



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

AYDIN'DA İKİ İLKÖĞRETİM OKULUNDA OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE YENİ BİR MODEL GELİŞTİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Araş. Gör. Dr. R.PELİN BAŞAR

DANIŞMAN

Yard. Doç. Dr. Filiz ERGİN

AYDIN – 2008

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**AYDIN'DA İKİ İLKÖĞRETİM OKULUNDA
OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE YENİ BİR
MODEL GELİŞTİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Araş. Gör. Dr.R. Pelin BAŞAR

DANIŞMAN

Yard. Doç. Dr. Filiz ERGİN

AYDIN-2008

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleriyle eğitimime katkıda bulunan Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Erdal BEŞER'e,

Uzmanlık eğitimim ve tezimin hazırlanması süresi boyunca, benden ilgisi ve desteğini esirgemeyen, sürekli çalışmalarımda örnek aldığım ve alacağım tez danışmanım değerli hocam Sayın Yard.Doç.Dr. Filiz ERGİN'e,

Halk sağlığı bilgimin artması için verdikleri katkılardan dolayı değerli hocalarım Sayın Doç.Dr. Pınar OKYAY ve Sayın Doç.Dr.E.Didem EVCI'ye,

Bu araştırmanın yapılmasında gösterdikleri kolaylık nedeniyle Aydın İl Milli Eğitim Müdürlüğüne, 7 Eylül ve Baltaköy İlköğretim Okulları müdür ve müdür yardımcılara, öğretmenlerine, araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarından dolayı 7 Eylül ve Baltaköy İlköğretim Okulları öğrencilerine, ayrıca çalışmamda benimle birlikte görev alan gönüllü genç akran eğitici arkadaşlarıma,

En ümitsiz anımda bana moral vererek tezime yoğunlaşmama yardımcı olan tüm mesai arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca bana hep güvenen, hep yanımda olan sevgili anneme ve aileme sonsuz teşekkürlerimi sunmak isterim.

Araş. Gör. Dr.R.Pelin BAŞAR

Kasım,2008

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TABLO DİZİNİ	i
EKLER DİZİNİ	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Okul Sağlığı.....	2
2.1.1 Okul Sağlığının Önemi.....	3
2.1.2 Dünyada Okul Sağlığının Gelişimi.....	5
2.1.3 Türkiye’de Okul Sağlığının Gelişimi.....	10
2.2. Okul Sağlığı Programları.....	14
2.2.1.Okul sağlığı programlarının kriterleri.....	14
2.2.2 okul sağlığı programlarının önemli bileşenleri.....	15
2.3. Okul Sağlığı Hizmetleri	15
2.3.1.Sağlığın Değerlendirilmesine Yönelik Çalışmalar.....	15
2.3.1.1. Okula Kabul Muayenesi.....	16
2.3.1.2 Periyodik Muayeneler.....	16
2.3.1.3 Tarama Programları.....	17
2.3.2.Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Çalışmalar	20
2.3.2.1 Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma.....	20
2.3.2.2 Kazalardan korunma ve ilkyardım.....	20
2.3.2.3 Ruh Sağlığı Hizmetleri.....	20
2.3.2.4 Akut Hastalıklara Yaklaşım.....	20
2.3.2.5 Kronik Hastalıklara Yaklaşım.....	21
2.3.2.6 Beslenme.....	21
2.3.2.7 Spor /beden eğitimi.....	22
2.3.2.8 Sigara,Alkol ve Madde Kullanımı	26
2.3.3.Sağlık Eğitimi.....	28
2.3.3.1 sağlık eğitimi konuları.....	31

2.3.3.2 sağlık eğitiminde akran eğitimi.....	32
2.3.4. Okulda evre Sağlığı.....	35
2.3.5. Okul Sağlığı Kayıtları.....	40
2.4. Okul Sağlığı Ekibi.....	40
2.5. Geliştirilen Yeni Okul Sağlığı Yaklaşımları.....	42
2.5.1 Sağlığı Geliştiren Okullar Programı.....	42
2.5.2 Güvenli Okullar Programı.....	43
3. GEREÇ VE YÖNTEM	44
3.1. Araştırma Bölgesi zellikleri	44
3.2. Araştırmanın Tipi	45
3.3. Araştırma Evreni ve örnek seçimi	45
3.4. Araştırma uygulama yöntemi.....	47
3.5. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri.....	48
3.6. İzinler	49
3.7. Veri Toplama Aracı ve Veri Toplama.....	49
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	51
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	51
3.10. Zaman izelgesi.....	52
4.BULGULAR.....	53
4.1. Okul ağı çocukların sağlık davranışı ile ilgili bulgular.....	53
4.1.1.Araştırmaya Katılan ğrencilerin Bazı Tanımlayıcı zellikleri.....	53
4.1.2.Araştırmaya Katılan ğrencilerin Bazı Sosyodemografik zellikleri.....	54
4.1.3.Araştırmaya Katılan ğrencilerin Beslenme Konusunda Bilgi ve Davranış Düzeyleri.....	57
4.1.4.Araştırmaya Katılan ğrencilerin Hijyen Konusunda Bilgi ve Davranış Düzeyleri.....	63
4.1.5.Araştırmaya Katılan ğrencilerin Ağız Diş Sağlığı Konusunda Bilgi ve Davranış Düzeyleri.....	67
4.1.6. Araştırmaya Katılan ğrencilerin Sigara Konusunda Bilgi ve Davranış Düzeyleri.....	71

4.1.7 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Fiziksel Aktivite ve Sedanter Yaşam Konusunda Bilgi ve Davranış Düzeyleri.....	74
4.2. Araştırmaya Katılan Öğrencilere Verilen Sağlık Eğitimlerinin Etkinliğine İlişkin Bulgular.....	84
4.2.1. Girişim Ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Beslenme İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Dağılımları.....	84
4.2.2. Girişim ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Hijyen, Ağız Diş Sağlığı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Dağılımları.....	86
4.2.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Sigara İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Dağılımları.....	88
4.2.4. Girişim ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Fiziksel Aktivite ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Dağılımları.....	90
4.2.5 Girişim ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bilgi Puanı Ortalamaları.....	93
4.2.6 Girişim Ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Beslenme İle İlgili Davranış Durumları.....	95
4.2.7 Girişim Ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Hijyen İle İlgili Davranış Durumları.....	98
4.2.8 Girişim Ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Diş Sağlığı İle İlgili Davranış Durumları.....	100
4.2.9 Girişim Ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Fiziksel Aktivite İle İlgili Davranış Durumları.....	102
5.TARTIŞMA.....	
5.1. Okul Çağı Çocukların Eğitim Öncesi Sağlık Davranışı Bulguları	104
5.1.1. Beslenme Durumu.....	104
5.1.2. Kişisel Hijyen.....	107
5.1.3. Ağız Diş Sağlığı.....	111
5.1.4. Sigara Kullanımı.....	112
5.1.5. Fiziksel Aktivite.....	115
5.1.6. Sedanter Yaşam.....	116
5.2.Girişim ve Kontrol Gruplarında Eğitim Sonrası Dönemde Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	117

5.3.Girişim ve Kontrol Gruplarında Eğitim Sonrası Dönemde Davranış Durumlarının Karşılaştırılması.....	119
5.3.1.Beslenme Durumu.....	119
5.3.2.Kişisel Bakım ve Hijyen.....	120
5.3.3.Ağız Diş Sağlığı.....	121
5.3.4.Fiziksel Aktivite.....	122
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	123
6.1.Sonuçlar.....	123
6.2. Öneriler.....	126
ÖZET	128
SUMMARY	129
KAYNAKLAR	130
EKLER	138

TABLO DİZİNİ

sayfa no

Tablo 1: Araştırmaya Dahil Edilen Okulların Sınıflara Göre Toplam Öğrenci Sayıları.....	45
Tablo 2: Okul ve Sınıflara Göre Araştırma Örneklemine Dahil Edilen Öğrenci Sayısı.....	46
Tablo 3: Araştırmada Uygulanan Modeller ve Şube Dağılımları.....	47
Tablo 4: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyet, Sınıf ve Okul Tipine Göre Dağılımı	53
Tablo 5: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okul Tipine ve Sınıflara Göre Yaş Ortalamaları.....	53
Tablo 6: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okul Tipine Göre Anne ve Babalarının Bazı Sosyodemografik Özellikleri.....	54
Tablo7: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okul Tipine Göre Bazı Sosyodemografik Özellikleri.....	55
Tablo 8: Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Beslenme Konusunda Bilgi Düzeyleri.....	57
Tablo 9: Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Beslenme Konusunda Bilgi Düzeyleri.....	58
Tablo 10: Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Beslenme Konusunda Davranış Durumları.....	59
Tablo 11: Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Beslenme Konusunda Davranış Durumları.....	60
Tablo 12: Araştırmaya Katılan Tüm Öğrencilerin Beslenme Durumunun Anne ve Babalarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....	62
Tablo 13: Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Hijyen Konusunda Bilgi Düzeyleri.....	63
Tablo 14: Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Hijyen Konusunda Bilgi Düzeyleri.....	63
Tablo 15: Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Hijyen Konusunda Davranış Durumları.....	65
Tablo 16: Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Hijyen Konusunda Davranış Durumları.....	66

Tablo 17: Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Ağız Diş Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyleri.....	67
Tablo 18: Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Ağız Diş Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyleri.....	68
Tablo 19: Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Ağız Diş Sağlığı Konusunda Davranış Durumları.....	69
Tablo 20: Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Ağız Diş Sağlığı Konusunda Davranış Durumları.....	69
Tablo 21: Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Günlük Diş Bakımının Anne Baba Özelliklerine Göre Dağılımları.....	70
Tablo 22: Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Sigara İçmeyi Deneme Durumları.....	71
Tablo 23: Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Sigara Deneme Durumları.....	71
Tablo 24: Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Sigara Konusunda Bilgi Düzeyleri.....	72
Tablo 25: Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Sigara Konusunda Bilgi Düzeyleri.....	73
Tablo 26: Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Fiziksel Aktivite Konusunda Bilgi Düzeyleri.....	74
Tablo 27: Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Fiziksel Aktivite Konusunda Bilgi Düzeyleri.....	76
Tablo 28: Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Fiziksel Aktivite Konusunda Davranış Durumları.....	77
Tablo 29: Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Fiziksel Aktivite Konusunda Davranış Durumları.....	78
Tablo 30: Araştırmaya Katılan Çocukların Fizik Aktivite Durumunun Anne Baba ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı.....	79
Tablo 31: Araştırmaya Katılan Çocukların Sedanter Yaşam Şeklinin Anne Baba Özelliklerine Göre Dağılımı.....	80
Tablo 32: Kentsel Bölgede Okuyan Öğrencilerin Bildirilen Kilo ve Boy Ölçümlerine Göre Beden Kitle İndeksi Ortalamaları.....	81

Tablo 33: Kırsal Bölgede Okuyan Öğrencilerin Bildirilen Kilo ve Boy Ölçümlerine Göre Beden Kitle İndeksi Ortalamaları.....	81
Tablo 34: Kırsal ve Kentsel Bölgede Okuyan Öğrencilerin Bildirilen Kilo ve Boy Ölçümlerine Göre Beden Kitle İndeksi Ortalamaları.....	81
Tablo 35: Kentsel Bölgede Okuyan Öğrencilerin Diyet Yapma Durumlarına Göre Dağılımı	82
Tablo 36: Kırsal Bölgede Okuyan Öğrencilerin Diyet Yapma Durumlarına Göre Dağılımı.....	82
Tablo 37: Kentsel Bölgede Okuyan Öğrencilerin Vücudu ile İlgili Düşüncelerine Göre Dağılımı.....	83
Tablo 38: Kırsal Bölgede Okuyan Öğrencilerin Vücudu İle İlgili Düşüncelerine Göre Dağılımı	83
Tablo 39: Kentsel Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Beslenme İlgili Bilgi Sorularını Doğru Yanıtlama Durumları.....	84
Tablo 40: Kırsal Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Beslenme İlgili Bilgi Sorularını Doğru Yanıtlama Durumları.....	85
Tablo 41: Kentsel Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Hijyen ve Ağız Diş Sağlığı ile İlgili Bilgi Sorularını Doğru Yanıtlama Durumları.....	86
Tablo 42: Kırsal Bölge Okulunda Girişim Ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Hijyen ve Ağız Diş Sağlığı İle İlgili Bilgi Sorularını Doğru Yanıtlama Durumları.....	87
Tablo 43: Kentsel Bölge Okulunda Girişim Ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Sigara ile İlgili Bilgi Sorularını Doğru Yanıtlama Durumları.....	88
Tablo 44: Kırsal Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Sigara ile İlgili Bilgi Sorularını Doğru Yanıtlama Durumları.....	89
Tablo 45: Kentsel Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Fiziksel Aktivite ile İlgili Bilgi Sorularını Doğru Yanıtlama Durumları.....	90

Tablo 46: Kırsal Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Fiziksel Aktivite ile İlgili Bilgi Sorularını Doğru Yanıtlama Durumları.....	92
Tablo 47: Kentsel Bölgede Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Toplam Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	93
Tablo 48: Kırsal Bölgede Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Toplam Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	94
Tablo 49: Kentsel Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Beslenme İlgili Davranış Durumları.....	95
Tablo 50: Kırsal Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Beslenme ile ilgili Davranış Durumları.....	96
Tablo 51: Kentsel Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Hijyen İle İlgili Davranış Durumları.....	98
Tablo 52: Kırsal Bölge İlköğretim Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Hijyen İlgili Davranış Durumları.....	99
Tablo 53: Kentsel Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Ağız Diş Sağlığı ile İlgili Davranış Durumları.....	100
Tablo 54: Kırsal Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Ağız Diş Sağlığı ile İlgili Davranış Durumları	101
Tablo 55: Kentsel Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Fiziksel Aktivite ile İlgili Tutum ve Davranış Durumları	102
Tablo 56: Kırsal Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Fiziksel Aktivite ile İlgili Tutum ve Davranış Durumları	103

EKLER DİZİNİ

sayfa no

Ek 1: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul Raporu	138
Ek 2: Aydın İl Mili Eğitim Müdürlüğü İzin Yazısı.....	139
Ek 3: Aydın’da İki İlköğretim Okulunda Okul Sağlığı Hizmetleri ve Yeni Bir Model Geliştirilmesi Araştırması Anket Formu	140

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Okul dönemi yaşam süreci içerisinde önemli bir dönemi oluşturur ve 6 ile 19 yaş arasını kapsar. Okul yaşının iki dönemi mevcuttur: İlk dönem, erken okul yaşı ve prepuberte dönemi, bu dönem kızlarda 6-12 yaş arasını, erkeklerde 6-14 yaş arasını kapsar. İkinci dönem ise geri kalan 19 yaşa kadar tamamını kapsar (1). Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK) kayıtlarına göre; okul toplumu Türkiye’de nüfusun %25’ini oluşturmaktadır (2). İlköğretim okullarına devam eden çocuk sayısı ise; Mili Eğitim Bakanlığı (MEB) 2007-2008 yılı kayıtlarına göre; 10,870,570’dir (3).

Ülkelerin kalkınmışlık düzeyinin belirlenmesinde önemli rolü olan sağlıklı insan gücü, çocukluktan itibaren sağlığının bilincinde olan, sağlığını koruyan ve sağlığı bozulduğunda fark eden bireylerin yetiştirilmesi ile mümkündür (4). Bu nedenle, okul dönemi geleceğin toplumunu oluşturma bakımından çok önemli bir dönemdir. Bu dönemde çocuklar sürekli büyüme ve gelişme içindedirler. Kötü beslenme, alkol, uyuşturucu kullanma gibi tehlikeli alışkanlıklar da bu dönemde başlamaktadır. Aynı zamanda, çocukların bir arada bulunmaları ve sağlıkla ilgili bilgi, değer ve davranışları daha çok okulda kazanmaları bu dönemin önemini daha da artırmaktadır (5).

Okul genellikle çocukların korunaklı yuvalarından çıkıp, toplum içine girdikleri ilk yerdir, bu durumun yaratacağı ruhsal ve sosyal sorunlar için çocuk desteklenmelidir. Çocukluk dönemi sağlık alışkanlıklarının geliştirilmesi için de uygun bir dönemdir. Sağlıklı bilgi, tutum ve davranışları geliştiren öğrenciler çevrelerindeki bireyler için de eğitici olabilirler (6). Gelecek yıllarda toplumu oluşturacak ve oluşturduğu topluma hizmet sunacak olan çocukları bünyesinde toplayan okul; geleceğimizin güvencesi olan çocukların fiziksel, mental, ruhsal ve sosyal gelişmelerini sağlıklı bir biçimde sürdürebilmelerinin sağlanması, hastalıkların önlenmesi, sağlığı geliştirici davranışların benimsetilmesi, böylece çalışan ve sorumluluklarının bilincinde bireylerin yetiştirilmesi için mükemmel bir ortamdır (7). Sağlığın geliştirilmesinde okulların önemi büyüktür. Okullar birçok nedenle vardır. Birinci oluş nedeni, örgün eğitim deneyimleriyle gençliği eğitmektir. Doğal olarak okullar bilgi, sosyal gereksinimler ve değerlerle değişik yapıda içeriği olan kültürel değişiklik etkenleridir. Okullar aynı zamanda çocuk ve gençleri iş piyasasından da dışarıda tutmaktadır. Bütün bu yollarla okullar çocuk sağlığını korumada önemli bir rol oynamaktadırlar (1).

Kendi sağlık davranışlarını yönetebilmede fiziksel, psikolojik ve sosyal yeterliliğe sahip olan okul çağı çocukları, günümüzde pek çok olumsuz uyaran karşısında hazırlıksız bırakılmakta ve çocukların olumsuz sağlık davranışları sonucunda ortaya çıkan pek çok sağlık

sorunu ile baş etmesi beklenmektedir (8). İlköğretim dönemi boyunca yapılan sağlıkla ilgili girişimler, çocukların yaşamları boyunca yararlanmaları için temel oluşturmada en uygun zamandır (9). Bu nedenle sağlığı geliştirmek ve hastalığı önlemek amacıyla okul sağlığı hizmetleri mümkün olduğu kadar erken yaşlarda başlamalıdır (10).

Aydın'da iki ilköğretim okulunda yapılan bu çalışmada;

1) Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık davranışlarını ve bilgi düzeyi ile bunları etkileyen faktörler ile,

2) Öğrencilere uygulanan farklı eğitim modellerinin (akran ve uzman eğitimleri) öğrencilerin sağlık davranışı ve bilgi düzeyi üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Uygulanan sağlık eğitim modelleri doğrultusunda elde edilen veriler karar vericilere öğrencilere yönelik planlamalarda yol gösterecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. OKUL SAĞLIĞI

Toplumda okul çağındaki bütün çocukların mümkün olan en iyi bedensel, ruhsal ve sosyal yönden sağlığa kavuşmalarını sağlamak ve sürdürmek, böylece çocukların ve dolayısıyla toplumun sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilmesi için yapılan çalışmaların tümüne okul sağlığı hizmetleri denilmektedir (11).

1998 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yayımlamış olduğu bir bildiride okul sağlığı hizmetlerinin gençlerin sağlığını olumlu yönde etkileyerek kendilerine güvenlerini arttıran ve yaşam davranışlarını olumlu yönde değiştiren aktiviteler olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca bu hizmetler sosyoekonomik farklılıkların yaşandığı toplumlarda maddi yetersizlik, sağlık ve sosyal güvencenin olmaması gibi ekonomik veya ebeveyn ilgisizliği gibi ekonomik olmayan nedenlerle sağlık hizmetlerinden yararlanamayan çocuklara ulaşma olanağı sağlaması yönüyle oldukça yararlıdır (12).

Temel Sağlık Hizmetlerinde, okul sağlığı açısından olması gereken hizmetler şunlardır :

1. Güncel sağlık sorunlarından korunma için sağlık eğitimi
2. Yeterli ve dengeli/sağlıklı beslenme
3. Temiz su sağlanması ve kişisel hijyenin geliştirilmesi
4. Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması eğitimi
5. Önemli bulaşıcı hastalıklar için bağışıklama

6. Yöresel endemik hastalıklardan korunma ve kontrol
7. Yaygın hastalıklar ve yaralanmalar için uygun tedavi
8. Tedavide temel ilaçların sağlanması (11).

2.1.1. Okul Sağlığının Önemi

Okul çağı; okula başlama yaşı olan 6-7 yaşlarından başlayarak, bireyin tercihiine göre değişen öğrenim hayatı boyunca devam eden ve bireyin; eğitimi, çevresi ve ailesinin de etkisiyle dünya görüşü, değerleri ve kişiliğini oturtmaya çalıştığı bir süreçtir (13). Okul çocukları her ne kadar, erken çocukluk döneminin çeşitli sağlık sorunlarını çözümlemiş, hastalık ve ölüm risklerinden büyük ölçüde kurtulmuş, genelde sağlıklı bir yaş grubunu oluşturuyor olsalar da, bu dönemdeki çocuklar biyolojik büyüme ile birlikte birçok sağlık sorunu ile karşılaşabilmekte ve bakıma gereksinim duyabilmektedir. Her çocuğun optimal sağlık düzeyine erişebilmesi için bu gereksinimleri karşılamak, böylece sağlık düzeyi yüksek toplum oluşturmak amacıyla çocukların sağlığını koruma ve geliştirme odaklı okul sağlığı hizmetleri ülkenin temel sağlık hizmetleriyle bütünleştirilerek sunulmalıdır (14).

Okul çağının özel bir grup olarak kabul edilmesi ve bu nedenle okul sağlığı hizmetlerinin sunumunu gerekli kılan nedenler aşağıdaki gibi özetlenebilir (1, 11, 13, 14,15):

1. Okul popülasyonu toplum içerisinde büyük bir orana sahiptir. Günümüzde çalışan anne sayısındaki artış nedeniyle çocuklar ilköğretim öncesinde de günlerinin büyük bir kısmını anaokulu veya çocuk yuvası olarak adlandırılan sosyal eğitim kurumlarında geçirmektedir. Bu durum okul popülasyonunun daha da artmasına ve bu popülasyonun öneminin dikkate değer bir hale gelmesine neden olmaktadır.
2. Okul çağı çocuğu sürekli bir büyüme ve gelişme içerisinde. Olumlu bir etkileşim sağlanması halinde çocuk herhangi bir sakatlık, hastalık veya bozukluk olmadan bu hareketli dönemi kolayca atlatabilecek ve büyüme çağına alacağı koruyucu önlemler hayat boyunca da etkili olacaktır. Ayrıca çocuğun, var olan sağlık sorunlarını erken dönemde belirleyerek büyüme gelişme bozukluklarını engellemek, bu önlemlerin büyümenin tamamlanmasından sonra bırakılmasından çok daha kolay ve etkili olacaktır.
3. Sağlık konusunda bilinçli toplum temellerinin atılacağı yer okuldur. Günlerinin büyük bir bölümünü okulda geçiren ve yeniliklere açık olan çocuğa etkili sağlık eğitimi verilirse; bu dönemde kalıcı olan davranış değişikliklerine yol açan etkilemler daha kolay olacak, sağlıklı yasama ilişkin bilgi, tutum ve davranışları geliştiren her bir öğrenci, eğitici rolünü üstlenerek kazandığı her bir olumlu sağlık davranışlarını önce ailesiyle, sonra akran grubu ve çevresinde bulunan diğer bireylerle paylaşma yoluna giderek toplumun bu alışkanlıkları kazanmasında görev üstlenecektir. Yetişkin bir kişi olduğunda ise ailesinin sağlığını geliştirmek için gerekli

önlemleri alabilecek, sağlının korunması için neler yapılması gerektiğinin bilincinde olacak ve sağlını kaybettiği anlarda da nasıl davranılması gerektiğini kavramış, böylece doğru sağlık alışkanlıklarının kazandırılması sonucu sağlıklı bir toplum yaratmak için gerekli yatırım yapılmış olacaktır.

4. Okul genellikle çocukların korunaklı yuvalarından ayrılıp toplum içine girdikleri ilk sosyal kurumdur ve bu dönem sosyalliğın kazanılmasında ilk basamaktır. Çocuk bu yeni çevre içinde dayanışma, çatışma, engellenme, destek gibi çeşitli etkileşimlerle karşılaşacak ve bu doğrultuda kişiliğini geliştirmeye çalışacaktır. Bu dönemde çocuk hayatının ilerleyen dönemlerini de etkileyecek ruhsal ve sosyal sorunlar yaşayabilir. Bu nedenle çocuk bu dönemde kişiliğinin gelişiminde desteklenmeli, ruhsal ve sosyal sağlığını zedeleyecek ve ilerleyen dönemlerde kişiliğı üzerinde kalıcı izler bırakacak olumsuz etkilerden korunmalıdır. Bu yönlerden sorun yaşayan çocuklar ise verilecek sağlık hizmetleriyle desteklenmeli fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden sağlıklı bir okul yaşamına kavuşturulmalı ve çocuğın sağlıklı bir erişkin olması için zemin hazırlanmalıdır.

5. Çocuklar ancak fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı bir süreç içerisinde olurlarsa öğrenme düzeyleri yüksek olur. İyi görememe, iyi duyamama veya ruhsal uyumsuzluklar gibi sağlıkla ilgili engeller öğrenmeyi ve dolayısıyla da başarıyı olumsuz yönde etkiler. Bu gibi bozuklukların belirlenmesi kolaydır ve tedavisi ise okul sağlığı çalışmalarının içindedir. Bu bozuklukların erken tanınması ve düzeltilmesi, çocuğın öğrenmesi ve başarısı için gereklidir.

6. Çocukların ve okul personelinin bir arada ve sıkı bir ilişki içerisinde yaşadığı okul, kapalı bir ortam olması nedeniyle, gerekli önlemlerin alınmaması halinde bulaşıcı hastalıkların görülme oranı ve yayılma hızı yüksek olabilecek bir niteliğe sahiptir. Ancak çocukların bir arada bulunması aşılama gibi koruyucu önlemlerin daha kolay uygulanabilmesine olanak tanır.

7. Okullarda yoğun popölasyon nedeniyle kazaların görülme oranı yüksektir.

8. Toplu halde bulunulması nedeniyle okul, büyük bir grubun sağlık durumlarının değerlendirilmesi, erken tanılamaya yönelik girişimlerin uygulanabilmesi, sık karşılaşılan sağlık problemlerine yönelik tedavi ve koruma önlemlerinin uygulanması için uygun bir ortamdır. Bu nedenle okul sağlığı çalışmalarında, ortamdaki kaynaklanan riskleri en aza indirecek koruyucu önlemleri almak, bulaşıcı hastalıkları önlemek için düzenli bir bağıışıklık programı oluşturmak ve sağlık eğitimi için tüm olanak ve fırsatları kullanmak gerekir.

9. Okul, toplumsal bir birimdir ve okul ile çocuğın ailesi arasında bir etkileşim mevcuttur. Bu etkileşim birçok konuda olduğu gibi sağlıkla ilgili konularda da toplumu güdüleyici bir etki yapar. Geniş bir yayılımla okul sadece kendi öğrencilerinin ailelerini değil, aynı zamanda bu

ailelerden oluşan toplumu da etkisi altına alır. Dolayısıyla hem öğretmen hem de sağlık personeli için, sağlıkla ilgili toplumu etkileyecek programların başlangıç noktası olmasında okul toplumu önemli bir özelliğe sahiptir

2.1.2. Dünyada Okul Sağlığının Gelişimi

Toplumun geleceğini oluşturan okul çocuklarının sağlıkları ile yakından ilgilenme zorunluluğu çok eski dönemlerden beri dikkat çekmiş ve bu doğrultuda daha iyi hizmet verebilmek, böylece daha sağlıklı toplumlar yaratabilmek için her geçen gün var olan hizmet yapısının üzerine yeni bir taş konulmaya çalışılmıştır. Okul sağlığı programları önceleri birçok Avrupa ülkesinde, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını kontrol etmek ve günün koşullarına göre okul yaşamının oluşturduğu hastalıkları düzeltmek için başlamış, 1930'lu yıllarda ise, bu gereksinimler tanımlanmış, çözümler geliştirilmiş, koruyucu sağlık hizmetleri de okul sağlığı programlarının kapsamı içine alınarak, okul sağlığı kavramı hem değişmiş hem de gelişmiştir (14).

Konu ile ilgili gelişmeler ve yapılan çalışmalar kronolojik olarak incelendiğinde (1,11,16,17,18,19):

- 1789 Fransız Devrimiyle birlikte okul sağlığı önemsenmiş ve 1793 yılında okul sağlığı programı ilk olarak Fransa'da başlamıştır. Bu çerçevede "Okullarda Tıbbi Gözlemin Esasları" kabul edilmiştir.
- 1833 yılında ilk defa Fransa'da "Okullarda Tıbbi Gözlem" adıyla okul sağlığı konusunda bir kanun çıkarılarak okul yönetimi, çocukların sağlığı ve sağlıklı okul çevresinden sorumlu hale getirilmiştir.
- 1842 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Horace Mann, okullarda sağlık eğitimi verilmesini önermiş, ancak bu düşünce iyi karşılanmamıştır. Aynı yıl Fransa'da devlet okullarının hekimler tarafından düzenli olarak denetlenmesi kararlaştırılmıştır.
- 1866'da ilk kez Alman göz doktoru Hermann Cohn 7568 öğrencide Breslan'da tarama yapmıştır.
- 1868 yılında İsveç'te, 1869 yılında Almanya'da, 1871 yılında Rusya'da, 1873 yılında Avusturya'da devlet okullarına hekimler atanmıştır.
- 1871 yılında ABD'de ilk kez R.J. Olivan okullarda sağlık müfettişi olarak atanmıştır.
- 1874 yılında Brüksel'deki bütün okullar üç ayda bir hekim denetiminden geçirilmeye başlanmıştır. Böylece ilk kez Avrupa'da okul sağlığı hizmetleri örgütü Brüksel'de

kurulmuştur. Aynı şekilde, 1878’de İsveç’te de okul sağığı hizmetleri teşkilatı kurulmuştur.

- 1879 yılında Paris’te okul sağığı programı başlatılmıştır.
- 1880 yılında ABD’de 40 eyalette, okullarda, alkol ve uyuşturucu maddelerin etkisiyle ilgili bilgi verilmesi yürürlüğe girmiştir. İngiltere’de Dr.Priestley Smith okul çocuklarında görme bozukluğunun öğrenme üzerindeki olumsuz etkilerini saptamıştır.
- 1882 yılında İngiltere’de Dr.Clement Dukes “Okul ve Sağılık” adlı ilk okul sağığı kitabını yayınlamıştır.
- 1883 yılında Almanya, 1890 yılında Londra’da ilk resmi okul hekimi atanmıştır.
- 1888 yılında Japonya’da,1889 yılında Romanya’da bütün okullarda periyodik sağılık muayeneleri başlatılmıştır.
- 1893 yılında okul sağığı hemşireliğı, sosyoekonomik yönden düşük bir bölge olan Drury Lane’deki bir okulda sağılık problemlerinin giderek artması üzerine okul müdürünün Metropolitan Hemşireler Birliğinden okulda görevlendirilmek üzere bir hemşire verilmesini istemesi üzerine başlatılmıştır.
- 1894 yılında ABD’de okullarda Tıbbi Gözlemci Teşkilatı kurulmuş ve devlet okullarında tıbbi muayene zorunluluğı getirilmiştir. Boston’daki okullarda başlatılan ilk Amerikan Okul Sağığı Programı; yapılan tıbbi muayenelerle okul çocuklarında saptanan bulaşıcı hastalıkları önleyici yolları belirlemeyi sağlamıştır.
- İlk olarak 1897 yılında Danimarka Kopenhag’da, 1905 yılında Hollanda Amsterdam’da Halk Sağığı Müdürlüğüne bağılı Okul Sağığı Birimi kurulmuştur.
- 1902 yılında New York’ta Lillian Wald yönetiminde gerçekleştirilen tarama programında binlerce çocukta bulaşıcı hastalık tespit edilmiştir. Bunun üzerine New York şehrindeki çeşitli okullarda görev yapacak 25 tane okul hemşiresinin görevlendirilmesiyle okul hemşireliğinin temelleri atılmıştır.
- 1906 yılında ABD’de okul çocuklarının en az yılda bir kez hekim muayenesinden geçirilmesi yasa haline getirilmiştir.
- 1908 yılında okul sağığı hemşireliğı hizmetlerinin ABD genelinde yerel yönetimlerin sorumluluğunda yürütülmesine karar verilmiştir. İngiltere’de okul sağığı hizmetleri ulusal düzeyde yaygınlaşmıştır.
- 1910 yılında ABD’de sağılık profesyonellerinin sorumlulukları geliştirilerek sağılık eğitim programlarında görev almaları kararlaştırılmıştır.

- 1913 yılında ABD’de Lina Rogers’in başkanlığını yaptığı Okul Hemşireliği Komitesi kurulmuştur.
- 1914 yılında İngiltere’de I. Dünya Savaşı döneminde yapılan tarama programlarında birçok kişide görme, işitme, ağız-diş sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, ortopedik sorunlar belirlenmesi üzerine sağlıklı yetişkinlik için çocukluk döneminde yapılacak tarama programlarının önemi anlaşılmış, bu yöndeki çalışmalar daha programlı yürütülerek bir uzmanlık dalı ve okul sağlığı örgütü oluşturulmuştur.
- 1915 yılında ABD’de temel sağlık bilgileri, sağlıklı okul yaşamı, okul sağlık birimlerinde uygulama ile öğrenme, sağlık bilgisi dersleri ve diğer derslerde yeri geldikçe sağlık eğitimi verilmesini kapsayan modern sağlık eğitimi programı başlatılmıştır.
- 1918 ve sonrasında ABD’de sağlığın geliştirilmesine yönelik okul çocuklarına sağlık eğitimi verilmesi ilgi çekerek gelişmiştir. Bu modern sağlık eğitimi programı, I. Dünya Savaşı sonrası çocukların ve gençlerin daha sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmelerini sağlamak ve böylece sağlığı geliştirmek için Amerikan Çocuk Sağlığı Organizasyonu, Ulusal Tüberküloz Derneği ve diğer sağlık kuruluşlarının da ilgi ve desteğiyle sağlık temellerine dayanan öğretim programlarının geliştirilmesiyle oluşturulmuştur.
- 1927 yılında kurulan Amerikan Okul Hekimleri Birliği, diğer sağlık profesyonellerinin konuya ilgilerinin giderek artması ve okul sağlığı hizmetlerinin multidisipliner iş birliği gerektirmesi nedeniyle kendini yenileyerek, 1936 yılında diğer sağlık disiplinlerini de kapsayan Amerikan Okul Sağlığı Birliğine dönüştürülmüştür.
- 1942 yılında Hollanda’da, 1946 yılında Danimarka’da çıkartılan yasalarla kapsamlı okul sağlığı örgütleri kurulmuştur. Tüm okullarda bir hekim, bir hemşire ve diş hekiminin görev aldığı “Okul Hijyen Ünitesi” kurulmuş ve öğrenciler sürekli kontrol altında tutularak çeşitli konularda sağlık eğitimlerinden geçirilmişlerdir.
- 1950 yılında DSÖ ilkokul sağlığı hizmetleri toplantısını yapmıştır.
- 1969 yılında ABD’de amacı okul hemşireliği hizmetlerinin ve hizmeti sunan hemşirelerin denetimi olan Ulusal Okul Sağlığı Hemşireleri Birliği (NASN) kurulmuştur.
- 1977 yılında DSÖ, UNICEF ve çeşitli ülkelerin okul sağlığı komiteleri, okul sağlığı konusunda değişik yıllarda toplantılar yaparak; okul sağlığının önemi, üzerinde

durulması gereken noktalar, etkinliklerin planlanması, uygulanması, uygulama sıklığı, kimlerin bu çalışmalardan yararlanması gerektiği konularında raporlar yayınlanmıştır. 1977 yılında yayınlanan raporda kabul edilen maddeler aşağıda yer almaktadır:

1. Okul sağlığı eğitim programları bir ekiple yürütülmelidir. Ekipte hekim, hemşire, öğretmen, sosyal hizmet uzmanı ve psikolog olmalıdır.
 2. Diş sağlığı, görme taramaları, ruh sağlığı ve sağlık eğitimi konularına özel önem verilmelidir.
 3. Aile ile işbirliği yapılmalıdır.
 4. Okul sağlığı çalışmalarını yürüten ekibin diğer sağlık kuruluşları ve sosyal kurumlarla ilişkisi olmalıdır.
 5. Tıpla ilgili okullarda mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde okul sağlığı konusu yer almalı ve bu konuda gerekli araştırmalar yapılmalıdır.
 6. Fizik ya da mental sakatlığı olan çocuklar olabildiğince diğer çocuklarla aynı okullarda okutulmaya çalışılmalıdır, maddelerine yer verilmiştir.
- 1983 yılında Amerikan Hemşireler Birliği okul hemşireliği uygulamaları için faaliyet alanlarını ve standartlarını yayımlanmıştır.
 - 1991 yılında DSÖ Avrupa bürosu tarafından “Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi” getirilmiştir. Bu projeyi ilk olarak Çekoslovakya, Macaristan ve Polonya başlatmış, daha sonra bu ülkelere Hollanda’da katılmıştır. 1993 yılının sonuna kadar bütün Avrupa ülkelerinde projenin başlatılması ön görülmüştür. Bu projenin amaçları;
1. Öğrencilere ve okul çalışanlarına sağlıklı bir çevre sağlamak,
 2. Bireyde sağlıklı aile ve toplum bilincini oluşturmak,
 3. Okul çocuklarını ve aileleri gerçekçi ve istedik bir yaşam sağlamak için özendirmek ve desteklemek,
 4. Bütün öğrencilere kendi fiziksel, psikolojik potansiyellerini göstererek özgüvenlerini kazanmalarını sağlamak,
 5. Okul toplumunun güvenliği ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için amaçları açıkça ortaya koymak,
 6. Okul personeli, öğrenci, aile arasında iyi ilişkiler kurmak,
 7. Projenin başarılı olabilmesi için toplum kaynaklarının kullanılmasını sağlamak,
 8. Uygun bir sağlık eğitimi programı planlamak,
 9. Öğrencileri kendi sağlıklarını korumaları ve güvenli ve fiziki çevre sağlamaları için gerekli bilgi ve becerilerle donatmak,
 10. Okul sağlığı servislerini, sağlık eğitimi programı ile entegre etmektir .

Günümüzde okul sağığı hizmetleri okul toplumunu bir bütün olarak almayı ve bireylere sağığın geliştirilmesi düzeyinde hizmet götürmeyi amaçlamaktadır. Fiziksel aktiviteyi artırma, cinsel eğitim, HIV'in önlenmesi, beslenme, sigaradan korunma ve kronik hastalıklarla başa çıkma gibi daha spesifik konularda ve her ülkenin kendi öncelikleri doğrultusunda belirlediğı standartlarla hizmet sunulmaktadır. Sunulan hizmetlerde amaç Birleşmiş Milletler Sağık Hizmetleri Departmanı tarafından 2000 yılında Washington'daki bir konferansta belirlenen "2010 yılı ulusal sağık hedeflerine" ulaşmaktır (18).

Okul Sağığı ile ilgili 2010 Yılı Ulusal Sağık Hedefleri(20):

*1 ile 12.sınıflar arası öğrencilerin okulda günlük beden eğitimi aktivitelerine katılımlarını günlük en az %50 artırmak,

*Okul beslenme programı olan öğle yemeğı ve kahvaltı programlarını Türkiye Diyetisyenler Derneğı Beslenme rehberindeki beslenme ilkelerine uygun olarak en az %90'a çıkarmak,

*Ulusal okullarda okul öncesinden başlayarak 12.sınıfa kadar beslenme eğitimini %75'e çıkarmak,

*Tüm ilköğretim, lise ve kolejlerin tütün ve mamüllerinden korunma dersi koymak,

*İlköğretim ve liselerdeki öğrencileri alkol ve bağımlılık yapan diğer ilaçlardan koruyan eğitim programları koymak,

*10 ile 18 yaş arası öğrencilerin en az %85'inin aileleri ile veya onların tavsiye edeceği sağıkçılar ile cinsel yaşamı tartışır hale gelmesi veya okullardan bu bilgileri alması için düzenleme yapmak,

*İlköğretim ve liselerde şiddeti en az %50 azaltmak. Bunun için şiddet karşıtı ve çözümleyici plan hazırlamak,

*Okullarda kazalardan korunma ve kontrolü için en az %50'sinde eğitim planlamak,

*4 ile 12.sınıflar arası eğitim programına cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki eğitimi en az %95'e çıkarmak,

*İlköğretim ve liselerde cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmayı eğitim kapsamına almaktır.

2.1.3. Türkiye’de Okul Sağlığının Gelişimi

Türkiye’de okul sağlığına ilişkin en eski belge 10 Şubat 1912 tarihli “Bilumum Mekatipte Emraz-ı Sariyenin Meni, Tevessüü ve İntisarı Hakkında Nizamname”dir. Bu belgede bulaşıcı hastalıklarla savaş konusunda görev eğitim kurumlarına yüklenmiş olup sağlık müfettişleri ile işbirliği önerilmektedir. Ülkemizde okul sağlığı hizmetleri Milli Eğitim Bakanlığının sorumluluğu altında 1912 yılında başlamıştır (14,21).

Bu nizamnameden bir yıl sonra 23 Eylül 1913 yılında çıkarılan “Tedrisatı İptidaiye Kanunu Muvakkatı” ile ilkokul eğitimi zorunlu kılınarak, okullarda sağlıklı bir çevre sağlanması konusunda eğitim yetkilileri sorumlu kılınmıştır. Yasaya göre sağlık müfettişleri ve belediye hekimleri denetimden sorumlu tutulmuştur (21).

3 Ocak 1927’de yayınlanan bir yönerge ile ilkokul müfettişlerine, okulların hijyenik koşullarının ve öğrencilerin sağlık durumlarının incelenmesi yetkisi verilmiş ve okul sağlık denetimleri sırasında dikkat edilmesi gereken konular saptanmıştır. Bu yönetmelikle önemli sağlık konularına değinilmiş ve bu sorunların giderilmesinde öğretmenler görevlendirilmiştir.

24 Nisan 1930’da çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Yasası ile okul sağlığıyla ilgili çalışmalar başlamıştır. Bu yasanın 163. ve 164. maddeleri okul sağlığıyla ilgilidir ve bu maddelerde;

Madde 163: Tüm okulların bina ve sağlık koşulları ve bulaşıcı hastalıklardan korunmaları hususları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının denetimi altındadır. Sadece öğrencilerin kendilerine ait sağlık denetimi, bu okulların bağlı oldukları dernekler ya da şahıslar tarafından yerine getirilir.

Madde 164: Genel olarak okullarda belirli aralarla öğrencilerin beden, ruh, göz ve kulak muayeneleri okulların özel hekimleri tarafından yapıp her öğrencinin kartına yazılır denilmektedir (14,21).

1946 yılında toplanan 3. Milli Eğitim şurasında okullarda her yüz kişi için 10 tuvalet bulunması, okula içme suyu sağlanması, çocukların kişisel temizliği, diş, göz, kulak sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar üzerinde durulmuş, her çocuğun sağlık durumunun “Kişisel Sağlık Fişleri”ne işlenmesinin yararlı olacağı vurgulanmıştır (21). Yine,1946’dan itibaren ülkemizde tüm dünyada olduğu gibi UNICEF, okul çocuklarının beslenmesi ve bulaşıcı hastalıklardan korunması için programlar başlatmıştır (14,17).

1948 yılında ilk Mektepler Talimatnamesi’nde okul sağlığı konusuna geniş yer verilmiş ve yılda bir kez doktor muayenesi, yılda dört kez diş muayenesi gibi işler hedeflenmiştir.

1949 yılında toplanan 4. Milli Eğitim Şurası'nda okul doktorlarının nitelikleri, görev ve sorumlulukları konusunda önemli kararlara yer verilmiştir. Okul sağlığı konusunda önemli bir insan gücü olan “Okul Hemşireliği” üzerinde tartışma açılmıştır.

1952 yılında toplanan 5. Milli Eğitim Şurası'nda ise ilköğretim yasası çıkarılması önerilmiştir. Okul hijyeni ve öğrenci sağlığı konusunda uzman elemanlar kullanılması, bu gerekçe ile eğitim müfettişleri, okul doktorları ve bölge doktorları atanması, bunların hizmetine sağlık memuru ve hemşire verilmesi konusunda karar alınmıştır (21).

1953 yılında oluşturulan bir komisyon, Hollanda ve Danimarka'daki okul sağlığı örgüt yapılarını inceleyerek mevcut programların yönetimini değiştirmişlerdir. Anaokullarında ve ilkokullarda okul hijyeni teşkilatının kurulmasını sağlayan bir kanun tasarısı kabul edilmiştir (14,17).

1958 yılında Milli Eğitim Bakanlığı yapısı içinde Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü kurulmuş ve bu müdürlükle Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı arasında okul sağlığı hizmetleri konusunda bir eşgüdüm sağlanmaya çalışılmıştır. 2004 yılı itibarıyla Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde kurulan Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (21).

1958 yılında kabul edilen ilk “Sağlık Müdürleri ve Hükümet Tabipleriyle Belediye Sağlık İşleri Müdür ve Belediye Tabiplerine Ait Görev Yönetmeliği”nin “Hükümet Tabipleri” bölümündeki 30. maddesi hükümet tabibinin okul sağlığı görevini şöyle tanımlamaktadır. “Merkez ve köylerde bulunan okulların sağlık koşullarıyla öğrencilerin genel sağlığı ve özellikle bulaşıcı hastalıklardan korunmasıyla ilgilenir. Özel hekim bulunan okullarda sağlık fişlerinin düzenlenip düzenlenmediğini denetler. İcabında gerekli aşılara yaptırır. Hekimi ve reviri bulunmayan okullarda yatakhane, yemekhane, mutfak, banyo ve yıkanma yerlerinin sağlık koşullarına uygunluğunu 1593 sayılı yasanın 163. maddesi gereğince denetler. 1984 yılı basından itibaren ülkemizde hükümet tabipliği kaldırılmış ve sağlık ocağı hekimleri bu görevleri üstlenmiştir (1).

5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilen 222 sayılı İlköğretim ve Eğitim Kanunu ile isteklerin kapsamı biraz daha büyütülmüş ve yasanın 25. maddesi gereğince il ve ilçelerde öğrenci, öğretmen ve hizmetlilerin sağlıklarının korunması için sağlık merkezleri ve geçici sağlık ekipleri kurulmasına, buralara atanacak ilköğretim sağlık müfettişleri, okul doktorları, sağlık memurları ve hemşirelerin niteliklerinin, görev ve yetkilerinin MEB ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın birlikte hazırlayacakları yönetmelikle saptanmasına karar verilmiştir (21).

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerini Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanuna dayanılarak çıkartılan 154 sayılı yönerge ile okul sağlığı hizmetleri ve görevlileri açık bir şekilde ortaya konulmuştur. Yönergede “sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde sağlık ocağı hekimi okul sağlığı hizmetlerinden sorumludur” denilmekte, ayrıca; hemşire, köy ebeleri, sağlık memuru, okul öğretmeni, personeli ve çocuğun aileleri ile işbirliği kurularak ekip halinde çalışmalarının zorunlu olduğu belirtilmektedir.

Sağlık Bakanlığı mevzuatında yer alan bu yönergedeki okul sağlığıyla ilgili maddeler şunlardır:

A) Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmiş olduğu bölgelerde sağlık ocağı hekimi okul sağlığı hizmetlerinden sorumludur. Okul sağlığı hizmetlerinde amaç; okul çağındaki çocukların fiziki, mental ve sosyal bakımdan tam sıhhatli olmasını temin etmek, bunun idamesini sağlamak ve dolayısıyla toplumun sağlık standartlarının yükselmesine yardım etmektir. Bu amaca ulaşabilmek için diğer halk sağlığı hizmetlerinde olduğu gibi okul sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde de ocak hekimi, hemşire, köy ebeleri, sağlık memuru, okul öğretim personeli ve çocuk aileleri aralarında sıkı bir işbirliği kurarak bir ekip halinde çalışmak zorundadırlar.

B) Okul sağlığı hizmetleri şunlardır:

1. Okullarda periyodik ve özel muayeneler yapmak,

1.1. Bütün okul çocukları senede bir defa muayeneden geçirilir. Bu muayenede tespit edilen hasta ve sakat çocukların tedavi ve rehabilitasyonları sağlanır. Hastane veya uzman hekime sevk edilen vakalar muntazaman takip ve kontrol edilir.

1.2. Öğretim personelinin tıbbi muayene ve kontrolleri yapılır.

1.3. Periyodik muayeneler dışında okul öğretim personeli, sağlık memuru, hemşire ve aile tarafından muayenesi istenen çocuklar da muayene edilir. Genel muayeneler sırasında öğrenci velileri ve sınıf öğretmeni bulunmalıdır. Zira çocuğun öz ve soy geçmişi, okul ve evdeki durumu hakkındaki gerekli bilgiler bu sayede kolaylıkla temin edilebilir. Çocuğun sağlık durumu hakkında aile ve sınıf öğretmenine gerekli tavsiyeler yapılır.

2. Okul camiası ve sağlık ocağı bölgesinde bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek ve gerekli koruyucu tedbirleri alarak bu gibi hastalıkları kontrol altına almak,

3. Periyodik ve özel muayeneler ile tespit edilen fiziki ve ruhi bakımdan sakat çocuklarla ilgilenmek, bu gibi çocukların şahsi kabiliyeti ve kapasitesi ölçüsünde istifade edebilecekleri özel öğretim sisteminin tespit ve ilgili mercilere tavsiyede bulunmak,

4. Sağlık eğitiminin daha etkili olmasını ve yaygınlaşmasını sağlamak,

5. Öğrencilerin aşılarını yapmak,

6. Gıda hijyeni ve beslenme hakkında tavsiyelerde bulunmak,

7. Okul sporcularının tıbbi kontrolünü yapmak,
8. Bölgede okul sağlığı durumunu bildiren senelik rapor hazırlamak.

C) Hizmetin yürütülmesi:

1. Periyodik muayeneler okulun bulunduğu sağlık ocağı bölgesi hekimi tarafından yapılır.
2. Hasta öğretmen veya öğrenci sağlık ocağına gelebilecek durumda ise ocak merkezinde muayene ettirilirler. Ağır hastalar ise evlerinde muayene ettirilirler.
3. Okul sağlığı ile ilgili hizmetler sağlık ocağı hekiminin hazırlayacağı program gereğince hekim ve diğer personel tarafından yürütülür.
4. Öğrencilerin sağlık dosyası okul öğretmenleri tarafından sağlık personelinin direktiflerine göre doldurulur ve okulda muhafaza edilir (1).

1962 yılında 5- 15 Şubat tarihleri arasında yapılan 7. Milli Eğitim Şurası'nda okul hekimi, okul spor hekimi, okul hemşiresi yetiştirilmesi kararlaştırılmış, 1966 yılında nüfusu 3000'in üzerinde olan okullara hekim atanması zorunluluğu getirilmiştir. 1963 yılında çıkarılan 3017 sayılı "Sağlık Bakanlığı'nın Örgütlenmesi ve Memurları Yasası" adlı yasayla okul sağlığı görevi devlet görevi olarak tanımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı, ülkenin sağlık koşullarını düzelterek bireysel ve toplumsal sağlığa zararlı etkenlerle savaşmak, gelecek neslin sağlıklı yetişmesini sağlamak, halkın yaşama ve yerleşme koşullarını düzeltmede yardım etmekle görevlendirilmiştir (1,17).

1982 yılında Milli Eğitim Bakanlığı Ankara Sağlık Eğitim Merkezi tarafından bir genelge ile ilk programlı okul sağlığı çalışması başlatılmış, ardından 1984 yılında Milli Eğitim Bakanlığı'na okul sağlığı uygulama rehberi çıkarılmış, hükümet tabibliğinin kaldırılması ile okul sağlığı görevi sağlık ocaklarına verilmiştir. 1985- 1990 yılları arasında Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlıkları tarafından 9.000.000 öğrenci ve 57.000 okul incelenerek, okul çocuklarında en sık görülen hastalıklar saptanmıştır.

23- 27 Mart 1992 tarihinde yapılan I. Ulusal Sağlık Kongresi'nde Çocuk Sağlığı Grubu verilmesi gereken hizmetlerin aksayan yönlerini saptayarak raporunu sunmuştur. Bu rapora göre; okul sağlığı hizmetleri konusunda Milli Eğitim ve Sağlık Bakanlıkları arasında bakanlık ve il düzeyinde yeterli eşgüdüm, hizmetin yaygınlığının ve sürekliliğinin sağlanamaması, okul hemşireliği kavramının yerleşmemiş olması, okul çevre sağlığı koşullarının yetersizliği, örgün eğitimde sağlık eğitimi programlarının yetersizliği, okul sağlığı kayıtlarının yetersizliği, gençlik çağıyla ilgili olarak; kimlik geliştirme, meslek seçimi, boş zamanlarını değerlendirme, sağlığa zararlı alışkanlıklardan korunma, cinsel hayat gibi konularda eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin eksikliği ile çağına özgü bedensel ve ruhsal eğitimin eksikliği, saptanan sorunlardır (17).

1994 yılında ise, DSÖ' nün birçok Avrupa ülkesinde yürüttüğü “Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi” çalışmalarına, çeşitli bölgelerden seçtiği 10 pilot okul ile ülkemiz de katılmıştır. Odak noktası, temel sanitasyon ve kişisel hijyen olan bu proje ile bu okullarda, kendi sağlığını geliştirmek için etkinliklerde bulunan ve daha sağlıklı bir biçimde yaşamayı öğrenen, çevresindeki insanların, özellikle aile ve yakın çevrelerinin de benzer çaba göstermeleri için onları teşvik eden bir okul toplumu oluşturmak amaçlanmıştır.

1999 yılında Avrupa Sosyal Pediatri Derneği yıllık kongresi İstanbul’da yapılmış, “Avrupa Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı” kapsamında; okul sağlığı hizmetlerinde ülke deneyimleri, okul çocuğunun sağlık ihtiyaçları ve uygulanabilecek sağlık hizmetleri tartışılmıştır (14).

2.2. OKUL SAĞLIĞI PROGRAMLARI

Sağlık profesyonelleri tarafından okul toplumunun tamamına yönelik uygulanan okul sağlığı programları; okul ve varsa sağlık personelinin katılıp işbirliği yaptığı ortak bir etkinliktir. Çocuğa sağlığı öğreten deneyimler sağlar. Bu program 3 parçadan oluşur :

1. Çevre Sağlığı
2. Okul Sağlığı Hizmetleri
3. Sağlık Eğitimi

Beden eğitimi, beslenme hizmetleri, okul toplumunun sağlığını geliştirme çalışmaları, veli ve toplum entegrasyonu, psikolojik destek ve rehberlik hizmetleri, okul çevresine sağlığı geliştirici nitelik kazandırılması ise temel sağlık hizmetleri arasında yer alması önerilen diğer başlıklarıdır (11,12,15,16,22).

2.2.1. Okul Sağlığı Programlarının Kriterleri

Avustralya Ulusal Sağlık ve Tıp Araştırmaları Konseyi (National Health and Medical Research Council) okul sağlığı programlarının kriterlerini şöyle belirlemiştir (21):

1. Kapsamlı bir yaklaşım oluşturulmalı,
2. Programda verilen mesajlar okul içinde ve okul dışında desteklenmeli,
3. Sağlık kavramı, eğitimdeki diğer konularla bütünleştirilmeli,
4. Öğrencilere odaklanmak, öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemelerindeki etkililiği artırılmalı,
5. Okul sağlığı programı, destekleyici okul sağlığı politikaları içine entegre edilmeli,
6. Okul sağlığı programının konuları, öğrencilerinin fiziksel ve psikososyal sağlıklarının geliştirilmesinde etkili olmalı,
7. Yeterli kaynaklar ile etkili bir sağlık eğitim programı hazırlanmalı,
8. Öğretmenler ve öğrenciler arasında işbirliği sağlanmalı,

9. Sağlık biriminin hizmetlerini de kapsamalı,

10. Sağlık eğitimi programının uygulanma sürecinde yeterli değerlendirme sağlanmalıdır.

2.2.2. Okul Sağlığı Programlarının Önemli Bileşenleri

1.Eğitim plan ve programları: Sınıf uygulamalarına dayalı resmi eğitim sürecini tanımlamaktadır.

2. Çevre: Çocukların fiziksel ve sosyal çevrelerini ifade eder.

3. Sağlık hizmetleri: Tıp, hemşirelik ve diş sağlığı gibi hizmetleri kapsar.

4. İlişkiler: Okul, toplum, anne-baba, özel ve resmi kurumlar gibi resmi ve resmi olmayan tüm ilişkileri kapsar (21).

2.3. OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Okul bünyesinde verilen sağlık hizmetlerinin temel amacı; okul toplumunun sağlığının geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıklardan korumadır. Bu hizmetler, öğrencilerin beden ve akıl sağlıklarının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, öğrenci ve aile işbirliği ile tıbbi kontroller, erken tanı ve tedaviye sevk ile çözümlenebilen sağlık sorunları, rehberlik hizmetleri, kazalarda ilkyardım ve bakımın sağlanması gibi işlevleri içermektedir. Sorunun belirlenmesinde sağlam çocuk muayeneleri ile amacı ve yöntemi iyi tanımlanmış taramalar bu açıdan katkı sağlayıcıdır.

Bu doğrultuda okulda verilen sağlık hizmetlerini, hizmetin amacına göre;

1) Sağlığın değerlendirilmesine yönelik çalışmalar

2) Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik çalışmalar olmak üzere iki ana grupta toplamak mümkündür (14).

2.3.1. Sağlığın Değerlendirilmesine Yönelik Çalışmalar

Bu çalışmalar, öğrencilerin bedensel ve ruhsal sağlıklarının değerlendirilmesi amacıyla okula başlarken ve eğitimleri süresince yapılan periyodik sağlık kontrollerini içerir. Öğrencilerin bedensel ve ruhsal bakımdan ne durumda olduklarını belirlemeye yönelik yapılan genel ve spesifik muayenelerde amaç; o güne kadar fark edilmemiş hastalıkların erken dönemde tanınarak bu hastalıkların gelişim sürecinin durdurulması ve uygun tedavi yöntemleriyle çocukların sağlığına olumlu katkıda bulunulmasıdır (1,14).

Sağlığın değerlendirilmesine yönelik çalışmalar kapsamında kolay bir işlemle fark edilerek alınacak basit önlemlerle engellenebilecek başlıca okul çağı sağlık sorunlarına bakıldığında bu sorunların; diş çürükleri, görme ve işitme kusurları, büyüme ve gelişme gerilikleri, ruhsal uyumsuzluklar, anemi, süregen kulak burun boğaz hastalıkları, inmemiş testis, skolyoz gibi ortopedik bozukluklar, uyuz ve bit gibi bulaşıcı enfeksiyonlar ve kazalar olduğu

görülmektedir. Düzenli aralıklarla yapılan muayene ve taramalar sonrasında bu olumsuz sağlık durumları ile mücadele hem daha kolay hem de daha ucuz olacağından, bu durum sağlık bakım profesyonellerince dikkatlice yerine getirilmeli, böylece daha sağlıklı toplumlar için altyapı oluşturulmalıdır (23).

2.3.1.1. Okula Kabul Muayenesi

Bazı ülkelerde çocuğun okula başlamadan önce muayeneden geçirilmesi ve verilecek rapora göre hareket edilmesi zorunluluğu vardır. Okul sağlığı hizmetleri okula kabul muayeneleriyle başlamaktadır. Tüm öğrencilerin okula başlamadan önce yetkili sağlık kuruluşları veya okul hemşiresi tarafından genel sağlık durumları değerlendirilmeli, böylece öğrenciler elde edilen bulgulara göre ileri dönemde verilmesi gereken genel ve spesifik sağlık hizmetlerinin sıklığı ve niteliği yönünden “normal”, “nezaret edilmesi gereken” ve “özel eğitime ihtiyacı olan” olarak kategorize edilmelidir. Nezaret edilmesi gerekenler okula başlar, fakat daha sık aralarla periyodik olarak muayene edilirler. Özel eğitime ihtiyacı olan grup ise özel eğitim veren bir kuruma sevk edilirler. Muayene öncesinde sağlıklı muayene koşullarının oluşturulması, çocukların korkularını gidermek amacıyla soru sormalarına olanak tanınması, hizmetin devamı açısından bulguların sınıf öğretmeni ve ebeveynlerle paylaşılması oldukça önemlidir (1,6).

2.3.1.2. Periyodik Muayeneler

Ülkemizde okul çağı çocuklarının genellikle sağlıklı bir yaşam dönemi içerisinde oldukları ve fazlaca sağlık problemi yaşamadıkları düşüncesi yaygınlık kazandığından, herhangi bir hastalık belirtisi vermediği sürece fizik muayene yapılmamaktadır. Oysa bu tip sağlık muayeneleri yılda bir kez veya ABD Okul Sağlığı Komitesinin 1981 yılında almış olduğu kararla en az üç yılda bir, rutin laboratuvar değerlendirmelerinin de desteğiyle tam bir fizik muayene şeklinde yapılmalıdır. Fakat öğrenci sayısı genellikle çok olduğundan yapılan muayeneler tam olmamaktadır. Eğer özel bir durum yoksa, 3-4 yıldan önce çocuklarda yeni sorunların gelişmediği gösterilmiştir (1,24).

Periyodik muayenelerin başlıca amaçları ;

- * Öğrencinin sağlığının değerlendirilmesi, bedensel ve ruhsal yönden sağlık durumlarının ortaya çıkarılması,
- * Çocuktaki hastalıkları erkenden ortaya çıkararak gerekli tedbirlerin erken dönemde alınmasıdır(1).

2.3.1.3. Tarama Programları

Periyodik muayeneler tüm sistemlerin tam bir fizik muayene ile değerlendirilmesi şeklinde yapılabileceği gibi, eğitim sürecinde ortaya çıkan ve öğrenmeyi engelleyici nitelikteki sağlık sorunlarının gözden geçirildiği taramalar şeklinde de olabilir (1,17).

Okul çocuklarında sağlık düzeyi durağan bir seyir gösterebileceği gibi, örneğin gözle ve kulakla ilgili bazı sağlık sorunları yıldan yıla önemli değişiklikler gösterebilir. Bu nedenle bu tür tarama muayenelerinin her yıl yapılması gerekmektedir. Yapılacak taramalarda ilke; hastalığı ortaya çıkarabilmek, seçiciliği yüksek, kolay uygulanabilir, ucuz bir inceleme ile öğrencileri gözden geçirmek ve hastalık kuskusu gösteren ile sağlam olanı ayırmaya çalışmak olmalıdır. Kuşku edilen öğrenciler uzman hekimler tarafından değerlendirilmelidir (14). Her yıl tarama muayeneleri ile aranması gerekli görülen okul çağı sorunları arasında, görme bozuklukları, işitme kayıpları, büyüme gelişme geriliği, diş çürükleri, ortopedik sorunlar, parazitlerin neden olduğu hastalıklar ve ruhsal uyumsuzluklar sayılabilir (1,17,18,25).

Görme Taramaları

Öğrenim hayatı boyunca en çok önemsenmesi gereken organlardan biri gözdür. Okul hayatı boyunca gözlere büyük bir yük binmekte, geçen her yıl içerisinde görme bozukluğu oranı hızlı bir şekilde yükselmekte, diğer taraftan da bu duruma paralel olarak görmesi yeterli olmayan çocuklarda akademik başarı düşmektedir (17).

İşitme Taramaları

Hafif işitme kusurları öğrenmeyi etkilerken, ağır işitme bozuklukları sonucunda çocukta konuşma ve davranış bozuklukları görülebilir ve dikkatli aileler ve öğretmenler tarafından bu durum fark edilebilmektedir. Ülkemizde, işitme kaybının bir nedeni olarak kronik otitis medianın önemli bir sorun olduğu gösterilmiştir (1,17). İşitmenin ölçülmesi sonucunda her hangi bir kulakta 20 desibellik kaybı varsa, öğrenci işitme kaybı kuskusu ile uzmana yönlendirmelidir (23).

Ağız-Diş Sağlığı Taramaları

Okul çağı çocuklarında çok sık görülen ve okul sağlığı çalışmaları içerisinde önemle ele alınması gereken sorunlardan birisidir (1,17,23,25). Özellikle ilköğretim çağındaki öğrenciler ağız-diş sağlığı eğitimi açısından önemli bir hedef grubu oluştururlar. Ailelerin ve öğretmenlerin diş fırçalama alışkanlıklarının kazandırılmasında öğrenciler üzerinde olumlu etkisi göz önünde bulundurulmalı, öğretmen ve okul hemşiresi tarafından uygun diş fırçalama tekniği, diş ipi kullanımı, diş sağlığı açısından zararlı davranışlardan kaçınma ve lifli yiyecekleri ısırarak yemenin önemi okul eğitiminin her döneminde vurgulanmalı, okula yeni başlayan öğrencilere bu tutumların kazandırılması amaçlanmalıdır (14).

Diş sağığı çalışmaları kapsamında, çocuklara dişlerini korumak için neler yapmaları gerektiğinin öğretilmesinin yanı sıra, diş çürükleri ve periodontal hastalıkların erken tanı ve tedavisi sağlanmalıdır. Çürük dişlerin erken tedavisi diş kaybı ve olası enfeksiyon odağının varlığını önlerken, oklüzyon bozukluğunun erken tedavisi ile dişlerin çiğneme işlevi ve estetik görünümü düzeltilebilir (25).

Skolyoz Taraması

Omurgayı meydana getiren vertebral segmentin bir veya birkaçında normal düzgünlüğün kaybolması ve frontal düzlemde laterale doğru kaymayı ifade eder. Bu taramanın yapılmasındaki amaç; hastalığı olan veya gelecekte hastalık yönünden risk gösteren bireylerin belirlenmesidir. Birey kesin tanı için ileri tanı yöntemlerinin uygulanabileceği kurumlara sevk edilmelidir (18).

Kan Basıncı Taraması

Kan basıncı ölçümünde amaç; birçok hastalık için risk faktörlerini ortaya çıkarmak ve bireyi tedaviye yönlendirmektir. Konjenital kalp hastalıkları, böbrek hastalıkları ve endokrin hastalıkların tanınmasında kan basıncı taraması yol göstericidir (18). Ateroskleroz gelişimi, aterom plaklarının oluşumu çocuklukta başlayabilmektedir. Erken tanı, obesitenin önlenmesi, fizik aktivite ile bu gelişim önlenilmekte ve hipertansiyon çocuk yaşlarda kontrol altına alınabilmektedir. Hipertansiyonun takibi ve erken tanı ile ileride oluşabilecek kardiyovasküler hastalıklar önlenbilmesine rağmen bu yaşlarda kan basıncı ölçümü ihmal edilmektedir (26).

Anemi Taraması

Lösemi, kronik böbrek yetmezliği, hemoliz gibi birçok hastalığın sonucu olarak görülebilecek olan, değerlendirmesi ise hematokrit ve hemoglobin değeri ölçülerek yapılan anemi, vücuttaki eritrosit değerinin normalin altına inmesi anlamına gelir (14). Gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere hemen hemen bütün ülkeleri ilgilendiren bir sağık sorunu olan anemi tablolarının çoğunluğunu demir eksikliği anemisi oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda, demir eksikliğinin zihinsel fonksiyonlar ve başarı üzerine olumsuz etkisi olduğu, demir eksikliğine bağılı gelişen anemi tablosunda bağışıklık sisteminin bozulduğu ve enfeksiyonlara yatkınlığın arttığı görülmüştür (27).

Büyük bir gelişim içerisinde olan okul çağı çocuklarının, yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu gereksinim duyduğu ölçüde demir almaması, bu tablonun gelişmesine zemin hazırlamaktadır (14). Bu nedenle okul sağığı hizmetleri verilirken öğrencilerin velilerine, çocukların beslenmeleriyle ilgili eğitimler verilmeli, eğer çocuklar yatılı okul veya yuva gibi kurumlarda yaşamlarını sürdürüyorlarsa, olanaklar dahilinde diyetisyen yardımıyla sağıklı beslenme programları oluşturulmalıdır (14,23). Yavaş geliştiğı ve genellikle geç semptom

verdiği için bireylerin ileri safhalara kadar farkına varmadığı ve bu nedenle profesyonel yardım almakta geciktiği demir eksikliği anemisi, okul sağlığı hizmetleri yürütülürken rahatlıkla tespit edilebilir ve uygulanacak demir tedavisi ile anemi durumunun meydana getirebileceği olumsuz etkiler kolaylıkla önlenabilir (14).

Parazit Taraması

Parazitik enfeksiyon prevelansı bir toplumda sağlık, sosyal ve ekonomik koşulların bir göstergesidir ve paraziter hastalıklar, sosyoekonomik durumu düşük, çevre koşullarının da yetersizliği nedeniyle yaygın olarak görülen önemli sağlık sorunlarından. Özellikle çocuklar kişisel temizlik kurallarına gerektiği gibi uymadıklarından paraziter hastalıklar diğer yas gruplarına kıyasla daha fazla oranda görülebilmektedir. Barsak parazitlerinin görülmesi çocukta fiziksel gelişimi olumsuz yönde etkileyebildiği gibi okul performansı ve başarısının düşmesine de neden olabilmektedir. Parazit taramaları sırasında saçlı deri ve vücutta da parazit aranmalıdır. Barsak paraziti taraması için ayrıntılı bir anamnez ve laboratuvar tetkikleri yapmak gerekirken, saçlı deri ve vücutta çıplak gözle tarama yapılabilir(14). Tarama sonrasında parazit saptanan çocuklara ve ailelerine tedavi, korunma yolları ile ilgili bilgi verilmelidir. Ayrıca, alt yapının yetersizliği, çocukların kişisel hijyen kurallarını bilmemeleri ve yaşam biçimleri ile ilgili önlemler alınmalı ve bu önemli sağlık sorununun sağlık personeli ile birlikte koordineli bir çalışmayla, okul ve aileler arasında işbirliği sağlanarak halk sağlık eğitimleriyle çözümlenmelidir (28).

Büyüme Gelişme Taramaları

Çocuğun fiziksel büyüme ve gelişmesi toplumun en hassas göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte gelişmekte olan diğer ülkelerde olduğu gibi, ülkemizde de çocukların büyümelerini engelleyen beslenme bozukluklarına ve enfeksiyon hastalıklarına oldukça sık rastlanmaktadır. Bu nedenle çocuklarda büyüme ve gelişmenin takibi, alınacak önlemlere ışık tutması açısından büyük önem taşımaktadır (25,29). Büyümenin değerlendirilmesinde kullanılan en kolay yöntem boy ve ağırlık ölçümleridir. Ancak gelişme geriliklerinin tanımlanması için toplumun gelişme standartlarını gösteren cetvellerin kullanılması gerekmektedir. Uygulamada rutin aralıklarla boy-kilo ölçümleri yapılır ve çıkan değerler persantil eğrisinden bakılarak değerlendirilir (14).

Ruh Sağlığı Taramaları

Okul çocuk için evleri dışında başkaları ile yarışmaları gereken çeşitli baskı ve zorlamalar içeren yeni ve farklı bir sosyal ortamdır. Bu ortama uyum süreçleri içinde ruhsal uyumsuzluklar göstermeye yatkındırlar. Çocuğun iç çatışmalarının dışa aktarılması sonucu aşırı çekingenlik ya da saldırganlık gibi davranış bozuklukları ortaya çıkabilir (14).

2.3.2. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Çalışmalar

2.3.2.1. Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma

ABD’de yapılan bir araştırma sonucunda hemen her çocuğın bir yıl içerisinde ortalama yedi günlük bir süre için okula devamsızlık yaptığı ve bu devamsızlığı yapmalarında en önemli etkenlerden birinin bulaşıcı hastalıklar olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, okul sağlık personelinin beklenen görevlerden en önemlisi, önemli bir bulaşma ortamı olan okulun bulaşıcı hastalıklardan korunmasıdır. Çocukların bağışıklanması, bulaşıcı hastalıkların erken tanısı, yayılmayı önleyecek tedbirlerin alınması ve bulaşıcı hastalıkları ortaya çıkaran koşulların düzeltilmesi bu alanda yapılması gereken başlıca çalışmalardır (1,17).

4.3.2.2. Kazalardan Koruma ve İlk Yardım

Okul çağı çocukları, bedensel faaliyetlerin artması, tedbirli olmama, okula gidiş gelişlerde trafik sorunu ile karşılaşma gibi nedenlerle sıkça kazalara maruz kalmaktadır. Okul çağı çocuklarında en sık görülen hastalık ve ölüm nedenlerinin başında kazalar, kazaların başında da trafik kazaları gelmektedir (1,25). Ayrıca okullar çocukların toplu olarak bulundukları yerler olduğundan, bahçelerde, sınıflarda ve merdivenlerde kazalar olabilmektedir. Bu nedenle okulun içi ve bahçesi kazaya neden olabilecek faktörler açısından en aza indirgenecek şekilde düzenlenmeli, okulda meydana gelebilecek her kazanın ayrıntılı bir analizi yapılmalıdır. Bunların dışında kazaları önlemek için öğrencileri eğitmek, okul içinde ve çevresinde gerekli güvenlik önlemlerini almanın yanında okulda ilkyardım olanaklarını da hazır bulundurmak gerekir. Kolayca ulaşılabilir noktalarda acil telefon numaraları bulundurulmalı ve ilkyarımdan sorumlu bir kişi olmalıdır (1,14).

4.3.2.3. Ruh Sağlığı Hizmetleri

Okul sağlığı çalışmaları kapsamında yalnızca beden sağlığını değil, bunun yanında ruh sağlığını koruyucu ve geliştirici çalışmalara da yer vermek gerekir. Ruh sağlığı ile ilgili okul sağlığı çalışmalarının, öğretmen, pedagog, rehberlik uzmanı, okul sağlığı çalışanları ve sosyal hizmet uzmanı tarafından oluşturulan ekiple yürütülmesi ve hizmetin eğitim, sağlık ve sosyal yardım otoriteleri tarafından desteklenmesi gereklidir. Ayrıca ruh sağlığı sorunlarının erken dönemde tanınmasında önemli rolü olan öğretmenlerin çocukların ruhsal gelişimi ve hastalıklar konularında eğitim görmeleri gerekmektedir (14). Bu dönemde sık karşılaşılan depresyon, yeme bozuklukları ve ilaç madde bağımlılığı gibi ruhsal sorunlar zamanında ve doğru tanılanarak uygun tedavi ve danışmanlık hizmeti bir arada yürütülmelidir (30).

4.3.2.4. Akut Hastalıklara Yaklaşım

Okulda sık görülen kanama, solunum yetmezliği, bayılma, konvülsiyon, zehirlenmeler, alerjik reaksiyonlar, yanıklar, üst solunum yolu enfeksiyonları, ishal, kusma, karın ağrısı, kafa

travmaları gibi ani durumlarda yapılan ilk yardım girişimleridir (25). Bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması da akut yaklaşım gerektirir. Öğretmen sık görülen bazı bulaşıcı hastalıkların belirtileri ve bulaşma yolları konusunda bilgilendirilmeli, hastalık ortaya çıktığında hemen sağlık personeline haber verilmelidir (6,14).

4.3.2.5. Kronik Hastalıklara Yaklaşım

Kronik bir hastalığı olan çocuk tespit edilmişse, bu hastalığın aile ve eğitim üzerindeki etkileri ile mücadele etmek gerekir (23). Örneğin astımlı çocukta, çevre kontrolü ve enfeksiyonların önlenmesi, diyabetli çocukta, kan şekerinin izlenmesi ve hastanın uyumunun geliştirilmesi, epileptik çocukta, atakların önlenmesi ve çocuğun kazalardan korunması için çaba harcanmalıdır (14). Sağlık personeli tarafından aileye ve kronik hastalığı olan çocukların eğitimini yürüten öğretmenlere; hastalığın seyri, karşılaşılabilecek sorunlar ve bu süreçte nelerin yapılması gerektiği anlatılmalı, çocuğa acıma yerine, yeterlilik düzeyini artırmada nasıl bir yol izlenebileceği konusunda danışmanlık yapılmalıdır (14).

4.3.2.6. Beslenme

Çocukları yetişkin bireylerden ayıran özelliklerin başında, sürekli bir büyüme ve gelişme içerisinde olmaları gelmektedir. Birbirine paralel iki olgu olan büyüme ve gelişme; beslenme, genetik yapı, sosyoekonomik durum, çevresel koşullar gibi birçok faktörün etkisi altındadır (25). Beslenme alışkanlıkları, okul öncesi dönemde ailenin yeme alışkanlığı tarafından belirlenirken, okul dönemine gelindiğinde, okul ortamında beslenme konusunda kontrolsüz olma çocuğun hatalı beslenme alışkanlığı edinmesini kolaylaştırır. Çocukların okullarda edindikleri kötü beslenme alışkanlıkları büyüme ve gelişmelerini olumsuz etkileyebilir (14).

Okul çağındaki çocuğun doğru ve dengeli beslenmesinde okul aile işbirliğinin gerekliliği unutulmamalı, verilecek sağlıklı beslenme eğitimlerinde öğrencilere doğru ve dengeli beslenme konusunda beslenme rehberliği yapılmalı, yanlış beslenmenin sağlık problemleriyle bağlantısı anlatılarak sağlıklı beslenme ilkeleri benimsetilmelidir (18,31). Öğrencilerin yaşlarına uygun günlük kalori ve protein hesaplarının yapılması, özel beslenme programı uygulanması gereken çocukların beslenme kriterlerine uygun diyet programlarının oluşturulması, okul yemekhanelerinde, çocukların sevecekleri besinlerden oluşan öğünlerin hazırlanması, besin hazırlama, sunma ve satışı ile ilgili yerlerin temizliği ve bakımının da okul sağlığı ekibi tarafından denetlenmesi uyulması gereken başlıca ilkelerdir (25).

Sağlıklı beslenme önerileri

Okul çağı, çocuğun toplum yaşamına ilk kez bilinçli olarak girdiği dönemdir. Bu dönemde çocuğun beslenme alışkanlıklarını aile ve arkadaş çevresi de etkiler. Ayrıca reklamlar ve okulda beslenme durumunun denetlenmemesi de çocuğu yanlış beslenme alışkanlıklarına

yöneltebilir. Bu nedenle çocuğun yeterli ve dengeli beslenebilmesi için çocuğun, ailenin, okul yönetimindeki kişilerin ve öğretmenlerin beslenme konusunda eğitilmeleri önemlidir. Çocuğun yeterli ve dengeli beslenmesinin en önemli göstergesi büyüme ve gelişmesidir. Ergenlik çağında, çocuğun ana babadan ayrışma süreci başlar. Arkadaş grubu ile daha fazla bütünleşir, ailesinden çok arkadaşlarıyla birlikte olmak ister. Yemek zamanlarında da arkadaşları ile birlikte olmaktan hoşlanır. Hızlı büyümenin yanı sıra gencin sporla uğraşması enerji ve besin öğelerinin gereksiniminde artışa neden olur. Çeşitli spor dallarının ne miktarda ek enerji gerektirdiği ve bunu karşılamak için diyetin nasıl düzenlenmesi gerektiği konusunda gençlere yeterli bilginin verilmesi ve bilinçlendirilmeleri gerekir (32).

Okul Çağı Ve Ergenlik Döneminde Sık Görülen Beslenme Hataları

- Okula sabah kahvaltı edilmeden gidilmesi; gece boyu açlığın ardından kahvaltı edilmemesi durumunda çocuk kendini güçsüz hisseder, yeterli enerji almadığı için bilişsel etkinlikleri özellikle dikkat, çalışma ve öğrenme yeteneği azalır, okul başarısı düşer.
- Okul yemekhanelerinde hazırlanan veya evden getirilen öğlen yemeklerinin çocuğun günlük gereksiniminin üçte birini karşılamaya yetmemesi; yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden olur.
- Okul kantinlerinde ve okul çevresinde besleyici değeri düşük ve sağlıksız yiyecek, içeceklerin satılması ve çocukların bu yiyeceklerle beslenmesi; dengesiz beslenmesine neden olur, besinlerle geçen hastalık riski artar. Okul dışından beslenme, beslenme giderlerini de artırır.
- Ergenlik döneminde yanlış uygulanan zayıflama diyetleri; yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden olur.
- Ayaküstü beslenme veya abur-cubur yeme alışkanlığı; bu tip diyetlerde enerjinin büyük kısmı yağdan gelir. Bu yağın büyük çoğunluğu da doymuş yağlardır. Diyetteki doymuş yağ miktarı ve serum kolesterol düzeyi kalp-damar hastalıkları açısından risk oluşturur. Ayrıca ayaküstü beslenmede A ve C vitaminleri, kalsiyum, posa tüketimi yetersizdir, yağ ve tuz tüketimi ise yüksektir (32).

4.3.2.7. Spor/Beden Eğitimi

Sağlıklı bir yaşam destekleyicisi olduğu kadar, takım çalışması, dürüst davranma, toplum içerisinde kendini gösterebilme, başka insanların başarılarını kabul edebilme ve yarışabilme gibi ruhsal sağlığı geliştirmeyi ve erdem kazanmayı içeren spor ve beden eğitimi etkinlikleri okul sağlığı uygulamalarında önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle çocuk ve gençler sağlıklı yaşam standardı oluşturmak için spor etkinliklerine yönlendirilmeli, uygulamada hareket bilincinin ve sevgisinin kazandırılması temel amaç olmalıdır (1,17).

Fiziksel etkinlik, aşağıda tanımlandığı gibi, bedensel hareketin tüm biçimlerini içeren genel bir tanımdır. Ancak sağlık açısından yararlı olan fiziksel etkinliği tanımlarken üç konu üzerinde durmak gerekmektedir:

- Fiziksel etkinliğin süresi; etkinliğe katılım sürecini tanımlar.
- Fiziksel etkinliğin şiddeti; enerji harcama oranını tanımlar.
- Fiziksel etkinliğin sıklığı; belirli bir zaman içinde (örneğin 1 hafta içinde) fiziksel etkinliğe her bir katılımın sayısını tanımlar (32).

Fiziksel Etkinlik Tipleri:

- **Aerobik Etkinlikler:** Daha fazla oksijen tüketilmesini sağlayan, hafiften şiddetliye kadar değişebilen, böylece kalp-damar dayanıklılığını artırarak sağlığa yararlı katkılar sağlayan egzersiz türleridir. (örnek; ip atlama, bisiklete binme, yüzme, futbol, basketbol veya voleybol oynama gibi).

- **Anaerobik Etkinlikler:** Kısa süreli, enerji kaynağı olarak oksijenin kullanımının kısıtlı olduğu şiddetli fiziksel etkinliklerdir. Etkinliğin bitimi ardından enerji kaynakları yenilenir. Anaerobik etkinlikler belirli bir süre içinde en yüksek verim gücünün gösterildiği hareketleri içerirler

(örnek; koşu, yüzme veya bisiklete binme sırasında ani hızlanmalar gibi).

- **Yaşam Biçimi:** Hafif-orta şiddetli fiziksel etkinliğin yaşamın içinde yer aldığı durumları tanımlamaktadır (örnek; okula yürüyerek gidip gelmek, merdiven çıkmak, aile ile birlikte düzenli yürüyüşlere katılmak).

- **Oyunlar:** Oyun oynamak da önemli ölçüde enerji harcanmasına neden olur, bu nedenle fiziksel etkinlik olarak tanımlanabilir. Oyunlar, esnek kuralları olan ve eğlenmek için yapılan etkinliklerdir.

- **Sporlar:** Yarışma, başarı sayısı elde etme, kurallara uyma gibi değişkenleri olan fiziksel etkinliklerdir. Bireysel (jimnastik gibi) veya takım sporları (basketbol, futbol gibi) sınıflamaları vardır (32).

Fiziksel Etkinliğin Önemi

Çalışmalar göstermiştir ki, çocukluk çağında başlayacak düzenli fiziksel etkinlik alışkanlığı sağlığın korunması için anlamlı katkılar sağlamaktadır. Bunların içinde en önemlileri aşağıda sıralanmıştır.

- Yetişkinlik döneminde gelişebilecek kronik hastalık riskini azaltmaktadır. Bunların başlıcaları; yüksek tansiyon, tip 2 diyabet, yüksek kan yağları, kalp-damar hastalıkları ve şişmanlıktır.
- Kalın barsak kanseri riskini azaltmaktadır.

- Kemik mineral yoğunluğunu artırmaktadır.
- Kaygı ve kuşkuları azaltmakta, güven ve neşe vermektedir.
- Günlük etkinlikler sırasında daha enerjik olmayı sağlamakta, yorgunluğu azaltmaktadır.
- Kilo kontrolüne yardımcı olmaktadır (32).

Çocuk ve Fiziksel Etkinlikler Bağlamında Bazı Temel Kavramlar Aşağıda Sıralanmıştır:

- Çocuklar kalıtsal olarak etkindirler.
- Yetişkiye oranla daha kısa süren yoğunlaşma gösterirler.
- Çeşitlilik gösteren fiziksel etkinlik deneyimi çocuklar için önemli bir gereksinimdir
- Fiziksel etkinlik yalnızca bir oyun-spor değil aynı zamanda bir öğrenme yoludur.
- Düzenli fiziksel etkinliklere katılım çocuk yaşta öğrenilir. Katılım şansı olmayanlar ise hareketsizliği öğrenir.
- Aile bireyleri hareketli olan çocukların spora katılım eğilimleri daha yüksektir.

Çocukların Daha Yaygın Biçimde Spora ve Bedensel Etkinliklere Katılabilmesi İçin Yapılması Gerekenler:

- Okul içi ve dışı etkinlikler için zaman ayrılması ve yer oluşturulması (örn; spor salonları),
- Etkinliklerin olabilirse çocukların bireysel gereksinimlerine göre ele alınması,
- Fiziksel etkinlikler açısından çeşitlilik sunulması ve seçme şansı tanınması,
- Elde edilecek sonuçlara göre değil, gelişime göre geri bildirim sağlanması, böylece yalnızca başarıya yönlendirme yapılmasının engellenmesi,
- Geliştirilmesi planlanan öğelerin bir süreklilik göz önüne alınarak desteklenmesi,
- Çocuklara katılım olanağı sunulması,
- Yaşam boyu etkinlik hedeflenmesi,
- Okul dışı zamanların değerlendirilmesinin dikkate alınmasıdır.

Ayrıca, iskelet ve kas sisteminin sağlığının korunması için oturuş ve duruşlarda postürün sürekli olarak korunması, tek omuzda ağır çanta taşımama gibi alışkanlıkların kazanılması için özen gösterme de özellikle önemlidir (32).

Okul İçi Beden Eğitimi Programları

Okulda verilecek olan beden eğitimi dersleri ile çocukların eğitimli öğretmenlerden uygun içerikli bedensel etkinlikleri öğrenmeleri ve uygulamaları sağlanabilir. Bedensel eğitimi tamamlanmış çocukların, farklı fiziksel etkinlikleri uygulama becerisi kazanmış olmaları, fiziksel olarak doğru postürde, uygun ağırlıkta olmaları, düzenli fiziksel etkinlik programlarına katılmaları, fiziksel etkinlik ile ne gibi yararlar elde ettiklerini bilmeleri ve sağlıkları açısından ne gibi kazanımlar sağladıklarının farkında olmaları beklenir(22).

Beden eğitimi öğretmenleri çocukların bedensel olarak eğitimlerine aşağıdaki yaklaşımlarla katkıda bulunabilirler:

- Çocukları fiziksel etkinlik açısından kişisel yetenekleri ve becerilerine uygun bilgilendirme,
- Farklı oyunlar ve sporlar öğretme,
- Öğrenme ve beceri gelişimine daha fazla zaman ayırma,
- Değişik öğretim yollarını kullanma,
- Tüm çocuklar için anlamlı ve açıklayıcı bilgiler verme,
- Çocukları bilgilendirirken bilimsel temelleri açıklamama,
- Çocukların becerilerini öğrenirken ve bunları geliştirirken sistematik olmalarını sağlama,
- Fiziksel etkinliği bir cezalandırma yöntemi olarak kullanmama,
- Çocukları gruplara ayırarak ayrımcı etkinlikler düzenlememe,
- Çok kolay veya çok zor etkinliklerden kaçınma(32).

Okul Dışı Fiziksel Etkinlik Programları

Okullarda uygulanacak fiziksel etkinlik çok önemlidir. Ancak, bu süre içinde yapılan uygulamalar oldukça sınırlı kalmaktadır. Bu nedenle fiziksel etkinliğin okul dışı zamanlara kaydırılması da gerekmektedir (32).

Okul dışı uygulanacak etkinlikler programlanırken aşağıdaki öneriler dikkate alınmalıdır:

- Her gün olmasa bile, haftada en az üç gün çocukların en az 30 dakikalık orta şiddetli egzersizlere katılması gerekir.
- Çocuklar için fiziksel etkinlikler programlanırken onların ilgi duydukları alanlara öncelik verilmelidir.
- Programlar uygulanırken hedeflerin gerçekçi olmasına dikkat edilmelidir, çünkü çocukların bu programlardan keyif almaları programın başarılı olmasının en önemli etkenidir.
- Çocukların alacakları sonuçlarla değil, yalnızca katılımları için yüreklendirilmeleri gerekir. Oyunun sonucu ne olursa olsun, katıldığı için ödüllendirilen çocuklar etkinliğe devam edeceklerdir.
- En iyi fiziksel etkinlik programları eğlendiren programlardır.
- Çocukların olumlu modellere gereksinimleri vardır. Bu nedenle etkinliklere aile bireylerinin de katılması çok önemlidir.
- Çocukların fiziksel etkinlik seçimleri yetişkinlerinkinden farklı olabilir. Buna özellikle önem verilmeli ve dikkate alınmalıdır.
- Fiziksel etkinlik programları çocukların fiziksel ve öz-yeterliliklerinin gelişmesine önemli ölçüde katkıda bulunurlar(32).

10- 14 Yaş Grubu Çocukların Okul Dışı Zamanlarda Yapabilecekleri Fiziksel Etkinlikler:

- Akşam yemeğinden sonra yürüyüşe çıkabilir ve kayıt tutarak uzaklık ve zamanı uzatma hedefi seçebilirler.
- Müzik ve dans bu yaş grubu çocukların hoşlandığı etkinliklerdir. Arkadaşları ile toplanıp bu tür etkinlikler göstermeleri desteklenebilir.
- Eğer evde köpek besleniyorsa, her gün onunla birlikte yürüyüşe çıkabilirler.
- Günlük yapacakları işler listesine günlük fiziksel etkinlik programları da eklemeleri konusunda yöreklendirilmelidirler.
- Çarşı pazar alışverişlerine katılmaları ve torbaları taşımaları özendirilebilir.
- Ailede günlük merdiven çıkma yarışmaları düzenlenebilir; her akşam gün boyu çıktıkları merdiven sayısını not eden aile üyeleri arasında sıralama yapılabilir, birinciye ödül verilebilir.
- Eğlence ve dinlenme merkezleri varsa çocukların buradaki etkinliklere düzenli katılmaları özendirilebilir.
- Bisiklet gezileri düzenlenebilir, bu gezilerde gidilecek uzaklıklar aile veya arkadaşlar arası yarışmalara dönüştürülebilir.
- Doğa gezilerine, yüzmeye, kayak yapmaya, tırmanma etkinliklerine katılmaya özendirilebilirler.
- Okuldaki beden eğitimi derslerine katılmaları sağlanmalı, bu konuda okul aile birliği de gerekli çalışmalara katılım gösterilmelidir.
- Bahçe işlerinden hoşlanıyorlar ise, destekleyici ortamlarda bulunulmalıdır (32).

4.3.2.8. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı

Tütün, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Günümüzde tütün ve tütün ürünleri her on erişkinden birinin ölüm nedenidir. Tütün, yarattığı sağlık sorunlarının yanı sıra ekonomik ve sosyal gelişmeyi engellemektedir. Dünyada yoksul aileler gelirlerinin %10'unu tütün tüketimi için harcamaktadırlar. Tütün bağımlılığı, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması listesinde bir kod olarak yer almaktadır .

Dünyada en sık tüketilen tütün ürünü sigaradır. Sigaranın yanı sıra, nargile, pipo, puro, tütün çiğneme de bilinen diğer tütün ürünleri arasında yer almaktadır. Tütün içimi yalnızca içicilerin değil sigara içmeyen, ancak tütün dumanına maruz kalan bütün bireylerin sağlıklarını da tehdit etmektedir .

Tütün tüketimi ve yol açtığı sağlık sorunları küresel bir savaşım alanıdır. Bu kapsamda aralarında Türkiye'nin de bulunduğu taraf ülkeler için bağlayıcı nitelikte olan DSÖ "Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (FCTC-TKÇS)" 27 Şubat 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Tütünle savaşta küresel düzeyde çeşitli etkinliklerin düzenlendiği önemli günler

bulunmaktadır. Bu noktada “31 Mayıs Dünya Tütünsüz Günü” ve “20 Kasım Dünya Sigarayı Bırakma Günü” ve “9 Şubat Dünya Sigarayı Boykot Günü” önem taşımaktadır. Sağlık çalışanları bu özel günlerde yapılan tütün mücadelesi çalışmalarına etkin biçimde destek vermelidirler (32).

Çocukluk ve Ergenlik Dönemde Tütün Tüketim Nedenleri ve Bağımlılık:

Çocuk ve gençlerde sigara içme fiziksel ve psikososyal gelişme sürecinin değerlendirilmesiyle anlaşılabilir. Psikososyal gelişim, fiziksel ve cinsel büyüme ve gelişme ergenlik döneminde farklı davranışlar kazanılmasını sağlayabilir. Araştırmalar arkadaşların gençlerin sigara içme nedenleri arasında en önemli etkilerden birisi olduğunu göstermektedir (32).

Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde her iki cinsiyet için de sigara içmeyi etkileyen etmenler aşağıda sıralanmaktadır:

- Psikososyal etmenler
- Düşük eğitim düzeyi (kendisinin ve ailesinin)
- Düşük benlik saygısı
- Depresyon
- Risk alma
- Sigaranın zararlarının olmadığını kabul etme
- Sigara içen kişilerin ya da sigara içmenin beğenilen bir davranış olarak kabul edilmesi.
- Ailede ya da kardeşler arasında sigara içen bir kişi olması
- Aile ya da arkadaşların sigara içmeyi kabul eden tutumları
- Düşük sosyoekonomik durum
- Toplumsal cinsiyete özel etmenler

Sigara firmalarının gençleri, kadınları ve eğitim düzeyi düşük ve yoksul grupları hedef gruplar olarak belirledikleri kendi belgelerinde yer almaktadır. Sigara firmaları, gençlere yönelik hazırlanan her türlü kitle iletişim kanalında sigaraya olumlu görüntü veren yaklaşımları yerleştirmektedirler. Sigara ile özdeşleştirilen iletiler; heyecan, eğlence, bağımsızlık, cinsel çekicilik, mesleki uzmanlıkta başarı, toplumsal olaylarda gizlilik, fiziksel görüntü ve kilo kontrolü üzerindedir.

Nikotin şimdiye dek bağımlılık yaptığı bilinen maddeler içinde en fazla etkisi olandır. Sigara içme ciddi bir madde kullanımıdır. Gençler sigara içmeye başladıktan bir kaç gün ile bir kaç hafta içinde yoksunluk belirtileri gösterebilirler. Yoksunluk belirtileri sinirlilik, dikkat dağılması, aşırı istek, baş ağrısı, huzursuzluk, yorgunluk ve sindirim sistemi yakınmalarıdır. Tütün kullanımı, vücutta bulunan bütün organ ve sistemleri olumsuz etkiler. Okul çağındaki

bir çocuğun herhangi bir tütün ürününü kullandığını belirlemek bu alışkanlığın önlenmesi açısından çok önemlidir. Bu noktada öğrencinin kendisinin, anne-babasının, arkadaşlarının ve öğretmenlerinin bildirimleri belirleyicidir (32).

Tütün Ve Tütün Ürünleri Savaşımında Sağlık Çalışanlarının Yeri

Tütün ürünleri ile savaş çok sektörlü bir yaklaşım gerektirir. Bu çoklu yaklaşım içerisinde sağlık çalışanına da özel görevler düşmektedir. Özellikle birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, diş hekimi, eczacı ve diğer sağlık çalışanları bu konuda ilgili kurum ve kuruluşlarla birlikte hareket etmelidirler. Sağlık çalışanları, tütün savaşımı kapsamındaki çalışmalarını sürdürürken toplumda yaşayan bireyler için “olumlu örnek” olma sorumluluklarını unutmamalıdır (32).

Sağlık çalışanları verdikleri günlük hizmet içerisinde tütün savaşımını olağan bir görev olarak algılamalıdır. Tütün ve tütün ürünleri ile savaşta “tütün tüketiminin engellenmesi”, “tütün tüketim sıklığının azaltılması” ve “sigara dumanına maruz kalmanın engellenmesi” olarak üç temel yaklaşım bulunmaktadır. Bu kapsamda sağlık çalışanlarının benimsemesi gereken genel yaklaşımlardan bazıları aşağıda sıralanmıştır:

1. Çalıştığı kurumda “tütünsüz” bir yaklaşım benimsemek,
2. Bütün başvuranların tütün kullanma durumlarını sormak,
3. Kamuya açık yerlerde tütün tüketiminin engellenmesi için çaba göstermek,
4. Tütün bırakma yollarını araştırmak, güncel bilgileri izlemek,
5. Sağlık çalışanlarının ergenlere yönelik sağlık hizmet sunumları sırasında sigara ile ilgili iletiler vermek (32).

2.3.3. Sağlık Eğitimi

Okul sağlığı ve sağlık eğitimi ideal bir bütünün birbirini tamamlayan iki bileşenidir. Sağlık eğitimi; okul toplumuna doğru sağlık bilgilerinin aktarılması, sağlıklı yaşam konusunda olumlu tutum ve davranışların kazandırılması, mevcut sağlık hizmetlerini daha doğru kullanmaya yönlendirmesi ile sağlıklarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla bireysel veya topluca karar aldırılması için vazgeçilmez bir süreçtir. Burada alıcıların sağlıkla ilgili kavramları daha iyi anlayarak sağlıklı yaşam biçimlerini seçmeleri temel amaçtır (13,15).

Özellikle ilköğretim çağındaki çocukların öğrenme ve öğrendiklerini uygulama potansiyellerinin yüksek olması, bu gruba sağlık eğitimiyle kazandırılacak bilgi ve davranışlar yardımıyla sağlıklı kuşakların oluşturulmasında etkili olacaktır (33). Ancak bunu yaparken göz önünde bulundurulması gereken nokta her konuda olduğu gibi sağlık konusunda da eğitimin sürekliliğidir. Bunu başarmak için, ihtiyaç duyulduğu belirlenen temel konular, bir öncelik sırası içerisinde ve müfredat programı içerisinde öğrenciye ulaştırılmalı, kalıcılığı

artırmak için düzenli aralıklarla öğrencilerin bu konularda bilgileri ölçülerek gerekli hatırlatmalar yapılmalıdır (14,23).

Hekimoğlu ve Ertunga tarafından Kocaeli ili Gebze ilçesindeki iki ilkokulda “5. sınıf” öğrencileri ile yapılan bir araştırmada, öğrencilerin %42,6’sı sağlıkla ilgili bilgilerini öğretmenlerden, %26,1’i sağlık personelinin, %15,9’u ebeveynlerinden ve %15,4’ü kitap ve medyadan aldığını belirtmiştir. Burada ailenin de sağlık eğitiminde büyük rolü olduğu görülmektedir. Yiğit tarafından Samsun iline bağlı 32 ilkokulu temsil eden ve sosyoekonomik duruma göre; gelişmiş, orta gelişmiş ve gelişmemiş olarak üç gruba ayrılan üç ilkokulda öğrenim gören 225 öğrenci velisi üzerinde yapılan araştırmada, annelerin el hijyeni, diş sağlığı, yemek yeme düzeni, çocuğun beslenmesi, bulaşıcı hastalıklar, sağlıktan sapma durumlarının tanımlanması ve çocukları sağlık kontrolüne götürme nedenleri ile ilgili bilgilerin çoğunlukla yetersiz olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde, sağlık personelinin çocuklarla eş zamanlı olarak ebeveynlere de eğitim verilmesinin gerekli olduğu görülmektedir. Yeterli sağlık bilgileriyle donatılmış aile ortamında yetişen çocuk, temel bilgileri güvendiği insanlardan erken yaşlarda alacak, böylece doğru sağlık davranış kalıplarını özümseyecek, öğretmen ve sağlık personelinin aldığı gerekli bilgilerle kazanmış olduğu sağlık davranış kalıplarını iyice pekiştirecektir. Bunun için okul toplumunu oluşturan öğrenci ailelerinin genel sağlık davranışları değerlendirilerek işe başlanmalı ve eğitim programları bu doğrultuda geliştirilmelidir (14).

Öğrenciye sağlığını koruması ve geliştirmesi amacıyla aşağıdaki konularda gerekli bilgilerin kazandırılmasında yarar vardır:

1. Vücut organları, fonksiyonları ve gelişim dönemlerine özgü değişimler,
2. Sağlığı olumsuz olarak etkileyen faktörler ve bunların önlenmesi,
3. Hijyen ve ağız-diş sağlığını içeren kişisel sağlık bakımı,
4. Sağlıklı beslenme,
5. Bulaşıcı hastalıklar ile zararlı alışkanlıklar ve bunlardan kaçınma yolları,
6. Kazalardan korunma,
7. Temiz hava ve güneşin yararları,
8. Sağlıklı giyinme,
9. İlk yardım,
10. Çevreyi sağlıklı hale getirme yolları,
11. Sporun yararları,
12. Bölgesel hastalıklar (kuatr, sıtma, trahom vb.),
13. Cinsel eğitim,

14. Sigara, alkol ve uyuşturucu maddelerin zararları,
15. Sağlık hizmeti veren kurum, kuruluş ve kişiler ile bu kaynaklardan yararlanma yolları,
16. Sağlık bilgisi için başvurulabilecek kaynaklar (1,14,17,18).

Verilecek sağlık bilgileriyle bireylerde, hastalıkları azaltma ve pozitif davranışlarla sağlığı geliştirme arasındaki farkı anlama, sağlığı geliştirmeye yönelik davranışları kazanma, sağlığa zararlı olabilecek alışkanlıklardan kaçınma, sağlıklı bir çevre oluşturma, dengeli bir fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşam düzeni kurmaya yönelik davranış ve tutumlar geliştirme hedeflenmelidir. Bu hedefe ulaşabilmek için sağlık eğitimi yapacak kişinin o okulun öğrenci yapısını, kültürel yapısını, fiziksel, sosyal ve ekonomik çevresini, içinde bulunduğu bölgenin değer yargılarını ve alışkanlıklarını bilmesi gereklidir. Bu yapıyı en iyi bilenlerden birisi öğretmenlerdir. Bu nedenle sağlık eğitimi programları hazırlanırken öğretmenlerle işbirliğine gidilerek eğitimin etkinliği artırılmalıdır (14,23).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında görevli sağlık çalışanlarının temel görevlerinden biriside “okullarda sağlık eğitimi” vermektir. Bu eğitime ilişkin konuların belirlenmesinde Milli Eğitim Bakanlığı’nın programları yol göstericidir. Sağlık Bakanlığı da birinci basamak sağlık kuruluş çalışanından bazı özel gün ve haftalar ile ilgili eğitim yapmalarını istemektedir. Bazen okul yönetimleri ve sağlık kuruluşları da bölgenin özelliklerine, sağlık sorunlarına ve çocukların gereksinimlerine göre sağlık eğitimi programları düzenlemektedirler. Bölgenin özelliğine ve çocukların sosyodemografik ve kültürel örüntülerine göre konu başlıkları ve içeriklerinde farklılıklar yapılması gerekebilir (32).

Sağlık eğitiminin amaçları, öğrencilerde okul/toplum aracılığı ile yaşam boyu sağlık anlayışı geliştirmek ve böylece onların;

- Geçerli sağlık bilgileri, sağlık bakım ve hizmetlerine ulaşmasını sağlamak,
- Sağlığı geliştiren davranışları destekleyip, sağlık riski taşıyan tutumları önlemek,
- Sağlık üzerine kültür, iletişim araçları, teknoloji ve diğer etmenlerin etkisini değerlendirebilme yetkinliği kazandırmak,
- Sağlığı geliştirme amacıyla kişiler arası iletişim becerilerini kullanabilmelerini sağlamak,
- Hedef belirleme ve karar verme yeteneklerini geliştirmek,
- Kişisel, aile ve toplum sağlığı savunuculuğu yapmalarını sağlamak,
- Okullarda sağlık eğitiminin bilgilendirme yanı sıra riskli davranışların önlenmesi üzerine odaklanmasını başarmak: Sigara, alkol, bağımlılık yapan madde kullanımı; yetersiz ve dengesiz beslenme; oturarak zaman geçirme; cinselliği güvenli yaşamama (cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve istenmeyen gebelikler); yaralanmalarla sonuçlanan davranışlar; şiddet

ve diğerk toplum dışı davranışlar; doğrudan güneş ışınından korunmak gibi riskli davranışlar örnek verilebilir (32).

Sağlık eğitiminin katılımlı teknikler kullanılarak uygulanması, çocuk ve ergenlerin daha kalıcı bilgi ve beceri edinmelerini sağlayacaktır (32).

2.3.3.1. Sağlık Eğitimi Konuları

a) Sağlıklı Yaşam Alışkanlıkları

Sağlıklı yaşam için anahtar davranışların kazandırılmasını amaçlayan bir eğitim programı mutlaka yapılmalıdır. Bu program içinde bedenın bakımı ve korunması, sağlıklı yaşam için bedenın doğru kullanılması, doğru nitelikleri taşıyan sağlıklı ve temiz giyinme, sağlıklı yaşam için düzenli hareket ve spor yapmanın yararları, alışkanlıkların sağlıkla ilişkisi, sağlıklı olmanın önemi, sağlıklı ve yeterli beslenme, sağlıklı olmada bireyin öz sorumluluğı, olumlu sağlık alışkanlıklarının bireyin görünüm ve duygularına etkileri yer almalıdır (32).

b) Beslenme

Yeterli ve Dengeli Beslenme

Beslenmenin tanımı, öğünler ve öğün örüntüsü (kahvaltının önemi), besin öğeleri ve besin grupları, besin öğelerinin büyüme ve sağlıkla ilişkisi, yeterli ve dengeli beslenmenin önemi, büyüme ve sağlıkla ilişkisi konularında bilgi verilmelidir. Bilgilendirme altı yaşında resimli görsel gereçler ile kahvaltının önemi, besinleri sayma, besin gruplarını bilme biçiminde başlamalıdır. Ergenlik dönemi sonuna dek bilgi içeriğı geliştirilerek bilgilendirme devam etmelidir (32).

Besin Güvenliğı

Yiyeceklerin seçiminde ve korunmasında ilkeler, taze sebze ve meyvelerin yıkanması, besin alışverişinde dikkat edilmesi gerekenler, açıkta satılan yiyeceklerin tüketilmesinin sağlığa etkileri, ambalajlı besinlerin kontrolü, etiket bilgilerinin okunması konularında bilgilendirme yapılmalıdır. Bilgilendirme altı yaşında “güvenli besin” tanımı ile başlamalıdır. Daha sonraki yıllarda devam etmeli, ergenlik döneminde alınan besinlerin içeriğini ve tüketilme zamanını öğrenmeye (etiket bilgisi) özen gösterilmelidir (32).

Beslenme Alışkanlıkları

Beslenme alışkanlıkları açısından bireyler arası farklılıklar, etkileyen etmenler, sağlık riskleri ve kötü beslenme alışkanlıklarının yol açtığı sağlık sorunları bilgilendirme yapılacak konular arasında yer almalıdır. Bilgilendirme altı yaşında başlamalı; yaş grupları büyüdükçe içeriğı zenginleştirilerek devam etmelidir (32).

Yetersiz ve Dengesiz Beslenmenin Neden Olduğu Sağlık Sorunları

Şişmanlık, zayıflık, vitamin-mineral yetersizlikleri (raşitizm, anemi, iyot yetersizliği hastalıkları vb.), kronik hastalıkların oluşumunda beslenmenin önemi ve ayaküstü beslenme konularında bilgi verilmelidir. Bilgilendirme 8- 10 yaşlarında yoğun olarak yapılmalıdır. Ergenlik dönemi sonuna dek sürmelidir (32).

c) Kişisel Temizlik ve Bakım

Kişisel temizlik ve bakım davranışları ailelerin kazandırması gereken temel sağlık davranışları arasındadır. Okullarda verilecek olan sağlık eğitiminde de konunun irdelenmesi, aile içinde doğru hijyen bilgileri edinmeleri sağlanmalıdır (32).

Genel olarak temizlik ve bakımın tanımı, günlük temizlik ve bakım davranışları, ağız ve diş sağlığı temizliği, tuvalet sonrası temizlik, vücut ve saç temizliği ve cinsel organ temizliği hakkında bilgi aktarmak gerekmektedir. Ergenlik yaşına dek günlük temizlik ve bakım davranışları, vücut temizliği, ağız ve diş temizliği, tuvalet alışkanlığı ve temizliği konularında bilgi aktarılması yeterlidir. Ergenlik döneminde cinsel organ temizliği konusunda da bilgilendirme yapılması gerekmektedir. Sağlıklı giyinme de aileler tarafından aktarılması gereken bir bilgidir. Ancak, günümüzde piyasada pek çok sağlıksız giysi bulunmakta, çocuklar ve gençler bu giysileri giyme konusunda birbirlerini etkilemektedirler. Bu nedenle okulda da bilgilendirme yapılması yararlıdır (32).

2.3.3.2 Sağlık Eğitiminde Akran Eğitimi

Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirmekte olan ülkelere ait verileri, gençlerin sağlıklı yaşam konularında bilgi kaynağı olarak en sık arkadaş ve medyayı belirttiğini ortaya koymaktadır (34,35,36,37,38). Bu nedenle gençlere kendi yaşlılarıyla ulaşmak ve bilgi aktarmanın daha etkili bir yöntem olduğu bildirilmektedir (35,36,39). Eğitim almış ve istekli genç insanların akranları (yaş, çevre ya da ilgili alanları yönünden benzer genç insanlar) ile birlikte gerçekleştirdikleri, gençlerin bilgi, tutum, inanç ve beceri yönünden gelişmesi ve kendi sağlıklarını koruma bilincini kazanmalarını amaçlayan, resmi olmayan yada programlanmış eğitimsel etkinlikler akran eğitimi olarak tanımlanmaktadır (35). Genç bir insanın davranışları üzerinde akran gurubunun büyük etkisi bulunmaktadır ve bu durum hem riskli hem de güvenli davranışlar için geçerlidir. Akran eğitimi, davranışlar üzerine akran etkisini olumlu yönde kullanmayı amaçlamaktadır. Akran eğitimcilerinin, hedef gruplarının gözünde kazandıkları takdire değer konum, akran eğitiminin temelinde yatan önemli bir husustur. Akran eğitiminde etkin rol alan genç insanlar; eğitimci ve dinleyici olarak geçmişe yada müzik anlayışı, popüler etkinlikler, dilin kullanımı, ailesel temalar ve toplumsal roller (öğrencilik, takım arkadaşlığı vb.) bakımından ortak ilgi alanlarına sahip olduğunda bilgi geçişinin daha kolay olduğu

gerçeğini vurgulamaktadırlar. Akran eğitimcisi bazı konularda daha bilgili ve dolayısıyla tavsiyelerde bulunan bir arkadaş olarak algılanmaktadırlar. Genç insanların önemli bilgilerin çoğunu akranlarından alması şaşırtıcı değildir (35).

Akran eğitimi genç insanların kendilerini ilgilendiren konularda etkinliklere katılmaları ve sağlıklarını koruyabilmek için gerekli bilgi ve hizmetlere ulaşabilmeleri için fırsatlar sunmaktadır. Bu yöntem aynı zamanda genç insanlara yetki vermek için önemli bir yol olarak görülmektedir (35).

Akran Eğitiminde Kullanılan Teoriler

Akran eğitiminde, nedene dayalı davranış teorisi, sosyal öğrenme teorisi, yeniliklerin yaygınlaştırılması teorisi, katılımlı eğitim teorisi, sağlık inancı teorisi, bilgi, motivasyon, davranış becerileri ve kaynaklar teorisi, transteoritik model teorik alt yapıyı oluşturmaktadır (40).

Sağlık İnancı Modeli: Sağlık İnancı Modeli 1950'li yılların başında; GodfreyHochbaum, Stephen Kegels ve Irwin Rosenstock isimli sosyal psikologlar tarafından geliştirilmiştir. Halk sağlığı alanında ilk kullanıldığı alan bağışıklama hizmetleridir. Bu model özellikle kişiler tarafından algılanan duyarlılık, algılanan engeller ve algılanan faydalar açısından sağlık davranışlarının belirlenmesi ve açıklanması için kullanılmıştır. Bu modele göre; kişinin bir hastalığı engelleme ya da iyi olma isteği varsa ve kişi, belirli bir davranışın söz konusu hastalığı önleyeceğine inanıyorsa, o davranışa karşı olumlu bir tutum takılacaktır (40). Bu davranış değişikliği modeli ne yazık ki alışkanlıklar, tutumlar ve duygular gibi etkenleri yeteri kadar göz önüne almamaktadır, bu nedenle akran eğitimi çalışmaları açısından faydalı bir model olmasına rağmen kültür, sosyal etki, sosyo-ekonomik durum, kişisel deneyimler gibi davranış üzerinde etkili diğer faktörlerin de üzerinde durulmalıdır.

Nedene Dayalı Davranış Teorisi: Sağlık davranışı alanında bir diğer model Fishbein ve Ajzen'in nedene dayalı davranış teorisidir. Bu teoriye göre bir kişinin önerilen bir davranış biçimini benimsemesi şu etkenlere bağlıdır:

- Kişinin söz konusu davranış biçimine karşı tutumu ve bu davranışın sonuçları hakkındaki inancı. Örneğin; Gebelikten korunma yöntemi kullanmanın kendisi için yararlı olduğunu düşünen genç bir kadın, bu yöntemleri kullanmak konusunda olumlu bir tutum takınacaktır.
- Kişinin konu hakkındaki öznel (kişisel) görüşü ve içinde bulunduğu topluma göre olan kaideler, başka bireylerin kişinin söz konusu davranışı hakkındaki düşünceleri ve kişi için önemli olan bireylerin bu davranışı onaylayıp onaylamadığı.

Akran eğitimi çerçevesinde, genç insanların tutumları, akranlarının düşünce ve davranışlarını nasıl algıladıkları ile doğrudan ilişkilidir. Saygı duydukları akran eğitimcilerinin beklentileri, genç insanları önemli ölçüde istenen davranışlara yönlendirmektedir (35,40,41).

Transteoritik Model (TTM): TTM’de kişinin söz konusu davranış biçimine karşı tutum değişikliğinin bulunduğu evre ele alınmaktadır. TTM’deki değişim evreleri incelendiğinde; ilk evrede kişinin davranış değişikliğine niyeti yoktur (ön tasarlama), gelecek 6 ay içerisinde niyet eder (tasarlama), bazen niyet ettiği gibi bu yönde bazı davranışsal adımlar atar (hazırlanma), kişide davranış değişikliği konusunda aleni değişiklikler izlenir (hareket), ve kişi öğrendiği davranışı 6 aydan fazla bir süredir uygulamaya başlamıştır (35,40,41).

Sosyal Öğrenme Teorisi/ Sosyal Bilişsel Teori: Bu teorinin temelleri, Psikolog Albert Bandura’nın çalışmalarına dayanmaktadır. Bandura, insanların aşağıdaki şekillerde öğrendiklerini öne sürmüştür.

- Kişinin kendisini bir tuttuğu insanları gözlemesi ve örnek alması ile dolaylı yoldan (örneğin genç insanların akranlarının davranışlarını gözlemesi ve örnek alması ve
- Belirli bir davranış biçimi için gerekli becerilerin kazandırılmasına yönelik eğitim yoluyla.

Birey sağlıklı ilgili davranışları, herhangi bir dışsal ödüllendirme olmaksızın, kendi kendine pekiştirme ile öğrenmektedir. Bireyler başkalarını gözleyerek davranışı analiz edebilir ve davranışın getireceği olumlu ve olumsuz sonuçları önceden görebildiği için olumlu olan davranışlara yönelir (35,40,41,42,43). Bu durum, söz konusu davranışın uygulanması sırasında çıkabilecek engelleri aşma becerisini de içermektedir ve kişisel yeterlilik olarak adlandırılabilir. Örneğin; doğru kondom kullanımını anlatmanın yanında uygulama yoluyla pekiştirmek, eğitim alan kişinin cinsel eşi ile korunma yöntemlerini konuşurken özgüvenini arttıran önemli bir etkinliktir.

Yeniliklerin Yaygınlaştırılması Teorisi: Bu teori, davranış değişikliği konusunda sosyal etkinin önemli rolü olduğunu öne sürmektedir ve bir toplumdaki görüş liderlerinin davranış değişikliği konusundaki rolü bu teorinin temelini oluşturmaktadır. Lider kişilerin grup normları yada gelenekleri üzerindeki etkisi, genellikle kişiler arası etkileşim ve tartışmalar sonucu görülmektedir (40,43).

Katılımlı Eğitim Teorisi: Bu teoriye göre davranış değişikliğinin anahtarı, davranış ile ilgili sorundan etkilenen kişilerin güçlendirilmesi ve etkinliklere tam katılımının sağlanmasıdır (40,41).

BMDK Modeli: Bilgi, Motivasyon, Davranış Becerileri ve Kaynaklar: BMDK modeli sağlıklı ilgili davranışları açık ve detaylı bir biçimde göstermekte ve değişik kültürlerle uygulanabilirlik açısından temel oluşturmaktadır. Bu model özellikle riskli davranışların

belirlenebilmesi için kullanılan bilgi (**ne?**), motivasyon (**neden?**), davranış becerileri (**nasıl?**) ve kaynak (**nerede?**) üzerine odaklanmaktadır. Örneğin; doğru kondom kullanımının HIV geçişini engellediğini bilen genç bir insan, kondom kullanımı konusunda istekli ve kondomun doğru kullanımı konusunda bilgi sahibi olmasına rağmen kondom bulmakta ya da almakta sorun yaşıyor olabilir. Bu örnek, "Kaynaklar" kavramının bu modele eklenme nedenini açıklamaktadır. BMDK modeline ait dört kavramın hepsini içermeyen bir program, riskli davranışların azaltılması ve sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi için gerekli öğelerden genellikle yoksun kalmaktadır. Örneğin gençlere yönelik bir program gebelikten korunma yöntemlerinin kullanmanın gerekliliğini açıklıyor ve yöntemler hakkında bilgi veriyor, ancak yöntemlerin doğru kullanımı konusunda uygulama içermiyor olabilir. Bu durumda katılımcılar ne yapmaları gerektiği konusunda bilgi sahibi olurken, yöntemleri nasıl uygulayacakları konusunda yetersiz donanımına sahip olacaklardır. Benzer şekilde, sağlıklı davranışlar konusunda katılımcılara bilgi ve uygulama olanağı veren, ancak bu davranış biçimlerinin tercih edilebilmesi için yeterli duygusal ve entelektüel nedenleri sunmayan ve dolayısıyla istenilen sonucun alınamayacağı programlar da olabilir. Kaynaklar, bilginin bir alt başlığı sayılabilmese de, akran eğitimleri dışında genç insanları, uygun kaynak ve hizmetlere nasıl ulaşacakları konusunda bilgilendirmek önemlidir. Gençlik dostu klinikler, danışmanlık hizmetleri, HIV/CYBE (cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar) ve gebelik testi/takibi ile ilgili programlar ve malzemeler (kondom, diğer koruyucu malzemeler) kaynaklara örnek olarak verilebilir (35,40).

2.3.4. Okulda Çevre Sağlığı

Okul çevresi deyimi, okulun yeri, binası, etrafı, alt yapı tesisleri, oyun alanı, su temini, çöplerin yok edilmesi, tuvaletler, ısıtma ve havalandırma, aydınlatma ve sıralar, sınıfların büyüklüğü vb. konuları içine alır. Sağlıklı bir okul çevresi, çocuğun sağlığının korunmasına yardımcı olabileceği gibi, ona sağlık eğitimi verebilmek konusunda iyi bir örnektir. Okul sağlığının en önemli bileşenlerinden birisi de, okul ve çevresindeki olumsuz faktörlerin düzeltilerek okul toplumunun fiziksel ve psikososyal sağlığını geliştirici, öğrencilerin öğrenmelerine yardımcı olacak koşulların sağlandığı, sağlığı olumsuz yönde etkileyen faktörlerin ve güvenlik tehlikelerinin olmadığı bir çevre oluşturulmasıdır. Burada amaç daha sağlıklı bir çevre oluşturarak, verilen sağlık eğitimlerinin de desteğiyle sağlık inanç ve tutumları daha da ön plana çıkmış bireyler yetiştirmektir. Bunun için okul çevresi kavramı içerisindeki konular değerlendirilmelidir (1,17,18).

Okullar, çevrelerindeki yollarda trafik düzenlemesi için gerekli önlemleri aldırarak ve almaktan sorumludur. Okullar; güvenli ve sağlıklı okul çevresinin sağlanması için sorumluluk

almalıdır. Okul çevresi; temiz su ve temiz çevre olanaklarına sahip olmalı, öğrencileri bulaşıcı hastalıklardan, ayrımcılıktan, tacizden, istismardan, kazalardan ve şiddetten korumak, sigara, alkol ilaç-uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanımını önlemek için gerekli önlemleri içermelidir (32).

Bir okulda çevre sağlığı konusunda dikkat edilmesi gereken konular aşağıdaki maddelerde özetlenmiştir (32).

a. Okul binalarının yeri ve konumu: Okul Çevre Sağlığı Standartları'na göre, okul binalarının anayol üzerinde olmaması gerekir. Şehir okulları; öğrencilerin kolaylıkla gidip gelebilecekleri yerde, bar, meyhane, kahvehane vb. gibi tesislerden en az 100 m uzakta inşa edilmelidir. Ayrıca ana yola, tren yoluna, gürültü, koku, duman çıkaran fabrikaların yakınına yapılmamasına; bina yakınında fiziksel ve ruhsal zedelenme yapabilecek etkilerin bulunmamasına özen gösterilmelidir. Okulların yüksek gerilim hattından en az 30 m uzakta olması gerekir (1,32).

b. Okulda öğrenci başına düşen arsa büyüklüğü: Arsa büyüklüğü öğrenci başına 20-25 metrekare olmalıdır (32).

c. Okul binasının yoğun taşıt trafiğinden uzaklığı: Okul binaları işlek ana caddelerden en az 100 m uzaklıkta olmalıdır(32).

d.Okulun yanında gürültü yapan koku ve duman çıkaran fabrikaların varlığı: Bu fabrikaların okula uzaklığının en az 500 m olması esas alınmıştır (32).

e. Okulun bahçesi: Okul bahçesinde ve ders aralarında öğrencilerin kullanacağı alan 400 metrekareden az olmamalı ve öğrenci başına en az 5 metrekare olmalıdır. Okul bahçesinin zemini girintili çıkıntılı olmamalı, düşüp yaralanmaya, toz veya çamur oluşmasına sebep olmayan malzeme ile kaplanmalıdır. Yürüme yolları beton veya sert yüzey kaplaması ile kaplanmalıdır (32).

Okul bahçesi zemini, duvarı, kapı ve diğer elemanları çatlak, yıkılma tehlikesi, çukur, atık birikmesi, hayvan dışkı ve leşi, haşere vb. yönünden düzenli olarak takip edilmeli; bakımı yapılmalıdır. Okul bahçesinde veya yakın çevresinde kanalizasyon çukuru, su tankı, su deposu ve benzeri tehlike yaratan yerler varsa üzeri ve ağızları güvenli şekilde kapatılmalıdır. Okul bahçesine başıboş hayvanların girmesi önlenmelidir. Okul bahçesinde ve yakın çevresinde seyyar satıcıların satış yapması engellenmelidir. Okul bahçesinin ağaçlandırılmasında bahçenin gözetimi, dershanenin aydınlanması ve havalandırılması dikkate alınmalıdır (4,32).

f. Okul önünde yaya trafiğini düzenleyen sistem: Okul önlerinde bulunan yaya geçitlerinde, okul giriş ve çıkış saatlerinde bir yetişkin görevlendirilmelidir.

g. Okulun kat sayısı, koridor sistemi ve zemin kaplaması: Okul koridorunun genişliği, 3 metre olmalıdır. Okulların koridor ve zemin kaplaması toz, haşarat, vb. sağlığa zararlı etkenlerin birikimine, üremesine imkan vermeyen, kaymaya ve takılıp düşmeye yol açmayacak, kolay temizlenebilir ve yanmayan maddelerden yapılmalıdır. Okul binası yapımında, bölgenin coğrafi ve jeolojik özellikleri dikkate alınmalıdır (4).

h. Dersane durumları: Sınıflarda her öğrenciye 1,2 metrekare alan ve 6 metreküp hava hacmi düşmesi; sınıf uzunluğunun 9, genişliğinin ise 6 metreyi aşmaması; tavan yüksekliğinin en az 3 metre olması, kapıların en az 90 santim genişliğinde olması, çıkış yönünde koridora doğru açılması, aynı koridora açılan kapıların karşılıklı açılmaması; pencerelerin sınıf alanının en az 1/5 oranında bulunması, öğrencinin aşağı sarkması ve dışarı ile irtibatını engelleyecek parapet yüksekliğinin en az 50, en fazla 80 santim olması kriteri aranmaktadır (32).

i. Merdivenlerin uzunluğu: Kat merdivenlerinin en az 2 metre genişlikte olması, 100-500 öğrenci için her 100 kişiye 0,7 metre, 500-1000 öğrenci için her 100 kişiye 0,5 metre, 1000'in üzerinde her 100 kişiye 0,3 metre ilave edilerek yapılması, döner merdiven olmaması, merdivenin kova hattı boyunca yıkama suyunun dökülmeyecek şekilde yapılması, mermer veya mozaik ile kaplanması, öğrencilerin kayamayacakları veya düşmeyecekleri şekilde en az 90 santim yüksekliğinde korkuluk olması kriterleri aranmaktadır(1).

j. Duvarların boyası: Sınıf duvarlarının gözü yormayan aydınlatmaya yardımcı, mat fakat açık renk bir boya ile boyanması, tüm duvar veya zeminden en az 1,5 metrenin yağlı boya ile, diğer bölümlerinin plastik boya veya badana ile boyanması, kolay temizlenebilir olması kriterleri aranmaktadır(4).

k. Yazı tahtalarının uygunluğu: Yazı tahtalarının ön sıradan 2 metre mesafede, ışık parlamasına meydan vermeyecek mantıkta, dershanenin her yerinden kolayca görülebilecek boyutlarda ve yükseklikte duvara monte edilmiş olması; klasik tahtalarda tozsuz tebeşir kullanılması kriterleri aranmaktadır(32).

l. Sıra, tabure ve sandalyelerin uygunluğu: Sıra, tabure ve sandalyeler ergonomik olarak öğrencilerin ayaklarının yere değmesini, yazı tahtasını kolayca görebilmesini, ayakta rahatlıkla durabilmesini, öğrencinin boy standartlarına uygun olarak boyunun ayarlanabileceği düzeneğe sahip olmasını ve oturma grupları arasında kolayca girip çıkmasını sağlayacak özellikleri içermelidir. Oturma yeri öğrenci arkaya dayanarak oturduğunda düz bir şekilde döşeme üzerinde durabilmesini sağlayacak kadar alçak ve uyluk kemikleri oturduğu yere değecek şekilde yüksek olmalıdır. Oturuş derinliği yaklaşık olarak kalça uzunluğunun 2/3'ü veya boyun 1/5'i kadar olmalıdır. Oturuş yüksekliği topuktan bükülmüş dize kadar olan uzaklığa, boyun 2/7'sine eşit olup arkaya hafif eğimli olmalıdır. Yaklaşık olarak dayanma

uzaklığı kolun dirsekten aşağı kısmına ya da boyun 1/5'ine eşit olmalıdır. Kalça dayanma yeri bel kemiğinin en alt ucuna, sırt dayanma yeri kürek kemiğine kadar dayanmalıdır. Sıra ve masalar öğrencinin dizlerini rahat hareket ettirebileceği kadar geniş yerleştirilmelidir. Sıra ve çalışma masalarının yüzeyleri pürüzsüz, cilalanmış ve temiz olmalıdır. Sabit sıra ve masalar öğrencilerin rahatlıkla ayağa kalkmasına engel olacağından geniş aralıklarla tespit edilmeli ya da sıra üstleri katlanıp, ileri kayar hareketli, oturma yerleri menteşeli olmalıdır(32).

m. Revir: Okulun idari bölümünde olması, en az bir hemşire veya sağlık memurunun görev yapması, uygun bir ilk yardım dolabı ve malzemesi ile bir muayene masasının bulunması kriterleri aranmaktadır(32).

n. Mutfak, yemekhane ve kantinlerin uygunluğu: Mutfak, yemekhane ve kantinlerin zemininin ve duvarlarının kolay temizlenebilir malzeme ile kaplanmış olması, gıda hazırlanan veya dağıtılan mekanların giriş katta ve yeterli büyüklükte olması, pişirme, yeme, içme ve bulaşık yıkama bölümlerinin fiziki olarak birbirinden ayrı olması, havalandırmanın, aydınlatmanın, ısınmanın ve içme suyunun sağlıklı olması, kemirici hayvanların üreyemeyeceği bir ortam olması, masaların ve diğer malzemelerin kolay temizlenebilir olması, uygun bir soğutucu bulunması, çalışanların sağlık yönünden sürekli kontrol edilmesi ve açıkta yiyecek bulunmaması kriterleri aranmaktadır(32).

o. Tuvaletlerin uygunluğu: Helaların her katta, kız ve erkek öğrenciler için ayrı ayrı gruplar halinde olması, sayı olarak uygunluk için her 25 kız öğrenci için 1 tuvalet, her 40 erkek öğrenci için 1 tuvalet ve 2 pisuar, 15- 20 erkek öğretmen için 1 tuvalet ve 2 pisuar, 5-10 bayan öğretmene 1 tuvalet kriterleri aranmaktadır. Sağlık şartlarına uygunluk olarak tuvaletlerin bakımlı, temiz ve kokusuz olması, muslukların öğrencilerin kolayca yararlanabileceği yükseklikte olması kriterleri aranmaktadır (1,4,32).

p. Lavabolar: Lavabolarda sayısal yeterlilik için ortalama her 60 öğrenci için 1 lavabonun bulunması, sağlık şartlarına uygunluk için lavaboların öğrencilerin boyuna uygun, temiz, bakımlı, yeterli genişlikte olması, su, sabun ve ayna olması, kriterleri aranmaktadır (1,32).

q. Yangından korunma önlemleri: Diğer binalarda olduğu gibi okul binalarında da taşıyıcı duvarlar, kolonlar, kirişler, döşemeler, ateşe dayanıklı bir şekilde yapılmalıdır. Dersliklerdeki duvar ve tavan kaplamaları yanmaz bir malzemeden olmalıdır. Altı veya daha fazla dersliği olan okullarda, kapıları dışarıya açılan 2 ayrı çıkış kapısı gerekmektedir. Yangın ihbar veya yangın söndürme tesisatı itfaiye ilgilileri ile görüşükten sonra yapılmalıdır. Beş veya daha fazla derslik için el tipi yangın söndürme cihazları öngörülmelidir. Değerlendirme sırasında yangın anında kullanılabilecek yangın tüplerinin büyüklüğü, kullanıma hazır oluşu, kazma,

kürek, kanca, kova vb. malzemelerin bulunması, yangın alarm sisteminin bulunması, yangın söndürme, ilk yardım ve kurtarma ekiplerinin oluşturulma kriterleri aranmaktadır (32).

r. Aydınlatma: Görme keskinliği, maksimum görme hızı, göz yorgunluğunun önlenmesi ve dolayısıyla efektif çalışmanın sağlanması için yeterli aydınlatma şarttır. Küçük detayları belirleme ve küçük objeleri ayırt edebilme özelliği anlamına gelen görme keskinliği aydınlatma şiddeti ile doğru orantılı olarak artar ve 1000 lüks civarında maksimuma ulaşır. Okullarda yeterli aydınlatmanın amacı; okul ortamında öğrencilerin ve çalışanların çevrelerini kolayca görüp algılayabilmesi ve bulunulan ortamın güvenli, eğitim yapmaya uygun durumda olması ve bunun devamının sağlanmasıdır. Uygun olmayan aydınlatma; yetersizlik düzeyde ise görme etkinliği azalır, aşırı aydınlatmalarda ise parlamalar ve yansımalar neden olacağı için çalışma verimini azaltır. Dersliklerde aydınlatma şiddeti TS 9518’de belirtilen ışık şiddetinde, sürekli, geniş kapsamlı ve gölgelenmeler yaratmayan biçimde olmalıdır (32).

s. Gürültü durumu: Değerlendirmede, sadece araştırma anındaki gürültü düzeyinin tespiti objektif bir kriter olamayacağından okul idarecilerinden gürültünün şiddeti ve sürekliliği hakkında bilgi alınarak rahatsız edici bir gürültünün olup olmadığı sorulacaktır.

t. Isınma durumu: Okulun her yerinin eşit derecede ısıtılması gerekmektedir. Kalorifer ve radyatörleri kolayca temizlenebilir, içeri giren soğuğa ve hava akımına karşı koyacak şekilde düzenlenmelidir. Ortam sıcaklığı olarak duş ve soyunma odaları 22 °C; idare, ortak mekanlar ve bunlara ait koridorlar 20°C ve diğer tüm odalar 15°C düzeyinde olması gerekmektedir. Dershaneler en az 20-22°C düzeyinde olmalıdır (32).

u. Çöplerin durumu: Çöplerin oyun alanından uzak bir köşede, koku ve sıvıların dışarı taşmayacağı, karasinek vb. vektörlerin üreyemeyeceği biçimde kapalı olması gerekmektedir. Çöpler fazla bekletilmeden uzaklaştırılmalı ve uygun koşullarda yok edilmelidir. Değerlendirme sırasında uygun çöp biriktirme yerinin olup olmadığı, öğrencilerin sağlığını olumsuz şekilde etkileyecek biçimde etrafa saçılıp saçılmadığı ve belediye tarafından günlük düzenli şekilde toplatılıp toplatılmadığı kriterleri aranmalıdır. Tıbbi atıklar, usulüne uygun olarak uzaklaştırılmalıdır (32).

v. Kazalar: Okul içinde, sivri köşeleri oluşturan malzeme ve ayrıntılara yer verilmemeli, özellikle demir, profil köşesi ve sivri metal gereçler kullanılmamalıdır. Sınıf kapıları dışarı açılmalı, çıkış kapısı geniş olmalı, zemin kaygan olmamalı, merdiven korkulukları pürtüklü ve çocukların kaymalarını engelleyecek şekilde olmalıdır (32).

Son yıllarda kapalı ortam hava kirliliği ve elektromanyetik kirlilik yoğun olarak tartışılan iki önemli çevre sağlığı sorunudur. Özellikle okullarda, kapalı ortam hava kirliliği havalandırmanın yeterli sağlanamaması, okul hava hacminin yeterli olmaması, kapı ve

pencere çerçevelerinde izolasyon için farklı malzeme kullanılması gibi çeşitli nedenlerle önem kazanmaktadır. Kapalı ortam hava kirliliğinin önlenmesi için okulun yeterince havalandırılmasına yönelik önlemler alınmalıdır. İkinci önemli çevre sağlığı sorunu ise elektromanyetik kirliliktir. Ülkemizde okullara yönelik özel bir yasal önlem bulunmamakla beraber Avrupa'daki öneri kreş ve okullarının baz istasyonlarına, yüksek gerilim hatlarına en az 30 metre uzaklıkta olması şeklindedir. Ülkemizin de okulların elektromanyetik kirlilikten korunmasına ilişkin acil önlemlere gereksinimi bulunmaktadır (32).

Okullardaki ergonomik koşullar, okul sağlığı hizmet kapsamına giren öğrencilerin ve diğer okul personelinin sağlığını yakından ilgilendirir. Çocuklar fizik, biyolojik ve sosyal çevredeki koşullara büyüklere göre daha duyarlıdır. Okul sağlığı çalışmalarını yürüten sağlık kuruluşu, okul içi ve dışı fiziksel, sosyal çevre yapısının uygunluğunu belirlenen standartlara göre kontrol etmeli, gerekirse okul yöneticilerini uyarmalıdır (4,32).

4.3.5. Okul Sağlığı Kayıtları

Okulda yapılan çalışmalar, öğrencilerin sağlığının genel değerlendirmesi ve her çocuk için daha sonra yapılacak muayenelerde önceki durumun ve sorunlarının bilinmesi için kaydedilmelidir. Her öğrencinin sağlık fişine; okul öncesi dönemdeki sağlık bilgilerini, konulan tanıları ve uygulanan tedavi biçimlerini içerecek biçimde genel sağlık durumunun islenmesi gereklidir. Bu kayıt sistemi önceki değerlendirmelerle yapılacak muayenelerin sonuçlarını karşılaştırabilecek nitelikte olmalı, öğrencinin genel sağlık durumunu, özel sağlık sorunları ve bu sorunlara yönelik hekim-hemşire muayene sonuçlarını, uygulanan bakım ve tedavileri ve öğretmenlerin düşüncelerini tarihleriyle birlikte içermelidir. Kayıtlar kısa ve anlaşılır, zaman almayacak biçimde tutulmalı ve okulda bulunmalıdır. Ders yılı sonunda kayıtlar değerlendirilerek sonuçlar ilgili sağlık ve eğitim kurumlarına bildirilmeli, öğrencilerin sağlık durumları ve okul çevresiyle ilgili veriler ve gelecek yıl için öngörülen gereksinimler belirtilmelidir. Kurumlar ertesi yılın okul sağlığı programlarını hazırlarken bu kayıtlardan yola çıkarak öncelikleri ve ağırlık verilecek konuları seçmeli ve böylece elindeki araç, gereç ve insan gücünü daha verimli kullanabilmelidir (1,14).

2.4. OKUL SAĞLIĞI EKİBİ

DSÖ'nün okul sağlığı komitelerinin okul sağlığı ile ilgili yayınladıkları raporlarda okul sağlığı çalışmalarının sağlık ekibi tarafından yürütülmesinin gerekliliği vurgulanmıştır. Hizmet götürülen toplumun niteliklerine bağlı olarak eğitimcilerle yakın işbirliği yapmak gerekmektedir (1). Ülkemizde okul sağlığı hizmetleri il ve ilçelerde Milli Eğitim Bakanlığı'na

bağlı sağlık eğitim merkezleri, köylerde ve küçük yerleşim merkezlerinde ise sağlık ocakları tarafından yürütülmektedir (6). Okul sağlığı ekibinde okul hekimi, okul hemşiresi, öğretmen, okul yöneticileri, veliler, sosyal hizmet görevlisi, okul psikologu, diş hekimi ve odyolog yer alır (1,2). Ekip üyelerinin bu çalışmayı başarılı bir biçimde yürütmeleri için okul sağlığı konusunda mesleki bir temel eğitime, desteklenmiş bir hizmet içi eğitime, kurulmuş ve işleyen bir örgüte gereksinimleri vardır (1).

Okul sağlığı hizmetlerinde görevli okul sağlığı ekibinin görevlerini şu şekilde özetlemek mümkündür:

Okul hekimi; ekonomik ve sosyal koşullara bağlı olarak halk sağlığı uzmanı, kurs görmüş bir pratisyen hekim yada pediatrist olabilir. Hekimin öğrencilerin muayenesini yapmak, okul personeline ve öğrencilerine sağlık eğitiminde danışmanlık yapmak, hemşireyi eğitmek, hemşirenin gönderdiği çocukların muayene ve tedavilerini yapmak ve okul sağlığı programını yaparak denetlemek gibi görevleri vardır (1). Ayrıca okul hekimi okullarda beden eğitimi öğretmenlerine de danışmanlık yapar. Çocukların yaşlarına ve fiziksel durumlarına uygun beden eğitimi etkinliklerinin seçiminde beden eğitimi öğretmenleri okul hekiminin bilgisine başvurabilirler (21).

Okul hemşiresi; fizik inceleme, taramalarla hekime yardımcı olmak, koordinasyon, sağlık eğitimi, ilk yardım, ailelere bilgi verme, yönetme, ileri tetkik ve tedavi gerektiren öğrencilerin sevk, sevk sonuçlarının izlenmesi, okulda çözülebilecek sorunların çözümü, kayıtların tutulması, aşıların yapılması gibi konularda çalışmalar yapması gibi görevleri vardır (1). Başarılı bir okul sağlığı programı, okul doktorunun danışmanlığında, okul hemşiresinin sağlık koordinatörü haline geldiği ve okul hemşiresinin okul içinde öğrencinin öğrenmesini ve okula uyumunu etkileyen organik, psikolojik etkenleri tespit edebildiği bir programdır. Okul hemşiresinin en önemli görevlerinden biri de okulda sağlık eğitimi yapan öğretmenlere danışmanlık yapmaktır (21).

Öğretmen; yeterli bir sağlık bilgisiyle donanmış olan öğretmenin iyi bir gözlemci niteliği de kazanmışsa, hemşire ve hekime büyük katkıları olacaktır. Çocuğun sağlığını geliştirmek için tek başına anahtar konumdadır (1). Öğrenci sağlığında birinci sorumluluk aileye ait ise de, aile dışında öğrenci sağlığından birincil sorumlu öğretmendir. Yeterli süre öğrenciyle birlikte bulunduğu için öğretmen, doğru sağlık alışkanlıklarının kazandırılmasını sağlayabilir. Öğretmen öğrencinin bugünkü görünüşünü ve davranışını, dünkü ve bir ay öncekiyle karşılaştırabilir ya da öğrenciyi aynı yaş grubundaki 25-30 öğrenciyle karşılaştırabilir. Okulda öğrencinin sağlığındaki değişikliği belirleyen hemşire veya doktorun dikkatini çeken

öğretmendir (21). Öğretmenin desteği olmazsa okul sağlığı programı başarı ile yürütülemez (1).

Okul yöneticileri; okul sağlığını ve güvenliğini sağlamak için stratejik bir planlama yapmak zorundadırlar (21).

Sosyal hizmet görevlisi; en önemli görevleri okul ve aile arasında koordinasyon sağlama, çocuk ve aile hakkında bilgi toplama, öğrenciye ve ailesine yol gösterme ve gerektiğinde sosyal yardım sağlamaktır (1).

Okul psikoloğu; ruhsal uyumsuzluğu saptanan çocukların birey olarak değerlendirme ve iyileştirilmesinde, çocukların ruhsal yönden taranmasında görev alırlar. Hemşire ve öğretmene danışmanlık yaparlar (1).

2.4. GELİŞTİRİLEN YENİ OKUL SAĞLIĞI YAKLAŞIMLARI

2.5.1. Sağlığı Geliştiren Okullar Programı

Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme eğitiminin sadece sınıflarda verilen eğitim programıyla sınırlı kalmaması gerektiği kabul edilmektedir. Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi öğrenci, öğretmen, okul çalışanları ve okulla ilişki içinde olan herkesin sağlığıyla ilgilenen bir eylemdir (32).

Bu yaklaşım, temel olarak, sağlık ve eğitim sektörlerinin işbirliği yaparak okulların öğrenciler, öğretmenler ve çalışanlar için sağlığı geliştiren ortamlar olarak yapılandırılmasını öngörmektedir. Bu kapsamlı projenin içinde sadece okuldaki fiziksel çevreyi iyileştirmek ve öğrencilerin sağlık sorunlarıyla ilgilenmek değil, okuldaki psikolojik ve sosyal çevrenin iyileştirilmesi de yer almalıdır. Böylece öğrencilerin; kendisine güvenen, başkalarıyla diyalog kurabilen, ekip çalışması becerisine sahip, düşüncesini söyleyebilen ve savunabilen, kişiliği gelişmiş yetişkin bireyler haline getirilmesi amaçlanmaktadır (32).

Programın içerdiği kavramlar; okulda ve sınıf içinde demokrasi, hakkaniyet, öğretmenlerin eğitimi, müfredatın geliştirilmesi, buna uygun yeni yapıların geliştirilmesi ve bu değişimin uygulanması, okulun içinde bulunduğu toplum ve ailelerle etkin işbirliği ile yapılan çalışmalar olarak özetlenebilir. Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi'nin getirdiği yenilikler sağlığı geliştiren bir okul çevresinin oluşturulması, yeni eğitim ve öğretim yöntemlerinin sunulması ve toplumla işbirliğinin desteklenmesi olarak sıralanabilir (32).

“Avrupa’da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı (ASGO) Projesi”, Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı arasında imzalanan 14.07.1995 tarihli protokol çerçevesinde yürütülmekte ve 2005 yılında 81 ilde 106 ilköğretim okulu sağlığı geliştiren okullar kapsamında yer almaktadır. Sağlığı Geliştiren Okullar Programı’na “Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge

Bürosu”, “Avrupa Konseyi ve Avrupa Birliği Komisyonu” mali ve teknik yönden destek vermektedir (32).

2.5.2. Güvenli Okullar Programı

Günümüzde okullarda güvenliği tehdit eden başlıca konular: okulda şiddet, zorbalık, okula ulaşım sırasında meydana gelen trafik kazaları ve diğer kasıtlı olmayan yaralanmalardır. Okullar okul binası içerisinde, okulla ilgili etkinliklerin yapıldığı yerlerde ve öğrencilerin okula ulaşımaları esnasında karşılaşılabilecek her türlü tehlike ile riskten öğrencilerini korumak ve güvenliklerini sağlamakla sorumludurlar. Çocuk ve güvenlik konusunda yeni bir kavram olan “Güvenli Okul” (safety school); okulların güvenli yerler haline getirilmesini amaçlamaktadır (32).

Güvenli okullar oluşturmada amaç; stratejik ve verilere dayanan sorun çözme yaklaşımının kullanıldığı güvenli bir okul ortamı geliştirerek sürdürmek, okul ve çevresindeki sorunların ortadan kaldırılması/azaltılması, okul, aile ve toplumla birlikte çocuğu koruma stratejileri geliştirmektir. Okullarda olan yaralanmaların önlenmesine ilişkin öneriler toplumsal çevre, fiziksel çevre, sağlık eğitimi, sağlık hizmetleri, acil durumlarda yaklaşım, aile ve toplum ve okul çalışanları başlıkları altında incelenmektedir.

Okul kaynaklı yaralanma, şiddet ve benzeri olayları önleyerek öğrenciler için güvenli ve sağlıklı bir gelecek sağlamak öncelikli olarak ele alınmalıdır. Güvenli okul programları okul sağlığı programları ile bütünleştirilebilir. Karar vericiler, sağlık ve eğitim kurumları, okul personeli, toplum liderleri, sağlık hizmeti verenler güvenli okullar oluşturulmasında birlikte çalışmalıdır. Okulların güvenlik konusunda hali hazırda ne yaptıklarını değerlendirmeleri ve güvenliği nasıl geliştirebilecekleri hakkında kararlar almaları ve bunları gerçekleştirebilecek programları uygulamaya koymaları önerilebilir. Aileler, okul ve toplum liderleri bu programları destekleyerek güvenli ve sağlıklı bir akademik çevrenin geliştirilmesini sağlayabilirler (32).

Güvenli Okullar yaklaşımı, Dünya Sağlık Örgütünün Güvenli Topluluklar programının altında bir alt program halinde sürdürülmektedir. Gönüllü okullar, belirlenen ölçütlere uyarak bu program içinde belgelendirilerek yer alabilirler (32).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri

Aydın coğrafik olarak, Anadolu'nun batısında, Ege Bölgesinin güney batı kesiminde kıyı Ege bölümündedir. Kuzeyinde İzmir, Manisa, doğusunda Denizli, güneyinde Muğla ve batısından Ege Denizi ile çevrilidir. Batı doğrultusunda uzanan Büyük Menderes vadi tabanı, yer yer genişleyip-daralarak, il toprakları boyunca uzanır. Büyük Menderes ovası, Batı Anadolu'nun en geniş ovasıdır. Kuzeyde, Aydın Dağları'nın ovaya bakan yamaçları, güneyde Dandalas Çayı, Akçay ve Çine Çayı'nın vadi tabanları ile bu vadiler arasında yer alan Karıncalı, Madran ve Beşparmak dağ kütlelerinin büyük bölümleri de Aydın İli sınırları içine girer (44,45).

Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre, 1927 yılında Türkiye'nin 63 ilinin toplam nüfusu 13 648 270 iken, Aydın İli'nin nüfusu 211750 olarak tespit edilmiş ve Aydın İli nüfus büyüklüğü açısından 26. sırada yer almıştır. Aydın'ın yüzölçümü 7851 kilometrekare ile Türkiye'nin yaklaşık % 1'ini oluşturmaktadır. Aydın'da kilometrekareye düşen kişi sayısı 1927 yılında yaklaşık 28 kişi iken, 2000 yılında 121 kişiye yükselmiştir (44). TÜİK 2007 yılı adrese kayıtlı nüfus sitemine göre Aydın il merkezinin nüfusu 536.758 kişi olarak tespit edilmiştir (46).

Aydın ili Milli Eğitim Müdürlüğü 2007 -2008 verilerine göre Aydın'da toplam öğrenci sayısı 169,041 olup Türkiye'deki toplam öğrenci sayısını %1,5'ini oluşturmaktadır. İlköğretim çağındaki yani 6-13 yaş arası çocukların sayısı 126,967'dir. Bu çocukların 122,058'i halen ilköğretim okullarına devam etmektedir (3).

Aydın ili Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı merkez ve ilçelerde toplam 594 okul bulunmaktadır. 594 okulun 475'ini ilköğretim okulları, 93'ünü lise ve dengi okullar, 21'ini anaokulları ve 5'ini özel eğitim okulları oluşturmaktadır (3).

Araştırma Aydın'da merkeze bağlı biri kırsal (sosyoekonomik durumu kötü) , biri kentsel (sosyoekonomik durumu iyi) bölgede yer alan iki ilköğretim okulunda yürütülmüştür.

7 Eylül İlköğretim Okulu Aydın merkezde bulunmakta olup bağlı olduğu mahalleler Güzelhisar mahallesi, Ramazan paşa mahallesi, Cumhuriyet mahallesi, Cuma mahallesi, Kurtuluş mahallesidir. Toplam 1505 öğrencisi olup, halen 59 öğretmenle eğitime devam etmektedir. Beyaz bayrak projesi kapsamında ilk kez 2006 yılında bu belgeyi almış olup, belge 2008 yılında tekrar yenilenmiştir.

Baltaköy İlköğretim Okulu merkeze bağlı kırsal bölgede bulunmakta olup, altı köyden(Göhlisar, Şahnalı, Armutlu, Mesutlu, Tepeköy Ve Sıralılar Köyleri) gelen öğrencilere taşınalı eğitim veren bir okuldur. Toplam 338 öğrencisi olup halen 15 öğretmenle eğitime devam etmektedir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma Ekim 2007-Şubat 2008 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş, müdahale tipinde bir araştırmadır. Araştırmanın başlangıcında gençlerin sağlık davranışı ve sağlık davranışı belirleyicilerinin saptanması amacıyla araştırmaya katılan okul çağı çocuklarına anket uygulanmıştır. Anket uygulaması sonrasında tez sorumlusu tarafından sağlıklı beslenme, sigara ve zararları, kişisel bakım ve hijyen, ağız diş sağlığı, fiziksel aktivite, sağlıklı yaşam konularında eğitimler verilmiş, verilen eğitimlerin etkinliklerinin değerlendirilmesi amacıyla başlangıçta uygulanan anket bazı değişiklikler yapılarak öğrencilere tekrar uygulanmıştır.

3.3 Araştırmanın evreni ve örnek seçimi

7 Eylül İlköğretim Okulu İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından kentsel kesimdeki öğrencilerin devam ettiği belirtilen, 1443 öğrencisi ile Aydın İl Merkezindeki tüm ilköğretim öğrencilerinin %1,18'nin eğitim gördüğü bir okuldur. Baltaköy İlköğretim Okulu ise İl Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından kırsal kesimdeki öğrencilerin devam ettiği belirtilen, 332 öğrencisi ile Aydın İl Merkezindeki tüm ilköğretim öğrencilerinin %0,27'sinin eğitim gördüğü bir okuldur.

Araştırma sözü edilen okulların 6. ,7.ve 8. sınıf öğrencileri üzerinde, 10-14 yaş grupları üzerinde gerçekleştirilmiştir. Riskli sağlık davranışlarının bu yaş gruplarında daha belirgin ortaya çıkması, verilecek eğitimlerin bu yaş gruplarında daha etkili olabileceği ve eğitimlerin etkinliğinin daha doğru değerlendirilebileceği düşüncesiyle araştırmanın belirlenen sınıflarda gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür. Araştırmaya dahil edilen okullarda 6. ,7. ve 8. sınıfların şube ve öğrenci sayılarına göre dağılımı aşağıda verilmiştir.

Tablo1. Araştırmaya Dahil Edilen Okulların Sınıflara Göre Toplam Öğrenci Sayıları

	6. sınıflar		7. sınıflar		8. sınıflar	
Okul adı	Şube sayısı	Öğrenci sayısı	Şube sayısı	Öğrenci sayısı	Şube sayısı	Öğrenci sayısı
7 Eylül	5	201	5	199	5	214
Baltaköy	2	52	2	48	3	68

Araştırmaya dahil edilen okulların 6.7.8. sınıflardan 3'er şube sınıflara göre tabakalandırılarak basit rastgele örneklem metoduyla (kura yöntemiyle) seçilmiş, her sınıftan bir şube uzman(tıp fakültesi mezunu bir araştırma görevlisi tarafından eğitime tabi tutulan grup), bir şube akran (kendi yaşlarına eğitim verecek gönüllü öğrencilerin oluşturduğu grup), bir şube kontrol(herhangi bir eğitime tabi tutulmamış grup) grubu olarak belirlenerek müdahale grupları oluşturulmuştur. Buna göre, 7 Eylül İlköğretim Okulunda 6b, 7c, 8b şubeleri akran grubu; 6d,7d.8d şubeleri uzman grubu; 6a,7b,8a şubeleri kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Baltaköy ilköğretim okulunda ise 6a, 7b, 8b şubeleri akran grubu; 6b, 7a, 8a şubeleri uzman grubu; 5a, 8c şubeleri de kontrol grubu olarak alınmıştır. Baltaköy İlköğretim Okulunda 6. ve 7. sınıflarda 2'şer şube bulunduğundan 5.sınıflar kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Belirlenen şubelerdeki bütün öğrenciler araştırma kapsamına alınmıştır.

Tablo 2. Okul ve Sınıflara Göre Araştırma Örneklemine Dahil Edilen Öğrenci Sayısı

Okul adı	6.sınıf öğrenci sayısı			7. sınıf öğrenci sayısı			8. sınıf öğrenci sayısı		
	Uzman	Akran	Kontrol	Uzman	Akran	Kontrol	Uzman	Akran	Kontrol
7 Eylül	40	41	42	44	43	40	36	35	39
Baltaköy	26	26	27*	24	24	27*	23	24	21

* Baltaköy ilköğretim okulunda 6. ve 7.sınıflarda kontrol grubu olarak 5.sınıflar alınmıştır. Nedeni son paragrafta açıklanmıştır

7 Eylül İlköğretim Okulunda 6. 7. ve 8.sınıflarda 5'er şube olmak üzere toplam 15 şube bulunmaktadır. İlköğretim 6. 7. ve 8. sınıflardan kura ile üçer sınıf seçilmiş ve bu sınıflardaki bütün öğrenciler araştırma kapsamına alınmıştır. Böylece araştırmanın örnekleme, 6. sınıflardan 123 kişi, 7.sınıflardan 127 kişi, 8.sınıflardan 110 kişi olmak üzere toplam 360 öğrenciden oluşmuştur.

Baltaköy İlköğretim Okulunda 6.sınıflarda 2 şube, 7.sınıflarda 2 şube, 8.sınıflarda 3 şube olmak üzere toplam 7 şube bulunmaktadır. Baltaköy İlköğretim Okulunda 6. ve 7.sınıflarda şube sayısı yeterli olmadığı için 5.sınıflardan bir şube kontrol grubu olarak araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Böylece araştırmanın örnekleme 5.sınıflardan 27 kişi, 6.sınıflardan 52 kişi, 7.sınıflardan 48 kişi, 8.sınıflardan 68 kişi olmak üzere toplam 195 öğrenciden oluşmuştur. Toplam araştırmaya katılan öğrenci sayısı her 2 okulda 555 kişidir. Eğitimden sonra uygulanan 2.ankette 37 çocuğa, o gün okula gelmedikleri için ulaşılammıştır.

3.4 Araştırma uygulama yöntemi

Araştırma, Eylül 2007 – Şubat 2008 tarihleri arasında, Aydın İl Merkezinde bulunan 7 Eylül İlköğretim okulu ve merkeze bağlı Baltaköy İlköğretim Okullarında yürütülmüştür. Bir kırsal bir kentsel olmak üzere iki ilköğretim okulunda (7 Eylül ve Baltaköy İlköğretim okullarında) 6- 8. sınıf öğrencilerine 2 ayrı model uygulanmıştır.

Bu modeller;

- 1) Akran eğitimi yolu ile verilen eğitimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi
- 2) Sağlık konusunda uzman (hekim) eğitimi yolu ile verilen eğitimlerin etkinliğinin değerlendirilmesidir.

Araştırmanın başlangıcında her yaş grubundaki öğrencilerin bilgi seviyelerinin farklı olabileceği göz önünde bulundurulduğundan, her sınıftan 3'er şube basit rastgele örneklem metoduyla seçilmiştir. Seçilen üçüncü şube kontrol grubu olarak alınmıştır. Kontrol gruba herhangi bir eğitim uygulanmamıştır. Birinci modelin seçildiği şubelerdeki tüm öğrenciler aşağıda belirtilen eğitim konularında eğitime alınmıştır. İkinci modelin seçildiği şubelerde, şubelerdeki öğrenci sayıları göz önünde bulundurularak 5 ile 10 öğrenci "sağlıkçı öğrenci" temsilcisi olarak seçilmiş ve aynı eğitimlere tabi tutulmuştur. Her "sağlıkçı öğrenci" kendi şubesinde 5 ile 10 arasında öğrenciye eğitim vermiştir. Eğitimler haftada 2 kez, 2'şer saat olacak şekilde toplam 12 saat olarak belirlenmiştir.

Tablo 3. Araştırmada Uygulanan Modeller ve Şube Dağılımları

Okul adı	Sınıf	Model 1 (Akran eğitimi)	Model 2 (Uzman eğitimi)	Kontrol Grup
7 Eylül İlköğretim Okulu	6	6B	6D	6A
	7	7C	7D	7B
	8	8B	8D	8A
Baltaköy İlköğretim Okulu	6	6A	6B	5A
	7	7B	7A	5A
	8	8B	8A	8C

Eğitim konuları:

- 1) Sağlıklı beslenme ve beslenme alışkanlıkları
- 2) Kişisel bakım ve hijyen kuralları
- 3) Sigara ve sağlığa zararları
- 4) Fiziksel aktivite ve sedanter yaşam
- 5) Ağız diş sağlığı ve koruyucu uygulamalar

Çalışma akışı:

1- Belirlenen şubelerde öğrencilerin (Model 1-2 ve kontrol grup) sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının tespiti (ön durum tespit anketleri)

2- Birinci modelin uygulandığı şubelerdeki öğrencilerin tümünün ve ikinci modelin uygulandığı şubelerdeki akran eğitici olacak seçilmiş öğrencilerin eğitimleri

3- Öğrencilerin eğitimlerinden 3 ay sonra aynı gruplara tekrar anket (son durum anketi) uygulanarak, öğrencilerin bilgi, tutum ve davranışlarındaki değişikliklerin saptanması

3.5 Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri

a)Bağımlı Değişkenler

- Eğitim öncesi Bilgi Düzeyleri (ön test bilgi puanı)
- Eğitim sonrası Bilgi Düzeyleri (son test bilgi puanı)
- Beslenme Durumu (Hafta içi ve hafta sonu her gün kahvaltı yapan, öğle ve akşam yemeği yiyen çocuklar beslenmesi düzenli, diğerleri beslenmesi düzensiz olarak alınmıştır).
- Fiziksel Aktivite Durumu (haftada 1,5 saat ve üzerinde egzersiz yapanlar düzenli, diğerleri düzensiz olarak alınmıştır).
- Diş Bakımı (günde en az 2 kez dişlerini fırçalayanlar düzenli, diğerleri düzensiz kabul edilmiştir).
- Sedanter yaşam (günde 4 saat ve üzeri televizyon seyreden çocuklar sedanter, diğerleri sedanter değil olarak alınmıştır).

Öğrencilere girişim öncesi ve girişim sonrası uygulanan anketlerde sağlıklı beslenme, kişisel hijyen, ağız diş sağlığı, fiziksel aktivite, sigara ve sigaranın sağlığa zararları ile ilgili toplam 30 bilgi sorusu sorulmuştur. Bu soruların 19'u ifade sorusu şeklinde olup bu ifadelerin doğru olup olmadığı sorulmuştur. Öğrencilerin soruları “Doğru”, “Yanlış” şeklinde yanıtlamaları istenmiştir. Bu ifadelerden bazıları doğru bazıları yanlış olup, öğrencilerin bu konudaki doğru bilgi oranları değerlendirilmiştir. Ayrıca “Yanlış” olarak sorulmuş olan soruların yönleri “Doğru” olarak değiştirilerek sorulardan her doğru yanıtı 1 puan verilmiştir. Geriye kalan 11 soruda çoktan seçmeli soru şeklinde olup her doğru yanıt için 1 puan verilerek ön test ve son test toplam bilgi puanları hesaplanmıştır. Bu değerlendirmeye göre soruların hiç birini doğru olarak bilemeyen öğrenciler 0 puan, tümünü doğru olarak bilen öğrenciler ise 30 puan almışlardır.

b)Bağımsız değişkenler:

- Okul bölgesi,
- Öğrencinin Kaçınıcı Sınıfta Olduğu,
- Anne Babanın Yaşı,
- Anne Babanın Eğitim Durumu,
- Annenin Çalışma Durumu.

3.6. İzinler

Araştırma için Adnan Menderes Üniversitesi Etik Komitesinden, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan, Aydın İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden ve okul yöneticilerinden gerekli izinler alınmıştır. Araştırma kapsamında okul yöneticilerine, sınıf öğretmenlerine, rehberlik öğretmenlerine ve öğrencilere yürütülecek çalışmalarla ilgili bilgi verilmiş, izinleri alınmıştır (Ek 1 ve Ek 2).

3.7 Veri toplama aracı ve veri toplama

Gençlerin sağlıkla ilgili davranış düzeylerini belirlemek amacıyla, belirlenen şubelerdeki öğrencilere gözlem altında anket uygulanmıştır. Anket formundaki bazı sorular için DSÖ'nün (Dünya Sağlık Örgütü) Okul Sağlığı Programı kapsamında hazırlamış olduğu "Okul Çağı Çocukların Sağlık Davranışı" (Health Behaviour in School Aged Children) HBSC 2001/02 anket formundan yararlanılmıştır. Anket formunda toplam 89 soru yer almaktadır. Bu sorulardan 18'i gençlerin sosyodemografik özelliklerini, 65 soru öğrencilerin belirlenen konularla ilgili bilgi ve davranışlarını sorgulamaktadır (Ek 3). Anketin ilk bölümünde, gençlerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, anne baba öğrenim durumu, anne babanın meslekleri, toplam kardeş sayısı, evde yaşayan kişi sayısı, aile tipi, evinde bilgisayar olup olmadığı, kendisine ait odası olup olmadığı, öğrencinin vücudu ile ilgili düşüncesi), diğer bölümlerinde ise beslenme durumu, temizlik- hijyen, ağız-diş sağlığı, fiziksel aktivite ve sigara kullanımı konularında bilgi düzeyini ölçen çoktan seçmeli veya doğru yanlış şeklinde yanıtlanan sorular ile her konu hakkında davranış düzeylerini ölçmeye yönelik sorular bulunmaktadır.

3.7.1 Girişim Öncesi Anketi

Aydın il Milli Eğitim Müdürlüğünden alınan izinden sonra okullarla görüşülerek, 1-30 Ekim 2006 tarihleri arasında öğrencilere ilk anket uygulanmıştır. Anketler öğrencilere ders saatinde dağıtılarak kendilerinden anketleri doldurmaları istenmiştir. Veriler, öğrencilerden

sınıflarında araştırmacı tarafından gözetim altında anket tekniğiyle toplanmıştır Öğrencilerin anketi doldurmaları sırasında sınıf öğretmenleri de araştırmacıya eşlik etmiştir.

Çalışmanın amacı ve anket formu hakkında araştırmacı tarafından sınıflarda öğrencilere açıklama yapılmıştır. Öğrencilere uygulanan ankette, isim gibi öğrencinin kimliğini belirleyicilere anketin doğru cevaplanmasını sağlamak için yer verilmemiş, öğrencilere bu konuda gerekli açıklama yapılmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası formları eşleştirebilmek için öğrencilerden okul numaralarını yazmaları istenmiştir. Bunun ilk ve ikinci anket arasında karşılaştırma yapılabilmesi için gerekli olduğu açıklanmış ve bilginin sadece araştırmacılarda kalacağı sözü verilmiştir. Anketler yapılırken aynı zamanda sağlık eğitim programının uygulanmasında aktif olarak rol almak isteyip istemedikleri sorulmuştur Anketin uygulanma süresi yaklaşık 45 dakika sürmüştür.

3.7.2 Girişim Sonrası Anketi

Eğitim öncesi ve sonrası arasında öğrencilerin bilgi, tutum ve davranışlarında belirgin bir değişim olup olmadığını ölçmek için eğitimlerin sonlanmasından itibaren 3 aylık bir süreç sonunda 1-31 Mart 2008 tarihleri arasında başlangıçta uygulanan anket sosyodemografik bölümü çıkartılarak öğrencilere yeniden uygulanmıştır. İkinci anketleri uygulanma süresi yaklaşık ortalama 40 dakika sürmüştür

3.7.3 Gönüllü Akran Öğrencilerin Seçimi ve Eğitimi

Ekim 2008 tarihinde 7 Eylül ve Baltaköy İlköğretim Okullarına gidilerek akran eğitimi programında yer almak isteyen öğrenciler seçilmiştir. Seçim sırasında ilk ankette gönüllü olan öğrencilere ulaşılmış, ayrıca rehber öğretmenler aracılığı ile gerekli duyurular yapılmıştır. 7 Eylül İlköğretim Okulundan 24, Baltaköy İlköğretim Okulundan 15 öğrenci akran eğitimi programı için gönüllü akran eğitimcisi olarak seçilmiştir. Gönüllü akran eğitimcisi olan öğrencilere tarihleri 1 Kasım 2007-1 Aralık 2008 tarihleri arasında haftada 2 saat olmak üzere toplam 12 saat eğitim verilmiştir. Her akran öğrenci ortalama 5-10 öğrenciye eğitim vermiştir.

3.7.4 Eğitim Faaliyetleri

Akran eğitimi gönüllüsü olan öğrencilere ve uzman eğitimi yapılan sınıflara verilen eğitimler klasik ders verme şeklinde olup, bu eğitimler “sigara ve sigaranın sağlığa zararları”, “kişisel bakım ve hijyen”, “sağlıklı beslenme”, “ağız diş sağlığı” , “fiziksel aktivite ve sedanter yaşam” konularında yapılmıştır. Akran eğitimcisi gönüllü öğrencileri ile yapılan eğitimlerde eğitim toplantısı sonunda öğrencilerle karşılıklı soru sorma –cevap verme şeklinde bir eğitim yöntemi seçilmiştir. Teorik eğitimler sırasında hem uzman eğitimi yapılan sınıfta hem akran eğitimi yapılan grupta öğrencilerin mümkün olduğunca aktif katılımı

sağlanmış ayrıca sözel anlatım, tartışma, soru cevap beyin fırtınası yöntemleri eğitimlerde kullanılmıştır.

Eğitimler okul yöneticileri ile görüşülerek uygun gördükleri ders saatlerinde yapılmış olup, eğitim sırasında eğitim materyali olarak slaytlar kullanılmıştır. Akranlara kendi seçtiği arkadaşlarını eğitmesi için Sağlık Bakanlığının sağlık haftaları için yayınladığı resimli afişler ve araştırmacı tarafından hazırlanan standart eğitim rehberleri, anlatılan konularla ilgili bilgi materyalleri dağıtılmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri bilgisayar ortamında ve SPSS 11.5 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde sayı ve yüzde dağılımlar gösterilmiş; ortalama±standart sapma verilmiştir. Analitik analizlerde ki-kare testi, Fisher'in kesin ki kare testi, bağımlı gruplarda ki-kare testi (Mc-nemar testi), 2 eş arasındaki farkın önemlilik testi ve Wilcoxon testleri kullanılmıştır. $\alpha=0,05$ olarak alınmıştır

3.9Araştırmanın Kısıtlılıkları

1.Araştırma kapsamında sahada çeşitli güçlüklerle karşılaşmıştır. Araştırmanın saha çalışmasında, alınan izinler doğrultusunda gidilen okullarda ders saatlerini vermek istemeyen ders öğretmenleri olmuştur. Ayrıca yasal prosedürlerin (kurum izinleri) çok uzun zaman alması araştırmaya başlama sürecini geciktirmiştir.

2.Araştırmaya dahil edilen Baltaköy İlköğretim okulunda 6. ve 7.sınıflarda 2'şer şube bulunduğundan kontrol grubu olarak 5. sınıflar seçilmiştir.

3.Yapılan eğitimler 6 hafta ile sınırlı olduğundan, özellikle akran eğitiminde eğitimi alan akran öğrenciler için bu süreç yeterli bulunmamıştır.

4.Öğrencilerde istenen düzeyde sağlıkla ilgili bilgi ve davranış değişikliği yaratmak için öğrencilerin yanı sıra öğretmen ve velilerin eğitilerek öğrenci eğitimlerine destek olması ve doğru bilgilerin aktarılması son derece önemlidir. Bu çalışmada öğrenci ve veli eğitimlerinin yer almaması bir kısıtlılık olarak ifade edilebilir.

4.BULGULAR

Araştırmamızın ilk bölümünde çalışmaya katılan okullarda okuyan öğrencilerin bazı sosyodemografik özellikleri ile eğitimler öncesi dönemde sağlık konusunda bilgi ve davranış düzeyleri değerlendirilmiş olup, ikinci bölümde ise verilen sağlık eğitimlerinin etkinliği karşılaştırılmıştır.

4.1. Okul Çağı Çocukların Sağlık Davranışı Bulguları

4.1.1 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri

2007-2008 Ekim-Şubat aylarında yürütülen çalışmaya katılan 528 sayıda öğrencinin %53,3'ü erkek, %46,7'si kız öğrencilerden oluşmaktadır (Tablo 1).

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Cinsiyet, Sınıf ve Okul Tipine Göre Dağılımı

Cinsiyet	6.Sınıf		7.Sınıf		8.Sınıf		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Kentsel								
Kız	69	56,1	65	51,8	50	45,5	184	51,1
Erkek	54	43,9	62	48,8	60	54,5	176	48,9
Kırsal								
Kız	26	50,0	16	33,3	21	30,9	63	37,5
Erkek	26	50,0	32	66,7	47	69,1	105	62,5
Toplam	175	100,0	175	100,0	178	100,0	528	100,0

* Sütun yüzdesi

Araştırmaya katılan ilköğretim 6.sınıf öğrencilerinin yaş ortalaması kentsel bölgede $11,04 \pm 0,28$; kırsal bölgede $11,09 \pm 0,27$, 7.sınıf öğrencilerinin yaş ortalaması kentsel bölgede $12,02 \pm 0,12$; kırsal bölgede $12,05 \pm 0,22$, 8.sınıf öğrencilerinin yaş ortalaması kentsel bölgede $13,06 \pm 0,28$; kırsal bölgede $13,00 \pm 0,26$ 'dir(Tablo 2).

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okul Tipine ve Sınıflara Göre Yaş Ortalamaları

	Ort $\pm$ ss ¹	Min. Değer ²	Maks.Değer ³
Kentsel Bölge			
6.sınıf	11,04 $\pm$ 0,28	10	12
7.sınıf	12,02 $\pm$ 0,12	12	13
8.sınıf	13,06 $\pm$ 0,28	13	15
Kırsal Bölge			
6.sınıf	11,09 $\pm$ 0,27	11	12
7.sınıf	12,05 $\pm$ 0,22	12	13
8.sınıf	13,00 $\pm$ 0,26	12	14

¹Ort $\pm$ ss: ortalama, standart sapma

²min. değer: minimum değer

³maks. değer: maksimum değer

4.1.2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okul Tipine Göre Anne ve Babalarının Bazı Sosyodemografik Özellikleri

Okul Tipi	Kentsel okul		Kırsal okul	
Annenin yaşı	n	%*	n	%*
30 ve altı	16	4,8	16	9,8
31- 40	225	67,0	119	72,6
41- 49	89	26,5	27	16,5
50 ve üstü	6	1,7	2	1,1
Anne öğrenim durumu				
Okur Yazar değil	2	0,6	9	4,8
Okur Yazar	1	0,3	5	2,6
İlkokul	94	26,6	152	80,4
Ortaokul	55	15,4	14	7,4
Lise	133	37,6	8	4,2
Üniversite	69	19,5	1	0,5
Annenin mesleği				
Ev hanımı	229	64,9	176	92,6
Memur	62	17,6	-	-
İşçi	11	3,1	4	2,1
Serbest meslek	27	7,6	10	5,3
Emekli	20	5,7	-	-
Esnaf	4	1,1	-	-
Babanın Yaşı				
30 ve Altı	1	0,3	1	0,6
31- 40	110	33,2	80	49,1
41- 49	181	54,7	69	42,3
50 ve Üstü	39	11,8	13	8,0
Baba Öğrenim Durumu				
Okur Yazar Değil	-	-	1	0,5
Okur Yazar	-	-	8	4,3
İlkokul	55	15,8	133	71,1
Ortaokul	49	14,0	29	15,5
Lise	115	33,0	14	7,5
Üniversite	129	37,0	1	0,5
Babanın Mesleği				
İşi Yok	4	1,2	6	3,2
Memur	116	34,1	6	3,2
İşçi	36	10,6	53	28,2
Serbest	120	36,2	80	42,6
Emekli	29	8,5	22	11,7
Esnaf	26	7,6	2	1,1
Çiftçi	4	1,2	18	9,6
Diğer**	2	0,6	1	0,5

* Sütun yüzdesi

** muhtar, futbolcu, yurtdışında çalışıyor. (n sayıları sorulara yanıt veren öğrenciler üzerinden verilmiştir.)

Kentsel bölge okulunda okuyan öğrencilerin annelerinin % 67,0'si 31- 40 yaş grubunda yer alırken, kırsal bölgede % 72,6'sı 31- 40 yaş grubunda yer almaktadır. 30 yaş ve altı anneler kentsel bölgede yüzde %4,8 iken, kırsal bölgede bu oran %9,8 olarak tespit edilmiştir. Eğitim durumuna bakıldığında kentsel bölgede annelerin %27,5 'i ilköğretim ve altı eğitimli iken, kırsal alanda bu oran %87,8'dir. Annelerin mesleklerine bakıldığında kentsel bölgede % 64,9'u ev hanımı iken kırsal bölgede % 92,6'sı ev hanımıdır.

Kentsel bölgede babaların %15,8'i ilköğretim ve altı eğitimliyken, kırsal bölgede ise bu oran%75,9'dur. Kentsel bölgede babaların % 1,1'nin işi yokken, kırsal bölgede % 3,1'nin işi yoktur. Kentsel bölgede babaların % 54,7'si 41-49 yaş grubunda yer alırken, kırsal bölgede %49,1'i 31-40 yaş grubunda yer almaktadır. Kentsel bölgede babaların % 37,0'si üniversite mezunu iken, kırsal bölgede %71,1'i ilköğretim mezunudur. Babaların mesleklerine bakıldığında kentsel bölgede %33,7'si serbest meslekle uğraşırken, kırsal bölgede % 41,9'u serbest meslekle uğraşmaktadır (Tablo3).

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Okul Tipine Göre Bazı Sosyodemografik Özellikleri

Okul Bölgesi	Kentsel bölge		Kırsal bölge	
Aile tipi	n	%*	n	%*
Çekirdek	142	59,2	84	53,8
Geniş	98	40,8	72	46,2
Kendisine ait çalışma odası				
Var	322	91,7	105	56,5
Yok	29	8,3	81	43,5
Evinde sağlıkla ilgili kitap ansiklopedi				
Var	269	76,2	59	30,4
Yok	84	23,8	135	69,6
Televizyonda veya radyoda sağlıkla ilgili haber takip etme durumu				
Evet	103	28,6	50	25,8
Hayır	19	5,3	9	4,6
Bazen	238	66,1	135	69,6
Evinde bilgisayar olma durumu				
Var	249	69,6	29	15,0
Yok	109	30,4	164	85,0
Ailesine ait araba olma durumu				
Var	269	74,9	93	48,2
Yok	90	25,1	100	51,8

* Sütun yüzdesi

Kentsel bölgede araştırmaya katılan öğrencilerin %59,2'si, kırsal bölgede %53,8'i çekirdek aile özelliğindedir. Kentsel bölgede öğrencilerin %91,7'sinin kendine ait çalışma odası

bulunurken, kırsal bölgede %56,5'inin kendine ait çalışma odası bulunmaktadır. Kentsel bölgede % 76,2'sinin evinde sağlıkla ilgili kitap ya da ansiklopedi bulunurken, kırsal bölgede bu oran %30,4'dür. Televizyonda veya radyoda sağlıkla ilgili haberleri takip etme durumlarına bakıldığında kentsel bölgede %28,6'sı, kırsal bölgede ise %25,8'i takip etmektedir. Kentsel bölgede öğrencilerin %69,6'sının evinde bilgisayar bulunurken, kırsal bölgede % 15,0'inin evinde bilgisayar bulunmaktadır (Tablo 4).

Öğrencilerin boş zamanlarını değerlendirme durumları sorgulandığında en fazla %69,0 oranla kitap okudukları belirtilmiştir. Çocukların haftalık televizyon izleme süreleri $5,42 \pm 5,71$ saat, kitap okuma saatleri $4,89 \pm 4,23$ saat, müzik dinleme süreleri $4,26 \pm 5,97$ saat ve spor yapma süreleri $3,92 \pm 4,67$ saat olarak tespit edilmiştir.

4.1.3 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Beslenme Konusunda Bilgi ve Davranış Düzeyleri

Tablo 8. Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Beslenme Konusunda Bilgi Düzeyleri

Beslenme konusunda bilgi düzeyi	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM		χ^2	p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*		
Sağlıklı beslenmenin tanımı										
Doğru	113	94,2	116	95,9	99	94,3	328	94,8	0,434	0,805
Yanlış	7	5,8	5	4,1	6	5,7	18	5,2		
Doymuş yağ (katı yağ) içeren besin tüketiminin sağlığa etkisi										
Doğru	21	23,1	33	31,1	16	15,0	70	77,0	7,864	0,020
Yanlış	70	76,9	73	68,9	91	85,0	234	23,0		
En çok enerji veren besin maddesi										
Doğru	38	33,9	44	37,0	9	8,3	91	26,8	27,926	0,000
Yanlış	74	66,1	75	63,0	99	91,7	248	73,2		
Fast-food beslenmenin sağlığa etkisi										
Doğru	114	92,7	119	93,7	102	94,4	335	93,6	0,302	0,860
Yanlış	9	7,3	8	6,3	6	5,6	23	6,4		
Fast-food türü yiyeceklerin içeriği										
Doğru	102	87,2	116	92,8	90	85,7	308	88,8	3,314	0,191
Yanlış	15	12,8	9	7,2	15	14,3	39	11,2		
Ergenlik döneminde beslenme										
Doğru	94	81,7	96	82,1	83	82,2	273	82,0	0,008	0,996
Yanlış	21	18,3	21	17,9	18	17,8	60	18,0		

* Sütun yüzdesi

Tüm sınıflarda en fazla oranda sağlıklı beslenmenin tanımı ve fast food beslenmenin sağlığa etkisi soruları doğru cevaplanmıştır. Kentsel bölgede okuyan öğrencilerin sınıflara göre beslenme konusunda bilgi düzeylerine baktığımızda genel olarak 7. sınıfların 6. ve 8. sınıflara oranla beslenme konusundaki bilgi sorularını doğru cevaplama yüzdeleri daha fazla görünmesine karşın 6 ile 7. ve 7 ile 8. sınıflar arasında beslenme düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Doymuş yağ içeren besin tüketiminin sağlığa etkisi ve en çok enerji veren besin maddesi ile ilgili bilgi sorularında 8.sınıflarda 6. ve 7.sınıflara göre bilgi düzeyi daha düşük saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 9. Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Beslenme Konusunda Bilgi Düzeyleri

Beslenme konusunda bilgi düzeyi	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM			
	n	%*	n	%*	n	%	N	%*	χ^2	p
Sağlıklı beslenmenin tanımı										
Doğru	34	77,3	31	77,5	50	84,7	115	80,4	1,194	0,550
Yanlış	10	22,7	9	22,5	9	15,3	28	19,6		
Doymuş yağ (katı yağ) içeren besin tüketiminin sağlığa etkisi										
Doğru	14	45,2	4	16,7	15	30,6	33	68,3	5,124	0,077
Yanlış	17	54,8	20	83,3	34	69,4	71	31,7		
En çok enerji veren besin maddesi										
Doğru	3	6,1	12	26,1	5	8,2	20	12,8	10,377	0,006
Yanlış	46	93,9	34	73,9	56	91,8	136	87,2		
Ayaküstü beslenmenin sık tüketilmesinin sağlığa etkisi										
Doğru	35	72,9	37	80,4	53	80,3	125	78,1	1,089	0,580
Yanlış	13	27,1	9	19,6	13	19,7	35	21,9		
Fast-food türü yiyeceklerin içeriği										
Doğru	26	65,0	34	82,9	49	79,0	109	76,2	4,067	0,131
Yanlış	14	35,0	7	17,1	13	21,0	34	23,8		
Ergenlik döneminde beslenme										
Doğru	27	55,1	32	71,1	41	67,2	100	64,5	2,946	0,229
Yanlış	22	44,9	13	28,9	20	32,8	55	35,5		

* Sütun yüzdesi

Kırsal bölgede de beslenme ile ilgili bilgi sorularında tüm sınıflarda en fazla oranda sağlıklı beslenmenin tanımı ve fast food beslenmenin sağlığa etkisi soruları doğru cevaplanmıştır.

Araştırmaya katılan 6. ve 7.sınıfların tamamı bilgi düzeyi açısından karşılaştırıldığı zaman 6.sınıflarda 7.sınıflara göre bilgi düzeyi genel olarak daha düşük saptanmakla birlikte beslenme ilgili bilgi düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). 6 ile 7. ve 7 ile 8. sınıflar arasında, en çok enerji veren besin maddesi sorularında anlamlı fark bulunmuştur. ($p<0,05$).Diğer sorularda ise anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Kentsel ve kırsal bölge okulları beslenme konusunda bilgi düzeyleri bakımından karşılaştırıldığında kentsel bölgede okuyan öğrencilerin beslenme konusu ile ilgili bilgi düzeyleri kırsal bölgede okuyan öğrencilere göre daha iyi olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 10. Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Beslenme Konusunda Davranış Durumları

Beslenme konusunda davranış düzeyleri	6.Sınıf		7.Sınıf		8.Sınıf		Toplam			
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	χ^2	p
Hafta içi kahvaltı yapma sıklığı										
5 gün	102	83,6	96	75,6	72	66,7	270	75,6	8,919	0,012
5 günden az	20	16,4	31	24,4	36	33,3	87	24,4		
Hafta sonu kahvaltı yapma sıklığı										
2 gün	113	93,4	116	92,8	88	81,5	317	89,5	10,827	0,004
İki günden az	8	6,6	9	7,2	20	18,5	37	10,5		
Öğle yemeği yeme sıklığı										
5 gün	91	75,2	80	65,0	56	54,4	227	65,4	10,691	0,005
5 günden az	30	24,8	43	35,0	47	45,6	120	34,6		
Akşam yemeği yeme sıklığı										
5 gün	116	95,9	118	96,7	99	94,3	333	95,7	0,826	0,662
5 günden az	5	4,1	4	3,3	6	5,7	15	4,3		
Ekmek ve tahıl ürünleri tüketme sıklığı										
Her gün	106	91,4	106	86,2	91	86,7	303	88,1	1,826	0,401
Bazen	10	8,6	17	13,8	14	13,3	41	11,9		
Sebze tüketme sıklığı										
Her gün	44	38,3	44	35,8	40	40,8	128	38,1	0,590	0,744
Bazen	71	61,7	79	64,2	58	59,2	208	61,9		
Meyve tüketme sıklığı										
Her gün	96	82,1	108	85,7	72	69,9	276	79,8	9,350	0,009
Bazen	21	17,9	18	14,3	31	30,1	70	20,2		
Kuru baklagil tüketme sıklığı										
Hergün veya haftada 3gün	40	37,0	34	28,6	13	14,0	87	27,2	13,605	0,001
Haftada 3 günden az	68	63,0	85	71,4	80	86,0	233	72,8		
Et ve et ürünleri tüketme sıklığı										
Her gün	18	16,1	19	15,4	8	8,5	45	13,7	2,995	0,224
Bazen	94	83,9	104	84,6	86	91,5	284	86,3		
Süt ve süt ürünleri tüketme sıklığı										
Her gün	89	75,4	93	73,8	52	52,0	234	68,0	16,714	0,000
Bazen	29	24,6	33	26,2	48	48,0	110	32,0		

* Sütun yüzdesi

Kentsel bölgede okuyan 6.,7.ve 8. sınıf öğrencilerinin beslenme ile ilgili davranış düzeylerine bakıldığında hafta sonu-hafta içi kahvaltı yapma sıklığı, öğle yemeği yeme, süt ve süt ürünleri tüketme, kuru baklagil tüketme sıklığı 6. ve 7. sınıflara göre 8.sınıflarda daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Genel olarak tüm sınıflarda sebze (%38,2), kuru baklagil (%27,2) ile et –et ürünleri tüketiminin (%27,2) düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 11. Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Beslenme Konusunda Davranış Durumları

Beslenme konusunda davranış düzeyleri	6.Sınıf		7.Sınıf		8.Sınıf		Toplam			
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	χ^2	P
Hafta içi kahvaltı yapma sıklığı										
5 gün	39	79,6	36	81,8	40	60,6	115	72,3	7,803	0,020
5 günden az	10	20,4	8	1,2	26	39,4	44	27,7		
Hafta sonu kahvaltı yapma sıklığı										
2 gün	44	88,0	35	83,3	52	81,3	131	84,0	0,968	0,616
İki günden az	6	12,0	7	16,7	12	18,7	25	16,0		
Öğle yemeği yeme sıklığı										
5 gün	37	77,1	38	84,4	51	79,7	126	80,3	0,816	0,665
5 günden az	11	22,9	7	15,6	13	20,3	31	19,7		
Akşam yemeği yeme sıklığı										
5 gün	41	87,2	37	90,2	56	90,3	134	89,3	0,317	0,854
5 günden az	6	12,8	4	9,8	6	9,7	16	10,7		
Ekmek ve tahıl ürünleri tüketme sıklığı										
Her gün	31	64,6	38	79,2	50	83,3	119	76,3	5,501	0,064
Bazen	17	35,4	10	20,8	10	16,7	37	23,7		
Sebze tüketme sıklığı										
Her gün	16	32,0	27	58,7	36	58,1	79	50,0	9,484	0,009
Bazen	34	68,0	19	41,3	26	41,9	79	50,0		
Meyve tüketme sıklığı										
Her gün	26	54,2	37	77,1	53	81,5	116	72,0	11,193	0,004
Bazen	22	45,8	11	22,9	12	18,5	45	28,0		
Kuru baklagil tüketme sıklığı										
Her günveyahaftada3gün	14	28,0	13	28,9	18	34,6	45	30,6	0,616	0,735
Haftada 3günden daha az	36	72,0	32	71,1	34	65,4	102	69,4		
Et ve et ürünleri tüketme sıklığı										
Her gün	3	6,3	8	19,0	4	7,1	15	10,3	4,946	0,084
Bazen	45	93,7	34	81,0	52	92,9	131	89,7		
Süt ve süt ürünleri tüketme sıklığı										
Her gün	18	38,3	20	43,5	20	34,5	58	38,4	0,878	0,645
Bazen	29	61,7	26	56,5	38	65,5	93	61,6		

* Sütun yüzdesi

Kırsal bölgede 6. 7.ve 8.sınıfların beslenme ile ilgili davranış düzeylerine bakıldığında hafta içi her gün kahvaltı yapan öğrencilerin 8.sınıflara göre 6. ve 7.sınıflarda daha fazla olduğu ($p<0.05$) buna karşın her gün meyve ve sebze tüketiminin 6.sınıflarda diğer sınıflara göre daha düşük oranda olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).Genel olarak tüm sınıflarda sebze (%50,0), kuru baklagil (%30,6) ve et-et ürünleri tüketiminin (%10,3) düşük olduğu saptanmıştır.

Kırsal ve kentsel bölge okulları beslenme konusunda davranış düzeyleri bakımından karşılaştırdığımızda öğle ve akşam yemeği yeme, hafta içi ve hafta sonu kahvaltı yapma sıklığı, ekmek, sebze ve süt ürünleri tüketim sıklıkları bakımından anlamlı fark saptanmıştır($p<0,05$). Diğer sorularda anlamlı fark saptanmamıştır($p>0,05$).

Kentsel bölgede hafta içi her gün kahvaltı yapma sıklığı % 75,6 iken, kırsal bölgede % 72,3'dür. Kentsel bölgede hafta sonu her 2 günde kahvaltı yapma sıklığı % 89,5 iken kırsal bölgede % 84'dür. Bölgeler arasında hafta içi ve hafta sonu kahvaltı yapma sıklığı bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Öğle yemeğini kentsel bölgede her gün yiyenler %65,4 iken, kırsalda ise %80,3tür. Akşam yemeği yeme durumların bakıldığında kentsel bölgede her gün akşam yemeği yiyenler %95,7 iken kırsalda %89,3'dür. Sebze tüketimi kentsel bölgede %38,1 iken kırsal bölgede %50,0'dır. Süt ve süt ürünleri tüketimi kentsel bölgede %68,0 kırsal bölgede %38,4; ekmek ve tahıl ürünleri tüketme sıklığı ise kentsel bölgede %88,1 iken, kırsal bölgede %76,3 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Tüm Öğrencilerin Beslenme Durumunun Anne ve Babalarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.

Özellik	Beslenme Durumu**					
	Düzenli		Düzensiz		χ^2	p
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Okul bölgesi						
Kırsal bölge	90	52,3	82	47,7	0,760	0,383
Kentsel bölge	166	48,3	178	51,7		
Anne eğitimi						
İlkokul altı	126	52,3	115	47,7	1,633	0,201
İlkokul ve üstü	123	46,6	141	53,4		
Baba eğitimi						
İlkokul altı	94	51,9	87	48,1	0,424	0,515
İlkokul ve üstü	156	48,9	163	51,1		
Anne yaşı						
40 yaş ve altı	186	52,5	168	47,5	4,052	0,044
40 yaş üstü	48	41,7	67	58,3		
Baba yaşı						
40 yaş ve altı	98	54,1	83	45,9	3,112	0,078
40 yaş üstü	129	45,7	153	54,3		
Annenin çalışma durumu						
Çalışmıyor	187	50,1	186	49,9	0,371	0,543
Çalışıyor	65	47,1	73	52,9		

*Satır Yüzdesi

**Hafta içi ve hafta sonu her gün kahvaltı yapan, öğle ve akşam yemeği yiyen çocuklar beslenmesi düzenli, diğerleri beslenmesi düzensiz olarak alınmıştır.

Anne ve babası 40 yaş ve altında olan, anne ve babası ilkokul altı eğitilmiş olan, annesi çalışmayan, kırsal bölgede okuyan, çocukların daha düzenli beslendikleri görülmüş olup anne yaşı 40 yaş ve altında olanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

4.1.4 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Hijyen Konusunda Bilgi ve Davranış Düzeyleri

Tablo 13. Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Hijyen Konusunda Bilgi Düzeyleri

Hijyen konusunda bilgi düzeyleri	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM			
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	χ^2	p
Kirli su ve gıdalarla bulaşan hastalıklar										
Doğru	14	21,5	47	59,5	29	67,4	90	48,1	28,921	0,000
Yanlış	51	78,5	32	40,5	14	32,6	97	51,9		
Sarılıktan korunmada en etkili yöntem										
Doğru	102	88,7	116	92,1	88	86,3	306	89,2	2,011	0,366
Yanlış	13	11,3	10	7,9	14	13,7	37	10,8		
Hastalıklardan korunmada su ve sabunun etkisi										
Doğru	118	99,2	124	99,2	102	95,3	344	98,0	5,651	0,059
Yanlış	1	0,8	1	0,8	5	4,7	7	2,0		

* Sütun yüzdesi

Kentsel bölgede okuyan çocukların hijyen konusunda bilgi düzeylerine bakıldığında en az bilinen sorunun kirli su ve gıdalarla bulaşan hastalıklar olduğu ve öğrencilerin yaklaşık yarısı tarafından bilindiği tespit edilmiştir. 6.sınıfta okuyan öğrencilerin bu hastalıkları bilme durumu 7.ve 8.sınıfta okuyan öğrenciler göre anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur($p<0,05$).

Tablo 14. Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Hijyen Konusunda Bilgi Düzeyleri

Hijyen konusunda bilgi düzeyleri	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM			
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	χ^2	p
Kirli su ve gıdalarla bulaşan hastalıklar										
Doğru	2	9,1	7	29,2	2	6,7	11	14,5	6,178	0,046
Yanlış	20	90,9	17	70,8	28	93,3	65	85,5		
Sarılıktan korunmada en etkili yöntem										
Doğru	35	72,9	40	87,0	46	75,4	121	78,1	3,118	0,210
Yanlış	13	27,1	6	13,0	15	24,6	34	21,9		
hastalıklardan korunmada su ve sabunun etkisi										
Doğru	43	87,8	39	81,3	61	95,3	143	88,8	5,543	0,063
Yanlış	6	12,2	9	18,7	3	4,7	18	11,2		

* Sütun yüzdesi

Kentsel bölgedekine benzer şekilde kırsal bölgede okuyan öğrencilerde de en az bilinen soru kirli su ve gıdalarla bulaşan hastalıklar olup, öğrencilerin %14,5'u tarafından doğru yanıtlanmıştır. Bu sorunun 6. ve 8. sınıflara göre 7.sınıfta okuyan öğrencilerde daha fazla oranda doğru yanıtlandığı gözlemlenmiştir ($p<0,05$).

Kırsal ve kentsel bölge okulları hijyen soruları açısından karşılaştırıldığında, kentsel bölgede doğru cevaplama oranının, kırsal bölgeye oranla daha fazla olduğu görülmüş olup, tüm sorularda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır($p<0,05$). Her iki okulda da en fazla oranda mikroorganizmaları uzaklaştırmada ve hastalıklardan korunmada su ve sabunun etkisi sorusu doğru cevaplanmıştır.

Tablo 15. Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Hijyen Konusunda Davranış Durumları

Hijyen konusunda davranış düzeyleri	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM			
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	χ^2	p
Yemeklerden önce el yıkama sıklığı										
Her zaman	107	87,7	100	78,7	75	70,1	282	79,2	10,765	0,005
Bazen	15	12,3	27	21,3	32	29,9	74	20,8		
Yemeklerden sonra										
Her zaman	114	93,4	118	92,9	95	89,6	327	92,1	1,314	0,518
Bazen	8	6,6	9	7,1	11	10,4	28	7,9		
Tuvaletten çıktıktan sonra										
Her zaman	116	95,9	119	93,7	102	96,2	337	95,2	0,987	0,611
Bazen	5	4,1	8	6,3	4	3,8	17	4,8		
Okuldan eve gelince										
Her zaman	94	77,0	91	71,7	78	73,6	263	74,1	0,963	0,618
Bazen	28	23,0	36	28,3	28	26,4	92	25,9		
Dışarıdan gelince										
Her zaman	94	77,7	88	69,3	61	57,5	243	68,6	10,685	0,005
Bazen	27	22,3	39	30,7	45	42,5	111	31,4		
Sabun kullanma sıklığı										
Her zaman	104	86,0	91	72,8	74	67,9	269	75,8	11,119	0,004
Bazen	17	14,0	34	27,2	35	32,1	86	24,2		
Sabahları yüzünü yıkama sıklığı										
Her zaman	103	86,6	103	82,4	91	84,3	297	84,4	0,800	0,670
Bazen	16	13,4	22	17,6	17	15,7	55	15,6		
Banyo yapma sıklığı										
Haftada en az 1kez veya daha fazla	118	97,5	126	99,2	108	100,0	352	98,9	3,358	0,187
2 haftada bir veya daha seyrek	3	2,5	1	0,8	0	0,0	4	1,1		
Tırnak kesme sıklığı										
Haftada bir kez	77	63,6	88	69,3	61	57,0	226	63,7	3,787	0,151
Daha seyrek	44	36,4	39	30,7	46	43,0	129	36,3		
Kendine ait havlusu olma durumu										
Evet	94	77,0	101	80,2	71	65,7	266	74,7	6,933	0,031
Hayır	28	23,0	25	19,8	37	34,3	90	25,3		
İç çamaşırı değiştirme sıklığı										
Her gün	64	52,5	62	49,6	40	37,7	166	47,0	5,450	0,066
Bazen	58	47,5	63	50,4	66	62,3	187	53,0		

* Sütun yüzdesi

Kentsel bölgede hijyen konusu ile ilgili öğrencilerin davranış düzeylerine bakıldığında, genel olarak 6.sınıftan 8.sınıfa gidildikçe olumlu davranışlarda azalma saptanmıştır. Yemeklerden önce ve dışardan gelince el yıkama sıklığı ile sabun kullanma sıklığının, 6.sınıflarda 7. ve 8.sınıflara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

7.ve 8. sınıf öğrencilerinde ise genel olarak herhangi bir farklılık olmamakla birlikte ($p>0,05$), kendisine ait havlu bulunma durumunun 7. sınıflarda 6. ve 8. sınıflara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 16. Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Hijyen Konusunda Davranış Durumları

Hijyen konusunda davranış düzeyleri	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM			
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	χ^2	p
Yemeklerden önce el yıkama sıklığı										
Her zaman	44	86,3	34	73,9	52	80,0	130	80,2	2,336	0,311
Bazen	7	13,7	12	26,1	13	20,0	32	19,8		
Yemeklerden sonra										
Her zaman	47	90,4	41	87,2	60	89,6	148	89,2	0,272	0,873
Bazen	5	9,6	6	12,8	7	10,4	18	10,8		
Tuvaletten çıktıktan sonra										
Her zaman	46	88,5	42	89,4	62	92,5	150	90,4	0,634	0,728
Bazen	6	11,5	5	10,6	5	7,5	16	9,6		
Okuldan eve gelince										
Her zaman	30	58,8	19	41,3	38	56,7	87	53,0	3,592	0,166
Bazen	21	41,2	27	58,7	29	43,3	77	47,0		
Dışarıdan gelince										
Her zaman	35	67,3	31	68,9	45	68,2	111	68,1	0,028	0,986
Bazen	17	32,7	14	31,1	21	31,8	52	31,9		
Sabun kullanma sıklığı										
Her zaman	34	66,7	28	58,3	44	66,7	106	64,2	1,029	0,598
Bazen	17	33,3	20	41,7	22	33,3	59	35,8		
Sabahları yüzünü yıkama sıklığı										
Her zaman	45	88,2	41	85,4	59	88,1	145	87,3	0,229	0,892
Bazen	6	11,8	7	14,6	8	11,9	21	12,7		
Banyo yapma sıklığı										
Haftada en az 1kez veya daha fazla	50	100,0	47	97,9	66	100,0	163	99,4	2,431	0,296
2haftadabirveyadahaseyrek	0	0,0	1	2,1	0	0,0	1	0,6		
Tırnak kesme sıklığı										
Haftada bir kez	40	80,0	30	63,8	47	70,1	117	71,3	3,177	0,204
Daha seyrek	10	20,0	17	36,2	20	29,9	47	28,7		
Kendine ait havlusu olma durumu										
Evet	32	62,7	35	77,8	50	74,6	117	71,8	3,122	0,210
Hayır	19	37,3	10	22,2	17	25,4	46	28,2		
İç çamaşırı değiştirme sıklığı										
Her gün	19	37,3	15	31,9	13	19,4	47	28,5	4,910	0,086
Her gün değil	32	62,7	32	68,1	54	80,6	118	71,5		

* Sütun yüzdesi

Kırsal bölgede tüm sınıflar arasında öğrencilerin hijyen konusu ile ilgili davranış düzeyleri bakımından herhangi bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Öğrencilerin %28,2'si her gün iç çamaşırını değiştirdiğini ifade ederken, %53,0'ü her zaman okuldan eve geldiklerinde ellerini yıkadıklarını belirtmiştir.

Kırsal ve kentsel bölgede okuyan öğrencilerin hijyen konusunda davranış düzeyleri karşılaştırıldığında; tuvaletten çıktıktan sonra(%95,2-%90,4) ve okuldan eve gelince el yıkama durumu(%74,1-%53,0), sabun kullanma (%75,8-%64,2) ve iç çamaşırını değiştirme sıklığı(%47,0-%28,5) kentsel bölgede kırsal bölgeye oranla yüksek olarak tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Hem kentsel bölgede hem kırsal bölgede yemeklerden önce el yıkama sıklığı yemeklerden sonra el yıkama sıklığına göre daha düşük bulunmuştur. Her iki bölgede de her gün iç çamaşırını değiştirme oranı oldukça düşük olarak saptanmıştır(kentsel %47,0-kırsal %28,5).

4.1.5 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Ağız Diş Sağlığı Konusunda Bilgi ve Davranış Düzeyleri

Tablo 17. Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Ağız Diş Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyleri

Ağız diş sağlığı	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM		χ^2	p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*		
Diş fırçası yenileme zamanı										
Doğru	110	94,0	113	92,6	92	88,5	315	91,8	2,423	0,298
Yanlış	7	6,0	9	7,4	12	11,5	28	8,2		
Etkili diş fırçalama süresi										
Doğru	52	43,3	82	66,1	79	73,1	213	60,5	23,674	0,000
Yanlış	68	56,7	42	33,9	29	26,9	139	39,5		
Florun yararı										
Doğru	1	0,9	1	0,9	5	4,7	7	1,9	5,364	0,068
Yanlış	115	99,1	116	99,1	101	95,3	332	92,0		
Ağız-diş sağlığında beslenmenin etkisi										
Doğru	112	91,8	119	95,2	100	94,3	331	93,8	1,304	0,521
Yanlış	10	8,2	6	4,8	6	5,7	22	6,2		
Ağız-diş sağlığının genel sağlık üzerine olan etkisi										
Doğru	86	71,1	89	70,1	76	69,7	251	70,3	0,055	0,973
Yanlış	35	28,9	38	29,9	33	30,3	106	29,7		

* Sütun yüzdesi

Kentsel bölgede okuyan öğrencilerin ağız diş sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerine bakıldığında en az doğru yanıtlanan sorunun florun diş sağlığı üzerine etkisi (%1,9) sorusu olduğu görülmüştür. 6., 7. ve 8.sınıflar bilgi düzeyi bakımından karşılaştırıldığında etkili diş fırçalama süresinin 6.sınıflarda 7. ve 8.sınıflara göre daha az oranda doğru yanıtlandığı tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 18. Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Ağız Diş Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyleri

Ağız diş sağlığı konusunda bilgi düzeyleri	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM			
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	χ^2	p
Diş fırçası yenileme zamanı										
Doğru	41	100,0	34	87,2	50	98,0	125	95,4	8,828	0,012
Yanlış	0	0,0	5	12,8	1	2,0	6	4,6		
Etkili diş fırçalama süresi										
Doğru	14	31,1	11	26,8	13	21,3	38	25,9	1,326	0,515
Yanlış	31	68,9	30	73,2	48	78,7	109	74,1		
Florun yararı										
Doğru	0	0,0	3	6,7	3	5,0	6	3,9	3,104	0,212
Yanlış	49	100,0	42	93,3	57	95,0	148	96,1		
Ağız-diş sağlığında beslenmenin etkisi										
Doğru	43	86,0	43	89,6	58	90,6	144	88,9	0,641	0,726
Yanlış	7	14,0	5	10,4	6	9,4	18	11,1		
Ağız-diş sağlığının genel sağlık üzerine olan etkisi										
Doğru	33	66,0	32	69,6	44	66,7	109	67,3	0,158	0,924
Yanlış	17	34,0	14	30,4	22	33,3	53	32,7		

* Sütun yüzdesi

Kırsal bölgede okuyan öğrencilerin ağız diş sağlığı ile ilgili bilgi düzeylerine bakıldığında en az bilinen soruların florun diş sağlığı üzerine etkisi (%3,9) ile etkili diş fırçalama süresi soruları (%25,9) olduğu tespit edilmiştir. 6. 7. ve 8.sınıflar bilgi düzeyi bakımından karşılaştırıldığında diş fırçası yenileme zamanının 7.sınıflarda 6. ve 8. sınıflara göre daha az oranda doğru yanıtlandığı tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Kırsal ve kentsel bölge arasında öğrencilerin ağız diş sağlığı ile ilgili bilgi düzeyleri bakımından herhangi bir anlamlı farklılık olmadığı saptanmış olup ($p>0,05$), sadece etkili diş fırçalama süresi sorusunun kırsal bölgede daha az oranda doğru yanıtlandığı tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 19. Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Ağız Diş Sağlığı Konusunda Davranış Durumları

Ağız diş sağlığı konusunda davranış düzeyleri	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM			
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	χ^2	p
Diş Fırçalama Durumu										
Evet	117	97,5	123	96,9	104	96,3	344	96,9	0,276	0,871
Hayır	3	2,5	4	3,1	4	3,7	11	3,1		
Diş Fırçalama Sıklığı										
Günde En az iki Kez	62	51,7	64	50,8	51	47,2	177	50,0	0,498	0,779
Günde En Az Bir Kez veya Daha Seyrek	58	48,3	62	49,2	57	52,8	177	50,0		
Kendine Ait Diş Fırçası Olma Durumu										
Evet	115	99,1	124	100,0	107	100,0	346	99,7	1,997	0,368
Hayır	1	0,9	0	0,0	-	-	1	0,3		
Diş Fırçası Değiştirme Sıklığı										
6 Ayda Bir Kez veya Daha Sık	107	89,9	116	94,3	96	88,9	319	91,1	2,429	0,297
6 Aydan Daha Uzun	12	10,1	7	5,7	12	11,1	31	8,9		

* Sütun yüzdesi

Kentsel bölgede 6. 7. ve 8. sınıflarda okuyan öğrencilerde ağız diş sağlığı ile ilgili davranış düzeyleri bakımından anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir(p>0,05).

Kentsel bölgede hemen hemen tüm öğrencilerin diş fırçası olmasına (%99,7), %96,9'u dişlerini fırçaladığını belirtmesine karşın öğrencilerin yaklaşık yarısı günde en az 2 kez fırçaladığını belirtmiştir.

Tablo 20. Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Ağız Diş Sağlığı Konusunda Davranış Durumları

Ağız diş sağlığı konusunda davranış düzeyleri	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM			
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	χ^2	p
Diş Fırçalama Durumu										
Evet	48	94,1	44	91,7	63	95,5	155	93,9	0,704	0,703
Hayır	3	5,9	4	8,3	3	4,5	10	6,1		
Diş Fırçalama Sıklığı										
Günde En Az İki Kez	26	53,1	27	56,3	31	47,0	84	51,5	1,024	0,599
Günde En Az Bir Kez Ve Daha Seyrek	23	46,9	21	43,8	35	53,0	79	48,5		
Kendine Ait Diş Fırçası Olma Durumu										
Evet	49	100,0	44	91,7	64	95,5	157	95,7	4,133	0,127
Hayır	0	0,0	4	8,3	3	4,5	7	4,3		
Diş Fırçası Değiştirme Sıklığı										
6 Ayda Bir Kez veya Daha Sık	43	87,8	40	90,9	58	90,6	141	89,8	0,331	0,848
6 Aydan Daha Uzun	6	12,2	4	9,1	6	9,4	16	10,2		

* Sütun yüzdesi

Kırsal bölge okulunda da tüm sınıflar arasında ağız diş sağlığı ile ilgili davranış sorularında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Kırsal ve kentsel bölge arasında ise diş fırçalama durumu, diş fırçalama ve diş fırçası değiştirme sıklığı bakımından herhangi bir anlamlı fark saptanmamakla ($p>0,05$) birlikte kendine ait diş fırçası olan öğrencilerin sayısı kentsel bölge okulunda daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Kırsal bölgede öğrencilerin %6,1'inin dişlerini hiç fırçalamadıkları görülürken, kentsel bölgede bu oran % 3,1'dir. Kırsal okulda öğrencilerin %95,7'sinin kendine ait diş fırçası bulunurken, kentsel okulda öğrencilerin yaklaşık tamamının (%99,7) kendine ait diş fırçası bulunmaktadır.

Tablo 21. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Günlük Diş Bakımının Anne Baba Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellik	Diş Bakımı					
	Düzenli**		Düzensiz			
	Sayı	% *	Sayı	% *	χ^2	p
Okul Bölgesi						
Kırsal bölge	84	51,5	79	48,5	1,597	0,206
Kentsel bölge	177	50,0	177	50,0		
Anne Eğitimi						
İlkokul altı	241	94,1	15	5,9	6,014	0,014
İlkokul ve üstü	271	98,2	5	1,8		
Baba Eğitimi						
İlkokul altı	180	94,2	11	5,8	4,925	0,026
İlkokul ve üstü	327	97,9	7	2,1		
Anne Yaşı						
40 yaş ve altı	357	97,0	11	3,0	0,984	0,321
40 yaş üstü	117	95,1	6	4,9		
Baba Yaşı						
40 yaş ve altı	181	96,8	6	3,2	0,012	0,912
40 yaş üstü	288	97,0	9	3,0		
Annenin Çalışma durumu						
Çalışmıyor	379	95,5	18	4,5	1,606	0,205
Çalışıyor	138	97,9	3	2,1		

*sıtr yüzdesi**düzenli diş bakımı: dişlerini günde en az iki kez fırçalayanlar düzenli, diğerleri düzensiz kabul edilmiştir.

Kırsal bölgede okuyan, anne veya babası ilköğretim ve üstü eğitime sahip, annesi çalışan, çekirdek ailede yaşayan çocukların diş bakımlarının daha düzenli olduğu görülmüş olup anne veya babanın eğitim durumunun çocuğun düzenli diş bakımı yapma durumunu anlamlı olarak etkilediği tespit edilmiştir ($p<0,05$).

4.1.6 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Sigara Konusunda Bilgi ve Davranış Düzeyleri

Tablo 22. Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Sigara İçmeyi Deneme Durumları

	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM			
Sigarayı deneme	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	χ^2	p
Evet	1	0,9	8	6,7	10	9,5	19	5,7	7,800	0,020
Hayır	109	99,1	111	93,3	95	90,5	365	94,3		

*Sütun yüzdesi

Kentsel bölgede okuyan öğrencilerde 7. sınıftan itibaren sigara içmeyi denediğini belirten öğrenci sayısında anlamlı düzeyde artış olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). 6. sınıflarda sigarayı en az bir kez denediğini belirten öğrenci % 0,9 iken; 7. sınıflarda bu oran %6,7; 8. sınıflarda ise %9,5'dir.

Tablo 23. Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Sigara Deneme Durumları

	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM			
Sigarayı deneme	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	χ^2	p
Evet	2	4,3	2	4,3	6	9,7	10	6,4	1,831	0,400
Hayır	45	95,7	45	95,7	56	90,3	146	93,6		

* Sütun yüzdesi

Kırsal bölgede sigara içmeyi deneme durumu 8.sınıflarda okuyan öğrencilerde 6.ve 7.sınıflarda okuyanlara göre yaklaşık 2 kat daha fazla olarak ifade edilmesine karşın davranış istatistiksel açıdan sınıflar arasında herhangi bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Kırsal bölgede sigara içmeyi deneme (%6,4) kentsel bölgeye göre (%5,7) yüksek görülmekle birlikte, kırsal ve kentsel bölge arasında sigara içmeyi deneme bakımından herhangi bir anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan tüm erkek öğrencilerde sigara deneme yaşı ortalama $9,67\pm 3,00$ olup, kızlarda $10,20\pm 2,95$ 'dir. Erkek öğrencilerin sigara içmeyi denemeye, kızlardan daha önce başladığı, her iki bölgede de yaş artışı ile sigara içmeyi denediğini belirten öğrencilerin arttığı görülmektedir.

Kızlarda sigara içmeyi deneme oranı %2,5 iken, erkeklerde bu oran %8,7'dir. Sigara içmeyi bırakmayı deneyenler %2,3 olup sigarayı bırakmayı deneme ortalaması $2,1 \pm 3,01$ 'dir. Ebeveynlerin sigara içme durumlarına bakıldığında annesi sigara içenler %12,2, babası sigara içenler % 36,6, kardeşi sigara içenler % 2,7, en iyi arkadaşı sigara içenler %1,7'dir.

Tablo 24. Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Sigara Konusunda Bilgi Düzeyleri

Sigara bilgi düzeyleri	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM			
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	χ^2	p
Pasif içicilik										
Doğru	122	99,2	127	100,0	104	100,0	353	99,7	1,883	0,390
Yanlış	1	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,3		
Sigaranın fiziksel ve ruhsal bağımlılık etkisi										
Doğru	117	95,1	124	97,6	102	98,1	343	96,9	2,000	0,368
Yanlış	6	4,9	3	2,4	2	1,9	11	3,1		
Sigara ve erken bunama										
Doğru	107	90,7	119	96,0	93	93,0	319	93,3	2,714	0,257
Yanlış	11	9,3	5	4,0	7	7,0	23	6,7		
Sigara ve astım, kronik bronşit										
Doğru	115	94,3	119	96,7	93	93,0	327	94,8	1,670	0,434
Yanlış	7	5,7	4	3,3	7	7,0	18	5,2		
Hafif (light) sigara ve nargilenin etkisi										
Doğru	55	45,8	74	59,7	59	60,2	188	55,0	6,242	0,044
Yanlış	65	54,2	50	40,3	39	39,8	154	45,0		
Sigaranın akciğer dışı organlara zararı										
Doğru	117	95,9	125	99,2	99	98,0	341	97,7	3,084	0,214
Yanlış	5	4,1	1	0,8	2	2,0	8	2,3		

* Sütun yüzdesi

Kentsel bölgede okuyan öğrencilerin sigara ile ilgili bilgi düzeylerinin oldukça yüksek olduğu (%93,3-%100) buna karşın light sigara ve nargilenin akciğer kanserine etkisi ile ilgili sorunun öğrencilerin yaklaşık yarısı (%55,0) tarafından doğru cevaplandığı tespit edilmiştir. Yine bu sorunun 7.ve 8.sınıflarda 6.sınıflara göre daha doğru yanıtlandığı tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 25. Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Sigara Konusunda Bilgi Düzeyleri

Sigara bilgi düzeyleri	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM			
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	χ^2	p
Sigara dumanının çevreye zararı (pasif içicilik)										
Doğru	49	100,0	48	100,0	62	96,9	159	98,8	3,069	0,216
Yanlış	0	0,0	0	0,0	2	3,1	2	1,2		
Sigaranın fiziksel ve ruhsal bağımlılık etkisi										
Doğru	46	95,8	45	93,8	62	95,4	153	91,1	0,249	0,883
Yanlış	2	4,2	3	6,2	3	4,6	8	4,8		
Sigara ve erken bunama										
Doğru	42	87,5	43	91,5	53	94,6	138	91,4	1,677	0,432
Yanlış	6	12,5	4	8,5	3	5,4	13	8,6		
Sigara ve astım, kronik bronşit										
Doğru	42	91,3	44	93,6	54	88,5	140	90,9	0,845	0,655
Yanlış	4	8,7	3	6,4	7	11,5	14	9,1		
Light sigara ve nargilenin etkisi										
Doğru	24	51,1	24	52,2	28	52,8	76	52,1	0,032	0,984
Yanlış	23	48,9	22	47,8	25	47,2	70	47,9		
Sigaranın akciğer dışı organlara zararı										
Doğru	48	98,0	47	97,9	62	96,9	157	97,5	0,180	0,914
Yanlış	1	2,0	1	2,1	2	3,1	4	2,5		

* Sütun yüzdesi

Kırsal bölgede tüm sınıflar arasında sigara konusu ile ilgili bilgi düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kırsal bölge okulunda da en az bilinen soru (%52,1) light sigara ve nargilenin etkisi sorusu olmuştur.

Kırsal ve kentsel bölge okulunda okuyan öğrencilerin sigara ile ilgili bilgi düzeyleri bakımından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.1.7 Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Fiziksel Aktivite ve Sedanter Yaşam Konusunda

Bilgi ve Davranış Düzeyleri

Tablo 26. Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Fiziksel Aktivite Konusunda Bilgi Düzeyleri

Fiziksel aktivite	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM		χ^2	p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*		
Düzenli fiziksel aktivitenin genç sağlığına etkisi										
Doğru	112	94,1	122	96,1	103	99,0	337	96,3	3,785	0,151
Yanlış	7	5,9	5	3,9	1	1,0	13	3,7		
Fiziksel aktivitenin kalp hastalığı, kanser vb. üzerine etkisi										
Doğru	105	89,0	119	95,2	97	93,3	321	97,0	3,509	0,173
Yanlış	13	11,0	6	4,8	7	6,7	26	3,0		
Çocukluk dönemi kemik sağlığının erişkin yaş kemik sağlığına etkisi										
Doğru	114	97,4	109	95,6	102	98,1	325	94,5	1,249	0,535
Yanlış	3	2,6	5	4,4	2	1,9	10	25,5		
Kemik dokusunun özelliği										
Doğru	78	75,0	67	68,4	80	80,0	225	31,2	3,546	0,170
Yanlış	26	25,0	31	31,6	20	20,0	77	68,8		
D vitamini kaynakları										
Doğru	35	30,4	37	32,5	29	30,5	101	27,3	0,135	0,935
Yanlış	80	69,6	77	67,5	66	69,5	223	72,7		
Aşırı kola tüketiminin kemik sağlığına etkisi										
Doğru	82	68,9	88	78,6	70	70,7	240	28,7	3,008	0,222
Yanlış	37	31,1	24	21,4	29	29,3	90	71,3		
Ergenlikte alınması gereken kalsiyum miktarı										
Doğru	42	45,7	14	15,9	15	22,4	71	28,7	21,240	0,000
Yanlış	50	54,3	74	84,1	52	77,6	176	71,3		
Çocukluk çağında gerekli mineraller										
Doğru	77	77,0	73	71,6	76	80,0	226	76,1	1,990	0,370
Yanlış	23	23,0	29	28,4	19	20,0	71	23,9		
Barsakdan kalsiyum emilimini artıran vitaminler										
Doğru	19	23,5	30	31,9	18	25,0	67	27,1	1,990	0,370
Yanlış	62	76,5	64	68,1	54	75,0	180	72,9		
Çocuklara önerilen fiziksel aktivite türleri										
Doğru	84	72,4	83	74,1	78	75,7	245	74,0	4,002	0,135
Yanlış	32	27,6	29	25,9	25	24,3	86	26,0		

* Sütun yüzdesi

Kentsel bölgede okuyan öğrencilerin fiziksel aktivite ile ilgili bilgi düzeylerine bakıldığında en az doğru yanıtlanan soruların D vitamini kaynakları (%27,3), ergenlikte alınması gereken kalsiyum miktarı (%28,7) ve barsaklardan kalsiyum emilimini artıran vitaminler (%27,1) soruları olduğu görülmüştür. Ergenlikte alınması gereken kalsiyum miktarı sorusu 7.sınıflara göre 6.ve 8.sınıflarda anlamlı düzeyde doğru yanıtlanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 27. Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Fiziksel Aktivite Konusunda Bilgi Düzeyleri

Fiziksel aktivite konusunda bilgi düzeyleri	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM		χ^2	p
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*		
Düzenli fiziksel aktivitenin genç sağlığına etkisi										
Doğru	40	87,0	40	85,1	53	88,3	133	86,9	0,242	0,886
Yanlış	6	13,0	7	14,9	7	11,7	20	13,1		
Fiziksel aktivitenin kalp hastalığı, kanser vb. etkisi										
Doğru	38	84,4	35	81,4	51	86,4	124	84,4	0,480	0,787
Yanlış	7	15,6	8	19,6	8	13,6	23	15,6		
Çocukluk dönemi kemik sağlığının erişkin yaş kemik sağlığına etkisi										
Doğru	39	83,0	40	88,9	48	85,7	127	85,8	0,660	0,719
Yanlış	8	17,0	5	11,1	8	14,3	21	14,2		
Kemik dokusunun özelliği										
Doğru	28	63,6	30	81,1	37	74,0	95	72,5	3,158	0,206
Yanlış	16	36,4	7	18,9	13	26,0	36	27,5		
D vitamini kaynakları										
Doğru	11	25,0	14	31,1	16	28,1	41	28,1	0,411	0,814
Yanlış	33	75,0	31	68,9	41	71,9	105	71,9		
Aşırı kola tüketiminin kemik sağlığına etkisi										
Doğru	27	56,3	31	70,5	37	63,8	95	63,3	2,003	0,367
Yanlış	21	43,7	13	29,5	21	36,2	55	36,7		
Ergenlikte alınması gereken kalsiyum miktarı										
Doğru	7	20,0	6	16,2	6	18,2	19	18,1	0,174	0,917
Yanlış	28	80,0	31	83,8	27	81,8	86	81,9		
Çocukluk çağında gerekli mineraller										
Doğru	24	64,9	18	46,2	20	46,5	62	52,1	3,506	0,173
Yanlış	13	35,1	21	53,8	23	53,5	57	47,9		
Barsakdan kalsiyum emilimini artıran vitaminler										
Doğru	9	24,3	10	29,4	6	15,4	25	22,7	2,116	0,347
Yanlış	28	75,7	24	70,6	33	84,6	85	77,3		
Çocukluk önerilen fiziksel aktivite türleri										
Doğru	18	38,3	25	59,5	27	48,2	70	48,3	0,312	0,855
Yanlış	29	61,7	17	40,5	29	51,8	75	51,7		

* Sütun yüzdesi

Kırsal bölgede okuyan öğrencilerde de en az doğru yanıtlanan soruların; D vitamini kaynakları (%28,1), ergenlikte alınması gereken kalsiyum miktarı (%18,1) ve barsaklardan kalsiyum emilimini artıran vitaminler (%22,7) soruları olduğu görülmüştür. Ayrıca çocukluk döneminde önerilen fiziksel aktivite sorusu %48,3; çocukluk dönemi için gerekli mineraller sorusu %52,1 oranında doğru yanıtlanmıştır. Fiziksel aktivite konusu ile ilgili sınıflar arasında bilgi düzeyi bakımından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Kırsal ve kentsel bölge okulları fiziksel aktivite konusunda bilgi düzeyleri açısından karşılaştırdığında kentsel bölgede soruları doğru cevaplama oranının, kırsal bölgeye oranla daha fazla olduğu görülmekle birlikte, iki soru dışında kalan tüm sorularda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Barsaklardan kalsiyum emilimini artıran vitaminler ve D vitamini kaynakları sorularında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 28. Kentsel Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Fiziksel Aktivite Konusunda Davranış Durumları

Fiziksel aktivite konusunda davranış düzeyleri	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM			
Okul saatleri dışında egzersiz yapma sıklığı	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	χ^2	p
Haftada 2-3 kez veya daha fazla	77	64,2	77	61,6	63	60,6	217	62,2	0,333	0,847
Haftada 1 defa veya daha az	43	35,8	48	38,4	41	39,4	132	37,8		
Okul saatleri dışında egzersiz yapma süresi										
1,5 saat ve üzeri	49	41,9	69	56,1	53	52,0	171	50,0	5,072	0,079
1,5 saat altı	68	58,1	54	43,9	49	48,0	171	50,0		
Beden eğitimi derslerine katılma durumu										
Evet	117	99,2	115	100,0	103	98,1	335	99,1	2,267	0,322
Hayır	1	0,8	0	0,0	2	1,9	3	0,9		
Fiziksel aktivitelere karşı tutum										
Seviyorum	95	81,9	99	86,1	94	89,5	228	85,7	2,638	0,267
Az seviyorum	21	18,1	16	13,9	11	10,5	48	14,3		

* Sütun yüzdesi

Kentsel bölgede okuyan öğrencilerin büyük bir çoğunluğu, fiziksel aktivitelere katılmayı sevdiğini belirtmesine karşın (%85,7) okul saatleri dışında yeterli egzersiz yapma sıklığı (%62,2) ve süresinin (%50) az olduğu tespit edilmiştir. 6.7. ve 8. sınıflar arasında öğrencilerin fiziksel aktivite davranışları bakımından herhangi bir anlamlı fark tespit edilmemiştir($p>0,05$).

Tablo 29. Kırsal Bölge Okulunda Okuyan Öğrencilerin Sınıflara Göre Fiziksel Aktivite Konusunda Davranış Durumları

Fiziksel aktivite konusunda tutum düzeyleri	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM			
Okul saatleri dışında egzersiz yapma sıklığı	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	χ^2	p
Haftada 2-3kez veya daha fazla	28	57,1	31	66,0	35	53,8	94	58,4	1,691	0,429
Haftada 1defa veya daha az	21	42,9	16	34,0	30	46,2	67	41,6		
Okul saatleri dışında egzersiz yapma süresi										
1.5 saat ve üzeri	12	25,5	20	46,5	22	36,1	54	35,8	4,307	0,116
1.5 saat altı	35	74,5	23	53,5	39	63,9	97	64,2		
Beden eğitimi derslerine katılma durumu										
Evet	50	98,0	39	86,7	63	95,5	152	93,8	5,848	0,054
Hayır	1	2,0	6	13,3	3	4,5	10	6,2		
Fiziksel aktivitelere karşı tutum										
Seviyorum	28	57,1	31	73,8	36	63,2	95	64,2	2,776	0,250
Az seviyorum	21	42,9	11	26,2	21	36,8	53	35,8		

* Sütun yüzdesi

Kırsal bölgede okuyan öğrencilerin %64,2'si fiziksel aktivitelere katılmayı sevdiğini belirtmiş, okul saatleri dışında 1,5 saat ve üzeri egzersiz yapma oranı % 35,8; haftada 2-3 kez veya daha fazla egzersiz yapma oranı %58,4 olarak tespit edilmiştir. 6.7. ve 8. sınıflar arasında öğrencilerin fiziksel aktivite davranışları bakımından herhangi bir anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Kırsal bölge ve kentsel bölge fiziksel aktivite konusunda tutum ve davranış düzeyleri bakımından karşılaştırıldığında, okul saatleri dışında egzersiz yapma süresinin ve beden eğitimi derslerine katılımın kentsel bölge okulunda okuyan öğrencilerde daha fazla oranda olduğu tespit edilmiştir. Yine kentsel okulda okuyan öğrencilerin kırsal bölgeye göre fiziksel aktivitelere katılmayı daha çok sevdiği belirtilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 30. Araştırmaya Katılan Çocukların Fizik Aktivite Durumunun Anne Baba ile İlgili Özelliklere Göre Dağılımı

Özellik	Fiziksel Aktivite					
	Düzenli**		Düzensiz		χ^2	p
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Okul Bölgesi						
Kırsal Bölge	61	35,3	112	64,7	10,083	0,001
Kentsel Bölge	171	50,0	171	50,0		
Anne Eğitimi						
İlkokul Altı	90	37,3	151	62,7	11,338	0,001
İlkokul ve üstü	138	52,3	126	47,7		
Baba Eğitimi						
İlkokul Altı	74	40,9	107	59,1	2,645	0,104
İlkokul ve üstü	154	48,4	164	51,6		
Anne Yaşı						
40 Yaş ve Altı	161	45,6	192	54,4	0,668	0,414
40 Yaş Üstü	57	50,0	57	50,0		
Baba Yaşı						
40 Yaş ve Altı	83	45,9	98	54,1	0,076	0,783
40 Yaş Üstü	133	47,2	149	52,8		
Annenin Çalışma Durumu						
Çalışmıyor	162	43,3	212	56,7	2,216	0,137
Çalışıyor	69	50,7	67	49,3		

*sıra yüzdesi

**haftada 1,5 saat ve üzeri egzersiz yapanlar düzenli, diğerleri düzensiz olarak alınmıştır.

Kentsel bölge okulunda okuyan ve annesi ilköğretim ve üstü eğitilmiş çocukların; kırsal bölgede okuyan ve annesi ilköğretim altı eğitilmiş olan çocuklara göre daha düzenli fiziksel aktivite yaptıkları tespit edilmiştir (p<0,05).

Tablo 31. Araştırmaya Katılan Çocukların Sedanter Yaşam Şeklinin Anne Baba Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellik	Sedanter Yaşam**					
	Evet Sayı	%*	Hayır Sayı	%*	χ^2	p
Okul Bölgesi						
Kırsal bölge	26	14,5	153	85,5	0,013	0,909
Kentsel bölge	52	14,9	297	85,1		
Anne Eğitimi						
İlkokul ve üstü	43	15,9	227	84,1	0,332	0,564
İlkokul altı	35	14,1	213	85,9		
Baba Eğitimi						
İlkokul ve üstü	50	15,3	276	84,7	0,012	0,912
İlkokul altı	28	15,0	159	85,0		
Anne Yaşı						
40 yaş ve altı	55	15,2	307	84,8	0,058	0,810
40 yaş üstü	17	14,3	102	85,7		
Baba Yaşı						
40 yaş ve altı	20	10,9	164	89,1	4,609	0,032
40 yaş üstü	53	18,2	239	81,8		
Annenin çalışma durumu						
Çalışmıyor	60	15,6	324	84,4	0,576	0,448
Çalışıyor	18	12,9	121	87,1		

*satır yüzdesi

**sedanter yaşam: günde 4 saat ve üzeri televizyon seyreden çocuklar olarak alınmıştır.

Babasının yaşı 40 yaş üzerinde olan öğrencilerin, 40 yaş ve altında olanlara göre daha fazla sedanter yaşadığı tespit edilmiştir (p<0,05).

Tablo 32. Kentsel Bölgede Okuyan Öğrencilerin Bildirilen Kilo ve Boy Ölçümlerine Göre Beden Kitle İndeksi Ortalamaları

Beden İndeksi	Kız	Erkek	t değeri	p
	Ort±SS*	Ort±SS*		
6.SINIF	14,82± 6,65	17,52± 2,27	-2,565	0,012
7.SINIF	16,32 ±6,20	17,03 ±6,18	-0,584	0,560
8.SINIF	13,94 ±8,74	16,47 ±6,89	-1,054	0,292

* Ort±ss:ortalama, standart sapma

Kentsel bölgede 6.sınıflarda okuyan kız ve erkek öğrenciler arasında beden kitle indeksleri bakımından anlamlı fark saptanmış olup, erkek öğrencilerin beden kitle indekslerinin kızlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir($p<0,05$).

Tablo 33. Kırsal Bölgede Okuyan Öğrencilerin Bildirilen Kilo ve Boy Ölçümlerine Göre Beden Kitle İndeksi Ortalamaları

Beden İndeksi	Kız	Erkek	u değeri	p
	Ort±SS*	Ort±SS*		
6.SINIF	17,06± 2,03	14,72 ± 7,08	-0,095	0,924
7.SINIF	14,20± 7,63	13,88 ± 7,16	-0,551	0,581
8.SINIF	14,32 ±6,45	15,01 ± 7,77	-0,646	0,518

* Ort±ss:ortalama,standart sapma

Kırsal bölgede 6. 7. ve 8 sınıflarda okuyan kız ve erkek öğrenciler arasında beden kitle indeksleri bakımından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 34. Kırsal ve Kentsel Bölgede Okuyan Öğrencilerin Bildirilen Kilo ve Boy Ölçümlerine Göre Beden Kitle İndeksi Ortalamaları

Beden İndeksi	Kırsal bölge	Kentsel bölge	t değeri	p
	Ort±ss*	Ort±ss*		
6.SINIF	15,74	16,05	-0,278	0,782
7.SINIF	13,99	16,67	-2,046	0,043
8.SINIF	14,80	15,53	-0,500	0,618

* Ort±ss:ortalama,standart sapma

Kırsal ve kentsel bölgede okuyan 7.sınıf öğrencileri arasında beden kitle indeksi ortalamaları bakımından anlamlı fark saptanmış olup, kentsel bölgedeki 7.sınıf öğrencilerinin beden kitle indeksi ortalamaları kırsal bölgedeki 7.sınıf öğrencilerinden fazladır ($p<0,05$).

Tablo 35. Kentsel Bölgede Okuyan Öğrencilerin Diyet Yapma Durumlarına Göre Dağılımı

Diyet Yapma Durumu	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM
	Kız n=67	Erkek n=53	Kız n=65	Erkek n=60	Kız n=49	Erkek n=59	n=353
	%*	%*	%*	%*	%*	%*	%*
Hayır yapmıyorum kilom iyi	53,7	54,7	47,7	51,7	26,5	61,0	49,9
Hayır yapmıyorum ama biraz kilo vermeliyim	22,4	9,4	30,8	18,3	38,8	18,6	22,9
Hayır yapmıyorum çünkü kilo almam gerek	7,5	11,3	4,6	13,3	10,2	13,6	9,9
Evet yapıyorum	16,4	24,5	16,9	16,7	24,5	6,8	17,3

* Sütun yüzdesi

Kentsel bölgede araştırmaya katılan öğrencilerin diyet yapma durumuna bakıldığında çocukların %17,3'ünün araştırma sırasında diyet yaptıkları bulunmuştur.

Tablo 36. Kırsal Bölgede Okuyan Öğrencilerin Diyet Yapma Durumlarına Göre Dağılımı

Diyet Yapma Durumu	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM
	Kız n=26	Erkek n=25	Kız n=15	Erkek n=32	Kız n=21	Erkek n=46	n=165
	%*	%*	%*	%*	%*	%*	%*
Hayır yapmıyorum kilom iyi	69,2	72,0	60,0	68,8	57,1	58,7	64,2
Hayır yapmıyorum ama biraz kilo vermeliyim	11,5	8,0	6,7	9,4	28,6	17,4	13,9
Hayır yapmıyorum çünkü kilo almam gerek	11,5	4,0	-	9,4	9,5	13,0	9,1
Evet yapıyorum	7,7	16,0	33,3	12,5	4,8	10,9	12,7

* Sütun yüzdesi

Kırsal bölgede araştırmaya katılan öğrencilerin diyet yapma durumuna bakıldığında çocukların %12,7'sinin araştırma sırasında diyet yaptıkları bulunmuştur.

Tablo 37. Kentsel Bölgede Okuyan Öğrencilerin Vücudu ile İlgili Düşüncelerine Göre Dağılımı

Öğrencinin vücudu hakkındaki düşüncesi	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM
	Kız n=69	Erkek n=52	Kız n=65	Erkek n=61	Kız n=48	Erkek n=59	n=354
	%*	%*	%*	%*	%*	%*	%*
Çok zayıfım	4,3	9,6	1,5	3,3	8,3	6,8	5,4
Biraz zayıfım	21,7	17,3	15,4	16,4	10,4	18,6	16,9
Uygun kilodayım	50,7	51,9	49,2	50,8	31,3	54,2	48,6
Biraz kiloluyum	20,3	21,2	30,8	24,6	39,6	15,3	24,9
Çok şişmanım	2,9	-	3,1	4,9	10,4	5,1	4,2

* Sütun yüzdesi

Araştırmaya katılan çocuklara vücut algıları konusundaki düşünceleri sorulduğunda kentsel bölgede okuyan öğrencilerin yaklaşık yarısı (%51,4) kendilerini uygun kiloda bulmadıklarını belirtmiştir. 6.sınıftan 8.sınıfa doğru gidildikçe öğrencilerin kendilerini daha fazla oranda kilolu veya şişman buldukları saptanmıştır.

Tablo 38. Kırsal Bölgede Okuyan Öğrencilerin Vücudu İle İlgili Düşüncelerine Göre Dağılımı

Öğrencinin vücudu hakkındaki düşüncesi	6.SINIF		7.SINIF		8.SINIF		TOPLAM
	Kız n=26	Erkek n=25	Kız n=16	Erkek n=31	Kız n=21	Erkek n=46	n=165
	%*	%*	%*	%*	%*	%*	%*
Çok zayıfım	11,5	4,0	12,5	3,2	3,2	4,8	7,9
Biraz zayıf	19,2	24,0	6,3	41,9	41,9	4,8	19,4
Uygun kilodayım	42,3	68,0	56,3	45,2	45,2	61,9	51,5
Biraz kiloluyum	26,9	4,0	18,8	9,7	9,7	19,0	19,4
Çok şişmanım	-	-	6,3	-	-	9,5	1,8

* Sütun yüzdesi

Kırsal bölgede de öğrencilerin yaklaşık yarısı (%48,5) kendilerini uygun kiloda bulmadıklarını belirtmiştir. Kentsel bölge okulunda okuyan öğrencilere göre (%22,3), kırsal bölgede (%27,3) okuyan öğrencilerin kendilerini daha fazla oranda (%5 daha fazla) çok zayıf veya zayıf buldukları tespit edilmiştir. Biraz kilolu veya çok şişman olduğu düşüncesi ise kentsel okulda (%29,1), kırsal okula göre (%21,2) daha fazla öğrenci tarafından ifade edilmiştir.

4.2 Araştırmaya Katılan Öğrencilere Verilen Sağlık Eğitimlerinin Etkinliğine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kentsel ve kırsal bölge okullarında okuyan öğrencilerde uzman ve akran eğitimleri yoluyla verilen eğitimlerin etkinliği karşılaştırılmıştır.

Kentsel bölge okulunda uzman eğitimi verilen öğrenci sayısı 120, akran eğitimi verilen öğrenci sayısı 119, eğitime tabi tutulmayan kontrol grubu öğrenci sayısı 121’dir. Kırsal bölge okulunda uzman eğitimi verilen öğrenci sayısı 73, akran eğitimi verilen öğrenci sayısı 74, eğitime tabi tutulmayan kontrol grubu öğrenci sayısı 48’dir.

Eğitim öncesi dönemde Baltaköy ve 7 Eylül okullarında tüm sınıflarda uzman ve akran grupları ile kontrol grubu arasında öğrencilerin bilgi düzeyleri ile davranış durumları arasında herhangi bir fark olmadığı ($p>0,05$), kentsel bölge okulunda okuyan öğrencilerin kırsal bölge okulunda okuyan öğrencilere göre bilgi düzeyi ve davranış durumlarının daha iyi olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

4.2.1 Girişim Ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Beslenme İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Dağılımları

Tablo 39 . Kentsel Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Beslenme İlgili Bilgi Sorularını Doğru Yanıtlama Durumları

Sorular	Ön Durum		Son durum		χ^2	p
	n*	%**	n*	%**		
Beslenme						
Sağlıklı beslenmenin tanımı						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=111)	105	94,6	108	97,3	0,176	0,508
Akran grubunda doğru cevaplar (n=101)	94	93,1	98	97,0	0,230	0,344
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=114)	109	95,6	108	94,7	0,040	1,000
Doymuş yağ içeren besin tüketiminin sağlığa etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=91)	31	34,1	49	53,8	5,546	0,004
Akran grubunda doğru cevaplar (n=89)	17	19,1	41	46,1	5,085	0,000
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=85)	15	17,6	27	31,8	1,866	0,036
En çok enerji veren besin maddesi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=97)	19	19,6	57	58,8	2,171	0,000
Akran grubunda doğru cevaplar (n=102)	28	27,5	59	57,8	4,659	0,000
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=105)	35	33,3	53	50,5	4,877	0,008
Fast-food beslenmenin sağlığa etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=112)	107	95,5	108	96,4	0,194	1,000
Akran grubunda doğru cevaplar (n=110)	102	92,7	104	94,5	6,391	0,754
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=115)	108	93,9	110	95,7	10,517	0,727
Fast-food türü yiyeceklerin içeriği						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=103)	91	88,3	95	92,2	21,789	0,344
Akran grubunda doğru cevaplar (n=105)	90	85,7	89	84,8	4,436	1,000
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=113)	105	92,9	108	95,8	8,618	0,508
Ergenlik döneminde beslenme						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=104)	84	80,8	94	90,4	6,744	0,041
Akran grubunda doğru cevaplar (n=101)	84	83,2	86	85,1	0,126	0,845
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=106)	86	81,1	87	82,1	8,166	1,000

*n=öğrenci sayıları yanıt alınan her soru için ayrı verilmiştir. ** sütun yüzdesi

Kentsel bölgede girişim ve kontrol gruplarının eğitimler öncesi ve sonrasında beslenme ile ilgili bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde uzman (soruların tamamında), akran (%83,3) ve kontrol gruplarının (%83,3) çoğunda bilgi düzeyinde artış olduğu tespit edilmiştir. Uzman grubunda, doymuş yağ içeren besin tüketiminin sağlığa etkisi, en çok enerji veren besin maddesi ergenlik döneminde beslenme ile ilgili sorularda; akran grubunda doymuş yağ içeren besin tüketiminin sağlığa etkisi, en çok enerji veren besin maddesi sorularında; kontrol grubunda da doymuş yağ içeren besin tüketiminin sağlığa etkisi, en çok enerji veren besin maddesi sorularında girişim öncesi ve sonrasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 40. Kırsal Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Beslenme İlgili Bilgi Sorularını Doğru Yanıtlama Durumları

Sorular	Ön Durum		Son durum		χ^2	p
	n*	%**	n*	%**		
Beslenme						
Sağlıklı beslenmenin tanımı						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=48)	38	74,5	44	86,3	4,280	0,146
Akran grubunda doğru cevaplar (n=58)	51	87,9	52	89,7	0,133	1,000
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=36)	26	72,2	28	77,8	0,291	0,791
Doymuş yağ (katı yağ) içeren besin tüketiminin sağlığa etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=35)	11	31,4	18	51,4	0,229	0,167
Akran grubunda doğru cevaplar (n=39)	14	35,9	20	51,3	0,300	0,238
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=27)	7	25,9	6	22,2	2,328	1,000
En çok enerji veren besin maddesi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=59)	8	13,6	20	33,9	0,327	0,023
Akran grubunda doğru cevaplar (n=66)	11	16,7	22	33,3	13,964	0,007
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=33)	5	15,2	11	33,3	5,775	0,070
Fast-food beslenmenin sağlığa etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=61)	46	75,4	54	88,5	1,423	0,077
Akran grubunda doğru cevaplar (n=68)	55	80,9	52	76,5	4,572	0,629
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=40)	31	77,5	38	95,0	0,913	0,039
Fast-food türü yiyeceklerin içeriği						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=53)	38	71,7	39	73,6	1,986	1,000
Akran grubunda doğru cevaplar (n=58)	46	79,3	34	58,6	0,464	0,023
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=38)	24	63,2	29	76,3	0,062	0,332
Ergenlik döneminde beslenme						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=56)	39	69,6	35	62,5	0,141	0,541
Akran grubunda doğru cevaplar (n=68)	43	63,2	44	64,7	1,312	1,000
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=37)	18	61,1	11	48,6	0,040	0,481

*n=öğrenci sayıları yanıt alınan her soru için ayrı verilmiştir.

**sütun yüzdesi

Kırsal bölgede okuyan öğrencilerin beslenme konusunda bilgi düzeyindeki değişime bakıldığında uzman (%83,3) akran (%66,6) ve kontrol (%46,0) gruplarında beslenme ile ilgili soruların çoğunda bilgi düzeyinde artış olduğu tespit edilmiştir. Uzman grubunda en çok enerji veren besin maddesi ve fast food türü beslenmenin sağlığa etkisi sorularında; akran

grubunda ise fast food türü yiyeceklerin içeriği ve en çok enerji veren besin maddesi sorularında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

4.2.2 Girişim ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Hijyen, Ağız Diş Sağlığı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Dağılımları

Tablo 41. Kentsel Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi Ve Girişim Sonrası Dönemde Hijyen Ve Ağız Diş Sağlığı İle İlgili Bilgi Sorularını Doğru Yanıtlama Durumları

Sorular	Ön Durum		Son durum		χ^2	p
	n*	%**	n*	%**		
Hijyen ve ağız-diş sağlığı						
Diş fırçası yenileme zamanı						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=102)	95	93.1	101	99.0	13.706	0.031
Akran grubunda doğru cevaplar (n=102)	92	90.2	102	100.0	-	-
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=110)	101	91.8	109	99.1	0.090	0.021
Etkili diş fırçalama süresi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=108)	59	54,6	76	70,4	3.598	0.014
Akran grubunda doğru cevaplar (n=106)	46	43,4	75	70,8	2.213	0.000
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=115)	38	33,0	46	40,0	35.870	0.152
Florun yararı						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=103)	-	-	37	35.9	-	-
Akran grubunda doğru cevaplar (n=105)	-	-	27	25.7	-	-
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=104)	5	4.8	5	4.8	2.649	1.000
Ağız-diş sağlığında beslenmenin etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=108)	100	92.6	98	90.7	8.201	0.774
Akran grubunda doğru cevaplar (n=106)	101	95.3	94	88.7	0.394	0.118
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=113)	108	95.6	107	94.7	12.522	1.000
Ağız-diş sağlığının genel sağlık üzerine olan etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=111)	81	73.0	83	74.8	0.497	0.875
Akran grubunda doğru cevaplar (n=107)	73	68.2	89	83.2	1.602	0.011
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=115)	79	68.7	86	74.8	5.194	0.324
Kirli su ve gıdalarla bulaşan hastalıklar						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=52)	35	67.3	44	84.6	0.099	0.064
Akran grubunda doğru cevaplar (n=30)	13	43.3	21	70.0	2.334	0.039
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=49)	23	46.9	40	81.6	2.704	0.000
Sarılıktan (Hepatit A) korunmada en etkili yöntem						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=102)	89	87.3	95	93.1	0.016	0.238
Akran grubunda doğru cevaplar (n=103)	97	94.2	89	86.4	0.051	0.096
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=109)	94	86.2	95	87.2	25.473	1.000
Mikroorganizmaları uzaklaştırmada ve hastalıklardan korunmada su ve sabunun etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=108)	107	99.1	105	97.2	0.029	0.625
Akran grubunda doğru cevaplar (n=104)	102	98.1	102	98.1	0.040	1.000
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=113)	110	97.3	109	96.5	35.967	1.000

*n=öğrenci sayıları yanıt alınan her soru için ayrı verilmiştir.

**sütun yüzdesi

Kentsel bölgede girişim ve kontrol gruplarının girişim sonrası ağız diş sağlığı ile ilgili bilgi sorularını doğru yanıtlama durumları değerlendirildiğinde uzman, akran ve kontrol gruplarında ağız –diş sağlığı ile ilgili soruların çoğunda bilgi düzeyinde artış olduğu tespit

edilmiştir. Uzman grubunda diş fırçası yenileme zamanı ve etkili diş fırçalama süresi sorularında; akran grubunda ağız diş sağlığının genel sağlık üzerine etkisi ve etkili diş fırçalama süresi sorularında; kontrol grubunda diş fırçası yenileme zamanı sorusunda girişim öncesi ve sonrasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hijyen ile ilgili bilgi sorularını doğru yanıtlama durumları değerlendirildiğinde, kirli su ve gıdalarla bulaşan hastalıklar sorusunda uzman, akran ve kontrol gruplarında girişim öncesi ve sonrasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 42. Kırsal Bölge Okulunda Girişim Ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Hijyen ve Ağız Diş Sağlığı İle İlgili Bilgi Sorularını Doğru Yanıtlama Durumları

Sorular	Ön Durum		Son durum		χ^2	p
	n*	%**	n*	%**		
Hijyen ve ağız-diş sağlığı						
Diş fırçası yenileme zamanı						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=54)	51	94.4	54	100.0	-	-
Akran grubunda doğru cevaplar (n=48)	48	100.0	47	97.9	-	-
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=23)	22	95.7	23	100.0	-	-
Etkili diş fırçalama süresi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=53)	17	32.1	31	58.5	1.509	0.007
Akran grubunda doğru cevaplar (n=61)	15	24.6	20	32.8	6.684	0.332
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=32)	4	12.5	9	28.1	11.683	0.063
Florun yararı						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=58)	3	5.2	24	41.4	0.834	0.000
Akran grubunda doğru cevaplar (n=66)	2	3.0	9	13.6	13.063	0.016
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=38)	2	5.3	-	-	-	-
Ağız-diş sağlığında beslenmenin etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=61)	53	86.9	56	91.8	3.455	0.508
Akran grubunda doğru cevaplar (n=69)	64	92.8	61	88.4	0.372	0.549
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=41)	38	92.7	36	87.8	0.450	0.727
Ağız-diş sağlığının genel sağlık üzerine olan etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=63)	45	71.4	43	68.3	6.593	0.815
Akran grubunda doğru cevaplar (n=68)	45	66.2	54	79.4	0.643	0.108
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=43)	32	74.4	32	74.4	0.903	1.000
Kirli su ve gıdalarla bulaşan hastalıklar						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=21)	6	28.6	12	57.1	0.311	0.109
Akran grubunda doğru cevaplar (n=25)	5	20.0	16	64.0	0.694	0.003
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=15)	5	100.0	2	40.0	-	-
Sarılıktan (Hepatit A) korunmada en etkili yöntem						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=58)	50	86.2	48	82.8	0.146	0.804
Akran grubunda doğru cevaplar (n=66)	47	71.2	49	74.2	1.714	0.832
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=38)	31	81.6	31	81.6	3.410	1.000
Mikroorganizmaları uzaklaştırmada ve hastalıklardan korunmada su ve sabunun etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=60)	53	88.3	51	85.0	4.823	0.754
Akran grubunda doğru cevaplar (n=69)	61	88.4	66	95.7	1.446	0.180
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=42)	38	90.5	39	92.9	2.126	1.000

*n=öğrenci sayıları yanıt alınan her soru için ayrı verilmiştir.

** sütun yüzdesi

Kırsal bölgede de uzman (%), akran (%) ve kontrol (%) gruplarında ağız diş sağlığı ile ilgili soruların çoğunda bilgi düzeyinde artış olduğu tespit edilmiştir. Uzman grubunda etkili diş fırçalama süresi ve florun yararı sorularında; akran grubunda florun yararı sorusunda girişim öncesi ve sonrasında anlamlı fark tespit edilmiştir(p<0,05). Hijyen ile ilgili bilgi sorularını doğru yanıtlama durumları değerlendirildiğinde, akran grubunda kirli su ve gıdalarla bulaşan hastalıklar sorusunda girişim öncesi ve sonrasında anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0,05).

4.2.3 Girişim ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Sigara İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Dağılımları

Tablo 43. Kentsel Bölge Okulunda Girişim Ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Sigara ile İlgili Bilgi Sorularını Doğru Yanıtlama Durumları

Sorular	Ön Durum		Son durum		χ^2	p
	n*	%**	n*	%**		
Sigara						
Pasif içicilik						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=105)	104	99,0	105	100,0	-	-
Akran grubunda doğru cevaplar (n=108)	108	100,0	107	99,1	-	-
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=116)	116	100,0	116	100,0	-	-
Sigaranın fiziksel ve ruhsal bağımlılık etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=105)	101	96,2	104	99,0	25,493	0,250
Akran grubunda doğru cevaplar (n=108)	103	95,4	105	97,2	5,758	0,687
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=116)	114	98,3	115	99,1	0,018	1,000
Sigara ve erken bunama						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=99)	94	94,9	99	100,0	-	-
Akran grubunda doğru cevaplar (n=105)	100	95,2	99	94,3	11,455	1,000
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=111)	99	89,2	108	97,3	9,977	0,012
Sigara ve astım, kronik bronşit						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=104)	98	94,2	98	94,2	8,899	1,000
Akran grubunda doğru cevaplar (n=103)	96	93,2	101	98,1	6,010	0,125
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=112)	108	96,4	107	95,5	4,102	1,000
Hafif (light) sigara ve nargilenin etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=98)	51	52,0	86	87,8	4,006	0,000
Akran grubunda doğru cevaplar (n=103)	53	51,5	65	63,1	5,149	0,081
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=108)	66	61,1	56	51,9	9,441	0,143
Sigaranın akciğer dışı organlara zararı						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=103)	100	97,1	103	100,0	-	-
Akran grubunda doğru cevaplar (n=106)	101	95,3	101	95,3	14,535	1,000
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=114)	114	100,0	114	100,0	-	-

*n=öğrenci sayıları yanıt alınan her soru için ayrı verilmiştir.

** sütun yüzdesi

Kentsel bölgede girişim ve kontrol gruplarının girişim sonrası sigara ile ilgili bilgi sorularını doğru yanıtlama durumları değerlendirildiğinde tüm gruplarda en az doğru

yanıtlanan sorunun light sigara ve nargilenin etkisi sorusu olduğu; uzman grubunda bu soruyu doğru yanıtlayma oranının eğitim sonrasında anlamlı ölçüde arttığı tespit edilmiştir (p<0,05).

Tablo 44. Kırsal Bölge Okulunda Girişim Ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi Ve Girişim Sonrası Dönemde Sigara ile İlgili Bilgi Sorularını Doğru Yanıtlama Durumları

Sorular	Ön Durum		Son durum		χ^2	p
	n*	%**	n*	%**		
Sigara						
Sigara dumanının çevreye zararı (pasif içicilik)						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=60)	60	100,0	59	98,3	-	-
Akran grubunda doğru cevaplar (n=71)	71	100,0	70	98,6	-	-
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=43)	41	95,3	43	100,0	-	-
Sigaranın fiziksel ve ruhsal bağımlılık etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=60)	54	90,0	58	96,7	18,621	0,125
Akran grubunda doğru cevaplar (n=70)	68	97,1	63	90,0	3,660	0,125
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=42)	42	100,0	41	97,6	-	-
Sigara ve erken bunama						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=58)	53	91,4	55	94,8	2,453	0,687
Akran grubunda doğru cevaplar (n=66)	59	89,4	61	92,4	4,930	0,727
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=40)	35	87,5	38	95,0	0,301	0,453
Sigara ve astım, kronik bronşit						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=56)	52	92,9	50	89,3	0,919	0,727
Akran grubunda doğru cevaplar (n=68)	62	100,0	57	83,8	1,429	0,267
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=36)	33	91,7	33	91,7	0,298	1,000
Hafif (light) sigara ve nargilenin etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=55)	28	50,9	33	60,0	0,012	0,042
Akran grubunda doğru cevaplar (n=63)	29	46,0	34	54,0	0,109	0,487
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=35)	26	74,3	28	80,0	9,573	0,687
Sigaranın akciğer dışı organlara zararı						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=61)	59	96,7	57	93,4	0,145	0,687
Akran grubunda doğru cevaplar (n=69)	67	97,1	61	88,4	2,964	0,070
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=42)	40	95,2	38	90,5	3,993	0,625

*n=öğrenci sayıları yanıt alınan her soru için ayrı verilmiştir.

** sütun yüzdesi

Kırsal bölgede de kentsel bölgedekine benzer şekilde tüm gruplarda en az doğru yanıtlanan sorunun light sigara ve nargilenin etkisi sorusu olduğu ve uzman grubunda bu soruyu doğru yanıtlayma oranının eğitim sonrasında anlamlı ölçüde artış gösterdiği tespit edilmiştir (p<0,05).

4.2.4 Girişim ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Fiziksel Aktivite ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Dağılımları

Tablo 45. Kentsel Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Fiziksel Aktivite ile İlgili Bilgi Sorularını Doğru Yanıtlama Durumları

Sorular	Ön Durum		Son durum		χ^2	p
	n*	% **	n*	% **		
Fiziksel aktivite						
Düzenli fiziksel aktivitenin genç sağlığına etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=108)	107	99,1	104	96,3	26,243	0,250
Akran grubunda doğru cevaplar (n=104)	98	94,2	100	96,2	2,830	0,727
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=113)	110	97,3	112	99,1	0,028	0,625
Fiziksel aktivitenin kalp hastalığı, kanser, üzerine etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=103)	92	89,3	88	85,4	0,130	0,523
Akran grubunda doğru cevaplar (n=102)	89	87,3	98	96,1	0,562	0,035
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=111)	103	92,8	104	93,7	0,580	1,000
Çocukluk dönemi kemik sağlığının erişkin yaş kemik sağlığına etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=104)	102	98,1	101	97,1	0,016	1,000
Akran grubunda doğru cevaplar (n=106)	96	90,6	104	98,1	0,564	0,039
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=103)	98	95,1	102	99,0	0,052	0,219
Kemik dokusunun özelliği						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=92)	70	76,1	80	87,0	0,673	0,076
Akran grubunda doğru cevaplar (n=86)	69	80,2	75	87,2	0,448	0,286
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=92)	61	66,2	85	92,4	1,864	0,000
D vitamini kaynakları						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=100)	23	23,0	22	22,0	0,291	1,000
Akran grubunda doğru cevaplar (n=102)	26	25,5	38	37,3	0,022	0,096
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=100)	33	33,0	13	13,0	0,202	0,001
Aşırı kola tüketiminin kemik sağlığına etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=103)	74	71,8	89	86,4	10,456	0,004
Akran grubunda doğru cevaplar (n=105)	74	70,5	89	84,8	0,027	0,020
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=95)	72	72,7	76	76,8	0,021	0,627
Ergenlikte alınması gereken kalsiyum miktarı						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=76)	17	22,4	45	59,2	4,856	0,000
Akran grubunda doğru cevaplar (n=86)	18	20,9	34	39,5	0,366	0,017
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=53)	22	41,5	10	18,9	4,121	0,008
Çocukluk çağında kemik kitlesinin yeterli olabilmesi için gerekli mineraller						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=85)	63	74,1	67	78,8	2,014	0,557
Akran grubunda doğru cevaplar (n=95)	70	73,7	60	63,2	0,010	0,164
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=83)	67	80,7	63	75,9	0,009	0,572
Barsaklardan kalsiyum emilimini artıran vitaminler						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=70)	22	31,4	20	28,6	0,027	0,856
Akran grubunda doğru cevaplar (n=72)	19	26,4	18	25,0	0,024	1,000
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=46)	12	26,1	7	15,2	4,130	0,227
Çocukluk dönemi için önerilen fiziksel aktivite türleri						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=102)	81	79,4	77	75,5	11,102	0,541
Akran grubunda doğru cevaplar (n=103)	71	68,9	69	67,0	6,060	0,864
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=103)	77	74,8	76	73,8	10,174	1,000

*n=öğrenci sayıları yanıt alınan her soru için ayrı verilmiştir.

** sütun yüzdesi

Kentsel bölgede girişim ve kontrol gruplarının girişim sonrası fiziksel aktivite ile ilgili bilgi sorularını doğru yanıtlama durumları değerlendirildiğinde; akran grubunda fiziksel aktivitenin kalp hastalığı, kanser, felç ve şeker hastalığı üzerine etkisi, çocukluk dönemi kemik sağlığının erişkin yaş kemik sağlığına etkisi, aşırı kola tüketiminin kemik sağlığına etkisi ve ergenlikte alınması gereken kalsiyum miktarı sorularında; uzman grubunda ise aşırı kola tüketiminin kemik sağlığına etkisi ve ergenlikte alınması gereken kalsiyum miktarı sorularında girişim öncesi ve sonrası dönemde anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 46. Kırsal Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Fiziksel Aktivite ile İlgili Bilgi Sorularını Doğru Yanıtlama Durumları

Sorular	Ön Durum		Son durum		χ^2	p
	n*	%**	n*	%**		
Fiziksel aktivite						
Düzenli fiziksel aktivitenin genç sağlığı üzerine etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=57)	49	86,0	52	91,2	3,063	0,508
Akran grubunda doğru cevaplar (n=62)	56	90,3	56	90,3	0,371	1,000
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=36)	31	86,1	31	86,1	0,181	1,000
Fiziksel aktivitenin kalp hastalığı, kanser, felç ve şeker hastalığı üzerine etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=53)	43	81,1	42	79,2	0,641	1,000
Akran grubunda doğru cevaplar (n=59)	51	86,4	49	83,1	0,130	0,804
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=37)	32	86,5	34	85,3	0,510	0,727
Çocukluk dönemi kemik sağlığının erişkin yaş kemik sağlığına etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=57)	47	82,5	53	93,0	0,165	0,146
Akran grubunda doğru cevaplar (n=56)	50	89,3	48	85,7	0,031	0,774
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=37)	30	81,1	33	89,2	9,195	0,375
Kemik dokusunun özelliği						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=45)	32	71,1	29	64,4	0,896	0,629
Akran grubunda doğru cevaplar (n=55)	42	76,4	43	78,2	5,910	1,000
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=28)	21	75,0	23	82,1	0,081	0,754
D vitamini kaynakları						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=51)	13	25,5	24	47,1	0,323	0,035
Akran grubunda doğru cevaplar (n=62)	15	24,2	19	30,6	0,815	0,523
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=38)	12	31,6	9	23,7	0,903	0,581
Aşırı kola tüketiminin kemik sağlığına etkisi						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=55)	25	45,5	43	78,2	2,590	0,000
Akran grubunda doğru cevaplar (n=66)	52	78,8	49	74,2	0,074	0,678
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=37)	24	64,9	32	86,5	0,060	0,057
Ergenlikte alınması gereken kalsiyum miktarı						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=36)	8	22,2	14	38,9	2,413	0,146
Akran grubunda doğru cevaplar (n=49)	8	16,3	18	36,7	0,002	0,041
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=18)	4	22,2	3	16,7	1,029	1,000
Çocukluk çağında kemik kitlesinin yeterli olabilmesi için gerekli mineraller						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=45)	24	53,3	27	60,0	0,952	0,648
Akran grubunda doğru cevaplar (n=45)	24	53,3	29	64,4	2,501	0,332
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=28)	15	53,6	16	57,1	3,458	1,000
Barsaklardan kalsiyum emilimini artıran vitaminler						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=37)	8	21,6	7	18,9	0,274	1,000
Akran grubunda doğru cevaplar (n=46)	11	23,9	9	19,6	0,546	0,791
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=24)	4	16,7	11	45,8	0,034	0,065
Çocukluk dönemi için önerilen fiziksel aktivite türleri						
Uzman grubunda doğru cevaplar (n=55)	22	40,0	30	54,5	2,750	0,134
Akran grubunda doğru cevaplar (n=61)	34	55,7	38	62,3	2,249	0,541
Kontrol grubunda doğru cevaplar (n=41)	19	46,3	21	51,2	4,193	0,791

*n=öğrenci sayıları yanıt alınan her soru için ayrı verilmiştir.

** sütun yüzdesi

Kırsal bölgede girişim ve kontrol gruplarının girişim sonrası fiziksel aktivite ile ilgili bilgi sorularını doğru yanıtlama durumları değerlendirildiğinde, uzman grubunda aşırı kola tüketiminin kemik sağlığına etkisi ve D vitamini kaynakları sorularında; akran grubunda ise ergenlikte alınması gereken kalsiyum miktarı sorusunda girişim öncesi ve sonrası dönemde anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gerek kentsel gerek kırsal bölgede fiziksel aktivite ile ilgili en az doğru bilinen sorular D vitamini kaynakları, ergenlikte alınması gereken kalsiyum miktarı ve barsaklardan kalsiyum emilimini artıran vitaminlerdir.

4.2.5 Girişim ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Bilgi Puanı

Ortalamaları

Tablo 47. Kentsel Bölgede Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Toplam Bilgi Puanlarının Dağılımı

Kentsel Bölge	Ön test bilgi puanı	Son test bilgi puanı		
	Ort±SS*	Ort±SS*	t	p
6.SINIF				
uzman	18,72±3,73	21,05±4,47	3,343	0,002
akran	18,19±7,19	20,17±2,44	-1,647	0,107
kontrol	21,00±2,45	20,26±5,10	-0,883	0,383
7.SINIF				
uzman	22,34±2,04	23,02±6,67	0,691	0,493
akran	20,53±3,01	21,00±5,85	0,608	0,546
kontrol	19,00±4,19	20,41±5,48	1,843	0,073
8.SINIF				
uzman	20,05±3,23	20,41±7,94	0,246	0,807
akran	19,80±3,69	21,80±7,09	1,808	0,029
kontrol	19,82±2,33	20,66±4,16	1,287	0,206

*ort±ss:ortalama, standart sapma

Kentsel bölgede 6.sınıflarda eğitimler sonrasında uzman grubunda bilgi puanı ortalaması 18,72±3,73'den 21,05±4,47'e yükselmiştir ($p<0,05$). Akran grubunda ise ön test bilgi puanı ortalaması 18,19±7,19'dan 20,17±2,44'e yükselmiş olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Kontrol grubunda ise olumlu yönde bir değişiklik tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

7.sınıflarda uzman, akran ve kontrol gruplarında bilgi puan ortalamalarında artış tespit edilsede istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

8.sınıflarda akran grubunda eğitimler sonrasında bilgi puanı ortalaması 19,80±3,69'den 21,80±7,09'e yükselmiştir($p<0,05$).Uzman ve kontrol gruplarında bilgi puan ortalamaları bakımından herhangi bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 48. Kırsal Bölgede Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Toplam Bilgi Puanlarının Dağılımı

Kırsal Bölge	Ön test	Son test		
	Ort±SS*	Ort±SS*	z	p
6.SINIF				
Uzman	15,53±4,74	17,53 ±6,61	-2,164	0,030
Akran	16,84±2,83	16,92 ±5,12	-0,689	0,491
Kontrol	15,77±3,77	16,11 ±6,68	-0,782	0,434
7.SINIF				
Uzman	17,75±3,93	21,58 ±3,97	-3,617	0,000
Akran	18,04±3,43	20,79 ± 6,26	-2,455	0,014
Kontrol	15,77±3,77	16,11±6,68	-0,782	0,434
8.SINIF				
Uzman	14,39±5,31	15,13±10,23	-0,601	0,548
Akran	17,19±2,60	18,04±6,47	-1,838	0,066
Kontrol	17,50±2,26	17,37±5,38	-0,281	0,779

*ort±ss:standart sapma

Kırsal bölgede 6.sınıflarda uzman grubunda eğitimler sonrasında bilgi puanı ortalaması 15,53±4,74'dan 17,53±6,61'e yükselmiştir (p>0.05). Akran ve kontrol gruplarında ise bilgi puanları bakımından herhangi bir değişiklik tespit edilmemiştir (p>0,05).

7.sınıflarda akran grubunda bilgi puanı ortalaması 18,04±3,43'den 20,79±6,26'e, uzman grubunda ise 17,75±3,93'den 21,58 ±3,97'e yükselmiştir(p<0.05). Kontrol grubunda ise ön test ve son test bilgi puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

8.sınıflarda akran grubunda bilgi puanı ortalaması 17,19±2,60'dan 18,04±6,47'e, uzman grubunda 14,39±5,31'den 15,13±10,23'e yükselmiş olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlemlenmiştir(p>0,05). Kontrol grubunda ise herhangi bir değişiklik tespit edilmemiştir (p>0,05).

Kırsal bölgede öğrencilerin ön durum bilgi puan ortalamalarına bakıldığında genel anlamda yaşla birlikte bilgi düzeylerinin arttığı söylenebilir. Ancak 8.sınıf uzman grubu öğrencilerinin bilgi puan ortalamalarının diğer şubelere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

4.2.6 Girişim Ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Beslenme İle İlgili Davranış Durumları

Tablo 49. Kentsel Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Beslenme İlgili Davranış Durumları

Sorular	Ön Durum		Son durum		χ^2	p
	n*	%**	n*	%**		
Beslenme						
Hafta içi her gün kahvaltı yapan						
Uzman grubunda (n=110)	78	70,9	78	70,9	24,418	1,000
Akran grubunda (n=106)	86	81,1	87	82,1	17,239	1,000
Kontrol grubunda (n=114)	87	76,3	80	70,2	33,098	0,189
Hafta sonu her iki gün kahvaltı yapan						
Uzman grubunda (n=106)	95	89,6	99	93,4	8,501	0,388
Akran grubunda (n=103)	90	87,4	94	91,3	16,483	0,388
Kontrol grubunda (n=117)	108	92,3	105	89,7	12381	0,581
Her gün öğle yemeği yiyen						
Uzman grubunda (n=107)	63	58,9	64	59,8	13,942	1,000
Akran grubunda (n=102)	72	63,2	72	63,2	17,952	1,000
Kontrol grubunda (n=114)	77	75,5	64	62,7	13,392	0,024
Her gün akşam yemeği yiyen						
Uzman grubunda (n=106)	99	93,4	103	97,2	0,218	0,344
Akran grubunda (n=103)	100	97,1	99	96,1	7,180	1,000
Kontrol grubunda (n=115)	112	97,4	110	95,7	28,766	0,625
Her gün ekmek ve tahıl ürünleri tüketen						
Uzman grubunda (n=105)	95	90,5	97	92,4	16,465	0,754
Akran grubunda (n=100)	81	81,0	94	94,0	3,986	0,004
Kontrol grubunda (n=113)	103	91,2	102	90,3	1,316	1,000
Her gün sebze tüketen						
Uzman grubunda (n=105)	30	28,6	47	44,8	17,291	0,003
Akran grubunda (n=94)	37	39,4	29	30,9	6,517	0,215
Kontrol grubunda (n=104)	30	28,8	20	19,2	11,709	0,076
Her gün meyve tüketen						
Uzman grubunda (n=107)	87	81,3	86	80,4	3,686	1,000
Akran grubunda (n=100)	80	80,0	77	77,0	10,291	0,678
Kontrol grubunda (n=113)	91	80,5	89	78,8	3,736	0,856
Haftada en az üç gün kuru baklagil tüketen						
Uzman grubunda (n=99)	18	18,2	30	30,3	4,041	0,043
Akran grubunda (n=89)	21	23,6	18	20,2	5,440	0,678
Kontrol grubunda (n=102)	25	24,5	25	24,5	4,295	1,000
Her gün et ve et ürünleri tüketen						
Uzman grubunda (n=100)	8	8,0	7	7,0	24,698	1,000
Akran grubunda (n=97)	17	17,5	7	7,2	0,637	0,041
Kontrol grubunda (n=106)	15	14,2	5	4,7	2,886	0,021
Her gün süt ve süt ürünleri tüketen						
Uzman grubunda (n=105)	70	66,7	72	68,6	12,727	0,856
Akran grubunda (n=103)	65	63,1	69	67,0	7,861	0,608
Kontrol grubunda (n=109)	78	71,6	73	67,0	12,277	0,473

*n=öğrenci sayıları yanıt alınan her soru için ayrı verilmiştir.

** sütun yüzdesi

Kentsel bölgede girişim ve kontrol gruplarının beslenme ile ilgili davranış düzeyleri değerlendirildiğinde, uzman grubunda her gün sebze tüketen öğrenciler %28,6'dan %44,8'e ve haftada en az 3 gün kuru baklagil tüketen öğrenciler %18,2'den %30,3'e; akran grubunda ise her gün ekmek ve tahıl ürünleri tüketen öğrenciler %81,0'dan %94'e yükseldiği tespit edilmiştir (p<0,05). Kontrol gruplarında öğrencilerin davranış düzeylerinde olumlu yönde anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir.

Tablo 50. Kırsal Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Beslenme ile İlgili Davranış Durumları

Sorular	Ön Durum		Son durum		χ^2	p
	n*	%**	n*	%**		
Beslenme						
Hafta içi her gün kahvaltı yapan						
Uzman grubunda (n=57)	43	75,4	39	68,4	5,613	0,454
Akran grubunda (n=70)	53	75,7	50	71,4	19,423	0,581
Kontrol grubunda (n=41)	33	80,5	34	82,9	14,487	1,000
Hafta sonu her iki gün kahvaltı yapan						
Uzman grubunda (n=56)	47	83,9	50	89,3	1,485	0,549
Akran grubunda (n=66)	58	87,9	59	89,4	0,034	1,000
Kontrol grubunda (n=39)	35	89,7	36	92,3	0,371	1,000
Her gün öğle yemeği yiyen						
Uzman grubunda (n=60)	49	81,7	55	91,7	13,854	0,070
Akran grubunda (n=65)	51	78,5	56	86,2	0,003	0,359
Kontrol grubunda (n=40)	35	87,5	35	87,5	11,788	1,000
Her gün akşam yemeği yiyen						
Uzman grubunda (n=54)	46	85,2	53	98,1	5,858	0,016
Akran grubunda (n=68)	64	94,1	62	91,2	0,411	0,754
Kontrol grubunda (n=38)	37	97,4	36	94,7	0,057	1,000
Her gün ekmek ve tahıl tüketen						
Uzman grubunda (n=55)	37	67,3	43	78,2	12,458	0,146
Akran grubunda (n=63)	49	77,8	48	76,2	6,806	1,000
Kontrol grubunda (n=39)	31	79,5	30	76,9	0,021	1,000
Her gün sebze tüketen						
Uzman grubunda (n=54)	22	40,7	21	38,9	3,829	1,000
Akran grubunda (n=66)	17	25,8	32	48,5	0,980	0,008
Kontrol grubunda (n=38)	27	71,1	18	47,4	0,752	0,049
Her gün meyve tüketen						
Uzman grubunda (n=59)	35	59,3	46	78,0	3,000	0,027
Akran grubunda (n=67)	51	76,1	49	73,1	5,726	0,815
Kontrol grubunda (n=40)	36	90,0	34	85,0	4,270	0,687
Haftada en az üç gün baklagil tüketen						
Uzman grubunda (n=50)	14	28,0	14	28,0	2,129	1,000
Akran grubunda (n=53)	17	32,1	14	26,4	5,487	0,607
Kontrol grubunda (n=35)	17	48,6	16	45,7	4,804	1,000
Her gün et ve et ürünleri tüketen						
Uzman grubunda (n=54)	7	13,0	8	14,8	1,206	1,000
Akran grubunda (n=60)	7	11,7	5	8,3	12,365	0,687
Kontrol grubunda (n=36)	0	0,0	4	11,1	-	-
Her gün süt ve süt ürünleri tüketen						
Uzman grubunda (n=50)	20	40,0	24	48,0	3,860	0,481
Akran grubunda (n=63)	26	41,3	25	39,7	12,218	1,000
Kontrol grubunda (n=41)	18	43,9	19	46,3	1,096	1,000

*n=öğrenci sayıları yanıt alınan her soru için ayrı verilmiştir. ** sütun yüzdesi

Kırsal bölgede girişim ve kontrol gruplarının girişim sonrası beslenme ile ilgili davranış düzeyleri değerlendirildiğinde; uzman grubunda her gün akşam yemeği yiyen öğrencilerin %85,2'den %98,1'e ve her gün meyve tüketen öğrencilerin %59,3'den %78'e yükseldiği tespit edilmiştir($p<0,05$). Akran grubunda ise her gün sebze tüketen öğrencilerin %25,8'den %48,5'e yükseldiği saptanmıştır ($p<0,05$).

4.2.7 Girişim Ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Hijyen İle İlgili Davranış Durumları

Tablo 51. Kentsel Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Hijyen İle İlgili Davranış Durumları

Sorular	Ön Durum		Son durum		χ^2	p
	n	%	n	%		
Hijyen						
Her zaman yemeklerden önce el yıkayan						
Uzman grubunda (n=109)	85	78,0	83	76,1	20,145	0,832
Akran grubunda (n=107)	79	73,8	89	83,2	9,673	0,076
Kontrol grubunda (n=116)	98	84,5	95	81,9	9,971	0,678
Her zaman yemeklerden sonra el yıkayan						
Uzman grubunda (n=109)	102	93,6	103	94,5	20,065	1,000
Akran grubunda (n=106)	95	89,6	97	91,5	33,506	0,727
Kontrol grubunda (n=116)	108	93,1	110	94,8	6,887	0,754
Her zaman tuvaletten çıktıktan sonra el yıkayan						
Uzman grubunda (n=108)	102	94,4	103	95,4	29,619	1,000
Akran grubunda (n=106)	100	94,3	100	94,3	23,415	1,000
Kontrol grubunda (n=116)	111	95,7	107	92,2	19,926	0,289
Her zaman okuldan eve gelince el yıkayan						
Uzman grubunda (n=109)	79	72,5	83	76,1	8,648	0,585
Akran grubunda (n=106)	78	73,6	70	66,0	19,492	0,169
Kontrol grubunda (n=116)	86	74,1	85	73,3	27,695	1,000
Her zaman dışarıdan gelince el yıkayan						
Uzman grubunda (n=109)	70	64,2	72	66,1	20,622	0,851
Akran grubunda (n=105)	71	67,6	73	69,5	15,318	0,851
Kontrol grubunda (n=114)	82	71,9	86	75,4	34,559	0,503
Her zaman sabun kullanan						
Uzman grubunda (n=111)	85	76,6	92	82,9	10,903	0,230
Akran grubunda (n=103)	77	74,8	79	76,7	7,030	0,851
Kontrol grubunda (n=116)	94	81,0	96	82,8	15,145	0,832
Her zaman sabahları yüzünü yıkayan						
Uzman grubunda (n=112)	94	83,9	93	83,0	22,675	1,000
Akran grubunda (n=104)	85	81,7	87	83,7	11,280	0,824
Kontrol grubunda (n=113)	97	85,8	93	82,3	13,351	0,503
Haftada en az bir kez banyo yapan						
Uzman grubunda (n=112)	110	98,2	112	100,0	-	-
Akran grubunda (n=105)	103	98,1	103	98,1	0,040	1,000
Kontrol grubunda (n=115)	115	100,0	115	100,0	-	-
Haftada bir kez tırnak kesen						
Uzman grubunda (n=107)	73	68,2	78	72,9	16,840	0,442
Akran grubunda (n=100)	72	100,0	71	100,0	5,737	1,000
Kontrol grubunda (n=110)	70	63,6	77	70,0	22,636	0,248
Kendine ait havlusu olan						
Uzman grubunda (n=110)	84	76,4	85	77,3	18,774	1,000
Akran grubunda (n=106)	72	67,9	77	72,6	9,775	0,473
Kontrol grubunda (n=113)	87	77,0	94	83,2	26,590	0,167
Her gün iç çamaşırını değiştiren						
Uzman grubunda (n=110)	52	47,3	55	50,0	24,655	0,711
Akran grubunda (n=103)	45	43,7	50	48,5	13,243	0,487
Kontrol grubunda (n=116)	59	50,9	53	45,7	27,413	0,362

*n=öğrenci sayıları yanıt alınan her soru için ayrı verilmiştir. ** sütun yüzdesi

Tablo 52. Kırsal Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Hijyen İlgili Davranış Durumları

Sorular	Ön Durum		Son durum		χ^2	p
	n*	%**	n*	%**		
Hijyen						
Her zaman yemeklerden önce el yıkayan						
Uzman grubunda (n=61)	47	77,0	55	90,2	7,192	0,039
Akran grubunda (n=71)	59	83,1	54	76,1	5,384	0,332
Kontrol grubunda (n=42)	33	78,6	37	88,1	11,565	0,219
Her zaman yemeklerden sonra el yıkayan						
Uzman grubunda (n=63)	57	90,5	59	93,7	0,450	0,754
Akran grubunda (n=70)	60	85,7	63	90,0	5,185	0,549
Kontrol grubunda (n=43)	40	93,0	42	97,7	13,651	0,500
Her zaman tuvaletten çıktıktan sonra el yıkayan						
Uzman grubunda (n=63)	55	87,3	57	90,5	8,323	0,727
Akran grubunda (n=71)	65	91,5	58	81,7	4,400	0,092
Kontrol grubunda (n=43)	39	90,7	41	95,3	4,118	0,625
Her zaman okuldan eve gelince el yıkayan						
Uzman grubunda (n=60)	33	55,0	40	66,7	1,212	0,230
Akran grubunda (n=69)	32	46,4	34	49,3	19,871	0,804
Kontrol grubunda (n=43)	26	60,5	33	76,7	2,283	0,118
Her zaman dışarıdan gelince el yıkayan						
Uzman grubunda (n=62)	44	71,0	50	80,6	6,201	0,210
Akran grubunda (n=69)	45	65,2	46	66,7	7,188	1,000
Kontrol grubunda (n=42)	29	69,0	33	78,6	0,976	0,424
Her zaman sabun kullanan						
Uzman grubunda (n=64)	39	60,9	48	75,0	2,648	0,093
Akran grubunda (n=69)	42	60,9	50	72,5	6,355	0,134
Kontrol grubunda (n=43)	30	69,8	31	72,1	6,232	1,000
Her zaman sabahları yüzünü yıkayan						
Uzman grubunda (n=63)	56	88,9	58	92,1	0,434	0,754
Akran grubunda (n=71)	60	84,5	62	87,3	0,356	0,804
Kontrol grubunda (n=41)	38	92,7	40	97,6	0,081	0,625
Haftada en az bir kez veya daha fazla banyo yapan						
Uzman grubunda (n=62)	62	100,0	61	98,4	-	-
Akran grubunda (n=71)	70	98,6	70	98,6	0,014	1,000
Kontrol grubunda (n=42)	42	100,0	42	100,0	-	-
Haftada bir kez tırnak kesen						
Uzman grubunda (n=57)	44	77,2	42	73,7	1,281	0,815
Akran grubunda (n=67)	46	68,7	55	82,1	18,361	0,022
Kontrol grubunda (n=37)	30	81,1	29	78,4	0,246	1,000
Kendine ait havlusu olan						
Uzman grubunda (n=60)	43	71,7	43	71,7	10,860	1,000
Akran grubunda (n=69)	46	66,7	50	72,5	19,211	0,424
Kontrol grubunda (n=40)	25	62,5	25	62,5	18,496	1,000
Her gün iç çamaşırını değiştiren						
Uzman grubunda (n=61)	16	26,2	20	32,8	8,689	0,454
Akran grubunda (n=67)	22	32,8	17	25,4	19,667	0,267
Kontrol grubunda (n=41)	15	36,6	10	24,4	3,125	0,267

*n=öğrenci sayıları yanıt alınan her soru için ayrı verilmiştir. ** sütun yüzdesi

Kentsel bölgede uzman (soruların%81,8'inde) ve akran(soruların %63,6sında) gruplarında hijyen soruları ile ilgili davranış düzeylerinde artış saptansa da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Kırsal bölgede ise uzman grubunda yemeklerden önce ellerini yıkayan çocuk sayısında (önce %77,0-sonra %90,2) girişim öncesine kıyasla girişim sonrasında anlamlı düzeyde artış saptanmıştır (p<0,05). Akran grubunda ise haftada 1 kez tırnaklarını kesen öğrencilerin %68,7'den %82,1'e yükseldiği tespit edilmiştir (p<0,05).

Gerek kentsel gerek kırsal bölgede yemeklerden önce, okuldan veya dışardan gelince el yıkama alışkanlığının yemek sonrası veya tuvalet sonrası el yıkama alışkanlığına göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

4.2.8 Girişim Ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Ağız Diş Sağlığı İle İlgili Davranış Durumları

Tablo 53. Kentsel Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Ağız Diş Sağlığı İle İlgili Davranış Durumları

Sorular	Ön Durum		Son durum		χ^2	p
	n*	%**	n*	%**		
Ağız-diş sağlığı						
Diş fırçalayan						
Uzman grubunda (n=109)	107	98,2	108	99,1	0,019	1,000
Akran grubunda (n=105)	97	92,4	100	95,2	1,143	0,549
Kontrol grubunda (n=117)	116	99,1	112	95,7	22,593	0,125
Günde en az iki kez diş fırçalayan						
Uzman grubunda (n=109)	59	54,1	62	56,9	8,340	0,749
Akran grubunda (n=106)	52	49,1	74	69,8	13,552	0,000
Kontrol grubunda (n=117)	55	47,0	62	53,0	10,799	0,349
Kendine ait diş fırçası olan						
Uzman grubunda (n=110)	110	100,0	110	100,0	-	-
Akran grubunda (n=102)	101	99,0	102	100,0	-	-
Kontrol grubunda (n=115)	115	100,0	115	100,0	-	-
6 ayda bir kez veya daha sık diş fırçası değiştiren						
Uzman grubunda (n=107)	97	90,7	101	94,4	24,651	0,289
Akran grubunda (n=105)	94	89,5	93	98,9	18,460	0,039
Kontrol grubunda (n=114)	105	92,1	109	95,6	0,448	0,424

*n=öğrenci sayıları yanıt alınan her soru için ayrı verilmiştir.

** sütun yüzdesi

Kentsel bölgede girişim ve kontrol gruplarının hijyen ve ağız diş sağlığı ile ilgili davranış düzeyleri değerlendirildiğinde; akran grubunda günde en az iki kez diş fırçalayan (%49,1-%69,8) ve 6 ayda bir kez veya daha sık diş fırçası değiştiren öğrenci sayısında (%89,5-%98,9) anlamlı düzeyde artış saptanmıştır (p<0,05).

Tablo 54. Kırsal Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Ağız Diş Sağlığı İle İlgili Davranış Durumları

Sorular	Ön Durum		Son durum		χ^2	p
	n*	%**	n*	%**		
Ağız-diş sağlığı						
Diş fırçalayan						
Uzman grubunda (n=62)	58	93,5	61	98,4	14,738	0,250
Akran grubunda (n=68)	63	92,6	64	94,1	0,337	1,000
Kontrol grubunda (n=40)	39	97,5	38	95,0	0,054	1,000
Günde en az iki kez diş fırçalayan						
Uzman grubunda (n=61)	32	52,5	44	72,1	7,909	0,012
Akran grubunda (n=67)	34	50,7	34	50,7	10,873	1,000
Kontrol grubunda (n=41)	24	58,5	21	51,2	2,948	0,607
Kendine ait diş fırçası olan						
Uzman grubunda (n=61)	59	96,7	60	98,7	0,034	1,000
Akran grubunda (n=68)	65	95,6	65	95,6	0,145	1,000
Kontrol grubunda (n=41)	40	97,6	41	100,0	-	-
6 ayda bir kez veya daha sık diş fırçası değiştiren						
Uzman grubunda (n=57)	54	97,7	56	98,2	0,057	0,625
Akran grubunda (n=66)	57	86,4	61	92,4	0,186	0,388
Kontrol grubunda (n=42)	36	85,7	38	90,5	26,526	0,500

*n=öğrenci sayıları yanıt alınan her soru için ayrı verilmiştir.

** sütun yüzdesi

Kırsal bölgede uzman grubunda günde en az 2 kez diş fırçalayan çocuk sayısında (%52,5-%72,1) girişim öncesine kıyasla girişim sonrasında anlamlı düzeyde artış saptanmıştır(p<0,05).

Gerek kentsel gerek kırsal bölgede öğrencilerin yaklaşık tamamının kendine ait diş fırçası bulunmasına karşın, yaklaşık yarısının günde en az 2 kez diş fırçaladığı görülmüştür. Ayrıca akran gruplarında gerek kentsel gerek kırsal bölgede öğrencilerin düzenli diş bakımı oranlarında anlamlı düzeyde artış kaydedilmiştir (p<0,05).

4.2.9 Girişim Ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Fiziksel Aktivite İle İlgili Davranış Durumları

Tablo 55. Kentsel Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Fiziksel Aktivite İle İlgili Tutum ve Davranış Durumları

Sorular	Ön Durum		Son durum		χ^2	p
	n*	%**	n*	%**		
Fiziksel aktivite						
Okul saatleri dışında haftada 2-3 kez veya daha fazla egzersiz yapan						
Uzman grubunda (n=108)	67	62,0	64	59,3	14,073	0,728
Akran grubunda (n=107)	70	65,4	73	68,2	2,004	0,755
Kontrol grubunda (n=110)	70	63,6	62	56,4	25,140	0,185
Okul saatleri dışında 1,5 saat ve üzeri egzersiz yapan						
Uzman grubunda (n=106)	52	49,1	46	43,4	8,493	0,418
Akran grubunda (n=98)	53	54,1	51	52,0	6,782	0,868
Kontrol grubunda (n=109)	54	49,5	52	47,7	18,581	-
Beden eğitimi derslerine katılan						
Uzman grubunda (n=107)	106	99,1	106	99,1	0,010	1,000
Akran grubunda (n=106)	104	98,1	106	100,0	-	-
Kontrol grubunda (n=103)	103	100,0	102	99,0	-	-
Fiziksel aktiviteleri seven veya çok seven						
Uzman grubunda (n=107)	91	85,0	91	85,0	25,229	1,000
Akran grubunda (n=105)	84	80,0	89	84,8	28,038	0,302
Kontrol grubunda (n=102)	92	90,2	88	86,3	2,480	0,481

*n=öğrenci sayıları yanıt alınan her soru için ayrı verilmiştir.

** sütun yüzdesi

Kentsel bölgede girişim ve kontrol gruplarının fiziksel aktivite ile ilgili davranış düzeyleri değerlendirildiğinde tüm gruplarda anlamlı düzeyde bir değişiklik tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 56. Kırsal Bölge Okulunda Girişim ve Kontrol Gruplarının Girişim Öncesi ve Girişim Sonrası Dönemde Fiziksel Aktivite ile İlgili Tutum ve Davranış Durumları

Sorular	Ön Durum		Son durum		χ^2	p
	n*	%**	n*	%**		
Fiziksel aktivite						
Okul saatleri dışında haftada 2-3 kez veya daha fazla egzersiz yapan						
Uzman grubunda (n=61)	32	52,5	35	57,4	11,848	0,629
Akran grubunda (n=68)	45	66,2	42	61,8	4,921	0,678
Kontrol grubunda (n=41)	25	61,0	20	48,8	3,228	0,302
Okul saatleri dışında 1,5 saat ve üzeri egzersiz yapan						
Uzman grubunda (n=55)	17	30,9	20	36,4	5,364	0,629
Akran grubunda (n=68)	25	36,8	24	35,3	4,831	1,000
Kontrol grubunda (n=34)	10	29,4	11	32,4	0,379	1,000
Beden eğitimi derslerine katılan						
Uzman grubunda (n=61)	54	88,5	57	93,4	6,254	0,453
Akran grubunda (n=69)	67	97,1	68	98,6	2,030	1,000
Kontrol grubunda (n=42)	40	95,2	40	95,2	0,105	1,000
Fiziksel aktiviteleri seven veya çok seven						
Uzman grubunda (n=52)	29	55,8	36	69,2	8,870	0,118
Akran grubunda (n=65)	48	73,8	49	75,4	0,285	1,000
Kontrol grubunda (n=36)	23	63,9	24	66,7	1,505	1,000

*n=öğrenci sayıları yanıt alınan her soru için ayrı verilmiştir.

** sütun yüzdesi

Kentsel bölgedekine benzer şekilde kırsal bölgede de fiziksel aktivite konusunda öğrencilerin davranış düzeylerinde anlamlı bir değişiklik tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Gerek kırsal gerek kentsel bölgede öğrencilerin çoğunun (yaklaşık %70,0 ve üzeri) fiziksel aktiviteleri sevdiğini belirtmesine karşın okul saatleri dışında egzersiz yapma durumu nispeten düşük bulunmuştur. Öğrencilerin yaklaşık tamamının beden eğitimi derslerine katıldığı tespit edilmiştir.

5. TARTIşMA

5.1. OKUL ÇAĞI ÇOCUKLARIN EĞİTİM ÖNCESİ SAĞLIK DAVRANIşI BULGULARI

5.1.1. BESLENME DURUMU

Okul dönemi beslenme bozuklukları açısından ele alınması gereken önemli dönemlerden biri olup, bu yaştaki çocukların ergenlik dönemi için gerekli enerji ve besin maddelerini almaları gerekmektedir (47).

Sık rastlanan kötü beslenme alışkanlıklarından biri olan öğün atlamak günlük besin gereksinimlerinin karşılanmasını engellemektedir. Kahvaltı günün en önemli öğünün olmasına karşın en çok ihmal edilenidir. Özellikle okul çocuklarının yeterli ve dengeli kahvaltı yapmaları gerekirken çeşitli nedenlerle ya hiç yapmadıkları ya da çocukların dengesiz bir kahvaltıyla okula gittikleri belirlenmiştir (48).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin kentsel bölgede hafta içi her gün kahvaltı yapma sıklığı %75,6 iken, kırsal bölgede %72,3’dr. Kentsel bölgede hafta sonu her 2 günde kahvaltı yapma sıklığı %89,5 iken, kırsal bölgede %84’dr. Ğle yemeği yeme durumlarına bakıldığında kentsel bölgede her gün yiyenler %65,4 iken, kırsalda %80,3’tür. Akşam yemeğini ise kentsel bölgede öğrencilerin %95,7’si her gün yerken kırsal bölgede %89,3’ yemektedir. Genel olarak kentsel bölgede öğün atlama davranışı kırsal bölgeye oranla daha az görülmesine karşın, kırsal bölgede öğle yemeği kentsel bölgeye göre daha az atlanmaktadır. Kırsal bölgede çocukların annelerinin çoğunun ev hanımı olması öğle yemeğinin daha az atlanmasına neden olabilir. Ayrıca bir diğer önemli nokta hafta sonu kahvaltı yapma sıklığı gerek kentsel gerek kırsal bölgede hafta içine göre yüksek bulunmuştur.

Tezcan ve arkadaşlarının Ankara’da bir ilköğretim okulunun altıncı, yedinci ve sekizinci sınıf Ğrencilerinde yürüttükleri “beslenme alışkanlıkları durum saptaması çalışması”nda öğrencilerin %84,5’inin her gün kahvaltı yaptığı, %61,3’ünün her gün öğle yemeği yediği ve %92,8’inin her gün akşam yemeği yediklerini belirtmişler (49). Bizim alışmamızda da kentsel bölgede Tezcan’ın çalışmasında olduğu gibi en fazla atlanan öğünün öğle yemeği olduğu saptanmıştır.

Manisa’da yapılan okul sağlığı çalışmasında ise öğrencilerin %74,3’ü hafta içi her gün kahvaltı yaparken, %90,5’i hafta sonu her iki günde kahvaltı yaptıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada da çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (50) .

Konya Sosyal Hizmetler ve ocuk Esirgeme Kurumu’na bağlı iki yetiştirme yurdunda Ekim 1996-Ocak 1997 tarihleri arasında 13-18 yaş grubu toplam 178 adolesan üzerinde yapılan çalışmada öğrencilerin %42,8’inin sabah kahvaltısı yapmadığı saptanmıştır (51).

Toplumun geleceğini oluşturacak nesillerin, güne istekli başlaması, aktivitelerini elverişli bir şekilde sürdürmesi, öğrenme öğretme süreçlerinde etkili şekilde yer alması, sağlıklı bir şekilde büyümesi ve gelişmesi için sabah kahvaltısının beslenmedeki önemini kavramaları gerekmektedir. Erken yaşlardan itibaren doğru kahvaltı alışkanlıklarının kazandırılması için devamlı ve belirli dönemlerde beslenme eğitimi verilmesi gerekmektedir. Ayrıca okul müfredatlarında beslenme dersleri artırılmalı ve özellikle kahvaltının önemi çocuklara değişik faaliyetlerle anlatılmalıdır.

Çalışmamızda en az atlanan öğünün akşam yemeği olduğu görülmüştür. Akşam yemeği (kentsel bölgede %95,7, kırsal bölgede %89,3) yemektedir. Tezcan ve arkadaşlarının Ankara’da bir ilköğretim okulunda yaptıkları çalışmada da en az atlanan öğünün akşam yemeği (%92,8) olduğu bulunmuştur(49). Genel olarak akşam yemeklerinin en az atlanan öğün olması nedeni, ailenin tüm fertlerinin akşam yemeğini beraber yemeleri ve düzenli sofranın kurulması alışkanlığından kaynaklanabilir.

ğnleri takip etmek kadar bu öğünlerde sağlıklı besinler tüketmek de çok önemlidir. Çocukluk ağı sağlıklı beslenmenin temellerinin atıldığı önemli bir dönemdir. Bu dönemde diyetle lifli gıdalar alma kan kolesterol ve glukoz düzeylerini ayarlayarak yetişkin yaşlarda ortaya çıkacak kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde, şeker hastalığı ve kanser riskini azaltmada; yağ ve şeker alımının kısıtlı olması obesiteden korunmada, kalsiyum alımının yeterli düzeylerde olması kemik gelişiminin desteklenmesi ve osteoporozun önlenmesinde önemlidir (31).

Bu çalışmada araştırmaya katılan çocuklara temel besin gruplarını ne sıklıkla tükettikleri sorulmuştur. Araştırmaya katılan öğrencilerin kentsel bölgede %79,8’inin her gün meyve, %38,1’inin ise her gün sebze tükettikleri; kırsal bölgede ise %72,0’sinin her gün meyve %50,0’sinin her gün sebze tükettikleri saptanmıştır. Her iki bölgede de özellikle sebze tüketiminin düşük olduğu saptanmıştır. Aynı yaş grubunda Avrupa lkelerinde yapılan 1997/98 “Okul ağı ocukların Sağlık Davranışı” çalışmasında, çocukların ülkelere göre değişmekle birlikte %31,0-95,0 oranında meyve tükettikleri, yaklaşık % 20,0 oranında da sebze tüketimi olduğu bulunmuştur (52).

Tezcan ve arkadaşlarının yaptığı beslenme alışkanlıkları çalışmasında araştırmaya katılan öğrencilerinin %49,5'i her gün meyve, %45,9'u her gün sebze tükettiklerini belirtmişler (49). 1986-1987'de 30.000 adolesan üzerinde yapılan "Minnesota Adolesan Sağlık Araştırması"nda adolesanların %28,0'inin meyve ve %36,0'sının sebze tükettikleri saptanmıştır (53). Bu çalışmaya göre bizim çalışmamızda meyve tüketiminin daha iyi olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda en az tüketilen besin gruplarının ise et-et ürünleri ve kuru baklagil grubu olduğu tespit edilmiştir. Kentsel bölgede kuru baklagil tüketme sıklığı %27,2 iken, et tüketimi %13,7'dir. Kırsal bölgede ise bu oranlar sırasıyla % 30,6 ve %10,3'dür.

Giresun'da yapılan okul çocuklarında yapılan bir çalışmada da en az tüketilen besin gruplarının et-et ürünleri (%20,1) ile kuru baklagiller (%5,0) olduğu saptanmıştır (54). Çalışmamızda her iki bölgede de et tüketimi oldukça düşük saptanmış olup, kırsal bölgede et tüketiminin kentsel bölgeye oranla daha düşük olmasının nedeni sosyoekonomik düzeyin kişilerin gıda maddelerine ulaşımını etkilemesinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda günlük kalsiyum alımı açısından süt ürünlerinin tüketimine bakıldığında, kentsel bölgedeki çocukların %68,0'inin her gün, kırsal bölgede ise %38,4'ünün her gün süt ve süt ürünlerini tükettiklerini belirtmişlerdir.

Tezcan ve arkadaşlarının çalışmasında çocukların %75,8'i süt ve süt ürünlerini her gün tükettiklerini belirtmişlerdir (49). HBSC 98 çalışmasında günlük süt tüketen çocuk oranının ülkelere göre değişmekle birlikte %70,0'in üzerinde olduğu bulunmuştur (52). Ülkemizde yürütülmüş bu çalışma gençlerde süt ve süt ürünleri tüketimi açısından istenen düzeylerde olmasa da büyük bir sorun olmadığını gösterse de bizim çalışmamızda oranlar düşük bulunmuştur. Süt ve süt ürünleri tüketimi konusunda ebeveynlerin bu konuya hassasiyet göstermeleri ve üzerinde titizlikle durmaları son derece önemlidir.

Çalışmamızda beklenenin aksine kırsal bölgede süt ve süt ürünleri tüketimi çok düşük saptanmıştır. Seçilen kırsal bölgede temel geçim kaynağı tarım olduğu için hayvancılıkla uğraşanların son derece az olması süt tüketimini etkilemiş olabilir. Sosyoekonomik durumun iyi olmaması da ailelerin süt ve süt ürünlerinin temini konusunda sıkıntı yaratmış olabilir. Ayrıca kentsel bölgedeki ailelerin beslenme konusunda daha bilinçli olması nedeni ile ailelerin süt tüketimi konusunda çocukları ile daha fazla ilgilenmeleri süt tüketimini etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda araştırmaya katılan öğrencilerin düzenli beslenme durumu sorgulandığında, hem kırsal hem kentsel bölgede öğrencilerin yaklaşık yarısının(kentsel bölgede %48,3-kırsal bölgede %52,3) düzenli beslendiği saptanmıştır.

Manisa’da yapılan okul sağlığı çalışmasında ise öğrencilerin %44,5’inin düzenli olarak beslendiği saptanmıştır.(50)

Büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu bu dönemde öğün atlanmaksızın temel gıdaların alınması önemlidir. Çalışmamızda iki öğrenciden birinin düzenli beslenmediği görülmüştür. Aydın gibi Türkiye’nin batısında bulunan bir ilde düzenli beslenmenin düşük saptanması bu konuya daha çok önem verilmesi gerektiğini göstermektedir. Öğretmenlerin, ailelerin ve öğrencilerin düzenli beslenme konusunda bilinçlendirilmesi için bu konu ile ilgili daha planlı ve yaygın olarak sağlık eğitimi yapılmalıdır. Ayrıca müfredat kapsamında sağlıklı beslenme ile ilgili derslerin bulunması da düzenli beslenme konusunda öğrencilere yarar sağlayacaktır.

5.1.2 KİşİSEL BAKIM VE HİJYEN

Hastalıkların oluşmasını engellemek için yapılan kişisel koruyucu önlemlerin başında, kişisel hijyen uygulamaları gelmektedir. Bireyin kendi çabasıyla alacağı bazı önlemler, onun daha sağlıklı bir yaşam sürdürmesine yardımcı olacaktır (55).Kişisel hijyen alışkanlıkları hem bebeklik çağından itibaren aileden, hem de toplu yaşamın olduğu okullardan elde edilen bir birikimdir (56).

Günlük yaşantı içinde tüm bireylerin ellerini uykudan uyanınca, tuvaletten çıkınca, yemeklerden önce ve sonra, genital ve anal bölgeye dokununca, hayvanlarla, kirli yüzey ve maddelere temas sonrasında ve yiyeceklerle dokunmadan önce özellikle sabun kullanarak ve temiz suyla mutlaka yıkanması gerekmektedir(57). Özellikle Rota ve Hepatit A virüsleri başta olmak üzere tüm gastroenterik patojenler fekal-oral yolla bulaşmaktadır. Bu patojenlerin başlıca kaynağı kontamine olmuş ellerdir. Bu yüzden el yıkama bu hastalıkları önlemenin ilk koşuludur ve enfeksiyon kontrolünün en önemli ve etkili yolu olarak kabul edilmektedir (58,59)

Çalışmamızda el yıkama alışkanlıkları ile ilgili kimi farklılıklar belirlenmişse de, her iki yerleşim yerinde de kentsel bölgede %95,2; kırsal bölgede %90,4 oranında öğrencilerin en fazla oranda “tuvaletten çıktıktan sonra” ellerini yıkadıkları saptanmıştır.

Bu bulguya benzer şekilde an ve arkadaşlarının Trabzon’da yaptıkları bir araştırmada öğrencilerin en fazla oranda (%98,7) tuvaletten çıktıktan sonra ellerini yıkadıklarını saptamışlardır.(56) Güleç ve arkadaşlarının Ankara’da farklı sosyoekonomik düzeye sahip iki okulda yaptıkları bir çalışmada da, öğrencilerin en fazla “tuvaletten çıktıktan sonra”, ellerini yıkadıklarını(%93) saptamışlardır (60). Bostancı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada öğretmenlerin %90,1’i el yıkama alışkanlığının en önemlisinin “tuvaletten çıktıktan sonra el yıkama” olduğunu belirtmişlerdir (61).

Bu çalışmada da diğer çalışmalar benzer şekilde tuvaletten çıktıktan sonra el yıkama alışkanlığının her iki bölgede yüksek olması oldukça önemli bir bulgudur. Nitekim başta hepatit A olmak üzere fekal-oral yolla bulaşan mikroorganizmaların kontrolünde en etkili yöntemin el yıkama alışkanlığının olduğu bilinmektedir (62).

Çalışmamızda el yıkama alışkanlığı ile ilgili her iki bölgede de en düşük oranlar okuldan eve gelince (kentsel %74,1-kırsal %53) ve dışardan gelince ellerin yıkanması (kentsel %68,6-kırsal %68,1) olduğu saptanmıştır. Bu konuda ailelerle birlikte, öğrencilerin zamanlarının büyük bir bölümünü geçirdikleri okullarda, öğretmenler tarafından bu alışkanlıkların kazandırılması son derece önemlidir.

Çalışmamızda kentsel bölgede yaşayan öğrencilerin kırsal bölge öğrencilerine göre tuvaletten çıktıktan sonra (%95,2 - %90,4) veya okuldan eve gelince el yıkaması (%74,1-%53,0), sabun kullanma durumu (%75,8- %64,2), iç çamaşırı değiştirme sıklığı (%47,0-%28,5) gibi hijyenik alışkanlıklarına daha fazla önem gösterdikleri belirlenmiş, olup bu davranışlar bakımından anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Çan ve arkadaşlarının Trabzon'da yaptıkları çalışmada da benzer şekilde kentsel bölgede yaşayan öğrencilerin (%54,9) kırsal bölge öğrencilerine göre (%50,0) iç çamaşırı değiştirme konusuna daha fazla önem gösterdikleri belirlenmiştir (56).

İstanbul'da sosyoekonomik yönden iki farklı ilköğretim okulunda yapılan bir çalışmada kişisel temizlikte çok önemli bir yere sahip olan el yıkama yeterlilik oranları kentsel bölgedeki öğrencilerde kırsal bölgedeki öğrencilere göre daha yüksek saptanmış yine Ankara'da yapılan bir başka çalışmada da sosyoekonomik yönden iyi düzeyde olan bölgede bulunan okulun öğrencilerinin genel olarak sosyoekonomik yönden daha düşük bölgede bulunan okulun öğrencilerinden daha fazla el yıkama alışkanlığına sahip oldukları ve ellerini daha fazla sayıda yıkadıkları bulunmuştur (60,63).

Doğan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise, fekal kirlenmenin göstergesi olarak kabul edilen koliformlar, 50 ilkokul öğrencisinde incelenmiş ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan grubun anlamlı olarak daha fazla kirlilik gösterdiği bulunmuştur (64).

Bu sonuçlar, kentsel bölgedeki öğrencilerin ailelerinin eğitim düzeylerinin ve ekonomik durumlarının daha yüksek olması ile ilişkili olabilir. Eğitim düzeyi yüksek olan ailelerin çocukları ile daha çok ilgilenmeleri ve kişisel hijyen konusunda ilk eğitim yeri olan aile içerisinde bu eğitimi çocuklarına vermelerinin sonucu etkilemiş olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda kırsal bölgede hijyen kurallarına kentsel bölgeye oranla daha az önem verilmesi annelerin eğitim düzeyi ile ilişkili olabilir. Nitekim kırsal bölgedeki annelerin çoğu ilkokul mezunu ve altı olarak saptanmıştır. Sağlıkla ilgili birçok konuda olduğu gibi el yıkama konusunda da ebeveynlerin, özellikle de annenin eğitim düzeyinin yüksek olması çocukların el yıkama bilgi ve davranışlarının yükselmesinde etkilidir. Annenin eğitim düzeyinin artması çocuğu ile ilgilenme ve iletişim kurma düzeyini arttırarak çocuğuna etkili bir el yıkama davranışını kazandırabileceği söylenebilir. Aynı şekilde eğitim düzeyi düşük olan annenin el hijyeni ile ilgili bilgi düzeyi de düşük olacağından hem çocuğuna yeterli eğitimi veremeyeceği hem de kötü örnek olacağı düşünülebilir. Tüm bu bilgiler değerlendirildiğinde ailenin ve özellikle annenin eğitim durumunun çocukların hijyenle ilgili bilgi ve davranışlarını etkileyen önemli faktörler olduğu söylenebilir.

El yıkama sonrası etkin kurulama işlemleriyle ellerin ıslak kalması önlenmelidir. Aksi takdirde el yıkama ile sağlanan hijyenik yararın yetersiz kalacağı çeşitli çalışmalarda belirtilmiştir(65).

Aydın ilinde gerçekleştirilen bu araştırmada kentsel bölge ilköğretim okulu öğrencilerinin kişisel havluya sahip olma oranı (%74,7), kırsal bölge öğrencilerinininki ile (%71,7) benzerlik göstermektedir. Ankara'da yapılmış bir çalışmada ise erkek öğrencilerin %35,8'inin, kız öğrencilerin ise % 54,8'inin kendilerine ait havlusunun bulunduğu saptanmıştır (66).

El hijyeni denildiğinde, sadece el yıkama değil aynı zamanda elleri yıkarken sabun gibi bir yardımcı madde kullanımının ve yıkama sonrasında da elleri kurutmanın birlikte ele alınması genel kabul gören bir yaklaşımdır. Ellerimiz gün içinde sürekli kirlendikleri için, eller su ve sabunla ovuşturularak iyice yıkanmalıdır(67). Yıkama işlemi sırasında sabun kullanılması yağların erimesini kolaylaştırır ve akan yağlarla birlikte kirler de ortamdan uzaklaşır(68).

Çalışmamızda kentsel bölgedeki ilköğretim okulu öğrencilerinin sabun kullanma sıklığı (%75,8) kırsal bölge okulu öğrencilerin sabun kullanma sıklığından (%64,2) daha yüksek bulunmuştur. Sabun kullanma durumuna göre iki okul arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. İstanbul'da iki ilköğretim okulunda yapılan bir çalışmada ise, öğrencilerin %55,5'nin ellerini su ve sıvı sabunla yıkadıkları tespit edilmiştir (63).

Sivas'ta yapılan bir çalışmada ise, öğrencilerin çoğunun ellerini su ve sabunla ovuşturarak yıkadıkları bulunmuştur(58). Yapılan bir başka araştırmada da, sabunla el yıkamanın ishal riskini % 42-44 oranında azalttığı ve ishalden kaynaklanan bir milyon ölümü engellediği belirtilmiştir (69)

Sabah kalktığımızda gözlerimizde çapak birikir. Bu nedenle sabah kalktığımızda yüzümüzü iyice yıkamamız kişisel hijyen açısından önemli bir uygulamadır(68).Bizim çalışmamızda kentsel bölgede öğrencilerin sabah yüzlerini yıkama sıklığı % 84,4 iken, kırsal bölgede %87,3 olarak saptanmıştır. İstanbul'da iki ilköğretim okulunda yapılan çalışmada, öğrencilerin sabah yüzlerini yıkama oranları oldukça yüksek bulunmuştur(%94,0)(63). Ankara'da yapılan bir çalışmada, erkek öğrencilerin %96,3'ü sabah kalkınca yüzünü yıkadığını belirtirken, bu oran kızlarda % 97,6 olarak bulunmuştur(66).Hem çalışmamızda hem de diğer çalışmalarda tespit edilmiş olan bu yüksek oranlar öğrencilerin önemli bir kişisel hijyen uygulaması olan sabah yüz yıkama konusunda yeterli bilgiye sahip olduklarını düşündürmektedir.

Kişiler mümkün olduğunca sık yıkanmalıdır. Özellikle deri yüzeyinde bulunan mikropların, biriken kir ve diğer bileşiklerin uzaklaştırılması, deri gözeneklerinin ve dökülen yüzeyel hücrelerin atılması için bu uygulama gereklidir. Yıkanma sadece temizlik açısından değil kişilerin psikolojik durumları açısından da önemlidir. Kişilerin kendisini zinde ve mutlu hissetmesini sağlar(68).

Çalışmamızda, kentsel bölgedeki öğrencilerin % 98,9'nun, kırsal bölgede ise % 99,4'nün haftada en az bir kez banyo yaptıkları tespit edilmiştir. İstanbul'da iki ilköğretim okulunda yapılan bir çalışmada öğrencilerin %75'inin haftada en az bir kez banyo yaptıkları saptanmıştır(63). Trabzon'da yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %51,3'ünün haftada iki defadan az, %48,7'sinin ise haftada iki defadan fazla banyo yaptıkları bulunmuştur(56). Sivas'ta yapılan çalışmada, öğrencilerin %50,2'sinin haftada en az bir kez, %48'inin haftada iki yada daha fazla banyo yaptıkları saptanmıştır(65). Yapılan çalışmalarda, genellikle öğrencilerin haftada en az bir kez banyo yaptıkları görülmüştür. Çalışmamızda her iki bölge okulunda da öğrencilerin neredeyse tamamına yakınının haftada en az bir kez banyo yaptıkları tespit edilmiş olup, kırsal ve kentsel bölgeler arasında banyo yapma sıklığı açısından birbirine benzer oranlar bulunmuştur. Bu sonuçlar bize, banyo yapma konusunda bölgemizde ve toplumda genel olarak yüksek düzeyde bir bilinç olduğunu göstermektedir.

5.1.3 AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI

Günümüzde önemli halk sağlığı sorunlarından birisi de, diş sağlığı ile ilgili sorunlardır. Diş ve diş eti hastalıklarından korunmanın tedaviden daha önemli olduğu, korunmanın da en önemli ve kolay yolunun ağız hijyeni olduğu vurgulanmaktadır (56).Çocuklara üç yaşına kadar diş fırçalama alışkanlığı kazandırılmalıdır. Dişler düzenli olarak ve tekniğine uygun biçimde fırçalanmalıdır. Uygun fırça seçildikten sonra dişlerin en az günde iki kez düzenli olarak fırçalanması, fırçalama işleminin en az iki-üç dakika sürmesi gerekir. Diş fırçası kişiye ait bir araçtır. Diş fırçaları en geç altı ayda bir değiştirilmelidir (68).

Araştırmamıza katılan öğrencilerin diş bakımı ile ilgili özelliklerine bakıldığında kentsel bölgede öğrencilerin %3,1'inin, kırsal bölgede ise %6,2'sinin dişlerini hiç fırçalamadıkları saptanmıştır. Diş fırçalama alışkanlığı ile ilgili; İstanbul'da sosyoekonomik yönden farklı iki ilköğretim okulunda yapılan çalışmada öğrencilerin %80,5'i dişlerini düzenli fırçaladıklarını, %2,3'ü ise hiç fırçalamadıklarını belirtmişlerdir (63).

Manisa yapılan okul sağlığı çalışmasında ise öğrencilerin %5,2'sinin dişlerini hiç fırçalamadıkları saptanırken, Konya ilinde yapılan ilköğretim 1. sınıflarda yapılan bir araştırmada öğrencilerin %18,8'inin dişlerini hiç fırçalamadığı saptanmıştır (50,70).

Ankara'da ilköğretim 5. sınıf öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %1,7'si dişlerini fırçalamazken (71), İstanbul'da 370 adolesanda yapılan bir başka çalışmada ise adolesanların %10'unda diş fırçalama alışkanlığının olmadığı saptanmıştır (71,72). Çeşitli çalışmalarda öğrencilerin diş fırçalama sıklıkları arası farklılıklar sosyoekonomik açıdan bölgeler arası farklılıklara ve araştırma gruplarındaki öğrenci yaş dağılımlarındaki değişikliklere bağlanabilir. Genel olarak çalışmamızın sonuçları benzer yaş grubunda yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olup kırsal bölgede dişlerini fırçalamayan çocuk sayısının daha yüksek saptanması ailelerin sosyokültürel düzeyinin bu alışkanlıkta önemli olabileceğini akla getirmektedir.

HBSC 97/98 çalışmasında günde bir kereden fazla diş fırçalama sıklığının ülkelere göre %28-92 arasında değiştiği ve bu oranın yaşla birlikte arttığı saptanmıştır (52).

Çalışmamızda kırsal bölgede öğrencilerin %95,7'sinin kendine ait diş fırçası bulunurken, kentsel bölgede ise yaklaşık tamamının (%99,7) bulunmaktadır. Kentsel bölgede çocukların %91,1'i altı ayda bir kez ve daha sık diş fırçalarını değiştirirken, kırsal bölgede çocukların %89,9'u değiştirmektedir.

İstanbul'da sosyoekonomik yönden farklı iki ilköğretim okulunda yapılan çalışmada öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%96,9) kendisine ait bir diş fırçası olduğu saptanmıştır (63).

Türkiye ağız-diş sağlığı profili çalışmasında 15 yaşındaki çocukların %90,8'inin kendine ait diş fırçası bulunduğu belirlenmiştir (73).

Çalışmamızın sonuçları Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarla genel olarak benzerlik göstermektedir. Kişilerin kendilerine ait bir diş fırçasının olması gerektiği ve diş fırçalarını ortalama altı ayda bir değiştirmeleri gerektiği düşünüldüğünde, sonuçlar öğrencilerin ağız ve diş sağlığı açısından bilgilerini pratiğe geçirdiklerini göstermektedir.

Bu çalışmada araştırmaya katılan öğrencilerin günlük diş bakımının anne baba ve bölge özelliklerine göre ilişkisine bakıldığında; kentsel bölgede okuyan çocukların, anne babası ilkokul üstü eğitime sahip çocukların, annesi çalışan çocukların diş bakımlarının daha düzenli olduğu saptanmıştır.

Manisa'da yapılan okul sağlığı çalışmasında da anne ve babası ilkokul altı eğitime sahip, annesi çalışmayan ve alt sosyal sınıfta yer alan, gecekondu veya kırdan oturan, çocukların düzenli diş fırçalama alışkanlıkları daha düşük olduğu saptanmıştır (50). HSBC çalışmasında da ülke düzeyinde düzenli diş fırçalama alışkanlıkları değerlendirildiğinde, ülkenin gelişmişlik düzeyine göre önemli farklılıklar söz konusudur (52).

Hem bizim çalışmamızda hem Manisa'da yapılan çalışmada sosyokültürel düzeyin yüksek olan çocukların diş bakımlarının daha iyi olması özellikle diş bakımında ailede küçük yaşta edinilen alışkanlıkların çocuğun ileri yaşamındaki sağlık davranışlarında etkili olabileceğini düşündürmektedir.

5.1.4. SİGARA KULLANIMI

Sigara içme davranışı adolesan dönemde başlar. Yapılan çalışmalarda sigara içen yetişkinlerin büyük çoğunluğunun sigara içmeye 19 yaşından önce başladıkları bulunmuştur(74).

Çalışmamızda kentsel bölgedeki çocukların %5,7'sinin, kırsal bölgede %6,4'nün sigara içmeyi en az bir kez denedikleri saptanmıştır. Erkek öğrencilerin sigara içmeyi denemeye ortalama 9,6; kızların ise 10,2 yaşında başladıkları bulunmuştur Araştırmaya katılan erkek öğrencilerin sigarayı deneme oranı %8,7 iken, kızlarda %2,5'dir. Her iki bölgede de yaş artıkça sigara deneme oranlarının arttığı görülmüştür.

Adolesan yaş grubunda çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda da yaşla sigara içme sıklığının arttığı ve erkeklerin kızlara göre daha çok sigarayı denedikleri bulunmuştur. (52,75,76,77,78 ,79 ,80,81)

HBSC 1997/98 raporuna göre 11 yaş grubunda sigarayı deneme oranı her iki cinsiyette %20'den azken, 13 yaş grubunda ülkelere göre % 40-50 ve 15 yaşta % 60-70 düzeylerine çıkmaktadır (52).

Moskova, Helsinki, Tallin'de 13-18 yaş grubu adolesanlarda yürütülen bir çalışmada, yaş gruplarına göre kızlarda sigara içme oranı %17,6-%39,5 arasında değişirken, erkeklerde sigara içme oranının % 27,5-% 35,6 arasında değiştiği bulunmuştur (82).

Erbaydar ve arkadaşlarının 15 ilde 13-17 yaş grubu toplam 6012 kişi ile görüşerek yaptıkları çalışmada, 13-16 yaş grubunda sigarayı denemiş olma oranını erkeklerde %57,5 ve kızlarda %41,1 olarak bulunmuştur (79,83).

Bostancı ve arkadaşlarının 2003 yılında Denizli il merkezinde üç ilköğretim okulunun 6., 7., 8. sınıf öğrencilerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin % 13,3'ünün sigarayı denediği ve bu oranın erkek öğrencilerde (%23,8) kız öğrencilere göre (%3,6) daha fazla olduğu bulunmuştur (84).

Denizli'de gerçekleştirilen bir başka çalışmada, öğrencilerin %35,6'sının sigarayı denediği ve sigarayı denemenin erkeklerde kızlara göre anlamlı derecede fazla olduğu bulunmuştur. Sigara kullanımının yaşla arttığı görülmüştür (85).

Çalışmamız diğer çalışmaların sonuçları ile karşılaştırıldığında, sigarayı deneme bakımından daha düşük oranlar saptanmıştır. Sigarayı denemenin diğer çalışmalara göre düşük saptanmasının nedeni okulların ve ailelerin bu konuda daha bilinçli olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca diğer çalışmalara benzer şekilde sigarayı denemenin erkeklerde ve yaşla arttığı saptanmıştır.

Çalışmamızda erkek öğrencilerin sigara içmeyi denemeye ortalama 9,6, kızların ise 10,2 yaşında başladıkları bulunmuştur.

Manisa'da yapılan okul sağlığı çalışmasında ise, erkek öğrencilerin sigarayı denemeye ortalama 10,8, kızların ise 11,9 yaşında başladıkları bulunmuştur(50).

Erbaydar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sigarayı deneyen çocuklara ilk sigarayı denedikleri yaşlar sorulduğunda %6,9'u 7 veya daha küçük yaşlarda, %6,9'u 8-9 yaşlarında, %15,5'i 10-11 yaşlarında, %32,4'ü 12-13 yaşlarında ve %38,2'si 14 veya daha büyük yaşlarda başladıklarını belirtmişlerdir (83).

Amerika'da gençlerin riskli davranışlarını belirlemek için oluşturulan sürveyans sistemi (Youth Risk Behavior Surveillance YRBSS) çalışması sonuçlarına bakıldığında ise adolesanlar arasında hayatında en az bir kez sigarayı deneme %63,9 olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılanların büyük bir çoğunluğu sigarayı 13 yaşında denediklerini belirtmişlerdir (75).

Çamur ve arkadaşlarının 2002 yılında Ankara’da lise 1. sınıf öğrencilerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin %66,5’inin sigarayı denediğini ve sigarayı deneme yaşının ortalama 11,4 olduğu saptanmıştır (80).

Greenland’da HBSC çalışması kapsamında sigara içme davranışıyla sosyoekonomik değişkenlerin ilişkisine bakılmış, sigara içme davranışının sosyoekonomik özelliklerden çok az etkilendiği, en çok yaşın etkilediği saptanmıştır (86).

Genel olarak ilk sigarayı deneme yaşının çalışmamızda ve diğer çalışmalarda oldukça küçük yaşlarda tespit edilmesi sigara ile ilgili yapılan eğitimlerin küçük yaşlardan itibaren başlaması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Güneş ve arkadaşlarının Malatya’da lise 1. sınıf öğrencilerde yaptıkları çalışmada gelir durumu yüksek olan ailelere sahip olanlarda sigara denemenin daha fazla olduğu bulunmuştur.(87).Güner ve arkadaşlarının Kocaeli’nde adolesanlar üzerinde yaptıkları çalışmada kentsel bölgede yaşayanlarda sigara denemenin daha fazla olduğu ve benzer şekilde Sancak ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada sigara içme prevalansının kentsel alanda %15,7; kırsal alanda %9,9 olduğu saptanmıştır(81,85).Ankara’da gerçekleştirilen bir çalışmada ise bu sonuçların tam tersine sosyoekonomik durumu iyi olan çocukların %9,0’unun, orta-kötü olanların ise %45’inin sigarayı denediği saptanmıştır (80).Çalışmamızda kentsel bölgede sigara deneme oranının kırsal bölgeye oranla daha düşük saptanmasını nedeni kentsel bölgede aileleri sigara konusunda daha bilinçli ve duyarlı davranmalarından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda annesi sigara içen çocuklar %12,2, babası sigara içen %36,9, kardeşi sigara içenler % 3,5, en iyi arkadaşı sigara içenler %1,7 bulunmuştur. Ailede en fazla oranda babaların sigara içmesi özellikle sigarayı denemeye erkek öğrencileri teşvik edebileceğini düşündürmektedir.

Sigara kullanımı ile ilgili olarak, Aydın ilinde iki ilköğretim okulunda gerçekleştirilen bu çalışmada, sigara denemeye erken yaşlarda başladığı ve yaşla arttığı tespit edilmiştir. Dolayısı ile sigara ile yapılan eğitimlerin daha küçük yaşlarda başlaması, özellikle öğretmenlerin ve ailelerinde örnek alınacağı düşünülürse bu kişilere de sigara ile ilgili eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.

5.1.5 FİZİKSEL AKTİVİTE

Fiziksel aktivite her yaşta insan için yaşam kalitesini artırmanın bir yoludur. Erken yaşta kazanılması ve yaşam biçimi haline getirilmesi için fiziksel aktivite uygulamaları erken yaşta kazanılmalıdır (89).

Bu çalışmaya katılan öğrencilerin kentsel bölgede %62,2'si, kırsal bölgede %58,4'ünün haftada 2 gün veya daha fazla; kentsel bölgede %50'sinin kırsalda ise %35,8'inin ise haftada 1,5 saat ve üzeri okul dışında eksersiz yaptıkları saptanmıştır.

Manisa'da yapılan okul sağlığı çalışmasında ise öğrencilerin %47,5'inin haftada 2 gün veya daha fazla; %24,1'inin ise haftada 1,5 saat ve üzerinde eksersiz yaptıklarını saptanmıştır. Ayrıca 13 yaşta düzenli eksersiz yapma 11 yaşa göre 1,57 kat daha fazla bulunmuştur (50).

Düzenli egzersiz yapma durumunun sosyoekonomik düzeyin iyi olması ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (50). Bizim çalışmamızda da, kentsel bölge okulunda okuyan, anne ve babası ilkökul üstü eğitime sahip ve annesi çalışan çocukların daha düzenli fiziksel aktivite yaptıkları saptanmıştır. Ayrıca 7.sınıfların 6.sınıflara oranla daha fazla egzersiz yaptıkları saptanmış olup, yaşla fiziksel aktivite düzeyinin arttığı tespit edilmiştir.

Ulukolu'nun, Ankara'da sosyoekonomik durumları farklı olan iki lisede yaptığı çalışmada, sosyoekonomik düzeyi iyi olduğu bilinen lisedeki öğrencilerin %41'inin düzenli eksersiz yaptıkları belirtilirken, sosyoekonomik düzeyi orta-kötü olan çocukların bulunduğu lisede öğrencilerin %32'sinin düzenli eksersiz yaptıklarını belirtmiştir (90).

HBSC 1998 çalışmasının sonuçlarına bakıldığında birçok ülkede yaş, cinsiyet ve ülke farklılığına rağmen "haftada 2 saat ve üzerinde eksersiz yapma oranı" yüksek olarak bulunmuştur. Ayrıca düzenli eksersiz yapmanın yaşla arttığı bulunmuştur. Ülkelerin farklı düzeylerine örnek olarak Danimarka'da 15 yaş grubundaki erkeklerde "haftada 2 saat ve üzerinde eksersiz yapma oranı", %69 iken bu oran Kuzey İrlanda'da %90 olarak saptanmıştır(52).

2001 ABD Ulusal Genç Risk Davranışı Çalışmasında araştırmaya katılan öğrencilerin %64,6'sı haftada 3 gün veya daha fazla 20 dakikanın üzerinde "soluk soluğa" kalarak eksersiz yaptıklarını belirtmişlerdir (75).

Metintaş ve arkadaşlarının Eskişehir kırsal alanında 9-17 yaş grubu toplam 1191 öğrenci üzerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin %22,4'ünün aktivite düzeylerini hafif, %70,8'inin orta, %6,8'inin ise ağır olarak bulmuşlardır. Yaş arttıkça ağır aktivite gösterenlerin oranında artış olduğunu saptanmıştır (91).

Çalışmamızda kentsel bölgede çocukların %85,7'sinin kırsal bölgede %64,2'sinin fiziksel aktiviteleri sevdiği tespit edilmiştir. Beden eğitimi derslerine katılan çocuklar kentsel bölgede %99,1, kırsal bölgede %93,8 olarak saptanmıştır.

Gerek kentsel gerek kırsal bölgede öğrencilerin yarıdan fazlası fiziksel aktivitelere katılmayı sevdiğini belirtmesine karşın, okul saatleri dışında egzersiz yapan öğrenci sayısının az olduğu görülmüştür. Öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun fiziksel aktiviteyi beden derslerinde yaptıkları tespit edilmiştir. Bu durum beden eğitimi derslerinde öğrencilerin büyüme ve gelişmelerine katkı sağlayacak fiziksel aktivite programlarının önemini ortaya koymaktadır.

5.1.6. SEDANTER YAŞAM (FİZİKSEL İNAKTİVİTE)

Televizyon seyretmek; kilolu olma, fiziksel aktivitenin azalması ve sağlıksız diyet davranışıyla ilişkilidir ve çocukluk çağı obesitesinin en önemli nedenlerindendir (50).

Bu çalışmaya katılan öğrencilerin kentsel bölgede %15,9'unun, kırsalda ise %15,4'ünün hafta içi 4 saat veya üzeri televizyon seyrettiği (sedanter yaşadığı) saptanmıştır. Ayrıca annesi çalışmayan ve baba yaşı 40 yaş üzerinde olan çocukların daha sedanter yaşadığı tespit edilmiştir.

Manisa'da yapılan okul sağlığı çalışmasında ise öğrencilerin %62,0'sinin hafta içi 4 saat veya üzeri, %49,6'sında hafta sonu 4 saat veya üzerinde televizyon seyrettiği saptanmıştır. Ayrıca kent merkez mahallelerinde oturan, anne ve babası ilköğretimli olan, anne-babası batı bölgesi doğumlu olan, annesi gelir getiren bir işte çalışan, kendine ait odası ve bilgisayarlı olan çocukların daha fazla sedanter yaşadıkları görülmüştür (50).

1999 yılında Amerika'da 15,349 lise öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %43,0'ünün hafta içi ortalama 2 saatten fazla televizyon seyrettikleri ve bu çocukların %11,0'inin kilolu, %31,0'inin sedanter ve %76,0'sının günlük daha az sebze ve meyve tükettiği saptanmıştır(92).

1997/1998 HBSC çalışmasında 4 saat veya üzerinde televizyon seyretme ülkelere göre %11-56 arasında değişen oranlarda görülmektedir (52).

2001 ABD Ulusal Genç Risk Davranışı Çalışmasında öğrencilerin %38,3'ünün ortalama bir günde 3 saat veya üzerinde televizyon seyrettikleri bulunmuş, erkek öğrencilerin(%41,8) kız öğrencilere göre (%35,0) daha fazla televizyon seyrettikleri saptanmıştır (75).

Sedanter yaşama durumu açısından çalışmamızın sonuçları yurt içi ve yurt dışında yürütülmüş çalışmaların sonuçları ile karşılaştırıldığında, Aydın'da gençlerde sedanter yaşam

alışkanlıklarının (uzun sürelerde TV izleme alışkanlığının) diğer yapılmış benzer çalışmalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum Aydın ilinin iklim yönünden dört mevsim ılıman olması nedeni ile çocukların boş zamanlarını dışarıda geçirebilmeleri ve diğer aktivitelere daha fazla zaman ayırabilmeleri nedeniyle olabilir. Ayrıca Aydın'ın Türkiye çapında genel olarak sınavlar konusunda başarılı bir il olması çocukların boş zamanlarında televizyon izlemek yerine ders çalışmayı ya da bilgisayar kullanmayı tercih ettiklerini akla getirmektedir

5.2. GİRİŞİM VE KONTROL GRUPLARINDA EĞİTİM SONRASI DÖNEMDE BİLGİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bilgi puanı bakımından kentsel bölgede akranlar ve uzmanlar tarafından verilen eğitimlerin etkinliği değerlendirildiğinde; 6.sınıflarda uzman grubunda ön test bilgi puanı ortalaması $18,72 \pm 3,73$ 'den $21,05 \pm 4,47$ 'e, 8.sınıflarda akran grubunda ön test bilgi puanı ortalaması $19,80 \pm 3,69$ 'den $21,80 \pm 7,09$ 'a yükselmiştir ($p < 0,05$). 7.sınıflarda ise gerek girişim gerek kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir değişiklik tespit edilmemiştir.

Çalışmamızda kentsel bölgede yapılan uzman eğitimleri sonucunda bu eğitimlerin 6.sınıflarda daha başarılı olduğu tespit edilmiştir. 6.sınıflarda uzman eğitimlerinin etkili olmasının nedeni, yaşlarının 7.ve 8.sınıflara göre daha küçük olması nedeniyle verilen eğitimlere daha fazla ilgi göstermelerinden kaynaklanmış olabilir. Akran eğitiminin ise 8.sınıflarda daha etkili olduğu saptanmıştır. 8.sınıflarda akran eğitimlerinin 6.ve 7.sınıflara göre daha başarılı olmasının nedeni 8.sınıfların yaş olarak daha büyük olması nedeni ile seçilen akranların programa daha iyi uyum göstermelerinden kaynaklanmış olabilir. Ayrıca öğrencilerde istenen düzeyde sağlıklı ilgili bilgi ve davranış değişikliği yaratmak için öğrencilerin yanı sıra öğretmen ve velilerin eğitilerek öğrenci eğitimlerine destek olması ve doğru bilgilerin aktarılması son derece önemlidir.

Kontrol gruplarında 7. ve 8. sınıflarda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, bilgi puan ortalamalarında artış tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Bunun nedeni; anket uygulaması sonrasında kontrol gruplarının konu hakkında ilgilerinin ortaya çıkmış olabileceği ve bu konuda bilgi sahibi olan öğretmenlerinden, ailelerinden, yakınlarından veya diğer kaynaklardan bilgi edinmiş olabileceklerini akla getirmektedir. Ayrıca müfredat kapsamında fen bilgisi

derslerinde benzer konuların bulunması da kontrol gruplarında bilgi puanında artışa neden olmuş olabilir. Nitekim ön durum tespit anketleri ders yılı başında uygulanmıştır. Müfredat kapsamında araştırmamız ile ilgili konular fen bilgisi derslerinde ve ders yılının ilk döneminde verilmektedir. Son durum tespit anketleri ise ilk ders yılı sonunda, fen bilgisi derslerinde konular anlatıldıktan sonra uygulanmıştır. Dolayısı ile kontrol grupları da bu eğitimleri aldığından bilgi puanlarında bu yüzden bir artış tespit edilmiş olabilir.

Kırsal bölgede akranlar ve uzmanlar tarafından verilen eğitimlerin etkinliği değerlendirildiğinde; uzman grubunda 6.sınıflarda $15,53 \pm 4,74$ 'den $17,53 \pm 6,61$ 'e, 7.sınıflarda $17,75 \pm 3,93$ 'den $21,58 \pm 3,97$ 'e yükselmiş olup yine 7.sınıflarda akran grubundan da $18,04 \pm 3,43$ 'den $20,79 \pm 6,26$ 'a yükselmiştir ($p < 0,05$). 6. ve 7.sınıflarda verilen eğitimlerde uzman eğitiminin etkili olmasının nedeni, kentsel bölgede olduğu gibi yaşlarının 8.sınıflara göre daha küçük olması nedeni ile anlatılan derslere daha fazla ilgi gösteriyor olmaları olabilir.

8.sınıflarda ise akran ve uzman gruplarında toplam bilgi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da artış saptanırken, kontrol grubunda ise puanlarında azalma saptanmıştır. Sonuç olarak kırsal bölgede 6.sınıflarda uzman grubunda 7.sınıflar da her iki girişim grubunda yapılan eğitimler diğer sınıflara göre daha başarılı bulunmuştur.

Sivas'ta yapılan bir çalışmada, ilköğretim öğrencilerine yapılan eğitimden sonra girişim grubunda özellikle ikinci eğitim sonrasında bilme oranlarındaki artış dikkat çekici bulunmuştur. Ancak yaptığımız çalışmada olduğu gibi herhangi bir eğitim yapılmayan kontrol grubunda da girişim grubundaki kadar olmasa da, bilgi düzeylerinde artış söz konusudur (93). Yine Balıkesir'de sigara konusunda öğrencilerle yapılan bir çalışmada da herhangi bir eğitim verilmeyen grupta sigara ile ilgili bilgi sorularında artış saptanmıştır (94). Yiğit ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ilköğretim öğrencilerine verilen beslenme eğitiminin öğrencilerin bilgi düzeyini arttırdığı tespit edilmiştir (95).

Girişim grubunda kontrol grubuna göre toplam bilgi puanında önemli farklılıkların saptanmamış olması araştırmanın sınırlılıkları bölümünde de belirtildiği gibi eğitim sürecinin daha uzun olmasının gerekliliği nedeniyle olabilir. Ayrıca çalışmaya alınan şubelerin rastgele seçilmesi nedeni ile şubelerin bazılarının özellikle bilgi düzeylerinin diğer şubelere göre yüksek olması (şubeler arasında standardizasyon bulunmaması) eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanlarını etkilemiş olabilir. Bunun dışında müfredat kapsamında fen bilimleri derslerinde de benzer konuların işlenmesi öğrencilerin bilgi puanları üzerine etki etmiş olabilir.

5.3. GİRİŞİM VE KONTROL GRUPLARINDA EĞİTİM SONRASI DÖNEMDE DAVRANIŞ DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırmamızın bu bölümünde ilköğretim 6. 7. ve 8. sınıflarda okuyan toplam 555 öğrenciye sağlıklı beslenme, kişisel bakım ve hijyen, ağız diş sağlığı, sigara ve sağlığa zararları, fiziksel aktivite ve sedanter yaşam konularında uzman ve akran eğitimleri yoluyla verilen eğitimlerin sağlık davranışlarına etkileri değerlendirilmiştir.

5.3.1.BESLENME DURUMU

Kentsel bölgede beslenme ile ilgili davranış düzeyleri değerlendirildiğinde; uzman ve akran eğitimleri uygulanan gruplarda genel olarak olumlu davranış düzeylerinde artma olduğu tespit edilmiştir. Uzman grubunda yeterli düzeyde sebze tüketimi eğitim öncesinde %28,6 iken eğitimler sonrasında %44,8'e, haftada 3 gün veya her gün kuru baklagil tüketimi ise %18,2'den %30,3'e yükselmiştir ($p<0,05$). Akran grubunda ise her gün ekmek ve tahıl ürünleri tüketen çocukları sayısı %81,0'dan %94,0'a yükselmiştir ($p<0,05$).

Kırsal bölgede beslenme ile ilgili davranış düzeyleri değerlendirildiğinde uzman grubunda genel olarak tüm sorularda olumlu davranışlarda artış saptanmıştır. Uzman grubunda her gün akşam yemeği yiyen çocukların sayısı eğitimler öncesinde %85,2 iken eğitimler sonrasında %98,1'e; her gün meyve yiyen çocukların sayısı da %59,3'den %78'e yükselmiştir ($p<0,05$). Akran grubunda ise her gün sebze tüketen çocukların sayısı da %25,8'den %48,5'e yükselmiştir ($p<0,05$).

Gerek kentsel gerek kırsal bölgede genel olarak tüm sorularda olmasa da kontrol gruplarında öğrencilerin davranış düzeylerinde olumlu gelişme tespit edilmemiştir.

Kentsel bölgede eğitimler sonrasında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, hafta sonu her 2 gün kahvaltı yapan öğrenci oranının uzman grubunda %89,6'dan %93,4'e, akran grubunda ise %87,4'den %91,3'e yükselmesi önemli bir bulgudur.

Kırsal bölgede de eğitimler sonrasında hafta sonu kahvaltı yapan öğrenci oranı uzman grubunda %83,9'dan %89,3'e, akran grubunda %87,9'dan %89,4'e; her gün öğle yemeği yiyen çocukların sayısı da uzman grubunda %81,7 'den %91,7'e, akran grubunda %78,5'den %86,2'ye; her gün süt ve süt ürünleri tüketen çocukların sayısı uzman grubunda %40,0'dan %48,0'a yükselmesi, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da önemli bulgulardır.

Akar ve arkadaşlarının kahvaltı ve önemi konusunda, ilköğretim öğrencilerine yönelik hazırlanan ve “çocuktan çocuğa eğitim yöntemi” ile verilen eğitim sonucunda, müdahale grubundaki öğrencilerin bilgi ve davranış düzeylerinde artış olduğu tespit edilmiştir (96). Geçkil ve arkadaşlarının Malatya’da yaptıkları çalışmada adölesanlara verilen beslenme eğitiminin, adölesanların beslenmeye yönelik davranışlarını genel olarak olumlu yönde değiştirdiği tespit edilmiştir (97). Benzer şekilde, Auld, Romaniello, Heimendinger ve arkadaşlarının beslenmeyle ilgili sağlığı geliştirme çalışması sonrasında, müdahale grubundaki öğrencilerin beslenmeye ilişkin bilgi, tutum ve öz etkinliklerinde önemli bir artış olduğu saptanmıştır(98).Story ve arkadaşları da 7. ve 8. ci sınıflara akran eğitimi yolu ile beslenme eğitimi uygulamışlar ve olumlu sonuçlara ulaşmışlardır (99).

Her ne kadar istenilen düzeyde olmasa da; bu araştırmada da diğer çalışmalara benzer biçimde beslenme ile ilgili eğitimler sonrasında olumlu davranışlarda artış saptanmıştır. Eğitim yaklaşımı her zaman kısa süreli sonuçlar göstermeyebilir. Ayrıca eğitim süresi, akran eğitimcilerden kaynaklanan nedenler, ailevi ve sosyoekonomik nedenler, sınıflar arası düzey farklılıkları eğitimlerden elde edilebilecek başarıyı etkileyebilecek faktörler olarak değerlendirilebilir. Öğrencilerin sağlık davranışlarındaki az da olsa olumlu değişimlerin yaşamın ileri dönemlerinde sorunları azaltmada etkisi olabilir.

Her türlü alışkanlıkların öncelikle aile içinde başladığı sonra da okullarda davranışa dönüştürüldüğü dikkate alındığında, önce ailede sonra da okulda yapılacak etkin beslenme eğitimine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

5.3.2. KİŞİSEL BAKIM VE HİJYEN

Kişisel hijyen kurallarının davranışa dönüştürülmesi bakımından en önemli dönem ilköğretim çağıdır. Çünkü kişisel hijyen davranışlarının küçük yaşlarda davranışa daha kolay dönüştürülebileceği bir gerçektir (56). Çocuklar anne ve babalarından öğrendikleri sağlık bilgilerinin üzerine okulda öğrendiklerini ekleyerek, sağlıklı bir birey olma yolunda ilk adımı atarlar (100). Kişisel hijyen alışkanlıklarının okul çağında doğru şekilde verilmesi kişinin ileriki yıllarda sağlığını doğrudan etkileyecektir (65).

Çalışmamızda kentsel bölgede girişim ve kontrol gruplarının hijyen ve kişisel bakım ile ilgili davranış düzeyleri değerlendirildiğinde uzman ve akran gruplarında genel olarak tüm sorularda davranış düzeylerinde olumlu yönde artış olmasına rağmen aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür($p>0,05$). Kırsal bölgede uzman grubunda genel olarak tüm sorularda davranış düzeylerinde olumlu yönde artış saptanmış yemeklerden önce ellerini yıkayan öğrenci oranı eğitimler öncesinde %77,0 iken eğitimler sonrasında %90,2’ye yükselmiştir ($p<0,05$).Akran grubunda da genel olarak tüm sorularda davranış düzeylerinde

olumlu yönde artış gözlenmiş olup, haftada 1 kez tırnaklarını kesen çocukların sayısı %68,7'den % 82,1'e yükselmiştir ($p<0,05$).

Isparta'da kırsal okulda yapılan çalışmada da hijyen eğitimi sonucunda çalışmamıza benzer şekilde haftada bir kez tırnaklarını kesen, yemekten önce ve sonra ellerini yıkayan çocukların sayısında artış saptanmıştır(101).

Verilen eğitimler sonucunda her ne kadar olumlu davranışlarda artış saptansa da, anlamlı fark saptanmamasının nedeni eğitim öncesinde de öğrencilerin bazı kişisel hijyen davranış düzeylerinin iyi olması sebebiyle olabilir. Aydın ilinin Türkiye'nin batısında bir olması nedeniyle öğrencilerin sosyokültürel açıdan kişisel hijyen davranışlarının diğer bölgelerle kıyasla daha yüksek düzeyde tespit edilmiş olması ile sonuçlanmış olabilir.

Hastalıkların oluşmasını önlemek için yapılması gereken davranışların başında gelen kişisel hijyen uygulamalarının geliştirilmesinin gerekli olduğu bilinmektedir. Sağlığın korunmasında önemli yeri olan kişisel hijyen davranışlarını geliştirmek için, kişilerin erken yaşta bilinçlendirilmesi son derece önemlidir. Kişisel hijyenin topluma tanıtılması, ailelerin, öğretmenlerin ve çocukların bilgilendirilmesi sonucunda birçok hastalığın görülmesi ve yayılımı önlenilecektir. Bu nedenle okullarda çocuklara, ebeveynlere ve öğretmenlere yönelik hijyen eğitim programları düzenlenmesi uygun bir yaklaşım olacaktır. Bu çalışma öğrenci merkezli bir çalışma olması itibarıyla ebeveyn ve öğrenci eğitimleri yapılmamıştır. Bu eğitimlerin özellikle temizlik uygulamalarında sorunları olan sosyoekonomik düzeyi düşük bölgelerde daha kapsamlı ve uzun süre verilmesi gerekmektedir.

5.3.3 AĞIZ DIŞ SAĞLIĞI

Ağız dış sağlığının sağlıkta önemli bir yeri vardır. Türkiye'de ağız dış sağlığı ile hastalıkların görülme sıklığının yüksek olması bu konuya gereken önemin verilmediğini göstermektedir. Çocuklara evde ve okulda verilecek ağız dış sağlığı eğitimleri ile doğru sağlık davranışları kazandırılarak diş çürükleri önlenilebilir(102).

Yapılan eğitimler sonucunda; kentsel bölgede girişim ve kontrol gruplarının ağız dış sağlığı ile ilgili davranış düzeyleri değerlendirildiğinde uzman grubunda genel olarak tüm sorularda davranış düzeylerinde olumlu yönde artış olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır($p>0,05$). Akran grubunda ise uzman grubunda olduğu gibi genel olarak tüm sorularda davranış düzeylerinde olumlu yönde artış görülmüş olup günde en az iki kez diş fırçalayan öğrenci oranı eğitimler öncesinde % 49,1 iken eğitimler sonrasında % 69,8'e ve 6 ayda bir kez veya daha sık diş fırçası değiştiren öğrencilerin oranı da % 89,5'den % 98,9'a yükselmiştir ($p<0,05$).

Kırsal bölgede ise uzman ve akran gruplarında genel olarak tüm sorularda davranış düzeylerinde olumlu yönde artış gözlenmiş olup, uzman grubunda günde en az 2 kez diş fırçalayan çocuk sayısı %52,5'den %72,1'e yükselmiştir ($p<0,05$).

Şanlıer ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde öğrencilere verilen ağız diş sağlığı eğitiminin öğrencilerin günlük diş fırçalama sayısında, diş fırçası değiştirme sıklığında etkili olduğunu bulmuşlardır (103).

Her iki bölgede de günde en az iki kez diş fırçalayan çocuk sayısında eğitimler sonrası anlamlı artış kaydedilmesi, diş fırçalama ile uygulamalı eğitimlerin öğrencileri motive etmesi bakımından önemli olduğunu göstermektedir. Ayrıca ağız diş sağlığı konusunda akran etkisinde önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Kırsal bölgede 6 ayda bir kez veya daha sık diş fırçası değiştiren çocuk sayısında istenilen oranda artış sağlanamamasının nedeni sosyo ekonomik yetersizliklerden kaynaklanmış olabilir. Nitekim kırsal bölgede çalışmayan baba oranı (%3,2) ve anne oranı (%92,6) bu oranlar kentsel bölge oranlarından düşüktür (%1,2-%64,9).

5.3.4 FİZİKSEL AKTİVİTE

Kentsel bölgede girişim ve kontrol gruplarının fiziksel aktivite ile ilgili davranış düzeyleri değerlendirildiğinde uzman grubunda olumlu davranışlarda okul saatleri dışında egzersiz yapma sıklığı ve süresi yönünden anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Akran grubunda ise genel olarak tüm sorularda olumlu fiziksel aktivite davranışlarda artış tespit edilse de anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kırsal bölgede uzman grubunda fiziksel aktivite davranış düzeylerinde olumlu yönde artışlar tespit edilmesine karşın anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Akran grubunda ise girişim sonrasında beden eğitimi derslerine katılan ve fiziksel aktiviteleri seven çocukların sayısında artış tespit edilmesine rağmen anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Her iki bölgede de fiziksel aktivite ile ilgili olumlu davranışlarda istenilen yönde değişimler sağlanamamasının nedeni; ilköğretimde okuyan çocukların yüklü eğitim ve sınav programları nedeni ile fiziksel aktivite ve spor için okul dışında yeterli zamanı ayıramamaları nedeni ile olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

“Aydın’da iki ilköğretim okulunda okul sağlığı hizmetleri ve yeni bir model geliştirilmesi” isimli bu çalışma Aydın il merkezi sınırları içerisinde sosyoekonomik durumu kötü olan kırsal bir ilköğretim okulu ile iyi olan kentsel bir ilköğretim okulunda gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin girişim öncesi beslenme ile ilgili sağlık davranışları incelendiğinde; kentsel bölgede en fazla atlanan öğünün öğle yemeği (%65,4), kırsal bölgede ise sabah kahvaltısı olduğu saptanmıştır (%72,3). Her iki bölgede de en az atlanan öğün akşam yemeği (kentsel bölge %95,7- kırsal bölgede %89,3) olup, genel olarak tüm öğünlere bakıldığında kentsel bölgede öğün atlama davranışının, kırsal bölgeye oranla daha yaygın olduğu görülmüştür.

Çalışmada araştırmaya katılan öğrencilerde en az tüketilen besin maddelerinin et-et ürünleri ile kuru baklagil grubu olduğu tespit edilmiştir. Kentsel bölgede kuru baklagil tüketme sıklığı %27,2 iken, et tüketimi %13,7 olup, kırsal bölgede ise bu oranlar sırasıyla % 30,6 ve %10,3’dür.

Araştırmaya katılan öğrencilerin düzenli beslenme durumu sorgulandığında, hem kırsal hem kentsel bölgede öğrencilerin yaklaşık yarısının (kentsel bölgede %48,3-kırsal bölgede %52,3) düzenli beslendiği saptanmıştır. Anne ve babası 40 yaş ve altında olan, anne ve babası ilkokul altı eğitilmiş olan, annesi çalışmayan, kırsal bölgede okuyan çocukların daha düzenli beslendikleri görülmüş olup anne yaşı 40 yaş ve altında olanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan öğrencilerin girişim öncesi hijyen ile ilgili sağlık davranışları incelendiğinde; öğrencilerin en fazla “tuvaletten çıktıktan sonra” ellerini yıkadıkları saptanmıştır. Kentsel bölgede yaşayan öğrencilerin kırsal bölge öğrencilerine göre tuvaletten çıktıktan sonra (%95,2 - %90,4) veya okuldan eve gelince el yıkaması (%74,1-%53,0), sabun kullanma durumu (%75,8-%64,2), iç çamaşırı değiştirme sıklığı (%47,0-%28,5) gibi hijyenik alışkanlıklarına daha fazla önem gösterdikleri belirlenmiş, olup bu davranışlar bakımından anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışmamızda, her iki bölgede öğrencilerin neredeyse tamamına yakının (kentsel bölgedeki öğrencilerin % 98,9'nun, kırsal bölgede ise % 99,4'nün) haftada en az bir kez banyo yaptıkları tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin diş bakımı ile ilgili özelliklerine bakıldığında; kentsel bölgede öğrencilerin %3,1'inin, kırsal bölgede ise %6,2'sinin dişlerini hiç fırçalamadıkları saptanmıştır.

Kırsal ve kentsel bölge arasında diş fırçalama durumu, diş fırçalama ve diş fırçası değiştirme sıklığı bakımından herhangi bir anlamlı fark saptanmamakla ($p>0,05$) birlikte, kendine ait diş fırçası olan öğrencilerin sayısı kentsel bölge okulunda daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Anne veya babası ilköğretim ve üstü eğitime sahip çocukların diş bakımlarının daha düzenli olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışmada kırsal bölgede sigara içmeyi deneme oranının (%6,4) kentsel bölgeye göre (%5,7) yüksek olduğu görülmekle birlikte, kırsal ve kentsel bölge arasında sigara içmeyi deneme bakımından herhangi bir anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Araştırmaya katılan tüm erkek öğrencilerde sigara deneme yaşı ortalama $9,67\pm3,00$ olup, kızlarda $10,20\pm2,95$ 'dir. Erkek öğrencilerin sigara içmeyi denemeye, kızlardan daha önce başladığı, her iki bölgede de yaş artışı ile sigara içmeyi denediğini belirten öğrencilerin arttığı saptanmıştır. Kırsal ve kentsel bölge okulunda okuyan öğrencilerin sigara ile ilgili bilgi düzeyleri bakımından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan öğrencilerin kentsel bölgede %62,2'si, kırsal bölgede %58,4'ünün haftada 2 gün veya daha fazla; kentsel bölgede %50'sinin kırsalda ise %35,8'inin ise haftada 1,5 saat ve üzeri okul dışında egzersiz yaptıkları saptanmıştır. Kentsel bölge okulunda okuyan ve annesi ilköğretim ve üstü eğitilmiş çocukların; kırsal bölgede okuyan ve annesi ilköğretim altı eğitilmiş olan çocuklara göre daha düzenli fiziksel aktivite yaptıkları tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Gerek kırsal gerek kentsel bölgede öğrencilerin çoğunun (yaklaşık %70,0 ve üzeri) fiziksel aktiviteleri sevdiğini belirtmesine karşın okul saatleri dışında egzersiz yapma durumu nispeten düşük bulunmuştur.

Öğrencilerin kentsel bölgede %15,9'unun, kırsalda ise %15,4'ünün hafta içi 4 saat ve üzeri televizyon seyrettiği (sedanter yaşadığı) saptanmıştır. Ayrıca annesi çalışmayan ve baba yaşı 40 yaş üzerinde olan çocukların daha sedanter yaşadığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda bilgi puanı bakımından kentsel bölgede akranlar ve uzmanlar tarafından verilen eğitimler sonucunda; 6.sınıflarda uzman grubunda ön test bilgi puanı ortalaması $18,72\pm3,73$ 'den $21,05\pm4,47$ 'e, 8.sınıflarda akran grubunda ön test bilgi puanı ortalaması

19,80±3,69'den 21,80±7,09'a yükselmiştir ($p<0,05$). Kentsel bölgede yapılan eğitimler sonucunda uzman eğitimlerinin 6.sınıflarda, akran eğitimlerinin ise 8.sınıflarda daha etkili olduğu saptanmıştır.

Kırsal bölgede eğitimler sonucunda; öğrenci bilgi puanlarının uzman grubunda 6.sınıflarda 15,53±4,74'den 17,53±6,61'e, 7.sınıflarda 17,75±3,93'den 21,58±3,97'e, akran grubundan ise 7.sınıflarda 18,04±3,43'den 20,79±6,26'a yükseldiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). 6.sınıflarda uzman grubunda, 7.sınıflarda her iki girişim grubunda yapılan eğitimlerin diğer sınıflara göre daha başarılı olduğu bulunmuştur. Her iki bölgede de uzman eğitiminin 6.sınıflarda diğer sınıflara göre daha başarılı olduğu tespit edilmiştir.

Kentsel bölgede girişim ve kontrol gruplarında eğitim öncesi ve sonrası dönemde davranış düzeyleri karşılaştırıldığında; uzman grubunda yeterli düzeyde sebze tüketimi eğitim öncesinde %28,6 iken, eğitimler sonrasında %44,8'e, haftada en az 3 gün kuru baklagil tüketimi ise % 18,2'den % 30,3'e yükselmiştir ($p<0,05$). Akran grubunda ise her gün ekmek ve tahıl ürünleri tüketen çocukların oranı % 81,0'dan % 94,0'a yükselmiştir ($p<0,05$).

Kırsal bölgede beslenme ile ilgili davranış düzeyleri değerlendirildiğinde, uzman grubunda her gün akşam yemeği yiyen çocukların oranı eğitim öncesinde %85,2 iken, eğitim sonrasında %98,1'e; her gün meyve yiyen çocukların oranı da %59,3'den %78,0'e yükselmiştir ($p<0,05$). Akran grubunda ise her gün sebze tüketen çocukların oranı da %25,8'den %48,5'e yükselmiştir ($p<0,05$).

Kentsel bölgede girişim ve kontrol gruplarının hijyen ve kişisel bakım ile ilgili davranış düzeyleri değerlendirildiğinde uzman ve akran gruplarında genel olarak tüm sorularda davranış düzeylerinde olumlu yönde artış olmasına rağmen aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Kırsal bölgede uzman grubunda genel olarak tüm sorularda davranış düzeylerinde olumlu yönde artış saptanmış, yemeklerden önce ellerini yıkayan öğrenci oranı eğitimler öncesinde %77,0 iken, eğitimler sonrasında %90,2'ye yükselmiştir ($p<0,05$). Akran grubunda da genel olarak tüm sorularda davranış düzeylerinde olumlu yönde artış gözlenmiş olup, haftada 1 kez tırnaklarını kesen çocukların oranı %68,7'den % 82,1'e yükselmiştir ($p<0,05$).

Yapılan eğitimler sonucunda ağız diş sağlığı ile ilgili davranış düzeyleri değerlendirildiğinde; kentsel bölgede uzman grubunda genel olarak tüm sorularda davranış düzeylerinde olumlu yönde artış olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Akran grubunda ise uzman grubunda olduğu gibi genel olarak tüm sorularda davranış düzeylerinde olumlu yönde artış görülmüş olup, günde en az iki kez diş

fırçalayan öğrenci oranı eğitimler öncesinde % 49,1 iken eğitimler sonrasında % 69,8'e ve 6 ayda bir kez veya daha sık diş fırçası değiştiren öğrencilerin oranı da % 89,5'den % 98,9'a yükselmiştir ($p<0,05$).

Kırsal bölgede ise uzman ve akran gruplarında genel olarak tüm sorularda davranış düzeylerinde olumlu yönde artış gözlenmiş olup, uzman grubunda günde en az 2 kez diş fırçalayan çocukların oranı %52,5'den %72,1'e yükselmiştir ($p<0,05$).

Yapılan eğitimler sonucunda her iki bölgede fiziksel aktivite ile ilgili olumlu davranışlarda artış olsa da anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

6.2 ÖNERİLER

1. Beslenme problemlerinin yaygın olduğu okul çağı çocuklarda beslenme eğitimine ağırlık verilmelidir. Okul ortamı elde edilen doğru bilgilerin uygulandığı bir yer olarak düzenlenmelidir. Bundan dolayı okul kantinleri sık sık denetlenerek, kantinlerde sağlıklı besinlerin satılması sağlanmalıdır. Fast food türü yiyecekler içerdikleri yüksek karbonhidrat ve yağ nedeniyle satışı sınırlandırılmalı, daha besleyici besinlerin satışı sağlanmalıdır. Okul kantininde satılan çikolata-gofret, cips, asitli içeceklerin kahvaltı yapma alışkanlığı üzerinde olumsuz etki yaratacağı unutulmamalıdır.
2. Yeterli ve dengeli beslenen sağlıklı toplumların oluşabilmesi için okul idaresiyle aile arasında işbirliği sağlanmalı, sabah kahvaltı programları oluşturulmalıdır. Beslenme programları tekrar gözden geçirilmeli ve tüm sınıflarda olumlu beslenme alışkanlıkları kazandırmaya yönelik uygulamalar artırılmalıdır.
3. Bu çalışmada öğrencilerin fiziksel aktiviteler katılım durumunun özellikle kırsal bölgelerde çoğunlukla beden eğitimi dersleri ile sınırlı kaldığı saptanmıştır. Fizik aktivitenin artırılması için beden eğitimi derslerinin saatlerinin artırılması, beden eğitimi derslerinde çocukların ilgi duydukları spor alanları belirlenip çocuğun düzenli sportif faaliyetlere katılımı sağlanmalıdır. Öğrencilerin okul dışı fizik aktivitelere katılımı teşvik edilmeli, öğrencilere uygun fizik aktivite programları ve uygulama yerleri oluşturulmalıdır.
4. Özellikle kırsal bölgelerde hijyen ve ağız diş sağlığını geliştirmeye yönelik programlara ağırlık verilmeli çocuklara örnek olmaları bakımından ebeveyn eğitimleri üzerinde önemle durulmalıdır.

5. İlk kez sigara içmeyi deneme yaşı ortalaması oldukça düşük olduğundan, sigara ile ilgili eğitimlere deneme yaşından önceki yaşlarda başlanmalıdır. Bunun için geniş kapsamlı eğitim çalışmaları düzenlenmeli ve bu eğitim çalışmaları rutin olarak devam etmelidir.
6. Sigara ve sağlığa zararları konularının okullardaki müfredat programı içine yerleştirilmeli öğretmenlerin hizmet içi eğitimleri ile konu üzerinde önemle durmaları sağlanmalıdır
7. Sağlığın geliştirilmesinde en önemli faktörlerden birisi olan sağlık eğitimlerine ağırlık verilmeli, bu eğitimler öğrencilerin yetiştirilmesinde aktif rol oynayan ebeveyn ve öğretmenleri de kapsamalı, istendik sağlık davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesi amacıyla eğitim programları rutin olarak uygulanmalıdır. Bu konuda; okul sağlığı ile ilgili sağlıkçılar, aile, öğretmen ve okul yönetimi arasında işbirliği sağlanmalı, bireylerin önceliklerine göre sağlık eğitim programları oluşturulmalı, medya ve diğer toplu iletişim araçları kullanılarak daha bilinçli toplumlar oluşturma yönünde çaba gösterilmelidir.
8. Sağlık eğitiminin verildiği derslerde Milli Eğitim Müdürlüklerinin Sağlık İşleri Bölümü ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitim şubeleriyle işbirliği yapılarak gerekli materyaller sağlanmalı ve dersler görsel olarak zenginleştirilmelidir.
9. Bu çalışma sonuçları okul sağlığı hizmetlerinin iyileştirilebilmesi ve geliştirilebilmesi için akran ve uzman eğitimlerinden yararlanılabileceğini göstermektedir. Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı okullarda yürütülen temel eğitim programlarına akran ve uzman eğitimleri gibi farklı eğitim modellerinin katılması öğrencilerin bilgi düzeyleri ile davranış biçimleri üzerine katkı sağlayacaktır. Uzman ve akran eğitim programlarının Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve okul yönetimi ile işbirliği içinde uygulanması yararlı olacaktır.
10. Akran eğitiminin yararlı olabilmesini sağlamak için eğitim sürecinin uzun tutulması gereklidir. Öğrencilerin birbirlerini ve çevrelerini eğitmeleri için bu süreç içerisinde yarışmalar, afiş, broşür gibi öğrencilerin dikkatini çekici ve destekleyici çalışmalar yapılmalıdır.
11. Akran eğitimi programlarında gönüllü öğrencilerin seçiminde özellikle verilen eğitimi aktarabilecek yetenekte öğrenciler seçilmelidir.
12. Sağlıkla ilgili uzman eğitimlerine daha küçük sınıflarda yer verilmeli, ileri sınıflarda akran eğitimleri yoluyla istendik sağlık davranışları kazandırılmalıdır.

ÖZET

AYDIN'DA İKİ İLKÖĞRETİM OKULUNDA OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE YENİ BİR MODEL GELİŞTİRİLMESİ

Okul dönemi yaşam süreci içerisinde önemli bir dönemi oluşturur ve 6 ile 19 yaş arasını kapsar. Ülkelerin kalkınmışlık düzeyinin belirlenmesinde önemli rolü olan sağlıklı insan gücü, çocukluktan itibaren sağlığının bilincinde olan, sağlığını koruyan ve sağlığı bozulduğunda fark eden bireylerin yetiştirilmesi ile mümkündür. Bu nedenle, okul dönemi geleceğin toplumunu oluşturma bakımından çok önemli bir dönemdir.

Bu çalışmanın amacı, iki ilköğretim okulunda okuyan 10-14 yaş arası öğrencilere beslenme, hijyen, ağız diş sağlığı, sigara ve fizik aktivite konularında farklı eğitim modelleri uygulayarak öğrencilerin sağlık davranışı ve bilgi düzeyi üzerine etkisinin incelenmesidir.

Araştırma Aydın'da Merkeze bağlı biri kırsal, biri kentsel bölgede yer alan iki ilköğretim okulunda gerçekleştirilmiş müdahale tipinde bir araştırmadır. Araştırmaya dahil edilen okulların 6.7.8. sınıflardan 3'er şube sınıflara göre tabakalandırılarak basit rastgele örneklem metoduyla seçilmiş, her sınıftan bir şube uzman, bir şube akran, bir şube kontrol grubu olarak belirlenerek müdahale grupları oluşturulmuş, çalışma 555 öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir. Öğrencilere eğitimler öncesi ve sonrasında anket uygulanmıştır. Araştırma verileri SPSS 11.5 programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmada kentsel bölgede 6.sınıf uzman grubunda ön test bilgi puanı ortalaması $18,72 \pm 3,73$ 'den $21,05 \pm 4,47$ 'e, 8.sınıf akran grubunda ön test bilgi puanı ortalaması $19,80 \pm 3,69$ 'den $21,80 \pm 7,09$ 'a yükselmiştir ($p < 0.05$). Kırsal bölgede ise uzman grubunda 6.sınıflarda $15,53 \pm 4,74$ 'den $17,53 \pm 6,61$ 'e, 7.sınıflarda $17,75 \pm 3,93$ 'den $21,58 \pm 3,97$ 'e; akran grubundan ise 7.sınıflarda $18,04 \pm 3,43$ 'den $20,79 \pm 6,26$ 'ya yükseldiği tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Ayrıca akran gruplarında gerek kentsel gerek kırsal bölgede öğrencilerin düzenli diş bakımı oranlarında anlamlı düzeyde artış kaydedilmiştir ($p < 0.05$).

Araştırmamızda ilköğretim 6. 7 ve 8.sınıf öğrencilerinin seçilen konularla ilgili bilgi ve davranış düzeylerinin akran ve uzman eğitim modelleri uygulanarak kısmen de olsa artırılabilceği gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: Okul sağlığı, Öğrenci, Sağlık eğitimi, Akran eğitimi

SUMMARY

SCHOOL HEALTH SERVICES AT TWO PRIMARYSCHOOLS AND TO DEVELOP A NEW MODEL IN AYDIN

School period forms an important period within school term in life time and covers between 6 and 9 ages. The healthy man power that has an important role for the development level of the countries, is possible with to grow up the people who keeps their health, recognizes when it becomes ill and comprehends their health since their childhood. With this reason school term is a very important term because of consisting the future public.

The aim of this study is, to examine the health behaviour and knowledge of the 10-14 age group of students by using different education models about subjects such as, hygiene, dental health, cigarette and physical activity.

The study which was done at two primaryschools in Aydın, one in the rural and the other in the urban area, was an intervention study. Three branches from each 6th, 7th and 8th classes were selected by simple random and stratified sampling methods, from each class one branch was chosen as specialist, one branch was chosen as peer and one branch was chosen as control group, to involve intervention groups and the study was done on 555 students. Questionnaire forms were involved to the students before and after the survey. The data of the survey was assessed using SPSS 11.5 programme.

In this study, in the urban area at 6th class specialist group pretest knowledge score average increased from $18,72 \pm 3,73$ to $21,05 \pm 4,47$, at 8th class peer group pretest knowledge score average increased from $19,80 \pm 3,69$ to $21,80 \pm 7,09$ ($p < 0.05$). In rural area in specialist group at 6th classes it was increased from $15,53 \pm 4,74$ to $17,53 \pm 6,61$, at 7th classes $17,75 \pm 3,93$ to $21,58 \pm 3,97$, in peer group at 7th classes $18,04 \pm 3,43$ to $20,79 \pm 6,26$ ($p < 0.05$). Besides this in peer groups the level of the regular dental care both in the rural and the urban area increased ($p < 0.05$).

In our study it was shown that in the primary school's of 6th, 7th and 8th class students behaviour and knowledge level can be increased using peer and specialist education models about the selected subjects.

Keywords: School Health, Student, Health Education, Peer Education

9.KAYNAKLAR

1. Pekcan H. Okul sağlığı. Bertan M, Güler Ç(ed.ler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler, 2. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 1997: 210-224.
2. <http://www.tuik.gov.tr/veribilgi> 10.10.2008.
3. Mili Eğitim Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Türkiye Eğitim İstatistikleri 2007 - 2008, Ankara.
4. Bilgel N. Okul Sağlığı. Dirican R, Bilgel N.(ed.ler), Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), Yayın no:70, Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi,1993: 405- 428.
5. Güler G. Kubilay G. Bir ilköğretim okulu öğrencilerinin fiziksel bakım sorunlarının belirlenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004,26(2): 60- 65.
6. Şahin F. Okul sağlığı. STED, 2000, 9(6): 210- 212.
7. Croghan E. Johnson C. Occupational health and school health: a natural alliance? Nursing and health management service and policy. Journal of Advanced Nursing, 2004,45(2): 155- 161.
8. Gürbüz K. Olumlu Sağlık Davranışlarının Kazandırılmasında Okul Hemşireliği Uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
- 9.Sanford C.C. Delivering health care to children on turf: An elementary schoolbased wellness center. Journal of Pediatric Health Care, 2001, 15(3): 132- 137.
10. DeGraw C. A community-based school health system: Parameters for developing a comprehensive student health promotion program. Journal of School Health, 1994,64(5): 192-195.
11. Pekcan H. Okul sağlığı. Güler Ç, Akın L.(ed.ler) Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 1.Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006: 453- 480.
12. Wlofe L.C. Selekman J. School nurses: what it was and what it is?. Pediatric Nursing, 2002, 28(4): 403- 407.
13. Demirezen E, Nahcivan N. Sigaradan korunma: Okul sağlığı programı için model önerisi. Çocuk Forum Dergisi, 2000: 3(4): 46- 51.
14. Çakır S. Kocaeli ilinde Okul Sağlığı ve Hemşireliği Hizmetlerinin Durumu. Bilim Uzmanlığı Tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005.
15. Aksayan S. Okul sağlığı. Erefe İ (ed.), Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, İstanbul, Birlik Ofset,1998:183-190.

16. İgoe J.B. School nursing: community health nursing and home health nursing. *Nursing Clinics of North America*, 1994, 29(3): 443- 457.
17. Çağlayaner H, Gönenli H. Etkin eğitim açısından okul sağlığı, *Aile Hekimliği Dergisi*, 1998, 2(1): 31-39.
18. Pourciau C.A, Vallette E.C. School health, Nies M.A., McEwen M.(ed.ler), *Community Health Promoting The Health of Population*. Third edition, WB Saunders Company, Philadelphia, 2001: 702-729.
19. Mordcin-Talbott M.A. School health nursing. Clemen-Stone S., McGuire S.L., Eigsti D.G.(ed.ler), *Comprehensive Community Health Nursing, Family, Aggregate&Community*, Mosby Company, London, 2002:686-705.
20. http://www.who.int/child_adolescent_health 10.11.2008.
21. Özen F.İlköğretim Okulu Yöneticilerinin İlköğretim Okullarında Öğrenci Sağlığına İlişkin Görüşleri (Ankara İli Keçiören İlçesi Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2005.
22. Bradley B. The school nurse as health educator. *The Journal of School Health*, 1997, 67(1): 3-8.
23. Bryne M, Bennett F.J. The Health of School Child and Adolescent:Community Nursing in Developing Countries / A Manual For The Community Nursing. New York: Oxford University Pres, 1986.
24. Tümerdem Y.Sağlıklı Okul Çocuğu: Halk Sağlığı II (Toplum Hekimliği).İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi, 1991.
25. Cowan N. Children's health. Stanhope M, Lancaster J.(ed.ler), *Community Health Nursing*. Fourth edition, Philadelphia, Mosby Company 1996; 521-541
26. Gidding S.S, Dennison B.A, Birch L.L, Daniels S.R., Gilman M.W,Lichtenstein A.H., Rattay K.T., Steinberger J., Stettler N., Van Horn L.: Dietary recommendations for children and adolescents. A guide for practitioners, Consensus statement from the American Heart Association, 2005; 112: 2061-2075.
27. Erci B,Özel A. Çocuk yuvası ve aile ortamında yaşayan ilkokul çocuklarındaki demir eksikliği anemisi düzeylerinin karşılaştırılması. *İstanbul Üniversitesi Hemsirelik Bülteni*,1993, 7(28): 51-57.
28. Çelik T, Daldal N, Karaman Ü, Aycan Ö.M, Atambay M. Malatya ili merkezinde üç ilköğretim okulu çocuklarında bağırsak parazitlerinin dağılımı. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 2006, 30(1): 35-38.

29. Yaman S, Altınkaynak S. Erzurum ili 7-11 yaş grubu ilkokul çağı çocuklarında büyümenin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi H.Y.O. Dergisi, 1998, 1(1): 75-85.
30. Erci B. Lise öğrencilerinde madde bağımlılığı ve etkileyen ailesel faktörler. Erzurum, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri kitabı, 1998; 288-293.
31. Baysal A. Okul Çocuklarının Beslenmesi: Beslenme. 8. Baskı, Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 1999; 435-439.
32. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı, Yayın No: SB-HM-2007-17,1-110
33. Yiğit R. İlkokul çağı çocuklarının büyüme ve gelişmesi. Türk Hemşirelik Dergisi, 1992;42(4): 37- 40.
34. “Adolescence and Adolescent Reproductive Health” Teaching Materials for the Training Courses ICC, UNFPA, Sağlık Bakanlığı, Ankara, Türkiye, 2003.
35. Akın A. Üniversite Gençlerinin Cinsel ve Üreme Sağlığı, Beş Üniversite Çalışması, 2006.
36. Koç İ, Hancıoğlu A ‘Hanehalkı Nüfusu ve Konut Özellikleri’. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2004;17-27
37. Koç İ, Özdemir E ‘Doğurganlık’. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2004; 45-61.
38. WHO, Sexually Transmitted Infections, Issues in Adolescent Health and Development, Geneva, 2004.
39. Cinsel Sağlık Bilgileri Eğitimi Öğretmen Kitabı”, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 2000:1-5.
40. Ferguson K J. Health Behavior. Maxcy- Rosenau- last Public Health & Preventive Medicine. Robert B. Wallace (ed.) ,Forteenth edition, Appleton and Lange .Stamford, Connecticut. 43:811-816.
41. Understanding Adolescents, An IPPF Report on Young People’s Sexual and Reproductive Health Needs, Hawkins C (ed), UK: International Planned Parenthood Federation, A Banson Production, 1994.
42. Özvarış ŞB. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, 2001; 32-33.
43. Tuna A. Üniversite Öğrencilerinin Kendi Kendine Meme Muayenesini Öğrenmelerinde Akran Eğitimi Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2002.

44. Evci ED, Gülgün D, Beşer E, Çelimli S, Elveren A, Akgör Ş, Karahasanoğlu B, Küçükyumuk M. Aydın İli Sağlıklı Şehir Çalışması, Aydın Şehir Sağlığı Profili, 2005.
45. Aydın Ticaret Odası Borsası, <http://www.aydintb.gov.tr/v2> 04.10.2008.
46. <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitimapp/adnks.zul> 09.10.2008.
47. Gabhainn SN, Nolan G, Kelleher C, Friel S .Dieting patterns and related lifestyles of school-aged children in the Republic of Ireland. Public Health Nutrition 2002 Jun; 5(3): 457-462
48. Baysal A.“Kahvaltı Ve Okul Başarısı”. Beslenme ve Diyet Dergisi,1999, 28(1) :1–3.
49. Tezcan S. Aslan D. Esin A. Ankara’da bir ilköğretim okulunda 6.7.8. sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının ve durumunun saptanması, 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Cilt 2, Diyarbakır, 2002: 733-736
50. Özyurt BC. Manisa kent merkezinde okul sağlığı düzeyinin tanımlanması, Uzmanlık Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2004.
51. Şahin K.H.,Kayhan Eser.,Demireli O., Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumuna Bağlı Yetiştirme Yurtlarında Barınan Adölesanların Büyüme Gelişme Durumları , 6.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2000:377
52. 1997/98 International Report: Health and Health Behaviour among Young People (HBSC)www.hbsc.org/publications/reports.html 10.10.2008.
53. Neumark-Sztainer D, Story M, Resnick MD, Blum RW. Lessons learned about adolescent nutrition from the Minnesota Adolescent Health Survey. Journal American Diet Assoc. 1998 Dec; 98(12): 1449-56.
- 54.Özdemir B,Topbaş B,Çan G. Giresun’da sosyoekonomik düzeyi farklı iki yerleşim yerindeki ilköğretim öğrencilerinin beslenme durumları, 9.Ulusal halk sağlığı günleri kitabı, Ankara, 2005:313.
55. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği) Bursa. Uludağ Üniversitesi Basımevi,1993: 493-503.
56. Çan G, Topbaş M, Kapucu M.Trabzon’da iki farklı yerleşim yerindeki ilköğretim öğrencilerinin kişisel hijyen alışkanlıkları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2004: 3 (8):170-177.
57. Handwashing Liaison Group. Handwashinga modest measure withabig effect. BMJ 1999; 318: 686.
58. Dennehy PH. Effect of handwashing with soap on diarrhea risk in community. Pediatr Infect Dis J 2000;19:103-105.

59. Wong TW, Wai-San TamW. Handwashing practice and the use of personal protective equipment among medical students after the SARS epidemic in Hong Kong. *AmJInfect Control* 2005; 33: 580-6.
60. Güleç M, Topbaş M, Kır T, Hasde M. Ankara'da Sosyoekonomik Düzeyi Farklı İki Yerleşim Yerindeki İki İlköğretim Okulundan Seçilen Öğrencilerde El Yıkama Alışkanlıkları. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi* 2000; 57(2):71-76.
61. Bostancı M. Hastürk NA. Bilecik Merkez İlçe ilkokul Öğretmenlerinin Sağlık Bilgileri. 1. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi özet kitabı:18.
62. Nensiel RO, White GL, Aikans T. Clinical alert: handwashing-a century of evidence ignored. *Clinician Reviews* 1997; 7 (1):55-58.
- 63.Önsüz M, Hıdıroğlu S. İstanbul'da farklı iki ilköğretim okulundaki öğrencilerin kişisel hijyen alışkanlıklarının belirlenmesi, *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2008; 9(1): 9-17.
- 64.Doğan F. Farklı sosyo-ekonomik düzeyindeki ilkokul çocuklarında el kirliliği araştırması. *Ege Tıp Dergisi* 1991; 30(2): 264-6.
- 65.Çetinkaya S, Arslan S, Nur N, Demir ÖF, Özdemir L, Sümer H. Sivas İl Merkezi'nde sosyoekonomik düzeyi farklı üç ilköğretim okulu öğrencilerinde kişisel hijyen alışkanlıkları. *Sted* 2005;14(10): 229-36.
66. Kaya M, Büyükşerbetçi M, Meriç MB, Çelebi AE, Boybeyi Ö, Işık A, Bozkurt İH, Vaizoğlu SA, Güler Ç. Ankara'da bir lisenin 9. ve 10. sınıf öğrencilerinin kişisel hijyen konusunda davranışlarının belirlenmesi. *Sted* 2006;15(10):179-83.
67. Oğur R, Tekbaş ÖF, Hancı O, Özcan U. El kurutma makinelerden üflenlen havanın mikrobiyolojik özellikleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2005; 4(1): 1-7.
68. Güler Ç. Kişisel hijyen. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2004;3(6):119-32.
69. Curtis V, Cairncross S. Effect of handwashing with soap on diarrhea risk in community. *Lancet Infect Dis* 2003; 3:275-81.
- 70.Çivi S, Koruk İ. Konya ili 4 no'lu sağlık ocağı bölgesinde ilköğretim okulu 1.sınıf öğrencilerinin genel sağlık düzeyleri, 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Cilt 2,Diyarbakır, 2002: 585-586.
71. Altıntaş H, Altıntaş C, Telatar G, Batıkent 2 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki İlköğretim Okulları 5. Sınıf Öğrencilerinin Diş Sağlığı Konusundaki Bazı Bilgi Ve Davranışlarının Saptanması, 8.Halk sağlığı günleri bildiri kitabı, Sivas, 2003:88.

72. Soyer M, Avcı S. Sağlık Bilgisi Dersinin Lise Öğrencilerinde Sağlık Bilgi Ve Sağlık Davranışı Geliştirmeye Etkisi, 8. Halk Sağlığı Günleri, Sivas, 2003:229.
73. Gökalp S, Doğan BG, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ünlüer Ş. Türkiye Ağız-Diş Sağlığı Profili 2004. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Basımevi,2006.
74. Filice GA, Hannan PJ, Lando HA, Joseph AM A period of increased susceptibility to cigarette smoking among high school students. Journal of School Health. 2003 Sep; 73(7): 272-278
75. Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2001, Surveillance Summaries 2002; (51): 4.
76. Neumark-Sztainer D. The social environments of adolescents: associations between socioenvironmental factors and health behaviors during adolescence. Adolescent Med. 1999 Feb;10(1):41-55
77. Güraksın A, EzmeciT, İnandıT, Keskinler D. Erzurum İl Merkezinde Ortaokul Ve Lise Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı. 6.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı Adana - 1998:473
78. Apan E, Karaömerlioğlu Ö, Tanır F, Akbaba M. Adolesan çağda sigara içmede etkili olabilecek faktörler . 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı- Didim -1994:669.
79. Erbaydar T, Lawrence S, Dağlı E, Hayran O, Collishaw N. Türkiye’ de gençler sigaraya nasıl başlıyor?, 8.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri ,Sivas-2003:168.
80. Çamur D, Özcebe H, Akdağ D. Bir lisenin birinci sınıf öğrencilerinde sigara, alkol ve bağımlılık yapıcı madde kullanım sıklığı (Ankara 2002), 8.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri- Sivas 2003:176.
81. Güner Ç, Beşer E, Yavuz C, Tek N, Bilgin R. The Health Problems Of The Adolescents In Kocaeli :Tobacco,Alcohol And Drug Use International Public Health Congress “ Health 21 In Action” October . İstanbul-Turkey 2000:152
82. Parna K, Rahu K, Fischer K, Mussalo-Rauhamaa H, Zhuravleva I, Umbleja T, Rahu M. Smoking and associated factors among adolescents in Tallinn, Helsinki and Moscow: a multilevel analysis, Scand Journal of Public Health, 2003; 31(5): 350-358
83. Erbaydar T, Lawrence S, Dağlı E, Hayran O, Collishaw N. Türkiye’de gençlerin sigara kullanma prevalansı ve etkileyen faktörler, 8.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri, Sivas 2003:169
84. Bozkurt A.İ,Bostancı M, Çatak B. Denizli’de üç ilköğretim okulu 6,7,8’inci sınıflarda sigara kullanımı, 8.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri , Sivas-2003: 178

85. Demirhan H, Bostancı M, Zincir M, Özşahin A, Özen. İ Smoking Status Among Secondary And High School Students In Centre Of Tavas Denizli, International Public Health Congress “ Health 21 In Action” İstanbul-2000:143.
86. Granado Alcon MC, Pedersen JM .Family as a child development context and smoking behaviour among schoolchildren in Greenland. International Journal Circumpolar Health. 2001 Jan; 60(1): 52-63.
87. Güneş G, Kaya M, Kurçer M, Genç M, Laraoğlu L, Eğri M, Pehlivan E. Determinants Of Smoking Behaviour Among High School Students İn Malatya, International Public Health Congress “ Health 21 In Action” October İstanbul-Turkey 2000: 145.
88. Sancak R,Dündar C. Kırsal ve kentsel alandaki lise öğrencilerinde sigara içme durumu, Çocuk Sağlığı Hastalıkları Dergisi,1997;40:385-393.
89. Metintaş S, Aslantaş D, Kalyoncu C, Tözün M, Ünsal A. Kırsal alan okul çocuklarında fiziksel aktivitenin değerlendirilmesinde üç farklı ölçeğin karşılaştırılması, 9.Ulusal Halk Sağlığı Günleri Kitabı, Ankara ,2005: 350.
- 90.Ulukol B. İki Farklı Lisede Okuyan Ergenlerin Davranış Özellikleri, Sağlık ve Toplum Dergisi, yıl11, 2001 (2)
91. Metintaş S, Tüzün M, Çetin E. Eskişehir İli Kırsal Alan Okul Çocuklarında Fiziksel Aktivitenin Değerlendirilmesi, 8.Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Sivas-2003:84
- 92.Lowry R, Wechsler H, Galuska DA, Fulton JE, Kann L.Television viewing and its associations with overweight, sedentary lifestyle, and insufficient consumption of fruits and vegetables among US high school students:differences by race,ethnicity,and gender. Journal School Health, 2002, Dec;72(10): 413-421.
93. Gökgöz S. Adolesan Çağda Sigara Ve Alkolle İlgili Verilen Eğitimin Etkileri, Doktora Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ,Sivas, 2004.
94. Gençlerde Sigaradan Korunma Konusunda Bir Müdahale Programının Değerlendirilmesi, Hafize Filiz, Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2007.
95. Yiğit R, Tokgöz E, Esenay F. İlköğretim Öğrencilerine Verilen Beslenme Eğitiminin Öğrencilerin Bilgi Düzeylerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001; 4(2): 52-57.
96. Akar, Ş. Semra. Çocuktan Çocuğa Eğitim Yöntemi Esas Alınarak İlköğretim Okullarında Beslenme Eğitimi Yapılması Üzerine Bir Araştırma, Doktora tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2002.

97. Geçkil E, Yıldız S. Adölesanlara Yönelik Beslenme ve Stresle Başetme Eğitiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2006; 10 (2):19-28
98. Auld GW, Romaniello C, Heimendinger J, HambidgeC, Hambidge M .Outcomes from a school-basednutrition education programme alternating special resource teacher and classroom teacher. The Journal of School Health, 1999; 69(10): 403-408.
99. Story M, Lytle LA, Birnbaum AS, Pery CL. Peer-led,school-based nutrition education for young adolescent:Feasibility and process evaluation of the teens study. TheJournal of School Health, 2002; 72 (3): 121-127
100. Aslan D, Mermerkaya MU, Kaya FE, Kaya H, Esen E, Koban Y, Pekcan H. Ankara’da bir ilköğretim okulunda el yıkama konusunda yapılmış olan bir müdahale çalışması. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006; 26: 157-162.
101. Köroğlu A, Kişioğlu A, Uzun E, Öztürk M, Uskun E. Isparta Kırsalındaki Liseli Gençlerin Kişisel Hijyen Alışkanlıkları Üzerine Bir Eğitim Çalışması, 9.Ulusal Halk Sağlığı Günleri Kitabı, Ankara 2005: 440.
102. İpekçi N, Ulutaşdemir N, Tabak R.S. Nesrin Mehmet Abar İlköğretim Okulu 6.Sınıf Öğrencilerinin Ağız Diş Sağlığına Yönelik Bilgi Tutum Ve Davranışları,11.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Denizli, 2007.
103. Şanlıer N, Özgen L. Öğrencilere Farklı Yöntemlerle Verilen Eğitimin Ağız Diş Sağlığı Ve Beslenme Bilgisi Üzerine Etkisi, Mesleki Eğitim Dergisi, 4 (8): 54-55.

EKLER:
EK 1:



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.01.00/ 010-325
Konu :

4/12/2007

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Filiz ERGİN
Halk Sağlığı AD

Fakültemiz Etik Kurulu'nun 30.11.2007 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan XIV nolu karar ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Mustafa BİRİNCİOĞLU
Etik Kurul Başkanı

KARAR XIV

Protokol No : 2007/00209

Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Filiz ERGİN- Halk Sağlığı AD

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Filiz ERGİN'in "Aydın'da iki ilköğretim okulunda okul sağlığı hizmetleri ve yeni bir model geliştirilmesi" isimli tek merkezli araştırması yeniden görüşüldü.

Kurulumuzun 03.10.2007 tarihli kararında, "Değerlendirmede, çalışma dizaynı, bölgesel farklılıklar (kırsal-kentsel) içermekte, çalışma içeriğinin bu yaş gurubunda diğer eğitim konuları uygun görülmele birlikte özellikle cinsel eğitimin (cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda) nasıl verileceği anlaşılamamıştır. Verilecek eğitimin bu yaş grubu için uygun olup olmadığı, ayrıca cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitim konularının neler olduğu bildirilmelidir. Özellikle cinsel sağlık ve üreme eğitiminin sözü edilen yaş grubuna uygun olup olmadığının anlaşılması için bir uzman görüşüne de başvurulması gerektiğine oy birliğiyle karar verilmiştir." denilmiştir.

Gelen dilekçede " araştırmanın eğitim konularından, "cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusu" çıkarılmış, eğitimler öncesi ve sonrası yapılması planlanan anket formu tekrar gözden geçirilerek düzenlenmiştir." denilmektedir.

Dilekçesi değerlendirilmiş ve ilgili belgelerin yeniden düzenlenip dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta, çalışmanın protokolü, gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler ile gönüllü bilgilendirme formu ve ekli bulunan diğer belgeler dikkate alınarak incelenmiş ve adı geçen araştırmaya başlanmasında Yerel Etik Kurulunca sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Ayrıca çalışmadaki gönüllülere sunulan bilgilendirilmiş olur formu ile bilgilendirilmiş olur metni formlarının gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.

Kurulumuzca bu çalışmada olduğu gibi **Ön onay verilen** çalışmaların sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesinin gerekliliğin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

EK 2:

T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : B.08.4.MEM.09.00.13-510/

01.10.2007* 31328

Konu : Araştırma

VALİLİK MAKAMINA
AYDIN

İlgi : a)Valilik Makamının 10.05.2007 tarih ve 14786 sayılı Olur'ları.
b)Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğünün 28.06.2007 tarih ve 04100 sayılı yazıları.

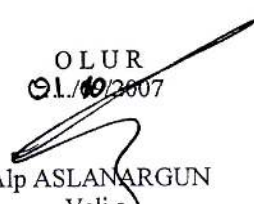
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı tarafından İlimiz Merkezdeki Yedieylül İlköğretim Okulu ve Kuyulu Şevketiye İlköğretim Okulunda "Okul Sağlığı Hizmetleri ve Yeni Bir Model Geliştirilmesi" konulu araştırma yapılması ilgi (a) Olur'larınız ile uygun görülmüştü.

Ancak; İlimiz Merkez Kuyulu-Şevketiye İlköğretim Okulunda 6,7. ve 8. sınıfların bulunmaması nedeni ile araştırmanın İlimiz Merkez Baltaköy Hacı İbrahim Akdemir İlköğretim Okulunda ve Yedieylül İlköğretim Okulunda 2007-2008 Eğitim-Öğretim Yılında yapılması ilgi (b) yazı ile teklif edilmekte, Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca uygun görüldüğü takdirde, Olur'larınıza arz ederim.


A. Murat TANER
Vali a.
Milli Eğitim Müdürü

OLUR
01.10.2007


Alp ASLANARGUN
Vali a.
Vali Yardımcısı"

EK 3:

AYDIN İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

AYDIN'DA İKİ İLKÖĞRETİM OKULUNDA OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE YENİ BİR MODEL GELİŞTİRİLMESİ ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

Bu araştırma ilimizdeki 7 Eylül İlköğretim Okulu ile Baltaköy İlköğretim Okullarındaki 6-8.sınıf öğrencilerinin sağlık konusunda bilgi, tutum ve davranışları ile genel sağlık durumlarını saptamak amacıyla planlanmıştır. **Tüm anketlerin ortak değerlendirilmesi ile gençlere yönelik sorunların çözüm yolları araştırılacak ve okul sağlığı birimlerinde hizmet planlamasına zemin oluşturulacaktır.**

Bu açıdan ankette sorulan soruları dikkatle okumanız ve size uyan seçenekleri yuvarlak içine alarak yanıtlamanız çok önemlidir. **Ankette verileceğiniz yanıtlar ve kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.**

Yardıminız için teşekkür ederiz.

1. BÖLÜM (GENEL ÖZELLİKLER)

Tarih:

1) Öğrenci numaranız.....

2) Okulunuzun adı:.....

3) Sınıfınız:.....

4) Doğum tarihiniz:...../...../19....

5) Cinsiyetiniz: 1.Kız 2.Erkek

6) Annenizin yaşı nedir?

7) Annenizin öğrenim durumu nedir?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|-------------------|
| 1. Okur yazar değil | 2. Okur yazar | 3. İlkokul mezunu |
| 4. Ortaokul mezunu | 5. Lise veya dengi okul mezunu | |
| 6. Üniversite veya yüksekokul mezunu | 7.Diğer..... | |

8) Annenizin mesleği nedir?

- | | | | |
|--------------|---------------|---------|---------------------|
| 1. Ev hanımı | 2.Memur | 3. İşçi | 4.Serbest çalışıyor |
| 5. Emekli | 6. Diğer..... | | |

9) Babanızın yaşı nedir?

10) Babanızın öğrenim durumu nedir?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|-------------------|
| 1. Okur yazar değil | 2. Okur yazar | 3. İlkokul mezunu |
| 4. Ortaokul mezunu | 5. Lise veya dengi okul mezunu | |
| 6. Üniversite veya yüksekokul mezunu | 7.Diğer..... | |

11) Babanızın mesleği (işi) nedir?

- | | | | |
|-----------|----------------|---------|----------------------|
| 1. İş yok | 2. Memur | 3. İşçi | 4. Serbest çalışıyor |
| 5. Emekli | 6. Diğer | | |

12) Evinizde kimlerle yaşıyorsunuz? Evinizde birlikte yaşadığınız kişiler için “var” kutusuna “+” işareti koyunuz.

	Var	Yok
Anneniz		
Babanız		
Kardeşiniz/kardeşleriniz	Kardeş sayısı:.....	
Nineniz		
Dedeniz		
Diğer belirtin.	_____	_____
Evde yaşayan toplam kişi sayısı nedir?:		

13) Evinizde kendinize ait bir çalışma odanız var mı?

1.Evet 2. Hayır

14) Boş zamanlarınızda neler yaparsınız?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. Televizyon izlerim (Haftada Saat) | 2.Müzik dinlerim (Haftada Saat) |
| 3. Kitap okurum(Haftada Saat) | 4. Spor yaparım (Haftada Saat) |
| 5.Diğer..... | |

15) Evinizde sağlıkla ilgili kitap, ansiklopedi var mı?

1.Evet 2. Hayır

16) Televizyonda yada radyoda sağlıkla ilgili haberleri takip ediyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

17) Ailenize ait arabanız var mı?

1. Evet 2. Hayır

18) Evinizde bilgisayar var mı?

1.Evet 2. Hayır

2. BÖLÜM (BESLENME İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞ SORULARI)

19) Sağlıklı beslenme ne demektir?

1. Aç kalmamak için karnın doyurulmasıdır.
2. Büyüme, yaşamın sürdürülmesi ve sağlığın korunması için besinlerin kullanılmasıdır.
3. İstenen her şeyi alıp yemekdir.
4. Proteinlerden, yağlar ve karbonhidratlardan istediğimiz kadar yemekdir.
5. Bilmiyorum

20) Doymuş yağ (katı yağ) içeren besinlerin fazla tüketilmesi aşağıdaki hastalıklardan hangisine yol açar?

1.Kalp hastalığı 2. Yüksek tansiyon 3.Bağırsak kanseri 4.Hepsi 5.Bilmiyorum

21) En çok enerji veren besin maddesi hangisidir?

1. Yağlar 2.Proteinler 3.Şekerler 4.Vitaminler 5.Bilmiyorum

Aşağıdaki cümlelerden doğru olduğunu düşündüğünüz cümleler için alttaki “**doğru**” ifadesini, yanlış olduğunu düşündükleriniz için “**yanlış**” ifadesini işaretleyiniz.

22) Ayak üstü beslenmenin (fast-food) sık tüketilmesi yetersiz, dengesiz ve sağlıksız beslenmeye neden olmaktadır.

1. Doğru 2. Yanlış

23) Fast-food türü yiyecekler; A, C vitaminleri, kalsiyum, posa tüketimi yönünden yetersizdir.

1. Doğru 2. Yanlış

24) Ergenlik döneminde büyüme hızlıdır ama enerji ve besin öğelerine olan ihtiyaç artmaz.

1. Doğru 2. Yanlış

25) Genellikle **hafta içi** hangi sıklıkla kahvaltı (1 bardak meyve suyu veya bir bardak sütün daha çok) yaparsın?

0. Hafta arası hiç kahvaltı yapmam
1. Bir gün kahvaltı yaparım
2. İki gün kahvaltı yaparım
3. Üç gün kahvaltı yaparım
4. Dört gün kahvaltı yaparım
5. Hafta içi her gün kahvaltı yaparım

26) Genellikle **hafta sonu** hangi sıklıkla kahvaltı (1 bardak meyve suyu veya bir bardak sütün daha çok) yaparsın?

0. Hafta sonu hiç kahvaltı yapmam
1. Genellikle hafta sonu yalnız bir gün kahvaltı yaparım (Cumartesi veya Pazar)
2. Genellikle hafta sonu her iki gün (Cumartesi ve Pazar) de kahvaltı yaparım

27) Genellikle hangi sıklıkla **öğle ve akşam yemeği** yersin?(ayaküstü atıştırmalar hariç)

	Öğle yemeği	Akşam yemeği
0. Hiç yemem		
1. Bir gün yerim		
2. İki gün yerim		
3. Üç gün yerim		
4. Dört gün yerim		
5. Her gün yerim		

28) Genellikle **bir günde** aşağıdaki belirtilen yiyeceklerden kaç porsiyon yersin?

Yiyecek Grupları	Her gün	Haftada 3 gün	Haftada 2 gün	Haftada 1 gün	On beş günde bir	Diğer	Porsiyon miktarı
Ekmek ve tahıl ürünleri							
Sebzeler							
Meyveler							
Kuru Baklagiller							
Et ve et ürünleri							
Süt ve süt ürünleri							

29) Genellikle **bir haftada** aşağıda belirtilen yiyecek ve içeceklerden ne kadar yer veya içersin?

	Hiç	Ara sıra	Günde 1 kez	Günde 2 kez	Günde 3 kez	Günde 4 veya daha fazla
Meyveler						
Sebzeler						
Şekerleme veya çikolata						
Kola, pepsi, sprite veya şekerli hafif içecekler						
Süt ve süt ürünleri (peynir, yoğurt)						
Beyaz ekmek						
Simit/ gevrek						
Cips, çerez, börek, kek gibi unlu mamuller						

30) Son 7 gün içinde kaç gün bir fast food restoranı (Mc Donalds, pizza hut gibi) yemek yedin?

1. 1 gün yemek yedim 2. 2 gün yemek yedim 3. 3 gün yemek yedim 4. 4 gün yemek yedim
5. 5 gün yemek yedim 6. 6 gün yemek yedim 7. 7 gün yemek yedim 8. Hiç yemedim

31) Şu anda kilo vermek için bazı şeyler yapıyor musun?

1. Hayır yapmıyorum, kilom iyi
2. Hayır yapmıyorum, ama biraz kilo vermeliyim
3. Hayır yapmıyorum, çünkü kilo almam gerek
4. Evet yapıyorum

32) Vücudun ile ilgili düşünceni belirtir misin?

1. Çok zayıfım
2. Biraz zayıf
3. Uygun kilodayım
4. Biraz kiloluyum
5. Çok şişmanım

33) Kıyafetlerin olmaksızın kilon ne kadar?

..... kiloyum

Kilomu bilmiyorum

34) Ayakkabıların olmaksızın boyun ne kadar?

..... cm boyundayım

Boyumu bilmiyorum

3. BÖLÜM (TEMİZLİK-HİJYEN-AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞ

SORULARI

35) Diş fırçaları ne sıklıkla değiştirilmelidir?da bir.

36) Etkili bir diş fırçalama kaç dakika sürmelidir?dakika

37) Diş macununda olan florun faydası nedir?

1. Dişleri beyazlatır, parlatır 2. Ağızın güzel kokmasını sağlar
3. Diş minesini sertleştirir 4. Dişleri temizler 5. Hepsi

Aşağıdaki cümlelerden doğru olduğunu düşündüğünüz cümleler için alttaki “**doğru**” ifadesini, yanlış olduğunu düşündükleriniz için “**yanlış**” ifadesini işaretleyiniz.

38) Ağız ve diş sağlığı genel sağlığın devamlılığı için gerekli ve önemli değildir.

1. Doğru 2. Yanlış

39) Yeterli ve dengeli beslenme sağlıklı dişler için önemlidir.

1. Doğru 2. Yanlış

40) Elleri su ve sabunla yıkamak mikroorganizmaları uzaklaştırmanın en etkili yoludur ve hastalıkları önlemeye yardımcıdır.

1. Doğru 2. Yanlış

41) Başta sarılık (Hepatit A) virusu olmak üzere dışkı-ağız yoluyla bulaşan hastalıklardan korunmada en etkili yöntem el yıkama alışkanlığıdır.

1. Doğru 2. Yanlış

42) Kirli su ve gıdalarla bulaşan hastalıklardan ilk aklınıza geleni yazınız?

43) Ellerinizi ne zaman ve ne sıklıkla yıkarsınız?

	1. Hiç yıkamam	2. Nadiren yıkarım	3. Bazen yıkarım	4. Çoğu zaman yıkarım	5. Her zaman yıkarım
Yemeklerden önce					
Yemeklerden sonra					
Tuvaletten çıktıktan sonra					
Okuldan eve gelince					
Dışarıdan gelince					

44) Ellerini yıkarken ne sıklıkla sabun kullanırsın?

1. Hiç kullanmam 3. Nadiren sabunla yıkarım
2. Bazen sabunla yıkarım 4. Çoğu zaman sabunla yıkarım
5. Her zaman sabunla yıkarım

45) Sabahları yüzünü yıkar mısın?

1. Hiç yıkamam 3. Nadiren yıkarım
2. Bazen yıkarım 4. Çoğu zaman yıkarım 5. Her zaman yıkarım

46) Ne sıklıkla banyo yapıyorsunuz?

1. Haftada en az bir kez 2. Haftada iki kez 3. Haftada üç kez
4. Haftada dört kez veya daha fazla 5. İki haftada bir ve daha seyrek

47) Ne sıklıkla tırnaklarınızı kesiyorsunuz?

1. Haftada bir kez 2. İki haftada bir kez
3. Ayda bir ve daha seyrek 4. Diğer.....

48) Kendinize ait havlunuz var mı?

1. Evet 2. Hayır

49) Ne sıklıkla iç çamaşırınızı değiştiriyorsunuz?

1. Her gün 2. Haftada en az bir kez
3. İki haftada bir veya daha seyrek 4. Diğer.....

50) Dişlerinizi fırçalıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

51) Dişlerini ne sıklıkla fırçalarsın?

1. Günde en az iki kez 2. Günde en az bir kez 3. Gün aşırı 4. Üç günde bir
5. Dört günde bir 6. Beş günde bir 7. Altı günde bir
8. Haftada 1 veya daha uzun sürede 9. Hiç fırçalamam 10. Diğer.....

52) Kendinize ait bir diş fırçasınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

53) Diş fırçasınızı ne sıklıkla değiştiriyorsunuz?

1. Fırçalamıyorum 2. Diş fırçamı değiştirmiyorum 3. Yılda bir kez değiştiriyorum
4. Altı ayda bir kez 5. Üç ayda bir kez 6. Ayda bir kez

4. BÖLÜM (SİGARA İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞ SORULARI)

54) Bugüne kadar hiç sigara kullanmayı denediniz mi? (en az bir sigara)

1. Evet 2. Hayır (Hayır cevabını verdiyseniz 63.soruya geçiniz)

55) Sigara içmeyi ilk denediğinde kaç yaşındaydın?

----- yaşındaydım.

56) Sigara içmeyi denedikten sonra belli bir süre sigara içtin mi?

1. Evet, belli bir süre sigara içtim/veya halen içiyorum
2. Hayır, birkaç kez denedim ancak sigara kullanmaya başlamadım.

57) Halen sigara kullanıyor musun?

1. Hayır, kullanmıyorum, bıraktım
2. Evet, halen sigara kullanıyorum

58) Sigara kullandığın dönemde haftada kaç adet (tane) sigara içiyordun?

Haftadaadet sigara içiyordum.

59) Şu anda sigara içiyorsan haftada kaç adet (tane) sigara içiyorsun?

Haftadaadet sigara içiyorum..

60) Aşağıdaki durumlarda ne sıklıkla sigara içersin?

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
Yalnızken				
Arkadaşlarımla				
Babamla				
Annemle				

61) Sigarayı bırakmayı hiç denedin mi?

1. Evet 2. Hayır

62) Sigarayı bırakmayı kaç kez denedin?

----- kez sigarayı bırakmayı denedim

63) Aşağıdaki kişilerden sigara içen var mı?

	Her gün içer	Bazen içer	Sigara içmez	Bilmiyorum	Bu kişiye sahip değilim veya görmüyorum
Anneniz					
Babanınız					
Kardeşiniz					
En iyi arkadaşınız					

Aşağıdaki cümlelerden doğru olduğunu düşündüğünüz cümleler için yandaki “**doğru**” ifadesini, yanlış olduğunu düşündükleriniz için “**yanlış**” ifadesini işaretleyiniz.

Sorular	Doğru	Yanlış
64. Diğer insanların içtiği sigaranın dumanı çevresindekilere zararlıdır.		
65. Sigaranın hem fiziksel hem ruhsal bağımlılık yapıcı etkisi vardır.		
66. Sigara erken bunamaya yol açar.		
67. Sigara içenlerde astım, kronik bronşit gibi hastalıklar daha fazla görülür.		
68. Light (hafif) sigaralar veya nargile içilmesi daha az zararlıdır.		
69. Sigara sadece akciğerlere değil diğer pek çok organlarımıza da zarar vermektedir.		

5. BÖLÜM (FİZİKSEL AKTİVİTE İLE İLGİLİ BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞ SORULARI)

Aşağıdaki cümlelerden doğru olduğunu düşündüğünüz cümleler için alttaki “**doğru**” ifadesini, yanlış olduğunu düşündükleriniz için “**yanlış**” ifadesini işaretleyiniz.

70) Düzenli yapılan fizik aktivite gençlerde sağlıklı bir kemik yapısını, güçlü bir kas sistemini ve şişmanlığın(obezitenin) kontrolünü sağlar.

1.Doğru 2.Yanlış

71) Fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ve sigarasız yaşamla birlikte kalp hastalığı, kanser, felç ve şeker hastalığına bağlı erken ölümlerin önlenmesinde en önemli faktördür.

1.Doğru 2.Yanlış

72) Okul saatleri dışında genellikle ne sıklıkla nefes nefese kalarak veya terleyerek egzersiz yaparsın?

1. Her gün yaparım 2. Haftada 4-6 kez 3. Haftada 2-3 kez 4. Haftada bir defa
5. Ayda 1 defa 6. Ayda bir defadan daha az 7. Hiç yapmam

73) Okul saatleri dışında genellikle haftada kaç saat terleyerek veya nefes nefese egzersiz yaparsın?

1. Hiç yapmam 2. Yaklaşık.....saat

74) Bir günde yaklaşık kaç saat televizyon (video dahil) seyrederisin?

1. Hiç seyretmem 2. Yaklaşıksaat

75) Bir günde okul saatleri dışında okul ödevlerine kaç saat ayırıyorsun?

- 1.Okul saatleri dışında hiç çalışmam 2.Yaklaşık.....saat

76) Bir günde yaklaşık kaç saat bilgisayar kullanıyorsun? (oyun oynama, e-mail okuma ve gönderme,)

- 1.Hiç kullanmıyorum 2. Yaklaşıksaat

77) Erişkin yaştaki osteoporoz (kemik erimesi) ve buna bağlı hastalıkların (kırık vb.) önlenmesi büyük ölçüde çocukluk dönemindeki kemik sağlığına bağlıdır.

- 1) Doğru 2) Yanlış

78) Kemik dokusunun en önemli özelliği aktif bir yıkım ve yeniden yapım döngüsü göstermesidir.

- 1) Doğru 2) Yanlış

79) D vitamininin en önemli kaynağı süt ürünleri, margarin ve balık yağıdır.

- 1) Doğru 2) Yanlış

80) Aşırı kola tüketimi kemik kırıklarına neden olabilmektedir.

- 1) Doğru 2) Yanlış

81) Ergenlik döneminde alınması gereken kalsiyum miktarı ne kadardır?

- a) 200-400 b) 500-700 c) 800-1000 d) 900-1000 e)1200-1500

82) Çocukluk çağında kemik kitlesinin yeterli olabilmesi için aşağıdaki mineral veya elementlerden hangisinin kanda yeterli düzeyde olması gerekir?

- a) Bakır-Kalsiyum
b) Biotin-Magnezyum
c) Kalsiyum-fosfor
d) Demir-çinko
e) Demir-magnezyum

83) Çocukluktan erişkinliğe girerken kemik kitlesinin yeterli olabilmesi için aşağıdaki fiziksel aktivite türlerinden hangisinin yapılması daha uygundur?

- a) Koşma b) Atlama c) İp atlama d) Jimnastik hareketleri e) Hepsi

84) Aşağıdaki vitaminlerden hangisi bağırsaklardan kalsiyum emilimini artırır.

- a) B vitaminleri b) A vitamini c) Folik asit d) D vitamini e) Hiçbiri

85) Bir spor branşında kursa katıldınız mı ?

- a) Evet b) Hayır

86) Beden eğitimi derslerine katılıyor musunuz ?

- a) Evet b) Hayır

87) Organize edilmiş spor faaliyetlerine (okullar, sınıflar arası turnuvalar, lig oyunları vb.) katıldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

88) Fiziksel aktivitelere karşı genel tutumunuz nedir?

- a) Hiç sevmiyorum b) Sevmiyorum c) Ne seviyorum ne sevmiyorum
d) Seviyorum e) çok seviyorum

89) Yaşlıtlarınızla kendinizi karşılaştırdığınızda;

- a) Çok az aktifim b) Az aktifim c) Eşit derecede aktifim
d) Daha aktifim e) Çok fazla aktifim

