

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

115672

**KARAMAN İLİ İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNİN
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN
SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

115672

Hatice YALÇIN

Danışman:
Yrd. Doç. Dr. Kürşad AYDIN

KONYA-2002

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	iii
GRAFİKLER DİZİNİ.....	viii
BÖLÜM I	
GİRİŞ.....	1-4
1.1. Araştırmanın Amacı.....	4
1.2. Araştırmanın Soruları.....	4
1.3. Genel Bilgiler.....	5
1.3.1. Okul Dönemi Gelişim Özellikleri.....	5
1.3.1.1. Zihinsel gelişim.....	5
1.3.1.2. Psikososyal gelişim	5
1.3.1.3. Nöromusküler gelişim	6
1.3.1.4. Freud, Erikson ve Piaget'e Göre Gelişim.....	6
1.3.1.5. Çocuğun Gelişiminde Ailenin Rolü.....	7
1.4. Okul Dönemindeki Çocukların Sağlık Konularına Duyarlılıkları	9
1.4.1. Okul Dönemindeki Çocuklarda Olumlu Sağlık Davranışları	
Kazandırmanın Önemi	9
1.5. Olumlu Sağlık Davranışları	10
1.5.1. Sağlık Eğitimi	13
1.5.2. Beslenme	14
1.5.2.1. Beslenme Eğitim Programları	18

1.5.3. Hijyen	19
1.5.4. Düzenli Sağlık Kontrolü	21
1.5.5. Oyun ve Spor	21
1.5.6. Bağışıklama	22
1.5.7. Uyku.....	22
1.5.8. Kazalardan korunma	22
1.5.9. Sağlığı Geliştirme Ve Sağlığı Koruma Kavramları	23
1.5.9.1. Ardell'in Sağlığı Geliştirme Modeli	25
1.6. Çocuklarda Olumlu Sağlık Davranışları Kazandırmada Hemşirenin Rollerini.....	27
1.6.1. Hemşirenin Danışmanlık Rolü	28
1.6.2. Hemşirenin Eğitici Rolü	29

BÖLÜM II

MATERYAL ve METOD.....	30
2.1. Araştırmanın Tipi.....	30
2.2. Araştırmanın Evreni.....	30
2.3. Araştırmanın Örneklemi.....	30
2.4. Araştırmanın Değişkenleri	33
- Bağımlı Değişken	
- Bağımsız Değişken	
2.5. Veri Toplama Yöntemi.....	33
2.6. Veri Toplama Araçları.....	34
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	35
2.8. Araştırmanın Süresi ve Olanakları	35
2.9. Araştırmanın Etik Yönü	35

BÖLÜM III

3.1.BULGULAR.....	36
3.1.1. Çocukların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Bulgular	36
3.1.2. Çocukların Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Davranışlarına Ait bulgular	49
3.1.3. Çocukların Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Davranışları İle Sosyodemografik Özelliklerini Karşılaştırmaya Yönelik Bulgular	58
3.2. TARTIŞMA.....	64
3.2.1. Çocukların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Bulguların İncelenmesi.....	64
3.2.2. Çocukların Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Davranışlarına Ait Bulguların İncelenmesi	67
3.2.3. Çocukların Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Davranışları İle Sosyodemografik Özelliklerini Karşılaştırmaya Yönelik Bulguların İncelenmesi.....	70

BÖLÜM IV

4.1. SONUÇLAR.....	72
4.2.ÖNERİLER.....	75
5. ÖZET.....	77
6. SUMMARY.....	79
7. KAYNAKLAR.....	81

EKLER

Ek I. İlköğretim Öğrencilerinde Sosyodemografik Özellikleri Belirlemeye Yönelik Anket.....	88
Ek II. İlköğretim Öğrencilerinde Sağlığı Geliştirmeye İlişkin Davranışları Değerlendirme Anketi	89
Ek III. Örnekleme Alınacak Birey Sayısını Belirlemek Üzere Yararlanılan Formül.....	92
ÖZGEÇMİŞ.....	93
TEŞEKKÜR.....	94

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1.1. Okul Dönemindeki Çocuklarda Kavrama, Psikososyal Ve Psikoseksüel Gelişim Özellikleri	7
Tablo 1.2. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli	24
Tablo 1.3. Ardell'in Sağlığı Geliştirme Modeli	26
Tablo 2.4. Örneklem Grubunu Oluşturan İlköğretim Okullarındaki Öğrenci Sayıları	32
Tablo 3.5. Çocukların Yaş ve Cinse Göre Dağılımları	36
Tablo 3.6. Çocukların Anne Yaşına Göre Dağılımları	37
Tablo 3.7. Çocukların Anne Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	38
Tablo 3.8. Çocukların Annelerinin Mesleğine Göre Dağılımları	39
Tablo 3.9. Çocukların Babalarının Yaşına Göre Dağılımları	39
Tablo 3.10. Çocukların Babalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	40
Tablo 3.11. Çocukların Babalarının Mesleğine Göre Dağılımları	41
Tablo 3.12. Çocukların Kardeş Sayısına Göre Dağılımları	42
Tablo 3.13. Çocukların Evlerinin Kira Ya da Kendilerine Ait Olma Durumu	42
Tablo 3.14. Çocukların Evlerinin Sobalı Ya da Kaloriferli Olma Durumu	43
Tablo 3.15. Çocukların Evlerinin Apartman Ya da Müstakil Ev Olma Durumu	43
Tablo 3.16. Ailelerin Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımları	44
Tablo 3.17. Çocuklarda Özsorumluluk İle İlgili Özelliklerine Sosyoekonomik Durumun Etkisi	45
Tablo 3.18. Çocuklarda Beslenme Bilinci İle İlgili Özelliklerine Sosyoekonomik Durumun Etkisi.....	48
Tablo 3.19. Çocukların Fiziki Aktiviteleri İle İlgili Özelliklerine Sosyoekonomik Durumun Etkisi	50
Tablo 3.20. Çocuklarda Stres Yönetimi İle İlgili Özelliklere Sosyoekonomik Durumun Etkisi	53
Tablo 3.21. Çocuklarda Güvenlik İle İlgili Davranışlara Sosyoekonomik Durumun Etkisi	56
Tablo 3.22. Annelerin Mesleklerine Göre Çocukların Kendi Sağlıklarından Kendilerinin Sorumlu Olma Durumu.....	58

Tablo 3.23. Annelerin Yaşına Göre Çocukların Giyinme, Yeme vb İşleri Kendi Kendine Yapabilme Durumu.....	59
Tablo 3.24. Annelerin Mesleklerine Göre Günde Üç Öğün Düzenli Yemek Yeme Durumu	60
Tablo 3.25. Annelerin Yaşına Göre Çocukların Sorunlarını Konuşabilme Durumları	61
Tablo 3.26. Kardeş sayısına Göre Çocukların Aile Bireylerinden Destek Alabilme Durumları	63



GRAFİK LİSTESİ

<u>Grafik No</u>	<u>Sayfa No</u>
Grafik 3. 1. Annelerin Mesleklerine Göre Çocukların Kendi Sağlıklarından Kendilerinin Sorumlu Olma Durumu.....	58
Grafik 3. 2. Annelerin Yaşına Göre Çocukların Giyinme, Yeme vb İşleri Kendi Kendine Yapabilme Durumu.....	59
Grafik 3. 3. Annelerin Mesleklerine Göre Günde Üç Öğün Düzenli Yemek Yeme Durumu.....	60
Grafik 3. 4. Annelerin Yaşına Göre Çocukların Sorunlarını Konuşabilme Durumları	61
Grafik 3. 5. Babalarının Eğitim Durumuna Göre Çocukların Aile İçinde Her Konuyu Konuşabilme Durumları	62
Grafik 3. 6. Kardeş sayısına Göre Çocukların Aile Bireylerinden Destek Alabilme Durumları	63

BÖLÜM I

GİRİŞ

Bütün dünya ülkeleri sağlığın korunması, geliştirilmesi, sağlıklı bir çevrede sağlıklı bir yaşam biçimi ve olumlu sağlık davranışlarını insanlara kazandırmak ilkesiyle ortak bir hedef için çalışmaktadır. Bu, " Herkes için sağlık " sloganı ile isimlendirilmektedir. 21-24 Haziran 1988 tarihinde Viyana'da Avrupa Hemşirelik Konferansı sonuçlarında da, tedaviden çok hastalıkların önlenmesi ve sağlığın iyileşmesi üzerinde durulmuştur (Biol 2000). Ayrıca asıl ele alınması gereken grubun çocuk grubu olduğu vurgulanmış, çocukların sağlığını koruyucu önlemler alınması ve doğumdan sonra da hastalık ve ölümlerin önlenmesine yönelik hedefler de belirlenmiştir. Günümüzde bütün dünya sağlıklı bir geleceğe, sağlık alanı dışındaki tüm sektörlerin işbirliği ile çalışmalarını sonucunda ulaşabileceğinin bilincindedir (Meer 1998, Öncel 1999, Biol 2000).

Ülke nüfusumuzun %38 gibi önemli bir oranını okul çağında bulunan çocuklar oluşturmaktadır (Devlet İstatistik Enstitüsü 1997). Çocuklara doğru bilgi, tutum ve davranışların kazandırılabilmesi en ideal ortam öncelikle ailesi, çevresi ve dolayısıyla okuldur. Bu yüksek oranın ülke kalkınmışlık düzeyinin ve sağlığının yükseltilmesinde önemi büyüktür. Aile, çevre ve okulun oluşturduğu ortam denge içerisinde olursa, çocukta kalıcı sağlık alışkanlıkları ve bilgileri yerleşecektir, dolayısıyla da toplumun çekirdeğini oluşturan çocukların sağlıklı olması, beraberinde toplumun da sağlıklı ve dengeli olmasını getirecektir (Görak ve ark 1992, Binbaşoğlu 1995, Aydın 1996, Grant 1996)

Yaşamının en duyarlı dönemi olan çocukluk döneminde nitelikli uyaranlarla karşılaşmak, çocuğun tüm gelişimini ve kişiliğini etkileyeceğinden, farklı sosyoekonomik ve kültür düzeyinde büyüyen çocuklar arasında meydana gelen eğitim farklılıklarının en az düzeye indirilmesi ve toplumun her kesimindeki çocukların daha iyi gelişmelerinin sağlanması, okulun önemini artırmaktadır (Batak 1997).

Okullar çocuk ve gençlerimize sosyal, kültürel ve toplumsal değerlerimizin yansıtıldığı çok özel gelişimsel ortamlardır. Burada kazanılan sosyal beceriler ve sağlık alışkanlıkları uzun vadede çocuğun yaşantısını da etkileyecektir. Bu dönemde başarı ile uygulanan sağlık eğitimi sadece çocukların sağlığını geliştirmekle kalmayacak, ailedeki ve toplumdaki sağlığı koruma davranışlarındaki değişimi de kolaylaştıracaktır (Binbaşoğlu 1995, Aydın 1996, Öncel 1999, Clarice ve Kestenbaum 2000).

Avrupa Sosyal Pediatri Derneği Okul Sağlığı Kongresi (İstanbul 1999) sonuç bildirgesinde de okul sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesinin önemine yer verilmiştir. İnsan yaşamı içerisinde okul çağının özel bir dönem olmasının bir çok nedeni vardır.

Bu dönem, sağlık alışkanlıklarının geliştirilebilmesi için uygun bir dönemdir. Sağlıklı bilgi, tutum ve alışkanlıklar geliştiren öğrenciler, çevrelerindeki bireyler için de eğitici olabilirler. Okul, genellikle çocukların sürekli korundukları yuvalarından çıkıp toplum içine girdikleri ilk yerdir. Çocuk bu dönem boyunca öğrenme yolu ile kendisini yaşama hazırlamakta, olaylara tepkilerini düzenleyebilmekte, çeşitli alışkanlıkları kalıcı davranışlar haline getirmektedir. Okul çağındaki çocuklar, sürekli bir büyüme ve gelişme; hızlı ve aktif şekilde öğrenme; beceri kazanma ve etkilenme dönemindedirler (Ökçün 1995, Şahan 1995). Çevreyi ve bedenlerini tanıyarak öz bakımlarını tanımanın, sorumlulukların alınmasının gerekliliği mesajını çok daha iyi anladıkları bir dönemdedirler. Ayrıca okulda öğrencilerin grup halinde birbirleri ile bulunmaları bulaşıcı hastalıkların artmasını ve hızla yayılmasını kolaylaştırabilir. Bu nedenle okul iyi gözlem yapılarak gerekli koruyucu önlemlerin alınabileceği ve temizlik alışkanlıklarının, dolayısıyla da sağlığı geliştirmeye yönelik davranışların kazandırılabilineceği bir ortamdır (Şaşmaz ve ark 2000). Okul dönemi etkilenme devresidir. Bu dönemde iyi bir sağlık bilgisi verilir, korunmaya yönelik ve olumlu tutum geliştirici yaklaşımlar uygulanırsa ileride de bilinçli bir toplum yetiştirilmiş olacaktır (Altunçul 1992, Kaycan 1995, Ökçün 1995, Şahan 1995, Öncel 1999, Şaşmaz ve ark 2000)

İnsan yaşamının en önemli varlığı olan ve günümüzde boyutları oldukça genişleyen sağlığın korunması ve geliştirilmesi, doğru sağlık bilgisi, tutum ve davranışlarına bağlıdır. Ancak insanlar, sonuçta karşılaşılabilecek riskler ve sağlıklı seçenekler konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları gibi, küçük yaşlarda olumlu alışkanlıklar kazanamamaları nedeniyle sağlıklarını bozan uygulamalarda bulunmaktadır (Güzey 1991, Kaplan 1996)

Olumlu sağlık davranışları geliştirmek ve sağlıklı yaşam biçimi kazandırmaya yönelik olarak, Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme-Ulusal İlk Rapor'da, 27. madde, paragraf 1-3'te "Yaşam Standartları" adı altında şu bilgilere yer verilmektedir: "Çocukların zihinsel, bedensel ve sosyal gelişimine olanak sağlayacak yeterli yaşam standardını sunabilmek için olumlu sağlık alışkanlıkları yerleştirme çabaları ile birlikte, bilgilendirici programlar düzenlenmelidir." Medeni Kanun'un 264. maddesine göre, anne baba ellerindeki olanaklara göre çocuğu en iyi şekilde yetiştirmekle, en uygun eğitimi sağlamakla görevlendirilmiştir. 265. madde, anne babanın çocuklarının yetenek ve

1.1. Araştırmanın Amacı :

Bu araştırma, ilköğretim öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerinin sağlığı geliştirme davranışları üzerine etkisini incelemek ve bu konuyla ilgili yapılacak araştırmalara veri tabanı oluşturmak amacı ile yapılmıştır.

1. 2. Araştırma Soruları :

Çocukların özsorumluluk, beslenme bilinci, fiziki aktivitelerde dikkat, stres yönetimi, güvenlik ve çevre duyarlılığı vb sağlığı geliştirmeye yönelik davranışları;

1. Annelerinin yaşlarına, eğitim durumuna, mesleğine;
2. Babalarının yaşlarına, eğitim durumuna, mesleğine;
3. Kardeş sayısına,
4. Evin durumuna (ısıtma, oda sayısı vb)
5. Ailelerinin sosyal güvencelerine göre farklılık gösteriyor mu?

1.3. GENEL BİLGİLER

1.3.1. Okul Dönemi Gelişim Özellikleri;

1.3.1.1. Zihinsel gelişim

Okul çağı, yaşamın 6-12. yılları arasında yer alan düzenli fiziksel büyüme, nöromüsküler gelişme, bilişsel ve sosyal becerilerin hızlı gelişmesiyle özelleşen bir dönemdir. Bu dönemdeki çocuğun hareketleri, okul öncesi döneme göre daha uyumludur. Vücut, gövde ve özellikle bacaklar uzamıştır. Tırmanma, sıçrama, bisiklete binme gibi hareketleri rahatlıkla yapabilir. Yaşamın bu döneminde, fiziksel ve psikososyal gelişmede ailenin ve açılmış olduğu sosyal çevrenin önemi büyüktür. Her yaşın gelişmesi ve özellikleri farklı olduğu gibi, aynı yaştaki çocukların gelişmesi ve özellikleri de farklı olmaktadır. Bu nedenle her çocuk ayrı bir birey olarak değerlendirilmeli ve gereksinimleri bireysel olarak karşılanmalıdır (Kavaklı 1992, Yiğit 1992, Ökçün 1995, Aydın 1996, Algier ve ark 1997, Crawford 2000).

Okul döneminde çocukta mantıksal düşünme başlamıştır. Çocukta mekan, zaman, boyut, sayı, hacim, uzaklık kavramları yerleşmeye başlar. Bu dönemin sonuna doğru olayların bilimsel açıklamasını kısmen yapabilir. Enerjisinin büyük bir bölümünü yaşamındaki objeleri, deneyimleri sınıflandırma ile ve sınırsız koleksiyon ve ayırım yapma ile geçirir (Kavaklı 1992). Çocuk bu dönemde duygularını düzgün ifade eder. Sınıflama, dizeleme, uzay ve dünya, sayısal kavramlar ilgisini çeker. Şakadan, kelime oyunlarından hoşlanır, ahlaki ve dini yönelimlere önem verir (Görak ve ark 1992, Kavaklı 1992).

1.3.1.2. Psikososyal gelişim

Okul çağı çocuğun dış dünyaya açıldığı, sosyal çevreye karıştığı dönemdir. Kız çocukları kız özelliğini, erkek çocuklar erkek özelliğini, anababaları ile özdeşim kurarak kazanmışlardır. İyi ile kötüyü, doğru ile yanlış seçme yeteneği gelişmiştir (Yörükoğlu 1983, Yiğit 1992).

Becerilerini yetişkin gibi kullanma ve geliştirme çabası içinde yetişkin ile yarış halindedir. Çocuğun çocuk olarak kalma ile yetişkin olma arasında bocaladığı bir dönemdir. Erikson'a göre son derece çalışkandır. Kendine güveni ve başarısının onayı için arkadaşına gereksinimi vardır. Evden, aileden çok akran grubu içinde yer almaya başlamıştır.

Arkadaş grubu ve grup içinde rekabet önemlidir. Grupta “liderlik” önemlidir. Kendine güveni ve kişilik gelişmesi grup içinde olur. Grup içinde yarışma ve daha iyi olma isteği çok kuvvetlidir. Çocuk arkadaş grubu içinde aktif ve kendi kişisel becerilerini göstermeye isteklidir. Ailenin bu dönemde en önemli sorumluluğu çocuğun iyi arkadaşlar seçmesine yardımcı olacak ortamı hazırlamaktır. Bu yaş döneminde grupta popüler olma; sıklıkla sağlıklı ve iyi bir fizik görünüm, oyun ve spor becerisi, akademik başarı ve arkadaşlık ilişkileri ile değerlendirilir. Oyun ve spor aktivitelerinin çok önemli olduğu bu dönemde çocuk bazen gruptaki aktiviteye kendini kaptırdığından, yemek yeme veya okula gitme zamanını bile unutabilir

Ericson’a göre, çocuğun öğrenme ve becerilerini gösterme isteği engellenir ya da ailesi arkadaşları ve toplum tarafından onaylanmazsa, çocuk kendini yetersiz ve değersiz bulacağından onda “aşağılık kompleksi” gelişebilir. Bu durum çocuğun yetişkin dönemde toplumdaki başarısını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu dönemde önemli bir değişiklik, cinsel merakların yatışması ve durgun bir döneme girmesidir. Oyun döneminde olduğu gibi, anababaya çok soru sormazlar. Cinsel konulardan kaçır gibidirler (Yörükoğlu 1983, Görak ve ark 1992, Kavaklı 1992, Yiğit 1992).

1.3.1.3. Nöromüsküler gelişim

Çocuk sürekli hareket halinde ve enerji doludur. Koşar, sıçrar, tırmanır, oturması istendiğinde ellerini, ayaklarını hareket ettirir. Ağzına türlü şekiller verir, konuşur, sorular sorar. Motor becerilerini çok iyi kullanır. Bircysel yeteneklerini ve küçük motor becerilerini göstermeye çalışır. Hareketleri ahenklidir. Spor yapmak, kitap okumak, kağıt ve masa oyunları ve maç yapmayı sever. Bu yaşlarda oyun için fazla araç gerekmez. Proje yapmak, el çalışmaları yapmak çocuk için önemlidir. Dönemin sonunda çocukların çoğunluğunda motor beceriler en üst düzeye ulaşır (Görak ve ark 1992, Kavaklı 1992, While 1993, Yiğit 1992, Yörükoğlu 1983).

1.3.1.4. Freud, Erikson ve Piaget’e Göre Gelişim

Okul dönemindeki çocuklarda bilişsel gelişim, psikososyal ve psikoseksüel gelişim özellikleri, Tablo 1’de özetlenmiştir (Görak ve ark 1992):

Tablo 1.1. Okul Dönemindeki Çocuklarda Kavrama, Psikososyal Ve Psikoseksüel Gelişim Özellikleri

Kuramcı	Okul Çağı Çocukluk Dönemi Özellikleri
FREUD	Bu dönemi “latent dönem” şeklinde isimlendirmiştir. Freud’a göre bu dönemde seksüel yönelimler önceki dönemlere göre zayıflar. Aynı cinse ilgi duyar. Grup ilişkileri, beceri ve faaliyetlerin öğrenilmesi önem kazanmıştır.
ERİKSON	Erikson bu dönemi “beceri ya da aşağılık duygusu dönemi” şeklinde isimlendirmiştir. Erikson’a göre bu dönemde ilgi alanı aileden topluma yönelir. Sorun çözerek, bazı işleri bitirerek taktir kazanmak ister. Bu çabalarına karşı çıkılırsa, değersiz olduğuna inanır ve aşağılık duygusu gelişir.
PIAGET	Kavrama gelişimi ile ilgili olarak, Piaget bu döneme “somut işlemler dönemi” olarak adlandırmıştır. Piaget’e göre çocukta sosyal ilişkiler başlamıştır. Düşünceler hızlanmış, tüme varan ve sonuç çıkaran basit bir mantık kullanabilmektedir.

1.3.1.5. Çocuğun Gelişiminde Ailenin Rolü

Aile çocuğun fiziksel, duygusal, sosyal tüm gereksinimlerinin karşılandığı yerdir. Aile çocuğun barındığı, beslendiği, sosyal, kültürel değerleri öğrendiği ortamdır. Çocuğun zeka, yetenek ve kişiliğinin gelişiminde, sosyalleşmesinde ailenin önemi büyüktür. Çocuğun kişiliğinin oluşumu, biçimlenmesi ve benlik saygısının gelişimi büyük ölçüde özdeşim modelleri olan anababanın kişilik özelliklerine bağlıdır. Anne ve babanın davranışlarını kendine model alan çocuk, bu şekilde istenen ve istenmeyen davranışları onlardan öğrenir ve kendini yönlendirir (Ökçün 1995, Başaran 1997).

Toplumların görevi olan kültürlerini sürdürmek ve geliştirmek, yetişmekte olan kuşağın eğitim ve öğretimi ile olur. Eğitim, çocuk doğar doğmaz ailede başlar. Her ana baba çocuğunu en iyi biçimde yetiştirme çabasındadır. Çocuğun erdemli bir insan olarak toplumda yerini alması, iyi bir öğrenimden geçerek başarılı bir yetişkin olması beklenir. Toplumsal yaşamın düzeni için yüce değerler, en iyi ve doğru bilgiler, doğru alışkanlıklar kazandırılmaya çalışılır. Bu çerçevede ailenin yeri, olumlu sağlık tutumları geliştirme konusunda çok önemlidir (Yörükoğlu 1983).

Anne babanın rehberliği, bilgileri ve deneyimleri çocuk tarafından kendi davranışları için kaynak olarak kullanılmaktadır. Anne ve babanın değerleri, düşündükleri, bildikleri ve beklentileri onun gelişmesi için bir başlangıç olacaktır (Güzey 1991, Yiğit 1992, Klein 2000).

Her anne ve baba, geleneklerine, gördüklerine, öğrenimlerine, gelişimlerine göre kendilerine özgü bir çocuk yetiştirme düzeni kurar. Ailenin yapısı, geçimi, birlikteliği, çocuğun aile içindeki konumu, aile içinde çocuğa verilen değer, ailenin çocuğa karşı tutumu gibi etkenler, çocuğun gelişiminde ve belli alışkanlıklar kazanmasında büyük önem taşır (Korkut 1996, Başaran 1997). Ailenin eğitsel ortamı çocuğun öğrendiklerini pekiştirebilir ya da köreltebilir. Aile ortamının eğitime elverişli olması için ailede bulunması gereken koşullar özetle şunlardır:

- 1 – Ailenin çocuğu güdülemesi,
- 2 – Ailedeki kişilerin çocuğa kılavuzluk edebilmesi,
- 3 – Ailenin eğitime elverişli bir ortamda bulunması,
- 4 – Çocuğun çalışma programı yapmasına ve alışkanlık haline getirmesine fırsat verici ortam hazırlaması,
- 5 – Öğrenmeyi öğretme ya da yaratıcılığı desteklemenin uygulanabilmesi,
- 6 – Çocuğun düşüncelerine saygı gösterilmesi

Ailede bu koşullar sağlandığı sürece, çocuklar olumlu alışkanlıklar kazanabilir ve bunu tutum haline getirebilirler (Başaran 1997).

1.4. Okul Dönemindeki Çocukların Sağlık Konularına Duyarlılıkları

Okul dönemine gelmiş çocukta iyi ile kötüyü, doğru ile yanlış seçme yeteneği yani üstbenlik gelişmiştir. Bağımlılığı önceki döneme göre azalmış, annesi dünyasının eksen olmaktan çıkmıştır. Oyun çağındaki gibi ana babalarına sürekli sorular sormazlar, cinsel konulardan kaçarlar. Oyun döneminde sık sık ortaya çıkan hastalıkların bıraktığı güçlüklerin farkında olarak, ödüllendirildiklerinde ve iyi motive olduklarında sağlıklarına dikkat etmeye çalışırlar. Ancak genel olarak sağlığın önemini farkında olmalarına rağmen kendilerine çok dikkat etmezler. Sürekli olarak onları uyaran ya da motivasyonlarını sağlayan bir yetişkine gereksinim vardır (Yörükoğlu 1986).

İlköğretim dönemindeki çocuklar, sağlıkları ile ilgili konularda yetişkinlere oranla daha duyarlıdır. Kendi sorumluluklarını yerine getirdiklerinde yetişkin olma duygusu yaşadıkları için ve bu dönemde eğitimcilerin her konudaki öneri ve bilgilerine daha açık oldukları için, sağlık alışkanlıklarını bu dönemde kazandırmak gerekir (Servonsky ve Opas 1987, Ardell 1999)

1.4.1. Okul Dönemindeki Çocuklarda Olumlu Sağlık Davranışları

Kazandırmanın Önemi

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi “ Herkes için sağlık stratejisi” hedeflerinden biri de, yaşam süresinin uzatılması yanında, yaşam kalitesinin de artırılmasıdır. Beklenen hedefe ulaşmada katkı sağlayacak en önemli unsurlardan biri de, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesini sağlamaktır. Bu açıdan, sağlık aktivitelerinin olumlu bir şekilde alışkanlık ve davranışa dönüşmesi özellikle her türlü öğrenmeye açık olan okul döneminde çok önemlidir. Çağdaş tıp felsefesi ve hemşireliğin kurumsal ve kavramsal çatısı da, sağlığın geliştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması üzerine odaklanmıştır (Craven 1996, Grant 1996, Stanhope ve Lancaster 1996, Öncel 1999).

Okul gerek fiziksel, sosyal çevresi ile okul toplumunun sağlığını doğrudan etkilemesi, gerekse sağlıkla ilgili olumlu tutum ve davranışların geliştirilmesine ya da sağlık hizmetlerinin topluca sunulmasına elverişli bir ortam olması nedeniyle sağlık hizmetleri için önemlidir.

Okul, giderek daha geniş bir kitleyi içinde barındıran, toplumun çoğunluğunu yakından ilgilendiren bir kurum olmaktadır. Günümüzde özellikle kentsel bölgelerde çalışan annelerin giderek artması, çocukların 6 yaşından da önce günlerinin büyük bir

kısmını bir sosyal ve eğitim kurumunda geçirmelerini gerektirmektedir (Aksayan ve ark 1998). Okul, öğrencilere, ailelere ve dolayısıyla topluma sağlıklı yaşam bilgisi, sağlığa ilişkin olumlu tutum ve doğru sağlık davranışlarının geliştirilmesi için vazgeçilmez bir kurumdur.

Kazanılan olumlu davranışların yerleşmesini sağlamak için yapılan her doğru davranışın pekiştirilmesi sağlanmalıdır. Özellikle yeni davranışların kazanılmasında pekiştirme çok önem taşır. Davranış öğrenildikten sonra aralıklı pekiştirmeler daha yararlıdır. Bunun dışında ödül, istenen davranışları yaptırmak için uygulanan özendirici bir etkidir. Pekiştirme ve ödül olumlu alışkanlık ve öğrenme kazanılmasında en etkili yollardır (Yılmaz 1995).

1.5. Olumlu Sağlık Davranışları

Sağlık, her bireyin vazgeçilmez, devredilemez ve ertelenemez temel bir gereksinimdir. Bu nedenle sağlık ülkelerin anayasalarında, vatandaşların temel hakları olarak ilk sırada yer alır. Sağlık günümüzde gittikçe gelişen, zenginleşen, ancak üzerinde henüz kesin anlaşma ve tanımlama yapılamayan bir kavramdır (Stanhope ve Lancaster 1996, Birol 2000). Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik halidir” biçiminde tanımlamaktadır. Bu tanım kapsamlı gibi görünse de, düşük ekonomik durumda olan ülke insanına yanıt vermemektedir. Bu tanımdaki “iyilik hali”nin dereceleri üzerinde de durulmamaktadır. Kişiyi sağlıklı diyebilmek için bireyin kendini hem sağlıklı algılaması, hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gerekmektedir (Birol 2000, Craven ve Hırmıç 1996).

Olumlu sağlık davranışı bireyin kendi sağlığını ve başkalarının sağlığını etkin şekilde korumak için bilinçli çabalardan oluşur. Davranışı kazanma ile, davranışı uygulamaya dönüştürme arasında önemli bir ayrım bulunmaktadır. Model alınan davranış kazanılmış, ancak davranışa dönüşmemiş ve pekiştirilmemiş olabilir (Ardell 1990, Gözüm ve Bağ 1998) Sağlık eğitimcisinin bu aşamadaki en önemli rolü, olumlu davranış değişikliği için iyi bir motivasyona sahip olan bireyleri bilişsel öğrenme sistemleri ve sosyal destek sistemleri ile desteklemek olabilir. Dünya Sağlık Örgütünün 2000 yılında herkes için sağlık hedeflerinin 16. ve 17. maddelerinde olumlu sağlık davranışları kazanma ve sağlığa zararlı davranışlardan sakınmada akranların etkisinden bahsedilmiştir. Buna göre, çocuklar büyüdükçe akranlarının onların davranışları üzerindeki etkisi de artar ve gençlikte akran

etkisi egemen olur. Bu nedenle çocuğun okul ve arkadaş çevresi deneyimleri sağlık üzerinde olumlu ya da olumsuz etki yapan davranış türlerinin biçimlenmesine katkıda bulunur (Gözüm ve Bağ 1998).

Temel sağlık hizmetleri yaklaşımından bu yana hastalıkların tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çabası önem kazanmış, bireyin kendi sağlığına ait değişen ve gelişen rolleri, sağlığın geliştirilmesi kavramını, üzerinde önemle durulan bir konuma getirmiştir. “Herkes için sağlık hedefleri”nde de, günümüzde bir çok sağlık sorununun sağlığa ilişkin tutum ve davranışların olmayışı (beslenme yetersizliği ya da dengesizliği, kişisel ve çevresel hijyene uymama, stresle başa çıkamama, egzersiz yapmama vb) ve sağlıksız yaşamdan (uygun barınak ve güvenli çevrede bulunmama, çevre kirliliğine maruz kalma vb) gibi nedenlerden kaynaklandığı belirtilmektedir (Sayan ve ark 1999).

Sağlığın yükseltilmesi, öncelikle sağlığı koruyucu ve yaşam tarzını etkileyen sağlık eğitimi ile sağlanabilecektir. Yaşam tarzı, her gün yapılagelen, ancak bilinçsizce devam eden bir davranış sürecidir. Yaşam tarzı kültürel, ekonomik, eğitim düzeyi ve kişisel özelliklerden dolayı değişiklik gösterir. Sağlıkla ilgili olumlu davranışlar geliştirmede bunların etkisi büyüktür. Sağlıklı yaşam için ve olumlu alışkanlıklar kazanmak için beslenme ilkelerine, uygun alışkanlıklar kazanılmasına, düzenli uykuya, egzersiz yapmaya, uygun çevre koşullarının sağlanmasına, stres ile başedebilme davranışları geliştirmeye, kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk alabilmeye ve etkin bir sağlık eğitimine gereksinim vardır (Aksayan ve ark 1998, Ardell 1999).

Çocuklara doğru davranış kazandırabilme yetişkinlerin davranışını değiştirmekten daha kolaydır. Bir çok araştırmada, sağlıkla ilgili olumsuz tutum ve davranışların sağlık ve yaşam kalitesini düşürdüğü, buna bağlı olarak sakatlık ve yetmezliklerin geliştiği ortaya konmuştur. Araştırmalara göre dengeli beslenme, düzenli fiziksel faaliyet, dinlenme, meditasyon gibi davranışlar yalnızca kişisel düzeyde değerlendirilen davranışlar olmayıp, bireysel sağlık duygusunu artırmakta ve hastalıklara karşı bir tampon oluşturmaktadır (Aydın 1985, Sayan ve ark 1999, Klein 2000).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından uluslar arası boyutta “Okul Çağındaki Çocukların Sağlık Davranışları” (Health Behaviour in School-Aged Children) konusu bir çok kuruluş ve bilim adamı işbirliği ile önemle ele alınmaktadır. “Sağlığın korunması, teşvik edilmesi, geliştirilmesi, iyileştirilmesi ya da sağlığın yükseltilmesi” diyebileceğimiz “*health*

promotion“ kavramı tüm dünyada gündemdedir. Bu kavram Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Kõnseyi ve Avrupa Birliği Komisyonunun çalışmalarında anahtar kelime haline gelmiştir.

Annelere, ocuklara yõnelik olarak, onlara kendi yaşamları üzerindeki kontrollerini artırma becerisi kazandırmayı amaçlayan bir çok proje, Avrupa lkelerinde ve network sistemi içinde ortak olarak DSÖ, AB ve Avrupa Kõnseyi çerçevesinde tüm bõlgelerde yürütülmektedir. Proje, 38 ülkede yüzbinlerce õęrenciye, eğitilen õęretmenler ve koordinatõrler tarafından uygulanmaktadır. DSÖ, bu projeyi The European Network of Health Promoting Schools “Avrupa’da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı” diye adlandırmıştır. İlk defa 1991 yılında pilot bõlge olarak seçilen ülkelerde çalışmalara başlanmıştır. Polonya, Macaristan, ek Cumhuriyeti ve Slovakya’da yapılan çalışmalarda başarıya ulaşılmıştır (Kaplan 1996, ncel 1999).

Sağlık eğitiminin verilmesinde okul, hem sağlıklı yaşam tarzının geliştirilmesinde hem de çocukların zararlı alışkanlıklar edinmeden önce bilinçli hale getirilmesi konusunda tüm sektõrlerin kolayca işbirliği yapabileceği uygun bir yer olarak kabul edilmiştir. Sõz konusu kararda özellikle şu konulara değinilmektedir:

- 1 - Kapsamlı bir eğitim sürecinde aileler, eğitim kuruluşları ve toplum, eşit ağırlıkta sorumluluk almak zorundadır.
- 2 - Okulun günlük yaşamında, sağlığı geliştirme eğitimi verilerek kişilerarası ilişkiler, yeme alışkanlıkları vb konulara ağırlık verilmelidir.
- 3 - Sağlığı geliştirici bilgi ve tutumların kazandırılması konusunda katkı sağlayabilecek şekilde tedbirler alınmalıdır.

Sağlıklı yaşam tarzının oluşturulması için sağlığı geliştirebilecek bilgilerin verileceği kişilerin eğitilebileceği yer olarak okul, bir çok olanağı õęrencilere sunmaktadır. Bundan dolayı Sağlık ve Eğitim Bakanlıkları arasında gerçekleştirilen işbirliğine önem ve destek verilmelidir. Çocuklara sağlıklı yaşam biçiminin önemi üzerinde açıklamalar yapılmalı, etkin bir şekilde sağlık eğitimi planlamasına destek olunmalıdır (Kaplan 1996).

Ülkemizde Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı işbirliğinde, ülkemiz şartlarına uygun bir model oluşturulmuştur. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacını taşıyan bu çalışmalar ile, hastalanmadan kendi sağlığı konusunda duyarlı hale gelme, kendine güvenen ve sorumluluğunu bilen birey yetiştirme hedef alınmaktadır. Artık “sağlık” deyince, insanların aklına “doktor, hemşire, hastane vb” kavramlarını getiren

klasik anlayış yerine, stresin yol açabileceği sorunları düşünerek bunu oluşturan sebeplerden uzak durabilme yöntemlerini uygulayan, sigara, alkol ve uyuşturucu maddelerin sağlığa zararları konusunda bilinçli olan, kendisiyle, ailesiyle, okul vb ortamlarda sağlam ilişkiler kurabilen bir anlayış benimsenmiştir.

Okulda ve okul çevresinde sağlıklı ilişkiler kurulması, sağlıklı davranışların yaşam tarzı haline getirilmesi için öğretmenler, toplum ve sağlık personeli arasında işbirliği sağlanacaktır. Bu çalışmalar, geleneksel sağlık eğitimi yaklaşımı şeklinde değil, **sağlığı geliştirme eğitimi** şeklinde yapılmaktadır (Kaplan 1996).

1.5.1. Sağlık Eğitimi

DSÖ Eksperleri Komitesi tarafından sağlık eğitimi şu şekilde tanımlanmıştır: “ Sağlık eğitimi, kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulatmaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla birey olarak ve toplumca karar aldırılmaktadır” (Bahar ve ark 1999).

Sağlık eğitimi , temelde toplumun sağlığını olumsuz yönde etkileyen davranışları saptayarak, bu davranışları pekiştirmeyi amaç edinir. Sağlık eğitiminin diğer bir amacı da, bireylerin kendi sağlıklarında öz-sorumluluk almalarını sağlamaktır (Gözüm ve Bağ 1998).

Sağlık eğitimi, temel sağlık hizmetlerinin sekiz ögesinden biridir. Sağlık Bakanlığı'nca da belirtildiği gibi, sağlık eğitiminde amaç, bireylere sağlıklı yaşam için alınması gerekli önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullandırmaya alıştırmaktır (WHO 1994). Okullarda sağlık eğitiminin amacı ise, çocuğun okul öncesi dönemde edindiği olumlu sağlık bilgi, tutum ve davranışlarını desteklemek ve olumsuz olanları değiştirmektir (Bahar 1989, Özden 1990).

Sağlık hizmetlerinin her basamağında birey, aile ve topluma sağlık eğitim programları düzenleme konusunda hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir. Ancak eğitimde etkinlik yararlanılan eğitim araçlarının konu ile ilgili verilecek mesaja uygun geliştirilmesine ve uygun kullanımına bağlıdır (Bayık 1992, Kaycan 1995).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1984 yılında yayınlanan bir araştırmada tüm sağlık bakımının % 75'inin aile ya da birey düzeyinde kaldığı belirlenmiştir. Ailenin aktivitelerini

desteklemek, tamamlamak ya da eklemeler yapmak için, sağlık personelinin bu aktivitelerin neler olduğunu bilmeleri ve sağlığı nasıl etkilediğini bilmesi gerekir (Kemp ve Sibert 1995). Hemşire tarafından aileye ya da bireye verilecek sağlık eğitiminin önemi büyüktür. Okullardaki sağlık eğitimi çabaları, hem fizyolojik, hem de psikososyal davranışların iyileştirilmesine yardımcı olmalıdır. Öğrencilerin çevresel koşulların sağlıkla ilgili doğru davranışları benimsemesinin yolları öğretilmelidir (Öncel 1999).

Çocuklara sağlıklarını geliştirmek amacıyla kazandırılacak tutum ve davranışlar şu şekilde özetlenebilir:

- 1 – Dengeli yemek, çalışmak, eğlenmek, dinlenmek, uyumak,
- 2 – Uygun beslenmek,
- 3 – Dengeli ruhsal yaşam,
- 4 – Sağlığa zarar verecek alışkanlıklardan ve davranışlardan kaçınmak,
- 5 – Sağlık hizmetlerinden yararlanmak.

Böylece sağlık konularında eğitilmiş çocuk, yetişkin bir kişi olduğunda kendi ailesinin daha sağlıklı olabilmesi için ne yapması gerektiğini bilecek ve sağlığı bozulduğunda nasıl davranacağını kavramış olacaktır (Bahar 1989, Öncel 1999).

Sağlık eğitiminin önemli bir uygulayıcısı olan hemşireler, bireylerin sağlıkla ilgili davranış değişikliklerini başarılı bir şekilde başlatmaları ve sürdürürebilmeleri için en iyi stratejileri ve son gelişmeleri her zaman yakından takip etmek zorundadırlar (Damrosch 1991, Craven ve Hırcıncı 1996, Aksayan ve ark 1998).

Sarp (1994) tarafından yapılan araştırmada Ankara'nın düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki semtlerinde çocukların sağlık ile ilgili bilgileri ölçülmüş, düşük sosyoekonomik bölgedeki çocukların sağlık bilgileri yetersiz, orta ve yüksek sosyoekonomik seviyedeki bölgede yaşayan çocukların sağlık bilgileri ise yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin çocukların ailelerinden ve çevrelerinden almış oldukları bilgilerin yeterliliği ya da buldukları ortamlarda sağlığa verilen önem ile açıklanabilir.

1.5.2. Beslenme

Beslenme, çocukların büyüme gelişmesi ve sağlığın korunması için temel gereksinimdir. Beslenme, büyüme ve yaşamın sürdürülmesi, bununla beraber sağlığın

korunması için besinlerin kullanımınıdır. Çocukluk yaşlarında beslenme ayrı bir önem taşır. Sağlıklı durumun devam edebilmesi ve organizmanın normal büyüme gelişmesini tamamlayabilmesi için çocuğun ilk günlerden itibaren ve çocukluğun her döneminde bileşim ve miktarca yeterli, aynı zamanda dengeli beslenmesi önemlidir (Altunçul 1992, Görak ve aek 1992, Aygün 1994).

Herhangi bir mesleki grubun temelini, bu mesleğin uygulamasında kullanılabilen bilgi birikiminin gelişimi oluşturur. Bu nedenle hemşirelik yeni ve gelişmekte olan bir disiplin olarak uygulamasını destekleyen kavram ve modellerle bilgisini geliştirmeye başlamıştır. Beslenmeyle ilgili olarak Maslow, Temel İnsan Gereksinimleri Hiyerarşisinde gerçekleşmesi gerekli temel fiziksel gereksinimler arasında beslenmeyi ön sıralarda ele alırken, Henderson da 14 temel bileşeni arasında ilk önce yeterli ve dengeli beslenmenin geldiğini belirterek konunun önemini vurgulamaktadır (Biol 2000).

Büyüme ve gelişme, birbirine paralel giden olgulardır. Büyüme ve gelişme olayı beslenme, genetik yapı, cinsiyet, hormonlar (hipofiz, tiroid, ACTH gibi), çevresel koşullar, sosyoekonomik durum, kültür ve gelenekler gibi faktörlerin etkisi altındadır. Bu faktörlerin en önemlilerinden biri beslenmedir. Beslenme toplumsal açıdan o kadar önemlidir ki, yetersiz ve dengesiz beslenmenin toplum sağlığını olumsuz yönde etkileyeceği ve sosyal, ekonomik gelişmeyi yavaşlatacağı kabul edilmektedir. Özgeçmişinde kötü beslenme olup da hayatta kalanlar arasında fonksiyonel güçte azalma, zihinsel ve fiziksel gerilik gözlenmektedir (Mumcu 1999, Doucette ve Dwyer 2000).

Beslenme, çocuğun büyüme ve gelişmesini doğrudan etkiler, yeterli ve dengeli beslenmeyen çocukların gelişimi geri kalır. Büyüme çağı geçtikten sonra bu gerilik artık düzeltilemez. Böylece bu çocuklar daha sonraki yıllarda da boyları kısa, cılız, pek çok kez bünye zayıf yetişkinler olarak kalacaktır. Bu iyi gelişmemiş çocuklardan ileride anne olanlar, kendilerinden doğacak yeni kuşağın sağlığını da olumsuz etkiler. Kötü beslenen ana babalar malnütrisyonlu çocuklar yetiştirmekte ve bir kısır döngü oluşturmaktadırlar. 1995 Dünya Sağlık Raporu'nda dünya çocuk nüfusunun yaklaşık 1/3'ünde, yani en azından 200 milyon çocukta beslenme yetersizliği vardır (Köküöz 1996, Mumcu 1999, Köse 2000).

Toplumsal beslenme sorunlarımız Aksayan ve arkadaşları (1998) tarafından şu şekilde sıralanmaktadır:

Yeterli ve dengeli beslenebilme için günde temel üç öğünün içeriği ve miktarının uygun olması gerekir. Çocukluk çağı gibi özel gereksinim durumlarında, ya da gereksinimin arttığı durumlarda öğün sayısı dört-beşe çıkarılmalıdır. Ortak kaptan yeme her kişinin alması gereken miktarı azaltması nedeniyle yetersiz beslenmeye neden olmaktadır. Öğün içeriği dengeli biçimde her besin ögesini kapsasa bile kimin ne miktarda besinleri aldığını belirlemek güçleşecektir. Dengeli ve yeterli beslenme için tüm besin öğelerinden yeterli miktarda alınması gerekir. Ancak besinler gerektiği gibi saklanmazsa bozulacaktır. Besinler hazırlanma aşamasında, besin değerini kaybettirecek yöntemlerin kullanılması da genel olarak beslenmeyi olumsuz etkileyebilmektedir. Pişirme sırasında oluşabilecek besin değerinin kaybı da beslenmeyi etkilemektedir. Besinlerin tüketiminde belirli besin ögesine ağırlık vermekten kaçınılmalıdır. Tüm besin öğelerinin bulunduğu dengeli bir menü hazırlanmama nedeniyle ülkemizde beslenme bozukluklarına sık rastlanmaktadır (Aksayan ve ark 1998).

Anne ile çocuk arasındaki en erken ilişki beslenme çerçevesinde oluşur. Annenin ve ailede yaşayan diğer bireylerin beslenme ile ilgili tutumları, bilgi düzeyleri, alışkanlıkları, ekonomik durum, kültürel ve sosyal bir çok faktörler ile çocuğun beslenme alışkanlıkları da etkilenir.

Ailelerin ekonomik olanakları kişinin beslenme durumunun en güçlü belirleyicilerinden biridir. Beslenme ile ekonomik durum arasındaki ilişki, pek çok araştırma ile gösterilmiştir. Dünyada değişik bölgelerde yapılan çalışmalarda yüksek ve orta düzeyde sosyoekonomik gruptan gelen çocukların, düşük sosyoekonomik gruptan gelen yaşlılarına göre daha uzun boylu ve iri oldukları saptanmıştır (Mumcu 1999).

Bayık'ın (1991) okul çocuklarında sağlık sorunlarının belirlenmesi üzerine yaptığı bir çalışmada, ağırlık yönünden %13.1, boy yönünden de %1.1 olarak gelişme geriliği çocuklarda beslenme bozukluğuna bağlı akut malnütrisyon tanımlanmıştır. Ayrıca avitaminozlar (çatlak tırnak, ciltte lekeler) %18.8 oranında belirlenmiştir (Bayık 1991).

İyi beslenemeyen çocukların fiziksel ve zihinsel gücünde de azalma olmaktadır. Bu durumda sağlık harcamaları artmakta; toplum yeteri hızda gelişmemekte; ekonomi, eğitim ve üretim sorunları birbirlerini zincirleme olarak etkilemektedir (Altunçul 1992).

Yetersiz ve dengesiz beslenme hastalıklara yakalanmayı kolaylaştırdığı gibi, çeşitli hastalıklara da yol açmaktadır. Ülkemizde çocukların % 50'sinde hafif ve ileri derecede

anemi görülmekte, ayrıca hayvansal protein alımı yetersizliğine, riboflavin gibi vitaminlerin yetersizlik belirtilerine sıkça rastlanmaktadır. Çocukların %39.7'i B2 vitaminin çok yetersiz tüketmektedir. Hayvansal proteinleri yetersiz tüketen çocuk ve aile oranı, ulusal düzeyde %26.7, Karadeniz Bölgesinde %36.4 ile en yüksek, büyük kentlerde %10 ile en düşük iken, köylerde % 44.3 ile en yüksek bulunmuştur. Ayrıca ülke düzeyinde çocuk ve ailelerin %17.4'ü yetersiz kalorili gıda alırken, aşırı derecede kalorili gıda tüketen aile oranı % 35.4'e kadar yüksek bulunmuştur (Altunçul 1992).

Okul döneminde şekerleme, pasta, kek, kola gibi yiyecek-içecekler çocuğun iştahını kapatarak yetersiz ve dengesiz beslenmesine, aynı zamanda da diş çürüklerine yol açar. Bu tür yiyeceklerin düşük sosyoekonomik düzeydeki bölgede yaşayanlar tarafından yüksek sosyoekonomik düzeyde yaşayanlara göre daha çok tüketildiği tespit edilmiştir (Aydın 1996).

Süt ve süt ürünlerinin beslenmede önemi büyüktür ve meyve suyu asla sütün yerine geçemez (Doucette ve Dwyer 2000). Doucette ve arkadaşları (2000)'nin çalışmasında fazla kalorili ve lezzetli yiyeceklerin ya da içeceklerin, özel sağlık sorunlarını ve oral hijyen yetersizliğini beraberinde getireceği, meyve sularının süt formüllerine göre protein, fosfor, kalsiyum gibi diğer besin maddelerini daha az oranda içerdiği sonuçları yinelenmiştir.

Çocuklarda görülen yeme bozuklukları ve beslenme sorunlarının, annelerinin yeme davranış ve alışkanlıklarındaki bozukluklarla ilişkisi olup olmadığını inceleyen araştırmalar fazla yoktur. Ancak yeme sorunu olan çocuğa sahip anne babaların beslenme dahil, çocuklarının gelişimlerini de olumsuz yönde etkileyebileceğine dair bulgular vardır. Beslenme bozukluğu ile gelen çocukların anne babalarının kendi yemek alışkanlıkları ve davranışları ile ilgili olarak ciddi ve duyarlı şekilde ilgilenilmesi gerekir (Stein ve Walters 1995).

Amerika Birleşik Devletleri'nde çocukluk dönemi şişmanlığı ile ilgili yapılan bir araştırmada, özellikle 2-17 yaş grubunun televizyon önünde çok uzun zaman geçirdikleri, bu sırada uygun olmayan besin maddelerinin kullanımının da çok fazla arttığı belirtilmektedir (Robinson 1998). Başka bir araştırmada, Amerika Birleşik Devletleri'nde çocukluk ve adölesanlık boyunca 85. persentilden daha büyük dilimde yer alanlarda obesitenin % 22 oranında olduğu ifade edilmektedir (Stein ve Walters 1995, Fontanarosa 1998).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda genel olarak % 5 oranında okul çağındaki çocuklarda obesite tespit edilmiştir. Obes çocukların kişiliği çoğunlukla yumuşak, apatik, çekingen, süregiden öfke nöbetleri gösteren çocuklardır. Ama apatik ve pasiflik sürekli değildir, bazılarında belirgin olarak fizik aktivitede fazlalık vardır. Obesiteye okul başarısızlığı, enürezis de eşlik edebilir. 10-13 yaştaki obes çocuklarının özellikle de kız çocuklarının aileleri endişe içindedirler (Aydın 1996, şenol 1995, Nahcivan ve ark 1999).

1.5.2.1. Beslenme Eğitim Programları

Eğitim programı, “ yeni davranışlar kazandırmak amacıyla gerçekteştirilmek istenen hedefler, davranışlar, eğitim durumları ve değerlendirme etkinliklerinden oluşan program”dır. Bir başka deyişle, “ istenilir davranışlar oluşturmak amacıyla yapılan ayrıntılı plan” olarak açıklanabilir. Uygulanacak programın amacı, “çocuğun doğal inceleme, araştırma ve yaratma isteğine kaynak olanaklar sağlaması; bedensel, zihinsel, sosyal ve duygusal gelişimini, özellikle de yetenekleri çerçevesinde en üst düzeye çıkarmasıdır. Verilecek bilgiler çocuğun günlük yaşamda karşılaştığı olaylara uygun düşmeli, karşılaştığı olayların üstesinden gelmesine yardımcı olacak nitelikte beceriler kazanmasını da içermelidir (Aygün 1994).

Okul beslenme programları ile ilgili en eski kayıtlar, Mısır’da 696 yıllarına rastlar. Fransa’da 1849’da az sayıda çocuğa okul yardım sandıklarından sağlanan paradan yemek verilmesine başlanmıştır. İngiltere’de 1884’de Endüstri Devrimi sırasında okul beslenmesini destekleyen komiteler kurulmuştur. Yardım alan okulların hepsinde okul yemeklerine ek olarak 400 ml süt verilmesi öngörölmüştür. Hollanda, okul beslenme yasasını tanıyan ilk ölkedir (Aygün 1994 , Doucette ve Dwyer 2000).

UNICEF, Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve özel idarelerin katkıları ile finanse edilen beslenme programları, davranış değişikliğine yönelik hazırlanmamış, sadece öğrenciye bazı besinlerin yedirilmesi düzeyinde kalmıştır. Bu konuda yeterince başarı sağlanamamış olmasının nedeni, okullarda düzenli bir mutfak ya da yiyecek hazırlama ve yemekhane yerinin olmaması, pişirme için yakacak ve personelin sağlanamamasıdır. Başka bir neden de öğretmen eğitiminde beslenme eğitimine çok özen gösterilmemesi, çocuklara beslenme eğitimi yeterince verilmemesidir. UNESCO, tüm ölkelerin faydalanabileceği bir beslenme eğitim programı hazırlamıştır. Bu programlarda beslenme eğitimi, çeşitli alt birimlerle birlikte (fen, dil bilimleri, okulda beslenme, bahçe

kültürü, fen ve matematik, sosyal çalışmalar) anlatılmaktadır (Aygün 1994, Binbaşıoğlu 1995, Şahan 1995, Şaşmaz ve ark 2000).

Beslenme eğitiminin amacı, ekonomik, sosyal ve kültürel yönden bireylere iyi alışkanlıklar kazandırmak, eldeki kaynaklara göre beslenme açısından uygun seçimler yapmasını sağlamaktır. Gıda seçimi, yoksulluk ve olanaksızlıklar nedeni ile kısıtlandığında bile bu sınırlı kaynaklardan en iyi şekilde nasıl yararlanılacağını bilmek ve öğretmek, beslenme eğitiminin amacıdır

Beslenme eğitiminde gereğinden çok kuramsal bilgi yerine, ülke gerçekleri ile bağdaşan ve uygulamaya yönelik bir eğitim programı izlenmelidir. Gerçekte uygulamaya yönelik eğitim yapmak zordur. Eğitim, uzun bir süreçtir. Bu aşamada eğitimin davranışlara yansıyor yansımadığı araştırılmalıdır. Uygulamalı eğitimden sonra zaman zaman aileler ziyaret edilerek gösterilen, öğretilen şeylerin yapılıp yapılmadığı kontrol edilip, koşullara göre uygulamalar tekrar edilmelidir. Uygulamalar ne kadar çok tekrar edilirse, o kadar bireyin yaşantısına girer (Aygün 1994, Aydın 1996, Fontanarosa 1998).

Gerek kendi toplumumuzda, gerekse diğer değişik toplumlarda kadının aile içindeki yeri önemlidir. Kadın ya da anne, aile bütünlüğünü sağlayan, koruyan, çocuk doğuran, çocukların beslenmelerini üstlenerek onların bedensel ve zihinsel gelişmesini doğrudan veya dolaylı olarak sağlayan kişidir. Annenin beslenme kültürü, kadının bilgi, görgü ve kültürüne bağımlı olarak bir kuşaktan diğerine aktarılır. Annenin mesleği, öğrenim durumu da çocuğa vereceği eğitimde, çocuğun lehine etki sağlar. O halde, beslenme eğitiminde öncelik ailede pek çok görevleri olan annelerin eğitimine tanınmalıdır (Aygün 1994, Aydın 1996).

1.5.3. Hijyen

Hijyen bir sağlık bilimi olup, temel ilgi alanı sağlığın korunması ve sürdürülmesidir. Bireysel hijyen uygulamaları bireyin rahatını, güvenliğini ve esenliğini sağlar. Bireysel hijyen, bireyin sağlığını sürdürmek için yaptığı öz-bakım uygulamalarını içerir. Hijyen ile ilgili uygulamalar gerçekleştirilirken çeşitli faktörlerden etkilenirler ve her bireyin hijyen ile ilgili uygulaması birbirinden farklıdır, yani hijyenik uygulamalar bireye özgü uygulamalardır. Eğer birey kendisini temiz ve bakımlı algılıyorsa bu görünümü sürdürmek için çaba gösterir (Ulusoy ve Görgülü 1997, Koziar ve ark 1998)

Birey hijyenik uygulamaları çocukluk döneminde anne ve babalarından öğrenir. Kazandığı bu alışkanlıklarını genellikle yaşam boyunca sürdürür. Yaşanan evin fiziksel yapısı (sürekli sıcak su olması gibi), evde yaşayan aile bireylerinin sayısı, ekonomik durum (diş fırçası ve macunu vb araç-gerecin satın alımı gibi), ailenin ve dolayısıyla çocuğun hijyenik uygulamalarını etkiler. Ayrıca bireysel tercihler hijyenik bakımda kullanılacak araç-gereci, uygulamanın zamanını, sıklığını ve biçimini belirler. Ancak bireysel tercihler sağlıklı olumsuz yönde etkileyebilecek güce sahiplerse, bu alışkanlıkların değiştirilebilmesi için bireye gereken eğitim verilmeli, sağlıklı uygulama yöntem ve alışkanlıklarını kazanması sağlanmalıdır (Kaycan 1995, Aydın 1996).

Okul döneminde çocuğun vücut temizliği, el, yüz, tırnak, kulak temizliğinde yardıma ihtiyacı vardır. 8 yaşından itibaren kişisel temizliğini kendi yapabilir duruma gelirler. Ancak banyo sırasında yardım gerekir. Banyo yaptıktan, sık sık el,yüz yıkamaktan hoşlanmazlar (Yiğit 1992).

Bahar ve arkadaşları (1999)'nın okul sağlığı hemşireliği projesi çerçevesinde yaptığı araştırmada öğrencilerin % 2.5'nde bit, % 3.5'nde sirke saptanmış, öğrencilerin % 37.8'inde diş çürüğü, % 3.6'ında diş fırçalama alışkanlığının olmadığı tespit edilmiştir.

Bayık (1991)'ın çalışmasında diş çürüğü oranı % 80.4, diş hijyeni eksikliği % 58.8, paraziter hastalıkların varlığı şüphesi (karın ağrısı % 28.4, anal kaşıntı % 13.7, ciltte solukluk % 3.9, burun kaşıntısı % 19.8, vücut hijyeni yetersizliği (bit % 8.8, kepek % 21.1) yaygın sağlık problemleri olarak belirlenmiştir Bu bağlamda okul döneminde hijyen konusunun önemle ele alınması ve kontroller, sağlık eğitimi gibi çalışmaların yapılmasının önemi büyüktür (Bayık 1991).

Parazit enfeksiyon prevalansı, bir toplumda sağlık, sosyal ve ekonomik koşulların göstergelerinden biridir. Hutchinson ve ark (1997) araştırmalarında, Trichuris enfeksiyonlu çocukların aritmetik, okuma ve hecelemedeki başarılarının daha düşük olduğu açıklanmıştır. Nahcivan ve ark (1999)'nın yaptığı bir çalışmada Giardia enfeksiyonu % 60.2 oranında bulunmuştur (Nahcivan ve ark 1999).

Sağlık bakanlığı'nın 19 ilde yaptığı araştırmada ishal insidansı % 31.3 bulunmuştur. Temel hijyen kurallarına dikkat edilmesi ile patojen mikroorganizmaların bulaşması engellenebildiği halde,hala ülkemizde ishal ve barsak enfeksiyonlarına sık rastlanmaktadır. Bu da yeterince el temizliği ve hijyene dikkat edilmediğinin bir göstergesidir (Varol 1998). Erdoğan ve Savaşer'in çalışmasında diş fırçalama oranı % 5.2 bulunmuştur.

Eichelberger'in Amerika'da çocukların özbakım davranışlarını araştırdığı çalışmada çocukların %85'inin her gece dişlerini fırçaladıkları açıklanmıştır. Ayrıca annelerin olumsuz davranışlarından hijyenik bakım yetersizliği % 42.8 olarak bildirilmiştir. İstanbul'da ilkokullarda ağız ve diş sağlığı taramasında % 56.48 oranında diş çürüğü tespit edilmiş, sağlıklı dişi olan çocukların oranı % 28.07 bulunmuştur. Bu çalışmadaki göstergeler, DSÖ'nün diş çürükleri ile ilgili kriterlerine göre orta düzeyde bulunmuştur. Güler ve arkadaşlarının çalışmasında 11-12 yaş grubu çocukların sağlıkla ilgili öğrenmek istedikleri konular sorulmuş, %18.6'sının diş sağlığını öğrenmek istedikleri ortaya çıkmıştır (Varol 1998).

Tüm bu çalışmalar hijyen konusunda önlemler almak gerekliliğini ortaya çıkarmakta, toplumumuzun hijyen konusunda bilgiye gereksinimi olduğunu göstermektedir.

1.5.4. Düzenli Sağlık Kontrolü

Çocuğun düzenli izlenmesi, onun hastalıklardan korunmasını; sosyal, mental, fiziksel açıdan tam bir iyilik durumunun sağlanmasını amaçlar. Bu açıdan düzenli sağlık kontrolü önemi hakkında toplumu bilgilendirmenin önemi büyüktür. Güler ve arkadaşlarının araştırmalarında öğrencilerin hasta olduklarında ilk başvurdukları yer sorulmuş; %2.9'u eczaneye, %4.3'ü doktora başvurduklarını ifade etmişlerdir. Sağlık kuruluşunun uzaklığının %4.3 oranında bu sonucu etkilediği bildirilmiştir. Annelerin de %7.1 oranında sağlıklı çocuk yetiştirme konusunda eğitim almayı istedikleri belirtilmektedir.

Düzenli izlenen çocuğun sağlığının sürdürülmesi ve en üst düzeye ulaşması sağlanabilir. Bu izlemler sırasında verilecek eğitim, sağlığın yükselmesi açısından büyük önem taşır (Longe ve Ardell 1991, Varol 1998).

1.5.5. Oyun ve Spor

Oyun hakkında Sigmund Freud ve onu izleyen bir çok araştırmacılar, oyunun kişilik ve sağlığa katkısını belirtmişlerdir. Oyun oynayan çocuk sağlıklı ve mutlu olarak düşünülür. Çocuk oyun oynadıkça duyuları keskinleşir, becerisi artar. Oyun okul öncesi dönemin tek uğraşısıdır, ancak okula başlamakla oyun gereksinimi sona ermez. Öğrenme, araştırma konusunda duyarlı, hevesli olan ve sürekli hareket halinde olan çocuk, bu enerjisini oyuna yansıtır. Ayrıca, yaşlılarıyla çok çeşitli sportif faaliyetlerde bulunur.

Çocuk oyun sayesinde sorun çözmeyi öğrenir. Oyun ve spor, çocuğun kuralları öğrenmesini, enerjisini dışarı vurmasını, sosyal gelişimini ve kas gelişmesini sağlar. Sportif faaliyetler ve oyun sırasında gösterdiği kişilik özellikleri ya da alışkanlıkları gözlenerek olumlu davranışlarını desteklemek, yanlış davranışları hakkında olumlu rehberlik yapmak önemlidir (Yörükoğlu 1986, Varol 1998, Şahin 2000).

1.5.6. Bağışıklama

DSÖ ve UNICEF gibi uluslar arası kuruluşlarca, 1982 yılında oluşturulan “Çocuk Sağlık Devrimi”nde çocuk sağlığını korumaya ve çocuk ölümlerini azaltmaya yönelik düşünceler içerisinde bağışıklama da yer almaktadır. Aşı uygulamasının düzenli olarak sürdürülmesi ve yaygınlaştırılması, çocuklarda enfeksiyonlara bağlı oluşacak bir çok ölümcül hastalığı ve sakatlığı önleyecektir. Güçlü ve sağlıklı bir kuşağın yetişmesinde bulaşıcı hastalıklardan korunmanın rolü büyüktür (Neyzi ve Soner 1993).

Bağışıklamada hemşireye büyük görevler düşmektedir. Bu görevler hemşirenin aşılama ile ilgili yeterli bilgi sahibi olmasının yanında, bağışıklama konusunda da toplum ile iletişim kurarak onları eğitmelerini de içermektedir (Varol 1998).

1.5.7. Uyku

Uyku ve dinlenme, çocuğun gelişimi için vazgeçilmez bir gereksinimdir. Okul çocuğunun ilk yıllar 12 saat, daha sonraki yıllarda 8-10 saat uykuya gereksinimi vardır. Uyku süresi yetersiz olan çocuklar aşırı yorgun ve gergin olurlar. Bunun sonucunda uyumakta güçlük çekerler. Uyku çocuğun hem duygusal, hem de fiziksel gereksinimlerini karşılar. Çocuk uyuduğu sürece vücudunda büyüme hormonu salgılanır ve bu da metabolizmayı etkiler. Yeterince uyuyamayan ve dinlenemeyen çocukların okul başarısının düştüğü ve algılama yetersizlikleri ortaya çıktığı, dikkat bozuklukları ortaya çıktığı çeşitli araştırmalar sonucunda görülmüştür (Varol 1998, Yiğit 1992).

1.5.8. Kazalardan Korunma

Okul çağı çocuklarının sağlık sorunlarından biri de, yaralanmalar ve kazalardır. Kazalar gelişmiş ülkelerde tüm yaşları kapsayan ölüm nedenleri arasında 4. sırada yer alırken, 1-4 ve 5-14 yaş grubu çocuklarının ölüm nedenleri arasında birinci sırada

görülmektedir (Yiğit 1992). Hastalık, açlık, yorgunluk, hiperaktivite, yeni bir yere taşınma ve aile üyeleri arasında olan geçimsizlikler sık sık kazalara neden olmaktadır. Dünyada her yıl yaklaşık olarak 10 çocuktan biri kaza sebebi ile sağlık kuruluşlarına getirilmektedir. Ayrıca tüm dünyada 5-14 yaş grubunda ölümle sonuçlanan kazalarda ilk sırayı trafik kazaları almaktadır (Kemp ve Sibert 1995, Varol 1998). Türkiye’de 1994 yılında 6-14 yaş grubu 557 çocuk trafik kazalarında ölmüş, 10 179 çocuk ise yaralanmıştır. Kazalar ve ilk yardım konusunda okullarda eğitim verilmesi, özellikle son yıllarda önemini daha çok hissettiren konulardan biridir. Kazalar sonucu izler ve deformite çocukta pek çok emosyonel zorluğa neden olarak ömür boyu etkiler. Önleme yöntemleri, tedaviden daha yararlıdır. Korunmanın ve kazaları önlemenin önemi konusunda ailelerin ve çocukların eğitimi konusunda hemşirelerin büyük sorumluluğu vardır (Varol 1998).

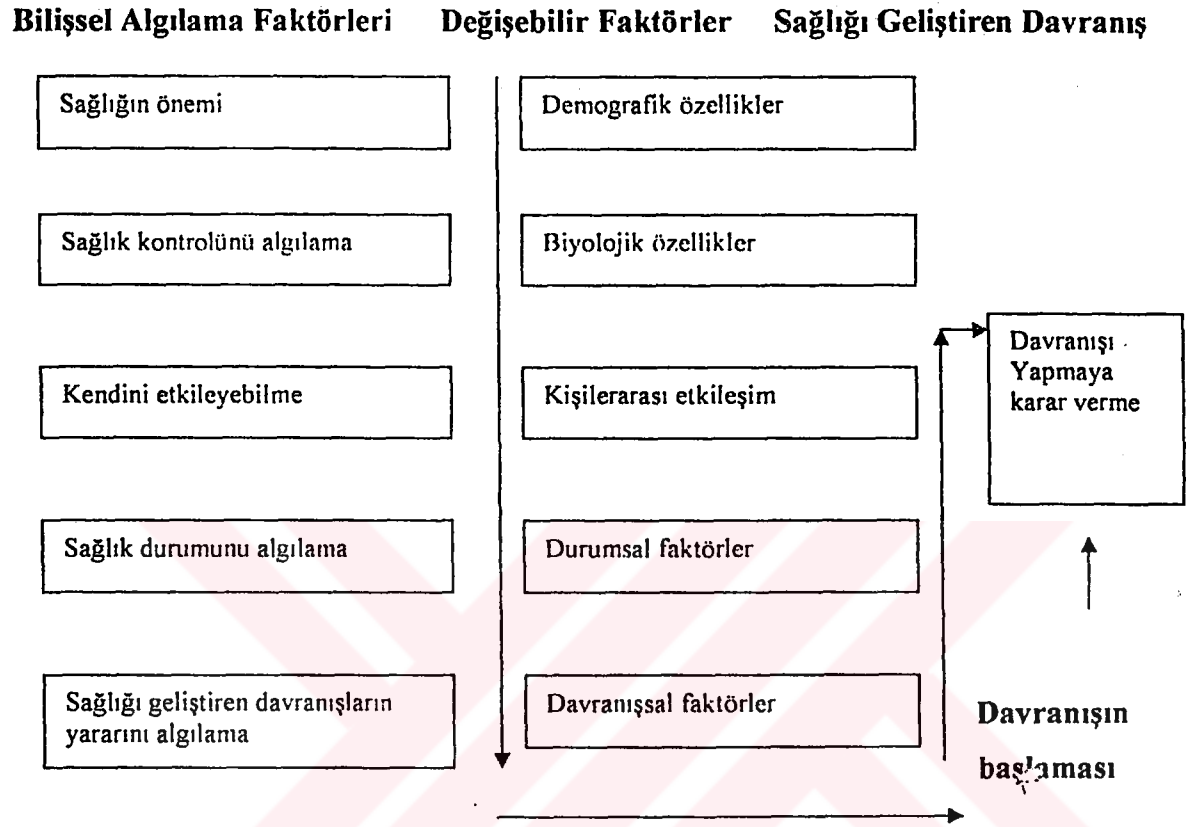
1.5.9. Sağlığı Geliştirme Ve Sağlığı Koruma Kavramları

Uluslar arası Hemşireler Birliği’nin tanımladığı ve Sağlık Bakanlığı’nın benimsediği hemşirelik tanımlarında da belirtildiği gibi, hemşirenin en öncelikli işlevi sağlığın geliştirilmesi ve korunmasıdır. Bu anlayışta hemşire; bireylere, ailelere ve gruplara yaşadıkları, çalıştıkları ortam içinde fiziksel, ruhsal, sosyal potansiyellerini belirlemeleri ve bu potansiyellerini değerlendirmeleri konusunda yardımcı olur. Orem’in hemşirelik anlayışı da bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasına yardım etmeyi içerir (Orem 1991)

Bandura’nın davranış üzerine etkili olduğunu düşündüğü temel kavramlardan biri olan özetkililik-yeterlilik sosyal öğrenme kuramının temel bileşenlerindedir. Modelde bulunan değişebilir faktörler: Bireye ait demografik ve biyolojik özellikler ile, kişilerarası etkileşim, durumsal ve davranışsal faktörlerdir (Aksayan ve Gözüm 1998).

Sağlığın geliştirilmesi alanında araştırma ve uygulamalara yol gösterecek özellikleri taşıyan ve Pender (1987) tarafından geliştirilen “ Sağlığı Geliştirme Modeli”, sağlığı geliştirici unsurları ve tahmin edilen nedensel mekanizmaları açıklayıp tanımlamaktadır. Bu modeldeki bilişsel algılama faktörleri sağlığı geliştirici davranışların kazanılması ve sürdürülmesinde başlıca motivasyonel mekanizmalardır. Bu faktörlerden her biri, sağlığı geliştiren davranışın gerçekleştirilmesini etkiler (Aksayan ve Gözüm 1998, Öncel 1999).

Tablo 1.2. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli



Güçlü bir şekilde kendini etkileyebilen bireyler, zorlu işlere girişmeye eğilimlidirler ve kendileri için büyük amaçlar belirleyerek amaçlarına ulaşmaya çalışırlar. Davranış değişimi, kişisel kontrol yolu ile kolaylaşır. İnsanlar bir problemi çözeceklerine inanırlarsa problemi çözüme kararı almaya ve gerçekleştirmeye daha yatkın hale gelirler (Aksayan ve Gözüm 1998, Öncel 1999).

Sağlıkla ilgili davranışların gelişmesi genellikle kötü alışkanlıkların değişmesi ya da sağlıklı davranışların özümlelenerek benimsenmesini ve sürdürülmesini içerir. Hemşireler bu amaçla bireyin öz-etkililik ya da kendini etkileme algısını yükselterek sağlıklı davranışı başlatarak sürdürme konusunda yardımcı olabilir (Aksayan ve ark 1998).

1.5.9.1. Ardell'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlık ya da iyilik hali, bireylerin kendilerini tamamiyle fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı ve sorunlarını özömlenmede etkin sayabilme sürecidir. Bu süreç, bireyin kendi kendine gerçekleştirebileceği davranışları ve içinde yaşadığı çevrenin değişimini içerir. Büyüme ve gelişme gösteren çocuğun en üst düzeyde sağlığa ulaşabilmesini cesaretlendiren faaliyetler yer almaktadır. Bu faaliyetler, bireyin sağlığını koruma ve sürdürmekten çok sağlığı geliştirmek amacını güder (Servonsky ve Opas 1987).

Sağlığı geliştirme, birey, aile, toplum ve grupların sağlık potansiyelinin gelişmesi ve iyilik düzeyinin artmasına yönelik faaliyetleri ifade etmektedir. Sağlığı geliştirme, bireyin var olan sağlıkla ilgili olumlu davranışlarını en üst düzeye çıkarmasıdır. *Sağlığı koruma* ise, sağlık durumunu bozan bir davranışı yapmama ya da sakınmayı ifade eder.

Sağlığı koruyan davranışlara örneğ olarak emniyet kemeri takmak, sigara kullanmama, yaşa uygun aşılanma... gibi davranışlar verilebilir. Sağlığı geliştiren davranışlara da kişinin kendini gerçekleştirme için kitaplar okuması, kendi sağlık sorumluluğunun farkında olması... gibi davranışlar örneğ olarak verilebilir (Damrosch 1991).

Bireylere sağlık davranışı, sağlığı geliştirme programları ile kazandırılabilir. Ancak bundan önce toplum gruplarının sağlık davranışlarını belirleyecek tanımlayıcı çalışmalarla sağlık kapasitelerinin belirlenmesine gereksinim olduğu belirlenmiştir. Dorothea Orem (1980), Lucille Kinlein (1977) ve Nola Pender özbakım ve sağlığı geliştirme üzerine çalışmalar yapmışlardır. D.J. Ardell bu yaklaşımları temel alarak yeni bir sağlığı geliştirme modeli uygulamıştır. Bu model yetişkinler için düzenlenmiş ama çocuklara uygulanabilecek şekilde adapte edilmiştir (Servonsky ve Opas 1987)

Araştırmamızda temel olarak aldığımız bu modelde, beş unsur vardır:

- 1 – Özsorumluluk,
- 2 – Beslenme bilinci,
- 3 – Fiziki aktiviteler,
- 4 – Stres durumunu tanıma ve stres yönetimi,

5 – Güvenlik ve çevre duyarlılığıdır (Servonsky ve Opas 1987, Ardell 1999)

Tablo 1.3. Ardell'in Sağlığı Geliştirme Modeli



Ardell'in sağlığı geliştirme modelinde, çocuğun öz sorumluluk duygusu oluştuğunda, diğer unsurları da (beslenme bilinci, fiziki aktivitelerde dikkat, güvenliğini sağlamaya ve çevre bilinci oluşturmaya özen gösterme ve stres yapan durumları algılama, gerektiğinde bu durumla baş edebilme) beraberinde getirecektir (Servonsky ve Opas 1987).

Öz sorumluluk, sağlıkla ilgili olumlu tutumların ve sağlık gelişiminin kontrolünün bir anahtarıdır. Öz sorumluluğu gelişmiş olan birey, çevreden yansıtılan değerlendirmelerle, kendinin güçlü ve güçsüz yönlerini kavrayabilir ve kendi sorumluluklarını kendi yerine getirir. Benlik saygısı da, öz sorumlulukla bağlantılı bir kavramdır. Yüksek benlik saygısı ve olumlu öz sorumluluk duygusu edinmiş bireyler, belirledikleri amaçlara gerçekçi olarak nasıl ulaşabileceklerini bilirler ve kendi yaptıklarının sorumluluğunu kabullenirler. Çocuklarda ve adölesanlarda öz sorumluluğu geliştirmeye yönelik programlar da yapılmaktadır (Servonsky ve Opas 1987, Ardell 1990).

Ardell'e göre beslenmenin bilinçli yapılması, fiziki aktivitelerde dikkat, güvenlik ve çevre duyarlılığı, stresle baş edebilme yetenekleri de, öz sorumluluk duygusu yeterince oluştuktan sonra geliştirilebilmektedir (Servonsky ve Opas 1987, Ardell 1995).

1.6. Okul Dönemindeki Çocuklarda Olumlu Sağlık Davranışlarının Kazandırılmasında Hemşirenin Rolü

Toplumda hemşirenin en önemli görevlerinden biri de, bireylere, ailelere ve gruplara yaşadıkları, çalıştıkları ortam içerisinde fiziksel, ruhsal, sosyal potansiyellerini belirlemeleri ve bu potansiyeli değerlendirmeleri konusunda yardımcı olmaktadır. Bunun için hemşireler sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesini sağlayacak işlevler geliştirmeli ve uygulamalıdır (Aksayan ve Gözüm 1998, WHO 1993).

Hemşirenin en öncelikli işlevi sağlığın geliştirilmesi ve korunması olup, bu işlevini bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasını sağlayarak yerine getirmesi gerekmektedir. Hemşirelik kuramcılarında Orem'in hemşirelik anlayışı da, bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasına yardım etmeyi içerir. Orem'in genel hemşirelik kuramının ana kavramlarından biri olan öz-bakım, bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşen sorumlulukları yapmalarıdır (Orem 1991, Öncel 1999).

Türkiye'de okul sağlığı hizmetlerinde hemşirenin işlevlerinin tarihsel gelişimine bakıldığında çok eski tarihlere dayanmadığı görülmektedir. Türkiye'de öğrenci sağlığına yönelik ilk adım, II. Meşrutiyet Devrinde okul sanitasyon çalışmaları içeren uygulamalardır. İlk kapsamlı sağlık yasası olan Umumi Hıfzısıhha Kanununda koruyucu hizmetlerden bahsedilmektedir. 1956-1957 yıllarında ilk kez 4 ilde 100 000 öğrenciye beslenme eğitim programı başlatılmıştır. Bu program halen devam etmekte, daha çok eğitsel beslenme saati çerçevesinde öğrencilerin kendi olanaklarıyla sürdürülmektedir (Özden 1990, Şahan 1995, Öncel 1999)

Hemşire, olumlu sağlık davranışlarını kazandırma görevlerini yerine getirebilmek için, okul sağlığı hizmetleri çerçevesi içinde diğer personelle işbirliği yapmalıdır. Okul sağlık ekibindeki her bir üyenin görevlerini bilmek, hizmetlerin planlama ve yürütülmesini kolaylaştırır. Okullarda hemşirenin varlığı, öğretmenlerin sağlığı geliştirme ile ilgili mesajlarını kuvvetlendirir. Okul sağlığı hizmetlerinin başarılı bir şekilde yürütülebilmesi için ekip üyelerinin okul sağlığı konusunda mesleki bir temel eğitime, desteklenmiş bir hizmet içi eğitime gereksinimleri vardır. Disiplinlerarası koordinasyon ve işbirliği başarılı ve kapsamlı bir okul sağlığı hizmetinin anahtarıdır. Ülkemizde okul sağlığı hemşireliği

programı ve dolayısıyla sağlığı geliştirmeye yönelik davranışların kazandırılmasına ağırlık veren programlar yeterince yoktur (ncel 1999).

1.6.1. Hemşirenin Danışmanlık Rolü

Danışmanlık bir dizi etkinlikleri içeren bir süreç olup, bir kişinin diğer bir kişiye çevresinde oluşan olayları kavraması, anlaması, davranış geliştirmesi için yardım etmesidir. Danışmanlıkta yüzyüze konuşma sırasında gereksinimi olan bir kişi ile destek ve cesaret verecek (danışman) bir kişi yer alır, bireyin sorununun çözümü için beceriler kazanmasına çalışılır. Amaç, kişisel başvurularda veya grup ortamlarında sağlık danışmanlığı ve rehberliği yapmaktır (ncel 1999).

Hemşire, hasta ve ailesinin sağlığını korumaları, geliştirmeleri ya da hastalığın etkileri ile baş etmeleri için kendi kaynaklarını/sağlanabilecek kaynakları tanımalarına, kullanmalarına, durumlarını tam olarak anlamalarına ve sağlıklı bir karar vermelerine yardım eder (Erdemir 1998).

Genellikle ocuklar, hayatlarında önemli kararlar verecekleri zaman veya bir sorunla karşılaştıklarında danışmana gereksinim duyarlar. İyi bir danışmanlık hizmeti sunulduğunda sağlıklı seçimler yapılır. İyi bir danışman, kişinin yerine karar almaktan kaçınır ve kendi kararlarını vermesine yardımcı olur. Sonuçta insanlar en iyi kendi kararlarını uygularlar. Danışmanlık sürecini yerine getiren bir hemşire, kişinin otonomisini kazanmasına yardımcı olacaktır (Population Report 1998).

Hemşirenin olumlu sağlık davranışları geliştirme ile ilgili olarak danışmanlık yapmak konusunda etkili olabilmesi için etkileşim, motivasyon, iletişim, davranış bilgisi, gelişim teorileri, kişilik özellikleri gibi konularda bilgili olması; bu bilgilerini çocuğu belli davranış için ikna etmek ya da yönlendirmek için değil de çocuğun kendi seçimini yapmasına yardımcı olmak için kullanması gerekir. Çocuğa danışmanlık yapmak için dikkatli dinleme, empati, gizlilik, kaynak sağlama, bilgilendirme konularında özenli olmalıdır. Çocuğa duyarlılıkla yaklaşmalı, güven oluşturmalı, beden dilini kullanarak konuşmadan da iletişim kurabilmeli, çocuğu yargılamamalı, saygılı, kibar, destekleyici tutum içinde olmalı, çocuğu soru sormaya teşvik etmelidir (Aksayan ve Gözüm 1998). Danışmanlığın ilk prensibi, danışmanın öğrencinin tedirgin olduğu durumlarda, kendini aşırı tepki göstermekten alıkoymayı bilmesini gerektirir. Terapotik görüşme yapıldığında, danışmanın değil çocuğun duyguları tartışılır.. Hemşirenin danışmanlık becerilerini geliştirebilmesi için sürekli eğitilmesi gerekir. The Warnock Commite, danışmanlık

yapacak kişiler için danışmanlığın temel prensiplerine ve kişilerarası ilişkilere yönelik kurslardan geçmelerinin gerekliliğini vurgulamıştır (Bahar 1989, McCartney 1999, Peggy ve ark 2000).

1.6.2. Hemşirenin Eğitici Rolü

Hemşire, çocuklar, aileleri ve çevresindekilerin optimal düzeyde iyilik hallerinin korunması amacıyla uygun sağlık eğitimi hazırlanmasına ve verilmesine yardım eden, çoğunlukla bunu yapan en önemli kişidir. Eğitim yaparken de çocuğun, ailenin ve dolayısıyla toplumun sağlıklarıyla ilgili doğru kararlar vermelerine yardımcı olur. Hizmet verdikleri topluluğun doğru bilgilenmesi ve sağlık konuları hakkında doğru yargılarda bulunarak, kişisel sağlık durumları ile ilgili sorumluluğu almaları için hazırlarlar. Çocuklar sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını ve isteklerini ifade edebilirler, böyle olduğunda hemşire bu istekleri değerlendirerek anında ve planlı eğitim verebilir. Hemşire bir çok fırsatlar penceresi oluşturabilir (Öncel 1999).

Hemşire, çocuk ve ailesinin kendi deneyimlerinden bir anlam bulmaları, öğrenmeleri ve bağımsızlık kazanmaları için ne öğretileceğini tanımlar ve bunları öğretir. Öğretim, bireye ve duruma özgüdür. Hemşire, hastaya sağlık bakımıyla ilgili kavramlar ve gerçekleri açıklar. Çocuk ve ailesinin, sağlığı geliştirici davranış geliştirmelerine etkin katılımlarını sağlar. Öğrenmeyi destekler ve davranış değişikliğini değerlendirir (Erdemir 1998). Çocuğa eğitim verileceğinde, çocuklar tarafından anlaşılabilir hareketler, semboller ya da kelimeler kullanılmalı, çocuklarla iyi iletişim kurulmalıdır. Çocuğun dikkat süresi izlenmelidir. Özellikle görsel-işitsel materyal kullanmak, değişik öğretim yöntemlerini uygulamak eğitimin etkinliğini artıracaktır (Özden 1990, Binbaşıoğlu 1995, Başaran 1997, Crawford 2000)

Sağlık bakımı ve eğitiminden birinci derecede sorumlu olan hemşirelerin ve diğer sağlık eğitimcilerinin sosyal öğrenme kuramının bilincinde olarak sağlıkla ilgili değer ve davranışlarda iyi bir model olmaları beklenir. Hemşire okul çağındaki çocuğa eğitim vereceğinde birebir eğitim; okul personeli ile birebir eğitim, anne ve babalara tesadüfi ya da planlı eğitim, planlı direkt sağlık eğitimi, hizmet içi eğitim, öğretmenlerle sağlık eğitimi planlaması şeklinde modellerle çalışma yöntemi hazırlayabilir. Sağlık aktivitelerinin olumlu bir şekilde alışkanlık ve davranışa dönüşmesi özellikle her türlü öğrenmeye açık olan okul döneminde çok önemlidir (Öncel 1999).

BÖLÜM II

2. MATERYAL VE METOT

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, ilköğretim öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerinin sağlığı geliştirme davranışları üzerine etkisini araştırmak amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Evreni

Karaman ili belediye sınırları içinde bulunan otuz iki ilköğretim okulunda toplam 18609 öğrenci bulunmaktadır. İlköğretimin ilk 5 yılının sonunda çocukların sağlık bilgilerinin artması, bir çok alışkanlıkları bu yaşa kadar kazanmış olmaları, bu yaşta akran ve öğretmenlerin etkisinin büyük olması dolayısıyla okulda verilen olumlu sağlık bilgilerine bu yaştaki çocukların daha duyarlılıkla yaklaşmaları nedeniyle, 6. sınıf öğrencilerinin araştırma kapsamına alınması hedeflenmiştir. Araştırmanın evrenini, altıncı sınıfa devam etmekte olan 2747 öğrenci oluşturmuştur. Karaman ili Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından informal olarak verilen listedeki, üç sosyoekonomik seviyeye göre belirlenmiş bölgede bulunan ilköğretim okullarındaki altıncı sınıfa devam eden öğrenci sayısı şöyledir:

Düşük sosyoekonomik düzeyi temsil eden 12 ilköğretim okulunda toplam 963,

Orta sosyoekonomik düzeyi temsil eden 15 ilköğretim okulunda toplam 1457,

Yüksek sosyoekonomik düzeyi temsil eden 5 ilköğretim okulunda toplam 327 öğrenci vardır.

2.3. Araştırmanın Örneklemi :

Örneklemi belirlemek üzere " tabakalı rastgele örnekleme yöntemi " kullanılarak şu formüle göre bir yol izlenmiştir:

$$N_i / N = a_i$$

Formülde:

Formülde:

N_i : Her sosyoekonomik düzeydeki öğrenci sayısı

N : Evrendeki öğrenci sayısı (tüm ilköğretim okullarındaki altıncı sınıflar)

a_i : Her sosyoekonomik düzeydeki öğrenci sayısının ağırlığıdır.

Öncelikle, her düzeydeki öğrenci sayısı evrendeki sayıya bölünmüş, ve her düzeyin ağırlığı bulunmuştur.

Düşük sosyoekonomik düzey için : $963 / 2747 = 0.350$

Orta sosyoekonomik düzey için : $1457 / 2747 = 0.530$

Yüksek sosyoekonomik düzey için : $327 / 2747 = 0.119$

Daha sonra, bulunan bu tabaka ağırlıkları örneklem alınacak öğrenci sayısı ile çarpılarak her düzeydeki okuldan kaç öğrenci alınması gerektiği hesaplanmıştır. Örneklem alınacak birey sayısı formülüne göre hesaplama yapılmış, örneklem büyüklüğü görülme/görülme sıklığı % 50 alınmış ve 337 bulunmuştur (Sencer ve Sencer 1978).

Düşük sosyoekonomik düzey için : $0.350 \times 337 = 118$

Orta sosyoekonomik düzey için : $0.530 \times 337 = 179$

Yüksek sosyoekonomik düzey için : $0.119 \times 337 = 40$

Toplam : 337

Sosyoekonomik düzeylerine göre hangi okullarda araştırma yapılacağını saptamak amacı ile küme örneklem yöntemi kullanılmıştır. Düşük sosyoekonomik düzeyi temsil eden okullar 1'den 12'ye kadar numaralanmış ve tesadüfi sayılar tablosu aracılığı ile 5 numaralı okul (İbrahim Bey İlköğretim Okulu) ile 9 numaralı okul (Siyahser İlköğretim Okulu) örneklem alınmıştır. Benzer şekilde orta sosyoekonomik düzeyi temsil eden okullar 1'den 15'e kadar numaralanmış ve 9 numaralı okul (Gazi Mustafa Kemal İlköğretim Okulu) ile 11 numaralı okul (İstiklal İlköğretim Okulu) örneklem alınmıştır. Yüksek sosyoekonomik düzeyi temsil eden okullar 1'den 5'e kadar numaralanmış ve 2 numaralı okul (Özel Babaoğlu İlköğretim Okulu) ile 4 numaralı okul (Özel Gevher Hatun İlköğretim Okulu) örneklem alınmıştır.

Düşük sosyoekonomik düzeyi temsil eden Siyahser İlköğretim Okulunun altıncı sınıflarında iki şubedeki toplam 69 öğrencinin tamamı ile İbrahim Bey İlköğretim

Orta sosyoekonomik düzeyi temsil eden Gazi İlköğretim Okulunun altıncı sınıflarında üç şube vardır. Bu şubelerden kur'a ile 6-A ve 6-B şubeleri seçilmiş ve 74 öğrenci örneklem grubuna alınmıştır. İstiklal İlköğretim Okulunda beş tane altıncı sınıf şubesi vardır. Bu şubelerden kur'a ile 6-A, 6-B ve 6-D şubeleri seçilmiş ve 101 öğrenci örneklem grubuna alınmıştır. Böylece orta sosyoekonomik düzeyi temsil eden okullardan 175 öğrenci örneklem alınmıştır.

Yüksek sosyoekonomik düzeyi temsil eden Özel Gevher Hatun İlköğretim Okulunun altıncı sınıflarında bir şube ve toplam 19 öğrenci vardır. Öğrencilerin tamamı örneklem grubuna alınmıştır. Benzer şekilde Özel Babaoğlu İlköğretim Okulunun da altıncı sınıfında tek şube ve 22 öğrenci bulunmaktadır. Öğrencilerin tamamı örneklem grubuna alınmıştır. Böylece yüksek sosyoekonomik düzeydeki okullardan 41 öğrenci alınmıştır.

Bu durumda sosyoekonomik durumu farklı okullardan seçilen toplam 347 öğrenci araştırma örneklemini oluşturmuştur.

Tablo 2.4. Örneklem Grubunu Oluşturan İlköğretim Okullarındaki Öğrenci Sayıları

		K	E	Toplam
Düşük sosyoekonomik düzeydeki İlköğretim Okulları	Siyahser İlköğretim Okulu	31	38	69
	İbrahim Bey İlköğretim Okulu	29	33	62
	Toplam	60	71	131
Orta sosyoekonomik düzeydeki İlköğretim Okulları	Gazi Mustafa Kemal İlköğretim Okulu	39	35	74
	İstiklal İlköğretim Okulu	49	52	101
	Toplam	88	87	175
Yüksek sosyoekonomik düzeydeki İlköğretim Okulları	Özel Gevher Hatun İlköğretim Okulu	10	9	19
	Özel Babaoğlu İlköğretim Okulu	12	10	22
	Toplam	22	19	41

TOPLAM 170 177 347

2.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada aşağıda belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılım ve ilişkileri incelenmiştir.

Bağımlı değişken: Çocukların özsorumluluk; beslenme bilinci; fiziki aktivitelere yönelik davranışları; stres yönetimine ilişkin davranışları ile, güvenlik ve çevre duyarlılığıyla ilgili tutumları, sağlığı geliştirmeye yönelik davranışları, bağımlı değişkeni oluşturmaktadır.

Bağımsız değişken: Araştırmaya katılan çocukların annelerinin yaşları, eğitim düzeyleri, meslekleri, babaların yaşları, eğitim düzeyleri, meslekleri, ailede birlikte yaşanan kişiler, kardeş sayısı, evin durumu (ısıtma, elektrik, su, oda sayısı vb), sağlık güvenceleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

2.5. Veri Toplama Yöntemi:

Araştırma verileri, seçilen ilköğretim okullarındaki 6. sınıf öğrencilere 10.03.2001 ile 20.05.2001 tarihleri arasında araştırmacı tarafından anket uygulayarak toplanmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce seçilen okulların idarecilerine araştırma konusunda bilgi verilmiş, onayları alındıktan sonra Karaman Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. İzin belgelerinin tamamlanmasının ardından ön uygulama yapılmış, gerekli düzeltmeler yapılarak, belirlenen gün ve saatlerde sınıflara gidilip anket formları öğrencilere dağıtılmıştır. Anketlerin cevaplandırılması süresince, anketin uygulanabilmesi ve gerekli konularda açıklayıcı bilgilerde bulunmak amacı ile sınıfta beklenmiştir.

Formların anlaşılabilirliğini ve uygulama sırasında çıkabilecek aksaklıkları belirlemek amacı ile, örneklem gruplarının seçildiği okullar dışında, üç ayrı sosyoekonomik düzeyi temsil eden ilköğretim okullarına da gidilerek, her okulda 10'ar öğrenciye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama için belirlenen okullar, araştırma kapsamına alınmayan ilköğretim okullar arasından tesadüfi sayılar tablosu aracılığı ile seçilmiştir. Düşük sosyoekonomik düzeyi temsilen 100. Yıl İlköğretim Okulu, orta sosyoekonomik düzeyi temsilen Anafartalar İlköğretim Okulu ve yüksek sosyoekonomik düzeyi temsilen de Yem Sanayii İlköğretim Okulu seçilmiş, bu okulların altıncı sınıf şubelerindeki öğrenci listelerinden tesadüfi sayılar tablosu aracılığı ile 10'ar öğrenci seçilerek, toplam 30 öğrenci üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamanın ardından gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra, belirlenen okullarda veriler toplanmıştır.

Sosyodemografik özellikleri belirleyen Bölüm I ve sağlığı geliştirmeye ilişkin davranışları değerlendiren Bölüm II aynı tarihte çocuklara uygulanmıştır. Anketlerin cevaplanması sırasında olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülen çevresel ve fiziksel durumların varlığı da göz önüne alınarak uygun zaman ve uygun ortam sağlanmıştır.

2.6. Veri Toplama Araçları :

Anketler, literatür bilgilerinden ve yapılan benzer nitelikteki araştırmalardan yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Servonsky ve Opas 1987, Aygün 1994, Aydın 1996, Varol 1998, Öncel 1999). Mantıksal içerik geçerliliği için çoğul uzman görüşüne dayalı geçerlik uygulanmış, biri hemşirelik bölümünden iki halk sağlığı ve hemşirelik bölümünden iki çocuk sağlığı öğretim üyesi tarafından incelenerek değişik önerileri alınmış, gerekli düzeltmeler yapılmış ve ön uygulama için belirlenen okullarda anketler uygulandıktan sonra son şeklini almıştır.

Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde çocuğa ilişkin tanıtıcı özellikleri belirlemeye yönelik (yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, baba yaşı, babanın öğrenim durumu, babanın mesleği, anne yaşı, annenin öğrenim durumu, annenin mesleği, oturulan evin kira olup olmadığı, evin tipi, birlikte yaşanan diğer aile üyeleri gibi) sorulara yer verilmiştir. Bu bölümde 10 soru bulunmaktadır.

Anketin ikinci bölümünde çocuğun öz-sorumluluk, beslenme bilinci, fiziki aktivite, stres yönetimi ve güvenlik ile ilgili davranışlarını belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Anket formunun bu bölümünde toplam 47 soru bulunmaktadır. Soruların çoğunluğu “Herzaman”, “Bazen” ve “Asla” şeklinde yanıtlanmaktadır. 7, 8, 25, 36 ve 42’inci sorular anlam içeriğini bozmamak için “Evet”, “Hayır” şeklinde yanıtlanmıştır.

Bu bölümdeki anket soruları, D.B. Ardell tarafından 1995’de oluşturulan “Sağlığı Geliştirme Modeli” temel alınarak düzenlenmiştir. World Wellness Center’da Program Geliştirme Koordinatörü D.B. Ardell ile e-posta yoluyla iletişim kurulmuş; konu ile ilgili literatür bilgileriyle birlikte anket soruları hakkındaki önerileri alınmıştır. Ayrıca, D.B. Ardell’in yönlendirdiği şekilde Anne Helmke (National Wellness Institute), Sandy Queen (Founder and Director of Life Works – Colombia), Steven Point (National Wellness Institute) ve sağlığı geliştirme konusunda yeni araştırmalar yapan John Travis ile de e-posta yoluyla iletişim kurulmuş, bu uzmanların da konu ile ilgili önerileri alınmıştır.

2.7. Verilerin Değerlendirilmesi :

Araştırma verileri SPSS for Windows paket versiyon 10,01 ve excel 2000 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı ve yüzdeler hesaplamaları yanında, değişkenler arası ilişkileri değerlendirmek için chi-square testi kullanılmış; gruplararası farkların analizinde de p önemlilik testi kullanılmıştır. Sosyodemografik özellikler ile çocukların sağlıklarını geliştirmeye yönelik davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla da, tek yönlü varyans analizi (Oneway ANOVA -F testi) kullanılmış, farkın nereden kaynaklandığını belirlemek amacıyla Post Hoc Hock Hockberg's GT2 testi yapılmıştır.

2.8. Araştırmanın Süresi Ve Olanakları

Araştırma 2001 yılı içerisinde planlanmış, Mart ayında tez önerisi olarak sunulmuştur. Araştırma verileri araştırmacı tarafından 10.03.2001 ile 20.05.2001 tarihleri arasında toplanmış ve değerlendirme çalışmaları yürütülmüştür

2.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler Karaman Milli Eğitim Müdürlüğünden alınmış, anket formunun doldurulacağı okullar ile tek tek görüşülüp, uygun gün ve saat okul idarecileriyle birlikte kararlaştırılarak formlar doldurulmuştur.

BÖLÜM III

BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan çocuklara ilişkin sosyo-demografik özellikler, çocukların sağlığı geliştirmeye yönelik davranışları ve bu özelliklerin arasındaki ilişkilerin analizleri sunulmuştur.

3.1. ÇOCUKLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri yönünden dağılımları aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 3.5. Çocukların Yaş ve Cinsiyete Göre Dağılımları

Çocukların Yaşı	Erkek		Kız		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
11 yaş ve altı	11	6	9	5	20	5.7
12 yaş	97	55	101	60	198	57.0
13 yaş	62	35	58	34	120	34.5
14 yaş ve üzeri	7	4	2	1	9	2.5
Toplam	177	51.1	170	48.9	347	100.0

Tablo 3.5’de görüldüğü gibi, öğrencilerin cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde % 51.1’inin (177) erkek, % 48.9’unun (170) kız olduğu görülmektedir. Yaşa göre dağılımları incelendiğinde ise % 6’sının (11) 11 yaş ve altını, % 55’inin (97) 12 yaş grubunu, % 35’inin (62) 13 yaş grubunu ve % 4’ünün de (7) 14 yaş ve üzerinde oluşturduğu görülmektedir.

Tablo 3.6. Annelerin Yaşa Göre Dağılımları

Annelerin Yaş Grupları	Düşük Sosyoekonomik Düzeyde		Orta Sosyoekonomik Düzeyde		Yüksek Sosyoekonomik Düzeyde		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
25-29 yaş	2	1,5	4	2,3	0	0	8	2,3
30-34 yaş	41	31,3	58	33,1	23	23	122	35,1
35-39 yaş	56	42,7	56	32,0	9	22,0	121	34,8
40-44 yaş	29	22,1	51	29,1	23	19,5	103	29,6
45 ve üstü	1	0,8	6	3,4	1	2,4	8	2,3
Toplam	131	100,0	175	100,0	41	100,0	347	100,0

Çocukların anne yaşı incelendiğinde, düşük sosyoekonomik seviyedeki annelerin 1.5'ünü (4) 25-29 yaş grubu, % 31,3 'ünü (41) 30-34 yaş grubu, % 42,7'sini (56) 35-39 yaş grubu, % 22.1'ünü (29) 40-44 yaş grubu ve % 0,8'ini (1) 45 yaş ve üzerindeki anneler oluşturmaktadır. Orta sosyoekonomik seviyedeki annelerin 2,3'ünü (4) 25-29 yaş grubu, % 33,1'ini (58) 30-34 yaş grubu, % 32'sini (56) 35-39 yaş grubu, % 29.1'ini (51) 40-44 yaş grubu ve % 3,4'ünü (6) 45 yaş ve üzerindeki anneler oluşturmaktadır. Yüksek sosyoekonomik seviyedeki anneler arasında 25-29 yaş grubundan hiç kimse yoktur. Diğer annelerin % 23 'ünü (23) 30-34 yaş grubu, % 22'sini (9) 35-39 yaş grubu, % 19,5'ini (23) 40-44 yaş grubu ve % 2,4'ünü (1) 45 yaş ve üzerindeki anneler oluşturmaktadır (Tablo 3.6).

Táblo 3.7. Annelerin Eğitím Durumlarına Göre Dağılımları

Annelerin Eğitím Durumları	Düşük Sosyoekonomik Düzeyde		Orta Sosyoekonomik Düzeyde		Yüksek Sosyoekonomik Düzeyde		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Okuma-yazma bilmiyor	6	4,5	8	4,6	1	2,4	15	4,3
İlkokul mezunu	54	41,2	96	54,9	8	19,5	158	45,5
Ortaokul mezunu	51	38,9	26	14,9	13	31,7	90	25,9
Lise mezunu	12	9,1	30	17,1	12	29,3	54	15,5
Üniversite mezunu	5	3,8	15	8,6	7	17,1	27	7,7
Toplam	131	100,0	175	100,0	41	100,0	347	100,0

Çocukların anne eğitim durumları incelendiğinde, düşük sosyoekonomik seviyedeki annelerin % 4,5’u (6) okuma-yazma bilmemektedir. % 38,9 ‘u (51) ilkokul mezunu, % 41,2’i (54) ortaokul mezunu, % 9,1’i (12) lise mezunu ve % 3,8’i de (5) üniversite mezunu annelerden oluşturmaktadır. Orta sosyoekonomik seviyedeki annelerin 4,6’sını (8) okuma-yazma bilmeyen anneler, % 54,9’unu (96) ilkokul mezunu anneler, % 14,9’unu (26) ortaokul mezunu anneler, % 17,1’ini (30) lise mezunu anneler ve % 8,6’sını da (15) üniversite mezunu anneler oluşturmaktadır. Yüksek sosyoekonomik seviyedeki anneler arasında sadece 1 anne (%2,4) okuma-yazma bilmemektedir. Diğer annelerin % 43,9 ‘unu (18) ilkokul mezunu anneler, % 7,3’ünü (3) ortaokul mezunu anneler, % 29,3’ünü (12) lise mezunu anneler ve % 17,1’ini (7) üniversite mezunu anneler oluşturmaktadır. Düşük ve orta sosyoekonomik düzeydeki annelerin çoğunluğunun ilkokul mezunu olmaları dikkat çekmektedir. (Tablo 3.7)

Tablo 3.8. Annelerin Mesleklerine Göre Dağılımları

Annelerin Meslekleri	Düşük Sosyoekonomik Düzeyde		Orta Sosyoekonomik Düzeyde		Yüksek Sosyoekonomik Düzeyde		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ev hanımı	109	83,8	152	86,9	36	85,7	297	85,5
Memur	11	8,5	11	6,3	2	4,8	24	6,9
Serbest meslek	2	1,5	3	1,7	1	2,4	6	0,17
İşçi	6	4,6	5	2,9	3	7,1	14	4,03
Toplam	131	100,0	175	100,0	41	100,0	347	100,0

Çocukların annelerinin meslek durumları incelendiğinde, düşük sosyoekonomik seviyedeki annelerin % 83,8'i (109) evhanımıdır. % 8,5'u (11) memur, % 1,5'ü (2) serbest meslek, % 4,6 (6) işçi annelerden oluşturmaktadır. Orta sosyoekonomik seviyedeki annelerin %86,9'unu (152) evhanımı anneler, % 6,3'ini (11) memur anneler, % 1,7'sini (3) serbest çalışan anneler, % 2,9'unu (5) işçi anneler oluşturmaktadır. Yüksek sosyoekonomik seviyedeki anneler arasında % 85,7'si (36) evhanımıdır. Diğer annelerin % 4,8'ini (2) memur anneler, % 2,4'sini (1) serbest çalışan anneler oluşturmaktadır. İşçi olarak çalışan anneler ise %7.1'ini (3) oluşturmaktadır. (Tablo 3.8)

Tablo 3.9. Babaların Yaşa Göre Dağılımları

Babaların Yaş Grupları	Düşük Sosyoekonomik Düzeyde		Orta Sosyoekonomik Düzeyde		Yüksek Sosyoekonomik Düzeyde	
	n	%	n	%	n	%
25-29 yaş	0	0	1	6	0	0
30-34 yaş	6	14,3	24	13,7	6	14,3
35-39 yaş	8	19	54	30,9	8	19
40-44 yaş	14	33,3	64	36,6	14	33,3
45 ve üstü	11	26,2	32	18,3	11	26,2
Toplam	131	100,0	175	100,0	41	100,0

Çocukların baba yaşı incelendiğinde, düşük sosyoekonomik seviyedeki babalar arasında 25 yaş grubu yoktur. % 9,2 'ini (12) 30-34 yaş grubu, % 36,2'ini (47) 35-39 yaş grubu, % 36,2'ini (47) 40-44 yaş grubu ve % 17,7'ini (23) 45 yaş ve üzerindeki babalar oluşturmaktadır. Orta sosyoekonomik seviyedeki babaların 0,6'ını (1) 25-29 yaş grubu, % 13,7'ini (24) 30-34 yaş grubu, % 30,9'ünü (54) 35-39 yaş grubu, % 36,6'ını (64) 40-44 yaş ve % 18,3'ünü (32) 45 yaş ve üzerindeki babalar oluşturmaktadır. Yüksek sosyoekonomik seviyedeki babalar arasında 25-29 yaş grubundan hiç kimse yoktur. Diğer babaların % 14,3'ünü (6) 30-34 yaş grubu, % 19'ünü (8) 35-39 yaş grubu, % 33,3'ünü (14) 40-44 yaş grubu ve %26,2'sini (11) 45 yaş ve üzerindeki babalar oluşturmaktadır (Tablo 3.9).

Tablo 3.10. Babaların Eğitim Durumuna Göre Dağılımları

Babaların Eğitim Durumları	Düşük Sosyoekonomik Düzeyde		Orta Sosyoekonomik Düzeyde		Yüksek Sosyoekonomik Düzeyde	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okuma-yazma bilmiyor	7	5,3	4	2,3	0	0
İlkokul mezunu	77	58,3	51	29,1	7	17,1
Ortaokul mezunu	26	19,7	33	18,9	5	12,2
Lise mezunu	10	7,6	53	30,3	15	36,6
Üniversite mezunu	8	6,1	34	19,4	14	34,1
Toplam	131	100,0	175	100,0	41	100,0

Çocukların baba eğitim durumları incelendiğinde, düşük sosyoekonomik seviyedeki babaların % 5,3'u (7) okuma-yazma bilmemektedir. % 58,3 'u (77) ilkokul mezunu, % 19,7'i (26) ortaokul mezunu, %7.6'ı (10) lise mezunu ve % 6,1'i de (8) üniversite mezunu babalardan oluşmaktadır. Orta sosyoekonomik seviyedeki babaların % 2,3'ünü (4) okuma-yazma bilmeyen babalar, % 29,1'ini (51) ilkokul mezunu babalar, % 18,9'ünü (3) ortaokul mezunu babalar, % 30,3'ünü (53) lise mezunu babalar ve % 19,4'ünü da (34) üniversite mezunu babalar oluşturmaktadır. Yüksek sosyoekonomik seviyedeki babalar arasında okuma-yazma bilmeyen yoktur. Diğerlerinin % 17,1'ini (7) ilkokul mezunu, % 12,2'sini (5) ortaokul mezunu, % 36,6'sını (15) lise mezunu ve % 34,1'ini (14) üniversite mezunu

babalar oluşturmaktadır. Düşük ve orta sosyoekonomik düzeydeki babaların çoğunluğunun ilkökul mezunu olmaları dikkat çekmektedir (Tablo 3.10).

Tablo 3.11. Babaların Mesleğine Göre Dağılımları

Babaların Meslekleri	Düşük Sosyoekonomik Düzeyde		Orta Sosyoekonomik Düzeyde		Yüksek Sosyoekonomik Düzeyde		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	Sayı	%
Çalışmıyor	17	12,9	9	5,1	0	0	26	7,4
Memur	9	6,8	31	17,7	14	34,1	54	15,5
Serbest meslek	30	22,9	55	31,4	10	24,4	95	27,3
İşçi	46	35,1	34	19,4	6	14,6	86	24,7
Esnaf	11	8,3	10	5,7	9	22	30	8,6
Diğer	12	9,1	36	20,6	2	4,8	50	14,4
Toplam	131	100,0	175	175	41	100,0	347	100,0

Çocukların babalarının meslek durumları incelendiğinde, düşük sosyoekonomik seviyedeki babaların % 12,9'u (17) çalışmamaktadır. % 6,8'i (9) memur, %22,9'u(30) serbest meslek, %35,1'i (46) işçi babalardan oluşmaktadır. Orta sosyoekonomik seviyedeki babaların 5,1'ini (9) çalışmayan babalar, % 17,7'ini (31) memur , % 31,4'ünü (55) serbest çalışan babalar, % 19,4'unu (34) işçi babalar oluşturmaktadır. % 5,7'si de (10) esnaftır. Çocukların şöför, memur emeklisi, çiftçi şeklinde tanımladıkları mesleklerde % 20,6 (36) baba vardır. Yüksek sosyoekonomik seviyedeki babalar arasında çalışmayan bulunmamaktadır. Diğer babaların % 34,1'ini (14) memur, % 24,4'ünü (10) serbest çalışan babalar oluşturmaktadır. İşçi olarak çalışan babalar 14,6 (6) oranındadır.

Tablo 3.12. Çocukların Kardeş Sayısına Göre Dağılımları

Kardeş Sayıları	Düşük Sosyoekonomik Düzeyde		Orta Sosyoekonomik Düzeyde		Yüksek Sosyoekonomik Düzeyde	
	n	%	n	%	n	%
Tek çocuk	11	8,4	14	8,0	6	14,6
2 kardeş	31	23,7	55	31,4	10	31,7
3 kardeş	35	26,7	60	34,3	13	24,4
4 kardeş ve üstü	54	41,2	46	26,3	12	29,3
Toplam	131	100,0	175	100,0	41	100,0

Düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 8,4'ü (11) tek çocuktur. % 23,7'si (31) 2 kardeş, % 26,7'si (35) 3 kardeş, % 41,2'si (54) 4 kardeşten fazladır. Çocukların anketlere verdikleri yanıtlar arasında 12 kardeş olan 4 aile dikkat çekmektedir. Orta sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 8'i (14) tek çocuk, % 31,4'ü (55) 2 kardeş, % 34,3'ü (60) 3 kardeş ve % 26,3'ü (46) 4 kardeşten fazladır. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuklar arasında da % 14,6 (6) çocuk tek kardeş, % 24,4 (10) 2 kardeş, % 31,7 (13) 3 kardeş ve 29,3 (12) 4 ve daha fazla kardeşe sahiptir.

Tablo 3.13. Çocukların Evlerinin Kira Ya da Kendilerine Ait Olma Durumuna Göre Dağılımları

Evin Durumu	Düşük Sosyoekonomik Düzeyde		Orta Sosyoekonomik Düzeyde		Yüksek Sosyoekonomik Düzeyde	
	n	%	n	%	n	%
Kiralık Ev	63	40,5	81	46,2	12	29,3
Kendilerine Ait Ev	68	59,5	92	52,5	29	70,7
Toplam	131	100,0	175	100,0	41	100,0

Düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 40,5'inin (63) evleri kira; % 59,5'unun evleri de kendilerine aittir. Orta sosyoekonomik düzeydeki çocukların %

46,2'sinin (81) evleri kira; % 52,5'unun evi de kendilerine aittir. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuklar incelendiğinde ise % 29,3'ünün kirada, % 70,7'sinin ise kendi evlerinde oturduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3.14. Çocukların Evlerinin Sobalı Ya da Kaloriferli Olma Durumuna Göre Dağılımları

Isınma Durumu	Düşük Sosyoekonomik Düzeyde		Orta Sosyoekonomik Düzeyde		Yüksek Sosyoekonomik Düzeyde		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sobalı	129	98,4	138	78,9	19	46,3	286	82,4
Kaloriferli	2	1,5	37	21,1	22	53,7	61	17,5
Toplam	131	100,0	175	100,0	41	100,0	347	100

Düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 98,4'ü (129) sobalı evde, % 1,5'u ise (2) kaloriferli evde oturmaktadır. Orta sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 78,9'u (138) sobalı evde, % 21,1'i ise (37) kaloriferli evde oturmaktadır. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocukların ise % 46,3'ü (19) sobalı evde, % 53,7'si ise kaloriferli evde oturmaktadır (Tablo 3.14).

Tablo 3.15. Evlerin Apartman Dairesi Ya da Müstakil Tip Ev Durumuna Göre Dağılımları

Evin Genel Durumu	Düşük Sosyoekonomik Düzeyde		Orta Sosyoekonomik Düzeyde		Yüksek Sosyoekonomik Düzeyde		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Apartman Dairesi	30	22,9	133	76,0	33	80,5	196	56,4
Müstakil Tip Ev	101	77,09	42	24,0	8	19,5	151	43,5
Toplam	131	100,0	175	100,0	41	100,0	347	100,0

Düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 22,9'u (30) apartman tipi evde, % 77,09'u ise (101) müstakil tip evde oturmaktadır. Orta sosyoekonomik düzeydeki

çocukların % 76'sı (133) apartman tipi evde, % 24'ü ise (42) müstakil tip evde oturmaktadır. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocukların ise % 80,5'i (33) apartman tipi evde, % 19,5'i ise müstakil tip evde oturmaktadır. (Tablo 3.15)

Tablo 3.16. Ailelerin Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımları

Sosyal Güvence	Düşük Sosyoekonomik Düzeyde		Orta Sosyoekonomik Düzeyde		Yüksek Sosyoekonomik Düzeyde		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yok	24	18,2	28	16,0	2	4,9	54	15,5
Bağ-Kur	50	37,9	56	32,0	14	34,1	120	34,5
SSK	31	23,5	51	29,1	12	29,3	94	27
Yeşil Kart	17	12,9	3	1,7	0	0	20	5,7
Emekli Sandığı	10	7,6	37	21,1	13	31,7	60	17,2
Toplam	131	100,0	175	100,0	41	100,0	347	100,0

Düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 18,2'sinin (24) sosyal güvencesi yoktur. % 37,9'unun (50) Bağ-kur, % 23,5'inin (31) SSK, % 12,9'unun (17) yeşil kart, ve % 7,6'sının ise (10) emekli sandığı güvencesi vardır. Orta sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 16'sının (28) sosyal güvencesi yoktur. % 32'si (56) Bağ-kur, % 29,1'i (51) SSK, % 1,7'si (3) yeşil kart ve % 21,1'i de (37) emekli sandığı güvencesi altındadır. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocukların ise % 4,9'u (2) hiçbir sosyal güvenceye sahip değildir. % 34,1'i (14) Bağ-kur, % 29,3'ü (12) SSK, % 31,7'si (13) emekli sandığı güvencesine sahiptir. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuklar arasında yeşil kart kullanan bulunmamaktadır (Tablo 3.16)

F

3.1.2. ÇOCUKLARIN SAĞLIĞIGELİŞTİRMEYE YÖNELİK DAVRANIŞLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 17 : Çocuklarda Öz Sorumluluk İle İlgili Özelliklere Sosyoekonomik Durumun Etkisi

	Gruplar ^x	Her zaman		Bazen		Asla		Önemlilik
		n	%	n	%	n	%	
Kendi sağlığınızdaki kendinizin sorumlu olduğunuzu düşünür müsünüz?	1ab	76	58,5	45	34,6	9	6,9	X ² =9,64 P=0,047*
	2a	109	62,3	49	28	17	9,7	
	3b	16	38,1	21	50	5	11,9	
Hastalandığınızda iyileşmek için kendiniz bir şeyler yapar mısınız?	1	28	21,5	79	60,8	23	17,7	X ² =4,993 P=0,288
	2	43	24,6	85	48,6	45	26,3	
	3	8	19,0	23	54,8	11	26,2	
Sağlığınız sizin için önemli midir?	1	125	96,2	5	3,8	0	0	X ² =1,67 P=0,433
	2	169	96,6	5	2,9	0	0	
	3	42	100	0	0	0	0	
İyileşmek için başkalarının yardımına mutlaka ihtiyaç duyar mısınız?	1	34	26,2	86	66,2	10	7,7	X ² =8,47 P=0,076
	2	58	33,1	103	58,9	11	6,3	
	3	6	14,3	30	71,4	6	14,3	
Hastalanacağınızı anlayabilir misiniz?	1	30	23,1	75	57,7	25	19,2	X ² =4,672 P=0,323
	2	31	17,7	115	65,7	25	14,3	
	3	5	11,9	30	71,4	7	16,7	
Giyinme, yemek yeme vb işlerinizi kendi kendinize mi yaparsınız?	1a	107	82,3	23	17,7	0	0	X ² =10,418 P=0,005**
	2b	115	65,7	55	31,4	5	2,9	
	3ab	31	73,8	10	23,8	1	2,4	
Sağlığınız iyi olduğunu düşünür müsünüz?			Evet		Hayır			
	1	100	76,9	-	-	30	23,1	X ² =4,115 P=0,128
	2	150	85,7	-	-	25	14,3	
3	33	78,6	-	-	9	21,4		

X: 1. Grup: Düşük Sosyoekonomik Düzeyde;
2. Grup: Orta Sosyoekonomik Düzeyde;
3. Grup: Yüksek Sosyoekonomik Düzeyde
(a,b: farklı harf taşıyan gruplar arası fark önemli, P<0.05).

Tablo 3.17'de çocuklarda öz sorumluluk ile ilgili özelliklere sosyoekonomik durumun etkisi chisquare değerleri ve önemlilik durumları sunulmuştur. Sosyoekonomik durumu düşük öğrenciler arasında kendi sağlığından her zaman kendinin sorumlu olduğunu düşünen % 58.5 (76) oranında bir grup, kendisinin bazen sorumlu olduğunu düşünen % 34.6 (45) oranında bir grup ve kendi sağlığından asla kendinin sorumlu olmadığını düşünen % 6.9 (9) bir grup vardır. Bu durumda istatistiksel olarak gruplararası fark önemli bulunmuştur. ($p < 0.05$) Sosyoekonomik durumu orta düzeydeki öğrenciler arasında % 62.3 (109) öğrenci her zaman kendi sağlıklarından kendilerinin sorumlu olduklarını düşündüklerini, % 28 (49) öğrenci bazen kendi sağlıklarından sorumlu olabileceklerini ve %9.7 (17) öğrenci de asla kendi sağlıklarından sorumlu olmadıklarını ifade etmişlerdir. Sosyoekonomik durumu yüksek öğrenciler arasında da % 38.1 (16) oranındaki bir öğrenci grubu her zaman kendi sağlıklarından sorumlu olduklarını, % 50 (21) oranındaki öğrenci grubu bazen kendi sağlıklarından sorumlu olabileceklerini ve % 11.9 (5) oranındaki bir grup ise asla kendi sağlıklarından sorumlu olmadıklarını düşünmektedirler.

Düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 60.8'i (79) hastalandıklarında iyileşmek için kendi kendilerine bazen bir şeyler yapabildiklerini, %17.7'si ise (23) asla iyileşebilmek için bir şeyler yapamadıklarını ifade etmişlerdir. Orta sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 24.6'sı (43) her zaman, % 48.6'sı (85) bazen, % 26.3'ü ise (45) asla hastalandıklarında kendi kendilerine iyileşebileceklerini düşünmediklerini ifade etmişlerdir. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocukların ise % 19'u (8) her zaman yapabildiklerini, % 54.8'i (23) bazen, % 26.2'si de (1) asla iyileşebilecek kadar bir şeyler yapamadıklarını düşünmektedirler. ($X^2 = 4.993$, $p = 0.288$).

Benzer şekilde düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 96.2'si (125) her zaman sağlıklarının kendileri için önemli olduğunu, % 3.8'i (5) bazen önemli olduğunu söylemektedirler. Orta sosyoekonomik düzeydeki çocuklardan % 96.6'sı (169) her zaman, % 2.9'u (5) bazen sağlıklarının önemli olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocukların da %100'ü her zaman sağlıklarının önemli olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuklar arasında "bazen" ve "asla" yanıtını veren olmamıştır ($X^2 = 1.67$, $p = 0.433$).

Düşük sosyoekonomik düzeydeki çocuklardan % 26.2'si (34) her zaman, % 66.2'si (86) da bazen iyileşmek için başkalarının yardımına ihtiyaç duyduklarını ifade etmekte, % 7.7'si ise (10) asla başkalarına ihtiyaç duymadıklarını, kendi kendilerine iyileşebileceklerini düşünmektedirler. Orta sosyoekonomik düzeydeki çocuklardan %

33.1'i (58) her zaman, % 58.9'u (103) bazen başkalarına ihtiyaç duymaktadırlar. % 6.3'ü ise (11) asla yardıma ihtiyaç duymadıklarını düşünmektedirler. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocukların ise % 14.3'ü (6) her zaman, %71.4'ü (30) bazen iyileşmek için başkalarının yardımına ihtiyaç duyduklarını, %14.3'ü (6) ise asla ihtiyaç duymadıklarını belirtmişlerdir. ($X^2=8.47$, $p= 0.076$)

Düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 23.1'i (30) her zaman, % 57.7'si (75) ise bazen hastalandıklarını anlayabildiklerini düşünmekte; % 19.2'si ise (25) asla anlayamadıklarını düşünmektedirler. Orta sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 17.7'si (31) her zaman, % 65.7'si (115) bazen hastalanacaklarını anlayabilmekte, % 14.3'ü (25) ise anlayamamaktadırlar. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuklardan ise % 11.9'u (5) her zaman hastalanacaklarını tahmin edebilmekte, % 71.4'ü (30) bazen tahmin edebilmektedir. % 16.7'si (7) ise asla hastalanacaklarını anlayamadıklarını ifade etmişlerdir. ($X^2=4.672$, $p=0.323$)

Düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 82.3'ü (107) her zaman, % 17.7'si (23) bazen kendi işlerini kendilerinin yapabildiklerini ifade etmişler, hiçbir çocuk ise başkalarının yardımına gereksinim duymadan kendi işlerini kendilerinin yapabildiklerini ifade edecek şekilde "asla " yanıtını işaretlemişlerdir. Orta sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 65.7'si (115) her zaman, % 31.4'ü (55) bazen giyinme, yemek yeme vb işleri için yardım aldıklarını, % 2.9'u (5) ise mutlaka başkalarının yardımı ile işlerini yapabildiklerini ifade etmişlerdir. yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuklar arasında % 73.8 (31) oranında çocuk her zaman, % 23.8 (10) oranında çocuk ise bazen yardım aldıklarını belirtmişler; % 2.4 (1) çocuk ise asla yardım almadıklarını kendi kendilerine işlerini yapabildiklerini ifade etmişlerdir. Tablo 17'de de açıkça görüldüğü gibi giyinme, yemek yeme vb çocukların özsorumluluklarıyla ilgili konularda başkalarından yardım alma durumlarında, istatistiksel açıdan gruplararası önemli derecede fark vardır ($X^2 = 10.418$; $p = 0.005$).

Özsorumluluk ile ilgili anket sorularından, sağlıklarının önemli olup olmadığı hakkındaki düşüncelerine ilişkin soruya düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 76.9'u (100) her zaman, % 23.1'i (30) bazen sağlıklarının kendileri için önemli olduğu yanıtını vermişlerdir. Orta sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 85.7'si (150) her zaman, % 14.3'ü (25) ise bazen önemli olduğunu belirtmişlerdir. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuklar arasında ise % 78.6 (33) çocuk her zaman, % 21.4 (9) çocuk ise bazen sağlıklarının önemli olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. ($X^2 = 4.115$; $p = 0.128$)

zaman, % 14.3'ü (25) ise bazen önemli olduğunu belirtmişlerdir. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuklar arasında ise % 78.6 (33) çocuk her zaman, % 21.4 (9) çocuk ise bazen sağlıklarının önemli olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. ($X^2 = 4.115$; $p = 0.128$)

Tablo 3.18. Çocuklarda Beslenme Bilinci İle İlgili Özelliklere Sosyoekonomik Durumun Etkisi

	Gruplar ^x	Her zaman		Bazen		Asla		Önemlilik
		n	%	n	%	n	%	
Günde üç öğün yemek yiyor musunuz?	1	93	71,5	36	27,7	1	0,8	$X^2=0,049$ $P=0,976$
	2	127	72,6	48	27,4	0	0	
	3	30	71,4	12	28,6	0	0	
Sağlıklı yemek yemeye dikkat eder misiniz?	1	99	76,2	29	22,3	2	1,5	$X^2=1,354$ $P=0,508$
	2	131	74,9	41	23,4	3	1,7	
	3	35	83,3	7	16,7	0	0	
Kendiniz için yemek pişirebilir misiniz?	1	30	23,1	82	63,1	18	13,8	$X^2=6,229$ $P=0,183$
	2	58	33,1	96	54,9	21	12	
	3	15	35,7	25	59,5	2	4,8	
Tv reklamlarının sağlıksız gıdalara yönlendirdiğini düşünür müsünüz?	1a	7	5,4	97	74,6	24	18,5	$X^2=16,547$ $P=0,002^{**}$
	2b	32	18,3	108	61,7	33	18,9	
	3b	8	19,0	21	50	13	31	
Fast-food türü yiyecekler yemekten kaçınır mısınız?	1	16	12,3	78	60	36	27,7	$X^2=1,425$ $P=0,840$
	2	21	12,0	100	57,1	54	30,9	
	3	4	9,5	28	66,7	10	23,8	
Günde en az iki kere diş fırçalar mısınız?	1	61	46,9	60	46,2	9	6,9	$X^2=5,306$ $P=0,257$
	2	74	42,3	80	45,7	21	12	
	3	24	57,1	16	38,1	2	4,8	
Konserve yiyeceklerden sakınır mısınız?	1	29	22,3	64	49,2	37	28,5	$X^2=6,916$ $P=0,140$
	2	53	30,3	91	52	31	15,4	
	3	14	33,3	21	50	7	14,3	
Gıda maddelerinin içeriğini inceler misiniz?	1a	27	20,8	69	53,1	34	26,2	$X^2=11,114$ $P=0,025^*$
	2b	64	36,6	81	46,3	28	16	
	3b	11	26,2	21	50	10	23,8	
Dört temel gıda grubunu biliyor musunuz?			Evet				Hayır	
	1a	77	59,2	-	-	53	40,8	$X^2=12,734$ $P=0,002^{**}$
	2b	130	74,3	-	-	45	25,7	
3a	21	50	-	-	21	50		

x : 1.Grup: Düşük Sosyoekonomik Düzeyde;

2. Grup: Orta Sosyoekonomik Düzeyde;

3. Grup: Yüksek Sosyoekonomik Düzeyde

(a,b: farklı harf taşıyan gruplar arası fark önemli, $P<0.05$).

Tablo 3.18'de görüldüğü gibi düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların %59.2'si (77) dört temel gıda grubunu bilmekte, ancak %40.8'i (53) bilmemektedir. Çocukların %71.5 (93) her zaman günde 3 öğün yemek yediğini, %27.7 (36) bazen, %0.8 (1) hiç düzenli olarak 3 öğün yemek yemediğini ifade etmiştir. Kendi kendine yemek pişirebilir misiniz sorusuna çocukların % 23.1'i (30) her zaman, % 63.1'i (82) bazen, % 13.8'i (18) asla cevabını vermişlerdir. Çocukların %5.4'ü (7) her zaman, % 74.6'sı (97) bazen Tv reklamlarının sağlıksız gıdalara yönlendirdiğini, %18.5'u da asla yönlendirmediğini ifade etmişlerdir. %12.3 (16) her zaman, %60 (78) bazen fast-food gıda yemekten kaçındıklarını, işaretlemişlerdir. Çocukların %29'u (29) her zaman konserve gıdaları yemediklerini, %49.2'si (64) bazen yemediklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca %20.8(27) çocuk gıda maddelerinin içeriğini her zaman inceleyerek yediğini, %53.1(69) çocuk bazen incelediklerini, %26.2 (34) çocuk da hiç incelemeyen yediklerini ifade etmişlerdir.

Orta sosyoekonomik düzeydeki çocuklar incelendiğinde çocukların % 74.3'ü (130) dört temel gıda grubunu bildiklerini, % 25.7'si ise (45) dört temel gıda grubunu bilmediklerini ifade etmişlerdir. Her zaman günde üç öğün yemek yiyen % 72.6 (127) çocuk vardır. Çocukların % 74.9'u (131) sağlıklı yemek yemeye her zaman dikkat ettiklerini ifade etmektedirler. Çocukların % 33.1'i (58) kendi kendine her zaman yemek pişirebilmektedir. Tv reklamlarının sağlıksız gıdalara yönlendirip yönlendirmediği konusundaki düşünceleri incelendiğinde % 18.3'ünün (32) her zaman böyle düşündükleri ortaya çıkmaktadır. Fast-food gıdalar genellikle çocuklar tarafından ilgiyle karşılanmasına rağmen % 12 (21) oranında çocuk fast-food yemekten her zaman hoşlanmadıklarını, % 57.1'i (100) bazen yediklerini ifade etmişlerdir. Her zaman günde en az iki kez diş fırçalayan % 42.3 (74) çocuğa karşın % 45.7 (80) çocuk bazen fırçaladıklarını ifade etmişlerdir. % 30.3 (53) çocuk her zaman, % 52 (91) çocuk ise bazen konserve gıda yemekten kaçındıklarını ifade etmişlerdir.

Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuklara bakıldığında dört temel gıda grubunu çocukların % 50'si (21) bilmektedir. Çocukların % 71,4'ü (30) her zaman günde üç öğün yemek yediklerini ifade etmişlerdir. Sağlıklı yemek yemeye çocukların % 83.3'ü (35) her zaman dikkat ettiklerini belirtmişlerdir. Çocukların % 35.7'si (15) her zaman kendileri için yemek pişirebilmekte, % 59.5'i (25) bazen pişirebilmektedir. Çocukların %19'u (8) her zaman Tv reklamlarının sağlıksız gıdalara yönlendirdiğini düşünmekte, % 50'si (21) bazen reklam etkilerinin olduğunu savunmaktadır. % 66.7 (28) çocuk bazen fastfood yememeye dikkat ettiğini ifade etmişlerdir. % 50 (21) çocuk bazen konserve yemediklerini belirtmişlerdir. Çocukların %26.2'si (11) her zaman gıda maddelerinin içeriğini

belirtmişlerdir. Çocukların % 26.2'si (11) her zaman gıda maddelerinin içeriğini inceleyerek yediklerini, % 50'si (21) bazen incelediklerini, % 23.8'i de (10) gıdaların içeriğini hiç incelemediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 3.19. Çocukların Fiziki Aktivite İle İlgili Özelliklerine Sosyoekonomik Durumun Etkisi

	Gruplar	Her zaman		Bazen		Asla		Önemlilik
		n	%	n	%	n	%	
Yürümek, koşmak için uygun ayakkabı seçer misiniz?	1	75	57,7	43	33,1	12	9,2	$X^2=4,713$ $P=0,318$
	2	117	66,9	48	27,4	10	5,7	
	3	29	69,0	12	28,6	1	2,4	
Spor yaparken uygun kıyafet seçer misiniz?	1b	87	66,9	31	23,8	11	8,5	$X^2=9,770$ $P=0,044^*$
	2a	142	81,1	26	14,9	7	4	
	3ab	30	71,4	11	26,2	1	2,4	
Kendiniz için ideal olan vücut ağırlığını bilir misiniz?	1b	63	48,5	55	42,3	12	9,2	$X^2=10,636$ $P=0,031^*$
	2a	116	66,3	51	29,1	8	4,6	
	3ab	24	57,1	14	33,3	4	9,5	
Spora başlamadan önce ısınma hareketi yapar mısınız?	1	73	56,2	53	40,8	4	3,1	$X^2=7,8183$ $P=0,098$
	2	83	47,4	73	41,7	19	10,9	
	3	22	52,4	18	42,9	2	4,8	
Egzersiz sonrasında gevşeme hareketleri yapar mısınız?	1	27	20,8	83	63,8	20	15,4	$X^2=2,443$ $P=0,655$
	2	31	17,7	106	60,6	38	21,7	
	3	7	16,7	28	66,7	7	16,7	
Her gün en az 8 saat uyur musunuz?	1	67	51,5	51	39,2	12	9,2	$X^2=6,807$ $P=0,146$
	2	106	60,6	48	27,4	21	12	
	3	19	45,2	18	42,9	5	11,9	
Egzersizden önce ve sonra yediklerinize dikkat eder misiniz?	1	56	43,1	63	48,5	11	8,5	$X^2=5,114$ $P=0,276$
	2	81	46,3	65	37,1	25	14,3	
	3	21	50,0	16	38,1	4	9,5	
Egzersiz yaparken yaralanmamak için dikkatli olurlar musunuz?	1a	89	68,5	34	26,2	7	5,4	$X^2=12,369$ $P=0,015^*$
	2a	108	61,7	50	28,6	13	7,4	
	3b	26	61,9	7	16,7	9	21,4	
Egzersiz yapmayı sever misiniz?	1a	58	44,6	71	54,6	1	0,8	$X^2=24,627$ $P=0,000^{***}$
	2b	106	60,6	57	32,6	12	6,9	
	3b	19	45,2	17	40,5	6	14,3	
Egzersiz yaparken kas zedelenmesi vb durumda gerekeni yapabilir misiniz?			Evet				Hayır	
	1	53	40,8	-	-	77	59,2	$X^2=4,039$ $P=0,133$
	2	130	74,3	-	-	45	25,7	
3	21	50	-	-	21	50		

x: 1.Grup: Düşük Sosyoekonomik Düzeyde; 2. Grup: Orta Sosyoekonomik Düzeyde; 3. Grup: Yüksek Sosyoekonomik Düzeyde (a,b: farklı harf taşıyan gruplar arası fark önemli, $P<0.05$).

Fiziki aktivitelere yönelik özellikler tablo 15'te verilmektedir. Sosyoekonomik düzeyi düşük grup incelenmiş ve şu veriler elde edilmiştir: Yürümek, koşmak vb hareketlerde çocukların uygun ayakkabı seçimi incelendiğinde % 57.7'si (75) her zaman, % 33.1'i (43) bazen, % 9.2'si de (12) asla cevabını vermişlerdir. Spor yaparken uygun kıyafet seçimine % 66.9 (87) çocuk her zaman, % 23.8 (31) bazen, % 8.5 (11) çocuk da asla cevabını vermişlerdir. Çocukların % 48.5'u (63) her zaman ideal kilolarını bildiklerini ve dikkat ettiklerini, % 51.5'u ise (68) ideal kilolarını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Spora başlamadan önce % 56.2 (73) çocuk her zaman, % 63.8 (53) çocuk da bazen ısınma hareketleri yapmakta, % 3.1 (4) çocuk ise buna hiç dikkat etmediklerini ifade etmişlerdir. Egzersiz sonrası % 20.8 (27) çocuk her zaman, % 63.8 (83) çocuk da bazen gevşeme hareketleri yapmakta, %15,4 (20) çocuk ise buna hiç dikkat etmediklerini ifade etmişlerdir. % 51.5 (67) çocuk her zaman, % 39.2 (51) çocuk bazen günde sekiz saat düzenli uyumaya dikkat ettiklerini, % 9.2 (12) çocuk ise sekiz saat uyumadıklarını ifade etmektedirler. Çocukların % 43.1'i (56) her zaman egzersiz öncesi ve sonrası yediklerine dikkat ettiklerini, % 48.5'u (63) bazen buna dikkat ettiklerini, % 8.5'u ise (11) asla dikkat etmediklerini ifade etmektedirler. Çocuklara egzersiz yaparken yaralanmamak için dikkatli olup olmadıkları sorulduğunda % 68.5'u (89) her zaman, % 26.2'si (34) bazen dikkat ettiklerini, % 5.4'ü ise (7) asla dikkat etmediklerini ifade etmektedirler. Egzersiz yaparken kas zedelenmesi gibi bir durumda gerekeni yapma konusunda % 41.5 (54) çocuk her zaman yapabilecek bir şeyleri bildiklerini, % 56.9'u (74) bazen gerekeni yapabildiklerini, % 1.5 (2) çocuk ise hiç bir şey yapamayacaklarını ve bilmediklerini ifade etmektedirler. Egzersiz yapmayı % 44.6 (58) çocuk çok sevdiğini, % 54.6 (71) bazı durumlarda sevdiğini, % 0.8 (1) çocuk ise egzersiz yapmayı sevmediğini ifade etmektedir.

Çocukların 66.9 (117) her zaman egzersiz yaparken uygun bir ayakkabı seçmeye dikkat ettiklerini, % 27.4 (48) bazen dikkat ettiklerini, % 5.7 (10) çocuk ise hiç dikkat etmediklerini ifade etmektedirler. Aynı şekilde egzersiz sırasında uygun kıyafet giymeye her zaman dikkat eden grup % 81.1 (142), bazen dikkat eden % 14.9 (26) , asla dikkat etmediğini söyleyen grup ise % 4 (7) oranındadır. Çocukların % 66.3'u (116) her zaman ideal kilolarını bildiklerini ve dikkat ettiklerini, % 4.6 ise (8) ideal kilolarını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Spora başlamadan önce % 47.4 (83) çocuk her zaman, % 41.8 (73) çocuk da bazen ısınma hareketleri yapmakta, % 10.9 (19) çocuk ise buna hiç dikkat etmediklerini ifade etmişlerdir. Egzersiz sonrası % 17.7 (31) çocuk her zaman, % 60.6 (106) çocuk da bazen gevşeme hareketleri yapmakta, %21,7 (38) çocuk ise buna hiç dikkat etmediklerini

ifade etmişlerdir. % 60.6 (106) çocuk her zaman, % 27.4 (48) çocuk bazen günde sekiz saat düzenli uyumaya dikkat ettiklerini, % 12. (21) çocuk ise sekiz saat uyumadıklarını ifade etmektedirler. Çocukların % 48.3'i (81) her zaman egzersiz öncesi ve sonrası yediklerine dikkat ettiklerini, % 37.1'u (65) bazen buna dikkat ettiklerini, % 14.3'u ise (25) asla dikkat etmediklerini ifade etmektedirler. Çocuklara egzersiz yaparken yaralanmamak için dikkatli olup olmadıkları sorulduğunda % 61.7'u (108) her zaman, % 28.6'si (50) bazen dikkat ettiklerini, % 7.4'ü ise (13) asla dikkat etmediklerini ifade etmektedirler. Egzersiz yaparken kas zedelenmesi gibi bir durumda gerekeni yapma konusunda % 52 (91) çocuk her zaman yapabilecek bir şeyleri bildiklerini, % 48 (84) çocuk ise hiç bir şey yapamayacaklarını ve bilmediklerini ifade etmektedirler. Egzersiz yapmayı % 60.6 (106) çocuk çok sevdiğini, % 32.6 (57) bazı durumlarda sevdiğini, % 6.9 (12) çocuk ise egzersiz yapmayı sevmediğini ifade etmektedir.

Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocukların fiziki aktivitelerle ilgili davranışlarına bakıldığında % 69'u (29) her zaman aktiviteleri sırasında uygun ayakkabı seçtiklerini, % 28.6'sı (12) bazen seçtiklerini ve % 2.4'ü de (1) uygun bir ayakkabı seçmek için çaba sarfetmediğini ifade etmiştir. Spor yaparken uygun kıyafet seçme konusunda % 71.4 (30) çocuk her zaman dikkat ettiğini, % 26.2 (11) bazen dikkat ettiğini ve % 2.4 (1) çocuk da hiç dikkat etmediğini belirtmiştir. Bu grupta gruplararası farkın önemli olduğunu görmekteyiz. ($X^2=9,770$; ve $P=0,044$) çocukların % 57.1'i (24) her zaman ideal vücut ağırlıklarını bildiklerini, % 33.3 'ü (14) bazen, % 9.5 (4) hiç ideal vücut ağırlıklarını bilemediklerini ifade etmişlerdir. Bu durumda yine gruplararası farkın önemli olduğu görülmektedir. ($X^2=10,636$ ve $P=0,031$) Egzersiz öncesi ısınma hareketleri yapan çocukların % 52.4'ü (24) her zaman, % 42.9 (18) bazen cevabını vermişler ve % 4.8 (2) çocuk da asla ısınma hareketi yapmadıklarını söylemişlerdir.

Tablo 3.20. Çocuklarda Stres İle İlgili Özelliklere Sosyoekonomik Durumun Etkisi

	Gruplar	Her zaman		Bazen		Asla		Önemlilik
		n	%	n	%	n	%	
Nelerden mutlu olduğunuzun farkında mısınız?	1	82	63,1	45	34,6	3	2,3	$X^2=9,329$ $P=0,053$
	2	136	77,7	35	20	4	2,3	
	3	30	71,4	10	23,8	2	4,8	
Nelerden mutsuz olduğunuzun farkında mısınız?	1b	78	60,0	37	28,5	15	11,5	$X^2=12,001$ $P=0,017^*$
	2a	136	77,7	28	16	11	6,3	
	3ab	30	71,4	10	23,8	2	4,8	
Ailenizle her konuda konuşmaya çalışır mısınız?	1	37	28,5	85	65,4	8	6,2	$X^2=6,977$ $P=0,137$
	2	67	38,3	94	53,7	14	8	
	3	15	35,7	21	50	6	14,3	
Kardeşlerinizi sever misiniz?	1	109	83,8	12	9,2	4	3,1	$X^2=0,232$ $P=0,891$
	2	149	85,1	20	11,4	0	0	
	3	36	85,7	4	9,5	0	0	
Kendinizi neyin sınırlendirdiğini bilir misiniz?	1a	79	60,8	47	36,2	4	3,1	$X^2=21,331$ $P=0,000^{***}$
	2a	126	72,0	47	26,9	2	1,1	
	3b	26	61,9	10	23,8	6	14,3	
Ev işleri, okul ve oyun için ayrı zaman düzenleyebilir misiniz?	1a	61	46,9	59	45,4	10	7,7	$X^2=12,631$ $P=0,013^*$
	2a	87	49,7	79	45,1	9	5,1	
	3b	15	35,7	18	42,9	9	21,4	
Evde sorunlarınız ve düşünceleriniz aileniz tarafından dinlenir mi?	1	61	46,9	58	44,6	11	8,5	$X^2=8,383$ $P=0,079$
	2	105	60,0	52	29,7	18	10,3	
	3	20	47,6	16	38,1	6	14,3	
Birisini ile sorununuz olduğunda önce konuşmayı dener misiniz?	1	65	50	57	43,8	8	6,2	$X^2=5,269$ $P=0,261$
	2	84	48,0	78	44,6	13	7,4	
	3	15	35,7	26	61,9	1	2,4	
Sıkıntılı olduğunuzda sizi neyin iyi hissettireceğini bilir misiniz?	1	54	41,5	68	52,2	8	6,2	$X^2=6,927$ $P=0,140$
	2	90	51,4	73	41,7	12	6,9	
	3	20	47,6	16	38,1	6	14,3	
Sizi eğlendiren hobileriniz var mı?	1a	94	72,3	0	0	34	26,2	$X^2=14,116$ $P=0,001^{***}$
	2b	155	88,6	0	0	20	11,4	
	3a	31	73,8	0	0	11	26,2	
Başkalarının fikrini dinler misiniz?	1a	55	42,3	69	53,1	5	3,8	$X^2=15,164$ $P=0,004^{**}$
	2b	107	61,1	64	36,6	4	2,3	
	3a	15	35,7	26	61,9	1	2,4	
Başladığınız işi bitirir misiniz?	1a	77	59,2	51	39,2	2	1,5	$X^2=7,571$ $P=0,023^*$
	2b	127	72,6	47	26,9	1	0,6	
	3b	32	76,2	10	23,8	0	0	
Aile büyüklerinizden destek alır mısınız?	1a	76	58,5	42	38,2	11	8,5	$X^2=11,076$ $P=0,026^*$
	2b	116	66,3	33	18,9	22	12,6	
	3a	20	47,6	16	38,1	5	11,9	

Tablo 3.20'nin devamı

Arkadaşlarınızdan destek alır mısınız?	1ab	36	27,7	90	69,2	2	1,5	$X^2=10,299$
	2a	62	35,4	103	58,9	9	5,1	$P=0,036^*$
	3b	7	16,7	34	81	1	2,4	
Öğretmenlerinizden destek alır mısınız?	1	74	56,9	40	30,8	14	10,8	$X^2=7,131$
	2	87	49,7	73	41,7	13	7,4	$P=0,129$
	3	18	42,9	21	50	2	4,8	
Üzüldüğünüzde sizi anlayan birileri olur mu?	1a	58	44,6	66	50,8	6	4,6	$X^2=23,518$
	2b	82	46,9	65	37,1	27	15,4	$P=0,000^{***}$
	3b	21	50,0	9	21,4	12	28,6	

x : 1.Grup: Düşük Sosyoekonomik Düzeyde;

2. Grup: Orta Sosyoekonomik Düzeyde;

3. Grup: Yüksek Sosyoekonomik Düzeyde

(a,b: farklı harf taşıyan gruplar arası fark önemli, $P<0.05$).

Tablo 3.20'de görüldüğü gibi, sosyoekonomik düzeyi düşük gruptaki çocukların % 63.1'i (82) her zaman nelerden mutlu olduklarının farkında olduklarını düşünmektedir. % 60 (78) oranında çocuk nelerden mutsuz olduklarını her zaman bildiklerini düşünmektedirler. Ailesiyle her konuda her zaman konuşabilen çocuk sayısı % 65.4 (85) oranındadır. Çocukların % 83.8'i (109) her zaman kardeşlerini sevdiklerini ifade etmiştir. % 60.8 (79) çocuk her zaman sınırlendiklerini farkedebildiklerini düşünmektedirler. Ev işleri, oyun, okul vb farklı işlere ayrı ayrı zaman düzenleyebilme durumu incelendiğinde % 46.9 (61) çocuk her zaman düzenlediklerini ifade etmişlerdir. % 46.9 (61) çocuk her zaman ailesi tarafından düşüncelerinin dinlendiğini, % 44.6 (58) çocuk bazen dinlendiğini düşünmektedir. % 50 (65) çocuk her zaman, % 43.8 (57) çocuk bazen bir sorun durumunda önce konuşmayı denediklerini ifade etmiştir. % 41.5 (54) çocuk her zaman, % 52.3 (68) çocuk bazen sıkıntılı durumda neyin kendini iyi hissettirdiğini bilmektedir. % 42.3 (55) çocuk her zaman, % 53.1 (69) çocuk bazen başkalarının fikrini dinlediklerini ifade etmektedirler. Çocukların % 72.3'ü (94) her zaman hobilerinin olduğunu, % 1.5 (2) çocuk ise hiç hobileri olmadığını ifade etmiştir. % 59.2 (77) çocuk her zaman başladığı işi bitirdiğini düşünmektedir. Aile büyüklerinden destek alma durumu incelendiğinde % 58.5'i (76) her zaman destek aldıklarını ifade etmektedir. Arkadaşlarından destek alma durumuna bakıldığında % 27.7 (36) her zaman destek aldığı görülmektedir. % 56.9 (74)

her zaman öğretmen desteği olduğunu düşünmektedirler. % 44.6'sı (58) her zaman üzüldüklerinde anlayan birilerini bulduklarını ifade etmektedirler.

Sosyoekonomik düzeyi orta derecede olan çocukların % 77.7'i (136) her zaman, % 20' sı (35) nelerden mutlu olduklarının farkında olduklarını düşünmekte; % 2.3 (4) bölümü ise nelerden mutlu olduklarını bilemediklerini ifade etmektedirler. % 77.7 (136) oranında çocuk nelerden mutsuz olduklarını her zaman bildiklerini, % 16 (28) çocuk bazen bunun farkında olduklarını, % 6.3 (11) çocuk ise asla neyin kendilerini mutsuz ettiğini bilemediklerini düşünmektedirler. Ailesiyle her konuda her zaman konuşabilen % 38.3 (67), bazen konuşabilen çocuk sayısı % 53.7 (94) oranındadır. % 8 (14) çocuk ise, asla aileleriyle konuşamadıklarını ifade etmiştir. Çocukların % 85.1'i (149) her zaman, % 11.4'ü (20) bazen kardeşlerini sevdiklerini ifade etmiştir. Kardeşlerini hiç sevmediğini belirten olmamıştır. % 72 (126) çocuk her zaman, % 26.9 (47) çocuk ise neye sinirlendiklerini farkedebildiklerini, % 1 (2) çocuk ise farkedemediklerini düşünmektedirler. Ev işleri, oyun, okul vb farklı işlere ayrı ayrı zaman düzenleyebilme durumu incelendiğinde % 49.7 (87) çocuk her zaman, % 45.1 (79) bazen, % 5.1 (9) çocuk ise hiç zaman düzenleyemediklerini ifade etmişlerdir. % 60 (105) çocuk her zaman ailesi tarafından düşüncelerinin dinlendiğini, % 29.7 (52) çocuk bazen dinlendiğini düşünmekte, buna karşılık % 10.3 (18) çocuk ise ailesinin kendini hiç dinlemediğini ifade etmektedir. % 48 (84) çocuk her zaman, % 44.6 (78) çocuk bazen bir sorun durumunda önce konuşmayı denediklerini, % 74 (13) çocuk ise asla konuşmayı denemediğini ifade etmiştir. % 51.5 (90) çocuk her zaman, % 41.7 (73) çocuk bazen sıkıntılı durumda neyin kendini iyi hissettirdiğini bilmekte, ama % 6.9 (12) çocuk bilmemektedir. % 61.1 (107) çocuk her zaman, % 36.6 (64) çocuk bazen başkalarının fikrini dinlediklerini, % 23 (4) çocuk ise asla başkalarının fikrini dinlemediklerini ifade etmektedirler. Çocukların % 88.6'ü (155) her zaman hobilerinin olduğunu, % 11.5 (20) çocuk ise hiç hobileri olmadığını ifade etmiştir. % 72.6 (127) çocuk her zaman başladığı işi bitirdiğini düşünmektedir. Aile büyüklerinden destek alma durumu incelendiğinde % 66.3'i (116) her zaman destek aldıklarını, % 18.9 (33) bazen destek aldığını, % 12.6'u (22) ise asla destek almadığını ifade etmektedir. Arkadaşlarından destek alma durumuna bakıldığında % 35.4 (62) her zaman destek aldığı, % 58.9 (103) bazen destek aldığı görülmektedir. % 49.7 (87) her zaman öğretmen desteği olduğunu, % 41.7 (73) bazen olduğunu, % 7.4 (13) ise asla öğretmen desteği almadıklarını düşünmektedirler. % 46.9'sı (82) her zaman üzüldüklerinde anlayan birilerini bulduklarını, % 37.1'i (64) bazen birilerinin kendilerini anladığını, % 15.4 (27) ise üzüldüklerinde hiç kendilerini anlayan biri olmadığını ifade etmektedirler.

Tablo 3.21 . Çocuklarda Güvenlik İle İlgili Davranışlara Sosyoekonomik Durumun Etkisi

	Gruplar	Her zaman		Bazen		Asla		Önemlilik
		n	%	n	%	n	%	
Sigaranın sağlığa zararları hakkında bilginiz var mı?	1	123	94,6	0	0	7	5,4	X ² =4,315 P=0,116
	2	172	98,3	0	0	3	1,7	
	3	39	92,9	0	0	3	7,1	
Trafikte bisiklete biner misiniz?	1b	17	26,8	43	68,2	3	4,6	X ² =22,418 P=0,000***
	2a	54	30,9	79	45,1	41	23,4	
	3b	7	16,7	14	33,3	20	47,6	
Geçişlerde trafik işaretlerine dikkat eder misiniz?	1	101	77,7	28	21,5	1	0,8	X ² =1,837 P=0,399
	2	126	72,0	43	24,6	5	2,9	
	3	28	66,7	12	28,6	1	2,4	
Arabada emniyet kemeri takar mısınız?	1	7	12,7	36	65,3	12	21,8	X ² =1,514 P=0,824
	2	91	52,0	62	35,4	13	7,4	
	3	23	54,8	14	33,3	2	4,8	
Motosiklet ve bisiklet kullanırken kask takar mısınız?	1	0	0	1	100	0	0	P > 0.05
	2	0	0	0	0	0	0	
	3	1	100	0	0	0	0	

x: 1.Grup: Düşük Sosyoekonomik Düzeyde;

2. Grup: Orta Sosyoekonomik Düzeyde;

3. Grup: Yüksek Sosyoekonomik Düzeyde

(a,b: farklı harf taşıyan gruplar arası fark önemli, P<0.05).

Düşük sosyoekonomik düzeyde % 94.6 (123) çocuk sigaranın sağlığa zararını kesin olarak bildiğini, % 5.4 (7) çocuk ise bilmediğini ifade etmiştir. Düşük sosyoekonomik düzeyden incelemeye alınan 131 çocuktan 68'i bisikletlerinin olmadığını ifade etmişlerdir. Geri kalan 63 çocuktan % 26.8'i (17) her zaman trafikte bisiklete bindiğini, % 68.2'si (43) çocuk bazen bindiğini, % 4.6 (3) çocuk ise trafiğin yoğun bölgelerinde asla bisiklete binmediklerini ifade etmişlerdir. Trafik işaretlerine dikkat etme oranı incelendiğinde % 77.7 (101) çocuğun her zaman trafik işaretlerine dikkat ettiği, % 21.5 (28) bazen dikkat ettiği, % 0.8(1) çocuğun ise hiç dikkat etmediği görülmektedir. Örnekleme alınan 131 çocuktan 76 tanesi arabaları olmadığını ifade etmişleridir. Geri kalan 55 çocuğun % 12.7

(7) çocuk her zaman, % 65.3 (36) çocuk ise bazen arabada emniyet kemeri taktığını, % 21.8 (12) çocuk ise asla emniyet kemeri takmaya dikkat etmediklerini ifade etmişlerdir. Örnekleme alınan 131 çocuktan sadece bir tanesinin bisiklet kaskı bulunmaktadır. Bu çocuk da bazen kask kullandığını ifade etmiştir.

Sosyoekonomik durumu orta düzeyde olan çocukların % 98.3', (172) sigaranın sağlığa zararının bilincinde olduğunu ve % 7.1'inin de (3) zararın bilincinde olmadığını ifade ettiklerini görmekteyiz. % 30.9 (54) çocuk trafikte bisiklette her zaman için binmediklerini, % 45.1 (79) çocuk bazen bindiklerini ve % 23.4 (41) çocuk da asla trafikte binmediklerini ifade etmişlerdir. Çocukların % 72'si (126) her zaman, % 24.6'sı (43) bazen geçişlerde trafik işaretlerine dikkat ettiğini belirtmiş, % 2.9 (5) dikkat etmediklerini belirtmişlerdir. % 52 (91) çocuk her zaman, % 35.4 (62) bazen arabadayken emniyet kemeri taktığını ve % 7.4 (13) asla arabada kemer takmadıklarını söylemişlerdir. Kask kullanan 2 çocuktan 1'i her zaman, diğeri de bazen kask kullandıklarını belirtmişlerdir.

Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 92,9'u (39) sigaranın zararlarını bildiklerini, % 7.1'i (3) yeterince bilmediklerini belirtmişlerdir. % 16.7 (7) çocuk her zaman trafikte bisiklete bindiklerini, % 33.3 (14) bazen bindiklerini, % 47.6 (20) çocuk da asla trafikte bisiklete binmediklerini söylemektedirler. % 66.7(28) her zaman geçişlerde trafik ışıklarına dikkat etmekte, % 28.6 (12) bazen dikkat etmekte ve % 2.4 (1) hiç dikkat etmemektedir. Çocukların % 54.8 (23) her zaman arabadayken kemer taktıklarını, % 33.3 (14) bazen takmaya özen gösterdiklerini, % 4.8 (2) çocuk ise emniyet kemerini hiç kullanmadıklarını ifade etmektedirler. 4 çocuk kaskları olduğunu, ancak 2 tanesi (% 50) her zaman kullandığını, diğeri 2'si de (% 50) bazen kullandığını ifade etmiştir.

3.1.3. ÇOCUKLARIN SAĞLIĞI GELİŞTİRMEYE YÖNELİK DAVRANIŞLARI İLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİ KARŞILAŞTIRMAYA YÖNELİK BULGULAR

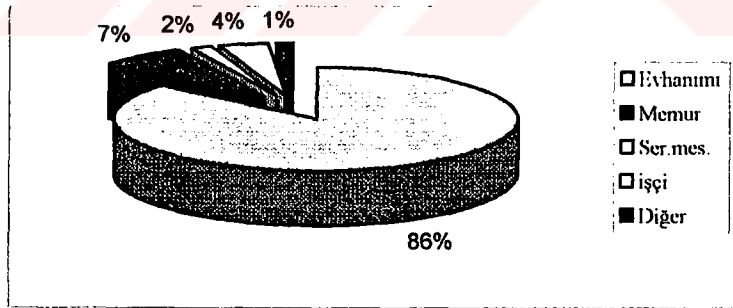
Bu bölümde sosyodemografik veriler ile, sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar karşılaştırılarak sunulmuştur.

Tablo 3.22. Annelerin Mesleklerine Göre Çocukların Kendi Sağlıklarından Kendilerinin Sorumlu Olma Durumu

Kendi Sağlıkınızdan Kendiniz Sorumlu musunuz?	Anne Mesleği											
	Evhanımı		Memur		Ser.meslk		İşçi		Diğer		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Her zaman	164	55,2	23	95,8	4	66,6	7	50	1	20	197	58,6
Bazen	102	34,3	1	4,1	2	33,3	7	50	2	40	104	31,5
Asla	31	10,4	-	-	1	16,6	-	-	2	40	35	10,4
Toplam	297	88,3	24	7,1	6	1,7	14	4,1	5	1,4	336	100

$X^2 = 20.206$ $SD = 8$ $p < 0.05$

Grafik 3.1. Annelerin Mesleklerine Göre Çocukların Kendi Sağlıklarından Kendilerinin Sorumlu Olma Durumu



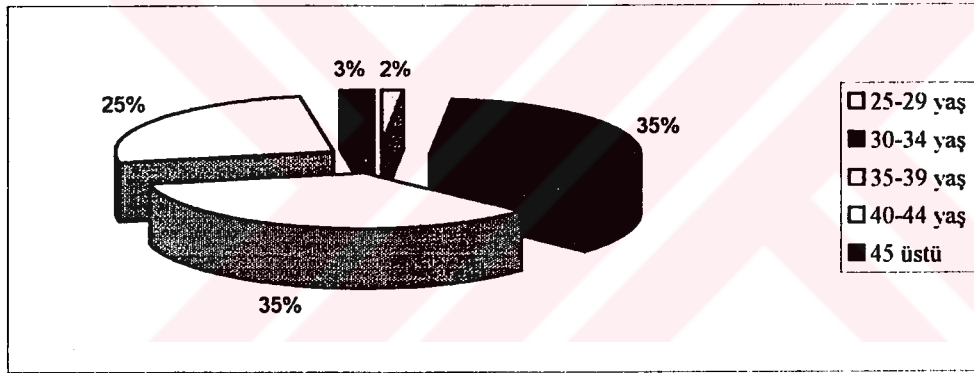
Tablo 3.22 ve Grafik 3.1'de görüldüğü gibi, sosyoekonomik düzey farkı olmaksızın, evhanımı annelerin çocuklarının %58.6 oranında her zaman kendi sağlıklarından kendilerinin sorumlu olduklarını düşündükleri görülmektedir. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı olup ($p < 0.05$), aralarındaki farkın nereden kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan One-Way ANOVA – Post Hoc Hockberg's GT2 testi sonucu da farkın evhanımı anneler ile diğer meslek grubundan olan annelerin çocuklarının verdikleri cevaplardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 3.23. Annelerinin Yaşına Göre Çocukların Giyinme, Yemek Yeme vb İşleri Kendikendine Yapabilme Durumu

Giyinme, Yemek Yeme vb Kendi İşlerinizi Kendiniz mi Yaparsınız?		Anne Yaşı										Toplam	
		25-29 yaş		30-34 yaş		35-39 yaş		40-44 yaş		45 üzeri		n	%
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Her zaman		5	83,3	89	72,9	95	78,5	58	65,9	4	44,3	251	72,5
Bazen		1	16,6	29	23,7	25	20,6	29	32,9	4	44,3	88	25,4
Asla		-	-	4	3,2	1	0,8	1	1,1	1	11	7	2
Toplam		6	1,7	122	35,2	121	34,9	88	25,4	9	2,6	346	100

$X^2 = 9.687$ $SD = 8$ $p < 0.05$

Grafik 3.2. Annelerinin Yaşına Göre Çocukların Giyinme, Yemek Yeme vb İşleri Kendikendine Yapabilme Durumu

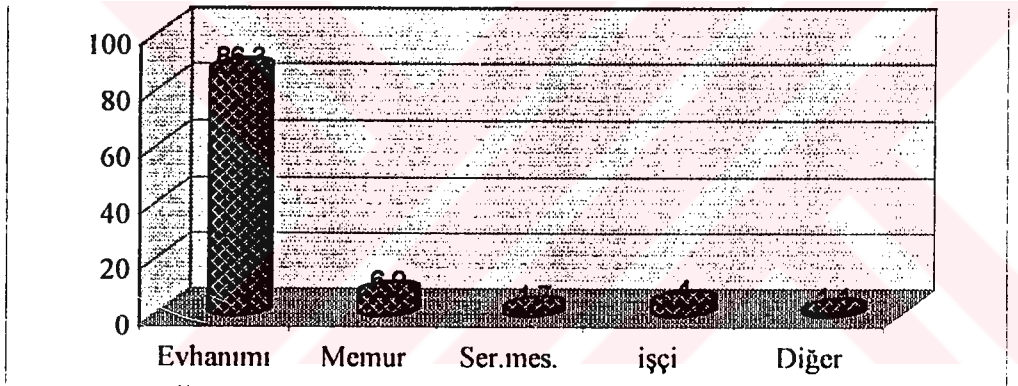


Tablo 3.23 ve Grafik 3.2’de anne yaşlarına göre çocukların kendi işlerini kendilerinin yapabilme durumları gösterilmektedir. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Farkın nereden kaynaklandığını belirlemek amacıyla One-Way ANOVA – Post Hoc Hockberg’s GT2 testi yapılmış; her yaş grubunun birbiriyle karşılaştırılması (multiple comparisons) sonucu da 30-34 yaş grubu ile 34-39 yaş grubu annelerin çocuklarının verdikleri cevaplardan kaynaklandığı saptanmıştır ($\alpha = 1.2566$).

Tablo 3.24. Annelerin Mesleklerine Göre Günde Üç Öğün Düzenli Yemek Yeme Durumu

		Anne Mesleği										Toplam	
		Evhanımı		Memur		Ser.meslk		İşçi		Diğer			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Günde üç Öğün Düzenli Yemek Yeme Durumu	Her zaman	208	70	22	91,6	4	66,6	13	92,8	2	50	249	72,3
	Bazen	84	28,2	1	4,1	1	16,6	1	7,1	1	25	88	25,5
	Asla	5	1,6	1	4,1	1	16,6	0	0	1	25	8	2,3
	Toplam	297	86,3	24	6,9	6	1,7	14	4	4	1,1	344	100
$X^2 = 13.412$		$SD = 8$					$p < 0.05$						

Grafik 3.3. Annelerin Mesleklerine Göre Günde Üç Öğün Düzenli Yemek Yeme Durumu (%)



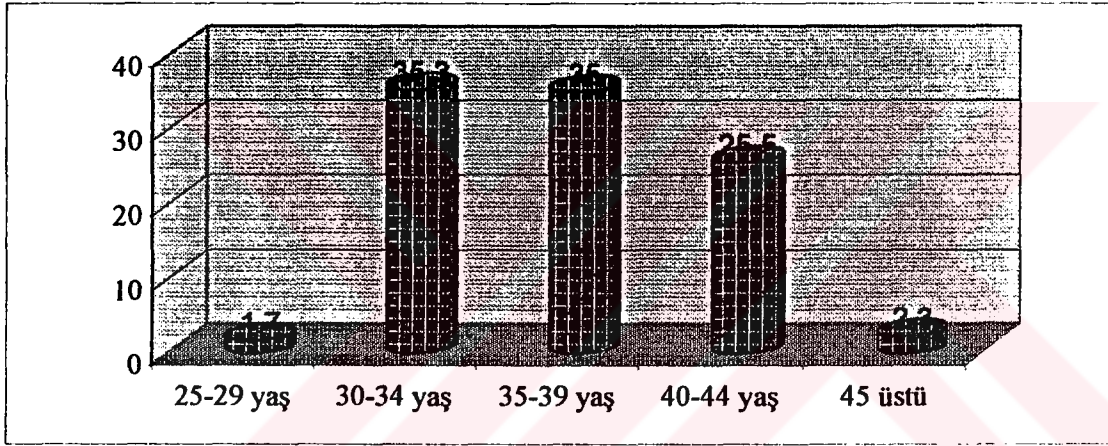
Evhanımı annelerin çocukları düzenli olarak üç öğün yemek yemektedir (Tablo 3.24, Grafik 3.3) One-Way ANOVA–Post Hock Hockberg’s GT2 testi bu tablo için de yapılmış; her meslek grubunun birbiriyle karşılaştırılması (multiple comparisons) sonucu da evhanımı anneler ile diğer meslek grubundan olan annelerin çocuklarının verdikleri cevaplardan kaynaklandığı saptanmıştır ($\alpha = 1,2936$).

Tablo 3.25. Annelerin Yaşına Göre Çocukların Sorunlarını Konuşabilme Durumları

Sorunlarını Rahatça Konuşabilme Durumu	Anne Yaşı											
	25-29 yaş		30-34 yaş		35-39 yaş		40-44 yaş		45 üzeri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Her zaman	1	16,6	62	50,8	68	56,1	30	34	4	50	164	47,5
Bazen	5	83,3	49	40,1	45	37,1	55	62,5	3	37,5	159	46
Asla	0	0	11	9	8	6,6	3	3,4	1	12,5	22	6,3
Toplam	6	1,7	122	35,3	121	35	88	25,5	8	2,3	345	100

$X^2 = 23.808$ $SD = 8$ $p < 0.05$

Grafik 3.4. Annelerin Yaşına Göre Çocukların Sorunlarını Konuşabilme Durumları

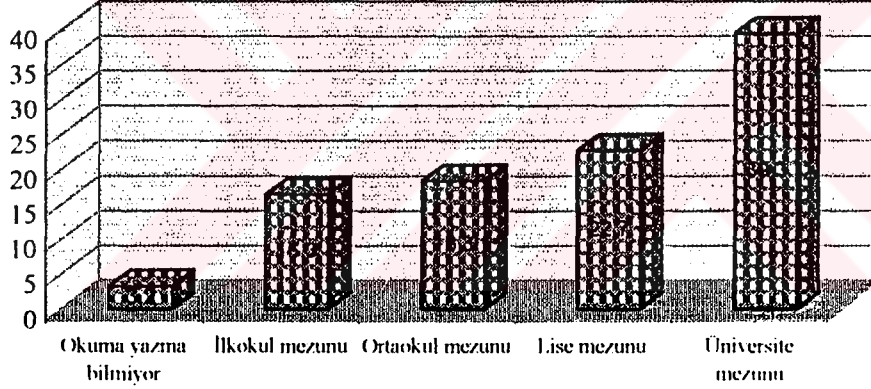


30-44 yaş arası annelerin çocukları, sorunlarını evdekilerle daha fazla oranda konuşabilmekte, annenin yaşı ilerledikçe çocukların sorunlarını rahatlıkla anneleri ile konuşabilme durumu azalmaktadır (Tablo 3.25 ve Grafik 3.4). Yaş grupları arasındaki farkı belirlemek amacıyla One-Way ANOVA – Post Hoc Tukey's GT2 testi yapılmış; her yaş grubunun birbiriyle karşılaştırılması (multiple comparisons) sonucu farkın yüksek oranda 25-29 yaş grubu anneler ile 45 yaş üzeri annelerden kaynaklandığı saptanmıştır (25-29 yaş için $\alpha = -0.3435$; 45 yaş ve üstü için $\alpha = -0,941$)

Tablo 3.26. Babaların Eğitim Durumuna Göre Çocukların Aile İçinde Her Konuyu Konuşabilme Durumları

		Baba Eğitim Durumu											
		Okuma yazma bilmiyor		İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu		Toplam	
Aile içinde Her Konu Hakkında Konuşabilme Durumu		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Her zaman		2	18,1	40	29,6	16	25,3	37	47,4	24	42,8	119	34,6
Bazen		7	63,6	77	57	45	71,4	40	51,2	26	46,4	196	57,1
Asla		2	18,1	18	13,3	2	3,1	1	1,2	6	10,7	28	8,1
Toplam		11	3,2	56	16,3	63	18,3	78	22,7	135	39,3	343	100
$\chi^2 = 26.408$				SD = 8				p < 0.05					

Grafik 3.5. Babaların Eğitim Durumuna Göre Çocukların Aile İçinde Her Konuyu Konuşabilme Durumları



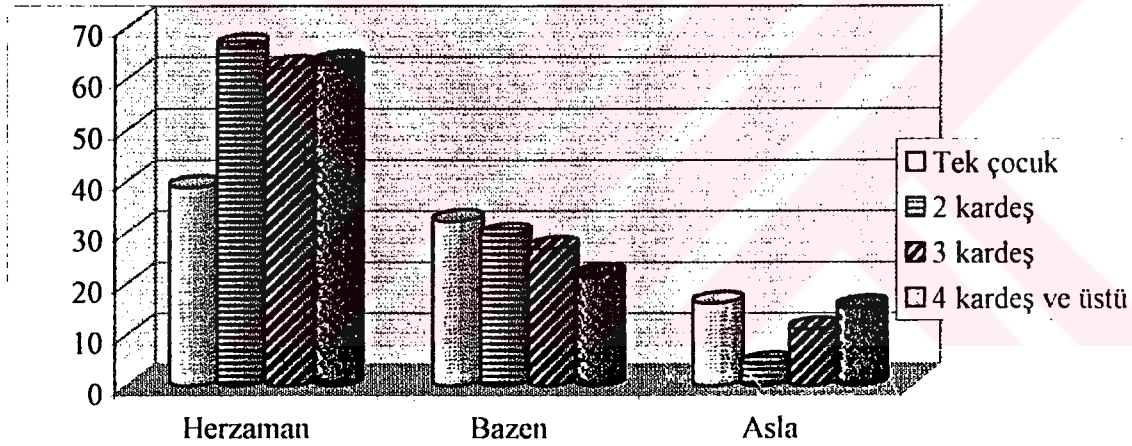
Babaların eğitim durumuna göre çocukların aile içinde her konuyu rahatça konuşabilme durumları incelendiğinde % 39,3 oranında üniversite mezunu babalar lehine sonuç çıkmıştır. Okuma yazma bilmeyen babaların çocuklarının sadece % 3,2'si aile içinde her konuyu babalarına açabilmektedirler (Tablo 3.26 ve Grafik 3.5). Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı olup ($p < 0.05$), aralarındaki farkın nereden kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan One-Way ANOVA – Post Hoc Hockberg's GT2 testi sonucu da farkın üniversite mezunu babalar ile okuma yazma bilmeyen babaların çocuklarının verdikleri cevaplardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 3.26. Kardeş sayısına Göre Çocukların Aile Bireylerinden Destek Alabilme Durumları

Anne baba ve aile bireylerinden destek alma durumu		Kardeş sayısı									
		Tek çocuk		2 kardeş		3 kardeş		4 kardeş ve üzeri		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Her zaman	12	38,7	63	66,3	67	62	70	63	212	61,4	
Bazen	10	32,2	28	29,4	29	26,8	24	21,6	91	26,3	
Asla	5	16,1	4	4,2	12	11	17	15,3	38	11	
Toplam	31	8,9	95	27,5	108	31,3	111	32,1	345	100	

$X^2 = 51.851$ $SD = 9$ $p > 0.05$

Grafik 3.6. Kardeş sayısına Göre Çocukların Aile Bireylerinden Destek Alabilme Durumları



Çocukların % 61,4'ü her zaman aile bireylerinden destek almaktadırlar. 2 kardeş çocuklar % 66,3 oranı ile aile bireylerinden destek aldığını ifade eden en yüksek orandaki gruptur (Tablo 3.26, Grafik 3.6). Kardeş sayısı ile sosyoekonomik düzeylere göre ayrılmış çocukların verdikleri yanıtlar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

3. 2. TARTIŞMA

3.2.1. ÇOCUKLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan 347 öğrencinin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, % 51.1 (177) erkek; % 48.9'unun da (170) kız olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya alınan çocukların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; erkek çocukların % 6'sının 11 yaş ve altındaki grupta, % 55'inin (97) 12 yaş grubunda, % 35'inin (62) 13 yaş grubunda, % 4'ünün ise (7) 14 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Kız çocukların ise % 5'i (9) 11 yaş ve altı, % 60'ı (101) 12 yaş, % 34'ü (58) 13 yaş, ve % 1'i ise (2) 14 yaş ve üzerindedir. Bu durumda araştırmaya alınan çocukların çoğunluğunun 12 ve 13 yaşında olduğu görülmektedir (Tablo 3.5).

Annelerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; çoğunluğunun % 70.1 (243) 30-39 yaş grubunda olduğu ve yaş ortalamasının $32,27 \pm 4,46$ olduğu görülmüştür. (Tablo 3.3) Babaların yaş grupları incelendiğinde ise, % 67.4'ünün (234) 35-44 yaşları arasında olduğu ve yaş ortalamasının da $37,78 \pm 4,46$ olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar ülkemizdeki nüfus dağılımına da uygunluk göstermektedir (Tablo 3.6)

Ailede anne ve babanın eğitim düzeyi yükseldikçe sağlığın daha iyi korunduğu; olumlu sağlık alışkanlıklarının, çocuğa verilen değerin arttığı; çocukların beslenme ve eğitim olanaklarının iyileştiği, yapılan çeşitli araştırmalarla gösterilmiştir (Aydın 1996, Varol 1998, Öncel 1999). Çocukların sağlıklı alışkanlıklar geliştirmelerinde etkin kişiler olan anne ve babaların eğitim durumları incelenmiş, düşük sosyoekonomik düzeydeki annelerin % 41.2'si (54) ortaokul mezunu, orta sosyoekonomik düzeydeki annelerin % 54.9'u (96) ilkokul mezunu ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki annelerin de % 31.7'si (13) ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 3.7). Tablo ayrıntılı incelendiğinde araştırma kapsamına alınan çocukların anne ve babalarının eğitim durumu, Türkiye standartlarındaki eğitim durumuna oranla daha olumludur. Araştırma kapsamındaki bu oranlar 1998 Türkiye istatistikleri ile karşılaştırıldığında okuryazar oranının çoğunlukta olması sevindirici bir bulgudur. 1998 nüfus verilerine göre İç Anadolu'da okuma yazma bilmeyen kadın oranı % 22.7 iken, araştırma kapsamında bu oran %4.5'dur. Yine 1998 nüfus verilerinde İç Anadolu ilkokul mezunu kadın oranı %46.5, üniversite mezunu kadın

oranı da %2.4 bulunmuştur. Ancak araştırma kapsamındaki ilkokul mezunu oranı %38.9 ve üniversite mezunu oranı da %3.8 olarak belirlenmiştir. 1996 UNICEF yayınlarında da kadınlarda okuryazar olmayanlar % 18.7, ilkokul % 46.3 ve lise % 9.3 olarak belirtilmektedir (Unicef 1996, Öncel 1999). Bu durumda araştırma kapsamına alınan anne ve babaların eğitim durumunun Türkiye ortalamalarından ve UNICEF'in belirttiği ortalamalardan yüksek olması, çocukların sağlığı geliştirme davranışlarına olumlu etki edeceği düşünüldüğünden sevindirici bir bulgudur.

Annelerin çalışma durumları/meslekleri incelendiğinde; düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki annelerin büyük bir kısmının evhanımı olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 3.8). Annelerin büyük bir bölümünün (%85.5) evhanımı olması çocuklarının sağlığı geliştirme davranışlarıyla daha fazla ilgilenecek zaman bulabilmeleri açısından olumlu olarak değerlendirilebilir. Bunun dışında düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların anneleri arasında işçi olarak çalışanlar (% 25.1) ve orta sosyoekonomik düzeydeki çocukların anneleri arasında da memur olarak çalışanlar da (%40.5) dikkat çekmektedir.

Babaların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde ise, düşük sosyoekonomik düzeydeki babaların % 58.3'ünün (77) ilkokul mezunu, % 30.3'ünün (53) lise mezunu ve % 36.6' sının (15) yine lise mezunu olduğu görülmektedir. 1998 yılı verilerine göre ülkemizde erkeklerin % 46.1'i ilkokul, % 9.5'i lise mezunu olarak saptanmıştır (Tablo 3.10). Karaman bölgesinde ise erkeklerin % 55'i ilkokul, % 4.9'u lise mezunu olduğu belirtilmektedir (1998 DİE nüfus sayımı). Bu sonuçlar araştırmamızdaki annelerin ve babaların eğitim düzeylerinin her sosyoekonomik düzeyde Türkiye ortalamalarından daha yüksek olduğunu ve geçmiş yıllara göre hem kadınlar hem de erkekler arasındaki eğitim düzeyinin arttığının göstergesidir.

Babaların meslekleri incelendiğinde düşük sosyoekonomik düzeyde babaların % 35.1'inin (46) işçi, orta sosyoekonomik düzeydeki babaların % 34.1'inin (55) şöförlük, zanaatkarlık vb serbest meslek sahibi, %34.1'inin (14) memur olarak çalıştıkları saptanmıştır (Tablo 3.11). Öncel (1999) çalışmasında baba mesleği %48.2 oranında işçi, %26.5 oranında şöför, zanaatkar vb olarak tespit etmiş, Aydın (1996) % 37.9 serbest meslek, %23.8 işçi olarak tespit etmiştir. Araştırma kapsamındaki çocukların baba meslekleri Aydın (1996) ve Öncel (1999)'in çalışmalarındaki bulgulara benzer özellikler göstermektedir. Düşük sosyoekonomik düzeydeki babaların % 12.9'unun (17) ve orta sosyoekonomik düzeydeki babaların da % 5.1'inin (9) işsiz olması düşündürücüdür. Bu

durumun, ekonomik sıkıntılar çeken ailelerdeki çocukların sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlarına da olumsuz etki yapacağı şeklinde değerlendirilebilir.

Ailelerin çocuk sayısına göre dağılımları incelendiğinde; düşük sosyoekonomik düzeyde % 41.2 (54) oranında 4 kardeşten daha fazla, orta sosyoekonomik düzeyde % 34.3 (60) 3 kardeş ve yüksek sosyoekonomik düzeyde de % 31.7 (10) 2 kardeş olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 3.12). 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre; bir çocuklu ailelerin % 25.9'u, iki çocuklu ailelerin % 74.5'i, üç çocuklu ailelerin de %81.3'ü başka çocuk istemediklerini belirtilmektedir. Ayrıca, 30-34 yaş grubu kadınlar arasında ülkemizde ortalama çocuk sayısı 2.58 olarak saptanmıştır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998). Bu sonuçlar ile araştırma kapsamına alınan aileler arasında benzerlik olduğu görülmektedir.

Öncel'in (1999) çalışmasında evde çocuk sayısı arttıkça ve odadaki kişi sayısı arttıkça, okul başarı notunun ve sağlıkla ilgili tutumlarının da bundan olumsuz etkilendiği belirtilmektedir.

Çocukların ve ailelerinin oturdukları evlerin fiziki özellikleri incelenmiş, tablo 3.13'de gösterilmiştir. Düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerin çoğunluğu % 77.09'u (101) bahçe içinde müstakil evlerde ya da gecekondulu evlerde oturmaktadır. Bu evlerin hepsinde de (%99) tuvalet ve içme suyunun olması sağlıklı kabul edilmiştir. Evin tuvaletinin, içme suyunun sağlıklı olması çocukta olumlu sağlık davranışları geliştirmesi açısından etkindir.

Evde oda sayısına göre dağılımları incelendiğinde de ailelerin büyük çoğunluğunun (% 62.5) üç odalı evlerde oturdukları görülmektedir. Ailelerde oda başına düşen kişi sayısı düşük sosyoekonomik düzeyde 1.397 ± 0.96 , orta sosyoekonomik düzeyde 1.613 ± 0.65 ve yüksek sosyoekonomik düzeyde 2.103 ± 0.83 tür. Çocuklarla sözel iletişim sırasında özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların yaşadıkları çevrede çöp, gübre yığınları, ahır ve açık su kanalı olduğu tespit edilmiştir. Ev dışında çocuğun zamanının büyük bir kısmını geçirdiği, oyun alanları olarak kullandıkları yerlerin temiz olmaması çocuğun sağlığını olumsuz yönde etkileyecek ve kaza olma olasılığını arttıracaktır. Bütün bunların çocukların enfeksiyon ve paraziter hastalıklara yakalanma, hijyene ve beslenme kurallarına uymama gibi olumsuz alışkanlıklar edinmelerine zemin hazırladığı düşünülmüştür. Aydın (1996), Bayık (1995), Erdemir ve Farımaz (1995), Güler ve ark (1993), Öncel (1998), Varol (1998)'un çalışmaları da araştırmamızda elde edilen bulgularla benzerlik taşımaktadır.

Araştırma kapsamındaki ailelerin ev sahipliği durumu incelendiğinde, düşük sosyoekonomik düzeydekilerin % 59.5'inin, orta sosyoekonomik düzeydekilerin % 52.5'inin ve yüksek sosyoekonomik düzeydekilerin % 70.7'sinin kendi evlerinde oturdukları görülmektedir (Tablo 3.15). Aydın'ın (1996) çalışmasında düşük sosyoekonomik düzeydekilerin %65.3'ü, orta sosyoekonomik düzeydekilerin %51.9'u ve yüksek sosyoekonomik düzeydekilerin %69.5'i kendi evlerinde oturdukları tespit edilmiştir. Her üç grupta da kendine ait evde oturma durumu, maddi olanakların olumlu hale gelmesini ve çocuğun sağlık durumunda olumlu gelişmeler ortaya çıkartacağını düşündürebilir.

Ailelerin sahip oldukları sağlık güvenceleri incelendiğinde; çoğunluğun herhangi bir sağlık güvencesine sahip olduğu, ancak düşük sosyoekonomik düzeyde % 18.2, orta sosyoekonomik düzeyde de % 16 grubun herhangi bir sağlık güvencesi olmadığı görülmektedir (Tablo 3.16). Ülkemizde herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmayanların oranı % 25'tir (İnanç ve Hatipoğlu 1995). Araştırma kapsamında ortaya çıkan oranın Türkiye ortalamasından daha düşük olması sevindirici bir bulgudur.

3.2.2. ÇOCUKLARIN SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARINA İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Ardell'in sağlığı geliştirme modelinde, çocuğun özsorumluluk duygusu oluştuğunda beslenme bilinci, fiziki aktivitelerde dikkat, güvenliğini sağlama ile çevre bilinci oluşturmaya özen gösterme ve stres yapan durumları algılama, gerektiğinde bu durumla baş edebilme gibi sağlığı geliştirmeye yönelik unsurları da beraberinde getirecektir. Özsorumluluğu gelişmiş olan birey, çevreden yansıtılan değerlendirmelerle, kendinin güçlü ve güçsüz yönlerini kavrayabilir ve kendi sorumluluklarını kendi yerine getirir (Servonsky ve Opas 1987, Ardell 1997). Bu araştırmada, kendi sağlığından kendinin sorumlu olduğunu düşünme durumu incelenmiş ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocukların kendi sağlığından sorumlu olma bilinci yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 3.17'de kendi sağlıklarından kendilerinin sorumlu olduklarını düşünen çocuklar arasında sosyoekonomik düzeye göre anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 = 9.64$ ve $p < 0.047$). En fazla orta sosyoekonomik düzeydeki çocuklar (% 62.3) her zaman kendi sağlıklarından kendilerinin sorumlu olduklarını ifade etmektedirler.

Sosyoekonomik düzeye göre kendi sağlığından sorumlu olma durumu incelendiğinde, düşük ve orta sosyoekonomik düzeydeki çocukların çoğunluğunun (% 58.5

ve % 62.3) her zaman yanıtını verdiğini, ancak sosyoekonomik düzeyi yüksek çocukların yarısının (%50) bazen kendi sağlıklarından sorumlu olduklarını düşündükleri gözlenmektedir. İstatistiksel olarak gruplararası fark anlamlıdır ($p<0.05$). Bu durum, ekonomik düzey yükseldikçe çocukların sağlık durumlarından endişe duymalarının azaldığını düşündürebilir. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocukların tamamı (%100) sağlığının kendisi için her zaman önemli olduğunu düşünmektedir.

Giyinme, yemek yeme, hijyen ihtiyaçlarını karşılama gibi kendi işlerini kendi yapabilme durumu incelendiğinde, düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların çoğunluğunun (% 82.5) her zaman kendi işlerini kendileri yaptıkları ve “asla” yanıtını hiçbir çocuğun işaretlemediği görülmektedir. Orta ve yüksek sosyoekonomik düzeyde ise bu durum % 65.7 ve % 73.8 oranındadır. Literatürde başka araştırmalar ile bu durum karşılaştırıldığında, bu oranın düşük olduğu gözlenmiştir. Lasky ve Eichelberger’in Amerika’da çocukların sağlıkla ilgili görüşlerini ve özbakım davranışlarını araştırdıkları bir çalışmada, çocukların % 85’inin kendi sorumluluklarını kendilerinin yerine getirdiği gösterilmiştir. Göçkün ve ark (1996), İstanbul’da ailelerin çocuklarının sağlığını korumaya yönelik yaklaşımlarının ve özbakımlarının incelendiği bir araştırmada, çocukların kendi kendine el yıkama oranı, okul çağında % 31.4 olduğu tespit etmişlerdir (Varol 1998).

Tv reklamlarının sağlıksız gıdalara yönlendirdiğini düşünme durumu incelendiğinde; Düşük sosyoekonomik düzeyden % 74.6, orta sosyoekonomik düzeyden % 61.7 ve yüksek sosyoekonomik düzeyden % 50 oranında çocuk bazen etkilendiklerini ifade etmişlerdir (Tablo3.18). Aydın’ın (1996) çalışmasında ise, çocukların reklamlardan etkilenme oranı % 30.9’dur ve sosyoekonomik düzeyler arasında büyük bir fark bulunmamıştır.

Gıda maddelerinin içeriğini inceleme durumuna bakıldığında, % 28.5 oranında düşük, % 16 oranında orta ve % 23.8 oranında da yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuğun, hiç incelemediği saptanmıştır (Tablo3.18). Çocukların beslenme konusundaki bilinçlerini geliştirmek için sosyoekonomik düzey farkı gözetilmeksizin beslenme eğitimlerine ağırlık verilmesi, tükettiği gıdaların sağlığa uygunluğu konusunda çocukların bilinçlendirilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki 30-39 yaş arası annelerin çocukları, sorunlarını evdekilerle daha fazla oranda konuşabilmekte, annenin yaşı ilerledikçe çocukların “asla” şeklindeki yanıtları artmaktadır. Bu durum kuşaklar arası anlaşmazlık durumunun 40 yaş üzerinde daha fazla olduğunu ve 30-39 yaş arasındaki annelerin,

çocuklarının psikolojik durumlarını ifade etmeleri için daha rahat ortam hazırlayabildiklerini düşündürmektedir.

Spor yaparken uygun kıyafet seçimi konusunda orta sosyoekonomik düzeydeki çocukların daha duyarlı olduğu (% 81.1) ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir (Tablo 3.19). Kendi vücudu için en ideal ağırlığı bilen grup da yine orta sosyoekonomik düzeydeki çocuklardır (%66.3).

Üzüldeğinde, kendini anlayan birilerinin olduğunu düşünen çocuklar sosyoekonomik düzeylerine göre karşılaştırıldığında, en çok yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuklar (% 50) her zaman evde kendilerini anlayan birileri olduğunu ifade etmişlerdir. Tablo 3.20'de görüldüğü gibi, bu oran düşük sosyoekonomik düzeyde % 44.6, orta sosyoekonomik düzeyde ise %46.9'dur ($X^2 = 23.518$, $p < 0.05$). Bu durum, ekonomik sorunlarıyla daha fazla ilgilenmek zorunda kalan ailelerde, çocuğun psikolojik sorunlarının arka planda bırakıldığını düşündürmektedir.

Friedman ve ark 1995'te ABD'nin doğu eyaletlerinde adölesanların fiziki aktiviteleri, kişilerarası ilişkileri ve stres yönetimi üzerinde okul hemşiresinin fonksiyonlarını değerlendiren bir araştırma yapmışlardır. Araştırma sonucunda, % 30 oranında çocukta öğretmenlerin ve ailelerin fark edemediği bir çok psikolojik sorunun varlığını ortaya konmuş, çocukların psikososyal ihtiyaçları tespit edilmiştir (Stanhope ve Lancaster 1996).

Trafik kazalarında özellikle genç adölesanlarda ölüm ve sakatlık oranının fazlalığı dikkate alındığında (WHO 1996) düşük sosyoekonomik düzeyde %77.7, orta sosyoekonomik düzeyde % 72 ve yüksek sosyoekonomik düzeyde 66.7 oranındaki trafik kurallarına uyma oranları, gençlerin olumlu davranışlarda bulunma düzeyinin yüksekliği açısından sevindirici olduğu düşünülmektedir (Tablo 3.21). Sayan ve ark (1999) yapmış olduğu bir araştırmada adölesanların % 72'sinin trafik kurallarına genellikle uydukları, hiç uymayanların sadece % 2.46 olduğu belirlenmiştir.

Araştırma bulgularımızda, bisiklet vb kullanırken kask takma durumu incelendiğinde, örneklem grubunu oluşturan 347 çocuk içerisinde sadece 2 tane çocuğun bir kaska sahip olduğu ve bunlardan birinin 1 tanesinin bazen, diğerinin de her zaman kask kullandığı tespit edilmiştir. Bu durum, kazalardan korunma konusunda ailelerin ve çocukların duyarlılığının sağlanmasıyla ilgili eğitim programları yapılmasının önemini göstermektedir.

3.2.3. ÇOCUKLARIN SAĞLIĞI GELİŞTİRMEYE YÖNELİK DAVRANIŞLARI İLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİ KARŞILAŞTIRMAYA YÖNELİK BULGULARIN İNCELENMESİ

Tablo 3.22 ve Grafik 3.1'de kendi sağlıklarından kendilerinin sorumlu olduklarını düşünen çocuklar anne mesleğine göre incelenmiş, evhanımı anne çocuklarının % 86.3 oranında daha fazla "her zaman" yanıtı verdikleri gözlenmiştir. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Sosyoekonomik düzey farkı olmaksızın evhanımı annelerin çocuklarının % 58.6 oranında her zaman kendi sağlıklarından kendilerinin sorumlu olduklarını düşünmeleri de % 86.3'lük oranı destekler niteliktedir.

Farrand ve Cox (1993) anne eğitiminin çocuğun kendini algılama ve kendine karşı olan tutumunu etkilediğini, daha yüksek eğitimli annelerin çocuklarının genel durumları ve sağlıklarıyla ilgili kararlarda sorumluluk bilincinin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde araştırma kapsamında en fazla lise mezunu annelerin çocukları (%46.3) her zaman sağlıklarının önemli olduğunu düşünmektedirler. Ancak diğer eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$). Anne baba eğitim düzeyi arttıkça çocuklardaki özsorumluluk duygusunda da artış görülmüştür, Sayan ve ark (1999) çalışmalarında da belirtilmiş, çocukların benlik saygıları ve özsorumluluk bilinci ile, anne baba eğitimi arasında pozitif bir ilişki tespit etmişlerdir ($r=0.184$, $p < 0.05$).

Tablo 3.23'de evhanımı annelerin çocuklarının, diğer meslek grubundan olan annelere göre üç öğün düzenli yemek yedikleri belirlenmiştir. Düzenli yemek yiyenlerin oranının düşük sosyoekonomik düzeyden yüksek sosyoekonomik düzeye paralel olarak artış gösterdiği görülmektedir. Bu sonucun düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerin yetersiz beslenme olanaklarından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca bu bölgedeki annelerin eğitim düzeylerinin düşük olması (% 41.2) nedeniyle çocukların yeterli ve dengeli beslenmesine gereken önemi veremedikleri söylenebilir.

Aydın'ın (1996) yapmış olduğu çalışmada annelerin bir işte çalışmalarının, çocukların öğünleri tüketim durumunu etkileyip etkilemediğine bakılmıştır. Ancak annenin bir işte çalışmasının çocukların günde üç öğün düzenli yemek yeme durumlarına herhangi bir etkisi olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Aynı çalışmada, düşük sosyoekonomik düzeydeki bölgede evde öğle yemeği yenmediği (% 68) ve öğle yemeği yemeyenlerin oranının diğer bölgelere göre düşük sosyoekonomik düzeydeki çocuklarda daha yüksek

olduğu saptanmıştır. Güneşli (1989) tarafından ilkököl çocukları üzerinde yapılan bir çalışmada da yemeğini düzenli olarak yemeyenlerin oranının düşük sosyoekonomik düzeydeki bölgede, diğer iki bölgeye göre daha yüksek olduğu ve annenin çalışma durumunun öğünlerin tüketimine herhangi bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca günlük öğün sayısının sosyoekonomik düzeye paralel olarak arttığı, yüksek sosyoekonomik düzeyde temel öğünler dışında öğün aralarında da besin tüketme oranının yüksek olduğu belirlenmiştir. Hindistan'da 1996'da 12 yaş grubu üzerinde cross-sectional bir çalışmada, düşük sosyoekonomik gruba dahil çocuklarda yaşlarına göre, düzenli yeme alışkanlığı olmamasına bağlı gelişim geriliği olduğu tespit edilmiştir. Mumcu (1999) okul çağı çocuklarda yaptığı bir çalışmada çocukların % 76.3'ünün günde üç öğün yemek yediğini belirlemiştir. Tüm bu araştırma sonuçları ve araştırma kapsamına alınan bölgelerde de görüldüğü gibi, düzenli yemek yeme oranının düşük sosyoekonomik düzeyden yüksek sosyoekonomik düzeye paralel olarak artış gösterdiği görülmektedir

Annesinin yaşı 30-44 arasında olan çocuklar, evde sorunlarını daha rahat şekilde ifade edebilmektedirler. Anne yaşı 25'den küçük ve 45'den büyük olduğu durumlarda sorunları rahatça konuşabilme durumu azalmaktadır (Tablo 3.25 ve Grafik 3.4).

Ayrıca düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerde anne eğitiminin düşük olmasının da bu durumu etkileyeceği düşünülerek, araştırma kapsamındaki çocukların tamamı üzerinde, üzüldüğünde kendini evde anlayan birilerinin varlığı sorulmuş, ilkököl mezunu annelerin çocuklarının çoğunluğunun evde kendini anlayan birileri asla olmadığını düşündükleri saptanmıştır (Tablo 3.20). Her zaman, bazen ve asla sorularına verilen yanıtlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$). Benzer şekilde % 39.3 oranında üniversite mezunu babaların çocukları aile içinde her konuyu rahatlıkla konuşabilmektedirler. Babaların eğitim durumu yükseldikçe, çocuklarıyla her konu hakkında paylaşım yapabilme durumlarının arttığı gösterilmektedir (Tablo 3.26 ve Grafik 3.5).

Araştırma kapsamına alınan çocukların çoğunluğu (% 61.4) akrabalarından her zaman destek almaktadırlar. Kardeş sayısının artmasıyla, birbirine destek verebilme durumunun artıp artmadığı incelenmiş, ancak arada anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). kardeş sayısı ile, sosyoekonomik düzeye göre ayrılmış çocuklar arasında da fark yoktur ($p > 0.05$). 2 kardeş olan çocuklar %66.3 oranı ile, aile bireylerinden destek aldığını ifade eden en yüksek orandaki gruptur (Tablo 3.26 ve Grafik 3.6).

BÖLÜM IV

4. 1. SONUÇLAR

İlköğretim öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerinin, sağlığı geliştirme davranışları üzerine etkisi ve elde edilecek verilerin sosyoekonomik düzeylere göre karşılaştırmalı olarak incelenmesi amacıyla planlanan ve uygulanan araştırma sonuçları genel olarak incelendiğinde;

Araştırma kapsamına alınan çocukların % 51.1'i erkek, % 48.9'u kız çocuklardır. Çocukların çoğunluğu % 57'si 12 yaş grubundadır.

Annelerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde, 25-29 yaş grubunda düşük sosyoekonomik düzeydeki annelerin %1.5'i, orta sosyoekonomik düzeydeki annelerin %2.3'ü vardır. Yüksek sosyoekonomik düzeyde bu yaş grubundan anne yoktur. 30-34 yaş grubunun 5 31.3'ü düşük sosyoekonomik düzeyden, % 33.1'i orta sosyoekonomik düzeyden ve % 23'ü yüksek sosyoekonomik düzeydendir. 35-39 yaş grubunda düşük sosyoekonomik düzeydeki annelerin %42.7'si, orta sosyoekonomik düzeydeki annelerin %32'si, yüksek sosyoekonomik düzeydeki annelerin % 22'si bulunmaktadır. 40-44 yaş grubundakilerin ise % 22.1'i düşük, % 29.1'i orta ve % 19.5'i yüksek sosyoekonomik düzeydendir.

Annelerin % 5.8'i okuma yazma bilmemekte, % 61.1'i ilkokul mezunu, % 11.8'i ortaokul mezunu, % 13.5'i lise mezunu ve 5 7.2'i üniversite mezunudur. Ayrıca annelerin 85.6'ı evhanımı, 6.9'u memur, % 1.7'i serbest meslek, % 4'ü işçidir.

Babaların % 3'ü 25-29 yaş, % 12.1'i 30-34 yaş, % 31.4'ü 35-39 yaş, % 36'sı 40-44 yaş ve % 19'u da 45 yaş üzerindedir. Babaların % 7.5'i işsizdir. % 19'u memur, % 27.1'i serbest meslek, % 21.9'u işçidir. Ayrıca babaların % 3.2'i okuma yazma bilmemekte, % 38.9'u ilkokul mezunu, % 18.2'i ortaokul mezunu, % 22.5'i lise ve % 16.1'i üniversite mezunudur.

Çocukların % 8.9'u tek çocuktur. % 27.7'i iki kardeş, % 31.1'i üç kardeş, % 32.3'ü de dört kardeş ve fazlasıdır.

% 39'u kirada, %60'ı kendi evinde oturmaktadır. Evlerin %81.3'ü sobalı, % 18.7'si kaloriferlidir. Evlerin tamamına yakınında (%99) elektrik ve su vardır. % 56.5'i apartman dairesi, % 41.2'si müstakil tiptedir. Ailelerin % 15.6'nının herhangi bir sağlık güvencesi yoktur.

Çocukların sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar içerisinden özsorumluluk duygularını değerlendirmeye yönelik analiz sonuçları şunlardır:

Kendi sağlığından kendinin sorumlu olduğunu dűşünme durumu incelendiğinde, orta sosyoekonomik düzeyden %62.3 oranında çocuğun her zaman kendinin sorumlu olduğunu dűşündüđü saptanmıştır. Dűřük sosyoekonomik düzeyden % 60.8 oranında çocuk hastalandıklarında iyileşmek için kendi kendilerine bir şeyler yapabildiklerini ifade etmektedirler. Çocukların % 96.2'i, sağlıklarının kendileri için önemli olduğunu belirtmekte; yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 71.4'ü iyileşmek için başkalarının yardımına ihtiyaç duymaktadırlar. Yüksek sosyoekonomik düzeydekilerin % 71.4'ü hastalanacağını bazen anlayabildiğini belirtmiştir. Giyinme, yemek yeme vb kendi işlerini kendi yapabilme durumu dűřük sosyoekonomik düzeydeki çocuklarda % 82.3 oranı ile diğerlerinden yüksek oranda bulunmuştur. Orta sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 85.7'i her zaman sağlık durumlarının genel olarak iyi olduğunu ifade etmişlerdir.

Beslenme bilincini değerlendirmeye yönelik analiz sonuçları şunlardır:

% 65.7 oranında çocuk dört temel gıda grubunu bilmektedirler. Çocukların % 72'i her zaman, % 27.7'si de bazen günde üç öğününü düzenli olarak yediklerini ifade etmektedirler. Evhanımı annelerin çocuklarının, diğer meslek grubundan olan annelere göre üç öđün düzenli yemek yedikleri belirlenmiştir. Düzenli yemek yiyenlerin oranının dűřük sosyoekonomik düzeyden yüksek sosyoekonomik düzeye paralel olarak artış gösterdiği saptanmıştır. Çocukların % 76.4'ü sağlıklı yemek yemeye dikkat etmektedirler. Bu durum yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuklarda daha fazladır (%83.3 ile her zaman) Tv reklamlarının sağlıksız gıdalara yönlendirdiğini çocukların %65'i dűřünmektedir. Dűřük sosyoekonomik düzeyde, çocukların % 74'ü bu durumun bazen olduğunu belirtmektedir. Orta sosyoekonomik düzeyden % 66 oranında çocuk bazen fast-food yiyecekten kaçınmaktadır. Genel olarak çocukların % 59'u bazen fast-food'dan kaçındıklarını ifade etmektedirler. Çocukların %49'u gıda maddelerinin içeriğini inceleyerek tüketmektedirler. Orta sosyoekonomik düzeyden % 36.6 çocuğun her zaman gıdaların içeriğine baktıkları saptanmıştır.

Fiziki aktivitelerle ilgili özellikler şu şekilde değerlendirilmiştir:

Yüksek sosyoekonomik düzeyde çocukların % 69'u egzersiz yaparken uygun kıyafet ve spor kıyafeti seçmeye her zaman dikkat ettiğini belirtmektedir. % 58 oranında çocuk kendisi için ideal olan vücut ağırlığını bilmektedir. Bu durum, orta sosyoekonomik düzeyde % 66.3 olup, diğer gruplardan daha yüksektir. Egzersiz öncesi %51 oranında çocuk ısınma hareketleri yapılması gerekliliğini bilmektedir. %56.2 oran ile dűřük sosyoekonomik durumdaki çocukların bu konuda daha duyarlı olduğu tespit edilmiştir. Çocukların % 55'i günde düzenli olarak 8 saat uyumaktadır. Orta sosyoekonomik

düzyeyden çocukların düzenli uyku konusunda duyarlılıkları dikkat çekicidir.(%60) Eğzersiz sırasında kas zedelenmesi vb durumda, çocukların % 51'i her zaman gerekeni yapabildiklerini ifade etmektedirler. Yüksek sosyoekonomik durumda bu oran diğerlerinden fazladır.

Çocukların stres yönetimi ve kişilerarası ilişkilerini değerlendirmeye yönelik analiz aşağıda sunulmuştur:

Çocukların %71.5'i her zaman nelerden mutlu olduklarının , % 70'i de nelerden mutsuz olduklarının farkındadırlar. % 77 oranı ile orta sosyoekonomik düzeydeki çocuklar, diğer gruplardan daha fazla mutlu-mutsuz anlarının farkındadırlar. Çocukların % 57'si her konuda, her zaman aileleri ile konuşabildiklerini ifade etmiştir. Kardeş sayısının artmasına bağlı olarak, sorunları evdekilerle paylaşma oranında değişiklik olmadığı tespit edilmiştir. Düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki 30-39 yaş arası annelerin çocukları, sorunlarını evdekilerle daha fazla oranda konuşabilmekte, anne yaşı ilerledikçe çocukların "asla" şeklindeki yanıtları artmaktadır.Çocukların %47'si her zaman okul, ev işi, oyun vb işler için zaman ayarlayabildiklerini ifade etmişlerdir. Evde sorunlarının ve düşüncelerinin aile üyeleri tarafından dinlenme oranı, % 53'dür. Orta sosyoekonomik düzeydeki çocuklar daha fazla olmak üzere % 61 oranında çocuk, her zaman aile büyüklerinden her konuda yardım alabilmektedir.Üzüldüğünde kendini anlayan birilerinin olduğunu düşünen çocuklar sosyoekonomik düzeylerine göre karşılaştırıldığında yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuklar (%50) her zaman evde kendilerini anlayan birileri olduğunu ifade etmişlerdir. Düşük sosyoekonomik düzeyde % 44.6, orta sosyoekonomik düzeyde ise 46.9'dur.

Güvenlik ile ilgili davranışların analizi aşağıda sunulmuştur:

Çocukların % 96'ı sigaranın zararlarının farkındadır ve % 91'i sigara içmemektedir. Baba mesleğine göre trafik kurallarına dikkat etme durumu incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. % 73 oranında çocuk geçişlerde trafik ışıklarına her zaman dikkat ettiğini belirtmiş, % 55'i arabaya bindiğinde emniyet kemeri, araba kiliti vb dikkat ettiğini ifade etmiştir. Örneklem grubunu oluşturan 347 çocuk içerisinde sadece 2 tane çocuğun bir kaska sahip olduğu ve bunlardan birinin 1 tanesinin bazen, diğerinin de her zaman kask kullandığı tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamında çocuklara anne eğitimi, anne mesleği, baba mesleği, kardeş sayısı ve sosyoekonomik düzey gibi demografik özelliklerin sağlığı geliştirmeye yönelik davranışları etkilediği gösterilmiş, hemşirenin bu özellikleri dikkate alarak çocuklara gereken sağlık eğitimi vermesi gerektiği, çocuğun çevresel etkenlerini de dikkate alan

holistik yaklaşım doğrultusunda sağlık bakımının gerçekleştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

4. 2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar ışığında; çocukların sağlık durumlarını korumak, sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar geliştirmelerini sağlamak, böylece toplum sağlığını iyi bir düzeye getirmek için önerilerimiz şunlardır:

- ✓ Annelerin eğitim durumları, sosyoekonomik düzeyleri, yaşadıkları yer vb durumlar dikkate alınarak, etkin öğretim yöntemleri kullanılarak annelerin de sağlık eğitimine katılması sağlanmalı, çocuktan-çocuğa ve çocuktan-aileye öğretim planlaması yapılmalıdır.
- ✓ Sağlığın yükseltilmesi amacıyla yönelik hemşirelik mesleği dışında diğer meslek gruplarıyla (doktor, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, öğretmen vb) işbirliği yapılmalıdır.
- ✓ Aile ortamının her açıdan sağlıklı olmasına özen gösterilmeli; anne ve babaların çocuklara iyi örnek olması, çocukların sorunlarını dinleyip anlamaya dikkat etmeleri konusunda aileler bilinçlendirilmelidir.
- ✓ Olumlu sağlık alışkanlıklarını pekiştirecek ve hatırlatıcı olacak şekilde hazırlanmış kitapçıklar, broşürler hazırlanmalı, özellikle okullarda bu kaynaklardan yararlanılması sağlanmalıdır.
- ✓ Okul çağında arkadaş/akran ilişkilerinin çok önemli olduğu dikkate alınarak, arkadaş çevrelerinin olumlu sağlık alışkanlıkları kazanmasında önceliklerin belirlenmesi,
- ✓ Olumlu sağlık davranışları kazanma durumu, okullarda tarama programları yapılarak kayıtlar tutulmalı, kayıtların sürekliliği sağlanmalıdır.
- ✓ Birinci basamak sağlık kurumları düzenli tarama programlarından sorumlu tutulmalıdır. Bu alanda sürekli çalışan hemşirelere; erken tanılama, fizik muayene yapabilme ve okul sağlığı hizmetlerine etkin katılımlarını sağlayacak eğitim programları düzenlenmeli; okuldaki çalışmaların sürdürülebilmesi için ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarıyla işbirliği yapılmalıdır.

- ✓ Sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi amaçlı sorularda açık uçlu sorular sorulması,
- ✓ Bu konuda yapılacak araştırmalarda ve projelerde annelerin, retmenlerin ve araştırmacının katılımıyla gözleme dayalı davranış ölümü yöntemi kullanılması,
- ✓ Sağlığı geliştirme davranışlarının incelenmesinde ülke genelinde ve aynı zamanda annelerin de cevaplandırmalara katıldığı yeni araştırmalar yapılmalıdır. Yeni araştırmalarda annelerin verdiği cevaplar ile çocukların verdiği cevapların karşılaştırılmalı olarak analiz edilmesi önerilebilir.



5. ÖZET

Araştırma Karaman merkezinde ilköğretim okullarının altıncı sınıfına devam etmekte olan çocuklarda, sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırma Karaman'da düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeye göre ayrılmış 6 ilköğretim okulunda 347 öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin alınmış, örneklem grubu dışında farklı üç ilköğretim okulunda da ön uygulama yapıldıktan sonra, anketler yeniden düzenlenerek uygulanmıştır. Anket sorularında çocukların sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlarını kapsayan Ardell'in sağlığı geliştirme modeli (özsorumluluk, beslenme bilinci, fiziki aktiviteleri, stres yönetimi, güvenlik ve çevre duyarlılığı) temel alınmış ve sorular D.B. Ardell 'in önerileri de alınarak düzenlenmiştir.

Elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Science) for Windows paket versiyon 10,01 programından yararlanılmıştır. Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesi sayı ve yüzdelik olarak gösterilmiş; sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlarla sosyodemografik özelliklerin arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (Oneway ANOVA -F testi) ve chisquare ; değişkenler arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacı ile Post Hock Hockberg's GT2 testleri kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen verilere göre, düşük sosyoekonomik düzeydeki çocuklar, diğer düzeylere oranla daha fazla kendi sağlıklarından kendilerinin sorumlu olduklarının bilincindedirler. Ayrıca giyinme, yemek yeme vb kendi işlerini kendi kendine yapan çocuklar düşük sosyoekonomik düzeyde daha fazladır. Orta sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 85.7'i genellikle sağlık durumlarının iyi olduğunu ifade etmişlerdir.

Evhanımı annelerin çocuklarının, diğer meslek grubundan olan annelere göre üç öğün düzenli yemek yedikleri belirlenmiştir. Düzenli yemek yiyenlerin oranının düşük sosyoekonomik düzeyden yüksek sosyoekonomik düzeye paralel olarak artış gösterdiği saptanmıştır. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 83.3'ü her zaman

sağlıklarının önemli olduğunu ve hastalanmamak için sağlıklı yemek yemeye özen gösterdiklerini ifade etmektedirler.

Egzersiz öncesi %51 oranında çocuk ısınma hareketleri yapılması gerekliliğini bilmektedir. Egzersiz sırasında kas zedelenmesi vb durumda, çocukların % 52'i her zaman gerekeni yapabildiklerini ifade etmektedirler. Yüksek sosyoekonomik düzeyde bu oran diğerlerinden fazladır.

Çocukların % 57'si bir çok konuda, her zaman aileleri ile konuşabildiklerini ifade etmiştir. Kardeş sayısının artmasına bağlı olarak, sorunları evdekilerle paylaşma oranının arttığı tespit edilmiştir Düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki 30-39 yaş arası annelerin çocukları, sorunlarını evdekilerle daha fazla oranda konuşabilmekte, annenin yaşı ilerledikçe çocukların sorunlarını paylaşma oranı azalmaktadır. Üzüldüğünde, kendini anlayan birilerinin olduğunu düşünen çocuklar sosyoekonomik düzeylerine göre karşılaştırıldığında, en fazla yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuklar (% 50) her zaman evde kendilerini anlayan birileri olduğunu ifade etmişlerdir. Bu oranın düşük sosyoekonomik düzeyde % 44.6, orta sosyoekonomik düzeyde ise 46.9 olduğu belirlenmiştir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda çocukların sağlığı geliştirmeye yönelik davranışları konusunda bütüncül yaklaşımla ve sektörlerarası işbirliğini öne çıkaran sağlık eğitim programları yapılması; hemşirelik eğitiminde olumlu sağlık alışkanlıkları kazandırmaya yönelik bilgilerin müfredata etkin şekilde eklenmesi; çocukların sağlığı geliştirme davranışlarının tarama programları ile tespit edilip sürekliliğinin sağlanması; ve aynı konuda yeni yapılacak araştırmalarda annelerin de araştırma sorularını cevaplandırmasına ilişkin öneriler sunulmuştur.

6. SUMMARY

THE EFFECTS OF THE SOCIODEMOGRAPHIC FUNCTIONS WITH PRIMARY SCHOOL STUDENTS IN THE HEALTH DEVELOPMENT PROCESS

The research was planned and fulfilled on the 6th grade kids of Primary Schools in Karaman to study the descriptive relationship between the behaviors aiming the health development and the sociodemographic functions.

The research was performed in 6 different Primary Schools in Karaman over 347 students who were divided into low medium and high socioeconomic levels. Before starting the research the necessary permission from the National Education Officials in Karaman was taken and except for the sample group after three test studies the questionnaires were done once more. The questions of the questionnaire were prepared considering Ardell's health development model (responsibility and nourishment consciousness, physical acts, stress management, safety and environment sensitivity) based on the behaviors of children's health development and D.B. Ardell suggestions on this subject.

Analyzing the data, SPSS (Statistical Package for Social Science) Windows software version was used. Evaluation of Sociodemographic Data was shown in numerics and percentage ; One-way Variance Analysis (Oneway ANOVA -F test) was used to determine the relationship between the behaviors aiming the health development and the sociodemographic functions; Post Hoc Hock Hockberg's GT2 test was also used to determine where the differences of variants in the groups come from.

According to the data of the research, In comparison with the other levels of the kids, the children with low economic levels are aware of the fact that they are responsible for their own health. In addition to this the kids who do the daily routines such as dressing, eating by themselves are of low economic levels in common. 87% of the kids of medium socioeconomic level usually state that they are in good health.

It's another fact that the kids whose mothers are housewives eat three meals more regularly than that of the mothers with other professions. It was proved that the rate of those who eat regularly increase in a parallel way from the low socioeconomic background up to high socioeconomic background. 83.3% of the kids from high socioeconomic background mention that their health is quite important and they realize the significance of

eating healthy food in order not to get ill. 51% of the kids know that they need to do warm up before the exercise. 52% the kids stress that they can do whatever necessary when they have a muscle injure during the exercise. This rate is raise for the high socioeconomic ones. 57% of the kids say that they have a good communication with their families on any kind of subject.

Depending on the quantity of the siblings, it was observed that the rate of of sharing the problems with the family members also increase. 30-39 aged mothers' kids from low, medium and high socioeconomic levels can share their problems until their mothers get older. The kids who think that there are a couple of people who understand them when they are sorrowful, comparing with the other levels, are commonly that of high socioeconomic background. This rate is 44,6% with low socioeconomic levels and 46.9% for the medium ones.

As a result of the data that were studied, the following are suggested : Health education programs which lead planned corporation among the sectors on the children's health development subjects; updating the information aiming positive health habits into the nursing curriculum; determining children's health development behaviors by means of the test programs and making them continual; mothers should also answer the questions in the research that will be made on the same subject.

7. KAYNAKLAR

- Ardell DB, (1989), *The History And Future Of Wellness*, Health Values 1985 Nov - Dec; 9(6):37-56
- Ardell DB, Robins L (1990), *High Level Wellness And The Hsus: The Failure To Move From Advocacy To Action*. J Health Hum Resour Adm. 1980 May;2(4):429-50.
- Ardell DB (1993), *A Wellness Model For National Health Insurance*, J Health Hum Resour Adm 1983 Winter;5(3):321-33
- Ardell DB (1997), *The Wellness Canary Exercise*, Fla Nurse 1997 Aug: 35 (7): 6.
- Ardell DB, Martin CS (1999), *A 10-Step Program Towards Wellness And Dentistry*, J Mich Dent Assoc 2000 Apr-May;82(4):26-7
- Aksayan S, Gözüm S(1998), *Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-etkililik (Kendini Etkileme) Algısının Önemi*", Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2 (1), 35-42.
- Aksayan S, Bayık A, Kubilay G, Bahar Z, Erdoğan S, , Karataş N, Seviğ Ü, Emiroğlu N (1998), *Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı*, Editör İnci Erefe, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 14, Birlik Ofset, İstanbul.
- Algier L, Conk Z, Savaşer S, Çavuşoğlu H, Yıldız S, Pek H, Erdemir F (1997), *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:12,Birlik Ofset, İstanbul.
- Altunçul V (1992), *Dengesiz Beslenmenin Çocukların Davranışlarına Olumsuz Etkileri*, Yeşilay Dergisi, Sayı: 708, 16-17.
- Avrupa'da Sosyal Pediatri Derneği Okul Sağlığı Kongresi Sonuç Bildirgesi (1999), Çocuk Forumu Dergisi, 3 (3), Eylül 2000, 60-62.
- Aydın A (1996), *Okul Çağı Çocuklarının Beslenme, Ağız ve Genel Vücut Hijyenine İlişkin Uygulamaları ve Var Olan Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.

- **Aygün Ç (1994)**, *Beş-Altı Yaş Okul Öncesi Dönemi Çocukları İçin Geliştirilecek Beslenme Eğitimi Programlarının Çocukların Beslenme İle İlgili Bilgi Tutum ve Davranışlarına Etkisi*, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara
- **Bahar Z (1989)**, *Okul Sağlığı Çalışmaları ve Hemşireliği*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (2), 83-102.
- **Bahar Z, Özbiçakçı Ş, Özmen D (1999)**, *Dokuz Eylül Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Okul Sağlığı Hemşireliği Projesi*, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı (22-24 Haziran 1999), Erzurum, 473-479.
- **Baltaş A (1997)**, *Sağlıklı, Mutlu ve Başarılı Çocuklar Yetiştirmek İçin Ana-Baba El Kitabı*, 4.bs. Remzi Kitabevi, İstanbul.
- **Başaran İE (1997)**, *Eğitim Psikolojisi ve Eğitimin Psikolojik Temelleri*, Özkan Matbaacılık, 5. bs, Ankara.
- **Batak F (1997)**, *Okul Öncesi Dönem Çocuklarında Çocuktan Çocuğa Eğitim*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
- **Bayık A (1991)**, *Okul Sağlığı Hemşireliği Çalışmaları Kapsamında İlkokul Çağı Çocuklarında Büyüme Gelişme Düzeyi ve Sağlık Sorunlarının İncelenmesi*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7 (1), İzmir.
- **Binbaşıoğlu C (1995)**, *İlkokul Yönetmeliği Üzerine Bir İnceleme Eseri*, Çağdaş Eğitim Dergisi, 4 (2), 7-10.
- **Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme (1999)**, Ulusal İlk Rapor, Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Genel Müdürlüğü Yayınları, Sistem Ofset, Ankara.
- **Clarice J, Kestenbaum MD (2000)**, *How Shall We Treat The Children In The 21st Century*, Journal America Acad. Child Adolescent Psychiatry, 39 (1), 1-4.
- **Craven RF, Hirnic CJ (1996)**, *The Profession of Nursing. Fundamentals of Nursing – Human Health and Function*, Second Edition, Lippincott Company, Philadelphia, 5-22.

- Crawford PA (2000), *Preparing School Personnel For The 21st Century*, Journal of The Association For Childhood Education 76 (5), 258-261.
- Damrosch S (1991), *General Strategies For Motivating People To Change Their Behaviour*, Nurs Clin North Am, 26 (1), 43-833.
- Doucette ve Dwyer (2000), *Is Fruit Juice a " No – No " in Children's Diets*, Journal Nutrition Reviews, 58 (6), 180-183.
- Efeoğlu M (1992), *Türk Milli Eğitim Sistemi İçinde Ortaöğretim*, Milli Eğitim Dergisi, Sayı:114 , 38-44.
- Erdemir F (1998), *Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-etkililik (Kendini Etkileme) Algısının Önemi*", Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2 (1), 59-63.
- Farrand L.L, Cox C.L (1993), *Determinant of Positive and Health Behaviour in Middle Childhood*, Nursing Research July/Agust 1993, 42 (4), 208-213.
- Fontanarosa FB (1998), *Health Promotion and Obesity Research*, JAMA December 2, 280 (21), 1866-1867.
- Görak G, Erdoğan S, Savaşer S, Çakıroğlu S (1992), *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*, TC Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 567, ETAM Yayınları, Eskişehir.
- Gözüm S, Bağ B (1998), *Etkin Sağlık Eğitiminde Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramının Kullanımı*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1 (2), 32-43.
- Grant JP (1996), *Bambaşka Bir Dünya, Dünya Zirvesi*, Yaşama Sevinci Dergisi, 6 (69), 26- 29.
- Güzey A (1991), *İlkokul Öğrencilerine Yapılan Uygulamalı Beslenme Eğitiminin Çocukların ve Bilgi Aktarımı İle Annelerinin Beslenme, Sağlık Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi Üzerine Bir Araştırma*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
- Hansell S, Mechanic D (1990), *Parent and Peer Effects on Adolescent Health Behaviour*, Health Hazards in Adolescence, Walter de Gruyter, Berlin.

- **Haris D.M, Guten J (1989)**, *Health Protective Behaviour: an Exploratory Study*, Journal of Health and Social Behaviour, 20, 17-29.
- **İzmirli M (2000)**, *Dünya Çocuk Zirvesinden On Yıl Sonra* , Çocuk Forumu Dergisi, 3 (3), 45-55.
- **Jessor R (1988)**, *Adolescent Development and Behavioral Health*, Behavioral Health: a Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention, Wiley, Newyork
- **Kaplan Y (1996)**, *İlköğretim Okullarında Yeni Bir Sağlık Eğitim Modeli Oluşturuluyor*, Sağlıkta Öncü Okullar Haber Hattı-Sağlık Günlüğü, Sayı:1
- **Kavaklı A (1992)**, *Çocukluk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme* , Hilal Matbaacılık, 1.bs, İstanbul.
- **Kaycan S (1995)**, *Çocuklarımıza Sağlığı Nasıl Öğretelim* , Actual Medicine, 3 (4), 4-7.
- **Kemp A, Sibert J (1995)**, *Preventing Scalds to Children*, British Medical Journal, 311(2), 643-644.
- **Klein HA (2000)**, *For Parents Particularly Self-Esteem and Beyond* ,Journal Childhood Education, 76 (4), 240-246.
- **Korkut F (1996)**, *Ana Baba Eğitim Grupları* , Çağdaş Eğitim Dergisi, 3 (2), 23-27.
- **Kozier B, Erb G, Blais K (1998)**, *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*, Addison Wedley Longman, Fifth Edition, California.
- **Köküöz AN (1996)**, *1995 Dünya Sağlık Raporu'ndan* , Bilim ve Teknik Dergisi, 29 (340), 36-39.
- **Köse R (2000)**, *Türkiye'de Ana ve Çocuk Sağlığında Mevcut Durum, Kaçırılan Fırsatlar*, Sağlık Bakanlığı AÇS-AP Genel Müdürlüğü, Çocuk Forumu Dergisi, 3 (3), 62-66.
- **Leif E.A, Laberg J.C, Wold B (1995)**, *Helath Behaviours among Adolescents : Towards a Hypothesis of two Dimensions*, Health Education Research, Vol:10,N:1, March 1995, Oxford Univercity-Press.
- **Longe ME, Ardell DB (1991)**, *Wellness programs for children*, Health and Society Nov 16;55(22):115-6, 119

- **Meer CR (1998)**, *Health Politics, Education Programmes and Planning In The Netherlands*, 14-16 Mayıs GATA Hemşirelik Yüksekokulu Kongre Kitabı, Damla Matbaası, 64-77, Ankara.
- **McCartney P (1999)**, *School Nurses Network About Child Health*, MCN, Vol:24, No:3, May/June 1999, 156.
- **Mumcu HK (1999)**, *İlkokul Öğrencilerinin Büyüme Gelişme ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi*, 22-24 Haziran 1999 VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı , 260-263, Erzurum.
- **Nahcivan NÖ, Boral ÖB, Çalışkan M, Şengür G, Öğüt T (1999)**, *İlkokul Çocuklarında Bağırsak Parazitlerinin Büyüme ve Okul Başarısı Üzerine Etkileri*, 22-24 Haziran 1999 VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı , 313-319 Erzurum.
- **Neyzi O, Soner G (1993)**, *Sosyal Pediatri I*, Nobel Tıp Kitabevi, 7-22, İstanbul.
- **Orem DE (1991)**, *Nursing Concepts of Practice*, 4th Edition, Mosby Year Book.
- **Ökçün F (1995)**, *İlkokul 4.-5. Sınıf Öğrencileri Aile ve Öğretmenlerinin Beslenme Bilgileri ve Alışkanlıklarının İncelenmesi* ", Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sınıf Öğretmenliği Bölümü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- **Öncel S (1999)**, *Okul Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerinin Öğrencilerin Sağlık ve Başarı Durumuna Etkisinin İncelenmesi*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.
- **Özcebe H (1998)**, *The Status of Child and Development Programs in Turkey* , Turk Journal of Pediatr 40 (2), 30-217.
- **Özden M (1990)**, *Sağlık Eğitimi*, Feryal Matbaacılık, Ankara.
- **Peggy OJ, Wilson H, Morgan D (2000)**, *Medical Interview for Young Children*, Childhood Education 76 (4), 215-219.
- **Population Reports (1998)**, *Gather Guide to Counseling*, Vol:XXVI, No:4, December 1998, Seri:J, Number: 48.
- **Robinson TN (1998)**, *Does Television Cause Childhood Obesity* , JAMA, 279 (12), 959-964.

- Sağlık Bakanlığı H.Ü.N.E.E. Macro Intertional Inc. (1999) *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998*, Sağlık Bakanlığı AÇS ve AP Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sayan A, Tan M, Uğurlu N, Çevirme H (1999), *Üç Farklı Sosyoekonomik Düzeydeki Lise Son Sınıf Öğrencilerde Olumlu Sağlık Davranışları Benlik Şeması ve Aralarındaki İlişki* ,22-24 Haziran 1999 VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Erzurum, 156-164.
- Sarp N (1994), *İlkokul 4. ve 5. Sınıf Öğrencilerinin Sahip Oldukları Sağlık Bilgileri* ", Sağlık Dergisi, 66 (2), 59-62.
- Sencer Y ve Sencer M (1978), *Toplumsal Araştırmalarda Yöntem Bilim, Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları*, No: 172, Doğan Basımevi, Ankara, 493-494.
- Servonsky J, Opas S (1987), *Nursing Management of Children- Promotion of Health in the Child*, Jones and Bartlett Publishers, Boston, 110-128.
- Stanhope W ve Lancaster J (1996), *Community Health Nursing – Promoting Health of Aggregates Families and Individuals* , Fourt Edition, Mosby Year Book Company, Philadelphia.
- Stein J, Walters CG (1995), *Eating Habits and Attitudes Among Mothers of Children With Eating Disorders*, British Medical Journal, Cilt:310, 228-230.
- Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K (1998) *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri*, Hatipoğlu Yayınevi.
- Şahan G (1995), *İlköğretim Okullarında Eğitici Çalışmaların Değerlendirilmesi*, Çağdaş Eğitim Dergisi, 4 (3), 46-51.
- Şaşmaz T, Tanır F, Demirhindi H, Karaömerlioğlu Ö, Akbaba M (2000), *Adana İlköğretim Okullarındaki Öğretmenlerin Çocuk Beslenmesi ve Beslenme Eğitimi Hakkındaki Bilgileri*, Sağlık ve Toplum Dergisi, 10 (2), 40-44.
- Şenol S (1995), *Çocuklarda Yeme İle İlgili Değişiklikler* , Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 4 (6), 185-188.
- TC. Sağlık Bakanlığı Nüfus Ve Sağlık Araştırması (1999), *Ana-Çocuk Sağlığı /Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*
- *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (1998), Ön Rapor, Aralık 1998.*

- **Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje (1992)**, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- **Türkiye’de Anne ve Çocukların Durum Analizi**, UNICEF 1996,
- **Uğurlu N, Sayan A, Hacıhasanoğlu H, Kaya D (1999)** *Hemşirelerde Benlik Saygısı ve İç-Dış Kontrol Odağı Arasındaki İlişki*, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 22-24 Haziran 1999, Erzurum, 150-155.
- **Ulusoy MF, Görgülü RS (1997)**, *Hemşirelik Esasları Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler Cilt 1*, 3.bs, 72 TDFO Ltd. Şti, Ankara.
- **Uphold C, Graham M.V (1993)**, *School as Centers for Colloborative Service for Families: A Vision for Change*, Nursing Outlook, 41 (5), 11-204.
- **Varol (1998)**, *4-5 Yaş Grubu Çocuklara Sağlıkla İlgili Olumlu Davranışlar Kazandırılmasında Hemşirelik Eğitiminin Etkinliği*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- **While A.E. (1993)**, *School Nursing : History Present Practice and Possibilities Reviewed*, Journal of Advanced Nursing, 1202-1211.
- **WHO (1993)**, *Second Evaluation Eight Report on The World Health Situation-Implementation of the Global Strategy for Health for All by The Year 2000*, Volume 1, Global Review, Geneva.
- **WHO (1994)**, *The Promotion and Protection of Women's Health Through International Human Rights Law*, Geneva, 8-12.
- **Yılmaz H (1995)**, *Öğretim Sürecinde Daha Etkili Olma Yolları*, Milli Eğitim Dergisi, Sayı:128 (102), 67-74.
- **Yiğit R (1992)**, *İlkokul Çağı Çocuklarının Büyüme ve Gelişmesi*, Türk Hemşireler Dergisi, 42 (4), 37-41.
- **Yorgancıoğlu R, Baykal L ve ark. (1995)**, *Düşük Sosyoekonomik Durumlu İlkokul Düzeyi Çocuklarda Romatizmal Hastalıklar Üzerine Bir Çalışma*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Dergisi , 67-1.2, 1-11.
- **Yörükoğlu A (1986)**, *Çocuk Ruh Sağlığı*, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları No : 189, Ankara.

EK-I

İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ BELİRLEMeye YÖNELİK ANKET

Adınız ve Soyadınız :

Yaşınız :

Okulunuz :

1 – Annenin yaşı :

24 yaş ve ↓
 40-44 yaş

25-29 yaş
 45 yaş ve ↑

30-34 yaş

35-39 yaş

2 – Annenin eğitim durumu:

Okuma yazma bilmiyor
 İlkokul mezunu
 Ortaokul mezunu

Lise mezunu
 Üniversite mezunu

3 – Annenin mesleği :

Ev hanımı Memur Serbest meslek İşçi Diğer.....

4 – Babanın yaşı :

24 yaş ve ↓
 40-44 yaş

25-29 yaş
 45 yaş ve ↑

30-34 yaş

35-39 yaş

5 – Babanın eğitim durumu:

Okuma yazma bilmiyor
 İlkokul mezunu
 Ortaokul mezunu

Lise mezunu
 Üniversite mezunu

6 – Babanın mesleği :

Çalışmıyor Memur Serbest meslek İşçi Diğer.....

7 – Kardeş sayısı :

Tek çocuk

2 kardeş

3 kardeş

4 kardeş ve üzeri

8 – Evinizin durumu :

Kirada oturuyoruz Kendi evimiz

Isınma durumu :

Sobalı

Kaloriferli

Evinizde su var mı :

Evet

Hayır

Evinizde elektrik var mı :

Evet

Hayır

Evin genel durumu :

Apartman dairesi

Müstakil tip

Eviniz kaç odalı :

9 – Sosyal güvence :

Yok

Bağ-kur

SSK

Yeşil kart

Emekli Sandığı

Diğer

EK II

İLKÖĞRETİM ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIĞI GELİŞTİRMEYE İLİŞKİN DAVRANIŞLARI DEĞERLENDİRME ANKETİ

Bu test, sizin sağlığını geliştirme için yaptığımız uygulamaları incelemek amacı ile hazırlanmıştır. Lütfen aşağıdaki sorularda size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

Adınız ve Soyadınız : Yaşınız :
Okulunuz :

Öz-Sorumluluk İle İlgili Davranışlar:

- 1 – Kendi sağlığınıza kendinizin sorumlu olduğunuzu düşünür müsünüz?
* Her zaman * Bazen * Asla
- 2 - Hastalandığınızda iyileşmek için kendi kendinize bazı uygulamalar yapar mısınız?
* Her zaman * Bazen * Asla
- 3 – Sağlığınız sizin için önemli midir?
* Her zaman * Bazen * Asla
- 4 – İyi olmak için başkalarının yardımına ihtiyacınız olduğunu düşünür müsünüz?
* Her zaman * Bazen * Asla
- 5 – Hastalanacağınızı anlayabilir misiniz?
* Her zaman * Bazen * Asla
- 6 – Giyinme, yemek yeme, okula hazırlanma gibi işlerinizi kendi kendinize mi yaparsınız?
* Her zaman * Bazen * Asla
- 7 – Genellikle sağlığınızın iyi olduğunu düşünür müsünüz?
* Evet * Hayır

Beslenme Bilinci İle İlgili Davranışlar :

- 8 - Dört temel gıda grubunu biliyor musunuz?
* Evet * Hayır
- 9 - Günde üç öğün yemek yiyor musunuz?
* Her zaman * Bazen * Asla
- 10 - Sağlıklı yiyecekler yemeye dikkat eder misiniz?
* Her zaman * Bazen * Asla
- 11 - Kendiniz için yemek pişirebilir misiniz?
* Her zaman * Bazen * Asla
- 12 - Tv reklamlarının sağlıksız gıdalara yönlendirdiğini düşünüyor musunuz?
* Her zaman * Bazen * Asla
- 13 - Fast-food türü (hamburger, simit, sandviç vb) yiyecekler yemekten kaçınır mısınız?
* Her zaman * Bazen * Asla
- 14 - Günde en az 2 kere dişlerinizi fırçalar mısınız?
* Her zaman * Bazen * Asla

15 - Konserve türü yiyeceklerden sakınır mısınız?

* Her zaman * Bazen * Asla

16 - Gıda maddelerinin içeriğini inceleyerek mi yersiniz?

* Her zaman * Bazen * Asla

Fiziki Aktivitelere Yönelik Davranışlar:

17 - Yürümek ve koşmak için uygun ayakkabı seçer misiniz?

* Her zaman * Bazen * Asla

18 - Spor yaparken uygun kıyafet seçer misiniz?

* Her zaman * Bazen * Asla

19 - Kendiniz için ideal ağırlığınızı bilir misiniz?

* Her zaman * Bazen * Asla

20 - Spora başlamadan önce yapmanız gereken ısınma hareketlerini yapar mısınız?

* Her zaman * Bazen * Asla

21 - Egzersiz sonrasında gevşeme hareketleri de yapar mısınız?

* Her zaman * Bazen * Asla

22 - Her gün en az 8 saat uyur musunuz?

* Her zaman * Bazen * Asla

23 - Egzersizden önce ve sonra yediklerinize dikkat eder misiniz?

* Her zaman * Bazen * Asla

24 - Egzersiz yaparken yaralanmamak için dikkatli olur musunuz?

* Her zaman * Bazen * Asla

25 - Egzersiz yaparken kas zedelenmesi gibi bir durumu kendiniz tanıyıp gerekeni yapabilir misiniz?

* Evet * Hayır

26 - Egzersiz yapmayı sever misiniz?

* Her zaman * Bazen * Asla

Stres Yönetimine İlişkin Davranışlar:

27 - Nelerden mutlu olduğunuzun farkında mısınız?

* Her zaman * Bazen * Asla

28 - Nelerden mutsuz olduğunuzun farkında mısınız?

* Her zaman * Bazen * Asla

29 - Ailenizdekilerle her konuda konuşmaya çalışır mısınız?

* Her zaman * Bazen * Asla

30 - Kardeşlerinizi sever misiniz?

* Her zaman * Bazen * Asla

31 - Kendinizi neyin sınırlendirdiğini bilir misiniz?

* Her zaman * Bazen * Asla

32 - Ev işleri, okul ve oyun için ayrı ayrı zaman düzenleyebilir misiniz?

* Her zaman * Bazen * Asla

33 - Evde sorunlarınız ve düşünceleriniz aileniz tarafından dinlenir mi?

* Her zaman * Bazen * Asla

34 - Birisi ile sorununuz olduğunda önce konuşmayı dener misiniz?

* Her zaman * Bazen * Asla

35 - Sıkıntılı olduğunuzda sizi neyin iyi hissettireceğini bilir misiniz?

* Her zaman * Bazen * Asla

36 - Sizi eğlendiren hobileriniz var mıdır?

*Evet *Hayır

37 - Başkalarının fikirlerini dinler misiniz?

* Her zaman * Bazen * Asla

38 - Başladığınız işi bitirir misiniz?

* Her zaman * Bazen * Asla

39 - Şu kişilerden destek alır mısınız:

Ebeveynlerinizden * Her zaman * Bazen * Asla

Arkadaşlarınızdan * Her zaman * Bazen * Asla

Öğretmenlerinizden * Her zaman * Bazen * Asla

Akrabalarınızdan * Her zaman * Bazen * Asla

40 - Üzüldüğünüzde sizi anlayan birileri olur mu?

* Her zaman * Bazen * Asla

Güvenlik İle İlgili Davranışlar:

41 - Sigaranın sağlığa zararlı olduğunun farkında mısınız?

* Evet *Hayır

42 - Sigara içer misiniz?

* Her zaman * Bazen * Asla

43 - Trafikte bisiklete biner misiniz?

* Her zaman * Bazen * Asla

44 - Geçişlerde trafik işaretlerine dikkat eder misiniz?

* Her zaman * Bazen * Asla

45 - Arabada emniyet kemeri takar mısınız?

* Her zaman * Bazen * Asla

46 - Motosiklet ve bisiklet kullanırken kask takar mısınız?

* Her zaman * Bazen * Asla

EK III

ÖRNEKLEME ALINACAK BİREY SAYISINI BELİRLEMEK ÜZERE YARARLANILAN FORMÜL

Evrendeki birey sayısı bilindiğinden şu formül kullanılmıştır:

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2 (N-1) + t^2 p q}$$

Formülde:

- N** = Evrendeki birey sayısı
- n** = Örneklem alınacak birey sayısı
- t** = Belli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer.
- d** = Ortalamaya göre yapılmak istenen ± sapma
- p** = İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) *
- q** = İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (olasılığı)

$$n = \frac{(2747) \cdot (1.96)^2 \cdot (0.50) \cdot (0.50)}{(0.05)^2 \cdot (2746) + (1.96)^2 \cdot (0.50) \cdot (0.50)}$$

$$n = \frac{10552.87 \cdot 0.25}{6.865 + 0.9604}$$

$$n = \frac{2638.21}{7.825}$$

$$n = 337$$

337 çocuk seçilmiştir. Bulduğumuz ortalama % 95 olasılıkla doğruyu yansıtmaktadır.

* Önceden ilköğretim okullarında ya da 10-12 yaş grubunda sağlığı geliştirme davranışlarının görülme sıklığı veya oranına dair bir sayı bulunamadığından, bu sayı yarı yarıya olduğu düşünülüp % 50 görülüş, % 50 görülmemiş sıklığı olarak alınmıştır (Sencer ve Sencer 1978)

ÖZGEÇMİŞ

1967 yılında Karaman'da doğdu. İlk ve orta öğretimini Karaman'da tamamladı. 1985 yılında Nevşehir Sağlık Meslek Lisesinden mezun oldu. 1985-1988 yılları arasında Şanlıurfa Viranşehir Devlet Hastanesinde başhemşire ve İl Sağlık Müdürlüğünde eğitim hemşiresi olarak çalıştı. 1988-1992 yıllarında Konya Nümune Hastanesinde hemşire olarak çalıştı. 1995 yılında Konya Sağlık Eğitim Enstitüsünden mezun oldu. 1998 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesinden lisans diploması aldı. 1996-1998 yıllarında Karaman Sağlık Meslek Lisesinde meslek dersleri öğretmeni olarak çalıştı. 1998 yılında Selçuk Üniversitesi Karaman Sağlık Yüksekokulunda öğretim görevlisi olarak çalışmaya başladı. Halen aynı okulda görev yapmaktadır. Evli ve 2 çocuk annesidir.

TEŞEKKÜR

Çalışmalarım sırasında her türlü desteği veren Yüksekokulumuz Müdürü ve Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Yrd. Doç. Dr. Birol Özkalp'e, tezimin hazırlanması aşamasında yardımcı olan Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu öğretim üyesi Doç. Dr. Günsel BAŞER ve Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr.Şenay OK'a, istatistiklerin düzenlenmesinde engin bilgilerinden yararlandığım Selçuk Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi öğretim üyesi Prof. Dr. Mehmet Emin TEKİN'e ve her konuda desteklerini, önerilerini aldığım Worl Wellness Center Direktörü D.B. ARDELL'e ve National Wellness Institute görevlileri Sandy QUEEN, Steven POINT, Anne HELMKE ve Jhon TRAVIS'e sonsuz teşekkür ederim.

Ayrıca yüksek lisans aşamasında hoşgörü ve desteğini esirgemeyen eşime, kızlarım Beyza ve Sena'ya, her zaman desteklerini hissettiren tüm aileme, tezimde kullandığım soruların cevaplandırılmasına katılan sevgili öğrencilere, tezin basım ve yazım aşamasında emeği geçen herkese teşekkür ederim.

Hatice YALÇIN