

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBEVEYN SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİNİN TÜRKİYE'DEKİ
GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

124153

DİLEK SUNMAZ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ A.B.D.
YÜKSEK LİSANS TEZİ

124153

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ
DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
DOÇ. DR. GÜNSEL BAŞER

İZMİR

2003

“Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği’nin Türkiye’deki Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması” isimli bu tez 10.09.2003 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.



Jüri Başkanı

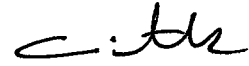
Doç. Dr. Günsel BAŞER

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**



Jüri Üyesi

Doç. Dr. Besti ÜSTÜN



Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Candan ÖZTÜRK

TEŐEKKÜR

Araştırmanın her aşamasında ilgi, rehberlik ve desteğini aldığım danışman hocam sayın Doç. Dr. Günsel BAŞER'e, araştırma süresince bana değerli katkı, öneri ve desteği olan sayın Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN'a, ölçek ile ilgili uzman görüşü veren çok değerli hocalarım ve çocuk psikoloğuna, istatistik analizler aşamasında bana zamanını ayıran ve bilgilerini paylaşan sayın Öğr. Gör. Aylin ALIN'a, öğrenimim süresince her zaman maddi ve manevi destek veren biricik aileme, araştırmam süresince destek olan bütün arkadaşlarıma, araştırma yapabilmem için gerekli izinleri veren Aydın İli Sağlık Müdürlüğüne, araştırmaya katılan annelere ulaşmamda bana yardımcı olan 2, 6 ve 7 no'lu sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirelere ve araştırmaya katılmayı kabul eden annelere sonsuz teőekkürlerimi sunuyorum.



İÇİNDEKİLER

TABLO DİZİNİ.....	iii
ŞEKİL DİZİNİ.....	iii
ÖZET.....	iv
İNGİLİZCE ÖZET.....	v

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık ve Hastalık	4
2.2. Sağlık İnanç Modeli, Hemşirelik İçin Önemi ve Kullanımı.....	6
2.3. Sağlıkın Geliştirilmesi ve Hemşirelik Yaklaşımları.....	14

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi.....	17
3.2. Araştırmanın Yeri.....	17
3.3. Araştırmanın Planı.....	18
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.5. Veri Toplama Araçları.....	21
3.5.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Veri Toplama Formu.....	21
3.5.2. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği (Parent Health Belief Scale).....	21
3.5.2.1. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirliği.....	22
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	23

BÖLÜM IV BULGULAR

4.1. Güvenirlik Analizleri.....	25
4.1.1. Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi.....	25
4.1.2. Uygulama Verilerinin Değerlendirilmesi.....	26
4.2. Geçerlilik Analizleri.....	28
4.2.1. Faktör Analizi.....	28

BÖLÜM V TARTIŞMA

5.1. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi.....	30
5.2. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin Geçerliğinin Değerlendirilmesi.....	32

BÖLÜM VI SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar.....	34
6.2. Öneriler.....	35
KAYNAKLAR.....	36

EKLER

- Ek 1- Sosyo Demografik Veri Toplama Formu
- Ek 2- Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin Türkçe'ye Çevrilmiş Son Hali
- Ek 3- Parent Health Belief Scale
- Ek 4- İngilizce'ye Geri Çevirisi Yapılmış Olan Parent Health Belief Scale
- Ek 5- Görüşlerine Baş Vurulan Uzmanlar

TABLO DİZİNİ

- Tablo 1:** Çocukların ve Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı
- Tablo 2:** Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği Altölçeklerinin İç Tutarlık Cronbach Alfa Katsayısı
- Tablo 3:** Kendal Testi Sonucuna Göre Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi
- Tablo 4:** Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği Maddelerinin Madde-Toplam Puan Korelasyonları
- Tablo 5:** Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği İle Alt Ölçeklerinin Madde Sayıları, Alınabilecek Puanlar ve Alfa Değerleri
- Tablo 6:** Birinci ve İkinci Uygulama (test-tekrartest) Ölçek Toplam Puanları ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi
- Tablo 7:** Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin Faktör Modelinin Değerlendirilmesi
- Tablo 8:** Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği Uygulanan Temel Bileşenler Analizi ve Varimax Rotasyonu Sonrasında Ortaya Çıkan Faktörlerin Örüntüleri

ŞEKİL DİZİNİ

- Şekil 1:** Sağlık İnanç Modeli

ÖZET

EBEVEYN SAĞLIK İNANÇ ÖLÇEĞİNİN TÜRKİYE'DEKİ GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Dilek Sunmaz

Bu araştırma çocukların sağlık bakımı almalarında önemli bir etken olan annelerin inançlarını belirlemek üzere geliştirilen “Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği”nin (Parent Health Belief Scale) Türkiye için geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek için yapılmıştır.

Araştırmaya Aydın ilinde alt, orta ve üst olmak üzere üç farklı sosyoekonomik düzeyi temsil eden sağlık ocağı bölgelerinde yaşayan, 0-5 yaş arasındaki çocuklarının bakımları ile öncelikle kendileri ilgilenen, çocuklarında ya da kendilerinde mental retardasyon, kronik bir hastalık ya da sakatlık bulunmayan ve ruh sağlıkları yerinde olan toplam 213 anne katılmıştır.

Amen tarafından 1998 yılında geliştirilen ölçeğin aslında 20 madde bulunmakta, ölçeğin alt ölçek iç tutarlık güvenilirlik kat sayıları 0.49 ile 0.65 arasında değişmektedir. Ölçek dil geçerliliği için Türkçe'ye çevrildikten sonra ön uygulama için örneklem grubuyla benzer özellikleri taşıyan başka annelere uygulanmıştır. Ön uygulamadan sonra ölçek örneklem grubuna test-tekrar test için 15-20 gün arayla iki kez uygulanmıştır.

Ölçeğin tutarlık ve güvenilirliğini değerlendirmek için yapılan madde toplam istatistikleri analizinde negatif ve çok zayıf korelasyonda maddelerin bulunması nedeni ile 3 madde ölçekten çıkarılmış ve ölçek 17 maddeli olmuştur. Türkçeleştirilen ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek için yapılan analiz sonucunda iç tutarlık güvenilirlik katsayısı oldukça güvenilir ($\alpha=0.79$), alt grupların iç tutarlık güvenilirlik katsayıları 0.72 ile 0.63 arasında değişen değerlerde bulunmuştur. Toplam ölçeğin test tekrar test güvenilirlik kat sayısı ise zayıf düzeyde bulunmuştur ($r=0.30$).

Türkçeleştirilen ölçeğin geçerliliğini incelemek için yapılan faktör yapısının değerlendirilmesinde, formun gerçek ölçekle benzeyen üç faktörlü bir yapıya sahip olduğu ve benzer maddelerin aynı faktörler altında toplandığı bulunmuştur.

Sonuç olarak, bu formun farklı gruplara uygulanması, yapılacak çalışmalarda ölçeğin tekrar gözden geçirilerek toplam ölçek ile alt ölçeklerin test-tekrar test güvenilirliğine bakılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: sağlık inançları, ebeveyn, çocuk, geçerlilik, güvenilirlik

ABSTRACT

THE VALIDITY AND RELIABILITY ANALYSIS OF "PARENT HEALTH BELIEF SCALE " IN TURKEY

Dilek Sunmaz

The purpose of this study was to assess Turkish equivalent of the reliability and validity of the "Parent Health Belief Scale" that was developed to determine the present health beliefs of mothers playing an important role in child health care decisions.

The study was performed on 213 mothers living in various regions of Aydin city each was represented as low, middle and high socioeconomic and cultural status according to settlement of their primary health care centers. Participant mothers were the ones taking the main responsibility of the primary care of their 0-5 years old children. Any mother or a child having mental retardation, chronic disease, physical disability or psychological illness were excluded from the study.

Developed by Amen in 1998, the scale contains 20 items and has the subscale internal reliability coefficient value ranging between 0.49 to 0.65. Following the translation to Turkish equivalent, the scale was pre-applied to mothers representing the sample group. Sample group was examined by the same scale twice, for the purpose of test/re-test analysis, approximately in 15-20 days following the previous one.

Negative and poor correlations between items confirmed by Item Total Statistics led to cancellation of 3 items so the scale was rearranged composing of 17 items. Internal reliability coefficient of the translated total scale was found highly reliable ($\alpha=0.79$), that of subscales were changing between the values of 0.63-0.72 Test/re-test reliability coefficient of total scale was shown to be poor.

The validity analysis of the translated scale by structural factor evaluation evolved that translated version had also three-factor structure resembling the original one and similar items were associated by the same factors.

As a result, further investigations with different study groups and further analysis of test/re-test reliability of total scale and sub scales were suggested.

Key Words: health beliefs, parents, children, validity, reliability

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bir ülkenin sağlık durumunu gösteren ölçüt bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm hızıdır (1, 2, 3, 4). Bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm oranları, genel anlamda çocuk sağlığı ve sağlık hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirmesi yanında toplumun sağlık, sosyal ve eğitim düzeyini yansıtan bir göstergedir (2, 3, 4). Gelişmiş ülkelerde bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm hızı oldukça düşük, gelişmekte olan ülkelerde bu oranlar çok daha yüksektir (1, 2, 3, 4). Birleşmiş Milletler Geliştirme Programı'na göre Türkiye'de 2002 yılı bebek ölüm hızı binde 38, beş yaş altı çocuk ölüm hızı binde 45'düzeyindedir (5).

Gelişmiş ülkelerde ölüm nedenleri genellikle önlenemeyen hastalıklardır, oysa gelişmekte olan ülkelerde ölümler çoğunlukla önlenebilen hastalıklar ve kazalar nedeni ile meydana gelmektedir (1, 2, 3, 4). Türkiye'deki bebek ve çocuk ölümlerinin en önemli nedenleri; enfeksiyon hastalıkları, ishal, beslenme bozuklukları ile perinatal nedenlerdir (1, 2, 3). Türkiye'deki bebek ölümlerinin de, hemen hepsinin önlenebilir nedenler olduğu açık olarak görülmektedir. Aşılama, anne sütünün özendirilmesi, yeterli ve dengeli beslenme, ishalden korunma, büyüme ve gelişmenin izlenmesi ile bu hastalıklardan büyük ölçüde korunularak, bebek ve çocuk ölümleri azaltılabilir (2, 6).

Bir toplumun geleceği çocuklardır. Çocukların fiziksel, duygusal ve psikolojik olarak sağlıklı büyümeleri gereklidir. Ancak, çocuklar genellikle kendi bakımlarını kendileri sağlayamazlar, onlara bakmaktan sorumlu bireylerin davranış ve tutumları çocukların sağlık ve hastalık durumları üzerinde belirleyici olmaktadır. Özellikle çocukların bakımı ve büyütülmesinden sorumlu bireylerin, sağlık ve hastalık kavramları ile ilgili düşünceleri önemlidir (7, 8, 9, 10).

İnsanlar, vücut fonksiyonları konusunda geçmiş hastalık deneyimleri ve aldıkları eğitim ile sağlıklarıyla ilgili, çeşitli bilgi ve inançlara sahiptir. Bireyin sağlık ve hastalık konusundaki düşüncelerini, bu değişkenler etkilemektedir (11).

Çocuk ve bebek ölümlerinde, biyolojik faktörler ve sağlık hizmetleri ölümleri doğrudan, sosyoekonomik ve fiziksel koşullar ise dolaylı olarak etkilemektedir. Örneğin; kundaga

sarma, toprağa yatırma gibi geleneksel uygulama yapılan bebeklerde, bu tür işlem yapılmayan bebeklere göre ölüm oranları daha fazladır (3).

Aileye bağımlı durumdaki 0-6 yaş grubu çocuklar özellikle hastalık durumlarında; yaşlarının da etkisi ile kendi bakımlarını kendileri yapamazlar, yetişkinlerin özellikle de ebeveynlerin yardımına gereksinim duyarlar. Çocuk ile ilgili her türlü bakım ve tedavi konusundaki bilgi doğrudan veya dolaylı olarak aile üyelerine verilir. Bu nedenle bir sağlık kurumu sınırları içinde olsun ya da olmasın, hasta veya sağlıklı çocuklara verilecek hemşirelik bakımının etkili olabilmesi için odaklanılması gereken sadece çocuk değil, çocukla birlikte ailedir (8, 10).

Yetişkinlik döneminde yaşamı olumsuz olarak etkileyebilecek birçok hastalık ve sakatlıklar, hatta azımsanmayacak sayıda çocuğun ölümü, çocukluk döneminde yapılacak basit girişimler, uygulamalar, tedavi ve rehabilitasyonlar ile önlenebilir. Bunun için temel koşul, özellikle Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin (BBSH) yeterince kullanılmasıdır. BBSH kullanılması, çocukların fiziksel ve duygusal acı çekmesine neden olabilecek çeşitli etmenler ile karşılaşmalarını büyük ölçüde engeller (7, 9).

Çocukluk çağlarında anne ve babaya olan bağımlılık nedeni ile çocukların, özellikle BBSH'nden yararlanmasına anneler aracılık ederler. Annelerin çocukları için sağlık hizmetlerinden yararlanmasını etkileyen en önemli etmenlerden birisi de, onların inançlarıdır. Bu nedenle annelerin inançlarının, BBSH'nden yararlanmayı sağlayacak doğrultuda olması gereklidir (7, 9). Swanson, 18 aylık bir erkek çocuğun, hiç aşılanmamış olduğunu görerek, ailede bu davranışın nedenlerini incelemiş ve ailenin inançları nedeniyle çocuklarının aşılanmasını engellediklerini bulmuştur. Swanson ailenin inançlarını değiştirmek için bir strateji belirlemiş ve bu yönde çalışmalar yapmıştır. Sonunda aile çocuklarının ilk aşısını yaptırmak için bir kliniğe başvurmuştur. Bireylerin inançlarının pozitif yönde değiştirilmesi için; sağlık programlarına katılımı arttırmak ve bireylerin sağlık profesyonelleri ile iş birliği yapmaları desteklenerek, programların başarılı olmasını sağlamak gerekmektedir (12). Sık ve zamanında bakım alınan çocuklarının daha sağlıklı olmasına katkıda bulunduğu inanan annelerin, çocukları için sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda daha istekli ve bilinçli olacağı da açıktır (9).

Hastalıktan korunma ve hastalığın tedavisi, ancak hastalığın nedenleri ve bu nedenlerin nasıl algılandığının belirlenmesi ile gerçekleşebilir. Geleneksel hastalık nedenleri sağlık bilimlerinde belirlenen nedenlerden çok farklı olabilir (13). İnanılan hastalık nedenine göre

birey yardım alma kararı aldığında; aile üyelerine, arkadaşlarına, geleneksel tedavi yöntemlerine ya da sağlık profesyonellerine başvurabilir (14, 15). Ebeveynler de çocukları için yardım istemek amacıyla, inançları doğrultusunda profesyonel olan ya da olmayan bireylere ve yöntemlere yönelebilirler. Geleneksel inanç sistemine sahip olan ebeveynler öncelikle çevresinde bulunan geleneksel tedavi yöntemlerini kullanan bireylere veya bilimsel olarak kabul edilmeyen yöntemlere başvurabilirler. Böylesi durumda çeşitli problemler, hastalık ve sakatlıkların erken tanılarının konması, izlenmesi, tedavisi, rehabilitasyonu ve hastalıklardan korunma için geç kalınmaktadır (7, 13).

Sağlık personeli içerisinde aile ile bire bir etkileşime en fazla giren hemşirenin bakımının temel amacı, herkesin optimal sağlık düzeyine ulaşmasını sağlamaktır. Bu amaç ise sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme davranışları ile yapılabilir. Bu davranışların yapılabilmesi için BBSH'nin yeterince kullanılması gereklidir.

BBSH, koruma çalışmaları ağırlıklıdır. Birincil korumaya hastalık veya fonksiyon bozukluğu gerçekleşmeden önce, bireyin fiziksel ve duygusal sağlığı göz önünde bulundurularak başlanır (11). Bu, hem çocukların daha sağlıklı büyümelerini, hem de sağlık hizmetleri için harcanacak giderlerin azalmasını sağlar (7, 9). Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir. Gelişmiş toplumlarda da birincil korumayı hemşireler gerçekleştirmektedir (14).

Hemşirelerin sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerini planlayabilme ve uygulanmasını sağlayabilmesi için, bireyleri ve toplumu iyi tanımaları, kültür ve inançlarını bilmeleri gerekmektedir. Bu bağlamda; çocukların bakımını üstlenen annelerin; sağlık ve hastalık konusunda inançlarını ortaya çıkarabilmek için konunun incelenmesine gereksinim vardır.

1.2. Araştırmanın Amacı:

Bu çalışmanın amacı, çocukların sağlık bakımı almalarında önemli bir etken olan annelerin inançlarını belirlemek üzere geliştirilen "Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği"nin (Parent Health Belief Scale) Türkiye için geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık ve Hastalık

Toplumların ve bireylerin sağlık konusundaki düşünceleri farklı olabilmekte, yaş grupları, ırklar ve kültürler arasında sağlığın tanımları çeşitli şekillerde yapılmaktadır. Bir kültürde sağlık göstergesi olarak kabul edilen bir durum, başka bir kültürde hastalık göstergesi olarak ele alınmaktadır (11, 16). Çünkü sağlık ve hastalık; sosyal, kültürel ve ekonomik durumlar ile yakından ilgilidir (16, 17, 18).

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; “sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamaktadır (19). Bu görüşe göre, bireyi etkileyen birçok faktör göz ardı edilmektedir. Bilimsel çalışmalar ilerledikçe, bireyin içinde bulunduğu ve yetiştiği toplumun özelliklerinden etkilendiği ortaya çıkarak, sağlık ve hastalık farklı durumlar olarak algılanmaya başlanmıştır (14). Ayrıca sağlığın, hastalık ve üst düzeydeki sağlık arasında bulunduğunu savunan tutumdan uzaklaşarak, 21. yy’ın başlarında sağlığa geniş bir bakış açısı ile bakılmıştır. Bu geniş açığa göre sağlık; güçlü olma hissi, iyi bir sosyal destek ağı, yaşama sevinci, yaşamın anlamlı olması veya bağımsızlığın düzeyi gibi birçok faktörü içermektedir (11, 20, 21, 22, 23). Amerikan Hemşireler Derneği ise sağlığı; “bireyin dinamik olan davranışsal ve gelişimsel potansiyelinin bütün boyutları ile farkında olmasıdır” şeklinde tanımlamaktadır (4, 15).

İnsanların yaptığı sağlık tanımlarında; kültürleri, ekonomik durumları, sosyal çevreleri, kendilerine verdikleri değer, kişilikleri ve yaşam biçimleri etkilidir. Bu değişkenler bireylerin sağlık durumlarını da etkilemektedir (11).

Sağlık ve hastalık sürekli değişen kavramlardır. Dunn’a göre sağlık ve hastalık birbirine paralel iki süreçtir. Sağlığın herhangi bir aşamasında birey, önce hastalık ve sonra tekrar sağlık sürecine geçebilmektedir (14).

Hastalık; insanların önceki yaşantısına göre fiziksel, duygusal, entelektüel, sosyal, gelişimsel veya ruhsal fonksiyonlarının azalması veya bozulmasıdır (13, 16). Hastalık durumunu üç farklı açıdan ele alma olanağı vardır. İlk olarak fiziksel ve biyolojik yönden hastalık, vücuttaki çeşitli organlara ilişkin ölçülebilen, objektif bazı belirti ve bulgularla

tanımlanabilen bozukluklardır. İkinci olarak hastalık, subjektif bir durumdur ve birey yönünden fiziksel ya da psikolojik olarak normal olmayan değişiklikleri, duyguları ve rahatsızlık veren durumları kapsamaktadır. Son olarak hastalık, kendisini hasta hisseden ya da hekim tarafından hastalık tanısı konmuş bireyden beklenen davranış biçimi, bir tür sosyal roldür (16).

Bir birey objektif olarak “hasta” olmasına karşın kendisini “iyi” hissedebilir ya da sağlığını üst düzeyde sürdürme ile yaşamı tehdit eden bir durum arasında gidip gelebilir. Yine birey, yaşamı süresince hastalık, sakatlık ya da engellere uyum gösterebilir ve işlevselliğini devam ettirebilir (8, 11, 16).

Benzer şekilde sağlık, önceden var olan bir hastalık durumunu içerebilir. Örneğin; bir epilepsi hastası ilaç ile tedavi olup, hastalığın etkilerini kontrol altına almayı öğrenerek, evindeki ve işindeki görevlerinden uzaklaşmayabilir ya da tedaviye cevap veren bir lösemi hastası, alıştığı yaşam biçimi ve işlevselliğini devam ettirebilir (11).

Bireyin sağlık ve hastalığının değerlendirilmesi için onu; sosyal, kültürel ve ekonomik çevresiyle bütün olarak ele almak, çevresiyle aralarındaki ilişkiyi kavramak gereklidir (8, 20). Birçok hastalığın temel nedenleri arasında, bozuk bir çevrede yaşamak, yanlış inançlar, eğitim yetersizliği ve ekonomik yetersizlikler yer almaktadır. Aile yapısı, doğum kontrol yöntemleri, nüfus politikaları, gebelik ve çocuk doğurmaya/büyütmeye ilişkin uygulamalar, dini ve geleneksel inançlar bireyi etkilemektedir (16, 17, 18, 24).

Sağlık ya da hastalık kültürel kalıplara bağlı olarak da tanımlanmakta, ağrı ile yaşama gibi hastalık belirtilerinden yakınma şekli, ölüm ve kayıplara verilen tepkiler, hastalıkların nedenleri, görünümü ve dağılımı kültürel özellikler tarafından belirlenmektedir. Bunun sonucunda; sağlığın korunması ve hastalıkların sağaltımı kültürlere özgü uygulamalarla yapılmaktadır (18). Ancak, bu uygulamalarda kültürler arası etkileşimler de olabilmektedir (11).

Ailedeki bireylerin sağlıkları birbirlerinden etkilenir. Bu etkiler; ailenin yapısı, normları, rolleri, kararların verilmesi, aile içi sürecin işleyişi ve ailenin iletişimi nedeni ile oluşmaktadır (10, 11). Ailenin tutumlarının ve davranışlarının anlaşılması için uygulamaların ve bireylerin özelliklerinin bilinmesi gereklidir. Örneğin; ailenin beslenme alışkanlıkları, çocukların büyüme ve gelişmelerine olanak vermelidir (11).

Okul programları, kitle iletişim araçları ve akranlar gibi öğelerin çocuk üzerindeki etkileri tam olarak bilinmemekle birlikte, her gün ailede gözlenen ve uygulanan sağlık

davranışlarının ve sağlığa bakış açısının çocuğu önemli derecede etkileyeceği açıktır. Özellikle sosyal çevrenin tam olarak gelişmediği, dışarıda gözlem olanağı bulunmayan 0-5 yaş döneminde ailenin sağlık ile ilgili görüş ve uygulamaları, çocuk üzerinde oldukça etkilidir (10).

Ailenin sağlık bakım hizmetlerini kullanması da bireyin sağlığını etkileyen önemli bir etkidir. Ailenin, hastalığın ciddiyeti konusundaki algıları ve önceden sağlık bakımı almasının engellenmesi, bireyin kendi sağlığı ile ilgili düşüncelerini etkilemektedir (11, 25).

Hastalık bireyi ve aile üyelerini etkilediği için, aile dinamiklerinde değişikliğe neden olur. Aile dinamikleri; aile ve bireyin sahip olduğu fonksiyonları ile karar verme sürecini kapsar. Böylece aile üyeleri hastalığa uyum göstermeye çalışırlar (11). Bazı aileler, çocukları hastalandığında korku hisseder, bazıları ise hastalığı; bebeğin büyümedeki normal süreci olarak değerlendirirler (13).

2.2. Sağlık İnanç Modeli, Hemşirelik İçin Önemi ve Kullanımı

Kavramlar veya düşüncelerin teorik olarak anlaşılmasının yolu modellerdir. Sağlık ve hastalık kavramlarının anlaşılması için de modeller kullanılmaktadır. Kullanılan modeller, bireylerin sağlık davranışlarını anlamak için hemşirelere yol göstermektedir (11, 12).

Sağlık İnanç Modeli, koruyucu sağlık davranışlarını açıklamak amacı ile geliştirilmiş sistematik bir metottur. Bireylerin sağlık ve hastalık konularındaki inançları ve algıları, duygularını, karar alma sürecini etkileyen faktörleri ve birinci basamak korunmaya açık olup olmadıklarını belirler (12)

Sağlık Algısı: Algılama; bireyin gördüğü, duyduğu, kokladığı, tattığı ya da hissettiği şeylerden anlam çıkardığı psikolojik bir süreçtir. Algı; dürtülerin alınmasını, düzenlenmesini ve yorumlanmasını kapsamaktadır. Bireyler, önceki deneyimleri ve kişisel değer sisteminin algılama üzerindeki etkileri sonucunda, aynı durumu farklı olarak algılayabilmektedirler (26). Algılar, tutumları biçimlendirip, davranışı etkileyebilirler. Başka bir deyişle, davranışı gerçek olaylar değil, olayların bireylerce nasıl algılandığı oluşturur (10, 26).

Bireylerin algıladıkları sağlık durumları öğrenilerek, davranışları da değiştirilebilir (10). Sağlığı algılamayı etkileyen faktörler; sosyodemografik değişkenler, kişilerarası değişkenler, duruma bağlı değişkenler, toplumsal normlar ve harekete geçme olasılığıdır (27).

Sosyodemografik Değişkenler: Yaş, cinsiyet, ırk gibi faktörler bu değişkenleri oluşturur. Bu faktörler bireylerin sağlık davranışlarını doğrudan etkiler. Örneğin; bir bebek sağlıklı diyetin önemini algılayamaz, bir adölesan; akran onayının aile onayından daha önemli olduğunu algılayarak tehlikeli davranışlar yapabilir, bir yetişkin ise; sağlıksız yeme veya uyuma şeklini benimseyebilir (27).

Kişilerarası Değişkenler: Ailesinde altı ayda bir sağlık kontrolleri yapıldığını gören bir birey, ileride ailesinin davranışlarını örnek alacak ve kendi sağlık kontrollerini aksatmayacaktır (27).

Duruma Bağlı Değişkenler: Sağlıkla ilgili olumlu ya da olumsuz davranışların kültürel olarak kabul görmesidir. Bazı kültürlerde; birey ciddi derecede hastalanmadıkça sağlık hizmetlerinden yararlanmayı talep etmesi onaylanmayan bir davranış şeklidir (27).

Toplumsal Normlar: Toplum tarafından bireylerden beklenen davranışlardır. Örneğin; bireyin alkol aldıktan sonra araba kullanmasının toplum tarafından onaylanmaması toplumsal normlar nedeni ile olur (27).

Harekete Geçme Olasılığı: Bireylerin davranışlarını değiştirmek için harekete geçmelerine ilişkin algılanan engeller; rahatsızlık veren, zorluklara neden olan, hoş olmayan ve hayat tarzı değişiklikleri gerektiren inançlar, tutumlar ve davranışlardır. Bunun tersi olarak belirli etkiler hareketi başlatabilir. Bu etkiler bireyin kendisinden ya da kendisi dışındaki nedenlerden kaynaklanabilir. Örneğin; birey yaşlanmanın etkisi ile, kendisinde belirli bir hastalığın gelişme olasılığının arttığını algılayabilir. Bu durum bireyi sağlık davranışlarını benimsemesi ve uygulaması yönünde motive edebileceği gibi, fazla anksiyeteye de neden olabilir. Anksiyete ile çok kuvvetli motivasyon yerine engellenme de gerçekleşebilir (27).

Hastalığın algılanması ve geçmiş yaşam deneyimleri gibi çeşitli faktörler, sağlık ve hastalık kavramlarını birçok yönden etkiler. Birey çeşitli deneyimleri yaşarken günlük aktiviteleri bundan etkilenir ve kendini hasta hissedebilir.

İnsanlar hasta olduklarını algıladıklarında; belirtilerin azalması için harekete geçmek ve geçmemek arasında bocalarlar. Birey yardım almaya karar verdiğinde; aile üyelerinden, arkadaşlarından, geleneksel tedavi yöntemlerinden ya da sağlık profesyonellerinden yardım isteyebilir.

Sağlık Tutumları Tutum, bireyin kendine ya da çevresindeki herhangi bir konu ya da olaya karşı deneyim ve bilgilerine dayanarak örgütlediği bir tepkidir. Tutumlar inançlara dayanabilir ancak genellenemez. Tutumlar, dayandıkları inanç ve değer yargıları süresince

devamlılıklarını sürdürürler. Bir insanın tutumu büyük ölçüde içinde yaşadığı grubun kültürel konumu tarafından etkilenir (28, 29, 30).

Tutum; neyin, iyi ya da kötü, doğru ya da yanlış, gerekli ya da gereksiz olduğu konusunda bireyin düşüncesini yansıtan sözlü ya da sözsüz düşüncelerdir (31). Tutumlar bireyseldir, doğrudan gözlenemez, ancak davranışlara yansıdığında gözlenebilir (29). İnsanların değer yargıları (neyin, doğru ya da yanlış, gerekli ya da gereksiz, önemli ya da önemsiz olduğu) tutumlarına yansır (31)

Tutumlar ilk defa Rosenberg ve Hovland tarafından 1960 yılında incelenmeye başlanmış ve sınıflandırılmıştır. Bu iki sosyal psikologa göre tutumların bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç tane alt bileşeni vardır. Bilişsel unsurlar bir tutum objesi ile ilgili sahip olunan bilgileri ve bunların sözlü ifadelerini kapsar. Duygusal unsurlar tutum objesine karşı gösterilen duygusal tepkiler ile ilgilidir. Davranışsal unsurlar ise o tutum objesine karşı gösterilen tüm davranışları içerir. Bir tutumun gücü her üç unsurun toplamı olarak düşünülebilir (29, 30).

Tutumlar inançları, değerleri ve davranış standartlarını yansıtır, hayatın her döneminde etkindir. Böyle olunca, hemşirelerin tutumlardan arınmış ve tamamen tarafsız olduklarını düşünmek gerçekçi olmaz. Oysa, tutumların netleştirilmesi yoluyla, bireyler kendi davranışlarının giderek daha da bilincinde olabilir ve başkalarının davranışlarına da daha az yargılayıcı yaklaşabilirler. Tutumların netleştirilmesi, tedavi edici hemşirelik uygulamaları için gereklidir (31).

Tutumlar arası ilişki ve tutarlılık derecesi psikologlar arasında bir tartışma konusu oluşturmakla birlikte, 1950'lerde yapılan ilk çalışmalar, genellikle tutumların birbirleriyle tutarlı olduklarını bulmuştur. Temel varsayımlarından birisi, bireyin çeşitli tutumlarının birbirleriyle tutarlı bir düzen içinde olduğu ve dolayısıyla bir kimsede bu tutumlardan birisi görüldüğünde, diğerlerinin de var olabileceğidir (29).

Bir insanın, bağlı olduğu topluma, nesnelere ve koşullara olan tepkileri üzerinde belirli etkileri vardır. Tutumlar, ebeveynlerden, öğretmenlerden ve akranlardan öğrenilir. Ancak tutumlar değişime elverişli olmakla birlikte, kararlar ile davranışlar üzerinde oldukça etkilidirler (26).

Bireysel sağlık tutumu üzerinde odaklanan birçok teori geliştirilmiştir. Bunlardan en önemlisi Rotter'm (1966) temeli, Toplumsal Öğrenme Teorisi'ne dayanan "Kontrol Odağı Teorisi"dir. Bu teori; belirli bir durumda bir tutumun oluşma olasılığının beklentilerin etkisi

ile olduğunu savunmakta ve sağlık tutumlarını tahmin etmek için kullanılmaktadır. Rotter, sağlıkla ilgili tutumların, içsel, şans eseri ve diğer güçlü tutumların etkisi altında olduğunu düşünerek inançları araştırmıştır. Kontrol odağı, sağlığa ilişkin tutumlarda inançların kaynağını araştırmak için de kullanılmıştır. Kontrol iç ve dış olarak yapılabilmektedir. Dış kontrol odağı olan bireyler, kendi sağlıklarının tamamen kendi tutumlarına bağlı olmadığına, sağlıklarının şans, kader ya da diğer güçlü faktörlerce belirlendiğine inanmaktadırlar. İç kontrol odağı olan bireyler ise, sağlıklarının kendi tutumları ile belirlendiğine, bireyin hasta ya da sağlıklı olmasının bireyin tutumuna bağlı olduğuna inanmaktadırlar (9, 26, 32).

İnsanların hastalıklara karşı farklı tutum ve tepki verme biçimleri vardır. Sosyologlar bu tepkileri “hastalık davranışları” olarak tanımlamışlardır. Hastalık davranışlarını bilmek hemşirenin, hasta ve ailesine bakım verirken, onlara nasıl yardımcı, destek olunacağına yol gösterirken, nasıl etkilendiklerini anlamasını da sağlar (11, 25). Örneğin; annelerin sağlığa ilişkin tutumları, çocuğun sağlığının devamı ya da çocuğun hastalıklardan koruması ile ilgili inançlarını yansıtabilmektedir (9).

Sağlık İnançları: İnançlar, bireylerin kendi iç dünyaları ile ilgili algıların ve tanımların oluşturduğu sürekli duygulardır. İnançlar, bilgi, kanaat ve dini duyguları kapsar. Çoğu zaman bireylerin ilkelerinin kaynağı haline gelmektedir (29).

İnsanlar inançları ve tutumları ile çevresel olayları değerlendirir ve bir karara varırlar. İnanç ve tutum aklın bir sonucu kabullenmesi durumu, davranış ve uygulamaların temelidir. İnançta bir sonucu kabullenme söz konusu olduğundan kesinlik vardır. İnançların ortaya çıkışında çeşitli faktörler rol oynar. Bunlar; gözlem, deneyim, zeka, duygu ve sosyal yaşam diye sınıflandırılabilir (28, 29).

Bu faktörler doğrultusunda insan doğru ya da yanlış inançlara sahip olabilir. İnançlar yaşamın her aşaması ve alanında etkilerini devam ettirirler. İnsanların, uğur, büyü, fal, nazar, din, bedene ilişkin inançlarını bilmek önemlidir.

Sağlık inançları, bireylerin sağlık ve hastalık konusundaki tutumları, inançları ve düşünceleridir. Bunlar gerçek veya yanlış bilgiler, beklentiler, toplum arasında söylenenler olabilir (11). Bireyler kendilerinde var olan belirtilerden yola çıkarak yanlış yargılara varabilir, hastalıklarının ilahi bir cezalandırmadan kaynaklandığı düşünebilirler (33). Rotter'da 1975 yılında sağlık inançlarının belirli deneyimlerden kaynaklandığını ileri sürmüştür (34).

Bireyin sağlık inançları ile değerleri; kültür, aile, eğitim, sağlık ve hastalık konusunda geçmiş deneyimlerden etkilenir. Bazı bireyler sağlık durumlarını kontrol edemeyeceklerine, bazıları ise; davranışlarının sağlıklarını doğrudan etkileyeceğine inanırlar (26, 27, 32, 35). Hastalığın kontrol edilebileceğine olan inanç, sağlık inançlarının önemli bir bölümünü oluşturur (33). Kendi sağlıkları üzerinde kontrolü olduğuna inanan insanlar, kontrolü olmadığına inanan insanlara göre; değişikliklere daha kolay uyum sağlayarak, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmaya ve birçok sağlığı geliştirici davranışı yerine getirmeye eğilimlidirler (26, 27, 32, 35).

Bireylerin i kontrollerinin olduğuna inanmaları, stres gibi sağlığı risk altına alabilecek faktörlerden daha az etkilenmelerini sağlar (32, 33). Argyle’ın belirttiği gibi hasta bireyler ile yapılan çeşitli çalışmalarda, onların i kontrolünü arttırmanın genel yarar sağladığı ortaya çıkmıştır (33).

Lewallen 1989 yılında ‘‘Hamile Kadınların Sağlık Uygulamaları ve Sağlık İnançları’’ konulu çalışmasında, hamile kadınların sağlıkla ilgili uygulamaları ile başvurdukları sağlık kuruluşları arasında bir ilişkinin olup olmadığını saptamaya çalışmış ve ulaştığı 51 anne adayının sağlık durumlarını neyin kontrol ettiğini tespit etmiştir. Annelerin 19’unun sağlık durumlarını kendilerinin kontrol ettiğine, 17’sinin aileleri, doktorları ya da Allah gibi başkalarının kontrolü altında olduğuna ve 15’inin şans ya da kaderin kontrol ettiğine inandıkları ortaya çıkmıştır (35).

Aşında sağlıklı çocuklarda sağlık bakımı ile ilgili kararları ilk alan ve uygulayan bireyler, sağlık çalışanları değil ebeveynler veya aile büyükleridir (10). Annelerin sağlık inançlarını inceleyen Tinsley & Holtgrave (1989), 21 aylık çocuğu olan ve sağlıkta iç kontrol sahibi olan annelerin ocuk sağlığını kontrol etme anlayışlarının yüksek olduğunu bulmuşlardır (36). Dolayısı ile aile; sağlıklı çocuğun yaşantısına etkileri nedeni ile, sağlık eğitim programlarında birinci hedef kitle haline getirilmelidir (10).

Sağlık inançlarının, tutumlarının ve davranışlarının öğrenildiği ilk yer ailedir. Aile ortamında ilk olarak; beslenme, güvenlik, alkol, sigara, madde kullanımı, aktivite ve dinlenme biçimleri, stresle başa çıkma ve sağlık sisteminden yararlanma yollarına ilişkin davranış ve tutumlar şekillenir. ocuk kendisine bakmaya başladıktan, hatta bir yetişkin olduktan sonra bile ailenin sağlık ve hastalık konusundaki bilgi, tutum, davranış, inançlar, sağlık ve hastalığın tanımlanması ile müdahalesi ocuk üzerinde etkilerini devam ettirir. Çeşitli nedenler ile evden ayrılma ya da ev kurma gibi dönemlerinde inançlar ve uygulamalar üzerinde yeni etkiler

ortaya çıkabilir, bu nedenle inanç ve davranışların değişme olasılığı vardır. Ancak ebeveynlerin sağlık inançları ve uygulamaları üzerindeki etkisi uzun süre devam eder. Bu nedenle ebeveynler ve diğer aile üyeleri, çocuğun o anki sağlığı üzerinde değil aynı zamanda ileride sağlık adına izleyeceği yollar üzerinde oldukça güçlü etkiye sahiptir (8, 10, 33).

Birey ve ailenin, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunması ile ilgili uygulamalarını etkileyen etmenlerden birisi de dini inançlardır. Birçok ebeveyn; dini kurallara, ahlaka ve uygulamalara kesin bağlılık ile hastalığın ve kötülüğün önlenebileceğine inanmaktadır. Çocukların hastalıklarının dini kurallara karşı gelmekten dolayı verilen bir ceza olduğunu düşünebilirler. Geleneksel uygulamalardan dini inançlara bağlı hareket eden bireyler, olayların yorumlamasında bu inançlardan yararlanırlar (13). Örneğin; Asya kökenli ailelerin kültürel ve sosyal tutumları, inançları, değer sistemi güçlü, uzun süren dinsel geçmiş ve geleneklerden oldukça etkilenmiştir (13).

Ailenin dinsel ve etnik geleneklerine bağlı beslenme durumu ile bu beslenmenin çocuk üzerindeki etkisinin tanımlanması gereklidir. Bazı Asya ülkelerindeki anneler, şişman bebeğin sağlıklı olduğuna inanmaktadır. Bazı aileler de bakmakla sorumlu olduğu çocukları için geleneksel tedavi edici yöntemlere veya bireylere, sağlık ekip üyelerinden önce başvurabilirler (11, 13).

Yöresel inanç ve kültürlerin sağlık ve hastalık kavramlarına olan etkisi nedeni ile sağlık ve hastalık, inançları ve uygulamaları sonsuzdur. Bazı gruplar arasında görülür düzeyde benzerlikler bulunmakla birlikte, bu inanç ve uygulamalar arasında genellikle birçok farklılık vardır. Bunun yanında sağlık alanındaki hızlı ve yoğun ilerlemeden dolayı da, birçok birey; sağlık, hastalık, tedavi ve korunma ile ilgili eski bilgilere sahiptir. Sonuç olarak, ailelerin/ebeveynlerin sağlık ve hastalık konusundaki bilgi ve inançlarını ortaya çıkarabilmek için sürekli araştırma ve değerlendirmelerin yapılmasının gerekliliği ve önemi açıkça görülmektedir (13, 27).

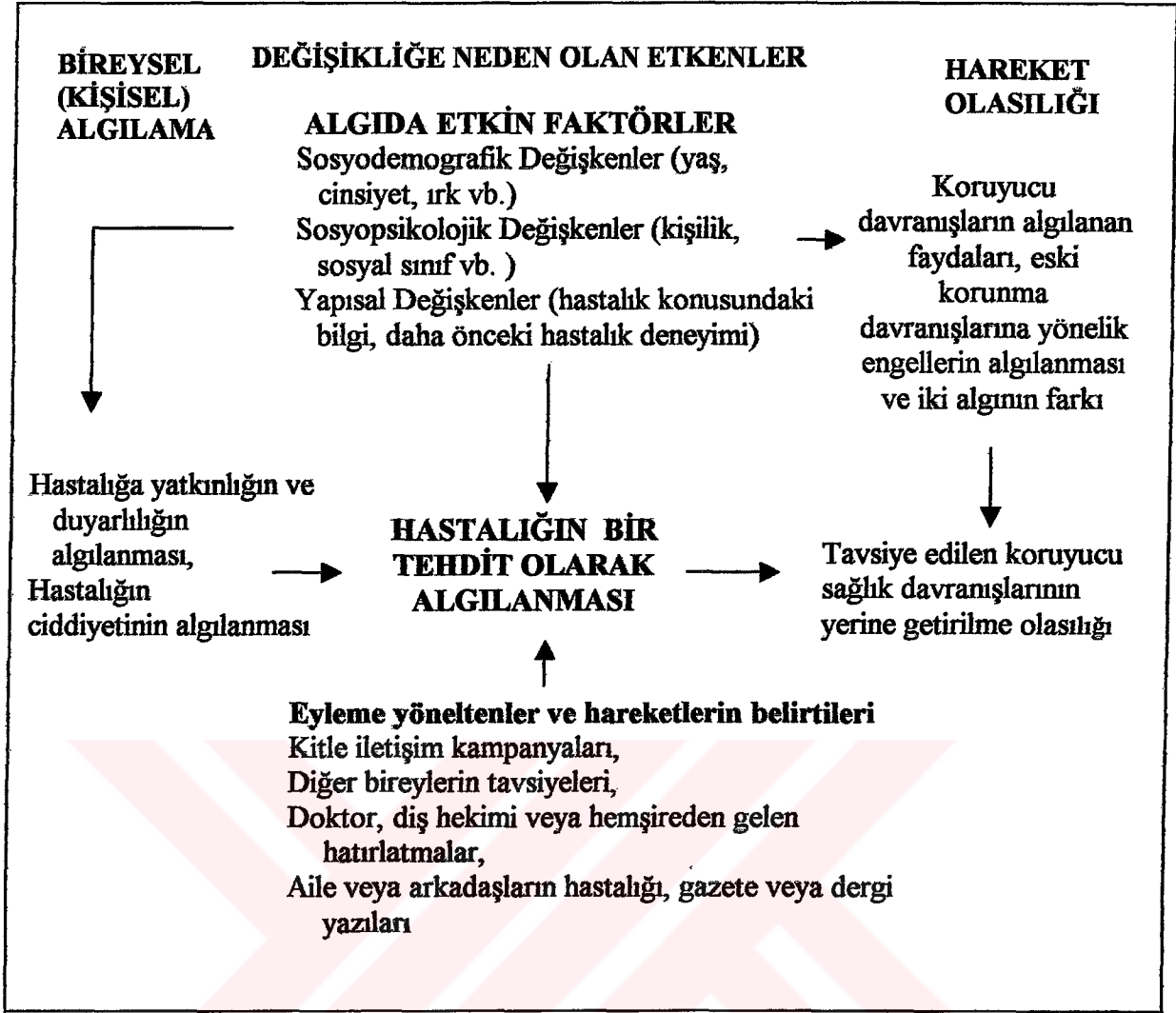
Sağlık İnanç Modeli Rosenstorg'un motivasyon teorisine dayanmaktadır. Bu teori sağlıklı olmanın bütün insanlar için bir hedef olduğunu varsayar (37). Becker Sağlık İnanç Modeli'ne "Pozitif Sağlık Motivasyonu"nu eklemiştir (38). Pender koruyucu sağlık davranışlarının karar verme ve harekete geçme olmak üzere iki bölümde olduğuna inanmaktadır (39). Karar verme sırasında hemşireler hastanın sağlığını izler ve sağlık hakkında bilgi verir. Harekete geçme döneminde ise hemşireler hareketi engelleyen etkenleri azaltır, uygun olmayan, rahatsız edici etkenleri en aza indirerek, koruyucu davranışları

desteklerler. Geçen yirmi yıl içinde hemşirelik mesleği hızlı kültürel değişikliğin ve bunun insan merkezli bakıma etkilerinin farkına varmıştır (11).

Bireylerin sağlık ve hastalık algıları, onları hastalıkla ilgili gerçeklerden daha çok etkilemektedir (12, 40). Bu nedenle, sağlık kavramının ve tanımının gelişmesini etkileyen bütün etkenler Sağlık İnanç Modeli ile ilişkilidir. Sağlık İnanç Modeli; sağlık davranışlarında  faktörün önemli olduğunu vurgular. Birinci faktör, bireyin tehdidi algılaması, ikinci faktör; bireyin tavsiye edilen davranışın değerini algılamasıdır. nc faktör ise, bu davranışın uygulanmasını sağlayan ya da etkileyen engeller ve maliyettir (41).

Birey kendini etkileyebilecek ciddi bir problem algılasa, davranışları bu problemin gelişmesini sınırlayabilir. Bu probleme ilişkin engeller büyük değil ise; birey sınırlandırma veya problemi engelleme için gerekli ve uygun davranışları gösterebilir (40, 41). Örneğin; nezle virüsünün pnömoniye neden olabileceğini ve nezleden de bir aşı ile korunabileceğini bilen ve buna inanan bir birey, ekonomik koşulları da uygun ise aşı olmak isteyecektir. Ancak ekonomik koşulları uygun olmayan ya da aşının koruyuculuğuna inanmayan bir birey aşı olmak istemeyecektir. Bu faktörler; inanç sistemi ile ilişkilidir. Bireylerin ekonomik koşulları da sağlığa ilişkin eylemlerini ve isteklerini etkiler (41).

Birey problemin kendisi için bir tehdit oluşturmadığına, problemin hiçbir davranışını kısıtlamayacağına inanırsa veya istenilen davranışa ilişkin engeller büyük ise; bireyin harekete geçme olasılığı azalır. Bu düşünce veya inançların değişimi durumunda ise engelleri ortadan kaldırmak için bireye yardım edilmelidir (12, 40, 41).



Şekil 1 : Sağlık İnanç Modeli (Baltaş Z.: Sağlık Psikolojisi. 1. Basım. Remzi Kitabevi. İstanbul, 2000. Koziar B., Erb, G., Bufalino P. M.: Intraduction to Nursing. Addison-Wesley Publishing Company. California, 1989.)

Pender Sağlık İnanç Modeli'ne, sağlığı geliştirme modelini ekleyerek genişletmiştir. Pender, birinci modeli değiştirerek sağlığı geliştirme modelindeki kavrama-algılama kategorisine 7 faktör eklemiştir. Bunlar sağlığın önemi, sağlığın kontrolünün algılanması, algılanan bireysel yeterlilik, sağlığın tanımlanması, sağlık durumunun algılanması, sağlığı teşvik eden davranışa ilişkili olarak sağlığın yararlarını algılamak ve bu davranışı uygulamak için algılanan engellerdir (39).

Sağlık İnanç Modeli, sağlık ekibinin, bireylerin sağlıkları üzerinde ne kadar kontrolü olduğunu algılaması ve sağlığını geliştirici davranışları kazanması yönünde ne kadar istekli olduğu konusunda tahminde bulunmasını sağlar. Bu neden ile, bir birey için sağlıklı olmak

önemsiz ise, bu birey sağlıklı olmak için çaba göstermeyecektir (41). Bazı bireyler, basit sağlık kurallarıyla ilgilenmez ve inançları doğrultusunda sağlıkları konusundaki kararlar almayabilirler. Bireyler; ileriki zamanlarda sigaranın kendilerini hasta edebileceğine inanırlarken sigarayı bırakamayacaklarına da inanabilirler. Bu bireyin belirli bir davranışını değiştirebileceği, bu değişimi devam ettirebileceğine dair bireysel yeterliliği inancıyla bağıntılıdır. Bunun tersine birey sigarayı bırakma gibi sağlığı geliştirici davranışlar ile ilgili değişimlerde, başka bireylerin desteklerine ihtiyaç duyabilir. Bu da bireyin sağlık davranışlarını kontrol etme algılaması ile ilgilidir. Bu doğrultuda bazı bireyler kendi davranışlarını kontrol ettiklerine inanmakta ve davranışlarını kendileri yönlendirmektedirler. Bazı bireyler ise; dışarıdan destek alma gibi dış kontrollerin etkisi altında kalmaktadır. Dış kontrol bu bireyler için sağlık davranışlarını değiştirmede etkili olabilir (41).

Pender'in sağlık tanımı, algılanan sağlık durumunu, sağlığı geliştirici davranışlarda algılanan engelleri ve faydaları kavramsal olarak kullanmaktadır. Bu da daha önce başvuru olan Sağlık İnanç Modeli'nden çok farklı değildir. Sağlık İnanç Modeli ve Pender'in modele ekledikleri sağlığı, tedavi etme, sağlıklı davranışların korunması veya düşünce ve davranışların belirli bir yönde değiştirilmesi ile sağlanan bir durum olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla sağlık elde edilmesi gereken bir hedef durumundadır (12, 41).

Hemşireler Sağlık İnanç Modeli'nden yararlanarak, sağlık durumunu etkileyen birçok faktörü (Birey, aile ve topluma eğitim verme, hastaların taburculuk durumlarını planlama, diğer sağlığı profesyonellerine yapılan başvuruları değerlendirme, hastanın bilimsel ve mali kaynaklarını düzenlemesine yardımcı olma, hastaların verilen önerilere uyumunu sağlama vb.) kontrol altına alabilir (12, 41). Hemşirelerin Sağlık İnanç Modeli'ni en çok uygulayabildikleri alanlardan birisi, sağlığın geliştirilmesi ve dolayısı ile BBSH'leridir.

2.3. Sağlığın Geliştirilmesi ve Hemşirelik Yaklaşımları

Sağlık bakımı; hastalıkları önleme, sağlığı koruma ve geliştirme odaklıdır (11, 42). Bireyin sağlığını etkileyebilen, tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemesi, sağlıklı yaşam biçimi olarak tanımlanmıştır. Günümüzde, hastalıkların görülme sıklığı ve bazı ölüm hızlarının düşük olduğu toplumlar hala sağlıklı olarak nitelendirilmektedir (14).

Sağlık, sosyal, ekonomik ve kişisel gelişme için en temel kaynaktır, yaşam kalitesi için önemli bir boyuttur. Politik, ekonomik, sosyal, kültürel, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörlerin hepsi, sağlığa yararlı veya zararlı olabilir. Sağlığı geliştirme eylemi, sağlığı destekleyerek bu koşulları yararlı kılmayı amaçlamaktadır (43). Bütün sağlık programlarının amacı, bireyin sağlık düzeyini bütün boyutları ile geliştirmektir (11, 42).

Sağlığı geliştirme; doğrudan birey, aile ve toplumun sağlık durumlarının geliştirilmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik etkinlikleri, bireyin var olan davranışlarını en üst düzeye çıkarılmasını ifade etmektedir. Sağlığı koruma ise; bir davranışı yapmama ve sakınmayı ifade etmektedir. Diğer bir deyişle, "koruma" bir şeyi saklamak, muhafaza etmek iken, "geliştirme" bir şeyi olgunlaştırmak en üst düzeye çıkarmak ve gerçekleştirmektir (14, 42).

Sağlığın gelişmesi; iyi hissetme ve yüksek düzeyde fonksiyonellik veya fonksiyonların geliştirilmesi yönünde sağlığın ilerletilmesi çalışmalarıdır. Sağlığın geliştirilmesinde başlıca hemşirelik aktiviteleri; eğitim, danışmanlık ve insanların sağlığını geliştirici davranışlar konularında bireyleri teşvik etmektir (8, 12, 15, 42).

Hastalığı önleme davranışları; bireylerin aşılansarak gerçek veya potansiyel tehlikelerden kendisini koruması, sağlığını devam ettirmesi, sağlığın veya fonksiyonelliğın azalmasını engelleme hareketleridir. Sağlığı geliştirme, sağlık ve hastalıkları önleme, bazı boyutları ile birbiriyle ilişkili ve birbirine yakın kavramlardır. Sağlığı geliştirme davranışları, insanların sağlık düzeylerinin dengeye ulaşması için yaptığı aktivitelerdir (11, 42). Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile, hastalık ve sakatlıklar önlenir, maliyet düşer (7, 9, 42).

Hastalık ve kazaların önlenmesi, fiziksel ve psikolojik sağlığı etkileyen yaşam şeklinin kazandırılması gibi hedeflere, bakım planlarında ailenin doğrudan katılımı sağlanarak ulaşılabilir.

Aileler çocuklarında gerçekleşen değişiklikleri pek çok şekilde ve yakından gözleme olanağına sahiptir. Ayrıca, çocuklarının gelişimlerini gerek sosyal normlar ve amaçlar, gerekse normal büyüme ve gelişme basamaklarına uygunluğu ile karşılaştırarak yapabilirler. Ebeveynler kendi deneyimlerine ve sağlık görüşlerine göre bebeklerinin sağlık durumlarını belirleyebilirler (13).

Sağlığı koruma ve geliştirme davranışları, sağlık hizmeti almada çok önemlidir. Le Mone'a göre sağlık programlarının amacı; bireylerin sağlık düzeylerini geliştirmektir. Programların temelinde, sağlığın düzeyini etkileyebilecek çeşitli etmenler ve inançlar olmalıdır (11).

Hemşirelik bakımı bireyi sağlığı geliştirme, iyilik hali ve hastalıkları önleme konusunda yönlendirmelidir. Bu yönlendirmenin birinci, ikinci ve üçüncü düzeyde olduğu varsayılır (6, 11, 12, 42).

Birinci düzeydeki koruma gerçek korumadır ve tedavi edici bir hizmet değildir. Bu düzey, tedavi edici müdahaleleri ve belirtileri tanılamayı kapsamaz. Korumaya hastalık veya fonksiyon bozukluğu gerçekleşmeden önce, bireyin fiziksel ve duygusal sağlığı göz önünde bulundurularak başlanır. Birinci düzeydeki koruma sağlık eğitim programlarını, bağışıklama, uygun fiziksel egzersiz ve dengeli beslenmeyi içerir. Bunun için daha önceden bireysel ya da toplumsal koşullar sağlanmalıdır. Birinci düzeydeki koruma için başka bir seçenek ise özellikle gelişimsel dönemlerde bulunabilecek hastalıkların bireysel risk faktörleri odaklı çalışılmasıdır. Sağlık davranışları, birinci düzeydeki koruma davranışları ve tanımı ile eş anlamlıdır (11, 42).

Çocuklar yaşantılarının ilk yıllarında hayatlarını tehlikeye sokabilecek birçok sağlık sorunu ile karşılaşır. Ancak çocuklar koruyucu çocuk sağlığı hizmetlerinden yararlanarak, öğrenme, psikososyal problemler, büyüme, gelişme ve beslenme sorunlarından korunabilir. Koruyucu sağlık hizmetleri, tıbbi bakım olanaklarını arttırarak, sağlıklı beslenmeyi sağlayarak ve bağışıklamanın yapılması ile çocuğun sağlık durumunu geliştirir (7). Sağlığın geliştirilmesi ve korunması son zamanlarda hemşirelerin önem ve öncelik verdiği konular arasındadır. Çocuklara bakım veren hemşireler de; sağlığın korunması ve geliştirilmesinin yanında özellikle çocukların gelişim dönemlerinde ve gelecek yaşantılarında sağlıkla ilgili oluşabilecek değişiklikler ile ilgilenir (10).

Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir (27). Sağlık hizmetleri gelişmiş toplumlarda, sağlığı geliştirme programlarının profesyonel hemşireler tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir (6, 14).

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi:

Bu araştırma Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek için metodolojik olarak planlanıp uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri:

Araştırma, Aydın İli Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı üç farklı sosyoekonomik düzeyi temsil eden sağlık ocağı bölgelerinde yapılmıştır. Sağlık ocaklarının hizmet verdiği bölgeler sosyoekonomik düzeylerine göre seçilirken, Aydın İli Sağlık Müdürlüğü'nden bilgi alınmıştır.

Araştırmaya üst sosyoekonomik ve kültürel düzeyde; 7 no'lu Sağlık Ocağı'nın hizmet verdiği bölge, orta sosyoekonomik ve kültürel düzeyde 6 no'lu Sağlık Ocağı'nın hizmet verdiği bölge, alt sosyoekonomik ve kültürel düzeyde 2 no'lu Sağlık Ocağı'nın hizmet verdiği bölge alınmıştır.

7 no'lu Sağlık Ocağı; altı ebe, dört hemşire ve üç doktor ile iki mahalleye (Kurtuluş Mahallesi, Cumhuriyet Mahallesi) hizmet vermektedir. 7 no'lu Sağlık Ocağı'na kayıtlı 0-5 yaş arası 1358 bebek ve çocuk bulunmaktadır.

6 no'lu Sağlık Ocağı; üç ebe, iki hemşire, iki doktor ile bir mahalleye (Ilıca Mahallesi) hizmet vermektedir. 6 No'lu Sağlık Ocağı'na kayıtlı 0-5 yaş arası 160 bebek ve çocuk bulunmaktadır.

2 no'lu Sağlık Ocağı; yirmi iki ebe, altı hemşire, beş doktor ile sekiz mahalleye (Girne Mahallesi, Hasan Efendi Mahallesi, Kemer Mahallesi, Köprülü Mahallesi, Mesudiye Mahallesi, Meşrutiyet Mahallesi, Mimar Sinan Mahallesi, Veysi Paşa Mahallesi) hizmet vermektedir. 2 no'lu Sağlık Ocağı'na kayıtlı 0-5 yaş arası 3311 bebek ve çocuk bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Planı:

Araştırma Şubat 2002 tarihinden itibaren planlanmaya başlanmıştır. Nisan 2002 tarihinde tez önerisi sınavına sunulmuştur. Aydın İli Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izin ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları Etik Kurulu'nun onayı Haziran 2002 tarihinde alınmıştır. Temmuz 2002 tarihinde dil geçerliğine yönelik çalışmalar yürütülmüştür.

Öncelikle ölçeğin çevirileri; her iki dili çok iyi bilen, ana dili Türkçe olan üç kişi tarafından İngilizce'den Türkçe'ye yapılmıştır. Çeviriyi yapan iki kişiden birisi yabancı diller bölümünde, diğer kişi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda öğretim görevlisidir. Üçüncü kişi ise uzun yıllar İngilizce eğitimi almış olup, profesyonel çeviri yapmaktadır.

Ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye yapılan çevirisinden en uygun ifadeler seçildikten sonra ölçeğin yeniden Türkçe'den İngilizce'ye çevirisi; ana dili Türkçe olan, daha önce anketin İngilizce halini görmeyen, her iki dili ana dili gibi bilen ve uzun yıllar Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşamış bir kişiye yaptırılmıştır.

Ağustos-Eylül 2002 tarihleri arasında, geri çevirinin orijinal ölçek ifadeleri ile karşılaştırması yapıp gerekli düzeltmelere gidildikten sonra Türkçeleştirilen formun dil geçerliği için; Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bölümü'nden bir öğretim üyesi, bir uzman çocuk psikoloğu, Psikiyatri Hemşireliği Bölümü'nden üç öğretim üyesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bölümü'nden üç öğretim üyesi ve bir öğretim görevlisi, Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü'nden bir öğretim üyesi olmak üzere toplam on kişilik uzman görüşüne sunulmuştur. Uzmanlar; her soruya 1 (en kötü) ile 10 (en iyi) arasında puan vermişlerdir. Uzmanların önerileri doğrultusunda ölçeğin tüm ifadeleri tekrar düzenlendikten sonra ölçek, aynı uzman grubunun görüşüne ikinci kez sunulmuştur.

Ekim 2002 tarihinde uzmanlar arasında görüş birliğine varılan ölçeğin ön uygulaması 5 no'lu Sağlık Ocağı'nın hizmet verdiği bölgede yaşayan 45 kişiye yapılmıştır. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin ön uygulaması sırasında elde edilen verilerin Madde-Toplam puan korelasyon katsayıları 0.03 ile 0.45 arasında dağılım göstermiş, ölçeğin iç tutarlık güvenilirlik kat sayısı 0.43 bulunmuştur. Ön uygulama yapılan grubun verileri araştırma kapsamına alınmamıştır.

Aydın İli Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izin alındıktan sonra; örnekleme alınacak kişiler Kasım 2002'de sağlık ocağı kayıtlarından Basit Rasgele Yöntem ile seçilmiş ve

kişilerden randevu alındıktan sonra araştırmanın birinci uygulaması Aralık 2002 tarihinde başlamıştır. Anneler ile birinci uygulama yapıldıktan 15-20 gün sonra ikinci uygulama yapılarak tekrar test verileri toplanmıştır. Nisan-Mayıs 2003 tarihinde veriler değerlendirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme:

Araştırmanın evrenini Aydın İli Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı; 7, 6 ve 2 no'lu sağlık ocaklarının hizmet verdiği bölgelerde yaşayan 2128 anne oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnekleme, sağlık inançlarını etkilediği için annelerin sosyoekonomik-kültürel düzeyleri dikkate alınarak belirlenmiştir. Örneklem sayısı her bir maddenin en az 10 katı olacak şekilde ve tüm sosyoekonomik düzeyleri eşit temsil edecek şekilde belirlenmiştir (44). Araştırma kapsamına alınacak sağlık ocakları belirlenirken; küme örnekleme yöntemi ile ve sosyoekonomik düzeylerine göre gruplarına yapılmıştır. Seçilen sağlık ocaklarına kayıtlı 2128 anneden Basit Rasgele Yöntemi kullanılarak örnekleme grubunu oluşturan 213 anneye ulaşılmıştır. Yüksek sosyoekonomik düzeyden 71, orta sosyoekonomik düzeyden 71 ve düşük sosyoekonomik-kültürel düzeyden 71 anne örnekleme oluşturmuştur. Ölçek örnekleme grubuna alınan 213 anneye test, bu annelerden 100 kişiye de tekrar-test iki kez uygulanabilmiştir.

Tablo 1: Çocukların ve Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı
(n=213)

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Çocuğun Yaşı (ay)		
0-12 Ay	60	28,1
13-24 Ay	64	30,1
25-36 Ay	43	20,2
37-48 Ay	30	14,1
49-60 Ay	16	7,5
Toplam	213	100
Çocuğun Cinsiyeti		
Kız	109	51,2
Erkek	104	48,8
Toplam	213	100,0
Çocuk Sayısı		
Tek Çocuk	76	35,7
İki Çocuk	101	47,4
Üç Çocuk	25	11,7
Dört ve Daha Fazla Çocuk	11	5,2
Toplam	213	100.0
Annenin Yaşı		
16-20 yaş	15	7.1
21-25 yaş	60	28.1
26-30 yaş	80	37.6
31-35 yaş	39	18.3
36-40 yaş	16	7.5
41-45 yaş	3	1.4
Toplam	213	100.0
Annenin Öğrenim Durumu		
Okur Yazar Değil	19	8,9
Okur Yazar	9	4,2
İlkokul Mezunu	88	41,3
Ortaokul Mezunu	21	9,9
Lise Mezunu	56	26,3
Ön Lisans Mezunu	12	5,6
Lisans ve Lisansüstü Mezunu	8	3,8
Toplam	213	100.0

Araştırmaya katılan anneler ve çocukların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 1’de gösterilmiştir. Örneklem grubunu oluşturan annelerin çocuklarından %30.1’i 13-24 ay arasında olup, %51.2’si kızdır. Annelerin %47.4’ünün iki çocuğu vardır. Örnekleme oluşturan annelerin %20.2’si 28-30 yaş arasında olup %41.3’ü ilkokul mezunudur.

Annelerin araştırmaya katılmaları için 0-5 yaş arasındaki çocuklarının bakımları ile öncelikle kendilerinin ilgilenmeleri, çocuklarında ya da kendilerinde mental retardasyon, kronik bir hastalık ya da sakatlık bulunmaması ve ruh sağlıklarının yerinde olması yeterli olmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları:

Araştırmada verileri toplamak amacı ile;

Örnekleme alınan annelerin ve çocuklarının sosyodemografik özelliklerini belirlemek için kullanılan Soru Formu (Ek 1) ve Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği (Parent Health Belief Scale) (Ek 2) kullanılmıştır.

3.5.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu:

Bu formda; anne ve çocuk yaşı, çocuğun cinsiyeti, çocuk sayısı ve annenin eğitim durumu ile ilgili beş adet soru bulunmaktadır.

3.5.2. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği (Parent Health Belief Scale):

Bu araştırmada; annelerin çocuklarının sağlıkları konusundaki inançlarını sınamak amacı ile Amen tarafından 1998 yılında geliştirilen “Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek ilk kez Parsel ve Mayer tarafından (1978) Çocukların Sağlık Odağı Kontrolü Ölçeği şeklinde geliştirilmiştir.

1989 yılında Tinsley ve Holtgrave, Çocukların Sağlık Odağı Kontrolü Ölçeği’ni değiştirip geliştirerek çocukların sağlıklarına yönelik; Anne Sağlık İnancı Kontrol Odağı Ölçeğini geliştirmiştir.

Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği; annelerin sağlık ile ilgili inançlarını değerlendiren 3 alt ölçeği içeren 20 maddelik bir araçtır.

İç faktörler alt ölçeği yedi maddeden oluşmuş olup, annelerin sağlık inançlarına ilişkin içsel kontrollerini ifade eder. Bu alt ölçekten en az 7, en fazla 42 puan alınabilir. Alınan puan ne kadar yüksek ise; annenin iç kontrolü de o kadar iyidir.

Dış faktörler alt ölçeği; sekiz maddeden oluşmaktadır ve annenin kendi inancı olmayan fakat sağlık inancını etkileyen dış faktörleri ifade eder. Bu alt ölçekten en az 8, en fazla 48

puan alınabilir. Bu alt ölçekten alınan puanın yüksek olması annenin inançlarının dış kontrolü olduğunu gösterir.

Şans faktörleri alt ölçeği; beş maddeden oluşmuş olup, annelerin inançlarının şans ve diğer etmenlerden etkilenmesini ifade etmektedir. Bu alt ölçekten en az 5, en fazla 30 puan alınabilir. Bu alt ölçekte alınan puanın yüksek olması, annelerin inançlarına göre çocukların sağlığını şansa bırakmanın yüksek olduğunu gösterir.

Ölçekte likert tipi ölçekleme yöntemi kullanılmıştır. Annelerin inançları “1” den “6”ya (1: Kesinlikle Katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Pek Katılmıyorum, 4: Biraz Katılıyorum, 5: Katılıyorum, 6: Tamamen Katılıyorum) kadar değişen puanlamaların sonuçlarına dayanılarak değerlendirilir.

3.5.2.1. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirliği:

Parsel ve Mayer'in (1978) geliştirdiği Çocukların Sağlık Odağı Kontrolü Ölçeği'nin, 7-12 yaş arasındaki 168 sağlıklı çocuk üzerinde yapılan geçerlilik ve güvenirlilik çalışması 6 haftalık test-tekrar test güvenirliliği $r=0.62$ olarak bulunmuştur (7). Araştırmada Cronbach Alfa Katsayısı belirtilmemiştir. Ölçek üzerinde yapılan faktör analizinde; üç alt ölçek (iç faktörler, şans faktörleri ve dış faktörler) olduğu ortaya çıkmıştır.

Tinsley ve Holtgrave (1989), Anne Sağlık İnanç Kontrol Odağı Ölçeği'ni bir hafta ile yirmi ay arasında bebeği olan 139 siyah ve beyaz anne üzerinde geçerlilik ve güvenirlilik çalışması yapmıştır. İki hafta ara ile yapılan çalışmanın güvenirliliği $r=0.96$ olarak bulunmuştur (7). Araştırmada Cronbach Alfa Katsayısı belirtilmemiştir. Ölçek üzerinde yapılan faktör analizinde Çocukların Sağlık Odağı Kontrolü Ölçeği'nde olduğu gibi üç alt ölçek tespit edilmiştir.

Amen (1998), orijinal ölçeği (Parsel&Mayer) değiştirerek Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'ni geliştirmiştir. Amen'in 36-47 aylar arasında çocuğu olan 126 anne ile yaptığı çalışma sonucunda elde ettiği Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin alt ölçeklerinin iç tutarlılık Cronbach Alfa Katsayıları Tablo 2'de gösterilmiştir (7). Araştırmada tüm ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alfa Katsayı belirtilmemiştir. Ölçeğin geçerliği, içerik geçerliği, yapı geçerliği ve faktör analizi kullanılarak test edilmiştir.

Tablo 2: Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği Altölçeklerinin İç Tutarlık Cronbach Alfa Katsayısı

Faktörler	İç Tutarlık Cronbach Alpha Katsayısı
Şans Faktörleri	0.51
Dış Faktörler	0.65
İç Faktörler	0.49

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması:

Veri toplama işlemi, araştırmacının kendisi tarafından örneklem grubundaki annelerle yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılmıştır. Araştırmanın ön uygulaması için ölçek 45 kişilik anne grubuna uygulanmıştır. Bu çalışmalara göre Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin doldurulma süresi 15-20 dakikadır.

Araştırma kapsamına alınan annelere ölçek uygulaması yapılmadan önce telefon edilerek randevu alınmıştır. Ölçek uygulaması annelerin uygun oldukları zamanda evlerine gidilerek yapılmıştır. Birinci uygulamadan iki hafta sonra annelerden tekrar randevu alınmış ve uygun oldukları zamanda ölçeğin ikinci uygulaması yapılmıştır. Ölçek uygulaması yapılmadan önce araştırmaya katılan annelere konuyla ilgili kısaca bilgi verilmiş, kendileri ile ilgili doğru ifadeleri seçmelerinin araştırmanın güvenilirliği için önemli olduğu açıklanmıştır. Annelerin çevredeki bireylerin görüşlerinden etkilenmemeleri için anket uygulaması anneler tek başlarına iken yapılmıştır. Örnekleme alınan annelere Ek1 ve Ek2'de ki formlar uygulanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi:

Veriler bilgisayarda SPSS paket programı ile değerlendirilmiştir.

Ölçeğin güvenilirliği; birden çok uzmanın, birbirinden bağımsız olarak aynı şeyleri değerlendirmeye çalışmaları anlamına gelen ölçeğin uzman görüşleri arasındaki uyumunu hesaplamak için ön uygulama yapmadan önce alınan uzman görüşlerinin değerlendirilmesi; "Kendall İyi Uyuşum Katsayısı" ile yapılmıştır (45, 46, 47, 48, 49). Ölçeğin benzer koşullar altında ve belli bir zaman aralığı ile elde edilen ölçümlerin sonuçlarının aralarındaki ilişkiyi

test etmeye zamana göre değişmezlik denir. Ölçeğin zamana göre değişmezliğini ve iki uygulama arasındaki puanların farklılığını (Test ve tekrarteste alınan puanlar arasındaki ilişkiyi incelemek için) test etmek amacıyla önerilen test-tekrar test güvenilirliği için “Pearson Momentler Çarpımı” uygulanmıştır (16, 44, 45, 46, 47, 48, 50). Tekrar-test yapılan grup ile tekrar-test yapılmayan grupların sosyodemografik özellikleri arasındaki farklılığın incelenmesi amacı ile, iki örneklem arasında “Ki-Kare Uyum İyiliği Testi” yapılmıştır. Her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek üzere birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğunu ve bunların, bütün içinde, bilinen ve birbirlerine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımına iç tutarlık denir. Güvenirlik ölçütlerinden biri olan iç tutarlığın ölçekteki değerlendirmesi için “Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı” kullanılmıştır (44, 45, 46, 47, 48, 49, 50).

Ölçeğin geçerliliğine ilişkin; örneklem yeterliliği, gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünün karşılaştırılması ve veri setinin küçültülerek daha kolay açıklanabilir hale getirmek için; ölçeğin faktör modelinin test edilmesi ve faktör yapısı “Temel Bileşenler Analizi, Kaiser-Meyer-Olkin Testi, Bartlett's Testi ve Varimax Rotasyonu” ile incelenmiştir. Ayrıca uzmanlardan görüş alarak içerik geçerliği sağlanmıştır (44, 45, 48, 51).

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Güvenirlilik Analizleri

4.1.1 Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Tablo 3: Kendal Testi Sonucuna Göre Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Maddeler	n	X	Sx	min	max
1	10	9,90	0.32	9	10
2	10	9,70	0.67	8	10
3	10	9,50	1.08	7	10
4	10	9,90	0.32	9	10
5	10	9,40	0.84	8	10
6	10	9,60	0.70	8	10
7	10	10,00	0.00	10	10
8	10	9,90	0.32	9	10
9	10	9,80	0.63	8	10
10	10	9,60	0.70	8	10
11	10	10,00	0.00	10	10
12	10	9,90	0.32	9	10
13	10	9,80	0.63	8	10
14	10	9,80	0.63	8	10
15	10	10,00	0.00	10	10
16	10	9,80	0.42	9	10
17	10	9,50	0.97	7	10
18	10	9,90	0.32	9	10
19	10	9,70	0.48	9	10
20	10	9,90	0.32	9	10
n	W	X²	Sd		p
10	0.158	30.034	19		0.051

Uzmanların Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin maddelerine verdikleri puanların analizi Tablo 3’de gösterilmiştir. Ebeveynlerin sağlık inançlarını ölçen Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin 10 uzman tarafından değerlendirilmesi sonucunda elde edilen verilerin Kendall İyi Uyuşum Kat Sayısı istatistiksel analizi ile değerlendirilmesi sonucunda uzmanlar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı görüş birliği olduğu görülmüştür ($p>0,05$) (45, 46, 47, 48).

4.2. Uygulama Verilerinin Değerlendirilmesi

Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin birinci ve ikinci uygulama toplam puanlarının korelasyonları sonucunda ölçeğin test-tekrartest güvenilirlik kat sayısı $r = 0.30$ ($p < 0.01$) olarak bulunmuştur.

Tablo 4: Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği Maddelerinin Madde-Toplam Puan Korelasyonları (n=213)

Maddeler (20)	r	p
1	0.49	0.00
2	0.46	0.00
3	0.55	0.00
4	*	*
5	0.56	0.00
6	0.60	0.00
7	0.34	0.00
8	0.39	0.00
9	0.6	0.00
10	0.51	0.00
11	0.39	0.00
12	*	*
13	*	*
14	0.44	0.00
15	0.45	0.00
16	0.51	0.00
17	0.45	0.00
18	0.35	0.00
19	0.46	0.00
20	0.42	0.00

* Negatif Korelasyon Nedeni İle Çıkarılan Maddeler

Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin her maddesinin madde toplam puan güvenilirlik kat sayıları Tablo 4'de gösterilmiştir. Madde toplam puan korelasyonları 0.34 ile 0.60 arasında dağılım göstermiştir ($p < 0.01$).

Tablo 5: Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği İle Alt Ölçeklerinin Madde Sayıları, Alınabilecek Puanlar ve Alfa Değerleri

Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Alınabilecek Alt ve Üst Puanlar	α
1. Alt Ölçek	7	7-42	0.71
2. Alt Ölçek	7	7-42	0.72
3. Alt Ölçek	3	3-18	0.63
Toplam Ölçek	17	17-102	0.79

Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin ve alt ölçeklerinin iç tutarlık güvenirlik katsayıları Tablo 5’de verilmiştir. İç tutarlık güvenirlik katsayı tüm ölçek maddeleri için 0.79, birinci faktörler ile ilgili alt ölçek için 0.71 , ikinci faktör ile ilgili alt ölçek için 0.72 , üçüncü faktör ile ilgili alt ölçek için 0.63 olarak bulunmuştur.

Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği ile alt ölçekler arasındaki toplam puanların ilişkileri incelendiğinde; birinci alt ölçeğin korelasyonu $r=0.87$ ($p=0.00$), ikinci alt ölçeğin korelasyonu $r=0.73$ ($p=0.00$) ve üçüncü alt ölçeğin korelasyonu $r=0.50$ ($p=0.00$) olarak bulunmuştur.

Tablo 6: Birinci ve İkinci Uygulama Ölçek Toplam Puanları ve Alt Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Test-retest	r	p
Toplam Ölçek	0.30	0.00
1. Alt Ölçek	0.35	0.00
2. Alt Ölçek	0.29	0.00
3. Alt Ölçek	0.07	0.49

Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği İle Alt Ölçeklerinin birinci ve ikinci uygulama ölçek toplam puanları ve alt ölçek toplam puanlarının ilişkilerinin değerlendirilmesi Tablo 6’da gösterilmiştir. Tablo 7’de görüldüğü üzere toplam ölçek ve alt ölçekler test-retest puan korelasyonları 0.07 ile 0.35 arasında değer almıştır ($p<0.01$, $p<0.05$).

Tekrar-test yapılan grup ile tekrar-test yapılmayan grupların sosyodemografik özellikleri arasındaki farklılığın incelenmesi sonucunda, annenin öğrenim durumu ile ilgili

değer: $\chi^2=1.47$, $p=0.68$, annenin yaşı ile ilgili değer: $\chi^2=2.01$, $p=0.84$, çocuk sayısı ile ilgili değer: $\chi^2=0.94$, $p=0.81$ olarak bulunmuştur.

4.3. Geçerlilik Analizleri

4.3.1. Faktör Analizi

Tablo 7: Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin Faktör Modelinin Değerlendirilmesi

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0.75
Bartlett's Test of Sphericity	p	819.797
	df	136
	p	0.00

Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin faktör modelinin değerlendirilmesi Tablo 7'de gösterilmiştir. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı 0.75 olarak bulunmuş, Bartlett's Test'ine göre $p=0.00$ ($p<0.05$) saptanmıştır.

Tablo 8: Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği Uygulanan Temel Bileşenler Analizi ve Varimax Rotasyonu Sonrasında Ortaya Çıkan Faktörlerin Örüntüleri

Faktörler	Özdeğeri (Eigenvalue)	Açıkladığı Varyansın Yüzdesi	Katılan Madde No	Faktör Ağırlığı
Faktör: 1 (Şans Faktörü)	4.02	23.6	1	0.699
			2	0.642
			3	0.634
			5	0.618
			6	0.558
			9	0.533
			10	0.508
Faktör: 2 (Dış Faktörler)	1.99	11.7	14	0.768
			15	0.660
			16	0.647
			17	0.605
			18	0.510
			19	0.462
			20	0.320
Faktör: 3 (İç Faktörler)	1.43	8.4	7	0.830
			8	0.703
			11	0.551

Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği için yapılan Temel Bileşenler Analizi ve Varimax rotasyonu sonuçları Tablo 8'de gösterilmiştir. Türkçeleştirilen ölçeğin; Temel Bileşenler Analizi Sonucunda üç faktörlü bir yapıya sahip olduğu görölmektedir. Ölçeğin üç faktörlü çözümlenmesinde Özdeğerleri (Eigenvalue) sırasıyla 4.02, 1.99, 1.43 olarak bulunmuştur. Tablo 8'de belirtildiği üzere; birinci faktörde 7, ikinci faktörde 7 ve üçüncü faktörde 3 madde toplanmıştır.



BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu bölümde Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin türkçeleştirilmesi, yeni formun geçerliği ve güvenilirliğine ilişkin veriler tartışılmıştır.

5.1. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin dil geçerliği için gerekli çeviriler yapıldıktan sonra uzmanlar arasındaki görüş farklılıkları Tablo 3’de görüldüğü üzere Kendall İyi Uyuşum Katsayısı ile incelenmiştir (45). Uzmanların ölçek maddelerine verdikleri puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (47, 48). Uzman görüşleri arasında farklılık olmaması ölçekte “Bağımsız Gözlemciler Arası Uyum” güvenirlığının ve “Dil ve İçerik Geçerliliği” ölçütlerinin sağlandığını göstermektedir (45, 46, 47, 48).

Ölçek maddelerinin işlerliğini değerlendirmek için uygulamadan önce yapılan ön uygulamada örneklem grubu ile benzer özelliklere sahip ön uygulama grubunun cevaplarının değerlendirilmesi ile Madde-Toplam Ölçek Korelasyon Katsayılarının bazılarının yeterli düzeyde olmaması ya da negatif yönlü olması; örneklem sayısının az olmasına bağlanmıştır. Ön uygulamada ölçeğin iç tutarlık güvenirlilik katsayısı ($\alpha=0.43$) düşük düzeyde bulunmuştur (51).

Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları Tablo 4’de görüldüğü üzere 0.34 ile 0.60 arasında, istatistiksel düzeyde anlamlı, pozitif yönlü, zayıf ve orta düzeyde ilişkili değerler almıştır ($p < 0.01$) (44, 45, 49, 50, 52). Ölçeğin orijinalinde bulunan 20 maddeli hali ile yapılan madde toplam istatistikleri analizinde negatif yönlü, çok zayıf (Madde 13: - 0.00) ve pozitif yönlü çok zayıf korelasyonda (Madde 4: 0.08, Madde 12: 0.01) maddeler vardır. Ayrıca aynı maddeler için Ortalamalar Arası Fark değişken ve madde silindiğinde Alfanın alacağı değerde yükselme yönünde değişiklik vardır. Bu maddelerin korelasyonlarının düşük olma nedeninin kültürler arası farklılıktan kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenlerle 4, 12 ve 13. maddeler ölçekten çıkarılmışlardır (47, 50). Ancak literatürde yabancı dilde ve ülkede geliştirilen ölçeklerin Türkçe’ye uyarlaması yapılırken yeniden yapılandırılması; etik ve eşdeğerliğin bozulması gibi nedenlerden ötürü doğru bulunmadığı da

yer almaktadır (53). Ancak inançlara dayalı bir ölçek olan Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nde, inançlardan kaynaklanan kültürlerarası olağan farklılıklar nedeni ile söz konusu maddelerin ölçekten çıkarılması uygun görülmüştür

İç tutarlık güvenilirlik kat sayısını gösteren alfa değeri ölçek için 0.79 oldukça güvenilir düzeyde bulunmuştur (Tablo 5). Alfa değeri ölçeğin birinci alt ölçeği için 0.71, ikinci alt ölçeği için 0.72, üçüncü alt ölçeği için 0.63 bulunmuş olup, alt ölçeklerde oldukça güvenilir düzeydedir (45, 47). Amen'in çalışmasında toplam ölçek için alfa değerleri belirtilmemiştir. Birinci alt ölçek için alfa değeri 0.51, ikinci alt ölçek için alfa değeri 0.65 ve üçüncü alt ölçek için alfa değeri 0.49 olarak bulunmuştur (7). Amen'in çalışmasında ölçeğin tüm alt ölçeklerinin aynı özelliği ölçtüğünü kanıtlamak ve yakınlıklarının derecesini ortaya koymak için elde edilen iç tutarlık güvenilirlik kat sayısı, dış faktörler için oldukça iyi, iç faktörler ve şans faktörü için düşük düzeyde güvenilir bulunmuştur.

Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği ile alt ölçekler arasındaki korelasyonların incelendiğinde alt ölçek-toplam puan korelasyonları birinci ve ikinci alt ölçekler için istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek, üçüncü alt ölçek için orta düzeyde bulunması ölçeğin güvenilirliği ile benzer özellik göstermekte ve güvenilirliği desteklemektedir (7, 44, 45, 49, 53, 52).

Test-tekrartest uygulamasının korelasyon değerine bakılması ölçümün değişmezliğini ortaya çıkarır (45). Ölçümler arasındaki farklılıkların değerlendirilmesi amacı ile; toplam ölçek ve alt ölçeklerin eşleştirilmiş olarak birinci ve ikinci uygulamalarından elde edilen toplam puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 6), toplam ölçek, birinci alt ölçek ve ikinci alt ölçek test-tekrartest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki vardır ($p < 0.01$, $0.26 < r < 0.49$). Üçüncü alt ölçekte ise; istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve çok zayıf bir ilişki vardır ($p < 0.05$, $0.00 < r < 0.25$) (44, 49, 52). Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği ile alt ölçeklerinin birinci ve ikinci uygulama ölçek toplam puanları ve alt ölçek toplam puanlarının ilişkileri üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir, tekrar-test yapılan grup ile tekrar-test yapılmayan grupların sosyodemografik özellikleri arasındaki farklılıklar incelenmiş, sonuçta iki örneklem arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Bu araştırmada test-tekrartest uygulamalarının korelasyonlarının zayıf olmasına neden olabilecek faktörler incelenmiştir. Bunlardan birisi iki uygulama arasında bırakılan zaman, diğeri inançların değişime uğraması ve son olarak her iki ölçüm koşullarının birbirine benzer

olmamasıdır. Test-tekrar test uygulamaları arasında uygun zaman bırakılmıştır (15-20 gün) (45). Bu süre içinde inançların değişmesi beklenemez (45). İki ölçümde de aynı koşulların sağlanmasına karşın korelasyonun düşük olması ölçek sorularının cevaplanmasında, sınırları kesin olarak belirlenmemiş, Türk kültürüne uygun olmadığı düşünülen, anlaşılması güç ve somut olmayan ifadelerin (Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Pek Katılmıyorum, Biraz Katılıyorum, Katılıyorum, Tamamen Katılıyorum) kullanılması nedeni ile oluşan farklılıklara bağlanmıştır.

5.2. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

Araştırmada çeviri ve geri çevirileri yapılan Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin istenilen alanı temsil edip ölçebilirliği çeşitli üniversitelerde hemşirelik ve çocuk psikolojisi alanlarında uzman olan kişilerin görüşlerine sunulmuş ve öneriler doğrultusunda düzeltmeler yapılarak "Dil Geçerliği" ölçütü sağlanmaya çalışılmıştır.

Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin faktör modelinin değerlendirilmesi Tablo 7'de görülmektedir. Kaiser-Meyer-Olkin Testi; örneklem yeterliliği ölçütü, gözlenen korelasyon kat sayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon kat sayılarının büyüklüğünü karşılaştırır (44). Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı 0.75 olarak iyi bir değerde bulunmuştur. Bulunan sonuca göre; ölçeğin faktör analizinin yapılması uygundur. Bartlett's Test'inde korelasyon matrisinin birim matris olup olmadığını test etmek amacı ile kullanılır ve bu sonuca göre faktör modelinin kullanılmasının uygun olup olmadığını belirler. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'ne uygulanan Bartlett's Test'ine göre; faktör modelinin kullanılması uygundur ($p < 0.05$) (44).

Ölçeğin yapı geçerliğini ölçmek için kullanılan Temel Bileşenler Analizi ölçeğin faktör yapısını incelemiştir (Tablo 8). Ölçeği geliştiren Amen (1998), annelerin inançları ile ilgili şans, dış ve iç faktörleri ölçmek üzere üç noktada odaklanmıştır. Araştırmada ölçeğin bu haline bağlı kalınmış ve ölçek üç alt ölçekten oluşmuştur (7, 44, 47). Bu araştırmada kültürel farklılıkların yaratabileceği sonucu görmek için Temel Bileşenler Analizinde Özdeğeri (Eigenvalue) 1'i aşan sınırsız bir çözümlene Varimax Rotasyonu ile benimsenmiştir (44, 48). Bu çözümlene sonucunda üç alt ölçekli bir yapı ortaya çıkmıştır. Benzer maddeler ile yüklenen faktörlerin uyumlu olduğu görülmektedir. Bu çözümleneler sonucunda Amen'in asıl ölçek çalışmasında elde ettiği faktör yapısı ile benzerlik göstermesi ve maddelerin

toplandığı alanlar ve faktör ağırlıkları dikkate alınarak ölçeğin üç alt ölçekli yapıya sahip olduğu bir kez daha vurgulanmıştır.

Araştırmada 17 maddeli olarak incelenen ölçeğin faktör ağırlıkları yirminci madde de 0.320 olup, diğer maddelerin tümü 0.462'nin üzerinde bulunmuştur. Faktör analizinde elde edilen sonuçlar asıl çalışmada belirlenen sınırlar ve değerler ile uyumludur. Araştırma sonucunda Türkçe Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği; birinci faktör kapsamına girmiş maddelerin “şans” ile ilgili, ikinci faktör kapsamına girmiş maddelerin “dış etkenler” ile ilgili, üçüncü faktör kapsamına girmiş maddelerin “iç etkenler” ile ilgili kavramları yansıtan maddelerden oluştuğunu ve toplam varyans'ın % 43.7'sini açıkladığı bulunmuştur.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Çocukların doğrudan sağlıklarını etkileyen ebeveynlerin sağlıkla ilgili inançlarını ölçen Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'ni Türk literatürüne kazandırmak amacıyla planlanan ve uygulanan çalışmada elde edilen sonuçlar;

1. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin Türkçeleştirilerek geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılması işlemleri sonucunda Türkçeleştirilen ölçeğin asıl İngilizce formundan dil yönünden istatistiksel düzeyde farklılık göstermediği ve her iki dilde yazılmış olan formların eş değerinde olduğu,
2. Türkçeleştirilen ölçek maddeleri için uzman görüşleri arasında uyum güvenirlik ölçütü olarak görüş farklılığı olmadığı,
3. Elde edilen bulgulara göre örneklem grubu için ölçeğin iyi düzeyde iç tutarlık güvenirlik kat sayısına sahip olduğu,
4. Ölçeğin test-tekrartest güvenirliği incelendiğinde birinci uygulama toplam puanları ile ikinci uygulama toplam puanları arasında zayıf, pozitif yönlü doğrusal bir ilişki ($r=0.30$) bulunduğu,
5. Ölçek maddelerinin toplam puan korelasyonları incelendiğinde, maddeler ile ölçek arasında negatif yönlü düşük korelasyon gösteren üç madde ölçekten çıkarılmıştır. Geriye kalan maddeleri ile Madde-Toplam Puan Korelasyonları incelendiğinde maddeler ile ölçek arasında artan düzeyde bir ilişki olduğu,
6. Ölçeğin faktör yapı geçerliği incelendiğinde, ölçeğin orijinal formu olan İngilizce halinde olduğu gibi üç faktörlü bir çözümlenmeye uygun olduğu şeklindedir.

6.2. ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına göre;

1. Türkçeleştirilerek geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin (17 maddelik) daha geniş kapsamlı sosyoekonomik düzeyleri, bölgeleri ve yaş gruplarını temsil eden örneklemelere uygulanması ve değişmezliğinin incelenmesi,
2. Bu çalışma sonucunda toplam ölçek ve alt ölçeklerinin alfa değerlerinin asıl çalışma sonucundaki alfa değerlerinden yüksek bulunmasına karşın, test-tekrartest toplam puanları arasında zayıf, pozitif yönlü doğrusal bir ilişki ($r= 0,30$) olması nedeni ile daha sonra yapılacak çalışmalarda ölçeğin tekrar gözden geçirilerek daha geniş örneklem gruplarına uygulanması ve tüm ölçek ile alt ölçeklerin test-tekrartest güvenilirliğine bakılması,
3. Ebeveynlerin çocuklarının sağlığını geliştirme ve korumaya yönelik, Türk kültüründe görülen sağlık inançlarının ve bu inançları etkileyen faktörlerin belirlenmesi ile ilgili kavramları ölçen geçerli ve güvenilir ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uygulanması,
4. Ölçek sorularına verilen sınırları kesin olarak konmamış, anlaşılması güç ve somut olmayan cevapların (Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Pek Katılmıyorum, Biraz Katılıyorum, Katılıyorum, Tamamen Katılıyorum) yerine, Türk kültürüne uygun ve daha somut ifadelerin araştırılıp kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Çevik N., Oran O., Sarıalioğlu F., Yurdakök M., Büyükgebiz A., Kutluk T.: Türkiye Milli Pediatri Derneği Türkiye’de Çocuk Sağlığı ve Türk Çocuk Hekimleri. Rekmay. Ankara, 1988.
2. Pasinlioğlu T.: Ebeveynlerin Sağlık Ocaklarının Verdiği Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetlerini Kullanma Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1991; 7 (3): 1-11.
3. T. C. Hükümeti UNİCEF İş Birliği Programı; Türkiye’de Anne ve Çocukların Durumu. Ülke Programı 1991-1995. Ankara, 1991.
4. Türkistanlı E.: Çocuk Sağlığının Durumu ve Geliştirme Çabaları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 1995; 11(1): 85-91.
5. Sütlaş M.: İnsan Hakları Haftası’nda Bu Yıl Ana Tema Çocuk Hakları. Bizim Gazete. Sivil Toplum Gazetesi. Sağlık Tıp Sayfası. 2002.
<http://www.istabip.org.tr/bg/bg12122002.html>
6. Özdemir S.: Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Ana Çocuk Sağlığına Yönelik Bakım Hizmetlerinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 1995.
7. Amen, M. M., Clarke, V. P. J.: The Influence of Mothers’ Health Beliefs on Use of Preventive Child Health Care Services and Mothers’ Perception of Children’s Health Status. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing. 2001; 24 (3): 153-163.
8. Elibol H.: İlkokul Çağı Çocuklarının Kişisel Sağlık Görüşleri, Olumlu Sağlık Davranışları ile Bunları Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir, 1999.
9. Nguvu (Amen) M. M.: The Influence of Mothers’ Health Beliefs Upon Use of Preventive Child Health Care Services, and Mothers’ Perception of Children’s Health Status. Submitted in Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree of Doctor of Philosophy in The School of Education New York University. By Umi Company, 1998
10. Spicien G.M., Bernard M. U., Chard M. A., Howe J., Phillips P. J.: Comprehensive Pediatric Nursing. Third Edition. Mc Graw-Hill Book Company. Newyork, 1986.
11. Lindberg, J. B., Hunter, M. L., Kruzewski, A. Z.: Introduction to Nursing Concepts, Issues, Opportunities. J.B. Lippincott Company. Philadelphia, 1990.

12. Swanson J.M., Nies M.A.: Community Health Nursing Promoting The Health of Aggregates. Second Edition. N. B. Saunders Company. Philadelphia, 1997.
13. Mott, S., R., James, S., R., Sperhac, A., M.: Nursing Care of Children and Families. Second Edition. A Division of The Benjamin/Cummings Publishing Company. California, 1990.
14. Ocakçı, A.: Sağlıkın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. Karaelmas Üniversitesi Bilim Haftası Sunusu. Zonguldak. 2001.
<http://www.geocities.com/kemalgokcan/mak2.html>
15. Stolte K. M.: Wellness "Nursing Diagnosis for Health Promotion". Lippincott Company. Philadelphia. New York. 1996.
16. Hayran O.: Sağlık ve Hastalık Kavramları. Ed: Sur H., Hayran. O.: Hastane Yöneticiliği. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul, 1997.
17. Öztekin Z.: Birinci Basamak Sağlık Kavramı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri. Hacettepe Tıp Dergisi. 2000; 31 (1): 73-77.
18. Seviğ Ü.: Kültür ve Hemşirelik. Kayseri. 2003 .
<http://www.erciyes.edu.tr/khsempozyum/sempozyum.htm>
19. WHO definition of Health. 2003. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
20. Baltaş Z.: Sağlık Psikolojisi. 1. Basım. Remzi Kitabevi. İstanbul, 2000
21. Birol L.: Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. 4. Baskı. Bozyaka Matbaacılık. İzmir, 2000.
22. Tabok R. S.: Sağlık İletişimi. Motif Basım, 1999.
23. Velioglu P.: Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset. İstanbul, 1999.
24. Saxton, D., Nugent, P. M., Pelikan, P. K.: Mosby's Comprehensive Review of Nursing for Nclex-Rn. Sixteen Edition. Mosby Inc. St Louis, 1999.
25. Ignatavicius D.D., Workman M.L., Mishler M.A.: Medical Surgical Nursing. Second Edition. W.B.Saunders Company. Philadelphia, 1995.
26. Tomey, A. M.: Guide to Nursing Management and Leadership. Sixth Edition. Mosby Inc. St Louis, 2000.
27. Koziar B., Erb G., Bufalino P. M.: Introduction to Nursing. Addison-Wesley Publishing Company. California, 1989.
28. Auvenshine, M. A., Enriques, M. G.: Maternity Nursing "Dimensions of Change", Wadsworth Health Sciences Division. California, 1985.

29. İnançlar, Tutumlar ve İş Ahlakı : İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisi.
Ernst & Young, 2003.
<http://www.insankaynaklari.com/cn/ContentBody.asp?BodyID=564>
30. Varolan İ.: Tutum Değiştirme Yöntemleri ve Bir Uygulama. Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Gebze, 2000.
31. Pasqualı, E. A., Arnold, H. M., De Basio, N.: Mental Health Nursing. "A Holistic Approach". Third Edition. Mosby Company. St. Louis, 1989.
32. Küçükbayır D. G.: Sağlıkta ve Hastalıkta Kontrol Algısı Ölçeği. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Uygulamalı Psikoloji) Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2000.
33. Argyle, M.: The Social Psychology of Everyday Life. Routledge. London And Newyork, 1992.
34. Nguvu M. M.: The Influence of Mothers' Health Beliefs Upon Use of Preventive Child Health Care Services, and Mothers' Perception of Children's Health Status. Submitted in Partial Fulfillment of The Requirements for The Degree of Doctor of Philosophy in The School of Education New York University. By Umi Company, 1998. (İçinde: Rotter, J. B.: Some Problems and Misconceptions Related to the Construct of İnternal Versus External Control of Reinforcement. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1975; (40): 313-321)
35. Lewallen, L. P.: Health Beliefs and Health Practices of Pregnant Women. JOGNN. 1989; 18 (3): 245-246.
36. Amen, M. M., Clarke, V. P. J.: The Influence of Mothers' Health Beliefs on Use of Preventive Child Health Care Services and Mothers' Perception of Children's Health Status. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing. 2001; 24 (3): 153-163. (İçinde: Tinsley, B., Holdgrave, D.: Maternal Health Locus of Control Beliefs, Utilization of Childhood Preventive Health Services, and İnfant Health. Developmental and Behavioral Pediatrics. 1989; 10(5): 236-241)
37. Kozier B., Erb G., Bufalino P. M.: Intraduction to Nursing. Addison-Wesley Publishing Company. California, 1989. (İçinde: Rosenstorg, I. M.: Historical Origins of the Health Belief Model. Halth D. Monographs. 1975; (2): 328-335)

38. Kozier B., Erb G., Bufalino P. M.: Intraduction to Nursing. Addison-Wesley Publishing Company. California, 1989. (İçinde: Becker, M. H.: The Health Belief Model and Sick Role Behavior. Health Ed. Monographs. 1974; (2): 409-419)
39. Kozier B., Erb G., Bufalino P. M.: Intraduction to Nursing. Addison-Wesley Publishing Company. California, 1989. (İçinde: Pender, N.J.: Health Promotion in Nursing Practice. Norwalk Ct. Appleton-Cnttury-Crofts. 1982)
40. Hiltabiddle, S.: Adolescent Condom Use, The Health Belief Model, and The Prevention of Sexually Transmitted Disease Jogm. 1996; 5 (1): 61-66.
41. Beare P. G., Myers J. L.: Principles and Practice of Adult Health Nursing. Second Edition. Mosby Year Book Inc. St Louis, 1994.
42. Tripp, S. L., Stachowiak, B.: Health Maintenance, Health Promotion: is There A Difference?. Public Health Nursing. Blackwell Scientific Inc. Publications. 1992; 9 (3): 155-161.
43. Aycan E.: Türkiye'deki Ruh Sağlığı Hizmetleri. 2003.
<http://www.un.org.tr/who/mhealth/mhealthsaycanspeech.htm>
44. Akgül A.: Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri. SPSS Uygulamaları. Yükseköğretim Kurulu Matbaası. Ankara, 1997.
45. Aksayan S., Bahar Z., Bayık A., Emiroğlu O.N., Erefe İ., Görak G., Karataş N., Kocaman G., Kubilay G., Seviğ Ü.: Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği-HEMAR-GE Yayını. İstanbul, 2002.
46. Karasar N.: Bilimsel Araştırma Yöntemi -Kavramlar, İlkeler, Teknikler-. 9. Basım. Nobel Yayın Dağıtım. Ankara, 1999.
47. Özdamar K.: Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-1 SPSS-Minitab. 2. Baskı. Kaan Kitabevi. Eskişehir, 1999.
48. Öztürk M.: Çocukların Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeğinin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. İzmir, 2002
49. Hayran M., Özdemir O.: Bilgisayar, İstatistik ve Tıp. İkinci Baskı. Hekimler Yayın Birliği. Ankara, 1996.

50. Ergün M.: Bilimsel Araştırmalarda Bilgisayarla İstatistik Uygulamaları. SPSS for Windows. Ocak Yayınları. Ankara, 1995.
51. Özdamar K.: Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-2 (Çok Değişkenli Analiz) SPSS-Minitab. 2. Baskı. Kaan Kitabevi. Eskişehir, 1999.
52. Aksakoğlu G.: Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Matbaası. İzmir, 2001.
53. Ergin D.: 1. Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 1995; (7): 125-148.



EKLER

Ek 1- Sosyo Demografik Veri Toplama Formu

1- Yaşınız :.....

2- Öğrenim Durumunuz:

1. Okur-Yazar Değil

2. Okur-Yazar

3. İlkokul Mezunu

4. Ortaokul Mezunu

5. Lise Mezunu

6. Yüksekokul / Üniversite Mezunu

3- Çocuğunuzun Yaşı:.....

4- Çocuğunuzun Cinsiyeti:

1. Kız

2. Erkek

5- Çocuk Sayınız:

1. 1 Çocuk

2. 2 Çocuk

3. 3 Çocuk

4. 4 ve Daha Fazla

Ek 2- Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin Türkçe'ye Çevrilmiş Son Hali

1. Sağlıklı olmak bir şans işidir.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

2. Anneler, çocuklarının hasta olmasını engelleyemezler.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

3. Çocuğum, kötü şans (kaderi) nedeni ile hasta oluyor.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

4. Anneler başkalarının değil, yalnızca doktorun dediklerini yapmalıdır.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

5. Hastalıklar çocuklar içindir.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

6. Hastalanmamak tamamıyla şans işidir.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

7. Çocuğunu hastalanmaktan korumak, annenin görevlerindedir.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

8. Doktor ve hemşire, çocuğu hasta olmaktan (büyük ölçüde) korur.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

9. Annelerin, çocuklarının sağlıklı olması konusunda yapacağı çok az şey vardır.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

10. Kazalar, çocuklar içindir.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

11. Anneler çocukları hasta olduğunda, hastalıkla mücadele için bir çok şey yapabilir.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

12. Diş hekimleri, çocukların sadece dişlerine bakarlar.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

13. Çocuklar, büyüklerinin sözlerini dinledikleri sürece sağlıklı kalırlar.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

14. Yaralanan çocuk, doğruca doktora götürülmelidir. (İlk müdahale yapıldıktan sonra)

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

15. Okuldaki kazların önlenmesinde, öğretmenlerde etkili olabilir.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

16. Çocuklarının sağlıklı olması konusunda, annelerin de yapacakları şeyler vardır.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

17. Çocuğum hastalanırsa; sağlık personeli dışındaki kişilerin bana ne yapacağımı söylemelerini beklerim.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

18. Çocuğum hastalanırsa; onu doğruca doktora götürürüm.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

19. Çocukların sağlıklı dişlere sahip olup olmamasında, annelerin de yapacakları vardır.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

20. Anneler, çocuklarının kaza geçirmelerini genellikle önleyebilir.

1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Pek Katılmıyorum
4. Biraz Katılıyorum 5. Katılıyorum 6. Tamamen Katılıyorum

Ek 3- Parent Health Belief Scale

1. Good health comes from being lucky.
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree
2. Mothers have no control over children getting sick.
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree
3. Bad luck makes my child sick.
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree
4. Can only do what the doctor tells her.
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree
5. Getting sick just happens to children.
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree
6. Never getting sick is just plain lucky.
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree
7. It's the mother's job to keep her child from getting sick.
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree
8. Doctor or nurse keeps child from getting sick.
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree
9. Mothers can make very few choices about their children's health.
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree
10. Accidents just happen to children .
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree

11. Mothers can do many things to fight illness in their children.

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Strongly Disagree | <input type="checkbox"/> Disagree | <input type="checkbox"/> Somewhat Disagree |
| <input type="checkbox"/> Somewhat Agree | <input type="checkbox"/> Agree | <input type="checkbox"/> Strongly Agree |

12. Dentist can only take care of children's teeth.

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Strongly Disagree | <input type="checkbox"/> Disagree | <input type="checkbox"/> Somewhat Disagree |
| <input type="checkbox"/> Somewhat Agree | <input type="checkbox"/> Agree | <input type="checkbox"/> Strongly Agree |

13. Children can stay healthy by listening to others .

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Strongly Disagree | <input type="checkbox"/> Disagree | <input type="checkbox"/> Somewhat Disagree |
| <input type="checkbox"/> Somewhat Agree | <input type="checkbox"/> Agree | <input type="checkbox"/> Strongly Agree |

14. Hurt child taken to doctor right away.

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Strongly Disagree | <input type="checkbox"/> Disagree | <input type="checkbox"/> Somewhat Disagree |
| <input type="checkbox"/> Somewhat Agree | <input type="checkbox"/> Agree | <input type="checkbox"/> Strongly Agree |

15. Teacher will prevent accidents at school.

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Strongly Disagree | <input type="checkbox"/> Disagree | <input type="checkbox"/> Somewhat Disagree |
| <input type="checkbox"/> Somewhat Agree | <input type="checkbox"/> Agree | <input type="checkbox"/> Strongly Agree |

16. Mothers can make choices about their children's health.

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Strongly Disagree | <input type="checkbox"/> Disagree | <input type="checkbox"/> Somewhat Disagree |
| <input type="checkbox"/> Somewhat Agree | <input type="checkbox"/> Agree | <input type="checkbox"/> Strongly Agree |

17. If my child feels sick, I have to wait for others to tell me what to do.

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Strongly Disagree | <input type="checkbox"/> Disagree | <input type="checkbox"/> Somewhat Disagree |
| <input type="checkbox"/> Somewhat Agree | <input type="checkbox"/> Agree | <input type="checkbox"/> Strongly Agree |

18. If my child feels sick, I take to the doctor right away.

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Strongly Disagree | <input type="checkbox"/> Disagree | <input type="checkbox"/> Somewhat Disagree |
| <input type="checkbox"/> Somewhat Agree | <input type="checkbox"/> Agree | <input type="checkbox"/> Strongly Agree |

19. Mothers can control whether their children have healthy teeth.

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Strongly Disagree | <input type="checkbox"/> Disagree | <input type="checkbox"/> Somewhat Disagree |
| <input type="checkbox"/> Somewhat Agree | <input type="checkbox"/> Agree | <input type="checkbox"/> Strongly Agree |

20. Mothers can prevent children from having accidents.

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Strongly Disagree | <input type="checkbox"/> Disagree | <input type="checkbox"/> Somewhat Disagree |
| <input type="checkbox"/> Somewhat Agree | <input type="checkbox"/> Agree | <input type="checkbox"/> Strongly Agree |

Ek 4- İngilizce'ye Geri Çevirisi Yapılmış Olan Parent Health Belief Scale

1. Being fit depends on being lucky.
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree
2. Mother's cannot control children from - being ill (getting sick).
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree
3. Bad luck makes my child ill (sick)
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree
4. Mother's can only do what the doctor tells her.
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree
5. Being ill (sick) is only unique to the child
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree
6. Not getting ill (sick) is completely luck.
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree
7. Mother's duty is to protect her child from getting ill (sick).
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree
8. Doctor or nurse protects the child from getting ill (sick).
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree
9. Mother's have very little choice about their children's health.
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree
10. Accidents only happen to children.
 Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree

11. Mother can do many things to struggle with their childrens illnesses.

- Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree

12. Dentist only treat children's teeth 7dentist can only take care of children's teeth.

- Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree

13. Children maintain their health as long as they listen to others.

- Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree

14. An injured child has to be taken to the doctor immediately.

- Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree

15. Teachers are to prevent the accidents in the school.

- Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree

16. Mothers can make selections concerning their children's health.

- Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree

17. If my child gets ill (sick); i wait for others to tell me what to do.

- Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree

18. If my child gets ill (sick), i must take him/her straight to the doctors.

- Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree

19. Mothers can control whether their children have healthy teeth or not.

- Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree

20. Mothers can prevent their children from accidents.

- Strongly Disagree Disagree Somewhat Disagree
 Somewhat Agree Agree Strongly Agree

Ek 5- Görüşlerine Baş Vurulan Uzmanlar

Prof. Dr. Seçil Aksayan	Kocaeli Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Prof. Dr. Güler Cimete	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Prof. Dr. Ahsen Şirin	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Kadın Sağlığı, Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Doç. Dr. Besti Üstün	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Doç. Dr. Münevver Kılıç	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Doç. Dr. Kadriye Buldukoğlu	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Doç. Dr. Olcay Çam	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Yrd. Doç. Dr. Candan Öztürk	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Dr. Ayfer Aydın	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Uzm. Psikolog Meral Avcı	Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Sosyal Pediatri Ana Bilim Dalı