını dile getirmiştir (100). Sağlık okuryazarlığının birinci basamak sağlık hizmetlerindeki önemini vurgulamak amacıyla Sağlık Hizmeti Araştırmaları ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research and Quality) Evrensel Sağlık Okuryazarlığı Tedbirlerini Uygulama Rehberi'nin (Guide to Implementing the Health Literacy Universal Precautions Toolkit) ikinci versiyonunu birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik hazırlamıştır. Kanıta dayalı bir şekilde hazırlanan bu rehberde SOY düzeyi yetersiz olan bireylerin farkına varma, bu bireylere özgü materyal hazırlama, bu kişilerle iletişime geçme gibi konularına yer verilmiştir (4). SOY seviyesinin yetersiz olması sadece fizyolojik sorunlara değil aynı zamanda psikolojik sorunlara da neden olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olanlar sağlıkla ilişkili gerekli becerilere sahip olmadıkları için utanç duygusuna sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Bu bireyler sağlıkla ilgili okumada ve anlamada yaşadıkları sorunları gizleyebilmektedirler (63). Sağlık okuryazarlık seviyesi yetersiz olan bireylerde benzer davranışlar görülmektedir. Bu davranışlar gerekli olmadığı halde sağlık çalışanlarından yardım isteme, hastaneye gelirken yanlarında okuma yazması olan birisinin eşlik etmesi, randevu almada sorun yaşamaları, ilaç kullanımına uyum sağlayamama, sağlık profesyonellerinin talimatlarını davranışa dönüştürememe ve diğer insanların davranışlarını izleyerek onları taklit etme şeklinde sıralanabilir. Bunların sağlık profesyonelleri tarafından fark edilip doğru bir değerlendirilme yapılması önemlidir. Tespit edilen bireylerin SOY'unu arttırmak için destek olunması hem ileride hem de mevcut aldıkları sağlık hizmetinden daha fazla faydalanmalarını sağlayacaktır (73).

Sağlık okuryazarlığı seviyesinin yeterli olması bireylere koruyucu hizmetlerin farkında olma ve kullanma, sağlık profesyonelleri ile iş birliği içinde olma, verilen talimat ve ilaçlara uyumlu olma, sağlığı ile ilgili karar verme sürecine dahil olma ve iyi sağlık çıktılarına sahip olma gibi katkılar sağlamaktadır. Yeterli SOY seviyesinin bireye sağladığı kazanımlara ek olarak sağlık kurumlarının daha sistemli kullanılması ve tedavi maliyetlerinin azalması gibi sağlık sistemini ve toplumu etkileyecek olumlu katkıları da bulunmaktadır (74).

Çocukluk döneminde bağışıklama ve aşı uygulamaları da ebeveynlerin SOY düzeyleri ile ilişkilidir. Düşük SOY seviyesine sahip ebeveynlerin aşı uygulamalarını daha fazla reddettiği yüksek SOY seviyesine sahip ebeveynlerin aşıların etkileri ve yan etkileri konusunda daha bilgili oldukları saptanmıştır (101). Ceylan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise ebeveynlerin e-sağlık okuryazarlık düzeyleri ile aşı uygulamalarına olan güvenleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma sonunda ebeveynlerin e-sağlık okuryazarlık seviyeleri arttıkça aşı uygulamalarına karşı olan güvenin azaldığı bulunmuştur. Ceylan ve diğerleri (2022) bu durumu ebeveynlerin internetten ve sosyal medyadan güvenilir bilgiye ulaşamamaları ile ilişkilendirerek sağlık kurumlarının web sayfalarında bağışıklama ve aşılama üzerinde yoğunlaşmalarını önermiştir (102). Ertuğrul ve Albayrak (2021) çalışmalarında ebeveynlerin SOY düzeyleri ile zorunlu aşı programı hakkındaki düşünceleri incelendiğinde yetersiz SOY seviyesine sahip olanlarda aşılamamanın zorunlu olmaması gerektiğine dair yanlış bir algı bulunmaktadır (101). Aşılanmanın öneminin kavranması ve bir halk sağlığı sorunu oluşturmaması için ebeveynlerin SOY seviyelerinin artırılması önem arz etmektedir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları ve halk sağlığı hemşireleri, ebeveynleri çocuklarının bağışıklama ve aşılama konusunda yönlendirmek için etkin bir rol oynamaktadır. Hemşireler bu bağlamda ebeveynlere hastalık ve aşıların yan etkileri ile ilgili riskler konusunda kapsamlı bir bilgi vermektedir. Ayrıca ebeveynlerin aşı konusunda endişelerini tespit ederek aşılama önündeki engelleri ortadan kaldırmaktadır. Böylece ebeveynlerin aşılama konusunda kaygılarını gidererek salgınların önlenmesinde aktif rol almaktadır (101).

Ulusoy vd. (2021), sağlam çocuk takibinde ebeveynlerin farkındalığını artırmak ve SOY ile ilişkisini araştırmak için yaptıkları çalışmada ebeveynlerin sağlık sorunu yaşadıklarında ilk olarak Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) başvurduklarını bulmuşlardır. Özel, kamu veya eğitim araştırma hastanelerinde tıbbi bakım arayan ebeveynlerin ASM'ye başvuranlara göre SOY düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmışlardır. Bu durumun farklı basamaklardaki sağlık profesyonelleri ile iletişim kurmanın SOY üzerinde olumlu etkiye sahip olmasından kaynaklanabileceğini ön görmüşlerdir. Çalışmada ebeveynlerin en fazla aşı takibine önem verdikleri bulunmuştur. Aşı izlemine kilo-boy takibi, iştme testi, topuk kanı testi ve kalça çıkıklığı taramaları takip etmektedir. Obezite takibi, tansiyon ölçümü, pasif sigara içiciliğini önleme ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu diğer izlemlere göre daha az tercih edilen takip parametreleridir (96). Günümüzde bireylerin SOY kavramını güçlendirmek için sadece bireyin çabasının değil sağlık kurumu ve profesyonelleri

tarafından destekleyici bir ortam vasıtasıyla güçlendirilmesine yönelim olmuştur. Bu yönelim doğrultusunda ASM’lerde yürütülen takip ve izlemlerin eğitim içerikleri ve sürelerinin yeniden değerlendirilmesi, hemşirelerin iş planlaması yapılırken eğitime yeterli vakit ayırabilecekleri planlamaların yapılması ve hemşirelerin iş yüklerinin yeniden ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (27, 103, 104).

2.4.2. Ebeveynlerin Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri Kullanımındaki Okuryazarlıkların Çocuk Sağlığı ile İlişkisi

Ebeveynler için temel ihtiyaç olan yeterli düzeydeki SOY temel bebek bakımı için gereklidir. Sağlıklı bebeklerin bakımının evde de iyi bir şekilde sürdürülmesi için özellikle ilk kez çocuk sahibi olan annelerin SOY seviyelerinin yüksek olması gerekliliği çalışmalarda vurgulanmıştır. Tıbbi ihtiyacı olan bebekler bakımlarının sağlanması için ebeveynlerine bağımlıdır. Taburculuk sonrasında da ebeveynler için kompleks olan sağlık bakım uygulamaları devam etmektedir. Bu nedenle hemşirelerin hastane ortamında ebeveynlerin SOY düzeylerini belirlemeleri, uygun bir iletişim tercih etmeleri, taburculuk öncesinde öngörülen bakımla ilgili aileye eğitim vermeleri ve doğum sonrası ev ziyaretleri yapılarak ebeveynlerin SOY düzeylerinin artırılması bebeklerin bakımında önem kazanmaktadır (26, 27, 105).

Ebeveyn SOY’unun yetersiz olması çocukların kronik bir hastalık deneyimi üzerinde oldukça etkilidir. Çocukların kronik bir hastalıkla uyumu tek başına yeterince sorun oluştururken ebeveynlerinin de bu konuda yeterli bilgiye sahip olmaması kronik hastalığa uyumu daha da zor hale getirmektedir. Bu çocuklar kronik hastalıkların kısa ve uzun vadede komplikasyonları ile sık sık karşılaşmaktadır. İnsüline bağımlı diyabet hastaları ve astımlı çocukların ebeveynlerinin SOY seviyesinin düşük olması çocukların kronik hastalıklarıyla daha az uyum sağlamaları ile ilişkilendirilmiştir (77). Çocuk sağlığı eşitsizliğinin temel nedenlerinden biri ebeveyn SOY’unun yetersiz seviyede olmasıdır. Yetersiz SOY’a sahip olan ebeveynlerde çocukların sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması, sık ve gereksiz acil servis başvurularının olması, yaralanma ve ev kazalarına dair önlem almada yetersizlik, ilaç uygulamalarında doz hesaplama ve yan etkileri takip etmede etkisiz kalma, çocukların sağlıklı beslenme alışkanlıklarını önleyememe gibi tutum ve davranışlar gözlenmiştir (6, 8, 81).

Ebeveynlerin düşük SOY düzeyine sahip olmaları aynı zamanda hastalık prognozunun yanlış anlaşılmasına neden olarak ebeveynlerde anksiyete oluşmasına neden olabilmektedir.

Kronik hastalığa sahip çocukların ebeveynlerinin kaygı düzeylerinin artması tedaviye uyumu zorlaştırmakta ve emosyonel bir güçlük oluşturmaktadır. Bir çalışmada ebeveynlerin lisans ve üstü eğitim seviyesine sahip olmalarının SOY düzeyleri üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğuna ve kronik bir hastalık deneyimi olan ebeveynlerin SOY düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğuna değinilmiştir (106). Penny (2017) ebeveynlerin SOY'unu iyileştirmenin onların stresle başa çıkabilmelerini, komplikasyon ya da travma sonrası oluşabilecek semptomlarla mücadele edebilmelerini aynı zamanda çocuklarda da kronik hastalığa karşı davranışsal uyumu kolaylaştırdığını belirlemiştir (107).

Ebeveynlerin SOY seviyesini arttırmanın onların çocuk bakım becerilerini arttıracak ve sağlık profesyonelleri ile iletişimlerinin daha kolay olacağı öne sürülmüştür (108). Hemşireler, ebeveynlere eğitim planlaması yaparken onların SOY seviyelerine dikkat etmeli ve uygun bir dil kullanmalıdır. Eğitim esnasında ebeveynlerin güçlü yanları desteklenmeli, gerçekçi hedefler belirlenerek ebeveynlerin de uygulamalara dahil olabileceği eğitim planları hazırlanmalıdır. Ebeveynlerin sağlıkla ilgili kararlara dahil edilip doğru kararlar verebilmeleri için de SOY seviyelerinin yeterli olması gerekir (109, 110). Çocuklarda bazı sağlık davranışlarının geliştirilebilmesi için erken çocukluk döneminden itibaren ebeveynlerine çocuğun SO'unun nasıl geliştirilebileceğinin de öğretilmesi gerekmektedir. Ebeveynler çocukların gelişim dönemlerine uygun olarak hangi sağlık davranışına sahip olacağının bilincinde olmalıdır. Bu anlamda ebeveynleri destekleyecek meslek gruplarından birisi hemşireliktir. Hemşireler ebeveynlere eğitim verirken hangi gelişim döneminde hangi sağlık davranışlarının oluşması gerektiğini açık ve anlaşılır bir dille ifade etmelidir. Örneğin 4 yaşlarındaki bir çocuk ebeveyni ya da sağlık profesyoneli ile bedensel aktivite ve diş fırçalama gibi sağlık davranışları konusunda iletişim kurabilmelidir. 10 yaşlarında bir çocuğun ise sağlık sorunlarından korunmak için önlem alabiliyor olması ya da besin etiketlerini okuyarak o besinin sağlıklı mı yoksa sağlıklı mı olduğuna karar verebiliyor olması beklenmektedir (111). Nitekim Brezilya'da yapılan bir araştırmada ebeveynleri düşük sağlık okuryazarlığına sahip çocukların diş çürüğü prevalansının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ebeveynlerin ağız sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesi hem kendilerinin hem de çocuklarının doğru diş fırçalama davranışı geliştirerek diş çürüğünün önlenilebileceği ifade edilmiştir (112). Firmino vd. (2018), ebeveynlerin ağız sağlığı okuryazarlık düzeyleri ile çocukların ağız sağlık sonuçları arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Yapılan sistematik derleme sonucunda yetersiz ağız sağlık okuryazarlığına sahip ebeveynler ile diş çürüğü prevalansı arasında anlamlı bir ilişki saptamıştır. Diş hekimi ziyaretleri, dolgulu dişe sahip

olma gibi durumlar da ebeveynlerin ağız sağık okuryazarlıkları ile ilişkilendirilmiştir (113). Çocukların olumlu sağık tutumlarının erken çocukluk döneminde kazandırılması ebeveynlerinin SOY düzeylerinin iyileştirilmesiyle mümkündür. Çocukluk döneminde kazandığı sağık tutum ve davranışlarını yetişkinlik döneminde de sürdüreceğinden çocuklarda SO'unun iyileştirilmesi için sağık profesyonelleri tarafından ebeveynlere eğitim verilmelidir. Bu aşamada özellikle çocuk sağığı ve hastalıkları hemşireleri önemli bir görev üstlenerek çocuklarda olumlu sağık tutumunun oluşması için ebeveyni ve çocuğı destekleyip teşvik edici olmalıdır. Ayrıca çocukların sağığına ilişkin davranışların edinilmesine yönelik eğitimlerde ebeveyn katılımının olumlu etkisi bulunmaktadır. Bu yüzden verilen eğitime ebeveynlerin de dahil edilmesi çocukların sağık davranışını kazanmasını destekleyerek eğitimin verimliliğini artırmaktadır (88).

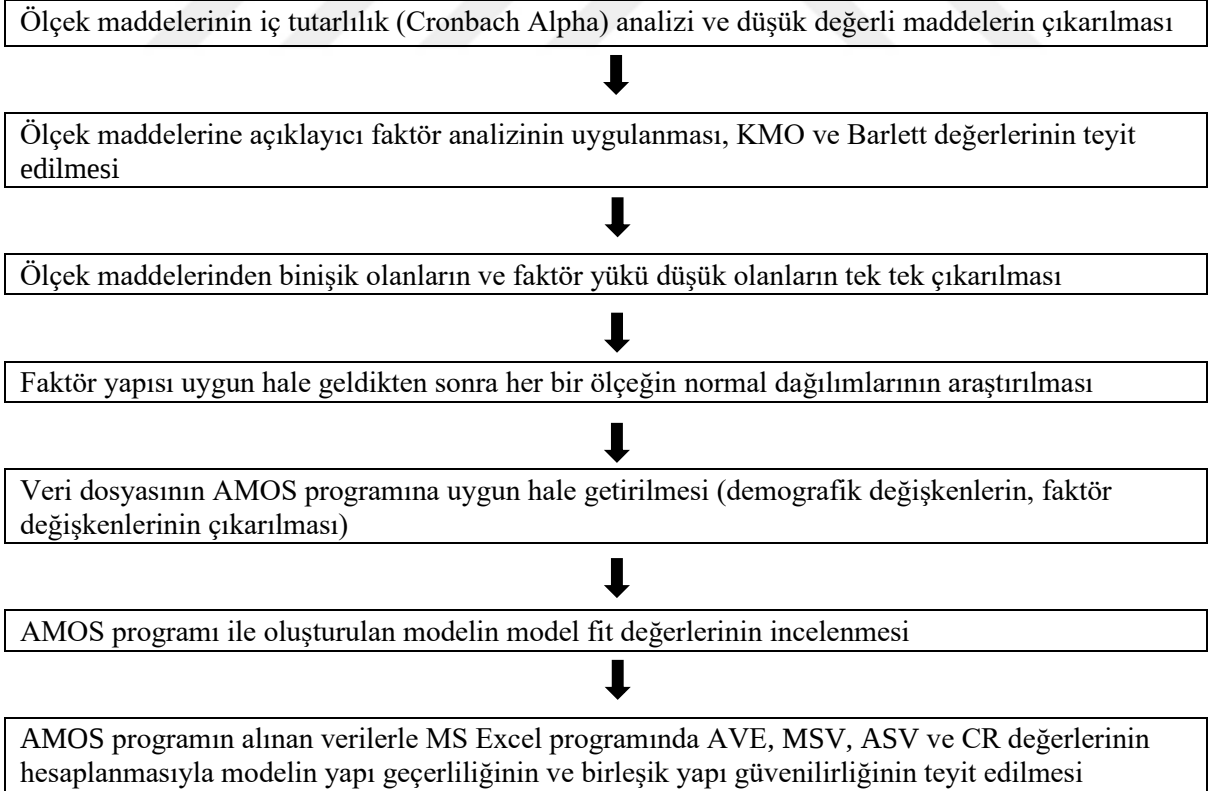


3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın şekli, yapıldığı yer, evren ve örneklem, veri toplama araçları, araştırmanın uygulaması, verilerin değerlendirilmesi, araştırmanın etik boyutu, araştırmanın güçlü yönleri ve sınırlılıklarına değinilmiştir.

3.1. Araştırmanın Şekli

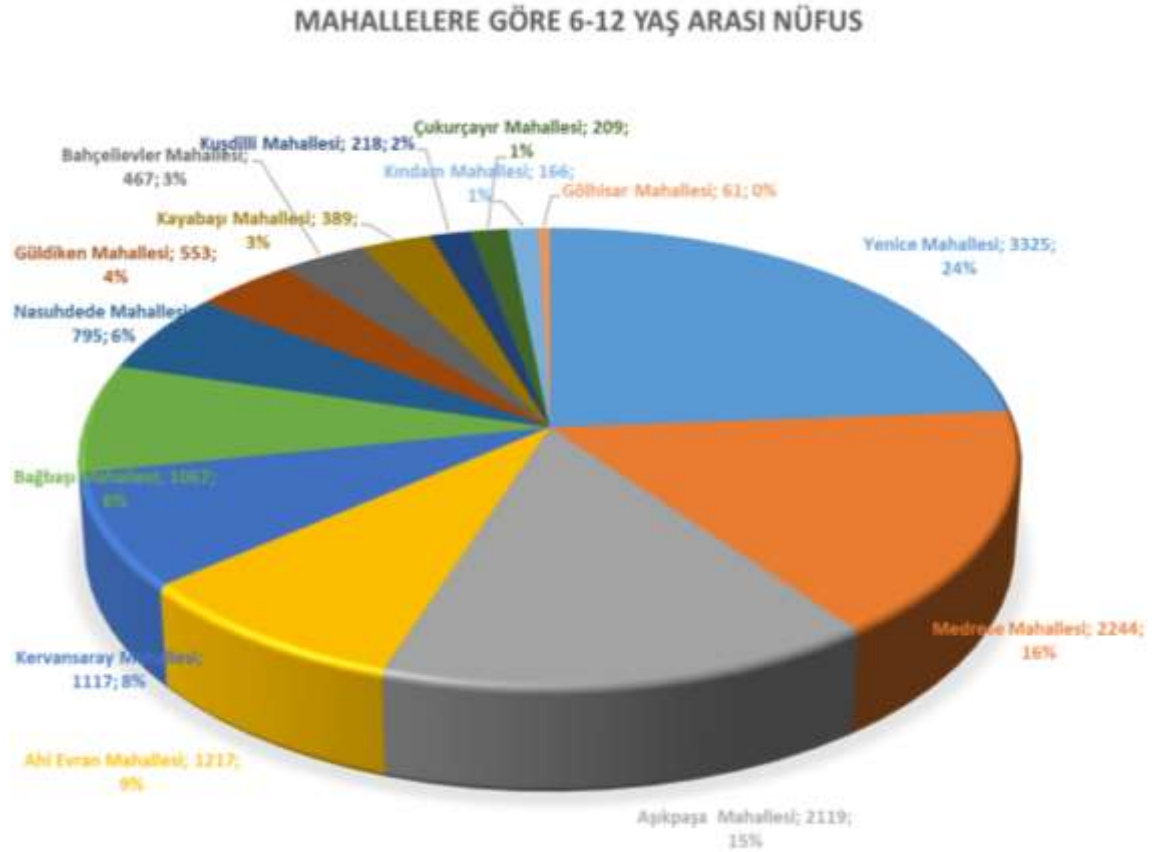
Araştırma, ebeveyn sağlık okuryazarlığı düzeyinin, çocuk sağlığı ile ilişkisini belirlemeye yönelik tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Türkiye Sağlık Okur Yazarlığı (TSOY) ölçeği boyutlarına göre ebeveynlerin SOY puanları, Kırşehir merkezinde yer alan mahallelerin SOY puanları ve çocuk sağlığı çıktıları ortalamaları, ebeveyn SOY boyutları ile çocuk sağlığı arasındaki ilişkiler, çocuk sağlığına ilişkin ebeveyn sağlık okuryazarlığı boyutlarına göre farklılaştığı alanlar araştırılan konular arasındadır. Araştırmanın akış şeması Şekil 3.1’de verilmiştir.



Şekil 3.1: Araştırmanın Akış Şeması

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Kırşehir il merkezinde yaşayan 6-12 yaş arası çocuğa sahip ebeveynler ile mahallelerde yürütülmüştür. Medrese, Ahi Evran, Yenice ve Aşıkpaşa mahalleleri Kırşehir'in en eski yerleşim yerlerindendir. Bu mahallelerde genelde Kırşehir'in eski, yerleşik halkı ikamet etmektedir. Şehir yapısının büyümesiyle okul, hastane, adliye, banka gibi çalışma alanların artması, bu alanlara yakın çevrede ikamet etme seçeneklerini ön plana çıkarmış ve şehrin yerleşim mimarisinde farklılıklar oluşmuştur. Şehrin en kalabalık mahallesi Yenice ve en az nüfusa sahip mahallesi ise Gölhisar mahallesidir. Gölhisar ve Kındam mahalleleri şehrin gürültüsü, trafiği, yoğun temposu ve betonarme yapısından uzaklaşmayı tercih edenlerin yerleşim alanı olup, daha yeşil ve doğal güzelliklerin yer aldığı mahallelerdendir. Şekil 3.2'de mahallelere göre 6-12 yaş çocuk nüfus dağılımına yer verilmiştir.



Şekil 3.2: Mahallelere Göre 6-12 Yaş Çocuk Nüfus Dağılımı

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni 6-12 yaş arası en az bir çocuğa sahip ebeveynler, örneklem ise evrenin özelliğini taşıyan Kırşehir il merkezinde ikamet etmekte olan ebeveynlerden oluşmaktadır. Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden mahallerde ikamet eden 6-12 yaş arası çocuk verileri alındıktan sonra tabakalı örnekleme hesaplamasına geçilmiştir. Yazıcıoğlu ve Erdoğan'a (2004) göre 13947 evrende minimum örneklem sayısı %95'lik güven aralığında ($\alpha = 0.03$) 976'dır (114). Ayrıca G Power 3.1.9.7. programında orta etki derecesinde %95'lik güçle minimum olması gereken örneklem sayısı 984 olarak hesaplanmıştır. Priori ve Posthoc G Power raporu ekte sunulmuştur (EK 10). Örneklem sayısı Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan verilere göre her bir mahallenin çocuk nüfusuna oranlanarak tabakalı örnekleme uyarlanmıştır. Sahada veri toplama aşamasında veri kaybı olabileceğinden dolayı hesaplanan örneklem sayısının üzerinde veri toplanmıştır ($n=1055$). Araştırmanın dahil etme kriterleri ebeveynin okuryazar olması ve 6-12 yaş arası en az bir çocuğa sahip olmasıdır. Dışlama kriterlerimiz de ise okuryazar olmayan ebeveynler ve kurumda bakımı sürdürülen 6-12 yaş arasında olan çocuklar bulunmaktadır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı üç ayrı bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde ebeveynlerin ve çocukların sosyodemografik özelliklerine yönelik sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde 2016 yılında Okyay tarafından geliştirilen toplamda 32 sorudan oluşan "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği"ne (TSOY-32)" yer verilmiştir. Üçüncü bölüm ise çocuk sağlık çıktılarına yönelik sorulardan oluşmaktadır.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu bölümde ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerini yansıtan yaş, cinsiyet, yaşadığı mahalle, eğitim ve gelir durumu, mesleği, kronik hastalık varlığı, sağlık kuruluşuna başvuru sayısı ve aile üye sayısı gibi 10 soru bulunmaktadır (EK 1). Ayrıca çocukların demografik özelliklerini yansıtan sorular da bulunmaktadır. Çocuğun yaşı, boyu, kilosu, cinsiyeti, kronik hastalık varlığı ve ailede kaçınıcı çocuk olduğuna dair bilgileri içeren toplam 5 sorudan oluşmaktadır (EK 2).

3.4.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (HLS-EU CONSORTIUM, 2012) temel alınarak Okyay ve Abacıgil tarafından 2016 yılında geliştirilmiştir. Ölçek bireylerde SOY’u değerlendirmek için 32 sorudan oluşturulmuştur (115) (EK 3). 2X4’lük bir matrise dayandırılarak oluşturulan bu matrisin iki boyutu (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 toplamda sekiz bileşenden oluşmaktadır. Ölçeğin genel iç tutarlılığını ifade eden Cronbach Alfa değeri 0.927’dir. Birinci boyutu ifade eden Tedavi ve Hizmet Alt Boyutunun Cronbach Alfa katsayısı 0,880 iken ikinci boyut olan ‘Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutunun’ Cronbach Alfa katsayısı 0,863’tür.

Ölçek 1. Çok Kolay, 2. Kolay, 3. Ne kolay ne zor, 4. Zor, 5. Çok zor şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 0 puan en düşük sağlık okuryazarlığı ,50 puan ise en yüksek sağlık okuryazarlığını ifade etmektedir. Puan hesaplamasını yapabilmek için kullanılan aşağıda verilen formül kullanılmıştır.

$$\text{İndeks} = (\text{ortalama}-1) \times (50/4)$$

Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride ele alınmıştır. Bunlar;

(0-25) puan : Yetersiz sağlık okuryazarlığı

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

(>33-42) puan : Yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) puan : Mükemmel sağlık okuryazarlığı

3.4.3. Çocuk Sağlık Çıktıları

Veri toplama formunun son bölümünü oluşturan bu kısımda çocukların sağlık çıktılarını anlaşılmasına yardımcı olacak sorular yer almaktadır. Bu sorular literatür taraması ve araştırmacıların mesleki deneyimleri doğrultusunda oluşturulmuştur (5). Beşli likert tipinde olan bu yapıda enfeksiyona, bağışıklığa ve sağlığı geliştirmeye yönelik toplam 11 soru bulunmaktadır. 1 numara çok kötü sağlık çıktılarını, 5 numara çok iyi sağlık çıktılarını ifade edecek şekilde derecelendirilmiştir (EK 4).

3.5. Ön Uygulama

Ön uygulamada dahil edilme kriterlerine uyan toplam 20 ebeveyne ulaşılmıştır. Bu ebeveynler Google anket formunu doldurarak çalışmaya dahil olmuşlardır. Ön uygulamaya alınan bu ebeveynler çalışmanın örneklem grubuna dahil edilmemiştir. Ön uygulama sonunda veri toplama formunda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

3.6. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmanın birincil verileri Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğünden alınan bilgiler doğrultusunda 10.11.2022 ile 31.12.2022 tarihleri arasında mahallelerde ev ziyaretleri yapılarak yüz yüze toplanmıştır. Ayrıca Kırşehir İl Milli Eğitim Müdürlüğünden alınan izin doğrultusunda Kırşehir il merkezinde yer alan devlet okulları da ziyaret edilmiştir (EK 7). Veri toplama formları öğrencilere dağıtılarak öğrencilerden formları ebeveynlerine iletmeleri istenmiştir. Veri toplama formları içerisinde bilgilendirilmiş gönüllü onam formu iletilerek ebeveynlerin onamı alınmıştır. Öğrencilerin formu iletmemeleri ya da açıklama yapma konusunda yetersiz kalma ihtimallerine karşı öğretmenlerden destek alınmıştır. Öğretmenler çalışmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığını hatırlatarak katılım gösteren ebeveynlerin formları uygun şekilde doldurup teslim etmeleri konusunda hatırlatma yapmıştır. Ebeveynlerden herhangi bir soru gelmesi halinde araştırmacılar öğretmenler ile aktif bir iletişim sağlamıştır. Doldurulan anketler birkaç gün sonra okuldan teslim alınmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada ebeveynlere TSOY-32 ölçeği uygulanarak, onların okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve çocuk sağlık çıktıları ile ilişkilerinin araştırılması amacıyla AMOS, SPSS 25 ve MS Excel programlarında tanımlayıcı istatistikler, doğrulayıcı faktör analizi (DFA) korelasyon analizleri ve ANOVA analizleri yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Literatür incelendiğinde sağlık okuryazarlığı seviyenin yüksek olmasının hastane başvurularının, hastaneye yatış sürelerinin ve maaliyetin azalmasını sağladığı görülmektedir. Çalışmanın ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin belirlenmesiyle sağlık yönetiminin iyileştirilmesine öncülük edebilecek olması araştırmayı güçlü kılmaktadır.

Çalışmanın büyük bir örneklem grubu ile yürütülmesi de ayrıca araştırmamızın güçlü yönleri arasındadır. Çalışmanın toplum sağlığı ölçütleri arasında yer alan çocuk sağlığına yönelik verilerin tespit edilmesi ve iyileştirme çalışmalarının yapılmasına altyapı oluşturmaya ve sağlıklı nesillerin yetiştirilmesine katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Araştırma, Kırşehir il merkezinde yaşayan 6-12 yaş arasında çocuğa sahip olan ebeveynler ile yürütülmüştür. Çalışmanın belirli zaman aralığında yürütülmesi ve sadece Kırşehir merkezde yapılması çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanımı için Prof. Dr. Pınar Okyay ile iletişime geçilerek 08.04.2022 tarihinde ölçek kullanım izni alınmıştır (EK 5). Araştırmanın yürütülebilmesi için Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan izin (Tarih: 07/06/2022, Karar no: 2022/04/24) alınmıştır (EK 6). Veri toplama aşamasında okullardan veri toplamak için Kırşehir İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin alınmıştır (EK 7). Ayrıca çalışmaya katılım sağlayan bireylerin tamamen özgür iradesi ile çalışmaya katıldığını gösteren bilgilendirilmiş onam formu katılımcılara sunulmuştur (EK 8 ve EK 9).

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları başlığı altında, sosyodemografik özelliklerin frekans dağılımlarına, veri dosyasının güvenilirlik bulgularına, normal dağılım değerlerine, çalışmada kullanılan ölçeklerin açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizlerine, ebeveyn SOY boyutlarının ölçek sahibinin talimatlarına göre puanlandırılmasına, ebeveyn SOY boyutları ile çocuk sağlığı çıktıları arasındaki korelasyona ve çocuk sağlık çıktılarının ebeveyn SOY boyutlarına göre farklılaştığı alanlara yönelik analizlere yer verilmiştir.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Katılımcıların %64,5'i kadın, %48,4'ü 36-45 yaş arasındadır. %48,8'i orta eğitim seviyesinde, %87,2'sinin kronik bir hastalığı bulunmamaktadır. Ebeveynlerin %50'si ev hanımı, %31,7'si 8000 TL ve üstü gelire aylık gelire sahiptir. Katılımcıların %48,9'unun aile üyesi 5 ve üzerindedir. Ebeveynleri %41,2'si yılda 3-5 defa sağlık kuruluşuna başvurdıklarını belirtmiştir. Ebeveynlerin %44'ü 2 çocuk sahibidir. Katılımcıların %22'si Yenice mahallesinde ikamet etmektedir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Katılımcıların Sosyodemografik Bulguları

Yaş	Sayı	Yüzde	Ebeveyn eğitim durumu	Sayı	Yüzde
18-25 yaş arası	13	1,2	İlköğretim	221	20,9
26-35 yaş arası	432	40,9	Ortaöğretim	515	48,8
36-45 yaş arası	511	48,4	Lisans	283	26,8
46 ve üstü	99	9,4	Lisansüstü	36	3,4
Ebeveyn Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Ebeveynin kronik hastalık varlığı	Sayı	Yüzde
Erkek	374	35,5	Var	135	12,8
Kadın	681	64,5	Yok	920	87,2
Ebeveyn mesleği	Sayı	Yüzde	Ebeveyn gelir durumu	Sayı	Yüzde
Emekli	19	1,8	3000-5000	277	26,3
Ev Hanımı	528	50,0	5001-7000	274	26,0
Kamu Çalışanı	163	15,5	7001-8000	170	16,0

Tablo 4.1: Katılımcıların Sosyodemografik Bulguları (Devamı)

İşçi	176	16,7	8001 ve üstü	334	31,7
Serbest Meslek	80	7,6			
Diğer	89	8,4			
Aile üye sayısı	Sayı	Yüzde	Bir yıl içinde sağlık kuruluşuna gitme sayısı	Sayı	Yüzde
2 kişi	7	,7	1-2	307	29,1
3 kişi	92	8,7	3-5	435	41,2
4 kişi	440	41,7	6-10	190	18,0
5 ve üstü kişi	516	48,9	11 ve üstü	123	11,7
İkamet edilen Mahalle	Sayı	Yüzde	Sahip olunan çocuk sayısı	Sayı	Yüzde
Ahi Evran	47	4,5	1 çocuk	82	7,8
Aşıkpasha	42	4,0	2 çocuk	464	44,0
Bağbaşı	120	11,4	3 çocuk	359	34,0
Bahçelievler	60	5,7	4 çocuk	98	9,3
Çukurçayır	26	2,5	5 çocuk	25	2,4
Gölhisar	42	4,0	6 çocuk	16	1,5
Güldiken	51	4,8	7 çocuk	11	1,0
Kayabaşı	54	5,1			
Kervansaray	117	11,1			
Kındam	34	3,2			
Kuşdili	32	3,0			
Medrese	110	10,4			
Nasuhdede	88	8,3			
Yenice	232	22,0			

4.1.1. TSOY Ölçeğine Yönelik Tanımlayıcı Bulgular

TSOY ölçeğinin boyutlarından, üçüncü boyut en düşük ($x: 3,82 \pm 0,87$), birinci boyut en yüksek ($x: 4,09 \pm 0,78$) ortalamaya sahiptir (Tablo 4.2). Üçüncü boyut, tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirmeye, birinci boyut ise tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmaya ilişkin maddeleri içermektedir.

Tablo 4.2: TSOY Ölçeğine Yönelik Tanımlayıcı Bulgular

	1. Boyut	2. Boyut	3. Boyut	4. Boyut	5. Boyut	6. Boyut	7. Boyut	8. Boyut
Ortalama	4,09	3,95	3,82	4,04	3,94	4,01	3,88	3,93
Standart Sapma	0,78	0,81	0,87	0,92	0,91	0,85	0,94	0,86

4.1.2 Çocuk Sağlık Çıktılarına Yönelik Tanımlayıcı Bulgular

Çocuk sağlık çıktıları maddeleri incelendiğinde en iyi çocuk sağlık çıktısının, geriye dönük bir yıllık idrar yolu enfeksiyonu görülme sıklığı ($x: 3,95 \pm 1,16$) olduğu görülmektedir. İkinci derecede en iyi sağlık çıktısı geriye dönük bir yıllık hastanede yatarak tedavi görme sıklığı ($x: 3,83 \pm 1,22$) ve üçüncü derece en iyi sağlık çıktısı anne sütü devam süresidir ($x: 3,8 \pm 1,23$). En kötü sağlık çıktısı düzenli sağlık kontrolü sıklığıdır ($x: 3,15 \pm 1,18$). Standart sapmasının da düşük olması bu alanda toplumun genelinin benzer durumda olduğunu göstermektedir. İkinci derecede en kötü sağlık çıktısı düzenli fiziksel aktivite sıklığıdır ($x: 3,51 \pm 1,35$). Standart sapmasının yüksek olması bu çıktının sosyoekonomik koşula göre değişebileceğini göstermektedir. Üçüncü derecede en kötü sağlık çıktısı, sağlık sorunu nedeniyle okul devamsızlığıdır ($x: 3,61 \pm 1,38$). Standart sapmasının yüksek olması bu çıktının da sosyoekonomik koşula göre değişebileceğini göstermektedir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Çocuk Sağlık Çıktılarına Yönelik Tanımlayıcı Bulgular

	D1 Anne sütü devam süresi	D2 Aşılanma düzeyi	D3 Diş fırçalamaya alışkanlığı/Ebeveyn tarafından verilen ağız bakımı	D4 Düzenli fiziksel aktivite sıklığı/Ebeveyn tarafından yaptırılan egzersizin sıklığı	D5 Düzenli sağlık kontrolü sıklığı	D6 Geriye dönük bir yıllık solunum yolu enfeksiyonu görülme sıklığı	D7 Geriye dönük bir yıllık idrar yolu enfeksiyonu görülme sıklığı	D8 Geriye dönük bir yıllık ishal ve/veya kusma görülme sıklığı	D9 Geriye dönük bir yıllık ateşli hastalık görülme sıklığı	D10 Geriye dönük bir yıllık hastanede yatarak tedavi görme sıklığı	D11 Sağlık sorunu nedeniyle okul devamsızlığı
Ortalama	3,80	3,74	3,62	3,51	3,15	3,79	3,95	3,78	3,74	3,83	3,61
S. sapma	1,23	1,18	1,19	1,35	1,18	1,25	1,16	1,12	1,25	1,22	1,38

4.2. Güvenilirlik Bulguları

Araştırmada ebeveyn sağlık okuryazarlığını belirlemek için TSOY ölçeği ve çocuk sağlığı düzeyini tespit etmek için hazırlanan çocuk sağlık çıktıları maddeleri kullanılmıştır.

Ölçeklerin iç tutarlılık analizleri Cronbach Alpha katsayıları ile hesaplanmış olup TSOY ölçeği için 0,93; çocuk sağlık çıktıları için 0,85 olarak bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Ölçeklerin Güvenilirlik Bulguları

Ölçekler ve Faktörleri	İç Tutarlılık Katsayıları	Madde Sayısı
<i>TSOY Ölçeği Genel</i>	0,931	25
Hastalıklardan Korunma Boyutu	0,902	13
Tedavi ve Hizmet Boyutu	0,850	12
<i>Çocuk Sağlık Çıktıları</i>	0,854	11
Enfeksiyon Faktörü	0,871	5
Bağışıklık Faktörü	0,925	3
Sağlığı Geliştirme Faktörü	0,852	3

4.3. Veri Dosyasının Normal Dağılım Değerleri

Doğrulamalı faktör analizinin yapılabilmesi için veri dosyasının normallik varsayımını sağlaması gereklidir. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1,5 ile +1,5 arasında olması veri dosyasının normal dağılıma sahip olduğunu göstergesidir (116). Tablo 4.5'e göre veri dosyasının normal dağılım gösterdiği söylenebilir.

Tablo 4.5: Ebeveyn SOY Ölçeği ve Çocuk Sağlık Çıktılarının Normal Dağılım Değerleri

Ebeveyn SOY	Çarpıklık	Basıklık	Çocuk SÇ	Çarpıklık	Basıklık
1. Boyut	-1,045	,937	1. Faktör	-,736	-,191
2. Boyut	-,889	,710	2. Faktör	-1,112	,409
3. Boyut	-,625	-,142	3. Faktör	-,410	-,679
4. Boyut	-1,003	,410			
5. Boyut	-,997	,771			
6. Boyut	-,983	,805			
7. Boyut	-,818	,146			
8. Boyut	-,902	,150			

Dipnot: *SÇ: Sağlık Çıktısı

4.4. Ölçeklerin Açıklayıcı Faktör Analizleri

TSOY Ölçeği ve Çocuk Sağlık Çıktılarına açıklayıcı faktör analizleri (AFA) uygulanmış olup, ölçeklere ait faktörlerin özdeğerleri, açıkladıkları varyans, KMO ve Barlett değerlerine Tablo 4.6'da yer verilmiştir. TSOY Ölçeğine yapılan AFA sonucunda öz değeri 1'den büyük 4 faktör elde edilmiş olup, toplam varyansın %65,20'sini açıklamaktadır. Çocuk Sağlık

Çıktılarına yapılan AFA sonucunda öz değeri 1’den büyük 3 faktör elde edilmiş olup, toplam varyansın %75,75’ini açıklamaktadır. KMO ve Barlett değerleri de referans aralıkta olup veri dosyasının faktör yapısına uygunluğunu açıklamaktadır.

Tablo 4.6: Ölçeklerin Açıklayıcı Faktör Analizleri

TSOY Ölçeği KMO: 0,936 Barlett: $\chi^2=16142,790$ ve $p=0,000$	Faktör Numarası	Öz değeri	Açıkladığı varyans (%)
	1	9,52	38,11
	2	3,03	12,15
	3	2,14	8,57
	4	1,59	6,36
Çocuk Sağlık Çıktıları KMO: 0,830 Barlett: $\chi^2=7233,347$ ve $p=0,000$	Faktör Numarası	Öz değeri	Açıkladığı varyans (%)
	1	4,51	41,05
	2	2,31	21,08
	3	1,49	13,61

4.5. Ölçeklerin Doğrulayıcı Faktör Analizleri

Ölçeklerin yapısal geçerliliğini ve örneklem yapısına uygunluğunu araştırmak amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulanmıştır. TSOY Ölçeği 4 faktör ve 25 maddeden oluşmaktadır. Faktör yüklerinin tamamı 0,60’tan büyüktür. Birleşim geçerliliğini değerlendirmek için Kompozit Güvenilirlik Katsayısı (Composite Reliability/ CR), ayrışım geçerliliğinin değerlendirilmesinde Ortalama Açıklanan Varyans (Average Variance Explained/ AVE), Maksimum paylaşılan Varyans (Maximum Squared Variance/MSV) ve Paylaşılan varyansın karesinin Ortalaması (Average Shared Squared Variance/ ASV) kullanılmıştır. Birleşim geçerliliği için, $CR > 0,70$; $AVE > 0,50$; $CR > AVE$ koşulu, ayrışım geçerliliği için ise $MSV < AVE$; $ASV < AVE$ koşullarının sağlanması gereklidir (117). Ölçeğe ait Kompozit Güvenilirlik Katsayısı ve Ortalama Açıklanan Varyans değerlerinin referans aralıkta olması ölçeğin yapı geçerliliğinin sağlandığını göstermektedir. Ayrıca uyum iyiliği değerleri de referans aralıkta olup, TSOY Ölçeğinin faktör yapısı doğrulanmaktadır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: TSOY-32 Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi

Faktör adı	Faktör maddeleri	Faktör yükleri	CR	MSV	ASV	AVE	AVE karekökü	Faktörler arası korelasyon katsayıları		
								1	2	3
Tedavi ile ilgili bilgiye ulaşma			,79	0,67	0,39	,50	,70			
	B1	,688								
	B2	,646								
	B4	,735								
	B30	,733								
Tedavi ile ilgili bilgiyi kullanma			,92	0,26	0,14	,65	,80	,566		
	B 5	,788								
	B 8	,760								
	B 9	,771								
	B 10	,888								
	B 14	,880								
	B 16	,756								
Sağlığın geliştirilmesinde bilgiyi değerlendirme			,91	0,90	0,42	,58	,76	,440	,439	
	B 3	,720								
	B 24	,737								
	B 25	,831								
	B 26	,783								

Tablo 4.7: TSOY-32 Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi (Devam)

B 27	,777									
B 29	,762									
B 31	,719									
Sağlığın geliştirilmesinde bilgiyi anlama		,91	0,58	0,33	,56	,74	,447	,604	,363	
B 12	,697									
B 13	,755									
B 18	,730									
B 19	,730									
B 20	,824									
B 21	,733									
B 22	,765									
B 28	,763									
Uyum iyiliği değerleri	CMIN/DF	NFI			GFI	CFI	RMSEA	HOELTER		
Referans değer	< 5.0	≥ .90			≥ .90	≥ .90	≤ .08	≥ 251		
Model değeri	4,82	0,92			0,90	0,93	0,06	1055		

Dipnot: CR: Kompozit Güvenilirlik Katsayısı; AVE: Ortalama Açıklanan Varyans; CMIN/DF: Ki kare/ serbestlik derecesi; IFI: Incremental Fit Index (Marjinal Artış Uyum İndeksi), NFI: Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi), CFI: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi), RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşım Hatasının Kareli Ortalamasının Karekökü), HOELTER: Kritik N (Örneklem sayısı uyumu).

Çocuk Sağlık Çıktıları 3 faktör ve 11 maddeden oluşmaktadır (Tablo 4.8). Faktör yüklerinin tamamı 0,60'tan büyüktür. İçerdiği değişkenlerden dolayı Enfeksiyon olarak adlandırılan birinci faktör 5 değişkenden oluşmaktadır. Bağışıklık ve Sağlığı Geliştirme faktörleri de 3'er değişkenden oluşmaktadır. Tablo 4.8'de Enfeksiyon faktörüne ait CR (0,87) değerinin AVE (0,58) değerinden, CR değerinin 0,70'ten, AVE değerinin 0,50'den ve AVE kare kökünün faktörler arası korelasyondan büyük olduğu görülmektedir. Ayrıca MSV (0,54) ve ASV (0,45) değerleri de AVE değerinden küçüktür. Bu durum Enfeksiyon faktörünün birleşim ve ayrışım geçerliliğini doğrulamaktadır. Aynı şekilde Bağışıklık ve Sağlığı Geliştirme faktörlerinin de birleşim ve ayrışım geçerliliklerini sağladıkları görülmektedir (Tablo 4.8). Çocuk Sağlık Çıktılarının uyum iyiliği değerleri de referans aralıkta olup, Çocuk Sağlık Çıktıları Ölçme aracının faktör yapısı doğrulanmaktadır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8: Çocuk Sağlık Çıktıları Doğrulamalı Faktör Analizi

Faktör adı	Faktör maddeleri	Faktör yükleri	CR	AVE	$\sqrt{AVE}$	MSV	ASV	Faktörler arası korelasyon katsayıları		
								1	2	3
Enfeksiyon			0,87	0,58	0,76	0,54	0,45			
	D6	,725								
	D7	,738								
	D8	,674								
	D9	,932								
	D11	,729								
Bağışıklık			0,93	0,81	0,9	0,06	0,05	,253		
	D1	,859								
	D2	,920								
	D10	,914								
Sağlığın geliştirilmesi			0,86	0,69	0,83	0,63	0,34	,408	,435	
	D3	,985								
	D4	,812								
	D5	,656								
	Uyum iyiliği değerleri	CMIN/DF	NFI	GFI	CFI	RMR	RMSEA	HOELTE R		
	Referans değer	< 5.0	≥ .90	≥ .90	≥ .90	< 1	≤ .08	≥ 370		
	Model değeri	4,5	0,97	0,97	0,98	0,06	0,05	1055		

4.6. TSOY Ölçeği Puan Hesaplaması

TSOY ölçeği, ölçek sahibinin direktifleri doğrultusunda aşağıdaki formülle puanlandırılmıştır.

$$\text{İndeks} = (\text{aritmetik ortalama} - 1) \times [50/3]$$

TSOY boyutları (Tablo 4.9):

1. Boyut: Tedavi ve hizmet/ Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma (içerdiği maddeler: 1,4,5)
2. Boyut: Tedavi ve hizmet /Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama (içerdiği maddeler: 2,8,13)
3. Boyut: Tedavi ve hizmet/ Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme (içerdiği maddeler: 3,9,12)
4. Boyut: Tedavi ve hizmet /Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama (içerdiği maddeler: 10,14,16)
5. Boyut: Hastalıklardan korunma ve Sağlığın geliştirilmesi /Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma (içerdiği maddeler: 18,20,22,27)
6. Boyut: Hastalıklardan korunma ve Sağlığın geliştirilmesi/ Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama (içerdiği maddeler: 19,21,25)
7. Boyut: Hastalıklardan korunma ve Sağlığın geliştirilmesi/ Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme (içerdiği maddeler: 24,26,28)
8. Boyut: Hastalıklardan korunma ve Sağlığın geliştirilmesi/ Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama (içerdiği maddeler: 29,30, 31)

Tablo 4.9: TSOY-32 Ölçeği Boyutlarının Puanları

1. Boyut	Tedavi ve hizmet/ Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	38,66
2. Boyut	Tedavi ve hizmet /Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	36,83
3. Boyut	Tedavi ve hizmet/ Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	35,19
4. Boyut	Tedavi ve hizmet /Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	41,3
5. Boyut	Hastalıklardan korunma ve Sağlığın geliştirilmesi /Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	37,98
6. Boyut	Hastalıklardan korunma ve Sağlığın geliştirilmesi/ Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	37,65
7. Boyut	Hastalıklardan korunma ve Sağlığın geliştirilmesi/ Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	36,05
8. Boyut	Hastalıklardan korunma ve Sağlığın geliştirilmesi/ Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	36,62

TSOY ölçeğinde sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilmiştir:

(0-25) puan (a) : Yetersiz sağlık okuryazarlığı

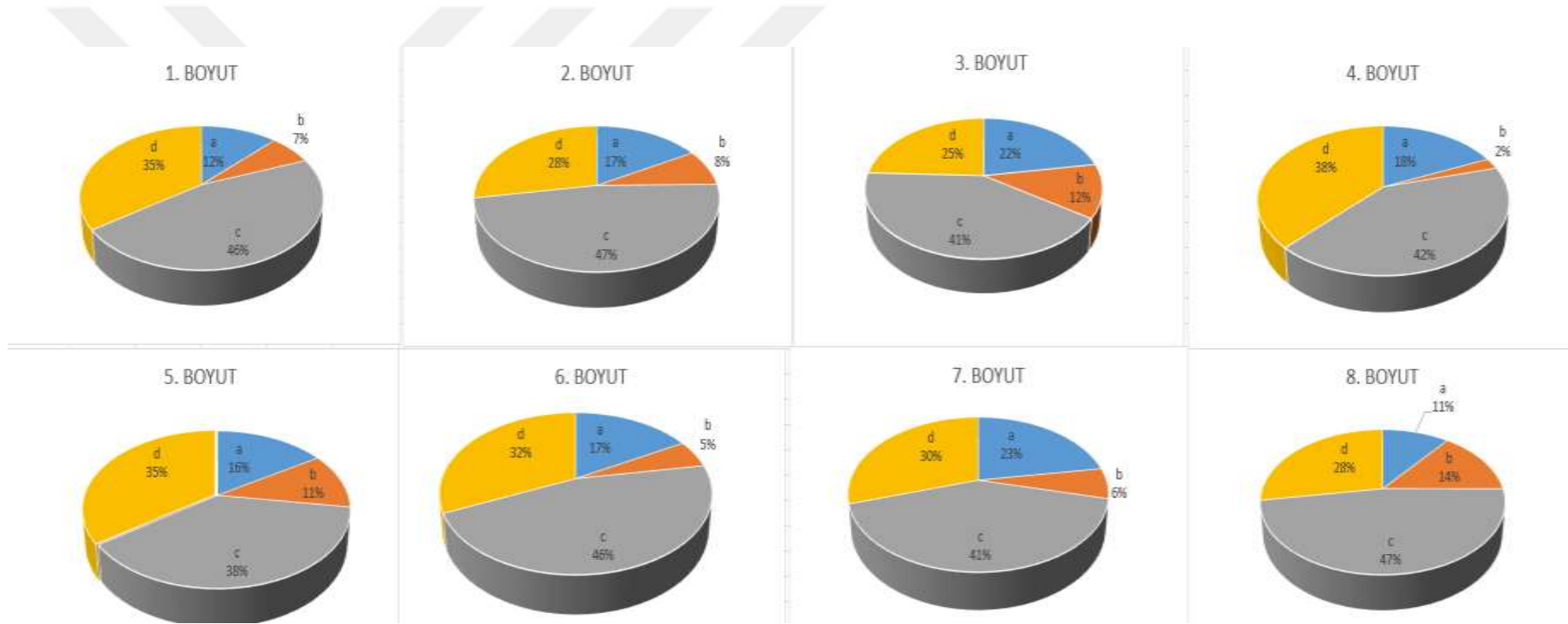
(>25-33) puan (b) : Sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42) puan (c) : Yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50) puan (d) : Mükemmel sağlık okuryazarlığı

Buna göre ölçeğin sekiz boyutunun sınıflandırmasına şekil 4.1’te yer verilmiştir. Yedinci boyut yetersiz sağlık okuryazarlığının, dördüncü boyut ise mükemmel sağlık okuryazarlığı en yüksek oranda olduğu boyut olarak görölmektedir.





Şekil 4.1: Ebeveyn SOY Boyutlarının Yeterlilik Durumlarına Göre Dağılımı

4.6.1. Ebeveyn SOY Boyutlarına ve Çocuk Sağlık Çıktılarına Göre En Düşük-En Yüksek Puana Sahip Olan Mahallelerin Belirlenmesi

Genel ortalamalara göre bakıldığında en düşük SOY puanına Kuşdilli Mahallesi (34,4), en yüksek SOY puanına ise Medrese mahallesinin (39,77) sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4.10).

Boyutlara göre en düşük puanlara bakıldığında;

1. Boyutta Kındam (33,32), 2. Boyutta Kuşdilli (33,34), 3. Boyutta Kuşdilli (31,51), 4. Boyutta Nasuhdede (32,15), 5. Boyutta Kuşdilli (31,84), 6. Boyutta Kuşdilli (33,85), 7. Boyutta Çukurçayır (31,73) ve 8. Boyutta Bahçelievler mahallesinin (33,20) en düşük puanlara sahip olduğu görülmektedir.

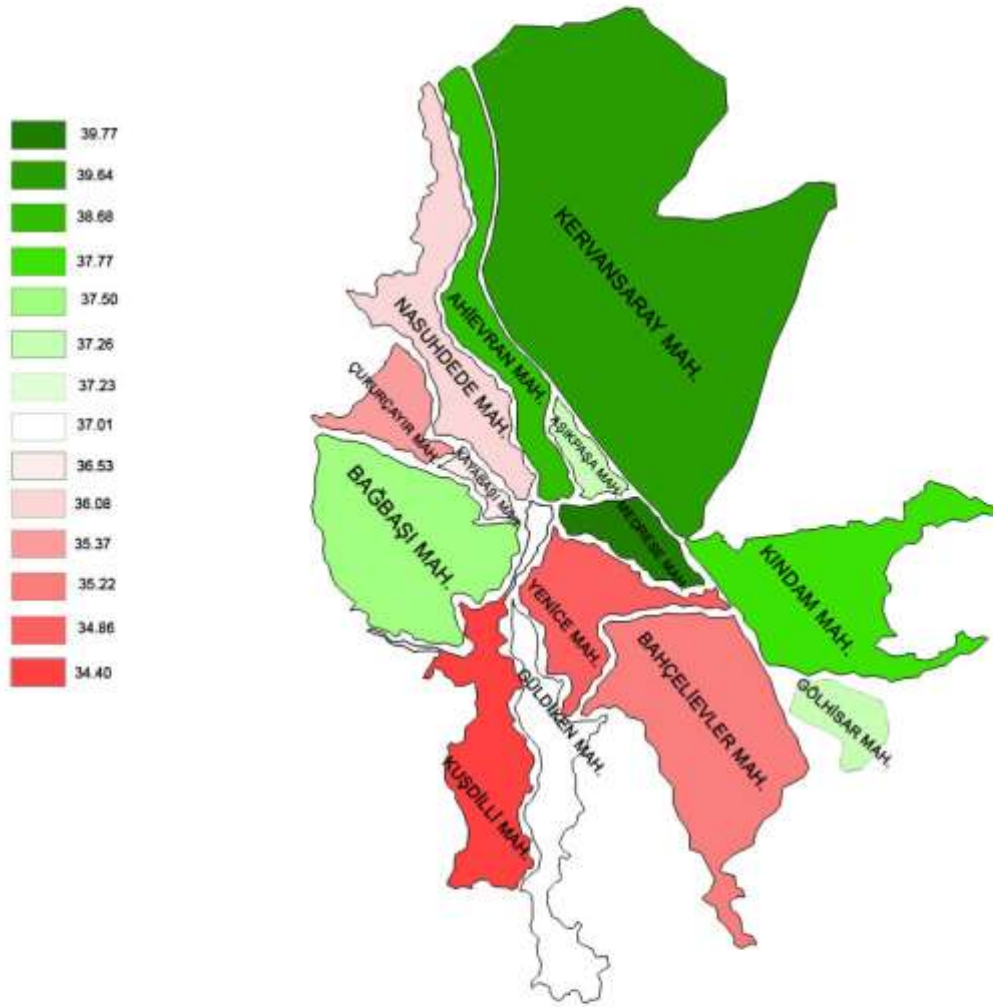
Boyutlara göre en yüksek puanlara bakıldığında;

1. Boyutta Medrese (41,97), 2. Boyutta Kervansaray (40,14), 3. Boyutta Medrese (39,43), 4. Boyutta Kervansaray (42,81), 5. Boyutta Medrese (39,83), 6. Boyutta Medrese (39,77), 7. Boyutta Kındam (39,22) ve 8. Boyutta Ahi Evran mahallesinin (39,10) en yüksek puanlara sahip olduğu görülmektedir.

Kuşdilli mahallesi 4 boyutta en düşük puana sahipken, Medrese mahallesi 4 boyutta en yüksek puana sahiptir (Tablo 4.10) (Şekil 4.2).

Tablo 4.10: Mahallelerin Boyutlara Göre SOY Puanları

	1. Boyut	2. Boyut	3. Boyut	4. Boyut	5. Boyut	6. Boyut	7. Boyut	8. Boyut	Genel Ortalama
Ahi Evran	39,71	39,73	37,86	37,42	39,30	39,10	37,24	39,10	38,68
Aşıkpaşa	39,68	38,59	35,71	37,80	35,79	37,60	36,21	36,71	37,26
Bağbaşı	39,86	37,22	35,42	39,00	37,01	38,86	36,39	36,29	37,5
Bahçelievler	38,48	36,05	33,75	35,78	33,96	35,21	35,35	33,20	35,22
Çukurçayır	38,94	36,86	32,37	41,03	32,93	34,29	31,73	34,77	35,37
Göhlisar	37,80	34,92	34,82	40,88	35,57	36,41	36,11	35,72	36,53
Güldiken	40,19	36,85	34,72	42,24	36,89	37,42	34,39	35,14	37,23
Kayabaşı	37,97	37,50	34,18	39,89	37,09	37,19	36,34	35,88	37,01
Kervansaray	41,56	40,14	38,32	42,81	38,01	39,03	38,32	38,96	39,64
Kındam	33,32	36,89	39,22	40,60	38,51	39,45	39,22	34,94	37,77
Kuşdili	37,11	33,34	31,51	40,63	31,84	33,85	32,02	34,90	34,4
Medrese	41,97	39,55	39,43	42,05	39,83	39,77	37,16	38,37	39,77
Nasuhdede	34,70	34,95	34,09	32,15	38,32	38,78	37,60	38,02	36,08
Yenice	37,14	34,37	32,29	33,03	35,36	36,28	34,43	36,01	34,86

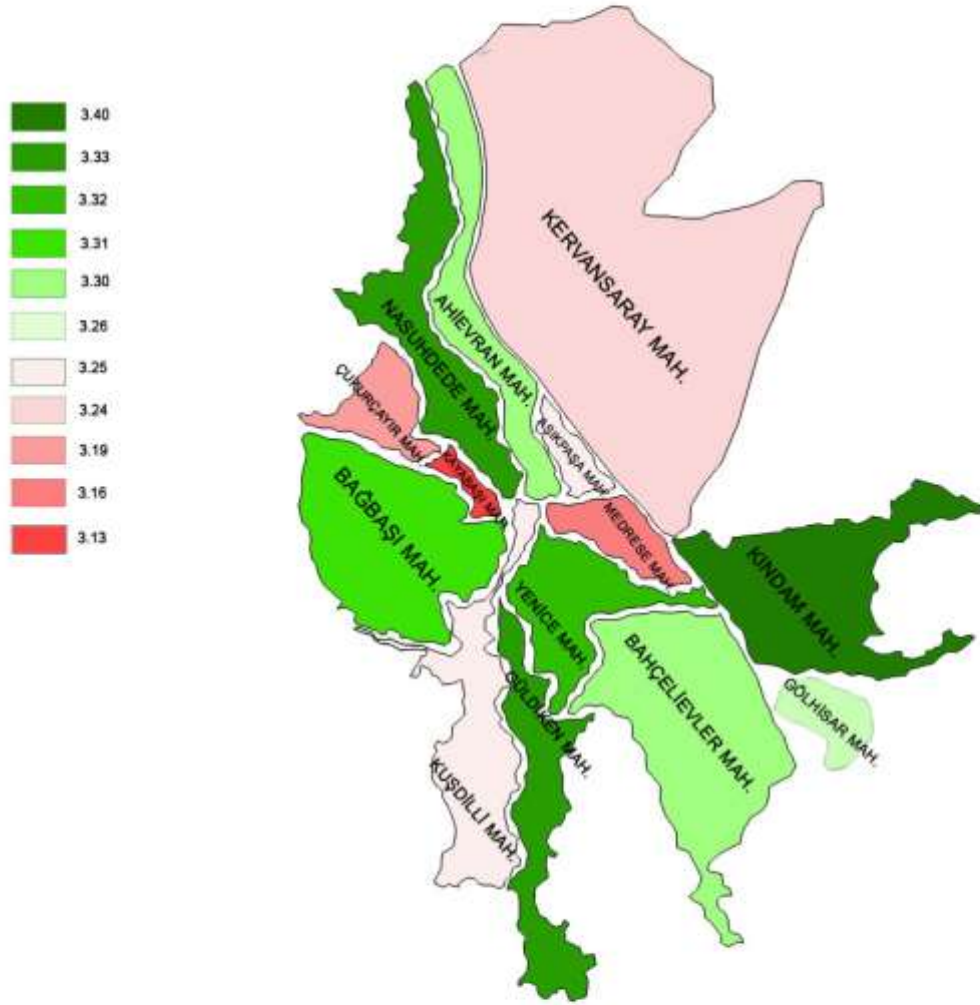


Şekil 4.2: Ebeveynlerin Mahallelere Göre SOY Seviyeleri

Çocuk sağlık çıktılarının genel ortalamasında ise en yüksek ortalama Kındam mahallesine (3,4) aitken en düşük ortalama Kayabaşı mahallesine (3,13) aittir (Şekil 4.3). Çocuk sağlık çıktılarına göre en iyi çıktı 1. Faktörde Güldiken (3,80), 2. Faktörde Ahi Evran (4,04), Bahçelievler (4,04) ve Yenice (4,04) 3. Faktörde ise Kervansaray mahallesidir. En kötü çocuk sağlık çıktıların ise 1. Faktörde Kervansaray (3,10), 2. Faktörde Kayabaşı (3,51) ve 3. Faktörde Gölhisar (2,44) mahallesinde olduğu görülmektedir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Mahallelere Göre Çocuk Sağlığı Çıktıları

	Çocuk Sağlığı Çıktıları 1. Faktör Ortalaması	Çocuk Sağlığı Çıktıları 2. Faktör Ortalaması	Çocuk Sağlığı Çıktıları 3. Faktör Ortalaması	Çocuk Sağlığı Çıktıları Genel Ortalama
Ahi Evran	3,26	4,04	2,61	3,3
Aşıkpaşa	3,43	3,82	2,50	3,25
Bağbaşı	3,49	3,84	2,61	3,31
Bahçelievler	3,37	4,04	2,49	3,3
Çukurçayır	3,35	3,73	2,49	3,19
Gölhisar	3,43	3,90	2,44	3,26
Güldiken	3,80	3,73	2,45	3,33
Kayabaşı	3,36	3,51	2,51	3,13
Kervansaray	3,10	3,75	2,86	3,24
Kındam	3,72	3,94	2,54	3,4
Kuşdili	3,40	3,88	2,47	3,25
Medrese	3,26	3,75	2,47	3,16
Nasuhdede	3,40	3,81	2,78	3,33
Yenice	3,45	4,04	2,47	3,32



Şekil 4.3: Mahallelere Göre Çocuk Sağlık Çıktıları

4.6.2. Ebeveyn SOY'un Demografik Verilere Göre Farklılaştığı Alanlar

Ebeveyn SOY boyutları ortalamalarının mahallelere, aile üye sayısı, sahip olunan çocuk sayısı, ebeveyn mesleği, yaşı, gelir ve eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediği ANOVA ve en fazla farklılığın bulunduğu grupların tespiti Post Hoc analizi ile araştırılmıştır. Mahallelere göre tüm boyutlarda, aile üye sayısına göre 5. ve 6. Boyutlarda, gelir durumuna göre 4. Boyut haricinde tüm boyutlarda, eğitim durumuna göre tüm boyutlarda, ebeveyn yaşına göre 5. ve 8. hariç tüm boyutlarda, sahip olunan çocuk sayısı ve ebeveyn mesleğinde tüm boyutlarda anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Tablo 4.12).

Tablo 4.12: Ebeveyn SOY ile Mahaller, Aile Üye Sayısı, Sahip Olunan Çocuk Sayısı, Meslek, Gelir ve Eğitim Durumu Arası ANOVA ve Post Hoc Analizi

Boyutlar	Mahalleler		Ortalamaların farklılığı	F	p
1. boyut	Ahi Evran	Kındam	,51064	4,762	0,003
2. boyut	Kervansaray	Kındam	,54416	3,823	0,001
3. boyut	Çukurçayır	Medrese	,56480	4,680	0,002
4. boyut	Bahçelievler	Kervansaray	,56339	10,359	<0,001
5. boyut	Ahi Evran	Kuşdilli	,59674	2,463	0,004
6. boyut	Medrese	Kuşdilli	,47348	1,944	0,006
7. boyut	Çukurçayır	Kındam	,59879	1,778	0,014
8. boyut	Ahi Evran	Bahçelievler	,47210	1,819	0,005
Boyutlar	Aile üye sayısı		Ortalamaların farklılığı	F	p
5. boyut	4 kişi	5 ve üstü kişi	,23439	4,710	<0,001
6. boyut	4 kişi	5 ve üstü kişi	,19220	4,187	0,001
Boyutlar	Gelir durumu		Ortalamaların farklılığı	F	p
1. boyut	3000-5000	8001 ve üstü	,34101	5,949	<0,001
2. boyut	3000-5000	8001 ve üstü	,43757	7,122	<0,001
3. boyut	3000-5000	8001 ve üstü	,31114	6,066	<0,001
5. boyut	3000-5000	8001 ve üstü	,35765	10,357	<0,001
6. boyut	3000-5000	8001 ve üstü	,32853	9,313	<0,001
7. boyut	3000-5000	8001 ve üstü	,31212	6,560	<0,001
8. boyut	3000-5000	8001 ve üstü	,28385	7,111	<0,001
Boyutlar	Eğitim durumu		Ortalamaların farklılığı	F	p
1. boyut	İlköğretim	Lisansüstü	,44218	2,681	0,001
2. boyut	İlköğretim	Lisansüstü	,68782	4,259	<0,001
3. boyut	İlköğretim	Lisansüstü	,79621	2,461	<0,001
4. boyut	İlköğretim	Lisans	,30405	4,866	<0,001
5. boyut	İlköğretim	Lisansüstü	,76835	12,405	<0,001
6. boyut	İlköğretim	Lisansüstü	,79093	14,115	<0,001
7. boyut	İlköğretim	Lisansüstü	,79098	9,970	<0,001
8. boyut	İlköğretim	Lisansüstü	,66755	10,088	<0,001
Boyutlar	Ebeveyn yaşı		Ortalamaların farklılığı	F	p
1. boyut	26-35 yaş arası	46 yaş ve üstü	,28185	,321	0,001
2. boyut	26-35 yaş arası	46 yaş ve üstü	,37753	,428	<0,001
3. boyut	26-35 yaş arası	46 yaş ve üstü	,35347	1,966	<0,001
4. boyut	26-35 yaş arası	46 yaş ve üstü	,36728	6,181	0,001
6. boyut	26-35 yaş arası	46 yaş ve üstü	,35943	5,649	<0,001
7. boyut	26-35 yaş arası	46 yaş ve üstü	,29980	2,874	0,004

Tablo 4.12: Ebeveyn SOY ile Mahaller, Aile Üye Sayısı, Sahip Olunan Çocuk Sayısı, Meslek, Gelir ve Eğitim Durumu Arası ANOVA ve Post Hoc Analizi (Devam)

Boyutlar	Sahip olunan çocuk sayısı		Ortalamaların farklılığı	F	p
1. boyut	2 çocuk	5 çocuk	,67971	1,311	<0,001
2. boyut	3 çocuk	7 çocuk	,92943	,634	<0,001
3. boyut	2 çocuk	5 çocuk	,79954	1,214	<0,001
4. boyut	2 çocuk	5 çocuk	,71032	5,790	<0,001
5. boyut	2 çocuk	5 çocuk	1,031	8,697	<0,001
6. boyut	1 çocuk	5 çocuk	1,124	9,981	<0,001
7. boyut	1 çocuk	5 çocuk	,81789	5,255	<0,001
8. boyut	2 çocuk	5 çocuk	,98851	6,208	<0,001
Boyutlar	Ebeveyn mesleği		Ortalamaların farklılığı	F	p
1. boyut	Kamu çalışanı	Serbest meslek	,56122	1,684	<0,001
2. boyut	Kamu çalışanı	Serbest meslek	,55662	1,685	<0,001
3. boyut	Kamu çalışanı	Serbest meslek	,43901	2,523	<0,001
4. boyut	Emekli	Serbest meslek	,56732	5,570	0,014
5. boyut	Kamu çalışanı	Serbest meslek	,59502	5,124	<0,001
6. boyut	Kamu çalışanı	Serbest meslek	,61268	6,396	<0,001
7. boyut	Kamu çalışanı	Serbest meslek	,55187	5,348	<0,001
8. boyut	Emekli	Kamu çalışanı	,53762	6,064	0,009

Ebeveyn SOY boyutları ortalamalarının mahallelere göre farklılık gösterip göstermediği ve en fazla farklılığın olduğu gruplar ANOVA ve Post Hoc analizi ile araştırılmıştır. Ebeveyn SOY 1. Boyut ortalamasında en yüksek farklılık düzeyi Ahi Evran ve Kındam (Ortalamaların Farklılığı/ OF: ,51064 P: 0,003), 2. Boyutta Kervansaray ve Kındam (OF: ,54416 P: 0,001), 3. Boyutta Çukurçayır ve Medrese (OF: ,56480 P: 0,002), 4. Boyutta Bahçelievler ve Kervansaray (OF: ,56339 P: 0,000), 5. Boyutta Ahi Evran ve Kuşdilli (OF: ,59674 P: 0,004), 6. Boyutta Medrese ve Kuşdilli (OF: ,47348 P: 0,006), 7. Boyutta Çukurçayır ve Kındam (OF: ,59879 P: 0,014) ve 8. Boyut ortalamasında en yüksek farklılık düzeyi Ahi Evran ve Bahçelievler (OF: ,47210 P: 0,005) mahalleleri arasında bulunmaktadır (Tablo 4.12).

Ebeveyn SOY boyutları ortalamalarının aile üye sayısına göre farklılık gösterip göstermediği ve en fazla farklılığın olduğu gruplar ANOVA ve Post Hoc analizi ile araştırılmıştır. Ebeveyn SOY 5. Boyut ortalamasında en yüksek farklılık düzeyi 4 kişilik ailelerle 5 ve üstü üyeye sahip aileler (OF: ,23439 P: 0,000) ve 6. Boyut ortalamasında en yüksek farklılık düzeyi 4 kişilik ailelerle 5 ve üstü üyeye sahip aileler (OF: ,19220 P: 0,001) arasında yer almaktadır (Tablo 4.12).

Ebeveyn SOY boyutları ortalamalarının gelir durumuna göre farklılık gösterip göstermediği ve en fazla farklılığın olduğu gruplar ANOVA ve Post Hoc analizi ile araştırılmıştır. Dördüncü boyut (Tedavi ve hizmet /Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) haricinde tüm boyutlarda anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12). Tüm boyutların ortalamasında en yüksek farklılık düzeyi 3000-5000 ile 8001 ve üstü gelir düzeyi grupları

arasında olup, ortalama farklılıkları sırasıyla; 0,34101; 0,43757, 0,31114; 0,35765; 0,32853; 0,31212 ve 0,28385'tir.

Ebeveyn SOY boyutları ortalamalarının eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediği ve en fazla farklılığın olduğu gruplar ANOVA ve Post Hoc analizi ile araştırılmıştır. Dördüncü boyutta ilköğretim ve lisans eğitim düzeylerinde diğer tüm gruplarda ilköğretim ve lisansüstü eğitim düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Ortalama farklılıkları sırasıyla; 0,44218, 0,68782; 0,79621; 0,30405, 0,76835, 0,79093, 0,79098 ve 0,66755'tir.

Ebeveyn SOY boyutları ortalamalarının ebeveyn yaşına göre farklılık gösterip göstermediği ve en fazla farklılığın olduğu gruplar ANOVA ve Post Hoc analizi ile araştırılmıştır. Beşinci ve 8. Boyut haricinde tüm boyutlarda anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Tüm boyutların ortalamasında en yüksek farklılık düzeyi 26-35 yaş arası ile 46 yaş ve üstü grupları arasında olup, ortalama farklılıkları sırasıyla; 0,28185; 0,37753; 0,35347; 0,36728; 0,35943 ve 0,29980'dir.

Ebeveyn SOY boyutları ortalamalarının sahip olunan çocuk sayısına göre farklılık gösterip göstermediği ve en fazla farklılığın olduğu gruplar ANOVA ve Post Hoc analizi ile araştırılmıştır. 1, 2, 3, 4, 5 ve 8. Boyutlarda 2 ve 5 çocuk grupları arasında, 6 ve 7. Boyutlarda ise 1 ve 5 çocuk grupları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Ortalama farklılıkları sırasıyla; 0,67971; 0,92943; 0,79954; 0,71032; 1,031; 1,124; 0,81789 ve 0,98851'dir.

Ebeveyn SOY boyutları ortalamalarının ebeveyn mesleğine göre farklılık gösterip göstermediği ve en fazla farklılığın olduğu gruplar ANOVA ve Post Hoc analizi ile araştırılmıştır. 1, 2, 3, 5, 6 ve 7. Boyutlarda kamu çalışanı ve serbest meslek gruplarında, 4. Boyutta emekli ve serbest meslek gruplarında, 8 boyutta ise emekli ve kamu çalışanı grupları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Ortalama farklılıkları sırasıyla; 0,56122; 0,55662; 0,43901; 0,56732; 0,59502; 0,61268; 0,55187 ve 0,53762'dir.

4.6.3. Ebeveyn SOY ile Çocuk Sağlık Çıktıları Arasındaki İlişkiler

Çocuk Sağlık Çıktıları ile Ebeveyn SOY boyutları arasındaki korelasyon analizinde, 1. Boyut ile D1, D2, D3 ve D4 numaralı çocuk sağlık çıktıları arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur. Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, çocuk sağlık çıktılarından anne sütü devam süresi, aşılama düzeyi, diş fırçalama alışkanlığı/ebeveyn tarafından verilen ağız bakımı ve düzenli fiziksel aktivite/ebeveyn tarafından yaptırılan egzersizin sıklığı düzeylerinde iyileşmeler görüleceği çıkarımı yapılabilir. İkinci boyutta sadece 4. Sağlık çıktısı ile anlamlı pozitif korelasyon

bulunmaktadır. Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, düzenli fiziksel aktivite sıklığı/ebeveyn tarafından yaptırılan egzersizin sıklığı çocuk sağlığı çıktısında da iyileşmeler görüleceği söylenebilir. Üçüncü boyutta sadece 6. Çocuk sağlığı çıktısı ile anlamlı pozitif korelasyon bulunmaktadır. Bu sonuca göre tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, solunum yolu enfeksiyonu görülme sıklığı çocuk sağlık çıktısında iyileşmeler görülecektir. Dördüncü boyut ile D1, D2, D3 ve D4 numaralı çocuk sağlık çıktıları arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmaktadır. Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, çocuk sağlık çıktılarından anne sütü devam süresi, aşılama düzeyi, diş fırçalama alışkanlığı/ebeveyn tarafından verilen ağız bakımı ve düzenli fiziksel aktivite/ebeveyn tarafından yaptırılan egzersizin sıklığı düzeylerinde iyileşmeler görüleceği çıkarımı yapılabilir. Beşinci boyut ile D5, D6, D7, D8, D9 ve D10 numaralı çocuk sağlık çıktıları arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmaktadır. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, düzenli sağlık kontrolü, solunum yolu enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu, ishal ve/veya kusma, ateşli hastalık, hastanede yatarak tedavi görme sıklığı çocuk sağlık çıktılarında iyileşmeler görüleceği çıkarımı yapılabilir. Altıncı boyut ile D6, D8, D9 ve D10 numaralı çocuk sağlık çıktıları arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmaktadır. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, solunum yolu enfeksiyonu görülme, ishal ve/veya kusma görülme, ateşli hastalık görülme ve hastanede yatarak tedavi görme çocuk sağlığı çıktılarında iyileşmeler görüleceği çıkarımı yapılabilir. Yedinci boyut ile sadece D5 numaralı çocuk sağlık çıktısı arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmaktadır. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, düzenli sağlık kontrolü çocuk sağlığı çıktısında iyileşmeler görüleceği çıkarımı yapılabilir. Sekizinci boyut ile hiçbir çocuk sağlığı çıktısı arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır (Tablo 4.13).

Tablo 4.13: Ebeveyn SOY Boyutları ile Çocuk Sağlık Çıktıları Arasında Korelasyon Analizi

		1. boyut	2. boyut	3. boyut	4. boyut	5. boyut	6. boyut	7. boyut	8. boyut
D1	r	0,126**	0,047	0,031	0,132**	0,005	0,014	0,009	0,046
	p	0,000	0,124	0,316	0,000	0,873	0,652	0,782	0,135
D2	r	0,104**	0,014	0,059	0,090**	0,002	0,008	0,008	0,040
	p	0,001	0,655	0,056	0,004	0,948	0,803	0,791	0,195
D3	r	0,086**	0,044	0,009	0,093**	0,025	0,034	0,034	0,032
	p	0,005	0,156	0,764	0,002	0,424	0,272	0,268	0,299
D4	r	0,124**	0,063*	0,017	0,098**	0,034	0,049	0,055	0,050
	p	0,000	0,039	0,585	0,001	0,266	0,114	0,072	0,105
D5	r	0,058	0,046	0,034	0,017	0,074*	0,048	0,067*	0,036
	p	0,059	0,136	0,268	0,582	0,017	0,118	0,029	0,241
D6	r	0,017	0,059	0,061*	0,013	0,075*	0,075*	0,026	0,011
	p	0,574	0,057	0,046	0,579	0,014	0,015	0,395	0,720
D7	r	0,044	0,001	0,022	0,034	0,071*	0,050	0,023	0,028
	p	0,153	0,986	0,467	0,265	0,022	0,106	0,459	0,368
D8	r	0,012	0,029	0,055	0,042	0,074*	0,068*	0,003	0,019
	p	0,699	0,345	0,072	0,176	0,016	0,027	0,924	0,543
D9	r	0,02	0,043	0,052	0,015	0,084**	0,075*	0,049	0,026
	p	0,955	0,164	0,094	0,616	0,006	0,015	0,114	0,405
D10	r	0,005	0,054	0,062*	0,042	0,103**	0,098**	0,053	0,045
	p	0,872	0,081	0,044	0,169	0,001	0,001	0,083	0,145
D11	r	0,053	0,001	0,072*	0,011	0,018	0,036	0,012	0,048
	p	0,085	0,978	0,019	0,727	0,559	0,238	0,692	0,119

Dipnot: * 0,05'lik, ** 0,01'lik hata olasılığı

5. TARTIŞMA

Ebeveyn SOY düzeyinin ve ebeveyn SOY boyutlarının çocuk sağlığı çıktıları üzerindeki etkisini belirlemeyi amaçlayan bu çalışmada, çocuk sağlık çıktılarını iyileştirebilecek birtakım sonuçlara ulaşılmıştır. Çocuk sağlığının iyileşmesini sağlayan yeterli ebeveyn SOY'un çerçevesini belirleyen bu çalışmanın toplum sağlığı hizmet ve politikalarının planlanmasında rehberlik edebileceği düşünülmektedir. Çocuk sağlık durumuna yönelik standart bir kriter listesi ile belirli çocuk sağlık durumlarının değerlendirilerek ebeveyn SOY düzeyi ile ilişkilerinin tespit edilmesi çocuk sağlığının iyileştirilmesinde kritik bir öneme sahiptir.

Araştırmanın örneklemini Kırşehir il merkezinde yaşayan 6-12 yaş arası çocuğa sahip ebeveynlerden oluşmaktadır. Çalışmaya katılan ebeveynlerin %64,5'i kadın ve %48,4'ü 36-45 yaş arasındadır. Ebeveynlerin %50'si ev hanımı ve %48,8'i ortaöğretim mezunudur. %87,2'si kronik bir hastalığa sahip olmadığını ve yılda 3-5 kez sağlık kuruluşuna başvurduklarını belirtmişlerdir. Ebeveynlerin %48,9'u 5 ve üstü aile üye sayısına ve %44'ü 2 çocuğa sahiptir. Araştırmada kullanılan TSOY-32 ve Çocuk Sağlık Çıktıları için iç tutarlılık analizleri Cronbach Alpha katsayıları kontrol edildikten sonra çalışmaya devam edilmiştir. TSOY-32'nin Cronbach Alpha değeri 0,93 ve Çocuk Sağlık Çıktıları Ölçüm Aracının Cronbach Alpha değeri için 0,854'tür.

Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığının Boyutları Bulgularına Yönelik Tartışmalar: TSOY ölçeğinin boyutlarından tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme olan üçüncü boyut en düşük, tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmayı ifade eden birinci boyut ise en yüksek ortalamaya sahiptir. Benzer şekilde Tan ve Karakaş (2022) çalışmalarında ebeveynlerin %40'ının yetersiz SOY düzeyine sahip olduklarını, ebeveynlerden %41,1'inin tedavi/hizmet alt boyutunda ve %41,1'inin de hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda yetersiz SOY seviyesine sahip olduğu sonucuna varmışlardır (118). Konjenital kalp hastalığına sahip çocuğu olan ebeveynlerin umutsuzluk ile SOY düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada ebeveynlerin %37,4'ünün yetersiz seviyede, %38,4'ünün sorunlu-sınırlı seviyede, %18,7'sinin yeterli seviyede ve %5,5'inin de mükemmel düzeyde SOY'a sahip olduğu açıklanmıştır (26). Diğer bir çalışmada TSOY ölçeği kullanılarak mültecilerin SOY

seviyeleri değerlendirilmiştir. Katılımcıların %74,2'si yetersiz, %20,5'inin sorunlu, %4,5'inin yeterli ve %0,8'inin mükemmel düzeyde SOY'a sahip olduklarını ortaya koymuşlardır (119). Hipertansiyon tanılı hastalarda SOY ile kendilerine verilen tedaviye uyumlarını incelemeyi amaçlayan bir çalışmada katılımcıların %51,1'inin yetersiz, %25,3'ünün sorunlu-sınırlı, %14,5'inin yeterli, %9'unun ise mükemmel SOY seviyesine sahip olduğu bulunmuştur (120). SOY alt boyutlarına göre tedavi ve hizmet kapsamında ebeveynlerin %19'u 1. boyutta, %25'i 2. boyutta, %34'ü 3. boyutta ve %20'si 4. boyutta yetersiz-sorunlu SOY'a sahiptir.

Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi kapsamında ebeveynlerin %27'si Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, %22'si Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ve değerlendirme, %25'i ise Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutlarında yetersiz-sorunlu SOY'a sahiptir. Halatçı ve arkadaşları (2020) serebral palsi tanılı çocukların ebeveynlerinin SOY düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada ebeveynlerin %64'ünün yetersiz, %36'sının ise yeterli-mükemmel düzeyde SOY'a sahip olduklarını bulmuşlardır (121). Başka bir çalışmada bebek emzirmeye yönelik geleneksel uygulamalar ile SOY arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapılan çalışmada annelerin %30,7'si yeterli, %22,7'si ise mükemmel seviyede SOY'a sahiptir. Annelerin %46,6'sı ise yetersiz ya da sınırlı/sorunlu SOY düzeyine sahiptir (122). Ertan ve Yılmaz (2021) yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi alan bebeklerin annelerinin SOY seviyeleri ile bebeklerine sağladıkları evde bakım arasındaki ilişkiyi incelemek için yaptıkları çalışmada %65,1'inin sınırlı, %16,3'ünün olası ve %18,6'sının yeterli SOY seviyesinde olduklarını ortaya koymuştur. Annelerin SOY'u ile yenidoğan evde bakım anketi puan ortalamaları arasındaki korelasyon analizi sonucuna göre iki ölçek arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulmuşlardır (27).

Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığının Farklılık Gösterdiği Alanlar Bulgularına Yönelik Tartışmalar: Ebeveyn SOY boyutları ortalamalarının, mahalleler, aile üye sayısı, sahip olunan çocuk sayısı, ebeveyn mesleği, yaşı, gelir ve eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediği ANOVA ile ve en fazla farklılığın bulunduğu grupların tespiti Post Hoc analizi ile araştırılmıştır. Sahip olunan çocuk sayısına göre ebeveyn SOY boyutlarında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Güven'in (2016) çalışmasına göre sahip olunan çocuk sayısı ile SOY düzeyi arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiş ancak SOY'un alt boyutlarına göre ele alındığında bilgiyi anlama ve kullanma boyutlarında sahip olunan çocuk sayısına göre anlamlı farklılık bulunmuştur (123). Topuz (2016) SOY ve ilaç hataları ile ilgili çalışmasında SOY seviyesi ile çocuk sayısı arasında güçlü bir ilişki saptamıştır (124). Oflu (2022),

annelerin sağlık okuryazarlığı, demografik özellikleri ve erken ebeveynlik uygulamaları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada tek çocuklu veya indeks çocuğu ilk  ocuk olan annelerin sağlık okur yazarlıklarının yeterli veya m kemmел düzeyde olduğu sonucuna ulaşmıştır (86).

Aile  ye sayısına göre ebeveyn SOY boyutlarında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Benzer şekilde Halatcı ve arkadaşları (2020) evde yaşayan kişi sayısı 3 ve daha az olanların %38'i, 4 kişi olanlarda %38,1'i, 5 ve daha fazla olanlarda %31,8'i yeterli-m kemmел SOY seviyesinde olduklarını saptamıştır. Bu doğrultuda evde yaşayan kişi sayısı arttıkça SOY düzeyinde bir düşüş olduğu sonucuna varmışlardır (121).

Gelir düzeyine göre ebeveyn SOY boyutlarında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Literatürde de benzer sonuçlara rastlanmaktadır.  zayhan (2019)  alışmasında hane gelir miktarının artması ile SOY'un arttığını saptamıştır (125). Yüksel'in (2020) yaptığı çalışmada ebeveynlerin SOY puanı ile gelir durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Ayrıca geliri gider miktarına eşit olanların SOY seviyelerinin gelir miktarı giderinden az olanlara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (26). Elamin (2018)  alışmasında algılanan gelir durumu yüksek olanların düşük olanlara göre SOY düzeylerinin daha iyi düzeyde olduğunu tespit etmiştir (119). Halatcı ve arkadaşları (2020) gelir miktarı giderinden fazla olan katılımcıların %66,7'sinin, geliri giderine eşit olanların %35'inin SOY seviyesinin yeterli-m kemmел düzeyde olduğunu saptamışlardır (121). Güven'in (2016)  alışmasında SOY ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ortaya çıkmıştır (123). Gelir durumu ile SOY arasındaki ilişkiye yer veren diğer bir çalışmada ikili arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda farklılığın gelir durumu iyi-çok iyi olanlar, çok kötü-kötü olanlar ve orta olanlar arasında olduğu saptanmıştır (126). Oflu'nun (2022)  alışmasında da gelir seviyesi yüksek olan annelerin yeterli ya da m kemmел düzeyde SOY'a sahip olduğuna değinilmiştir (86).

Eğitim düzeyine göre ebeveyn SOY boyutlarında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Topuz (2016) ebeveynlerin SOY düzeyleri ile ilaç uygulama hataları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada ebeveynlerin eğitim seviyelerine göre SOY seviyelerinin farklılaştığını tespit etmiştir (124). Yüksel (2020)  alışmasında SOY puanı ile eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık bulmuştur (26). Güven (2016) hastaların SOY düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla y r tt ğu çalışmasında eğitim durumunun SOY üzerinde etkili olduğu sonucuna varmıştır (123). Ertan ve Yılmaz (2021)

da çalışmalarında eğitim durumu ile SOY arasında bir ilişki saptamışlardır. Çalışmada üniversite mezunu annelerin ‘yeterli’, lise mezunu annelerin ‘olası sınırlı’ ve ilkokul mezunu olanların ‘sınırlı’ SOY düzeyinde oldukları ifade edilmiştir (27). Kronik hastalıklı çocuğa sahip annelerin SOY puanları ile kronik hastalık yönetimi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada annelerin SOY puanları ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur (126). Dokuyucu (2020) ebeveyn SOY düzeyi ile çocuklarındaki ateş yönetimi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmasında okuryazar olmayan, ilkokul ve ortaokul mezunu katılımcı annelerin SOY ölçeği ortalama puanları ile lise mezunu annelerin SOY ölçeği ortalama puanları ve üniversite mezunu olanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulmuştur. Çalışmaya katılan babalardan üniversite mezunu olanların SOY ortalama puanı ve lise mezunu olan SOY ortalama puanı ile okuryazar olmayan, ilkokul ve ortaokul mezunu katılımcı babaların SOY ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (127). Bebek beslenme tutumu ile annelerin e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmada Uyar ve Beydağ (2022) annelerin öğrenim durumu ile e-sağlık okuryazarlık puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (128). Yeniçeri (2019) çocuk acil servisine başvuran ebeveynlerin SOY durumuna göre akılcı ilaç kullanım farkındalığını incelemek için yaptığı çalışmada ebeveynlerin eğitim düzeyi ile SOY puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğunu ortaya çıkarmıştır (129).

Ebeveyn yaşına göre ebeveyn SOY boyutlarında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Elamin (2018) çalışmasında örneklem grubu olarak 18 ile 65 yaş ve üstü bireyleri gruplandırarak ele almış ve yaşın ilerlemesi ile beraber SOY puanlarının azaldığı genç yaşlardaki bireylerin daha yüksek SOY puanına sahip olduğunu tespit etmiştir (119). Güven (2016) SOY seviyesini etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yaptığı çalışmada yaşa göre SOY düzeyinin anlamlı bir fark oluşturduğunu saptamıştır (123). Benzer şekilde Toksoy ve Cesur da (2020) 25-30 yaş grubunun SOY düzeyini 19-24 yaş grubunun SOY düzeyinden anlamlı derecede yüksek bulmuştur (130). May ve ark. (2018) tarafından yetersiz SOY seviyesine sahip ebeveynlerin sağlık bakımı arama ve uygulama sürecini incelemek için tasarlanan çalışmada ebeveynlerin yaşlarının artması SOY seviyelerinin azaldığı sonucuna varmışlardır (131).

Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı ile Çocuk Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi Bulgularına Yönelik Tartışmalar: Çalışmamızda Çocuk Sağlık Çıktıları ile Ebeveyn SOY boyutları arasındaki korelasyon analizinde, tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma

boyutu ile bazı çocuk sağlık çıktıları arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur (Tablo 4.13). Tedavi ve hizmet alanında Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, çocuk sağlık çıktılarından anne sütü devam süresi, aşılama düzeyi, diş fırçalama alışkanlığı/ebeveyn tarafından verilen ağız bakımı ve düzenli fiziksel aktivite/ebeveyn tarafından yaptırılan egzersizin sıklığı düzeylerinde iyileşmeler görüleceği çıkarımı yapılabilir. Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, düzenli fiziksel aktivite sıklığı/ebeveyn tarafından yaptırılan egzersizin sıklığı çocuk sağlığı çıktısında da iyileşmeler görüleceği söylenebilir. Erden (2020), SOY düzeyi ile tedavi uyumuna baktığı çalışmasında katılımcıların SOY düzeyi ile egzersiz yapanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koymuştur (120). Ersen (2019) ise fiziksel aktivite ile SOY arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu ortaya çıkarmıştır. Ayrıca günlük yürüyüş veya koşu gibi fiziksel aktivite yapma süresi ile SOY ile ilgili yapılan analizler sonucunda iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varmışlardır (132).

Araştırmamızda tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutunda sadece solunum yolu enfeksiyonu görülme sıklığı çocuk sağlık çıktısı ile anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu sonuca göre tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, solunum yolu enfeksiyonu görülme sıklığı çocuk sağlık çıktısında iyileşmeler görülecektir. Liu ve ark. (2022) astım eğitiminin sağlık kuruluşlarını ziyaret etme sıklığı üzerindeki etkiyi inceleyen çalışmalarında astım eğitimi alan grubun hastaneye yatış riskinin %54 ve acil servise başvuru sıklığının %31 daha düşük olduğu sonucuna varmışlardır. Yapılan analizler astım eğitimi alan grubun sağlık kuruluşlarını ziyaret sıklığının azaldığı görülmüştür. Çalışmada astım eğitimi ebeveynleri ile alan çocukların hastaneye yatışlarının ve acil servise başvuru sıklıklarının eğitimi ebeveyni ile beraber almayanlara göre azaldığı belirtilmiştir (133). Shone ve ark. (2009) çalışmalarında sınırlı SOY'a sahip olan ebeveynlerin diğerlerine kıyasla çocuklarının sağlığını orta ve kötü algılamalarına ek olarak, çocuklarının sağlığı konusunda da daha endişeli oldukları sonucuna varmıştır. Çalışmada ayrıca SOY düzeyi düşük olan ebeveynlerin astıma dair bilgi düzeyinin yetersiz, tedavi ve sağlık profesyonelleri ile iletişimlerinin daha kötü olduğu ve astım ilaçlarına olan ihtiyaçlarının yüksek olduğuna değinilmiştir (134).

Çalışmamızda tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma boyutu ile bazı çocuk sağlık çıktıları arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.13). Bu sonuçtan

tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, çocuk sağlık çıktılarından anne sütü devam süresi, aşılanma düzeyi, diş fırçalama alışkanlığı/ebeveyn tarafından verilen ağız bakımı ve düzenli fiziksel aktivite/ebeveyn tarafından yaptırılan egzersizin sıklığı düzeylerinde iyileşmeler görüleceği çıkarımı yapılabilir. Uyar ve Beydağ'ın (2022) çalışmasında bebek beslenme tutumu ile ebeveynlerin e-sağlık okuryazarlıkları arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Bebeklerinin emzirme sıklığını 2 saatte bir olacak şekilde planlayan annelerin SOY puanları her istediğine emziren annelere göre daha SOY puanları daha düşük kalmıştır (128). Ancak Uyar ve Beydağ'ın (2022) çalışmasının aksine Toksoy ve Cesur (2019) emzirme tutumu değerlendirme ölçek puanı ile sağlık okuryazarlık ölçek puanı arasında anlamlı ilişki olmadığı sonucuna varmışlardır (130). Bir çalışmada çocukların bağışıklama durumunu değerlendirmek için annelerine aşı kartı olup olmadığı sorulmuş ve çocukların aşılanma durumları değerlendirilmiştir. Aşı kartlarını saklayan annelerin oranı %40 iken çalışmada sağlık eğitimi sonrasında %68'e yükseldiği belirtilmiştir. Aşı kartı olmayanların bağışıklama oranlarının da düşük olduğu ancak müdahale sonrasında bağışıklama oranlarının da arttığı görülmüştür (135).

Çalışmamızda hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu ile bazı çocuk sağlık çıktıları arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.13). Bu sonuçlardan hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, düzenli sağlık kontrolü, solunum yolu enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu, ishal ve/veya kusma, ateşli hastalık, hastanede yatarak tedavi görme sıklığı çocuk sağlık çıktılarında iyileşmeler görüleceği çıkarımı yapılabilir. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutu ile bazı çocuk sağlık çıktıları arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.13). Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, solunum yolu enfeksiyonu görülme, ishal ve/veya kusma görülme, ateşli hastalık görülme ve hastanede yatarak tedavi görme çocuk sağlığı çıktılarında iyileşmeler görüleceği çıkarımı yapılabilir.

Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu ile sadece 5 numaralı çocuk sağlık çıktısı arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmaktadır. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, düzenli sağlık kontrolü çocuk sağlığı çıktısında iyileşmeler görüleceği çıkarımı yapılabilir. Shaikh ve ark.

(2014) sağlık eğitiminin çocuk sağlığı ile ilgili bağışıklama, hastalık döneminde evde bakım, enfeksiyon durumunda evde bakım, sağlık hizmeti arayışı ve sağlık profesyonellerinin tavsiyelerine uyma gibi beş temel ebeveyn uygulamasını üzerinde etkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır. Annelerin sağlıkla ilgili tehlike oluşturabilen durumları tanıma becerisinin sağlık eğitimi sonunda iyileştiği bulunmuştur. Annelere çocuklarını sağlık kuruluşuna götürmesi gerektiği uyarı işaretlerinden bahsetmesi istenmiştir. Başlangıçta sağlık kuruluşuna başvurma farkındalıkları %35-58 olarak      rken sağlık eğitimi sonrasında %70-80'e yükselmiştir. Annelerin ev dışında sağlık bakım hizmeti aramaya dair yönelimleri de başlangıç anketinde %64 bulunurken sağlık eğitimi sonrasında %96'ya yükselmiştir. Düzenli olarak bakım ve sağlık kuruluşu ziyaretlerinin de sağlık eğitimi sonrasında %9'dan %49'a yükseldiği sonucuna varmışlardır (135). Güven'in (2016)  alışmasında katılımcıların son 1 yıl içerisinde kaç kez sağlık birimine başvurdukları sorgulanmış ve SOY düzeyi ile başvuru sıklığı arasında ilişkiyi incelenmiştir. İki değişken arasındaki ilişkiyi bulmak için pearson korelasyon katsayısını hesaplamış ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit etmiştir (123). Yeniçeri (2019) SOY ile sağlık kurumuna başvuru sayısı arasında anlamlı bir farklılık saptamıştır (129).

Shaikh ve ark. (2014)  alışmalarında sağlıkla ilgili bilgi ve uygulamaları değerlendirmek için ebeveynlerin sıklıkla karşılaştığı çocuklarda görülen diyarenin tedavisinde kullanılan ORS tercih oranı değerlendirilmiştir. Sonuç olarak sağlık eğitimi öncesinde ORS kullanımı %51 iken sonrasında %82'ye yükseldiği sonucuna varmışlardır. Yine ORS'nin nasıl karıştırılacağına dair doğru yöntemi bilen ebeveynler %31 iken eğitim sonrasında bu oranın %94'e yükseldiğini ortaya çıkarmışlardır (135). Alqudah ve ark. (2019) ebeveynlerin SOY düzeyine göre çocuğun ateş yönetimi hakkında bilgilerini karşılaştırmak amacıyla çalışmalarında sınırlı sağlık okuryazarlık seviyesine sahip olan ebeveynlerin ateş yönetiminde uygunsuz eylemlerde bulunacağına dair hipotez oluşturmuşlardır. Ancak çalışmalarında hem sınırlı hem de fonksiyonel SOY'a sahip ebeveynlerin ateş bilgisi ve ateş durumunda yapılması gereken uygulamalarda zayıf oldukları sonucuna varmışlardır (98). Diğer bir çalışmada annelerin %75'i çocuklarında ateşli hastalık oluşması durumunda bir sağlık kuruluşuna başvurması gerektiğini bilmesine rağmen ateşli çocukların sadece %45'i sağlık kuruluşuna başvurduklarını bunun da annelerin bilgi eksikliği olmamasına rağmen uygulamaya geçmede eksik kaldıklarını gösterdiğine değinilmiştir (135). Brezilya'da yürütülen bir çalışmada ağız sağlık okuryazarlıkları düşük olan ebeveynlerin çocuklarında tedavi edilmemiş diş çürüğü prevalansının yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan analizler

doğrultusunda bakıcıları düşük ağız sağlık okuryazarlığına sahip olan, görünür plağı olan ve bakıcıları tarafından dişleri hiç fırçalanmayan veya sadece ara sıra fırçalanan çocuklar arasında tedavi edilmemiş çürük prevalansı olduğu tespit edilmiştir (112). Firmino ve ark. (2018) yaptıkları sistematik derlemede, çalışmaların çoğunun ebeveyn SOY'unun düşük olması ile diş çürüklerinin artmış olmasına ilişkin sonuçlar olduğuna değinmiştir. Ayrıca ağız sağlık okuryazarlığı ile dolgulu, çekilmiş diş sayısı ve diş hekimi ziyaretleri arasındaki ilişki olduğunu tespit etmişlerdir (113).



SONUÇ VE ÖNERİLER

Ebeveyn sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocuk sağlığı üzerindeki etkilerinin ortaya çıkarılması amacıyla yapılan bu çalışma doğrultusunda;

- Ebeveyn sağlık okuryazarlık boyutları ortalamalarının, aile üye sayısı, gelir durumu, eğitim durumu, ebeveyn yaşı, sahip olunan çocuk sayısı ve ebeveynin mesleğine göre farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır.
- TSOY-32 ölçeğinin boyutlarına göre ele alındığında en yüksek puan dördüncü (41, 3), en düşük puan ise üçüncü (35, 19) boyuttan alınmıştır.
- TSOY-32 ölçeğinin alt boyutlarına göre ebeveynlerden mükemmel seviyede sağlık okuryazarlığına sahip olanlar %38 oranında dördüncü boyutta ile yer alırken yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip ebeveynler ise %22 oranında üçüncü boyutta yer almaktadır.
- Mahallelerin genel ebeveyn sağlık okuryazarlığı puanlarına bakıldığında en düşük SOY puanına Kuşdilli Mahallesi (34, 4), en yüksek SOY puanına ise Medrese mahallesinin (39, 77) sahip olduğu görülmektedir.
- Çocuk sağlık çıktıları maddeleri incelendiğinde en iyi çocuk sağlık çıktısının geriye dönük bir yıllık idrar yolu enfeksiyonu görülme sıklığı olduğu ve en kötü sağlık çıktısının düzenli sağlık kontrolü sıklığı olduğu tespit edilmiştir.
- Tedavi ve hizmet alanında Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, çocuk sağlık çıktılarından anne sütü devam süresi, aşılama düzeyi, diş fırçalama alışkanlığı/ebeveyn tarafından verilen ağız bakımı ve düzenli fiziksel aktivite/ebeveyn tarafından yaptırılan egzersizin sıklığı düzeylerinde iyileşmeler görülmektedir.
- Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, düzenli fiziksel aktivite sıklığı/ebeveyn tarafından yaptırılan egzersizin sıklığı çocuk sağlığı çıktısında da iyileşmeler görülmektedir.
- Tedavi ve hizmet alanında sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, çocuk sağlık çıktılarından anne sütü devam süresi, aşılama düzeyi, diş fırçalama alışkanlığı/ebeveyn tarafından verilen ağız bakımı ve düzenli

fiziksel aktivite/ebeveyn tarafından yaptırılan egzersizin sıklığı düzeylerinde iyileşmeler görülmektedir.

- Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, düzenli sağlık kontrolü, solunum yolu enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu, ishal ve/veya kusma, ateşli hastalık, hastanede yatarak tedavi görme sıklığı çocuk sağlık çıktılarında iyileşmeler görülmektedir.
- Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi anlama konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, solunum yolu enfeksiyonu görülme, ishal ve/veya kusma görülme, ateşli hastalık görülme ve hastanede yatarak tedavi görme çocuk sağlığı çıktılarında iyileşmeler görülmektedir.
- Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme konularında ebeveyn SOY düzeyi yükseldikçe, düzenli sağlık kontrolü çocuk sağlığı çıktısında iyileşmeler görülmektedir.
- Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alanında sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma boyutu ile hiçbir çocuk sağlığı çıktısı arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır.

Çalışmamız sonucunda ilerleyen zamanlardaki çalışmalara rehberlik etmesi için önerilerimiz şunlardır;

- Ebeveyn sağlık okuryazarlığı ve çocuk sağlığı çıktılarına ilişkin çalışmaların sayısı artırılabilir.
- Ebeveyn ya da bakım vericilere sağlık okuryazarlığı eğitimi verilebilir.
- Ebeveynlerin sağlık okuryazarlık düzeyleri alt boyutlarına göre değerlendirilerek eksik olduğu boyuta göre girişim planlanabilir.
- Ebeveyn sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler analiz edilerek sağlık okuryazarlığı açısından potansiyel risk oluşturan ebeveynler tespit edilebilir.
- Çalışmalarda çocuk sağlık çıktılarının sağlıklı bir şekilde değerlendirebilmek adına bir standart oluşturulabilir.
- Çocuk sağlık çıktıları sadece fiziksel olarak değil ruh sağlığı boyutu ile ele alınabilir.

KAYNAKLAR

1. Bozkurt G, Erdim L. Türkiye’de anne çocuk sağığı durumu. Sağıık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2019; 6(3): 575-582.
2. Bröder J, Okan O, Bauer U, Bruland D, Schlupp S, Bollweg TM, et al. Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. BMC Public Health. 2017; 17(1): 1-25.
3. Aslantekin F, Yumrutaş M. Sağıık okuryazarlığı ve ölçümü. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014; 13(4): 327-334.
4. Çopurlar CK, Kartal M. Sağıık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? The Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016; 10(1): 42-47.
5. Morrison AK, Glick A, Yin HS. Health literacy: implications for child health. Pediatrics in review. 2019; 40(6): 263-77.
6. Buhr ED, Tannen A. Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: a cross-sectional survey. BMC Public Health. 2020; 20(1):1-9.
7. DeWalt DA, Hink A. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. Pediatrics. 2009; 124(3): 265-74.
8. Sanders LM, Shaw JS, Guez G, Baur C, Rudd R. Health literacy and child health promotion: implications for research, clinical care, and public policy. Pediatrics. 2009; 124(3): 306-314.
9. Johnston R, Fowler C, Wilson V, Kelly M. Opportunities for nurses to increase parental health literacy: a discussion paper. Issues In Comprehensive Pediatric Nursing. 2015; 38(4): 266-81.
10. Khuu BP, Lee HY, Zhou AQ, Shin J, Lee RM. Healthcare providers' perspectives on parental health literacy and child health outcomes among Southeast Asian American immigrants and refugees. Children And Youth Services Review. 2016; 67: 220-9.

11. Dieng S, Cisse D, Lombrail P, Azogui-Lévy S. Mothers' oral health literacy and children's oral health status in Pikine, Senegal: A pilot study. Plos One. 2020; 15(1): e0226876.
12. Köse A. Sağlığın dönüşümünde hemşire insan gücü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (GÜSBD). 2020; 9(3): 300-306.
13. Ökten MM. Bireylerin covid-19 farkındalık düzeyi ile sağlık okuryazarlık arasındaki ilişkinin belirlenmesi düzeyi [Yüksek lisans tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2022.
14. Çınkıl Z, Büyük ET. Pediatri hemşirelerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022; 7(1): 267-277.
15. Soysal G, Özcan C, Akın A. Dünyada ve Türkiye'de kadın, anne ve çocuk sağlığının güncel durumu. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2022; 32(1): 3-13.
16. Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B. Pediatri hemşireliği: Akademisyen Tıp Kitabevi: Ankara; 2013.
17. Türkiye Sağlık Araştırması [İnternet]. 2022 [Erişim Tarihi 03.06.2023]. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747#:~:text=Bunu%20s%C4%B1ras%C4%B1yla%2C%20%29%2C4,ve%20di%C5%9F%20sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20sorunlar%C4%B1%20izledi.>
18. Cengizlier R. Çocuklarda solunum yolu hastalıkları. Klinik Tıp Pediatri Dergisi. 2016; 8(6): 33-42.
19. Koturoğlu G. Çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonları. J Pediatr Res. 2015; 2(2): 62-5.
20. Tagher G, Knapp L. Pediatric Nursing: A Case-based Approach: Lippincott Williams & Wilkins; 2019.
21. Sipahi S, Güler N. Çocuklarda alerjik rinit'te klinik bulgular, tanı ve ayırıcı tanı. Klinik Tıp Pediatri Dergisi. 2017; 9(2): 136-44.
22. Duman H, Mısırioğlu ED, Giniş T, Bostancı İ. Çocuklarda alerjik rinit. Çocuk Dergisi. 2010; 10(2): 62-68.

23. Görak G, Çınar N. Çocukta fiziksel sağlığı değerlendirme. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2017.
24. Gürhan N, Polat Ü, Eren Fidancı B. Hemşirelik Tanıları El Kitabı: Bakımın Planlanmasında Kanıta Dayalı Rehber. 2019.
25. Phelps LL, Ralph SS, Taylor CM. Hemşirelik Tanı Referans El Kitabı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2019.
26. Yüksel S. Konjenital kalp hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynlerde umutsuzluk ve sağlık okuryazarlığı [Yüksek lisans tezi]. Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi; 2020.
27. Ertan D, Yılmaz M. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedavi gören bebeklerin annelerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin evde bebek bakım bilgisi ile ilişkisi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2021; 6(2): 31-38.
28. Yılmaz Kurt, F. Üriner Sistem Hastalıkları. Editör: Aydın D, Aba YA. Anne ve Çocuk Sağlığı. İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevleri. 2019.
29. Bozkurt M, Kaya Aksoy G, Gemici A, Çomak E, Koyun M, Akman S. İdrar yolu enfeksiyonu takipli hasta ve ebeveynlerinin hastalıkları ile ilgili verilen sağlık eğitimi öncesi ve sonrası bilgi, tutum ve davranışlarının karşılaştırılması. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2017; 12(2): 49-58.
30. Görgen Ö. Genel bir bakış: çocukluk çağı idrar yolları enfeksiyonu. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2016; 11(2): 50-64.
31. Renko M, Salo J, Ekstrand M, Pokka T, Pieviläinen O, Uhari M, et al. Meta-analysis of the risk factors for urinary tract infection in children. The Pediatric Infectious Disease Journal. 2022; 41(10): 787-792.
32. Dwi Pratiwi R. Çocuklarda idrar yolu enfeksiyonunu önlemeye yönelik video animasyon yöntemiyle uygulanan eğitimin idrar yolu enfeksiyonu tekrarına etkisi [Yüksek lisans tezi]. Antalya: Akdeniz Üniversitesi; 2017.
33. Bojd SS, Soleimani G, Teimouri A, Aflakian N. Urinary infection Recurrence and its related factors in urinary tract infection. International Journal of Infection. 2018; 5(2): e64903.

34. Aydın Ö, Kabasakal Çetin A, Samur G. Pediatrik inflamatuvar bağırsak hastalıklarında güncel beslenme tedavisi yaklaşımları. *Journal of Current Pediatrics*. 2022; 20(1): 103-115.
35. Ekemen A, Zorlu I, Açıkgöz B, Pişkin İE, Ayoğlu FN. Çocuklarda ishal olgularının tanımlayıcı özellikleri. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2020; 5(1): 104-12.
36. Diarrhoea [İnternet]. 2023 [Erişim Tarihi 03.06.2023]. Erişim Adresi: https://www.who.int/health-topics/diarrhoea#tab=tab_1.
37. Balsalobre-Arenas L, Alarcon-Cavero T. Rapid diagnosis of gastrointestinal tract infections due to parasites, viruses, and bacteria. *Enfermedades infecciosas y microbiologia clinica (English ed)*. 2017; 35(6): 367-76.
38. Burd EM, Hinrichs BH. Gastrointestinal infections. *Molecular Pathology in Clinical Practice*. 2016: 707-734. https://doi.org/10.1007/978-3-319-19674-9_50
39. Yalnızoğlu Çaka S, Çınar N, Altınkaynak S. Ateşli çocuğa yaklaşım. *Journal of Human Rhythm*. 2015; 1(4): 133-138.
40. Çakırcalı E. Yaşamsal bulgular. Aştı Atabek T, Karadağ A, Editörler. *Hemşirelik esasları, hemşirelik bilim ve sanatı 1*. İstanbul: Akademi Yayınları; 2016.
41. İnaç Yılmaz B, Köse S. Febril konvülziyonlar (FK) ve hemşirelik yaklaşımı. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 3(3):137-143.
42. Öztürk Ö, Topan A, Ayyıldız T. Ateş şikayeti ile acil servise getirilen çocuklarda ateş olgularının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2015; 2(3): 285-296.
43. Saygın ZÖ, Kundakcı N. WASPAS ve CODAS yöntemleri ile OECD ülkelerinin sağlık göstergeleri açısından kıyaslamalı analizi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*. 2020; 23(1): 23-42.
44. Demirtaş Z, Metintaş S. Türk Cumhuriyetlerinde anne çocuk sağlığı göstergelerinin ekonomik ve doğurganlık özellikleri açısından değerlendirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2017; 2(1): 16-25.
45. Törüner EK, Büyükgönenç L. Çocuk sağlığı: temel hemşirelik yaklaşımları. Ankara: Göktuğ Yayıncılık; 2013.

46. Dumith SC, Domingues MR, Mendoza-Sassi RA, Cesar JA. Physical activity during pregnancy and its association with maternal and child health indicators. *Revista de saude publica*. 2012; 46(2): 327-33.
47. Büyüksoy Bulucu GD. Türkiye'nin bazı sağlık düzeyi göstergelerinin halk sağlığı görüşü açısından değerlendirilmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2019; 1(2): 49-59.
48. Batbaylı Ş. Sağlık ekonomisi perspektifinde seçilmiş ülkelerin sağlık göstergelerinin değerlendirilmesi. *International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal*. 2022; 8(1): 43-57.
49. Gökoğlu AG. Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık davranışlarına ve çocuk sağlığına etkisi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2021; 6(2): 132-148.
50. Tripathi N, Sharma KK. Child health indicators. *International Journal of Current Research*. 2022; 14(5): 21385-21390.
51. Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, Gülmezoglu AM, Temmerman M, et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new global investment framework. *The Lancet*. 2014; 383(9925): 1333-1354.
52. Çevik S. Kamu sağlık harcamalarının sağlık sonuçları üzerindeki etkisi: ülkelerin gelir seviyelerine göre bir karşılaştırma. *İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*. 2013; 48(0): 113-133.
53. Daştan İ, Çetinkaya V. OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. 2015; 5(1): 104-134.
54. Ergin I, Hassoy H. Bebek ölümlülüğünde eşitsizlikler: Dünya ve Türkiye'deki duruma dair bir değerlendirme. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*. 2011; 1(3): 98-104.
55. Şahinöz T, Şahinöz S. Demografik ve bazı sağlık göstergeleri açısından Türkiye'nin dünyadaki durumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012; 1(1): 1-11.

56. Sixty-fourth Regional Committee for Europe: Copenhagen, 15–18 September 2014: investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020. [İnternet]. 2021. [Erişim Tarihi 03.06.2023]. [Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337284>].
57. Güney M, Kaya M. UNICEF çocuk refahı sağlık göstergelerine göre OECD ülkelerinin karşılaştırılması. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2023; (37): 64-74. <https://doi.org/10.20875/makusobed.1209799>
58. Sayılı U, Aksu Sayman Ö, Vehid S, Köksal SS, Erginöz E. Türkiye ve OECD ülkelerinin sağlık göstergeleri ve sağlık harcamalarının karşılaştırılması. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 2(3): 1-12.
59. Health and Well-Being [İnternet]. 2022 [Erişim Tarihi 01.03.2023]. Erişim Adresi: <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being#:~:text=The%20WHO%20constitution%20states%3A%20%22Health,absence%20of%20disease%20or%20infirmity.%22>.
60. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2016; 9(4): 142-147.
61. Fertman CI, Allensworth DD. Sağlığı geliştirme programları: Teoriden pratiğe. 1. Baskı, Ankara. Sağlık Bakanlığı Yayınları. 2012.
62. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000; 15(3): 259-267.
63. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması [İnternet]. 2018 [Erişim Tarihi 05.03.2023]. Erişim Adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39699/0/soya-rapor-1pdf.pdf>.
64. Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okur-yazarlığı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2014; 13(4): 321-326.

65. Improving health literacy [İnternet]. 2023 [Erişim Tarihi 05.03.2023]. Erişim Adresi: <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy#:~:text=%E2%80%9CHealth%20literacy%20implies%20the%20achievement,pers,onal%20lifestyles%20and%20living%20conditions.>
66. What Is Health Literacy? [İnternet]. 2020 [Erişim Tarihi 05.03.2023]. Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html>.
67. 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): 354-362.
68. 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): 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.
69. Koç Akran S. Sağlık okuryazarlığı üzerine sistematik derleme. Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi. 2021; 7(15): 143-168.
70. Kaya E, Karaca Sivrikaya S. Sağlık okuryazarlığı ve hemşirelik. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2019; 28(3): 216-221.
71. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. Journal of General Internal Medicine. 2006; 21(8): 878-883.
72. Utma S. Sağlık okuryazarlığı kavramı ve sağlık haberlerini doğru okumak. IBAD Sosyal Bilimler Dergisi. 2019; cilt: 223-31. <https://doi.org/10.21733/ibad.624972>
73. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016; 15(1): 69-74.
74. Sarıyar S, Fırat Kılıç H. Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan araçlar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2019; 6(2): 126-31.
75. Loan LA, Parnell TA, Stichler JF, Boyle DK, Allen P, VanFosson CA, et al. Call for action: nurses must play a critical role to enhance health literacy. Nursing Outlook. 2018; 66(1): 97-100.

76. Macabasco-O'Connell A, Fry-Bowers EK. Knowledge and perceptions of health literacy among nursing professionals. *Journal of Health Communication*. 2011; 16(3): 295-307.
77. Tan K. Spinal müsküler atrofi hastalarının ebeveynlerinde sağlık okuryazarlığı ve zyeterlilik düzeyinin incelenmesi. [Yüksek lisans tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2019.
78. Yavaş elik M. ocuk hastalarda aile merkezli bakım ve hemşirelik. *Sağlık ve Toplum*. 2018; 28(1): 26-31.
79. Türk Dil Kurumu [İnternet]. 2022 [Erişim Tarihi 26.06.2023]. Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/>.
80. Öztürk Haney M. Health literacy and predictors of body weight in Turkish children. *Journal of Pediatric Nursing*. 2020; 55: e257-e262. doi: 10.1016/j.pedn.2020.05.012.
81. Lawrence P, Feinberg I, Spratling R. The relationship of parental health literacy to health outcomes of children with medical complexity. *Journal of Pediatric Nursing*. 2021; 60: 65-70.
82. Tabacchi G, Petrigna L, Battaglia G, Navarra GA, Palma A, Bellafiore M. An interaction path of mothers' and preschoolers' food-and physical activity-related aspects in disadvantaged sicilian urban areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health (MDPI)*. 2021; 18(6): 2875.
83. Sanders LM, Perrin EM, Yin HS, Bronaugh A, Rothman RL. "Greenlight study": a controlled trial of low-literacy, early childhood obesity prevention. *Pediatrics*. 2014; 133(6): 1724-1737.
84. Zoellner JM, Hill J, You W, Brock D, Frisard M, Alexander R, et al. The influence of parental health literacy status on reach, attendance, retention, and outcomes in a family-based childhood obesity treatment program, Virginia, 2013–2015. *Preventing Chronic Disease*. 2017; 14 (87): 1-11.
85. Yoshii E, Akamatsu R, Hasegawa T, Fukuda K. Relationship between maternal healthy eating literacy and healthy meal provision in families in Japan. *Health Promotion International*. 2021; 36(3): 641-648.

86. Oflu AT. Annelerin sağlık okuryazarlığı ve erken ebeveynlik uygulamalarının erken çocukluk gelişimi ile ilişkisi. [Doktora Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2022.
87. Choudhry FR, Ming LC, Munawar K, Zaidi STR, Patel RP, Khan TM, et al. Health literacy studies conducted in Australia: a scoping review. *International journal of Environmental Research and Public Health*. 2019; 16(7): 1112-1144.
88. Yurdakul S, Koç Ş. Çocuklarda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde aile eğitimi. *Pediatric Practice and Research*. 2019; 7(Ek): 544-549.
89. Batool SH, Safdar M, Eman S. Relationship between parents' health literacy and child health: Systematic Review. *Library Hi Tech*. 2022. Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print. Doi: 10.1108/lht-11-2021-0398
90. Lee HY, Zhou AQ, Lee RM, Dillon AL. Parents' functional health literacy is associated with children's health outcomes: Implications for health practice, policy, and research. *Children and Youth Services Review*. 2020; 110(1): 104801.
91. Zaidman EA, Scott KM, Hahn D, Bennett P, Caldwell PH. Impact of parental health literacy on the health outcomes of children with chronic disease globally: A systematic review. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2023; 59(1): 12-31.
92. Basan NM, Bilir N. Koruyucu sağlık hizmetlerinde önleme çelişkişi ve nedenleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016; 15(1): 44-50.
93. Gençer Ç, Er F, Barut B, Kara Y. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda sosyal hizmet mesleğinin önemi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 2021; 32(3): 1125-1142.
94. Ono S, Ogi H, Ogawa M, Nakamura D, Nakamura T, Izawa KP. Relationship between parents' health literacy and children's sleep problems in Japan. *BMC Public Health*. 2021; 21(1): 1-7.
95. Brandstetter S, Atzendorf J, Seelbach-Göbel B, Melter M, Kabesch M, Apfelbacher C, et al. Sociodemographic factors associated with health literacy in a large sample of mothers of newborn children: cross-sectional findings from the KUNO-Kids birth cohort study. *European journal of pediatrics*. 2020; 179(1): 165-169.
96. Ulusoy E, Yılmaz TE, Çifci A, Yılmaz T, Kasım İ, Özkara A. Sağlam çocuk takibinde ebeveynlerin rolü ve sağlık okuryazarlığı. *Ankara Medical Journal*. 2020; 20(3): 588-604.

97. Laoraksawong P, Pansuwan P, Krongchon S, Pongpanitanont P, Janwan P. Prevalence of enterobius vermicularis infections and associated risk factors among schoolchildren in Nakhon Si Thammarat, Thailand. Trop Med Health. 2020; 48(1): 1-7.
98. Alqudah M, Cowin L, George A, Johnson M. Child fever management: a comparative study of Australian parents with limited and functional health literacy. Nursing & Health Sciences. 2019; 21(2): 157-163.
99. Perrin R, Patel S, Lees A, Smith D, Woodcock T, Harris S, et al. Predictors of children's health system use: cross-sectional study of linked data. Family Practice. 2020; 37(6): 807-814.
100. Ölmez EH, Barkan OB. Sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi ve hasta hekim ilişkisinin değerlendirilmesi. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi. 2015; 4(8): 121-127.
101. Ertuğrul B, Albayrak S. Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin çocukluk dönemi aşılarna yönelik tutum ve davranışlarıyla ilişkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2021; 8(2): 186-195.
102. Ceylan SS, Turan T, Erdoğan Ç. Ebeveynlerin aşılarla olan güvenleri ile aşı e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022; 6(3): 154-164.
103. Aydın D, Aba YA. Annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile emzirme öz-yeterlilik algıları arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2019; 12(1): 31-39.
104. Gugglberger L. The multifaceted relationship between health promotion and health literacy. Healt Promotion International. 2019; 34(5): 887-891.
105. Gallant AJ, Bishop A, Cassidy C, Egar J, Curran J. Using behaviour change theories to understand pediatric emergency discharge communication interventions. 2020. Preprint. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-21813/v1>
106. Aral N, Aysu B, Aydoğdu F, Gürsoy F. Annelerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin incelenmesi: çocuk gelişimci perspektifi ile disiplinlerarası bir çalışma. Gevher Nesibe Journal Of Medical & Health Sciences. 2021; 6(14): 35-44.

107. Penny DJ. Speaking to children and their families about congenital heart disease: Ushering in a new era of healthcare literacy. *Congenit Heart Disease*. 2017; 12(3): 241.
108. Yin HS, Parker R, Wolf M, Mendelsohn A, Sanders L, Vivar K, et al. Health literacy assessment of labeling of pediatric nonprescription medications: Examination of characteristics that may impair parent understanding. *Academic pediatrics*. 2012; 12(4): 288-296.
109. Diemer FS, Haan YC, Nannan Panday RV, Van Montfrans GA, Oehlers GP, Brewster LM. Health literacy in Suriname. *Social Work in Health Care*. 2017; 56(4): 283-293.
110. Taheri A, Langarizadeh M, Dehkordi JG, Yousefianzadeh O. Development of health literacy among postgraduate students: From information literacy perspective. *Journal of Education and Health Promotion*. 2020; 9: 338.
111. Çoban T, Özcebe H. Çocuklarda sağlığın geliştirilmesinde sağlık okuryazarlığının rolü. *Turkish Journal of Public Health*. 2019; 17(3): 337-349.
112. Montes GR, Bonotto DV, Ferreira FM, Menezes JVNB, Fraiz FC. Caregiver's oral health literacy is associated with prevalence of untreated dental caries in preschool children. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2019; 24: 2737-2744.
113. Firmino RT, Ferreira FM, Martins CC, Granville Garcia AF, Fraiz FC, Paiva SM. Is parental oral health literacy a predictor of children's oral health outcomes? systematic review of the literature. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2018; 28(5): 459-71.
114. Yazıcıoğlu Y, Erdoğan S. SPSS uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Detay Yayıncılık. Elektronik Kaynaklar. 2004.
115. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması: Sağlığın Geliştirilmesi. 1. Baskı. Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2016.
116. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics: pearson Boston, MA; 2013.
117. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. Ankara: Seçkin Yayınevi.; 2005.

118. Tan K, Karakas SA. The health literacy and self-efficacy levels of parents of patients with spinal muscular atrophy. *International Journal of Caring Sciences*. 2022; 15(2): 763-72.
119. Elamin ASM. İzmirin bir mahallesinde yaşayan geçici koruma altındaki Suriyelilerde sağlık okuryazarlığı ve sosyo-demografik özelliklerle ilişkisinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2018.
120. Çetin Erden M. Hipertansif hastalarda tedavi uyumu ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi [Uzmanlık Tezi]. İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi; 2020.
121. Halatçı MF, Demirköse H, İlhan MN. Ankara'da özel bir eğitim ve rehabilitasyon merkezinde tedavi gören serebral palsi tanılı çocuk sahibi olan ailelerde sağlık okuryazarlığının incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2020; 8(2): 131-6.
122. Öztürk S, Timur Taşhan Ş. The relationship between women's health literacy and traditional practices about infant care and breastfeeding in the postnatal period. *Medicine Science International Medical Journal*. 2022; 11(2): 554-60.
123. Güven A. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sağlık okuryazarlığı ile hasta güvenliği ilişkisi. [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2016.
124. Topuz A. Sağlık okur-yazarlığı ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışmasının yapılması ve ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ilaç uygulama hatalarına etkisinin belirlenmesi [Yüksek lisans tezi]. İzmir: Şifa Üniversitesi; 2016.
125. Özayhan EÖ. Kronik obstrüktif akciğer hastalarının ve astım hastalarının nebulizatör ve inhalerle ilaç kullanımları ve sağlık okuryazarlığı durumu (Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi örneği) [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2019.
126. Özsoy H. Kronik hastalıklı çocuğu olan annelerde sağlık okuryazarlığı ve hastalık yönetimi ilişkisi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2017.
127. Dokuyucu Z. 1 ay 5 yaş arası (1-60 ay) çocuğu olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile ateş yönetimi konusundaki bilgi ve uygulamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. İzmir: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi; 2020.

128. Uyar G, Beydağ KD. Emziren annelerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin bebek beslenmesi tutumuna etkisi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022; 2(3): 548-58.
129. Yeniçeri Ş. Çocuk acil hastaları ebeveynlerinin akılcı ilaç kullanımı ve yetişkin sağlık okuryazarlığı [Yüksek lisans tezi]. Tokat: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi; 2019.
130. Toksoy KH, Cesur B. The relationship between health literacy and breastfeeding attitude in primiparous women. *International Journal of Caring Sciences*. 2020; 13(3): 1930-38.
131. May M, Brousseau DC, Nelson DA, Flynn KE, Wolf MS, Lepley B, et al. Why parents seek care for acute illness in the clinic or the ED: the role of health literacy. *Academic pediatrics*. 2018; 18(3): 289-296.
132. Ersen TK. Ankara ili Akyurt ilçesi sağlık okuryazarlık düzeyi ve etkileyen faktörlerin saptanması. [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2019.
133. Liu W-Y, Jiesibieke ZL, Tung T-H. Effect of asthma education on health outcomes in children: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. 2022; 107(12): 1100-5.
134. Shone LP, Conn KM, Sanders L, Halterman JS. The role of parent health literacy among urban children with persistent asthma. *Patient Education And Counseling*. 2009; 75(3): 368-75.
135. Shaikh S, Memon S, Ahmed I, Manzoor R, Shaikh S. Impact of an IEC (Information, Education and Communication) intervention on key family practices of mothers related to child health in Jamshoro, Sindh. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2014; 30(3): 611-8.

EKLER

EK 1: Ebeveyn Demografik Özellikler

Sayın Katılımcı,

Bu anket formu, hazırlanmakta olan bilimsel bir çalışma çerçevesinde hazırlanmıştır. Anket yoluyla toplanan veriler bütünsel olarak değerlendirilecek ve bilimsel yayın dışında hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Bu çalışmanın amacı ebeveyn sağlık okuryazarlığının çocuk sağlığı ile ilişkilerinin incelenmesidir. Bu nedenle 6-12 yaş arası çocuğa sahip ebeveynlerin katılımı gerekmektedir. Araştırmanın amacına ulaşması, içtenlikle vereceğiniz cevaplarla sağlanabilecektir. Araştırmaya yapacağınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

SORULAR

A.

Yaşınız ☐ 18-25 ☐ 26-35 ☐ 36-45 ☐ 46 ve üstü	Aile üyesi sayısı ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ve üstü	Kronik hastalık varlığı ☐ Var ☐ Yok
Eğitim Durumu ☐ İlköğretim ☐ Ortaöğretim ☐ Lisans ☐ Lisansüstü	Aylık Gelir ☐ 3000-5000 ☐ 5001-7000 ☐ 7001- 8000 ☐ 8001 ve üstü	Bir yıl içinde sağlık kuruluşuna gitme sayısı ☐ 1-2 ☐ 3-5 ☐ 6-10 ☐ 11 ve üstü
Cinsiyetiniz ☐ Erkek ☐ Kadın	Mesleğiniz ☐ Emekli ☐ Ev hanımı ☐ Kamu çalışanı ☐ İşçi ☐ Serbest meslek ☐ Diğer	Sahip olduğunuz çocuk sayısı
Yaşadığınız Mahalle		

EK 2: Çocuk Demografik Özellikler

B.

Çocuğunuzun Yaşı (Gün/Ay/Yıl)	Çocuk Kronik hastalık varlığı ☐ Var ☐ Yok
Çocuğunuzun boyu ve kilosu Boy(cm): Kilosu(kg):	Çocuk Cinsiyet ☐ Erkek ☐ Kız
Kaçıncı çocuğa ait veri dolduruyorsunuz?	



EK 3: Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (TSOY-32)**C.**

	Aşağıdaki ifadelerle katılma derecenizi, yan tarafta bulunan kutucuklardan uygun olanını ☒ biçiminde işaretleyerek belirtiniz.	Çok kolay	Kolay	Ne kolay ne zor	Zor	Çok Zor
1	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					

	Aşağıdaki ifadelere katılma derecenizi, yan tarafta bulunan kutucuklardan uygun olanını ☒ biçiminde işaretleyerek belirtiniz.	Çok kolay	Kolay	Ne kolay ne zor	Zor	Çok Zor
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenle aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

EK 4: Çocuk Sağlık Çıktılarına Yönelik Sorular

D.

	1	2	3	4	5
Anne sütü devam süresi	Almadı	0-5 ay	6-11 ay	12-17 ay	18-24 ay
Aşılama düzeyi	Hiç aşısı yok	Bazı aşıları var	Eksik aşıları var	Aşıları tamamlanmış	Ekstra bazı aşılar yaptırmış
Diş fırçalama alışkanlığı/Ebeveyn tarafından verilen ağız bakımı	Fırçalamıyor/Ağız bakımı verilmiyor	Ara sıra fırçalıyor/Ara sıra ağız bakımı veriliyor	Günde 1	Günde 2	Günde 3
Düzenli fiziksel aktivite sıklığı/Ebeveyn tarafından yaptırılan egzersizin sıklığı	Yapmıyor/Yaptırılmıyor	Ara sıra yapıyor/Ara sıra yaptırılıyor	Ayda 1	Haftada 1	Günlük
Düzenli sağlık kontrolü sıklığı	Gitmiyor	Ara sıra gidiyor	Senede 1 defa gidiyor	Senede 2 defa gidiyor	Aylık gidiyor
Geriye dönük bir yıllık solunum yolu enfeksiyonu görülme sıklığı	Yılda 4 ve üstü	Yılda 3	Yılda 2	Yılda 1	Görülmedi
Geriye dönük bir yıllık idrar yolu enfeksiyonu görülme sıklığı	Yılda 4 ve üstü	Yılda 3	Yılda 2	Yılda 1	Görülmedi
Geriye dönük bir yıllık ishal ve/veya kusma görülme sıklığı	Yılda 4 ve üstü	Yılda 3	Yılda 2	Yılda 1	Görülmedi
Geriye dönük bir yıllık ateşli hastalık görülme sıklığı	Yılda 4 ve üstü	Yılda 3	Yılda 2	Yılda 1	Görülmedi
Geriye dönük bir yıllık hastanede yatarak tedavi görme sıklığı	Yılda 4 ve üstü	Yılda 3	Yılda 2	Yılda 1	Görülmedi

	1	2	3	4	5
Sağlık sorunu nedeniyle okul devamsızlığı (Geriye dönük bir yıllık/Çocuğunu z okula gidiyor ise bu soruyu cevaplayınız)	4 ve üstü gün	3 gün	2 gün	1 gün	Devamsızlık yok



EK 5: TSOY-32 Ölçek Kullanım İzni

←

↻

📎

📧

🕒

🔍

📁

🗑️

⋮

6. İletişim dizisinden 3. < >

ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

↕️ 📎 📧



Ayşegül TURAN
Alıcı: pmarokuyay

5 Nis 2022 17:36 ☆ ↶ ⋮

Sayın hocam,

Ebeveyn sağlık okuryazarlığının çocuk sağlık çıktılarına olan etkisini araştıracağımız yüksek lisans tez çalışmamızda, geliştirmiş olduğumuz TSOY-32 (Türkiye Sağlık Okur Yazarlığı) ölçeğini kullanmak istiyoruz. Uygun görüşlerinizi bildirirseniz çok memnun oluruz. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla



PINAR OKYAY
Alıcı: Sani

8 Nis 2022 11:41 ☆ ↶ ⋮

Merhaba Sevgili Ayşegül,

Öncelikle ölçeğimize göstermiş olduğunuz ilgi için teşekkür ederiz. SOY ile ilgili 2 adet ölçeğimiz var. Bunlardan ilki Avrupa SOY Türkiye uyarlaması ASOY. Siz bunu kullanmak istiyorsanız Prof. Dr. Filiz Abacıgil hocamıza başvurmanız gerekiyor.

Ama Türkiye SOY yani TSOY'u kullanmak istiyorsanız, ben yetkiliyim; uygundur. Ölçeği kullanmanız amacına hizmet etmek olur. Ekte ölçek ile bilgi ve aşağıda da daha detaylı bir puanlama paylaşıyorum. Umarım yeterli olur.

Selamlar,

Pinar

EK 6: Etik Kurul İzni



KIRŞEHİR AHI EVRAN ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL DEĞERLENDİRME VE KARAR FORMU



Değerlendirme Talebinde Bulunan Kişi/Kurum	Arş. Gör. Nagihan Merve SÖYLEMEZ		
Değerlendirme Başvuru Tarihi	29.04.2022		
Değerlendirilmesi Talep Edilen Eserin/Araştırmanın Adı	Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığının Çocuk Sağlık Çıktılarına Etkileri		
Değerlendirilmesi Talep Edilen Araştırma/Ölçek/Anket/Görüşme Formu			
Değerlendirmeyi Yapan Etik Kurul	KIRŞEHİR AHI EVRAN ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULU		
Değerlendirme Toplantı Bilgileri	Yeri İİBF Toplantı Salonu	Tarihi 07.06.2022	Saati 11:30
Karar No	Karar Tarihi	07.06.2022	
	Karar No	2022/04/24	
Karar Sonucu	(X) Kabul	(X) Oybirliği	
	() Ret	() Oy Çokluğu	
		() Oybirliği	
		() Oy Çokluğu	

Etik Kurulumuz, yukarıda başvuru bilgileri yer alan eser/araştırma için toplanarak bilimsel araştırmalar ve yayın etiği açısından değerlendirme yapmış ve aşağıda gerekçesi açıklanan karar(lar)ı almıştır:

Karar ve Gerekçesi

Arş. Gör. Nagihan Merve SÖYLEMEZ'e ait "Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığının Çocuk Sağlık Çıktılarına Etkileri" başlıklı araştırmanın, bilimsel araştırmalar etiği açısından yapılan değerlendirme sonucunda kabulüne *oy birliğiyle karar verildi.*

Etik Kurul Başkanı
Prof. Dr. Nur ÇETİN

(Form No: FR- 586 ; Revizyon Tarihi: .../.../... ; Revizyon No: ...)

EK 7: Kurum İzni



T.C.
KIRŞEHİR VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : E-24512418-605.01-63890000
Konu : Nagihan Merve SÖYLEMEZ'in
Araştırma izni

21/11/2022

VALİLİK MAKAMINA

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığının 14.11.2022 tarih ve 476979 sayılı yazıları ile; Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Dr. Öğretim Üyesi Ayşegül TURAN danışmanlığında Araştırma Görevlisi Nagihan Merve SÖYLEMEZ'in " Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığının Çocuk Sağlık Çıktılarına Etkileri" konulu araştırmayı yapma isteği bildirilmektedir.

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Araştırma Görevlisi Nagihan Merve SÖYLEMEZ'in söz konusu araştırmayı; merkez anaokulu, ilkokul ve ortaokul öğrenci velilerine, Millî Eğitim Bakanlığı Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü'nün 21.01.2020 tarih 1563890 sayılı (2020/2 nolu genelge) emirleri doğrultusunda araştırmanın, ilgili denetimi okul/kurum idaresinde olmak üzere, kurum faaliyetlerini aksatmadan, gönüllülük esasına göre ve araştırmacının sorumluluğunda müdürlüğümüz tarafından mühürlenmiş anket formlarının uygulanması müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Metin ALPASLAN
İl Millî Eğitim Müdürü

OLUR

<...>

Zikri ŞAHİN
Vali a.
Vali Yardımcısı

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Adres : Yenice Mahallesi 182. Sokak No:2 / P.K.40100 Merkez/KIRŞEHİR

Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/meb-ebys>

Bügi için: Sevim AKGÜL

Telefon No : 0 (386) 213 51 50

E-Posta: kirsehirmeb@meb.gov.tr

İnternet Adresi: kirsehir.meb.gov.tr

Faks:3862131003

Kep Adresi : meb@sis01.kep.tr

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://www.turkiye.gov.tr/meb-ebys> 3c25-d1d6-3d1d-92bb-525f kodu ile doğrulanabilir.



EK 8: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sayın Veli;

Çocuğunuzun katılacağı bu çalışma, “Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığının Çocuk Sağlığı ile İlişkilerinin İncelenmesi” adıyla, 21.11.2022-31.12.2022 tarihleri arasında yapılacak bir araştırma uygulamasıdır.

Araştırmanın Hedefi: Çocuk sağlığına yönelik veriler toplum sağlığı ölçütleri arasında yer aldığından bu alanın iyileştirilmesi, standartların yükseltilmesi ve sağlıklı nesiller açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışma ile sağlık okuryazarlığı boyutlarının ebeveyn çocuk sağlığı üzerindeki etkisi araştırılacaktır.

Araştırma Uygulaması: Anket şeklindedir.

Araştırma T.C. Millî Eğitim Bakanlığı’nın ve okul yönetiminin de izni ile gerçekleştirilmektedir. Araştırma uygulamasına katılım tamamıyla gönüllülük esasına dayalı olmaktadır. Çocuğunuz çalışmaya katılıp katılmamakta özgürdür. Araştırma çocuğunuz için herhangi bir istenmeyen etki ya da risk taşımamaktadır. Çocuğunuzun katılımı **tamamen sizin isteğinize bağlıdır**, reddedebilir ya da herhangi bir aşamasında ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmamama veya araştırmadan ayrılma durumunda öğrencilerin akademik başarıları, okul ve öğretmenleriyle olan ilişkileri etkilemeyecektir.

Çalışmada öğrencilerden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplar tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir.

Uygulamalar, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek sorular ve durumlar içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden çocuğunuz kendisini rahatsız hissederse cevaplama işini yarıda bırakıp çıkmakta özgürdür. Bu durumda rahatsızlığın giderilmesi için gereken yardım sağlanacaktır. Çocuğunuz çalışmaya katıldıktan sonra istediği an vazgeçebilir. Böyle bir durumda veri toplama aracını uygulayan kişiye, çalışmayı tamamlamayacağını söylemesi yeterli olacaktır. Anket çalışmasına katılmamak ya da katıldıktan sonra vazgeçmek çocuğunuza hiçbir sorumluluk getirmeyecektir.

Onay vermeden önce sormak istediğiniz herhangi bir konu varsa sormaktan çekinmeyiniz. Çalışma bittikten sonra bizlere telefon veya e-posta ile ulaşarak soru sorabilir, sonuçlar hakkında bilgi isteyebilirsiniz. Saygılarımızla,

Araştırmacı : Nagihan Merve SÖYLEMEZ

İletişim bilgileri:

*Velisi bulunduğum sınıfı numaralı öğrencisi
.....’in yukarıda açıklanan araştırmaya katılmasına izin
veriyorum. (Lütfen formu imzaladıktan sonra çocuğunuzla okula geri gönderiniz*).*

....../...../....

İsim-Soyisim İmza:

Veli Adı-Soyadı

Telefon Numarası:

EK 9: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Araştırmanın Adı (Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığının Çocuk Sağlığı ile İlişkilerinin İncelenmesi):

Sizi Araştırma Görevlisi Nagihan Merve SÖYLEMEZ tarafından yürütülen “Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığının Çocuk Sağlığı ile İlişkilerinin İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışma ile ebeveyn sağlık okuryazarlığı ile çocuk sağlık arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlanmaktadır. Araştırmada sizden tahminen 10 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya aşağıdaki e-posta adresi ve telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Veli / Vasinin Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Tanık ¹ Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Araştırmacı ² Adı Soyadı:	Araştırma Görevlisi Nagihan Merve SÖYLEMEZ	Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Tel: e-posta:	

¹ Çalışmanın bir üyesi olmayan, araştırmacı tarafından belirlenen ve araştırmanın bulguları üzerinde herhangi bir olumlu/olumsuz etki yaratma olasılığı bulunmayan tarafsız yetişkinlerdir. Katılımcı araştırmaya katılmayı kabul edip onam formunu imzalamayı istemediği durumlarda araştırmacı onam formundaki bilgileri katılımcıya sözlü olarak okur. Katılımcı onayladığını sözlü olarak beyan ederse şahit de bu sözlü onam sürecine yazılı onam formunu imzalamak sureti ile tanıklık ettiğini beyan etmiş olur.

² Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi.

X X X X X X X X X X

EK 10: Gpower Raporu

[1] -- Thursday, September 07, 2023 -- 08:52:12

F tests – ANOVA: Fixed effects, special, main effects and interactions

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Effect size f = 0.25
 α err prob = 0.05
Power ($1-\beta$ err prob) = 0.95
Numerator df = 10
Number of groups = 2

Output: Noncentrality parameter λ = 25.0000000
Critical F = 1.8545104
Denominator df = 398
Total sample size = 400
Actual power = 0.9504584

[2] -- Thursday, September 07, 2023 -- 08:53:25

F tests – ANOVA: Fixed effects, special, main effects and interactions

Analysis: Post hoc: Compute achieved power

Input: Effect size f = 0.25
 α err prob = 0.05
Total sample size = 1055
Numerator df = 10
Number of groups = 2

Output: Noncentrality parameter λ = 65.9375000
Critical F = 1.8396780
Denominator df = 1053
Power ($1-\beta$ err prob) = 0.9999975

EK 11: Öz Geçmiş

Adı ve Soyadı: Nagihan Merve SÖYLEMEZ

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Mezuniyet Yılı
Lisans	Hemşirelik	Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2020

AKADEMİK GÖREVLER

Kurum	Görev	Yıl
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi	Araştırma Görevlisi	2022

ESERLER

A. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings) basılan bildiriler:

Koç E. T., Söyünmez S., Söylemez N. M. (2023). Ağlayan Bebeğin Annesi Olmak: Kolikli Bebeği Olan Annelerin Deneyimleri. 4.Uluslararası Akdeniz 3.Uluslararası 8.Ulusal Pediatri Hemşireliği Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No:8376089)

Turan A., Söylemez N. M., ABDI JIMALE Z. (2023). Türkiye’de Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Yapılan Tezlerin İncelenmesi. 4. International Cappadocia Scientific Research Congress, 483-484. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No:8340719)

Turan A., Söylemez N. M., Ali Alah O. A., Abbas N., Malik N. M., Jimale Abdi Z. (2022). Hemşire İşgücü Verimliliğe İlişkin Tespitler. II. Ahi Evran International Conference on Scientific Research, 133-141. (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No:7984586)

Ceyhan Y., Söylemez N. M. (2021). Çocukluk Çağı Obezitesi ve Sağlık Sorunları. Ahi Evran International Conference on Scientific Research, 447-457. (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No:8192730)

