

**Hemşire Liderliğinde Uygulanan “Okul Çağı
Çocuklarında Sağlığı Geliştirme Programının”
Etkinliğinin Değerlendirilmesi ve Çocuk Sağlık
Okuryazarlığı Ölçeğinin Geliştirilmesi**

Rasiha Güler

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Hemşirelik
Bilimleri Doktora Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Ocak 2023
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdürü

Bu tezin Hemşirelik Bilimleri Doktora derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Sevinç Taştan
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Hemşirelik Bilimleri Doktora derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Doç. Dr. Hülya Fırat Kılıç
Eş-Tez Danışmanı

Prof. Dr. Gülümser Kublay
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Hatice Bebiş

2. Prof. Dr. Ayşe Ergün

3. Prof. Dr. Gülümser Kublay

4. Prof. Dr. Deniz Tanyer

5. Prof. Dr. Sevinç Taştan

6. Doç. Dr. Hülya Fırat Kılıç

7. Yrd. Doç. Dr. Rojgin Mamuk

ÖZ

Bu araştırmada amaç, hemşire liderliğinde uygulanan “Okul Çağı Çocuklarında Sağlığı Geliştirme Programının” etkinliğini değerlendirmek ve Kuzey Kıbrıs’ta okul sağlığı hemşireliğinin temellerinin atılması için veri sağlamaktır. Aynı zamanda 9-11 yaş grubu çocuklar için geliştirilen sağlık okuryazarlığı ölçeğinin literatüre kazandırılması da hedeflenmiştir.

Araştırma metodolojik ve randomize kontrollü deneysel araştırma tasarımına uygun olarak iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini iki ilkokulun 4. Sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Deney grubuna hemşire liderliğinde 12 haftalık online eğitim programı uygulanmıştır. Eğitim programının öncesinde, programın bitişinden hemen sonra ve programın bitişinden 3 ay sonra da gruplara Beslenme Davranış Ölçeği, Sağlık Algı ve Sağlık Davranışları Ölçeği ile Fiziksel Aktivite Öz-yeterlik ölçeği uygulanmıştır. İkinci aşama olarak ta 9-11 yaş grubu çocuklar için sağlık okuryazarlığı ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Yapılan ANCOVA sonuçları incelendiğinde, uygulanan eğitim programı sonucunda deney ve kontrol grubu bireylerin Beslenme Davranış Ölçeği ($p<0,05$), Fiziksel Aktivite Öz-yeterlik Ölçeği ($p<0,05$) ve Çocuklarda Sağlık Algı ve Sağlık Davranışları Ölçeğinden ($p<0,05$) aldıkları ön test ve son test puanları değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ve deney grubunun lehine bir sonuç ortaya çıkmıştır.

Yapılan çalışma sonucunda hemşire liderliğinde uygulanan eğitim programının çocukların beslenme davranışında, fiziksel aktivite yeterliliğinde ve sağlık algı ve davranışlarında olumlu etkisinin olduğu ortaya çıkmıştır. İkinci aşamada geliştirilen 9-11 yaş grubu çocuklar için sağlık okuryazarlığı ölçeği bu yaş grubu çocuklar için

yapılan analizler sonucunda geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak ortaya çıkmıştır. Çocuk sağlık okuryazarlığı ölçeğinin birinci yarıya ilişkin cronbach alfa değeri 0,718 ve ikinci yarıya ilişkin cronbach alfa değeri ise 0,707 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin geçerliliği için AFA ve DFA uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Okul Çağı Çocukları, Hemşire, Sağlığı Geliştirme, Sağlık Okuryazarlığı, Ölçek Gelişimi, Geçerlik ve Güvenirlik.

ABSTRACT

The aim of this research is to evaluate the effectiveness of the "Health Promotion Program in School Age Children" implemented under the leadership of nurses and to provide data for laying the foundations of school health nursing in Northern Cyprus. At the same time, it is aimed to bring the health literacy scale developed for children aged 9-11 to the literature.

The research was carried out in two stages in accordance with the methodological and randomized controlled experimental research design. The universe of the research consisted of 4th grade students from two primary schools. A 12-week online training program was applied to the experimental group under the leadership of a nurse. Nutrition Behavior Scale, Health Perception and Health Behaviors Scale, and Physical Activity Self-Efficacy Scale were applied to the groups before the training program, immediately after the end of the program and 3 months after the end of the program. As the second stage, the validity and reliability study of the health literacy scale was conducted for children aged 9-11.

When the ANCOVA results were examined, it was seen that as a result of the training program, the Nutrition Behavior Scale ($p < 0.05$), the Physical Activity Self-Efficacy Scale ($p < 0.05$) and the Health Perception and Health Behavior Scale in Children ($p < 0$) of the experimental and control group individuals. ,05 was found to be a statistically significant difference between the changes in the pre-test and post-test scores they received and a result emerged as a result of the experimental group.

As a result of the study, it was revealed that the education program implemented under the leadership of the nurse had a positive effect on the children's nutritional behavior, physical activity adequacy, and health perception and behavior.

The health literacy scale for children aged 9-11, which was developed in the second stage, emerged as a valid and reliable scale as a result of the analyzes made for children in this age group.

The cronbach alpha value for the first half of the child health literacy scale was determined as 0.718 and the cronbach alpha value for the second half was determined as 0.707. AFA and DFA were applied for the validity of the scale.

Keywords: School Age Children, Nurse, Health Promotion, Health Literacy, Scale Development, Validity and Reliability.

TEŞEKKÜR

Çalışmamda yardımlarını benden esirgemeyen değerli danışman hocam Prof. Dr. Gülümser Kublay’a, doktora sürecim boyunca çalışmamın her aşamasında bana yol gösterici olan, her anını destekleyen, yardımlarına minnettar olduğum eş tez danışmanım değerli Doç. Dr. Hülya Fırat Kılıç’a en içten dileklerimle teşekkür ederim.

Değerli görüşleri ile bana destek veren hocalarım Yrd. Doç. Rojgin Mamuk’a ve Yrd. Doç. Dilay Necipoğlu’na teşekkürlerimi bir borç bilirim. Ayrıca önerileri ile beni her zaman destekleyen hocalarım Sayın Prof. Dr. Hatice Bebiş’e, değerli jüri üyeleri hocalarım Sayın Prof. Dr. Ayşe Ergün, Prof. Dr. Deniz Tanyer ve Prof. Dr. Sevinç Taştan hocalarıma katkılarından dolayı çok teşekkür ederim.

Çalışmamın sürdürülmesinde bana destek veren ilkokul öğretmenlerine ve müdürlerine, doktora sürecim boyunca bana desteklerini esirgemeyen ve her anımda yanımda olan değerli eşim ve çocuklarıma en içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vii
KISALTMALAR	xii
TABLO LİSTESİ	xiii
ŞEKİL LİSTESİ	xv
1 GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı	1
1.2 Araştırmanın Amacı	4
1.3 Araştırmanın Hipotezleri	4
1.3.1 Araştırma Soruları	5
2 GENEL BİLGİLER	6
2.1 Okul Sağlığı ve Okul Sağlığı Hemşireliği Hizmetleri	6
2.1.1 Okul Sağlığı Hizmetleri	6
2.1.2 Okul Sağlığı Hemşireliği	8
2.1.2.1 Okul Sağlığı Hemşireliğinin Tanımı ve Tarihçesi	8
2.1.2.2 Okul Sağlığı Hemşiresinin Sorumlulukları ve Roller	10
2.1.2.3 Dünyada ve Türkiye’de Okul Sağlığı Hemşiresinin Eğitimi	16
2.1.3 Dünyada, Türkiye’de ve Kuzey Kıbrıs’ta Okul Sağlığı Hemşireliği Hizmetleri	16
2.2 Sağlığı Geliştirme, Sağlık Okuryazarlığı ve Okul Sağlığı Hemşireliği	20
2.3 Sağlık Okuryazarlığı	21
2.3.1 Sağlık Okuryazarlığı Tanımı	22

2.3.2 Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Gelişimi	23
2.3.3 Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler	24
2.3.4 Sağlık Okuryazarlığını Ölçmek İçin Kullanılan Ölçekler.....	24
2.4 Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığı	26
2.4.1 Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığı ve Okul Sağlığı Hemşireliği	28
3 GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1 Çalışmanın Yeri, Zamanı ve Tipi.....	31
3.2 Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri	31
3.3 Çalışma Grubu	32
3.4 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	34
3.5 Araştırmanın Değişkenleri	35
3.5.1 Bağımlı Değişkenler.....	35
3.5.2 Bağımsız Değişkenler	35
3.6 Veri Toplama Araçları	35
3.6.1 Çocuklara Ait Tanıtıcı Soru Formu (Ek 7)	35
3.6.2 Beslenme Davranış Ölçeği (Ek 8).....	35
3.6.3 Çocuklarda Sağlık Algıları ve Sağlık Davranışları Ölçeği (ÇSASDÖ) (Ek 10)	36
3.6.4 Çocuklara Yönelik Fiziksel Aktivite Öz-Yeterlik Ölçeği (FAÖYÖ) (Ek 9)	36
3.7 Verilerin Toplanması	37
3.8 Girişim.....	37
3.9 İstatistiksel Analiz	40
3.10 Araştırmanın Etik Boyutu	41
4 BULGULAR	44

4.1 Birinci Aşama Olan Deneysel Çalışmaya İlişkin Bulgular.....	44
4.2 İkinci Aşama Olan Ölçek Çalışmasına İlişkin Bulgular	56
4.3 Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.....	71
4.3.1 Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Güvenirlik Analizleri	71
4.3.2 Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Yapı Geçerliliği Analizleri	72
4.3.2.1 Açıklayıcı Faktör Analizi.....	73
4.3.2.2 Doğrulamalı Faktör Analizi	76
5 TARTIŞMA	79
5.1 Araştırmanın Birinci Aşaması Olan Deneysel Çalışmaya İlişkin Tartışma	79
5.2 Araştırmanın İkinci Aşaması Olan Ölçek Çalışmasına İlişkin Tartışma	84
5.2.1 9-11 Yaş Grubu Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Geçerliliği.....	84
5.2.2 9-11 yaş grubu Çocuklarda Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Güvenirlik Analizleri.....	89
6 SONUÇLAR VE ÖNERİLER	91
6.1 Sonuçlar	91
6.1.1 Araştırmanın Birinci Aşaması.....	91
6.1.2 Araştırmanın İkinci Aşaması.....	92
6.2 Öneriler	95
6.2.1 Araştırmanın Birinci Aşaması.....	95
6.2.2 Araştırmanın İkinci Aşaması.....	95
KAYNAKLAR	97
EKLER.....	121
Ek 1: Çocuklar İçin Fiziksel Aktivite Öz-Yeterlik Ölçek İzni.....	121
Ek 2: Beslenme Davranış Ölçek İzni	122
Ek 3: Çocuklarda Sağlık Algı ve Sağlık Davranış Ölçek İzni	123

Ek 4: Eğitimlerin Zaman Çizelgesi	124
Ek 5: Eğitim Planı ve İçeriği	125
Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	130
Ek 7: Çocuklara Ait Tanıtıcı Soru Formu	132
Ek 8: Beslenme Davranış Ölçeği	134
Ek 9: Fiziksel Aktivite Öz-Yeterlilik Ölçeği	137
Ek 10: Çocuklarda Sağlık Algı ve Sağlık Davranışları Ölçeği	138
Ek 11: Ölçek İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	142
Ek 12: Ölçek Tanıtıcı Bilgi Formu	144
Ek 13: 9-11 Yaş Grubu Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	145
Ek 14: Eğitim Bakanlığı İzin Formu	146
Ek 15: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Uygunluk İzni	147
Ek 16: Tez Çalışmasıyla İlgili Alınan Belgeler	148

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BDÖ	Beslenme Davranış Ölçeği
ÇSASDÖ	Çocuklarda Sağlık Algı ve Sağlık Davranışları Ölçeği
ÇSOYÖ	Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FAÖYÖ	Fiziksel Aktivite Öz-Yeterlik Ölçeği
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
MEB	Millî Eğitim Bakanlığı
NASN	International Association of Nurses
SOY	Sağlık Okuryazarlığı

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Graphpad Yazılımında Block Randomizasyon Tekniği Kullanılarak Elde Edilen Katılımcı Grupları.....	33
Tablo 2: Örneklemenin Tabakalara Göre Dağılımı	34
Tablo 3: Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	44
Tablo 4: Öğrencilerin Sağlık Durumlarına Göre Karşılaştırılması	45
Tablo 5: Öğrencilerin Ebeveynlerinin Bazı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	47
Tablo 6: Öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı Ve Davranışları Ölçeği Ön Test Ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 7: Öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeği puanlarının ön test son test ve izlem testi puanlarının karşılaştırılması	52
Tablo 8: Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	56
Tablo 9: Öğrencilerin Ebeveynlerinin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı	57
Tablo 10: Öğrencilerin Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanları	58
Tablo 11: Öğrencilerin Yaş Grubuna Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 12: Öğrencilerin Cinsiyetine Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 13: Öğrencilerin Kardeş Sayısına Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 14: Öğrencilerin Anne Eğitim Durumuna Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	62

Tablo 15: Öğrencilerin Baba Eğitim Durumuna Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	63
Tablo 16: Öğrencilerin Anne Çalışma Durumuna Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	65
Tablo 17: Öğrencilerin Baba Çalışma Durumuna Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	66
Tablo 18: Öğrencilerin Anne-Baba Hayatta Olma Durumuna Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	67
Tablo 19: Öğrencilerin Sürekli Tedavi Görülen Hastalık Durumuna Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	68
Tablo 20: Öğrencilerin Ailede Sürekli Tedavi Gören Birey Olması Durumuna Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	69
Tablo 21: Öğrencilerin Sürekli Kullanılan İlaçlarının Olması Durumuna Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	70
Tablo 22: Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin Cronbach Alfa Testi Sonuçları..	71
Tablo 23: Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği -Toplam Korelasyonları	72
Tablo 24: Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği K-M-O ve Bartlett'in Küresellik Testi Sonuçları	73
Tablo 25: Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin Açımlayıcı Faktör Analizi Özdeğerleri.....	74
Tablo 26: Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin Açımlayıcı Faktör Analizi Faktör Yükleri.....	75
Tablo 27: Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin Uyum İyiliği İndeksleri	77
Tablo 28: Öğrencilerin Ön Test ve Son Test Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	78

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Deneysel Çalışmanın Akış Şeması	42
Şekil 2: Ölçek Geliştirmenin Metodolojik Aşamaları.....	43
Şekil 3: Deney ve Kontrol Grubu Öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği Puanlarındaki Değişim	50
Şekil 4: Deney ve Kontrol Grubu Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Ölçeği Puanlarındaki Değişim	50
Şekil 5: Deney ve Kontrol Grubu Öğrencilerin Çocuklarda Sağlık Algı Ve Davranışları Ölçeği Puanlarındaki Değişim	51
Şekil 6: Deney ve Kontrol Grubu Öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği İzlem Puanlarındaki Değişim	54
Şekil 7: Deney ve Kontrol Grubu Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Ölçeği İzlem Puanlarındaki Değişim	55
Şekil 8: Deney ve kontrol grubu öğrencilerin Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeği İzlem Puanlarındaki Değişim	55
Şekil 9: Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Yol Diyagramı.....	76

Bölüm 1

GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı

Çocukların sağlıklarının gelişimi ve bunun sürdürülmesi için okullar en uygun ortamlardır. Okul çağındaki çocuklar bilindiği gibi ülke nüfusunun büyük çoğunluğunu oluşturmaktadırlar. Okullar içerisinde bulunan çocukların aileleri, öğretmenler, okul görevlilerini de sayarsak büyük bir çoğunluk elde etmiş oluyoruz. Okullar çocukların bütüncül bir şekilde ulaşılabilceği ortamlardır. Okullarda çocukların sadece fiziksel problemlerini değil, psikolojik ve sosyal yönleri de ele alınmaktadır (1). Teknolojinin hızla gelişmesi, hastalıkların gittikçe artması okul çağı çocuklarında sağlık hizmetlerinin büyük önem taşıdığını ortaya çıkarmaktadır (1,2,3). Okul sağlığı hizmetlerinin sunumunda en büyük rol okul sağlığı hemşirelerine düşmektedir. Okul Hemşiresinin rolleri bakım verici, liderlik, sağlığı geliştirme, sağlık taramaları, uygulayıcı, işbirlikçi, danışman, araştırmacı, sosyal çalışmacı, vaka yöneticisi ve acil hemşiresi şeklinde özetlenebilir (4).

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, okul çağı çocuklarında görülen en önemli sağlık problemleri; diş çürükleri, kazalar, hijyen yetersizlikleri, şiddet, obezite ve ruhsal sorunlar olarak ortaya çıkmaktadır (5,6,7,8). Yapılan araştırmalarda ise okul sağlığı hemşiresinin çocukların sağlıklarının gelişiminde önemli bir role sahip olduğunu da ortaya çıkarmıştır (5,9,10). Özellikle pandemi gibi olağanüstü hallerde okul sağlığı hemşireleri doğal lider olarak sürecin yöneticisi konumuna gelmektedirler. Küresel yayılım gösteren COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle tüm

dünyada olduğu gibi ülkemizde de salgının kontrol altına alınması amacıyla hükümetler tarafından alınan karar arasında okulların kapatılması da yer almaktaydı. Yüz yüze eğitime ara verilmesi nedeniyle dünya genelinde ilköğretim ve ortaöğretimde yer alan yaklaşık 60 milyon çocuğun temel eğitim ve sağlık hizmetlerinden yararlanımının engellendiği tahmin edilmektedir (11). Salgının kontrol altına alınması amacıyla, okulların kapatılması sonucu çocukların ve ailelerin yaşamında fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Çocukların eğitimlerine evlerinde online olarak devam edilmiştir (12).

Pandemide evde kalma, çocuk ve aile için hareketsizlik, beslenme ve uyku düzeninde değişim nedeniyle yeni birtakım fiziksel ve psikososyal sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır (13,14,15). Okulların kapanması, çocuklarda sınıf arkadaşları ile sınırlı bağlantı kurma ve fiziksel aktivitenin azalmasına neden olmuştur (17). Ayrıca okul aracılığıyla çocuk ve ailelere verilen sağlıklı beslenme, aşılama, sağlık izlem ve kontrollerinin sürdürülmesi gibi hizmetlere erişim ortadan kalkmıştır. Pandemi sürecinde çocukların evlerde kısıtlama altında olması, okullardaki grup aktiviteleri ve takım sporları yapmalarına veya oyun alanlarına ulaşımına engel olmuştur. Adolesanların bu süreçte, ekran başında kalma süresinin artması, sedanter yaşam, beslenme ve uyku dengesizlikleri gibi riskli davranışlarında artış olduğu bildirilmektedir (11).

Bu süreçte okul sağlığı hemşireleri, pandeminin getirdiği tüm bu olumsuzlukların yönetiminde çocuk ve adolesanlarla yakın çalışan önemli bir meslek grubudur. Okul sağlığı hemşireleri, kanıta dayalı uygulamaları ve bilimsel olarak desteklenen önerileri pratik olarak uygulamak için yeterli bilgi ve deneyime sahiptirler. Okul sağlığı hemşirelerinin uygulamalarının temelinde, öğrencilerin

sağlığının geliştirilmesi, okul başarılarının arttırılması ve sağlıklı bir yaşam biçimi sürdürmeleri için sağlık alışkanlıklarının kazandırılmasını hedeflemektedir (12). Tüm bu süreçlerin yönetiminde profesyonel bir sağlık çalışanı olan okul sağlığı hemşireleri, okul toplumunun sağlığının korunması ve sürdürülmesinde anahtar role sahiptir (18). Ülkemizde her okulda okul sağlığı hemşiresi bulunmasa da, pandemi ile birlikte okul sağlığı hemşirelerine olan gereksinim bir kez daha ortaya çıkmıştır.

Birçok ülkede olduğu gibi Kuzey Kıbrıs'ta da pandemi döneminde öncelik COVID-19 ile mücadele olduğu için, okul çağı çocuklarının sağlığı ihmal edilen alanlar arasında yer almaktadır. Kuzey Kıbrıs'ta bir kaç özel okul dışında, okul sağlığı hemşireliği yaygınlaşmamış ve bu eksiklik pandemi döneminde kendini daha fazla hissettirmiştir. Okul yönetimi ve okul sağlığı hemşireleri işbirliği halinde çalışırken öğretmenlerin öncelikli görevi eğitmek, okul sağlığı hemşiresinin öncelikli görevi ise çocukların sağlığının korunması ve geliştirilmesidir. Okul sağlığı hemşireleri ekibin önemli bir parçasıdır. Çünkü okul sağlığı hemşireleri, diğer disiplinler ile işbirliği yapılması ve acil durumlar için kapsamlı müdahale prosedürleri geliştirilmesi konusunda lider rolündedirler (19). Okul sağlığı hemşirelerinin önceliği çocukların sağlığı olduğu için, sürekli değişen koşullara çocukların adaptasyonunu sağlamak adına yaratıcı ve pragmatic çözümler için çalışırlar (19). Okul sağlığı hemşireleri pandemi sürecinde ulusal ve uluslararası dernekler tarafından geliştirilen rehberler, alınan kararları ve uygulamaları takip ederek bunu uygulama geçirmekte kritik rol alırlar. Bu sürecin ülkemizdeki okul çağı çocuklarının sağlığında kısa ve uzun vadede meydana getireceği olumsuzluklar göz önünde bulundurularak “Sağlığı Geliştirilme Programının” geliştirilmesine ve uygulanmasına ihtiyaç duyulmuştur. Bu deneysel çalışmadan yola çıkarak çocuklara verilen eğitimlerin etkinliğinde çocuk sağlık okuryazarlığının önemi büyüktür. Okul sağlığı hemşireliğinin önemi yanında

çocukların sağlık okuryazarlığı seviyelerinin bilinmesi verilecek sağlık eğitimlerinin etkinliği açısından büyük önem kazanmaktadır. Yapılan araştırmalar çocukların sağlık okuryazarlık seviyelerinin düşük olduğunu göstermektedir (20,22). Çocuklarda sağlık okuryazarlığını ölçen çok az sayıda ölçek bulunmaktadır (21). Literatürde ilköğretim öğrencilerinde sağlık okuryazarlığını ölçmek için geliştirilen herhangi bir ölçeğe rastlanmamıştır. Okul çağı çocuklarında sağlığı geliştirilmeye yönelik verilen hizmetlerin gelecek nesillerin sağlık durumu üzerindeki etkileri açıkça görülmektedir. Bu bağlamda Kuzey Kıbrıs için bir ilk olan bu çalışma sonuçlarının, okul sağlığı hemşireliğinin temellerinin atılması ve sağlık eğitim programlarının yaygınlaşması ayrıca okul çağı çocuklarında geliştirilen ölçek ile bilime önemli bir katkı sağlanmıştır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, ilköğretim öğrencilerine hemşire liderliğinde uygulanan “Okul Çağı Çocuklarında Sağlığı Geliştirme Programının” etkinliğini değerlendirmek ve “9-11 Yaş Grubu Çocuklarda Sağlık Okuryazarlık Ölçeği”ni geliştirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

1.3 Araştırmanın Hipotezleri

H1: Girişim grubundaki öğrencilerin girişim sonu beslenme davranış ölçeği puanları kontrol grubundan farklıdır.

H0: Girişim grubundaki öğrencilerin girişim sonu beslenme davranış ölçeği puanları ile kontrol grubu arasında fark yoktur.

H2: Girişim grubundaki öğrencilerin girişim sonu fiziksel aktivite özyeterlik ölçeği puanları kontrol grubundan farklıdır.

H0: Girişim grubundaki öğrencilerin girişim sonu fiziksel aktivite özyeterlik ölçeği puanları ile kontrol grubu arasında fark yoktur.

H3: Girişim grubundaki öğrencilerin girişim sonu çocukların sağlık algı ve davranışları leği puanları kontrol grubundan farklıdır.

H0: Girişim grubundaki öğrencilerin girişim sonu çocukların sağlık algı ve davranışları leği puanları ile kontrol grubu arasında fark yoktur.

Araştırmanın ikinci aşamasında aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1.3.1 Araştırma Soruları

- 1) Geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı leği geçerli midir?
- 2) Geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı leği güvenilir midir?

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Okul Sağlığı ve Okul Sağlığı Hemşireliği Hizmetleri

2.1.1 Okul Sağlığı Hizmetleri

Okullar yaşamımızın en önemli yıllarının geçtiği yerlerdir. Ülke nüfusunun da büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır. Çocukların sağlıklarının korunup geliştirilebilmesi için de en uygun ve en güvenilir ortamlardır. Okullar çocukların sağlıklarının gelişiminin sağlanması ve sağlıklı toplumların temelini atılmasına yardımcı olmaktadır. Çocukluk yaşta ne kadar çok çocuklar sağlık eğitimleriyle eğitilirlerse o kadar hızlı sağlık davranışı kazanabilmektedirler ve bunu yaşamları boyunca devam ettirebilmektedirler. Okullarda çocuklar dışında öğretmenlerle, okul çalışanlarıyla ve çocuklar aracılığıyla ailelerle de iletişim ve işbirliği içinde olunmaktadır (1,7).

Okul ortamları çocukların evleri dışında en çok zaman geçirdikleri yerlerdir. Dünyada gelişen teknoloji ve yaşam koşulları ile bulaşıcı hastalıklarda artış yaşanmaktadır. Bu durum çocukları da olumsuz yönde etkilemektedir. Bütün bunlar ise okullarda okul sağlığı hizmetlerinin gereksinimini ortaya çıkarmaktadır (2).

Okul sağlığı hizmetleri çocukların sağlıklarının bütüncül olarak korunmasını hedefler. Çocuklara erken yaşta başlatılan taramalar ve sağlık eğitimleriyle özellikle kronik hastalıklar ortaya çıkarılarak önceden tedbirler alınabilmektedir. Okul sağlığı hizmetleri sadece çocukların değil öğretmenlerin, diğer okul çalışanlarının ve ailelerin sağlıklarıyla da ilgilenmektedir. Onların sağlıklarının değerlendirilmesi, sağlık

sorunlarının tanınması, tedavi edilmesi gerekirse yönlendirilmesi ve sonrasında değerlendirilmesi hizmetleri okul sağlığı hizmetleridir (2). Okul sağlığı hizmetlerinin bütüncül bir şekilde yapılması ve sürdürülmesi bu hizmetlerin çocuklar ve diğer okul çalışanlarının üzerinde büyük etkisinin ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (2).

Türkiye’de okul sağlığı hizmetlerine 1930 yılında Umumi Hıfzıssıhha Kanunuyla başlanmıştır. 1962 yılında Milli Eğitim Şurasıyla her okulda bir hekim ve bir hemşire olması gerekliliği ortaya konulmuştur. 1961 yılında Sağlığın Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, 1964 yılında 154 sayılı yönetmelik, 1992 yılında Sağlık Hizmetleri Uygulama Rehberi sunulacak sağlık hizmetlerinin içeriğini ortaya koymuştur. 2004 yılında Okul Sağlığı Kitabı milli eğitim bakanlığı tarafından oluşturulmuştur. Bu kitabı hazırlarken amaç sağlığın geliştirilmesi ve korunması kapsamında bir eğitim rehberi oluşturmak bunu sağlık eğitimcileriyle işbirliği içerisinde uygulamaktır. 2005 yılında okul sağlığı hizmetleri genelgesi, 2010 yılında toplum sağlığı merkezlerinin performans değerlendirme kılavuzu, 2011 yılında 663 sayılı kanun, 2011 yılında hemşirelik yönetmeliği değişikliği, 2013 yılında ise milli eğitim bakanlığı ortaöğretim kurumları yönetmeliği incelenmiş ve yasal düzenlemelere gidilmiştir (23).

Okul sağlığı hizmetleri geniş kapsamlı süreklilik gerektiren ve yasal dayanaklara bağlı olarak yürütülmesi gereken bir oluşumdur. Bunun için her okulda bir sağlık biriminin kurulması ve burada da görevlendirilecek olan kişinin okul sağlığı hemşiresi olması gerekmektedir (1). Okullarda sadece okul sağlığı hemşiresinin görevlendirilmesi yeterli değildir. Bu hizmet ekip gerektirir. Okul sağlığı ekibi içerisinde hekim, hemşire, öğretmen, veli, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diyetisyen yer almaktadır. Ekip üyelerinin bu işbirliğini başarılı olarak yürütmeleri için önceden eğitilmeleri gerekmektedir. Bu grup içerisinde öğretmenler anahtar rol

konumundadırlar. Çünkü öğrencilerin sağlıklarının gelişimi için sağlık eğitimcileri adı altında yer alan okul sağlığı hemşireleri ile beraber öğrenciye en kolay ulaşan ve davranış değişikliğinin kazanılmasını yardımcı olan kişilerdir. Öğretmenler okul sağlığı hemşirelerinin eğitimlerini yaparken yanlarında yer alırlar ve bu eğitimlerin sunumunu birlikte üstlenirler. Böylelikle etkin ve kalıcı eğitimlerin temelleri atılmış olabilmektedir (24).

2.1.2 Okul Sağlığı Hemşireliği

2.1.2.1 Okul Sağlığı Hemşireliğinin Tanımı ve Tarihçesi

Ulusal Okul Hemşireler Birliğinin tanımlamasına göre; okul sağlığı hemşireliği, öğrencilerin yaşamları boyunca kazandıklarını, başarılarını ve sağlıklarının gelişimlerini sağlayan halk sağlığı hemşireliğinin profesyonel bir alt dalı olarak karşımıza çıkmaktadır (25). Okul sağlığı hemşireliği 19. yüzyılın sonlarında ortaya çıkmış ve profesyonel bir meslek olarak 20.yüzyılda kendini göstermiştir. Bu dönemde Amerika’da kalabalık bir göç yaşanması okul sağlığı hemşireliğinin gerekliliğinin ortaya çıkması için bir sebep olmuştur. Yine aynı dönemde Londra’da hasta çocuklara verilen sağlık eğitimlerinin de olumlu sonuç vermesi okul sağlığı hemşireliğinin önemini bir kez daha ortaya çıkarmıştır. Okul sağlığı hemşireliğinin kurucusu Lilian Wald olarak bilinmektedir. Bu dönemde Lilian Wald Rina Rogers’i okul sağlığı hemşiresi olarak görevlendirdi. Bu dönemde çok fazla bulaşıcı hastalık mevcuttu ve hasta olan çocukların sağlam olanlardan ayrılması gerekiyordu ayrıca hem sağlam çocukların hem de hasta çocukların takip edilmesi de gerekiyordu. Yine bu dönemde çocuklar hasta olmamak için okula gitmek istemiyorlardı. Lilian Wald tüm bunların takibi için okul hemşireleri görevlendirmiş ve yaptığı çalışmalarla olumlu sonuçlar elde etmiş, çocukların okula devamlılıklarını sağlamıştır (26). Okul hemşireliğinin başlangıcı o dönemde bulaşıcı hastalıklar olmuştu ve amaç bu bulaşıcı

hastalıkların yayılmasını önlemektir. 1891 yılında Morris hemşirelerin okulları sürekli olarak denetlemesi gerektiğini ifade etmiştir. Bunun üzerine Londra’da okul sağlığı hemşireleri derneği birkaç ilkokulu denetlemeye başlamışlardır. Bu arada Rogers okul sağlığı hemşireliğinin öğrenciler üzerindeki olumlu sonuçlarını değerlendirmek için New York’a gönderilmişti. Ve orada okul sağlığı hemşiresinin önemini özellikle doğru ve sürekli kayıtlar tutulması sonucunda olumlu sonuçlar elde edildiğini ortaya koymuştur (27).

Daha sonrasında Rogers ve yanında bulunan bir grup hemşire okullarda görev yapmaya başlamışlardır. Bu hemşirelerin yaptıkları uygulamalar arasında fiziksel olarak değerlendirme, küçük yaralanmaları tedavi etme ve bazı sağlık eğitimleri yer almaktaydı. Bunların yanında Rogers evlere ziyarete de gitmeye başlamıştı ve burada çocukların çoğu zaman yaptıkları okula devamsızlık durumlarının sebeplerini de görmüştü. 1930’a kadar okul hemşireliği bu şekilde sürüp gitmiş daha sonrasında Rogers vefat etmiştir (2,27). Bu dönemden sonra yavaş yavaş okul sağlığı hemşirelerinin sayıları artmaya başlamıştır. Okullara hekimler görevlendirilmeye başlamıştır. 1950’li yıllara gelindiğinde ise okul sağlığı hemşirelerinin sayıları hızla artmış ve yaptıkları görevler gelişmeye başlamıştır. Önceleri sadece küçük yaralanmaları tedavi etme ve sağlık eğitimleri yaparlarken sonradan işitme, görme taramalarını yapmaya başlamışlar ve özellikle kronik hastalıkları olan çocukları ortaya çıkarmaya başlamışlardır. İlk olarak 1970 yılında Colorado Üniversitesinde hemşirelik eğitimi başlamıştır. Sağlık merkezleri ise 1990’lı yılların sonuna gelinceye kadar genişlemeye devam etmiştir. 1983 yılında ise Amerikan Hemşireler Birliği “okul hemşireliği uygulama standartlarını” oluşturmuşlardır. Dünyada okul sağlığı hemşireliğinin gelişimi hızla devam ederken Türkiye’de ise ilkokul sağlığı uygulamalarına başlanmasına öncülük eden kişi İnci Erefe’dir. Onunla okullarda okul

sağlığı hemşireliği oluşmaya başlamıştır. 2011 yılında yayınlanan yönetmelikle ise okul sağlığı hemşiresinin görev ve yetkileri tanımlanmıştır. 2013 yılından sonra ise Milli Eğitim Bakanlığı her okulda bir hemşire çalıştırılmasının gerekliliğini ortaya koymuş ve öğrenci sayısına göre hemşire görevlendirmeye başlamıştır. Şu an hala istenilen seviyede okul sağlığı hemşireliği uygulamalarının olmadığı Türkiye’de sadece özel ve yatılı okullarda okul sağlığı hemşiresinin olduğu fakat onların da etkin ve kaliteli bir şekilde okul sağlığı hemşiresinin görevlerini yerine getiremediği görülmektedir.

Bütün bunlar okul sağlığı hemşireliğine verilen eğitimlerin yetersiz olduğunu ortaya koymuştur. Bu konuyla ilgili olarak eğitim veren bazı kuruluşlar ortaya çıkmış ve sertifika programlarıyla okul sağlığı hemşirelerinin eğitim seviyeleri yükseltilmeye çalışılmaktadır (2,27,28).

2.1.2.2 Okul Sağlığı Hemşiresinin Sorumlulukları ve Roller

Okul sağlığı hemşirelerinin temel görevleri öğrencilerin sağlıklarının gelişimini sağlamak ve sağlıklı toplumların gelişimi için adımlar atmaktır. Okul sağlığı hemşireleri çocukların sağlıklarını geliştirirken okulda görevli olan diğer personellerle de işbirliği içerisinde. Okul sağlığı hemşireliği hizmetleri tanı koyma ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında birçok görevi ve uygulamayı içermektedir. Bugünkü okul sağlığı hemşireleri, geleneksel olarak yaptıkları revir hemşireliği görevleri dışında sağlık taramaları, aşılar uygulayarak bağışıklamanın kazandırılması, akut olarak ortaya çıkan rahatsızlıkların giderilmesi, kronik hastalığı olan öğrencilerin izlenmesi ve kullandıkları ilaç varsa bunların takip edilmesi, bulaşıcı hastalıkların tespit edilip gerekli önlemlerin alınması, okullarda sağlık eğitimlerinin verilmesi, öğrencilere gerektiği zamanlarda danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, okullarda çevre kontrollerinin ve düzeninin sağlanması, özellikle çocukların sağlıklarının gelişiminde

çevrenin düzenlenmesi ve sağlıklı hale getirilmesi, kazalardan korunma(29,30,31), fiziksel aktivite programları, özellikle günümüzde çok artmış olan ve sadece zorba ve kurban arasında değil diğer okul öğrencilerinin de izlemeye mecbur kaldıkları akran zorbalığını ve şiddeti önleme programlarının hazırlanması, cinsel ve ruhsal konularda sağlık eğitimleri yanında yine danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gerekirse sağlık eğitimleriyle desteklenmesi sağlanmaktadır (5,6,10,25,26,32,33,34). Türkiye’de de 2011 yılında kabul edilen yönetmeliğe göre okul sağlığı hemşireliği halk sağlığı hemşireliğinin bir dalı olarak tanımlanmıştır. Bu yönetmeliğe göre de okul sağlığı hemşireleri;

- Okullarda öğrencilerin sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını saptar.
- Riskli olan sağlık durumlarını belirler ona yönelik uygulamaları gerçekleştirir ve sonuçlarını gözlemler duruma göre gerekli önlemleri alır. Bunları yaparken okul çalışanlarıyla işbirliği içerisinde ve sağlığı geliştirmede rol oynar.
- Sağlık için gerekli malzemelerin temin edilmesini sağlar.
- Okullardaki öğrencilerin sağlık taramalarını, bağışıklamalarını ve muayenelerini yaparak kayıt altına alır.
- Okullarda ihtiyaca göre sağlık eğitimlerini planlar.
- Okullarda çevre sağlığına yönelik olarak tedbirler alınmasını sağlar.
- Okullardaki ruh sağlığı çalışmalarını yapar ve okul çalışanları ve ailelerle işbirliği içerisinde olur.
- Okullarda bulunan kantinlerin ve okul tuvaletlerinin hijyen yönünden denetimlerini yapar.
- Kronik hastalığa sahip öğrencilerin danışmanlığını yapar.
- Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için sağlık eğitimleri planlar ve yürütür.

- Öğrencilerin kazalardan korunması ve alınacak önlemlerle ilgili okul çalışanları ve ailelerle işbirliği içerisinde olduğu şeklinde görevleri tanımlanmıştır (35).

Okul sağlığı hemşireleri bu görevlerini yerine getirirken bazı roller üstlenmektedirler. Bu roller; Lider, Savunucu, Yönetici, Eğitici, Bakım Verici, Danışman, Araştırmacı, Ekip Üyesi gibi rollerdir (36,37,38). Okul sağlığı hemşireleri bu rollerini çeşitli açılardan öğrenciler, aileler ve okul çalışanları için uygulamaktadırlar;

Eğitici Rolü; Okul hemşireleri öğrencilerin, öğretmenlerin, ailelerin ve okulda bulunan diğer çalışanların eğitim ihtiyaçlarını belirler, planlamalarını yapar ve ona göre uygulamasını yapmaya başlar. Eğitim konuları o zamanın ihtiyacına göre değişip şekillenebilir. Sağlık eğitimlerinde önemli olan öğrencilerin sağlıklarının gelişimi ve onlara kalıcı davranış değişikliği kazandırmaktır. Bu verilen sağlık eğitimleri arasında beslenme, fiziksel aktivite, şiddet, ilk yardım, kazalardan korunma, ağız ve diş sağlığı, hijyen, çevre sağlığı, madde bağımlılığı konuları gelmektedir. Bunların yanında ruh sağlığının korunması ve zorbalık ile kronik hastalığı olan çocuklara yönelik sağlık eğitimleri de düzenlenmektedir (39). Özellikle günümüzde yapılan araştırmalarda çocukların yanlış ve düzensiz beslenmelerinden dolayı ortaya çıkan obezite en önemli halk sağlığı sorunlarından biri haline gelmiştir (8,9,40,41,42,43,44,45). Obeziteyi önlemek için okullarda sağlık eğitimlerinin düzenlenmesi özellikle önem taşımaktadır (46,47,48,49,50,51). Yine özellikle pandemi döneminde Çopur ve arkadaşlarının adölesanlarla yürüttükleri bir çalışmada, bu dönemde beslenme-egzersiz davranışlarının evde kalmaya bağlı olarak olumsuz etkilendiği ve pandemiden dolayı oluşan kaygı durumunun da bu davranışları olumsuz etkilediği ortaya çıkarılmıştır (52). Ayrıca çocuklarda fiziksel aktivite ile ilgili araştırmalara bakacak olursak

çocukların fiziksel aktivite düzeylerinin beklenenin çok altında olduğunu görmekteyiz (53,54,55,56). Öğrencilere verilen sağlık eğitimlerinin yanında ailelere, öğretmenlere ve diğer okul çalışanlarına da ihtiyaçlar doğrultusunda eğitimler düzenlenmektedir (24,57,58,59).

Liderlik Rolü; Liderlik rolünü uygularken okul sağlığı hemşireleri diğer rollerini de kullanmaktadırlar. Bu yüzden liderlik rolü geniş kapsamlıdır. Okul sağlığı hemşireleri liderlik rollerini gerçekleştirirken birçok uygulama yürütmektedir. Bunlar sağlık hizmetlerinin organizasyonu bunu gerçekleştirirken işbirliği ve iletişim içerisinde olunması, sağlık eğitimlerinin ihtiyaçlara göre belirlenip koordine edilip uygulanması ve takip edilmesi, ailelerle işbirliği içerisinde danışmanlıkların yapılması, fiziksel çevrenin düzenlenmesi ve hastalıklardan korunmadaki organizasyonu, diğer okul çalışanlarının da sağlıklarını korumak için koordinasyonu sağlar, kullanılan veya kullanılacak olan sağlık malzemelerinin temininde organizasyonu sağlar ve işbirliği içinde hareket eder. Kısacası sağlık hizmetlerinin uygulanmasında planlamaları yapar koordinasyonu sağlar ve değerlendirmelerini uygular (37,60,61,62).

Vaka Yöneticisi; Okul sağlığı hemşiresi, öğrencilerin, ailelerin, okul çalışanlarının sağlıklarını değerlendirerek saptanan sorunlardan sonra bakımın sürecini başlatmakla görevlidir. Bu bakımın sürecinin içerisinde sorun saptama, planlama, uygulama ve değerlendirme adımlarını aileyle, okul çalışanları ve öğrencilerle işbirliği içerisinde yaparlar. Özellikle kronik hastalığa sahip çocuklarda vakaları yöneterek gerekli durumlarda sektörlerle işbirliği içerisinde iyi bir organizasyonla bu öğrencileri takip etmekle görevlidirler (33,63). Vaka yöneticisi olan okul sağlığı hemşireleri özellikle okullarda bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkıp yayılımını önlemek için ortaya çıkan vakaların yönetiminden organize edilmesinden

ve gerekirse yönlendirilmesinden sorumludurlar (64). Sorun saptanan öğrenciler sık izlenir ve vaka yöneticiliği evde de devam etmektedir. Günümüzde pandemiden dolayı öğrenciler pek çok sağlık sorunuyla karşı karşıya kalmışlardır. Özellikle yüz yüze eğitimde vakaların yönetilmesi, pozitif öğrencilerin organizasyonu, evde takip edilmeleri, ailelerle işbirliğinin sağlanması, koruyucu önlemlerin planlanması ve organizasyonu bunların hepsi vaka yöneticisi olan okul sağlığı hemşiresinin birincil sorumluluklarındandır (65,66).

Savunucu; Okul sağlığı hemşiresinin savunucu olması, öğrencilerin sağlık ihtiyaçlarının belirlenip ailelerle işbirliği içerisinde, eğer ailelerin sağlıklarını koruma konusunda yetersiz kaynağı varsa bu kişilerin iyi bir şekilde savunulup destek sağlanması gerekmektedir. Okullarda özel gereksinimi olan öğrencileri topluma kazandırmak için onların savunulması rolünü de okul sağlığı hemşireleri üstlenmektedir. Özellikle okul ortamlarının onlara göre düzenlenmesi, sağlık eğitimlerinin onlar için ayrı planlanması, özellikle tuvaletlerin onlar için özel olması, beslenme ile ilgili sorun yaşayan özel çocuklar desteklenmeli ve onlara göre beslenme programlarının düzenlenmesi ailelere ve öğretmenlere bu konularda eğitimler verilmesi özel gereksinimli çocukların sağlıklarını sürdürmeleri için gereklidir. Bu konuda da okul sağlığı hemşirelerinin savunuculuk rolü ön planda olmaktadır (67).

Bakım Verici; Okul sağlığı hemşireleri özellikle kronik hastalığı olan çocuklarla yakından ilgilenmeleri ve onlar için gerekli hemşirelik bakımlarını planlamalıdır. Sadece fiziksel olarak değil sosyal ve psikolojik açıdan da ailelerle ve okul çalışanlarıyla da işbirliği içerisinde bakımlarını sunabilmektedirler. Bu çocukların takip, tedavi ve değerlendirilmeleri okul sağlığı hemşireleri tarafından yapılmaktadır (3,33).

Danışman; Okul sağlığı hemşireleri okullarda öğrencilerin sağlıklı olanlarının izleminde, kronik hastalığı olan öğrencilerin takip ve tedavisinde özellikle ailelere danışmanlık yapmaktadırlar. Gerektiği zamanlarda öğretmenlere ve diğer okul çalışanlarına da danışmanlık rollerini uygulamaktadırlar. Gerek öğrencilerin okula uyumlarında, okuldaki başarıları veya başarısızlıkları durumunda, gerekse de okula devamsızlıkları konusunda da aileye ve öğrencilere danışmanlık yaparlar. Öğrencilerin okullarda yaşadıkları fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlarının çözümünde de okul sağlığı hemşireleri ailelere ve okul çalışanlarına gerekli danışmanlıkları üstlenmektedirler (12,26,33,64).

Araştırmacı; Okul sağlığı hemşireleri özellikle öğrencilerin gereksinimleri olan sağlık eğitimlerini planlarken literatürü iyi bir şekilde araştırmak zorundadırlar. Mümkün olan en yeni uygulamalı takip etmelidirler. Ayrıca çocukların karşılaştığı her türlü sağlık sorunlarını da araştırma yaparak nasıl çözebileceklerini diğer sağlık profesyonelleriyle işbirliği içinde planlamaktadırlar. Son zamanlarda okul sağlığı hemşireleri özellikle kanıta dayalı eğitimler planlamaktadırlar.

Özellikle de pandemi döneminde çocukların nasıl korunacakları, pandemi konusunda alacakları eğitimler hep okul sağlığı hemşiresinin araştırmacı rolüyle ortaya çıkmaktadır (10,12,57,58).

Ekip Üyesi; Okul sağlığı hemşireleri okul sağlığı hizmetlerinin sunumunda ekip üyesi olarak görev yapmaktadırlar. Okul sağlığı ekibi içerisinde doktor, hemşire, psikolog, öğretmenler, aileler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve psikolojik danışman yer almaktadır. Okul sağlığı hizmetleri ekibinin bu görevi en iyi şekilde yürütmeleri için bu konuda eğitimli olmaları gerekmektedir. Burada öğretmenler öğrencilere en yakın kişiler olarak onların sağlıklarının gelişiminin sağlanması anahtar görevini üstlenirler. Okul sağlığı hemşireleri de ekip üyeleri arasında işbirliği

ve koordinasyon görevini üstlenmektedirler. Bu ekibin içerisinde en önemli görevler okul sağığı hemşiresinindir. Bu ekibin arasındaki iletişimi, işbirliğini okul sağığı hemşireleri sağlamaktadır. Onların sayesinde öğrencilerin sağıklarının korunması ve sürdürülmesi gerçekleşmektedir (24).

2.1.2.3 Dünyada ve Türkiye’de Okul Sağığı Hemşiresinin Eğitimi

Okul sağığı hemşireliği halk sağığı hemşireliğinin bir dalı olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünyada okul sağığı hemşirelerinin görev, yetki ve sorumlulukları yasalarla düzenlenmiştir. Uluslararası Hemşireler Birliği (NASN), okul hemşiresi olabilmek için 4 yıllık eğitimi tamamlamış ve yeterlilik belgesini almış olmalıdır diye açıklamıştır. NASN 1980’li yıllarda sertifika programları düzenlemiş ve 1991 yılında ise Okul Hemşirelerinin Sertifikasyonu Ulusal Kurumu kurulmuştur. Bu kurumdan sertifika alabilmek için lisans mezunu olmak gerekmektedir. Okul hemşireleri bir hemşirenin görevlerini ve becerilerini yerine getirebilmeli ve belirlenen yönetmeliklerle hareket etmelidirler.

Türkiye’de lisans eğitimi verilirken halk sağığı hemşireliği adı altında okul sağığı hemşireliğine de birkaç saat teorik ders verilmektedir. Bazı okullarda ise uygulamalı olarak okul sağığı hemşireliği eğitimleri verilmektedir. Bazı okullarda ise okul sağığı hemşireliği sertifika programları verilmektedir bu programların bazıları Millî Eğitim Bakanlığı onaylıdır (2).

2.1.3 Dünyada, Türkiye’de ve Kuzey Kıbrıs’ta Okul Sağığı Hemşireliği Hizmetleri

Dünyada okul sağığı hemşireliği ilk olarak Fransa, İngiltere ve Amerika’da ortaya çıkmıştır. 1793 yılında başlayan okul sağığı hemşireliği hizmetleri, 1837 yılında okul sağığı hemşireliğini teşvik edici bazı yasalar ortaya çıkarılmıştır.

1950’li yıllarda Fransa’da okullarda muayeneler, taramalar ve sağlık eğitimleri başlatılmış okul sağlığı hizmetlerinin gelişimi sağlanmıştır. 2009 yılında hemşireler üniversite programlarına geçmeye başlamışlardır. Fransa’da okul sağlığı hemşireliğinin uzmanlık alanı hala oluşturulmamıştır sadece kreşlerde hemşirelere uzmanlık verilmiştir. Fransa’da okul hemşireleri öğrencilerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi için görev yapmaktadırlar. Fransa’da özellikle okul çağı öğrencilere verilen sağlık hizmetleri 5-19 yaş grubunu içermektedir. Ayrıca 2005 yılında da okul çağı çocuklarının sağlıklarına zarar verebilecek yiyecek ve içeceklerin satışı da yasaklanmıştır. 2015 yılında ise halk sağlığı yasası adı altında 15-24 yaş grubu öğrencilerine de sağlık eğitimleri düzenlenmeye başlanmıştır (34).

1800’lü yıllarda İngiltere’de askere giden çocuklardaki sağlık sorunlarının görölmesi okul sağlığı hizmetlerinin ortaya çıkmasına temel oluşturmuştur. Okul sağlığı hemşireliği ilk olarak Amy Huges ile ortaya çıkmıştır. Huges özellikle çocukların beslenme problemleriyle ilgilenmeye çalışmış ama bunları araştırırken bulaşıcı hastalıkların bu çocuklar için büyük tehdit oluşturduğunu ve bu yüzden okula devam edemediklerini ortaya çıkarmıştır. Bu olaydan sonrada hafta hafta okul ziyaretlerine başlanmıştır. 1900’lü yıllarda okullara devamlı hemşire atanmaya başlanmıştır. Daha sonrasında yavaş yavaş yasalarla okul sağlığı hemşireliği desteklenmeye başlamıştır. 2013 yılından itibaren de okul hemşireleri sertifika programları düzenlenmiştir ve okullarda çocukların sağlıklarının gelişimi ve sürdürölmesi için gerekli uygulamalara ve eğitimlere başlanmıştır. Okul sağlığı hemşireleri sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi açısından anahtar rol konumundadırlar (68).

Amerika Birleşik Devletleri’nde okul sağlığı hemşireliği uygulamalarına 1800’lü yıllarda Lilian Wald tarafından başlanmıştır. Lilian Wald ev ziyaretleri yapmış

ve çocukların yaşadıkları ev ortamlarını geliştirebilecek hastalıkları tespit etmiştir. Ayrıca okullarda da ziyaretler gerçekleştirmiş ve özellikle bulaşıcı hastalıkların çok fazla olduğunu tespit etmiştir. Lilian Wald daha sonra şu an hala var olan ünlü Henry Street Settlement'i kumuştur ve buralarda gereksinimi olan aile veya bireylere gerek fiziksel açıdan gerekse sosyal ve psikolojik açıdan tedaviler sağlanmıştır ve hala sağlanmaktadır. 1900'lü yıllara gelindiğinde okullarda hemşire ve doktorlar görevlendirilmeye başlanmış aralarında Lina Rogers'in de olduğu okul sağlığı hemşireleri okullarda görevlendirilmişlerdir. Özellikle Lina Rogers'in çocukların iyileştirilmeleri üzerindeki büyük etkisi okul sağlığı hemşireliğinin yasalarla desteklenmeye başlamasının temeli olmuştur. 20.yüzyılda ABD'de her okulda okul sağlığı hemşiresi görevlendirilmiştir. Bu okullarda görevli hemşirelerin hepsi lisans mezunu ve sertifikalı hemşirelerdir ve görevlerini en iyi şekilde yerine getirmektedirler. Amerika'da okul sağlığı hemşireliğinin çok gelişmiş olması NASN'nin her yılın başında okul sağlığı hemşirelerinin gereksinimlerini belirleyip bunlara çözüm araması olarak gözlenmektedir (2, 69).

Türkiye'de 1900'lü yıllarda okul sağlığı hizmetleri ile ilgili ilk belge yayınlanmıştır. Daha sonra milli eğitim bakanlığı bulaşıcı hastalıkların kontrolü için adımlar atmaya başlamıştır. 1930 yılında Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile okul sağlığı hizmetleri başlatılmıştır. Sonrasında yatılı okullarda ve diğer okullarda okul hemşireliği hizmetlerine başlanmıştır. 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kanunu ile sağlık ocaklarına okul sağlığı hizmetleri verilmiştir. 1995 yılınca salığı geliştiren okullar ağı projesi başlatılmış ve sonrasında da okul sağlığı hizmetleri işbirliği protokolü imzalanmıştır. 2011 yılında bir yönetmelikle okul sağlığı hemşiresinin görev ve yetkileri tanımlanmıştır. 2006 yılında okullarda beyaz bayrak projesi başlatılmış ve daha sonrasında okul sağlığı hizmetleri ve okul sağlığı

hemşireliği yaygınlaşmaya başlamıştır. 2013 yılına alınan kararlarla Milli Eğitim Bakanlığına bağlı her okulda bir hemşire görevlendirilmesine karar verilmiştir. Fakat halen daha her okulda bir hemşire bulunmamaktadır ve okul sağlığı hemşireliği yürüttüğü görevler bakımından istenilen seviyede değildir. Akademisyenler ve halk sağlığı uzmanları okul sağlığı hemşireliğinin önemini ortaya koymak için sürekli kongreler düzenlemektedirler. Ayrıca bazı üniversiteler okul sağlığı hemşireliği sertifika programları düzenlenmekte ve bu sertifikalar da MEB onaylı olarak verilmektedir. Okul sağlığı hemşirelerinin okullarda sadece revir görevini üstlenmeleri ve tam olarak okul sağlığı hemşiresinin rollerini uygulayamamaları, araştırmalarla yeterince okul sağlığı hemşirelerinin öğrenciler üzerindeki sağlığı koruyucu ve geliştirici etkilerinin ortaya konulmaması okul sağlığı hemşireliğinin arka planda olmasına sebep olmaktadır (2,70).

K.K.T.C’de okul sağlığı hemşireliği ile ilgili herhangi bir yasa, yönetmelik bulunmamaktadır. Okul sağlığı hemşiresi sadece birkaç özel okulda bulunmaktadır. Buralarda okul sağlığı hemşiresi olarak görevlendirilen hemşireler lisans mezunu hemşirelerdir. Bu alanda herhangi bir sertifika programına katılmamışlardır. Ayrıca yaklaşık 600 öğrenci bulunan okullarda sadece 1 hemşire bulunmakta o da sadece revir hemşireliği görevini yerine getirmektedir. Özellikle öğrencilerin ufak yaralanmalarında pansumanların yapılması, kronik hastalığı olan çocukların tedavisi ve ailelerle işbirliği halinde olunması ve öğrencilerin rahatsızlanmaları halinde yaşamsal bulgularının takibi ve ailelerin aranması gibi görevleri yerine getirmektedirler. Bu özel okullarda görevli olan okul sağlığı hemşireleri ile MEB’nin herhangi bir iletişimi bulunmamaktadır. Bu hemşireler sadece çalıştıkları özel okulların yöneticilerinin sorumluluğu altındadırlar (2).

2.2 Sağlığı Geliştirme, Sağlık Okuryazarlığı ve Okul Sağlığı Hemşireliği

Sağlığı koruma ve geliştirme terimleri aynı anlama gelir gibi grnse de farklı anlam taşımaktadırlar. Sağlığın korunması yanlış davranışı yapmama, sağlığın geliştirilmesi ise toplumun iyilik halinin artması veya bunun srdrlmesi anlamına gelmektedir.

Sağlığı geliştirme kavramı ilk olarak 1970 yılında sağlık eğitimlerinin gerçekleştirilerek sağlığın geliştirilmesinin artırılabilceği ortaya konulmuştur. 1978 yılında herkes için sağlık terimi tanımlanmış ve yıllar içerisinde bildirgeler yayınlanarak bu sağlık kavramı tanımlanmaya çalışılmıştır. Türkiye’de ise sağlığı geliştirme çalışmalarına bakacak olursak tütün ile mücadele, sağlıklı beslenme, sağlıklı hareket etme, sağlıklı hijyen programları sunulmaya başlanmıştır.

Sağlığı geliştirmede kullanılan farklı birçok model bulunmaktadır. Bunlar iyilik modeli, zbakım modeli, Penderin sağlığı geliştirme modeli, Sağlık inanç modeli, nedenli davranış teorisi, değişim teorisi ve sağlığı geliştirmeye odaklanma gibi modellerdir. Bu modeller kullanılarak bakım planları oluşturuluyor ve gerekli bakım gereksinimi olan bireylere verilmektedir. Böylece toplum sağlığının gelişimi ve srdrlmesi sağlanmaktadır (71,72). Burada Penderin sağlığı geliştirme modeli deneysel çalışmamıza yakın bir model olarak ortaya çıkmaktadır.

Toplumdaki kişilerin sağlıklarının gelişimi ve sürdürülmesinde sağlık okuryazarlığının önemi büyüktür. Sağlık okuryazarlığı kavramı Dünya Sağlık rgt (WHO)’nun tanımına göre; kişinin sağlıklı kalma durumunu koruması ve bu durumunu geliştirmesi için kişilerin sağlık bilgilerine ulaşması, bunları anlaması ve uygulaması için gerekli sosyal ve bilişsel beceriler olarak tanımlamıştır. Sağlık okuryazarlığının gelişiminde veya sürdürülmesinde hemşireler önemli görevler

düşmektedir. Özellikle okul çağı çocuklarının sağlık okuryazarlıklarının belirlenip bu becerilerini geliştirici adımlar atılması okul sağlığı hemşirelerinin birincil görevlerindendir. Bunun içinde bu yaş grubuna özel sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Okul sağlığı hemşireleri öğrencilerin sağlık gereksinimlerini belirleyerek bunlara yönelik sağlık eğitimleri planlayıp uygulamaları öğrencilerin sağlık okuryazarlıkları üzerinde olumlu etkiler ortaya çıkarmaktadır. Öğrencilerin sağlık okuryazarlıklarının yetersiz olması onlara verilen sağlık eğitimlerini kavrayamama, anlayamama ve uygulayamama gibi sorunlar ortaya çıkarabilmektedir. Bu durumda verilen eğitimlerin çocukların sağlıklarının gelişiminde ve kalıcı davranış değişiklikleri oluşturmada etkisiz olabilmektedir. Çocukların sağlık okuryazarlıklarının yanında ailelerin de sağlık okuryazarlıklarının bilinmesi yine verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (73,74).

2.3 Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk olarak 1974 yılında Simonds tarafından tanımlanmıştır. 1986 yılında ise Ottawa’da uluslararası sağlığı geliştirme konferansında sağlık okuryazarlığı kavramı tanımlanmış ve yaygınlaşmaya başlamıştır (75). Günümüzde teknolojinin hızla ilerlemesi ve salgınlar ile bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması sağlık okuryazarlığı kavramını ön plana çıkarmıştır. Bu durumlarda kişilerin kendi sağlık sorumluluklarını almaları, hastalıklarını bilmeleri, kullandıkları ilaçlarını bilmeleri ve tedavi yöntemlerini uygulayabilmeleri büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığı kavramının iyi anlaşılması ve geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır (76).

2019 yılında ortaya çıkan covid 19 pandemisinde kişilerin sağlıklı kalma ile ilgili bilgileri edinmeleri ve kullanmaları büyük önem taşımaktadır. Bu pandemiden

korunmayla ilgili olarak kişilerin sağlık bilgilerine ulaşmaları, bu bilgileri analiz etmeleri bulaşın önlenmesi açısından önem kazanmıştır bu durumda kişilerin sağlık okuryazarlıkları da ön plana çıkmaktadır (77). Covid 19 pandemisiyle sağlık iletişimi de ön plana çıkmıştır. Bu konuyla ilgili yapılan açıklamalar ve bazı bilgiler bilimsellikten uzak olmaktadır. Bu durum da halkın sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Covid 19 ile ilgili haberlerin doğruluğunu kritik etmek, hangilerini anlamlandırmak gerektiğini bilmek, hangilerinin yanlış bilgi olduğunu sentez etmek kritik bir sağlık okuryazarlığını gerektirmektedir (78).

2.3.1 Sağlık Okuryazarlığı Tanımı

Sağlık okuryazarlığının günümüze kadar farklı tanımları yapılmıştır. Sağlık okuryazarlığı kavramının önem kazanmaya başladığı zamanlarda yapılan ilk tanımı, *“sağlığı için kişinin kabiliyetleri”* şeklinde olmuştur. Daha sonrasında *“kişinin sağlıklı kalabilmesi için sağlık bilgisine ulaşması, bu bilgiyi anlaması ve bu bilgiye uygun davranış göstermesi”* olarak tanımlanmıştır (79). DSÖ ise bu tanımları genişletmiş sağlık okuryazarlığını şöyle tanımlamıştır. *“Bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler”* olarak tanımlamıştır (79). Yine sağlık bakanlığının tanımlamasına göre sağlık okuryazarlığı, *“Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder”* şeklinde olmuştur (79). Tıp Enstitüsü ise sağlık okuryazarlığının tanımını *“Bir bireyin bir sağlık bilgisini edinebilme, değerlendirebilme, anlama ve doğru sağlık kararını verebilmek için uygun hizmetleri kullanabilme düzeyidir”* şeklinde tanımlamıştır. Sorensen ve arkadaşları ise sağlık okuryazarlığı ile ilgili tüm tanımlardan yola çıkarak tek bir tanım oluşturmuşlardır (80). Bu tanım, *“Sağlık*

okuryazarlığı okuryazarlıkla ilişkili, insanların sağlıklarıyla ilgili olarak günlük yaşamlarında karar almak, yaşam kalitelerini artırmak ve sürdürmek için sağlıklarının gelişimi ve hastalıklarının önlenmesi amacıyla gerekli sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bilgiyi kullanmayı sağlayacak bilgi, motivasyon ve yeterlidir'' şeklinde tanımlamışlardır.

2.3.2 Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Gelişimi

Sağlık okuryazarlığı kavramı bazı kişiler tarafından boyutlara ayrılmıştır. Nutbeam 2000 yılında sağlık okuryazarlığı kavramını 3 düzeyli bir model olarak ortaya koymuştur. Bu modeller fonksiyonel, interaktif ve kritik okuryazarlık olarak isimlendirilmiştir (79,80). Fonksiyonel okuryazarlık kişilerin temel olarak okuma ve yazma becerilerini kapsamaktadır. İnteraktif okuryazarlık kişilerin bilişsel ve sosyal yeteneklerinin gelişmiş halidir. Kritik okuryazarlık ise bilişsel ve sosyal yeteneklerin en üst gelişmiş hali olarak tanımlanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı kavramıyla ilgili diğer sınıflandırma Amerikan Tıp Birliği tarafından yapılmıştır. Bu sınıflandırma yazılı ve sözel olmak üzere sağlık okuryazarlığının sağlık kavramı ile ilgili iki boyutunu ele almışlardır. Yazılı olan okuryazarlık türünde sağlıkla ilgili bilgileri okuma ve yazma, sözlü olan okuryazarlık türünde ise dinleme ve konuşma olarak tanımlanmıştır (79,80,81).

Bazı araştırmacılarda sağlık okuryazarlığını, temel, bilimsel, vatandaş ve kültürel okuryazarlık olarak tanımlamışlardır. Buradaki temel okuryazarlık sağlıkla ilgili bilgileri alma, anlama ve konuşma şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bilimsel okuryazarlık, sağlıkla ilgili olarak bilim ve teknolojilerden yararlanabilme, vatandaş okuryazarlığı, sağlıkla ilgili tartışmalara katılabilme durumu, kültürel okuryazarlık kişilerin sağlıkla ilgili gelenek ve göreneklerinden ortaya çıkmıştır (79, 81).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili geliştirilen bu kavramlar, en başta karmaşık bir halde iken zamanla kavramların karmaşıklığı ortadan kalkmış ve kavramlar daha anlaşılır bir hal almıştır (79,80,81).

2.3.3 Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Genel olarak sağlık okuryazarlığı kavramı, kişilerin demografik verilerinden kültürel özelliklerinden, sosyal ve çevresel faktörlerden, sağlıklı kalmak için yapılanlardan ve hasta olma durumunda yaşananlardan etkilenmektedir (75). Kişilerin sağlık okuryazarlıkları düşük olduğunda sağlık hizmetlerinden yararlanamama, kendi kişisel bakımlarında yetersizlik, sakat kalma ve ölüm oranlarında artış, kendi sağlık sorumluluğunu alamama, hastalık durumunda önerileri anlamama ve yerine getirememe, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmada gecikme, hastaneye yatma oranlarında artma, ilaç kullanımıyla ilgili yetersizlikler gibi durumlarla karşı karşıya kalabilmektedirler (75).

2.3.4 Sağlık Okuryazarlığını Ölçmek İçin Kullanılan Ölçekler

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili geçmişte bazı sorularla ölçüm yapılmaya çalışılsa da yavaş yavaş sağlık okuryazarlığını ölçebilecek kaliteli ölçekler ortaya çıkarılmaya başlanmıştır. Sağlık okuryazarlığı ölçümünde birçok ölçek bulunmaktadır. Bunlar;

Bunlar arasında TOFHLA (yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlık testi), S-TOFHLA(yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlık kısa testi), REALM (tıpta yetişkin okuryazarlığının kısa ölçümü), NVS(yeni yaşamsal bulgu ölçeği), WRAT-R (geniş kapsamlı başarı testi), MART (tıp terminolojisi okuma başarı testi), SILS (tek maddelik sağlık okuryazarlığı taraması), HALS (sağlık aktiviteleri okuryazarlık ölçeği), HLS-EU(sağlık okuryazarlığı tanılama ölçeği), SOYÖ (sağlık okuryazarlığı ölçeği), YSOÖ (yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği), e HEALS (e-sağlık okuryazarlığı ölçeği) ASOY-TR (Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği), TSOY-32 (Türkiye sağlık

okuryazarlığı ölçeği), SOY-SEN (sağlık okuryazarlığı senaryo ölçeği) yer almaktadır(82). Fakat çocuklar için özellikle okul çağı çocukları için geliştirilmiş ölçek yok denecek kadar azdır. Yetişkinler için birçok ölçek bulunmasına rağmen literatürde çocuklar için sadece bir ölçeğe rastlanmıştır. Öztürk'ün 2017 yılında geçerlik ve güvenirliğini yaptığı, Paakkari ve arkadaşlarının 2016 yılında geliştirdiği 10 maddelik ölçek okul çağı çocuklarına yönelik olarak hazırlanmış ve ortaokul öğrencilerini kapsamaktadır (21,82,83).

Kişilerin sağlık okuryazarlıklarını ölçmek için kullanılan bu ölçeklerin içerikleri ve madde sayıları ile değerlendirilmeleri değişiklik göstermektedir.

Kişilerin bu ölçeklerden aldıkları puanlar sosyal faktörler ve kültürel faktörler açısından değişiklik gösterebilmektedir. Bu yüzden kullanılacak olan ölçekler seçilirken kişilerin sosyal ve kültürel yapılarına uygun olarak seçilmelidirler. Özellikle kişilerin kültürel seviyelerine göre ölçeklerin oluşturulması verilecek olan sağlık bilgilerinin etkinliğinin artırılmasında önemli rol oynamaktadır. Kişilerin sosyal ve kültürel yapılarına uygun olmayan ölçekler kullanılmamalıdır gerekirse uygun başka ölçekler geliştirilmelidir (82).

Yetişkinlerde en çok kullanılan ölçek olan yetişkinler için işlevsel sağlık okuryazarlığı ölçeği, yaklaşık 30 dakika sürmekte ve önce kişilerin bilgi verildikten sonra geribildirim istenmesi ve sonraki adımda da sağlıkla ilgili sorulara uygun cevap vermeleri beklenmektedir. Diğer en çok kullanılan ölçeklerden biri olan tıpta yetişkin okuryazarlığının hızlı değerlendirilmesi ölçeği yaklaşık 6 dakika sürmekte, sağlıkla ilgili sorulan kolaydan zora kelimelerin anlaşılması ve geribildirim verilmesi istenmektedir (79).

2.4 Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığı

Çocukluk döneminde özellikle okul çağı dönemlerinde çocukların sağlık okuryazarlıklarının gelişimi büyük önem taşımaktadır. Çocukların bu dönemde sağlıklarının gelişimlerinin sağlanması onların yaşamları boyunca olumlu sağlık davranışı kazanmalarını sağlayacaktır. Çocukların özellikle kültürel ve sosyal özelliklerini, gelişimsel özelliklerini de ön planda tutarak gerçekleştirilen eğitimlerin çocuklar üzerinde yarattığı olumlu etkiler ileride sağlıklı toplumlar için de temel oluşturacaktır (22,74). Değişen teknolojiyle ve günümüzde bulaşıcı hastalıkların hızla artmasıyla çocukların sağlık okuryazarlıklarının önemi artmaktadır. Çocukların sağlık okuryazarlığı seviyelerinin belirlenip özelliklerine göre eğitimlerin verilmesi onların kendi sağlık sorumluluklarını almaları, elde ettikleri bilgiyi anlama ve yorumlamaları daha kolay olacaktır. Çocuklarda görülen düşük sağlık okuryazarlığı seviyesi çocukların olumlu sağlık davranışı gösterme durumlarını olumsuz etkilemektedir. Çocukların olumlu sağlık davranışlarının yaş ilerledikçe gelişiminin etkilenmesinden dolayı, sağlık okuryazarlıklarının erken dönemde geliştirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (74,84). Çocuklarda sağlık okuryazarlığı kavramı yanında e-sağlık okuryazarlığı kavramı da büyük önem taşımaktadır. Çocukların sağlık bilgilerine internetten ulaşmaları, bilgiyi anlama ve yorumlama yapmaları, doğru ve yanlış sağlığı etkileyebilecek davranışların farkına varmaları hep internet aracılığı ile gerçekleşebilmektedir. Bu durum çocukların sağlık bilgisine daha rahat ulaşmalarını sağladığı için ön planda tutulmaktadır. Özellikle küçük yaşta olan çocukların sağlıklı ilgili kararlarını vermelerinde ailenin katkısı büyüktür (74). Ailelerin sağlık okuryazarlıklarının düşük olması çocukların sağlık okuryazarlığı seviyelerini doğrudan olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Bu yüzden ailelerin sağlık okuryazarlıklarının önce belirlenip eğer düşükse eğitimlerle sağlık okuryazarlıklarının

yükseltilmesi gerekmektedir. Daha sonrasında yeterli seviyede olan yetişkinlerin sağlık okuryazarlıkları ile çocukların sağlık okuryazarlığı seviyelerini istenilen seviyeye getirilmeye çalışılmalıdır (21,74,83).

Bröder ve arkadaşları tarafından sağlık okuryazarlığının çocuklar ve adölesanlar için anlamını her açıdan ayrıntılı olarak incelemek ve önemli durumları ortaya çıkarmak için 6 D modeli adı altında bir model geliştirilmiştir. Bu modelin içeriğindeki maddelere bakacak olursak (85);

1)Farklı epidemiyoloji ve sağlığa yönelik bakış açıları; Buna göre sağlık ve hastalık kavramları kültürden kültüre ve farklı yaş grupları ile farklılık gösterebilmektedir. Çocuklar sosyal ortamlarda sağlıkla ilgili bilgileri toplar ve bunları anlamlandırır.

2) Demografik kalıplar ve eşitsizlikler; Çocuklar ve gençler özellikle sağlık konusundaki eşitsizliklere karşı savunmasızdırlar. Kötü yaşam koşulları ve zayıf eğitim koşullarından dolayı obezite konusunda çok riskli gruplar olarak karşımıza çıkmaktadırlar.

3) Gelişimsel değişim ve sosyalleşme süreci; Çocukların belli yaşlarda belli gelişim ve değişim aşamaları vardır. Bu aşamalarda çocukların belli gelişim özellikleri mevcuttur. Çocukların bu yaş ve gelişim aşamalarında sağlık okuryazarlığı konusunda kendini geliştirmesi çok önemlidir.

4) Güç yapıları ve nesiller arası bağımlılık; Çocuklar ve yetişkinler arasında bulunan güç kavramı onlar arasındaki çatışmaların sebebidir. Ayrıca çocuklar ebeveynlerinin yardımına da her yönden gereksinim duymaktadırlar.

5) Demokratik vatandaşlık ve aktif katılım; Çocukların ve gençlerin kendi sağlık bilgilerini anlama, erişme ve yorumlama hakları vardır.

6) Dijitalleşme; Çocuklar ve gençler sağlıkla ilgili bilgileri dijital ortamlardan elde ederler. Çocukların sağlık okuryazarlık durumları medya kullanımları ile doğrudan ilişkilidir (85,86).

Çocukların kendi sağlıklarının olumlu bir şekilde yönetebilmeleri için okullarda sağlık eğitimleri müfredata yerleştirilmelidir. Okullarda verilen sağlık eğitimlerinde en büyük rol okul sağlığı hemşirelerine düşmektedir (21, 22, 74, 83, 84).

Ayrıca çocuklara verilen sağlık eğitimlerinin etkili olabilmesi için bazı öğretim yöntemleri bulunmaktadır. Bunlar, didaktik öğretim (pasif öğrenme yöntemi), deneyimsel öğretim (tartışma şeklinde öğretim), atölye çalışmaları (etkileşimli grupların çalışması), küçük grup etkinlikleri (yeteneklerle gruplara ayrılma), rol yapma etkinlikleri (rol oynayan öğrencilerin etkinliği), video inceleme (videolardan yetenekleri izlemek) ve simülasyon uygulamalarıdır (ortamda gerçekliğin oluşturulması) (86).

2.4.1 Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığı ve Okul Sağlığı Hemşireliği

Okul sağlığı hemşireleri sağlıkla ilgili bilgileri sunma konusunda büyük role sahiptir. Okul sağlığı hemşirelerinin en büyük rollerinden birisi de çocukların sağlıklarının korunması ve gelişimlerinin sağlanmasıdır. Çocuklara kazandırılacak olan olumlu sağlık davranışları ileride sağlıklı toplumların gelişiminde de önemli rol oynayacaktır (74). Okullarda okul sağlığı hemşirelerinin bulunması çocukların sürekli takip edilmesi için büyük öneme sahiptir. Çocukların sürekli izlemleri sonucunda ortaya çıkan eksik sağlık bilgilerinin geliştirilmesi ve çocukların sağlık okuryazarlıklarının yükseltilmesi okul sağlığı hemşirelerinin birincil görevlerindendir. Okul sağlığı hemşirelerinin sahip oldukları rollerini kullanarak özellikle çocukların kültürel, sosyal ve psikolojik yönlerini de göz önünde bulundurarak sağlık eğitimlerini planlaması ve uygulaması daha sonrasında da çocukların davranışlarını izlemesi

gerekmektedir (86). Çocuklara sürekli uygulanan sağlık eğitimleri çocukların sağlık okuryazarlık seviyelerini de artırmaktadır (74,86). Çocukların sağlık okuryazarlık seviyelerinin ölçülüp eğitimlerin ona göre planlanması da gerekmektedir. Bunun için çocukların sağlık okuryazarlığı seviyelerinin tespit edilmesi için ölçekler geliştirilmesi gerekmektedir. Yapılan araştırmalarda çocukların sağlık okuryazarlıklarının yetersiz olduğu ortaya konulmuştur (20). Ayrıca ailelerin de bu sağlık eğitimlerine katılmaları desteklenmelidir. Çocuklara kazandırılmaya çalışılan olumlu sağlık davranışlarının takibinde evde aileden de destek alınmaktadır. Ailelerin sağlık okuryazarlıklarının da belirlenip artırılması çocuklara daha kalıcı sağlıklı davranış oluşturulmasını sağlamaktadır. Her okulda bir okul sağlığı hemşiresinin olması gerekliliği çocukların sağlık okuryazarlıklarının gelişimi için de desteklenmelidir.

Gerekirse öğretmenler ve diğer okul çalışanları ile de işbirliği içerisinde olunmalı ve müfredata yerleştirilen eğitim planlarıyla çocukların ders bilgileri yanında sağlık bilgilerinin de desteklenmesi sağlanmalıdır. Çocukların sağlık okuryazarlıklarının ölçümü için daha çok kapsamlı ölçekler geliştirme gereksinimi bulunmaktadır (21,83).

Ayrıca her okulda hemşire bulundurma zorunluluğu konması yasalarla desteklenmelidir. Çocukların sürekli izlem ve eğitimlerinin yapılması sonucunda daha sağlıklı bireyler yetiştirme ve sağlık okuryazarlığı seviyeleri yüksek toplumlar oluşturma okul sağlığı hemşireliğinin önemini bir kez daha ortaya çıkarmaktadır (1, 3, 38, 74, 84, 87). Genel olarak araştırmalara bakıldığında çocukların sağlık okuryazarlık seviyelerinin yeterli olmadığı ortaya konulmuştur. Bu konuda yapılan müdahale araştırmaları yok denecek kadar azdır. Buhr ve arkadaşları tarafından Almanya’da yapılan bir çalışmada düşük sağlık okuryazarlığına sahip çocukların yapılan eğitim müdahaleleri sonucunda sağlık okuryazarlıklarının arttığı saptanmıştır (88). Ran ve

arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, ortaokul ğrencilerinin %25.5'inin dūřuk sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ortaya konulmuştur (89). Sukys ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise çocukların %70'inin orta dūzey sağlık okuryazarlığına sahip oldukları ortaya çıkarılmıştır (90). Őlkemizde Őztürk ve Alkaya'nın yaptıkları çalışmada ise yine çocukların bűyűk bir çoğunluğunun sağlık okuryazarlık seviyelerinin orta dūzeyde olduğu ortaya çıkarılmıştır (91).

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Çalışmanın Yeri, Zamanı ve Tipi

Araştırma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti sınırları içinde yer alan Milli Eğitim ve Kültür Bakanlığına bağlı devlet ilkokullarında, ilgili Etik Kurul Onayı ve kurum izinlerini takiben iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmamızın ilk aşaması olan deneysel çalışmamızda 12 haftalık bir eğitim programı uygulanmıştır ve ön test, son test ve eğitim sonrası 3. ayda izlem testi uygulanarak çalışma sonlanmıştır. Araştırmamızın ikinci aşamasında ölçek geliştirme süreci ön test ve 4 hafta sonra uygulanan son test ölçek uygulanması ile sona ermiştir. Araştırma randomize kontrollü deneysel araştırma ve metodolojik tasarıma uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2 Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın birinci aşaması, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti sınırları içinde yer alan Milli Eğitim ve Kültür Bakanlığına bağlı Girne bölgesine bağlı olan iki ilkokulda gerçekleştirilmiştir. Bu ilkokullar öğrenci sayısı, yapı ve öğrencilerin özellikleri açısından benzer okullardır. Araştırmanın birinci aşamasının yürütüldüğü sınıflar ilkokul 4. sınıflardır. Okullarda bulunan 4. sınıflar kendi aralarında şubelere ayrılmışlardır. İki ilkokulda Girne'ye yakın mesafededir. Araştırmanın ikinci aşaması olan ölçek geliştirme Tüm KKTC genelinde basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 4. ve 5. sınıflarda uygulanmıştır. Bu okullarda çocukların sağlık taramaları yapılmamaktadır. Aşı uygulamaları belli tarihlerde sağlık ocaklarında bulunan

hemşireler tarafından okullara gidilerek uygulanmaktadır. Bu okullarda ders müfredatı içerisinde herhangi bir sağlık dersi bulunmamaktadır.

3.3 Çalışma Grubu

Araştırmanın Evrenini, araştırmanın yapılacağı tarihler arasında Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Milli Eğitim ve Kültür Bakanlığı'na bağlı devlet ilkokullarında öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur. İki aşamalı olarak planlanan araştırmada iki çalışma grubu ile çalışılmıştır.

Birinci Aşama: Araştırma randomize kontrollü deneysel bir araştırma tasarımına sahiptir. Araştırma Girne bölgesinde yer alan iki devlet okulunun dördüncü sınıf öğrencileri ile gerçekleştirildi. Her iki okulda N:500 öğrenci bulunmaktadır. Etki büyüklüğü $d=0.50$ alınmıştır. Buna göre $d=0.50$ ve $\alpha=0.05$ 'te %95 güç için gerekli olan örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.2 yazılımı kullanılarak belirlenmiştir. Okul yönetimi ile işbirliği yapılarak 150 öğrencinin ailelerine araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 80 ailenin öğrencileri ile araştırma yürütülmüştür. Katılımcılar MedCalc yazılımı aracılığıyla blok randomizasyon tekniği kullanılarak deney ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Deney ve kontrol gruplarının her biri 40 öğrenciden oluşmaktadır. Daha sonra randomizasyon ile belirlenen öğrencilerden araştırmanın uygulama aşaması için sanal sınıflar oluşturulmuştur. Araştırmanın uygulama sürecinde deney grubundan iki kişi eğitimleri yarıda bıraktıkları için, kontrol grubunda da iki kişi formları eksik doldurduğu için örneklem dışı bırakılmıştır. Bu durumda araştırma 38 deney ve 38 kontrol grubu olmak üzere 76 kişi ile tamamlanmıştır. Deney grubunu da iki kişinin internet bağlantılarında sorun olması, kontrol grubundan da iki kişinin formları doldurmak istememesi ve formları eksik doldurması nedeniyle örneklem dışı bırakılmışlardır.

Çalışma öncesinde her gruba aynı sayıda katılımcı atanması amacıyla, 2 grup arasında her grupta 40 katılımcı olacak şekilde GraphPad yazılımında block randomizasyon tekniği kullanılarak randomize edilerek elde edilen sonuçlar Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Graphpad Yazılımında Block Randomizasyon Tekniği Kullanılarak Elde Edilen Katılımcı Grupları

Denek No	Grup	Denek No	Grup	Denek No	Grup	Denek No	Grup
1	A	21	A	41	B	61	B
2	B	22	B	42	B	62	A
3	B	23	B	43	A	63	B
4	A	24	A	44	B	64	A
5	A	25	A	45	A	65	A
6	B	26	A	46	B	66	A
7	A	27	B	47	B	67	B
8	A	28	B	48	B	68	A
9	A	29	A	49	B	69	A
10	A	30	A	50	B	70	B
11	B	31	A	51	A	71	B
12	B	32	A	52	A	72	B
13	B	33	B	53	A	73	B
14	A	34	A	54	B	74	B
15	A	35	A	55	A	75	A
16	B	36	B	56	A	76	A
17	B	37	B	57	A	77	A
18	B	38	B	58	A	78	B
19	A	39	B	59	B	79	B
20	A	40	B	60	A	80	B

A: Kontrol B: Deney

İkinci Aşama: “Çocuk Sağlık-Okuryazarlık Ölçeği” nin geliştirilmesi, ilköğretim okullarının 4. ve 5. sınıflarına devam eden 9-11 yaş grubundaki 6458 öğrenci ile yapılmıştır. Öğrenciler Girne, Lefkoşa, Güzelyurt, Gazimağusa ve İskele ilçelerinde yer alan ilkokulların 4 ve 5. sınıfa devam eden öğrencileri arasından basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir (Tablo 1). Araştırma evrenini tamamına ulaşılması zaman, maliyet ve kontrol bakımından güç olacağından dolayı araştırmada çalışma evrenini temsil edecek şekilde tabakalı tesadüfi örnekleme yöntemi

kullanılarak bir örneklem seçilmiştir. Araştırma evrenini temsil edecek yeterli sayıda örneklem hesaplanması için evreni bilinen örneklem yöntemi kullanılmıştır.

Örneklem sayısı;

N: Çalışma Evrenindeki kişi sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen örneklem hatasıdır.

$$n = \frac{N * t^2 * p * q}{(N - 1)d^2 + t^2 * p * q} \quad n = \frac{6458 * (1.96)^2 * 0.50 * 0.50}{(6453)(0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.50 * 0.50} = 363$$

Buna göre %95 güven düzeyinde ve %5 örneklem hatasında 6458 kişilik araştırma evreninden seçilmesi gerek örneklem sayısı 363 bulunmuştur. Örneklem tabakalara göre dağılımı aşağıdaki gibidir (Tablo 2).

Tablo 2: Örneklem Tabakalara Göre Dağılımı

Bölgeler	N	Ni/N	N
Lefkoşa	2122	0,33	119
Girne	1519	0,24	85
Gazimağusa	1711	0,26	96
İskele	528	0,08	30
Güzelyurt	413	0,06	23
Lefke	165	0,03	9
Toplam	6458	1,00	363

3.4 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmamızın birinci aşamasında aileleri araştırmaya katılmayı kabul eden ve en az bir tane teknolojik alete sahip olan 4. sınıf öğrencileri, ikinci aşamasında ise, yine aileleri araştırmaya katılmayı kabul eden ilköğretim okullarının 4. ve 5. sınıflarına devam eden, 9-11 yaş grubundaki öğrenciler dahil edilmiştir.

3.5 Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1 Bağımlı Değişkenler

- Beslenme Davranış Ölçeği puan ortalamaları,
- Çocuklarda Sağlık Algıları ve Sağlık Davranışları Ölçeği puan ortalamaları
- Çocuklara Yönelik Fiziksel Aktivite Öz-yeterlik Ölçeği puan ortalamaları

3.5.2 Bağımsız Değişkenler

- Öğrencilere uygulanan okul sağlığı geliştirme programı (12 haftalık eğitim programı)

3.6 Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla literatürden (26,43,50) yararlanılarak oluşturulan Çocuklara Ait Tanıtıcı Soru Formu, Beslenme Davranış Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algıları ve Sağlık Davranışları Ölçeği ve Çocuklara Yönelik Fiziksel Aktivite Öz-yeterlik Ölçeği kullanılmıştır.

3.6.1 Çocuklara Ait Tanıtıcı Soru Formu (Ek 7)

Araştırmacı tarafından ilgili literatür (26,43,50) doğrultusunda hazırlanmış olan bu form, öğrencilerin kendilerine ve anne-babalarına ait tanıtıcı bilgileri içermektedir. Toplam 23 sorudan oluşan bu formun cevaplanma süresi yaklaşık olarak 15 dakikadır.

3.6.2 Beslenme Davranış Ölçeği (Ek 8)

Beslenme Davranış Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Öztürk ve Erdoğan (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek çocukların besin tüketimlerini belirlemek için, az yağlı/ tuzsuz ve çok yağlı/ tuzlu besin seçeneklerinin olduğu resimli 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, çocuklara karşılaştırılabilir besinler gösterilerek iki besinden hangisini daha çok (sık) yediğini işaretlemesi şeklinde doldurulmaktadır. Ölçek maddeleri sağlıksız besin için -1, sağlıklı besin için +1 değer almaktadır, toplam

puanı -14, +14 arasındadır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması sağlıklı beslenme alışkanlığını göstermektedir. Türkçe BDÖ'nin kapsam geçerlik indeksi (KGI) 0.96, iç tutarlılık güvenirlik katsayısı (KR 20): 0.68 ve test tekrar test güvenirliği $r=0.74$ bulunmuştur (92).

3.6.3 Çocuklarda Sağlık Algıları ve Sağlık Davranışları Ölçeği (ÇSASDÖ) (Ek 10)

Bu ölçek okul çağı çocuklarının sağlık algıları ve sağlık davranışlarını değerlendirmek amacıyla Walker, Sechrist ve Pender tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik güvenirliği Gürbüz ve Aksayan tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Ölçek 51 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin puanlaması üçlü likert şeklinde olup Cronbach Alfa katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur (93).

3.6.4 Çocuklara Yönelik Fiziksel Aktivite Öz-Yeterlik Ölçeği (FAÖYÖ) (Ek 9)

Bu ölçek ilköğretim öğrencilerinin fiziksel aktivite ve öz-yeterlik düzeylerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Edmunson ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Meydanlıoğlu ve Ergün (2013) tarafından gerçekleştirilmiştir. Beş maddeden oluşan ölçek üçlü likert tipinde, tek faktörlü bir yapıya sahiptir.

Ölçek maddeleri -1, +1 puan aralığında (-1: emin değilim, 0: biraz eminim, +1: çok eminim) değer almaktadır, toplam puanı -5, +5 arasındadır. Ölçek 5 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, yüksek öz-yeterlik değerini göstermektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında cronbach alfa güvenirlik katsayısı, 0.69 olarak saptanmıştır (94).

3.7 Verilerin Toplanması

Araştırmanın birinci aşaması, COVID-19 pandemisinden dolayı okulların yüzyüze eğitime kapalı olmasından çevrimiçi(online) yöntemler kullanılarak

gerçekleştirilmiştir. Randomizasyonla seçilen deney ve kontrol grupları için whatsapp grubu ayrı ayrı oluşturulmuştur. Okul yönetimi işbirliği içerisinde hazırlanan whatsapp gruplarından toplantı duyurulmuş ve ailelere buradan araştırmayla ilgili bilgiler verilmiştir ve sözlü onamları alınmıştır. Bunu takiben oluşturulan gruplardan link paylaşılarak daha önceden oluşturulmuş bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile ailelerin yazılı onamları da alınmıştır (EK 6). Ailelerin onamı alındıktan sonra sınıf öğretmenlerinin iş birliği ile blok randomizasyon ile gruplara ayrılan öğrencilerden deney grubu öğrencileri için zoom programı kullanılmıştır. Öğrenciler eğitimin etkinliği ve verimliliği açısından kayıplar da göz önünde bulundurularak 20 şer kişilik gruplara ayrılmıştır ve veriler online ortamda toplanmıştır. Onamlar alındıktan sonra tanıtıcı bilgi formu, fiziksel aktivite ölçeği, beslenme davranış ölçeği, sağlık davranışları ölçeği link paylaşılarak doldurulmuştur. Deney ve kontrol grubunda bulunan çocuklara birer şifre verilmiş ve formları doldururken bu şifreleri kullanmaları istenmiştir. Veri toplama süreci 2 gün olarak ayarlanmış ve öğrencilere duyurulmuştur sonrasında formlar kapatılmıştır.

3.8 Girişim

Araştırmanın Birinci Aşaması:

- 1) Programın amacı: Öğrencilerin sağlıklarının geliştirilmesi.
- 2) Programın hedefleri: Öğrencilerin izlem sonrasında kalıcı davranış değişikliklerinin olması.
- 3) Programın adı: Sağlık Dersi

Eğitim programının içeriği 3 uzman görüşü alınarak literatürden (95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108) yararlanılarak düzenlenmiş ve uygulanmaya başlanmıştır (Ek 5). Okul Sağlığı hemşireliği sertifikası çalışmaya başlamadan önce araştırmacı tarafından alınmıştır (Ek 16). Deney grubuna eğitimler

zoom üzerinden öğretmenler ve müdürlerle işbirliği içerisinde haftada bir gün yapılmış ve 40 dakika ile sınırlı tutulmuştur. Deney grubuna toplam 12 haftalık eğitim programında (beslenme, fiziksel aktivite, şiddet ve zorbalık, bireysel hijyen, ilk yardım) power point, soru-cevap ve tartışma yöntemleri gerçekleştirilmiştir. On iki haftalık eğitim süresinin sonunda her iki gruba da beslenme, sağlık algı ve sağlık davranışları ölçeği ve fiziksel aktivite özyeterlik ölçeğinin son testleri uygulanmıştır. Hemşire liderliğinde uygulanan eğitim programında, ilk 3 hafta beslenme konusunda, sonraki 3 hafta fiziksel aktivite konusunda, 2 hafta bireysel hijyen, 2 hafta ilkyardım ve 2 hafta da şiddet ve zorbalık konusunda eğitimler uygulanmıştır (Ek 4). Çalışmanın bitiminde kontrol grubundaki öğrencilere de eğitim materyalleri paylaşılmıştır. Birinci aşama araştırmanın akış süreci Şekil 1 de yer almaktadır (Şekil 1).

Araştırmanın İkinci Aşaması:

- 1. Madde Havuzunun Oluşturulması:** Literatürden yararlanılarak ilkökul çocukları için sağlık okuryazarlığı ölçeği madde havuzu (109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116) oluşturulmuştur. Madde havuzu oluşturulurken sağlık okuryazarlığı ile ilgili ölçeklerden ve ilgili literatürden yararlanılmıştır. Literatür bulguları ile Sağlık Okur-Yazarlığı ölçekleri kullanılarak elde edilen maddeler birleştirilerek 15 maddelik dört alt boyutlu bir taslak ölçek oluşturulmuştur (EK 13).
- 2. Maddelerin Değerlendirilmesi:** Madde değerlendirmesi, bir yapının ölçek bütünlüğünü değerlendiren kapsam geçerlilik indeksi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Ölçek 10 tane Halk sağlığı ve okul sağlığı uzmanı, 1 pedagog, 3 öğretmen ve 1 edebiyat uzmanı olmak üzere 15 kişiye uzman görüşü için gönderilmiştir. Ölçeğin 15 maddesi anlaşılabilirlik, dil geçerliliği, amaca uygunluk ve kültürel uygunluk açısından aynı uzmanlar tarafından

incelenmiştir. Uzman görüşlerinin sağlıklı değerlendirilmesi için dereceleme ölçütü olarak; Kapsam Geçerlik İndeksi kullanılmıştır. Uzmanların her bir madde için “uygun değil (1)”, “maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekir (2)”, “uygun, ancak küçük değişiklik gerekir (3)” ya da “çok uygun (4)” yanıtlarından birisini vermesi istenir. Araştırmacı her uzmanın her madde için verdiği puanları değerlendirerek, 1 ve 2 puan alan maddeleri çıkartır ya da yeniden düzenler. Kapsam geçerliliği vardır diyebilmek için uzmanların maddelerin %80’nini 3 ile 4 puan arasında değerlendirmesi yani toplam skorun 0.80 ve üzerinde olması gerekir. Çalışmamızda maddelerin KGİ puanları 0.83 ile 1.00 arasında değişmekte olup, uzmanlar arasında yüksek düzeyde uyuma işaret etmektedir. Uzmanların önerileri doğrultusunda maddeler de revize edilmiştir.

- 3. Psikometrik Değerlendirme:** Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin yapı geçerliliğinin incelenmesi için Açımlayıcı ve Doğrulamalı Faktör Analizleri yapılmıştır. Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin faktör yapısının saptanması amacı için Açımlayıcı Faktör Analizi uygulaması yapılmıştır. Açımlayıcı Faktör Analizi, bir ölçme aracı vasıtasıyla elde edilen verilere ait korelasyon matrisinden veya kovaryans matrisini kullanarak aralarında ilişki bulunan iki adet değişkenden daha az olmak koşuluyla birbirlerinden bağımsız yeni faktörler oluşturulması amacıyla kullanılan faktör analizi yöntemidir. Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin faktörleşebilir bir yapıya uygunluğunun incelenmesinde Kaiser-Meğer-Olkin(K-M-O) katsayısı ve Barlett’in küresellik testi kullanılmıştır. Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin K-M-O katsayısı 0,768 bulunmuş, Bartlett küresellik testinin de anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Buna

göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin faktörleşebilir olduğu belirlenmiş ve ölçeğe Açımlayıcı Faktör Analizi uygulanmıştır. Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinde öz değerleri 1’de büyük olan 4 faktörlü bir yapıda olduğu görülmüştür. Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin 4 faktörlü yapısının açıklayabildiği toplam varyans ise %46,0 bulunmuştur. Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin Açımlayıcı Faktör Analizi faktör yükleri incelenmiştir. Tabachnick ve Fidell’e (2013) göre bir faktöre olan faktör yükünün en düşük 0,50 olması beklenmektedir. Buna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinde yer alan “15. Arkadaşlarım, kendi sağlıkları için riskli/yanlış davranışta bulunursa uyarabilirim” maddesi ölçekten dışlanmıştır. Ölçekte kalan 14 maddeye ait faktör yüklerinin en düşüğü 0,518 ve en yükseği 0,718 bulunmuştur. Ölçek geliştirmenin metodolojik aşamaları şekil 6’da verilmiştir. Ayrıca ölçek çalışmasının ilk uygulamasından sonra re-test aynı gruba 4 hafta sonra tekrar uygulanmıştır (Tablo 27).

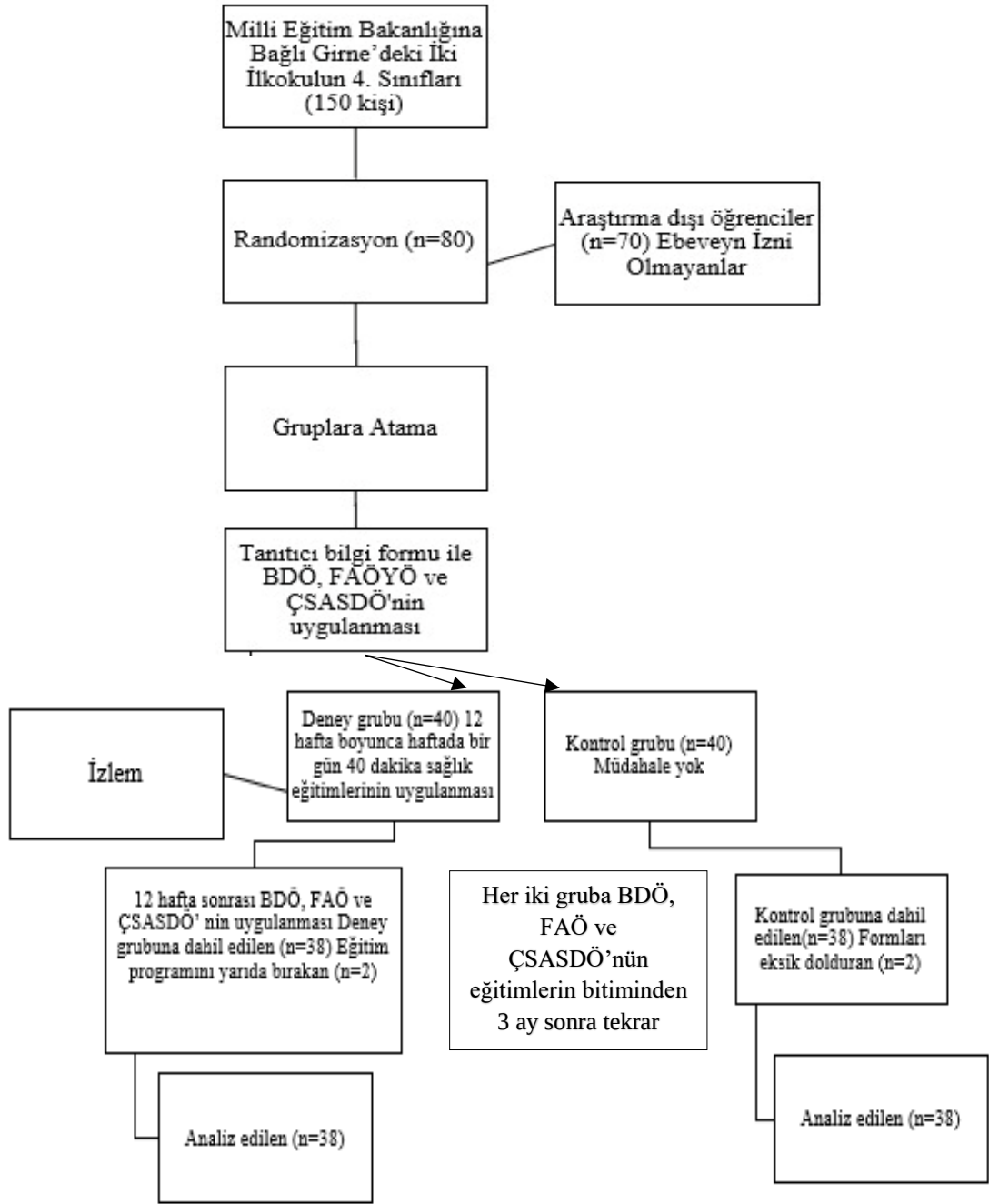
3.9 İstatistiksel Analiz

Araştırma verileri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) yazılımında analiz edilmiştir. Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı frekans analiziyle belirlenmiş ve Pearson ki kare testiyle test edilmiştir. Öğrencilerin ölçek puanlarının normal dağılım gösterme durumu Shapiro-Wilk testiyle test edilmiş olup normal dağılıma uyduğu belirlenmiştir. Grup içi karşılaştırmalarda paired sample t testi, gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Ayrıca eğitim etkinliğinin incelenmesinde Kovaryans Analizi (ANCOVA) kullanılmıştır. Kovaryans Analizi (ANCOVA), bir araştırmada etkisi test edilen bir faktör ya da faktörlerin dışında, bağımlı değişken ile ilişkisi bulunan bir değişkenin ya da

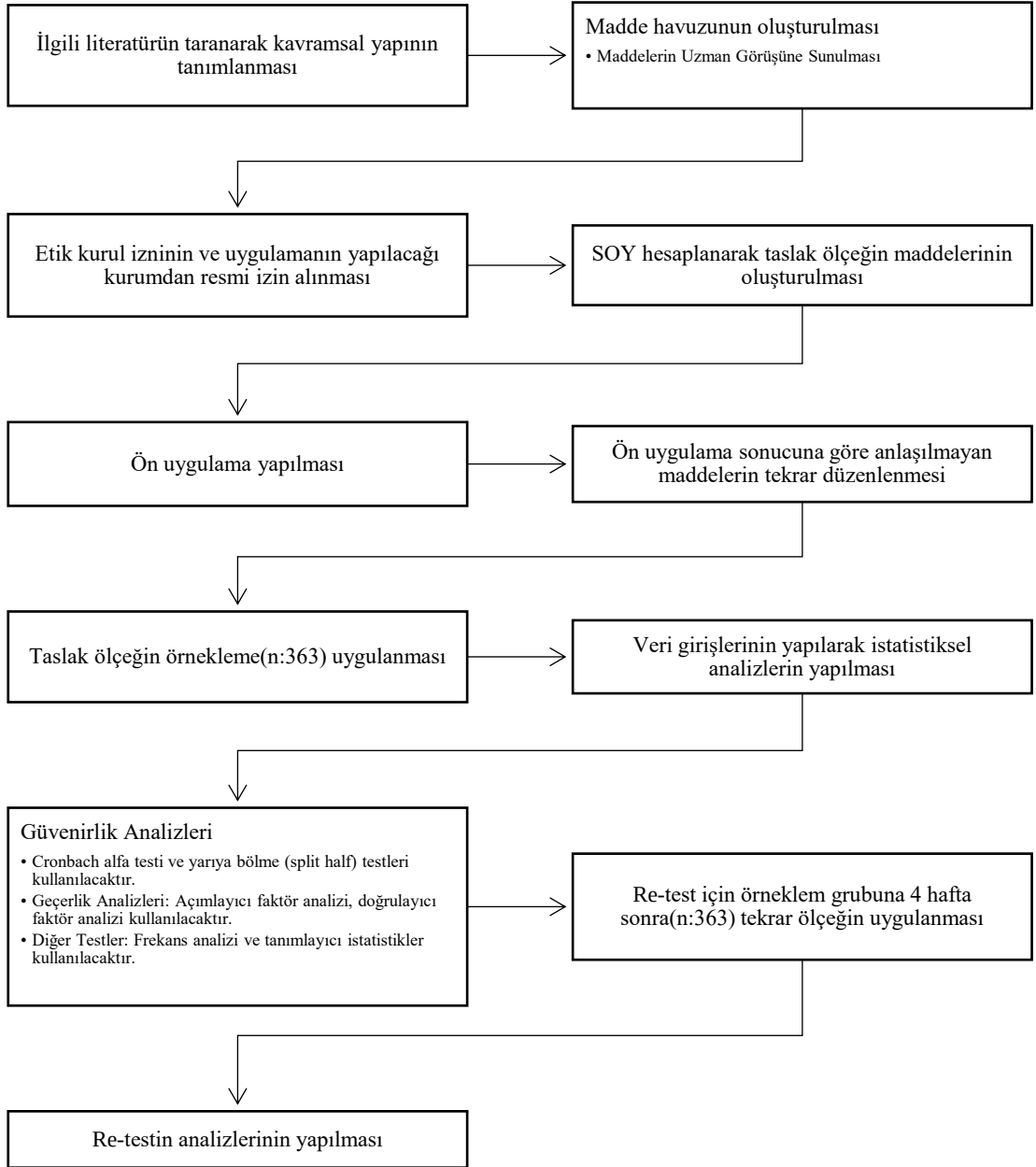
değişkenlerin istatistiksel olarak kontrol edilmesini sağlayan bir teknik olarak bilinmektedir (117). Araştırmanın ikinci aşamasında geçerlik ve güvenirlik analizleri ve re-test ile analizleri yapılmıştır. Güvenirlik analizi olarak Cronbach alfa ve yarıya bölme testleri kullanıldı. Geçerlik analizlerinde açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizleri kullanıldı ayrıca frekans analizleri ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

3.10 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’ndan “‘Etik Kurul İzni” (Karar no: 2021-0125) (Ek 15) ve Milli Eğitim Bakanlığından çalışmanın yürütülebilmesi için “‘Kurum İzni” (Ek 14) alınmıştır. Deneysel çalışmaya başlamadan önce clinical trial numarası da alınmıştır (NCT04829942). Ayrıca, araştırmaya katılan olan öğrencilerden ve ailelerinden de Helsinki Bildirgesine dayalı olarak hazırlanmış olan “‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile yazılı online onamları alınmıştır (Ek 6). Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan olan “‘Beslenme Davranış Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algıları ve Sağlık Davranışları Ölçeği, Çocuklara Yönelik Fiziksel Aktivite Öz-Yeterlik Ölçeği” için yazarlardan e-posta yolu ile kullanım izni alınmıştır. (Ek 1, Ek 2, Ek 3) Araştırmanın ikinci aşamasında ailelerin yazılı onamları alınmıştır (Ek 11).



Şekil 1: Deneysel Çalışmanın Akış Şeması



Şekil 2: Ölçek Geliştiriminin Metodolojik Aşamaları

Bölüm 4

BULGULAR

4.1 Birinci Aşama Olan Deneysel Çalışmaya İlişkin Bulgular

Araştırmanın birinci aşamasında, eğitimlerin başlangıcından önce ve bitiminden sonra yapılan ön test ve son test uygulaması ile eğitimlerin bitiminden 3. ayın sonunda yapılan izlem testi sonrasında elde edilen veriler;

Tablo 3: Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

	Deney		Kontrol		Toplam		X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Yaş								
9 yaş	5	13,16	7	18,42	12	15,79	0,396	0,529
10 yaş	33	86,84	31	81,58	64	84,21		
Cinsiyet								
Kız	13	34,21	14	36,84	27	35,53	0,057	0,811
Erkek	25	65,79	24	63,16	49	64,47		
Doğum yeri								
KKTC	22	57,89	21	55,26	43	56,58	0,060	0,970
TC	13	34,21	14	36,84	27	35,53		
Diğer	3	7,89	3	7,89	6	7,89		
En uzun süre yaşanılan yerleşim birimi								
Köy	6	15,79	6	15,79	12	15,79	0,793	0,673
İlçe	13	34,21	17	44,74	30	39,47		
Şehir	18	47,37	15	39,47	33	43,42		
Doğum sırası								
İlk çocuk	19	50,00	18	47,37	37	48,68	0,966	0,617
İkinci çocuk	15	39,47	18	47,37	33	43,42		
Üçüncü çocuk	4	10,53	2	5,26	6	7,89		
Kendisine ait oda								
Var	18	47,37	20	52,63	38	50,00	0,211	0,646
Yok	20	52,63	18	47,37	38	50,00		
Sahip olunan teknolojik cihazlar								
Cep telefonu	26	68,42	28	73,68	54	71,05	1,781	0,410
Bilgisayar	3	7,89	5	13,16	8	10,53		
Tablet	9	23,68	5	13,16	14	18,42		

Tablo 3'te araştırmaya dahil olan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması verilmiştir. Tablo 3 incelendiğinde, araştırmaya katılan deney

grubundaki öğrencilerin %86,84'ünün 10 yaşında olduğu, %65,79'unun erkek olduğu, %57,89'unun doğum yerinin KKTC, %47,37'sinin en uzun süre şehirde yaşadığı, %50'sinin birinci çocuk, olarak dünyaya geldiği, %52,63'ünün kendisine ait odasının olmadığı, %68,42'sinin cep telefonunun, %7,89'unun bilgisayarının ve %23,68'inin tabletinin olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda yer alan öğrencilerin %81,58'inin 10 yaşında olduğu, %63,16'sının erkek olduğu, %55,26'sının doğum yerinin KKTC olduğu, %44,74'ünün en uzun süre ilçede yaşadığı, %47,37'sinin birinci çocuk olarak dünyaya geldiği, %52,63'ünün kendisine ait odasının olduğu, %73,68'inin cep telefonunun, %13,16'sının bilgisayarının ve %13,16'sının tabletinin olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu öğrencileri sosyo-demografik özelliklerine göre ki-kare testi kullanılarak karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Deney ve kontrol grubu katılımcılarının sosyo-demografik özellikleri benzerdir.

Tablo 4: Öğrencilerin Sağlık Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Deney		Kontrol		Toplam		X ²	P
	n	%	N	%	n	%		
Kronik hastalık								
Var	2	5,26	1	2,63	3	3,95		0,500
Yok	36	94,74	37	97,37	73	96,05		
Bedensel engel								
Var	3	7,89	3	7,89	6	7,89		1,000
Yok	35	92,11	35	92,11	70	92,11		
Düzenli kullanılan ilaç								
Yok	38	100,00	38	100,00	76	100,00		
Sağlığını etkileyecek davranışları kontrol edebilme								
Evet	23	60,53	22	57,89	45	59,21	1,640	0,440
Kısmen	8	21,05	12	31,58	20	26,32		
Hayır	7	18,42	4	10,53	11	14,47		
Kendi sağlık ve hastalık sorumluluğunu alabilme								
Evet	22	57,89	21	55,26	43	56,58	0,332	0,847
Kısmen	7	18,42	9	23,68	16	21,05		
Hayır	9	23,68	8	21,05	17	22,37		

Tablo 4'te araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık durumlarına göre Ki-Kare testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan deney grubuna mensup öğrencilerin %5,26'sının kronik hastalığının olduğu, %94,74'ünün kronik hastalığının olmadığı, %7,89'unun bedensel engelinin olduğu, %92,11'inin bedensel engelinin bulunmadığı, tamamının düzenli kullandığı ilacının olmadığı, %60,53'ünün sağlığını etkileyecek davranışları kontrol edebildiği, %21,05'inin sağlığını etkileyecek davranışları kısmen kontrol edebildiği, %18,42'sinin sağlığını etkileyecek davranışları kontrol edemediği, %57,89'unun kendi sağlık ve hastalık sorumluluğunu alabildiği, %18,42'sinin kendi sağlık ve hastalık sorumluluğunu kısmen alabildiği, %23,68'inin kendi sağlık ve hastalık sorumluluğunu alamadığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen kontrol grubu öğrencilerinin %2,63'ünün kronik hastalığının bulunduğu, %97,37'sinin kronik hastalığının bulunmadığı, %7,89'unun bedensel engelinin bulunduğu, %92,11'inin bedensel engelinin bulunmadığı, %100'ünün düzenli kullandığı ilacının bulunmadığı, %57,89'unun sağlığını etkileyecek davranışları kontrol edebildiği, %31,58'inin sağlığını etkileyecek davranışları kısmen kontrol edebildiği, %10,53'ünün sağlığını etkileyecek davranışları kontrol edemediği, %55,26'sının kendi sağlık ve hastalık sorumluluğunu alabildiği, %23,68'inin kendi sağlık ve hastalık sorumluluğunu kısmen alabildiği, %21,05'inin kendi sağlık ve hastalık sorumluluğunu alamadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu öğrencilerinin sağlık durumlarına göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin sağlık durumları benzerdir.

Tablo 5: Öğrencilerin Ebeveynlerinin Bazı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

	Deney		Kontrol		Toplam		X ²	P
	n	%	n	%	n	%		
Anne-baba birliktelik								
Beraber	34	89,47	31	81,58	63	82,89	0,093	0,761
Ayrı	4	10,53	7	18,42	13	17,11		
Anne eğitim durumu								
İlköğretim	20	52,63	22	57,89	41	53,95	0,077	0,962
Lise	8	21,05	7	18,42	16	21,05		
Üniversite	10	26,32	9	23,68	19	25,00		
Baba eğitim durumu								
İlköğretim	22	57,89	18	47,37	42	55,26	0,295	0,863
Lise	9	23,68	11	28,95	20	26,32		
Üniversite	7	18,42	9	23,68	14	18,42		
Anne çalışma durumu								
Çalışan	18	47,37	20	52,63	38	50,00	0,211	0,646
Çalışmayan	20	52,63	18	47,37	38	50,00		
Baba çalışma durumu								
Çalışan	36	94,74	37	97,37	73	96,05		0,500
Çalışmayan	2	5,26	1	2,63	3	3,95		

*Ki kare testi kullanılmıştır

Tablo 5’te öğrencilerin ebeveynlerinin bazı özelliklerine göre karşılaştırılması verilmiştir.

Deney grubu katılımcılarının %89,47’sinin anne babasının birlikte, %52,63’ünün annesinin ilköğretim mezunu, %57,89’unun babasının ilköğretim mezunu olduğu, %52,63’ünün annesinin çalışmıyor olduğu, %94,74’ünün babasının çalışıyor olduğu saptanmıştır.

Katılımcılardan kontrol grubunda yer alan öğrencilerin %81,58’inin anne ve babasının birlikte, %57,89’unun annesinin ilköğretim mezunu, %47,37’sinin babasının ilköğretim mezunu, %52,63’ünün annesinin çalıştığı, %96,05’inin babasının çalıştığı belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubuna mensup öğrencilerin ebeveynlerinin bazı özelliklerine göre ki-kare testi kullanılarak karşılaştırılması sonucu aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Deney ve kontrol grubunda yer alan öğrencilerin ebeveyn özellikleri benzerlik göstermektedir.

Tablo 6: Öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı Ve Davranışları Ölçeği Ön Test Ve Son Test Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	Ön Test			Son Test				F	p ₄
		$\bar{x} \pm s$	Min/Max	p ₁	$\bar{x} \pm s$	Min/Max	p ₂	p ₃		
Beslenme Davranış Ölçeği	Deney	1,16±3,91	-6/8	0,353	4,26±2,19	0/10	0,000*	0,000*	16,420	0,000*
	Kontrol	0,26±4,42	-8/8		-0,21±4,07	-6/8		0,212		
Fiziksel Aktivite Ölçeği	Deney	2,68±1,8	-1/5	0,610	3,32±1,14	1/5	0,004*	0,001*	15,008	0,000*
	Kontrol	2,47±1,78	0/5		2,37±1,62	-1/5		0,401		
Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeği	Deney	123,18±9,84	101/142	0,830	132,08±8,71	105/144	0,000*	0,000*	7,474	0,008*
	Kontrol	122,71±9,31	101/142		121,74±7,92	101/139		0,264		

*p<0,05

p₁: Gruplar arası ön test puanlarının karşılaştırılması

p₂: Gruplar arası son test puanlarının karşılaştırılması

p₃: Grup içi ön test-son test puanlarının karşılaştırılması

p₄: ANCOVA

Tablo 6 Öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

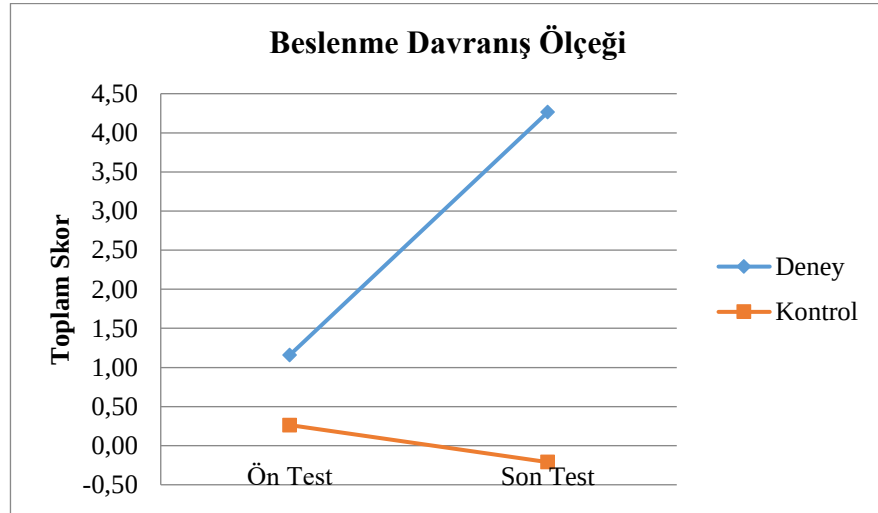
Araştırmaya dahil edilen deney ve kontrol grubundaki katılımcıların ön testte Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Deney ve kontrol grubu öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeği ön test puanları benzer bulunmuştur.

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların son testte Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Deney grubu öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları son test puanları kontrol grubu öğrencilere göre yüksek bulunmuştur.

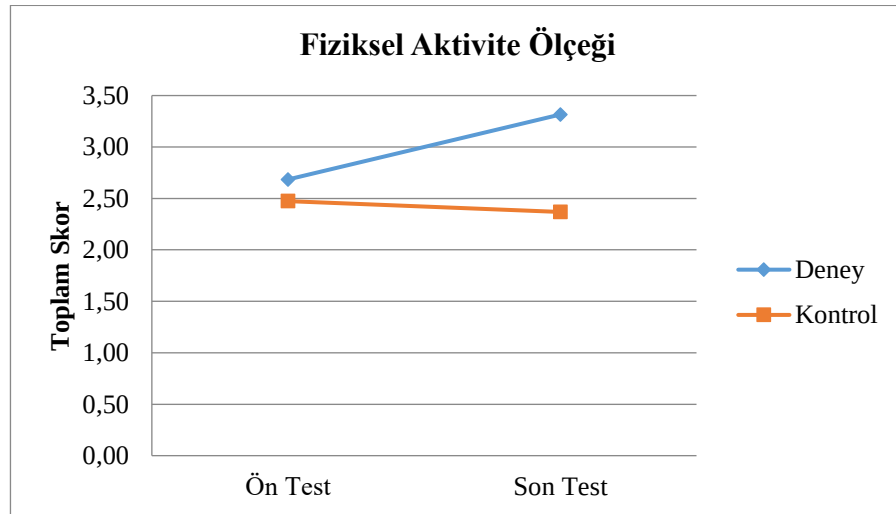
Araştırmaya dahil edilen deney grubu öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubu öğrencilerin son testte Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları puanlar ön teste göre yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunda yer alan öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

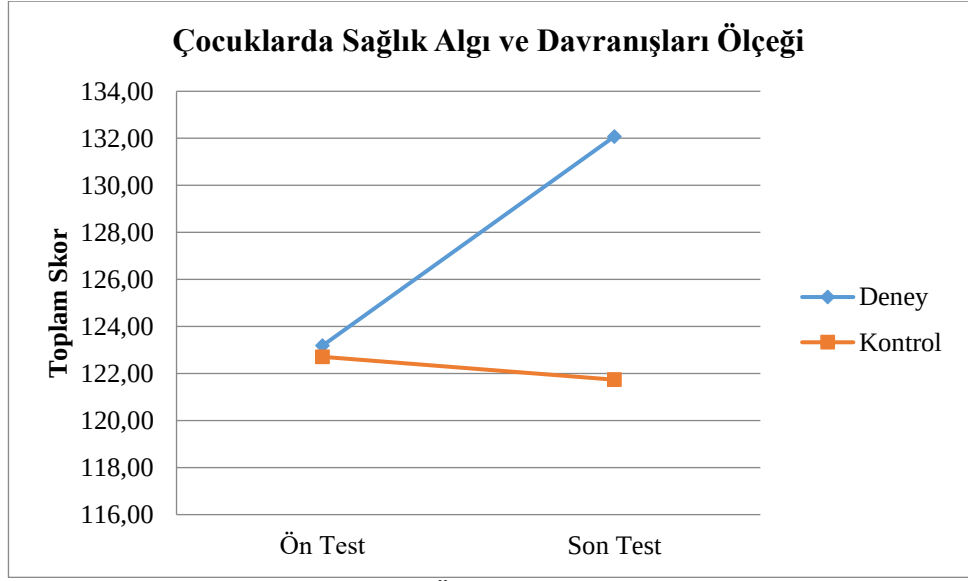
Yapılan ANCOVA sonuçları incelendiğinde, deney ve kontrol grubu bireylerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları ön test ve son test puanları değişimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Şekil 3, Şekil 4 ve Şekil 5'ten de görüleceği üzere deney grubundaki öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları son test puanlarındaki artış, kontrol grubu öğrencilere göre yüksektir.



Şekil 3: Deney ve Kontrol Grubu Öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği Puanlarındaki Değişim



Şekil 4: Deney ve Kontrol Grubu Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Ölçeği Puanlarındaki Değişim



Şekil 5: Deney ve Kontrol Grubu Öğrencilerin Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeği Puanlarındaki Değişim

Tablo 7: Öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeği puanlarının ön test son test ve izlem testi puanlarının karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	Ön Test			Son Test			İzlem				F	p ₅	η ²
		$\bar{x} \pm s$	Min/Max	p ₁	$\bar{x} \pm s$	Min/Max	p ₂	$\bar{x} \pm s$	Min/Max	p ₃	p ₄			
Beslenme Davranış Ölçeği	Deney	1,16±3,91	-6/8	0,353	4,26±2,19	0/10	0,000*	4,18±1,64	0/8	0,000*	0,000*	26,796	0,000*	0,259
	Kontrol	0,26±4,42	-8/8		-0,21±4,07	-6/8		-0,24±3,64	-6/6		0,391			
Fiziksel Aktivite Ölçeği	Deney	2,68±1,8	-1/5	0,610	3,32±1,14	1/5	0,004*	3,13±0,93	2/5	0,046*	0,008*	5,145	0,007*	0,065
	Kontrol	2,47±1,78	0/5		2,37±1,62	-1/5		2,37±1,75	-2/6		0,501			
Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeği	Deney	123,18±9,84	101/142	0,830	132,08±8,71	105/144	0,000*	134,37±7,37	105/144	0,000*	0,000*	30,392	0,000*	0,291
	Kontrol	122,71±9,31	101/142		121,74±7,92	101/139		121,71±7,77	102/138		0,179			

*p<0,05

p₁: Gruplar arası ön test puanlarının karşılaştırılması

p₂: Gruplar arası son test puanlarının karşılaştırılması

p₃: Gruplar arası izlem puanlarının karşılaştırılması

p₄: Grup içi ön test-son test-izlem puanlarının karşılaştırılması

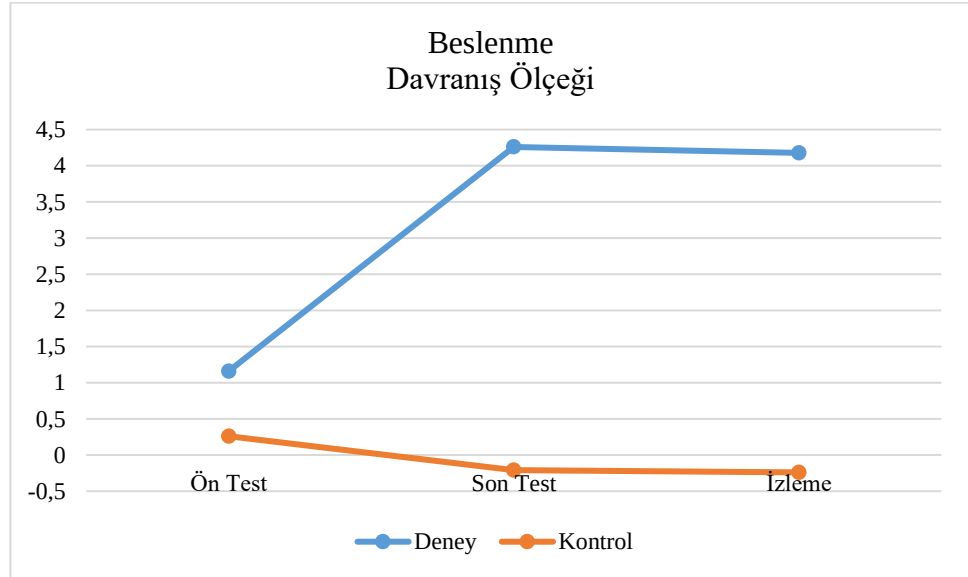
p₅: Tekrarlı ölçümler için ANOVA

Tablo 7’de Öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular gösterilmiştir.

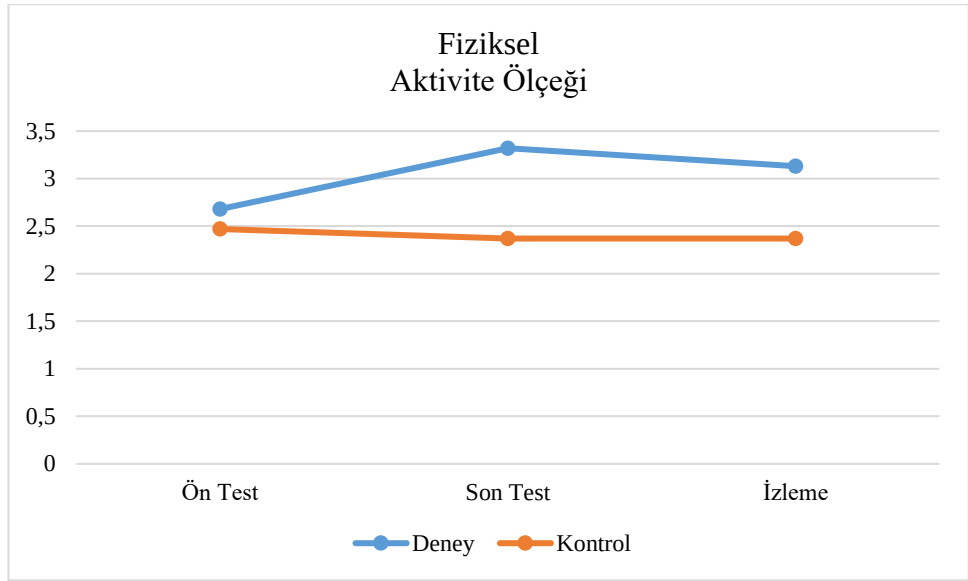
Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin ön testte Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Deney ve kontrol grubu öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeği ön test puanları benzer bulunmuştur.

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin son testte Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Deney grubu öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları son test puanları kontrol grubu öğrencilere göre yüksek bulunmuştur. Deney ve kontrol grubunda yer alan öğrencilerin izlem testi Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu belirlenmiş olup, deney grubu öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları izlem testi puanları kontrol grubu öğrencilere göre yüksektir ($p<0,05$). Deney ve kontrol grubu öğrencilerin son testte Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Deney grubu öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları son test puanları

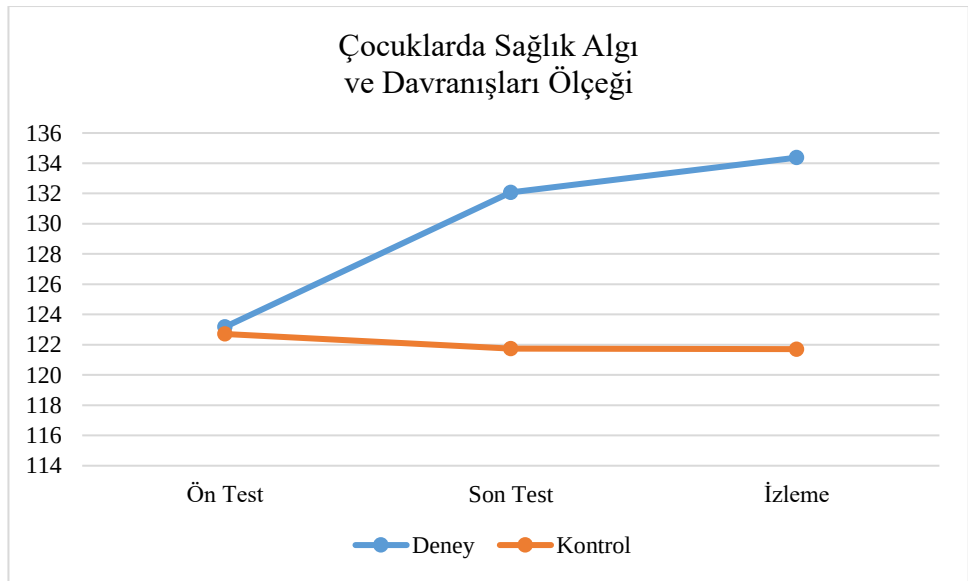
kontrol grubu öğrencilere göre yüksek bulunmuştur. Araştırmaya dahil edilen deney grubundaki öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları ön test, son test ve izlem testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubu öğrencilerin son test ve izlem testi Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları puanlar ön teste göre yüksek bulunmuştur. Ayrıca deney grubu öğrencilerin son test ve izlem test puanları arasında anlamlı fark olmadığı sonuçların benzer olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda yer alan öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları ön test, son test ve izlem testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).



Şekil 6: Deney ve Kontrol Grubu Öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği İzlem Puanlarındaki Değişim



Şekil 7: Deney ve Kontrol Grubu Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Ölçeği İzlem Puanlarındaki Değişim



Şekil 8: Deney ve kontrol grubu öğrencilerin Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeği İzlem Puanlarındaki Değişim

4.2 İkinci Aşama Olan Metodolojik Çalışmaya İlişkin Bulgular

Araştırmanın ikinci aşaması olan ölçek geliştirmede elde edilen bulgular;

Tablo 8: Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
9 yaş	89	22,53
10 yaş	254	64,30
11 yaş	52	13,16
Cinsiyet		
Kız	205	51,90
Erkek	190	48,10
Kardeş sayısı		
Tek çocuk	60	15,19
İki kardeş	201	50,89
Üç ve üzeri	134	33,92
Sürekli tedavi görülen hastalık		
Yok	375	94,94
Var	20	5,06
Ailede sürekli tedavi gören birey		
Yok	343	86,84
Var	52	13,16
Sürekli kullanılan ilaç		
Yok	371	93,92
Var	24	6,08
Kullanılan teknolojik aletler		
Bilgisayar	292	41,27
Cep telefonu	184	46,58
Tablet	185	12,15
Bölge		
Lefkoşa	129	32,66
Gazimağusa	100	25,32
Girne	100	25,32
Güzelyurt	25	6,33
Lefke	10	2,53
İskele	31	7,85

Tablo 7’de araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %64,30’unun 10 yaşında, %51,90’ının kız öğrenci, %50,89’unun iki kardeşinin olduğu belirlenmiştir. Katılımcı öğrencilerin %94,94’ünün sürekli tedavi gördükleri bir hastalıklarının

bulunmadığı, %93,92'sinin sürekli kullandıkları bir ilacın olmadığı görülmüştür. Katılımcıların %41,27'sinin bilgisayar, %46,58'inin cep telefonu, %12,15'inin tablet kullandıkları, %32,66'sının Lefkoşa, %25,32'sinin, Gazimağusa, %25,32'sinin Girne, %6,33'ünün Güzelyurt, %2,53'ünün Lefke, %7,85'inin İskele bölgelerinde ikamet ettikleri tespit edilmiştir.

Tablo 9: Öğrencilerin Ebeveynlerinin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Anne eğitim durumu		
İlkokul	63	15,95
Ortaokul	60	15,19
Lise	130	32,91
Lisans ve üzeri	142	35,95
Baba eğitim durumu		
İlkokul	61	15,44
Ortaokul	62	15,70
Lise	145	36,71
Lisans ve üzeri	127	32,15
Anne çalışma durumu		
Çalışmayan	145	36,71
Çalışan	250	63,29
Baba çalışma durumu		
Çalışmayan	22	5,57
Çalışan	373	94,43
Anne-Baba hayatta olma durumu		
Her ikisi de sağ ve ayrı	41	10,38
Her ikisi de sağ ve beraber	349	88,35
Biri vefat etmiş	5	1,27

Tablo 9'da araştırmaya dahil olan öğrencilerin ebeveynlerinin bazı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamındaki öğrencilerin %15,95'inin annesinin ilkokul mezunu, %15,19'unun annesinin ortaokul mezunu, %32,91'inin annesinin lise mezunu, %35,95'inin annesinin lisans ve üzeri mezunu olduğu, %15,44'ünün babasının ilkokul mezunu, %15,70'inin babasının ortaokul mezunu, %36,71'inin babasının lise mezunu, %32,15'inin babasının lisans ve üzeri

mezunu olduğu, %36,71'inin annesinin çalışmadığı, %63,29'unun annesinin çalıştığı, %5,57'sinin babasının çalışmadığı, %94,43'ünün babasının çalıştığı, %10,38'inin anne ve babasının her ikisinin de sağ ve ayrı olduğu, %88,35'inin anne ve babasının her ikisinin de sağ ve beraber olduğu, %1,27'sinin anne veya babasının birinin vefat etmiş olduğu belirlenmiştir.

Tablo 10: Öğrencilerin Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanları

	n	$\bar{x}$	s	Min	Max
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	395	6,77	1,84	5	15
İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı	395	4,95	1,32	4	12
Eleştirel sağlık okuryazarlığı	395	3,31	1,20	2	6
Değer Biçme/Değerlendirme	395	3,84	1,10	3	9
ÇSOYÖ	395	18,87	3,67	14	42

Tablo 10'da öğrencilerin Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği puanları verilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği alt boyutları olan Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı boyutundan ortalama $6,77 \pm 1,84$ puan, minimum 5, maksimum 15 puan, İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı boyutundan ortalama $4,95 \pm 1,32$ puan, minimum 4, maksimum 12 puan, Eleştirel sağlık okuryazarlığı boyutundan ortalama $3,31 \pm 1,20$ puan, minimum 2, maksimum 6 puan, Değer Biçme/Değerlendirme boyutundan ortalama $3,84 \pm 1,10$ puan, minimum 3, maksimum 9 puan aldıkları ve Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genelinden ortalama $18,87 \pm 3,67$ puan, minimum 14, maksimum 42 puan aldıkları görülmüştür.

Tablo 11: Öğrencilerin Yaş Grubuna Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Yaş	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	p	Fark
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	9 yaş	89	6,53	1,61	6	185,42	4,501	0,105	
	10 yaş	254	6,75	1,82	6	196,64			
	11 yaş	52	7,31	2,16	7	226,15			
İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı	9 yaş	89	4,88	1,11	5	198,98	0,163	0,922	
	10 yaş	254	4,94	1,29	4	198,78			
	11 yaş	52	5,10	1,72	4	192,52			
Eleştirel sağlık okuryazarlığı	9 yaş	89	3,58	1,27	4	222,46	6,181	0,045*	1-3
	10 yaş	254	3,27	1,22	3	192,95			
	11 yaş	52	3,06	0,89	3	180,83			
Değer Biçme/Değerlendirme	9 yaş	89	3,75	1,10	3	187,24	2,359	0,307	
	10 yaş	254	3,84	1,11	3	198,23			
	11 yaş	52	3,96	1,07	4	215,30			
ÇSOYÖ	9 yaş	89	18,74	3,31	18	197,88	0,489	0,783	
	10 yaş	254	18,80	3,68	18	195,98			
	11 yaş	52	19,42	4,17	18,5	208,08			

*p<0,05

Tablo 11’de öğrencilerin yaş grubuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Kruskal Wallis testi kullanılarak verilmiştir. Tablo 10 incelendiğinde, araştırma kapsamındaki öğrencilerin yaş grubuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği alt boyutu olan Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). 9 yaşında olan öğrencilerin Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanları, 11 yaşında olan öğrencilerin Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek hesaplanmıştır. Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin yaş grubuna göre Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı, Değer Biçme/Değerlendirme ve Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). 9, 10 ve 11 yaşındaki öğrencilerin Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı, Değer Biçme /Değerlendirme ve Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanları benzer hesaplanmıştır.

Tablo 12: Öğrencilerin Cinsiyetine Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	S	M	SO	Z	P
Fonksiyonel	Kız	205	6,59	1,67	6,00	188,05	-1,845	0,065
Sağlık Okuryazarlığı	Erkek	190	6,98	1,98	7,00	208,73	-0,945	0,345
İletişimsel/interaktif	Kız	205	4,85	1,16	4,00	193,18	-1,230	0,219
sağlık okuryazarlığı	Erkek	190	5,05	1,46	4,50	203,20	-0,988	0,323
Eleştirel sağlık	Kız	205	3,23	1,15	3,00	191,43	-2,545	0,011*
okuryazarlığı	Erkek	190	3,40	1,25	3,00	205,08		
Değer Biçme/	Kız	205	3,78	1,06	3,00	192,99		
Değerlendirme	Erkek	190	3,89	1,15	4,00	203,41		
ÇSOYÖ	Kız	205	18,44	3,41	18,00	183,99		
	Erkek	190	19,33	3,88	19,00	213,11		

*p<0,05

Tablo 12’de öğrencilerin cinsiyetine göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi kullanılarak verilmiştir.

Araştırmaya dahil olan öğrencilerin cinsiyetine göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Erkek öğrencilerin Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanları, kız öğrencilerin Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanlarından daha yüksek bulunmuştur ve belirlenen puan farkı istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin cinsiyetine göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği alt boyutları olan Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı, Eleştirel sağlık okuryazarlığı ve Değer Biçme /Değerlendirme boyutlarından almış oldukları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktur (p>0,05). Kız ve erkek öğrencilerin Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğine ait tüm alt boyutlardan benzer puanlar aldıkları görülmüştür.

Tablo 13: Öğrencilerin Kardeş Sayısına Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Kardeş sayısı	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p	Fark
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	Tek çocuk	60	6,73	1,83	6,00	195,43	3,933	0,140	
	İki kardeş	201	6,64	1,82	6,00	188,66			
	Üç ve üzeri	134	6,99	1,85	7,00	213,16			
İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı	Tek çocuk	60	5,28	1,42	5,00	227,41	6,754	0,034*	1-2
	İki kardeş	201	4,81	1,21	4,00	187,53			
	Üç ve üzeri	134	5,01	1,40	4,00	200,54			
Eleştirel sağlık okuryazarlığı	Tek çocuk	60	3,33	1,22	3,00	199,95	0,764	0,683	
	İki kardeş	201	3,26	1,18	3,00	193,42			
	Üç ve üzeri	134	3,38	1,23	3,00	204,00			
Değer Bıçme/Değerlendirme	Tek çocuk	60	3,67	1,02	3,00	179,11	2,306	0,316	
	İki kardeş	201	3,86	1,10	4,00	201,72			
	Üç ve üzeri	134	3,87	1,13	3,00	200,88			
ÇSOYÖ	Tek çocuk	60	19,02	3,54	18,00	205,39	2,908	0,234	
	İki kardeş	201	18,57	3,63	18,00	188,49			
	Üç ve üzeri	134	19,25	3,76	19,00	208,96			

*p<0,05

Tablo 13'te araştırma kapsamına dahil edilen öğrencilerin kardeş sayısına göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Kruskal Wallis testi kullanılarak verilmiştir. Tablo 12 incelendiğinde, araştırma kapsamındaki öğrencilerin kardeş sayısına göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği alt boyutu olan İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı, puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Tek çocuk olan katılımcıların İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı puanları, 2 kardeş olan katılımcıların İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Katılımcı öğrencilerin kardeş sayısına göre Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, Eleştirel sağlık okuryazarlığı, Değer Bıçme /Değerlendirme ve Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktur (p>0,05). Öğrencilerin sahip olduğu kardeş sayısının Fonksiyonel

Sağlık Okuryazarlığı, Eleştirel sağlık okuryazarlığı, Değer Bıçme /Değerlendirme ve Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanlarına istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkisi bulunmamaktadır.

Tablo 14: Öğrencilerin Anne Eğitim Durumuna Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Anne eğitim durumu	N	$\bar{x}$	s	M	SO	X²	p	Fark
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	İlkokul	63	7,33	1,85	7,00	237,11	11,018	0,012*	1-2
	Ortaokul	60	6,68	2,21	6,00	179,92			1-3
	Lise	130	6,78	1,80	6,50	200,30			
	Lisans ve üstü	142	6,56	1,64	6,00	186,18			
İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı	İlkokul	63	5,19	1,50	5,00	214,52	2,543	0,468	
	Ortaokul	60	4,82	1,36	4,00	184,68			
	Lise	130	4,95	1,34	4,00	196,41			
	Lisans ve üstü	142	4,89	1,18	4,50	197,76			
Eleştirel sağlık okuryazarlığı	İlkokul	63	3,54	1,10	3,00	223,41	4,095	0,251	
	Ortaokul	60	3,30	1,20	3,00	197,31			
	Lise	130	3,26	1,24	3,00	191,76			
	Lisans ve üstü	142	3,26	1,21	3,00	192,73			
Değer Bıçme/Değerlendirme	İlkokul	63	4,13	1,02	4,00	235,72	10,536	0,015*	1-2
	Ortaokul	60	3,78	1,24	3,00	186,64			1-3
	Lise	130	3,87	1,18	3,00	197,32			
	Lisans ve üstü	142	3,70	0,98	3,00	186,69			
ÇSOYÖ	İlkokul	63	20,19	3,60	20,00	242,61	12,966	0,005*	1-2
	Ortaokul	60	18,58	4,52	17,00	177,92			1-3
	Lise	130	18,87	3,63	18,50	197,90			
	Lisans ve üstü	142	18,40	3,19	18,00	186,78			

*p<0,05

Tablo 14’te öğrencilerin anne eğitim durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Kruskal Wallis testi kullanılarak verilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin anne eğitim durumuna göre Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, Değer Bıçme /Değerlendirme ve Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinden almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu görülmüştür (p<0,05).

Annesi ilkokul mezunu olan öğrencilerin Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, Değer Biçme /Değerlendirme ve Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği puanları, annesi ortaokul mezunu ve annesi lise mezunu olan öğrencilerin Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, Değer Biçme /Değerlendirme ve Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek hesaplanmıştır.

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin anne eğitim durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği alt boyutları olan İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı ve Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Annesi ilkokul mezunu, annesi ortaokul mezunu, annesi lise mezunu ve annesi lisans ve üzeri mezunu olan öğrencilerin İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı ve Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanlar benzer olarak hesaplanmıştır.

Tablo 15: Öğrencilerin Baba Eğitim Durumuna Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Baba eğitim dur.	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X ²	p	Fark
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	İlkokul	61	6,72	1,68	6,00	197,87	2,698	0,441	
	Ortaokul	62	7,11	2,17	6,00	210,98			
	Lise	145	6,83	1,82	6,00	203,23			
	Lisans ve üzeri	127	6,57	1,74	6,00	185,76			
İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı	İlkokul	61	4,77	1,10	4,00	185,47	5,333	0,149	
	Ortaokul	62	5,19	1,45	5,00	219,77			
	Lise	145	4,91	1,44	4,00	188,06			
	Lisans ve üzeri	127	4,95	1,18	5,00	204,74			
Eleştirel sağlık okuryazarlığı	İlkokul	61	3,30	1,10	3,00	199,69	11,270	0,010*	2-4
	Ortaokul	62	3,76	1,21	4,00	239,85			
	Lise	145	3,19	1,20	3,00	186,05			
	Lisans ve üzeri	127	3,24	1,20	3,00	190,40			
Değer Biçme/Değerlendirme	İlkokul	61	4,03	1,11	4,00	222,10	4,908	0,179	
	Ortaokul	62	3,77	1,08	3,00	190,30			
	Lise	145	3,89	1,20	3,00	200,34			
	Lisans ve üzeri	127	3,71	0,98	3,00	187,52			
ÇSOYÖ	İlkokul	61	18,82	3,44	18,00	197,49	5,506	0,138	
	Ortaokul	62	19,84	3,80	19,00	228,23			
	Lise	145	18,82	3,96	18,00	193,71			
	Lisans ve üzeri	127	18,47	3,30	18,00	188,38			

* $p<0,05$

Tablo 15'te öğrencilerin baba eğitim durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Kruskal Wallis testi kullanılarak verilmiştir.

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin baba eğitim durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği alt boyutu olan Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Babası ortaokul mezunu olan öğrencilerin Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı puanları, babasının eğitim düzeyi lisans ve üzerinde olan öğrencilerin Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı puanlarından daha yüksek hesaplanmıştır ve hesaplanan puan farkı istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin baba eğitim durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği alt boyutları olan Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı, Değer Biçme /Değerlendirme puanları ve Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür($p>0,05$).

Öğrencilerin baba eğitim durumlarına bakılmaksızın Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı, Değer Biçme /Değerlendirme puanları ve Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanları benzerdir.

Tablo 16: Öğrencilerin Anne Çalışma Durumuna Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Anne Çalışma Durumu	N	$\bar{x}$	S	M	SO	Z	p
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	Çalışmayan	145	6,81	1,67	6,00	204,59		
	Çalışan	250	6,76	1,93	6,00	194,18	-0,896	0,370
İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı	Çalışmayan	145	4,65	1,04	4,00	173,81		
	Çalışan	250	5,12	1,42	5,00	212,03	-3,480	0,001*
Eleştirel sağlık okuryazarlığı	Çalışmayan	145	3,26	1,10	3,00	196,31		
	Çalışan	250	3,34	1,25	3,00	198,98	-0,233	0,816
Değer Biçme/Değerlendirme	Çalışmayan	145	3,91	1,20	3,00	202,18		
	Çalışan	250	3,79	1,04	3,00	195,58	-0,604	0,546
ÇSOYÖ	Çalışmayan	145	18,63	3,11	18,00	194,65		
	Çalışan	250	19,01	3,95	18,00	199,94	-0,446	0,656

Tablo 16’da öğrencilerin anne çalışma durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi kullanılarak verilmiştir.

Tablo 15 incelendiğinde, araştırmaya dahil edilen öğrencilerin anne çalışma durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği alt boyutu olan İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Annesi çalışan öğrencilerin İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı puanları, annesi çalışmayan öğrencilerin İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Katılımcı öğrencilerin anne çalışma durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği alt boyutları olan Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, Eleştirel sağlık okuryazarlığı ve Değer Biçme /Değerlendirme alt boyutlarından almış oldukları puanlar ile Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktur ($p>0,05$). Annesi çalışan öğrencilerin Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, Eleştirel sağlık okuryazarlığı ve Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı

Ölçeği genel puanları, annesi çalışmayan öğrencilerin puanlarından daha yüksek, annesi çalışmayan öğrencilerin ise Değer Bıçme /Değerlendirme boyutlarından almış oldukları puanlar, annesi çalışan öğrencilerin Değer Bıçme /Değerlendirme boyutlarından almış oldukları puanlardan daha yüksek hesaplanmasına karşın, tespit edilen puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı görülmektedir.

Tablo 17: Öğrencilerin Baba Çalışma Durumuna Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Baba Çalışma Durumu	N	$\bar{x}$	S	M	SO	Z	p
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	Çalışmayan	22	7,27	1,70	7,00	238,14	-1,740	0,082
	Çalışan	373	6,75	1,84	6,00	195,63		
İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı	Çalışmayan	22	5,27	1,80	5,00	212,41	-0,661	0,509
	Çalışan	373	4,93	1,28	4,00	197,15		
Eleştirel sağlık okuryazarlığı	Çalışmayan	22	3,55	1,18	4,00	222,84	-1,088	0,277
	Çalışan	373	3,30	1,20	3,00	196,53		
Değer Bıçme/Değerlendirme	Çalışmayan	22	3,73	1,03	3,00	186,52	-0,529	0,597
	Çalışan	373	3,84	1,11	3,00	198,68		
ÇSOYÖ	Çalışmayan	22	19,82	3,38	19,50	234,07	-1,532	0,126
	Çalışan	373	18,81	3,68	18,00	195,87		

Tablo 17’de öğrencilerin baba çalışma durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi kullanılarak verilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin baba çalışma durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği alt boyutları olan Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı, Eleştirel sağlık okuryazarlığı ve Değer Bıçme /Değerlendirme alt boyutlarından almış oldukları puanlar ile Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Baba çalışma durumunun Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı, Eleştirel sağlık okuryazarlığı

ve Değer Biçme /Değerlendirme puanları ile Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanlarına istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkisi yoktur.

Tablo 18: Öğrencilerin Anne-Baba Hayatta Olma Durumuna Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Anne-Baba hayatta olma durumu	n	$\bar{x}$	s	M	SO	X²	P	Fark
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	Her ikisi de sağ ve ayrı	41	7,29	2,51	7	215,24	3,790	0,150	
	Her ikisi de sağ ve beraber	349	6,69	1,72	6	194,84			
İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı	Biri vefat etmiş	5	8,20	2,28	9	277,10			
	Her ikisi de sağ ve ayrı	41	5,22	1,80	5	209,18	1,144	0,564	
	Her ikisi de sağ ve beraber	349	4,91	1,22	4	197,23			
	Biri vefat etmiş	5	5,20	2,68	4	159,70			
Eleştirel sağlık okuryazarlığı	Her ikisi de sağ ve ayrı	41	2,95	1,02	3	165,40	6,794	0,033*	1-3
	Her ikisi de sağ ve beraber	349	3,34	1,21	3	200,60			
	Biri vefat etmiş	5	4,20	1,10	4	283,50			
Değer Biçme/Değerlendirme	Her ikisi de sağ ve ayrı	41	3,88	1,19	4	203,45	0,172	0,918	
	Her ikisi de sağ ve beraber	349	3,83	1,09	3	197,51			
	Biri vefat etmiş	5	3,80	1,30	3	187,20			
ÇSOYÖ	Her ikisi de sağ ve ayrı	41	19,34	5,35	18	194,18	2,774	0,250	
	Her ikisi de sağ ve beraber	349	18,78	3,41	18	197,25			
	Biri vefat etmiş	5	21,40	3,71	22	281,70			

*p<0,05

Tablo 18’de öğrencilerin anne-baba hayatta olma durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Kruskal Wallis testi kullanılarak verilmiştir. Araştırma kapsamındaki öğrencilerin anne-baba hayatta olma durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği alt boyutu olan Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Anne veya babasından biri vefat etmiş olan öğrencilerin Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanları, anne ve babası hayatta ve ayrı olan öğrencilerin Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Araştırmaya dahil olan öğrencilerin anne-baba hayatta olma durumuna göre Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı, Değer Biçme /Değerlendirme puanları ve Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamaktadır (p>0,05). Anne-

baba hayatta olma durumuna bakılmaksızın öğrencilerin Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı, Değer Bıçme /Değerlendirme puanları ve Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanları benzer hesaplanmıştır.

Tablo 19: Öğrencilerin Sürekli Tedavi Görülen Hastalık Durumuna Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Hastalık	N	$\bar{x}$	S	M	SO	Z	P
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	Yok	375	6,75	1,84	6,00	196,15	-1,431	0,152
	Var	20	7,20	1,70	7,00	232,70		
İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı	Yok	375	4,95	1,32	4,00	198,71	-0,582	0,560
	Var	20	4,85	1,35	4,00	184,65		
Eleştirel sağlık okuryazarlığı	Yok	375	3,30	1,19	3,00	197,18	-0,641	0,521
	Var	20	3,50	1,32	3,00	213,40		
Değer Bıçme/Değerlendirme	Yok	375	3,82	1,09	3,00	196,67	-1,090	0,276
	Var	20	4,10	1,29	4,00	222,88		
ÇSOYÖ	Yok	375	18,83	3,64	18,00	196,83	-0,883	0,377
	Var	20	19,65	4,13	20,00	219,88		

Tablo 19’da öğrencilerin sürekli tedavi görülen hastalık durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi kullanılarak verilmiştir. Tablo 18 incelendiğinde, katılımcı öğrencilerin sürekli tedavi görülen hastalık durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği alt boyutları olan Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı, Eleştirel sağlık okuryazarlığı ve Değer Bıçme /Değerlendirme alt boyutlarından almış oldukları puanlar ile Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Öğrencilerin sürekli tedavi görülen hastalık durumunun Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı, Eleştirel sağlık okuryazarlığı ve Değer Bıçme /Değerlendirme puanları ile Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanlarına istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkisi yoktur.

Tablo 20: Öğrencilerin Ailede Sürekli Tedavi Gören Birey Olması Durumuna Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Ailede Tedavi gören	N	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	P
Fonksiyonel	Yok	343	6,76	1,87	6,00	195,99		
Sağlık Okuryazarlığı	Var	52	6,88	1,63	7,00	211,28	-0,923	0,356
İletişimsel/interaktif	Yok	343	4,97	1,34	4,00	199,73		
sağlık okuryazarlığı	Var	52	4,77	1,15	4,00	186,60	-0,839	0,402
Eleştirel sağlık	Yok	343	3,27	1,17	3,00	194,17		
okuryazarlığı	Var	52	3,62	1,33	4,00	223,27	-1,775	0,076
Değer Bıçme/	Yok	343	3,82	1,11	3,00	195,53		
Değerlendirme	Var	52	3,94	1,02	4,00	214,31	-1,205	0,228
ÇSOYÖ	Yok	343	18,82	3,72	18,00	195,42		
	Var	52	19,21	3,29	19,00	215,05	-1,161	0,246

Tablo 20’de öğrencilerin ailede sürekli tedavi gören birey olması durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi kullanılarak verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin ailesinde sürekli tedavi gören birey olması durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği alt boyutları olan Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı, Eleştirel sağlık okuryazarlığı ve Değer Bıçme /Değerlendirme alt boyutlarından almış oldukları puanlar ile Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Ailesinde sürekli tedavi gören birey olan ve olmayan öğrencilerin Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanları ve ölçeğe ait alt boyutlardan almış oldukları puan ortalamaları benzerdir.

Tablo 21: Öğrencilerin Sürekli Kullanılan İlaçlarının Olması Durumuna Göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	İlaç	n	$\bar{x}$	s	M	SO	Z	P
Fonksiyonel	Yok	371	6,76	1,81	6,00	197,60	-0,278	0,781
Sağlık Okuryazarlığı	Var	24	7,04	2,24	6,00	204,13		
İletişimsel/interaktif	Yok	371	4,93	1,29	4,00	197,42	-0,428	0,668
sağlık okuryazarlığı	Var	24	5,21	1,69	4,50	206,92		
Eleştirel sağlık	Yok	371	3,30	1,19	3,00	197,53	-0,331	0,741
okuryazarlığı	Var	24	3,42	1,32	3,00	205,21		
Değer Biçme/	Yok	371	3,82	1,08	3,00	197,12	-0,654	0,513
Değerlendirme	Var	24	4,08	1,41	3,50	211,56		
ÇSOYÖ	Yok	371	18,81	3,58	18,00	197,07	-0,640	0,522
	Var	24	19,75	4,78	19,00	212,40		

Tablo 21’de öğrencilerin sürekli kullanılan ilaçlarının olması durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Mann Whitney U testi kullanılarak verilmiştir. Katılımcıların kullandıkları ilaçlarının olması durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği alt boyutları olan Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı, Eleştirel sağlık okuryazarlığı ve Değer Biçme /Değerlendirme alt boyutlarından almış oldukları puanlar ile Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Sürekli kullandığı ilaç olan öğrencilerin Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı, Eleştirel sağlık okuryazarlığı ve Değer Biçme /Değerlendirme alt boyutlarından almış oldukları puanlar ile Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanları, sürekli kullandığı ilaç olmayan öğrencilerin puanlarından daha yüksek hesaplanmasına karşın öğrencilerin sürekli kullandıkları ilaçlarının olması durumunun yarattığı puan farkı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir.

4.3 Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

4.3.1 Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Güvenirlik Analizleri

Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin güvenirlik çalışması için sırayla Cronbach alfa testi, split half testi ve madde toplam korelasyonları incelenmiştir.

Tablo 22: Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin Cronbach Alfa Testi Sonuçları

Cronbach Alfa Testi	0,708
I. yarı Cronbach Alfa (7 Madde)	0,718
II. yarı Cronbach Alfa (7 Madde)	0,707
Yarıya Bölme Testi	Yarılar arası korelasyon
	0,686
	Spearman-Brown
	0,739
	Guttman Split-Half
	0,737

Tablo 22’de Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin güvenirliliğinin incelenmiş olduğu Cronbach’s Alpha testinden ve Yarıya bölme (Split-Half) testlerinden elde edilen sonuçlar verilmiştir.

Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğine ilişkin Cronbach’s Alpha değerinin 0,708 olduğu tespit edilmiş olup, bu sonuç paralelinde ölçeğin güvenilir olduğu görülmüştür. Cronbach’s Alpha güvenirlik katsayısı 0,70’in üzerinde olması durumunda ölçeğin güvenilir olduğu sonucunu doğurur (117).

Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin güvenirliliği incelenirken, Cronbach’s Alpha testinin yanı sıra Yarıya bölme (Split-Half) testi uygulanmış ve birinci yarıya ilişkin Cronbach’s Alpha değerinin 0,718 ve ikinci yarıya ilişkin Cronbach’s Alpha değerinin 0,707 olduğu belirlenmiştir. Yarılar arasındaki korelasyona dair korelasyon katsayısı ise $r=0,686$ bulunmuştur.

Tablo 23: Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği -Toplam Korelasyonları

	M-T Kor.
1.Sağlık bilgimin yeterli olduğuna inanıyorum.	0,26
2.Sağlık bilgim eksik ya da yanlışsa, araştırıp, doğrusunu bulabilirim.	0,27
3.TV, internet veya gazetede ki sağlık bilgilerinin “doğru” ya da “yanlış” olduğunu anlayabilirim.	0,27
4.Doktor ve hemşirelerin önerilerini uygulayabilirim.	0,29
5.Sağlığım için kendi sorumluklarımı yerine getirebilirim.	0,28
6.Sağlıklı olmak için beslenme düzenime dikkat ederim.	0,36
7.Sağlıklı olmak için spor/egzersiz yaparım.	0,34
8.Sağlıklı olmak için uyku düzenime dikkat ederim.	0,35
9.Ailem ve arkadaşlarımla verimli/güzel vakit geçiririm.	0,32
10.Çevremi/yaşadığım ortamı sağlıklı hale getirebilirim.	0,34
11.Sağlık konusunda öğrendiğim bilgileri ailemle paylaşıyorum.	0,25
12.Arkadaşıma nasıl sağlıklı kalabileceklerini söyleyebilirim.	0,47
13.Sağlığımı olumsuz etkileyebilecek davranışları bilirim.	0,34
14.Sağlığım için riskli/yanlış olan davranışlardan kaçınırım.	0,37
15.Arkadaşımla, kendi sağlıkları için riskli/yanlış davranışta bulunursa uyarabilirim	0,22

Tablo 23’te verilen Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği madde-toplam korelasyonları verilmiştir.

Tablo 23 incelendiğinde Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği madde-toplam korelasyonlarının 0,22 ile 0,47 arasında olduğu saptanmıştır. En düşük madde-toplam korelasyonu “15. Arkadaşımla, kendi sağlıkları için riskli/yanlış davranışta bulunursa uyarabilirim” iken en yüksek “12.Arkadaşıma nasıl sağlıklı kalabileceklerini söyleyebilirim.” önermesidir.

4.3.2 Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Yapı Geçerliliği Analizleri

Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin yapı geçerliliğinin incelenmesi için Açıklayıcı ve Doğrulamalı Faktör Analizleri yapılmış ve elde edilen bulgulara aşağıda yer verilmiştir.

4.3.2.1 Açımlayıcı Faktör Analizi

Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin faktör yapısının saptanması amacı için Açımlayıcı Faktör Analizi uygulaması yapılmıştır. Açımlayıcı Faktör Analizi, bir ölçme aracı vasıtasıyla elde edilen verilere ait korelasyon matrisinden veya kovaryans matrisini kullanarak aralarında ilişki bulunan iki adet değişkenden daha az olmak koşuluyla birbirlerinden bağımsız yeni faktörler oluşturulması amacıyla kullanılan faktör analizi yöntemidir (118).

Açımlayıcı Faktör Analizi uygulamasının yapılabilmesi için gerekli varsayımların incelenmesi adına, Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin taslak formunun çok değişkenli normal dağılıma uyma durumu Mahallanabis uzaklıklarıyla incelenmiş ve taslak formun normal dağılıma uyduğu belirlenmiştir. Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin faktörleşebilir bir yapıya uygunluğunun incelenmesinde Kaiser-Meğer-Olkin(K-M-O) katsayısı ve Barlett'in küresellik testi kullanılmıştır.

Tablo 24: Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği K-M-O ve Bartlett'in Küresellik Testi Sonuçları

		Değerler
Kaiser-Meyer-Olkin	Katsayısı	0,768
Bartlett Testi	Değeri	705,251
	p	0,000

Tablo 24'te Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği K-M-O ve Bartlett'in Küresellik Testi sonuçları verilmiş. K-M-O, veri matrislerinin faktör analizleri için uygunluğunu, veri yapılarının faktör çıkarmada kullanılabilme durumları hakkındaki bilgileri içerir. Faktörleşebilir olma durumu için K-M-O'nun 0,60 değerinden daha fazla olması beklenmektedir. Barlett'in Küresellik testi, değişkenleri arasındaki ilişkileri kısmi korelasyonları temel alarak incelemektedir ve anlamlı olması gerekmektedir (119). Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin K-M-O katsayısı 0,768

bulunmuş, Bartlett küresellik testinin de anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin faktörleşebilir olduğu belirlenmiş ve ölçeğe Açımlayıcı Faktör Analizi uygulanmıştır.

Tablo 25: Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin Açımlayıcı Faktör Analizi Özdeğerleri

Faktör	Özdeğer	Kareler Toplamı		Özdeğer	Döndürülmüş Kareler Top.	
		Varyans (%)	Kümülatif Varyans (%)		Varyans (%)	Kümülatif Var. (%)
1	3,16	21,09	21,09	2,14	14,29	14,29
2	1,39	9,26	30,35	1,77	11,78	26,07
3	1,24	8,28	38,63	1,50	9,99	36,05
4	1,11	7,37	46,00	1,49	9,95	46,00
5	0,99	6,58	52,58			
6	0,94	6,27	58,86			
7	0,86	5,71	64,57			
8	0,83	5,51	70,08			
9	0,80	5,32	75,40			
10	0,76	5,07	80,46			
11	0,67	4,45	84,91			
12	0,64	4,28	89,20			
13	0,56	3,70	92,90			
14	0,54	3,57	96,47			
15	0,53	3,53	100,00			

Tablo 25'te Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğine uygulanmış olan Açımlayıcı Faktör Analizi sonuçlarında saptanan özdeğerler ve bu özdeğerlerin açıklamış oldukları varyanslar gösterilmiştir.

Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin faktör yapısının belirlenmesinde kullanılan Açımlayıcı Faktör Analizi temel bileşenler analizi (Principal Components) yöntemiyle varimax dönüşümü yapılarak uygulanmıştır.

Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinde öz değerleri 1'de büyük olan 4 faktörlü bir yapıda olduğu görülmüştür. Ölçeğin ilk faktörünün özdeğeri 2,14 bulunmuş olup, ilk faktörün tek başına ölçekteki varyansın %14,29'unu açıkladığı belirlenmiştir. Ölçekte yer alan ikinci faktörün özdeğeri 1,77'dir ve bu faktör tek

başına toplam varyansın %11,78'inin açıklayabilmektedir. Ölçeğin üçüncü faktörüne ait olan özdeğer 1,50'dir ve bu faktörün açıkladığı varyans %9,99'dur. Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinde bulunan son faktöre ait öz değerin 1,49 olduğu ve son faktörün tek başına ölçekteki toplam varyansın %9,95'ni açıkladığı belirlenmiştir. Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin 4 faktörlü yapısının açıklayabildiği toplam varyans ise %46,0 bulunmuştur.

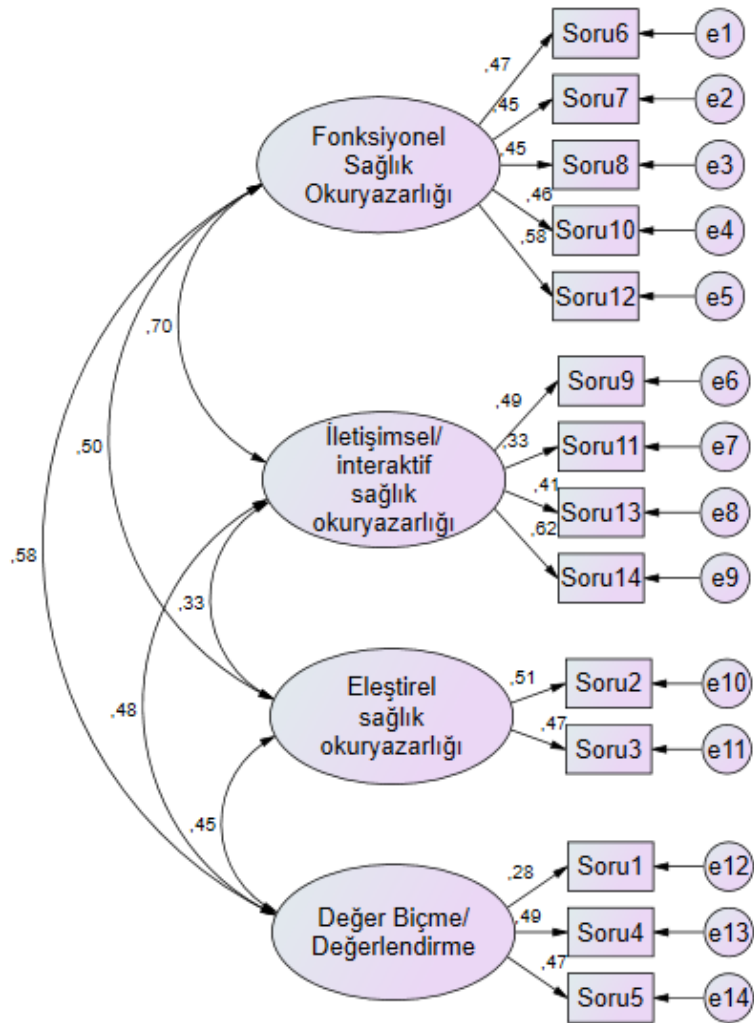
Tablo 26: Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin Açımlayıcı Faktör Analizi Faktör Yükleri

	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
7.Sağlıklı olmak için spor/egzersiz yaparım.	0,697			
6.Sağlıklı olmak için beslenme düzenime dikkat ederim.	0,558			
10.Çevremi/yaşadığım ortamı sağlıklı hale getirebilirim.	0,529			
8.Sağlıklı olmak için uyku düzenime dikkat ederim.	0,526			
12.Arkadaşlarıma nasıl sağlıklı kalabileceklerini söyleyebilirim.	0,524			
12.Sağlık konusunda öğrendiğim bilgileri ailemle paylaşıyorum.		0,653		
14.Sağlığım için riskli/yanlış olan davranışlardan kaçınırım.		0,621		
9.Ailem ve arkadaşlarımla verimli/güzel vakit geçiririm.		0,544		
13.Sağlığımı olumsuz etkileyebilecek davranışları bilirim.		0,518		
2.Sağlık bilgim eksik ya da yanlışsa, araştırıp, doğrusunu bulabilirim.			0,718	
3.TV, internet veya gazetedeki sağlık bilgilerinin “doğru” ya da “yanlış” olduğunu anlayabilirim.			0,705	
5.Sağlığım için kendi sorumluklarımı yerine getirebilirim.				0,699
4.Doktor ve hemşirelerin önerilerini uygulayabilirim.				0,595
2.Sağlık bilgimin yeterli olduğuna inanıyorum.				0,542

Tablo 26'da Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin Açımlayıcı Faktör Analizi faktör yükleri verilmiştir. Tabachnick ve Fidell'e (2013) göre bir faktöre olan faktör yükünün en düşük 0,50 olması beklenmektedir. Buna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinde yer alan “15. Arkadaşlarım, kendi sağlıkları için riskli/yanlış davranışta bulunursa uyarabilirim” maddesi ölçekten dışlanmıştır. Ölçekte kalan 14 maddeye ait faktör yüklerinin en düşüğü 0,518 ve en yükseği 0,718 bulunmuştur.

4.3.2.2 Doğrulayıcı Faktör Analizi

Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin faktör yapısının uygunluğunu saptamak ve faktörlerin aralarındaki ilişkileri belirlemek amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi, Açımlayıcı Faktör Analizinin bir uzantısıdır. Bir ölçeğin faktör yapısının açıklanmasını sağlarken, faktörlerin aralarındaki ilişkilerin yeterliliği, değişkenlerin ilişkisinin olduğu faktörlerin belirlenmesi, faktörlerin birbirlerinden bağımsız olmalarını ve belirlenmiş olan faktörlerin geliştirilen modelin açıklanmasında yeterliliğinin test edilmesinde uygulanır (120).



Şekil 9: Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Yol Diyagramı

Tablo 27: Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin Uyum İyiliği İndeksleri

İndeks	Değer	Sınır Değer	Uyum
χ^2/sd	1,996	3-5	İyi
GFI	0,950	0,90-0,95	Kabul Edilebilir
NFI	0,901	0,90-0,95	Kabul Edilebilir
CFI	0,908	0,90-0,95	Kabul Edilebilir
RMSEA	0,049	0,5-0,8	İyi

Tablo 27’de Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizine ait uyum iyiliği indekslerine yer verilmiştir.

Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği’nin χ^2/sd değerinin 1,996 olduğu hesaplanmıştır. Klein (2005)’e göre hesaplanan χ^2/sd ’nin 3 ve 5 değerleri arasında bulunması incelenen ilişkin χ^2/sd kabul edilebilir sınırlar içinde olduğunu, 3’ün altında olması ise iyi uyumun olduğunu gösterir. Böylece χ^2/sd indisine göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği iyi bir uyum göstermektedir.

Tabachnick ve Fidell (2013)’e göre İyilik Uyum İndeksi (GFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) ve Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) indisinin 0.95 ve 1.00 arasında olması iyi uyumu, 0.90 ve 0.95 arasında olmasıda kabul edilir uyumu ifade etmektedir (123). Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği için saptanan İyilik Uyum İndeksi GFI=0,950, Normlaştırılmış Uyum İndeksi NFI=901 ve Karşılaştırmalı Uyum İndeksi CFI=0,908 bulunmuştur. Bu sonuçlara göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği İyilik Uyum İndeksi, Normlaştırılmış Uyum İndeksi ve Karşılaştırmalı Uyum indislerine göre kabul edilir bir uyum göstermektedir.

Brown (2006), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA)’nın 0,05’in altında olması durumunda modelin iyi uyum göstereceğini ifade etmiştir (121). Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği için hesaplanan Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü RMSEA=0,49 bulunmuş olup, modelin iyi uyumda olduğu belirlenmiştir.

Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği geçerlik-güvenirlik çalışması bulgularına göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin güvenilir bir ölçme aracı olduğu ve yapı geçerliğinin uygun olduğu tespit edilmiştir.

Ayrıca test tekrar test güvenirliği için ilk uygulamadan 4 hafta sonra aynı grup üzerinde yapılan ölçek testinin de sonuçları tablo 28’de gösterilmiştir.

Tablo 28: Öğrencilerin Ön Test ve Son Test Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Ön Test		Son Test		T	p	r
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s			
Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı	6,77	1,84	6,78	1,81	-0,343	0,732	0,987
İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı	4,95	1,32	4,95	1,32	0,000	1,000	0,994
Eleştirel sağlık okuryazarlığı	3,31	1,20	3,31	1,20	0,000	1,000	0,989
Değer Biçme/Değerlendirme	3,84	1,10	3,84	1,10	0,000	1,000	0,987
Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği	18,87	3,67	18,87	3,63	-0,221	0,826	0,992

Tablo 28’de öğrencilerin ön test ve son test Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin eşleştirilmiş örneklem t testi sonuçları verilmiştir.

Öğrencilerin ön testte ve son testte Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genelinden ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olmadığı saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca öğrencilerin ön testte ve son testte Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genelinden ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve kuvvetli korelasyonların olduğu saptanmıştır.

Bölüm 5

TARTIŞMA

5.1 Araştırmanın Birinci Aşaması Olan Deneysel Çalışmaya İlişkin

Tartışma

Hemşire Liderliğinde Uygulanan ‘‘Okul Çağı Çocuklarında Sağlığı Geliştirme Programının’’ Etkinliğinin Değerlendirilmesi: Randomize Kontrollü ve Metodolojik olarak iki aşamada gerçekleştirilen araştırmamızda elde edilen bulgular iki aşamada tartışılmıştır.

Araştırmamızın birinci aşamasında gerçekleştirilen randomize kontrollü çalışmamızın sonucunda elde edilen veriler ışığında, okul çağı çocuklarına uygulanan Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Öz-yeterlik Ölçeği ve Çocuklarda Sağlık Algı ve Sağlık Davranışları Ölçeklerinden aldıkları puanlardan ön test, son test ve izlem testi puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

Çocuklarda Beslenme Davranış Ölçeğine ilişkin yapılan değerlendirmede; ölçekten alınan puan ortalamasının ön teste göre son test ve izlem testinin olumlu yönde artış göstermesi çocukların eğitim sonrası beslenme konusundaki sağlık davranışlarının olumlu olarak gelişme gösterdiğini ortaya çıkarmaktadır.

Araştırmaya dahil edilen deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin ön testte Beslenme Davranış Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Deney ve kontrol grubu öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeğinden aldıkları ön test puanları benzer bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin son testte Beslenme Davranış Ölçeğinden aldıkları

puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Deney grubu öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeğinden aldıkları son test puanları kontrol grubu öğrencilere göre yüksek bulunmuştur. Araştırmaya dahil edilen deney grubu öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeğinden aldıkları ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca eğitimlerin bitiminden 3. ayın sonunda öğrencilere uygulanan izlem testi sonucunda da deney grubu öğrencilerinin son testte aldıkları puanlarla benzer sonuçların olduğu görülmektedir. Bu durum da bize öğrencilere uygulanan eğitim programının etkililiğini göstermektedir.

Özgenel ve Özden'in 2019 yılında yaptıkları çalışmada kullanılan beslenme davranış ölçeğinden çocukların son testte aldıkları puan ortalamalarında anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır (125). Meydanlıoğlu'nun 2013 yılında okul çağı çocuklarıyla yaptığı çalışmada çocuklara uygulanan eğitim programı sonrasında deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı farklılıkların olduğu ortaya konulmuştur bu çalışma sonuçları da bizim çalışmamızla benzer sonuçlar göstermektedir (126). Okul çağı çocuklarında beslenme çok önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocukluk çağı obezitesi her geçen gün çocuklar arasında hızla artış göstermektedir bunun sebebi okul çağı döneminde çocukların yanlış beslenmeleridir. Obezitenin yanında kronik hastalıkların da hızla artması toplum sağlığını da olumsuz yönde etkilemektedir. Obezite ve diğer kronik hastalıkların önlenmesi için okul çağı çocuklarında erken dönemde beslenme konusunda sağlık eğitimlerinin yapılması gerekmektedir (127).

Akder ve arkadaşları da çocuklardaki beslenme eğitiminin ne kadar önemli olduğunu makalelerinde vurgulamışlardır (128). Annan ve arkadaşlarının 2021 yılında okul çağı çocuklarıyla yaptıkları çalışmada beslenme eğitiminin çocukların beden kitle

indeksleri üzerinde olumlu sonuçları olduğunu ortaya çıkarmışlardır (129). Agdeppa ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları çalışmada çocuklara uygulanan beslenme programının çocuklar üzerinde olumlu değişimlere sebep olduğunu ortaya koymuşlardır (130). Tüm bu çalışmalar ve bizim çalışma sonuçlarımıza da bakıldığında okul çağı çocuklarında beslenme eğitimlerinin çocuklar üzerindeki olumlu etkisinin önemi, sağlıklı toplumların gelişiminde büyük bir rol oynadığı ve okul çağı döneminden başlamasının gerekliliği bir kez daha vurgulanmış olmaktadır. Beslenme davranış ölçeğinden elde edilen sonuçlarla başlangıçta ortaya konulan girişim grubundaki öğrencilerin son test beslenme davranış ölçeği puanları ön testten farklıdır hipotezimiz doğrulanmış, girişim grubundaki öğrencilerin son test beslenme davranış ölçeği puanları ile ön test puanları arasında fark yoktur, hipotezimiz ise reddedilmiştir.

Çocuklarda Fiziksel Aktivite Öz-yeterlilik Ölçeğine göre yapılan değerlendirmede; deney ve kontrol grubu öğrencilerin Fiziksel Aktivite Ölçeğinden aldıkları ön test puanları benzer bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin son testte Fiziksel Aktivite Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Deney grubu öğrencilerin Fiziksel Aktivite Ölçeğinden aldıkları son test puanları kontrol grubu öğrencilere göre yüksek bulunmuştur. Ayrıca son testten sonra 3. ayın sonunda öğrencilere uygulanan kalıcı ölçek testleri ile de öğrencilerin fiziksel aktivite ölçeğinden aldıkları puanlar son test ile benzerlik gösterip anlamlı bulunmuştur.

Meydanlıoğlu'nun 2013 yılında yaptığı çalışmada öğrencilere uygulanan fiziksel aktivite programının öğrencilerin fiziksel aktivite davranışlarında olumlu yönde etkisi olduğunu ortaya koymuştur (126). Öğrencilerde fiziksel aktivite düzeylerinin bakıldığı çalışmalarda fiziksel aktivite düzeylerinin orta veya yetersiz

olduğu ortaya konulmuştur (132,133,134). Özellikle covid 19 salgını döneminde kısıtlamalardan kaynaklı olarak çocuklarda fiziksel aktivite seviyelerinde azalmalar gözlemlenmektedir (131). Lee ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptıkları çalışmada ergenlerin fiziksel aktivite programı sonrasında fiziksel aktivite davranışlarında anlamlı artışların olduğu ortaya konulmuştur (135). Bu yapılan çalışmaların sonuçları bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Fiziksel aktivite öz-yeterlik ölçeğinden elde edilen sonuçlarla başlangıçta ortaya konulan girişim grubundaki öğrencilerin son test fiziksel aktivite öz-yeterlik ölçeği puanları ön testten farklıdır hipotezimiz doğrulanmış, girişim grubundaki öğrencilerin son test fiziksel aktivite öz-yeterlik ölçeği puanları ile ön test puanları arasında fark yoktur, hipotezimiz ise reddedilmiştir.

Çocuklarda Sağlık Algı ve Sağlık Davranışları Ölçeğine ilişkin yapılan değerlendirmede; Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin son testte Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Deney grubu öğrencilerin Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları son test puanları kontrol grubu öğrencilere göre yüksek bulunmuştur. Ayrıca son testin bitiminden sonra 3. ayın sonunda yapılan izlem testi ile son test bulguları benzerlik göstermektedir. Bu durum da uygulanan eğitim programıyla öğrencilerin sağlık davranışları ve sağlıklarının gelişiminde olumlu sonuçlar getirdiği ortaya çıkarılmıştır.

Yeşilfidan 2016 yılında yaptığı çalışma sonucunda, uygulanan eğitim programının çocukların sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde olumlu etkileri olduğunu ortaya çıkarmıştır (136). Bu sonuçlar bizim çalışma sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir. Balaban'ın 2011 yılında okul öncesi çocuklar üzerinde yaptıkları araştırmada çocuklara uygulanan hijyen eğitim programının çocukların

hijyen davranışları üzerinde olumlu etkilerinin olduğu ortaya çıkarılmıştır (137). Uğuz'un 2018 yılında yaptığı çalışmada çocuklara uygulanan eğitim teknikleriyle çocukların ağız hijyen uygulamalarının olumlu yönde etkilendiği ortaya konulmuştur (138).

Özsavran ve arkadaşlarının 2021 yılında yaptıkları araştırmada beş ve altı yaş grubu çocuklarda sağlıklı uyku davranışı kazandırma programı kullanılarak gerçekleştirilen hemşirelik eğitim uygulamalarının sağlıklı uyku davranışını geliştirmede etkili olabileceği ortaya çıkarılmıştır bu durum da yaş ne kadar küçük olursa olsun sağlık davranışının kazandırılmasının her yaşta büyük önem taşıdığı gerçeğini ortaya çıkarmaktadır (139). Bizim araştırmamızda da ilkokul çağındaki çocuklara uygulanan eğitim programının sağlık davranışlarının gelişiminde olumlu etkilerinin olması bu yaş grubu çocukların eğitilmesinin de büyük önem taşıdığını göstermektedir.

Karimy ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptıkları müdahale çalışmasında, 11-13 yaş grubundaki çocuklara uygulanan eğitim programının çocukların sağlık davranışları üzerinde olumlu etkilerinin olduğu ortaya çıkmıştır (140). Gruber ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları çalışmada ise uygulanan eğitim programının çocukların sağlık davranışları üzerinde yine olumlu etkilerinin olduğunu ortaya çıkarmışlardır (141).

Çocuklarda sağlık algı ve sağlık davranışları ölçeğinden elde edilen sonuçlarla başlangıçta ortaya konulan girişim grubundaki öğrencilerin son test Çocuklarda sağlık algı ve sağlık davranışları ölçeği puanları ön testten farklıdır hipotezimiz doğrulanmış, girişim grubundaki öğrencilerin son test Çocuklarda sağlık algı ve sağlık davranışları ölçeği puanları ile ön test puanları arasında fark yoktur, hipotezimiz ise reddedilmiştir.

Araştırmamızın birinci aşamasından elde edilen verilerle çocuklara uygulanan eğitim programının çocukların sağlık davranışları üzerinde olumlu etkilerinin olduğunun ortaya çıkarılması ve bunun literatürle de desteklenmesi araştırmamızın önemini bir kez daha ortaya koymuştur. Çocuklara okul çağından başlayarak uygulanan eğitimlerin gerekliliği çocukların sağlık okuryazarlıklarının önemini de ortaya çıkarmıştır. Bundan hareketle bu yaş grubu çocuklarda sağlık okuryazarlığı ölçeğine literatürde rastlanmaması ölçeğin geliştirilmesi gerekliliği çalışmamızın ikinci aşamasını oluşturmuştur. Araştırmamızın ikinci aşamasında metodolojik olarak gerçekleştirilen çalışmamızın sonucunda elde edilen veriler ışığında, 9-11 yaş grubu çocuklarda sağlık okuryazarlığı ölçeğinin geliştirilip geçerlik ve güvenirliklerinin yapılması ve literatüre kazandırılması amaçlanmış olup sonuçlara bakıldığında bu yaş grubu çocuklarda geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak ortaya çıkmıştır. Bundan sonraki eğitimler verilmeden önce çocukların sağlık okuryazarlıklarının belirlenip ona göre eğitimlerin planlanması gerekmektedir.

5.2 Araştırmanın İkinci Aşaması Olan Ölçek Çalışmasına İlişkin Tartışma

5.2.1 9-11 Yaş Grubu Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Geçerliği

9-11 yaş grubu Çocuklarda Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin yapı geçerliliğinin incelenmesi için Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizleri yapılmış ve elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Ölçeğin belli bir konuda belli amaçları ölçebilecek bir kapsam geçerliğine sahip olması gerekmektedir (142). Bundan yola çıkarak ölçme aracının geliştirilmesi için literatürde iki tür teknikten bahsedilmektedir (143). Bu teknikler Lawshe ve Davis teknikleridir. Bizim çalışmamızda Davis tekniği kullanılmıştır. Ölçeğin kapsam geçerliği için önce madde havuzu oluşturulmuştur. Daha sonra Davis tekniği

kullanılarak hazır hale getirilmiştir. Davis tekniği uzman görüşüne sunulan maddelerin uygun, uygun değil, uygun şekle getirilmesi gerekiyor, uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor şeklinde görüşlerin alınması ile kullanılır (143). Uzmanlar her bir maddenin uygun olanını işaretleyip sonrasında bu maddelerle ilgili görüşlerini ifade etmektedirler. Bu maddeler arasından uygun ve uygun ancak ufak değişiklik gerekiyor maddelerini işaretleyen uzmanların seçilip toplam uzman sayısına bölünmesi bizim kapsam geçerlik indeksini elde etmemizi sağlamaktadır. Çalışmamızın bu aşamasında maddelerdeki KGİ değeri 0.80'in üzerinde, geçerli bir değer olarak ortaya çıkmıştır.

Alpar ölçeğin kapsam geçerliliğini sağlamak için uzman görüşlerinin çok önemli bir faktör olduğunu vurgulamaktadır, bu değer >0.67 olması ölçeğin istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu göstermektedir(144). Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre de ölçeği oluşturan tüm maddelerin genel ölçek içeriğini iyi düzeyde kapsadığı görülmektedir. Doustmohammadian ve arkadaşları, KGİ değerini tüm ölçek için 0.92 olarak belirtmişlerdir (145). Öztürk'ün 2018 yılında ortaokul öğrencileri üzerinde geçerlik ve güvenirliğini gerçekleştirdiği (21) Pakkari ve arkadaşlarının geliştirdiği 10 maddelik ölçeğin de KGİ değeri çalışmamızla benzerlik göstermektedir (83). 9-11 yaş grubu çocuklarda sağlık okuryazarlığı ölçeği 4 alan boyutu ile kapsam geçerliliğini büyük ölçüde karşılamaktadır.

50 madde ile oluşturulan ölçek uzman görüşü sonrasında ve ön çalışma sonrasında 15 madde olarak son halini almıştır. 15 maddelik ölçek K.K.T.C genelinden basit rastgele yöntemiyle seçilen 363 kişi örneklem grubuna uygulanmıştır. Doustmohammadian ve arkadaşları ile Liu ve arkadaşlarının ölçeklerinin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında, Doustmohammadian ve arkadaşları 773 kişi ile Liu ve arkadaşları ise 2452 kişi örneklem grubuyla çalışmışlardır (146,147). Özdenk'in 2021 yılında yaptığı çalışmasında, 538 kişi örneklem grubuyla faktör analizleri yapılmıştır

(148). Karakuş ve Ocağın 2018 yılında yaptıkları Öğretmen Adaylarının Dijital Okur-Yazarlık Öz-Yeterliliği Ölçek Geliştirme Çalışmasında 56 maddelik ölçek 334 öğrenciye uygulanmıştır (149). Bu çalışmalardaki madde sayıları ve örneklem gruplarının sayılarıyla bizim çalışmamızı karşılaştıracak olursak madde sayısına göre örneklem sayısının yeterli olduğu görülmektedir.

Çalışmamızın yapısal geçerliliği için kullanılan analizler açımlayıcı faktör analizidir. 9-11 yaş grubu Çocuklarda Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin faktör yapısının saptanması amacıyla Açımlayıcı Faktör Analizi uygulaması yapılmıştır. Açımlayıcı Faktör Analizi, bir ölçme aracı vasıtasıyla elde edilen verilere ait korelasyon matrisinden veya kovaryans matrisini kullanarak aralarında ilişkili olan iki adet değişkenden daha az olmak şartıyla birbirlerinden bağımsız yeni faktörler ortaya çıkarılması amacıyla kullanılan faktör analizi yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır (118). 9-11 yaş grubu Çocuklarda Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin faktörleşebilir bir yapıya uygun olup olmadığının incelenmesinde Kaiser-Meğer-Olkin(K-M-O) katsayısı ve Barlett'in küresellik testi kullanılmıştır. Kaiser-Meyer Olkin değerinin yüksek olması, ölçekteki her bir değişkenin, diğer değişkenler tarafından mükemmel bir şekilde tahmin edilebileceği anlamına gelmektedir.

K-M-O testi sonucunda, değer 0.50'den düşük olması faktör analizine devam edilemeyeceği göstermektedir (150).

K-M-O değerinin 0,60 değerinden yüksek olması beklenmektedir. 9-11 yaş grubu Çocuklarda Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin K-M-O katsayısı 0,768 bulunmuş, Bartlett küresellik testinin de anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bartlett Küresellik testi sonuçları ise ölçek maddelerinin birbirleriyle olan ilişkilerini gösterir. Liu ve arkadaşlarının ve Özdenk'in çalışmasında da Bartlett Küresellik Testi anlamlı

bulunmuştur (147,148). Bu bulgulara bakıldığında çalışmamızdaki ölçek maddelerinin arasında yeterli korelasyonun olduğu ortaya çıkmıştır.

9-11 yaş grubu Çocuklarda Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinde öz değerleri 1’de büyük olan 4 faktörlü bir yapıda olduğu görülmüştür. Ölçeğin ilk faktörünün özdeğeri 2,14 bulunmuş olup, ilk faktörün tek başına ölçekteki varyansın %14,29’unu açıkladığı belirlenmiştir. Ölçekte yer alan ikinci faktörün özdeğeri 1,77’dir ve bu faktör tek başına toplam varyansın %11,78’inin açıklayabilmektedir. Ölçeğin üçüncü faktörüne ait olan özdeğer 1,50’dir ve bu faktörün açıkladığı varyans %9,99’dur. Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinde bulunan son faktöre ait öz değerin 1,49 olduğu ve son faktörün tek başına ölçekteki toplam varyansın %9,95’ni açıkladığı belirlenmiştir. 9-11 yaş grubu Çocuklarda Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin 4 faktörlü yapısının açıklayabildiği toplam varyans ise %46,0 bulunmuştur.

Liu ve arkadaşları geliştirdikleri ölçekte varyans oranını %50 bulmuşlardır (147). Özdenk ise geliştirdiği ölçeğin varyans oranını %55-62 oranında değişmiş olarak bulmuştur (148). Literatürle de karşılaştırıldığında çalışmamızın varyans oranı iyi düzeydedir.

Tabachnick ve Fidell’e (2013) göre faktör yükünün en düşük 0,50 olması beklenmektedir. Buna göre 9-11 yaş grubu Çocuklarda Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinde yer alan “15. Arkadaşlarım, kendi sağlıkları için riskli/yanlış davranışta bulunursa uyarabilirim” maddesi ölçekten çıkarılmıştır. Ölçekte kalan 14 maddeye ait faktör yüklerinin en düşüğü 0,518 ve en yükseği 0,718 bulunmuştur (122). Karahan’ın 2018 yılında Okumaya Yönelik Tutum Ölçeği: Ölçek Geliştirme Çalışmasında 26 maddelik ölçeğinde maddelerin faktör yükleri 0.50-0.75 arasında değişmektedir (151). Bizim çalışmamızla bu sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Doğrulamalı faktör analizi, Açıklayıcı Faktör Analizi'nin bir uzantısıdır. Bir ölçeğin faktör yapısının açıklanmasını sağlarken, faktörlerin aralarındaki ilişkilerin yeterliliği, değişkenlerin ilişkisinin olduğu faktörlerin belirlenmesi, faktörlerin birbirlerinden bağımsız olmalarını ve belirlenememiş olan faktörlerin geliştirilen modelin açıklanmasında yeterliliğinin test edilmesinde uygulanır (120).

Uyum bir modelin kullanılan verinin yeniden üretebilme kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır. Literatürde çok fazla uyumla ilgili istatistik mevcuttur. Hangi istatistiğin kullanılması gerektiğine araştırmacı karar vermektedir (120). Ölçek doğrulamalı faktör analizi ile analiz edildiğinde, 9-11 yaş grubu Çocuklarda Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği'nin χ^2/sd değerinin 1,996 olduğu hesaplanmıştır. Klein (2005)'e göre hesaplanan χ^2/sd 'nin 3 ve 5 değerleri arasında bulunması incelenen ilişkinin χ^2/sd kabul edilebilir sınırlar içinde olduğunu, 3'ün altında olması ise iyi uyumun olduğunu gösterir (152). Böylece χ^2/sd indeksine göre 9-11 yaş grubu Çocuklarda Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği iyi bir uyum göstermektedir.

Tabachnick ve Fidell (2013)'e göre İyi Uyum İndeksi (GFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) ve Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) indisinin 0.95 ve 1.00 arasında olması iyi uyumu, 0.90 ve 0.95 arasında olması da kabul edilir uyumu ifade etmektedir (122,123).

RMSEA değeri en güçlü model uyum indekslerinden biridir. RMSEA değerinin 0.5'in altında olması gerekmektedir. RMSEA değeri 0 ile 1 arasında olmalı 0'a yaklaştıkça iyi uyumun göstergesi olarak kabul edilmektedir (153). RMSEA değeri 0.10'un üzerinde ise bu bize bu modeli kullanmamamız gerektiğini göstermektedir (148). 9-11 yaş grubu Çocuklarda Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği için hesaplanan Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü RMSEA=0,049 bulunmuş olup, modelin iyi uyumda olduğu belirlenmiştir. Kumcağız ve arkadaşlarının 2017 yılında gebelere

yönelik geliştirdikleri ölçekte RMSEA değeri 0.078 olarak bulunmuştur (154). Özdenk'in 2021 yılında yaptığı ölçek çalışmasında ise RMSEA değeri 0.038-0.052 arasında bulunmuştur (148).

5.2.2 9-11 yaş grubu Çocuklarda Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği Güvenirlik Analizleri

Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin güvenirlik çalışması için sırayla Cronbach alfa testi, split half testi ve madde toplam korelasyonları incelenmiştir.

Özdamar cronbach alfa değerinin 0.60-0.70 arasında olmasının ölçeğin yeterince güvenilir olduğunu gösterdiğini, 0.70-0.90 aralığında ise yüksek güvenirlik düzeyinde olduğunu vurgulamıştır (142). Alpar ise cronbach alfa katsayısının 0.60-0.79 olmasının ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu vurgulamaktadır (144). Büyüköztürk ise cronbach alfa değerinin 0.70'in üzerinde olmasının ölçeğin güvenilir olduğunu ifade etmektedir (117). 9-11 yaş gurubu Çocuklarda Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin güvenirliği incelenirken, Cronbach's Alpha testinin yanı sıra Yarıya bölme (Split-Half) testi uygulanmış ve birinci yarıya ilişkin Cronbach's Alpha değerinin 0,718 ve ikinci yarıya ilişkin Cronbach's Alpha değerinin 0,707 olduğu belirlenmiştir. Yarılar arasındaki korelasyona dair korelasyon katsayısı ise $r=0,686$ bulunmuştur. Hashimoto ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları ölçek geliştirme çalışmalarında cronbach alfa değerini 0.95 olarak analiz etmişler bu sonuçlar ölçeklerinin yüksek güvenirlikte olduğunu göstermektedir (155). Weerasekara ve arkadaşlarının 2021 yılında geliştirdikleri ölçek çalışmasında cronbach alfa değerinin 0.97 olarak yüksek güvenirlikte ortaya koymuşlardır (156). Dou ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptıkları güvenirlik analizleri sonucunda cronbach alfa değerini 0.92 olarak ortaya koymuşlardır (157). Çalışkan'ın 2020 yılında yaptığı ölçek geliştirme çalışmasında

cronbach alfa değeri 0.95 olarak ortaya yüksek güvenirlikle çıkmıştır (158). Bizim çalışmamızda ölçeğimiz oldukça güvenilir olarak ortaya konulmuştur.

Tüm bu veriler ışığında 9-11 yaş grubu Çocuklarda Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği geçerlik-güvenirlik çalışması bulgularına göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin güvenilir bir ölçme aracı olduğu ve yapı geçerliğinin uygun olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamız iki aşamalı olarak tartışıldığında ortaya çıkan sonuçlar doğrultusunda okul çağı çocuklarına uygulanan eğitim programının çocukların sağlık davranışlarında olumlu etkiye sahip olduğu ortaya konulmuş bu eğitim programını uygulamadan önce çocukların sağlık okuryazarlıklarının belirlenmesi amacıyla ölçek geliştirilmiş ve geçerli güvenilir çıkmıştır. Bunların ışığında hem çocuklara sağlık okuryazarlığı ölçeğinin uygulanması ve seviyelerine göre sürekli eğitimlerin düzenlenmesi, sağlıklarının düzenli kontrolü ve en önemlisi sağlıklı toplumların gelişiminde büyük rol oynayan her okulda bir okul sağlığı hemşiresinin olması gerekliliği ortaya konulmuştur.

Bölüm 6

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

6.1.1 Araştırmanın Birinci Aşaması

Bu araştırma, ilköğretim öğrencilerine hemşire liderliğinde uygulanan “Okul Çağı Çocuklarında Sağlığı Geliştirme Programının” etkinliğini değerlendirmek ve “9-11 Yaş Grubu Çocuklarda Sağlık Okuryazarlık Ölçeği”ni geliştirmek amacıyla uygulanmıştır. Çalışmamız iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir.

- Araştırmanın birinci aşamasından, eğitimlerin başlangıcından önce ve bitiminden sonra yapılan ön test ve son test uygulaması ve son testten sonra 3. ayın sonunda yapılan izlem testi sonrasında elde edilen veriler sonucunda;
- Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri arasında fark olmadığı, ayrıca sağlık durumları arasında fark bulunmadığı ve sağlık durumlarının benzer olduğu, ebeveyn özelliklerinin de benzer olduğu ortaya çıkmıştır.
- Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerinin son testte Beslenme Davranış Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerinin son testte Fiziksel aktivite ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları da istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerinin son testte Sağlık

algı ve sağlık davranışları ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Deney grubu öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları son test puanları kontrol grubu öğrencilere göre yüksek bulunmuştur.

- Araştırmaya dahil edilen deney grubu öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubu öğrencilerin son testte Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları puanlar ön teste göre yüksek bulunmuştur.
- Deney ve kontrol grubunda yer alan öğrencilerin izlem testi Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu belirlenmiş olup, deney grubu öğrencilerin Beslenme Davranış Ölçeği, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeğinden aldıkları kalıcılık testi puanları kontrol grubu öğrencilere göre yüksektir ($p<0,05$).

6.1.2 Araştırmanın İkinci Aşaması

- Elde edilen sonuçlara göre çalışmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımına bakıldığında öğrencilerinin genelinin 10 yaşında olduğu ve kız öğrencilerin fazla olduğu, genellikle iki kardeş oldukları, kronik hastalıklarının bulunmadığı, cep telefonlarını fazla kullandıkları, herhangi bir ilaç kullanan öğrencilerin çok az olduğu,

çoğunluğun Lefkoşa bölgesinde kaldığı, annelerin lisans mezunu babaların da lise mezunu oldukları, genelin anne babasının çalıştığı, sağ oldukları ve birlikte yaşadıkları ortaya konulmuştur.

- Araştırma kapsamındaki öğrencilerin yaş grubuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği alt boyutu olan Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- 9 yaşında olan öğrencilerin Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanları, 11 yaşında olan öğrencilerin Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek hesaplanmıştır.
- Araştırmaya dahil olan öğrencilerin cinsiyetine göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Erkek öğrencilerin Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanları, kız öğrencilerin Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği genel puanlarından daha yüksek bulunmuştur ve belirlenen puan farkı istatistiksel olarak anlamlı düzeydedir.
- Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin anne eğitim durumuna göre Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, Değer Biçme /Değerlendirme ve Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinden almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$).
- Araştırma kapsamındaki öğrencilerin baba eğitim durumuna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği alt boyutu olan Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

- Annesi çalışan öğrencilerin İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı puanları, annesi çalışmayan öğrencilerin İletişimsel/interaktif sağlık okuryazarlığı puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
- Anne veya babasından biri vefat etmiş olan öğrencilerin Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanları, anne ve babası hayatta ve ayrı olan öğrencilerin Eleştirel sağlık okuryazarlığı puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
- Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğine ilişkin Cronbach's Alpha değerinin 0,708 olduğu tespit edilmiş olup, bu sonuç paralelinde ölçeğin güvenilir olduğu görülmüştür.
- Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin K-M-O katsayısı 0,768 bulunmuş, Bartlett küresellik testinin de anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin faktörleşebilir olduğu belirlenmiştir.
- Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği için saptanan İyilik Uyum İndeksi GFI=0,950, Normlaştırılmış Uyum İndeksi NFI=0,901 ve Karşılaştırmalı Uyum İndeksi CFI= 0,908 bulunmuştur. Bu sonuçlara göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği İyilik Uyum İndeksi, Normlaştırılmış Uyum İndeksi ve Karşılaştırmalı Uyum indislerine göre kabul edilir bir uyum göstermektedir.
- Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği için hesaplanan Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü RMSEA=0,49 bulunmuş olup, modelin iyi uyumda olduğu belirlenmiştir.

- Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeği geçerlik-güvenirlik çalışması bulgularına göre Çocuk Sağlık Okur Yazarlığı Ölçeğinin güvenilir bir ölçme aracı olduğu ve yapı geçerliğinin uygun olduğu tespit edilmiştir.

6.2 Öneriler

6.2.1 Araştırmanın Birinci Aşaması

- Deneysel çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygulanan sağlık eğitimi programının etkili bulunması nedeniyle bu programın K.K.T.C’de bulunan okullarda uygulanması gerekliliği önerilmektedir.
- Elde edilen sonuçlara göre bu eğitim 12 haftadan daha uzun süreli yapılması önerilmektedir.
- Elde edilen sonuçlar doğrultusunda davranış değişikliklerinin kalıcılığını ölçmek için izlem sürecinin birinci senenin sonunda da yapılması gerektiği önerilmektedir.
- Elde edilen sonuçlar doğrultusunda daha uzun süreli ve daha geniş örneklem sayısı ile böyle çalışmaların planlanması ve yapılması önerilmektedir.

6.2.2 Araştırmanın İkinci Aşaması

- Çalışmamızın ikinci aşamasından elde edilen sonuçlara göre öneriler, eğitimler öncesinde ilkokul öğrencilerinin sağlık okuryazarlıklarının belirlenmesi ve sağlık okuryazarlığı seviyelerine göre eğitimlerin planlanması önerilmektedir.
- Öğrencilerin ebeveynlerinin de sağlık okuryazarlıklarının belirlenmesi ve öğrencileri etkileyeceği için gerekirse eğitim programlarının ebeveynlere de planlanması önerilmektedir.

- Bu geliştirilen ölçeğin daha büyük populasyonlara uygulanmasının sağlanması önerilmektedir.
- İlkokul çağındaki çocuklar için geliştirilen ölçek sayısının çok az olması bu konuda daha çok ölçek geliştirilmesi gerekliliği önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- (1) Şahinöz, T. Şahinöz, S. ve Kıvanç, A. (2017). Sağlığı geliştirmenin en kolay yolu: okul sağlığı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 303-312.
- (2) Kesgin, M., Çağlar, S. (2019). Dünyada ve türkiye’de okul hemşireliğinin gelişimi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(4), 343-352.
- (3) Akgül, E., Ergün, A. (2021). Toplum sağlığının geliştirilmesinde okul sağlığı hemşireliği. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 141-153.
- (4) Bektaş, M., Aydın, B. (2018). Okul hemşiresinin rol ve işlevleri. *Türkiye Klinikleri Pediatric Nursing-Special Topics*, 4(1), 52- 64.
- (5) Kale, M., Demir, S. (2020). Olumlu davranış geliştirme etkinlik programının, öğrencilerin zorbalık davranışlarını azaltmadaki etkinliklerinin incelenmesi. *Tübbav Bilim*, 13(2), 47-57.
- (6) Chatters, S., Zalaquett, C. (2018). Bullying prevention and prejudice reduction: assessing the outcome of an integrative training program. *The Journal of Individual Psychology*, 74(1), 20-37.
- (7) Özsoy, S., Kalkım, A., Sert, Z. (2019). İlkokul öğrencilerinin sağlık durumunun ve sağlık risklerinin tanınması. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 135-142.

- (8) Çolak, B., Ergün, A. (2020). İstanbul'un bir ilçesinde okul çağı çocuklarında beslenme alışkanlıkları ve sıvı tüketim durumunun vücut kitle indeksi ile ilişkisi: kesitsel bir çalışma. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 197-212.
- (9) Büyükbaş, Z. (2019). Okul hemşiresinin sağlığı geliştirme modeli temelli çocukluk obezitesini önlemeye yönelik uygulamaları, öz etkililik düzeyleri, algıladıkları yarar ve engeller. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. Yüksek Lisans Tezi.
- (10) Avşar, F., Alkaya, S. (2018). Akran zorbalığının önlenmesinde okul sağlığı hemşiresinin rolü. *Huhemfad-Johufon*, 5(1), 78-84.
- (11) Masonbrink AR, Hurley E. (2020). Advocating for children during the covid-19 school closures. *Pediatrics*.146(3): e20201440.
- (12) Aydın, B., Ekici, E. (2021). COVID-19 pandemisinde okul sağlığı hemşirelerinin rol ve sorumlulukları, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(3), 193-198.
- (13) Lancker WV, Parolin Z. (2020). COVID-19, school closures, and child poverty: A social crisis in the making. *Lancet Public Health*. 5(5): e243-4.,
- (14) Cluver L, Lachman JM, Sherr L, Wessels I, Krug E, Rakotomalala S. (2020). Parenting in a time of covid-19. *Lancet*. 395(10231): e: 64.

- (15) Bradbury-Jones C, Isham L. (2020). The pandemic paradox: the consequences of covid-19 on domestic violence editorial. *J Clin Nurs*.29(13-14):2047-2049.
- (16) Golberstein E, Wen H, Miller BF. (2020). Coronavirus disease 2019 (covid-19) and mental health for children and adolescents. *JAMA Pediatr*.174(9):819-20).
- (17) Jiao WY, Wang LN, Liu J, Fang SF, Jiao FY, Pettoello-Mantovani M. (2020). Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. *J Pediatr*. 221:264-6.
- (18) Bullard JS, McAlister BS, Chilton JM. (2021). COVID-19: planning and postpandemic partnerships. *NASN School Nurse*. 36(2):80-84.
- (19) Martinsson E, Garmy P, Einberg EL. (2021). School nurses' experience of working in school health service during the covid-19 pandemic in sweden. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. (18): 6713. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136713>.
- (20) Denктаş, K. (2019). Kırsal kesimde ilköğretim son sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve e-sağlık okuryazarlığı, *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*.
- (21) Öztürk, M. (2017). Okul çağındaki çocuklar için sağlık okuryazarlığı ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği, *Adnan Menderes Üniversitesi, 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi*, s:751.

- (22) Sönmez, S. (2015). Ortaöğretimde sağlık okuryazarlığı, *Hacettepe Üniversitesi, Ortaöğretim Fen ve Matematik Alanlar Eğitimi Anabilim Dalı*, Doktora Tezi.
- (23) Örsal, O., Emiroğlu, O. (2016). Türkiye’deki okul sağlığı hizmetlerine ve okul hemşireliğine ilişkin yasal düzenlemeler: kritik analiz. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 2(1),79-95.
- (24) Gündüz, S., Albayrak, H. (2014). Okul sağlığında neredeyiz? *Ankara Med J*, 14(1), 29-33.
- (25) Ulutaşdemir, N., Balsak, H., Çopur, E. (2016). Halk sağlığı hemşireliğinin bir dalı: okul sağlığı hemşireliği. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 2(1), 121-4.
- (26) Koçoğlu, D. (2011). Kapsamlı okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin öğrencilerin akademik performansına etkisinin değerlendirilmesi, *Halk Sağlığı Hemşireliği Programı*, Doktora Tezi.
- (27) Şimşek, H., Temel A. (2018). Halk sağlığı hemşireliğine adanmış yıllar: dünya örnekleriyle öncü halk sağlığı hemşireleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(1), 55-67.
- (28) Meydanlıoğlu, A., Gözüm, S. (2019). Türkiye’de okul sağlığını geliştiren uygulama ve programlar. bahar z, editör. yaşam döngüsünde sağlığı geliştirme: hemşirelik uygulamaları. 1. Baskı. *Ankara: Türkiye Klinikleri*,5(1), p.16-23.

- (29) Çetinkaya, A. Uyar, F., Özmen, D., Büyük, D., Köksal, S. (2020). Manisa il merkezinde bulunan devlet ilkokul ve ortaokullarının fiziki ve çevresel koşullarının değerlendirilmesi. *Cbu-Sbed*, 7(3), 335-340.
- (30) Rezapur-Shahkolai, F., Ebrahimikhah, M., Hazavehei, S. M., Moghimbeigi, A. (2016). Using health belief model on preventive behaviors related to road traffic injuries among primary school students. *Journal of Research Health*, 11(2), 213-224.
- (31) Çobanoğlu, F., Badavan, Y. (2017). Başarılı okulların anahtarı: etkili okul değişkenleri, *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (26), 114-134.
- (32) Bolat, E. (2017). Süreçten hastalığı olan çocuklar ve hastane okulları. *Milli Eğitim*, 219, 163-185.
- (33) Çakır, G., Altay, N. (2021). Kronik hastalığı olan çocukların bakımında okul hemşiresinin görev ve sorumlulukları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(1), 55-61.
- (34) Yokoo, M., Wakuta, M., Shimizu, E. (2018). Educational effectiveness of a video lesson for bullying prevention. *Children & Schools*, 40(2), 71-79.
- (35) http://hastane.dicle.edu.tr/idari-birimler/bashemsirelik/dokumanlar/hemsire_yonetmeligi.pdf.

- (36) Evans, D., Coutsaftiki, D., Fathers, C.P. (2017). Clabburn (Ed.), Health promotion and public health for nursing students. *Learning Matters, London*. Ebook.
- (37) Yıldırım, J., Gülizar, J., Çevirgen, A. (2018). Okul sağlığı hemşiresinin yöneticilik ve liderlik rolü kapsamındaki uygulamaları, *E-Sağlık Hemşirelik Dergisi*, 9(35).
- (38) Gözüm, S. (Ed.) (2016). Okul dönemindeki çocukların sağlığının geliştirilmesi. *Ankara: Vize Yayıncılık*.
- (39) Bell, M.F., Bayliss, D.M., Glauert, R., Harrison, A., Ohan, J.L. (2016). Chronic illness and developmental vulnerability at school entry. *Pediatrics*, 137(5), 1-9.
- (40) Desalew, A., Mandesh, A., Semahegn, A. (2017). Childhood overweight, obesity and associated factors among primary school children in dire dawa, eastern ethiopia; a cross-sectional study. *Bmc Obes*, 4(20), 3-10.
- (41) Ward, Z., Resch, S., Long, M., Cradock, A., Gortmaker, S. (2017). Simulation of growth trajectories of childhood obesity into adulthood. *New England Journal of Medicine*, (377), 2145-2153.
- (42) Akder, R., Meseri, R., Çakıroğlu, F. (2018). Okul çağı çocukluk döneminde beslenme eğitimi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 1-10.

- (43) Öztürk, M. (2010). Çocukların beslenme alışkanlıklarının sağlık davranışı etkileşim modeline göre incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Doktora Tezi.
- (44) Parcel, G.S., Edmundson, E. Perry, C., Feldman, H., Tompkins, N., Nader, P., Johnson, C., Stone, E. (1995). Measurement of self-efficacy for diet-related behaviors among elementary school children. *Journal of School Health*, 65(1), 23-27.
- (45) Carrillo-Larco, RM., Bernabe-Ortiz, A., Miranda, JJ., Xue, H., Wang, Y. (2017). Children's weight changes according to maternal perception of the child's weight and health: a prospective cohort of peruvian children. *Plos ONE* 12(4), 1-12.
- (46) Centeio, E.E., McCaughtry, N., Moore, E.W.G., Kulik, N., Garn, A., Martin, J. (2018). Building healthy communities: A comprehensive school health program to prevent obesity in elementary schools. *Prev Med*, 111, 210-215.
- (47) Kubik, M.Y., Fulkerson, J.A., Sirard, J.R., Garwick, A., Temple, J., Gurvich, O. (2018). Contemporary clinical trials school-based secondary prevention of overweight and obesity among 8- to 12-yearold children: design and sample characteristics of the snapshot trial. *Contemporary Clinical Trials*, 75, 9-18.
- (48) Scherr, R.E., Linnell, J.D., Dharmar, M., Beccarelli, L.M., Bergman, J.J., Briggs, M., Zidenberg-Cherr, S. A. (2017). Multicomponent, school-based

intervention, the shaping healthy choices program, improves nutrition-related outcomes. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 49 (5), 368-379.

(49) Arslan, N., Ardiç, A. (2020). Okullarda obezite ve önleme programları: sistematik derleme. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 73-88.

(50) Aktaç, Ş. (2016). Okul öncesi çağ çocuklar için aile katılımı beslenme eğitim modelinin geliştirilmesi ve çocukların beslenme bilgi ve davranışları üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Doktora tezi, 1-240.

(51) Elise, C. Kahverengi., Duncan, S., Dorin, Drignei., Frank, B. Wyatt, Ion. kilgore, Jonathan, Cavana. Julien, S. Fırıncı. (2018). Primary school children's health behaviors, attitudes, and body mass index after a 10-week lifestyle intervention with follow-up. *Front Pediatrı*, 9, 6-137.

(52) Çopur, E., Karasu, F., Çelik, M. (2021). Pandemi sürecinde evde kalan adölesanların beslenme, egzersiz ve koronavirüs kaygı durumlarının belirlenmesi. *HUHEMFAD-JOHUFON*, 8(3), 310-320.

(53) Liu, Y., Tang, Y., Cao, Z., Zhuang, J., Zhu, Z., Wu, X., Wang, L., Cai, Y., Zhang, J., Chen, P. (2019). Results from the china 2018 report card on physical activity for children and youth. *J Exerc Sci Fit*, 17(1), 3-7.

(54) La, Torre. G., Mannocci, A., Saulle, R., Sinopoli, A., D'Egidio, V., Sestili, C., Manfuso, R., Masala, D. (2017). Improving knowledge and behaviors on diet

and physical activity in children: results of a pilot randomized field trial. *Ann Ig*, 29(6), 584-594.

(55) Chen, P. (2016). Physical activity, physical fitness, and body mass index in the chinese child and adolescent populations, physical activity and fitness in china. the youth study. *Journal of Sport and Health Science*, 6(4), 381-83.

(56) Yılmaz, S., Altunkörek, Ş. (2020). Ortaokul öğrencilerinin beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarının belirlenmesi: ankara yenimahalle ilçesi örneği, *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(2), 70-80.

(57) Akçay, D., Özpulat, P. (2021). Özel okullarda görevli okul hemşirelerinin rol ve fonksiyonlarının değerlendirilmesi: ankara örneği, *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 3(2).

(58) Avşar, F., Alkaya, S. (2018). Akran zorbalığının önlenmesinde okul sağlığı hemşiresinin rolü, *HUHEMFAD-JOHUFON*, 5(1), 78-84.

(59) Kartal, A., Kılınç, E. (2019). Yaralanmaları önlemede okul temelli eğitim programları: sistematik derleme, *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 5(1), 131-141.

(60) Davis, C. (2018). Administrator leadership styles and their impact on school nursing. *NASN Sch Nurse*, 33(1), 36-39.

- (61) Ardahan, M., Konal, E. (2017). Hemşirelikte yöneticilik ve liderlik, *GÜSBD*, 6(1), 140-147.
- (62) CDC, (2019). Bütün Bileşenleri Okul, Tüm Topluluk, Tüm Çocuk (WSCC) www.cdc.gov/healthschools/wscs/components.htm Erişim Tarihi 1.11.2021.
- (63) Nay, O., Béjean, S., Benamouzig, D., Bergeron, H., Castel, P., Ventelou, B. (2016). Achieving universal health coverage in france: policy reforms and the challenge of inequalities. *The Lancet*, 387(10034), 2236-49. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00580-8.
- (64) Akçay, D. (2016). Okul ortamında bulaşıcı hastalıklardan korunmada okul hemşiresinin rolü. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 5(2), 84-94.
- (65) Yıldırım, J., Ardahan, M., Kurt, A. (2021). Ebeveynlerin okul sağlığı hemşiresinin rollerini algılamaları, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2): 85-91.
- (66) Sakarya, S. (2020). Pandemide okul sağlığı, türk tabipleri birliği, covid 19 raporu 6. ay değerlendirme raporu.
- (67) Yurttutan, S., Altay, N. (2018). Kaynaştırma eğitimi alan çocuklarda okul sağlığı hemşiresinin rolleri, *J Contemp Med*, 8(1), 78-84.
- (68) Hoekstra, B.A., Young, V.L., Eley, C.V., Hawking, M.K., McNulty, C.A. (2016). School nurses' perspectives on the role of the school nurse in health education

and health promotion in england: a qualitative study. *BMC Nurs*, 15:73. doi: 10.1186/s12912-016-0194-y.

(69) Houlahan, B. (2017). Origins of school nursing. *The Journal of School Nursing*, 19(9):1-8. doi: 10.1177/1059840517735874.

(70) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2017). Okulda sağlığın korunması ve geliştirilmesi programı uygulama kılavuzu. <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/26312,klavuzpdf.pdf>

(71) Bahar, Z., Açıl, D. (2014). Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(1), 59-67.

(72) Kaya, A., Güven, Ş., Dalgıç, A. (2017). Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin türkiye'deki hemşirelik araştırmalarında kullanımı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15 (3): 195-20.

(73) Gürbüz, K. (2006). Olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında okul sağlığı hemşireliği uygulamaları. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Doktora Tezi.

(74) Çınar, S., Ay, A., Boztepe, E. (2018). Çocuk sağlığı ve sağlık okuryazarlığı, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 14, 25-39.

(75) Aktaş, H. (2018). Sağlık ve eğitimi değerlendirmede bir ölçme aracı; sağlık okuryazarlığı, *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*, 1(1); 12-16.

- (76) Demiray, E., Alkan, S., Öntürk, E., Durgun, M. (2021). COVID 19 döneminde karantina uygulamalarının sağlık okuryazarlığı bakış açısıyla değerlendirmesi, *Aksaray Üniversitesi Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(2), 1-3.
- (77) Paakkari, L., Orkan, O. (2020). COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *Lancet Public Health*, 5(5), 249-250.
- (78) Akbal, E., Gökler, M. (2020). Covid-19 salgını sürecinde eksikliği ortaya çıkan bir gerçek: sağlık okuryazarlığı. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 5(Covid-19 Özel Sayısı), 148-55.
- (79) Çopurlar, C., Kartal, M. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? nasıl değerlendirilir? neden önemli? *TJFM & PC*, 10(1), 42-47.
- (80) Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*.
- (81) Yılmaz, M., Tiraki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? nasıl ölçülür?, *DEUHFED*, 9(4), 142-147.
- (82) Sarıyar, S., Kılıç, H. (2019). Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan araçlar, *HUHEMFAD-JOHUFON*, 6(2), 126-131.

- (83) Paakkari, O., Torppa, M., Kannas, L., Paakkari, L. (2016). Subjective health literacy: development of a brief instrument for school-aged children. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44, 751–757.
- (84) Özcebe, H. (2019). Okullarda sağlık okuryazarlığını güçlendirme. Özkan S, editör. Sağlık okuryazarlığı. 1. Baskı. Ankara: *Türkiye Klinikleri*, 50-5.
- (85) Bröder, J., Okan, O., Bollweg, TM., Bruland, D., Pinheiro, P., Bauer, U. (2019). Child and youth health literacy: a conceptual analysis and proposed target-group-centred definition. *Int J Environ Res Public Health*, 16(18), 3417.
- (86) Akca, A., Alkaya, S. (2021). Okul çağı döneminde sağlık okuryazarlığı ve okul sağlığı hemşiresinin rolü. *HUHEMFAD-JOHUFON*, 8(3), 328-334.
- (87) Karakoç, A., Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *World of Medical Education*, 13(40), 39-49.
- (88) Buhr, E., Ewers, M., Tannen, A. (2020). Potentials of school nursing for strengthening the health literacy of children, parents and teachers. *Int J Environ Res Public Health*, 17(7), 2577.
- (89) Ran, M., Peng, L., Liu, Q., Pender, M., He, F., Wang, H. (2018). The association between quality of life (qol) and health literacy among junior middle school students: a crosssectional study. *BMC Public Health*.

- (90) Sukys, S., Trinkuniene, L., Tilindiene, I. (2019). Subjective health literacy among school-aged children: first evidence from lithuania. *Int J Environ Res Public Health*, 16(18), 3397.
- (91) Öztürk, F.O., Ayaz-Alkaya, S. (2020). Health literacy and health promotion behaviors of adolescents in turkey. *J Pediatr Nurs.*, 54, 31-5.
- (92) Öztürk, M. (2010). Çocukların beslenme alışkanlıklarının sağlık davranışı etkileşim modeline göre incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Doktora Tezi.
- (93) Gürbüz, K. (2006). Olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında okul sağlığı hemşireliği uygulamaları. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Doktora Tezi.
- (94) Meydanlıoğlu, A., Ergün, A. (2013). Reliability and validity of the physical activity self-efficacy scale in turkish children, *JMHH*, 1, 22–32.
- (95) Bilici, S., Uyar, F., Beyhan, Y., Sağlam, F. (2008). İlköğretim çocukları için gıda hijyeni el kitabı. *Klasmat Matbaacılık*, Ankara.
- (96) Demirel, H., Kayıhan, H., Özmert, E., Doğan, A. (2014). Türkiye fiziksel aktivite rehberi. *Kuban Matbaacılık*, Ankara.
- (97) Özüçelik, N., Karcıoğlu, Ö., Sarıkaya, S., Topaçoğlu, H., Yıldız, S., Sönmez, F., Üstündağ, G., Bakar, Ö., Tekşam, Ö., Aliefendioğlu, D., Albayrak, M. ve

diğ. (2020). İlk yardım okulu kahramanlar iş başında kitabı. *Milli Eğitim Bakanlığı*, 1 Baskı, Ankara.

(98) Akgün, S., Araz, A. (2010). Anlaşmazlıklarımızı çözebiliriz: bir çatışma çözümü eğitimi programı tanıtımı. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11(1), 1-17.

(99) Çetiner, Ş.G. (2006). Aile içi şiddet yaşayan kadınlarda cinsel sorunlar ve intihar olasılığı. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara Üniversitesi.

(100) Çocuğa yönelik şiddetin önlenmesi teknik destek projesi. (2015). *Revize Erken Uyarı Uygulamaları Kitapçığı*. Erişim Adresi: http://kirkclareli.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2015_12/31114710_revizeerke_nuyaruygulamalarkitap.pdf.

(101) Tezel, A. (2002). Çocuğa yönelik şiddet. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1), 93-100.

(102) Karaağaoğlu, N. (2008). İlköğretim çocukları için sağlıklı beslenme. *Klasmat Matbaacılık*, Ankara.

(103) Aktif Yaşam Derneği (2013). İlköğretim öğrencileri fiziksel aktivite araştırması.

(104) Hemphill, N.M., M.T. Kuan., K.C. Harris. (2020). Reduced physical activity during covid-19 pandemic in children with congenital heart disease. *Can J Cardiol*.

- (105) Villani, B.E., Siani, P., Corsello, G. (2020). Italian paediatric society recommendations on children and adolescents extra-domestic activities during the sars cov-2 emergency phase. *Ital J Pediatr.* 46(1) 62.
- (106) Kayıran, M. (2016). Fiziksel aktivite, egzersiz ve çocuklar. *Klinik Tıp Dergisi.* 8(5), 13-15.
- (107) T.C. Sağlık Bakanlığı, Beslenme Bilgi Serisi-1. (2008). İlköğretim çocukları için el hijyeni, Ankara.
- (108) Kartal, H. (2008). İlköğretim okullarında zorbalık yapanlar ve zorbalığa uğrayanlar. *E-Journal of New World Sciences Academy*, 3(4).
- (109) Okyay, P., Abacıgil, F. (2016). Turkish health literacy scales reliability and validity study. *Anıl press. I oppression*, Ankara. 43- 60.
- (110) Bayık, A., Aras, Z. (2017). Evaluation of the validity and reliability of the turkish form of the health literacy scale. *Florance Nightingale Journal of Nursing*, 25(2), 85-94.
- (111) Türkoğlu, N., Kılıç, D. (2021). Adaptation of the health literacy scale to turkish: a validity and reliability study. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 24(1), 25-33.
- (112) Coşkun, S., Bebiş, H. (2015). E-Health literacy scale for adolescents: turkish validity and reliability study. *Gulhane Medical Journal*, 57(4), 378-384.

- (113) Gül, E. (2018). Examining the relationship between health literacy and eating behavior and health perception in adults. *Master's thesis*, İnönü University İnstitute of Health Science.
- (114) Sezer, A., Kadioğlu, H. (2014). Development of the adult health literacy scale. *Anatolian Journal of Nursing and Health Science*, 17(3), 165-170.
- (115) Zengin, H., Çınar, N. (2019). Development, validity and reliability study of kangaroo care comfort scale. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*.
- (116) Karakoç, A., Dönmez, L. (2014). Basic principles in scale development studies. *World Of Medical Education*, 13(40), 39-49.
- (117) Büyüköztürk, Ş. (2012). Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Ankara: *Pegem Akademi Yayıncılık*.
- (118) Özdamar, K. (2002). Paket programlar ile istatistiksel veri analizi. *Kaan Yayınları*, 4. Baskı, Eskişehir.
- (119) Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E., Akgün, Ö., Karadeniz, Ş., Demirel, F. (2009). Bilimsel araştırma yöntemleri. *Pegem Akademi Yayıncılık*, Ankara.
- (120) Erkorkmaz, Ü., Etikan, İ., Demir, O., Özdamar, K., Sanisoğlu, Y. (2013). Doğrulamalı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Türkiye Klinikleri, J Med Science*, 33(1), 210-223.

- (121) Brown, T, A. (2006). Confirmatory factor analysis for applied research. New York: *The Guilford Press*.
- (122) Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2013). Using multivariate statistics (6th Ed.). Boston MA: *Pearson*.
- (123) Sümer, N. (2000). Yapısal eşitlik modelleri: temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3, 49-73.
- (124) Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *health promotion international*, 15(3), 259-267.
- (125) Özgenel, M., Özden, F. (2019). Deneysel ölçüme dayalı beslenme eğitiminin ortaokul öğrencilerinin beslenme davranışlarına ve beslenme öz-yeterliklerine etkisinin incelenmesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(3), 181 – 189.
- (126) Meydanlıoğlu, A. (2013). Hemşire liderli sağlık için beslenme ve fiziksel aktivite programının çocukların beslenme ve fiziksel aktivite düzeylerine etkisi, *Doktora Tezi*.
- (127) Deleş, B. (2019). Çocukluk çağı obezitesi. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 6(1).

- (128) Akder, R., Meseri, R., akıroğlu, F. (2018). Okul ağı çocukluk döneminde beslenme eğitimi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 1-10.
- (129) Annan, R., Apprey, C., Agyemang, G., Tuekpe, D., Boakye, O., Okonogi, S., Yamauchi, T., Sakurai, T. (2021). Nutrition education improves knowledge and bmi-for-age in ghanaian school-aged children. randomized controlled trial, *African Health Science*, 21(2), 927-941.
- (130) Agdeppa, I., Oro, E., Gonsalves, C., Capanzana, M. (2019). Integrated school based nutrition programme improved the knowledge of mother and school children, randomized controlled trial. *Matern Child Nutr*, 15(3).
- (131) Canlı, M. Özüdoğru, A., Kara, E. (2021). COVID-19 döneminde çocuklarda fiziksel aktivite: sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri J Sports Jci*. 13(2), 312-7.
- (132) Gülay, M. Korkmaz, Z., Erten, Z., Gürbüz, K. (2021). Çocukların fiziksel aktivite, obezite düzeylerinin incelenmesi: kayseri ili rneği, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(3), 228 – 238.
- (133) Aktuğ, Z. Orhan, E., İbiş, S. (2018). 10-14 yaş arasındaki çocukların fiziksel aktivite seviyesi, dijital oyun bağımlılığı ve dikkat düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Tarih Okulu Dergisi*. 444-468.
- (134) Pancar, S. (2020). Orta ergenlerin fiziksel aktivite düzeylerinin değerlendirilmesi, *Spor Eğitim Dergisi*. 4(3), 104 – 111.

- (135) Lee, E. So, W., Youn, H., Kim, J. (2021). Effects of school-based physical activity programs on health-related physical fitness of korean adolescents: a preliminary study, *Int J Environ Res Public Health*. 14, 18(6), 2976.
- (136) Yeşilfidan, D. (2016). Obezite açısından riskli ergenlere verilen olumlu sağlık davranışları geliştirme eğitiminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve fiziksel aktivite üzerine etkisi, *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği*. Yüksek Lisans Tezi.
- (137) Balaban, M. (2011). Okul öncesi dönemde hijyen alışkanlığı kazandırma eğitim programının çocukların hijyen davranışlarına etkisinin incelenmesi, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*. Yüksek Lisans Tezi.
- (138) Uğuz, H. (2017). 10-12 Yaş aralığındaki çocuklarda farklı motivasyon teknikleri kullanarak bilgi, tutum ve davranış üçgeninde diş fırçalama alışkanlığının araştırılması, *Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diş Hekimliği Fakültesi*. Uzmanlık Tezi.
- (139) Özsavran, M., Ayyıldız, T., Topan, A., Erol, E., Denemiş, Ü., Kibar, E., Özdemir, S. (2021). Beş-altı yaş grubu çocuklarda hemşirelik girişimlerinin sağlıklı uyku davranışları üzerine etkisi, *Journal of Turkish Sleep Medicine*. 3, 203-210.
- (140) Karimy, M. Higgs, P., Abadi, S., Armoon, B., Araban, M., Rouhani, M., Alavijeh, F. (2020). Oral health behavior among school children aged 11-13

years in saveh, iran: an evaluation of a theory-driven intervention, *BMC Pediatr.* 13, 20(1), 476.

(141) Gruber, R. Somerville, G., Bergmame, L., Fontil, L., Paquin, S. (2016). School-Based sleep education program improves sleep and academic performance of school-age children, *Bmc Pediatric.* 21, 93-100.

(142) Özdamar, K. (2017). Ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi. Eskişehir: Nisan Kitabevi.

(143) Yeşilyurt, S., Çapraz, C. (2018). Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1), 251-264.

(144) Alpar, R. (2014). Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik: spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle, 3. Baskı. Ankara, *Detay Yayıncılık*, 434-527.

(145) Doustmohammadian, A., Keshavarz, N., Omidvar, N., Amini, M., Abdollahi, M., Zinab, H., Amirhanibi, Z., Esfandiari, S., Nutbeam, D. (2019). Food and nutrition literacy (fnlit) and its predictors in primary school children in iran, *Health Promot Int.* 34 (5), 1002-13.

(146) Doustmohammadian, A., Omidvar, N., Mohammadi, N., Abdollahi, M., Amini, M., Zinab, H. (2017). Developing and validating a scale to measure food and nutrition literacy (fnlit) in elementary school children in iran, *Plus One.* 12 (6).

- (147) Liu, T., Su, X., Li, N., Sun, J., Ma, G., Zhu, W. (2021). Development and validation of a food and nutrition literacy questionnaire for chinese school-age children, *Plos One*. 16(1).
- (148) Özdenk, G. (2021). Geç dönem adolesanların gıda ve beslenme okuryazarlığı düzeylerini saptamaya yönelik yeni bir ölçek geliştirme: gıda ve beslenme okuryazarlığı ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. Doktora Tezi.
- (149) Ocak, G., Karakuş, G. (2018). Öğretmen adaylarının dijital okur-yazarlık öz-yeterliliği ölçek geliştirme çalışması, *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 26(5), 1427 – 1436.
- (150) Çokluk, Ö. Şekercioğlu, G., Büyüköztürk, Ş. (2012). Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik: spss ve lisrel uygulamaları, *Pegem Akademi Yayıncılık*, Ankara.
- (151) Karahan, B. (2018). Okumaya yönelik tutum ölçeği: ölçek geliştirme çalışması, *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 26(1), 67 – 73.
- (152) Kline, B. (2005). Principles and practice of structural equation modeling. New York: *Guilford Press*, 154-186.
- (153) Schermelleh, K. Moosbrugger, H., Muller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(8), 23-74.

- (154) Kumcağız, H. Ersanlı, E., Murat, N. (2017). Gebelerin kendilerini algılama ölçeği'nin geliştirilmesi ve psikometrik özellikleri, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 8(1), 23–31.
- (155) Hashimoto, H., Kanda, K. (2019). Development and validation of the total dyspnea scale for cancer patients, *Eur J Oncol Nurs*. 41,120-125.
- (156) Weerasekara, S. Oh, J., Cho, H., Im, M. (2021). Development and validation of a self-efficacy scale for nursing educators' role in sri lanka, *Int J Environ Res Public Health*. 22, 18(15), 7773.
- (157) Dou, H., Zhao, Y., Chen, Y., Zhao, Q., Xiao, B., Wang, Y., Zhang, Y., Chen, Z., Guo, J., Tao, L. (2018). Development and testing of the reliability and validity of the adolescent haze related knowledge awareness assessment scale. *BMC Public Health*. 14,18(1), 734.
- (158) Çalışkan, C. (2020). Afet okuryazarlığı ölçek geliştirme çalışması, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. Doktora Tezi.

EKLER

Ek 1: Çocuklar İçin Fiziksel Aktivite Öz-Yeterlik Ölçek İzni

Merhaba Hocam,
" Hemşire Liderliğinde Uygulanan ‘Okul Sağlığı Hemşireliği Programının’
Etkinliğinin Değerlendirilmesi."
adlı doktora tezi çalışmamda "Çocuklara Yönelik Fiziksel Aktivite
Öz-Yeterlik"ölçeğinizi kullanabilirmiyim acaba, bir de mümkünse bu
ölçeğin orjinalini de bana gönderebilirmisiniz. Teşekkürler.
Kıbrıs'tan selamlar.

★ 2 Şubat 2021 11:07

[Ayşe Meydanlıoğlu](#)
<ayseuslu@akdeniz.edu.tr>
Alıcı: Rasiha Güler <rasihaguler@gmail.com>
[Yanıtla](#) | [Yanıtı tüm alıcılara gönder](#) | [Yönlendir](#) | [Yazdır](#) | [Sil](#) | [Orijinali göster](#)

Rasiha merhaba,
Ölçeği kaynak göstererek kullanabilirsiniz, çalışmanızda başarılar dilerim.

Ayşe Meydanlıoğlu

Kimden: Rasiha Güler [rasihaguler@gmail.com]
Gönderildi: 02 Şubat 2021 Salı 11:56
Kime: Ayşe Meydanlıoğlu

Ek 2: Beslenme Davranış Ölçek İzni

Kimden: HULYA FIRAT <hulyafirat81@gmail.com>

Tarih: 5 Şubat 2021 13:45:46 GMT+2

Kime: meryem.ozturk@deu.edu.tr

Konu: Ynt: Ölçek izni

Hocam çok teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim

iPhone'umdan gönderildi

meryem.ozturk@deu.edu.tr şunları yazdı (5 Şub 2021 13:39):

Sayın Hocam,

Ölçekler ektedir, kolaylıklar dilerim.

Doç. Dr. Meryem Öztürk Haney

5 Şubat 2021 03:42, "HULYA FIRAT" <hulyafirat81@gmail.com> yazdı:

Sayın Hocam

Eş- Tez Danışmanı olduğum Doktora tez öğrencimiz Rasiha Güler'iin tez çalışmasında kullanmak üzere, daha önce geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız "Beslenme Davranış Ölçeği" için izninizi rica ediyoruz.

Teşekkür eder, sağlıklı günler dileriz.

Doç. Dr. Hülya Fırat Kılıç

Doğu Akdeniz Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

Ofis Tel: 0392 630 2142 hulyafirat81@gmail.com

Ek 3: Çocuklarda Sağlık Algı ve Sağlık Davranış Ölçek İzni

ÇOCUKLARDA SAĞLIK ALGI VE SAĞLIK DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ İZNI

merhaba hocam ben kıbrıstan RASİHA GÜLER doktora tezimde kullanmak üzere sizin 2006 yılında geçerlik ve güvenirliğini yaptığınız ÇOCUKLARDA SAĞLIK ALGILARI VE SAĞLIK DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİNİZİ kullanabilirmiyim acaba bir de bana ölçeğin orjinalini gönderirseniz çok memnun olurum teşekkürler.

Sayın Rasiha Güler,

"Çocuklarda Sağlık Algıları ve Sağlık Davranışları Ölçeğini", doktora tez çalışmanızda kullanmanıza izin veriyorum.

Not: 2006 yılındaki yüksek lisans tez çalışmamda "Çocuklarda Sağlık Algıları ve Sağlık Davranışları ölçeği, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” temel alınarak çocuklara uyarlandığı için; ayrıca faktör analizi yapılmamıştır. Ölçeğin maddelerine ve değerlendirmesi için tez çalışmamı ekli dosyada gönderiyorum.

İyi çalışmalar dilerim.
Saygılarımla

Doç.Dr. Kader Mert

Gönderen: Rasiha Güler <rasihaguler@gmail.com>

Gönderildi: 22 Şubat 2021 Pazartesi 08:35

Kime: Kader MERT <kader.mert@bakircay.edu.tr>

Konu: merhaba hocam

Ek 4: Eğitimlerin Zaman Çizelgesi

2021	27/4	03/5	10/5	17/5	24/5	31/5	07/6	14/6	21/6	28/6	5/7	12/7
Beslenme	Yapıldı	Yapıldı	Yapıldı									
Fiziksel Aktivite				Yapıldı	Yapıldı	Yapıldı						
Bireysel Hijyen							Yapıldı	Yapıldı				
Şiddet ve Zorbalık									Yapıldı	Yapıldı		
İlk Yardım											Yapıldı	Yapıldı

Ek 5: Eğitim Planı ve İçeriği

DERSLER	SÜRE	YER	ÖĞRENİM HEDEFLERİ
Beslenme	Toplam 3.ders/Toplam 120 dakika	Sağlık eğitim sınıfı(online)	1.Yeterli-dengeli beslenmenin tanımını bilmeli 2.Beslenme ve sağlık arasındaki ilişkiyi kurması 3.Besin öğelerini tanıması 4.Besin öğelerinin hangi miktar ve sıklıkta tüketmesi gerektiğini bilmesi 5.Yeterli ve dengeli kahvaltı içeriğini bilmesi 6. Yeterli ve dengeli öğle yemeğinin içeriğini bilmesi 7. Yeterli ve dengeli akşam yemeğinin içeriğini bilmesi 8.Beden kitle indeksini hesaplaması ve yorumlaması 9.Sağlıksız beslenmenin sonuçlarını ve zararlı davranışları bilmesi ÖĞRENCİYE KENDİNİ TAKİP AÇISINDAN ÇİZELGELER HAZIRLANACAK. YETERLİ VE DENGELİ BESLENME YÖNÜNDEN 7 GÜN NE YEDİ DEĞERLENDİRİLECEK.

DERSLER	SÜRE	YER	ÖĞRENİM HEDEFLERİ
Fiziksel aktivite	Toplam 3.ders/Toplam 120 dakika	Sağlık eğitim sınıfı (online)	1.Fiziksel aktivitenin ne olduğu ve yararlarını bilmesi, 2.Yaşa uygun ne kadar sıklık ve şiddette fiziksel aktivite yapması gerektiğini bilmesi, 3.Hareketsiz yaşam tarzının insan yaşamındaki olumsuz etkilerini bilmesi 4.Her gün 1-2 saati düzenli olarak egzersiz yapabilmesi ve okulda spor, futbol, bisiklete binme, voleybol, basketbol gibi spor çalışmalarına katılması, 5.Öğrenciye yönelik fiziksel aktivite planının oluşturulması ve motive edilmesi.

DERSLER	SÜRE	YER	ÖĞRENİM HEDEFLERİ
Bireysel Hijyen	Toplam 2.ders/Toplam 80 dakika	Sağlık eğitim sınıfı(online)	1. Bireysel hijyenin içeriğini bilmesi, 2. Kirliliğin insan yaşamında meydana getirdiği zararları tartışabilmesi, 3. Temiz olmanın insanlara sağladığı faydaların tartışabilmesi, 3. Tüm hijyen uygulamalarını öğretilen şekilde yapabilmesi, 4. Bireysel hijyen uygulamalarını çizelge şeklinde kayıt edebilmesi ve motivasyonun artırılması.

DERSLER	SÜRE	YER	ÖĞRENİM HEDEFLERİ
İlk Yardım	Toplam 2.ders/Toplam 80 dakika	Sağlık eğitim sınıfı (online)	-İlk yardımın ne olduğunu bilmesi -İlk yardımın önemini kavraması -İlk yardımın neleri içerdiğini kavraması -Acil durumlarda yapılabilecek ilk yardım uygulamalarını bilmesi

DERSLER	SÜRE	YER	ÖĞRENİM HEDEFLERİ
Şiddet ve zorbalık	Toplam 2.ders/Toplam 80 dakika	Sağlık eğitim sınıfı (online)	-Şiddetin ne olduğu, çeşitlerinin ne olduğunu bilmesi -Şiddeti önlemeye yönelik uygulanacak sınıf programlarını bilmesi. -Zorbalığın ne olduğu, çeşitlerinin ne olduğunu bilmesi -Zorbalığı önlemeye yönelik uygulanacak sınıf programlarını bilmesi. -Öfke kontrolünü sağlayabilmesi -Zorba ya da kurban olma durumu fark edildiğinde nelerin yapılabileceğini bilmesi -Sınıf kurallarının belirlenmesi aktivitesine katılması

Ek 6: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı: Hemşire Liderliğinde uygulanan “Okul Çağı Çocuklarında Sağlığı Geliştirme Programının” Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Bu form ile ‘Hemşire Liderliğinde uygulanan “Okul Çağı Çocuklarında Sağlığı Geliştirme Programının” Etkinliğinin Değerlendirilmesi isimli çocuklarınız ile yapılacak çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çocuğunuzun araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Çocuğunuzla ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, çocuklarınızın sonuçlarıyla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, çocuğunuzun kimliği hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çocuğunuzun katılıp katılmayacağına karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, elde edilen bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız.

Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer çocuğunuzun bu araştırmaya katılmasını onaylarsanız, sizden kabul ediyorum seçeneğini işaretlemeniz istenecektir. Şu anda bu formda kabul ediyorum seçeneğini işaretleseniz bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çocuğunuzun çalışmaya devam etmesinin yararlı olmayacağına karar verebilir ve çocuğunuzun çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük

altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma RASİHA GÜLER'in sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Bu araştırma 'Hemşire Liderliğinde uygulanan “Okul Çağı Çocuklarında Sağlığı Geliştirme Programının” Etkinliğinin Değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır. Bu araştırmanın sonucunda okul sağlığı hemşiresinin verdiği eğitimlerin çocukların sağlık algı ve davranışları ile beslenme ve fiziksel aktivite konularındaki bilgi düzeylerini artırmak ve her okulda bir okul sağlığı hemşiresi olması gerekliliğini ortaya koymaktır ve geliştirilecek sağlık okuryazarlığı ölçeğiyle bilime önemli bir katkıda bulunulacaktır.

Araştırmanın Yöntemi:

Araştırmada veri toplama aracı olarak; Tanıtıcı Anket Formu, Beslenme ve Fiziksel Aktivite Ölçekleri ile Çocuklarda Sağlık Algı ve Sağlık Davranışları Ölçeği kullanılacaktır.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler:

Gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : RASİHA GÜLER

Görevi : UZMAN HEMŞİRE TEL NO:05488429441

Ek 7: Çocuklara Ait Tanıtıcı Soru Formu

1. Yaşınız:.....

2.Okulunuz:.....

3. Sınıfınız:

4. Cinsiyetiniz: 1) Kız 2) Erkek

5. Doğum Yeriniz ve tarihi:

6. Boyunuz:

7. Kilonuz:

8. En uzun yaşadığınız yer neresidir? 1) Köy 2) Kasaba 3) İlçe 4) Şehir 5) Büyük şehir

9. Siz dahil evde kaç kardeşsiniz:.....

10. Kaçınıcı çocuksunuz:.....

11. Kendinize ait odanız var mı? 1) Yok 2) Var

12. Sürekli tedavi gördüğünüz herhangi bir rahatsızlığınız var mı? 1) Yok 2)Var
(Belirtiniz).....

13. Bedensel bir engeliniz var mı? 1) Yok 2)Var (Belirtiniz).....

14.Sürekli kullandığınız ilaç var mı? 1) Yok 2)Var
(Belirtiniz).....

15. Anne-babanızın hayatta olma durumunu belirtiniz.

1) Her ikisi de öldü 2) Anne öldü 3) Her ikisi de sağ ve ayrı 4) Baba öldü 5) Her ikisi
de sağ ve beraber

16. Annenizin eğitim durumu nedir?	17. Babanızın eğitim durumu nedir?
1) İlkokul mezunu	1) İlkokul mezunu
2) Ortaokul mezunu	2) Ortaokul mezunu
3) Lise mezunu	3) Lise mezunu
4) Üniversite ve üzeri	4) Üniversite ve üzeri

18. Annenizin çalışma durumunu belirtiniz.

1) Çalışmıyor 2) Çalışıyor (İşini belirtiniz):.....

19. Babanızın çalışma durumunu belirtiniz.

1) Çalışmıyor 2) Çalışıyor (İşini belirtiniz):.....

20. Sağlığımı etkileyebilecek davranışlarımı kontrol edebilirim.

Evet() Hayır() Kısmen()

21. Kendi sağlık ve hastalık sorumluluğumu alabilirim.

Evet() Hayır() Kısmen()

22. Aşağıda verilen teknolojik aletlerden hangisini veya hangilerini kullanıyorsunuz, İşaretleyiniz.

Bilgisayar() Cep telefonu() Tablet()

Ek 8: Beslenme Davranış Ölçeği

Açıklama: İki yiyecekten en sık yediğinizi seçip daire içine alınız. Sadece bir yiyeceği işaretleyiniz.



1. ☐ kurabiye



☐ elma

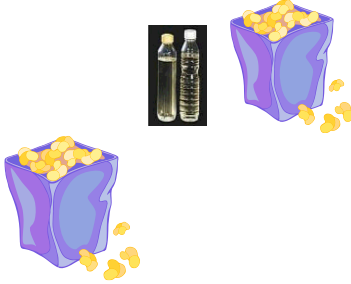


2. ☐ sosisli sandviç



tavuk

☐



3. ☐ yağlı patlamış mısır

☐ yağsız

patlamış mısır



4. ☐ peynirli sandviç



☐ yağda kızarmış



yumurtalı ekmek



5. ☐ çikolatalı pasta

portakal

☐



6. ☐ dondurma
buzlu dondurma



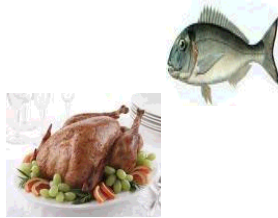
☐ meyveli



7. ☐ şekerli (tatlı) çörek
tam buğdaylı ekmek



☐ kepekli ya da



8. ☐ hindi, balık
sosis



☐ salam, sucuk,



9. ☐ yağlı süt
yağsız süt



☐ az yağlı ya da



10. ☐ tuzsuz



☐ tuzlu



11. ☐ dondurma
normal yoğurt

☐ dondurulmuş ya da



12. ☐ kepekli ya da tam buğdaylı ekmek
ekmek

☐ yağda kızarmış yumurtalı



13. ☐ sıvı (bitkisel) yağ
(tereyağ, margarin)

☐ katı yağ



14. ☐ mayonez ve ketçaplı hamburger
hamburger

☐ mayonezsiz ve ketçapsız

Ek 9: Fiziksel Aktivite Öz-Yeterlilik Ölçeği

Sevgili çocuklar, aşağıda sizin fiziksel aktivite yapmakla ilgili kendinize olan inancınızı belirlemeye yarayan sorular bulunmaktadır. Her bir soruyu okuduktan sonra yan taraftaki “Emin değilim”, “Biraz eminim” veya “Çok eminim” seçeneklerden sizin için en uygun olanını işaretleyiniz. Düşüncenize en uygun sadece **bir seçeneği** işaretleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederim.

		Emin değilim	Biraz eminim	Çok eminim
1.	Ders aralarında okul bahçesinde ve spor sahasında koşabileceğinden ne kadar eminsin?			
2.	Haftada 3-5 kez fiziksel aktivite (koşma, bisiklete binme, hareketli oyunlar gibi) yapabileceğinden ne kadar eminsin?			
3.	Beden eğitimi dersinde çoğunlukla egzersiz yapabileceğinden ve hareketli olabileceğinden ne kadar eminsin?			
4.	Haftada 3-5 kez koşarak ya da bisiklete binerek fiziksel gücünü geliştirebileceğinden ne kadar eminsin?			
5.	Fiziksel aktivite/egzersiz yaptığın zamanlarda hiç durmadan 15-20 dakika boyunca aktif olabileceğinden ne kadar eminsin?			

Ek 10: Çocuklarda Sağlık Algı ve Sağlık Davranışları Ölçeği

Sınıfı/ Şubesi:

Yaş:

Cinsiyeti:

() Kız () Erkek

Eğitim durumu (Anne): () İlkokul () Orta okul () Lise () Üniversite

() Diğer.....

Eğitim durumu (Baba): () İlkokul () Orta okul () Lise () Üniversite ()

Diğer.....

BU DAVRANIŞLARI NE SIKLIKTA YAPARSINIZ?

Sevgili öğrenciler, Aşağıdaki davranışları günlük yaşantınızda GERÇEKTE ne sıklıkta yaptığınızı lütfen işaretleyiniz. Lütfen sadece bir seçeneği işaretleyiniz. Eğer yanlış işaretlediğiniz bir seçenek olursa üzerine mutlaka “iptal” yazarak belirtiniz.

Araştırma sonuçları toplu olarak değerlendirileceği için isminizi yazmanız

gerekmemektedir. Teşekkür ederim.

Sevgilerimle

RASİHA GÜLER

1. Sağlıklı olmak benim için önemlidir.

Hiçbir zaman	Bazen	Her zaman
()	()	()

2. Sağlığımın için nelerin zararlı olduğunu bilirim.

Hiçbir zaman	Bazen	Her zaman
()	()	()

3. Vücudumda meydana gelen değişiklikleri hemen fark ederim.

Hiçbir zaman	Bazen	Her zaman
()	()	()

4. Sağlığım ile ilgili merak ettiklerimi mutlaka öğrenirim.

Hiçbir zaman	Bazen	Her zaman
()	()	()

5. Gazete, dergi ve kitaplardan sağlığım ile ilgili konuları okurum.

Hiçbir zaman	Bazen	Her zaman
()	()	()

6. Günde en az 6-8 su bardağı su içerim.

Hiçbir zaman	Bazen	Her zaman
()	()	()

7. Her gün (şeker, topitop, çikolata, jelibom gibi) şekerlemeler yerim.

Hiçbir zaman	Bazen	Her zaman
()	()	()

8. Her gün sebze yemeği ya da yemeklerde salata yerim.

Hiçbir zaman	Bazen	Her zaman
--------------	-------	-----------

- () () ()
9. Her gün meyve yerim ya da taze sıkılmış meyve suyu içerim.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
10. Her gün süt içerim, peynir ya da yoğurt yerim.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
11. Her gün tahıl grubu (nohut, mercimek, pirinç gibi) ya da ekmek yerim.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
12. Her gün cips, bisküvi ya da gofret alırım.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
13. Haftada 3-4 kez lokanta, kafeterya ya da kantinden yemek yerim.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
14. Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
15. Paketlenmiş yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketlerini okurum.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
16. Sokak satıcılarından yiyecek alırım.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
17. Her gün kola ve gazoz gibi asitli içecekler içerim.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
18. Evde pişirilen her yemeği yerim, yemek seçmem.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
19. Her gün 1-2 saat sokakta arkadaşlarımla top oynarım ya da ip atlarım.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
20. Her gün ,futbol , bisiklete binme, voleybol, basketbol gibi spor / egzersiz çalışmalarına katılırım.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
21. Genellikle dışarıda oynamak yerine TV izlerim ya da bilgisayar oyunları oynarım.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
22. Olumlu bir şekilde büyüdüğümü ve değiştiğimi hissediyorum.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
23. Kendimi mutlu ve memnun hissediyorum.

- Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
24. Güçlü ve zayıf yönlerimi biliyorum.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
25. Geleceğe umutla bakıyorum.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
26. Her günü ilginç ve mücadeleye değer buluyorum.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
27. Hayatımın bir amacı olduğuna inanıyorum.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
28. Başarılı insanları kendime örnek alıyorum.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
29. Sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle paylaşıyorum.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
30. Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim/ kutlarım.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
31. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
32. Sevdiğim insanlara dokunmaktan (elini tutmak, sarılmak gibi) ve onların bana dokunmalarından hoşlanırım.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
33. İnsanlarla ilişkilerim iyidir.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
34. Her gün 9-11 saat uyurum.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
35. Her gün aynı saatlerde yatmaya özen gösteririm.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
36. Yatma zamanında hoş, güzel şeyler düşünürüm.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
37. Her gün rahatlamak için kendime zaman ayırıyorum.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()
38. Her gün beni rahatlatacak bir şeyler (müzik dinlemek, gezmek gibi) yaparım.
Hiçbir zaman Bazen Her zaman
() () ()

- () () ()
39. Yaşamındaki sorunların neden meydana geldiği üzerinde düşünerek çözüm üretirim.
- Hiçbir zaman Bazen Her zaman
- () () ()
40. Arkadaşlarımla aramda bir sorun çıkarsa bu sorunu onunla konuşarak çözmeye çalışırım.
- Hiçbir zaman Bazen Her zaman
- () () ()
41. Karşıdan karşıya geçerken üst geçitlerden ya da yaya geçitlerinden geçerim.
- Hiçbir zaman Bazen Her zaman
- () () ()
42. Arabaya binince ön koltukta otursam emniyet kemeri takarım.
- Hiçbir zaman Bazen Her zaman
- () () ()
43. Karşıdan karşıya geçerken mutlaka yolun her iki yönünü de kontrol ederim.
- Hiçbir zaman Bazen Her zaman
- () () ()
44. Çevremde kazaya neden olabilecek tehlikeli durumlara karşı önlem alırım.
- Hiçbir zaman Bazen Her zaman
- () () ()
45. Haftada 1-2 kez banyo yaparım.
- Hiçbir zaman Bazen Her zaman
- () () ()
46. Tuvalete girmeden önce ellerimi yıkarım.
- Hiçbir zaman Bazen Her zaman
- () () ()
47. Yemek yemeden önce ellerimi yıkarım.
- Hiçbir zaman Bazen Her zaman
- () () ()
48. Her gün dişlerimi en az 2 kez fırçalarım.
- Hiçbir zaman Bazen Her zaman
- () () ()
49. Yemekten sonra ellerimi yıkarım.
- Hiçbir zaman Bazen Her zaman
- () () ()
50. Tuvaletten sonra ellerimi yıkarım.
- Hiçbir zaman Bazen Her zaman
- () () ()
51. Tuvalette temizlenmek için ıslak tuvalet kağıdı kullanırım ve kurulanırım.
- Hiçbir zaman Bazen Her zaman
- () () ()

Ek 11: Ölçek İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Doğu Akdeniz Üniversitesi

Araştırmanın Adı: Hemşire Liderliğinde Uygulanan “Okul Çağı Çocuklarında Sağlık Geliştirme Programının” Etkinliğinin Değerlendirilmesi adlı tez çalışmasının ikinci aşaması olan “9-11 Yaş grubu Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Geliştirilmesi”dir.

Bu form ile “9-11 Yaş grubu Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Geliştirilmesi” isimli çocuklarınız ile yapılacak çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çocuğunuzun araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Çocuğunuzla ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, çocuklarınızın sonuçlarıyla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, çocuğunuzun kimliği hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir. Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çocuğunuzun katılıp katılmayacağına karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, elde edilen bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer çocuğunuzun bu araştırmaya katılmasını onaylarsanız, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çocuğunuzun çalışmaya devam etmesinin yararlı olmayacağına karar verebilir ve çocuğunuzun çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma **RASIHA GÜLER’in** sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Bu araştırma ile geliştirilecek olan çocuklarda sağlık okuryazarlığı ölçeğiyle çocuklarınızın sağlıklarının gelişimine ve bilime önemli bir katkıda bulunulacaktır.

Araştırmanın Yöntemi:

Araştırmada veri toplama aracı olarak 12 maddelik Tanıtıcı Anket Formu ve 15 maddelik 9-11 Yaş Grubu Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılacaktır.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :

Gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Rasiha Güler Görevi : Sorumlu Hemşire Telefon : 05488429441

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

(Aşağıdaki paragraf değiştirilmemelidir, yalnızca boşluklar başvurusu yapılan araştırmaya göre tamamlanmalıdır)

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağım şekilde cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Çocuğumun araştırmaya katılımı konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer çocuğumun araştırmaya katılmasını reddedersem,

bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çocuğumu çekebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından çocuğum araştırma dışı da tutulabilir. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana ve çocuğuma da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen çocuğumla ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda Rasiha Güler ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya çocuğumun katılmasına kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde izin veriyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir(imzalayınca fotoğrafını çekebilirsiniz).

Gönüllü/Katılımcı(çocuğun anne veya babası)

Araştırmacı

Görüşme Tanığı:

Adı, soyadı:.....

Adı soyadı, unvanı: Rasiha Güler

Öğretmen veya araştırmacı:

Adres:

Uzman Hemşire

Adı,soyadı:.....

Tel:

Adres: Girne Dr.Akçiçek

Hastanesi İmza:.....

İmza:.....

İmza:.....

Ek 12: Ölçek Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz: 1) Kız 2) Erkek
3. Kardeş sayısı(sizinle beraber).....
4. Annenizin eğitim durumu nedir?
 - 1) İlkokul mezunu
 - 2) Ortaokul mezunu
 - 3) Lise mezunu
 - 4) Üniversite ve üzeri
5. Babanızın eğitim durumu nedir?
 - 1) İlkokul mezunu
 - 2) Ortaokul mezunu
 - 3) Lise mezunu
 - 4) Üniversite ve üzeri
6. Annenizin çalışma durumunu belirtiniz.
 - 1) Çalışmıyor 2) Çalışıyor (İşini belirtiniz):.....
7. Babanızın çalışma durumunu belirtiniz.
 - 1) Çalışmıyor 2) Çalışıyor (İşini belirtiniz):.....
8. Anne-babanızın hayatta olma durumunu belirtiniz.
 - 1) Her ikisi de öldü 2) Anne öldü 3) Her ikisi de sağ ve ayrı 4) Baba öldü 5) Her ikisi de sağ ve beraber
9. Sürekli tedavi gördüğünüz herhangi bir rahatsızlığınız var mı?
 - 1) Yok 2) Var (Belirtiniz).....
10. Ailenizde tedavi gören herhangi bir rahatsızlığı olan var mı?
 - 1) Yok 2) Var (Belirtiniz).....
11. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?
 - 1) Yok 2) Var (Belirtiniz).....
12. Aşağıda verilen teknolojik aletlerden hangisini veya hangilerini kullanıyorsunuz, İşaretleyiniz.
Bilgisayar() Cep telefonu() Tablet()

Ek 13: 9-11 Yaş Grubu Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Açıklama: Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeye belirtilen konu için “**Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum**” seçeneklerinden sizin için uygun olanı (X) ile işaretleyiniz.

		Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
<u>1</u>	Sağlık bilgimin yeterli olduğuna inanıyorum.			
<u>2</u>	Sağlık bilgim eksik ya da yanlışsa, araştırıp, doğrusunu bulabilirim.			
<u>3</u>	TV, internet veya gazetedeki sağlık bilgilerinin “doğru” ya da “yanlış” olduğunu anlayabilirim.			
<u>4</u>	Doktor ve hemşirelerin önerilerini uygulayabilirim.			
<u>5</u>	Sağlığım için kendi sorumluluklarımı yerine getirebilirim.			
<u>6</u>	Sağlıklı olmak için beslenme düzenime dikkat ederim.			
<u>7</u>	Sağlıklı olmak için spor/egzersiz yaparım.			
<u>8</u>	Sağlıklı olmak için uyku düzenime dikkat ederim.			
<u>9</u>	Ailem ve arkadaşlarımla verimli/güzel vakit geçiririm.			
<u>10</u>	Çevremi/yaşadığım ortamı sağlıklı hale getirebilirim.			
<u>11</u>	Sağlık konusunda öğrendiğim bilgileri ailemle paylaşıyorum.			
<u>12</u>	Arkadaşıma nasıl sağlıklı kalabileceklerini söyleyebilirim.			
<u>13</u>	Sağlığımı olumsuz etkileyebilecek davranışları bilirim.			
<u>14</u>	Sağlığım için riskli/yanlış olan davranışlardan kaçınırım.			
<u>15</u>	Arkadaşıma, kendi sağlığı için riskli/yanlış davranışta bulunursa uyarabilirim.			

Ek 14: Eğitim Bakanlığı İzin Formu



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
MİLLÎ EĞİTİM VE KÜLTÜR BAKANLIĞI
İLKÖĞRETİM DAİRESİ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : İÖD.0.00-006-21/E.1425

27 Nisan 2021

Konu : Rasiha Güler'in Anket Çalışması Hk.

Sayın Rasiha Güler,

İlgi : 21 Nisan 2021 tarihli başvurunuz.

Müdürlüğümüze bağlı okullarda öğrenim gören öğrencilere yönelik uygulamak istediğiniz *"Hemşire Liderliğinde Uygulanan Okul Sağlığı Hemşireliği Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi"* konulu çalışmanız, Talim ve Terbiye Dairesi Müdürlüğü tarafından incelenmiş gizlilik ve gönüllülük ilkelerine riayet edilerek uygulanması uygun görülmüştür.

Çalışma uygulamadan önce okul müdürlükleri ile temas kurulması ve tamamlandıktan sonra da sonuçların Talim ve Terbiye Dairesi Müdürlüğü'ne iletilmesinin yasa gereği olduğunu bildirir, gereğini saygı ile rica ederim.

 e-imzalıdır
Hakkı BAŞARI
Müdür

Not: 93/2007 sayılı Elektronik İmza Yasası'nın 6.maddesi gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Şht. Mehmet Hasan Tuna Sokak. No.5 Yenişehir 99010 LEFKOŞA
Tel: 2286893
Faks: 2287158

Bilgi için: Yasemin ŞENOL
Eğitim Öğretim Uzmanı
(Görevlendirme)

Ek 15: Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Uygunluk İzni

 Doğu Akdeniz Üniversitesi "Erdem, Bilgi, Gelişim"	Eastern Mediterranean University "Virtue, Knowledge, Advancement"	99628, Gazimağusa, KUZZEY KIBRIS / Famagusta, North Cyprus, via Merşin-10 TURKEY Tel: (+90) 392 630 1995 Faks/Fax: (+90) 392 630 2919 E-mail: bayek@emu.edu.tr
Etik Kurulu / Ethics Committee		

Sayı: ETK00-2021-0125

20.04.2021

Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.

Sayın : Rasiha Güler (18600176)

Sağlık Bilimleri Fakültesi.

Prof. Dr. Gülümser Kublay'ın danışmanlığında sürdürdüğünüz "Hemşire Liderliğinde Uygulanan Okul Sağlığı Hemşireliği Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesi" konulu PhD Tez çalışmanızla ilgili etik onay başvurunuz Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Alt Kurulu'nun 13.04.2021 tarih ve 2021/02 sayılı toplantısında uygun bulunmuş olup Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu (BAYEK) tarafından onaylanmıştır.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.



Prof. Dr. Yücel Vural

Etik Kurulu Başkanı

YV/şk.

Ek 16: Tez Çalışmasıyla İlgili Alınan Belgeler



