

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

115632

**ÇOCUKLARIN KALP SAĞLIĞINI GELİŞTİRME
TUTUM ÖLÇEĞİNİN TÜRKİYE'DEKİ
GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

HAZIRLAYAN
MERYEM ÖZTÜRK

115632

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
PROF.DR.ZÜHAL BAHAR

İZMİR,2002

**“ Çocukların Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeğinin Türkiye’deki Geçerlik
Güvenirlilik Çalışması”** isimli bu tez 20.09.2002 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek
başarılı bulunmuştur.



Jüri Başkanı
Prof.Dr. Zühal Bahar



Jüri Üyesi
Prof.Dr. Gülseren Kocaman



Jüri Üyesi
Doç.Dr. Günsel Başer

TEŞEKKÜR

İlgi duyduğum bir alanda bana çalışma fırsatı veren, araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve yazım aşamalarında değerli katkılarını ve ilgisini esirgemeyen danışmanın Sayın Prof.Dr. Zühal Bahar'a, araştırmanın planlanması, yürütülmesi aşamasında katkı ve önerileriyle beni destekleyen Sayın Prof.Dr. Gülseren Kocaman'a, araştırma sürecinde değerli katkı ve görüşlerini aldığım sayın Doç.Dr. Günsel Başer'e, araştırmanın sürdürülmesi aşamasında görüşlerini aldığım tüm hocalarıma, araştırmaya katılan öğrencilere, çalışma arkadaşlarıma ve aileme teşekkür ederim.

Meryem ÖZTÜRK



İÇİNDEKİLER

TABLO DİZİNİ ÖZET

BÖLÜM I

GİRİŞ

- 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 2

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

- 2.1. Çocuklarda Kardiyovasküler Sağlığı Geliştirme ve Hemşirelik..... 3
2.2. Çocuklar ve Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri..... 6
 2.2.1. Sigara..... 6
 2.2.2. Obezite..... 7
 2.2.3. Yetersiz Fizik Aktivite..... 9
 2.2.4. Psikososyal Özellikler..... 10
2.3. Çocuklarda Kardiyovasküler Sağlığı Etkileyen Tutumlar..... 10

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

- 3.1. Araştırmanın Tipi 15
3.2. Araştırmanın Yeri..... 15
3.3. Araştırmanın Planı 15
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 16
3.5. Veri Toplama Araçları..... 18
 3.5.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Veri Toplama Formu..... 18
 3.5.2. Çocukların Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği
(Children's Cardiovascular Health Promotion Attitude Scale) 18
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması..... 19
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi..... 20

BÖLÜM IV

BULGULAR

- 4.1. Güvenirlilik Analizleri..... 21
 4.1.1. Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi..... 21

4.1.2.Uygulama Verilerinin Değerlendirilmesi.....	22
4.2. Geçerlik Analizleri.....	25
4.2.1. Faktör Analizi.....	25

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1. Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeğinin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi.....	26
5.2. Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeğinin Geçerliğinin Değerlendirilmesi.....	27

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar.....	29
6.2. Öneriler.....	30
KAYNAKLAR.....	31

EKLER

- Ek-1 Sosyo Demografik Veri Toplama Formu
- Ek-2 Çocukların Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeğinin Türkçeye Çevrilmiş Son Hali
- Ek-3 Children's Cardiovascular health Promotion Attitude Scale
- Ek-4 İngilizce'ye Geri Çevirisi Yapılmış Olan Children's Cardiovascular Health Promotion Attitude Scale

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	16
Tablo 2 : Kendal Testi Sonucuna Göre Uzman Görüşlerinin Değerlendirmesi	21
Tablo 3: Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği Maddelerinin Madde-Toplam Puan Korelasyonları	22
Tablo 4: Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği ve Alt Gruplarının Ortalama, Standart Sapma ve Alfa Değerleri	23
Tablo 5: Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği İle Alt Gruplar Arasındaki Korelasyonları	23
Tablo 6: Birinci ve İkinci Uygulama Ölçek Toplam Puanları ve Alt Grup Puanlarının Değerlendirilmesi	24
Tablo 7: Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeğine Uygulanan Temel Bileşenler Analizi ve Varimax Rotasyonu Sonrasında Ortaya Çıkan Faktörlerin Örüntüleri	25

ÖZET
ÇOCUKLARIN KALP SAĞLIĞINI GELİŞTİRME TUTUM ÖLÇEĞİNİN
TÜRKİYE'DEKİ GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Meryem Öztürk

Bu araştırma çocuklarının kalp sağlıklarını geliştirme tutum ölçme aracının Türkçe formunun güvenirlik ve geçerliğini değerlendirmek için yapılmıştır.

Araştırmaya İzmir ilinde alt, orta ve üst sosyoekonomik düzeyi temsilen seçilen üç ilköğretim okulunun altıncı sınıfında okuyan toplam 315 öğrenci katılmıştır.

Arvidson tarafından 1990 yılında geliştirilen ölçeğin 16 maddesi vardır. İç tutarlık güvenirlik katsayısı 0.80 olan ölçeğin içerik ve yapı geçerliği mevcuttur. Ölçek dil geçerliği için Türkçe'ye çevrildikten sonra ön uygulama için örneklem grubuyla benzer özellikleri taşıyan bir başka öğrenci grubuna uygulanmıştır. Ön uygulamadan sonra ölçek örneklem grubuna test tekrar test için 15 gün arayla iki kez uygulanmıştır.

Türkçeleştirilen ölçeğin güvenirliğini değerlendirmek için yapılan iç tutarlık güvenirlik katsayısı iyi düzeyde ($\alpha=0.75$), alt grupların iç tutarlık güvenirlik katsayıları 0.50 ile 0.74 arasında değişen değerlerde bulunmuştur. Ölçeğin güvenirliğini değerlendirmek için yapılan pearson korelasyon analiziyle hiçbir maddenin ölçekten çıkartılmamasına karar verilmiştir. Ölçeğin tüm maddelerinin katıldığı test tekrar test güvenirlik katsayısı ise orta düzeyde bulunmuştur ($r=0.58$).

Türkçeleştirilen ölçeğin geçerliğini değerlendirmek için yapılan faktör analizi sonucunda formun gerçek ölçekle benzeyen dört faktörlü bir yapıya sahip olduğu ve benzer maddelerin aynı faktörler altında toplandığı bulunmuştur.

Sonuç olarak, bu formun farklı gruplara uygulanması ve bu gruplardaki geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: kardiyovasküler sağlığı geliştirme, çocuk, geçerlik, güvenirlik.

ABSTRACT

VALIDITY AND RELIABILITY OF CHILDREN'S CARDIOVASCULAR HEALTH PROMOTION ATTITUDE SCALE IN TURKEY

Meryem Öztürk

This research has done to test validity and reliability of Turkish form of children's cardiovascular health promotion attitude scale.

Students (315) are attending to three different schools were participated to the research as the sample. All of the students are in 6th class and they are belongs to different socioeconomic levels in Izmir.

The scale was developed by Arvidson has 16 items in 1990. The scale's internal reliability coefficient is 0.80 .The instrument's content and construct validity are current . First of all, the scale was translated to Turkish language than it was applied to a group which has the same properties with the sample group.

Scale was applied two times to the sample group; after pretest , re test was applied 15 days later,

Turkish form of scale's internal reliability coefficient was found good level (0.75); subscale reliability coefficients were found between 0.50 and 0.74.

After pearson correlation analyses is decided that any of items must not take out the scale. Test re test reliability coefficient for overall the scale was found average level ($r= 0.58$).

Results of factor analyses has done to test the validity of Turkish form of scale showed form has 4 factors like original instrument and similar items are collected under the same factor.

As a result, this form of children's cardiovascular health promotion attitude scale should be applied and evaluated which is reliability and validity to different groups.

Key Words: cardiovascular health promotion, child, validity, reliability

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyanın pek çok ülkesinde erişkinler artık bulaşıcı hastalıklar değil, kardiyovasküler hastalıklar (KVH), kanser, obezite, alkol, madde kullanımı gibi yaşam biçimine bağlı nedenlerden ölmektedir (2,30).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 3. izlem raporuna göre KVH dünyada her yıl 12 milyon kişinin ölümüne neden olan önemli bir sağlık sorunudur. Bu hastalıklar arasında en önemlileri hipertansiyon, arteroskleroz ve koroner kalp hastalığıdır (1,2). Ülkemizde Onat ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada 10 yıllık izlem sonucu Türkiye geneli için 1990'lı yıllarda yıllık koroner mortalite bin erişkin erkekte 5.2, kadında 3.2 bulunmuştur. Koroner kalp hastalığı ölüm prevalansı 45-74 yaş grubu erkeklerde %8, aynı yaş grubu kadınlarda %4.7 oranında saptanmıştır. Avrupa bölgesindeki kadınlar arasında Türk kadınları en üst düzey koroner kalp hastalığı ölüm prevalansına sahiptir (4,5).

KVH için başlıca risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri olarak ayrılmaktadır. Yaş, cinsiyet, aile öyküsü ve etnik köken değiştirilemeyen risk faktörleridir. Sigara içmek, fiziksel aktivite azlığı, diyabetüs mellitus, obezite, hipertansiyon, hiperkolesterolemisi ve stresli bir yaşam şekli ise değiştirilebilir risk faktörleridir (2,6,38,42).

Yetişkinlik döneminde belirti gösteren KVH'ların oluşmasında etkili olan sağlıkla ilgili tutumlar ve davranışlar çocukluk döneminde gelişmeye başlar (12,66). DSÖ'nün tahminlerine göre sigara içen iki kişiden birinin sigara içmeye erken yaşlarda başladığı ve normal yaşam beklentisinden 22 yıl önce öleceği tahmin edilmektedir (2). Çocukluk dönemi obezitesi ile yetişkinlikteki hiperlipidemi, hipertansiyon, arteroskleroz, tromboflebit arasında anlamlı bir ilişki vardır. Çocukluk ve adölesan dönemdeki obezite, yetişkin dönemdeki KVH riskini ve obezite riskini artırır. Obez çocuklar, obez olmayanlara göre yetişkin dönemde üç kat daha fazla obez olma riskine sahiptirler (7). Obez çocuklarda vücut ağırlığının artması, çocuğun fiziksel aktivitesini azaltır. Kas hareketlerinin azalması, şişmanlığın artmasına yardım eder. Bu döngü içinde çocuk şişmanlamaya devam eder. Sağlıkla ilgili tutumlar çocukluk döneminde gelişip yerleşmeye başlar. Çocukluk döneminde kazanılan yaşam şekli davranışlarını yetişkin dönemde değiştirmek çok zordur (3,6,7). Kişilerin davranışlarıyla ilgili

değişiklik yapabilmek için tutumlarını değiştirmek oldukça etkili bir yöntemdir. Bu nedenle davranış değişikliği oluşturabilmek için davranışla ilişkili tutumların tanımlanması önemlidir (35). Sağlık hizmeti verenler ve eğitimciler KVH risklerini azaltmak için yaşam şekliyle ilişkili davranışların çocukluk döneminde şekillendiğini bilmelidirler (7,66). Martin ve arkadaşlarının Banduranın sosyal öğrenme teorisine dayandırarak yaptıkları çalışmada çocuklar kardiyovasküler sağlığı etkileyen fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıkları için en önemli bilgi kaynağı olarak ailelerini, öğretmenlerini ve okulu ifade etmişlerdir (33).

Hemşirelik alanında çocuklarda kardiyovasküler sağlığı geliştirici tutumlarla ve bu tutumları ölçmek için yapılmış araştırmalar sınırlıdır. Çocuklarda kardiyovasküler sağlığı geliştirici tutumların oluşmasında hemşirelerin önemli bir yeri vardır. Hemşireler okullarda sağlıklı beslenme, fiziksel egzersiz, stresle baş etme ve sigaraya karşı geliştirilen programlarla olumlu tutumların oluşmasında önemli katkılar sağlayabilirler (7). Türkçe literatürde de hemşirelerin bu konuda yapmış olduğu çalışmaya rastlanamamıştır. Hemşirelik alanında yapılan çalışmaların sınırlılıklarından yola çıkılarak planlanan bu çalışmayla hemşirelerin çocukların kardiyovasküler sağlıklarını geliştirici tutumlarını ölçmelerini kolaylaştıracak ölçeğin Türkçe literatüre kazandırılacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı Çocukların Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçme aracının (Children's Cardiovascular Health Promotion Attitude Scale) Türkiye için güvenilirliğinin ve geçerliğinin değerlendirilmesidir.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuklarda Kardiyovasküler Sağlığı Geliştirme ve Hemşirelik

Sağlığı geliştirme, insanların iyilik durumlarını arttırma ve potansiyellerini en üst düzeye çıkarmaya yardımcı olan bir süreçtir. Kişinin kendisinin hatta kontrolünün dışındaki sosyal, ekonomik, çevresel etkenlerin en önemli sağlık belirleyicisi olduğu bilinmektedir. Bu nedenle sağlığı geliştirmedeki temel, sadece hastalıklardan kaçınmak değil, davranış değişikliği yaparak kişilerin sağlığını etkileyen yaşam şeklinde daha çok kontrollerinin olmasını sağlamak ve sonucunda sağlığı iyileştirmektir (54). DSÖ'nün tanımına göre, "sağlığı geliştirme, kişilerin kendi sağlıklarını iyileştirme ve sağlıklarını kontrol etmelerini destekleyen süreçtir" (57). Sağlığı geliştirme sadece belli hastalıklar yönünden risk altındaki bireyleri değil insanları ve toplumları bir bütün olarak ele almayı amaçlar. Sağlığı etkileyen bir çok faktör vardır ve bu faktörler kişisel yaşam şekilleriyle ilişkilidir. Sağlıklı bir yaşam şekliyle sağlıklı davranışlar geliştirmek erken yaşlarda öğrenilir. Bu nedenle ailelerin sağlık inançlarının ve davranışlarının gelişmesinde önemli rolü vardır. Sağlıklı bir yaşam şekli düzenli egzersiz yapma, beslenme alışkanlıklarını geliştirme, zararlı madde kullanmama (alkol, sigara ilaç), stres yönetimi, zararlı çevresel ajanlardan kaçınma ve düzenli fizik muayenelerden oluşan sosyokültürel ve ailesel etkilerle şekillenir (54).

Ülkelerin önemli bir nüfusunu oluşturan okul çocuklarının ve adölesanların bu yaş dönemlerinde edindikleri sağlık davranışları yaşamın kalan dönemlerini etkilemektedir. Okul çocukların bilgi, tutum ve becerilerinin gelişmesinde önemli rol oynadığı için okullarda yapılan sağlığı geliştirme programları önemlidir (56). Okullarda uygulanan sağlığı geliştirme programları kişilerin yaşam kalitesini artırır ve bireylerin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden daha iyi olmalarını sağlar. Okul sağlığı geliştirme programlarının başarısı insan davranışlarını anlamaya ve programa etkisi olabilecek kişilerle olumlu ilişkiler geliştirmeye bağlıdır. Sağlığı geliştirme aktiviteleri sadece sağlık eğitimi ile değil, riskleri azaltma programları, taramalar, riskli çocuklara davranış temelli sağlık müfredatı içeren özel girişimlerle entegre edilmeli; fiziksel, sosyal ve politik çevre değişiklikleri ile de desteklenmelidir (62). Bu programlar sağlıklı yaşam şekline uyumun ve sağlıkla ilgili davranışların çocukluk dönemimde öğretilmesi gerektiğini savunur. Okullarda yapılan sağlığı geliştirme programları; okul ile

öğrenci, okul ve aile, okul ve toplum arasındaki olumlu ilişkileri geliştirir, rol modeli olma yoluyla olumlu davranışları geliştirir, öğrencilerin ve okul personelinin benlik algılarını geliştirir ve özgüvenlerini artırır, fizik çevrenin olumlu hale gelmesini sağlar. Okullardaki sağlığı geliştirme programları sadece sınıfta sürdürülemez; aynı zamanda okulun öğrencilere günlük yaşamda sağlıkla ilgili verdiği mesajlarda dersler kadar önemlidir. Bu nedenle öğrencilere derslerde ve günlük yaşamda verilen mesajlar birbirleriyle tutarlı olmalıdır. Okul kantinlerinde satılan yiyecekler sağlıklı beslenme dersinde anlatılanlarla tutarlı olmalıdır. Okullardaki sağlığı geliştirme programları evde ve toplumda desteklenmelidir.

Okullardaki Sağlığı Geliştirme Programlarının Amacı;

- Öğrencilerin sağlık konusundaki tutumların, inançların, değerlerin ve duyguların açıklanması,
- Sağlıkla ilgili kişisel becerileri, kararları ve atılganlıklarının gelişiminin sağlanması,
- Olumlu bir benlik imajı geliştirmek ve öğrencilerin öz saygılarının gelişmesini sağlamak,
- Sağlıkla ilgili akran baskılarına etkili yanıtlar vermelerini sağlamak,
- Sağlıkla ilişkili seçimlerini arttırmak,
- Davranışları değiştirmek ya da olumlu davranışlarını güçlendirip, böylece öğrencilerin daha sağlıklı yaşamalarını sağlamak,
- Sağlıklı bir yaşam biçimi seçmelerini sağlamaktır (54,58).

Hemşireler birey, aile ve topluma sağlığı koruyucu, geliştirici hizmet sunmalıdırlar (7,59). Hemşire biyolojik, çevresel ve sosyo kültürel etkileri kontrol altına alarak bireylerin sağlıklarını en üst düzeye getirmelerini sağlar (54). Hemşireler özellikle toplumların geleceğini oluşturan genç nesillerin sağlıklarını geliştirmek için birçok olanağa sahiptir (55). Okul hemşireliği doğumdan 21 yaşa kadar her yaş grubundaki öğrenciye, ailelere, okul toplumlarına, düzenli eğitimlerle hizmet verir. Okul hemşiresinin esas görevi hastalıkları önlemek ve okul toplumunun sağlığını geliştirmektir (55).

Risk faktörlerinin değiştirildiği temel önlem ve uygulamalar çocuklukta çok etkilidir. Uzun süreli çalışmalar çocukluk dönemindeki kardiyovasküler risk faktörlerinin değiştirilmesi, yetişkinlikte kardiyovasküler ölüm ve hastalanma oranını azaltmıştır (12).

Araştırmalar okul ağı çocuklarında kalp sağlığını geliştirme programlarının olumlu sonuçlarını göstermektedir(26,31,32,33,49,65).

KVH oluşmasında önlenebilir bir neden olan sigara içme davranışı çocukluk döneminde yapılan sağlığı geliştirme programlarıyla azaltılabilmektedir. Miller ve arkadaşlarının ortaokul ğrencilerinde yaptığı sigara konulu eğitim programının sonucunda öğrencilerin sigarayla ilgili tutumlarında büyük değişiklik olmuştur (65).

Harrel ve arkadaşları ilkokul nc ve dördüncü sınıf ğrencilerinde yaptığı okul temelli çalışmalarında çocuklara kardiyovasküler sağlık için sağlıklı besin seçimi, düzenli egzersiz yapmanın önemi, sigaranın zararları ve sigarayla mücadele yollarını içeren bilgiler verilmişlerdir ve çocuklar aerobik temelli fiziksel aktivite programına alınmışlardır. Araştırmanın sonucunda, deney grubundaki çocukların kolesterol düzeylerinde büyük düşüş olmuş ve çocukların sağlık bilgilerinde artış belirlenmiştir (31,32).

Marcoux ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada ilkokul çocuklarına, kendileri için amaç belirleme, aktivite planlama ve problem zme becerileri öğretilerek fiziksel aktivitenin geliştirmesini hedefleyen bir müfredat çalışmasıyla, özellikle erkek çocuklarının beden kitle indeksleri ve psikososyal gelişimlerinde değişiklikler olduğu grlmştir (26).

Martin ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada dördüncü,beşinci ve altıncı sınıflarda okuyan zenci çocuklara uygulanan kalp sağlığını geliştirme programı sonucunda, çocukların kalp sağlığını geliştirmeye karşı olumlu tutum gösterdikleri saptanmıştır. Bu ocukların sigara ve beslenmeye ilişkin puan ortalamalarında artış grlmştir (33).

Mer-Yen ve arkadaşlarının obez adölesanlarda kardiyovasküler sağlığı geliştirmeyle ilgili uyguladıkları sağlığı geliştirme programlarının sonucunda adölesanların vücut ağırlıklarında, sistolik kan basınçlarında, serum kolesterol düzeylerinde, trigliserit ve LDL düzeylerinde düşüş grlmştir (49).

Hemşireler kardiyovasküler sağlığı geliştirici eğitimler yaparak ve pozitif uygulamaları destekleyerek çocukların sağlıklarını geliştirme de önemli bir rol oynar (55). Hemşireler ocukların kalp sağlıklarını korumak için geliştirecekleri sağlık eğitim programları ile olumsuz tutumları değiştirebilirler.

2.2. Çocuklar ve Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri

Yetişkinliğe kadar semptom göstermeyen KVH risk faktörlerinin çocuklukta başlamakta ve kökleşmektedir. Çocukluk döneminde sigaraya başlama, fizik inaktivite, obezite, kötü beslenme alışkanlıkları yetişkinlikte kardiyovasküler hastalık oluşumu için risk faktörüdür.

2.2.1. Sigara

Tütün her yıl 3.5 milyon, her gün 10.000 kişinin ölümüne neden olmaktadır. 2020 yılında, sigaranın 10 milyondan fazla ölüme ve çeşitli sakatlıklara nedeni olacağı belirtilmektedir (2). Tütün ürünleri kullanmak KVH gelişmesinde önemli bir risk faktörüdür. Sigara pıhtılaşma faktörlerini, trombosit fonksiyonlarını etkileyerek arteroskleroz oluşumunu hızlandırmaktadır. Framingham'ın çalışmasında fibrinojen değerleri sigara içenlerde içmeyenlerden önemli oranda yüksektir. Sigara içenlerde trombositlerin birleşimi ve kanama süresi artmaktadır. Sigara içmek endotel hücre fonksiyonlarını etkileyerek, plateletlerin birleşmesini etkilemekte ve damar tonüsünü değiştirmektedir. İçilen her nefes sigara ile akciğer mukozasına yaklaşık 50-150 mg nikotin alınmaktadır. Nikotin adrenerjik sinir sisteminin agonistidir ve plazma norepinefrin salınımında artışa neden olur. Bu nedenle sigara içenlerde vazokonstriksiyon artmaktadır (43). Sigaranın damar yapısına etkisinin yanı sıra yağ (lipid) mekanizmasını da etkisi vardır. Sigara içenlerde içmeyenlere göre HDL oranları daha düşük, LDL ve trigiliserit oranları daha yüksektir. Sigara kullanımının kan basıncını arttırıcı etkisi de vardır. Birçok hipertansiyon çalışması sigara içenlerin ölüm oranlarının içmeyenlerden iki kat daha fazla olduğunu göstermiştir (43).

Arteroskleroz sigaradan ölümlerin başında gelmektedir. Çalışmalar sigaranın, kalp durmasına neden olan koroner arter hastalığının en önemli nedeni olduğunu kanıtlanmıştır. Sigara içmek kalp hastalığı riskini arttırır ve diğer risklerle birlikte bu artış büyümektedir (11,12). Bozkurt ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada kronik sigara içicilerde nitrik asit düzeyindeki azalmaya bağlı olarak damar sertliğinde artış olduğu saptanmıştır (13).

Erken adölesan dönemde başlayan sigara içimi 17-18 yaşlarında %25 oranındadır (44). Araştırmalara göre dünyada 12-17 yaşları arasındaki 4.1 milyon genç sigara içmektedir. Bu yaşlar arasında ilk sigaraya başlama insidansı %30 olarak bulunmuştur (8,9,10). Sigaraya başlama yaşı erkeklerde 10.7 kızlarda 11.4'dür. Adölesanlar sigaraya başlamak için en

önemli risk grubudur (29). Demirezen'in çalışmasında da öğrencilerin %12'sinin sigara içtiği, %24'ünün bıraktığı belirtilmiştir (45). Bu nedenle adölesanlar için sağlığı geliştirme programları geliştirilerek aktif ve pasif içiciliğe karşı önlemler alınmalıdır (44).

Sigara içen çocuklarda içmeyenlere göre trigliserit, VLDL ve LDL oranlarının daha yüksek, HDL oranının daha düşük olduğu bulunmuştur. Kendisi sigara içmediği halde ailesinde sigara içildiği için sigara dumanına maruz kalan pasif içici çocuklarda, dumana maruz kalmayanlara göre HDL oranının düşüş gösterdiği saptanmıştır (14,16). Son yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalarla pasif sigara içicilerinde kalp hastalıklarından ölümlerde %20-30'luk artış saptanmıştır (16). Pasif içicilikteki bu etki kan pıhtılaşmasının artması (trombosit agresyonu), damar çeperinin zedelenmesi, kanın O₂ taşıma yeteneğinin azalması, nikotin ve CO'in direkt etkisinden kaynaklanmaktadır (17).

Çocuklarda ve adölesanlarda sigaraya başlama risk faktörleri; aile üyelerinin ve arkadaşlarının kullanmasıdır. Sigara adölesanların akran grupları içinde kabul edildiklerini ve daha olgun göründüklerini hissettiren bir davranıştır. Akran etkisi, akranlara hayır diyememek ve aile üyelerinin sigara içmesi sigaraya başlamada önemli faktörleridir (14,29). Ailesinde sigara içen en az bir birey olduğunda düzenli sigara içen adölesanların insidansının %25 oranında arttığı belirtilmektedir (15).

2.2.2. Obezite

Beden kitle indeksinin, bel kalınlığının ve skapula altı deri kıvrım kalınlığının arttığı obezite durumu kardiovasküler hastalık riskini arttırmaktadır. Obezite kan basıncı, hipertrigliseridemi, hiperinsülinemi ve kolesterol konsantrasyonuyla ilişkili olan önemli bir risk faktörüdür (19,43). Obezite gelişmiş ülkelerde düşük sosyo ekonomik düzeye, gelişmekte olan ülkelerde yüksek sosyoekonomik düzeye sahip kişilerde daha sık görülmektedir (20,21).

Yaşları 18-39 arasında olan genç yetişkinlerde yapılan bir araştırmada koroner kalp hastalığı ve serum kolesterol düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerde yapılan bir çalışmada kolesterol düzeyi >280mg% olanlarda, <160mg% olanlara göre 10 kat daha fazla koroner kalp hastalığı ölümü tespit edilmiştir (51). Beden kitle indeksinin yüksek olduğu durumlarda ve koroner kalp hastalığı gelişme olasılığı yüksektir. Koroner kalp hastalıklarının insidansının %40'ı BKİ'nin 21 kg/m²'den fazla olmasına atfedilebilir (46).

Diyabet, KVH ve diğerk kronik hastalıkların nedeni olan obezitenin çocukluk döneminde gelişmeye başladığı bilinmektedir (20,29). Çevresel ve genetik nedenlerle gelişen obezitenin çocuklar ve adölesanlar arasında prevalansı artmaktadır. Obez aileye sahip olma obezite yönünden risklidir. Ebeveynlerinin ikisi de obez olan çocukların %80'i, tek ebeveyni obez olan çocukların %40'ı, ebeveynleri obez olmayan çocukların %7'sinin yetişkinlik döneminde obez olacağı tahmin edilmektedir (18,29). Otopsi çalışmaları arterosklerozun erken göstergelerinin gençlikte başladığını ve gençlik dönemindeki artmış kolesterol düzeyiyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Sağlıksız beslenme alışkanlığı yaşamın erken döneminde kronik hastalık oluşumunu başlatır. Akranlarıyla karşılaştırıldığında yüksek kolesterol, yüksek kan basıncına sahip olan obez çocukların yetişkinlikte de risk faktörlerine sahip olma olasılığı yüksektir (22,23).

Ülkemizde 11-15 yaşları arasındaki çocuklarda yapılan araştırmalarda yüksek sosyoekonomik düzeyde olanların %15.9'u, düşük sosyoekonomik düzeyde olanların %22.5'inin obez olduğu, obezite prevalansının kızlarda %7.1, erkeklerde ise %3.5 olduğu tespit edilmiştir (20,21).

Demirezen'in okul çocuklarında yaptığı çalışmasında çocukların %8'i sınırda, %5'i yüksek kolesterol düzeyinde bulunmuştur ve bu çocuklarda kolesterol risk derecesi arttıkça, egzersiz yapma alışkanlığına göre risk derecesinde de artış gözlenmiştir. Çocuklarda kilo arttıkça risk sayısı da artmaktadır (45). Çalışmalar 7-8 yaşlarındaki çocuklarda bile obezitenin KVH riskleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu nedenle çocuklarda boy ve kilo kontrollerinin yaşamın erken dönemlerinde başlatılması, çocukluk ve adölesan dönemde obezitenin tedavi edilmesi ve önlenmesi önemlidir. Çocukluk döneminde diyet, egzersiz ile ilgili yaşam şeklinde değişiklikler yapılarak obezite önlenilmekte ve böylece kardiyovasküler hastalıkların morbiditesi ve mortalitesi azaltılabilmektedir (18,20,29,47,48, 49,50).

Çocuklar için beslenme alışkanlığı sağlık durumunun belirlenmesinde önemli rol oynar. Liften zengin, yağ , kolesterol ve tuzdan kısıtlı diyet kişinin sadece sağlıklı vücut ağırlığına kavuşmasını değil, kardiyovasküler hastalık gelişme riskini de azaltır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kronik hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi için beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesini vurgulamaktadır (52). Yeme alışkanlıkları çocukluk döneminde olduğundan, bazı uygulamaların çocuklara yönelik planlanması gereklidir. Bu nedenle çocuklar için beslenme hedefleri oluşturulmuştur. Bu politikalara göre beş yaşın

üzerindeki herkes için enerji gereksinimi için yağ alımının %35 azaltılması, enerji gereksinimi için rafine olmayan karbonhidrat alımının artırılmasını önermektedir (52).

2.2.3. Yetersiz Fizik Aktive

Sağlığı olumlu yönde etkileyen ve sağlıklı yaşam biçimini oluşturan davranışlardan olan egzersiz fizyolojik ve psikolojik sağlığı geliştiren, doğumdan ölüme kadar devam eden aktivite sürecidir (24,25,27).

Uzun süreli fizik aktivite yapmanın ideal vücut kilosunu sağlamak için önemli olduğu bilinmektedir. Egzersiz yapmanın normal kan basıncını devam ettirmede, yağ (lipid) değerlerini düzenlemede, glikoz toleransını geliştirmede rolü vardır (43). Düzenli olarak yapılan egzersiz sistolik ve diyastolik kan basıncını düşürüp, kardiyak output'u arttırarak sistemik vasküler direnci azaltır. Bu nedenle düzenli egzersiz yapanlarda ani kalp ölüm insidansında azalma görülmüştür (43).

Çocukluk ve adölesan dönemde yapılan düzenli fizik aktivite , fiziksel ve psikosozyal yönden sağlığı olumlu yönde etkiler ve KVH risklerini azaltır. Düzenli olarak yapılan fizik egzersiz obez çocuklarda fiziksel sağlığı arttırır, anksiyete ve stresi azaltır (25,26,27). Bu dönemde yapılmaya başlanan fizik aktivite yetişkinlikte sürdürülen hareketlerin geliştirilmesi için önemlidir (28).

Okullar adölesanlarda ve çocuklarda fiziksel aktiviteyi arttırıcı programlar veren birer toplumsal kaynaktır, özellikle etkilenmiş adölesanları daha aktif olmayı güdüleyen stratejilerin geliştirildiği yerlerdir (29).

Demirezen' in çalışmasında öğrencilerin ancak % 8'i düzenli egzersiz yaptıklarını belirtmişlerdir. Araştırmada egzersiz yapma risk düzeyi ile kan basıncı risk düzeyi ilişkilidir (45).

Simons, Morton ve arkadaşları üçüncü sınıf öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada erkeklerin kızlara göre daha fazla aktivite yapmasına karşın çoğu öğrencinin önerilenden az aktivite yaptığını saptamışlardır. Bu bulgular çocukların fizik aktivitesini arttırmak için sağlığı geliştirme programlarına gereksinim olduğunu desteklemektedir (28).

Hemşire okullarda egzersizin fizyolojik ve psikosozyal etkilerini içeren sağlık eğitimi programları yaparak ve bu programların uygulanmasını sağlayarak egzersiz programlarının gelişmesinde önemli rol oynamaktadır (24).

2.2.4. Psikosoyal Özellikler

Birçok araştırma batı toplumlarında KVH oluşumunda psikosoyal faktörlerin önemli bir rol oynadığını belirtmiştir. KVH semptomlarının gelişmesinde emosyonel stresin önemli bir etken olduğu belirtilmiştir. Framingham'ın çalışmasında tip A kişilik özelliğine sahip olan rekabetçi, hırslı kişilerde, tip B kişilik özelliğine sahip olan oldukça pasif, çevreden çok az rahatsız olan kişilere göre koroner arter hastalığı prevalansının iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (53). Araştırmalar stresin insanlarda lipid değerlerini değiştirdiğini belirtmektedir. Yaşanan stres sonucu otonom sinir sisteminin sempatik bölümü doğrudan doğruya düz kaslara ve iç organlara ulaşır ve kalp vuruş sayısını artırır ve kan basıncını yükseltir (43,53).

Strese uyum yetenekleri az olan çocuklarda ve adölesanlarda sigara içme, şişmanlık, anoreksiya nervoza veya bulimia gibi sağlıklı problemleri görülebilir. Okullarda veya ailelerde sigarayı, şişmanlığı ve stresi azaltma çalışmaları çocukların sağlığını iyileştirebilir (55). Demirezen'in araştırmasında öğrencilerin %35'inin büyük oranda stres yaşama sıklığı yönünden risk altında olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerde stres yaşama sıklığı ile sigara içme riski arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu belirtilmektedir (45). Çocukluk döneminde öğrenilen stresle baş etme, olumlu baş etme yöntemleri kullanmayı, sağlık sorunlarıyla ilgili doğru karar verebilme becerisini, sağlıkla ilgili davranışların sorumluluğunu alabilme gücünü artırır. Hemşireler uygulayacakları sağlığı geliştirme programları ile bireylerin çocukluk döneminde bu yönlerinin gelişmesinde etkili rol oynarlar (54,55).

2.3. Çocuklarda Kardiyovasküler Sağlığı Etkileyen Tutumlar

Tutum, belirli bir nesne, durum, kurum, kavram ya da diğer insanlara karşı öğrenilmiş, olumlu ya da olumsuz tepkide bulunma eğilimidir (64). Tutumlar, kişilerin davranışlarını açıklayıcı bir değişken olarak görülmekte ve bu nedenle tutumların ölçülmesi büyük önem taşımaktadır (62,68). Bir tutum bireyin düşünce, duygu ve davranışlarını birbirleriyle uyumlu kılarak etkiler. Yerleşmiş ve güçlü tutumlarda bilişsel, duygusal ve davranışsal öğeler tam olarak bulunur. Zayıf tutumlarda ise davranışsal öğe çok zayıf kalır (62). Tutumlar doğumdan sahip olunan olgular değildir. Tutumların oluşmasında ve gelişmesinde anne-babaların,

arkadaşların, okulun, içinde yaşanılan toplumun inanç ve değerlerinin etkisi vardır. Zaman içinde yaşanan deneyimler ya da olaylar sonucunda gelişirler ve değişirler. Bu nedenle bir çok tutum çocukluk döneminde oluşur ve gelişir (62,67). Tutumların biçimlenmesi temelde bir öğrenme süreci olarak başlar (67). Birey belirli bir nesneye ilişkin bilgi ve yaşantılarla karşılaşır. Pekiştirme ve taklit süreçleri yolu ile bu nesneye ilişkin bir tutumu geliştirir. Ancak tutum bir kez biçimlenmeye başladıktan sonra bilişsel tutarlılık ilkesinin önemi artar. Birey artık tümüyle edilgen değildir. Yeni bilgileri daha önce öğrendikleri açısından işlemeye başlar. Tutarlı bir tutum oluşturmaya çalışır. Tutarsız bilgileri reddetmek ya da çarpıtmak ve daha tutarlı olanları kabul etmek durumundadır (67). Tutumların üç bileşeni vardır. Bilişsel bileşen, bireyin tutumun nesnesi hakkındaki inançlarından oluşur. Bir inanç bir ifadenin kabul edilmesidir. Eğer bir şeye ilişkin olumsuz bir tutumunuz varsa, o şey hakkında olumsuz inanç veya inançlarınız olacaktır. Bir tutumun inanç yönü ile duygu yönü karşılıklı olarak birbirlerini etkilerler. Farklı şeyler olmalarına karşın, tutumlarla inançlar daima birlikte bulunurlar. Bireyin olumlu yada olumsuz duyguları incelenen tutumun duygusal ögesini oluşturur. İnançlar tutumların duygusal yönlerine eşlik eden söze dökülmüş ifadelerdir (62).

Bir tutumun üçüncü bileşeni davranışsal bileşen, yani duygu ve kaniya uygun olarak hareket etme eğilimidir. İnsanlar şu veya bu nedenle her zaman duygularına uygun bir şekilde davranmaz veya davranamazlar, ancak duygulara uygun hareket etme eğilimi daima mevcuttur. Bu nedenle, çoğu kez tutumlardan davranışları yordayabilmek mümkündür (62).

Tutumun pozitif, negatif ve nötral olarak üç yönü vardır. Bu yönlere tutumun dereceleri de denebilir. Tutumun ne denli sabit oluşu onun o denli güçlü olduğunun belirtisidir. Tutum açısından önemli bir diğer özellik de diğer tutumlarla ne derece ilgili oluşudur. Diğer tutumlardan en bağımsız olan tutum, en zor değişebilen tutumdur. Bilinçsel derinliği fazla olan bir tutum daha istikrarlı bir tutumdur. Tutumun diğer özelliği farklılığıdır. Bu özellik tutumun yapısının ve açıklığının bir ölçütüdür.

Tutumun boyutları şöyle özetlenebilir:

1. Yönelme,
2. Derecelendirilebilme,
3. Güçlülük,
4. İzolasyon,
5. Bilinçsellik,
6. Farklılık

Tüm bu boyutlar tutumun kararlılığını etkileyen başlıca etmenlerdir. Tutumun ne denli kolay değiştirilebildiği de bu boyutlara bağlıdır (69).

Tutumlar bu karışık yapıları nedeniyle değiştirilmeleri ne denli güç olsa da sağlığın geliştirilmesi aktiviteleri için çok önemlidir.

Kardiyovasküler sağlıkla ilgili tutumları oluşturan beslenmeyle ilişkili tutumlar 2-3 yaşlarında, fizik aktiviteyle ilgili tutumlar okul öncesi dönemde anne babaların, kardeşlerin etkisiyle gelişmeye başlamakta, okul çağı döneminde ise bu tutumların değişip gelişmesinde öğretmenlerin, arkadaşların, okulun etkisi olmaktadır. Okula başlamak her çocuk için olmasa bile birçok çocuk için stresli bir hayatın başlangıcıdır. Bu nedenle bu dönem çocuklara stresle başetme konusunda olumlu tutumların kazandırılması için ailelere, öğretmenlere, okul sağlığı hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir (7,66). Okulda yapılan sigaraya karşı sağlığı geliştirici eğitimlerle çocukların sigara kullanmamaya karşı olumlu tutum geliştirmelerini sağlanır. Eğer bu yaşlardan başlanarak çocuklara olumlu tutumlar kazandırılmazsa daha sonraki yaşlarda tutum değiştirmek zor olmaktadır (66).

Çocukların kardiyovasküler sağlıklarını etkileyen tutum ve davranışları çevrelerindeki yetişkinlerden (anne, baba, öğretmen gibi) etkilenmektedir. Bandura (1978) tarafından geliştirilen sosyal öğrenme kuramına göre çocuklarda bu davranışlar gözlem, taklit ve pekiştirme süreçlerinden geçerek oluşur (35,39).

Bandura davranışın taklit edilmesinde etkin olan, sosyo-psikolojik faktörleri şöyle sıralamaktadır (35,39).

- Olumlu ya da olumsuz pekiştireç alma
- Bireyin güdülenme düzeyi
- Doğrudan ve dolaylı yaşantılar yoluyla edinilen izlenimler
- Bireyin benlik algısını belirleyen duygusal yaşantılarla edinilen izlenimler
- Davranışı taklit edilen bireyin, sosyal statüsü ve saygınlık düzeyi
- Ön yaşantılarla edinilen bilişsel yapı ve şemalar
- Bireyin içinde bulunduğu psikolojik duygudurumları

Sosyal öğrenme teorisine göre davranış ve çevre, karşılıklı etkileşim halindedir. Bu saptama sosyal çevre faktörünün, davranış edinmede özel bir öneme sahip olduğunu göstermektedir.

Bandura'ya göre gözlem yoluyla öğrenme, dört temel süreçte oluşmaktadır. Bunlar sırasıyla;

1. Dikkat Süreci :

Bu aşama çocuğun anne-baba,öğretmen gibi modellerin davranışlarına dikkatinin çekildiği aşamadır. Modelin özellikleri çocuğun dikkatini etkiler. Modelin çocuk için saygı duyulan, güvenilir, ilgi çekici, çok etkileyici olması, çocuğun kendisine benzemesi ya da çok prestijli biri olması dikkat çekmede önemli bir faktördür.

2. Hatırlama – Akılda Tutma:

Bu aşamada çocuk modelden gözlem yoluyla edindiği bilgileri aklında tutarak bu bilgileri belleğine kodlar ve depolar.

3.Davranışın Oluşum Süreci:

Bu aşama dikkat ve hatırdaki tutma süreçlerinde belleğe kodlanan bilgilerin, davranışa dönüştürüldüğü aşamadır. Ancak bilgilerin davranışa dönüştürülmesi için, bireyin fiziksel ve bilişsel yeterliklerinin yanı sıra, ortamsal özelliklerin de uygun olması gerekir. Örneğin sigara içme davranışını anne-babasından görüp bunu belleğine kodlayan çocuk okulda arkadaşlarının da sigara içtiği bir ortamda bunu davranışa dönüştürebilir.

4.Güdüleme Süreci:

Bu aşamada çocuk ancak devam ettirmek istediği davranışları sürdürür.

Sosyal öğrenme kuramına göre çocuk, gözlediği modelin ödüllendirilen davranışını taklit yoluyla tekrar etmekte, cezalandırılan davranışlarını ise elemektedir. Bu nedenle anne-babalar ve öğretmenlerin, birbirleriyle uyumlu ve tutarlı davranış göstermeleri gerektirmektedir (34,35,36,37,39,60).

Sağlık alanındaki birçok davranışın insanın yakın sosyal çevresinden kazanıldığı gözlenmektedir. Gençlerin sigara kullanma davranışında aile içinde ve yakın çevrelerinde özendikleri bir veya daha fazla sigara kullanan bireyin olması, gençlerin sigara kullanımını anlamlı derecede arttırmaktadır. Araştırmacılara göre insan sağlığını etkileyen anormal ve istenmeyen davranışların bir çoğu sosyal öğrenme teorisinin model alma ilkesi yoluyla gerçekleşmektedir. Sosyal ortamda gözlemleyerek öğrenilen bir davranışın her zaman uygulamaya dönüşmesi söz konusu değildir. Davranışın oluşumunu sağlayan, pekiştiriciler ve ya cezalardır (61). Çocuklar için kardiyovasküler sağlığı etkileyen bir çok davranışın çocuğun çevresinden kazandığını bilen hemşireler çocuklara yönelik sağlık eğitim programları planlarken aileleri, öğretmenleri ve çocuğun yakın çevresini de programlara katmaları gerekmektedir (54,55).

Okullardaki sağlığı geliştirme programlarında etkin rol alan hemşireler çocukluk döneminde başlanan sigara içme alışkanlığı, düzenli beslenme, uygun yağ ve tuz miktarı seçimi, düzenli fizik aktivite yapma, stres yönetimi konulu sağlık eğitimi programları yaparak çocukların kardiyovasküler sağlıklarını geliştirici tutumlar kazanmalarını sağlayarak, gelecek nesiller için KVH risklerini azaltabilmektedirler (7,54,55).



BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi:

Bu araştırma, “Çocukların Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeğinin Türkiye’deki geçerliğini ve güvenilirliğini test etmek için metodolojik araştırma tipine göre planlanıp, yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri:

Araştırma İzmir İlinde Milli Eğitim Bakanlığına bağlı üç farklı sosyoekonomik düzeyi temsil eden ilköğretim okullarında yürütülmüştür. Okullar sosyoekonomik düzeylerine göre seçilirken İl Milli Eğitim Müdürlüğüne sorulmuştur. Araştırmaya üst sosyoekonomik düzeyde Konak ilçesi Alsancak Gazi ilköğretim okulu, orta sosyoekonomik düzeyde Balçova ilçesi Yusuf Uz İlköğretim okulu, alt sosyoekonomik düzeyde Narlıdere ilçesi İnönü İlköğretim okulları alınmıştır. Okulların hiçbirinde okul hemşiresi bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Planı:

Araştırma Aralık 2000’den itibaren planlanmaya başlanmış, Mayıs 2001 tarihinde tez önerisi sınavında sunulmuştur. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü etik kurulunun onayından sonra İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü’nden gerekli izin alınmıştır. Ekim 2001’de dil geçerliğine yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Öncelikle ölçeğin çevirileri her iki dili bilen 3’ü anadili Türkçe, 1’i ana dili İngilizce olan toplam 4 İngilizce dili okutmanı tarafından İngilizce’den Türkçe’ye yapılmış, en uygun ifadeler seçildikten sonra ölçeğin yeniden Türkçe’den İngilizce’ye çevirisi, daha önce anketin İngilizce halini görmeyen her iki dili bilen anadili Türkçe olan 3 İngilizce dili okutmanına yaptırılmıştır.

Kasım, Aralık 2001 aylarında geri çevirinin orijinal ölçek ifadeleriyle karşılaştırılması yapıp, gerekli düzetmelere gidildikten sonra Türkçeleştirilen form, dil geçerliği için 2 çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, 5 halk sağlığı hemşireliği, 1 psikoloji, 1 eğitim bilimleri, 1 çocuk kalp sağlığı alanında toplam 10 kişilik uzman görüşüne sunulmuştur. Uzmanlar her soruya 1 (en kötü) ile 10 (en iyi) arasında puan vermiştir.

Uzmanların önerileri doğrultusunda ölçeğin 1. maddesi tekrar gözden geçirilip gerekli düzeltme yapıldıktan sonra, ölçek tekrar aynı uzmanların görüşüne sunulmuştur.

Şubat 2002’de uzmanlar arasında görüş birliğine varılan ölçeğin ön uygulaması Esentepe Sadettin Tezcan İlköğretimokulu ve Konak Şeker Mevhibe ve Öğretmenler İlköğretim okullarının altıncı sınıfında okuyan 45 kişilik öğrenci grubunda yapılmıştır. Çocuk kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeğinin ön uygulamasında elde edilen verilerin madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.08 ile 0.64 arasında dağılım göstermiş, ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.72 bulunmuştur. Ön uygulama yapılan grubun verileri araştırma kapsamına alınmamıştır. İl Milli Eğitim Müdürlüğünden gerekli izin ve okullardan randevu alındıktan sonra araştırmanın birinci uygulaması Nisan 2002’de, birinci uygulamadan 15 gün sonra ikinci uygulaması yapılarak veriler toplanmıştır. Mayıs 2002’de veriler değerlendirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini İzmir iline bağlı ilköğretim okullarının altıncı sınıflarında okuyan öğrenciler oluşturmaktadır. Tesadüfî örnekleme yöntemiyle seçilen 3 okulun altıncı sınıflarında okuyan öğrencilerin tümü araştırma kapsamına alınmış örnekleme gidilmemiştir. Araştırma kapsamına alınan Alsancak Gazi ilköğretim okulunun 146, Balçova Yusuf Uz ilköğretim okulunun 120, Narlıdere İnönü ilköğretim okulunun 135 olmak üzere üç okulun toplam 401 altıncı sınıf öğrencisi vardır. Örneklem grubundaki öğrencilerin 86’sı birinci ya da ikinci uygulamaların yapıldığı tarihlerde okula gelmemeleri nedeniyle araştırmaya dahil edilmemişlerdir. Alsancak Gazi ilköğretim okulundan 135, Balçova Yusuf Uz İlköğretim okulundan 66, Narlıdere İnönü İlköğretim okulundan 114 olmak üzere toplam 315 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır. Ölçek örneklem grubuna alınan öğrencilerin %78.5’ine test-tekrar test için iki kez uygulanabilmiştir.

Tablo 1: Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=315)

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kız	139	44,1
Erkek	176	55,9

Okullar		
İnönü İlköğretimokulu	114	36,2
Yusuf Uz İlköğretimokulu	66	21,0
Gazi İlköğretimokulu	135	42,9
Evde Kimlerle Birlikte Yaşadığı		
Anne,baba ve kardeşler	220	69,8
Anne ve baba	46	14,6
Anne ve kardeşler	11	3,5
Baba ve kardeşler	3	1,0
Anne	5	1,6
Baba	1	0,3
Kardeşler	1	0,3
Anne, baba, kardeş, büyükanne ve büyükbaba	28	8,9
Anne İşi		
Ev Hanımı	217	68,9
İşçi	47	14,9
Memur	28	8,9
Esnaf	14	4,4
Emekli	8	2,5
Ölü	1	0,3
Baba İşi		
İşçi	111	35,2
Memur	42	13,3
İşsiz	27	8,6
Esnaf	103	32,7
Emekli	19	6,0
Ölü	11	3,5
Çiftçi	2	0,6
Anne Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	66	21,0
Okuryazar	29	9,2
İlkokul mezunu	89	28,3
Ortaokul mezunu	36	11,4
Lise mezunu	61	19,4
Üniversite mezunu	34	10,8
Baba Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	22	7,0
Okuryazar	32	10,2
İlkokul mezunu	87	27,6
Ortaokul mezunu	50	15,9
Lise mezunu	65	20,6
Üniversite mezunu	59	18,7
Yaş	12.3 ± 0,6	

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 1’de gösterilmiştir. Örneklem grubunu oluşturan öğrencilerin % 55.9 erkektir. Öğrencilerin %42.9’u Gazi ilköğretim okulunda okumakta, % 69.8’i anne, baba ve kardeşleriyle birlikte yaşamaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin annelerinin % 68.9’i ev hanımı, babalarının %35.2’si işçidir ve annelerinin % 28.3’ü, babalarının % 27.6’sı ilkokul mezunudur.

Örneklem grubundaki öğrencilerin yaş ortalaması $12.3 \pm 0,6$ dir.

Araştırmaya katılmak için öğrencilerin altıncı sınıfta okuyor olmaları yeterli olmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları :

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır.

Örnekleme alınan öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini belirleyen soru formu (Ek 1). Çocukların Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği (Children’s Cardiovascular Health Promotion Attitude Scale) kullanılmıştır (Ek 2).

3.5.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Bu formda Çocukların Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeğinin (Children’s Cardiovascular Health Promotion Attitude Scale) ön sayfasında yer alan yaş, cinsiyet, sınıf, okul, çocukların evde kiminle birlikte yaşadığı sorularına ek olarak anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, annenin işi, babanın işiyle ilgili 9 adet soru bulunmaktadır.

3.5.2. Çocukların Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği (Children’s Cardiovascular Health Promotion Attitude Scale)

Cathy Arvidson tarafından 1990 yılında çocukların kalp sağlığını geliştirici tutumlarını ölçmek amacıyla geliştirilen ölçek toplam 16 maddeli, likert tipi bir ölçektir (33). Ölçeğin 4 alt grubu vardır. Alt gruplar; fizik aktivite, beslenme, sigara içme ve stres kontrolüdür. Ölçek okul çocuklarının fizik aktivite, beslenme, sigara içme ve stres kontrolüyle ilişkili kalp

sağlığını geliştirici tutumlarını ölçmektedir. Çocuk kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeğinin 12. madde dışındaki tüm maddeleri olumludur. Sadece 12. madde ters yönlüdür. İlkokul çocuklarında alfabetik seçenekleri yanıtlamak sayısal seçenekleri yanıtlamaktan daha kolay olduğu için ölçek maddelerinde a,b,c,d gibi alfabetik seçenekler tercih edilmiştir. Ölçek 4 dereceli değerlendirmeyle ölçülmektedir. “Kesinlikle katılıyorum” yanıtı için 1, “katılıyorum” yanıtı için 2, “katılmıyorum” yanıtı için 3, “kesinlikle katılmıyorum” yanıtı için 4 puan verilir. 12. madde ters yönde puan almaktadır. Ölçeğin tamamı için en az 16, en fazla 64 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanların düşük olması kalp sağlığı ile ilgili daha olumlu tutumları göstermektedir. Çocuk kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeğinin (Children’s Cardiovascular Health Promotion Attitude Scale) iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0,80 dir. Alt gruplara bakıldığında iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları beslenme için 0,70 fizik aktivite için 0,76, sigara içme için 0,74 ve stres kontrolü için 0,63’dür. Ölçek maddelerinin içerik geçerliliği Amerikan Kalp Birliği (AHA) tarafından desteklenen kalp sağlığının geliştirilmesi kavramından oluşmuştur (33). Ölçeğin içerik geçerliliği için sağlığı geliştirme alanında deneyimli 1 çocuk sağlığı uzmanı, 1 kardiyovasküler sağlık dergisi editörü, 1 spor eğitim profesörü, 1 bölge okulu beslenme uzmanı ve 6 okul sağlığı hemşiresinden oluşan uzman grubundan görüş alınmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliği geliştirici tarafından faktör analizi ve varimax rotasyonu yapılarak değerlendirilmiştir. Faktör analizi sonucunda ölçeğin dört faktörlü bir yapıya sahip olduğu, her faktörün altında 4 madde toplandığı bulunmuştur (33). Buna göre çocuk kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeğinin alt grupları şunlardır:

1. Fiziksel aktivite (Physical activity)
2. Beslenme (Nutrition)
3. Sigara İçme (Smoking)
4. Stres kontrolü (Stress control)

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama işlemi, araştırmacının kendisi tarafından araştırmanın yapıldığı ilköğretim okullarında örneklem grubu öğrencilerine anket formları dağıtılarak, öğrencilerin anketleri kendilerinin doldurulması yolu ile toplanmıştır. Araştırmanın ön uygulaması için

ölçek 45 kişilik öğrenci grubuna uygulanmıştır. Buna göre Çocukların Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeğini doldurma süresi 15-20 dakikadır.

Araştırma kapsamına alınan öğrencilere ölçek uygulaması yapılmadan önce okul müdürleriyle plan yapılarak öğrencilerin eğitimlerini aksatmayacak şekilde her sınıf için haftada bir ders saati (beden eğitimi, müzik, resim –iş dersleri gibi) için izin alınmıştır. Birinci ölçek uygulaması tüm öğrencilere aynı hafta içinde, planlanan ders saatlerinde okullara gidilerek uygulanmıştır. Birinci uygulamadan 15 gün sonra bir haftalık süre içinde aynı plan doğrultusunda her sınıf için uygun ders saatlerinde ikinci uygulama yapılmıştır. Ölçek uygulamaları esnasında ders öğretmenleri de sınıfta bulunmuşlardır. Ölçek uygulaması yapılmadan önce araştırmaya katılan öğrencilere konuya ilişkin kısaca bilgi verilmiş, kendileriyle ilgili doğru ifadeleri seçmelerinin araştırmanın güvenilirliği için önemli olduğu açıklanmıştır. Öğrenciler ölçeği cevaplarırken etkilenmemeleri için birbirlerine bakmamaları ve kendi aralarında konuşmamaları istenmiştir. Örnekleme alınan öğrencilere Ek-1, Ek-2 deki formlar uygulanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi :

Veriler bilgisayarda SPSS paket programı ile değerlendirilmiştir.

Ölçeğin güvenilirliğine ilişkin olarak şu analizler yapılmıştır. Ölçeğin bağımsız gözlemciler arası uyumunu hesaplamak için ön uygulama yapmadan önce alınan uzman görüşlerinin değerlendirmesi Kendall İyi Uyuşum Katsayısı ile değerlendirilmiştir (41). Ölçeğin zamana karşı değişmezliğini test etmek amacıyla önerilen test- tekrar test güvenilirliği için Pearson Momentler Çarpımı uygulanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek üzere Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. İki uygulama arasındaki puanların farklılığını test etmek için iki eş arasındaki farkın önemlilik testi yapılmıştır.

Ölçeğin geçerliğine ilişkin olarak şu analizler yapılmıştır. Ölçeğin faktör yapısı Temel Bileşenler Analizi Varimax rotasyonu ile incelenmiştir (41).

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. GÜVENİRLİK ANALİZLERİ

4.1.1. UZMAN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 2 : Kendal Testi Sonucuna Göre Uzman Görüşlerinin Değerlendirmesi

Maddeler	n	\bar{x}	$S_{\bar{x}}$	Min.	Max.
1	10	9,5	0,70	8	10
2	10	8,8	1,98	4	10
3	10	9,8	0,42	9	10
4	10	9,2	1,31	6	10
5	10	9,7	0,48	9	10
6	10	9,8	0,42	9	10
7	10	9,3	1,05	7	10
8	10	8,5	1,50	5	10
9	10	9,5	0,70	8	10
10	10	9,8	0,42	9	10
11	10	9,7	0,48	9	10
12	10	8,6	2,01	5	10
13	10	8,5	2,01	5	10
14	10	9,3	1,56	5	10
15	10	9,0	1,33	6	10
16	10	9,4	0,84	8	10
n	W	X²	Sd	p	
10	0,1569	23,5419	15	0.073	

Uzmanların çocuk kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeğinin maddelerine verdikleri puanların analizi Tablo 2’de gösterilmiştir. Beslenme, egzersiz, sigara içme ve stres yönetimi konusunda çocukların kalp sağlığıyla ilgili tutumlarını ölçen çocuk kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeğini 10 uzmanın değerlendirmesi sonucunda elde edilen verilerin Kendal İyi Uyuşum Katsayısı istatistiksel analizi ile değerlendirilmesi sonucunda uzmanlar arasında istatistiksel düzeyde görüş birliği olduğu görülmüştür ($p > 0.05$) (41).

4.1.2. UYGULAMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRMESİ

Çocukların kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeğinin birinci ve ikinci uygulama toplam puanlarının korelasyonları sonucunda ölçeğin test tekrar test güvenilirlik katsayısı $r=0.58$ olarak bulunmuştur.

Tablo 3: Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği Maddelerinin Madde- Toplam Puan Korelasyonları (n=315)

Maddeler (16)	r
1	0,57**
2	0,55**
3	0,52**
4	0,53**
5	0,46**
6	0,47**
7	0,52**
8	0,51**
9	0,47**
10	0,45**
11	0,55**
12	0,30**
13	0,39**
14	0,41**
15	0,45**
16	0,48**

** $p < 0.01$

Çocuk kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeğinin her maddesinin madde- toplam puan güvenilirlik katsayıları Tablo 3'de gösterilmiştir. Madde-toplam puan korelasyonları 0.30 ile 0.57 arasında dağılım göstermiştir.

Tablo 4: Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği ve Alt Gruplarının Ortalama, Standart Sapma ve Alfa Değerleri

	Madde Sayısı	Alınabilecek Alt ve Üst Puanlar	\bar{x}	S_x	Alfa Değeri
Faktör1- Egzersiz	4	1-16	6.2	2.1	0.74
Faktör2-Beslenme	4	1-16	6.2	2.1	0.67
Faktör3- Sigara İçme	4	1-16	5.4	2.1	0.64
Faktör4-Stres Kontrolü	4	1-16	6.1	2.3	0.50
Toplam Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği	16	16-64	24.1	5.8	0.75

Çocuk kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeğinin ve alt gruplarının iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları Tablo 4’da verilmiştir. İç tutarlılık güvenilirlik katsayısı tüm ölçek maddeleri için 0.75, egzersizle ilgili alt grup için 0.74, beslenmeyle ilgili alt grup için 0.67, sigarayla ilgili alt grup için 0.64, stres kontrolüyle ilgili alt grup için 0.50 olarak bulunmuştur.

Tablo 5: Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği İle Alt Gruplar Arasındaki Korelasyonlar (n=315)

Alt Gruplar	r
Egzersiz -CVHPAS	0.72**
Beslenme-CVHPAS	0.69**
Sigara-CVHPAS	0.63**
Stres Kontrolü-CVHPAS	0.63**

**p< 0.01

Çocuk kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeği alt gruplarının toplam puan korelasyonları Tablo 5’de verilmiştir. Ölçek alt gruplarının toplam puan korelasyonları 0.63 ile 0.72 arasında değerler almıştır.

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

	Birinci Uygulama		İkinci Uygulama		t	p
	\bar{x}	S \bar{x}	\bar{x}	S \bar{x}		
Toplam Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği	24.1	5.8	24.0	6.4	0.150	0.881
Fizik Aktivite	6.2	2.1	6.3	2.4	-0.648	0.518
Beslenme	6.2	2.1	6.3	2.4	-0.897	0.370
Sigara İçme	5.4	2.1	5.4	2.1	0.503	0.615
Stres Kontrolü	6.1	2.3	5.9	2.1	1.365	0.173

Çocuk kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeği ve alt grupların birinci ve ikinci uygulama puan ortalamaları Tablo 6’de gösterilmiştir. Ölçek ve alt gruplarının iki uygulaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p>0.05$).

4.2. GEÇERLİK ANALİZLERİ

4.2.1.FAKTÖR ANALİZİ

Tablo 7: Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeğine Uygulanan Temel Bileşenler Analizi ve Varimax Rotasyonu Sonrasında Ortaya Çıkan Faktörlerin Örüntüleri

Faktörler	Özdeğeri (eigenvalue)	Açıkladığı Varyansın Yüzdesi	Katılan Madde No	Ortak Varyans Communality	Faktör Ağırlığı
Faktör-1	3.89	24.4	1	.66040	.78
			2	.57881	.72
			3	.50689	.67
			4	.55271	.69
Faktör-2	1.63	10.2	5	.48914	.67
			6	.49428	.67
			7	.67388	.78
			8	.43793	.55
Faktör-3	1.42	8.9	9	.62845	.77
			10	.61545	.76
			11	.63499	.74
			12	.22714	.36
Faktör-4	1.36	8.5	13	.41164	.63
			14	.37604	.57
			15	.55529	.71
			16	.47500	.63

Çocuk kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeği için yapılan Temel Bileşenler Analizi ve Varimax Rotasyonu sonuçları Tablo 7’de gösterilmiştir. Türkçeleştirilen ölçeğin Temel Bileşenler Analizi sonucunda dört faktörlü bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Ölçeğin dört faktörlü çözümlemesinde özdeğerleri (eigenvalue) sırasıyla 3.89, 1.63, 1.42, 1.36 olarak bulunmuştur. Tablodan da anlaşılacağı gibi her faktörde dört madde toplanmıştır.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu bölümde çocuk kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeğinin Türkçeleştirilmesi, yeni formun geçerliliği ve güvenilirliğine ilişkin veriler tartışılmıştır.

5.1. Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeğinin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

Çocuk kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeğinin dil geçerliliği için gerekli çeviriler yapıldıktan sonra ölçeğin uzmanlar arasındaki görüş farklılıklarının Kendall İyi Uyuşum Katsayısıyla incelendiği Tablo 2’de görüldüğü gibi uzmanların ölçek maddelerine verdikleri puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Uzman görüşleri arasında farklılık olmaması ölçeğin “bağımsız gözlemciler arası uyum” güvenilirliğini ve “dil geçerliliği” ölçütünün sağlandığını göstermiştir (40,41).

Ölçek maddelerinin işlevliliğini değerlendirmek için uygulamadan önce yapılan ön uygulamada, örneklem grubuyla benzer özelliklere sahip olan ön uygulama grubunun yanıtlarının değerlendirilmesi ile madde- toplam ölçek korelasyon katsayılarının bazılarının yeterli düzeyde olmaması örneklem sayısının az olmasına bağlanmıştır. Ön uygulamada ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı ($\alpha = 0.72$) iyi düzeyde bulunmuştur (40,64).

Test-tekrar test korelasyonlarının sonuçlarına bakıldığında, ölçeğin birinci ve ikinci uygulamasından elde edilen toplam puanlar arasında $r = 0.58$ orta düzeyde korelasyon değeri elde edilmiştir ($p < 0.01$). Test-tekrar test güvenilirliği, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür (40,41,63,64). Bu çalışmada iki ölçüm arasında bırakılan zamanın uygun olmasına, iki ölçümün yapıldığı koşulların benzer olmasına rağmen test tekrar test güvenilirlik katsayısı yüksek çıkmamıştır. Bu durum tutum, duygudurum ve fiziksel durum gibi özelliklerin iki ölçüm arasındaki zaman aralığında herhangi bir nedenle değişebileceğine bağlanmıştır (70).

Ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları Tablo 3’de görüldüğü gibi 0.30 ile 0.57 arasında orta düzey ilişkili değerler almıştır ($p < 0.01$). Tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyonları 0.30 ve üstünde olduğu için, hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır (40,41,63).

İç tutarlılık güvenilirlik katsayısını gösteren alfa değerleri Tablo 4’da görüldüğü gibi ölçek için 0.75 iyi düzeyde bulunmuştur. Alfa değerleri ölçeğin fizik aktivite alt grubu için 0.74, beslenme alt grubu için 0.67, sigara içme alt grubu için 0.64, stres kontrolü alt grubu için 0.50 bulunmuştur. Stres kontrolü alt grubunun alfa değeri sınır kabul edilen iç tutarlık güvenilirlik sınırında bulunmuştur (63). Arvidson’un çalışmasında alfa değerleri ölçek için 0.80, fizik aktivite alt grubu için 0.76, beslenme alt grubu için 0.70, sigara alt grubu için 0.74, stres kontrolü alt grubu için 0.63 olarak bulunmuştur (33). Bu çalışmada ölçeğin tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğünü kanıtlamak için elde edilen iç tutarlık güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için yeterli sayılabilecek düzeyde bulunmasına rağmen , sigara içme, beslenme, stres kontrolü alt ölçekleri için yeterli düzeyde bulunamamıştır.

Çocuk kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeği ile alt gruplar arasındaki korelasyonların incelendiği Tablo 5’de alt grup- toplam puan korelasyonlarının anlamlı düzeyde yüksek bulunması ölçeğin güvenilirliğini desteklemektedir (63).

Ölçümler arası farklılıkların incelendiği Tablo 6’de ölçeğin ve alt grupların birinci ve ikinci uygulamalarından elde edilen puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Bu sonuç ölçeğin zamana karşı değişmezliğini gösteren bir durum olarak yorumlanmıştır (63).

5.2. Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeğinin Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Araştırmada çeviri ve geri çevirileri yapılan çocuk kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeğinin istenilen alanı temsil edip ölçebilirliği çeşitli üniversitelerde hemşirelik, psikoloji, eğitim bilimleri, tıp bölümlerinde öğretim üyesi olan kişilerin görüşlerine sunulmuş ve öneriler doğrultusunda gerekli yeni şekil verilerek “dil geçerliği” ölçütü sağlanmaya çalışılmıştır.

Ölçeğin yapı geçerliğini ölçmek için kullanılan Temel Bileşenler Analizi kullanılarak ölçeğin faktör yapısı incelenmiştir (Tablo 7). Ölçeği geliştiren Arvidson (1990) çocukların beslenme, egzersiz, sigara içme, stres kontrolü ile ilgili tutumlarını ölçmek üzere 4 alan üzerinde odaklanmıştır. Ölçekteki her faktör 4 maddeden oluşmuştur (33).

Bu araştırmada, kültürel farkların yaratabileceği sonucu görmek için Temel Bileşenler Analizinde özdeğeri (eigenvalue) 1’i aşan sınırsız bir çözümlleme varimax rotasyonu ile benimsenmiştir. Bu zmlleme sonucunda 4 faktörlü bir yapı ortaya çıkmış, aynı faktörlerle yüklenen maddelerin uyumu dikkat çekmektedir. Bu zmllemeler sonucunda Arvidson’un asıl ölçek çalışmasında elde ettiği faktör yapısıyla benzerlik göstermesi ve maddelerin toplandığı alanlar ve faktör ağırlıkları dikkate alınarak ölçeğin 4 faktörlü bir yapıya sahip olduğu bir kez daha vurgulanmıştır.

Araştırmada 16 maddeli ölçeğin faktör ağırlığı .36’nın üzerinde bulunmuştur. Faktör analizinden elde edilen sonuçlar orijinal çalışmada belirlenen sınırlar ve belirlenen değerlerle uyumludur. Araştırma sonucunda Türkçe ocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum leği Faktör 1 kapsamına girmiş maddelerin “Egzersiz”, Faktör 2 kapsamına girmiş maddelerin “Beslenme”, Faktör 3 kapsamına girmiş maddelerin” Sigara içme”, Faktör 4 kapsamına girmiş maddelerin “Stres yönetimi” kavramlarını yansıtan maddelerden oluştuğunu ve toplam varyansın %51.8’sini açıkladığı bulunmuştur .

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Sağlıklı okul çağı çocuklarının egzersiz, beslenme, sigara içme ve stres yönetimiyle ilişkili tutumlarını ölçen Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeği'ni Türk literatürüne kazandırmak amacıyla planlanan ve uygulanan çalışmada elde edilen sonuçlar şöyle sıralanabilir.

Çocuk kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeğinin Türkçeleştirilerek geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması işlemleri sonucunda;

- Türkçeleştirilen ölçeğin dil açısından asıl İngilizce formundan istatistiksel düzeyde farklılık göstermediği ve iki dilde yazılmış olan formların eş değerde olduğu sonucuna varılmıştır.
- Bağımsız gözlemciler arasında uyum güvenilirlik ölçütü ile Türkçeleştirilen ölçek maddelerinin için uzmanlar arasında görüş farklılığı yoktur.
- Elde edilen bulgular örneklem grubu için ölçeğin iyi düzeyde iç tutarlılık güvenilirlik katsayısına sahip olduğunu göstermiştir. Ölçeğin sigara içme, beslenme, stres kontrolü alt gruplarının iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı sınırdan olmakla birlikte fizik aktivite alt grubunun iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur.
- Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği incelendiğinde birinci uygulama toplam puanları ile ikinci uygulama toplam puanları arasında $r=.58$ orta düzeyde ilişki bulunmuştur.
- Ölçek maddelerinin madde-toplam puan korelasyonları incelendiğinde maddeler ile ölçek arasında orta düzey ilişki bulunmuş hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır.
- Ölçeğin faktör yapı geçerliği incelendiğinde , ölçeğin İngilizce formunda olduğu gibi dört faktörlü çözümlenmeye uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

6.2.ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına göre öneriler aşağıda verilmiştir:

- Türkçeleştirilerek geçerlik ve güvenilirliği yapılan Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeğinin (16 maddelik) daha rafine olması için, ölçeğin, daha geniş kapsamlı sosyoekonomik düzeyleri, yöreleri ve yaş gruplarını temsil eden örneklemelere uygulanması, değişmezliğinin araştırılması,
- Bu çalışmada elde edilen ölçek ve alt grupların alfa değerlerinin asıl çalışmada elde edilen alfa değerlerinden düşük olması, test-tekrar test güvenilirlik katsayısının yüksek olmaması nedeniyle sonraki çalışmalarda ölçeğin tekrar gözden geçirilerek, farklı örneklem gruplarına uygulanması ve ölçeğin ve alt grupların iç tutarlılığına ve test tekrar test güvenilirliğine bakılması,
- Sonraki çalışmalarda ölçek uygulamalarında benzer koşulların sağlanması, öğrencilerin birbirlerinden etkilenmemesi için küçük grupların oluşturulması ya da yüz yüze görüşme tekniklerinin kullanılması,
- Sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinde hizmet veren hemşireler tarafından çocukların kardiyovasküler risk faktörlerinin belirlenmesine yönelik araştırmalarda ve kalp sağlıklarını geliştirmek amacıyla yapılan eğitim programlarında çocuk kalp sağlığını geliştirme tutum ölçeğinin kullanılması,
- Çocukların kalp sağlıklarını geliştiren tutumlarını, kardiyovasküler hastalık risklerini ; ilgili kavramları ölçen geçerli ve güvenilir araçların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması,
- Çocukların kalp sağlıklarını geliştiren tutumları etkileyen “yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum” gibi daha kapsamlı sosyodemografik özelliklerin ilişkilerinin araştırılması ve bu yönde hemşirelik hizmetlerinin planlanması,
- Ölçek sorularına verilen yanıtlar (kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, katılmıyorum , kesinlikle katılmıyorum) yerine Türk toplumuna daha uygun ifadelerin araştırılıp kullanılması,
- KVH gelişme riski yüksek olan çocukların erken dönemde saptanıp, erken dönemde önlemlerin alınması için toplum sağlığı hemşirelerinin okullar, aileler ve sağlık kurumları gibi diğer disiplinlerle işbirliği yapması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1) American Heart Disease Statistics. "International Cardiovascular Disease Statistics" <http://www.americanheart.org/statistics/biostats/bioin.htm>
- 2)DSÖ Sağlık Raporu 1998. 21 yy.'da Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon, Çev. Ed. Metin B., Akın A., Güngör İ.: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara, 1998.
- 3) Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 2000. TTB Yayınları. İzmir, 2000.
- 4) Onat A., Keleş İ., Çetinkaya A.:On Yıllık Tekharf Çalışması Verilerine Göre Türk Erişkinlerinde Koroner Kökenli Ölüm ve Olayların Prevelansı Yüksek. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2001; 29: 8-19
- 5) Koroner Kalp Hastalığının Tedavisinde Bireysel Yaklaşım ve Koruyucu Kardiyoloji Servis Organizasyonu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 1999; 27: 257-316
- 6) Wimbush F., Peters R.: Identification of Cardiovascular Risk. Public Health Nursing. 2000; 17: 3. 148-154
- 7) Underhill S., Woods S., Froelicher E.: Cardiac Nursing. Lippincott Company. 1989.
- 8) American Heart Disease Statistics. "Youth and CVD". <http://www.americanheart.org/statistics/biostats/bioyo-htm>.
- 9) American Heart Disease Statistics. "Cigarette smoking statistics" <http://www.americanheart.org/Heart and Stroke A-Z Guide/cias.html/>
- 10) American Heart Disease Statistics. "Cigarette and Tobacco Smoke"<http://www.americanheart.org/statistics/biostats/bioci.htm>
- 11) American Heart Disease Statistics. "Cigarette smoking and Cardiovascular disease" <http://www.americanheart.org/heart and stroke A-Z Guide/cige vd. html>
- 12) Tell G., Polak T.F., Word B.J. : Relation of smoking with carotid artery wall thickness and stenosis in older adults. Circulation. 1994; 90: 2905-2908
- 13) Bozkurt E., Emek A., Erol K.:Sigara İçenlerde ve İçmeyenlerde Nitrik Oksit Seviyeleri – Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2001; 29: 31-35.
- 14) Gidding S.S., Wayne M., Perry C. :Active and Passive Tobacco Exposure: A serious Pediatric Health Problem. Circulation.1994; 90(5). 2581-2590.
- 15) Nahçıvan N.Ö.:Sağlığı Geliştirme Programı: Adölesanlarda Sigara Tüketimi, Önlenmesi ve Öz-Bakım Gücü İlişkisi. Hemşirelik Bülteni. 1994. Cilt:VII (33).

- 16) Başar E.: Pasif Sigara İçiminin Kardiyak Etkileri. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2000; 28: 239-244
- 17) Scott T.W.: Cardiovascular Effects of Environmental Tobacco Smoke. Circulation. 1996; 94:559
- 18) Buiten C., Metzger B.: Childhood obesity and risk of cardiovascular disease. Pediatric Nursing. 2000; (26).
- 19) American Heart Statistics. "Overweight and Obesity"
<http://www.americanheart.org/statistics/biostats/bioow.htm>
- 20) Köksal G. :Çocukluk Çağı Şişmanlığı .Sendrom Dergisi. 1993;(6):39-45.
- 21) Başkan M., Koçak G., Gürses D.: Çocuklarda Obesite ile Ventrikül Repolarizasyonu Arasındaki İlişki. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2001; 29: 47-52.
- 22) Donnelly J., Dennis L., Legowski P.: Family-Style foodservice can meet US dietary guidelines, for elementary school children. JAMA. 2000.
- 23)Guidelines for School Health Programs to Promote Lifelong Healthy Eating. Journal of School Health. 1997; 67(9)
- 24) Nahçıvan N.Ö.:Sağlıklı Yaşam İçin Egzersizin Önemi. Hemşirelik Bülteni.1994; 8(34).
- 25) American Heart Statistics. "Physical Inactivity"
<http://www.americanheart.org/statistics/biostats/bioow.htm>.
- 26) Marcoux M., Sallis J., McKenzie T.: Process Evaluation of a Physical activity self-management program for children. Psychology and Health. 1999; (14): 659.
- 27)Guidelines for School and Community Programs to Promote Lifelong Physical Activity Among Young People. Journal of School Health. 1997; (67):202.
- 28) Simons-Morton B., McKenzie T.: Physical activity in a multiethnic population of third graders in four states. Journal of Public Health.1997; (87) :45.
- 29) Washington R.: Interventions to reduce cardiovascular risk factors in children and adolescents. American Family Physician. 1999; (59): 2211.
- 30) Hayran O. Sağlık Hizmetleri El Kitabı. Yüye Yayım. İstanbul, 1998
- 31) Harrel J. McMurray R. A.:Public Health vs. a Risk Based Intervention to Improve Cardiovascular Health in Elementary School Children. American Journal of Public Health.1999; (89): 1529.

- 32) Harrel J., Gansky S. :School-Based Interventions Improve Heart Health in Children With Multiple Cardiovascular Risk Factors. *Pediatrics*. 1998; (102):371.
- 33) Martin J.: Effectiveness of Cardiovascular Health Promotion Education Intervention on the Attitudes of Urban American School-Age Children. *Journal of Community Health Nursing* .2000; (17): 49-60.
- 34) Servonsky J., Opas S.R.: *Nursing Management of Children*. Jones and Barlett Publishers. Boston, 1987.
- 35) Açıkgöz K.: *Etkili Öğrenme ve Öğretme*. Kanyılmaz Matbaa. İzmir, 1996.
- 36) Matt S., Fazekos N.F., James S.R.: *Nursing Care Of Children and Families A Holistic Approach*-Addison-Wesley Comp. California, 1985.
- 37) Elder J.P., Mcgraw S. :Describes The part of the United States Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH). *Health Education*. 1994; 21(2): 107.
- 38) Rakel R. :*Textbook of Family Practice*. Saunders Company. 1990.
- 39) Selçul Z. : *Eğitim Psikolojisi Gelişim ve Öğrenme*. Nobel Yayınları .Ankara, 1999.
- 40) Öner N.: *Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler*. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası. İstanbul, 1994.
- 41) Karasar N.: *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara, 1994.
- 42) Ebrahim S., Smith G.D.: Exporting Failure? Coronary Heart Disease and Stroke in Developing Countries. *International Journal of Epidemiology*.2001;(30).
- 43) Braunwald E.: *Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine*. Volume:2 Fourth Edition. Saunders Company. Philadelphia, 1992.
- 44) Martinelli A.M.:An Explanatory Model of Variables Influencing Health Promotion Behaviours in Smoking and Nonsmoking College Students. *Journal of Public Health Nursing*. 1999; 16(4).
- 45) Demirezen E., Erdoğan S.: Okul Çağı Çocuklarında Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri. *Çocuk Forumu Dergisi*.2001;4(1).
- 46) Okyay P.: Osmangazi Seher-Şükrü Ergil Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Kadınlarda Şişmanlık Prevelansı ve Risk Faktörleri. D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi. İzmir,1998.
- 47) Kumanyika S., Stettler N.: Commentary: Getting Ahead of Childhood Obesity Curve . *International Journal of Epidemiology*.2001; (30).
- 48) Buiten C., Metzger B.: Childhood Obesity and Risk of Cardiovascular Disease. A R

- Review of the Science. *Pediatric Nursing*. 2000; 26(1).
- 49) Chen M., et al.: The Effectiveness of Health Promotion Counseling for Overweight Adolescent Nursing Students in Taiwan. *Public Health Nursing*. 2001;18(5).
- 50) Freedman, D. etc.all.: The Relation of Overweight to Cardiovascular Risk Factors Among Children and Adolescents: The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, Part 1 of 3, 1999.103(8).
- 51) Kuller L.H.:Prevention of Cardiovascular Disease and the Future of Cardiovascular Disease Epidemiology. *International Journal of Epidemiology*.2001;(30).
- 52) Huon G.F., Wardle J.: Improving Children's Eating Patterns: Intervention Programs and Underlying Principles. *Australian Journal of Nutrition & Dietetics*. 1999;56(3).
- 53) Batlaş Z. :Sağlık Psikolojisi. Remzi Kitabevi.İstanbul,2000.
- 54) Smith C M., Maurer F. A. :Community Health Nursing Theory and Practice . Saunders Company. Philadelphia,1995.
- 55) Spradley B.W., Allender, J.A.:Community Health Nursing Concepts and Practice. Fourth Edition. Lippincott Company. Philadelphia,1996.
- 56) Bremberg S.: Health Promotion in School Age Children. *Scand J Soc Med*. 1998; 26(2).
- 57) Ewag , L., Simmet,İ., Tindoll, B. Promoting Health A Proctical Guide. 4. Edition. New York,1999.
- 58) Kemn J., Close A. Health Promotion Theory and Practice. Macmillon Press.1.Edition. London ,1995.
- 59) Erdoğan S. ve ark.: Sağlığı Sürdürme, Sağlığı Geliştirme ve Hemşirelik. *Hemşirelik Bülteni*. 1994; 8(32).
- 60) Aydın A.: Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi. Alfa Basım.İstanbul,2000.
- 61) Gözüm S., Bağ, B.: Etkin Sağlık Eğitiminde Bilişsel Öğrenme kuramının Kullanımı. A. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998; 1(2).32-42.
- 62) Kağıtçıbaşı Ç.: İnsan ve İnsanlar. Evrim Basımevi.İstanbul,1996.
- 63) Akgül A.:Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri. SPSS Uygulamaları. Yükseköğretim Kurulu Matbaası. Ankara,1997.
- 64) Tezbaşaran A. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Özyurt Matbaası. Ankara,1996.

- 65) Miller M P. et al.: Prevention of Smoking Behaviour in Middle School Students: Student Nurse Interventions. Journal of Public Health Nursing. 2001; 18(2): 77-81.
- 66) Potts N., Mandelco, B.: Pediatric Nursing. Caring For Children and Their Families. Delmar Company. New York, 2002.
- 67) Freedman J L. Et al. Çev: Dönmez A. :Sosyal Psikoloji. İmge Kitabevi. Ankara, 1993
- 68) Bilgin N. Sosyal Psikolojide Yöntem ve Pratik Çalışmalara. E.Ü. edebiyat Fakültesi Yayınları. No:91. Ege Üniversitesi Basımevi. İzmir,1999.
- 69) Turgul Ö.: Çok Boyutlu Sağlık Anketinin-ÇSA'nın (MHQ) Türkiye'ye uyarlaması. E.Ü. Sağlık Bilimleri enstitüsü. Doktora Tezi. İzmir,2000
- 70) Aksayan S.,Gözüm S.: Kültürlerarası Ölçek Uygulaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. Hemşirelik Araştırma Dergisi.(Kabul yazısı alınmış, derginin Aralık 2002 sayısında yayınlanacaktır).



EKLER

Ek 1 – Sosyo Demografik Veri Toplama Formu

Bu soruların amacı sizin ve diğer çocukların egzersiz, beslenme, sigara içme ve problem çözme gibi konularda ne düşündüklerini bulmaktır. Lütfen aşağıdaki soruları elinizden geldiği kadar doğru bir biçimde cevaplandırınız. Bu bir test değildir , Çünkü hiç doğru ya da yanlış cevap yoktur. Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmadan cevaplandırınız.

Ad-Soyad: Okulunuzun Adı:

1. Yaş
2. Sınıf
3. Cinsiyetiniz Kız Erkek
4. Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?.....
5. Annenizin işi nedir?.....
6. Babanızın işi nedir?.....
7. Annenizin eğitim durumu;
 - a. Okuryazar değil
 - b. Okuryazar
 - c. İlkokul mezunu
 - d. Ortaokul mezunu
 - e. Lise mezunu
 - f. Yüksekokul, Üniversite mezunu
8. Babanızın eğitim durumu;
 - a. Okuryazar değil
 - b. Okuryazar
 - c. İlkokul mezunu
 - d. Ortaokul mezunu
 - e. Lise mezunu
 - f. Yüksekokul, Üniversite mezunu

Ek2-Çocuk Kalp Sağlığını Geliştirme Tutum Ölçeğinin Türkçeye Çevrilmiş Sonhali

Aşağıdaki soruları olabildiğince doğru cevaplayınız. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

- 1- Egzersiz yapmak benim için önemlidir.
 - a) kesinlikle katılıyorum
 - b) katılıyorum
 - c) katılmıyorum
 - d) kesinlikle katılmıyorum
- 2- Büyüdüğüm zaman egzersiz yapacağım.
 - a) kesinlikle katılıyorum
 - b) katılıyorum
 - c) katılmıyorum
 - d) kesinlikle katılmıyorum
- 3- Egzersiz yapmak eğlencelidir.
 - a) kesinlikle katılıyorum
 - b) katılıyorum
 - c) katılmıyorum
 - d) kesinlikle katılmıyorum
- 4- Egzersiz yapıyorum çünkü beni sağlıklı yapıyor.
 - a) kesinlikle katılıyorum
 - b) katılıyorum
 - c) katılmıyorum
 - d) kesinlikle katılmıyorum
- 5- Her sabah iyi bir kahvaltı yapmayı seviyorum.
 - a) kesinlikle katılıyorum
 - b) katılıyorum
 - c) katılmıyorum
 - d) kesinlikle katılmıyorum
- 6- Sebze yemeyi seviyorum.
 - a) kesinlikle katılıyorum
 - b) katılıyorum
 - c) katılmıyorum
 - d) kesinlikle katılmıyorum
- 7- Her gün sağlıklı besinler yemeyi seviyorum.
 - a) kesinlikle katılıyorum
 - b) katılıyorum
 - c) katılmıyorum
 - d) kesinlikle katılmıyorum
- 8- Okuldan sonra acıktığımda meyve ya da benim için faydalı olduğuna inandığım bir şey yemeyi seviyorum.
 - a) kesinlikle katılıyorum
 - b) katılıyorum
 - c) katılmıyorum
 - d) kesinlikle katılmıyorum

- 9- Annem-babam ya da çevremdeki yetişkinler sigara içtiğinde bu beni rahatsız eder.
- kesinlikle katılıyorum
 - katılıyorum
 - katılmıyorum
 - kesinlikle katılmıyorum
- 10- Sigara içmek kansere yol açabilir.
- kesinlikle katılıyorum
 - katılıyorum
 - katılmıyorum
 - kesinlikle katılmıyorum
- 11- Çevremdeki diğer insanlar sigara içtiğinde bu beni rahatsız eder.
- kesinlikle katılıyorum
 - katılıyorum
 - katılmıyorum
 - kesinlikle katılmıyorum
- 12- Büyüdüğüm zaman sigara içmek istiyorum.
- kesinlikle katılıyorum
 - katılıyorum
 - katılmıyorum
 - kesinlikle katılmıyorum
- 13- Sorunlarım hakkında konuşabileceğim bir yakınım var (anne-babanız,öğretmeniniz ya da bir arkadaşınız).
- kesinlikle katılıyorum
 - katılıyorum
 - katılmıyorum
 - kesinlikle katılmıyorum
- 14- Bir şey anlatmak istediğim zaman annem ve babam beni dinler.
- kesinlikle katılıyorum
 - katılıyorum
 - katılmıyorum
 - kesinlikle katılmıyorum
- 15- Çoğu zaman mutluyumdur.
- kesinlikle katılıyorum
 - katılıyorum
 - katılmıyorum
 - kesinlikle katılmıyorum
- 16- Kendim olmayı seviyorum.
- kesinlikle katılıyorum
 - katılıyorum
 - katılmıyorum
 - kesinlikle katılmıyorum

**Ek3- CHILDREN'S CARDIOVASCULAR HEALTH PROMOTION ATTITUDE
SCALE
(ORIJINAL ÖLÇEK)**

The purpose of these questions is to find out how you and other children feel about exercise, nutrition, smoking and problem solving. Please answer the following questions as truthfully as you can. There are no right or wrong answers. **THIS IS NOT A TEST!**

1. Age (in years): _____
2. Grade: _____
3. Gender: Male _____ Female _____
4. Race:
 - a. White
 - b. African-American
 - c. Hispanic
 - d. Asian
 - e. Other
5. Who do you live with
 - a. both my mother and father
 - b. my mother and stepfather
 - c. my father and stepmother
 - d. my mother
 - e. my father
 - f. other: _____

Answer the following questions as honestly as you can:

1. I live to exercise
 - a. strongly agree
 - b. agree
 - c. disagree
 - d. strongly disagree

2. When I grow up I am going to exercise
 - a. strongly agree
 - b. agree
 - c. disagree
 - d. strongly disagree

3. Exercising is fun
 - a. strongly agree
 - b. agree
 - c. disagree
 - d. strongly disagree

4. I exercise because it makes me healthy.
 - a. strongly agree
 - b. agree
 - c. disagree
 - d. strongly disagree

5. I like to eat a good breakfast every morning
 - a. strongly agree
 - b. agree
 - c. disagree
 - d. strongly disagree

6. I like to eat vegetables.
 - a. strongly agree
 - b. agree
 - c. disagree
 - d. strongly disagree

7. I like to eat healthy food every day.
 - a. strongly agree
 - b. agree
 - c. disagree
 - d. strongly disagree

8. When I am hungry after school I like to eat fruit or something good for me.
 - a. strongly agree
 - b. agree
 - c. disagree
 - d. strongly disagree

9. It bothers me if my parents or other adults around me smoke.
 - a. strongly agree
 - b. agree
 - c. disagree
 - d. strongly disagree

10. Smoking can cause cancer.
 - a. strongly agree
 - b. agree
 - c. disagree
 - d. strongly disagree

11. It bothers me if other people around me smoke.
 - a. strongly agree
 - b. agree
 - c. disagree
 - d. strongly disagree

12. When I grow up I am going to smoke.
 - a. strongly agree
 - b. agree
 - c. disagree
 - d. strongly disagree

13. I have a grown-up I can talk to about my problems (such as your parents, a teacher or a neighbor).
 - a. strongly agree
 - b. agree
 - c. disagree
 - d. strongly disagree

14. My parents listen to me when I want to tell them something.
 - a. strongly agree
 - b. agree
 - c. disagree
 - d. strongly disagree

15. Most of the time I am happy.
 - a. strongly agree
 - b. agree
 - c. disagree
 - d. strongly disagree

16. I like being me.
 - a. strongly agree
 - b. agree
 - c. disagree
 - d. strongly disagree

Ek4 - İngilizceye Geri Çevirisi Yapılmış Olan Children's Cardiovascular Health Promotion Attitude Scale

The purpose of these questions is to find out how you and other children feel about exercise, nutrition, smoking and solving problem. Please answer the questions below as honestly as possible. There aren't any right or wrong questions. This is not a test.

- 1- Age (year):.....
- 2- Degree:.....
- 3- Gender: Male:..... Female:.....
- 4- Race: a) White
b) African-American
c) Hispanic
d) Asian
e) Other
- 5- Who do you live with
a) both my mother and father
b) my mother and stepfather
c) my father and stepmother
d) my mother
e) my father
f) other:.....

Answer these questions as honestly as you can.

- 1- I live to exercise.
 - a) strongly agree
 - b) agree
 - c) disagree
 - d) strongly disagree

- 2- I am going to do exercise when I grow up.
 - a) strongly agree
 - b) agree
 - c) disagree
 - d) strongly disagree

- 3- Doing exercise is funny.
 - a) strongly agree
 - b) agree
 - c) disagree
 - d) strongly disagree

- 4- I do exercise as it makes me healthy.
 - a) strongly agree
 - b) agree
 - c) disagree
 - d) strongly disagree

- 5- I like having a good breakfast every morning.
 - a) strongly agree
 - b) agree
 - c) disagree
 - d) strongly disagree

- 6- I like eating vegetables.
 - a) strongly agree
 - b) agree
 - c) disagree
 - d) strongly disagree

- 7- I like having healthy food every day.
 - a) strongly agree
 - b) agree
 - c) disagree
 - d) strongly disagree

- 8- When I am hungry after the school ,I like eating either fruit or anything that is good for me.
 - a) strongly agree
 - b) agree
 - c) disagree
 - d) strongly disagree

- 9- If my parents or others around me smoke, it disturbs me .
- strongly agree
 - agree
 - disagree
 - strongly disagree
- 10- Smoking may cause cancer.
- strongly agree
 - agree
 - disagree
 - strongly disagree
- 11- If other people around smoke ,it disturbs me.
- strongly agree
 - agree
 - disagree
 - strongly disagree
- 12- I am going to smoke when I grow up.
- strongly agree
 - agree
 - disagree
 - strongly disagree
- 13- I have a grown-up person that I can talk to about my problems (such as parents, teacher or a neighbor).
- strongly agree
 - agree
 - disagree
 - strongly disagree
- 14- My parents listen to me when I want to tell them something.
- strongly agree
 - agree
 - disagree
 - strongly disagree
- 15- Generally I am happy.
- strongly agree
 - agree
 - disagree
 - strongly disagree
- 16- I like being as I am.
- strongly agree
 - agree
 - disagree
 - strongly disagree