TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

60-72 AYLIK ÇOCUKLARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, PROBLEM ÇÖZME VE BİLİMSEL SÜREÇ BECERİLERİNE RESİMLİ ÖYKÜ KİTAPLARIYLA HAZIRLANAN ÇOCUK MERKEZLİ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI EĞİTİM PROGRAMININ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Lügen Ceren GÜNEŞ

ÇOCUK GELİŞİMİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ender DURUALP

ANKARA
2025

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

60-72 AYLIK ÇOCUKLARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, PROBLEM ÇÖZME VE BİLİMSEL SÜREÇ BECERİLERİNE RESİMLİ ÖYKÜ KİTAPLARIYLA HAZIRLANAN ÇOCUK MERKEZLİ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI EĞİTİM PROGRAMININ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Lügen Ceren GÜNEŞ

ÇOCUK GELİŞİMİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ender DURUALP

ANKARA
2025

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum "60-72 Aylık Çocukların Sağlık Okuryazarlığı, Problem Çözme ve Bilimsel Süreç Becerilerine Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının Etkisinin İncelenmesi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikri tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Adı-Soyadı: Lügen Ceren GÜNEŞ

Tarih: 18/12/2025

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Çocuk Gelişimi Anabilim Dalında
Lügen Ceren GÜNEŞ tarafından hazırlanan
"60-72 Aylık Çocukların Sağlık Okuryazarlığı, Problem Çözme ve Bilimsel Süreç Becerilerine Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının Etkisinin İncelenmesi" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından DOKTORA TEZİ olarak OY BİRLİĞİ/OY ÇOKLUĞU ile kabul/ret edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 18.12.2025

Prof. Dr. Neriman ARAL
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Ender DURUALP
Ankara Üniversitesi
Danışman

Prof. Dr. Gülen BARAN
Ankara Üniversitesi
Üye

Prof. Dr. Fatma OKLAN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Üye

Doç. Dr. Gül KADAN
Çankırı Karatekin Üniversitesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Fügen AKTAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

60-72 Aylık Çocukların Sağlık Okuryazarlığı, Problem Çözme ve Bilimsel Süreç Becerilerine Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının Etkisinin İncelenmesi

Araştırmanın amacı, resimli öykü kitaplarıyla hazırlanan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programının 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı ile problem çözme ve bilimsel süreç becerilerine etkisinin incelenmesidir. Karma yöntemlerden yakınsayan paralel karma modelindedir. Nicel araştırmanın ölçek geliştirme aşaması metodolojik, deneysel aşaması denkleştirilmemiş ön test-son test kontrol gruplu 2x3'lük karışık (split plot) yarı deneysel desende; nitel araştırma ise olgubilim (fenomenoloji) modeldedir. Araştırmanın bağımsız değişkenini deney grubuna uygulanan Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı, bağımlı değişkenini ise 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı ile problem çözme ve bilimsel süreç becerileri oluşturmaktadır. Araştırma Ankara İli Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı resmi ilkokullara bağlı anasınıflarına devam eden 60-72 aylık çocuklarla yürütülmüş, amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemiyle seçilen 62 çocuk (deney: 31 çocuk, kontrol: 31 çocuk) ile deney grubundaki çocuklar (35), ebeveynleri (19) ve öğretmenleri (3) dahil edilmiştir. Araştırmada, araştırmacılar tarafından geliştirilen ve psikometrik özellikleri test edilmiş olan 60-72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ÇSOÖ) ile Problem Çözme Becerisi Ölçeği (PÇBÖ), Bilimsel Süreç Becerileri Ölçeği (BSBÖ) ve Sosyal Geçerlik Formları (çocuk, ebeveyn, öğretmen) kullanılmıştır. Nicel verilerin analizi SPSS Paket Programı, Lisrel ve JASP yazılımları kullanılarak; nitel verilerin analizi ise MAXQDA ve Python kullanılarak iki aşamalı bir yazılım destekli yaklaşımla gerçekleştirilmiştir. Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada, toplam 319 çocuğun çalışma grubuna dahil edilmesiyle araştırma kapsamında geliştirilen ÇSOÖ'nün 14 maddeden oluşan tek boyutlu bir yapı sergilediği, McDonald's Omega değerinin 0,762 ve Cronbach Alfa katsayısının 0,758 olduğu belirlenmiş olup, ölçeğin yüksek iç tutarlılığa sahip, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu ortaya konmuştur. İkinci aşamada, Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı geliştirilmiş, kontrol ve deney grubunda yer alan çocuklara ön testler uygulanmış, sekiz hafta boyunca 24 oturumda deney grubundaki 60-72 aylık çocuklara program uygulaması yapılmış, yine kontrol ve deney grubunda yer alan çocuklara son testler, deney grubundaki çocuklara programın bitimini takiben dört hafta sonra kalıcılık testleri uygulanmıştır. Ayrıca ebeveyn (19), çocuk (35) ve öğretmenlerle (3) gerçekleştirilen görüşmeler yoluyla sosyal geçerlik verileri toplanmıştır. Elde edilen verilerin analizi sonucunda geliştirilen programın müdahalesi sonunda çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerinde anlamlı düzeyde artış saptanmıştır. Deney grubu lehine olan son testlerdeki anlamlı farklılaşmalar programın etkililiğini desteklemiş, kalıcılık testi sonuçlarından elde edilen sonuçlar programın etkilerinin bir ay sonra da devam ettiğini teyit etmiştir. Nitel bulgular göstermektedir ki, öğretmenler ve ebeveynler, müdahale sürecinden memnun kalmış, uygulanan programı ve içeriğinde yer alan materyalleri beğenmişlerdir. Geri bildirimler eğitimin okul ve ev yaşantısında sürdürülebilirliğini göstermiştir. Program yalnızca sağlıkla ilgili bilgi aktarımıyla sınırlı kalmamış; çocukların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, öğrenme motivasyonlarını ve sağlıkla ilgili tutumlarını da olumlu yönde geliştirmiştir. Elde edilen bulgular programın bütüncül bir öğrenme etkisi yarattığını göstermiştir. Bu araştırma, özellikle erken çocukluk dönemi sağlık okuryazarlığı eğitim programlarının 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı ile problem çözme ve bilimsel süreç becerilerinde olumlu etkiye sahip olduğunu vurgulamaktadır. Sonuçlar doğrultusunda erken çocukluk döneminde sağlık okuryazarlığı uygulamalarının yaygınlaştırılması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Erken çocukluk, Sağlık okuryazarlığı, Resimli öykü kitapları, Problem çözme becerileri, Bilimsel süreç becerileri

SUMMARY

Investigation of The Effect of The Child-Centered Health Literacy Education Program Prepared with Picture Story Books on 60-72 Months Old Children Health Literacy, Problem Solving, and Scientific Process Skills

The aim of the study is to examine the effect of a child-centered health literacy education program, prepared with picture storybooks, on the health literacy, problem-solving, and scientific process skills of children aged 60–72 months. The research is designed using a convergent parallel mixed-methods model. The scale-development phase of the quantitative component is methodological, and the experimental phase is conducted using a 2×3 split-plot, non-equivalent pretest–posttest control group quasi-experimental design; the qualitative component is based on a phenomenological model. The independent variable of the study is the Child-Centered Health Literacy Education Program Prepared with Picture Storybooks implemented in the experimental group, while the dependent variables consist of the health literacy, problem-solving skills, and scientific process skills of children aged 60–72 months. The study was conducted with children aged 60–72 months attending kindergarten classes affiliated with public primary schools under the Ankara Provincial Directorate of National Education. Using criterion sampling, one of the purposive sampling methods, 62 children (experimental group: 31 children; control group: 31 children) were selected, and additionally, children in the experimental group (35), their parents (19), and their teachers (3) were included in the study. The data collection instruments included the 60–72 Months Health Literacy Scale for Children (CHLS), developed by the researchers and tested for its psychometric properties, as well as the Problem-Solving Skills Scale (PSSS), the Scientific Process Skills Scale, and Social Validity Forms (child, parent, teacher). Quantitative data were analyzed using SPSS, LISREL, and JASP software, while qualitative data were analyzed using a two-stage, software-assisted approach with MAXQDA and Python. The study was carried out in two stages. In the first stage, with a total of 319 children included in the sample, it was determined that the CHLS developed within the scope of the study exhibited a single-dimensional structure consisting of 14 items, with a McDonald's Omega value of 0.762 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.758, indicating that the scale is a valid and reliable measurement tool with high internal consistency. In the second stage, the Child-Centered Health Literacy Education Program Prepared with Picture Storybooks was developed; pretests were administered to children in both the control and experimental groups; the program was implemented with children aged 60–72 months in the experimental group over eight weeks in 24 sessions; posttests were administered again to children in both the control and experimental groups; and retention tests were administered to the children in the experimental group four weeks after the completion of the program. In addition, social validity data were collected through interviews conducted with parents (19), children (35), and teachers (3). The analysis of the obtained data revealed that, following the intervention of the developed program, there was a statistically significant increase in children's health literacy, problem-solving skills, and scientific process skills. The significant differences observed in posttest scores in favor of the experimental group supported the effectiveness of the program, while the results obtained from the retention tests confirmed that the effects of the program continued one month later. The qualitative findings indicate that teachers and parents were satisfied with the intervention process and appreciated both the implemented program and the materials included in its content. The feedback demonstrated the sustainability of the education in school and home contexts. The program was not limited solely to the transmission of health-related information; it also positively enhanced children's healthy lifestyle behaviors, learning motivation, and health-related attitudes. The findings indicate that the program created a holistic learning effect. This study emphasizes that early childhood health literacy education programs, in particular, have a positive effect on the health literacy, problem-solving skills, and scientific process skills of children aged 60–72 months. In line with these results, it can be recommended that health literacy practices in early childhood be expanded.

Keywords: Early childhood, Health literacy, Picture story books, Problem solving skills, Scientific process skills

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan ii
Kabul ve Onay iii
Özet iv
Summary v
İçindekiler vi
Önsöz ix
Simgeler ve Kısaltmalar xiv
Şekiller xvi
Çizelgeler xviii

1. GİRİŞ 1
1.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı 4
1.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı 5
1.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Tarihçesi 9
1.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi 11
1.1.3.1. Şanghay Deklarasyonu'nda Sağlık Okuryazarlığı 14
1.1.3.2. T.C. Sağlık Bakanlığı 2024-2028 Stratejik Planı'nda Sağlık Okuryazarlığı 15
1.1.3.3. Dünya Sağlık Örgütü'ne Göre Sağlık Okuryazarlığı 18
1.1.4. Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkili Yeterlikler ve Belirleyici Faktörler 21
1.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırması 25
1.1.6. Sağlık Okuryazarlığının Boyutları 30
1.1.6.1. Bilişsel Boyut 30
1.1.6.2. Davranışsal/İşlevsel Boyut 32
1.1.6.3. Duyuşsal/Konatif Boyut 34
1.1.7. Sağlık Okuryazarlığının Ölçüm Yöntemleri 35
1.2. Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığı 42
1.2.1. Çocuklar Açısından Sağlık Okuryazarlığının Önemi 44
1.2.2. Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığının Göstergeleri 56
1.2.3. Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi 58
1.2.4. Erken Çocukluk Döneminde Sağlık Okuryazarı Olmanın Önemi 61
1.2.5. Çocuklara Sağlık Okuryazarlığı Kazandırma 68
1.3. Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığının Problem Çözme ve Bilimsel Süreç Becerileri İle İlişkisi 80
1.4. Erken Çocukluk Döneminde Resimli Kitaplar 85
1.4.1. Resimli Kitapların Çocuk Gelişimine Etkisi 86
1.4.2. Kitap Temelli Programların Önemi 89
1.5. Konu ile İlgili Araştırma Özetleri 91
1.5.1. Yurt İçinde Yapılan Araştırmaların Özetleri 91
1.5.2. Yurt Dışında Yapılan Araştırmaların Özetleri 100
1.6. Araştırmanın Amacı 116

2. GEREÇ VE YÖNTEM 118
2.1. Araştırmanın Modeli 118
2.2. Araştırmanın Çalışma Grubu 123
2.2.1. Çalışma Grubu 1 (Ölçek Geliştirme Aşaması) 124
2.2.2. Çalışma Grubu 2 (Deneysel Aşama) 129
2.2.3. Çalışma Grubu 3 (Sosyal Geçerlik) 133
2.3. Veri Toplama Araçları 134

2.3.1. Genel Bilgi Formu 134
2.3.2. 60-72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ÇSOÖ) 134
2.3.3. Problem Çözme Becerisi Ölçeği (PÇBÖ) 135
2.3.4. Bilimsel Süreç Becerileri Ölçeği (BSBÖ) 136
2.3.5. İhtiyaç Belirleme Formu 136
2.3.6. Sosyal Geçerlik Formu 138
2.4. Araştırmacının Özellikleri 139
2.5. Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı 140
2.5.1. Program Geliştirme Süreci 140
2.5.1.1. Literatür Taraması ve Bilimsel Temelin Oluşturulması 141
2.5.1.2. Program Tasarımının Oluşturulması 144
2.5.1.3. İhtiyaçların Belirlenmesi 145
2.5.1.4. Amaç ve Hedeflerin Oluşturulması 145
2.5.2. Program Taslağının Oluşturulması 146
2.6. Veri Toplama Yöntemi 155
2.6.1. Ölçek Geliştirme Aşaması 156
2.6.2. Deneysel Aşama 162
2.6.2.1. Ön Testlerin Uygulanması 162
2.6.2.2. Uygulama Ortamı ve Düzenlenmesi 163
2.6.2.3. Programın Uygulanması 163
2.6.2.4. Son Testlerin Uygulanması 177
2.6.2.5. Sosyal Geçerlik Verilerinin Toplanması 178
2.6.2.6. Kalıcılık Testlerinin Uygulanması 178
2.6.2.7. Kontrol Grubuna Programın Uygulanması 179
2.7. Araştırmanın Geçerliği 179
2.7.1. Ölçek Geliştirme Aşaması 179
2.7.2. Deneysel Aşama 181
2.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi 182
2.8.1. Ölçek Geliştirme Aşaması 183
2.8.2. Deneysel Aşama 184
2.8.3. Sosyal Geçerlik Verilerinin Analizi 186
2.9. Araştırmanın Etik Boyutu 189
2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları 190
2.11. Araştırmanın Varsayımları 190

3. BULGULAR 191
3.1. Nicel Bulgular 191
3.1.1. Ölçek Geliştirme Aşaması 192
3.1.2. Deneysel Aşama 213
3.2. Nitel Bulgular 218
3.2.1. Ebeveyn Deneyimleri 223
3.2.2. Çocuk Deneyimi 229
3.2.3. Öğretmen Deneyimleri 240

4. TARTIŞMA 250
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 272
KAYNAKLAR 275
EKLER 305
Ek-1. Genel Bilgi Formu 305
Ek-2. 60-72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ÇSOÖ) 307
Ek-3. İhtiyaç Belirleme Formları 309
Ek-4. Sosyal Geçerlik Formları 313

Ek-5. Eğitim Sertifikaları 315
Ek-6. Etik Kurul İzni 317
Ek-7. Kurum İzni 319
Ek-8. Aydınlatılmış Onam Formları 320
Ek-9. Ölçek Kullanım İzinleri 330
ÖZGEÇMİŞ 333

ÖNSÖZ

Meşakkatli bir yolculuktu. Her adımı emek emek işlenmiş, kilometre taşlarıyla bezenmiş, fedakârlıklarla dolu, inişli çıkışlı, upuzun bir yolculuk… Ve şüphesiz ki bu yolculukta yalnız olmamak en büyük şansımdı. Yolumu bilimsel bilginin ışığıyla aydınlatan hocalarım, ellerini her daim omzumda hissettiğim ve hayatımdaki anlamlarını kelimelerle ifade etmekte zorlandığım geniş ailem, yoldaşlıklarıyla bana eşlik eden arkadaşlarım… "Her biri özel bir teşekkürü hak ediyor!" diyerek başlamak istiyorum.

Lisansüstü eğitim hayatım boyunca; tezsiz ve tezli yüksek lisans ile doktora eğitimlerim süresince, 10 yıldır süregelen bu yolculuğumda benimle bilgilerini cömertçe paylaşan, tecrübelerini aktaran, akademik gelişimimde beni yönlendiren ve farklı bakış açıları kazanmamı sağlayan saygıdeğer tez danışmanım Prof. Dr. Sayın Ender DURUALP'e teşekkürü borç bilirim.

Çocuk gelişimine sevgiyle ve tutkuyla adım attığım o ilk günden bu yana elimi bırakmayan, akademik gelişimimde katkısı büyük olan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Sayın Neriman ARAL'a en içten teşekkürlerimle. Alanda kendimi geliştirmem ve yetişmemdeki emekleri için minnettarım.

Doktora tezime sundukları tüm katkılarla ve geliştirici önerileriyle, özveri, sabır ve ılımlı yaklaşımlarıyla beni süreç boyunca nezaket ve samimiyetle destekleyen Tez İzleme Komite üyelerim, saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Sayın Gülen BARAN ve Prof. Dr. Sayın Fatma OKLAN'a minnetlerimi ve teşekkürlerimi sunarım.

Doktora tez jürimde yer alarak kıymetli önerilerini esirgemeyen, beni içtenlikle destekleyen saygıdeğer hocam Doç. Dr. Sayın Gül KADAN'a teşekkür ederim.

Çocuk gelişimi alanında kendimi geliştirmemde katkısı olan, akademik yolculuğumda bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan saygıdeğer hocalarıma müteşekkirim.

Desteğini her an hissettiğim, sevgisiyle beni hep sarıp sarmalayan, bugünlere gelmemde büyük özveri sarf eden, akademisyen olma hayalimde ve akademisyenlik yolculuğumda yol göstericiliğiyle beni hep destekleyen, yolumu açan, varlığı ile güç bulduğum, akademik kimliğiyle ve dik duruşuyla kendime örnek aldığım, yaşama sevincim, kıymetlim, canım babam Prof. Dr. Mehmet KIYAN'a minnet ve teşekkür borçluyum. Geri adım atmamam, her daim ileriye yürümem ve yılmamam için beni cesaretlendirdiğin için sonsuz teşekkürlerimle.

Eli hep omzumda olan, bugünlere gelmemdeki emeğini kelimelerle tarif edemeyeceğim, Atatürk İlke ve İnkılaplarına bağlı yetişmemi sağlayan, nezaketle ve sevgi dolu kalbiyle beni her adımımda destekleyen, kıymetlim, canım annem Sevbil KIYAN'a sonsuz teşekkürlerimle. Emeklerin ve desteğin için minnettarım.

Yolumun biricik yoldaşı, hayallerimin eşlikçisi, hayat arkadaşım, en büyük destekçim, kıymetli eşim Çağlayan GÜNEŞ'e ne kadar teşekkür etsem azdır. Yol ikimiz için de zorluydu, biliyorum. Ama ne kadar zor olursa olsun hep yanımda, benimle omuz omuzaydın. Maddi ve manevi tüm güçlükleri paylaştın. Varlığın en büyük gücüm oldu. Sonsuz sevgin, bitip tükenmek bilmeyen sabrın, derin anlayışın, koşulsuz desteğin, içtenlikle sunduğun güven ve yol arkadaşlığınla sürecin tüm zorluklarını çekilir kıldın. Sakinliğin zor zamanlarımdaki en büyük sığınağımdı. Tez uygulamalarım boyunca ne yiyeceğime kadar düşünüp benim için hazırlık yapmanın, geceler boyu çalıştığım her gün uyumayıp bana destek olmak için benimle birlikte sabahlamanın ve daha nicelerinin tarifi yok. Velhasıl, bu yolu seninle el ele yürüdüğüm için şansımı kelimelerle anlatmam zor. İyi ki yüreğin evim, gözlerinin ışığı huzurum. Onca imkânsızlığın arasında bana hep bir çıkış yolu gösterdiğin, tüm zorlukları benimle birlikte göğüslediğin ve yolumu paylaştığın için minnettarım. Olmasan olmazdı. Gururla ve minnetle söylüyorum: Bu başarı ikimizin… İyi ki varsın!

Süreçteki destekleri, sağladıkları motivasyon ve bana olan inançları için biricik ablam Doç. Dr. Ece İrem OĞUZ ve biricik abim Oğuzcan OĞUZ'a teşekkürlerimle.

Kıymetlilerim, canım yeğenlerim Masal Ece OĞUZ ve Can Batu OĞUZ… Varlığınız süreçteki en motive edici güç kaynağımdı. İlk göz ağrım Masal'ım; tüm bu süreçteki sabrın, anlayışın ve fedakarlığın için minnettarım. Bundan böyle "az kaldı, bitecek" cümleleri yok. Kaybettiğimiz zamanı geri getirme gücüm olmasa da artık geçireceğimiz her anı doyasıya yaşayacağımıza ve daha çok vakit geçireceğimize dair her ikinize de söz veriyorum.

Bana inanan, güvenen, beni her zaman içtenlikle destekleyen, soframızı güzel yemekleriyle donatan, doktora sürecine yoğunlaşabilmem ve akademik kariyer yapabilmem için bana alan açan, her duyguyu benimle birlikte paylaşan, ellerini hep omzumda hissettiğim Bahriye GÜNEŞ ve Halis GÜNEŞ'e; Emine DEMİRAL ve Mehtap DEMİREL'e teşekkürü borç bilirim.

Lisansüstü eğitimim boyunca her sorumu nezaketle ve içtenlikle yanıtlayan, süreçte kolaylaştırıcı rol oynayan Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Öğrenci İşleri Şefi Sayın Güler ERTÜRK'e teşekkür ediyorum.

Uygulama sürecimi kolaylaştırmak adına ellerinden geleni yapan, tez uygulama sürecimin şansları; Mehtap ARMAĞAN, Dilek ALTAY AKMAN, Ayşe CAN, Gülcan İZCİ ve Melek ARKOLTURK'a; Sinem OKUL KAYA ve Dilek YANIK'a en içten teşekkürlerimle.

Tezimin veri toplama aşamasında tanıştığım, kalbimi ısıtan, mutlulukla ilerlememi sağlayan tüm çocuklara ve ebeveynlerine, okullarına beni kabul eden okul yöneticilerine, sınıflarını bana açan öğretmenlere şükranlarımı ve teşekkürlerimi belirtmek isterim.

Destekleriyle bana güç veren ve yanımda olduklarını hep hissettiğim sevgili arkadaşlarım Arş. Gör. Gökçen ÇELİKER, Arş. Gör. Nursena ERSOY SÖKE, Esra GÖRGÜLÜARSLAN, Arş. Gör. İlayda AKKAYA, Ezgi TURAN, Deniz KARA, Arş. Gör. Elif YILMAZ AKTAŞ, ÇG. Uzm. Neslihan ARGÜT, Öğr. Gör. Cihan YILDIZ, Öğr. Gör. Aziz KÜÇÜKKELEPÇE ve Öğr. Gör. Simge SOYDAN'a; ölçeğimin çizimlerini gönülden ve özveriyle yapan Dr. Öğr. Üyesi Duygu KOCABAŞ ATILGAN'a; proje yazma sürecimdeki yol göstericiliği için Yusuf KANSIZ'a teşekkürlerimle.

Özel bir teşekkür de kendime… Her anlamda psikolojik dayanıklılık sınavı olan bu süreci bedenen ve ruhen başarıyla atlatmış olmanın haklı gururunu yaşıyorum. Yol tahmin ettiğimden çok daha zorluydu. Öngöremediğim birçok sorunla karşı karşıya gelsem de önüme çıkan bütün engellere karşı dimdik durdum, geri adım atmadan, yılmadan devam ettim. Bu zaman diliminde üzülsem de yorulsam da günün sonunda hep gülümsedim. Bundan sonra da dik durarak her daim gülümseyeceğim. Her ne olursa olsun gözlerimin içindeki ışıltı sönmedi, sönmeyecek biliyorum ve kalbimdeki merhamet, iyilik azalmadı, azalmayacak inanıyorum. Beni ben yapan değerlerimi yitirmeden süreci noktalandırdığım, 10 yıldır süregelen bu yolu zaferle tamamladığım, karşıma ne kadar çok engel çıkarsa çıksın hep azimle devam etmenin bir yolunu bulduğum için en büyük tebriği de kendime etmekten büyük mutluluk duyuyorum.

Biteceği günün hayaliyle sürdürdüğüm bu meşakkatli yolun ardından hep özlemini çektiğim o gelecek şimdi başlıyor.

Son olarak: Bu yol yalnızca akademik zorluklardan ibaret değildi…

Canım abim Recep Hakan KIYAN'ı ve doktora tez sürecim esnasında kaybettiğim biricik amcam Mehmet Bekir KIYAN'ı sevgi, özlem ve rahmetle anıyorum.

"Hiç şüphen yoktu biliyorum ama: Minikin başardı amcam!"

Tezimi canım babam Prof. Dr. Mehmet KIYAN'a ithaf ediyorum.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ABLE	Yetişkin Basit Öğrenme Değerlendirmesi
AFA	Açımlayıcı Faktör Analizi
AMA	Amerikan Tabipleri Birliği
B-HLA	Yetişkinler İçin Kısa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BSBÖ	Bilimsel Süreç Becerileri Ölçeği
COVID-19	Yeni Koronavirüs Hastalığı
CHU9D	Çocuk Sağlığı Hizmetleri 9D
CPHLQ	Çince Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı Anketi
ÇSOÖ	60-72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DHLI	Dijital Sağlık Okuryazarlığı Aracı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
eHEALS	Elektronik Sağlık Okuryazarlığı Testi
Ek	Ekler
F	Faktör
f	Frekans
GZFT	Güçlü-Zayıf Yönler-Fırsatlar-Tehditler
HALS	Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Testi
HLSAC	Okul Çağı Çocukları için Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
HLSAC-T	Okul Çağındaki Çocuklar için Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
HLSFC	Okul Öncesi Çocukların Bakım Verenleri İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
HLS-Child-Q15-TR	Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Çocuk Formu
IOM	Amerikan Tıp Enstitüsü
KGİ	Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlik Oranı
KMO	Kaiser- Meyer- Olkin Katsayısı
KVKK	Kişisel Verilerin Korunması Kanunu
M	Madde
n	Örneklem Büyüklüğü
NAAL	Ulusal Yetişkin Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

NHES	Ulusal Sağlık Eğitimi Standartları
NLS	Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği
No	Numara
NVS	En Yeni Yaşam Belirtisi Testi
MEB	Millî Eğitim Bakanlığı
p	Anlamlılık Düzeyi
PÇBÖ	Problem Çözme Becerisi Ölçeği
r	Pearson Korelasyon Katsayısı
r^2	Açıklanan Varyans
R	Deneklerin Gruba Yansız Atandığı
REALM	Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Testi
REALM-teen	Tıpta Ergen Okuryazarlığının Hızlı Tahmini – Genç Versiyonu
RMSEA	Yaklaşıklık Ortalama Kare Hatası
PHLAT	Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı Etkinlik Testi
SD	Standart Sapma
SILS	Tek Soruluk Okuryazarlık Tarama Aracı
SKH	Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri
SORT	Slosson Sözlü Okuma Testi
SO	Sağlık Okuryazarı
SOY	Sağlık Okuryazarlığı
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STOFHLA	Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığının Kısa Testi
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
TABE	Yetişkin Basit Eğitimi Testi
TBSA	Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TOFHLA	Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi
TSOY-32	Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
TTT	Test Tekrar Test
UNESCO	Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO	World Health Organization
$\bar{x}$	Aritmetik Ortalama
$\eta 2$	Etki Büyüklüğü
ω	Omega

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Bilgi, davranış ve sağlık sonuçlarıyla ilişkili olan dışsal faktörler, eğilim yaratan özellikler ve bireysel sağlık okuryazarlığı becerileri 24

Şekil 1.2. Sağlık okuryazarlığı politikası ve müdahale eylem çerçevesi 45

Şekil 1.3. Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi dağılımı 70

Şekil 1.4. Yurt içinde çocuklarda sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaların özetlenmesi 99

Şekil 1.5. Yurt dışında çocuklarda sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaların özetlenmesi 115

Şekil 1.6. Araştırmanın iş akış süreci 117

Şekil 2.1. Yakınsayan paralel karma model 118

Şekil 2.2. Ön test - son test - kalıcılık testi simgesel görünüm 120

Şekil 2.3. Araştırmanın modeli 121

Şekil 2.4. Araştırmada izlenen basamaklar 122

Şekil 2.5. Programın geliştirme süreci 141

Şekil 2.6. Programın geliştirilmesinde Taba-Tyler Modeli (Rasyonel Planlama Modeli / Teknokratik Model) 144

Şekil 2.7. Geliştirilen programın bilimsel temeli, belirleyicileri ve tasarımı 147

Şekil 2.8. Program kapsamında yer alan kitaplardaki karakterler 148

Şekil 2.9. Program materyallerinden olan kitapların ilk sayfalarından örnekler 150

Şekil 2.10. Programın materyalleri arasında yer alan aile katılım çalışması kitabından örnek etkinlik sayfaları 151

Şekil 2.11. Program materyallerinden rozet haritası 151

Şekil 2.12. Program uygulaması süreç akışı 165

Şekil 2.13. "Sağlık Malzemelerini Tanıyorum" etkinliğinin program uygulamasından fotoğraflar 173

Şekil 2.14. "Soru Çarkı" etkinliğinin program uygulamasından fotoğraflar 173

Şekil 2.15. "Gözlem ve Bilim" etkinliğinin program uygulamasından fotoğraflar 174

Şekil 2.16. "Tıbbi Oyun" etkinliğinin program uygulamasından fotoğraflar 175

Şekil 2.17. "Dengeli ve Yeterli Beslenme" etkinliğinin program uygulamasından fotoğraf 175

Şekil 2.18. Uzman daveti kapsamında gerçekleştirilen program uygulamalarından fotoğraflar 176

Şekil 2.19. "Bedenim Ne Diyor?" etkinliğinin program uygulamasından fotoğraf 176

Şekil 2.20. Programın veli katılımıyla gerçekleşen son uygulamasından fotoğraflar 177

Şekil 3.1. ÇSOÖ'nün geliştirme aşamaları 192

Şekil 3.2. ÇSOÖ'nün özdeğerlere ilişkin faktör grafiği 201

Şekil 3.3. ÇSOÖ maddelerine ilişkin ilk yol grafiği 207

Şekil 3.4. İkinci kez DFA yapılan ÇSOÖ yapısına ilişkin yol grafiği 208

Şekil 3.5. Son DFA sonrası bulunan ÇSOÖ'nün maddelerine ilişkin yol grafiği 210

Şekil 3.6. ÇSOÖ'nün son ölçek yapısına ilişkin yol grafiği 212

Şekil 3.7. Deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait ön test - son test puanlarının dağılımı 214

Şekil 3.8. Deney grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ ön test - son test - kalıcılık test puanlarına ait ortalamaların dağılımı 216

Şekil 3.9. Kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait ön test - son test puan ortalamalarının dağılımı 218

Şekil 3.10. Kod matris tarayıcısı 219

Şekil 3.11. Kod matris frekansları 220

Şekil 3.12. Kod frekans ısı haritası 221

Şekil 3.13. Hiyerarşik tek vaka modeli ile ebeveynlerin programa ilişkin değerlendirmeleri 224

Şekil 3.14. Ebeveynlere ilişkin kod bulutu 228

Şekil 3.15. Hiyerarşik tek vaka modeli ile çocukların programa ilişkin deneyim ve görüşleri 230

Şekil 3.16. Ç5'in program değerlendirmesine ilişkin resmi 232

Şekil 3.17. Ç1'in program değerlendirmesine ilişkin resmi 234

Şekil 3.18. Ç13'ün program değerlendirmesine ilişkin resmi 235

Şekil 3.19. Ç35'in program değerlendirmesine ilişkin resmi 236

Şekil 3.20. Ç25'in program değerlendirmesine ilişkin resmi 236

Şekil 3.21. Ç6'nın program değerlendirmesine ilişkin resmi 237

Şekil 3.22. Ç4'ün program değerlendirmesine ilişkin resmi 238

Şekil 3.23. Ç23'ün program değerlendirmesine ilişkin resmi 238

Şekil 3.24. Çocuklara ilişkin kod bulutu 239

Şekil 3.25. Hiyerarşik tek vaka modeli ile öğretmen deneyimleri 241

Şekil 3.26. Öğretmenlere ilişkin kod bulutu 247

Şekil 3.27. Kod haritası 247

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması kavramsal modeline göre tanımlanan 12 alt boyut 28

Çizelge 1.2. Çocuklar ve ergenler için sağlık okuryazarlığı araçları 39

Çizelge 1.3. Sağlık okuryazarlığı ölçüm araçları ve özellikleri 41

Çizelge 1.4. Sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık okuryazarlığı becerilerine ilişkin örnekler 52

Çizelge 1.5. Düşük sağlık okuryazarlığı ile pediatrik sağlıkla ilgili bilgi, davranışlar ve sonuçlar arasındaki ilişki 54

Çizelge 1.6. Gelişimsel dönemlere göre sağlık okuryazarlığı becerisi için öneriler 62

Çizelge 2.1. ÇSOÖ'nün AFA çalışma grubunun sosyodemografik özelliklerinin dağılımı 125

Çizelge 2.2. ÇSOÖ'nün DFA çalışma grubunun sosyodemografik özelliklerinin dağılımı 127

Çizelge 2.3. Deney ve kontrol gruplarına göre demografik değişkenlere ilişkin sonuçlar 131

Çizelge 2.4. Kitap serisindeki kitapların temaları ve adları 148

Çizelge 2.5. Örnek etkinlik planı 152

Çizelge 2.6. Geliştirilen program içerisinde yer alan oturum adları, içerikleri, oturumun amaçları 166

Çizelge 2.7. Çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait normallik analiz test sonuçları 184

Çizelge 2.8. Nitel analizlerde kullanılan Python Kütüphanelerinin bilgileri 188

Çizelge 3.1. ÇSOÖ'nün madde havuzunun oluşturulması için çocuklarla yapılan ihtiyaç analizi görüşme sonuçları 194

Çizelge 3.2. ÇSOÖ'nün madde havuzunun oluşturulması için ebeveynlerle yapılan ihtiyaç analizi görüşme sonuçları 195

Çizelge 3.3. ÇSOÖ'nün madde havuzunun oluşturulması için uzmanlarla yapılan ihtiyaç analizi görüşme sonuçları 196

Çizelge 3.4. ÇSOÖ ön uygulama formunun kapsam geçerliğine ilişkin sonuçlar 198

Çizelge 3.5. ÇSOÖ'nün faktör analizine ilişkin açıklanan varyanslar 200

Çizelge 3.6. ÇSOÖ verilerinin çalışma grubu büyüklüğünün yeterliliğine ilişkin sonuçları 201

Çizelge 3.7. ÇSOÖ sıralanmış faktör yükleri 202

Çizelge 3.8. ÇSOÖ madde toplam korelasyonları 203

Çizelge 3.9. ÇSOÖ'nün alt-üst grup yöntemine ilişkin sonuçlar 204

Çizelge 3.10. ÇSOÖ'nün madde güçlük katsayıları 205

Çizelge 3.11. ÇSOÖ'nün AFA ve TTT uygulamaları arasındaki kararlılık 205

Çizelge 3.12. ÇSOÖ'ye ilişkin faktör yükleri, açıklanan varyans (r^2) ve t değerleri 209

Çizelge 3.13. ÇSOÖ maddelerinin faktör yapısı için uyum iyilik indeksleri 209

Çizelge 3.14. ÇSOÖ'nün ANOVA ve Tukey'in Toplanabilirlik Testi sonuçları 211

Çizelge 3.15. Deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait vermiş oldukları cevaplara yönelik ön test sonuçları 213

Çizelge 3.16. Deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait son test sonuçları 213

Çizelge 3.17. Deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ ön test - son test sonuçlarına ait Karışık ANOVA test sonuçları 215

Çizelge 3.18. Deney grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ ön test - son test - kalıcılık test puanlarına ait ortalamalar ve Tekrarlı ANOVA test sonuçları 216

Çizelge 3.19. Kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait ön test - son test puanlarına ait bağımlı örneklem t testi sonuçları 217

1. GİRİŞ

Bilgi toplumları, 21. yüzyılda sağlıkla ilgili karar alma ve bu kararları uygulama süreçlerinde önemli ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum, bireylerin yaşadıkları coğrafi ve sosyo-kültürel bağlam içerisinde yaşam tarzı seçimlerinde ve ailevi sorunlara çözüm üretme konusunda zorluk yaşamalarına neden olmaktadır. Özellikle bireylerin sağlık konularında yetersiz bilgiye sahip olmaları, sadece kendilerini değil, aynı zamanda çevrelerindeki bireyleri ve toplumu da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu bağlamda, sağlık okuryazarlığının (SOY) yeterli düzeyde olmaması; bireylerin sağlık durumlarıyla ilgili yanlış kararlar almalarına, doğru bilgiye ulaşamamalarına, sunulan sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamalarına ve hastalık yönetimi konusunda çeşitli güçlükler yaşamalarına neden olmaktadır. SOY, bu yönleriyle yalnızca bireysel sağlık davranışlarını değil, aynı zamanda halk sağlığını etkileyen çok boyutlu bir kavram olarak günümüzde önem kazanmaktadır. Mevcut eğitim sistemlerinin, bireylerin sağlıklarını geliştirmek için gerekli olan bilgileri edinebilme, kavrayabilme, değerlendirebilme ve günlük yaşama aktarabilme süreçlerinde yeterli desteği sunmaması, bu önemin temel nedenlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), SOY'u yalnızca bireyin kendi sorumluluğu olarak değil, sağlık hizmetlerinin sunumunda düzenli ve bütüncül bir gereklilik olarak ele almakta; sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında belirleyici bir role sahip olduğunu gözler önüne sermektedir. SOY günümüzde, sağlık hizmetlerine erişebilmede, bilgiye dayalı kararlar alabilmede ve sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıklarının oluşmasında temel bir halk sağlığı göstergesi olarak kabul edilmektedir. COVID-19 pandemisiyle birlikte dijital sağlık bilgisine duyulan ihtiyaç artmıştır. Bu durum çocukların ve ergenlerin çevrimiçi sağlık içeriklerini sorgulayabilme, ayırt edebilme ve doğru bilgiye ulaşabilme becerilerinin önemini daha da belirgin hâle getirmiştir. Sağlık, artık yalnızca hastalıkların olmaması değil; bireyin bedensel, psikolojik ve sosyal açıdan bütüncül bir iyilik hâline sahip olması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu doğrultuda kişilerin kendi sağlıklarını koruyabilmeleri, hastalıkları önleyebilmeleri ve sağlık hizmetlerinden etkili biçimde yararlanabilmeleri için belirli bilgi, beceri ve tutuma sahip olmaları gerekmektedir. Bu nedenlerle SOY, günümüz toplumlarında giderek daha fazla önem kazanan bir kavram hâline gelmiştir (Alp ve Mete, 2023; Gürhan ve Seyran, 2023; World Health Organization (WHO), 2024).

Sağlık literatüründe, içerikleri birbirine oldukça yakın olmakla birlikte farklı yönleri vurgulayan çok sayıda SOY tanımı yer almaktadır. Halk sağlığı alanında çalışan Sørensen, SOY'a ilişkin yürütülen araştırmaları incelemiş; DSÖ, Amerikan Tabipleri Birliği (AMA) ve

Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM) gibi kurumların da dahil olduğu 17 farklı tanımı içerik analiziyle değerlendirmiş ve bunlardan hareketle yeni bir tanım ortaya koymuştur. Bu tanıma göre SOY; okuryazarlıkla bağlantılı olarak yaşam kalitesini artırmak ve sürdürebilmek amacıyla, günlük yaşamda sağlık hizmetlerinden yararlanma, hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme konularında karar verme ve yargıda bulunma süreçlerinde, sağlık bilgisine erişim, bu bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma için gerekli olan bilgi, motivasyon ve yeterliliği ifade etmektedir (Taş ve Akış, 2016).

Günümüzde sağlık hizmetlerinin niteliği ve bireylerin sağlıkla ilgili karar alma süreçlerindeki etkinliği, yalnızca sağlık sistemlerinin yapısal gücüyle değil, bireylerin SOY düzeyiyle de yakından ilişkilidir (Nutbeam, 2000). SOY, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere erişme, bu bilgileri kavrama, değerlendirme ve günlük yaşamlarında sağlıklı kararlar alırken kullanabilme yeterliliğini ifade etmektedir (WHO, 2013). Bu beceri, yalnızca yetişkinlerin değil, çocukların da sağlıklı gelişim süreçleri açısından hayati öneme sahiptir. Çocuk sağlığı, bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren en temel ölçütlerden biri olarak kabul edilmektedir. Günümüzde sağlık sisteminde çocukların sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik uygulamaların benimsenmesi, sağlık hizmetlerine dair doğru bilgiye ulaşılması, bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili doğru ve etkili kararlar verebilmesi ve sağlık sorumluluklarını üstlenebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Çınar vd., 2018).

Çocukluk dönemi, bireylerin yaşamında kritik bir yere sahiptir. Bu dönemde erken yaşlarda kazanılan deneyimler aracılığıyla edinilen davranış ve beceriler, ilerleyen yıllarda kişilik gelişimini, bilişsel süreçleri ve sağlıkla ilgili tutum ve davranışları büyük ölçüde şekillendirmektedir (Aydos, 2013). Özellikle yaşamın ilk yılları olan erken çocukluk dönemi, çocukların okul çağına gelmeden önce gelişimsel süreçler, yaşam boyu sağlık, öğrenme, yetenekler ve davranışlar kazanmaları için kritik öneme sahiptir. Bu da erken çocukluk dönemini programlar ve politikalar için önemli bir hedef haline getirmektedir (Okan, 2019). Çocukların fiziksel, sosyal, duygusal ve bilişsel açıdan iyi oluşlarını desteklemek, erken dönemlerden itibaren yalnızca sağlık ve eğitimle ilgili gereksinimlerinin değil, aynı zamanda sosyal ve duygusal ihtiyaçlarının da karşılanmasını zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda, çocukların sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri için atılması gereken temel adımlardan biri, onlara sağlıklı yaşam davranışları konusunda bilgi verilmesidir (Aydos, 2013). Bu doğrultuda olumlu sağlık alışkanlıklarının ve davranışların erken çocukluk döneminde kazandırılması ve geliştirilmesinin sağlanması çok önemlidir. Çünkü erken çocukluk dönemi tüm yaşamı etkileyen bir süreçtir. Bu olumlu sağlık alışkanlıklarının ve davranışlarının kazanılması süresinde ise SOY önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Çınar vd., 2018). DSÖ de

SOY'u bireysel bir yeterlilik alanı olmanın ötesine taşıyarak, halk sağlığını geliştirmeye yönelik bir strateji olarak ele almaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlemesinde erken çocukluk dönemi çok kritik ve önemli rol oynamaktadır. Bu yüzden sağlık okuryazarlığını hayatın erken yıllarında desteklemek, çocukların sağlık sorumluluklarını adım adım alması için iyi bir fırsat olarak görülmektedir (WHO, 2022).

Erken çocukluk yılları, insanın hayatı boyunca taşıyacağı sağlık bilgi, beceri ve tutumlarının temelinin atıldığı dönem olması yanında gelişimsel açıdan da çok hassas zamanlardır (Shonkoff ve Phillips, 2000). Bu dönemde öğrenilen SOY becerileri, çocukların yalnızca o anki sağlık ihtiyaçlarını karşılamasını değil, yıllar geçtikçe nasıl bir sağlık davranışı göstereceklerini de etkilemektedir (Morrison vd., 2019). Yani, çocukluk döneminde SOY'un güçlendirilmesi, toplumdaki sağlık eşitsizliklerini azaltmaya da yardımcı olur (Kickbusch vd., 2005). Literatürde görülmektedir ki, erken yıllarda SOY'un artabilmesi için çok yönlü ve planlı eğitimler işe yaramaktadır. Örnek verilecek olursa, oyunla öğrenme (Driessnack ve diğerleri, 2014) ve görsel ve sesli materyallerle yapılan öğretim (Borzekowski ve Rickert, 2001) SOY'u desteklemektedir. Okul öncesi programlara eklenen sağlık eğitimi (Bruhn ve Parcel, 1982; Haikal, 1969; Lee ve Kim, 2005; Natsiopoulou vd., 2010) sağlık okuryazarlığını güçlendirir. Ailelerin katıldığı çalışmalar (Sanders vd., 2009a) sağlık okuryazarlığını pekiştirir. Bu uygulamalar, çocukların gelişim seviyelerine uygun sağlık kavramlarını anlamalarına yardımcı olur. Uygulamalar, çocukların öğrendiklerini günlük hayatta kullanarak beceri kazanmalarını sağlar ve bu sayede çok değerli katkılar sunar. Sonuç olarak, SOY'un erken yaşlarda kazandırılması; bireylerin yaşamları boyunca sürecek sağlık davranışlarının kalıcılığı ve toplum sağlığının güçlendirilmesi açılarından stratejik bir gereklilik haline gelmektedir. Sağlık ve eğitim alanında çalışan tüm paydaşların işbirliği içerisinde hareket ederek, bilimsel temelli, erişilebilir ve çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı programlarını yaygınlaştırmasının büyük önem taşıyacağı aşikardır. Bu doğrultuda erken çocukluk dönemine yönelik politika geliştirme süreçlerinde SOY öncelikli bir konu olarak ele alınarak, uygulanacak programların kültürel duyarlılık, gelişimsel uygunluk ve sürdürülebilirlik ilkeler gözetilerek planlanması etkili olacaktır.

Bu bölümde; SOY kavramı tanıtılacak, çocuklarda SOY'un özelliklerinden ve çocuk sağlığına yansımalarından, politikalardan, SOY ölçek çalışmalarından ve var olan programlardan, erken çocukluk döneminde kitap temelli programların öneminden, çocukluk döneminde SOY'a yönelik gerçekleştirilen araştırmalar ve bu araştırmanın amacından ayrıntılı biçimde bahsedilecektir.

1.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı

SOY, yalnızca bireylerin sağlık durumları için değil, aynı zamanda toplum sağlığının korunması ve sürdürülebilirliği açısından da hayati bir öneme sahiptir. Örneğin; kullanılan ilaçların doğru dozda ve uygun sıklıkta alınması, laboratuvar tahlil sonuçlarının ne anlama geldiğinin kavranması ya da bazı zararlı alışkanlıkların oluşturduğu sağlık risklerinin farkında olunması gibi pek çok durum doğrudan SOY düzeyiyle ilişkilidir. Yeterli SOY'a sahip bireyler; sağlıkla ilgili bilgi düzeyi yüksek, sağlık hizmetlerinden etkin biçimde yararlanabilen, yaşam kalitesi artmış ve sağlık hizmetlerine yönelik maliyetleri azaltabilen bireyler olarak tanımlanırken; SOY yetersiz bireylerin ise hastalık riskinin daha yüksek olduğu, tedavi süreçlerine dair bilgi düzeyinin düşük olduğu, hastane yatış oranlarının fazla olduğu ve sağlık harcamalarının artmasına neden oldukları belirtilmektedir. Ayrıca, SOY düzeyinin yetersiz olması, bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde ve bu hizmetlerden faydalanmasında önemli bir engel oluşturmaktadır (Alp ve Mete, 2023).

SOY, bireylerin sağlığı koruyan, geliştiren ve sürdüren davranışlarda bulunabilmeleri için sağlıkla ilgili bilgilere erişim, bu bilgileri anlama ve kullanma motivasyonu ile yeterliliğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler olarak tanımlanmaktadır (Dodson vd., 2015). Sağlık okuryazarı (SO) olan bireyler, sağlıkla ilgili kavramları ve edindikleri bilgileri karşılaştıkları yeni durumlara uyarlayabilmeli; ayrıca sağlık, bilimsel bilgi ve kültürel inançlar üzerine kamuya açık ya da özel yaşam alanlarında iletişim kurabilmeli ve bu tür konuşmalara etkin şekilde katılabilmelidir (Grey ve Coughlan, 2009; Pleasant ve Kuruvılla, 2008; Zarcadoolas vd., 2005). Literatür incelendiğinde yürütülen çalışmalarda SOY'u etkileyen faktörlerin eğitim düzeyi, yaş, okuryazarlık düzeyi, karar verme sürecine aktif katılma, gelir, kötü fiziksel sağlık gibi etmenler olduğu görülmüştür (Bodur vd., 2017; Çaylan vd., 2017; Ozdemir vd., 2010; Singh ve Aiken, 2017; Smith vd., 2013).

SOY, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşabilmesi, bu bilgileri anlayabilmesi, değerlendirebilmesi ve günlük yaşamlarında uygulayabilmesi konularındaki bilgi, motivasyon ve yeterlikleri olarak tanımlanmaktadır (Sørensen vd., 2012). Literatür incelendiğinde araştırmaların düşük düzeyde SOY ile olumsuz sağlık sonuçları arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu gösteren çalışmaların olduğu, bu durumun hastaneye sık yatışlar, acil servislere başvurunun fazlalığı, koruyucu sağlık hizmetleri ile erken tanı hizmetlerinden daha az yararlanma, gereksiz tıbbi tetkiklere başvuru ve sağlık harcamalarındaki artışlar gibi sonuçlarla kendini gösterdiği bildirilmiştir (Baker vd., 1998; Berkman vd., 2011; DeWalt ve

Hink, 2009; Kobayashi vd., 2016). SOY ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların çoğunun yetişkinlere odaklanması (Al Sayah vd., 2013; Wu vd., 2016) yanında, çocukların SOY ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi ele alan araştırmaların sayısının oldukça sınırlı olduğu görülmektedir (Chari vd., 2014; Sharif ve Blank, 2010).

1.1.1. Sağlık Okuryazarlığının Tanımı

Bireylerin gerekli sosyal, bireysel ve zihinsel becerileri kullanarak sağlık ile ilgili bilgileri okuyabilme, anlayabilme, değerlendirebilme, sorun çözebilme ve karar verme süreçlerini etkin yürütebilmesi yeterliliğini ifade eden çok boyutlu bir kavram olan SOY, bireylerin kendi sağlık durumlarını etkili biçimde yönetebilmeleri ve sağlıkla ilgili doğru kararlar alabilmeleri için kritik bir öneme sahiptir. Sağlık bilgilerini anlayıp yorumlayabilmek, hastalıkların yönetimini gerçekleştirebilmek ve sağlık konularında bilinçli kararlar verebilmek ise bireylerin çeşitli bilgi ve becerilerle donanmış olmalarını gerektirmektedir. Tanım olarak SOY; bireylerin sağlıklarına ilişkin bilinçli seçimler yapabilmesi, sağlık risklerini azaltarak yaşam kalitelerini artırabilmesi için sağlıkla ilgili bilgi ve kavramları anlama, değerlendirme ve uygulama düzeyinde sahip olduğu bilgi, beceri ve yetkinliklerdir (Santafe-Madueno vd., 2023; Öztuna ve Gürhan, 2023; Vamos ve McDermott, 2021). Bir diğer tanımda ise SOY, bireylerin sağlık bilgilerini okuyup anlaması ve bu bilgileri uygun sağlık kararları vermede kullanma yeteneği olarak açıklanmıştır. SOY, bireylerin doğru bilgiye ulaşma becerilerini geliştirdiği gibi, bu bilgileri davranışa dönüştürebilme ve sağlık hizmetleri ile ilgili metinleri doğru okuyup anlama düzeylerini de artıran bir süreçtir (Yıldırım ve Keser, 2015). Bu yetkinlik, bireyin yalnızca kendi sağlığı üzerinde değil, aynı zamanda toplum sağlığı üzerinde de daha etkin bir rol üstlenebilmesine olanak sağlar. Aynı zamanda, sağlıkla ilgili kaynakların doğru ve etkili biçimde kullanılmasını mümkün kılarak, bireyleri bilinçli sağlık kararları alma noktasında destekler (Alp ve Mete, 2023; Öztuna ve Gürhan, 2023).

SOY, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri ve yeterlikleri edinmeye, değerlendirmeye, yapılandırmaya ve kullanmaya yönelik çabalarını kapsayan geniş bir bilgi ve beceri yelpazesinden oluşmaktadır. Bu yeterlikler aracılığıyla bireyler, hem kendilerini hem başkalarını hem de dünyayı anlayabilir; sağlıklı kararlar alabilir ve kendi sağlık fırsatlarını ya da başkalarınınkini etkileyen faktörleri değiştirmek için çaba gösterebilirler (Paakkari ve Paakkari, 2012). Ayrıca SOY, sağlıklı yaşamın sürdürülmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, yaşam süresinin uzatılması, sağlık çalışanlarıyla etkili iletişimin kurulması, sağlıkla ilgili becerilerin geliştirilmesi ve bireylerin sağlık hizmetleri içinde aktif rol üstlenmesi açısından

temel bir kavramdır. SOY düzeyi yüksek bireyler, kendi sağlık sorumluluklarını yerine getirebilmekte; bilimsel, kültürel ve tıbbi konularda iletişim kurabilmekte; sağlığını geliştirmeye yönelik girişimlerde bulunmakta, mevcut ya da olası sağlık risklerine karşı koruyucu önlemler almakta; sağlık sorunlarını daha iyi ifade edebilmekte ve sağlık hizmetlerinden daha etkin şekilde yararlanabilmektedir (Sarıyer ve Kılıç, 2019). Sağlık ve sağlıkla ilgili karar verme süreçlerinde aracı bir faktör olarak değerlendirilen bireysel okuryazarlık kapasitesi, SOY kavramı ile tanımlanmaktadır (Coulter ve Ellins, 2007). SOY, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini kapsayan önemli bir kavramdır. DSÖ, SOY'u bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişme, bu bilgiyi anlama ve kullanarak sağlıklarını geliştirme becerisi olarak tanımlamakta; ayrıca iyi olma hâlini sürdürme ve geliştirme sürecinde gerekli bilişsel ve sosyal becerileri kazanma ve kullanma yeterliği olarak açıklamaktadır (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014; WHO, 2013). SOY düzeyi yüksek olan bireyler, kendi sağlık sorumluluklarını üstlenebilmekte; bilimsel, kültürel ve tıbbi alanlarda iletişim kurabilmekte; sağlığını geliştirmeye yönelik girişimlerde bulunmakta, mevcut ya da olası sağlık risklerine karşı koruyucu önlemler almakta; sağlık sorunlarını daha net ifade edebilmekte ve sağlık hizmetlerinden daha etkin yararlanabilmektedir (Sarıyer ve Kılıç, 2019).

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu, SOY'u şekillendiren etkenleri ve farklı boyutları entegre ederek şu tanımı önermiştir: SOY, okuryazarlıkla ilişkili olarak bireylerin sağlık bilgilerine erişim, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulama konularındaki bilgi, motivasyon ve yeterliliklerini kapsamaktadır. Bu yeterlilikler, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma, hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme süreçlerinde günlük yaşam kararlarını almalarına ve yaşam kalitelerini sürdürmelerine katkı sunmaktadır. Ayrıca, bireylerin SOY düzeyi; sağlık durumu, mevcut sağlık riskleri ya da sorunları, içinde bulunduğu sosyal gruplar (örneğin; sağlık çalışanları, hastalar veya farklı yaş grupları) ve çeşitli sosyoekonomik belirleyiciler gibi kişisel koşullara bağlı olarak şekillenmektedir (Bröder vd., 2017; Logan vd., 2015; Stormacq vd., 2019). Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı'nın 2024-2028 Stratejik Planı'nda (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024), SOY; bireylerin sağlık bilgilerine erişme, bu bilgileri anlama ve değerlendirme ile söz konusu bilgileri sağlıkla ilgili kararlarında etkin biçimde kullanma yeterliliği olarak tanımlanmaktadır. Bu özellik, bireylerin günlük yaşamlarında daha sağlıklı tercihler yapmasını sağlar ve hem kişisel sağlık hem de halk sağlığı açısından kritik öneme sahiptir. Kısacası SOY, sağlıkla ilgili bilgileri, tutumları ve uygulamaları düzenleme ve sağlık ortamını yönetmede kullanma becerileri bütünü olarak tanımlanabilir (Massey vd., 2012).

Sağlıkla ilgili kararlar alabilmek için yalnızca temel beceriler değil, bilgiye dayalı daha kapsamlı bir altyapı gereklidir ve bu durum SOY kavramı ile ifade edilmektedir. Nutbeam'e göre SOY, broşürleri okumak veya randevu almak gibi basit uygulamaların ötesine geçmekte; bireylerin sağlık enformasyonuna erişimini sağlayarak bu bilgiyi etkili biçimde kullanma kapasitelerini geliştirmeleri yoluyla onları güçlendirmede kritik bir rol üstlenmektedir. Ayrıca Nutbeam, SOY'un yalnızca bireysel değil, toplumsal düzeyde de yararları olduğunu vurgulamakta; sosyal, ekonomik ve çevresel etkilerine dikkat çekmektedir (Nutbeam, 2000; Sezgin, 2014; Zarcadoolas vd., 2005). Günümüzde SOY, sağlığın korunması, teşvik edilmesi ve geliştirilmesinde temel bir belirleyici unsur olarak öne çıkmaktadır. SO birey ise, sağlığı destekleyen bilgi kaynaklarına erişebilme, bu bilgileri okuyup anlayabilme, elde ettiği veriler doğrultusunda doğru kararlar verebilme ve bu kararları uygulamaya dönüştürebilme yeterliliğine sahip kişidir (Çiler Erdağ, 2015). SO bireyler, sağlık bilgilerini anlayıp uygulayabilir ve bu sayede sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olabilirler (Wu vd., 2010). Bireysel düzeyde sağlığın korunması ve geliştirilmesi için ihtiyaç duyulan bilişsel ve sosyal becerileri kapsayan SOY; temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, sağlıkla ilgili kararları doğru verebilmek için bu bilgi ve hizmetleri anlama, daha sağlıklı bir yaşam sürdürmek için bilgiyi eyleme dönüştürme ile etkili ve eleştirel iletişim becerilerini kullanabilmeyi içeren kapsamlı bir kavramdır. Son dönemlerde yaşanan küresel gelişmeler, özellikle Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Pandemisi, güncel ve güvenilir sağlık bilgilerine erişme, bu bilgileri değerlendirme ve sağlığı korumaya yönelik yaşamsal becerileri kazanma ve uygulama gereksinimini daha da artırmıştır. Eğitim ise çocukları ve gençleri daha iyi bir yaşam için desteklerken onların potansiyellerini ortaya çıkarmayı hedeflemekte; bunu yaparken dilsel, sosyal, bilişsel, kişisel, duygusal ve okuryazarlık gibi çok boyutlu gelişim alanlarını gözetmektedir. Bu hedefler, SO bir toplum oluşturmak, gelecekte sağlık ile ilişkili risklerin azaltılması ve sağlıklı nesillerin yetiştirilmesi bakımından kritik öneme sahiptir (Şenyurt, 2021). SO bireyler; sağlıkla ilgili eğitim materyallerini okuyabilen, farklı sağlık etkinliklerinden yararlanabilen, değişen sağlık koşullarında sahip oldukları bilgileri etkili biçimde kullanabilen, sağlık bilgilerini eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirebilen, kendi kapasitelerini geliştirebilen, sağlığın sosyal, politik ve ekonomik boyutlarını anlayıp yorumlayabilen ve bu sayede yalnızca bilişsel değil, sosyal ve diğer gelişim alanlarında da ilerleme kaydedebilen kişilerdir (Yalçın Balçık vd., 2014). Tüm bu becerilerin kazanılması, özellikle bilişsel, davranışsal ve duyuşsal unsurların iç içe geçtiği karmaşık bir gelişim süreci olan problem çözme becerisinin gelişimini de beraberinde getirmektedir. Problem çözme, bilgi ve kavrama düzeyine dayalı bir bilişsel alan etkinliği olup, bireyin bilişsel, duyuşsal ve sosyal yönlerini kullanarak sorunlarına çözüm üretmesini gerektirir. Bu süreç; problemi anlama ve

tanımlama, olası çözüm yolları geliştirme, önerilen çözümü tatmin edici kanıtlarla destekleme gibi adımları kapsayan bir düşünme ve uygulama biçimidir (Çınar vd., 2009).

SOY sadece okuma becerisiyle sınırlı değildir; aynı zamanda farklı kaynak ve platformlardan elde edilen bilgileri tanıma, işleme, bütünleştirme ve bu bilgileri temel alarak eyleme dönüştürme sürecini içeren çok yönlü bir beceri alanıdır. Üç ile 18 yaş arasındaki bireyler, özellikle materyaller yaşa uygun, kültürel olarak anlamlı ve sosyal olarak destekleyici biçimlerde sunulduğunda sağlık bilgilerini arayabilir, anlayabilir, değerlendirebilir ve kullanabilirler. Çocuklar ve gençler arasında SOY'un gelişimi, bu kırılgan ve 'marjinalleştirilmiş' grubun daha katılımcı, daha üretken ve daha sağlıklı bireyler haline gelmesini sağlayabilir (Borzekowski, 2009). SOY, bireyin yaşam boyu gelişen; kapasite, kavrayış ve iletişim özelliklerini kapsayan dinamik bir süreçtir. Bu süreçte SOY'a ilişkin nitelikler, yeterli düzeye ulaşmak için gerekli beceriler, stratejiler ve yetenekler üzerine temellendirilir. SOY'un sonuçları ise, bireylerin yeterli ya da yetersiz SOY'a sahip olmalarına bağlı olarak hem bireysel hem de toplumsal düzeyde etkiler yaratabilmektedir (Mancuso, 2008). SOY, bireyin yaşamı boyunca gelişen dinamik bir yapıdır ve birçok karmaşık insan yeterliğinde olduğu gibi yalnızca sağlık durumundan değil, aynı zamanda demografik, sosyo-politik, psikososyal ve kültürel faktörlerden de etkilenmektedir. SOY; bireylerin sağlıkla ilgili bilgi ve kavramları arama, anlama, değerlendirme ve kullanma süreçlerinde geliştirdikleri geniş bir beceri ve yeterlik yelpazesi olarak tanımlanmaktadır. Bu yeterlikler, kişilerin bilinçli seçimler yapmalarına, sağlık risklerini en aza indirmelerine ve yaşam kalitelerini yükseltmelerine katkı sağlamaktadır (Zarcadoolas vd., 2005).

Tüm tanımlar SOY'un ara ya da nihai bir amacı olduğuna işaret etmektedir. SOY'un çıktıları, sağlıkla ilgili karar verme süreçleriyle ilişkili özgül görevleri içermektedir. Örneğin, kişinin kendi sağlık ortamını yönetmesi ya da bilinçli ve uygun sağlık terciheri yapabilmesi gibi görevlerdir. SOY'un orta veya uzun vadeli çıktıları ise daha genel anlamda kişisel sağlığın geliştirilmesine ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine yöneliktir. Bu, sağlık risklerinin azaltılması ve yaşam kalitesinin ya da yaşam koşullarının iyileştirilmesi gibi hedefleri içermektedir (Bröder vd., 2017) Kısacası SOY, kişilerin sağlıkları ile onu şekillendiren dinamikler üzerindeki kontrol düzeylerini yükseltmeyi, aynı zamanda beceri ve kapasitelerini geliştirmeyi hedefleyen bir kavramdır (Şenyurt, 2021).

1.1.2. Sağlık Okuryazarlığının Tarihçesi

SOY kavramı literatürde ilk kez 1970'li yıllarda ortaya çıkmış ve kavramsal olarak 1974 yılında sağlık eğitimi konferansında gündeme gelmiştir. Bu kapsamda sağlık eğitiminin, sağlık sistemi, kitle iletişim araçları ve eğitim sistemi üzerindeki etkileri tartışılmış, tüm okul düzeylerinde SOY'a ilişkin asgari standartların belirlenmesi gerektiği vurgulanmıştır (Simonds, 1974). Bu bağlamda, tüm okul düzeylerinde SOY için asgari standartların belirlenmesi gerektiğini savunmuş ve böylece SOY kavramının eğitsel boyutuna dikkat çekmiştir. 1990'lı yıllarda SOY kavramı yeniden ele alınmaya ve farklı boyutlarıyla tanımlanmaya başlanmıştır. Bu süreçte gerçekleştirilen araştırmalar, SOY'un bireylerin sağlık davranışları ile sağlık hizmetleri kullanımına yönelik harcamalar üzerindeki etkilerini ortaya koymuş ve elde edilen bulgular doğrultusunda kavram, halk sağlığının öncelikli çalışma alanlarından biri haline gelmiştir. SOY, kökeninde okuryazarlık, yetişkin eğitimi ve sağlığın teşviki (sağlığın geliştirilmesi) alanlarında yürütülen araştırmalardan beslenmiş; disiplinlerarası bir yaklaşımın ürünü olarak kavramsal gelişimini şekillendirmiştir (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014).

SOY kavramı, temelde okuryazarlıkla yakından ilişkili bir kavramdır. Literatürde ilk olarak 1970'li yıllarda yer almaya başlayan bu kavram (Nutbeam ve Kickbusch, 1998), özellikle son yıllarda artan bir ilgiyle ele alınmakta (Alp ve Mete, 2023) ve sağlık hizmetlerinin etkililiği açısından önemli bir boyut olarak değerlendirilmektedir (Öztuna ve Gürhan, 2023). SOY, bireylerin kendilerine sunulan tıbbi bilgileri yalnızca okuyup anlamalarının ötesinde, bu bilgileri yorumlayarak uygun sağlık davranışları geliştirmelerini kapsayan bir yeterlilik olarak tanımlanmaktadır. bu kavramı, bireyin kendi sağlığına ilişkin bilgi sahibi olması, sağlık sorunlarını tanımlayabilmesi, uygun sağlık kararları alabilmesi ve sağlık sistemini etkin bir şekilde kullanarak bu sistemden fayda sağlayabilmesi gibi çok yönlü becerileri içeren geniş kapsamlı bir alan olarak ele alınmaktadır (Nutbeam ve Kickbusch, 1998).

DSÖ, SOY'u 1998 yılında; bireylerin iyi olma hâlini geliştirmek ve sürdürmek amacıyla sağlık bilgilerine erişim, bu bilgileri anlama ve kullanma konusundaki yetkinliklerini ve motivasyonlarını belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler bütünü olarak tanımlamıştır. İlgili tanım, SOY'u sadece bireysel bilgi düzeyiyle sınırlı görmekle kalmayıp kişilerin sağlıkla ilgili karar alma süreçlerine etkin katılımını sağlayan çok yönlü bir yetkinlik alanı olarak görülmektedir. Kavramsal düzeyde SOY, hem bireylerin hem de toplumların bilgi ve beceri düzeylerinin artırılmasına katkı sağlayarak, genel yaşam kalitesinin yükseltilmesini hedeflemektedir. Bu kapsamda, etkili bir SOY düzeyine ulaşmak için, sağlık alanındaki doğru

bilgilerle desteklenen çok işlevli bir okuryazarlık kapasitesinin geliştirilmesi gerekli görülmektedir (WHO, 1998). 1990'lı yıllardan beri sağlık sistemlerinde yaşanan dönüşümler, bireylerin sağlıkla ilgili karar alma süreçlerindeki artan rol ve sağlık davranışları üzerindeki kişisel sorumluluklarıyla daha fazla ilişkilendirilmektedir. Bu, SOY'un önemini artırmıştır. Bu bilgiler ışığında, bireylerin yalnızca bilgiyi okuma ve anlamasının yanında sağlıkla ilgili doğru kararlar alabilme, uygun davranışlar sergileyebilme ve sağlık hizmetlerinden etkin yararlanabilme yeterliğine sahip olması gerektiği fikri önem kazanmıştır. Spesifik olarak Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa ülkelerinde SOY kavramı, halk sağlığı politikalarının ve sağlık hizmeti sunum modellerinin merkezinde ele alınmaya başlanmıştır. Ek olarak, SOY'u geliştirmeye yönelik ulusal stratejiler ve eylem planları oluşturulmuştur. Böylece, SOY kavramı hem akademik hem de uygulamalı düzeyde daha görünür hale gelmiş, insan sağlığı üzerindeki potansiyel etkisi daha geniş bir perspektiften değerlendirilmiştir (İkiışık vd., 2020).

Tarihsel olarak yaşanan toplumsal değişim ve dönüşüm süreçleri, tıp ve iletişim alanında yaşanan teknolojik gelişmeler ve iletişim alanındaki gelişmeler, bireylerin sağlık anlayışını ve sağlıklı yaşam algılarını kökünden etkilemiştir. Özellikle 20. yüzyılda tıp alanında kaydedilen büyük ilerlemeler, sadece yeni ve etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesini değil, hastalıkların önlenmesine yönelik programların önem kazanmasını da beraberinde getirmiştir. Bu dönemde enfeksiyon hastalıklarının yerini kronik hastalıkların alması ile birlikte, sağlığın sürdürülmesinde sadece sağlık kurumları ve profesyonelleri değil, bireyler ve aileler de sorumluluk üstlenmeye başlamıştır. Günümüzde beslenme alışkanlıklarının iyileştirilmesi ve fiziksel hareket ve aktivitenin artırılması gibi yaşam tarzı değişiklikleri, hem koruyucu sağlık davranışları hem de tedavi stratejileri olarak kabul edilmektedir. Hastalıkların doğası ve tedavi yaklaşımlarında yaşanan bu değişimlerin, sağlık hizmetini sağlayan kişiler ile hasta bireyler arasındaki iletişimin niteliğini de dönüştürdüğünü söylemek mümkündür. Bu doğrultuda söylemek gerekir ki, bireylerin sağlık profesyonellerini anlayabilmeleri, yazılı bilgileri edinme ve sayısal verileri okuyup değerlendirebilmeleri, etkili bir sağlık iletişimi açısından kritik önem taşımaktadır. Hastaların ilaçlarla ilgili bilgileri anlayamaması, reçetelerini doğru ve zamanında kullanamaması, sağlık formlarını doldururken güçlük yaşaması ya da yazılı uyarı ve bilgilendirme materyallerini fark edememesi gibi sorunlar, SOY'un yalnızca bireysel değil, aynı zamanda toplumsal düzeyde de kritik bir konu haline getirmiştir. Bu nedenle SOY, son yıllarda hem ulusal hem de uluslararası literatürde giderek artan bir ilgiyle ele alınmakta ve sağlık iletişiminin temel bileşenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Sabırcan, 2020; Sezgin, 2014).

1.1.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Dünya genelinde SOY, bireysel sağlık sonuçlarını iyileştirmenin yanında sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini desteklemek için de kritik unsur olarak kabul edilmektedir. Bu kapsamda ulusal ve uluslararası politikalar, sağlık hizmetlerine erişim, hastalıkların önlenmesi, tedaviye uyum ve koruyucu sağlık uygulamalarının etkinliğini artırmak için SOY'un geliştirilmesini stratejik bir öncelik olarak ele almaktadır. Özellikle DSÖ, SOY'u "bireylerin sağlık konusundaki bilgilere erişebilme, bunları anlayabilme, değerlendirebilme, bunlara dair karar alabilme süreçlerinde kullanabilme yeterliliği" olarak tanımlamakta ve bu becerinin toplum sağlığını güçlendirmedeki önemini vurgulamaktadır. DSÖ'nün yayınladığı rapor, SOY'un artırılmasının hastalıkları önleme, hastalıkların erken teşhisi ve tedaviye uyum gibi alanlarda önemli kazançlar sağladığını ortaya koymaktadır. Bu çerçeve, ülkeler arası politika uyumu ve küresel sağlık stratejileri, SOY'un geliştirilmesini, çeşitli paydaşların (hükümetler, sağlık hizmetini sağlayanlar, eğitim kurumları ve toplum örgütleri vb.) işbirliğini gerektiren çok boyutlu bir yaklaşım olarak ele almaktadır (WHO, 2013).

Literatüre bakıldığında araştırmalar, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde SOY düzeyinin düşük olduğunu ortaya koymuş, pek çok ülkenin bu nedenle sağlık bakanlıklarının, toplumda SOY'u artırmak amacıyla eylem planları ve yasal düzenlemeler hazırlayarak uygulamaya koyduğunu belirtmiştir (Çınar vd., 2018). 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi'nde sağlığın geliştirilmesine ilişkin Şanghay Deklarasyonu, SOY'un sağlığın kritik bir belirleyicisi olduğunu vurgulayarak sağlıkta eşitliğin sürdürülmesinde önemli olduğunu da belirlemiştir (WHO, 2017a). SOY'a ilişkin çeşitli sivil toplum kuruluşlarından (STK) alınan hükümet kamu politikaları ve politika belgeleri, sağlıkta eşitliğin ele alınmasında SOY'un kritik bir rolü olduğunu vurgulamaktadır (McDaid, 2016). Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere birçok ülke, SOY'u artırmayı hedefleyen ulusal stratejiler geliştirmiş olup, bunlara örnek olarak ABD'de Sağlık Okuryazarlığını Geliştirmek İçin Ulusal Eylem Planı belgesi gösterilebilir. Belgede, SOY'u artırmak amacıyla sağlık iletişimini güçlendirme, sağlık hizmeti sunumunu rutin bir sisteme dönüştürme ve eğitim programlarını genişletme stratejileri yer almaktadır (Kutner vd., 2006). Benzer olarak, Avrupa Birliği ülkeleri, sağlıkla ilgili literatüre dayandırarak geliştirdikleri politikalar çerçevesinde SOY'u geliştirmeye ilişkin araştırma projeleri ve uygulama modelleriyle toplum sağlığına katkı sağlamayı hedeflemektedir (Sørensen vd., 2012). Ek olarak, SOY'un ekonomik etkileri de politika yapıcılar tarafından göz önünde bulundurulmaktadır. Düşük SOY'a sahip toplumlarda, gereksiz hastane yatışları, acil servis ziyaretleri ve tedaviye uyumsuzluk gibi konular, sağlık

harcamalarında ciddi artışlara yol açabilmektedir. Bu durum, kamu kaynaklarının daha verimli kullanılabilmesi ve sağlık hizmetlerinin optimizasyonu açısından, SOY'un artırılmasının stratejik önemini ortaya koymaktadır (Nutbeam, 2000).

Bilgi ve teknoloji çağı olan günümüzde, dijital teknolojilerin sağlık iletişimi üzerindeki etkisi giderek artmaktadır. E-sağlık uygulamaları, mobil sağlık teknolojileri ve çevrimiçi platformlar gibi yenilikçi araçlar sağlık politikalarının şekillendirilmesinde önemli yer tutmaktadır. Sistematik incelemeler, dijital araçların sağlık bilgisine erişimini kolaylaştırarak bireylerin kendi sağlıklarını daha etkin şekilde yönetmelerine katkı sağlamaktadır. Ek olarak bunun davranış değişikliklerini desteklediğini de ortaya koymaktadır (Holmes vd., 2019; Hu, 2015; Sabırcan, 2020). Yeni teknolojilerin sağlık iletişiminde kullanımı, bireylere hızlı ve etkileşimli bilgi akışı sunarken, hastalar ile profesyoneller ve hastalar ile hastalar arasındaki etkileşimleri de dönüştürmektedir (Wright, 2020). Buna ek olarak, SOY düzeyinin dijital teknolojilerin kullanımında belirleyici olduğu, yüksek SOY'a sahip bireylerin bu araçlardan daha fazla faydalandığı, düşük SOY'a sahip gruplarda ise eşitsizlik riskinin devam ettiği vurgulanmaktadır (Manganello vd., 2017). Böylece, uluslararası sağlık politikaları yalnızca geleneksel iletişim yollarıyla sınırlı kalmayıp, dijital dönüşümün getirdiği fırsatları da değerlendirmektedir. Dünya genelindeki mevcut politikalar, SOY'un artırılmasını bireysel sağlık davranışlarını iyileştirmek, sağlık sistemlerinin verimliliğini artırmak ve toplumsal sağlık eşitsizliklerini azaltmak amacıyla stratejik bir öncelik olarak belirlemiştir. Bu politikalar, bilimsel araştırmalar ve uygulamaya dayalı yaklaşımlarla desteklenmektedir. Hükümetlerin, sağlık kuruluşları, eğitim kurumları ve toplum liderlerinin işbirliği ile daha bilinçli ve dayanıklı toplumların oluşturulmasına katkı sağlamak hedefleri arasında yer almaktadır. Dünya genelinde SOY'u artırmaya yönelik politika ve stratejiler, sadece yetişkin nüfusun değil, özellikle çocuk sağlığının desteklenmesi için de büyük önem taşımaktadır. Yaşamdaki eşitsizlikleri azaltmak ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine (SKH) ulaşmak için çocuklara ve okullara odaklanılmıştır ki bu da erken çocukluk döneminin bunun için ne kadar önemli yıllar olduğunu göstermektedir (McDaid, 2016; WHO, 2016). SOY'un geliştirilmesi, hastalıkların tanı ve tedavi süreçlerine uyumla sınırlı kalmayıp çocukluktan başlayıp yaşam boyu süren dinamik bir süreç içinde ele alınmalıdır (Çoban ve Özcebe, 2018). Uluslararası sağlık kuruluşları, erken çocukluk döneminde edinilen bilgi, beceri ve tutumların hayat boyu sürecek sağlıklı alışkanlıkların temelini oluşturduğunu vurgulamaktadır.

DSÖ, SOY'u bireylerin sağlık ile ilgili bilgilere ulaşabilme, bu bilgileri kavrayıp değerlendirebilme ve günlük yaşamlarında kullanarak sağlıklarını korumayla geliştirme

yeterliği olarak tanımlamaktadır. Bu tanım, çocukların gelişimsel süreçlerinde edindikleri sağlık bilgisi ve davranışlarının ne kadar kritik rol oynadığını gözler önüne sermektedir (WHO, 2013). Nutbeam (2000) tarafından geliştirilen SOY modeli, erken yıllarda sağlık bilgisi edinmenin, bireylerin hayatları boyunca hastalıkların önlenmesi ve yönetilmesinde önemli rol oynadığını vurgulamaktadır. Bu bilgiler ışığında, ulusal sağlık politikaları çocuklara yönelik eğitim programlarını, ebeveyn-çocuk etkileşimlerini ve dijital sağlık iletişimi uygulamalarını entegre eden stratejiler geliştirmektedir. Peerson ve Saunders (2009) de yaptığı araştırmada, çocukluk döneminde kazanılan SOY becerilerinin, bireylerin ilerleyen yaşamlarında sağlıkla ilgili bilinçli kararlar alma yetkinliğini artırdığını belirtmiştir. Yapılan araştırmalar sonucunda görülmektedir ki birçok ülke, erken çocukluk dönemine yönelik SOY programlarını hayata geçirmektedir. Bu sayede çocukların hem kişisel sağlıklarını korumalarını hem de gelecek nesillerin toplum sağlığını güvence altına almalarını hedeflemeyen programların bu stratejileri, dijital araçların kullanımı, interaktif eğitim materyalleri ve ebeveynlere yönelik bilgilendirme programlarıyla desteklenmektedir. Bu doğrultuda, sağlık hizmetlerine erişebilme ve hastalıkların önlenebilmesi uygulamaları güçlendirilmektedir (Nutbeam, 2000; WHO, 2013). Politikalar, erken müdahale ve eğitim stratejilerinin entegresiyle, çocukların hayat boyu sürecek sağlıklı davranışlar kazanmasını ve uzun vadede daha bilinçli, dayanıklı nesiller yetiştirilmesini amaçları arasına almaktadır. Bu bağlamda çocuk sağlığı, bir ülkenin gelişmiş olma düzeyini gösteren en önemli faktörlerden biri olup çocuk sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik uygulamaların benimsenmesi, sağlık hizmetlerine ilişkin doğru bilgilere ulaşılması, bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili doğru ve etkili kararlar alabilmesi ve sağlık sorumluluklarını üstlenmesiyle mümkün olmaktadır. Bu durum, SOY kavramını gündeme getirmekte ve onun önemini açıkça ortaya koymaktadır (Çınar vd., 2018).

Literatürde, düşük SOY'un birey sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yarattığına dair kanıtların giderek arttığı ifade edilmektedir. Bu olumsuz etkiler arasında; koruyucu sağlık hizmetlerinden yetersiz yararlanma, bireylerin sağlık durumlarına ilişkin bilgi düzeylerinin düşüklüğü, hastalıkların etkin şekilde yönetilememesi, tıbbi talimatlara uyum eksikliği, sağlıkla ilgili zamanında önlem alınamaması, sağlık kontrollerinin yetersizliği, öz bakım becerilerindeki eksiklik ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarında yaşanan artışlar gösterilmektedir. Son yıllarda Türkiye genelinde SOY'a yönelik yapılan araştırmalarda artış gözlemlense de, bu alanda yapılan çalışmaların hâlâ sınırlı sayıda olduğu anlaşılmaktadır (Alp ve Mete, 2023).

1.1.3.1. Şanghay Deklarasyonu'nda Sağlık Okuryazarlığı

Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Konsorsiyumu'nun yaptığı tanıma göre SOY, genel okuryazarlıkla ilişkili olup hayat boyu devam eden bir süreçtir. Süreçte bireylerin yaşam kalitesini koruyabilmeleri ya da geliştirebilmeleri; sağlık hizmetlerinden yararlanma, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın desteklenmesine ilişkin günlük yaşam kararlarını verebilmeleri için sağlık bilgisine ulaşma, bu bilgileri anlama, değerlendirme ve hayata geçirme konusunda yeterli bilgiye, motivasyona ve beceriye sahip olmalarını gerektirir. Dünya Sağlık Örgütü ise SOY'u, bireylerin iyi olma hâllerini sürdürmek ve geliştirmek amacıyla sağlıkla ilgili bilgilere erişme, bu bilgileri kavrama ve kullanma konusunda gerekli bilişsel ve sosyal beceriler ile motivasyonları kapsayan bir yapı olarak tanımlamaktadır. Bu yüzden SOY, okuryazarlık düzeyiyle ilişkili olarak bireylerin yaşam boyu sağlıklarını iyileştirmek, hastalıkları önlemek ve yaşam kalitelerini yükseltmek için verdikleri kararlarda sağlık bilgisine erişebilme, bu bilgiyi anlayabilme, analiz edebilme ve uygulama yeterliği kazanabilmeyi içeren bütüncül olgu olarak değerlendirilmektedir (Çınar vd., 2018).

Okuryazarlığın sağlık alanına daha geniş bir bakış açısıyla entegre edilmesi, DSÖ gibi uluslararası sağlık otoriteleri için öncelikli konulardan biri haline gelmiştir. Bu doğrultuda DSÖ, 2016 yılında düzenlediği 9. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı sonrasında yayımlanan Şangay Deklarasyonu ile sağlık okuryazarlığını, 2030 yılına kadar uygulanması hedeflenen Sürdürülebilir Kalkınma Gündemi'nin üç temel dayanağından biri olarak tanımlamıştır. Bu gelişme, DSÖ'nün SOY'u yalnızca bireysel sağlıkla sınırlı bir kavram olarak değil, aynı zamanda küresel kalkınma ve toplumsal refah için kritik bir unsur olarak değerlendirdiğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla SOY'u geliştirmeye yönelik küresel girişimlerin, yalnızca sağlık sistemlerinin etkinliğini artırmakla kalmayıp, aynı zamanda sürdürülebilir kalkınmanın temel dinamiklerinden biri olduğu açıkça vurgulanmaktadır. 2016 yılında Şangay'da düzenlenen 9. Küresel Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'nın ardından yayımlanan "2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri Doğrultusunda Sağlığın Geliştirilmesi Şangay Deklarasyonu", SOY'u küresel sağlık politikalarının merkezine yerleştiren temel belgelerden biri olmuştur. Bu deklarasyon kapsamında SOY'a dair tüm dünya için aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- SOY'un, sağlığın temel belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmesi ve bu alanın geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılması,
- Toplumun tüm kesimlerini kapsayacak şekilde, her eğitim kademesinde SOY'u

geliştirmeye ilişkin stratejiler oluşturulması, hayata geçirilmesi, değerlendirilmesi,

- Dijital teknolojilerin potansiyelinden faydalanılarak bireylerin kendi sağlıkları ve sağlık belirleyicileri üzerindeki kontrollerinin artırılmasının desteklenmesi,
- Fiyatlandırma politikaları, şeffaf bilgilendirme ve anlaşılır etiketleme gibi araçlarla, tüketici davranışlarının sağlıklı seçimler yönünde şekillendirilmesine katkı sağlayacak düzenlemelerin yapılması önerilmiştir.

Bu öneriler, SOY'un yalnızca bireysel bir beceri olarak değil, aynı zamanda toplumsal sağlığı etkileyen yapısal bir unsur olarak değerlendirildiğini ve politika geliştirme süreçlerinde önemli bir bileşen haline geldiğini ortaya koymaktadır (Özkaya ve Çınar, 2024; WHO, 2017b).

1.1.3.2. T.C. Sağlık Bakanlığı 2024-2028 Stratejik Planı'nda Sağlık Okuryazarlığı

Araştırmalar, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde SOY düzeyinin düşük olduğunu ortaya koymuştur (Baccolini vd., 2021; Qi vd., 2021). Bu nedenle birçok ülkenin sağlık bakanlıkları, toplumda SOY'u artırmaya yönelik eylem planları ve yasal düzenlemeler hazırlayarak uygulamaya koymuştur. Türkiye'de ise 2005 yılından bu yana Pfizer ve Türkiye Toplum Gönüllüleri Vakfı iş birliğiyle yürütülen "Gençlere Sağlık Projesi"nde kişilerin sağlıkla ilgili bilgilerini geliştirmeye ilişkin eğitimler devam etmektedir. Bununla birlikte, Türkiye'de sağlık sistemi SOY alanındaki araştırma-geliştirme faaliyetlerine yeterli düzeyde kaynak ayırmamaktadır (Çınar vd., 2018). Fakat bunun yanı sıra SOY, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın hem 2019-2023 Stratejik Planı hem de 2024-2028 Stratejik Planı içerisinde ele alınmış ve önemle vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022, 2024a). 2019-2023 Stratejik Planın misyonu; insanı merkeze alan bir yaklaşım ile kişi ve toplumun sağlık hakkını korumak, sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözümler sunmak ve hizmet kalitesini en üst düzeye çıkarmak olarak tanımlanmıştır. Vizyon ise; sağlıklı yaşam tarzının benimsendiği, herkesin sağlık hakkına kolayca erişebildiği ve yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinden yararlanabildiği bir Türkiye olarak belirlenmiştir. Planın amaçlarına bakıldığında, birinci stratejik amaç olan "Sağlıklı yaşamı teşvik etmek ve yaygınlaştırmak" kapsamında yer alan sekizinci hedefin, "Kendi sağlığının öneminin farkında olan, sağlık sistemini etkin biçimde kullanan ve SOY yüksek bir toplum oluşturmak" ifadesiyle SOY'u doğrudan vurguladığı görülmektedir. Ayrıca planda yer alan bir diğer stratejik amaç olan "Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı yaşam tarzını teşvik etmek" hedefi açıklanırken de SOY'un geliştirilmesi sürece dahil edilmiş ve bu amacın bileşenlerinden biri olarak tanımlanmıştır. Bunun yanı sıra, planda gerçekleştirilen Güçlü-Zayıf Yönler-Fırsatlar-

Tehditler (GZFT/SWOT) analizi sonuçlarına göre dış çevre tehditleri arasında toplumun SOY düzeyinin yetersizliği de yer almaktadır. Dolayısıyla, sağlığın geliştirilmesi alanında öne çıkan en önemli başlıklardan birinin SOY'un geliştirilmesi olduğu açıkça ortaya konmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

T.C. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı incelendiğinde, SOY'un ön plana çıkarıldığı görülmektedir. Bu planda yer alan GZFT analizi sonuçlarına göre, dış çevre tehditleri arasında toplumun SOY düzeyinin yetersizliği önemli bir unsur olarak belirtilmiştir. Ayrıca sağlığın geliştirilmesi alanında öne çıkan en önemli konulardan birinin SOY'un güçlendirilmesi olduğu vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Benzer şekilde, T.C. Sağlık Bakanlığı 2024-2028 Stratejik Planı incelendiğinde ise, SO toplum oluşturma temasının güçlü biçimde vurgulandığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024a). Çocuklarda SOY'un düşük olması, olumsuz sağlık davranışlarının daha sık görülmesine yol açmaktadır. Çocuğun gelişimsel düzeyi, sağlık bakımıyla ilgili bilgi ve beceri yeterliliğini olduğu gibi SOY'unu da doğrudan etkilemektedir. Özellikle erken yaşlarda edinilen öğrenme deneyimleri, ilerleyen yıllarda kritik bir öneme sahiptir. Bu nedenle küçük yaş gruplarına yönelik eğitim programları, oyun temelli etkinlikler ve çocuklara özel öğrenme fırsatları aracılığıyla SOY'un desteklenmesi gerekmektedir. Son yıllarda çocuklarda SOY kavramı gitgide daha önemli konuma gelmiş, bu alanda gelişim ile farkındalık gereksinimi belirgin biçimde artmıştır. Çocukların sonraki yaşamlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının şekillenmesinde etkili olacağından, SOY eğitimine çocukluk döneminde başlanması kritik bir gereklilik olarak görülmektedir (Çınar vd., 2018). Nitekim SOY, çocuklara yönelik sağlık hizmetlerinin sunumunda mutlaka dikkate alınması gereken önemli bir boyuttur (Morrison vd., 2014b).

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Araştırması 2023 sonuçlarına göre, 15.430 hanede yapılan saha çalışmasında, hastalıklardan korunma, tedavi süreci ve sağlık hizmetlerini anlamada "yeterli ve mükemmel düzeyde" SO bireylerin oranı %45,4 olarak tespit edilmiştir. Bakanlık, bu tespiti stratejik planına yansıtarak son beş yılda elde edilen verinin başlangıç noktası olduğunu vurgulamıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın (2024a) 2024-2028 Stratejik Planı kapsamında belirlenen en somut hedeflerinden biri, SOY düzeyini 2028 yılına kadar %52'ye çıkarmaktır. Bu doğrultuda beş puanlık artış öngörülmekte ve başlangıç seviyesinin üzerine çıkılması amaçlanmaktadır. Stratejik plan içerisinde, bu hedefe ulaşmak adına üç ana strateji belirlenmiştir. Bunlar:

- **Sağlık Bilgisine Erişimi Artırmak:** İlgili bakanlığın güvenilir bilgi kaynaklarının

erişilebilirliğini yaygınlaştırmak, dijital ve fiziksel kanallarda halkı bilgilendirecek içerikleri aktif hale getirmeyi içermektedir.

- **Sağlık Hizmetlerinin Bilinçli Kullanımını Sağlamak:** Bireylerin tedavi süreçlerini doğru anlamasını destekleyecek farkındalık kampanyaları düzenlemeyi kapsamaktadır.
- **Dijital Sağlık Okuryazarlığını Geliştirmek:** Elektronik ortamda sunulan sağlık bilgi ve hizmetlerine erişim ve bunları kullanma becerilerini geliştirmek kapsamı içerisindedir. Teknolojik okuryazarlıkla birleşen bu strateji dijital kanalların etkinliğini hedeflemektedir.

Stratejik plan doğrultusunda aşağıdaki somut adımlar öngörülmüştür.

- **Eğitim ve Farkındalık Kampanyaları:** Okul, aile, yerel yönetimler ve STK'larla işbirliği içinde yürütülen çalışmalarda, sağlık bilgisine erişebilme ve kullanımına yönelik eğitim programları düzenlenecektir.
- **Dijital İçerik Geliştirme:** Sağlık Bakanlığı'nın e-Nabız, resmi internet sitesi ve sosyal medya vb. dijital platformlarda anlaşılır ve güvenilir sağlık içerikleri sunması teşvik edilmektedir.
- **Etiket ve Reklam Düzenlemeleri:** Gıda ürünlerinde tuz, şeker ve trans yağ içeriğinin net biçimde belirtilmesi ve reklamlarda bilgilendirici içeriklerin teşviği vb. mevzuat düzenlemeleri planlanmıştır.

Stratejik plan döneminde SOY'un gelişimi:

- Periyodik anketlerle (örneğin 2023 araştırması gibi) ölçülecek,
- %45,4 → %52 hedefi yıllık olarak takip edilecek,
- Dijital platform kullanımı, eğitim katılım sayısı, yayın sayısı gibi performans göstergeleriyle izlenecektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024a).

Sürdürülebilir Kalkınma 2030 Gündemi'nde ise sağlığın geliştirilmesine ilişkin Şanghay Deklarasyonu, SOY'un sağlığın kritik bir belirleyicisi olduğunu vurgulamış ve sağlıkta eşitliğin sürdürülmesinde önemli olduğunu belirlemiştir (WHO, 2017a). Benzer şekilde, SOY'a ilişkin çeşitli STK'lardan alınan hükümet kamu politikaları ve politika belgeleri, sağlıkta eşitliğin ele alınmasında SOY'un kritik rolünü vurgulamaktadır (McDaid, 2016). Yaşamdaki eşitsizlikleri azaltmak ve SKH'ye ulaşmak için önerilen odak çocuklara ve okullara odaklanmıştır ki, bu da erken çocukluk döneminin bunun için ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır (McDaid, 2016; WHO, 2017a). SOY'un geliştirilmesi, yalnızca

hastalıkların tanı ve tedavi süreçlerine uyumla sınırlı kalmamalı; çocukluk döneminde başlayarak hayat boyu süren dinamik bir süreç olarak ele alınmalıdır (Çoban ve Özcebe, 2018). Bu bilgiler doğrultusunda, çocukluk çağında SOY'un öğretilmesi adına gereksinim duyulan politikalara önem verilmelidir. Zira çocuklukta bireye kazandırılmış olan SOY pek çok yönde katkılar sağlayacaktır. Örneğin; okulda SOY konusunda dersler gösterilmesi toplumdaki bireylere ulaşma anlamında çok daha ekonomik, etkili ve kolay olacaktır. Bunun yanı sıra söz konusu bilincin küçük yaşlarda kazandırılması, kişilerin ilerleyen yaşlarda karşılaşabilecekleri olası sağlık problemlerini erkenden farkına varması ve gereksinim duyulan önlemleri almasını kolay kılacaktır. Eğitim kurumlarında SOY konusunda dersler verilmeli, gerekli kurum ya da kuruluşlar ile işbirliği içerisinde bu süreç yürütülmelidir (Karakaya Ergün, 2019).

1.1.3.3. Dünya Sağlık Örgütü'ne Göre Sağlık Okuryazarlığı

DSÖ, SOY'u bireylerin sağlık ile ilgili bilgi edinebilme, anlayabilme, değerlendirebilme ve kullanabilme becerisi şeklinde açıklamaktadır. İlgili tanım, yalnızca bireyin bilgiye ulaşma kapasitesini değil, aynı zamanda bu bilgiyi sağlıkla ilgili karar alma süreçlerinde etkili ve bilinçli bir şekilde kullanabilme yetisini de kapsamaktadır (WHO, 2013). SOY, bireyin yalnızca kendi sağlığını değil, aynı zamanda toplum sağlığını geliştirme gücüne de sahip olmasını hedefleyen çok boyutlu bir kavramdır. DSÖ, SOY'u yalnızca bireysel bir yetkinlik değil, aynı zamanda toplumsal bir sağlık belirleyeni olarak değerlendirmektedir. Bu kapsamda SOY, sağlık hizmetlerine erişim, hastalıkların önlenmesi ve sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması açısından merkezi bir konumda yer alır. DSÖ'nün temelini oluşturduğu modellerden biri olan Nutbeam'in (2000, 2008) SOY modeli, bireyin sağlık bilgisiyle etkileşimini; Fonksiyonel (1), İletişimsel ya da Etkileşimsel (2) ve Eleştirel (3) düzeylerde açıklar (Nutbeam, 2008; WHO, 2013). DSÖ, bu düzeylerin geliştirilmesini, bireylerin sağlık sistemine aktif katılımı, öz-yönetim becerilerinin gelişimi ve sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesi için zorunlu görmektedir.

DSÖ, SOY'u çeşitli uluslararası belgeler aracılığıyla küresel sağlık politikalarının temel bileşeni haline getirmiştir. DSÖ tarafından organizasyonu yapılan küresel konferanslar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında uluslararası düzeyde politika, yöntem ve stratejilerin oluşturulmasında kritik bir rol oynamıştır. Aşağıda bu konferansların kronolojik özeti yer almaktadır (Aydın, 2019).

Ottawa Sözleşmesi (17–21 Kasım 1986)

- İlk uluslararası konferans olan Ottawa, "2000'e kadar herkes için sağlık" amaçlı olarak düzenlenmiştir.
- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramının tanımlandığı, temel ilkelerin (ön koşullar, değerler, eylem alanları) belirlendiği zemin olmuştur.

Adelaide Tavsiyeleri (5–9 Nisan 1988)

- "Sağlıklı Kamu Politikaları Oluşturma" teması altında toplanan bu konferans, sağlıkta eşitlik, erişim ve hesap verebilirlik üzerine vurgu yapmıştır.
- Politika yapıcıların daha sağlıklı tercihler sunacak destekleyici çevreler oluşturması gerektiği belirtilmiş, sonuçların anlaşılabilir şekilde raporlanması üstlenilmiştir.

Sundsvall Bildirgesi (9–15 Haziran 1991)

- "Sağlığı Destekleyen Çevreler" vurgusuyla, fiziksel, sosyal, ekonomik ve politik çevre faktörlerinin sağlığa etkileri masaya yatırılmıştır.
- Destekleyici çevre oluşturulması ve küresel ölçekte hesap verebilirlik mekanizmalarının kurulumuna çağrı yapılmıştır.

Jakarta Bildirgesi (21–25 Temmuz 1997)

- “Yeni Dönem Yeni Oyuncular” temasıyla özel sektörün dahil edildiği konferansta, sağlığı teşvik eden yatırım, ortaklıklar ve birey gücü ön plana çıkmıştır.
- 21. yüzyılda sağlığın teşviki için beş öncelik belirlenmiştir: Sosyal sorumluluk, yatırım, ortaklıklar, topluluk gücü ve altyapı.

Meksika Bildirgesi (5–9 Haziran 2000)

- “Fikirden Eyleme: Eşitliği Sağlama” temasıyla, sağlıkta adaleti sağlamak amacıyla alınacak somut önlemler konuşulmuştur.
- 80’den fazla ülkenin imzalarıyla bu bildirge, sağlığın teşviki planlarının ulusal politikalara entegrasyonunu zorunlu hale getirmiştir.

Bangkok Şartı (7–11 Ağustos 2005)

- “Sağlığın Belirleyicileri”ni merkeze alan bu toplantıda, küresel eşitsizlikler, kentleşme, iletişim ve ticarileşmenin sağlık üzerindeki etkileri tartışılmıştır.
- DSÖ ve üye devletlerin performans izleme, kaynak tahsisi ve raporlama taahhüdü vurgulanmıştır.

Nairobi Bildirisi (26–30 Ekim 2009)

- Afrika kıtasında gerçekleştirilen ilk konferans olarak ciddi Sivil Toplum Kuruluşu (STK) katılımına ev sahipliği yapmıştır.
- Ağız sağlığı çalışma gruplarının oluşturulması gibi yeni uygulama odakları kazanmıştır.

Helsinki Bildirisi (10–14 Haziran 2013)

- “Tüm politikalarda sağlık” yaklaşımını benimseyen konferans, hükümetler ve paydaşlara uygulama araçları sunmuştur.
- DSÖ’nün tüm politikalara sağlık perspektifini entegre etmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Şanghay Bildirisi (21–24 Kasım 2016)

- “Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde Sağlığın Teşviki” temasıyla, kentleşme ile sürdürülebilir kalkınma hedefleri ile uyumlu politika önerileri getirilmiştir.
- Yüzden fazla belediye başkanının katılımıyla “Sağlıklı Şehirler Uzlaşması” kabul edilmiştir.

Bu konferanslar, küresel çapta "sağlığın teşviği ve geliştirilmesi" kavramının evrimini ve DSÖ'nün stratejik yaklaşımını izlemek için önemli kilometre taşları olmuştur. Her biri, bir önceki konferanstan çıkarılan öğrenimleri daha geniş paydaş katılımı, yeni eylem alanları ve daha sistematik stratejilerle beslemiştir. Bu belgelerde SOY, hem bireyin hem de sağlık sisteminin de sorumluluğu olarak değerlendirilmiştir. Bu sebeple, DSÖ, SOY politikalarının sadece eğitim ve bilgilendirme yoluyla değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin daha anlaşılır, erişilebilir ve kullanıcı dostu hale getirilmesiyle de desteklenmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Aydın, 2019).

DSÖ, SOY'u sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında stratejik bir araç olarak görmekte olup, özellikle düşük sosyoekonomik gruplarda SOY düzeyinin düşüklüğü, sağlık hizmetlerine erişimi, tedaviye uyumu ve sağlıklı davranışların benimsenmesini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle, SOY'un artırılması, toplum genelinde daha adil ve kapsayıcı sağlık hizmetlerine ulaşım açısından önemli karşılanmaktadır (WHO, 2009).

1.1.4. Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkili Yeterlikler ve Belirleyici Faktörler

Yakın dönemde yaşanan gelişmeler, sağlığa ilişkin günümüzde geçerli ve güvenilir bilgilere erişme, bu bilgileri değerlendirme ve sağlığı korumaya yönelik yaşamsal becerileri kazanma ve uygulama gereksinimini artırmıştır. Eğitim, çocukları ve gençleri daha nitelikli bir yaşam için desteklerken aynı zamanda onların geleceğe yönelik potansiyellerini ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Bu süreçte kişisel, sosyal, duygusal, iletişimsel, dilsel, bilişsel ve okuryazarlık gibi çok yönlü gelişim alanları hedeflenmektedir. Söz konusu hedefler, SO bir toplumun inşası, gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık risklerinin azaltılması ve sağlıklı nesillerin yetiştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Şenyurt, 2021). SO bireyler; sağlıkla ilgili eğitim materyallerini okuyabilen, farklı sağlık etkinliklerinden yararlanabilen, değişen sağlık koşullarında edindikleri bilgileri etkili bir biçimde kullanabilen, sağlık bilgilerini eleştirel düzeyde değerlendirebilen, kapasitelerini geliştirebilen, sağlığın sosyal, politik ve ekonomik boyutlarını kavrayıp yorumlayabilen ve bu sayede hem bilişsel hem sosyal hem de diğer gelişim alanlarında ilerleme kaydedebilen kişilerdir (Yalçın Balçık vd., 2014). Tüm bu becerilere sahip olmak da, özellikle bilişsel, davranışsal, duyuşsal birçok etkinliğin iç içe olduğu karmaşık gelişim süreci olan problem çözme becerisinin gelişimini beraberinde getirir. Problem çözme, bilgi ve kavrama düzeyine dayalı bir bilişsel alan etkinliği olup, bireyin bilişsel, duyuşsal ve sosyal yönlerini kullanarak karşılaştığı sorunları çözme sürecini ifade eder. Bu süreç; problemi anlama ve tanımlama, olası çözüm yolları geliştirme, önerilen çözümü yeterli kanıtlarla destekleme gibi etkinlikleri kapsayan bir düşünme ve uygulama biçimidir (Çınar vd., 2009).

SOY, yazılı sağlık bilgilerini okuyup bunlara uygun şekilde hareket etme, ihtiyaçlarını sağlık profesyonellerine aktarabilme ve sağlıkla ilgili talimatları anlama gibi birbirine bağlı ve karmaşık becerileri kapsayan geniş bir kavramdır. Bu kavram aynı zamanda bilgi arama, eleştirel düşünme, problem çözme, analiz yapma, karar verme ve etkili iletişim kurma gibi birçok sosyal, kişisel ve bilişsel becerinin birlikte işlemesini zorunlu kılmaktadır (Van den Broucke, 2014). Bu beceriler, bireyin sağlığı geliştirecek ve sürdürecek hem kişisel hem de

halk sağlığını artıracak şekilde hareket etme yeteneği için belirleyici olarak tanımlanmaktadır (Mårtensson ve Hensing, 2012).

SOY, farklı bir kavram gibi görünse de özünde diğer okuryazarlık türlerinden ayrı olmayan bir biçimdir. SOY bilgi ve becerisine sahip bireylerden belirli alanlarda yeterlilik göstermeleri beklenmektedir. Bu bağlamda SOY;

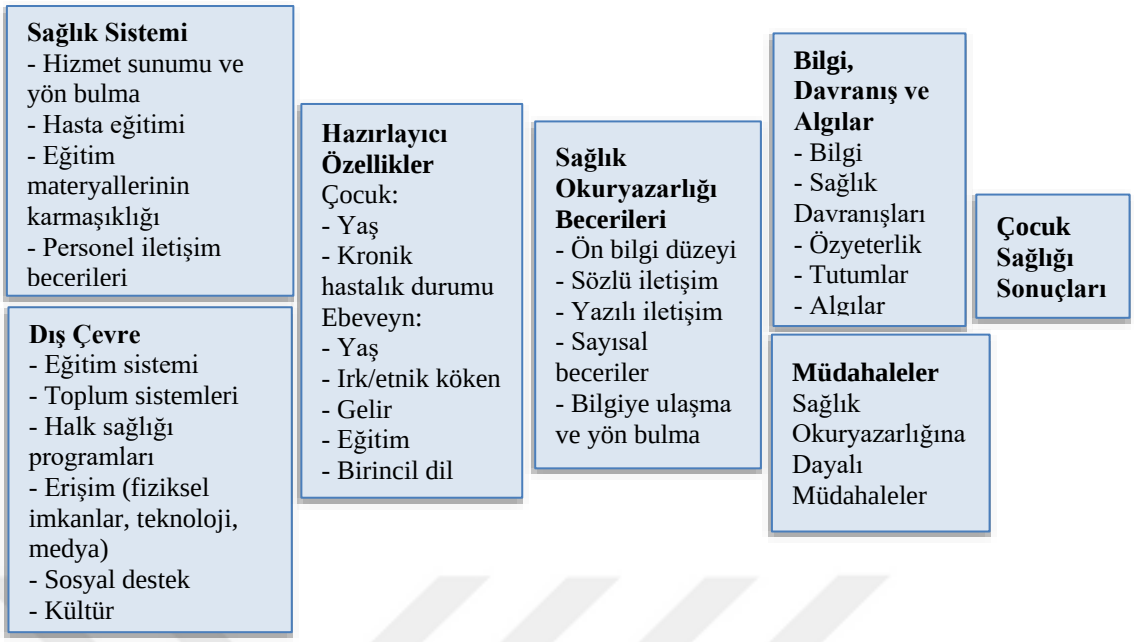
- Sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına ve güvenilir bilgilere erişebilme,
- Gazete ve internet sayfalarında yayımlanan sağlık içerikli yazıları okuyup anlayabilme,
- Sağlık konulu televizyon programlarını takip edip yorumlayabilme,
- Satın alınan ürünlerin etiketlerini inceleyip bilgileri değerlendirebilme,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını (örneğin beslenme, egzersiz, stres yönetimi) benimseyebilme,
- Vücuttaki değişiklikleri veya hastalık belirtilerini zamanında fark edebilme,
- Aile hekimine hangi sıklıkla başvurulması gerektiğini ya da acil servise ne zaman gidileceğini bilme,
- Hekim muayenesi için randevu oluşturabilme,
- Muayene sürecinde şikâyetlerini doğru ve açık biçimde ifade edebilme,
- Ulusal sağlık sisteminde yapılan yenilikleri ve değişiklikleri takip edebilme,
- İlaç kullanımının önemini kavrayabilme,
- Reçete edilen ilaçları doğru dozda ve doğru zamanda kullanabilme gibi bilgi ve becerileri kapsamaktadır (Güven, 2016).

Gerçekleştirilen bu değerlendirmeler ışığında, SOY becerilerine sahip olmanın aşağıdaki yeterlikleri içerdiği söylenebilir.

- Sağlık sistemini anlayabilme ve sunulan sağlık hizmetlerinden en üst düzeyde yararlanabilme,
- Sağlık ile ilgili bilgilere erişebilme, bulabilme, okuyabilme, anlayabilme ve eleştirel bir perspektiften değerlendirebilme,
- Sağlık bilgisi ile ilgili becerileri geliştirebilme ve etkili şekilde kullanabilme,

- Sağlığın korunması ve geliştirilmesine katkı sağlama ve sağlık risklerini azaltmanın önündeki engelleri elimine etmeye katkı sağlamadır (Şenyurt, 2021).

Bireylerin sağlıkla ilgili kararlarını bilinçli şekilde alabilmelerine olanak tanıyan SOY'un yüksek olmasıdır. Aynı zamanda SOY yüksekliği, özellikle kronik hastalıkların önlenmesi ve hastalık yönetimi açısından kritik rol oynar (Berkman vd., 2011). Ek olarak, SOY, bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden daha etkili yararlanmasını da sağlar (Nutbeam, 2008). SOY yetişkinlerin sağlık davranışlarınının yanında çocukların sağlığa ilişkin bilgi edinebilme, karar verebilme ve özyeterlik geliştirme süreçlerini de etkileyen bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatüre bakıldığında, çocuklukta kazanılan SOY becerilerinin yaşam boyu sağlık sonuçları üzerinde belirleyici etkisinin vurgulandığı görülmektedir (Bröder vd., 2017; Okan vd., 2019). Van Boxtel vd. (2024)'in yaptığı araştırmada, çocuklarda SOY'un sadece bireysel bilişsel becerilerle değil, kültürel, çevresel ve sosyal faktörlerle de şekillendiği, bunlardan hareketle de çok boyutlu bir modelle ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Tüm bunların yanında SOY, bir insan hakkı perspektifiyle de ele alınmakta olup, Sørensen (2024) Avrupa Konseyi için hazırladığı uzman raporunda, çocukların sağlık bilgisine erişebilmesinin, sağlık hakkının ayrılmaz bir parçası olduğunu, SOY düzeyinin düşük olduğu gruplarda bu hakkın ihlal edilme riskinin arttığını belirtmektedir. Dolayısıyla, günümüzde SOY yalnızca bilgi edinmeyle sınırlı bir beceri değil; aynı zamanda dijitalleşme, eşitsizliklerle mücadele, insan hakları ve sağlığın sosyal belirleyicileri gibi pek çok alanda kesişen çok yönlü bir küresel sağlık önceliği olarak ele alınmaktadır.



Şekil 1.1. Bilgi, davranış ve sağlık sonuçlarıyla ilişkili olan dışsal faktörler, eğilim yaratan özellikler ve bireysel sağlık okuryazarlığı becerileri

Çocuk sağlığı sonuçlarını etkileyen çok boyutlu faktörleri ve SOY'un bu süreçteki rolünü açıklayan Şekil 1.1'de (Morrison vd., 2019) görülmektedir ki; ilk olarak dış çevre, sağlık sistemi ve bireysel/ailesel hazırlayıcı özellikler yer almakta; bu faktörler çocuğun SOY becerilerini şekillendirmektedir. Dış çevre içerisinde eğitim sistemi, toplumsal yapılar, halk sağlığı programları, erişim imkânları, sosyal destek ve kültürel özellikler önemli unsurlar olarak öne çıkmaktadır. Sağlık sistemi boyutunda ise hizmet sunumu ve yön bulma, hasta eğitimi, eğitim materyallerinin karmaşıklığı ve sağlık personeliyle iletişim becerileri belirleyici rol oynamaktadır. Hazırlayıcı özellikler kapsamında çocuğun yaşı ve kronik hastalık durumu ile ebeveynin yaş, etnik köken, gelir, eğitim ve dil gibi özellikleri SOY üzerinde etkili olmaktadır. Bu çevresel ve bireysel koşullar çocuğun SOY becerilerini, yani ön bilgi düzeyini, sözlü ve yazılı iletişimini, sayısal becerilerini, bilgiye ulaşma ve yön bulma kapasitesini doğrudan etkilemektedir. SOY becerileri, çocuğun bilgi, davranış ve algı boyutlarını (bilgi düzeyi, sağlık davranışları, öz yeterlik, tutumlar ve algılar) şekillendirerek sağlıkla ilgili tutum ve davranışların gelişimine katkı sağlamaktadır. Son aşamada bu süreçler, SOY'a dayalı müdahaleler aracılığıyla desteklenerek çocuk sağlığı sonuçlarının iyileştirilmesine hizmet etmektedir.

Sağlık okuryazarlığı (SOY), bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri anlayabilme, değerlendirebilme ve bu bilgileri kişisel sağlık kararlarında etkin biçimde kullanabilme yetkinliğidir. Bu kavram, yalnızca temel bilgiye ulaşmakla sınırlı kalmayıp; sağlık

hizmetlerinden etkin biçimde yararlanma, hastalıkları yönetme ve sağlıklı yaşam biçimlerini sürdürme gibi daha geniş bir yetkinlik yelpazesiyle ilişkilendirilmektedir (Nutbeam, 2000). SOY'u etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır ve bu faktörlerin anlaşılması, bireylerin SOY düzeylerinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir. Literatürde, SOY'un yalnızca bireysel bir yeterlilik olarak ele alınmadığı; aynı zamanda bireyin içinde bulunduğu sosyal, kültürel ve yapısal çevreyle etkileşim içinde şekillenen çok boyutlu bir kavram olduğu vurgulanmaktadır (Aktaş ve Kızıltan, 2022). Sørensen vd. (2012) SOY'u etkileyen faktörleri genel olarak altı başlık altında toplamaktadır. Bunlar; demografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum), kültürel ve psikososyal etmenler (kültürel inançlar, sağlıkla ilgili tutumlar), bireyin genel okuryazarlık düzeyi, kişisel sağlık özellikleri ve deneyimleri (önceki hastalık öyküleri, sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına erişim), hastalıkla ilgili deneyimler ve sağlık hizmeti sistemine ilişkin yapısal faktörlerdir (sağlık hizmetlerine erişim, hizmet sunum biçimleri, sağlık iletişimi kalitesi). Nielsen-Bohlman vd. (2004) ise SOY'un bireysel yeterlilikler ile sağlık ortamları ve sistemleri, aile yapısı, eğitim sistemi, iş yaşamı ve içinde bulunulan toplumdaki kültürel ve sosyal normlar arasındaki etkileşimlerin belirlediğini savunmaktadır. Bu anlayışa göre SOY, yalnızca bireyin bilgiye ulaşma ve kullanma becerisine indirgenemez; aynı zamanda bireyin bu becerileri hangi sosyal ve yapısal koşullarda ne ölçüde kullanabildiği ile de yakından ilişkilidir. Bu bağlamda, bireylerin içinde bulundukları eğitim sistemleri, sağlık sistemlerinin organizasyonu, toplumun kültürel değerleri ve sosyal destek mekanizmaları, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiyi edinme, yorumlama ve uygulama kapasiteleri üzerinde doğrudan etkili olmaktadır. Dolayısıyla SOY düzeyini artırmaya yönelik girişimlerin yalnızca bireysel becerilerin geliştirilmesi ile sınırlı kalmaması, aynı zamanda sistemsel ve çevresel faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmektedir (Aktaş ve Kızıltan, 2022).

1.1.5. Sağlık Okuryazarlığının Sınıflandırması

SOY'un en yaygın ve temel sınıflandırmalarından biri, Don Nutbeam'in 2000 yılında geliştirdiği ve kavramı üç farklı düzeyde ele alan modeldir (Nutbeam, 2000). Bu sınıflandırma doğrultusunda SOY; temel, basit ya da fonksiyonel, iletişimsel ve eleştirel SOY olmak üzere üç ayrı düzeyde ele alınmaktadır. Bu sınıflandırmalar, SOY'u yalnızca bireysel bilgi edinimi ile sınırlı görmeyip, aynı zamanda sosyal katılımı ve toplumsal sorumluluğu da içeren bir çerçevede ele almaktadır (Aktaş ve Kızıltan, 2022; Çoban ve Özcebe, 2018; Demirli, 2018; Sarıyer ve Kılıç, 2019; Yılmaz ve Tiryaki, 2016). İlgili sınıflandırmaya ilişkin SOY düzeyleri aşağıda açıklanmıştır.

1. **Temel/Basit/ Fonksiyonel SOY:** Bireylerin sağlık hizmetlerine ilişkin bilgilendirme materyallerini okuyup anlayabilmelerini sağlayan temel okuma ve yazma becerilerine dayanmaktadır. Bireylerin okuma ve yazma konusunda en temel becerilere sahip olması durumudur. Sağlıkta yaşanan risklere karşı sistemlerin nasıl kullanılacağını, okuma yeteneğini etkin olarak nasıl kullanması gerektiğini göstermektedir. Bireylerin sağlıkla ilgili temel bilgileri okuyup anlayabilme, sağlık risklerini kavrayabilme ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilme becerilerini kapsar (Aktaş ve Kızıltan, 2022; Çiler Erdağ, 2015; Çoban ve Özcebe, 2018; Demirli, 2018; Sarıyer ve Kılıç, 2019; Yılmaz ve Tiryaki, 2016).

2. **İletişimsel SOY:** Kişilerin günlük yaşam faaliyetlerine daha aktif biçimde katılabilmelerini ve değişen koşullar karşısında yeni bilgilere erişimlerini kolaylaştıran sosyal yetkinlikler ile bilişsel becerilere sahip olmalarını ifade etmektedir. Bilişsel ve okuryazarlık becerileri ile sosyal yeterlikler sayesinde bilgiyi elde ederken farklı iletişim kanallarını kullanabilmeleri, ileri düzeyde iletişimin niteliğiyle doğrudan ilişkilidir. Bireylerin sosyal olması ve iletişim becerilerine sahip olması şeklinde tanımlanmaktadır. Gelişmiş bilişsel ve sosyal beceriler aracılığıyla bireyin sağlık bilgisine ulaşması, bilgiyi farklı bağlamlara uyarlayabilmesi ve sağlıkla ilgili etkin iletişim kurabilmesi olarak tanımlanır (Aktaş ve Kızıltan, 2022; Çoban ve Özcebe, 2018; Demirli, 2018; Sarıyer ve Kılıç, 2019; Yılmaz ve Tiryaki, 2016).

3. **Eleştirel SOY:** Bilgiyi çözümleyebilme ve onu daha karmaşık yaşam durumlarını yönetmede kullanabilme, gelişmiş bilişsel becerilerin varlığını gerektirir. Bu yetkinlikler sayesinde birey, sağlıkla ilgili bilgileri sorgulayıp değerlendirebilir, sağlığı etkileyen toplumsal etmenleri kavrayabilir ve sağlık politikalarına ilişkin süreçlerde daha etkin bir şekilde yer alabilir. Sağlıkla ilgili bilgileri analiz etme kapasitesinin artması, bilişsel becerilerin gelişimi olarak tanımlanmaktadır. İleri düzey SOY, sağlık bilgilerini eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirme ve bunları etkili biçimde kullanma olanağı sunar. Eleştirel SOY'a sahip bireyler ise, normal ve anormal durumlar arasındaki farkı ayırt ederek yaşamlarını bu doğrultuda yönlendirebilmektedir. Bireyin sağlık bilgisini analiz edebilme, değerlendirebilme ve bu bilgilerle sağlık sistemleri ve politikaları hakkında farkındalık geliştirme becerisini içerir. Bu düzey, bireyin hem bilişsel hem de sosyal açıdan eleştirel düşünme kapasitesini kullanarak sağlığın sosyal, ekonomik ve politik belirleyicilerini anlamasını ve değerlendirmesini hedefler (Aktaş ve Kızıltan, 2022; Çiler Erdağ, 2015; Çoban ve Özcebe, 2018; Demirli, 2018; Sarıyer ve Kılıç, 2019; Yılmaz ve Tiryaki, 2016).

SOY kavramı, farklı disiplinler ve araştırmacılar tarafından çeşitli biçimlerde sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmalar, kavramın çok boyutlu yapısını ortaya koymakta; bireylerin sağlık bilgisine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama kapasitelerini farklı açılardan ele almaktadır. Zarcadoolas vd. (2005) SOY'u dört temel kategori altında incelemiştir:

1. **Temel Okuryazarlık:** Bireyin okuma, yazma, konuşma ve sayısal işlemleri gerçekleştirme yeterliliğine sahip olmasıdır. Bireylerin sağlıkla ilgili yazılı ve sözlü bilgileri okuyup anlayabilme ve ifade edebilme becerilerini içerir.
2. **Bilimsel Bilgi Okuryazarlığı:** Bireyin teknoloji ve bilimle ilgili becerilere sahip olmasını, bilimsel süreçteki belirli durumların farkında olmasını ifade eder. Bu kapsamda temel bilimsel kavramları bilme, karmaşık teknikleri kavrayabilme, teknolojiyi anlama ve sağlıkla ilgili bilimsel bilgileri doğru şekilde kullanabilme yeterliliğini içerir.
3. **Vatandaş Okuryazarlığı:** Toplumsal konulara yönelik farkındalık geliştirmeye, eleştirel bir bakış açısı kazanmaya ve karar verme süreçlerine aktif biçimde katılabilmeye dayalıdır. Bireylerin sağlıkla ilgili toplumsal meselelerde farkındalık geliştirmesi, kamusal tartışmalara katılım sağlayabilmesi ve karar verme süreçlerinde etkin rol alabilmesiyle ilgilidir.
4. **Kültürel Okuryazarlık:** Sağlık bilgilerinin anlaşılması ve uygulanması sırasında toplumsal inançların, kültürel değerlerin, geleneklerin, dünya görüşünün ve bireyin bulunduğu sosyal grubun kimliğinin farkında olarak bu unsurlardan yararlanabilme yetisini ifade eder. Bireylerin ve sağlık hizmeti sunucularının, toplumun sağlıkla ilgili değerlerini, inançlarını ve geleneklerini bilmesi ve bunlara duyarlılık göstermesi gerekliliğini vurgular.

Amerikan Tabipler Birliği (AMA) ise SOY'u daha dar kapsamda yazılı ve sözel SOY olmak üzere ikiye ayırmıştır. Yazılı okuryazarlık, yazılı sağlık materyallerinin okunup anlaşılmasını, sözel okuryazarlık ise sağlık profesyonelleri ile etkili iletişim kurmayı ifade eder (Aktaş ve Kızıltan, 2022).

SOY'a ilişkin farklı kavramsal modellerde yer alan temel bileşenleri, önkoşulları ve sonuçları bir araya getirerek bütüncül bir çerçeve oluşturan Sørensen, bu bütünleşik modelin merkezinde, sağlık bilgisine ulaşma, ulaşılan bilgiyi anlama, değerlendirme ve pratiğe aktarma süreçlerine ilişkin temel yeterlikler bulunduğunu belirtmektedir. Buna göre, bilişsel nitelikler gerektiren ve edinilen bilginin niteliği doğrultusunda şekillenen bu yetkinliklerin her biri, SOY'un ayrı bir boyutunu temsil eder. Modelde, çekirdekte yer alan bu yeterliklerden

başlayan süreç; bireyin sağlık bakımını yönetmesine, hastalıkları önlemesine ve genel sağlığını geliştirmesine katkı sağlayan bilgi ve becerilere dönüşür. Sağlığın tedavi edici yönünü halk sağlığı bakış açısıyla bütünleştiren bu yaklaşım, bireyden topluma uzanan daha geniş bir bakış açısı sunmaktadır (Taş ve Akış, 2016). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'nda ortaya konulan kavramsal modele göre ise SOY 12 farklı boyuttan oluşan bir matris aracılığıyla açıklanmaktadır (Çoban ve Özcebe, 2018) (Çizelge 1.1).

Çizelge 1.1. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması kavramsal modeline göre tanımlanan 12 alt boyut

SOY	**Sağlık bilgilerine ulaşma/kaçınma**	**Sağlık bilgilerini anlama**	**Sağlıkla ilişkili verileri yorumlayıp değerlendirme**	**Sağlıkla ilgili bilgilere başvurma ve bu bilgileri kullanabilme**
Sağlık Hizmetlerine Erişim	1)Tıbbi konulara ilişkin bilgiye erişebilme becerisi	2)Tıbbi bilgiyi anlama ve becerisi	3)Tıbbi bilgilere ilişkin yorum yapma ve değerlendirme yetkinliği	4)Tıbbi konularda karar verme yeterliliği
Hastalıklara Karşı Korunma	5)Risk faktörleriyle ilgili bilgilere erişme konusunda yeterli olma durumu	6)Risk faktörlerine ilişkin bilgileri kavrama ve anlamlandırma yetisi	7)Risk faktörlerine dair bilgileri analiz etme ve değerlendirme becerisi	8)Risk faktörlerinin bireyle ilişkisi üzerine hüküm verebilme becerisi
Sağlığın Geliştirilmesi	9)Sağlık alanındaki gelişmeleri takip ederek kendini sürekli yenileyebilme yetisi	10)Sağlık konularına dair bilgileri doğru şekilde yorumlayıp anlayabilme kapasitesi	11)Sağlıkla ilgili bilgileri yorumlayıp değerlendirme yeterliliği	12) Sağlık ile ilgili hususlara dair yeni fikirler oluşturabilme, mevcut düşünceleri geliştirebilme ve bunları mantıklı bir çerçevede değerlendirebilme becerisi

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması tarafından geliştirilen Çizelge 1.1'deki bu model, SOY'u üç ana alan (sağlık hizmetlerine erişim, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve dört temel bilişsel süreç (bilgi erişimi, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma) üzerinden tanımlamaktadır. Bu iki boyutun kesişiminden oluşan 12 alt boyut, bireylerin sağlık ile ilgili bilgileri edinebilme, anlayabilme, yorumlayabilme ve uygulayabilme seviyelerini çok boyutlu biçimde açıklamaktadır. Model, SOY'un sadece bilgi toplama süreciyle sınırlı kalmayıp elde edilen bilgiyi sorgulayabilme, değerlendirebilme ve bunu somut davranışlara dönüştürebilme aşamalarını da içeren dinamik ve daima gelişen bir yapı olduğunu ortaya koymaktadır (Çoban ve Özcebe, 2018).

Temelde üç farklı düzeyde incelenebilen SOY'un bu düzeyleri temel, interaktif ve kritik SOY olarak sıralanabilir. Bunlar, bireylerin sağlık bilgilerini nasıl aldıkları, bu bilgileri nasıl işledikleri ve sonrasında nasıl uyguladıkları açısından farklılıklar göstermekte olup aşağıda açıklanmıştır.

- **Temel SOY:** Bireylerin sağlıkla ilgili temel bilgileri anlayabilme ve kullanabilme yeterliliğini ifade etmekte olup, okuryazarlığın temel becerilerine dayanmaktadır. Bireylerin tıbbi terimleri, reçeteleri ve etiketleri okuyup anlamalarını sağlar. Temel SOY'a sahip bireyler, sağlık ile ilgili temel soruları yanıtlayabilir ve genel sağlık önerilerini takip edebilir (Kutner vd., 2006). Fakat, bu düzeydeki bireyler daha karmaşık sağlık bilgilerini değerlendirme konusunda zorluk yaşayabilir.
- **İnteraktif SOY:** Bireylerin sağlık ile ilgili bilgileri anlamalarının ötesinde, bu bilgileri analiz edebilme, değerlendirebilme ve uygulayabilme yeterliklerini de kapsamaktadır. Bu düzeydeki bireyler, sağlık profesyonelleriyle etkileşime girerken daha etkin olabilirler. Örneğin; bir hasta doktoruna yaşadığı sağlık sorunları ile ilgili daha ayrıntılı sorular sorabilir ve tedavi seçeneklerini doktoruyla tartışabilir. Bu düzey, sağlıkla ilgili karmaşık kararlar alırken bireylerin bilişsel ve sosyal becerilerinin ön planda olduğu bir süreci kapsar (Nutbeam, 2000).
- **Kritik SOY:** Bireylerin sağlık bilgilerini eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirebilme yeteneğini ifade eder. Bu düzeydeki bireyler, sağlık politikaları hakkında bilgi sahibi olabilir, sağlık hizmetlerinin eşitsizliklerini sorgulayabilir ve sağlık kararları bireysel alırken toplumsal faktörlerini göz önünde bulundurabilir. Ek olarak, sağlık ile ilgili olarak karşılaşılan bilgilerin doğruluğunu sorgulama ve kendi sağlık durumları ile ilgili en uygun kararları alma yeteneği, bu düzeydeki bireyler için oldukça önem arz etmektedir (Sørensen vd., 2012).

SOY, bireylerin sağlık ile ilgili bilgilere nasıl ulaştığını ve bu bilgileri hangi yolları kullanarak edindiklerini dolaylı değil doğrudan şekillendirir. Düşük SOY, bireylerin sağlık ile ilgili kararlar verirken yanlış bilgilere dayanmasına, sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamasına ve sağlık sorunlarını yönetmekte zorlanmalarına sebep olabilir. Bunun sonucunda, bu bireyler sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmekte güçlük çekebilir ve sağlık sorunları daha da kötüleşebilir (Kutner vd., 2006). SOY ek olarak sağlık eşitsizliklerini azaltmada da önemli bir rol oynamaktadır. SOY düzeyi yüksek olan bireyler, sağlık hizmetlerinden daha etkin yararlanabilmekte ve kendi sağlık durumlarını daha efektif biçimde kontrol edebilmektedir. Ek olarak, bu bireyler sağlık ile ilgili bilinçli kararlar alarak

hastalıkları önleyebilmekte ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları benimseyebilmektedir (Sørensen vd., 2012). Sonuç olarak, SOY'un bireylerin kendi sağlıklarını daha etkili biçimde yönetebilmesi için kritik bir beceri olduğu, temel, interaktif ve kritik SOY düzeylerinin sağlık bilgilerini edinme, anlama, değerlendirme ve uygulama süreçlerinde önemli bir rol oynadığını söylemek mümkündür. Bu nedenle, SOY'un artırılması, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak ve toplumsal sağlık düzeyini yükseltmek için önemli bir strateji olarak kabul edilmektedir.

1.1.6. Sağlık Okuryazarlığının Boyutları

Çocuklar ve gençlerde SOY, literatürde değişken boyut kümelerinden oluşan bir yapı olarak tanımlanmıştır. Bu boyutlar, bireyin sağlık bilgilerine yetkin ve etkili bir şekilde yaklaşmasını ve sağlıkla ilişkili kararlar ile eylemleri sağlık geliştirici biçimde gerçekleştirmesini sağlayan ilişkili yetenekler, beceriler, tutumlar ve bilgi birikiminden oluşmaktadır. Boyutlar büyük ölçüde bireysel nitelikler üzerinde yoğunlaştığı için bu boyutlar bilişsel, davranışsal/işlevsel ve duyuşsal/konatif yönelimli üç temel kategori altında gruplandırılmıştır (Bröder vd., 2017).

1.1.6.1. Bilişsel Boyut

Bireyin düşünme, öğrenme ve bilgi işleme yetilerini içeren zihinsel beceri ve eylemler bu kategoriye dahildir.

Bilgi: Bilgi, çocuklar ve gençlerde SOY'un temel bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Mancuso (2008) içerikleri anlamak, bilgileri yönetmek ve analiz etmek, dolayısıyla bireyin kendi sağlığına ve ilgili kararlara dair yetkinlik kazanması için belirli bir bilgi düzeyine sahip olunması gerektiğini belirtmektedir. Sağlıkla ilgili temel bilgiler, bedenle ilgili terimlerin ya da sağlıkla ilgili temel ilişkiler ve işlevlerin anlaşılması olarak açıklanmaktadır. Ek olarak, kuramsal ya da kavramsal bilgi (örneğin; sağlıkla ilgili konulardaki kavramlar ve ilkeler), duruma özgü bilgi (örneğin; belirli sağlık durumları hakkındaki bilgi) ve uygulamalı ya da işlemsel bilgi (örneğin; belirli bir durumda hangi eylemlerin uygun olduğu bilgisi) arasında ayrım yapılmaktadır (Bröder vd., 2017). Paakkari ve Paakkari (2012) kavramsal bilgiyi, genellikle deneyimsel, duruma özgü ve günlük pratiklerle bağlantılı olan "sağlığı geliştiren biçimde davranma" becerileri olarak tanımlamaktadır. Massey vd. (2012) bireylerin bilgili ve özgüvenli sağlık hizmeti tüketicileri olması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu durum, hassas konularda bireyin haklarına dair bilgiye ya da sağlık hizmetleriyle ilgili sorumluluklara dair

bilgiye sahip olmayı (örneğin; sağlık sigortası hakları, bilgiye nereden ve nasıl ulaşılacağı gibi) içerir.

Temel ya da İşlevsel Sağlıkla İlişkili Beceriler: Bazı araştırmalar SOY'un okuma, yazma, form doldurma veya bir metni anlama becerisini içerdiğini belirtmektedir (Manganello, 2008; Zarcadoolas vd., 2005). Nutbeam (2000) bu becerileri işlevsel okuryazarlık olarak adlandırmakta ve sağlıkla ilgili materyalleri (örneğin; ilaç etiketleri, reçeteler, evde bakım yönergeleri) anlamak ve günlük yaşamda etkili bir şekilde işlev görmek için gerekli olduğunu ifade etmektedir. Sayısal becerilerin (örneğin; temel matematiksel sembolleri ve olasılık kavramlarını anlama) ve aktif dinleme becerilerinin (örneğin; işitsel dil) önemine de dikkat çekilmektedir. Bu görevler bireyin işlemleme hızı, dikkati, kısa süreli belleği, uzun süreli belleği ve akıl yürütme becerilerine bağlıdır (Martin ve Chen, 2014; Sanders vd., 2009b).

Anlama ve kavrama: Sağlık bilgilerini ya da sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık ve sağlık geliştirme ile ilgili kavramları anlamlandırma, kavrama ve anlama yeteneği SOY'un temel boyutlarından biri olarak kabul edilmektedir (Brown vd., 2007; Paek vd., 2011; Sørensen vd., 2012; Wu vd., 2010). Mancuso (2008) bu süreci; mantık, dil ve deneyimle etkili bir şekilde etkileşimde bulunmaya dayanan karmaşık bir süreç olarak tanımlar ve bireyin eleştirel düşünen ve problem çözen biri haline gelmesine olanak tanıdığını belirtir. Subramaniam vd. (2015) kavrama sürecini şu unsurlar aracılığıyla tanımlamaktadır; bağlam içerisindeki bilgiyi okuma, anlama ve hatırlama becerisi; temel matematiksel işlemleri gerçekleştirme yeteneği (örneğin; sayısal okuryazarlık); basit grafik ve çizelgeleri anlama yetisi (örneğin; görsel okuryazarlık) ve bulunan bilgiyi filtreleyerek yalnızca ilgili olanı seçme yeteneğidir.

Değerlendirme ve Yargılama: Bilgileri yorumlama, süzgeçten geçirme, yargılama ve değerlendirme yetisi, SOY'un bir diğer temel boyutudur (Brown vd., 2007; Mancuso, 2008; Manganello, 2008; Nutbeam, 2000; Paakkari ve Paakkari, 2012; Rask vd., 2014; Sørensen vd., 2012; Subramaniam vd., 2015; Wu vd., 2010). Değerlendirme, farklı kaynaklardan elde edilen bilgileri anlamlandırmayı; yanlış anlamaları, temel ve destekleyici fikirleri, çelişkili bilgileri, bakış açılarını ve önyargıları belirlemeyi içerir (Subramaniam vd., 2015). Wu vd. (2010) tarafından da belirtildiği üzere, bilgi değerlendirmesi için tanımlanan bazı ölçütler şunlardır: doğruluk, geçerlik ve uygunluk (bilginin doğru olması ya da mesajın güvenirliği); tarafsızlık (önyargısız iletişim); alaka düzeyi (sorunla ilişkili olması); kapsamlılık (bilginin geniş

kapsamlı olması) ve iç tutarlıktır (bilgi ve/veya kavramlar arasında mantıksal ilişkilerin bulunması). Mesajın kaynağının ve iletildiği medyanın güvenirliği de önemli görülmektedir (Manganello, 2008; Subramaniam vd., 2015; Wu vd., 2010). Manganello (2008) medyanın ergenlerin fiziksel ve sosyal gelişimini etkilediğini, sağlık davranışlarıyla ilişkili olduğunu ve gençler için önemli bir bilgi kaynağı olarak görüldüğünü vurgular. Dolayısıyla SOY, bir eylemin kişisel sonuçlarını değerlendirmeyi ve söz konusu eylemin ne ölçüde mümkün olduğunu göz önünde bulundurmayı içerir.

Eleştirel Düşünme: Eleştirel okuryazarlık becerileri ya da eleştirel düşünme, SOY'un temel boyutlarından biri olarak kabul edilmektedir (Nutbeam, 2000; Paakkari ve Paakkari, 2012; Rask vd., 2014;). Bu beceri, açık ve mantıklı düşünmeyi, bilgileri çeşitli açılardan değerlendirmeyi, argüman oluşturmayı ve sağlıklı kararlar almayı kapsar. Çocuklar ve gençler birçok kaynaktan sağlık mesajı aldıklarından, "bu mesajlar arasında bağlantı kurma becerileri gelişmemişse sağlık konularına ilişkin parçalanmış bir algı geliştirme" riski taşırlar. Bu nedenle, "eleştirel düşünme çocukların büyük miktardaki bilgiyle başa çıkmalarına ve o bilgiyi kontrol altına almalarına olanak tanır" (Paakkari ve Paakkari, 2012).

1.1.6.2. Davranışsal/İşlevsel Boyut

Bireyin zihni dışındaki eylemleri içeren tüm boyutlar bu kategoriye dahil edilmiştir.

Bilgi arama ve erişim: Bilgi arama, SOY'un temel boyutlarından biri olarak tanımlanmıştır. Subramaniam vd. (2015) bu süreci bilgiye erişim ve arama olmak üzere iki ana unsurdan oluşan akışkan ve yinelemeli bir süreç olarak tanımlar. Bilgiye erişebilme, sağlıkla ilgili bilgileri arayabilme, bulabilme ve bunlara ulaşabilme yeterliliğini ifade eder (Sørensen vd., 2012). Subramaniam vd. (2015) bu sürece şunları dahil eder; yeni teknolojilere uyum sağlama, bilgi arayışına başlanacak temel sağlık kaynaklarının farkında olma, geçerli bilgiye, ürünlere ve hizmetlere ulaşabilme, gündelik yaşamda bilgisayar kullanımına maruz kalma ve arama motorlarının işleyişine dair bilgi sahibi olma. Massey vd. (2012) sağlık profesyonellerinden alınan materyalleri (pasif bilgi) internet ya da klinik ortam dışında başka yollarla edinilen bilgiden (aktif bilgi) ayırır. Bilgi arama süreci, uygun arama stratejileri geliştirme, doğru ve alakalı arama terimleri kullanma, arama motorlarının nasıl çalıştığını anlama (örneğin sonuç sıralaması, reklam yerleşimi) gibi becerileri gerektirir. Ayrıca, Subramaniam vd. (2015) internet sitesi tasarımı, kullanılan dil gibi yüzeysel özelliklere aşırı güvenmenin sınırlanmasını ve arama sonuçlarının yalnızca kelime aşinalığına dayalı olarak

seçilmesinin önüne geçilmesini önerir. Gerekirse çeviri araçlarının kullanılabilmesi de bu yetilerin bir parçasıdır. Bu bağlamda, eleştirel medya okuryazarlığı ve dijital okuryazarlık bilgi toplumunda SOY'un önemli boyutları hâline gelmiştir. Paek vd. (2011) geleneksel medya araçlarını (televizyon, radyo, gazete vb.) dijital medyadan (internet, sosyal medya platformları vb.) ayrı bir kategori olarak değerlendirmektedir.

İletişim ve Etkileşim: Mancuso'ya (2008) göre iletişim; düşüncelerin, mesajların veya bilgilerin konuşma, işaret, yazı veya davranış yoluyla değiş tokuşudur. Bu süreç girdi, kod çözme, kodlama, çıktı ve geri bildirim aşamalarını içerir. Nutbeam (2000) bilginin değişik iletişim biçimlerinden çıkarılması, anlamlandırılması ve değişen koşullara uyarlanabilmesi için daha gelişmiş bilişsel, okuryazarlık ve sosyal becerilerin gerekli olduğunu belirtmektedir. Sağlık hizmetleri bağlamında temel iletişim, kişisel tıbbi geçmişi özetleyebilme veya tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirilmiş onam görüşmelerine katılabilmeyi gerektirir (Massey vd., 2012). Temel iletişim becerileri, anlama odaklı okuma, fikirleri yazılı ve sözlü biçimde açıkça ifade etme, etkin dinleme ve eleştirel gözlem yapma becerilerini içerir (Mancuso, 2008). Ayrıca, çocukların ve gençlerin etkili iletişim kurabilmeleri için işitsel (duyma) ve sözlü/dilsel ifade becerilerine sahip olmaları gerekmektedir (Sanders vd., 2009b; Subramaniam vd., 2015). Paakkari ve Paakkari (2012) SOY'un bireyin "düşüncelerini ve fikirlerini açıkça başkalarına aktarabilme" becerisini içerdiğini kabul etmekle birlikte, genel iletişim ve sosyal becerileri SOY'un ayrı bir boyutundan ziyade onun temel yapı taşı olarak görmektedir.

Bilginin Uygulanması: Bu temel boyut, bireyin sağlıkla ilgili kararlar alabilmek amacıyla sağlık bilgilerini iletişim kurarak ve kullanarak kendi sağlığını ve çevresindekilerin sağlığını koruma ve geliştirme yönündeki rasyonel eylemlerini ifade eder. Bilginin kullanımı, büyük ölçüde bilginin arandığı bağlama ve hedefe bağlıdır (Subramaniam vd., 2015). Bu durum, farklı kaynaklardan elde edilen bilgilerin sentezlenmesi, çıkarımlar yapılması, başlangıçtaki bilgi ihtiyacını karşılayacak şekilde sorulara yanıt verilmesi ya da bilginin paylaşılması, iş birliği kurulması, iletişim kurulması, bilgi üretilmesi ve hedef kitleye göre uyarlanmasını içerir (örneğin bireyin kendisi, arkadaşları, ailesi). Sonuç ya da etki düzeyinde, sağlık bilgisinin uygulanması sağlık sorunlarının çözülmesi veya önlenmesi ve sağlıkla ilgili kararların alınmasını kapsar. Bu, sağlık geliştirici davranışların uygulanması ya da sağlık risklerinin azaltılması ve önlenmesi gibi eylemleri içerir. Massey vd. (2012) gençlerin sağlıkla ilgili önleyici davranışlarını (örneğin yıllık kontroller, tarama programlarına katılım) ve doktor ziyaretine ilişkin tutum ve algılarını vurgular. Toplum düzeyinde, sağlık bilgisinin

kullanılması kişisel, ailevi ve/veya toplumsal sağlık adına savunuculuk yapmayı da içerir (Paakkari ve Paakkari, 2012; Subramaniam vd., 2015). Eleştirel bilimsel bir bakış açısından, bilimsel makalelerin verilerini yorumlayabilme, yayınlanmış araştırmaların olası sınırlılıklarını ve bilimsel bilginin birikimsel doğasını fark edebilme, yanlış bilgileri tanıyabilme ve etik bilgi kullanımı standartlarına (örneğin telif hakkı, güvenlik, mahremiyet) uygun davranabilme becerilerini de kapsar (Steckelberg vd., 2009; Subramaniam vd., 2015).

Bağlama Özgü Diğer Beceriler ve Hizmetlere Erişim: Sağlık sisteminde nasıl hareket edileceğini bilme yeteneği, SOY'un temel bir boyutu olarak tanımlanmış olup, sağlık hizmetlerine nasıl erişileceğini bilme, randevu alma veya reçete doldurma gibi işlemleri gerçekleştirebilme becerisini içerir (Massey vd., 2012). Sanders vd. (2009b) okul çağındaki çocuklar için acil durum numaralarının doğru kullanımı, gençler için gizli sağlık ve danışmanlık hizmetlerine erişim, genç yetişkinler (18–20 yaş) için sağlık sigortası başvurularını tamamlama ve uygun sağlık hizmetlerine ulaşma gibi yaşa göre uyarlanmış örnekler sunar.

Vatandaşlık: Paakkari ve Paakkari'nin (2012) çalışmalarında yer verdiği şekliyle vatandaşlık, etik sorumlulukla hareket etme ve sosyal sorumluluk alma yeteneğini tanımlar. Bu, sağlık konularına yalnızca bireysel bir bakış açısıyla değil, başkalarının ve toplumun bakış açısıyla yaklaşabilmeyi ve bireysel davranış değişikliklerinden örgütsel ve sistem düzeyindeki dönüşümlere geçişi içerir. Benzer şekilde Zarcadoolas vd. (2005) vatandaşlık okuryazarlığını SOY'un temel bir boyutu olarak kabul eder. Bu, bilgi kaynakları, gündemler ve bunların nasıl yorumlanacağı hakkında bilgi sahibi olmayı ve bu sayede vatandaşların diyaloglara ve karar alma süreçlerine katılımını ifade eder. Rask vd. (2014) bütüncül SOY boyutunda toplumsal bir perspektifi benimseyerek şu becerileri tanımlar: farklı gruplara karşı hoşgörülü olmak, ırkçılığa karşı olmak, kültürel farklılıkların sağlık üzerindeki etkisinin farkında olmak, sanat ve uygarlığın sağlık açısından önemini kavramak, çevresel tehditler konusunda duyarlı olmak, sosyal sermayenin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık açısından önemini anlamak, çevreyi korumak, Batı yaşam tarzının sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini eleştirmek ve küresel sağlık iyileştirmesine katkıda bulunmak istemek.

1.1.6.3. Duyuşsal/Konatif Boyut

Bu kategori, SOY'a ilişkin olarak bireyin duygusal deneyimlerini (duyusal özellikler) ya da eyleme geçme yönündeki çabalarını şekillendiren kişilik özelliklerini ve zihinsel durumlarını (konatif özellikler) kapsayan boyutları içerir.

Öz-farkındalık ve Öz-yansıtma: Öz-farkındalık, bireyin kendisi üzerine düşünme yeteneğini ifade eder. Bu durum, bireyin kendi düşüncelerinin, duygularının, tutumlarının, değerlerinin, güdülerinin ve yaşantılarının yanı sıra sağlıkla ilgili kararlarının da farkında olmasını gerektirir. Bireyin bir öğrenen olarak kendini değerlendirme yetisini de vurgular; bu bağlamda birey kendi öğrenme stratejilerini gözden geçirebilmeli, öğrenme hedeflerini tanımlayabilmeli ve gelişimini izleyebilmelidir (Paakkari ve Paakkari, 2012).

Öz-denetim ve Öz-düzenleme: Öz-düzenleme, bireyin kendi kişisel ihtiyaçları, duyguları, değerleri ve ilgi alanlarıyla uyumlu sağlıkla ilgili hedefler belirlemesine olanak tanır. Öz-denetim ise bireyin belirli bir hedefe ulaşma konusundaki içsel motivasyonunu ifade eder ve bu süreçte kişisel ihtiyaçlar, arzular, hisler gibi çatışan unsurlarla başa çıkma becerisini gerektirir. Dolayısıyla bireyin hem içsel hem de dışsal (örneğin sosyal çevreden gelen) baskılara direnebilmesi (örneğin; sigaraya başlamama ya da bırakmama kararlılığı) ve olumsuz duygularla ya da ortaya çıkan şüphelerle baş edebilmesi için belli bir düzeyde öz-denetim ve öz-düzenleme kapasitesine sahip olması gerekir (Bröder vd., 2017).

Öz-yeterlik: Öz-yeterlik, bireyin sağlıkla ilgili belirli görevleri yerine getirme ve belirli hedeflere ulaşma konusundaki kendi yeterliliğine olan inancını ifade eder. Bu unsur, çocuklar ve gençler açısından SOY'un temel bir boyutu olarak değerlendirilmiştir (Nutbeam, 2000; Scmidt vd., 2010; Subramaniam vd., 2015; Wolf vd., 2009).

İlgi ve Motivasyon: Genç bireylerin sağlık konularına olan ilgisi ve öğrendiklerini uygulamaya yönelik motivasyonları, Paek vd. (2011) tarafından SOY'un temel boyutları arasında değerlendirilmiş; Sørensen vd. (2012) ise SOY'un önemli bir boyutu olarak motivasyonu ve boyutlararası bir geçiş bileşeni olarak tanımlamıştır. Bireyin kendi sağlığı üzerinde sorumluluk alma isteğini ön plana çıkararak bu özelliği SOY'un temel yapı taşı olarak görülmüştür (Bröder vd., 2017).

1.1.7. Sağlık Okuryazarlığının Ölçüm Yöntemleri

SOY'un ölçümü, bireylerin sağlık ile ilgili bilgilere erişebilme, bunları anlayabilme, değerlendirebilme ve uygulayabilme becerilerini ortaya koyarak hem bireysel sağlık davranışlarının geliştirilmesi hem de toplum sağlığının iyileştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Sørensen vd., 2012). Düşük SOY'a sahip bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının düşük olduğu, yanlış veya yetersiz bilgiye dayalı kararlar aldıkları ve bunun sağlık sonuçlarını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir (Berkman vd., 2011). Bu

sebeple SOY'un ölçülmesi, hem risk altındaki bireylerin tanımlanmasını hem de uygun eğitim ve müdahale programlarının geliştirilmesini mümkün kılmaktadır (Berkman vd., 2011; Sørensen vd., 2012). Ek olarak sağlık sistemlerinin bireylerin ihtiyaçlarına daha uygun hale getirilmesi ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılması için de kritik rol oynamaktadır. Özellikle erken yaşlarda yapılan ölçümler, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması ve yaşam boyu sürdürülebilir sağlık davranışlarının desteklenmesi açısından önleyici bir işlev taşımaktadır (Bröder vd., 2017).

SOY'un bireysel kapasite, yazılı ve sözel okuryazarlık ile sağlık sisteminin bireye sunduğu hizmetleri yönetme yeterliliği üzerinden tanımlanması, farklı perspektiflere dayalı sınıflandırmaların ölçüm araçlarında çeşitlilik yaratacağını açıkça göstermektedir. Bu nedenle SOY'un nasıl ölçülmesi gerektiğine ilişkin farklı görüşler bulunmaktadır. Eğer SOY, bireyin kapasitesi üzerinden ele alınırsa okuma becerisi ve sözcük dağarcığına yönelik ölçümlerin yapılması uygun görülmektedir. Ancak kavram, bireye özgü iletişim kapasitesi ile sağlık sistemi ile daha genel anlamda toplum arasındaki etkileşim temelinde değerlendirildiğinde, yalnızca bireysel düzeyde yapılan ölçümlerin yetersiz kalacağı açıktır. Bunun yanı sıra, bilginin de SOY'un tanımının bir parçası olması, bilgiye ilişkin ölçümlerin de sürece dahil edilmesini elzem hale getirmektedir. Sağlık hizmeti ile ilişkili sistemler yoğun okuma ve güçlü sözlü iletişim becerileri gerektirdiği durumlarda, kişinin mevcut kapasitesinin ölçülmesi; ileride karşılaşabileceği sağlıkla ilgili materyalleri ne derece anlayıp kullanabileceğine dair önemli ipuçları sunar. Okuryazarlık düzeylerini tüm yönleriyle değerlendirmek her zaman kolay olmasa da, kişisel kapasiteyi belirlemeye yönelik çeşitli ölçme araçları geliştirilmiştir. Bireylerin okuduğunu anlama durumlarını esas alan ve en yaygın kullanılan ölçümler arasında "Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Testi (REALM)" ve "Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA)" yer almaktadır. Bu iki testin yanı sıra; "En Yeni Yaşam Belirtisi Testi (NVS)", "Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Testi (HALS)" ve "Elektronik Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (eHEALS)" de kullanılmaktadır (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014). Buna karşın, hem SOY'u bireyin kendi düzeyinde doğrudan ölçebilen hem de sağlık sonuçlarıyla birlikte ele alabilen ölçme araçlarının sayısı oldukça sınırlıdır (Berkman vd., 2010).

Bugüne kadar, SOY'u değerlendiren araçların çoğu, bir sağlık metnini bireyin okuyabilmesine odaklanmaktadır. Hiçbir araç, kişinin kendi kişisel ortamında engelleri ve belirtileri ortaya koymayı içeren SOY ile ilgili davranışları ölçmeye odaklanmamıştır. Freire, okuryazarlıkla kişisel ve sosyal dönüşümün mümkün olduğunu bildirmektedir. Genç

kesimlerin bireysel sağlık için farklı kaynaklar tanımasının, bunları kullanmasının ve bunlarla etkileşimde bulunmasının öğretilmesi, onların sağlığı geliştirici faaliyetlerde bulunmalarına olanak tanıyacak, dolayısıyla bireysel ve toplumsal değişimlere yol açacaktır (Borzekowski, 2009). Halbuki SOY, bireylerin sağlık ile ilgili bilgilere erişebilme, bunları anlayabilme, değerlendirebilme ve uygulayabilme yeterliliklerini içeren çok boyutlu bir kavram olup bu çok boyutlu yapı; bilgi, beceri ve tutum olmak üzere üç temel bileşenden oluşmaktadır. Bahsi geçen bu bileşenler, bireylerin sağlık ile ilgili kararlar alırken ve sağlık hizmetlerinden yararlanırken etkili olmalarını sağlamaktadır. Belirtilen üç bileşen, SOY'un temelini oluşturmasının yanı sıra bireylerin sağlık ile ilgili etkin ve bilinçli kararlar alabilmeleri için de önem arz etmektedir. SOY'u değerlendiren araçların bu bilgi, beceri ve tutum boyutlarını kapsayacak şekilde tasarlanması gerekmektedir. Bu, bireylerin sağlık ile ilgili ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılmasına ve onlara uygun müdahaleler geliştirilmesine olanak tanımaktadır (Chan vd., 2025; Sørensen vd., 2012). Bu bilgiler ışığında, SOY ölçeklerinin hem yetişkin bireyler için hem de bilişsel, dilsel ve sosyal gelişim düzeyleri farklılık gösteren çocuklar için de geçerli-güvenilir yapılandırılması büyük önem taşımaktadır. Literatür, çocuklara yönelik SOY düzeylerini doğru biçimde değerlendirebilecek ölçme araçlarının eksikliğine dikkat çekmekte olup, yaşa uygun değerlendirme araçlarının geliştirilmesinin, etkili sağlık eğitimi programlarının tasarımı ve politika oluşturma süreçleri için kritik bir ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır (Bröder vd., 2017; Guo vd., 2018; Okan vd., 2018).

SOY'un değerlendirilmesine yönelik ilk uygulamalarda, bireylerin kendi ifadelerine dayanan sorular üzerinden sağlık okuryazarlığı düzeyleri belirlenmeye çalışılmıştır. Örneğin, "Bir sağlık materyali size verildiğinde bunu anlayabiliyor musunuz?" ya da "Sağlık materyallerini okurken bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor musunuz?" gibi sorular aracılığıyla kişilerin öznel değerlendirmeleri alınmıştır. Bu alana yönelik ilginin artmasıyla birlikte, süreç zamanla daha sistematik hâle gelmiş ve sağlık okuryazarlığını ölçmeye yönelik ölçek geliştirme çalışmaları başlamıştır. SOY'u ölçmek amacıyla geliştirilen ilk araçlardan biri, Amerikan sağlık eğitim sistemini yansıtan Ulusal Yetişkin Okuryazarlığının Değerlendirilmesi (NAAL) olup, elde edilen geri bildirimler yetişkinlerin sağlık alanındaki yetkinlikleri ile sonuçların tam olarak örtüşmediğini göstermiştir. Geliştirilen ölçeklerin bir kısmı, genel SOY'un farklı boyutlarını değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Bunlar arasında Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS), En Yeni Yaşam Belirtisi Testi (NVS), Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği (NLS), Tek Maddelik Okuryazarlık Ölçeği (SILS), Slosson Sözlü Okuma Testi (SORT), Yetişkin Basit Eğitimi Testi (TABE), Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA), Geniş Aralıklı Ulaşım Testi (WRAT) ve

Yetişkin Basit Öğrenme Değerlendirmesi (ABLE) sayılabilir (Kendir Çopurlar ve Kartal, 2016).

Yetişkinlere yönelik SOY ölçekleri daha fazla sayıdayken, küçük yaşlara özgü yalnızca sınırlı sayıda ölçme aracı geliştirilmiştir. Okan vd. (2018), çocuklar ile ergenler için Çizelge 1.2'de gösterildiği üzere 22 genel SOY ölçme aracının bulunduğunu belirtmektedir. Ayrıca, bu derlemede üzerinde çalışılan en küçük yaş grubunun yedi yaşındaki çocuklar olduğu ve bu yaş grubu için yalnızca tek bir ölçme aracının bulunduğu ifade edilmiştir. Tanımlanan araçlar arasında yer alan on araç, çocuklar ve/veya ergenler (Brown vd., 2007; Hubbard ve Rainey, 2007; Massey vd., 2013; Schmidt vd., 2010; Vardavas vd., 2009; Yu vd., 2012; Wallmann vd., 2012; Wu vd., 2010) veya 15 yaş ve üstü ergenler dahil yetişkin yaş grupları için (Chinn ve McCarthy, 2013; Steckelberg vd., 2009) için geliştirilmiş araçlardır. Tıpta Ergen Okuryazarlığının Hızlı Tahmini – Genç Versiyonu (REALM-teen), bir doğrulama çalışması sırasında bir çocuk popülasyonunda uygulanan ilk SOY aracıdır (Davis vd., 2006). Literatürde yer alan ve SOY'u ölçen araçlardan beşi (Brown vd., 2007; Davis vd., 2006; Driessnack vd., 2014; Schmidt vd., 2010; Yu vd., 2012) 10 yaşın altındaki çocuklarda da kullanılmaktadır. Bu araçlardan sadece üçü 10 yaşın altındaki çocuklar için özel olarak tasarlanmıştır ki bunlar dokuz ila 13 yaş arası (Brown vd., 2007; Schmidt vd., 2010) ve ilkokul çağındaki çocuklar (Yu vd., 2012) için uygulanmak üzeredir. Ancak bu araçlardan yalnızca üçü, bu yaş grubuna özgü gelişimsel özellikler dikkate alınarak özel olarak tasarlanmıştır. Söz konusu üç ölçek; dokuz–13 yaş arası çocuklara yönelik geliştirilen KidsHealth KidsPoll (Brown vd., 2007) GeKoKids Questionnaire (Schmidt vd., 2010) ile ilkokul çağındaki, yani yaklaşık sekiz–10 yaş çocuklara uygulanan Health Literacy Questionnaire (Yu vd., 2012) olarak öne çıkmaktadır. Bu ölçekler, 10 yaş ve altındaki çocukların bilişsel düzeylerine uygun olarak yapılandırılmış olmaları bakımından, yaşa özgü SOY değerlendirmelerinde önemli bir boşluğu doldurmaktadır. Çocuklar ile gençlerde SOY'un erken yaşlardan itibaren geliştirilmesi ve bir yaşam biçimi haline getirilmesinin önemi göz önünde bulundurulduğunda, etkili müdahaleler planlayabilmek için konuya ilişkin daha fazla veri elde etmek ve mevcut durumu belirlemek kritik bir gereklilik taşımaktadır (Çoban ve Özcebe, 2018).

Çizelge 1.2. Çocuklar ve ergenler için sağlık okuryazarlığı araçları

Sıra Numarası	Yazar(lar) ve Yıl	Değerlendirme Aracının Adı	Uygulandığı Yaş Aralığı
1.	Davis vd., 2006	REALM-teen	Ergenler (10–19 yaş)
2.	Norman ve Skinner, 2006	eHealth Okuryazarlık Ölçeği (eHEALS)	13–21 yaş
3.	Brown vd., 2007	KidsHealth KidsPoll	Çocuklar (dokuz–13 yaş)
4.	Chisolm ve Buchanan, 2007	TOFHLAd (TOFHLA; TOFHLA-R, TOFHLA-N)	Ergenler (13–17 yaş)
5.	Hubbard ve Rainey, 2007	Sağlık Eğitimi Değerlendirme Projesi (HEAP)	Çocuklar ve ergenler
6.	Steckelberg vd., 2009	Eleştirel Sağlık Yeterliliği Testi (CHC)	Ergenlikten yetişkinliğe (15–42 yaş)
7.	Vardavas vd., 2009	Çocuklar için Sağlık Okuryazarlığı Anketi	Ergenler (12–18 yaş)
8.	Schmidt vd., 2010	GeKoKids Anketi	Çocuklar (dokuz–13 yaş)
9.	Wu vd., 2010	Lise Dönemi için Sağlık Okuryazarlığı Aracı	Ortaöğretim dönemi
10.	Yu vd., 2012	Sağlık Okuryazarlığı Anketi	İlkokul dönemi
11.	Wallmann vd., 2012	Sağlık Bilgisi Testi	Almanya'da yedinci sınıftaki çocuklar
12.	Chinn ve Mccarthy, 2013	Sağlık Okuryazarlığının Tüm Yönleri Ölçeği (AAHLS)	15–82 yaş
13.	Massey vd., 2013	Çok Boyutlu Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Ergenler (13–17 yaş)
14.	Driessnack vd., 2014	En Yeni Hayati İşaretler	Ebeveyn-çocuk ikilileri
15.	Manganello vd., 2015	HAS-A (Ergenler için Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Ölçeği)	Ergenler (12–19 yaş)
16.	Naigaga vd., 2015	MaHeLi Kısa Formu (Anne Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği)	15–19 yaş arası hamile ergenler
17.	Ghanbari vd., 2016	HELMA (Ergenler için Sağlık Okuryazarlığı Ölçümü)	15–18 yaş
18.	Paakkari vd., 2016	Okul Çağı Çocukları için Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLSAC)	Finlandiyalı yedinci ve dokuzuncu sınıftaki çocuklar (dokuz–12 yaş)
19.	Ozturk Haney, 2018	Okul Çağı Çocukları için Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLSAC-T)	11–15 yaş arası Türk ortaokul çağı çocukları
20.	Paakkari vd., 2023	HLSAC-5 (Kısa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği – Okul Çağı Çocukları)	Ergenler (13 yaş ve üzeri)

Çizelge 1.2. Devam. Çocuklar ve ergenler için sağlık okuryazarlığı araçları

Sıra Numarası	Yazar(lar) ve Yıl	Değerlendirme Aracının Adı	Uygulandığı Yaş Aralığı
21.	Yeşil ve Özçelik, 2024	Tip 1 Diyabetli Çocuklar için Akut Diyabet Komplikasyonları Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	Sekiz–12 yaş arası Tip 1 diyabet tanılı çocuklar
22.	Stauch vd., 2025	Dijital Sağlık Okuryazarlığı Aracının (DHLI) uyarlanmış ve çevrilmiş versiyonu	Dokuz–18 yaş arası çocuklar ve ergenler

Mevcut literatürde SOY çalışmalarının büyük bir bölümü yetişkin bireyleri odak noktası alırken, çocuklar ve ergenlere yönelik çalışmaların görece sınırlı olduğu görülmektedir (Manganello, 2008; Paakkari ve Paakkari, 2012). Çocuklara yönelik SOY araştırmalarının büyük bir kısmı, ebeveynlerin SOY düzeyleri ile çocukların sağlıkla ilgili sonuçları arasındaki ilişkiyi incelemeye odaklanmıştır (DeWalt vd., 2004; Heerman vd., 2014; Yin vd., 2007). Bu çalışmalarda kullanılan SOY ölçüm araçları ise çoğunlukla yetişkin versiyonlarının uyarlanmış hâlleridir. Buna ek olarak, çocukların sağlıkla ilgili bilgi edinme yolları, bilişsel gelişim düzeyleri ve sosyal çevresel etkiler açısından yetişkinlerden farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar, çocuk ve ergenler için özel olarak geliştirilmiş SOY ölçüm araçlarının gerekliliğini ortaya koymaktadır (Bröder vd., 2017). Sanders vd. (2009b) yaptıkları sistematik derlemede, çocuklarda SOY'u değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş geçerli bir ölçüm aracının bulunmadığını ifade etmiştir. Ayrıca, çocuklara yönelik SOY odaklı çalışmaların çoğu klinik bağlamda yürütülmüş olup, okul gibi klinik dışı ortamlarda yapılan çalışmalar oldukça az sayıdadır (Schmidt vd., 2010; Wu vd., 2010). Son yıllarda SOY'un değerlendirilmesine yönelik geliştirilen ölçekler arasında, Paakkari vd. (2016) tarafından geliştirilmiş olan Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLSAC), çocukların öznel SOY düzeylerini değerlendirmek amacıyla yaygın biçimde kullanılan ölçme araçlarından biridir. Ölçek sağlık bilgisi, öz-farkındalık, eleştirel düşünme, karar verme ve sağlıkla ilgili tutumlar gibi çok boyutlu alanları kapsamaktadır.

Çizelge 1.3. Sağlık okuryazarlığı ölçüm araçları ve özellikleri

Ölçüt Adı	Ölçülen Alanlar	Soru Örneği	Soru Sayısı ve Ortalama Uygulama Süresi
En Yeni Yaşam Belirtisi Testi (NVS)	Yazılı iletişim Sayısal beceri (nicel)	"Eğer bu kabın tamamını yerseniz kaç kalori alırsınız?" (bir besin etiketi üzerinden)	Altı madde, üç dakika
Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı Etkinlik Testi (PHLAT)	Yazılı iletişim Sayısal beceri (nicel)	"Verilen Enfamil toz mama talimatlarına göre, 4 ons'luk bir biberon hazırlamak için ne kadar su ve mama eklemeniz gerekir?"	20 madde, 21 dakika 10 maddelik kısa formu: 13 dakika
Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini Testi (REALM)	Kelime bilgisi Sözlü ve yazılı iletişim	Listeden tıbbi terimleri doğru telaffuz etmek: "grip (flu), kafein, menopoz, osteoporoz, impetigo" gibi	66 madde, iki-üç dakika Kısa formu: Yedi madde, bir dakika Genç versiyonu: 66 madde, iki-üç dakika
Tek Soruluk Okuryazarlık Tarama Aracı (SILS)	Yazılı iletişim	"Doktorunuz ya da eczacınız tarafından verilen yazılı talimatları, broşürleri veya diğer bilgilendirme materyallerini okurken ne sıklıkla bir başkasından yardım alma ihtiyacı duyuyorsunuz?"	bir madde, bir dakika
Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA)	Yazılı iletişim Sayısal beceri (nicel)	"Eğer öğle yemeğinizi saat 12.00'de yiyorsanız ve ilacın yemekten önce alınması gerekiyorsa, bu ilacı saat kaçta almanız gerekir?" (bir ilaç etiketi üzerinden yöneltilen soru)	

Çizelge 1.3 (Morrison vd., 2019) SOY'un ölçümünde kullanılan başlıca araçları ve bu araçların temel özelliklerini özetlemektedir. NVS, bireylerin yazılı iletişim ve sayısal becerilerini kısa sürede ölçen, besin etiketi üzerinden yöneltilen altı sorudan oluşan ve yaklaşık üç dakikada uygulanabilen bir ölçektir. PHLAT, ebeveynlerin sağlıkla ilgili yazılı materyalleri anlama ve sayısal becerilerini değerlendirmeye yönelik olarak geliştirilmiş olup, özellikle bebek maması gibi günlük yaşam senaryolarına dayalı sorular içermekte ve uzun formu 20 madde, kısa formu ise 10 madde ile uygulanmaktadır. REALM, bireylerin tıbbi terimleri doğru telaffuz etme becerisini değerlendirerek kelime bilgisi ile sözlü ve yazılı iletişim düzeyini ölçmektedir; 66 maddelik uzun formunun yanı sıra kısa ve genç versiyonları da bulunmaktadır. SILS, tek soruyla bireylerin sağlıkla ilgili yazılı materyalleri okuma ve anlama güçlüklerini tarayan pratik bir araçtır. TOFHLA ise yazılı iletişim ve sayısal becerileri işlevsel bağlamda ölçerek, ilaç etiketleri veya randevu talimatları gibi gerçek yaşam örneklerinden yararlanmaktadır. Tüm bu araçlar, SOY'un farklı boyutlarını ortaya koyarak bireylerin sağlık bilgilerini anlama, yorumlama ve uygulama kapasitelerinin değerlendirilmesine katkı sağlamaktadır.

Literatür incelendiğinde, okul çağındaki ve ergenlik çağındaki çocuklara yönelik ölçekler olduğu görülmüş olup (Aras ve Bayır Temel, 2017; Coşkun ve Bebiş, 2015; Okyay ve Abacıgil, 2016; Ozturk Haney, 2018; Sezer ve Kadıoğlu, 2014; Topuz, 2016; Üçpunar, 2014), geliştirilmiş olan ölçeklerin erken çocukluk dönemindeki çocuklardan daha büyük yaş grubuna hitap ettiği (Altunoz ve Aygün, 2025; Genç vd., 2025; Kalkim vd., 2024; Ozturk Haney, 2018; Özvarış vd., 2022) ve özellikle erken çocukluk dönemine yönelik çocukların doğrudan SOY'u ölçen bir aracın olmadığı dikkat çekmektedir.

1.2. Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığı

SOY, sağlık bilgisini anlayabilme ve genç yaşta yapılan eylemlerin yaşamın ilerleyen dönemlerini etkilediğini kavrayabilme yetisi ile birlikte, geçerli sağlık bilgilerine erişebilme becerisidir (Brown vd., 2007). SOY'un çocuklar açısından anlamı; fiziksel ve psikososyal etkinlikleri uygun standartlarla anlayabilmek ve uygulayabilmek, insanlarla etkileşim kurabilmek ve gerekli değişimlere ve taleplere uyum sağlayabilmek; ayrıca tam bedensel, bilişsel ve sosyal iyilik durumuna erişebilmek için gerekli olan makul düzeyde özerklik gerektirmektedir (Fok ve Wong, 2002). Bir halk sağlığı bakış açısından değerlendirildiğinde, çocuklar ve gençler SOY'a yönelik araştırmaların ve müdahale programlarının en temel ve öncelikli hedef grupları arasında yer almaktadır. Çünkü çocukluk ile gençlik dönemlerinde, temel bilişsel, fiziksel ve duygusal gelişim süreçleri gerçekleşmekte; aynı zamanda sağlık ile ilişkili davranışlar ile beceriler gelişmektedir (Borzekowski, 2009). Bu yaşam evreleri, yalnızca sağlıklı gelişim için değil, aynı zamanda yetişkinlik boyunca bireyin kişisel sağlığı ve esenliği açısından da kritik dönemler olarak değerlendirilmektedir (Irwin vd., 2007; Marmot vd., 2008). Ayrıca SOY, yaşam boyu süren bir öğrenme süreci içinde edinilen değişken bir yapı olarak anlaşılmaktadır ve bu süreç erken çocuklukta başlamaktadır (Zarcadoolas vd., 2005). Bu nedenle, çocuklara ve gençlere yönelik SOY müdahaleleri, sağlıklı davranışların desteklenmesine katkıda bulunabilir ve gelecekteki sağlık risklerini azaltabilir.

Çocukluk dönemi, temel bilişsel, fiziksel ve duygusal gelişimlerin yaşandığı, sağlıklı yaşam becerilerinin ve davranışlarının oluştuğu bir yaşam evresi olduğundan, bu yaş grubu SOY uygulamaları açısından kritik bir hedef grubu oluşturmaktadır (Bröder vd., 2017). Çocuklar ve gençler, sağlık mesajlarıyla düzenli biçimde karşılaştıklarında ve sağlık çalışanlarıyla sistematik etkileşim kurduklarında, SOY becerileri erken yaşlardan itibaren gelişebilmektedir. Gelişmiş SOY'a sahip bir çocuk, kendi sağlığıyla ilgili karar süreçlerine

daha etkili biçimde katılabilir ve sağlıklı davranışların erişkin sağlığı açısından önemini fark edebilir (Borzekowski, 2009).

Çocukların özgün SOY gereksinimlerinin karşılanması, yetişkinlik dönemine kadar devam edecek tutum ve davranışlarının şekillenmesinde kritik bir rol üstlenmektedir (Velardo ve Drummond, 2017). Hanson ve Gluckman (2011) çocukluk döneminde SOY kazanımının bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme oranını azalttığını belirtmiştir. Önceki araştırmalar, düşük SOY ile çocukluk çağı obezitesi (Sharif ve Blank, 2010) ve ergenlerde daha fazla risk alma ya da şiddet içeren davranışlar arasında ilişki olduğunu göstermiştir (DeWalt ve Hink, 2009). Çocuklar, kitle iletişim araçlarını ve diğer teknolojik araçları kullanarak sağlık bilgilerine erişebildikleri ve öğrendiklerini yetişkinlik dönemine taşıyabildikleri için sağlık eğitimi girişimleri açısından önemli hedef grup olarak karşımıza çıkmaktadır (Manganello, 2008). Bu bulgular, SOY kavramının başlangıçta yetişkin odaklı bir yaklaşımken, çocukların bilgiye erişim ve anlamlandırma kapasitelerini de kapsayacak biçimde genişlemesine zemin hazırlamıştır (Velardo ve Drummond, 2017).

SOY kavramının başlangıçta yetişkin bireylerin sağlık bilgilerini edinebilme, anlayabilme ve kullanabilme becerileri üzerinden ele alınmasına karşın, zamanla çocukların da sağlıkla ilgili bilgiye erişimi ve bu bilgileri yaşamlarına aktarma kapasiteleri üzerinde durulmaya başlanmıştır. Çocuklarda SOY'a yönelik ilk girişimler, genellikle sağlık eğitimi bağlamında değerlendirilmiş ve bu alanda yapaılan araştırmalar çoğunlukla bireysel bilgi aktarımı üzerine odaklanmıştır. Özellikle ABD'de geliştirilen Ulusal Sağlık Eğitimi Standartları (NHES), çocukların sağlık bilgisine dayalı davranışlarının temelini oluşturmuş, fakat çocuklar bu süreçte daha çok edilgen alıcı olarak değerlendirilmiştir (Sanders vd., 2009a).

Çocukların 2000'li yılların başından itibaren yalnızca bilgi alan değil, ek olarak bilgiyi değerlendirebilen ve uygulayabilen bireyler olarak görülmesi ile birlikte SOY kavramı daha bütüncül bir yaklaşımla ele alınmaya başlanmıştır. Bu yıllarda geliştirilen sosyo-ekolojik modeller, çocukların SOY'un hem bilişsel hem de aile, okul, medya ve toplum gibi çevresel faktörlerle etkileşim içerisinde geliştiğini meydana çıkarmıştır (Wharf Higgins vd., 2009). Bu yaklaşımlar ışığında, çocukların SOY'u yalnızca bireysel yeterlik olmasının yanında çevresel koşulların ve sosyal desteğin şekillendirdiği çok boyutlu bir yapı olarak da değerlendirilmiştir.

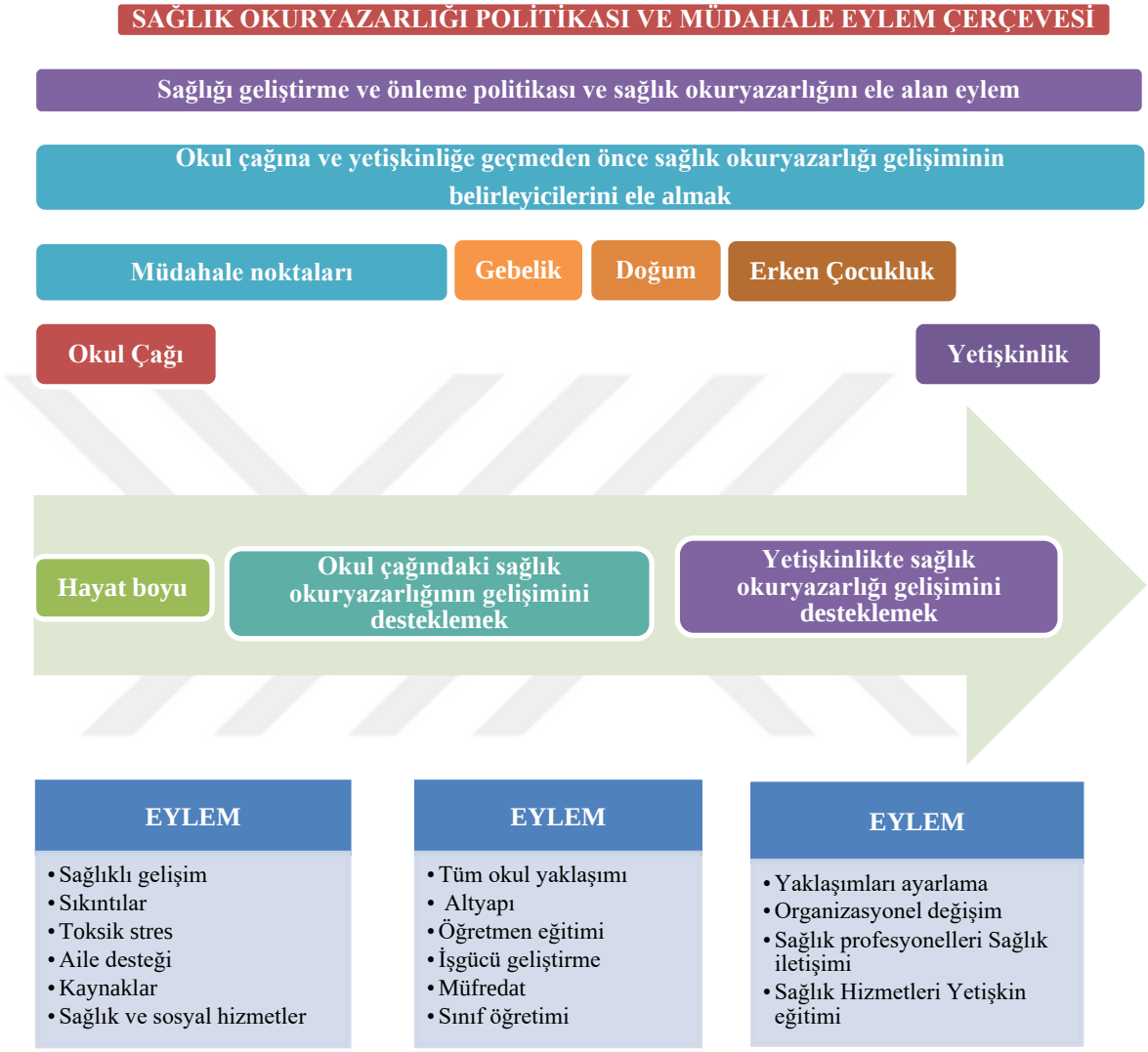
Literatür incelendiğinde, çocuklar ve gençlere yönelik SOY'u açıklayan 12 farklı tanım ve 21 ayrı modelin bulunduğu görülmektedir. Bu doğrultuda, çocukların gelişim özelliklerine

uygun biçimde ele alınan SOY kavramı; bilişsel, duyuşsal ve davranışsal boyutları kapsayacak şekilde yeniden yapılandırılmıştır. Araştırmalar, çocuklara yönelik SOY tanımlarının yetişkin temelli tanımlardan belirgin biçimde ayrıştığını; çocukların soyut kavramları algılama biçimleri, eleştirel düşünme süreçleri ve sosyal etkileşim düzeyleri açısından yeni yaklaşımlara ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır (Bröder vd., 2017). Günümüzde dijital teknolojilerin etkisiyle SOY'un kapsamı genişlemiş ve dijital SOY gibi yeni alt alanlar ortaya çıkmıştır. Van Boxtel vd. (2024) tarafından dokuz–12 yaş aralığındaki çocuklarla yürütülen çalışmada, çocukların sağlık bilgilerini yalnızca anlayabilme değil, aynı zamanda günlük yaşamlarında uygulayabilme ve sosyal çevreleriyle paylaşabilme becerilerinin de geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu bağlamda çocuklarda SOY, sadece bilgi edinmeye dayalı değil, aynı zamanda eleştirel düşünmeyi, karar verme yetisini ve toplumsal sorumluluğu içeren bir yaşam becerisi olarak tanımlanmaktadır.

1.2.1. Çocuklar Açısından Sağlık Okuryazarlığının Önemi

Çocuklara yönelik SOY tanımlarından biri, 'uygun standartlarda fiziksel ve psiko-sosyal etkinliklere katılmak; kişilerle etkileşim içerisinde olmak, değişikliklere uyum sağlamak, bütünüyle bedensel, sosyal ve bilişsel iyilik durumuna erişebilmek için makul bir özerklik talep etmek'tir (Fok ve Wong, 2002). Çocuklarda SOY'un düşük olması, sağlıkla ilgili olumsuz davranışların görülme sıklığını artırmaktadır. Çocukların gelişim düzeyi, sağlık bakımı ile ilgili bilgi seviyesi ve beceri seviyesini olduğu kadar SOY'u da doğrudan etkilemektedir. Son yıllarda çocuklarda SOY kavramının gün geçtikçe daha çok önem kazandığı, SOY'un geliştirilmesine ve anlaşılmasına yönelik ihtiyacın arttığı görülmektedir. Çocukların gelecekteki sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının şekillenmesinde etkili olacağından, SOY eğitimine çocukluk döneminde başlanması büyük önem taşımaktadır (Çınar vd., 2018). SOY, özellikle ateşli hastalık gibi durumlarda çocuklara sunulan sağlık hizmetlerinin etkin kullanımı açısından dikkate alınması gereken kritik bir faktördür (Morrison vd., 2014a). Bu bilgiler doğrultusunda, çocukluk çağında SOY'un öğretilmesi adına gereksinim duyulan politikalara önem verilmelidir. Zira çocuklukta bireye kazandırılmış olan SOY pek çok yönde katkılar sağlayacaktır. Eğitim kurumlarında SOY konusunda dersler verilmeli, gerekli kurum ya da kuruluşlar ile işbirliği içerisinde bu süreç yürütülmelidir (Karakaya Ergün, 2019).

SOY'un gelişiminde erken çocukluk dönemi belirleyici bir aşama olarak görülmeli ve bu dönem, Şekil 1.2'de de ortaya konulduğu üzere uygun politikalar ve hedefe yönelik müdahalelerle desteklenmelidir (Okan, 2019).



Şekil 1.2. Sağlık okuryazarlığı politikası ve müdahale eylem çerçevesi

Okan (2019) tarafından oluşturulan Şekil 1.2'de sağlık okuryazarlığı gelişiminin yaşam boyu bir süreç olduğu ve özellikle erken çocukluk döneminde başlayan politikaların uzun vadeli sağlık kazanımları açısından belirleyici olduğu görülmektedir. Bu çerçeve, SOY'a yönelik politika ve müdahalelerin bireysel, kurumsal ve toplumsal düzeyde bütüncül biçimde ele alınması gerektiğini göstermektedir. Bu kapsamda aile, okul, sağlık hizmetleri ve toplum temelli uygulamaların birbirini tamamlayan biçimde yapılandırılması önerilmekte; böylece çocukların, gençlerin ve yetişkinlerin sağlıkla ilgili bilgi, beceri ve tutumlarının sürdürülebilir biçimde güçlendirilmesi amaçlanmaktadır.

DSÖ, erken çocukluk döneminde SOY farkındalığının artırılmasına yönelik çeşitli yaklaşımlar önermektedir. Bu yaklaşımların başında, SOY eğitimine çocukluk döneminin en erken yıllarında başlanması gelmektedir. Buna göre sağlıkla ilgili temel kavramların çocuklara küçük yaşlardan itibaren kazandırılması gerekmektedir. Günlük çocuk bakımı sırasında, oyun anlarında ya da çocukla yapılan sohbetlerde sağlıkla ilgili temel bilgilerin doğal akış içinde sunulması önem taşımaktadır. Bu bağlamda SOY'un, giderek artan biçimde hem sağlık hem de sağlık sonuçları açısından kritik bir unsur olduğu kabul edilmektedir. Erken çocukluk döneminde edinilen öğrenme deneyimlerinin ileriki yıllar için kritik bir öneme sahip olması bağlamında küçük yaşlara yönelik eğitim programları, oyun temelli uygulamalar ve akran etkileşimine dayalı etkinlikler gibi öğrenme fırsatlarına özellikle odaklanmak gerekmektedir. DSÖ'nün ikinci olarak önermiş olduğu yaklaşım ise sağlığın geliştirilmesi kavramının okul eğitimi sırasında geliştirilmesidir. Buna göre, okul eğitim programı içinde sağlık üzerinde belirleyici olan bireysel ve çevresel faktörlerin üzerinde durulmalı, ders ve ders dışı etkinlikler içinde bu konulara da yer verilmelidir (DeWalt ve Pignone, 2005). Toplumda bireylerin SOY'u artırmayı hedefleyen girişimlerin çocukluk yaşlarından itibaren uygulanması daha etkili olacaktır. Çocuk yaştaki bireylerde kazanılan davranış ve tutumlar ilerleyen yaşlarda sağlıklı yaşam davranışlarını da olumlu şekilde etkilemektedir (Denktaş, 2019). Bu nedenle SOY becerileri çok genç yaşlarda teşvik edilmelidir. Gençler, sağlıkla ilgili mesajlar, çeşitli müdahaleler ve sağlık profesyonelleriyle sürekli etkileşim hâlindedir. Sahip oldukları sağlık okuryazarlığı becerileri hem mevcut davranışlarını hem de gelecekte sergileyecekleri tutumları şekillendirebilir. SOY düzeyinin yükselmesi, çocukların ve ergenlerin kendi alışkanlıkları ve verdikleri kararlar üzerinde daha fazla kontrol sağlamalarına ve bu süreçte daha çok sorumluluk üstlenmelerine yardımcı olabilir. Çocuklar kendi sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olduklarında, sağlığı geliştirici yaşam tarzlarını benimseyip geliştirebilirler. Çocukluk döneminde oluşan sağlık tutumları ve davranışları yetişkin sağlık örüntülerini büyük ölçüde öngörmektedir (Borzekowski, 2009).

SOY, çocuklarda sağlık davranışlarının olumlu gelişiminde belirleyici bir unsur olarak çıkmakta olup, düşük SOY'a sahip çocukların daha sağlıksız davranış örüntüleri gösterme eğiliminde olduğu bildirilmektedir (DeWalt ve Hink, 2009). SOY; bireylerin sağlık sorumluluğunu üstlenmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemesi ve sağlığı geliştirme çabalarının kalıcı olması açılarından önemli görülmektedir. Yaşamın erken yıllarında kazanılan SOY yaşam boyu sağlığın korunmasında ve sürdürülmesinde etkili olup (Yılmaz ve Tiryaki, 2016) erken yaşlarda edinilen sağlık bilgisi ve sağlık davranışlarının kalıcılığının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Çınar vd., 2018).

SOY'un önemi toplum sağlığı, bireysel sağlık, sağlık hizmetleri ve politikaları ile eğitimle ilişkisi bağlamlarında alt başlıklar halinde aşağıda detaylı şekilde açıklanmıştır.

- **Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Üzerindeki Rolü:** SOY, toplumun genel sağlık düzeyini doğrudan etkileyen temel bir unsur olup SOY düzeyi düşük olan bireylerin sağlık sorunlarını daha geç fark ettiği, bu sorunları çözme ve yönetme sürecinde bu kişilerin daha fazla zorlandığı bilinmektedir. Örnek verilecek olursa, düşük SOY'a sahip kişiler tedavi seçeneklerini araştırmakta güçlük çekebilir, ilaçlarını yanlış kullanabilir ya da hekim önerilerini uygulamakta zorlanabilirler (Kutner vd., 2006). Bu durum hem sağlık hizmetlerinin etkisini azaltan hem de bireylerin kendi sağlıklarını yönetirken yetersizlik hissetmelerine neden olan durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Ek olarak SOY düzeyinin düşük olması, bireylerin hastalıkları önleme ya da sağlıklı yaşam alışkanlıklarını sürdürme konusunda gerekli bilgiye ulaşmalarını da zorlaştırmaktadır. Birde SOY, sağlık eşitsizlikleriyle de bağlantılıdır. SOY'u düşük olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde daha fazla engelle karşılaştığı görülmektedir. Bu durum özellikle düşük sosyoekonomik gruplarda daha görünür hale gelmekte olup, bu gruplardaki bireyler hem sağlık bilgilerini anlamakta güçlük yaşamakta hem de sağlık sisteminde kendilerine ayrılan yeri daha fazla sorgulamaktadır (Sørensen vd., 2012).

- **Sağlık Okuryazarlığının Bireysel Sağlık Üzerindeki Rolü:** SOY'un bireysel düzeydeki önemi, kişilerin sağlıkla ilgili kararlar alırken doğru bilgilere dayanabilmelerine olanak sağlamasında yatmaktadır. SOY'a sahip bireyler, sağlık bilgilerini daha iyi anlayarak, doğru kararlar alabilmektedirler. Örnek verilecek olursa, SOY yüksek bir kişi doktoruyla doğru iletişim kurabilir, tedavi seçenekleri hakkında daha fazla bilgi edinebilir ve hastalıklarının önlenmesi veya tedavisi konusunda aktif rol oynayabilir. Ayrıca, SOY yüksek bireyler, sağlık sigortası gibi sistemleri daha iyi anlayarak, haklarını da etkin kullanabilir (Nutbeam, 2000). Bireylerin SOY'unu artırmak, onları sağlıklarıyla ilgili daha bilinçli kararlar almalarına onları teşvik eder. Bu, sadece kişilerin sağlığını iyileştirmeye ek olarak, toplumun genel sağlık düzeyini de yükseltir. Spesifik olarak kronik hastalıkların yönetiminde SOY'un rolü büyüktür. Araştırmalar, kronik hastalıklara sahip bireylerin, SOY düzeyi yüksek olduğunda hastalıklarını daha iyi yönetebildiklerini ve komplikasyonları önleyebilmede daha başarılı olduklarını ortaya koymaktadır (Sørensen vd., 2012). Yüksek SOY düzeyine sahip bireyler, sağlık bilgilerini doğru anlayabilir ve değerlendirebilirler. Bu durum, tedavi süreçlerine aktif katılımlarını ve sağlık hizmetlerine daha etkin erişimlerini kolaylaştırır. Özellikle karmaşık sağlık sistemlerinde, reçetelerin ve tedavi talimatlarının doğru anlaşılması, bireylerin tedaviye uyumunu artırır ve hastaneye

yatış gereksinimlerini azaltır (Uruç Öztürk, 2018).

- **Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Hizmetleri ve Politikaları Üzerindeki Etkisi:** SOY, yalnızca bireylerin sağlıklarını yönetmelerini sağlamakla kalmayıp, sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve toplumsal sağlık politikalarını da doğrudan etkilemektedir. Sağlık hizmet sağlayıcıları, SOY düzeyi yüksek bireylerle daha etkili iletişim kurabilir ve daha uygun tedavi seçenekleri sunabilirler. SOY düzeyi düşük bireyler, hastalıklarını anlama ve tedaviye uyum sağlama konularında zorluk yaşayacakları için sağlık hizmetlerinin başarısı da azalır (Kutner vd., 2006). Ek olarak, SOY'un artırılması, toplumsal sağlık politikalarının daha etkin hale gelmesini sağlar. Sağlık hizmetleri sistemine olan güven ve hizmetlerin erişilebilirliği, toplumda SOY'un yaygınlaştırılmasıyla güçlenebilir. Politika yapıcılar, SOY'u göz önünde bulundurarak sağlık hizmetlerini daha erişilebilir hale getirebilir, toplum sağlığını iyileştirecek stratejiler geliştirebilir (Kalaycı Oflaz, 2021; Nutbeam, 2000).

- **Sağlık Okuryazarlığının Eğitimle İlişkisi:** Eğitim, SOY'un gelişmesinde temel rol oynamaktadır. Eğitim seviyesinin yüksek olduğu toplumlarda, SOY genellikle daha yüksektir. Eğitimli bireyler, sağlıkla ilgili bilgileri daha kolay anlayabilir ve sağlıklarını daha iyi yönetebilir. Bu bağlamda, SOY'a yönelik eğitim programları, özellikle toplumun düşük gelirli ve düşük eğitim seviyesine sahip kesimlerine yönelik olmalıdır. Bu programlar, bireylerin sağlık bilgilerini anlamalarına yardımcı olabilir ve daha sağlıklı toplumların inşa edilmesine olanak tanıyabilir (Sørensen vd., 2012).

Günümüzde bireylerin kendi sağlıkları konusunda başkalarının karar vermesi yerine, kendilerinin bizzat sorumluluk üstlenerek karar alıcı konumunda olmaları önemli ve gerekli görülmektedir. Bu durum SOY kavramına olan ilginin artmasını sağlamaktadır. SOY; bilgi arama, problem çözme, eleştirel düşünme, karar verme, analiz etme ve iletişimle birlikte işlev görmesi zorunlu olan çok sayıda sosyal, kişisel ve bilişsel beceriyi içerir. SO ise; sağlık eğitim materyallerini okuyabilen, birbirinden ayrı sağlık aktivitelerinden yararlanabilen, farklılaşan sağlık koşullarında sahip oldukları bilgileri kolaylıkla kullanabilen, sağlıkla ilgili bilgileri eleştirel seviyede değerlendirebilen, potansiyellerini geliştirebilen, problem çözebilen, sağlığın politik, sosyal ve ekonomik açılardan boyutlarını anlayabilen, yorumlayabilen ve böylelikle hem sosyal hem bilişsel hem de diğer alanlarda kendisini geliştiren bireyler olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyinin yükseltilmesi ve sağlık göstergelerinin iyileştirilmesinde önemli bir unsur olan SOY'un toplum genelinde yaygınlaştırılabilmesi için, her ülkenin kendi sağlık politikalarını oluşturması ve bunları uygulamaya geçirmesi büyük

önem taşımaktadır. Özellikle erken çocuklukta kazanılan davranış ve tutumlar ilerleyen yaşlarda sağlıklı yaşam davranışlarını da olumlu şekilde etkilediğinden, bireylerin SOY'u artırmayı hedefleyen girişimlerin çocukluk yaşlarından itibaren uygulanması oldukça önemlidir. Sağlığı geliştirme ve SOY'u artırma yolları arasında çocuklara yönelik broşür, kitap ve internet sitelerinden faydalanılması ön plana çıkmaktadır. Tüm bu bilgilerden hareketle, erken çocukluk döneminde SOY'un ele alınması önemlidir (Gürhan ve Seyran, 2023; Kalaycı Oflaz, 2021). Erken çocukluk döneminde SOY'un desteklenmesi yalnızca çocukların bireysel yeterlikleri açısından değil, aynı zamanda aile temelli öğrenme süreçleri bakımından da önem taşımaktadır. Nitekim literatürde, çocukların sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarının büyük ölçüde ebeveynlerinin SOY düzeyinden etkilendiği vurgulanmaktadır (DeWalt ve Hink, 2009; Zaidman vd., 2023).

Çocuk sağlığını doğrudan etkileyen önemli bir sosyal belirleyici olan SOY, özellikle ebeveynlerin SOY düzeyi, çocukların sağlık davranışları ve hizmet kullanım biçimleri üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır (DeWalt ve Hink, 2009). Düşük SOY'a sahip ebeveynlerin ailelerinde, çocukların acil servis başvurularının arttığı, kronik hastalıklarının daha kötü yönetildiği ve önleyici sağlık davranışlarının daha az görüldüğü saptanmıştır. Bu durum, yalnızca gelişmekte olan ülkelerde değil, yüksek gelirli ülkelerde de benzer şekilde gözlemlenmektedir (Zaidman vd., 2023).

SOY, çocuk sağlığının geliştirilmesinde merkezi bir unsurdur. Ebeveynlerin okuryazarlık düzeyi çocukların sağlık davranışları, korunma bilgisi ve sağlık hizmetlerine erişimi üzerinde etkilidir. Yetişkinlerde düşük SOY'un önleyici sağlık hizmetlerine erişim ve bilgi anlamada eksiklikle ilişkili olduğunu belirten çalışmaların yanı sıra, ebeveynlerin yeterli okuryazarlık düzeyine sahip olduklarında çocukların koruyucu sağlık sonuçlarında daha başarılı olduklarına dikkat çekilmektedir. Toplum sağlığa yönelik stratejilerde yalnızca bireysel düzeyde değil, sağlık sistemleri, eğitim ve kamu politikalarında da SOY'un dikkate alınması gerektiği vurgulamaktadır. SOY önlenebilir hastalıkların yönetiminde kritik bir rol oynamakta ve özellikle yaşamın erken dönemlerinden itibaren ele alınması gerekmektedir. Ulusal düzeyde başlıca morbidite ve sağlık eşitsizliği kaynakları arasında yer alan prematüre doğum, obezite, kronik akciğer hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, ruh sağlığı bozuklukları ve kanser gibi durumların, yaşam boyu sürdürülecek etkili önleyici sağlık hizmetleriyle azaltılabileceği belirtilmektedir. SOY, önleyici sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin anlaşılması açısından değiştirilebilir ve geliştirilebilir bir belirleyici olarak öne çıkmaktadır (Sanders vd., 2009a).

Sharif ve Blank (2010) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, fazla kilolu çocuklarda SOY ile beden kitle indeksi (BKİ) Z-skoru ilişkisine bakılmıştır. Araştırmada hem çocukların hem de ebeveynlerinin SOY düzeyi, Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığının Kısa Testi (STOFHLA) kullanılarak ölçülmüştür. Bulgular, çocukların SOY düzeylerinin BKİ Z-skoru ile negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunduğunu ortaya koymuştur. Ek olarak SOY, çocukların beslenme öz-yeterlilik düzeyleriyle pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Regresyon analizi sonucunda, çocukların SOY düzeylerinin, vücut ağırlıklarını öngörmede bağımsız ve anlamlı bir değişken olduğu görülmüş ve bu değişkenin modelin toplam varyansının %13'ünü açıkladığı belirlenmiştir. Bu bulgular, çocuklarda kilo kontrolüne yönelik yapılacak müdahalelerde sağlık okuryazarlığı düzeylerinin göz önünde bulundurulmasının gerekliğini ortaya koymaktadır.

Kronik hastalığı bulunan çocuklar için SOY'un önemi çok daha belirgin hale gelmektedir. Çocukluk çağı obezitesi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen Chari vd. (2014) yürüttükleri kesitsel araştırmada çocukların ve ebeveynlerin SOY düzeyleriyle çocuklardaki obezite durumunu birlikte değerlendirmiştir. Çalışma sonuçları, yedi-11 yaş arası çocuklarda ebeveynlerin yüksek SOY düzeyine sahip olmasının, obezite riskinin azalmasıyla bağlantılı olduğunu göstermiştir. Buna karşılık, 12-19 yaş arasındaki ergenlerde düşük bireysel SOY düzeyi, obeziteyle daha güçlü bir ilişki göstermiştir. Ayrıca ebeveynlerin yaşı, eğitimi ve sosyoekonomik konumu gibi demografik değişkenlerin de obezite riskini etkilediği bulunmuştur. Bulgular, ebeveyn ve çocuk SOY'unun yaş dönemlerine göre farklı mekanizmalar üzerinden obeziteyi etkilediğini ortaya koymaktadır. Zoellner vd. (2017) tarafından dokuz-11 yaş aralığındaki 560 ebeveyn-çocuk çiftiyle yürütülen yarı-deneysel çalışmada ise ebeveyn SOY düzeylerinin aile temelli bir çocukluk çağı obezite müdahale programı olan iChoose'a katılım ve program sonuçları üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Ebeveynler sağlık okuryazarlığı seviyelerine göre düşük ve yüksek olmak üzere iki gruba ayrılmış ve program erişimi, katılım oranları, devamlılık ve çocuklara ilişkin sağlık çıktıları karşılaştırılmıştır. Bulgular, düşük SOY düzeyine sahip ebeveynlerin çocuklarının programa erişim, katılım ve devam oranlarının yüksek SOY grubundaki ailelerle benzer olduğunu göstermiştir. Çocukların BKİ Z-skorları, ebeveyn BKİ'si, fiziksel aktivite, beslenme davranışları ve yaşam kalitesi gibi sağlık göstergelerinde de anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak ekran süresi açısından dikkat çekici bir farklılık ortaya çıkmış; düşük SOY grubundaki ailelerin çocuklarında ekran süresinde azalma eğilimi gözlenmiştir. Çalışmanın genel sonucu, sağlık okuryazarlığını hedef alan evrensel müdahalelerin düşük SOY'a sahip ailelerde de etkili olabileceğini ve birçok sağlık çıktısında eşit yarar sağladığını göstermektedir. Bu durum, SOY duyarlılığıyla tasarlanan programların hem katılım hem de etkililik açısından daha adil

sonuçlar doğurabileceğini ortaya koymaktadır. Zaidman vd. (2023) tarafından yapılan sistematik derleme, ebeveynlerin düşük SOY düzeyinin çocuklarda semptomların doğru yönetilememesine, tedaviye uyum sorunlarına ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımına yol açabileceğini belirtmektedir. Benzer şekilde Batool vd. (2024) ve Zoellner vd. (2017) ebeveyn SOY düzeyinin çocukların sağlık bilgisini edinme, anlamlandırma ve uygulama süreçlerini doğrudan etkilediğini; düşük ebeveyn SOY'unun çocuklarda olumsuz sağlık davranışlarına neden olabileceğini vurgulamaktadır. Özellikle annelerin sağlık ve beslenme okuryazarlığı, çocukların beslenme tutumları, hijyen alışkanlıkları ve hastalıktan korunma becerilerini geliştirme süreçlerinde belirleyici bir rol oynamaktadır (Ahmadi ve Karamitanha, 2023). Bu durum yalnızca çocukların yaşam kalitesini olumsuz etkilemekle kalmamakta, aynı zamanda sağlık sistemi üzerinde de ek bir yük oluşturmaktadır. Örneğin astım, diyabet veya epilepsi gibi kronik durumlarda tedavi sürecinin karmaşıklığı nedeniyle yüksek düzeyde bilgi ve düzenli takip gerekmekte; bu süreç doğrudan ebeveynin sağlık bilgisiyle ilişkilendirilmektedir (Lawrence vd., 2021). Bu nedenle, çocuk sağlığına yönelik programlarda ebeveyn SOY'unun desteklenmesi çocukların sağlık becerilerine de dolaylı olarak katkı sunmaktadır (Otten vd., 2022; Vaillancourt ve Cameron, 2022).

SOY, çocuk sağlığı bakımının her aşamasında kritik rol oynayan temel bir belirleyici olarak karşımıza çıkmakta olup, özellikle ebeveynlerin düşük SOY düzeyleri, çocukların önleyici sağlık hizmetlerinden yararlanmasını, akut ve kronik hastalıklarla baş etme becerilerini ve genel sağlık sonuçlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Ebeveynlerin yaklaşık dörtte birinin düşük SOY düzeyine sahip olduğu belirtilmekte olup bu durum çocuklarda obezite, yanlış ilaç kullanımı, acil servis başvurularının artması ve astım gibi kronik hastalıklarda yetersiz yönetim gibi sonuçlara sebebiyet vermektedir. Ek olarak düşük SOY, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, tütün ve alkol kullanımı vb. davranışsal riskleri de artırmakta, ergenlerde şiddet eğilimli davranışlarla da ilişkilendirilmektedir. Bu bağlamda, sağlık hizmeti sunucularının SOY düzeyi düşük ailelerle etkili iletişim kurabilmeleri için sade dil kullanımı, görsel anlatımlar, öğret-yeniden anlat (teach-back) teknikleri gibi SOY temelli müdahale stratejilerini benimsemeleri gerektiği vurgulanmaktadır. Bu tür stratejilerin tüm aileler için evrensel önlem yaklaşımıyla kullanılması, sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında önemli bir adım olarak değerlendirilmektedir (Morrison vd., 2019).

Çizelge 1.4. Sağlık okuryazarlığı alanları ve sağlık okuryazarlığı becerilerine ilişkin örnekler

Beceri Alanı	Sağlık Okuryazarlığı Becerilerine Örnekler	Görevlere Örnekler
Bilgi	Hastalığa özgü bilgi: Albuterol, astım belirtilerinin hızlı giderilmesi için kullanılan bir inhale ilaçtır.	Çocuğunun ateşi çıktığında hangi durumda doktora başvurması gerektiğini bilmek.
	Sağlık hakkında kavramsal bilgi: Ateş, normal vücut sıcaklığının yükselmesidir.	Astım atağında hızlı etkili inhalerin ne zaman kullanılacağını bilmek.
Kelime dağarcığı	Sözlü veya yazılı iletişimde geçen kelimeleri anlamak.	"Antibiyotik" ile "antiviral" arasındaki farkı bilmek. "Doz", "yan etki", "bağışıklama" gibi temel sağlık terimlerini anlayıp doğru kullanmak.
Sözlü iletişim (dinleme, konuşma)	Hastalık öyküsünü anlatmak veya tıbbi geçmişi aktarmak.	Akut bir sorunun ya da geçmiş sağlık sorunlarının doğru bir şekilde ifade edilmesi.
	Konuşulanları dinleyip anlamak.	Seçenekleri anlamak ve sağlıkla ilgili riskler, tedavi seçenekleri ve kararlar hakkında konuşmak.
	Ortak karar alma sürecine katılmak.	Yaklaşan bir prosedüre ilişkin karar verme sürecinde aktif olarak yer almak.
	Açıklama istemek ve sorular sormak.	Sağlık alanında çalışan profesyonellerle etkin iletişim kurabilmek için gereken bilgilere ve becerilere sahip olmayı ifade eder.
Yazılı iletişim (okuma ve yazma)	Yazılı bilgileri okuyup anlamak.	Broşürler, bilgi formları veya paragraflar halinde sunulan bilgileri değerlendirmek.
	Sağlık kararları vermek için gerekli bilgileri yorumlayıp uygulamak.	Vücut kitle indeksiyle ilgili grafiği içeren bir broşürü anlamak, çocuğun kilosunu bir kategoriye yerleştirmek.
	Onam verme ve onam belgelerini anlama.	Bir işlem öncesi bilgilendirilmiş onam belgelerini anlayabilmek.
	Sağlık belgelerini yorumlamak.	Bir besin maddesinin kaç kalori içerdiğini anlamak için etiket okumak.
Sayısal beceriler (nicel)	Sayıların anlamını yorumlayıp uygulamak (sayı okuryazarlığı).	Bir testin normal değer aralığını anlamak.
	İlaç dozlarını ayarlamak (özellikle sıvı ilaçlar, inhale ilaçlar, zamanlamalar).	Gerekli miktarda ilacı ölçmek ve gün içinde doğru zamanlarda vermek.
Yön bulma ve bilgi arama	Randevu almak, planlamak ve sağlık kuruluşuna ulaşmak.	Bir yan dal uzmanının muayenehanesine ulaşmak için sağlık kompleksinde yön bulmak.
	Uygun sağlık profesyonellerini bulmak.	Sigorta ve hastane sistemlerinde gezinerek çocuğun sorununa uygun doktoru bulmak.
	Sağlık kararları vermek için gerekli bilgileri (internet, basılı materyaller) bulmak.	İnternette, kitaplarda veya medyada doğru ve ilgili sağlık bilgilerini arayıp bulmak.

SOY'un farklı beceri alanlarını ve bu alanlara ilişkin somut örneklerini ortaya koyan Çizelge 1.4 (Baker, 2006; Nutbeam, 2000; Sanders vd., 2009b; Yin vd., 2009) sağlık okuryazarlığı becerilerinin tümünü kapsamamakta olup, yalnızca kavramsal örnekler sunmaktadır. Çizelgede görüldüğü üzere bilgi alanı, bireylerin hastalıklara özgü bilgileri (örneğin; astım için kullanılan ilaçlar) ve sağlık kavramlarını (örneğin; ateşin tanımı) anlamalarını kapsamaktadır. Kelime dağarcığı, sağlıkla ilgili sözlü ve yazılı iletişimde geçen terimleri doğru şekilde anlamayı içerirken, sözlü iletişim alanı hastalık öyküsünün aktarılması, riskler ve tedavi seçenekleri üzerine konuşulması, ortak karar alma süreçlerine katılım ve sağlık profesyonelleriyle etkili iletişim gibi becerileri içermektedir. Yazılı iletişim, broşür ve formları okuyup anlamaktan sağlık belgelerini yorumlamaya, bilgilendirilmiş onam belgelerini kavramaktan grafik ve tablolar üzerinden sağlık kararları vermeye kadar geniş bir uygulama yelpazesini kapsamaktadır. Sayısal beceriler, bireylerin sayısal bilgileri yorumlama ve uygulama kapasitelerini ifade etmekte, ilaç dozlarının ayarlanması, test sonuçlarının değerlendirilmesi gibi görevlerle somutlaşmaktadır. Son olarak, yön bulma ve bilgi arama becerileri, sağlık sisteminde randevu alma, uygun uzmanlara ulaşma, sigorta ve hastane prosedürlerinde yol bulma ile güvenilir sağlık bilgilerine farklı kaynaklardan erişme gibi işlevleri kapsamaktadır. Bu alanlar birlikte değerlendirildiğinde, SOY bilgi edinmenin yanı sıra, iletişim, karar verme ve günlük yaşamda sağlık ile ilgili uygulamaları sürdürebilme becerilerinin bütüncül olarak geliştirilmesini de gerektirmektedir (Morrison vd., 2019). SOY aynı zamanda koruyucu sağlık davranışları açısından da belirleyici rol oynamaktadır. Yapılan bir araştırmada düşük SOY'a sahip ebeveynlerin çocuklarının aşı takvimine uyum oranlarının düşük olduğunu, düzenli sağlık kontrollerinin aksadığını ve temel hijyen uygulamalarının yeterince sürdürülemediği vurgulanmaktadır (DeWalt ve Hink, 2009). Bu durum çocukların hem bulaşıcı hastalıklar hem de gelişim geriliklerine karşın savunmasız bir konumda yer almalarına sebebiyet vermektedir. Ek olarak, dijital SOY da günümüz çocuklarının korunmasında önemli hale gelmiş, yanlış sağlık bilgilerine karşın eleştirel düşünme ve güvenilir bilgiye erişim becerileri, çocuk sağlığının dijital düzeyde desteklenmesini zorunlu kılan faktörler olmuştur (Stauch vd., 2025).

Türkiye'de gerçekleştirilen bir çalışmada, ebeveyn SOY düzeyinin çocukların büyüme-gelişme göstergeleri üzerindeki etkisi somut biçimde ortaya konmuş, araştırmayı gerçekleştiren Aygun ve Topcu (2023) ebeveynlerin SOY düzeyi ile çocuklarının boy ve kilo değerleri arasında pozitif bir ilişki olduğunu bulmuştur. Bu durumun çocukların yaşları ile uyumlu gelişim göstermeleri açısından kritik önem taşıdığı belirtilmiştir. Antropometrik gelişim, çocuğun genel sağlık durumu için temel bir gösterge olup SOY bu göstergenin iyileşmesini destekleyen önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır.

SOY, çocukların bedensel sağlığına ek olarak gelişimsel, psikososyal ve duygusal sağlığı üzerinde de etkilidir. Ebeveynlerin sağlık konularında yeterli bilgiye sahip olmaları, çocuklarla etkili iletişim kurmalarını ve onların kaygılarını doğru şekilde yönetmelerini kolaylaştırmaktadır. Ek olarak sağlık sistemindeki rol ve sorumlulukları bilen ebeveynler, çocukları adına sağlık kararları alırken daha bilinçli hareket etmektedir ki, bu da sağlık hizmetlerinin daha etkin kullanılmasını ve çocuk odaklı yaklaşımların gelişmesini sağlamaktadır (Stauch vd., 2025; Zaidman vd., 2023).

Düşük sağlık okuryazarlığı ile pediatrik sağlıkla ilgili bilgi, davranışlar ve sonuçlar arasındaki ilişki Çizelge 1.5'te sunulmuştur (Morrison vd., 2019). Bu doğrultuda Çizelge 1.5'te düşük SOY düzeyinin pediatrik sağlıkla ilgili bilgi, davranış ve sonuçlar üzerindeki olumsuz etkilerini sistematik biçimde ortaya koyduğu görülmektedir. Genel olarak yorumlamak gerekirse düşük SOY'un çocuk sağlığını doğrudan ve dolaylı yollar aracılığıyla olumsuz etkileyen çok boyutlu sonuçları açıkça ortaya konulmuştur.

Çizelge 1.5. Düşük sağlık okuryazarlığı ile pediatrik sağlıkla ilgili bilgi, davranışlar ve sonuçlar arasındaki ilişki

Sağlık Alanı	Bilgi/Davranış/Sonuç	Düşük Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkili Bulgular
İlaç Kullanımı	Bilgi	Ebeveynlerin ilaç ölçme ve etiket okuma konularında yetersiz bilgiye sahip olması
	Davranış	Doz hataları, özellikle sıvı ilaçlarda; talimatları yanlış anlama
	Sonuç	Artan acil servis başvuruları, istenmeyen ilaç etkileri
Beslenme	Bilgi	Kalori, porsiyon boyutu ve besin içeriğine dair yetersiz bilgi
	Davranış	Sağlıksız beslenme alışkanlıkları
	Sonuç	Artmış obezite riski
Fiziksel Aktivite	Davranış	Daha düşük fiziksel aktivite düzeyleri
	Sonuç	Aşırı kilo, obezite
Astım	Bilgi	Astımın doğası ve tedavisine dair yetersiz bilgi
	Davranış	İlaçların yanlış kullanımı, tetikleyicilerden kaçınmama
	Sonuç	Artan hastaneye yatış oranları, kötü astım kontrolü
Sağlık Hizmeti Kullanımı	Davranış	Koruyucu hizmetlere daha az katılım, randevu kaçırma
	Sonuç	Artan acil servis kullanımı, önlenebilir hastalıklar
Genel Sağlık ve Güvenlik	Bilgi	Güvenli uyku pozisyonları, araba koltuğu kullanımı gibi konularda bilgi eksikliği
	Davranış	Güvensiz uygulamalar (örneğin bebeği yüzüstü yatırma, araba koltuğu kullanmama)
	Sonuç	Önlenebilir kazalar ve ölümler

Çizelge 1.5. Devam. Düşük sağlık okuryazarlığı ile pediatrik sağlıkla ilgili bilgi, davranışlar ve sonuçlar arasındaki ilişki

Sağlık Alanı	Bilgi/Davranış/Sonuç	Düşük Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkili Bulgular
Genel	Bilgi	Sağlıkla ilgili temel kavramları anlamada zorluk (örneğin; ateş, enfeksiyon belirtileri)
	Özyeterlik/Tutumlar	Sağlık kararları verirken güvensizlik, sağlık sistemine düşük güven
	Algılar	Hastalık ciddiyetini yanlış değerlendirme; düşük sağlık hizmeti arama davranışı
	Sonuç	Yetersiz tedavi uyumu, geç başvuru, kötüleşen sağlık sonuçları

Sağlık eşitsizlikleri çocuklar dahil olmak üzere tüm topluluklarda görülmekte olup, SOY bu eşitsizliklerin azaltılmasında kritik bir sosyal belirleyici konumunda değerlendirilmektedir. Son yıllarda, çocukların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik SOY müdahaleleri, sağlık eşitsizliklerini azaltmak adına önemli bir strateji olarak öne çıkmıştır. Fakat tüm bu müdahalelerin uygulanmasında hedef gruplar, içerik, zamanlama ve yöntemler açısından büyük çeşitlilikler ve tutarsızlıklar gözlemlenmekte olup, hangi stratejinin daha etkili olduğu konusunda literatürde netlik bulunmamaktadır. Ek olarak, uygulama sürecine dair ayrıntılı raporlamaların eksikliği, sağlık eşitsizliklerini azaltma hedefiyle çelişebilecek sonuçlar doğurabilmektedir. Bu doğrultuda, çocuklara yönelik SOY müdahalelerinde sağlık eşitliği temelli bir uygulama yaklaşımının benimsenmesi gerekmekte olup, müdahalelerin tasarımı ve uygulanması süreçlerinin eşitsizlikleri derinleştirmeyecek şekilde yapılandırılması önem arz etmektedir (Naccarella ve Guo, 2022).

Sonuç olarak SOY, çocukların sağlıklı yaşam alışkanlıkları geliştirmesi ve hastalıklardan korunması açısından kritik bir değişkendir. Düşük SOY düzeyi, yanlış ilaç kullanımı, tedaviye uyum sağlayamama, sağlık bilgilerini kavramada güçlük ve buna bağlı olarak hastane yatışlarının artması gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmektedir. Çocukların sağlık davranışları, erken dönemde aile bireylerini model alma yoluyla şekillenmekte; olup, ebeveynlerin beslenme ve sağlık konularındaki bilgi düzeyi, onların alışkanlıklarını doğrudan etkilemektedir. Düşük SOY'a sahip ebeveynlerin çocuklarının beslenme ve büyüme süreçlerinde yetersizlikler görülebildiği gibi, obeziteyle ilişkili faktörler arasında ekran süresi, fiziksel aktivite düzeyi ve sağlıksız beslenme davranışları da yer almaktadır. Ek olarak, çocukların sağlığını desteklemede toplum düzeyinde SOY'un geliştirilme gerekliği vurgulanmaktadır. Ayrıca SOY'un yalnızca çocukluk döneminde değil, aynı zamanda ergenlik döneminden itibaren de uzun vadeli sağlık davranışlarının şekillenmesinde etkili olduğu,

kişilik yapılarının, bilişsel ve sosyal becerilerin gelişimiyle birlikte sağlıklı yaşamın sürdürülmesinde belirleyici rol üstlendiği ifade edilmektedir. Dolayısıyla SOY'un güçlendirilmesi, çocukların hem mevcut sağlık durumlarını korumaları hem de ilerleyen yaşamlarında sağlıklı bireyler olarak topluma katılmaları açısından temel bir gereklik olarak öne çıkmaktadır (Koç ve Vural, 2023). Bu bilgilerden hareketle SOY çocuk sağlığı açısından hem bireysel bir beceri düzeyi hem de toplum sağlığına yönelik önleyici ve koruyucu bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Hem sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi hem de sağlık eşitsizliklerinin azaltılması için SOY'un geliştirilmesi öncelikli müdahale alanı olmalı, özellikle ebeveynleri hedef alan sağlık eğitim programlarının geliştirilmesi ve çocukların erken yaşlardan itibaren sağlıkla ilgili bilgiye erişebilme ve değerlendirebilme becerilerinin desteklenmesi büyük önem arz etmektedir (Aygun ve Topcu, 2023; DeWalt ve Hink, 2009; Zaidman vd., 2023).

1.2.2. Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığının Göstergeleri

Çocukların SOY düzeyini ölçmek amacıyla oluşturulan göstergeler, yalnızca bilgi düzeylerini değil; aynı zamanda bu bilgiyi değerlendirme, kullanma ve başkalarıyla paylaşma becerilerini de içermektedir (Guo vd., 2018). SOY, çocukların yaş, bilişsel gelişim ve içinde bulundukları çevresel koşullara göre değişiklik gösterebildiğinden, bu alandaki göstergeler çok boyutlu yapıda ele alınmaktadır. Literatürde yer alan güvenilir ölçme araçları sağlık bilgisine erişebilme, bilgiyi anlayabilme, değerlendirebilme, uygulayabilme ve iletişim kurabilme gibi temel bileşenleri bütüncül biçimde ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda SOY, çocukların sağlıkla ilgili bilgiyi edinebilme, bunları kavrayabilme, değerlendirebilme ve günlük yaşamda kullanabilme becerilerini kapsayan geniş yelpaze bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu beceriler sadece bilgiye erişimle sınırlı olmayıp, çocukların sağlık kararlarına katılımını, eleştirel düşünme süreçlerini ve dijital ortamlardaki bilgiyle etkileşim kapasitelerini de içermektedir. Bu çok yönlü yapıyı açıklamak ve değerlendirmek için literatürde çeşitli göstergeler geliştirilmiştir (Bröder vd., 2017).

- **Sağlıkla İlgili Bilgiye Erişim Yeteneği:** Çocuklar için SOY göstergeleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Bu gösterge, çocuğun güvenilir bilgi kaynaklarını tanıması, bu kaynaklara nasıl ulaşacağını bilmesi ve uygun olanları seçebilme becerisiyle ilgilidir (Guo vd., 2018).

- **Gelen Bilgiyi Anlama Göstergesi:** Sağlık terimlerini, sembolleri veya mesajları çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine uygun şekilde kavrayabilmesini ifade eder (Bröder vd., 2017).

Örnek verilecek olursa, bir çocuğun gıda etiketlerini okuyup anlayabilmesi veya bir broşürdeki temel sağlık mesajını çözümleyebilmesi bu yetiyle ilgilidir.

- **Bilgiyi Değerlendirme:** SOY'un önemli bir bileşenidir. Çocuğun edindiği bilgilerin doğruluğunu ve güvenirliğini sorgulayabilmesini kapsayan bir yapısı vardır. Bu beceri, özellikle dijital ortamda yanlış bilgiye maruz kalma olasılığının arttığı günümüzde, çocukların eleştirel düşünme yetilerini geliştirmeleri açısından yaşamsal önem taşır (Stauch vd., 2025).

- **Bilgiyi Uyarlama:** Bilgiyi değerlendirme ile ilişkili bir gösterge olup, çocukların edindikleri bilgileri günlük yaşamda davranışa dönüştürebilmelerini içerir. Örnek verilirse, el yıkama, sağlıklı beslenme veya hijyen kurallarına uygun hareket etme vb. davranışları, bilginin uygulamaya yansıtıldığını gösterir (Bröder vd., 2017).

- **İletişim ve Sosyal Etkileşim Becerileri:** Sağlıkla ilgili konularda kendini ifade edebilme, yardım isteme veya sorular sormayı içerir. Bu göstergeler, çocuğun sağlık ile ilgili bilgileri sosyal bağlamda nasıl kullandığını ve çevresi ile ne düzeyde etkileşimde bulunduğunu yansıtır (Bröder vd., 2017). Ek olarak, çocukların dijital ortamlarda karşılaştıkları sağlık bilgilerini değerlendirme ve güvenli biçimde kullanma yetenekleri de giderek daha fazla önem kazanmaktadır.

- **Dijital Göstergeler:** Operasyonel beceriler, bilgi arama, güvenirlik değerlendirme, içerik üretimi ve gizlilik koruma gibi alt boyutlardan oluşur. Van der Vaart ve Drossaert (2017) tarafından geliştirilen Dijital Sağlık Okuryazarlığı Aracı (DHLI) ile ölçüldüğü söylenebilir. Ayrıca, SOY düzeyini ölçmeye yönelik öznel ve performansa dayalı değerlendirmeler de önemli göstergeler sunmaktadır. Öznel değerlendirme göstergeleri, çocuğun kendi sağlık bilgisi ve becerileri konusunda kendini ne derece yeterli gördüğünü sorgularken (Guo vd., 2018), performansa dayalı göstergeler ise, çocukların gerçek yaşamda karşılaştıkları görevler yoluyla sağlık bilgisini nasıl kullandığını gözlemlemeyi amaçlamaktadır. Bu göstergeler, SOY'un hem algıya hem de davranışsal çıktılara dayalı olarak değerlendirilmesine olanak tanır (Bröder vd., 2017).

1.2.3. Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığının Değerlendirilmesi

Çocukların sağlık sonuçlarını inceleyen çalışmalar genellikle ebeveynlerin ya da bakımverenlerin SOY'a odaklanmaktadır, çünkü çocukların sağlıkla ilgili karar verme süreçleri ebeveynleri tarafından etkilenmektedir (Chari vd., 2014; DeWalt vd., 2007). Yetişkinler için geliştirilmiş ölçeklerin sayısı oldukça fazla olmakla birlikte, küçük yaştakilere yönelik geliştirilen ölçme araçlarının sayısı oldukça sınırlıdır. Yapılan bir araştırmada, var olan en küçük yaş grubu ölçeğinin yedi yaşındaki çocuklara yönelik olduğu ve bu yaş grubu için yalnızca tek bir ölçme aracının bulunduğu ifade edilmiştir (Okan vd., 2018). Tanımlanan araçlar yedi ile 18 yaş çocuklar ve ergenler (Brown vd., 2007; Massey vd., 2013; Schmidt vd., 2010; Yu vd., 2012) veya 15 yaş ve üstü ergenler dahil yetişkin yaş grupları için (Chinn ve McCarthy, 2013; Steckelberg vd., 2009) için geliştirilmiş araçlardır. REALM-Teen, ergenlere yönelik geliştirilen ve bir doğrulama (validasyon) çalışması sırasında bir çocuk/ergen popülasyonunda uygulanan ilk SOY araçlarından biridir. Bu ölçek özellikle 10 ila 19 yaş arasındaki ergen bireyler (altıncı sınıftan 12. sınıfa kadar) için tasarlanmıştır (Davis vd., 2006). Literatürde yer alan ve SOY'u ölçmeyi amaçlayan araçlardan beşi (Brown vd., 2007; Davis vd., 2006; Driessnack vd., 2014; Schmidt vd., 2010; Yu vd., 2012), 10 yaş ve altındaki çocuklarda da uygulanabilmektedir. Ancak bu araçlardan yalnızca üçü, bu yaş grubuna özgü gelişimsel özellikler dikkate alınarak özel olarak tasarlanmıştır. Söz konusu üç ölçek; dokuz–13 yaş arası çocuklara yönelik geliştirilen KidsHealth KidsPoll (Brown vd., 2007) GeKoKids Questionnaire (Schmidt vd., 2010) ile ilkokul çağındaki, yani yaklaşık sekiz-10 yaş çocuklara uygulanan Health Literacy Questionnaire (Yu vd., 2012) olarak öne çıkmaktadır. Bu ölçekler, 10 yaş ve altındaki çocukların bilişsel düzeylerine uygun olarak yapılandırılmış olmaları bakımından, yaşa özgü SOY değerlendirmelerinde önemli bir boşluğu doldurmaktadır. Çocuklar ve gençler için SOY'un yaşamın erken dönemlerinden itibaren başlaması ve zamanla bir yaşam alışkanlığına dönüşmesi büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, etkili müdahale programları tasarlayabilmek için konuya ilişkin daha fazla veri elde edilmesi ve mevcut durumun doğru bir şekilde ortaya konması gerekmektedir (Çoban ve Özcebe, 2018).

Son yıllarda, çocuklarda SOY'u değerlendirmek amacıyla çok sayıda araç geliştirilmiş ve bu araçlar temel göstergeleri sistematik olarak ölçer hale gelmiştir. Örneğin, SOY'un dijital boyutunun da çocuklar ve ergenler açısından önem kazandığı görülmektedir. Bu bağlamda, Coşkun ve Bebiş (2015) tarafından geliştirilen ve Norman ve Skinner'in eHEALS ölçeğinin Türkçe uyarlaması olan "Adolesanlarda e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği", 14–21 yaş arası bireylerde geçerlik ve güvenirlik çalışmasıyla test edilmiş ve dijital ortamda sağlık bilgisine

ulaşmanın SOY'daki yeri ortaya konmuştur. Van der Vaart ve Drossaert (2017) tarafından öne sürülen DHLI, çocukların çevrimiçi ortamda sağlık bilgisi arama, bilgi güvenirliğini değerlendirme, içeriğe katkı sağlama, gizlilik koruma ve internet navigasyonu gibi yedi farklı becerisini ölçer; bu alt boyutlar bilgiye erişim, bilgiye eleştirel yaklaşım ve dijital güvenlik göstergeleri açısından kapsamlı değerlendirme sunar (van der Vaart ve Drossaert, 2017). Benzer şekilde, Guo vd. (2018) tarafından yapılan bir sistematik derleme, altı–24 yaş grubu için geliştirilen 29 SOY aracını analiz etmiş ve işlevsel (okuma-yazma), öznel (özellenim) ve performansa dayalı (nesnel) alt boyutları temel gösterge olarak tanımlamıştır. Ölçüm araçlarının geçerlik ve güvenirliklerine ilişkin kanıt eksiklikleri doğrulanmış, fakat Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı-8 (HLAT-8), yapısal geçerlik açısından en güçlü aday olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca, çocuk ve ergenlerde daha genel SOY göstergelerini sistematik olarak inceleyen Okan vd. (2018) yaptığını çalışmada, 15 farklı araç üzerinden çok boyutlu modellemeler sunmuş; bilişsel, işlevsel ve iletişimsel kaynaklar temel alınarak alt göstergeler tanımlanmıştır. Bu sayede, çocuklarda sağlık bilgisi edinme, anlama ve dayanışma temelli iletişim becerilerinin takip edilmesi mümkün kılınmıştır.

Bröder vd. (2017) tarafından gerçekleştirilen bir sistematik derlemede çocuklarda SOY ölçümünde kullanılan araçların büyük bölümünün, bilgi edinme ve anlama gibi bilişsel becerilerin yanı sıra, iletişimsel yeterlikleri de değerlendirdiği gösterilmiştir. Bu derlemede, çocuklarda sağlıkla ilgili içeriklere karşı eleştirel yaklaşımın, sorgulama ve karar verme gibi üst düzey göstergelere dayandırılması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca bu araçların çocukların kendi sağlık durumlarıyla ilgili farkındalıklarını, sosyal çevreyle iletişim kurma becerilerini ve sağlıkla ilgili karar alma süreçlerine katılım düzeylerini ölçme kapasitesine sahip olduğu ifade edilmiştir (Bröder vd., 2017).

Türkiye'de 2015–2020 yılları arasında çocuklara özgü SOY'u değerlendirmek amacıyla geliştirilen araçlardan biri, "Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" olmuştur. Bu ölçek, altıncı-dokuzuncu sınıf çocuklarına uygulanmış ve çocukların bilişsel ve davranışsal yeterliliklerini değerlendirmek üzere yapılandırılmıştır (Ozturk Haney, 2018). Bununla birlikte, Güler (2022) tarafından yapılan bir derlemede, okul çağındaki çocuklarda SOY'unu desteklemek amacıyla okul sağlığı hemşireliğinin önemli bir rol üstlendiği ve aile katılımının da bu süreçte etkili olduğu vurgulanmıştır.

Çocukların sağlıkla ilgili tutumlarının gelişmesinde ebeveynlerin SOY düzeyinin önemli bir etkisi olduğu da literatürde açıkça ifade edilmektedir. Mart 2020'de yürütülen bir çalışmada, ebeveynlerin SOY'u Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32) kullanılarak ölçülmüş; sonuçlar doğrultusunda, ebeveynlerin sağlık bilgi düzeyinin çocukların sağlık davranışlarını şekillendirmede belirleyici olduğu vurgulanmıştır (Okyay ve Abacıgil, 2016).

Zhuang vd. (2025) Okul Öncesi Çocuk Bakım Kurumlarındaki Personel İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, Jia vd. (2025) ise Okul Öncesi Çocukların Bakım Verenleri İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLSFC) geliştirmiştir. Her ne kadar bu iki ölçek erken çocukluk dönemindeki çocukların SOY düzeyini değerlendiren ölçekler olsa da doğrudan çocukların SOY'u ölçmemekle birlikte, onların bakımından sorumlu yetişkinlerin SOY düzeyini değerlendirerek dolaylı yoldan çocukların sağlıkla ilgili bilgi, beceri ve tutumlarının geliştirilmesine katkı sağlamaktadır.

Ülkemizde çocuklara yönelik SOY, uzun yıllar doğrudan ölçülmeyen, ebeveyn veya öğretmenler aracılığıyla dolaylı olarak değerlendirilen bir alan olmuştur. Fakat son yıllarda yapılan ulusal düzeydeki araştırmalar, özellikle çocukluk döneminde sağlık bilgisine erişim, kavrama ve uygulama kapasitesinin geliştirilmesinin, uzun vadede toplum sağlığı açısından belirleyici olduğunu ortaya koymuştur. Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörler Araştırması (2024), Türkiye genelinde 9.541 birey üzerinde gerçekleştirilmiş ve toplumun yalnızca %46,1'inin yeterli veya mükemmel düzeyde SOY'a sahip olduğunu göstermiştir. Araştırma sonuçları, özellikle genç bireylerin ve ebeveynlerin sağlık bilgilerine ulaşmada, anlamlandırmada ve uygulamada çeşitli zorluklar yaşadığını ortaya koymuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024b). Bu veriler, çocukluk döneminde SOY'un güçlendirilmesine yönelik araştırmaların ve ölçme araçlarının geliştirilmesinin önemini açıkça ortaya koyar niteliktedir.

Literatür incelendiğinde, geliştirilmiş olan ölçeklerin erken çocukluk dönemindeki çocuklardan daha büyük yaş gruplarına yönelik olduğu (Altunoz ve Aygün, 2025; Genç vd., 2025; Kalkim vd., 2024; Ozturk Haney, 2018; Özvarış vd., 2022) ve özellikle erken çocukluk dönemine yönelik çocukların doğrudan SOY'u ölçen bir aracın olmadığı dikkat çekmektedir. Ancak SOY bilgisini çocuklar özelinde ölçmek metodolojik olarak güçlükler içermektedir. İncelenen çalışmalarda, çocukların sağlık davranışları üzerinde yalnızca SOY bilgi düzeyinin etkili olduğunu ileri sürmek sınırlı bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir; zira bu yaş grubundaki çocukların sağlık hizmetlerine erişim ve sağlıkla ilgili karar alma süreçlerinde

ebeveyn yönlendirmesine büyük ölçüde ihtiyaç duydukları vurgulanmaktadır. Bu nedenle, çocukların sağlıkla ilgili bilinçli davranışlar geliştirebilmeleri için ebeveynlerinin rol model olmalarının yanı sıra, okul ortamının desteği de kritik öneme sahiptir. Özellikle okul temelli sağlık eğitimi uygulamaları yoluyla çocukların SOY düzeylerinde olumlu değişimlerin sağlanabileceği öne sürülmektedir (Fleary vd., 2018). Bu doğrultuda, erken çocukluk dönemindeki çocukların gelişimsel özelliklerine uygun, görsel ve etkileşimli öğeler içeren ölçeklerin eksikliği, bu alanda yeni ölçüm araçlarının geliştirilmesini gerekli kılmaktadır.

1.2.4. Erken Çocukluk Döneminde Sağlık Okuryazarı Olmanın Önemi

SOY, bireyin güçlendirilmesinin merkezinde yer almaktadır. SO bireyler, sağlıkla ilgili kavramları ve bilgileri farklı durumlara uyarlayarak etkili ve üretken bir biçimde kullanabilme becerisine sahiptir. Bu yetkinlik, bireyin yalnızca sağlıklı yaşam biçimlerini tercih edebilmesini değil, aynı zamanda sağlığın politik, sosyal, çevresel ve ekonomik etmenlerine karşı bireysel ya da kolektif düzeyde eyleme geçebilmesini de mümkün kılar (Zarcadoolas vd., 2005). Çocukluk döneminde SOY'un geliştirilmesinin önemi uluslararası düzeyde kabul görmekte olsa da, bu gelişimin nasıl en etkili şekilde sağlanacağına dair bilgiler sınırlıdır. Çocukluk döneminin SOY'un geliştirilmesi için kritik bir fırsat sunduğunu ve ilkokulların bu gelişim için ideal ortamlar olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, etkili SOY eğitimi için iş birliği, bağlamsallaştırma, erişilebilirlik, özerklik, yansıtıcılık ve süreklilik temel özelliklerinin önemli olduğu belirtilmektedir. Bu özelliklerin dikkate alınması, gelecekteki SOY müdahalelerinin tasarımı ve uygulanması açısından yol gösterici olabilir (Otten vd., 2022).

Çocuklarda SOY becerileri gelişimsel dönemlere göre farklılık göstermektedir. Çizelge 1.6'da gelişimsel dönemlere göre SOY becerisi için öneriler verilmiştir. Bu doğrultuda, erken çocukluk döneminde okuma ve sayısal beceriler henüz yeterince gelişmediğinden, SOY daha çok sözel iletişim yoluyla desteklenmektedir. Bu yaş grubundaki çocukların vücut bölümlerini adlandırabilmeleri, doktorla konuşabilmeleri, ağrılarını ifade edebilmeleri ve ağrının yerini gösterebilmeleri temel kazanımlar arasında yer almaktadır. Okul çağına gelindiğinde çocukların okuma becerileri belirgin biçimde gelişmekte, bu sayede sağlıklı ve sağlıksız gıdaları ayırt edebilmekte, diş fırçalama veya fiziksel aktivite gibi önleyici sağlık davranışlarını anlamlandırıp uygulayabilmektedirler. Ek olarak bu dönemde çocuklardan doktora mevcut hastalık öykülerini aktarabilmeleri (sağlık iletişimi), astım inhaleri gibi bazı ilaçlarını kullanabilmeleri ve acil çağrı numaralarını doğru biçimde kullanabilmeleri

beklenmektedir. Ergenlik döneminde ise SOY daha karmaşık bir yapı kazanmakta olup bu dönemde de reçetesiz ilaçların endikasyonlarını anlama, astım eylem planları gibi hastalık planlarını uygulama ve risklere ilişkin sayısal verileri yorumlama (gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalık riski vb.) gibi daha üst düzey becerilerin önem kazandığı görülmektedir. Bunun yanında ergenlerin, geçmiş tıbbi öykülerini hekime aktarabilmeleri, tıbbi tedavilere onay verebilmeleri ve okul, toplum veya internet üzerinden güvenilir sağlık bilgilerine erişim sağlayarak danışmanlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri beklenen beceriler arasındadır. Dolayısıyla gelişimsel süreç boyunca SOY becerileri giderek çeşitlenmekte ve karmaşıklaşmaktadır. Bu durum çocukların ve gençlerin sağlıkla ilgili bilinçli kararlar alabilmeleri açısından kritik bir rol üstlenmektedir (Koç ve Vural, 2023).

Çizelge 1.6. Gelişimsel dönemlere göre sağlık okuryazarlığı becerisi için öneriler

Gelişim Evresi	Okuma Becerileri	Sözel / İfade Becerileri	Sayısal Beceriler	Navigasyon Becerileri
Küçük Çocuklar	Bu dönemde uygun değildir.	Vücut bölümlerini tanıma, hekimle iletişim kurma, ağrıya ilişkin duygu ve düşüncelerini aktarma, ağrının bulunduğu yeri gösterebilme	Bu dönemde uygun değildir	Bu dönemde uygun değildir
Okul Çağı	Sağlıklı–sağlıksız besinleri ayırt etme, diş fırçalama ve fiziksel etkinlik gibi koruyucu davranışları kavrama ve uygulama	Mevcut hastalık öyküsünü hekime aktarabilme, tedavi sürecine ilişkin bilgi sunabilme	Bazı ilaçların (örneğin; astım inhaleri) kullanımını öğrenme ve uygulama	Acil yardım numaralarını doğru biçimde kullanabilme
Ergenlik	Reçetesiz ilaçların kullanım amaçlarını anlama, astım eylem planını okuyup uygulayabilme	Geçmiş tıbbi öykü ve aile sağlık geçmişini hekime aktarabilme, özellikle cinsel sağlık konularında tedaviye onay verebilme	Sağlık risklerine ilişkin sayısal verileri yorumlayabilme (ör. gebelik ya da cinsel yolla bulaşan hastalık riski)	Okul, toplum ve internet kaynakları aracılığıyla güvenilir sağlık bilgilerine ulaşabilme, danışmanlık hizmetlerinden yararlanabilme

Sıfır-sekiz yaş arası olarak tanımlanan erken çocukluk dönemi, bireyin fiziksel, bilişsel, sosyal ve duygusal gelişiminin en hızlı olduğu ve ileriki yaşlardaki yaşam biçimlerinin temelinin atıldığı kritik bir dönem olup (Shonkoff ve Phillips, 2000) bu dönemde edinilen sağlıkla ilgili bilgi, beceri ve tutum, onların gelecekteki sağlıklarını doğrudan etkileyebilir. Dolayısıyla, yaşamın erken yıllarından başlamak üzere çocukların SOY becerileriyle

tanışması ve bu becerilerin geliştirilmesi, sağlıklı nesillerin yetişmesinde stratejik öneme sahip bir konumdadır. Her ne kadar SOY kavramı genellikle yetişkin bireylerle ilişkilendirilse de, yapılan araştırmalar bu becerinin temellerinin çocuklukta atıldığını göstermektedir. Nutbeam (2000) SOY'u fonksiyonel, etkileşimsel ve eleştirel olmak üzere üç düzeyde tanımlamıştır. Bu bağlamda çocuklar, aile ortamında, okul öncesi eğitimde ve medya aracılığıyla sağlıkla ilgili mesajlara maruz kalarak bu becerilerin ilk adımlarını atarlar. Özellikle beş yaşından itibaren çocuklar, sağlıkla ilgili temel bilgileri (örneğin ellerini yıkamanın neden önemli olduğu, sağlıklı besinlerin tanınması, diş fırçalamanın önemi gibi) öğrenmeye başlar. Bu yaşlarda kazanılan sağlık davranışları, ileriki yaşlarda da kalıcılığını koruyabilir (Borzekowski, 2009).

Bir toplumun sağlık düzeyinin yüksek olması, o ülkenin kalkınmışlık göstergelerinden biridir. Sağlıklı toplumlar aynı zamanda daha üretken ve sürdürülebilir yapılara sahiptir. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesiyle hem bireylerin hem toplumların hem de küresel düzeyde yaşayan insanların daha sağlıklı bir yaşam sürdürebileceği kabul edilmektedir. SOY düzeyinin yükselmesi, sağlıklı çocuk–sağlıklı aile–sağlıklı toplum döngüsünün güçlenmesine katkı sağlar. Sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin, hastalıklardan korunma ve sağlığı sürdürme konusunda daha bilinçli kararlar alabildiği, daha sağlıklı yaşam biçimlerini benimsediği ve sağlığı etkileyen kültürel, sosyal, ekonomik ve çevresel unsurlara karşı daha duyarlı olabildiği belirtilmektedir. Toplumda SOY düzeyi yüksek bireylerin sayısının artması, önce sosyal gelişmeleri destekleyecek, ardından küresel ölçekte daha olumlu sağlık sonuçlarının elde edilmesine zemin hazırlayacaktır. Bu durum, bireylerin SOY seviyelerinin değerlendirilmesi ve erken çocukluktan itibaren SOY eğitimlerinin planlı bir biçimde verilmesiyle mümkün olabilir (Gökoğlu, 2021). Çocuklara yönelik sağlık okuryazarlığı eğitim programlarında; kişisel, sosyal, duygusal, iletişimsel, dilsel, bilişsel ve okuryazarlık gibi pek çok gelişim alanının desteklenmesi hedeflenmelidir. Bu hedefler, bilinçli bir toplum oluşturmak, gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık risklerini azaltmak ve sağlıklı nesiller yetiştirmek açılarından büyük önem arz etmektedir (Şenyurt, 2021).

Yaşamın erken yıllarında çocuklara SOY kazandırmak, onların sağlık ile ilgili daha bilinçli kararlar almalarını sağlar. Sağlık bilgilerini doğru anlayabilen çocuklar, hastalıkları erken evrede tanıyabilir ve tedavi süreçlerine daha etkin katılabilirler. Bu, bireysel sağlıkları üzerinde olmasının yanı sıra aile sağlık harcamaları ve sağlık hizmetlerinin etkinliği üzerinde de olumlu etkiler yaratır (Güler, 2022).

Ebeveynlerin çocuklarının SOY'a katkıda bulunması, bu becerilerin yaşamın erken yıllarından itibaren gelişmesine ve pekişmesine yardımcı olmaktadır. Ebeveynlerin kendi

SOY düzeyleri, çocuklarının sağlıkla ilgili doğru kararlar almalarında ve sağlık hizmetlerine etkin erişim sağlayabilmelerinde belirleyici olarak öne çıkan bir faktördür. Aile içinde ebeveynlerin sağlık davranışlarına model olmaları ve sağlık bilgilerini günlük yaşam rutinlerine yansıtmaları, çocukların sağlık konularında daha bilinçli bireyler haline gelmelerine katkı sağlamaktadır. Bu süreç, uzun vadede çocukların ve aile sağlığının korunmasına ve geliştirilmesine destek olmaktadır (Çınar vd., 2018). Literatürde ebeveyn SOY düzeyinin çocuk sağlığı sonuçlarını doğrudan etkilediği gösterilmektedir. Ek olarak düşük SOY düzeyine sahip ebeveynlerin çocuklarında daha fazla yanlış ilaç kullanımı olduğu, yetersiz beslenme ve olumsuz sağlık çıktılarının daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Sanders vd., 2009b). Literatür incelendiğinde yürütülen araştırmaların, ebeveynlerin düşük SOY düzeylerinin çocukların sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz etkilediği (Yin vd., 2009) düşük SOY'a sahip ebeveynlerin çocuklarını acil servislere daha sık ve çoğu zaman acil olmayan nedenlerle getirdiklerini, özellikle ateşli hastalıklarda gereksiz başvuruların daha da arttığını ortaya koyduğu görülmektedir (Morrison vd., 2014a, 2014b).

Erken çocukluk yıllarında verilen SOY eğitimleri, çocukların sağlıklı yaşam alışkanlıkları geliştirmelerine önemli ölçüde yardımcı olmaktadır. Beslenme, hareket ve hijyen gibi temel sağlık konularında farkındalık kazanmak, onların ileriki yaşamlarında sağlıklı kalma becerilerini güçlendirmektedir. Bu erken dönemde kazanılan bilgilerin obezite ve diyabet gibi kronik hastalıkların önlenmesinde etkili olduğu belirtilmektedir. Ek olarak sağlığa dair etkinlikler ve sınıf içi uygulamalar, çocukların bilişsel gelişimini destekleyerek okul başarılarını da olumlu yönde etkilemektedir. Dil gelişiminin ilerlemesi, kelime hazinesinin genişlemesi ve okuryazarlık becerilerinin güçlenmesi, bu dönemde edinilen SOY becerilerinin doğal bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kazanımlar hem akademik performansı artırmakta hem de sağlıklı yaşam alışkanlıklarının yerleşmesine katkı sunmaktadır. Bu nedenle, okul öncesi dönemde sağlıkla ilgili temel bilgilerin öğrenilmesi, çocukların çeşitli hastalıklara karşı korunmalarında önemli rol oynamaktadır (Cengiz, 2023).

Okul öncesi dönemde çocukların SOY düzeyi, büyük ölçüde onların bilişsel gelişim aşamalarından ve içinde bulundukları çevresel koşullardan etkilenmektedir. Bu yaş grubundaki çocukların soyut kavramları anlamakta zorlanmalarından hareketle, sağlıkla ilgili içeriklerin sade, görsel öğelerle desteklenmiş ve günlük yaşamla ilişkilendirilmiş şekilde sunulması büyük önem taşımaktadır. Ebeveynlerin ve aile ortamının erken çocuklukta sağlık davranışlarını şekillendiren temel belirleyiciler arasında bulunduğu gösterilmektedir. Sağlıksız yiyeceklere ulaşmanın sınırlandırılması, sağlıklı seçeneklerin artırılması, ev içinde

olumlu etkinliklerin desteklenmesi ve ekran süresinin azaltılması gibi uygulamalar, bu dönemde SOY'un gelişmesine katkı sunan başlıca etmenler olmaktadır. Ek olarak okul öncesi dönemdeki çocukların bilgiyi anlama ve yorumlama becerileri henüz sınırlı olduğundan, onlara yönelik sağlık bilgilerinin basit açıklamalar, resimli materyaller veya animasyonlarla aktarılması önerilmektedir. Bu nedenle okul öncesi dönem, çocukların sağlık ile ilgili temel bilgi, beceri ve tutum kazandığı kritik bir gelişim aşaması olarak görülmektedir. Buna ek, ebeveyn desteği ile uygun eğitim yönlendirmelerinin SOY'un ilerlemesinde belirleyici bir rol oynadığını söylemek mümkündür (Koç ve Vural, 2023).

Okul öncesi eğitim kurumları, çocuklara SOY kazandırmada kritik bir role ve öneme sahiptir. Bu dönemde verilen sağlık temelli eğitimler, çocukların yaş ve gelişim düzeylerine uygun olarak sağlık bilgilerini anlamalarını, günlük yaşamlarına aktarmalarını ve erken dönemde sağlıklı davranışlar geliştirmelerini desteklemektedir. Erken çocukluk yıllarına yönelik sağlık eğitimi projelerinin çocukların sağlık bilgilerini ve sağlıkla ilgili tutumlarını olumlu yönde etkilediği yapılan araştırmalarca ortaya konulmuştur (Bruhn ve Parcel, 1982; Haikal, 1969). Benzer şekilde, bebeklikten okul öncesi döneme kadar uzanan süreçte geliştirilen programların, gelişimsel özellikler dikkate alınarak planlandığında sağlık davranışlarını güçlendirdiği görülmektedir (Lee ve Kim, 2005). Yenilikçi okul öncesi sağlık eğitim uygulamaları da çocukların sağlıkla ilgili bilinçlenmelerini desteklemekte, onların SOY'u erken dönemde pekiştirmektedir (Natsiopoulou vd., 2010). Literatürde ayrıca erken yaşta kazandırılan SOY becerilerinin ilerleyen yıllarda çocukların sağlıkla ilgili karar verme ve davranışlarını olumlu yönde etkilediği vurgulanmaktadır (Çınar vd., 2018; Sanders vd., 2009b).

SOY'a yönelik eğitimler çok küçük yaşlardan başlayarak çocuklara verilmelidir. Sağlığı geliştirme faaliyetlerini güçlendirecek doğrultuda okul öncesi eğitim programı aracılığıyla çocuklara sunulması gereken SOY eğitim programlarının gelişimsel sürekliliği sağlanmalı ve tüm eğitim disiplinlerinde (örneğin; fen, matematik, sosyal bilgiler, sağlık, vb.) SOY'a ilişkin eğitimler yer almalıdır (Abrams vd., 2009). SOY eğitimine erken yaşlarda başlamak ve okulların eğitim sistemleri içerisinde yer almasını sağlamak önemlidir (Bilir, 2014). DSÖ'nün, sağlıkta iyilik hâlini koruma ve geliştirme amacıyla bireylerin sağlık bilgisine ulaşma, bu bilgiyi anlama ve kullanma konusundaki isteklilikleri ile bilişsel ve sosyal becerilerini kapsayan bir yeterlik alanı olarak tanımladığı SOY (Yalçın Balçık vd., 2014) okul öncesi dönemde çocuklara onların bilişsel gelişimini destekleyen eğitim programları aracılığıyla kazandırılmalıdır (Oğuz ve Köksal Akyol, 2015). Ek olarak erken çocukluk yıllarında,

çocuklara yeni şeyler keşfetme ve inceleme fırsatı sunmak, çocukların meraklarını desteklemek, fikirlerini tartışmak ve öğrenme deneyimlerini kolaylaştıran ortamlar yaratması için fırsat vermek ve bilimsel süreç becerilerini farkında olarak kullanmalarını desteklemek önemlidir (Kavak ve Deretarla Gül, 2021).

Erken çocukluk döneminde verilen eğitim, çocukların tüm gelişim alanlarını desteklemesinin yanı sıra kendi başına yeterlik becerilerinin temelini oluşturur (Veziroğlu ve Gönen, 2012). Bu yaşlarda uygulanacak eğitim programlarında çocuk merkezli yaklaşımın özel bir öneme sahip olduğu; çocukların yaşlarına ve gelişimsel özelliklerine uygun biçimde hazırlanmış sağlık eğitiminin erken dönemde sunulması gerektiği vurgulanmaktadır (Çınar vd., 2018). Öğrenen merkezli eğitim anlayışının farklı kademelerde tartışıldığı eğitim sistemi içerisinde, okul öncesi düzeyde bu yaklaşım "çocuk merkezli eğitim" biçiminde karşılık bulmaktadır. Çocuk merkezli anlayışa göre tasarlanan okul öncesi eğitim programlarının belirli nitelikleri taşıması zorunludur. Bu programlar, çocukların gelişim düzeylerine uygun öğrenme ortamları oluşturmalı; tüm gelişim alanlarını destekleyen ve yaratıcılığı teşvik eden etkinliklere yer vermeli ve bu alanlar arasında dengeli bir yapı kurmalıdır. Ayrıca çocukların ilgi, gereksinim ve beklentilerinin dikkate alınması; onların kendi ilgi ve yeteneklerini fark edebilmeleri için çeşitlendirilmiş öğrenme yaşantılarının sunulmasını gerektirir. Bu yaklaşımın erken yaşlardan itibaren benimsenmesi, karar verebilen, aldığı kararların sonuçlarını üstlenebilen, sorumluluk sahibi ve kişisel-sosyal problemlere farklı çözümler üretebilen bireylerin yetişmesine önemli katkı sağlayabilir (Yaşar Ekici, 2015). Günlük yaşamda karşılaşılan problemlerin çözümünde bilimsel süreç becerilerinin kullanılması da oldukça işlevseldir. Çünkü bireyler günlük hayatta yeni bir şey öğrenirken, bu becerilerden gelişim düzeyleri ölçüsünde yararlanırlar (Bağcı Kılıç, 2003).

Çocukların ufuklarını genişletmeleri, dünyayı daha derin bir kavrayışla yorumlamaları ve sosyal anlayışlarını geliştirmeleri için kitaba gereksinimleri vardır. Çevrelerinin bir parçası olarak ilk tanıştıkları yayınlar olan resimli kitaplar, çocukların tüm gelişim sürecinde güçlü bir etkiye sahiptir. Özenle hazırlanıp doğru biçimde sunulduklarında, sözel anlatım ile görsel ifadenin uyumunu ortaya koyar ve çocuğa estetik bir deneyim sunarlar. Resimli kitaplar, erken çocukluk döneminde çocuğu hem dil hem de görsel unsurlarla destekleyerek gelişimini besler; hatta kimi zaman eleştirel bir bilinç kazanmalarına zemin hazırlar. Bunun yanı sıra kitapların, çocukların içsel çatışmalarını aşmalarına ve toplumsal yaşama uyum sağlamalarına yardımcı bir araç olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda yaratıcı düşünmenin gelişiminde de önemli bir rol oynadıkları vurgulanmaktadır (Veziroğlu ve Gönen, 2012). Eğitim sürecinde, okul öncesi

dönem çocukları için en etkili etkileşim türlerinden biri de resimli kitapları içeren etkileşimli kitap okuma etkinlikleridir. Etkileşimli kitap okuma, yetişkin-çocuk arasında aktif bir etkileşime dayalı birlikte kitap okuma aktivitesi olup, çocuğun okuma etkinliğine aktif katılımını sağlayan bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır (Efe ve Temel, 2018). Erken çocukluk dönemindeki çocuklara SOY ile ilgili verilecek eğitimde resimli öykü kitaplarından yararlanmak, bu kitapları etkileşimli olarak çocuklara okumak ve tüm bu süreci çocuk merkezli bir bakış açısıyla yürütmek çocukların sağlık ile ilgili bilgi edinip SO olmaları için temel oluşturabilir. Ek olarak bu program onların bu süreçte daha aktif olmalarını ve SOY ile ilgili eğitim sürecini verimli geçirmelerini sağlayabilir.

Çocukluk döneminde SOY'un kazanılması, çocukların küçük yaşlardan itibaren sağlık sorumluluğunu üstlenmesi ve olumlu sağlık davranışlarını kazanmasını sağlayacağı gibi aynı zamanda çocukların bu davranışları yetişkinlik döneminde de sürdürmesine katkı verecektir (Kann vd., 2007). Çocukların geleceğin yetişkinleri olarak toplumun bir üyesi olacağı düşünüldüğünde; çocuklara SOY kazandırma, yetişkinlik döneminde sağlık sorumluluğu üstlenme, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergileme ve sağlığı geliştirme çabalarının sürdürülmesi; toplumun sağlıklı olması açısından önemlidir. Çocukların aynı zamanda geleceğin ebeveynleri olacağı düşünüldüğünde gelecek nesillerin eğitilmesinde ve sağlıklı bireylerin yetiştirilmesinde bugünün çocuklarına SOY'un kazandırılması, olumlu sağlık davranışlarının küçük yaşlardan edinilmesi önem arz eden bir durum oluşturmaktadır (DeWalt ve Hink, 2009).

Halk sağlığı bakış açısıyla, SOY, sağlık geliştirme faaliyetlerinin doğrudan bir sonucu veya okul topluluğunda sağlık eğitiminin temel amacı olarak kabul edilmektedir (Ormshaw vd., 2013). Bu nedenle, erken çocukluk dönemindeki çocukların SOY'unu değerlendirmek üzere geliştirilmiş ölçüm araçlarının kullanımı, sağlık geliştirme programlarının etkililiğinin değerlendirilmesinde öncelikli olarak ele alınmalıdır.

Erken çocukluk döneminde SOY'un kazandırılması, çocukların hem kişisel sağlıklarını yönetmelerine hem de toplum sağlığına katkıda bulunmalarına yardımcı olur. Bu beceriler, çocukların yaşam boyu sağlıklarını koruyabilmeleri için temel bir araç sağlar ve SOY'un daha geniş bir kitleye yayılmasına katkıda bulunur. Ebeveynler, eğitimciler ve sağlık profesyonelleri, bu becerilerin çocuklara kazandırılması sürecinde kritik bir rol oynar ve toplum sağlığının iyileştirilmesine önemli bir katkı sağlar.

1.2.5. Çocuklara Sağlık Okuryazarlığı Kazandırma

Çocuklarda SOY'u artırmak ve sağlığa ilişkin bilinci güçlendirmek adına önerilen yaklaşımlardan biri, sağlık okuryazarlığının temellerinin erken çocukluk döneminde atılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu bakış açısına göre, çok küçük yaşlarda edinilen öğrenme deneyimleri, çocukların ilerleyen yıllardaki tutum ve davranışları üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Bunlar arasında özellikle küçük yaş grubuna yönelik eğitim programları, ebeveynler ve aile bireyleriyle kurulan etkileşimler, oyun deneyimleri, çocuklara yönelik medya içerikleri ve çocuk bakım süreçleri yer almakta olup, bu unsurların tamamında öğrenme fırsatlarının özenle desteklenmesi gerekmektedir (Çınar vd., 2018). Sonuç olarak, çocukların sağlıklarını geliştirebilmeleri için edinmeleri gereken bilgi ve beceriler sağlık eğitimi kapsamında ele alınırken, bu sürecin SOY yaklaşımı çerçevesinde yapılandırılması önem taşımaktadır. Çocuk ve ergenlerin kazanmaları gereken bilgi ve becerilerin açıklanmasının yanı sıra, bu bilgiye nasıl ulaşılacağı, bilgiyi anlama ve yorumlama süreçleri ile karar verme becerilerini geliştirecek şekilde kapsamın genişletilmesi gerekmektedir. Çocuk ve adolesanlara yönelik sağlık eğitiminin sağlık hizmetlerini, sağlığın korunmasını ve geliştirilmesini içerecek biçimde düzenlenmesi SOY'un güçlendirilmesine önemli katkı sağlayacaktır (Çoban ve Özcebe, 2018). Çocuklara yönelik SOY'u artırmaya yönelik müdahalelerin etkili olduğu da ortaya konmuştur. Hoffman vd. (2017) tarafından Guatemala City'deki 10 okulda öğrenim gören 210 çocukla yapılan araştırmada yapılan analizler sonucunda SOY düzeyinin artmasının alkol kullanımında azalmayla ilişkili olduğu bulunmuştur. Konuya ilişkin yapılan bir derleme ise SOY düzeyinin çocukların astım yönetimi ve ilaç uyumunu önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir (Tzeng vd., 2018). Bu nedenle SOY eğitimine erken yaşlarda başlanmalı ve okul eğitim sistemi içerisine dahil edilmelidir. Ayrıca, katılımcı bir eğitim anlayışıyla eğitim düzeyini yükseltmeye yönelik yeni yöntemler geliştirilmelidir (Bilir, 2014).

Eğitim ortamlarında SOY ile ilgili yapılan araştırmaların büyük bölümü, araştırma ve tartışmalarda NHES'i temel bir çerçeve olarak kullanmaktadır. Ortak komite tarafından geliştirilen yedi NHES'e göre çocukların ve ergenlerin belirli bilgi ve becerileri yerine getirmesi beklenmektedir.

- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ilişkin temel kavramları anlayabilmek,
- Sağlık bilgisine ve sağlığı destekleyen ürün ile hizmetlere erişme yeterliliğini göstermek,

- Sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulayabilmek ve sağlık risklerini azaltma becerisi sergilemek,
- Medya, kültür, teknoloji ve benzeri etkenlerin sağlık üzerindeki rolünü ve etkilerini çözümleyebilmek,
- Sağlığın desteklenmesi amacıyla kişiler arası iletişim becerilerini etkili bir şekilde kullanabilmek,Sağlığı geliştirmek için hedef belirleme ve karar verme becerilerini kullanma becerisini ortaya koymak,
- Kişisel, aile ve toplum sağlığı için savunabilme becerisini göstermektir (Çınar vd., 2018).

DSÖ ise gençler ile çocukların SOY ile edinmeleri gereken becerileri aşağıdaki gibi sunmuştur:

- Sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına ulaşabilme ve bu ortamlarda yönünü bulabilme,
- Verilen sağlık mesajlarını doğru şekilde anlayabilme,
- Sağlık bilgilerini sorgulayıp değerlendirdikten sonra bilinçli kararlar verebilme,
- Yeni durumlarla karşılaşıldığında sağlık bilgisi edinme ve bunu kullanabilme,
- Sağlıkla ilgili konularda ve kaygılar hakkında etkili iletişim kurabilme,
- Kendi sağlığını, başkalarının ve çevresinin sağlığını desteklemek amacıyla sağlık bilgisinden yararlanabilme,
- Sağlığı destekleyen davranış ve tutumlar geliştirebilme,
- Gereksiz riskli sağlık davranışlarından uzak durabilme,
- Kendi düşünce ve davranışlarının farkında olabilme,
- Bedensel belirtileri tanıyıp değerlendirebilme,
- Etik değerlere uygun ve toplumsal sorumluluk bilinciyle davranabilme,
- Yaşam boyu öğrenmeye açık olup kendi öğrenme sürecini yönetebilme,
- Toplumsal sorumluluk duygusunu geliştirerek hedeflerine ulaşma kapasitesine sahip olma,
- Sağlığı etkileyen toplumsal, ekonomik, kültürel ve siyasal etmenleri kavrayabilme (Şenyurt, 2021).

SO bireylerin, günlük yaşamda ya da sağlık hizmetleri bağlamında sağlıkla ilgili karar verme gerektiren durumlarla karşılaştıklarında belirli eylemleri gerçekleştirebilmeleri beklenir. Bu bağlamda, çocuklar ve gençler, sağlık bilgilerine (ayrıca sağlık hizmetlerine, bilgiye, tutumlara ve uygulamalara) ulaşma, bu bilgileri işleme ve değerlendirme süreçlerine aktif ve bilinçli bir şekilde katılan özne-aktörler olarak görülmektedir. Elde edilen bilgiler, sağlık temelli karar alma süreçlerinde etkin biçimde kullanılabilir ve bu durum, çocukların veya gençlerin SOY'un doğrudan çıktısını gözlemlemek ya da ölçmek için bir temel sağlar (Paakkari ve Paakkari, 2012). Fok ve Wong (2002) yalnızca sağlık bilgisiyle ilgili görevleri değil, çocukların dahil olduğu fiziksel ve psikososyal etkinliklerle ilgili eylemleri de kapsayan bir bakış açısı sunmaktadır. Yazarlar, çocukların kişisel hijyen, duygusal denge, okul yaşamından haz alma ve çeşitli durumlarla başa çıkabilme gibi nitelikleri kazandıklarında SO olarak değerlendirilebileceğini ifade etmektedir.

Çocuklarda SOY düzeyinin düşük olması, olumsuz sağlık davranışlarının daha sık görülmesine neden olmaktadır. Çocuğun gelişimsel özellikleri, sağlık bakımına ilişkin bilgi ve beceri düzeyini etkilediği gibi SOY düzeyini de doğrudan şekillendirebilir. Çocukluk döneminde kazanılan davranışların yetişkinlikte de etkisini sürdürdüğü düşünüldüğünde, çocuklara yönelik hazırlanan SOY eğitim programlarının onların sağlık okuryazarlığını geliştirmede ve olumlu sağlık alışkanlıkları kazandırmada önemli bir role sahip olacağı anlaşılmaktadır (Çınar vd., 2018). Bu nedenle, çocukların gelişimsel dönemlerine uygun olarak kazanmaları gereken SOY becerilerinin sağlık eğitimi içeriklerine dahil edilmesi gerekmektedir. Erken çocukluk yıllarından başlayarak çocukla etkileşim hâlinde olan yetişkinlerin, çocuğun SOY'unu nasıl destekleyebileceklerine ilişkin bilgi sahibi olmaları önem taşımaktadır. Sağlığın korunması ve SOY'un artırılmasına yönelik yöntemlerin yanı sıra, çocuklara hitap eden kitaplar, broşürler ve internet kaynaklarının kullanımı da etkili olmaktadır. Bu materyallerin çocukların yaşına, fiziksel, ruhsal ve bilişsel gelişim düzeyine, ilgilerine ve öğrenme gereksinimlerine uygun biçimde seçilmesi gerekir. Erken çocukluk döneminde çocuklar henüz okuma yazma bilmedikleri için kitapları anlamlandırmaları büyük ölçüde resimler aracılığıyla gerçekleşmektedir. Bu sebeple, bu yaş grubu için resim ağırlıklı ve resim-metin uyumu güçlü olan kitaplar tercih edilmelidir (Çoban ve Özcebe, 2018). Çocukların sağlıkla ilgili öğrenme süreçlerinde pasif konumda kalmamaları, aksine daha iyi anlamalarını ve sağlıklı davranışlar geliştirmelerini kolaylaştıracak etkileşimli bir öğrenme ortamının sağlanması önemlidir (Borzekowski, 2009). Yapılan çalışmalar, SOY düzeyinin düşük olduğu çocuk ve yetişkinlerde olumsuz sağlık davranışlarının daha yaygın olduğunu, sağlık bilgisinin sınırlı kaldığını ve sağlık sonuçlarının daha kötü seyrettiğini ortaya

koymuştur. Buna ek olarak, düşük SOY düzeylerinin sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanılmasına ve sağlık bakım maliyetlerinin artmasına da yol açtığı belirtilmektedir. Bu nedenle SOY'un yükseltilmesi için okul ortamındaki eğitimle birlikte desteğin erken yaşlarda başlaması gerektiği vurgulanmaktadır (Berkman vd., 2011; Çınar vd., 2018; DeWalt vd., 2004; DeWalt ve Hink, 2009; Sezgin, 2014; Yılmazel ve Çetinkaya, 2016; Yin vd., 2009). Çocuklar için yaşa ve gelişim düzeyine özgü bir SOY anlayışının benimsenmesi gerektiği desteklenmektedir (Bröder vd., 2017). Paakkari ve Paakkari (2012) okullarda SOY'a ilişkin öğrenme ortamları planlanırken çocukların yaşa özgü ihtiyaç ve özelliklerinin göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamıştır. Eğitim ortamlarında etkili SOY kazanımı için bunun temel bir ilke olduğunu savunarak SOY'un okul eğitiminin bir çıktısı olarak ele alınması gerektiğini desteklemişlerdir.

SOY, okuryazarlık becerileri ile sağlık sonuçları arasındaki güçlü bağlantıları ortaya koymuş ve bu nedenle dezavantajlı grupların sağlığını iyileştirmek ve toplumsal eşitsizlikleri azaltmak için kilit bir strateji olarak kabul edilmiştir. Ancak mevcut araştırmalar büyük ölçüde yetişkinler ve sağlık sistemi içinde yürütülen uygulamalara odaklanmıştır. Sağlık sektörü dışındaki uygulama çalışmaları ise oldukça sınırlıdır. Çocuklara yönelik sağlık eğitimi faaliyetlerine ailelerin katılımının yalnızca çocukların değil, aynı zamanda ebeveynlerin SOY'unu da artırdığını ve sağlık hizmeti kullanımını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Sonuçlar, okulların eğitim yoluyla SOY'un geliştirerek sağlık eşitsizliklerini kırmada önemli bir rol oynayabileceğini ortaya koymaktadır (Flecha vd., 2011). Erken yaşta çocukların büyük bölümü zamanlarının önemli bir kısmını okul öncesi eğitim kurumlarında geçirir. Bu ortamlar, SOY eğitimine entegre edilebilecek ideal alanlardır. Araştırmalar, okul öncesi eğitim programlarına sağlık eğitiminin eklenmesinin çocukların hijyen, beslenme ve ağız sağlığına ilişkin davranışlarını olumlu yönde geliştirdiğini göstermektedir (Ashraf vd., 2021; Natapov vd., 2021; Özyürek vd., 2016; Yılmaz vd., 2024). Örnek verilecek olursa, okul temelli el yıkama uygulamaları çocuklarda sabun kullanma alışkanlığını artırmış ve böylece hastalığa bağlı devamsızlık durumlarını da azaltmıştır (Bowen vd., 2007; Rosen vd., 2006). Benzer olarak, okul öncesi döneme uyarlanmış beslenme ve fiziksel aktivite programlarının, çocukların meyve-sebze tüketimini artırdığı ve sağlıklı yeme davranışlarını desteklediği bildirilmekte (Wardle vd., 2003), okul öncesi eğitim kurumlarında yürütülen gözetimli diş fırçalama programları da çürük oranlarının düşmesine ve ağız sağlığının iyileşmesine katkı sağladığı belirtilmektedir (Davies vd., 2002). Tüm bu bulgular, okul öncesi eğitim kurumlarında verilen sağlık eğitiminin çocukların günlük sağlık davranışlarını geliştirmede önemli role sahip olduğunu göstermektedir. Ek olarak sağlık içeriklerinin görseller, oyunlar ve hikâyeler aracılığıyla sunulması, çocukların bilgiye daha kolay ulaşmasını ve bunu

anlamlandırmasını kolaylaştırmaktadır (Borzekowski ve Rickert, 2001).

Çocukların sağlık ile ilgili tutum ve davranışlarını en güçlü biçimde şekillendiren çevresel etmen, aile ortamıdır. Ebeveynlerin SOY düzeyi, çocukların sağlıklı yaşam alışkanlıkları geliştirmesinde doğrudan belirleyici bir rol oynar (Sanders vd., 2009a). Bu nedenle ailelere yönelik SOY programlarının hazırlanması ve ebeveynlere çocuklarının sağlık gelişimini destekleyecek bilgilerin açık, sade ve anlaşılır biçimde sunulması önem arz edtmektedir (Yin vd., 2009). Ek olarak ev içinde sağlık ile ilgili olumlu davranışların sergilenmesi (düzenli el yıkama ya da sağlıklı beslenme vb.) çocuklar adına güçlü bir model oluşturur (Bandura, 1986).

Çocuklara SOY kazandırmak, onların yaşam boyu sürecek sağlıklı davranışlar geliştirmelerinde ve bilinçli sağlık kararları vermelerinde temel rol oynamaktadır. Erken çocukluk yıllarında edinilen bu beceriler, bilişsel ve duygusal gelişimin desteklenmesinde etkili olmaktadır. Bu süreçte kullanılan yöntemler, çocukların öğrenme tarzlarına uygun entegre yaklaşımlar gerektirir. Okul öncesi eğitim de çocukların sağlıklı yaşamla ilgili bilgileri sistematik öğrenebilecekleri bir ortam sunmaktadır. Literatür incelendiğinde bu alandaki uygulamalara dair birçok başarılı örnek mevcuttur. Bunlar aşağıda detaylı ele alınmıştır.

- **Oyun Temelli Öğrenme Yaklaşımları:** Yaşamın erken yıllarında öğrenme en etkin şekilde oyun aracılığıyla gerçekleşir. Sağlık ile ilgili bilgilerin oyunlar yoluyla sunulması, hem çocukların ilgisini artırmakta hem de öğrenilen bilgilerin kalıcı olmasını sağlamaktadır. Oyun temelli materyallerin, çocukların sağlık konularını anlama düzeyini belirgin şekilde geliştirdiği gösterilmiştir. Hikâye kitapları, drama ve rol yapma etkinlikleri gibi uygulamalar çocukların sürece daha aktif katılmasını sağlayarak kavramların içselleştirilmesini kolaylaştırmaktadır (Linebarger ve Piotrowski, 2009; Staiano ve Calvert, 2011). Oyun tabanlı öğrenme, çocuklara sağlık bilgisini eğlenceli bir deneyimle sunarken, bunun yanında süreci interaktif hale getirir. Örnek verilirse, "AHlam Na 2.0" adlı mobil oyunun, ergenlerde sağlık farkındalığını artırdığı belirlenmiştir (Caliston, 2025). Bu tür oyunlar çocukların hem eğlenmesine hem de sağlıkla ilgili bilgi kazanmalarına yardımcı olur. Rol yapma etkinlikleri ya da sağlık temalı masa oyunları gibi uygulamalar, çocukların sağlıkla ilgili durumları canlandırmalarına, problem çözme becerilerini geliştirmelerine ve kavramları uygulamalı olarak öğrenmelerine imkân tanır. Oyun temelli yaklaşımlar, çocukların öğrenme sürecine aktif katılımını desteklerken bilgilerin daha kalıcı şekilde zihinde yer etmesini sağlar (Auld vd., 2020; Finánczvd., 2023; Vamos vd., 2020).

- **Görsel ve İşitsel Materyallerin Kullanımı:** Çocuklar görsel uyaranlara oldukça açıktır. Bu nedenle resimli kitaplar, çizgi filmler, afişler ve eğitici videolar gibi materyaller, sağlıkla ilgili mesajların çocuklara etkili bir şekilde iletilmesinde önemli bir yer tutar. Çocuklara yönelik medya içeriklerinin, özellikle sağlıklı beslenme ve kişisel hijyen gibi alanlarda, olumlu davranış değişiklikleri oluşturduğu belirtilmektedir. Bununla beraber, bu materyallerin yaşa uygun, pedagojik açıdan doğru yapılandırılmış ve bilimsel doğruluk taşıyan içeriklerden oluşması büyük önem arz eder (Borzekowski, 2009). Hikâye kitapları ve okuma etkinlikleri, sağlık konularını eğlenceli ve anlaşılır bir şekilde aktarmanın etkili yollarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocuklara yönelik bilimsel dergiler ve kitaplar, onların sağlık bilgisine erişimini destekler. Örneğin; "Science Journal for Kids", bilimsel içerikleri çocukların anlayabileceği biçimde sunarak bilimsel düşünme becerilerini geliştirmelerine katkıda bulunmaktadır (Science Journal for Kids, 2021). Bu tür kaynaklar, çocukların SOY düzeylerini artırmada değerli araçlardır. Resimli hikâyeler, interaktif anlatımlar ve görsel ders materyalleri, sağlıkla ilgili temel kavramların eğlenceli ve kolay anlaşılabilir bir yolla öğrenilmesini sağlar. Özellikle hijyen, beslenme ve fiziksel aktivite gibi konuları somut örneklerle sunmaları, bilgilerin çocukların zihninde daha kalıcı şekilde yerleşmesine yardımcı olur (Bröder vd., 2017).
- **Okul Öncesi Eğitim Programlarına Entegrasyon:** SOY becerileri, okul öncesi kurumlarda günlük rutinlere yerleştirilerek çocuklara doğal bir şekilde kazandırılabilir. SOY'un okul öncesi programlara dahil edilmesi, çocuklarda erken dönemde sağlık bilgisi ve buna bağlı davranışların gelişmesine yardımcı olmaktadır. Yürütülen araştırmalar, sağlık eğitiminin sabah rutinlerine el yıkama, sağlıklı atıştırmalık seçimi ya da diş fırçalama gibi günlük uygulamalarla birlikte sunulmasının, çocukların sağlıkla ilgili bilgi ve tutumlarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (Bruhn ve Parcel, 1982; Haikal, 1969; Lee ve Kim, 2005). Ek olarak güncel ve yenilikçi okul öncesi sağlık eğitimi programlarının sadece bilgi aktarmakla sınırlı olmadığı; çocuklarda problem çözme, eleştirel düşünme ve işbirliğine dayalı çalışma gibi daha ileri düzey bilişsel ve sosyal becerileri de desteklediği görülmektedir (Natsiopoulou vd., 2010).
- **Aile Katılımı ve Ebeveyn Eğitimi:** Ebeveynlerin, çocuklarının SOY gelişimine aktif biçimde katılması, sürecin etkisini belirgin ölçüde artırır. Okullarda yürütülen sağlık eğitimi programlarının ailelere de aktarılması ve ebeveyn–çocuk etkileşimli birlikte katılım içeren etkinliklerin düzenlenmesi, ev içinde sağlık bilincinin yerleşmesine katkı sunar. Bu bütüncül yaklaşım, çocukların okulda öğrendiklerini evde tekrar etmelerine olanak tanıyarak SOY'un sürdürülebilirliğini destekler (Auld vd., 2020; Bröder vd., 2017; Vamos

vd., 2020). Aileler, çocukların sağlık davranışlarının gelişmesinde temel role sahiptir. Sanders vd. (2009a), ebeveynlerin SOY düzeyinin çocukların sağlıkla ilgili tutumlarını doğrudan etkileyen bir unsur olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, ailelere yönelik bilgilendirici ve destekleyici programların önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Tüm bu bilgiler doğrultusunda ebeveynlere yönelik rehber materyallerin sunulması, aile katılımlı okul etkinliklerinin düzenlenmesi ve evde uygulanabilir küçük sağlık uygulamaları yardımıyla çocukların bilinçlendirilmesi önerilmektedir. Bu uygulamalar, çocuklarda öğrenilen bilgilerin ev ortamında da pekişmesini sağlar. Ebeveynlerin ve toplumun SOY'a katılımı, çocukların öğrenmelerini destekleyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. "Reach Out and Read" gibi programlar, ebeveynleri çocuklarıyla birlikte okumaya teşvik ederek aile içi etkileşimi ve öğrenmeyi artırmaktadır (Reach Out and Read, 2021).

- **Sağlık Profesyonellerinin Etkileşimi:** Çocukların SOY becerilerinin gelişiminde sağlık çalışanlarının kurduğu etkili iletişim önemli bir rol oynar. Morrison vd. (2019), çocukların sağlık hizmeti sunucularıyla kurduğu olumlu ilişkilerin, onların sağlık sistemine duydukları güveni artırdığını ve verilen mesajları daha kolay benimsemelerine yardımcı olduğunu vurgulamaktadır. Çocuk dostu sağlık ortamlarının hazırlanması ve sağlık kontrolleri sırasında çocuklara anlaşılır bilgiler verilmesi, bu olumlu etkileşimin önemli bir parçasını oluşturur.
- **Dijital Uygulamalar ve Etkileşimli Teknolojiler:** Günümüzde dijital araçlar, çocuklara SOY kazandırmada önemli bir destek alanı haline gelmiştir. Mobil uygulamalar ve etkileşimli internet platformları, çocukların yaşlarına uygun içeriklere ulaşmasını kolaylaştırmakta ve öğrenme süreçlerini teknolojiyle uyumlu bir şekilde ilerletmektedir. Çeşitli araştırmalar, dijital teknolojilerin sağlık iletişiminde etkili olduğunu, bireylerin sağlık bilgisine erişimini artırdığını ve olumlu davranış değişikliklerini desteklediğini ortaya koymaktadır (Holmes vd., 2019; Hu, 2015; Wright, 2020). Bununla beraber bu teknolojilerin ne kadar etkili olacağı, bireylerin SOY düzeyiyle yakından ilişkilidir; SOY'u yüksek olan kişiler bu araçlardan daha fazla yararlanırken, düşük düzeyde olanlar için eşitsizlik riskleri devam etmektedir (Manganello vd., 2017).

Yaşamın erken yılları, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının oluştuğu ve SOY'un temelinin atıldığı kritik bir gelişim evresidir. Buna rağmen, sekiz yaş altındaki çocukların SOY düzeylerine odaklanan çalışmaların oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. 2013–2022 yılları arasında yayımlanan 12 ampirik çalışma incelendiğinde, erken çocukluk dönemine yönelik SOY araştırmalarının farklı boyutlara yoğunlaştığı anlaşılmaktadır. Beslenme okuryazarlığı

açısından, çocukların sağlıklı beslenme ile genel sağlık arasındaki ilişkiyi kavrayabildiği ve obezitenin sonuçlarının farkında olabildiği görülmüştür. Ağız sağlığına yönelik alışkanlıkların ise ebeveynlerin bilgi düzeyi ve davranışlarıyla yakından bağlantılı olduğu dikkat çekmektedir. Sağlık hizmetleri bağlamında çocukların, kendi sağlıklarıyla ilgili karar alma süreçlerine aktif biçimde katılabildiği de bulgular arasında yer almaktadır. Erken çocukluk döneminde SOY'un ne şekilde geliştiğini anlamak, bu yaş grubuna yönelik sağlık eğitimi ve sağlık geliştirme çalışmalarının planlanmasında büyük önem taşımaktadır. Özellikle görsel destekli hikâyeler ve resim temelli mesajlar, bu yaş grubunda hem ölçüm sürecini kolaylaştırmakta hem de SOY gelişimini destekleyen etkili araçlar olarak kullanılmaktadır (Banfai-Csonka vd., 2022).

SOY'un gelişimi sadece bireysel değil, toplumsal düzeyde de desteklenmelidir. Kamu politikaları, özellikle dezavantajlı bölgelerde çocuklara ve ailelere yönelik sağlık eğitimi kampanyaları ve kaynakları sunmalıdır (Kickbusch vd., 2005). Erken müdahaleler, sağlık eşitsizliklerinin önüne geçmekte etkili olabilir. Sonuçta, çocuklara SOY kazandırma süreci, çok yönlü ve işbirlikçi bir yaklaşımla yürütülmelidir. Çocuklara erken yaşta SOY kazandırmak, onların sağlıklı yaşam alışkanlıklarını edinmelerinde ve yaşam kalitelerinin artırılmasında kritik bir yatırım olarak görülmelidir. Oyun temelli etkinliklerden dijital araçlara, okul öncesi eğitimden aile katılımına kadar birçok yöntem bu süreçte etkili olabilir. Literatür, bu yöntemlerin çocukların sağlık bilgisi ediniminde ve bu bilgilerin günlük yaşamdaki davranışlara dönüşmesinde yüksek oranda etkili olduğunu göstermektedir. Eğitsel materyaller, oyun temelli yaklaşımlar, teknolojik entegrasyon, ebeveyn-okul iş birliği ve uygulamalı atölye çalışmaları gibi entegre yöntemler, çocukların SOY'unu etkili şekilde geliştirmektedir. Bu yöntemlerin bir arada kullanılması, çocukların bilgiyi yalnızca öğrenmesini değil, aynı zamanda uygulamaya da geçirmesini sağlayarak uzun vadeli sağlık davranışlarının oluşmasına katkıda bulunur. Bu nedenle eğitimciler, ebeveynler ve sağlık profesyonelleri bu alandaki uygulamaları çocukların gelişim düzeyine uygun şekilde planlamalıdır (Banfai-Csonka vd., 2022; Kickbusch vd., 2013; Molster vd., 2025; Van Boxtel vd., 2024) .

Son yıllarda SOY kavramı, yalnızca yetişkin bireylerin değil, çocukların da yaşam kalitesini ve sağlıkla ilgili davranışlarını etkileyen önemli bir değişken olarak ele alınmaya başlanmıştır. Özellikle erken yaşlarda kazanılan sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve becerilerin, bireylerin ileriki yaşamlarında sağlık hizmetlerini doğru şekilde kullanma, sağlıklı yaşam biçimlerini benimseme ve kronik hastalıkları önleme konularında belirleyici olduğu belirtilmektedir (Bánfai-Csonka vd., 2022; Van Boxtel vd., 2024). Bu doğrultuda, çocuklara

yönelik SOY yaklaşımlarının farklı ülkelerde gelişim gösterdiği ve eğitim ile sağlık politikalarına entegre biçimde ele alındığı görülmektedir. Literatürde SOY'un uzun süre yetişkin bireyler veya ergenler üzerine odaklandığı, ancak son yıllarda çocukluk döneminde bu becerinin desteklenmesi gerektiğine dair farkındalığın giderek arttığı vurgulanmaktadır (Bánfai-Csonka vd., 2022; Bröder vd., 2017; Otten vd., 2022). Özellikle okul öncesi dönemde kazanılan sağlık bilgisi, çocuğun çevresel risklere karşı duyarlılığını artırmakta; hijyen, beslenme ve güvenlik gibi temel alanlarda bilinçli davranışlar geliştirmesini sağlamaktadır (Bruhn ve Parcel, 1982; Haikal, 1969; Lee ve Kim, 2005; Natsiopoulou vd., 2010; Otten vd., 2022). Bununla birlikte, çocuklara yönelik sağlık eğitiminin, onların gelişimsel özelliklerine uygun, eğitsel ve kültürel açıdan duyarlı yöntemlerle sunulması büyük önem taşımaktadır.

Uygulama örneklerine bakıldığında, Avustralya'da geliştirilen HealthLit4Kids programı, çocuklara yönelik sistematik ve okul temelli bir SOY girişimi olarak öne çıkmaktadır. Bu program, SOY'u hem sınıf içi etkinliklerle hem de topluluk katılımı ile güçlendirmeyi hedeflemektedir. Program kapsamında çocuklar, öğretmenler ve ebeveynler birlikte çalışarak sağlıkla ilgili bilgi üretmekte ve paylaşmakta; çocukların kendi sağlıkları üzerindeki düşünme becerilerini geliştirmeleri desteklenmektedir (Nash vd., 2018). Öte yandan, Almanya'da yapılan temsili bir araştırma, dijital SOY'un çocuk ve ergenler arasında giderek daha önemli hale geldiğini ortaya koymuştur. Bu çalışmada, sosyo-demografik faktörlerin dijital SOY'un anlamlı biçimde etkilediği, özellikle düşük sosyoekonomik düzeye sahip çocuklarda bu becerilerin sınırlı olduğu belirlenmiştir (Stauch vd., 2025).

Eğitim alanında ise okul temelli SOY uygulamaları giderek yaygınlaşmakta; SOY, temel bir öğrenme çıktısı olarak tanımlanmaktadır. Paakkari ve Paakkari (2012), SOY'u yalnızca bilgi edinme süreci olarak değil; aynı zamanda eleştirel düşünme, etik duyarlılık ve karar verme becerilerinin gelişimiyle ilişkilendirmektedir. Bu bütüncül yaklaşım, okul müfredatlarına SOY'un entegrasyonunu gerekli kılmakta, SOY'u çocuk gelişiminin temel bir bileşeni olarak kabul edilmesini sağlamaktadır. Günümüzde SOY, yalnızca bireysel bir beceri olarak değil, aynı zamanda dijital eşitlik, eğitim politikaları ve çocuk haklarıyla doğrudan ilişkili küresel bir kalkınma alanı olarak ele alınmaktadır. Bu kapsamda, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) (2024)'in öncülüğünü yaptığı "Giga" girişimi ile dünya genelindeki tüm okulların internete bağlanması hedeflenmekte ve çocukların dijital sağlık bilgilerine erişimleri artırılmaktadır. Bu girişim, özellikle düşük kaynaklı ülkelerde bilgiye erişim eşitsizliklerini azaltarak SOY'unun dijital bileşenini güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Aynı şekilde UNICEF "Dijital Bir Dünyada Çocukluk" raporunda, çocukların dijital ortamda

sağlık bilgilerine erişimlerinde karşılaştıkları riskler, yanlış bilgiyle başa çıkma becerileri ve dijital medya okuryazarlığının sağlıkla ilişkisi vurgulanmaktadır (UNICEF, 2025). Diğer yandan, DSÖ ve Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) öncülüğünde gerçekleştirilen "Sağlık Dostu Okullar" girişimi kapsamında, 90'dan fazla ülkede okul ortamlarının sağlık bilgisiyle donatılarak çocuklara bütüncül bir SOY ortamı sunulması amaçlanmaktadır. Bu program; fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme, duygusal iyilik hâli ve hijyen gibi çoklu alanlarda okulların SOY'u destekleyici kurumlara dönüşmesini hedeflemektedir (WHO ve UNESCO, 2021).

Bahsi geçen küresel girişimler, yalnızca çocukların bireysel sağlık bilgilerinin artırılmasına değil; aynı zamanda okul, aile ve toplum düzeyinde sürdürülebilir sağlık davranışlarının yerleşmesine katkı sunmaktadır. Böylece SOY, dijitalleşen dünyada çocukların doğru bilgiye ulaşması, bunu değerlendirmesi ve yaşamlarında uygulaması için vazgeçilmez bir beceri hâline gelmiştir.Sonuç olarak, çocuklarda SOY'a ilişkin küresel gelişmeler, sadece bireysel düzeyde değil; eğitim, sağlık politikası ve toplumsal yapıların bütününde dönüşümü gerektiren çok boyutlu bir alana işaret etmektedir. Kültürel, dijital ve sosyoekonomik bağlamlar göz önünde bulundurularak geliştirilen modeller ve programlar, çocukların sağlıkla ilgili bilgiye erişimini, bilgiyi anlamlandırmasını ve yaşamına entegre etmesini desteklemeyi hedeflemektedir. Bu kapsamda Türkiye'de geliştirilecek çocuk odaklı SOY yaklaşımları da, uluslararası deneyimlerden beslenerek yapılandırılmalıdır (Gürhan ve Seyran, 2023; Kalaycı Oflaz, 2021).

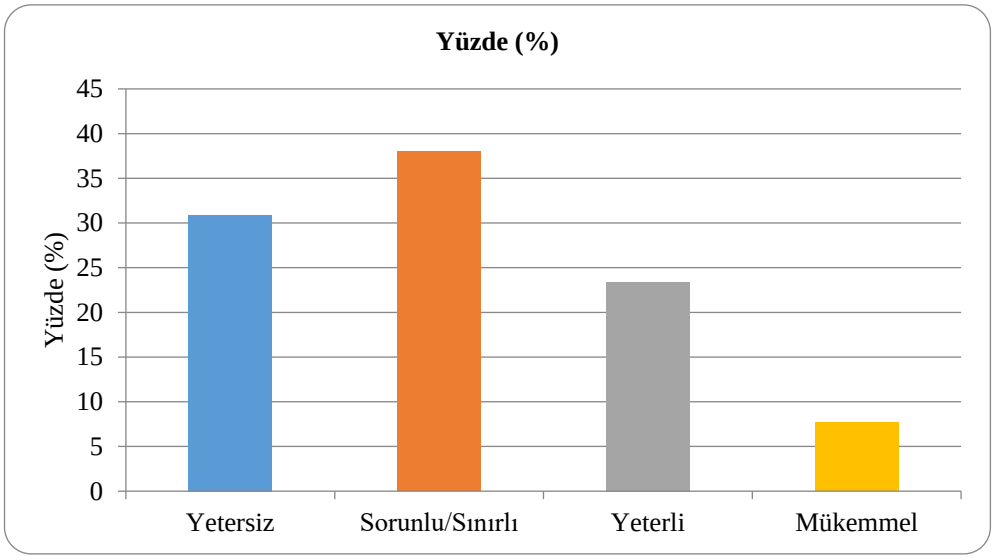
Türkiye'de SOY çalışmalarına bakıldığında ise başlangıçta yetişkin bireyler üzerine odaklanıldığı, çocuklara yönelik girişimlerin ise oldukça sınırlı kaldığı görülmektedir. Ancak son yıllarda hem ulusal sağlık politikalarında hem de literatürde çocuklara yönelik SOY alanında kayda değer gelişmeler yaşanmıştır. Özellikle erken çocukluk döneminde kazanılan SOY becerilerinin ileriki yaşamda sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesine katkı sunduğu çeşitli çalışmalarda vurgulanmıştır (Çınar vd., 2018).

MEB ile T.C. Sağlık Bakanlığı iş birliğinde yürütülen "Beyaz Bayrak Projesi" ve "Beslenme Dostu Okullar Programı" gibi uygulamalar, Türkiye'de okul temelli sağlık geliştirme politikalarının temel yapı taşları arasında yer almaktadır. Bu programlar, okul ortamlarını daha sağlıklı hale getirmeyi, hijyen, temizlik, sağlıklı beslenme ve bedensel aktivite ile ilgili konularda çocuklar ve okul personelinde farkındalık oluşturmayı hedeflemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019). Özellikle 2010

yılında imzalanan protokollerle güçlendirilen ve eğitim-öğretim kurumlarında uygulamaya konan bu programlar, temizlik standartlarının geliştirilmesi, obeziteyle mücadele ve sağlıklı yaşam biçimlerinin teşviki gibi konulara odaklanmaktadır (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2016).

Uygulamalar, her ne kadar çocukların sağlıkla ilgili bilgi düzeylerini artırma ve sağlıklı davranışları destekleme açısından olumlu katkılar sunsa da, doğrudan bir SOY eğitimi sunmamakta; eleştirel düşünme, sağlık bilgisini değerlendirme ya da bireysel sağlık kararları alma gibi bilişsel becerileri kapsamamaktadır. Dolayısıyla bu programlar, SOY'u geliştirmekten ziyade, bilgi aktarımına ve çevresel düzenlemeye dayalı müdahaleler olarak değerlendirilmektedir. SOY'un yalnızca bilgi edinme değil; bilgiye ulaşabilme, bilgiyi anlayabilme, değerlendirebilme ile sağlık kararlarını uygulayabilme sürecini kapsadığı düşünüldüğünde, bunun gibi programların okullarda uygulanan sağlık politikalarının içine entegre edilmesi, çocukların bu becerilerle sistematik olarak donatılması açısından önem arz etmektedir (Bröder vd., 2017).

Bu bağlamda, "Beyaz Bayrak" ve "Beslenme Dostu Okullar" gibi mevcut uygulamaların SOY'a dayalı becerileri hedefleyen eğitim içerikleriyle desteklenmesi, çocukların pasif bilgi alıcısı olmaktan çıkıp sağlıkla ilgili konularda bilinçli ve aktif bireyler olarak yetişmelerini sağlayacaktır. Aynı zamanda bu uygulamaların etkililiği, çocuklara yönelik SOY ölçekleri ile değerlendirilmeli; sadece davranış çıktıları değil, bilişsel ve karar verme becerileri de izlenmelidir. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 2014 ve 2023 tarihli Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Araştırmaları, çocukları kapsamamakla birlikte ebeveynlerin SOY düzeyini analiz ederek dolaylı bir gösterge sunmuştur. 2024–2028 Stratejik Plan'da ise SOY, toplum sağlığını geliştirme hedefleri içinde yer almış ve hedef nüfusun SOY oranını %52'ye çıkarma amacı belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024a). Bu hedefin gerçekleşebilmesi için çocuklara erken yaşta sağlık bilinci kazandırılması bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır.



Şekil 1.3. Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi dağılımı

Şekil 1.3'te, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın (2024) yayımlanan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörleri Araştırması kapsamında elde edilen SOY düzeylerinin dağılımı gösterilmektedir. Buna göre katılımcıların "yetersiz" (%30,9), "sınırlı" (%38) SOY düzeyinde olduğu görülmüştür. Bu iki grup birlikte değerlendirildiğinde, toplumun yaklaşık %69'unun SOY açısından risk altında olduğu görülmektedir. Buna karşın, sadece az bir oranda "yeterli" (%23,4) ve çok az "mükemmel" (%7,7) SOY düzeyine sahip olduğu belirtilmektedir. Veriler, Türkiye'de SOY konusunda önemli yapısal ve eğitsel iyileştirmelere ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Özellikle çocukluk döneminden itibaren bireylerde SOY'u geliştirecek stratejik eğitim müdahalelerinin yaygınlaştırılması, bu alandaki farkındalığın artırılması için önem arz etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2024b).

Çocukluk dönemine ilişkin sağlık davranışlarıyla bağlantılı bir diğer önemli çalışma olan 2017 yılındaki Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA), çocuk ve adolesanlarda artan obezite ve fazla kiloluluk oranlarına dikkat çekmektedir. Araştırmaya göre, ilkokul ikinci sınıf düzeyinde çocukların obezite oranı %9,9, fazla kiloluluk oranı ise %24,5 olarak tespit edilmiştir. Bu oranlar, 2013 yılına kıyasla kayda değer bir artış göstermektedir. Aynı araştırma, okul kantinleri, aile eğitimi, fiziksel aktivite ve medya gibi çevresel faktörlerin çocukların sağlıklı yaşam biçimi seçimleri üzerindeki etkisini vurgulamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019). Bunlara ek olarak, Sağlık Okuryazarlığı (SOYA) Raporu da bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişimi, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerinin yeterli düzeyde olmadığını ortaya koymuş; bu bağlamda özellikle çocuklara ve gençlere yönelik özel program ve ölçme araçlarının eksikliğine dikkat çekmiştir (T.C. Sağlık

Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, 2018). Raporda, SOY'un geliştirilmesi için yaşamın erken dönemlerine yatırım yapılmasının önemine vurgu yapılmış, bu sürecin eğitim sistemiyle entegre bir şekilde yürütülmesi gerektiği belirtilmiştir.

Tüm bu bulgular ışığında değerlendirildiğinde, Türkiye'de çocuklarda SOY gelişmekte olan ancak hâlâ kurumsal ölçme araçlarından ve sistematik eğitim politikalarından yoksun bir alandır. SOY'un yalnızca bireysel bilgi edinme değil; bilgiyi değerlendirme, karar verme ve sağlığı etkileyen faktörleri analiz edebilme gibi üst düzey bilişsel becerilerle ilişkili olduğu dikkate alındığında, erken yaşlarda başlatılacak programların uzun vadeli etkileri kritik önemdedir. Bu doğrultuda, okul temelli eğitim programı düzenlemeleri, dijital sağlık kaynaklarının çocuklara uygun hale getirilmesi ve ebeveyn-okul iş birliğinin artırılması gereklidir. Genel olarak değerlendirildiğinde ise, Türkiye'de çocuklarda SOY çalışmaları hâlâ gelişmekte olan bir araştırma alanıdır. Ancak 2022–2024 döneminde okul sağlığı, erken çocukluk eğitimi ve dijital okuryazarlık temelli müdahale alanlarıyla çeşitlenmiştir.

Literatürdeki güncel yaklaşımlar, SOY'un yalnızca bilgi edinimi olarak değil; eleştirel düşünme, dijital farkındalık ve aile-temelli etkileşim yoluyla güçlendirilmesi gereken çok boyutlu bir beceri alanı olarak tanımlamaktadır. Sonuç olarak, SOY yalnızca bireyin sağlığını değil, sağlık sistemlerinin etkinliğini ve toplum sağlığını da doğrudan etkileyen bir faktördür. Bu nedenle, özellikle eğitim politikaları ve halk sağlığı stratejileri içinde SOY'un geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Erken çocukluk döneminde SO bireyler yetiştirmek, toplumsal ve bireysel düzeyde sağlık kazanımlarına olanak tanımaktadır. Süreçte ailelere, eğitimcilere ve politika yapıcılara önemli görevler düşmektedir. SOY becerilerinin erken yaşta kazandırılması, yaşam boyu sürecek sağlıklı davranışların temellerini atar ve gelecekte daha bilinçli bir toplumun oluşmasına katkı sağlar. Bu alandaki politikaların geliştirilmesi ve uygulamaya geçirilmesi, uzun vadede daha sağlıklı, bilinçli ve dayanıklı toplumların inşasına katkı sağlayacaktır (Kickbusch vd., 2013; Nutbeam, 2008; Sørensen vd., 2015; Okan vd., 2019).

1.3. Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığının Problem Çözme ve Bilimsel Süreç Becerileri İle İlişkisi

Güncel literatürde, bireylerin SOY düzeylerinin yalnızca bilgiye erişimle değil, aynı zamanda problem çözme, eleştirel düşünme ve bilimsel okuryazarlık becerileriyle de yakından ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. Bu beceriler, bireyin sağlıkla ilgili sorun durumlarını

tanımlama, olası çözümleri belirleme, kanıta dayalı kararlar alma ve sonuçları değerlendirme süreçlerinde temel bir rol oynamaktadır. Dolayısıyla, SOY'un geliştirilmesi, bireylerin hem bilimsel düşünme ve sorgulama yeterliklerini hem de günlük yaşamda karşılaştıkları sağlıkla ilgili problemlere yönelik etkin çözüm üretme kapasitelerini güçlendirmektedir (Fiordelli vd., 2023; Prokop-Dorner vd., 2024; Sørensen vd., 2012).

Günümüzde ülkelerin temel hedeflerinden biri; zihinsel, bedensel, sosyal ve duygusal açıdan sağlıklı, çevresiyle uyum içinde yaşayabilen, kendine ve çevresine yeterli, sorunlarını çözebilen, yaratıcı, girişimci, üretken, enerjik ve özgüveni yüksek bireyler yetiştirmektir. Evrensel bir değer hâline gelen bu nitelikler arasında en kritik olanlardan biri de problem çözme becerisidir. Problem çözme, yalnızca bilişsel değil, aynı zamanda duyuşsal ve davranışsal yönleri de kapsayan çok boyutlu bir süreç olup öğrenmenin temelini oluşturur. Çocuklar bu süreç sayesinde neden-sonuç ilişkilerini fark eder, farklı çözüm yolları geliştirir, olası sonuçları öngörür ve düşüncelerini odaklamayı öğrenirler. Erken çocukluk dönemi, problem çözme becerilerinin temellerinin atıldığı kritik bir dönem olup bu becerilerin geliştirilmesi, çocukların gerçek yaşama uyum sağlamaları açısından büyük önem taşır. Okul öncesi eğitim kurumları, çocukların kendi problemlerini tanımlayıp çözme fırsatları elde ettikleri ve ileriki öğrenme yaşamlarında gerekli bilişsel temelleri oluşturdukları ortamlardır. Bu nedenle, okul öncesi programların çocukların zihinsel ve sosyal becerilerini destekleyen, kişiler arası problem çözme yetilerini geliştirmeye yönelik etkinliklerle zenginleştirilmesi gerekmektedir (Oğuz ve Köksal Akyol, 2015).

Okul öncesi eğitimde çocukların problem çözme becerilerini geliştirmelerini sağlamak için gerekli eğitim programlarından biri de sağlığı konu alan eğitim programlarıdır. Okul öncesi dönem çocuklarına sağlık ile ilgili eğitimler vermek, çocukların o dönemde edindiği olumlu sağlık bilgi, tutum ve davranışlarını desteklerken, olumsuz ve yetersiz olan bilgilerini de değiştirmelerini sağlar (Bahar, 2010). Erken dönemlerde çocuklara sağlıkla ilgili doğru ve güvenilir bilgilerin aktarılmasında en etkili kurumlardan biri, onların hayatındaki ilk resmi eğitim basamağı olan okul öncesi eğitim kurumlarıdır. Bu kurumlarda sağlıkla ilgili öğrenmeyi desteklemenin en önemli yollarından biri ise uygulanan okul öncesi eğitim programıdır. T.C. Millî Eğitim Bakanlığı'nın (MEB, 2013) Okul Öncesi Eğitim Programı, çocukların belirlenen kazanım ve göstergelere ulaşmasını, programda yer alan kavramları edinmesini ve gelişimlerini yaşlarına ile bireysel özelliklerine uygun biçimde sürdürmelerini hedeflemektedir. Programın boyutlarından biri olan sağlık boyutu sayesinde çocukların sağlık kavramını doğru biçimde tanımaları, sağlıklarını korumaya yönelik davranışları sürdürmeleri

ve sağlığın yaşam için taşıdığı değeri fark etmeleri amaçlanmaktadır. Eğitim programlarının sağlık konusunda çocukların bilgi ve beceri edinmeleri için onları motive etmeleri ve desteklemeleri beklenmektedir. Bu doğrultuda, okul öncesi eğitim kapsamında uygulanmakta olan MEB Okul Öncesi Eğitim Programı'nın (2013) bu dönemde verilen eğitimin önemli bir bileşeni olduğu, bu programın önemli bir boyutunun ise sağlık kavramı olduğu ifade edilebilir (Sönmez ve Bilir Seyhan, 2016).

SOY ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki, bu iki alanın paylaştığı ortak bilişsel süreçler üzerinden açıklanabilir. SOY'un yalnızca bilgi edinme süreciyle sınırlı olmayıp bilgiyi değerlendirme, karar verme ve problem çözme gibi üst düzey bilişsel becerileri de içerdiği vurgulanmaktadır (Bröder vd., 2017). SOY düzeyi yüksek olan çocukların, karşılaştıkları sağlık ile ilgili durumlara daha sistematik çözüm üretebilecekleri söylenebilir. Buna ek olarak problem çözme becerisi, bireyin sağlık sorunlarına yaklaşırken farklı seçenekler geliştirmesi, bilgi kaynaklarını bilinçli kullanması ve karmaşık sağlık verilerini sadeleştirip uygulanabilir adımlara dönüştürmesi açılarından önemli rol oynamaktadır (Prokop-Dorner vd., 2024). Spesifik olarak çocuklarda ve ergenlerde bahsi geçen bu becerilerin yaşamın erken yıllarından itibaren kazandırılması, sağlıkla ilgili olumlu tutum ve davranışların gelişmesini desteklemektedir. Bu ilişki, yaşam becerileri temelli eğitim programlarında daha açık görülmektedir. SOY'un problem çözme, eleştirel düşünme ve karar becerilerini de içeren bir öğrenme süreci olarak tanımlayan Nutbeam (2000) SOY'u bilgiye erişebilmenin yanında bilgiyi analiz edebilme ve uygulayabilme olarak da ele almaktadır. Bu nedenle, çocukların sağlık ile ilgili kararlar alırken problem çözmeye dair adımları gerçekleştirebilmeleri beklenmektedir. Çocukların SOY ve problem çözme becerileri üzerindeki faktörleri inceleyen araştırmalar da bu ilişkiyi desteklemektedir. Fretian vd. (2020) araştırmasında, ilkokul çağındaki çocukların SOY düzeylerinin aile refahı, özyeterlik ve sosyal destek vb. değişkenlerle ilişkili olduğunu, bu değişkenlerin aynı zamanda problem çözme yetkinliği üzerinde de etkili olduğunu belirlemiştir. Bu durum, çocukların sağlık ile ilgili bilgiye erişebilme ve çözüm üretebilme süreçlerinde kullanabilmelerinin sadece bilişsel değil, çevresel ve sosyal faktörlere de bağlılığını göstermektedir. Özetle, çocuklarda SOY ile problem çözme becerisi arasında güçlü ve karşılıklı bir ilişki olduğu söylenebilir. SOY, bilgiye erişebilmenin yanında bu bilgiyi anlamlandırma ve çözüm üretebilme kapasitesini de içerdiği için, problem çözme becerisiyle dolaylı değil doğrudan bağlantılı konumdadır. Bu sebeple, SOY'u artırmaya yönelik eğitim programlarının problem çözme süreçlerini de kapsayacak biçimde yapılandırılması, çocukların sağlık ile ilgili bilinçli ve etkin kararlar almalarını kolaylaştıracaktır (Bröder vd., 2017; Fretian vd., 2020). Ayrıca SOY, çocukların sağlık ile

ilgili bilgiye erişebilme, bu bilgiyi anlayabilme, değerlendirebilme ve günlük yaşama uyarlayabilme becerilerini de kapsayan çok boyutlu bir kavram olmasının yanında (Sørensen vd., 2012), bilgi temelli karar alabilmeyi ve eleştirel düşünebilmeyi de içerdiğinden bilişsel süreçlerle doğrudan ilişkilidir. Özellikle dokuz-12 yaş grubu çocuklar üzerinde yapılan bir kapsam taraması, SOY'un sadece bilgi düzeyiyle değil; öğrenme, sorgulama ve anlam kurma süreçleriyle bütünleşik bir gelişim alanı olduğunu ortaya koymaktadır (Van Boxtel vd., 2024).

Günlük yaşamda ya da bir öğrenme sürecinde ortaya çıkan problemi çözmeye çalışırken, o konuya ilişkin yeterli bilgiye sahip olmadan veya gözlem yapma, tahminde bulunma, deneme, ilişkilendirme ve test etme gibi temel bilimsel süreçleri kullanmadan çözüm üretmek mümkün değildir. Çünkü kişinin sahip olduğu bilgi birikimi, önceki deneyimleri ve bilimsel süreç becerileri, karşılaşılan sorunlara en uygun çözüm yollarını bulmada birbirini tamamlayan unsurlar olarak rol oynar. Bilimsel süreç becerileri sayesinde bireylerin günlük yaşamda karşılaştıkları çeşitli sorunlara yönelik iyi bir gözlem yapabilmeleri, çevrelerindeki ve kendi içlerindeki farklılıkları ya da problemleri fark edebilmeleri, bu durumlarla ilgili sorular sorabilmeleri ve alternatif çözümler geliştirebilmeleri beklenir. Özellikle 21. yüzyılda önem kazanan beceriler, çocukların bu yeterliliklere bilimsel düşünme yollarını kullanarak ulaşabileceğini göstermektedir. Çocukların bilimsel deneyimler aracılığıyla doğal yollarla yaşantı biriktirmeleri; gözlem, çıkarım ve sorgulama gibi bilimsel süreç becerilerini ve gelecekteki bilimsel bakış açılarını olumlu yönde etkiler. Doğdukları andan itibaren çevresini incelemeye, olup biteni sorgulamaya ve deneyimlediklerinden yeni anlamlar çıkarmaya eğilimli olan çocuklar, yaşadıkları her durumdan bir çıkarım yaparak bu çıkarımları sınamakta; memnun kaldıklarında deneyimi tekrarlamaya, hoşlanmadıklarında ise yeni yollar denemeye yönelmektedir. Bu süreç incelendiğinde, aslında çocukların farkında olmadan bilimsel süreçlerin aşamalarını kullandıkları anlaşılmaktadır. Eğer çocukların bu becerileri kullanma düzeyi sistematik olarak değerlendirilir ve uygun etkinliklerle desteklenirse, farkındalıkları artacak; problemlere bilinçli biçimde çözüm üretmeye başlayacak ve bu süreçte edindikleri yaşantılar ilerleyen yıllarda yaşam becerilerine ve akademik başarılarına temel oluşturacaktır. Bu nedenle erken çocukluk döneminde çocuklara keşfetme ve inceleme fırsatları sunmak, meraklarını beslemek, düşüncelerini ifade etmelerine alan açmak, öğrenmeyi destekleyen ortamlar sağlamak ve bilimsel süreç becerilerini bilinçli biçimde kullanmalarına imkân tanımak büyük önem taşır (Kavak ve Deretarla Gül, 2021). SOY kapsamında oluşturulacak farkındalık ve meydana getireceği değişim dikkate alındığında, çocukların bu becerileri temel eğitim sürecinin erken dönemlerinde edinmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından kritik bir yere sahiptir. Çünkü SOY çocukların yaşamları boyunca sağlıkla ilgili doğru kararlar

verebilmek ve bunu bir yaşam tarzı haline getirebilmek için bir gereksinimdir. Bu gereksinimi karşılamak temel sağlık bilgi ve hizmetlerini alabilme, anlama ve kullanabilme yeterliğine sahip olmayı gerektirir (Şenyurt, 2021).

Sorgulamaya dayalı ve problem temelli öğrenme yaklaşımlarıyla eş zamanlı olarak desteklenebilen bu iki beceri alanı, ergenler için tasarlanmış kritik SOY ve bilimsel okuryazarlık eğitiminin, problem çözme yetkinliklerini anlamlı düzeyde geliştirdiğini ortaya koyan Fiordelli vd. (2023) araştırması sonuçlarında görülmektedir. Araştırmada eğitim programı iki modüle ayrılmış, ilk modülde argümantasyon becerileri, ikinci modülde ise bilimsel süreçler temel alınmıştır. Bu iki modül zengin vaka analizleri ve sorgulayıcı tartışma teknikleriyle desteklemiştir. Eğitim programının uygulanmasından sonra katılımcılarda pozitif yönde değişimler gözlemlemiş, çocukların kaynak güvenirliği, bilgiyi değerlendirmesi ve eleştirel karar verebilmesi konularında gözle görülür gelişimler saptanmıştır. Bu sonuçlar, çocukların sağlık ile ilgili bilgileri sadece anlamadığını, aynı zamanda problemleri tanımlayabilme, analiz edebilme ve çözüm stratejileri geliştirebilme vb. süreçlerle aktif şekilde içselleştirdiğini göstermektedir. Araştırma kapsamında geliştirilmiş olan bu eleştirel SOY eğitimi, ergenlerin bilimsel kanıta dayalı düşünebilme, sorgulayabilme ve karar verebilme becerilerini artırmada etkili olmuş, bilimsel okuryazarlık ile SOY arasında doğrudan bilişsel aktarım olduğunu ortaya koymuştur. Bu, yaşamın erken yıllarından itibaren bu iki becerinin birlikte geliştirilmesinin önemine işaret etmektedir. Bu araştırmaya ek olarak Prokop-Dorner vd. (2024) çocuklara yönelik sağlık eğitimi programlarında eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesinin, SOY'u doğrudan etkilediğini ortaya koymuştur. Özellikle vaka temelli öğrenme, tartışma grupları, senaryo çözümleme ve problem temelli öğrenme vb. pedagojik yaklaşımların, çocukların sağlık ile ilgili bilgileri edinmekle kalmayıp sorgulama, analiz etme ve uygun karar alma becerilerini de güçlendirdiğini vurgulanmaktadır. Eleştirel düşünmenin yoğun olarak desteklendiği müdahalelerde, çocukların hem bireysel hem de grup içerisinde sağlık sorunlarını tanımlayarak çözüm üretebilme becerilerinde gelişme sağlandığı gözlemlenmiştir. Elde edilen bulgular, SOY'un hem bilişsel düzeyde hem de problem çözme süreçleriyle iç içe geçmiş bir yapıda olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, çocuklarda etkin SOY eğitimi hedefleniyorsa, sadece bilgi aktarımıyla sınırlı kalmayıp çocukların eleştirel ve çözüm odaklı düşünme becerilerini de geliştirecek biçimde yapılandırılması gerekmektedir. Son olarak Molster vd. (2025)'nin araştırmasına bakıldığında da, üç-beş yaş arası çocuklara yönelik dijital sağlık araçlarının, bilgiye erişebilme kadar bilginin analiz edilmesi ve uygulamaya konmasına da katkı sağladığı bulunmuştur. Bu araştırmada, bahsi geçen dijital araçların çocukların bilgiyi yapılandırma, problem çözme ve

akıl yürütme becerileri üzerinde olumlu etkileri olduğu saptanmıştır. Bu da SOY ile bilimsel süreç becerileri arasında işlevsel uyum olduğunu göstermektedir. Sonuçta, çocuklarda SOY ile bilimsel süreç becerileri arasında hem kavramsal hem de uygulamaya dönük güçlü bir bağ bulunduğunu söylemek mümkündür. Her iki beceri alanı da, bilgiye erişebilme ve değerlendirebilme süreçlerine ek olarak çözüm üretebilme ve davranışa dönüştürülebilme gibi üst düzey bilişsel yetkinlikleri içermektedir. Eğitimde bu iki alanın bütüncül biçimde ele alınması, çocukların hem bilimsel düşünebilen hem de sağlığına bilinçli biçimde yön verebilen bireyler olarak yetişmelerine katkı sunacaktır (Molster vd., 2025; Van Boxtel vd., 2024).

1.4. Erken Çocukluk Döneminde Resimli Kitaplar

Erken çocukluk döneminde resimli kitaplar, çocukların çevreyi anlamlandırmalarına, kavramsal bilgi edinmelerine ve sembolik temsil becerilerini geliştirmelerine önemli katkılar sunmaktadır. Bu dönemde kitaplar, hem görsel hem sözel uyaranlar aracılığıyla öğrenmeyi destekleyen çok yönlü bir materyal olarak işlev görür. Çocukların resimli kitaplarla etkileşimi dil gelişimi, kavramsal öğrenme, dikkat süreçleri ve gerçek dünya bilgisine yönelik anlam kurma gibi temel gelişimsel alanlarda önemli kazanımlar sağlamaktadır (Strouse vd., 2018). Küçük çocukların özellikle gerçekçi görüntüler içeren resimli kitaplar aracılığıyla bilgiyi daha kolay anlamlandırdığı ve bu bilgiyi gerçek yaşamla ilişkilendirme olasılıklarının arttığı gösterilmektedir (Ganea vd., 2011). Ayrıca yapılan güncel araştırmalar, çocukların resimli kitaplar aracılığıyla yalnızca kavramsal bilgi değil, aynı zamanda sosyal-duygusal beceriler, empati ve duygu tanıma gibi erken sosyal biliş unsurlarını da geliştirdiğini ortaya koymaktadır (Aram ve Aviram, 2009; Mar ve Oatley, 2008).

Resimli kitaplar, çocukların temsilî düşünme yetilerinin gelişimi için kritik bir araçtır. Çünkü resimli kitaplar, çocukların bir sayfadaki iki boyutlu çizimlerin ya da resimlerin; gerçek dünyadaki nesneleri / olayları temsil ettiğini fark etmesine ve dolayısıyla sembolik ilişki kurmasına olanak tanır, ki bu da erken çocukluk döneminde kavramsal öğrenme, erken okuryazarlık ve bilişsel gelişimin temelini oluşturur (Ganea vd., 2011; Strouse vd., 2018). Ayrıca resimli kitapların sunduğu çoklu modalite, çocukların bilişsel yükünü azaltarak bilgiyi daha etkili işlemelerine imkân tanır. Bu durum özellikle soyut, biyolojik ya da bilimsel içeriklerin aktarımında önemli bir avantaj sağlar (Strouse vd., 2018). Buna ek olarak, resim-metin ilişkisinin niteliği, bütüncül bir anlamlandırma sürecinin oluşmasında kritik rol oynamaktadır. Buna göre, uyumlu, tamamlayıcı ve açıklayıcı resim–metin eşleşmelerinin çocukların anlatı anlama ve çıkarım yapma süreçlerini belirgin biçimde desteklediği

gösterilmiştir (Çetin, 2021).

Erken çocukluk döneminde resimli kitaplardan öğrenilen bilgilerin gerçek dünyaya transfer edilebilmesi, erken çocukluk dönemi yaş grubunda kritik bir öğrenme göstergesidir. Çocuklar kitaplarda karşılaştıkları bilgi, kavram ve davranışları günlük yaşam deneyimlerine uyarladıklarında hem bilişsel hem davranışsal düzeyde anlamlı bir öğrenme gerçekleşir (Ganea vd., 2011). Ayrıca resimli kitaplardan öğrenme süreci yalnızca bilgi edinimini değil, aynı zamanda çocukların dikkat süreçlerini, soru sorma eğilimlerini ve akıl yürütme becerilerini de desteklemektedir. Çocukların ortak kitap okuma sırasında metne ve görsellere odaklanma biçimleri, neyi nasıl öğrendiklerini doğrudan etkilemektedir. Evans ve Saint-Aubin (2005), çocukların resimli kitap okuma sırasında sayfa üzerindeki görsel ve metinsel unsurlara dikkatle yöneldiklerini ve bu yönelimin bilgiyi anlama ve hatırlama üzerinde belirleyici olduğunu ortaya koymuştur. Buna paralel olarak, etkileşimli kitap okuma uygulamalarının çocukların kelime dağarcığını, çıkarım yapma becerilerini ve üstbilişsel farkındalıklarını anlamlı düzeyde geliştirdiği kanıtlanmıştır (Zucker vd., 2010). Bu durum, kitap temelli programlarda yetişkin kolaylaştırıcılığında, etkileşimli okuma stratejilerinin ve yönlendirici soruların öğrenmeyi güçlendiren önemli bileşenler olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, erken çocukluk döneminde resimli kitaplar, çocukların bilişsel, sosyal ve dilsel gelişimlerini destekleyen temel öğrenme araçlarıdır. Resimli kitaplardan öğrenmenin niteliği, kitabın içerik özellikleri, gerçekçilik düzeyi, dil yapısı ve çocukla etkileşim biçimi gibi çeşitli değişkenlere bağlı olarak şekillenmektedir. Bu nedenle erken çocukluk dönemine yönelik eğitim programlarında resimli kitapların sistematik ve amaçlı biçimde kullanılması, çocukların çok yönlü gelişimlerini destekleyen önemli bir pedagojik yaklaşım olarak değerlendirilmektedir (Ganea vd., 2011; Strouse vd., 2018).

1.4.1. Resimli Kitapların Çocuk Gelişimine Etkisi

Resimli kitaplar, erken çocukluk döneminde çocukların çok yönlü gelişimlerini destekleyen temel öğrenme araçları arasında yer almaktadır. Resimli kitaplarda sunulan görsel ve sözel bilgilerin birleşimi, çocukların çevreyi anlamlandırmalarına, olaylar arasında bağlantı kurmalarına ve kavramsal bilgi edinmelerine zemin hazırlar. Çocukların resimli kitaplarla etkileşimleri; dil gelişimi, bilişsel yetiler, sosyal-duygusal farkındalık, sembolik temsil becerileri ve görsel okuryazarlık gibi birçok gelişim alanını eş zamanlı olarak beslemektedir (Arizpe ve Styles, 2003; Çetin, 2021; Evans ve Saint-Aubin, 2005; Ganea vd., 2011; Strouse

vd., 2018).

Resimli kitapların çocuk gelişimine en belirgin katkılarından biri dil gelişimi üzerinedir. Ortak kitap okuma etkinliklerinde çocukların sözel ifadeleri anlama, yeni kelimeler öğrenme ve anlatı yapısını çözümleme becerileri belirgin biçimde gelişmektedir. Özellikle yetişkinlerin yönlendirici sorularıyla desteklenen etkileşimli okuma süreçlerinin çocukların hem kelime dağarcığını hem de çıkarım becerilerini güçlendirdiği gösterilmiştir (Zucker vd., 2010). Annelerin etkileşimli kitap okuma biçimlerinin çocukların sözel ifadeleri, okuryazarlık öncesi becerileri ve sosyal-duygusal davranışlarını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Aram ve Aviram, 2009). Bu bağlamda resimli kitaplar, dili hem iletişim hem düşünme aracı olarak geliştiren önemli bir unsur hâline gelmektedir. Resimli kitaplar aynı zamanda çocukların bilişsel gelişimini destekleyen güçlü bir öğrenme ortamı sunar. Gerçekçi resimlerle desteklenen kavramların çocuklar tarafından daha kolay öğrenildiği ve bu bilgilerin gerçek dünya bağlamlarına transfer edilebildiği ortaya konulmuştur. Özellikle biyoloji, doğa ve hayvan bilgisine ilişkin içeriklerde çocukların kitaptan edindikleri bilgileri gerçek hayata uyarlayabildikleri belirlenmiştir (Ganea vd., 2011). Benzer biçimde, resim gerçekçiliği, açıklayıcı metin yapısı, dikkat çekici görseller gibi kitap özelliklerinin çocukların kavram öğrenme ve transfer süreçleri üzerinde belirleyici olduğu bildirilmiştir. Bu, resimli kitapların çocuklarda nedensel akıl yürütme, sınıflama ve problem çözme gibi bilişsel süreçleri güçlendirdiğini göstermektedir (Strouse vd., 2018).

Bilişsel ve kavramsal bağlamda, resimli kitapların çocukların bilgi transferi ve kavramsal anlamlandırma süreçlerini desteklediği görülmektedir. Strouse vd. (2018), resimli kitapların resimlerin gerçekçilik düzeyi, hikâye akışı, görsel ipuçları gibi çeşitli yapısal özelliklerinin, çocukların kitaplardan öğrendikleri bilgiyi gerçek dünyaya aktarabilme düzeyini doğrudan etkilediğini bulmuştur. Buna göre, kitap özelliklerinin uygun biçimde düzenlenmesi, çocukların kavramsal bilgiyi daha doğru anlamalarını ve dış dünyaya genelleyebilmelerini kolaylaştırmaktadır ki bu, resimli kitapların yalnızca anlatı takibi değil, aynı zamanda öğrenmenin bilişsel temellerini de güçlendirdiğini göstermektedir. Çocuklar resimli kitaplarla etkileşime girdiğinde yalnızca hikâye içeriklerini değil, aynı zamanda soyut kavramları, sosyal ilişkileri ve zihinsel durumları anlamlandırma becerilerini de geliştirdikleri gösterilmektedir. Wang ve Shao (2025), resimli kitap okuma sürecinde öğretmenlerin kullandığı karakterin ne düşündüğü, hissettiği veya neden böyle davrandığı üzerine konuşmalara dair söylemlerin, çocukların öğrenme anlayışlarını ve okula hazırbulunuşluklarını anlamlı biçimde artırdığını ortaya koymaktadır. Bu, resimli kitapların

çocuklarda düşünme süreçlerini, perspektif alma becerisini ve öğrenmeye yönelik bilişsel farkındalığı güçlendirdiğini göstermektedir. Sosyal-duygusal gelişim açısından bakıldığında ise resimli kitaplar çocukların duygu tanıma, başkalarının duygularını anlama ve kendi duygularını düzenleme becerilerine önemli katkılar sunmaktadır. Schoppmann vd. (2023), üç yaşındaki çocukların resimli kitap okuma sonrasında, gerçek hayattaki bekleme durumlarında işlevsel bir duygu düzenleme stratejisini daha fazla kullandıklarını göstermektedir. Bu sonuç, resimli kitaplardaki karakterlerin duygu düzenleme biçimlerinin çocuklara model olabildiğini ve sosyal-duygusal becerileri desteklediğini kanıtlamaktadır. Hikâye karakterleri aracılığıyla çocuklar farklı duyguları, sosyal durumları ve başkalarının bakış açılarını tanıma fırsatı bulurlar. Kurgusal anlatıların çocuklarda empati, sosyal biliş ve duyguları yorumlama becerilerini artırdığı görülmektedir. Bu çerçevede, resimli kitaplar çocukların sosyal problem çözme, duygu düzenleme ve kişilerarası ilişkileri anlama gibi sosyal-duygusal yeterliklerinin gelişiminde etkili bir araçtır (Mar ve Oatley, 2008).

Resimli kitapların önemli katkılarından biri de çocukların sembolik temsil ve görsel okuryazarlık gelişimidir. Çocuklar, resimlerin gerçek dünyadaki nesne ve olayları temsil ettiğini fark ederek sembolik düşünme yapısını içselleştirirler (Arizpe ve Styles, 2003). Bu süreçte resimler yalnızca metni destekleyici bir unsur olarak kalmaz, aynı zamanda anlam oluşturma, hikâye akışını takip etme ve soyut kavramları somutlaştırma işlevi de görür. Nitekim kitaplarda görsel ve metinsel unsurların uyumlu biçimde kurgulanmasının çocukların anlatıyı anlamalarını, dikkatlerini sürdürmelerini ve metni yapılandırmalarını kolaylaştırdığı gösterilmektedir (Çetin, 2021). Kitap okuma süreçlerinde çocukların dikkat yönelimi ve görsel izleme davranışları da öğrenmenin niteliğini doğrudan etkilemektedir. Göz izleme çalışmalarında çocukların resimli kitap okuma sırasında hem resimlere hem metne sistematik biçimde dikkat yönelttikleri ve bu dikkat örüntüsünün öğrenme çıktılarını belirlediği görülmüştür. Bu, görsel uyaranların çocuklarda bilgi işlemeyi kolaylaştırdığı ve anlam kurma sürecini desteklediğini ortaya koymaktadır (Evans ve Saint-Aubin, 2005). Bunun yanında, resimli kitaplarla etkileşim yalnızca bilişsel süreçleri değil, kitabın sayfalarını çevirme, kapakçıkları kaldırma veya hareketli bölümleri manipüle etme gibi ince motor becerileri harekete geçiren fiziksel davranışları da içerir. Etkileşimli ve manipülatif özelliklere sahip resimli kitaplarla yapılan araştırmalar, çocukların bu tür materyallerle fiziksel temasının nesne kontrolü, parmak hareketleri ve el–göz koordinasyonu gibi motor süreçleri doğal biçimde desteklediğini göstermektedir (Tare vd., 2010).

Tüm bunlara ek olarak, resimli kitapların çocukların kültürel farkındalığını, değerler eğitimini ve eleştirel düşünme becerilerini desteklediği de bilinmektedir. Resimli çocuk kitaplarının kültürel unsurları aktardığı, hikâye ve görseller aracılığıyla çocukların toplumsal normlar, duygular ve etik kavramlar üzerine düşünmelerine katkı sağladığı ortaya koyulmaktadır. Sonuç olarak resimli kitaplar tüm gelişim alanlarını destekleyen çok yönlü araçlardır. Bu nedenle erken çocukluk döneminde resimli kitapların bilinçli, sistematik ve etkileşimli biçimde kullanılması, çocukların gelişimsel kazanımlarını artıran etkili bir pedagojik yaklaşım olarak değerlendirilmektedir (Ergin vd., 2023; Gönen ve Aydos, 2013; Kılıç vd., 2017).

1.4.2. Kitap Temelli Programların Önemi

Erken çocukluk dönemi, bireyin tüm gelişim alanlarının temelini oluşturan kritik bir evredir. Bu süreçte çocukların çevreleriyle kurdukları etkileşimler, aldıkları dilsel girdinin niteliği ve sunulan öğrenme fırsatlarının çeşitliliği, ilerleyen yıllarda okuryazarlık becerilerinin gelişimini önemli ölçüde şekillendirir (Demir-Lira vd., 2019). Bu nedenle erken çocuklukta uygulanan kitap temelli programlar, çocukların kelime dağarcığı, ifade edici dil, dinleme ve anlama gibi ön-okuryazarlık becerilerinin desteklenmesinde etkili bir araç olarak öne çıkmaktadır. Bu dönemde en güçlü etkileşim biçimlerinden biri etkileşimli kitap okumadır. Etkileşimli okuma, yetişkin ile çocuk arasında karşılıklı iletişime dayalı bir ortak okuma sürecidir ve çocukların erken okuryazarlık becerilerini güçlendirmeyi amaçlar. Bu yaklaşımda yetişkin rehberlik eden kişi olurken, çocuk hikâyeyi anlatan ve anlamlandıran aktif bir katılımcı hâline gelir. Okuma sırasında yetişkinler çocuklara konuşma fırsatları sunar, sorular yöneltir ve çocukların hikâyeyi açıklamalarını, yorumlamalarını ve kendi sorularını üretmelerini teşvik eder. Bilinmeyen kelimeler açıklanır, yeni sözcükler tekrar edilerek öğrenme pekiştirilir. Böylece etkileşimli okuma, çocuğun aktif katılımına dayanan ve tekrarlı okumalarla güçlenen bir öğrenme ortamı oluşturur (Efe ve Temel, 2018). Bu tür uygulamaların yalnızca dil gelişimini desteklemediği; aynı zamanda çocukların bilişsel, sosyal ve duygusal becerilerine de katkı sağladığı bilinmektedir. Araştırmalar, ebeveynlerin çocuklarıyla erken yaşlardan itibaren düzenli kitap okuma alışkanlığı edinmesinin; çocukların okul dönemindeki kelime hazinesi, okuduğunu anlama yetisi ve okuma motivasyonu ile olumlu ilişkili olduğunu göstermektedir (Demir-Lira vd., 2019). Benzer şekilde öğretmen rehberliğinde gerçekleştirilen paylaşımlı okuma oturumlarının, çocukların jest kullanımı, sözel ifadeleri ve iletişim çeşitliliğini artırdığı, erken iletişimsel becerilerin gelişimini desteklediği belirtilmektedir (Cárdenas vd., 2020).

Erken çocukluk döneminde kullanılan kitap temelli müdahale programlarının farklı ortamlarda etkili sonuçlar verdiği görülmektedir. Burgoyne vd. (2018) tarafından yürütülen ve ebeveynler aracılığıyla sunulan erken dil zenginleştirme programı (PACT), 30 haftalık uygulamanın ardından çocukların dil gelişiminde anlamlı ilerlemeler sağlamış; bu kazanımların altı ay sonrasında da devam ettiği belirlenmiştir. Benzer şekilde, sınıf içinde gerçekleştirilen hikâye kitabı odaklı küçük grup müdahalelerinin, özellikle risk altındaki çocuklarda kelime öğrenimi ile anlama becerilerini geliştirdiği bildirilmiştir (Kelley vd., 2015). Sağlık bağlamında yapılan çalışmalar da kitap temelli uygulamaların etkisini desteklemektedir. Klass vd. (2009) tarafından uygulanan program, kitapla etkileşimin sağlık hizmetlerine entegre edilebileceğini göstermiştir. Program kapsamında hekimler, rutin kontroller sırasında ailelere yaşa uygun kitaplar sunmuş ve ortak okumanın önemini açıklamıştır. Bu uygulamanın yürütüldüğü kliniklerde, ebeveynlerin çocuklarına kitap okuma sıklığının arttığı, dilsel etkileşimlerinin zenginleştiği ve çocukların dil gelişiminde belirgin ilerlemeler görüldüğü saptanmıştır. Bu sonuçlar, kitap temelli yaklaşımların yalnızca eğitim ortamlarında değil, sağlık hizmetleri içinde de gelişimi destekleyici bir araç olarak kullanılabileceğini göstermektedir. Erken çocukluk döneminde SOY'a yönelik çalışmalar da benzer bir vurgu yapmaktadır. Bröder vd. (2017) çocuklara yönelik SOY müdahalelerinin çoğunda öykü kitapları, hikâye anlatımı ve görsel materyaller gibi gelişimsel açıdan uygun araçların kullanıldığını belirtmektedir. Bu materyallerin çocukların bilgiye daha kolay erişmesini sağladığı, soyut sağlık kavramlarını somutlaştırmalarına yardımcı olduğu ve öğrenme sürecini desteklediği ifade edilmektedir. Literatürde kitap temelli yaklaşımların önemini ortaya koyan başka çalışmalar da bulunmaktadır (Funge vd., 2016; Mohammed vd., 2023). Tüm bu bulgular, erken çocukluk döneminde uygulanan kitap temelli müdahalelerin yalnızca dil gelişimini desteklemekle kalmadığını; okuma motivasyonu, bilişsel esneklik ve sosyal etkileşim gibi birçok beceriyi de güçlendirdiğini göstermektedir. Bu nedenle erken çocukluk eğitiminde uygulanacak programların, resimli öykü kitaplarını etkileşimli bir şekilde içermesi, çocukların hem dilsel hem de bilişsel öğrenme süreçlerine aktif biçimde katılmalarına yardımcı olacaktır. Bu yaklaşım, özellikle SOY gibi soyut kavramların aktarımında, öğrenmenin çocuklar için daha somut, anlamlı ve kalıcı bir hâle gelmesini sağlar (Bröder vd., 2017; Burgoyne vd., 2018; Cárdenas vd., 2020; Demir-Lira vd., 2019; Efe ve Temel, 2018; Mohammed vd., 2023).

1.5. Konu ile İlgili Araştırma Özetleri

SOY, bireyin sağlıkla ilgili bilgileri yalnızca anlamasını ve kullanmasını değil, aynı zamanda bu bilgileri hayata geçirerek sağlıklı yaşam alışkanlıkları geliştirebilmesini de kapsayan geniş bir yeterlilik alanıdır. Bu kavramın çocukluk dönemine uyarlanması ise sağlıklı davranışların erken yaşlarda kazanılması açısından özel bir önem taşımaktadır. Son yıllarda SOY'un yalnızca yetişkinlere özgü bir beceri olmadığını ortaya koyan araştırmaların artması, çocuklara yönelik SOY çalışmalarına olan ilgiyi de belirgin biçimde artırmıştır (Bröder vd., 2017; Okan vd., 2018). Literatürde yer alan bulgular, çocukların sağlık bilgisine ulaşma, bu bilgiyi anlama ve günlük yaşamda kullanma becerilerinin yaş, gelişimsel düzey ve çevresel etmenlere bağlı olarak değiştiğini göstermektedir (Bröder vd., 2017; Çınar vd., 2018; Paakkari ve Paakkari, 2012). Bu durum, çocukların SOY becerilerini destekleyecek eğitimsel ve yapısal müdahalelere duyulan gereksinimi açık biçimde ortaya koymaktadır. Mevcut araştırmaların derlenmesinin, hem teorik çerçevenin oluşturulmasına hem de uygulayıcılar için yol gösterici politikaların geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu bölümde, yurt içinde ve yurt dışında çocuklarda SOY ile ilgili yapılan araştırmaların özetlerine yer verilmiştir.

1.5.1. Yurt İçinde Yapılan Araştırmaların Özetleri

Sönmez (2014) ortaokul düzeyinde öğrenim gören öğrencilerin SOY düzeylerini ve sağlık konularına yönelik tutumlarını incelediği araştırmasında, çocukların SOY'unun genel olarak düşük, sağlıkla ilgili tutumlarının ise olumlu olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmada ayrıca biyoloji ve sağlık bilgisi ders kitapları incelenerek içeriklerinde hangi temalara yer verildiği belirlenmeye çalışılmıştır. Ders kitapları, ele alınan hastalık türlerine göre sınıflandırılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular, hem ders kitaplarında hem de öğretim programlarında SOY'u geliştirmeye yönelik bilgilerin yeterli düzeyde olmadığını göstermiştir.

Coşgun ve Kara (2015) Konya il merkezindeki bir özel ortaokulda öğrenim gören çocukların sağlık eğitimi aldıktan sonraki bilgi ve davranış düzeylerinde meydana gelen değişimleri incelemiştir. Müdahale niteliği taşıyan bu çalışma, 2013–2014 eğitim-öğretim yılında yürütülmüş ve veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan 62 maddelik bir anket kullanılmıştır. Elde edilen veriler; sayı, yüzde, ortalama, ki-kare ve t-testi gibi

istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %52,6'sının erkek olduğu belirlenmiştir. Uygulanan eğitimin ardından çocukların çeşitli sağlık konularındaki bilgi düzeylerinde ve sağlık davranışlarında anlamlı artışlar gözlemlenmiştir. Çalışmanın bulguları, sağlık eğitiminin çocukların bilgi birikimini zenginleştirdiğini ve daha sağlıklı davranışlar geliştirmelerine katkı sağladığını ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, okullarda düzenli ve sürdürülebilir sağlık eğitim programlarının uygulanması, bireysel SOY'un güçlendirilmesinin yanı sıra toplum sağlığının iyileştirilmesine de önemli bir destek sunacaktır.

Coşkun ve Bebiş (2015) Norman ve Skinner'ın (2006) geliştirdiği e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliğini incelemek amacıyla metodolojik bir çalışma yürütmüştür. Araştırma, Ocak–Şubat 2014 döneminde bir ticaret meslek lisesinde öğrenim gören ve yaşları 14–21 arasında değişen 100 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama sürecinde; öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sorular, Adolesanların İnternet Kullanımına Yönelik Tutum Ölçeği ve e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır. Uyarlama aşamasında dilsel eşdeğerlik sağlanmış, yapı geçerliği ise faktör analizi ile değerlendirilmiştir. Faktör analizine uygunluk, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısının 0,75 olması ve Bartlett Küresellik Testinin anlamlı çıkması (χ^2=204,5; p<0,001) ile doğrulanmıştır. Ölçüt geçerliği kapsamında 0,39 (p<0,001) düzeyinde korelasyon elde edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığına ilişkin Cronbach Alfa değeri 0,78, test tekrar test (TTT) güvenirliği ise 0,87 olarak belirlenmiştir. Faktör analizi sonucunda özdeğeri birin üzerinde olan tek faktörün toplam varyansın %67,54'ünü açıkladığı ve maddelerin 0,59–0,86 arasında değişen faktör yüklerine sahip olduğu görülmüştür. Madde-toplam korelasyonlarının 0,43–0,57 arasında olduğu, yalnızca bir maddenin 0,24 değerinde kaldığı tespit edilmiştir. Alt ve üst %27'lik gruplar arasındaki tüm madde ortalama farkları anlamlı bulunmuştur. Bu sonuçlar, ölçeğin Türkçe formunun adolesanlar için geçerli-güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

Ozturk Haney (2018) Okul Çağındaki Çocuklar için Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLSAC-T)'nin Türkçe formunun geçerlik-güvenirliğini değerlendirmeyi amaçladığı araştırmasında kesitsel ve metodolojik desenle yürütmüştür. Araştırmanın örneklemi, Türkiye'nin İzmir ilinde öğrenim gören 563 altıncı ve dokuzuncu sınıf çocuğundan oluşmaktadır. Veriler; sosyo-demografik özellikler anketi, SOYSAC-T ve Ergen Yaşam Tarzı Profili Ölçeği'nin Türkçe formu ile toplanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,77 olarak bulunmuş, madde-toplam korelasyonları ise 0,49-0,61 arasında değişmiş ve tümü anlamlı

bulunmuştur (p<0,001). Model uyum indeksleri sırasıyla; yaklaşıklık ortalama kare hatası (RMSEA) 0,035, uyum iyiliği indeksi (GFI) 0,99 ve karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) 0,99 olarak hesaplanmıştır. Yakınsak ve içerik geçerliği yapılan analizlerle desteklenmiş; ayrımsal geçerlik ise sağlıklı yaşam tarzına önem veren çocuklarla vermeyenler arasında ölçek puanlarının anlamlı ölçüde farklılaştığını göstermiştir. Elde edilen bulgular, SOYSAC-T'nin Türkiye'deki okul çağındaki çocukların öznel SOY düzeylerini belirlemede yeterli geçerlik ve güvenirliğe sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca ölçeğin, gerektiğinde başka dillere de uyarlanabileceğine ilişkin olumlu kanıtlar sunmaktadır.

Ozturk Haney (2020) araştırmasında, Türkiye'deki okul çağı çocuklarında SOY ile BKİ arasındaki ilişkiyi ve ebeveynlerin SOY ile beden ağırlığının bu ilişkiye etkisini incelemiştir. İzmir'deki iki ortaokulda yürütülen çalışmaya 204 çocuk ve ebeveyni katılmıştır. Sonuçta, çocukların SOY ile obezite arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Buna ek olarak, çocukların SOY düzeyleri ile ebeveynlerinin SOY, çocukların sağlık ve akademik başarı algıları ile sağlıklı yaşam tarzına verdikleri önemle pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir. Çok değişkenli regresyon analizine göre, çocukların BKİ'sini anlamlı şekilde etkileyen tek değişkenin ebeveyn BKİ'si olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, çocukluk çağı obezitesinin önlenmesinde ebeveynlerin özellikle kilo durumu ve sağlıkla ilgili davranışlarının dikkate alınması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca, çocukların SOY'unu artırmaya yönelik okul temelli müdahalelere ve ebeveyn katılımını içeren yaklaşımlara ihtiyaç duyulduğu önerilmektedir.

Üçkuyu (2020) ortaokul çağındaki çocuklarda SOY düzeyi ve ilişkili etmenleri incelemek amacıyla yürütmüş olduğu çalışmasını, İzmir ilinde Buca İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı dört ortaokulda (iki devlet ortaokulu, iki özel ortaokul) yürütmüştür. Toplam 431 çocuğu çalışmaya almıştır. Çalışmanın verileri 2018-2019 eğitim-öğretim yılında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında sosyodemografik form ve Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada, çocukların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin; kullandıkları ilaç sayısı, kendi sağlık algıları ve hastaneye yatış sayıları değişkenleri açısından anlamlı biçimde farklılaştığı görülmüştür. Buna karşılık, ailelerin gelir düzeyi, çocuğun cinsiyeti, anne ve babanın eğitim durumu, kronik bir hastalığa sahip olma durumu, acil servise başvurma sıklığı, öğrenim görülen okul türü (devlet ya da özel) ve yaş grupları açısından sağlık okuryazarlığı düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ayrıca çocukların SOY düzeyleri ile hastaneye yatış sayısı arasında ters yönlü; acil servise başvuru sayısı ve kullanılan ilaç miktarı ile ise olumlu yönde anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir.

Üstündağ (2020) okul çağındaki çocukların SOY bilgi düzeylerini belirlemeyi ve bu düzeylerde cinsiyete göre bir farklılık bulunup bulunmadığını ortaya koymayı amaçlamış ve çalışma grubunu 10 yaşındaki (dördüncü sınıf) çocuklarla sınırlandırmıştır. Nicel araştırma olarak planlanan bu çalışma kapsamında, 10 yaşında toplam 1044 çocuk araştırmaya dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak "Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" kullanılmıştır. Cinsiyet değişkeninin SOY bilgi düzeyleri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan analizler sonucunda, 10 yaş grubundaki çocukların sağlık okuryazarlığı bilgi düzeylerinde cinsiyete bağlı anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Bektas vd. (2021) Türkiye'deki ergenlerin öz-yeterlik ve SOY düzeylerinin sağlıkla ilişkili yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkilerini inceledikleri bu çalışmada betimleyici kesitsel bir araştırma deseni benimsemiştir. Çalışma, 13–18 yaş aralığında 440 ergenden oluşan bir örneklemle yürütülmüştür. Veriler, Demografik Bilgi Formu, Çocuklar İçin Öz-Yeterlik Ölçeği, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Ergen Yaşam Biçimi Profili aracılığıyla toplanmıştır. Regresyon analizine göre, ergenlerin öz-yeterlik ve SOY düzeyleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı birer yordayıcısıdır. Öz-yeterlik düzeyi; sağlık sorumluluğu, bedensel aktivite, beslenme, olumlu yaşam bakışı, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve ruhsal sağlık gibi sağlıklı yaşam davranışlarının tüm alt boyutlarını anlamlı şekilde yordarken; SOY düzeyi bu alt boyutların fiziksel aktivite ve stres yönetimi dışındaki tüm alanlarını yordamada anlamlı bulunmuştur. Bu bulgular, ergenlerin olumlu sağlık davranışları geliştirebilmeleri için öz-yeterlik ve SOY düzeylerinin artırılmasının önemini ortaya koymaktadır. Eğitim ve müdahale programlarının bu iki psikososyal değişkeni geliştirecek biçimde yapılandırılması, gençlerin sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemelerine katkı sağlayacaktır.

İzoğlu Tok ve Doğan (2021) 15–17 yaşları arası ergenlerin SOY'unu incelemek amacıyla, sağlık bilgisi dersini alan 24 öğrenciyle görüşmeler yaparak nitel bir araştırma yürütmüştür. Araştırmanın bulguları, ergenlerin SOY düzeyini etkileyen başlıca değişkenlerin; ailede kronik hastalığı bulunan bir yakının varlığı, sağlık personelinin başvurulacak temel bir kaynak olarak görülmesi ve annenin çalışma durumunun olduğu yönündedir.

Yurdakul (2021) erken adölesan dönemdeki öğrencilerde SOY ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır. Araştırma, Konya'nın Ereğli ilçesinde bulunan dört ortaokulda öğrenim gören 405 çocuk ile 2019–2020 eğitim-öğretim

yılında yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında Sosyodemografik Bilgi Formu, Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen bulgular, öğrencilerin SOY düzeyleri ile sağlığı geliştirme davranışları arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yapılan regresyon analizine göre SOY'un, sağlığı geliştirme davranışları üzerinde anlamlı ve olumlu bir etkisi bulunmaktadır. Araştırmada, çocukların SOY düzeylerinin orta seviyede olduğu ve yeterli okuryazarlık düzeyine henüz ulaşmadıkları belirlenmiştir. Sonuç olarak, erken adölesanlarda SOY yükseldikçe sağlığı geliştirme davranışlarının da arttığı anlaşılmaktadır.

Açık (2022) tarafından yürütülen çalışmada, örnek olaylarla zenginleştirilmiş sağlık eğitiminin, ortaokul dönemindeki çocukların salgın hastalıklara ilişkin bilgi düzeyleri, tutumları ve sağlık okuryazarlığı üzerindeki etkisini incelemek amaçlanmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu, 2020–2021 eğitim-öğretim yılında Adıyaman'ın Besni ilçesinde bulunan bir devlet ortaokulunda öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur. Çalışmada 24 kişilik deney grubu ve 24 kişilik kontrol grubu olmak üzere toplam 48 öğrenci yer almıştır. Uygulama öncesinde her iki gruptaki öğrencilere, araştırmacı tarafından hazırlanan nicel veri toplama araçları ön test olarak uygulanmıştır. Deney grubundaki çocuklara sağlık eğitimi örnek olaylarla desteklenmiş biçimde sunulurken, kontrol grubundaki öğrencilere mevcut programa uygun biçimde EBA destekli içerikler araştırmacı tarafından işlenmiştir. Dersler toplam altı hafta boyunca sürdürülmüştür. Araştırmada karma yöntem kullanılmış ve uygulama tamamlandıktan sonra her iki gruba nicel veri toplama araçları son test olarak yeniden uygulanmıştır. Nicel veriler, araştırmacı tarafından geliştirilen ve pilot uygulama ile geçerlik–güvenirliği sağlanan Akademik Başarı Testi ile Okul Çağındaki Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği aracılığıyla elde edilmiştir. Nitel bulgular incelendiğinde, örnek olaylarla desteklenen sağlık eğitiminin, ortaokul öğrencilerinin sağlık bilgilerinin artırılmasında daha etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Ancak bu yöntemle eğitim alan çocukların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin, mevcut program doğrultusunda eğitim alan öğrencilere göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. Nicel verilerin analizi sonucunda, çocukların salgın hastalıklara ilişkin bilgi sahibi oldukları; salgınla bağlantılı fen kavramlarına, hastalıkların bulaş yollarına ve salgın dönemlerinde alınması gereken önlemlere dair farkındalıklarının geliştiği görülmüştür. Ayrıca, hijyen ve beslenme alışkanlıkları ile salgın sürecine ilişkin etik ve empatik tutumlarda olumlu yönde değişim olduğu ifade edilebilir.

Mutlu vd. (2023) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, tip 1 diyabet tanısıyla izlenen iki-18 yaş arası 103 çocuğun ebeveynlerinin SOY düzeyleri ile çocukların glisemik kontrol

düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırma bulgularına göre, ebeveynlerin TSOY-32 puanları, eğitim düzeyleri ve çocukların diyabetik ketoasidoz nedeniyle hastaneye yatış sayısı ile anlamlı düzeyde farklılaşmıştır. Özellikle iki–10 yaş arası çocukların ebeveynlerinde Hba1c ile SOY arasında negatif anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna karşın, daha büyük yaş grubundaki çocuklar için bu ilişki anlamlı bulunmamıştır. Elde edilen bulgular, ebeveynlerin SOY'unun, çocukların diyabet yönetimi üzerinde etkili bir değişken olduğunu göstermektedir.

Güley ve Keskinkılıç (2024) tarafından yürütülen Proje Yaklaşımı Temelli Bilim Eğitimi (PABSEP) çalışması, dört ile yedi yaş grubu anaokulu çocuklarında bilimsel süreçler ile problem çözme becerilerinin entegre edilerek öğretilebileceğini göstermektedir. Araştırmada, çocuklar 28 oturumluk bir eğitim sürecinde hipotezler kurmuş, doğa olaylarını incelemiş, veriler toplamış ve çözüm önerileri geliştirmiştir. Sonuç olarak, eğitim uygulaması yapılmayan kontrol grubuna kıyasla deney grubunun problem çözme performansında anlamlı bir gelişme gözlemlenmiş ve bu etki kalıcı hale gelmiştir . Bu durum, çocuklara bilimsel düşünme süreçlerini öğretmenin yalnızca akademik başarıyı değil, aynı zamanda SOY bağlamında kritik düşünme ve karar verme becerilerini de desteklediğini göstermektedir. Dolayısıyla, sağlık eğitimi programlarında vaka çözümlemeye dayalı proje yaklaşımlarının bulunması, çocukların sağlıkla ilgili bilgiye aktif, eleştirel ve çözüm odaklı yaklaşmalarını desteklemek için güçlü bir yöntemdir.

Kasimoğlu ve Baş (2024) yürüttükleri bir araştırmada, ilkokul dördüncü sınıftaki çocukların SOY düzeyleri ile sağlıklı beslenme öz yeterlikleri arasındaki ilişki ve bu düzeyleri etkileyen faktörleri incelemiştir. Türkiye'nin doğusunda bulunan bir ilkokulda öğrenim gören 486 çocuk ile yürütülen çalışmada, veriler yüz yüze görüşmeler yoluyla toplanmış ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile Çocuklar İçin Sağlıklı Beslenme Öz Yeterlik Ölçeği kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, çocukların cinsiyetleri ile annelerinin eğitim düzeyleri, hem SOY hem de sağlıklı beslenme öz yeterlik puanlarıyla anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur. Ayrıca çocukların SOY ile sağlıklı beslenme öz yeterlik düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmanın bulguları, çocukların SOY düzeylerinin orta düzeyde, sağlıklı beslenme öz yeterliklerinin ise düşük düzeyde olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, ilkokul çağındaki çocuklara yönelik SOY'u geliştirmeye yönelik eğitim programlarının, sağlıklı yaşam becerileri kazandırmada önemli bir araç olabileceğini göstermektedir.

Yeşil ve Özçelik (2024) bu metodolojik çalışmasında, sekiz–12 yaş aralığındaki Tip 1 diyabetli çocukların akut komplikasyonlara ilişkin SOY düzeylerini ölçmek amacıyla özgün bir ölçme aracı olan "Çocuklarda Tip 1 Diyabetin Akut Komplikasyonlarına Yönelik Sağlık

Okuryazarlığı Ölçeği" geliştirmiştir. Çalışma, bir eğitim ve araştırma hastanesinin diyabet polikliniğine kayıtlı 222 çocuk ile yürütülmüştür. İlk olarak 22 maddeden oluşan madde havuzu uzman görüşleriyle değerlendirilmiş; içerik geçerliği doğrulandıktan sonra maddeler gözden geçirilmiş ve son haliyle ölçek 22 madde olarak uygulanmıştır. Veriler, "Diyabetli Çocuklar Tanılama Formu" ve geliştirilen ölçek aracılığıyla toplanmıştır. Açımlayıcı faktör analizi (AFA), madde-toplam korelasyonları ve yarı-yarıya güvenirlik analizleri ile psikometrik özellikler değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda ölçek, üç faktör ve 19 maddeden oluşan bir yapıya indirgenmiştir. Faktörler, diyabetin akut komplikasyonlarına ilişkin bilgi ve SOY'u kapsamaktadır. Yapı geçerliği ve iç tutarlılığı yeterli düzeyde olan bu ölçek, Tip 1 diyabetli çocukların akut komplikasyonları yönetme becerileri ve sağlıkla ilgili bilgiye erişim, anlama ve uygulama yeterliliklerini değerlendirmek amacıyla kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak literatüre kazandırılmıştır.

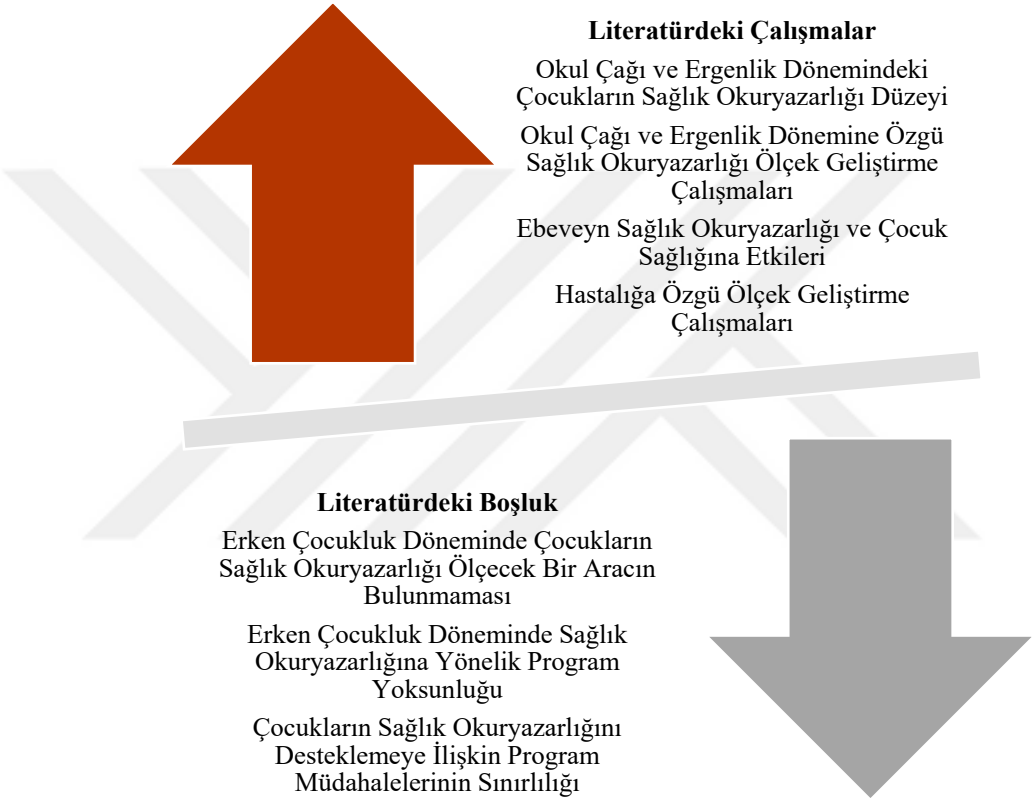
Altunoz ve Aygun (2025) Türkçeye uyarlanan Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Çocuk Formu (HLS-Child-Q15-TR), dokuz–11 yaş aralığındaki çocukların SOY düzeylerini ölçmek amacıyla geçerlik ve güvenirlik açısından değerlendirmiştir. Çalışma, ilkokul ve ortaokullarda öğrenim gören 843 çocukla yürütülmüştür. Kültürel uyumluluğu sağlamak üzere dil ve içerik geçerliği analizleri yapılmış; yapı geçerliği ise açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri ile test edilmiştir. Ölçeğin, sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi olmak üzere üç alt boyuttan oluştuğu ve bu modelin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre kabul edilebilir düzeyde uyum sağladığı belirlenmiştir. Ölçeğin madde-toplam korelasyonları 0,30'un üzerinde, Cronbach Alfa değeri 0,831 ve TTT korelasyonu 0,98 olarak bulunmuştur. Bu bulgular doğrultusunda, HLS-Child-Q15-TR'nin Türkiye'de 12 yaş altı çocukların SOY'unu değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Uner vd. (2025) yapmış oldukları araştırmada ebeveynlerin SOY düzeyleri ile ilkokul çağındaki çocukların antropometrik ölçümleri ve genel sağlık durumları arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır. Güç analizi sonucunda örneklem büyüklüğü belirlenmiş ve iki ilkokuldan toplam 681 çocuk ve ebeveyni çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler; sosyo-demografik bilgi formu, çocuk izlem formu ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Kısa Formu aracılığıyla toplanmıştır. Veri toplama formları çocuklar aracılığıyla ebeveynlere ulaştırılmış, çocukların antropometrik ölçümleri ise okul ortamında oluşturulan özel bir ofiste yapılmıştır. Veriler analiz edilirken ki-kare testi ile ikili lojistik regresyon kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre ebeveynlerin SOY düzeylerinin genel olarak yeterli olduğu

belirlenmiştir. SOY düzeyi ile ebeveynin eğitim durumu, medeni hali, çocukların genel sağlık durumu ve sağlık hizmetlerine erişim tercihleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Yüksek eğitim düzeyine sahip olan, hem kendi hem de çocuklarının sağlık durumunu olumlu değerlendiren ve çocuklarında ağız-diş sağlığı problemi bulunmayan ebeveynlerin SOY düzeyleri daha yüksek saptanmıştır.

SOY, yalnızca bireylerin değil, aynı zamanda çocukların bakımından sorumlu ebeveynlerin bilgi, karar verme ve uygulama becerilerini de kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Özellikle sıfır-12 yaş arası çocuklar, sağlıkla ilgili süreçlerde doğrudan değil dolaylı olarak, yani ebeveynleri aracılığıyla etkilenmektedir. Bu nedenle, çocukların sağlık sonuçları, büyük ölçüde ebeveynlerinin SOY düzeyiyle ilişkilidir (Ulusoy vd., 2020). Örneklem grubunun çocuklar olduğu çalışmalar oldukça sınırlı olup litertür göstermektedir ki, ebeveynlerin SOY düzeyinin yüksek olmasının, çocukların önleyici sağlık hizmetlerinden düzenli yararlanmasını, hastalıkların erken fark edilmesini ve doğru tedavi süreçlerinin izlenmesini sağlamaktadır. Ulusoy vd. (2020) sıfır ile beş yaş arası çocukların sağlıklı çocuk takibi süreçlerinde ebeveynlerin SOY düzeylerinin, aile sağlığı merkezlerinden yararlanma biçimlerini etkilediğini ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Aygun ve Topcu'nun (2023) yaptığı araştırmada, sıfır–altı yaş aralığında çocuğu olan ebeveynlerin SOY düzeyleri ile çocukların boy ve kilo gibi antropometrik gelişim göstergeleri arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Bu sonuç, SOY düzeyi yüksek ebeveynlerin çocuklarının fiziksel aktiviteye, beslenme düzenine ve düzenli sağlık kontrollerine daha fazla özen gösterdiğini ortaya koymaktadır. Gürkan'ın (2023) çalışmasında ise sıfır–12 yaş arası çocuğu bulunan ebeveynlerin SOY düzeylerinin, akılcı antibiyotik kullanımı konusundaki algılarını doğrudan etkilediği görülmüştür. Ebeveynlerin antibiyotiklere ilişkin bilgi ve tutumları, gereksiz ya da yanlış ilaç kullanımının önlenmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Bu bulgular, SOY'un yalnızca bireyin kendi sağlık kararlarını değil, aynı zamanda toplum sağlığını da etkileyen önemli bir unsur olduğunu göstermektedir. Genel olarak elde edilen sonuçlar, Türkiye'de çocuk sağlığını geliştirmeye yönelik müdahalelerde hem çocuklara hem de ebeveyn ve bakım verenlere yönelik SOY eğitimlerinin mutlaka dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu çerçevede, aile sağlığı merkezleri, okul öncesi eğitim kurumları ve ilkokullar gibi erken müdahale noktalarında SOY'a dayalı eğitim programlarının uygulanması, sıfır-12 yaş arası çocukların uzun vadeli sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir.

Yurt içinde yapılmış olan araştırmaların özetleri incelenmiş ve Şekil 1.4'te sunulmuştur. Çocuklarda SOY alanındaki çalışmalara bakıldığında ağırlıklı olarak okul çağı ve ergenlik dönemi olmak üzere SOY düzeylerini saptamaya yönelik çalışmaların yürütüldüğü, bu çalışmaların çoğunun ölçek geliştirme ve betimsel çalışmalar olduğu, erken çocukluk dönemindeki çocukların SOY'unun ise kilit belirleyici olan ebeveynlerinin SOY'u ile saptandığı çalışmalara yer verildiği görülmüştür.



Şekil 1.4. Yurt içinde çocuklarda sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaların özetlenmesi

Yurt içinde yapılan çalışmalar incelendiğinde, çocuklarda SOY ile ilgili çalışmaların 2014 yılında başladığı görülmektedir. Çocuklarda SOY ile ilgili çalışmalar, yaş grubu olarak okul çağı ve ergenlik dönemindeki çocuklar üzerinde yoğunlaşmıştır. Özellikle de araştırmaların büyük bölümünün okul çağı (dokuz-14 yaş arası) çocuklarla yürütülmüş olduğu görülmüştür. Erken çocukluk dönemindeki çocuklarla olan çalışmalarda ise ebeveynlerin sağlık okuryazarlığının çocuklarının üzerindeki etkisinin araştırıldığı görülmüştür. 2020 sonrası yapılmış araştırmalar ebeveyn SOY'unun çocuk sağlığına etkileri ve hastalık-özgül ölçek geliştirme yönünde artmıştır. Erken çocukluk dönemine (sıfır-altı yaş) ilişkin

çalışmaların oldukça sınırlı olduğu ve yalnızca dolaylı olarak ebeveyn SOY'u üzerinden ele alınmış olduğu bulunmuştur. Erken çocukluk dönemindeki çocukların sağlık okuryazarlığını doğrudan ölçen bir ölçeğe rastlanamamış olup erken çocukluk dönemindeki çocuklara yönelik hazırlanmış bir sağlık okuryazarlığı programının olmadığı görülmüştür.

1.5.2. Yurt Dışında Yapılan Araştırmaların Özetleri

DeWalt ve Hink (2009) 1980–2008 yılları arasında ebeveyn ve çocuk okuryazarlığının çocuk sağlığı sonuçları ile ilişkisini inceleyen sistematik bir inceleme gerçekleştirmiştir. MEDLINE ve CINAHL veri tabanlarından seçilen 24 çalışma analiz edilmiş; araştırmalar, düşük çocuk ve ebeveyn okuryazarlığının sağlık davranışları, sağlık bilgisi kazanımı ve sağlık durumu üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymuştur. Özellikle düşük ebeveyn okuryazarlığı, çocuklarda daha düşük sağlık bilgisi, olumsuz sağlık davranışları ve bazı hastalık sonuçları ile ilişkilendirilmiştir. Sağlık hizmetleri kullanımına yönelik sonuçlar ise değişkenlik göstermiştir. Müdahale çalışmaları, yazılı materyallerin iyileştirilmesi ve kısa danışmanlık destekleriyle bilgi düzeyinin artırılabileceğini, davranış değişikliğinin teşvik edilebileceğini göstermiştir. Çalışmaların genel kalitesi orta düzeyde olmakla birlikte, araştırmacılar ebeveyn ve çocuk okuryazarlığı arasındaki nedensel ilişkilerin netleştirilmesi ve etkili müdahalelerin belirlenmesi için gelecekte uzunlamasına ve müdahaleli çalışmalar yapılmasının gerekliliğini vurgulamışlardır. Bu kapsamlı literatür incelemesi, çocuk sağlığı bağlamında SOY'un hem önemli bir belirleyici hem de müdahale edilmesi gereken bir hedef olduğunu ortaya koymaktadır.

Kumar vd. (2010) ebeveynlerin bebek bakımıyla ilgili sağlık talimatlarını anlama konusundaki SOY ve sayısal yeterlik düzeyleri değerlendirilmiş ve bu amaçla yeni bir ölçüm aracı olan PHLAT'ı geliştirmiştir. 13 aydan küçük bebeklerin bakımını üstlenen 182 ebeveynle, üç akademik tıp merkezinde yürütülen kesitsel araştırmada, SOY ve sayısal beceriler daha önce geçerliği kanıtlanmış araçlarla değerlendirilmiş, ardından 20 maddelik PHLAT uygulanmıştır. Bulgulara göre, katılımcıların %99'u temel okuryazarlık açısından yeterli düzeyde olsa da yalnızca %17'sinin 9. sınıf üzeri numerik becerilere sahip olduğu görülmüştür. Ortalama PHLAT puanı %68'dir ve örneğin sadece %47'si konsantre mama hazırlama yönergelerini doğru şekilde tanımlayabilmiş; %69'u ise dijital termometreden ateş tanısı koyabilmiştir. PHLAT puanları eğitim düzeyi, okuryazarlık ve numerik yeterlik ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkilidir. Ayrıca yüksek PHLAT puanı olan ebeveynler, çocuk soğuk algınlığı ilaçlarına dair yaş önerilerini doğru yorumlama olasılığı açısından da daha başarılıdır.

PHLAT ölçeğinin iç tutarlılığı yüksek düzeyde bulunmuş, kısaltılmış 10 maddelik versiyonu olan PHLAT-10 da geçerli ve güvenilir bir yapı sergilemiştir. Elde edilen bulgular, birçok ebeveynin bebek bakımına ilişkin temel sağlık bilgilerini anlamada yetersiz kaldığını ve bu tür ölçme araçlarının iletişim gereksinimi yüksek ebeveynleri tanımlamada etkili olabileceğini ortaya koymuştur.

Sharif ve Blank (2010) tarafından yürütülen kesitsel çalışmada, fazla kilolu çocuklarda SOY ile BKİ Z-skoru arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmaya Medicaid kapsamında sağlık hizmeti alan, yaşları 10–16 arasında değişen 107 çocuktan 78'inin verileri analiz edilmiştir. Hem çocukların hem de ebeveynlerin SOY düzeyi, fonksiyonel SOY'u ölçen STOFHLA ile değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, çocukların SOY ile BKİ Z-skoru arasında anlamlı negatif ilişki saptanmıştır. Ek olarak çocukların SOY, yeme öz-yeterlik düzeyleri ile de pozitif yönde ilişkilidir. Regresyon analizleri, çocukların SOY düzeyinin BKİ Z-skorunu bağımsız bir değişken olarak yordadığını ve modelin toplam açıklayıcılığının %38 olduğunu göstermiştir. Bu bulgular, SOY'un çocukluk çağındaki obeziteye yönelik müdahalelerde mutlaka göz önünde bulundurulması gereken önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Franze vd. (2011) Almanya'da yürütülen "GeKoKidS" projesi kapsamında okul çağındaki çocukların SOY düzeylerini geniş bir popülasyon üzerinden incelemiştir. Çocukların sağlık bilgisine erişme, anlama, değerlendirme ve günlük yaşamda uygulama becerilerini ölçmeyi hedefleyen çalışma, yaklaşık 19.000 ilkokul öğrencisiyle gerçekleştirilmiştir. Bulgular, çocukların SOY düzeylerinin yaş ilerledikçe arttığını; buna karşılık sosyoekonomik düzeylere göre belirgin farklılıklar bulunduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, SOY'un erken yaşlarda değerlendirilmesi ve desteklenmesinin önemine işaret etmekte; eğitim politikaları ve programlarının yaşa ve sosyoekonomik bağlama duyarlı biçimde planlanması gerektiğini vurgulamaktadır.

Chari vd. (2014) çocukların ve ebeveynlerinin SOY düzeyleri ile çocukluk ve ergenlik dönemindeki obezite arasındaki olası ilişkiyi incelemiştir. İngilizce konuşan 239 çocuk–ebeveyn ikilisiyle yürütülen kesitsel çalışmada SOY, NVS aracı kullanılarak ölçülmüştür. Veriler iki yaş grubunda değerlendirilmiştir: okul çağı (7–11 yaş) ve ergenlik dönemi (12–19 yaş). Katılımcıların %84'ünün Medicaid kapsamında olduğu, çocukların ise %27'sinin obez kategorisinde yer aldığı belirtilmiştir. Çok değişkenli lojistik regresyon analizleri, okul çağındaki çocuklarda ebeveynin yüksek SOY düzeyine sahip olmasının obezite riskini anlamlı ölçüde azalttığını göstermiştir. Ergen grubunda ise durum farklılaşmış; ergenlerin düşük SOY

düzeyi obezite ile güçlü bir ilişki göstermiştir. Ayrıca ergenlerde ebeveyn eğitim düzeyinin yükseldikçe obezite riskinin azaldığı belirlenirken, Medicaid kapsamındaki ergenlerde obezite riskinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Genel olarak bulgular, çocukluk döneminde ebeveyn SOY'unun; ergenlik döneminde ise bireysel SOY düzeyinin obeziteyi etkileyen temel unsurlar arasında yer aldığını ortaya koymaktadır.

Pati vd. (2014) annelerin SOY düzeyleri ile çocuklarının çeşitli sosyal yardım programlarına katılımı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Medicaid'e uygun 560 anne–bebek ikilisinin yer aldığı çalışmada, annelerin SOY düzeyleri S-STOFHLA kullanılarak değerlendirilmiştir. Çocukların doğumundan 24. aya kadar belirli aralıklarla gerçekleştirilen takip görüşmelerinde; Aile Yardımı (TANF), Gıda Yardımı (SNAP), Kadın-Çocuk Beslenme Programı (WIC), çocuk bakım desteği ve kamu konut yardımlarına ilişkin katılım verileri toplanmıştır. Elde edilen bulgular, annesi düşük SOY düzeyine sahip olan çocukların çocuk bakım desteğinden yararlanma olasılığının anlamlı biçimde daha düşük olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, SOY'un diğer sosyal yardım programlarına (TANF, SNAP, WIC, konut yardımı) katılım açısından anlamlı bir yordayıcı olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca, tüm programlara katılım oranlarının çocuğun doğumundan 24. aya kadar azaldığı; özellikle WIC programına katılımın bir yaş sonrasında belirgin şekilde düştüğü görülmüştür. Çalışma, erken çocukluk döneminde, düşük SOY'a sahip annelere yönelik daha erişilebilir ve basitleştirilmiş başvuru süreçlerinin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Keim-Malpass vd. (2015) bu sistematik derleme, özel sağlık bakım gereksinimi olan çocukların ebeveyn ya da bakımverenlerinin SOY düzeylerini inceleyen mevcut çalışmaları değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Son yıllarda SOY, özellikle kronik hastalıkların yönetiminde önemli bir belirleyici olarak kabul edilmekte; ancak özel sağlık bakım gereksinimi olan çocuklara bakım veren bireylerin SOY henüz yeterince araştırılmamıştır. 1998–2014 yılları arasında yayımlanmış çalışmaların incelendiği bu derlemeye toplam 13 çalışma dahil edilmiştir. Çoğu çalışma, ebeveyn SOY ile çocukluk çağı astımı sonuçları arasındaki ilişkiye odaklanmış, genellikle kesitsel tasarımla yürütülmüş ve akademik tıp merkezlerine bağlı çocuk kliniklerinden örneklem alınmıştır. Bulgular, ebeveyn SOY ile çocukların sağlık sonuçları arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, alanda önemli boşluklar mevcuttur. Bunlar arasında çocuk ve ergenlerin SOY'unun doğrudan değerlendirilmesi, eşlik eden hastalıkların dikkate alınması, sağlık hizmeti kullanımı ve maliyetlerle ilişkilerin incelenmesi ve yatan hasta ortamlarında SOY'un araştırılması yer almaktadır. Çalışma, özel sağlık bakım gereksinimi olan çocukların bakımında ebeveyn

SOY'a yönelik daha sistematik ve kapsamlı araştırmalara ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

Paakkari vd. (2016) çocuk ve ergenlerde SOY'u ölçmek amacıyla öznel algıya dayalı, kısa, çok boyutlu ve kuramsal temelli bir ölçüm aracı geliştirmişlerdir. Araştırma, Finlandiya'da yedinci ve dokuzuncu sınıftaki çocuklardan elde edilen verilerle dört aşamada yürütülmüştür. Pilot uygulama sonrası 16 maddeye indirilen ölçek, geçerlik analizleri sonucunda her biri SOY'un beş kuramsal bileşenini temsil eden ikişer maddeden oluşan toplam 10 maddelik bir yapıya dönüştürülmüştür. Bu bileşenler: pratik bilgi, teorik bilgi, öz farkındalık, eleştirel düşünme, vatandaşlık olarak belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı oldukça yüksek bulunmuş ve HLSAC adıyla literatüre kazandırılmıştır. Çalışma, bu kısa ve güvenilir ölçüm aracının, geniş örneklemli araştırmalarda ve çocuk ve ergenlerle yürütülecek taramalarda etkili biçimde kullanılabileceğini ortaya koymaktadır. Araç, farklı kültür ve ülkelerde kullanılmadan önce ek doğrulama çalışmalarına ihtiyaç duymaktadır.

Bröder vd. (2017) çocukluk ve ergenlik döneminde SOY'u tanımlayan ve modelleyen çalışmaları sistematik olarak incelemişlerdir. Altı farklı veri tabanında yapılan tarama sonucunda 30 çalışma analiz kapsamına alınmış, bu çalışmaların içerik analiziyle değerlendirildiği bildirilmektedir. İncelenen yayınlarda, çocuklara ve gençlere yönelik toplam 12 tanım ve 21 modelin yer aldığı saptanmıştır. Bulgular, SOY'un çocukluk ve gençlik döneminde bilişsel, duygusal, sosyal ve davranışsal bileşenleri içeren çok boyutlu bir yapı olarak ele alındığını göstermektedir. Ancak söz konusu modellerin çoğunun yetişkin merkezli tasarlandığı, erken çocukluk döneminin (özellikle 10 yaş altı) yeterince temsil edilmediği görülmüştür. Çalışmada ayrıca, çocukların gelişimsel özelliklerine, sosyal çevrelerine ve medya etkisine duyarlı modellerin eksikliği vurgulanmış, gelecekte çocukları pasif alıcılar yerine aktif katılımcılar olarak konumlandıran yaklaşımların geliştirilmesi önerilmiştir.

Intarakamhang ve Intarakamhang (2017) bu çalışmada, Tayland'da dokuz-14 yaş aralığındaki fazla kilolu çocuklara yönelik SOY düzeylerini değerlendirmek üzere özgün bir ölçek geliştirilmiş ve bu ölçeğin obeziteyi önlemeye yönelik sağlık davranışlarıyla olan ilişkisi incelenmiştir. Kesitsel ve karma yöntemli olarak tasarlanan araştırma kapsamında, ülke genelinde tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen 2000 çocuğa ulaşılmıştır. Geliştirilen ölçeğin güvenirliği kabul edilebilir düzeyde bulunmuş, faktör yükleri ise 0,33–0,80 arasında değişmiştir. Katılımcıların %60'ının SOY düzeyleri düşük, %58,4'ünün sağlık davranış düzeyleri orta düzeydedir. Yapısal eşitlik modellemesi ile oluşturulan yol analizine göre, SOY

sağlık davranışlarını üç temel yol üzerinden etkilemektedir: Sağlık bilgisi ve anlayışı doğrudan beslenme davranışını etkilemektedir; sağlık bilgisi, sağlık yönetimi, medya okuryazarlığı ve karar verme becerileriyle ilişkilidir; bilgi ve hizmetlere erişim, iletişim becerileri ve karar alma süreçlerini etkilemektedir. Ayrıca temel SOY düzeyinin, etkileşimsel ve eleştirel düzeyler aracılığıyla sağlık davranışlarını anlamlı biçimde etkilediği bulunmuştur. Elde edilen bulgular, geliştirilen ölçeğin, fazla kilolu çocukların SOY'u değerlendirmede ve halk sağlığı politikaları kapsamında müdahaleleri yönlendirmede etkili bir tarama aracı olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Fleary vd. (2018) hem çocukların hem de ergenlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile sağlık davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunduğunu ortaya koymuştur. Çalışmada, SOY düzeyinin ölçülmesinin çoğu zaman güç bir süreç olduğu da belirtilmektedir. Bununla birlikte, elde edilen bulgular çocukların sağlık davranışlarını açıklayan tek unsurun SOY düzeyi olduğunu söylemenin mümkün olmadığını göstermektedir. Araştırmada, bu yaş grubundaki bireylerin sağlık hizmetlerine erişim konusunda hâlâ ebeveynlerinin yönlendirmesine ve desteğine ihtiyaç duydukları özellikle vurgulanmıştır.

Guo vd. (2018) altı-24 yaş arası çocuk ve ergenlerde kullanılan SOY ölçüm araçlarının kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılan sistematik bir inceleme sunmaktadır. Okul, klinik ve toplum ortamlarındaki toplam 29 araç analiz edilmiş; bu araçların çoğunun yalnızca fonksiyonel SOY'a, yani temel okuma-yazma becerilerine odaklandığı belirlenmiştir. Araştırma, katılımcıların gelişimsel farklılıkları, ebeveyn bağımlılığı ya da demografik özellikleri dikkate alındığını, ancak epidemiyolojik farklılıkların göz ardı edildiğini ortaya koymuştur. Ölçüm özelliklerine yönelik değerlendirmede ise araçların %62,9'unun geçerlik, güvenirlik veya duyarlılık gibi temel özelliklerinin yeterince raporlanmadığı veya kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan analizde özellikle HLAT-8 adlı sekiz maddelik aracın yapı geçerliği, "Ergenler İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçümü" adlı ölçeğin ise güvenirlik açısından diğerlerine göre daha güçlü olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmacılar, gençlerde SOY düzeyini doğru ve güvenilir şekilde ölçebilmek için metodolojik olarak daha titiz ve kapsamlı araçların geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Nash vd. (2018) tarafından geliştirilen pilot protokol, Tazmanya'daki beş ilkokulda uygulanmak üzere HealthLit4Kids programını tanımlamakta ve açıklamaktadır. Karma yöntemli tasarımın uygulandığı çalışmada, öğretmen, çocuk, veli ve okul ortamına ilişkin çoklu veri kaynakları (öğretmen bilgi ve becerileri, HeLLOTas! örgütsel ölçüm aracı, odak

grup görüşmeleri, öğretmen yansımaları, atölye değerlendirmeleri ve çocukların ürettikleri yapıtlar) kullanılmıştır. Sekiz Ophelia ilkesine dayanan bu kapsamlı yaklaşımla, program hem tüm okul topluluğunu hem de bireysel sınıfları hedefleyerek SOY farkındalığı oluşturmayı, sistematik ihtiyaç tespiti yapmayı ve yıllık eylem planları oluşturmayı amaçlamaktadır. Protokol, okulun SOY'a sistematik ve yerel ihtiyaçlara duyarlı bir şekilde yanıt vermesi gerektiğini vurgulayarak, HealthLit4Kids'i eğitim- sağlık alanlarında sınırları aşan, sürdürülebilir ve katılımcı bir model olarak sunmaktadır.

Okan vd. (2018) yapılan sistematik derlemede, çocuk ve ergenlerin SOY'unu ölçmeye yönelik geliştirilen genel ölçüm araçları değerlendirilmiştir. Ocak 1990 ile Temmuz 2015 tarihleri arasında yayımlanmış ve 18 yaş altı bireyleri kapsayan çalışmalardan oluşan veri havuzu, beş farklı akademik veri tabanında taranmıştır. Sonuçta, 15 adet SOY ölçüm aracı belirlenmiş; bunların çoğunluğunun özbildirim temelli olduğu, yalnızca yedisinin performansa dayalı nesnel ölçüm sunduğu ve birinin karma yöntem kullandığı saptanmıştır. Araçlar sekiz farklı ülkede geliştirilmiş olup, altısının ABD kökenli olduğu görülmüştür. İncelenen ölçme araçlarında SOY'a dair 31 farklı bileşen tanımlanmıştır. Ancak bu bileşenlerin çoğu, araştırmacıların SOY'u kendi kuramsal çerçevelerine göre tanımlamasından kaynaklanan kavramsal çeşitlilik göstermektedir. Araştırmanın önemli bulgularından biri, yedi yaş altı çocuklar için geliştirilmiş geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracının bulunmaması ve yalnızca bir çalışmanın ilkokul çocuklarına özel bir araç sunmasıdır. Yazarlar, çocuk ve ergenlerde SOY'u ölçmeye yönelik çalışmaların sayıca beklenenden fazla olduğunu belirtmekle birlikte, alanda kavramsal birlikten ve standart metodolojik yaklaşımlardan yoksun olunduğuna dikkat çekmektedir. Bu nedenle, daha sağlam, kuramsal temellere dayalı, yaşa uygun ve erken çocukluğu da kapsayan SOY araçlarının geliştirilmesine yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır.

Paakkari vd. (2019) çocukluk ve ergenlik döneminde SOY düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen HLSAC ölçeğinin dört Avrupa ülkesinde (Finlandiya, Polonya, Slovakya ve Belçika) ölçme değişmezliğini incelemiştir. 13 ve 15 yaş gruplarından toplam 1468 ergen ile yürütülen çalışmada çok gruplu doğrulayıcı faktör analizi uygulanmış; yapı ve metrik değişmezlik sağlanmış, ancak skaler değişmezlik elde edilememiştir. Ölçek yüksek iç tutarlı göstermiştir ($\alpha = 0,85$) ve verilerle uygun model uyumu sergilemiştir. Elde edilen kısmi değişmezlik, ülkeler arası ortalama değer karşılaştırmalarına olanak tanımıştır. Bu bulgular, HLSAC ölçeğinin farklı ülkelerdeki ergenlerin SOY düzeylerinin karşılaştırılmasında geçerli bir araç olarak kullanılabileceğini ortaya koymaktadır.

Simonds vd. (2019) araştırmasında kontrol grubu içermeyen yarı deneysel bir desen tercih etmiş, çocuklar ve ebeveynlerle yapılan görüşmelerle programın uygulanabilirliğini değerlendirmiş, ön test/son test yöntemiyle bilgi, beceri ve davranışlardaki değişimleri ölçmüştür. Müdahale sonrası elde edilen sonuçlar, özellikle bilgi ve tutum alanlarında anlamlı artışlar göstermiştir. Nitel görüşmeler ise, kampın çocuklar ve aileler açısından değerli bulunduğunu ve su kalitesi konusunda bilimsel bilgi ile kültürel bilginin pekiştirildiğini ortaya koymuştur. Elde edilen bulgular, gençler ve sosyal çevrelerine yönelik toplum temelli çevresel SOY programlarının uygulanabilir ve kabul edilebilir olduğunu göstermektedir.

Zhang vd. (2019) sıfır-üç yaş arası çocukların bakımından sorumlu ebeveynlerin SOY düzeylerini değerlendirmek üzere "Çince Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı Anketi" adlı ölçüm aracını geliştirmiş ve psikometrik özellikleri test etmiştir. Mart - Nisan 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilen çalışmada, Çin'de 807 bakımverenden veri toplanmış; bunlardan 101'i ile iki haftalık arayla TTT analizi yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuş (Cronbach's α=0,89), yarı yarıya güvenirliği oldukça güçlüdür (Spearman-Brown=0,92) ve TTT korelasyon katsayısı da yeterli düzeyde (r=0,82) saptanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları, ölçeğin kuramsal yapısıyla uyumlu olduğunu göstermiştir. Ayrıca, ölçek puanları bakımverenin anne olması, daha yüksek eğitim düzeyine sahip olması, çocuğun Şanghay'da doğmuş olması (Hukou sistemi kapsamında), ailede yalnızca bir çocuğun bulunması ve yüksek gelir düzeyi gibi değişkenlerle pozitif ilişki göstermiştir. Toplam 39 maddeden oluşan bu ölçek, erken çocukluk döneminde ebeveyn SOY'u değerlendirmek amacıyla geçerli-güvenilir bir araç olarak kullanılabilecek potansiyele sahiptir.

De Buhr ve Tannen (2020) Almanya'da yürütülen bu kesitsel çalışmada, ebeveynlerin SOY düzeyleri ile çocukların sağlık davranışları ve sağlık çıktıları arasındaki ilişki incelenmiştir. 28 ilkokul ve ortaokulda gerçekleştirilen çalışmaya 4217 ebeveyn katılmış; çocuklara ait veriler ise altı-10 yaş aralığı için ebeveyn bildirimiyle (n=1518) ve 11 yaş üzerindeki çocuklar için öz-bildirimle (n=2776) toplanmıştır. Ebeveynlerin SOY, HLS-EU-Q16 ölçeğiyle ölçülmüş ve %45,8'inin yetersiz ya da sorunlu düzeyde SOY'a sahip olduğu belirlenmiştir. Sosyoekonomik düzey (r=0,088), Batı Almanya'da yaşamak (r=0,064) ve ebeveyn yaşının ileri olması (r=0,057) yüksek SOY ile anlamlı düzeyde ilişkilendirilmiş; çok değişkenli analizde yalnızca sosyoekonomik düzey anlamlı kalmıştır. Yüksek ebeveyn SOY, çocuklarda sağlıklı beslenme, düzenli diş fırçalama ve fiziksel aktivite gibi olumlu sağlık davranışlarıyla ilişkilendirilmiştir. Buna karşın, ebeveynlerin SOY düzeyleri ile çocukların sigara, alkol kullanımı, cinsellik davranışları ya da kilo durumları arasında anlamlı bir ilişki

bulunmamıştır. Bununla birlikte elde edilen sonuçlar, özellikle beslenme, fiziksel aktivite ve ağız-diş sağlığı gibi alanlarda ebeveyn SOY'unun güçlendirilmesinin, çocuk sağlığını dolaylı fakat önemli ölçüde destekleyebileceğini göstermektedir.

Fretian vd. (2020) Almanya'da dördüncü sınıf öğrencilerinin öznel SOY düzeylerini ve buna etki eden faktörleri inceleyen bir kesitsel araştırma yürütmüştür. Yaşa uygun öz-bildirim anketlerinin uygulandığı 907 çocukla yapılan çalışmada, sosyo-demografik özellikler, sağlıkla ilgili tutumlar ve motivasyon gibi değişkenler değerlendirilmiştir. Katılımcı çocukların %82,2'si sağlıkla ilgili bilgileri "epeyce kolay" ya da "çok kolay" anladığını belirtmiştir. Aile refah düzeyi, dilsel arka plan gibi değişkenler kontrol edildiğinde bile öznel SOY ile anlamlı ilişkiler ortaya çıkmış; ebeveynlerin sağlık odaklı tutumları, çocukların öz-yeterlik algıları ve motivasyon düzeyleri güçlü belirleyiciler olarak saptanmıştır. Hiyerarşik regresyon analizlerinde, fonksiyonel SOY, öz-yeterlik ve motivasyonun öznel SOY üzerinde önemli etkileri olduğu görülmüştür. Bu bulgular, çocukların sağlık bilgisine ulaşma, anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerinin bireysel özellikler kadar aile çevresinin tutum ve desteğiyle de şekillendiğini göstermektedir. Çalışma, erken yaşlarda SOY'u etkileyen sosyal ve psikolojik unsurlara dair önemli kanıtlar sunmakta ve yapılacak müdahalelere yönelik değerli ipuçları sağlamaktadır.

Knisel vd. (2020) altı-12 yaş aralığında bulunan 137 ilkokul öğrencisiyle, oyun ve egzersiz temelli etkinlikler aracılığıyla sağlık bilgisinin çocuklara aktarılmasını amaçlayan bir müdahale programı yürütmüştür. Programın başlangıcında ve bitiminde, çocukların sağlıkla ilgili bilgiyi erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini ölçen HLS-Child-Q15-DE ölçeği uygulanmıştır. Wilcoxon işaretli sıralar testi ile yapılan analizler, çocukların öz-bildirim temelli SOY puanlarında anlamlı bir artış olduğunu göstermiştir. Ayrıca bu artışın cinsiyet ya da yaş gibi değişkenlerden etkilenmediği belirlenmiştir. Sonuçlar, fiziksel aktiviteye dayalı müdahalelerin ilkokul çağındaki çocuklarda SOY düzeylerini artırmada etkili bir yaklaşım olabileceğine işaret etmektedir. Ancak araştırmanın tek gruplu pilot çalışma düzeyinde olması, bulguların genellenebilirliği açısından daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

Elmer vd. (2021) Tazmanya'da beş ilkokulda yürüttükleri çalışmada, HealthLit4Kids programının okulların SOY'a duyarlılık düzeyine etkisini incelemişlerdir. Araştırma kapsamında 84 öğretmen, okulun SOY açısından kurumsal kapasitesini değerlendiren HeLLOTas! Öz-Değerlendirme Kontrol Listesi'ni uygulamış; değerlendirmeler program

öncesi ve sonrası olarak gerçekleştirilmiştir. Altı örgütsel alanda yapılan ölçümler sonucunda tüm alanlarda olumlu yönde gelişmeler kaydedilmiş, zaman değişkeninin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Öğretmenlerin program sürecindeki deneyimlerine dayalı olarak geliştirilen okul temelli eylem planları, SO bir okul ortamının oluşturulmasına katkı sağlamıştır. Ayrıca araştırma sonucunda, diğer okullar ve ülkeler için uyarlanabilir nitelikte on öneri geliştirilmiş ve ilk kez bir okulun SOY'una yanıt verebilirliği sistematik olarak ölçülmüştür.

Hahnraths vd. (2021) tarafından yürütülen bu çalışma, çocuklara yönelik SOY ölçümünde kullanılan HLS-Child-Q15 ölçeğinin Hollanda bağlamına uyarlanmasını ve geçerlik-güvenirlik analizlerini kapsamaktadır. Araştırmada, ölçeğin çeviri süreci dilsel ve kültürel uyuma dikkat edilerek yürütülmüş ve süreç bilişsel ön testlerle desteklenmiştir. Psikometrik analizler sonucunda ölçeğin hem yapı geçerliğinin hem de iç tutarlılığının yüksek olduğu saptanmıştır. Bulgular, HLS-Child-Q15'in 7–12 yaş arası Hollandalı çocuklarda SOY düzeyini değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir. Çalışma ayrıca, çocuklara yönelik SOY ölçümlerinin farklı kültürel ortamlarda da uygulanabileceğine işaret ederek, uluslararası karşılaştırmalı araştırmalar için önemli bir temel sunmaktadır.

Mörelius vd. (2021)'nin araştırmasında, sıfır–12 yaş arası çocukların sağlık koşullarını yönetmeye çalışan ebeveynlerde dijital sağlık müdahalelerinin SOY üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Bu derleme, ebeveynlerin dijital müdahalelere katılım düzeyini, memnuniyet oranlarını, sağlık bilgisi ve davranışlarındaki değişiklikleri ve varsa çocuk sağlığına etkilerini incelemeyi amaçlamıştır. MEDLINE, CINAHL ve PsycINFO veritabanlarında 2010–2021 yılları arasında yayınlanmış literatür taranmış, 1351 çalışmadan beşi kapsama alınarak analiz edilmiştir. Çalışmaların tamamında internet tabanlı platformlar aracılığıyla ebeveynlerin bilgi düzeyinin artırılması hedeflenmiş ve tümünde müdahale sonrası SOY'daki artış (bilgi kazanımı ya da davranış değişikliği) rapor edilmiştir. Üç çalışmada yüksek düzeyde ebeveyn memnuniyeti belirtilmiş, ancak yalnızca bir çalışmada çocuk sağlığı sonuçları değerlendirilmiş ve bu çalışmada da ebeveyn bilgi düzeyindeki artışla birlikte çocuk sağlığında anlamlı iyileşmeler saptanmıştır. Bu sonuçlar, dijital müdahalelerin ebeveynlerin sağlık bilgisini artırmada etkili olabileceğini göstermektedir. Ancak, bu tür müdahalelerin çocuk sağlığı üzerindeki doğrudan etkilerini ortaya koyabilmek için daha kapsamlı ve metodolojik açıdan güçlü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Nash vd. (2021a) tarafından yürütülen araştırmada, Avustralya'da uygulanan HealthLit4Kids programı kapsamında öğretmenlere yönelik gerçekleştirilen mesleki gelişim

atölyelerinin öğretmen deneyimlerine etkisi incelenmiştir. Çalışmada, Tazmanya'daki ilkokullarda görev yapan öğretmenlerin, SOY konusundaki bilgi, farkındalık ve pedagojik uygulama becerilerinde ne tür değişimler yaşandığı değerlendirilmektedir. Nitel ve nicel verilerin birlikte kullanıldığı karma yöntemli araştırmada, öğretmenler atölyelerin en güçlü yönü olarak işbirliği ve ortak öğrenme ortamlarını vurgulamış; SOY'a ilişkin kavramsal anlayışlarının derinleştiğini belirtmişlerdir. Bununla birlikte, zaman kısıtlılığı ve öğretim programı yoğunluğu gibi yapısal engellerin uygulamada sınırlayıcı olduğu ifade edilmiştir. Araştırmacılar, ilkokul düzeyinde öğretmenlerin SOY SOY becerilerini destekleyecek daha fazla kaynağa ve sürdürülebilir mesleki gelişim fırsatlarına ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır.

Nash vd. (2021b) tarafından gerçekleştirilen bu uluslararası derleme çalışmasında, 2–16 yaş arası çocuklara yönelik okul temelli SOY programları sistematik olarak incelenmiştir. CINAHL ve ERIC veri tabanlarında yapılan kapsamlı literatür taraması sonucunda 21 çalışma değerlendirmeye alınmıştır. İncelenen programların çoğunluğu lise ve ortaokul düzeyine odaklanmakta olup, yalnızca altısı ilkokul seviyesindeki çocuklara yöneliktir. Bulgular, SOY programlarının çok bileşenli yapılarla uygulandığını, öğretmen eğitimi ve program entegrasyonunun önemli olduğunu, ancak öğretmenlerin bu konuda yeterli pedagojik hazırlığa sahip olmadıklarını ortaya koymuştur. Ayrıca, erken yaşlarda başlayan, tüm okul düzeyinde uygulanan ve ebeveyn katılımını içeren müdahalelerin daha etkili olduğu vurgulanmıştır. Araştırmacılar, özellikle ilkokul düzeyinde SOY'u geliştirmeye yönelik uygulamaların sınırlı olduğunu ve gelecekte bu alana özel programların geliştirilmesi gerektiğini ifade etmektedir.

Qiao vd. (2021) Çin'in Nanjing kentinde yürütülen bu kesitsel araştırmada, ilkokul ve lise çağındaki öğrencilerde SOY düzeyi ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışma, 2018 yılında rastgele seçilen 4–12. sınıftakilerinden oluşan 4388 katılımcı ile yürütülmüştür. SOY düzeyi ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyleri, doğrulanmış Çince "Çocuk Sağlığı Hizmetleri 9D (CHU9D)" Ölçeği ile değerlendirilmiş; SOY ise "Çinli Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı Değerlendirme Ölçeği" ile ölçülmüş ve yeterli/yetersiz olarak kategorize edilmiştir. Bulgulara göre, çocukların ortalama CHU9D puanı 0,78 ± 0,17 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %85,8'i yeterli SOY düzeyine sahiptir. Karışıklık değişkenleri ve sınıf düzeyinde kümelenme etkileri kontrol edildikten sonra yapılan analizlerde, yeterli SOY düzeyine sahip çocukların SOY düzeyi ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi puanlarının, yetersiz SOY düzeyine sahip olanlara göre ortalama 0,08 puan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu pozitif ilişki, yaş, cinsiyet ve yerleşim yeri gibi tüm

demografik alt gruplarda da gözlemlenmiştir. Sonuçlar, çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla okullarda uygulanacak SOY temelli müdahalelerin, halk sağlığı açısından önemli yararlar sağlayabileceğini ortaya koymaktadır.

Bjørnsen vd. (2022) çalışmanda, okul çağındaki çocuklar için geliştirilen HLSAC Ölçeğinin, Norveçli ergenler arasında geçerlik ve güvenirliğini incelemeyi amaçlamaktadır. SOY, değiştirilebilir önemli bir sağlık belirleyicisi olarak tanımlanmakta ve etkili müdahalelerin değerlendirilmesi için geçerli ölçüm araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak, özellikle ergenler arasında SOY ölçümüne yönelik araçların sınırlı olması bu alandaki araştırmaları kısıtlamaktadır. Çalışmada, 2017 yılında Norveç'in orta kesimindeki dört şehir lisesinden 1.054 çocukla toplanan veriler analiz edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 17,3 olup yaş aralığı 16–21'dir. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), Raykov'un güvenirlik katsayısı ve yapı geçerliği analizleri kullanılmıştır. Analizler sonucunda, orijinal 10 maddelik tek boyutlu modelin veriyle yeterli uyum göstermediği, ancak 6 maddeye indirgenmiş bir versiyonun (HLSAC-6) istatistiksel açıdan daha uygun olduğu ve yüksek güvenirlik sağladığı belirlenmiştir. Sonuç olarak, HLSAC-6 ölçeği Norveçli ergenler için geçerli-güvenilir bir SOY ölçeği olarak önerilmektedir. Ancak, bu yaş grubunda SOY kavramına ilişkin anlayışın derinleştirilmesi amacıyla bilişsel görüşmeler ve odak grup tartışmaları önerilmektedir. Ölçek maddelerinin yaşa uygunluğu yeniden değerlendirilerek, gerekirse ergenlere özgü yeni maddeler geliştirilmelidir. Bu çalışma, ergenlerde SOY'nin ölçümüne yönelik araç geliştirme sürecine önemli katkılar sağlamaktadır.

Fischer vd. (2022) Almanya'da yürütülen bu çalışmada, çocukluk ve ergenlik dönemindeki sağlık eşitsizliklerini anlamada önemli bir araç olan SOY'u ölçmek amacıyla HLSAC Ölçeğinin Almanca versiyonu (HLSAC–Alman) değerlendirilmiştir. DSÖ destekli "Okul Çağındaki Çocuklarda Sağlık Davranışı" çalışmasının 2018 ulusal Alman örnekleminden elde edilen 4.347 çocuğa (11, 13 ve 15 yaş grupları) uygulanarak, ölçeğin yapı geçerliği, ölçüm değişmezliği ve sağlıkla ilişkili değişkenlerle olan ilişkisi test edilmiştir. Ölçeğin özgün yapısının dışına çıkarak 11 yaş grubunda da uygulanabilirliği incelenmiştir. Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri, ölçeğin tek boyutlu yapısını desteklemiş (α=,88); cinsiyete göre tam ölçüm değişmezliği, yaş grubu ve okul türüne göre ise kısmi ölçüm değişmezliği sağlanmıştır. Ayrıca sağlık durumu ve sağlık davranışlarıyla olan anlamlı ilişkiler, ölçeğin yapı geçerliğini desteklemektedir. Elde edilen bulgular, HLSAC–Alman Ölçeğinin 11, 13 ve 15 yaşlarındaki çocuklar için genel SOY'un ekonomik ve güvenilir bir şekilde ölçmede uygun bir araç olduğunu ortaya koymaktadır.

Luz vd. (2022) çalışmasını, sağlık profesyonelleri tarafından toplum temelli ortamlarda erken çocukluk gelişimine yönelik yürütülen eğitimsel müdahaleleri incelemek ve bu müdahalelerin uygulanması sırasında SOY'a ilişkin hangi varsayımların yer aldığını belirlemek amacıyla gerçkleştirmiştir. PubMed, CINAHL ve Web of Science veri tabanlarında gerçekleştirilen bütünleştirici derleme sonucunda, 300 çalışmadan 11'i incelemeye dahil edilmiştir. Bulgular, sağlık profesyonellerinin toplum temelli ortamlarda ebeveynlere ve bakımverenlere yönelik çocuk gelişimini destekleyici müdahaleler uygulama konusunda donanımlı olduğunu ortaya koymaktadır. Müdahaleler aracılığıyla ebeveynlerin, çocuklarının gelişimini teşvik eden destekleyici bir çevre oluşturma konusunda teşvik edildiği görülmektedir. İncelenen çalışmalarda SOY'un özellikle "bilgiye erişim" ve "uygulama" boyutlarının ön plana çıktığı saptanmıştır. Sonuç olarak, ebeveynlerin çocuklarının gelişimini aile ortamında oyun temelli ve etkileşimli etkinliklerle desteklemesi için sağlık profesyonellerinin etkili iletişim becerileriyle donatılmış şekilde eğitilmesinin önemi vurgulanmaktadır. Bu bulgular, erken çocukluk gelişimini destekleyici toplum temelli SOY müdahalelerinin güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Yin vd. (2022) Çin'de yapılan bu kesitsel araştırmasında, 0–3 yaş arası çocukların bakıcılarının SOY'u ölçmek amacıyla geliştirilip test edilen Çince Ebeveyn Sağlık Okuryazarlığı Anketi (CPHLQ) araç olarak sunmuştur. Üç farklı bölgeyi (Shandong, Yunnan, Shaanxi) temsil eden toplam 634 bakımverenden elde edilen verilerle psikometrik özellikler incelenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach Alfa=0,89, yarı-modül güvenirliği Spearman–Brown=0,92, TTT korelasyonu r=0,82 değerlerinde saptanarak yüksek güvenirlik göstermiştir. Doğrulayıcı faktör analizi, ölçeğin yapı geçerliği açısından uygun olduğunu göstermiştir. Çok değişkenli regresyon analizleri, SOY düzeyinin anne olma durumuna, yüksek eğitim düzeyine ve çekirdek ya da geniş aile yapısına göre anlamlı biçimde farklılaştığını göstermiştir. Bulgular, CPHLQ'nin Çin bağlamında sıfır-üç yaş arası çocuk bakımında ebeveyn sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu desteklemektedir.

Tschamper vd. (2022) epilepsi tanısı alan çocukların ebeveynlerinde SOY düzeylerini inceleyerek, yüksek ve düşük SOY düzeylerini ayırt eden özellikleri belirlemeyi amaçlayan kesitsel bir çalışma yürütmüştür. Araştırmada, çeşitli sosyo-demografik ve klinik değişkenlerin ebeveynlerin SOY düzeyiyle olan ilişkisi değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular, ebeveynlerin eğitim düzeyinin, epilepsiye ilişkin bilgi birikimlerinin, çocuğun hastalık süresinin ve bakım verenin sahip olduğu sosyal destek ağının SOY ile anlamlı biçimde

ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, özellikle epilepsi gibi yönetimi zor ve kronik hastalıklar söz konusu olduğunda, ebeveyn SOY'unun çocuk bakım kalitesinde kritik bir belirleyici olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca düşük SOY düzeyine sahip ebeveynler için hedeflenmiş eğitim ve destek programlarının geliştirilmesi gerektiği önerilmektedir.

Genton vd. (2023) Fransa'da sekiz-11 yaş arası okul çağındaki çocuklar için HLS-Child-Q15 ölçeğinin Fransızca uyarlamasını gerçekleştirmiştir. Ölçek, orijinal Almanca formunun çeviri ve geri çeviri süreçlerinden geçirilmesinin ardından, bilişsel ön testlerle desteklenmiş ve dilsel sadeleştirmeler yapılmıştır. 3.107 çocuğun katıldığı kesitsel çalışmada, HLS-Child-Q15-FR'nin iç tutarlılığının α=0,83 olduğu belirlenmiş; yapısal geçerliğin ise sağlık bakımı ve birincil önleme olmak üzere iki faktörlü bir yapı üzerinden desteklendiği görülmüştür. Ölçeğin üç madde çıkarılarak kısaltılması sonrasında yapı geçerliğinin güçlendiği ve SOY ile algılanan öz-yeterlik arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Bu bulgular, HLS-Child-Q15-FR'nin Fransızca konuşan çocuklarda SOY'u değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermekte; ayrıca ölçme araçlarının farklı kültürel bağlamlarda yeniden gözden geçirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Otten vd. (2023) tarafından yürütülen araştırmada, Avustralya'da uygulanan HealthLit4Kids programı kapsamında öğretmenlere yönelik düzenlenen mesleki gelişim atölyelerinin, öğretmenlerin deneyimlerine nasıl yansıdığı incelenmiştir. Çalışmada, Tazmanya'daki ilkokullarda görev yapan öğretmenlerin SOY konusundaki bilgi düzeylerinde, farkındalıklarında ve pedagojik uygulama becerilerinde meydana gelen değişimler değerlendirilmiştir. Nitel ve nicel verilerin birlikte kullanıldığı karma desenli araştırmanın bulguları, öğretmenlerin bu atölyelerin en güçlü yönü olarak işbirliği ve ortak öğrenme ortamlarını gördüklerini göstermiştir. Ayrıca öğretmenler, SOY'a ilişkin kavramsal anlayışlarının derinleştiğini de ifade etmişlerdir. Bununla birlikte, zaman kısıtlılığı ve yoğun öğretim programları gibi yapısal etmenlerin uygulamayı sınırladığı belirtilmiştir. Araştırmacılar, ilkokul düzeyindeki öğretmenlerin SOY becerilerini destekleyebilmesi için daha fazla kaynağa ve sürdürülebilir mesleki gelişim fırsatlarına ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır.

Paakkari vd. (2023) "Okul Çağındaki Çocuklarda Sağlık Davranışı" araştırmasından elde edilen verileri kullanarak, 10 maddelik HLSAC Ölçeğinin daha kısa ve geçerli bir versiyonunu geliştirmeyi amaçlamıştır. Çalışma, 13 ve 15 yaşlarında olan toplam 25.425 ergenden oluşan, yedi Avrupa ülkesini kapsayan geniş bir örneklemle yürütülmüştür. İlk olarak en uygun madde kombinasyonu belirlenerek beş maddelik yeni bir ölçüm aracı

oluşturulmuş; ardından bu kısa formun yapısal geçerliği, güvenirliği, ölçüm değişmezliği ve ölçüt geçerliği test edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi, ölçeğin tüm ülkelerde ve toplam örneklemde iyi düzeyde model uyumu sağladığını göstermiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuş ve cinsiyet, yaş grubu ve ülkeler arasında yapı geçerliği açısından konfigüral ve metrik değişmezlik sağlanmıştır. Ancak ölçeğin ülkeler arası karşılaştırmalarında tam skaler değişmezlik sağlanamamıştır; bu da yapının aynı olmasına rağmen SOY düzeylerinin ülkeler arasında farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Yapı geçerliği bağlamında, SOY düzeyleri ile öznel sağlık algısı arasında tüm ülkelerde pozitif ilişki saptanmıştır. Bu bulgular, geliştirilen beş maddelik kısa ölçeğin, ergenlerde SOY'u ülkeler arası karşılaştırmalarla değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir.

Rasmussen vd. (2023) yaptığı çalışmada, HLSAC Ölçeğini geliştirmiştir. Ölçek, çocuklarda SOY'u değerlendirmek üzere geliştirilen kısa ve çok boyutlu bir araçtır. Bu çalışmada, HLSAC Ölçeğinin yetişkin popülasyona uyarlanabilirliği incelenmiş ve bu doğrultuda Yetişkinler İçin Kısa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (B-HLA) geliştirilmiştir. Öncelikle içerik geçerliği 25 katılımcı ve uzman görüşleriyle değerlendirilmiş, beş maddede anlam ve ifade açısından uyarlamalar yapılmıştır. Ardından 290 yetişkin üzerinde gerçekleştirilen Rasch analizi ile ölçeğin yapısal geçerliği değerlendirilmiştir. İlk analizlerde genel model uyumunun yetersiz olduğu görülmüş; özellikle altıncı ve sekizinci maddelerde belirgin uyumsuzluklar tespit edilmiştir. Ancak bu maddelerden birinin çıkarılmasıyla model uyumu sağlanmış ve kalan maddelerin tamamı kabul edilebilir bireysel uyum değerlerine ulaşmıştır. B-HLA Ölçeğinin yaş, cinsiyet, ana dil ve eğitim düzeyi değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği; ölçeğin tek boyutlu yapısının doğrulandığı ve SOY düzeylerini ayırt etme gücünün yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, HLSAC ölçeğinin farklı yaş gruplarında da geçerli ve güvenilir biçimde kullanılabileceğini ortaya koymaktadır.

Senahad vd. (2023) tarafından geliştirilen çalışma, dokuz-10 yaşındaki Thai çocuklarda SOY'u ölçmek amacıyla hazırlanan özel bir aracın geçerlik ve güvenirliğini değerlendirmektedir. Literatür taraması ve uzman görüşleriyle hazırlanan başlangıç havuzunda yer alan 50 madde, 1650 çocuk üzerinde test edilmiştir. AFA sonrası 31 maddeye indirgenmiş ölçek, dört boyut altında toplanmıştır: bilgiye erişim (dokuz madde), bilgiyi anlama (altı madde), değerlendirme (sekiz madde) ve bilgiyi uygulama (dokuz madde). Doğrulayıcı faktör analizinde modele iyi uyum (GFI=0,937, RMSE =0,040, CFI=0,903, SRMR = 0,025) elde edilmiş; ayrıca iç tutarlık da yüksek bulunmuştur (Cronbach's α=0,90). Madde-toplam korelasyonları (0,319–0,518) ve içerik geçerliği indeksi (CVI = 0,87) da ölçeğin psikometrik açıdan sağlam olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, aracın dokuz–10

yaş grubundaki çocukların SOY'un güvenilir ve geçerli şekilde ölçebileceğini ortaya koymakta ve bu alandaki çalışmalara yönelik önemli bir katkı sunmaktadır.

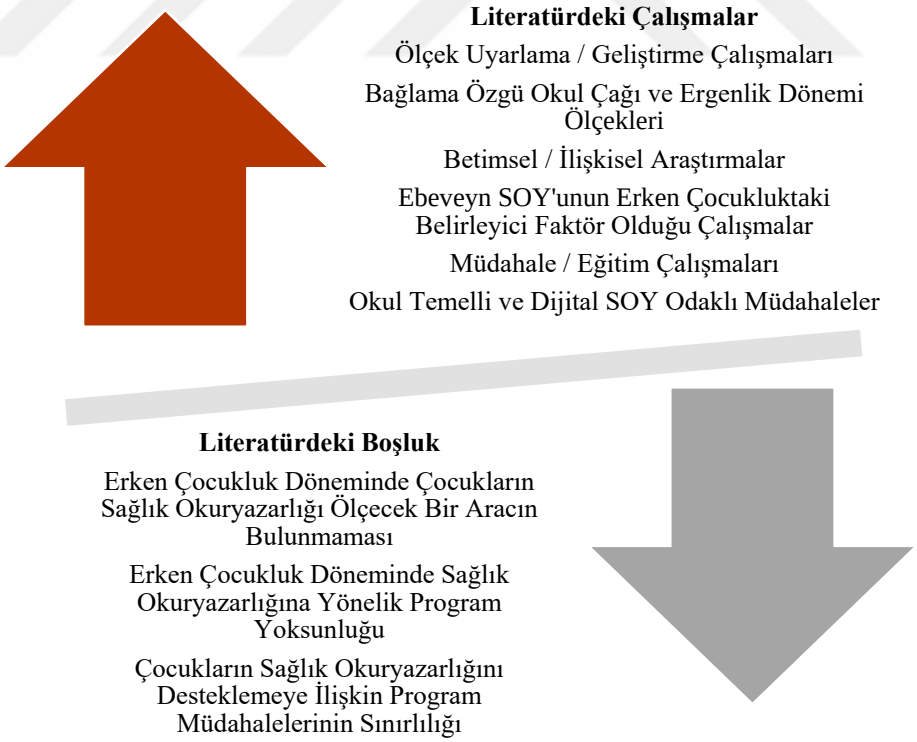
Li vd. (2024) Çin'de sıfır–altı yaş arası çocuklarda trafik kazalarının önlenmesine yönelik olarak ebeveynlerin SOY düzeylerini değerlendirmek için Ebeveynlerin Trafik Kazalarını Önlemede Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ni (PHLS-PRTIs) geliştirmiş ve ölçeğin geçerlik-güvenirlik analizlerini yürütmüştür. Ölçek; bilgiye erişim, anlama, inanç, iletişim ve kullanma olmak üzere beş ana boyut ile 16 alt boyuttan oluşmaktadır. Araştırmaya 685 ebeveyn katılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuş (α=0,85) ve test-tekrar test güvenirliği de yeterli düzeyde saptanmıştır (ICC > 0,70). Ayrıca doğrulayıcı faktör analizi ölçeğin yapı geçerliğini desteklemiştir. Çalışmanın sonucunda geliştirilen PHLS-PRTIs'nin, ebeveynlerin çocuk trafik güvenliğiyle ilgili SOY düzeylerini belirlemek ve bu alanda planlanacak eğitim müdahalelerinde kullanılmak üzere geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu önerilmektedir.

Negarandeh vd. (2024) çalışmaları, HLSAC Ölçeğinin Farsça versiyonunun geçerlik ve güvenirlik analizlerini incelemiştir. Çalışmada ölçeğin İngilizce orijinali geri-ileri çeviri protokolleri ile Farsçaya çevrilmiş; içerik ve yüzgeçerlik, yapısal geçerlik (EFA + CFA) ve güvenirlik (iç tutarlık ve kararlılık) analizleri yürütülmüştür. AFA'da tek faktörlü yapı ortaya çıkmış ve toplam varyansın %47,17'sini açıklamıştır. Doğrulayıcı faktör analizi modellere kabul edilebilir uyum göstermiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach Alfa=0,80; kararlılığı ICC=0,78 olarak saptanmıştır. Bulgular, HLSAC'in Farsça konuşan okul çağındaki çocuklarda SOY'u ölçmek amacıyla geçerli-güvenilir ölçme aracı olduğunu ortaya koymaktadır.

Jia vd. (2025) çalışmasında, okul öncesi dönemdeki çocukların ailelerindeki bakım verenlerinin SOY'unu değerlendirmek amacıyla özgün bir ölçüm aracı olan HLSFC geliştirilmiş ve geçerlik-güvenirlik analizleri gerçekleştirilmiştir. Nutbeam'in SOY'a ilişkin kuramsal çerçevesi temel alınarak dört aşamalı bir geliştirme süreci izlenmiştir: içerik belirleme, madde havuzu oluşturma, uzman görüşleri alma ve psikometrik analizler. Kuzeybatı Çin'de 443 aile bakıcısıyla yürütülen kesitsel araştırmada, yapı geçerliği açımlayıcı (n=213) ve doğrulayıcı (n=230) faktör analizleriyle test edilmiştir. Sonuçta 33 maddeden oluşan üç faktörlü bir yapı elde edilmiş ve toplam varyansın %70,013'ünü açıkladığı görülmüştür. Doğrulayıcı faktör analizinde tüm uyum indeksleri kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Ölçeğin birleşik güvenirlik değerleri 0,928–0,944, ortalama açıklanan varyans değerleri 0,552–0,590 arasında olup yakınsak geçerliği desteklemiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı

çok yüksek düzeyde (Cronbach's α=0,963), TTT güvenirliği ise mükemmel düzeyde (ICC=0,909) saptanmıştır. Ayrıca, bakımverenin eğitim düzeyi, mesleği, ikamet yeri ve hane gelirinin SOY puanlarıyla anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur. HLSFC, işlevsel, etkileşimsel ve eleştirel SOY boyutlarını kapsayan kapsamlı ve geçerli bir araç olarak, özellikle okul öncesi dönemdeki çocuklara yönelik aile temelli SOY araştırmalarında etkili bir değerlendirme aracı olarak kullanılabilir.

Çocuklarda SOY alanındaki çalışmaların genel olarak üç ana eksende toplandığı görülmüştür. Bunlar; ölçek uyarlama/geliştirme çalışmaları, betimsel-ilişkisel araştırmalar ve müdahale/eğitim çalışmalarıdır. Buna göre, bağlama özgü okul çağı ve ergenlik dönemindeki ölçeklerin geliştirildiği, ebeveyn SOY'unun erken çocuklukta belirleyici faktör olduğu çalışmaların fazlalığı, okul temelli ve dijital SOY odaklı müdahalelerin varlığı, buna karşın sıfır-altı yaş aralığındaki erken çocukluk dönemine yönelik doğrudan çocuk SOY ölçümü ve programlarının hâlâ yurt dışı literatürde de önemli bir boşluk olduğu yönünde kümelenmektedir. İncelenen yurt dışında yapılmış olan araştırmaların özetleri Şekil 1.5'te sunulmuştur.



Şekil 1.5. Yurt dışında çocuklarda sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmaların özetlenmesi

Yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde, çocuklarda SOY ile ilgili çalışmaların 1980'lerden itibaren ebeveyn ve çocuk okuryazarlığının sağlık bilgisi, davranışlar ve bazı klinik sonuçlarla ilişkisi tutarlı biçimde gösterilmiştir. Ölçme ve uygulama odaklı eğilimler 2010 sonrası dönemde belirgin şekilde ortaya çıkmıştır. Yaş dağılımı açısından çalışmalar ağırlıkla okul çağı ve ergenlik grubuna odaklanmış; ergenlerde bireysel SOY'un, okul çağında ise ebeveyn SOY'unun daha güçlü ilişkili olabildiği gösterilmiştir. Büyük çalışma grubuna sahip çalışmalar, SOY düzeylerini sosyoekonomik durumun yanında motivasyon ve özyeterlik vb. psikososyal etkenlerin de etkilediğini göstermiştir. Bulgular, SOY'un yalnızca bireysel bir bilgi alanı değil, aynı zamanda sosyal, ekonomik ve psikolojik koşulların etkileşimiyle biçimlenen çok boyutlu bir beceri alanı olduğunu ortaya koymaktadır. Buna karşın erken çocukluk dönemindeki çocukların SOY düzeylerini belirlemeye yönelik bir ölçeğin olmadığı, bu yaş grubundaki çocukların SOY'unu desteklemeye yönelik program ve müdahalelerin bulunmaması dikkat çekmiştir.

1.6. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın temel amacı ve alt amaçları aşağıda yer almaktadır.

Temel Amaç: Resimli öykü kitaplarıyla hazırlanan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programının 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerine etkisinin incelenmesidir.

Alt Amaçlar: Temel amaçlar doğrultusunda oluşturulan alt amaçlar;

1. 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek amacıyla bir ölçek geliştirmek,
2. 60-72 aylık çocuklara yönelik Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı geliştirmek,
3. Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı düzeylerine etkisini değerlendirmek,
4. Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının 60-72 aylık çocukların problem çözme becerilerine etkisini değerlendirmek,
5. Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının 60-72 aylık çocukların bilimsel süreç becerilerine etkisini değerlendirmek,

6. Öğretmenlerin, çocukların, ebeveynlerin Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programına ve uygulama sürecine ilişkin görüşlerini almak amaçlanmıştır.

Amaçlar doğrultusunda araştırmanın iş akış süreci Şekil 1.6'da verilmiştir.

Şekil 1.6. Araştırmanın iş akış süreci

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları, araştırmacının özellikleri, Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı, veri toplama yöntemi, araştırmanın geçerliği, verilerin değerlendirilmesi ve analizi, etik boyut, sınırlılıkları ve varsayımları ile ilgili bilgiler sunulmuştur.

2.1. Araştırmanın Modeli

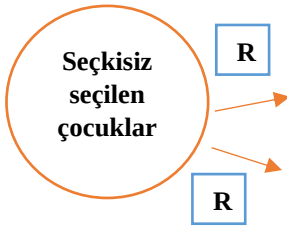
Resimli öykü kitaplarıyla hazırlanan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programının 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerine etkisinin incelendiği araştırma, karma yöntem araştırmalarından yakınsayan paralel karma modelindedir. Karma yöntem araştırmaları, nicel ve nitel verilerin birlikte toplanarak analiz edilmesini içerir. Bu yaklaşım, araştırma konusu olan olgunun daha kapsamlı, derinlemesine ve bütüncül bir şekilde incelenmesine olanak tanır (Creswell ve Plano Clark, 2017; Deniz ve Çelebi, 2022; Fetters vd., 2013). Bu çalışmada tercih edilen karma yöntem araştırmalardan yakınsayan paralel karma modelde, nicel ve nitel veriler eş zamanlı olarak toplanmakta, analizleri ayrı ayrı yapılmakta ve elde edilen bulgular karşılaştırılarak sonuçların birbirini destekleyip desteklemediği değerlendirilmektedir (Creswell, 2009; Deniz ve Çelebi, 2022; Greene, 2007). Şekil 2.1'de yakınsayan paralel karma model yer almaktadır.

Şekil 2.1. Yakınsayan paralel karma model

Araştırmanın ilk basamağını oluşturan 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığını belirlemeye yönelik bir ölçeğin geliştirildiği süreç, metodolojik bir araştırmadır. Ölçek geliştirme çalışmaları, veri toplama araçlarının oluşturulması, psikometrik olarak değerlendirilmesi ve bilimsel ölçme temellerine dayandırılması nedeniyle metodolojik araştırmalar kapsamında ele alınmaktadır (Polit ve Beck, 2017). Metodolojik araştırmalar, bir ölçüm aracının veya tanı yönteminin ne ölçüde doğru, geçerli, güvenilir ve tekrarlanabilir sonuçlar ürettiğini değerlendirmeyi amaçlayan çalışmalardır. Bu araştırma türü, ölçme ve değerlendirme araçlarının bilimsel niteliğini güçlendirmek, uygulamada güvenle kullanılabilirliğini sağlamak için yürütülür. Metodolojik araştırmaların temel amacı, kullanılan ölçme araçlarının yüksek geçerlilik ve güvenilirlik düzeylerine sahip olduğunu göstererek bilimsel kullanıma uygunluğunu ortaya koymaktır (Yapar, 2025). Araştırmanın ölçek geliştirme aşamasında "problemi tanımlama", "madde yazma", "uzman görüşü alma ve ön uygulama formu oluşturma" ve "pilot uygulama, analizler ve son şeklini verme" olmak üzere dört ana aşama uygulanmıştır (DeVellis, 2022; DeVellis ve Thorpe, 2021)

Araştırmanın nicel verilerini içeren deneysel aşamasında, denkleştirilmemiş ön test-son test kontrol gruplu 2x3'lük karışık (split plot) yarı deneysel desen kullanılmıştır. Yarı deneysel desenler, bağımsız değişkenin bir veya daha fazla düzeyinin bağımlı değişken üzerindeki etkisini incelemek amacıyla geliştirilen ve deneysel işlemlerin uygulandığı araştırma türleridir. Gerçek deneysel desenlerden farkı, grupların tamamen rastgele oluşturulmamış veya denkleştirilmemiş olmasıdır. Araştırmada gruplar önceden belirlenmemiş ve araştırmacı bu gruplardan birini deney grubu, diğerini kontrol grubu olarak seçmişse, bu durumda yarı deneysel bir araştırma yürütülmektedir. Dolayısıyla, yarı deneysel desenler kontrol ve deney gruplarının rastgele atanamadığı, ancak bağımsız değişkenin etkisinin incelenmek istendiği araştırmalarda kullanılmaktadır (Büyüköztürk vd., 2024; Deniz ve Çelebi, 2022; Karasar, 2022). Bu süreçte, belirlenen denek havuzundan deney ve kontrol grupları yansız (random / seçkisiz) olarak rastgele atanmıştır.

Araştırmada kullanılan deneysel desene ilişkin simgesel görünüm Şekil 2.2'de sunulmuştur.



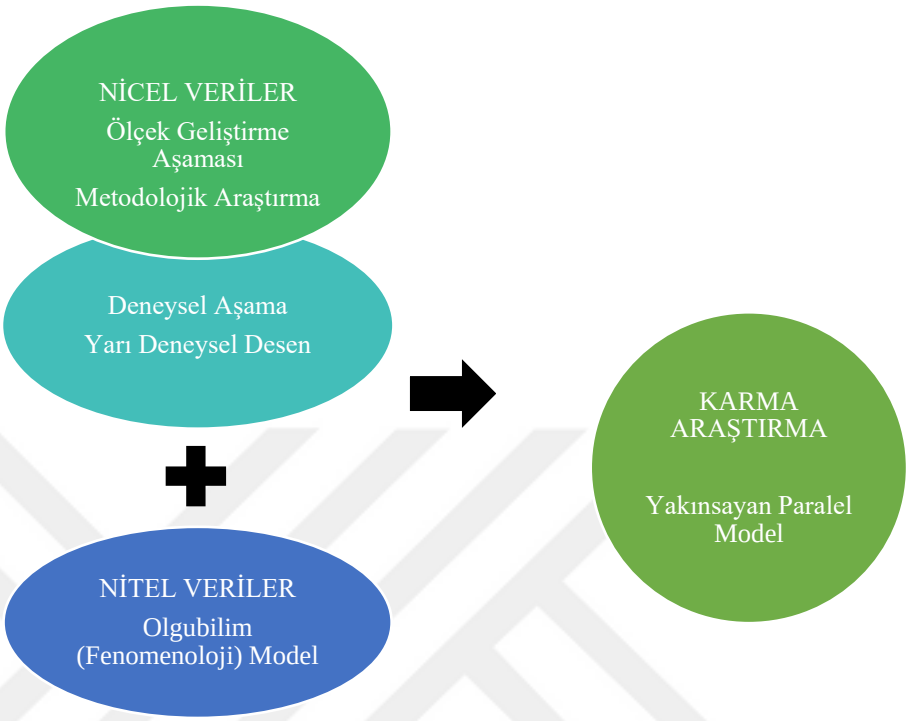
Grup	Ön Test	Uygulama	Son Test	Kalıcılık Testi
Deney Grubu	O_1	X_1 (Eğitim programı)	O_3	O_5
Kontrol Grubu	O_2	Eğitim verilmiyor	O_4	X_2

R: Random (yansız / seçkisiz atama)
O_1-O_3: Deney grubuna uygulanan ön test ve son test ölçümleri
O_2-O_4: Kontrol grubuna uygulanan ön test ve son test ölçümleri
O_5: Deney grubuna uygulanan kalıcılık testi ölçümü
X_1: Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı
X_2: Kontrol grubuna kalıcılık testi uygulanmayacaktır.

Şekil 2.2. Ön test - son test - kalıcılık testi simgesel görünüm

Araştırmanın nitel verilerini içeren sosyal geçerlik verileri çocuklar, ebeveynler ve öğretmenlerle gerçekleştirilen görüşmeler aracılığıyla toplanmıştır. Bu aşamada, nitel araştırma stratejilerinden biri olan olgubilim (fenomenoloji) benimsenmiştir. Olgubilim, bireylerin yaşadıkları fenomenleri ve bu deneyimlerin onlara ne ifade ettiğini derinlemesine anlamaya yönelik bir yaklaşım sunar; fenomenolojik analizde araştırmacı, katılımcıların yaşam dünyasına odaklanarak öznel anlam yapılarına erişmeye çalışır (Creswell, 2013; Creswell ve Creswell, 2021; Deniz ve Çelebi, 2022; Englander ve Morley, 2023). Ayrıca, süreçte üretilen yazılı materyaller - örneğin; çocukların çizdiği resimler, yazdıkları mektuplar ve etkinlik çıktılarına dair belgeler - doküman analizi yöntemiyle değerlendirilmiştir. Doküman analizi, mevcut yazılı ve görsel içerikleri sistematik şekilde inceleyerek, araştırma sorularına cevap olabilecek veri unsurlarını belirlemeyi sağlar (Bowen, 2009). Özellikle bu yaklaşım, veri çeşitliliğine katkıda bulunarak triangülasyon yoluyla araştırmanın güvenirliğini artırır ve böylece bulgular daha geçerli hale gelir (Flick, 2018; Patton, 2015; Yıldırım ve Şimşek, 2021). Bu bağlamda triangülasyonun, güncel nitel araştırma literatüründe farklı veri kaynaklarını bir arada kullanarak kapsamlı ve güvenilir sonuçlara ulaşmada önemli bir yöntemsel araç olduğu vurgulanmaktadır (Fetters ve Freshwater, 2015).

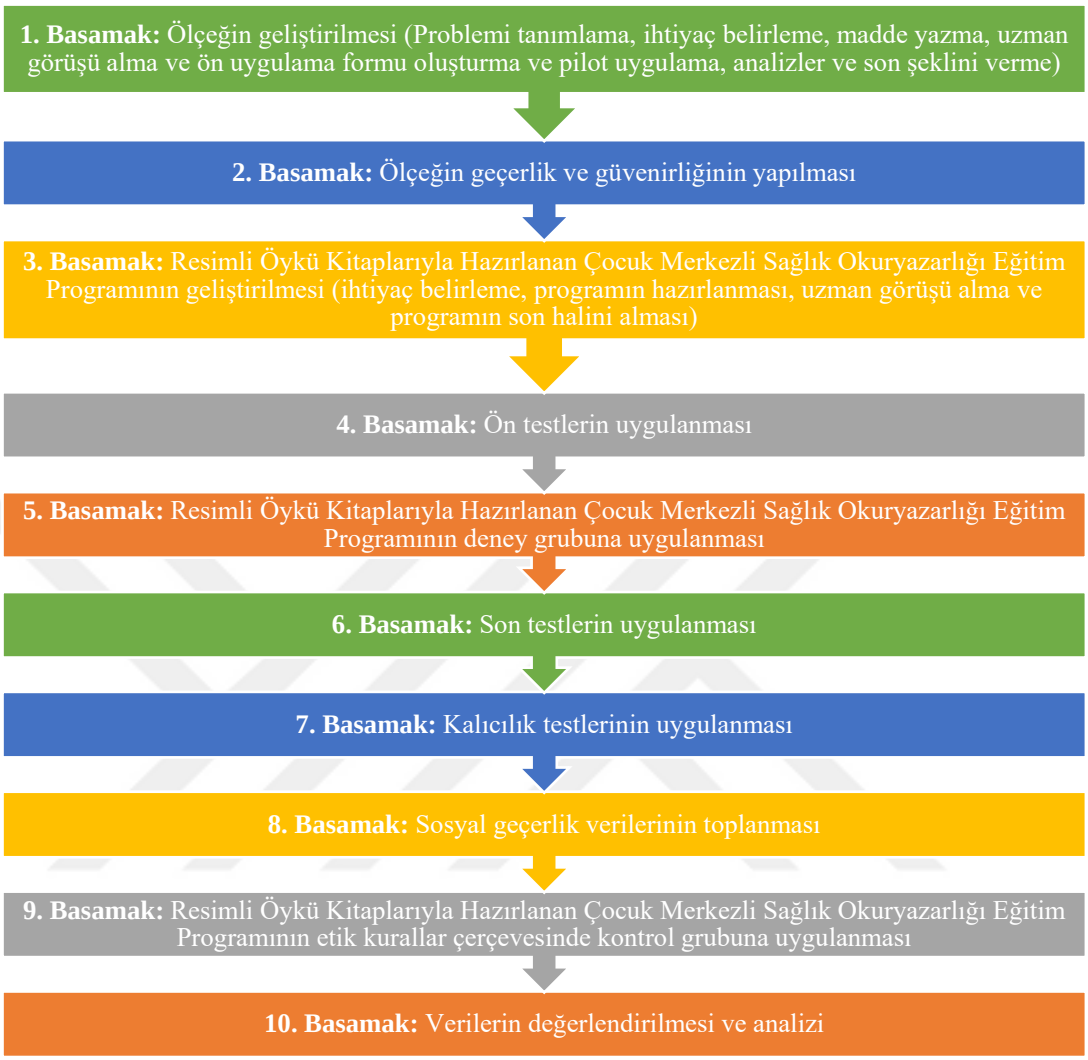
Şekil 2.3'te araştırmanın modeli sunulmuştur.



Şekil 2.3. Araştırmanın modeli

Araştırmanın bağımsız değişkeni Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı olarak belirlenmiştir. Alt amaçlar doğrultusunda belirlenen bağımlı değişkenler ise çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerileri ile öğretmenlerin, çocukların ve ebeveynlerinin program hakkındaki görüşleridir.

Araştırma kapsamında takip edilen basamaklar Şekil 2.4'te verilmiştir.



Şekil 2.4. Araştırmada izlenen basamaklar

Araştırma, ölçek ve program geliştirme, programın uygulanması gibi aşamaları kapsayan çok basamaklı bir süreç olarak yürütülmüştür. Süreç on temel basamaktan oluşmaktadır. İlk olarak, ölçeğin geliştirilmesi amacıyla problem tanımlanmış, ihtiyaç belirleme çocuk, ebeveyn ve uzmanlarla yapılan görüşmeler doğrultusunda sağlanmış, madde havuzu oluşturulmuş, uzman görüşleri alınmış, ön uygulama formu hazırlanarak pilot uygulama gerçekleştirilmiş ve analizler sonucunda ölçeğin son hâli oluşturulmuştur. Ardından, geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Resimli öykü kitaplarıyla hazırlanmış çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programının ihtiyaç belirlemesi çocuk, ebeveyn ve uzmanlarla yapılan görüşmelerle sağlanmış, program hazırlanmış, uzman görüşleri alınmış ve görüşler doğrultusunda program son halini alarak

geliştirilmiş, deney ve kontrol gruplarına ön testler uygulanmıştır. Geliştirilen eğitim programı deney grubuna uygulanmış; ardından son testler gerçekleştirilmiştir. Programın kalıcılığını belirlemek amacıyla izleme testleri yapılmıştır. Öğretmen, ebeveyn ve çocukların geri bildirimlerine dayalı olarak sosyal geçerlik verileri toplanmıştır. Etik ilkeler doğrultusunda eğitim programı kontrol grubuna uygulanmıştır. Son olarak, onuncu basamakta tüm nicel ve nitel veriler değerlendirilmiş ve analiz edilmiştir. Bu sistematik süreç, hem geliştirilen ölçeğin psikometrik açıdan geçerli ve güvenilir olmasını hem de resimli öykü kitaplarıyla hazırlanan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programının etkililiğinin bütüncül biçimde incelenmesini sağlamıştır (Şekil 2.4).

2.2. Araştırmanın Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubu ve katılımcı dahil edilme kriterleri, hem ölçek geliştirme aşaması hem de deneysel aşamaya özgü belirlenmiştir. Çalışma gruplarının seçiminde, amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme, belirli bir amaca hizmet edecek şekilde bilgi açısından zengin durumların derinlemesine incelenmesine olanak tanıyan, olasılığa dayalı olmayan bir örnekleme yöntemidir. Bu yaklaşımda, araştırmacı çalışma amacına en uygun katılımcıları veya durumları bilinçli olarak seçer. Ölçüt örnekleme ise araştırmanın amacına hizmet eden belirli ölçütleri karşılayan bireylerin çalışmaya dahil edilmesini esas alır ve bu sayede incelenen olgunun daha derinlemesine anlaşılmasına imkân tanır (Patton, 2015; Yıldırım ve Şimşek, 2021).

Nitel veriler elde etmek için öğretmenler, ebeveynler ve çocuklar araştırmaya katılmıştır. Katılımcıların belirlenmesinde, amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik örneklemesi kullanılmıştır. Maksimum çeşitlilik örneklemesi, araştırma konusuna ilişkin olguyu farklı bakış açılarından derinlemesine inceleyebilmek amacıyla katılımcı çeşitliliğinin en geniş düzeyde sağlanmasını hedefleyen bir örnekleme yöntemidir (Yağar ve Dökme, 2018; Yıldırım ve Şimşek, 2021). Bu yöntemin kullanılmasıyla, farklı bağlamlarda yer alan paydaşların (öğretmen, ebeveyn ve çocukların) deneyimlerinin bütüncül biçimde ortaya konulması amaçlanmıştır. Yaklaşım, çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programının etkililiğini çok yönlü biçimde değerlendirmeye ve bulguların derinliğini artırmaya olanak sağlamıştır.

Araştırmanın çalışma grubu; çalışma grubu 1 (ölçek geliştirme aşaması) ve çalışma grubu 2 (deneysel aşama) olarak gruplandırılmıştır.

2.2.1. Çalışma Grubu 1 (Ölçek Geliştirme Aşaması)

Araştırmanın ölçek geliştirme aşamasında çalışma grubunu, 2023-2024 eğitim-öğretim yılında Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı resmi anaokullarında öğrenim gören 60-72 aylık çocuklar oluşturmuştur. Bu doğrultuda, Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü yöneticileri ile görüşülerek, yedi merkez ilçede (Altındağ, Çankaya, Etimesgut, Keçiören, Mamak, Sincan, Yenimahalle) yer alan alt-orta-üst sosyoekonomik düzeyde olduğu kabul edilen okullar tabakalanarak sıralanmıştır. Maksimum çeşitlilik ilkesine göre her tabakada yer alan okullar randomize edilerek seçilmiştir. Bu bağlamda alt (dört), orta (beş), üst (üç) sosyoekonomik düzeyde olduğu kabul edilen toplam 12 okul belirlenmiştir. Okulların alt, orta ve üst sosyoekonomik düzey olarak sınıflandırılmasında okul idarecilerinin ailelerin ekonomik ve kültürel seviyelerini göz önünde bulundurarak beyan etmiş olduğu görüşler göz önünde bulundurulmuştur. Araştırmanın ölçek geliştirme basamağına çocukların dahil edilme kriterleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

- 60-72 aylık,
- Gelişimsel bozukluğu olmayan,
- Herhangi bir tıbbi ve eğitsel tanı almayan,
- Ana dili Türkçe olan,
- Daha önce sağlık okuryazarlığı ile ilgili bir eğitime katılmamış,
- Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı resmi anaokullarında öğrenim gören,
- Araştırmaya katılması için ebeveyni ve kendisi yazılı onam veren ve gönüllü katılım sağlayan çocuklardan seçilmesine dikkat edilmiştir.

Ölçek geliştirmenin "madde havuzu oluşturma" aşamasında sekiz çocuk, dört ebeveyn, dört uzman olmak üzere toplam 16 katılımcı ölçüt örneklemesi kullanılarak seçilmiştir. Madde havuzu oluşturmak için gerçekleştirilen görüşmelere katılan çocuklardan üçü kız, beşi erkektir. Çocukların yaş ortalaması 66,3±3,1 ay olarak belirlenmiş olup, hiçbirinin çekirdek ailesinde sağlık çalışanı bulunmamaktadır. Görüşülen dört ebeveynden biri sağlık çalışanıdır. Ebeveynlerin çocuklarının yaş ortalaması 68,0±4,2 ay olup üç çocuk erkek, bir çocuk ise kızdır. Bu aşamada yer alan uzmanlardan biri SOY ile ilgili çalışmaları olan bir akademisyen, diğerleri ise pediatri hemşiresi, çocuk gelişimci ve pediatristtir.

Ölçek geliştirme çalışmalarında çalışma grubunun büyüklüğü belirlenirken ölçekteki madde sayısının beş-10 katı formülünün uygulanması önerilmektedir (Osborne ve Banjanovic, 2016; Şencan, 2005; Tavşancıl, 2002). Buna göre, 60-72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık

Okuryazarlığı Ölçeği (ÇSOÖ)'nin geliştirme aşamasının çalışma grubuna, ön pilot çalışmasına 11 çocuk; açımlayıcı faktör analizine (AFA) 186 çocuk; doğrulayıcı faktör analizine (DFA) 122 çocuk olmak üzere toplam 319 çocuk alınmıştır. Çalışma grubuna dahil edilen çocukların yaş ortalaması 66,32±3,72 aydır. AFA için ölçek madde havuzunun 37 olduğu göz önüne alındığında, çocuk çalışma grubunun madde sayısının beş katı (186/37), DFA için çocuk çalışma grubunun madde sayısının altı katı (122/20) olacak biçimde çocuk çalışmaya alınmıştır. Her iki analiz için çalışma grubunun büyüklüğü literatürde belirtildiği gibi yeterli kabul edilmiştir (DeVellis ve Thorpe, 2021).

Çizelge 2.1. ÇSOÖ'nün AFA çalışma grubunun sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Özellik	**Kategori**	**n**	**%**
Çocuğun Yaşı (Ay)	60	12	6,5
	61	2	1,1
	62	10	5,4
	63	4	2,2
	64	13	7,0
	65	17	9,1
	66	16	8,6
	67	22	11,8
	68	9	4,8
	69	19	10,2
	70	22	11,8
	71	12	6,5
	72	28	**15,1**
Formu Dolduran Ebeveyn	Anne	167	**89,8**
	Baba	19	10,2
Ebeveynin Yaşı	25-30	28	15,1
	31-35	61	32,8
	36-40	62	**33,3**
	41-45	29	15,6
	46-50	6	3,2
Ebeveynin Öğrenim Durumu	İlkokul mezunu	2	1,1
	Ortaokul mezunu	11	5,9
	Lise mezunu	55	29,6
	Üniversite mezunu	112	**60,2**
	Lisansüstü eğitim mezunu	6	3,2
Ebeveynin Çalışma Durumu	Çalışıyor	94	**50,5**
	Çalışmıyor	92	49,5

Çizelge 2.1. Devam. AFA çalışma grubunun sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Özellik	Kategori	n	%
Eşinin Yaşı	25-30	7	3,8
	31-35	53	28,5
	36-40	56	**30,1**
	41-45	47	25,3
	46-50	18	9,7
	51-55	5	2,7
Eşinin Öğrenim Durumu	Okuryazar Değil	1	0,5
	Ortaokul mezunu	18	9,7
	Lise mezunu	65	34,9
	Üniversite mezunu	93	**50**
	Lisansüstü eğitim mezunu	9	4,8
Eşinin Çalışma Durumu	Çalışıyor	174	**93,5**
	Çalışmıyor	12	6,5
Aile Tipi	Çekirdek aile	171	**91,9**
	Geniş aile	5	2,7
	Tek ebeveynli aile	10	5,4
Ailenin Aylık Geliri	Asgari ücret ve altı	18	9,7
	Asgari ücretin üstü	168	**90,3**
Ailenin Aylık Gelir Aralığı	<20.000,00 TL	27	14,5
	20.000,01 – 40.000,00 TL	64	**34,4**
	40.000,01 – 60.000,00 TL	46	24,7
	60.000,01 – 80.000,00 TL	32	17,2
	80.000,01 – 100.000,00 TL	17	9,1
Ebeveynin Ailesinin Gelirini Algılama Düzeyi	Düşük	27	14,5
	Orta	149	**80,1**
	Yüksek	10	5,4
Ailedeki Çocuk Sayısı	Tek Çocuk	60	32,3
	İki Çocuk	96	**51,6**
	Üç Kardeş ve üzeri	30	16,1
Araştırmaya Katılan Çocuğun Cinsiyeti	Kız	106	**57**
	Erkek	80	43
Çocuğun Okul Öncesi Eğitime Devam Etme Süresi	Bir yıldan daha az	26	14
	Bir yıl	42	22,6
	Bir-iki yıl arası	32	17,2
	İki yıl	55	**29,6**
	İki yılın üstü	31	16,7
Çocuğun Daha Önce Sağlık Okuryazarlığı Eğitimi Alma Durumu	Hayır	186	**100**
Çocuğun Daha Önceki Hastane Yatış Durumu	Evet (Ameliyat, kaza, hastalık)	36	19,4
	Hayır	150	**80,6**
Çekirdek Ailede Sağlık Çalışanı Olma Durumu	Evet	8	4,3
	Hayır	178	**95,7**

Araştırmanın AFA'ya katılan 186 çocuğun %15,1'i 72 aylık, %57'sinin kız olduğu, %29,6'sının iki yıldır okul öncesi eğitime devam ettiği saptanmıştır. Araştırmaya katılan çocukların ebeveynlerinden %89,8'inin annelerinin formu doldurduğu, formu dolduran ebeveynlerden %33,3'ünün 36–40 yaş arası, %60,2'sinin öğrenim durumunun üniversite mezunu olduğu, %50,5'inin çalıştığı; eşlerinin %30,1'inin yaşının 36-40 arası, %50'sinin üniversite mezunu olduğu, %93,5'inin çalıştığı görülmüştür. Çocukların ailelerinin %91,9'unun çekirdek aile, %90,3'ünün aylık gelirinin asgari ücretin üstü, %34,4'ünün gelirinin 20.000,01 – 40.000,00 TL arası olduğu, %80,1'inin gelir düzeyini orta algıladığı, %51,6'sının iki çocuğunun olduğu bulunmuştur. Hiçbir çocuğun daha önce sağlık okuryazarlığı eğitimi almadığı, çocuklardan %80,6'sının hastane yatış geçmişinin bulunmadığı belirtilmiştir. Çocukların %95,7'sinin çekirdek ailesinde sağlık çalışanı bulunmamaktadır (Çizelge 2.1).

Çizelge 2.2. ÇSOÖ'nün DFA çalışma grubunun sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Özellik	**Kategori**	**n**	**%**
Çocuğun Yaşı (Ay)	60	21	**17,2**
	61	6	4,9
	62	8	6,6
	63	7	5,7
	64	15	12,3
	65	16	13,1
	66	5	4,1
	67	13	10,7
	68	7	5,7
	69	8	6,6
	70	12	9,8
	71	2	1,6
	72	2	1,6
Formu Dolduran Ebeveyn	Anne	109	**89,3**
	Baba	13	10,7
Ebeveynin Yaşı	25-30	36	29,5
	31-35	43	**35,2**
	36-40	23	18,9
	41-45	16	13,1
	46-50	3	2,5
	50-55	1	0,8
Ebeveynin Öğrenim Durumu	İlkokul mezunu	12	9,8
	Ortaokul mezunu	18	14,8
	Lise mezunu	66	**54,1**
	Üniversite mezunu	24	19,7
	Lisansüstü eğitim mezunu	2	1,6
Ebeveynin Çalışma Durumu	Çalışıyor	36	29,5
	Çalışmıyor	86	**70,5**

Çizelge 2.2. Devam. DFA çalışma grubunun sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Özellik	Kategori	n	%
Eşinin Yaşı	25-30	7	5,7
	31-35	37	30,3
	36-40	45	**36,9**
	41-45	24	19,7
	46-50	8	6,6
	51-55	1	0,8
Eşinin Öğrenim Durumu	Okuryazar	1	0,8
	İlkokul mezunu	17	13,9
	Ortaokul mezunu	32	26,2
	Lise mezunu	53	**43,4**
	Üniversite mezunu	18	14,8
	Lisansüstü eğitim mezunu	1	0,8
Eşinin Çalışma Durumu	Çalışıyor	104	**85,2**
	Çalışmıyor	18	14,8
Aile Tipi	Çekirdek aile	109	**89,3**
	Geniş aile	7	5,7
	Tek ebeveynli aile	6	4,9
Ailenin Aylık Geliri	Asgari ücret ve altı	40	32,8
	Asgari ücretin üstü	82	**67,2**
Ailenin Aylık Gelir Aralığı	<20.000,00 TL	52	42,6
	20.000,01 – 40.000,00 TL	54	**44,3**
	40.000,01 – 60.000,00 TL	10	8,2
	60.000,01 – 80.000,00 TL	3	2,5
	80.000,01 – 100.000,00 TL	3	2,5
Ebeveynin Ailesinin Gelirini Algılama Düzeyi	Düşük	42	34,4
	Orta	77	**63,1**
	Yüksek	3	2,5
Ailedeki Çocuk Sayısı	Tek Çocuk	19	15,6
	İki Çocuk	70	**57,4**
	Üç Kardeş ve üzeri	33	27
Araştırmaya Katılan Çocuğun Cinsiyeti	Kız	59	48,4
	Erkek	63	**51,6**
Çocuğun Okul Öncesi Eğitime Devam Etme Süresi	Bir yıldan daha az	37	30,3
	Bir yıl	43	**35,2**
	Bir-iki yıl arası	31	25,4
	İki yılın üstü	11	9
Çocuğun Daha Önce Sağlık Okuryazarlığı Eğitimi Alma Durumu	Hayır	122	**100**
Çocuğun Daha Önceki Hastane Yatış Durumu	Evet (Ameliyat, kaza, hastalık)	23	18,9
	Hayır	99	**81,1**
Çekirdek Ailede Sağlık Çalışanı Olma Durumu	Evet	2	1,6
	Hayır	120	**98,4**

Araştırmanın doğrulayıcı faktör analizine katılan 122 çocuğun %17,2'sinin 60 aylık, %51,6'sının erkek olduğu, %35,2'sinin bir yıldır okul öncesi eğitime devam ettiği saptanmıştır. Araştırmaya katılan çocukların ebeveynlerinden %89,3'ünün annelerinin formu doldurduğu, formu dolduran ebeveynlerden %35,2'sinin 31-35 yaş arası, %54,1'inin öğrenim

durumunun lise mezunu olduğu, %70,5'inin çalışmadığı; eşlerinin %36,9'unun yaşının 36-40 arası, %43,3'ünün lise mezunu olduğu, %85,2'sinin çalıştığı görülmüştür. Çocukların ailelerinin %89,3'ünün çekirdek aile, %67,2'sinin aylık gelirinin asgari ücretin üstü, %44,3'ünün gelirinin 20.000,01 – 40.000,00 TL arası olduğu, %63,1'inin gelir düzeyini orta algıladığı, %57,4'ünün iki çocuğunun olduğu bulunmuştur. Hiçbir çocuğun daha önce sağlık okuryazarlığı eğitimi almadığı, çocuklardan %81,1'inin hastane yatış geçmişinin bulunmadığı belirtilmiştir. Çocukların %98,4'ünün çekirdek ailesinde sağlık çalışanı bulunmamaktadır (Çizelge 2.2).

2.2.2. Çalışma Grubu 2 (Deneysel Aşama)

Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü yöneticilerinin görüşleri doğrultusunda alt-orta seviyede olduğu kabul gören, merkez ilçelerde bulunan okullar arasından, okullardan biri deney grubunu diğeri ise kontrol grubunu oluşturacak biçimde iki okul ölçüt örnekleme ile belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubunda yer alacak okulların benzer sosyoekonomik özellikte, aynı semtte, farklı okullar olmasına dikkat edilmiştir. Belirlenen okullar kura ile randomize edilerek deney ve kontrol grubu olarak atanmıştır. Deney grubuna dahil edilecek çocuk sayısını belirlemek için güç analizi yapılmış ve deney grubunda yer alacak olan en az çocuk sayısı belirlenmiştir. G*Power programı kullanılarak yürütülen analizde, etki büyüklüğü (Cohen's d) 0,80 (büyük etki düzeyi), anlamlılık düzeyi (α) 0,05 ve test gücü (1-β) 0,80 olarak belirlenmiştir. Gruplar arası çalışma grubunun dağılım oranı eşit kabul edilmiştir (N2/N1 = 1). Elde edilen sonuçlara göre, her bir grup için önerilen minimum örneklem büyüklüğü 26 kişi olup, toplam çalışma grubu sayısı 52 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışma grubu büyüklüğü ile analiz gücü 0,807 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, çalışma kapsamında öngörülen etki büyüklüğünün %80'in üzerinde bir doğrulukla tespit edilebileceğini göstermektedir (Cohen, 2013; Faul vd., 2009). Sayı belirlendikten sonra gönüllülük ilkesi ve dahil edilme kriterleri doğrultusunda deney ve kontrol grupları oluşturulmuştur.

Araştırmanın deneysel aşamasında resimli öykü kitaplarıyla hazırlanan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programına dahil edilecek çocukların;

- 60-72 aylık (deneysel aşama süresince),
- Gelişimsel bozukluğu olmayan,
- Herhangi bir tıbbi ve eğitsel tanı almayan,
- Ana dili Türkçe olan,

- Daha önce SOY ile ilgili herhangi bir eğitime katılmayan,
- 60-72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ÇSOÖ) çalışmasına katılmayan,
- Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı resmi ilkokulların anasınıflarında öğrenim gören,
- Araştırmaya katılması için ebeveyni ve kendisi yazılı onam veren ve gönüllü katılım sağlayan çocuklardan seçilmesine dikkat edilmiştir.

Bu kriterler doğrultusunda, Ankara'nın dezavantajlı ilçelerinden olan Mamak ilçesinde bulunan ve sosyoekonomik düzeyi alt-orta olan iki resmi ilkokula bağlı anasınıfları deney ve kontrol grubu olarak seçilmiştir. Seçilen okulların yönetici ve anasınıflarının öğretmenlerine araştırmanın amacı, müdahale süreci ve düzenli katılımın önemi açıklanmıştır. Deney ve kontrol gruplarını oluşturacak çocukların öğretmenleriyle yüz yüze görüşmeler yapılarak işbirliği sağlanmıştır. Bu süreçte öğretmenlerin de gönüllü olması önemsenmiştir. Deney grubunda bulunan okuldaki sabah eğitim veren iki sınıf ile öğleden sonra eğitim veren bir sınıf olmak üzere toplam üç sınıf deney grubuna, kontrol grubunda yer alan okuldaki tam gün eğitim veren iki sınıf araştırmaya dahil edilmiştir. Öğretmenlerden sınıflardaki çocukların doğum tarihleri alınarak, deneysel aşamanın başlangıç ve bitiş tarihleri aralığında yaşları 60-72 ay arasında olacak çocuklar araştırmaya dahil edilme kriterlerine göre belirlenmiştir. Hem deney hem de kontrol grubunda yer alacak çocukların ebeveynleriyle toplantılar gerçekleştirilmiştir. Yapılan toplantılar doğrultusunda ebeveynlerle tanışılmış ve uygulama süreci ile ilgili bilgiler verilmiş ve soruları yanıtlanmıştır. Deney grubunda yer alan iki çocuğun (öğleden sonra eğitim veren sınıfta) ve kontrol grubunda yer alan bir çocuğun ebeveynleri, çocuklarının programa katılımına onay vermemiştir. Öğleden sonra eğitim veren sınıfta bulunan ve ebeveynleri programa katılmasına izin vermeyen iki çocuk, ebeveynlerinin isteği doğrultusunda okula programın bitimini takiben getirilmiştir. Program uygulaması, olağan eğitim-öğretim akışının aksamaması amacıyla ders başlangıcındaki ilk bir saatlik zaman diliminde gerçekleştirilmiş, bu nedenle söz konusu iki çocuk, program uygulaması sırasında sınıfta bulunmamıştır. Ebeveyni ve kendisi programa katılmaya gönüllü onam vermiş olan deney grubundaki çocuklardan birinin ana dilinin Türkçe olmaması nedeniyle, çalışma için belirlenen dışlama kriterleri kapsamında bu çocuk çalışma grubuna dâhil edilememiş, ancak program kapsamındaki uygulamalara, yapılan uyarlamalar doğrultusunda katılımı sağlanmıştır. Araştırmanın başlangıcında deney grubunda 50 çocuk, kontrol grubunda ise 33 çocuk yer almıştır. Ön test uygulamaları sürecinde, özel gereksinimli olduğu belirlenen (biri otizm şüpheli, diğeri dil ve konuşma güçlüğü yaşayan) deney grubundaki iki çocuk araştırma harici tutulmuştur. Bununla birlikte, ebeveynlerinin ve çocukların araştırmaya

katılmaya gönüllü olarak onam vermeleri nedeniyle, söz konusu çocuklar program kapsamındaki uygulamalara, gerekli uyarlamalar yapılarak dâhil edilmiştir. Kontrol grubunda bulunan bir çocuk ise başka okula nakli nedeniyle araştırmadan ayrılmıştır. Araştırma sonucunda 24 oturumdan oluşan eğitim programının %80'ine katılamayan beş çocuk analizlere dahil edilmemiştir. Son test uygulaması esnasında uygulamayı yarıda bırakan bir çocuk, yaşı son test ve kalıcılık test uygulamaları sırasında 72 ayı aşan deney grubundaki iki çocuk, kalıcılık test uygulamalarında başka okula nakil olan iki çocuk, dil ve konuşma sorunu ile tanılanan bir çocuk çalışma grubu dışı olmuştur. Sonuçta 37 çocuk deney grubunda, 31 çocuk kontrol grubunda olmak üzere çalışma grubunu 68 çocuk oluşturmuştur. Son olarak verilerin analizinde uç veriler çıkarılarak kontrol ve deney grubundaki çocuk sayıları eşitlenerek 31 çocuk deney ve 31 çocuk kontrol grubunda olmak üzere analizler gerçekleştirilmiştir.

Çizelge 2.3. Deney ve kontrol gruplarına göre demografik değişkenlere ilişkin sonuçlar

	Deney Grubu (n=31)		**Kontrol Grubu (n=31)**	
Özellikler	**f**	**%**	**f**	**%**
Çocuğun Yaşı				
60-64 Aylık	18	**58,1**	11	35,5
65 Ay ve Üzeri	13	41,9	20	**64,5**
Araştırmaya Katılan Ebeveyn				
Anne	29	**93,5**	27	**87,1**
Baba	2	6,5	4	12,9
Ebeveyn yaş				
25-30 Yaş Arası	10	32,3	9	29,0
31-35 Yaş Arası	10	32,3	17	**54,8**
36 Yaş ve Üzeri	11	**35,4**	5	16,2
Ebeveynin Öğrenim Durumu				
İlkokul Mezunu ve Altı	2	6,5	4	12,9
Ortaokul Mezunu	3	9,7	7	22,6
Lise Mezunu	19	**61,3**	16	**51,6**
Üniversite Mezunu	7	22,6	4	12,9
Ebeveynin Çalışma Durumu				
Çalışıyor	8	25,8	6	19,4
Çalışmıyor	23	**74,2**	25	**80,6**
Ebeveynin Eşinin Yaşı				
25-30 Yaş Arası	2	6,5	2	6,5
31-35 Yaş Arası	14	45,2	10	32,3
36 Yaş ve Üzeri	15	**48,4**	19	**61,3**
Ebeveynin Eşinin Öğrenim Durumu				
İlkokul Mezunu ve Altı	2	6,5	8	25,8
Ortaokul Mezunu	8	25,8	10	32,3
Lise Mezunu	16	**51,6**	11	**35,5**
Üniversite Mezunu	4	12,9	2	6,5
Lisansüstü Eğitim Mezunu	1	3,2		
Ebeveynin Eşinin Çalışma Durumu				
Çalışıyor	28	**90,3**	25	**80,6**
Çalışmıyor	3	9,7	8	19,4

Çizelge 2.3. Devam. Deney ve kontrol gruplarına göre demografik değişkenlere ilişkin sonuçlar

	Deney Grubu (n=31)		Kontrol Grubu (n=31)	
Özellikler	**f**	**%**	**f**	**%**
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	27	**87,1**	25	**80,6**
Geniş Aile	3	9,7	3	9,7
Tek Ebeveynli Aile	1	3,2	3	9,7
Ailenin Aylık Gelir Durumu				
Asgari Ücret ve Altı	7	22,6	15	48,4
Asgari Ücretin Üstü	24	**77,4**	16	**51,6**
Ailenin Toplam Gelir Durumunu Algılama Düzeyi				
Düşük	9	29,0	20	**64,5**
Orta	15	**48,4**	11	35,5
Yüksek	7	22,6		
Ailedeki Çocuk Sayısı				
Tek Çocuk	3	9,7	3	9,7
İki Kardeş	24	**77,4**	13	41,9
Üç ve Üzeri Kardeş	4	12,9	15	**48,4**
Araştırmaya Katılım Sağlanan Çocuğun Cinsiyeti				
Kız	17	**54,8**	15	48,4
Erkek	14	45,2	16	**51,6**
Çocuğun Okul Öncesi Eğitime Devam Etme Süresi				
Bir Yıldan Az	10	32,3	16	**51,6**
Bir Yıl	12	**38,7**	10	32,3
Bir - İki Yıl Arası	7	22,6	5	16,1
İki Yılın Üstü	2	6,5		
Çocuğun Sağlık Okuryazarlığı Eğitimi Alma Durumu				
Hayır	31	**100**	31	**100**
Çocuğun Önceki Süreçte Hastaneye Yatış Durumu				
Evet	9	29	5	16,1
Hayır	22	**71**	26	**83,9**
Çekirdek Ailede Sağlık Çalışanı Olma Durumu				
Hayır	31	**100**	31	**100**

Çizelge 2.3'te araştırmada yer alan deney ve kontrol grubundaki çocukların ve ebeveynlerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Çizelgede de görüldüğü üzere deney grubunda yer alan çocukların %58,1'i 60-64 aylıkken, kontrol grubunda yer alan çocukların %64,5'inin yaşı 65 ay ve üzeridir. Deney grubundaki formu dolduran ebeveynlerden %93,5'i ve kontrol grubundakilerin %87,1'i annedir. Deney grubunda yer alan çocukların ebeveynlerinin %35,4'ü 36 yaş ve üzeri, kontrol grubunda yer alan çocukların ebeveynlerinin %54,8'i 31-35 yaş arasıdır. Deney grubundaki çocukların ebeveynlerinin %61,3'ü ve kontrol grubunda yer alan çocukların ebeveynlerinin %51,6'sı lise; deney grubundaki araştırmaya katılım sağlayan ebeveynlerin %74,2'si ve kontrol grubundaki ebeveynlerin ise %80,6'sı çalışmamaktadır. Deney grubundaki çocukların ebeveynlerin eşlerinin %48,4'ü ve kontrol grubunda yer alan çocukların ebeveynlerinin %61,3'ü 36 yaş ve üzeridir. Deney grubunda yer alan çocukların ebeveynlerinin eşlerinin %51,6'sı, kontrol grubundakilerin %35,5'i lise mezunudur. Deney grubunda yer alan çocukların ebeveynlerinin

eşlerinin %90,3'ü ve kontrol grubunda yer alan çocukların ebeveynlerinin eşlerinin %80,6'sı çalışmaktadır. Deney grubundaki çocukların %87,1'i, kontrol grubundaki çocukların da %80,6'sı çekirdek aile yapısına sahiptir. Deney grubunda yer alan çocukların ebeveynlerinin aylık geliri %77,4'ü, kontrol grubundaki çocukların ebeveynlerinin %51,6'sının aylık geliri asgari ücret ve üzeri; deney grubundaki çocukların ebeveynlerinin %48,4'ünün gelir algısı orta, kontrol grubundakilerin ise %64,5'inin gelir algısı düşüktür. Deney grubundaki çocukların %77,4'ü iki kardeşken, kontrol grubunda yer alan çocukların %48,4'ü üç ve üzeri kardeştir. Deney grubunda yer alan çocukların %54,8'i kız, kontrol grubundaki çocukların %51,6'sı erkektir. Deney grubundaki çocukların %38,7'si bir yıldır okul öncesi eğitime devam ederken, kontrol grubunda yer alan çocukların %51,6'sı bir yıldan az zamandır okul öncesi eğitime devam etmektedir. Deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların hiçbiri daha önce sağlık okuryazarlığı eğitimi almamıştır. Deney grubunda yer alan çocukların %71'inin, kontrol grubundakilerin %83,9'unun daha önce hastanede yatış öyküsü bulunmamaktadır. Deney ve kontrol grubunda yer alan hiçbir çocuğun çekirdek ailesinde sağlık çalışanı yoktur.

2.2.3. Çalışma Grubu 3 (Sosyal Geçerlik)

Sosyal geçerlik, bir uygulamanın hedeflerinin anlamlılığı, kullanılan yöntem ve süreçlerin uygunluğu ile ortaya çıkan davranış değişikliklerinin toplumsal açıdan değerini değerlendiren bir kavramdır. Bu değerlendirme, uygulamanın sosyal açıdan kabul edilebilirliğini ve bireylerin yaşamında oluşturduğu etkilerin önemini ortaya koyarak deneysel bulguları nitel açıdan destekler. Sosyal geçerlik verileri üç temel yöntemle toplanır. Bunlar; öznel değerlendirme (katılımcıların ve yakın çevrelerinin uygulamaya ilişkin algıları), sosyal karşılaştırma (sonuçların toplumsal normlarla kıyaslanması) ve etkinin sürdürülebilirliğinin incelenmesidir (davranış değişikliğinin kalıcılığı). Öznel değerlendirme kapsamında katılımcıların programın amaçları, süreçleri ve sonuçlarına ilişkin nitel görüşleri sistematik biçimde toplanır (Atbaşı ve Karasu, 2019). Deney grubuna kalıcılık testleri uygulanması sonucunda kalan 37 çocuktan ve ebeveynlerinden gönüllü onam verenlerle görüşülmüştür. Sonuçta, bu araştırmada deneysel uygulamaya yönelik sosyal geçerlik değerlendirmesine, deney grubunda yer alan 35 çocuk, bu çocukların 19 ebeveyni ve üç öğretmen gönüllülük esasına göre katılmıştır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, çocuk ve ebeveynlere ait özellikleri belirlemeye yönelik Genel Bilgi Formu, çocukların SOY düzeylerini belirlemek için araştırma kapsamında geliştirilen 60-72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ÇSOÖ), çocukların problem çözme becerilerini incelemek için Problem Çözme Becerisi Ölçeği (PÇBÖ) ve bilimsel süreç becerilerini belirlemek için Bilimsel Süreç Becerileri Ölçeği (BSBÖ), ön bilgi toplamak amacıyla hazırlanan İhtiyaç Belirleme Formları (ölçek ve program için), öğretmenlerden, ebeveynlerden ve çocuklardan programın etkililiğine dair geri bildirimler almak için oluşturulan Sosyal Geçerlik Formları ile toplanmıştır.

2.3.1. Genel Bilgi Formu

Çocukların ve ebeveynlerinin sosyodemografik özelliklerini içeren bilgileri kapsayan bir formdur. Formda; formu dolduran ebeveynin cinsiyeti, yaşı, öğrenim ve çalışma durumu ile eşinin yaşı, öğrenim ve çalışma durumu; aile tipi, ailenin aylık toplam geliri, gelir aralığı ve geliri algılama düzeyi; ailedeki çocuk sayısı; araştırmaya katılan çocuğun doğum tarihi, yaşı, cinsiyeti, doğum sırası, okul öncesi eğitime devam süresi, daha önce sağlık okuryazarlığına ilişkin bir eğitim alıp almadığı, hastanede yatış öyküsü ve çekirdek ailede sağlık çalışanı bulunup bulunmadığına ilişkin sorular yer almaktadır (Ek-1).

2.3.2. 60-72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ÇSOÖ)

Ölçek, araştırmacılar tarafından 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin maddeleri sağlık okuryazarlığının bilgi, beceri ve tutum boyutlarına uygun şekilde tasarlanmış olup, sağlıkla ilişkili materyalleri tanıma, sağlık çalışanlarını ve görevlerini tanıma, sağlıklı ve sağlıksız olma durumlarını açıklama becerilerini ölçmeye yöneliktir. ÇSOÖ, 14 maddeden, her maddeye ait resim, her resme ilişkin iki soru ve değerlendirme formundan oluşmaktadır. Ölçekteki dokuz madde sağlık malzemesini isimlendirme ve işlevini bilme, bir madde sağlık çalışanını tanıma ve görev tanımını açıklama, dört madde ise sağlıklı-sağlıksız olma durumlarını tanıma ve açıklamaya yöneliktir. Ölçek tek boyutludur ve üçlü Likert tipi bir ölçektir. Ölçek maddeleri yetişkin tarafından çocuğa yöneltilmekte olup uygulama yaklaşık 10 dakika sürmektedir. Çocuklara resimler gösterilip dikkatle bakması/incelemesi ve yanıtını vermesi söylenmektedir. ÇSOÖ'de her bir resimli madde sıfır ile iki arasında puanlanmaktadır. ÇSOÖ'de doğru cevap alındıysa "1" puan,

alınmadıysa “0” puan verilmektedir. Her resimli madde iki sorudan oluştuğu için her maddenin toplam puanı “2”dir. ÇSOÖ’de puan arttıkça çocukların SOY düzeyi de yüksek anlamına gelmektedir. Çocuğun ölçekten alabileceği en düşük puan sıfır, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin kullanımında sağlık alanında bilgi sahibi olunmasının değerlendirme sürecini kolaylaştıracağı öngörülmektedir.

Ölçeğin bir uygulayıcı kılavuzu bulunmaktadır. Bu kılavuzun içerisinde bir uygulayıcı yönergesi, cevap anahtarı ve değerlendirme formu yer almaktadır. Cevap anahtarı, ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışmaları kapsamında çocuklardan alınan yanıtlar ile oluşturulmuştur. Oluşturulan cevap anahtarı beş uzmanın (bir pediatrist, dört çocuk gelişimi uzmanı) görüşüne sunularak kapsam geçerlik oranları (KGO) hesaplanarak son halini almıştır. Ölçeğin geçerlik çalışmasında kapsam geçerliği, AFA ve DFA’ya başvurulmuştur. AFA sonucunda tek faktörden oluştuğu görülmüş olan ölçeğin faktör toplam varyansı %26 bulunmuştur. Güvenirlik çalışmasında ise Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı (0,758), McDonald’s Omega değeri (0,762) ve TTT yöntemiyle elde edilen kararlılık güvenirlik katsayıları değerlendirilmiştir. Sonuçta 14 madde, 28 soru ve tek boyuttan oluşan, geçerli ve güvenilir bir ölçek elde edilmiştir (Ek-2).

2.3.3. Problem Çözme Becerisi Ölçeği (PÇBÖ)

Ölçek, Oğuz ve Köksal Akyol (2015) tarafından okul öncesi dönemdeki 60–72 aylık çocukların problem çözme beceri düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. PÇBÖ; on sekiz ayrı problem durumunu içeren çizimlerden ve bu durumların değerlendirildiği bir formdan oluşmaktadır. Tek faktörlü yapıya sahip olan ölçek, beşli Likert türünde düzenlenmiştir. Uygulama sürecinde çocuklara problem durumlarını gösteren resimler sunulur ve her resimdeki sorun açıklanır. Ölçekte her bir problem için üretilen çözüm önerileri, sıfır ile dört puan arasında değerlendirilmektedir. Hiç çözüm üretilememesi “0”, tek çözüm önerisi “1”, iki öneri “2”, üç öneri “3” ve üçten fazla farklı önerinin sunulması “4” puanla karşılık bulmaktadır. Çocuğun puan alabilmesi için sunduğu her çözümün birbirinden farklı olması şarttır. Puan yükseldikçe çocuğun problem çözme beceri düzeyi de artmaktadır. Ölçekte önemli olan, çocuğun mümkün olduğunca fazla alternatif çözüm geliştirebilmesidir; sorular sadece çocuğun bu çeşitliliği ortaya koyabilmesi için bir araç niteliği taşır. Geçerlik çalışmasında kapsam geçerliği indeksleri incelenmiş; maddelerin uygunluk düzeyi için KGO 0,99, çizimlerle uyum düzeyi için ise 0,96 olarak hesaplanmıştır. AFA sonucunda ölçeğin tek faktörden oluştuğu görülmüş ve bu faktör toplam varyansın %30,68’ini açıklamıştır.

Güvenirlik katsayısı 0,86 olarak bulunmuş, TTT uygulaması sonrası korelasyon katsayısı ise 0,60 olarak belirlenmiştir. İlk ve ikinci uygulamalar arasında anlamlı bir fark oluşmadığı görülmüştür. Tüm bu bulgular, PÇBÖ'nün 60–72 aylık çocuklar için güvenilir ve geçerli bir değerlendirme aracı olduğunu göstermektedir.

2.3.4. Bilimsel Süreç Becerileri Ölçeği (BSBÖ)

Kavak ve Deretarla Gül (2021) tarafından geliştirilen ölçek, 60–72 aylık çocukların bilimsel süreç becerilerini değerlendirmek amacıyla hazırlanmış olup iletişim, tahmin, ölçme alt boyutlarından, toplam puandan ve 26 sorudan oluşmaktadır. BSBÖ'nin 23 maddesi resimli, üç maddesi ise resimsiz açık uçlu sorulardır. Ölçek, yetişkin tarafından çocuğa yöneltilerek uygulanmakta ve bazı maddeler için ek materyaller kullanılmaktadır. Uygulama süresi yaklaşık 20 dakika sürmektedir. Çocuk bir soruya doğru yanıt veremediğinde (hayır) "0" puan, doğru yanıt verdiğinde (evet) "1" puan almaktadır ve tüm maddeler ikili Likert yapısıyla puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan sıfır, en yüksek puan ise 26'dır. Puanlamada yüksek puan almak, çocukların bilimsel süreç becerilerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geliştirme sürecinde 371 okul öncesi çocuğundan veri toplanmıştır. Ayırt edicilik indekslerine göre madde-toplam korelasyonlarının 0,30'un üzerinde olduğu belirlenmiştir. Faktör 1 için madde-toplam korelasyonunun en yüksek değeri 0,599; faktör 2 için 0,590; faktör 3 için ise 0,698 olarak rapor edilmiştir. Ölçeğin hesaplanan iç güvenirlik katsayılarının kabul edilebilir düzeyde olduğu ve ölçeğin yeterli iç geçerliliğe sahip bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Mevcut çalışmada ölçek toplam puanı göz önünde bulundurulmuştur.

2.3.5. İhtiyaç Belirleme Formu

Ölçek geliştirme aşamasında madde havuzu oluşturmak amacıyla; deneysel aşamada program geliştirmek amacıyla 60-72 aylık çocuklar, 60-72 aylık çocuğu olan ebeveynler ve alan uzmanlarından veri toplamak için kullanılan formlardır (Ek-3).

İhtiyaç Belirleme Formu (Ölçek Geliştirme Aşaması): 60-72 aylık çocuklar, 60-72 aylık çocuğu olan ebeveynler ve alan uzmanları için olmak üzere üç ayrı form bulunmaktadır. Formlar biri pediatrist, ikisi çocuk gelişimi uzmanı olan üç akademisyenin görüşleri doğrultusunda son halini almıştır.

60-72 Aylık Çocuklar İçin İhtiyaç Belirleme Formu: Sağlığın ve hastalığın tanımı, sağlıklı olmak ve hastalıktan korunmak için yapılması gerekenler, SOY'un tanımı, nasıl sağlık okuryazarı olunacağına yönelik açık uçlu görüşme sorularından oluşan bir formdur. Ek olarak gönüllü çocuklara bir A4 kâğıt (yatay-dikey kâğıt yönü tercihlerini özgürce yapabilmeleri için sivri köşesinden çocuğun önüne konarak) ile 12 renkli kuru boya kalem seti verilerek hastalık ve sağlıkla ilgili birer resim çizmesi ve resmini anlatması beklenmektedir.

60-72 Aylık Çocuğu Olan Ebeveynlere Yönelik İhtiyaç Belirleme Formu: Bu formda, çocuğunun sağlık ve hastalık konusunda bilmesi gerekenlere, SOY'un tanımına dair görüşlerine, çocukların iyi bir sağlık okuryazarı olması için bilmesi ve yapması gereken becerilere dair beş açık uçlu soru bulunmaktadır.

Alan Uzmanları İçin İhtiyaç Belirleme Formu: 60-72 aylık bir çocuğun sağlık ve hastalıkla ilgili bilmesi gerekenler, SOY'un tanımı, 60-72 aylık bir çocuğun iyi bir sağlık okuryazarı olabilmesi için bilmesi gerekenler ve sahip olması gereken becerilere yönelik altı açık uçlu soru bulunmaktadır.

İhtiyaç Belirleme Formu (Deneysel Aşama): 60-72 aylık çocuklar, 60-72 aylık çocuğu olan ebeveynler ve alan uzmanları için olmak üzere üç ayrı form bulunmaktadır. Formların üç çocuk gelişimi uzmanı, bir okul öncesi öğretmeni ve bir pediatri hemşiresi olmak üzere beş uzmandan görüş alınarak son şekli oluşmuştur.

60-72 Aylık Çocuklar İçin İhtiyaç Belirleme Formu: Sağlığın tanımı, sağlıklı olmak için yapılması gerekenler, sağlıkla ilgili merak edilenler olmak üzere üç açık uçlu soru bulunmaktadır. Gönüllü çocuklara bir A4 kâğıt (yatay-dikey kâğıt yönü tercihlerini özgürce yapabilmeleri için sivri köşesinden çocuğun önüne konarak) ile 12 renkli kuru boya kalem seti verilerek sağlıkla ilgili bir resim çizmesi ve resmini anlatması istenmektedir.

60-72 Aylık Çocuğu Olan Ebeveynlere Yönelik İhtiyaç Belirleme Formu: Çocuklarının sağlık konusundaki bilgi ve becerileri, bunları artırmaya yönelik bir programın içeriği, farkındalık kazandırabilecek etkinlik önerileri, sağlıkla ilgili bir resimli öykü kitabında yer almasını gerekli gördükleri konuları vb. içeren sekiz açık uçlu soru bulunmaktadır.

Alan Uzmanları İçin İhtiyaç Belirleme Formu: 60-72 aylık bir çocuğun iyi bir sağlık okuryazarı olabilmesi için bilmesi gerekenler ve yapabileceği beceriler, 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığını desteklemeye yönelik bir programın içeriği, farkındalık kazandıracak etkinlik önerileri, sağlıkla ilgili bir resimli öykü kitabında yer alması gereken konularla vb. ilgili sekiz açık uçlu soru yer almaktadır.

2.3.6. Sosyal Geçerlik Formu

Uygulanan Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı hakkındaki öğretmen, ebeveyn ve çocuk görüşlerini belirlemeye yönelik açık uçlu sorulardan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formlarıdır. Araştırmada geliştirilen programın uygulanabilirliği, kabul edilebilirliği ve katılımcılar açısından anlamlılığını değerlendirmek amacıyla Sosyal Geçerlik Formları kullanılmıştır. Öğretmenler, ebeveynler ve çocuklar için hazırlanan formlar çocuk gelişimi uzmanı beş akademisyenin görüşleri alınarak son halini almıştır (Ek-4).

Öğretmenler İçin Sosyal Geçerlik Formu: Programın etkililiğini, uygulanabilirliğini öğretmenlerin görüşleri doğrltusunda belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Form, programın içeriği, okul öncesi eğitim programı ile uyumu, çocuklar üzerindeki etkileri, öğrenilen bilgi ve becerilerin okul yaşamına aktarılabilirliği, aile katılım çalışmalarının aile-okul ilişkisine katkısı, programın aileler üzerindeki etkileri ve farkındalık oluşturma düzeyi, programda yer alan materyallerin niteliği, programın güçlü ve geliştirmeye açık yönleri ile araştırmacının uygulama sürecindeki yeterliliğine ilişkin öğretmen görüşlerini değerlendirmek amaçlanmıştır. Ayrıca öğretmenlerin, program sürecinde yürütülen aile katılım etkinliklerinin aile-okul ilişkisine katkısına, programın aileler üzerindeki etkilerine ve farkındalık oluşturma düzeyine ilişkin soruları da içeren form toplam 13 sorudan oluşmaktadır.

Ebeveynler İçin Sosyal Geçerlik Formu: Programın ebeveynler tarafından nasıl değerlendirildiğini, programın çocuklar üzerindeki etkilerine ilişkin ebeveyn gözlemlerini ve genel geçerlik düzeyini belirlemek amacıyla hazırlanan form, ebeveynlerin çocuklarının programa ilgisi, sağlıkla ilgili bilgi, kavram ve materyal düzeylerindeki değişimler ile program sürecinde kazandıkları bilgi ve becerilerin günlük yaşantılarına ve davranışlarına yansımalarına ilişkin görüşlerini ortaya koymayı amaçlamıştır. Ayrıca formda, ebeveynlerin programın çocukları açısından ilgi çekici ve eğlenceli yönlerine, çocukların anlamakta güçlük çektiği konulara, aile katılım etkinlikleri hakkındaki değerlendirmelerine ve programın

ebeveyn-çocuk ilişkisine olan etkisine yönelik sorular yer almaktadır. Bunun yanı sıra, ebeveynlerin program sürecinde araştırmacının yürütücülüğüne ilişkin değerlendirmeleri alınmış ve sürece dair eklemek istedikleri görüşleri ifade edebilecekleri açık uçlu bir alan sunulmuş olup form 13 sorudan oluşmuştur.

Çocuklar İçin Sosyal Geçerlik Formu: Uygulanan programa ilişkin çocukların deneyimlerini, duygularını ve algılarını belirlemek amacıyla hazırlanan bu form, çocukların program sürecinde neler öğrendiklerine, sınıf içi etkinliklere yönelik görüşlerine, en çok sevdikleri ve zorlandıkları etkinliklere, kitaplar hakkındaki düşüncelerine ve eve gönderilen aile katılım çalışmalarına ilişkin değerlendirmelerine, çocukların programı yürüten araştırmacıya ilişkin algılarını, programın eğlenceli ve ilgi çekici yönlerini nasıl tanımladıklarını ve genel olarak program hakkındaki düşüncelerini ifade etmelerine olanak sağlayan açık uçlu sorular yer almaktadır. Form kapsamında çocuklara yöneltilen açık uçlu soruların akabinde bir A4 kâğıt (yatay-dikey kâğıt yönü tercihlerini özgürce yapabilmeleri için sivri köşesinden çocuğun önüne konarak) ile 12 renkli kuru boya kalem seti verilerek çocuklardan, "Bana seninle yaptığımız etkinlikler ve birlikte öğrendiklerimizle ilgili bir resim çizmeni istiyorum" yönergesiyle program deneyimlerini bir resim çizerek ifade etmeleri ve resimlerini anlatmaları istenmiştir.

2.4. Araştırmacının Özellikleri

Araştırmacı 3 Aralık 2023 - 24 Ekim 2024 tarihleri arasında Drama Eğitmenliği Programının beş aşamasını tamamlamıştır. Bu eğitimle, yaratıcı drama yönteminin kuramsal temelleri, uygulama basamakları, grup dinamikleri, liderlik rolleri ve değerlendirme süreçleri hakkında kapsamlı bilgi ve beceri kazanılmıştır. Böylece araştırmacı, program geliştirme ve uygulama aşamalarında yaratıcı drama yaklaşımını bilimsel ve pedagojik temellere dayalı biçimde kullanma yeterliliği edinmiştir. Ek olarak 2021 yılından beri aldığı çocuk kitabı yazma eğitimlerinin yanında yazar koçluğu programına da katılmıştır. Bu eğitimler, araştırmacının çocuk edebiyatı alanında yaratıcı yazma becerilerini geliştirmesini, çocukların gelişim düzeylerine uygun anlatım biçimlerini ve dil özelliklerini etkin biçimde kullanabilmesini ve tezin temelini oluşturan resimli öykü kitaplarıyla hazırlanan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programının tasarlanması, hazırlanması ve uygulanması için gerekli teorik ve pratik bilgiyi sağlamış, programın pedagojik niteliğinin güçlendirmesini sağlamıştır. Araştırmacı, SOY ile ilgili uluslararası bir eğitime de katılmıştır (Ek-5). Bu eğitim, SOY kavramının çok boyutlu yapısını, yaş ve bağlama göre değişen öğrenme gereksinimlerini

ve etkili sağlık iletişimi stratejilerini derinlemesine ek bilgiler edinilmesine katkı sağlamıştır. Ayrıca araştırmacının, tezin içeriğini dünya genelinde kabul gören SOY çerçeveleriyle uyumlu biçimde yapılandırmasına olanak tanımıştır. Araştırmacı, bu programı tasarlarken, hazırlarken ve uygularken alanında uzman kişilerle yaptığı görüşmeler ve aldığı eğitimlerle programın kapsamını zenginleştirmiştir.

2.5. Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı

Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı, 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerini desteklemeye hizmet eder. Program sağlık malzemelerini tanıma, sağlık çalışanları ve iş tanımları, sağlığını koruma ve hastalık belirtilerini anlama, sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına, doğru ve güvenilir bilgiye erişebilme ve sağlık kaynaklarını doğru okuma, sağlıklı yaşam biçimi davranışları (özbakım becerileri, beslenme, fiziksel hareket, uyku düzeni), sağlık iletişimi ve sağlık okuryazarı olma olmak üzere SOY'un bilgi, beceri ve tutum boyutlarını kapsayan 10 bütüncül konuya odaklanmıştır. Program SOY'un bilgi, beceri ve tutum boyutlarına ilişkin konuları içeren beş resimli öykü kitabından, kitaplardaki görevlerin her biri tamamlandığında kazanılan rozetlerden ve bu rozetlerin yer aldığı rozet haritalarından, seri tanıtımı ile programa ilişkin ev içi etkinliklerin yer aldığı aile katılım çalışması kitabından ve toplam 32 etkinlikten oluşan sınıf içi etkinlik planlarının yer aldığı bir kitaptan oluşmaktadır.

Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının hazırlanması, program geliştirme süreci ve program taslağının oluşturulması başlıkları altında detaylı biçimde açıklanmıştır.

2.5.1. Program Geliştirme Süreci

Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı, sistematik ve bilimsel bir yaklaşımla geliştirilmiş, çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerini desteklemek amacıyla şekillendirilmiş, program içeriği 60-72 aylık çocukların yaş ve gelişim özellikleri ile ihtiyaçlarına uygun düzenlenmiştir. Program geliştirmede izlenen basamaklar Şekil 2.5'te sunulmuştur (Ekici ve Özdemir, 2021).

Basamaklar ayrı ayrı ele alınarak aşağıda açıklanmıştır.

Şekil 2.5. Programın geliştirme süreci

2.5.1.1. Literatür Taraması ve Bilimsel Temelin Oluşturulması

Sağlık okuryazarlığı alanında kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır. Literatür göstermektedir ki SOY erken çocukluk döneminden itibaren geliştirilmesi gereken temel bir yaşam becerisi olup, bu beceri yaşam boyu sağlık davranışlarını şekillendirmektedir (WHO, 2017a). Yapılan araştırmalar, erken yaşlarda kazandırılan sağlık okuryazarlığının yalnızca bilgi düzeyini artırmakla kalmadığını, aynı zamanda çocukların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, problem çözme ve karar verme becerilerini ve sağlıkla ilgili öz yeterliklerini de güçlendirdiğini göstermekte (Bröder vd., 2017; Okan vd., 2019); sağlık okuryazarlığı programlarının çocuklarda üç temel çıktıyı geliştirdiği (sağlık bilgisinde artış, sağlık davranışlarında olumlu değişim, sağlığa ilişkin motivasyon ve öz düzenleme becerilerinde gelişme) vurgulanmaktadır (Berkman vd., 2011; Sanders vd., 2009a). Ek olarak çocukların sağlık bilgisini yorumlama ve günlük yaşamda uygulama süreçlerinin sosyal çevre, aile dinamikleri ve okul deneyimleri tarafından şekillendiği, bu nedenle sağlık okuryazarlığının bireysel bir beceri olmanın ötesinde sosyal bir yeterlik olduğu belirtilmektedir (Bröder vd., 2017; Manganello, 2008). Ayrıca erken çocukluk döneminde soyut kavramlara ilişkin bilişsel sınırlılıklar nedeniyle sağlık okuryazarlığı öğretiminin somut, görsel ve hikâye temelli materyallerle desteklenmesi gerektiğini belirtilmektedir (Bröder vd., 2017). Genel olarak literatür, erken çocukluk döneminde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin hem bireysel

hem de toplumsal düzeyde önemli sonuçlar doğurduğunu, erken dönemde temelleri atılan sağlık bilgi ve becerilerinin yaşam boyu sürdürülebilir sağlıklı davranışları desteklediğini göstermektedir (Aygun ve Topcu, 2023; Bröder vd., 2017; Çınar vd., 2018; DeWalt ve Hink, 2009; Koç ve Vural, 2023; Okan, 2019; Sanders vd., 2009a; Zaidman vd., 2023; WHO, 2017a).

Sağlık ve hastalık temalı resimli öykü kitapları araştırılarak toplam 104 kitap dijital ve basılı olarak incelenmiş, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) Popüler Bilim Kitapları ile çeşitli yayınevlerinden yayımlanan bu kitapların biçimsel ve içerik özellikleri değerlendirilmiştir. İnceleme sonucunda kitapların büyük çoğunluğunun özbakım becerileri, sağlıklı beslenme, uyku, tuvalet eğitimi ve fiziksel aktivite gibi günlük yaşam temelli sağlık davranışları üzerine yoğunlaştığı, içeriklerde sağlıkla ilgili bilgi aktarıcı unsurların baskın olduğu, buna karşın beceri ve tutum geliştirmeye yönelik mesajların daha sınırlı kaldığı belirlenmiştir. Ayrıca kitaplarda hastalık nedenleri, tedavi süreçleri ve hastaneye uyum gibi temaların sıkça işlendiği; sağlık personeli denildiğinde çoğunlukla doktor figürünün ön planda olduğu, diğer sağlık mesleklerinin ise daha sınırlı temsil edildiği görülmüştür. Listelenen kitapların içerikleri tematik olarak değerlendirildiğinde sağlık davranışları, hastalık ve hastaneye uyum, beden farkındalığı, sağlık profesyonelleriyle etkileşim, duygusal tepkiler ve baş etme yolları, sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları ile hijyen-temizlik başlıklarında yoğunlaştığı görülmekte, içeriklerin büyük çoğunluğunun, erken çocukluk döneminde soyut sağlık kavramlarının somut olaylar, karakterler ve günlük yaşam senaryoları aracılığıyla anlaşılmasını destekleyecek biçimde yapılandırıldığı belirlenmiştir.

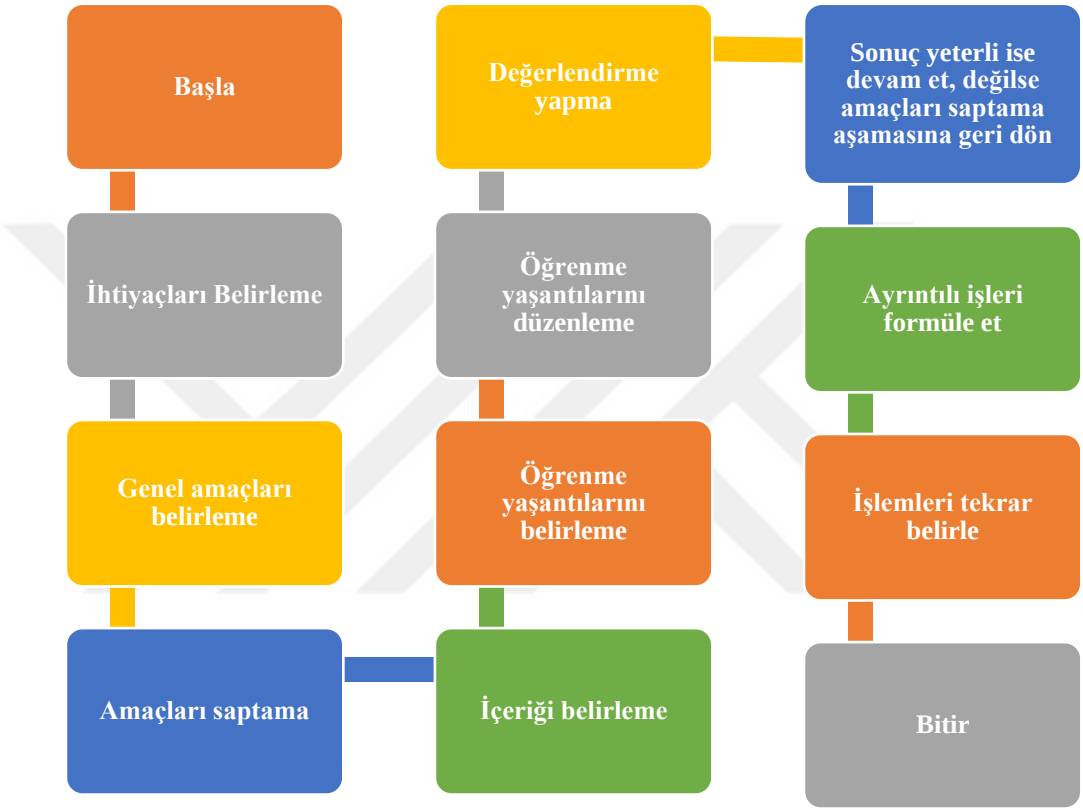
Okul Öncesi Eğitim Programı (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2024a) ile Türkiye Yüzyılı Maarif Modeli (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2024b) ayrıntılı olarak incelenmiş ve her iki programın sağlıkla ilişkili öğrenme çıktıları değerlendirilmiştir. İnceleme sonucunda, Okul Öncesi Eğitim Programı'nda (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2024a) yer alan "Fiziksel Gelişim ve Sağlık Özellikleri" başlığı altındaki "Sağlık" kazanım ve göstergelerinin, çocukların özbakım becerileri, hijyen alışkanlıkları, sağlıklı yaşam davranışları ve sağlıkla ilgili temel kavramları edinme süreçlerini kapsadığı belirlenmiştir. Bu göstergeler, çocukların günlük yaşam içerisinde sağlıklı davranışlar sergileyebilme ve sağlığı koruyucu uygulamaları hayata geçirebilme becerilerini desteklemeyi amaçlamaktadır. Benzer şekilde, Türkiye Yüzyılı Maarif Modeli'nin (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2024b) "Hareket ve Sağlık Alanı" içerisinde tanımlanan alan becerilerinin de çocuklarda özbakım becerileri, fiziksel farkındalık ve temel sağlık davranışlarına yönelik bilgi ve becerilerin geliştirilmesini hedeflediği görülmüştür. Bu

alan becerileri, çocukların sağlıkla ilgili durumları anlamlandırmasına, sağlıklı davranışları günlük yaşantısına aktarmasına ve fiziksel çevreyle etkileşiminde bilinçli seçimler yapmasına katkı sağlamaktadır. Her iki programın ortak noktası, çocukların erken yaşlarda sağlıkla ilgili yaşına uyumlu becerileri kazanmalarının gelişimsel açıdan önemli olduğuna vurgu yapmalarıdır. Her iki program da özbakım, hareket ve sağlığı koruyucu davranışlar başlıklarıyla ilişkilidir.

Programın bilimsel temeli oluşturulurken Bloom'un güncellenmiş bilişsel alan taksonomisinden yararlanılmıştır (Anderson ve Krathwohl, 2001). Bloom taksonomisi, SOY'un temel bileşenleri olan bilgiye erişme, bilgiyi anlama, uygulama ve değerlendirme süreçlerini sistematik bir yapıya kavuşturarak öğrenme hedeflerinin hiyerarşik biçimde düzenlenmesine olanak tanımaktadır (Sørensen vd., 2012; Nutbeam, 2000). Erken çocukluk döneminde çocuklar semptomları basit düzeyde yorumlayabilmekte, sağlıkla ilgili neden–sonuç ilişkilerini kurmaya başlayarak el yıkama, uyku, hijyen gibi davranışların sağlıkla ilişkisini kavrayabilmektedir. Sağlık eğitim programlarının çocukların sağlık bilgisini günlük yaşamda kullanma, öz bakım becerilerini geliştirme ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarını sürdürme davranışlarını güçlendirdiği çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur. Bloom'un analiz ve değerlendirme basamakları, çocukların bilgi kaynaklarını ayırt etme, yetişkinden yardım isteme gerekliliğini fark etme ve temel düzeyde güvenilirlik değerlendirmeleri yapabilme gibi eleştirel sağlık okuryazarlığı becerilerini desteklemektedir. Yaratma basamağı ise çocukların sağlık bilgisini poster hazırlama, rutin oluşturma, hikâye yazma veya problem çözme etkinlikleri aracılığıyla yeniden yapılandırmasını sağlayarak öğrenmenin kalıcılığını artırmaktadır (Anderson ve Krathwohl, 2001; Bröder vd., 2017; Paakkari ve Paakkari, 2012; Park ve Kwon, 2018). Bu bütüncül yapı, SOY'un temel kavramlarından sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve bilginin eleştirel değerlendirilmesine kadar tüm alt boyutların gelişimsel olarak tutarlı biçimde desteklenmesine bilimsel dayanak sunmaktadır. Erken çocukluk dönemine uyarlanmış bu sağlık okuryazarlığı programı, öğrenme süreçlerini bilişsel, duyuşsal ve psikomotor boyutlarda ele alan Bloom Taksonomisine dayanmakta; çocukların temel sağlık kavramlarını hatırlama–anlama düzeyinde edinmelerini, günlük yaşamda uygulamalarını, davranış doğruluğunu değerlendirmelerini ve yeni sağlık rutinleri üretmelerini hedeflemektedir. Duyuşsal alan çocukların sağlığa değer verme ve olumlu tutum geliştirme süreçlerini güçlendirirken; psikomotor alan hijyen uygulamaları, diş fırçalama ve doğru öksürme davranışı gibi sağlıkla ilişkili becerilerin uygulanmasını desteklemektedir. Böylece Bloom'un hiyerarşik yapısı, SOY'un bilgi, beceri ve tutum boyutlarını bütüncül biçimde kapsayan güçlü bir öğretim temelini oluşturmaktadır (Yeşiltepe, 2023).

2.5.1.2. Program Tasarımının Oluşturulması

Programın geliştirilmesinde Taba-Tyler Modeli (Rasyonel Planlama Modeli / Teknokratik Model) (Şekil 2.6) esas alınarak sistemli bir çerçeve benimsenmiştir. Bu modelin çağdaş uygulamaları, özellikle sağlık eğitiminde nedensel ilişkilerin planlanmasında Aral ve Doğan Keskin (2018) ile Portillo vd. (2020) tarafından incelenmiştir.



Şekil 2.6. Programın geliştirilmesinde Taba-Tyler Modeli (Rasyonel Planlama Modeli / Teknokratik Model)

Şekil 2.6'ya göre Taba-Tyler Modeli'nde bir eğitim programının geliştirilmesine ilişkin sistematik süreç, ihtiyaçların belirlenmesi ile başlamakta, ardından genel amaçların ve spesifik hedeflerin belirlenmesi, içeriğin seçilmesi, öğrenme yaşantılarının planlanması ve düzenlenmesi adımları ile devam etmektedir. Ardından programın uygulanmasına yönelik ayrıntılı işlemler formüle edilmekte ve gerektiğinde işlemler yeniden düzenlenmektedir. Sürecin sonunda yapılan değerlendirme, programın hedeflere ulaşıp ulaşmadığını belirlemektedir. Eğer sonuçlar yeterli değilse süreç yeniden amaç belirleme aşamasına döner. Bu yapı, program geliştirmenin sürekli iyileştirmeye açık, döngüsel ve esnek bir süreç olduğunu göstermektedir.

2.5.1.3. İhtiyaçların Belirlenmesi

İhtiyaç Belirleme Formları hazırlandıktan sonra üç çocuk gelişimi uzmanı, bir okul öncesi öğretmeni ve bir pediatri hemşiresi olmak üzere beş uzmandan görüş alınarak kapsam geçerliği sağlanmıştır. Bu kapsamda Lawshe'nin (1975) belirlediği yöntem ve Ayre ve Scally'nin (2014) güncelledikleri minimum kabul değerleri ile karşılaştırılarak değerlendirilmiş, formların her birinin her maddesi için KGO hesaplanmış; beş uzman için kabul edilen eşik değeri olan 0,99'un altında kalan madde olmadığı için hiçbir madde çıkarılmadan formlar son halini almıştır.

İhtiyaç Analizi Formları kullanılarak çocuk, ebeveyn ve uzmanlarla görüşmeler bireysel olarak gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmelere beş alan uzmanı, dört ebeveyn ve sekiz çocuk katılmıştır. Doygunluk noktasına ulaşıldığı zaman sonlandırılan bireysel görüşmelerden elde edilen verilerin analizleri yapılmıştır. Sağlık okuryazarlığının boyutları olan bilgi, beceri ve tutum boyutları doğrultusunda ihtiyaç analizi sonucunda temalar oluşturulmuştur. Bu temalar sağlıkla ilgili temel kavramlar, sağlık çalışanları ve iş tanımları, sağlığını koruma ve hastalık belirtilerini anlama, sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına, doğru ve güvenilir bilgiye erişebilme, sağlık kaynaklarını doğru okuma, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık iletişimi olarak belirlenmiştir.

2.5.1.4. Amaç ve Hedeflerin Oluşturulması

Programın planlanmasında çocukların gelişimsel özellikleri ile çocuk, ebeveyn ve uzman görüşleri dikkate alınmıştır. Programda çocukların sağlıkla ilgili temel kavramları anlamaları, bu bilgileri günlük yaşamlarında kullanabilmelerini, sağlıklı yaşam alışkanlıkları geliştirmelerini ve sağlıkla ilgili durumlarda doğru karar verebilme ve yardım isteme becerisi kazanmalarını destekleyerek erken çocukluk sağlık okuryazarlığını güçlendirmek amaçlanmıştır. Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının amaçları aşağıda sunulmuştur:

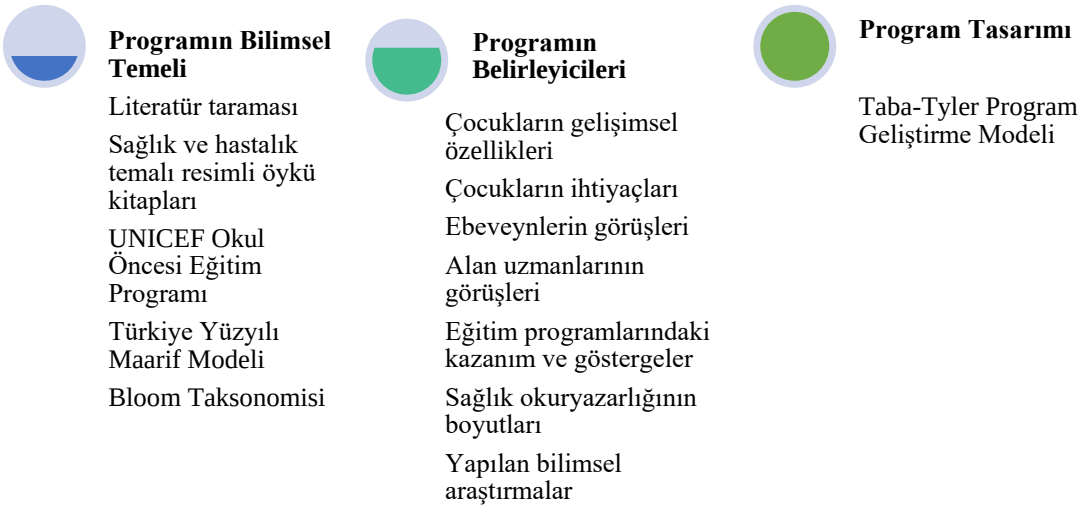
- Çocukların sağlıkla ilgili temel kavramları tanımalarını sağlamak,
- Sağlıkla ilgili durumlar arasında basit düzeyde neden–sonuç ilişkileri kurmalarını desteklemek,
- Sağlığa ilişkin bilgiyi günlük yaşamlarında kullanmalarına, özbakım becerilerini uygulamalarına ve sağlıklı yaşam davranışlarını sürdürmelerine katkı sağlamak,

- Çocukların sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarını ayırt etmelerine ve hangi durumlarda yetişkinden yardım istemeleri gerektiğini fark etmelerine yardımcı olmak,
- Sağlıkla ilgili olumlu tutum, değer ve sorumluluk geliştirmelerini desteklemek,
- Sağlıklı yaşamla ilgili yeni rutinler ve çözümler üreterek bilgi ve becerilerini yaratıcı yollarla ifade etmelerine olanak sağlamaktır.

Programın belirlenen amaç ve hedefleri SOY alanında çalışmaları olan çocuk gelişimi alanında uzman üç akademisyenin görüşleri alınarak son halini almıştır.

2.5.2. Program Taslağının Oluşturulması

Çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerini geliştirmeyi hedefleyen resimli kitaplarla hazırlanan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programının taslağı oluşturulurken programın bilimsel temeli, programın belirleyicileri ve programın tasarımı göz önüne alınmış olup bu yapı Şekil 2.7'de özetlenmiştir. Buna göre araştırma kapsamında uygulanan programın geliştirilme ve yürütülme sürecini programın bilimsel temeli, programın belirleyicileri ve program tasarımı olmak üzere üç başlıkta ele alarak göstermektedir. Literatür taraması yapılmış, sağlık ve hastalık temalı resimli öykü kitapları biçimsel ve içerik özelliklerine göre değerlendirilmiş, Okul Öncesi Eğitim Programı (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2024a) ve Türkiye Yüzyılı Maarif Modeli (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2024b) incelenmiş ve Bloom Taksonomisi doğrultusunda programın bilimsel temeli oluşturulmuştur. Programın belirleyicilerini çocukların gelişimsel özellikleri, çocukların ihtiyaçları, ebeveynlerin görüşleri, alan uzmanlarının görüşleri, eğitim programlarındaki kazanım ve göstergeler, sağlık okuryazarlığının boyutları ve yapılan bilimsel araştırmalar oluşturmuştur. Program Taba-Tyler Modeli doğrultusunda tasarlanmıştır.



Şekil 2.7. Geliştirilen programın bilimsel temeli, belirleyicileri ve tasarımı

Çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve problem çözme becerisini desteklemeyi hedefleyerek hazırlanan resimli öykü kitaplarının öyküleri, kitapların kapsam ve içeriği çocuk merkezli bakış açısıyla tasarlanmıştır. Öncelikle kitap serisinin karakterleri belirlenmiş, hikâye evreni yaratılmış, her bir kitabın teması belirlenmiş, akış planlanmıştır. Kitap serisindeki karakterler belirlenirken okul öncesi dönem çocuklarının kendilerini özdeşleştirmesi ve ilgi eğilimlerinin yüksek olması nedeniyle karakterlerin hayvan karakterler olmasına karar verilmiştir. Her bir karakterin hayvan özelliklerine uygun belirleme yapılmış, karakterler sunulurken özelliklerini/mesleki tanımlarını anlatacak tekerlemeler yazılarak sunulmuştur (Şekil 2.8). Resimli öykü kitaplarının öykülerinin yazılmasının tamamlanmasının ardından çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerinin desteklemesi hedeflenerek etkinlikler planlanmış, beş resimli kitap ile etkinlikler resimli kitaplar konusunda deneyimli bir çizer tarafından resmedilerek program taslağı hazır hale gelmiştir.

Şekil 2.8. Program kapsamında yer alan kitaplardaki karakterler

Materyallerin Hazırlanması: Bu kapsamda kitap serisi, aile katılım çalışması kitabı, rozetler ve rozet haritası ile sınıf içi etkinlik planları hazırlanmış olup programda yer alan materyaller aşağıda açıklanmıştır.

Kitap serisi: Temmuz 2023 - Kasım 2023 tarihleri arasında kuramsal dayanaklar ve sağlık temalı resimli öykü kitapları göz önüne alınarak hazırlanan programda yer alan resimli öykü kitapları serisindeki beş kitaptan her bir kitabın teması, yapılan araştırma ve çalışmalar sonucunda belirlenmiştir. Her bir kitabın teması ve adı Çizelge 2.4'te yer almaktadır.

Çizelge 2.4. Kitap serisindeki kitapların temaları ve adları

Kitabın Sırası	Kitabın Temaları	Kitabın Adı
1. Kitap	Sağlık malzemeleri Sağlığını koruma ve hastalık belirtilerini anlama	Filus İle Macera Başlıyor "Sağlık Okuryazarı Olmaya Adım Adım-1"
2. Kitap	Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından uyku düzeni Sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına, doğru ve güvenilir bilgiye erişebilme ve sağlık kaynaklarını doğru okuma	Filus Araştırıyor "Sağlık Okuryazarı Olmaya Adım Adım-2"
3. Kitap	Sağlık iletişimi Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından kişisel sağlık-özbakım becerileri	Filus Öğreniyor "Sağlık Okuryazarı Olmaya Adım Adım-3"

Çizelge 2.4. Devam. Kitap serisindeki kitapların temaları ve adları

Kitabın Sırası	Kitabın Temaları	Kitabın Adı
4. Kitap	Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından bedensel sağlık (fiziksel hareket-egzersiz)	Filus Uyguluyor "Sağlık Okuryazarı Olmaya Adım Adım-4"
5. Kitap	Sağlık çalışanları ve iş tanımları İyi bir sağlık okuryazarı	Filus Artık Sağlık Okuryazarı! "Sağlık Okuryazarı Olmaya Adım Adım-5"

Kitap serisi, Sağlıkokurus Ülkesi'ndeki ana kahraman Filus'un Sağlık Okuryazarlığı Okulu'na girmeye hak kazanmak için yaşadığı serüveni, başarması gereken sağlık görevleri ile anlatmaktadır. Bu kitap serisindeki kitapların öykülerinin kurgu haritası çıkarılırken çocukların yaş ve gelişim özelliklerine uygun, ilgi çekici, bu yaş grubundaki çocukların dikkatlerini yoğunlaştırmalarına yardımcı olacak biçimde mizahi ve eğitici özellikler taşıyan bir yapı oluşturulmasına özen gösterilmiştir (Gönen vd., 2012; Körükçü, 2012; Sever, 2015). Okul öncesi dönem çocuklarının hayvan karakterler içeren resimli öykü kitaplarına olan ilgi ve eğiliminin daha fazla olması nedeniyle kitaplarda yer alan karakterler hayvan karakterler olarak seçilmiştir. Kitaplardaki karakterlerden sağlık çalışanı olanlar belirlenirken mesleki tanımları ve tipik özelliklerinden hareketle seçimine dikkat edilmiştir. Program kapsamında kitapların öyküleri yazıldıktan sonra aile katılım çalışması etkinliklerinin tasarısına geçilmiştir. Burada çeşitli yöntem ve tekniklerden (örneğin; eşleştirme, gölge eşleme, doğru yolu bulma, soru-cevap, drama, oyun temelli etkinlikler, vb.) yararlanılmış ve 60-72 aylık çocukların gelişimini ve becerilerini geliştirmek üzere planlamalar yapılmıştır. Her bir etkinlik tasarısı yapılırken detaylı açıklamalara yer verilmiştir. Çizer ile hazırlanan bu açıklamalar paylaşılmış ve çizimler esnasında daimi iletişim halinde kalınarak ortaklaşa çalışma yürütülmüştür. Öykü planlaması doğrultusunda kitaplarının öyküleri, çizimlerin açıklamaları ve etkinlikler yazılmış, yazılan öykülerin ve etkinliklerin çizimleri çizer tarafından yapılmıştır. Kitapların yazılması ve çizilmesi Temmuz - Ağustos 2024 tarihlerinde tamamlanarak uzman görüşlerine sunulmuştur. Şekil 2.9'da kitapların ilk sayfalarından örneklere yer verilmiştir.

Şekil 2.9. Program materyallerinden olan kitapların ilk sayfalarından örnekler

Aile Katılım Çalışması Kitabı: Ebeveynlerin program hakkında bilgilenmesi için ebeveyn rehberlerinin yer aldığı, her oturumda yapılan etkinliklerle paralel şekilde hazırlanmış ve ebeveyn-çocuk etkileşimini artırıcı aile katılım çalışmalarını içeren (örüntü, gölge eşleştirme, doğru yolu bulma, resimler arası fark bulma, kodlama, bilmece, bilgi balonu vb.) ve programın ev içerisinde de devamlılığını sağlayarak kalıcılığını pekiştirmeye yarayan içeriklerin bulunduğu kitaptır. Kitapta yer alan ebeveyn-çocuk etkileşimli etkinliklere örnekler Şekil 2.10'da sunulmuştur.

Şekil 2.10. Programın materyalleri arasında yer alan aile katılım çalışması kitabından örnek etkinlik sayfaları

Rozetler ve Rozet Haritası: Serideki her bir kitabın içerisinde yer alan "Tik Tak, Tik Tak! Etkinlik Zamanı" yönergeleri ile yapılan sınıf içi etkinliklerin başarıyla tamamlanması sonucunda kazanılan tema odaklı 10 rozet ve her çocuğa özgü bu rozetlerin yapıştırıldığı haritalardır. Rozet haritası Şekil 2.11'de verilmiştir.

Şekil 2.11. Program materyallerinden rozet haritası

Sınıf İçi Etkinlik Planları: Okul Öncesi Eğitim Programı (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2024a), Türkiye Yüzyılı Maarif Modeli (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2024b) ve ihtiyaç analizleri doğrultusunda özgün bir format belirlenerek (yaş grubu, konu, etkinliğin adı, amacı, alan becerileri, kavramsal beceriler, eğilimler, programlar arası bileşenler, değerler, okuryazarlık becerileri, öğrenme çıktıları, sözcükler, kavramlar, materyaller, süre, mekân, öğrenme-öğretme uygulamları, öğrenme kanıtları değerlendirme, farklılaştırma ve aile/toplum katılımı başlıklarından oluşan) hazırlanan 32 etkinlik planının yer aldığı kitaptır. Her bir kitabın içerisinde yer alan 'Tik Tak, Tik Tak! Etkinlik Zamanı' etkinliklerini içerir. Sınıf içi

etkinlik planları oluşturulurken 60-72 aylık çocukların gelişimsel özelliklerine uygunluğu (fiziksel gelişim, bilişsel gelişim, dil gelişimi, sosyal gelişim, duygusal gelişim, motor gelişim), konuya uygunluğu, sağlık ve tıbbi bilgilere uygunluğu, planın uygunluğu (alan becerilerine, kavramsal becerilere, eğilimlere, programlar arası bileşenlere, öğrenme çıktılarına, içerik çerçevesine (kavramlar, sözcükler, materyaller, eğitim-öğretim ortamı), öğrenme-öğretme uygulamalarına, farklılaştırmaya, değerlendirmeye ve aile/toplum katılımına uygunluğu) kriterlerine dikkat edilmiştir. SOY'un geliştirmesinde başvurulan yöntem ve teknikler problem tabanlı öğrenme, simülasyon, işbirlikçi öğrenme yöntemi, istasyon tekniği, örnek olay yöntemi vb. olarak sıralanabilir (Açık, 2022). Bu yöntem ve teknikler doğrultusunda okul öncesi eğitim programına entegre etkinlikler hazırlanmıştır. Program kapsamında hazırlanan bu etkinlik planlarından örnek Çizelge 2.5'te yer almaktadır.

Çizelge 2.5. Örnek etkinlik planı

Uygulama Tarihi	**22.11.2024**
Yaş Grubu	60-72 Ay
Konu	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları – Beslenme
Etkinliğin Adı	Yiyecek Pinponu
Etkinliğin Amacı	Çocukların sağlıklı beslenmenin önemi ve gerekliliği ile ilgili bilgi sahibi olması amaçlanmıştır.
Alan Becerileri	**Hareket ve Sağlık Alanı** HSAB2. Aktif ve Zinde Yaşam için Sağlık Becerileri HSAB3. Harekete İlişkin Sosyal/Bilişsel Beceriler
Kavramsal Beceriler	**KB2.3. Özetleme Becerisi** KB2.3.SB3. Metin/olay/konu/durumu yorumlamak (kendi cümleleri ile aktarmak) **KB2.9 Genelleme Becerisi** KB2.9.SB2. Ortak özellikleri belirlemek KB2.9.SB3. Ortak olmayan özellikleri belirlemek **KB2.11. Gözleme Dayalı Tahmin Etme Becerisi** KB2.11.SB2. Mevcut olay/konu/duruma ilişkin çıkarım yapmak **KB2.14. Yorumlama Becerisi** KB2.14.SB2. Mevcut olay/konu/durumu bağlamdan kopmadan dönüştürmek
Eğilimler	**E.1. Benlik Eğilimleri** E1.1. Merak **E.2. Sosyal Eğilimler** E2.3. Girişkenlik E2.5. Oyunseverlik **E.3. Entelektüel Eğilimler** E3.1. Odaklanma E3.5. Merak Ettiği Soruları Sorma

Çizelge 2.5. Devam. Örnek etkinlik planı

Programlar Arası Bileşenler	**SDB2.1. İletişim Becerisi** SDB2.1.SB1. Başkalarını etkin şekilde dinlemek SDB2.1.SB2. Duygu, düşünceleri ifade etmek SDB2.1.SB4. Grup iletişimine katılmak **SDB2.2. İş Birliği Becerisi** SDB2.2.SB1. Kişi ve gruplarla iş birliği yapmak SDB2.2.SB2. Düşüncelerini başkalarıyla tartışmak/müzakere etmek **SDB3.3. Sorumlu Karar Verme** SDB3.3.SB1. Problemleri tanımlayıp çözmek SDB3.3.SB3. Gerekçeli yargıda bulunmak
Değerler	**D3. Çalışkanlık** D3.3.3. Bilimsel, teknolojik alanlardaki gelişmelerle ilgili etkinliklere katılmaya istekli olur. D3.4. Çalışmalarda aktif rol almak D3.4.4. Kişisel ve grup içi etkinliklerde sorumluluklarını yerine getirir. **D13. Sağlıklı Yaşam** D13.1. Yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenmek D13.1.1. Sağlıklı ve sağlıksız besinleri ayırt eder. D13.2. Sosyal ve sportif etkinliklere katılmak D13.2.2. Yaşına ve fiziksel özelliklerine uygun sosyal ve sportif etkinliklere katılır.
Okuryazarlık Becerileri	**Sağlık Okuryazarlığı** - Sağlıklı ve sağlıksız besinleri ayırt eder. **OB1. Bilgi Okuryazarlığı** OB1.3. Bilgiyi Özetleme OB1.3.SB3. Bilgiyi yorumlamak (kendi cümleleri ile aktarmak) **OB4. Görsel Okuryazarlık** OB4.1. Görseli Anlama OB4.1.SB1. Görseli algılamak OB4.2. Görseli Yorumlama OB4.2.SB1. Görseli incelemek
Öğrenme Çıktıları ve Alt Öğrenme Çıktıları	**Hareket ve Sağlık Alanı** **HSAB.5. Kişisel ve genel alanın farkında olarak hareket edebilme** HSAB.5.c.Hareketlerinde kişisel sınırları dikkate alır. **HSAB.6. Eşle/grupla ahenk içinde hareket örüntüleri sergileyebilme** HSAB.6.ç. Eş çalışmalarında hareketi eş zamanlı yapar. **HSAB.9. Aktif ve sağlıklı yaşam için hareket edebilme** HSAB.9.a. İç ve dış mekânda hareketli etkinliklere istekle katılır.
Sözcükler	Sağlıklı beslenme, sağlıksız besinler, sağlıklı besinler
Kavramlar	Sağlıklı-sağlıksız
Materyaller	"Abur Cubur Yeme Sağlıklı Beslen" şarkısı, ses bombası, pinpon topu, önceden kırmızı ve yeşil renge boyanmış iki karton bardak, sağlıklı ve sağlıksız yiyecek resimleri
Süre	40 Dakika
Mekân	Okul öncesi sınıfı

Çizelge 2.5. Devam. Örnek etkinlik planı

Öğrenme-Öğretme Uygulamaları	**4. kitap olan "Filus Uyguluyor" kitabının 2-8. sayfaları arası okunacaktır.** • Ortam düzenlemesi yapılır. • Çocuklara oyun tanıtılır. Masanın kısa kenarına kırmızı ve karton bardaklar yapıştırılmıştır. Bu karton bardakların karşı tarafında, masanın uzun kenarını takiben çocuklar sıraya girerek dizilecektir. • Eğitmen "Abur Cubur Yeme Sağlıklı Beslen" şarkısını açacaktır. Ardından sıraya giren çocuklara birer resim gösterecektir. Bu resimlerde sağlıklı ve sağlıksız yiyecek görselleri vardır. Çocuklar resmi görür görmez yiyeceğin sağlıklı ya da sağlıksız olduğuna karar verecek ve pinpon topunu masanın karşı tarafına doğru ellerini kullanmadan üfleyerek götürecektir. Her çocuk kendisine gösterilen karttaki yiyecek sağlıklı gıda ise yeşil, sağlıksız gıda ise kırmızı bardağa pinpon topunu üfleyerek atmaya çalışacaktır. • Tüm çocuklar oynayana kadar süreç devam ettirilir. • Oyunun bitmesinin ardından eğitmen çocuklara sağlıklı beslenmenin önemini ve gerekliliğini anlatır. • Değerlendirme için tüm sınıf çember olur.
Öğrenme Kanıtları Değerlendirme	**Grup Açısından:** Uygulama sonrası 60-72 aylık çocukların yaş ve gelişim özelliklerine etkinliğin uygunluğu değerlendirilecektir. **Etkinlik Açısından:** Uygulama sonrası etkinliğin işlerliği ve uygulama esnasında yapılan düzenlemeler ile ilgili değerlendirmeler yapılacaktır. **Uygulama Açısından:** Uygulama sonrasında uygulama süreci değerlendirilecektir. **Çocukla Değerlendirme:** Etkinlik sonunda çocuklarla birlikte etkinliğe dair yapılan değerlendirmeler olacaktır. Çocuklara aşağıdaki sorular yöneltilir. o Bugün neler yaptık? o Bugün neler öğrendin? o Sağlıklı beslenmek ne demektir? o Hangi yiyecekler sağlıklıdır? o Hangi yiyecekler sağlıksızdır? o Oyunu oynarken neler hissettin? **Genel Değerlendirme:** Etkinlik sonunda yapılan genel değerlendirmeler olacaktır.
Farklılaştırma	**Zenginleştirme:** Sınıftaki çocukların bireysel öğrenme biçimleri, öğrenme hızları ve yetenek düzeyleri dikkate alınarak gerekli düzenlemeler yapılacaktır. **Destekleme:** Her çocuğun kendine özgü öğrenme özellikleri göz önünde bulundurularak, bireysel öğrenme tarzına ve hızına uygun destek sunulması amaçlanmaktadır. Çocukların farklılıkları kabul edilerek, özgüven kaybı yaşamadan kendi hızlarında becerileri edinmeleri ve potansiyellerini ortaya koymaları teşvik edilecektir.
Aile / Toplum Katılımı	**Aile Katılımı:** Aile Katılım Çalışması Kitabında yer alan 52-53. sayfalar ebeveyn-çocuk etkileşimli olacak şekilde bir sonraki uygulamaya kadar yapılmak üzere ev ödevi olarak verilecektir. Sınıf öğretmenine o etkinliğe dair yapılanlar ve hakkında bilgi verilecek, ilgili konuya ilişkin öğretmenin sınıf içerisinde neler yapabileceği ile ilgili öneriler sunulacaktır. **Toplum Katılımı:** Gerek görülen durumlarda "Anekdot Kayıt Formları" ve "Beceri Gözlem Formu" doldurulacaktır.

Uzman Görüşüne Sunulması: Programın materyallerinin (kitap serisi, aile katılım çalışması kitabı, rozetler ve rozet haritası ile sınıf içi etkinlik planları) tamamlanmasının ardından eğitim programı, Ağustos 2024'te uzman görüşlerine sunulmuştur. Bu doğrultuda 13 uzmana gönderilen programda uzmanlar; dört çocuk gelişimi akademisyen, iki pediatri hemşireliği akademisyeni, iki hekim (biri pediatrist, biri uzman aile hekimi), bir pedodontist akademisyen, bir beslenme ve diyetetik uzmanı, bir yaratıcı drama eğitmeni ve çocuk edebiyatı yazarı, iki okul öncesi öğretmenidir. Uzmanlardan gelen görüşler doğrultusunda Lawshe'nin (1975) belirlediği yöntem ve Ayre ve Scally'nin (2014) güncelledikleri minimum kabul değerleri ile karşılaştırılarak değerlendirilmiş, her bir materyal içeriği için KGO hesaplanmış; 13 uzman için kabul edilen eşik değeri olan 0,54'ün altında kalan olmamış, dolayısıyla tüm etkinliklerin KGO'su 0,54'ten yüksek çıkmıştır. Programa ilişkin 13 alan uzmanından alınan görüşler doğrultusunda tüm düzenlemeler (öykülere, çizimlere, aile katılım çalışmalarına ilişkin) yapılarak programın kapsam geçerliği sağlanmıştır.

Pilotlama Çalışmasının Yapılması: Programın pilotlama çalışması 30 Eylül - 4 Ekim 2024 tarihleri arasında haftada üç gün birer saat olarak gerçekleştirilmiştir. Pilot çalışma, deney ve kontrol gruplarının bulunduğu okuldan farklı bir okulda gerçekleştirilmiş, pilotlamanın sonunda etkinliklerin uygulanabilir, anlaşılır ve ilgi çekici nitelikte, çocukların yaş ve gelişimsel özelliklerine uygun olduğu görülerek programa ve materyallerine dair herhangi bir düzeltme ve düzenleme yapılmamıştır.

Programa Son Şeklinin Verilmesi: Çocukların SOY ile ilgili bilgi edinirken aktif rol almaları, daha iyi anlama ve daha sağlıklı davranışları kazanabilmeleri için çocuk merkezli olarak hazırlanan programda çocukların bilgi edinmeleri sürecinde aktif olmalarına fırsat verilerek, iç motivasyonlarının artırılması hedeflenmiştir. Programın tasarımı, kitapların konu akışı, öykülerin yazımı, yazılan öyküler doğrultusunda kitapta yer alacak çizimlerin sayfa bazında kompoziyonlarının yazımı ve plan akışı hazırlanmıştır. Nihai program toplam 24 uygulama gününde 32 etkinlik uygulaması yapılacak şekilde hazır hale getirilmiştir.

2.6. Veri Toplama Yöntemi

Resimli öykü kitaplarıyla hazırlanan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programının 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerine etkisinin incelendiği araştırma, iki aşamada yürütülmüş; ilk aşamada ölçek geliştirme çalışmaları gerçekleştirilmiş, ikinci aşamada ise Resimli Öykü Kitaplarıyla

Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı hazırlanmış ve programın etkililiğini test etmek için 60-72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ÇSOÖ), Problem Çözme Becerisi Ölçeği (PÇBÖ) ve Bilimsel Süreç Becerileri Ölçeği (BSBÖ) ile ön test, son test ve kalıcılık testi olarak uygulanmıştır. Uygulama sonrasında programın etkililiğine ilişkin öğretmenler, ebeveynler ve çocukların görüşleri alınmıştır.

Bu bölümde araştırmanın ölçek geliştirme aşaması ve deneysel aşamaya ilişkin bilgiler bulunmaktadır.

2.6.1. Ölçek Geliştirme Aşaması

60-72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ÇSOÖ), 29 Ocak 2023 - 6 Aralık 2024 tarihleri arasında, 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Süreç, ilk adım literatür taramasının yapılması, son adım ölçeğin son halini alması olacak şekilde sıralı aşamalardan oluşmuştur. Ölçek geliştirme aşamasında, literatürde önerilen ölçek geliştirme aşamaları dikkate alınarak sistematik bir algoritma oluşturulmuş olup (Büyüköztürk vd., 2024), ölçek geliştirme algoritması aşağıdaki gibidir (DeVellis, 2022).

1. Literatür taraması yapılmış ve kavramsal temeller oluşturulmuştur.
2. Ölçeğin amacı ve ölçülecek özellikler belirlenmiştir.
3. İhtiyaç analizi formları (çocuk, ebeveyn, uzman) hazırlanmıştır. İhtiyaç analizi için kullanılacak yöntemler çocuklara resim çizdirmek ve çocuk, ebeveyn ve uzmanlara açık uçlu sorular sormak olarak belirlenmiştir.
4. Alınan uzman görüşleri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak yarı yapılandırılmış görüşme formlarının son halleri oluşturulmuştur.
5. Alan uzmanları listesi oluşturulmuştur. Uzmanlar yetkinlik alanlarına göre belirlenmiştir.
6. İhtiyaç analizi 60-72 aylık çocuklar (sekiz), 60-72 aylık çocuğu olan ebeveynler (dört) ve alan uzmanları (dört) ile doygunluk noktasına erişene kadar gerçekleştirilmiştir.
7. Çocuk, ebeveyn ve alan uzmanı görüşmeleri deşifre edilmiştir.
8. Deneme maddeleri yazılmıştır.
9. Ölçek tipi belirlenmiştir.
10. Ölçekte yer alması öngörülen sağlık okuryazarlığı temasını içeren maddeler belirlenmiştir.
11. Madde havuzu oluşturulmuştur.

12. Ölçme araçlarında derecelendirme sisteminin anlaşılabilir olması çocuklar için geliştirilen ölçekler için önemli bir avantaj sağladığından, geliştirilen ölçek için yanıt formatı olarak üçlü Likert tipi derecelendirme kullanılması uygun görülmüştür.
13. Soru havuzunda yer alan maddelerin 60-72 aylık çocuklara, 60-72 aylık çocuğu olan ebeveynlere ve alan uzmanlarına uygunluğunun ve anlaşılırlığının tespit edilmesi için soru havuzu uzmanların görüşüne (13) sunulmuştur.
14. Madde havuzu uzman görüşüne sunulduktan sonra maddeler düzenlenmiştir.
15. Ön uygulama formu oluşturulmuştur.
16. Ön pilotlama yapılmıştır.
17. KGO ve kapsam geçerlilik indeksleri hesaplanmıştır.
18. Ön uygulama formunda yer alan ölçek ile hedef kitleden seçilen bir çalışma grubuyla pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin taslak formunda yer alan sorunları saptamak açısından kritik bir role sahip olan pilot uygulama, çalışmanın hedef kitlesiyle benzer özellikler taşıyan bir grup üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu aşama, ölçeğin geçerli ve güvenilir sonuçlar üretip üretmediğini değerlendirmek için son derece önemlidir.

Ölçek geliştirme sürecinde ilk olarak ilgili yurt içi ve yurt dışı alanyazın taranmış, çocuklara özgü mevcut sağlık okuryazarlığı ölçekleri incelenmiş (Chinn ve McCarthy, 2013; Ozturk Haney, 2018; Massey vd., 2013; Özvarış vd., 2022; Yu vd., 2012), MEB Okul Öncesi Eğitim Programı'nın (2013) kapsamına bakılmış, ölçek geliştirme sürecine ilişkin literatür taranarak (Büyüköztürk vd., 2024; Çarkcı, 2020; Çıkrıkçı, 2023; Karagöz ve Bardakçı, 2020) kuramsal bir çerçeve belirlenmiştir. Yapılan incelemelere göre sağlık, okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı olmak üzere üç temel kavram kullanılmıştır. Bu doğrultuda bu kavramlar şu şekilde tanımlanmıştır:

- **Sağlık:** DSÖ'ye göre sağlık; yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik durumuna sahip olmasıdır (WHO, 2020). Bu bağlamda, çocukların sağlık ve hastalık ile ilgili temel kavramları bilmeleri sağlığın bilişsel boyutunun gelişimi açısından önemlidir
- **Okuryazarlık:** Sadece okuma ve yazma becerisini değil; kişinin farklı türdeki yazılı materyalleri, belgeleri ve kayıtları kullanarak bilgiyi tanımlama, anlama, yorumlama, bir araya getirme, iletişim kurma ve gerektiğinde matematiksel işlemleri yerine getirme yetkinliğini de kapsamaktadır (Desjardins vd., 2013).
- **Sağlık Okuryazarlığı:** Bireylerin sağlığı geliştirme, koruma ve sürdürme amacıyla sağlıkla ilgili bilgilere erişebilme, bu bilgileri anlayabilme, değerlendirebilme ve günlük

yaşamda kullanabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Nutbeam, 2000; Sørensen vd., 2012). Çocuklar özelinde ele alındığında ise; sağlıkla ilgili temel kavramları bilme, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını (kişisel hijyen, bedensel sağlık, ruhsal sağlık, beslenme ve uyku düzeni) tanıma, sağlık çalışanları ve rollerine dair bilgi sahibi olma ve tüm bu bilgileri günlük yaşam davranışlarına yansıtarak tutum geliştirme süreçlerini içermektedir (Okan vd., 2019).

Ölçeğin, SOY'un tanıtılmasında kullanılan bilgi, beceri ve tutum kategorileri içerisinde yapılandırılması planlanmıştır. Bu kategorilere uygun biçimde sağlıkla ilgili temel kavramlar, sağlık çalışanları ve iş tanımları, sağlığını koruma ve hastalık belirtilerini anlama, sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına, doğru ve güvenilir bilgiye erişebilme, sağlık kaynaklarını doğru okuma, sağlıklı yaşam biçimi davranışları (kişisel sağlık, bedensel sağlık, ruhsal sağlık, beslenme, uyku düzeni vb.) ve SO olma ölçütlerine değinilmesinin gerekli ve önemli olduğuna karar verilmiştir.

Literatür taraması doğrultusunda bireylerin SOY düzeyini belirlemek amacıyla ergen ve yetişkinlere yönelik gerçekleştirilen çalışmalarda farklı ölçekler kullanıldığı görülmüştür. Ancak bu ölçekler araştırmanın hedef yaş grubu olan 60-72 aylık çocuklara yönelik değildir. Bu araştırmanın yaş grubuna yakın ortaokul çağı çocuklarına ilişkin Ozturk Haney (2018)'in geliştirmiş ve standardizasyon çalışmasını yapmış olduğu HLSAC-T'nin kullanım izni alınarak ölçek maddeleri incelenmiştir.

Sağlık okuryazarlığı, bilişsel, duyuşsal ve davranışsal becerileri içeren çok katmanlı bir yapı olduğundan, çocukların gelişimsel düzeylerine uygun biçimde yapılandırılması gerekmektedir. Bu bağlamda Bloom'un Bilişsel Alan Taksonomisi, sağlık okuryazarlığının hem öğretimi hem de değerlendirilmesi için güçlü bir kuramsal temel sunmaktadır. Taksonomi, öğrenme sürecini bilgi, kavrama, uygulama, analiz, sentez ve yaratma olmak üzere çeşitli bilişsel düzeylerde ele almaktadır (Anderson ve Krathwohl, 2001). SOY göstergeleri de bu basamaklarla uyumlu biçimde düzenlenebilir ve çocukların sağlık bilgisini edinme, anlama ve kullanma süreçlerini sistematik olarak değerlendirmeye imkân tanır.

Bloom'un en temel basamağı olan bilgi düzeyi, çocuğun sağlıkla ilgili temel kavramları, terimleri ve sembolleri tanımasını ifade eder. Bu aşamadaki göstergeler, çocuğun sağlık bilgisini hatırlama becerilerini kapsar; örneğin vücut organlarının isimlerini söyleyebilmesi ya da belirli hastalık belirtilerini tanıyabilmesi bu düzeye karşılık gelir. Bir sonraki basamak olan

anlama düzeyi ise çocuğun sağlık bilgilerini yorumlama, açıklama ve örneklerle ilişkilendirme becerilerini içerir. Örneğin; bir çocuğun sağlıklı beslenmenin neden önemli olduğunu kendi ifadeleriyle açıklayabilmesi ya da bir afişte yer alan sağlık mesajını doğru biçimde yorumlayabilmesi, bu düzeye ulaştığını gösterir (Bröder vd., 2017).

Uygulama basamağı, çocuğun edindiği sağlık bilgisini günlük yaşamında kullanabilmesini ifade eder. El yıkama kurallarını doğru biçimde uygulamak, düzenli diş fırçalamak ya da fiziksel aktiviteye yönelik olumlu davranışlar geliştirmek bu düzeye örnek olarak verilebilir (Guo vd., 2018). Daha üst bir aşama olan analiz düzeyinde ise çocuklar, sağlıkla ilgili bilgileri karşılaştırma, sınıflandırma ve neden–sonuç ilişkileri üzerinden sorgulama becerisi geliştirir. Örneğin, bir sağlık bilgisinin ne kadar güvenilir olduğunu değerlendirebilmesi ya da belirli bir sağlık sorununun altında yatan nedenleri analiz edebilmesi, çocuğun bu düzeye ulaştığını gösterir (van der Vaart ve Drossaert, 2017).

Değerlendirme düzeyi, çocuğun sağlıkla ilgili bilgilerin doğruluğunu, geçerliğini ve uygunluğunu sorgulama becerisini içerir. Bu basamak özellikle dijital sağlık okuryazarlığı açısından önem taşır; çünkü çocukların çevrimiçi ortamlarda karşılaştıkları sağlık bilgilerinin kaynağını, amacını ve güvenirliğini ayırt edebilmeleri bu beceriyle doğrudan ilişkilidir (Stauch vd., 2025). Son basamak olan yaratma (create) düzeyi ise çocuğun sağlıkla ilgili bilgi ve becerilerini özgün bir şekilde bir araya getirerek yeni bir ürün ortaya koymasını ifade eder. Kendi sağlık afişini tasarlaması, bir sunum hazırlaması ya da sağlık temalı bir hikâye yazması bu düzeye örnek gösterilebilir (Bröder vd., 2017).

Bu doğrultuda, SOY göstergelerinin yalnızca durağan bilgi düzeylerini ölçen araçlarla sınırlandırılmaması gerekir. Bunun yerine, çocukların bilişsel gelişim basamaklarına uygun biçimde; bilgiye ulaşma, bilgiyi yorumlama, uygulama, analiz etme ve yeniden yapılandırma gibi çok yönlü becerilerinin desteklenmesi önem taşımaktadır. Bu yapılandırma, hem ölçme-değerlendirme araçlarının tasarımında hem de sağlık okuryazarlığını destekleyen eğitim programlarının planlanmasında Bloom Taksonomisi'nin kullanılmasını zorunlu kılar. Dolayısıyla, çocuklara yönelik SOY çalışmalarında yalnızca bilgi düzeyine değil; anlamaya, uygulamaya ve eleştirel değerlendirmeye dayalı göstergelere de odaklanılması, onların yaşam boyu sürecek sağlık davranışları geliştirmeleri açısından büyük önem taşımaktadır. Bloom'un taksonomik yaklaşımı, bu göstergelerin sistematik ve gelişimsel bir biçimde yapılandırılmasına olanak sağlayacak bir yapının kurulmasını mümkün kılar.

Erken çocukluk döneminin gelişimsel özelliklerine uygun ifadelerin belirlenmesi amacıyla ölçeğin geliştirilmesi için kapsamlı içerik analizleri yapılmıştır. Madde havuzunun oluşturulması sürecinde nitel veri toplama yöntemlerinden yararlanılmış ve bireysel görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmelerde, kapsam geçerliğini sağlamak amacıyla çocuk gelişimi, okul öncesi öğretmenliği, tıp, hemşirelik ve istatistik alanlarında çalışan uzman görüşleri alınarak yapılandırılan çocuk, ebeveyn ve uzman görüşme formları kullanılmıştır. Görüşmelere sekiz çocuk, dört ebeveyn ve dört alan uzmanı katılmış; katılımcılara amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemiyle ulaşılmış ve veri doygunluğu sağlanana kadar süreç devam etmiştir. Elde edilen veriler analiz edilerek madde havuzu yapılandırılmıştır. Görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular temelinde sağlıkla ilişkili temel kavramlar, sağlık çalışanları ve görev tanımları, sağlığı koruma ve hastalık belirtilerini anlama, sağlık özfarkındalığı, bilgiye erişim ve değerlendirme, sağlık hizmetlerini kullanma, sağlıklı yaşam biçimi davranışları (kişisel sağlık, beslenme alışkanlıkları, ruh sağlığı, bedensel sağlık, uyku düzeni) ve sağlık iletişimi tematik alanlarına dayalı olarak toplam 27 madde içerisinde 44 soru tasarlanmıştır.

Soruların kapsayıcılığını ve çok yönlülüğünü artırmak amacıyla, 60–72 aylık çocukların gelişimsel özellikleri dikkate alınarak farklı tekniklerden yararlanılmıştır. Bu kapsamda açık uçlu sorular, Likert tipi sorular, resimli kartlarla eşleştirme, iki resimli kart arasındaki olayı ifade etme, kartları sıraya dizerek örüntü oluşturma gibi gelişim düzeyine uygun yöntemler ve kısa öyküler kullanılmıştır. Görsel materyallerin oluşturulması sürecinde, yazılı talimatlar içeren bir kılavuz hazırlanarak profesyonel bir çizerle paylaşılmıştır. İlk çizimin hem siyah-beyaz hem de renkli versiyonları hazırlanarak çocuk gelişimi alanında uzman üç kişiye sunulmuş; uzman görüşleri doğrultusunda, çizimlerin renkli olması gerektiği kararlaştırılmış ve tüm madde çizimleri renkli olarak tamamlanmıştır. Çizimlerde 60–72 aylık çocukların yaş ve gelişim düzeylerine uygunluk, görsel netlik, anlaşılabilirlik ve ölçülmek istenen kavramın görselleştirilmesi öncelik olarak ele alınmıştır. Ayrıca, çizimlerin dikkat dağıtıcı unsurlardan arındırılması hedeflenmiş; yalnızca ölçme amacı için gerekli olduğunda arka plan ve mekân detaylarına yer verilmiştir. Böylece görsellerde odak bütünlüğü sağlanmıştır. Tüm maddelerin görsel bütünlüğü korunarak aynı çizer tarafından tamamlanmasının ardından, sorular ve görseller çocuk gelişimi alanında çalışan üç uzmanın değerlendirmesine sunulmuştur. Uzmanlardan alınan geri bildirimler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmış ve ölçeğin madde havuzu hazırlanmıştır.

Ölçek maddelerinin içerik geçerliğini değerlendirmek amacıyla çocuk gelişimi, okul öncesi eğitimi, pediatri, pediatri hemşireliği, beslenme ve diyetetik, pedodonti ve ölçme-değerlendirme alanlarından 13 uzmanın görüşüne başvurulmuştur. Uzmanlardan gelen görüşler doğrultusunda Lawshe'nin (1975) belirlediği yöntem ve Ayre ve Scally'nin (2014) güncelledikleri minimum kabul değerleri ile karşılaştırılarak değerlendirilmiş, her madde için KGO hesaplanmış; 13 uzman için kabul edilen eşik değeri olan 0,54'ün altında kalan 13 madde çıkarılmıştır. Bu eleme sonucunda ölçeğin KGO 0,64 olarak belirlenmiştir. Öneriler doğrultusunda düzenlenen maddelerle 14 madde, 37 soruluk bir taslak form elde edilmiştir. Tam ve doğru cevaplar "iki"; kısmî cevaplar "bir"; yanlış ve yanıtsız cevaplar "sıfır" olarak puanlanmıştır. Bu form, araştırmanın hedef yaş grubu olan 60–72 aylık çocuklara uygun bir ölçme aracı geliştirmek amacıyla hazırlanmış; bu doğrultuda öncelikle madde havuzu oluşturulmuş ve ardından pilot görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Hazırlanan "Pilot Form" ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek için çocuk gelişimi alanında iki, ölçme-değerlendirme alanında çalışan bir olmak üzere toplam üç uzmana gönderilerek geri bildirimleri alınmış, gelen görüşler doğrultusunda form son hâline getirilerek pilot uygulamaya hazır hale getirilmiştir. Ölçeğin pilot uygulamasının amacı, soruların anlaşılırlığının ve ölçeğin ortalama kaç dakikada cevaplandığının tespiti içindir. Bu doğrultuda Mart 2024'te 11 çocuk ile pilot çalışma gerçekleşmiştir. Pilot uygulama, maddelerin anlaşılabilirliği, testin ortalama yanıt süresi ve katılımcıların zorlandığı ifadelerin belirlenmesi gibi boyutlar açısından büyük önem taşımaktadır. Bu aşamada elde edilen veriler, maddelerin yeniden yazılması, test süresinin düzenlenmesi ve yöntemin uygulanabilirliğinin artırılması için yol gösterici olur (Renuse, 2024). Yapılan pilot uygulamada, ölçeğin ortalama 20 dakikada tamamlandığı gözlemlenmiştir. Pilot uygulama sonucunda ölçekteki soruların sırası basitten zora olacak şekilde düzenlenmiş, sorulardan bazılarının yönergelerine eklemeler yapılmıştır. Yapılan düzenlemeler sonrasında 14 madde, 37 sorulu pilot formu oluşan ölçek, geçerlik ve güvenirlik çalışması için veri toplamaya hazır hale getirilerek "Ana Uygulama Formu" son halini almıştır.

AFA için ölçek maddelerinin beş katı olacak biçimde 186 çocuğa uygulanarak ölçek geçerlik çalışması yapılmıştır. İlk uygulamadan bir ay sonra 20 çocuğa yeniden ölçek uygulanmış ve iki uygulama arasındaki kararlılığa bakılarak TTT güvenirliği sağlanmıştır. Ölçeğin AFA sonuçları doğrultusunda çıkarılan maddeler arasından iki soru minör revizyonlar yapılarak ölçeğe dahil edilmiş, toplam 20 maddeli ölçek ile DFA verileri toplanmaya başlanmıştır. AFA sonucundaki 20 maddeli ölçeğin altı katını aşacak şekilde farklı okullarda

eğitim gören farklı 60-72 aylık 122 çocuk, DFA için araştırmaya alınmıştır. Tüm veri toplama süreci, araştırmacı tarafından 12 bağımsız anaokulunda, toplam 319 çocukla yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Ölçek uygulaması yapılan her okulda uygulama ortamının çocukların kendilerini güvende hissedecekleri ve uygulamaya uygun düzenlenmiş şekilde olmasına özen gösterilmiştir. Ortamın sessiz, aydınlık, uyaran açısından fazlalığı olmayan, araştırmacı ve çocuğun baş başa olduğu uygun fiziki koşullara sahip olmasına dikkat edilmiştir. Dışsal faktörlerin etkisi minimuma indirilmiş, güvenilir uygulama yapılabilecek bir ortam sağlanmıştır. Yapılan kapsamlı çalışmalar ve analizler sonucunda, ÇSOÖ'nün 14 maddeli, tek boyutlu ve yüksek iç tutarlılık düzeyine sahip bir ölçme aracı olarak geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu bulunmuştur.

2.6.2. Deneysel Aşama

Araştırmanın deneysel aşaması ön testlerin uygulanması, uygulama ortamı ve düzenlenmesi, son teslerin uygulanması, sosyal geçerlik verilerinin toplanması, kalıcılık testlerinin uygulanması ve kontrol grubuna programın uygulanması başlıklarında açıklanmıştır.

2.6.2.1. Ön Testlerin Uygulanması

Ankara'nın Mamak ilçesinde bulunan, okul idarecilerinin beyanı ve okula devam eden çocukların ailelerinin demografik özellikleri göz önünde bulundurularak alt sosyoekonomik düzey olarak belirlenen dezavantajlı bölgeden seçilen iki resmi ilkokula bağlı anasınıfından biri deney grubu diğeri ise kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubunda yer alan anasınıflarında eğitime devam çocuklar, araştırmanın dahil edilme kriterlerine göre araştırmaya alınmıştır. Deney grubuna üç anasınıfına devam eden 53 çocuk, kontrol grubuna iki anasınıfına devam eden 34 çocuk alınmıştır. Anasınıfı öğretmenlerinin aracılığıyla Ebeveynler İçin Aydınlatılmış Onam Formu ebeveynlere ulaştırılmıştır. Kontrol grubunda yer alan bir çocuğun ebeveyni izin vermediği için kontrol grubu çocuk sayısı toplam 33'e, deney grubunda yer alan iki çocuğun ebeveyni izin vermediği için çocuk sayısı toplam 51'e düşmüştür. Ebeveyni izin veren tüm çocuklardan Çocuklar İçin Aydınlatılmış Onam Formu aracılığıyla araştırmaya katılma onamları da alınarak 7 - 18 Ekim 2024 tarihleri arasında ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ ile ön test olarak uygulanmıştır. Deney ve kontrol gruplarında yer alan çocuklarla ön testler uygulanmadan önce haftada üç kez birer saat olmak üzere tanışma etkinlikleri gerçekleştirilmiştir.

2.6.2.2. Uygulama Ortamı ve Düzenlenmesi

Uygulama yapılacak sınıf içerisindeki fiziki koşullar, yapılacak etkinliğe göre ortam düzenlemesi titizlikle yapılarak hazır hale getirilmiştir. Sınıflarda çocukların boyuna uygun masa ve sandalyeler yer almıştır. Sınıf öğretmenleriyle her hafta yapılan etkinlikler için belli bir saat aralığı belirlenmiş, olağan dışı bir durumla karşılaşılması halinde (okul gezisi, sanat etkinlikleri, veli toplantısı vb.) etkinlik saatlerinde düzenleme yapılarak uygulamaların aksaması önlenmiştir. Uygulama öncesinde, mekânın etkinliğe özgü uygun hale getirilmesi için gerekli tüm hazırlıklar tamamlanmıştır. Güvenlik önlemleri en önemli önceliklerden biri olmuştur.

Program akışına uygun olarak, 32 etkinliğin tamamı için gerekli olan destekleyici materyaller (gerçek sağlık malzemeleri (enjektör, yara bandı, tansiyon aleti, otoskop, stetoskop, mikroskop vb.), kırtasiye malzemeleri ve etkinlik için gerekli diğer araç-gereçler uygulama öncesinde hazırlanarak etkinlik ortamında hazır bulundurulmuştur. Programın verimliliğini artırmak amacıyla aile katılım çalışmaları yapılarak ebeveynlerle iş birliği yapılmıştır. Etkinlikler öncesinde ve sonrasında yapılan çalışmalara dair detaylı bilgilendirmeler, kurulan sosyal haberleşme ağ gruplarından iletilmiş ve çocuklarıyla birlikte yapmaları gereken aile katılım çalışmaları ailelere gönderilmiştir. Bu sayede, hem çocukların hem de ebeveynlerin programa aidiyet hislerinin kuvvetlenmesi sağlanmıştır. Her uygulama deneyiminden çocukların ve ailelerin maksimum verimle faydalanmaları sağlanmıştır. Bu kapsamlı ön hazırlıklar ve bilgilendirmeler, programın sorunsuz bir şekilde yürütülmesine olanak tanımıştır.

2.6.2.3. Programın Uygulanması

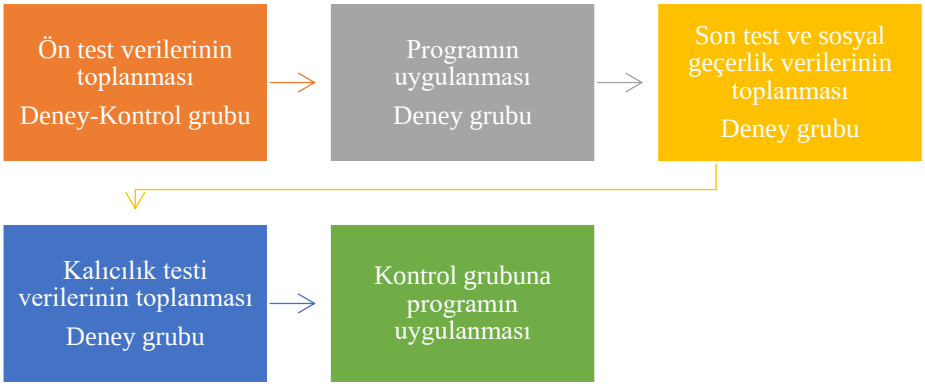
Araştırma kapsamında geliştirilen 32 etkinlikten oluşan sağlık okuryazarlığı eğitim programı, 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerini artırmak için çocuk merkezli olup resimli öykü kitaplarıyla hazırlanmıştır. Bu programın hazırlanma sürecinde 60-72 aylık çocukların yaş ve gelişim özelliklerine uygun olan SOY'a ilişkin temalar, literatür taraması ile ihtiyaç analizi sonuçları değerlendirerek belirlenmiştir. Belirlenen temalar uzman görüşlerine sunulduktan sonra, resimli öykü kitaplarının öyküleri ve bu öykülere ilişkin çeşitli etkinlikler yazılmış, yazılan öyküler ve etkinlikler uzman görüşlerine sunulmuş, uzman görüşleri doğrultusunda son halleri verilen öyküler ve etkinlikler resimli kitaplar konusunda deneyimli bir çizer tarafından resmedilmiştir.

Çizer tarafından resmedilen resimli öykü kitapları ve kitaplara özgü yazılan etkinlikler tamamlandıktan sonra, Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanmış Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı uygulamaya hazır hale gelmiştir. Program, çocukların SOY ile ilgili bilgi edinirken aktif rol almalarını, daha iyi anlama ve daha sağlıklı davranışları kazanabilmeleri için çocuk merkezlidir.

Programın geliştirilmesinin ardından pilot uygulaması kontrol ve deney gruplarının dışındaki bir okulun anasıfında 30 Eylül - 4 Ekim 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Programın, uygulanabilmesi için okul yöneticileri, çalışmanın gerçekleştirileceği sınıfların öğretmenleri ve deney grubundaki ebeveynler ile çocuklar programın amacı ve içeriği hakkında yazılı veya sözlü iletişim kanalları ile bilgilendirilmiştir. Gerekli onamlar alınmış, okul idaresi, öğretmenler, çocuklar ve ebeveynleri ile işbirlikleri sağlanmıştır. Ön testler (Genel Bilgi Formu, ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ) tamamlanmıştır. Uygulamaya başlamadan bir hafta önce, bir hafta boyunca üç gün birer saat tanışma ve programa hazırlık etkinlikleri yapılmıştır. Araştırmanın uygulamaları ön test uygulamalarını takiben 28 Ekim 2024 tarihinde başlamıştır. Deney grubunda yer alan çocuklara, Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı sekiz hafta boyunca, haftada üç kez (pazartesi, çarşamba ve cuma) 24 oturum olarak uygulanmıştır. Program, 28 Ekim 2024 - 27 Aralık 2024 tarihleri arasında deney grubunda yer alan çocuklarla üç anasınıfında ayrı ayrı gerçekleşmiştir. MEB ara tatili 11-15 Kasım 2024 tarihleri arasında olduğu için uygulamaya bir hafta ara verilmiştir. Bir haftalık aranın ardından son yapılan uygulamaya dair gerekli hatırlatma ve tekrar yapılmış, deney grubundaki çocuklara uygulanan eğitim programı tamamlanmıştır. Ardından 30 Aralık 2024 - 15 Ocak 2025 tarihleri arasında son test (ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ), 17 Şubat - 11 Mart 2025 tarihleri arasında ise sosyal geçerlik verileri toplanmıştır. Kontrol grubundaki çocukların ön test verileri toplandıktan sonra herhangi bir eğitim programı uygulaması yapılmamış, olağan eğitim programlarına devam etmiş, deney grubundaki çocuklarla aynı zamanlarda son test verileri (ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ) toplanmıştır.

Uygulamanın tamamlanmasından bir ay sonra deney grubundaki çocuklardan kalıcılık testi verileri (ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ) elde edilmiştir. Son testlerin bitmesinin ardından kontrol grubunda yer alan çocuklara, etik kurallar çerçevesinde geliştirilen program 17 Mart - 20 Mayıs 2025 tarihleri arasında haftada bir yarım gün olmak üzere toplam sekiz oturum olarak uygulanmıştır.

Deneysel aşamanın uygulama süreç akışı Şekil 2.12'de gösterilmiştir.



Şekil 2.12. Program uygulaması süreç akışı

Program Oturumları: Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının oturumları sekiz hafta ve haftada üç kez yapılacak biçimde toplam 24 oturum, 32 etkinlikten oluşmaktadır. Programa katılan çocukların ebeveynlerine program ve süreç ile ilgili bilgi vermek, bu doğrultuda da aile katılım çalışmalarını kuvvetlendirmek için her sınıfa ayrı olmak üzere üç adet sosyal medya grubu kurulmuş ve ebeveyenlerin onayı ile gruba eklenmeleri sağlanmıştır. Program boyunca ebeveynlere bu gruplardan çeşitli bilgilendirmeler yapılarak sürece aktif dahil olmaları sağlanmıştır.

Program kapsamında yer alan aile katılım çalışmaları doğrultusunda, ebeveynlerden çocuklarıyla birlikte aile katılım etkinliklerini yapmaları, yaptıkları etkinlikleri bir sonraki uygulama gününde okula çocuklarıyla göndermeleri, uygulamalı etkinliklerde ise araştırmacıya sosyal ağlar üzerinden etkinliği yaptıklarına dair somut kanıtları paylaşmaları istenmiştir. Ebeveynlerin okula gönderdiği ebeveyn-çocuk işbirliği ile yapılmış etkinlikler ve mesajlar yoluyla gönderdikleri somut kanıtlar değerlendirilmiştir. Program, ebeveyn katılımı da içerdiği için okul-aile işbirliği içerisinde yürütülmüştür.

Program içerisinde yer alan oturum adları, içerikleri ve oturumun amaçları Çizelge 2.6'da gösterilmiştir.

Çizelge 2.6. Geliştirilen program içerisinde yer alan oturum adları, içerikleri, oturumun amaçları

Oturum Numarası	Oturumun Konusu	Amacı	Aile Katılım Çalışması
1. Oturum	Sağlık Malzemeleri	Çocukların sağlık malzemelerinden bazılarını tanıması, isimlerini öğrenmesi ve işlevlerini açıklaması amaçlanmıştır.	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 20 ve 21. sayfalar
2. Oturum	1. Etkinlik: Sağlık Malzemeleri ve İşlevleri	1. Etkinlik: Çocukların sağlık malzemeleri ve işlevleri ile ilgili öğrenmiş oldukları bilgileri pekiştirmeleri amaçlanmıştır. 'Sağlık Malzemeleri' isimli etkinliğin yapılması	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 22, 23 ve 28. sayfalar
	2. Etkinlik: Sağlığını Koruma ve Hastalık Belirtilerini Anlama	2. Etkinlik: Çocukların sağlığını koruma ve hastalık belirtilerini anlama yollarının anlatılması amaçlanmıştır. 'Sağlımı Koruyorum' isimli etkinliğin yapılması	
3. Oturum	1. Etkinlik: Sağlık Kaynaklarını Doğru Okuma – Doğru İlaç Kullanımı	1. Etkinlik: Çocukların sağlığı ile ilgili bilgiler edinmesi ve ilaç kullanımını öğrenmesi amaçlanmıştır. 'Sağlıkla Drama' isimli etkinliğin yapılması	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 24, 25, 26 ve 27. sayfalar
	2. Etkinlik: Sağlık Malzemeleri & Sağlığını Koruma ve Hastalık Belirtilerini Anlama	2. Etkinlik: Çocukların sağlık malzemeleri ve sağlığını koruma ve hastalık belirtilerini anlama ile ilgili öğrendiklerini pekiştirmeleri amaçlanmıştır. 'Soru Çarkı' isimli etkinliğin yapılması **1. kitap bitmiştir.**	
4. Oturum	Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynaklarına, Doğru ve Güvenilir Bilgiye Erişebilme	Çocukların sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına, doğru ve güvenilir bilgiye erişebilme hakkında bilgi sahibi olması amaçlanmıştır. 'Gözlem ve Bilim' isimli etkinliğin yapılması	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 30 ve 31. sayfalar

Çizelge 2.6. Devam. Geliştirilen program içerisinde yer alan oturum adları, içerikleri, oturumun amaçları

Oturum Numarası	Oturumun Konusu	Amacı	Aile Katılım Çalışması
5. Oturum	1. Etkinlik: Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynaklarına, Doğru ve Güvenilir Bilgiye Erişebilme 2. Etkinlik: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları - Uyku Düzeni	1. Etkinlik: Çocukların sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına, doğru ve güvenilir bilgiye erişebilme yollarını öğrenmesi amaçlanmıştır. 'Sağlıklı ve Sağlıksız Kutular' isimli etkinliğin yapılması 2. Etkinlik: Çocukların doğru uyku düzeni oluşturmaya ilişkin bilgi sahibi olması amaçlanmıştır. 'Uyku Zamanı' isimli etkinliğin yapılması	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 32 ve 34. sayfalar 2. kitabın 16. sayfasının sonunda tüm çocuklara 'Ek Verilecek İçerikler' Belgesinin 5.-6. ve 7.-8. sayfalarında yer alan 'Uyku Çizelgeleri' verilecektir.
6. Oturum	Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynaklarına, Doğru ve Güvenilir Bilgiye Erişebilme ve Sağlık Kaynaklarını Doğru Okuma	Çocukların mikroskop hakkında bilgi sahibi olmalarını, mikropları mikroskop yardımıyla gözlemlemelerini sağlamak ve mikroskobun kullanımını yaparak yaşayarak öğrenmeleri amaçlanmıştır. 'Mikroskopta İnceliyorum, Mikropları Görüyorum' isimli etkinliğin yapılması	Aile Katılım Çalışması Kitabında yer alan 33. sayfası
7. Oturum	Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynaklarına, Doğru ve Güvenilir Bilgiye Erişebilme ve Sağlık Kaynaklarını Doğru Okuma	Çocukların sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına, doğru ve güvenilir bilgiye erişebilme yollarını seçerek sağlık kaynaklarını doğru okumaları amaçlanmıştır. 'Güvenilir Bilgi, Doğru Erişim' isimli etkinliğin yapılması	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 35. sayfası
8. Oturum	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları - Uyku Düzeni & Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynaklarına, Doğru ve Güvenilir Bilgiye Erişebilme ve Sağlık Kaynaklarını Doğru Okuma	Çocukların uyku düzeni ve sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına, doğru ve güvenilir bilgiye erişebilme ve sağlık kaynaklarını doğru okuma ile ilgili öğrendiklerini pekiştirmeleri amaçlanmıştır. 'Bilgi Ağacı' isimli etkinliğin yapılması **2. kitap bitmiştir.** Ara değerlendirme yapılmıştır.	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 36. sayfası
Milli Eğitim Ara Tatili			

Çizelge 2.6. Devam. Geliştirilen program içerisinde yer alan oturum adları, içerikleri, oturumun amaçları

Oturum Numarası	Oturumun Konusu	Amacı	Aile Katılım Çalışması
9. Oturum	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları – Kişisel Sağlık-Özbakım Becerileri	Çocukların ağız ve diş sağlığın korumasının önemini kavraması amaçlanmıştır. 1. ve 2. kitaplar hatırlatılmış, neler yapıldığı üzerine konuşulmuştur. 'Dişlerime Bakarım, Mikropları Kovarım' isimli etkinliğin yapılması	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 40 ve 41. sayfalar
10. Oturum	1. Etkinlik: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları – Kişisel Sağlık-Özbakım Becerileri 2. Etkinlik: Sağlık İletişimi	1. Etkinlik: Çocukların kişisel sağlık ile ilgili konularda bilgi sahibi olması amaçlanmıştır. 'Mikroplara Güle Güle!' isimli etkinliğin yapılması 2. Etkinlik: Çocukların sağlık iletişimi hakkında bilgi sahibi olması amaçlanmıştır. 'Anlatıyorum, İyileşiyorum' isimli etkinliğin yapılması	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 42 ve 43. sayfalar
11. Oturum	1. ve 2. Etkinlik: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları – Kişisel Sağlık-Özbakım Becerileri	1. Etkinlik: Çocukların aşı olmanın önemini kavraması amaçlanmıştır. 'Tıbbi Oyun' isimli etkinliğin yapılması 2. Etkinlik: Çocukların sağlık iletişimi & sağlıklı yaşam biçimi davranışları – kişisel sağlık-özbakım becerileri ile ilgili öğrendiklerini pekiştirmeleri ve hem yararlı hem zararlı mikroorganizmaların olduğunun çocuklara anlatılması amaçlanmıştır. 'Canlı Balon' isimli etkinliğin yapılması **3. kitap bitmiştir.**	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 44, 45, 46, 47, 48, 49 ve 50. sayfalar
12. Oturum	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları – Beslenme	Çocukların sağlıklı beslenmenin önemi ve gerekliliği ile ilgili bilgi sahibi olması amaçlanmıştır. 'Yiyecek Pinponu' isimli etkinliğin yapılması	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 52 ve 53. sayfalar

Çizelge 2.6. Devam. Geliştirilen program içerisinde yer alan oturum adları, içerikleri, oturumun amaçları

Oturum Numarası	Oturumun Konusu	Amacı	Aile Katılım Çalışması
13. Oturum	1. Etkinlik: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları – Kişisel Sağlık-Özbakım Becerileri Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları – Beslenme 2. Etkinlik: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları – Beslenme	1. Etkinlik: Çocukların sağlıklı beslenme ile ağız ve diş sağlığını korumasının gerekliliğini öğrenmesi amaçlanmıştır. 'Besinlerle Ağız ve Diş Sağlığı' isimli etkinliğin yapılması 2. Etkinlik: Çocukların dengeli ve yeterli beslenme ile ilgili bilgi sahibi olması amaçlanmıştır. 'Dengeli ve Yeterli Beslenme' isimli etkinliğin yapılması	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 54 ve 55. sayfalar
14. Oturum	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları – Bedensel Sağlık (Fiziksel Hareket-Egzersiz)	Çocukların bedensel sağlığın korunması için fiziksel hareket ile egzersizin önemi hakkında bilgi sahibi olması amaçlanmıştır. 'Egzersiz Yapıyorum, Vücuduma Bakıyorum' isimli etkinliğin yapılması	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 56. sayfası
15. Oturum	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları – Bedensel Sağlık (Fiziksel Hareket-Egzersiz)	Çocukların temel egzersiz hareketleri deneyimleyerek öğrenmesi amaçlanmıştır. 'Hareketlenelim, Eğlenelim, Öğrenelim' isimli etkinliğin yapılması **4. kitap bitmiştir.**	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 57. sayfası
16. Oturum	Sağlık Çalışanları ve İş Tanımları & Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları – Kişisel Sağlık-Özbakım Becerileri	Çocukların diş hekiminin meslek tanımı hakkında detaylı bilgi edinmeleri ve ağız ve diş sağlığının önemini öğrenmesi amaçlanmıştır. 'Diş Hekimini Yakında Tanıyorum: Dişlerimi Fırçalamazsam Ne Olur?' isimli etkinliğin yapılması Uzman daveti kapsamında diş hekiminin (pedodontist) gelmesi	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 67. sayfası
17. Oturum	Sağlık Çalışanları ve İş Tanımları & Bilinçli İlaç Kullanımı ve Sağlık Kaynaklarını Doğru Okuma	Çocukların eczacının meslek tanımı hakkında detaylı bilgi edinmeleri ve bilinçli ilaç kullanımı ile prospektüs okumayı öğrenmesi amaçlanmıştır. 'Eczacıyı Yakından Tanıyorum' isimli etkinliğin yapılması Uzman daveti kapsamında eczacının gelmesi	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 65. sayfası

Çizelge 2.6. Devam. Geliştirilen program içerisinde yer alan oturum adları, içerikleri, oturumun amaçları

Oturum Numarası	Oturumun Konusu	Amacı	Aile Katılım Çalışması
18. Oturum	Sağlık Çalışanları ve İş Tanımları & Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları – Beslenme & Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları – Bedensel Sağlık (Fiziksel Hareket-Egzersiz)	Çocukların diyetisyenin meslek tanımı hakkında detaylı bilgi edinmeleri ve beslenme ile egzersizin önemini öğrenmesi amaçlanmıştır. 'Diyetisyeni Yakından Tanıyorum, Sağlıklı Beslenip Egzersiz Yapıyorum' isimli etkinliğin yapılması Uzman daveti kapsamında diyetisyenin gelmesi	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 68 ve 69. sayfalar
19. Oturum	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları – Beslenme & Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları – Bedensel Sağlık (Fiziksel Hareket-Egzersiz)	Çocukların sağlıklı yaşam biçimi davranışları – beslenme ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları – bedensel sağlık (fiziksel hareket-egzersiz) hakkında öğrenmiş oldukları bilgileri pekiştirmesi amaçlanmıştır. 'Besinlerle Egzersizin Dostluğu' isimli etkinliğin yapılması	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 58, 59 ve 60. sayfaları
20. Oturum	1. Etkinlik: Sağlık Çalışanları ve İş Tanımları 2. Etkinlik: Sağlık Çalışanları ve İş Tanımları & Sağlık Malzemeleri	1. Etkinlik: Çocukların sağlık çalışanlarından doktor, hemşire, eczacı, diş hekimi, veteriner hekim ve diyetisyen ile sağlık alanında çalışan diğer meslek elemanlarından biyolog ve çocuk gelişimciyi tanımaları ve iş tanımlarını öğrenmeleri amaçlanmıştır. 'Sağlık Çalışanlarını Öğreniyorum' isimli etkinliğin yapılması 2. Etkinlik: Çocukların biyolog ve veteriner hekimin meslek tanımları hakkında detaylı bilgi edinmeleri ve sağlık malzemeleri ve işlevleri ile ilgili öğrendiklerini pekiştirmeleri amaçlanmıştır. 'Biyoloğu ve Veteriner Hekimi Yakından Tanıyorum' isimli etkinliğin yapılması	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 62, 63 ve 64. sayfası 'Ek Verilecek İçerikler' dosyasının 9. sayfasında yer alan "Bil Bakalım Ben Kimim?" sayfası
21. Oturum	Sağlık Çalışanları ve İş Tanımları & Sağlığını Koruma & Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları – Kişisel Sağlık-Özbakım Becerileri	Çocukların doktor ve hemşirenin meslek tanımları hakkında detaylı bilgi edinmeleri, sağlığını koruma ve temizliğin önemini öğrenmesi amaçlanmıştır. 'Doktor ve Hemşireyi Yakından Tanıyorum, Deney Yapıyor, Öğreniyorum' isimli etkinliğin yapılması	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 66 ve 86. sayfası

Çizelge 2.6. Devam. Geliştirilen program içerisinde yer alan oturum adları, içerikleri, oturumun amaçları

Oturum Numarası	Oturumun Konusu	Amacı	Aile Katılım Çalışması
22. Oturum	Sağlık Çalışanları ve İş Tanımları	Çocukların çocuk gelişimcinin meslek tanımı hakkında detaylı bilgi edinmeleri amaçlanmıştır. 'Çocuk Gelişimciyi Yakından Tanıyorum' isimli etkinliğin yapılması	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 70 ve 71. sayfalar
23. Oturum	1. Etkinlik: İyi Bir Sağlık Okuryazarı 2. Etkinlik: İyi Bir Sağlık Okuryazarı	1. Etkinlik: Çocuklarla sürece ilişkin kapsayıcı bir etkinlik yapılması ve sağlık okuryazarı olmaya ilişkin bilgi edinmesi amaçlanmıştır. 'İyi Bir Sağlık Okuryazarıyım' isimli etkinliğin yapılması 2. Etkinlik: Çocukların sağlık okuryazarı olmanın önemi ve gerekliliği üzerine detaylı bilgi edinmesi amaçlanmıştır. 'Bedenim Ne Diyor?' isimli etkinliğin yapılması	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 74, 75, 76, 77 ve 83. sayfalar
24. Oturum	Sağlık Okuryazarlığı	Çocukların sağlık okuryazarı olmaya ilişkin bilgilerini pekiştirmesi amaçlanmıştır. 'Sağlık Yolculuğunda Ben De Varım!' isimli etkinliğin yapılması **5. kitap bitmiştir.** **Program uygulaması sona ermiştir.** Aile katılım çalışması yapılmıştır. Değerlendirme etkinliği gerçekleştirilmiştir.	Aile katılım çalışması kitabında yer alan 78, 79 ve 84. sayfalar

Her etkinlik planı sırayla yaş grubu, konu, etkinliğin adı, etkinliğin amacı, Türkiye Yüzyılı Maarif Modeli (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2024b) doğrultusunda alan becerileri, kavramsal beceriler, eğilimler, programlar arası bileşenler, değerler, okuryazarlık becerileri, öğrenme çıktıları ve alt öğrenme çıktıları, sözcükler, kavramlar, materyaller, süre, mekân, öğrenme-öğretme uygulamaları, öğrenme kanıtları değerlendirme (grup açısından, etkinlik açısından, uygulama açısından, çocukla değerlendirme, genel değerlendirme), farklılaştırma (zenginleştirme ve destekleme), aile/toplum katılımı (aile katılımı ve toplum katılımı) başlıkları doğrultusunda hazırlanmıştır.

Etkinlikler ve oturumlardan örneklere aşağıda yer verilmiştir. Ayrıca Şekil 2.13-2.20 arasında program uygulamalarından bazı fotoğraflar bulunmaktadır. Tüm fotoğraflar, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) kapsamında, katılımcıların yüzleri gizlenmiş ve hiçbir kişisel veri açık şekilde paylaşılmamıştır.

Her bir sınıfla ön testlere paralel şekilde tanışma ve kaynaşma etkinlikleri 21, 23 ve 25 Ekim 2024 tarihlerinde yapılmıştır. Program 11-15 Kasım 2024 tarihleri arasında Milli Eğitim ara tatili olduğu için uygulanamamış, program hazırlık aşamasında tatil durumu göz önünde bulundurularak planlama yapılmıştır. Uygulamalara 18 Kasım 2024 tarihinde devam edilmiştir. Pedodontist 9 Aralık 2024, eczacı 11 Aralık 2024 ve diyetisyen 13 Aralık 2024 tarihlerinde uzman davetleri kapsamında programda yer almıştır. Uzman davetleri nedeniyle etkinliklerde uygulama sürecini etkilemeyecek bazı yer değişiklikleri yapılmış, fakat bu durum tüm etkinlik planlarının kesintisiz şekilde belirlenen süreç içinde uygulanmasına engel teşkil etmemiştir. Yalnızca etkinliklerin uygulanış sırası uzman davetlerinin müsaitliği doğrultusunda düzenlenmiştir. Program uygulama süreci 27 Aralık 2024 tarihinde aile katılım çalışması ile yapılan son etkinlik uygulaması ile sona ermiştir. İki sabahçı ve bir öğlenci (toplam üç sınıf) eğitim sisteminde olan deney grubundaki çocuklar ile sekiz hafta süresince haftada üç gün olmak üzere (toplam 24 oturum) program uygulanmıştır. Programın son etkinliğine ebeveynler de davet edilmiş olup aile katılımlı bir uygulama gerçekleştirilerek program sonlandırılmıştır.

Yapılan uygulamalara ilişkin örneklere aşağıda yer verilmiştir.

Gerçekleştirilen 1. oturum 28 Ekim 2024 tarihinde uygulanmış olup "Sağlık Malzemelerini Tanıyorum" isimli etkinlikte çocukların çeşitli sağlık malzemelerini tanımaları, isimlerini öğrenmeleri ve işlevlerini kavramaları amaçlanmıştır. Süreç, grup uyumunu pekiştiren bir ısınma çalışması ile başlamış, ardından "Filus ile Macera Başlıyor!" kitabının ilgili bölümü okunmuştur. Eğitmen, sınıfa getirdiği gerçek sağlık malzemelerini tanıtmış, görsellerle destekleyerek kullanım alanlarını açıklamış ve çocukların malzemeleri inceleyip deneyimlemelerini sağlamıştır (Şekil 2.13). Etkinlik, sınıfça yapılan çember değerlendirmesi ile tamamlanmıştır.

Şekil 2.13. "Sağlık Malzemelerini Tanıyorum" etkinliğinin program uygulamasından fotoğraflar

Programın 3. oturumu 1 Kasım 2024 tarihinde gerçekleştirilmiş olup, yapılan iki etkinlikten ikincisi olan "Soru Çarkı"nın amacı, sağlık malzemeleri ile sağlığını koruma ve hastalık belirtilerini anlama konularındaki bilgilerin pekiştirilmesidir. Kitap okumasının ardından heykeltıraş-çamur oyunu ile başlanan süreçte, önceden hazırlanmış soru çarkı kullanılarak sağlıkla ilgili sorular yöneltilmiş ve çocukların cevaplamaları sağlanmıştır. Tüm çocuklar çarkı çevirdikten sonra toplu değerlendirme yapılmıştır. Etkinlik uygulamasına ilişkin fotoğraf Şekil 2.14'te sunulmuştur.

Şekil 2.14. "Soru Çarkı" etkinliğinin program uygulamasından fotoğraflar

“Gözlem ve Bilim” etkinliği 4. oturumda, 4 Kasım 2024 tarihinde gerçekleştirilmiş, bu etkinlikte çocukların sağlıkla ilgili doğru ve güvenilir bilgiye erişme yollarını öğrenmeleri amaçlanmıştır. Kitaptaki bölüm okunduktan sonra hava durumu elverişli olmadığı için bahçeye çıkılamamış, uygulayıcının önceden topladığı yaprak, taş, dal, kozalak doğal materyalleri sınıfa getirilerek bir masanın üzerinde sergilenmiş, materyaller sınıfta büyüteçle incelenmiş, kişileştirilerek hikâyeleştirilmiş ve resimlenmiştir (Şekil 2.15). Etkinlik çember değerlendirmesi ile tamamlanmıştır.

Şekil 2.15. “Gözlem ve Bilim” etkinliğinin program uygulamasından fotoğraflar

Programın 27 Kasım 2024 tarihinde gerçekleştirilen 11. oturumunda iki etkinlik gerçekleştirilmiştir. Bu etkinliklerden ilki olan “Tıbbi Oyun” etkinliği çocukların aşı olmanın önemini kavramasını ve invazif girişimleri olumsuz duygularla karşılamamaları için farkındalık oluşmasını hedeflemiştir. Kitap okuma sonrası, hayali mikrop oyunuyla başlanan süreçte oyuncak ayı üzerinde iğne uygulaması canlandırılmış, tüm çocukların uygulamayı deneyimlemesi sağlanmıştır. Aşı ile iğne olmak arasındaki farklar açıklanmış ve toplu değerlendirme yapılmıştır. Yapılan oyuncak ayı uygulaması tıbbi oyun kapsamında gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte ayı kişileştirilmiştir. Hastalanan ayının iğne uygulamasına ikna edilmesi süreci canlandırılmış, ayı iğne yaptırmak istememiş, nedeni sorulduğunda canının acıyacağını belirtmesi üzerine uygulayıcı rol model olarak “Evet, canın biraz acıyabilir. Ama sonra canının acısı geçecek.” diyerek dürüst bir sağlık iletişimi kurarak ayıyı iğne yaptırmaya ikna eder. Ayı da canının biraz acıdığını ama sonra geçtiğini teyit eder. Süreç her bir çocuğun oyuncak ayı ile olan uygulama tekrarı ile devam eder. Uygulamada iğnesiz enjektör kullanılmıştır. Uygulamaya ilişkin fotoğraf Şekil 2.16’da yer almaktadır.

Şekil 2.16. "Tıbbi Oyun" etkinliğinin program uygulamasından fotoğraflar

Gerçekleştirilen 13. oturum 2 Aralık 2024 tarihinde yürütülmüş olup, bu oturumdaki etkinliklerden ikincisi "Dengeli ve Yeterli Beslenme" olmuştur. Çocukların dengeli beslenme konusunda bilgi edinmeleri amacıyla yapılan bu etkinlikte, besin grupları ve sağlığa zararlı gıdalar tanıtılmıştır. İki farklı kutuya uygun besin görsellerinin yerleştirilmesi, ardından dengeli tabak resimlerinin çizilmesi sağlanmıştır. Etkinlik değerlendirme çemberi ile sonlandırılmıştır (Şekil 2.17).

Şekil 2.17. "Dengeli ve Yeterli Beslenme" etkinliğinin program uygulamasından fotoğraf

Pedodontist 9 Aralık 2024 tarihinde, eczacı 11 Aralık 2024 tarihinde ve diyetisyen 13 Aralık 2024 tarihinde uzman davetleri kapsamında program uygulamalarına dahil olmuştur. Bu doğrultuda rutin program akışı olan kitap okuma çalışması sonrasında, davet edilen uzmanlar kendi mesleki yeterlikleri ve iş tanımları doğrultusunda çocuklarla etkileşimli uygulamalar yapmış, kendi mesleklerini tanıtmış ve çocukların yaş ve gelişim özelliklerine uygun etkinlikler gerçekleştirmiştir. Uygulamaların sonunda her uzman her bir çocuğun ismine düzenlenmiş olan 'Başarı Sertifikası'nı çocuklara takdim etmiştir. Değerlendirme çemberi ile uygulamalar sonlandırılmıştır (Şekil 2.18).

Şekil 2.18. Uzman daveti kapsamında gerçekleştirilen program uygulamalarından fotoğraflar

Programın 23. oturumu 25 Aralık 2024 tarihinde gerçekleştirilmiştir. İkinci etkinlik olan "Bedenim Ne Diyor?" etkinliğinde, SOY'un önemi ve gerekliliğini vurgulamayı hedeflemiştir. Kitap okuma sonrası, "sessiz hareket aktarımı" oyunu oynanmıştır. İlk çocuk sağlıkla ilgili bir beden duruşunu sergilemiş, diğerleri sırayla taklit etmiş ve en sondaki hareket orijinaliyle karşılaştırılmıştır. Hareketin sağlıkla ilişkisi üzerine konuşulmuş, ardından etkinlik kitabındaki ilgili sayfalar yapılmıştır. Süreç çember değerlendirmesi ile bitirilmiştir (Şekil 2.19).

Şekil 2.19. "Bedenim Ne Diyor?" etkinliğinin program uygulamasından fotoğraf

Son oturum olan 24. oturum 27 Aralık 2024 tarihinde gerçekleştirilmiş olup bu oturumda “Sağlık Yolculuğunda Ben De Varım!” isimli etkinlik aile katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Etkinlikte, çocukların sağlık okuryazarı olma bilgilerini pekiştirmeleri amaçlanmıştır. Kitap okuma sonrası, meslek tahminine dayalı “O kim?” oyunu oynanmıştır. Eğitmen seçilen ebe ile meslek rolü üzerinden gizli hareket belirlemiş, diğer çocuklar hem ebeyi hem mesleği tahmin etmeye çalışmıştır. Oyun süresince meslek tanımları tekrarlanmış, ardından aile katılım çalışması kitabındaki ilgili sayfalar yapılmıştır. Çocuklar son rozetlerini ebeveynleri ile birlikte rozet haritalarına yapıştırmıştır. Etkinlik, araştırmacı tarafından çocuklara takdim edilen program sonu başarı sertifikaları ve çocuk, ebeveyn, öğretmen katılımlarıyla gerçekleştirilen genel değerlendirmeler ile sonlandırılmıştır (Şekil 2.20).

Şekil 2.20. Programın veli katılımıyla gerçekleşen son uygulamasından fotoğraflar

2.6.2.4. Son Testlerin Uygulanması

Deney grubundaki çocuklara uygulanan program tamamlandıktan sonra ön test olarak kullanılan ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ, 30 Aralık 2024 - 15 Ocak 2025 tarihleri arasında son test olarak hem deney hem de kontrol grubundaki çocuklara uygulanmıştır. Deney grubundaki iki çocuk, son test uygulamalarını yarım bırakması ve son test uygulaması sırasında yaşı 72 aydan büyük olması nedeniyle araştırma dışında tutulmuştur. Sonuç olarak araştırmanın son test uygulamaları, kontrol grubunda yer alan 31 çocuk ve deney grubunda yer alan 41 çocukla gerçekleştirilmiştir.

2.6.2.5. Sosyal Geçerlik Verilerinin Toplanması

Son testlerin uygulandığı tarih aralığında, gönüllü katılmak isteyen deney grubundaki çocuklara, öğretmenlerine ve ebeveynlerine Sosyal Geçerlik Formları uygulanmıştır. Yapılan görüşmelerde çocuklara dokuz açık uçlu soru yöneltilmiş ve bir A4 kâğıt (yatay-dikey kâğıt yönü tercihlerini özgürce yapabilmeleri için sivri köşesinden çocuğun önüne konarak) ile 12 renkli kuru boya kalem seti verilerek "Bana seninle yaptığımız etkinlikler ve benimle birlikte öğrendiklerin ile ilgili bir resim çizmeni istiyorum" yönergesi doğrultusunda çocukların resim çizmesi istenmiştir. Bu kapsamda, 35 çocukla görüşme yapılmış, bir çocuk formda yer alan açık uçlu sorulara yanıt vermeyip sessiz kalmış fakat resim çizmiştir. Ebeveynlere ve öğretmenlere 13'er açık uçlu soru yöneltilerek derinlemesine görüşmeler tamamlanmıştır. Sonuçta üç öğretmen, 35 çocuk ve 19 ebeveyn ile sosyal geçerlik verileri toplanmıştır.

Araştırmanın sosyal geçerlik verileri, 30 Aralık 2024 - 17 Ocak 2025 tarihleri arasında araştırmaya katılan çocuklar, ebeveynler ve öğretmenlerle yarı yapılandırılmış görüşme formları aracılığıyla gerçekleştirilen bireysel ve yüz yüze görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Nitel verilerin toplanması sırasında, öğretmenlerin, ebeveynlerin ve çocukların sorulara verdiği yanıtlar hem yazılmış hem de izin verenlerin sesleri kayıt altına alınmıştır. Yalnızca öğretmenlerden biri sesinin kayıt altına alınmasına izin vermemiş olup yanıtları görüşme esnasında yazılmıştır.

2.6.2.6. Kalıcılık Testlerinin Uygulanması

Eğitim programın kalıcılığını test etmek amacıyla uygulama bittikten dört hafta sonra, 17 Şubat - 11 Mart 2025 tarihleri arasında deney grubunda yer alan çocuklara ön testte uygulanan veri toplama araçları tekrar uygulanmıştır. Deney grubunda yer alan Ocak-Şubat ayları doğumlu 72 aydan büyük olan bir çocuk, dil ve konuşma bozukluğu tanısı ile özel gereksinim raporu alan bir çocuk ile başka okula nakil olan iki çocuk araştırmada kapsam dışı bırakılmıştır. Deney grubuna kalıcılık testlerinin uygulanmasını takiben sonuçta kontrol grubunda 31, deney grubunda ise 37 çocukla araştırma tamamlanmıştır.

2.6.2.7. Kontrol Grubuna Programın Uygulanması

Deney grubundaki çocukların kalıcılık testleri tamamlandıktan sonra, kontrol grubunda yer alan çocuklara eğitim programı 17 Mart - 20 Mayıs 2025 tarihleri arasında haftada bir yarım gün olmak üzere toplam sekiz oturum olarak uygulanmıştır.

2.7. Araştırmanın Geçerliği

Araştırmalarda geçerlik iç ve dış geçerlik olarak iki şekilde ele alınmaktadır. Araştırmada iç geçerlik, bağımsız değişken ile bağımlı değişkenin arasındaki ilişkinin hatasız ve güvenilir şekilde ortaya konmasını ifade ederken; dış geçerlik, ulaşılan sonuçların başka çalışma gruplarına veya farklı koşullara aktarılabilirliğini ifade etmektedir (Büyüköztürk vd., 2024). Araştırmada iç ve dış geçerliği güçlendirmek amacıyla çalışma grubunun seçimi, veri toplama süreçleri ve kullanılan ölçme araçlarının genellenebilirliğe uygunluğu titizlikle ele alınmıştır. Yapılan düzenlemeler, elde edilen bulguların hem geçerliğini hem de farklı durum ve popülasyonlara aktarılabilirliğini artırmaya yöneliktir. Bu doğrultuda araştırmada iç ve dış geçerliği yükseltmek adına aşağıdaki unsurlar kontrol altında tutulmaya çalışılmıştır.

2.7.1. Ölçek Geliştirme Aşaması

Ölçek geliştirme aşamasının geçerliği ortam düzenlemesi, ölçeğin geliştirilmesi, katılımcı özelliği, uygulayıcı standardizasyonu, cevap anahtarı ve iç ve dış geçerliği alt başlıklarında ele alınmıştır.

Ortam Düzenlemesi: Ölçek uygulaması yapılan her okulda uygulama ortamının çocukların kendilerini güvende hissedecekleri ve uygulamaya uygun düzenlenmiş şekilde olmasına özen gösterilmiştir. Ortamın sessiz, aydınlık, uyaran açısından fazlalığı olmayan, araştırmacı ve çocuğun baş başa olduğu uygun fiziki koşullara sahip olmasına dikkat edilmiştir. Dışsal faktörlerin etkisi minimuma indirilmiş, güvenilir uygulama yapılabilecek bir ortam sağlanmıştır.

Ölçeğin Geliştirilmesi: Sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmeye yönelik maddeler, literatür taraması, geliştirilmiş olan mevcut ölçeklerin incelenmesi ve bireysel görüşmelerden elde edilen sonuçlara göre hazırlanmış, kapsam geçerliğini sağlamak için alan uzmanlarının görüşleri alınmıştır. Maddelerin 60-72 aylık çocukların yaşına ve gelişimsel özelliklerine

uygunluğu ve çocuklar tarafından anlaşılırlığını test etmek üzere pilotlama çalışması yapılmış, elde edilen veriler üzerinden madde analizi gerçekleştirilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlanmıştır.

Katılımcı Özelliği: Ölçek uygulamasına dahil edilen çocukların doğum tarihleri alınmış, gerçek yaş hesabı yapılarak ay cinsinden yaşları bulunmuştur. 60 aydan küçük, 72 aydan büyük olan çocuklar ölçek uygulamasının sınırlılığı nedeniyle veri toplama aşamasına dahil edilmemiştir. Gerçek yaş hesaplamasının yapılması, yalnızca bir gün farkla bile olsa ölçme aracına uygun olmayan çocukların çalışma grubuna dahil edilmesini önleyerek çalışma grubunun güvenirliğini artırmıştır.

Uygulayıcı Standardizasyonu: Uygulamadan kaynaklanabilecek tutum farklılıklarını önlemek amacıyla ölçek uygulamaları tek bir araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı ölçek uygulamalarından önce 60-72 aylık olan ve ölçek geliştirme aşamasına dahil edilmemiş olan farklı çocuklarla deneme uygulamaları yaparak kendini geliştirmiş ve ölçek uygulama sürecine hazırbulunuşluğu yüksek başlamıştır. Araştırmacının bu yaklaşımı ölçek uygulamalarındaki standardizasyonu sağlamış, profesyonel yaklaşımını kuvvetlendirmiştir.

Cevap Anahtarı: Ölçeğin uygulayıcı kılavuzu içerisinde yer alan cevap anahtarı ölçeğin geçerlik-güvenirlik verileri toplanırken çocuklardan alınan yanıtlar ile oluşturulmuş olup cevap anahtarındaki doğru ve yanlış kabul edilecek cevaplar uzman görüşü alınarak son halini almıştır. Cevap anahtarı, her cevap için KGO'ları hesaplanarak düzenlenmiş olup, kabul edilebilir KGO 1,00 kabul edilerek tüm uzmanların olumlu görüş bildirdiği cevaplar doğru kabul edilmiştir. Bu, ölçeğin gözlemciler arası tutarlığını sağlamıştır.

İç ve Dış Geçerlik: Ölçeğin psikometrik özelliklerini belirlemek amacıyla geçerlik ve güvenirlik çalışmaları bütüncül bir yaklaşımla yürütülmüştür. Yapı geçerliğini incelemek için AFA yapılmış, verilerin faktörlenebilirliği KMO ve Bartlett testleriyle doğrulanmıştır. AFA sonuçlarında maddelerin 0,40'ın üzerinde faktör yüklerine sahip olması ve toplam varyansın kabul edilebilir düzeyde açıklanması, ölçeğin iç geçerliğini desteklemiştir. AFA ile elde edilen faktör yapısı, bağımsız bir çalışma grubunda gerçekleştirilen DFA ile test edilmiş; χ^2/df, RMSEA, CFI, TLI ve SRMR gibi uyum indekslerinin kabul edilebilir düzeylerde bulunması ölçeğin kuramsal yapısının doğrulandığını göstermiştir. Bu doğrulama süreci hem iç geçerliği hem de farklı çalışma gruplarına uygulanabilirliği açısından dış geçerliği güçlendirmiştir. Ölçeğin güvenirliğini belirlemek amacıyla TTT analizi yapılmış ve AFA ölçek uygulamasının

üzerinden dört haftadan fazla süre geçtikten sonra aynı çocuklara uygulanması sonucu elde edilen yüksek korelasyon ve ICC değerleri, ölçeğin zaman içinde tutarlı sonuçlar verdiğini göstermiştir. Buna ek olarak Cronbach Alfa, McDonald's Omega ve madde-toplam korelasyonları hesaplanmış, alfa katsayılarının 0,70'in üzerinde ve madde-toplam korelasyonlarının 0,30'un üzerinde olması ölçeğin iç tutarlılığının güçlü olduğunu ortaya koymuştur. Böylece ölçeğin hem iç geçerliği (AFA, DFA, iç tutarlılık) hem de dış geçerliği (TTT, bağımsız çalışma grubunda DFA) sağlanmıştır.

2.7.2. Deneysel Aşama

Deneysel aşamanın geçerliği ortam düzenlemesi, örneklem seçimi, süre kısıtlaması, uygulayıcı standardizasyonu, grup eşitlemesi ve nitel veri güvenirliği alt başlıklarında ele alınmıştır.

Ortam Düzenlemesi: Programın uygulandığı sınıf ortamı çocukların kendilerini güvende hissedecekleri ve uygulamaya uygun şekilde düzenlenerek dışsal faktörlerin bağımlı değişken üzerindeki etkileri minimuma indirilmiştir.

Çalışma Grubunun Seçimi: Program uygulama sürecinde deney ve kontrol grupları, sosyoekonomik düzeyleri Ankara ili Mamak ilçesinde bulunan ve birbirine benzer sosyoekonomik düzeye sahip resmi ilkokula bağlı iki anasınıfından amaçlı örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Hem çocuklardan hem de ebeveynlerinden yazılı onamları alınmış, program sürecinin tanıtılması amacıyla bilgilendirme toplantıları düzenlenmiş ve sosyal haberleşme ağlarından oluşturulan gruplarla ebeveynlerle daimi iletişimde kalınarak programa aile katılımı sağlanmıştır. Etkinlikler sırasında çocukların dikkatinin dağılmasını engellemek ve uygulama sürecinin aksamasını önlemek amacıyla etkinlik sırasında kullanılacak olan tüm materyaller önceden hazırlanmış, etkinlikler belirlenen sıraya göre uygulanmıştır. Programın tüm oturumları program öncesinde yapılan plan dahilinde yürütülmüş, sürecin izlenebilirliği için düzenli gözlem ve anektod kayıtları tutulmuştur. Ön test, son test ve kalıcılık testleri aynı koşullar altında, aynı ortamda, standartlaştırılmış biçimde uygulanmıştır.

Süre Kısıtlaması: Program süresi sekiz hafta, haftada üç gün olmak üzere 24 oturum olacak şekilde standardize edilmiştir. Bu süre, çocukların yaşlarının ilerlemesine ve gelişimsel olarak farklılaşmalarına dair etkenlerin etkisini azaltmak, aynı zamanda da programa ilişkin SOY bilgi, beceri ve tutumlarındaki değişikliklerin pekişmesi için yeterli bir zaman dilimi sağlamak amacıyla belirlenmiştir.

Uygulayıcı Standardizasyonu: Uygulamadan kaynaklanabilecek tutum farklılıklarını önlemek amacıyla program uygulamaları tek bir araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı program uygulamalarından önce 60-72 aylık olan ve deneysel aşamaya dahil edilmemiş olan farklı çocuklarla deneme uygulamaları yaparak kendini geliştirmiş ve program uygulama sürecine becerilerini geliştirmiş şekilde başlamıştır. Araştırmacının bu yaklaşımı program uygulamalarındaki standardizasyonu sağlamış, profesyonel yaklaşımını kuvvetlendirmiştir.

Grup Eşitlemesi: Deney ve kontrol grupları, sosyoekonomik düzeyleri gibi araştırmanın güvenirliği için kritik özellikler açısından aynı il ve aynı ilçedeki, birbirine yakın mesafede olan, benzer nitelikteki okullardan seçilerek başlangıçta gruplar arası eşitlik sağlanmaya çalışılmıştır.

Nitel Veri Güvenirliği: Nitel verilerin toplanmasında çocuk, ebeveyn ve öğretmen görüşmeleri, uzman görüşleri ile son halini almış olan yarı yapılandırılmış görüşme formları aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Tutarlık ve doğruluk açısından izin veren katılımcılarla yapılan görüşmeler ses kaydına alınmıştır.

Yukarıda detaylı açıklamaları verilmiş olan önlemler sayesinde araştırmada bağımsız değişkenin etkisi doğru bir biçimde ölçülmüş, elde edilen bulguların güvenirliği artırılmış ve sonuçların benzer gruplar ve durumlar için genellenebilirliği sağlanmıştır.

2.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı ile ilgili düzeylerini belirlemek için bir ölçek geliştirmek ve resimli öykü kitaplarıyla hazırlanan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programının çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerine etkisini saptamak amacıyla yürütülen bu çalışmada karma yöntem araştırmalardan yakınsayan paralel karma model kullanıldığı için hem nicel hem de nitel analiz yöntemlerinden

yararlanılmıştır. Araştırmada kullanılan analiz yöntemleri ölçek geliştirme aşaması ve deneysel aşama ile sosyal geçerlik verilerinin analizi olarak açıklanmıştır.

2.8.1. Ölçek Geliştirme Aşaması

ÇSOÖ'nün AFA ve DFA analizleri SPSS Paket Programı aracılığıyla incelenmiştir. AFA aşamasında ortaya çıkan faktör yapıları ise Lisrel yazılımı aracılığıyla doğrulanmıştır. Elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Omega katsayısının hesaplanmasında ise JASP yazılımı kullanılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla öncelikle AFA uygulanmıştır. Ölçek geliştirmenin AFA aşamasında, çok boyutlu yapıların ortaya çıkışı veya ölçülmek istenen kavramı yeterince temsil etmeyen maddeler elenerek, değişkenlerin anlamlı ve bağımsız faktörler hâline getirilmesine odaklanılır (Howard ve O'Sullivan, 2024). Madde yükleri ve madde-toplam korelasyonlarının incelenmesiyle yapı geçerliği desteklenmiştir. Bu aşamada ölçeğin faktör yapısı ve maddelerin hangi faktör altında toplandığı belirlenmiş; AFA ile ortaya çıkan yapı daha sonra DFA ile sınanmıştır. DFA'da, kuramsal olarak öngörülen faktör yapıları elde edilen verilerle karşılaştırılarak doğrulanmış, hipotezler yapı geçerliği ve model uyumu ölçütlerine göre değerlendirilmiştir. Bu süreçte modelin uygunluğu çeşitli uyum indeksleri üzerinden test edilmiştir (Rogers, 2024). DFA'nın amacı, kuramsal modelin gerçek verilerle ne derece örtüştüğünü belirlemektir (Brown, 2015). AFA kapsamında güvenirlik analizleri Cronbach Alfa katsayısı ve iki yarı test yöntemleriyle yapılmıştır. DFA sonrasında da ölçeğin güvenirliği Cronbach Alfa, iki yarı test güvenirliği ve özellikle çok boyutlu ölçeklerde iç tutarlılığı daha doğru yansıttığı için tercih edilen McDonald's Omega katsayısıyla değerlendirilmiştir (Orçan, 2023).

Madde havuzunun oluşturulması sürecinde sekiz çocuk, dört ebeveyn ve dört alan uzmanıyla görüşmeler yapılmış; bu görüşmeler doğrultusunda toplam 27 maddeden oluşan 44 soru hazırlanmıştır. Soruların kapsamını genişletmek ve çeşitliliği artırmak amacıyla, 60–72 aylık çocukların gelişimsel özellikleri dikkate alınarak farklı tekniklerden yararlanılmıştır. Görsel materyallerin oluşturulması sürecinde, yazılı talimatlar içeren bir kılavuz hazırlanarak profesyonel bir çizerle paylaşılmıştır. Çizimlerin bitmesinin ardından 13 uzmandan alınan geri bildirimler doğrultusunda formda gerekli düzenlemeler yapılmış ve ölçeğin nihai maddeleri oluşturulmuştur. 11 çocukla pilotlama çalışması yapılmış, 60-72 aylık çocuklara yönelik hazırlanan 37 soruluk ölçek 186 çocuğa uygulanmış olup AFA sonucunda iki faktör ve 17 sorudan oluşan ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,774 olarak bulunmuştur. 20 çocukla TTT

güvenirliği için analizler gerçekleştirilmiştir. AFA'dan sonra 20 madde olarak revize edilen ölçek 122 çocuk üzerinde DFA ile test edilmiştir. DFA sonucunda birinci faktörün Cronbach Alfa katsayısı 0,758 ve ikinci faktörün güvenirlik katsayısı 0,549 elde edilmiştir. İkinci boyutun güvenirlik katsayısı 0,700 altında olduğu için çıkarılmıştır. Sonuçta ÇSOÖ'nün 14 maddeli, tek boyutlu, McDonald's Omega değeri 0,762 ve Cronbach Alfa katsayısı 0,758 olan yüksek iç tutarlığa sahip ölçek olduğu görülmüştür.

Geçerlik-güvenirlik çalışması sonucunda, 60-72 aylık çocuklar için ölçeğin uygun bir ölçme aracı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölçek on dört resimli çizimden ve değerlendirme formundan oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri SOY'un bilgi, beceri ve tutum boyutlarına uygun şekilde tasarlanmış olup, sağlıkla ilişkili materyallerin adlarını ve işlevlerini bilmeye, sağlık çalışanlarını tanıma ve görevlerini bilmeye, sağlıklı ve sağlıksız olma durumlarını tanıma ve açıklama becerilerini ölçmeye yöneliktir.

2.8.2. Deneysel Aşama

Deney ve kontrol gruplarına uygulanmış ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'den elde edilen veriler SPSS Paket Programı aracılığıyla incelenmiştir.

Çizelge 2.7. Çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait normallik analiz test sonuçları

		Deney Grubu				Kontrol Grubu			
Ölçüm	**Ölçek**	**x**	**Çarpıklık**	**Basıklık**	**p**	**x**	**Çarpıklık**	**Basıklık**	**p**
Ön Test Sonuçları	ÇSOÖ	10,06	-0,39	-0,72	0,26	8,00	0,54	-1,04	0,01
	PÇBÖ	21,93	1,33	2,41	0,01	19,13	-0,27	-0,02	0,92
	BSBÖ	9,23	0,78	0,69	0,28	9,03	0,30	-0,84	0,28
Son Test Sonuçları	ÇSOÖ	21,26	-0,17	-0,30	0,49	8,58	0,45	0,14	0,72
	PÇBÖ	29,32	0,84	1,56	0,45	19,26	-0,07	-0,33	0,87
	BSBÖ	17,03	0,39	-0,56	0,11	9,22	0,30	-0,85	0,23
Kalıcılık Test Sonuçları	ÇSOÖ	21,03	0,51	-0,80	0,02				
	PÇBÖ	31,16	-0,39	-0,90	0,11				
	BSBÖ	16,42	0,11	-0,86	0,41				

Çizelge 2.7'de araştırmada yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait normallik analizi dağılımı görülmektedir. Çizelgede de görüldüğü gibi ön test sonuçlarında

deney grubunda yer alan çocukların PÇBÖ'de; kontrol grubunda yer alan çocukların ise ÇSOÖ'de normal dağılım göstermedikleri görülmektedir. Son test sonuçlarında deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların verdikleri cevapların normal dağılım gösterdiği, Kalıcılık testinde ise ÇSOÖ'de normal dağılımın olmadığı görülmektedir. Ancak dağılımın normalliğine karar verilmesinde güncel literatürde çarpıklık ve basıklık değerlerine bakılması önerilmekte ve bu değerlerin +3 ile -3 arasında olması gerektiği belirtilmektedir (George ve Mallery, 2019). Bu kapsamda çizelge incelendiğinde ön test ve kalıcılık testinde çarpıklık ve basıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olduğu görülmektedir. Dağılımın bu boyutta olması ve analizlerde bütünlük sağlanması açısından analizde parametrik teknikler kullanılmıştır. Verilerin analizinde aşağıda ifade edilenler gerçekleştirilmiştir.

- Deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'leri ön test sonuçları arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t testi,
- Deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'leri son test sonuçları arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t testi,
- Deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait ön test - son test puan ortalamaları arasındaki anlamlı farklılaşmayı belirlemek için Karışık Desen ANOVA,
- Deney grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait ön test - son test - kalıcılık test puan ortalamaları arasındaki farklılaşmayı belirlemek için Tekrarlı ANOVA Testi,
- Kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerinin ön test - son test puan ortalamaları arasındaki anlamlı farklılaşmayı belirlemek için bağımlı örneklem t testi
- Grup ve zaman etkileşiminin anlamlı olduğu durumlarda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni testi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda kontrol grubunda 31, deney grubunda 37 çocuk bulunmaktadır. Gerekli analizler yapılmadan önce deney grubunda yer alan çocuklardan uç verilere sahip altı çocuk çıkarılarak deney ve kontrol grubunu oluşturan çocuk sayıları eşitlenmiştir. Bu doğrultuda 31 çocuk deney grubunu, 31 çocuk kontrol grubunu oluşturmuş, buna göre istatistiksel analizler yapılmıştır.

2.8.3. Sosyal Geçerlik Verilerinin Analizi

Araştırmanın nitel verilerinin analizinde çocuk, ebeveyn ve öğretmenlerle yapılan görüşmelerden elde edilen veriler betimsel analiz ve içerik analizi yöntemlerinden yararlanılarak analiz edilmiştir. Betimsel analiz, verilerin önceden belirlenen temalara göre sınıflandırılarak düzenlenmesini ve elde edilen bulguların araştırmanın amaçları doğrultusunda açıklanarak sunulmasını amaçlar. Bu yaklaşımda katılımcı ifadeleri doğrudan alıntılarla desteklenerek okuyucuya sistematik ve anlaşılır bir şekilde aktarılır (Yıldırım ve Şimşek, 2021). İçerik analizi ise verilerin daha derinlemesine incelenmesini ve birbirine benzeyen ifadelerin belirli kavramlar ve temalar etrafında birleştirilmesini sağlar. Bu yöntem, özellikle katılımcıların görüşlerinin ortak ya da farklı yönlerini ortaya koymada ve araştırma sorularına yönelik daha ayrıntılı bir kavramsal çerçeve geliştirmede kullanılır (Krippendorff, 2018; Schreier, 2012). Bu doğrultuda çocuklar, ebeveynler ve öğretmenlerle gerçekleştirilen görüşmeler, belirlenen temalar ve kodlar çerçevesinde analiz edilmiş; katılımcıların verdikleri yanıtlardan doğrudan alıntılara yer verilmiştir. Ayrıca, çocukların programın değerlendirilmesine ilişkin çizdikleri resimler de doküman analizi kapsamında incelenerek nitel verilerin çeşitlendirilmesine katkı sağlanmıştır. Süreçte üretilen yazılı materyaller çocukların çizdiği resimler, yazdıkları mektuplar ve etkinlik çıktılarına dair belgelerdir.

Araştırmanın sosyal geçerlik boyutunda, deney grubuna katılan çocuklarla, ebeveynleriyle ve öğretmenleriyle programın etkilerini derinlemesine anlamak amacıyla yapılan görüşmelerden elde edilen nitel veriler analiz edilmiştir. Toplam 35 çocuk, 19 ebeveyn (anne) ve üç öğretmen toplanan bu veriler, içerik analizi yöntemi kullanılarak sistematik bir şekilde çözümlenmiştir. Bu analiz süreci, çocukların, ebeveynlerin ve öğretmenlerin programla ilgili gözlemlerini, program hakkındaki düşüncelerini, deneyimlerini, algılarını ve önerilerini tematik yapılar altında sınıflandırmayı sağlamıştır.

Nitel veri analizi MAXQDA ile tematik kodlama (1) ve Python ile frekansların işlenmesi ve gelişmiş veri görselleştirme (2) olarak iki aşamalı bir yazılım destekli yaklaşım ile gerçekleştirilmiştir. Kullanılan yöntemler, teknik adımlar ve analiz mantığı aşağıda ayrıntılı biçimde açıklanmıştır.

MAXQDA ile Nitel Kodlama Süreci: Kodlama yaklaşımı ve kodlama tekniği ile gerçekleştirilmiştir. Buna göre kodlama sürecinde tümevarımcı bir strateji benimsenmiştir. Verilerin analizinde herhangi bir ön-kod ya da hazır tema kullanılmamış; kodlar ve temalar,

katılımcı ifadelerinin içeriksel özelliklerinden doğal biçimde ortaya çıkmıştır. MAXQDA yazılımı, verilerde yinelenen anlam örüntülerini keşfetme, bu örüntülerden hareketle alt kodlar oluşturma ve bu kodları daha üst düzey temalar altında bütünleştirme sürecini sistematik biçimde desteklemek amacıyla kullanılmıştır. Bu doğrultuda temalar, araştırmacının ön kabullerinden bağımsız olarak verinin kendi içsel yapısından hareketle oluşturulmuş ve analiz süreci, nitel araştırmanın tümevarımcı yaklaşımına uygun biçimde veri-merkezli bir anlayışla yürütülmüştür. Kullanılan kodlama tekniği aşağıdaki biçimde ilerlemiştir.

- **Açık Kodlama:** Metinler ilk okumada dikkatle incelenmiş, anlam taşıyan ifadeler belirlenmiş ve bu ifadeler önceden oluşturulan kodlarla ilişkilendirilmiştir.
- **Eksenel Kodlama:** İlk aşamada üretilen kodlar, temalarla olan bağlantıları açısından değerlendirilmiş; alt temaların sınırları ve anlam alanları netleştirilmiştir.
- **Tematik Kodlama:** Kodlar, daha üst düzey kavramsal ilişkilere göre ana temalar altında birleştirilmiş ve kod–tema ilişkileri sistematik bir yapıya kavuşturulmuştur.

Bu yaklaşım, analiz sürecinde hem bütüncül ve düzenli bir çerçeve sunmakta hem de verinin içerdiği özgün anlamı koruyarak araştırma sorusuna odaklanmayı mümkün kılmaktadır.

Python ile Veri İşleme ve Görselleştirme Süreci: MAXQDA'dan elde edilen kod–frekans çizelgeleri dışa aktarılmış ve Python ortamında işlenmiştir. Python'un seçilme nedenleri:

- Açık kaynaklı yapısı,
- Zengin kütüphane desteği,
- Büyük veri dosyalarını hızlı işleyebilmesi,
- Daha gelişmiş ve özelleştirilebilir görselleştirmeler üretmesi,
- Tekrarlanabilir bilimsel analiz zinciri sağlamasıdır.

Analizlerde Python Kütüphaneleri kullanılmış olup bu kütüphaneler Çizelge 2.8'de sunulmuştur.

Çizelge 2.8. Nitel analizlerde kullanılan Python Kütüphanelerinin bilgileri

Amaç	Kütüphane	Açıklama
Veri okuma ve düzenleme	pandas	MAXQDA'dan alınan frekans çizelgelerinin işlenmesi
Sayısal işlemler	numpy	Diziler ve veri dönüşümleri
Veri görselleştirme	matplotlib	Dağılım ve çubuk grafiklerinin üretilmesi
Gelişmiş görselleştirme	seaborn	Estetik grafik stilleri ve regression plot üretimi

Veri Aktarımı ve Çizelge Yapısının Oluşturulması: İlk aşamada, MAXQDA yazılımında yürütülen tematik kodlama sürecinden elde edilen kod–frekans verileri dışa aktarılmış ve çalışma ortamına Excel/CSV formatında alınmıştır. Bu dosya Python ortamında Pandas kütüphanesi aracılığıyla okunmuş ve satır–sütun yapısında bir veri çerçevesine dönüştürülmüştür. Veri yapısı, satırlarda kodların, sütunlarda katılımcı gruplarının (ebeveyn, çocuk, öğretmen) ve hücrelerde bu gruplara karşılık gelen frekans değerlerinin yer aldığı bir matris şeklinde düzenlenmiştir. Böylece MAXQDA'daki kod matrisi, Python ortamında sayısal analiz ve görselleştirmeye uygun bir formata dönüştürülmüştür.

Veri Temizleme ve Uygunluk Kontrolleri: İkinci aşamada, oluşturulan veri yapısı üzerinde temel veri temizleme ve uygunluk kontrolleri gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda; eksik ya da hatalı frekans kayıtları kontrol edilmiş, varsa boş gözlemler giderilmiş veya analize dahil edilmeyecek şekilde işaretlenmiştir. Kod isimleri ve katılımcı grubuna ilişkin etiketler, görselleştirme çıktısında tutarlı ve okunabilir olmasını sağlamak amacıyla standartlaştırılmıştır. Frekans değerleri betimleyici amaçla kullanıldığından, bu aşamada herhangi bir normalizasyon ya da dönüştürme uygulanmamış, ham frekanslar doğrudan ısı haritasına yansıtılmıştır.

Görselleştirme Altyapısının Kurulması: Üçüncü aşamada, ısı haritasının üretilmesi için Python'un Matplotlib ve Seaborn kütüphanelerinden yararlanılmıştır. Matplotlib, görselin temel çizim altyapısını ve figür özelliklerini (grafik boyutu, eksenler, başlık gibi) belirlemek için kullanılmış; Seaborn ise istatistiksel görselleştirme yetkinliği sayesinde kod frekans matrisini ısı haritası biçiminde sunmak üzere tercih edilmiştir. Seaborn'un ısı haritası fonksiyonu, matris biçimindeki frekans verisini otomatik olarak okuyarak her hücreyi frekans değeriyle orantılı bir renk yoğunluğu ile temsil etmektedir.

Isı Haritasının Tasarımı: Dördüncü aşamada ısı haritasının görsel tasarımı yapılmıştır. Bu kapsamda, frekans değerleri arasındaki farkların belirginleşmesi için düşük frekanslardan yüksek frekanslara doğru aşamalı renk geçişi sunan bir renk skalası (colormap) seçilmiştir. Yatay eksende katılımcı grupları, dikey eksende ise kodlar yer alacak şekilde eksen etiketleri düzenlenmiştir. Grafik üzerinde bir renk çubuğu (colorbar) eklenerek renk yoğunluğunun hangi frekans aralıklarına karşılık geldiği görselleştirilmiştir. Ayrıca figür boyutu, yazı tipi büyüklükleri ve kenar boşlukları, tüm kodların ve katılımcı gruplarının okunaklı şekilde yer almasını sağlayacak biçimde ayarlanmıştır.

Nitel verilerin geçerliğini artırmak amacıyla, çocukların, ebeveynlerin ve öğretmenlerin yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan sorulara verdikleri yanıtlar, doğrudan alıntılar şeklinde bulgular bölümünde sunulmuştur. Görüşmeler yapılış sırasına göre kodlanarak çocuklar Ç1, Ç2, Ç3, ……..Ç35; ebeveynler E1, E2, E3, ……..E19; öğretmenler ise Ö1, Ö2, Ö3 şeklinde kodlanarak anonimleştirilmiştir.

Çocukların, ebeveynlerin ve öğretmenlerin görüşme formundaki sorulara verdikleri yanıtlar, içerik analizi yöntemi kullanılarak tematik bir yapı altında incelenmiştir. Bu analiz sonucunda, verilerden üç ana tema ve bu temalara ait alt temalar oluşturulmuştur. Bu bağlamda "Ebeveyn Deneyimleri", "Çocuk Deneyimleri" ve "Öğretmen Deneyimleri" şeklinde oluşturulan temalar ve alt temaların yapısı, programın ebeveynler, çocuklar ve öğretmenler üzerindeki etkisinin çok boyutlu bir perspektiften anlaşılmasına olanak tanımıştır.

2.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma, Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 10.10.2022 tarihli ve 15/151 sayılı karar ile etik onay alınarak yürütülmüştür (Ek-6). Araştırma boyunca, 1964 Helsinki Bildirgesi'nin etik yönergelerine uyulmuş ve katılımcıların anonimliği sağlanmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü okullardan resmi kurum izni Milli Eğitim Müdürlüğünden alınmıştır (07.06.2023/E-14588481-605.99-77710529) (Ek-7).

Ankara'da alt, orta ve üst sosyoekonomik düzeydeki ilçelerde bulunan kurumlar basit tesadüfi yöntemle seçilerek ölçek geliştirme aşaması, Ankara ilinin alt-orta sosyoekonomik bölgelerinden olan Mamak ilçesinde yer alan iki resmi ilkokula bağlı anasınıfları belirlenerek deneysel aşaması yürütülmüştür. Araştırmanın yürütüleceği okullardan izin alınmış, kurum idarecileri ve öğretmenlere araştırmanın amacı, kapsamı ve uygulama süreci hakkında bilgiler verilmiş ve onamları alınmıştır. Çocuklardan, ebeveynlerinden, öğretmenlerden ve alan

uzmanlarından araştırmaya gönüllü olarak katılmak istediklerine dair Aydınlatılmış Onam Formu ile onamları alınmıştır (Ek-8). Çocuklardan hem sözlü onam alınmış hem de alınan yazılı onamlarda formun üzerine herhangi bir işaret koyarak onay vermeleri istenmiştir. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarından PÇBÖ'yü geliştiren Oğuz ve Köksal Akyol'dan ve BSBÖ'yü geliştiren Kavak ve Deretarla Gül'den e-posta yoluyla ölçek kullanım izinleri alınmıştır (Ek-9).

Araştırma kapsamında sunulan tüm fotoğraflarda KVKK gereğince, katılımcıların yüzleri gizlenmiş ve hiçbir kişisel veri açık şekilde paylaşılmamıştır.

2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın ölçek geliştirme aşaması 2023-2024 eğitim-öğretim yılında, Ankara ilindeki MEB'e bağlı resmi anaokullarına devam eden, 60-72 aylık, özel gereksinim tanısı olmayan, bir tıbbi ve eğitsel tanısı olmayan, ana dili Türkçe olan, daha önce SOY ile ilgili bir eğitime katılmamış, araştırmaya katılması için ebeveyni gönüllü yazılı onam veren ve kendisi de gönüllü olarak hem sözlü hem de yazılı onam veren çocuklarla sınırlıdır.

Araştırmanın deneysel aşaması 2024-2025 eğitim-öğretim yılında Ankara ili Mamak ilçesinde bulunan iki resmi ilkokula bağlı anasınıflarına devam eden, 60-72 aylık, herhangi bir özel gereksinim tanısı olmayan, bir tıbbi ve eğitsel tanısı olmayan, ana dili Türkçe olan, daha önce SOY ile ilgili bir eğitime katılmamış, araştırmaya katılması için ebeveyni gönüllü yazılı onam veren ve kendisi de hem sözlü hem de yazılı onam veren çocuklar ile sınırlıdır. Araştırma deneysel desenlerden denkleştirilmemiş ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel desende olduğu için araştırmadan elde edilen bulgular genellenebilirlik açısından sınırlıdır.

2.11. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmaya katılan 60-72 aylık çocukların ve ebeveynlerinin formlara ve ölçeklere verdikleri yanıtların samimi, doğru ve araştırma amacına uygun olduğu, ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'nün çalışma grubundaki çocukların ilgili becerilerini doğru biçimde yansıttığı, çalışmada uygulanan ön test–son test ölçümlerinin programın etkilerini nesnel biçimde ortaya koyacak yeterlikte ve doğrulukta olduğu, araştırma süresince çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerini etkileyebilecek dışsal faktörlerin (ek eğitimler, sağlık durumlarındaki ani değişiklikler vb.) minimal düzeyde olduğu, istatistiksel analizlerde kullanılan yöntemlerin, veri setine ve araştırma modeline uygun olduğu varsayılmaktadır.

3. BULGULAR

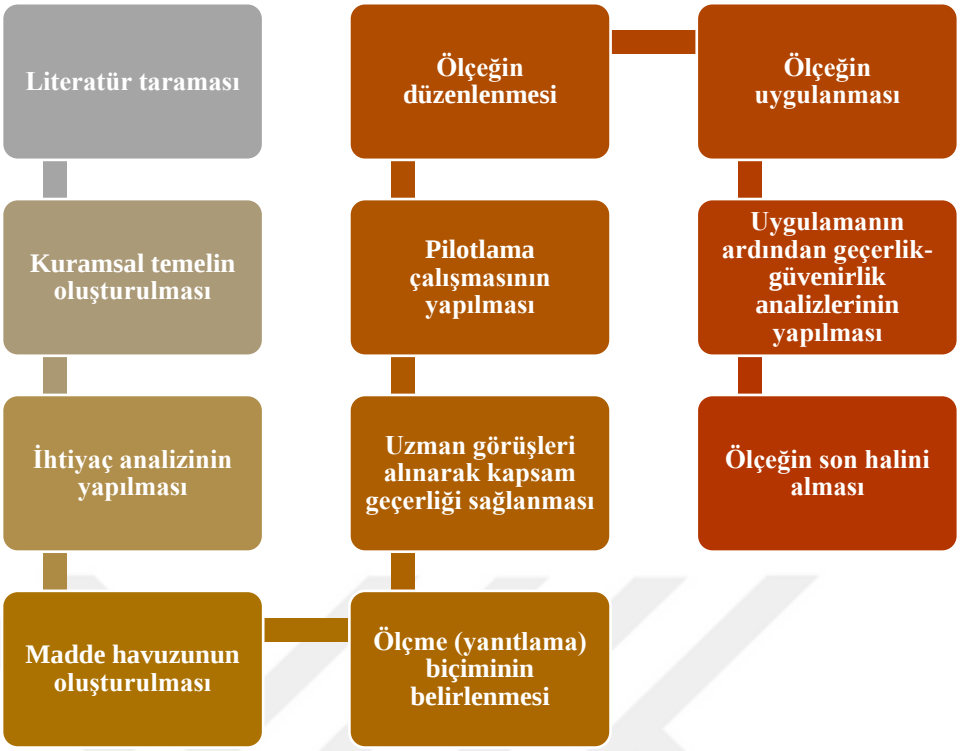
Araştırmanın temel amacı kapsamında geliştirilen ÇSOÖ'nün geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmış, Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerileri üzerindeki etkileri incelenmiş, deneysel uygulama tamamlandıktan sonra çocuklar, ebeveynler ve öğretmenlerle programın etkilerine ilişkin derinlemesine nitel veriler elde edilerek sosyal geçerlik sağlanmıştır. Resimli öykü kitaplarıyla hazırlanan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programının 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerileri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yürütülen araştırmadan elde edilen bulgular nicel bulgular (ölçek geliştirme aşaması ve deneysel aşama) ve nitel bulgular (sosyal geçerlik) bu bölümde sunulmuştur.

3.1. Nicel Bulgular

Araştırmanın ilk aşamasında, 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı düzeylerini geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçmeye yönelik bir ölçek geliştirilmiştir. İkinci aşamada ise geliştirilen ölçek ÇSOÖ'nün yanı sıra PÇBÖ ve BSBÖ kullanılarak ön test, son test ve kalıcılık verileri elde edilmiştir. Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı deney grubuna uygulanmış, deney ve kontrol grupları üzerinden çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerine etkisi incelenmiştir. Ölçek geliştirme aşaması ve deneysel aşama ile program uygulamasına ilişkin elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

3.1.1. Ölçek Geliştirme Aşaması

Ölçek geliştirme çalışması süreci, kuramsal yapısı, madde havuzu oluşturulması, madde havuzu için uzman görüşlerinin alınması, ön uygulama formunun hazırlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışması basamaklarına göre aşağıda sunulmuştur (Şekil 3.1).



Şekil 3.1. ÇSOÖ'nün geliştirme aşamaları

Ölçek Geliştirme Süreci: "Problemi tanımlama", "madde yazma", "uzman görüşü alma ve pilot form oluşturma" ve "pilot uygulama, analizler ve son şeklini verme" olmak üzere dört ana aşamadan oluşmaktadır (Boateng vd., 2018; Büyüköztürk vd., 2024; Çarkcı, 2020). Bu kapsamda; amacın belirlenmesi, maddelerin oluşturulması, madde havuzunun oluşturulması, ölçme biçiminin belirlenmesi, kapsam geçerliğini ölçek amacıyla uzman görüşlerinin alınması, ön pilot uygulamasının yapılması, pilot uygulama ve madde analizinin yapılması aşamaları izlenmiştir.

Ölçeğin Kuramsal Yapısı: Sağlık okuryazarlığı ile ilgili yurt içi ve yurt dışında yapılan araştırmalar taranmış, konu ile ilgili ölçekler, MEB Temel Eğitim Genel Müdürlüğü Okul Öncesi Eğitim Programı (2013) incelenmiş, programda yer alan sağlıkla ilişkili kazanım ve göstergeler taranmıştır. Ölçeğin, SOY'un tanıtılmasında kullanılan bilgi, beceri ve tutum kategorileri içerisinde yapılandırılması planlanmıştır. Bu kategorilere uygun biçimde sağlıkla ilgili temel kavramlar, sağlık çalışanları ve iş tanımları, sağlığını koruma ve hastalık belirtilerini anlama, sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına, doğru ve güvenilir bilgiye erişebilme, sağlık kaynaklarını doğru okuma, sağlıklı yaşam biçimi davranışları (kişisel sağlık, bedensel sağlık, ruhsal sağlık, beslenme, uyku düzeni vb.) ve SO olma ölçütlerine değinilmesinin gerekli ve önemli olduğuna karar verilmiştir. Sağlık okuryazarlığı, bilişsel, duyuşsal ve

davranışsal becerileri içeren çok katmanlı bir yapı olduğundan, çocukların gelişimsel düzeylerine uygun biçimde yapılandırılması gerekmektedir. Bu bağlamda Bloom'un Bilişsel Alan Taksonomisi, sağlık okuryazarlığının hem öğretimi hem de değerlendirilmesi için güçlü bir kuramsal temel sunmaktadır. Taksonomi, öğrenme sürecini bilgi, kavrama, uygulama, analiz, sentez ve yaratma olmak üzere çeşitli bilişsel düzeylerde ele almaktadır (Anderson ve Krathwohl, 2001). SOY göstergeleri de bu basamaklarla uyumlu biçimde düzenlenmiş ve çocukların sağlık bilgisini edinme, anlama ve kullanma süreçlerini sistematik olarak değerlendirmeye imkân tanımıştır. Bu doğrultuda, yalnızca bilgi düzeyine değil; anlamaya, uygulamaya ve eleştirel değerlendirmeye dayalı göstergelere de odaklanılmıştır. Bloom'un taksonomik yaklaşımı, bu göstergelerin sistematik ve gelişimsel bir biçimde yapılandırılmasına olanak sağlayacak bir yapının kurulmasını mümkün kılmıştır.

Ölçek Madde Havuzunun Oluşturulması: Kuramsal dayanaklar ve sağlık okuryazarlık kavramının boyutları göz önüne alınarak, 60-72 aylık çocuklar için sağlık okuryazarlığının içeriğini oluşturmaya yönelik bireysel görüşmelerle ihtiyaç analizi gerçekleştirilmiştir. İhtiyaç Analizi Formu uzman görüşlerine sunularak (çocuk gelişimi, okul öncesi öğretmenliği, tıp, hemşirelik ve istatistik alanlarında çalışan) kapsam geçerliği sağlanmıştır. 60-72 aylık sekiz çocuk, 60-72 aylık çocuğu olan dört ebeveyn ve dört alan uzmanı olmak üzere toplam 16 katılımcı ölçüt örneklemesi kullanılarak seçilmiştir ve ihtiyaç analizi görüşmeleri yapılmıştır. İhtiyaç analizi kapsamında yapılan yüz yüze bireysel görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular Çizelge 3.1-3.3'te yer almaktadır. Kuramsal temeller, ihtiyaç analizi sonuçları, uzman görüşleri, 60-72 aylık çocukların gelişim özellikleri, örnek ölçekler doğrultusunda sağlık okuryazarlık boyutlarını içeren geniş bir madde havuzu hazırlanmıştır. Madde havuzu sağlık okuryazarlığının bilgi, beceri ve tutum boyutlarına ilişkin 27 madde içerisindeki 44 sorudan oluşmaktadır. Madde havuzunda yer alan sorular sağlıkla ilgili temel kavramlar (sağlık terminolojisini bilme), sağlık çalışanları ve iş tanımları, sağlığını koruma ve hastalık belirtilerini anlama, sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarına, doğru ve güvenilir bilgiye erişebilme, sağlık kaynaklarını doğru okuma, sağlıklı yaşam biçimi davranışları (kişisel sağlık bedensel sağlık ruhsal sağlık, sağlıklı beslenme, uyku düzeni ve sağlık iletişimi konularını içeren sorulardan oluşmaktadır. Madde havuzunun kapsayıcı olması amacıyla 60-72 aylık çocukların yaş ve gelişim özelliklerine uygun olan çeşitli teknikler; açık uçlu sorular, Likert tipi sorular, resimli kartlarla ilişkili sorular (iki resimli kartın arasında olması gereken olayı bilme, resimli kartları sıraya dizme, resimli kartları eşleştirme) ile öykülerden yararlanılarak sorular hazırlanmıştır.

Madde havuzu oluşturmak için çocuklarla gerçekleştirilen ihtiyaç analizi görüşmelerinin ve çocukların çizdikleri resimlerin bulguları Çizelge 3.1'de, ebeveynlerle yapılan ihtiyaç analizi görüşmelere ait bulgular Çizelge 3.2'de, uzmanlarla yapılan ihtiyaç analizi görüşmeleri Çizelge 3.3'te sunulmuştur.

Çizelge 3.1. ÇSOÖ'nün madde havuzunun oluşturulması için çocuklarla yapılan ihtiyaç analizi görüşme sonuçları

Tema	Alt Tema	SOY'un Boyutları	Kodlar
Sağlık ve Hastalık Kavramları	Sağlığın Tanımı	Bilgi	Sağlıkla ilgili temel kavramlar
	Hastalığın Tanımı	Bilgi	Mikrop, hasta olmak
	Hastalığa Neden Olan Faktörler	Bilgi	Sağlıksız beslenme; ilacı kullanmamak
	İyileşme Süreci	Beceri	Evde dinlenmek; okula gitmemek
	Sağlığı Koruma Davranışları	Beceri	Sağlıklı beslenme; hastalık belirtilerini anlama
	Sağlıklı Yaşam Biçimi	Tutum	Sağlıklı yaşam davranışları geliştirme
Sağlık Bilgisine Erişim ve Bilgi Kaynakları	Sağlık Bilgisi Kaynakları	Bilgi	Doktor; doğru ve güvenilir bilgiye erişim
	Sağlık Kaynaklarını Okuma	Bilgi	Sağlık kaynaklarını doğru değerlendirme
Sağlık Çalışanları ve Sağlık Hizmetleri	Sağlık Çalışanlarının Tanımı	Bilgi	Doktor; hasta olunca iyileştiren kişi
	Sağlık Hizmeti Uygulamaları	Bilgi/Beceri	Doktor, muayene, iğne işlemi, tedavi
Sağlık Okuryazarlığı Algısı	Sağlık Okuryazarı Olmak	Bilgi	Doktor olmak

Çizelge 3.1'e dayalı ihtiyaç analizi bulguları, geliştirilen ÇSOÖ madde havuzunda yer alması gereken temel alanları göstermektedir. Görüşmeler, çocukların sağlık ve hastalık kavramlarını günlük yaşam deneyimlerine dayalı, sınırlı ve çoğunlukla davranış odaklı bir çerçevede tanımladıklarını ortaya koymuştur. Sağlığı sağlıklı beslenme ve temizlik gibi günlük rutinlerle ilişkilendirmeleri; hastalığı ise mikrop ve hasta olmak gibi daha basit açıklamalarla ifade etmeleri, ölçeğin temel sağlık ve hastalık kavramlarını tanımaya yönelik maddeler içermesini gerekli kılmıştır. Hastalık nedenlerini sağlıksız beslenme veya ilaç içmeme gibi tek yönlü faktörlerle açıklamaları, hastalık nedenlerini ve belirtilerini anlama becerisinin ölçülmesi gerektiğini göstermiştir. Ayrıca çocukların iyileşme sürecini dinlenme ve okula gitmeme gibi somut davranışlarla açıklamaları, iyileşme ve kendini koruma sürecine ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmiştir. Sağlık bilgisine

erişimde doktor ve aileyi temel kaynak olarak belirtmeleri ise bilgi güvenirliğini değerlendirme ve doğru bilgiye erişim becerilerinin yer alması gerektiğini göstermiştir. Bu bulgular, geliştirilen ölçeğin çocukların temel sağlık bilgisini, hastalıkla baş etme ve korunma becerilerini, güvenilir bilgiye erişim ve değerlendirme yetilerini bütüncül olarak ölçen bir yapıda olması gerektiğine işaret etmiştir.

Çizelge 3.2. ÇSOÖ'nün madde havuzunun oluşturulması için ebeveynlerle yapılan ihtiyaç analizi görüşme sonuçları

Tema	Alt Tema	SOY'un Boyutları	Kodlar
Sağlık ve Hastalık Kavramları	Sağlığın Temel Kavramları	Bilgi	Sağlıklı beslenme; temizlik/hijyen kuralları
	Hastalığın Tanımı ve Belirtileri	Bilgi	Hastalığın ne olduğu; hastalık bulgularını fark etme
	Sağlıklı Yaşam Biçimi	Bilgi	Sağlıklı beslenme; hijyen; spor/aktivite; hareket; düzenli uyku
Sağlığı Koruma ve Önleme Davranışları	Kişisel Korunma Becerileri	Beceri	Hijyen uygulamaları; sağlıklı beslenme; kendini ve çevresini koruma
	Sağlığı Korumak İçin Yapılması Gerekenler	Beceri	Temizlik; sağlıklı beslenme; hastalık belirtilerini anlama ve önleme
Sağlık Bilgisine Erişim ve Bilgi Kaynakları	Sağlık Bilgisi Kaynakları	Bilgi	Anne; baba; aile
	Doğru ve Güvenilir Bilgiye Erişim	Bilgi	Sağlıkla ilgili en doğru bilginin aileden edinilmesi
Sağlık Okuryazarlığı Algısı ve Becerileri	Sağlık Okuryazarlığının Tanımı	Bilgi	Sağlıkla ilgili bilgi sahibi olmak
	İyi Bir Sağlık Okuryazarı Olma Bilgisi	Bilgi	Temel sağlık bilgilerine sahip olma
	İyi Bir Sağlık Okuryazarı Becerileri	Beceri	Kendisini ve çevresini koruma becerileri

Ebeveynlerle yapılan ihtiyaç analizi görüşmeleri, geliştirilen ÇSOÖ'nün madde havuzunda yer alması gereken alanları çocukların sağlık okuryazarlığını destekleme bağlamında daha net biçimde ortaya koymuştur. Ebeveynler, çocukların sağlıkla ilgili temel kavramları sağlıklı beslenme, temizlik ve hijyen kuralları üzerinden öğrendiklerini ifade ederek ölçeğin bu kavramların tanınmasına yönelik maddeler içermesi gerektiğine işaret etmiştir. Hastalığın tanımı ve belirtilerine ilişkin ifadelerin, çocukların hastalık bulgularını fark etme becerilerinin henüz başlangıç düzeyinde olduğunu göstermesi, hastalık belirtilerini tanıma ve yorumlama boyutunun ölçekte yer almasının önemini ortaya koymuştur.

Ebeveynlerin sağlıklı yaşam biçimini; hijyen, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, hareket ve düzenli uyku gibi davranışlarla ilişkilendirmeleri, ölçeğin sağlıklı yaşam alışkanlıklarını kapsayan maddeler barındırması gerektiğini göstermiştir. Ayrıca çocukların kişisel korunma becerilerinin hijyen uygulamaları, sağlıklı beslenme ve çevresel risklerden korunma gibi davranışlarla sınırlı olduğunu belirtmeleri, ölçekte koruyucu sağlık davranışlarını değerlendiren beceri temelli maddelere gereksinim olduğunu ortaya koymuştur. Ebeveynlerin sağlık bilgisi kaynağı olarak aileyi öne çıkarması ve en doğru bilginin aileden edinildiğini vurgulaması, bilgiye erişim ve bilgi güvenirliğini değerlendirme alanlarının ölçek kapsamında yer alması gereken kritik boyutlar olduğunu göstermiştir. Sonuçlar ölçeğin yalnızca bilişsel düzeyde değil, aynı zamanda davranışsal koruyucu beceriler açısından da bütüncül biçimde ölçmesi gereken alanlara işaret etmiştir (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.3. ÇSOÖ'nün madde havuzunun oluşturulması için uzmanlarla yapılan ihtiyaç analizi görüşme sonuçları

Tema	Alt Tema	SOY'un Boyutları	Kodlar
Sağlık ve Hastalık Kavramları	Hastalığın Tanımı	Bilgi	Mikrop; hasta olmak
	Hastalığın Belirtileri	Bilgi	Hastalık belirtilerinin fark edilmesi
Sağlığı Koruma ve Önleme Davranışları	Sağlığı Korumak İçin Yapılması Gerekenler	Beceri	Sağlıklı beslenme; elleri yıkama; hijyen uygulamaları
	Sağlığı Korumada Tutumlar	Tutum	Sağlıklı yaşam davranışları geliştirme isteği
Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynakları	Bilgi Kaynakları	Bilgi	Anne; baba; aileden bilgi alma
	Doğru ve Güvenilir Bilgiye Erişim	Bilgi	En doğru bilginin aileden edinilmesi
Sağlık Okuryazarlığı Algısı	Sağlık Okuryazarlığının Tanımı	Bilgi	Sağlıkla ilgili bilgi sahibi olmak
	İyi Bir Sağlık Okuryazarı Olmak	Bilgi	Temel sağlık bilgilerine sahip olma
	Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Beceriler	Beceri	Kendisini ve çevresini koruma

Çizelge 3.3 incelendiğinde, uzmanlarla yapılan ihtiyaç analizi görüşmeleri geliştirilen ÇSOÖ madde havuzunda yer alması gereken içerik alanlarını sistematik biçimde ortaya koymuştur. Uzmanlar, çocukların hastalık kavramını daha çok mikrop ve hasta olmak üzerinden tanımladıklarını ve hastalık belirtilerini fark etme becerilerinin gelişimsel olarak sınırlı olabileceğini belirterek ölçeğin temel hastalık bilgisi ve belirtileri tanıma boyutlarını içermesi gerektiğine dikkat çekmiştir. Sağlığı koruma ve önleme davranışlarında uzmanların

özellikle sağlıklı beslenme, el yıkama ve hijyen uygulamalarına vurgu yapmaları, ölçeğe beceri boyutunda koruyucu sağlık davranışlarını ölçen maddelerin eklenmesinin gerekli olduğunu göstermiştir. Ayrıca sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirmeye yönelik tutumların çocuklarda desteklenmesi gereken bir alan olarak ifade edilmesi, ölçeğin tutum boyutunu da kapsamının içine alması gerektiğini işaret etmiştir. Uzmanlar, sağlık bilgisine erişimde aileyi temel kaynak olarak görmenin çocuklar için doğal bir eğilim olduğunu belirtmiş; bu nedenle bilginin kaynağını tanıma ve güvenilir bilgiye erişimi değerlendirme becerilerinin ölçekte yer alması gerektiğini vurgulamıştır. Tüm bu bulgular, ÇSOÖ madde havuzunun çocukların sağlık okuryazarlığını bilgi, beceri ve tutum boyutlarıyla bütüncül biçimde değerlendirmesini sağlayacak yapıların ölçekte yer almasının gerekli olduğunu ortaya koymuştur.

Madde Havuzunun Uzman Görüşlerine Sunulması: Oluşturulan madde havuzuna uzman görüşü alınması amacıyla "Madde Havuzu Uzman Görüş Formu" hazırlanmıştır. Madde havuzunun uzman görüşlerine yönelik bir kılavuz hazırlanmış, uzmanların bu kılavuz doğrultusunda ölçeğin madde havuzunu değerlendirmeleri beklenmiştir. Sonuç olarak hem taslak ölçek maddeleri hem de ölçeğin uygulama yönergesini değerlendirmeleri istenmiştir. Çocuk gelişimi alanında çalışan üç akademisyen, sağlık alanında çalışan bir çocuk gelişimci, akademisyen iki hemşire, pediatri hekimi bir akademisyen, okul öncesi alanında bir akademisyen, iki okul öncesi öğretmeni, bir ölçme ve değerlendirme alanında akademisyen, pedodonti alanında akademisyen bir diş hekimi, beslenme ve diyetetik alanında bir akademisyen olmak üzere toplam 13 uzman ölçeğin madde havuzuna geri bildirim vermiştir. Geri bildirimler maddelerin uygunluk, açıklık, kapsam yeterliğine yöneliktir.

Ölçek madde havuzu için gelen 13 uzman görüşü incelenmiştir. Çizelge 3.4'e göre, uzmanlardan gelen dönütler sonrasında KGO hesaplanmış (Çıkrıkçı, 2023), 27 madde, 44 sorudan oluşan madde havuzundan KGO'su 0,54'ün altında kalan 13 madde çıkarılmıştır. Böylelikle 14 maddeden oluşan bir taslak form elde edilmiş "Ön Uygulama Formu" maddeleri oluşturulmuştur.

Çizelge 3.4. ÇSOÖ ön uygulama formunun kapsam geçerliğine ilişkin sonuçlar

Madde No	Uygun	Kısmen Uygun	Uygun Değil	KGO
1.	12		1	0,85
2.	12		1	0,85
3.	8	4	1	**0,23**
4.	9	3	1	**0,38**
5.	5	6	2	**-0,23**
6.	8	3	2	**0,23**
7.	9	3	1	**0,38**
8.	10	3		0,54
9.	11	2		0,69
10.	10	2	1	0,54
11.	9	4		**0,38**
12.	8	3	2	**0,23**
13.	10	2	1	0,54
14.	9	3	1	**0,38**
15.	11	2		0,69
16.	10	2	1	0,54
17.	10	3		0,54
18.	11	2		0,69
19.	9	4		**0,38**
20.	10	2	1	0,54
21.	8	2	3	**0,23**
22.	11	2		0,69
23.	11	2		0,69
24.	9	3	1	**0,38**
25.	7	5	1	**0,08**
26.	9	2	2	**0,38**
27.	10	2	1	0,54

Kapsam geçerlilik oranı hesaplaması Lawshe Tekniğine göre yapılmış, buna göre her bir maddenin geçerlilik oranı (KGO) aşağıdaki formüle göre hesaplanmıştır (Lawshe, 1975).

$$CVR = (n_e - (N / 2)) / (N / 2)$$

n_e: Bir maddenin "gerekli" olduğunu belirten uzman sayısı

N: Toplam uzman sayısı

Bu formüle göre her madde için -1 ile +1 arasında bir değer elde edilmektedir. Hesaplanan CVR değerleri, Lawshe'nin (1975) belirlediği yöntem ve Ayre ve Scally'nin (2014) güncelledikleri minimum kabul değerleri ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Ölçek Ön Uygulama Formunun Oluşturulması: Uzman görüşleri doğrultusunda düzenlenmiş, örnek bir madde için hazırlanmış siyah-beyaz ve renkli çizimler incelenerek çizimlerin renkli yapılmasının uygun olacağına karar verilmiştir. Bu doğrultuda ölçekte yer alan sorulara ilişkin resimler çizer tarafından çizilerek "Ön Uygulama Formu" hazırlanmıştır. Ön Uygulama Formu çocuk gelişimi alanında uzman iki akademisyen ve ölçme ve değerlendirme alanında uzman bir akademisyen olmak üzere toplam üç uzmana gönderilmiş, geri bildirimler alınarak düzenlenmiştir. Geliştirilen ölçeğin Ön Uygulama Formu ile hedef kitleden seçilen 11 çocukla ön pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön pilot uygulamanın amacı, soruların anlaşılırlığının ve ölçeğin ortalama kaç dakikada cevaplandığının tespiti içindir. Ön pilot çalışma sonucunda ölçekteki soruların sırası basitten zora olacak şekilde düzenlenmiş, bazı soruların yönergelerine eklemeler yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması için hazır hale getirilen ölçeğin Ön Uygulama Formu 14 madde, 37 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin puanlaması; tam ve doğru cevaplar "iki"; kısmî cevaplar "bir"; yanlış ve yanıtsız cevaplar "sıfır" olarak belirlenmiştir. İlk 15 madde kısmi puanlanırken (sıfır, bir, iki), 16-37 arasındaki maddeler "sıfır" ya da "iki" olarak puanlanmaktadır.

ÇSOÖ'nün Psikometrik Özellikleri: Kapsam geçerliği sağlanan, pilotlama çalışması yapılan ölçek çocuklara uygulanarak psikometrik özellikleri test edilmiştir. Bu kapsamda AFA ve DFA uygulanarak ölçeğin yapı geçerliği, madde toplam korelasyonları, Cronbach Alfa ve TTT ile güvenirliği test edilmiştir.

Yapı Geçerliği: 60-72 ay aralığındaki çocukların sağlık okuryazarlıklarını ölçmek amacıyla geliştirilen sıfır, bir, iki olarak üçlü Likert tipi derecelendirilen 14 madde, 37 soruluk ölçek 186 çocuğa uygulanmıştır. Ölçeğin faktöriyel geçerliğini ortaya koymak amacıyla, geçerlik çalışması kapsamında toplanan verilere önce AFA uygulanmıştır. Ölçek geliştirme sürecinde faktör yüklerinin en az 0,30 düzeyinde olmasının kabul edilebilir, 0,40 üzerindeki yüklerin daha önemli ve 0,50 ve üzerinin yüksek ve anlamlı olarak değerlendirilmesi (Hair vd., 2019) ile literatürde geliştirme aşamasındaki ölçek maddelerinin kabul edilebilir sayılabilmesi için faktör yüklerinin en az 0,32'nin üzerinde olması gerektiğine yönelik öneri (Tabachnick ve Fidell, 2013) birlikte ele alındığında, öncelikle uygulanan AFA sonrasında faktör yapısının doğrulanması ve maddelerin ölçmek istenen yapıyla uyumlu olup olmadığının belirlenmesine yönelik analizler gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, bir maddenin aynı anda iki farklı faktörde yük alması durumunda, bu yükler arasındaki farkın 0,10'dan daha az olmaması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu ölçütler, maddelerin hangi faktör altında yer alması gerektiğini belirlemede yol gösterici olup, ölçeğin yapısal geçerliğini güçlendirmektedir. Gerçekleştirilen

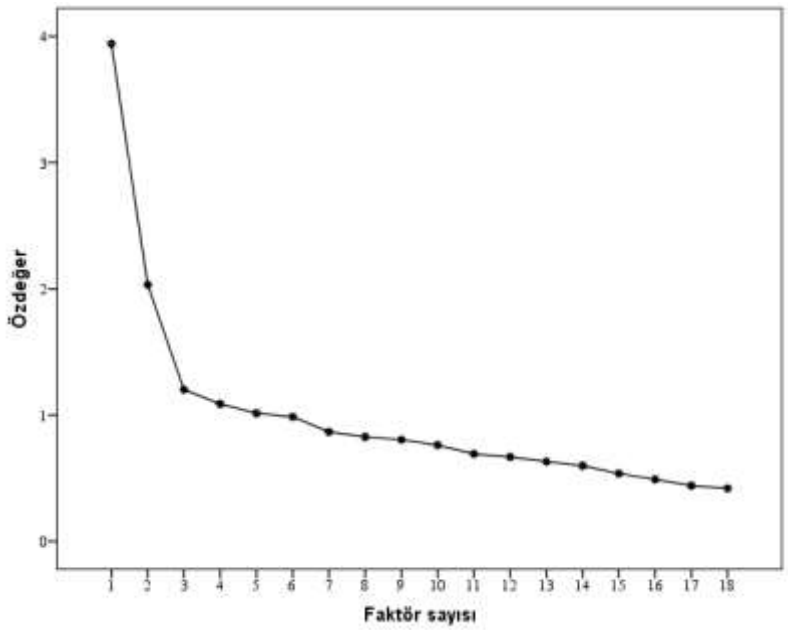
faktör analizi sonucunda iki faktörlü bir yapısının olduğu gözlenmiştir. Dolayısıyla veriler iki faktörle sınırlandırılarak temel eksen faktörleştirme yöntemiyle çözümleme yapılmıştır.

Yapılan faktör analizinde ikinci, on birinci, on altıncı, on dokuzuncu maddeler, yirmi bir ile yirme beşinci maddeler arası ile otuz birinci ile otuz yedinci maddeler arasındaki maddelerin faktör yükünün 0,32 değerinden düşük olduğu bulunmuş ve bu maddeler ölçekten çıkarılarak ikinci kez AFA yapılmıştır. On yedinci maddenin faktör yükü 0,32 değerinden düşük bulunduğu için çıkarılarak üçüncü kez AFA yapılmıştır. On üçüncü maddenin iki faktördeki yükleri arasındaki fark 0,10 değerinden küçük bulunduğu için bu madde de ölçekten çıkarılarak dördüncü kez AFA yapılmıştır. On dördüncü maddenin iki faktördeki yükleri arasındaki fark 0,10 değerinden küçük bulunduğu için bu maddede ölçekten çıkarılarak beşinci kez AFA yapılmıştır. 18 madde olarak ölçeğin faktöriyel yapısı netleşmiştir. Faktör analizine ilişkin açıklanan varyans çizelgesi Çizelge 3.5'te gösterilmiştir.

Çizelge 3.5. ÇSOÖ'nün faktör analizine ilişkin açıklanan varyanslar

Faktörler	Özdeğer	Açıklanan Varyans %	Birikimli Varyans %
1	3,941	21,896	21,896
2	2,033	11,294	33,190
3	1,201	6,674	39,864
4	1,087	6,042	45,906
5	1,014	5,634	51,540
6	0,986	5,476	57,016
7	0,867	4,817	61,833
8	0,827	4,596	66,429
9	0,804	4,469	70,898
10	0,762	4,232	75,130
11	0,692	3,844	78,974
12	0,668	3,712	82,686
13	0,631	3,506	86,192
14	0,598	3,324	89,517
15	0,537	2,982	92,498
16	0,490	2,724	95,222
17	0,441	2,449	97,671
18	0,419	2,329	100,000

Açıklanan toplam varyans çizelgesi incelendiğinde, 18 maddeden oluşan ölçeğin özdeğeri birin üzerinde olan beş ayrı faktöre sahip olduğu görülmüştür. Fakat özdeğeler ve yamaç grafiğine göre ölçeğin baskın düzeyde iki faktörü bulunmaktadır. İki faktörlü ölçekle ölçülen özelliğin %33'ü ölçülmektedir. Özdeğerlere ilişkin grafik Şekil 3.2'de gösterilmiştir.



Şekil 3.2. ÇSOÖ'nün özdeğerlere ilişkin faktör grafiği

Ölçek verilerinin AFA analizine uygunluğu ile birlikte 18 maddelik ölçeğin 158 kişilik çalışma grubunun büyüklüğünün yeterliliğine ilişkin sonuçlar Çizelge 3.6'da gösterilmiştir.

Çizelge 3.6. ÇSOÖ verilerinin çalışma grubu büyüklüğünün yeterliliğine ilişkin sonuçları

KMO çalışma grubu yeterliliği	0,805
Bartlett's Küresellik testi	Ki-kare değeri= 577,801 Sd= 153 p=0,000

KMO istatistiğinin 0,805 olduğu gözlenmiştir. Bu istatistik değerinin 0,50'nin üzerinde olması, elde edilen veriler açısından çalışma grubu büyüklüğünün yeterli kabul edildiğini göstermektedir (Tabachnick ve Fidell, 2001). Bartlett küresellik testi, değişkenlerin faktör analizine geçebilmek için yeterli korelasyona sahip olup olmadığını test eder; burada elde edilen p değerinin 0,05'ten küçük çıkması değişkenler arasında anlamlı korelasyonların bulunduğunu göstermektedir (Sigudla ve Maritz, 2023). Bu doğrultuda, uygulama sonucunda maddelere ait puanların istatistiksel açıdan birbirinden farklı varyanslar gösterdiği belirlenmiştir. Bir başka deyişle, ölçek verileri faktör analizine uygun olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). İki faktörlü 18 maddelik ölçeğin sıralanmış faktör yükleri Çizelge 3.7'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.7. ÇSOÖ sıralanmış faktör yükleri

Madde No	Faktör 1	Faktör 2
M20	0,551	
M6	0,507	
M3	0,503	
M7	0,490	
M5	0,474	
M9	0,455	
M12	0,431	
MS8	0,418	
M15	0,388	
M4	0,383	
M18	0,379	
M10	0,378	
M1	0,363	
M27		0,668
M28		0,646
M29		0,593
M26		0,514
M30		0,395

M: Madde

Comrey ve Lee (2013), faktör yük değerlerinin 0,32 ve altı zayıf, 0,32-0,45 arası orta, 0,45- 0,55 arası iyi; 0,55- 0,63 arası çok iyi ve 0,63 ve üzeri mükemmel olarak önermektedirler (Tirrell vd., 2024). Tüm maddelerin 0,32 değerinden yüksek faktör yüküne sahip olduğu gözlenmiştir. Maddelerin faktör yüklerinin 0,363 ile 0,668 arasında değiştiği gözlenmiştir.

Ölçeğin güvenirliği Cronbach Alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. On sekiz maddeden oluşan ölçek için Cronbach Alfa değeri 0,781 olarak bulunmuş ve ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğu görülmüştür. Güvenirlik katsayısı 0 ile +1 arasında değişmekte olup, Hair vd. (2019) ile Taber (2018) tarafından en az 0,70 değerinin uygun olduğu belirtilmektedir. Katsayının bire yaklaşması, ölçeğin güvenirliğinin arttığını göstermesi açısından tercih edilen bir durumdur. Ölçek maddelerine ilişkin, madde geçerlik katsayısı olarak da bilinen madde-toplam korelasyonları ise Çizelge 3.8'de sunulmuştur. Madde geçerliği, test ya da ölçek geliştiricilere ilgili maddenin ölçmek istediği özelliği ne ölçüde yansıttığına dair sayısal göstergeler ve yargısal ipuçları sağlayan bir kavramdır (Otbiçer Acar, 2020).

Çizelge 3.8. ÇSOÖ madde toplam korelasyonları

	Madde No	Madde-toplam korelasyonu	Cronbach'ın Alfa Katsayısı
Faktör 1	**M1**	0,308	0,768
	M3	0,425	
	M4	0,360	
	M5	0,455	
	M6	0,439	
	M7	0,468	
	M8	0,388	
	M9	0,403	
	M10	0,279	
	M12	0,397	
	M15	0,368	
	M18	0,364	
	M20	0,472	
Faktör 2	**M26**	0,426	0,707
	M27	0,518	
	M28	0,550	
	M29	0,474	
	M30	0,354	

İlk faktöre ait iç tutarlılık katsayısı 0,768, ikinci faktörün iç tutarlılığı ise 0,707 olarak saptanmıştır. Madde geçerliğini gösteren bu katsayı, bir ilişki katsayısı olması nedeniyle -1,00 ile +1,00 arasında değişebilmektedir. Maddeler ile toplam puanlar arasındaki korelasyon değerlerinin 0,279 ile 0,550 arasında değiştiği görülmüştür. Tüm maddelerin madde-toplam korelasyon katsayılarının 0,20'nin üzerinde olması, herhangi bir maddenin ölçekten çıkarılmasını gerektirecek bir durum olmadığını göstermektedir.

Alt-Üst Grup Yöntemiyle Madde Analizi: Ölçek maddelerinin geçerliği için aynı zamanda alt-üst grup yöntemiyle madde analizine başvurulmuştur. Toplam ölçek puanları sıralandıktan sonra 186 kişilik veri setinden %27 oranda alt ve üst gruplar seçilmiştir. Üst grupta 154 kişinin toplam ölçek puanının sınır değeri 3,63 puan olması sebebiyle bu puan ve üzerinde alan kişi sayısı 157 kişi bulunmuştur. Alt grupta sınır puan 2,50 puan olup 162 kişi alt grupta yer almıştır.

Alt ve üst gruplara göre madde puan ortalamalarının arasında anlamlı bir farkın olup olmadığı bağımsız örneklemler için t testi ile yapılmış ve sonuçları Çizelge 3.9'da gösterilmiştir.

Çizelge 3.9. ÇSOÖ'nün alt-üst grup yöntemine ilişkin sonuçlar

	Madde No	Grup	Ortalama	Std. sapma	Madde Güçlüğü	t	p
Faktör 1	**M1**	Alt	0,96	0,528	0,48	-5,148	0,000
		Üst	1,48	0,535	0,74		
	M3	Alt	0,59	0,698	0,30	-8,238	0,000
		Üst	1,63	0,655	0,82		
	M4	Alt	0,12	0,382	0,06	-5,392	0,000
		Üst	0,79	0,826	0,40		
	M5	Alt	0,29	0,540	0,15	-9,956	0,000
		Üst	1,44	0,667	0,72		
	M6	Alt	0,59	0,698	0,30	-8,739	0,000
		Üst	1,65	0,600	0,83		
	MS7	Alt	0,18	0,434	0,09	-8,560	0,000
		Üst	1,11	0,675	0,56		
	M8	Alt	0,18	0,434	0,09	-6,870	0,000
		Üst	0,95	0,705	0,48		
	M9	Alt	0,35	0,483	0,18	-7,679	0,000
		Üst	1,08	0,517	0,54		
	M10	Alt	0,14	0,348	0,07	-6,116	0,000
		Üst	0,79	0,699	0,40		
	M12	Alt	0,29	0,610	0,15	-7,724	0,000
		Üst	1,35	0,806	0,68		
	M15	Alt	0,18	0,385	0,09	-6,252	0,000
		Üst	0,90	0,756	0,45		
	M18	Alt	0,16	0,543	0,08	-9,126	0,000
		Üst	1,46	0,895	0,73		
	M20	Alt	0,39	0,802	0,20	-11,449	0,000
		Üst	1,84	0,545	0,92		
Faktör 2	**M26**	Alt	0,00	0,000	0,00	-12,099	0,000
		Üst	1,36	0,939	0,68		
	M27	Alt	0,00	0,000	0,00	-13,258	0,000
		Üst	1,44	0,906	0,72		
	M28	Alt	0,00	0,000	0,00	-9,963	0,000
		Üst	1,18	0,990	0,59		
	M29	Alt	0,00	0,000	0,00	-11,752	0,000
		Üst	1,33	0,949	0,67		
	M30	Alt	0,00	0,000	0,00	-6,570	0,000
		Üst	0,77	0,979	0,39		

Alt-üst grup yöntemiyle yapılan madde analizine göre tüm maddelerin ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bir başka deyişle ölçek maddelerinin madde geçerliğinden söz edilebilmektedir.

Madde Güçlüğüne İlişkin Sonuçlar: Ölçeğin doğru ve yanlış cevapları bulunduğu için maddelerin madde güçlük katsayıları hesaplanmış ve Çizelge 3.10'da gösterilmiştir.

Çizelge 3.10. ÇSOÖ'nün madde güçlük katsayıları

Madde No	Madde Güçlüğü
M1	0,61
M3	0,60
M4	0,20
M5	0,44
M6	0,60
M7	0,31
M8	0,27
M9	0,41
M10	0,24
M12	0,44
M15	0,29
M18	0,22
M20	0,32
M26	0,36
M27	0,34
M28	0,27
M29	0,33
M30	0,18

Madde güçlüklerinin 0,18 ile 0,61 arasında değişmektedir. 18 maddelik formun ortalama güçlüğü 0,36 olarak hesaplanmıştır. Bu değer nispeten güç olarak değerlendirilebilir.

TTT Güvenirliği: AFA yapılan ölçek 20 çocuğa tekrar uygulanmış ve iki uygulama arasındaki kararlılık Spearman korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır (Çizelge 3.11).

Çizelge 3.11. ÇSOÖ'nün AFA ve TTT uygulamaları arasındaki kararlılık

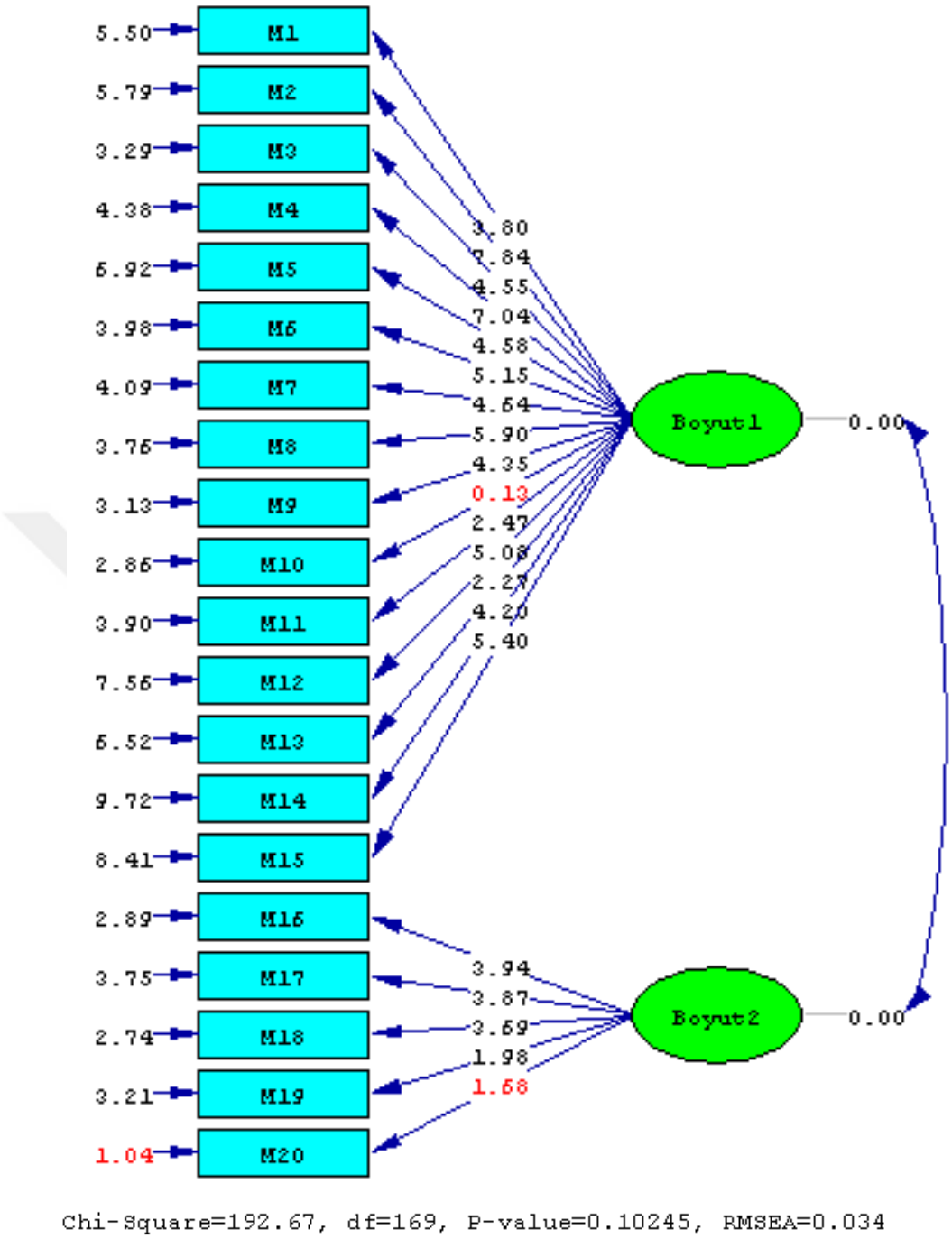
	Faktör 1	Faktör 2
r	0,634	0,349
p	**0,003**	0,131
n	20	20

Ölçeğin faktöriyel yapısı iki faktörle açıklandığı için toplam ölçek puanları her bir faktör için ayrı ayrı hesaplanmıştır. 13 maddelik birinci faktörden elde edilen alt ölçek puanlarının tekrarlanan uygulamalara göre ilişki katsayısı 0,634'dır. Bu katsayı pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde bulunmuştur. Ancak ikinci faktördeki beş maddeden elde edilen alt ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayısı 0,349 olarak pozitif yönlü ve orta düzeyde bulunmuştur. Bulunan bu ilişki anlamlı değildir. Yani bu ilişki tesadüfidir. Bu noktada TTT güvenirliği için yapılan uygulamada 20 çocuğun bulunması (küçük çalışma grubu) nedeniyle gerçekte sonuçlar değişkenlik gösterebileceği gibi küçük çocuklarla yapılan çalışmalarda kullanılan formlarda güvenirlik katsayıları yetişkinlere göre daha düşük elde edilmektedir. Bu nedenle tekrarlanan uygulamalar arasındaki korelasyon katsayılarının yönüne odaklanılabilir. Korelasyon katsayılarının yönü pozitiftir. Pozitif katsayı, birinci uygulamadaki puanlar ile ikinci uygulamadaki puanların doğrusal yönde hareket ettiğini göstermektedir.

DFA Analizi Öncesi Ölçeğin Oluşturulması: Ölçeğin AFA sonuçları doğrultusunda çıkarılan maddeler arasından iki soru minör revizyonlar yapılarak ölçeğe dahil edilmiş, toplam 20 maddeli ölçek ile DFA verileri toplanmaya başlanmıştır.

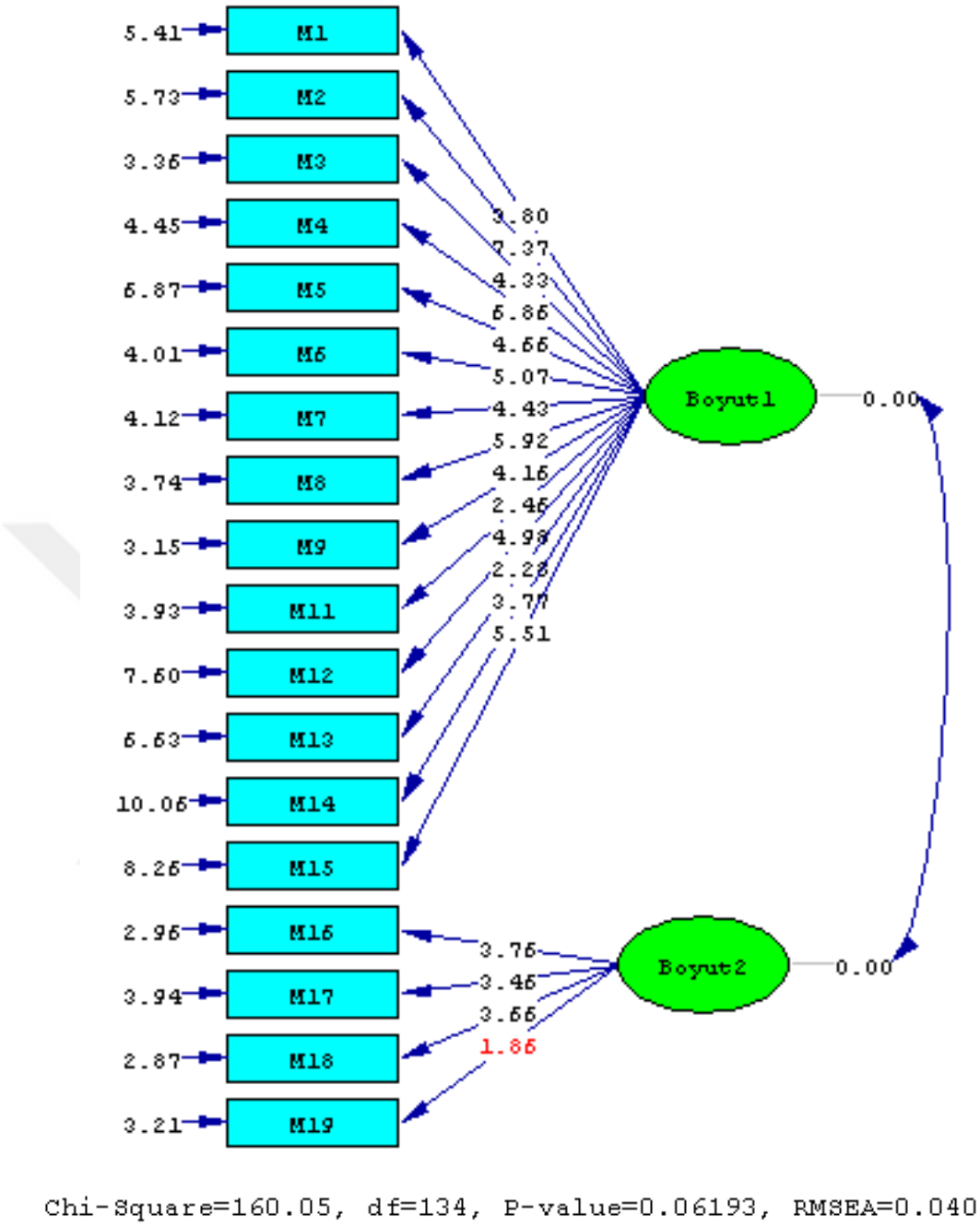
Ölçeğin DFA ile Geçerlik Doğrulanması: İki faktörden oluşan ve toplam 20 maddelik ölçek için DFA uygulanmıştır. Analizlerde kullanılmak üzere 122 çocuktan veri toplanmıştır. Maddeler arasında çoklu normallik varsayımının sağlanmadığının belirlenmesi üzerine, parametre tahmini için Çapraz Ağırlıklı En Küçük Kareler yöntemi tercih edilmiştir.

Ölçek maddelerinin her birinin ölçülen özellikle gözlenen özellik arasındaki t değerlerinin anlamlı olup olmadığı incelenmiştir. Şekil 3.3'te gözlendiği üzere ilk boyutta onuncu madde ve ikinci boyutta yirminci maddenin t değerleri anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$).



Şekil 3.3. ÇSOÖ maddelerine ilişkin ilk yol grafiği

Bu iki madde ölçekten çıkarılarak ikinci kez DFA yapılmıştır. İkinci kez yapılan DFA'da Şekil 3.4'te görüldüğü üzere on dokuzuncu maddenin t değeri anlamlı bulunamamıştır (p>0,05). Bu madde de çıkarılarak üçüncü kez DFA yapılmıştır.



Şekil 3.4. İkinci kez DFA yapılan ÇSOÖ yapısına ilişkin yol grafiği

Yapılan analizde 17 maddenin ölçülen örtük özellikle olan ilişkisi anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). 17 maddeye ilişkin faktör yük değerleri, t değerleri ve r^2 (açıklanan varyans) değerleri Çizelge 3.12'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.12. ÇSOÖ'ye ilişkin faktör yükleri, açıklanan varyans (r^2) ve t değerleri

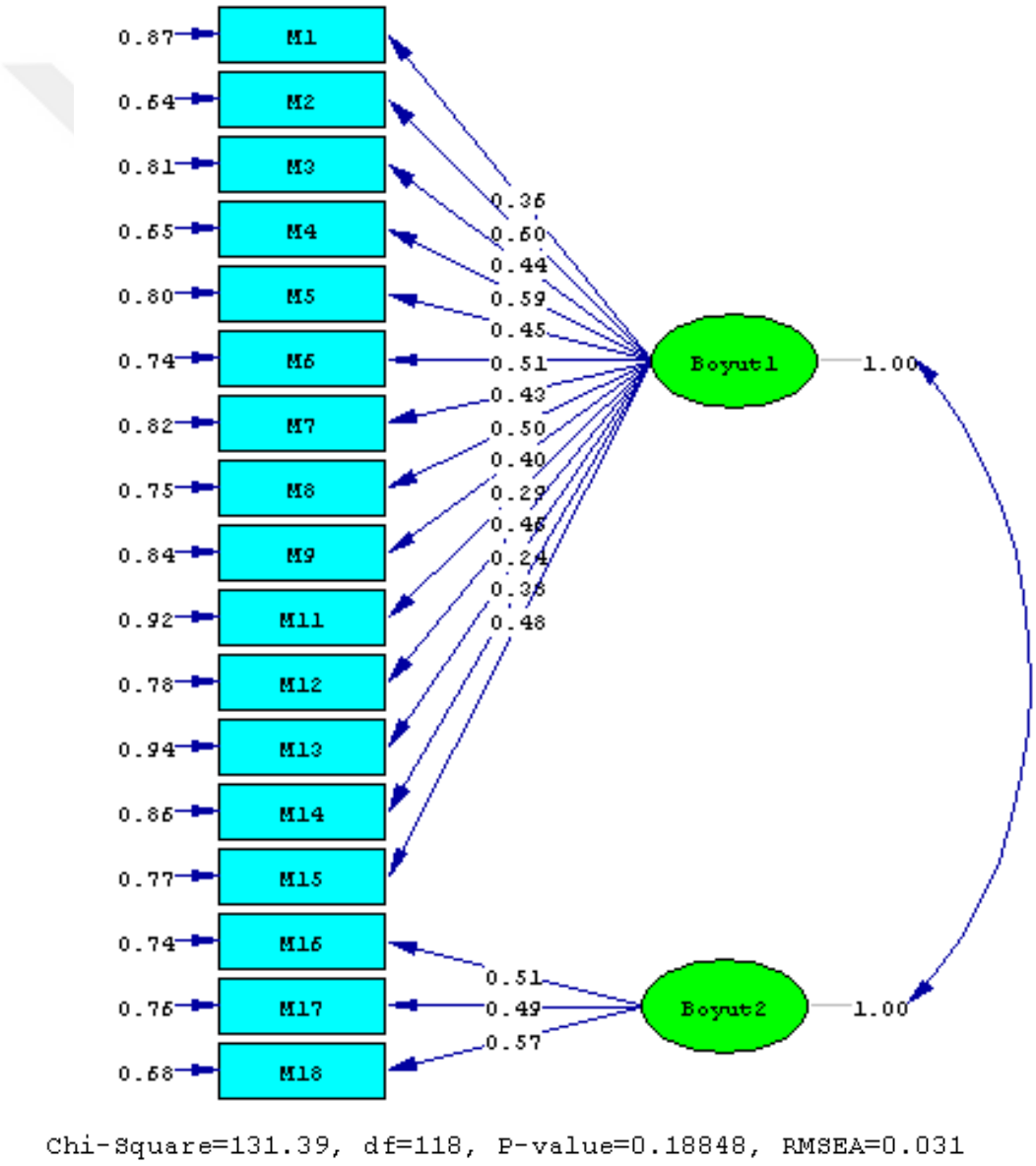
Alt Boyutlar	Madde No	Faktör Yükü	r^2	t değeri
Boyut 1	**M1**	0,36	0,13	3,97
	M2	0,60	0,36	7,86
	M3	0,44	0,19	4,37
	M4	0,59	0,35	7,36
	M5	0,45	0,20	4,76
	M6	0,51	0,26	5,24
	M7	0,43	0,18	4,64
	M8	0,50	0,25	6,18
	M9	0,40	0,16	4,25
	M11	0,29	0,08	2,55
	M12	0,46	0,22	5,27
	M13	0,24	0,06	2,36
	M14	0,38	0,14	3,95
	M15	0,48	0,23	5,84
Boyut 2	**M16**	0,51	0,26	3,75
	M17	0,49	0,24	3,43
	M18	0,57	0,32	3,52

Faktör yüklerinin 0,24 ile 0,60 arasında değiştiği görülmüştür. Uyum indeksleri ise elde edilen verilerin oluşturulan modele ne ölçüde uygun olduğunu değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu bağlamda, iki boyuttan ve 17 maddeden oluşan ölçeğe ilişkin model-veri uyum indeksleri Hu ve Bentler (1999) Kline (2023) ile Schumacker ve Lomax (2016) tarafından önerilen ölçütler doğrultusunda incelenmiş ve sonuçlar Çizelge 3.13'te sunulmuştur.

Çizelge 3.13. ÇSOÖ maddelerinin faktör yapısı için uyum iyilik indeksleri

İyilik Uyum İndeksi	Kabul Edilebilir Sınır	Değer
X^2/sd	<5 Orta düzeyde <3 İyi uyum	131,39/118 = 1,11
GFI	>0,90	0,97
CFI	>0,90	1,00
NFI	>0,90	0,86
RFI	>0,85	0,84
S-RMR	< 0,08	0,072
RMSEA	< 0,08	0,031

Çizelge 3.10 incelendiğinde, modelin benzerlik oranı ki-kare değeri $\chi^2(118)=131,39$ olarak bulunmuş ve $p<0,01$ düzeyinde anlamlılık göstermiştir. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı $(\chi^2/sd)=1,11$ olarak hesaplanmıştır. Kök ortalama kare yaklaşım hatası (RMSEA)=0,031; standardize edilmiş kök ortalama kare artık değeri (S-RMR)=0,072; karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI)=1,00; uyum iyiliği indeksi (GFI)=0,97; normlanmış uyum indeksi (NFI)=0,86 ve göreli uyum indeksi (RFI)=0,84 olarak elde edilmiştir. Genel olarak bu uyum indeksleri modelin kabul edilebilir düzeyde uyum sağladığını göstermektedir. Bu doğrultuda, ölçeğin 17 maddeden oluşan iki alt boyutlu yapısı doğrulanmıştır. Ölçeğe ait yol diyagramı ise Şekil 3.5'te sunulmuştur.



Şekil 3.5. Son DFA sonrası bulunan ÇSOÖ'nün maddelerine ilişkin yol grafiği

DFA yapılan 122 çocuktan oluşan ikinci veri setine göre 17 maddelik ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,774 olarak yüksek bir iç tutarlılık elde edilmiştir. 14 maddelik ilk boyutun Cronbach Alfa katsayısı 0,758 ve 3 maddelik ikinci boyutun güvenirlik katsayısı 0,549 elde edilmiştir.

Tukey'in Toplanabilirlik Testi Sonuçları: Çizelge 3.14'te elde edilen sonuçlara göre, maddeler arası farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F=20,734, p<0,001). Ayrıca Tukey'in Toplanabilirlik Testi sonucunda, veri setinde anlamlı bir eklenmezlik etkisi saptanmıştır (F=14,350, p<0,001). Bu durum, modelde doğrusal olmayan bir bileşenin bulunduğunu ve verilerin tamamen eklenebilirlik varsayımını karşılamadığını göstermektedir. Bununla birlikte, Tukey'in belirlediği güç değeri (0,632), eklenmezlik düzeyinin yorumlanabilir ve analiz sürecinde dikkate alınabilir sınırlar içinde olduğunu ortaya koymaktadır.

Çizelge 3.14. ÇSOÖ'nün ANOVA ve Tukey'in Toplanabilirlik Testi sonuçları

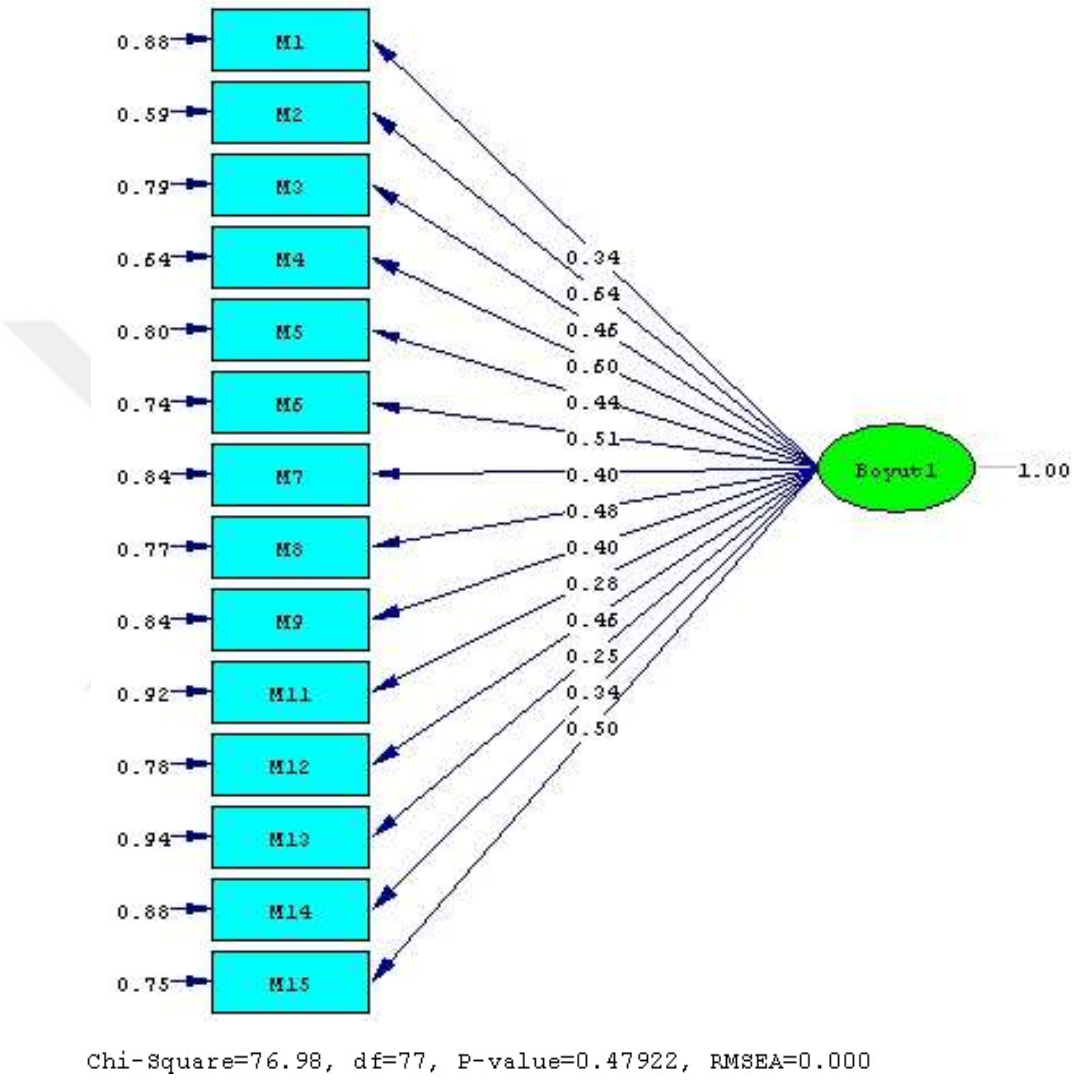
Kaynak	Kareler Toplamı (SS)	sd	Kareler Ortalaması (KO)	F	p
Kişiler Arası	273,929	121	2,264	–	–
Kişi İçi					
– Maddeler Arası	169,868	16	10,617	20,734	**0,000**
– Artık					
— Nonadditivity	7,297[a]	1	7,297	14,350	**0,000**
— Balance	984,011	1935	0,509	–	–
Toplam	991,309	1936	0,512	–	–
Toplam (Kişi İçi)	1161,176	1952	0,595	–	–
Genel Toplam	1435,106	2073	0,692	–	–

***Genel Ortalama** = 0,645*
[a] *Tukey'in gözlemlerin eklenebilirlik varsayımını sağlamak için yükseltilmesi gereken güç tahmini* = 0,632

Tukey Testi sonucunda p değeri 0,05'den küçük bulunduğu için 17 madde için toplanabilirlik özelliğinin bulunduğu söylenememektedir. Bu doğrultuda ölçeğin son hali verilmiştir.

Nihai Haliyle ÇSOÖ Yapısı: 122 çocuktan oluşan ikinci veri setine göre 17 maddelik ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,774 olarak yüksek bir iç tutarlılık elde edilmiştir. 14 maddelik ilk boyutun Cronbach Alfa katsayısı 0,758 ve üç maddelik ikinci boyutun güvenirlik katsayısı 0,549 elde edilmiştir. İkinci boyutun güvenirlik katsayısı 0,700 altında olduğu için

boyut dışı bırakılmıştır (Büyüköztürk vd., 2024). Sonuçta 14 maddeli, tek boyutlu, McDonald's Omega değeri 0,762 ve Cronbach Alfa katsayısı 0,758 olan yüksek iç tutarlığa sahip ölçek elde edilmiştir. Bu yapı, erken çocukluk döneminde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı sunmaktadır (Şekil 3.6).



Şekil 3.6. ÇSOÖ'nün son ölçek yapısına ilişkin yol grafiği

Şekil 3.6'da, geçerlik ve güvenirlik analizleri sonucunda elde edilen 14 maddelik tek boyutlu ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yol grafiği yer almaktadır. Grafikte, her bir maddenin (M1–M15) faktör yükleri ile hata varyansları gösterilmektedir. Faktör yüklerinin 0,28 ile 0,64 arasında değiştiği görülmektedir. DFA uyum indeksleri incelendiğinde, Ki-Kare değerinin anlamlı olmadığı (χ^2=76,98, sd=77, p=0,479), modelin veri ile yüksek uyum gösterdiği anlaşılmaktadır. Ayrıca, RMSEA değerinin 0,000 olması, modelin mükemmel

uyum sağladığını göstermektedir. Bu sonuçlar, ölçeğin tek boyutlu yapısının doğrulandığını ve maddelerin ölçmekte olduğu örtük yapıyla anlamlı ilişkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır.

3.1.2. Deneysel Aşama

Çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerine resimli öykü kitaplarıyla hazırlanan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programının etkisini incelemek amacıyla deney ve kontrol gruplarındaki 60-72 aylık çocuklara ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'leri uygulanmış, elde edilen veriler analiz edilerek sonuçlar çizelgeler ve şekiller halinde aşağıda sunulmuştur.

Çizelge 3.15. Deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait vermiş oldukları cevaplara yönelik ön test sonuçları

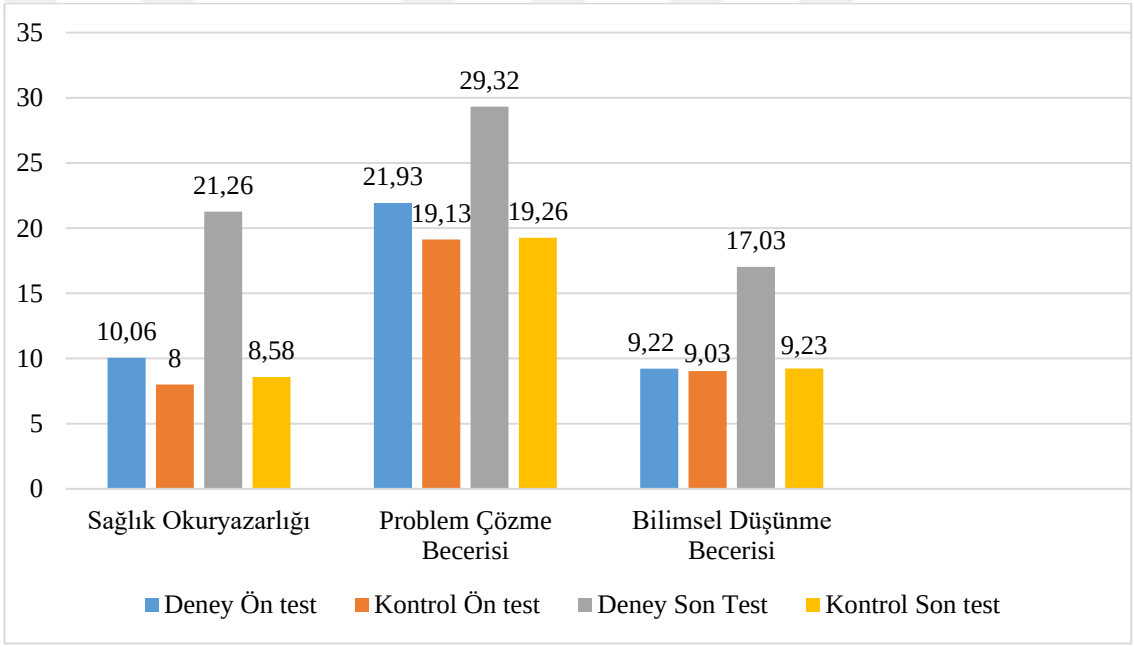
Ölçekler	Ölçüm	n	$\bar{x}$	ss	df	t	p
ÇSOÖ	Deney	31	10,06	3,97	60	1,89	0,06
	Kontrol	31	8,00	4,59			
PÇBÖ	Deney	31	21,93	7,87	60	1,70	0,09
	Kontrol	31	19,13	4,77			
BSBÖ	Deney	31	9,22	3,08	60	0,19	0,85
	Kontrol	31	9,03	4,71			

Çizelge 3.15'te deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait ön test sonuçları görülmektedir. Çizelgede de görüldüğü üzere deney ve kontyrol grubundaki çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel düşünme becerileri arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bir başka ifadeyle çocuklar birbirlerine benzer özellikler göstermektedir.

Çizelge 3.16. Deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait son test sonuçları

Ölçekler	Ölçüm	n	$\bar{x}$	ss	df	t	p	η^2
ÇSOÖ	Deney	31	21,26	3,51	60	13,05	**0,00**	0,74
	Kontrol	31	8,58	4,11				
PÇBÖ	Deney	31	29,32	5,34	60	7,93	**0,00**	0,51
	Kontrol	31	19,26	4,63				
BSBÖ	Deney	31	17,03	3,05	60	7,81	**0,00**	0,50
	Kontrol	31	9,23	4,65				

Deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait son test sonuçları görülmektedir. Çizelgede de görüldüğü gibi çocukların son test sonuçlarında ÇSOÖ'de etki düzeyi yüksek [t(60)=13,05; p<0,01; η^2= 0,74], PÇBÖ'de etki düzeyi orta [t(60)=7,93; p<0,01; η^2= 0,51] ve BSBÖ'de etki düzeyi orta [t(60)=7,81 p<0,01; η^2=0,50], anlamlı farklılık bulunmuştur. ÇSOÖ'de deney grubunda bulunan çocukların aritmetik ortalaması (x=21,26), kontrol grubunda bulunan çocukların aritmetik ortalamasına (x=8,58) göre yüksek; PÇBÖ'de deney grubunda yer alan çocukların aritmetik ortalaması (x=29,32), kontrol grubunda yer alan çocukların aritmetik ortalamasına (x=19,26) göre yüksek ve BSBÖ'de deney grubunda yer alan çocukların aritmetik ortalaması (x=17,03), kontrol grubunda yer alan çocukların aritmetik ortalamasına (x=9,23) göre yüksektir. Bir başka ifadeyle uygulanan eğitim programının etkili olduğu ifade edilebilir (Çizelge 3.16).



Şekil 3.7. Deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait ön test - son test puanlarının dağılımı

Şekil 3.7'de deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait ön test - son test sonuçları görülmektedir. Şekilde de görüldüğü üzere, deney grubunda yer alan çocukların son test puanları her üç ölçekte de artış göstermiştir.

Deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait ön test - son test puanları arasındaki anlamlı farklılaşmayı belirlemek için Karışık Desen ANOVA tekniği kullanılmış ve sonuçlar Çizelge 3.17'de verilmiştir.

Çizelge 3.17. Deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ ön test - son test sonuçlarına ait Karışık ANOVA test sonuçları

Alt Boyut	V. Kaynağı	K.T.	K.O	F	p	η^2	Anl.Fark.
ÇSOÖ	**Gruplararası**						
	Deney/Kontrol	17784,07	17784,07	1213,44	**0,00**	0,98	$D_{son}>K_{son}$
	Hata	439,68	14,66				
	Gruplariçi						
	Ölçüm (Ön test - Son test)	120,21	120,21	8,36	**0,01**	0,22	
	Grup*Ölçüm	872,91	872,91	92,26	**0,00**	0,76	
	Hata	431,14	14,37				
PÇBÖ	**Gruplararası**						
	Deney/Kontrol	62280,98	62280,98	119,98	**0,00**	0,97	$D_{son}>K_{son}$
	Hata	1668,27	55,61				
	Gruplariçi						
	Ölçüm (Ön test - Son test)	2129,96	2129,96	26,90	**0,00**	0,47	
	Grup*Ölçüm	1714,45	1714,45	47,84	**0,00**	0,61	
	Hata	2375,79	26,40				
BSBÖ	**Gruplararası**						
	Deney/Kontrol	15202,65	15202,65	661,85	**0,00**	0,96	$D_{son}>K_{son}$
	Hata	689,10	22,97				
	Gruplariçi						
	Ölçüm (Ön test - Son test)	83,11	83,11	10,28	**0,00**	0,25	
	Grup*Ölçüm	476,20	476,20	95,53	**0,00**	0,76	
	Hata	242,64	8,09				

Çizelge 3.17'de deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait ön test - son test Karışık Ölçümler ANOVA test sonuçları görülmektedir. Çizelgede de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubunda yer alan çocukların ön test - son test sonuçları ile ÇSOÖ arasında etki düzeyi yüksek ve deney grubu lehine ($p=0,00$; $\eta^2=.0,98$), PÇBÖ arasında etki düzeyi yüksek ve deney grubu lehine ($p=0,00$; $\eta^2=0,97$) ve BSBÖ arasında deney grubu lehine etki düzeyi yüksek ($p=0,00$; $\eta^2=0,96$) anlamlı farklılık bulunmuştur.

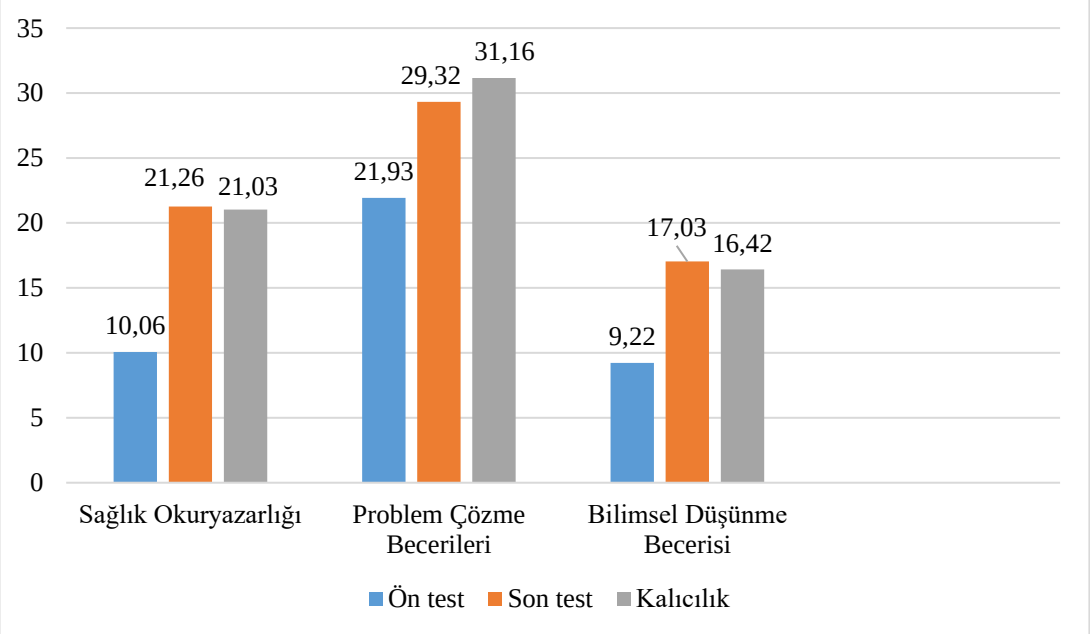
Deney grubunda bulunan çocuklara uygulanan eğitim sonucunda, deney ve kontrol gruplarının ortalama puanlar üzerindeki etkisi ÇSOÖ'de %76, PÇBÖ'de %61 ve BSBÖ'de %76 olarak bulunmuştur. Grup ve ölçüm etkileşiminin anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Bonferroni test sonucunda deney ve kontrol gruplarının ön test puanları anlamlı şekilde farklılaşmaktadır (ÇSOÖ=0,06; PÇBÖ=0,09, BSBÖ=0,85). Ancak

son test puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmektedir (ÇSOÖ=0,00, PÇBÖ=0,00; BSBÖ=0,00). Son test ortalamaları incelendiğinde (Şekil 3.7), deney grubundaki çocukların aritmetik ortalamaları (ÇSOÖ=21,26; PÇBÖ=29,32; BSBÖ=17,03), kontrol grubunda yer alan çocukların aritmetik ortalamasından (ÇSOÖ=8,58; PÇBÖ=19,26; BSBÖ=9,23) yüksektir.

Deney grubunda yer alan çocukların ön test - son test - kalıcılık test puanları arasında anlamlı farklılaşma olup olmadığını belirlemek için Tekrarlı Ölçümler ANOVA test sonuçları incelenmiştir. Tekrarlı Ölçümler ANOVA test sonuçları Çizelge 3.18'de, deney grubunda yer alan çocukların ön test - son test - kalıcılık test puan ortalamaları Şekil 3.8'de verilmiştir.

Çizelge 3.18. Deney grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ ön test - son test - kalıcılık test puanlarına ait ortalamalar ve Tekrarlı ANOVA test sonuçları

Alt boyut	Ölçüm	Ort.	ss	K.T.	K.Ort.	F	p	η^2	A.Fark
ÇSOÖ	Ön test	10,06	3,97	2538,26	1269,13	107,90	**0,00**	0,78	$\mathbf{D_{ön} < D_{son} < D_{kal.}}$
	Son test	21,26	3,51						
	Kalıcılık	21,03	3,32						
PÇBÖ	Ön test	21,93	7,87	1478,34	739,17	20,38	**0,00**	0,40	$\mathbf{D_{ön} < D_{son} < D_{kal.}}$
	Son test	29,32	5,34						
	Kalıcılık	31,16	5,86						
BSBÖ	Ön test	9,22	3,08	1168,32	584,16	60,81	**0,00**	0,67	$\mathbf{D_{ön} < D_{son} < D_{kal.}}$
	Son test	17,03	3,05						
	Kalıcılık	16,42	3,42						



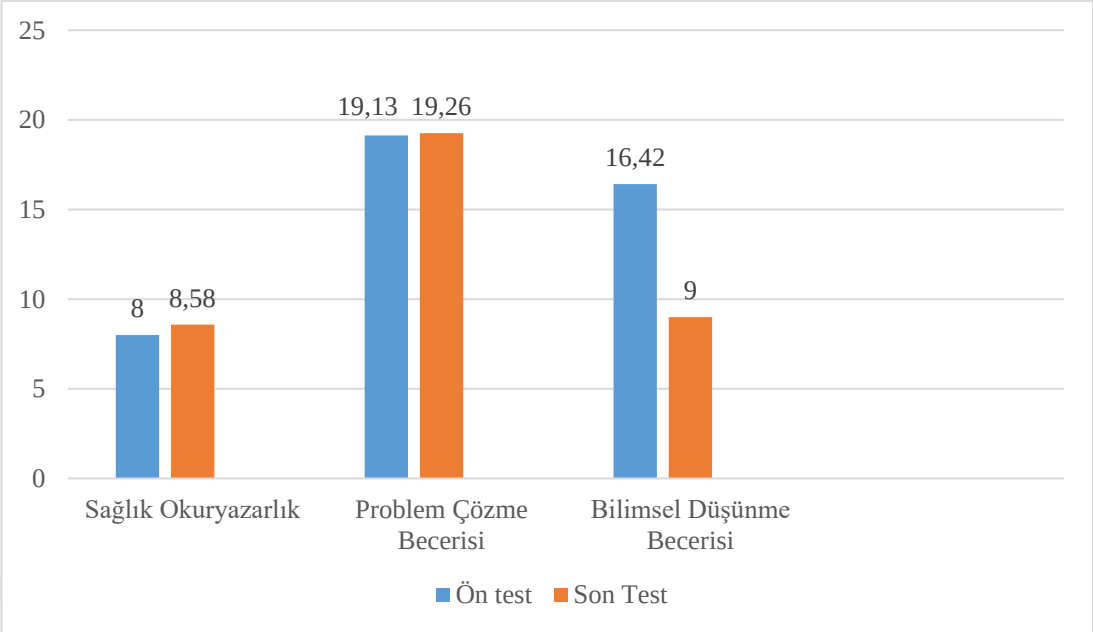
Şekil 3.8. Deney grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ ön test - son test - kalıcılık test puanlarına ait ortalamaların dağılımı

Çizelge 3.18'de deney grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait Tekrarlı Ölçümler ANOVA test sonuçları ile Şekil 3.8'de deney grubunda yer alan çocukların ön test - son test - kalıcılık test puan ortalamaları görülmektedir. Çizelgede de görüldüğü üzere, çocukların ön test- son test - kalıcılık testi ile ÇSOÖ arasında etki düzeyi yüksek (η^2=0,78; p<0,01); PÇBÖ arasında etki düzeyi orta (η^2=0,40; p<0,01) ve BSBÖ arasında etki düzeyi yüksek (η^2=0,67; p<0,01) anlamlı farklılık bulunmuştur. Anlamlı farklılığın hangi alt gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni test sonuçları incelenmiştir. Buna göre çizelge ve şekilde de görüldüğü gibi, çocukların ÇSOÖ'de son test aritmetik ortalamaları (x=21,26), ön test puan ortalamasından (x=10,06) ve kalıcılık test puan ortalaması (x=21,03), ön test puan ortalamasından (x=10,06) anlamlı düzeyde yüksektir. PÇBÖ'de çocukların son test puan ortalaması (x=29,32), ön test puan ortalamasından (x=21,93) ve kalıcılık test puan ortalaması (x=31,16), ön test puan ortalamasından (x=21,93) anlamlı düzeyde yüksektir. BSBÖ'de çocukların son test puan ortalaması (x=17,03), ön test puan ortalamasından (x=9,22) ve kalıcılık test puan ortalaması (x=16,42), ön test puan ortalamasından (x=9,22) anlamlı düzeyde yüksektir. Bir başka ifadeyle uygulanan eğitim programı sonrasında çocukların son test puanları yükselmiş ve bu yükseklik kalıcılık testinde de kendini korumuştur.

Kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait ön test - son test puanları arasında anlamlı farklılığın olup olmadığına yönelik bağımlı örneklem t testi sonuçları Çizelge 3.19'da, puan ortalamalarının dağılımı Şekil 3.9'da verilmiştir.

Çizelge 3.19. Kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait ön test - son test puanlarına ait bağımlı örneklem t testi sonuçları

Ölçekler	Ölçüm	x	ss	df	t	p
ÇSOÖ	Ön test	8,00	4,59	30	-1,18	0,25
	Son test	8,58	4,11			
PÇBÖ	Ön test	19,13	4,79	30	-1,28	0,21
	Son test	19,26	4,63			
BSBÖ	Ön test	16,42	3,42	30	6,24	**0,00**
	Son test	9,00	4,93			



Şekil 3.9. Kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait ön test - son test puan ortalamalarının dağılımı

Çizelge 3.19'da kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerine ait ön test ve son test puanlarına ait bağımlı örneklem t testi sonuçları ile Şekil 3.9'da puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Çizelge ve şekilde de görüldüğü gibi kontrol grubunda yer alan çocukların ÇSOÖ ve PÇBÖ'lerine ait ön test - son test puanları arasında anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0,05$), BSBÖ arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). BSBÖ'de çocukların ön test puan ortalaması ($x=16,42$), son test puan ortalamasından ($x=9$) düşük olarak bulunmuştur.

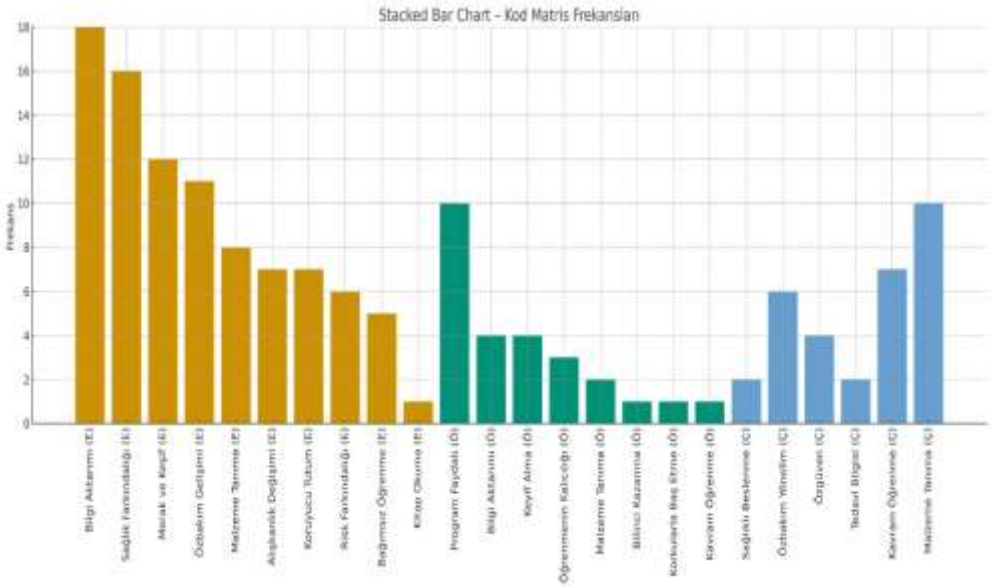
3.2. Nitel Bulgular

Bu bölümde, Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı uygulanan sınıfların öğretmenlerinin, programa dahil olan çocukların ve ebeveynlerinin program, aile katılım çalışmaları, materyaller, programın çocuklara etkisi ve uygulayıcı ile ilgili görüşleri yarı yapılandırılmış görüşme formları aracılığıyla toplanmıştır. Gerçekleştirilen görüşmelerden elde edilen verilerin analizi sonucunda ebeveyn deneyimleri, çocuk deneyimleri ve öğretmen deneyimleri olmak üzere üç ana tema belirlenmiştir. Oluşturulan bu temalar kategori ve kod uyumu olacak şekilde tümavarımcı yöntem benimsenerek hiyerarşik yapıda kurgulanmıştır. Çalışmada uygulanan programın etkileri analiz edilmiş bu etkilerin güvenirliliğini sağlamak adına katılımcı ifadeleri

ile bulgular desteklenmiştir. Ana temalar altında alt tema ve kodlar öğretmen (Ö1, Ö2, Ö3), ebeveyn (E1 …. E19) ve çocukların (Ç1 … Ç35) görüşlerine göre aşağıda sunulmuştur. Bu kapsamda temalara ait MAXODA kod matris tarayıcısı görseli Şekil 3.10'da sunulmuştur.

Şekil 3.10. Kod matris tarayıcısı

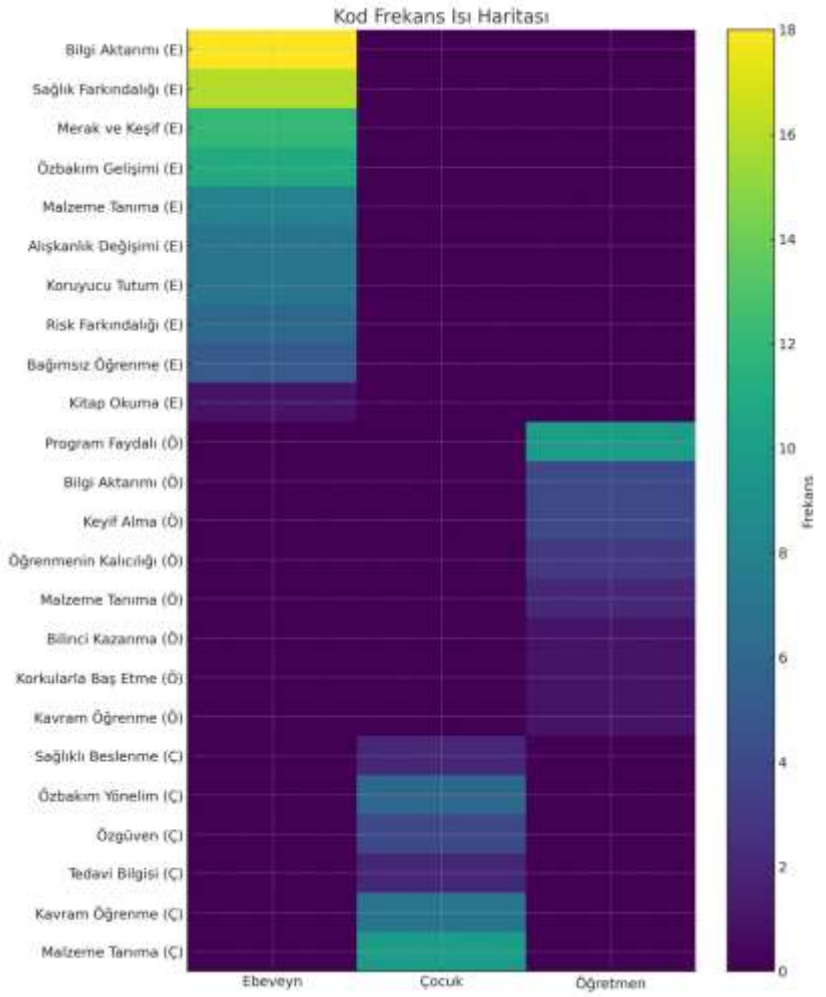
Ebeveyn, çocuk ve öğretmen görüşlerine dayalı olarak oluşturulan Şekil 3.10'daki kod sistemi incelendiğinde, en yoğun verinin çocuklardan elde edildiği ve programın çocuklar üzerindeki etkilerine ilişkin bulguların oldukça belirgin olduğu görülmektedir. Çocuk ifadelerinde özellikle etkinliklerden keyif alma ve kitap sevgisi kazanma temalarının öne çıkması, programın motivasyon artırıcı ve öğrenmeyi destekleyici niteliğini göstermektedir. Çocukların resimlerine yönelik analizlerde sağlık malzemelerinin tanınması, kitapta yer alan karakterlerle program değerlendirmesinin ifade edilmesi, tedavi ve tıbbi müdahale unsurlarının yansıtılması gibi çeşitli kodların ortaya çıkması, programın çocukların sağlık kavramlarını somutlaştırmalarına yardımcı olduğunu göstermektedir. Ebeveyn görüşlerinde ise bilgi aktarımı, sağlıkla ilgili farkındalık kazanma, merak ve keşif eğilimi ve özbakım becerilerinin gelişimi başta olmak üzere birçok kazanımın vurgulanması, programın aile boyutunda da olumlu karşılık bulduğunu göstermektedir. Öğretmen görüşlerinde programın faydasının vurgulanması, çocukların programdan bilgi edindiğinin ve keyif aldığının belirtilmesi, programın uygulanabilir ve pedagojik açıdan işlevsel olduğunu göstermektedir. Genel olarak, tüm paydaşlardan elde edilen veriler programın bütüncül etkilerinin olduğunu; çocukların sağlıkla ilgili bilgi, beceri ve tutumlarında belirgin bir artış sağladığını ve program bütününün beklentileri karşılayan güçlü bir yapı sergilediğini ortaya koymaktadır.



Şekil 3.11. Kod matris frekansları

Şekil 3.11'e bakıldığında en güçlü temanın 'çocuk deneyimleri (170 kod)' olduğu görülmektedir. Bu sonuç programın en doğrudan etkiyi çocuklar üzerinde oluşturduğunu göstermektedir. En baskın çıktı 'etkinliklerden keyif alma (55)' olmuş, bu öğrenme motivasyonunun programın temel taşı olduğunu ve bu kodun tüm görüşmeler içinde en yüksek

değer olduğunu yansıtmıştır. Ebeveyn görüşmelerinden çıkan en güçlü çıktı 'bilgi aktarımı (18)' olmuştur. Ebeveynlere göre çocukların öğrendiklerini ev ortamına taşıdığı görülmüş, bu durum eğitimin sürdürülebilirliğini artırmıştır. Öğretmenlerdeki en güçlü çıktı olan 'programın faydalı olması (10)' göstermiştir ki, öğretmenler programı pedagojik açıdan verimli ve etkili bulmuştur. Ebeveyn, çocuk ve öğretmenlerden elde edilen verilerde ortak tema sağlık farkındalığı, sorumluluk, özbakım becerilerinin gelişimi ve bilgi paylaşımı olmuştur. Bu dört tema üç grup içinde farklı düzeylerde öne çıkmıştır. Bu durum programın bütüncül öğrenme etkisi yaratttığını göstermiştir.



Şekil 3.12. Kod frekans ısı haritası

Şekil 3.12 incelendiğinde, ısı haritasının ebeveynler, çocuklar ve öğretmenler tarafından vurgulanan temaların belirgin biçimde ayrıştığını gösterdiği görülmektedir.

Çocuklara İlişkin Bulgular: Kod frekans ısı haritası çocuk verilerinde belirgin bir yoğunluk göstermiş olup bu durum, eğitimin doğrudan çocuklar üzerinde güçlü bir etki

yarattığını ortaya koymaktadır. Çocuklarda en sık görülen kodlar arasında malzeme tanıma, kavram öğrenme, özbakım yönelim, özgüven ve tedavi bilgisi bulunmaktadır. Bu yoğunluk, programın çocukların uygulamalı öğrenme süreçlerini desteklediğini, kavramsal farkındalık geliştirdiğini ve günlük yaşam becerilerini güçlendirdiğini göstermektedir. Özellikle malzeme tanıma ve kavram öğrenme kodları, çocukların eğitim materyalleriyle aktif etkileşim içinde olduklarını; özbakım yönelimi ve tedavi bilgisi gibi kodlar ise eğitimin çocuklarda sağlık ile ilişkili davranışlarına yönelik dönüştürücü bir etki yarattığını göstermektedir. Genel olarak veriler, programın çocuklarda hem bilişsel hem davranışsal hem de duyuşsal düzeyde çok boyutlu bir öğrenme çıktısı sağladığını işaret etmektedir.

Ebeveynlere İlişkin Bulgular: Ebeveyn verilerinin kod yoğunluğu, aile katılım çalışmaları ile çocuklarında gözlemledikleri değişimleri ifade etmelerinden kaynaklanmaktadır. Ebeveynlerde öne çıkan bilgi aktarımı, sağlık farkındalığı, alışkanlık değişimi, koruyucu tutum ve risk farkındalığı gibi kodlar, çocukların eğitim sonrasında ev ortamında sergiledikleri davranış değişikliklerinin ebeveynler tarafından açık biçimde fark edildiğini göstermektedir. Örneğin; çocukların öğrendiklerini aile bireylerine aktarması ve sağlıkla ilgili daha bilinçli davranışlar sergilemesi ile aile katılım çalışması kapsamında ebeveyn-çocuk etkileşimiyle yapılan etkinlikler ebeveynlerin eğitim programının etkisini değerlendirmesine olanak sağlamıştır. Bu açılardan ebeveyn kodları, programın çocuklar aracılığıyla aile ortamına taşınan etkilerini yansıtmakta; eğitimin ev içi davranışlara ve alışkanlıklara yansıyan dönüşümlerini göstermektedir.

Öğretmenlere İlişkin Bulgular: Veriler, programın sınıf içindeki etkililiğini değerlendirmeye yönelik profesyonel gözlemlere dayanmaktadır ve bu nedenle frekans düzeyleri çocuklara kıyasla daha sınırlıdır. Öğretmenlerde en çok görülen kod olan program faydalı, eğitim içeriğinin pedagojik açıdan uygulanabilir, etkili ve çocukların gelişimini destekleyici bulunduğunu göstermektedir. Bunun yanında bilgi aktarımı, keyif alma ve öğrenmenin kalıcılığı gibi kodlar, öğretmenlerin çocukların öğrenme sürecindeki aktif katılımını, motivasyonunu ve bilgiyi sürdürme kapasitesini olumlu değerlendirdiğini ortaya koymaktadır. Öğretmenlerin gözlemleri, programın öğretimsel niteliğinin güçlü olduğunu ve çocukların eğitim sürecine yüksek düzeyde dahil olduklarını göstermesi bakımından önemlidir.

Genel olarak, programın ebeveynlerde farkındalık artışı, çocuklarda kavram öğrenimi ve özbakım becerilerinin pekişmesi, öğretmenlerde ise pedagojik etkililik açısından güçlü geri bildirimler oluşturduğu ortaya koyulmuştur.

3.2.1. Ebeveyn Deneyimleri

Toplam 91 koda dayanan ebeveyn deneyimleri incelendiğinde, programın aile içindeki öğrenme ortamını belirgin biçimde güçlendirdiği görülmektedir. Ebeveynlerin çocukların gelişimini daha yakından izlediği ve programda edinilen kazanımların günlük yaşama taşındığı anlaşılmaktadır.

Kategori 1: Program Sonrası Değerlendirmeler: Bu kategori ebeveynlerin programın çocuk üzerindeki etkilerine dair yaptığı gözlemleri içermektedir. Öne çıkan kodlar:

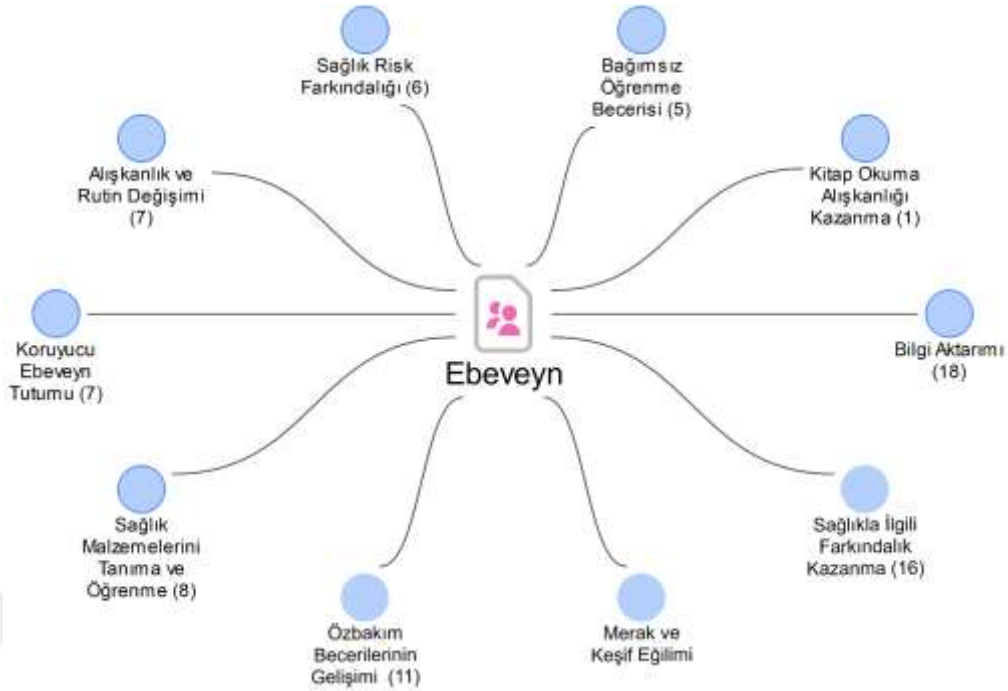
Bilgi Aktarımı (18): Ebeveynler, çocukların öğrendikleri bilgileri ev ortamında aktif şekilde paylaştığını, öğrendiklerini aile üyelerine aktardığını belirtmiştir. Bu durum programın "ev ortamına taşınan öğrenme" etkisini göstermektedir.

Sağlıkla İlgili Farkındalık Kazanma (16): Program, ebeveynlerin çocuklarında sağlık davranışlarına yönelik belirgin bir farkındalık artışı gözlemlemesine neden olmuştur. Hijyen, doğru beslenme ve sağlık materyallerine ilgi gibi davranışlar dikkat çekmiştir.

Merak ve Keşif Eğilimi (12): Ebeveynler, çocukların daha fazla soru sorduğunu, kitap ve materyallere ilgili şekilde yaklaştığını ifade etmiştir. Bu durum eğitimin keşif temelli öğrenmeyi desteklediğini göstermektedir.

Özbakım Becerilerinin Gelişimi (11): El yıkama, temizlik, kişisel bakım gibi rutinlerde gözle görülür bir gelişim olduğu belirtilmiştir.

Sağlık Malzemelerini Tanıma ve Öğrenme (8): Çocukların temel sağlık araçlarını tanıdığı ve kullanımlarını öğrendiği ebeveynler tarafından sıklıkla ifade edilmiştir.



Şekil 3.13. Hiyerarşik tek vaka modeli ile ebeveynlerin programa ilişkin değerlendirmeleri

Şekil 3.13'te yer alan bu tema, verilen Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının ebeveynler üzerindeki etkilerini, ebeveynlerin çocuklarıyla olan etkileşimlerindeki değişimleri ve eğitim sürecinin aile içi öğrenme ortamına nasıl yansıdığını ortaya koymaktadır. Elde edilen veriler, ebeveynlerin hem çocukların gelişimini destekleme rollerinin güçlendiğini hem de eğitimin sunduğu bilgi ve farkındalıkla kendi davranışlarında da olumlu dönüşümler yaşadıklarını göstermektedir.

Bilgi Aktarımı (18): Eğitim programının çocukların bilgi aktarma becerilerini güçlendirdiğini göstermektedir. Veriler, öğrendikleri içerikleri günlük yaşantıya taşıyarak öğrenme sürecine aktif katkı sunduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, eğitimin aile içinde bir "öğretici etki" oluşturduğunu göstermektedir.

E1: *Hani anlatıyor, hepsini tanıtıyor. ... Onun dışında sağlıkla ilgili bir şey olduğunda ben bunu biliyorum gibi. ... Yiyeceklere dikkat ediyor. Bunlar sağlıklı, bunlar sağlıksız gibi ayırdım yapabiliyor. Tehlikeli şeylere dikkat edebiliyor. Elimiz kesilir, işte şöyle böyle. Zaten çok dikkatli bir çocuktur. Onlara dikkat ediyoruz zaten.*

E18: *Var kesinlikle. ... Mesela haberlerde hastaneyle ilgili bir şey çıktığında Filus'tan örnek vererek anlatıyor... Evde de ateş ölçer, şurup, ilaç var. Onlarla artık nasıl kullanması gerektiğini daha iyi öğrendi. Harika. Süper yani... Artık daha mantıklı bir şekilde kullanmaya başladı aletleri. Bilinç kazandı kesinlikle. ... Sağlığıyla ilgili daha mantıklı cevaplar vermeye başladı mesela…*

Sağlıkla İlgili Farkındalık Kazanma (16): Ebeveynlerin verilen eğitim programı sayesinde çocuklarının hijyen kuralları, sağlık risklerini fark etme, önleme gibi konularda daha bilinçli hale geldiklerini ortaya koymaktadır. Ebeveynler, bu farkındalığı hem kendi davranışlarına hem de çocuklarının günlük rutinlerinde gördüklerini belirtmiştir.

E3: *Tabii. Mesela ateşlendiği zaman üstünü örtmemeyi öğrendi. Ellerini yıkamayı, dişlerini fırçalamayı, mikroplar nasıl geleceğini öğrendi. Baya bir şey öğrendi*

E5: *İyiydi. Yani şu anda oğlum klozet kapağını kapatıyor. 'Anne artık klozet kapağını kapat' falan demeye başladı. Ben de şaşırdım. 'Neden?' diye sorduğumda mikroplar her yere yayılıyor demeye başladı. Bu beni mutlu etti aslında…*

E18: *Oyun oynarken kesinlikle yapıyor. Ablasının doktor seti var. ... Öğrettiğiniz bütün sağlık çalışanları olsun, aletler falan olsun hepsini kullanmaya, söylemeye başladı... 'Şimdi ben doktor olacağım' diyor. 'Önce bir ateşine bakalım' diyor. 'Tansiyonunu ölçelim' diyor. 'Eczaneye gidebilirsiniz şimdi' diyor.*

Özbakım Becerilerinin Gelişimi (11): Ebeveynlerin çocuklarının özbakım becerilerini daha sistematik desteklemeye başladığını göstermektedir. Eğitimin sonlanmasının ardından ebeveynler, çocukların günlük yaşam becerilerinin gelişiminde fark yaratan olumlu gelişmeler olduğunu belirtmiştir.

E2: *... Yani özellikle diş fırçalama, diş temizliği, el temizliği, temizlik konusunda çok büyük faydası olduğunu düşünüyorum. Tuvaletten çıkarken, girerken, oyun alanlarıyla falan alakalı...*

E15: *İşte dediğim gibi kurallara… Yani düzenli diş fırçalamasına, el yıkamasına dikkat ediyor. Elini dikkatli yıkıyor...*

Alışkanlık ve Rutin Değişimi (7): Ebeveynler çocuklarının davranışlarında olumlu değişiklikler olduğunu ifade etmiştir. Verilen eğitim programının, çocuklarının gündelik yaşamlarında daha bilinçli hareket etmelerine olanak tanıdığını ve çocuklarının günlük yaşam becerilerinin iyileşmesine katkı sağladığını belirtmişlerdir.

E7: *Değişiklik hissettik. Yani bu diş fırçalama konusunda, doktorlar konusunda, yapması gereken kurallar konusunda baya değişti...*

E18: *Rutin şöyle oldu. Diş fırçalama sorunu yaşıyorduk, çözüldü. ... İlaçlarını daha güzel kullanmaya başladı. ... Artık kendisi bana hatırlatıyor. 'İlaçlarımı alayım' diyor. Günlük hayatta özellikle düzenli kullanmada etkisi oldu. ... Birlikte diş fırçalıyoruz. ... Anlatıyor zaten. Anne diyor, ıslatmayacağız diyor fırçayı, tamam mı diyor, macun süreceğiz, pembeden beyaza doğru yapacağız diyor. ...*

Koruyucu Ebeveyn Tutumu (7): Ebeveynlerin çocuklarının eğitiminden sonra, sağlık risklerinin önlenmesi ve koruyucu davranışlar konularındaki tutumlarının geliştiğini ortaya koymaktadır.

E3: *Bizde uyguluyor. Ateşimize bakıyor. Bir yerimizi yapınca orayı yıkayalım üstüne de yara bandı yapalım diyor. Dişimizi fırçalamazsak çürür diyor, ağrır diyor. ... Su içmediğin zaman hasta olursun diyor. Portakal yemediğin zaman vitamin alamazsın diyor. Baya bir şeyler anlatıyor.*

Sağlık Malzemelerini Tanıma ve Öğrenme (8): Ebeveynlerin eğitim sürecinde çocuklarının kullanılan materyaller ve sağlık malzemeleri hakkında bilgi sahibi olduklarını göstermektedir. Ebeveynler bu materyallerin kullanımını öğrenerek hem kendi becerilerini geliştirmiş hem de çocuklarıyla daha bilinçli uygulamalar yapmıştır.

E1: *Biz ablasına iğne vuruyoruz her perşembe mesela. 'Enjektör' diyor. ... Programınızdan sonra sordu bana: 'Kulak ölçümü aleti ne?' diye, ben bilmiyordum. 'Neydi adı?' dedim, 'anne otoskop' dedi. Söyledi hepsini. ...*

E3: *Program iyiydi yani. Baya bir sağlık şeylerini öğrendi. ... Steteskobu bilmiyordu. Onuöğrendi. Tansiyon aletini öğrendi. ... Yani iyi gidiyor şu an. Baya bir şeyler öğrendi.*

Sağlık Risk Farkındalığı (6): Çocukların çevresel faktörler ve günlük yaşam içerisindeki sağlık risklerine karşı daha duyarlı hale geldiğini göstermektedir. Verilen eğitim programının, çocukların sağlık risklerini tanıma, gerekli önlemleri alma ve önleme konularında daha bilinçli davranmasına katkı sağlamıştır.

E4: *... 'Anne işte sen çok kilolusun birazcık az yesen zayıflarsın' diyor. ... 'Spor yaparsan zayıflarsın' falan diyordu. ... Akşamları müzik açıyor, kendisi spor yapıyor. ... Anne diyor 'bunları yap diyor, zayıflayacaksın' diyor.*

E11: *Onları falan söylüyor tabii ki. 'Anne ateşlendiğimiz zaman üstümüzü örtmememiz gerekiyor, dişlerimizi fırçalamamız gerekiyor.' diye ... Onları öğrenmiş.*

Bağımsız Öğrenme Becerisi (5): Ebeveynlerin çocuklarını bağımsız öğrenmeye teşvik ettiğini, verilen eğitim programının çocukların kendi kendine öğrenme becerisini güçlendirdiğini fark ettiğini göstermektedir.

E1: *Bence gayet uygundu. ... Kendi yapıyordu. Bana hiç getirmiyordu bile. Sadece yazı yazılacak olan ödevleri getirdi. Onlar da yardım istedi. Onun dışında yok, biz memnunduk gayet.*

E9: *Kendisi zaten öğrenmiş bayağı. ... Eğitim anlamında, sağlık anlamında, temel bilgiler önemli oluyor. Onların da faydası oluyor. ... O ödevlerini yapıyor. Yaparken de ben hiç istemeden kendisi, gel kızım yapalım, ben yaparım anne sen bırak. ... O virüs şeyleri neydi kız, sorular cevaplıyor, bakıyor, buluyor. Hem eğleniyor hem öğreniyor.*

Merak ve Keşif Eğilimi (4): Verilen eğitim programının çocukların keşfetme, soru sorma ve sağlıkla ilgili deneyim edinme süreçlerini daha fazla desteklemesine katkı sağladığını ortaya koymaktadır.

E19: *Tabii tabii. Sağlık çalışanlarını, sağlık malzemelerini öğrendi. Özellikle eczane, vitamin, tansiyon ölçümü gibi konulara daha fazla ilgi göstermeye başladı.*

E15: *Sağlıklı yiyecekler yiyelim diyor. ... Süt içmeyi sevmiyor ama uzman, o gelen kişi, kefir olabilir demiş. ... Mesela evde bulduğu şeyleri bizim üzerimizde deniyor, dinliyor. ...*

Kitap Okuma Alışkanlığı Kazanma (1): Bir ebeveyn eğitim sonrasında çocuklarının kitapla temasının, etkileşimli kitap okumanın ve çocuklarıyla etkileşimli zaman geçirmenin önemini daha iyi kavradığını, çocuklarda bu programın aynı zamanda okuma alışkanlığı da geliştirdiğini göstermektedir.

E5: *…Kitapları falan bu arada oğlum çok okumaya başladı. ... Yatakta kendi başına resimlerden bakarak okuyor ve öyle uyumaya başladı…*

Şekil 3.14. Ebeveynlere ilişkin kod bulutu

Şekil 3.14'e göre programın ebeveynler için öne çıkan kodları büyük punto ile gösterilmiştir. Buna göre ebeveynlerin söylemlerinde ortaya çıkan en dikkat çekici kodun 'bilgi aktarımı' olduğu saptanmıştır.

3.2.2. Çocuk Deneyimi

Çocukların programa ilişkin değerlendirmelerini içeren çizdikleri resimlere ve açık uçlu sorulara verdikleri yanıtlar ile gözlemlerine dayanan toplam 170 kodun frekanslarının yüksek olması eğitimin çocuklar üzerinde güçlü etkiler oluşturduğunu göstermektedir.

Kategori 1: Yapılan Etkinliklerin Etkileri: Bu kategori program kapsamında yürütülen etkinliklerin etkilerine dair çocukların değerlendirmelerini içermektedir. Öne çıkan kodlar:

Etkinliklerden Keyif Alma (55): Çocukların söylemlerinde en baskın olan koddur. Eğitim, çocuklar tarafından eğlenceli, ilgi çekici ve katılım artırıcı bulunmuştur. Bu, öğrenme motivasyonunun en güçlü belirleyicisidir.

Kitap Sevgisi Kazanma (33): Çocukların kitaplarla bağ kurduğunu, etkileşimli kitap okuma çalışmalarında ilgi gösterdiğini göstermektedir.

Kategori 2: Sağlıkla İlgili Öğrenmeler: Bu kategori çocukların program kapsamında sağlıkla ilgili öğrendiklerine ilişkin geri bildirimlerini içermektedir. Öne çıkan kodlar:

Sağlık Malzemeleri (13): Çocuklar programa ilişkin yaptıkları değerlendirmelerde eğitim programı kapsamında öğrendikleri sağlık malzemelerini resmetmiş, açıklamış ve/veya söylemiştir.

Sağlık Malzemelerini Tanıma ve Öğrenme (10): Çocukların sağlık malzemelerinin isimlerini ve işlevlerini öğrendiğini göstermektedir.

Sağlık Kavramlarını Öğrenme (7): Temel sağlık kavramları çocukların söylemlerinde belirgin şekilde yer almaktadır.

Özbakım Becerilerine Yönelim (6): Çocukların verilen eğitim programının ardından sergiledikleri davranışlarda kişisel bakım rutinlerine ilişkin gösterdikleri özenin belirginleştiği bulunmuştur. Çocuklardan alınan geri bildirimlerle görülmüştür ki, program çocuklarda bir farkındalık kazandırmaktan daha çok özbakım becerilerinin gelişiminde davranış değişikliği de yaratmıştır.

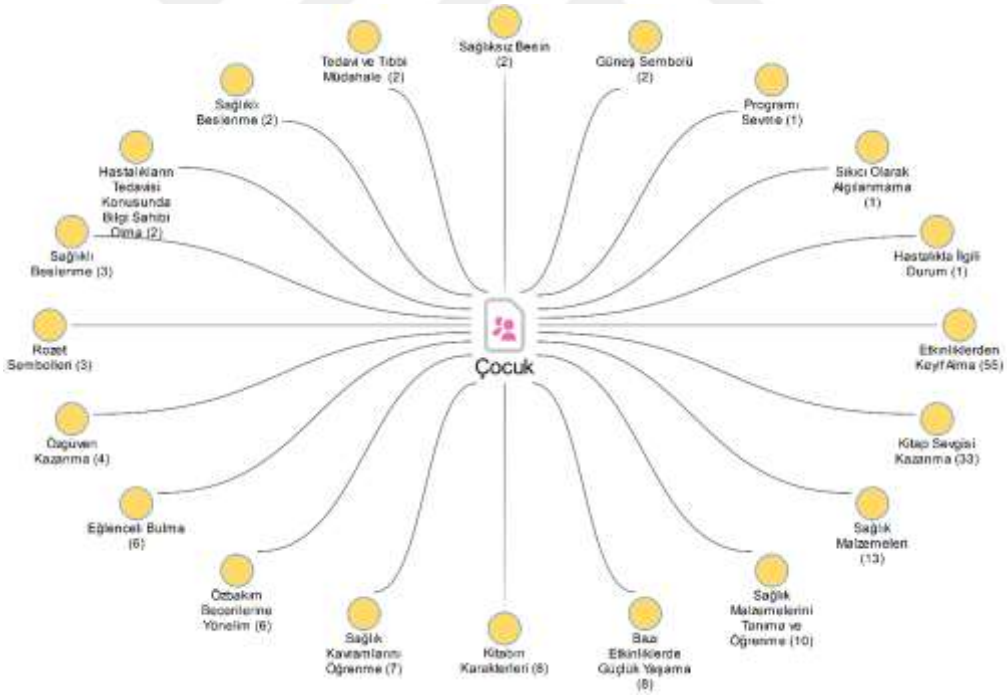
Kategori 3: Eğitsel Değerlendirmeler: Bu kategori programın eğitsel yönüne dair çocukların yapmış olduğu değerlendirmeleri içermektedir. Öne çıkan kodlar:

Eğlenceli Bulma (6): Eğitimin çocuklar için sıkıcı olmadığı, aksine eğlenceli olduğu görülmektedir.

Programı Sevme (1): Bir çocuk eğitimi doğrudan "sevdim" ifadesini kullanarak değerlendirmiştir.

Kategori 4: Zorluklar: Bu kategori çocukların program sürecindeki zorluklara ilişkin geri bildirimlerini içermektedir. Öne çıkan kod:

Bazı Etkinliklerde Güçlük Yaşama (8): Çocukların küçük bir kısmı belirli etkinliklerde (uzun süreli kalem tutmada zorlanmalar nedeniyle resim çizme çalışmalarında, sağlık malzemelerini eşleştirme etkinliğinde vb.) zorlandıklarını ifade etmiştir.



Şekil 3.15. Hiyerarşik tek vaka modeli ile çocukların programa ilişkin deneyim ve görüşleri

Şekil 3.15'e bakıldığında temanın, Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının çocuklar üzerindeki etkilerini, çocukların öğrenme, özbakım, sağlık farkındalığı, motivasyon ve duygusal gelişim alanlarında yaşadıkları dönüşümleri ortaya koyduğu görülmektedir. Kodlar incelendiğinde, eğitim

programının yalnızca bilgi aktarımıyla sınırlı olmadığı; çocukların davranışlarını, öğrenme motivasyonlarını ve sağlıkla ilgili tutumlarını olumlu yönde geliştirdiği görülmektedir. Aşağıda çocuklardan elde edilen veriler doğrultusunda belirlenen kodlar detaylandırılmıştır.

Etkinliklerden Keyif Alma (55): Çocukların eğitim sürecinde yapılan etkinliklerden yüksek düzeyde keyif aldığını göstermektedir. Etkinliklerin eğlenceli, merak uyandırıcı ve katılımcı yapısı, çocukların öğrenme sürecine aktif şekilde dahil olmalarını sağlamıştır. Çocukların keyif alma davranışı, eğitimin motivasyon artırıcı etkisini güçlendirmiştir.

Ç8: *Yara bandı çizerken çok eğlendim.*

Ç12: *Çok eğlenceliydi. Filus'un yakın arkadaşları ve Filus karakterini sevdim. Birlikte kitap okumayı beğendim.*

Kitap Sevgisi Kazanma (33): Çocukların programla birlikte kitap okuma alışkanlığına yönelik olumlu tutum geliştirdiğini göstermektedir. Çocuklar eğitim programı materyallerinden olan resimli öykü kitaplarını daha istekli takip etmiş, karakterleri merak etmiş ve etkileşimli kitap okuma sürecini eğlenceli bulmuştur. Eğitimin kitap merkezli olması ve çocuk merkezli etkinliklerle yapılandırılmış olması bu kazanımı güçlendirmiştir.

Ç3: *Çok iyiydi kitaplar. Filus'un göbeği şiştiğinde çok gülmüştüm. Çok yemek yediği için birazcık göbeği şişmişti.*

Ç25: *En çok… Kitap okuma etkinliğini sevdim.*

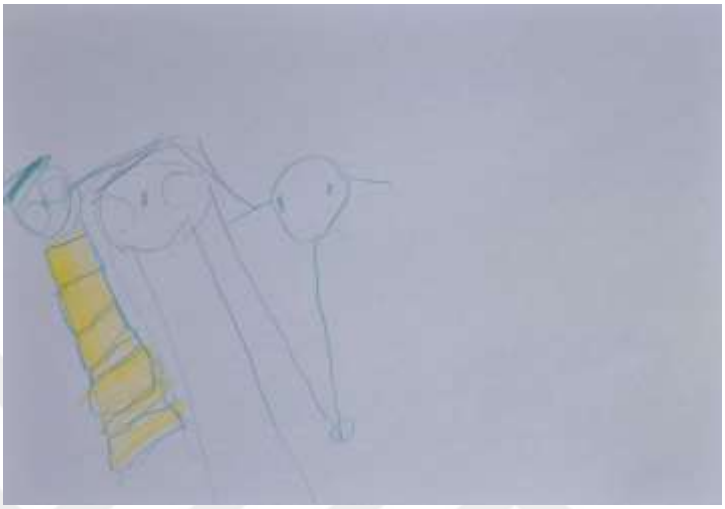
Sağlık Malzemelerini Tanıma ve Öğrenme (10)*:* Çocukların çeşitli sağlık malzemelerini tanıdığını ve bunların işlevlerini öğrendiğini göstermektedir. Programda kullanılan görseller, etkinlikler, etkileşimli ve uygulamalı süreç çocukların sağlık malzemelerine yönelik bilgi düzeyinde artışa olanak tanımış ve farkındalıklarını artırmıştır.

Ç1: *Doktor aletlerini öğrendim. Otoskop, tansiyon aleti, steteskop…*

Ç6: *Mikroskop öğrendim. Otoskop öğrendim. Stetoskop öğrendim. Rozet öğrendim.*

Ç14: *Sağlık eşyaları, sağlıklı yemekler, yumurta yemek iyi, sağlıksız yiyeceklerden uzak durma…*

Sağlık Malzemeleri (13)*:* Çocukların tıbbi araçlar, hijyenik materyaller ve sağlık bakım ürünleri gibi birçok sağlık malzemesine eğitim programı sayesinde aşina olduğunu göstermektedir. Çocuklar, sağlık malzemelerin günlük yaşamda nerede ve nasıl kullanıldığını öğrenmiştir.



Şekil 3.16. Ç5'in program değerlendirmesine ilişkin resmi

Ç5: *Filus, öğretmen ve steteskop var. Kalp dinleme sahnesi var. Üç kişi, birde reçete…* (Ç5'in Resim Açıklaması)

Sağlık Kavramlarını Öğrenme (7): Çocukların sağlık, hijyen, hastalık ve korunma gibi temel sağlık kavramlarını eğitim programı sürecinde öğrendiğini göstermektedir. Program, sağlıkla ilgili bu kavramları çocukların yaş ve gelişim düzeyine uygun şekilde somutlaştırarak onların daha kolay öğrenmesini sağlamıştır.

Ç3: *Mikroskop… Yiyecekler; et, yufka, çorba… Mikroskop dışında adını unuttuğum başka malzemeler vardı. Yabancı mikroplar…*

Ç22: *Sağlık malzemeleri öğrendim. Steteskop, ateş ölçer, ilaç, reçete, Filus... Doktor ve diyetisyeni tanıdım.*

Özbakım Becerilerine Yönelim (6): Çocukların el yıkama, temizlik, düzenli beslenme gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha bilinçli şekilde uygulamaya başladığını göstermektedir. Verilen eğitim programı, çocukların günlük yaşam becerilerinin gelişimine katkı sağlamıştır.

Ç7: *Sağlıklı olmayı… Temiz tutmayı… Akşam ve sabah dişlerimizi fırçalamayı…*

Ç23: *Ellerimizi yıkamayı, dişimizi fırçalamayı, sağlıklı beslenmeyi ve sağlıklı yaşam düzenini öğrendim. Ayrıca rozet haritasını tamamlamayı öğrendim.*

Eğlenceli Bulma (6): Çocukların program uygulama sürecinde araştırmacıyı genel olarak eğlenceli ve ilgi çekici bulduğunu göstermektedir. Programın oyunlaştırma teknikleri aracılığıyla çocukların yaş ve gelişim özelliklerine uygun ele alınması, ilgi çekici materyaller içermesi çocukların uygulamalara aktif katılımını artırmıştır.

Ç12: *Çok güzeldin, çok eğlenceli etkinlikler yaptın. Sınıftan gitmeni istemezdim.*

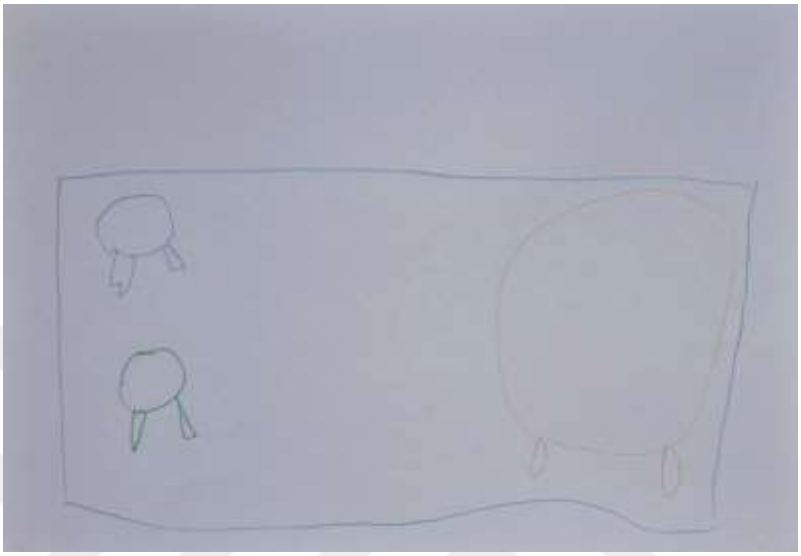
Ç15: *Eğlenceliydin, özellikle oyun oynamayı sevdi.*

Özgüven Kazanma (4): Eğitim programının çocukların özgüven gelişimine katkıda bulunduğunu göstermektedir. Çocuklar etkinliklerde başarılı oldukça kendilerine güvenleri artmış, öğrendikleri yeni bilgileri çevreleriyle paylaşmaktan gurur duymaya başlamıştır.

Ç5: *Ayıcığa iğne yapmayı ve iğneden korkmamayı öğrendim. Her kahvaltıda yumurta yemeyi öğrendim.*

Ç21: *Ayıcığa iğne yapmayı, korkmamayı, şırıngayı, … öğrendim.*

Rozet Sembolleri (3): Çocukların program kapsamında yer alan rozetler, materyallerin içeriğinde yer alan sembol ve görsellere olumlu tepki verdiğini göstermektedir. Program kapsamındaki materyallerden olan rozetler çocukların programa katılımına dair motivasyonunu artırmış, öğrenme sürecinde olumlu pekiştireç işlevi görmüştür.



Şekil 3.17. Ç1'in program değerlendirmesine ilişkin resmi

Ç1: *Rozet, rozetleri yapıştırdığımız etkinliği yaptım. Bu sağlık malzemesi rozeti... Bu da el yıkama rozeti... Bu da en büyük rozet... Büyük rozetin adını hatırlamıyorum ama o büyük okula gitmek için kazanmıştık.* (Ç1'in Resim Açıklaması)

Ç13: *Rozet etkinliğini sevdim.*

Sağlıklı Beslenme (3): Çocukların sağlıklı beslenme alışkanlıkları hakkında temel bilgiler edindiğini göstermektedir. Meyve-sebze tüketimi, su içmenin önemi ve zararlı besinlerden uzak durma gibi konular çocuklar tarafından fazlasıyla anlaşılmıştır.

Ç12: *Sağlığıma nasıl bakmam gerektiğini, diyetisyenden sağlıklı beslenmeyi… Abur cubur yememeyi, sağlıklı gıdalar yemem...*

Hastalıkların Tedavisi Konusunda Bilgi Sahibi Olma (2): Çocukların hastalık belirtileri, hasta olunduğunda yapılması gerekenler ve doktora gitme süreçleri hakkında bilgilendiğini göstermektedir. Çocukların edindiği bu bilgiler sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artmasına katkı sağlamıştır.

Ç4: *…Ateşimiz yükselince, üzerimize örtü örtüldüğünde ateşimizin daha çok arttığını öğrendim...*

Tedavi ve Tıbbi Müdahale (2): Çocukların tıbbi tedavi süreçlerine ilişkin kavramları (doktora gitmek, iğne olmak, pansuman yapılması vb.) kavradığını göstermektedir. Program, bu süreçlerin çocuklar tarafından daha az korkutucu algılanmasına katkı sağlamıştır.

Şekil 3.18. Ç13'ün program değerlendirmesine ilişkin resmi

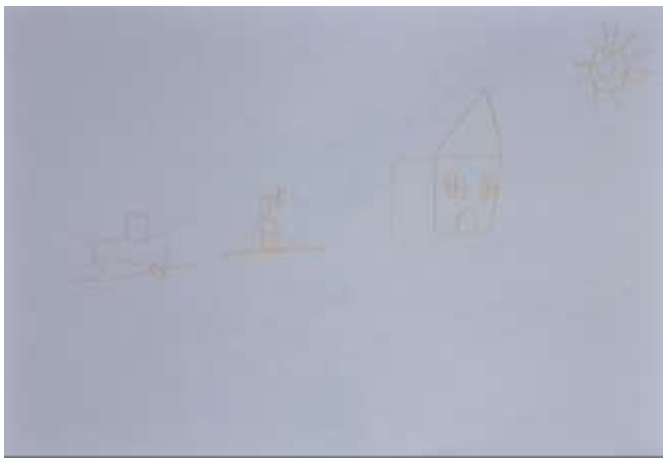
Ç13: *Bir kişinin diğerine iğne yaptığı ve kan alındığı sahneyi çizdim. Bu çocuktan kan alınıp başka bir yere götürülüyor.* (Ç13'ün Resim Açıklaması)

Sağlıksız Besin (2): Çocukların sağlıksız besinleri sağlıklılardan ayırt etme konusunda farkındalık geliştirdiğini göstermektedir. Abur cuburlar, aşırı şekerli gıdalar gibi besinlerin sağlık açısından olumsuz etkileri çocuklar tarafından öğrenilmiştir.

Şekil 3.19. Ç35'in program değerlendirmesine ilişkin resmi

Ç35: *Sağlıklı ve sağlıksız meyveler çizdim. Sağlıklı olarak karpuz, erik, kuş meyvesi, böğürtlen ve kavun; sağlıksız olarak çürük nar yaptım.* (Ç35'in Resim Açıklaması)

Güneş Sembolü (2): Bazı çocukların verilen eğitim programını güneş sembolünü kullanarak değerlendirdiği saptanmıştır. Güneş sembolü iki çocuk tarafından programın olumlu algılandığını göstermiştir.



Şekil 3.20. Ç25'in program değerlendirmesine ilişkin resmi

Ç25: *Güneş çizdim. Oyunlarımız güneş gibiydi. Birde Filus….* (Ç25'in Resim Açıklaması)

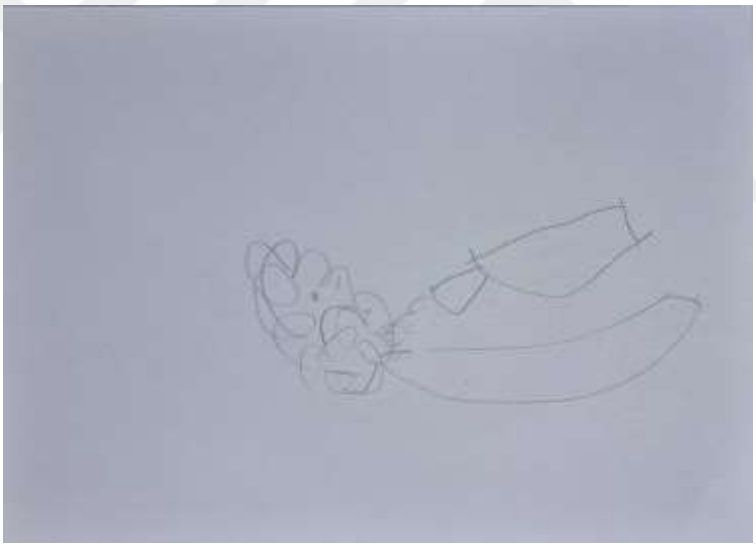
Programı Sevme (1): Araştırmacının uyguladığı eğitim programının genel olarak çocuklar tarafından sevildiğini ortaya koymaktadır. Sevilen bir program öğrenmenin kalıcılığını artırmakta ve çocukların programa katılımını güçlendirmektedir.

Ç12: *Çok güzeldin, çok eğlenceli etkinlikler yaptın. Sınıftan gitmeni istemezdim.*

Sıkıcı Olarak Algılanmama (1): Araştırmacının çocuklar açısından sıkıcı bulunmadığını, aksine dinamik ve eğlenceli olarak görüldüğünü göstermektedir.

Ç13: *Sen de çok heyecanlıydın. Sıkıcı değildin.*

Hastalıkla İlgili Durum (1): Çocukların sağlık ve hastalıkla ilgili kavramlara dair bilgi edindiğini göstermektedir. Çocuklar eğitim içeriğini kendi deneyimleriyle ilişkilendirerek anlamlandırmıştır.



Şekil 3.21. Ç6'nın program değerlendirmesine ilişkin resmi

Ç6: *Mikrop çizdim. Mikrop zıplayarak dişleri kırmaya gidiyor.* (Ç6'nın Resim Açıklaması)

Kitabın Karakterleri (8): Çocukların verilen eğitim programı kapsamında yer alan öykü kitaplarının ve/veya kitaplardaki karakterlerin onlarda merak duygusu uyandırdığını, kitaplardaki karakterlerle çocukların duygusal bağ kurduklarını göstermektedir. Resimli öykü temelli öğrenme süreci çocukların dikkatini ve program katılımını artırmıştır.

Şekil 3.22. Ç4'ün program değerlendirmesine ilişkin resmi

Ç4: *Resmimde Sincapus'un yeri ve Filus'un dişlerini çizdim.* (Ç4'ün Resim Açıklaması)

Şekil 3.23. Ç23'ün program değerlendirmesine ilişkin resmi

Ç23: *Filus ve arkadaşlarının okula gidişini, oyunları ve dersleri… Çantalarda ödevleri var. Papağanus ve Filus var.* (Ç23'ün Resim Açıklaması)

Ç35: *Filus'tan ve Pandarus'tan öğrendim. Sağlıksız şeyler yemememiz gerektiğini, fazla yemememiz gerektiğini, ateşte üstümüzün açık olması gerektiğini, hasta olunca üstümüzü açmamamız gerektiğini, meyveleri yıkamadan yemememiz gerektiğini, soğuk suya girmememiz gerektiğini öğrendim.*

Bazı Etkinliklerde Güçlük Yaşama (8): Bazı çocukların belirli etkinliklerde zorlanabildiğini göstermektedir. Ancak bu güçlüklerin öğrenme sürecini engellemediği, sınıf içerisinde araştırmacının ve evde yapılan aile katılım çalışmalarında da ebeveynlerin desteği çocukların zorlandığı noktaların aşılabildiği görülmüştür.

Ç4: *Çizgilerin üzerinden tam geçemedim ve sıkıldım. Bu etkinlikte zorlandım. Ama annem yardım etti, yaptım.*

Ç23: *Rozet haritasını yapıştırmakta biraz zorlandım. Ama seninle oldu.*

Şekil 3.24. Çocuklara ilişkin kod bulutu

Program değerlendirmesinde çocuklar için öne çıkan kodlar büyük puntıo ile gösterilmiş olup en dikkat çekenin 'etkinliklerden keyif alma' olduğu görülmüştür (Şekil 3.24).

3.2.3. Öğretmen Deneyimleri

Öğretmenlerle yapılan görüşmelerdeki toplam 45 kod göstermektedir ki, araştırmacının eğitimi uygulama süreci, öğretmenlerin sınıf içi çocuk gözlemleri ve verilen eğitim programının pedagojik etkileri odak noktaları olmuştur.

Kategori 1: Programın Çocuklar Üzerindeki Etkileri: Bu kategori çocukların davranış, tutum ve öğrenme düzeylerine ilişkin öğretmenlerin değerlendirmelerini içermektedir. Öne çıkan kodlar:

Programın Faydalı Olması (10): Öğretmenler, programın çocukların gelişimine olumlu katkılar sunduğunu ve içeriğin pedagojik olarak uygun olduğunu belirtmiştir. Bu kod öğretmen matrisindeki en baskın temadır.

Sağlıkla İlgili Bilgi Edinme (4): Çocukların sağlık kavramlarını daha iyi anladığı ve uygulamaya döktüğü gözlemlenmiştir.

Bilgi Aktarımı (4): Öğretmenler, çocukların öğrendiklerini birbirlerine, ebeveynlerine ve kendilerine aktardığını, program içeriğinin çocukların öğrenme paylaşımını kuvvetlendirdiğini vurgulamıştır.

Farkındalık Oluşturma (4): Çocukların sağlıkla ilgili konularda bilinçlendikleri, sınıf içi davranışlarına bu bilinçlenmenin doğrudan yansıdığı ortaya koyulmuştur.

Kategori 2: Programın Aileye Etkileri: Bu kategori verilen eğitim programının çocukların ailelerine yönelik etkilerini içermektedir. Öne çıkan kodlar:

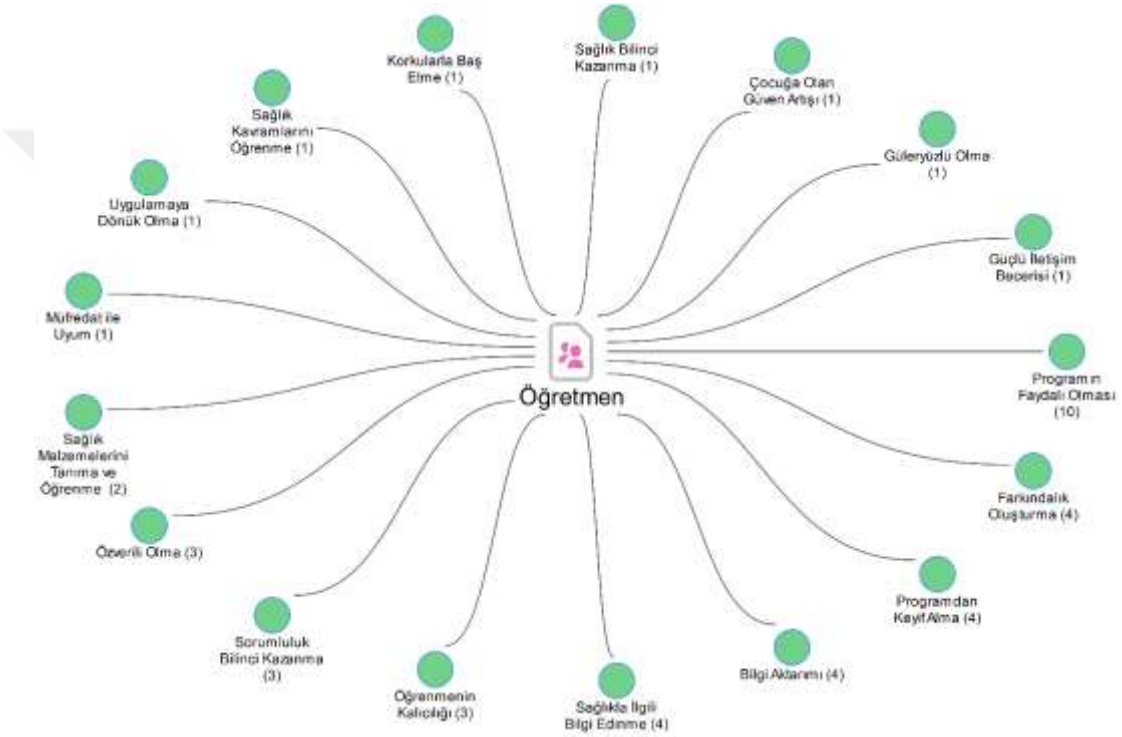
Sorumluluk Bilinci Kazanma (3): Öğretmenler, çocukların aile katılım çalışmaları ve program materyalleri olarak yapılan etkinliklerde daha sorumluluk sahibi davranışlar gösterdiğini bildirmiştir.

Çocuğa Olan Güven Artışı (1): Ebeveynlerin çocuklarına olan güveninin arttığı, çocukların yeni beceriler denemeye istekli olduğu ve ebeveyn-çocuk etkileşimini programın artırdığı ifade edilmiştir.

Kategori 3: Program İçeriğine Yönelik Değerlendirmeler: Sınıf içi uygulamalara yönelik genel memnuniyeti içerir. Öne çıkan kodlar:

Uygulamaya Dönük Olma (1): Programın uygulamaya açık yapısı olumlu karşılanmıştır.

Müfredat ile Uyum (1): Eğitim içeriği MEB eğitim programıyla çelişmeden, aynı düzlemde ilerleyerek ve birbirini destekleyerek uygulanabilmiştir.



Şekil 3.25. Hiyerarşik tek vaka modeli ile öğretmen deneyimleri

Bu tema, öğretmenlerin uygulanan eğitim programını sınıf ortamında gözlemleme ve değerlendirme süreçlerine ilişkin bulguları kapsamaktadır. Kodlar, öğretmenlerin programın hem pedagojik açıdan hem de çocukların gelişimsel kazanımları açısından etkilerini sistematik biçimde değerlendirdiğini göstermektedir. Öğretmen görüşleri, eğitimin çocuklarda bilgi kazanımı, davranış değişikliği, öz bakım becerileri ve farkındalık gelişimi üzerinde belirgin etkiler oluşturduğuna işaret etmektedir (Şekil 3.25).

Programın Faydalı Olması (10): Öğretmenler, verilen eğitim programının çocukların gelişim düzeyine uygun, anlaşılır ve etkileyici olduğunu gözlemlemiştir. Programın içeriklerinin çocuklarda hem kısa vadeli öğrenme hem de uzun vadeli davranış değişimine katkı sunduğu değerlendirilmiştir.

Ö2: *Çocuklar için çok faydalı olduğunu gördüm. Çocuklar çok keyifli katıldılar. Onu gözlemledim. Mutlulardı. Ben de mutlu oldum. Onlar farklı şeyler gördükleri için. ... Misafirlerimiz, sizin görselleriniz, oyunlar çocuklar için çok faydalıydı.*

Sağlıkla İlgili Bilgi Edinme (4): Öğretmenler, çocukların sağlıkla ve hijyenik konularla ilgili hem bilgi sahibi olma hem de bunu beceriye dönüştürme noktasında belirgin olumlu gelişim alanları sergilediklerini, ebeveynlerin de sürece katılımının olduğunu söylemiştir. Çocukların sağlıkla ilgili kavramları günlük yaşam becerilerine ve rutinlerine yansıtmaya başladığını gözlemlediklerini belirtmişlerdir.

Ö2: *Evet. Veliler de okulda ne yaptıklarımız konusunda bilgi sahibi oldular. ... Sizin gönderdiklerinizle beraber... Eğlenceli çalışmalardı aynı zamanda. ... Veliler katılıyorlar. Onlar da belki bir şeyler öğreniyor çocuklarla birlikte. ... Dikkate alıyorlar etkinlikleri.*

Bilgi Aktarımı (4): Çocukların eğitim programında öğrendiklerini arkadaşlarına, öğretmenlerine ve ailelerine aktarmaya istekli oldukları öğretmenler tarafından gözlemlenmiştir. Bu durum, bilginin hem sınıf hem de ev ortamında çoğalarak pekiştiğini göstermektedir.

Ö3: *Becerileri genelde oyunlarında görüyorum. Mesela hiç bilmiyordum ben kulağa bakılan aletin adını… Otoskop. Onu mesela çocuklardan ben de öğrendim...*

Farkındalık Oluşturma (4): Öğretmenler, verilen eğitim programının çocuklarda sağlık farkındalığı, temizlik alışkanlıkları, sağlığı önleme davranışları ve sağlıklı yaşam becerilerine ilişkin davranışlar geliştirmeleri konusunda farkındalık oluşturduğunu ifade etmiştir. Bu farkındalığın özellikle çocukların davranışlarına da yansıdığını, bu doğrultuda da beceriye dönüştüğünü belirtmişlerdir.

Ö1: *Yani içeriği güzel bence programın ... Çocuklara farkındalık oluşturan bir program. Olmuş ve kalıcı olmuş yani. Unutmuyorlar ... Kalıcı olmuş. Seviyorlar hani.*

Programdan Keyif Alma (4): Çocukların eğitime yüksek ilgi gösterdiği, program kapsamında gerçekleştirilen etkinliklerden keyif aldığı ve öğrenme sürecine aktif katılım sağladığı öğretmenler tarafından gözlemlenmiştir. Bu durum çocukların öğrenme motivasyonunu artırmıştır.

Ö2: *Çocuklar çok keyifli katıldılar. Onu gözlemledim. Mutlulardı. Ben de mutlu oldum.*

Sorumluluk Bilinci Kazanma (3): Öğretmenler, çocukların verilen görevleri yerine getirmede daha sorumluluk sahibi davrandığını belirtmiştir. Programın görev bilinci geliştirme yarattığı etki sınıf içi rutinlere de yansımıştır.

Ö3: *Evet, çok oldu. Mesela veliler heyecanla kağıdı bekliyorlar. ... Çocuklar yapıp geri getirdiklerinde heyecanla veriyorlar. ... Sorumluluk bilinci geliştirdiğini düşünüyorum. ... Çok güzel hazırlamışsınız. Onlar da özen gösteriyorlar ve yapıyorlar da... Olumlu geri dönütleri veli görüşmelerinde de sizinle gördük zaten. Herkes memnundu.*

Öğrenmenin Kalıcılığı (3): Öğretmen gözlemleri, çocukların sağlıkla ilgili öğrendikleri bilgileri uzun süre hatırladığını, bu bilgileri uygulayarak becerilerine de transfer ettiklerini ve öğrenmenin kalıcı nitelik kazanarak tutuma dönüşme yolunda pozitif bir seyir gösterdiğini belirtmiştir.

Ö1: *Programın içeriği… Sağlık okuryazarlığıydı. ... Güzel bir program oldu bence. Faydalı oldu. Çocuklardan da aldığım geri dönütlerle… Oyunlarında da fark ediyorum. Mesela bugün hasta oldular, doktor şeyini istediler. Birbirlerini muayene ediyorlar. Şimdi hemen "Ambulansı ara" falan diyorlar birbirlerine. Yani güzel olduğunu düşünüyorum.*

Özverili Olma (3): Öğretmenlerin hepsi, araştırmacının program kapsamında yürüttüğü etkinliklerde istekli, dikkatli ve çaba sarf eden davranışlar sergilediğini; araştırmacının bu tutumunun çocukların öğrenmeye yönelik çabasını artırdığını söylemiştir.

Ö1: *Çok çalışkan, özverilisin, disiplinlisin ... Çok disiplinlisin, özverili çalışıyorsun, seviyorsun. En önemli işi severek yapıyorsun. ... Azimlisin.*

Sağlık Malzemelerini Tanıma ve Öğrenme (2): Verilen eğitim programında kullanılan sağlık malzemelerinin çocuklar tarafından tanındığı ve doğru şekilde ifade edilmeye başlandığı öğretmenler tarafından gözlenmiştir. Bu durum çocukların sağlık okuryazarı olma yolunda önemli bir gelişim alanı olarak değerlendirilmiştir.

Ö1: *Mesela işte doktora falan gidince de görünce de isimlerini biliyorlar mesela. ... O güzel olmuş mesela. Hani ne işe yaradıklarını biliyorlar. ... Otoskop. Ha mesela onu biliyor musun? Ben bilmiyordum mesela o otoskop olduğunu. O yönden iyi.*

Güçlü İletişim Becerisi (1): Araştırmacının çocukların iletişim becerilerini güçlendirdiği ifade edilmiştir. Çocukların kendini ifade etme biçimlerinde olumlu değişimler gözlemlenmiştir.

Güler Yüzlü Olma (1): Araştırmacının program kapsamında yürüttüğü etkinliklere mutlu, hevesli ve pozitif duygularla katıldığını göstermektedir. Güler yüzlü katılım, öğrenmeyi destekleyici unsur olarak değerlendirilmiştir.

Ö2: *... Çocuklara yaklaşımınızı çok beğendim. Çocuklar zaten sizi çok sevdiler. ... Bu derse katılmak için hepsi istekliydi. ... Bu sizin onlara güzel yaklaştığınızı ve sevdiklerini gösteriyor zaten.*

Çocuğa Olan Güven Artışı (1): Ebeveynlerin çocuklarının yeni bilgiler öğrenme ve uygulama konusundaki becerilerine dair güven düzeylerinde artış gözlemlediğini ifade etmiştir. Bu durum ebeveyn-çocuk etkileşimini olumlu etkilemiş, çocuğa karşı güven unsurunda ebeveynlerin yaklaşımında değişime yol açmıştır. Ebeveynler de çocuklarıyla ortak paydada buluşarak beraber bir süreç yürütmenin hazzına varmıştır.

Ö2: *Yani 5 yaşındaki çocuklarının böyle etkinliklere katıldığını görünce güvenleri arttı çocuklarına karşı. "Benim çocuğum bunları da yapabiliyor" diye. Kendileri de işin içine katıldı. Beraber sertifika aldılar. Aynı heyecanı onlar da yaşadılar.*

Sağlık Bilinci Kazanma (1): Öğretmen değerlendirmelerine göre, verilen eğitim programının ardından çocukların sağlıkla ilgili farkındalık düzeyinde belirgin bir artış olmuş; çocuklar sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha bilinçli şekilde uygulamaya başlamıştır.

Ö2: *Sağlıklarıyla ilgili, özellikle diş sağlığıyla ilgili dişlerini fırçaladıklarını söylüyorlar. ... Sağlıklı beslenme kurallarını da öğrendiler. Hangi yiyeceklerin sağlıklı olup hangilerinin zararlı olduğunu söylüyorlar. ... Evde de dikkat ettiklerini düşünüyorum. ...*

Korkularla Baş Etme (1): Çocukların tıbbi süreçler, sağlık malzemeleri ve hastalıklarla ilgili kaygı ve korkularının azaldığı gözlemlenmiştir. Eğitim süreci bu olumsuz duyguları azaltıcı bir rehberlik sağlamaya yaramıştır.

Ö3: *Olumlu etki bıraktığını düşünüyorum. Mesela diş doktorundan korkan çocuklar vardı. Şimdi artık dişçiye giderken düzgünce söylüyorlar; "Yarın benim diş randevum var", "Dişime dolgu yaptırdım", "Dişimi çektirdim, ağlamadım." Yani korkularının gittiğini düşünüyorum, daha bilgilendikleri için. ... Ama şimdi daha bilinçli davrandıklarını düşünüyorum.*

Sağlık Kavramlarını Öğrenme (1): Çocukların sağlıkla ilgili soyut olan temel kavramları somutlaştırılmış etkinlikler yoluyla öğrenmeleri ve öğretmenlerin bu öğrenmeyi net şekilde gözlemlemesini ifade etmektedir.

Ö2: *Kelime dağarcıkları gelişti. Yani sağlıkla ilgili kavramları öğrendiler. Mesela 5 yaşındaki bir çocuğun stetoskopu bilmesi kolay değil. Güzel şeyler öğrendiler. Eğlendiler. ... Eğlenmeleri bile benim için güzel...*

Uygulamaya Dönük Olma (1): Verilen eğitimin teorik bilgiler içermesinin yanı sıra uygulamalı etkinliklerle desteklenmesinin çocukların pratik beceriler kazanmasına olanak tanıdığını göstermiştir.

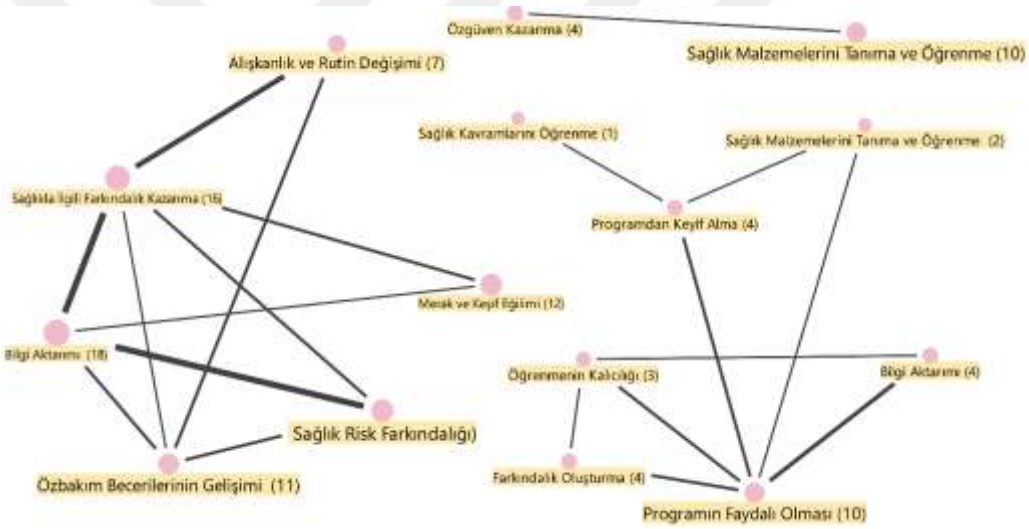
Ö3: *Tabii okul öncesinde sağlık konusu vardı ama bu kadar ayrıntılı değildi. Sağlık çalışanlarının falan gelmesi de güzel oldu. Bence programın güzeldi yani.*

Müfredat ile Uyum (1): Uygulanan programın okul öncesi eğitim programıyla uyumlu olduğu ve ders akışıyla bütünleştiği belirtilmiştir. Bu durum programın sürdürülebilirliğini, müfredata entegre edilebileceğini ve gelecek çalışmalarda sağlık okuryazarlığı konusunun okul öncesi programları içerisinde yer alabileceğini göstermiştir.

Ö2: *Evet, o bak çok güzel. Biz özellikle sağlıkla ilgili konuştuğumuz zaman çocuklarla etkinlikler yaptık. Sağlığımızla, diş sağlığıyla ilgili. Arkasından diş hekiminin gelmesi, sağlıklı beslenmeyle ilgili konuştuğumuzda arkadan diyetisyenin gelmesi de çok güzeldi. Bunları zaten sınıfta konuşmuştuk. Birbirini pekiştirdi. Harika, güzel.*

Şekil 3.26. Öğretmenlere ilişkin kod bulutu

Şekil 3.26 göstermektedir ki, programın öğretmenler için öne çıkan kodlarına bakıldığında en büyük punto ile gösterilmiş olan en dikkat çekici kod 'programın faydalı olması' olmuştur.



Şekil 3.27. Kod haritası

Şekil 2.27'de sunulan kod haritası, MAXQDA'da temalar ve kodlar arasındaki ilişkileri, etkileşimleri ve birlikte görülme örüntülerini görselleştiren bir analiz aracıdır. Bu harita:

- Kodların birbirini ne ölçüde desteklediğini,
- Hangi öğrenme çıktılarının birbirine bağlı olduğunu,
- Katılımcı ifadelerinde hangi kavramların bir arada geçtiğini,
- Eğitim programının etkilerinin hangi alanlarda yoğunlaştığını ortaya koyar.

Dolayısıyla kod haritası eğitim programının etki mekanizmasını analiz etmeyi sağlar. Sadece ne öğrenildiğini değil, öğrenmenin hangi unsurlar üzerinden birbirini güçlendirdiğini gösterir. Kod haritasında 'Sağlıkla İlgili Farkındalık Kazanma (16)' kodunun diğer pek çok güçlü kod ile yoğun ilişki içinde olduğu görülmektedir. Bu durum, verilen eğitim programının temel çıktılarından birinin çocuklarda sağlık farkındalığının gelişmesi olduğunu açık biçimde göstermektedir. Aşağıda, bu kod merkeze alındığında buna bağlı kodların tek tek yorumlanmasına yer verilmiştir.

Haritadaki en güçlü bağlantılardan biri 'Sağlıkla İlgili Farkındalık Kazanma ↔ Bilgi Aktarımı (18) olarak karşımıza çıkmaktadır. Program, çocukların yalnızca bilgiyi edinmesini değil, aynı zamanda öğrenilen sağlıkla ilgili bilgileri sosyal çevresine aktarmasını da teşvik etmiştir. Bu bağlantı, sağlık farkındalığının davranışsal düzeye geçtiğini ve çocukların sağlık bilgisini ailelerine, öğretmenlerine ve akranlarına aktararak aktif öğrenici rolü üstlendiğini göstermektedir. Bu, Sosyal Öğrenme Kuramının 'öğrenilen davranışın paylaşılmasıyla pekişme' ilkesine uygun bir bulgudur.

'Sağlıkla İlgili Farkındalık Kazanma ↔ Özbakım Becerilerinin Gelişimi (11)' bağlantısı çocukların sağlıkla ilgili farkındalığının günlük yaşam becerilerine dönüştüğünü göstermektedir. Eğitim programı sonucunda çocuklar el yıkama, kişisel hijyen, düzenli özbakım rutinleri gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha bilinçli uygulamaya başlamıştır. Bu, farkındalığın sadece zihinsel bir öğrenme değil, davranışsal bir değişime dönüştüğünün göstergesidir. Program, çocuklarda sağlıklı olma hâlinin sürdürülebilir bir davranış olduğunu öğretmiştir.

'Sağlıkla İlgili Farkındalık Kazanma ↔ Sağlık Risk Farkındalığı (6)' bu iki farkındalık türünün kesişimi eğitim programının risk azaltıcı etkisini ortaya koymaktadır. Çocukların yalnızca sağlıklı olmanın önemini değil, sağlığı tehdit eden durumları da tanımaya başladığı görülmektedir. Bu, çocuğun çevresel ve kişisel riskleri fark etme, önleme, gerekli durumda yetişkine bildirme gibi davranışlara dönüştürmesini sağlamıştır. Program, sağlık farkındalığını risk yönetimi becerisi ile destekleyerek çocuklarda bütüncül bir sağlık okuryazarlığı düzeyi oluşturmuştur.

Bağlantılardan 'Sağlıkla İlgili Farkındalık Kazanma ↔ Merak ve Keşif Eğilimi (12)', öğrenmenin duyuşsal yönünü temsil eder. Çocukların sağlık konularına merak duyması, farkındalığın içsel motivasyonla beslendiğini göstermektedir. Bu ilişki, programın merak

uyandıran içerikler, soru sorma fırsatları, etkileşimli etkinlikler sunması sayesinde öğrenmenin kalıcı ve ilgi çekici hâle geldiğini göstermektedir. Farkındalık, çocuğun öğrenmek isteme davranışıyla desteklenmiştir.

Davranışsal dönüşümün en güçlü göstergelerinden biri olan 'Sağlıkla İlgili Farkındalık Kazanma ↔ Alışkanlık ve Rutin Değişimi (7)' ilişkisi program sonucunda çocukların sağlıklı beslenme alışkanlıklarını, temizlik ve düzen rutinlerini, kişisel temizliğe ilişkin davranışlarını yeniden düzenlemiştir. Bu da farkındalığın kalıcı alışkanlıklara dönüştüğünü göstermektedir. Sağlık farkındalığı tek başına bir bilgi kazanımı değil; yaşam pratiğini yeniden şekillendiren bir beceri kazanma yolu hâline gelmiştir.

Kod haritasındaki 'Sağlıkla İlgili Farkındalık Kazanma ↔ Sağlık Malzemelerini Tanıma ve Öğrenme (8 ve 10)' bağlantısı çocukların soyut sağlık kavramlarını somut materyallerle öğrendiğini göstermektedir. Çocuklar sağlık malzemelerini tanımış ve bunları doğru adlandırmış, amacına uygun kullanmayı öğrenmiş ve resimlerindeki çizimlerinde ve etkinliklerde tekrar etmiştir. Bu süreç farkındalık gelişimini destekleyen uygulamalı öğrenme boyutunu göstermektedir. Program, çocukların sağlık bilgisini somut nesneler aracılığıyla anlamlandırmasını sağlamıştır.

'Sağlıkla İlgili Farkındalık Kazanma ↔ Programdan Keyif Alma (4)' ilişkisi duygusal boyutuyla eğitimin başarısının kritik bir parçasını göstermektedir. Program eğlenceli bulunmuş, çocuklar etkinlikleri keyif alarak tamamlamış ve bu olumlu duygu durumu farkındalığı artırmıştır. Öğrenme sürecindeki pozitif duygular dikkati artırmış, katılımı yükseltmiş ve öğrenmenin kalıcılığını desteklemiştir. Bu ilişki programın pedagojik açıdan iyi yapılandırıldığını göstermektedir.

Genel olarak kod haritası analizi değerlendirildiğinde sağlıkla ilgili farkındalık, programın omurgasını oluşturan temel kazanımdır. Bu farkındalık, bilgi aktarımı, özbakım, risk farkındalığı, merak, rutin değişimi ve malzeme tanıma gibi çok boyutlu öğrenme alanlarıyla bütünleşmiştir. Bu bütünleşme programın bilişsel, duyuşsal ve davranışsal alanlarda bütüncül olarak çocukların gelişimi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla verilen eğitim programı yalnızca bilgi öğretmemiş; çocuklarda sağlık bilincini davranışa dönüştüren bütüncül bir öğrenme deneyimi yaratmıştır.

4. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırma kapsamında elde edilen bulgular iki kısımda tartışılmıştır. İlk kısımda araştırma kapsamında geliştirilen 60-72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden (ÇSOÖ) elde edilen bulgular tartışılmıştır. İkinci kısımda resimli öykü kitaplarıyla hazırlanan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programı uygulamalarından elde edilen nicel ve nitel veriler bir arada değerlendirilmiştir. Bölüm, alan yazında yer alan çeşitli araştırma sonuçları ile ilişkilendirilerek açıklanmış, yorumlanmış ve tartışılmıştır. Bu yaklaşımla, mevcut araştırmanın hem teorik çerçeveye hem de erken çocukluk dönemindeki uygulamalara sağlayacağı katkıların kapsamlı bir biçimde ortaya konulması hedeflenmiştir.

Araştırmanın 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek amacıyla bir ölçek geliştirilmesi ve geliştirilen bu ölçeğin psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanan ölçek geliştirme aşamasında, Boateng vd. (2018) ve Büyüköztürk vd. (2024)'nin önerdiği basamaklar izlenmiştir. Buna göre ölçek geliştirme süreci problemi tanımlama, madde yazma, uzman görüşü alma ve pilot form oluşturma ve pilot uygulama, analizler ve son şeklini verme olmak üzere dört aşamadan oluşmuştur. Pilot uygulama, maddelerin anlaşılabilirliği, testin ortalama yanıt süresi ve katılımcıların zorlandığı ifadelerin belirlenmesi gibi boyutlar açısından büyük önem taşımaktadır. Bu aşamada elde edilen veriler, maddelerin yeniden yazılması, test süresinin düzenlenmesi ve yöntemin uygulanabilirliğinin artırılması için yol gösterici olur (Renuse, 2024). Ölçek geliştirme çalışmalarında çalışma grubu büyüklüğü belirlenirken, ölçekteki madde sayısının beş–on katı formülünün uygulanmasının önerilmesinden hareketle (DeVellis ve Thorpe, 2021; Hair vd., 2019; Osborne ve Banjanovic, 2016; Worthington ve Whittaker, 2006; Boateng vd., 2018) araştırmanın AFA'ya 186 çocuk; doğrulayıcı faktör analizine 122 çocuk olmak üzere pilot çalışma ile birlikte toplam 318 çocuk dahil edilmiştir. AFA ve DFA literatürde vurgulandığı üzere (Cabrera-Nguyen, 2010; DeVellis ve Thorpe, 2021; Koyuncu ve Kılıç, 2019; Worthington ve Whittaker, 2006) birbirinden bağımsız çalışma grupları üzerinden gerçekleştirilmiştir. Bu yaklaşım, ölçeğin yapı geçerliğinin hem keşfedici hem doğrulayıcı düzeyde tutarlı bir biçimde test edilmesini sağlamıştır.

Ölçek geliştirme çalışmalarında güvenirlik hesaplanırken Cronbach Alfa katsayısı, iki yarı test güvenirliği, paralel form, TTT gibi yöntemler kullanılmaktadır (Cronbach, 1951; Taber, 2018; Tavakol ve Dennick, 2011). ÇSOÖ, 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçen ilk ölçme aracı olması ve eşdeğer bir form bulunmaması nedeniyle paralel test uygulanmasını engellemiştir (DeVellis ve Thorpe, 2021; Karakoç ve Dönmez, 2014; Seçer, 2018). Fakat ölçeğin zamansal güvenirliğini değerlendirmek amacıyla yapılan TTT, birinci faktör için anlamlı ve pozitif yönde (r = 0,634), ikinci faktör için ise pozitif ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan (r = 0,349) korelasyon katsayıları elde edilmesine rağmen, her iki katsayının da pozitif yönlü olması nedeniyle ölçeğin zaman içinde genel bir tutarlılık eğilimi gösterdiğini ortaya çıkarmıştır. Ayrıca yarı test güvenirliği, ölçeğin iki eşdeğer yarısının benzer ve tutarlı ölçümler ürettiğini göstererek ölçeğin iç yapısal bütünlüğünü desteklemiştir. Güvenirlik kapsamında McDonald's Omega değerinin 0,762 ve Cronbach Alfa katsayısının 0,758 olarak bulunması, ölçek maddelerinin birbirleriyle tutarlı olduğunu ve aynı yapıyı ölçtüğünü göstermektedir. Bu katsayılar, ölçeğin yüksek iç tutarlığa sahip olduğunu ve maddelerin ölçmek istenen özelliğe birlikte anlamlı düzeyde katkı sunduğunu ifade etmektedir.

Ölçek geliştirme sürecinde izlenen tüm bu sistematik adımlar, ölçeğin psikometrik açıdan sağlam bir yapıya ulaşmasını desteklemiştir. Literatürde öncelikle kapsam geçerliğinin uzman görüşleriyle sağlanmasının ve maddelerin kuramsal temeller doğrultusunda yapılandırılması, ölçeğin ölçmek istediği kavramı temsil etme gücünü artırdığına dair çalışmalar vardır (Boateng vd., 2018; Büyüköztürk vd., 2024; DeVellis ve Thorpe, 2021; Haynes vd., 1995; Polit ve Beck, 2006; Rubio vd. 2023). Ardından faktör yapısının keşfedici bir yaklaşımla incelenmesi ve AFA'nın uygun çalışma grubunda uygulanması, geçerli bir yapı oluşturmak için temel aşamalardan biridir (Worthington ve Whittaker, 2006). Elde edilen faktör yapısının bağımsız bir çalışma grubunda DFA ile doğrulanması, ölçek geliştirme çalışmalarında önerilen en güçlü yöntemlerden biri olarak kabul edilmekte, bu doğrulama, model uyumunun ve yapı geçerliğinin kanıtlanmasına önemli katkı sağlamaktadır (Cabrera-Nguyen, 2010).

Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği, yordama geçerliği, eş zaman geçerliği ve faktör analizi yapılabilir (Büyüköztürk vd., 2024; DeVellis ve Thorpe, 2021). ÇSOÖ, 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçmeye yönelik bir araç olduğundan, gelecekteki spesifik davranışları veya sonuçları doğrudan yordama amacı taşımamaktadır. Bu nedenle yordama geçerliği bu çalışma kapsamında yapılmamıştır

(Karakoç ve Dönmez, 2014). ÇSOÖ 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığına ilişkin bilgi, beceri ve tutumlarını ölçmeye yönelik ilk özgün araç olduğu için, karşılaştırılabilecek başka bir ölçek mevcut değildir. Bu nedenle, ÇSOÖ için eş zaman geçerliği çalışması yapılamamıştır (Büyüköztürk, 2023). Ölçeğin kapsam geçerliği, AFA ve DFA ile incelenmiştir (Seçer, 2018).

AFA öncesinde, çalışma grubu uygunluğunu belirlemek amacıyla verilerin KMO değeri ve Bartlett testi sonuçlarına bakılmıştır (Büyüköztürk, 2023; Field, 2024; Tabachnick ve Fidell, 2013). Testlerin anlamlı çıkması ölçeğin faktör analizine uygun olduğunu; verilerin faktör analizi için yeterli çalışma grubu uyumluluğuna sahip olduğunu ve değişkenler arasında anlamlı ilişkiler bulunduğunu göstermektedir (Şencan, 2005).

Güvenirlik katsayısının bire yaklaşması, ölçme aracının oldukça güvenilir olduğuna işaret eder ve bu durum araştırmalarda arzu edilen bir özelliktir (Taber, 2018; Tavakol ve Dennick, 2011). Ölçek maddelerine ilişkin madde-toplam korelasyonları, yani diğer bir deyişle madde geçerlik katsayıları incelendiğinde, üst ve alt %27'lik gruplar arasında tüm maddelerde anlamlı farklılıkların bulunduğu görülmüştür. Bu bulgu, maddelerin ayırt edicilik düzeyinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Büyüköztürk vd., 2024). Ölçek maddelerinin güçlük indeksleri 0,18 ile 0,61 arasında değişmekte olup, ortalama güçlük değeri 0,36 olarak hesaplanmıştır. Bu ortalama, ölçeğin orta güçlük düzeyine sahip olduğunu ve hedeflenen yaş grubunun bilişsel kapasitesine uygun maddeler içerdiğini göstermektedir (DeVellis ve Thorpe, 2021).

Ölçeğin geliştirilme aşamasında kullanılan istatistiksel analizler, çalışmanın bilimsel geçerliğini güçlendiren bir diğer önemli bileşendir. AFA, ölçeğin faktör yapısını ortaya koymaya yardımcı olurken; DFA, belirlenen yapının farklı bir çalışma grubunda test edilmesine olanak sağlamıştır. AFA ve DFA'nın farklı çalışma grupları üzerinde yürütülmüş olması, yapı geçerliğinin yalnızca kuramsal olarak değil, uygulama düzeyinde de desteklenmesini sağlamıştır. DFA'nın DWLS yöntemiyle gerçekleştirilmesi ise, çoklu normallik varsayımının sağlanmadığı veri setlerinde tercih edilen güvenilir tahmin yöntemlerinden biri olması nedeniyle, analiz bulgularının bütünlüğünü artırmaktadır. Ayrıca elde edilen uyum iyiliği indekslerinin (GFI=0,97; CFI=1,00; RMSEA=0,031) yüksekliği, ölçeğin iki faktörlü modelinin istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir uyum gösterdiğini kanıtlamaktadır (Brown, 2015). Başlangıçta önerilen iki faktörlü yapıdan, ikinci faktörün iç tutarlılık katsayısının düşük (α=0,549) olması nedeniyle vazgeçilmiş ve bunun yerine

McDonald's Omega değeri 0,762, daha yüksek güvenirliğe sahip (α=0,758) 14 maddelik tek boyutlu nihai yapı tercih edilmiştir. Bu seçim, yalnızca elde edilen istatistiksel sonuçlara değil; aynı zamanda madde-toplam korelasyonlarının gücü ile ölçeğin uygulanabilirliğine dayalı değerlendirmelere de dayanmaktadır. Tavakol ve Dennick'in (2011) kabul edilebilir gördüğü 0,70'in üzerindeki Cronbach Alfa değeri, geliştirilen ölçeğin içsel tutarlılığının yeterli olduğunu göstermektedir. Dahası, ÇSOÖ yalnızca çocukların sağlıkla ilgili bilgi düzeylerini ölçmekle sınırlı olmayıp; bu bilgiyi anlama, yorumlama ve günlük yaşamda kullanabilme gibi daha karmaşık becerileri değerlendirecek biçimde tasarlanmıştır. Bu yaklaşım, sağlık okuryazarlığını bireyin yalnızca bilişsel kapasitesiyle değil, aynı zamanda sosyal bağlam içinde bilgiye erişme, değerlendirme ve karar verme süreçleriyle ilişkilendiren DSÖ tanımıyla da örtüşmektedir (Borzekowski, 2009; Coulter ve Ellins, 2007). Böylece ölçek, bireysel yeterliliklerin ötesinde, sağlıkla ilgili karar alma süreçlerinin daha geniş bir çerçevede değerlendirilmesine imkân sağlamaktadır.

Çocuklarda sağlıkla ilgili temel bilgi, beceri ve tutumların erken yaşlarda şekillendirilmesi gerektiği çeşitli araştırmalar tarafından ortaya konmuştur (Çınar vd., 2018; DeWalt ve Hink, 2009). Buna karşın mevcut sağlık okuryazarlığı ölçeklerinin çoğunun ergenlere (Davis vd., 2006; Driessnack vd., 2014) ve yetişkinlere yönelik geliştirildiği görülmektedir (Özvarış vd., 2022; Sørensen vd., 2013). Okan vd.'nin (2018) sistematik derlemesinde de belirtildiği üzere, çocuklara yönelik ölçeklerin büyük bir kısmı yedi yaş ve üzerindeki gruplara hitap etmekte; daha küçük yaş grupları için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı neredeyse hiç bulunmamaktadır. Literatür incelendiğinde, erken çocukluk dönemindeki çocukların sağlık okuryazarlığını değerlendirmeye yönelik bir ölçüm aracının yer almadığı göze çarpmaktadır (Altunoz ve Aygün, 2025; Genç vd., 2025; Kalkim vd., 2024; Ozturk Haney, 2018; Özvarış vd., 2022). Bu doğrultuda geliştirilen ÇSOÖ, 60–72 aylık çocukların gelişimsel özelliklerine uygun olarak tasarlanmış, görsel açıdan desteklenmiş, uygulama adımları net biçimde tanımlanmış ve psikometrik açıdan geçerli-güvenilir bir araç olarak alana özgün bir katkı sunmaktadır.

Ölçeğin en dikkat çekici güçlü yanlarından biri, geliştirme sürecinde doğrudan çocuklarla birebir çalışılarak veri toplanmış olmasıdır. Literatürdeki birçok araç ebeveyn ya da öğretmen bildirimlerine dayanırken, bu çalışmada verilerin doğrudan çocuğun kendisinden elde edilmesi, çocukların gerçek bilişsel, sözel ve davranışsal sağlık okuryazarlığı düzeylerinin daha geçerli biçimde ölçülmesini mümkün kılmıştır. Bunun yanı sıra, çocuk, ebeveyn ve alan uzmanlarından alınan görüşlerin sistematik bir yöntemle geliştirme sürecine dahil edilmesi,

hem içerik geçerliğini güçlendirmiş hem de ölçeğin uygulanabilirliğine sağlam bir dayanak oluşturmuştur (Büyüköztürk vd., 2024). Ölçek şunu göstermiştir ki; erken yaş grubunda sağlık okuryazarlığını doğrudan çocuklardan elde edilen verilerle ölçmeye yönelik geçerli ve güvenilir bir araç geliştirilebilmiştir.

ÇSOÖ, yalnızca araştırmalara değil, aynı zamanda erken çocukluk eğitim programlarının ve sağlık politikalarının izleme-değerlendirme süreçlerine katkı sağlayabilecek nitelikte uygulama temelli bir araçtır. Freire'nin (akt. Borzekowski, 2009) vurguladığı gibi, okuryazarlık bireysel ve toplumsal dönüşümün temelidir. Bu perspektiften bakıldığında, çocuklara erken yaşta kazandırılacak sağlık okuryazarlığı, hem bireysel hem toplumsal düzeyde daha bilinçli ve sağlıklı nesillerin yetişmesine katkı sağlayacaktır. Fakat, 60-72 aylık çocuklara yönelik sağlık okuryazarlığı ölçeğinin geliştirilmesi ve geçerlik-güvenirlik analizlerinin yapılması açısından öncü bir nitelik taşımasına rağmen bazı sınırlılıklar içermektedir. Öncelikle, çalışma grubunun sadece Ankara ilindeki alt, orta ve üst sosyoekonomik düzeydeki resmi anasınıflarında öğrenim gören çocuklarla sınırlı olması, elde edilen bulguların genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Türkiye'nin farklı bölgelerinden, kırsal ve kentsel alanları kapsayan daha geniş ve çeşitlendirilmiş çalışma gruplarıyla yürütülecek yeni geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının, ölçeğin kültürel geçerlik boyutunu değerlendirmek açısından önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca ölçeğin yalnızca 60–72 aylık tipik gelişim gösteren çocuklarda uygulanmış olması, özel gereksinimli çocukların sağlık okuryazarlığı düzeylerine ilişkin çıkarım yapılmasına olanak tanımamaktadır. Bu nedenle, gelecekte farklı gelişimsel özelliklere sahip çocuk grupları için uyarlanmış ek ölçek formlarının geliştirilmesi önerilebilir.

Çalışmada doğrudan çocuklarla birebir yürütülen uygulamalara dayalı veri toplama yaklaşımı, özbildirime dayalı öznelliği azaltması bakımından önemli bir güçlü yan oluşturmuştur. Bununla birlikte, çocukların performansını daha nesnel biçimde değerlendirmek amacıyla gözleme dayalı değerlendirme araçlarının veya yapılandırılmış oyun temelli gözlemlerin kullanıldığı çoklu ölçme yöntemlerinin eklenmesi, elde edilen ölçümlerin daha kapsamlı yorumlanmasına yardımcı olabilir (McMillan ve Hellsten, 2010; Pellegrini vd., 2012). Ölçeğin ikinci boyutunun güvenirlik katsayısının 0,700'ün altında kalması nedeniyle analiz dışında bırakılması da, ölçek yapısının güçlendirilmesi gereken noktalarından biri olarak değerlendirilebilir. Bu durum özellikle faktör analizlerinde daha büyük çalışma gruplarının tercih edilmesinin önemine işaret etmektedir. Ayrıca gelecekte paralel form güvenirliği, ölçüt bağıntılı geçerlik ve zamana bağlı geçerlik gibi ek psikometrik

değerlendirmelerin yapılması, ölçeğin genel geçerlilik ve güvenirlik yapısını daha da sağlamlaştıracaktır.

Araştırma kapsamında geliştirilen ölçeğin kuramsal temelinin, kapsamlı bir literatür taraması ve mevcut ölçeklerin incelenmesi yoluyla oluşturulması, madde havuzu geliştirilmeden önce ihtiyaç analizinin yapılması, çocuklar, ebeveynler ve uzmanlarla gerçekleştirilen görüşmeler aracılığıyla çok yönlü ve derinlemesine verilerin elde edilmesi, ayrıca madde havuzunun farklı meslek gruplarından uzmanların görüşlerine sunularak geniş bir perspektiften değerlendirilmesi, çalışmanın güçlü yönlerini oluşturan başlıca özellikler arasında yer almaktadır. Ayrıca, ölçeğin uygulanabilirliğini ve gözlemciler arası tutarlığı artırmak amacıyla kapsamlı bir uygulayıcı kılavuzu ve cevap anahtarının hazırlanmış olması, çalışmanın güçlü yönlerini daha da pekiştirmektedir. Ölçek geliştirme literatürü, özellikle performans temelli ölçümlerde uygulayıcı yönergelerinin, değerlendirme çizelgelerinin ve önceden belirlenmiş cevap anahtarlarının bulunmasının değerlendirme sürecini standardize ederek ölçümlerin güvenirliğine önemli katkı sunduğunu vurgulamaktadır (DeVellis ve Thorpe, 2021; Haynes vd., 1995). Bu doğrultuda oluşturulan cevap anahtarı, çocuklardan elde edilen özgün yanıtların analiz edilmesiyle geliştirilmiş ve üç çocuk gelişimi uzmanı, bir hemşire ve bir tıp doktorundan oluşan disiplinler arası bir uzman grubunun görüşleriyle son haline getirilmiştir. Uzman görüşlerinin bu şekilde sürece dahil edilmesi, hem içerik geçerliğini güçlendirmekte hem de ölçeğin uygulanmasında değerlendiriciler arası yorum farklılıklarını azaltarak nesnelliği artırmaktadır (Rubio vd., 2003). Ayrıca ölçeğin sağlık alanına özgü kavramları içermesi, değerlendirme sürecinde belirli düzeyde tıbbi bilgi gerektirmektedir. Bu nedenle ölçme aracının sağlık alanında profesyonel bilgi birikimine sahip uygulayıcılar tarafından kullanılması önerilmiştir. Literatürde, ölçme araçlarının doğru yorumlanması ve gözlemci tutarlılığının sağlanmasında değerlendiricinin alan uzmanlığının belirleyici olduğu; konu bilgisi yüksek değerlendiricilerin hem daha doğru puanlama yaptıkları hem de değerlendirme sürecinde daha az varyans oluşturdukları bildirilmektedir (Kline, 2023; Polit ve Beck, 2006). Bu bağlamda, ölçeğin sağlık profesyonelleri tarafından uygulanmasının önerilmesi, aracın hem geçerlik hem güvenirlik özelliklerinin korunmasına yönelik önemli bir yöntemsel tercih olarak değerlendirilebilir.

Literatürde, çocuk ve ergenlerin sağlık okuryazarlığını ölçmeye yönelik farklı ölçekler bulunmaktadır. Tanımlanan araçlar (Brown vd., 2007; Chinn ve McCarthy, 2013; Chisolm ve Buchanan, 2007; Davis vd., 2006; Driessnack vd., 2014; Ghanbari vd., 2016; Hubbard ve Rainey, 2007; Manganello vd., 2015; Massey vd., 2013; Naigaga vd., 2015; Norman ve

Skinner, 2006; Ozturk Haney, 2018; Paakkari vd., 2016; Paakkari vd., 2023; Steckelberg vd., 2009; Stauch vd., 2025; Schmidt vd., 2010; Vardavas vd., 2009; Yeşil ve Özçelik, 2014; Yu vd., 2012; Wallmann vd., 2012; Wu vd., 2010) çocuklar ve/veya ergenler için geliştirilmiş araçlardır. Bu araçlar arasından REALM-teen, bir doğrulama çalışması sırasında 10-19 yaş arası bir çocuk popülasyonunda uygulanan ilk sağlık okuryazarlığı aracıdır (Davis vd., 2006). Erken çocukluk dönemindeki çocukların sağlık okuryazarlığını değerlendiren ölçekler olsa da mevcut ölçekler (Jia vd., 2025; Zhuang vd., 2025) doğrudan çocukların sağlık okuryazarlığını ölçmemekle birlikte, onların bakımından sorumlu yetişkinlerin SOY düzeyini değerlendirerek dolaylı yoldan çocukların sağlıkla ilgili bilgi, beceri ve tutumlarının geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Ayrıca SOY, çocuklar ve ergenler için hem fiziksel hem zihinsel gelişimlerini destekleyen kritik bir yaşam becerisidir. SOY yalnızca sağlık sonuçları ile değil, aynı zamanda bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimle de güçlü ilişki göstermektedir. Bu durum, çocukluk döneminde müdahalelerin etkisini değerlendirmek için güvenilir ve bilimsel temelli sağlık araçlarına olan ihtiyacı ortaya koymaktadır. Ölçek geliştirmenin gereği, yalnızca teorik bir boşluğu doldurmakla kalmamakta; aynı zamanda, dijital çağda bilgiye erişim ve eleştirel değerlendirme becerilerinin erken yaşta kazanılmasını hedefleyen kamu sağlığı politikaları için de stratejik bir temel sağlamaktadır (Guo vd., 2018; Rubio ve Blay, 2023; Stauch vd., 2025). Çocuklar ve gençler için SOY'un erken yaşlardan itibaren geliştirilmesi ve zamanla bir yaşam alışkanlığına dönüştürülmesinin taşıdığı önem göz önünde bulundurulduğunda, etkili müdahalelerin planlanabilmesi için bu konuya yönelik daha kapsamlı verilerin toplanması ve mevcut durumun ayrıntılı biçimde ortaya konulması gerekmektedir (Çoban ve Özcebe, 2018). Çocuklara özel, psikometrik olarak güçlü SOY ölçeklerinin geliştirilmesinin hem araştırma hem de uygulama alanında önemli bir ihtiyaç ve gereklik olmasından hareketle araştırma kapsamında geliştirilmiş olan 60-72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ÇSOÖ) alandaki ilgili boşluğu doldurmuştur. ÇSOÖ'nün geçerli-güvenilir bir araç olduğu kanıtlanmış olup ölçeğin alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çocuklara sağlık okuryazarlığı kazandırmanın, yalnızca bugünün değil, geleceğin sağlıklı toplumlarının inşasında da kritik bir rol oynadığı açıktır. Ozturk Haney'in (2018) okul çağındaki çocuklara yönelik geliştirdiği ölçekle kıyaslandığında, bu çalışma yaş grubu açısından daha erken bir döneme odaklanmakta ve ölçek maddeleri hem içerik hem sunum biçimi açısından yaşa özgü olarak yapılandırılmıştır. Bu durum, ölçme aracının hem eğitsel hem de sağlık politikaları açısından kullanışlılığını artırmaktadır. Bugüne dek yapılmış olan SOY araştırmaları esas olarak okul çağındaki çocuklar, ergenler ve yetişkinlere yönelik olmuştur. Her ne kadar son yıllarda çocuklar için yapılan SOY çalışmaları artmış olsa da

literatür taraması sonucunda erken çocukluk dönemindeki çocukların SOY'u belirlemeye yönelik bir ölçeğe rastlanamamıştır. SOY ilgili yapılan araştırmaların daha çok okul çağı (Ozturk Haney, 2018; Ozturk Haney, 2020), ergenlik (Davis vd., 2006; Driessnack vd., 2014) ve yetişkinlik (Özvarış vd., 2022; Sørensen vd., 2013) dönemlerine yönelik olarak yapıldığı görülmektedir. Geliştirilen ÇSOÖ, bilgi, beceri ve tutum boyutlarını kapsayan kapsamlı bir yapı üzerine temellendirilmiştir (Chan vd., 2025; Sørensen vd., 2012). Ölçek, çocukların sağlık okuryazarlığını herhangi bir aracıya ihtiyaç duymaksızın, doğrudan kendilerinden ölçebilen bir yapıda tasarlanmış olması bakımından güçlü bir ölçme aracı niteliği taşımaktadır (Okan vd., 2018). Toplam 14 maddeden oluşan ölçeğin ilk dokuz maddesi sağlıkla ilişkili materyallerin adlarını ve işlevlerini bilmeye, onuncu maddesi sağlık çalışanlarını tanıma ve görevlerini bilmeye, 11 ile 14 arasındaki maddeleri ise sağlıklı ve sağlıksız olma durumlarını tanıma ve açıklama becerilerini ölçmeye yöneliktir. Uygulama süresi yaklaşık beş ile 15 dakika arasında değişmekte olup, bu özelliğiyle erken çocukluk döneminde kullanım açısından pratiklik sunmaktadır. Ölçek; uygulayıcı yönergesi, kullanım kılavuzu, cevap anahtarı ve değerlendirme formunu içeren kapsamlı bir uygulama paketiyle sunulmaktadır. Uygulama kılavuzu, ölçüm sürecinde yanlılığı azaltarak uygulamalar arasında tutarlılığı sağlamayı ve ölçümün güvenirliğini artırmayı amaçlamaktadır. Bu yönüyle ölçek, hem içerik hem de uygulama açısından yüksek derecede kullanılabilir ve güvenilir bir araç olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca geliştirilen 60–72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ÇSOÖ), erken çocukluk dönemine yönelik sağlık okuryazarlığını ölçmeye dönük ilk araçlardan biri olması bakımından literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmaktadır. Ayrıca mevcut sağlık okuryazarlığı ölçüm araçlarının genellikle yalnızca sözel okuma becerilerini ölçmeye yaradığını bildiren araştırmaların (Çınar vd., 2018; Ramos-Pla ve Fornons Casol, 2025) yanında bu ölçeğin bilişsel, duyuşsal ve davranışsal boyutlara hitap eden yapısı, erken çocuklukta çok boyutlu ölçümlerin gerekliliğini desteklemektedir.

Sonuç olarak, ÇSOÖ doğrudan çocuklardan veri toplanarak geliştirildiği için erken çocukluk döneminde bireysel sağlık okuryazarlığını ölçmeye dönük özgün bir araç olarak literatüre katkı sunmaktadır. Ancak, ölçeğin farklı bağlamlarda (ev ortamı, farklı eğitim programları, farklı kültürel normlar gibi) uygulanabilirliğinin test edilmesi, kullanım alanlarının genişletilmesi açısından fayda sağlayacaktır. Ek olarak, bu ölçme aracının ebeveyn veya öğretmen formları geliştirilerek çocukların sağlık okuryazarlığına ilişkin gözlemlenen davranışlarının da değerlendirilmesi, çok boyutlu veri elde edilmesine katkı sağlayabilir.

Erken çocukluk döneminin sağlık okuryazarlığı gelişimine etkisi ve yaşam boyu sağlık eşitliğine katkısı açısından kritik bir dönem olduğu, erken çocukluk döneminde sağlık okuryazarlığına yapılacak yatırımların eşitlikçi bir toplum inşasında kritik rol oynadığı vurgulanmaktadır (Okan, 2019; Vaillancourt ve Cameron, 2022). Benzer şekilde, Sanders vd. (2009a) ile Morrison vd. (2019) çocuk sağlığına yönelik sağlık okuryazarlığı çalışmalarının hem klinik uygulamalar hem de eğitim programları için stratejik bir öneme sahip olduğunu bildirmiştir. Sağlık okuryazarlığının bilişsel, davranışsal ve duyuşsal bileşenlerini kapsayan çok boyutlu yapısıyla (Bröder vd., 2017) araştırma kapsamında geliştirilen resimli öykü kitaplarıyla hazırlanan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programının 60–72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerinin düzeylerinde yarattığı anlamlı ve güçlü etkinin örtüştüğünü söylemek mümkündür. 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerini desteklemeye hizmet eden, zengin materyallere (kitap serisi, aile katılım çalışması kitabı, rozetler ve rozet haritası ile sınıf içi etkinlik planları) sahip Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı, SOY'un bilgi, beceri ve tutum boyutlarını kapsayan bütüncül konulara odaklanarak geliştirilmiştir. Programın yapısı, çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerini desteklemeye elverişli bir nitelik taşımaktadır. Bu durumun; programın geliştirilme sürecinde kapsamlı bir literatür taramasının yapılması, ihtiyaç belirleme sürecinin çocuklar, ebeveynler ve uzmanlar gibi farklı paydaşlarla gerçekleştirilen görüşmeler yoluyla yürütülmesi ve program kapsamında yer alan materyallerin farklı meslek gruplarına mensup uzmanların görüşlerine sunularak değerlendirilmesiyle yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir. Nitekim, Wang ve Shao (2025) resimli kitaplarla gerçekleştirilen okuma etkinliklerinin çocukların bilişsel gelişimini geliştirdiğini, Bánfai-Csonka vd. (2022) ise resimli ve hikâye temelli mesajların küçük çocuklarda sağlık bilgisi anlayışını desteklediğini ve özbakım süreçlerine aktif katılım sağlamakta etkili faktörler olduğunu belirtmiştir. Strouse vd. (2018) de resimli kitapların, çocukların öğrendiği bilgileri günlük yaşama aktarma becerisini artırdığını, bu nedenle bilgi, beceri ve tutum boyutlarına yönelik bütüncül müdahalelerde resimli kitapların etkili araçlar olduğunu ortaya koymuştur.

Çok boyutlu ele alınması gereken program konularından biri olan sağlık okuryazarlığı eğitim programlarının, çocuklarda karar verme, analitik düşünme, alternatif çözüm üretme ve mantıksal akıl yürütme gibi problem çözme süreçlerini destekleyebileceği vurgulanmakta (Bánfai-Csonka vd., 2022), ayrıca ebeveynlerin tutum ve yaklaşımlarının, çocukların problem çözme becerilerinin gelişiminde önemli etkiye sahip olduğu, bu nedenle aile katılımı içeren

programların daha kalıcı ve etkili sonuçlar doğurabileceği ifade edilmektedir (Görücü ve Karakuş, 2017). Özellikle sağlık okuryazarlığı gibi çok boyutlu içeriklere sahip programlarda aile katılımı, çocukların öğrendikleri bilgileri günlük yaşam sorunlarına uyarlama ve bağımsız çözüm üretme süreçlerini belirgin biçimde güçlendirmektedir (Sivanand vd., 2017). İlgili bir raporda da, aile katılımının sağlık okuryazarlığıyla bütünleştirilmesinin çocuklarda hem sağlıkla ilişkili hem de günlük yaşam problem çözme becerilerini geliştirebildiği vurgulanmaktadır (Sivanand vd., 2017). Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin çocukların sağlık davranışlarını anlamlı düzeyde etkilediğini gösteren çalışmalar (Csima vd., 2024; De Buhr ve Tannen, 2020; Ishikawa ve Kiuchi, 2019; Sanders vd., 2009a), ailelerin gelecekteki program tasarımlarına sistematik biçimde dahil edilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Nitekim aile eğitimleri yoluyla çocukların sağlık okuryazarlığının desteklenebildiği literatürde açıkça belirtilmektedir (Raj vd., 2023; Yurdakul ve Koç, 2019). Bu araştırmada geliştirilen programın aile katılımını temel alan etkinlikler içermesi, ebeveynlerin süreç boyunca çocuklarıyla birlikte aktif biçimde yer almalarını sağlamıştır. Bu yaklaşım, programın çocuk merkezli yapısını güçlendirirken aynı zamanda ebeveyn–çocuk etkileşimini önceleyen bütüncül bir destek modeli oluşturmuştur. Hikâye temelli ve etkinlik odaklı öğrenme yapısının pekiştirilmesiyle çocukların öğrenme ve deneyimleme süreçleri daha derinlikli hâle gelmiştir. Bu bütünsel yapı, sağlık okuryazarlığının bilgi, beceri ve tutum bileşenlerini aynı anda destekleyerek çocukların sağlıkla ilgili bilgileri anlamlandırma, uygulama ve günlük yaşama aktarma becerilerini belirgin biçimde geliştirmiştir. Bu nedenle, programın tasarım özelliklerinin, elde edilen olumlu çıktılarda belirleyici bir rol oynadığı değerlendirilmektedir. Ebeveynlerin görüşleri incelendiğinde de, programın çocukların sağlıkla ilgili bilgi, beceri ve kavram düzeylerinde önemli gelişmeler sağladığını belirttikleri görülmüştür. Nitekim literatürde aile katılımı, erken çocukluk döneminde sağlık okuryazarlığının gelişiminde kritik bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Sivanand vd., 2017; Michaelson vd., 2021). Ebeveynlerden E2, "*... özellikle diş fırçalama, diş temizliği, el temizliği konusunda çok büyük faydası olduğunu düşünüyorum.*" sözleriyle çocuğunun hijyen alışkanlıklarındaki gelişmeyi aktarırken, E1 de "*... yiyeceklere dikkat ediyor. Bunlar sağlıklı, bunlar sağlıksız gibi ayırdım yapabiliyor.*" ifadesiyle beslenme davranışlarındaki değişimi vurgulamıştır. Günlük rutinlere yansıyan bu olumlu davranış değişimlerinin, ebeveyn temelli sağlık eğitimlerinde de benzer şekilde rapor edildiği görülmektedir. Bununla birlikte, çocukların sorumluluk bilinci, paylaşım ve başkalarını bilgilendirme gibi sosyal tutumlar geliştirmeleri dikkat çekici bir bulgu olarak öne çıkmaktadır. Nitekim "*E1: ... ablasını da uyarıyor mesela. Abla bak okulda bunu öğrendik diyor.*" diyerek çocuğunun öğrendiklerini aile içinde aktardığını belirtmiş; "*E12: ... ben yanlış bir şey yaptığım zaman beni uyarıyor,*

kuzenini uyarıyor. Elini yıkamadan yemeğe oturma diyor." sözleriyle sosyal öğrenme çıktısını vurgulamıştır. Bu tür kazanımlar, ebeveyn katkısının yalnızca bireysel sağlık davranışlarını değil, sosyal öğrenmeyi de kapsadığını ortaya koyan çalışmalarla paralellik göstermektedir (Serbin vd., 2014; Chalhoub vd., 2024). Ayrıca ebeveyn–çocuk etkileşiminin öğrenme motivasyonunu artırıcı rolünü Xu vd. (2024) de son vurgulamaktadır. Bu bağlamda, araştırma bulguları, sağlık okuryazarlığı temelli müdahalelerin çocukların yalnızca sağlık bilgilerini değil, aynı zamanda problem çözme ve bilimsel süreç becerileri gibi üst düzey bilişsel becerilerini de geliştirdiğini göstermektedir.

Erken çocuklukta SOY'u geliştirmek için kullanılan yöntemler arasında görsel temelli eğitim stratejileri önemli bir yer tutmaktadır. Görsel materyaller, özellikle okuma–yazma becerilerinin henüz gelişmediği erken çocukluk döneminde, soyut kavramların somutlaştırılmasını, çocukların dikkat ve motivasyonlarının artmasını ve öğrenilen bilgilerin daha kalıcı hâle gelmesini sağlayan önemli araçlardır (Galmarini vd., 2024). Bu çerçevede resimli öykü kitapları, çocukların sağlıkla ilgili kavramları anlamlandırmalarını kolaylaştıran; hikâye bağlamı içinde öğrenmeye duygu temelli bir bağ kazandıran güçlü bir öğrenme aracıdır. Diyalojik okuma teknikleriyle desteklenen resimli kitap kullanımı, çocukların kelime hazinesini genişletmekte, ifade edici dil becerilerini zenginleştirmekte ve problem çözme ile yaratıcı düşünme gibi üst düzey becerilerin gelişimini desteklemektedir (Hui vd., 2020). Oyun temelli öğrenme stratejilerinin okul öncesi dönemde gözlem yapma, çıkarım oluşturma ve neden–sonuç ilişkisi kurma gibi sorgulama becerilerini artırdığı (Angkur, 2025); erken yaşta kazandırılan bilimsel süreç becerilerinin ise hem akademik başarı hem de yaşam boyu öğrenme kapasitesi üzerinde uzun vadeli etkiler yarattığı belirtilmektedir (Roy vd., 2025). Pasupuleti vd. (2022) oyun temelli etkinliklerin hijyen alışkanlıklarını geliştirmede etkili ve motivasyonu artırıcı olduğunu; Zosh vd. (2022) erken çocuklukta oyunla öğrenmenin katılımı ve öğrenilen bilgilerin kalıcılığını güçlendirdiğini; Parker vd. (2022) oyunlaştırmanın ve yaratıcı görevlerin okul–aile işbirliğini desteklediğini; Otten vd. (2022) ise görsel materyaller ve karakterlerle özdeşim kurmanın sağlık okuryazarlığı gelişiminde öğrenmeyi kolaylaştırıcı bir rol oynadığını ortaya koymuştur. Benzer şekilde Zosh vd. (2022) oyunlaştırılmış öğrenmenin erken yaşlarda çocukların katılımını ve bilgilerin kalıcılığını artırdığını; Alotaibi (2024) ise hikâyeler ve karakterlerle kurulan duygusal bağın öğrenmeyi daha anlamlı ve kalıcı hâle getirdiğini, oyun-temelli yaklaşımların bilişsel ve sosyal gelişimi desteklediğini ifade etmektedir. Bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde, SOY eğitimlerinin yalnızca sağlık bilgilerini aktarmakla sınırlı kalmayıp; problem çözme ve temel bilimsel süreç becerilerini geliştirecek şekilde yapılandırılmasının gerekli olduğu görülmektedir.

Erken yaşlarda bu becerilerin desteklenmesi, çocukların bilimsel düşünme kapasitelerini güçlendirmesinin yanı sıra, sağlıkla ilgili durumlarda daha mantıklı ve bilinçli kararlar almalarına yardımcı olmaktadır. Oyun temelli ve sorgulayıcı etkinlikler, çocukların hem bilimsel hem de sosyal becerilerinde anlamlı ilerlemeler sağlamaktadır (Vartiainen ve Kumpulainen, 2020). Bu çerçevede erken çocuklukta SOY becerileri, yalnızca sağlık bilgisine erişme ve bunu anlamlandırma süreçleriyle sınırlı değildir; aynı zamanda çocukların problem çözme ve bilimsel süreç becerileriyle bütünleşik biçimde gelişmektedir. Bilimsel süreç becerileri; gözlem yapma, sınıflandırma, hipotez kurma, deney gerçekleştirme ve sonuç çıkarma gibi aşamalarla çocukların çevrelerindeki olayları sorgulama ve anlamlandırma kapasitelerini desteklerken (Pakombwele ve Tsakeni, 2022) problem çözme becerileri karşılaşılan durumlara uygun çözümler üretme ve doğru karar verme sürecini kapsamaktadır (Haenilah vd., 2021). Bu doğrultuda araştırmalar, erken çocuklukta bilimsel süreç becerileri ile problem çözme becerilerinin birbirini karşılıklı olarak beslediğini ve yaratıcı düşünmeyi güçlendirdiğini göstermektedir (Yildiz ve Yildiz, 2021). Sonuç olarak, erken çocukluk döneminde SOY'u desteklemek için resimli öykü kitapları gibi görsel, etkileşim temelli ve çocuk merkezli materyallerle yapılandırılmış eğitim programlarının kullanılması; çocukların sağlıkla ilgili bilgileri anlamlandırmalarına, problem çözme becerilerini geliştirmelerine ve bilimsel süreç adımlarını daha etkili kullanmalarına katkı sağlayacaktır. Aile katılımıyla zenginleştirilen bu tür programlar, sağlık bilgilerinin ve becerilerinin çocuklarda uzun vadeli olarak sürdürülebilir olmasına da önemli ölçüde destek sunabilir (Banfai-Csonka vd., 2022; Vaillancourt ve Cameron, 2022; Vamos ve McDermott, 2021).

Araştırmada sadece çocuklardan değil ebeveynlerinden ve öğretmenlerinden de veri toplanmıştır. Bu araştırmanın kuvvetlenmesine olanak tanımış, müdahale programının etkisinin çok yönlü ölçülebilmesini sağlamıştır (Stormacq vd., 2020). Araştırmada ebeveynler, Filus ve diğer karakterlerin çocukların öğrenme sürecini daha eğlenceli ve ilgi çekici kıldığını belirtmiştir. Ebeveynlerden *"E18: ... Filus'u çok sevdi. Evde de çok bahsediyor. Önce muayene olacak, gerekirse iğne ya da ilaç olacak moduna geçti."* derken, bir diğeri *"E11: ... Filus'un şeylerini çok anlatırdı. Oyun alanlarını, okulu çok seviyor."* sözleriyle çocuğunun program karakterlerine olan ilgisini dile getirmiştir. Bu bulgu, hikâye ve karakter temelli öğrenmenin çocuklarda motivasyonu artırdığına ve öğrenilen bilgilerin kalıcılığını desteklediğine işaret eden literatürle örtüşmektedir (Pulimeno vd., 2020; Rahiem, 2021). Özellikle erken çocuklukta öykülerin, sembolik karakterlerin ve etkileşimli anlatıların öğrenme sürecine dahil edilmesi, çocukların ilgisini canlı tutma ve istenen davranışsal çıktıları elde etme açısından önemli bir yere sahiptir (Aksoy, 2020; Işıkoğlu ve Şimşek, 2020).

Ayrıca çocukların çizdikleri resimler, programın etkililiğini ve çocukların kitap karakterleriyle kurdukları bağı açık biçimde yansıtmaktadır. Podobnik vd. (2024), okul öncesi dönemdeki çocukların çizimlerinin analizinde çocukla kurulan diyaloğun, sembolik içeriklerin daha derin anlaşılmasına yardımcı olduğunu göstermektedir. Fabris vd. (2023) ise çocuk çizimlerinin öğrenme süreçlerini ve duygusal deneyimleri yansıtmada kanıta dayalı güçlü bir araç olduğunu vurgulamaktadır. Kampeza ve Delserieys Pedregosa (2024) da okul öncesi dönemde çocukların bilimsel kavramları sembolik çizimler yoluyla aktarabildiğini ve görsel temsillerin soyut bilgiyi somutlaştırmada etkili olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde Bulut vd. (2024) çocukların resimlerinin sağlık eğitimi sürecindeki değişimleri yansıttığını; Günindi (2015) çocukların değer algılarını sembolik çizimler aracılığıyla ifade edebildiğini; Üstündağ (2021) ise "sağlıklı" ve "hasta" kavramlarının çocuk bakış açısıyla görsel olarak temsil edilebildiğini belirlemiştir. Tüm bu bulgular, çocukların resimlerinin yalnızca estetik bir ifade aracı olmadığını; aynı zamanda öğrenilen sağlık bilgilerinin somutlaştırılmasını, sembolleştirilmesini ve pekiştirilmesini sağlayan güçlü bir öğrenme aracına dönüştüğünü göstermektedir. Programdaki oyun, rozet ve karakter temsillerinin çizimlere yansıması, öğrenmenin bilişsel, duyuşsal ve sosyal boyutlarının görsel dil aracılığıyla aktarılabildiğini göstermekte; dolayısıyla çocukların sağlık okuryazarlığı gelişimini değerlendirmede resimlerin dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Ebeveynlerin çocuklarıyla yapmış olduğu, program kapsamındaki ev içi destek çalışmalarının çocuk–ebeveyn iletişimini güçlendirmesi, programın yalnızca çocuklara değil aynı zamanda aile dinamiklerine de olumlu katkı sunduğunu göstermektedir. *"E10: ... Önceden birlikte oturup çalışmazken, program sürecinde aynı masada birlikte çalıştık. Bu durum iletişimimizi olumlu etkiledi."* derken, bir diğeri *"E8: ... O bana bir şeyler öğretmeye çalıştı, beni bilgilendirmeye çalışıyor."* ifadesiyle ebeveyn–çocuk etkileşimindeki dönüşümü vurgulamıştır. Nitekim ebeveyn katılımının çocukların akademik ve sosyal gelişiminde belirleyici rol oynadığı ve okul hazırbulunuşluğunu artırdığı farklı çalışmalarda da ortaya konmuştur (El Nokali vd., 2010; Sheridan vd., 2010). Bu yönüyle program, aile katılımının erken çocukluk eğitimindeki kritik rolünü doğrulayan bir örnek oluşturmakta, yapılan araştırmalar da aile katılımı ve okul temelli sağlık eğitimlerinin çocuklarda sağlık okuryazarlığını geliştirmede kritik bir rol üstlendiğini ortaya koymaktadır (Çoban ve Özcebe, 2018; Güler, 2022). Sonuç olarak, hem ebeveynlerin gözlemleri hem de öğretmenlerin aktarımları, erken çocuklukta sağlık eğitiminin aile temelli yaklaşımlarla desteklendiğinde çok boyutlu öğrenme çıktıları sağladığını göstermektedir. Nitekim aile katılım çalışmaları kapsamında eve gönderilen ödevlerin öğrenmeyi pekiştirdiği ve aile katılımını güçlendirdiği

görülmektedir. Çocuklar *"...Mektup yazmayı beğendim."* (Ç8), *"...Gölgeleri bulma etkinliğini sevdim."* (Ç9) veya *"Çok güzeldi, Filus ile ilgili resim çizdiğim etkinliği en çok sevdim."* (Ç24) şeklindeki söylemleriyle, aile katılım çalışmalarının kendileri için ilgi çekici ve yaratıcı olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, aile katılımının ve ev ödevlerinin çocukların öğrenme çıktıları üzerindeki belirleyici rolünü vurgulayan Clarke vd. (2015) ve Dettmers vd. (2019) ile de örtüşmektedir. Ayrıca karakterler üzerinden kurulan özdeşim, çocukların öğrenmeye yönelik motivasyonunu artırmış; rozet gibi ödüllendirme unsurları ise öğrenme isteğini pekiştirmiştir. Çocukların *"Rozet etkinliğini sevdim."* (Ç13), *"Büyük rozet oyunu…"* (Ç31) ve *"En büyük rozeti yapıştırmak..."* (Ç29) gibi görüşleri, bu bulguyu doğrudan desteklemektedir.

Genel olarak, programın yapısının çocukların gelişim özellikleriyle uyumlu olduğu anlaşılmaktadır. Elde edilen bulgular, sağlık okuryazarlığı eğitim programının çocukların bilişsel, duyuşsal ve sosyal gelişimlerini desteklediğini; öğrenilen bilgilerin aile ortamına taşınmasına katkı sunduğunu ve öğrenme sürecini çocuklar açısından eğlenceli ve ilgi çekici bir hâle getirdiğini göstermektedir. Bununla birlikte, bireysel farklılıklar dikkate alınarak oluşturulan etkinliklerin çeşitliliği, programın kapsayıcılığını ve etkililiğini artıran önemli unsurlar arasında değerlendirilmiştir. Literatürde aile katılımı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki güçlü ilişki sıkça vurgulanmış; ailelerin sürece etkin biçimde dahil olmasının çocukların sağlık davranışlarının gelişmesini (Aslan Gonul ve Cicek, 2024; El Tantawi vd., 2022; McKinney ve Sullivan, 2024) ve sağlık okuryazarlığına ilişkin erken dönem alışkanlıkların yerleşmesini (Csima vd., 2024; Çoban ve Özcebe, 2018; Michaelson vd., 2021; Sivanand vd., 2017) desteklediği belirtilmiştir. Aile katılımı, erken çocukluk döneminde sağlık davranışlarının süreklilik kazanmasında kritik bir rol oynamaktadır (Çoban ve Özcebe, 2018; Michaelson vd., 2021; Sivanand vd., 2017). Ebeveynlerin günlük yaşamda gözlemledikleri somut davranış değişimleri, sadece çocuğun bireysel sağlık alışkanlıklarını değil, aynı zamanda aile içi etkileşim biçimlerini de olumlu yönde dönüştürmektedir. Bu bulgular, ebeveyn davranışlarının çocukların sağlıkla ilgili alışkanlıklarına doğrudan yansıdığını ortaya koyan önceki çalışmalarla da uyumludur (Serbin vd., 2014). Nitekim araştırmaya katılan ebeveynlerden birinin ifadesiyle, "*...kardeşine örnek oluyor, ona sağlıklı yaşam önerilerinde bulunuyor...*" (E10), aile içi öğrenmenin sosyal sürdürülebilirlik açısından önemini vurgulamaktadır. Ayrıca Csima vd. (2024), ebeveyn–çocuk etkileşiminin sağlık davranışlarının sürekliliğinde kritik bir aracı rol oynadığını belirtmektedir. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığı programlarının sosyal sürdürülebilirliğini destekleyen çalışmalarla da paralellik göstermektedir (Csima vd., 2024; Guruge vd., 2022). Ayrıca hikâye temelli uygulamalar ve

karakter odaklı öğrenme, çocukların sosyal beceriler geliştirmesine ve aile içinde iletişimin zenginleşmesine katkıda bulunmaktadır. Nitekim bir başka ebeveyn *"... Çocuğum hikâyeyi anlatınca ben onu dinliyorum, aferin demeye başladım."* (E5) sözleriyle bunun aile iletişimini güçlendirdiğini aktarmıştır. Bu bulgu literatürdeki sonuçlarla da örtüşmektedir (Aksoy, 2020; Işıkoğlu ve Şimşek, 2020; Sheridan vd., 2010). Dolayısıyla ebeveyn görüşleri, sağlık okuryazarlığı programlarının çok boyutlu etkilerini doğrulamaktadır. Ek olarak, öğrenmenin aileye taşınması ve ev ortamında pekiştirilmesi, Csima vd. (2024)'ün ebeveyn sağlık okuryazarlığının çocukların sağlıkla ilgili alışkanlıklarını şekillendirmede kritik bir rol oynadığı yönündeki bulgularıyla örtüşmektedir. Sivanand vd. (2017) aile katılımını güçlendiren programların sağlık okuryazarlığı eğitiminde sosyal geçerliği artırdığını ortaya koymaktadır. Bu tartışmalar ışığında, programın çok boyutlu bir öğrenme modeli sunduğu, sağlık okuryazarlığını yalnızca bilgi değil, beceri ve tutum boyutlarıyla da desteklediği söylenebilir. Ayrıca oyun ve öykü temelli yapı, çocukların öğrenmeye aktif katılımını sağlayarak kalıcı öğrenmeyi mümkün kılmış; aile katılımı ise edinilen davranışların günlük yaşama aktarılmasını kolaylaştırmıştır.

Araştırmadaki resimli öykü kitaplarıyla hazırlanan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programının başarısının bir sebebinin de etkileşimli, deneyim temelli, oyun, kitap ve etkinlik odaklı pedagojik yaklaşımlara dayalı olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Bu tür yaklaşımlar, yalnızca bilimsel süreç becerilerini değil, aynı zamanda çocukların eleştirel düşünme, problem çözme ve bilim okuryazarlığı kapasitelerini de güçlendirmekte; erken yaşta kazanılan bu yetiler, ilerleyen dönemlerde akademik başarıya ve yaşam boyu öğrenme becerilerine sağlam bir temel oluşturmaktadır ki, bu araştırmada da uygulanan program çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerini olumlu etkilemiştir. Araştırmanın nitel bulgularına bakıldığında ise programın çocuklar tarafından eğlenceli, ilgi çekici ve öğretici bir öğrenme deneyimi sunduğu, sağlık çalışanlarını tanımalarını, sağlık malzemelerini öğrenmelerini ve öğrendikleri bilgileri günlük rutinlerine aktararak beceriye dönüştürmelerini sağladığını göstermiştir. Bu bulgular, sağlık okuryazarlığının davranışsal boyutunun ortaya çıktığını göstermekte olup özellikle Filus karakteri, rozet etkinlikleri ve program kapsamında yer alan oyun temelli etkileşimli etkinliklerin öğrenmeyi kalıcı ve motive edici hâle getirdiği anlaşılmaktadır.

Programda kullanılan kitaplar ve materyaller, çocukların öğrenme yaşantılarını yalnızca bilişsel açıdan değil aynı zamanda duyuşsal ve sosyal yönlerden de desteklemiştir. Zosh vd. (2022) erken çocuklukta oyun ve hikâye temelli öğrenmenin bilgilerin kalıcılığını artırdığını ve çocukların sürece etkin katılımını teşvik ettiğini belirtmektedir. Benzer biçimde, oyun temelli programların bilişsel gelişim üzerinde güçlü etkiler yarattığını ortaya koyan çalışmalar da bu sonucu desteklemektedir (Størksen vd., 2023). Parker vd. (2022) ise çocukların hikâye karakterleriyle kurdukları duygusal bağların motivasyonlarını önemli ölçüde artırdığını vurgulamaktadır. Banfai-Csonka vd. (2022) erken çocuklukta sağlık okuryazarlığına ilişkin sistematik derlemelerinde öğrenmenin çok yönlü yapısına dikkat çekmiş ve edinilen bilgilerin aile ortamı dahil olmak üzere farklı bağlamlara taşınmasının önemini ortaya koymuştur. Bu çerçevede aile katılımının öğrenme üzerindeki etkisi de dikkat çekmektedir; ebeveynlerin ev ödevlerine aktif katılımının, çocukların akademik ve davranışsal kazanımlarını artırdığı Clarke vd. (2015) ve Dettmers vd. (2019) tarafından gösterilmiştir. Ek olarak Pasupuleti vd. (2022) oyun ve teknoloji temelli uygulamaların çocuklarda hijyen alışkanlıklarını güçlendirdiğini belirtirken, bu çalışmada kullanılan mikrop ve mikroskop oyunlarının da benzer bir işlev üstlendiği görülmektedir. Tuijnman vd. (2022) oyunlaştırılmış okul temelli programların yalnızca bilgi edinimini değil, aynı zamanda tutum ve davranış değişimini de desteklediğini; Otten vd. (2022) ise görsel ve hikâye temelli materyallerin sağlık okuryazarlığı gelişiminde kolaylaştırıcı bir rol oynadığını ifade etmektedir. Tüm bu bulgular bir arada değerlendirildiğinde, resimli öykü kitapları ve oyunlaştırılmış etkinliklerle desteklenen bu programın erken çocukluk döneminde sağlık okuryazarlığını geliştirmede etkili bir model sunduğu söylenebilir. Literatürle uyumlu biçimde, öğrenme sürecinin eğlenceli, anlamlı ve duygusal bağlar içerecek şekilde tasarlanması, programın başarısının temel etmenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgular, geliştirilen programın yalnızca çocukların sağlık okuryazarlığını artırmakla kalmayıp, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerinin gelişimine de olumlu katkı sağladığını göstermiştir. Bu sonuçlar, sağlık okuryazarlığı eğitimlerinin problem çözme ve bilimsel süreç becerileriyle birlikte ele alınmasının, çocukların hem sağlıkla ilgili durumlarda hem de günlük yaşamlarında daha bağımsız ve etkili kararlar almalarını desteklediğini ortaya koymaktadır. Erken yaşlarda kazanılan bu tür becerilerin, yaşam boyu devam edecek sağlık bilgi ve becerilerinin, bilişsel esnekliğin ve öz-yeterlilik gelişiminin temelini oluşturacağı düşünülmektedir. Müdahale öncesinde iki grup arasında sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerine ilişkin anlamlı bir fark bulunmazken, son testte deney grubunun puanlarının kontrol grubuna göre belirgin düzeyde

artması, uygulanan programın çocukların bu becerilerinde etkili olduğunu açıkça göstermektedir.

Bulgularda dikkat çeken bir başka sonuç ise ÇSOÖ, PÇBÖ ve BSBÖ'lerinin üçünde de son test puanlarının yükselmesi yanında kalıcılık testinde de puanların korunmasıdır. Bu, programın etkili ve kalıcı olduğunu göstermektedir. Kalıcılık testi bulgularının, elde edilen kazanımların zaman içinde sürdüğünü göstermesi ise, erken çocukluk döneminde gerçekleştirilen eğitim müdahalelerinin uzun vadeli sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerinin gelişimine katkı sağlayabileceğini desteklemektedir. Çocuklarda sağlık okuryazarlığının bilimsel okuryazarlık ve süreç becerileri ile bütünleştirilmesinin, bilgiye dayalı karar verme yetkinliğini artırdığını (Van Boxtel vd., 2024) hikâye anlatımı pedagojisinin çocukların öğrenme sürecine aktif katılımını artırarak bilimsel sorgulama becerilerini güçlendirdiğini (Maharjan vd., 2024) sorgulamaya dayalı uygulama yaklaşımlarının özellikle okul öncesi dönemde çocukların bilimsel süreç becerilerini ve problem çözmeye ilişkin bilişsel süreçlerini desteklediğini (Ouabich vd., 2024) gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Nitekim, problem çözme becerisinin çocukların gelişiminde kritik bir rol oynadığı ve erken yaşta kazandırılmasının yaşam boyu öğrenme becerilerini güçlendirdiği (Bozkurt Yükçü ve Demircioğlu, 2017) erken dönemde sağlık okuryazarlığı becerilerinin geliştirilmesinde bilimsel düşünme ve eleştirel düşünce becerilerinin önemli olduğu ve bu becerilerin problem çözme ve karar verme süreçlerine olumlu katkılarının olabileceği ifade edilmektedir (Wojtowicz ve National Academies of Sciences, 2020). Öğretmenler, resimli öykü kitapları temel alınarak hazırlanan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programının kapsamlı, ilgi çekici ve kalıcı öğrenmeyi destekleyen bir yapıya sahip olduğunu; programın erken çocukluk döneminde sağlık okuryazarlığını yalnızca bilişsel açıdan değil, aynı zamanda davranışsal ve duyuşsal boyutlarda da geliştirdiğini ifade etmiştir. Ebeveynler ise çocukların program kapsamında edindikleri bilgileri ev ortamında da devam ettirdiklerini, öğrendiklerini hem kendilerine hem de kardeşlerine aktardıklarını belirtmiştir. Blom-Hoffman vd. (2008) okul temelli sağlık programlarında aile katılımının beslenme, hijyen gibi alanlarda ev ortamında da farkındalık oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Öğretmenlerin programda kullanılan materyallerin özenli hazırlanmış, görsel açıdan dikkat çekici ve öğrenmeyi destekleyici olduğuna dair görüşleri, literatürde sıkça vurgulanan somutlaştırıcı öğrenme araçlarının önemini de doğrulamaktadır. Ramos-Pla ve Fornons Casol (2025) erken çocukluk eğitiminde sağlıkla ilgili temaların görsel ve hikâye temelli materyallerle sunulmasının öğrenmenin kalıcılığını artırdığını bildirmiştir. Genel olarak öğretmen görüşleri ve literatür bir arada ele alındığında, programın erken çocukluk

döneminde sağlık okuryazarlığını destekleyen bütüncül bir model sunduğu görülmektedir. Aile katılımı, materyallerin görsel gücü ve öğrenilen bilgilerin günlük yaşama aktarılabilmesi programın belirgin güçlü yönleri arasında yer alırken; özel gereksinimli çocuklara yönelik uyarlamaların artırılması gelecekteki uygulamalar açısından önemli bir geliştirme alanı olarak ortaya çıkmaktadır.

Resimli öykü kitapları aracılığıyla sunulan senaryo temelli durumların, çocukların karşılaştıkları sağlıkla ilgili sorunları tanımalarına, çözüm yolları geliştirmelerine ve karar verme süreçlerini deneyimlemelerine katkı sağlamış olabileceği düşünülmektedir. Bu yaklaşım, etkileşimli resimli kitap okuma yönteminin okul öncesi çocuklarda problem çözme becerilerinin esneklik, çözüme yönelik akıcılık ve özgünlük boyutlarını anlamlı biçimde geliştirdiğini gösteren bulgularla uyumludur (Van Elsen vd., 2024). Wu ve Ko (2024) da hikâye okuma sürecindeki etkileşimlerin çocukların bilişsel çıkarım yapma becerilerini geliştirdiğini ve çatışma çözmeye ilişkin olumlu ilerlemeler sağladığını aktarmaktadır. Ayrıca deneyime dayalı ve etkileşimli programların okul öncesi çocukların problem çözme becerilerinde kalıcı kazanımlar oluşturduğu belirtilmiştir (Güley ve Keskinkılıç, 2024). Benzer araştırmalar, oyun temelli öğrenme yaklaşımlarının çocukların bilişsel esneklik ve problem çözme yeterliklerinde orta ve güçlü düzeyde artış sağladığını (Alotaibi, 2024) ve nitelikli erken çocukluk eğitim programlarının bilişsel, sosyal ve problem çözme becerileri üzerinde uzun vadeli olumlu etkiler yarattığını ortaya koymaktadır (Melhuish vd., 2015). Erken çocuklukta yürütülen sağlık eğitimi müdahale programlarının yaşa uygun oyun-temelli etkinliklerle ve aile katılımıyla daha etkili olduğu da vurgulanmaktadır (Finánczv d., 2023). Bu çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde, kitap ve etkinlik temelli etkileşimli programlarda kullanılan senaryo temelli, görsel ve etkileşimli içeriklerin yalnızca sağlık bilgisine katkı sunmadığı; aynı zamanda çocukların üst düzey bilişsel becerilerini de geliştirebildiği anlaşılmaktadır. Erken çocukluk döneminde bu becerilerin desteklenmesinin ise yaşam boyu devam edecek bilişsel esneklik, öz-yeterlilik ve bağımsız karar verebilme kapasitesi için kritik bir temel oluşturduğu düşünülmektedir.

Erken çocukluk yıllarında uygulanan kitap temelli müdahale programlarının çocukların becerileri üzerinde kalıcı ve uzun vadeli etkiler oluşturduğunu ortaya koyan çeşitli araştırmalar bulunmaktadır (Grøver vd., 2024; Halfon ve Hochstein, 2002; Shulman, 2024). Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerine yönelik kalıcılık testi puanlarının son test sonuçlarına oldukça yakın olması, programın etkilerinin sürdüğünü göstermektedir. Bu durum, erken çocukluk dönemindeki eğitim müdahalelerinin uzun süre devam eden öğrenme çıktıları üretebildiğini ortaya koyan güncel literatürle de örtüşmektedir. Ramos-Pla ve Fornons Casol (2025) erken çocuklukta uygulanan sağlık eğitimi programlarının gelişimsel kazanımların sürdürülebilirliğini artırdığını; öğrenmenin görsel–işitsel ve deneyim temelli etkinliklerle pekiştirildiğinde daha kalıcı hâle geldiğini belirtmektedir. Ayrıca çok duyulu ve deneyim temelli öğrenme ortamlarının, çocukların edindikleri bilgileri uzun süre korumalarına katkı sağladığı ifade edilmektedir (Sylva vd., 2010). Sanders vd. (2009a) da erken dönemde uygulanan sağlık okuryazarlığı odaklı girişimlerin, çocukların uzun vadeli sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini; ebeveyn–çocuk etkileşimi ve görsel materyallerle desteklendiğinde öğrenmenin daha kalıcı hâle geldiğini vurgulamaktadır. DSÖ'nün raporu da benzer biçimde, erken yaşlarda kazanılan sağlık bilgisi, tutum ve becerilerin yaşam boyu sürdürülebilir sağlık davranışlarının temelini oluşturduğunu ifade etmektedir (WHO, 2007). Buna ek olarak, erken çocukluk müdahalelerinin yalnızca eğitimsel değil, sağlık alanı da dahil olmak üzere uzun vadeli sosyal kazanımlar sağladığı gösterilmiştir (Heckman ve Karapakula, 2019).

Özellikle erken çocukluk döneminde bilgi, beceri ve tutumu bütüncül biçimde hedefleyen, çocuk merkezli ve aile katılımını destekleyen programların, başlangıç düzeylerinden bağımsız olarak sürdürülebilir kazanımlar sağlayabileceği anlaşılmaktadır. Bu durum, sağlık okuryazarlığını yalnızca bireysel bir yeterlilik olarak değil, aynı zamanda sağlık eşitliğini güçlendiren sosyal bir araç olarak ele alan güncel yaklaşımlarla da (Geboers vd., 2018; Kickbusch vd., 2013; Mekhail vd., 2023; Nutbeam ve Lloyd, 2021; Paakkari ve Okan, 2020) örtüşmektedir. Nutbeam (2000, 2008), sağlık okuryazarlığının yalnızca bilgi edinme değil, bu bilginin günlük hayata yansımasıyla anlam kazandığını; Paakkari ve Paakkari (2012) ise öğrenilenlerin yaşam pratiğine aktarılmasının eğitimin temel çıktılarından biri olduğunu; Bröder vd. (2017) ise sağlık okuryazarlığının bilişsel, davranışsal ve sosyal boyutlarının birlikte değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Çocuk ve gençlerde sağlık okuryazarlığının ekolojik bir yapıya sahip olduğu, okul ve aile ortamı arasında köprü kurularak geliştiğini ifade edilmekte olup (Bröder vd., 2017), Bröder vd. (2020) ile Seidl vd. (2025)'in çocuk ve ergen sağlık okuryazarlığının ekolojik yapısına dair vurguları önemli görülmektedir.

Çünkü öğretmen ve ebeveyn görüşleri programın yalnızca sınıf içinde değil, oyun, aile ve sosyal yaşam pratiklerinde de etkili olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda Otten vd. (2023), HealthLit4Kids programına katılan çocukların öğrendikleri bilgileri ev ortamına taşıdıklarını, ailelerini bilgilendirdiklerini ve sağlık davranışlarını günlük yaşantılarıyla bütünleştirdiklerini bildirmiştir. Bu araştırmada elde edilen öğretmen ve ebeveyn görüşleri de benzer bir biçimde, programın etkilerinin sınıfla sınırlı kalmadığını; çocukların edindikleri bilgileri oyunlarına, günlük rutinlerine ve ev içi etkileşimlerine yansıtarak sağlık okuryazarlığını ekolojik düzeyde güçlendirdiklerini göstermektedir. Bu durum, programın yalnızca bilişsel kazanımlar üretmediğini, aynı zamanda davranışsal ve sosyal çıktılar sağladığını da ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, bu çalışmada gözlenen kalıcılık etkisinin tesadüfî olmadığı, aksine literatürde güçlü kuramsal ve ampirik temellerle desteklenen bir olgunun yansıması olduğu anlaşılmaktadır.

Erken çocukluk döneminde uygulanan, çocuk merkezli ve çok bileşenli sağlık okuryazarlığı programlarının; görsel–işitsel materyaller, aile katılımı ve deneyim temelli etkinliklerle desteklendiğinde yalnızca kısa süreli bilgi artışı sağlamadığı, aynı zamanda davranışsal ve tutumsal değişimlerin uzun vadede korunmasına katkı sunduğu görülmektedir. Bu durum, politika yapıcılar ile program geliştiriciler açısından sürdürülebilirlik odaklı eğitim stratejilerinin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Nitekim öğretmenler, programın çocuklara yalnızca bilgi kazandırmakla kalmadığını; edindikleri sağlık bilgilerini günlük yaşamlarında beceriye dönüştürdüklerini, özbakım davranışlarını pekiştirdiklerini ve sağlıkla ilgili korku ile kaygılarının azaldığını gözlemlediklerini belirtmiştir. Bu gözlemler, programın bilgi aktarımının ötesine geçerek kalıcı yaşam becerileri oluşturduğunu göstermektedir. Literatür bulguları da bu sonuçları destekler niteliktedir. Bánfai-Csonka vd. (2022) erken çocukluk döneminde sağlık davranışlarının kalıcı hâle gelmesi için resim, hikâye ve oyun gibi somutlaştırıcı araçların önemine dikkat çekmektedir. Ramos-Pla ve Fornons Casol (2025) ise okul öncesi eğitimde sağlık konularının programlarla bütünleştirilmesinin sağlıklı alışkanlıkların yerleşmesinde belirleyici bir role sahip olduğunu vurgulamaktadır. Öğretmenlerin programın özellikle özbakım becerileri ve sağlıklı beslenme davranışlarıyla uyumlu kazanımlar sağladığını söylemeleri, bu görüşleri doğrulayan önemli bir bulgudur. Çocuklarda gözlenen belirgin kelime dağarcığı artışı (örneğin stetoskop, otoskop gibi sağlık terimlerinin öğrenilmesi) öğretmenler tarafından sıkça dile getirilen başka bir güçlü çıktıdır. Bu durum, sağlık okuryazarlığının yalnızca davranışsal gelişimi değil; bilişsel ve dilsel gelişimi de desteklediğini göstermektedir. Rains ve Giombi'nin (2025) çalışması da benzer biçimde, erken yaşta sunulan sağlık eğitiminin çocukların bilgi düzeyini artırdığını; ayrıca

günlük pratiklerde (sağlıklı yiyecek seçimi, su içme alışkanlığı gibi) küçük fakat anlamlı değişiklikler yarattığını ortaya koymaktadır. Nitel bulgular ile literatür arasındaki bu uyum, programın yalnızca teorik bilgi kazandırmadığını; çocukların günlük yaşam pratiklerini, oyunlarını ve çeşitli becerilerini de dönüştürdüğünü göstermektedir. Bu sonuç, erken çocukluk döneminde sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik müdahalelerin geçerliğini güçlendirmekte ve sürdürülebilir davranış değişikliği oluşturma potansiyelini açıkça ortaya koymaktadır.

Programın etkili olmasında yalnızca kullanılan içerik ve materyallerin değil, uygulayıcının tutumu ve yaklaşımının da belirleyici olduğu görülmektedir. Blom-Hoffman vd. (2008) okul temelli sağlık programlarında öğretmenlerin çocuklarla kurduğu olumlu iletişimin aile katılımını güçlendirdiğini ve öğrenmenin ev ortamına aktarılmasını kolaylaştırdığını belirtmektedir. Otten vd. (2023) ise HealthLit4Kids programında öğretmenlerin sağlık okuryazarlığına ilişkin mesleki gelişimlerinin sınıf içi uygulamaları güçlendirdiğini ve öğrencilerin motivasyonunu artırdığını göstermiştir. Sanders vd. (2009a), çocukların sağlık davranışlarını öğrenme sürecinde güven duygusunun ve olumlu bir duygusal iklimin kritik olduğunu vurgularken; Bröder vd. (2020) eğitimcilerin yalnızca bilgi aktaran kişiler değil, aynı zamanda güçlü birer rol model olduklarını ifade etmektedir. Sheridan vd. (2010) ve El Nokali vd. (2010) de eğitimcinin kişisel özellikleri ve iletişim biçiminin erken çocukluk programlarının başarısında önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çerçevede araştırmacının sergilediği tutum ve davranışların çocuklar için etkili bir rol model oluşturduğu ve edinilen bilgilerin günlük yaşama daha kolay aktarılmasına katkı sağladığı görülmektedir. Çocukların araştırmacıya yönelik olumlu algısı, yalnızca bireysel bir sempati göstergesi değil; aynı zamanda öğrenme süreçleriyle programın genel etkililiğini doğrudan destekleyen pedagojik bir unsur olarak değerlendirilebilir. Dolayısıyla erken çocukluk eğitiminde bir programın başarısı sadece içerikle değil, uygulayıcı ile çocuk arasındaki ilişki kalitesiyle de şekillenmektedir. Hem ebeveynlerden hem çocuklardan hem de öğretmenlerden elde edilen görüşler, uygulayıcının kişisel ve mesleki özelliklerinin programın geçerliğini ve sürdürülebilirliğini güçlendiren temel bir unsur olduğunu göstermektedir. Sevgi temelli iletişim ve planlı, disiplinli uygulama anlayışı çocukların öğrenme motivasyonunu artırmış; öğretmenler ve ailelerin güven duymasını sağlayarak programın kabul görmesine katkıda bulunmuştur.

Kontrol grubunda ÇSOÖ ve PÇBÖ puanlarında anlamlı bir değişiklik olmazken, BSBÖ puanlarında düşüş saptanmıştır. Bu sonuç, kontrol grubundaki çocukların bilimsel süreç becerilerinin zaman içinde azaldığını göstermektedir. Kontrol grubunda bilimsel süreç becerilerinin zaman içinde düşüş göstermesi, bu becerilerin rutin okul öncesi eğitim programı içinde kendiliğinden korunmadığını, aksine yapılandırılmış ve sorgulamaya dayalı öğrenme fırsatlarına ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Nitekim Harlen (2014), bilimsel süreç becerilerinin ancak sistematik rehberlik, deney yapma ve sorgulama odaklı etkinliklerle sürdürülebilir biçimde gelişebildiğini, bu tür fırsatlar sunulmadığında çocukların yüzeysel bilişsel düzeylere geri dönebileceğini belirtmektedir. Benzer şekilde Worth (2010), erken çocukluk döneminde bilimin doğrudan deneyim, öğretmen yönlendirmesi ve sürekli merak desteklenmediğinde derinleşmeyen, epizodik bir öğrenmeye dönüştüğünü vurgulamaktadır. STEM temelli müdahalelerin okul öncesi dönemde bilimsel süreç becerilerini anlamlı ve güçlü biçimde artırdığını ortaya koyan Kavak ve Deretarla Gül (2024) de araştırmasında, destekleyici bir program uygulanmadığında kontrol gruplarında bilimsel süreç becerilerinde ilerleme görülmediğini göstermektedir (Kavak ve Deretarla Gül, 2024). Bu bağlamda, araştırmanın kontrol grubunda gözlenen düşüş, bilimsel süreç becerilerinin gelişiminin süreklilik, tekrar ve nitelikli öğrenme ortamları gerektirdiğini, müdahale programının uygulanmadığı koşullarda bu becerilerin korunmasının dahi güçleşebileceğini ortaya koymaktadır.

Tüm bu bulgular, sağlık okuryazarlığı odaklı ve kitap temelli programların yalnızca sağlık bilgisi kazandırmakla sınırlı olmadığını, aynı zamanda çocukların problem çözme ve bilimsel süreç becerilerini geliştirme potansiyeline de sahip olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, erken yaşlarda desteklenen bilimsel düşünme ve sorgulama becerilerinin, çocukların ilerleyen dönemlerde hem akademik hem de günlük yaşamlarında daha bilinçli, analitik ve kanıta dayalı kararlar almalarına katkı sağlayabileceğine işaret etmektedir. Programın deneyimsel, kitap temelli, etkinlik içeren, etkileşimli, aile katılımını önceleyen ve çocuk merkezli yapısının, çocukların bütüncül gelişim sürecinde belirleyici bir unsur olduğu söylenebilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada, resimli öykü kitaplarıyla hazırlanan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programının 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı ile problem çözme ve bilimsel süreç becerilerine etkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen temel bulgular ve bu bulgulara dayalı olarak oluşturulan öneriler aşağıda sunulmaktadır.

Araştırmadan elde edilen bulgular, araştırma kapsamında geliştirilen 60-72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin (ÇSOÖ) 14 maddeli, tek boyutlu, McDonald's Omega değeri 0,762 ve Cronbach Alfa katsayısı 0,758 olan yüksek iç tutarlığa sahip bir ölçek olduğunu göstermiştir. Ölçeğin açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmış TTT güvenirliğine bakılmış, geçerlik-güveniliğinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı geliştirilmiş, 24 oturumdan ve 32 etkinlik planından oluşan program sekiz hafta boyunca uygulanmıştır. Araştırma öncesinde yapılan ön test uygulamalarında, deney ve kontrol grupları arasında sağlık okuryazarlığı ile problem çözme ve bilimsel süreç becerileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu durum, grupların deney uygulamasından önce birbirine denk olduğunu ve uygulamanın etkililiğinin tarafsız şekilde ortaya konulabilmesi için önemli ön koşulun sağlanmış olduğunu göstermiştir. Son test puanları karşılaştırmalarında, deney grubundaki çocukların sağlık okuryazarlığı ile problem çözme ve bilimsel süreç becerileri ön test puanlarına göre anlamlı düzeyde artış görüldüğü saptanmıştır. Bununla birlikte, program uygulamasını takiben dört hafta sonra gerçekleştirilen kalıcılık test puanlarına göre programın kalıcı etkilerinin devam ettiği görülmüştür. Sonuçlar, geliştirilen programın ilk oturum uygulamalarından itibaren çocukların sağlık okuryazarlığının yanı sıra problem çözme ve bilimsel süreç becerilerini de desteklediğini, program kapsamında kullanılan materyaller ve yürütülen etkinliklerin geçen zamana bağlı olmaksızın ilgili becerilerini geliştirmede sürdürülebilir etki yarattığını göstermiştir.

Program sonunda öğretmenlerle ve ebeveynlerle yapılan görüşmelerde, programa katılan çocukların program süresince ve sonrasında olumlu değişiklikler kaydettiklerini, günlük yaşamlarında sağlıklı yaşam biçimi açısından olumlu değişimler gösterdiklerini, kullanılan materyalleri beğendiklerini, aile katılım çalışmalarından memnuniyet duyduklarını ifade ettikleri belirlenmiştir. Deney grubundaki çocuklarla yapılan görüşmelerde ve çizdikleri

resimlerde uygulanan programın, hem okul yaşantısında hem de ev ortamında sağlık farkındalığı oluşturduğu gözlenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, uygulamaya yönelik ve gelecek araştırmalara yönelik öneriler sırasıyla aşağıda sunulmuştur.

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Araştırma kapsamında geliştirilen 60-72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ÇSOÖ), çocuklarla çalışan profesyoneller tarafından çocukların sağlık okuryazarlığını tespit etmek amacıyla kullanılabilir.
- Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'nın erken çocukluk dönemi planlarına sağlık okuryazarlığı temelli etkinlikleri entegre etmeleri durumunda, bu ölçek bir değerlendirme ve izleme aracı olarak kullanılabilir.
- 60-72 aylık çocuklarla çalışan profesyonellere, çocuklarda sağlık okuryazarlığının kazandırılmasına yönelik eğitimler verilebilir.
- Bilgi, beceri ve tutum içeren sağlık okuryazarlığına yönelik etkinlikler Milli Eğitim Bakanlığı eğitim programlarına dahil edilebilir.
- Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı, çocuklarla çalışan profesyonellere verilen eğitimlerle yaygınlaşabilir.
- Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı, erken çocukluk eğitim programına entegre edilebilir.
- Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı, dijital platforma aktarılabilir ve bir çevrimiçi uygulamaya dönüştürülebilir.
- Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı, özel gereksinimli çocuklara uyarlanabilir.
- Ebeveynlerin, çocuklarının sağlık okuryazarlığını desteklemek amacıyla etkileşim temelli etkinliklere katılımı sağlanabilir. Bu sayede çocuklarının sağlık okuryazarlığına ilişkin bilgi, beceri ve tutumları ile problem çözme ve bilimsel süreç becerileri desteklenebilir.
- Ebeveynler, çocuklarının sağlık okuryazarlığının, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerinin gelişmesine destek olabilmek için çeşitli ebeveyn eğitim programlarına katılarak bilgi ve farkındalıklarını artırabilir.

Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler

- Ölçeğin ebeveyn, öğretmen ve sağlık çalışanlarına yönelik gözlem formu veya değerlendirme kılavuzu geliştirilebilir.
- Geliştirilen ölçeğin farklı iller ve bölgelerde yaşayan, farklı sosyoekonomik ve sosyokültürel özelliklere sahip çocuklar için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılabilir.
- Geliştirilen ölçeğin farklı yaşlardaki çocuklar için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılabilir.
- 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığını belirlemek için öğretmen ve ebeveyn formları geliştirilebilir. Böylece çocukların sağlık okuryazarlığı öğretmen ve ebeveyn görüşleriyle değerlendirilebilir.
- Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme becerileri ve bilimsel süreç becerilerine etkisi boylamsal olarak incelenebilir, böylece programın uzun dönemli etkileri değerlendirilebilir.
- Uzun vadeli çalışmalar yapılarak, deneysel aşamaya katılan çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerindeki değişimler nicel ve nitel yöntemlerle incelenebilir.
- Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı, özel gereksinime sahip çocuklar için uyarlanarak etkileri incelenebilir.
- Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı, belirli hastalıklara özgü uyarlanarak etkileri incelenebilir.
- Geliştirilen program çevrimiçi hazırlanarak çocuklar üzerindeki etkililiği araştırılabilir.
- Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı dijital platforma aktarılıp geniş çalışma gruplarıyla uygulanarak çocukların sağlık okuryazarlığı, problem çözme ve bilimsel süreç becerilerine etkisi incelenebilir.

KAYNAKLAR

Abrams, M.A., Klass, P. & Dreyer, B.P. (2009). Health literacy and children: recommendations for action. *Pediatrics*, 124(Supplement_3), S327-S331. https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162I

Açık, H.N. (2022). *Örnek olaylarla desteklenmiş sağlık eğitiminin ortaokul öğrencilerinin salgın hastalıklarla ilgili bilgi, tutum ve sağlık okuryazarlığına etkisinin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi]. Marmara Üniversitesi.

Ahmadi, F. and Karamitanha, F. (2023). Health literacy and nutrition literacy among mother with preschool children: What factors are effective?. *Preventive Medicine Reports*, 35, 102323. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102323

Aksoy, P. (2020). Üç-altı yaş çocuklarına yönelik öykülerin sosyal beceriler açısından incelenmesi. *Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi*, 4(3), 504-534. https://doi.org/10.24130/eccd-jecs.1967202043180

Aktaş, C. ve Kızıltan, G. (2022). Sağlık okuryazarlığı. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 79-92.

Al Sayah, F., Majumdar, S.R., Williams, B., Robertson, S. & Johnson, J.A. (2013). Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 28(3), 444-452. https://doi.org/10.1007/s11606-012-2241-z

Alotaibi, M.S. (2024). Game-based learning in early childhood education: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 15, 1307881. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1307881

Alp, F. ve Mete, M. (2023). Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Alanında Yürütülen Tezlerin Bibliyometrik Analizi (2011-2022). *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5(3), 178-188. https://doi.org/10.57224/jhpr.1231645

Altunoz, I. and Aygun, O. (2025). Validity and reliability of the European health literacy child form in Turkish children. *BMC Pediatrics*, 25(1), 225. https://doi.org/10.1186/s12887-025-05592-x

Anderson, L. W., Krathwohl, D. R. (2001). *A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives: complete edition*. Addison Wesley Longman, Inc.

Angkur, M.F.M. (2025). Early Science Literacy: Fostering Scientific Thinking Through Play-Based Learning in Early Childhood Education. *Pengabdian: Jurnal Abdimas*, 3(1), 12-22. https://doi.org/10.70177/abdimas.v3i1.2222

Aral, N., Doğan Keskin, A. (2018). Program geliştirmede tasarım ve modeller. İçinde: *Gelişimsel destek programları: Tanımlar ve programlar*, Ed. Temel, ZF., Aral, N., Ankara: Hedef CS Basın Yayın.

Aram, D. and Aviram, S. (2009). Mothers' storybook reading and kindergartners' socioemotional and literacy development. *Reading Psychology*, 30(2), 175-194. https://doi.org/10.1080/02702710802275348

Aras, Z. ve Bayık Temel, A. (2017). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi,* 25(2), 85-94.

Arizpe, E., Styles, M. (2003). *Children reading pictures: Interpreting visual texts*. London: RoutledgeFalmer.

Ashraf, H., Iftikhar, S. & Baig-Ansari, N. (2021). Impact of hand hygiene intervention on hand washing ability of school-aged children. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(2), 642-647. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1906_20

Aslan Gonul, B. and Cicek, B. (2024). The Effect of Parents' Nutrition Literacy on Children's Oral-Health-Related Quality of Life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(9), 1190. https://doi.org/10.3390/ijerph21091190

Aslantekin, F. ve Yumrutaş, M. (2014). Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 327–334.

Atbaşı, Z. and Karasu, N. (2019). Uygulama örneği üzerinden sosyal geçerlik kavramının anlamı ve değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 34(1), 283-303. https://doi.org/10.16986/HUJE.2018037421

Auld, M.E., Allen, M.P., Hampton, C., Montes, J.H., Sherry, C., Mickalide, A.D., Logan, R.A., Alvarado-Little, W. & Parson, K. (2020). Health literacy and health education in schools: collaboration for action. *NAM Perspectives*, 2020, 10-31478. https://doi.org/10.31478/202007b

Aydın, N. (2019). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi. *Black Sea Journal of Health Science*, 2(1), 21-29. https://orcid.org/0000-0001-9221-5460

Aydos, E.H. (2013). *Okul öncesi çocukları için sağlık eğitimi ölçeğinin geliştirilmesi ve çeşitli değişkenler açısından incelenmesi* [Yüksek lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi.

Aygun, O. and Topcu, M. (2023). The relationship between parental health literacy levels and anthropometric measurements of children in Turkey. *BMC Pediatrics*, 23(1), 559. https://doi.org/10.1186/s12887-023-04385-4

Ayre, C. and Scally, A.J. (2014). Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 47(1), 79-86. https://doi.org/10.1177/0748175613513808

Baccolini, V., Rosso, A., Di Paolo, C., Isonne, C., Salerno, C., Migliara, G., Prencipe, G.P., Massimi, A.C. Marzuill, C., De Vito, C., Villari, P. & Romano, F. (2021). What is the prevalence of low health literacy in European Union Member States? A systematic review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 36, 753–761. https://doi.org/10.1007/s11606-020-06407-8

Bağcı Kılıç, G. (2003). Üçüncü Uluslararası Matematik ve Fen Araştırması (TIMSS): Fen öğretimi, bilimsel araştırma ve bilimin doğası. *İlköğretim Online,* 2(1), 42–51.

Bahar, Z. (2010). Okul sağlığı hemşireliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(4), 195-200.

Baker, D.W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878-883. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x

Baker, D.W., Parker, R.M., Williams, M.V. & Clark, W.S. (1998). Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*, 13(12), 791-798. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00242.x

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Banfai-Csonka, H., Betlehem, J., Deutsch, K., Derzsi-Horvath, M., Banfai, B., Financz, J., Podráczky, J. & Csima, M. (2022). Health literacy in early childhood: A systematic review of empirical studies. *Children*, 9(8), 1131. https://doi.org/10.3390/children9081131

Batool, S.H., Safdar, M. & Eman, S. (2024). Relationship between parents' health literacy and child health: systematic review. *Library Hi Tech*, 42(1), 131-148. https://doi.org/10.1108/LHT-11-2021-0398

Bektas, İ., Kudubeş, A.A., Ayar, D. & Bektas, M. (2021). Predicting the healthy lifestyle behaviors of Turkish adolescents based on their health literacy and self-efficacy levels. *Journal of Pediatric Nursing*, 59, e20-e25. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.01.016

Berkman, N.D., Davis, T.C. & McCormack, L. (2010). Health literacy: what is it?. *Journal of Health Communication*, 15(S2), 9-19. https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985

Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J. & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107. https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005

Bilir, N. (2014). *Sağlık okur-yazarlığı. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi,* 12(1), 61–68.

Bjørnsen, H.N., Moksnes, U.K., Eilertsen, M.E.B., Espnes, G.A. & Haugan, G. (2022). Validation of the brief instrument "Health Literacy for School-Aged Children"(HLSAC) among Norwegian adolescents. *Scientific Reports*, 12(1), 22057. https://doi.org/10.1038/s41598-022-26388-4

Blom-Hoffman, J., Wilcox, K.R., Dunn, L., Leff, S.S. & Power, T.J. (2008). Family involvement in school-based health promotion: bringing nutrition information home. *School Psychology Review*, 37(4), 567-577. https://doi.org/10.1080/02796015.2008.12087868

Bodur, A.S., Filiz, E. & Kalkan, I. (2017). Factors affecting health literacy in adults: a community based study in Konya, Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 100-109.

Boateng, G.O., Neilands, T.B., Frongillo, E.A., Melgar-Quiñonez, H.R. & Young, S.L. (2018). Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. *Frontiers in Public Health*, 6, 149. https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149

Borzekowski, D.L. (2009). Considering children and health literacy: a theoretical approach. *Pediatrics*, 124, S282-8. https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162d

Borzekowski, D.L. and Rickert, V.I. (2001). Adolescent cybersurfing for health information: a new resource that crosses barriers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155(7), 813-817. https://doi.org/10.1001/archpedi.155.7.813

Bozkurt Yükçü, Ş. ve Demircioğlu, H. (2017). Okul öncesi dönemdeki çocukların sosyal problem çözme becerisinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi*, 1(2), 216-238. https://doi.org/10.24130/eccd-jecs.196720171239

Bowen, G.A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40. https://doi.org/10.3316/QRJ0902027

Bowen, A., Ma, H., Ou, J., Billhimer, W., Long, T., Mintz, E., Hoekstra, R.M. & Luby, S. (2007). A cluster-randomized controlled trial evaluating the effect of a handwashing-promotion program in Chinese primary schools. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 76(6), 1166-1173. https://doi.org/10.4269/ajtmh.2007.76.1166

Broder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T.M., Saboga-Nunes, l., Bond, E., Sørensen, K., Bitzer, E.M., Jordan, S., Domanska, O., Firnges, C.H., Carvalho, G.S., Bittlingmayer, U.H. Levin-Zamir, D., Pelikan, J., Sahrai, D., Lenz, A., Wahl, P., Thomas, M., Kessl, F. & Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, 17(1), 361. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y

Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford Publications.

Brown, S.L., Teufel, J.A. & Birch, D.A. (2007). Early adolescents' perceptions of health and health literacy. *Journal of School Health*, 77(1), 7–15. https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2007.00156.x

Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Schlupp, S. & Pinheiro, P. (2020). Advancing perspectives on health literacy in childhood and youth. *Health Promotion International*, 35(3), 575-585. https://doi.org/10.1093/heapro/daz041

Bruhn, J.G. and Parcel, G.S. (1982). Preschool Health Education Program (PHEP): An analysis of baseline data. *Health Education Quarterly*, 9(2-3), 20-33. https://doi.org/10.1177/109019818200900204

Bulut, G., Kilinç, G., Güney, S.E. & Açikbaş, E.K. (2024). Evaluation of children's drawings as a measure of dental anxiety before and after oral health education. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 27(8), 983-989. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_241_24

Burgoyne, K., Gardner, R., Whiteley, H., Snowling, M.J. & Hulme, C. (2018). Evaluation of a parent-delivered early language enrichment programme: Evidence from a randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(5), 545-555. https://doi.org/10.1111/jcpp.12819

Büyüköztürk, Ş. (2023). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem Akademi.

Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., Demirel, F. (2024). *Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.

Cabrera-Nguyen, P. (2010). Author guidelines for reporting scale development and validation results in the Journal of the Society for Social Work and Research. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 1(2), 99-103. https://doi.org/10.5243/jsswr.2010.8

Caliston, N.P. (2025). Evaluating the Effectiveness of Mobile Game-Based Learning for Raising Adolescent Health Awareness: The Case of" AHlam Na 2.0". *arXiv preprint arXiv:2501.15047*. https://doi.org/10.48550/arXiv.2501.15047

Cárdenas, K., Moreno-Núñez, A. & Miranda-Zapata, E. (2020). Shared book-reading in early childhood education: Teachers' mediation in children's communicative development. *Frontiers in Psychology*, 11, 2030. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02030

Cengiz, S.G. (2023). *Erken çocukluk döneminde ebeveynlerin erken okuryazarlık uygulamarına yönelik görüş ve farkındalıkları* [Yüksek lisans tezi]. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi.

Chalhoub, T.M., Mackenzie, E. & Siette, J. (2024). "Establishing healthy habits and lifestyles early is very important": parental views of brain health literacy on dementia prevention in preschool and primary school children. *Frontiers in Public Health*, 12. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1401806

Chan, K.J.C., Jeriel, R., Gabrieles, M.A. & Valles, M.J.S. (2025). Effectiveness of health literacy interventions on the knowledge, skills, and attitudes in community health workers: a systematic review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 23(10), 2074-2082. https://doi.org/10.11124/JBIES-25-00035

Chari, R., Warsh, J., Ketterer, T., Hossain, J. & Sharif, I. (2014). Association between health literacy and child and adolescent obesity. *Patient Education and Counseling*, 94(1), 61-66. https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.09.006

Chinn, D. and McCarthy, C. (2013). All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): Developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Education and Counseling*, 90(2), 247–253. https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.10.019

Chisolm, D.J. and Buchanan, L. (2007). Measuring adolescent functional health literacy: A pilot validation of the Test of Functional Health Literacy in Adults. *Journal of Adolescent Health*, 41(3), 312–314. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.04.015

Clarke, A.T., Marshall, S.A., Mautone, J.A., Soffer, S.L., Jones, H.A., Costigan, T.E., Patterson, A., Jawad, A.F. & Power, T.J. (2015). Parent attendance and homework adherence predict response to a family–school intervention for children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 58-67. https://doi.org/10.1080/15374416.2013.794697

Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge.

Comrey, A. L., Lee, H. B. (2013). *A first course in factor analysis*. Psychology Press.

Coşgun, M. ve Kara, F. (2015). Öğrencilere verilen sağlık eğitiminin bilgi ve davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 24(2), 55-63.

Coşkun, S. ve Bebiş, H. (2016). Adolesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 57(4), 378-384.

Coulter, A. and Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*, 335(7609), 24-27. https://doi.org/10.1136/bmj.39246.581169.80

Creswell, J. W. (2009). *Research designs. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication, Inc.

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative ınquiry and research design choosing among five approaches*. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.

Creswell, J., Creswell, D. (2021). *Araştırma tasarımı*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Creswell, J. W., Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage Publications.

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. https://doi.org/10.1007/BF02310555

Csima, M., Podráczky, J., Keresztes, V., Soós, E. & Finánczc, J. (2024). The role of parental health literacy in establishing health-promoting habits in early childhood. *Children*, 11(5), 576. https://doi.org/10.3390/children11050576

Çarkcı, J. (2020). *Sosyal bilimlerde ölçek geliştirme kılavuzu*. Çizgi Kitabevi.

Çaylan, A., Yayla, K., Öztora, S. & Dağdeviren, H.N. (2017). Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. *Biomedical Research*, 28(15), 6803-6807.

Çetin, H. (2021). Resimli çocuk kitaplarında resim-metin ilişkileri ve bazı sınıflandırmaların değerlendirilmesi: Bir meta-sentez çalışması. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(2), 533-545. https://doi.org/10.32709/akusosbil.857595

Çıkrıkçı, N. (2023). *Eğitimde ölçme ve değerlendirme*. Ankara: Anı Yayıncılık.

Çınar, O., Hatunoğlu, A. & Hatunoğlu, Y. (2009). Öğretmenlerin problem çözme becerileri. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(2), 215-226.

Çınar, S., Ay, A. & Boztepe, H. (2018). Çocuk sağlığı ve sağlık okuryazarlığı. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 14(2), 25-39.

Çiler Erdağ, G. (2015). Sağlık okuryazarlığı. İçinde: *Sağlığın temel belirleyicisi olarak sağlık okuryazarlığı*, Ed. Yıldırım, F., Keser, A., Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Çoban, T. ve Özcebe, H. (2018). Çocuklarda sağlığın geliştirilmesinde sağlık okuryazarlığının rolü. *Turkish Journal of Public Health*, 17(3), 337-349. https://doi.org/10.20518/tjph.464542

Davies, G.M., Worthington, H.V., Ellwood, R.P., Bentley, E.M., Blinkhorn, A.S., Taylor, G.O. & Davies, R.M. (2002). A randomised controlled trial of the effectiveness of providing free fluoride toothpaste from the age of 12 months on reducing caries in 5-6-year-old children. *Community Dental Health*, 19(3), 131-136.

Davis, T.C., Wolf, M.S., Arnold, C.L., Byrd, R.S., Long, S.W., Springer, T., Kennen, E. & Bocchini, J.A. (2006). Development and validation of the Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine (REALM-Teen): a tool to screen adolescents for below-grade reading in health care settings. *Pediatrics*, 118(6), e1707-e1714. https://doi.org/10.1542/peds.2006-1139

De Buhr, E. and Tannen, A. (2020). Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: A cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 20(1), 1096. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08881-5

Demir-Lira, E.Ö., Applebaum, L.R., Goldin-Meadow, S. & Levine, S.C. (2019). Parents' early book reading to children: Relation to children's later language and literacy outcomes controlling for other parent language input. *Developmental Science*, 22(3), e12764. https://doi.org/10.1111/desc.12764

Demirli, P. (2018). *Bireylerin sağlık okuryazarlığı üzerine bir araştırma: edirne ili örneği* [Yüksek lisans tezi]. Trakya Üniversitesi.

Deniz, K. Z., Çelebi, S. (2022). *Herkes için bilimsel araştırmakolay*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Denktaş, K. (2019). *Kırsal kesimde ilköğretim son sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve e-sağlık okuryazarlığı* [Yüksek lisans tezi]. Manisa Celal Bayar Üniversitesi.

Driessnack, M., Chung, S., Perkhounkova, E. & Hein, M. (2014). Using the "Newest Vital Sign" to assess health literacy in children. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(2), 165-171. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.05.005

Desjardins, R., Thorn, W., Schleicher, A., Quintini, G., Pellizzari, M., Kis, V. & Chung, J.E. (2013). OECD skills outlook 2013: First results from the survey of adult skills.

Dettmers, S., Yotyodying, S. & Jonkmann, K. (2019). Antecedents and outcomes of parental homework involvement: How do family-school partnerships affect parental homework involvement and student outcomes?. *Frontiers in Psychology*, 10, 1048. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01048

DeVellis, R. F. (2022). *Ölçek geliştirme kuram ve uygulamalar*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

DeVellis, R. F., Thorpe, C. T. (2021). *Scale development: Theory and applications*. Sage Publications.

DeWalt, D.A., Berkman, N.D., Sheridan, S., Lohr, K.N. & Pignone, M.P. (2004). Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19(12), 1228-1239.

DeWalt, D.A., Dilling, M.H., Rosenthal, M.S. & Pignone, M.P. (2007). Low parental literacy is associated with worse asthma care measures in children. *Ambulatory Pediatrics*, 7(1), 25-31. https://doi.org/10.1016/j.ambp.2006.10.001

DeWalt, D.A. and Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: A systematic review of the literature. *Pediatrics*, 124(3), S265–S274. https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162B

DeWalt, D.A. and Pignone, M.P. (2005). Reading is fundamental: the relationship between literacy and health. *Archives of Internal Medicine*, 165(17), 1943-1944. https://doi.org/10.1001/archinte.165.17.1943

Dodson S., Good S., Osborne R. H. (2015). *Health Literacy Toolkit for Low- and Middle-Income Countries: A Series of Information Sheets to Empower Communities and Strengthen Health Systems*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.

Efe, M. ve Temel, Z.F. (2018). Okul öncesi dönem 48-66 ay çocuklarına Etkileşimli Kitap Okuma Programı'nın yazı farkındalığına etkisinin incelenmesi. *Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi*, 2(2), 257-283. https://doi.org/10.24130/eccd-jecs.196720182257

Ekici, G., Özdemir, S. M. (2021). *Çağdaş bakış açısıyla eğitimde program geliştirme ve değerlendirme*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

El Nokali, N.E., Bachman, H.J. & Votruba-Drzal, E. (2010). Parent involvement and children's academic and social development in elementary school. *Child Development*, 81(3), 988-1005. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01447.x

El Tantawi, M., Aly, N.M., Atteya, S., Abdellatif, E. & Yassin, R. (2022). Parenting practices and oral health behaviors of children in rural Egypt: gender differences in a household survey. *BMC Oral Health*, 22(1), 17. https://doi.org/10.1186/s12903-022-02054-z

Elmer, S., Nash, R., Kemp, N., Coleman, C., Wyss, M. & Roach, J. (2021). HealthLit4Kids: Supporting schools to be health literacy responsive organisations. *Health Promotion Journal of Australia*, 32, 17-28. https://doi.org/10.1002/hpja.412

Englander, M. and Morley, J. (2023). Phenomenological psychology and qualitative research. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 22(1), 25-53. https://doi.org/10.1007/s11097-021-09781-8

Ergin, E., Kılıçoğlu, E.A. & Ergin, B. (2023). Resimli erken çocukluk dönemi kitaplarının okul türü temelinde bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Milli Eğitim Dergisi*, 52(237), 33-52. https://doi.org/10.37669/milliegitim.1080809

Evans, M.A. and Saint-Aubin, J. (2005). What children are looking at during shared storybook reading: Evidence from eye movement monitoring. *Psychological Science*, 16(11), 913-920. https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01636.x

Fabris, M.A., Lange-Küttner, C., Shiakou, M. & Longobardi, C. (2023). Children's drawings: evidence-based research and practice. *Frontiers in Psychology*, 14, 1250556. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1250556

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. & Lang, A.G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149

Fetters, M.D., Curry, L.A. & Creswell, J.W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices. *Health Services Research*, 48(6pt2), 2134-2156. https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117

Fetters, M.D. and Freshwater, D. (2015). The 1+ 1= 3 Integration Challenge. *Journal of Mixed Methods Research*, 9(2), 115-117. https://doi.org/10.1177/1558689815581222

Field, A. (2024). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Sage Publications Limited.

Fleary, S.A., Joseph, P. & Pappagianopoulos, J.E. (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 62, 116-127. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.11.010

Flecha, A., García, R. & Rudd, R. (2011). Using health literacy in school to overcome inequalities. *European Journal of Education*, 46(2), 209-218. https://doi.org/10.1111/j.1465-3435.2011.01476.x

Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6th ed.). London/Thousand Oaks, CA/Dehli: Sage.

Finánczc, J., Podráczky, J., Deutsch, K., Soós, E., Bánfai-Csonka, H. & Csima, M. (2023). Health education intervention programs in early childhood education: A systematic review. *Education Sciences*, 13(10), 988. https://doi.org/10.3390/educsci13100988

Fiordelli, M., Diviani, N., Farina, R., Pellicini, P., Ghirimoldi, A. & Rubinelli, S. (2023). Strengthening adolescents' critical health literacy and scientific literacy to tackle mis-and dis-information. A feasibility study in Switzerland. *Frontiers in Public Health*, 11. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1183838

Fischer, S.M., Dadaczynski, K., Sudeck, G., Rathmann, K., Paakkari, O., Paakkari, L. & Bilz, L. (2022). Measuring health literacy in childhood and adolescence with the scale Health Literacy in School-Aged Children–German version. *Diagnostica*, 68(4), 184-196. https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000296

Fok, M.S. and Wong, T.K. (2002). What does health literacy mean to children? *Contemporary Nurse*, 13(2-3), 249-258. https://doi.org/10.5172/conu.13.2-3.249

Franze, M., Fendrich, K., Schmidt, C.O., Fahland, R.A., Thyrian, J.R., Plachta-Danielzik, S., Seiberl, J., Hoffmann, W. & Splieth, C.H. (2011). Implementation and evaluation of the population-based programme "health literacy in school-aged children" (GeKo^{KidS}). *Journal of Public Health*, 19(4), 339-347. https://doi.org/10.1007/s10389-011-0421-7

Fretian, A., Bollweg, T.M., Okan, O., Pinheiro, P. & Bauer, U. (2020). Exploring associated factors of subjective health literacy in school-aged children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1720. https://doi.org/10.3390/ijerph17051720

Funge, S.P., Sullivan, D.J. & Tarter, K. (2017). Promoting positive family interactions: Evaluating a free early childhood book distribution program. *Early Childhood Education Journal*, 45(5), 603-611. https://doi.org/10.1007/s10643-016-0815-9

Galmarini, E., Marciano, L. & Schulz, P.J. (2024). The effectiveness of visual-based interventions on health literacy in health care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 24(1), 718. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11138-1

Ganea, P.A., Ma, L. & DeLoache, J.S. (2011). Young children's learning and transfer of biological information from picture books to real animals. *Child Development*, 82(5), 1421-1433. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01612.x

Geboers, B., Reijneveld, S.A., Koot, J.A. & De Winter, A.F. (2018). Moving towards a comprehensive approach for health literacy interventions: the development of a health literacy intervention model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1268. https://doi.org/10.3390/ijerph15061268

Genç, F.Z., Yıldız, S. & Bilgili, N. (2025). Turkish adaptation and psychometric test of the health literacy scale in old age. *Geriatric Nursing*, 61, 91-97. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.10.043

Genton, M.C., Chapoton, B., Dauda, S.M., Oriol, M., Denois, V.R. & Chauvin, F. (2023). Measuring health literacy among French pupils with the health literacy survey child Questionnaire-15 (HLS-Child-Q15). *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 7(3), e144-e153. https://doi.org/10.3928/24748307-20230717-01

George, D., Mallery, P. (2019). *IBM statistics 26 step by step: A simple guide and reference*. New York: Routledge.

Ghanbari, S., Ramezankhani, A., Montazeri, A. & Mehrabi, Y. (2016). Health literacy measure for adolescents (HELMA): Development and psychometric properties. *PLoS One*, 11(2), e0149202. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149202

Gökoğlu, A.G. (2021). Kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık davranışlarına ve çocuk sağlığına etkisi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2), 132-148.

Gönen, M. ve Aydos, E.H. (2013). Resimli çocuk kitaplarının içerik ve fiziki özelliklerinin incelenmesi. *Siirt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1, 111-123.

Gönen, M., Uygun, M., Erdoğan, Ö. & Katrancı, M. (2012). Resimli çocuk kitaplarının fiziksel, içerik ve resimleme özellikleri açısından incelenmesi. *Milli Eğitim Dergisi*, 42(196), 258-272.

Görücü, A. ve Karakuş, N. (2017). Anne tutumlarının okul öncesi dönem çocuklarının problem çözme becerilerine etkisi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (37), 316-326.

Greene, J. C. (2007). *Mixed methods in social inquiry*. San Francisco: John Wiley & Sons.

Grey, N. and Coughlan, D. (2009). Health literacy is not just reading and writing. *Pharmaceutical Journal*, 283(7571), 333-336.

Grøver, V., Gustafsson, J.E., Rydland, V. & Snow, C.E. (2024). Are There Sustained Effects of a Preschool Shared-Reading Intervention Addressing Dual Language Learners?. *Scientific Studies of Reading*, 28(4), 441-462. https://doi.org/10.1080/10888438.2024.2335925

Guo, S., Armstrong, R., Waters, E., Sathish, T., Alif, S.M., Browne, G.R. & Yu, X. (2018). Quality of health literacy instruments used in children and adolescents: a systematic review. *BMJ Open*, 8(6), e020080. http://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020080

Guruge, N.D.G., Arhelger, A. & Abhayasinghe, K. (2022). Perceptions of mothers on child well-being, changes in everyday life and social sustainability: lessons learned from a community-based health promotion programme in Anuradhapura District, Sri Lanka. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 41(1), 20. https://doi.org/10.1186/s41043-022-00295-w

Güler, R. (2022). Okul Çağı Çocuklarında Sağlık Okuryazarlığı ve Okul Sağlığı Hemşireliği. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 330-338. https://doi.org/10.51123/jgehes.2022.69

Güley, B. and Keskinkılıç, A. (2024). The effect of project approach-based science education program on problem-solving skills of preschool children. *Humanities and Social Sciences Communications*, 11(1), 1-10. https://doi.org/10.1057/s41599-024-03444-0

Günindi, Y. (2015). Preschool Children's Perceptions of the Value of Affection as Seen in Their Drawings. *International Electronic Journal of Elementary Education*, 7(3), 371-382.

Gürhan, N., Seyran, F. (2023). *Sağlık okuryazarlığı*. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.

Gürkan, K.P. (2023). 0-12 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Akılcı Antibiyotik Kullanım Algılarına Etkisi. *Etkili Hemşirelik Dergisi*, 16(4), 460-472. https://doi.org/10.46483/jnef.1375514

Güven, A. (2016). *Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sağlık okuryazarlığı ile hasta güvenliği ilişkisi* [Yüksek lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi].

Haenilah, E.Y., Yanzi, H. & Drupadi, R. (2021). The effect of the scientific approach-based learning on problem solving skills in early childhood: Preliminary study. *International Journal of Instruction*, 14(2), 289-304. https://doi.org/10.29333/iji.2021.14217a

Haikal, D.J. (1969). Impact of a health education project for preschool children. *International Journal of Health Education*, 12, 192-197.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis*. Cengage Learning.

Hair Jr, J.F., Lds Gabriel, M., da Silva, D. & Braga Junior, S. (2019). Development and validation of attitudes measurement scales: fundamental and practical aspects. *RAUSP Management Journal*, 54(4), 490-507. https://doi.org/10.1108/RAUSP-05-2019-0098

Hahnraths, M.T., Heijmans, M., Bollweg, T.M., Okan, O., Willeboordse, M. & Rademakers, J. (2021). Measuring and exploring children's health literacy in the Netherlands: translation and adaptation of the HLS-Child-Q15. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5244. https://doi.org/10.3390/ijerph18105244

Halfon, N. and Hochstein, M. (2002). Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research. *The Milbank Quarterly*, 80(3), 433-479. https://doi.org/10.1111/1468-0009.00019

Hanson, M. and Gluckman, P. (2011). Developmental origins of noncommunicable disease: population and public health implications. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 94, S1754-S1758. https://doi.org/10.3945/ajcn.110.001206

Harlen, W. (2014). Helping children's development of inquiry skills. *Inquiry in primary science education*, 1(1), 5-19.

Haynes, S.N., Richard, D. & Kubany, E.S. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment*, 7(3), 238-247. https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.238

Heckman, J. J., Karapakula, G. (2019). *Intergenerational and intragenerational externalities of the Perry Preschool Project* (No. w25889). National Bureau of Economic Research.

Heerman, W.J., Perrin, E.M., Yin, H.S., Sanders, L.M., Eden, S.K., Shintani, A., Coyne-Beasley, T., Andrea, B.B., Barkin, S.L. & Rothman, R.L. (2014). Health literacy and injury prevention behaviors among caregivers of infants. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(5), 449-456. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.01.005

Hoffman, S., Marsiglia, F.F., Nevarez, L. & Porta, M. (2017). Health literacy among youth in Guatemala City. *Social Work in Public Health*, 32(1), 30-37. https://doi.org/10.1080/19371918.2016.1188741

Holmes, W.S., Moorhead, S.A., Coates, V.E., Bond, R.R. & Zheng, H. (2019). Impact of digital technologies for communicating messages on weight loss maintenance: a systematic literature review. *European Journal of Public Health*, 29(2), 320-328. https://doi.org/10.1093/eurpub/cky171

Howard, M.C. and O'Sullivan, R. (2024). A systematic review of exploratory factor analysis in marketing: Providing recommended guidelines and evaluating current practices. *Journal of Marketing Theory and Practice*, 1-22. https://doi.org/10.1080/10696679.2024.2385377

Hu, Y. (2015). Health communication research in the digital age: A systematic review. *Journal of Communication in Healthcare*, 8(4), 260-288. https://doi.org/10.1080/17538068.2015.1107308

Hu, L.T. and Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. https://doi.org/10.1080/10705519909540118

Hubbard, B. and Rainey, J. (2007). Health literacy instruction and evaluation among secondary school students. *American Journal of Health Education*, 38(6), 332–337. https://doi.org/10.1080/19325037.2007.10598991

Hui, A.N., Chow, B.W.Y., Chan, E.S. & Leung, M.T. (2020). Reading picture books with elements of positive psychology for enhancing the learning of English as a second language in young children. *Frontiers in Psychology*, 10, 2899. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02899

Intarakamhang, U. and Intarakamhang, P. (2017). Health literacy scale and causal model of childhood overweight. *Journal of Research in Health Sciences*, 17(1), 368.

Irwin, L. G., Siddiqi, A., Hertzman, G. (2007). *Early child development: A powerful equalizer*. Vancouver, BC: Human Early Learning Partnership (HELP).

Ishikawa, H. and Kiuchi, T. (2019). Association of health literacy levels between family members. *Frontiers in Public Health*, 7, 169. https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00169

Işıkoğlu, N. ve Şimşek, Z. C. (2020). Erken çocukluk eğitimi öğretmenlerinin hikâye anlatma/kitap okuma uygulamaları tercihleri ve nedenleri. *Ana Dili Eğitimi Dergisi*, 8(4), 1519-1533.

İkişık, H., Turan, G., Kutay, F., Sever, F., Keskin, S.N., Güdek, H., Dur Tiftik, S.R. & Maral, I. (2020). Üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin incelenmesi. *Journal of Ankara University Faculty of Medicine*, 73(3), 247-252.

İzoğlu Tok, A. ve Doğan, Ö. (2021). 15-17 yaş arası ergenlerin deneyimlerinden sağlık okuryazarlığı kavramı: Nitel bir çalışma. *Turkish Journal of Public Health*, 19(1), 79-91. https://doi.org/10.20518/tjph.779144

Jia, Y., Zhuang, X., Zhao, Y., Meng, G., Zhang, J., Cao, Y. & Zhang, Y.P. (2025). Development and psychometric validation of a novel health literacy scale for family caregivers of preschool children. *Health and Quality of Life Outcomes*, 23(1), 18. https://doi.org/10.1186/s12955-025-02349-z

Kalaycı Oflaz, N. (2021). *Sağlık okuryazarlığını anlamak: Türkiye'de sağlık okuryazarlığı ve sağlık harcamalarına etkisi*. İstanbul: Aktif Yayınevi.

Kalkim, A., Karaman, E., Birdal, O. & Tosun Taşar, P. (2024). Validity and reliability of the heart failure-specific health literacy scale in Turkish. *Scientific Reports*, 14(1), 10338. https://doi.org/10.1038/s41598-024-61154-8

Kampeza, M. and Delserieys Pedregosa, A. (2024). Symbolic representation of young children in science: Insights into preschoolers' drawings of change of state of matter. *Education Sciences*, 14(10), 1080. https://doi.org/10.3390/educsci14101080

Kann, L., Telljohann, S.K. & Wooley, S.F. (2007). Health education: Results from the school health policies and programs study 2006. *Journal of School Health*, 77(8), 408-434. https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2007.00228.x

Karagöz, Y., Bardakçı, S. (2020). *Bilimsel araştırmalarda kullanılan ölçme araçları ve ölçek geliştirme*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Karakaya Ergün, S. (2019). *Bakım vericilerin sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörler* [Yüksek lisans tezi]. Necmettin Erbakan Üniversitesi.

Karakoç, F.Y. ve Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49. https://doi.org/10.25282/ted.228738

Karasar, N. (2022). *Bilimsel Araştırma Yöntemi* (37. Baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık.

Kasimoğlu, N. and Baş, N.G. (2024). The correlation between children's health literacy level and healthy eating self-efficacy. *Malawi Medical Journal*, 36(3), 213-219. https://doi.org/10.4314/mmj.v36i3.7

Kavak, Ş. ve Deretarla Gül, E. (2021). Okul öncesi çocukları için bilimsel süreç becerileri ölçeği geliştirme çalışması. *Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi,* 22(2), 1071–1099.

Kavak, Ş. and Deretarla Gül, E. (2024). Impact of STEM Education on preschool children's scientific process skills. *e-Kafkas Journal of Educational Research*, 11(4), 491-509. https://doi.org/10.30900/kafkasegt.1489648

Keim-Malpass, J., Letzkus, L.C. & Kennedy, C. (2015). Parent/caregiver health literacy among children with special health care needs: A systematic review of the literature. *BMC Pediatrics*, 15(1), 92. https://doi.org/10.1186/s12887-015-0412-x

Kelley, E.S., Goldstein, H., Spencer, T.D. & Sherman, A. (2015). Effects of automated Tier 2 storybook intervention on vocabulary and comprehension learning in preschool children with limited oral language skills. *Early Childhood Research Quarterly*, 31, 47-61. https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2014.12.004

Kendir Çopurlar, C. ve Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1), 42-47. https://doi.org/10.5455/tjfmpc.193796

Kılıç, Z., Değirmenci, Ş., Ünsal, F.Ö. & Balat, G.U. (2017). Okul öncesi dönem çocuklarına yönelik resimli çocuk kitaplarında yer alan temel kavramların incelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (44), 424-441. https://doi.org/10.21764/maeuefd.319461

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., Tsouros, A. (2013). *Health Literacy: The Solid Facts*. Copenhagen, Denmark: World Health Organisation, Regional Office for Europe.

Kickbusch, I., Wait, S., Maag, D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. London: Alliance for Health and the Future.

Klass, P., Dreyer, B.P. & Mendelsohn, A.L. (2009). Reach out and read: literacy promotion in pediatric primary care. *Advances in Pediatrics*, 56, 11-27. https://doi.org/10.1016/j.yapd.2009.08.009

Kline, R. B. (2023). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: Guilford Publications.

Knisel, E., Rupprich, H., Wunram, A., Bremer, M. & Desaive, C. (2020). Promotion of elementary school students' health literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9560. https://doi.org/10.3390/ijerph17249560

Krippendorff, K. (2018). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. Sage Publications.

Kobayashi, L.C., Wardle, J., Wolf, M.S. & Von Wagner, C. (2016). Aging and functional health literacy: a systematic review and meta-analysis. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(3), 445-457. https://doi.org/10.1093/geronb/gbu161

Koç, E. T., Vural, B. (2023). Sağlık okuryazarlığı. İçinde: *Çocuk sağlığı ve sağlık okuryazarlığı*. Ed. Gürhan, N., Seyran, F. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.

Koyuncu, I. and Kılıç, A. (2019). The use of exploratory and confirmatory factor analyses: A document analysis. *Education and Science*, 44(198), 361-388. https://doi.org/10.15390/EB.2019.7665

Körükçü, Ö. (2012). Okulöncesi eğitime yönelik resimli çocuk kitaplarının bulunması gereken temel özellikler açısından incelenmesi. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(2), 243-254.

Kumar, D., Sanders, L., Perrin, E.M., Lokker, N., Patterson, B., Gunn, V., Finkle, J., Franco, V., Choi, L. & Rothman, R.L. (2010). Parental understanding of infant health information: health literacy, numeracy, and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). *Academic Pediatrics*, 10(5), 309-316. https://doi.org/10.1016/j.acap.2010.06.007

Kutner, M. A., Greenberg, E., Jin, Y., Paulsen, C., White, S. (2006). *The health literacy of America's adults*. National Institute for Literacy.

Lawrence, P.R., Feinberg, I. & Spratling, R. (2021). The relationship of parental health literacy to health outcomes of children with medical complexity. *Journal of Pediatric Nursing*, 60, 65-70. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.02.014

Lawshe, C.H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28(4), 563-575.

Lee, J.H. and Kim, I.O. (2005). Health education program development for infants, toddlers and preschool children. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35(2), 262-269. https://doi.org/10.4040/jkan.2005.35.2.262

Li, X., Chen, M., Feng, Y., Ma, X., Zheng, J., Shen, H., Xia, J., Chen, K., Guo, Y., Xia, Q., Jiang, Y., Lu, J. & Chang, F. (2024). Development and validation of Parents' Health Literacy Scale on Preventing Road Traffic Injuries for children aged 0–6 years in China. *Injury Prevention*, ip-2023-045080. https://doi.org/10.1136/ip-2023-045080

Linebarger, D.L. and Piotrowski, J.T. (2009). TV as storyteller: How exposure to television narratives impacts at-risk preschoolers' story knowledge and narrative skills. *British Journal of Developmental Psychology*, 27(1), 47-69. https://doi.org/10.1348/026151008X400445

Logan, R. A., Wong, W. F., Villaire, M., Daus, G., Parnell, T. A., Willis, E., Paasche-Orlow, M. K. (2015). *Health literacy: A necessary element for achieving health equity*. Washington, DC: Discussion Paper, Institute of Medicine.

Luz, R.M.D., Marinho, D.C.D.B., Lima, A.P.E. & Coriolano-Marinus, M.W.L. (2022). Educational interventions in child development and health literacy assumptions: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(1), e20220116. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0116

Maharjan, B., Manandhar, N.K., Pant, B.P. & Dahal, N. (2024). Meaningful Engagement of Preschoolers through Storytelling Pedagogy. *Pedagogical Research*, 9(2), em0187. https://doi.org/10.29333/pr/14144

Mancuso, J.M. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, 10(3), 248-255. https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00394.x

Manganello, J.A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847. https://doi.org/10.1093/her/cym069

Manganello, J.A., DeVellis, R.F., Davis, T.C. & Schottler-Thal, C. (2015). Development of the health literacy assessment scale for adolescents (HAS-A). *Journal of Communication in Healthcare*, 8(3), 172-184. https://doi.org/10.1179/1753807615Y.0000000016

Manganello, J., Gerstner, G., Pergolino, K., Graham, Y., Falisi, A. & Strogatz, D. (2017). The relationship of health literacy with use of digital technology for health information: implications for public health practice. *Journal of Public Health Management and Practice*, 23(4), 380-387. https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000366

Mar, R.A. and Oatley, K. (2008). The function of fiction is the abstraction and simulation of social experience. *Perspectives on Psychological Science*, 3(3), 173-192. https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00073.x

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T.A. & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6

Mårtensson, L. and Hensing, G. (2012). Health literacy–a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 151-160. https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x

Martin, L. T., Chen, P. (2014). Health and Education in Early Childhood. In *Child health and school readiness: the significance of health literacy*. United Kingdom: Cambridge University Press

Massey, P.M., Prelip, M., Calimlim, B.M., Quiter, E.S. & Glik, D.C. (2012). Contextualizing an expanded definition of health literacy among adolescents in the health care setting. *Health Education Research*, 27(6), 961-974. https://doi.org/10.1093/her/cys054

Massey, P., Prelip, M., Calimlim, B., Afifi, A., Quiter, E., Nessim, S., Wongvipat-Kalev, N. & Glik, D. (2013). Findings toward a multidimensional measure of adolescent health literacy. *American Journal of Health Behavior*, 37(3), 342–350. https://doi.org/10.5993/AJHB.37.3.7

McDaid, D. (2016). Investing in health literacy: What do we know about the co-benefits to the education sector of actions targeted at children and young people. *WHO Regional Office for Europe.* https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2024/wp-content/uploads/2024/03/policy-brief-investing-health-literacy-co-benefits-to-education-sector.pdf. Accessed date: 10.06.2025.

McKinney, D.C. and Sullivan, M. (2024). The importance of family oral health education in promoting children's oral health. *American Dental Hygienists' Association*, 98(1), 4-5.

McMillan, J. H., Hellsten, L. (2010). *Classroom assessment: Principles and practice for effective standards-based instruction*. Pearson Education Canada.

Mekhail, K.T., Burström, B., Marttila, A., Wångdahl, J. & Lindberg, L. (2023). Changes in comprehensive health literacy among first-time parents attending extended home visiting in Swedish multicultural settings: a case-comparison study. *Journal of Pediatric Health Care*, 37(4), 391-401. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2023.01.005

Melhuish, E., Ereky-Stevens, K., Petrogiannis, K., Ariescu, A., Penderi, E., Rentzou, K., Tawell, A., Slot, P., Broekhuizen, M. & Leserman, P. (2015). A review of research on the effects of early childhood education and care (ECEC) on child development. In *Curriculum Quality Analysis and Impact Review of European Early Childhood Education and Care (CARE - European Early Childhood Education and Care Publications)*. CARE - European Early Childhood Education and Care.

Michaelson, V., Pilato, K.A. & Davison, C.M. (2021). Family as a health promotion setting: A scoping review of conceptual models of the health-promoting family. *PloS One*, 16(4), e0249707. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249707

Mohammed, S., Afaya, A. & Abukari, A.S. (2023). Reading, singing, and storytelling: the impact of caregiver-child interaction and child access to books and preschool on early childhood development in Ghana. *Scientific Reports*, 13(1), 13751. https://doi.org/10.1038/s41598-023-38439-5

Molster, C., Irvine, J., Devine, A., Wallace, R., Barblett, L. & Costello, L. (2025). Digital tools to promote or measure health literacy in children aged 3–5 years: scoping review. *Health Promotion International*, 40(4), daaf093. https://doi.org/10.1093/heapro/daaf093

Morrison, A.K., Chanmugathas, R., Schapira, M.M., Gorelick, M.H., Hoffmann, R.G. & Brousseau, D.C. (2014a). Caregiver low health literacy and nonurgent use of the pediatric emergency department for febrile illness. *Academic Pediatrics*, 14(5), 505-509. https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.05.001

Morrison, A.K., Schapira, M.M., Gorelick, M.H., Hoffmann, R.G. & Brousseau, D.C. (2014b). Low caregiver health literacy is associated with higher pediatric emergency department use and nonurgent visits. *Academic Pediatrics*, 14(3), 309-314. https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.01.004

Morrison, A.K., Glick, A. & Yin, H.S. (2019). Health literacy: implications for child health. *Pediatrics in Review*, 40(6), 263-277. https://doi.org/10.1542/pir.2018-0027

Mörelius, E., Robinson, S., Arabiat, D. & Whitehead, L. (2021). Digital interventions to improve health literacy among parents of children aged 0 to 12 years with a health condition: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(12), e31665. https://doi.org/10.2196/31665

Mutlu, H., Söbü, E. & Çamaş, A.Ö. (2023). The Role of the Health Literacy Levels of Parents in the Management of Type 1 Diabetes in Children and Adolescents. *The Journal of Current Pediatrics*. 21(2), 182-189. https://doi.org/10.4274/jcp.2023.36024

Naccarella, L. and Guo, S. (2022). A health equity implementation approach to child health literacy interventions. *Children*, 9(9), 1284. https://doi.org/10.3390/children9091284

Naigaga, M.D., Guttersrud, Ø. & Pettersen, K.S. (2015). Measuring maternal health literacy in adolescents attending antenatal care in a developing country – The impact of selected demographic characteristics. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17–18), 2402–2409. https://doi.org/10.1111/jocn.12796

Nash, R., Elmer, S., Thomas, K., Osborne, R., MacIntyre, K., Shelley, B., Murray, L., Harpur, S. & Webb, D. (2018). HealthLit4Kids study protocol; crossing boundaries for positive health literacy outcomes. *BMC Public Health*, 18(1), 690. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5558-7

Nash, R., Cruickshank, V., Pill, S., MacDonald, A., Coleman, C. & Elmer, S. (2021a). HealthLit4Kids: Dilemmas associated with student health literacy development in the primary school setting. *Health Education Journal*, 80(2), 173-186. https://doi.org/10.1177/0017896920961423

Nash, R., Patterson, K., Flittner, A., Elmer, S. & Osborne, R. (2021b). School-based health literacy programs for children (2-16 Years): An international review. *Journal of School Health*, 91(8), 632-649. https://doi.org/10.1111/josh.13054

Natapov, L., Dekel, D., Pikovsky, V. & Zusman, S.P. (2021). Dental health of preschool children after two-years of a supervised tooth brushing program in Southern Israel. *Israel Journal of Health Policy Research*, 10(1), 42. https://doi.org/10.1186/s13584-021-00479-5

Natsiopoulou, T., Vidali-Laloumi, E., Zachopoulou, E. & Trevlas, E. (2010). An innovative preschool health education program. *Health Science Journal*, 4(2), 110.

Negarandeh, R., Sarkhani, N. & Heydari, M. (2024). Evaluation of cross-cultural adaptation and validation of the Persian version of the health literacy for school-aged children scale: Methodological study. *Health Science Reports*, 7(2), e1876. https://doi.org/10.1002/hsr2.1876

Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., Kindig, D. A. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, D.C.: The National Academic Press.

Norman, C.D. and Skinner, H.A. (2006). eHEALS: the eHealth literacy scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), e507. https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Nutbeam, D. and Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.

Nutbeam, D. and Lloyd, J.E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 42(1), 159-173. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529

Oğuz, V. ve Köksal Akyol, A. (2015). Problem Çözme Becerisi Ölçeği (PÇBÖ) geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* 44(1), 105–122. https://doi.org/10.14812/cufej.2015.006

Okan, O. (2019). The importance of early childhood in addressing equity and health literacy development in the life-course. *Public Health Panorama*, 5(2), 170–176.

Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., Sørensen, K. (2019). *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan*. Policy Press.

Okan O., Lopes, E., Bollweg, T.M., Bröder, J., Messer, M., Bruland, D., Bond, E., Carvalho, G.S., Sørensen, K., Saboga-Nunes, L., Levin-Zamir, D., Sahrai, D., Bittlingmayer, U.H., Pelikan, J.M., Thomas, M., Bauer, U. & Pinheiro, P. (2018). Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents: a systematic review of the literature. *BMC Public Health*, 18(1), 166. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5054-0

Okyay, P., Abacıgil, F. (2016). Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. İçinde: *Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe uyarlaması*, Ed. Okyay, P., Abacıgil, F. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025.

Orçan, F. (2023). Comparison of cronbach's alpha and McDonald's omega for ordinal data: Are they different?. *International Journal of Assessment Tools in Education*, 10(4), 709-722. https://doi.org/10.21449/ijate.1271693

Ormshaw, M.J., Paakkari, L.T. & Kannas, L.K. (2013). Measuring child and adolescent health literacy: a systematic review of literature. *Health Education*, 113(5), 433-455. https://doi.org/10.1108/HE-07-2012-0039

Osborne, J. W., Banjanovic, E. S. (2016). *Exploratory Factor Analysis with SAS*. United States: SAS Institute Inc.

Otbiçer Acar, T. (2020). *Kavramları, İlkeleri ve Uygulamalarıyla Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme*. Ankara: (P)arantez Eğitim Araştırma Danışmanlık ve Yayıncılık.

Otten, C., Kemp, N., Spencer, M. & Nash, R. (2022). Supporting children's health literacy development: A systematised review of the literature. *International Journal of Educational Research*, 115, 102046. https://doi.org/10.1016/j.ijer.2022.102046

Otten, C., Nash, R. & Patterson, K. (2023). HealthLit4Kids: Teacher experiences of health literacy professional development in an Australian primary school setting. *Health Promotion International*, 38(3), daac053. https://doi.org/10.1093/heapro/daac053

Ouabich, R., Tifroute, L. & Rafouk, L. (2024). Effectiveness of an inquiry-based science program on enhancing science process skills and knowledge among Moroccan preschool children. *International Journal of Educational Methodology*, 10(4), 543-558. https://doi.org/10.12973/ijem.10.4.543

Ozdemır, H., Alper, Z., Uncu, Y. & Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: A study from Turkey. *Health Education Research*, 25(3), 464-477. https://doi.org/10.1093/her/cyp068

Ozturk Haney, M. (2018). Psychometric testing of the Turkish version of the Health Literacy for School-Aged Children Scale. *Journal of Child Health Care*, 22(1), 97–107. https://doi.org/10.1177/1367493517738124

Ozturk Haney, M. (2020). Health literacy and predictors of body weight in Turkish children. *Journal of Pediatric Nursing*, 55, e257-e262. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.05.012

Özkaya, E. ve Çınar, İ.Ö. (2024). Çevre sağlığı okuryazarı olma yolunda anahtar bir rol: Halk sağlığı hemşiresi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 54-62. https://doi.org/10.54061/jphn.1426824

Öztuna, Ş., Gürhan, N. (2023). Sağlık okuryazarlığı. İçinde: *Neden sağlık okuryazarlığı?*. Ed. Gürhan, N., Seyran F. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri,.

Özvarış, Ş.B., Doğan, B.G., Ünlü, H.K., Karadag, O., Doğan, N., Gelbal, S. & Sakarya, S. (2022). Development and Validation of a Culture-Sensitive Generic Health Literacy Scale in Turkish-Speaking Adults. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 6(1), e2-e11. https://doi.org/10.3928/24748307-20211208-01

Özyürek, A., Yavuz, N.F., Begde, Z., Gürleyik, S., Karadayı, N., Akça, F. & Atalay, D. (2016). Çocuktan çocuğa diş sağlığı eğitiminin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 46-59.

Paakkari, O., Kulmala, M., Lyyra, N., Torppa, M., Mazur, J., Boberova, Z. & Paakkari, L. (2023). The development and cross-national validation of the short Health Literacy for School-aged Children (HLSAC-5) instrument. *Scientific Reports*, 13(1), 18769. https://doi.org/10.1038/s41598-023-45606-1

Paakkari, L. and Okan, O. (2020). COVID-19: Health literacy is an underestimated problem. *The Lancet Public Health*, 5(5), e249-e250. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4

Paakkari, L. and Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*, 112(2), 133-152. https://doi.org/10.1108/09654281211203411

Paakkari, O., Torppa, M., Kannas, L. & Paakkari, L. (2016). Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(8), 751–757. https://doi.org/10.1177/1403494816669639

Paakkari, O., Torppa, M., Boberova, Z., Välimaa, R., Maier, G., Mazur, J., Kannas, L. & Paakkari, L. (2019). The cross-national measurement invariance of the Health Literacy for School-Aged Children (HLSAC) Instrument. *European Journal of Public Health*, 29(3), 432-436. https://doi.org/10.1093/eurpub/cky229

Paek, H.J., Reber, B.H. & Lariscy, R.W. (2011). Roles of interpersonal and media socialization agents in adolescent self-reported health literacy: a health socialization perspective. *Health Education Research*, 26(1), 131-149. https://doi.org/10.1093/her/cyq082

Pakombwele, A. and Tsakeni, M. (2022). The teaching of science process skills in early childhood development classrooms. *Universal Journal of Educational Research*, 10(4), 273-280. https://doi.org/10.13189/ujer.2022.100402

Park, E. and Kwon, M. (2018). Health-related internet use by children and adolescents: systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e120. https://doi.org/10.2196/jmir.7731

Parker, R., Thomsen, B.S. & Berry, A. (2022). Learning through play at school–A framework for policy and practice. *Frontiers in Education*, 7, 751801. https://doi.org/10.3389/feduc.2022.751801

Pasupuleti, D., Sasidharan, S., Sharma, R., Manikutty, G. (2022). Exploring collaborative game play with robots to encourage good hand hygiene practises among children. In *2022 31st IEEE International Conference on Robot and Human Interactive Communication (RO-MAN)* (pp. 308-315). IEEE.

Pati, S., Siewert, E., Wong, A.T., Bhatt, S.K., Calixte, R.E. & Cnaan, A. (2014). The influence of maternal health literacy and child's age on participation in social welfare programs. *Maternal and Child Health Journal*, 18(5), 1176-1189. https://doi.org/10.1007/s10995-013-1348-0

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research and Evaluation methods (4th edn)*. London: Sage.

Peerson, A. and Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. *Health Promotion International*, 24(3), 285-296. https://doi.org/10.1093/heapro/dap014

Pellegrini, A. D., Symons, F., Hoch, J. (2012). *Observing children in their natural worlds: A methodological primer*. New York: Psychology press.

Pleasant, A. and Kuruvilla, S. (2008). A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promotion International*, 23(2), 152-159. https://doi.org/10.1093/heapro/dan001

Podobnik, U., Jerman, J. & Selan, J. (2024). Understanding analytical drawings of preschool children: the importance of a dialog with a child. *International Journal of Early Years Education*, 32(1), 189-203. https://doi.org/10.1080/09669760.2021.1960802

Polit, D.F. and Beck, C.T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489-497. https://doi.org/10.1002/nur.20147

Polit, D. F., Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Portillo, E., Look, K., Mott, D., Breslow, R., Kieser, M. & Gallimore, C. (2020). Intentional application of the Taba curriculum model to develop a rural pharmacy practice course. *INNOVATIONS in Pharmacy*, 11(1), 10-24926. https://doi.org/10.24926/iip.v11i1.2089

Prokop-Dorner, A., Piłat-Kobla, A., Ślusarczyk, M., Świątkiewicz-Mośny, M., Ożegalska-Łukasik, N., Potysz-Rzyman, A., Zarychta, M., Juszczyk, A., Kondyjowska, D., Magiera, A., Maraj, M., Storman, D., Warzecha, S., Węglarz, P., Wojtaszek-Główka, M., Żabicka, W. & Bała, M.M. (2024). Teaching methods for critical thinking in health education of children up to high school: A scoping review. *Plos One*, 19(7), e0307094. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307094

Pulimeno, M., Piscitelli, P. & Colazzo, S. (2020). Children's literature to promote students' global development and wellbeing. *Health Promotion Perspectives*, 10(1), 13-23. https://doi.org/10.15171/hpp.2020.05

Rahiem, M.D. (2021). Storytelling in early childhood education: Time to go digital. *International Journal of Child Care and Education Policy*, 15(1), 4. https://doi.org/10.1186/s40723-021-00081-x

Rains, C., Giombi, K. (2024). *How Effective Are Healthy Eating Interventions Delivered in Early Childhood Education and Care Settings? A Cochrane Review Summary with Commentary*. RTI Press.

Raj, D., Ahmad, N., Mohd Zulkefli, N.A. & Lim, P.Y. (2023). Stop and play digital health education intervention for reducing excessive screen time among preschoolers from low socioeconomic families: cluster randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e40955. https://doi.org/10.2196/40955

Ramos-Pla, A. and Fornons Casol, L. (2025). Health Education in Early Childhood Education: A Systematic Review of the Literature. *Societies*, 15(4), 106. https://doi.org/10.3390/soc15040106

Rask, M., Uusiautti, S. & Määttä, K. (2014). The fourth level of health literacy. *International Quarterly of Community Health Education*, 34(1), 51-71. https://doi.org/10.2190/IQ.34.1.e

Rasmussen, S.E., Aaby, A., Søjbjerg, A., Mygind, A., Maindal, H.T., Paakkari, O. & Christensen, K. S. (2023). The Brief Health Literacy Scale for adults: adaptation and validation of the health literacy for school-aged children questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(22), 7071. https://doi.org/10.3390/ijerph20227071

Reach Out and Read. (2021). Annual report. *Reach Out and Read*. https://reachoutandread.org/wp-content/uploads/2022/12/2022_12_16_AR_NW-FY22.pdf. Accessed date: 06.07.2025.

Renuse, Y.S. (2024). Understanding the significance of pilot testing in research and development. *International Journal of Multidisciplinary Research & Reviews,* 3(4), 8–13.

Rogers, P. (2024). Best practices for your confirmatory factor analysis: A JASP and lavaan tutorial. *Behavior Research Methods*, 56(7), 6634-6654. https://doi.org/10.3758/s13428-024-02375-7

Rosen, L., Manor, O., Engelhard, D., Brody, D., Rosen, B., Peleg, H., Meir, M. & Zucker, D. (2006). Can a handwashing intervention make a difference? Results from a randomized controlled trial in Jerusalem preschools. *Preventive Medicine*, 42(1), 27-32. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2005.09.012

Roy, G., Sikder, S. & Danaia, L. (2025). Adopting scientific literacy in early years from empirical studies on formal education: a systematic review of the literature. *International Journal of STEM Education*, 12(1), 26. https://doi.org/10.1186/s40594-025-00547-1

Rubio, D.M., Berg-Weger, M., Tebb, S.S., Lee, E.S. & Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, 27(2), 94-104. https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94

Rubio, M.D.N. and Blay, C. (2023). Health literacy in children and adolescents: a review of the state of the art. *Medical Research Archives*, 11(6), 1-9. https://doi.org/10.18103/mra.v11i6.3882

Sabırcan, F. (2020). *Sağlık iletişimi perspektifinden sağlık okuryazarlığı*. İstanbul: Hiberyayın.

Sanders, L.M., Shaw, J.S., Guez, G., Baur, C. & Rudd, R. (2009a). Health literacy and child health promotion: implications for research, clinical care, and public policy. *Pediatrics*, 124(Supplement_3), S306-S314. https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162G

Sanders, L.M., Federico, S., Klass, P., Abrams, M.A. & Dreyer, B. (2009b). Literacy and child health: a systematic review. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(2), 131-140. https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2008.539

Santafe-Madueno, N., Ramos-Pla, A., Selva-Pareja, L., Barcenilla-Guitard, M. & Espart, A. (2023). Health literacy in childhood and adolescence. A bibliometric analysis of scientific publications and professionals' involvement. *Heliyon*, 9(1), e12896. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e12896.

Sarıyar, S. ve Kılıç, H.F. (2019). Sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesinde kullanılan araçlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(2), 126-131. https://doi.org/10.31125/hunhemsire.598649

Schmidt, C.O., Fahland, R.A., Franze, M., Splieth, C., Thyrian, J.R., Plachta-Danielzik, S., Hoffmann, W. & Kohlmann, T. (2010). Health-related behaviour, knowledge, attitudes, communication and social status in school children in Eastern Germany. *Health Education Research*, 25(4), 542–551. https://doi.org/10.1093/her/cyq011

Schoppmann, J., Severin, F., Schneider, S. & Seehagen, S. (2023). The effect of picture book reading on young children's use of an emotion regulation strategy. *PloS One*, 18(8), e0289403. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289403

Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. Sage Publications.

Schumacker, E., Lomax, G. (2016). *A beginner's guide to structural equation modelling.* London: Routledge.

Science Journal for Kids. (2021). A resource for learning science. *Science Journal for Kids.* https://www.sciencejournalforkids.org. Accessed date: 07.07.2025.

Seçer, İ. (2018). *Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci: SPSS ve LISREL uygulamaları*. Ankara: Anı Yayıncılık.

Seidl, K., Stauch, L., Affengruber, L., Sommer, I., Wahl, A., Rojatz, D., Klerings, I., Gugglberger, L., Okan, O. & Griebler, U. (2025). Conceptualization of health literacy from the perspective of children and adolescents–a meta-ethnography. *Scientific Reports*, 15(1), 5697. https://doi.org/10.1038/s41598-025-89371-9

Senahad, N., Loahasiriwong, W. & Boonsuk, S. (2023). Development of health literacy assessment tool for 9–10 years old children in Thailand. *Public Health in Practice*, 6, 100420. https://doi.org/10.1016/j.puhip.2023.100420

Serbin, L.A., Hubert, M., Hastings, P.D., Stack, D.M. & Schwartzman, A.E. (2014). The influence of parenting on early childhood health and health care utilization. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(10), 1161-1174. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu050

Sever, S. (2015). *Çocuk Edebiyatı.* TUDEM Yayınevi.

Sezer, A. ve Kadıoğlu, H. (2014). Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'nin geliştirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 17(3), 165-170.

Sezgin, D. (2014). Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi,* 3, 73–92.

Sharif, I. and Blank, A.E. (2010). Relationship between child health literacy and body mass index in overweight children. *Patient Education and Counseling*, 79(1), 43-48. https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.035

Sheridan, S.M., Knoche, L.L., Edwards, C.P., Bovaird, J.A. & Kupzyk, K.A. (2010). Parent engagement and school readiness: Effects of the Getting Ready intervention on preschool children's social–emotional competencies. *Early Education and Development*, 21(1), 125-156. https://doi.org/10.1080/10409280902783517

Shonkoff, J. P., Phillips, D. A. (2000). *From neurons to neighborhoods: The Science of Early Child Development*. National Academies Press.

Shulman, K., Baicker, K. & Mayes, L. (2024). Reading for life-long health. *Frontiers in Pediatrics*, 12, 1401739. https://doi.org/10.3389/fped.2024.1401739

Sigudla, J. and Maritz, J.E. (2023). Exploratory factor analysis of constructs used for investigating research uptake for public healthcare practice and policy in a resource-limited setting, South Africa. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1423. https://doi.org/10.1186/s12913-023-10165-8

Simonds, S.K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1_suppl), 1-10. https://doi.org/10.1177/10901981740020S102

Simonds, V.W., Kim, F.L., LaVeaux, D., Pickett, V., Milakovich, J. & Cummins, J. (2019). Guardians of the living water: Using a health literacy framework to evaluate a child as change agent intervention. *Health Education & Behavior*, 46(2), 349-359. https://doi.org/10.1177/1090198118798676

Singh, S.G. and Aiken, J. (2017). The effect of health literacy level on health outcomes in patients with diabetes at a type v health centre in Western Jamaica. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(3), 266-270. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.06.004

Sivanand, B., Herman, A., Teutsch, C., Teutsch, S. (2017). *Building health literacy and family engagement in head start communities: A case study.* National Academy of Medicine.

Smith, S.G., Curtis, L.M., Wardle, J., von Wagner, C. & Wolf, M.S. (2013). Skill set or mind set? Associations between health literacy, patient activation and health. *PloS One*, 8(9), e74373. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0074373

Sørensen, K. (2024). Health literacy is a human rights concern: A needs assessment and gap analysis of health literacy challenges and human rights. *Council of Europe*. https://rm.coe.int/expert-report-on-health-literacy-sorensen-2024/1680b2a373. Accessed date: 11.07.2025.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European & Schuit, A. J. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Sorensen, K., van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H. & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13(1), 948. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B. K., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcón, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H. & HLS-EU Consortium. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043

Sönmez, S. (2014). *Ortaöğretimde sağlık okuryazarlığı* [Doktora tezi]. Hacettepe Üniversitesi.

Sönmez, S. ve Seyhan, G.B. (2016). MEB 2013 okul öncesi eğitim programının sağlık kavramı açısından incelenmesi. *Turkish Online Journal of Qualitative Inquiry*, 7(1), 146-174. https://doi.org/10.17569/tojqi.67144

Staiano, A.E. and Calvert, S.L. (2011). Exergames for physical education courses: Physical, social, and cognitive benefits. *Child Development Perspectives*, 5(2), 93-98. https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2011.00162.x

Stauch, L., Renninger, D., Rangnow, P., Hartmann, A., Fischer, L., Dadaczynski, K. & Okan, O. (2025). Digital health literacy of children and adolescents and its association with sociodemographic factors: Representative study findings from Germany. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e69170. https://doi.org/10.2196/69170

Steckelberg, A., Hülfenhaus, C., Kasper, J., Rost, J. & Mühlhauser, I. (2009). How to measure critical health competences: Development and validation of the Critical Health Competence Test (CHC Test). *Advances in Health Sciences Education*, 14(1), 11–22. https://doi.org/10.1007/s10459-007-9083-1

Størksen, I., Rege, M., Solli, I.F., ten Braak, D., Lenes, R. & Geldhof, G.J. (2023). The playful learning curriculum: A randomized controlled trial. *Early Childhood Research Quarterly*, 64, 36-46. https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2023.01.015

Stormacq, C., Van den Broucke, S. & Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International*, 34(5), e1-e17. https://doi.org/10.1093/heapro/day062

Stormacq, C., Wosinski, J., Boillat, E. & Van den Broucke, S. (2020). Effects of health literacy interventions on health-related outcomes in socioeconomically disadvantaged adults living in the community: a systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, 18(7), 1389-1469. https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-18-00023

Strouse, G.A., Nyhout, A. & Ganea, P.A. (2018). The role of book features in young children's transfer of information from picture books to real-world contexts. *Frontiers in Psychology*, 9, 50. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00050

Subramaniam, M., Jean, B.S., Taylor, N.G., Kodama, C., Follman, R. & Casciotti, D. (2015). Bit by bit: using design-based research to improve the health literacy of adolescents. *JMIR Research Protocols*, 4(2), e4058. https://doi.org/10.2196/resprot.4058

Sylva, K., Melhuish, E., Sammons, P., Siraj-Blatchford, I., Taggart, B. (2010). *Early childhood matters: Evidence from the Effective Pre-school and Primary Education Project*. London: Routledge.

Şencan, H. (2005). *Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Şenyurt, Ö. (2021). Öğretim programlarında sağlık okuryazarlığının yeri: Kütüphanelerin ve kütüphanecilerin artan önemi. *Bilgi Yönetimi*, 4(2), 264-282. https://doi.org/10.33721/by.933441

Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, Inc.

Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson Education Inc.

Taber, K.S. (2018). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273-1296. https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2

Tare, M., Chiong, C., Ganea, P. & DeLoache, J. (2010). Less is more: How manipulative features affect children's learning from picture books. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31(5), 395-400. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2010.06.005

Taş, T.A. ve Akış, N. (2016). Sağlık okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25(3), 119-124.

Tavakol, M. and Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd

Tavşancıl, E. (2002). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Tirrell, J.M., Sampa, M., Wootten, K., Harris, S.K., McGrath, R.E., Mulavu, M., Mulavu, M., Sindano, N., Kasanga, L., Mweemba, O., Seale, D.M., Seale, J.P. & Mutale, W. (2024). Measuring character strengths and promoting positive youth development in Zambia: Initial findings from the GROW hopes for life study. *Child & Youth Care Forum*, 54(2):303–322. https://doi.org/10.1007/s10566-024-09814-8

Topuz, A. (2016). *Sağlık okur-yazarlığı ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışmasının yapılması ve ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ilaç uygulama hatalarına etkisinin belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Şifa Üniversitesi.

Tuijnman, A., Kleinjan, M., Olthof, M., Hoogendoorn, E., Granic, I. & Engels, R.C. (2022). A game-based school program for mental health literacy and stigma on depression (moving stories): Cluster randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 9(8), e26615. https://doi.org/10.2196/26615

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2013). Temel Eğitim Genel Müdürlüğü Okul Öncesi Eğitim Programı. https://mufredat.meb.gov.tr/Dosyalar/20195712275243-okuloncesi_egitimprogrami.pdf. Erişim Tarihi: 20.06.2022

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2016). Beslenme Dostu Okul Programı Uygulama Rehberi. https://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2016_11/09102010_beslenme_dostu_okullar_program_uygulama_k_lavuzu.pdf. Erişim Tarihi: 11.07.2025

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2024a). Okul Öncesi Eğitim Programı. https://tegm.meb.gov.tr/dosya/okuloncesi/guncellenenokuloncesiegitimprogrami.pdf. Erişim Tarihi: 10.04.2024.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2024b). Okul Öncesi Eğitim Programı – Türkiye Yüzyılı Maarif Modeli. https://tymm.meb.gov.tr/upload/program/2024programokuloncesiOnayli.pdf. Erişim Tarihi: 12.05.2024.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022). T.C. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı (Güncellenmiş Versiyon-2022). https://stratejikplan.saglik.gov.tr/files/TC-Saglik-Bakanligi-2019-2023-Stratejik-Plan.pdf#zoom=55. Erişim Tarihi: 15.06.2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024a). T.C. Sağlık Bakanlığı 2024-2028 Stratejik Planı. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/47452/0/saglik-bakanligi-stratejik-plan-2024-2028pdf.pdf?_tag1=7B2A9834832BF7DCF36F2C7E5607D8543752A372. Erişim tarihi: 19.12.2024.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2024b). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/50280/0/turkiye-saglik-okuryazarligi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasipdf.pdf. Erişim Tarihi: 11.07.2025.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2019). Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı – Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2019–2023. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Turkiye_Saglikli_Beslenme_ve_Hareketli_Hayat_Programi_Yetiskin_ve_Cocukluk_Cagi_Obezitesinin_Onlenmesi_ve_Fiziksel_Aktivite_Eylem_Plani_2019-2023_2.pdf. Erişim Tarihi: 11.07.2025

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. (2018). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SOYA%20RAPOR.pdf. Erişim Tarihi: 11.07.2025.

Tschamper, M.K., Wahl, A.K., Hermansen, Å., Jakobsen, R. & Larsen, M.H. (2022). Parents of children with epilepsy: Characteristics associated with high and low levels of health literacy. *Epilepsy & Behavior*, 130, 108658. https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2022.108658

Tzeng, Y.F., Chiang, B.L., Chen, Y.H. & Gau, B.S. (2018). Health literacy in children with asthma: A systematic review. *Pediatrics & Neonatology*, 59(5), 429-438. https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2017.12.001

Ulusoy, E., Yılmaz, T.E., Çifci, A., Yılmaz, T., Kasım, İ. & Özkara, A. (2020). Sağlam çocuk takibinde ebeveynlerin rolü ve sağlık okuryazarlığı. *Ankara Medical Journal*, 20(3), 588-604. https://doi.org/10.5505/amj.2020.59320

Uner Asil, E., Aygun, O., Duman, A. & Gungor, N. (2025). The relationship between parental health literacy and primary school students' anthropometric measurements and general health status. *BMC Pediatrics*, 25(1), 125. https://doi.org/10.1186/s12887-025-05445-7

UNICEF. (2024). Giga initiative: Connecting every school to the internet. https://www.unicef.org/innovation/giga. Accessed date: 11.07.2025.

UNICEF. (2025). Childhood in a digital world: Growing up online in the 2020s. Innocenti Research Centre. https://www.unicef.org/innocenti/innocenti/media/11296/file/UNICEF-Innocenti-Childhood-in-a-Digital%20World-report-2025.pdf. Accessed date: 11.07.2025.

Uruç Öztürk, E. (2018). Sağlık okuryazarlığı ve önemi. *Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 3(2), 123-130.

Üçkuyu, N. (2020). *Ortaokul öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkili etmenler* [Yüksek lisans tezi] Ege Üniversitesi.

Üçpunar, E. (2014). *Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı uyarlama çalışması* [Yüksek lisans tezi]. Ankara Üniversitesi.

Üstündağ, A. (2020). Okul çağındaki çocukların sağlık okuryazarlığı bilgi düzeylerinin incelenmesi. *İnsan ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(2), 567-577.

Üstündağ, A. (2021). "Sağlıklı" ve "hasta" kavramlarının çocukların bakış açılarına göre çiz ve yaz tekniği kullanılarak incelenmesi. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*, 3(1), 1-12.

Vaillancourt, R. and Cameron, J.D. (2022). Health literacy for children and families. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 88(10), 4328-4336. https://doi.org/10.1111/bcp.14948

Vamos, S., Okan, O., Sentell, T. & Rootman, I. (2020). Making a case for "Education for health literacy": An international perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1436. https://doi.org/10.3390/ijerph17041436

Vamos, S.D. and McDermott, R.J. (2021). Rebranding school health: the power of education for health literacy. *Journal of School Health*, 91(8), 670-676. https://doi.org/10.1111/josh.13056

Van Boxtel, W., Jerković-Ćosić, K., Schoonmade, L.J. & Chinapaw, M.J. (2024). Health literacy in the context of child health promotion: a scoping review of conceptualizations and descriptions. *BMC Public Health*, 24(1), 808. https://doi.org/10.1186/s12889-024-17955-7

Van den Broucke, S. (2014). Health literacy: a critical concept for public health. *Archives of Public Health*, 72(1), 10. https://doi.org/10.1186/2049-3258-72-10

Van der Vaart, R. and Drossaert, C. (2017). Development of the digital health literacy instrument: measuring a broad spectrum of health 1.0 and health 2.0 skills. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), e27. https://doi.org/10.2196/jmir.6709

Van Elsen, J., Catrysse, L. & De Maeyer, S. (2024). The Effect of Interactive Picturebook Reading on Problem-Solving Skills in Preschool: A Quasi-Experiment. *Early Childhood Education Journal*, 52(7), 1471-1485. https://doi.org/10.1007/s10643-023-01542-3

Vardavas, C.I., Kondilis, B.K., Patelarou, E., Akrivos, P.D. & Falagas, M.E. (2009). Health literacy and sources of health education among adolescents in Greece. *International Journal of Adolescent Medicine and Health,* 21(2), 179–186. https://doi.org/10.1515/ijamh.2009.21.2.179

Vartiainen, J. and Kumpulainen, K. (2020). Playing with science: manifestation of scientific play in early science inquiry. *European Early Childhood Education Research Journal*, 28(4), 490-503. https://doi.org/10.1080/1350293X.2020.1783924

Velardo, S. and Drummond, M. (2017). Emphasizing the child in child health literacy research. *Journal of Child Health Care*, 21(1), 5-13. https://doi.org/10.1177/1367493516643423

Veziroğlu, M. ve Gönen, M. (2012). Resimli çocuk kitaplarının MEB Okul Öncesi Eğitim Programı'ndaki kazanımlara uygunluğunun incelenmesi. *Education and Science*, 37(163), 226-238. https://doi.org/10.15390/ES.2012.1015

Yağar, F. ve Dökme, S. (2018). Niteliksel araştirmalarin planlanması: Araştırma soruları, örneklem seçimi, geçerlik ve güvenirlik. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 1-9.

Yalçın Balçık, P., Taşkaya, S. & Şahin, B. (2014). Health literacy. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321–326.

Yapar, D. (2025). Araştırma yöntemleri ve veri toplama. *TOTBİD Derleme Dergisi*, 24, 466-474

Yaşar Ekici, F. (2015) .Okul öncesi eğitimde uygulanan çocuk merkezli yaklaşımların kuramsal temel, eğitim ortamı ve öğretmenin rolü açısından karşılaştırılması. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(12), 192-212.

Yeşil, F. and Özçelik, Ç.Ç. (2024). The development of health literacy scale for acute complications of diabetes for children with type 1 diabetes (8–12 years). *Journal of Pediatric Nursing*, 78, e59-e65. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.06.016

Yeşiltepe, B. (2023). *Sağlığın Korunma Düzeylerine Göre Senaryo Okuryazarlığı Ölçeğinin geliştirilmesi: Bloom taksonomisi örneklemesi* [Yüksek lisans tezi]. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi.

Yıldırım, A., Şimşek, H. (2021). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Seçkin Yayıncılık.

Yıldırım, F., Keser, A. (2015). *Sağlık okuryazarlığı*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Yılmaz, D., Kahraman, P.B., Çinar, H.G., Kaçan, C.Y., Kızık, H., Öztürk, Ü. & Bayram, P. (2024). Okul öncesi dönemi çocuklarına uygulanan çoklu etkinlikli el yıkama eğitiminin çocukların el yıkama davranışına etkisi. *Sağlık ve Toplum*, 34(2), 162-171.

Yılmaz, M. ve Tiraki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi,* 9(4), 142-147.

Yılmazel, G. ve Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1), 69–74. https://doi.org/10.5455/pmb.1-1448870518

Yildiz, C. and Yildiz, T. G. (2021). Exploring the relationship between creative thinking and scientific process skills of preschool children. *Thinking Skills and Creativity*, 39, 100795. https://doi.org/10.1016/j.tsc.2021.100795

Yin, A., Bai, G., Jiang, H., Xiao, X., Zhang, X., Gu, H., Zheng, M. & Li, M. (2022). Validity and reliability of the parental health literacy questionnaire for caregivers of children aged 0 to 3 years in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 16076. https://doi.org/10.3390/ijerph192316076

Yin, H.S., Forbis, S.G. & Dreyer, B.P. (2007). Health literacy and pediatric health. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 37(7), 258-286. https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2007.04.002

Yin, H.S., Johnson, M., Mendelsohn, A.L., Abrams, M.A., Sanders, L.M. & Dreyer, B.P. (2009). The health literacy of parents in the United States: a nationally representative study. *Pediatrics*, 124(Supplement_3), S289-S298. https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162E

Yu, X., Yang, T., Wang, S. & Zhang, X. (2012). Study on student health literacy gained through health education in elementary and middle schools in China. *Health Education Journal*, 71(4), 452–460. https://doi.org/10.1177/0017896911430548

Yurdakul, S. (2021). *Erken adölesanlarda sağlık okuryazarlığının sağlığı geliştirme davranışları ile ilişkisi* [Yüksek lisans tezi]. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi.

Yurdakul, S. ve Koç, Ş. (2019). Çoçuklarda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde aile eğitimi. *Pediatric Practice and Research*, 7(Ek), 544-549.

Zaidman, E.A., Scott, K.M., Hahn, D., Bennett, P. & Caldwell, P.H. (2023). Impact of parental health literacy on the health outcomes of children with chronic disease globally: A systematic review. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 59(1), 12-31. https://doi.org/10.1111/jpc.16297

Zarcadoolas, C., Pleasant, A. & Greer, D.S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203. https://doi.org/10.1093/heapro/dah609

Zhang, Y., Li, M., Jiang, H., Shi, H., Xu, B., Atkins, S. & Qian, X. (2019). Development and validation of a Chinese parental health literacy questionnaire for caregivers of children 0 to 3 years old. *BMC Pediatrics*, 19(1), 293. https://doi.org/10.1186/s12887-019-1670-9

Zhuang, X., Jia, Y., Cui, T., Meng, G., Zhang, J., He, L. & Zhang, Y.P. (2025). A new health literacy scale for staff in preschool childcare institution: development and preliminary validation. *BMC Public Health*, 25(1), 64. https://doi.org/10.1186/s12889-024-21233-x

Zoellner, J.M., Hill, J., You, W., Brock, D., Frisard, M., Alexander, R., Silva F., Price, B., Marshall, R. & Estabrooks, P.A. (2017). The influence of parental health literacy status on reach, attendance, retention, and outcomes in a family-based childhood obesity treatment program, Virginia, 2013–2015. *Preventing Chronic Disease*, 14, E87. https://doi.org/10.5888/pcd14.160421

Zosh, J.M., Gaudreau, C., Golinkoff, R.M. & Hirsh-Pasek, K. (2022). The power of playful learning in the early childhood setting. *YC Young Children*, 77(2), 6-13.

Zucker, T.A., Justice, L.M., Piasta, S.B. & Kaderavek, J.N. (2010). Preschool teachers' literal and inferential questions and children's responses during whole-class shared reading. *Early Childhood Research Quarterly*, 25(1), 65-83. https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2009.07.001

Wallmann, B., Gierschner, S. & Frobose, I. (2012). Health-related knowledge: What do our pupils know about health? An empirical study. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7(1), 5–10. https://doi.org/10.1007/s11553-011-0322-1

Wang, Z. and Shao, Y. (2025). Picture book reading improves children's learning understanding. *British Journal of Developmental Psychology*, 43(1), 12-35. https://doi.org/10.1111/bjdp.12479

Wardle, J., Herrera, M.L., Cooke, L. & Gibson, E.L. (2003). Modifying children's food preferences: the effects of exposure and reward on acceptance of an unfamiliar vegetable. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(2), 341-348. https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601541

Wharf Higgins, J., Begoray, D. & MacDonald, M. (2009). A social ecological conceptual framework for understanding adolescent health literacy in the health education classroom. *American Journal of Community Psychology*, 44(3), 350-362. https://doi.org/10.1007/s10464-009-9270-8

WHO. (1998). Health promotion glossary. *World Health Organization, Geneva.* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf. Accessed date: 10.05.2022.

WHO. (2007). Human Early Learning Partnership & Commission on Social Determinants of Health. Early child development : a powerful equalizer: final report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health. / Prepared by Arjumand Siddiqi, Lori G. Irwin, Dr. Clyde Hertzman. Vancouver: Human Early Learning Partnership. *World Health Organization*. https://iris.who.int/handle/10665/69729. Accessed date: 10.02.2025.

WHO. (2009). *Milestones in health promotion: Statements from global conferences*. Switzerland, Geneva: World Health Organization.

WHO. (2013). *Health Literacy: The Solid Facts (Who Regional Office for Europe)*. Denmark, Copenhagen: World Health Organization.

WHO. (2017a). Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. *Health Promot Int*, 32(1):7-8. https://doi.org/10.1093/heapro/daw103.

WHO. (2017b). *Promoting health in the SDGs: Report on the 9th Global conference for health promotion: All for health, health for all*. 9th Global Conference For Health Promotion, Shanghai, China.

WHO. (2020). *Basic documents: Forty-ninth edition (including amendments adopted up to 31 May 2019)*. World Health Organization.

WHO. (2022). *Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases*. World Health Organization.

WHO. (2024). Health literacy. *World Health Organization*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy. Accessed date: 11.07.2025.

WHO and UNESCO. (2021). *Making every school a health-promoting school: Global standards and indicators for health-promoting schools and systems*. World Health Organization.

Wojtowicz, A. and National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). Places: Where Youth Confront Health Literacy Challenges and Develop Skills. In *Developing Health Literacy Skills in Children and Youth: Proceedings of a Workshop*. National Academies Press (US).

Wolf, M.S., Wilson, E.A., Rapp, D.N., Waite, K.R., Bocchini, M.V., Davis, T.C. & Rudd, R.E. (2009). Literacy and learning in health care. *Pediatrics*, 124(Supplement_3), S275-S281. https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162C

Worth, K. (2010). *Science in early childhood: Developing and acquiring fundamental concepts and skills*. Early Childhood Research & Practice.

Worthington, R.L. and Whittaker, T.A. (2006). Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist*, 34(6), 806-838. https://doi.org/10.1177/0011000006288127

Wright, K. B. (2020). New technologies and health communication. In *The handbook of applied communication research* (pp. 863–878), Wiley. https://doi.org/10.1002/9781119399926.ch47

Wu, A.D., Begoray, D.L., MacDonald, M., Wharf Higgins, J., Frankish, J., Kwan, B., Fung, W. & Rootman, I. (2010). Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. *Health Promotion International*, 25(4), 444-452. https://doi.org/10.1093/heapro/daq032

Wu, J.R., Moser, D.K., DeWalt, D.A., Rayens, M.K. & Dracup, K. (2016). Health literacy mediates the relationship between age and health outcomes in patients with heart failure. *Circulation: Heart Failure*, 9(1), e002250. https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.115.002250

Wu, X.E. and Ko, J. (2024). Peer interactions during storybook reading on children's knowledge construction: an experimental study on K2 and K3 children. *Frontiers in Education*, 9, 1253782. https://doi.org/10.3389/feduc.2024.1253782

Xu, X., Cai, H., Zhang, J. & Xia, T. (2024). The effects of parental food education on children's food literacy: the mediating role of parent–child relationship and learning motivation. *Nutrients*, 16(15), 2564. https://doi.org/10.3390/nu16152564

Qi, S., Hua, F., Xu, S., Zhou, Z. & Liu, F. (2021). Trends of global health literacy research (1995–2020): Analysis of mapping knowledge domains based on citation data mining. *PloS One*, 16(8): e0254988. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254988

Qiao, H., Wang, X., Qin, Z., Wang, N., Zhang, N. & Xu, F. (2021). The relationship between health literacy and health-related quality of life among school-aged children in regional China. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 262. https://doi.org/10.1186/s12955-021-01895-6

Yazma Sürecinde Üretken Yapay Zekâ ve Yapay Zekâ Destekli Teknolojilerin Beyanı:

Bu çalışmanın revize edilmiş versiyonunun hazırlanması sırasında, yazar tarafından yalnızca üretilen içeriğin açıklığını ve okunabilirliğini artırmak için ChatGPT (OpenAI) kullanılmıştır. Kullanımının ardından, doğruluk, tutarlık ve uygunluğu sağlamak için içerik dikkatlice gözden geçirilmiş ve düzenlenmiştir.

EKLER

Ek-1. Genel Bilgi Formu

GENEL BİLGİ FORMU

Sayın gönüllü;
Bu araştırma Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Doktora Programı tez çalışması kapsamında Lügen Ceren GÜNEŞ tarafından Prof. Dr. Ender DURUALP danışmanlığında yürütülmektedir. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz önem arz etmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız varsa lütfen araştırmanın yürütücüleriyle iletişime geçiniz.
Bu araştırmanın amacı, resimli öykü kitaplarıyla hazırlanacak olan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programının 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı ile problem çözme ve bilimsel süreç becerilerine etkisinin incelenmesidir. Araştırmadan elde edilen sonuçların, 60-72 aylık çocuklar, aileleri ve eğitimciler için pek çok öneri sunabileceği, geliştirilebilecek düzenlemelere kaynak oluşturabileceği düşünülmektedir. Cevaplamanız için verilen bu form bilimsel bir araştırmaya yardımcı olmanız amacıyla hazırlanmıştır. Bu formda verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve yapılacak olan bu araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılımda gönüllülük esastır. Araştırmanın sonuçlarının güvenilir olabilmesi verilen cevapların içtenliğine bağlıdır. Lütfen cevapsız soru bırakmamaya özen gösteriniz. Verdiğiniz katkı için teşekkür ederiz.
Lütfen aşağıda yer alan bilgileri boş bırakmadan cevaplayınız.

1. Yaşınız:…….. (Yazınız.)
1. 25-30 2. 31-35 3. 36-40 4. 41-45 5. 46-50 6. 51-55

2. Öğrenim Durumunuz (En Son Mezun Olduğunuz Okul):
1. Okuryazar Değil 2. Okuryazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise
6. Üniversite 7. Yüksek Lisans 8. Doktora

3. Çalışma Durumunuz:
1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor

4. Eşinizin Yaşı:…….. (Yazınız.)
1. 25-30 2. 31-35 3. 36-40 4. 41-45 5. 46-50 6. 51-55

5. Eşinizin Öğrenim Durumu (En Son Mezun Olduğu Okul):
1. Okuryazar Değil 2. Okuryazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise
6. Üniversite 7. Yüksek Lisans 8. Doktora

6. Eşinizin Çalışma Durumu:
1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor

7. Aile Tipiniz:
1. Çekirdek aile (Anne, baba ve çocuk(lar)
2. Geniş aile (Anne, baba, çocuk, büyük anne, büyük baba, hala, dayı vb.)
3. Tek ebeveynli aile (Anne baba kaybı, anne baba ayrı)

8. Ailenizin Aylık Toplam Geliri (Asgari Ücret: 17.002,12 TL):
1. Asgari ücret ve altı 2. Asgari ücretin üstü

9. Ailenizin Aylık Toplam Gelir Aralığı:
1. 0 - 20.000,00 TL arası
2. 20.000,01 – 40.000,00 TL arası
3. 40.000,01 – 60.000,00 TL. arası
4. 60.000,01 – 80.000,00 TL arası
5. 80.000,01 – 100.000,00 TL arası

10. Ailenizin Toplam Gelirini Algılama Düzeyiniz:
1. Düşük 2. Orta 3. Yüksek

11. Ailedeki Çocuk Sayısı:
1. Tek Çocuk 2. İki Çocuk 4. Üç Kardeş ve Üzeri

Araştırmaya Katılım Sağladığınız Çocuğunuzun:

12. Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl): ____ / ____ / _____

13. Cinsiyeti:

1. Kız 2. Erkek

14. Okul Öncesi Eğitime Devam Etme Süresi:
1. Bir Yıldan Daha Az 2. Bir Yıl 3. Bir-İki Yıl Arası 4. İki Yıl 5. İki Yılın Üstü

15. Çocuğunuz daha önce sağlık okuryazarlığı ile ilgili herhangi bir eğitime katıldı mı?
1. Evet (Eğitimi Yazınız: ……)
2. Hayır

16. Çocuğunuzun Daha Önce Hastanede Yatışının Olması Durumu:
1. Evet (Ameliyat, kaza, hastalık vb.)
2. Hayır

17. Çekirdek Ailenizde Sağlık Çalışanı Olma Durumu:
1. Evet (Aile Bireyini ve İşini Yazınız: ……)
2. Hayır

Ek-2. 60-72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ÇSOÖ)

Kullanım Kılavuzundan Örnek Sayfa

"60-72 AYLIK ÇOCUKLAR İÇİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ"
KULLANMA KILAVUZU

"60-72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" anasınıfına devam eden 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi amacı ile geliştirilmiştir. Ölçek, veya yanındaki çocuklarına sağlıkla ilgili bilgi, beceri ve farkındalık düzeylerini ölçmek amacıyla uygun öğretmen tarafından uygulanır.

60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemeye yönelik olarak bu ayları arasındaki çocuklarına yaş, gelişimsel özellik ve kavrayabilmeleri dikkate alınarak sorular oluşturulmuştur. Örnek 14 sorudan oluşmaktadır. Sorular oluşturulurken sağlık okuryazarlığı bileşenleri göz önünde bulundurulmuştur.

Bir kez sorucu ait öğrenme çıktısı sağlıklı yer almaktadır.

1-5. Sorular Ayrımdaki Sorularını Öğrenme Çıktısı: Çocuk sağlık sorunlarının sonuçlarını, yönetimini bilir.
10. Sorular Ayrımdaki Sorularını Öğrenme Çıktısı: Çocuk sağlık çalışmalarının nasıl ve güvenilir olduğunu bilir.
11-14. Sorular Ayrımdaki Sorularını Öğrenme Çıktısı: Çocuk sağlıklı – sağlıksız olan kişiyi nasıl ve ayırır.

Ölçek; "Kullanma Kılavuzu", "Uygulayıcı Yönergesi", "Ölçek" ve "Değerlendirme Formu"ndan oluşmaktadır.

3

Örnek Ölçek Maddeleri ve Yönergeleri

Örnek 1

Örnegin: Bir arkadaşın sağlık muayenesi nedir? Ne için yapar?

Doğru ve Yanlış Kabul Edilecek Olan Yanıtlara İlişkin Açıklamalar:

Doğru Yanıtlar: Sağlık sağlık muayenesinin adı doğru olan ve öğrenme uygun olan yanıtlar doğru kabul edilecektir.

Yanlış Yanıtlar: Sağlık sağlık muayenesinin adı yanlış olan ve öğrenme uygun olmayan yanıtlar yanlış kabul edilecektir.

Puanlama:

Doğru	Yanlış
1	0

Değerlendirme: Bilişsel alan doğru cevabının 3 puan, yakınsak doğru cevabının 2 puan değerlendirildi. Savunma doğru cevabının 1 puandır.

11

Soru Numarası	Bilişsel alan Kodlayıcı Sınıfı Yanıtlar Yanıtlar (3 puan)		Bilişsel alan Sınıfı Yanıtlar Yanıtlar (2 puan)		Diğer Puan
	Doğru Kabul Edilecek Yanıtlar	Yanlış Kabul Edilecek Yanıtlar	Doğru Kabul Edilecek Yanıtlar	Yanlış Kabul Edilecek Yanıtlar	
1	Tanımlar nitel, bağımsız değil, bağımsız nitel	Bilişsel alan, bilişsellikte ana öğretim, bilişsel alan, nitel, Anl. Bilişsel, bil öğrenme ve ilişkilendirme. Anlamlı öğrenme bil. nitel.	Tanımlar bilişsel alan kitap ortaya bilişsel için	Bilişsellikte bilişsellikte nitel öğretim, bilişsel alan, bilişsellikte, bilişsellikte, bilişsellikte

Ölçek Değerlendirme Formu

60-72 AYLIK ÇOCUKLAR İÇİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ DEĞERLENDİRME FORMU
(14 SORU)

ÖLÇEĞİN UYGULANMA TARİHİ: ___ / ___ / _____

ÇOCUĞUN ADI - SOYADI:	CİNSİYETİ : ( ) Kız ( ) Erkek	DOĞUM TARİHİ: ___ / ___ / _____
		YAŞ (AY):

MADDELER	Alınabilecek Maksimum Puan	Aldığı Puan
1. Sağlık malzemesinin ismini ve işlevini bilme. (Yara Bandı)	2	
2. Sağlık malzemesinin ismini ve işlevini bilme. (Termometre/Ateş Ölçer)	2	
3. Sağlık malzemesinin ismini ve işlevini bilme. (Tansiyon Aleti)	2	
4. Sağlık malzemesinin ismini ve işlevini bilme. (Sargı Bezi/Bandaj)	2	
5. Sağlık malzemesinin ismini ve işlevini bilme. (Abeslang/Dil Çıkıntığı/Dil Basacağı)	2	
6. Sağlık malzemesinin ismini ve işlevini bilme. (Stetoskop)	2	
7. Sağlık malzemesinin ismini ve işlevini bilme. (Mikroskop)	2	
8. Sağlık malzemesinin ismini ve işlevini bilme. (Otoskop)	2	
9. Sağlık malzemesinin ismini ve işlevini bilme. (Refleks Çekici)	2	
10. Sağlık çalışanını tanıma ve görev tanımını bilme. (Eczacı)	2	
11. Sağlıklı – sağlıksız olma hallerini tanımla ve açıklama. (Bedenime Sağlığı / Sağlıksız Yeme Davranışı)	2	
12. Sağlıklı – sağlıksız olma hallerini tanımla ve açıklama. (Bedensel Sağlık / Bisiklete Binme)	2	
13. Sağlıklı – sağlıksız olma hallerini tanımla ve açıklama. (Ruhsal ve Fiziksel Sağlık / Aşırı Ekran Maruziyeti)	2	
14. Sağlıklı – sağlıksız olma hallerini tanımla ve açıklama. (Kişisel ve Toplumsal Sağlık / Aşı Olma)	2	
ÖLÇEK TOPLAM PUANI	28	

Ek-3. İhtiyaç Belirleme Formları

60-72 AYLIK ÇOCUKLAR İÇİN İHTİYAÇ BELİRLEME FORMU

(ÖLÇEK GELİŞTİRME AŞAMASI)

1. Sence sağlık ne demektir? ‘Sağlık’ deyince aklına neler geliyor?
2. Sence sağlıklı olmak için neler yapmalıyız? Sağlığını nasıl korursun? Sağlıkla ilgili nerelerden bilgi alırsın? Sağlık personelleri kimlerdir? Ne iş yaparlar? Sağlık ile ilgili bilgi sahibi olmak neden gereklidir?
3. “Bu kâğıda sağlık ile ilgili bir resim çizmeni istiyorum. Sağlık hakkında her şey bu resimde olsun, sağlık denince aklına gelen her şeyi çiz.” yönergesi ile çocuğun resim çizmesi istenir. Çocuk resim çizdikten sonra ondan resmini anlatması istenecektir.
4. Sence hastalık ne demektir? ‘Hastalık’ deyince aklına neler geliyor? Neler yapmazsak hasta oluruz? Hastayken neler yapmalıyız?
5. Sence hasta olmamak için neler yapmalıyız?
6. “Bu kâğıda hastalık ile ilgili bir resim çizmeni istiyorum. Hastalık hakkında her şey bu resimde olsun, hastalık denince aklına gelen her şeyi çiz.” yönergesi ile çocuğun resim çizmesi istenir. Çocuk resim çizdikten sonra ondan resmini anlatması istenecektir.
7. Sence sağlık okuryazarı olmak ne demektir? Sağlık okuryazarı nasıl olunur?

EBEVEYNLER İÇİN İHTİYAÇ BELİRLEME FORMU

(ÖLÇEK GELİŞTİRME AŞAMASI)

1. Sizce çocuğunuzun sağlık ile ilgili neleri bilmesi gerekir? Çocuğunuz sağlık ile ilgili hangi kaynaklardan bilgi edinmelidir? Sağlıkla ilgili en doğru ve güvenilir bilgiyi nereden edinmesi gerekir?
2. Sizce çocuğunuzun hastalık ile ilgili neleri bilmesi gerekir? Çocuğunuzun sağlığını koruması için neler yapması gerekir? Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından hangisi ya da hangilerini bilmesi gerekir?
3. Sizce sağlık okuryazarlığı ne demektir?
4. Çocuğunuzun iyi bir sağlık okuryazarı olabilmesi için neleri bilmesi gerekir?
5. Çocuğunuzun iyi bir sağlık okuryazarı olabilmesi için hangi becerilere sahip olması gerekir?

ALAN UZMANLARI İÇİN İHTİYAÇ BELİRLEME FORMU

(ÖLÇEK GELİŞTİRME AŞAMASI)

1. Sizce 60-72 aylık çocukların sağlık ile ilgili neleri bilmesi gerekir? Bu bilgileri hangi kaynaklardan edinmelilerdir? Sağlıkla ilgili en doğru ve güvenilir bilgiyi nereden edinmeleri gerekir?
2. Sizce 60-72 aylık çocukların hastalık ile ilgili neleri bilmesi gerekir? Sağlığını korumak için neler yapmaları gerekir? Peki, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından hangisi ya da hangilerini bilmeleri gerekir?
3. Sizce sağlık okuryazarlığı ne demektir?
4. 60-72 aylık bir çocuğun sağlık okuryazarı olması ne demektir?
5. 60-72 aylık bir çocuğun iyi bir sağlık okuryazarı olabilmesi için neleri bilmesi gerekir?
6. 60-72 aylık bir çocuğun iyi bir sağlık okuryazarı olabilmesi için hangi becerilere sahip olması gerekir?

60-72 AYLIK ÇOCUKLAR İÇİN İHTİYAÇ BELİRLEME FORMU (DENEYSEL AŞAMA)

1. Sence sağlık nedir?
2. Sağlıklı olmak için neler yapmalıyız?
3. Sağlıkla ile ilgili neler merak ediyorsun?
4. "Bu kâğıda sağlık ile ilgili bir resim çizmeni istiyorum. Sağlık hakkında bildiklerin bu resimde olsun, sağlık denince aklına gelenleri çiz." yönergesi ile çocuğun resim çizmesi istenir. Çocuk resim çizdikten sonra ondan resmini anlatması istenecektir.

EBEVEYNLER İÇİN İHTİYAÇ BELİRLEME FORMU (DENEYSEL AŞAMA)

1. Sizce çocuğunuz sağlık konusunda neler bilmelidir?
2. Sizce çocuğunuz sağlıklı olmak için neler yapabiliyor olmalıdır?
3. Çocuğunuzun sağlıkla ilgili hangi konularda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadığını düşünüyorsunuz?
4. Çocuğunuzun sağlıkla ilgili bilgi düzeyini arttırmaya yönelik bir program sizce hangi bilgileri içermelidir?
5. Çocuğunuzun sağlıkla ilgili beceri düzeyini arttırmaya yönelik bir program sizce hangi becerileri kazandırmaya yönelik olmalıdır?
6. Sizce hangi etkinlikler vasıtasıyla çocuğunuza sağlık konusunda farkındalık kazandırılmalıdır? Bu etkinlikler nasıl olmalıdır?
7. Çocuğunuzu sağlık konusunda bilgilendirecek bir resimli öykü kitabında hangi konulara yer verilebilir ve kitap nasıl kullanılabilir?
8. Çocuğunuzu sağlıkla ilgili bilgilendirmede ve beceri edindirmede yararlandığınız yayın ve içerikler nelerdir? Bu içeriklerde sizce hangi bilgiler olmalıdır? Bu kaynaklarda gördüğünüz eksikler ve geliştirilmesi gerekenler nelerdir?

ALAN UZMANLARI İÇİN İHTİYAÇ BELİRLEME FORMU (DENEYSEL AŞAMA)

1. 60-72 aylık bir çocuğun iyi bir sağlık okuryazarı olabilmesi için neler bilmelidir?
2. 60-72 aylık bir çocuğun iyi bir sağlık okuryazarı olabilmesi için neler yapabiliyor olmalıdır?
3. 60-72 aylık çocukların sağlıkla ilgili hangi konularda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadığını düşünüyorsunuz?
4. 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığını desteklemeye yönelik bir program sizce sağlıkla ilgili hangi bilgileri içermelidir?
5. 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığını desteklemeye yönelik bir program sizce sağlıkla ilgili hangi becerileri kazandırmaya yönelik olmalıdır?
6. Sizce hangi etkinlikler vasıtasıyla 60-72 aylık çocuklara sağlık konusunda farkındalık kazandırılmalıdır? Bu etkinlikler nasıl olmalıdır?
7. 60-72 aylık çocukları sağlık konusunda bilgilendirecek bir resimli öykü kitabında hangi konulara yer verilebilir ve kitap nasıl kullanılabilir?
8. 60-72 aylık çocukları sağlıkla ilgili bilgilendirmede ve beceri edindirmede yararlandığınız yayın ve içerikler nelerdir? Bu içeriklerde sizce hangi bilgiler olmalıdır? Bu kaynaklarda gördüğünüz eksikler ve geliştirilmesi gerekenler nelerdir?

Ek-4. Sosyal Geçerlik Formları

SOSYAL GEÇERLİK FORMU (ÖĞRETMEN FORMU)

1. Programın içeriği hakkındaki görüşleriniz nelerdir?
2. Programın müfredat ile örtüşmesi durumuna dair görüşleriniz nelerdir?
3. Programın çocuklar üzerindeki etkileri konusunda ne düşünüyorsunuz?
4. Program sürecinde çocukların öğrendiği bilgileri okuldaki günlük yaşantılarına aktarılabilirliği hakkındaki görüşleriniz nelerdir?
5. Program sürecinde çocukların öğrendiği becerileri okuldaki günlük yaşantılarına aktarılabilirliği hakkındaki görüşleriniz nelerdir?
6. Sizce eve ödev olarak gönderilen aile katılım çalışmalarının aile-okul ilişkisi üzerine etkisi oldu mu? Yanıtınız evet ise nasıl etkisi olduğunu açıklayınız.
7. Programın aileler üzerinde bir etki bıraktığını düşünüyor musunuz? Eğer yanıtınız evet ise ne gibi bir etkiden bahsettiğinizi açıklayınız.
8. Program sizce ailelerde farkındalık oluşturdu mu? Yanıtınız evet ise programın ailelerde hangi konular üzerine farkındalık oluşturduğunu düşünüyorsunuz?
9. Programda yer alan materyaller hakkındaki görüşleriniz nelerdir?
10. Programın güçlü yönleri hakkında ne düşünüyorsunuz?
11. Programın gelişmeye açık yönlerini hakkında ne düşünüyorsunuz?
12. Programı yürüten araştırmacı olarak beni nasıl değerlendirirsiniz?
13. Eklemek istediğiniz başka bir şey var mıdır? Varsa söyleyiniz.

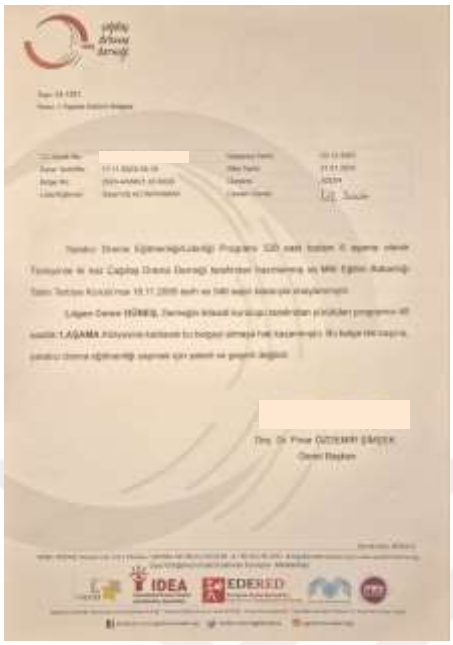
SOSYAL GEÇERLİK FORMU (ÇOCUK FORMU)

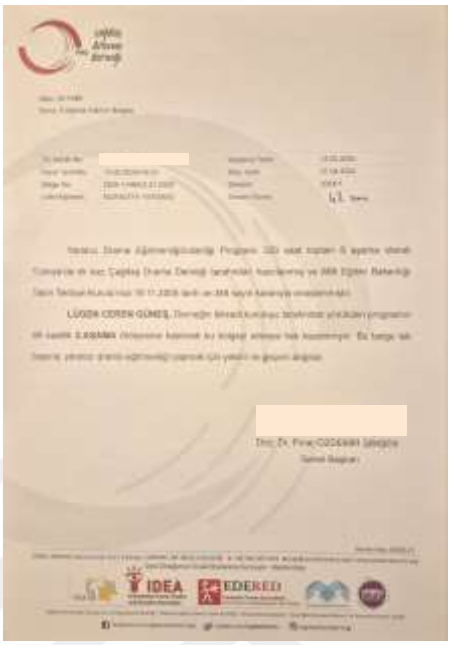
1. Seninle ve arkadaşlarınla gerçekleştirdiğim programda neler öğrendin?
2. Program boyunca sınıf içerisinde yaptığımız etkinlikler nasıldı?
3. Programda en çok hangi etkinliği sevdin?
4. Programda yer alan kitaplar hakkında ne düşünüyorsun?
5. Program boyunca eve ödev gönderilen etkinlikler nasıldı?
6. Programı düşündüğünde beni nasıl değerlendirirsin?
7. Programda sıkıcı bulduğun ya da zorlandığın bir şey oldu mu? Oldu ise nedir?
8. Programda neyi ilgi çekici ve eğlenceli bulduğun bir şey oldu mu? Oldu ise nedir?
9. Kitaplar ve/veya etkinlikler ile ilgili başka söylemek istediğin bir şey varsa anlat.
10. "Bana seninle yaptığımız etkinlikler ve benimle birlikte öğrendiklerin ile ilgili bir resim çizmeni istiyorum" yönergesi ile çocuğun resim çizmesi istenir. Çocuk resim çizdikten sonra ondan resmini anlatması istenecektir.

SOSYAL GEÇERLİK FORMU (EBEVEYN FORMU)

1. Çocuğunuzun programa ilgisi hakkında ne düşünüyorsunuz? Evdeki gözlemleriniz nelerdi?
2. Çocuğunuzun sağlıkla ilgili konular hakkındaki bilgi düzeyinde program sürecinde ve sonrasında farklılıklar oldu mu? Hangi konularda nasıl farklılıklar olduğunu düşünüyorsunuz? Açıklayınız.
3. Çocuğunuzun sağlıkla ilgili kavramlar hakkındaki bilgi düzeyinde program sürecinde ve sonrasında farklılıklar oldu mu? Hangi konularda nasıl farklılıklar olduğunu düşünüyorsunuz? Açıklayınız.
4. Çocuğunuzun sağlıkla ilgili materyaller hakkındaki bilgi düzeyinde program sürecinde ve sonrasında farklılıklar oldu mu? Hangi konularda nasıl farklılıklar olduğunu düşünüyorsunuz? Açıklayınız.
5. Çocuğunuzun program sürecinde ve sonrasında hangi becerileri kazandığını düşünüyorsunuz? Açıklayınız.
6. Çocuğunuzun program sürecinde kazandığı bilgi ve becerilerin günlük rutinine nasıl bir etkisi olduğunu düşünüyorsunuz? Açıklayınız.
7. Çocuğunuzun program sürecinde kazandığı bilgi ve becerilerin davranışlarına nasıl bir etkisi olduğunu düşünüyorsunuz? Açıklayınız.
8. Programın çocuğunuz için ilgi çekici ve eğlenceli yönlerinin neler olduğunu düşünüyorsunuz? Gözlemleriniz nelerdir?
9. Programda çocuğunuzun sıkıldığı ya da anlamakta güçlük çektiği konu ve kavramlar hakkındaki düşünceleriniz nelerdir? Gözlemlerinizi anlatınız.
10. Program kapsamında eve ödev gönderilmiş aile katılım çalışmaları hakkındaki görüşleriniz (sıkıcı, zor, eğlenceli vb.) nelerdir?
11. Çocuğunuzla ilişkinize programın nasıl yansıdığını anlatınız.
12. Programı yürüten araştırmacı olarak beni nasıl değerlendirirsiniz?
13. Varsa eklemek istediklerinizi belirtiniz.

Ek-5. Eğitim Sertifikaları





udemy

ATHOS - Health Literacy

Lügen Ceren Güneş

Ek-6. Etik Kurul İzni

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 85434274-050.04.04 / 693946 20.10.2022
Konu : Etik Kurul Kararı Hakkında

Sayın Arş. Gör. Lügen Ceren GÜNEŞ

İlgi: 27/09/2022 tarihli başvurunuz.

"60-72 Aylık Çocukların Sağlık Okuryazarlığı, Problem Çözme ve Bilimsel Süreç Becerilerine Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının Etkisinin İncelenmesi" başlıklı araştırma projeniz ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Alt Etik Kurulunun 10/10/2022 tarihli toplantısında alınan 15/151 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Ercan BAYAZITLI
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EKLER:
Karar Örneği (1 sayfa)

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : **10/10/2022**
Toplantı Sayısı : **15**
Karar Sayısı : **151**

151-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi **Doç. Dr. Ender DURUALP**'in danışmanlığını yaptığı doktora öğrencisi **Arş. Gör. Lügen Ceren GÜNEŞ**'in "60-72 Aylık Çocukların Sağlık Okuryazarlığı, Problem Çözme ve Bilimsel Süreç Becerilerine Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının Etkisinin İncelenmesi" başlıklı tezi ile ilgili27/09/2022 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi **Doç. Dr. Ender DURUALP**'in danışmanlığını yaptığı doktora öğrencisi **Arş. Gör. Lügen Ceren GÜNEŞ**'in "60-72 Aylık Çocukların Sağlık Okuryazarlığı, Problem Çözme ve Bilimsel Süreç Becerilerine Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının Etkisinin İncelenmesi" başlıklı tezi ile ilgiliCOVID-19 salgını nedeniyle; çalışma takviminiz de dahil araştırmanızda oluşabilecek tüm değişikliklerin Etik Kurulumuza yazılı olarak bildirilmesi, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
10/10/2022

Prof. Dr. Muhittin ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

Ek-7. Kurum İzni

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : E-14588481-605.99-77710529 07.06.2023
Konu : Araştırma İzni

ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: a) 31.05.2023 tarihli ve 943787 sayılı yazınız.
b) MEB Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün 2020/2 nolu Genelgesi.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Öğrencisi Lügen Ceren GÜNEŞ'in **"60-72 Aylık Çocukların Sağlık Okuryazarlığı, Problem Çözme ve Bilimsel Süreç Becerilerine Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının Etkisinin İncelenmesi"** konulu tezi kapsamında merkez ilçelere bağlı okul ve kurumlarda uygulanacak olan veri toplama araçları ilgi (b) Genelge çerçevesinde incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda, söz konusu araştırmanın Müdürlüğümüzde muhafaza edilen ölçme araçlarının; Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Millî Eğitim Temel Kanunu ile Türk Milli Eğitiminin genel amaçlarına uygun olarak, ilgili yasal düzenlemelerde belirtilen ilke, esas ve amaçlara aykırılık teşkil etmeyecek, eğitim-öğretim faaliyetlerini aksatmayacak şekilde okul ve kurum yöneticilerinin sorumluluğunda gönüllülük esasına göre uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Harun FATSA
Vali a.
Milli Eğitim Müdürü

Ek:
Uygulama araçları (40 sayfa)
Dağıtım:
Gereği:
Ankara Üniversitesi
Bilgi:
9 Merkez İlçe MEM

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Adres : 1 Belge Doğrulama Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/meb-ebys
Bilgi için: Emine Konuk
Telefon No : Unvan : Şef
E-Posta: İnternet Adresi: Faks:
Kep Adresi :
Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. https://evraksorgu.meb.gov.tr adresinden 0567-4e80-334e-8936-78d3 kodu ile teyit edilebilir.

Ek-8. Aydınlatılmış Onam Formları

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (ÇOCUK FORMU) (İHTİYAÇ ANALİZİ)

Sayın gönüllü;

Merhaba. Ben Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisiyim. Danışmanım Prof. Dr. Ender DURUALP danışmanlığında tez çalışmamı yürütmekteyim. Eğer kabul edersen sana sorular soracağım ve senden resim çizmeni isteyeceğim. Görüşmemiz başladıktan sonra yarıda bırakabilir, sıkılırsan bunu bana söyleyebilirsin. Görüşme sırasında, sorulara verdiğin yanıtlar hem yazılacak hem de izin verirsen sesin kayıt altına alınacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

İmza:	İmza:
Tarih:	Tarih:
Çocuğun Adı Soyadı:	Araştırmacının Adı Soyadı:

Görüşmeye İlişkin Bilgiler

Görüşme Tarihi	:	
Görüşme Yeri	:	
Görüşme Başlama–Bitiş Saati	:	
Görüşme Süresi	:	

Görüşme Kaydına İlişkin Bilgiler

- ☐ Ses kaydına izin verildi
- ☐ Ses kaydına izin verilmedi

Araştırmacıların İletişim Bilgileri:

Lügen Ceren GÜNEŞ[1]
Prof. Dr. Ender DURUALP[2]
[1]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi
[2]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü Öğretim Üyesi

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (EBEVEYN FORMU) (İHTİYAÇ ANALİZİ)

Sayın gönüllü;

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Doktora Programında, Prof. Dr. Ender DURUALP danışmanlığında "60-72 Aylık Çocukların Sağlık Okuryazarlığı, Problem Çözme ve Bilimsel Süreç Becerilerine Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının Etkisinin İncelenmesi" başlıklı doktora tez çalışmamı yürütmekteyim**.** Bu araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Bu araştırmada "60-72 Aylık Çocukların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerini" ölçmek amacıyla bir ölçek geliştirilmesi hedeflenmektedir. Bu görüşmede ölçek geliştirme basamaklarından biri olan "Madde Havuzu Oluşturma" aşamasında, 60-72 aylık çocuğu olan ebeveynler ile "odak grup görüşmesi" yapılacaktır. Bu amaçtan hareketle araştırmacılar tarafından "Ebeveyn Görüşme Formu" hazırlanmıştır. Hazırlanan bu form, 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilgili bilgi ve farkındalıklarını belirlemeye yönelik olarak 60-72 aylık çocukların ebeveynlerine yöneltilecek açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Araştırma, gönüllü ebeveynler ile yürütülecektir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde, sizden yaklaşık 15 dakika sürecek olan "Ebeveyn Görüşme Formu" doğrultusunda yanıtlar vermeniz beklenmektedir. Görüşme sırasında, sorulara verdiğiniz yanıtlar hem yazılacak hem de izniniz dahilinde sesiniz kayıt altına alınacaktır.

Bu araştırmada yer almak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çocuğumun annesi olarak şahsımın bu araştırmaya katılmasında bir sakınca görmüyorum. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

İmza:	İmza:
Tarih:	Tarih:
Ebeveynin Adı Soyadı:	Araştırmacının Adı Soyadı:

Görüşmeye İlişkin Bilgiler

Görüşme Tarihi	:	
Görüşme Yeri	:	
Görüşme Başlama–Bitiş Saati	:	
Görüşme Süresi	:	

Görüşme Kaydına İlişkin Bilgiler

- ☐ Ses kaydına izin verildi
- ☐ Ses kaydına izin verilmedi

Araştırmacıların İletişim Bilgileri:

Lügen Ceren GÜNEŞ[1]
Prof. Dr. Ender DURUALP[2]
[1]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi
[2]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü Öğretim Üyesi

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (ALAN UZMANI FORMU) (İHTİYAÇ ANALİZİ)

Sayın gönüllü;

Bu araştırmada "60-72 Aylık Çocukların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerini" ölçmek amacıyla bir ölçek geliştirilmesi hedeflenmektedir. Bu görüşmede ölçek geliştirme basamaklarından biri olan "Madde Havuzu Oluşturma" aşamasında, alan uzmanları ile "odak grup görüşmesi" yapılacaktır. Bu amaçtan hareketle araştırmacılar tarafından "Alan Uzmanı Görüşme Formu" hazırlanmıştır. Hazırlanan bu formda, 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilgili bilgi ve farkındalıklarını belirlemeye yönelik olarak alan uzmanlarına yöneltilecek açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Araştırma, gönüllü ebeveynler ile yürütülecektir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde, sizden yaklaşık 15 dakika sürecek olan "Alan Uzmanı Görüşme Formu" doğrultusunda yanıtlar vermeniz beklenmektedir. Görüşme sırasında, sorulara verdiğiniz yanıtlar hem yazılacak hem de izniniz dahilinde sesiniz kayıt altına alınacaktır.

Bu araştırmada "60-72 Aylık Çocukların Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerini" ölçmek amacıyla bir ölçek geliştirilmesi hedeflenmektedir. Bu görüşmede ölçek geliştirme basamaklarından biri olan "Madde Havuzu Oluşturma" aşamasında, uzmanlar ile "odak grup görüşmesi" yapılacaktır. Bu amaçtan hareketle araştırmacılar tarafından "Alan Uzmanı Görüşme Formu" hazırlanmıştır. Hazırlanan bu form, 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilgili bilgi ve farkındalıklarını belirlemeye yönelik olarak uzmanlara yöneltilecek açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Araştırma, gönüllü uzmanlar ile yürütülecektir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde, sizden yaklaşık 15 dakika sürecek olan "Alan Uzmanı Görüşme Formu" doğrultusunda yanıtlar vermeniz beklenmektedir. Görüşme sırasında, sorulara verdiğiniz yanıtlar hem yazılacak hem de izniniz dahilinde sesiniz kayıt altına alınacaktır.

Bu araştırmada yer almak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çocuğumun annesi olarak şahsımın bu araştırmaya katılmasında bir sakınca görmüyorum. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

İmza:	İmza:
Tarih:	Tarih:
Uzmanın Adı Soyadı:	Araştırmacının Adı Soyadı:

Görüşmeye İlişkin Bilgiler

Görüşme Tarihi	:	
Görüşme Yeri	:	
Görüşme Başlama–Bitiş Saati	:	
Görüşme Süresi	:	

Görüşme Kaydına İlişkin Bilgiler

- ☐ Ses kaydına izin verildi
- ☐ Ses kaydına izin verilmedi

Araştırmacıların İletişim Bilgileri:

Lügen Ceren GÜNEŞ[1]
Prof. Dr. Ender DURUALP[2]
[1]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi
[2]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü Öğretim Üyesi

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (EBEVEYN FORMU) (ÖLÇEK GELİŞTİRME)

Sayın ebeveyn;

Bu araştırma Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Doktora Programı tez çalışması kapsamında Lügen Ceren GÜNEŞ tarafından Prof. Dr. Ender DURUALP danışmanlığında yürütülmektedir. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz önem arz etmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız varsa lütfen araştırmanın yürütücüleriyle iletişime geçiniz.

Bu araştırmanın amacı, "60-72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği"nin geliştirilmesidir. Bu doğrultuda, izin vermeniz halinde bu sayfanın ardından karşınıza çıkacak olan genel bilgi formu sorularını eksiksiz yanıtlamanız istenecektir. Soruları yanıtlamanız en fazla 10 dakika vaktinizi alacaktır. İzniniz ve form sorularını yanıtlamanızın ardından araştırmacılar çocuğunuzun öğrenim gördüğü okula gidecek, okulunda çocuğunuza bahsi geçen ölçme aracı olan "60-72 Aylık Çocuklar İçin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği"ni uygulayacaktır. Ölçme aracında yer alan resimli kartlar çocuğunuza gösterilecek, sorular sorulacak ve yanıtları alınacaktır. Çocuğunuzun yanıtları hem yazılacak hem de uygulamanın akıcı yürütülebilmesi için izniniz doğrultusunda ses kaydı alınacaktır.

Bu araştırmada yer almak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çocuğunuzun araştırmada yer almasını reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır. Bu araştırmada sizden herhangi bir ücret istenmesi ya da size bir ücret ödenmesi söz konusu değildir.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları, ücret ödenmeyeceğini ve ücret talep edilmeyeceğini ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çocuğumun çalışmaya katılmasını isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ve çocuğuma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, uygulama esnasında ses kaydı alınmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla verilerin sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

ETİK BOYUT: Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli etik kurul onayı Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu Başkanlığı biriminden, kurum izni onayı ise Ankara Valiliği Milli Eğitim Müdürlüğünden alınmıştır.

Ebeveynin Adı Soyadı: Tarih: __/ __/____
Ebeveynin Telefon Numarası:
Ebeveynin Mail Adresi:

Çocuğunuzun Adı Soyadı:
Çocuğumun araştırmaya katılmasına izin veriyorum. ( )
Çocuğumun araştırmaya katılmasına izin vermiyorum. ( )

Araştırmacıların İletişim Bilgileri:
Lügen Ceren GÜNEŞ[1]
Prof. Dr. Ender DURUALP[2]
[1]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi
[2]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü Öğretim Üyesi

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (ÇOCUK FORMU) (ÖLÇEK GELİŞTİRME)

Merhaba. Ben Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisiyim. Danışmanım Prof. Dr. Ender DURUALP danışmanlığında tez çalışmamı yürütmekteyim. Seninle bir oyun oynamak istiyorum. Eğer benimle oyun oynamayı kabul edersen sana bazı resimler gösterecek ve bazı sorular soracağım. Oyunumuz başladıktan sonra oyunumuzu yarıda bırakabilir, sıkılırsan bunu bana söyleyebilirsin.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Çocuğun Adı Soyadı: Tarih: __/ __/____

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum. ( )

Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum. ( )

Araştırmacıların İletişim Bilgileri:

Lügen Ceren GÜNEŞ[1]

Prof. Dr. Ender DURUALP[2]

[1]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi

[2]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü Öğretim Üyesi

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (EBEVEYN FORMU) (PROGRAMA KATILIM)

Sayın gönüllü;
Bu araştırma Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Doktora Programı tez çalışması kapsamında Lügen Ceren Güneş tarafından Prof. Dr. Ender Durualp danışmanlığında yürütülmektedir. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz önem arz etmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız varsa lütfen araştırmanın yürütücüleriyle iletişime geçiniz.
Bu araştırmanın amacı, resimli öykü kitaplarıyla hazırlanacak olan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programının 60-72 aylık çocukların sağlık okuryazarlığı ile problem çözme ve bilimsel süreç becerilerine etkisinin incelenmesidir. Araştırmadan elde edilen sonuçların, 60-72 aylık çocuklar, aileleri ve eğitimciler için pek çok öneri sunabileceği, geliştirilebilecek düzenlemelere kaynak oluşturabileceği düşünülmektedir. İzin vermeniz halinde çocuğunuza, öğrenim görmekte olduğu sınıf ile birlikte resimli öykü kitaplarıyla hazırlanmış olan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programı verilecektir.
Bu araştırmada yer almak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çocuğunuzun araştırmada yer almasını reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır. Bu araştırmada sizden herhangi bir ücret istenmesi ya da size bir ücret ödenmesi söz konusu değildir.
Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları, ücret ödenmeyeceğini ve ücret talep edilmeyeceğini ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çocuğumun çalışmaya katılmasını isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ve çocuğuma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Ebeveynin Adı Soyadı: Tarih: __/ __/____
Ebeveynin Telefon Numarası:
Ebeveynin Mail Adresi:

Çocuğunuzun Adı Soyadı:
Çocuğumun araştırmaya katılmasına izin veriyorum. ( )
Çocuğumun araştırmaya katılmasına izin vermiyorum. ( )

Araştırmacıların İletişim Bilgileri:
Lügen Ceren GÜNEŞ[1]
Prof. Dr. Ender DURUALP[2]
[1]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi
[2]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü Öğretim Üyesi

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (ÇOCUK FORMU) (PROGRAMA KATILIM)

Merhaba. Ben Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisiyim. Danışmanım Prof. Dr. Ender Durualp danışmanlığında tez çalışmamı yürütmekteyim. Resimli öykü kitaplarıyla hazırlanmış olan çocuk merkezli sağlık okuryazarlığı eğitim programına katılmanı istiyorum. Eğer programa katılmayı kabul edersen sen ve sınıfındaki arkadaşların ile birlikte kitap okuyacak, oyunlar oynayacak ve çeşitli etkinlikler yapacağız. Programımız başladıktan sonra programı yarıda bırakabilirsin.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları, ücret ödenmeyeceğini ve ücret talep edilmeyeceğini ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Çocuğun Adı Soyadı: Tarih: __/ __/____

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum. ( )

Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum. ( )

Araştırmacıların İletişim Bilgileri:

Lügen Ceren GÜNEŞ[1]

Prof. Dr. Ender DURUALP[2]

[1]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi

[2]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü Öğretim Üyesi

AYDINLATILMIŞ ONAM (ÖĞRETMEN FORMU) (SOSYAL GEÇERLİK)

Sayın öğretmen;

Prof. Dr. Ender DURUALP danışmanlığında Lügen Ceren GÜNEŞ'in yürüttüğü "60-72 Aylık Çocukların Sağlık Okuryazarlığı, Problem Çözme ve Bilimsel Süreç Becerilerine Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının Etkisinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması kapsamında sınıfınızdaki çocukların katılmış olduğu "Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı" ile ilgili görüşlerinizi almak üzere bu form hazırlanmıştır. Bu veri toplama formu aracılığıyla çocuğunuzla yapılan "Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı" kapsamında gerçekleştirilen çalışmaya ilişkin görüşlerinizi belirlemek amaçlanmaktadır. Çalışmamızın siz öğretmenler tarafından değerlendirilmesi bizler için oldukça önemlidir. Bu değerlendirmeler daha sonra yapılacak olan başka çalışmalarda, 60-72 aylık çocuklar için hazırlanacak olan sağlık okuryazarlığı çalışmalarının desteklenmesinde örnek teşkil edecek bir rehber niteliği taşıyacaktır. Bu kapsamda formda çocuğunuzla gerçekleştirilen destek programına yönelik görüşlerinizi belirleyebilmek amacıyla 22 soru yer almaktadır. Formda 8 adet seçenekli soru yer alırken 14 adet açık uçlu soru olmak üzere toplam 22 adet soru yer almaktadır. Sizden soruları okuyarak tüm samimiyetinizle çalışmaya yönelik görüşünüzü ifade eden alana seçenekli sorularda (x) koyarak işaretlemenizi, açık uçlu soruları ise ilgili boşluğu kısaca doldurmanızı rica ediyoruz.

Çalışmaya yönelik katkı ve desteklerinin için teşekkür ederiz.

Taahhüt

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

Bu açıklamalar ışığında söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı ve ses kayıtlarımın alınmasını kabul ediyorum.

□ Ses kaydına izin verildi
□ Ses kaydına izin verilmedi.

Öğretmenin
Adı- Soyadı:
İmzası:

İletişim Bilgileri
e-posta:
Telefon:
Görüşme Tarihi:
Görüşme Yeri:
Görüşme Başlama-Bitiş Saati:
Görüşme Süresi:

Araştırmacıların İletişim Bilgileri:
Lügen Ceren GÜNEŞ[1]
Prof. Dr. Ender DURUALP[2]
[1]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi
[2]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü Öğretim Üyesi

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (ÇOCUK FORMU) (SOSYAL GEÇERLİK)

Merhaba.

"Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı"na katıldın. Bu program boyunca seninle ve sınıfındaki arkadaşlarınla birlikte kitaplar okuduk, oyunlar oynadık ve çeşitli etkinlikler yaptık. Tüm bu etkinliklerle ilgili görüşünü merak ediyorum. Bu doğrultuda sen de istersen seninle bir görüşme yapacağım. Sana 8 soru soracağım ve sonra senden bir resim çizmeni isteyeceğim.

Görüşme başladıktan sonra görüşmeyi yarıda bırakabilirsin. Hazırsan başlayalım.

Taahhüt

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

Bu açıklamalar ışığında söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı ve ses kayıtlarımın alınmasını kabul ediyorum.

 Ses kaydına izin verildi

 Ses kaydına izin verilmedi.

Çocuğun Adı- Soyadı:

Onay İşareti:

Araştırmacıların İletişim Bilgileri:

Lügen Ceren GÜNEŞ[1]

Prof. Dr. Ender DURUALP[2]

[1]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi

[2]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü Öğretim Üyesi

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (ÇOCUK FORMU) (SOSYAL GEÇERLİK)

Sayın ebeveyn;
Prof. Dr. Ender DURUALP danışmanlığında Lügen Ceren GÜNEŞ'in yürütmekte olduğu "60-72 Aylık Çocukların Sağlık Okuryazarlığı, Problem Çözme ve Bilimsel Süreç Becerilerine Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının Etkisinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması kapsamında çocuğunuzun katılmış olduğu "Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı" ile ilgili görüşlerinizi almak üzere bu form hazırlanmıştır. Bu veri toplama formu aracılığıyla çocuğunuzla yapılan "Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programı" kapsamında gerçekleştirilen çalışmaya ilişkin görüşlerinizi belirlemek amaçlanmaktadır. Çalışmamızın siz ebeveynler tarafından değerlendirilmesi bizler için oldukça önemlidir. Bu değerlendirmeler daha sonra yapılacak olan başka çalışmalarda, 60-72 aylık çocuklar için hazırlanacak olan sağlık okuryazarlığı çalışmalarının desteklenmesinde örnek teşkil edecek bir rehber niteliği taşıyacaktır. Bu kapsamda formda çocuğunuzla gerçekleştirilen destek programına yönelik görüşlerinizi belirleyebilmek amacıyla 20 soru yer almaktadır. Formda 8 adet seçenekli soru yer alırken 12 adet açık uçlu soru olmak üzere toplam 20 adet soru yer almaktadır. Sizden soruları tüm samimiyetinizle çalışmaya yönelik görüşünüzü ifade edecek biçimde yanıtlamanızı rica ediyoruz.
Çalışmaya yönelik katkı ve desteklerinin için teşekkür ederiz.

Taahhüt
Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.
Bu açıklamalar ışığında söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı ve ses kayıtlarımın alınmasını kabul ediyorum.

□ Ses kaydına izin verildi
□ Ses kaydına izin verilmedi.

Katılımcının
Adı- Soyadı:
İmzası:

İletişim Bilgileri
e-posta:
Telefon:
Görüşme Tarihi:
Görüşme Yeri:
Görüşme Başlama-Bitiş Saati:
Görüşme Süresi:

Araştırmacıların İletişim Bilgileri:
Lügen Ceren GÜNEŞ[1]
Prof. Dr. Ender DURUALP[2]
[1]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi
[2]Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü Öğretim Üyesi

Ek-9. Ölçek Kullanım İzinleri

Problem Çözme Becerisi Ölçeği (PÇBÖ)'nin Ölçek Kullanım İzni

Gmail Lügen Ceren GÜNEŞ <

"Problem Çözme Becerisi Ölçeği (PÇBÖ)" - Ölçek Kullanım İzni Talebi Hakkında

3 ileti

Lügen Ceren GÜNEŞ <
Alıcı: ; Aysel KOKSAL AKYOL <
Cc: Ender DURUALP <
26 Ağustos 2022 12:39

Doç. Dr. Sayın Vuslat OĞUZ ATICI;

Prof. Dr. Sayın Aysel KÖKSAL AKYOL;

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisiyim. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü'nde araştırma görevlisi olarak görev yapmaktayım.

16 Haziran 2022 tarihinde mail yoluyla sizlerden "Problem Çözme Becerisi Ölçeği (PÇBÖ)"nizi tezimde kullanmak üzere izin talep etmiş ve tarafınızdan mail yoluyla ölçeği kullanabileceğime yönelik olarak onay almıştım. Tez önerimin kabul edilmesi ile birlikte tezimin adı netleşmiştir. Bu doğrultuda sizlerden tezimin adını belirterek de izin almak istedim:

Tez danışmanım Doç. Dr. Ender DURUALP danışmanlığında yürütecek olduğum "60-72 Aylık Çocukların Sağlık Okuryazarlığı, Problem Çözme ve Bilimsel Süreç Becerilerine Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının Etkisinin İncelenmesi" başlıklı doktora tezimde, geliştirmiş ve geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Problem Çözme Becerisi Ölçeği (PÇBÖ)"ni izniniz doğrultusunda kullanmak istiyoruz.

Geri dönüşünüz için şimdiden teşekkür eder, iyi çalışmalar dileriz.

Saygılarımla,
Arş. Gör. Lügen Ceren GÜNEŞ
Çocuk Gelişimi Bölümü
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ankara Üniversitesi
Ankara

Res. Assist. Lügen Ceren GÜNEŞ
Department of Child Development
Faculty of Health Sciences
Ankara University
Ankara/Turkey

Aysel Köksal Akyol <
Alıcı: Lügen Ceren GÜNEŞ <
29 Ağustos 2022 06:44

Lügen,
Ekte izin yazısı bulunmakta.
Görüşmek üzere.

Lügen Ceren GÜNEŞ < >, 26 Ağu 2022 Cum, 12:39 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

–

Sayın: Arş. Gör. Lügen Ceren GÜNEŞ

"60-72 Aylık Çocukların Sağlık Okuryazarlığı, Problem Çözme ve Bilimsel Süreç Becerilerine Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının Etkisinin İncelenmesi" adlı doktora tezinizde kullanmak amacıyla talep ettiğiniz "Çocuklar İçin Problem Çözme Becerisi Ölçeği'ni (PÇBÖ)" kullanmanızda hiçbir sakınca bulunmamaktadır.

İyi çalışmalar dileklerimle, 05.09.2022

Doç. Dr. Vuslat OGUZ ATICI

Bilimsel Süreç Becerileri Ölçeği (BSBÖ)'nin Ölçek Kullanım İzni

Gmail Lügen Ceren GÜNEŞ <

"Bilimsel Süreç Becerileri Ölçeği (BSBO)" - Ölçek Kullanım İzni Talebi Hakkında

2 ileti

Lügen Ceren GÜNEŞ < 28 Ağustos 2022 12:42
Alıcı: Şule KAVAK <
Cc: Ender DURUALP <

Dr. Öğr. Üyesi Sayın Şule KAVAK;

Doç. Dr. Sayın Ebru DERETARLA GÜL;

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisiyim. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü'nde araştırma görevlisi olarak görev yapmaktayım.

16 Haziran 2022 tarihinde mail yoluyla sizlerden "Bilimsel Süreç Becerileri Ölçeği (BSBO)"nizi tezimde kullanmak üzere izin talep etmiş ve tarafınızdan mail yoluyla ölçeği kullanabileceğime yönelik olarak onay almıştım. Tez önerimin kabul edilmesi ile birlikte tezimin adı netleşmiştir. Bu doğrultuda sizlerden tezimin adını belirterek de izin almak istedim:

Tez danışmanım Doç. Dr. Ender DURUALP danışmanlığında yürütecek olduğum "60-72 Aylık Çocukların Sağlık Okuryazarlığı, Problem Çözme ve Bilimsel Süreç Becerilerine Resimli Öykü Kitaplarıyla Hazırlanan Çocuk Merkezli Sağlık Okuryazarlığı Eğitim Programının Etkisinin İncelenmesi" başlıklı doktora tezimde, geliştirmiş ve geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Bilimsel Süreç Becerileri Ölçeği (BSBO)"ni izniniz doğrultusunda kullanmak istiyoruz.

Geri dönüşünüz için şimdiden teşekkür eder, iyi çalışmalar dileriz.

Saygılarımla,
Arş. Gör. Lügen Ceren GÜNEŞ
Çocuk Gelişimi Bölümü
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ankara Üniversitesi
Ankara

Res. Assist. Lügen Ceren GÜNEŞ
Department of Child Development
Faculty of Health Sciences
Ankara University
Ankara/Turkey

Şule KAVAK < 30 Ağustos 2022 23:38
Alıcı: Lügen Ceren GÜNEŞ <

Arş. Gör. Lügen Ceren GÜNEŞ,

Merhaba,

Belirtmiş olduğunuz tez çalışmanız için geliştirdiğim ölçeği kullanabilirsiz. İyi çalışmalar dilerim...

Kimden: "Lügen Ceren GÜNEŞ" <
Kime: "Şule KAVAK" < >, "ebruderegul" <

ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı: Lügen Ceren GÜNEŞ

1. Öğrenim Durumu:

2020-2025: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Doktora Programı (Doktora)

2018-2022: İstanbul Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü (Lisans)

2017-2020: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı (Yüksek Lisans)

2015-2017: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Tezsiz Yüksek Lisans Programı (Yüksek Lisans)

2015-2017: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü (Önlisans)

2011-2015: Hacettepe Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji Bölümü (Lisans)

2. Unvanları

Çocuk Gelişimi Uzmanı

Çocuk Gelişimci

Biyolog

3. Mesleki Deneyimi:

23.12.2019-Devam Ediyor: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü Çocuk Gelişimi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

01.10.2018-20.12.2019: PTT Kreş ve Gündüz Bakımevi – Okul Öncesi Öğretmeni

23.04.2016-15.06.2016: Beysukent Montessori Preschool – Okul Öncesi Öğretmeni

01.10.2012-01.02.2016: LÖSEV İlköğretim Okulu – Gönüllü Öğretmen

4. Yayınları:

Makaleleri

Güneş, L. C., Durualp, E., & Durualp, E. (2024). Ankara'da yaşayan ortaokul öğrencilerinin kitap okuma alışkanlıklarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Türk Kütüphaneciliği, 38*(4), 181-204.

Durualp, E., Güneş, L. C., & Durualp, E. (2023). Exploring of parental attitudes in the context of the digitalized family. *Journal of Education and Future, 24*, 15-29.

Yatkin, E., Aral, N., Gunes, L. C., & Tosun, S. (2023). Mental well-being and test anxiety among students preparing for the university admission exam during the pandemic. *Frontiers in Psychology, 14*, 1184788.

Durualp, E., Güneş, L. C., & Durualp, E. (2023). Toplumsal-kültürel bağlamda ebeveynlerin çocuk haklarına yönelik tutumlarının incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 56*(2), 85-122.

Gunes L. C., Yersel B. O., & Durualp E. (2022). A qualitative study inquiring childrens views on microbes during the pandemics. *IBAD Journal of Social Sciences, 13*, 465-490.

Güneş L. C. ve Durualp E. (2022). Annelere göre kanserli çocuklarının yaşam kaliteleri: Nitel bir araştırma. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 22*(56), 641-673.

Güneş, L. C. ve Durualp, E. (2021). İki-yedi yaşlarında kanserli çocuğu olan annelerin tanı ve tedavi sürecine ilişkin memnuniyetlerinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi, 6*(4), 723-733.

Gunes, L. C., and Durualp, E. (2021). An investigation of the quality of life regarding some demographic charecteristics of children with cancer aged between 2 and 7 years. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*, *11*(2), 188–197.

Yersel, B.O., Gunes, L. C., & Durualp, E. (2021). Daily life activities of children during the Pandemic. *International Journal of Child Health and Nutrition, 10*(3): 105–115.

Kiyan, L. C., and Durualp, E. (2019). The comparison of the emotional states of the cancer children to their healthy peers. *International Journal of Child Health and Nutrition, 8*(2), 55–64.

Bildirileri

Güneş, L.C. (2025). "Ghostlight" Filminin Dönüştürücü Sürecin Sonucu Olan Ürün Odağında Boal Sonrası Bir Perspektiften Yeniden Okunması. 33. Uluslararası Eğitimde Yaratıcı Drama Kongresi, 13-16 Kasım 2025, Sözlü sunum, Ankara, Türkiye.

Güneş, L.C., ve Adıgüzel, Ö. (2025). Yaratıcı Drama Eğitmenlerinin Süreç–Ürün Dengesine Bakışı: Bir Vinyet Çalışması. 33. Uluslararası Eğitimde Yaratıcı Drama Kongresi, 13-16 Kasım 2025, Sözlü sunum, Ankara, Türkiye.

Güneş, L.C., ve Durualp, E. (2025). Erken Çocukluk ve Ergenlikte Duygusal Okuryazarlığın Çocuk Filmlerinde Temsili: Ters Yüz 1 ve Ters Yüz 2 Örneği. Uluslararası 6. Çocuk Gelişimi Kongresi, 16-18 Ekim 2025, Sözlü sunum, Konya, Türkiye.

Güneş, L.C., ve Durualp, E. (2025). Sağlık Temalı Resimli Kitapların Sağlık Okuryazarlığı Perspektifinden İncelenmesi. Uluslararası 6. Çocuk Gelişimi Kongresi, 16-18 Ekim 2025, Sözlü sunum, Konya, Türkiye.

Güneş, L.C., and Durualp, E. (2025). Perceptions of Health and Illness Among 60–72-month-old Children: A Qualitative Study. 14th International Zeugma Conference on Scientific Research, September 9-10 2025, Oral presentation, Gaziantep, Türkiye.

Uysal, G., and Güneş, L.C. (2025). Does Providing Outdoor Play Opportunities Affect Children's Development and Creativity?: Perspectives of Parents with Children Aged 36–72 Months. 14th International Zeugma Conference on Scientific Research, September 9-10 2025, Oral presentation, Gaziantep, Türkiye.

Güneş, L.C., and Durualp, E. (2025). Analysis of Health Literacy Scales Developed for Children. ISPEC 10th International Conference on Medical & Health Sciences, September 2-9 2025, Oral presentation, Roma, Italy.

Çimen, H., Güneş, L.C., & Durualp, E. (2025). Analysis of Disease-Themed Picture Storybooks. ISPEC 10th International Conference on Medical & Health Sciences, September 2-9 2025, Oral presentation, Roma, Italy.

Kitapları

Gunes, L. C. (2024). Pufpanya – Kayıp Renkler Şehri. Parmak Çocuk Yayınevi, Yağmur Yayın Grubu, Ekim 2024, 2. Baskı, ISBN: 9786257796743.

Gunes, L. C. (2025). Dünyanın En Güçlü İksiri: HOOOP Bittirus İksirus. Yağmur Çocuk Yayınevi, Yağmur Yayın Grubu, Şubat 20258, 1. Baskı. ISBN: 9786258119602.

Kitap Bölümleri

Kıyan, M., Durualp, E., & Güneş, L.C. (2023). Paraziter Enfeksiyonlar. Ed: Deniz, Ü. *Çocuk Sağlığı ve İlk Yardım*. Bölüm 12, Ankara: Akademisyen Yayınevi.

Güneş, L.C., Yersel, B.Ö., & Durualp, E. (2021). Kadın, Değişen Annelik, Çocuk ve Sosyal Medya. Ed: Yıldırım, S. ve Doğutaş, A. *Kadın – Medya ve Sosyal Medya*. Bölüm 1, 1. Baskı, Ankara: Eğiten Kitap.

Güneş, L.C., ve Durualp, E. (2021). Hastanede Çocuk ve Ailesinin Psikososyal Açıdan Desteklenmesinde Oyun. Ed: Bütün Ayhan, A. ve Beyazıt, U. *Hastanede Çocuk ve Ailesine Yönelik Psikososyal Destek Çalışmaları*. Bölüm 8, Ankara: Pelikan Yayınları. 1. Baskı.

Güneş, L.C., ve Durualp, E. (2021). Çocuk, Medya ve Sosyal Medya. Ed: Yıldırım, S. ve Doğutaş, A. *Medyanın Okul Öncesi Dönemdeki Çocukların Öğrenme Süreçlerine Etkisi*. Bölüm 1, ss.: 3-31, Ankara: Eğiten Kitap. 1. Baskı. (ISBN:978-625-7348-55-3)

Gunes, L.C., and Durualp, E. (2020). Effects of Cancer on Children's Development and Quality of Life. Ed: Dalkilic, M. *Scentific Developments for Health and Life Sciences.* Chapter 1, pp: 25-42, Ankara: Gece Publishing. (ISBN: 978-625-7319-14-0)

5. Bilimsel Etkinlikleri:

Ödülü

‘Yılın Akademisyeni’ Gönüllü Ödülü, 5 Aralık Dünya Gönüllüler Günü, LÖSEV, 5 Aralık 2023.

Projeleri

TÜBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı (2024 / 1. Dönem). Uysal, G. (Proje Yürütücüsü), Güneş, L. C. (Akademik Danışman). Çocuklara Dış Mekân Oyun Fırsatları Sunulması Gelişim ve Yaratıcılıklarını Etkiler Mi?: 36-72 Aylık Çocuğu Olan Ebeveynlerin Görüşleri, 08.04.2025 – Devam Ediyor.

Üniversite Öğrenci Kulüplerine Destek Programı (ÜNİDES) (2025 / 2. Dönem). Yıldız, T. (Proje Yürütücüsü / Topluluk Başkanı), Güneş, L.C. (Proje Paydaşı / Topluluk Akademik Danışmanı). Üniversitem Kanserin Farkında, 14 Nisan 2025 – 26 Mayıs 2025.

TÜBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı (2023 / 2. Dönem). Durmuş, F. F. (Proje Yürütücüsü), Güneş, L. C. (Akademik Danışman). Çocukların Gözünden Çizimleriyle ve Söylemleriyle Yapay Zekâ, 22.03.2024 - 19.03.2025, Tamamlandı.

TÜBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı (2022 / 2. Dönem). Önen, E. (Proje Yürütücüsü), Coşkun, C., Kazan, Z. ve Efe, G. (Proje Ortakları). Güneş, L. C. (Akademik Danışman). Ebeveynlerin ‘Sharenting’ Düzeylerine Çocuk Hakları ve Dijital Ebeveynlik Tutumlarının Etkisinin İncelenmesi, 20.03.2023 - 04.10.2023, Tamamlandı.

TÜBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı (2022 / 2. Dönem). Arslan, F. (Proje Yürütücüsü), Büyükyıldırım. B. ve Can, M. (Proje Ortakları). Güneş, L. C. (Akademik Danışman). Sessiz (Sözsüz) Kitapların İçerik ve Yapısal Özelliklerinin İncelenmesi, 20.03.2023 - 09.10.2023, Tamamlandı.

Üyelikleri

Üye, Çocuk ve Gençlik Yayınları Derneği, 2025 – Devam Ediyor

Gönüllü, Make A Wish, 2025 – Devam Ediyor

Danışman Akademisyen, Ankara Üniversitesi LÖSEV Fayda Topluluğu, 2024 – Devam Ediyor

Üye, Çağdaş Drama Derneği, 2024 – Devam Ediyor

Gönüllü, Ankara Üst Gönüllü Komite Üyesi, LÖSEV (Lösemili Çocuklar Vakfı), 2010 - Devam Ediyor