



ÇOCUKLARIN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİNİN SAĞLIĞI GELİŞTİRME DAVRANIŞLARINA ETKİSİ



Yrd. Doç. Dr. Hatice Yalçın*

ÖZ

Bu çalışmada 10-12 yaşındaki çocukların sosyodemografik özelliklerinin, sağlığı geliştirme davranışları üzerine etkisi incelendi (N=347). Araştırmada Ardell'in Sağlığı Geliştirme Modeli temel alındı ve çalışma, Kanada'da yaşayan D.B. Ardell ile işbirliği içinde yapıldı. Sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki Oneway ANOVA-F testi ve chisquare ile analiz edildi. Değişkenler arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığı ise Post Hock Hockberg's-GT2 testi ile belirlendi. Düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların, kendi sağlıklarından kendilerinin sorumlu olduklarının bilincinde oldukları saptandı. Giyinme, yemek yeme gibi kendilerini yapan çocuklar düşük sosyoekonomik düzeyde daha fazlaydı. Düzenli yemek yiyenlerin oranı yüksek sosyoekonomik düzeyde fazlaydı. Kardeş sayısı fazla olanlar, sorunları evdekilerle daha fazla paylaşmaktaydı. Annenin yaşı ilerledikçe çocukların sorunlarını paylaşma oranı azalıyordu.

Anahtar kelimeler: Çocuk, sosyodemografik özellikler, sağlığı geliştirme, Ardell, sağlık.

EFFECT OF DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF CHILDREN'S ATTITUDES IN HEALTH PROMOTION

ABSTRACT

This study were been examined 10-12 year-olds in socio-demographic characteristics, and impact on health promotion behaviors were examined (N=347). The research Ardell Health Promotion Model was based on and working, DB Ardell was done in collaboration with. To improve the relationship between health behaviors and socio-demographic characteristics were analyzed by oneway ANOVA-F test and the chi-squared. Due to the difference between the variables which group was determined by the Post Hock Hockberg's-GT2 test. Children with low socio-economic level, they are aware that they are responsible for their own health, respectively. Dressing, eating, low socio-economic level was higher in children who like their jobs. Was higher socio-economic level of a high percentage of regular diners. Number of siblings than those who shared a more problems back home. Mother's age progresses, the problems of children sharing ratio was reduced.

Key words: Child, sociodemographic characteristics, health promotion, Ardell, health.

* Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO Çocuk Gelişimi, ht_yalcin@hotmail.com



1.GİRİŞ

Çocuklar, fizyolojik, sosyal ve psikolojik özelliklerinden dolayı sağlığı değiştirebilecek olumsuzluklardan ilk etkilenen; aynı zamanda ortaya çıkan sağlık sorunları için özel önlemlere gereksinim duyan gruptur. Bu nedenle dünyada toplumun çekirdeği konumundaki çocukların sağlık düzeylerini geliştirmek, sağlıklı toplum yapısına sahip olmak için çocuk sağlığına önem verilmektedir.

Ülke nüfusumuzun % 9'u 5 yaşın, % 27'si ise 15 yaşın altındadır (HUNEE, 2008; TNSA, 2008). Bu yüksek oranın ülke kalkınmışlık düzeyinin ve sağlığının yükseltilmesinde önemi büyüktür. Aile, çevre ve okulun oluşturduğu ortam denge içerisinde olursa, çocukta kalıcı sağlık alışkanlıkları ve bilgileri yerleşecektir, dolayısıyla da toplumun çekirdeğini oluşturan çocukların sağlıklı olması, beraberinde toplumun da sağlıklı ve dengeli olmasını getirecektir (Yalçın, 2002).

Olumlu sağlık davranışı bireyin kendi sağlığını ve başkalarının sağlığını etkin şekilde korumak için bilinçli çabalardan oluşur. Davranışı kazanma ile davranışı uygulamaya dönüştürme arasında önemli bir ayrım bulunmaktadır. Model alınan davranış kazanılmış, ancak davranışa dönüşmemiş ve pekiştirilmemiş olabilir (Ardell 1990, Gözüm, Bağ 1998:35)

Olumlu sağlık davranışları geliştirmek ve sağlıklı yaşam biçimi kazandırmaya yönelik olarak, Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme-Ulusal İlk Rapor'da, Madde 27, paragraf 1-3'te "Yaşam Standartları" adı altında şu bilgilere yer verilmektedir: "*Çocukların zihinsel, bedensel ve sosyal gelişimine olanak sağlayacak yeterli yaşam standardını sunabilmek için olumlu sağlık alışkanlıkları yerleştirme çabaları ile birlikte, bilgilendirici programlar düzenlenmelidir.*" Medeni Kanun'un 264. maddesine göre, anne baba ellerindeki olanaklara göre çocuğu en iyi şekilde yetiştirmekle, en uygun eğitimi sağlamakla görevlendirilmiştir. Aynı kaynakta 265. madde, anne babanın çocuklarının yetenek ve isteklerini mümkün olduğunca dikkate alarak eğitimlerini yönlendireceklerini ve en iyi alışkanlıkları kazandıracaklarını belirtmektedir. (Avrupa'da Sosyal Pediatri Derneği Okul Sağlığı Kongresi Sonuç Bildirgesi, 2009; Fontanarosa, 1998:1866)

Olumlu sağlık davranışı, bireylerin kendi sağlığını ve başkalarının sağlığını etkin şekilde korumak için bilinçli çabalardan oluşur. Davranışı kazanma ile davranışı uygulamaya dönüştürme arasında önemli bir ayrım bulunmaktadır (McCartney, 1999:156). Model alınan ya da öğretilen davranış kazanılmış, ancak davranışa dönüşmemiş ve pekiştirilmemiş olabilir. Bir sağlık eğitimcisi olarak hemşirenin bu aşamadaki rolü, olumlu davranış değişikliği için iyi bir motivasyona sahip olan bireyleri, bilişsel öğrenme sistemleri ve sosyal destek sistemleri ile desteklemek olabilir (Ardell, 1993:319; Gözüm, Bağ, 1998:37).

Çocuklara doğru davranış kazandırabilme yetişkinlerin davranışını değiştirmekten daha kolaydır. Bir çok araştırmada, sağlıkla ilgili olumsuz tutum ve davranışların sağlık ve yaşam kalitesini düşürdüğü, buna bağlı olarak sakatlık ve yetmezliklerin geliştiği ortaya konmuştur. Araştırmalara göre dengeli beslenme, düzenli fiziksel faaliyet, dinlenme, meditasyon gibi davranışlar yalnızca kişisel düzeyde değerlendirilen davranışlar olmayıp, bireysel sağlık duygusunu artırmakta ve hastalıklara karşı bir tampon oluşturmaktadır (Bahar, 1999:475; Klein 2000:442; Sayan ve ark., 1999:158). Çocuklara kazandırılacak sağlığı geliştirme davranışları dengeli yemek, çalışmak, eğlenmek, dinlenmek, uyumak, uygun beslenmek, dengeli ruhsal yaşam, sağlığa zarar verecek alışkanlıklardan ve davranışlardan kaçınmak, sağlık hizmetlerinden yararlanmak gibi başlıklar altında toplanabilir. Böylece sağlık



konularında eğitilmiş çocuk, yetişkin bir kişi olduğunda kendi ailesinin daha sağlıklı olabilmesi için ne yapması gerektiğini bilecek ve sağlığı bozulduğunda nasıl davranacağını kavramış olacaktır (Bahar 1999:476; Crawford, 2000:259, Öncel, 1999 ,).

Dorothea Orem (1980), Lucille Kinlein (1977) ve Nola Pender özbakım ve sağlığı geliştirme üzerine çalışmalar yapmışlardır (Kemp, Sibert, 2005:643). D.J. Ardell bu yaklaşımları temel alarak yeni bir sağlığı geliştirme modeli uygulamıştır. Bu model yetişkinler için düzenlenmiş ama çocuklara uygulanabilecek şekilde adapte edilmiştir (Clarice, 2000:3; Servonsky, Opas 1997:116). Araştırmamızda temel olarak aldığımız bu modelde, özsorumluluk, beslenme bilinci, fiziki aktiviteler, stres durumunu tanıma ve stres yönetimi, güvenlik ve çevre duyarlılığı olmak üzere beş unsur vardır. Ardell'in sağlığı geliştirme modelinde, çocuğun özsorumluluk duygusu oluştuğunda, diğer unsurları da (beslenme bilinci, fiziki aktivitelerde dikkat, güvenliğini sağlamaya ve çevre bilinci oluşturmaya özen gösterme ve stres yapan durumları algılama, gerektiğinde bu durumla baş edebilme) beraberinde getirecektir (Ardell, 1989:39; Ardell, 1997:8; Servonsky, Opas 1997:117; Yalçın, 2002).

Özbakım becerilerinin kazanılması ve sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar sosyodemografik özelliklerden etkilenmektedir. Sağlığı geliştirme ve özbakım becerilerinin kazanılmasına yönelik araştırmalar ülkemizde yeterince yapılmamaktadır. Bu araştırma, İlköğretim öğrencilerinde sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlara, demografik özelliklerin ne derecede etkilediği konusunda veri tabanı oluşturmak amacı ile planlanmıştır.

1.1.Amaç

Bu çalışmada 10-12 yaşındaki çocukların sosyodemografik özelliklerinin, sağlığı geliştirme davranışları üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2.Problem Cümlesi

10-12 yaşındaki çocukların sosyodemografik özellikleri, sağlığı geliştirme davranışlarını etkilemekte midir?

2.YÖNTEM

Bu çalışmada, var olan durumu ortaya koymak amacıyla betimsel yöntem kullanılmıştır.

2.1.Çalışma Grubu

10-12 yaşındaki çocukların sosyodemografik özelliklerinin, sağlığı geliştirme davranışları üzerine etkisini araştırmak amacı ile tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmanın evrenini Karaman ili merkezinde bulunan ilköğretim okullarındaki 10-12 yaşları arasında olan 2.747 öğrenci oluşturmuştur. İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından verilen listedeki, üç sosyoekonomik seviyeye göre belirlenmiş bölgede bulunan ilköğretim okullarındaki 10-12 yaş öğrenci sayısı şöyledir:

Düşük sosyoekonomik düzeyi temsil eden 12 ilköğretim okulunda toplam 963,
Orta sosyoekonomik düzeyi temsil eden 15 ilköğretim okulunda toplam 1457,
Yüksek sosyoekonomik düzeyi temsil eden 5 ilköğretim okulunda toplam 327

Örnekleme belirlemek üzere "tabakalı rastgele örnekleme yöntemi" kullanılarak $N_i/N=a_i$ formülüne göre bir yol izlenmiştir. Formülde:



N_i : Her sosyoekonomik düzeydeki öğrenci sayısı

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

a_i : Her sosyoekonomik düzeydeki öğrenci sayısının ağırlığıdır.

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

Düşük sosyoekonomik düzey için $963/2747=0.350$

Orta sosyoekonomik düzey için $1457/2747=0.530$

Yüksek sosyoekonomik düzey için $327/2747=0.119$

Daha sonra, bulunan bu tabaka ağırlıkları örneklem alınacak öğrenci sayısı ile çarpılarak her düzeydeki okuldan kaç öğrenci alınması gerektiği hesaplanmıştır. Örnekleme alınacak birey sayısı formülüne göre hesaplama yapılmış, örneklem büyüklüğü görülme/görülme sıklığı %50 alınmış ve 337 bulunmuştur (Sencer ve Sencer, 1998).

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

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

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

Toplam: 337

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

Düşük sosyoekonomik düzeyi temsil eden okullardan 10-12 yaş grubundan **131** öğrenci; orta sosyoekonomik düzeyi temsil eden okullardan **175** öğrenci ve yüksek sosyoekonomik düzeyi temsil eden okullardan ise **41** öğrenci örneklem grubuna alınmıştır. Bu durumda sosyoekonomik durumu farklı okullardan seçilen toplam **347** öğrenci araştırma örneklemini oluşturmuştur.

Çocukların özsorumluluk, beslenme bilinci, fiziki aktivitelere yönelik davranışları, stres yönetimine ilişkin davranışları ile güvenlik ve çevre duyarlılığıyla ilgili tutumları, sağlığı geliştirmeye yönelik davranışları bağımlı değişkeni; annelerin yaşları, eğitim düzeyleri, meslekleri, babaların yaşları, eğitim düzeyleri, meslekleri, ailede birlikte yaşanan kişiler, kardeş sayısı, evin durumu (ısınma, elektrik, su, oda sayısı vb) sağlık güvenceleri de bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

2.2. Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik özellikleri belirleyen Bölüm I ve sağlığı geliştirmeye ilişkin davranışları değerlendiren Bölüm II aynı tarihte çocuklara uygulanmıştır. sağlığı geliştirmeye ilişkin davranışları değerlendiren Bölüm II, D.B. Ardell tarafından 1995'de oluşturulan "Sağlığı Geliştirme Modeli" temel alınarak düzenlenmiştir. World Wellness Center'da Program Geliştirme Koordinatörü D.B. Ardell ile e-posta yoluyla iletişim kurulmuş; konu ile ilgili literatür bilgileriyle birlikte anket soruları hakkındaki önerileri alınmıştır. Ayrıca, Ardell'in yönlendirdiği Anne Helmke (National Wellness Institute), Sandy Queen (Founder and



Director of Life Works–Colombia), Steven Point (National Wellness Institute) ve sağlığı geliştirme konusunda yeni araştırmalar yapan John Travis ile de e-posta yoluyla iletişim kurulmuş, bu uzmanların da konu ile ilgili önerileri alınmıştır.

2.3.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizinde sayı ve yüzdelik hesaplamaları yanında, değişkenler arası ilişkileri değerlendirmek için chi-square testi kullanılmış; gruplar arası farkların analizinde de p önemlilik testi kullanılmıştır. Sosyodemografik özellikler ile çocukların sağlıklarını geliştirmeye yönelik davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (Oneway ANOVA-F testi) kullanılmış, farkın nereden kaynaklandığını belirlemek amacıyla Post Hock Hockberg's GT2 testi yapılmıştır.

3.BULGULAR ve TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri bakımından dağılımları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Çalışma Grubunun Yaş ve Cinsine Göre Dağılımları

Çocukların Yaşı	Erkek		Kız		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
10 yaş	11	6	9	5	20	5,7
11 yaş	97	55	101	60	198	57,0
12 yaş	69	39	60	35	129	37,0
Toplam	177	51,1	170	48,9	347	100,0

Tablo 1'de görüldüğü gibi, çalışma grubunun cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde % 51,1'nin erkek, % 48,9'unun kız olduğu görülmektedir. Yaşa göre dağılımları incelendiğinde ise % 5,7'nin 10 yaş grubunu, % 57'nin 11 yaş grubunu, % 37'nin 12 yaş grubunu oluşturduğu görülmektedir. Tablo 2'de çalışma grubundaki çocukların anne ve babalarının yaşa göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 2. Çalışma Grubundaki Çocukların Anne ve Babalarının Yaş Özellikleri

Annelerin Yaş Grupları	Düşük Sosyoekonomik Düzeyde		Orta Sosyoekonomik Düzeyde		Yüksek Sosyoekonomik Düzeyde	
	n	%	n	%	n	%
25-29 yaş	2	1,5	4	2,3	0	0
30-34 yaş	42	31,3	58	33,1	23	23
35-39 yaş	57	42,7	56	32,0	9	22,0
40-44 yaş	29	22,1	51	29,1	23	19,5
45 ve üstü	1	0,8	6	3,4	1	2,4
Toplam	131	100,0	175	100,0	41	100,0
Babaların Yaş Grupları	n	%	n	%	n	%
25-29 yaş	0	0	0	0	0	0
30-34 yaş	36	27,4	31	17,7	6	14,6
35-39 yaş	48	36,6	56	32,1	9	21,9
40-44 yaş	24	18,3	61	34,8	14	34,1
45 ve üstü	23	17,5	27	15,4	12	29,2
Toplam	131	100,0	175	100,0	41	100,0



Çalışma grubundaki çocukların annelerinin yaşı incelendiğinde, düşük sosyoekonomik seviyedeki annelerin % 42,7'sini 35-39 yaş grubu; orta sosyoekonomik seviyedeki annelerin % 33,1'ini 30-34 yaş grubu ve yüksek sosyoekonomik seviyedeki annelerin ise %23'ünü 30-34 yaş grubu anneler oluşturmaktadır (Tablo 2).

Çalışma grubundaki çocukların baba yaşı incelendiğinde, düşük sosyoekonomik seviyedeki babaların % 36,6'nı 35-39 yaş grubu, orta sosyoekonomik seviyedeki babaların %34,8'ni 40-44 yaş ve yüksek sosyoekonomik seviyedeki babaların % 34,1'ni 40-44 yaş grubu babalar oluşturmaktadır (Tablo 2).

Annelerin yaş ortalamasının $32,27 \pm 4,46$ olduğu, babaların yaş ortalamasının ise $37,78 \pm 4,46$ olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3'de çalışma grubundaki çocukların anne ve babalarının mesleklerine göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 3. Çalışma Grubundaki Çocukların Anne ve Babaların Mesleklerine Göre Dağılımları

Annelerin Meslekleri	Düşük Sosyoekonomik Düzey (n=131)		Orta Sosyoekonomik Düzey (n=175)		Yüksek Sosyoekonomik Düzey (n=41)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ev hanımı	106	80,9	152	86,9	35	85,7	293	84,4
Memur	11	8,5	11	6,3	2	4,8	24	6,9
Serbest meslek	2	1,5	3	1,7	1	2,4	6	0,17
İşçi	6	4,6	5	2,9	3	7,1	14	4,03
Diğer	6	3,8	4	2,3	0	0	10	2,8
Babaların Meslekleri	n	%	n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor	9	6,8	1	0,5	0	0	10	2,8
Memur	17	12,9	31	17,7	14	34,1	62	17,8
Serbest meslek	30	22,9	65	37,1	10	24,4	105	30,2
İşçi	46	35,1	34	19,4	6	14,6	86	24,7
Esnaf	17	12,9	10	5,7	9	22	36	10,3
Diğer	12	9,1	34	19,4	2	4,8	48	13,8

Çocukların annelerinin meslek durumları incelendiğinde, düşük sosyoekonomik seviyedeki annelerin % 80,9'nun, orta sosyoekonomik seviyedeki annelerin % 86,9'unun ve yüksek sosyoekonomik seviyedeki anneler arasında % 85,7'nin çalışmadığı belirlenmiştir.

Çalışma grubundaki çocukların babalarının meslek durumları incelendiğinde, düşük sosyoekonomik seviyedeki babaların % 35,1'i işçi, orta sosyoekonomik seviyedeki babaların % 37,1'i serbest meslek, yüksek sosyoekonomik seviyedeki babaların ise % 34,1'i memurdur.

Düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki annelerin büyük bir kısmının ev hanımı olduğu dikkat çekmektedir. Annelerin büyük bir bölümünün (%84,4) çalışmıyor olması çocuklarının sağlığı geliştirme davranışlarıyla daha fazla ilgilenecek zaman bulabilmeleri açısından olumlu olarak değerlendirilebilir. Bunun dışında düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların anneleri arasında işçi olarak çalışanlar (% 25.1) ve orta sosyoekonomik düzeydeki çocukların anneleri arasında da memur olarak çalışanlar (%40.5) dikkat çekmektedir.



Düşük sosyoekonomik düzeyde babaların % 35.1'inin işçi, orta sosyoekonomik düzeydeki babaların % 37.1'inin şöförlük, zanaatkarlık vb serbest meslek sahibi olarak çalıştıkları saptanmıştır. Öncel (1999) çalışmasında baba mesleği %48.2 oranında işçi, %26.5 oranında şöför, zanaatkar vb olarak tespit etmiş, Aydın (1996) % 37.9 serbest meslek, %23.8 işçi olarak tespit etmiştir. Araştırma kapsamındaki çocukların baba meslekleri Aydın (1996) ve Öncel (1999)'in çalışmalarındaki bulgulara benzer özellikler göstermektedir. Düşük sosyoekonomik düzeydeki babaların % 6,8'nin ve orta sosyoekonomik düzeydeki babaların da % 0,5'inin işsiz olduğu belirlenmiştir. Bu durumun, ekonomik sıkıntılar çeken ailelerdeki çocukların sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlarına da olumsuz etki yapacağı şeklinde değerlendirilebilir.

Araştırma kapsamına alınan çocukların anne ve babalarının eğitim durumu, Türkiye standartlarındaki eğitim durumuna oranla daha olumludur. Bu oranlar 2008 Türkiye istatistikleri ile karşılaştırıldığında okuryazar oranının Türkiye ortalamasına göre biraz yüksek olması sevindirici bir bulgudur. TÜİK tarafından açıklanan 2008 yılı hane halkı işgücü anketi verilerine göre 15 yaş ve üzerinde Türkiye'de halen 5 milyon 674 bin kişi okuryazar değildir. Okuryazar olmayanların yüzde 84'ü kadındır. Okuryazarlığın gençlerde daha yaygın olmasına karşın 15-24 yaş arasında halen okuryazar olmayan 406 bin genç bulunmaktadır. Okuma yazma bilmemek ekonomik ve toplumsal hayata katılımın önündeki en büyük engeldir. Araştırma kapsamındaki ilkokul mezunu oranı %38.9 ve üniversite mezunu oranı da %3.8 olarak belirlenmiştir. (Uysal ve Güner, 2010). Bu durumda araştırma kapsamına alınan anne ve babaların eğitim durumunun Türkiye ortalamalarından yüksek olması, çocukların sağlığı geliştirme davranışlarına olumlu etki edeceği düşünüldüğünden sevindirici bir bulgudur.

Tablo 4. Çalışma Grubundaki Çocukların Kardeş Sayılarına Göre Dağılımları

Kardeş sayıları	Düşük Sosyoekonomik Düzey (n=131)		Orta Sosyoekonomik Düzey (n=175)		Yüksek Sosyoekonomik Düzey (n=41)	
	n	%	n	%	n	%
Tek çocuk	11	8,4	14	8	6	14,6
2 kardeş	31	23,7	55	31,4	10	31,7
3 kardeş	35	26,7	60	34,3	13	24,4
4 kardeş ve üzeri	54	41,2	46	26,3	12	29,3

Düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 8,4'ü tek çocuktur. Çocukların anketlere verdikleri yanıtlar arasında 12 kardeş olan 4 aile dikkat çekmektedir. Orta sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 34,3'ü 3 kardeş, yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocukların ise % 31,7'i 3 kardeşe sahiptir (Tablo 4).

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre; bir çocuklu ailelerin % 25.9'u, iki çocuklu ailelerin %74.5'i, üç çocuklu ailelerin de %81.3'ü başka çocuk istemediklerini belirtilmektedir. 30-34 yaş grubu kadınlar arasında ülkemizde ortalama çocuk sayısı 2.58 olarak saptanmıştır (TNSA 1998).

TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'deki hanelerin sadece yüzde 6'sı tek kişilik haneler olup, bu oran kentsel ve kırsal alanlar arasında küçük bir farklılık göstermektedir. Her on haneden üçünde ise 5 veya daha fazla sayıda kişi yaşamaktadır.

TNSA-2008, günümüzdeki ve tamamlanmış doğurganlığın düzeyi, örüntüsü ve değişimi, doğum aralıkları ile evlenme ve doğurganlığa bağlama yaşlarıyla ilgili bir dizi gösterge



hakkında bilgi toplamıştır. Doğurganlık düzeyi geçen on yıllar boyunca hızlı bir şekilde azalarak, 2000’li yıllarda yenilenme düzeyinin biraz üzerindeki bir düzeye kadar düşmüştür. Ayrıca, Türkiye’de geç evlenme yönünde önemli bir eğilim de gözlenmiştir. Bu sonuçlar ile araştırma kapsamına alınan aileler arasında benzerlik olduğu görülmektedir.

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

Çalışma grubundaki çocukların sağlığı geliştirmeye yönelik beş farklı alandaki (Öz sorumluluk; beslenme bilinci; fiziki aktiviteler; stres durumunu tanıma ve stres yönetimi; güvenlik ve çevre duyarlılığı) davranışları Ardell Modeline göre hazırlanan veri toplama aracı ile analiz edilmiştir.

Tablo 5’de, çocukların öz sorumluluk ile ilgili davranışlarına sosyodemografik durumun etkisiyle ilgili chi-square sonuçları verilmiştir.

Tablo 5. Çocukların Öz sorumluluk İle İlgili Davranışlarına Sosyodemografik Durumun Etkisi

Öz sorumluluk İle İlgili Davranışlar	Grupla r ^x	Her zaman		Bazen		Asla		Önemlili k
		n	%	n	%	n	%	
Kendi sağlığımızdan kendinizin sorumlu olduğunuzu düşünür müsünüz?	1ab	76	58,5	45	34,6	9	6,9	X ² =9,64 P=0,047 *
	2a	109	62,3	49	28	17	9,7	
	3b	16	38,1	21	50	5	11,9	
Hastalandığınızda iyileşmek için kendiniz bir şeyler yapar mısınız?	1	28	21,5	79	60,8	23	17,7	X ² =4,993 P=0,288
	2	43	24,6	85	48,6	45	26,3	
	3	8	19,0	23	54,8	11	26,2	
Sağlığınız sizin için önemli midir?	1	125	96,2	5	3,8	0	0	X ² =1,67 P=0,433
	2	169	96,6	5	2,9	0	0	
	3	42	100	0	0	0	0	
İyileşmek için başkalarının yardımına mutlaka ihtiyaç duyar mısınız?	1	34	26,2	86	66,2	10	7,7	X ² =8,47 P=0,076
	2	58	33,1	103	58,9	11	6,3	
	3	6	14,3	30	71,4	6	14,3	
Hastalanacağınızı anlayabilir misiniz?	1	30	23,1	75	57,7	25	19,2	X ² =4,672 P=0,323
	2	31	17,7	115	65,7	25	14,3	
	3	5	11,9	30	71,4	7	16,7	
Giyinme, yemek yeme vb işlerinizi kendi kendinize mi yaparsınız?	1a	107	82,3	23	17,7	0	0	X ² =10,41 8 P=0,005 **
	2b	115	65,7	55	31,4	5	2,9	
	3ab	31	73,8	10	23,8	1	2,4	
Sağlığınız sizce genel olarak iyi midir?	1	100	76,9	-	-	30	23,1	X ² =4,115 P=0,128
	2	150	85,7	-	-	25	14,3	
	3	33	78,6	-	-	9	21,4	

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

Öz sorumluluğu gelişmiş olan birey, çevreden yansıtılan değerlendirmelerle, kendinin güçlü ve güçsüz yönlerini kavrayabilir ve kendi sorumluluklarını kendi yerine getirir (Servonsky, Opas 1987, Ardell 1997). Bu bağlamda araştırmamızda, kendi sağlığından kendinin sorumlu olduğunu düşünme durumu incelenmiş ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05). Tablo 5’de kendi sağlıklarından kendilerinin sorumlu olduklarını düşünen çocuklar,



anne mesleğine göre incelenmiş; ev hanımı anne çocuklarının daha fazla “her zaman” yanıtı verdikleri gözlenmiştir. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Göçkün ve ark (1996), İstanbul’da ailelerin çocuklarının sağlığını korumaya yönelik yaklaşımlarının ve özbakımlarının incelendiği bir araştırmada, çocukların kendi kendine el yıkama oranı, okul çağında % 31.4 olduğu tespit etmişlerdir (Varol 1998).

‘Küreselleşen Dünyada Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Bangkok Şartı’, 7-11 Ağustos 2005 tarihinde Tayland’da gerçekleştirilen Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konulu 6. Küresel Konferans sırasında katılımcılar tarafından kabul edilmiştir. Çalışma grubu, bazı alanlarda sağlığın teşviki ve geliştirilmesine dair genel konuları çerçevelemeye çalışmıştır. Çocuklarda olumlu sağlık alışkanlıklarının gelişmesine yardımcı olacak yaşam tarzlarının teşviki ve geliştirilmesi, tamamı yaşam boyu deneyimlerle ve yaşam koşullarıyla şekillendirilen sağlığa ilişkin inançların ve değerlerin yanı sıra kişisel başa çıkma stratejileri ve hazırlıklarının da dikkate alınması konularına yer verilmiştir.

Tablo 6’da, çocukların beslenme bilinci ile ilgili davranışlarına sosyodemografik durumun etkisiyle ilgili chi-square sonuçları verilmiştir.

Tablo 6. Çocuklarda Beslenme Bilinci İle İlgili Özelliklere Sosyoekonomik Durumun Etkisi

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



Tablo 6’da ev hanımı annelerin çocuklarının, diğer meslek grubundan olan annelere göre üç öğün düzenli yemek yedikleri belirlenmiştir. Düzenli yemek yiyenlerin oranının düşük sosyoekonomik düzeyden yüksek sosyoekonomik düzeye paralel olarak artış gösterdiği görülmektedir. Bu sonucun düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerin yetersiz beslenme olanaklarından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca bu bölgedeki annelerin eğitim düzeylerinin düşük olması (% 41.2) nedeniyle çocukların yeterli ve dengeli beslenmesine gereken önemi veremedikleri söylenebilir.

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

Günevli (1989) tarafından ilkökul çocukları üzerinde yapılan bir çalışmada da yemeğini düzenli olarak yemeyenlerin oranının düşük sosyoekonomik düzeydeki bölgede, diğer iki bölgeye göre daha yüksek olduğu ve annenin çalışma durumunun öğünlerin tüketimine herhangi bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca günlük öğün sayısının sosyoekonomik düzeye paralel olarak arttığı, yüksek sosyoekonomik düzeyde temel öğünler dışında öğün aralarında da besin tüketme oranının yüksek olduğu belirlenmiştir. Hindistan’da 1996’da 12 yaş grubu üzerinde cross-sectional bir çalışmada, düşük sosyoekonomik gruba dahil çocuklarda yaşlarına göre, düzenli yeme alışkanlığı olmamasına bağlı gelişim geriliği olduğu tespit edilmiştir.

Mumcu (1999) okul çağı çocuklarda yaptığı bir araştırmada çocukların % 76.3’nün günde üç öğün yemek yediğini belirlemiştir.

Tüm bu araştırma sonuçları ve araştırma kapsamına alınan bölgelerde de görüldüğü gibi, düzenli yemek yeme oranının düşük sosyoekonomik düzeyden yüksek sosyoekonomik düzeye paralel olarak artış gösterdiği görülmektedir.

Tablo 7’de, çocukların fiziki aktivite ile ilgili davranışlarına sosyodemografik durumun etkisiyle ilgili chi-square sonuçları verilmiştir.

Tablo 7. Çocuklarda Fiziki Aktivite İle İlgili Özelliklere Sosyoekonomik Durumun Etkisi

Fiziki Aktivite İle İlgili Davranışlar	Gruplar	Her zaman		Bazen		Asla		Önemlilik
		n	%	n	%	n	%	
Yürümek, koşmak için uygun ayakkabı seçer misiniz?	1	75	57,7	43	33,1	12	9,2	$X^2=4,713$ $P=0,318$
	2	117	66,9	48	27,4	10	5,7	
	3	29	69,0	12	28,6	1	2,4	
Spor yaparken uygun kıyafet seçer misiniz?	1b	87	66,9	31	23,8	11	8,5	$X^2=9,770$ $P=0,044^*$
	2a	142	81,1	26	14,9	7	4	
	3ab	30	71,4	11	26,2	1	2,4	
Kendiniz için ideal olan vücut ağırlığını bilir misiniz?	1b	63	48,5	55	42,3	12	9,2	$X^2=10,636$ $P=0,031^*$
	2a	116	66,3	51	29,1	8	4,6	
	3ab	24	57,1	14	33,3	4	9,5	
Spora başlamadan önce ısınma hareketi yapar mısınız?	1	73	56,2	53	40,8	4	3,1	$X^2=7,8183$ $P=0,098$
	2	83	47,4	73	41,7	19	10,9	



	3	22	52,4	18	42,9	2	4,8	
Egzersiz sonrasında gevşeme hareketleri yapar mısınız?	1	27	20,8	83	63,8	20	15,4	$X^2=2,443$ $P=0,655$
	2	31	17,7	106	60,6	38	21,7	
	3	7	16,7	28	66,7	7	16,7	
Her gün en az 8 saat uyur musunuz?	1	67	51,5	51	39,2	12	9,2	$X^2=6,807$ $P=0,146$
	2	106	60,6	48	27,4	21	12	
	3	19	45,2	18	42,9	5	11,9	
Egzersizden önce ve sonra yediklerinize dikkat eder misiniz?	1	56	43,1	63	48,5	11	8,5	$X^2=5,114$ $P=0,276$
	2	81	46,3	65	37,1	25	14,3	
	3	21	50,0	16	38,1	4	9,5	
Egzersiz yaparken yaralanmamak için dikkatli olur musunuz?	1a	89	68,5	34	26,2	7	5,4	$X^2=12,369$ P=0,015*
	2a	108	61,7	50	28,6	13	7,4	
	3b	26	61,9	7	16,7	9	21,4	
Egzersiz yaparken kas zedelenmesi vb durumda gerekeni yapabilir misiniz?	1	54	41,5	74	56,9	2	1,5	$X^2=4,039$ $P=0,133$
	2	91	52	84	48	0	0	
	3	23	54,8	19	45,2	0	0	
Egzersiz yapmayı sever misiniz?	1a	58	44,6	71	54,6	1	0,8	$X^2=24,627$ P=0,000***
	2b	106	60,6	57	32,6	12	6,9	
	3b	19	45,2	17	40,5	6	14,3	

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

Friedman ve ark 1995'te ABD'nin doğu eyaletlerinde adolesanların fiziki aktiviteleri, kişilerarası ilişkileri ve stres yönetimi üzerinde okulun fonksiyonlarını değerlendiren bir araştırma yapmışlardır. Araştırma sonucunda, % 30 oranında çocukta öğretmenlerin ve ailelerin fark edemediği pek çok psikolojik sorunun varlığını ortaya konmuş, çocukların psikososyal ihtiyaçları tespit edilmiştir (Akt: Stanhope, Lancaster 1996). Tablo 8'de, çocukların stres ile ilgili davranışlarına sosyodemografik durumun etkisiyle ilgili chi-square sonuçları verilmiştir.

Tablo 8. Çocuklarda Stres İle İlgili Özelliklere Sosyoekonomik Durumun Etkisi

Stres İle İlgili Davranışlar	Gruplar	Her zaman		Bazen		Asla		Önemlilik
		n	%	n	%	n	%	
Nelerden mutlu olduğunuzun farkında mısınız?	1	82	63,1	45	34,6	3	2,3	$X^2=9,329$ $P=0,053$
	2	136	77,7	35	20	4	2,3	
	3	30	71,4	10	23,8	2	4,8	
Nelerden mutsuz olduğunuzun farkında mısınız?	1b	78	60,0	37	28,5	15	11,5	$X^2=12,001$ P=0,017*
	2a	136	77,7	28	16	11	6,3	
	3ab	30	71,4	10	23,8	2	4,8	
Ailenizle her konuda konuşmaya çalışır mısınız?	1	37	28,5	85	65,4	8	6,2	$X^2=6,977$ $P=0,137$
	2	67	38,3	94	53,7	14	8	
	3	15	35,7	21	50	6	14,3	
Kardeşlerinizi sever misiniz?	1	109	83,8	12	9,2	4	3,1	$X^2=0,232$ $P=0,891$
	2	149	85,1	20	11,4	0	0	
	3	36	85,7	4	9,5	0	0	
Kendinizi neyin sınırlendirdiğini bilir misiniz?	1a	79	60,8	47	36,2	4	3,1	$X^2=21,331$ P=0,000***
	2a	126	72,0	47	26,9	2	1,1	
	3b	26	61,9	10	23,8	6	14,3	



Ev işleri, okul ve oyun için ayrı zaman düzenleyebilir misiniz?	1a	61	46,9	59	45,4	10	7,7	$X^2=12,631$ P=0,013*
	2a	87	49,7	79	45,1	9	5,1	
	3b	15	35,7	18	42,9	9	21,4	
Evde sorunlarınız ve düşünceleriniz aileniz tarafından dinlenir mi?	1	61	46,9	58	44,6	11	8,5	$X^2=8,383$ P=0,079
	2	105	60,0	52	29,7	18	10,3	
	3	20	47,6	16	38,1	6	14,3	
Birisini ile sorununuz olduğunda önce konuşmayı dener misiniz?	1	65	50	57	43,8	8	6,2	$X^2=5,269$ P=0,261
	2	84	48,0	78	44,6	13	7,4	
	3	15	35,7	26	61,9	1	2,4	
Sıkıntılı olduğunuzda sizi neyin iyi hissettireceğini bilir misiniz?	1	54	41,5	68	52,2	8	6,2	$X^2=6,927$ P=0,140
	2	90	51,4	73	41,7	12	6,9	
	3	20	47,6	16	38,1	6	14,3	
Sizi eğlendiren hobileriniz var mı?	1a	94	72,3	0	0	34	26,2	$X^2=14,116$ P=0,001***
	2b	155	88,6	0	0	20	11,4	
	3a	31	73,8	0	0	11	26,2	
Başkalarının fikrini dinler misiniz?	1a	55	42,3	69	53,1	5	3,8	$X^2=15,164$ P=0,004**
	2b	107	61,1	64	36,6	4	2,3	
	3a	15	35,7	26	61,9	1	2,4	
Başladığınız işi bitirir misiniz?	1a	77	59,2	51	39,2	2	1,5	$X^2=7,571$ P=0,023*
	2b	127	72,6	47	26,9	1	0,6	
	3b	32	76,2	10	23,8	0	0	
Aile büyüklerinizden destek alır mısınız?	1a	76	58,5	42	38,2	11	8,5	$X^2=11,076$ P=0,026*
	2b	116	66,3	33	18,9	22	12,6	
	3a	20	47,6	16	38,1	5	11,9	
Arkadaşlarınızdan destek alır mısınız?	1ab	36	27,7	90	69,2	2	1,5	$X^2=10,299$ P=0,036*
	2a	62	35,4	103	58,9	9	5,1	
	3b	7	16,7	34	81	1	2,4	
Üzülünüzde sizi anlayan birileri olur mu?	1a	58	44,6	66	50,8	6	4,6	$X^2=23,518$ P=0,000***
	2b	82	46,9	65	37,1	27	15,4	
	3b	21	50,0	9	21,4	12	28,6	

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

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

Üzülünüzde kendini anlayan birilerinin olduğunu düşünen çocuklar sosyoekonomik düzeylerine göre karşılaştırıldığında, en çok yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuklar (% 50) her zaman evde kendilerini anlayan birileri olduğunu ifade etmişlerdir. Tablo 8’de görüldüğü gibi, bu oran düşük sosyoekonomik düzeyde % 44,6, orta sosyoekonomik düzeyde ise %46,9’dur ($X^2=23.518$, $p<0.05$). Bu durum, ekonomik sorunlarıyla daha fazla ilgilenmek zorunda kalan ailelerde, çocuğun psikolojik sorunlarının arka planda bırakıldığını düşündürmektedir. Ayrıca düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerde anne eğitiminin düşük olmasının da bu durumu etkileyeceği düşünülerek, araştırma kapsamındaki çocukların tamamı üzerinde, üzüldüğünde kendini evde anlayan birilerinin varlığı sorulmuş, ilkökul mezunu annelerin çocuklarının çoğunluğunun evde kendini anlayan birileri asla olmadığını düşündükleri saptanmıştır (Tablo 8). Her zaman, bazen ve asla sorularına verilen yanıtlar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$).



Tablo 9’da, çocukların güvenlik ile ilgili davranışlarına sosyodemografik durumun etkisiyle ilgili chi-square sonuçları verilmiştir.

Tablo 9. Çocuklarda Güvenlik İle İlgili Özelliklere Sosyoekonomik Durumun Etkisi

Güvenlik İle İlgili Davranışlar	Gruplar	Her zaman		Bazen		Asla		Önemlili k
		n	%	n	%	n	%	
Sigaranın sağlığa zararları hakkında bilginiz var mı?	1	123	94,6	0	0	7	5,4	X ² =4,315 P=0,116
	2	172	98,3	0	0	3	1,7	
	3	39	92,9	0	0	3	7,1	
Trafikte bisiklete biner misiniz?	1b	17	26,8	43	68,2	3	4,6	X ² =22,41 8 P=0,000 ***
	2a	54	30,9	79	45,1	41	23,4	
	3b	7	16,7	14	33,3	20	47,6	
Geçişlerde trafik işaretlerine dikkat eder misiniz?	1	101	77,7	28	21,5	1	0,8	X ² =1,837 P=0,399
	2	126	72,0	43	24,6	5	2,9	
	3	28	66,7	12	28,6	1	2,4	
Arabada emniyet kemeri takar mısınız?	1	7	12,7	36	65,3	12	21,8	X ² =1,514 P=0,824
	2	91	52,0	62	35,4	13	7,4	
	3	23	54,8	14	33,3	2	4,8	
Motosiklet ve bisiklet kullanırken kask takar mısınız?	1	0	0	1	100	0	0	X ² =5,269 P=0,261
	2	0	0	0	0	0	0	
	3	1	100	0	0	0	0	

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

Trafik kazalarında özellikle genç adölesanlarda ölüm ve sakatlık oranının fazlalığı dikkate alındığında (WHO 1996) düşük sosyoekonomik düzeyde %77.7, orta sosyoekonomik düzeyde % 72 ve yüksek sosyoekonomik düzeyde 66.7 oranındaki trafik kurallarına uyma oranları, gençlerin olumlu davranışlarda bulunma düzeyinin yüksekliği açısından sevindirici olduğu düşünülmektedir (Tablo 9). Tablo 9’da baba mesleğine göre trafik kurallarına dikkat etme durumu incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Sayan ve ark (1999) yapmış olduğu bir araştırmada adölesanların % 72’sinin trafik kurallarına genellikle uydukları, hiç uymayanların sadece % 2.46 olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, araştırma kapsamındaki bulgular ile paralellik göstermektedir.

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

Çalışma grubundaki çocukların anne ve babalarının kendi sağlıklarından kendilerinin sorumlu olmalarına ilişkin F testi sonuçları, Tablo 10’da sunulmuştur.



Tablo 10. Çalışma Grubundaki Çocukların Anne ve Babalarının Kendi Sağlıklarından Kendilerinin Sorumlu Olmalarına İlişkin F Testi Sonuçları

Annelerin Meslekleri	Düşük Sosyoekonomik Düzey (%)			Orta Sosyoekonomik Düzey (%)			Yüksek Sosyoekonomik Düzey (%)		
	Her zaman	Bazen	Asla	Her zaman	Bazen	Asla	Her zaman	Bazen	Asla
Ev hanımı	48,3	29,6	7	51,1	26,4	9,7	36,9	42,8	11,9
Memur	7,8	0,7	-	6,3	-	-	4,7	-	-
Serbest meslek	-	1,5	-	1,7	-	-	2,3	-	-
İşçi	1,5	3,1	-	2,8	-	-	-	-	-
	X ² = 11,663 Df = 6 F = 0,22 p < 0,05			X ² = 14,808 Df = 8 F = 1,744 p < 0,05			X ² = 8,031 Df = 6 F = 0,577 p < 0,05		
Babaların Meslekleri	Düşük Sosyoekonomik Düzey (%)			Orta Sosyoekonomik Düzey (%)			Yüksek Sosyoekonomik Düzey (%)		
	Her zaman	Bazen	Asla	Her zaman	Bazen	Asla	Her zaman	Bazen	Asla
Çalışmıyor	15,2	-	-	8,2	1,7	-	2,3	-	-
Memur	11,4	8,5	-	27,7	11,3	1,3	4,1	1,6	-
Serbest meslek	25,1	5,3	-	41,3	13,4	2,4	6,5	2,4	1,3
İşçi	29,3	7,6	1,2	29,5	8,6	1,7	5,7	1,8	-
Diğer (emekli vb)	21,2	5,3	1,9	26,4	10,2	-	8,2	7,3	-
	X ² = 22,985 Df = 8 F = 4,642 p > 0,05			X ² = 4,709 Df = 4 F = 0,637 p > 0,05			X ² = 8,411 Df = 8 F = 0,929 p > 0,05		

Tablo 10’da, sosyoekonomik düzey farkı olmaksızın, ev hanımı annelerin çocuklarının çoğunluğu, her zaman kendi sağlıklarından kendilerinin sorumlu olduklarını düşündükleri görülmektedir. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı olup, aralarındaki farkın nereden kaynaklandığını belirlemek amacı ile yapılan One-Way ANOVA–Post Hock Hockberg’s GT2 testi sonucu da farkın ev hanımı anneler ile diğer meslek grubundan olan annelerin çocuklarının verdikleri cevaplardan kaynaklandığı saptanmıştır.

Giyinme, yemek yeme, hijyen ihtiyaçlarını karşılama gibi kendi işlerini kendi yapabilme durumu incelendiğinde, düşük sosyoekonomik düzeydeki çocukların çoğunluğunun (% 82.5) her zaman kendi işlerini kendileri yaptıkları ve “asla” yanıtını hiçbir çocuğun işaretlemeyeği görülmektedir. Orta ve yüksek sosyoekonomik düzeyde ise bu durum % 65.7 ve % 73.8 oranındadır. Literatürde başka araştırmalar ile bu durum karşılaştırıldığında, bu oranın düşük olduğu gözlenmiştir. Lasky ve Eichelberger’in Amerika’da çocukların sağlıkla ilgili görüşlerini ve özbakım davranışlarını araştırdıkları bir çalışmada, çocukların % 85’inin kendi sorumluluklarını kendilerinin yerine getirdiği gösterilmiştir (Yalçın, 2002). Göçkün ve ark (1996), İstanbul’da ailelerin çocuklarının sağlığını korumaya yönelik yaklaşımlarının ve



özbakımlarının incelendiği bir araştırmada, çocukların kendi kendine el yıkama oranı, okul çağında % 31.4 olduğu tespit etmişlerdir (Akt: Varol, 1998).

Sosyoekonomik düzeye göre kendi sağlığından sorumlu olma durumu incelendiğinde, düşük ve orta sosyoekonomik düzeydeki çocukların çoğunluğunun (% 58.5 ve % 62.3) her zaman yanıtını verdiğini, ancak sosyoekonomik düzeyi yüksek çocukların yarısının (%50) bazen kendi sağlıklarından sorumlu olduklarını düşündükleri gözlenmektedir. İstatistiksel olarak gruplar arası fark anlamlıdır ($p < 0.05$). Bu durum, ekonomik düzey yükseldikçe çocukların sağlık durumlarından endişe duymalarının azaldığını düşündürülebilir. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocukların tamamı (%100) sağlığının kendisi için her zaman önemli olduğunu düşünmektedir.

Farrand ve Cox (1993) anne eğitiminin çocuğun kendini algılama ve kendine karşı olan tutumunu etkilediğini, daha yüksek eğitimli annelerin çocuklarının genel durumları ve sağlıklarıyla ilgili kararlarda sorumluluk bilincinin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde araştırma kapsamında en fazla lise mezunu annelerin çocukları (%46.3) her zaman sağlıklarının önemli olduğunu düşünmektedirler. Ancak diğer eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$).

Anne baba eğitim düzeyi arttıkça çocuklardaki özsorumluluk duygusunda da artış görülmesi, Sayan ve ark (1999) çalışmalarında da belirtilmiş, çocukların benlik saygıları ve özsorumluluk bilinci ile anne baba eğitimi arasında pozitif bir ilişki tespit etmişlerdir ($r=0.184$, $p < 0.05$).

4.SONUÇ VE ÖNERİLER

10-12 yaş grubundaki çocukların sosyodemografik özelliklerinin, sağlığı geliştirme davranışları üzerine etkisi ve elde edilecek verilerin sosyoekonomik düzeylere göre karşılaştırmalı olarak incelenmesi amacıyla planlanan ve uygulanan araştırma sonuçları genel olarak incelendiğinde orta sosyoekonomik düzeyden % 62.3 oranında çocuğun her zaman kendinin sorumlu olduğunu düşündüğü saptanmıştır. Düşük sosyoekonomik düzeyden % 60.8 oranında çocuk hastalandıklarında iyileşmek için kendi kendilerine bir şeyler yapabildiklerini ifade etmektedirler. Çocukların % 96.2'i, sağlıklarının kendileri için önemli olduğunu belirtmekte; yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 71.4'ü iyileşmek için başkalarının yardımına ihtiyaç duymaktadırlar. Yüksek sosyoekonomik düzeydekilerin % 71.4'ü hastalanacağını bazen anlayabildiğini belirtmiştir. Giyinme, yemek yeme vb kendi işlerini kendi yapabilme durumu düşük sosyoekonomik düzeydeki çocuklarda % 82.3 oranı ile diğerlerinden yüksek oranda bulunmuştur. Orta sosyoekonomik düzeydeki çocukların % 85.7'i her zaman sağlık durumlarının genel olarak iyi olduğunu ifade etmişlerdir.

% 65.7 oranında çocuk dört temel gıda grubunu bilmektedirler. Çocukların % 72'i her zaman, % 27.7'si de bazen günde üç öğününü düzenli olarak yediklerini ifade etmektedirler. Evhanımı annelerin çocuklarının, diğer meslek grubundan olan annelere göre üç öğün düzenli yemek yedikleri belirlenmiştir. Düzenli yemek yiyenlerin oranının düşük sosyoekonomik düzeyden yüksek sosyoekonomik düzeye paralel olarak artış gösterdiği saptanmıştır. Çocukların % 76.4'ü sağlıklı yemek yemeye dikkat etmektedirler. Bu durum yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuklarda daha fazladır (%83.3 ile her zaman). Tv reklamlarının sağlıksız gıdalara yönlendirdiğini çocukların % 65'i düşünmektedir. Düşük sosyoekonomik düzeyde, çocukların % 74'ü bu durumun bazen olduğunu belirtmektedir. Orta sosyoekonomik



düzeyden % 66 oranında çocuk bazen fast-food yiyecekte kaçınmaktadır. Genel olarak çocukların % 59'u bazen fast-food'dan kaçındıklarını ifade etmektedirler. Çocukların %49'u gıda maddelerinin içeriğini inceleyerek tüketmektedirler. Orta sosyoekonomik düzeyden % 36.6 çocuğun her zaman gıdaların içeriğine baktıkları saptanmıştır.

Yüksek sosyoekonomik düzeyde çocukların % 69'u egzersiz yaparken uygun kıyafet ve spor kıyafeti seçmeye her zaman dikkat ettiğini belirtmektedir. % 58 oranında çocuk kendisi için ideal olan vücut ağırlığını bilmektedir. Bu durum, orta sosyoekonomik düzeyde % 66.3 olup, diğer gruplardan daha yüksektir. Egzersiz öncesi %51 oranında çocuk ısınma hareketleri yapılması gerekliliğini bilmektedir. %56.2 oran ile düşük sosyoekonomik durumdaki çocukların bu konuda daha duyarlı olduğu tespit edilmiştir. Çocukların % 55'i günde düzenli olarak 8 saat uyumaktadır. Orta sosyoekonomik düzeyden çocukların düzenli uyku konusunda duyarlılıkları dikkat çekicidir.(%60) Egzersiz sırasında kas zedelenmesi vb durumda, çocukların % 51'i her zaman gerekeni yapabildiklerini ifade etmektedirler. Yüksek sosyoekonomik durumda bu oran diğerlerinden fazladır.

Çocukların %71.5'i her zaman nelerden mutlu olduklarının, % 70'i de nelerden mutsuz olduklarının farkındadırlar. % 77 oranı ile orta sosyoekonomik düzeydeki çocuklar, diğer gruplardan daha fazla mutlu-mutsuz anlarının farkındadırlar. Çocukların % 57'si her konuda, her zaman aileleri ile konuşabildiklerini ifade etmiştir. Kardeş sayısının artmasına bağlı olarak, sorunları evdekilerle paylaşma oranının arttığı tespit edilmiştir Düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik düzeydeki 30-39 yaş arası annelerin çocukları, sorunlarını evdekilerle daha fazla oranda konuşabilmekte, annenin yaşı ilerledikçe çocukların "asla" şeklindeki yanıtları artmaktadır. %84 oranında çocuk, kardeşlerini her zaman sevdiğini ifade etmektedir. Çocukların %47'si her zaman okul, ev işi, oyun vb işler için zaman ayarlayabildiklerini ifade etmişlerdir. Evde sorunlarının ve düşüncelerinin aile üyeleri tarafından dinlenme oranı, % 53'dür. Orta sosyoekonomik düzeydeki çocuklar daha fazla olmak üzere % 61 oranında çocuk, her zaman aile büyüklerinden her konuda yardım alabilmektedir. Üzüldüğünde, kendini anlayan birilerinin olduğunu düşünen çocuklar sosyoekonomik düzeylerine göre karşılaştırıldığında, en çok yüksek sosyoekonomik düzeydeki çocuklar (% 50) her zaman evde kendilerini anlayan birileri olduğunu ifade etmişlerdir. Bu oran düşük sosyoekonomik düzeyde % 44.6, orta sosyoekonomik düzeyde ise 46.9'dur.

Çocukların % 96'ı sigaranın zararlarının farkındadır ve % 91'i sigara içmemektedir. Baba mesleğine göre trafik kurallarına dikkat etme durumu incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. % 73 oranında çocuk geçişlerde trafik ışıklarına her zaman dikkat ettiğini belirtmiş, % 55'i arabaya bindiğinde emniyet kemeri, araba kiliti vb dikkat ettiğini ifade etmiştir. Örneklem grubunu oluşturan 347 çocuk içerisinde sadece 2 tane çocuğun bir kaska sahip olduğu ve bunlardan birinin 1 tanesinin bazen, diğerinin de her zaman kask kullandığı tespit edilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar ışığında çocukların sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar geliştirmelerini sağlamak, böylece toplum sağlığını iyi bir düzeye getirmek için; toplumun sağlık hizmetlerine katılımına ilişkin öneriler getirilmiştir. Sağlık eğitimi, kitle iletişim araçları ve temel eğitim olanakları kullanılarak, çocukları sağlıklı olmaya, sağlığı korumaya ve geliştirmeye özendirilerek yapılmalıdır. Annelerin eğitim durumları, sosyoekonomik düzeyleri, yaşadıkları yer vb durumlar dikkate alınarak, etkin öğretim yöntemleri kullanılarak annelerin de sağlık eğitimine katılması sağlanmalı, çocuktan-çocuğa ve çocuktan-aileye öğretim planlaması yapılmalıdır. Sağlığın yükseltilmesi amacıyla yönelik hemşirelik mesleği dışında diğer meslek gruplarıyla (doktor, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, öğretmen vb) işbirliği yapılmalıdır. Aile ortamının her açıdan



sağlıklı olmasına özen gösterilmeli; anne ve babaların çocuklara iyi örnek olması, çocukların sorunlarını dinleyip anlamaya dikkat etmeleri konusunda aileler bilinçlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

Ardell, D.B. (1989), The History and Future of Wellness, *Health Values 1985 Nov-Dec*; 9(6):37-56.

Ardell, D.B., Robins, L. (1990), High Level Wellness And The Hsas: The Failure To Move From Advocacy To Action. *J Health Hum Resour Adm.* 1980 May;2(4):429-50.

Ardell, D.B., (1993), A Wellness Model For National Health Insurance, *J. Health Hum Resour Adm 1983 Winter*;5(3):321-33

Ardell, D.B., (1997), The Wellness Canary Exercise, *Fla Nurse 1997 Aug*: 35 (7): 6-11.

Ardell, D.B., Martin, C.S. (1999), A 10-Step Program Towards Wellness And Dentistry, *J Mich Dent Assoc 2000 Apr-May*;82(4):26-7

Aksayan, S., Gözüm, S. (1998), Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-Etkililik (Kendini Etkileme) Algısının Önemi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (1), 35-42.

Avrupa'da Sosyal Pediatri Derneği Okul Sağlığı Kongresi Sonuç Bildirgesi (2009), Çocuk Forumu Dergisi, 3 (3), Eylül 2009, 60-62.

Aydın, A. (1996), *Okul Çağı Çocuklarının Beslenme, Ağız ve Genel Vücut Hijyenine İlişkin Uygulamaları Ve Var Olan Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi*, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı.

Bahar, Z., Özbıçakçı, Ş., Özmen, D. (1999), Dokuz Eylül Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Okul Sağlığı Hemşireliği Projesi, *Vu. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı* (22-24 Haziran 1999), Erzurum, 473-479.

Clarice, J., Kestenbaum, M.D. (2000), How Shall We Treat The Children In The 21st Century, *Journal America Acad. Child Adolescent Psychiatry*, 39 (1), 1-4.

Crawford, P.A. (2000), *Preparing School Personnel For The 21st Century*, Journal Of The Association For Childhood Education 76 (5):258-261.

Damrosch, S. (1991), *General Strategies For Motivating People To Change Their*

Farrand, L.L, Cox, C.L (1993), *Determinant Of Positive And Health Behaviour İn Middle Childhood*, Nursing Research July/Agust 1993, 42(4):208-213.

Fontanarosa, F.B. (1998), *Health Promotion And Obesity Research*, Jama December 2, 280 (21), 1866-1867.

Gözüm S, Bağ B (1998), Etkin Sağlık Eğitiminde Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramının Kullanımı, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1(2):32-43.

HÜNEE Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri (2008). Türkiye'nin Demografik Dönüşümü Nüfus Ve Sağlık Araştırması 2008, Ankara.

Kaplan, Y. (1996), İlköğretim Okullarında Yeni Bir Sağlık Eğitim Modeli Oluşturuluyor, *Sağlıkta Öncü Okullar Haber Hattı-Sağlık Günlüğü*, Sayı:1:4.



AKADEMİK BAKIŞ DERGİSİ

Sayı: 35 Mart – Nisan 2013

Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi

ISSN:1694-528X İktisat ve Girişimcilik Üniversitesi, Türk Dünyası
Kırgız – Türk Sosyal Bilimler Enstitüsü, Celalabat – KIRGIZİSTAN

<http://www.akademikbakis.org>



Kemp, A., Sibert, J. (2005), Preventing Scalds To Children, *British Medical Journal*, 311(2), 643-644.

Klein, H.A. (2000), For Parents Particularly Self-Esteem And Beyond, *Journal Childhood Education*, 76 (4), 240-246.

Longe, M.E., Ardell, D.B. (1991), Wellness Programs For Children, *Health And Society Nov* 16;55(22):115-6, 119

Mccartney, P. (1999), School Nurses Network About Child Health, *Mcn*, Vol:24, No:3, May/June 1999, 156.

Öncel, S. (1999), *Okul Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerinin Öğrencilerin Sağlık ve Başarı Durumuna Etkisinin İncelenmesi*, Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı.

Sayan, A., Tan, M., Uğurlu, N., Çevirme, H. (1999), Üç Farklı Sosyoekonomik Düzeydeki Lise Son Sınıf Öğrencilerde Olumlu Sağlık Davranışları Benlik Şeması ve Aralarındaki İlişki, *22-24 Haziran 1999 Vii. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı*, Erzurum, 156-164.

Sencer, Y., Sencer, M. (1998), *Toplumsal Araştırmalarda Yöntem Bilim, Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları*, No: 172, Doğan Basımevi, Ankara, 493-494.

Servonsky, J., Opas, S. (1997), *Nursing Management of Children-Promotion of Health in the Child*, Jones And Bartlett Publishers, Boston, 110-128.

TNSA Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması (2008). “Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması Temel Bulgular”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara.

Varol, D. (1998), *4-5 Yaş Grubu Çocuklara Sağlıkla İlgili Olumlu Davranışlar Kazandırılmasında Hemşirelik Eğitiminin Etkinliği*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı.

Who (2008), *The Promotion and Protection of Women’s Health Through International Human Rights Law*, Geneva, 8-12.

Yalçın, H. (2002). *Karaman İli İlköğretim Öğrencilerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Sağlığı Geliştirme Davranışlarına Etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.