

156814

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

OKULÖNCESİ EĞİTİM ÇAĞINDA ÇOCUĞU BULUNAN ASKERİ
PERSONEL VE EŞLERİNİN İLK YARDIM KONUSUNDAKİ
BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Neslihan KOÇER


Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Yönetmeliğinin Çocuk Gelişimi
ve Eğitimi Programı İçin Öngördüğü
DOKTORA TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.


Tez Danışmanı
Prof. Dr. Nilüfer DARICA

ANKARA
2004

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;


Bu çalışma jürimiz tarafından Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Programında Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı:  Prof. Dr. Nilüfer DARICA
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye:  Prof. Dr. Mübeccel GÖNEN
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye:  Prof. Dr. Esra ÖMEROĞLU
(Gazi Üniversitesi)

Üye:  Prof. Dr. Pınar BAYHAN
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye:  Doç. Dr. İsmihan ARTAN
(Hacettepe Üniversitesi)

ONAY:

Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'na belirlenen yukarıda jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Hakan ORER
Enstitü Müdürü. ✓

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara teşekkür eder;

Sayın Prof. Dr. Nilüfer Darıca, tez çalışmasının her aşamasında sınırsız bir yardım ve destek göstermiştir.

Sayın Prof. Dr. Pınar Bayhan ve Prof. Dr. İsmihan Artan çalışmanın yürütülmesi sırasında değerli öneri ve katkılarıyla yardımcı olmuşlardır.

Türkiye Acil Tıp Derneği İlk Yardım Komisyonu Başkanı Uz. Semra Çelikli ve komisyonda görev yapan diğer üyeler, anket formunun geliştirilmesinde ve "Temel Yaşam Desteği Eğitimi" eğitimim sırasında katkıda bulunmuşlardır.

Sayın Doç. Dr. Vedat Pazarlıoğlu, Yrd. Doç. Dr. E. Mümtaz Tıraşın, İstatistik Uzmanı Ece Aksüs ve Dilek Aksay anket formunun düzenlenmesi ve araştırma sırasında elde edilen verilerin değerlendirilmesinde yardımcı olmuşlardır.

Hava Eğitim Komutanı ile Hava Sınıf Okulları ve Teknik Eğitim Merkez Komutanı ve bu birliklerde görev yapan, örneklem grubunu oluşturan askeri personel ve eşleri araştırma sırasında destek olmuşlardır.

Sevgili babam, canım yavrularım Fırat ve Can çalışmanın her aşamasında sevgi, sabır ve özveri ile her türlü yardım ve desteği sağlamışlardır.

ÖZET

Koçer, N. Okulöncesi eğitim çağında çocuğı bulunan askeri personel ve eşlerinin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Programı Doktora Tezi, Ankara, 2004. Bu araştırma, 3-6 yaş grubu arasında çocuğı bulunan ve çocukları okulöncesi eğitim kurumlarına devam eden askeri personel ve eşlerinin, ilk yardım ve çocukları kazalardan korumak amacıyla evde ve bahçede alınacak önlemler konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek ve bu konularda ebeveynlere verilen eğitimin etkinliğini saptamak amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklem grubu İzmir ili garnizonunda Hava Kuvvetleri Komutanlığı'na bağılı olarak görev yapan askeri personel ve eşlerinden seçilmiş olup, 47'si deney 50'si kontrol olmak üzere 97 kişiden oluşmuştur. Veri toplamak amacıyla anket formu kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS paket programında analiz edilmiştir. Kontrol grubuna ön test, 3 ay sonra son test uygulanmıştır. Deney grubuna ise; eğitimden önce ön test, eğitimden sonra son test ve eğitimden 3 ay sonra kalıcılık testi uygulanmıştır. Araştırma başlangıcında her iki grubun da bilgi düzeyleri yetersiz bulunmuştur. Araştırmanın sonunda; deney grubuna barkovizyon, video, demonstrasyon ve rol dağılımı ile yapılan uygulamalı eğitimin etkin olduğu, ebeveynlerin bilgi düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Deney grubundan elde edilen verilere göre; istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kalıcılık testinde, kadınların bilgi düzeyleri erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Bir çocuğı olan ebeveynlerin son test ve kalıcılık testindeki bilgi düzeyleri, üç ve daha fazla çocuğı olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ancak, eğitim verilen ebeveynlerin kalıcılık testindeki bilgi düzeyleri eğitimden hemen sonra uygulanan son testteki bilgi düzeylerine göre azalma göstermiştir.

Anahtar Kelimeler : okulöncesi eğitim, ilk yardım, askeri personel

ABSTRACT

Koçer, N. The level of knowledge about the first-aid of military personnel and their families who have children in the 3-6 years age group in the pre-school period; Ph.D. Thesis of Child Development and Education program, Institute of Health Sciences, Hacettepe University, Ankara, 2004. This research has been carried out with the intention of determining the level of knowledge of military personnel and their families who have children in the 3-6 year age group in the pre-school period about the first-aid and the precautions to be taken to prevent accidents indoors and outdoors. Its other objective was to determine the effectiveness of the training given to the parents about these topics. The sample group of the study was selected from military personnel who are on active duty in the İzmir garrison and their families. This group consisted of 97 people, 50 of which were in the control group and 47 in the experimental group. A questionnaire was used to gather data. The obtained data was analyzed in the SPSS package program. The control group was administered a pre-test and 3 months later a post-test. The experimental group was given a pre-test before the training, a post-test after the training, and a follow-up test 3 months after the training. Neither of the groups' level of knowledge was sufficient at the beginning of the research. The results of the research show that the training given to the experimental group using barcoveision, video, demonstration and role-playing was effective. Although no statistical analysis was completed, the results of this study subjectively indicate that women possess a higher level of knowledge about this subject than men. In the post and follow-up test, the level of knowledge of parents with one child was seen to be statistically higher than those who have more than one. However, compared to the test given just after the training (post-test), it was seen that the level of knowledge decreased in the follow-up test given 3 months after the training.

Key Words : preschool education, first aid, military personnel

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	.iii
TEŞEKKÜR.....	.iv
ÖZET.....	.v
İNGİLİZCE ÖZET.....	.vi
İÇİNDEKİLER.....	.vii-viii
SİMGELER KISALTMALAR.....	.ix
ŞEKİLLER.....	.x
TABLolar.....	.xi-xii
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER	3
2.1 İlk yardımın Tanımı, Önemi ve Amacı	3
2.2 İlk yardım Gerektiren Yaralanmalar, Kazalar, Kaza Sıklıkları, Nedenleri ve Sonuçları	5
2.3 Çocuklarda İlk yardım Gerektiren Durumlar	10
2.3.1 Solunum Yolu Tıkanması ve Boğulmalar	12
2.3.2 Yüksekten Düşme, Kafa, Omurga, Karın ve Göğüs Yaralanmaları	13
2.3.3. Doku Yaralanmaları	13
2.3.4. Delici ve Batıcı Cisimle Yaralanmalar	14
2.3.5. Kırıklar	14
2.3.6. Yanıklar	14
2.3.7. Zehirlenmeler	15
2.3.8. Elektrik Çarpmaları	16
2.3.9. Çocuklarda Yüksek Ateş	16
2.3.10. Burun Kanamaları	17
2.4. İlk yardım Gerektiren Yaralanma ve Kazalardan Korunmak İçin Alınacak Önlemler	17
2.4.1.Boğulmaları Önlemek İçin Alınacak Önlemler	19
2.4.2.Yanıkları Önlemek İçin Alınacak Önlemler	20
2.4.3.Düşmeler ve Kırıkları Önlemek İçin Alınacak Önlemler	20

2.4.4. Zehirlenmeleri Önlemek İçin Alınacak Önlemler	21
2.4.5. Elektrik Çarpmalarına Karşı Alınacak Önlemler	22
2.4.6. Kesici ve Delici Aletlerle Yaralanmayı Önlemek İçin Alınacak Önlemler	22
2.5 İlk yardımda Eğitimin Önemi	23
İLK YARDIM VE KAZALARI ÖNLEME KONUSUNDA YAPILAN ARAŞTIRMALAR	29
GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Amacı	33
3.2. Temel Problem	33
3.3. Alt Problemler	34
3.4. Sınırlılıklar	34
3.5. Araştırmanın Evreni	34
3.6. Araştırmanın Örneklemi	34
3.7. Veri Toplama Araçları	39
3.8. Veri Toplama Yöntemleri	42
3.9. Verilerin Analizi	45
BULGULAR	46
TARTIŞMA	62
SONUÇ	81
ÖNERİLER	86
KAYNAKLAR	92
EKLER	

EK-1 3-6 Yaş Grubunda Çocuğu Olan Ailelerin İlk Yardım Konusundaki Bilgi Düzeylerini Saptamaya Yönelik Anket Formu

EK-2 Anket Sorularını Puanlandırma Çizelgesi

SİMGELER VE KISALTMALAR

N	Örnekleme seçilen denek sayısı
x	Ortalama
SS	Standart Sapma
Sx-x	Ortalamlar arasındaki fark
t	t testi değeri
SD	Standart Deviasyon
p	Önem denetimi
F	F değeri
KT	Kareler Toplamı
KO	Kareler Ortalaması



ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.1. Örnekleme oluşturan ebeveynlerin cinsiyetlerine göre dağılımı	35
3.2. Örnekleme oluşturan ebeveynlerin öğrenim düzeylerine göre dağılımı	36
3.3. Örnekleme oluşturan ebeveynlerin yaş gruplarına göre dağılımı	37
3.4. Örnekleme oluşturan ebeveynlerin çocuk sayılarına göre dağılımı	38
4.1. Örnekleme grubunu oluşturan deney ve kontrol grubunun ön testte aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	47
4.2. Örnekleme grubunu oluşturan deney grubunun kalıcılık ve kontrol grubunun son testte aldıkları puan ortalamalarının dağılımı	48
4.3. Örnekleme oluşturan deney grubundaki ebeveynlerin ön test son test ve kalıcılık testinden aldıkları puanların dağılımı	50



TABLolar

Tablo	Sayfa
3.1. Örnekleme oluşturan ebeveynlerin cinsiyetlerine göre dağılımı	35
3.2. Örnekleme oluşturan ebeveynlerin öğrenim düzeylerine göre dağılımı	36
3.3. Örnekleme oluşturan ebeveynlerin yaş gruplarına göre dağılımı	37
3.4. Örnekleme oluşturan ebeveynlerin sahip oldukları çocuk sayılarına göre dağılımı	38
4.1. Deney ve kontrol grubunun ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları	47
4.2. Deney grubunun kalıcılık testi ve kontrol grubunun son testte anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları	48
4.3. Deney grubunun ön test ve son testte anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları	49
4.4. Deney grubunun ön test ve kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları	49
4.5. Deney grubunun son test ve kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları	50
4.6. Kontrol grubunun ön test ve son testte anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları	51
4.7. Deney grubunun ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların cinsiyetlerine göre ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları	52
4.8. Deney grubunun son testte anket sorularına verdikleri yanıtların cinsiyetlerine göre ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları	52
4.9. Deney grubunun kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların cinsiyetlerine göre ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları	53
4.10. Deney grubunun ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların öğrenim düzeylerine göre ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları	53

4.11 . Deney grubunun son testte anket sorularına verdikleri yanıtların öğrenim düzeylerine göre ortalamaları farkına uygulanan “t” testi sonuçları	54
4.12. Deney grubunun kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların öğrenim düzeylerine göre ortalamaları farkına uygulanan “t” testi sonuçları	55
4.13. Deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarına göre dağılımı	55
4.14. Deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların varyans analizi	56
4.15. Deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre son testte anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarına göre dağılımı	56
4.15. Deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre son testte anket sorularına verdikleri yanıtların varyans analizi	57
4.17. Deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarına göre dağılımı	57
4.18. Deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların varyans analizi	58
4.19. Deney grubundaki ebeveynlerin çocuk sayılarına göre ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamaları	58
4.20. Deney grubundaki ebeveynlerin çocuk sayılarına göre ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların varyans analizi	59
4.21. Deney grubundaki ebeveynlerin çocuk sayılarına göre son testte anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamaları	59
4.22. Deney grubundaki ebeveynlerin çocuk sayılarına göre son testte anket sorularına verdikleri yanıtların varyans analizi	60
4.23. Deney grubundaki ebeveynlerin çocuk sayılarına göre kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamaları	60
4.24. Deney grubundaki ebeveynlerin çocuk sayılarına göre kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların varyans analizi	61

GİRİŞ

Sağlıklı bir çocuk yetiştirmek ve çocuklarının sağlıklarını korumak tüm anne babaların yaşadığı kaygılardandır. Çocukların büyüme ve yetiştirme aşaması, dikkatli ve sabırlı olmayı, sakin ve bilinçli davranmayı gerektirir. Anne-babalar çocuklarını sağlıklı, mutlu ve bilinçli yetiştirmeye çalışırken çocuklar da yaşantıları süresince ortaya çıkan pek çok güçlüklerle başa çıkmak zorunda kalmaktadır. Çocuklar yaşantılarını sürdürmek için problem çözme, güçlüklerle başa çıkmayı, tek başına başarma ve ayakta kalmayı ailelerinden ve öncelikle ana-babalarından öğrenmektedirler. Çocuklara yetiştirme süresince en çok destek olup anlayacak, gerektiğinde yardımcı olacak ve yol gösterecek kişiler de öncelikle anne babalar olmaktadır.

Çocuk 0-6 yaşları arasında, ailesinden tam bir temel eğitim alır. Bu dönemde ailenin önemi çok büyüktür, neredeyse gereksinimlerinin tamamını aile içinde gidermek zorundadır. Yeme, uyuma, temizlik, barınma, fiziksel olarak korunma ve güvende olma, bunun yanı sıra, sevme-sevilme, güven duyma ve birey olma gereksinimlerini ailede karşılar (1).

Anne babaların ilk görevi çocuklarına bu gereksinimleri karşılayacak güven ve sevgi dolu bir ortam sağlamak, onları korumaktır. Çocukların yaşamdan zevk almaları, kendilerinde varolan yetenekleri geliştirmeleri, verimli ve mutlu yetişkinler haline gelmeleri isteniyorsa, onların fiziksel, duygusal, toplumsal ve entelektüel gereksinimlerinin tümü karşılanmalıdır (2).

Çocukların tüm bu gereksinimleri karşılanırken yetiştirme sürecinde karşılaşılabilecekleri olumsuz çevresel etmenler de göz önünde bulundurulmalıdır. Kendilerini koruma ve tehlikelerden fazla haberdar olmayan çocuklar günlük yaşantılarında onlara zarar verebilecek, tehlike yaratabilecek pek çok durumla karşı karşıya kalabilirler. Çocuklar, anne babanın dikkatinin dağıldığı ya da meşgul oldukları bir anda ilk yardım gerektiren herhangi bir kaza ile karşılaşabilirler.

İlk yardım gerektiren bir durumda bireyin kendisi yada çevresindeki diğer bireyler için ne yapacağını bilmesi yaşam ve ölüm arasında seçim yapması demektir. Eğer ebeveynler çocuklarının tehlikelere maruz kaldığı durumlarda, panik yapmadan doğru bir ilk yardım uygularlarsa çocuklarının hayatta kalma oranlarını arttıracak önemli bir adım atmış olurlar.

Bu araştırma, okulöncesi eğitim çağında çocuğu bulunan ve çocukları okulöncesi eğitim kurumlarına devam eden askeri personel ve eşlerinin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek, çocukların kazalara karşı korunmasını ve sağlıklı bireyler olarak yetiştirilmesi için aileleri bu konuda bilinçlendirmek, temel ilk yardım bilgilerini kazandırmak ve kazalara karşı alınacak önlemleri öğretmede kullanılan eğitim yönteminin etkinliğini saptamak amacıyla planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1 İlk yardımın Tanımı, Önemi ve Amacı

Hızlı toplumsal, ekonomik, sosyal ve teknik değişmeler bir yandan yaşamı kolaylaştırırken, diğer yandan bireyin yaşamını tehdit edici faktörlerin artmasına da neden olabilmektedir. Bu tehdit edici faktörler değişik yer ve zamanlarda kaza ve yaralanmalara neden olabilir. Kaza ölümlerinin yüzde 10'u kazayı izleyen ilk beş dakika içinde, yüzde 54'ü ise ilk yarım saat içinde meydana gelmektedir. Bu tip kazalarda bilinçli ilk yardım ve Temel Yaşam Desteği uygulamaları pek çok gereksiz ölüm olayını önleyebileceği gibi, sakatlıkların da ciddiyetini ve olumsuz sonuçlarını azaltabilmektedir. İnsanlık açısından ilk yardım ve Temel Yaşam Desteği acıları dindirici, hayat kurtarıcı ve sağlık hizmetlerini kolaylaştıran ve destekleyen bir yaklaşımdır (3).

Kan dolaşımı durduktan sonra 4-6 dakika içerisinde beyin hasarı meydana gelir. Beyin hasarının önlenmesi için bilinçli ilk yardımın kazadan sonraki ilk dakikalarda uygulanması gerekmektedir (4).

Çocuğun gelişim süresince kazandığı her beceri onu tehlikelerle karşı karşıya bırakır. Bu nedenle çocuğun güvenliğini sağlamak için yaşadığı alan kaza riskini en aza indirmek için düzenlenirken, ilk yardım gerektiren durumlarda ne yapılacağının bilinmesi konusunda alınacak olan ilk yardım eğitimi de ayrı bir önem taşır (5).

Birçok insan bir kaza ya da hastalık durumunda heyecanlanır, panik yapar, ne yapacağını bilemez hatta bildiklerini de unuttur.

İlk yardım gerektiren kazalarda ne yapılacağının bilinmesi yaşam ile ölüm arasında seçim yapmaktır. Kaza meydana geldiğinde bilinçli ve doğru bir ilk yardım uygulanması kazazedenin hayatta kalma şansını artırır.

Yaşamı tehlikeye düşüren herhangi bir durumda, sağlık görevlilerinin yardımı sağlanıncaya kadar kaza geçiren kişiye olay yerindeki malzemelerden yararlanılarak yapılan ilaçsız uygulamalara “ilk yardım” denir (6).

İlk yardım doktor tarafından tıbbi tedavi uygulayıncaya kadar hastanın bulunduğu durumdan daha kötü duruma geçmesini önlemek açısından büyük önem taşır. İlk yardım ölümü ya da daha fazla oranda zarar görmeyi, zedelenmeyi önler. Kazalar, hayatı tehlikeye düşüren sağlık sorunları her zaman her yerde karşılaşılabılır sorunlar olduğundan toplumun bütün kesimlerinin temel ilk yardım bilgi ve becerilerini kazanması gerekir. Herhangi bir acil durumda yapılacak basit uygulamalar kadar bazı tehlikeli davranışlardan kaçınılması da kişinin hayatının kurtulmasında ya da sağlık durumun daha kötüye gitmesinde engelleyici olabilir. Bu nedenle ilk yardım bilgileri öğrenilirken ne yapılacağının öğrenilmesi kadar, nelerin yapılmasından kaçınılması gerektiğinin de öğrenilmesi zorunluluğu vardır. İlk yardım bilgisi yapılacaklar kadar, yapılmayacakları da öğretir. Bilinçli yapılan ilk yardım iyileşmeyi kolaylaştırır, sakatlığı ve ölümü önler .

İlk yardım uygulayıcısı mutlaka ilk yardım tekniklerini bilmek ve uygulamak için gerekli eğitimi almış olmak, farklı olaylarda serinkanlılıkla ve becerikli şekilde hareket edebilmek zorundadır (6).

İlk yardımın üç özelliği vardır. Bunlar; ilk yardım olay yerinde yapılması, olay yerinde bulunan kişilerce yapılması ve olay yerinde bulunan araç gereçlerle yapılmasıdır.

Yine ilk yardımda bazı temel ilkeler vardır. Bunlar; teşhis, tedavi ve taşımadır. Teşhis için önce kazazedenin öyküsü öğrenilir, belirtiler ve bulgular saptanır, tedavi için temel ilk yardım kuralları hatırlanarak kazazede için en uygun ilk yardım zamanında ve zarar vermeden uygulanır. Aniden hastalanma ya da kazayı etkileyen neden ortadan kaldırılır, gerekiyorsa hasta ya da yaralı daha tehlikesiz bir yere taşınır. Taşıma, teşhis ve tedavi yapıldıktan sonra gerekli bakım ve muayenesinin yapılacağı sağlık kurumuna

uygun koşullar içinde taşınır. Taşıma sırasında hasta ya da yaralının daha fazla yaralanması ya da hastalanmasının önüne geçilmelidir. Taşıma sırasında ilkyardıma devam edilirken, etraftaki tehlikeli durumlardan etkilenmeyecek şekilde kazazede hareket ettirilmelidir (5-7).

İlk yardım, yaralı veya hastanın sevk edilmesi sırasında taşınan araç içinden ulaştırılacağı sağlık kurumuna kadar devam eder. Yaralının acil tıbbi tedaviye alınmasıyla sona erer.

İlk yardımın amacı; kazazedeleri sağlık personeli ya da kurumlarına teslim edinceye kadar belirli uygulamalar ve teknik önlemlerle korumak ve yaşamı desteklemektir. Hastane ve hekim müdahalesine gerek görülen tüm hallerde ilk yardım, kazazedeyi en kısa zamanda tedavi kurumuna ulaştırmak ve olanaklar ölçüsünde de kazazedenin yaşamını tehdit eden nedenleri kontrol altına almak için uygulanır. Kısaca; ilk yardımın amacını kişinin hayatını kurtarmak, sağlık durumunun daha kötüye gitmesini önlemek ve olaydan sonra meydana gelecek sakatlıkları engellemektir diye özetleyebiliriz (5-7).

İlk yardım gerektiren durumlar sadece aileyi değil, kişilerde bıraktıkları psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıklarla tüm toplumu, ülke kaynaklarının kullanılması açısından devleti de ilgilendiren durumlardır. Alınacak basit önlemler ve uygulanacak ilk yardım girişimleri ile hem insanların hayatı kurtulabilir hem de ülke kaynakları bilinçli bir şekilde değerlendirilebilir.

2.2 İlk yardım Gerektiren Yaralanmalar, Kazalar, Kaza Sıklıkları, Nedenleri ve Sonuçları

“Yaşam” kalp atışlarının devam etmesidir. İki kalp atışı arasındaki zaman dört - altı dakikayı geçtiğinde beyin oksijensiz kalmakta, yaşamsal organların tümü zarar görmekte ve en kötüsü ölüm meydana gelmektedir.

Yaşam süresince sağlığı etkileyen bir çok faktör bulunmaktadır. İlk yardım gerektiren, ölümlere, iş gücü kayıplarına, sakatlıklara, büyük maddi kayıplara yol açan en önemli faktörlerden biri de kazalardır .

Kaza: 'Önceden planlanmayan ve öngörülemeyen bir zamanda ortaya çıkan, can ve mal kaybı ile sonuçlanan kötü olay" ve "bilinen yanlış davranış ve ihmaller yada nedenler zincirinin son halkası olup daha önce alınacak önlemlerle kaçınılabılır ve korunabilinir bir olay" olarak tanımlanmaktadır (8).

Kazaların tanımlanmasında ilgi alanı da etkili olmaktadır. Sosyal açıdan kaza herhangi bir sosyal eylem gibi uygun yöntemlerle incelenebilen ve olumsuz sonuçlar yaratan davranışlar olarak görülebildiği gibi, tıbbi açıdan yaralanma yaratan davranış olarak görülmekte ve tıbbi ilgi, yaralanmayı önleme ve tedavi üzerinde yoğunlaşmaktadır (9).

Kazaların önceden tahmin edilemediği ve önlenemez olaylar olduğu gibi yanlış bir düşünce tarzı oldukça hakimdir. Bu da kaza konusunda yapılacak hiçbir şey olmadığı fikrini doğurmaktadır. Oysa kazayı tahmin etme ve alınacak önlemler sayesinde bir çok kaza ve sonucunda oluşabilecek can ve mal kaybı önlenebilir (9,10).

Kazalarla ilgili sıklığın tam olarak saptanması kayıt güçlükleri nedeniyle zordur. Kayıtlara geçen olgular genellikle, doktora başvuruyu gerektiren yaralanmaları içeren ya da yasal işlem gerektiren (yangınlar, ölümlü sonuçlanan kazalar, trafik kazaları, vb) kazalardır (8-10).

Dünyada 15-44 yaş arası sağlık sorunları ve "erken-ölüm" nedenleri arasında ise trafik kazaları birinci sırada, gelişmekte olan ülkelerde de ikinci sırada yer alır. DSÖ 1998 raporunda gelişmekte olan ülkelerde, sağlığı bozan nedenler arasında, kanserler %5, kardiyovasküler hastalıklar %10, yaralanmalar %16 olarak yer almaktadır. Tüm yaralanmalar içinde motorlu

taşıt kazaları %16, diğer grup (zehirlenme, düşme, yangın ve boğulmalar) %54 olarak belirtilmiştir (8).

Amerika Birleşik Devletlerinde her yıl pek çok çocuk düşmeler, yanıklar, haşlanmalar, zehirlenmeler, ateşli silahla yaralanmalar nedeniyle evlerinde zarar görmekte veya ölmektedir, bunun yanı sıra kazalar sakatlığın da başlıca sebeplerindendir. 14 yaşın altındaki 4.5 milyon çocuk evde meydana gelen kazalar sonucunda acil servislerde tedavi görmekte, kazaların yaklaşık % 20 si ölümlle sonuçlanmakta, %40'ı da çeşitli yaralanmalara yol açmaktadır (11-13).

Kentsel alanda trafik kazaları, kırsal bölgelerde ise zehirlenmeler daha sık olmaktadır. Verilere göre Amerika Birleşik Devletleri'nde çocuk ölümlerinin yüz binde 5-12'sinin zehirlenmelerle oluştuğu, boğulmaların ve spor yaralanmalarının okul çağı çocuklarında, motorlu taşıt kazalarının 15-34 yaş arasında, motorlu taşıt kazaları dışındaki kazaların 55 yaş üstünde daha sık olduğu, ev yangınlarının % 30-45'inin yanmakta olan sigara, ütü vb nedeniyle oluştuğu bildirilmektedir (12).

Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 600.000 çocuğun kafa travması nedeniyle hastanelerin acil bölümüne başvurduğu, bunlardan 250.000'inin ileri tedavi ve gözlem için hastaneye yatırıldığını belirtilmektedir (14,15).

Kanada'da Acil Servis ve Pediatri Travma Merkezine bir yıl içerisinde başvuran 18 yaş altındaki kişilerde başvuru nedeni olarak % 51 oranında düşme, % 18 oranında obje batması, % 9 oranında ise kesilme ya da delinme saptanmıştır (16) .

Avustralya'da yapılan bir araştırmada 1990-1994 yılları arasında oyun sırasında meydana gelen yaygın kazaların düşme, kesikler ve yırtıklar olduğu, erkeklerde kızlara oranla bu yaralanmaların iki kat daha görüldüğü belirtilmektedir (17).

İngiltere’de her yıl iki milyon sekiz yüz bin ev kazası nedeniyle Acil ve İlk yardım Bölümü’ne başvurulmaktadır. Yine buna yakın sayılarda aile hekimlerine başvurulmakta, milyonlarca küçük kesik de evde tedavi edilmektedir. Her yıl 15 yaşın altında bir milyon çocuk hastanede gözetim altına alınmakta ve 65 yaşın üzerinde 1500 den fazla kişi düşmeler nedeniyle kaybedilmektedir. Ev kazaları nedeniyle meydana gelen yaralanmalarda her yıl 25 milyon Sterlin harcanmaktadır. Bu kazalar çocuklarda belirgin olarak sakatlıklara yol açmaktadır (18).

Düzenli kayıtları olan sekiz Avrupa ülkesi verilerine dayanarak, ev kazalarıyla çoğunlukla kadınların, dört yaş altı çocukların ve 65 yaş üstü kişilerin karşılaştığı saptanmış, toplumsal duyarlılığı artırma çalışmalarıyla bu dikkat çekilerek önlemler alınması gereksinimi gündeme getirilmiştir. Ev kazalarının ev içinde olduğu yerler sırasıyla: mutfak, oturma odası, yatak odası ve banyo olarak bildirilmiştir (8).

Ülkemizde kazalar hakkında sağlıklı veri toplama sistemi bulunmadığından, kazaların gerçek boyutlarıyla ilgili olarak yeterli istatistiksel bilgi bulunmamaktadır. Ancak yaklaşık olarak yılda 20.000 kişinin kazalar (ev kazası, trafik kazası, iş kazası, topluluk kazası -sinema, tiyatro, okul, kahvehane, spor salonu gibi yerlerde oluşan kazalar- diğer kazalar) sonucu öldüğü tahmin edilmektedir. Ölümle sonuçlanan her bir kazaya karşılık 1.5-2 sürekli sakatlık, 100-200 geçici sakatlık oluşmaktadır (19).

Yine, eldeki mevcut bilgilerin ışığında trafik kazalarının % 40’la ilk sırayı, ev kazalarının % 25’le 2. sırayı, iş kazalarının ise % 20’ile 3. sırayı aldığı bilinmektedir, 0-4 yaş grubu çocuk ölümleri arasında kazalar 5. sırada, 5-14 yaş grubunda ise birinci sıradadır. Bütün zehirlenmelerin % 60’ı çocukluk yaş grubundadır (20,21).

TÜRKİYE'DE GÖRÜLEN KAZALARIN DAĞILIMI

KAZALAR	KAZA SAYISI	YARALANMA	MALÜLÜYET	ÖLÜM
Trafik kazaları	141546	90244		8830
İş kazaları	155854		3224	1565
Diğer kazalar				1078
Düşme	49416			1078
Yangın	8246			349
Ateşli silahla yaralanma	136			136
Boğulma ve batma	717			16
İlaç,uyuşturucu,gaz ile zehirlenme	280181			262
TOPLAM	636096	90244	3224	12236

(21).

Değişik ülkelere ve kültürlere göre kaza tiplerinde farklılıklar görülmesine rağmen 0-6 yaş grubu arasındaki çocukların karşılaştıkları kazaların büyük bir yüzdesi ev kazaları içerisine girmektedir, travmalar içerisinde ev kazalarının oranı % 25 tir (20,21).

Görüldüğü gibi yaşamın ilk yılları çocuklar açısından ev içinde veya dışında kaza riskinin en fazla olduğu ve ölüm olaylarının en çok görüldüğü yıllardır .

2.3 Çocuklarda İlk Yardım Gerektiren Durumlar

Ülkemizde çocukluk çağı kazalarına yönelik eğitim ve önleme çalışmalarının yetersiz olması, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi kazaları önlemek için belirli koruma ve standartlaştırma çalışmalarının yapılmaması evde ve çevrede rastlanabilecek kaza risklerini arttırmaktadır.

Çocukluk kazaları çoğunlukla evde, daha sonra bahçe, sokak, okul ve nadiren işyerlerinde olmaktadır. Ev ortamında çocuk özellikle yürümeye başladığı dönemde bir çok tehlike ile karşı karşıya bulunmaktadır. Bu tehlikeleri bilme ve korunma yeteneği de olmadığı için, yetişkinlere göre tehlikeli olmayan ya da risk olasılığı olmadığı düşünülen bir madde çocuklar için tehlike oluşturabilmektedir (4,22).

Kazaların çocuk sağlığı üzerindeki etkileri küçümsenmeyecek kadar fazladır. Kaza çocuğun sağlığı üzerine fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etki ederek dengeyi bozmakta, hastalık, sakatlık hatta ölüme neden olabilmektedir. Bu nedenle çocukluk çağı kazaları üzerinde önemle durulması gereken bir toplum sağlığı sorunudur. Çocukluk çağı kazaları yalnızca kazanın meydana geldiği andaki zararlar ile sınırlı kalmayıp, çocuğun tüm yaşantısını etkileyerek sağlığını olumsuz hale getirebilir. Kazanın çeşidine ve meydana gelen hasarın şiddetine göre çocukta maddi veya ruhsal yara izleri kalabilir.

Çocuklarda ciddi kaza ve hastalıklar aniden gelişebilir. Ancak çocuğun rahatsızlığının hızlı bir şekilde tanınması, doğru uygulanacak ilk yardım girişimi ve kazazedenin hastaneye en kısa zamanda nakli ile hayatta kalma şansı artabilir (23).

Çocuklar yetişkinlere göre; nesnelere karşı aşırı ilgi gösterdikleri ve meraklı olduklarından, görme alanlarının dar, sesleri lokalize etme yetenekleri gelişmediğinden, devamlı hareket halinde olup, zamanlarının çoğunu etrafı kurcalayarak ve öğrenmeye çalışarak geçirdiklerinden, iki uyarıyı aynı anda

algılayamamaları, el ve vücut yetenekleri yetişkinler kadar gelişmediğinden, kendilerini bir işe kaptırdıklarında dış ortamdan gelen uyarıları erişkinlere göre daha az algıladıklarından, kuramsaldan uygulamaya geçme yeteneklerinin olmamasından, buldukları cisimleri ağız, kulak ve burunlarına soktuklarından, büyükleri taklit etme özellikleri nedeniyle ev aletleri, kablolar, prizler ve musluklara ilgi duyduklarından, yürümeye başladıklarında tehlike gösteren noktalara kolayca ulaşabildiklerinden, olayları anlama ve değerlendirme yetenekleri kısıtlı olduğundan daha sık kazalara uğrarlar (3,16,24).

Ev kazaları, öncelikle 0-6 yaş çocukları arasında önemli bir yer tutmaktadır. DİE 1993 yılı verilerine göre ülkemizde; tüm ölümler içinde kazalar nedeniyle olan ölümlerin oranı % 3.6 dır. Kazalar sonucu ölenlerin oranı 0-4 yaş grubunda % 2.49, 5-14 yaş grubunda % 21.67'dir. Kazalar nedeniyle ölümlerin yaklaşık % 40'ı da ev kazaları nedeniyle olmaktadır. Ev kazaları içinde 0-4 yaş grubu çocuklarda sık görülen, zehirlenme, düşme, yanık, yangın ve boğulmalar tüm kazalar içinde % 32.97 oranında ölüme sebep olmaktadır (25,26).

Çocuklarda ölüm ve yaralanmalara yol açan veya ilkyardım gerektiren, ana-babaların bilgilendirilmesi gereken, anında bilinçli ilkyardım uygulanmadığında çocuk üzerinde olumsuz etkiler yaratabilecek en önemli olaylar şunlardır;

Solunum yoluna yabancı cisim kaçmasıyla oluşan boğulmalar

Düşmeler

Yanık ve haşlanmalar

Zehirlenmeler

Elektrik çarpması

Burun kanamaları

Ateş (23-28).

2.3.1 Solunum Yolunun Tıkanması ve Boğulmalar

Sıfır-altı yaş grubu çocuklarda ev ortamında boğulmalar en sık görülen kazalardandır. Bir yaşın altındaki çocuklarda yorgan, yastık, cibinlik gibi nedenler ve yanlış yatış pozisyonundan boğulmalara rastlanırken, dört yaşın altındaki çocuklarda banyoda veya derin su kaplarında boğulmalar çoğunluktadır. Aynı zamanda bu yaş grubu çocuklarda soluk borusuna, buruna küçük cisimlerin (para, nohut, boncuk gibi) kaçması da boğulmalara yol açmaktadır (23, 27-29).

Beş yaş üstü çocuklarda küçük cisimlerin yutulmasıyla larinks ya da trakeanın tıkanması sonucu ölüm ortaya çıkabilir. Daha sık ana bronşlardan birinin tıkanması şeklinde fıstık, fındık ya da benzeri cisimlerin yutulmasıyla akciğerlerde inflamatuvar bir reaksiyon gelişir.

Çocuklar için bir başka tehlike ise naylon torbalardır. Polietilenden yapılmış bu plastik tabakalar ya da çantaları çocuklar oyun aracı olarak kullanır ve kafalarından geçirince çok ani bir oksijensiz kalma olayı gelişir.

Ayrıca mide içeriğinin aspirasyonuna bağlı ölüm olayları katı gıdaları yiyecek yaşa gelmiş çocuklarda görülebilen bir olaydır. Bazen de bebeklerin beşiklerden düşmemesi için bağlanan bağların boyuna dolanması sonucu ölüm olayları ortaya çıkabilir. Özellikle dört yaş altı çocuklarda bu durumlarda tam bir boğulma olayı ortaya çıkar (30,31).

Banyoda boğulma olayı da özellikle dört yaş altı ve altmış beş yaş üstü kişilerde sık görülür. Bunlar ana-baba dikkatsizliğinden, banyo sırasında geçirilebilecek epilepsi nöbetine kadar pek çok nedenden kaynaklanabilir .

Solunum yolu, dolaşım veya kalp fonksiyonlarında oluşabilecek herhangi bir bozukluk beyin hasarı veya ölümle sonuçlanabilir. İlk yardım ile solunumu sağlama vücudun oksijensiz kalmasını önler. Saniyelerle ölçülen ve ancak 4-6 dakikaya kadar uzayan oksijensizlikten sonra beyin hücreleri ölür.

Bu nedenle hastanın en kısa zamanda solunumunun sağlanması gerekir (31,32).

2.3.2 Yüksekten Düşme Kafa, Omurga, Karın ve Göğüs Yaralanmaları

Düşme, çarpma, vurma en sık karşılaşılan ve ölümlü sonuçlanan yaralanmalardır. Bu kazalarda kafa, omurga, göğüs ve batin yaralanmalarına öncelik verilmelidir. Düşme sonucu, yumuşak doku ezilmeleri, burkulmalar, sıyrıklar, bağ kopmaları, adale yırtıkları, kırıklar, baş ve boyun yaralanmaları gibi çeşitli durumlar görülebilir. Bunlara bağlı en sık oluşan lezyonlar ise kafa travmaları, kalça ve kaburga kırıklarıdır. Düşmeler merdivenlerden, raftan bir şey alırken ya da yüksekteki bir şeyi almaya çalışırken meydana gelmektedir. Çocuklarda düşmeler daha çok oyun oynarken ve merakla bir yerleri kurcalarken meydana gelir (31-34).

Göğüs duvarının bıçak, ok, şiş, tahta, dal, metal parçaları veya kurşunla delinmesi göğüs yaralanmalarına neden olur. Yine çocukların ellerinde delici ve batıcı cisimlerle dolaşması ya da silahların ortada bırakılması bunlara yol açabilir. Bu durumlarda kalp, akciğerler ve göğüs boşluğundaki büyük damarlar tehlike altına girerler (4).

2.3.3. Doku Yaralanmaları

Çocuklar evde ve bahçede oynarken her an düşüp yaralanmalarla karşılaşabilirler. Yaralanmalara yol açan yaralar, kapalı ve açık olarak iki bölümde adlandırılır.

Vücudun herhangi bir yerinde deri üzerine gelen darbe cilt bütünlüğünü bozmadan alttaki dokuda zedelenme oluşturursa buna "Kapalı Doku Zedelenmesi" denir. Bu durumda kızarıklık ağrı ve şişlik görülür. Cilt altına kan toplanması yani damarlardan kan sızıntısı olması "morarma-çürük" olarak adlandırılır.

Deri yüzeyinde soyulma, kesilme, delinme ve ezilme sonucu açık yaralar oluşabilir. Açık yaraların kapalı yaralardan farkı gözle görülür kanamanın varolmasıdır. Açık yaralara müdahalede amaç; kanamanın durdurulması, kirlenmenin önlenmesi, yaralı bölgede daha fazla zedelenmenin olmasına engel olmaktır (35,36).

2.3.4 Delici-Batıcı Cisimle Yaralanma:

Çocukların her an hareket halinde olmaları ve zaman zaman ellerinde kalem, dal, tahta, uzun saplı oyuncak, makas,bıçak, şiş, tığ ya da bardak gibi delici ya da batıcı cisimle dolaşmaları bu tip yaralanmalara yol açabilir (4).

2.3.5 Kırıklar

İnsan vücudunun çatası olan iskelet kemiklerinde meydana gelen kırılmalar ilkyardım açısından çok önemli kazalardır. Kırıkların oluştuğu kemik yapısına ve kemiklerin etrafındaki dokulara bağlı olarak beyin, akciğerler, omurilik, karaciğer, dalak, önemli kan damarları gibi yumuşak dokular da zedelenebilir. Bunların bazıları yaşamı tehlikeye sokacak ölçüde tehlikeli olabilir (6,35,36).

2.3.6 Yanıklar

Organizmanın ateş, sıcak cisim, sıcak su yada yağ, elektrik, güneş kimyasal maddeler ve radyasyon gibi nedenlerle oluşan yaralanmalarına "yanık" denir. Yanık sigaranın yere düşmesi, gazın ev içinde uygunsuz bir yerde depo edilmesi de neden olabilir. Sıklıkla rastlana bir başka neden de kibrit ya da çakmaklarla başlarında ana-baba yokken oynayan çocukların açtığı yangınlardır . Yanık nedeni, şiddeti, temas etme süresi, temas eden yüzey genişliği ile değişik derecelerde yanık meydana gelebilir (37-40).

Yanığın derinliği kadar yanan yüzeyin genişliği de önemlidir. Bebeklerde %10, erişkinlerde %20'den geniş yanıklar kesinlikle hastanede yatırılarak tedavi edilmelidir.

Yanık, insanı dış etkenlerden ve mikroplardan koruyan deriyi devre dışı bıraktığı için hastalar kolaylıkla iltihaplanma tehlikesiyle karşı karşıya kalırlar. Bu bölgedeki mikroplardan açığa çıkan zehirli maddeler tüm vücuda yayılarak hastaların vücut direncinin kırılmasına ve ağır sistemik iltihap tablosunun ortaya çıkmasına sebep olurlar. Diğer taraftan bu açık yüzeyden dışarı sızan serum vücut sıvılarının süratle azalmasına yol acar. Vücutta kaybolan sıvı miktarı günde 9 litreye kadar çıkabilir. Bu açığın kapatılmaması dolaşımın zayıflamasına ve böbrek yetmezliğine yol açar. Ciddi yanıklarda şok, organ yetmezliği veya enfeksiyon sonucu ölüm görülebilir (37,38,40) .

2.3.7 Zehirlenmeler

Zehirler, vücuda belli bir miktarda alındığında sürekli veya geçici tehlike oluşturan zararlı maddelerdir. Evdeki bir çok madde zehirlenmeye yol açabilir. Bunların 2/3'ü katı ve sıvı zehirler, 1/3'ü ise hava yolundan inhalasyonla olur.

Zehirlenenlerin % 60'ı 5 yaşın altındaki çocuklardır ve bu çocukların %5'i kaybedilmektedir ve 18 yaşın üstündekilerde ölüm oranı daha yüksektir. Zehirlenme sıklığı ve özellikleri toplumların yapısına göre değişiklik göstermesine rağmen ülkemizde yapılan epidemiolojik çalışmaların sonuçlarına göre zehirlenme insidansı % 0.8-5 olarak saptanmıştır. Zehirler ağız, burun veya deriden vücudumuza girebilirler. Özellikle şofben gazı ile zehirlenmelerde kişinin kalbi ve solunumu durabilir (30,35,37).

2.3.8 Elektrik Çarpmaları

Bir kişiyi elektrik çarpması için akımının bir giriş ve bir çıkış noktası arasından vücuttan geçmesi ve toprakla devreyi tamamlaması gerekir. Evlerimizde kullandığımız elektrik akımı ile çarpılmalarda kalp durması sonucu ölüm, ciltte, kas, sinir, damar ve derin dokularda yanıklar ve harabiyet görülebilir (34-36).

2.3.9 Çocuklarda Yüksek Ateş

Ateş; vücut ısısının normal sınırların üzerine çıkması olarak tanımlanır. Ortalama vücut ısısının 37 derece olduğu kabul edilmektedir. Ancak kişisel faktörlere bağlı olarak ateş sabah ve akşam saatlerinde değişebilir .

Çocuklarda rektal ölçülen ısının 38-38.8, ağızdan ölçülen ısının 37.5-37.8, koltukaltından ölçülen ısının 37-37.2, kulaktan ölçülen ısının 37.8-38 derece üzerinde olması halinde ateş söz konusudur. Ateşin zararlı etkileri vücut ısısı 40 derecenin üzerine çıktığında görülmeğe baslar. Ateş, vücudun enfeksiyonlara karşı geliştirdiği bağışıklık sisteminin bir parçasıdır. 39 derecenin altındaki ateş bağışıklık sisteminin güçlenmesini sağlar ve mikroorganizmaların yok edilmesini kolaylaştırır. Genellikle iltihabı hastalıklar sırasında, yüksek ateşe bağlı olarak küçük çocuklarda havale ortaya çıkar. Beyin hücrelerinin yüksek ısıda normal çalışmayıp kontrolsüz emirler iletmesi sonucu bilinç kapanıp, titreme-kasılmalar görülür. Özellikle 6 aydan büyük bebeklerde bebeğin durumu iyi olduğu sürece ateşi düşürmek gerekemeyebilir. Bebeğin ateşi yükselmeğe başladığında ateş düşürücü vermeden önce bir süre beklemenin bağışıklık sisteminin güçlenmesi açısından faydalı olacağı bildirilmektedir. Yüksek ateş kasılmalara ve beyin hücrelerinin ölümüne neden olacağından 39 dereceden sonra düşürülmelidir. Ancak, ateşi yüksek olan çocuğa ateş düşürücü olarak Aspirin verilmemelidir. Aspirin virütik enfeksiyonlara zemin hazırlar ve Reye Sendromu denen hastalığa yol açabilir (41-43).

2.3.10 Burun Kanaması

Çocuklarda darbelerle oluşan yüz yaralanmaları, sinüzit, üst solunum yolu infeksiyonu, burun yapısının bozuk olması, yüksek tansiyon, kanama bozuklukları, çarpma, vurma, parmak sokma, burun silme, sonucu burun kanaması görülmektedir. Burun kanamaları kafa travmalarını düşündürmesi açısından da önem taşır (36-38).

Burun kanamasının durdurulması için kıkırdak ve kemik dokunun birleşim yerine parmaklarla basınç uygulanabilir, alın, ense ve burun üzerine buz torbası konularak lokal soğuk uygulama yapılabilir. Burun içine tampon uygulanmaz. Ayrıca çocuklar burun kanamasından korkabileceği için ilkyardım yapan kişi sakin olmalı ve çocuğu da sakinleştirmelidir.

2.4 İlk yardım Gerektiren Yaralanma ve Kazalardan Korumak için Alınacak Önlemler

Çocuklarının kazalardan korunmasını ve evlerinin güvenli olmasını tüm ebeveynler ister. Bu nedenle kazaları önlemenin yolu, kazaların oluş şekillerini anlamaktan geçer.

Yapılan araştırmalar, ev kazalarının ebeveynlerin veya çocukların yorgun, dikkatsiz oldukları zamanlarda veya işleri acele halletmeye çalıştıkları durumlarda daha fazla olduğunu göstermektedir. Annelerin hamile oldukları, aybaşı dönemlerinin başlangıcında veya çok yorgun oldukları dönemler kazaların en çok görüldüğü dönemlerdir. Çocukların yorgun, aç veya huzursuz oldukları sırada daha çok kazaya maruz kaldığı bilinmektedir. Bu gibi durumlarda kaza riski daha fazla olduğunu bilinmeli ve daha dikkatli davranılmalıdır.

Kazaların genellikle çocuğun yalnız bırakıldığı anlarda oluştuğu bilinmektedir. Çocukları yirmi dört saat gözlemlemek olanaksız olduğuna göre alınan önlemlerle kaza risklerini azaltmak olanaklı hale gelebilir.

Unutulmamalıdır ki kazaları önlemek için gösterilecek olan küçük çabalar, en çok sevilen kişileri geri dönülmez felaketlerden koruyacaktır.

Stresli ve yorgun olunan zamanlarda evdeki gerginlik yaratacak ortamlar mümkün olduğunca azaltılmalıdır. Bu olayları kontrol altına alabilmek ve normal hayata dönebilmek için yardımcı olur. Yemek zamanları çocukları sakinleşmek için uygun zamanlardır, karınları doyar, neşeleri yerine gelir.

Çocuğun yanında tartışmak evdeki stresin yükselteceğinden çocuğun stresinin de tetiklenmesine neden olur. Bu nedenle çocuğun yanında tartışılmamalıdır.

Yorgun ve stresli olduğunda evdeki güvenlik tedbirlerinin tam olması bir kat daha önem kazanır. Çok yorgun olduğunda çocuğun mutfığa veya banyoya girdiğini fark edilemeyebilir. Banyoda ne yaptığını kontrol etmeye dermanınız olmayabilir. Tepkileriniz ve algılarınız yavaşlar. Bu durumda mutfağın veya banyonun kapısının kapalı tutulması daha bir önem kazanacaktır.

Kazalar genellikle sabah erken ve akşam üzeri evdeki faaliyetin maksimum olduğu saatlerde olmaktadır. Sabah evdekiler işe, okula, kreşe yetişmeye çalışmaktadır. Akşamları da işten, okuldan yorgun dönmüştür ve yemek telaşı başlamıştır. Bu saatler en tehlikeli saatlerdir.. Tehlikeli saatlerin programlanması, işlerin planlı ve düzenli yapılması önemlidir. Bağırıp çağırmaktan ve tansiyonu yükseltmekten kaçınılmalıdır. Gerekirse sakinleşmek için kişi kendine ve çocuğuna birkaç dakika zaman ayırmalıdır.

Akşam yatma zamanı zor saatlerdendir. Çocuğun biran önce yatması ve büyüklerin kendilerine zaman ayırması istenir. Çocukların çoğu da yatağa çekilmeden önce büyüklerden yoğun ilgi bekler.

En iyi yöntem düzenli bir hayat oluşturmaktır. Çocuğa kısa fakat yoğun bir zaman ayırdıktan sonra çocuk yatırılmalıdır. Çocuklar gün sonunda yorgun

olurlar. Yatma saatini az uzatırsanız çocuk daha kolay uyuyacaktır. Yatmadan önce ılık bir duş çocuğun uyumasına yardımcı olur.

Bazı çocuklar diğerlerinden daha haşarıdır. Eğer çocuğun zor sakinleşen yaramazlığı meraklı olduğu biliniyorsa daha dikkatli olunmalıdır.

Evi güvenli hale getirmekle olası kaza riskinin azaltılacağı bilinmelidir. Güvenli bir evin maliyeti kazaların maliyetinden çok düşüktür. Hiçbir şey çocuklardan ve anne babanın canından daha değerli olamaz (44,45).

Aşağıda çocukları ilkyardım gerektiren yaralanma ve kazalardan korumak amacıyla alınması gereken önlemler verilmiştir:

2.4.1 Boğulmaları Önlemek İçin Alınacak Önlemler :

- *Bebeklere yemek çok hızlı yedirilmemeli, çiğnemeye ihtiyaç duymayacakları yumuşak gıdalar verilmelidir
- *Küçük çocuklara fıstık, üzüm, patlamış mısır, çiğ sebze gibi yiyecekler verilmemelidir
- *Madeni para, boncuk, iğne, düğme ve küçük oyuncakları çocukların ulaşabilecekleri yerde bırakılmamalıdır
- *Yemek yedirirken çocukları güldürülmemelidir
- *Çocuklara özellikle 3 yaş altındakilere büyük parçalı oyuncaklar alınmalı,
küçük parçalı oyuncakları tercih edilmemelidir
- *Çocukları su kenarında yalnız bırakılmamalıdır
- *Sandal gezilerinde, havuza veya göle girerken yüzme bilinmiyorsa can yeleği takılmalıdır
- *Aşırı alkol alınmamalıdır

2.4.2 Yanıkları Önlemek İçin Alınacak Önlemler

- *Kibrit, çakmak ve ateş yakmak için kullanılan diğer gereçleri ortada bırakılmamalıdır
- *Şofbende devamlı sıcak su bulunduruluyorsa 50 derecenin üzerine ayarlanmamalıdır
- *Isıtıcıların etrafına direkt teması engelleyen barikatlar konulmalıdır
- *Sıcak sıvılar çocuklardan uzak tutulmalıdır
- *Bebeğe mama verirken yemeğin, yıkarken de suyun ısısı mutlaka kontrol edilmelidir
- *Ocak üzerlerindeki tava çocukların erişemeyeceği şekilde yerleştirilmelidir
- *Yatakta sigara içilmemelidir
- *Sıcak tencere ve su kapları, çaydanlıkları tezgahların kenarına yakın konulmamalıdır
- *Kullanılan güneş yağı Ultraviyole A ve B ışınlarını engelleyecek şekilde seçilmelidir
- *Çocuklar için satın alınan güneş gözlüğünün Ultraviyole ışınlarını tam engellediğinden emin olunmalıdır
- *Evde daima dolu bir yangın söndürücü bulundurulmalıdır ve nasıl kullanılacağını öğrenilmelidir

2.4.3 Düşmeler ve Kırılmaları Önlemek İçin Alınacak Önlemler

- *Merdivenleri iyi aydınlatılmalıdır
- *Çocuklar için merdiven başlarına ve sonlarına engel konulmalıdır
- *Çocuklara merdivenden inerken ve çıkarken tırabzana tutunması öğretilmelidir
- *Yüksek yerlere ulaşmak için masa ve iskemle gibi eşyaları üst üste konulmamalıdır
- *Pencereler, balkon kapıları kapalı tutulmalı ve çocukların

ulaşamayacağı bir yere ek kilit konulmalıdır

*Oyuncak gibi ayağa takılabilecek malzemeleri ortadan kaldırılmalıdır

*Kıvrık halı kenarlarını düzeltilmeli veya sabitlenmelidir

*Temizlik yapıldıktan sonra yerlerin kaygan olduğu konusunda ev halkı uyarılmalıdır

*Kaygan yüzeylerin temizliği sırasında yaşlılar ve çocuklar bu bölgelerden uzak tutulmalıdır

*Yere dökülen sıvı sabun, sıvı deterjan gibi malzemeleri hemen silinmelidir

*Banyo küvetinin yakınına sağlam bir tutamak taktırılmalıdır

2.4.4 Zehirlenmeleri Önlemek İçin Alınacak Önlemler

*Çocukları yalnız bırakılmamalıdır

*Tüm ilaçlar kolay erişilemeyecek bir dolaba konulmalı ve kilitlemelidir

*Temizlik maddeleri zehirlidir, ortada bırakılmamalıdır

*İlaç ve kimyasal maddelerin kapaklarını sıkı kapatılmalıdır

*İlaçların kullanım talimatlarını okunmalıdır

*Boya kimyasal maddeler, solventler ve araba ile açık havada uğraşılmalıdır

*Evde zehirli bitki bulundurulmamalıdır

*Kullanılmış sağlık malzemeleri ve tarihi geçmiş ilaçları içine plastik torba takılmış çöp kutusuna atılmalı ve çöp kutusunun kapağını sıkıca kapatılmalıdır

*Aerosoller (böcek, bitki ilacı, deodorantlar, kimyasal çözeltiler, deterjanlar, kozmetik ürünleri) ortalıkta bırakılmamalıdır

*Banyo yaparken kapıyı içerden kilitlememeli ve çocuklara da öğretilmelidir

*Şofben mutlaka iyi çeken bir bacaya bağlanmalıdır

*Şofbenin olduğu yerde bolca hava girişi sağlanmalıdır

*Koku hissedildiğinde şofben kullanılmamalıdır

*Gaz kaçağını kibrit veya çakmakla kontrol edilmemelidir

- *Şofben ile tüp arasındaki hortumu 125'cm den uzun olmamalıdır
- *Havalandırmaz ve altı metreküpten küçük mekanlarda şofben kullanılmamalıdır
- *Banyodan uzun süre çıkmayan kişi kontrol edilmelidir
- *Korsan tüp kullanılmamalı, tüp her zaman abonesi olunan bayiden alınmalıdır

2.4.5 Elektrik Çarpmalarına Karşı Alınacak Önlemler

- *Saç kurutucusu ve elektrikli ısıtıcı banyo küvetinin veya lavabonun yakınlarına konulmamalıdır
- *Islak ortamda elektrikli cihaz çalıştırılmamalı, banyoda saç kurutucusu kullanılmamalıdır
- *Prizlere emniyet kapağı takılmalıdır
- *Evde topraklı priz kullanılmalıdır
- *Yuvasından çıkmış, telleri açıkta olan prizleri tamir ettirilmelidir
- *Sigortalar tel sararak yenilenmemeli, orijinal malzeme kullanılmalıdır
- *Elektrikli cihazların fişe takılmadan önce kapalı olduğundan emin olunmalıdır
- *Elektrikli ev aletleri kullanım talimatlarına uygun kullanılmalıdır
- *Sigortayı kapatmadan elektrikle ilgili hiç bir iş yapılmamalıdır
- *Evi uzunca bir süre terk edilecekse sigortalar kapatılmalıdır
- *Ekmek kızartma aletini kahvaltı masasına alınmamalı, içinde sıkışan dilim çatal, bıçak gibi nesnelere çıkarmaya çalışılmamalıdır
- *Sıcak ütü kablosunun üzerine konulmamalıdır
- *Elektrikle uğraşırken lastik tabanlı ayakkabı giyilmelidir

2.4.6 Kesici ve Delici Aletlerle Yaralanmayı Önlemek İçin Yapılması Gerekenler

- *Kesici ev ve tamir aletlerini açıkta bulundurulmamalıdır
- *Çocukların bu aletlerle oynamasına izin verilmemelidir

- *Çatal, bıçak yüksekten düşebilecek şekilde ortada bırakılmamalıdır
- *Bıçaklar yeni bilenmişse bu ev halkına mutlaka belirtilmelidir
- *Tıraş takımları çocukların ulaşamayacağı yerlere konulmalıdır
- *Çivi, bıçak, jilet, elektrikli hobi aletleri, kırılğan cam eşya gibi nesnelere çocukların ulaşamayacağı yerlerde saklanmalıdır
- *Çocuklara düştüklerinde onlara zarar verebilecek tehlikeli oyuncaklar alınmamalıdır
- *Düşebilecek durumda olan pencere ve kapı camları sağlamlaştırılmalıdır
- *Evde dolu ve kilit altında olmayan silah bulundurulmamalıdır (4,44-48).

2.5 İlk Yardımda Eğitimin Önemi

Çağdaş ülkeler bir yandan kazaya uğrayanları vakit geçirmeden uygun ilk ve acil yardım önlemlerini alıp uygularken bir yandan da kazaları azaltma önlemleri üzerinde durmuşlardır.

Kazalar tamamen önlenemez ama kesinlikle azaltılabilir. Alınabilecek basit önlemlerle % 90 oranında kazalar önlenebilir. Kazaların azaltılma, önlenmesi ve daha az sakat bırakması için önemli dört ilkenin yerine getirilmesi gerekir. Bu ilkeler; Eğitim, Teknik Koşullar, Yasal Düzenlemeler, Bilinçli ve Zamanında İlk yardımdır (49,50) .

Bu dört ilke de fazlasıyla önemlidir, fakat kurallara, düzenlemelere, ilk ve acil yardım uygulamalarına uyum sağlamak için toplumun ve kişilerin eğitimi ilk kuraldır.

Birey, aile ve ülke için fiziksel, psikolojik ve sosyoekonomik bir çok sorunu beraberinde getiren acil olaylar zincirini kırmanın en etkin yolu eğitimden geçmektedir.

İlk yardım eğitiminin amaçları şöyle sıralanmaktadır:

1. Bireylere hayatı tehlikeye düşüren durumlar öğretilmelidir. Herhangi bir yaralanma durumu yada hastalık halinde meydana gelen sağlık sorununun özelliklerinin ve derecelerinin bilinmesini sağlayacak temel bilgiler verilmelidir.

2. Kişilere uygun zamanda uygun davranışı yapma ve zararlı olabilecek davranışlardan kaçınma becerisi kazandırılmalıdır.

3. Kazazedenin durumunu değerlendirme ve böylece yapılacak uygulamalar arasında öncelikleri belirleyebilme becerisini kazandırmalıdır. Öncelik belirlenemeyecek olursa ertelenebilecek bir müdahale ile zaman yitirilirken hastanın hayatını kaybetmesine yol açılabilir.

4. İlk yardım eğitimi kazaları önleme eğitiminin önemli araçlarından birisidir. Kişilere kazalardan korunma bilincini kazandırır.

İlk yardım eğitimi olmaksızın, ani bir kaza yada yaralanma ile karşılaşan bireyi büyük olasılıkla yardım edemez yada kazazedeye zarar verebilir (50).

Çocuğun tüm yaşamını etkileyebilecek bazı kaza ve yaralanma durumlarında evde ilk müdahaleyi yapacak kişi genelde annedir. Annenin ilkyardım konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları çocuğun hem fiziksel hem de psikolojik gelişimini etkilediği için ayrı bir önem taşımaktadır. Özellikle yirmi dört saat görevde bulunma riski olan, nöbet veya görevler nedeniyle evden hatta şehirden ayrı kalan babalara sahip olan asker ailelerinde annenin eğitilmesi konusu daha da önem kazanmaktadır. Çocukluk çağlarında geçirilen fiziksel travmalar, hastalıklar ve kazalar yetişkinlik çağında da kişiyi fizyolojik ve psikolojik olarak etkileyebilir. Bu nedenle ilk yardım gerektiren durumlarda hemen ve doğru müdahale etme yeteneği bulunan ebeveynlere sahip olan çocuklar bu olumsuz deneyimlerini daha az zararla atlatabilirler.

Bu nedenle anne başta olmak üzere ebeveynlere verilecek ilk yardım eğitimi toplumu yakından ilgilendiren önemli bir konudur. Ebeveyn eğitimi, çocuk gelişimi ve eğitimcileri, çocuk psikologları, ev ekonomistleri, tıp doktorları, hemşireler, öğretmenler tarafından verilebilir. Yapılan araştırmalarda ailelere yönelik hazırlanan kazaları önleme ve ilk yardım eğitim programları ile kazaların önlenebileceği ve hayatta kalma becerilerinin artırılabilceği belirtilmektedir (36,37,49,50).

Aile eğitim programlarında amaç temelde benzerlik gösterirken, uygulamada farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler genel olarak, evde aile eğitimi, okulöncesi kurumlarda çocuk eğitimi ile kaynaştırılmış aile eğitimi, kurumlarda aile eğitimi, basın yayın araçları ile yapılan aile eğitimi olarak sıralanabilir. Yetişkinlere verilecek ilk yardım eğitiminin etkili ve başarılı olabilmesi için, yetişkin eğitimi ile ilgili kavramsal bilgilerin amaçlara uygun şekilde kullanılması gerekir. Ayrıca yetişkin eğitiminde ortaya çıkacak ; kişisel engeller, ev hayatı ile ilgili etmenler, yorgunluk, ulaşım zorluğu gibi değişik etkenler göz önünde bulundurularak verilmelidir. Yetişkin eğitimi verilirken, yetişkinlerin geçmiş deneyimleri, yaşantıları bilinip eğitim programlarında bu deneyimler ele alınmalı, neyi nasıl öğreneceklerine karar vermede yardımcı olunmalı, kendi yaşamlarındaki uygulayabilecekleri konular öğretmeli, eğitim sonunda kendilerinden ne beklendiği, eğitimin hedefleri açıkça anlatılmalıdır (51,52,53).

Bazı yetişkinler okul çağlarında olumsuz deneyimlerle karşılaşabilirler. Bu olumsuz deneyimler onların öğrenme isteklerini, soru sorma cesaretlerini engellemiş olabilir. Değişik kentlerden veya kentin farklı bölgelerinden gelme, sosyal statü açısından farklılıklar, kullanılan dildeki farklı terimler ve şive, yaşanan olumsuz deneyimler ebeveynlerin eğitim ve öğrenim süreçlerini olumsuz etkilemiş olabilir (54).

Okulöncesi eğitimde ailelere verilecek ana-baba eğitimi onların öğrenmelerini destekleyici, yeni bilgiler öğrenmelerini teşvik edici, hayatta

kullanabilecekleri bilgiler olursa onlar için eğitim süreci zevkli ve ilgi çekici olabilir (54).

Günümüzde ülkemizde Türkiye Acil Tıp Derneği, Orta Doğu Teknik Üniversitesi (ODTÜ) İlk Yardım Topluluğu, Türkiye Kızılay Derneği, Ankara Tabip Odası tarafından ilkyardım eğitimleri verilmektedir (4).

Türkiye Acil Tıp Derneği; kurulduğu 1995 yılından beri Acil Tıp Sistemi'nin içinde yer alan konularda çalışmalar yapan bir dernektir. Merkezi İzmir'de bulunan derneğin çalışma konuları; ilk yardım, hastane öncesi acil bakım hizmetleri ve afettir.

ODTÜ Can Kurtarma ve İlk Yardım Topluluğu; 1992 yılında ODTÜ Havuz Müdürlüğü'ne bağlı olarak kurulmuş olup, ilk yardım ve can kurtarma bilincini yükseltmek için çalışmalar yapmaktadır.

Türkiye Kızılay Derneği; İlk yardım çalışmalarını 1960 yılından beri kuruluş tüzüğü gereği yapmaktadır. Mart 2001 tarihinden itibaren ilk yardım eğitimlerinin yeniden düzenlenmesi ve hizmette kalitenin artırılması için Standart İlk Yardım Eğitimi Projesi başlatmıştır. Sağlık personeli için düzenlenen bu eğitimin yanı sıra halk için düzenlenen ilkyardım eğitimi de bulunmaktadır. Halk için verilen ilk yardım eğitimi programı herkese açık olup, otuz-kırk saat arasında, yeterliliğe dayalı eğitim özelliklerine uygun olarak verilmektedir. Bu eğitim daha çok sivil savunma, arama-kurtarma, emniyet mensupları, itfaiye, öğretmenler, ev hanımları, fabrika çalışanları tarafından talep edilmektedir.

Ankara Tabip Odası İlk Yardım Komisyonu 1996 yılından beri "Herkes İçin İlk Yardım" kursları düzenlemektedir (4).

Askerlik çağı gelen bireyler Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) sağlık birimlerinde sağlık kontrolünden geçtikten sonra sağlıklı olarak askere

alınmaktadır. Bu yüzden, Türkiye'nin savunma gücünü oluşturan TSK'nin bünyesinde barındırdığı askerin sağlığını koruması ve geliştirmesi gerekmektedir. İç Hizmet Kanunu'na göre her asker kendi sağlığını korumak ve zarar verecek davranışlardan kaçınmak zorundadır. Askerin sağlığının korunmasından ve gerekli sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden ise her derecedeki amir ve birlik tabipleri sorumlu tutulmuştur (55) .

Subay yetiştiren Hava Harp Okulu'nda ve Astsubay yetiştiren Hava Sınıf Okulları ve Teknik Eğitim Merkezi Komutanlığı'nda yıllık eğitim-öğretim programı içerisinde ilk yardım eğitimi verilmemektedir. İlk yardım eğitimleri genellikle arama-kurtarma, yangın, afet ve afetlerde ilk yardım başlıkları adı altında günü birlik seminerler şeklinde verilmektedir. Yılda bir kez kurumların bağlı olduğu Sağlık Amirleri tarafından da bu konular ele alınmaktadır.

Askerlik çağına gelen erkekler vatani görevlerini yaptıkları süre içerisinde bu konuda eğitilirken toplumumuzda çocuk yetiştirme sorumluluğu olan kadınlar ve kızlar için böyle bir olanaktan mahrum kalmaktadırlar.

Tehlikeli durumlar karşısında ne yapılacağı ve nasıl davranılacağı bilinmesi çocukların bu tehlikeli durumları en hafif şekilde atlattırmasını sağlar. Ama temel ilk yardım kurallarının bilinmediği, yaşamı kurtarmak adına yapılan zarar verici çalışmalar da çocukların hayatını riske sokar.

Okulöncesi eğitimcilerinin bu konuda önemi büyüktür. Özellikle çalışan ebeveynlerin tercih ettiği okulöncesi eğitim kurumları çocukların fiziksel sağlık halinin sürdürülmesi, kazalardan korunması ve kaza durumunda yapılacak ilk yardım konusunda da bilinçli olmak, bu konuda gerekli önlemleri almak ve ebeveynleri de bu konuda eğitmek durumundadır (54,56).

Okulöncesi eğitimcisi; ailelere verdiği eğitimin, ebeveynler için ikinci bir öğrenme süreci olduğunu bilerek, onların özsaygılarını artırıcı, öğrenme

isteklerini destekleyici, soru sormalarına ortam sağlayıcı, gerektiğinde onların konu ile ilgili deneyimlerini paylaşımcı, konusuna hakim ve sorumluluk sahibi olmalıdır.

Her bilinçli anne baba temel ilk yardım kurallarını öğrenmeli ve doğru şekilde uygulayabilmelidir. Kazalardan korunma ve ilk yardım konusunda verilecek eğitimlerde okulöncesi eğitimcileri de aktif rol almalıdır. Okulöncesi dönemde aileleri bilinçlendirme çalışmaları konusunda yapılan aile toplantılarına kazalardan korunma ve ilk yardım konusu da dahil edilmeli ve hem ailede hem de eğitim ortamında gerekli çevresel düzenlemeler yapılmalıdır.



İLK YARDIM VE KAZALARIN ÖNLENMESİ KONUSUNDA YAPILAN ARAŞTIRMALAR

Okulöncesi çağda çocuğu bulunan ve çocukları okulöncesi eğitim kurumlarına devam eden askeri personel ve eşlerinin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerini araştırmaya yönelik bir araştırma bulunmamaktadır.

Bununla birlikte yurt içinde ve dışında ilk yardım gerektiren kazalar, kazaları önleme ve ilk yardım eğitimi, bu eğitimlerde kullanılan yöntemlerle ilgili farklı, ancak sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır.

2002 yılında yayınlanan Hamzaoğlu ve arkadaşları tarafından Ankara Çiğiltepe Askeri Lojmanlarında 637 hane üzerinde yapılan ev kazaları konulu araştırmada en çok düşme sonucu çocukların yaralandığı, bunu kesikler, yanıklar, zehirlenmeler ve burun kanamalarının izlediği, eğitim düzeyi daha yüksek olan annelerin daha bilinçli davrandığı saptanmıştır (57).

Balıbey, "Kırsal, Yarı kentsel ve Kentsel Yerleşim yerlerinde Çocukluk Çağı Ev Kazaları ve Kazalara Yol Açan Etmenler' adlı 2001 yılında Ankara'da hazırladığı uzmanlık tezinde; kazaların kentsel yörelerde en az, kırsal yörelerde en çok olduğunu, anne-babanın eğitim düzeyinin düştükçe, yaşları yükseldikçe, ev halkı sayısı arttıkça çocukların kaza geçirme olasılığının arttığını ; kazaların en sık düşme ve yanma-haşlanma tipinde olduğunu, en çok 1-3 yaş arası çocuklarda ve erkeklerde görüldüğünü belirlemiştir (58).

İstanbul'da 1999 yılında Çınar tarafından hazırlanan "0-6 Yaş Çocuklarında Annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemleri Tanılama Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Çocukluktaki Kazaları Önlemede Annelere Verilen Eğitimin Etkisi' adlı doktora tezinde verilen bireysel eğitimin etkili olduğu ve el kitapçığı ile desteklendiğinde evde alınacak güvenlik önlemlerini arttırdığı bildirilmiştir (59).

Bozkurt, 1999 yılında Ankara'da "Gecekonuda Yaşayan Annelerin İlk yardım Yeterlilikleri ve Öğrenme Gereksinimleri" adlı yüksek lisans tezinde gecekonuda yaşayan annelerin burun kanaması, kesik ve darbeye bağlı kanama, kafa yarılması, yetişkinde, bebekte yada çocukta nefes borusuna yabancı cisim kaçması, kulağa böcek kaçması, burna yabancı cisim kaçması, göze yakıcı madde sıçraması, vücuda bıçak, şiş, çubuk gibi cisimlerin saplanması, bayılma, elektrik çarpması, kırık, çıkık, burkulma, ilaç içip zehirlenme, sobadan, mangaldan, şofbenden zehirlenme, yüksek ateş, ishal, sıcak su, süt yada kızgın yağ ile yanma, akrep arı sokması, apandisit, güneş çarpması durumlarında ne yaptıklarını, bu durumlarla karşılaşma düzeylerini incelemiştir. Annelerin ilk yardım eğitimine gereksinim duyduklarını ve eğitim materyali olarak öncelikle televizyon, kurs, basılı yayın ve radyoyu tercih ettiklerini saptamıştır (60).

Nazik 1997 yılında Ankara'da 120 kişi üzerinde yaptığı "0-6 Yaş Grubunda Çocuğu Olan Annelere Verilen Ev kazalarında İlk Yardım Eğitimi Modellerinin Araştırılması" adlı doktora tezinde yüz yüze eğitim ve el kitabı vererek eğitimin etkinliğini incelemiştir (61).

Durmuş 1993 yılında Kayseri'de polislerin ilk yardım düzeyleri ile ilgili yaptığı araştırmada polislerin ilk yardım düzeylerinin yetersiz olduğunu, bu konuda eğitim görmek istediklerini saptamıştır (62).

Çiftçi 1992 yılında "Erlerin Sağlık Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışları ile Sağlık Sorunlarının Saptanması" konusunda yaptığı araştırmada yüksek ateş, ishal gibi bazı sağlık sorunları ile kentte ve kırsal kesimde oturan erlerin bilgilerini karşılaştırmıştır (63).

Algier, 1985 yılında Ankara'nın Etimesgut ilçesinde dokuz mahallede 0-6 yaş grubu çocuğu bulunan annelerin bu yaş grubunda en sık görülen ev kazalarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını araştırmış, annelerin geleneksel uygulamaları halen kullandığını ve bu uygulamaların çocuğun

sağlığını bozacak nitelikte olduğunu, annelerin eğitim düzeyinin düştükçe geleneksel uygulamalarının arttığını saptamıştır (64).

Agazio ve arkadaşları 2002 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde mesleklerinde aktif göreve sahip 141 bayan asker üzerinde yaptıkları araştırmalarında, bayan askerlerle çocuklarının askeri sağlık sistemini etkin olarak kullandıklarını, verilen sağlık eğitiminin sağlığı koruma ve sürdürmede etkisi olduğunu, ev, iş ve anne sorumluluklarını başarılı bir şekilde yerine getirdiklerini, saptamışlardır (65).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1999 yılında Steelman ve arkadaşları tarafından yapılan, askeri personel olarak görev yapan ebeveynler ile sivil ebeveynlerin çocuklarda ateş konusunda bilgi düzeylerini içeren araştırmalarında iki aile grubu arasında bilgi düzey farklılığı saptanmamıştır (66).

Tayvan'da ailelerin febril konvülsiyon konusundaki bilgi, tutum ve davranışları 1998 yılında 65 kişiden oluşan deney ve 64 kişiden oluşan kontrol grubu üzerinde incelenmiştir. Bu konuda ailelerin bilgilerinin az olduğu, negatif bir tutuma sahip oldukları, anksiyete sahibi oldukları ve febril konvülsiyon konusunda yetersiz ilk yardım bilgisine sahip oldukları bulunmuştur (67).

Avustralya'da halk sağlığı hemşirelerinin kazaları önleme stratejileri ve tehlikeler konusunda 1998 yılında yaptıkları araştırma sonucunda ev çalışması yapan sağlık ziyaretçilerinin halkı bilgilendirme konusunda büyük önem taşıdığı belirtilmektedir (68).

İngiltere'de 1993 yılında yapılan bir araştırmada; bir yıllık süreç içerisinde acil servise müracaat eden 5 yaş ve altı çocuklar incelendiğinde en çok düşme ile yaralanmanın meydana geldiği, büyük bir çoğunluğunun evde ve saat 09.00 ile 21.00 saatleri arasında olduğu, genç annelerin çocuklarında

daha sık bu kazaların görüldüğü araştırmada yer alan kontrol grubundaki ailelerle çalışma grubundaki ailelerin kazalardan haberdar olma, kazaları önleme konusunda benzer oranda bilgi düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (69).

İsrail'de 1991 yılında beslenme, hijyen, ocuk gelişimi ve ilk yardım konularını içeren sağlık eğitimi kursu alan ve almayan, sosyoekonomik düzeyi düşük anneler üzerinde yapılan araştırmada kursa katılanların bilgi düzeylerinin katılmayanlara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (70).

Avustralya'da annelerin ilk yardım konusundaki bilgileri 1986 yılında Langley ve Silva tarafından 13 çoktan seçmeli soru içeren anket formu ile araştırılmış olup, annelerin dörtte üçünün % 70 oranında sorulara doğru yanıt verdiği saptanmıştır. Zeka düzeyi daha yüksek ve bu konuda özel eğitim almış annelerin doğru yanıt verme oranı daha yüksek bulunmuştur (71).

GEREÇLER VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı

İlk yardım gerektiren durumlar sadece aileyi değil, kişilerde bıraktıkları psikolojik ve fizyolojik rahatsızlıklarla tüm toplumu, ülke kaynaklarının kullanılması açısından da devleti ilgilendiren konulardır. Alınacak basit önlemler ve uygulanacak ilk yardım girişimleri ile hem insanların hayatının kurtulması hem de ülke kaynaklarının bilinçli bir şekilde değerlendirilebilmesi mümkündür. Nöbet tutan, denetlemelere giden, iş açısından sürekli göreve hazır olması gereken bu nedenlerle evden sık olarak ayrılmak zorunda kalan askeri personel ile bu sorumluluğu paylaşan eşlerinin ilk yardım konusunda bilgilendirilmeleri ayrı bir önem taşımaktadır.

Bu araştırmanın amacı; 3-6 yaş grubu arasında çocuğu bulunan ve çocukları okulöncesi eğitim kurumlarına devam eden askeri personel ile eşlerinin, çocuklarda ilk yardım gerektiren durumlardaki bilgi düzeylerini saptamak; doğru ve yanlış bilgileri ortaya çıkararak, varsa yanlış bilgileri düzeltmek, bilmedikleri konularda bilgi aktarmak, deney grubuna verilen eğitimde kullanılan yöntemin ve materyalin etkinliğini ölçmektir. Araştırma sonucu elde edilecek bulgular doğrultusunda; eksiklikler değerlendirilerek, ailelere ilk yardım konusunda etkin olabilecek bir eğitim programı hazırlanarak tüm askeri birliklerde anne-babaların bilgilendirilmesi ve doğru ilk yardımın öğretilmesi, askeri birliklere bağlı okulöncesi eğitim kurumlarında ilk yardım konusunda anne-baba eğitimine ağırlık verilmesi gibi bazı çalışmaların yapılmasının önerilmesi düşünülmektedir.

3.2 Temel Problem

Okulöncesi eğitim çağıında çocuğu bulunan ve çocukları okulöncesi eğitim kurumuna devam eden askeri personel ile eşlerinin ilk yardım konusundaki bilgileri hangi düzeydedir ve ebeveynlere ilk yardım konusunda verilen eğitimin bilgi düzeyleri üzerine etkisi var mıdır?

3.3 Alt Problemler

1. Ebeveynlerin cinsiyetlerine göre ilk yardım konusundaki bilgi düzeyleri arasında fark var mıdır?
2. Ebeveynlere ilk yardım konusunda verilen eğitim ile cinsiyetleri arasında ilişki bulunmakta mıdır?
3. Ebeveynlerin öğrenim düzeylerine göre ilk yardım konusundaki bilgi düzeyleri arasında fark var mıdır?
4. Ebeveynlere ilk yardım konusunda verilen eğitim ile öğrenim düzeyleri arasında ilişki bulunmakta mıdır?
5. Ebeveynlerin yaşlarına göre ilk yardım konusundaki bilgi düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
6. Ebeveynlere ilk yardım konusunda verilen eğitim ile yaşları arasında ilişki bulunmakta mıdır?
7. Ebeveynlerin çocuk sayılarına göre ilk yardım konusundaki bilgi düzeyleri arasında fark var mıdır?
8. Ebeveynlere ilk yardım konusunda verilen eğitim ile çocuk sayıları arasında ilişki bulunmakta mıdır?

3.4 Sınırlılıklar

Bu araştırmanın sınırlılıkları şunlardır:

1. Çocuklarda sık görülen, ölüme neden olabilen kaza ve yaralanmalarda ilk yardım gerektiren bazı durumlarla sınırlıdır.

2. Araştırma İzmir ili garnizonunda Hava Kuvvetleri Komutanlığı'na bağlı birliklerde görev yapan askeri personel ve eşleri ile sınırlıdır.

3.5 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini İzmir ili Garnizonunda Hava Kuvvetleri Komutanlığı'na bağlı birliklerde görev yapan ve 3-6 yaş grubu arasında çocuğu bulunan askeri personel ile eşleri oluşturmaktadır.

3.6 Araştırmanın Örnekleme

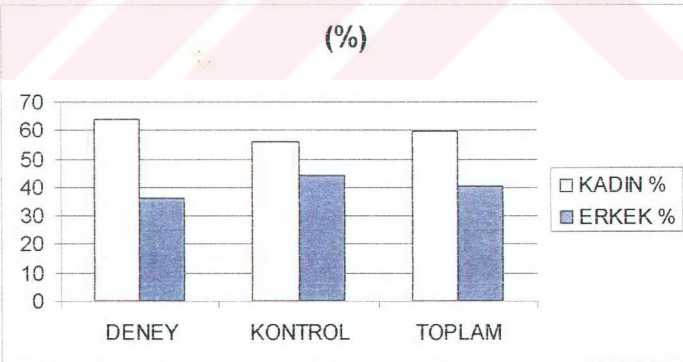
Örneklem grubu İzmir ili garnizonunda Hava Kuvvetleri Komutanlığı'na bağlı Hava Eğitim Komutanlığı ile Hava Sınıf Okulları ve Teknik Eğitim Merkez Komutanlığı'nda görev yapan, 3-6 yaş grubu arasında çocuğu bulunan ve çocukları okulöncesi eğitim kurumlarına devam eden

askeri personel ve eşlerinden seçilmiştir. Örneklem grubu 47'si deney, 50'si kontrol grubu olmak üzere gönüllü olarak araştırmaya katılan toplam 97 ebeveynden oluşmaktadır. İlk yardım konusundaki bilgi düzeylerinin eşit olabilmesi için araştırmaya alınan ebeveynlerin veya eşlerinin sağlık personeli olmamasına dikkat edilmiştir. Araştırmanın uygulanabilmesi için Hava Kuvvetleri Komutanlığı'ndan gerekli yazılı izin alınmıştır.

Ebeveynlerin cinsiyet, öğrenim düzeyi, yaş grupları ve sahip oldukları çocuk sayılarına göre dağılımı Tablo 3.1-3.4 arasında verilmiştir.

Tablo 3.1. Örneklemi Oluşturan Ebeveynlerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

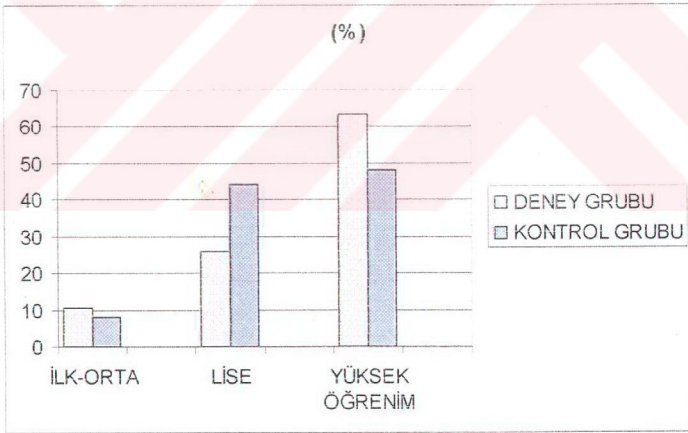
CİNS GRUP	KADIN		ERKEK		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
DENEY GRUBU	30	63.80	17	36.20	47	100.00
KONTROL GRUBU	28	56.00	22	44.00	50	100.00
TOPLAM	58	59.80	39	40.20	97	100.00



ŞEKİL 3.1. Örneklemi Oluşturan Ebeveynlerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Tablo 3.2. Örnekleme Oluşturan Ebeveynlerin Öğrenim Düzeylerine Göre Dağılımı

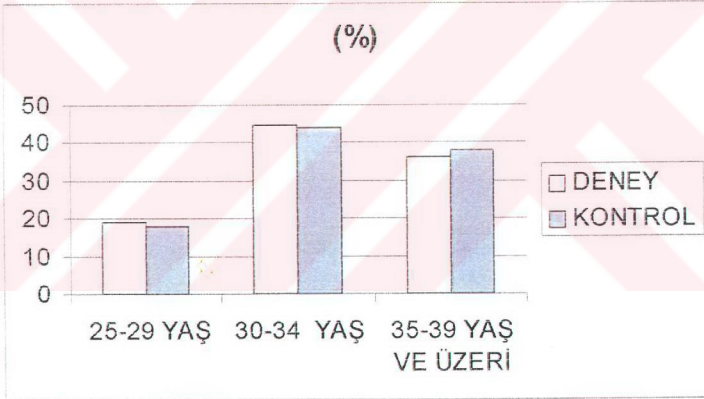
ÖĞRENİM DÜZEYİ	İLK-ORTA		LİSE		YÜKSEK ÖĞRENİM		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%	S	%
DENEY GRUBU	5	10.40	12	26.00	30	63.60	47	100.00
KONTROL GRUBU	4	8.00	22	44.00	24	48.00	50	100.00
TOPLAM	9	9.20	34	35.10	54	55.70	97	100.00



ŞEKİL 3.2. Örnekleme Oluşturan Ebeveynlerin Öğrenim Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 3.3. Örnekleme Oluşturan Ebeveynlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

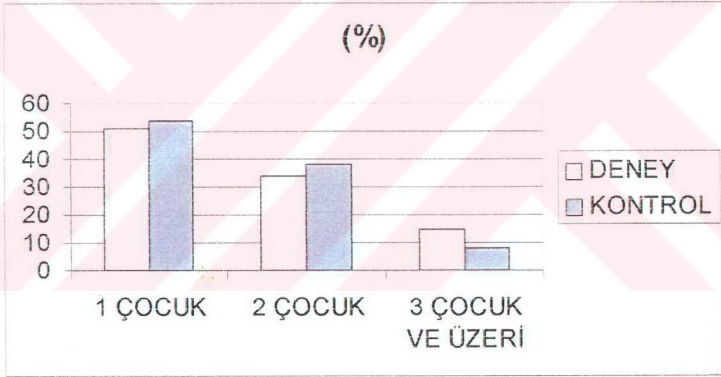
YAŞ GRUP	25-29 YAŞ		30-34 YAŞ		35-39 YAŞ ve ÜZERİ		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%	S	%
DENEY GRUBU	9	19.10	21	44.70	17	36.20	47	100.00
KONTROL GRUBU	9	18.00	22	44.00	19	38.00	50	100.00
TOPLAM	18	18.55	43	44.33	36	37.12	97	100.00



ŞEKİL 3.3 Örnekleme Oluşturan Ebeveynlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 3.4. Örneklemi Oluşturan Ebeveynlerin Sahip Oldukları Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı

GRUP \ ÇOCUK SAYISI	1 ÇOCUK		2 ÇOCUK		3 ÇOCUK VE ÜZERİ		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%	S	%
DENEY GRUBU	24	51.10	16	34.00	7	14.90	47	100.00
KONTROL	27	54.00	19	38.00	4	8.00	50	100.00
TOPLAM	51	52.50	35	36.15	11	11.35	97	100.00



ŞEKİL 3.4. Örneklemi Oluşturan Ebeveynlerin Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı

3.6 Veri toplama Araçları

Araştırma problemlerine yanıt verebilmek için gereksinim duyulan verileri toplamak amacıyla 24 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formu; araştırmacı tarafından konu ile ilgili çeşitli kaynaklar taranarak, Türkiye Acil Tıp Derneği (TATD) ile Ege Üniversitesi Acil Bakım ve Ambulans Teknikerliği Bölümü'nün eğitim notları ve soru bankasından yararlanılarak hazırlanmıştır. Anket soruları hazırlandıktan sonra ilk yardım konusunda uzman doktor ve hemşirelerden oluşan bir grup tarafından incelenmiş ve gerekli görülen sorular yeniden düzenlenmiştir. Veri toplama aracı olarak hazırlanan bu formun 1-31 Ekim 2002 tarihleri arasında 20 kişi üzerinde uygulanarak ön denemesi yapılmış, anlaşılmayan, bilgi düzeyini tam olarak ölçmediği düşünülen sorular değiştirilerek form yeniden düzenlenmiştir.

Her iki grubun da bilgi düzeyini belirlemek için araştırma süresince kullanılan anket formunun güvenilirlik düzeyini saptamak amacıyla araştırma başlangıcında için Cronbach Alfa Katsayısı hesaplanmış ve “.9643” olarak bulunmuştur.

Hazırlanan anket formu iki bölümden oluşmaktadır.

Anket formunun ilk bölümünde; ebeveynlerin yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, meslek, çocuk sayıları ve yaşlarını içeren demografik bilgilere ilişkin sorular yer almaktadır.

Anket formunun ikinci bölümünde ise; ilk yardımın hangi durumlarda uygulayacağı, ilk yardımın amaçları, ilk yardım eğitimi almamış bir kişinin hastaya müdahale edip-etmeyeceği, Acil Ambulans Servisi'nin telefonu, çocuklarda bir dakikadaki normal nabız ve solunum sayısı, solunumun olup-olmadığını anlamak için yapılması gerekenler ile çocuklarda en sık karşılaşılan ve ilk yardım gerektiren bazı durumlardaki bilgi düzeylerini ölçmeyi amaçlayan sorularla, evde ve bahçede karşılaşılabilecek ve ilk yardım gerektiren kazalara karşı alınması gereken önlemleri içeren sorular yer almaktadır.

Anket formunun ikinci bölümünde yer alan sorular ebeveynlerin yukarıda belirtilen konulardaki gerçek bilgilerini ölçmek ve verilen şıklardan

etkilenerek doğru yanıtı bulmalarını önlemek amacıyla açık uçlu olarak hazırlanmıştır. Açık uçlu olarak verilen yanıtlar Aralık (Interval, Eşit Aralıklı) Ölçek kullanılarak sınıflandırılmıştır (EK-2).

Aralık Ölçek, sınıflandırma ve sıralamayı kapsayan, birimler arası aralık eşit olan ölçektir. Birimler arası aralık eşit olmasına rağmen, ölçüler arasında oransallık yoktur. Bir birim değerinin iki katı değildir. Bu ölçekte birimler eşit aralıklı olarak sıraya dizilir. Ancak başlangıç olarak alınan "0" noktası yokluğu ifade etmeyen, sayısallaştırmayı kolaylaştıran bir başlangıç noktasıdır.

Ebeveynlerin değerlendirilmesinde kullanılan "0" puanı hiçbir şey bilmediklerini değil, o durumu bilmediklerini ifade etmekte kullanılır. Bu ölçekte birimler arası uzaklıklar birbirine eşit olduğu yada öyle kabul edildiği halde, gerçek başlangıç (sıfır) noktasına olan uzaklıklar bilinmez (72).

Anket sorularına verilen yanıtları ölçmek için kullanılan Aralık Ölçekle aşağıdaki şekilde puanlama yapılmıştır:

Sorulara verilen cevaplar tamamen doğru	: 5 puan
Verilen cevaplar doğru fakat eksik	: 2 puan
Bilmiyor	: 0 puan
Verilen cevaplar yanlış ama zararsız yada genel ve açıklayıcı değil	: -2 puan
Verilen cevaplar yanlış ve kazazedeye zarar verebilecek nitelikte	: -5 puan

Sorulara verilen yanıtlar tamamen doğru (5 Puan) :

Doğru olan yanıtlar maddelendirilerek bu maddelerin hepsini bilenler tam doğru biliyor olarak kabul edilmiştir. Bazı sorularda tek doğru yanıt olduğundan bu yanıtı vermeleri halinde 5 tam puan verilmiştir. İlk yardım eğitimi almamış bir kişinin kazazedeye müdahale etmemesi gerektiği için 4 numaralı soruda müdahale etmemelidir diyenlere 5 tam puan, bunun dışındaki yanıtlara ve etmelidir diyenlere ise -5 puan verilmiştir. 11 Numaralı suni solunum uygulaması ile ilgili soruda suni solunum uygulaması solunumu

tamamen durmuş hastaya yapılacağından bu şekilde yanıt verenlere 5 tam puan, farklı yanıtlar verenlere -5 puan verilmiştir. Kalp masajı kalbi tamamen durmuş hastaya yapılacağından, 12 numaralı soruda kalp masajı kalbi durmuş olan kişilere uygulanır diyenlere 5 tam puan, bunun dışındaki yanıtlara -5 puan verilmiştir. 23 numaralı aspirin verilmesiyle ilgili soruda yüksek ateşi olan çocuğa aspirin verilmemelidir diyenlere 5 tam puan, bunun dışında yanıt verenlere ise -5 puan verilmiştir.

Verilen yanıtlar doğru fakat eksik (2 puan) :

5 tam puan alınması gereken maddelendirilmiş sorularda bu maddelerin tümünü bilmeyenler eksik biliyor olarak kabul edilmiş olup, 2 puan verilmiştir. Bir dakikadaki nabız ve solunum sayıları çift olduğundan istenen değerler arasında çift sayı yazanların yanıtı 2 puan olarak değerlendirilmiştir. Acil Ambulans sistemi askeri birliklerde de bulunduğundan kendi birliğindeki ambulans numaralarını yazan deneklere de 2 puan verilmiştir.

Bilmiyorum diye yanıt verenler (0 puan) :

Tüm anket sorularında bilmediklerini belirten deneklerin yanıtları bilmiyor olarak kabul edilmiş olup, 0 puan verilmiştir.

Verilen Yanıtlar Yanlış Ama Zararsız (-2 puan) :

Anket sorularına istenen yanıtlar dışında verilen farklı yanıtlar, uygulamada yanlış ama sağlığa zarar vermeyecek durumlar, genel ve açıklayıcı olmayan yanıtlar -2 puan ile değerlendirilmiştir.

Verilen Yanıtlar Yanlış ve Kazazedeye Zarar Verici Nitelikte

(-5 puan) :

Verilen yanıtlar tamamen yanlış, yapılan uygulamalar kazazedenin yaşamını tehlikeye sokacak nitelikte, kesinlikle yapılmaması gereken durumlar ise -5 puan ile değerlendirilmiştir.

Doğru yanıt verildiğinde 5 puan, yanlış yanıt verildiğinde -5 puan alan sorularla, 5 ve 2 puan alan soruların değerlendirilendrilmesi istatistiksel olarak sonuçları etkilememektedir.

Bu ölçegi kapsayan ankette alınabilecek en yüksek puan 120, en düşük puan ise eksi 120'dir. Bu puanlama hangi grubun daha doğru yanıt verdiğini saptamak amacıyla yapılmıştır. Veri toplama amacı olarak geliştirilen anketteki ölçeğin uygulama sonrası alpha değeri ".9807" olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın uygulama aşaması Aralık 2002 ve Şubat 2003 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.8 Veri Toplama Yöntemleri

Bu araştırmada deney deseni olarak kontrol grupla, ön test- son test modeli kullanılmıştır. İki farklı birlikte görev yapan, daha önce ilk yardım eğitimi almadığı belirlenen, kendisi ve eşi sağlık personeli olmayan 97 ebeveynden Hava Eğitim Komutanlığı'nda görev yapan 47 ebeveyn deney, Hava Sınıf Okulları ve Teknik Eğitim Merkez Komutanlığı'nda görev yapan 50 ebeveyn kontrol grubu olarak belirlenmiştir.

Deney grubuna araştırma başlangıcında ön test, eğitim verildikten hemen sonra son test ve son testten üç ay sonra kalıcılık testi uygulanmıştır. Kontrol grubuna araştırma başlangıcında ön test ve üç ay sonra son test uygulanmıştır. Araştırma süresince araştırmacı tarafından hazırlanan aynı anket formu veri toplamak amacıyla kullanılmıştır.

Deney grubunda ön test-son test ve kalıcılık testinde veriler aşağıdaki şekilde toplanmıştır:

Deney grubundaki ebeveynlere eğitim verilmeden hemen önce ön test uygulanmıştır. Ön test uygulamasının ardından ebeveynler eğitime alınacağı için en fazla 16 kişi olacak şekilde eğitim salonunda toplanmaları sağlanmıştır. Ön test olarak kullanılan anket formu doldurulmadan önce araştırmanın nedeni, amacı, ebeveynlere sağlayacağı yararlar anlatılmış ve

anket formunu araştırmacı gözetiminde doldurmaları istenmiş, formun doldurulması için ebeveynlere yirmi dakika süre verilmiştir.

n test doldurulduktan sonra ebeveynlere ilk yardım, evde ve bahçede kazaları nleme konusunda eğitim verilmiş ve eğitimden sonra 10 dakikalık bir ara verilerek son test uygulanmıştır. Son test, eğitim alan deney grubundaki ebeveynler eğitim salonunda grup halindeyken dağıtılmış ve araştırmacı gözetiminde 15-20 dakikada doldurulmuştur.

Ebeveynlerin bilgi düzeylerinde değişiklik meydana gelip-gelmediğini, değişiklik oldu ise hangi yönde olduğunu saptamak amacıyla deney grubunda kalıcılık testi uygulaması yapılmıştır. Kalıcılık testi araştırmaya katılan deney grubundaki ebeveynlerle son testten üç ay sonra yüz yüze görüşme tekniği ile n ve son testte kullanılan aynı anket formunun doldurulması ile yapılmıştır.

Kontrol grubunda ön test ve son testin uygulaması; araştırmacı tarafından ebeveynlerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yapılmıştır. Anketlerin doldurulması yaklaşık 20 dakika süre almaktadır. n test uygulandıktan üç ay süre sonra bilgi düzeylerinde herhangi bir değişiklik olup-olmadığını saptamak amacıyla kontrol grubuna son test uygulaması yapılmıştır.

Deney Grubundaki Ebeveynlere Eğitim Programının Uygulanması

Eğitimin konusu, yeri, zamanı ve süresi eğitimden bir hafta önce ebeveynlere yazılı olarak duyurulmuş olup, eğitimin etkin olabilmesi amacıyla ebeveynler en fazla 16 kişi olacak şekilde gruplara ayrılmıştır. Eğitim 40'ar dakikalık  ders şeklinde verilmiş olup her 40 dakikalık dersten sonra 10 dakika ara verilmiştir. Ders anlatımının sonunda yaklaşık 20 dakika süren ve Temel Yaşam Desteği ile Heimlich manevralarını kapsayan eğitici video kaset izlettirilmiştir (73).

Eğitim için gerekli olduğu düşünülen fiziksel koşullar sağlanmıştır. Bu amaçla; eğitim yeri olarak seminer, sunu ve brifing için ayrılmış olan, görsel ve işitsel araçların yer aldığı, eğitimcinin rahatça izlenebileceği, eğitim sırasında demonstrasyonun uygulanabileceği özel bir eğitim salonu seçilmiştir. Eğitim salonunun sıcaklığı, havalandırılması ve ışıklandırılması eğitim ortamı için uygun, mobilyaların yerleşimi etkileşim ve iletişim için U

şeklinde düzenlenmiş, görsel ve işitsel araçlar eğitilenlerin göreceği şekilde uygun yerleştirilmiştir.

Etkin katılımı ve karşılıklı etkileşimi desteklemek, grubun katılımını ve ilgisini sağlamak, konuya dikkatlerini çekmek, ilk yardım eğitiminin önemini belirtmek, ebeveynlerin eğitim ortamında kendilerini rahat hissetmelerini sağlamak amacıyla eğitimin başlangıcında iki dakikalık bir ısınma tekniği uygulanmıştır. Bunun için 'ilk yardım nedir, ilk yardım gerektiren herhangi bir durumla karşılaştınız mı?' diye sorularak giriş yapılmış ve katılımcılara birer parça A5 kağıdı dağıtılarak, kağıdı katlamayla ilgili bir ısınma tekniği uygulanmıştır. Daha sonra dağıtılan kağıtlara öğrenmek istedikleri üç konuyu yazmaları istenmiş ve eğitimci öğrenilmek istenilen konulardan hangilerini anlatacağını açıklayarak eğitime başlamıştır (74,75).

Ebeveynlere verilen eğitim, "1-8 Yaş Arası Çocuklarda İlk Yardım" adı altında; ilk yardım konusunda önbilgiler, solunum yolunun tıkanması ve boğulmalarda ilk yardım, tıkalı solunum yolunun açılması, ayakta ve bilinçsiz hastada Heimlich Manevrası, 112 Acil Ambulans Servisi'nin aranması, yüksekten düşme, kafa, omurga karın ve göğüs yaralanmaları, açık ve kapalı yaralar, kırıklar, yanıklar, zehirlenmeler, elektrik çarpmaları, çocuklarda yüksek ateş, burun kanaması gibi çocuklarda ölüm ve yaralanmalara yol açan, en sık ilk yardım gerektiren olaylarla evde ve bahçede kazaları önlemek için alınacak önlemleri içermektedir.

0-1 yaş arasında solunum yolunun açılması, yabancı cisimle boğulmalarda farklı ilk yardım teknikleri uygulandığından, eğitim kapsamı dışında bırakılmıştır. 1-8 yaş arasındaki çocuklarda ilk yardım uygulama teknikleri 8 yaş üzerindeki erişkin olarak kabul edilen bireylerle aynı ya da benzer olduğundan eğitim sırasında 8 yaş üzerindeki kişilerde yapılması gereken farklı uygulamalar konusunda da ebeveynler ayrıca uyarılmıştır.

Ders anlatımı için eğitimin görsel ve işitsel olarak algılanmasına yönelik olan barkovizyon cihazı seçilmiştir. Konu anlatılırken Ayakta Heimlich Manevrası, solunumun olup-olmadığının kontrolü, kanamalarda bası uygulanması, kırıkların sabitleştirilmesi, yumuşak doku zedelenmelerinde

elastik bandaj uygulanması, burun kanaması gibi uygulama gerektiren konularda demonstrasyon ve rol dağılımı yaptırılmıştır. Eğitimde çeşitliliğin sağlanması amacıyla ilk yardım konulu poster ve afişler, demonstrasyon için gazlı bez, üçgen sargı, elastik bandaj, atel ve mukavva kullanılmıştır.

Eğitim sırasında barkovizyon ve video gibi görsel ve işitsel araçlarla birlikte soru sorma, demonstrasyon, rol dağılımı, vaka çalışması eğitim tekniklerine de yer verilmiştir. Eğitim verilen konular; basitten karmaşığa doğru anlatılmış olup, algılamayı arttırmak amacıyla somut örnekler verilmiştir.

Verilen eğitimden sonra on dakikalık bir ara verilmiş ve eğitimin etkinliği ile bilgi düzeylerindeki değişimi saptamak amacıyla ön testte kullanılan anket formu tekrar uygulanarak eğitim sonrası son test uygulaması yapılmıştır.

3.9. Verilerin Analizi

Araştırmada kullanılan anket formunun ilk bölümünde yer alan ebeveynlerin cinsiyet, öğrenim düzeyi, ebeveynlerin yaşları ve sahip oldukları çocuk sayılarını içeren demografik bilgilerin değerlendirilmesinde her soruya ilişkin mutlak ve yüzde değerleri gösteren tablolar hazırlanmıştır. (Tablo 3.1-3.4).

Anket formunun ikinci bölümünde yer alan ebeveynlerin ilk yardım gerektiren durumlarda yapılması gerekenler, evde ve bahçede kazaları önleme konusundaki bilgi düzeylerini saptamaya ve verilen eğitimin etkinliğini ölçmeye yönelik 24 soruya verilen yanıtlar; Aralık (Interval, Eşit Aralıklı) Ölçek kullanılarak sınıflanmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS programında analiz edilmiştir. Grupların değişik zamanlardaki durumlarını ölçmek amacıyla "t" testi kullanılmış olup, gruplar arasındaki farkın hangi durumdan kaynaklandığını belirlemek amacıyla ANOVA Duncan testinden yararlanılmıştır. Anlamlılık hesaplamalarında güven düzeyi olarak .05 alınmıştır (76).

BULGULAR

Bu araştırmada bulgular üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde deney ve kontrol grubunun ön test, her iki gruba da araştırma başlangıcından 3 ay sonra uygulanan deney grubunun kalıcılık ve kontrol grubunun son testte anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları Tablo 4.1-4.2 ve Şekil 4.1-4.2 arasında verilmiştir.

İkinci bölümde deney grubunun eēitim verilmeden önce ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları ile son testte anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları, ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları ile kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları , son testte anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları ile kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları Tablo 4.3-4.6 ve Şekil 4.3'de sunulmuştur.

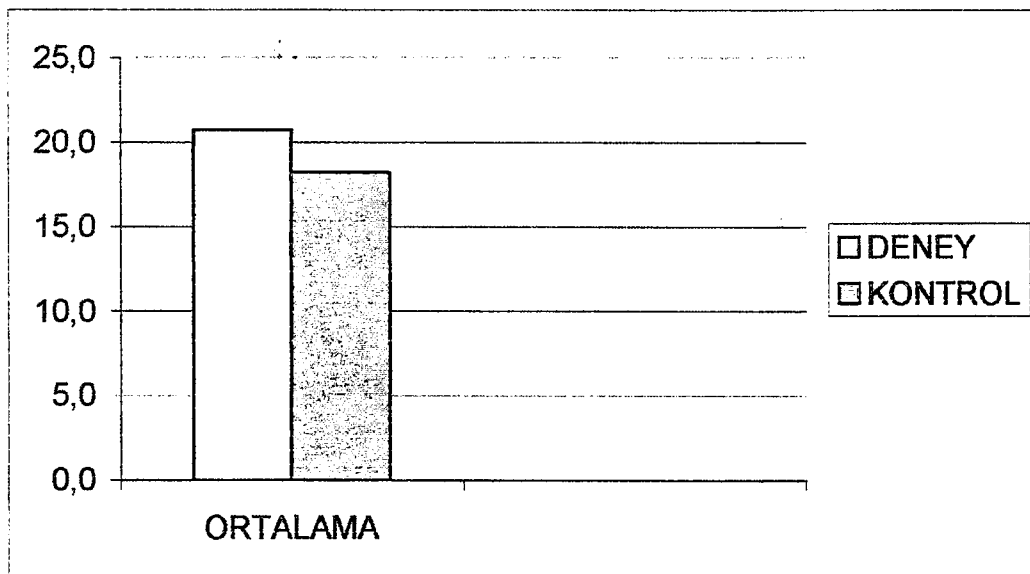
nc bölümde deney grubunun ebeveynlere uygulanan ön test, son test ve kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların ebeveynlerin cinsiyet, ērenim düzeyi ve yaşları ile sahip oldukları ocuk sayılarına göre daēılımları Tablo 4.6 -4.24 arasında verilmiştir.

Deney ve kontrol grubunun ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubunun Ön Testte Anket Sorularına Verdikleri Yanıtların Ortalamaları Farkına Uygulanan "t" Testi Sonuçları

GRUP	N	X	SS	Sx-x	t	SD	ÖNEM DENETİMİ
DENEY	47	20.74	16.8361	2.9961	0.863	95	P>0.05
KONTROL	50	18.16	12.1359				

Tablo 4.1'de görüldüğü gibi deney grubundaki ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtları puan toplamı ortalaması ön testte 20.74, kontrol grubundaki ebeveynlerin puan toplamı ortalaması ön testte 18.16'dır. İki aritmetik ortalama arasındaki farkın standart hatası 2.9961 olup, bu farka uygulanan t testi bulgusu 0.863'tür. Her iki gruptaki ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunamamıştır ($p > 0.05$).



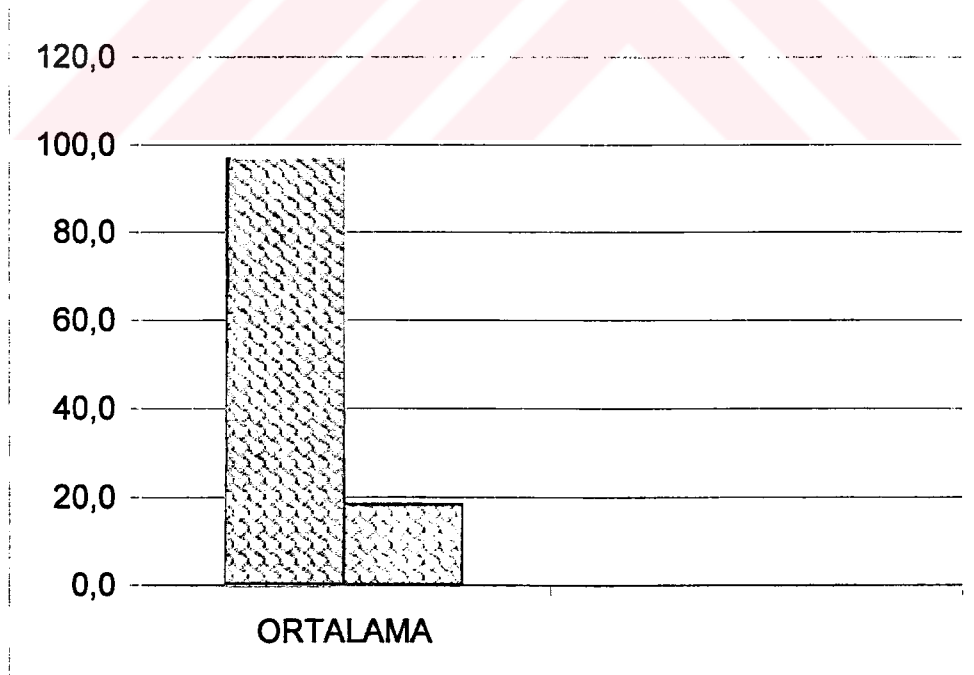
Şekil 4.1. Örnekleme grubunu oluşturan deney ve kontrol grubunun ön testte aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 4.2. Deney grubunun kalıcılık testi ve kontrol grubunun son testte anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları

GRUP	N	X	SS	Sx-x	t	SD	ÖNEM DENETİMİ
DENEY	47	96.70	15.4187	2.8065	27.879	95	P<0.05*
KONTROL	50	18.46	11.8704				

*p<0.05 önemli

Tablo 4.2'de görüldüğü gibi deney grubundaki ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtları puan toplamı ortalaması kalıcılık testinde 96.70, kontrol grubundaki ebeveynlerin puan toplamı ortalaması son testte 18.46'dır. İki aritmetik ortalama arasındaki farkın standart hatası 2.8065 olup, bu farka uygulanan t testi bulgusu 27.879'dur. Her iki gruptaki ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05).



Şekil 4.2. Örnekleme grubunu oluşturan deney grubunun kalıcılık ve kontrol grubunun son testte aldıkları puan ortalamalarının dağılımı

Deney grubunun eğitim verilmeden önce ön testte, eğitimden sonra son testte ve araştırma başlangıcından 3 ay sonra anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.3 Deney grubunun ön test ve son testte anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları

DENEY GRUBU	N	X	SS	Sx-x	t	SD	ÖNEM DENETİMİ
ÖNTEST	47	20.74	16.8361	3.0074	27.379	46	P<0.05*
SON TEST	47	103.08	12.5331				

*p<0.05 önemli

Tablo 4.3'de görüldüğü gibi deney grubundaki ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtları puan toplamı ortalaması ön testte 20.74, son testte 103.08'dir. İki aritmetik ortalama arasındaki farkın standart hatası 3.0074 olup, bu farka uygulanan t testi bulgusu 27.379'dur. Her iki gruptaki ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.4. Deney grubunun ön test ve kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları

DENEY GRUBU	N	X	SS	Sx-x	t	SD	ÖNEM DENETİMİ
ÖN TEST	47	20.74	16.8361	2.7358	27.764	46	P<0.05*
KALICILIK TESTİ	47	96.70	15.4187				

*p<0.05 önemli

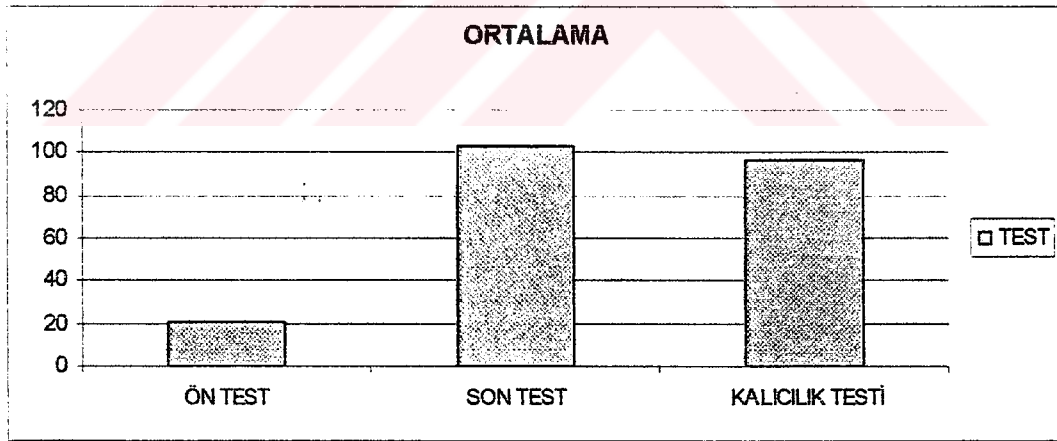
Tablo 4.4'de görüldüğü gibi deney grubundaki ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtları puan toplamı ortalaması ön testte 20.74, kalıcılık testinde 96.70'dir. İki aritmetik ortalama arasındaki farkın standart hatası 2,7358 olup, bu farka uygulanan t testi bulgusu 27.764'tür. Her iki gruptaki ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.5. Deney Grubunun Son Test ve Kalıcılık Testinde Anket Sorularına Verdikleri Yanıtların Ortalamaları Farkına Uygulanan "t" Testi Sonuçları

DENEY GRUBU	N	X	SS	Sx-x	t	SD	ÖNEM DENETİMİ
SONTEST	47	103.08	12.5331	2.5439	2.509	46	P<0.05*
KALICILIK TESTİ	47	96.70	15.4187				

*p<0.05 önemli

Tablo 4.5'de görüldüğü gibi deney grubundaki ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtları puan toplamı ortalaması son testte 103.08, araştırma başlangıcından üç ay sonra kalıcılık testinde 96.70'dir. İki aritmetik ortalama arasındaki farkın standart hatası 2.5439 olup, bu farka uygulanan t testi bulgusu 2.509'dur. Her iki gruptaki ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirmesinde aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).



Şekil 4.3. Örnekleme Oluşturan Deney Grubundaki Ebeveynlerin Ön Test, Son Test ve Kalıcılık Testinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Tablo 4.6. Kontrol grubunun ön test ve son testte anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamaları farkına uygulanan “t” testi sonuçları

KONTROL GRUBU	N	X	SS	Sx-x	t	SD	ÖNEM DENETİMİ
ÖNTEST	50	18.16	12.1359	3.2242	0.098	48	P>0.05
SONTEST	50	18.46	11.8704				

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi kontrol grubundaki ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtları puan toplamı ortalaması ön testte 18.16, son testte 18.46’dır. İki aritmetik ortalama arasındaki farkın standart hatası 3.2242 olup, bu farka uygulanan t testi bulgusu 0.098’dir. Her iki gruptaki ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunamamıştır ($p>0.05$).

Deney grubunda yer alan ebeveynlere uygulanan ön test, verilen eğitimden sonra son test ve kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların ebeveynlerin cinsiyet, öğrenim düzeyi, yaş ve çocuk sayılarına göre elde edilen bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.7. Deney grubunun ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların cinsiyetlerine göre ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları

CİNSİYET	N	X	SS	Sx-x	t	SD	ÖNEM DENETİMİ
ERKEK	17	18.41	17.49	5.2152	0.701	45	P>0.05
KADIN	30	22.06	16.60				

Tablo 4.7'de ebeveynlerin cinsiyetlerine göre ön testte anket sorularına verdikleri yanıtlar incelendiğinde; ön testte erkeklerin puan toplamı ortalamasının 18.41, kadınların 22.06 olduğu görülmektedir. İki aritmetik ortalama arasındaki farkın standart hatası 5.2152, bu farka uygulanan t testi bulgusu 0.701'dir. Erkek ve kadınların ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Deney grubunun son testte anket sorularına verdikleri yanıtların cinsiyetlerine göre ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları

CİNSİYET	N	X	SS	Sx-x	t	SD	ÖNEM DENETİMİ
ERKEK	17	102.00	10.76	3.5992	0.472	45	P>0.05
KADIN	30	103.70	13.57				

Tablo 4.8'de ebeveynlerin cinsiyetlerine göre eğitimden hemen sonra anket sorularına verdikleri yanıtlarda ise; erkeklerin puan toplamı ortalamasının 102.00, kadınların 103.70 olduğu görülmektedir. İki aritmetik ortalama arasındaki farkın standart hatası 3.5992 olup, bu farka uygulanan

"t" testi bulgusu 0.472'dir. Erkek ve kadınların eğitimden hemen sonra anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Deney grubunun kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların cinsiyetlerine göre ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları

CİNSİYET	N	X	SS	Sx-x	t	SD	ÖNEM DENETİMİ
ERKEK	17	93.52	13.25	4.401	1.129	45	P>0.05
KADIN	30	98.50	16.45				

Tablo 4.9'da ebeveynlerin cinsiyetlerine göre kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtlar incelendiğinde; erkeklerin puan toplamı ortalamasının 93.52, bayanların 98.50 olduğu görülmektedir. İki aritmetik ortalama arasındaki farkın standart hatası 4.401 olup, bu farka uygulanan t testi bulgusu 1.129'dur. Erkek ve kadınların kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunmamakla birlikte ($p>0.05$) kadınların puan toplamı ortalamasının erkeklere oranla daha yüksek olduğu söylenebilir.

Deney grubunun ön test, son test ve kalıcılık testinde, öğrenim düzeylerine göre edilen bulguları aşağıda verilmiştir. İlk ve ortaokul mezunu olan ebeveynler, sayılarının az olması ve istatistiksel açıdan bir anlam ifade etmemesi nedeniyle dikkate alınmamıştır.

Tablo 4.10. Deney grubunun ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların öğrenim düzeylerine göre ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları

ÖĞRENİM DÜZEYİ	N	X	SS	Sx-x	t	SD	ÖNEM DENETİMİ
LİSE	12	20.08	13.4871	4.9923	0.431	40	P>0.05
YÜKSEK	30	22.23	17.1156				

Tablo 4.10'da ebeveynlerin öğrenim düzeylerine göre ön testte anket sorularına verdikleri yanıtlarda; lise mezunu olanların puan toplamı ortalamasının 20.08, yükseköğrenim almış olanların 22.23 olduğu görülmektedir. İki aritmetik ortalama arasındaki farkın standart hatası 4.9923 olup, bu farka uygulanan t testi bulgusu 0.431'dir. Ebeveynlerin eğitimlerine göre ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). İlk-ortaokul mezunu olanların toplam sayısı 5 olduğundan ve

Tablo 4.11. Deney grubunun son testte anket sorularına verdikleri yanıtların öğrenim düzeylerine göre ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları

ÖĞRENİM DÜZEYİ	N	X	SS	Sx-x	t	SD	ÖNEM DENETİMİ
LİSE	12	99.00	12.06	4.0691	1.892	40	P>0.05
YÜKSEK	30	106.70	11.51				

Tablo 4.11'de ebeveynlerin öğrenim düzeylerine göre son testte anket sorularına verdikleri yanıtlar incelendiğinde; lise mezunu olanların puan toplamı ortalamasının 99.00, yüksek okul mezunu olanların 106.70 olduğu görülmektedir. İki aritmetik ortalama arasındaki farkın standart hatası 4.0691 olup, bu farka uygulanan t testi bulgusu 1.892'dir. Ebeveynlerin öğrenim düzeylerine göre eğitimden son testte anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunmamakla birlikte ($p>0.05$), yükseköğrenim almış olan ebeveynlerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 4.12. Deney grubunun kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların öğrenim düzeylerine göre ortalamaları farkına uygulanan "t" testi sonuçları

ÖĞRENİM DÜZEYİ	N	X	SS	Sx-x	t	SD	ÖNEM DENETİMİ
LİSE	12	92.75	18.29	5.9242	1.156	40	P>0.05
YÜKSEK	30	99.67	14.71				

Tablo 4.12'de ebeveynlerin öğrenim düzeylerine göre kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtlarda; lise mezunu olanların puan toplamı ortalamasının 92.75, yüksek öğrenim mezunu olanların 99.67 olduğu görülmektedir. İki aritmetik ortalama arasındaki farkın standart hatası 5.9242 olup, bu farka uygulanan t testi bulgusu 1.156'dır. Ebeveynlerin öğrenim düzeylerine göre eğitimden hemen sonra anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunmamakla birlikte ($p>0.05$), yüksek öğrenim almış olanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.13 Deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarına göre dağılımı

YAŞ GRUBU	N (47)		PUAN ORTALAMASI
	S	%	
25-29	9	19.10	15.00
30-34	21	44.70	22.61
35-39 ve↑	17	36.20	21.47

Tablo 4.14. Deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların varyans analizi

YAŞLAR	KT	SD	K.O	F	ÖNEM DENETİMİ
Grup İçi	12659.19	44	287.709	0.66	P>0.05
Gruplar Arası	379.748	2	189.874		
Toplam	13038.94	46			

Tablo 4.14'de deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların varyans analizi verilmiştir. Ebeveynlerin yaşlarına göre anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunamamıştır (F= 0.66, p>0.05).

Tablo 4.15. Deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre son testte anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarına göre dağılımı

YAŞ GRUBU	N (47)		PUAN ORTALAMASI
	S	%	
25-29	9	19.10	104.33
30-34	21	44.70	102.42
35-39 ve↑	17	36.20	102.52

Tablo 4.16. Deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre son testte anket sorularına verdikleri yanıtların varyans analizi

YAŞLAR	KT	SD	K.O	F	ÖNEM DENETİMİ
Grup İçi	7196.643	44	167.364	0.058	P>0.05
Gruplar Arası	29.017	2	9.672		
Toplam	7225.66	46			

Tablo 4.16'da deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre son testte anket sorularına verdikleri yanıtların varyans analizi verilmiştir. Ebeveynlerin yaşlarına göre anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunamamıştır (F= 0.058, p>0.05).

Tablo 4.17. Deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarına göre dağılımı

YAŞ GRUBU	N (47)		PUAN ORTALAMASI
	S	%	
25-29	9	19.10	97.44
30-34	21	44.70	96.52
35-39 ve üzeri	17	36.20	92.34

Tablo 4.18. Deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların varyans analizi

YAŞLAR	KT	SD	K.O	F	ÖNEM DENETİMİ
Grup İçi	10525.83	44	244.786	0.558	P>0.05
Gruplar Arası	410.08	2	136.671		
Toplam	10935.83	46			

Tablo 4.18'de deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların varyans analizi verilmiştir. Ebeveynlerin yaşlarına göre kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunamamıştır (F= 0.558, p>0.05).

Tablo 4.19. Deney grubundaki ebeveynlerin çocuk sayılarına göre ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamaları

ÇOCUK SAYISI	N (47)		PUAN ORTALAMASI
	S	%	
BİR	24	51.10	20.20
İKİ	16	34.00	21.00
ÜÇ	7	14.90	22.00

Tablo 4.20. Deney grubundaki ebeveynlerin çocuk sayılarına göre ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların varyans analizi

ÇOCUK SAYISI	KT	SD	K.O	F	ÖNEM DENETİMİ
Grup İçi	13019.96	44	295.908	0.032	P>0.05
Gruplar Arası	18.978	2	9.489		
Toplam	13038.94	46			

Tablo 4.20'de deney grubundaki ebeveynlerin çocuk sayılarına göre ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların varyans analizi verilmiştir. Ebeveynlerin çocuk sayılarına göre ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunamamıştır (F= 0.032, p>0.05).

Tablo 4.21. Deney grubundaki ebeveynlerin çocuk sayılarına göre son testte anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamaları

ÇOCUK SAYISI	N (47)		PUAN ORTALAMASI
	S	%	
BİR	24	51.10	107.87
İKİ	16	34.00	98.62
ÜÇ	7	14.90	96.85

Tablo 4.22. Deney grubundaki ebeveynlerin çocuk sayılarına göre son testte anket sorularına verdikleri yanıtların varyans analizi

ÇOCUK SAYISI	KT	SD	K.O	F	ÖNEM DENETİMİ
Grup İçi	6085.232	44	138.301	4.123	P<0.05 *
Gruplar Arası	1140.427	2	570.214		
Toplam	7225.669	46			

*p<0.05 önemli

Tablo 4.22'de deney grubundaki ebeveynlerin çocuk sayılarına göre son testte anket sorularına verdikleri yanıtların varyans analizi verilmiştir. Ebeveynlerin çocuk sayılarına göre son testte anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark önemli bulunmuştur (F=4.123, p<0.05). Tek çocuğu olan personelin anket sorularına verdiklerin yanıtların puan ortalaması iki ve üç çocuğu olanlardan, iki çocuğu olanların puan ortalaması ise üç çocuğu olanlardan daha yüksektir.

Tablo 4.23. Deney grubundaki ebeveynlerin çocuk sayılarına göre kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamaları

ÇOCUK SAYISI	N (47)		PUAN ORTALAMASI
	S	%	
BİR	24	51.10	102.66
İKİ	16	34.00	90.50
ÜÇ	7	14.90	90.42

Tablo 4.24 Deney grubundaki ebeveynlerin çocuk sayılarına göre kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların varyans analizi

ÇOCUK SAYISI	KT	SD	K.O	F	ÖNEM DENETİMİ
Grup İçi	9191.048	44	208.887	4.176	P<0.05*
Gruplar Arası	1744.782	2	872.391		
Toplam	10935.83	46			

*p<0.05 önemli

Tablo 4.24'de deney grubundaki ebeveynlerin çocuk sayılarına göre kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların varyans analizi verilmiştir. Ebeveynlerin çocuk sayılarına göre anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark önemli bulunmuştur (F=4.176, p<0.05). Tek çocuğu olan personelin anket sorularına verdiklerin yanıtların puan ortalaması iki ve üç çocuğu olanlardan daha yüksektir.

TARTIŞMA

Bu çalışma;

Okulöncesi eğitim çağında çocuğu bulunan askeri personel ve eşlerinin çocuklarda ilk yardım gerektiren durumlarla ilgili bilgi düzeylerini saptamak ve ailelere konuyla ilgili verilen eğitimde kullanılan yöntemin etkinliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini İzmir ili garnizonunda Hava Kuvvetleri Komutanlığı'na bağlı birliklerde görev yapan, 3-6 yaş grubu arasında çocuğu bulunan ve çocukları okulöncesi eğitim kurumlarına devam eden 97 askeri personel ile eşleri oluşturmuştur.

Örnekleme oluşturan 97 ebeveyne demografik özellikleri ile ilk yardım konusundaki bilgilerini saptamaya yönelik hazırlanan ve araştırmacı tarafından özel olarak geliştirilen bir anket formu uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubu olarak iki gruba ayrılan ebeveynlerden deney grubuna eğitim verilmiş, kontrol grubuna herhangi bir eğitim verilmemiştir. Deney grubuna eğitimin verilmesinden hemen sonra son test uygulanarak eğitimin etkinliği ölçülmüştür. Üç ay sonra her iki gruba da aynı anket soruları tekrar uygulanarak, bilgi düzeylerinde herhangi bir değişiklik olup-olmadığı ve deney grubuna verilen eğitimin etkinliği saptanmaya çalışılmıştır.

Elde edilen veriler doğrultusunda uygun istatistiksel analizler yapılarak tablolar oluşturulmuştur. Ebeveynlerin ilk yardım gerektiren durumlardaki bilgi düzeylerini içeren 24 soruya verilen yanıtlar **Tablo 4.1-4.24** arasında sunulmuştur. Bulguların tartışması aşağıda verilmiştir.

Araştırmada ebeveynlerin ilk yardım konusundaki bilgi düzeyleri ile birlikte bilgi düzeylerini arttırmak amacıyla verilen eğitimin yöntemi, eğitim materyallerinin etkisi de incelenmiştir.

Eğitim programlarının değerlendirilmesinde deneysel yöntem genellikle ürünün, hedefin ve öğretim yöntemlerinin değerlendirilmesinde

kullanılır. Deneysel desenlerde iki temel öge vardır. Bunlar gruplar ve kullanılan ölçme aracının sayısı ve uygulama zamanıdır. Deney grubu araştırmanın yürütüldüğü, işlemin ve değerlendirilecek eğitim programının uygulandığı gruptur. Kontrol grubu, araştırmayı etkileyecek tüm özellikler açısından mümkün olduğu kadar deney grubuna benzeyen, ancak denenen işlemin uygulanmadığı, karşılaştırma olanağı sağlayan gruptur. Deneysel araştırmalarda deney ve kontrol gruplarının taşıdıkları özelliklerin birbirine yakın olması, her iki grubun da evreni aynı yada yakın ölçülerde temsil etmesi uygulanan eğitim yönteminin etkin olup-olmadığının belirlenmesini etkilemektedir (76, 77).

Bu araştırmada da örnekleme oluşturan grubun benzer özelliklere sahip olmasına dikkat edilmiştir. Araştırma bulguları incelendiğinde; deney ve kontrol grubunun ön testte aynı anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarına bakıldığında deney grubunun puan ortalamasının 20.74, kontrol grubunun 18.16 olduğu görülmektedir (**Tablo 4.1**). Her iki grupta yer alan ebeveynlerin ön testte aynı anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarına uygulanan istatistiksel analizlerde ise; iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($t=0.863$, $p>0.05$).

Bu sonuca göre; Hava Kuvvetleri Komutanlığı'na bağlı olarak farklı birliklerde görev yapan ve daha önce ilk yardım eğitimi almadığını belirten personel ve eşlerinin bilgi düzeylerinin birbirine yakın olduğu görülmektedir. Ön testte elde edilen bu sonucun; deney ve kontrol gruplarından araştırma sonrasında elde edilecek bulguların değerlendirilmesinde ve eğitimin etkisini karşılaştırmada daha objektif olunmasını sağladığı düşünülmektedir. Aynı zamanda ebeveynlere verilen eğitimde kullanılan eğitim materyallerinin ve eğitim tekniğinin bilgi düzeyini ne kadar arttırdığının daha doğru bir şekilde ölçülmesini sağladığı düşünülebilir.

Araştırma sırasında Örneklem grubunun ilk yardım, evde ve bahçede kazaları önleme konusunda sahip oldukları bilgi düzeyleri incelenmiştir.

Örnekleme oluşturan her iki grubun da ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarına bakıldığında; ilk yardım gerektiren konularda beklenen en yüksek puan olan toplam 120 puana ulaşamadıkları görülmektedir. Aldıkları puan ortalamalarına göre ebeveynlerin bu konudaki bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç; farklı askeri birliklerden seçilmiş olan örneklem grubunun ilk yardım gerektiren konulara karşı fazla duyarlı olmadıklarını ve bu konuya yeteri kadar önem vermediklerini düşündürmektedir.

Her iki grubun da ilk yardım gerektiren konulardaki bilgi puan düzeyleri düşük olmakla birlikte, bu konularda az da olsa bilgi sahibi oldukları görülmektedir. Bunun nedeninin; anne baba oluncaya dek geçirdikleri süre içinde çevrelerinden bilgi edinmeleri, kendi çocukluk dönemlerinde veya sahip oldukları çocuklarda ilk yardım gerektiren bir durumla karşılaşmış olabileceklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hu ve arkadaşları 1996 yılında Kanada'da Toronto ve Barrie kentlerinde farklı sosyoekonomik düzeydeki 1516 kişiyle telefonla yaptıkları görüşmede; ailelerin çocukluk dönemindeki kazalar ve ilkyardım konusundaki bilgi ve tutumları ile bu konulardaki bilgi ihtiyaçlarını incelemişlerdir. Anne babaların bu konulardaki bilgileri doktorlarının muayenelerinden, eczanelerden, medyadan öğrendiklerini belirlemişlerdir. Ailelerin yarısından çoğunun kazaların başlıca nedenleri konusunda bilgi sahibi olduklarını ve bunların %70 kadarının önlenabilir olduğunu düşündüklerini, buna rağmen spesifik kaza nedenleri ve müdahale konusunda bilgi ve eğitim gereksiniminde olduklarını saptamışlardır (78).

Ön testte elde edilen bu sonuçlara göre; ebeveynlerin ilk yardım ve kazaları önleme konusundaki bilgi düzeylerinin yetersiz olmasının bir nedeninin; ülkemizde sağlıkla ilgili eğitim çalışmalarına yeteri kadar önem verilmemesi olduğu düşünülmektedir.

Tablo 4.2'ye bakıldığında; araştırma başlangıcından 3 ay sonra kontrol grubuna uygulanan son test ve deney grubuna uygulanan kalıcılık testinde ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarına uygulanan istatistiksel analizlerde iki grup arasındaki fark anlamlı bulunduğu görülmektedir ($t=27.879$, $p<0.05$).

Literatüre göre öğretimde temel ilke, aktarılan davranışın olabildiğince çok duyu organına yönelik olmasıdır. Çünkü öğrenme işine katılan duyu organı sayısı ne kadar fazla olursa yeni bilgi o kadar iyi öğrenilir ve akılda kalıcı olur. En iyi öğrenilen konular kendi kendine yaparak öğrenilenlerdir. En iyi öğretim somuttan soyuta ve basitten karmaşığa doğru gidilendir. Zaman sabit tutulmak üzere insanlar okuduklarının %10 'unu, işittiklerinin %20'sini, gördüklerinin %30'unu, hem görüp hem işittiklerinin %50'sini, söylediklerinin %70'ini, yapıp söylediklerinin %90'ını hatırlamaktadırlar (75).

Bu araştırmada örneklem grubuna üç ay sonra uygulanan ankette deney ve kontrol grupları arasındaki farkın anlamlı bulunmasının nedeninin; deney grubuna verilen ilk yardım eğitimini içeren konuların, günlük hayatta karşılaşma olasılığı yüksek olan ve hayati önem taşıyan konulardan seçilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Deney grubuna verilen eğitimde kullanılan barkovizyon ve video gibi görsel ve işitsel duylara hitap eden araçların, ebeveynlere uygulatılan ilk yardımla ilgili demonstrasyonun ebeveynlerin bilgilerini arttırdığı düşünülebilir.

Deney grubundaki ebeveynlerden ön test ile son testte elde edilen bulgular incelendiğinde;

Eğitim verilen deney grubundaki ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtların puan toplamı ortalamasının ön testte 20.74, son testte 103.08 olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin eğitim öncesi ve sonrası anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarına uygulanan istatistiksel

analizlerde iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t=27.379$, $p<0.05$), (Tablo 4.3).

Literatüre göre, yetişkinlerin öğrenmeye karşı tutumlarında önde gelen bir faktör, onların alışkanlıklarını ve tutumlarını değiştirmeye yatkın olup olmadıklarıdır. Bu konuda araştırmalardan çıkan sonuç, yetişkinlerin daima katı bir tutum içinde olmadıkları; önlerindeki öğrenme işinin niteliğine göre değişmeye hazır oluş derecelerinin değiştiğidir. Öğrenme durumunun açık olarak ortaya konması, kişilerin hatalarının saptanarak düzeltileceğinden emin olmaları ve kendi tempolarında çalışmalarını kaydıyla ileri yaştaki kimseler de gençler kadar başarılı olmaktadır (79).

Öğrenme durumu hangi düzeyde ele alınırsa alınsın, hareket noktası, kişilerin güdülerini, ihtiyaçlarını, ilgisini ve yeterliklerini belirlemek, buna göre öğrenme hedeflerini tanımlamak ve uygun yöntemlerle teknikleri seçmektir (79).

Bir başka literatüre göre; öğrenilen her yeni şey, bireylerin daha önce öğrendikleri ile ilgili zihinlerinde varolan bilgi yapısı ile doğrudan alakalı olduğundan, bu bilginin ne olduğunun tanımlanması son derece önemlidir. Belli bir konuya ilişkin olarak kazanılan yeni bilgi yine o konu ile ilgili kendilerinde varolan eski bilgi ile karşılaştırılır. Eğer yeni bilgi, daha önce edinilenlerle çelişmiyor ise, o konu hakkındaki zihinsel yapı güçlendirilir, fakat çelişiyor ise, bu durumda varolan zihinsel yapı değiştirilir (80).

Öğretimde temel ilke, kişilere kazandırılmak istenen bilgi, beceri, tutum gibi davranışların aktarımında kişilerin olabildiğince çok duyu organlarına hitap etmektir, bunun nedeni ise ne kadar çok duyu organı katılırsa öğrenme o derecede etkin olmakta ve kalıcılığı artmaktadır (81).

İstenilen eğitim düzeyine ulaşmak amaçlanırken, eğitim verilecek ortamın da eğitilenler için uygun bir eğitim ortamı olması gerekir.

Literatüre göre; eğitimin sunulduğu mekan, sistemin bir parçası olarak onun diğer parçalarıyla uyumlu olmak zorundadır. Herhangi bir uyumsuzluk durumunda, tıpkı vücudumuzda varolan herhangi bir sistemdeki bir organın aksamasıyla ortaya çıkan sorunlar gibi eğitim sisteminde de sorunlar çıkabilecektir. Eğitim ortamlarını teknolojik araçlar ile donatırken ortamda bulunacak olan bireylerin özelliklerinin de dikkate alınması gereklidir. Eğitim ortamında kullanılacak materyaller tek bir duyu organına değil, değişik duyu organlarına hitap edecek biçimde ve birbirine engel olmayacak şekilde anlamlıca ilişkilendirilerek kullanılmalıdır (81).

Eğitim ortamının eğitilecek kişiler ve eğitici açısından uygun bir ortam olması verilen eğitimin kaliteli ve etkin olması açısından önem taşır.

Bu araştırmada; eğitilecekler için fiziksel koşulları uygun, olumlu ve sıcak, eğitim materyalleri açısından da zengin bir eğitim ortamı yaratılmaya çalışılmıştır.

Araştırmada iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunması; ebeveynlerin ilk yardım konusundaki bilgi eksikliklerinin doğru saptandığını, hayatta kalmak için temel ilk yardım becerilere sahip olma, bunu doğru ve bilinçli uygulamanın önemini kavradıklarını, yaptırılan demonstrasyonun ve rol dağılımına dayalı eğitimin, görsel ve işitsel duylara hitap eden barkovizyonun ve videonun ebeveynlerin öğrenmelerini olumlu yönde etkilediğini, daha önce edinmiş oldukları bilgilere ek olarak eğitimle sunulan yeni bilgileri kendileri için gerekli bulduklarını ve seçilen eğitim ortamının öğrenmeleri için uygun bir ortam ve eğitim materyallerinin yeterli ve öğrenmeyi destekleyici olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca anne babaların çocuklarının sağlıklarına önem verdikleri, ilk yardım konusunda bilgi sahibi olmanın önemini kavradıkları, evde kaza ve yaralanmalarda ilk müdahale edecek kişinin kendileri olduğu bilincine vardıkları düşünülebilir.

Ebeveynlerin ilk yardım konusundaki bilgi düzeyleri ile eğitimin etkinliğini ölçmeye yönelik olan araştırmalar incelendiğinde;

Bozkurt (1999) gecekonduda yaşayan annelerin ilkyardım yeterlilikleri ve öğrenme gereksinimlerini incelediği 28 imarsız gecekondu mahallesinden kura ile belirlenen 320 anneden oluşan örneklem üzerinde yürüttüğü araştırmasında; annelerin daha önceden bir ilkyardım eğitimi almadıklarını, hemen hemen ilkyardım gerektiren tüm durumlarla karşılaştıklarını, annelerin tercih ettiği eğitim ortamlarının sırasıyla televizyon, kurs, basılı yayın ve radyo olduğunu saptamıştır (60).

Seyirci (1998), erlerin ilk yardımla ilgili bilgi ve beceri düzeylerini belirlemek, bu konudaki deneyimlerinin ve ilk yardım eğitiminin bilgi ve beceri düzeylerine olan etkisini incelemek amacıyla planlandığı, Beşiktaş İnzibat Bölge Komutanlığı'nda görevli 30 er üzerinde yaptığı deneysel tipte olan araştırmasında, eğitimden önce erlerin ilk yardım konusundaki bilgi ve beceri düzeylerini yetersiz bulmuş, ilk yardımla ilgili geçmiş deneyimlerinin bilgi düzeylerini çok az düzeyde arttırdığını, beceri düzeylerini ise hiç etkilemediğini saptamıştır. Eğitimden sonra ise; ilk yardımla ilgili deneyimi olan ve olmayan erler arasındaki bilgi farkının kapandığı görülmüştür . Erlerin ilk yardım eğitimi ile Temel Yaşam Desteği bilgi düzeylerinin 2 kat, beceri düzeylerinin 17 kat; kanamalarda ilk yardım bilgi düzeylerinin 2 kat, beceri düzeylerinin 10 kat; kırıklarda bilgi düzeylerinin 2 kat, beceri düzeylerinin 8 kat arttığı belirlenmiş ve uygulamaya yönelik konularda daha başarılı oldukları belirlenmiştir (82).

Eisenburger ve Safar 1999 yılında yayınlanan ve okul çocuklarından yaşlı bireylere kadar geniş bir grubu içeren, "Yaşam Desteği İlkyardım Halk Eğitimi: Yeniden İnceleme ve Öneriler" adlı araştırmalarında 1960'lı yıllardan günümüze yaşam desteği ilk yardım yetenek düzeyleri ve bunların kullanılması ile ilgili verilen eğitimi incelemişlerdir. Yaşam desteği ilk yardım eğitimi, ambulans çağırılması, otomatik defibrilatör kullanımı, solunum yolu açma, solunum ve dolaşımı sağlama, kanama kontrolü, şok ve komada pozisyon verilmesini içermektedir. Teyp ve video kasetle birlikte, kendi

kendine yapılan maketli eğitimlerin, yalnızca eğitici ile yapılan eğitimlere göre daha etkin olduğunu saptamışlardır (83).

Schlesinger ve arkadaşlarının 1997 yılında yayınlanan ve şehir dışında bulunan, birbirine komşu yirmi dört haneyi kapsayan, yedi yaşın altındaki çocuklarda kaza sıklığı, kazalar, travmalar, tıbbi ve diş hekimliğindeki ilkyardım konularını içeren ve verilen halk eğitiminin etkisinin incelendiği araştırma üç yıl sürmüştür. Eğitim öncesi, eğitim sırasında ve eğitim bittikten sonra aylık olarak mektup yöntemiyle toplanan ve yıllık olarak değerlendirilen verilerde eğitim sona erdikten altı ay sonra kaza sıklığının açıklanamayacak bir şekilde arttığı saptanmıştır. Bunun nedeninin hastane ve doktor kayıtlarının birbirine uyumsuz olmasından kaynaklandığının düşünüldüğü belirtilmiştir (84).

Temple, 1984 yılında yayınlanan "Zehirlenmeleri Önleme Eğitimi" konulu çalışmasında; hekimlerin ebeveynlere eğitim vererek zehirlenmelerin sıklığını ve ciddiyetini azaltabileceklerinden, ailelere verilecek eğitimin özellikle temel yaşam desteği ilk yardım basamakları, hastane öncesinde irrigasyon ve dilüsyon konusunda olması gerektiğinden bahsetmektedir. Yazara göre zehirlenme merkezleri bilgi ve danışmanlık için iyi birer kaynaktır, ebeveynlerin zehir içeren maddeleri ortada bırakmaması, ev temizlik malzemeleri ve ilaçları güvenli bir şekilde saklaması, üreticilerin kimyasal maddeleri uygun şekilde paketlemesi ve satılması, ailelerin ilk yardım uygulanacak durumlarda, zehirlenmelerde ipeka şurubu bulundurulması ve kullanılması eğitimleriyle zehirlenmeler azaltılabilecektir. İdeal olarak, sağlam çocuk polikliniğinde görev yapan hekimler tarafından zehirlenmeleri önleme konusunda hazırlanacak eğitim programlarıyla ebeveynler eğitilmeli ve çocuklar daha küçükken zehirlenme vakalarının azaltılması için çalışmalar yapılmalıdır (85).

Önlenebilir kazaların neden olduğu ölümlerin artışı üzerine, kazaların nedenleri üzerine yapılan araştırmalarda artış gözlenmektedir. Genellikle

kabul edilen görüş; kazaların bir sağlık sorunu olmadığı, daha çok önlenabilir bir durum veya çocukluk çağına özgü davranış özelliklerine bağlı gelişim durumu olduğudur (86).

Greensher (1984), 1-14 yaş arasındaki çocukların ilk beş ölüm nedeni arasında kazaların bulunduğunu, kaza ve yaralanmaların farklı nedenlere göre meydana geldiğini, çocukların gelişim dönemlerine göre farklı türlerde kazalarla karşılaştığını, bunlardan korunma konusunda eğitimin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Yazara göre; ailelere çocuklarını kazalardan korunmak için gerekli çevresel önlemleri alıncaya kadar, çocukların gün içerisinde karşılaşılabilecekleri riskler belirlenmeli, olumsuz koşullar ortadan kaldırılmalı, ebeveynler ve çocuklar bu konuda yetkililerce eğitilmelidir(87).

Kelly ve arkadaşları tarafından (1987) yapılan bir çalışmada, Yale-New Haven Hastanesi'ne çocuklarının rutin kontrolleri için başvuran ebeveynlerden rasgele yöntemle seçilen 171 ebeveynin (85'i deney, 86'sı kontrol), evde aldıkları güvenlik ve ilkyardım konusundaki bilgi düzeyleri incelenmiştir. Deney grubundaki ailelere çocuklarının 6, 9, 12. aylarındaki sağlam çocuk polikliniği ziyaretlerinde bireysel olarak güvenliği sağlama eğitimi verilirken, kontrol grubundaki ailelere sağlam çocuk polikliniğindeki kontrollerine ek olarak herhangi farklı bir eğitim verilmemiş, standart güvenlik eğitimi programı uygulanmıştır. Her iki gruptaki aileler ev ziyaretleri ile desteklenmiştir. Bir yıllık araştırma sonunda ulaşılan 129 ebeveynin (65'i deney, 64'ü kontrol), bilgilerin tekrarlanması ve verilen bireysel eğitimler sonrası bilgi düzeylerinin arttığı ve çevrede alınacak güvenlik önlemleri konusunda daha bilinçli oldukları görülmüştür (88).

Guyer ve arkadaşları (1989), ebeveynlere verilen ve 0-5 yaş arasındaki çocuklarda görülen yanıklar, evde düşmeler, motorlu araç kazaları, zehirlenmeler ve boğulmaların sıklığını azaltmayı amaçlayan halk eğitim programlarının etkinliğini değerlendirmişlerdir. Eylül 1980-Haziran 1982 tarihleri arasında ABD.'de yapılan bu çalışmada, beş kaza önleme

projesi demografik özellikleri birbirine benzer üçü deney ikisi kontrol bölgesi olmak üzere beş ayrı yerleşim bölgesinde incelenmiştir. Verilen eğitimler sonrasında her iki grupta yer alan ebeveynlerin kaza nedenlerini bilmelerinin çocukları kazalardan koruma konusunda alınacak önlemlerin başarısını arttırdığı saptanmıştır. Yanıklar ve zehirlenmeler konusunda başarı elde edilirken, araç kazaları, düşmeler ve boğulmalar konusunda istenilen hedefe ulaşılamamıştır (89).

Sewell ve Gaines'in araştırmasında Bergman ve Rivara'nın çocukların gelişim düzeylerine göre ailelere güvenlik eğitimi verme yaklaşımı ile, İsveç'te çocukluk kazalarının önlenmesine yönelik başarılı çalışmalar yürüttükleri ve İsveç'in dünyanın çocukluk kazalarına bağlı en düşük ölüm oranına sahip olmasında etkili oldukları belirtilmektedir (86).

Beyazova (1996), kazaların önlenmesinin ve dolayısıyla ilkyardım gerektiren durumların azaltılmasının ilk koşulunun çocuklar için güvenli bir çevre yaratmak ve özellikle zehirlenmelerin önlenmesine yönelik ana-baba eğitimlerine ağırlık verilmesi gerektiğinden bahsetmektedir (90).

Nazik (1997), 0-6 yaş çocuğu olan anneler üzerinde ev kazalarında ilk yardım modellerini araştırmıştır. Yazar çalışmasında anneleri 40'ar kişilik üç gruba ayırarak, bir ay süreyle haftada bir kez bir saat yüz yüze eğitim, sadece el kitabı ve hiçbir eğitim yöntemi uygulanmayan gruplarda eğitim yönteminin etkinliğini incelemiştir. Yüz yüze eğitim verilen gruba verilen ilk yardım ve çocukları kazalardan koruma eğitiminin daha etkin olduğunu saptamıştır (61).

Yapılan bu araştırma ve literatürlerde belirtilenlere göre; ebeveynlere ilk yardım konusunda verilen eğitimlerle bilgi düzeylerinin arttığı ve kazaları önleme konusunda daha bilinçli hale geldikleri söylenebilir.

Yaptığımız araştırmada da deney grubuna uygulanan ön test ile son testte elde edilen bulgulara göre ebeveynlere verilen eğitimin etkin olduğu,

bilgi düzeylerinin arttığı ve ilk yardım konusunda yapılması gereken uygulamaları öğrendikleri söylenebilir.

Tablo4.4'te deney grubundaki ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtların puan toplamı ortalamasının ön testte 20.74, kalıcılık testinde 96.70 olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin ön test ve kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarına uygulanan istatistiksel analizlerde iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t=27.764$ $p<0.05$)

Ebeveynlerin kalıcılık testindeki bilgi düzeylerinin ön teste göre yüksek bulunmasının nedeninin, ebeveynlere verilen eğitimin başarılı olmasından ve kullanılan eğitim materyallerinin doğru seçilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Deney grubundaki ebeveynlerin kalıcılık testindeki bilgi düzeyleri, eğitim verildikten hemen sonra uygulanan son testteki bilgi düzeylerine göre düşüş göstermiştir.

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi deney grubundaki ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtların puan toplamı ortalaması eğitimden hemen sonra uygulanan son testte 103.08, eğitimden 3 ay sonra uygulanan kalıcılık testinde 96.70'dir. Ebeveynlerin son test ve kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarına uygulanan istatistiksel analizlerde iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($t=2.509$, $p<0.05$). Bu sonuca göre deney grubundaki ebeveynlerin kalıcılık testindeki bilgi düzeyleri, eğitim verildikten hemen sonra uygulanan son testteki bilgi düzeylerine göre düşüş göstermiştir.

Literatüre göre; yaşamı ayakta tutma çabası, yaşamın özünde saklıdır. Yaşamı ayakta tutmak, yalnızca sürekli olarak yenileşmelerle güvence altına alınabileceği için yaşam, kendiliğinden kendi kendini yenileme sürecidir. Fiziksel yaşam için besin ve üretme ne ise, toplumsal yaşam için de eğitim

odur. Eğitimde kullanılan araç-gereçlerin birden fazla duyuya hitap etmesi eğitimin etkinliğini artırır, unutmayı en aza indirir ve öğrenilenlerin alışkanlığa dönüşmesini kolaylaştırır. Yapılan araştırmalara göre zaman sabit tutulmak üzere değişik araç gereçlerle öğrenilen konuların kalıcılık yüzdeleri; yalnız dinleyerek öğrenme % 10, yalnız görerek öğrenme % 20, hem görüp hem işiterek öğrenme %50, kendi kendine konuşarak/tekrarlayarak öğrenme %70, yaparak ve konuşarak öğrenme %90 olarak saptanmıştır (80,81).

Literatürlere göre; çocukları kaza ve zehirlenmelerden korunma hakkında çocuğa, aileye, öğretmenlere ve tüm topluma sistemli olarak eğitim verilmesi gerekmektedir. Kazalar ve zehirlenmelerden korunma hakkında yazılı ve sözlü basında sürekli yer verilmesi ancak bu şekilde eğitimin yarar sağlayacağından bahsedilmektedir (24,91).

Wenzel ve arkadaşlarının(1997), tıp öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada Temel Yaşam Desteği eğitiminden 6 ay sonra eğitilenlerin suni solunum becerilerinin yetersiz olduğu görülmüş, eğitimin desteklenmemesi ve uygun eğitim maketinin kullanılmaması başarısızlık nedeni olarak gösterilmiştir (92).

Ersoy ve arkadaşlarının (2003), Dokuz Eylül ve Pamukkale Üniversitelerinde, Acil Bakım Teknikerliği programına devam eden 41 öğrenci üzerinde yaptıkları, paramedik öğrencilerinin Kardiyopulmoner Resüsitasyon (Kalp Akciğer Canlandırması) bilgi düzeylerinin ve bunu etkileyen faktörlerini anket yoluyla incelendikleri araştırmada; eğitimde kullanılan maket sayısının ve birebir uygulama yapılmasının öğrencilerin başarı durumunu etkilediği saptanmıştır. Ayrıca Kardiyopulmoner Resüsitasyon beceri birikiminin eğitimden sonraki iki ila dört hafta arasında gözden geçirilmesi, bundan sonra da bir yıl sonunda tekrar eğitim verilinceye kadar her 3 ila 6 ayda bir kısa periyodik gözden geçirmeler gerektiği belirtilmektedir (93).

Yukarıdaki araştırmalarda da belirtildiği gibi verilen eğitimlerden bir süre sonra bilgi ve beceri düzeylerinde azalmalar olabilmektedir.

Öğrenme davranışlarda değişiklik yapma sürecidir. Öğrenme yaşantı yada uygulama ile oluşur. Bunun için de eğitimin sürekli olması gerekir (80).

Eğitimden üç ay sonra uygulanan kalıcılık testinde ebeveynlerin daha düşük puan almalarının nedeninin; konu ile ilgili verilen eğitimi daha sonra tekrar etmemelerinden, bu süreç içerisinde edinilen bilgileri uygulama ile desteklemediklerinden ve ilk yardım gerektiren uygulamalarla karşılaşmamış olabileceklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Verilen ilk yardım eğitimi bir kez tekrarlanmasına ve bir günde üç ders saatini kapsayacak şekilde anlatılmasına karşın etkin olmuştur. Ancak kullanılmayan ve davranışa dönüştürülemeyen bilgilerin unutulduğu, bu nedenle de ebeveynlerin puanlarında düşme olduğu düşünülmektedir.

Örnekleme yer alan kontrol grubundaki ebeveynlerin ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların puan toplamı ortalaması 18.16, son testte 18.46'dır (Tablo 4.6). İki aritmetik ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Bunun nedeninin; kontrol grubuna eğitim verilmemesinden, yazılı, görsel ve işitsel medyada ilk yardım eğitimi ile karşılaşmamış olabileceklerinden yada daha önce herhangi bir birimden, kişiden bilgi almamalarından, ebeveynlerin bu konuya karşı duyarlı olmamalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu araştırmada; deney grubunda yer alan ebeveynlerin cinsiyet, öğrenim düzeyi, yaşları ve çocuk sayılarına göre elde edilen bulgularının bilgi düzeylerine ve verilen eğitime etki edip etmediği de incelenmiştir.

Deney grubundaki ebeveynlerin cinsiyetlerine göre ön test ve son testte anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarına uygulanan istatistiksel analizlerde iki grup arasındaki fark anlamlı bulunamamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.7-4.8).

Deney grubundaki ebeveynlerin araştırma başlangıcından 3 ay sonra kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamaları kadınlarda 98.50, erkeklerde 93.52'dir. Uygulanan istatistiksel analizlerde; cinsiyet açısından iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmamakla birlikte kadınların bilgi düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu söylenebilir ($p>0.05$), (Tablo 4.9).

Literatürlere göre; annelerin çocuk doğurma ve büyüme işlevine paralel olarak çocuğun sağlığı koruma ve sürdürmede de önemli rolleri bulunmakta, bu konudaki bilgi, tutum ve davranışları özel bir yer tutmaktadır. Çocuğun tüm yaşamını etkileyebilecek bazı kaza ve yaralanma durumlarında evde ilk müdahaleyi yapan kişi olarak annenin ilk yardım konusundaki bilgi, tutum ve davranışları çocuğun gelecek yaşamını etkilediği gibi, toplum sağlığını da etkiler. Bu nedenle annelerin sağlıkla ilgili girişimleri ayrı bir önem taşımaktadır. Çocukları kaza ve zehirlenmelerden koruma hakkında çocuğa, aileye, öğretmenlere ve tüm topluma sistemli olarak eğitim verilmelidir. Hangi şekilde olursa olsun aileye verilecek eğitimde mutlaka annenin katılımını sağlamak gerekmektedir. Çocukların gelişim dönemlerine göre karşılaşabileceği kaza türleri ve bu kazalardan korunma hakkında aileler, anneler bilinçlendirilmelidir. Ev içinde veya dışında tehlikeli durumlar, tehlikeli maddeler, güvenliğin sağlanması doğru ve uygulamalı olarak ailelere ve çocuklara öğretilmelidir. Eğitim erken dönemde ailede verilmeye başlanmalıdır. Annenin eğitime katılımını sağlamak için tartışma, rol oynama, soru cevap ve demonstrasyon teknikleri gibi çeşitli teknikler konular işlenirken kullanılması önemlidir (36,37,49,50,94).

Kadınların eğitimi ile ilgili literatürler incelendiğinde;

Azizi ve arkadaşları tarafından (1994), Kuala Lumpur'da zehirlenme nedeniyle hastaneye yatırılan 0-5 yaş arasındaki 70 çocuğun aileleri üzerinde yapılan araştırmada, ailelerin zehirlenmelere neden olacak maddeleri güvenli bir ortamda saklamadıkları, yalnızca %12.9'unun bu maddeleri dolapta

bulundurduklarını belirlenmiştir. Ev temizliğinde kullanılan maddelerle ilaçların zehirlenmelerini önlemek açısından daha güvenli bir şekilde üretilmesi, paketlenmesi gerektiğini belirterek, çevre güvenlik ve ilkyardım eğitimlerinin ailelere özellikle de annelere basın-yayın yoluyla ve sağlık kuruluşları tarafından verilmesinin uygun olacağı saptanmıştır (95).

Ghosh ve Bharat (2000), Hindistan'da Jamshedpur'da yanıkları önleme ve ilk yardım konusunda kadınları hedef alan "Halk Bilinçlendirme" ve genç kızları hedef alan "Okul Eğitim Programları"nın etkinliğini incelemiştir. 1993-1994 eğitim ve öğretim döneminde başlayan ve beş yıl süren araştırmada 4800 kadın ve 5200'den fazla genç kız araştırma kapsamına alınmıştır. Eğitimlerde yüz yüze eğitim ve görsel-işitsel araçlar kullanılmış ve araştırma çeşitli sloganlar ve posterlerle desteklenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, yanıklar konusunda verilen eğitimin etkin olduğu ve deneklerin yanıkları önleme, yanık yeri suya tutma gibi ilk yardım uygulamaları konusunda bilgi düzeylerinin arttığı saptanmıştır (96).

İlk yardım gerektiren durumlar özellikle ev ortamında anne- babanın ev işi ile ilgilendikleri sırada veya işe yetişme telaşı sırasında yaşanmaktadır. Çocuklar zamanlarının büyük bir kısmını anneleri ile geçirmek durumundadırlar. Kalıcılık testinde kadınların bilgi düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek bulunmasının nedeninin; araştırmayı kapsayan üç aylık süreç içerisinde evde ilk yardım gerektiren önemli bir durumla karşılaşmış olabileceklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ev ortamında annelerin çocukları ile daha fazla zaman geçirmelerinden dolayı öğrendikleri bilgileri pekiştirdikleri, bilinçli olmaları ve eğitim düzeylerinin yüksek olması nedeniyle bu konuya önem verdikleri de söylenebilir.

Örnekleme oluşturan deney grubundaki ebeveynlerin öğrenim düzeylerine göre ilk yardım konusundaki bilgi düzeyleri ve ilk yardım konusunda verilen eğitimle öğrenim düzeyleri ile ilişkisi olup-olmadığı incelenmiştir.

Deney grubundaki ebeveynlerin öğrenim düzeylerine göre anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarına uygulanan istatistiksel analizlerde eğitimden önce ön testte , eğitimden hemen sonra uygulanan son testte ve eğitimden 3 ay sonra uygulanan kalıcılık testinde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Bununla birlikte birlikte son testte ve kalıcılık testinde yüksek öğrenim mezunu olan ebeveynlerin bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.10-4.12).

Konu ile ilgili çalışmalara bakıldığında;

Hamzaoğlu ve arkadaşları (2002), Ankara Çiğiltepe Askeri lojmanlarında 2-6 yaş arasında çocuğu bulunan 637 hanede ev kazalarının sıklık ve nedenlerini saptamaya yönelik üç ay süren bir araştırma yapmışlardır. Araştırmada annelerin %63.4'ünün çalışmadığı, %36.6'sının çalıştığı, eğitim düzeylerinin ilk-lise %23.4, yüksek okul ve üzeri %76.6 oranında olduğu saptanmıştır. Veriler araştırmacıların haftalık ziyaretleri ve telefon görüşmeleri ile anket formu kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada çocukların en çok gazyağı, aseton yada çamaşır suyu içerek zehirlendikleri belirlenmiş ve eğitim düzeyi yüksek okul ve üzerinde olan annelerin eğitim düzeyleri ilk-lise arasında olan annelere göre daha etkin ilk yardım girişiminde buldukları belirlenmiştir (57).

Ercan (1976), ebeler ve ilkokul öğretmenlerinin ilkyardım konusuna ilişkin bilgi düzeylerini incelediği araştırmasında, 21 puan üzerinden yapılan değerlendirmede 18 puandan yukarı alan deneğe rastlamamıştır. Deneklerin %36'sı 9 puandan düşük almıştır. Yazara göre bu sonuç ebe ve öğretmenlerin ilkyardım konusunda bilgi düzeylerinin çok yetersiz olduklarını göstermektedir (97).

Durmuş, 1993 yılında Kayseri'de görevli 419 polisin ilkyardım hakkında bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesine yönelik araştırmasında, polislerin ilkyardım konusundaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu, öğrenim düzeyi yükseldikçe ilkyardım konusundaki bilgi düzeylerinin arttığını, ancak ilkyardım eğitimi görmüş olmanın bilgi düzeyini yeterince arttırmadığını

saptamıştır. Ayrıca, eğitim düzeyi yükseldikçe bilgi düzeyi artmasına karşın, eğitim düzeyi yüksek olanların yeniden düzenlenecek bir ilkyardım kursuna katılma oranlarının da daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Görev süreleri 1-10 yıl arasında değişen polislerin, 10 yıldan daha fazla sürede yani daha yaşlı olan polislere oranla açılacak olan kurslara katılma isteğinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (62).

Bekele (1987), 7-12 yaş grubu arasındaki 1222 ilkokul öğrencisinin ailelerinin sosyoekonomik kültürel konumlarının çocukluk dönemi kazalarına etkisi olduğunu, düşük sosyoekonomik kültürel düzeydeki ebeveynlerin çocuklarının yüksek sosyoekonomik kültürel düzeydeki ebeveynlerin çocuklarına göre iki buçuk kat daha fazla kazaya uğradıklarını saptamıştır (98).

Balıbey (2001), Ankara'da kentsel, yarı kentsel, kırsal üç ayrı yerleşim bölgesinde yaşayan 900 aileyi kapsayan, ailelerin evde kazalara neden olabilecek durumların farkında olup-olmama konusundaki bilgi ölçümünü içeren araştırmasında; bilgi puan ortalamasının en düşük kırsal bölgede bulunduğunu belirtmektedir. Yazara göre bunun nedenlerinden biri kırsal bölgedeki anne- baba öğrenim düzeylerinin kentsel ve yarı kentsel bölgelere göre daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Yine çalışma sonunda ailelerin ev kazaları hakkındaki bilgi düzeyleri ile ev güvensizlik puanları arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Buna bağlı olarak bilgi düzeyleri yüksek olan ebeveynlerin evleri çocukları için daha az kaza riski taşıırken, bilgi düzeyi düşük olan ebeveynlerin çocuklarının kaza geçirme, dolayısıyla ilkyardıma gereksinim duyma düzeyleri daha yüksektir. Yazara göre; hem anne hem baba öğreniminin lise ve üstü düzeylerde olması ise çocuk başına düşen kaza olasılığını azaltmaktadır (58).

Çınar daha önce de belirtilen 1999 yılında 30 anne üzerinde yaptığı 0-6 yaş çocuklarında annenin ev kazalarına yönelik güvenlik önlemlerini tanılama ölçeğinin geliştirilmesi ve annelere verilen eğitimin etkinliğini incelediği araştırmasında; eğitim düzeyinin arttıkça çocukların sağlığını

korumaya yönelik olumlu davranışların arttığından ve annenin eğitim düzeyi yetersizliğinin çocukta ev kazaları ile karşılaşma riskini arttırdığından bahsetmektedir (59).

Bu araştırmada yüksek öğrenim mezunu olan ebeveynlerin lise mezunu olan ebeveynlere göre bilgi düzeyleri ön testte farklılık göstermemektedir. Ancak; ebeveynlere verilen ilk yardım, kazaları önlemek için evde ve bahçede alınacak önlemleri kapsayan eğitimden sonraki son testte ve 3 ay sonra uygulanan kalıcılık testinde yüksek öğrenim mezunu olanların bilgi düzeyleri, lise mezunu olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olmamakla birlikte daha yüksektir. Bu sonuç, yüksek öğrenim mezunu olan ebeveynlerin bu konuya daha duyarlı olduklarını ve bilinçli davrandıklarını düşündürmektedir. Yüksek öğrenim almış ebeveynlerin yeni bilgiye karşı daha hoşgörülü ve kabullenici oldukları, çocuklarının yararına olan bilgileri daha çabuk öğrendikleri düşünülebilir.

Ebeveynlerin yaş gruplarına göre bilgi düzeylerinde fark olup-olmadığı ve eğitimin yaş gruplarına göre etkisinin bulunup-bulunmadığı incelenmiştir.

Deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre ön test, son test ve araştırma başlangıcından üç ay sonra uygulanan kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.13-4.18).

Balıbey (2001), çalışmasında anne yaşı ile bilgi puanları arasında negatif korelasyon saptamıştır. Anne yaşı arttıkça bilgi puanları azalmakta, anne yaşı 20 ve altında olduğunda da çocuklarda kaza riski artmaktadır. Genç anneler kazalar hakkında yeterli bilgi ve deneyime sahip değildir. Anne baba yaşının artması ile ev güvensizlik puanları da artmaktadır. Balıbey bunun nedenini ileri yaşlardaki ebeveynlerin daha düşük öğrenim düzeylerine sahip olmalarına bağlamaktadır (58).

Bu araştırmada 20 yaşın altında genç ve 45 yaşın üzerinde yaşlı ebeveyn bulunmamaktadır. Bu nedenle yaşlarının bilgi düzeylerini etkilemediği, ebeveynlerin hangi yaşta olurlarsa olsunlar çocuklarının sağlıkla ilgili gereksinimlerine aynı ölçüde duyarlı ve ilgili olduğu söylenebilir.

Deney grubundaki ebeveynlerin ocuk sayılarına göre ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır (**Tablo 4.19-4.24**). Son test ve araştırma başlangıcından üç ay sonra uygulanan kalıcılık testinde ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde ise; ocuk sayıları arasındaki fark anlamlı bulunmuş olup, tek çocuğu olan ebeveynlerin bilgi puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Balıbey (2001) daha önce de belirtilen çalışmasında, evde yaşayan kişi sayısı ve ocuk sayısı fazla olan kırsal yörede kazaların fazla grldğinden bahsetmektedir. Bunun nedeni olarak da; kalabalık ve çok çocuklu ailelerde çocuğun gözetimi, denetimi, kollanması gibi desteklerin azalması ve ev içinde kazaları önleyici düzenlemelerin azalmasını göstermektedir (58).

ınar (1999) yukarıda belirtilen araştırmasında, ocuk sayısı ile aile tipi ve ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (59).

Araştırmamızda tek ocuk sahibi olan ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtlara göre bilgi puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin tek ocuk sahibi olmaları nedeniyle çocuklarının karşılaşabilecekleri risklere karşı daha uyanık ve bilinçli davrandıkları, ilgilerini tek çocuklarına yöneltikleri, çocuklarının sağlıklarına ayıracak daha fazla zaman bulduklarını ve bu nedenle daha doğru yanıt verdikleri düşünülmektedir.

SONUÇ

Bu araştırmada; İzmir ili garnizonunda Hava Kuvvetleri Komutanlığı'na bağlı iki farklı birlikte görev yapan askeri personel ve eşlerinin 3-6 yaş arası çocuklarda ölüm ve yaralanmalara yol açan, sık görülen ve ilk yardım gerektiren bazı durumlarla, bu durumları önlemek için evde ve bahçede alınacak önlemler konusundaki bilgi düzeyleri ve deney grubuna görsel-işitsel araçlarla demonstrasyon, rol dağılımı ile verilen eğitimin etkinliği, ebeveynlerin cinsiyet, öğrenim düzeyi, yaşları ve çocuk sayılarına göre incelenmiştir. Bu amaçla araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır.

Araştırma bulgularına göre; örneklem grubunu oluşturan deney grubundaki ebeveynlerin %63.8'i bayan, %36.2'sinin erkek, kontrol grubunda yer alan ebeveynlerin %56'sı bayan, %44 ' erkektir. Örneklem grubunda yer alan tüm bayanların oranı %59.8, erkeklerin oranı ise %40.2'dir .

Deney grubundaki ebeveynlerin %10.4', kontrol grubunda yer alan ebeveynlerin %8'i ilk ve orta, deney grubundaki ebeveynlerin % 26'sı, kontrol grubundaki ebeveynlerin %44' lise, deney grubunda yer alan ebeveynlerin %63.6'sı, kontrol grubundaki ebeveynlerin %48'i yüksek öğrenim mezunudur.

Deney grubundaki ebeveynlerin %19.1'i, kontrol grubundaki ebeveynlerin %18'i 25-29 yaş, deney grubundaki ebeveynlerin %44.7'si, kontrol grubundaki ebeveynlerin %44' 30-34 yaş arasındadır.örneklem grubundaki ebeveynlerden %36.2'si, kontrol grubundaki ebeveynlerden %38'i 35-39 yaş ve üzerindedir.

Örnekleme oluşturan ebeveynlerin çocuk sayılarına göre dağılımlarında; deney grubundaki ebeveynlerin %51.1'inin, kontrol grubunda yer alan ebeveynlerin %54'ünün tek çocuk, deney grubunda yer alan ebeveynlerin %34'ünün, kontrol grubunda yer alan ebeveynlerin %38'inin iki çocuk, deney grubunda yer alan ebeveynlerin %14.9'unun, kontrol grubunda yer alan ebeveynlerin % 8'inin üç ve daha fazla çocuğa sahip oldukları görülmüştür.

Ebeveynlerin ilk yardım konusundaki bilgi düzeyleri, evde bahçede kazaları ve ilk yardım gerektiren durumları önlemek için alınacak önlemler konusunda bilgi düzeyleri ön testle ölçülmüştür. Her iki gruptaki ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunmamış olup, bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$).

Araştırma başlangıcından üç ay sonra deney grubuna kalıcılık ve kontrol grubuna son test uygulanarak, iki gruptan elde edilen sonuçlar karşılaştırılmıştır. Örneklemi oluşturan ebeveynlerin anket sorularına verdikleri yanıtların istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunmuş olup, deney grubundaki ebeveynlere verilen eğitimin etkin olduğu görülmüştür ($p < 0.05$).

Eğitim uygulanan ve eğitimin etkinliği ölçülen deney grubunun ön test ve son testte anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamalarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Görsel-işitsel araçlarla desteklenen, demonstrasyon ve rol dağılımı yapılan, uygun eğitim ortamı sağlanan ebeveynlerin bilgi düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Bu sonuç beklenen bir sonuçtur ve verilen eğitimin başarılı olduğunu göstermektedir.

Deney grubunun ön test ve ve bilgi değişimlerini saptamaya yönelik olan kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamalarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Ebeveynlere verilen eğitimden üç ay sonra da ön testteki bilgi düzeylerine göre yüksek olması verilen eğitimin başarılı olduğunu ve ebeveynlerin bilgi düzeylerini arttırdığını göstermiştir.

Deney grubunun son test ve kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamalarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu sonuca göre ebeveynlerin bilgilerinde azalma olduğu ve eğitimin etkisini kaybetmeye başladığı düşünülebilir.

Kontrol grubunun ön test ve son testte anket sorularına verdikleri yanıtların ortalamalarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunamamış olup, bilgi düzeyleriğinde herhangi bir değişiklik olmadığını göstermiştir ($p>0.05$).

Deney grubunda yer alan ve eğitim verilen ebeveynlerin cinsiyet, öğrenim düzeyi, yaş grupları ve sahip oldukları çocuk sayılarına göre bilgi düzeyleri ve eğitimin etkin olup-olmadığı incelenmiştir.

Deney grubunun ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların cinsiyetlerine göre ortalamalarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunamamıştır ($p>0.05$).

Deney grubunun son testte anket sorularına verdikleri yanıtların cinsiyetlerine göre ortalamalarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunamamıştır ($p>0.05$).

Deney grubunun kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların cinsiyetlerine göre ortalamalarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunamamakla birlikte ($p>0.05$) kadınların puan toplamı ortalamasının erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür.

Deney grubunun ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların öğrenim düzeylerine göre ortalamalarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunamamıştır ($p>0.05$).

Deney grubunun son testte anket sorularına verdikleri yanıtların öğrenim düzeylerine göre ortalamalarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunmamakla birlikte ($p<0.05$), yüksek öğrenim almış olan ebeveynlerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Deney grubunun kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların öğrenim düzeylerine göre ortalamalarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunmamakla birlikte ($p>0.05$), yüksek öğrenim mezunu olanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunamamıştır ($F= 0.66, p>0.05$).

Deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre son testte anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunamamıştır ($F= 0.058, p>0.05$).

Deney grubundaki ebeveynlerin yaşlarına göre kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunamamıştır ($F= 0.558, p>0.05$). Ebeveynlerin yaşları ile bilgi düzeyleri ve verilen eğitime göre aralarında bir ilişki bulunamamıştır.

Deney grubundaki ebeveynlerin çocuk sayılarına göre ön testte anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark anlamlı bulunamamıştır ($F= 0.032, p>0.05$).

Deney grubundaki ebeveynlerin çocuk sayılarına göre son testte anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark önemli bulunmuştur ($F=4.123, p<0.05$). Tek çocuğu olan personelin anket sorularına verdiklerin yanıtların puan

ortalaması iki ve üç çocuğu olanlardan, iki çocuğu olanların puan ortalaması ise üç çocuğu olanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Deney grubundaki ebeveynlerin çocuk sayılarına göre kalıcılık testinde anket sorularına verdikleri yanıtların puan ortalamalarının istatistiksel olarak değerlendirilmesinde aralarındaki fark önemli bulunmuştur ($F=4.176, p<0.05$). Tek çocuğu olan ebeveynlerin anket sorularına verdiklerin yanıtların puan ortalaması iki ve üç çocuğu olanlardan daha yüksektir. Ebeveynlerin tek çocuk sahibi olmalarından dolayı tüm ilgi ve olanaklarını çocuklarına yönelttikleri düşünölmektedir.



ÖNERİLER

Araştırma sırasında ebeveynlerin bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla kullanılan anket formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Form geçerli ve güvenilir bir formdur.

Bu form erler dahil olmak üzere tüm askeri personelin, eşlerinin ve askeri öğrencilerin bilgi düzeylerini saptamak amacıyla kullanılabilir.

Bu araştırma sonuçlarına göre askeri personel ve eşlerinin ilk yardım konusunda az da olsa bilgi sahibi oldukları ancak bu bilgilerde eksiklikler olduğu, ebeveynlere verilen eğitimle bilgi düzeylerinin arttığı, ancak verilen eğitimden üç ay sonra bilgi düzeylerinde düşme olduğu saptanmıştır.

Ebeveynlerin kazaları ve yaralanmaları önlemek için alınacak önlemleri, ilk yardım gerektiren durumlarda ne yapacaklarını ve nasıl davranacaklarını bilmeleri için öncelikle bunların nasıl ve hangi durumlarda meydana geldiğini bilmeleri gerekmektedir.

Kazaların pek çoğunun eğitimle önlenebileceği çeşitli kaynaklarda belirtilmektedir. Ancak, insanların sahip oldukları davranış örüntülerini değiştirmek zor ve zaman alıcıdır. Hem pahalı, hem uzun süreli hem de periyodik olarak tekrarlanması gereken bu eğitim süreci öncelikle devlet politikası haline getirilmeli ve yaygınlaştırabilmesi için yasal boyutlarda gereken destekler sağlanmalıdır. Eğitim pahalıdır ancak, kazalar ve yaralanma sonucu gerekli tedavi masrafları, fiziksel ve ruhsal travmalar. İşgücü ve zaman kaybı çok daha pahalıya mal olmaktadır.

Hastanelerde ya da birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda bir oda veya bir köşe bu eğitim için ayrılabilir. Yazılı ya da görsel materyaller kullanılarak halk eğitimleri haftanın ya da ayın belirli zamanlarında verilebilir. Hasta bekleme salonlarında konu ile ilgili video gösterileri yapılabilir.

Sağlık personeli tarafından yapılan ev ziyaretlerinde öncelikle evin kaza risk durumu saptanarak, hane halkı ile birlikte ev çocuklar için daha güvenli hale getirilebilir. Tehlike yaratabilecek durumlar gözden geçirilerek bunlar en aza indirilebilir.

İlköğretimde yıllık eğitim programları içerisinde yer alan sağlık ve trafik derslerinde ilkyardım ve kazaları önleme konusunun daha geniş ele alınarak, toplumun ileride anne baba olacak genç kesimi eğitilebilir. Okullarda çalışan tüm personel de olası kaza ve yaralanmalar konusunda bilinçlendirilebilir.

Okullarda oluşturulacak olan sağlık köşesinde ilk yardım için gerekli malzemeler belirlenerek, bu malzemelerin kim, nerede ve niçin kullanılacağı konusunda çalışmalar yapılabilir. Okul yöneticileri çocuklar için hangi durumların risk yaratabileceğini saptayıp kırık cam, sivri metal cisimler, sivri uçlu köşeler belirlenip daha tehlikesiz ortamlar yaratılabilir.

Okulöncesi eğitim kurumları çocukların en çok kazaya uğradıkları yaşlarda zamanların çoğunu geçirdikleri yerlerdir. Bu nedenle kaza ve yaralanmalar konusunda okulöncesi eğitim kurumları da olası riskleri önlemek için gerekli önlemleri almalıdır. Öncelikle kurum içindeki ve oyun bahçesindeki etkinlik alanlarında, giriş-çıkış noktalarında ve bina çevresinde tehlike yaratan durumlar belirlenmeli, risk nedenlerinin ortadan kaldırılması için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

Çocuk eğitimi ve bakımı veren kurumlarda çalışan tüm personel olası ilkyardım gerektiren durumlar konusunda bilgilendirilmeli, ilk yardım köşesi oluşturularak bu köşeye ilgili sorumlu personeller seçilmeli, burada yer alan malzemeleri nasıl kullanacakları öğretilmelidir.

Öğretmenler kaza ve yaralanma sonrası sağlık sürecine kavuşma ve sonrasında çocuğun yaşayabileceği psikolojik ve fiziksel sorunlar konusunda

aydınlatılmalıdır. Psikiyatristlerle de işbirliği yapılarak öğretmenler bu konuda eğitime alınmalı, hizmet içi eğitimlerde kazaların psikolojik boyutlarına da yer verilmelidir.

Okulöncesi eğitim kurumlarından başlamak üzere tüm eğitim kurumlarında olası afet, kaza ve sağlığı olumsuz yönde etkileyecek olası tüm olumsuz durumlara karşı bir koruma planı oluşturulmalı, yılda iki kez tatbikat yapılarak, personel görev planı belirlenmelidir.

İlk yardım sırasında gerek duyulacak olan 112 Acil Ambulans Servisi, 110 İtfaiye, 155 Polis imdat telefon numaraları görsel materyaller hazırlanarak kurum içinde çocukların görebilecekleri yerlere asılmalı ve bu numaralar çocuklara öğretilmelidir. Önemli telefon numaraları telefonların üzerine yazılmalıdır.

Tüm eğitim kurumlarında karşılaşılan kaza, yaralanma ve ilk yardım gerektiren durumlarla ilgi bir kayıt sistemi oluşturularak en çok kazaya neden olan durumlar belirlenmeli, gerekli önlemler alınırken bu kayıtlar gözden geçirilmelidir.

Okulöncesi eğitim kurumları ebeveyn eğitimleri verilebilecek en önemli kurumlardır. Anne-babalarla sık dialogların sık yaşandığı, görüşmelerin yapıldığı bu yerlerde anne-baba eğitimlerinde bu konularda mutlaka yer verilmeli, daha ileri düzeyde eğitim alabilecekleri kurumlar konusunda ailelere rehber olunmalıdır.

Her aile çocuklarını yaralanma, kaza hastalık ve kazalardan nasıl koruyacağını öğrenmeli, evde acil durumlar için gerekli malzeme dolabı hazırlanmalı ve son kullanma tarihlerine dikkat edilerek ilaç ve malzemeler kullanılmalıdır.

Ev risk planı hazırlanarak, evde kazalara yol açacak temizlik malzemeleri, ilaçlar, cam eşyalar, kesici delici ve batıcı cisimler, sıcak yakıcı ve haşlanmaya yol açıcı sıvı ve katı maddeler, kibrit çakmak gibi tehlike yaratacak malzemeler ortadan kaldırılmalıdır. Masa, sehpa ve diğer mobilyaların örtüleri üzerine çocuk tarafından çekildiğinde tehlike yaratacak biblo gibi cam eşyalar konulmamalıdır. Çocuklar evdeki zehirli bitkilerden hayvanlardan uzak tutulmalıdır. Küçük çocukların hayvanlarla asla yalnız kalmaması sağlanmalıdır. Anne-babalar ziyarete gittikleri yerlerde de bu konularda dikkat etmeli, bu alanlar da çocuklar için güvenli hale getirilmelidir.

Ailelerin tüm bireylerinin sağlık bilgilerini içeren bilgiler hazırlanmalı, küçük kartlar halinde yanlarında taşınmaları sağlanmalıdır. Varsı hastalıkları, alerjileri, kullandıkları ilaçlar, acil durumlarda aranacak yakınlarının numaraları yazılmalıdır.

Okulöncesi eğitimcisi yetiştiren tüm okullarda eğitim ve öğretim programlarında bu konuya daha geniş yer verilmeli, çocuklarda ilk müdahaleyi çoğu zaman öğretmenler yapacağı için bu konunun önemi öğrencilere kavratılmalı, verilen eğitimler yazılı ve görsel materyallerle desteklenerek, ders sırasında maket üzerinde uygulamalar da yaptırılmalıdır.

Yazılı ve görsel medyaya da bu konuda önemli görevler düşmektedir. Halkı bilinçlendirme açısından medyadan da yararlanılabilir. Halkın sevdiği, saygı duyduğu bilim adamları, yöneticiler sanatçılar, politikacılar toplumu uyarıcı programlarda görev alabilirler. Geliştirilecek olan ulusal politikalarla yazılı basında yer alacak ilan ve örneklerle, görsel medyada hazırlanacak dikkat çekici programlarla toplumun büyük bir kesimine ulaşılabilir.

Çocuklarda ve yetişkinlerde vücuda girdiğinde zarar verecek olan tüm maddelerin üzerine bu maddeler alındığında vücutta oluşturacakları yan etkiler ve uygulanacak ilk yardım konusunda uyarıcı ve aydınlatıcı bilgiler

yazılabilir. Sağlık personeline ulaşınca kadar olan süreçte yapılan ilk yardımla kazazedenin göreceği zarar en aza indirilebilir.

Evde bahçede, oyun alanlarında, parklarda, çocukların oynayabileceği tüm yerlerde yetkililerce belirlenecek güvenlik standartlarıyla kazaları önleme gerekli önlemler alınabilir. Mimarlar, inşaat mühendisleri, şehir bölge planlamacıları ve çocuk gelişimcileri bu alanların inşaatında, yeniden düzenlenmesinde standartların uygulanması ve uyulması konusunda daha sıkı önlemler alabilirler.

Okulöncesi kurumların açılışlarında istenen özelliklerinin içerisine mutlaka bir ilk yardım köşesi bulunması zorunluluğu getirilebilir. Okulöncesi eğitim kurumlarının denetlenmesinde bu konulara da yer verilebilir.

Türk Silahlı Kuvvetlerinde yeni başlayan 'Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması' eğitim programlarıyla birlikte verilecek olan ilk yardım ve çocukları kazalara karşı koruma konuları ile ailelerin bilgi düzeyinin artacağı, sosyal ve psikolojik açıdan daha sağlıklı çocukların yetiştirilebileceği, ekonomik açıdan ise tedavi için harcanan paranın azalacağı düşünülmektedir. Bunun için okulöncesi eğitim kurumlarında görev yapan sağlık subayları, hem okulöncesi eğitim kurumlarında görev yapan personeli hem de ebeveynleri eğitebilir.

Askeri birliklerde genelde yılda bir kez düzenlenen "ilk yardım " konulu seminerler personelin bilgi düzeyini arttırmak amacıyla yılda üç ya da dört kez düzenlenerek personelin ilgisi bu konuya çekilebilir.

Türk Silahlı Kuvvetleri personelinin çocuklarına da verilen izcilik eğitimlerinin içerisinde ilk yardım eğitimlerine de yer verilerek daha sağlıklı bir nesil yetişmesi sağlanabilir. İzcilik kamplarında ve çevre gezilerinde karşılaşılabilecekleri kaza ve yaralanmalara karşı almaları gereken önlemler, yapmaları gereken ilk yardım uygulamaları öğretilir.

Askeri hastanelerde, asker ailelerini bilinçlendirmek için yapılacak eğitimlerden önce hazırladığımız bu anket formu kullanılarak bilgi düzeyleri saptanıp, eğitim programları gereksinimler doğrultusunda hazırlanabilir.

Askeri birliklerde riskin fazla olduğu ve ilk yardım gerektiren durumların sık olarak yaşandığı birimlerde, uçucu birliklerde, askeri malzeme üreten fabrikalarda personelin görebileceği yerlere konu ile ilgili poster ve afişler asılarak görsel uyarı sağlanabilir. Bu birimlerde en sık ilk yardım gerektiren durumlar kayıt altına alınarak, güvenli bir çevre oluşturmak için gerekli önlemler alınabilir.

Hastanelerin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları bölümünde çocukların rutin kontrolleri sırasında, çocukların yaş grupları ve gelişim düzeylerine göre karşılaşılabilecekleri kazalar, alınması gereken önlemler ve yapılması gereken ilk yardım konusunda sağlık personeli tarafından bilgi verilebilir.



KAYNAKLAR

1. Öz, İ. (1997). Çocuk ve Aile, Çocuk Olmak. Kök Yayıncılık, Ankara.
2. Ekşi, A. (1990). Çocuk, Genç, Ana Babalar. Bilgi Yayınevi, Ankara.
3. Erkan, N. (1995). İlk Yardım, Acil Can Desteği. Alfa Basım Yayım ve Dağıtım, İstanbul.
4. Yılmaz, A.Y. (2003). " İlk Yardım". Çoluğ Çocuk Dergisi, Kök Yayıncılık, Temmuz, S. 8-10.
5. Robinson, M., Beith, K., Pullan, L. (1998). Early Years and Care Education NVQ Level 2 Students Handbook. Heinemann Educational Publication, Oxford.
6. Rodoplu, Ü., Çelikli, S., Ersoy, G. (1998). İlk Yardım Temel Yaşam Desteği El Kitabı. Halk Yaşam yayınları, İstanbul.
7. Akyıldız, N. (2000). İlk Yardım. Turan Ofset, 2. Baskı, İstanbul.
8. Kıran, S., Şemin, S., Ergör, A. (2001). "Kazalar ve Toplum Sağlığı Yönünden Önemi", Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Şubat.
9. Bertan, M., Güler, Ç. (1995). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güneş Kitabevi, Ankara.
10. Reynolds, V.(1995). A Practical Guide to Child Development. Volume 2, The Family. Stanley Thornes Publishers Ltd. Avon
11. Dirican R., Bilgel, N. (1993). Kazalar ve Önemi . Halk Sağlığı, Uludağ Üniversitesi, 2. Baskı, Bursa.
12. Christoffel, T., Gallagher, S.S. (1999). Injury Prevention And Public Health: Practical Knowledge, Skills and Strategies, Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg MD.
13. Mark, H.B., Robert, B.(Editör).(1999). The Merck Manual of Medical Information. Injuries Section 23. The Merck &Co. Publication. New York.
14. Kimberley, S.F. (1999). "Minor Head Injury in The Pediatric Patient". Pediatrics Clinic of North America. December, Vol: 46, No: 6.
15. Gausche, M., Seidel, J.,S. (1999). "Out of Hospital Care of Pediatric Patient". Pediatric Clinics of North America. December, Vol: 46, No: 6.
16. Roberts, H. (1991). "Child Protection. Accident Prevention: A Community Approach". Health Visit. July : 64(7) S. 219-220.
17. Lam, L.T., Ross, F.I., Cass. D.T. (1990). " Children At Play: The Death And Injury Pattern in New South Wales',. Australia. June-July. Euporean Journal Emergency Medicine.

18. Galal, S. (2001). Injury Control and Safety Promotion. Vol: 8 No:3 S.169-171, 177-178.
19. Baykan, Z. (2001). "Özürlülük, Engellilik, Sakatlık Nedenleri ve Korunma". Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Eylül , Cilt: 9 Sayı: 9
20. Kurtoğlu,S. (1992). Zehirlenmeler Teşhis ve Tedavi. Erciyes Üniversitesi Matbaası Ofset Tesisleri, Kayseri.
21. Ergin C., Hoşgeçin K., Öncel, S. (1994). T.C. Sağlık Bakanlığı, 2. Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları, Ankara.
22. Komisyon (1999). Çağdaş Toplum Yaşam ve Özürlüler Ön Komisyon Raporları. Takav Matbaacılık, Ankara.
23. Rudolf, M.C.J., Levene, M.I. (1999). Pediatrics and Child Health. First Published, Blackwell Science Ltd, Oxford.
24. Kılıç, M. (1995). "Çocukluk Çağı Güvenlik Eğitimine Gelişimsel Yaklaşım". Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. Cilt:11 Sayı:3
25. Devlet İstatistik Enstitüsü. (1993). Ölüm İstatistikleri, T.C Başbakanlık, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara.
26. Devlet İstatistik Enstitüsü . (1995). İstatistiklerle Türkiye, T.C Başbakanlık , Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara
27. Tarrago, S.B. (2000). "Prevention of Chocking, Strangulation and Suffocation in Childhood". Wisconsin Medical Journal. December 99:(9) S.43-44
28. Algier, L. Vd.(1997). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Birlik Ofset Ltd. Şti. İstanbul.
29. Illing S., Sprangler S. (1994). Pediatri. Çeviren: Yıldız Çetiner. Yüce Yayınları, İstanbul.
30. Polat, O. (1992). "Ev Kazaları", Sendrom Dergisi, Haziran.
31. Willens, J.S., Copel, I.C. (1989). Performing CPR on Adults. Nursing 89. January, S.34-43.
32. Uğur, S., Pembeci, K. (1994)."Pediatrik Kardiyopulmoner Serebral Resüsitasyon". Sendrom Dergisi, Mart. S. 28-34.
33. Hataway, W. (1992). Pediatric Diagnosis and Treatment. Appleton and Lance, CA, USA.
34. Bilir, Ş., Adıyaman, P.B. (1999) . Her Yönüyle Çocuğunuz. Alkım Kitapevi, İstanbul.
35. Şelimen, D. (1998). Acil Bakım. Yüce Yayınları, Çevik Matbaası, İstanbul.

36. Somyürek, H.İ. (1998). Adım Adım İlk Yardım ve Kurtarma, Palme Yayıncılık, Ankara.
37. Gedik, Ü. H. (2000) . İlk Yardım ve Sağlık Bilgisi. Başsaray Basımevi, İzmir.
38. Dramalı, A. (2001). Temel İlk Yardım Uygulamaları. Saray Medikal Yayıncılık, İzmir.
39. Halperin, S.F., Bass, J.L., Mehta, K.A. (1983). ,”Knowledge of Accident Prevention Among Parents of Young Children in Nine Massachusetts Towns”. Public Health. November-December : 98(6). S.548-552
40. Arıkan, D., Bölükbaşı, N., Ayık, Y.Z. (1997).”0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Yanık Etiyolojisi ve Sonuçları”. Türk Hemşireler Dergisi, Cilt 47 Sayı: 5 Eylül Ekim, S.10-12.
41. Ulusoy, F., Görgülü, R.S. (1996). Hemşirelik Esasları, Cilt I, 2. Baskı,Ankara.
42. Kabakuş, N., Açıık,Y. (2000). “Annelerin Çocukların Ateşli Hastalıkları Konusundaki Düşünce ve Davranışları”. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. Ocak-Mart Cilt :43 Sayı :1 S.56-62.
43. Cin, Ş., Ulukol, B. (1999). Çocukta Ateş. Öncü Ltd. Şti, Ankara.
44. Jones M. (1989). Safety and Your Child .Child Accident Prevention Trust, Conran Octopus Ltd., London.
45. Akyıldız, N., Öğretir, A.D. (1999). “ Çevrede ve Ailede Güvenlik Önlemleri”. Gazi Üniversitesi Anaokulu/ Anasınıfı Öğretmenliği El Kitabı. Ya-Pa, İstanbul.
46. Feinberg, P. (1997). Keeping Your Toodler Safe. Carlton People Factsheet . Carlton Television, London.
47. Feinberg, P., Goodson, K. (1997). The Carlton Book of Baby Matters. Carlton Television, London.
48. Baykan, S., Ömeroğlu, E., Temel, F.Z. (1993). Anne Çocukluk Gelişimi Anne Eğitimi Programı Uygulama Klavuzu. Milli Eğitimi Bakanlığı, Çıraklık ve Yaygın Eğitim Genel Müdürlüğü, Ankara.
49. Colver, A. F., Hutchinson P. J., Judson E. C. (1982).” Promoting Children’s Home Safety”. British Medical Journal Clinical Research.
50. Peterson, L. (1997).”Teaching Home and Survival Skills to Latch-Key Children: A Comparison of Two Manuals and Methods”. Journal of Apply Behavior Analyzis. Sonbahar 17 (3). S.279-293
51. Güler, Ç., Bilir, N. (1994). Temel İlk Yardım A Düzeyi. Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi, No:14. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Aydoğdu Ofset, Ankara.

52. Güler, Ç., Akın, L., Yazıcıoğlu, B.(1993). Sağlık Eğitimi, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.
53. Temel Z.F., Ömeroğlu, E. (1996). Türkiye'de Okul Öncesi Eğitimin Yaygınlaştırılmasında Aile Eğitimine Dayalı Modeller.T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Okul Öncesi Eğitim Genel Müdürlüğü, Ankara.
54. Whalley, M. (1997). Working with Parents. Hodder and Stoughton, London.
55. Kocaoğlu, M.(1989). Türk Silahlı Kuvvetleri Personeli İçin Askeri Yasalar. Gaye Matbaası, Ankara.
56. Lyus, V. (1998). Management in the Early Years. Hodder and Stoughton First Published, London.
57. Hamzaoğlu , O., Özkan, Ö. (2002).” Incidence and Causes of Home Accidents At Ankara Çiğiltepe Apartments in Turkey”. Accident Analytic Prevention, January: 34 (1) S.123-128.
58. Balıbey, M. (2001).”Kırsal, Yarıkentsel ve Kentsel Yerleşim Yerlerinde Çocukluk Kazaları ve Kazalara Yol Açan Etmenler” Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
59. Çınar, N. D. (1999). “0-6 Yaş Çocuklarda annenin Ev Kazalarına Yönelik Güvenlik Önlemlerini Tanılama Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Çocuktaki Kazaları Önlemede Annelere Verilen Eğitimin Etkisi” Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
60. Bozkurt, A. (1999). “Gecekonuda Yaşayan Annelerin İlk Yardım Yeterlilikleri ve Öğrenme Gereksinimleri”. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
61. Nazik, B. (1997). “0-6 Yaş Grubunda Çocuğu Olan Annelere Verilen, Ev Kazalarında İlk Yardım Eğitimi Modellerinin Araştırılması”. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
62. Durmuş, S. (1993). “Kayseri İl Emniyet Müdürlüğü Kadrosunda Görevli Polislerin İlk Yardım Hakkında Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi”. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
63. Çiftçi, N. (1992). “Erlerin Sağlık Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları ile Beslenme Durumu ve bazı Sağlık Sorunlarının Saptanması”. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
64. Algier, L. (1987). “0-6 Yaş Grubunda Çocuğu Olan Annelerin Bu Yaş Grubunda En Sık Görülen Ev kazalarına İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları”. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

65. Agazio, J.G. (2002). " Health Promotion In Active –Duty Military Women With Children". Women Health; 35(1) S. 65-82.
66. Steelman J. (1999). "Childhood Fever Education in A Military Population: Is Education Enough?" Journal Missouri State Medical Association. December:40 (12) S.407-409.
67. Huang, M.C., Liu, C.C., Huang, C.C.(1998)." Effects on an Educational Program on Parents with Febril Convulsive Children". Pediatric Neurology. February: 18 (2) S.150-152.
68. Haycock-Stuart, E. (1998). "Reducing Child Accidents:Lessons from Down Under". Professional Care Mother Children 8 (6) S.161-163.
69. Carter Y.H., Jones, P. W. (1993). "Accidents Among Children Under Five Years Old : General Practise Based Study in North Staffordshire". British Journal General Practise April: 43 (369) S. 159-163.
70. Shoham-Yakubovich, I., Pliskin, J.S., Carr, D. (1991). "The Impact of Health Education Course on Maternal Knowledge: A Comparative Study in A Low Socioeconomic Rural Region". Health Education Quality Spring :18 (1) S. 145-150.
71. Langley, J., Silva, P.(1986). "Mother's Knowledge of First Aid - An Exploratory Study". Australian Pediatric Journal February;; 22 (1) S. 57-60.
72. Arseven, A. (2003). Alan Araştırma Yöntemi.Gündüz Eğitim ve Yayıncılık, 5. Baskı, Ankara.
73. Komisyon (1998). Paramedikler için Kardiyo Pulmoner Resusitasyon Video Eğitim Kaseti. Türkiye Acil Tıp Derneği, İzmir.
74. Bulut, A. (2001). 'Bir Eğitim Programı Düzenleyicisine Öneriler'. Tıp Eğitimi Dergisi, Temuuz, Sayı:4, Ss: 12-15.
75. GATA Komisyon (2003). Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Rehberi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA), Ankara.
76. Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V. (1998).Biyoistatistik. Hatiboğlu Yayınevi, 8. Baskı, Ankara.
77. Erdem, M. (1993). Eğitimde Program Değerlendirme. Pegem Yayın No.6, Birinci Baskı, Ankara.
78. Hu, X., Wesson, D., Parkin, P., Rootman, I. (1996). "Pediatric Injuries: Parental Knowledge, Attitudes and Needs". Canada Journal Public Health. March-April 87(2). S.101-105.
79. Lowe, J. (1985). Dünyada Yetişkin Eğitime Toplu Bakış. UNESCO Türkiye Milli Komisyonu, Ankara.

80. Saban, A. (2002). Öğrenme- Öğretme Süreci . Nobel Yayın Dağıtım. Ankara.
81. Koşar, E. vd .(2003). Öğretim Teknolojileri ve Materyal Geliştirme. Pegem A Yayınları, Ankara.
82. Seyirci, D. (1997). "Erlerin İlk Yardım Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Yeterliliklerinin Araştırılması".Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
83. Eisenburger,P., Safar, P. (1999): "Life Supporting First Aid Training of the Public- Review and Recommendations". June: 41 (1) S.3-18.
84. Schelinger, E.R. vd. (1997).“A Controlled Study of Health Education in Accident Prevention: The Rockland County Child Injury Project. 1966”. Injury Prevention. September, Cilt:3, Sayı: 3. S.218-223.
85. Temple, A.R.(1984). "Poison Prevention Education". Peadiatrics, November:74 S. 964-969.
86. Sewell, H.S., Gaines, K.S. (1993). "A Development Approach to Childhood Safety Education". Pediatric Nursing; Vol:19 No.5, September, October.
87. Greensher, J. (1984).“ Injury Prevention”. Peadiatrics. November: (2) S. 970-975.
88. Kelly, B. (1987). "Safety Education in a Peadiatric Primary Care Setting". Peadiatrics. May :79 (5) S.818-824
89. Guyer,B. (1989). "Prevention of Childhood Injuries:Evaluation of Statewide Childhood Injury Prevention Program (SCIPP)". American Journal of Public Health. November :79 (11) S.1521-1527.
90. Beyazova, U. (1996). "Çocukluk Çağında Ev Kazaları".Türk Hemşireler Dergisi. S.3-5
91. Kılıç, A. (1997). "Ankara İli Merkez İlçelerinde Bulunan Sağlık Ocaklarında Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Halka Dönük Sağlık Eğitimi Çalışmaları Hakkındaki Görüşleri".Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, AÜ. Eğitim Bilimleri Fakültesi.
92. Wenzel, V. (1997). "Poor Correlation of Mouth to Mouth Ventilation Skills After Basic Life Support Training and 6 Mounths Later". Resusitation. Sayı 35 S.129-134.
93. Ersoy G. ve diğerleri. (2003). "Paramedik Öğrencilerin CPR (Kardiyo Pulmoner Resusitasyon) Bilgi Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Acil Tıp Dergisi. Cilt 3, Sayı 1, Mart.
94. Kılıç,M. (1993). "Çocukluk Kazalarına Epidemiyolojik Yaklaşım". Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. Sayı 9, S.55-64.

95. Azizi B.H., Zulkifli, H.I., Kassim, M.S. (1994). "Circumstances Surrounding Accidental Poisoning in Children. Medical Journal of Malaysia. June (49). Ss. 132-137.
96. Ghost, A., Bharat, R.(2000). "Domestic Burns Prevention and First Aid Awareness in and around Jamshedpur, India:Strategies and Impact" Burns. November, 26(7) S.605-608.
97. Ercan,N. (1976). "Etimesgut ve Çubuk Ebeleri ile Etimesgut İlkokul Öğretmenlerinin İlkyardıma İlişkin Bilgileri", Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.
98. Bekele, E. (1987). "İlkokul Çocuklarında Görülen Kazalara Sosyoekonomik Kültürel Faktörlerin Etkisi". Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.



EK-1

3-6 YAŞ GRUBUNDA ÇOCUĞU BULUNAN AİLELERİN İLK YARDIM KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİ SAPTAMAYA YÖNELİK ANKET FORMU

Sayın Katılımcı;

Hazırlanan bu anket formu, 3-6 yaş dönemindeki çocuklarda karşılaşılabilecek ilk yardım gerektiren durumlar ve yapılacak ilk yardım konusunda ailelerin bilgi ve düzeylerini saptamak amacıyla hazırlanmıştır.

Yapılan çalışma sonucunda ailelerin bilgi düzeyleri belirlenerek çocuklarda ilk yardım gerektiren durumlar ve yapılabilecek ilk yardım konusunda eğitim programları ve eğitim materyalleri hazırlanacaktır.

Aşağıda verilen sorularda size en uygun seçeneği lütfen işaretleyiniz.

Teşekkür ederiz.

*Adınız Soyadınız :

*Adresiniz :

*Size ulaşabileceğimiz Telefon Numarası :

*Yaşınız :

*Cinsiyetiniz :

*Eğitim durumunuza uygun seçeneği işaretleyerek, mesleğinizi belirtiniz.

- a. Okuryazar
- b. İlkokul
- c. Ortaokul
- d. Lise
- e. Yüksek öğrenim

* Mesleğiniz

* Çocuklarınızın sayısını belirtiniz

* Çocuklarınızın yaşını belirtiniz.

* İlk yardım konusunda daha önce herhangi bir eğitim aldınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

1. Sizce ilk yardım hangi durumlarda uygulanır, lütfen yazınız.
2. Sizce ilk yardımın amaçları nelerdir?
3. Sizce ilk yardım eğitimi almamış bir kişi hastaya müdahale etmeli midir?
 - a. Evet (Neden?.....)
 - b. Hayır (Neden?.....)
4. Acil Ambulans Servisinin telefon numarasını yazınız.
5. Çocuklarda bir dakikadaki normal solunum sayısı kaç olmalıdır.
6. Çocuklarda bir dakikadaki normal nabız sayısı kaç olmalıdır.
7. Bir kişinin solunumunun olup-olmadığını anlamak için neler yapılmalıdır.
8. Yerde hareketsiz ve tepkisiz yatan bir çocuk görüldüğünde ne yapılmalıdır?
9. Yüksek bir yerden düşmüş ve başını çarparak bilincini kaybetmiş bir çocuğa nasıl bir ilk yardım uygulanmalıdır?

10. Suni solunum hangi durumlarda uygulanır? Lütfen yazınız.
11. Kalp Masajı hangi durumlarda yapılır? Lütfen yazınız.
12. Çocuklarda ve yetişkinlerde omurga kırıklarında yapılması gereken en önemli ilkyardım girişimi ne olmalıdır.
13. Çocuklarda en sık görülen yanık nedenleri nelerdir?
14. Sıcak su ile eli yanmış olan bir çocuğa ilk yardım olarak neler yapılmalıdır?
15. Şofben gazı ile zehirlenmiş olan bir kişide ilk olarak ne yapılmalıdır?
16. Vücuda yabancı bir cisim saptırması halinde ilkyardım olarak neler yapılmalıdır?
17. Çamaşır suyu gibi temizlik maddeleri içerek zehirlenmiş bir çocuğa nasıl bir ilkyardım yapılmalıdır?
18. Elektrik çarpması durumunda yapılması gereken ilk girişim ne olmalıdır?
19. Elektrik çarpmalarına karşı sizce hangi önlemler alınmalıdır?
20. Çocuklarda koltuk altından ölçülen vücut ısısı kaç derece olmalıdır?

21. Vücut ısısı yüksek olan bir çocukta vücut ısısını (ateşi) düşürmek için hangi uygulamalar yapılmalıdır?
22. Çocuğun ateşli olduğu durumlarda ateş düşürücü olarak ASPIRİN kullanılabilir mi?
- a. Evet (Neden)
- b. Hayır (Neden)
23. Çocuklarda burun kanaması durumunda neler yapılmalıdır?
24. Çocuklarda sık olarak karşılaşılan kaza ve yaralanmaları önlemek için evde ve bahçede hangi önlemler alınmalıdır?

EK-2 ANKET SORULARINI PUANLANDIRMA ÇİZELGESİ

SORU NO	5 PUAN	2 PUAN	0 PUAN	-2 PUAN	-5 PUAN
1. ÇOCUKLARDA İLK YARDIM UYGULANACAK DURUMLAR					
	1-Yabancı cisim ile boğulma 2-Düşme ve kırılma, çıkık 3-Yanma ve haşlanma 4-Zehirlenmeler -Soğuk-sıcağa maruz kalma 5-Elektrik çarpması 6-Ateş 7-Burun kanaması	7 nedenden az ve -Kalp durması -Trafik kazası -Kafa, omurga, göğüs yaralanmaları -Burkulma -Kanamalar -Göze, kulağa, burna yabancı cisim kaçması -Böcek sokmaları, ısırılmaları	Bilmiyor	-Acil durumlar - Afet - Kaza -Hastalık	-İlk yardım gerektiren durumlar - İhtiyaç olduğunda Hastaneye gidinceye kadar
2. İLK YARDIMIN AMAÇLARI					
	1- Hayat kurtarmak 2- Sağlık durumunun kötüleşmesini önlemek 3- Sakatlıkları engellemek	Amaçlardan 3'ten azı	Bilmiyor	-Yardımcı olmak -Doktora götürmek	Hastaya ilaç vererek gerekli tedavi yapmak
3. İLK YARDIM EĞİTİMİ ALMAMIŞ KİŞİ HASTAYA MÜDAHALE ETMELİ MİDİR?					
	Hayır, etmemelidir.				Evet, etmelidir

4. ACİL AMBULANS SERVİSİNİN TELEFONU					
	112	-Kendi birliğinin telefon numarası	Bilmiyor	-	-Başka bir telefon numarası
5. ÇOCUKLARDA 1 DAKİKADAKİ NORMAL SOLUNUM SAYISI					
	20-30	20-30 arasındaki çift sayı	Bilmiyor	20-30 arasındaki tek sayı	20-30 dışında yanıtlar
6. ÇOCUKLARDA 1 DAKİKADAKİ NORMAL NABİZ SAYISI					
	80-100	80-100 arasındaki çift sayı	Bilmiyor	80-100 arasındaki tek sayı	80'den az 100'den fazla
7. SOLUNUM OLUP OLMADIĞININ ANLAŞILMASI					
	Bak, dinle, hisset	Maddelerden 3'ten azı	Bilmiyor	- İplik tutma - Ayna tutuma	-Tokat atma Kolonya Amonyak alkol koklatma
8. YERDE HAREKETSİZ YATAN BİR ÇOCUK GÖRÜLDÜĞÜNDE YAPILMASI GEREKEN					
	1-Bilinç kontrolü yapılmalı, yaralanma ve kırığın nerede olduğu belirlenmeli 2-Çevrilebiliyor ise başı ve boynu desteklenerek sırtüstü çevrilmeli.	-Nabız ve nefes kontrolü yapılır -Doktora haber verilir.	Bilmiyor	Ağız içi kontrolü yapılmalı	-Desteksiz olarak sırtüstü / yüzüstü yatırma, -Başının altına yastık koyma -Tokat atma - Soğan koklatma - Kolonya dökme

9. YÜKSEK YERDEN DÜŞEREK BİLİNCİNİ KAYBETMİŞ OLAN ÇOCUKTAKİ İLK YARDIM					
	1- Kesinlikle kıpırdatılmamalıdır. 2- Ambulans çağırılmalıdır 3- Baş ve boyunda zedelenme yok ise bu kısımlar desteklenerek sırtüstü çevrilmeli	Nabız, solunum kontrolü Kanama kontrolü Uyutulmamalı	Bilmiyor	Ağız içi kontrol edilmeli Solunum yolu açık tutulmalı	Sırtüstü yatırılmalı Oturma pozisyonunda hasta taşınmalı
10. SUNİ SOLUNUMUN UYGULANDIĞI DURUMLAR					
	Solunum durması durumunda		Bilmiyor		"Solunum durması" dışında verilen cevaplar
11. KALP MASAJININ UYGULANACAĞI DURUMLAR					
Kalp durması			Bilmiyor		"Kalp durması" dışında diye yanıt verenler
12. OMURGA KIRIKLARINDA YAPILMASI GEREKEN İLK YARDIM					
	1- Kişi yerinden oynatılmamalıdır. 2- Taşınması gerekiyorsa sert zeminde taşınmalıdır.	- Ambulans çağırılmalıdır	Bilmiyor	- Solunum yolu açık tutulur -Ağız içi kontrolü	- Başına destek konur - Ayakları yukarı kaldırılır -Sert cisimle desteklenerek yan çevrilir.

e					
13. ÇOCUKLARDA GÖRÜLEN EN SIK YANIK NEDENİ					
	1- Ateş, 2- Sıcak yemek, 3- Sigara, 4- Elektrik, 5- Güneş, 6- Sıcak su ya da yağ, 7- Kimyasal madde, 8- Sıcak metal.	8 maddeden azı	Bilmiyor	Dikkatsizlik Evdeki kazalar	Çocukların meraklı olmaları
14. SICAK SU İLE YANIKTA YAPILMASI GEREKEN					
	1- Temiz suya tutulmalı, 2- Ağrı geçtikten sonra da 10 dakika süreyle suya tutulmalı, 3- Temiz ıslak bez veya streçle örtülmeli, 4- Kabarcıklar patlatılmamalı, 5- Hava üflenmemeli, 6- Elle dokunulmamalı.	6 maddeden azı	Bilmiyor	Yanık merhemi sürme	Yoğurt, yağ, diş macunu yağlı krem, sabun sürme, Buz koyma

15. ŞOFBEN GAZI İLE ZEHİRLENEN KİŞİDE YAPILMASI GEREKEN					
	<p>1- Gaz vanası kapatılır, ev havalandırılır,</p> <p>2- Soluk alıp, almadığı kontrol edilir,</p> <p>3- Nabzına bakılır,</p> <p>4- TYD eğitimi var ise suni solunum yaptırılır,</p> <p>5- Olanak var ise oksijen verilir.</p>	5 maddeden azı	Bilmiyor	Yakınlarına haber verilmelidir	<p>Gaz kokup kokmadığına bakılmalıdır</p> <p>Soğan koklatılmalı</p> <p>Tokat atılmalıdır</p>
16. YABANCI CİSİM SAPLANMASI HALİNDE YAPILMASI GEREKENLER					
	<p>1- Kesinlikle çekilip çıkartılmaz,</p> <p>2- Sabitlenir,</p> <p>3- Sadece ağız içindeki çıkarılır,</p> <p>4- Sapı uzunsa kesilir.</p>	- Hastaneye götürülür veya 4 maddeden azı	Bilmiyor	<p>Turnike yapılmalı,</p> <p>- Tampon yapılmalı.</p>	<p>-Çekip çıkartılır</p>
17. ÇAMAŞIR SUYU İÇEN ÇOCUKTA YAPILMASI GEREKENLER					
	<p>1- Kesinlikle kusturulmaz,</p> <p>2- Sağlık kuruluşuna müracaat edilir,</p> <p>3- Süt veya su verilir,</p> <p>4- Ambulans çağrılır,</p> <p>5- Zehirlenme merkezi aranır.</p>	5 maddeden azı	Bilmiyor	- Ağız çalkalanır	<p>- Temiz havaya çıkarılır</p> <p>Kusması sağlanır,</p> <p>Çiğ yumurta içirilir,</p> <p>Zeytinyağı içirilir.</p>

18. ELEKTRİK ÇARPMASINDA UYGULANACAK İLK YARDIM					
	1- Elektriğin kesilmesi için sigortalar kapatılır 2-Kazazede için ambulans çağrılır	- Ellenmez diyenler ve 2 maddeden az yanıt verenler	Bilmiyor	-Nabız ve solunum kontrolü yapılır Şok pozisyonu verilir	- Hastaya dokunularak durumu kontrol edilir.
19. ELEKTRİK ÇARPMALARINA KARŞI ALINACAK ÖNLEMLER					
	1- Evde topraklı priz kullanılmalı, 2- Prizlere emniyet kapağı takılmalı, 3- Elektrikli ev aletleri talimata uygun kullanılmalı, 4- Elektrikle uğraşırken lastik tabanlı ayakkabı giyme, - Sigortayı kapatmadan herhangi bir iş yapmamalı	5 maddeden daha az.	Bilmiyor		Bir şey yapılmalı
20. ÇOCUKLARDA KOLTUK ALTINDAN ÖLÇÜLEN SICAKLIK					
	37 derece	36.5-37 derece arası	Bilmiyor	40 derece	35 -36 derece
21. ATEŞİ DÜŞÜRMEK İÇİN YAPILAN UYGULAMALAR					
	1.Oda ısısı 21 -22 derece olmalı, 2- Hafif giydirilmeli, 3- Kalın örtülmemeli, 4- Bol sıvı ve sulu gıda verilmemeli, 5- Fiziksel aktivite olmamalı, 6- 41 dereceden yüksek ise ılık su ile pansuman yapılmalı, 7- Ilık su ile yıkanıp kurulanmamalı.	7 maddeden daha az.	Bilmiyor	Ateş düşürücü verme	Aspirin verme, Soğuk su ile yıkama, Islak çarşafa sarma, Alkol, kolonya sürme,

22. ÇOCUĞA ATEŞLİ OLDUĞU DÖNEMDE ASİRİN VERMELİ Mİ?					
	- Hayır verilmez.		Bilmiyorum		Evet verilir.
23. ÇOCUKLARDA BURUN KANAMASI DURUMUNDA YAPILMASI GEREKEN					
	1- Dik oturtulur,2- Burun kanatlarına bastırılır, 3- Bölgesel soğutma yapılır,4- Enseye, başa buz torbası konur.	4 maddeden daha az	Bilmiyor	Baş havaya kaldırılır, Baş dik tutulur.	Buruna tampon konur, Sırtüstü yatırılır, Soğuk suyla yıkanır
24 . ÇOCUKLARDA SIK OLARAK KARŞILAŞILAN KAZALARI ÖNLEMEK İÇİN EVDE VE BAHÇEDE ALINACAK ÖNLEMLER					
	1. Çocuklar evde yalnız bırakılmamalı 2. Çocuklara tehlikeli oyuncaklar alınmamalı 3. Tüm ilaçlar kilit altında tutulmalı 4. Temizlik maddeleri çocukların ulaşamayacağı yerlere konulmalı 5. Madeni düğme, para, jeton, mısır, iğne ortada bırakılmamalı 6. Evde zehirli bitki bulundurulmamalı 7 .Çocuklar hayvanlarla yalnız bırakılmamalı	7 maddeden azı	Bilmiyor	-	-