

**EBEVEYNLERİN OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARININ SAĞLIK
EĞİTİMİNE İLİŞKİN GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NAGİHAN SEMİN

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI**

**MERSİN
OCAK - 2018**

**EBEVEYNLERİN OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARININ SAĞLIK
EĞİTİMİNE İLİŞKİN GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NAGİHAN SEMİN

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

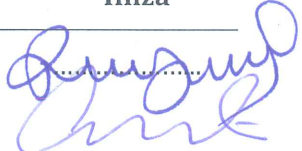


**HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI**

**Danışman
Prof. Dr. Rana YİĞİT**

**MERSİN
OCAK - 2018**

ONAY

Nagihan SEMİN tarafından Prof. Dr. Rana YİĞİT danışmanlığında hazırlanan “Ebeveynlerin Okul Öncesi Çocuklarının Sağlık Eğitimine İlişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi” başlıklı çalışma aşağıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından 8 Ocak 2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda oy birliği/çokluğu ile Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Görevi	Ünvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Başkan	Prof. Dr. Rana YİĞİT	
Üye	Doç. Dr. Gülhan TEMEL	
Üye	Yard. Doç. Dr. Figen Işık ESENAY	

Yukarıdaki Jüri kararı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 06.02. 2018 tarih ve 2018 / 50 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Banu COŞKUN-YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



Bu tezde kullanılan özgün bilgiler, şekil, tablo ve fotoğraflardan kaynak göstermeden alıntı yapmak 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu hükümlerine tabidir.

ETİK BEYAN

Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinde belirtilen kurallara uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada,

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
 - Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlâk kurallarına uygun olarak sunduğumu,
 - Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
 - Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak kullandığımı,
 - Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
 - Bu tezin herhangi bir bölümünü Mersin Üniversitesi veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı,
 - Tezin tüm telif haklarını Mersin Üniversitesi'ne devrettiğimi
- beyan ederim.

ETHICAL DECLARATION

This thesis is prepared in accordance with the rules specified in Mersin University Graduate Education Regulation and I declare to comply with the following conditions:

- I have obtained all the information and the documents of the thesis in accordance with the academic rules.
- I presented all the visual, auditory and written informations and results in accordance with scientific ethics.
- I refer in accordance with the norms of scientific works about the case of exploitation of others' works.
- I used all of the referred works as the references.
- I did not do any tampering in the used data.
- I did not present any part of this thesis as an another thesis at Mersin University or another university.
- I transfer all copyrights of this thesis to the Mersin University.

08 Ocak 2018 / 08 January 2018


İmza / Signature

Nagihan SEMİN

ÖZET

EBEVEYNLERİN OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARININ SAĞLIK EĞİTİMİNE İLİŞKİN GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Bu araştırma, ebeveynlerin okul öncesi çocuklarının sağlık eğitimine ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla Nisan 2017- Haziran 2017 tarihleri arasında, tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmaya, Mersin İli'nin dört farklı ilçesinde (Akdeniz, Mezitli, Toroslar, Yenişehir), Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı Cennetana Anaokulu, Mezitli Anaokulu, Vilayetler Hizmet Birliği Anaokulu ve Yenişehir Belediyesi Anaokulu'na devam eden ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 366 çocuğun ebeveyni katılmıştır. Araştırma verileri araştırmacı tarafından geliştirilen ebeveyn bilgi formu ve 2013 yılında Emine Hande Aydos tarafından geliştirilen Okul Öncesi Çocuklar İçin Sağlık Eğitimi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin yaş ortalaması $33,94 \pm 6,113$ yıldır. Ebeveynlerin en az 1, en çok 8 olmak üzere ortalama çocuk sayısının $2,5 \pm 1,26$ olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan annelerin % 27,9'u lise ve dengi okul mezunu ve % 73'ü çalışmamaktadır. Babaların ise %32,5'i üniversite mezunu, % 23,8'i serbest meslekle uğraşmaktadır. Ebeveynlerin çocuk sayısı $2,49 \pm 1,262$ ve % 35'i orta düzeyde aylık gelire sahiptir. Ebeveynlerin %72,1'inin en uzun süre yaşadığı yerleşim birimi şehirdir. Çocukların yaş ortalaması $5,25 \pm 0,768$ yıl olup, 47,3'ü kız,%52,5'i erkektir. Çocukların %44,8'i 1 yıldır okul öncesi eğitime devam etmektedir.

Araştırma sonucunda ebeveynin yaşı ile Beslenme, Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler alt ölçekleri; annenin öğrenim durumu ile Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım alt ölçeği; ailenin aylık ekonomik gelir düzeyi ile Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım, Temizlik ve Öz Bakım alt ölçekleri; ebeveynin çocuk sayısı ile Temizlik ve Öz Bakım, Uyku alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Ebeveynin en uzun süre yaşadığı yerleşim yeri değişkenine göre Okul Öncesi Çocuklar İçin Sağlık Eğitimi Ölçeği ortalama puanlarında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çocuğa ait değişkenlerden, yaş ile Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım, Temizlik ve Öz Bakım, Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler, İhmal ve İstismar alt ölçek ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Çocuğun cinsiyeti ile Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım, Beslenme, Temizlik ve Öz Bakım, İhmal ve İstismar alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Çocuğun okul öncesi eğitime devam etme süresi ile Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım ve Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler alt ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Okul öncesi çocuk, okul öncesi dönem, 3-6 yaş dönemi, ebeveyn eğitimi, sağlık eğitimi, hemşire.

Danışman: Prof.Dr. Rana YİĞİT, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.

ABSTRACT

DETERMINE OF PARENTS NEEDS RELATED THE PRESCHOOL PERIOD CHILDREN HEALTH EDUCATION

This research was conducted as a descriptive study for the purpose of determining the parents needs related to preschool period children health education. This research was conducted between April 2017- July 2017. The survey was conducted in four different provinces of Mersin (Akdeniz, Mezitli, Toroslar, Yenişehir) Cennetana Kindergarten, Mezitli Kindergarten, Provincial Service Union Kindergarten and Yenişehir Municipality Kindergarten with the parents of 366 pre-school children who agreed to participated in the research. Parental information form prepared by the researcher and Health Education Scale for Preschool Children developed by Emine Hande Aydos in 2013 were used for the data collection. Data obtained in the research were analyzed using the SPSS 20 (Statistical Package for Windows).

The average age of the parents participating in the survey is $33,94 \pm 6,113$ years. It was determined that parents had at least 1, at most 8 children with an average number of $2,5 \pm 1,26$. It was determined that 27,9% of mothers were high school graduates and 73 % did not work outside the home. 32,5% of fathers were graduated from a university, %23,8 were self-employed and % 35 have moderate monthly income. The number of children that parents was $2,49 \pm 1,262$. The longest of residence for 72,1 % of parents was the city. The average age of the children is $5,25 \pm 0,7668$ years, 47,3% girls and 52,5% boys. 44, 8 % of the children are in preschool education for 1 year.

As a result of the research, a statistically meaningful relationship was founded between age of parent and Nutrition and Mental Health And Social Relations subscales; between mother's learning status and Personal Safety and First Aid subscales; between monthly income level of the family and Personal Security and First Aid, Clean and Self Care subscales; between the number of children of the parents and the Sleep and Self Care and Sleep subscales. There is no significant difference in terms of the place where the parents live the longest variable.

A statistically significant relationship was found between age and Personal Safety and First Aid, Cleaning and Self-Care, Mental Health and Social Relations, Neglect and Abuse subscale scores of the variables of the child. There was a statistically significant relationship between the gender of the child, Personal Security and First Aid, Nutrition, Cleaning and Self Care, Neglect and Abuse subscales. It was found that there was a significant relationship between the duration of pre-school education and the subscale scores of Personal Security and First Aid and Mental Health and Social Relations of the child.

Keywords: Preschool child, preschool period, 3-6 years period, parent education, health education, nurse.

Advisor: Prof. Rana YİĞİT, Department of Nursing, University of Mersin, Mersin.

TEŞEKKÜR

Mesleki gelişimimde büyük katkısı olan, tezimin her aşamasını titizlikle inceleyen, eğitimim boyunca beni destekleyen, bana güvenen, mesleki bilgi, becerinin yanı sıra insani ve etik değerler kazandıran, zamanını ve hoş görüsünü sakınmayan, hiç bilmediğim bir şehirde çalışmak durumunda kaldığımda bana ve benim gibi birçok öğrencisine kol kanat geren, rol modelim, saygı değer hocam ve kıymetli danışmanım **Sayın Prof. Dr. Rana YİĞİT'e**,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu aşamada da yanımda olan, beni destekleyen ve bana güç veren **canım annem, babam ve kardeşlerime**,

Varlığı ile beni tamamlayan, özel olduğumu hissettiren, yola çıktığımız ilk günden itibaren daima yan yana yürüdüğümüz dostum **Emre Çiydem'e** ve tüm çalışma arkadaşlarıma,

Çalışmamı yürüttüğüm Mersin Milli Eğitim Müdürlüğü'ne, anaokullarının yöneticilerine, öğretmenlerine ve ilgi gösterip katılan ebeveynlere sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
ETİK BEYAN	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR ve SİMGELER	xi
1. GİRİŞ	1
2. KAYNAK ARAŞTIRMALARI	3
2.1. Ebeveyn Eğitimi	3
2.2. Ebeveyn Eğitiminin Tanımı ve Önemi	3
2.3. Ebeveyn Sağlık Eğitimi ve Amacı	4
2.4. Ebeveyn Sağlık Eğitiminde Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar	6
2.5. Dünya’da ve Türkiye’de Ebeveyn Sağlık Eğitiminde Kullanılan Modeller ve Hemşire Katılımı	7
2.6. Ebeveyn Sağlık Eğitiminin Boyutları	8
2.6.1. Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım	8
2.6.2. Temizlik ve Öz Bakım	10
2.6.3. Beslenme	11
2.6.4. Uyku	12
2.6.5. Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler	13
2.6.6. İhmal ve İstismar	15
3. MATERYAL ve YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Amacı	17
3.2. Araştırmanın Türü	17
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.4. Araştırmanın Evreni	17
3.5. Araştırmanın Örneklemi	19
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	20
3.7. Verilerin Toplanması	20
3.7.1. Veri Toplama Araçları	20
3.7.1.1. Ebeveyn Bilgi Formu	20
3.7.1.2. Okul Öncesi Çocuklar İçin Sağlık Eğitimi Ölçeği (Ek-2)	20
3.7.1.3. Okul Öncesi Çocuklar İçin Sağlık Eğitimi Ölçeğinin Güvenirlik Analizi	21
3.7.1.3.1. Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım Alt Ölçeği Güvenirlik Analizi	21
3.7.1.3.2. Temizlik ve Öz Bakım Alt Ölçeği Güvenirlik Analizi	23
3.7.1.3.3. Beslenme Alt Ölçeği Güvenirlik Analizi	25
3.7.1.3.4. Uyku Alt Ölçeği Güvenirlik Analizi	27
3.7.1.3.5. Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler Alt Ölçeği Güvenirlik Analizi	29
3.7.1.3.6. İhmal ve İstismar Alt Ölçeği Güvenirlik Analizi	30
3.8. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	32
3.9. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi	32
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	33

	Sayfa
4. BULGULAR ve TARTIŞMA	34
4.1. Bulgular	34
4.2. Tartışma	51
4.2.1. Ebeveynlerin Sağlık Eğitimine İlişkin Gereksinimlerinin Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisi	51
4.2.2. Ebeveynlerin Sağlık Eğitimine İlişkin Gereksinimlerinin Çocuğun Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisi	56
4.2.3. Ebeveynlerin Gereksinimlerinin Çocuğun Okul Öncesi Eğitim Alma Durumu İle İlişkisi	57
5. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	60
5.1. Sonuçlar	60
5.2. Öneriler	62
KAYNAKLAR	63
EKLER	71
EK-1. Ebeveyn Bilgi Formu	72
EK-2. Sağlık Eğitimi Ölçeği	74
EK-3. Etik Kurul Onayı	79
EK-4. İl Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma İzin Belgesi	80
ÖZGEÇMİŞ	81

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa
Çizelge 3.1. Evrenin gruplara göre dağılımı	18
Çizelge 3.2. Örneklem dağılımı	19
Çizelge 3.3. Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım Alt Ölçeğindeki Maddelerin Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach's Alpha Değeri	22
Çizelge 3.4. Temizlik ve Öz Bakım Ölçeğindeki Maddelerin Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach's Alpha Değeri	24
Çizelge 3.5. Beslenme Ölçeğindeki Maddelerin Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach's Alpha Değeri	26
Çizelge 3.6. Uyku Ölçeğindeki Maddelerin Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach's Alpha Değeri	28
Çizelge 3.7. Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler Ölçeğindeki Maddelerin Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach's Alpha Değeri	29
Çizelge 3.8. İhmal ve İstismar Ölçeğindeki Maddelerin Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach's Alpha Değeri	31
Çizelge 4.1. Ebeveyn ve çocukların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=366)	34
Çizelge 4.2. Ebeveynin yaşına göre sağlık eğitimi alt ölçeklerinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)	36
Çizelge 4.3. Annenin öğrenim durumu değişkenine göre sağlık eğitimi alt ölçeklerinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)	37
Çizelge 4.4. Annenin öğrenim durumu değişkenine göre sağlık eğitimi ölçeğinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)	37
Çizelge 4.5. Babanın öğrenim durumu değişkenine göre sağlık eğitimi alt ölçeklerinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)	38
Çizelge 4.6. Babanın öğrenim durumu değişkenine göre sağlık eğitimi ölçeğinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)	39
Çizelge 4.7. Ailenin aylık gelir düzeyi değişkenine göre sağlık eğitimi alt ölçeklerinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)	40
Çizelge 4.8. Ailenin ekonomik gelir düzeyi değişkenine göre sağlık eğitimi ölçeğinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)	41
Çizelge 4.9. Ebeveynlerin çocuk sayısına göre sağlık eğitimi alt ölçeklerinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)	42
Çizelge 4.10. Ebeveynlerin çocuk sayısına göre Sağlık Eğitimi Ölçeği varyans analizi testi sonuçları (n=366)	43
Çizelge 4.11. Çocukların yaşı ile sağlık eğitimi alt ölçeklerinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)	44
Çizelge 4.12. Çocukların yaşı ile Sağlık Eğitim Ölçeği varyans analizi testi sonuçları (n=366)	45
Çizelge 4.13. Ebeveynlerin uzun süre yaşadığı yerleşim yeri ile sağlık eğitimi alt ölçeklerinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)	46
Çizelge 4.14. Ebeveynlerin uzun süre yaşadığı yerleşim yeri ile Sağlık Eğitim Ölçeği varyans analizi testi sonuçları (n=366)	46
Çizelge 4.15. Çocukların cinsiyet değişkenine göre Sağlık Eğitimi Alt Ölçeklerinin T test analizi (n=366)	47
Çizelge 4.16. Çocukların cinsiyet değişkenine göre sağlık eğitimi ölçeğinin t test analizi testi sonucu (n=366)	48
Çizelge 4.17. Çocukların okul öncesi eğitim süresine göre Sağlık Eğitimi Alt Ölçeklerinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)	49
Çizelge 4.18. Çocukların Okul Öncesi Eğitim Süresi Değişkenine Göre Sağlık Eğitimi Ölçeği Varyans Analizi Testi Sonucu (n=366)	50

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 2.1. 1 ay- 16 yaş arası çocukta uyku süreleri	12



KISALTMALAR ve SİMGELER

Kısaltma/Simge	Tanım
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
AÇEP	Anne Çocuk Eğitim Programı
GEP	Gelişimsel Eğitim Programı
SEÖ	Sağlık Eğitimi Ölçeği
SD	Standart Deviation (Standart sapma)
X	Ortalama



1. GİRİŞ

Çocuklar, bir ülkenin geleceği ve umudu olmalarının yanı sıra, toplumun en hassas grubunu oluşturmaktadır. Bu nedenle en iyi koşullarda dünyaya gelmelerinin sağlanması, büyüme ve gelişmeleri için uygun ortamın hazırlanması, geleceğe dönük bedensel, ruhsal ve zihinsel gelişmelerinin en iyi düzeyde oluşturulması toplumun geleceğinin ve niteliğinin belirlenmesi açısından yaşamsal öneme sahip noktalardandır [1]. Dünyanın en kalabalık 20 ülkesi arasında yer alan ve oldukça genç bir nüfusa sahip olan Türkiye'nin, 2016 yılında toplam nüfusu 79.814.871 iken, çocuk nüfusunun 22.892.402 olduğu dikkat çekmektedir. Yıllara göre incelendiğinde bu nüfusun ülkemizde 1935 yılında toplam nüfusun yaklaşık yarısını (%45), 2008 yılında %31,5'ini ve 2016 yılında ise %28,7'sini oluşturduğu görülmektedir [2,3].

Yaşam sürecinde bazı dönemler, diğer gelişim dönemlerine göre daha önemli bir role sahiptir. 0-6 yaş arasındaki dönemi içeren okul öncesi dönem; kişiliğin oluşumu ve gelişimi, temel bilgi, beceri ve alışkanlıkların kazanılması nedeniyle son derece kritik bir dönemdir. Çünkü bu dönemde kazanılan bir takım beceriler ve alışkanlıklar, bireylerin gelecekteki yaşamlarını büyük ölçüde etkilemektedir [4,5].

Okul öncesi dönemi diğer gelişim dönemlerinden ayıran en önemli özellik bireylerin ilerleyen yıllarda sahip olabilecekleri potansiyelin erken çocukluk yıllarında büyük ölçüde belirlenmiş olmasıdır. Yaşamın ilk altı yılında, bedensel, zihinsel ve sosyal gelişimin hızlı olduğu ve gelişim alanlarının büyük bir bölümünün tamamlandığı bilinmektedir. Bu dönemin, sağlıklı bir gelişimle atlatılması, bireyin sonraki dönemlerinin niteliğinin belirlenmesinde önemli etkiye sahiptir [5, 6].

Kişilik oluşumu, sosyal duyarlılığın, yaratıcı zekânın ilk olarak okul öncesi dönemde şekillenmeye başladığı bilinmektedir. Ebeveynlerin çocuk eğitimi konusunda istenilen tutumları geliştirmeleri, çocukların bilinçli bir ortamda sağlıklı gelişmeleri ve eğitim almaları, bu konuda ebeveynlere verilecek eğitimle mümkün olabilmektedir [7]. Çocuğun kalıtımla getirdiği potansiyelinin gelişimi içinde bulunulan çevrenin sosyo-ekonomik ve kültürel niteliği, beslenme, sağlık, geçirilen deneyimler, ebeveynlerin sağlık-hastalıkla ilgili inanç ve uygulamaları, çocuk yetiştirmeye ilişkin tutum ve davranışları gibi aile ile ilgili çeşitli faktörlerden etkilenmektedir [8, 9].

İnsan sağlığının fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerden etkilendiği bilinmektedir. Çocuğun sağlıklı ve üretken olması; fiziksel, mental, ruhsal, sosyal yönden tam bir iyilik haline sahip olmasıyla mümkün olmaktadır [10]. Bu aşamada ebeveynlere büyük sorumluluklar yüklenmekte ve ebeveynlerin çocuk gelişimi ve eğitimine sağladığı katkılara her geçen gün daha fazla vurgu yapılmaktadır [11, 12]. Olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesinde, ebeveynler çocuklarına büyük fırsatlar sunmakta ve bu fırsatlar ile onların

tüm gelişimine katkı sağlamaktadır. Son yıllarda, ebeveynlerin eğitimine dikkat çekilmekte ve bununla ilgili yapılan çalışmalara daha çok ağırlık verilmektedir. Birçok kuruluş tarafından ailelere yönelik çeşitli programlar düzenlenmekte ve bu programlar arasında, çocuk gelişimi ve eğitimi, olumsuz davranışların giderilmesi, ailenin çocuk yetiştirme ile ilgili bilinçlendirilmesi, çocuğa karşı olumlu tutum geliştirmesine yer verilmektedir [13, 14].

Okul ve okul öncesi kurumlarda verilen eğitimin tek başına, çocuğun eğitiminde istenilen başarıyı sağlayamayacağı, eğitimin ve sağlıklı gelişimin ailede devamının sağlanmasının önemi üzerinde durulmaktadır. Çocuğun içinde bulunduğu gelişimsel döneme uygun büyüme ve gelişme özellikleri göstermesi, tüm boyutlarıyla sağlıklı birey olarak yetişmesinde ebeveynlerin önemli role sahip oldukları bilinmektedir. Ebeveynlere verilen sağlık eğitimi ile bu yaş dönemi çocuğun büyüme ve gelişme özellikleri ile ilgili bilgileri arttırılabilir, özgüvenleri güçlendirilebilir ve olumlu sağlık davranışları geliştirmeleri ve pekiştirmeleri için bilgi ve beceriler ile donatılabilirler. Günümüzde ebeveynlerin bilinçlendirilmesi amacıyla erken çocukluk döneminin önemini vurgulayan çeşitli eğitim modelleri uygulanmaktadır. Ebeveynlik sürecinde ailelerin gereksinimlerinin belirlenip, onlara bu gereksinimleri dahilinde etkili eğitim programlarının sunulabilmesi için, ebeveyn eğitimi ile ilgili yapılan çalışmalara ve sonuçlara dikkat edilmesi büyük önem taşımaktadır [14, 15].

Sonuç olarak hemşire ve ebeveynler çocuğun sağlıklı büyüme gelişmesi ile ilgili eğitim ve danışmanlık rollerini tam anlamıyla yerine getirdiklerinde, sağlıklı gelişen çocuklar ile sağlıklı yetişkinler ve sağlıklı toplumlar oluşabilecektir. Bu araştırma, ebeveynlerin okul öncesi çocuklarının sağlık eğitimine ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2. KAYNAK ARAŞTIRMALARI

2.1. Ebeveyn Eğitimi

Aile, çocuğa en yakın olan ve çocuğun en uzun süre etkileşimde bulunduğu çevresidir. Bu yakınlık ve etkileşim ailenin çocuk üzerinde en önemli etkiye sahip kişiler olmasını sağlar. Ebeveynler, çocuğun fiziksel, bilişsel, davranışsal, psikososyal, kişilik ve ahlak gelişimi üzerinde önemli bir role sahiptirler. Aile içindeki etkileşim örüntülerinin sağlıklı olması, çocuğun bir bütün olarak gelişmesini sağlar. Ebeveynlerin çocuğun gelişimine destekleyecek en uygun çevre koşullarını hazırlayacak düzeye ve bilince ulaşmasında ebeveyn eğitim programları önemli role sahip olmaktadır. Çocuğun sağlıklı gelişmesinde ve olumlu sağlık davranışları kazanmasında ebeveynlerin, çocuk bakımı ve eğitimi, sağlıklı büyüme-gelişme konularında bilgi ve becerilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Bu amaçla, günümüz koşullarında ebeveynlere verilecek okul öncesi dönem çocuğuna ilişkin kişisel güvenlik ve ilk yardım, temizlik ve özbakım, beslenme, uyku, ruh sağlığı ve sosyal ilişkiler, ihmal ve istismar, cinsel gelişim ve eğitim konularında verilecek sağlık eğitimin sistemli bir şekilde yapılması önemlidir [16, 17].

2.2. Ebeveyn Eğitiminin Tanımı ve Önemi

Çocuk doğduğu andan itibaren beslenmesi, altının temizlenmesi ve uyku ihtiyacının giderilmesine ek olarak sevgi, ilgi ve oyun gibi yaş dönemlerine özgü gereksinimlere sahiptir. Çocuğun büyümesiyle değişmeyen tek nokta ise sağlık gereksinimidir [18, 19].

Çocuğun büyüme ve gelişmesini destekleyen kişilerin ilk ve en temel görevi, doğumdan itibaren çocuğun gereksinimi olan sağlıklı bakımını sağlamak ve onu tehlikeli durum ve olaylardan korumaktır. Yaşamının ilk yıllarında çocuk bir yetişkinin bakımına ve savunuculuğuna ihtiyaç duymaktadır. Çocuğun bu ilk yıllarında ve daha sonraki yıllarında sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için gerekli besinin sağlanması, hastalıklardan ve tehlikelerden korunması ve temizliğinin düzenli olarak uygun şekilde yapılması gerekmektedir. Her çocuk, sağlıklı koşullarda doğup büyüme, yeterli beslenme, her türlü tehlikeden korunma ve eğitim görme hakkına sahiptir [18, 20].

Okul öncesi dönemde çocuğun beslenme, temizlik ve güvenlik gibi temel ihtiyaçları ilk olarak ailesinin ve öğretmenlerinin gözetiminde gerçekleşirken daha sonra bu tür bilgi ve becerileri öğrenmesiyle çocuk kendine yetebilecek düzeye gelmektedir. Okul öncesi dönemde çocuğa verilen eğitimin yanı sıra ebeveyn katımlı sağlık eğitim programları ile çocuğun olumlu sağlık davranışlarını kazanması sağlanabilmektedir. Günümüzde ebeveyn eğitim programları, ebeveynleri çocukların ilk öğretmeni gibi olmaları için desteklemektir. Bu programlarda,

ebeveynlerin kendi kendilerini kontrol etmelerine odaklanılarak, öğrenme ve iletişim becerileri, gerekli alışkanlıkları ve diğer ihtiyaç duydukları ebeveynlik becerilerini kazanmaları sağlanmakta, bu şekilde çocuğun gelişimine katkıda bulunmaktadır [16, 21].

Ebeveynler, özellikle doğum, ailede ya da çocukta oluşan ciddi sağlık sorunları, tek başına çocuk (parçalanmış aile ya da evlilik dışı çocuk sahibi olma vb.) büyütme zorunda kalma ve çocuk gelişimindeki bazı kritik dönemlerde (okul öncesi, ergenlik vb.) çocuk gelişimi ve eğitimi konusunda desteğe gereksinim duymaktadırlar [17].

Temelde değişmeyen tek şey, ebeveynlerin çocuğun hayatının merkezinde olduğu ve olumlu ya da olumsuz çocuğun hayatına yön verdiği gerçeği olmaktadır. Bu nedenle aile eğitim programlarının gerekliliği artık tartışılmamakta; farklı aile eğitim programları geliştirme ve yaygınlaştırma çalışmaları yapılmaktadır. Okul öncesi dönemde ebeveynlere verilecek eğitim çocuğun bilişsel, fiziksel, dil, sosyal ve duygusal alanlarda gelişimini üst düzeyde destekleyeceğinden büyük önem taşımaktadır. Uygulanan ebeveyn eğitim programlarının bir kısmının hedef grubunu doğrudan çocuğun yakın çevresi, bir kısmının ise hem çocuk hem ebeveyn oluşturmaktadır. Okul öncesi dönemde sağlıklı bir gelişimin gerçekleşebilmesi için çocuğun güvenliğinin sağlanması, beslenmesi, uyku gibi temel ihtiyaçlarının giderilmesi, sağlıklı sosyal ilişkiler kurmayı öğrenmesinin desteklenmesi, ihmal ve istismarın önlenmesi ve istemediği davranışlara maruz kaldığında bunu ifade edebilmesidir. Bu noktada hemşire ve ebeveynlere önemli sorumluluklar düşmektedir [17, 22, 23].

2.3. Ebeveyn Sağlık Eğitimi ve Amacı

Sağlık eğitiminin amacı; bireyin toplumun ve gereksinimlerini karşılayacak, sağlıklı yaşam için kişilerin sağlıklarını korumalarını ve geliştirmelerini, tedavi olanaklarından yararlanmaları ve olumlu bir çevre yaratmalarını sağlayacak davranış değişikliği oluşturmaktır. Sağlık eğitimi ile bireyin sağlığı desteklenerek olumsuz durumlardan korunması sağlanmaktadır. Bu programlara tüm bireylerin ulaşabilmesi ve tam yarar görmeleri istenmektedir [24, 25]. Sağlık eğitimi çocuklar için de sağlığı korumaya yönelik doğru tutum ve davranışların öğrenilmesi açısından önemli bir yer tutmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2007)'nin tanımına bakıldığında sağlık eğitimi, bireylere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye, kazandırmaya ve uygulamaya inandırmak; kendisine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak; sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla, birey olarak ya da topluca karar aldırarak şeklinde açıklandığı görülmektedir [26].

Çocuğa aile ve okulda verilen sağlık eğitimi birbirinin tamamlayıcısı niteliindedir. Sağlık eğitimi, ilke ve yöntemler açısından özellikli bir eğitimidir. Sağlık eğitimi, bilgi aktarımından çok bireye yeni bir davranış kazandırmak ve kazandığı bilgiyi kullandırmaya

alıştırmaktır. Gelişmekte olan toplumlarda kişilerin yanlış inanç, bilgi ve alışkanlıkları kültürün bir parçası olarak sağlık uygulama ve davranışlarını, çocuk yetiştirme ve bakım uygulamalarını etkilemektedir. Tüm bu nedenler sunulan sağlık eğitimine toplumsal boyut kazandırarak, sağlık eğitimi çalışmalarının sadece birey düzeyinde değil ebeveyn ve toplum düzeyinde de ele alınması gerekmektedir. Sağlık eğitimi ile öğrencilerin olumlu sağlık alışkanlıkları kazanmasının, aileleri de olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir [27, 28].

Ebeveyn olmak çok yönlü bir görevdir; bu görev, toplumumuzdaki hızlı sosyal değişim ile yirmi birinci yüzyılda daha da zorlaşmaktadır [29]. Yirmi birinci yüzyılın ebeveynleri, kendi ebeveynlerinden farklı sorumluluklarla karşı karşıya kalmıştır. Bilgi ve önerilere ulaşabilmek için, internet gibi farklı bilgi kaynaklarına başvurulmaktadır. Bu başvuru kaynaklardan biri de ebeveyn eğitimi programlarıdır[30].

Çocuk gelişimi ve eğitimi ile ilgili gereksinim duyulan konularda sağlıkla ilgili profesyonellerden, sosyal hizmet uzmanlarından, eğitimcilerden yardım alan ve arayan ebeveynler oldukça azdır. Oysa etkili ebeveyn olma öğrenilebilmektedir. Ebeveyn eğitimi programları ebeveynlerin bu becerileri geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Bu eğitim çocukların güvenli ve duygusal yönden sağlıklı bireyler olarak yetiştirilmesi konusunda ailelerin kapasitesini de arttırmaktadır. Ebeveyn eğitim programları temelde iki amaca hizmet etmektedir: Birincisi; ailenin psikolojik ve sosyal açıdan bulunduğu yaşam koşullarına uyum sağlamasına yardımcı olmak, diğeri ise sağlıklı çocuk gelişimi ve eğitimi konusunda anne babaları bilgilendirmek ve onlara destek olmaktır [31,32].

Ebeveynler çocuklarını eğitirken, öncelikle çocukların gelişim özelliklerini bilmeli, onların gereksinimlerine uygun yanıtlar veren yetişkinler olmalıdır[33, 34].

Ebeveynlere yönelik uygulanan sağlık eğitim programları;

- Ebeveynlik gibi yeni bir duruma hazır olmalarını,
- Ebeveynlik beceri ve bilgilerini geliştirmelerini,
- Çocuğun normal büyüme gelişme özellikleriyle ilgili bilgi sahibi olmalarını,
- Karşılaşılan durum ve sorunlarla etkili baş etme yöntemlerini aktive edebilmelerini,
- Çocuğun bilişsel, sosyal ve duygusal olarak her yönüyle sağlıklı gelişimine nasıl katkıda bulunabileceklerine ilişkin öğrenme deneyimlerini geliştirebilmelerini ve
- Çocuğun her yönüyle sağlıklı büyüme ve gelişmesini amaçlamaktadır [35].

2.4. Ebeveyn Sağlık Eğitiminde Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar

Ebeveynlere hemşireler tarafından uygulanacak sağlık eğitiminde dikkat edilmesi gereken durumlar:

- Ebeveyn eğitim programlarının etkili olması için çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişmesini teşvik eden sağlık davranışları belirlenmeli ve desteklenmelidir,
- Ebeveynlerin gereksinimleri doğrultusunda düzenlenen programlara katılımın artması sağlanmalı ve öncelikli olarak ebeveynlerin çocuk yetiştirme konusundaki bilgi ve gereksinimleri ile çocuğun gelişim dönemine göre ebeveynin sağlık eğitim gereksinimi belirlenmelidir,
- Ebeveynlerin çocuğu tanımak ve öğrendikleri bilgilerle harekete geçmek için alıcı ve duyarlı oldukları dönemlerden biri olan okul öncesi eğitim döneminde eğitimlerin etkililiğini artırmak için bu dönemlerin hassasiyeti dikkate alınmalıdır,
- Ebeveyn sağlık eğitimi programları düzenlenirken, geleneksel ve kültürel öğelerle çatışmamaya özen gösterilmelidir,
- Tek bir program yerine, farklı yörelerde yaşayan ebeveynlerin ihtiyacına cevap verebilecek programlar düzenlenmeli, uygulanan programlar ebeveynlerin becerilerini, yeteneklerini ve güvenlerini geliştirecek nitelikte hazırlanmalıdır,
- Eğitimci, insan ilişkileri ve iletişim teknikleri konusunda olumlu tutumlar sergilemeli, yetişkin eğitimi konusunda bilgi sahibi olmalı, giyim ve hitap tarzında toplumun değer yargılarını göz önünde bulundurmalıdır,
- Programın sıklığı, zamanı ve süresi konusunda ebeveyn görüşleri alınmalı ve ebeveyne katılım kolaylığı sağlanmalıdır,
- Ebeveynler sağlık eğitimi programlarına katılım için cesaretlendirilmelidir,
- Eğitim programlarına düzenli ve zamanında katılanlara olumlu dönütler verilmelidir,
- Sunum yaparken ebeveynlerin katılımını sağlamak için tartışma, rol oynama gibi tekniklere de yer verilmelidir,
- Eğitim grup toplantısı şeklinde yapılacaksa ebeveynler birbirlerinin yüzünü görecektir şekilde oturtulmalıdır,
- Kullanılacak araç - gereçler önceden hazırlanmalı ve programın amacı hakkında bilgi verilmelidir,
- Ebeveyn eğitiminin yapılacağı fiziksel ortam ısı ve aydınlatma gibi koşullar bakımından uygun olmalıdır,
- Eğitimci ev ve iş ortamından ve kişisel özelliklerden kaynaklı olarak ebeveyn eğitimi engelleyen faktörlerle ilgili bilgi sahibi olmalıdır,

- Eğitim programının hazırlanması ve uygulanmasının yanı sıra değerlendirilmesi de ebeveyn eğitim programlarındaki başarı için büyük önem taşımaktadır,
- Eğitim programlarının çeşitli kitle iletişim araçlarıyla yaygın hale getirilmesi, ulaşılabilirliğinin sağlanması da etkili rol oynamaktadır,
- Eğitim programları yalnız ebeveynlere yönelik olarak değil, ebeveynleri birlikte destekleyecek şekilde hedef kitlenin özelliğine uygun olarak düzenlenmelidir [9, 31, 35, 36].

2.5. Dünya’da ve Türkiye’de Ebeveyn Sağlık Eğitiminde Kullanılan Modeller ve Hemşire Katılımı

Sağlığı korumak ve geliştirmek, uygun bakımı sağlamak üzere yetiştirilmiş olan hemşireler, bireylere, ailelere ve topluma ulaşmada, sağlık hizmeti götürmede ve danışmanlık yapmada, anne babalara çocuğu ile ilgili eğitim verilmesinde anahtar kişidir. Multidisipliner (psikiyatrist, psikolog, hemşire, çocuk gelişim uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, psikolojik danışman, öğretmen vb.) yaklaşım gerektiren ebeveyn sağlık eğitimi programları Amerika ve Avustralya gibi ülkelerde hemşireler tarafından geliştirilmekte ya da hemşireler programlarda eğitici görevini üstlenmektedir. Hemşireler bu eğitim programlarını uygulayabilmek için haftalık teorik ve uygulama eğitimini içeren eğitici eğitimi kurslarına katılmaktadır [37-39].

Turner ve Sanders (2006) ve Webster- Stratton, Reid ve Hammond (2004) hemşirelerin ebeveynlere uyguladığı program sonrasında çocukların sorunlu davranışlarının azaldığı, ebeveynlerin olumlu ebeveynlik becerilerinin ve çocukları ile olan etkileşiminin arttığı, ebeveynlerin ebeveyn rollerinden oldukça memnun olduğu ve ebeveynlerin kazandığı becerileri uygulamaya devam ettiği izlem çalışmalarıyla belirlenmiştir [38, 39].

Hemşirelerin ebeveyn eğitim programları yapması konusunda Lavigne ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı çalışmada 49 hemşire ve 37 psikolog ’un uyguladığı ebeveyn eğitimi programının karşılaştırılmasında iki grup arasında çocukların sorunlu davranışları ve ebeveynlerin olumlu tutumları açısından istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır. Bu bulgu ebeveyn eğitimi programı eğitici eğitimi alındıktan sonra farklı sağlık profesyonelleri tarafından uygulanabileceğini göstermektedir [40].

Ebeveyn eğitimi programlarında hemşirelik yaklaşımı çocuğun çevresini oluşturan ebeveynin, çocuğun bakımına katılması ve çocuk bakımı ile ilgili bilgilerin paylaşılması esasına dayanmaktadır. Bu amaç için hemşire davranış geliştirme planı oluşturmaktadır. Bu planın amacı ebeveynler arasında ortak bir dil oluşturarak çocukların davranışlarının desteklenmesinde ebeveynlere süreklilik ve tutarlılık kazandırmaktır. Bu nedenle hemşire her iki ebeveynin de davranış geliştirme planında yer alan aynı stratejileri uygulanmasını ve bu

konuda ebeveynlerin birbirlerini davranışları ile desteklemesini sağlamaktadır. Bununla birlikte çocuk bakımına katılan ebeveynler sıklıkla kendilerini bunalmış hissedebilmekte ve her biri (anne-baba) diğerini suçlayabilmekte ve bir diğerine öfkesini yansıtabilmektedir. Çocuk gelişimi hakkındaki soruların cevaplanması ile ilgili yetersizlikler yaşanabilmektedir. Hemşireler, ebeveynleri güçlük yaşadığı konularda ve çocuk bakımında destekleyici olmaktadır. Eğitim programlarının bir parçası olarak, ebeveynlerle ayrı ayrı görüşmeler yaparak, onların endişelerini paylaşmalarına izin vermektedir. Ebeveynlerin çocuklarını daha iyi tanımlarını sağlamaktadır [37, 38].

2.6. Ebeveyn Sağlık Eğitiminin Boyutları

Çocuk için fiziksel, duygusal ve sosyal yönden sağlıklı büyüme ve gelişmeyi destekleyecek, etkileşimin güçlü, ilişkilerin dengeli bir şekilde sürdüğü ortamlarda yeterli özgüven, sevgi ve sevecenlik içerisinde büyümek, gelişimleri için gerekli deneyimleri kazandırmaktadır. Bu tür bir çevrede, ebeveynlerin kendilerine düşen sorumlulukların bilincinde olarak, çocuğa yeterli olanakları sunması, onun sağlam bir kişilik yapısına sahip olmasının yanında yaşamını devam ettirmede önemi olan bazı temel alışkanlıkları kazanmasını da sağlamaktadır. Erken çocukluk döneminde temelleri atılmaya başlanan; yemek yeme, giyinme-soyunma, temizlik, tuvalet gibi öz bakımla ilgili olumlu sağlık davranışlarının kazanılması ve pekiştirilmesinde ebeveynlere önemli sorumluluklar düşmektedir [10, 41]

2.6.1. Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım

Sağlıklı toplumların oluşmasında çocukların, sağlıklı bir çevre içinde doğup büyümesi, yetişkinlik yaşamına hazırlanması, her türlü riske karşı korunması önemlidir. Kişisel güvenlik; çocuğun araçta, serviste, evde, okulda, oyun parkında ve diğer ortamlarda, diğer bireylerle kurduğu iletişimde ve günlük yaşamda karşılaştığı olaylar karşısındaki tutum ve kendini tehlikeli durumlara karşı koruyabilmesini içermektedir. Kişisel güvenlik eğitimi, çocuk sağlığını tehdit eden, sık görülen, önlenemez, bedensel ve ruhsal kayıplara neden olan bu durumların önlenmesi konusunda aile bireylerini bilgilendiren ve ilgilendiren önemli bir konudur. Çocuğun güvenliğinin sağlanması ve haklarının korunması; onun ekonomik sömürüye, her türlü tehlikeli işe ve eğitime, sağlığına ve toplumsal gelişmesine zarar verecek durumlardan uzak tutulmasını içermektedir. 0-6 yaş grubu çocuklarda yaşanan ev kazalarının önlenmesini ve ev kazası gerçekleştiğinde çocuklara doğru ilk yardım uygulamalarının yapılmasını sağlamak amacıyla ebeveynlerin bilinçlendirilmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasında önemli bir yere sahip olan hemşirelerin sorumlulukları arasında yer almaktadır [41, 42].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kazayı “İnsan iradesi dışında ani olarak oluşan, fiziksel ve ruhsal hasarla sonuçlanabilecek, beklenmeyen bir olay” olarak tanımlanmaktadır [43]. Ev kazaları ise; ev içinde ve/veya bahçesinde, garajında meydana gelen herhangi bir türdeki kaza olarak tanımlanmaktadır. Ev kazalarında en önemli risk grubu öğelerinden birini de çocuklar oluşturmaktadırlar [44, 45]. 0-6 yaş dönemindeki çocuklar, kendileri için tehlike yaratan durumları ayırt edememeleri, aşırı hareketli olmaları, kas ve davranış koordinasyonlarının yeterince gelişmemiş olması, keşfetme duyguları, çevresel risklere açık olmaları ve ev ortamının düzenlenmesinde ebeveynlerin çocuk güvenliğini ilk planda tutmaması gibi nedenlerden ötürü düşme, yanma, zehirlenme, boğulma gibi kazalara daha açık durumdadır [44, 46, 47, 48].

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, her gün 2000'den fazla çocuk ve genç önlenebilir bir kaza nedeniyle, her yıl yaklaşık 830 000 ise çocuk kasıtlı ya da kazaya bağlı yaralanmalar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. 1-4 yaş arası çocukların ölüm nedenleri arasında düşmeler 8. sırada, trafik kazalarına bağlı yaralanmalar 9. Sırada ve yangınlar ile ilişkili yanıklar 11. sırada yer almaktadır [49]. TÜİK kayıtlarına göre; 2015 yılında trafik kazalarında 864 çocuk hayatını kaybederken, 55 bin 198 çocuk ise yaralanmıştır. Kazalarda hayatını kaybeden çocukların %44,8'inin 0-9 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir [2]. Yaklaşık beş bin çocuğa acil tedavi gerekirken, 4 milyon çocuk hastaneye yatırılmakta ve çok sayıda çocuk ise kazaların fiziksel, psikolojik ve sosyal etkisine maruz kalmakta; hastalık, sakatlık ve ölümler gelişmektedir. Bu bilgiler dikkate alındığında, 0-6 yaş grubu çocukların buldukları ortamlarda olası kaza durumlarına karşı güvenlik önlemlerinin alınması ve güvenliğinin denetlenmesi sorumluluğunun ebeveynlere ait olduğu gerçeği karşımıza çıkmaktadır [42, 50].

Türkiye'de çocukluk çağında görülen kazaların %18-25'i ev kazalarından meydana gelmektedir [51,52]. TÜİK verilerine göre ülkemizde, 1-17 yaş grubu çocukların 2014 yılında 2 bin 367'si, 2015 yılında ise bin 909'u zehirlenmeler ve dışsal yaralanmalar nedeniyle hayatını kaybetti [3]. Meydana gelen kazaların önemli kısmını önlenebilir, önemli bir kısmını ise hızlı ve doğru müdahale ile olumsuz sonuçları azaltılabilecek kazalar oluşturmaktaydı. Genellikle ev kazalarına ilk şahit olanlar ve ilk yardım müdahalesinde bulunan kişiler ebeveynlerdir. Bu nedenle gerek ev kazalarını ve ev dışında meydana gelebilecek kazaları önlemede, kaza meydana gelmiş ise sonucu oluşabilecek yaralanmaları en aza indirmede ebeveynlerin ilk yardım uygulamaları hakkındaki bilgi düzeyleri, güvenlik bilincine sahip olmaları ev ve çevredeki tehlikelere karşı çocukları bilgilendirmesi hayati önem taşımaktadır [53].

Corrarino ve arkadaşları, (2001), halk sağlığı hemşirelerinin ebeveynlere ev kazalarıyla ilgili verdikleri eğitim sonrasında ev kazalarını önlemek için güvenlik önlemlerini artırdıklarını belirlemişlerdir [54]. Turan ve arkadaşları (2010), eğitici özelliği bulunan öğretmenlerin (toplum sağlığı merkezi ebe ve hemşireleri, öğretmenler ve emniyet mensubu) 0-6 yaş çocuğu olan

annelere ev kazaları yönelik verilen eğitimde eğitim öncesi ve eğitim sonrası ilkyardım eğitim puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirlemişlerdir [50]. Bu sonuç bize göstermektedir ki çocukluk çağı kazalarının önlenmesinde ve çocukların kazalardan korunmasında hemşirelerin rolü oldukça önemlidir.

2.6.2. Temizlik ve Öz Bakım

Öz bakım, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Çocukların temizlik ve öz bakım ile ilgili olumlu sağlık davranışları geliştirmeleri ve bu davranışların devamlılığı için hem çocuklara hem de ebeveynlere sağlık eğitimi verilmelidir. Temizlik sadece kirlilik belirtilerinin ortaya çıktığı durumlarda yapılması gereken bir uygulama olarak ele alınmamalı; temizlik uygulamalarının sürekli ve düzenli olarak yapılması gerektiği çocuğa kazandırılmalıdır. Sabahları uyanınca ellerin ve yüzün yıkanması, dişlerin fırçalanması ve düzenli banyo yapılması gibi uygulamalar buna örnek verilebilir [55, 56].

Tuvalet ve temizlik eğitimi, yemek yeme ve giyinme becerileri en temel öz bakım becerileridir. Bu becerilerin kazanılmasının ardından el-yüz yıkama, diş fırçalama, burun temizleme ve banyo yapma becerileri gelmektedir. Ayrıca günlük yaşam içerisinde çocuğun kendi işlerini yerine getirme yeteneği öz bakımın niteliğini etkilemektedir. Kıyafetlerinin bakımı ve düzenlenmesi, mevsimsel koşullara uygun giyinme, sağlıklı yemek yeme alışkanlıkları ve sağlıklı sosyal ilişkiler kurma ileri düzeyde öz bakım becerileri grubuna girmektedir. Çocukların bakım ve gözetiminde rol alan sorumlular olarak ebeveynler listenin en üstünde yer almaktadır. Ülkemizde okul öncesi çocuklar ile öz bakım becerilerini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, diş sağlığı sağlık davranışlarına adaptasyon ve bu davranışların doğru ve düzenli olarak sürdürülmesini sağlamak konusunda ebeveynlerin rolü incelenmiştir. Okul öncesi dönemde çocuğun, diş fırçalama alışkanlığını kazanmasında büyük oranda anneyi model aldığı belirlenmiştir. Ebeveynlerin bu konuda çocuklarının ilk yıllarında örnek olmaları ve onların her türlü sağlık ihtiyaçlarını karşılamaları ve çocuklarının sağlığını korumadaki rolleri ve temizlik ve öz bakımla ilgili becerileri kazanmalarına yardımcı olmaları büyük önem taşımaktadır [55, 57, 58].

2.6.3. Beslenme

Beslenme, bireyin büyümesi, gelişmesi (anne karnında ve daha sonra), üremesi, sağlıklarının korunması ve üretken olarak yaşamlarını sürdürebilme gibi işlevleri yerine getirebilmek için bireyin ihtiyaç duyduğu besin maddelerinin alınması ve kullanılmasıdır. Sağlıklı büyüme ve gelişme için dengeli beslenme oldukça önemlidir [59-62]. Öz bakım becerilerinden biri olan yemek yeme konusundaki beceri ve davranışlar çok erken yaşta ortaya çıkmakta ve zamanla gelişmektedir. Çocuğun okul öncesi çağlarda kazandığı yemek yeme alışkanlığı yaşamının daha sonraki dönemlerini etkileyerek, yaşanan olumsuzluklar ise ileride ortaya çıkabilecek beslenme sorunlarının temelini oluşturmaktadır. Çünkü beslenme; çocuğun fiziksel, zihinsel, duygusal gelişimini ve sosyal davranışlarını doğrudan etkileyebilecek önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir [63]. Çocuğun beslenmesinde amaç; sağlıklı büyüme ve gelişmeyi sağlamaktır ve çocukluk çağında beslenme diğer yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir. Bu dönemde beslenme çocuğun günlük enerji ihtiyacı ve gelişiminin hızlı olduğu göz önünde bulundurulmalıdır [59-62, 64].

Beslenmenin yeterli ve dengeli olmadığı durumlarda ortaya çıkan sağlık sorunlarının önlenmesinde en etkili yöntem beslenme eğitimidir. Çocuğun beslenme ilkelerine uygun beslenme alışkanlığı kazanmasında aile ve aile ortamının etkisi kadar okul da verilecek eğitimin de önemli bir rolü vardır. Bu konuda; sağlık politikalarına, okul öncesi eğitim kurumlarına ve ebeveynlere önemli görevler düşmektedir. Erken çocukluk döneminde ebeveynler sağlık gelişiminin en önemli öğelerinden biridir. Bu dönemde ebeveynlerin çocuklarına uygun yemek alışkanlıkları kazandırmaları çocukların sağlıklı gelişimi açısından önemli bir yere sahiptir. Ebeveynler ayrıca okulla iş birliği içerisinde bulunarak çocuklarının beslenme alışkanlıklarının gelişmesinde onlara destek olmalıdırlar [59, 65].

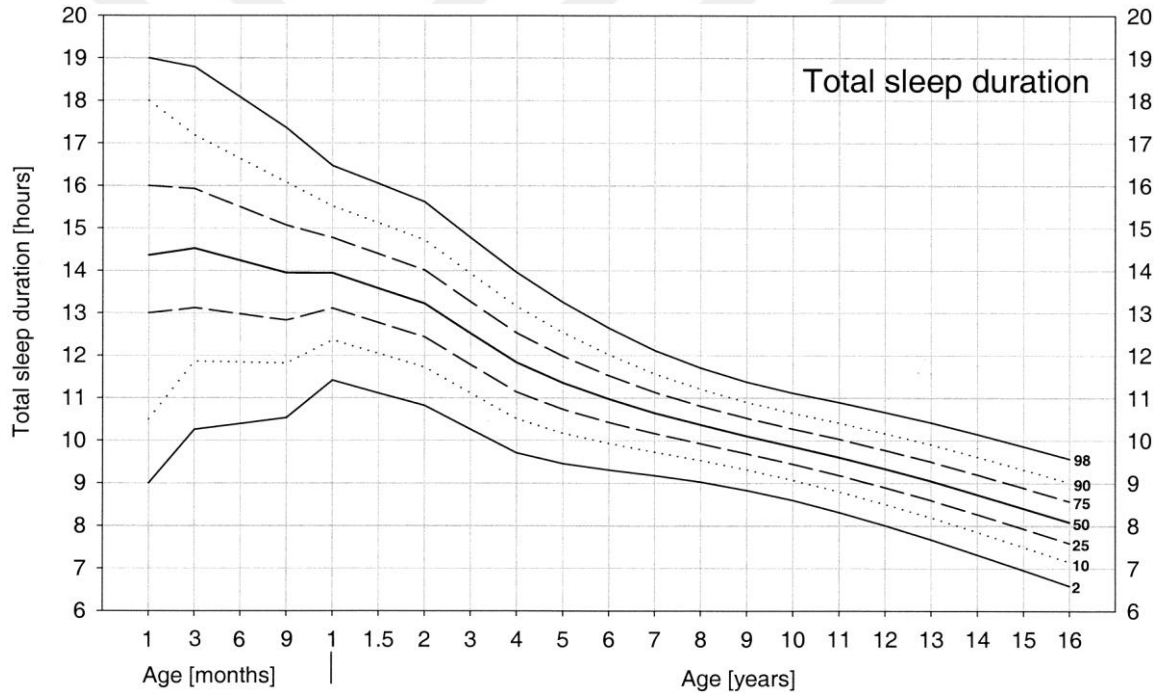
Çocukların tercih ettiği yiyecekler ile ilgili ailelerin tutumlarının incelendiği bir araştırmada, ailelerin % 97'sinin yağ ve şekerle kaplı yiyeceklerden dolayı sağlık konularında endişeli olduğu belirlenmiştir ve % 87'si çocukları için sağlıklı yemek almanın gerekliliği konusunda kesinlikle hemfikir oldukları belirtilmektedir [66]. Kobak'ın (2009), okul öncesi dönemde (3-6 yaş) ana çocuk sağlığı ve anaokulundaki çocukların beslenme özelliklerinin karşılaştırdığı araştırmasında; anaokulundaki çocukların beslenme programları, besin tüketimleri ve ailedeki bireylerin beslenme davranışlarının bu dönemdeki çocukların beslenme davranışlarına etkileri incelenmiştir. Çocukların arasında yardımsız yemek yemeye başlama zamanı, ebeveynlerin yemek yedirme yöntemi, çocuk yemek yemediğinde uygulanan yöntem, sevdiği sebzeler, şeker/yağ grubu, bulgur/pirinç tercihi, ara öğün süresi ve sayısı, diş fırçalama alışkanlığı, ishal ya da kabızlık sıklığı ve hastalanma sıklığı gibi parametrelerde anaokuluna devam eden çocuklarda daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir [67].

2.6.4. Uyku

Uyku, bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını sürdürmesinde, üretken ve aktif olmasında oldukça önemlidir [81]. Bebek ve çocukların gelişim dönemlerinden dolayı uzun süre uykuya ihtiyaç duymaktadır. Düzenli uyku, çocuğun sağlıklı büyüme gelişme ve zihinsel sağlık için önemlidir [56].

Uyku alışkanlığının düzenlenmesinde farklılıklar bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinde daha sık görülmektedir. 3-6 dönemindeki çocuğun yaşındaki çocuğun 24 saatinin 10-13 saati gece uykusu ile geçmektedir. Yaşın ilerlemesi ile öğlen uyku ihtiyacı azalmakla birlikte, 2-3 yaşında 2 saatlik öğlen uykusuna ihtiyaç duyulurken, 3-6 yaş döneminde sabah uykuları ortadan kalkmaktadır [69].

Şekil 2.1.1 ay- 16 yaş arası çocukta uyku süreleri



Kaynak: Iglowstein, I., Jenni, O.G., Molinari, L., Largo, R.H. (2003). Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Journal of Pediatrics*, 111(2).

Düzenli uyku alışkanlığının gelişiminde çocuk, ebeveyn ve çevre ile ilgili birçok faktörün rol oynamaktadır. Ebeveyn davranışları, zamanlama, ortam ve dekorlar çocuğun uyku çevresini oluşturur. Bunların arasında ailenin sosyoekonomik durumu, eğitim düzeyi, fiziki çevre (gürültü, aydınlatma, elektronik alet), yatak ve oda paylaşımı, uyuma saatleri, uyku-uyanma alışkanlıkları gibi durumlar yer almaktadır. Sakinleştirici bir müzik dinletmek, yatarken yanında sevdiği bir oyuncak ya da nesnenin bulunması, uykudan önce banyo yapmasını sağlamak ve

yatma saatinden önce dinlemekten keyif aldığı bir hikâye okumak ya da anlatmak çocuğun uyku düzenine kavuşmasına yardımcı olmaktadır [70, 71].

Okul öncesi dönemde her gece düzenli olarak 7 saat uyuyan çocukların, 8 saat ve daha fazla uyuyanlara göre okulun başlangıcında uygulanan, genel bilişsel becerilere yönelik standart bir değerlendirmede daha düşük puanlar aldıkları ve yıl boyunca bilişsel becerilerde diğer çocuklara göre daha yavaş gelişme gösterdikleri saptanmıştır [72].

Karaçal (2010), 640 çocuğun dahil edildiği, Konya İlinde Yaşayan 0-17 Yaş Grubu Çocuklarda Uyku Bozukluklarının Sıklığı araştırmasında; tüm çocukların %29'unun ebeveynle aynı odada uyuduğu ve %56,2'sinin uyuduğu odada elektronik cihaz bulunduğu belirlenmiştir. Çocukların %25,5' inde uykuya dalmayla ilgili sorunlar ve % 30'unda gece uykuda sık uyanma saptanmıştır. 0-12 aylık ve 1-3 yaş grubu çocukların gece uyanma sıklıkları daha fazla ve uykuda sık uyanan çocukların %43,6'sında uyku bozukluğu olduğu tespit edilmiştir [71]. Bu sonuçlar çocukluk döneminde sağlıklı büyüme ve gelişme için en önemli sağlık davranışlarından biri olan düzenli uyku alışkanlığının kazanılmasında ve çevre düzenlemesinde ebeveynin rolünün önemli olduğunu göstermektedir.

2.6.5. Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler

Çevresiyle karşılıklı etkileşim içinde büyüyen ve gelişen insan, hem kendi bedeni, duyguları, düşünceleri hem de çevresiyle etkileşim içinde olan bir varlıktır [73]. Bu etkileşimin, bebeklik döneminden başlayarak tüm yaşam dönemlerinde bireyin hem kendi gereksinimlerine hem de çevrenin bireyden beklentileriyle uyum halinde gerçekleşmesi beklenmektedir. Bireyin sosyal becerileri, ilişkilerin başlatılması ve uygun bir şekilde sürdürülmesi için gereken en önemli araçlardır [74]. Bireyin duygularını uygun şekilde ifade edebilmesi, ihtiyaçlarını ve haklarını savunabilmesi, ihtiyaç duyduğunda uygun kaynakları aktif şekilde kullanabilmesi, kendisi için uygun olmayan durumları reddedebilmesi sosyal uyumu oluşturan önemli noktalar [75]. Çocuk sosyal değişim dürtüsü ile dünyaya gelmekte ve bebeklik döneminden sonra benmerkezci anlayıştan kurtulmakta, uyumlu bir yetişkin olmak için gelişim göstermektedir [76]. Çocuk yürümeye ve konuşmaya başladığında sosyal çevresi ve davranışları da artmaktadır. Özellikle 4-6 yaş arasında sosyal gelişimde sağlanan ilerlemeler, akran ilişkilerine, uzun süreli ve kalabalık gruplarla oynanan oyunlar şeklinde yansımaktadır. Bu özelliklerin yanı sıra akran ilişkilerinde anlaşmazlıkları çözme, strateji oluşturma gibi yaklaşımlar, akranların çocukların sosyal hayatlarında önemli bir yere gelmeye başladıklarını göstermektedir. Çocuk, ilk kez okul öncesi dönemde ev dışındaki insanlarla, özellikle akranlarıyla nasıl etkileşimde olunacağını öğrenmeye başlamaktadır. Bu öğrenme, onun sosyal-ruhsal gelişimi ve içinde yaşadığı topluma uyum geliştirmesine yardımcı olur. Duygusal ve

sosyal etkileşimin güçlü, ilişkilerin dengeli bir şekilde sürdüğü ortamlarda yeterli güven, sevgi ve sevecenlik içerisinde büyüyen çocuklar, gelişimleri için gerekli deneyimleri elde etmektedir. Bu tür bir çevrede, bireylerin kendilerine düşen sorumlulukların bilincinde olarak, çocuğa bağımsızlık yolunda yeterli fırsatları sunması, onun sağlam bir kişilik yapısına sahip olmasını sağlayacaktır [41,42]. Okul öncesi dönemde çocuğa paylaşma, işbirliği yapma, kurallara uyma, kararlara katılım ve sorumluluk alma kazandırılacak sosyal davranış arasında yer almaktadır [77].

Okul öncesi çocuğun gelişim özellikleri bakımından bağımlılık ve bakım ihtiyacının olması, bedensel ve zihinsel işlevlerinde sınırlı olması, çocuğun sosyal uyum ve beceri yetersizliğinin fark edilip sağaltılması ile ilgili rol ebeveyne ait olduğu kabul edilmektedir [78]. Bu durum ayrıca, çocuğun sosyal uyum ve beceri konusunda güçlükler yaşaması ve desteğe ihtiyaç duyması halinde, ebeveynin çocuğu ve gereksinimlerini en iyi tanıyan kişi olarak vereceği bilgilerin önemli olduğunu göstermektedir. Bu noktada çocuğun sosyal uyum becerileri ve yaşadığı sorunlara dair bilgilerin ebeveynden alınması, çocuk hakkında gerçekçi bilgiler sağlamaktadır [73, 79].

Okul öncesi dönemin sonunda, çocuk ruh sağlığı bakımından sağlıklı gelişmesi ve sosyal uyum becerileri geliştirmesi konusunda ebeveyn tarafından desteklenmiş ise çocuğun davranışlarının daha işbirlikçi olduğu, akran ilişkilerine de önem verdiği, saldırgan duyguları ve davranışlarında azalma olduğu, sorun çözmeye uygun yöntemler geliştirdiği görülmektedir [76]. Okul öncesi dönemde kendini ifade etme, özgüven, arkadaşlar, diğer bireyler tarafından kabul göreme, sosyal bağımsızlık gibi becerilerin geliştirilmesi çabasının temelinde, sosyal ilişkilere uyum geliştirebilmek ve ebeveyn olarak çocuğu olumlu sosyal davranış gösterdiğinde desteklemek yatmaktadır [79,80]. Çocuğun kişiliği, cinsiyeti, zekası, olgunlaşması, kardeş sayısı, kardeş sırası, akran ilişkisi, ailenin büyüklüğü, sosyo-ekonomik durumu, kültürel yapısı, sosyal etkinliklere katılımı, anne-babanın çocuk yetiştirme tutumları çocuğun sosyalleşmeyi öğrenmesini ve gelişimini etkilemektedir. Ebeveynler, okul ve çevre çocuğa uygun sosyal davranış ve ilişkiler kazandırmak için fırsatlar sağladığında sosyal becerilerin öğrenilmesi zaman içinde kalıcı olmaktadır [81-83]. Sosyal becerilerin ilk önce ailede, ebeveyn çocuk etkileşimi sonucu gelişmeye başlamaktadır. Ebeveynler, bu dönemde çocuğun ruh sağlığı özelliklerini, uygun sosyal davranışlar geliştirme durumunu ve sosyal ilişkilerini yakından gözlemlemelidir. Ayrıca ebeveynlerin çocuğun ruh sağlığı ve sosyal ilişkilerini yaşına uygun değerlendirebilecek ve destekleyecek gelişimsel ve eğitimsel bilgilere sahip olmalıdır [84]. Ebeveynler çocuğun gelişimini doğrudan etkilemenin yanında çevresinden öğrendiği davranış ve becerileri onaylayarak, reddederek ya da yönlendirerek dolaylı olarak da etkilemektedir [79, 85, 86].

Ebeveynin çocuğa tutarlı, sürekli ve güven verici bir tutumla, demokratik bir yaklaşım içinde olması çocuğun sosyal uyum becerisini olumlu yönde etkiler. Çocuğun ruh sağlığı gelişimi ve sosyal uyumunu olumlu yönde desteklemek için ebeveynlerin öncelikle çocuğun gelişim dönem özelliklerini bilmeleri ve çocuğu bağımsız bir birey olarak kabul etmeleri ve çocuğun yaş ve gelişim özelliklerine uygun beklentiler taşıması gerekmektedir. Bu nedenle ebeveynin ve çocuğa yönelik tutumlarının olumlu ve destekleyici olması çocukta ruh sağlığı ve sosyal ilişki gelişiminin sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesi için oldukça önemlidir [80,84,87].

2.6.6. İhmal ve İstismar

Çocukların ihmal edilmesi genel anlamıyla çocuğa karşı yerine getirilmesi gereken en temel yükümlülüklerin yerine getirilmemesi ve göz ardı edilmesi olarak tanımlanmaktadır [88]. Çocuk istismarı, 18 yaşın altındaki çocuğun ebeveyn, bakıcı ya da bir başka yetişkin (örneğin, din adamları, antrenör, öğretmen) tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallarla uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun sağlıklı gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan davranışların tamamını ifade etmektedir [89, 90]. Çocuğa yönelik her türlü ihmal ve istismar davranışı, fiziksel yaralanmalara, fiziksel büyümenin geri kalmasına, nörolojik hasarlara ve agresyon, depresyon ve post travmatik stres bozukluğu gibi ruhsal hastalıklara neden olabilmektedir [91]. Küçük yaşta çocuğun ihmal ve istismara maruz kalması çoğu kez ölümlerle sonuçlanabilmektedir. İhmal ve istismar sonucu, 2014 yılında yaklaşık 1546 çocuğun hayatını kaybettiği belirlenmiştir [92]. Çocukların kendi bildirimleri ile kayıtlanan verilere göre 2015 yılında, en az 7 çocuktan 1'i ihmal ve/veya istismar kapsamına giren tutuma maruz kalmıştır [93]. Düşük sosyoekonomik gelirli ailelerde yaşayan çocukların gelir düzeyi yüksek çocuklara göre 5 kat daha fazla ihmal ve istismara maruz kaldığı belirlenmiştir [94]. Irk, etnik köken, gelir düzeyi gibi çeşitli toplumsal faktörlerin çocuk ihmal ve istismarında önemli faktörler olduğu düşünülse de, her yaştan, her ırktan, gelir düzeyinden çocuğun ihmal ve istismara maruz kaldığı bir gerçektir. Çocuk ihmal ve istismarı göz ardı edilemeyecek şekilde büyük bir sorundur [95].

Tugay (2008), Öğretmenlerin Çocuk İstismarı ve İhmaline Yönelik Farkındalık Düzeyleri'ni incelenmiş ve çocuk ihmal ve istismarının tanımlanmasında önemli role sahip olan öğretmenlerin konuya ilişkin farkındalık düzeylerini belirlemeye yönelik bir ölçme aracı geliştirmeyi amaçlamıştır. Araştırmada, çocuk ihmal ve istismarını belirleme olasılıklarının artması ile öğretmenlerin bildirim olasılıklarının arttığı görülmüştür ve öğretmenlerin çocuk ihmal ve istismarını tanımlama konusunda kendilerinden emin olmadıkları ve bildirim yönünde eksikliğin olduğu belirlenmiştir [96]. Ülkemizde yapılmış çalışmalar ebeveynlerin çocuğa yönelik her türlü kötü muamelenin yaygınlığı konusundaki farkındalıklarının düşük olduğu saptamıştır. Mevcut ve ülkenin geleceğini belirleyecek nesiller için çocuk ihmal ve istismarının

olumsuz sonuçlarını önlemek için harekete geçmek gerekmektedir. Çocuk ihmal ve istismarının önlenmesi gibi bir amacın gerçekleştirilebilmesi için, eğitim düzeyinin artırılması, kamuoyunun bilinçlendirilmesi ve yasaların güçlendirilmesi gerekmektedir [82, 88,96-98].

Can-Özcan (2010), çocukların istismar ve ihmalle karşılaşma durumları ve etkileyen faktörler ile istismar ve ihmalin çocuklar üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkilerini incelediği araştırmasında, çocukların %92,3'ünün istismar ve ihmalle maruz kaldığı belirlenmiştir. Çocukların %67,8'inin duygusal istismar, %42,1'inin fiziksel istismar, %39,1'inin ekonomik istismar ve %97,0'sinin ise ihmalle karşılaştığı belirlenmiştir [98].

Sağlıklı ve üretken toplumların teminatı ancak sağlıklı büyüyüp gelişen nesillerdir. Çocuğun sağlıklı büyüyüp gelişmesi için gereken ilkeler arasında yer alan olumlu çevrenin sağlanması için hem yaşanılan ortamın hem de etkileşim halinde bulunan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeleri gerekmektedir. Çocuğun sağlığının geliştirilmesinde ebeveynler ile işbirliği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları hedeflerine ulaşma oranı artacak ve biz çocuk sağlığı hemşireleri için doyum verici sonuçlar sağlayacaktır. Çocuk istismarı ve ihmali önemli bir halk sağlığı sorunu olsa da, önlenabilir bir sorundur. Her çocuğun sağlıklı gelişebilmesi için güvenli, istikrarlı, destekleyici aile içi ilişkiler ve çevreye sahip olması gerekmektedir [94, 99]. Tüm bu bilgiler doğrultusunda, bazı ailesel özelliklerin istismar ve ihmal davranışlarını tetikleyebileceği ve özellikle psikolojik belirti gösteren çocuklarda istismar ve ihmal olasılığının göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Çocuğun her türlü ihmal, şiddet, bedensel ya da zihinsel saldırı, kötü muamele ve cinsel istismara karşı korunabilmesi için ebeveynlere ve çocuğa birey olduğu ve hakları olduğunun öğretilmesinin hemşireler tarafından çocuk ve ebeveyne ulaşılabilen her yerde planlı ve sistemli eğitimler ile yaygınlaştırılmasının önemli olduğu söylenebilir.

3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, ebeveynlerin okul öncesi çocuklarının sağlık eğitimine ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Türü

Araştırma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Mersin İl sınırları içinde yer alan Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı anaokullarından, Akdeniz İlçesi'nde bulunan Cennetana Anaokulu, Mezitli İlçesi'nde bulunan Mezitli Anaokulu, Toroslar İlçesi'nde bulunan Vilayetler Hizmet Birliği Anaokulu ve Yenişehir İlçesi'nde bulunan Yenişehir Belediyesi Anaokulu'nda yapılmıştır. Anaokulu ve okul öncesi eğitim veren bu okullardan Mezitli Anaokulu'nun toplam öğrenci mevcudu 223, Cennetana Anaokulunun toplam öğrenci mevcudu 460, Vilayetler Hizmet Birliği Anaokulu'nun toplam öğrenci mevcudu 340 ve Yenişehir Belediyesi Anaokulu'nun toplam öğrenci mevcudu ise 552'dir.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, 2016-2017 Eğitim-Öğretim Yılı'nda Mersin İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı 28 anaokulu ve okul öncesi eğitim kurumuna devam eden yaklaşık yedi bin iki yüz elli yedi 3-6 yaş arası çocukların ebeveynleri oluşturmuştur.

Çizelge 3.1. Evrenin gruplara göre dağılımı

Okul Adı	N	%
Akdeniz İlçesi		
Abdulkadir Perşembe Vakfı Anaokulu	217	3,0
Akdeniz Anaokulu	251	3,5
Cennetana Anaokulu	460	6,3
Hacivat Karagöz Anaokulu	247	3,4
Koza Anaokulu	215	3,0
Nasrettin Hoca Anaokulu	243	3,3
Salim Güven Anaokulu	400	5,5
Tevfik Sırrı Gür Anaokulu	195	2,7
Mezitli İlçesi		
Keloğlan Anaokulu	200	2,7
Mezitli Abdulkadir Perşembe Vakfı Anaokulu	193	2,7
Mezitli Anaokulu	223	3,1
Toroslar İlçesi		
Bahriye Anaokulu	180	2,5
Limonçiçeği Anaokulu	112	1,5
Mersin Toroslar Anaokulu	212	2,9
Mersin Zeynep Toroğlu Çamlıbel Lions Anaokulu	164	2,3
Mürüvvet Faik Uğuz Anaokulu	150	2,1
Nene Hatun Anaokulu	230	3,2
Samiye-Naim Eğitim Vakfı Anaokulu	260	3,6
Vilayetler Hizmet Birliği Anaokulu	340	4,7
Zübeyde Hanım Anaokulu	152	2,0
Yenişehir İlçesi		
24 Kasım Anaokulu	195	2,7
Cumhuriyet Anaokulu	370	5,1
Dumlupınar Anaokulu	315	4,3
Gazi Anaokulu	265	3,7
Sevgi Anaokulu	326	4,5
Şevket Pozcu Anaokulu	460	6,3
Yenişehir Belediyesi Anaokulu	552	7,6
Zübeyde Anaokulu	130	1,8
Toplam	7,257	100,0

Çizelge 3.1.'de yer alan okullar listesine göre, ölçeğin dağıtıldığı Mersin ilinin Akdeniz İlçesi'nde yer alan anaokulları evrenin % 30,7; Mezitli İlçesi'nde yer alan anaokulları evrenin %8,8; Toroslar İlçesi'nde yer alan anaokulları evrenin % 24,8; Yenişehir İlçesi'nde yer alan anaokulları evrenin % 36'sını oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, evrenden kota örnekleme yöntemi ile seçilen dört farklı anaokulunda eğitim gören 3-6 yaş dönemi çocukların ebeveynlerinden araştırmayı kabul eden 366 ebeveyn oluşturmuştur.

Aşağıdaki örneklem kriterlerine uyan 366 ebeveyn örneklem grubuna dahil edilmiştir.

Örneklem kriterleri;

1. Ebeveynin 3-6 yaş arası Milli Eğitim Bakanlığına bağlı Mersin İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından yazılı olarak uygulama yapılmasına dair izin verilen anaokulu ve okul öncesi kurumlarında 2016-2017 eğitim-öğretim yılında eğitimine devam eden çocuğu olması
2. Ebeveynin okuma-yazma bilmesi
3. Ebeveynin 18 yaşından büyük olması
4. Ebeveynin araştırmaya katılmada gönüllü olması

Çizelge 3.2. Örneklem dağılımı

Tabaka no	Tabaka adı (İlçe)	İlçedeki Toplam öğrenci sayısı	Tabaka ağırlığı	Örneklem giren ebeveyn sayısı (n)	Yüzde (%)
1	Mezitli	616	$616/7,257=0,08$	$0,08 \times 366=29$	7,9
2	Toroslar	1,800	$1,800/7,257=0,25$	$0,25 \times 366=92$	25,1
3	Akdeniz	2,228	$2,228/7,257=0,31$	$0,31 \times 366=113$	30,9
4	Yenişehir	2,613	$2,613/7,257=0,36$	$0,36 \times 366=132$	36,1
Toplam	4	7,257	1,00	366	100,0

Çizelge 3.2.'de araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde yapılan tabakalı örnekleme işlemleri ve örneklem ilçelere göre dağılımı gösterilmiştir. Kota örnekleme yöntemi ile evrenden 4 anaokulu seçilmiştir. Buna göre, Yenişehir İlçesi'nde bulunan Yenişehir Belediyesi Anaokulu'ndan 132 (%36,1), Akdeniz İlçesi'nde bulunan Cennetana Anaokulu'ndan 113 (%30,9), Toroslar İlçesi'nde bulunan Vilayetler Hizmet Birliği Anaokulu'ndan 92 (%25,1) ve Mezitli İlçesi'nde bulunan Mezitli Anaokulu'ndan 29 (% 7,9) olmak üzere örneklem kriterlerine uyan toplam 366 ebeveyn alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma örneklemini, belirlenen anaokulu ve okul öncesi kurumlara devam eden 3-6 yaş dönemi çocukların araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynleri ile sınırlıdır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerine ve ebeveynlerin okul öncesi çocuklarının sağlık eğitimi gereksinimine ilişkin veri kaynağı anket formunda bulunan sorularla sınırlıdır.

3.7.Verilerin Toplanması

3.7.1.Verilerin Toplama Araçları

Araştırma verileri, 3-6 yaş dönemi okul öncesi eğitime devam eden çocuğu olan ebeveynlerin sosyo-demografik bilgilerini içeren 'Ebeveyn Bilgi Formu' ve 'Okul Öncesi Çocukları İçin Sağlık Eğitimi Ölçeği' kullanılarak toplanmıştır.

3.7.1.1.Ebeveyn Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacı ve danışmanı tarafından geliştirilen soru formunda; ebeveynin yaşı, öğrenim durumu, mesleği, ailenin aylık gelir miktarı, çocuk sayısı ve en uzun yaşanan yerleşim yeri ile ilgili 8 sorunun yanı sıra, çocuğun yaşı, cinsiyeti ve okul öncesi eğitime devam etme süresini belirlemeye yönelik 3 soru olmak üzere toplam 11 soru yer almaktadır. Formun yanıtlanması 1-5 dakika sürmüştür. Form araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur.

3.7.1.2.Okul Öncesi Çocuklar İçin Sağlık Eğitimi Ölçeği (Ek-2)

Sağlık Eğitimi Ölçeği ile okul öncesi çocuklarının sağlıklı gelişmelerini destekleyecek kişisel güvenlik ve ilkyardım, temizlik ve öz bakım, beslenme, uyku, ruh sağlığı ve sosyal ilişkilerini destekleyici istismar ve ihmal edilmelerini önleyici davranışları kazanma durumlarını belirlemek amacıyla Emine Hande Aydos tarafından 2013 yılında geliştirilmiştir. Ebeveynlere uygulanan ölçekte, 25 soru Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım, 26 soru Temizlik ve Öz Bakım, 20 soru Beslenme, yedi soru Uyku, 20 soru Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler ile 19 soru İhmal ve İstismar alt ölçekleri olmak üzere toplamda altı alt boyut ve 117 sorudan oluşmaktadır. Ölçek beş basamaklı Likert ("1" Kesinlikle katılmıyorum, "2" Katılmıyorum, "3" Kararsızım, "4" Katılıyorum, "5" Kesinlikle katılıyorum) tipi olarak hazırlanmıştır. Çalışmaya katılan ebeveynlerin verdiği yanıtlardan "Kesinlikle Katılmıyorum" 1 puan olarak değerlendirilmekte Verilen cevapların puanı toplanarak her bir alt ölçekteki madde sayısına bölüldüğünde elde

edilen puanın aralık değeri 1,00 – 1,80 olmakta, alınan puanın ebeveynin okul öncesi çocuğun sağlık eğitimi bilgi durumu açısından anlamı “Çok Yetersiz”; “Katılmıyorum” 2 puan olarak değerlendirilmekte, verilen cevapların puanı toplanarak her bir alt ölçekteki madde sayısına bölüldüğünde elde edilen puanın aralık değeri 1,81 – 2,60 olmakta, alınan puanın ebeveynin okul öncesi çocuğun sağlık eğitimi bilgi durumu açısından anlamı “Yetersiz” ; “Kararsızım” 3 puan olarak değerlendirilmekte, verilen cevapların puanı toplanarak her bir alt ölçekteki madde sayısına bölüldüğünde elde edilen puanın aralık değeri 2,61 – 3,40 olmakta, alınan puanın ebeveynin okul öncesi çocuğun sağlık eğitimi bilgi durumu açısından anlamı “Orta” ; “Katılıyorum” 4 puan olarak değerlendirilmekte, verilen cevapların puanı toplanarak her bir alt ölçekteki madde sayısına bölüldüğünde elde edilen puanın aralık değeri 3,41 – 4,20 olmakta, alınan puanın ebeveynin okul öncesi çocuğun sağlık eğitimi bilgi durumu açısından anlamı “İyi” ve “Kesinlikle Katılıyorum” 5 puan olarak değerlendirilmekte, verilen cevapların puanı toplanarak her bir alt ölçekteki madde sayısına bölüldüğünde elde edilen puanın aralık değeri 3,41 – 4,20 olmakta, alınan puanın ebeveynin okul öncesi çocuğun sağlık eğitimi bilgi durumu açısından anlamı ‘ Çok ‘İyi’ olarak değerlendirilmektedir. Buna göre, toplam ölçek puanı 306’nın üzerine çıktığında yeterlidir. Sağlık Eğitimi Ölçeği’nin her bir alt boyutundan ve toplam puan ortalamasından alınabilecek en düşük değer 1, en yüksek değer ise 5’dir.

3.7.1.3. Okul Öncesi Çocuklar İçin Sağlık Eğitimi Ölçeğinin Güvenirlik Analizi

Genel olarak ölçek için elde edilen alfa katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan ölçüt değerler şöyledir:

0.00 <= alfa < 0.40 ölçek güvenilir değil.

0.40 <= alfa < 0.60 ölçek düşük güvenilirlikte.

0.60 <= alfa < 0.80 ölçek oldukça güvenilir.

0.80 <= alfa < 1.00 ölçek yüksek derecede güvenilir [100].

3.7.1.3.1. Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım Alt Ölçeği Güvenirlik Analizi

Ölçeğin geliştirilmesi araştırmasında yapılan analizler sonucunda, 25 maddeden oluşan Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım alt ölçeğinin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı ,945 olarak hesaplanmış ve bu alt ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu belirlenmiştir. Araştırmamız kapsamında yapılan güvenirlik analizinde ise Cronbach's alpha değeri $\alpha=0.924>0.80$ olarak ölçülmüştür. Bu sonuca göre Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım ölçeği yüksek derecede güveniliridir.

Çizelge 3.3. Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım Alt Ölçeğindeki Maddelerin Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach's Alpha Değeri

Madde Numaraları	Madde Silindiğinde Alt Ölçek Ortalama Değerleri	Madde Silindiğinde Alt Ölçek Varyans Ortalama Değeri	Madde Toplam Korelasyon Değeri	Madde Silindiğinde Cronbach's Alpha Değeri
a1	98.23	245.059	.518	.922
a2	98.15	245.125	.591	.921
a3	98.29	244.856	.543	.922
a4	98.28	244.209	.585	.921
a5	98.12	246.110	.553	.922
a6	98.40	239.766	.185	.942
a7	98.34	241.185	.609	.921
a8	98.93	237.060	.633	.920
a9	98.63	240.455	.555	.921
a10	99.03	234.288	.654	.920
a11	99.01	235.377	.623	.920
a12	98.48	239.601	.611	.921
a13	98.47	238.880	.669	.920
a14	98.78	235.865	.693	.919
a15	98.48	238.198	.658	.920
a16	98.68	236.952	.694	.919
a17	98.59	240.036	.630	.920
a18	98.73	238.192	.681	.920
a19	98.69	239.859	.673	.920
a20	98.74	240.251	.651	.920
a21	98.32	243.172	.634	.921
a22	98.39	241.383	.652	.920
a23	98.65	239.766	.600	.921
a24	98.77	241.178	.529	.922
a25	99.07	240.017	.529	.922

Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım alt ölçeği için ölçek geliştirme çalışması sırasında madde-toplam korelasyon matrisinin oluşturulması ve korelasyon katsayılarının incelenmesinde, Kraiser-Meyer-Olkin Testi ve Barlett Küresellik Testi yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda madde-toplam korelasyonlarının, 314 ile ,689 arasında değer aldıkları görülmüştür. Korelasyon değerleri için kabul kriteri olarak 0,50 ve üzerinde korelasyon değeri seçilmiştir. Kraiser-Meyer-Olkin katsayısı ,933 olarak hesaplanmış ve bu da değer "mükemmel" olduğunu göstermiştir [113].

Çizelge 3.3.'de madde toplam korelasyon matris değeri incelendiğinde ölçekteki maddelerin 0.185 ile 0.694 arasında korelasyon değeri taşıdığı tespit edilmiştir. Madde toplam korelasyon matrisinde kabul kriteri olarak 0.30 ve üzerinde korelasyon değeri kabul görmekte ve seçilmektedir. Madde toplam korelasyon matrisi incelenerek 0.30'un altında kalan madde toplam korelasyon değerine sahip olan a6 numaralı maddenin ölçekten çıkarılıp analize dahil edilmemesi kararı verilmiştir.

Kişisel güvenlik ve ilk yardım alt ölçeğindeki "cronbach's alpha madde silindiğinde değeri" tüm sorularda minimum 0.919 değerini alarak 1 'e yaklaşım göstermiş ve .90'nın üzerinde analiz edilmiştir (0.919>0.80). Güvenirliliği de düşüren a6 maddesi silindiğinde "cronbach's alpha madde silindiğinde değeri" 0.942 olması sebebiyle ölçeğin a6 maddesi dahil edilmediğinde daha güçlü bir ölçeğe dönüşerek 1'e daha çok yaklaşmıştır. Analiz edilmiş tüm değerlere göre oluşturulmuş ve uygulanmış olan soruların kişisel güvenlik ve ilk yardım alt ölçeği için güvenirliliği güçlüdür.

3.7.1.3.2. Temizlik ve Öz Bakım Alt Ölçeği Güvenirlilik Analizi

Ölçeğin geliştirilmesi araştırmasında yapılan analizler sonucunda, 26 maddeden oluşan Temizlik ve Öz Bakım alt ölçeğinin Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısı ,934 olarak hesaplanmış ve bu alt ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu belirlenmiştir. Araştırmamız kapsamında yapılan güvenirlilik analizinde ise Cronbach's alpha değeri kişisel temizlik ve öz bakım ölçeği için $\alpha = 0.898 > 0.80$ olarak ölçülmesi sebebiyle temizlik ve öz bakım ölçeği yüksek derecede güvenilirirdir.

Çizelge 3.4. Temizlik ve Öz Bakım Ölçeğindeki Maddelerin Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach's Alpha Değeri

Madde Numaraları	Madde Silindiğinde Alt Ölçek Ortalama Değerleri	Madde Silindiğinde Alt Ölçek Varyans Ortalama Değeri	Madde Toplam Korelasyon Değeri	Madde Silindiğinde Cronbach's Alpha Değeri
b1	99.57	212.050	.478	.895
b3	99.98	210.618	.448	.895
b4	99.48	210.417	.227	.905
b5	99.53	211.803	.523	.894
b6	99.66	212.493	.418	.896
b7	99.57	210.740	.552	.894
b8	99.69	207.179	.599	.892
b9	99.93	206.736	.587	.892
b10	99.59	209.760	.136	.918
b11	99.39	216.019	.443	.896
b12	99.40	215.568	.453	.896
b13	99.75	208.158	.608	.892
b14	99.89	205.767	.637	.891
b15	99.60	209.490	.606	.893
b16	100.03	201.330	.673	.890
b17	100.22	203.402	.621	.891
b18	99.93	204.222	.669	.891
b19	99.93	204.996	.617	.891
b20	99.93	202.965	.667	.890
b21	100.27	201.997	.655	.890
b22	99.68	210.380	.513	.894
b23	99.61	210.900	.546	.894
b24	100.30	202.596	.596	.892
b25	99.64	208.349	.609	.892
b26	99.65	211.858	.482	.895

**b2 değişkeni analiz ve değerlendirme için katılımcılar tarafından yeterlik sağlayamaması sebebiyle bu araştırma kapsamında ölçekten çıkarılmıştır.*

Temizlik ve Öz Bakım alt ölçeği için ölçek geliştirme çalışması sırasında Temizlik ve Öz Bakım alt ölçeği için elde edilen verilerin eksik ya da hatalı olup olmadığı kontrol edilmiş ve bu verileri için hata kontrolü yapılmıştır. Ardından da madde-toplam korelasyon matrisinin oluşturulması, korelasyon katsayılarının incelenmesi, Kraiser-Meyer-Olkin Testi ve Barlett Testi yapılmıştır. Madde toplam korelasyon matrisine bakıldığında ölçekteki maddelerin, 469 ile ,741 arasında korelasyon değerleri almış oldukları görülmüştür. Madde-toplam korelasyon matrisi incelenerek, 50'nin altında kalan madde-toplam korelasyon değerlerine sahip olan 31. maddenin ölçekten çıkarılarak analize dahil edilmemiştir. KMO katsayısı, 933 olarak hesaplanmış bu da değerin "mükemmel" olduğunu göstermiştir [113].

Çizelge 3.4.'de araştırmamız dahilinde madde toplam korelasyon matris değeri incelendiğinde ölçekteki maddelerin 0.136 ile 0.673 arasında korelasyon değeri taşıdığı tespit edilmiştir. Madde toplam korelasyon matrisinde kabul kriteri olarak 0,30 ve üzerinde korelasyon değeri kabul görmekte ve seçilmektedir. Madde toplam korelasyon matrisi incelenerek 0.30'un altında kalan madde toplam korelasyon değerine sahip olan b4 ve b10 numaralı maddelerin ölçekten çıkarılıp analize dahil edilmemesi kararı verilmiştir.

Temizlik ve öz bakım ölçeğindeki "cronbach's alpha madde silindiğinde değeri "tüm sorularda minimum 0.890 değerini alarak 1 'e yaklaşım göstermiş ve 0.80 'nin üzerinde analiz edilmiştir (0.890>0.80). Güvenirliliği alt bir değere çeken "cronbach's alpha madde silindiğinde değeri" b4 ve b 10 da tespit edilmiştir. b4 ve b10 maddeleri silindiğinde ölçeğin yeni cronbach's alpha değeri 0.918 olacaktır. b4 ve b10 maddelerinin silinmesiyle ölçek güvenirliliği 1'e daha çok yaklaşmış ve çok daha güçlü bir forma ulaşmıştır.

3.7.1.3.3. Beslenme Alt Ölçeği Güvenirlilik Analizi

Ölçeğin geliştirilmesi araştırmasında yapılan analizler sonucunda, 20 maddeden oluşan Beslenme alt ölçeğinin Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısı, 936 olarak hesaplanmış ve bu alt ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu belirlenmiştir. Araştırmamız kapsamında yapılan güvenirlilik analizinde ise Cronbach's alpha değeri beslenme ölçeği için $\alpha = 0.928 > 0.80$ olarak hesaplanması sebebiyle bu alt ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Çizelge 3.5. Beslenme Ölçeğindeki Maddelerin Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach's Alpha Değeri

Madde Numaraları	Madde Silindiğinde Alt Ölçek Ortalama Değerleri	Madde Silindiğinde Alt Ölçek Varyans Ortalama Değeri	Madde Toplam Korelasyon Değeri	Madde Silindiğinde Cronbach's Alpha Değeri
c1	71.33	209.851	.577	.925
c2	71.44	209.483	.656	.924
c3	71.73	208.426	.567	.926
c4	71.61	212.657	.569	.925
c5	71.96	209.103	.581	.925
c6	72.15	209.520	.538	.926
c7	71.96	205.900	.676	.923
c8	71.31	213.670	.535	.926
c9	71.40	211.023	.627	.924
c10	71.95	203.425	.704	.922
c11	72.01	203.045	.712	.922
c12	72.03	207.142	.599	.925
c13	72.10	205.952	.640	.924
c14	72.16	207.697	.591	.925
c15	72.02	206.940	.610	.925
c16	71.33	212.759	.559	.926
c17	71.21	212.818	.595	.925
c18	71.37	209.636	.626	.924
c19	71.30	214.068	.596	.925
c20	71.23	215.892	.541	.926

Beslenme alt ölçeğinde, ölçeğin geliştirilmesi araştırmasında verilerin eksik ya da hatalı olup olmadığı kontrol edilmiş ve bu verileri için kullanılan analiz programında hata kontrolü yapılmıştır. Ardından da veri setinin açımlayıcı faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla madde-toplam korelasyon matrisinin oluşturulması, korelasyon katsayılarının incelenmesi, Kraisler-Meyer-Olkin Testi ve Barlett Testi yapılmıştır. Madde-toplam korelasyon matrisine bakıldığında ölçekteki maddelerin, 069 ile ,730 arasında

korelasyon değerleri almış oldukları görülmüş ve madde-toplam korelasyon matrisi incelenerek ,50"nin altında madde-toplam korelasyon değerlerine sahip olan 13 ve 20. madde ölçekten çıkarılarak analize dahil edilmemiştir. KMO katsayısı, 913 olarak hesaplanmış bu da değer "mükemmel" olduğunu göstermiştir [113].

Çizelge 3.5.'de araştırmamız dahilinde yapılan madde toplam korelasyon matris değeri incelendiğinde ölçekteki maddelerin 0.535 ile 0.712 arasında korelasyon değeri taşıdığı tespit edilmiştir. Madde toplam korelasyon matrisinde kabul kriteri olarak 0,30 ve üzerinde korelasyon değeri kabul görmekte ve seçilmektedir. Madde toplam korelasyon matrisi incelenerek 0.30 "un altında kalan madde toplam korelasyon değerine sahip olan madde bulunmaması sebebiyle tüm maddeler değerlendirme ve analiz kapsamına alınmıştır.

Beslenme ölçeğindeki "cronbach's alpha madde silindiğinde değeri" tüm sorularda minimum 0.922 değerini alarak 1 'e yaklaşım göstermiş ve 0.80 'nin üzerinde analiz edilmiştir (0.922>0.80). Güvenirliliği alt bir değere çeken "cronbach's alpha madde silindiğinde değeri" bulunmaması sebebiyle ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır. Tüm analiz sonuçlarına göre beslenme ölçeği çok güçlüdür sonucuna varılmıştır.

3.7.1.3.4. Uyku Alt Ölçeği Güvenirlik Analizi

Ölçeğin geliştirilmesi araştırmasında yapılan analizler sonucunda, yedi maddeden oluşan Uyku alt ölçeğinin Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısı, 885 olarak hesaplanmış ve bu alt ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu belirlenmiştir. Araştırmamız kapsamında yapılan güvenirlilik analizinde ise Cronbach's alpha değeri Uyku ölçeği için $\alpha = 0.898 > 0.80$ olarak hesaplanmıştır. Buna göre Uyku alt ölçeği yüksek derecede güvenilirdir.

Çizelge 3.6.Uyku Ölçeğindeki Maddelerin Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach's Alpha Değeri

Madde Numaraları	Madde Silindiğinde Alt Ölçek Ortalama Değerleri	Madde Silindiğinde Alt Ölçek Varyans Ortalama Değeri	Madde Toplam Korelasyon Değeri	Madde Silindiğinde Cronbach's Alpha Değeri
d1	23.84	30.473	.656	.889
d2	23.64	30.127	.794	.871
d3	23.55	30.726	.757	.876
d4	23.38	33.799	.590	.894
d5	23.87	30.380	.749	.877
d6	23.77	30.616	.728	.879
d7	23.68	32.328	.643	.889

Ölçeğin geliştirilmesi araştırmasında yapılan madde-toplam korelasyon matrisine bakıldığında ölçekteki maddelerin, -0,21 ile, 0,747 arasında korelasyon değerleri aldığı belirlenmiştir. KMO katsayısı ise, 0,855 olarak hesaplanmış bu da değerin “çok iyi” olduğunu göstermektedir [113].

Çizelge 3.5.'de araştırmamız kapsamında madde toplam korelasyon matris değeri incelendiğinde ölçekteki maddelerin 0.590 ile 0.794 arasında korelasyon değeri taşıdığı tespit edilmiştir. Madde toplam korelasyon matrisinde kabul kriteri olarak 0.30 ve üzerinde korelasyon değeri kabul görmekte ve seçilmektedir. Madde toplam korelasyon matrisi incelenerek 0.30'un altında kalan madde toplam korelasyon değerine sahip olan madde bulunmaması sebebiyle tüm maddeler değerlendirme ve analiz kapsamına alınmıştır.

Uyku ölçeğindeki “cronbach's alpha madde silindiğinde değeri” tüm sorularda minimum 0.871 değerini alarak 1 'e yaklaşım göstermiş ve 0.80 'nin üzerinde analiz edilmiştir (0.871>0.80). Güvenirliliği alt bir değere çeken “cronbach's alpha madde silindiğinde değeri” bulunmaması sebebiyle ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır. Tüm analiz sonuçlarına göre uyku ölçeği çok güçlüdür sonucuna varılmıştır.

3.7.1.3.5. Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler Alt Ölçeği Güvenirlik Analizi

Ölçeğin geliştirilmesi araştırmasında, 20 maddeden oluşan Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler alt ölçeğinin Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısı, 934 olarak hesaplanmış ve bu alt ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu belirlenmiştir. Araştırmamız kapsamında yapılan güvenirlilik analizinde ise Cronbach's alpha değeri bu alt ölçek için $\alpha = 0.931 > 0.80$ olarak hesaplanmıştır. Buna göre Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler alt ölçeği yüksek derecede güvenilirlerdir.

Çizelge 3.7. Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler Ölçeğindeki Maddelerin Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach's Alpha Değeri

Madde Numaraları	Madde Silindiğinde Alt Ölçek Ortalama Değerleri	Madde Silindiğinde Alt Ölçek Varyans Ortalama Değeri	Madde Toplam Korelasyon Değeri	Madde Silindiğinde Cronbach's Alpha Değeri
e1	78.61	135.227	.542	.929
e2	78.77	132.497	.577	.928
e3	78.73	132.511	.612	.928
e4	78.76	131.317	.625	.927
e5	78.84	128.211	.716	.925
e6	79.16	126.767	.678	.926
e7	79.73	127.580	.565	.929
e8	79.64	125.290	.685	.926
e9	79.21	128.898	.566	.929
e10	79.18	129.316	.603	.928
e11	78.96	129.561	.629	.927
e12	78.82	131.574	.575	.928
e13	78.76	131.441	.630	.927
e14	78.96	130.750	.601	.928
e15	78.91	131.515	.576	.928
e16	78.91	130.581	.624	.927
e17	78.93	130.317	.630	.927
e18	79.04	129.067	.628	.927
e19	78.94	129.490	.649	.927
e20	79.15	128.578	.605	.928

Ölçeğin geliştirilmesi araştırmasında madde-toplam korelasyonu sonuçları maddelerin - ,273 ile, 689 arasında korelasyon değerleri almış oldukları görülmüştür. KMO katsayısı, 923 olarak hesaplanmış bu da değerin "mükemmel" olduğunu göstermektedir [113].

Madde toplam korelasyon matris değeri incelendiğinde ölçekteki maddelerin 0.542 ile 0.716 arasında korelasyon değeri taşıdığı tespit edilmiştir. Madde toplam korelasyon matrisinde kabul kriteri olarak 0.30 ve üzerinde korelasyon değeri kabul görmekte ve seçilmektedir. Madde toplam korelasyon matrisi incelenerek 0.30 "un altında kalan madde toplam korelasyon değerine sahip olan madde bulunmaması sebebiyle tüm maddeler değerlendirme ve analiz kapsamına alınmıştır.

Ruh sağlığı ve sosyal ilişkiler ölçeğindeki "cronbach's alpha madde silindiğinde değeri" tüm sorularda minimum 0.925 değerini alarak 1 'e yaklaşım göstermiş ve 0.80 'nin üzerinde analiz edilmiştir (0.925>0.80). Güvenirliliği alt bir değere çeken "cronbach's alpha madde silindiğinde değeri" bulunmaması sebebiyle ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır. Tüm analiz sonuçlarına göre ruh sağlığı ve sosyal ilişkiler ölçeği çok güçlüdür sonucuna varılmıştır.

3.7.1.3.6. İhmal ve İstismar Alt Ölçeği Güvenirlik Analizi

Ölçeğin geliştirilmesi araştırmasında yapılan analizler sonucunda, 19 maddeden oluşan Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler alt ölçeğinin Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısı ,941 olarak hesaplanmış ve bu alt ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu belirlenmiştir. Araştırmamız kapsamında yapılan güvenirlilik analizinde ise Cronbach's alpha değeri bu alt ölçek için $\alpha = 0.927 > 0.80$ olarak hesaplanmıştır. Buna göre İhmal ve İstismar alt ölçeği yüksek derecede güvenilirdir.

Çizelge 3.8. İhmal ve İstismar Ölçeğindeki Maddelerin Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach's Alpha Değeri

Madde Numaraları	Madde Silindiğinde Alt Ölçek Ortalama Değerleri	Madde Silindiğinde Alt Ölçek Varyans Ortalama Değeri	Madde Toplam Korelasyon Değeri	Madde Silindiğinde Cronbach's Alpha Değeri
f1	74.74	119.295	.594	.924
f2	74.85	120.506	.536	.925
f3	74.64	121.205	.544	.925
f4	74.41	121.118	.632	.922
f5	74.33	121.025	.674	.922
f6	74.76	119.449	.590	.924
f7	74.94	118.516	.624	.923
f8	74.43	119.237	.693	.921
f9	74.37	119.657	.676	.921
f10	74.48	119.831	.647	.922
f11	74.81	118.919	.616	.923
f12	74.21	124.518	.573	.924
f13	74.22	123.565	.592	.923
f14	74.32	122.833	.594	.923
f15	74.29	121.046	.677	.922
f16	74.27	123.576	.584	.924
f17	74.30	122.595	.610	.923
f18	74.39	121.266	.625	.923
f19	74.42	122.214	.566	.924

Ölçeğin geliştirilmesi sırasında yapılan madde-toplam korelasyon matrisine bakıldığında ölçekteki maddelerin, 469 ile ,741 arasında korelasyon değerleri almış oldukları görülmüştür. KMO katsayısı, 906 olarak hesaplanmış bu da değerin “mükemmel” olduğunu göstermektedir [113].

Araştırmamız dahilinde yapılan madde toplam korelasyon matris değeri incelendiğinde Çizelge 3.7.'de ölçekteki maddelerin 0,536 ile 0,693 arasında korelasyon değeri taşıdığı tespit edilmiştir. Madde toplam korelasyon matrisinde kabul kriteri olarak 0.30 ve üzerinde korelasyon değeri kabul görmekte ve seçilmektedir. Madde toplam korelasyon matrisi incelenerek 0,30 “un altında kalan madde toplam korelasyon değerine sahip olan madde bulunmaması sebebiyle tüm

maddeler değerlendirme ve analiz kapsamına alınmıştır. İhmal ve istismar ölçeğindeki "cronbach's alpha madde silindiğinde değeri" tüm sorularda minimum 0.921 değerini alarak 1 'e yaklaşım göstermiş ve 0.80 'nin üzerinde analiz edilmiştir (0.921>0.80). Güvenirliliği alt bir değere çeken "cronbach's alpha madde silindiğinde değeri" bulunmaması sebebiyle ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır. Tüm analiz sonuçlarına göre ihmal ve istismar ölçeği çok güçlüdür sonucuna varılmıştır.

3.8. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama araçları, Nisan 2017 tarihinden itibaren Mersin İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı Cennetana, Mezitli, Yenişehir Belediyesi ve Vilayetler Hizmet Birliği anaokullarının yönetici ve öğretmenleri ile görüşülerek araştırmanın önemi, planlanma amacı, veri toplama yöntemi hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Okul yöneticileri ve öğretmenleri ile işbirliği yapılarak verilerin toplanma zamanı, toplantı yapılma imkanı, okul giriş-çıkış saatleri, ebeveynlere ulaşma yolları belirlenmiştir.

Araştırma hakkında yazılı ve sözlü bilgi verildikten sonra katılımı kabul eden 366 anne araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma için tahsis edilen görüşme odası ya da sınıflarda ebeveynlere "Okul Öncesi Çocuklar İçin Sağlık Eğitimi Ölçeği (Ek-2)" uygulanmıştır. Her bir ifade ebeveynin kendisi tarafından derecelendirilmiştir. Bu uygulama her ebeveyn için ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.9. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi

Ölçeğin güvenilirlik analizi için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Ölçek yoluyla toplanan uygulama verileri SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak diğer alt problemlere dair analizler gerçekleştirilmiştir. Bu analizde; değişken sayısı iki olduğu durumlarda ortalamalar arasındaki fark t testi ve değişken sayısının ikiden fazla olduğu durumlarda ise ANOVA (varyans) analizi kullanılmıştır.

Okul öncesi eğitime devam eden çocukların sağlığa dair bilgi ve becerilerinin çeşitli değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek ve farklılığın hangi grubun lehine olduğunu belirlemek amacıyla "ANOVA (varyans)" analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir [111].

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma verileri toplanmaya başlamadan önce, Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı etik onay ve Mersin İl Milli Eğitim Müdürlüğü Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğü'nden yazılı olarak resmi araştırma izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerden sözlü onam alınmıştır.



4. BULGULAR ve TARTIŞMA

4.1. Bulgular

Ebeveynlerin okul öncesi çocuklarının sağlık eğitimine ilişkin gereksinimleri ile ilgili bulgular aşağıda belirtildiği gibi düzenlenmiştir;

1. Ebeveyn ve çocukların sosyodemografik özelliklerinin dağılımına ilişkin bulgular,
2. Ebeveyn ve çocukların sosyodemografik özellikleri ile Sağlık Eğitimi Ölçeği ve Alt Grup puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular şeklinde gruplandırılarak değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.1. Ebeveyn ve çocukların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=366)

	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Katılımcı Ebeveyn	Anne	366	100,0
Ebeveynin Yaşı	18-24	19	5,2
	25-31	111	30,3
	32-38	153	41,8
	39-45	73	20,0
	46 ve üzeri	10	2,7
Annenin Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	19	5,2
	İlkokul	98	26,8
	Ortaokul	54	14,7
	Lise ve dengi	102	27,9
	Üniversite	93	25,4
Annenin Çalışma Durumu	Çalışıyor	99	27,0
	Çalışmıyor	267	73,0
	Muhasebeci	17	4,6
	Sağlık Sektörü Çalışanları	23	6,3
	Esnaf	28	7,6
	Öğretmen	31	8,5
	Ev Hanımı	267	73,0
Babanın Öğrenim Durumu	Okuryazar değil	8	2,2
	İlkokul	80	21,9
	Ortaokul	58	15,8
	Lise ve dengi	101	27,6
	Üniversite	119	32,5
Babanın Çalışma Durumu	Çalışıyor	363	99,2
	Çalışmıyor	3	0,8
Babanın Mesleği	Polis	18	4,9
	Çiftçi	19	5,2
	Muhasebeci	25	6,8
	Sağlık Sektörü	25	6,8
	Teknik Personel	26	7,1
	Öğretmen	31	8,5
	Şoför	31	8,5
	Memur	42	11,5
	Esnaf	62	16,9
	Serbest Meslek	87	23,8

Çizelge 4.1. Ebeveyn ve çocukların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=366)-Devam

Ailenin Ortalama Aylık Geliri	1500'den Az	133	36,3
	1501 ve 3000 Arası	128	35,0
	3001 'den Fazla	105	28,7
Çocuk Sayısı	1-3	296	80,9
	4-6	66	18,0
	7 ve üstü	4	1,1
Uzun Süre Yaşanılan Yerleşim Yeri	Köy	9	6,8
	İlçe	69	18,9
	İl	264	72,1
	Yurtdışı	8	2,2
Çocuğun Cinsiyeti	Kız	174	47,5
	Erkek	192	52,5
Çocuğun Yaşı	3	5	1,4
	4	57	15,6
	5	146	39,9
	6	158	43,2
Çocuğun Okul Öncesi Eğitime Devam Etme Süresi	1 yıl	164	44,8
	2 yıl	162	44,3
	3 yıl	40	10,9

Çizelge 4.1.' de araştırmaya katılan ebeveyn ve okul öncesi çocuklarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Ebeveynlerin tamamı annedir. En genç 18, en yaşlı 63 olmak üzere ebeveynlerin yaş ortalamasının $34\pm 6,113$ olduğu belirlenmiştir. Annelerin öğrenim durumu incelendiğinde; %25,4'ü üniversite, %27,9'u lise ve dengi okul, %14,7'si ortaokul, %26,8'i ilkökul mezunudur. Annelerin %5,2 'sinin ise okuma yazma bilmediği belirlenmiştir. Annelerin herhangi bir işte çalışıp çalışmama durumu incelendiğinde, %27'sinin çalıştığı, %73'ünün çalışmadığı belirlenmiştir. Çalışan annelerin sık karşılaşılan mesleği ilk sırada %8,5 ile öğretmenlik, ikinci sırada % 6,3 ile sağlık sektörü ile ilgili meslektedir. Annelerin %73'ü ev hanımıdır. Benzer şekilde babaların öğrenim durumu incelendiğinde; %32,5'i üniversite, %27,6'sı lise ve dengi okul, %15,8'i ortaokul, 21,9'u ilkökul mezunudur. Eşlerin %2,2'si okuryazar değildir. Çalışan eşlerin %23,8'i serbest meslekle uğraşmakta, %16,9'u esnaf, %11,5'i memurdur.

Annelerin %28,7'si 3001'den fazla aylık gelire, %35'i 1501 ve 3000 arası aylık gelire ve %36,3'ü 1500'den az aylık gelire sahip olduğunu belirtmiştir. Ebeveynlerin en az 1, en çok 8 olmak üzere ortalama çocuk sayısının $2,5\pm 1,26$ olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin %6,8'i uzun süre köyde, %18,9'u ilçede, %72,1'i ilde, %2,2'si yurtdışında yaşadıklarını belirtmiştir.

Ebeveynlerden edinilen çocuğa ait tanıtıcı bilgilere göre, çocukların %1,4'ü 3 yaşında, %15,6'sı 4 yaşında, %39,9'u 5 yaşında, %43,2'si 6 yaşındadır. Çocukların %47,5'i kız, %52,5'i erkektir. Ebeveynlerin belirttiğine göre çocukların %44,8'i 1 yıl, %44,3'ü 2 yıl, %10,9'u 3 yıl süre ile okul öncesi eğitime devam etmektedir.

Çizelge 4.2. Ebeveynin yaşına göre sağlık eğitimi alt ölçeklerinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)

Ebeveyn Yaşı	Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım	Temizlik ve Öz Bakım	Beslenme	Uyku	Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler	İhmal ve İstismar
r	,074	,046	,125	,067	,111	,096
p	,192	,399	,022	,218	,042	,148

Çizelge 4.2.'de ebeveynlerin yaşı ile Sağlık Eğitim Ölçeği alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki ANOVA testi sonuçları incelendiğinde; Beslenme ile Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler alt ölçek puan ortalamaları ile ebeveynin yaşı değişkeni arasında pozitif yönde düşük seviyede ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,125$) ($p=0,022$) ($r=0,111$) ($p=0,042$). Ebeveyn yaşı arttıkça çalışmaya katılan ebeveynlerin çocuklar için Beslenme ile Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler alt ölçeğinde yer alan sorulara verdikleri cevaplardan daha yüksek puan almaktadırlar ve bu nedenle ebeveynlerin Beslenme ile Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler sağlık eğitimi gereksinimi azalmaktadır. Ebeveynlerin yaşı küçüldükçe verilen yanıtlardan alınan puanlar azalmakta ve Beslenme ile Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler sağlık eğitimi gereksinimi artmaktadır. Ebeveyn yaşı ile Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım; Temizlik ve Öz Bakım; Uyku; İhmal ve İstismar alt ölçek puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,005$).

Çizelge 4.3. Annenin öğrenim durumu değişkenine göre sağlık eğitimi alt ölçeklerinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)

		Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım	Gruplar Arası	6,400	4	1,600	4,027	,003	Var
	Gruplar İçi	121,976	307	,397			
	Toplam	128,376	311				
Temizlik ve Öz Bakım	Gruplar Arası	3,063	4	,766	2,095	,081	Yok
	Gruplar İçi	122,062	334	,365			
	Toplam	125,125	338				
Beslenme	Gruplar Arası	2,644	4	,661	1,146	,335	Yok
	Gruplar İçi	190,989	331	,577			
	Toplam	193,633	335				
Uyku	Gruplar Arası	7,777	4	1,944	2,316	,057	Yok
	Gruplar İçi	284,568	339	,839			
	Toplam	292,344	343				
Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler	Gruplar Arası	1,684	4	,421	1,175	,321	Yok
	Gruplar İçi	119,615	334	,358			
	Toplam	121,298	338				
İhmal ve İstismar	Gruplar Arası	2,056	4	,514	1,765	,137	Yok
	Gruplar İçi	65,237	224	,291			
	Toplam	67,293	228				

Çizelge 4.3.'de annenin öğrenim durumu ile Sağlık Eğitim Ölçeği alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki ANOVA testi sonuçları verilmiştir. Annenin öğrenim durumu ile Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım Sağlık Eğitimi Alt ölçek puan ortalaması arasında fark olduğu saptanmıştır (p=0,03).

Çizelge 4.4. Annenin öğrenim durumu değişkenine göre sağlık eğitimi ölçeğinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)

	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı fark
Gruplar Arası	2,056	4	,514	1,765	,137	Yok
Gruplar İçi	65,237	224	,291			
Toplam	67,293	228				

Çizelge 4.4.'de okul öncesi eğitime devam eden çocukların annelerinin öğrenim durumuna göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğine ilişkin ANOVA testi sonucunda p değerinin ,137 çıktığı görülmektedir. Çalışmaya katılan çocuklar için Sağlık Eğitimi Ölçeğinde yer alan sorulara verilen cevaplarda annelerinin öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı bir fark olmadığı ortaya çıkmıştır (p=0,137).

Çizelge 4.5. Babanın öğrenim durumu değişkenine göre sağlık eğitimi alt ölçeklerinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)

		Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım	Gruplar Arası	3,689	4	0,922	2,263	,062	Yok
	Gruplar İçi	124,684	306	,407			
	Toplam	128,373	310				
Temizlik ve Öz Bakım	Gruplar Arası	1,544	4	,386	1,040	,386	Yok
	Gruplar İçi	123,547	333	,371			
	Toplam	125,091	337				
Beslenme	Gruplar Arası	1,052	4	,263	0,451	,772	Yok
	Gruplar İçi	192,532	330	,583			
	Toplam	193,583	334				
Uyku	Gruplar Arası	5,224	4	1,306	1,537	,191	Yok
	Gruplar İçi	287,112	338	,849			
	Toplam	292,336	342				
Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler	Gruplar Arası	1,504	4	,376	1,046	,383	Yok
	Gruplar İçi	119,727	333	,360			
	Toplam	121,232	337				
İhmal ve İstismar	Gruplar Arası	2,961	4	,740	2,008	,093	Yok
	Gruplar İçi	119,422	324	,369			
	Toplam	122,383	328				

Çizelge 4.5.'de babanın öğrenim durumu ile Sağlık Eğitim Ölçeği alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki ANOVA testi sonuçları verilmiştir. Çalışmaya katılan çocuklar için Sağlık Eğitimi Ölçeğinde yer alan sorulara verilen cevaplarda $p>0,05$ düzeyinde babanın öğrenim durumuna göre anlamlı bir fark olmadığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.6. Babanın öğrenim durumu değişkenine göre sağlık eğitimi ölçeğinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)

	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı fark
Gruplar Arası	,847	4	,212	0,711	,585	Yok
Gruplar İçi	66,403	223	,298			
Toplam	67,250	227				

Çizelge 4.6.'da okul öncesi eğitime devam eden çocukların babalarının sağlık eğitim ölçeği babanın öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğine ilişkin ANOVA sonuçları incelendiğinde, p değerinin ,585 olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan çocuklar için Sağlık Eğitimi Ölçeğinde yer alan sorulara verilen cevaplarda $p>0.05$ düzeyinde babalarının öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı bir fark olmadığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.7. Ailenin aylık gelir düzeyi değişkenine göre sağlık eğitimi alt ölçeklerinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)

		Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım	Gruplar Arası	6,117	4	1,529	3,790	,005	Var
	Gruplar İçi	122,253	303	,403			
	Toplam	128,369	307				
Temizlik ve Öz Bakım	Gruplar Arası	4,292	4	1,073	2,913	,022	Var
	Gruplar İçi	120,457	327	,368			
	Toplam	124,749	331				
Beslenme	Gruplar Arası	4,602	4	1,151	2,013	,092	Yok
	Gruplar İçi	185,140	324	,571			
	Toplam	189,742	328				
Uyku	Gruplar Arası	6,311	4	1,578	1,870	,191	Yok
	Gruplar İçi	280,093	332	,844			
	Toplam	286,405	336				
Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler	Gruplar Arası	1,417	4	,354	0,971	,423	Yok
	Gruplar İçi	119,570	328	,365			
	Toplam	120,986	332				
İhmal ve İstismar	Gruplar Arası	2,981	4	,745	1,997	,095	Yok
	Gruplar İçi	119,019	319	,373			
	Toplam	122,000	323				

Çizelge 4.7.'de okul öncesi eğitime devam eden çocukların ailelerinin aylık gelir düzeyine göre Sağlık Eğitim Ölçeği alt gruplarının puan ortalamalarının anlamlı bir fark gösterip göstermediğine ilişkin ANOVA sonuçları incelendiğinde; bu değişkene göre Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım ile Temizlik ve Öz Bakım alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p=0,005$) ($p=0,022$). Çalışmaya katılan çocuklar için Sağlık Eğitimi Ölçeğinde yer alan sorulara verilen cevaplarda $p>0,05$ düzeyinde ailelerin ekonomik gelir düzeyi değişkenine göre Beslenme; Uyku; Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler; İhmal ve İstismar Sağlık Eğitimi alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı bir fark olmadığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 4.8. Ailenin ekonomik gelir düzeyi değişkenine göre sağlık eğitimi ölçeğinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)

	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı fark
Gruplar Arası	2,685	4	,212	2,299	0,060	Yok
Gruplar İçi	64,517	221	,298			
Toplam	67,202	225				

Çizelge 4.8.'de okul öncesi eğitime devam eden çocukların ailelerinin gelir düzeyine göre anlamlı bir fark gösterip göstermediğine ilişkin ANOVA sonuçları incelendiğinde ise ,060 p değeri ile çalışmaya katılan çocuklar için Sağlık Eğitimi Ölçeğinde yer alan sorulara verilen cevaplarda ailelerin ekonomik gelir düzeyi değişkenine göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Çizelge 4.9. Ebeveynlerin çocuk sayısına göre sağlık eğitimi alt ölçeklerinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)

		Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p	Anamlı Fark
Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım	Gruplar Arası	5,236	7	0,748	1,840	,079	yok
	Gruplar İçi	120,357	296	,407			
	Toplam	125,593	303				
Temizlik ve Öz Bakım	Gruplar Arası	5,529	7	,790	2,151	,038	var
	Gruplar İçi	118,265	322	,367			
	Toplam	123,794	329				
Beslenme	Gruplar Arası	7,195	7	1,028	1,830	,081	yok
	Gruplar İçi	179,694	320	,562			
	Toplam	186,889	327				
Uyku	Gruplar Arası	12,284	7	1,755	2,110	,042	var
	Gruplar İçi	273,676	329	,832			
	Toplam	285,959	336				
Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler	Gruplar Arası	1,904	7	,272	0,743	,636	yok
	Gruplar İçi	117,930	322	,366			
	Toplam	119,834	329				
İhmal ve İstismar	Gruplar Arası	1,842	6	,307	0,813	,561	yok
	Gruplar İçi	119,013	315	,378			
	Toplam	120,855	321				

Çizelge 4.9'da öncesi eğitime devam eden çocukların ailelerinin çocuk sayısı değişkenine göre Sağlık Eğitim Ölçeği alt gruplarının puan ortalamalarının anlamlı bir fark gösterip göstermediğine ilişkin ANOVA sonuçları incelendiğinde; Temizlik ve Öz Bakım ile Uyku alt ölçekleri puan ortalamaları arasında bu değişkene göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p=0,038$) ($p=0,040$). Bu değişken ile Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım; Beslenme; Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler; İhmal ve İstismar sağlık eğitimi alt ölçek puan ortalamaları arasında ise fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.10. Ebeveynlerin çocuk sayısına göre Sağlık Eğitimi Ölçeği varyans analizi testi sonuçları (n=366)

	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı fark
Gruplar arası	2,868	6	,478	1,634	,139	Yok
Gruplar İçi	63,189	216	,293			
Toplam	66,057	222				

Çizelge 4.10.'da, okul öncesi eğitime devam eden çocukların ebeveynlerinin çocuk sayısına göre sağlık eğitim ölçeğinin anlamlı bir fark gösterip göstermediğine ilişkin ANOVA sonuçları incelendiğinde p değeri ,139 olarak belirlenmiştir. Buna göre, çalışmaya katılan çocuklar için Sağlık Eğitimi Ölçeğinde yer alan sorulara verilen cevaplarda ebeveynlerinin çocuk sayısı değişkenine göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Çizelge 4.11. Çocukların yaşı ile sağlık eğitimi alt ölçeklerinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)

		Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım	Gruplar Arası	6,629	3	2,210	5,648	,001	var
	Gruplar İçi	118,931	304	,391			
	Toplam	125,561	307				
Temizlik ve Öz Bakım	Gruplar Arası	3,643	3	1,214	3,366	,019	var
	Gruplar İçi	119,055	330	,361			
	Toplam	122,698	333				
Beslenme	Gruplar Arası	3,952	3	1,317	2,294	,078	yok
	Gruplar İçi	187,204	326	,574			
	Toplam	191,156	329				
Uyku	Gruplar Arası	3,668	3	1,223	1,448	,229	yok
	Gruplar İçi	282,932	335	,845			
	Toplam	286,600	338				
Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler	Gruplar Arası	5,997	3	1,999	5,783	,001	var
	Gruplar İçi	114,757	332	,346			
	Toplam	120,753	335				
İhmal ve İstismar	Gruplar Arası	5,609	3	1,870	5,244	,002	var
	Gruplar İçi	114,440	321	,357			
	Toplam	120,049	324				

Çizelge 4.11' de öncesi eğitime devam eden çocukların yaşına göre Sağlık Eğitim Ölçeği alt gruplarının puan ortalamalarının anlamlı bir fark gösterip göstermediğine ilişkin ANOVA sonuçları incelendiğinde; Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım; Temizlik ve Öz Bakım; Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler; İhmal ve İstismar alt ölçekleri puan ortalamaları arasında bu değişkene göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Çocuğun yaşına göre Uyku alt ölçek puan ortalaması arasındaki anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.12. Çocukların yaşı ile Sağlık Eğitim Ölçeği varyans analizi testi sonuçları (n=366)

	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplar arası	2,501	3	,834	2,889	,036	Var
Gruplar İçi	64,074	222	,289			
Toplam	66,576	225				

Çizelge 4.12. incelendiğinde, çalışmaya katılan çocuklar için Sağlık Eğitimi Ölçeğinde yer alan sorulara verilen cevaplarda yaş değişkenine göre $p=0,036$ değeri ile anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.13. Ebeveynlerin uzun süre yaşadığı yerleşim yeri ile sağlık eğitimi alt ölçeklerinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)

		Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım	Gruplar Arası	0,513	3	0,171	0,412	,744	Yok
	Gruplar İçi	125,685	303	,415			
	Toplam	126,198	306				
Temizlik ve Öz Bakım	Gruplar Arası	0,022	3	,007	0,020	,996	Yok
	Gruplar İçi	123,515	330	,374			
	Toplam	123,537	333				
Beslenme	Gruplar Arası	0,430	3	,143	0,246	,864	Yok
	Gruplar İçi	191,237	328	,583			
	Toplam	191,667	331				
Uyku	Gruplar Arası	3,668	3	1,223	0,956	,414	Yok
	Gruplar İçi	282,932	335	,845			
	Toplam	286,600	338				
Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler	Gruplar Arası	1,260	3	,420	1,185	,315	Yok
	Gruplar İçi	117,001	330	,355			
	Toplam	118,261	333				
İhmal ve İstismar	Gruplar Arası	2,814	3	,938	2,570	,054	Yok
	Gruplar İçi	117,534	322	,365			
	Toplam	120,349	325				

Çizelge 4.14. Ebeveynlerin uzun süre yaşadığı yerleşim yeri ile Sağlık Eğitim Ölçeği varyans analizi testi sonuçları (n=366)

	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı fark
Gruplar arası	2,221	3	,740	2,560	0.056	Yok
Gruplar İçi	64,196	222	,289			
Toplam	66,417	225				

Çizelge 4.13. ve Çizelge 4.14. incelendiğinde okul öncesi eğitime devam eden çocukların ebeveynlerin uzun süre yaşadığı yerleşim yeri ile Sağlık Eğitim Ölçeği alt gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Aynı şekilde ebeveynlerin uzun süre yaşadığı yerleşim yeri ile ve Sağlık Eğitim Ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.15. Çocukların cinsiyet değişkenine göre Sağlık Eğitimi Alt Ölçeklerinin T test analizi (n=366)

		Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalaması	t	p	Anlamlı Fark
Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım	Kız	4,1875	,58878	,04684	2,52	0,012	Var
	Erkek	4,0049	,68469	,05535			
Temizlik ve Öz Bakım	Kız	4,2327	,55384	,04351	2,72	0,01	Var
	Erkek	4,0541	,64492	,04861			
Beslenme	Kız	3,8602	,76514	,06012	2,08	0,04	Var
	Erkek	3,6879	,74967	,05700			
Uyku	Kız	3,9826	,90195	,07043	0,73	0,47	Yok
	Erkek	3,9098	,94529	,07065			
Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler	Kız	4,1935	,59940	,04724	1,07	0,26	Yok
	Erkek	4,1237	,59965	,04507			
İhmal ve İstismar	Kız	4,2575	,54660	,04348	3,47	0,00	Var
	Erkek	4,0282	,64529	,04920			

Çizelge 4.15 incelendiğinde, Okul öncesi eğitime devam eden çocukların cinsiyeti ile sağlık eğitimi alt ölçeklerinin t test analizleri sonucunda Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım; Temizlik ve Öz Bakım; Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler; İhmal ve İstismar alt ölçekleri puan ortalamaları arasında bu değişkene göre anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,012$) ($p=0,01$) ($p=0,04$) ($p=0,00$). Çalışmaya katılan çocuklar için Sağlık Eğitimi Ölçeğinde yer alan sorulara verilen cevaplarda çocukların cinsiyetine göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0,47$) ($p=0,26$).

Çizelge 4.16. Çocukların cinsiyet değişkenine göre sağlık eğitimi ölçeğinin t test analizi testi sonucu (n=366)

	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalaması	t	p
Kız	4,1358	,54301	,04978	1,78	0,08
Erkek	4,0082	,53818	,05131		

Çizelge 4.16'da Çocukların cinsiyet değişkenine göre sağlık eğitimi ölçeğinin t test analizi testi sonunda p değeri 0,08 olarak belirlenmiştir. Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri sonucunda Sağlık Eğitimi Ölçeğinde yer alan sorulara verilen cevaplarda kız ve erkek çocukların sağlık eğitimi konusunda bilgi ve beceri düzeylerinde anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre, ölçekte yer alan maddelere göre erkek çocukların annelerinin sağlık eğitimi konusunda eğitim gereksinimlerinin kız çocuk annelerine göre daha fazla olduğu söylenebilir.

Çizelge 4.17. Çocukların okul öncesi eğitim süresine göre Sağlık Eğitimi Alt Ölçeklerinin varyans analizi testi sonuçları (n=366)

		Kareler Toplamı	SD	Kareler Ortalaması	F	p	Anamlı Fark
Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım	Gruplar Arası	4,214	2	2,107	5,244	,006	Var
	Gruplar İçi	124,162	309	,402			
	Toplam	128,376	311				
Temizlik ve Öz Bakım	Gruplar Arası	1,742	2	,871	2,372	,095	Yok
	Gruplar İçi	123,383	336	,367			
	Toplam	125,125	338				
Beslenme	Gruplar Arası	1,696	2	,848	1,472	,231	Yok
	Gruplar İçi	191,937	333	,576			
	Toplam	193,633	335				
Uyku	Gruplar Arası	1,591	2	0,795	0,933	,394	Yok
	Gruplar İçi	290,754	341	,853			
	Toplam	292,344	343				
Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler	Gruplar Arası	2,299	2	1,150	3,246	,040	Var
	Gruplar İçi	118,999	336	,354			
	Toplam	121,298	338				
İhmal ve İstismar	Gruplar Arası	2,207	2	1,103	3,001	,051	Yok
	Gruplar İçi	120,236	327	,368			
	Toplam	122,442	329				

Çizelge 4.17.'de göre Sağlık Eğitim Ölçeği alt gruplarının puan ortalamalarının çocukların okul öncesi eğitime devam etme sürelerine göre ortalamalarının anlamlı bir fark gösterip göstermediğine ilişkin ANOVA sonuçları incelendiğinde; Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım; Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler alt ölçekleri puan ortalamaları arasında bu değişkene göre anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p=0,006$) ($p=0,040$). Temizlik ve Öz Bakım; Beslenme; Uyku; İhmal ve İstismar alt ölçekleri puan ortalamalarının ise bu değişkene arasında $p>0,05$ düzeyinde fark olmadığı belirlenmiştir.

Çizelge 4.18. Çocukların Okul Öncesi Eğitim Süresi Değişkenine Göre Sağlık Eğitimi Ölçeği Varyans Analizi Testi Sonucu (n=366)

	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı fark
Gruplar arası	,957	2	,478	1,630	,198	Yok
Gruplar İçi	66,336	226	,294			
Toplam	67,293	228				

Çizelge 4.18'de çocukların okul öncesi eğitime devam etme sürelerine göre sağlık eğitimi ölçeğinin puan ortalamasının anlamlı bir fark gösterip göstermediğine ilişkin ANOVA sonuçları incelendiğinde p değeri, 198 olarak belirlenmiştir. Buna göre, çalışmaya katılan çocuklar için Sağlık Eğitimi Ölçeğinde yer alan sorulara verilen cevaplarda çocukların okul öncesi eğitime devam etme sürelerine göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

4.2. Tartışma

Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgisi doğrultusunda üç başlık altında tartışılmıştır:

1. Ebeveynlerin Sağlık Eğitimine İlişkin Gereksinimlerinin Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisi
2. Ebeveynlerin Sağlık Eğitimine İlişkin Gereksinimlerinin Çocuğun Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisi
3. Ebeveynlerin Sağlık Eğitimine İlişkin Gereksinimlerinin Çocuğun Okul Öncesi Eğitim Alma Durumu ile İlişkisi

4.2.1. Ebeveynlerin Sağlık Eğitimine İlişkin Gereksinimlerinin Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisi

Araştırma kapsamında yer alan annelerin yaş ortalaması oldukça gençtir (33,94±6,113 yıl). Çizelge 4.2.'de ebeveynlerin yaşı ile Sağlık Eğitim Ölçeği alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki ANOVA testi sonuçları incelendiğinde; Beslenme ile Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler alt ölçek puan ortalamaları ile ebeveynin yaşı değişkeni arasında pozitif yönde düşük seviyede ilişki olduğu belirlenmiştir (r=0,125) (p=0,022) (r=0,111) (p=0,042). Ebeveyn yaşı arttıkça çalışmaya katılan ebeveynlerin çocuklar için Beslenme ile Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler alt ölçeğinde yer alan sorulara verdikleri cevaplardan daha yüksek puan almaktalar ve bu nedenle ebeveynlerin Beslenme ile Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler sağlık eğitimi gereksinimi azalmaktadır. Ebeveynlerin yaşı küçüldükçe verilen yanıtlardan alınan puanlar azalmakta ve Beslenme ile Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler sağlık eğitimi gereksinimi artmaktadır. Ebeveyn yaşı ile Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım; Temizlik ve Öz Bakım; Uyku; İhmal ve İstismar alt ölçek puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,005). Araştırma sonucumuzla benzerlik gösteren Karaca ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da okul öncesi dönem çocuğunun sosyal davranışları ile ebeveyn yaşı arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir [102]. Çalışma sonucumuza göre, annelerin yaşı arttıkça ruh sağlığı ve sosyal ilişkileri geliştirici davranışlar konusunda eğitime ihtiyaç azalmaktadır.

Annelerin yaklaşık yarısının ilkokul ve lise, diğer yarısının ise üniversite eğitimi aldığı görülmektedir. Annelerin büyük çoğunluğu ev hanımıdır (Çizelge 4.1.). TNSA 2013 verilerine göre ülkemizdeki kadınların % 53'ü en az ortaokul % 31'i lise mezunudur [103]. Araştırmamıza dahil edilen annelerin sosyodemografik özellikleri Türkiye geneli ile uyumludur.

Annelerin öğrenim durumu ile Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım alt ölçekleri puan ortalamaları arasında fark olduğu belirlenmiştir (p=0,03). Coşkun ve arkadaşlarının (2008),

araştırması sonucumuzla benzer şekilde annelerin eğitim düzeyi arttıkça ilk yardım konusundaki bilgi puanlarının arttığını göstermiştir [47]. Uskun ve arkadaşları (2008), Erkal (2010), Öztürk ve arkadaşları'nın (2010) çalışmalarında benzer sonuca ulaşılmıştır [104-106]. Dereli ve arkadaşları (2010), 0-6 yaş gurubu çocuğu olan lise ve üniversite mezunu annelerin ilk yardım ve ilk yardım gerektiren konularla ilgili bilgi puanlarının ilkökul mezunu annelere göre yüksek olduğunu belirlemiştir [107]. Aslan ve arkadaşları (2015), 0-6 yaş çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik ilk yardım hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, annelerin öğrenim düzeyi arttıkça ilk yardım bilgi puanının arttığı görülmüştür [108]. Çalışmamızın sonucundan farklı olarak, Lafta ve arkadaşları (2013), annelerin öğrenim düzeyi ile ilk yardım bilgi puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir [109]. Çocuğun gelişiminde önemli yere sahip olan annenin, öğrenim düzeyi arttıkça okul öncesi çocuğun sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik davranışlarının geliştiği görülmektedir.

Beslenme; Temizlik ve Öz Bakım; Uyku; Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler, İhmal ve İstismar alt ölçek puan ortalamaları ile annenin öğrenim durumu arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Araştırma sonucumuzdan farklı olarak, Demiriz ve Dinçer (2000), okul öncesi dönem çocuklarının beslenme, giyinme-soyunma, temizlik, tuvalet, kişisel güvenlik gibi öz bakım becerileriyle ilgili birçok sağlık davranışını kazanma düzeylerinin eğitim düzeyi yüksek annelerin çocuklarında daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir [41]. Güven ve arkadaşları (2004), annenin öğrenim düzeyi arttıkça çocukların sosyal duygusal uyum puanlarının anlamlı derecede arttığını belirlemiştir [110]. Günindi (2008) araştırmasında, anne öğrenim düzeyinin yüksek olmasının çocukların sosyal uyum becerilerini olumlu yönde etkilediğini belirlemiştir [111]. Benzer şekilde Petit ve arkadaşları (2009), çocukların akademik başarıları, akran ilişkileri ve davranış problemleri gibi ruh sağlığı ve sosyal ilişkilerinin anne eğitim durumundan etkilendiğini belirlemişlerdir [112]. Alisinanoğlu ve Özbey (2009), annenin öğrenim durumu ile okul öncesi dönemdeki çocuğun sosyal ilişkilerdeki olumsuz davranışları arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir [113]. Can-Özcan (2010), istismar ve ihmalin çocuklar üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkilerinin annenin eğitim düzeyi ile çocuğun istismar ve ihmale uğraması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığını belirlemiştir [98]. Aytekin ve arkadaşlarının (2014), araştırmasında annenin eğitim durumunun okul öncesi çocukların özsayı ve sosyal ilişkilerde çocukların lehine istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğu ve anne eğitim durumunun okul öncesi çocukların öz bakım becerilerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığını belirlemişlerdir [63]. Yaşar Ekici (2014) araştırmasında, çocuğun dışa yönelim, içe yönelim, antisosyal ve ben merkezli olmak üzere dört alt boyutu olan Problem Davranış Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları ile annenin eğitim durumu arasında çocukların lehine pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemiştir [114]. Araştırmamıza katılan annelerin çoğunluğu lise ve üniversite düzeyinde eğitim almıştır.

Araştırmamıza katılan annelerin babalara ilişkin verdiği bilgilere göre, babaların çoğunluğu üniversite ve lise mezunudur; tamamı çalışmaktadır. Çalışan eşlerin sıklıkla serbest meslek, esnaf ve memur olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1.). Babaların öğrenim durumu ile SEÖ puanı arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,005$) (Çizelge 4.2.). Araştırma sonuçlarımızla benzer olarak Aytakin ve arkadaşlarının çalışmasında (2014), babaların eğitim durumundan okul öncesi çocukların öz bakım becerilerinin etkilenmediği belirlenmiştir [63].

Araştırma sonuçlarımıza göre, babalarının öğrenim durumu ile Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler; İhmal ve İstismar alt ölçek ortalama puanları arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,005$). İlgili literatür incelendiğinde, çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak, Connor (2004), baba eğitim durumunun okul öncesi dönemde asosyal ve saldırgan davranışların ortaya çıkması ile ruh sağlığı ve sosyal ilişkiler alanında önemli bir etkiye sahip olduğunu vurgulamaktadır [115]. Arslan ve Durmaz Kandaz (2004), babanın eğitim düzeyinin 3-6 yaş çocukların psikososyal davranışları üzerinde önemli katkısı olduğunu saptamıştır [116]. Seçer ve arkadaşlarının (2007), okul öncesi eğitim kurumuna devam eden çocukların babalarının bazı kişisel özelliklerine göre babalık tutumlarının incelendiği çalışmada, babaların öğrenim düzeyi arttıkça babalığa yönelik olumlu tutumlarında artış olduğunu ve bu durumun çocuğun ruh sağlığı ve sosyal ilişkilerini kapsayan özelliklerinde olumlu gelişmeler sağladığı belirlenmiştir [117]. Şehirli (2007), 5-6 yaş çocuklar arasında babası ilköğretim mezunu olanların, lise ve üniversite mezunu olanlara oranla daha fazla sosyal anlamda sorunlu davranışlara sahip olduklarını belirlemiştir [118]. Pettit ve arkadaşları (2009), çocukların akademik başarıları, akran ilişkileri ve davranış problemleri gibi ruh sağlığı ve sosyal ilişkilerini kapsayan durumların baba eğitim durumundan etkilendiğini saptamıştır [112]. Alisinanoğlu ve Özbey (2009), baba öğrenim durumu ile okul öncesi dönemdeki çocuğun sosyal ilişkilerdeki olumsuz davranışları arasında, anlamlı farklılık saptamıştır [113]. Tezel Şahin ve Özyürek (2008), babaların öğrenim düzeyi ile Aile Tutum Envanterinin tüm alt boyut puanları arasında fark olduğunu belirlemiştir [119].

Alisinanoğlu ve Kesicioğlu (2010), baba öğrenim düzeyinin çocuğun davranış sorunları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığını belirlemiştir [120]. Ogelman ve Uçar Çabuk (2013), çalışmasında babanın eğitim düzeyi ile okul öncesi çocuğun sosyal ilişkileri ve iletişimde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğunu saptamıştır [121]. Aytakin ve arkadaşları (2014), baba eğitim durumunun okul öncesi çocukların özsaygı ve sosyal ilişkilerde çocukların lehine istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturduğunu belirlemişlerdir [63]. Yaşar Ekici (2014), çocuğun dışa yönelim, içe yönelim antisosyal ve ben merkezli olmak üzere dört alt boyutu olan Problem Davranış Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları ile baba eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını saptamıştır [114]. Bu sonuçlardan farklı olarak bazı araştırmalarda; istismar ve ihmalin çocuklar üzerindeki fiziksel ve

psikolojik etkilerinde babanın eğitim durumunun etkili olduğu ve babası okur-yazar olmayan çocukların tamamının istismar ve ihmalle karşılaştığı belirlenmiştir [98, 122, 123]. Çocuğun olumlu sağlık davranışları geliştirmesinde anne gibi babada önemli katkıda bulunmaktadır.

Araştırmamıza dahil edilen ebeveynlerin tamamına yakınının düzenli aylık geliri olduğu belirlenmiştir (Çizelge 4.1.). Ebeveynlerin aylık gelir düzeyi ile Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım; Temizlik ve Öz Bakım alt ölçek puan ortalamaları arasında fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,005$)($p=0,022$). Benzer şekilde Günindi (2008) araştırmasında, ebeveynin gelir düzeyi ile çocuğun öz bakım davranışları kazanması arasında ilişki olduğunu belirlemiştir [111]. Beslenme; Uyku; Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler; İhmal ve İstismar alt ölçek puan ortalamaları ile aylık gelir düzeyi arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). İlgili literatür incelendiğinde bizim sonuçlarımızdan farklı olarak, Leşkeri (1989), çocuklarda saptanan beslenme bozukluğu ve ailenin düşük sosyoekonomik düzeye sahip olması arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır [124]. Watt, Dykes and Sheiham'ın (2001) araştırmasında, ailelerin düşük sosyoekonomik düzeye sahip olması ile çocuklarının beslenme davranışları arasında çocukların aleyhine ilişki bulunmuştur [125]. Chamberlin ve arkadaşları (2002) yaptığı çalışmada, düşük gelirli okul öncesi çocukların yeterli sağlıklı gelişme ve beslenme alışkanlıkları bilgisi olmadığı, ebeveynlerin sağlığa zararlı olabilecek gıdalarla ilgili sınır koymada zorlandığı ve sağlıklı beslenme davranışı kazanmamış olmaları ile paralel olarak bu çocukların obeziteye daha yatkın oldukları belirlenmiştir [126]. Literatür incelendiğinde araştırma sonucumuzdan farklı olarak, aile gelir düzeyinin çocuğun istismar ve ihmali üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Yapılan diğer araştırmalarda orta ve üzeri sosyoekonomik düzeyli ailelerin çocukları daha az istismara ve ihmale maruz kaldığı saptanmıştır [127-129].

Araştırma sonucumuzla benzer şekilde Yaşar Ekici (2014), çocuğun ruh sağlığı ve sosyal ilişkileri kapsamında değerlendirebileceğimiz, dışa yönelim, içe yönelim antisosyal ve ben merkezli olmak üzere dört alt boyutu olan Problem Davranış Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları ile ailenin gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir [114].

Araştırmamıza katılan ebeveynlerin ortalama çocuk sayısı üç olarak belirlenmiştir (Çizelge 4.1.). Araştırmamızın bu bulgusu TNSA (2013) kadınların doğurganlık çağının sonunda ortalama 2,26 çocuk sahip olduğu verisi ile benzerlik göstermektedir [103]. Ebeveynlerin çocuk sayısı ile Temizlik ve Öz Bakım; Uyku alt ölçek puan ortalamaları arasında fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,038$) ($p=0,040$). Ebeveynlerin çocuk sayısı arttıkça SEÖ'den aldıkları puan değeri artmıştır. Literatür incelemesinde, okul öncesi çocuğun temizlik, öz bakım ve uyku alışkanlıklarının kardeş sayısı ile ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır.

Araştırmamızda Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım; Beslenme; Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler; İhmal ve İstismar alt ölçek puan ortalamaları ile ebeveynin çocuk sayısı arasında fark olmadığı

belirlenmiştir ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde, Arlow (1972), tek çocuklu ailede, çocuğun benmerkezcilik, ilgi bekleme, sinirlilik, sekonder kazanç sağlama gibi sosyal davranış sorunlarının sık görüldüğünü vurgulamıştır [130]. Er Gazeloğlu, (2000), bir ya da iki kardeşi olan çocukların psiko-sosyal gelişim ölçeğinden aldığı puan ortalaması daha yüksek olduğunu saptamıştır [131]. Şehirli (2007) araştırmasında, okul öncesi dönem çocuklarının ruh sağlığı ve sosyal ilişkilerdeki becerilerini kapsayan sosyal kaygı ve kardeş sayısı ile ilişkisinde tek çocukların iki kardeş olan çocuklara göre daha uyumlu; üç kardeş ve üzeri olan çocukların ise tek çocuklara göre daha fazla sosyal kaygı gösterdiklerini; iki kardeş olan çocukların tek çocuklara göre daha fazla istenmeyen davranış gösterdikleri belirlemiştir [118]. Elibol Gültekin (2008) araştırmasında bu sonuçlardan farklı olarak kardeş sayısı ile okul öncesi dönem çocuğunun sosyal becerileri arasında anlamlı ilişki olmadığını belirlemiştir. Değişkenlerine bakıldığında anlamlı bir farklılık görülmemiştir [132]. Alisinanoğlu ve Özbey (2009), ebeveynlerin çocuk sayısına göre Problem Davranış Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık olmadığını belirlemiştir. Ancak aynı çalışmada çocuk sayısı arttıkça çocuğun problem davranış puanlarının ebeveynin lehine bir şekilde düştüğü saptanmıştır [113]. Yaşar Ekici (2014) aynı ölçme aracını kullanarak yaptığı araştırmasında, çocuğun dışa yönelim, içe yönelim antisosyal ve ben merkezi olmak üzere dört alt boyutu olan Problem Davranış Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları ile ailedeki çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlemiştir [114]. Aile çocuğun sosyalleştiği ilk ortam olarak kabul edilmektedir. Literatür incelemesinde ulaşılan araştırma sonuçlarında iki ve daha fazla kardeş olma durumunun, tek çocuklardan daha olumlu ruh sağlığı ve sosyal ilişkiler kapsamında değerlendirilen davranışlara sahip olması, kardeşlerin çocuğun olumlu ilişkiler kurması ve geliştirmesinde önemli olduğunu göstermektedir. Can-Özcan (2010), araştırmasında ailedeki çocuk sayısı ile ailenin ihmal ve istismar tutumlarını sergilemeleri arasında fark olmadığını ortaya koymuştur [98]. Araştırma sonucumuzdan farklı olarak ülkemizde yapılan araştırmalarda ailenin çocuk sayısı ile çocuğun istismar ve ihmaline yol açmasıyla arasında ilişki olduğunu göstermektedir [128, 1133, 134]. Bu farklılığın oluşmasında birçok faktörün etkili olduğu söylenebilir. Ebeveynin ebeveynliğe güdülenmesi, ebeveynliği algılaması, istemli ve planlı şekilde çocuk sahibi olması, çocuğun sağlık eğitimindeki kendi öneminin farkında olması ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmesi, ebeveynin çocuk sayısının artmasıyla artan bilgi ve deneyimi kimi zaman çocuk gelişimine olumlu şekilde yansırken kimi zaman çocuğun kalabalık ailede sosyal ve duygusal anlamda ihmal edilmesi sonucu olumsuz sosyal beceriler geliştirmesine neden olabileceği biçiminde yorumlanabilir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çoğunluğu uzun süre şehirde yaşamaktadır (Çizelge 4.1.). Ebeveynlerin yaşamını geçirdiği yere göre SEÖ puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0,056$).

4.2.2. Ebeveynlerin Sağlık Eğitimine İlişkin Gereksinimlerinin Çocuğun Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisi

Araştırmamız kapsamındaki çocukların çoğunluğu 6 yaşındadır (Çizelge 4.1.). Okul öncesi çocukların yaşlarına göre kişisel güvenlik ve ilk yardım alt ölçek puan ortalamaları arasında fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$) (Çizelge 4.11.). Sırasıyla, SEÖ alt ölçeklerinden; Temizlik ve Öz Bakım; Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler; İhmal ve İstismar alt ölçek puan ortalamaları arasında fark olduğu saptanmıştır ($p=0,019$) ($p=0,001$) ($p=0,002$).

Araştırma kapsamındaki çocukların yarısı kız diğer yarısı ise erkektir (Çizelge 4.1.). çocukların cinsiyetleri ile katılımcı annelerin SEÖ puan ortalaması arasında fark olduğu belirlenmiştir ($p=0,08$) (Çizelge 4.14.). Buna göre, Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım ölçeğinin çocukların cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiş olduğu belirlenmiştir. ($p=0,0128$). Kız çocuk ebeveynlerinin Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım alt ölçeğinden aldığı puan erkek çocukların ebeveynlerine göre daha yüksek değerde bulunmuştur. Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım ölçeğinin çocukların cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiş olduğu tespit edilmiştir ($p=0,012$). Literatür incelendiğinde ülkemizde yapılan çalışmalarda benzer şekilde, erkek çocukların kız çocuklarına göre daha sık ev kazası geçirdiği bildirilmiştir. Erkek çocukların ebeveynleri kız çocuk ebeveynlerine göre kişisel güvenlik ve ilk yardım konusunda sağlık eğitimine daha fazla gereksinim duymaktadır [52, 135-138].

Araştırmamızda ulaşılan diğer bir sonuca göre Beslenme; Temizlik ve Öz Bakım; İhmal ve İstismar alt ölçek ortalama puanları çocukların cinsiyet değişkenine göre fark göstermektedir ($p=0,01$) ($p=0,04$) ($p=0,00$). Buna göre kız çocuk ebeveynleri daha yüksek beslenme ile temizlik ve öz bakım, ihmal ve istismar ölçek değerine sahip olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde araştırmaların çoğunlukla çocukların cinsiyeti ile ihmal ve istismara maruz kalmaları arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik olduğu görülmektedir. Bizim araştırmamızla benzer şekilde çocuğun cinsiyeti ile ebeveynin ihmal ve istismar konusunda eğitim ihtiyacının ilişkisini araştıran çalışmalara rastlanmamıştır. Araştırmamızda ulaşılan sonuç kız çocuklarının annelerinin erkek çocukların annelerine göre daha yüksek ihmal ve istismar ölçeği puanına sahip olduğudur. Kız çocuk annelerin daha yüksek puan değerine sahip olmaları ihmal ve istismardan korunmak için sağlık eğitimine daha az gereksinimleri olduğu şeklinde açıklanabilmektedir. Ölçme aracı olarak kullandığımız SEÖ İhmal ve İstismar alt ölçeği çocukların ihmal ve istismar olarak kabul edilebilecek davranış ve tutumları değerlendirme ve karşı koyma ile bir yetiškine bildirme durumlarını ölçmektedir. Bu noktada yapılan diğer araştırma sonuçlarından ayrılmaktadır.

Uyku alt ölçek puanının çocuğun cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir ($p=0,47$). Uyku alt ölçek puanının çocukların cinsiyetine göre fark göstermemesi, uyku alışkanlığının cinsiyetten ziyade okul öncesi çocuk için ebeveyn tutumu ve çevre düzenlemesi gibi dış faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler alt ölçek puanının çocuğun cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği belirlenmiştir ($p=0,26$). Literatürde araştırmamıza benzer çalışma yer almamakla birlikte, çocukların kendilerini ifade etmek için daha kabul edilebilir iletişim yollarına başvurma ve olumlu sosyal ilişkiler geliştirmelerinde cinsiyetin tek başına etkili olmasından çok diğer birçok faktörle birlikte etkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

4.2.3. Ebeveynlerin Sağlık Eğitimine İlişkin Gereksinimlerinin Çocuğun Okul Öncesi Eğitim Alma Durumu İle İlişkisi

Çocukların yaklaşık yarısı bir yıldır diğer yarısı ise iki yıldır okul öncesi eğitime devam etmektedir (Çizelge 4.1.). Çocukların okul öncesi eğitime devam etme süresi ile ebeveynlerin Kişisel Güvenlik ve ilk Yardım; Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p=0,006$) ($p=0,040$) (Çizelge 4.16.). Çocukların okul öncesi eğitime devam etme süresinin artmasıyla Kişisel Güvenlik ve ilk Yardım; Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler alt ölçeklerinde sorgulanan sağlık becerilerine sahip olma ve uygulama oranının arttığı ve annelerin bu alanlardaki sağlık eğitim ihtiyacının azaldığı belirlenmiştir. İlgili literatür incelendiğinde, çalışmamızın sonucu ile benzer şekilde Demiriz ve Dinçer (2000), 5-6 yaş çocuklarının kişisel güvenlik ile ilgili becerilerde, okul öncesi eğitime devam eden çocukların daha başarılı olduklarını saptamıştır [41]. Elibol Gültekin (2008) çalışmasında, 5 yaş çocuklarının sosyal beceri ve ilişkilerini değerlendirdiği çalışmada çocuğun okul öncesi eğitime devam etme süresinin artmasıyla ruh sağlığı ve sosyal ilişkiler kapsamında değerlendirilen olumlu becerilerin daha sık gösterdiğini belirlemiştir [132]. Yalçın ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında okul öncesi eğitimine 3-4 yaşında başlayan çocukların 5-6 yaşında başlayan çocuklara göre kişisel güvenlik gibi temel sağlık davranışlarını kazanma düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur [139]. Alemdar ve Polat (2014) çalışmasında, okul öncesi eğitim kurumuna devam eden çocukların kişisel güvenlik ve ilk yardım bilgi ve becerileri dahil olmak üzere tüm öz bakım beceri puan ortalamalarının, annesi ve bakıcı tarafından bakılan çocuklara göre daha yüksek olduğunu belirlenmiştir [140].

Araştırma sonucumuzla benzer olarak yapılan araştırmalarda, uzun süre nitelikli bir okul öncesi eğitim alan çocukların sosyal ve duygusal yönden gelişimlerinin olumlu yönde desteklediği görülmektedir [141-144]. Uyanık Balat (2007), okul öncesi eğitim almayan

çocukların ailelerinin okul öncesi eğitime devam eden çocukların ailelerine göre “aşırı koruyucu” ve “sıkı disiplin” tutumu gösterdiklerini belirlemiştir [145]. Bu sonuç okul öncesi kurumların çocuğun gelişimine katkısının yanında ebeveyn eğitimi ve gelişimini de desteklediği ve çocuğun sosyal ilişkiler ve ruh sağlığı gelişimini olumlu pekiştirdiği şeklinde yorumlanabilir. Alisinanoğlu ve Özbey (2009), bir yıldır okul öncesi eğitim kurumuna devam eden çocukların, iki ve üç yıldır devam eden çocuklara göre daha az antisosyal ve benmerkezcilik gibi sorunlu davranışlar gösterdikleri ve sosyal ilişkilerde daha iyi oldukları belirlenmiştir [113]. Benzer bir sonuç, Çetingöz ve Cantürk Günhan’ın (2012) çalışmasından elde edilmiştir. Buna göre, okul öncesi eğitim programına katılan çocukların sosyal becerilerinde katılmayanlara göre daha iyi oldukları saptanmıştır [146]. Araştırma sonuçlarımızdan farklı olarak, Yaşar Ekici (2014) araştırmasında, çocuğun dışa yönelim, içe yönelim antisosyal ve ben merkezli olmak üzere dört alt boyutu olan Problem Davranış Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamaları ile çocuğun okul öncesi eğitime devam etme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiştir [114].

Çocukların okul öncesi eğitime devam etme süresi ile ebeveynlerin yanıtlarına göre çocukların Beslenme, Temizlik ve Öz Bakım, Uyku, İhmal ve İstismar alt ölçek ortalama puanları ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Çizelge 4.16.). İlgili literatür incelendiğinde, Demiriz ve Dinçer (2000), 5-6 yaş çocuklarının yemek yeme, giyinme-soyunma, tuvalet alışkanlığı, temizlik, kişisel güvenlik ile ilgili öz bakım becerilerinde, okul öncesi eğitime devam eden çocukların daha başarılı oldukları saptanmıştır [41]. Demiriz ve Dinçer (2001), tuvalet alışkanlığı ile ilgili öz bakım becerilerinin kazanılmasında, okulöncesi eğitimin önemli bir etken olduğunu ve okul öncesi eğitime devam etme süresi arttıkça çocukların tuvalet alışkanlığı ile ilgili öz bakım becerilerinde daha başarılı olduğu belirlenmiştir [135].

Benzer şekilde diğer araştırma sonuçlarını destekler nitelikte, Ünver (2004) tarafından 4-6 yaş okul öncesi çocuklar ile yapılan, besin gruplarına yönelik beslenme eğitim programını alan çocukların besin gruplarına ilişkin bilgi düzeylerinde artış olduğu ve çocukların yeterli-dengeli beslenme alışkanlıklarını kazanmalarında kolaylık sağladığı belirlenmiştir [147]. Kobak (2009), okul öncesi dönemde (3-6 yaş) ana çocuk sağlığı ve anaokulundaki çocukların beslenme özelliklerinin karşılaştırmış, çocukların arasında yardımsız yemek yemeye başlama zamanı, ebeveynlerin yemek yedirme yöntemi, çocuk yemeği reddettiğinde başvurulan yöntem, ara öğün sayısı, diş fırçalama alışkanlığı, ishal ve kabız olma sıklığı gibi davranışlarda anaokuluna devam eden çocukların lehine anlamlı fark belirlenmiştir [60]. Küçükali (2006), çocuklarda beslenme bozuklukları ve beslenmenin okul çocukları üzerindeki etkileri ile ilgili araştırmasında anaokuluna gittikten sonra ilköğretime başlamış öğrencilerin, anaokuluna gitmeden ilköğretime başlamış öğrencilere göre beslenmelerine daha dikkatli olduğu saptanmıştır [148]. Piziak’ın (2012) araştırmasında bir yıl süresince sebze kartlarıyla oynanan bir oyun programına katılan çocukların ebeveynleri, program sonrasında çocuklarının hafta içi ve hafta sonu sebze

tüketiminde artış olduğunu belirtmişlerdir [149]. Yalçın ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında okul öncesi eğitime 3-4 yaşında başlayan çocukların 5-6 yaşında başlayan çocuklara göre kişisel güvenlik, öz bakım, beslenme, giyinme gibi temel sağlık davranışlarını kazanma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır [139]. Aytekin ve arkadaşları (2014), okul öncesi eğitim kurumuna devam eden çocukların yemek yeme, giyinme ve kişisel bakım becerileri puan ortalamalarının bakıcı tarafından bakılan çocuklara göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir [63]. Alemdar ve Polat (2014) çalışmasında, okul öncesi eğitim kurumuna devam eden çocukların tüm özbakım beceri puan ortalamalarının annesi ve bakıcı tarafından bakılan çocuklara göre daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir [140]. Kobak ve Pek (2015), ana çocuk sağlığı merkezine gelen okul öncesi eğitime devam etmeyen 3-6 yaş çocuklar ile anaokuluna devam eden 3-6 çocukların beslenme özelliklerini karşılaştırdıkları araştırmalarında, sağlıklı beslenme davranış ve beslenme becerilerinde anaokuluna devam eden çocukların lehine anlamlı fark olduğunu belirlemişlerdir [150].

Sonuç olarak, bu araştırma ile okul öncesi eğitime devam eden 3-6 yaş grubu çocukların annelerinin daha genç yaşta olan annelerin beslenme, ruh sağlığı ve sosyal ilişkiler konusunda; öğrenim durumu ilkokul olan ve okuryazar olmayan annelerin kişisel güvenlik ve ilk yardım konusunda; gelir düzeyi düşük olan annelerin kişisel güvenlik ve ilk yardım ile temizlik ve öz bakım konularında; 2 ve daha fazla sayıda çocuğu olan ailelerin temizlik ve öz bakım ile uyku konularında; 3-4 yaşlarındaki çocukların annelerinin kişisel güvenlik ve ilk yardım, temizlik ve öz bakım, ruh sağlığı ve sosyal ilişkiler ile ihmal ve istismar konularında; erkek çocukların annelerinin beslenme, temizlik ve öz bakım, ihmal ve istismar konularında; 1 yıl süre ile okul öncesi eğitime devam eden çocukların annelerinin kişisel güvenlik ve ilk yardım ile ruh sağlığı ve sosyal ilişkiler konularında sağlık eğitimine gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir.

5. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

- Araştırmaya katılan ebeveynlerin tamamı annedir.
- Annelerin en küçüğü 18, en büyüğü 63 yaşındadır. Annelerin yaş ortalaması 34'tür.
- Araştırma kapsamındaki annelerin çoğunluğu ilkokul ve ortaokul mezunudur.
- Annelerin çoğunluğu ev hanımıdır.
- Anneler ağırlıklı olarak eğitim ve sağlık alanıyla ilgili mesleklere sahiptir.
- Babaların yaklaşık yarısı ilköğretim, yarısı lise ve üniversite eğitimi almıştır.
- Babaların çoğunluğu çalışmaktadır.
- Ebeveynlerin en az bir en fazla sekiz çocuğu vardır.
- Ebeveynlerin çoğunluğu uzun süre şehirde yaşamıştır
- Okul öncesi çocukların yaklaşık yarısı 6 yaşındadır.
- Araştırma kapsamındaki okul öncesi çocukların cinsiyetleri eşittir.
- Araştırma kapsamındaki okul öncesi çocukların yaklaşık yarısı bir ve diğer yarısı iki yıldır okul öncesi eğitime devam etmektedir.
- Annelerin yaşı arttıkça beslenme, ruh sağlığı ve sosyal ilişkiler eğitimi konusunda bilgi düzeyleri artmakta ve sağlık eğitim gereksinimleri azalmaktadır.
- Annenin öğrenim düzeyi arttıkça okul öncesi çocuğa dair verdikleri ölçek yanıtlarına göre kişisel güvenlik ve ilk yardım alt ölçek puanı artmaktadır.
- Babanın öğrenim düzeyi ile sağlık eğitim ölçek puan ortalamaları arasında fark yoktur.
- Ebeveynlerin aylık ortalama gelir düzeyi arttıkça Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım, Temizlik ve Öz Bakım alt ölçek puanları artmaktadır.
- Ebeveynlerin çocuk sayısı arttıkça Temizlik ve Öz Bakım ile Uyku alt ölçek puanları artmaktadır.
- Okul öncesi çocuğun yaşı arttıkça annenin Temizlik ve Öz Bakım, Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler ile İhmal ve İstismar alt ölçek puanları artmaktadır.
- Ebeveynlerin uzun süre yaşadıkları yerleşim birimi ile SEÖ' den aldıkları puanlar arasında ilişki yoktur.
- Kız çocuk annelerinin Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım, Temizlik ve Öz Bakım, Beslenme, Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler ile İhmal ve İstismar alt ölçek gruplarından aldıkları ortalama puan erkek çocukların annelerine göre daha yüksektir.
- Ebeveynlerin yaşı, öğrenim durumu, aylık ortalama gelir düzeyi ve uzun süre yaşadıkları yerleşim birimi ile uyku alt ölçeğinden aldığı puan ortalamaları arasında fark yoktur.

- Ebeveynin çocuk sayısı ile uyku sağlık eğitimi alt ölçeği puan ortalaması arasında fark vardır.
- Çocukların okul öncesi eğitime devam etme süreleri arttıkça ebeveynlerin SEÖ' den aldıkları puan ortalaması artmaktadır.



5.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Çocuğun bakımında en önemli role sahip olan ebeveynlere, çocuğun sağlıklı büyüüp gelişmesi için okul öncesi dönemin öneminin anlatılması,
- Çocukta olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi için öncelikle ebeveynlerin sağlık eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi,
- Ebeveynlere okul öncesi çocuğun sağlıklı büyüüp gelişmesi için sahip oldukları rolün önemi konusunda farkındalık yaratacak eğitim programlarının oluşturulması ve uygulanması,
- Hemşirelerin ebeveynlere verilecek olan sağlık eğitim programlarının planlanması, uygulanması ve etkinliğinin değerlendirilmesi sürecine aktif olarak katılması,
- Hazırlanacak eğitim programlarının etkililiğini arttırmak için multidisipliner çalışmaların planlanması,
- Okul öncesi dönemdeki çocuk ve ebeveynlere verilen sağlık eğitimlerinin etkililik düzeyi sürekli çalışmalar ile takip edilmesi,
- Çocuğun kazandığı sağlık davranışlarının kalıcılığının artırılması için sağlık eğitimi programının okul öncesi programı içerisine bütünleştirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- [1]. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (2009). *Türkiye'de 5 yaş altı ölüm hızında (5YAÖH) azalma: Bir durum çalışması, 2009. 07 Ekim 2017 tarihinde* <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/unicef-5-yas-alti-olumler.pdf> adresinden erişildi.
- [2]. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (2002). *Çocuk Haklarına Dair Sözleşme: Birinci Kısım, Madde 1-20. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına dair Sözleşme Uygulama El Kitabı, 2002. 23 Ekim 2017 tarihinde* <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/Uygulama%20Elkitabı%20TR.pdf> adresinden erişildi.
- [3]. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2016). *İstatistiklerle çocuk, 2016. 22 Nisan 2017 tarihinde* <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24645> adresinden erişildi.
- [4]. Bebiş, H., Özdemir, Ö. (2013). Kreşlerde okul sağlığı hizmetleri ve hemşirelik. *Türk J Public Health, 11(3)*, 186-196.
- [5]. Turpoğlu Çelik, A. (2015). Erken çocukluk döneminin, aile ve toplum sağlığı ile demokrasi ve toplumsal gelişim üzerindeki etkileri ve yapılması gereken yatırım ve müdahaleler. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 3(13)*, 240-263.
- [6]. Kartal, H. (2008). *Geçmişten günümüze erken çocukluk eğitimi uygulamaları*. Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları.
- [7]. Şahin, E., Dostoğlu, N.(2014). Erken çocukluk döneminde çocukların araştırma sürecine katılımı. *Uluslar arası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 7(35)*, 609-620.
- [8]. Şahin, H., Demiriz, S.(2014).Beş altı yaşında çocuğu olan babaların, babalık rolünü algılamaları ile aile katılım çalışmalarını gerçekleştirmeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 18(1)*, 273-294.
- [9]. Çağdaş, A., Seçer, Z. *Anne-baba eğitimi*. (2006). Ankara: Kök Yayıncılık.
- [10]. Özyürek A., Begde Z., Özkan İ. (2013). Okul öncesi dönem çocukların beslenmesi konusunda ebeveyn görüşlerinin belirlenmesi. *Uluslararası Hakemli Beşeri ve Akademik Bilimler Dergisi, 2(4)*, 130-144.
- [11]. Cartılı, K., Bedel, A. (2015). Sosyal problem çözme beceri eğitiminin annelerin sosyal problem çözme ve çocuk ilişkisine etkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 5(43)*, 95-103.
- [12]. Işıkoğlu, N., İvrendi, A.B. (2008). Anne ve babaların oyuna katılımı. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 24(2)*, 47-57.
- [13]. Gürsoy, F., Yıldız Bıçakçı, M. (2007). *Çocuğu okul öncesi eğitim kurumuna devam eden anne babaların eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi*. Avrupa Birliği Sürecinde Okul Öncesi Eğitimin Geleceği Sempozyumu. Bildiri Kitabı Cilt I, 296-310.
- [14]. Tezel-Şahin, F., Cevher-Kalburan, N. (2009). Aile eğitim programları ve etkililiği: dünyada neler uygulanıyor? *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 25(1)*, 1-12.
- [15]. Arabacı, N., Aksoy, A.B. (2005). Okul öncesi eğitime katılım programının annelerin bilgi düzeylerine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 29*, 18-26.
- [16]. Warner, L., Sower, J. (2005). *Educating young children*. Pearson education. Newyork, p 397-398.
- [17]. Tezel Şahin, F., Özbey, S. (2007). Aile Eğitim programlarına niçin gereksinim duyulmuştur? Aile eğitim programları neden önemlidir? *Aile ve Toplum Dergisi, 3(12)*, 7-12.
- [18]. Er, M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 49*, 155-168.
- [19]. Başbakkal, Z., Sönmez, S., Şen Celasin, N., Esenay, F. (2010). 3-6 Yaş grubu çocuğun akut bir hastalık nedeniyle hastaneye yatışa karşı davranışsal tepkilerinin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7(1)*, 456-468.
- [20]. Haktanır, G. (2011). Okul öncesi eğitime giriş. Ankara: Anı Yayıncılık.
- [21]. Çukur, D. (2011). Okul öncesi çocukluk döneminde sağlıklı gelişimi destekleyici dış mekan tasarımı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi, 12*, 70-76.

- [22]. Sanders, MR., Prinz, R. (2008). Ethical and professional issues in the implementations of population-level parenting interventions. *Public Health Approaches to Parenting*, 15, 130-136.
- [23]. Markie-Dadds, C., Sanders, MR. (2006). A controlled evaluation of an enhanced selfdirected behavioural family intervention for parents of children with conduct problems in rural and remote areas. *Behav Change*, 23, 55-72.
- [24]. Milli Eğitim Bakanlığı Temel Eğitim Genel Müdürlüğü (2013). *Okul öncesi eğitim programı ile bütünleştirilmiş aile destek eğitim rehberi (OBADER. 07 Aralık 2016 tarihinde <http://tegm.meb.gov.tr/dosya/okuloncesi/obader.pdf> adresinden erişildi.*
- [25]. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21th century. *Healt Promotion International*, 15 (3), 259-267.
- [26]. World Health Organization. (2007). Education and training. 03 Ekim 2017 tarihinde <http://www.euro.who.int/en/healthtopics/Healthsystems/healthworkforce/activities/education-and-training> adresinden erişildi.
- [27]. Ulusoy Gökkoca, Z., (2001). Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 10(10), 371-374.
- [28]. Çağlayaner, H., Gönenli, H. (1998). Etkin eğitim açısından okul sağlığı. *Aile Hekimliği Dergisi*, 2(1), 31-39.
- [29]. Utting, D., Pugh, G. (2004). The social context of parenting. In: Hoghughi M, Long N. (Ed.). *Handbook of parenting: theory and research for practice*, London: Sage Publications.
- [30]. Long, N. e-Parenting. In: Hoghughi M, Long N, (Ed.). (2004). *Handbook of parenting: theory and research for practice*, London: Sage Publications.
- [31]. Tezel Şahin, F., Özyürek, A. (2010). *Anne baba eğitimi ve okul öncesinde aile katılımı*. İstanbul: Morpa Kültür Yayınları.
- [32]. Chow, V. *Parenting and Family Support*. UCLA Center Families and Communities. 20 Ocak 2017 tarihinde www.healthchild.ucla.edu adresinden erişildi.
- [33]. Yavuzer, H. (2001). *Yaygın Ana-Baba Tutumları, Ana-Baba Okulu*. 9. Baskı, Ankara: Remzi Kitabevi.
- [34]. Nelsen, J., Lott, L., Glenn, S. (2002). *Çocuk Eğitiminde A'dan Z'ye Pozitif Disiplin*, (M. Ersin, Çev.) İstanbul: Hayat Yayıncılık.
- [35]. Güler, T., Ertürk, H.G., Özyürek, A., Tezel Şahin, F., Kıldan, A. O, Cavkaytar, A., Ünlüer, E., Aydoğan, Y., Kalkan, E., Sen, M.(2010). *Anne Baba Eğitimi*. Güler, T. (Ed.). Ankara: Pegem Akademi.
- [36]. Hamamcı, Z. (2005). Üç-altı yaşlarında çocukları olan anne babaların aile eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi. *Çağdaş Eğitim Dergisi*, 319, 28-36.
- [37]. Sanders, M.R., Ralph, A., Sofronoff, K., Gardiner, P., Thompson, R., Dwyer, S., ve arkadaşları. (2008). Every family: a population approach to reducing behavioral and emotional problems in children making the transition to school. *Journal of Primary Prevention*, 29, 197-222.
- [38]. Webster Stratton, C., Reid, J.M. (2008). A school-family partnership: addressing multiple risk factors to improve school readiness and prevent conduct problems in young children. *Treatment Description*, University of Washington. 12 Ocak 2017 tarihinde http://www.werrycentre.org.nz/site_resources/library/Projects/Parent_Mgt_Trng_Incredible_Years/Articles%20and%20Reports/a-school-family-partnership_Chapter8_5-08.pdf adresinden erişildi.
- [39]. Turner, K.M.T., Sanders, M.R.(2006). Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learnings from the Triple P - Positive Parenting Program system approach. *Aggression and Violent Behavior*, 11 (2), 176-193.
- [40]. Lavign, J.V., Lebailly, S.A., Gouze, K.R., Cicchetti, C., Pochyly, J., Arend, R. ve arkadaşları. (2008). Treating oppositional defiant disorder in primary care: A comparison of three models. *Journal of Pediatric Psychology*, 33 (5), 449-461.
- [41]. Demiriz, S., Dinçer, Ç. (2000). Okulöncesi dönem çocuklarının öz bakım becerilerinin annelerinin çalışıp çalışmama durumlarına göre incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi*, 1(3), 15-22.

- [42]. Kan Öntürk, Z., Balcı, S. (2015). Çocukluk çağı yaralanmaları: güvenli ev ortamı oluşturma. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(1), 40-46.
- [43]. Rivana, FP., Grossman, D. Injury control. (2008). In: Kliegman, RM., Behrman, RE., Jenson, HB., Stanton, BF. (eds). *Nelson Textbook of Pediatrics* (18th ed). Philadelphia: Saunders Elsevier, 256-263.
- [44]. Bertan, M., Çakır, B.(1995). *Halk Sağlığı Yönünden Kazalar: Halk Sağlığı (Temel Bilgiler)* Ed: Bertan, M., Güler, Ç. Güneş Kitapevi, Ankara: 461-471.
- [45]. Özcebe, H. (2006). *Yaralanma kontrol ve koruma programları ve güvenli toplumlar*. Ed: Güler Ç. Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları; Ankara, 668-698.
- [46]. Kırılmaz, A.Y., Arısoy, M. (2002). Ev kazaları ve ilk yardım. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 4, 27-32.
- [47]. Coşkun, C., Özkan, S., Maral, I. (2008). Çankırı-Eldivan ilçe merkezinde 0-14 yaşlar arasında çocuğu olan annelerin ilk yardım bilgi düzeyleri ve ilk yardım gerektiren durumların sıklığı. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2(3), 11-18.
- [48]. Laffoy, M. (1997). Childhood accidents at home. *Ir Med J*, 90(1), 26-27.
- [49]. World Health Organization, 2008. World report on child injury prevention. 07 Ekim 2017 tarihinde http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/ adresinden erişildi.
- [50]. Turan, T., DüNDAR, S.A., Yorgancı, M., Yıldırım, Z. (2010). 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazalarının önlenmesi. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği Dergisi*, 16(6), 552-557.
- [51]. Altundağ, S., Öztürk, MC. (2007). Ev kazaları nedeniyle hastaneye gelen 3-6 yaş grubu çocuklardaki kaza türleri ve bunu etkileyen etmenler. *Çocuk formu*, 5, 60-64.
- [52]. Özmen, D., Ergin, D., Şen, N., Çetinkaya, A.Ç. (2007). 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerinin tanımlanması. *Aile ve Toplum Dergisi*, 3, 13-20.
- [53]. Yıldırım, N. (2010). *1-4 yaş dönemi çocuklar için ev kazası risklerinin belirlenmesi ve bu risklerin azaltılmasında sosyal öğrenme teorisine dayalı hemşirelik girişimlerinin etkinliği üzerine bir araştırma*. Yayımlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- [54]. Corrarino, J.E., Walsh, P.J., Nadel, E. (2001). Does teaching scald burn prevention to families of young children make a difference? A pilot study. *J Pediatr Nurs*, 16, 256-62.
- [55]. Yavuz, B., Çimen, S. (2007). Selebral palsili çocukların öz bakım becerilerini gerçekleştirme düzeyleri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 17-26.
- [56]. Güler, Ç. (2004). Kişisel hijyen. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(6), 119-132.
- [57]. Berg, J.H., Slayton, R.L. (2009). Early childhood oral health. Virginia: Wiley Blackwell.
- [58]. Tulunoğlu, Ö., Bodur, H., Akal, N. (1999). Aile eğitim düzeyinin okul öncesi çocuklardaki ağız ve diş sağlığı uygulamaları üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *GÜ Dişhek. Fak. Derg*, 16(2), 27-32.
- [59]. Akyıldız, N. (2001). Çocuk beslenmesi 1. 2. Baskı, İstanbul: Ya-Pa Yayınları.
- [60]. Kobak, C.(2009). *Okul öncesi dönemde (3-6 yaş) ana çocuk sağlığı ve anaokulundaki çocukların beslenme özelliklerinin karşılaştırılması*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- [61]. Leşkeri, N. (1989). *Yuvaya devam eden 3-6 yaş grubu çocukların beslenme durumları ve bu durumu etkileyen faktörler*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- [62]. Ünver, Y.(2004). *Beş-altı yaş okul dönemi çocukları için geliştirilecek, besin gruplarına yönelik beslenme eğitimi programlarının, çocukların beslenme bilgileri ve davranışlarına etkisi*. Yüksek lisans tezi, Selçuk üniversitesi, Konya.
- [63]. Aytekin, A., Arslan, N., Küçükoğlu, S. (2014). Hemşirelerin okul öncesi çocuklarında yaşam kalitesi ve özbakım becerileri. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(2), 8-15.
- [64]. Boynukara, Z., Atlı, M. (2009). Sağlık ve trafik. Ankara: Pegem A kademi.
- [65]. Özmert, E.N. (2006). Erken çocukluk gelişiminin desteklenmesi-III: *Aile. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49, 256-273.
- [66]. Kelly, J., Turner, J.J., McKenna, K. (2006). What parents think: children and healthy eating. *British Food Journal*, 108(5), 413-423.

- [67]. Kobak, C.(2009). *Okul öncesi dönemde (3-6 yaş) ana çocuk sağlığı ve anaokulundaki çocukların beslenme özelliklerinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- [68]. Zaybak, A. (2012). *Uyku Düzeni ve Sağlık*. (Ed. Yakıncı C, Yeşilada E.) *Koruyucu Sağlık Rehberi*. Türk Eczacıları Birliği: Eczacılık Akademisi, Ankara.
- [69]. Davis, K.F., Parker, K.P., Montgomery, G.L. (2004). Sleep in infants and young children: part one: Normal sleep. *J Pediatr Health Care*, 18, 65-71.
- [70]. Uysal, F.K. (2003). *Çocuk sağlığı-Çocuğum sağlıklı büyüyor mu?* İstanbul: Morpa Kültür Yayınları.
- [71]. Akgün Kostaka, M., Kocaaslan, E., Bilsel, A., Mutlu, A. (2016). Çocuğun uyku ortamı nasıl olmalıdır? 3-6 yaş grubu çocukların uyku alışkanlıklarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(1), 123-132.
- [72]. Jung, E., Molfese, V., Beswick, J., Jacobi-Vessels, J., Molna, A. (2009). Growth of cognitive skills in preschoolers: Impact of sleep habits and learning. *Related Behaviors Early Education and Development*, 20(4), 713-731.
- [73]. Sezgin, N., Akman, S. (2014). 6-12 yaş Türk çocukları için sosyal uyum ve beceri ölçeği. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5 (3), 58-79. doi: 10.1501/sbeder 0000000087
- [74]. Akçamete, G., Avcıoğlu, H. (2005). Sosyal becerileri değerlendirme ölçeğinin (7-12 yaş) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5(2), 62-77.
- [75]. Sorias, O. (1986). Sosyal beceriler ve değerlendirme yöntemleri. *Psikoloji Dergisi*, 5(20), 25-29.
- [76]. Fazlıoğlu, Y. (2009). Sosyal Gelişim. N.Aral, T.Duman (Ed.). *Eğitim Psikolojisi*. İstanbul: Kriter Yayınları.
- [77]. Yaşar, Ş. (2008). Okul öncesi eğitimde temel alışkanlıklar ve sosyal davranışların kazanılması. Ş.Yaşar (Ed.). *Okul Öncesi Eğitime Giriş*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları.
- [78]. Akman, S. (2007). *Epileptik nöbet geçiren-sağlıklı çocuğu olan annelerin tükenmişlik düzeylerinin farklı değişkenler açısından incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- [79]. Simkiss, D.E., MacCallum, F., Fan, E.E.Y., Oates, J. M., Kimani, P.K., & Stewart-Brown, S.(2013). Validation of the mothers object relations scales in 2-4 year old children and comparison with the child-parent relationship scale. *Healthand Quality of Life Outcomes*, 11(1), 11-49. doi: 10.1186/1477-7525-
- [80]. Lau, E. X., Rapee, R. M., Coplan, R. J. (2017). Combining child social skills training with a parent early intervention program for inhibited preschool children. *Journal of Anxiety Disorders*, 51, 32-38.
- [81]. Ahmetoğlu, E. (2009). Sosyal Gelişim. Y.Fazlıoğlu (Ed.). *Erken Çocukluk Gelişimi ve Eğitimi*. İstanbul: Kriter Yayınları.
- [82]. Kandır A. ve Alpan, Y. (2008). Okul öncesi dönemde sosyal-duygusal gelişime anne-baba davranışlarının etkisi. *Aile ve Toplum*, 10(4), 33-38.
- [83]. McClelland, M.M. ve Morrison, F.J. (2003). The emergence of learning-related social skills in preschool children. *Early Childhood Research Quarterly*, 18, 206-224.
- [84]. Çağdaş, A. ve Seçer, Z. (2002). *Çocuk ve Ergende Sosyal ve Ahlak Gelişimi*. İstanbul: Nobel Yayınevi.
- [85]. Özyürek, A. (2004). *Kırsal bölge ve şehir merkezinde yaşayan anne-babaların çocuk yetiştirme tutumlarının incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- [86]. Brodeski, J. ve Hembrough, M. (2007). Improving Social Skills in Young Children. 11 Haziran 2017 tarihinde <http://eric.ed.gov> adresinden erişildi.
- [87]. Sonuvar, B. (1999). *Çocuk Ruh Sağlığı Yönünden Koruyucu Etkenler. Ben Hasta Değilim*. İstanbul: Nobel Yayınevi.
- [88]. Gökler, R. (2006). Eğitimde çocuk istismarı ve ihmaline genel bir bakış. *Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(3), 48-769.

- [89]. Child Welfare Information Gateway (2013). What Is Child Abuse and Neglect? Recognizing the Signs and Symptoms. 23 Ekim 2017 tarihinde <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/whatiscan.pdf> adresinden erişildi.
- [90]. World Health Organization (WHO), International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) (2006). *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*, 2006. 23 Ekim 2017 tarihinde http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf adresinden erişildi.
- [91]. Butchart, A., Harvey, A. (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. 07 Ekim 2017 tarihinde http://libdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf adresinden erişildi.
- [92]. U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families. (2016). *Child maltreatment 2014*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. 07 Ekim 2017 tarihinde <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/resource/child-maltreatment-2014> adresinden erişildi.
- [93]. Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2015). Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatrics*, 169(8), 746-754.
- [94]. United States Department of Health and Human Services (DHHS), Administration for Children and Families. (2015). *Child maltreatment 2013*. Washington, DC: Government Printing Office. Retrieved from <http://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm2013.pdf>.
- [95]. Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., & Li, S. (2010). Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress, executive.
- [96]. Tugay, D. (2008). *Öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- [97]. Sofuoğlu, Z., Sariyer, G., Ataman, M.Gökalp. (2016). Child maltreatment in Turkey: Comparison of parent and child reports. *Cent Eur J Public Health*, 24 (3), 217-222.
- [98]. Can Özcan, M. (2010). İstismar ve ihmalin çocuklar üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkilerinin incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- [99]. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2016. *Child Abuse and Neglect Prevention, Preventing Child Abuse and Neglect: A Technical Package for Policy, Norm, and Programmatic Activities*. 07 Ekim 2017 tarihinde <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/CAN-Prevention-Technical-Package.pdf> adresinden erişildi.
- [100]. Aydos, E.H. (2013). *Okul öncesi çocukları için sağlık eğitimi ölçeğinin geliştirilmesi ve çeşitli değişkenler açısından incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- [101]. Bahar, Z.(2002). Verilerin Çözümlemesinde İstatistiksel Yöntemler. İçinde Erefe, İ. (Ed). *Hemşirelikte Araştırma İlke süreç ve yöntemleri*. İstanbul: Odak Ofset.
- [102]. Karaca, N. H., Gündüz, A. ve Aral, N. (2011). Okul öncesi dönem çocuklarının sosyal davranışının incelenmesi. *Kuramsal Eğitimbilim Dergisi*, 4, 65-76.
- [103]. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2014). *Nüfus 2013*. (Rapor No. NEE-HÜ.14.01). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
- [104]. Uskun, E., Alptekin, F., Öztürk, M., Kişioğlu, A.N. (2008). Ev hanımlarının ev kazalarını önlemeye yönelik tutum ve davranışları ile ev kazalarına yönelik ilkyardım bilgi düzeyleri. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, (1), 46-52.
- [105]. Erkal, S. (2010). Identification of the number of home accidents per year involving children in the 0-6 age group and the measures taken by mothers to prevent home accidents. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 52, 150-157.
- [106]. Öztürk, C., Sarı, H.Y., Bektaş, M., Elçigil, A. (2010). Home accidents and mothers measurements in preschool children. *Anatol J Clin Investig*, 1, 15-21.
- [107]. Dereli, F., Turasay, N., Özçelik, H. (2010). Muğla İki No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 0-6 Yaş Çocuğu Olan Annelerin İlkyardım Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull*, 9(3), 217-224.

- [108]. Aslan, S., Yıldırım M., Tunçdemir, A., Geçkil, E. (2015). 0-6 yaş çocuğu olan annelerin ev kazalarına yönelik ilk yardım hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 1(2), 54-64.
- [109]. Lafta, R.K., Al-Shatari, S.A., Abass, S. (2013), Mothers' knowledge of domestic accident prevention involving children in Baghdad City. *Qatar Med J*, (2), 50-56.
- [110]. Güven, Y., Önder, A., Sevinç, M., Aydın, O., Uyanık Balat, G., Palut, B., Bilgin, H., Çalpak, S., Dibek, E. (2004). Okul öncesi eğitim alan ve almayan birinci sınıf öğrencilerinin sosyal duygusal uyum düzeylerinin karşılaştırılması. *I. Uluslar arası Okul Öncesi Eğitimi Kongresi (2006) kongre kitabı içinde* (ss. 323-337). İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- [111]. Günindi, N. (2008). *Okul öncesi eğitim kurumlarına devam eden altı yaş çocuklarının sosyal uyum becerileri ile anne-babalarının empatik becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- [112]. Pettit, G.S., Yu, T., Dodge, K.A. (2009). A development process analysis of cross-generational continuity in educational attainment. *Merrill-Palmer Quarterly*, 55(3), 250-84.
- [113]. Alisinanoğlu, F., Özbey, S. (2009). Okul Öncesi Eğitim Kurumuna Devam Eden 60-72 Aylık Çocukların Problem Davranışlarının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, The Journal Of International Social Research*, 2 (6), 493-517.
- [114]. Yaşar Ekici, F. (2014). Aile özellikleri ile okul öncesi eğitime devam eden çocukların problem davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(2), 70-108.
- [115]. Connor, D.F. (2004). *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- [116]. Arslan, Ü. ve Durmaz Kandaz, U. (2004). Babaların 3-6 yaş grubundaki çocukların eğitimine ve bakımına katılım durumlarının psikososyal davranışlarına etkisi. *I. Uluslar arası Okul Öncesi Eğitimi Kongresi kongre kitabı*, 2006, 3, 371-379.
- [117]. Seçer, Z., Çeliköz, N. ve Yaşa, S. (2007). Bazı kişisel özelliklerine göre okul öncesi eğitim kurumlarına devam eden çocukların babalarının babalığa yönelik tutumları. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18, 425-439.
- [118]. Şehirli, N. (2007). *Çocuk davranışlarını değerlendirme ölçeği'nin geliştirilmesi ve bazı değişkenlere göre incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- [119]. Tezel Şahin, F. ve Özyürek, A. (2008). 5-6 yaş grubu çocuğa sahip ebeveynlerin demografik özelliklerinin çocuk yetiştirme tutumlarına etkisinin incelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(3), 395-414.
- [120]. Alisinanoğlu, F. ve Kesicioğlu, O. S. (2010). Okul öncesi dönem çocuklarının davranış sorunlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi (Giresun İli örneği). *Kuramsal Eğitimbilim*, 3(1), 93-110.
- [121]. Ogelman, H.G., Uçar Çabuk, F. (2013). 5 yaş çocuklarının sosyal konumlarının anne babalarının kabul red düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2 (18), 23-45.
- [122]. Göğayaz, S. (2001). Ergenlerde öğretmenlerine yönelik duygusal istismar algısının incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- [123]. Öztürk, S. (2007). *Çocuklarda duygusal istismar*. Fırat Üniversitesi, Yüksek lisans tezi, Elazığ.
- [124]. Leşkeri, N. (1989). *Yuvaya devam eden 3-6 yaş grubu çocukların beslenme durumları ve bu durumu etkileyen faktörler*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- [125]. Watt, R.G., Dykes, J., ve Sheiham, A. (2001). Socio-economic determinants of selected dietary indicators in british preschool children. *Public Health Nutrition*, 4, 1229-1233.
- [126]. Chamberlin, L.A., Sherman, S.N., Jain, A., Powers, S.W., Whitaker, R.C. (2002). The challenge of preventing and treating obesity in low-income, preschool children: perceptions of wic health care professionals. *Archives of The Pediatric Adolescent Medicine*, 156, 662-668.
- [127]. Mangır, M., Aral N., Haktanır, G., Baran, G., Başar, F., Köksal, A. (1995). fiziksel yönden istismar edilen ve edilmeyen çocukların ana-baba tutumlarını algılayış şekillerinin incelenmesi. *10. Ya-Pa Okul Öncesi Eğitimi ve Yaygınlaştırılması Semineri*, 81-98.

- [128]. Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., Aydoğan, S. (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniv Tıp Fak Derg*, 24(3), 128 -134.
- [129]. Yılmaz, T. (2008). *Çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ve dayanıklılıkla ilişkili faktörler*. Doktora tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- [130]. Arlow, J.A. (1972). The Only Child. *Psychoanal Quarterly, Psychoanalytic Electronic Publishing*, 41, 507-536.
- [131]. Er Gazeloğlu, C. (2000). *İlkokul dördüncü sınıf öğrencilerinin psikososyal gelişimine ana-baba tutumunun etkisinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe üniversitesi, Ankara.
- [132]. Elibol Gültekin, S. (2008). *5 yaş çocuklarının sosyal becerilerinin bazı değişkenler açısından değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara.
- [133]. Bilir, Ş., Arı, M., Dönmez, N.B., Güneysu, S. (1991). 4-12 Yaşları arasında 16.100 çocukta, örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. I. Ulusal Kongresi, Serbest Bildiriler Kitabı, Gözde Repro Ofset.
- [134]. Bekçi, B. (2006). *İlköğretim ikinci kademe öğrencilerinde aile içi çocuk istismarı ve öfke tetikleyicileri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- [135]. Demiriz, S. ve Dinçer, Ç. (2001). 5-6 yaş çocuklarının öz bakım becerilerinin cinsiyet ve okul öncesi eğitim alma durumlarına göre incelenmesi. *Milli Eğitim Dergisi*, 150. 08 Ekim 2017 tarihinde http://dhgm.meb.gov.tr/yayimler/dergiler/milli_egitim_dergisi/150/demiriz_dincer.htm adresinden erişildi.
- [136]. Erkal, S., Şafak, Ş. (2006). Determination of the risks of domestic accidents for the 0-6 age group in the Tuzluca Village Clinic neighborhood. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 48, 56-62.
- [137]. Yalaki, Z., Taşar, M.A., Kara, N., Dallar, Y. (2010). Sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerin ev kazaları hakkında bilgi düzeylerinin ölçülmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi JAEM*, 9 (3), 129-33.
- [138]. Yılmaz Kurt, F., Aytekin, A. (2015). 0-6 yaş grubu çocuklarda ev kazaları. *HSP*, 2(1), 22-32.
- [139]. Yalçın, M., Başar, M., Çetinkaya, A. (2013). Okul öncesi eğitime 5-6 yaşında başlayan çocuklar ile 3-4 yaşında başlayan çocukların öz bakım becerilerinin veli görüşlerine göre incelenmesi (Uşak İli örneği). *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(4), 208-244.
- [140]. Alemdar, D.K., Polat, S. (2014). The effect that care given to preschool children by different individuals has on the quality of life and self-care skills. *International Journal of Caring Sciences*, 7(1), 140-7.
- [141]. Akman, Y. (1987). *Anaokulu çocuklarında görülen ayrılık kaygısının giderilmesine farklı Oyun tekniklerinin etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- [142]. Tuğrul, B.(1991). *Anaokulu eğitimi alan ve almayan çocukların ilkökul birinci sınıftaki akademik başarı ve ruhsal uyum davranışlarının karşılaştırmalı olarak incelenmesi*. Yayınlanmamış doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- [143]. Peisner Feinberg, E.S., Burchinal, M.R., Clifford, R.M., Culkin, M.L., Howes, C., Kagan, S.L., Yazejian, N. (2001). The relation of preschool child-care quality to children's cognitive and social developmental trajectories through second grade. *Child Development*, 72 (5), 1534-1553.
- [144]. Ramazan, O., Ural, O. ve Güven, G. (2004). Çocukların psikososyal gelişim becerilerine okul öncesi eğitimin katkısı: Anne-baba görüşleri. I. *Uluslararası Okul Öncesi Eğitimi Kongresi. kongre kitabı* (2006) (ss. 353-359). İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- [145]. Uyanık Balat, G. (2007). İlköğretime başlayan çocukların anne babalarının çocuk yetiştirme tutumlarının okul öncesi eğitimden yararlanma düzeylerine göre incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 32 (143), 89- 99.
- [146]. Çetingöz, D. ve Cantürk Günhan, B. (2012). The effects of creative drama activities on social skills acquisition of children aged six. *Çukurova University Faculty of Education Journal*, 41(2), 54-66.

[147]. Ünver, Y.(2004). *Beş-altı yaş okul dönemi çocukları için geliştirilecek, besin gruplarına yönelik beslenme eğitimi programlarının, çocukların beslenme bilgileri ve davranışlarına etkisi*. Yüksek lisans tezi, Selçuk üniversitesi, Konya.

[148]. Küçükali, R. (2006). Çocuklarda beslenme bozuklukları ve beslenmenin okul çocukları üzerindeki etkileri. *Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14, 223-239.

[149]. Piziak, V. (2012). A pilot study of a pictorial bilingual nutrition education game to improve the consumption of healthful foods in a head start population. *Int J Environ Res Public Health*, 9, 1319-25.

[150]. Kobak, C. ve Pek H. (2015). Okul öncesi dönemde (3-6 yaş) ana çocuk sağlığı ve anaokulundaki çocukların beslenme özelliklerinin karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi (H. U. Journal of Education)*, 30(2), 42-55.



EKLER

EK-1. Ebeveyn Bilgi Formu

EK-2. Sağlık Eğitimi Ölçeği

EK-3. Etik Kurul Onayı

EK-4. İl Millî Eğitim Müdürlüğü Araştırma İzin Belgesi



EK-1. Ebeveyn Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Bu anket formu 'Ebeveynlerin Okul Öncesi Çocuklarının Sağlık Eğitimine İlişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi' adlı araştırma kapsamında ebeveynlerin okul öncesi çocuklarının 'Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım, Temizlik ve Öz Bakım, Beslenme, Uyku, Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler, İhmal ve İstismar' konularında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Sonuçlar ebeveynlerin okul öncesi çocuklarının sağlık davranışlarıyla ilgili bilgi durumlarının saptanmasına yardımcı olacaktır.

Anket formunda Sağlık Eğitimi Ölçeği soruları dahil olmak üzere 128 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz yaklaşık olarak 15 dakikadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Arş. Gör. Nagihan Semin
(nagihansemin@mersin.edu.tr)

1. Yaşınız:
2. Annenin öğrenim durumu:
Üniversite () Lise ve dengi () Ortaokul () İlkokul () Okuryazar değil ()
3. Babanın öğrenim durumu:
Üniversite () Lise ve dengi () Ortaokul () İlkokul () Okuryazar değil ()
4. Annenin mesleği:.....
5. Babanın mesleği:
6. Ailenin ekonomik durumu (aylık gelir miktarı):
3001'den fazla () 1501 ve 3000 arası () 1500'den az () Düzenli geliri yok ()
Diğer (.....lütfen açıklayınız).
7. Çocuk Sayısı:.....

8. En uzun yaşadığınız yerleşim yeri:

Köy () İlçe () İl () Yurtdışı ()

9. Çocuğun yaşı:

10. Çocuğun cinsiyeti:

Kız () Erkek ()

11. Çocuğun okul öncesi kuruma devam etme süresi:.....



EK-2. Sağlık Eğitimi Ölçeği

	Sağlık Eğitimi Ölçeği	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
a)	Kişisel Güvenlik ve İlk Yardım					
1.	Mutfakta ocağın yanına ya da herhangi bir ateşe yaklaşmaz.					
2.	Bıçak ya da makas gibi kesici aletlerin kendisine zarar verebileceğini, bu aletleri dikkatli kullanması gerektiğini bilir.					
3.	Tanımadığı/kendisine yabancı olan bir şeyi yemeden önce bir büyüğüne danışır.					
4.	Günlük kullanımı dışındaki temizlik maddelerine dokunmaması gerektiğini bilir					
5.	Evde/okulda bulunan ilaçları anne/babası ya da öğretmeni söylemeden içmemesi gerektiğini bilir.					
6.	Evde bulduğu herhangi bir ürünü tüketmeden önce bir yetiškine danışır.					
7.	Bulduğu küçük nesnelere ağzına almaması gerektiğini bilir.					
8.	Güneşin zararlı etkilerini ve güneşin çok etkili olduğu saatlerde sokakta ya da parkta oynamanın tehlikeli olduğunu bilir.					
9.	Kendini güneşten korumak için şapka takması gerektiğini bilir.					
10.	Bisiklet sürerken kendini korumak için kask takması gerektiğini bilir.					
11.	Bisikletini, bisiklet yolunda sürmesi gerektiğini bilir.					
12.	Merdivenlerden çıkarken ve inerken dikkatli davranır.					
13.	Balkon gibi yüksek mekânlarda kendi güvenliği için nasıl davranması gerektiğini bilir.					
14.	Hareket ederken ortamda bulunan sivri yüzey ve köşelere dikkat eder.					
15.	Oyun parkı sınırları dışına çıkmadan ya da güvenli olan apartmanın bahçesinde oyun oynar.					
16.	Oyun parkında oynarken kendini tehlikeli durumlara karşı korumayı bilir.					
17.	Güvenli olmayan yerlerde oynarken kendisine zarar geleceğini bilir.					
18.	Kendisi için güvenli olan ve güvenli olmayan ortamları ayırt eder.					
19.	Kendisini tehlikeye sokacak durumları fark eder.					
20.	Kendisini tehlikeye sokacak durumlardan korunmayı bilir.					
21.	İzinsiz okul/bahçe dışına çıkmaması gerektiğini bilir.					
22.	İzinsiz okul/bahçe dışına çıkması gerektiğinde haber verir.					
23.	Tanımadığı bir kişiden gelen hediye/yiyecek teklifini geri çevirir.					
24.	Tanımadığı bir kişiden gelen oyun teklifini geri çevirir.					
25.	Eđer bir yerde kaybolursa ne yapması gerektiğini bilir.					

		Kesinlikle Katılıyor	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
b)	Temizlik ve Öz Bakım					
1.	Sabah kalktığında mutlaka elini yüzünü yıkar.					
2.	Diş temizliğine önem verir.					
3.	Gece yatmadan önce mutlaka dişlerini fırçalar.					
4.	Beden temizliğine önem verir.					
5.	Düzenli bir şekilde banyo yapması gerektiğini bilir.					
6.	Saçlarını tarar.					
7.	Saçlarının temiz olmasına özen gösterir.					
8.	Burnunu temizlemek için mendil kullanır.					
9.	Öksürürken ve hapsirirken mutlaka ağzını uygun şekilde kapatır.					
10.	Tuvalet ihtiyacına bir yetişkine ihtiyaç duymadan giderir.					
11.	Temizlik için sabun, tuvalet kâğıdı ve havlu kullanır.					
12.	Tuvaletten çıktıktan sonra ellerini sabunlar.					
13.	Bulunduğu ortamda çevrenin temiz olmasına özen gösterir.					
14.	Odasından/tuvaletten çıkarken ortamı temiz bırakır.					
15.	Hastalılardan korunmak için meyve/sebzeyi yıkayarak yemesi gerektiğini bilir.					
16.	Sağlıklı bir yaşam için aşı olması gerektiğini bilir.					
17.	Hastalıkların nasıl yayıldığını bilir.					
18.	Hastalılardan korunmak için temizliğine özen gösterir.					
19.	Yaralandığında yarasının temiz tutulması gerektiğini bilir.					
20.	Sağlığı için düzenli olarak doktora gitmesi gerektiğini bilir.					
21.	Sağlığı için düzenli olarak diş hekimi kontrolüne gitmesi gerektiğini bilir.					
22.	Giysilerini kendisi giyer.					
23.	Giysilerini kendisi çıkarır.					
24.	Giysilerini düzenli bir şekilde bırakır.					
25.	Kıyafetlerinin temiz olmasına özen gösterir.					
26.	Mevsime ve hava koşullarına göre giymesi gerektiğini bilir.					

		Kesinlikle Katılıyor	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
c)	Beslenme					
1.	Kahvaltının önemini bilir ve her gün mutlaka kahvaltısını düzenli şekilde yapar.					
2.	Sağlıklı gelişimi ve beden sağlığını korumak için düzenli ve dengeli beslenmesi gerektiğini bilir.					
3.	Sağlıklı gelişimi ve beden sağlığını korumak için öğün geçirmez.					
4.	Yiyeceklerin ve içeceklerin sağlıklı koşullarda muhafaza edilmesinin önemini bilir.					
5.	Yemek yerken sorun çıkarmaz.					
6.	Yiyecekleri ayırıp yapmadan yer-içer.					
7.	Sağlıklı gelişim için her gün uygun miktarlarda kuruyemiş yemesi gerektiğini bilir.					
8.	Sağlıklı gelişimi için her gün uygun miktarda süt ve süt ürünleri tüketmesi gerektiğini bilir.					
9.	Her gün sebze ve meyve yemesi gerektiğini ve bunun sağlığa faydalı olduğunu bilir.					
10.	Organik besinlerin sağlığa faydalı olduğunu bilir.					
11.	Sağlıklı gelişimi için organik besin tüketmesi gerektiğini bilir.					
12.	Fastfoodun (ayaküstü atıştırma) sağlığına zararlı olduğunu bilir.					
13.	Kızartılmış ürünlerin sağlığına zararlı olduğunu bilir.					
14.	Alerjisi olan yiyecekleri bilir.					
15.	Alerjisi olan yiyecekleri kendine zarar vereceği için tüketmek istemez.					
16.	Su içmenin sağlığı için faydalı olduğunu ve gün içinde vücudu için yeterli miktarda su tüketmesi gerektiğini bilir.					
17.	Evde olduğu müddetçe yemekleri masada ailesiyle yer.					
18.	Kendi başına doyacak şekilde yemek yer.					
19.	Yemek yerken uyması gereken kuralları bilir.					
20.	Yemek yerken çatal, kaşık ve bıçağı uygun şekilde kullanır.					

		Kesinlikle Katılıyor	Katılıyor	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
d)	Uyku					
1.	Odasında/yatağında tek başına uyuma konusunda sorun yaşamaz.					
2.	Uyurken zorluk çıkarmaz.					
3.	Yatağında kolaylıkla uyur.					
4.	Uyku süresince rahattır.					
5.	Uyku saati bellidir ve o saatte yatmaya özen gösterir.					
6.	Düzenli bir uyku alışkanlığına sahiptir.					
7.	Uykunun bedeni ve gelişimi için önemli olduğunu bilir.					
e)	Ruh Sağlığı ve Sosyal İlişkiler					
1.	Kendini tanıır.					
2.	Kişisel bilgilerini ve hobilerini ifade eder.					
3.	Duygularının farkındadır.					
4.	Duygularını rahatlıkla ifade eder.					
5.	Olumlu ve olumsuz duyguları ayırt eder.					
6.	Güçlü ve zayıf yönlerinin farkındadır.					
7.	Öfkesini kontrol etmeyi başarır.					
8.	Endişe ve kaygılarını kontrol etmeyi başarır.					
9.	Kendisini zorlayan durumlar karşısında hemen pes etmez.					
10.	Kendisini zorlayan durumların üstesinden gelmeye çalışır.					
11.	Kendi koyduğu hedeflere ulaşmak için çalışır.					
12.	Kendisine özen gösterir.					
13.	Arkadaşlarına ve çevresine önem verir.					
14.	Yakın çevresinin duygularını anlamaya çalışır.					
15.	Çevresiyle rahatlıkla iletişim kurabilir.					
16.	Çevresindekilere karşı saygılı davranır.					
17.	Çevresine karşı hoşgörülüdür.					
18.	Yetişkinlerin uygun olmadığını belirttiği davranışları yapmaz.					
19.	Toplum içinde uyması gereken kurallar olduğunu bilir.					
20.	Değişikliklere kolay adapte olur.					

		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
f)	İhmal ve İstismar					
1.	Birey olarak sahip olduğu hakların neler olduğunu farkındadır.					
2.	Haklarını nasıl koruması gerektiğini bilir.					
3.	Bulduğu ortamda kendini rahatça ifade edebilir.					
4.	İhtiyaçlarının yeterli ve zamanında karşılanmaması durumunda güvendiği birinden yardım ister.					
5.	Duygularını inciten durumları ve rahatsız eden olayları söyler.					
6.	Rahatsız olduğu olay ya da durumlara karşı fiziksel güç kullanmaması gerektiğini bilir.					
7.	Birisinin kendisiyle iyi/kötü niyetle temas kurduğunu anlar.					
8.	Bedeninin kendine ait olduğunu ve özel olduğunu bilir.					
9.	İzni olmadan başkasının bedenine dokunmasına izin vermez.					
10.	Yabancı bir kişiye yaklaşırken ya da iletişim kurarken dikkatli davranması gerektiğini bilir.					
11.	Birisi kötü niyetle temas kurmaya çalışırsa ne yapması gerektiğini bilir.					
12.	İstemediği bir şeyi yapmaz.					
13.	İstemediği bir şeye 'hayır' demesini bilir.					
14.	Şiddet içeren bir davranışa maruz kaldığında yardım istemesi gerektiğini bilir.					
15.	Rahatsız olduğu bir davranışa maruz kaldığında mutlaka bir yetişkine söyler.					
16.	Anlattığı olaylara inanılacağını bilir.					
17.	Rahatsız olduğu durumu bir yetişkine söylemekten çekinmez.					
18.	Kendisine karşı adil olmayan bir davranış sergilenirse bu durumu rahatlıkla belirtir.					
19.	Aile içinde sorun yaşandığında güvendiği birisine rahatsız olduğunu belirtir.					

Ek-3. Etik Kurul Onayı

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
23/03/2017	06	81

Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Rana YİĞİT'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Ebeveynlerin Okul Öncesi Çocuklarının Sağlık Eğitimine İlişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 17/03/2017 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza
Prof. Dr. Selma ÜNAL
Başkan Yardımcısı

İmza
Prof. Dr. Fatma Özlem KANDEMİR
Üye

İmza
Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Üye

(Katılmadı)
Prof. Dr. Murat BOZLU
Üye

İmza
Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN
Üye

İmza
Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye

İmza
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER
Üye

İmza
Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE
Üye

İmza
Doç. Dr. İsmail ÜN
Üye

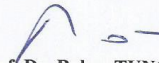
İmza
Yrd. Doç. Dr. M. Türkan IŞIK ERER
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK
Üye

(Katılmadı)
Uzm. Dr. Özge KURMUŞ
Üye

(Katılmadı)
Hürrem Betül LEVENT ERDAL
Üye

(Katılmadı)
Lale DAĞLI
Üye


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan
ASLI GİBİDİR

Ek-4. İl Millî Eğitim Müdürlüğü Araştırma İzin Belgesi



T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 34776202-605.01-E.5812565
Konu : Nagihan SEMİN'in
Araştırma İzin Talebi

26.04.2017

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) Mersin Üniversitesinin 17.04.2017 tarihli ve 393656 sayılı yazısı
b) Valilik Makamının 25/04/2017 tarih ve 34776202-605.01-E.5777981 sayılı Oluru.

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Nagihan SEMİN'in "Ebeveynlerin Okul Öncesi Çocuklarının Sağlık Eğitimine İlişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi" konulu araştırma izin talebi incelenmiştir.

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Nagihan SEMİN'in söz konusu çalışmayı 2016-2017 eğitim öğretim yılında Akdeniz ilçesine bağlı Cennet Ana Anaokulu, Mezitli İlçesine bağlı Mezitli Anaokulu, Toroslar İlçesine bağlı Vilayetler Hizmet Birliği Anaokulu ve Yenişehir ilçesine Yenişehir Belediyesi Anaokulunda öğrenim gören öğrencilerin velilerine okul idaresinin insiyatifi ile gönüllülük esasına dayalı olarak ve eğitim öğretimi aksatmadan (imzalı ve mühürlü anket soruları kullanılarak) uygulaması uygulama sonucunda hazırlanacak raporun basılı ve dijital ortamda İl Millî Eğitim Müdürlüğümüze vermek şartı ile uygun görüldüğüne ilişkin Valilik Makamının ilgi (b) Oluru yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Ali UZUN
Vali a.
Şube Müdürü

Ek :
1- Valilik Oluru
2- Mühürlü Anket Soruları (6 sayfa)

Dağıtım:
Mersin Üniversitesi Rektörlüğü
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
Akdeniz, Toroslar, Yenişehir, Mezitli Kaymakamlığı
(İlçe Millî Eğitim Müdürlüğü)

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır.
26.04.2017

Dumlupınar Mah. GMK. Blv. Yenişehir / MERSİN
Elektronik Ağ: <http://mersin.meb.gov.tr>
E-posta: istatistik33@meb.gov.tr

Bilgi İçin :Şef-Mehmet ŞİMŞEKKAYA-
Memur-Ayla SAĞLAM YAŞAR -Tel.:0(324)3291481
Dahili Tel: 120 Faks:0(324)3273518-19

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 3e51-4825-3f98-8a0c-9aea kodu ile teyit edilebilir.

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı : Nagihan SEMİN

Doğum Tarihi : 11.06.1992

E-mail : nagihan.semin@gmail.com

Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu	2010-2014
Yüksek Lisans	Hemşirelik	Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2015-2017

Görevler :

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Özel Fransız Lape Hastanesi	2014-2015
Araştırma Görevlisi	Üsküdar Üniversitesi- Sağlık Bilimleri Fakültesi- Hemşirelik Bölümü- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2015-2016
Araştırma Görevlisi	Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu- Hemşirelik Bölümü- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2016-2017
Araştırma Görevlisi	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi- Hemşirelik Bölümü- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2017-Halen