



TC.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İŞİTME ENGELLİ ADÖLESANLARA YÖNELİK ÇEVİRİM
İÇİ SAĞLIK EĞİTİMİNİN SAĞLIĞI GELİŞTİRMEYE
ETKİSİ**

Ferhat ÇELİK

**Temmuz 2021
DENİZLİ**

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İŞİTME ENGELLİ ADÖLESLANLARA YÖNELİK ÇEVİRİM İÇİ
SAĞLIK EĞİTİMİNİN SAĞLIĞI GELİŞTİRMEYE ETKİSİ**

**HALKSAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Ferhat ÇELİK

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ

Denizli, 2021

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı: Ferhat ÇELİK

İmza:

ÖZET**İŞİTME ENGELLİ ADÖLESLANLARA YÖNELİK ÇEVİRİM İÇİ SAĞLIK EĞİTİMİNİN SAĞLIĞI GELİŞTİRMEYE ETKİSİ**

Ferhat ÇELİK

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD
Tez Yöneticisi: Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ

Temmuz 2021, 82 Sayfa

Bu araştırmanın amacı işitme engelli adölesanlara yönelik çevrim içi sağlık eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisini incelemektir. Çalışmanın tipi ön test-son test yarı deneysel tasarımıdır. Araştırma örneklemini 71 işitme engelli adölesan oluşturmaktadır. Veriler Tanımlayıcı Bilgi Formu ve Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği-Kısa Form (ASGÖ-KF) ile toplanmıştır. İşitme engelli adölesanlara 40'ar dakikalık 6 oturumdan oluşan beslenme, sosyal destek, sağlık sorumluluğu, yaşam memnuniyeti, egzersiz ve stres yönetimi konularında işaret dili ile desteklenmiş çevrim içi sağlık eğitimi verilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 25.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma analizleri ile değerlendirilmiştir. Ön test-son test verileri Marginal Homogeneity Testi, McNemar Testi ve Paired Samples t Testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. İşitme engelli adölesanlara verilen sağlık eğitimi sonrası ön test-son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; beslenme, sosyal destek, yaşam memnuniyeti ve toplam ASGÖ-KF puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Sağlık sorumluluğu, egzersiz ve stres yönetimi alt boyutları puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). İşitme engelli adölesanlara yönelik çevrim içi sağlık eğitim programlarının planlanmasının ve yürütülmesinin sağlıklı yaşam davranışları üzerinde olumlu katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: işitme engelli, adölesan, çevrim içi sağlık eğitimi, sağlığı geliştirme

ABSTRACT**THE EFFECT OF ONLINE HEALTH EDUCATION FOR HEARING IMPAIRED ADOLESCENTS ON HEALTH PROMOTION**

ÇELİK, Ferhat

Master Thesis, Department of Public Health Nursing

Supervisor: Assist. Prof. Fadime Hatice İNCİ

July 2021, 82 Pages

The aim of this research is to examine the effect of online health education for hearing impaired adolescents on health promotion. The type of the study is pretest-posttest quasi-experimental design. The research sample consists of 71 hearing impaired adolescents. Data were collected using the Introductory Information Form and the Adolescent Health Promotion-Short Form (AHP-SF). The hearing-impaired adolescents were given online health education supported with sign language on nutrition, social support, health responsibility, life appreciation, exercise and stress management consisting of 6 sessions of 40 minutes each. IBM SPSS 25.0 statistics package program was used to evaluate the data. In the analysis of the data, descriptive data were evaluated by number, percentage, mean and standard deviation analysis. Pre-test and post-test data were evaluated with Marginal Homogeneity Test, McNemar Test and Paired Samples t Test. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$. Comparing the pre-test and post-test mean scores after the health education given to the hearing impaired adolescents; A statistically significant difference was found in terms of nutrition, social support, life appreciation and AHP-SF total score mean ($p < 0.05$). There was no significant difference in terms of mean scores for health responsibility, exercise and stress management sub-dimensions ($p > 0.05$). It is thought that planning and conducting online health education programs for hearing-impaired adolescents will contribute positively to healthy living behaviors.

Keywords: hearing impaired, adolescent, online health education, health promotion

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim ve öğretim sürecim boyunca tüm desteğini ve özverisini her adımda hissettiğim, emeğini, mesleki deneyimlerini, yardımını hiçbir zaman esirgemeyen, her yönüyle örnek aldığım değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ'ye,

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Doç. Dr. İlgün Özen ÇINAR'a, Doç. Dr. Gülbahar Korkmaz ASLAN'a ve Doç. Dr. Asiye KARTAL'a,

Tez savunma sınavında jüri olmayı kabul edip değerli bilgilerini bizlerle paylaşan Sayın Doç. Dr. Fatma BAŞALAN İZ'e,

Çalışmamın veri toplama ve içerik oluşturma sürecinde verdiği işaret dili desteği ile büyük katkıları bulunan değerli öğretmenim Yasemin KUZU'ya,

Tüm bu süreçte beni destekleyen, aldığım tüm kararlarda yanımda olan, sevgi ve desteğini esirgemeyen kıymetli eşim Hilal YÜKSEL ÇELİK'e,

Son olarak, hayatım boyunca her zaman ve her koşulda yanımda olan, desteklerini ve sevgilerini her daim hissettiğim canım aileme,

Sonsuz teşekkürler...

Ferhat ÇELİK

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	4
2.1. Engellilik Kavramı.....	4
2.2. İşitme Engellilik	5
2.3. İşitme Engelli Adölesanların Gereksinimleri.....	8
2.4. Sağlığı Geliştirme	10
2.5. Sağlık Eğitimi	12
2.6. Çevrim İçi Eğitim	13
2.7. Adölesan Sağlığını Geliştirmede Halk Sağlığı Hemşiresinin Rollerini	14
2.8. Araştırmanın Hipotezleri.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Tipi.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	17
3.4. Örneklem Kapsamına Dahil Edilme Ölçütleri	18
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	18
3.6. Veri Toplama Araçları.....	18
3.6.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek-1)	18
3.6.2. Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği-Kısa Formu (Ek-2)	19
3.7. Çevrim İçi Sağlık Eğitimi	20
3.8. Veri Toplama Yöntemi.....	27
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	29
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.12. Araştırmanın Süresi.....	29
4. BULGULAR	31
4.1. İşitme Engelli Adölesanların Tanımlayıcı Özellikleri.....	31
4.2. Adölesanların İşitme Engellerine Yönelik Tanımlayıcı Verileri.....	33
4.3. Engelli Adölesanların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bireysel Sağlık Farkındalığı	34
4.4. Adölesanların Toplam ASGÖ-KF ve Alt Boyutlarından Aldığı Madde Puan Ortalamaları	35

4.5. İşitme Engelli Adölesanların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası ASGÖ-KF Puan Ortalamalarının Dağılımı	36
5. TARTIŞMA.....	38
5.1. İşitme Engelli Adölesanların Tanımlayıcı Özelliklerinin incelenmesi.....	38
5.2. Adölesanların İşitme Engellerine Yönelik Tanımlayıcı Verilerinin İncelenmesi .	39
5.3. Engelli Adölesanların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bireysel Sağlık Farkındalığının İncelenmesi	39
5.4. Adölesanların Toplam ASGÖ-KF ve Alt Boyutlarından Aldığı Madde Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	40
5.5. İşitme Engelli Adölesanların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası ASGÖ-KF Puan Ortalamalarının Dağılımının incelenmesi.....	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
KAYNAKLAR.....	49
EKLER	
Ek-1 Tanımlayıcı Bilgi Formu	
Ek-2 Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği-Kısa Formu	
Ek-3 Eğitim Materyali Değerlendirme Formu	
Ek-4 Resim Çekimi ve Kullanımı Yayın Hakkı Devir Sözleşmesi Formu	
Ek-5 Araştırmacı İşaret Dili Sertifikası	
Ek-6 Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzinleri	
Ek-7 Bursa İl Milli Eğitim Müdürlüğü İzni	
Ek-8 Çevrim İçi Sağlık Eğitiminin Değerlendirilmesinde Görüşü Alınan Uzmanlar	

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1 Sağlıklı beslenme eğitim görseli	24
Şekil 3.2 Sosyal destek eğitim görseli	24
Şekil 3.3 Sağlık sorumluluğu eğitim görseli	25
Şekil 3.4 Yaşam memnuniyeti eğitim görseli	25
Şekil 3.5 Egzersiz eğitim görseli	26
Şekil 3.6 Stres yönetimi eğitim görseli.....	26
Şekil 3.7 Vücut kitle indeksi hesaplama eğitim görseli	27
Şekil 3.8 Araştırma uygulama şeması	28

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2. 1 İşitme kayıp derecesine göre dB cinsinden kayıp aralıkları ve işitme ve konuşmada yaşanan zorluklar.....	7
Tablo 3.1 Uzmanların eğitim materyalinin değerlendirilmesine verdikleri cevapların ortalaması.....	21
Tablo 3.2 Eğitim materyali değerlendirme formu bölümlerinin puanları	22
Tablo 3.3 Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği-Kısa Formu'nun alt boyutlarına göre oluşturulan çevrim içi sağlık eğitiminin içeriği	23
Tablo 3.4 Araştırma zaman çizelgesi	30
Tablo 4.1 İşitme engelli adölesanların tanımlayıcı verileri.....	32
Tablo 4.2 Adölesanların işitme engeline yönelik tanımlayıcı verileri	33
Tablo 4.3 Engelli adölesanların eğitim öncesi ve eğitim sonrası bireysel sağlık farkındalığı.....	34
Tablo 4.4 Toplam ASGÖ-KF ve alt boyutlarının puan ortalamaları.....	35
Tablo 4.5 İşitme engelli adölesanların eğitim öncesi ve eğitim sonrası ASGÖ-KF puan ortalamalarının dağılımı	36

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AHP-SF.....	Adolescent Health Promotion-Short Form
ASGÖ.....	Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği
ASGÖ-KF.....	Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği-Kısa Formu
ASHA.....	American Speech-Language-Hearing Association
dB HL.....	Desibel işitme düzeyi
DISCERN.....	Quality of Criteria For Consumer Health Information
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICF.....	International Classification of Functioning, Disability and Health
TÜİK.....	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO.....	World Health Organization

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Araştırması Raporu'na göre dünyada 15 yaş ve üzeri %15.6 engelli olduğu (785 milyon) tahmin edilmektedir. Küresel Hastalık Yüğü'ne göre ise %19.4 (975 milyon) engelli olduğu tahmin edilmektedir (World Health Organization 2011). Küresel veriler incelendiğinde 0-14 yaş engelli çocuk oranı %5.1 (95 milyon) olup, bunların %0.7'si (13 milyon) ciddi engelliliğe sahiptir. Türkiye'de Nüfus ve Konut Araştırması 2011 verilerine göre engelli nüfusun oranı %6.9'dur (TÜİK 2013). Türkiye 2020 Temmuz verilerine göre ise Ulusal Engelli Veri Tabanına kayıtlı 2 milyon 530 bin 376 engelli olduğu bilinmektedir (WEB_1). İşitme engellilik açısından bakıldığında ise Dünya nüfusunun %5.3'ü (360 milyon) işitme engellidir. İşitme engelli bireylerin 328 milyonu yetişkin, 32 milyonu 15 yaş altı çocuktan oluşmaktadır (Baños vd 2013, World Health Organization 2013). Çocuklarda işitme bozukluğu prevalansı, incelenen topluma bağlı olarak değişmekte olup yaklaşık %0.1 olarak görülmektedir (World Health Organization 2013). Türkiye'de 3 yaş ve üzeri nüfusun %1.1'i işitme güçlüğü yaşamaktadır (WEB_2).

Engelli bireyler hayatları boyunca psikolojik, fiziksel, sosyal, eğitim ve sağlık alanlarında çeşitli engellerle karşılaşmaktadır (Yılmaz ve Arıkan 2008). Psikolojik sorunlar arasında kendi duygularını ve diğer bireylerin görüşlerini yorumlamada zorluk, iletişim bozuklukları, dürtüsellik ve depresyon görülebilir. İşitme engelli adölesanlar kimlik karmaşası yaşayabilir ve düşük benlik saygısına sahip olabilir (Smith vd 2015). İşitme engelli bireylerin hayatlarını zorlaştıran en önemli unsurlardan biri dil engelidir. Dil engeli, iletişim sorunlarını doğuran temel faktörlerden biridir (Aydoğdu ve Yüksel 2019). Aile, arkadaş ve diğer sosyal çevreleri ile yeterli iletişim kuramama, kendilerini ifade etmede güçlük yaşamalarından dolayı eğitim, sağlık ve diğer kamusal hizmetlerden yeterince faydalanamama, sağlık personelleri ile yeterli iletişim kuramama, sağlık personeli tarafından yanlış anlaşılma ve sağlık personelinin eksik anlama gibi iletişim problemleri işitme engelli bireylerin yaşadığı sorunlara örnek gösterilebilir (Lier 2013, Smith vd 2015). Aile içinde anlaşılammak, mental problem yaşama riskini dört kat artırmaktadır (Lier 2013). İşitme engelli öğrencilerin sosyal ağının artırılması ilişki kurmayı kolaylaştıracaktır. İşitme engelli çocukların, engeli

olmayan akranlarından fiziksel olarak daha fazla istismara uğrama olasılığı yüksektir. Alay edilen, kötü muameleye maruz bırakılan veya izole edilen çocukların ruh sağlığı belirgin olarak bozulmaktadır. Duyuşsal belirtilerin yaygınlığı, işitme engelli bireylerde iki kat daha fazladır (Lier 2013). İşitme engelli çocuk ve adölesanlarda depresif belirtiler, okul zorbalığına maruz kalma, önemli iletişim yeteneklerini kullanamama, endişelerini ve duygularını ifade edememe ve tartışamama, akranları tarafından yeterli sosyal destek alamama yaşanan önemli sorunlardandır (Yılmaz ve Arıkan 2008, Ekim ve Ocağcı 2012, Movallali vd 2018). İşitme engelli çocukların, sağlıklı akranları ile karşılaştırıldığında farklı alanlarda, yaşam kalitelerinin, özsaygılarının ve okul başarılarının düşük olduğu, yaşamlarında daha fazla anksiyeteye maruz kaldıkları görülmektedir (Huber vd 2015). Engelli çocuklara gereksinimleri doğrultusunda aile, arkadaş ve toplum tarafından sosyal destek sağlamak, yaşam kalitelerini yükseltmek temel hedef olmalıdır.

Yapılan araştırmalarda engelli bireylerin sağlık okuryazarlığının düşük olduğu belirlenmiştir (Smith vd 2015, Smith ve Samar 2016). Engellilerin sağlıkla ilgili, erişilebilir ve kültürel olarak uygun sağlık araştırmaları yapmasını sağlamak, sağlık eğitimi programlarını geliştirmek, tercüman eğitimini geliştirmek ve sosyal medya aracılığıyla bilgi yaymak için ek kamu finansman ihtiyacına gereksinim olduğu belirlenmiştir (Smith vd 2015).

Engelli adölesanların sosyal ilişkilerinde yaşadıkları olumsuzluklara karşı yaşadıkları anksiyete, depresyon, öfke kontrolü, ihmal, istismar, zorbalık, sosyal dışlanma gibi duydu-durum bozukluklarını en aza indirmek, sağlıkları üzerinde otonomilerini güçlü hale getirerek sağlıklarını geliştirmek ve gereksinimlerini karşılamada destek sağlamak önemlidir (Yılmaz ve Arıkan 2008, Bulut ve Kahraman 2018, Şimşek vd 2019). Engellilerin sağlık bilgi gereksinimlerine dair yapılan araştırmalarda; tütün kullanımı, cinsellik, HIV/AIDS ve mental sağlık sorunları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir (Lier 2013, Doyle vd 2020). Akranlarının yanlış yönlendirmesi, yoksulluk, yetersiz okul eğitimi, sağlık eğitimi sağlama konusunda ebeveynlerin isteksizliği ve güvenilir bilgi edinme fırsatlarının yetersiz olması sonucu engelliler bilgiye erişememektedir (Meresman vd 2012, Lier 2013). Engellilere yönelik hazırlanan sağlığı koruyucu materyaller ve mesajlar genellikle engelli çocuklar ve adölesanlar için erişilemez düzeydedir. Engelli bireyler, HIV/AIDS gibi önemli sağlık sorunları hakkında iletişim kurduklarında bile bilgiyi eksik veya yanlış anlamaları olasıdır. İşitme engelli bireylerin akranlarına kıyasla daha az doktora gitme eğiliminde olması ve tıbbi terminolojinin engelliler için büyük zorluklar oluşturması, sağlık personelinden güvenilir sağlık bilgisi almayı zorlaştırmaktadır (Meresman vd 2012, Smith vd 2015).

İşitme engelli adölesanlar ile yapılan araştırmalar genellikle eğitimde erişilebilirlik, fiziksel aktivite düzeyleri, okula adaptasyon, işitme cihazlarının adölesanlardaki etkileri gibi konularda yapılmıştır (Langton ve Berger 2011, Sabbah 2014, Huber vd 2015). Adölesanlarda internet kullanım süresi sürekli artmaktadır. Çevrim içi sağlık hizmetlerinin, maliyet, erişim ve büyük kitlelere daha kısa sürede ulaşmada etkili olacağı düşünölmektedir (Coşkun 2015). Adölesan sağlığını geliştirmeye yönelik çevrim içi eğitim yöntemiyle yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır (Coşkun vd 2015, Öz 2015, Gülcü vd 2020). Türkiye’de dezavantajlı olan işitme engelli bireylere yönelik işaret dili ve görsel içeriklerle desteklenmiş sağlığı geliştirmeye yönelik çevrim içi eğitim programına rastlanılmamıştır. Bu çalışma ile işitme engelli adölesanlarda olumlu sağlık davranışlarının gözlemlenmesi, işitme engelli adölesanlara yönelik çevrim içi eğitim programlarını arttırılması beklenmektedir. Adölesan döneminde sağlık eğitimi sonucu kazanılan sağlığı geliştirmeye yönelik davranışların yetişkinlik döneminde de sürdüröleceği düşünölmektedir. Bu araştırma ile işitme engelli adölesanlar olumlu sağlık davranışları kazanarak otonomilerini arttırabilir ve sağlıklı davranışlar kazanabilirler.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; işitme engelli adölesanlara yönelik çevrim içi sağlık eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisini incelemektir.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Engellilik Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2001 yılında sağlık bakım uygulamalarında evrensel bir dil oluşturulması amacıyla çeşitli sınıflandırmalar oluşturmuş; özürlülük kavramını yetersizlik, sakatlık ve engellilik olarak üç kategoride sınıflandırılmıştır. Bireylerde görülen fizyolojik, psikolojik veya anatomik açıdan geçici veya kalıcı fonksiyon eksikliği **yetersizlik**; yetersizlik sonucu aktivitelerin yapılamaması **özürlülük**; yetersizlik veya özürlülük nedeni ile bireylerden beklenen görev veya aktivitelerin yerine getirilememesi ise **engellilik** olarak tanımlanmıştır (World Health Organization 2001).

Bireyin, vücudundaki fizyolojik veya psikolojik fonksiyonların azalması veya tamamen kaybolması sonucu yaşamsal faaliyetlerini yürütürken güçlük yaşaması; fiziksel, çevresel veya toplumsal faktörlerden kaynaklanan yaşam şartlarına katılım gösterememesi engellilik kavramını geniş bir yelpazeyle açıklar (Leonardi vd 2006). Engellilik; bedensel, psikolojik ve genetik koşullardan etkilenebileceği gibi, hükümetlerin engelliler için uyguladığı politik kararlardan, belediyelerin engellilere uygun hizmetlerin sunmasından ve toplumun engellilere yönelik olumsuz tutumlarından etkilenir (WEB_3).

2.1.1. Gruplarına Göre Engellilik

Dünya Sağlık Örgütü, İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması'nı (International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF) engelli bireylerin toplumdan dışlanması ve damgalanmasını engellemek amacıyla bireyleri sağlık özelliklerine göre en geniş kapsamda aşağıdaki şekilde gruplandırılmıştır (World Health Organization 2001, Başbakkal ve Bilsin 2014):

- Görme engeli olan bireyler,
- İşitme engeli olan bireyler,
- Öğrenme ve öğrendiklerini uygulamada yetersiz olan bireyler,
- Düşünme ve bellek gibi zihinsel fonksiyonlarında engeli olan bireyler,

- Günlük gereksinimlerini karşılayamayan bireyler,
- İletişim kurmada, verilen mesajı anlamada engeli olan bireyler,
- Beden duruşunu değiştirme ve sabit tutma gibi engeli olan bireyler,
- Eşyaları tutma, taşıma ve parmaklarını hareket ettirme gibi engeli olan bireyler,
- Yürüme ve hareket etme gibi engeli olan bireyler,
- Öz bakım ihtiyaçlarını gideremeyen bireyler,
- Temel yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen bireyler,
- Toplumsal, sosyal ve sivil yaşama uyum gösteremeyen bireyler olarak sınıflandırılmıştır.

2.2. İşitme Engellilik

İşitme engellilik; işitme yetersizliği, ağır işitme, sağırılık gibi çeşitli kavramlarla tanımlanmaktadır. Bazı araştırmacılar hafif/orta düzeydeki işitme bozukluğunu engel olarak tanımlarken bazıları ağır düzeydeki bozuklukları yetersizlik olarak tanımlamaktadır (Karakoç vd 2012). İşitme kaybı yaşayan bireyler toplumda “sağır” olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram engelli bireyleri ötekileştirmekte, dışlanmaya maruz bırakmaktadır (Başbakkal ve Bilsin 2014).

2.2.1. İşitme Engelliliğin Nedenleri

Bireylerin işitme engeli doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrasında oluşabilir.

Doğum Öncesi (Prenatal) Dönem: Annenin gebelik döneminde; ototoksik kimyasallara maruz kalması, kızamık, kızamıkçık, kabakulak gibi ateşli hastalıklar geçirmesi, X-Ray ışınlarına maruz kalması, düşme ve yaralanma sonucu travma geçirmesi, annede sistemik ve kronik hastalıkların varlığı ve genetik faktörler işitme kaybı için risk faktörlerindedir.

Doğum Sırası (Perinatal) Dönem: Düşük doğum ağırlığı, eritroblastosis fetalis, neonatal asfiksi, doğumda kafa travması geçirmesi (forceps, vakum kullanılması vb.), kan transfüzyonu olması işitme kaybı için doğum sırasındaki risk faktörlerindedir.

Doğum Sonrası (Postnatal) Dönem: Çocuğun; geçirdiği kabakulak, menenjit gibi ateşli hastalıklar, ototoksik kimyasallara maruz kalması, kafa travması geçirmesi, kulak enfeksiyonu geçirmesi, genetik bozukluğunun olması, baş yüz anomalisinin olması,

yüksek şiddette gürültüye maruz kalması ve nedeni belli olmayan işitme kayıpları doğumdan sonra çocuğa ilişkin işitme kaybı risk faktörlerindedir (Zeynep vd 2015).

2.2.2. İşitme Kaybı

İç kulak, orta kulak ve dış kulaktaki hasardan kaynaklanan, işitme duyusunun kısmen veya tamamen kaybolması sonucu akustik sesleri algılamadaki yetersizliktir. İşitme kaybı yerine, derecesine ve oluş zamanına göre üç grupta incelenir.

2.2.2.1. Yerine Göre İşitme Kaybı

İşitme duyusunun hangi kısmının hasar gördüğüne bağlıdır. Amerikan Dil-Konuşma-İşitme Kaybı Derneği (American Speech-Language-Hearing Association, ASHA) tarafından tanımlanmış üç temel işitme kaybı türü vardır. Aşağıda bu işitme kayıpları açıklanmıştır (American Speech-Language-Hearing Association 2015).

İletim Tip İşitme Kaybı: Kulak; dış, orta ve iç kulak olmak üzere üç kısımdan oluşur. Sesler dış ve orta kulaktan geçemediğinde iletim tip işitme kaybı meydana gelir. Yumuşak sesler duymak zor olabilir. Daha yüksek sesler boğuk olabilir. Cerrahi işlemlerle genellikle bu tip işitme kaybı düzeltilebilir. Otitis media, otitis externa, otit, östaki borusunun disfonksiyonu, kulak zarının perforasyonu, tümörler, kulakta buşon varlığı, mikrotia, dış kulak travması, deforme olmuş kulak kanalı veya orta kulaklarındaki kemiklerle ilgili sorunların varlığı iletim tip işitme kaybının nedenlerindedir.

Sensorinöral İşitme Kaybı: İç kulak hasarından sonra meydana gelen, iç kulaktan beyne giden sinir yolları ile ilgili problemler de sensorinöral işitme kaybına neden olabilir. Yumuşak sesleri duymak zor olabilir. Daha yüksek sesler bile net olmayabilir veya boğuk gelebilir. En yaygın kalıcı işitme kaybı türüdür. Çoğunlukla ilaç veya cerrahi işlem işitme kaybını ortadan kaldırmaz. İşitme cihazları duymaya yardımcı olabilir. Ototoxik ilaçlar, kafa travmaları, iç kulakta anomaliler, yüksek ses ve patlamalarına maruziyet, ailede işitme kaybı öyküsünün bulunması ve yaşlılık sensorinöral tip işitme kaybının nedenlerindedir.

Karışık İşitme Kaybı: İletim tip işitme kaybı ile sensorinöral tip işitme kaybının birlikte meydana gelmesidir. Dış kulak veya orta kulaktaki hasarla birlikte iç kulak sinirlerinde veya beyin-iç kulak sinir yolunda hasar olabileceği anlamına gelir. Bu karışık bir işitme kaybıdır. İletim tip işitme kaybına veya sensorinöral tip işitme kaybına neden olan her şey karışık işitme kaybına yol açabilir. Örneğin otitis media tanısına sahip maden işçisi yüksek seslere maruz kalması sonucu işitme problemleri yaşayabilir.

2.2.2.2. Derecesine Göre İşitme Kaybı

Odyometrik ölçüm sonrası desibel cinsinden tek veya iki kulaktaki işitme kaybıdır. Kayıp derecesine göre işitme kayıp aralığı aşağıda verilmiştir (Kırman ve Yıldırım Sarı 2011, American Speech-Language-Hearing Association 2015).

Tablo 2. 1 İşitme kayıp derecesine göre dB cinsinden kayıp aralıkları ve işitme ve konuşmada yaşanan zorluklar

İşitme Kaybı Derecesi	İşitme Kaybı Aralığı (dB HL)
Normal	0-15 dB HL
Çok Hafif İşitme Kaybı Kısık sesle 1,5 metre mesafedeki işitme güçlüğü yaşanır.	16-40 dB HL
Hafif İşitme Kaybı Gürültülü ortamlarda karşılıklı konuşmada güçlük, kısıtlı kelime haznesi ve konuşma bozukluğu görülür.	41-55 dB HL
Orta İşitme Kaybı İletişim için yüksek sesle konuşma, anlama ve aktarmada yetersizlik görülür. İşitme cihazı kullanımı gereklidir.	56-70 dB HL
İleri İşitme Kaybı Şiddetli sesler duyulur, doğuştan veya konuşmaya başlamadan önce görüldüğünde dil gelişimi görülmez. İşitme cihazı ya da implant kullanımı gereklidir.	71-90 dB HL
Çok İleri İşitme Kaybı Doğuştan veya konuşmaya başlamadan önce görüldüğünde dil gelişimi görülmez. Dudak okuma, işaret dili ile iletişim, dokunma ve görme duyuları ile yaşamlarını sürdürürler. Koklear implant kullanımı gerekebilir.	91+ dB HL

2.2.2.3. Oluş Zamanına Göre İşitme Kaybı

Oluş zamanına göre işitme kaybı iki grupta incelenir (Kök 2019).

- *Dil Öncesi İşitme kaybı:* İşitme kaybı, doğuştan veya konuşmaya başlamadan önce olmuşsa prelingual işitme kaybı olarak adlandırılır.
- *Dil Sonrası İşitme Kaybı:* İşitme kaybı, dil gelişimi gerçekleşikten sonra meydana gelmişse dil sonrası işitme kaybı olarak adlandırılır.

2.3. İşitme Engelli Adölesanların Gereksinimleri

Yeni doğan her birey doğumdan itibaren çevreden gelen sözel ve görsel uyarıları gözlemleyerek uyarıların çıkardığı sesleri fark etmeye, anlamaya ve cevap vermeye çalışır. İşitme engelli bireyler uyarıyı algılayamadığı için düşünme, karar verme, yorumlama, sebep-sonuç ilişkisi kurmada güçlük yaşarlar. Dil gelişimleri, kelime dağarcığı, okuma ve matematik gibi mental eğitimler engeli olmayan akranlarına göre daha geç gelişir ve bu fark yaş ilerledikçe artar (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2014, Leclair ve Saunders 2019).

İşitme engelli bireylerin bebeklik sürecinde ebeveynleri ile bağlanma ve güven problemi yaşamaları olasıdır. İlk çocukluk dönemlerinden itibaren engelli bireyler, işaret dili bilmeyen ebeveynlerine; kendilerini ifade etmede, duygu ve düşüncelerini paylaşmada, duygusal olgunluk, sosyal ve ahlaki kuralları öğrenmede sorun yaşarlar (Aydoğdu ve Yüksel 2019). İletişim eksikliğinden dolayı çevresindeki yaşamda olup bitene anlam veremeyen adölesanlar, sosyal olarak yalıtılmış bir yaşam sürdürmek zorunda kalır (Terlektsi vd 2020).

Türkiye’de işitme engelli adölesanlar akademik eğitimlerini işitme kayıp düzeylerine göre genel veya özel eğitim okullarında tamamlayabilmektedir. Ebeveynlerin eğitim sürecine aktif katılımı, adölesanların destekleyici eğitim programlarına katılımı ve bu programların kalitesi, adölesanların bu programlara dahil edilme yaşı adölesanlardaki akademik başarıyı etkileyen faktörlerdendir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2014). İşitme engelli çocuklar okulda akranları tarafından ayrımcılığa maruz kalabilir, kendilerini mutsuz ve yalnız hissedebilirler (American Speech-Language-Hearing Association 2011). Çocukluk döneminde aşağılanma, damgalanma, dışlanma gibi olumsuz deneyimler yaşayan engelli adölesanlar, işiten akranlarından kendilerini soyutlarlar, işaret dili ile iletişim kurabilecekleri arkadaşları tercih ederler (Wood Jackson ve Turnbull 2004, Aydoğdu ve Yüksel 2019).

İşitme engelli adölesanlar temel sağlık hizmetlerine erişmekte güçlük yaşamaktadır. Adölesanlar, sağlıkları hakkında yaşadığı sorunları sağlık profesyonellerine ifade edemeyebilir, sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde faydalanamayabilirler. Aydoğdu ve Yüksel tarafından yapılan çalışmada işitme engelli adölesanlar, tek başına hastaneye gidemeyeceklerini belirtmişlerdir (Aydoğdu ve Yüksel 2019). Sağlık merkezlerinde işaret dili bilen personellerin görevlendirilmesi, engelli adölesanların tanı ve tedavi sürecine yardımcı olacaktır (Smith ve Samar 2016).

İşitme engelli adölesanların sağlık okuryazarlık düzeyi düşüktür (Smith vd 2015, Smith ve Samar 2016). Pinilla ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında işitme engelli

15 bireye diyabet hakkında eğitim verilmiş, bireylerden sadece birisi diyabetin belirtilerini sayabilmiştir. Diyabet kavramı Alman işaret dilinde henüz kavramsallaşmamış, bireyler hastalığı tanımlamada güçlük yaşamışlardır. Sağlık bilgilerine erişim güçlüğü, engelli bireylerin sağlık okuryazarlığı üzerinde etkileri olduğu belirlenmiştir (Pinilla vd 2019). Engelli bireyler yazı dilini anlamada güçlük yaşadığı için sağlık ile ilgili dergi, kitap, video, internet sitesi gibi materyallerden faydalanamamaktadır. Materyallerin işaret dili ile desteklenmesi engelli bireylerin sağlık okuryazarlığını arttırmak için gereklidir.

İşitme engelli adölesanların ağız diş sağlığına yönelik farklı ülkelerde yapılan araştırmalarda işitme engelli adölesanların ağız hijyeninin yetersiz olduğu, dişlerinde çürüme veya herhangi bir cerrahi işlem gerektiği sonucuna varılmıştır (Jain vd 2008, Al-Maweri ve Zimmer 2015, Sandeep vd 2016, Mustafa vd 2018). Kalp damar sağlığı hakkında bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla işitme engelli adölesanlarla yapılan araştırmada; bireylerin kalp krizi, felç ve kolesterol kavramları hakkındaki bilgilerinin yetersiz ve tutarsız olduğu gözlemlenmiştir. Engelli adölesanlar, kalp damar sağlığı hakkındaki bilgileri ailelerinden, sağlık eğitmenlerinden, sağlık personellerinden, kitap, dergi gibi basılı materyallerden ve resmi olmayan kaynaklardan öğrendiklerini ifade etmişlerdir. Ebeveynleri ile işaret dili aracılığıyla iletişim kuran engelli adölesanlar, işaret dili kullanmayanlara kıyasla hastalıklar hakkında daha çok bilgi sahibidir. İşitme engelli adölesanlara yönelik sağlık bilgilerinin resmi kaynaklardan ulaştırılması, işaret dili ile desteklenmiş materyallerin oluşturulması, engellilere yönelik eğitim programlarının geliştirilmesi, sosyal mecralarda eğitsel içeriklerin paylaşılması için ek finansman desteğine ihtiyaç olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Smith vd 2015). İnme geçiren bireyleri akut dönemde sağlık merkezine ulaştırmak amacıyla işaret dili ile eğitici/yönlendirici video hazırlanmış sosyal medyada ve işitme engelli derneklerinde paylaşılarak engelli bireylerde farkındalık oluşturulmuştur (Springer vd 2020).

İşitme engelli adölesanlar, ailedeki kronik hastalıklar, aile üyelerinin sürekli kullandığı ilaçlar gibi hane üyeleri ile sağlık konusunda tartışarak, sağlık bilgi düzeylerini artırabilirler (Smith vd 2015, Smith ve Samar 2016). İşitme engelli bireylerin kanser hakkındaki bilgi düzeylerini artırmak için yapılan web sitesinde mizah ve eğitim yöntemi birlikte kullanılmıştır. Engelli bireyler şakaların her hafta güncellenmesi kaydıyla web sitesini ziyaret etmişler, işaret dili ile kanser hakkında bilgi sahibi olmuşlardır (Engelberg vd 2017).

2.4. Sağlığı Geliştirme

Sağlığı geliştirme, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemelerini ve sağlıkları üzerindeki kontrolü artırmalarını teşvik eden değişim s¼reci olarak tanımlanmaktadır (WHO & TC Sağlık Bakanlığı 2011). Sağlığı tehdit eden sosyal, çevresel ve ekonomik risk fakt¼rlerini ortadan kaldırmak ve sağlıklı yaşamaya y¼nelik davranış değişikliği oluşturmak değişim s¼recinde ¼nemli unsurlardır.

Sağlığı geliştirmedeki ¼nemli unsurlardan biri de bireylere sağlık sorumluluğu vererek bireylerin kendilerini iyileştirme g¼c¼n¼ vermesidir. Bireyler yaşam koşullarını değiştirerek sağlıklı yaşamak için sorumluluk alır, kendilerini iyileştirmek için girişimlerde bulunurlar. Sağlığı geliştirmede s¼recindeki bu m¼dahaleler bireylerin kendi sağlığı ve birlikte yaşadığı toplumun sağlığı üzerindeki g¼ ve otonomiye ortaya çıkartır (Korin 2016).

Sağlığı geliştirme s¼recinde bireysel ve toplumsal değişim, sağlık eğitimi ve ekonomik, çevresel ve ¼rg¼tsel desteklerle m¼mk¼nd¼r (Green vd 1986). Toplum sağlığını geliştirmek için sadece sağlık kurumlarına y¼nelik girişimlerde bulunmak yeterli değildir. İnsan sağlığına y¼n veren eğitim, politika, bilim, sanat ve diğer alanlarda da sağlığı geliştirme s¼recini destekleyen kararlar alınmalıdır (World Health Organization 1986).

Sağlığın geliştirilmesi, her ¼lkenin kendi koşullarına g¼re değişmektedir. Sağlık koşullarının iyileştirilmesi amacıyla sağlık ¼rg¼tleri tarafından k¼resel d¼zeyde toplantılar/konferanslar yapılmakta, D¼nya Sağlık ¼rg¼t¼ tarafından k¼resel hedefler belirlenmektedir. İlk toplantı 1978'de Kazakistan'ın Alma-Ata kentinde yapılan 'herkes için sağlık' temasıyla Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı'dır (World Health Organization 1978). 1986'da Ottawa'da yapılan 1.Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda, ilk defa sağlığı geliştirme kavramı ele alınmıştır (World Health Organization 1986). Son toplantı 2016 yılında şangay'da yapılan 9.Sağlığı Geliştirme Konferansı'dır. Konferansta 'S¼rd¼r¼lebilir Kalkınma Hedeflerinde Sağlıkta Gelişme' teması doğrultusunda ¼ ana hedef belirlenmiştir (World Health Organization 2016). Bu hedefler;

- Devlet y¼netimindeki karar vericiler, aldıkları her kararda sağlığı geliştirecek uygulamaları teşvik etmeli
- Bireylerin sağlık konularında gerekli bilgi ve becerileri edinerek kararlar vermeleri için sağlık okuryazarlığını artırmaya y¼nelik girişimlerde bulunmalı
- Sağlıklı şehirler planlayarak sağlığın korunmasını ve geliştirilmesini desteklemelidir.

Sağlığı koruma kavramı da sağlığı geliştirme kadar önemlidir. Tüm dünyada bulaşıcı olmayan hastalık oranları artış göstermekte, ölümlerin %71'i bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanmaktadır (WHO). Türkiye'de ise bu oranın %89 olduğu tahmin edilmektedir (World Health Organization 2018). Fiziksel inaktivite, sağlıksız beslenme, tütün ve alkol kullanımı bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşmasına zemin hazırlayan riskli davranışlardandır. Bireylerin sağlığını korumak için bu riskli davranışlara karşı sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemesi için bireysel, kurumsal ve toplumsal stratejiler geliştirilmelidir. Dünya Sağlık Örgütü sağlık yaşamak için temel kurallar belirlemiştir. Bu kurallar; sağlıklı beslenme, hareketli yaşama, alkol ve tütün kullanmama, stresörlerden uzak durma, temizlik kurallarına uyma, güvenlik önlemlerini alarak araç kullanma, güvenli cinsel ilişki, aşı olma, bebekleri emzirme ve sağlık kontrolleri yaptırmadır (Öztek 2020).

Çocuk ve adölesanlara yönelik sağlığı geliştirme stratejilerinin çoğunluğunda, erişkinlere yönelik stratejiler kullanılmaktadır. Çocuk ve adölesanlara yönelik stratejiler; bireylerin seslerini duyurmak ve savunuculuk, bireylerde sağlık ve refah duygunu geliştirmek, sağlık ihtiyaçlarını değerlendirmek, halk sağlığı müdahalelerini uygulamak, çocuk ve adölesanları toplum ve aile bağlamında görünür kılmak, çocuk ve adölesanlar ile organizasyonlar arası işbirliği yapmak olmalıdır (Korin 2016).

Adölesan dönem, kimlik kazanma arayışının ve yaşam tarzındaki önemli değişikliklerin olduğu ve bireylerin önemli kararlar aldığı dönemdir. Adölesanlar, bireysel ihtiyaçlarını belirleyebilmeli, ihtiyaçlarını gidermeye yönelik hizmetlere kolayca ulaşabilmelidir. Şiddet, adölesan evlilikler ve gebelikler, toplumsal cinsiyet, kültüre bağlı sağlıksız beslenme alışkanlıkları gibi toplum tarafından benimsenmiş olumsuz davranışların değiştirilmesi için toplumu güçlendirmeye yönelik girişimlerde bulunulmalıdır.

Adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık konusunda doğru bilgiye ulaşmaları sağlık okuryazarlık düzeyini artırmakla mümkündür. Bireyler, sağlıklarını korumak ve geliştirebilmek için sağlık okuryazarlığı konusunda desteklenmelidir (Coşkun 2015). Teknolojinin ilerlemesi ve internet, bilgiye erişimi daha da kolaylaştırmıştır (Alev 2020). Bireylerin sağlık konuları hakkında internetten bilgiye ulaşmaları, bilgiyi sentezleyip anlamaları e-sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır (Uslu ve Şeremet 2020). TÜİK 16-24 yaş grubundaki gençlerin internet kullanma oranını %91,8 olarak belirtmiştir (WEB_4). Yolal ve Kozak tarafından yapılan çalışmada öğrencilerin internet kullanmada tecrübeli oldukları ve bilgiye erişmek için interneti tercih ettikleri belirlenmiştir (Yolal ve Kozak 2008).

Toplumda davranış değişikliğini destekleyen bir diğer yaklaşım da kapasite geliştirmedir. Topluma liderlik eden kanaat önderlerinin, meslek gruplarının, sivil toplum

kuruluşlarının beklenen davranış değişikliği konusunda desteklenmesi ve geliştirilmesi değişim sürecinde etkilidir. Adölesanlarda kapasite geliştirme uygulamaları sağlık eğitimi, akran eğitimi, rol modelleme yöntemleri ile sürdürülebilir. Gölbaşı ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan 6-8.sınıfta eğitim gören 214 kız öğrenciye menstruasyon döneminde sağlıklı davranışlar hakkında akran eğitimi yöntemi ile eğitim verilmiş, öğrencilerin menstrual sağlık bilgi düzeylerinde artış gözlemlenmiştir (Gölbaşı vd 2012). Gümüş Doğan ve Ulukol tarafından yapılan çalışmada adölesanların sigara kullanımını engellenmesi amacıyla seminer ve akran eğitimi olmak üzere iki farklı eğitim yönteminin etkinliği incelenmiştir (Gümüş Doğan ve Ulukol 2015). Yazarlar çalışma sonucunda seminer ile eğitim alan katılımcıların %10'u, akran eğitimi ile eğitim alan katılımcıların %14'ü sigarayı bırakmış, iki farklı eğitim yönteminin de eğitim sonrası adölesanların sağlık bilgi düzeylerini artırdığını bildirmişlerdir.

2.5. Sağlık Eğitimi

Bireylerin sağlıklarını korumak veya geliştirmek amacıyla çeşitli yöntemlerle sağlık bilgilerini artırmaları, tutum ve davranış değişikliği sergilemeleri olarak tanımlanabilir (WHO & TC Sağlık Bakanlığı 2011). Sağlık eğitimi bireysel olabileceği gibi belirli bir gruba veya topluma da verilebilir. Verilecek eğitim içeriği katılımcılar tarafından anlaşılabilir olmalıdır. Eğitim programları katılımcıyı da sürece dahil edebilir düzeyde ve işitsel ve görsel materyallerle desteklenmelidir.

Erişkinlik döneminde görülen sağlık problemleri, adölesan döneminde edinilen davranışlar sonucu oluşur. Adölesan dönemde meydana gelen hastalıklar, sosyal, çevresel ve davranışsal değişikliklerle önlenir (Öztek 2020). Adölesanlara; beslenme, fiziksel aktivite ve egzersiz, stres yönetimi, sosyal destek ve sağlık sorumluluğu gibi temel konularda eğitim vermek sağlıklı yaşam davranışları sergileyebilmesi için gereklidir.

Sağlık eğitimi, bireylerde problem çözme becerinin gelişmesine, fiziksel, mental ve sosyal kontrol mekanizmalarının güçlendirilmesine odaklanarak değişimin devamlılığını sağlamalıdır (Özbiçakçı 2014). Adölesanlara verilecek sağlık eğitiminde hedef, biyolojik, psikolojik, sosyolojik risk teşkil eden davranışları değiştirmeye yönelik olmalıdır. Adölesanlarda sıklıkla gözlemlenen riskli davranışlar; şiddete yönelim, alkol ve sigara kullanımı, intihar, beslenme bozuklukları ve okul ile ilişkisi kesme şeklinde gruplanmıştır (Jessor vd 2003). Bu riskli davranışlar adölesanların sosyal düşünce, değer, inanç ve tutumları, aile ve akranların birey üzerindeki etkileri sonucu oluşur (Özer vd 2018).

Engelli adölesanlar engeli olmayan adölesanlarına kıyasla eğitimde ayrımcılık yaşamaktadır (Şişman 2014). Engellilere, engelleri dikkate alınarak eğitimler verilmeli, fırsat eşitsizliği en aza indirilmelidir. Sağlık eğitimi çevresel koşullarla uyumlu olmalı, çevresel koşullar ise sağlığı geliştirmeye teşvik edici olmalıdır. Orhan ve Genç tarafından yapılan çalışmada engelli öğrencilere yönelik eğitim kurumlarında personel yetersizliği, kurum altyapısının yetersizliği, öğrencilerin kendilerini dışlanmış hissettiği tespit edilmiş, evde eğitim hizmetlerinin geliştirilmesi önerilmiştir (Orhan ve Genç 2017).

2.6. Çevrim İçi Eğitim

Teknolojinin ilerlemesi, internete erişim kolaylığı, bilgisayar, tablet, televizyon gibi akıllı cihazların yaygınlaşması ile bilgiye erişim kolaylaşmıştır. Çevrim içi eğitim, 21. yüzyıl itibarıyla Udemy, Coursera, Edx, Udacity, Google Dijital Garaj, Alison, Khanacademy, Bilgeis gibi platformların sanat, bilim, teknoloji, kişisel gelişim başta olmak üzere birçok alanda içerik üretmesiyle popüleritesini artırmıştır. Eğitim içeriklerine istenilen zamanda ve mekanda ulaşılabilir olması, eğitim içeriklerinin kolayca paylaşılabilir olması, eğitim modelinin katılımcı merkezli olması, çevrim içi eğitim modelini geleneksel eğitim modelinden ayıran özelliklerdir (Balaman 2018).

Çevrim içi eğitim programları matematik, fen gibi eğitim bilimleri alanlarında sıklıkla uygulanmaktadır (Karagöz ve Korkmaz 2015, Çoruhlu vd 2016, İnam ve Ünsal 2017). Literatür incelendiğinde sağlık alanında hemşirelik öğrencilerine mesleki eğitim programları, kronik hastalığı bulunan bireylerin hastalık yönetimine ilişkin çevrim içi eğitim programları uygulanmıştır (Öztürk 2014, Doğu vd 2015, Karakuş Er 2015, Erdoğan ve Bulut 2017, Mumcu ve Vardar İnkaya 2020).

Çetin ve Günay tarafından 8.sınıfta eğitim gören 29 öğrenciye çevrim içi fen eğitimi verilmiş, 31 öğrenciye ise standart yüz yüze eğitim programı uygulanmıştır. Eğitim programı sonrası çevrim içi eğitim programına dahil olan öğrencilerin akademik başarılarında olumlu düzeyde artış gözlemlenmiştir (Çetin ve Günay 2010). Karagöz ve Korkmaz tarafından yapılan 7.sınıfta eğitim gören 56 öğrenci ile yapılan deney kontrol gruplu araştırmada; deney grubundaki 28 öğrenciye çevrim içi, 28 öğrenciye ise geleneksel eğitim yöntemi ile fen eğitimi verilmiştir. Eğitimden bir ay sonra çevrim içi eğitim alan öğrencilerin akademik başarıları ve öğrenilen bilginin kalıcılığı daha yüksek bulunmuştur (Karagöz ve Korkmaz 2015). Yorgancı tarafından 59 öğrenciye çevrim içi matematik eğitimi verilmiş, öğrencilerin matematik düzeyinde anlamlı düzeyde artış gözlemlenmiştir (Yorgancı 2014). Karabağ Aydın tarafından hemşirelik eğitimi alan 63

öğrenciye 8 haftalık çevrim içi eğitim ile ilaç doz hesaplama eğitimi verilmiştir. Çevrim içi eğitim sonrasında öğrencilerin bilgi ve beceri puan ortalamaları anlamlı olarak artmıştır (Karabağ Aydın 2013).

Tip 1 Diyabet tanısı almış 12-17 yaş grubundaki 86 adölesana çevrim içi eğitim ve danışmanlık verilmiş, program sonrasında ergenlerin hipoglisemi korku düzeylerinde ve glikolize hemoglobin (HbA1c) düzeylerinde azalma gözlemlenmiştir (Şen Celasin 2011). Tip 1 Diyabet tanısı alan 10-18 yaş grubu 65 adölesana 5 hafta süren çevrim içi egzersiz eğitimi verilmiştir. Eğitim sonrası adölesanların bilgi düzeylerinde artış, eğitim süresi boyunca %94.8'inin düzensiz de olsa egzersiz eğitim programına katıldığı gözlemlenmiştir (Gülcü vd 2020). Prostat kanseri tanısı almış 40 yaş ve üzeri erkeklere yönelik 6 aylık çevrim içi eğitim programı uygulanmış, program sonrasında erkeklerin muayene olma oranları ve hastalığa ilişkin duyarlılık oranlarında artış gözlemlenmiştir (Çapık ve Gözüm 2012). Karakuş Er tarafından akciğer kanseri tanılı yetişkin 30 hastaya, hastalığa bağlı görülen semptomların yönetimini sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla çevrim içi eğitim verilmiştir. Hastaların; çevrim içi eğitim ile yorgunluk, bulantı ve uykusuzluk semptomlarını yönettikleri belirlenmiştir (Karakuş Er 2015).

2.7. Adölesan Sağlığını Geliştirmede Halk Sağlığı Hemşiresinin Roller

Ergenlik dönemi, bireylerin kendilerini yetişkinlik dönemine hazırladığı, kimlik oluşumunun başladığı, üretkenliğin ve bağımsızlığın arttığı geçiş dönemidir. Bu dönemde adölesanlar ait olma ve sevgi ihtiyacını internet, blog sayfaları ve sosyal ağlarda kimlik arayışına girebilirler (Ridout ve Campbell 2018). Ebeveyn-adölesan, adölesan-adölesan akran ilişkilerindeki iletişim bozuklukları, adölesanları sosyal izolasyona itebilir. Halk sağlığı hemşireleri adölesanların sosyal destek sistemlerin güçlendirilmesine yönelik eğitim ve danışmanlık vermeli, adölesanların özgüvenlerini geliştireceği aktiviteler, grup çalışmaları ve etkinlikler ile sosyal destek sistemlerini güçlendirmeye zemin hazırlamalıdır.

Adölesan dönem; fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimin olduğu karmaşık bir dönemdir. Adölesan dönemde bireylerde kilo artışı, sivilcelenme gibi fiziksel değişimlere bağlı olarak benlik saygısında azalma görülebilir. Halk sağlığı hemşirelerinin adölesanların sağlıkları hakkında sorumluluk almalarını güçlendirecek girişimlerde bulunmalı, sağlık eğitimi ile değişim ve gelişim sürecine yönelik adölesanları bilgilendirmeli, psikososyal destek sağlamalı, gerekli durumlarda psikolog veya psikiyatri birimine yönlendirmelidir.

Ailenin düşük gelir düzeyi, adölesan bireyin sağlık ve akademik başarısı üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Ailede ebeveynlerin uzun süre işsiz kalması, boşanma, ölüm gibi kriz durumlarında adölesan bireyler depresif bozukluk yaşayabilir, riskli davranışlar sergileyebilirler. Hemşireler bütüncül ve terapötik yaklaşım sergilemeli, aile içerisinde karar süreçlerinde ebeveyn-adölesan işbirliğini artırmak için rehberlik etmeli, danışmanlık vermelidir (Smith ve Rector 2014).

Adölesanlar; sağlık problemlerini sağlık personellerine anlatmada çekinebilir, problemlerinin ebeveynleri veya başkaları ile paylaşılacağını düşünebilirler (Lier 2013). Halk sağlığı hemşireleri bilgi güvenliği ve veri gizliliği konusunda adölesanları desteklemeli, cesaretlendirmelidir.

Adölesanlar; bağışıklama, beslenme, hijyen, aile planlaması gibi kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanabilmeli, bu hizmetler adölesanlar tarafından ulaşılabilir olmalıdır (Çınar vd 2018). Adölesanların koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını sağlamak amacıyla sağlık okuryazarlık seviyelerini artırmaya yönelik özel eğitim müdahaleleri halk sağlığı hemşireleri tarafından geliştirilmelidir. Geliştirilen eğitim materyalleri, adölesanların sıklıkla kullandığı kitle iletişim araçları kullanılarak paylaşılarak, adölesanlarda davranış değişikliği takip edilmelidir (Yurdakul ve Koç 2019).

Adölesan dönemdeki bireyler; şiddete yönelim, alkol ve sigara kullanımı, intihar düşüncesi, uyku ve beslenme bozuklukları, kasksız/emniyet kemeri olmadan hızlı araç kullanımı gibi riskli davranışlar sergileyebilirler (Jessor vd 2003). Riskli davranışların önlenmesi için hemşireler; stres ve baş etme yöntemleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını destekleyecek girişimlerde bulunarak mental sağlığı güçlendirmeye yönelik müdahalelerde bulunmalıdır (Yorulmaz ve Karadeniz 2020).

2.8. Araştırmanın Hipotezleri

Çalışmamızın hipotezleri şunlardır:

H₁: Çevrim içi sağlık eğitimi verilen işitme engelli adölesanların ön test ve son test beslenme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H₂: Çevrim içi sağlık eğitimi verilen işitme engelli adölesanların ön test ve son test sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H₃: Çevrim içi sağlık eğitimi verilen işitme engelli adölesanların ön test ve son test sağlık sorumluluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H₄: Çevrim içi sağlık eğitimi verilen işitme engelli adölesanların ön test ve son test yaşam memnuniyeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H₅: Çevrim içi sağlık eğitimi verilen işitme engelli adölesanların ön test ve son test egzersiz puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H₆: Çevrim içi sağlık eğitimi verilen işitme engelli adölesanların ön test ve son test stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H₇: Çevrim içi sağlık eğitimi verilen işitme engelli adölesanların ön test ve son test toplam adölesan sağlığını geliştirme davranışları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma İşitme engelli adölesanlara yönelik çevrim içi sağlık eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisini incelemek amacı ile planlanmış ve yürütülmüş, ön test-son test yarı deneysel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Bursa Nilüfer Özel Eğitim Meslek Lisesi'nde yürütülmüştür. Nilüfer Özel Eğitim Meslek Lisesi, 2001-2002 yılında 68 öğrenci ile eğitime başlamıştır. Okulda; Giyim Üretim Teknolojisi, Elektrik-Elektronik Teknolojisi, Mobilya ve İç Mekân Tasarımı ve Metal Teknolojisi alanlarında eğitim verilmektedir. Okulda 2020 yılında 37 öğretmen, 113 öğrenci, 15 derslik mevcuttur. Okulda bir tane fen laboratuvarı, on bir tane atölye-işlik ve bir revir mevcuttur. Okul eğitime örgün eğitim ile devam etmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Bursa Nilüfer Özel Eğitim Meslek Lisesi'nde 2019-2020 eğitim öğretim yılında eğitim görmekte olan 113 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü G Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır (Faul vd 2007). Bu çalışmada etki büyüklüğü 0.50, alfa yanılma düzeyi 0.05, gücü 0.80 alınarak 54 işitme engelli öğrencinin bulunması gerektiği belirlenmiştir. Araştırmaya, kayıpların olacağı göz önüne alınarak okuldaki çalışmaya katılmayı kabul eden ve örneklem ölçütlerini sağlayan 105 öğrenci dahil edilmiştir. 34 adölesan eğitimi tamamlamadığı için araştırma dışı bırakılmıştır. Son teste 36 kadın, 35 erkek olmak üzere 71 işitme engelli adölesan katılımı ile çalışma tamamlanmıştır. Çalışmanın sonunda G Power 3.1 programı ile güç analizi yapılmıştır. Geriye dönük değerlendirmede, 71 kişilik

örnekleme, ASGÖ-KF toplam puanı bağımlı grupta t testi ile analiz edildiğinde, çalışmanın gücünün 0.91, etki büyüklüğünün 0.36 olduğu bulunmuştur.

3.4. Örneklem Kapsamına Dahil Edilme Ölçütleri

Bu araştırmada örneklem seçiminde işitme engelli adölesanların bazı özellikleri göz önüne alınmıştır. Bu kriterler;

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Türkçe işaret dilini biliyor olmak ya da sözel iletişim kurabiliyor olmak,
- Anlama yönünden bilinen herhangi bir engelinin olmaması,
- Tablet, bilgisayar ya da akıllı telefona sahip olmak,
- İnternet erişimine sahip olmak
- 18 yaş altında olan adölesanlar için ailesi tarafından bilgilendirilmiş onam vermiş olmasıdır.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği-Kısa Formu ve alt ölçekleri bağımlı değişkendir. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş, cinsiyet, boy, kilo, sınıf, anne eğitimi, baba eğitimi, ailenin gelir düzeyi, kronik hastalık olma durumu, sağlık güvencesi gibi sosyodemografik değişkenler, engellik sebebi, kayıp düzeyi ve derecesi, ailede başka işitme engelli bireyin varlığı, işitme cihazı kullanım durumu gibi işitme engellilik ile ilgili özellikler, öz bildirim dayalı sağlık algıları, son bir haftada sağlık ile araştırma yapma durumları gibi değişkenler ve çevrim içi sağlık eğitim programı ise bağımsız değişkenlerdir.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından hazırlanmış bu formda adölesanların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, boy, kilo, sınıf, anne eğitim, baba eğitim, ailenin gelir düzeyi, herhangi bir kronik hastalığın varlığı, sağlık güvencesi), işitme engellilik ile ilgili özellikleri (engellilik sebebi, kayıp düzeyi ve derecesi, ailede başka işitme engelli

bireyin varlığı, işitme cihazı kullanım durumu, aile ile iletişim kurma yöntemi), öz bildirim dayalı sağlık algıları, son bir haftada kendi sağlığı ile ilgili araştırma yapma durumlarına ilişkin 18 soru bulunmaktadır.

3.6.2. Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği-Kısa Formu (Ek-2)

Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği-Kısa Formu, orijinali 40 madde olarak geliştirilmiş Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği'nin (ASGÖ) ölçek yapısı korunarak geliştirilmiş kısa formudur. Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği Chen ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiş ve Taiwan için geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır (Cronbach alfa değeri 0.92). Ölçek, adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarını belirlemeyi amaçlamaktadır (Chen vd 2003). Elde edilen puanın yüksek olması sağlığı geliştirme davranışlarının olumlu olduğunu göstermektedir. Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği'nin 40 maddelik formunun Türkçe uyarlama çalışmaları Bayık Temel ve arkadaşları tarafından 2011 yılında gerçekleştirilmiştir. Türkçe formunun iç tutarlılığı 0.86'dır (Temel vd 2011). Adölesan Sağlığı Geliştirme Ölçeği-Kısa Formu (21 madde) Chen ve ark 2014 yılında 40 maddelik uzun formdan yararlanılarak geliştirilmiştir. Ölçekte, 21 madde ve 6 alt ölçek bulunmaktadır. Bu alt ölçekler; beslenme (3 madde), kişiler arası destek (4 madde), sağlık sorumluluğu (4 madde), yaşam memnuniyeti (3 madde), egzersiz (4 madde), stres yönetimi (3 madde) olarak sıralanmaktadır. Ölçek maddeleri Likert tipi ölçekleme yöntemi ile "1=hiçbir zaman, 2=bazen, 3=ara sıra, 4=çoğunlukla, 5=her zaman" şeklinde değerlendirilmektedir. Alt ölçeklerdeki maddelerin puanlarının toplanması ile o alana ait ölçek puanı, bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar 21 ile 105 arasında değişmektedir. Kısa formda toplam 21 madde bulunmaktadır ve iç tutarlılık katsayısı McDonald's omega of 0.90 (Cronbach's alpha 0.91)'dir (Chen vd 2014).

Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği-Kısa Formu'nun geçerlik ve güvenirlik çalışması İnci ve Çelik tarafından 2021 yılında yapılmıştır. Türkçe formunda alt boyutların iç tutarlılık katsayısı McDonald's omega 0.54-0.78, Cronbach's alpha 0.56-0.78 arasında, toplam ölçeğin hem McDonald's omega hem de Cronbach's alpha katsayısı 0.88'dir (İnci ve Çelik 2021). Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği-Kısa Formu işitme engelli bireylerde ilk defa kullanıldığı için ön testte toplanan verilerden yararlanılarak bu tez çalışmasında ölçeğin geçerlilik ve güvenirliği yeniden değerlendirilmiştir. Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği-Kısa Formunun faktör yapısının orijinal formuna uygunluğu doğrulayıcı faktör analizi ile incelenmiştir. Uyum indekslerinden ki-kare/serbestlik derecesi =1.48 ($\chi^2=253.26$, $df=171$, $p<0.001$),

Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) 0.068 ve Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) 0.90, Artımlı Uyum İndeksi (IFI) 0.90 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Güvenilirliği madde analizi ve iç tutarlılık ile belirlenmiştir. Madde toplam korelasyon katsayılarının 0.34-0.55 arasında olduğu bulunmuştur. İç tutarlılığın belirlenmesinde Cronbach's Alpha katsayısı ile değerlendirilmiştir. Cronbach's Alpha değerleri beslenme alt boyutunun 0.42, sosyal destek alt boyutunun 0.61, sağlık sorumluluğu alt boyutunun 0.56, yaşam memnuniyeti alt boyutunun 0.66, egzersiz alt boyutunun 0.78, stres yönetimi alt boyutunun 0.48 ve genel ölçeğin 0.83 olduğu bulunmuştur.

3.7. Çevirim İçi Sağlık Eğitimi

Çevrim içi sağlık eğitiminin amacı, işitme engelli adölesanların sağlıklı beslenme hakkında bilgi sahibi olmasını ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanmasını, sosyal destek arama ve kullanma davranışı kazanmasını, kendi sağlıkları ile ilgili sorumluluk almasını, kendini gereksinimlerinin farkına varmasını ve bu gereksinimlerini karşılayarak yaşam memnuniyetinin artırılmasını, günlük fiziksel aktivite düzeyinin artırılmasını ve stresli durumlarda etkili baş yöntemlerini öğrenmesini ve kullanmasını sağlamaktır.

Çevrim içi sağlık eğitiminin içeriği; işitme engelli adölesanların sağlık bilgilerine erişimini sağlayarak sağlık düzeylerinde olumlu değişimlerin sağlanması amacıyla işaret dili ile desteklenmiş çevrim içi sağlık eğitimi hazırlanmıştır. Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği-Kısa Formunun alt başlıkları olan beslenme, sosyal destek, sağlık sorumluluğu, yaşam memnuniyeti, egzersiz ve stres yönetimi konularında literatür taraması yapılmış, eğitim içerikleri hazırlanmıştır. Hazırlanan eğitim içerikleri; Nilüfer Özel Eğitim Meslek Lisesi'ndeki bir öğretmen olmak üzere çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, psikiyatri hemşireliği ve halk sağlığı hemşireliği alanındaki toplam 6 uzmana gönderilmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Eğitim Materyali Değerlendirme Formu (Ek-3) kullanılmıştır. Bu formun oluşturulmasında Charnock ve arkadaşları tarafından 1998 yılında geliştirilen Quality of Criteria For Consumer Health Information (DISCERN) maddelerinden yararlanılmıştır (Charnock 1998). Bu formda; eğitim içeriği ile ilgili materyalin güvenilirliği (sekiz madde), sunulan bilginin kalitesi (yedi madde) ve materyalin genel değerlendirmesi (tek madde) olmak üzere toplam 16 madde bulunmaktadır.

Tablo 3.1 Uzmanların eğitim materyalinin değerlendirilmesine verdikleri cevapların ortalaması

Bölüm 1. Materyalin güvenilirliği	Ortalama± SS
1. Amacı açık mıdır?	4.60±0.55
2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?	4.20±0.84
3. Konu ile ilgili mi?	5.00±0.00
4. Kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?	3.80±1.10
5. Sunulan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?	3.80±1.10
6. Sunulan bilgiler tutarlı ve tarafsız mıdır?	4.80±0.45
7. Ek bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar var mı?	4.40±0.89
8. Belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?	3.00±1.58
Bölüm 2. Sunulan bilginin kalitesi	3.7.1.
9. Her bir eğitimin nasıl uygulandığını tanımlıyor mu?	4.20±0.84
10. Her bir eğitimin yararını tanımlıyor mu?	4.40±0.89
11. Sağlık risklerini tanımlıyor mu?	4.00±1.22
12. Eğitim uygulanmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?	3.40±1.52
13. Eğitimlerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?	3.60±1.34
14. Sağlıklı yaşam ile ilgili seçenekler açıklanmış mı?	4.00±1.22
15. Eğitimler katılımcıların karar vermesi için destek sağlıyor mu?	4.00±1.22
Bölüm 3. Materyalin genel değerlendirmesi	3.7.2.
16. Genel değerlendirme	3.80±0.84

Uzmanların eğitim materyalinin değerlendirilmesine verdikleri cevapların ortalaması Tablo 3.1'de görülmektedir. Materyalin güvenilirliği alt boyutunda eğitimin amacının açıklığı 4.60±0.55, amaçlara ulaşılabilirlik 4.20±0.84, konu ile ilgiliği 5.00±0.00, kullanılan kaynakların açıkça belirtilmesi 3.80±1.10, sunulan bilginin tarihinin açıkça belirtilmesi 3.80±1.10, sunulan bilgilerin tutarlılık ve tarafsızlığı 4.80±0.45, ek bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntıların varlığı 4.40±0.89, belirsiz yönlerden söz edilmesi 3.00±1.58 puan ortalamasına sahiptir.

Uzmanların eğitim materyalinde sunulan bilginin kalitesine verdikleri cevapların ortalaması Tablo 3.1'de görülmektedir. Sunulan bilginin kalitesi alt boyutunda her bir eğitimin nasıl uygulandığının tanımlaması 4.20±0.84, her bir eğitimin yararının tanımlaması 4.40±0.89, sağlık risklerinin tanımlaması 4.00±1.22, eğitim uygulanmadığı durumlarda ne olacağını tanımlaması 3.40±1.52, eğitimlerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğinin tanımlaması 3.60±1.34, sağlıklı yaşam ile ilgili seçeneklerin açıklanması 4.00±1.22, eğitimlerin katılımcıların karar vermesi için destek sağlanması 4.00±1.22

puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Uzmanların eğitim materyalinin genel değerlendirilmesine verdikleri cevapların puan ortalaması 3.80 ± 0.84 'dir (Tablo 3.1).

Tablo 3.2 Eğitim materyali değerlendirme formu bölümlerinin puanları

Bölümler	Minimum	Maximum	Ortalama\pm SS
Materyalin güvenilirliği	29.00	40.00	33.60 \pm 4.72
Sunulan bilginin kalitesi	17.00	35.00	27.60 \pm 7.26
Toplam Puan	50.00	80.00	65.00 \pm 12.36

Uzmanlardan gelen geri bildirim sonunda eğitim materyalinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Genel olarak uzman görüşü sonrası gelen öneriler aşağıda verilmiştir.

- Eğitim konularının içeriğinin hazırlanmasında standart sunum şablonunun kullanılması,
- Tüm eğitim konularına tanım-içerik-kazanım gibi bir sıra ile giriş yapılması,
- Eğitim sunumlarının sonunda konu ile ilgili ileri okuma materyali için linklerin verilmesi,
- Konu içinde verilen önerilerin mutlaka görselle desteklenmesi (örneğin 8-10 bardak su içiniz bilgisinin altına 8 ya da 10 su bardağı su resmi eklenmesi gibi).

Eğitim içerikleri işaret dili tercümanı tarafından seslendirilmiştir (Ek-4). Eğitim içerikleri hem seslendirme hem de işaret dili ile tercümesi yapılarak video haline getirilmiştir. Katılımcıların dikkatini çekmek için görsellerle içerik zenginleştirilmiştir. Eğitimler, 40'ar dakikalık 6 oturumdan oluşmaktadır. Eğitim içerikleri Tablo 3.3'te gösterilmiştir.

Tablo 3.3 Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği-Kısa Formu'nun alt boyutlarına göre oluşturulan çevrim içi sağlık eğitiminin içeriği

Oturumlar	Süre	Eğitim konusu	Eğitim İçerikleri
1. Oturum	40 dakika	Beslenme	Yeterli ve dengeli beslenme ve besin öğeleri Beslenmenin sağlık için önemi Kilo yönetimi ve obezite Sağlıklı beslenme önerileri
2. Oturum	40 dakika	Sosyal Destek	Sosyal destek kavramı Sosyal desteğin yararları Sosyal destek arama Kişilerarası ilişkilerde iletişim Sağlıklı iletişim kurmak için öneriler
3. Oturum	40 dakika	Sağlık Sorumluluğu	Sağlık sorumluluğu kavramı Vücut gözlemlene ve değişimlerin farkında olma Sağlığı korumak için profesyonel destek alma Tütün ve alkol ürünlerinin vücuda zararları
4. Oturum	40 dakika	Yaşam memnuniyeti	Kendi sınırları ve potansiyelinin farkında olma Gereksinimlerin farkında olma ve ihtiyaçlar hiyerarşisi Özgüven kavramı Kendini gerçekleştiren insanların özellikleri
5. Oturum	40 dakika	Egzersiz	Egzersiz ve fiziksel aktivitenin yararları Egzersiz insan sağlığına etkisi Egzersiz döneminde sağlık kontrolü Çeşitli aktivite ve egzersiz önerileri
6. Oturum	40 dakika	Stres Yönetimi	Stres ve vücuda etkileri Stres karşısında etkili olmayan davranışlar Stresle baş etmede etkili yöntemler



Şekil 3.1 Sağlıklı beslenme eğitim görseli



Şekil 3.2 Sosyal destek eğitim görseli



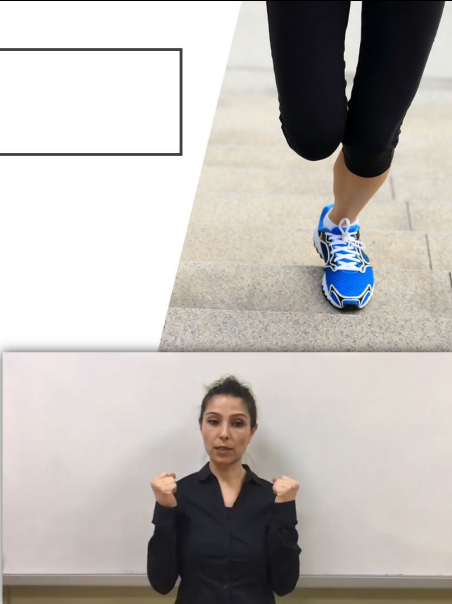
Şekil 3.3 Sağlık sorumluluğu eğitim görseli



Şekil 3.4 Yaşam memnuniyeti eğitim görseli

YÜRÜYÜŞ


- Stresimizi azaltır.
- Yürüyüş yaparken mutluluk hormonu salgılanır.
- Bağışıklık sistemimizi güçlendirir.
- Kilo kontrolünde etkilidir.
- İştahımızı kontrol etmemize yardımcı olur.
- Uyku düzenimizi destekler.
- Kasları güçlendirir, kemik erimesini ortadan kaldırır.
- Şeker ve tansiyon hastalığını önlemeye destek olur.

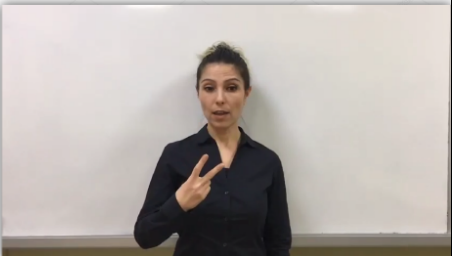


Şekil 3.5 Egzersiz eğitim görseli

Stresin Vücudumuza Etkileri

- Verimliliğimizi düşürür.
- Kararsızlık yaşayabiliriz.
- Hayattan zevk almamızı engelleyebilir.
- Duygusal ilişkilerimizden uzaklaştırabilir.
- Öfke, düşmanlık ve kızgınlığa neden olabilir.
- Değersizlik, güvensizlik gibi duyguları yaşatabilir.





Şekil 3.6 Stres yönetimi eğitim görseli

Örnek:


80 kg ve 1.75 metre boyu olan birinin vücut kitle indeksini hesaplayalım.

Boy uzunluğunun karesini alalım: $1.75 \times 1.75 = 3.06$

Vücut ağırlığını elde ettiğimiz sayıya bölelim: $80 : 3.06 = 26.14$
Bu kişinin sağlık durumunu yandaki tablodan inceleyelim.

Bu kişi 26.14 vücut kitle indeksiyle hafif şişman grubuna girmektedir.

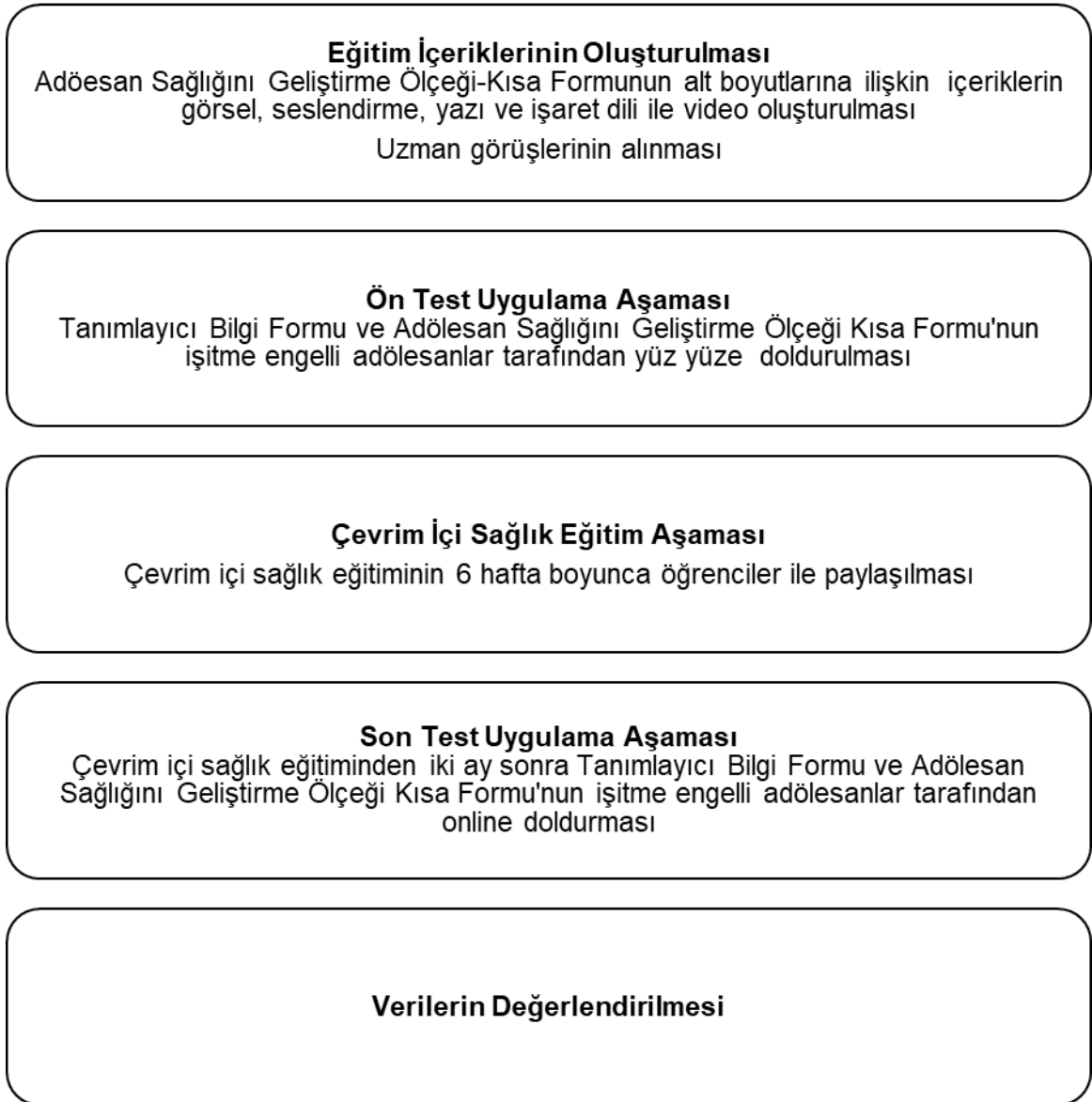
Vücut Ağırlığı	VKI
Zayıf	<18,5
Normal	18,5-24,9
Şişmanlık Öncesi	25-29,9
1. Derece Şişman	30-34,9
2. Derece Şişman	35-39,9
3. Derece Şişman	40 ve üstü



Şekil 3.7 Vücut kitle indeksi hesaplama eğitim görseli

3.8. Veri Toplama Yöntemi

Eğitim öncesinde işitme engelli adölesanlar okulun konferans salonunda toplanmış, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı ve uygulama süreci hakkında bilgilendirilmiştir. Araştırmacı Milli Eğitim Bakanlığı'ndan 120 saatlik İşaret Dili Eğitim Sertifikasına sahiptir (Ek-5). Bilgilendirme sonrası araştırmacı tarafından, işaret dili tercümanının desteği ile ön test verileri (Tanımlayıcı Bilgi Formu, Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği-Kısa Formu) basılı olarak toplanmıştır. Formların içeriği, projeksiyon ile perdeye yansıtılmış, tercüman tarafından işaret diline tercüme edilmiştir. Ön test verileri toplandıktan sonra eğitim içerikleri çevrim içi mesajlaşma platformlarında ve www.eba.gov.tr de paylaşılmıştır. Her hafta bir eğitim videosu öğrenciler ile paylaşılmıştır. Eğitim içerikleri Eğitim Bilişim Ağı (EBA) web sitesine yüklendiğinde okul idaresi tarafından mesaj ile hatırlatılmıştır. Altı haftalık eğitim süresi tamamlanmış, Covid-9 pandemi sürecinde okulların uzaktan eğitim modeline göre eğitim vermesi nedeni ile öğrenciler Google Formlar aracılığıyla ebeveynlerinin desteği ile son testi uygulamışlardır.



şekil 3.8 Araştırma uygulama şeması

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesi için SPSS 25.0 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) kullanılmıştır.

Tanımlayıcı veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma analizleri ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Skewness-Kurtosis Testi ve histogram ile varyansların homojenliği Levene Testi ile değerlendirilmiştir. Ön test ve son test grubunun sağlık algı düzeyleri ve son bir haftada sağlık konusunda araştırma yapma düzeyleri Marginal Homogeneity Testi ve McNemar Testi ile değerlendirilmiştir.

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası bağımlı değişken açısından gruplar arasındaki farklılık Paired Samples t Testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırma için Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve Bursa İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmış, Eylül 2019-Haziran 2020 arasında veriler toplanmıştır. Veriler toplanmadan önce araştırmanın amacı açıklanmış, engelli adölesanların velilerinden yazılı olarak izin alınmıştır. Veriler, "Tanımlayıcı Bilgi Formu" ve "Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği-Kısa Formu" kullanılarak işitme engelli adölesanlardan toplanmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlki araştırma bulguları Bursa Nilüfer Özel Eğitim Meslek Lisesi'nde, Eylül 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında eğitimin gören adölesanlar ile sınırlı olduğu için sonuçlar sadece bu gruba genellenebilir. Araştırmaya katılan adölesanların eğitim içeriklerini tamamlama durumlarının öğretmen ve öğrenci bildirimleri ile takip edilmesi ve eğitim içeriklerinin tercümesinde kullanılan işaret dilinin sadece Türk toplumunda yaşayan işitme engelli adölesanların kültürlerine uygun olması araştırmanın diğer sınırlılıklarıdır.

3.12. Araştırmanın Süresi

Araştırma konusunu belirlemek amacıyla şubat 2018'de literatür tarama çalışmalarına başlanmıştır. şubat-Nisan 2018'de araştırma konusu belirlenmiş, Mayıs 2018'de tez önerisi olarak tez ön komitesine sunulmuştur. Araştırmanın etik kurul izni Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve araştırmanın kurum izni Bursa İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden Mayıs-Eylül 2018 tarihleri arasında alınmıştır. Eylül 2019 ile Haziran 2020 tarihleri arasında araştırma verileri toplanmıştır. Verilerin analizi Temmuz 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Tez raporu şubat 2021'de hazırlanmaya başlanmış, Haziran 2021'de tamamlanmıştır.

Temmuz 2021’de tez raporu sunulmuştur. Araştırmanın zaman çizelgesi Tablo 3.4’te gösterilmiştir.

Tablo 3.4 Araştırma zaman çizelgesi

Aşamalar	Tarih
Araştırma konusunun belirlenmesi	Şubat 2018- Nisan 2018
Literatür tarama	Şubat 2018- Temmuz 2021
Tez Önerisi Hazırlığı	Nisan 2018- Mayıs 2018
Etik kurul başvuru ve onayı	Mayıs 2018-Haziran 2018
Tez Önerisi Sunumu	Mayıs 2018
Kurum İzinleri	Haziran 2018-Eylül 2018
Verilerin toplanması	Eylül 2019- Haziran 2020
Verilerin analizi	Temmuz 2020- Ocak 2021
Tez raporunun hazırlanması	Şubat- Haziran 2021
Tez raporunun sunulması	Temmuz 2021

4. BULGULAR

Araştırmaya ait veriler; işitme engelli adölesanların tanımlayıcı verileri, adölesanların işitme engeline yönelik tanımlayıcı verileri, adölesanların eğitim öncesi ve eğitim sonrası bireysel sağlık farkındalığı, toplam ASGÖ-KF ve alt boyutlarından aldığı madde puan ortalamaları ve adölesanların ön test-son test ASGÖ-KF puan ortalamalarının dağılımı olmak üzere 5 başlıkta incelenmiştir.

4.1. İşitme Engelli Adölesanların Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan işitme engelli adölesanların tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir. Engelli adölesanların yaşları 15 ile 20 arasında olup yaş ortalaması 16.45 ± 1.18 'dir. Adölesanların %50.7'si kadın, %49.3'ü erkektir. Adölesanların %32.4'ü 9.sınıf, %26.8'i 10.sınıf, %40.8'i 11.sınıfta eğitim görmektedir. Anne-babaların eğitim durumu incelendiğinde, annelerin %54.9'u ilkokul, %28.2'si ortaokul, %14.1'i lise, %2.8'i üniversite mezunu; babaların %50.7'si ilkokul, %32.4'ü ortaokul, %11.3'ü lise, %5.6'sı üniversite mezunudur. Ailelerin gelir düzeyleri %18.3'ünün gelir giderden az, %67.6'sının gelir gidere denk, %14.1'inin gelir giderden azdır. Adölesanların %4.2'sinde kronik hastalık mevcuttur. Bütün adölesanların sosyal güvencesi vardır.

Tablo 4.1 işitme engelli adölesanların tanımlayıcı verileri

Değişkenler	Sayı	Yüzde (%)
Yaş (Ortalama±SS)	16.45+1.18	(min. 15-max 20)
Cinsiyet		
Kadın	36	50.7
Erkek	35	49.3
Sınıf		
9.sınıf	23	32.4
10.sınıf	19	26.8
11.sınıf	29	40.8
Anne Eğitim Düzeyi		
İlkokul	39	54.9
Ortaokul	20	28.2
Lise	10	14.1
Üniversite	2	2.8
Baba Eğitim Düzeyi		
İlkokul	36	50.7
Ortaokul	23	32.4
Lise	8	11.3
Üniversite	4	5.6
Ailenin Gelir Düzeyi		
Gelir giderden az	13	18.3
Gelir gidere denk	48	67.6
Gelir giderden fazla	10	14.1
Kronik Hastalık Varlığı		
Hayır	68	95.8
Evet	3	4.2
Sosyal Güvence Varlığı		
Evet	71	100.0
Total	71	100.0

4.2. Adölesanların İşitme Engellerine Yönelik Tanımlayıcı Verileri

Tablo 4.2 Adölesanların işitme engeline yönelik tanımlayıcı verileri

	Sayı	Yüzde (%)
İşitme Kayıp Derecesi (Ortalama \pm SS)	63.95 \pm 13.53	(min. 40-max.96)
İşitme Engel Sebebi		
Doğuştan	48	67.6
Sonradan	23	32.4
İşitme Kayıp Düzeyi		
Tam işitme kaybı	43	60.6
Kısmi işitme kaybı	28	39.4
Ailede Kendisinin Dışında İşitme Engelli Birey Varlığı		
Evet	48	67.6
Hayır	23	32.4
İşitme Cihazı Kullanma Durumu		
Evet	33	46.5
Hayır	38	53.5
Aile İçi İletişim		
Sözel (konuşarak)	14	19.7
İşaret dili	47	66.2
Hem sözel hem de işaret dili	10	14.1
Toplam	71	100.0

Tablo 4.2'de Adölesanların işitme engeline yönelik tanımlayıcı verileri görülmektedir. Adölesanların %67.6'sı doğuştan, %32.4'ü sonradan işitme engellidir. İşitme kayıp düzeyleri en düşük %40, en yüksek %96, ortalama %63.9 \pm 13.53'tür. Katılımcıların %60.6'sı tam işitme kaybı, %39.4'ü kısmi işitme kaybı yaşamaktadır. Engelli adölesanların %46.5'i işitme cihazı (koklear implant) kullanmaktadır. Engelli adölesanların ailelerinde %67.6 oranında kendisinin dışında işitme engelli birey bulunmaktadır. Engelli adölesanların %19.7'si sözel (konuşarak), %66.2'si işaret dili ile %14.1'i hem sözel hem de işaret dili ile aile içerisinde iletişim kurmaktadır.

4.3. Engelli Adölesanların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bireysel Sağlık Farkındalığı

Tablo 4.3 Engelli adölesanların eğitim öncesi ve eğitim sonrası bireysel sağlık farkındalığı

Değişkenler	Ön Test		Son Test	
	Sayı	%	Sayı	%
Sağlığı Algılama Düzeyleri				
Kötü	7	9.9	1	1.4
Orta	14	19.7	11	15.5
İyi	24	33.8	47	66.2
Mükemmel	26	36.6	12	16.9
Marginal Homogeneity Testi		4.500		.
P		0.912		
Son Bir Hafta İçerisinde Kendi Sağlığı İle İlgili İnternetten Araştırma Yapma				
Evet	28	39.4	10	14.1
Hayır	43	60.6	61	85.9
McNemar Testi		5.477		
P		.001		

İşitme engelli adölesanların eğitim öncesi ve sonrası sağlığı algılama düzeyleri ve son bir hafta içerisinde sağlıkla ilgili araştırma yapma düzeyleri Tablo 4.3'te görülmektedir. Adölesanların eğitim öncesinde sağlığı algılama düzeyleri %9.9'unun kötü, %19.7'sinin orta, %33.8'inin iyi, %36.6'sının mükemmel; eğitim sonrasında sağlığı algılama düzeyleri %1.4'ünün kötü, %15.5'inin orta, %66.2'sinin iyi, %16.9'unun mükemmeldir. Adölesanların %39.4'ü eğitim öncesinde son bir haftada sağlıkla ilgili araştırma yapmış, %85.9'u eğitim sonrası sağlık hakkında araştırma yapmamıştır. Sağlık eğitimi sonrası işitme engelli adölesanların sağlık hakkında bilgi araştırma düzeylerinin azalması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

4.4. Adölesanların Toplam ASGÖ-KF ve Alt Boyutlarından Aldığı Madde Puan Ortalamaları

Tablo 4.4 Toplam ASGÖ-KF ve alt boyutlarının puan ortalamaları

	Madde Sayısı	Min-Max	Ölçek Ortalama \pm SS	Madde Ortalama \pm SS
Beslenme	3	3-15	9.48 \pm 3.2	3.16 \pm 1.07
Sosyal destek	4	4-19	12.13 \pm 3.11	3.03 \pm 0.78
Sağlık sorumluluğu	4	4-20	12.25 \pm 3.11	3.06 \pm 0.78
Yaşam memnuniyeti	4	7-20	13.85 \pm 3.09	3.46 \pm 0.77
Egzersiz	3	3-15	9.07 \pm 2.72	3.02 \pm 0.91
Stres yönetimi	3	4-15	9.56 \pm 2.44	3.19 \pm 0.81
Toplam ASGÖ-KF	21	46-94	66.34 \pm 9.97	3.16 \pm 0.47

Tablo 4.4'te işitme engelli adölesanların toplam ASGÖ-KF ve alt boyutlarının puan ortalamaları verilmiştir. Alt boyutların ve toplam ASGÖ-KF'nin madde puan ortalamaları incelendiğinde; tam puan olan 5 üzerinden en düşük puan sırasıyla egzersiz (3.02 \pm 0.91), sosyal destek (3.03 \pm 0.78) ve sağlık sorumluluğu (3.06 \pm 0.78) alt boyutlarında, en yüksek puanı ise sırasıyla yaşam memnuniyeti (3.46 \pm 0.77), stres yönetimi (3.19 \pm 0.81) ve besleme (3.16 \pm 1.07) alt boyutlarından aldığı belirlenmiştir. Adölesanların toplam ASGÖ-KF puan ortalaması 66.34 \pm 9.97 madde puan ortalaması ise 3.16 \pm 0.47 olarak bulunmuştur.

4.5. İşitme Engelli Adölesanların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası ASGÖ-KF Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4.5 İşitme engelli adölesanların eğitim öncesi ve eğitim sonrası ASGÖ-KF puan ortalamalarının dağılımı

Değişkenler	Ortalama \pm SS	Cohen's d	t*	p
Beslenme				
Ön Test	9.48 \pm 3.19	0.31	-2.317	.023
Son Test	10.38 \pm 2.44			
Sosyal Destek				
Ön Test	12.12 \pm 3.11	0.47	-2.799	.007
Son Test	13.54 \pm 2.93			
Sağlık Sorumluluğu				
Ön Test	12.25 \pm 3.11	0.18	-1.135	.260
Son Test	12.81 \pm 3.15			
Yaşam Memnuniyeti				
Ön Test	13.84 \pm 3.09	0.35	-2.039	.045
Son Test	14.84 \pm 2.49			
Egzersiz				
Ön Test	9.07 \pm 2.72	0.13	.745	.458
Son Test	8.67 \pm 3.36			
Stres Yönetimi				
Ön Test	9.56 \pm 2.44	0.15	-.863	.391
Son Test	9.91 \pm 2.35			
Toplam ASGÖ-KF				
Ön Test	66.33 \pm 9.96	0.36	-2.197	.031
Son Test	70.18 \pm 11.26			

t*: Paired-Samples T Test, Cohen's d: Etki büyüklüğü (0.20 küçük, 0.50 orta, 0.80 büyük)

İşitme engelli adölesanların eğitim öncesi ve eğitim sonrası ASGÖ-KF puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.5'te görülmektedir. Beslenme alt boyutunun eğitim öncesi puan ortalaması 9.48 \pm 3.19, eğitim sonrası puan ortalaması 10.38 \pm 2.44; sosyal destek alt başlığının eğitim öncesi puan ortalaması 12.12 \pm 3.11, eğitim sonrası puan ortalaması 13.54 \pm 2.93; sağlık sorumluluğu alt boyutunun eğitim öncesi puan ortalaması 12.25 \pm 3.11, eğitim sonrası puan ortalaması 12.81 \pm 3.15; Yaşam memnuniyeti alt boyutunun eğitim öncesi puan ortalaması 13.84 \pm 3.09, eğitim sonrası

puan ortalaması 14.84 ± 2.49 ; egzersiz alt boyutunun eğitim öncesi puan ortalaması 9.07 ± 2.72 , eğitim sonrası puan ortalaması 8.67 ± 3.36 ; stres yönetimi alt boyutunun eğitim öncesi puan ortalaması 9.56 ± 2.44 , eğitim sonrası puan ortalaması 9.91 ± 2.35 olarak bulunmuştur. Toplam ASGÖ-KF eğitim öncesi puan ortalaması 66.33 ± 9.96 , eğitim sonrası puan ortalaması 70.18 ± 11.26 olarak bulunmuştur. İşitme engelli adölesanlara verilen sağlık eğitimi sonunda ön test-son test arasında beslenme, sosyal destek, yaşam memnuniyeti ve toplam ASGÖ-KF puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p < 0.05$), sağlık sorumluluğu, egzersiz ve stres yönetimi alt boyutları puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p > 0.05$).

5. TARTIŞMA

İşitme engelli adölesanlar yazı dilini anlamada güçlük yaşamakta, sağlık ile ilgili dergi, kitap, video, internet sitesi gibi materyallerden yeterince faydalanamamaktadır. İşitme engellilere yönelik materyallerin geliştirilmesi bireylerin sağlıklı yaşam davranışları kazanmalarına katkıda bulunabilir (Smith vd 2012, Smith ve Samar 2016). Adölesanlar, günümüz teknolojisinde internet ve teknolojik cihazlara kolaylıkla ulaşabilmektedir. Bu çalışmada işitme engelli adölesanlara beslenme, sosyal destek, sağlık sorumluluğu, yaşam memnuniyeti, egzersiz ve stres yönetimi konularında işaret dili ile desteklenmiş çevrim içi eğitim verilmiştir. Bu bölümde, işitme engelli adölesanlara verilen çevrim içi sağlık eğitiminin sağlığı geliştirme davranışları üzerindeki etkisi ve bu tez çalışmasının bulguları ile konuya ilişkin literatür verileri tartışılmıştır.

5.1. İşitme Engelli Adölesanların Tanımlayıcı Özelliklerinin incelenmesi

Bu çalışmada işitme engelli adölesanların yaş ortalaması 16.45 ± 1.18 olarak bulunmuştur. Adölesanların %50.7'si kadın, %49.3'ü erkektir. İşitme engelli adölesanların kız ve erkek öğrenci yüzdelerinin birbirine çok yakın olduğu belirlenmiştir. Nacartürk ve arkadaşlarının 2003 yılında Bursa'da yaptıkları çalışma incelendiğinde bu tez çalışmasının bulgularına benzer olarak kadın erkek oranı birbirine yakın çıkmıştır (Nacartürk vd 2003). Benzer şekilde Park ve arkadaşlarının 2016 yılında Kore'de 33 binden fazla bireyde yaptıkları popülasyon taramasında 12-19 yaş grubunda işitme kaybının erkeklerde kadınlardan fazla olmasına rağmen aralarında istatistiksel farklılık olmadığını belirlemişlerdir (Park vd 2016). Ashgari ve arkadaşlarının 2017 yılında İrlanda'da yaptıkları çalışmada tüm yaşlar göz önüne alındığında erkeklerde işitme kaybının kadınlara göre daha fazla olmasına rağmen cinsiyetler arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmadığını bildirmişleridir (Asghari vd 2017). Adölesanın ebeveynlerinin eğitim durumu hem annelerin hem de babaların yarısının ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Adölesan bireylerin yarıdan fazlası ailesinin gelir

düzyini gelir gidere denk olarak bildirmiştir. İşitme engelli çocuk ve adölesanların fiziksel sağlık durumlarının olumsuz yönde etkilendiği ve ek olarak başka hastalıklara normal çocuklardan daha fazla maruz kalabilmektedir (Kırman ve Yıldım Sarı 2011). Bu çalışmada işitme engelli adölesanların %4.2'sinde kronik hastalık olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda adölesanlarda kronik sağlık sorunu görölme sıklığı %8.3 ile % 20 arasında değişmektedir (Suris vd 2004, Michaud vd 2007). Bu tez çalışmasındaki kronik hastalık oranının literatürden daha düşük çıkmasının sebebi çalışmalarda engellilik ve kronik hastalık durumu ayırımı yapılmadan tüm kronik sağlık sorunlarının değerlendirmeye alınmiş olması olabilir.

Bu tez çalışmasında araştırmaya katılan her adölesanın sosyal güvencesi bulunmaktadır. Bunun nedeni Türkiye'de lise ve dengi eğitim gören öğrencilerin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereğince 20 yaşını doldurana kadar sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanmasıdır (26200 Sayılı Resmî Gazete)

5.2. Adölesanların İşitme Engellerine Yönelik Tanımlayıcı Verilerinin İncelenmesi

Adölesanların işitme engeline yönelik tanımlayıcı verileri incelendiğinde %67.6'sı doğuştan, %32.4'ü hastalık nedeni ile sonradan işitme engellidir. İşitme kayıp düzeyleri en düşük %40, en yüksek %96, ortalama %63.9±13.53'tür. Katılımcıların %60.6'sı tam işitme kaybı, %39.4'ü kısmi işitme kaybı yaşamaktadır. Engelli adölesanların %46'sı işitme cihazı (koklear implant) kullanmaktadır. Engelli adölesanların ailelerinde %67.6 oranında engeli bulunan başka birey bulunmaktadır. Engelli adölesanların %19.7'si sözel (konuşarak), %66.2'si işaret dili ile %14.1'i hem sözel hem de işaret dili ile aile içerisinde iletişim kurmaktadır.

5.3. Engelli Adölesanların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bireysel Sağlık Farkındalığının İncelenmesi

İşitme engelli adölesanların sağlık bilgilerine erişim güçlüğü yaşamaktadırlar. Yapılan alışmalar incelendiğinde okullarda verilen sağlık eğitiminde yetersizlik, kitap, dergi gibi basılı materyalleri anlamada güçlük, sağlık personeli ile iletişim güçlüğü, bilgiye erişimdeki başlıca engellerdendir (Ionescu vd 2019, Pinilla vd 2019, Mawani ve Chiluba 2020). İşitme engelli bireyler çevrim içi sağlık bilgilerine de erişimde güçlük yaşamaktadırlar. Kushalnagar ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmada işitme engelli bireylerin işaret dili ile sağlık bilgilerinin paylaşıldığı dört web sitesinde

gezinmesi, bilgilere ulaşması istenmiş, bireylerden belirli bilgileri bulmaları istenerek web sitelerinin kullanılabilirliği ve içeriklerin anlaşılma düzeyleri incelenmiştir. Düşük sağlık okuryazarlığına sahip olan engelli bireyler sağlık bilgilerine erişimde daha fazla güçlük yaşamışlardır (Kushalnagar vd 2015). Bu tez çalışmasında işitme engelli adölesanlara beslenme, egzersiz, sosyal destek, yaşam memnuniyeti, stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu konularında çevrim içi eğitim verilmiştir. Bu çalışmada eğitim öncesi adölesanların %39'u son bir hafta içinde kendi sağlığı ile ilgili konularda araştırma yaparken, eğitim sonrası %14.1'i araştırma yapmıştır. Eğitim sonrasında engelli adölesanların kendi sağlıkları konusunda araştırma yapma durumları eğitim öncesine göre azalmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim sonrası sağlık konusunda araştırma yapma durumlarında meydana gelen azalmanın nedenleri arasında, çevrim içi sağlık eğitimine adölesanların istediği yer ve zamanda yeniden ulaşabilmeleri, internette yer alan diğer sağlık ile ilgili materyallerin aksine bu çalışmada sunulan eğitimin işaret dili ile desteklenmesi ve işitme engelli adölesanların sağlık sorunlarına çözüm üretmesi olabilir. Coşkun'un (2015) yaptığı çalışmada ise engeli olmayan adölesanların eğitim sonrası son bir haftada sağlık hakkında araştırma yapma düzeyleri, eğitim öncesine göre daha yüksek bulunmuştur (Coşkun 2015). İşaret dili ile desteklenmiş çevrim içi eğitimlerin ve web sitelerinin sayıca fazla, sağlık bilgilerinin erişilebilir, anlaşılabilir, görsel ve sözel içeriklerce desteklenmiş olması; bireylerin sağlık okuryazarlığını artırmasını, sağlıklarını koruma ve geliştirmelerini destekleyebilir.

5.4. Adölesanların Toplam ASGÖ-KF ve Alt Boyutlarından Aldığı Madde Puan Ortalamalarının İncelenmesi

İşitme engelli adölesanların en düşük puanları sırasıyla egzersiz, sosyal destek ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarından, en yüksek puanı ise sırasıyla yaşam memnuniyeti, stres yönetimi ve besleme alt boyutlarından aldığı belirlenmiştir. Geçkil ve Yıldız'ın 2006 yılından gerçekleştirdikleri "Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle baş etme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi" isimli çalışmada sağlığı geliştirme davranışlarından en düşük puanın sağlık sorumluluğu ve egzersiz, en yüksek puanın ise kişilerarası destek ve kendini gerçekleştirme alt gruplarından aldıklarını belirtmişlerdir (Geçkil ve Yıldız 2006). Bu tez çalışmasının sonuçlarının Geçkil ve Yıldız'ın çalışma sonuçları ile benzer olduğu söylenebilir. Geçkil ve Yıldız'ın çalışma grubu sağlıklı adölesanlar olmasına rağmen sonuçların benzer olması işitme engelli

adölesanların sağlığı geliştirme davranışları açısından sağlıklı akranları ile benzer özellikler taşıdığı söylenebilir.

5.5. İşitme Engelli Adölesanların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası ASGÖ-KF Puan Ortalamalarının Dağılımının İncelenmesi

Adölesan dönemde beslenme; alışkanlıklar, sosyal çevre, akran etkileşimi, ebeveynlerin tutum ve davranışları, kültürel inançlar ve beden imajı dahil olmak üzere bir çok faktörden etkilenir (Das vd 2017). Adölesanlara beslenme konusunda sağlık eğitiminin verilmesi uygun besin seçimini ve tüketimi artırabilir. Yaptığımız bu çalışmada işitme engelli adölesanlara beslenmenin önemi, besin ögeleri, sağlıklı beslenme önerileri, vücut kitle indeksi hesaplama ve obezite konuları anlatılmıştır. İşitme engelli adölesanların eğitim öncesi ve sonrası beslenme puan ortalaması eğitim sonrasında yükselmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ön test ve son test arasında beslenme puanının etki büyüklüğünün ise düşük olduğu belirlenmiştir ($d=0.31$). Bu sonuç doğrultusunda H_1 hipotezi (Çevrim içi sağlık eğitimi verilen işitme engelli adölesanların ön test ve son test beslenme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır) kabul edilmiştir.

Srisorachatr ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları çalışmada 5 ve 6.sınıfta eğitim gören işitme engelli adölesanlara yönelik bilgisayar destekli sağlıklı beslenme eğitim programında öğrencilerin eğitim sonrası puan ortalamalarında anlamlı artış olduğu bildirilmiştir (Srisorachatr vd 2013). İşitme engelli adölesanlara yönelik çevrim içi müdahale çalışmaları sınırlı sayıda olmasına rağmen sağlıklı adölesanlarla yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır. Literatür incelendiğinde; Coşkun tarafından web tabanlı eğitim ve danışmanlık ile adölesanların sağlığını geliştirmeye yönelik yapılan çalışmada da eğitim sonrasında beslenme puan ortalamaları yükselmiştir (Coşkun 2015). İspanya'da yapılan randomize klinik çalışmada obez adölesanlar 3 gruba ayrılmıştır. Birinci gruba egzersiz ve Akdeniz diyeti konularında çevrim içi eğitim, ikinci gruba egzersiz ve Akdeniz diyeti konularında basılı eğitim materyaller dağıtılmış, üçüncü gruba ise hem basılı materyaller dağıtılmış hem de web destekli eğitim verilmiştir. Eğitim sonunda gruplar arasında istatistiksel fark bulunmazken obez adölesanların vücut yağ oranları azalmış, kan basıncı değerlerinde iyileşme gözlemlenmiştir (Bruñó vd 2018). Adölesanların beslenme bilgi düzeyindeki artışı inceleyen bir çalışmada çevrim içi oyun ile verilen beslenme eğitiminin, broşür gibi basılı materyallerle verilen eğitimlerden daha fazla artış olduğunu gözlemlenmiştir (Baños vd 2013). Adölesanların meyve, sebze ve süt tüketimini teşvik etmeyi

amaçlayan web tabanlı eğitim programı sonucunda bireylerin tüketiminde anlamlı düzeyde artış olduğu sonucuna varılmıştır (Chamberland vd 2017). Sağlıklı beslenmeyi ve fiziksel aktiviteyi teşvik etmek amacıyla 12-17 yaş adölesanlara yapılan randomize kontrollü çalışmada 8 haftalık web tabanlı beslenme ve egzersiz eğitim programı yapılmıştır. Program sonrasında adölesanlarda sebze tüketiminde ve günlük fiziksel aktivite süresinde artış gözlemlenmiştir (Cullen vd 2013). Öz tarafından adölesanların sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirmesi amacıyla 10.sınıf öğrencilere internet destekli beslenme eğitimi verilmiştir. Eğitim sonrası öğrencilerin bilgi düzeylerinde ve fiziksel aktivite düzeylerinde artış gözlemlenmiştir (Öz 2015). Bu tez çalışmasının sonuçlarının hem işitme engelli hem de sağlıklı adölesanlara yönelik çevirim içi ve web tabanlı çalışma sonuçları ile benzer olduğu söylenebilir.

Sosyal destek, fiziksel ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkışı ve bu hastalıkların prognozu üzerinde önemli etkiye sahiptir (Ardahan 2006). Tüm yaş grubu için önemli olan sosyal destek ihtiyacı adölesanlık döneminin barındırdığı riskler nedeniyle daha fazla önem kazanmaktadır. Adölesanlar psikososyal destek almada ekonomik, hizmetlere erişim güçlüğü gibi çeşitli engellerle karşılaşabilirler. Sorunlarını aileleri ve arkadaşları ile paylaşmaktan, profesyonel yardım almaktan çekinebilir, çözüm bulmak amacıyla web sitelerine ve sosyal platformlara yönelebilirler (Ridout ve Campbell 2018). Eschenbeck ve arkadaşlarının 2017 yılında 5 ve 6.sınıfta eğitim gören 70 öğrenci ile yapılan duyuşal işleme bozukluğu yaşayan öğrenciler ile işitme engeli bulunan öğrencilerinin günlük stresle baş etmede kullandığı yöntemleri inceleyen çalışmada; kız öğrenciler sosyal destek bulmak için çevre ile etkileşime geçtiğini bildirmiş, erkek öğrenciler ise medya kullanmaya yönelmişlerdir. İşitme engelli öğrenciler, duyuşal işleme bozukluğu olan öğrencilere kıyasla daha fazla sosyal destek aradıkları bildirilmişlerdir (Eschenbeck vd 2017). Bu tez çalışmasında işitme engelli adölesanların eğitim öncesi ve sonrası sosyal destek puan ortalaması eğitim sonrasında yükselmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmada elde edilen bu sonuç doğrultusunda H₂ hipotezi (Çevrim içi sağlık eğitimi verilen işitme engelli adölesanların ön test ve son test sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır) kabul edilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası etki büyüklüğünün orta etki büyüklüğüne yakın olduğu (d=0.47) görülmüştür.

İran'da depresyonda web tabanlı müdahalenin etkinliğini incelemek amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada, hafif ile orta derecede depresif semptomları olan adölesan kadınlarda 12 haftalık program sonrası iyileşme sağlandığı, sosyal destek puanlarında artış olduğu belirlenmiştir (Moeini vd 2019). Alvarez ve arkadaşları tarafından ruh sağlığı bozukluğu yaşayan gençlere yönelik klinisyen ve uzmanlar tarafından 5 haftalık e-ruh sağlığı hizmeti verilmiştir. Hizmet sonrasında kendilerini

daha iyi ve güvende hissettiklerini, sosyal olarak diğer insanlarla daha fazla bağlantı kurabildiklerini bildirirken; algılanan stres, depresyon, yalnızlık, sosyal destek, özerklik ve öz yeterlilik çıktıları da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Alvarez-Jimenez vd 2020). Movallali ve arkadaşları tarafından yapılan kontrol ve deney gruplu araştırmada, işitme kaybı yaşayan adölesanlara verilen 10 haftalık çevrim içi yaşam becerileri eğitiminin yalnızlık duygusunun azaltmaya etkisi incelenmiştir. Deney grubuna 10 hafta süren yaşam becerileri eğitimi verilmiş, kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Eğitim sonrası deney grubundaki adölesanların arkadaş ve aile ile etkileşim eksikliğinden kaynaklanan yalnızlık duygularını azaldığı gözlemlenmiştir (Movallali vd 2018).

Sağlık sorumluluğu, bireylerin beden, ruh ve sosyal açıdan kendini iyi hissedebilmesi için üzerine düşen görevleri yerine getirmesi olarak tanımlanmaktadır (Demir Avcı 2016). Bireyler uyum içerisinde yaşayabilmek için kişisel ve toplumsal sorumluluklara sahiptir. Adölesanların riskli davranışları değiştirmesi, sağlıklı yaşam tarzını benimsemesi bireysel sorumluluğu gerektirir (Brown vd 2019). Bu tez çalışmasında işitme engelli adölesanlara sağlık sorumluluğu kavramı, vücut gözlemlene ve değişimlerin farkında olma, bireysel sağlık için profesyonel destek alma, tütün ve alkol ürünlerinin vücuda zararları, gerektiğinde profesyonellerden destek almaları konusunda işaret diliyle desteklenmiş çevrim içi eğitim verilmiştir. İşitme engelli adölesanların eğitim sonrası sağlık sorumluluğu puan ortalaması artmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Eğitim öncesi ve sonrası sağlık sorumluluğu alt boyutunun etki büyüklüğü önemsiz olarak bulunmuştur ($d<0.20$). Bu sonuç doğrultusunda H_3 hipotezi (Çevrim içi sağlık eğitimi verilen işitme engelli adölesanların ön test ve son test sağlık sorumluluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır) reddedilmiştir. Bebiş ve arkadaşları tarafından 13-19 yaş adölesanlarla yapılan çalışmada; fast-food tüketim düzeyi düşük olan adölesanların sağlık sorumluluğu ve toplam Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği puanı arasında anlamlı bulunmuştur (Bebiş vd 2015). Ortaokul öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve sağlığı geliştirme davranışlarını inceleyen bir araştırmada gelir düzeyi yüksek bir bölgede yaşayan, kronik hastalığı bulunan, üniversite mezunu ebeveynleri olan adölesanların sağlık okuryazarlık puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Öztürk ve Ayaz-Alkaya 2020). Ercan ve arkadaşları yapılan araştırmada sigara içmeyen ebeveynlerin çocuklarında toplam Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği puanları daha yüksek çıkmıştır (Ercan vd 2019). Jones ve arkadaşları tarafından işitme engelli yetişkinlerin sigara kullanımını önlemek amacıyla çevrim içi danışmanlık verilmiştir (Jones vd 2010). Çalışma sonucunda web sitesinin interaktif ve görsel

içeriklerle desteklenmesi engelli bireylerin güçlü yönlerini farkına varmalarında önemli olduğu vurgulanmıştır.

Yaşam memnuniyeti, bireyin sahip oldukları ile yaşama ilişkin beklentilerinin örtüşme düzeyini göstermekte olup uzun vadeli, yaşamın tümüne yönelik bir iyi olma halidir (Saygılı vd 2017). Türkiye'deki adölesanların sağlıklı yaşam biçimlerini inceleyen bir çalışmada aile-akran iletişimi iyi olan adölesanlarda manevi sağlık, pozitif yaşam perspektif puanı yüksek bulunmuştur (Ardıç ve Esin 2016). Yaşam memnuniyetinin önemli bir yordayıcısı olan benlik saygısının işitme engelli adölesanlarda engeli olmayan akranlarına kıyasla daha düşük olduğu bildirilmiştir (Lu vd 2015, Mekonnen vd 2016). Çalışmamızda işitme engelli adölesanlara kendi sınırları ve potansiyelinin farkında olma, gereksinimlerin farkında olma ve ihtiyaçlar hiyerarşisi, özgüven kavramı, kendini gerçekleştiren insanların özellikleri konularında eğitim verilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası işitme engelli adölesanlarda yaşam memnuniyeti puan ortalaması, eğitim sonrasında yükselmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası etki büyüklüğü ise düşük düzeydedir ($d=0.035$). Bu sonuca göre H_4 hipotezi (Çevrim içi sağlık eğitimi verilen işitme engelli adölesanların ön test ve son test yaşam memnuniyeti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır) doğrulanmıştır. Literatürde işitme engelli adölesanlara bu konuya yönelik çevrim içi eğitime rastlanılmamıştır. Gürkan ve Ayar tarafından lise öğrencilerine yönelik yapılan çalışmada e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşam memnuniyetini artırdığı bildirilirken Öztürk ve Ayaz tarafından yapılan çalışmada bu ilişki düşük seviyede bulunmuştur (Gürkan ve Ayar 2020, Ozturk ve Ayaz-Alfkaya 2020).

Adölesanların egzersiz ve fiziksel aktivite düzeylerinin azalması ve sedanter yaşam tarzını benimsemeleri obezite, diyabet, hipertansiyon, kalp ve damar hastalıkları ve kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların artmasına neden olmuştur (Luger vd 2016, Beleigoli A.M. vd 2018, Bruñó vd 2018, Makai vd 2020). Li ve arkadaşları ve Xu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda işitme engeli bulunan adölesanların engeli olmayan akranlarına kıyasla fiziksel aktivite düzeyleri daha düşük bulunmuştur (Li vd 2019, Xu vd 2020). Lobenius-Palmér ve arkadaşları ve Xu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda işitme engelli adölesanların fiziksel aktivite düzeyleri diğer fiziksel engeli bulunan adölesanlardan daha yüksek bulunmuştur (Lobenius-Palmér vd 2018, Xu vd 2020).

Dijital ekranların ulaşılabilir, internetin erişilebilir olmasıyla adölesanlara yönelik egzersiz konusunda mobil-web destekli çevrim içi eğitim programlarını artırmıştır. 11-15 yaş grubu kanser tanısı alan çocukların fiziksel aktivite düzeylerini ve yaşam kalitelerini artırmak amacıyla 24 haftalık web destekli eğitim verilmiştir. Eğitim sonunda müdahale grubunda fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi ölçek puanları artmış, sağ kalan

adölesan sayısı kontrol grubunda daha fazla bulunmuş fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Howell vd 2018). Literatür incelendiğinde işitme engelli adölesanlara yönelik işaret dili ile desteklenmiş çevrim içi sağlık eğitimine rastlanılmamıştır. Çalışmamızda işitme engelli adölesanlara egzersiz ve fiziksel aktivitenin yararları, insan sağlığına etkisi, egzersiz döneminde sağlık kontrolü ve çeşitli aktivite ve egzersiz önerileri hakkında eğitim verilmiştir. İşitme engelli adölesanların eğitim öncesi ve eğitim sonrası egzersiz puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$, $d<0.20$). Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda H_5 hipotezi (Çevrim içi sağlık eğitimi verilen işitme engelli adölesanların ön test ve son test egzersiz puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır) reddedilmiştir. Bu çalışmada işitme engelli adölesanlara sunulan çevrim içi sağlığı geliştirme eğitiminin sağlığı geliştirmenin önemli bir bileşeni olan egzersiz üzerinde etkili olmadığı söylenebilir. Bu durum Covid-19 salgın sürecindeki kısıtlamalar, okulların eğitimlerini uzaktan eğitim modeli ile devam ettirmesi sonucu adölesanların uzun süre dijital ekran karşısında kalmasından etkilenmiş olabilir. Covid-19 sürecinde adölesanların fiziksel aktivite düzeylerini inceleyen çalışmalar incelendiğinde; Amerika Birleşik Devletleri'nde eğitim gören 5-13 yaş çocukların da çocukların fiziksel aktivite düzeyleri azalmış, hareketsiz davranışlarda artış gözlemlenmiştir (Dunton vd 2020). İrlanda'da 12-18 yaş adölesanlarla yapılan çalışmada her iki adölesandan birisinin düşük fiziksel aktivite düzeyi, fazla kilolu ve obez olma olasılığı yüksek bulunmuştur (Ng vd 2020). Almanya'da 4-17 yaş adölesanların fiziksel aktivite düzeyleri azalmış, eğlence amaçlı ekran izleme sürelerinde artış görülmüştür (Schmidt vd 2020).

Stres yönetimi, sağlığı geliştirmenin önemli bir bileşenidir. Landsberger ve arkadaşları tarafından yapılan 4-17 yaş işitme engelli bireylerin psikososyal gereksinimlerini inceleyen çalışmada aile ve akran ilişkileri, yaşam koşulları, bireysel konularda karar vermede güçlük ve iletişimde sorun yaşadıkları tespit edilmiş, bireylerin tedavi sürecinin engeli olmayan akranlarına kıyasla 3 kat daha uzun sürdüğü belirlenmiştir (Landsberger vd 2014). Bu çalışmada işitme engelli adölesanlara stres, stresin vücuda etkileri, stres karşısında etkili olmayan davranışlar ve stresle baş etmede etkili yöntemler (olumlu düşünmek, olaylara karşı kendimizi hazırlamak, başka konulara yoğunlaşmak, paylaşmak, egzersiz ve sağlıklı beslenme ve uyku ile korunmak, solunum egzersizleri yapmak) hakkında eğitim verilmiştir. Eğitim sonrasında stres yönetimi puan ortalaması artmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ($p>0.05$), etki büyüklüğünün önemsiz olduğu bulunmuştur ($d<0.20$). Çalışmada elde edilen sonuçlara göre H_6 hipotezi (Çevrim içi sağlık eğitimi verilen işitme engelli adölesanların ön test ve son test stres yönetimi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır) reddedilmiştir. Literatürde sağlıklı ya da sağlık sorunu

olan adölesanların stres yönetimine yönelik girişimsel pek çok çalışma bulunmasına rağmen işitme engelli adölesanlar örneğinde yapılmış girişimsel çalışmaya rastlanmamıştır.

Kolombiya'da 13-14 yaş adölesan kızların uyuşturucu bağımlılığını önlemek amacıyla adölesanlara stres ile başa çıkma, ruh halini yönetme, beden imajını koruma, uyuşturucu, sigara ve alkolü reddetme konularında çevrim içi eğitim verilmiştir. Eğitimden sonraki bir yıllık değerlendirmede adölesanların sigara, alkol ve esrar kullanımı azalmış, öz-yeterlik ve benlik saygısı puanlarında artış gözlemlenmiştir (Schwinn vd 2018). Kanada'da eğitim gören üniversite öğrencilerinin ruh sağlığının güçlendirilmesi amacıyla randomize kontrollü çalışmada, 8 haftalık çevrim içi eğitim programı sonunda öğrencilerin depresyon, kaygı ve algılanan stres düzeyleri azalmıştır (Ahmad vd 2020). Puolakanaho ve arkadaşları tarafından adölesanların stres ile baş etme düzeylerini geliştirmek amacıyla kabul ve kararlılık terapi yöntemi ile yapılan randomize kontrollü çalışmada 9.sınıf öğrencilere 5 hafta çevrim içi mobil ve web destekli eğitim ve danışmanlık verilmiştir. Çalışma sonunda öğrencilerin stres düzeyinde azalma gözlemlenmiştir (Puolakanaho vd 2019). Heber ve arkadaşları tarafından strese yönelik web tabanlı müdahalelerin yararını inceleyen sistematik derleme ve meta analiz çalışması sonucunda 4 haftadan kısa süren müdahaleler kısa etkili, 5-8 hafta süren müdahaleler orta süreli etkili, 9 haftadan daha uzun süren müdahaleler ise anlamlı olmayan etki düzeyine sahiptir. Web destekli çevrim içi müdahaleler 6 aya kadar küçük-orta düzeyde olumlu düzeyde etkili olduğu kanısına varmışlardır (Heber vd 2017). Coşkun tarafından engeli olmayan adölesanlarda yapılan çalışmada da sonuç aynı bulunmuştur (Coşkun 2015). Fiziksel ve psikososyal gelişimler, akademik başarı ve sınav kaygısı, meslek seçimi ve yetişkinliğe hazırlık süreci gibi başlıca stresörler adölesan dönemi boyunca görülebilir. Bu tez çalışmasının sonuçları; Ahmad ve arkadaşları, Puolakanaho ve arkadaşları ve Heber ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma sonuçlarından farklı olmakla birlikte Coşkun'un çalışma sonuçları ile benzerdir. Bu çalışmada sağlığı geliştirmeye yönelik 6 haftalık çevrim içi eğitim planlanmış ve stres yönetimi bu eğitimin bir haftasında ele alınmıştır. Çalışma sonuçları bu bir haftalık stres yönetimi eğitiminin işitme engelli adölesanların stresle baş etme durumları üzerinde etkili olmadığını göstermiştir. Stres yönetimine yönelik adölesanın aktif katılabilceği, ailenin eğitime dahil edilebileceği daha uzun süreli girişimlerin olumlu sonuçları olabilir.

Adölesanların sağlık davranışlarını etkileyen faktörlerin çoğu önlenabilir özelliktedir. Pek çok çalışmanın gösterdiği gibi eğer bu önlenabilir faktörlerle iyi mücadele edilirse, adölesan dönem sağlığının yanı sıra yetişkin dönem sağlığı da gelişmesine de katkı sağlanır (Ercan vd 2019). İşitme engelli adölesanlara verilen 6

haftalık çevrim içi eğitim sonrası toplam ASGÖ-KF puan ortalaması artmış, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim öncesi ve sonrası etki büyüklüğü ise düşük düzeyde bulunmuştur ($d=0.36$). Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda H_7 hipotezi (Çevrim içi sağlık eğitimi verilen işitme engelli adölesanların ön test ve son test toplam adölesan sağlığını geliştirme davranışları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır) kabul edilmiştir. Coşkun tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuca ulaşılmıştır. Çevrim içi sağlık eğitimi ile bireylerde olumlu davranış değişikliği oluşturulmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçları incelendiğinde;

- İşitme engelli adölesanlara verilen sağlık eğitimi sonrasında adölesanların kendi sağlıkları ile ilgili araştırma yapma durumları eğitim öncesine göre azalmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
- İşitme engelli adölesanlara verilen sağlık eğitimi sonunda ön test-son test arasında beslenme, sosyal destek, yaşam memnuniyeti ve toplam ASGÖ-KF puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
- İşitme engelli adölesanlara verilen sağlık eğitimi sonunda ön test-son test arasında sağlık sorumluluğu, egzersiz ve stres yönetimi alt boyutları puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Bu çalışmada kullanılan çevrim içi eğitimin işitme engelli adölesanların sağlığının geliştirilmesinde kullanılması,
- İşitme engelli adölesanların sağlığını geliştirmede bireysel ya da grup programları düzenlenmesi,
- İşitme engelli adölesanlara sağlığı geliştirme konularında sunulacak tüm eğitimlerin yazı, ses ve işaret dili desteklenmesi,
- Adölesan-ebeveyn işbirliği ile ebeveynleri de içine alan bütüncül çevrim içi eğitim programlarının geliştirilmesi,
- Sağlık bakanlığı ve milli eğitim bakanlığının işbirliği içinde olduğu çevrim içi ya da web tabanlı sağlık programlarının oluşturulması ve yürütülmesi,
- İşitme engelli adölesanlara yönelik sağlığı geliştirmede benzer ya da farklı yöntemlerin kullanılması ve bu yöntemlerin etki büyüklüklerinin karşılaştırılması,
- Yürütülecek çalışmalarda girişim ve izlem süresinin daha uzun tutularak çevrim içi eğitiminin etkisinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Ahmad F, El Morr C, Ritvo P, Othman N, Moineddin R, Ashfaq I, Bohr Y, Ferrari M, Fung WLA, Hartley L, Maule C, Mawani A, McKenzie K, Williams S. An eight-week, web-based mindfulness virtual community intervention for students' mental health: Randomized controlled trial. **JMIR Ment. Heal.** 2020; 7(2).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Aile Eğitim Rehberi İşitme Engelli Çocuklar. 2014.

Alev Ü. Okul çağındaki çocukların sağlık okuryazarlığı bilgi düzeylerinin incelenmesi. **İnsan ve Sos. Bilim. Derg.** 2020; 3(1): 474–485.

Al-Maweri SA, Zimmer S. Oral health survey of 6-14-year-old children with disabilities attending special schools Yemen. **J. Clin. Pediatr. Dent.** 2015; 39(3): 272–276.

Alvarez-Jimenez M, Rice S, D'Alfonso S, Leicester S, Bendall S, Pryor I, Russon P, McEnery C, Santesteban-Echarri O, Gustavo Da Costa TG, Valentine L, Solves L, Ratheesh A, McGorry PD, Gleeson J. A novel multimodal digital service (moderated online social therapy+) for help-seeking young people experiencing mental ill-health: Pilot evaluation within a national youth e-mental health service. **J. Med. Internet Res.** 2020; 22(8): e17155.

American Speech-Language-Hearing Association. Effects of hearing loss on development. **Audiol. Inf. Ser.** 2011; 10802.

American Speech-Language-Hearing Association. Type, degree, and configuration of hearing loss. **Audiol. Inf. Ser.** 2015; 10802.

Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg.** 2006; 9(2): 68–75.

Ardıç A, Esin MN. Factors associated with healthy lifestyle behaviors in a sample of Turkish adolescents: A school-based study. **J. Transcult. Nurs.** 2016; 27(6): 583–592.

Asghari A, Farhadi M, Daneshi A, Khabazkhoob M, Mohazzab-Torabi S, Jalessi M, Emamjomeh H. The prevalence of hearing impairment by age and gender in a population-based study. **Iran. J. Public Health. Tehran University of Medical Sciences;** 2017; 46(9): 1237–1246.

Aydoğdu BN, Yüksel M. Psychological problems and needs of deaf adolescents: A phenomenological research. **J. Qual. Res. Educ.** 2019; 7(3): 1–18.

Balaman F. Web tabanlı uzaktan eğitim ile geleneksel eğitimin internet programcılığı 2 dersi kapsamında karşılaştırılması. **İnsan ve Toplum Bilim. Araştırmaları Derg.** 2018; 7(2): 1173–1200.

Baños RM, Cebolla A, Oliver E, Alcañiz M, Botella C. Efficacy and acceptability of an Internet platform to improve the learning of nutritional knowledge in children: The ETIOBE mates. **Health Educ. Res.** 2013; 28(2): 234–248.

Başbakkal Z, Bilsin E. Dünya’da ve Türkiye’de engelli çocuklar. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg.** 2014; 30(2): 65–78.

Bebiş H, Akpunar D, Özdemir S, Kiliç S. Bir ortaöğretim okulundaki adölesanların sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesi. **Gülhane Tıp Derg.** 2015; 57(2): 129–135.

Beleigoli A.M., Andrade A.Q., Diniz M.D.F., Alvares R.S.R., Ferreira M.H., Silva L.A., Ribeiro A.L. Online platform for healthy weight loss in adults with overweight and obesity - the “POEmaS” project: A randomized controlled trial. **Obes. Facts. BMC Public Health**; 2018; 11((Beleigoli A.M.; Ribeiro A.L.) Internal Medicine, Universidade Federal De Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil): 268.

Brown RCH, Maslen H, Savulescu J. Responsibility, prudence and health promotion. **J. Public Health (Oxf).** 2019; 41(3): 561–565.

Bruñó A, Escobar P, Cebolla A, Álvarez-Pitti J, Guixeres J, Lurbe E, Baños R, Lisón JF. Home-exercise Childhood Obesity Intervention: A randomized clinical trial comparing print versus web-based (move it) platforms. **J. Pediatr. Nurs. Elsevier Inc.;** 2018; 42: e79–e84.

Bulut S, Kahraman HB. Engelli bireylerin cinsel, fiziksel ve duygusal istismarı. **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilim. Fakültesi Özel Eğitim Derg.** 2018; 19(2): 277–301.

Chamberland K, Sanchez M, Panahi S, Provencher V, Gagnon J, Drapeau V. The impact of an innovative web-based school nutrition intervention to increase fruits and vegetables and milk and alternatives in adolescents: A clustered randomized trial. **Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.** 2017; 14: 140.

Charnock D. The DISCERN Handbook: Quality Criteria for Consumer Health Information on Treatment Choices. **Radcliffe Medical Press**; 1998.

Chen M-Y, Lai L-J, Chen H-C, Gaete J. Development and validation of the short-form adolescent health promotion scale. **BMC Public Health.** 2014;

Chen MY, Wang EK, Yang RJ, Liou YM. Adolescent health promotion scale: development and psychometric testing. **Public Health Nurs.** 2003; 20(2): 104–110.

Coşkun S, Güvenç G, Bebiş H. “Adolesanların Sağlığı Geliştirme Davranışına Web Destekli Eğitim ve Danışmanlığın Etkisinin İncelenmesi”, 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Editör Nilay E., **HASUDER Yayınları**, Konya, 2015, 178-179.

Coşkun S. Adolesanların Sağlığı Geliştirme Davranışına Web Destekli Eğitim ve Danışmanlığın Etkisinin İncelenmesi. Doktora tezi. **GATA Sağlık Bilimler Enstitüsü**, Ankara, 2015, s. 157.

Cullen KW, Thompson D, Boushey C, Konzelmann K, Chen T-A. Evaluation of a web-based program promoting healthy eating and physical activity for adolescents: Teen Choice: Food and Fitness. **Health Educ. Res.** 2013; 28(4): 704–714.

Çapık C, Gözüm S. The effect of web-assisted education and reminders on health belief, level of knowledge and early diagnosis behaviors regarding prostate cancer screening. *Eur. J. Oncol. Nurs.* 2012; 16(1): 71–77.

Çetin O, Günay Y. Fen eğitiminde web tabanlı öğretimin öğrencilerin akademik başarılarına ve tutumlarına etkisi. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg.* 2010; 3(38): 19–34.

Çınar S, Ay A, Boztepe H. Çocuk sağlığı ve sağlık okuryazarlığı. *Sağlıkta Performans ve Kalite Derg.* 2018; 14(2): 25–39.

Çoruhlu TŞ, Er S, Keleş E. Beyin temelli öğrenme yaklaşımına dayalı web destekli öğretim materyalinin etkililiğinin değerlendirilmesi: ışık ve ses ünitesi. *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg.* 2016; 5(1): 104–132.

Das JK, Salam RA, Thornburg KL, Prentice AM, Campisi S, Lassi ZS, Koletzko B, Bhutta ZA. Nutrition in adolescents: physiology, metabolism, and nutritional needs. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2017; 1393(1): 21–33.

Demir Avcı Y. Kişisel sağlık sorumluluğu. *TAF Prev. Med. Bull.* 2016; 15(3): 259–266.

Doğu Ö, Kaya H, Gündüz H, Parlak Z. Miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylere eğitim ve danışmanlıkta web tabanlı uzaktan eğitim önerisi. *MN Kardiyoloji.* 2015; 22: 217–222.

Doyle KE, Sionean C, Paz-Bailey G, Hollis NTD, Kanny D, Wejnert C. High prevalence of disability and HIV risk among low socioeconomic status urban adults, 17 U.S. cities. *Disabil. Health J. Elsevier Ltd;* 2020; 13(1): 100834.

Dunton GF, Do B, Wang SD. Early effects of the COVID-19 pandemic on physical activity and sedentary behavior in children living in the U.S. *BMC Public Health. BMC Public Health;* 2020; 20(1): 1–13.

Ekim A, Ocakçı AF. 8-12 yaş arası işitme engelli çocuklarda yaşam kalitesi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Derg.* 2012; 11(1): 17–23.

Engelberg M, Nakaji MC, Harry KM, Wang RM, Kennedy A, Pan TM, Sanchez T, Sadler GR. Promotion of healthy humor cancer education messages for the deaf community. *J. Cancer Educ. Journal of Cancer Education;* 2017; 34(2): 323–328.

Ercan TMF, Genç Z, Rustamli S, Demir T, Tataroğlu ÖD, Altun ME, Turan M, Dağdaş AD, Özel T, Tik H, Yeşilalan B, Pul M, Yardım MS, Özcebe LH. Bir lisenin 10. sınıf öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarının bazı faktörler ile ilişkisinin değerlendirilmesi: kesitsel bir çalışma. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni.* 2019; 51(3): 140–145.

Erdoğan Z, Bulut H. Bilgisayar destekli hasta eğitimi. *Gazi Sağlık Bilim. Derg.* 2017; 2(3): 13–18.

Eschenbeck H, Gillé V, Heim-Dreger U, Schock A, Schott A. Daily stress, hearing-specific stress and coping: self-reports from deaf or hard of hearing children and children with auditory processing disorder. *J. Deaf Stud. Deaf Educ.* 2017; 22(1): 49–58.

Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav. Res. Methods.* 2007; 39(2): 175–191.

Geçkil E, Yıldız S. (2006). Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle başetme eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisi. **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg.** 2006; 13(1): 24-34.

Gölbaşı Z, Doğaner G, Erbaş N. 6-8. Sınıf Adölesan kızlara akran eğitimi yöntemiyle uygulanan menstruasyon sağlığı eğitiminin bilgi ve davranışlar üzerindeki etkisi. **TAF Prev. Med. Bull.** 2012; 11(2): 189–196.

Green LW, Wilson AL, Lovato CY. What changes can health promotion achieve and how long do these changes last? the trade-offs between expediency and durability. **Prev. Med. (Baltim).** 1986; 15(5): 508–521.

Gülcü S, Arslan S, Arslanoğlu İ. Tip 1 diyabetli adölesanlarda web tabanlı egzersiz eğitiminin etkinliği. **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim. Enstitüsü Derg.** 2020; 10(3): 279–288.

Gümüş Doğan D, Ulukol B. Ergenlerin sigara içmesini etkileyen faktörler ve sigara karşıtı iki eğitim modelinin etkinliği. **Turgut Özal Tıp Merk. Derg.** 2015; 17(3): 179–185.

Gürkan K, Ayar D. The impact of e-health literacy on health promotion behaviors of high school students. **J. Pediatr. Res.** 2020; 7(4): 286–292.

Heber E, Ebert DD, Lehr D, Cuijpers P, Berking M, Nobis S, Riper H. The benefit of web- and computer-based interventions for stress: a systematic review and meta-analysis. **J. Med. Internet Res.** 2017; 19(2).

Howell CR, Krull KR, Partin RE, Kadan-Lottick NS, Robison LL, Hudson MM, Ness KK. Randomized web-based physical activity intervention in adolescent survivors of childhood cancer. **Pediatr. Blood Cancer.** 2018; 65(8).

Huber M, Burger T, Illg A, Kunze S, Giourgas A, Braun L, Kröger S, Nickisch A, Rasp G, Becker A, Keilmann A. Mental health problems in adolescents with cochlear implants: peer problems persist after controlling for additional handicaps. **Front. Psychol.** 2015; 6(JUL): 1–13.

Ionescu L, Ursache L, Nicolae A, Conea A, Patora C, Stan O, Lotrean LM. Health education for deaf Romanian children: parents' opinions. **Health Educ.** 2019; 119(5–6): 341–349.

İnam A, Ünsal H. Ortaokul 5. sınıf matematik uygulamaları dersinin web destekli öğretiminin öğrenci performans ve motivasyonuna etkisi ile öğrenci görüşlerinin değerlendirilmesi. **Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Derg.** 2017; 14(1): 203–221.

İnci FH, Çelik F. Adölesan sağlığını geliştirme ölçeği-kısa formunun geçerlilik ve güvenilirliği. **4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi.** 2021, s. 486.

Jain M, Mathur A, Kumar S, Dagli RJ, Duraiswamy P, Kulkarni S. Dentition status and treatment needs among children with impaired hearing attending a special school for the deaf and mute in Udaipur, India. **J. Oral Sci.** 2008; 50(2): 161–165.

Jessor R, Turbin MS, Costa FM, Dong Q, Zhang H, Wang C. Adolescent problem behavior in china and the united states: a cross-national study of psychosocial protective factors. **J. Res. Adolesc.** 2003; 13(3): 329–360.

Jones EG, Goldsmith M, Effken J, Button K, Crago M. Creating and testing a deaf-friendly, stop-smoking web site intervention. *Am. Ann. Deaf.* 2010; 155(1): 96–102.

Karabağ Aydın A. Web tabanlı öğretimin hemşirelik öğrencilerinin aritmetik ve ilaç dozu hesaplama becerilerine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi*; 2013.

Karagöz F, Korkmaz SD. Fen ve teknoloji dersinde web destekli öğretim yönteminin 7. sınıf öğrencilerinin akademik başarılarına ve öğrendikleri bilgilerin kalıcılığına etkisi. *J. Turkish Stud.* 2015; 10(11): 927–948.

Karakoç Ö, Çoban B, Konar N. İşitme engelli milli sporcular ile spor yapmayan işitme engellilerin benlik saygısı düzeylerinin karşılaştırılması. *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi*, 2012; 14(1): 12–17.

Karakuş Er Z. Akciğer kanseri tanısı alan hastalarda web destekli hasta eğitiminin semptom yönetimine ve yaşam kalitesine etkisi. *Akdeniz Üniversitesi*; 2015.

Kırman A, Yıldım Sarı H. İşitme engelli çocuk ve adölesanların sağlık durumları. *Güncel Peditr.* 2011; 9(3): 85–92.

Korin MR. “What Is Health Promotion for Children and Adolescents?”, Health Adolescents. Editör Korin MR, *Springer*, New York, 2016, 3-8.

Kök M. İşitme Engellileri Tanılama ve Sınıflandırma. *Özel Eğitim-I. Atatürk Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi*, 2019, s. 1–18.

Kushalnagar P, Naturale J, Paludneviciene R, Smith SR, Werfel E, Doolittle R, Jacobs S, DeCaro J. Health websites: accessibility and usability for american sign language users. *Health Commun.* 2015; 30(8): 830–837.

Landsberger SA, Diaz DR, Spring NZ, Sheward J, Sculley C. Psychiatric diagnoses and psychosocial needs of outpatient deaf children and adolescents. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2014; 45(1): 42–51.

Langton CE, Berger LM. Family structure and adolescent physical health, behavior, and emotional well-being. *Soc. Serv. Rev.* 2011; 85(3): 323–357.

Leclair KL, Saunders JE. Meeting the educational needs of children with hearing loss. *Bull. World Health Organ.* 2019; 97(10): 722–724.

Leonardi M, Bickenbach J, Ustun TB, Kostanjsek N, Chatterji S. The definition of disability: what is in a name? *Lancet.* 2006; 368(9543): 1219–1221.

Li C, Haegele JA, Wu L. Comparing physical activity and sedentary behavior levels between deaf and hearing adolescents. *Disabil. Health J. Elsevier Ltd*; 2019; 12(3): 514–518.

Lier BF. Mental health in deaf and hearing impaired children and adolescents. Master’s thesis. *University of Oslo*, Norway, 2013, s. 19.

Lobenius-Palmér K, Sjöqvist B, Hurtig-Wennlöf A, Lundqvist LO. Accelerometer-assessed physical activity and sedentary time in youth with disabilities. *Adapt. Phys. Act. Q.* 2018; 35(1): 1–19.

Lu A, Hong X, Yu Y, Ling H, Tian H, Yu Z, Chang L. Perceived physical appearance and life satisfaction: A moderated mediation model of self-esteem and life experience of deaf and hearing adolescents. *J. Adolesc. Elsevier Ltd*; 2015; 39: 1–9.

Luger E, Aspalter R, Luger M, Longin R, Rieder A, Dorner TE. Changes of dietary patterns during participation in a web-based weight-reduction programme. *Public Health Nutr.* 2016; 19(7): 1211–1221.

Makai A, Füge K, Breitenbach Z, Betlehem J, Ács P, Lampek K, Figler M. The effect of a community-based e-health program to promote the role of physical activity among healthy adults in Hungary. *BMC Public Health. BMC Public Health*; 2020; 20(Suppl 1): 1–10.

Mawani IK, Chiluba BC. Assessment of non-communicable diseases awareness among pupils with hearing impairment at munali high school in Lusaka, Zambia. *IJDS Indones. J. Disabil. Stud.* 2020; 7(1): 19–27.

Mekonnen M, Hannu S, Elina L, Matti K. The self-concept of deaf/hard-of-hearing and hearing students. *J. Deaf Stud. Deaf Educ.* 2016; 21(4): 345–351.

Meresman S, Legins K, Berman Bieler R, Nordstrom L. Towards An AIDS-Free Generation. *United Nations Children's Fund*, 2012.

Michaud P-A, Suris JC, Viner R. The adolescent with a chronic condition: epidemiology, developmental issues and health care provision. 2007.

Moeini B, Bashirian S, Soltanian AR, Ghaleiha A, Taheri M. Examining the effectiveness of a web-based intervention for depressive symptoms in female adolescents: applying social cognitive theory. *JRHS Journal of Research in Health Sciences.* 2019.

Movallali G, Musavi Z, Hakimi-Rad E. Feeling of loneliness in deaf adolescents: The effect of an online life skills program. *Eur. J. Soc. Sci. Educ. Res.* 2018; 12(1): 130–137.

Mumcu CD, Vardar İnkaya B. Web Tabanlı Eğitim ile Diyabet Öz Bakım Yönetimi. *Acta Medica Nicomedia.* 2020; 3(2): 88–91.

Mustafa M, I Asiri FY, AlGhannam S, AlQarni IAM, AlAteeg MA, Anil S. Extent of awareness regarding oral health and dental treatment needs among individuals with hearing and speech impairments in Saudi Arabia. *J. Int. Soc. Prev. Community Dent.* 2018; 8(1): 70–76.

Nacartürk E, Okan M, Öztürk B. İşitme Kaybı Saptanan Olgularımızın Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2003.

Ng K, Cooper J, McHale F, Clifford J, Woods C. Barriers and facilitators to changes in adolescent physical activity during COVID-19. *BMJ Open Sport Exerc. Med.* 2020; 6(1): 1–9.

Orhan S, Genç KG. Sosyal bir hak olarak engelli bireylerin eğitim hakkı: engelli bireylerin eğitiminde yaşanan problemlerin beş ilçe bazında Sakarya ilinde incelenmesi. *Çalışma Ekon. ve Endüstri İlişkileri Seçme Yazılar.* 2017; 153–190.

Öz F. Adölesanlarda internet destekli beslenme eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi: randomize kontrollü çalışma. Tıpta uzmanlık lisans tezi, **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi**, Eskişehir, 2015, s.113.

Özbiçakcı Ş. Okul hemşireliğinde bilgisayar destekli sağlık eğitimi. **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektron. Derg.** 2014; 7(3): 246–251.

Özer A, Gençtanırım Kurt D, Arıcı Şahin F, Demirtaş Zorbaz S, Kızıldağ S, Acar T, Hoard P, Ergene T. The risk behaviors of high school students and causes thereof: a qualitative study. **Hacettepe Univ. J. Educ.** 2018; 34(1): 1–21.

Öztek Z. Halk Sağlığı Kuramlar ve Uygulamalar. Ankara; 2020.

Öztürk D. Web destekli öğretimin hemşirelik eğitiminde kullanılmasının önemi. **Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg.** 2014; 30(2): 79–87.

Öztürk FO, Ayaz-Alkaya S. Health literacy and health promotion behaviors of adolescents in Turkey. **J. Pediatr. Nurs. Elsevier Inc.**; 2020; 54: e31–e35.

Park YH, Shin S-H, Byun SW, Kim JY. Age -and gender- related mean hearing threshold in a highly-screened population: The Korean national health and nutrition examination survey 2010–2012. Cipresso P, editor. **PLoS One. Public Library of Science**; 2016; 11(3): e0150783.

Pinilla S, Walther S, Hofmeister A, Huwendiek S. Primary non-communicable disease prevention and communication barriers of deaf sign language users: a qualitative study. **Int. J. Equity Health. International Journal for Equity in Health**; 2019; 18(1): 1–10.

Puolakanaho A, Lappalainen R, Lappalainen P, Muotka JS, Hirvonen R, Eklund KM, Ahonen TPS, Kiuru N. Reducing stress and enhancing academic buoyancy among adolescents using a brief web-based program based on acceptance and commitment therapy: a randomized controlled trial. **J. Youth Adolesc. Springer US**; 2019; 48(2): 287–305.

Ridout B, Campbell A. The use of social networking sites in mental health interventions for young people: systematic review. **J. Med. Internet Res.** 2018; 20(12): e12244.

Sabbah SS. Identity Crisis of teenagers with hearing impairment in Palestine. **Asian Soc. Sci.** 2014; 10(17): 229–239.

Sandeep V, Kumar M, Vinay C, Chandrasekhar R, Jyostna P. Oral health status and treatment needs of hearing impaired children attending a special school in Bhimavaram, India. **Indian J. Dent. Res.** 2016; 27(1): 73–77.

Saygılı M, Onay ÖA, Ayhan M. Kişilik özellikleri bağlamında yaşam memnuniyeti üzerine bir araştırma. **Yorum-Yönetim-Yöntem Uluslararası Yönetim-Ekonomi ve Felsefe Derg.** 2017; 5(2): 61–72.

Schmidt SCE, Anedda B, Burchartz A, Eichsteller A, Kolb S, Nigg C, Niessner C, Oriwol D, Worth A, Woll A. Physical activity and screen time of children and adolescents before and during the COVID-19 lockdown in Germany: a natural experiment. **Sci. Rep. Nature Publishing Group UK**; 2020; 10(1): 1–12.

Schwinn TM, Schinke SP, Hopkins J, Keller B, Liu X. An online drug abuse prevention program for adolescent girls: posttest and 1-year outcomes. **J. Youth Adolesc. Springer US**; 2018; 47(3): 490–500.

Smith CE, Massey-Stokes M, Lieberth A. Health information needs of d/deaf adolescent females: a call to action. **Am. Ann. Deaf.** 2012; 147(1): 41–47.

Smith JE, Rector C. "School-age children and adolescents." In: Allender JA, Rector C, Warner KD, editors. Community and Public Health Nursing: Promoting the Public's Health. **Wolters Kluwer Health**: Philadelphia; 2014. p. 699–752.

Smith SR, Kushalnagar P, Hauser PC. Deaf adolescents' learning of cardiovascular health information: sources and access challenges. **J. Deaf Stud. Deaf Educ.** 2015; 20(4): 408–418.

Smith SR, Samar VJ. Dimensions of deaf/hard-of-hearing and hearing adolescents' health literacy and health knowledge. **J. Health Commun.** 2016; 21(September): 141–154.

Springer M V., Corches CL, McCracklin B, Scott M, Robles MC, Skolarus LE. Expanding stroke preparedness to vulnerable populations: a music video for the deaf community. **J. Am. Heart Assoc.** 2020; 9(20): e018352.

Srisorachatr S, Huadong Y, Hudthagosol C, Danthanavanich S. Computer assisted instruction on "learning nutrition flags for deaf 5th grade and 6th grad students": effectiveness of instruction. **J. Med. Assoc. Thai.** 2013; 96 Suppl 5: 49–54.

Suris JC, Michaud PA, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues. **Arch. Dis. Child.** 2004; 89(10): 938–942.

Şen Celasin N. Diyabetli ergenlerde internet üzerinden yapılan danışmanlığın hipoglisemi korkusu ve metabolik kontrol üzerine etkisi. Doktora tezi, **Ege Üniversitesi**, İzmir 2011, s. 261.

Şimşek A, Salman U, Ekici E, Kuşman B. İşitme engelli bireylerin sürekli kaygı düzeyi ile durum kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. **Istanbul Bilim Univ. Florence Nightingale J. Med.** 2019; 4(4): 173–178.

Şişman Y. Engelliler açısından eşitlik, ayrımcılık ve eğitim hakkı. **Sos. Polit. Çalışmaları Derg.** 2014; 32(Ocak-Haziran): 57–85.

TC Sağlık Bakanlığı. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. **Anıl Matbaacılık**, Ankara, 2011.

Temel AB, Başalan F, Yıldız S, Yetim D. The reliability and validity of adolescent health promotion scale in Turkish community. **J. Curr. Pediatr.** 2011; 9: 14–22.

Terlektsi E, Kreppner J, Mahon M, Worsfold S, Kennedy CR. Peer relationship experiences of deaf and hard-of-hearing adolescents. **J. Deaf Stud. Deaf Educ.** 2020; 25(2): 153–166.

Uslu D, Şeremet G. Bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. **Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Strat. Araştırma Derg.** 2020; 6(2): 386–394.

WEB_1. Veri Tabanına Kayıtlı Engelli Sayısı. <https://www.memurlar.net/haber/919821/veri-tabaninda-kayitli-engelli-sayisi-aciklandi.html>, (Alındığı tarih: 01.10.2020).

WEB_2. Engellilik ve Sağlık. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>, (Alındığı tarih: 12.02.2020).

WEB_3. TÜİK 2011 Nüfus ve Konut Araştırması. <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15843>, (Alındığı tarih: 05.03.2020).

WEB_4. TÜİK 2020 Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması. [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2020-33679](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2020-33679), (Alındığı tarih: 02.04.2021).

Wood Jackson C, Turnbull A. Impact of deafness on family life: a review of the literature. *Topics Early Child. Spec. Educ.* 2004; 24(1): 15–29.

World Health Organization (2017). Shanghai declaration on promoting health in the 2030 agenda for sustainable development. *Heal Promot Int*, 32(1), 7–8.

World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. *Int Conf Prim Heal Care, Alma-Ata, USSR*. 1978.

World Health Organization. International classification of functioning, disability and health. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. 2001.

World Health Organization. Millions of people in the world have hearing loss that can be treated or prevented. Geneva: *WHO*, 2013, s.17.

World Health Organization. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. *WHO*, Geneva, 2018.

World Health Organization. Shanghai declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. *WHO*, 2016.

World Health Organization. Summary: World report on disability, *World Health Organization, (No. WHO/NMH/VIP/11.01)*, Malta, 2011, s.24.

World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. *1st Int Conf Heal Promot Ottawa*. 1986.

Xu W, Li C, Wang L. Physical activity of children and adolescents with hearing impairments: a systematic review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17(12): 1–16.

Yılmaz F, Arıkan D. İşitme engelli adölesanların benlik kavramı ve depresyon belirti düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim. Derg.* 2008; 11(4): 67–75.

Yolal M, Kozak R. Bilgiye erişim aracı olarak öğrencilerin internete yaklaşımı. *Dumlupınar Üniversitesi Sos. Bilim. Derg.* 2008; 20: 115–128.

Yorgancı S. Web tabanlı uzaktan eğitim yönteminin öğrencilerin matematik başarılarına etkisi. *Kastamonu Üniversitesi Kastamonu Eğitim Derg.* 2014; 23(3): 1401–1420.

Yorulmaz DS, Karadeniz H. Gençlerin mental sağlığının korunmasında halk sağlığı hemşirelerinin rolü. **Halk Sağlığı Hemşireliği Derg.** 2020; 2(3): 213–222.

Yurdakul S, Koç ř. Çocuklarda sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde aile eğitimi. **Pediatr. Pract. Res.** 2019; 7(Ek): 544–549.

Zeynep S, Filiz A, Burcu Ö. İşitme Engelliler İçin Öğretmen Kılavuz Kitabı. **Milli Eğitim Bakanlığı**, Ankara, 2015.

EKLER

Ek-1 Tanımlayıcı Bilgi Formu

Değerli katılımcı,

Bu araştırma, işitme engelli adölesanlara verilen çevrim içi sağlık eğitiminin sağlığı geliştirmeye etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Vereceğiniz yanıtlar bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Size uygun olan cevabı işaretlemeniz ve bütün soruları cevaplamanız önemlidir.

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz nedir? 1) Kadın 2) Erkek
3. Boyunuz cm 4. Kilonuz kg
5. Hangi sınıfta eğitim görüyorsunuz?
1) 9. Sınıf 2) 10.Sınıf 3) 11. Sınıf
6. Annenizin eğitim durumu nedir?
1) Okuryazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise 6) Üniversite
7. Babanızın eğitim durumu nedir?
1) Okuryazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise 6) Üniversite
8. Gelir durumunuz nedir?
1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden fazla
9. Kronik hastalığınız var mı? 1) Hayır 2) Evet (.....)
10. Sağlık güvenceniz var mı? 1) Hayır 2) Evet
11. İşitme engelinizin sebebi nedir? 1) Doğuştan 2) Hastalık nedeniyle sonradan
12. İşitme kayıp düzeyiniz nedir? 1) Tam işitme kaybı 2) Kısmi işitme kaybı
13. İşitme kayıp dereceniz ne düzeydedir? %.....
14. Ailenizde başka işitme engelli birey var mı? 1) Hayır 2) Evet
15. İşitme cihazı kullanıyor musunuz? 1) Hayır 2) Evet
16. Aileniz ile nasıl iletişim kuruyorsunuz?
1) Sözel (konuşarak) 2) İşaret dili 3) Sözel ve işaret dili
17. Şu anda sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?
1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4) Mükemmel
18. Son bir haftada sağlığınıza ilgili internetten hiç araştırma yaptınız mı?
1) Hayır 2) Evet

Ek-2 Adölesan Sağlığını Geliştirme Ölçeği-Kısa Formu

Bu anket günlük yaşam biçiminiz ve kişisel alışkanlıklarınız hakkındaki konuları içermektedir. Lütfen, her soruyu mümkün oldukça doğru ve tam olarak, atlama yapmadan yanıtlamaya çalışınız. Her bir madde ile ilgili olan boşluğu, son bir yıldır yaptıklarınızı düşünerek uygun gördüğünüz şekli ile işaretlemeye çalışınız.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Genellikle	Her Zaman
1. Çok yağlı olmayan gıdaları tercih ederim.					
2. Öğünlerim lif içerir (Örn; meyve ya da sebze).					
3. Her öğünüm 5 besin grubunu içerir (Tahıl, et, süt, meyve ve sebze grubu).					
4. Hislerimi-düşüncelerimi başkaları ile konuşarak paylaşıyorum.					
5. Diğer insanları da düşünürüm, önemserim.					
6. Kaygılarım, endişelerim hakkında başkaları ile konuşurum					
7. İyi arkadaşlıklara sahip olmak için çaba gösteririm.					
8. Alışverişte yiyeceklerin etiketlerini okurum.					
9. Kilomu takip ederim.					
10. Sağlığım ile ilgili endişelerimi bir doktor ya da hemşire ile görüşürüm.					
11. En az, ayda bir kez vücudumu gözlemlerim.					
12. Olumlu düşünmeye gayret ederim.					
13. Kusurlarımı düzeltmeye gayret ederim.					
14. Benim için neyin önemli olduğunu anlamaya gayret ederim.					
15. Her gün ilgili ve istekli hissetmeye çaba gösteririm.					
16. Haftada en az 3 gün 30 dk. yoğun egzersiz yaparım.					
17. Yoğun egzersiz yapmadan önce ısınırım.					
18. Dik durmaya ve dik oturmaya gayret ederim.					
19. Stresimin kaynağını saptamaya gayret ederim.					
20. Program yapar ve önceliklerimi düzenlerim.					
21. Adil olmayan olaylar karşısında kontrolü kaybetmemeye çalışırım.					

Ek-3 Eğitim Materyali Değerlendirme Formu

Sayın Öğretim Elemanı,

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi olarak, **İşitme Engelli Adölesanlara Verilen Çevrim İçi Sağlık Eğitiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi** isimli bir tez çalışması yürütmekteyim. Bu çalışmada işitme engelli adölesanların sağlığının geliştirilmesi amacıyla çevrim içi sağlık eğitimi verilecektir. Bu amaçla araştırmacı tarafından eğitim içerikleri oluşturulmuştur. Eğitim içerikleri, işitme engelli adölesanlara sunulmadan önce sizin görüş, beklenti ve önerileriniz yararlı geri dönüt sağlayacaktır. Önerileriniz doğrultusunda eğitim içerikleri işaret diline çevrilecektir. Bu amaçla sizden istenen eğitim içeriklerini incelemeniz, varsa öneri ve görüşlerinizi açıklama kısmına not almanız ve aşağıdaki değerlendirme formundaki soruları yanıtlamanızdır. Göstereceğiniz ilgi, zaman ve katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Ferhat ÇELİK
Yüksek Lisans Öğrencisi

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi Denizli

Ek-3 Eğitim Materyali Değerlendirme Formu

	Hayır		Kısmen		Evet
Bölüm 1. Materyalin güvenilirliği					
1. Amacı açık mıdır? (yanıtınız "hayır" ise 3.soruya geçiniz.)	1	2	3	4	5
2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?	1	2	3	4	5
3. Konu ile ilgili mi?	1	2	3	4	5
4. Kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?	1	2	3	4	5
5. Sunulan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?	1	2	3	4	5
6. Sunulan bilgiler tutarlı ve tarafsız mıdır?	1	2	3	4	5
7. Ek bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar var mı?	1	2	3	4	5
8. Belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?	1	2	3	4	5
Bölüm 2 sunulan bilginin kalitesi					
9. Her bir eğitimin nasıl uygulandığını tanımlıyor mu?	1	2	3	4	5
10. Her bir eğitimin yararını tanımlıyor mu?	1	2	3	4	5
11. Sağlık risklerini tanımlıyor mu?	1	2	3	4	5
12. Eğitim uygulanmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?	1	2	3	4	5
13. Eğitimlerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?	1	2	3	4	5
14. Sağlıklı yaşam ile ilgili seçenekler açıklanmış mı?	1	2	3	4	5
15. Eğitimler katılımcıların karar vermesi için destek sağlıyor mu?	1	2	3	4	5
Bölüm 3 materyalin genel değerlendirmesi*	Düşük		Orta		Yüksek
16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler açısından materyalin kalitesini genel anlamda değerlendiriniz.	1	2	3	4	5

Düşük (Ciddi/aşırı eksik var), Orta (Eksiklikler önemli ancak ciddi değil), Yüksek (Çok az eksiklik var)

Öneri/Görüşleriniz:

Ek-4 Resim Çekimi ve Kullanımı Yayın Hakkı Devir Sözleşmesi Formu

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı kapsamında yürütülen “İşitme Engelli Adölesanlara Yönelik Çevrim İçi Sağlık Eğitiminin Sağlığı Geliştirme Etkisi” adlı yüksek lisans tez çalışmasının web sitesinde kullanılmak üzere videom çekilmiştir. Bu çalışma kapsamında oluşturulacak web sitesinde fotoğrafın videomun kullanılmasında herhangi bir sakınca yoktur.11/05/2020.

Çalışmayı Yürüten

Ferhat ÇELİK

.....

İşaret Dili Tercümanı

Yasemin Kuzu

.....

Ek-5 Araştırmacı İşaret Dili Sertifikası

“Kişisel Verilerin Korunması Kanunu gereğince bu belge kaldırılmıştır.”

Ek-6 Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzinleri

Evrak Tarih ve Sayısı: 28/06/2018-E.44417



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu

Sayı :60116787-020/44417
Konu :Başvurunuz hk.

28/06/2018

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ

İlgi :07.06.2018 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**İşitme Engelli Adölesanlara Yönelik Web Tabanlı Eğitim ve Danışmanlığın Sağlığı Geliştirmeye Etkisi**" konulu çalışmanız **26.06.2018 tarih ve 13 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

Ek-6 Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzinleri

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.07.2021-E.77810



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-60116787-020-77810
Konu : Başvurunuz Hk.

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ

İlgi : 05/07/2021 tarihli dilekçeniz. *78.190.177.208*
700

14.07.2021
İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**İşitme Engelli Adölesanlara Yönelik Web Tabanlı Eğitim ve Danışmanlığın Sağlık Geliştirmeye Etkisi**" konulu çalışmanızdaki değişiklik talebiniz **13.07.2021 tarih ve 13 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra; söz konusu çalışmanızın adının "**İşitme Engelli Adölesanlara Yönelik Çevrim İçi Sağlık Eğitiminin Sağlık Geliştirmeye Etkisi**" olarak değiştirilmesinde **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

Belge Doğrulama Kodu :BS96JN62LL, Pin Kodu :99462

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/pau-ebys>

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Kınıklı/Denizli
Telefon: 0 258 296 16 04 Faks: 0 (258) 296 17 65
e-Posta: fibbietetik@pau.edu.tr Elektronik Ağ: <http://www.pau.edu.tr>
Kep Adresi: paurektorluk@hs01.kep.tr

Bilgi için: Ayşe UYSAL
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



Ek-7 Bursa İl Millî Eğitim Müdürlüğü İzni



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 86896125-605.01-E.16229245

13.09.2018

Konu : Ferhat ÇELİK'in Araştırma İzni

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İlgi : Millî Eğitim Bakanlığı'nın Araştırma, Yarışma ve Sosyal Etkinlik İzinleri konulu 22/08/2017 tarihli ve 2017/25 sayılı Genelgesi.

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Ferhat ÇELİK'in "İşitme Engelli Adölesanlara Yönelik Web Tabanlı Eğitim ve Danışmanlığın Sağlığı Geliştirmeye Etkisi" konulu araştırma isteği Pamukkale Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'nın 10/07/2018 tarihli ve 13873 sayılı yazısı ile bildirilmektedir.

Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Ferhat ÇELİK'in "İşitme Engelli Adölesanlara Yönelik Web Tabanlı Eğitim ve Danışmanlığın Sağlığı Geliştirmeye Etkisi" konulu araştırmasını Müdürlüğümüze bağlı **Nilüfer Özel Eğitim Meslek Lisesi'nde** uygulama yapma isteği ilimizde oluşturulan "Araştırma Değerlendirme Komisyonu" tarafından incelenerek değerlendirilmiştir. Araştırma ile ilgili çalışmanın **okul/kurumlardaki eğitim öğretim faaliyetleri aksatılmadan, araştırma formlarının akl okul müdürlüklerince görülerek ve gönüllülük esası ile okul müdürlüklerinin gözetim ve sorumluluğunda ilgi Genelge çerçevesinde uygulanması ayrıca araştırma sonuçlarının Müdürlüğümüz ile paylaşılması** komisyonumuzca uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Ekrem KOZ
İl Millî Eğitim Müdür Yardımcısı

OLUR
13.09.2018

Sabahattin DÜLGER
Vali a.
İl Millî Eğitim Müdürü

Adres: Hocahasan Mh. İlkbahar Cad. No:38
(Yeni Hükümet Konağı A Blok) 16050/Osmangazi/BURSA
Telefon No:(0224) 445 16 00 Fax: 445 18 10

E-posta: arge16@meb.gov.tr İnternet Adresi: http://bursa.meb.gov.tr

Bilgi İçin : Leyla DİKİCİ
VHKİ
(0224) 215 25 39

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden b6fa-c168-3c33-9dc5-b7da kodu ile teyit edilebilir.

Ek-8 Çevrim İçi Sağlık Eğitiminin Değerlendirilmesinde Görüşü Alınan Uzmanlar

**ÇEVİRİM İÇİ SAĞLIK EĞİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE GÖRÜŞÜ ALINAN
UZMANLAR**

Uzman Kişi	Bölümü
Doç. Dr. Fatma BAŞALAN İZ	Halk Sağlığı Hemşireliği AD.
Doç. Dr. Gülbahar KORKMAZ ASLAN	Halk Sağlığı Hemşireliği AD.
Doç. Dr. Sebahat ALTUNDAĞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.
Dr. Öğr. Üyesi Dilek CİNGİL	Halk Sağlığı Hemşireliği AD.
Doç. Dr. Gülay TAŞDEMİR YİĞİTOĞLU	Psikiyatri Hemşireliği AD.
Yasemin KUZU	Nilüfer Özel Eğitim Meslek Lisesi Türk Dili ve Edebiyatı Öğretmeni