

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

İLKÖĞRETİM OKULU ÖĞRENCİLERİNE VERİLEN SAĞLIK
EĞİTİMİNİN ÖĞRENCİLERİN BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Hazırlayan
Kadriye PELEN

Danışman
Prof. Dr. Osman GÜNAY

Yüksek Lisans Tezi

Ocak 2012
KAYSERİ

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

İLKÖĞRETİM OKULU ÖĞRENCİLERİNE VERİLEN SAĞLIK
EĞİTİMİNİN ÖĞRENCİLERİN BİLGİ, TUTUM VE
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Hazırlayan
Kadriye PELEN

Danışman
Prof. Dr. Osman GÜNAY

Yüksek Lisans Tezi

Bu çalışma; Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından
TSY-10-2969 kodlu proje ile desteklenmiştir

Ocak 2012
KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Kadriye PELEN

İmza :

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“İlköğretim Okulu Öğrencilerine Verilen Sağlık Eğitiminin Öğrencilerin Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan
Kadriye PELEN

Danışman
Prof.Dr.Osman GÜNAY

Anabilim Dalı Başkanı
Prof.Dr.Osman GÜNAY

Prof. Dr. Osman GÜNAY danışmanlığında **Kadriye PELEN** tarafından hazırlanan “**İlköğretim Okulu Öğrencilerine Verilen Sağlık Eğitiminin Öğrencilerin Bilgi, Tutum ve davranışlarına Etkisi**” konulu bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü **Halk Sağlığı** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

..... / / 2012

JÜRİ

İmza

Danışman : Prof.Dr.Osman GÜNAY

Üye : Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

Üye :Doç. Dr. Melis NAÇAR

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulununtarih ve.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof.Dr. Saim ÖZDAMAR
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Ebelik lisans mezunu olarak geldiğim Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda her şeyden önce Anabilim Dalı'na adaptasyonumda, çalışmalarımın yönlendirilmesinde, araştırmalarımın her aşamasında bilgi, öneri ve yardımlarını esirgemeyerek akademik ortamda olduğu kadar insani ilişkilerde de sonsuz desteğiyle gelişmeme katkıda bulunan danışman hocam sayın Prof. Dr. Osman GÜNAY'a, yüksek lisans öğrenimimin ders aşamasında derslerime ve çalışmama devam edebilmem için gösterdiğim insanüstü gayretlere sağladıkları kolaylıklar için Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na, tezin uygulama aşamasında gerekli yasal desteği sağlayan Kayseri İli Valiliğine, İl Milli Eğitim Müdürlüğüne ve verilerin toplanmasında yardımcı olan Mehmet Soysaraç İlköğretim Okulu ile Mustafa Tatar İlköğretim Okulu çalışanlarına, çalışmalarım süresince birçok fedakarlıklar gösterip beni destekleyerek her anımda yanımda olan aileme derin duygularıyla teşekkür ederim.

Kadriye PELEN

İLKÖĞRETİM OKULU ÖĞRENCİLERİNE VERİLEN SAĞLIK EĞİTİMİNİN ÖĞRENCİLERİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Kadriye PELEN

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi, Ocak 2012

Danışman: Prof.Dr. Osman GÜNAY

KISA ÖZET

Bu müdahale çalışması ilköğretim öğrencilerine verilen sağlık eğitiminin sağlıkla ilgili konularda bilgi, tutum ve davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırma, 2009-2010 eğitim yılında Kayseri il merkezinde iki ilköğretim okulunun 4-8. sınıflarında okuyan öğrenciler üzerinde yürütülmüştür. Araştırmaya müdahale grubunda 408 ve kontrol grubunda 542 olmak üzere toplam 950 öğrenci katılmıştır. Verilerin toplanmasında 79 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formu, her iki gruba eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde uygulanmıştır.

Müdahale grubundaki öğrencilerin %51.3'ü erkektir. Müdahale grubunda sabah kalktığı anda (eğitim öncesi %64.5, eğitim sonrası %86.0), yemekten önce (eğitim öncesi %57.1, eğitim sonrası %77.5), yemekten sonra (eğitim öncesi %52.2, eğitim sonrası %75.2), tuvaletten çıkınca (eğitim öncesi %72.1, eğitim sonrası %90.7) ve sokaktan eve gelince (eğitim öncesi %56.9, eğitim sonrası %83.6) ellerini yıkayanların oranlarının, eğitim sonrası dönemde önemli ölçüde arttığı görüldü. Öğrencilerin %73.3'ünün günde üç öğün yemek yedikleri ve kahvaltı yapma oranında (eğitim öncesi %63.2, eğitim sonrası %80.6) artış olduğu görüldü. Çeşitli hastalıkların bulaşıcı olduğunu bilme oranları, müdahale grubunda eğitim sonrası dönemde önemli ölçüde artmıştır. Öğrencilerin sigaranın zararlı olduğunu bilme oranı eğitim öncesinde %51.2'den eğitim sonrası dönemde %86.2'ye yükselmiştir. Kontrol grubunda eğitim sonrası dönemde anlamlı bir değişiklik olmadığı görülmüştür.

Müdahale grubunda eğitim öncesi dönemde öğrencilerin, kişisel hijyen ve sağlık hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının yetersiz olduğu, eğitim sonrası dönemde ise bu oranların önemli ölçüde arttığı görüldü.

Anahtar kelimeler: İlköğretim, Öğrenci, Bilgi, Davranış

**THE EFFECT OF HEALTH EDUCATION GIVEN TO PRIMARY SCHOOL STUDENTS ON
THEIR KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIORS**

Kadriye PELEN

Erciyes University, Graduate School of Health Sciences

Department of Public Health

M.Sc.Thesis , January 2012

Supervisor: Prof.Dr. Osman Günay

ABSTRACT

This intervention study was carried out to identify the effect of health education given to primary school students on knowledge, attitude and behaviours related to health.

This study was carried out on the students attending to 4-8th grade of two primary schools in the provincial centre of Kayseri in 2009-2010. Totally 950 students participated in the study, 408 of them were in intervention group and 542 of them were in control group. A questionnaire including 79 questions was used for data collection. Data was collected in pre-education and post-education period in either group by questionnaire.

In the intervention group 51.3% of the students are male. It is seen that in intervention group they wash their hands when they get up in the morning (pre-education 64.5%, post-education 86.0%), before the meal (pre-education 57.1%, post-education 77.5%) and after the meal (pre-education 52.2%, post-education 75.2%), after the toilet (pre-education 72.1%, post-education 90.7%) and after coming home from outside (pre-education 56.9%, post-education 83.6%). It is also found that these rates have increased considerably in the post-education period. It was understood that 73.3% of the students have three meals in a day and their rate of having breakfast has increased (pre-education 63.2%, post-education 80.6%). Awareness rate of the infectious diseases has increased considerably in intervention group in post-education period. The proportion of the students who know that smoking is harmful was 51.2% pre-education, but it has increased to 86.2% post-education period. It was also found out that there was not a significant difference in control group post-education.

It was seen that in the intervention group, the rates of the students related to personal hygiene and knowledge, attitude and behaviours about the health were insufficient, but post-education these rates have increased considerably.

Keywords: Primary school, Student, Knowledge, Practice

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa no</u>
İÇ KAPAK	I
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK	II
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI	III
KABUL ONAY SAYFASI	IV
TEŞEKKÜR	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
KISALTMALAR	X
TABLO LİSTESİ	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. GENEL EĞİTİM	3
2.1.1.Eğitimin Tanımı ve Önemi	3
2.1.2.Eğitim Türleri	5
2.1.3.Eğitim Verilecek Kitleye Göre Eğitim Yöntemi	5
2.1.3.1.Birey Eğitimi	6
2.1.3.1.1.Görüşme Yöntemi	6
2.1.3.1.2.Taklit Yöntemi	6
2.1.3.1.3.Okutma ve Yazdırma Yöntemi	6
2.1.3.2.Grup Eğitimi	6
2.1.3.2.1. Anlatma Yöntemi	6
2.1.3.2.2. Soru Cevap Yöntemi	7
2.1.3.2.3. Beyin Fırtınası Yöntemi	8
2.1.3.2.4. Tartışma Yöntemi	8
2.1.3.2.5. Rol yapma (Role-Play) Yöntemi	9
2.1.3.2.6.Gözlem Yöntemi	9
2.1.3.2.7.Gösterme Yaptırma Yöntemi	10
2.1.3.2.8. Benzetim (Simulation) Yöntemi	10
2.1.3.2.9. Problem Çözme Yöntemi	10
2.1.3.3.Toplum Eğitimi	10

<u>2.2 SAĞLIK EĞİTİMİ</u>	<u>11</u>
<u>2.2.1. Sağlık Eğitimin Tanımı ve Amacı</u>	<u>11</u>
<u>2.2.2. Sağlık Eğitimi İlkeleri ve Planlaması.....</u>	<u>14</u>
<u>2.3 OKUL SAĞLIĞI</u>	<u>15</u>
<u>2.3.1. Okul Sağlığının Amacı ve Önemi</u>	<u>15</u>
<u>2.3.2. Okul Sağlığının Türkiye'deki Durumu.....</u>	<u>17</u>
<u>2.3.3. Okul Sağlık Eğitimi</u>	<u>18</u>
<u>2.4. İLKÖĞRETİM DÖNEMİ İÇİN BAŞLICA SAĞLIK EĞİTİMİ KONULARI</u>	<u>19</u>
<u>2.4.1. Kişisel Hijyen</u>	<u>19</u>
<u>2.4.2.Beslenme</u>	<u>21</u>
<u>2.4.3.Zararlı Alışkanlıklar</u>	<u>23</u>
<u>2.4.4.Hastalıklardan Korunma</u>	<u>25</u>
<u>2.4.5.Sağlık Hizmetlerinden Yaralanma.....</u>	<u>25</u>
<u>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</u>	<u>26</u>
<u>4. BULGULAR</u>	<u>29</u>
<u>5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....</u>	<u>60</u>
<u>6.KAYNAKLAR.....</u>	<u>79</u>
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
UNİCEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
UNESCO	: Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
SB	: Sağlık Bakanlığı
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin sınıflara göre dağılımları	27
Tablo 4.1: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin cinsiyete göre dağılımları	29
Tablo 4.2: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin yaşa ve yaş ortalamasına göre dağılımları	30
Tablo 4.3: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin annelerinin öğrenim düzeylerine göre dağılımları	30
Tablo 4.4: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin babalarının öğrenim düzeylerine göre dağılımları	31
Tablo 4.5: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin annelerinin mesleklerine göre dağılımı	32
Tablo 4.6: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin babalarının mesleklerine göre dağılımı	32
Tablo 4.7: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin kendi değerlendirilmesine göre ailelerin ekonomik durumlarının dağılımı	33
Tablo 4.8: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin konut özelliğine göre dağılımı	34
Tablo 4.9: Müdahale ve kontrol gruplarında öğrencilerin evlerindeki lavaboda sabun bulunma durumuna göre dağılımı	34
Tablo 4.10: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde sabah kalkınca el yıkama durumuna göre dağılımı	35
Tablo 4.11: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde tuvaletten çıkınca el yıkama durumuna göre dağılımı	35
Tablo 4.12: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde yemekten önce el yıkama durumuna göre dağılımı	36
Tablo 4.13: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde yemekten sonra el yıkama durumuna göre dağılımı	37
Tablo 4.14: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde sokaktan eve gelince el yıkama durumuna göre dağılımı	37
Tablo 4.15: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde banyo yapma sıklığına göre dağılımı	38
Tablo 4.16: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde tırnak kesme sıklığına göre dağılımı	39
Tablo 4.17: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde diş fırçalama durumuna göre dağılımı	40
Tablo 4.18: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde diş fırçalanma sıklığına dağılımı	41
Tablo 4.19: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde çorapların değiştirme sıklığına göre dağılımı	42
Tablo 4.20: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde iç çamaşır değiştirme sıklığına göre dağılımı	43
Tablo 4.21: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde sabah kahvaltısı yapma durumuna göre dağılımı	44
Tablo 4.22: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde süt içme durumuna göre dağılımı	45

Sayfa No

Tablo 4.23:	Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde meyve yeme alışkanlıklarına göre dağılımı	45
Tablo 4.24:	Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde yemek öğünlerini atlama durumuna göre dağılımı	46
Tablo 4.25:	Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde meyveleri yıkamadan yeme durumu göre dağılımı	47
Tablo 4.26:	Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde açıkta satılan simit gibi yiyecekleri alma durumuna dağılımı	48
Tablo 4.27:	Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde fast food türü yiyecekleri yeme durumuna göre dağılımı	49
Tablo 4.28:	Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde evde yemekleri yeme biçimine göre dağılımı	49
Tablo 4.29:	Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde bazı hastalıkların bulaşıcı olduğunu bilme durumuna göre dağılımı	50
Tablo 4.30:	Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde bazı hastalıkların bulaşma yollarını bilme durumuna göre dağılımı	51
Tablo 4.31:	Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde çocuklara yapılan aşıları bilme durumuna göre dağılımı	52
Tablo 4.32:	Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde sokaktaki kedi, köpek gibi hayvanlarla oynama durumuna göre dağılımı	53
Tablo 4.33:	Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde zararlı alışkanlıkları bilme durumuna göre dağılımı	54
Tablo 4.34:	Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde “halen sigara içiyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaba göre dağılımı	55
Tablo 4.35:	Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde öğrencilerin günlük uyuma süresine göre dağılımı	55
Tablo 4.36:	Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde ishal olan insanlara su verme durumu hakkındaki bilgilerine göre dağılımı	56
Tablo 4.37:	Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde öğrencilerin ilk başvurulması gereken sağlık kurumu konusundaki düşüncelerine göre dağılımı	57
Tablo 4.38:	Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde sağlıkla ilgili en fazla bilgi edindikleri kaynaklara göre dağılımı	58
Tablo 4.39:	Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde sağlıkla ilgili bilgileri yeterli bulma durumuna göre dağılımı	58
Tablo 4.40:	Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde öğrencilerin sağlıkla ilgili daha fazla bilgi almayı isteme durumuna göre dağılımı	59

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyaya gelen her canlı varlık yaşayabilmek, çevresine etkin ve başarılı bir “uyum” sağlayabilmek için bir takım etkinliklerde bulunmak ihtiyacındadır. Bu ihtiyaç doğrultusunda mesleki kişilik kazanma dâhil, yetişkinliğe ulaşmak için geçen süre 20-25 yılı bulmaktadır. Yaşama hazırlanma döneminde yapılan bu işlerin (beslenme, sağlıklı yaşam...vb.) tümü için “eğitim” terimi kullanılmaktadır (1).

Eğitim; insanları belli amaçlara göre yetiştirme sürecidir. Bu süreçten geçen insanın kişiliği farklılaşmaktadır ki, bu farklılaşma eğitim süresinde kazanılan bilgi, beceri, tutum ve değerler yoluyla gerçekleşir. Günümüzde okullar, eğitim sürecinin en önemli kısmını oluşturmaktadır (2).

İlköğretim eğitim sisteminin temel taşıdır. Bu eğitim kademesinde bireylere, toplum içinde diğer üyelerle uyum içinde yaşamaları ve yaşamlarını daha iyi bir biçimde sürdürmeleri için gerekli olan temel bilgi ve beceriler kazandırılmaktadır. İlköğretim dönemindeki çocuğun en belirgin özelliği, yeni şeyler öğrenme ve yapma isteğiyle dolu olmasının yanında, öğrenme yeteneğinin yüksek olması, ayrıca tüm öğrendiğini çevresine aktarabilmesidir. İlköğretimde kazandırılan bilgi ve beceriler, bir yandan bireyin, kendisi ve toplum için daha üretken ve verimli olmasını sağlarken, diğer yandan daha ileri eğitim kademelerindeki öğrenmelerin temelini oluşturmaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı "Sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik" olarak tanımlamaktadır (3). İnsanlara sağlıklı bir yaşam sağlamak için yapılacaklar arasında, kişileri eğitmek en başta gelir. Sağlığın sürdürülebilmesi için olumsuz çevre koşullarının ortadan kaldırılması, kişinin vücut direncinin artırılması, erken teşhis ve tedavi için hekime başvurmasını sağlamada, eğitim en önemli etkenlerden biridir.

Eğitim ve sağlık karşılıklı bir ilişki içerisinde. Sağlık kavramına yönelik bilgi, tutum ve davranışlar toplum sağlık düzeyini etkileyen temel etkenlerin başında yer aldığı için yaygın sağlık eğitimi, sağlık alanındaki temel toplumsal hedefler açısından büyük bir önem taşımaktadır.

Sağlık eğitimi, temel sağlık hizmetlerinin merkezi olup, "Herkes İçin Sağlık" hedefine ulaşma anlamına gelmektedir. Bu nedenle, temel sağlık bakımında rol oynayan sağlık ve diğer toplum görevlilerinin en önemli görevi sağlık eğitimidir (4).

Sağlık eğitimi, çeşitli yollarla hastalıkların önlenebileceğini, toplumun sağlık düzeyinin geliştirilebileceğini ve yükseltilebileceğini anlatan bir disiplindir. Kişinin kendi sağlığının korunması ve yükseltilmesi için sorumluluğun çoğu bizzat kendi bilgi, tutum ve davranışına bağlıdır. Sağlık eğitiminin gerekliliği bundan ileri gelmektedir (5).

Sağlık eğitimi çalışmalarında, bireyin genel yaşam biçimi üzerinde durulmalıdır. Bireyin genel yaşam biçimi ailesinin, toplumun ve hatta ülkesinin yaşam biçiminden etkilenir. Çocuk, ilk eğitimini ailesinden alırken, daha sonra gelecekteki yaşam biçimini belirleyecek şekilde okul ortamındaki ve işyerindeki koşullardan etkilenir.

Çocuklara sağlıklı bir çevrede, sağlıklı yaşam tarzına uygun bilgi, tutum ve davranışlar kazandırmak, sağlığı etkileyen olumsuz etkenlerin ortadan kaldırılması ve çocukların yaşamlarında kendi sağlıkları ile ilgili doğru karar verebilme yeteneklerini güçlendirecek ve ileriki dönemlerde toplumun sağlık düzeyini yükseltecektir.

İlköğretim çağı, çocukların kolay öğrenebileceği, öğrendiklerini yaşama geçirebileceği ve çevresine aktarabileceği bir dönemdir. Bu nedenle sağlık eğitimi için en uygun ortamlardan biri olan ilköğretim okulları araştırma ortamı olarak seçilmiştir.

Bu araştırma, ilköğretim okullarının 4 – 8. sınıflarında okuyan öğrencilere verilen sağlık eğitiminin, öğrencilerin sağlıkla ilgili çeşitli konulardaki bilgi, tutum ve davranışlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.GENEL EĞİTİM

2.1.1. Eğitimin Tanımı ve Önemi

Eğitim terimi; Latince'deki 'educate' mastarının isim şekli olan 'education' sözcüğünün Türkçe karşılığıdır. Education; büyütmek, yetiştirmek ve geliştirmek anlamlarına gelir. Eğmek mastarından türetilen 'eğitim' sözcüğü dilimize 1940'larda yerleşmiştir. Bu tarihe kadar Arapça kökenli 'terbiye' sözcüğü kullanılmıştır (6).

Türkçe sözlükte eğitim, "Çocukların ve gençlerin, toplum yaşayışında yerlerini almaları için gerekli bilgi, beceri ve anlayışları elde etmelerini sağlayan bilim" olarak tanımlanmaktadır. Eğitmek ise, "Belli bir konuda yetiştirmek, terbiye etmek" olarak açıklanmaktadır (7). Eğitim, bireyin yaşadığı toplumda yeteneğini, tutumlarını ve olumlu değerdeki diğer davranış biçimlerini geliştirdiği süreçler toplamıdır (8).

Eğitim sayesinde bireylere olumlu davranışlar kazandırılması yanında, istenmedik davranışların bırakılması ile sağlıklı ve uyum içinde yaşamın sürdürülmesi de amaçlanmaktadır (6). Eğitim, bireylerin ve toplumun mutluluğunu sağlamak için geçerli bir araç olarak gittikçe önem ve güç kazanmaktadır.

Eğitim hakkının; herkes için geçerli olduğu, bütün dünyada her çocuk için vazgeçilmez bir hak olduğu, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile kabul edilmiştir (9).

Eğitim, bireyin ve toplumun sağlığını etkileyen davranışları ve bu davranışların nedenlerini ortaya çıkarıp değiştirmeyi ve olumlu davranışlar kazandırmayı amaçlar. Eğitimin tanımı çağlara ve bu çağlarda yetişen eğitimcilere göre farklılık göstermiştir. Her eğitimcinin kendine özgü değişik şekilde yaptıkları eğitim tanımları vardır.

- Good’a göre eğitim, “kişinin yaşadığı toplum içinde değeri olan yetenek ve diğer davranış biçimlerini geliştirdiği süreçlerin tümüdür” (10).
- Ertürk’e göre eğitim, “bireyin davranışlarında kendi yaşantısı yoluyla kasıtlı olarak istendik değişme meydana gelme sürecidir” (11).
- Oğuzkan’a göre eğitim, “önceden saptanmış esaslara göre insanların davranışlarında belli gelişmeler sağlamaya yarayan planlı etkiler dizgesidir” (12).

Eğitim tanımlarının hepsi insan davranışları ve bunların belirli bir yönde değiştirilmesi konusunda ortak yanlara sahiptir. Bu tanımlar gözden geçirildiğinde; eğitimin, kişiliğin gelişmesine yardım eden, yetişkin yaşamına hazırlayan, yaşamı için gerekli olan bilgi, beceri ve davranışlar elde etmesine yarayan bir süreç olduğu görülür. Eğitim süreci, yalnızca bireye olumlu yönde davranış kazandırmakla kalmaz, aynı zamanda bireyi geliştirir ve gelecekteki yaşamına hazırlar.

İnsan davranışlarının bir kısmını kendi kendine, bir kısmını da başkalarına bakarak öğrenir. İnsanın, başkalarından etkilenmesi ile öğrenmesi, başkalarınca eğitilmesi demektir. İnsanın başkalarının etkisiyle öğrenmesi ise ömrü boyunca sürer. Böylece insan doğumundan ölümüne dek, eğitim süreci içinde yaşar (13).

Eğitim yoluyla bireylerin bilgi ve becerileri, amaçları, beklentileri, tutumları ve değerleri, hedeflenen yönde ve amaçlı olarak değiştirilebilir. Bu değişme bireyin yeni bir davranışı kazanması biçiminde olabileceği gibi, eskiden sahip olduğu istenmeyen nitelikteki davranışlarını bırakması biçiminde de olabilir. Ancak davranış değiştirme, bir öğrenme sonucunda oluşur. Öğrenme, bireyin çevresiyle etkileşimde bulunarak geçirdiği yaşantıların ürünü olan davranış değişikliği olarak tanımlanır (14,15, 16).

2.1.2. Eğitim Türleri

Eğitim denince akla çoğunlukla okul gelmektedir. Okulda, eğitim süreci öğretmen tarafından planlanır, uygulanır ve sürecin belli aşamalarında değerlendirme işlemi yapılır (17). Ailede, sokakta, kantinde, arkadaş çevresinde, her an her yerde bir plana bağlı olmaksızın yapılan eğitim etkinliklerine informal eğitim denir. İnformal eğitim denetimli ve planlı olmadığı için olumlu davranışların yanı sıra yanlış davranışlarda öğrenilmektedir. Planlı eğitim etkinliklerine ise formal eğitim denir. Formal eğitim ile bireylerin davranışları belli amaçlar doğrultusunda değiştirilmeye çalışılmaktadır. Formal eğitim süreci ‘örgün eğitim’ veya ‘yaygın eğitim’ şeklinde yapılabilir. Örgün eğitim; anaokulundan üniversiteye kadar örgütlenmiş tüm okul eğitimlerini içine alır. Yaygın eğitim ise, örgün eğitim sistemine gidemeyenlere, gereksinim duyulan alanda yapılan, daha geniş ve değişik eğitim biçimlerini kapsar. Yaygın eğitim bir kurum veya iş yerinde çalışan kişiler için yapılabileceği gibi geniş kitleleri içeren halk eğitimi, hizmet içi eğitimi veya çırak eğitimi şeklinde de olabilir (15, 18).

Gökalp'e göre (19) eğitim, “Bir toplumda, yetişkin kuşağın henüz yeni yetişmeye başlayan kuşağa, düşüncelerini ve duygularını vermesi demektir. Bu veriş iki türdür. Birisi örgün, diğeri yaygın eğitimidir.” Bu ayrımı ilk kez Türk literatüründe Gökalp yapmıştır.

Okullarda, sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranış geliştirmeye yönelik olarak eğitim yapılmaktadır. Bu eğitim, ağırlıklı olarak beden eğitimi dersi, fen bilgisi, hayat bilgisi ve biyoloji gibi derslere sağlıkla ilgili konular entegre edilerek sürdürülmektedir.

Türkiye’de 1997 yılından itibaren beş sınıflı ilkokula üç yıllık ortaokul eklenerek sekiz yıllık zorunlu temel eğitime dönüşüm sağlanmıştır. Zorunlu beş yıllık ilkokul uygulamasından sekiz yıllık ilköğretim programı uygulamasına geçilmiş olması ve buna ek olarak lise eğitiminin üç yıldan dört yıla çıkartılması devletin, ülkedeki daha iyi eğitim alan insan sayısını arttırılmasına yönelik yapılan çalışmaları göstermektedir.

2.1.3 Eğitimi Verilecek Kitleye Göre Eğitim Yöntemi

“Yöntem” bir amaca varmak için gidilecek, en kısa, en doğru, en güvenilir ve düzenli yoldur. Bir işin en iyi biçimde yapılması için doğruluğu anlaşılmış en kolay yolu tanıtır ve belli durumlar için belli kurallar verir (5).

2.1.3.1 Birey Eğitimi

Birey eğitimi, yüz yüze konuşma sırasında bir kişinin diğerine rehberlik etmesidir. “Bireyin davranışlarını etkileyerek; bilgi, beceri ve tavırlarını değiştirmek” olarak tanımlanır. Birey eğitim yöntemleri; görüşme, taklit, okutma ve yazdırma yöntemi olarak ele alınmaktadır (5, 15).

2.1.3.1.1 Görüşme Yöntemi

Görüşme yöntemi, bireylerle ilişki kurabilme imkanı sağlaması ve güven duygusu kazandırması açısından yararlıdır. Görüşmede soru-cevap, tartışma ve anlatma yöntemlerinden yararlanılır.

2.1.3.1.2 Taklit Yöntemi

Bireyler, özellikle çocuklar taklit yoluyla birçok davranışlar kazanırlar. Toplumda örnek alınan kişilerin ve anne babaların eğitilmeleri demek, çocuklarında eğitilmeleri demektir.

2.1.3.1.3 Okutma ve Yazdırma Yöntemi

Eğitim verilen bireye sürekli konuyla ilgili yazılı materyaller okutulmalıdır. Grup ve toplum eğitiminde de bu yöntem kullanılabilir. Eğitim konularında okuyucunun ilgisini çekecek türde broşürler dağıtılabilir.

2.1.3.2 Grup Eğitimi

Grup, ortak bir amaca sahip olan, iletişim içerisinde bulunan, değişik konum ve rollerdeki birden fazla bireyin oluşturduğu topluluklardır. Bireyleri tek tek eğitmek imkanı olmadığı durumlarda, grup yaklaşımını kullanmak önemlidir. Kişileri eğitmede grup yaklaşımının kullanılmasının avantajlarından birisi grup üyelerinin, sağlık davranışlarını uygulama konusunda birbirini desteklemesidir. Grup eğitim yöntemlerinden bazıları aşağıdaki gibidir: (5, 15, 17, 18, 20)

2.1.3.2.1 Anlatma Yöntemi

Herhangi bir eğitim konusunu anlatarak öğretmek, birey, grup ve toplum eğitiminde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu yöntem; eğitimcinin herhangi bir konuyu, bir sıra ve düzene göre karşısındaki kişilere baştan sona kadar anlatmasıdır. Düz anlatım, hazırlanmış bir metnin monoton bir biçimde okunur gibi tekrarı şeklinde olabileceği

gibi, araya örnekler ve fıkralar sokarak ilginç bir hale getirilmiş bir konuşma biçiminde de olabilir. Anlatma yönteminde;

- Öğretimin amacı ve önemli noktaları açıkça eğitilenlere gösterilmelidir.
- Anlatım sırasında eğitici, eğitilenlerle devamlı göz iletişimi kurmalı ve sözsüz iletişim tekniklerini etkin olarak kullanmalıdır.
- Anlatımda kullanılan dil, konuyu ve etkinlikleri açık bir biçimde eğitilenlere ulaştıracak nitelikte olmalıdır.
- Anlatımın dili eğitilenlerin düzeyine uygun olmalıdır.
- Konuşma sırasında eşya, resim, şema, grafik gibi görsel araç ve malzemeler kullanılmasına dikkat edilmelidir.

2.1.3.2.2 Soru-Cevap Yöntemi

Geleneksel olarak uygulandığında, bir konunun eğitici tarafından sorular sorulup öğrencilerce cevaplar verilerek işlenmesi anlamına gelir. Her eğitim yöntemi ile birlikte kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemde, öğrenme-öğretme sürecine katılanlar öğrendiklerini anlatma fırsatı bulduğundan öğrenme daha kalıcı olur. Özellikle ilköğretimde anlatım yöntemi ile soru-cevap yöntemini birleştirmek gerekir. Bu birleştirme, monotonluğu ortadan kaldırır, dikkati uyanık tutar, düşünmeye sevk eder, zamandan tasarrufu ve böylece bütün derslerde en iyi şekilde başarı elde edilmesini sağlar. Soru-cevap yönteminde dikkat edilecek hususlar:

- Dersin başlarında hatırlama ve bilmeye dayalı, sonunda ise düşünmeye dayalı yüksek düzeyli soru sorulmalıdır.
- Sorular bir kelime ile veya "evet", "hayır" şeklinde cevaplandırılacak biçimde olmamalıdır.
- Sorular eğitilenlerin bireysel özelliklerine ve eğitim durumuna uygun olmalıdır.
- Soru sorulurken, grupta samimi, rahat ve dostça bir hava yaratılmalıdır.
- Soru, katılımcıların anlayacağı bir dille ifade edilmedir. Soru açık, basit, anlaşılır ve direkt olmalıdır. Bu nedenle, açık olmayan, karışık yapıda, kuşku uyandıran sorulardan kaçınılmalıdır.

2.1.3.2.3 Beyin Fırtınası Yöntemi

Beyin fırtınası yaratıcı problem çözme gücünü geliştirmeyi amaçlayan bir eğitim yöntemidir. Beyin fırtınası ile belirli bir sorun hakkında ya da konuyla ilgili değişik görüş elde etmek amacıyla uygulanır. Bu tekniğin uygulanmasında grup üyeleri mümkün olduğu kadar çok fikir ileri sürerler. Bu fikirlerden etkilenen diğer grup üyeleri daha farklı buluşlar ortaya koyarlar. Beyin fırtınasında,

- Toplantının amacı ve sorunun ne olduğu belirtilmelidir.
- Zaman sınırlaması getirilmelidir.
- Her türlü görüş eleştirilmeden not edilmelidir.
- Toplantı sonunda söylenenlerin analizi, eleştirisi, değerlendirilmesi ve çözüm yolunun karşılaştırılması gerekir.
- Grubun verilen problemi tam anlamıyla kavramış olmasına dikkat edilmelidir.

2.1.3.2.4 Tartışma Yöntemi

Herhangi bir konunun grup üyeleri tarafından karşılıklı konuşarak, dinleyerek ve konuya katılarak işlenmesidir. Eğitilenlerin bir konu ya da sorun üzerinde birlikte olası çözüm yollarını aramalarına dayanır. Bu yöntem, eğitilen bireylerin etkinliğine daha fazla yer verdiği için eğitimciler tarafından önem görmektedir.

Tartışma yönteminde;

- Sınıfın bir bölümü tartışmaya katılacaksa öğrenciler tanıtılmalıdır.
- Tartışma, belirli bir hedefe yönelik, belirli bir yöntemce düzenlenen, sistemli bir konuşma olmalıdır.
- Tartışma önceden planlanmalıdır. Zira plansız tartışmalarda konu dağınık ve amaca ulaşmakta güçlük çekilir.
- Tartışmaya katılacak öğrenciler önceden konulara değişik kaynaklardan hazırlanmalı, çeşitli araştırma ve inceleme yapmalıdır. Öğretmen, kaynak seçiminde ve temininde öğrencilere yardımcı olmalıdır.
- Tartışmanın bireylerle değil, fikirlerle ve sorunlarla ilgili olduğu hatırlatılmalıdır.

2.1.3.2.5 Rol yapma (Role-Play)

Belli bir olayın katılımcılar tarafından canlı olarak ve gözlenecek biçimde temsil edilmesidir. Rol yapmanın en önemli avantajı, gözlem yoluyla öğrenmeyi sağlayabilmesi ve katılımcıların oyunda yerine geçtikleri kişilerin içinde bulundukları durumu daha iyi kavramalarını kolaylaştırabilmesidir. Rol oynama yönteminde öğrencilerden kendi senaryolarını oluşturmaları istenebileceği gibi, hazır bir senaryo da verilebilir. Rol oynama yönteminin başarılı olması için;

- Senaryonun gruba uygun olup olmadığına karar verilmelidir.
- Sınıftaki öğrenciler oynanacak soruna karşı ortak ve içten ilgi duymalıdır. Oyunu oynayacak öğrenciler rollerini ve sorunu iyi bir biçimde anlamış olmaları önemlidir.
- Öğrencilerin karakterlerini göz önüne alarak, roller belirlenmelidir.
- Her öğrencinin görebileceği, işitebileceği biçimde oturmaları sağlanmalıdır.

2.1.3.2.6 Gözlem Yöntemi

Hayatın her anında insanlar bir gözlem faaliyeti içinde olurlar. Çünkü çocuklar, olayları ve olguları sürekli olarak takip ederler ve bir takım bilgileri kendi gözlemleri sonucunda öğrenirler. Gözlem, doğrudan doğruya bir olayın meydana gelişini izlemek şeklinde olabileceği gibi, araçlar vasıtasıyla da yapılabilir. Bu nedenlerden dolayı gözlem hayatın bir parçası olmuştur. Çocuklar sosyal becerilerin çoğunu gözlem yoluyla öğrenirler. Gözlem, doğrudan bir olayın meydana geliş biçimini izlemek şeklinde olabileceği gibi araçlar vasıtasıyla da yapılabilir. Gözlem yöntemi;

- Planlı olmalıdır, gelişigüzel yapılan gözlemler yararlı olmazlar.
- Gözlem sırasında, konu hakkında eğitilenlere bilgi verilmeli ve açıklama yapılmalıdır.
- Gözlem sonuçlarının hemen ve gerçeğe uygun olarak not edilmesine ihtiyaç vardır.
- Sınıfa döndüğünde, gözlemin mutlaka değerlendirilmesi yapılmalıdır. Gözlemin amacına ulaşp ulaşmadığı etraflıca konuşulup tartışılmalıdır. Böyle

bir değerlendirme, daha sonra yapılacak gözlemlerin iyi planlanmasını sağlayacağı gibi, öğrencilerde yanlış kavramların gelişmesini önleyecektir.

2.1.3.2.7 Gösterme- Yaptırma Yöntemi

Belirli olgu ve olayların katılımcılara eğitimci tarafından uygulama biçiminde gösterilmesidir. Gösteri bilgi edinmek, ilgi uyandırmak ve çalışma standardı geliştirmek, göze ve kulağa aynı anda hitap etmek suretiyle bir işin nasıl yapıldığını göstermek için başvurulmuş bir eğitim yöntemidir. Görsel-işitsel araçlardan yararlanılarak yapılan gösteriler daha ilgi çekici ve daha fazla katılım sağlar. Bu yöntemin etkili olabilmesi için;

- Gösteri başlayacağı zaman kullanılacak tüm materyalin el altında bulunduğundan emin olunmalıdır.
- Geri bildirimi sağlamak için gösteri sırasında sorulardan yararlanılmalıdır.
- Gösteri bir kaç öğrenciye tekrarlatılmalıdır.
- Gösterinin sonunda basamakların bir özetini verme ya da oluşumuna ilişkin bir özet verilmelidir.

2.1.3.2.8 Benzetim (Simulation) Yöntemi

Eğitilenlerin grup içinde bir olayı gerçekmiş gibi ele alıp, üzerinde eğitici çalışma yapmalarına olanak sağlayan bir öğrenme tekniğidir. Öğrenciyi gerçek ortamda gerçek araçlarla yetiştirmenin güç ve maliyetinin fazla olduğu durumlarda kullanılmaktadır. Böylece gerçek durumun baskısı olmadan öğrenme sağlanmaktadır.

2.1.3.2.9 Problem Çözme Yöntemi

Belli bir konu, başlık veya problem üzerine odaklanmış, gerçekçi senaryolar kullanılarak yapılan bir eğitim yöntemidir. Bir problemi çözmeyi, kavrama ve anlama yeteneğini geliştirmeyi, problemi analiz edip sonuca ulaşmayı öğretir. Katılımcıların etkin olmalarını, birbirleri ile etkileşime girmelerini ve birlikte öğrenmelerini sağlar.

2.1.3.3 Toplum Eğitimi

Eğitimin tüm toplumu kapsaması amaçlar. Bunun için kitle iletişim araçlarından yararlanılır. Bunlar; kitap, gazete, dergi, radyo, televizyon ve internet olarak sayılabilir. Bu araçlar, genellikle halkın güvendiği ve yararlandığı bilgi kaynaklarıdır (17).

2.2 SAĞLIK EĞİTİMİ

2.2.1 Sağlık Eğitiminin Tanımı ve Amacı

Sağlık, yakın tarihe kadar hastalıkların iyileşmesi olarak bilinirdi. Hastalığın kader, yazgı olduğu, dolayısıyla kaçınılmaz olduğu kabul edilirdi. Günümüzde sağlığa bakış açısı değişmiştir. Artık sağlık kavramı, yalnızca hastalığın olmayışı olarak algılanmamaktadır. Sağlığın kişilerin iradesiyle ve çabalarıyla geliştirilebileceği fikri önem kazanmaya başlamıştır.

Sağlıklı bireylere sahip bir toplumun meydana getirilmesi halk sağlığı hizmetlerinin etkin bir şekilde yerine getirilmesiyle mümkün olmaktadır. Halk sağlığı günümüzde birçok bilim dallarına ayrılmıştır. Halk sağlığı hizmetlerinin önemli alanlarından birisi de sağlık eğitimidir.

Sağlık eğitimi, bireylere doğru sağlık bilgilerinin aktarılması ve sağlık konusunda olumlu davranışların kazandırılmasıdır. Sağlık eğitimi bireylere “ömür boyu sağlıklı yaşam için davranış değişikliği” kazandırarak, sağlıklı bir toplum yaratmayı hedeflemektedir (21).

Sağlık eğitimi toplumun sağlığını geliştirmeyi amaçlayan profesyonel bir alandır. Geniş anlamda insan yaşamı ile ilgili olup, temel olarak sağlık davranışını ve sağlığı konu almaktadır. Kişilerin kendi motivasyonlarını kuvvetlendirmelerine yardım etme ve algılarını teşvik etmeyi hedefler. Ayrıca kişiler, yaşamı boyunca meydana gelebilecek olan biyolojik, psikolojik ve sosyolojik değişmelere adapte olmada kendi gücünü tamamen kavrayabilir ve içinde yaşadığı toplumun gelişmesi için aktif bir sorumluluk alabilir (5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık eğitimini; “ Kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla, birey olarak veya topluca karar aldırma” şeklinde tanımlanmaktadır (22).

Sağlık eğitiminin temel özelliklerini şu şekilde sıralamak mümkündür (23);

- Sağlık eğitimi; sağlığa yönelik istekli ve bilinçli kararları geliştiren, öğrenme yaşantılarını tanımlamaktadır.

- Bireylerin sağlığını etkileyen davranışlarla, yaşam ve çalışma koşullarıyla ilgilidir.
- Bireylerin, toplumun ve çevrenin sağlığına katkıda bulunabilmeleri için insanların güçlendirilmesini amaçlar.
- Hasta eğitiminin ötesinde sağlığı korumaya ve geliştirmeye yöneliktir.

Sağlığın geliştirilmesi kavramı ilk kez DSÖ'nün Alma-Ata'da düzenlediği “Birincil Sağlık Bakımı” konulu uluslararası konferansta ele alınmıştır. Konferansın sonunda yayınlanan bildiride, mevcut sağlık sorunları ve bunları önleme ve kontrol altında bulundurma metotlarını içeren sağlık eğitimi kavramı ayrıntılı olarak verilmiştir (24).

Kanada'nın Ottawa kentinde 1986 yılında yapılan “Birinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda” yayınlanan Ottawa Bildirisi'nde, sağlığı geliştirme kavramı çerçevesinde, “sağlıklı toplum politikası” ve “sağlığı destekleyen çevre ve ortamlar yaratılması” vurgulanmıştır. Bu bildiriye göre sağlık bir sonuç değil, yaşamın kaynağıdır. Ottawa Bildirgesi, sağlığın geliştirilmesinde (25);

- Sağlıklı Toplum Politikası,
- Yaşanılan çevrenin sağlıklı ve yaşama uygun hale getirilmesi,
- Toplumun etkinliğinin güçlendirilmesi,
- Kişisel becerilerin geliştirilmesi,
- Sağlık sisteminin değişen koşullara uyarlanması olarak beş strateji üzerinde durmuştur.

Sağlığın geliştirilmesi için sağlık eğitimi verilmesi ve eğitim içinde mutlaka kişisel ve sosyal gelişimin vurgulanması önemlidir. (25).

Etkili sağlık eğitimi genel anlamda, sağlıkla ilgili değerleri etkilemeyi, beceri kazanımını kolaylaştırmayı, davranışları ve yaşam biçimlerini geliştirmeyi kapsayan çalışmalar bütünü olarak ele alınabilir. Sağlık eğitimi, insanlara sadece sağlıkla ilgili bilmediklerini öğretmek değil, sağlıkla ilgili davranışlarında iyi uygulamalara alıştırmaktır.

Sağlığın daha iyiye götürülmesi, herhangi bir hastalık ya da bozukluğu önlemeye yönelik olmayıp, kişinin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlar.

Bu hususta sağlık eğitiminin ve güdülemenin (motivasyon) ok önemli bir rolü vardır (26).

Halkın sağlık eğitimi, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası’nda da birinci basamakta sunulması gereken hizmetlerden biri olarak belirtilmiştir ve 154 sayılı yönerge ile hemen hemen tüm sağlık ocağı personeli bu konuda görevli kılınmıştır. Çünkü sağlık eğitimi kişiye ve topluma yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarından biri olduğu kadar, DSÖ tarafından önerilen “kendi kendine bakım” kavramıyla, bireylerin kendi sağlıkları (z sorumluluk) ve giderek birbirlerinin sağlığı ile ilgili olarak sorumluluk almaları ve böylece halkın sağlık hizmetlerine doğrudan ‘katılımı’ anlamına gelmekte ve sağlığın geliştirilmesi konularında önemli olan uygulamalardan biri olmaktadır (27).

Bireylerin, sağlık ve hastalıklarını olumlu yönde değiştirmek, teknolojinin yeniliklerinden yararlanır hale getirmek, çevreyi sağlıklı bir şekilde düzenlemek; ancak sağlık eğitimi ile mümkün olabilir. Bu nedenle 1979 yılında DSÖ’ nün “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Genel Planı”nda sağlık eğitiminin hedefi;

- “Bireyin sağlığını yaşamları boyunca desteklemek ve korumak,
- Belirli hastalık ve yaralanmalardan yakınmayı ve bunların insidansını azaltmak” olmak üzere iki başlık altında toplanmıştır (28).

1991 yılında DSÖ, Birleşmiş Milletler ocuklara Yardım Fonu (UNİCEF), Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür rgt (UNESCO) ve 16 ülkenin sağlık uzmanlarının katıldığı Uzmanlar Komitesi tarafından, okul sağlık eğitimini daha etkin hale getirmeye yönelik olarak “Kapsamlı Okul Sağlık Eğitimi” kavramı geliştirilmiş ve bu kavramın uygulamaya geçirilebilmesi için gerekli stratejiler belirlenmiştir. “Kapsamlı Okul Sağlık Eğitimi” kavramında sağlık eğitiminin örgün eğitim müfredatına entegre edilmesi önerilmektedir (29).

Okullarda sağlık eğitimi ile öğrencilerde okul/toplum aracılığı ile yaşam boyu sağlık anlayışı geliştirmek ve böylece onların (21);

- Geçerli sağlık bilgileri, sağlık bakım ve hizmetlerine ulaşmasını sağlamak,
- Sağlığı geliştiren davranışları destekleyip, sağlık riski taşıyan tutumları önlemek,

- 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 beslenmeden v.b. uzak durması amaçlanmaktadır.

Toplumların kalkınması sağlıklı insan gücü ile mümkündür. İnsanların geleceklerini planlama konusunda istekli olmaları kalkınmaya etkin ve yeterli olarak katılmaları sağlıklı olmaları ile ilişkilidir.

2.2.2.Sağlık Eğitimi İlkeleri ve Planlaması

Sağlık eğitimi verirken göz önünde bulundurulması gereken ilkeler şunlardır (5);

- Eğitim verilecek “hedef kitle”nin sağlık durumu belirlenmelidir.
- Hedef kitlenin gereksinimleri ve sorunları saptanmalıdır.
- Sağlık eğitiminde güdülenme sağlanmalıdır.
- Sağlık eğitimi hizmet ve olanaklarla desteklenmelidir.
- Sağlık eğitimi sürekli olmalıdır.
- Sağlık eğitimi herkesi kapsamalıdır.
- Eğitimin niteliği önemlidir.
- Sağlık eğitimi bir bütün olarak ele alınmalıdır.
- Sağlık eğitiminde tüm sağlık personeli görev almalıdır.
- Sektörler arası işbirliği sağlanmalıdır.

Halkın sağlıkla ilgili herhangi bir konuda eğitiminin daha yararlı olması ve eğitimin etkinliğinin yükseltilmesi için (5);

- Eğitim verilecek hedef kitlenin, eğitim ihtiyacının belirlenmesi,
- Hedef kitlenin gereksinimleri ve var olan sorunların belirlenmesi,

- Amaç ve hedef grupların belirlenmesi,
- İşbirliği yapılacak kurum ve kuruluşların belirlenmesi,
- Eğitim verilecek yerlerin belirlenmesi,
- Uygulamada kullanılacak yöntem ve tekniklerin belirlenmesi,
- Eğitim planının program haline getirilmesi,
- Eğitimin uygulanması,
- Sonuçların değerlendirilmesi şeklinde yapılmalıdır.

Sağlık eğitiminde konunun iyi hazırlanmasının yanında, sadece öğretici bir araç olarak değil, aynı zamanda öğrencilerin de dikkatini uyanık tutup zor kavramların anlaşılmasına yardım eden görsel-işitsel araçlardan da faydalanılmalıdır (18). Eğitimin etkili olabilmesi ve eğiticiye yardımcı olması amacıyla kullanılan her türlü yazılı basılı materyallerle görsel, işitsel ürünler eğitim araçları da kullanılabilir. Bunlar (5,15,20);

- Basılı materyaller (Broşür, poster...vb.)
- Resimler
- Maketler
- Yazı tahtası
- Tepegöz
- Slayt
- Data show
- Kitle iletişim araçları olarak sıralanabilir.

2.3 OKUL SAĞLIĞI

2.3.1. Okul Sağlığının Amacı ve Önemi

Okullar, insanoğlunun binlerce yıllık gelişimi sonucunda sağladığı doğru bilgi, tutum, beceri ve birikimin yeni kuşaklara kazandırıldığı, bireylerin yaşama ve gelişmeye hazırlandığı kurumlardır. Bu kurumlarda, birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yer alan, okul sağlığı hizmetleri sunulmaktadır. Sağlık hizmetleri içinde yer alan sağlık eğitiminin en verimli biçimde uygulandığı kurumlardan birisi, hiç şüphesiz okullardır.

Dünyada okul sağığı programlarının uygulanmasına 19. yüzyılda başlanmış ve 20. yüzyılın ilk yıllarında gelişmiş ülkelerde okul sağığı uygulamaları rutin hizmetler kapsamına alınmıştır (21).

Okul sağığı hizmetleri öğrencilerin ve okul personelinin sağığının değeriendirilmesi, geliştirilmesi, sağıklı okul yaşamının sağılanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve topluma sağılık eğitiminin verilebilmesi için yapılan çalışmaların tümüdür. Bu çalışmalar toplumda okul çağındaki bütün çocukların mümkün olan en iyi bedensel, ruhsal ve sosyal sağığığa kavuşmalarını sağılama ve sürdürme, böylece çocukların dolayısı ile toplumun sağılık düzeyini yükseltme gerekliliğinden doğmaktadır (30).

Okul eğitiminin ayrılmaz bir parçası olması gereken sağılık eğitimi yeterli bir şekilde alan bir çocuk, yetişkin bir kişı olduğunda ailesinin daha sağılıklı olabilmesi için gereken önlemleri alabilecek; sağığın korunması ve geliştirilmesi için yapılması gerekenleri bilecektir. Yukarıda belirtilen nedenlerle, çocukların tepki ve davranışlarına olumlu bir yön verilmesinde, okul sağığı hizmetleri çok önemli bir rol oynar.

Okul sağığı hizmetlerinin sağılık eğitimi çalışmalarıyla desteklenmesi gerekir. Böylece, çocukların sağılıkla ilgili kavramları daha iyi anlamaları ve tüm yaşantıları boyunca gerekli olacak davranış biçimlerini benimsemeleri sağılanabilir.

Okula başlayan çocuklar için okul, kendi evleri dışında toplu olarak bulunacakları bir yerdir. Okulda sağılık eğitiminin temel amacı ise okul çağındaki çocukların sağılanabilen en üst düzeyde bedensel, ruhsal ve sosyal sağığığa kavuşmalarını sağılamak, sağılıklı davranış geliştirmesini mümkün kılmak; böylece çocukların, dolayısıyla toplumun sağılık düzeyini yükseltmektir.

Çocuklara kazandırılacak doğru sağılık bilgisi alışkanlıkları aileye ve topluma taşınmaktadır. İlkokul öğrencilerinin öğrenme gücü, öğrendiklerini eve götürme ve toplumun okuldan öğrenilen bilginin doğru olabileceğı konusundaki değeri yargıları, aileye ulaşmada en kolay yol olduğu düşüncesini güçlendirmektedir. Böylece okul, tüm topluma erişebilmektedir. Ayrıca doğru ve sağılıklı bilgi, tutum ve davranışları geliştiren öğrenciler, çevrelerinde örnek, uyarıcı ve hatta eğitici kişı rolü oynayabilirler. Yarının toplumunu oluşturacak bireylerin sağılık ile ilgili bilgileri edinmelerini sağılamak ilerde mutlu ve sağılıklı bir toplum yaratmak için iyi bir yatırım yapmak demektir (30).

2.3.2 Okul Sağlığının Türkiye’deki Durumu

Türkiye Cumhuriyet’inin kurulması ile birlikte sağlık eğitiminde önemli gelişmeler olmuştur. Sağlık eğitimi ile ilgili gelişmeler 1930 yılında yürürlüğe giren 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” ile devletin yükümlülüğüne verilmiştir. Bu yasanın; 3. maddesinde, “okul sağlığının korunması, sağlıkla ilgili eğitim ve öğretim kurumlarının açılması” hükmüne yer verilmiştir (31).

1949 yılında toplanan Milli Eğitim Şurası’nda, ilk defa çocuklardaki sağlık problemleri ortaya konmuş, burada okul sağlığı hemşireliği ele alınmış, fakat sadece reviri olan yatılı okullar için düşünülmüştür. Çok uzun yıllar sadece yatılı okullarda bulunan hemşirelerin, günümüzde özel okulların sayısının hızla artması ve velilerin de baskısıyla, diğer okullarda da yaygınlaştığı görülmektedir. Ancak bu okullarda hemşirelerin uygulamaları, acil durumlardaki hemşirelik müdahaleleri ve klinik protokollerin okulda sürdürülmesi işlemlerinden öteye gidememiştir (32).

On ikinci Millî Türk Tıp Kongresi’nde (1951) “Okul Hijyeni”nin ana konu seçildiği görülmektedir. Beşinci Millî Eğitim Şurası’nda (1953) anaokulları ve ilkokullarda “okul hijyeni” konusunda düzenlemeler sağlayan kanun tasarısı kabul edilmiştir (31,33).

1958 yılında kabul edilen il sağlık müdürleri ve hükümet tabipleri ile belediye sağlık işleri müdürleri ve belediye tabiplerine ait yönetmeliğin, hükümet tabipleri bölümündeki 30. madde, hükümet tabibinin okul sağlığı görevini şöyle tanımlamıştır: “Merkez ve köylerde bulunan okulların sağlık koşullarıyla öğrencilerin sağlığının korunmasıyla ilgilenir. Özel hekim bulunan okullarda sağlık fişlerinin düzenlenip düzenlenmediğini denetler. İcabında gerekli aşıları yaptırır. Hekimi ve reviri bulunmayan okullarda yatakhane, yemekhane, mutfak, banyo ve yıkanma yerlerinin sağlık koşullarına uygunluğunu 1593 sayılı yasanın 163. maddesi gereğince denetler.” (34).

1958 yılında Milli Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı’nın sağlıkla ilgili işlerini yürütmek üzere kurulan Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı’nın 1984 yılında yayınladığı “Sağlık Hizmetleri Uygulama Rehberi”nde okul sağlığı hizmetlerinin ele alınma biçimi ve okul sağlığının tanımı yapılmıştır. Bu rehber, 1992 yılında yeniden yayımlanarak ilgili yönetim birimlerine dağıtılmıştır (21).

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'a (1961) göre, okul sağlığı hizmetleri sağlık ocaklarının sorumluluğuna verilmiştir. Yedinci Millî Eğitim Şurası'nda (1962), okul hekimi, okul spor hekimi, okul hemşiresi yetiştirilmesi kararlaştırılmıştır (33).

Ülkemizde okul sağlığı hizmetlerinin SB tasarrufunda yürütüleceği, 01 Şubat 2005 tarihli ve 1276 sayılı SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genelgesi'nde de belirtilmiştir (35). Bugün, içinde okul hemşiresinin de yer aldığı "Okul Sağlığı Hizmetlerinin Yürütülmesi Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge Taslağı" üzerinde çalışılmaktadır (36).

2.3.3 Okulda Sağlık Eğitimi

Öğrencilere okullarda verilecek sağlık eğitimi ile aile ortamında kazandığı yanlış ve eksik bilgiler düzeltilebilir. Bu dönemde çocuklar daha kolay öğrenmekte ve sağlıklı alışkanlıklar edinebilmekte ve edindikleri alışkanlıkları ileriki yaşamlarına yansıtabilmektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2008 (TNSA) verilerine göre; ülkemizde 15 yaşından küçük çocuklar, toplam nüfusun %27.4'ü gibi büyük bir kısmını oluşturmaktadır (37). Bu yüzden toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi, o toplumun sağlık eğitimine ve bu eğitimin çocukluk çağından itibaren başlamasına bağlıdır. Sağlık eğitimi aile içinde başlar, okulda köklenir ve gelişir.

Her alanda olduğu gibi, sağlık alanındaki eğitimin de en önemli halkalarından birini ilkokul eğitimi oluşturur. Bu dönemde öğrencilerin gördüğü ve duyduğu şeylerden daha kolay etkilenmesi ve ilkokulu bitirenlerin önemli bir bölümünün orta öğretime devam etmemesi nedeniyle, ilkokulda sağlık eğitimi çok önemlidir. Bu dönemde verilecek iyi bir sağlık eğitimi, bireyin ömür boyu sağlıklı yaşamasına yardımcı olabilir. Hatta bu bilgi ve davranışları gelecek nesillerin sağlığını olumlu yönde etkileyebilir (38).

Eğitim, öğrencilerin okulda ve okul sonrası zamanlarda daha sağlıklı, daha mutlu bir toplum için yaratıcı olmalarını sağlar. Özellikle davranış ve alışkanlıkların kolayca kazanıldığı ilk ve orta öğretim düzeyinde öğretilecek sağlık bilgisi gelecek kuşakların sağlık düzeyini yükseltecektir.

Okul sağlığı ve sağlık eğitimi birbirini tamamlar ve ayrılamaz. Sağlık eğitimi, öğrencinin öncelikle kendi sağlığını geliştirme ve kişilerin sağlığını korumadaki sorumluluğu paylaşmadır.

Okuldaki sağlık eğitimi, öğrencilere kendi bakımlarını yapabilmelerinin öğretilmesini sağlar, bunun yanında öğrencinin kendi bakımını yapabilmesi için çevrenin değerlendirilmesine yardımcı olur ve öğrencinin karar verme yeteneğinin geliştirilmesini sağlar. Okulda, ocuklara olumlu alışkanlıklar kazandırılırken sağlık alışkanlıkları da geliştirilebilir. Çünkü okul bilgi, tutum ve davranışların geliştirilmesi için çok sayıda fırsatlar oluşturan bir ortama sahiptir.

Okulların, temizlik ve hijyen açısından belirli kriterler esas alınarak, SB ve MEB birlikte okulların denetlenmesi, okul sağlığının iyileştirilmesi hususunda teşvik edilmesi, bu konuda gayret gösteren okulların “Beyaz Bayrak” ve “Sertifika” ile ödüllendirilmesine karar verilmiştir (39).

Okul, bilgi, tutum ve davranışların geliştirilmesi için çok sayıda fırsatlar oluşturan bir ortama sahiptir. Evinde iyi sağlık eğitimi alan öğrenciler olabileceği gibi çok az veya hiç almayan öğrenciler de bulunmaktadır. Okulda verilen eğitim ile çocuğun sağlık alışkanlıklarını istenilen düzeye getirebilir.

2.4. İLKÖĞRETİM DÖNEMİ İÇİN BAşLICA SAĞLIK EĞİTİMİ KONULARI

Okul sağlığı programının temelini oluşturan okul sağlık eğitimi, genel olarak aşağıdaki konularla ilgili bilgi, tutum ve davranışları kazandırmaya yönelik olmalıdır (40):

- Kişisel hijyen
- Beslenme
- Zararlı alışkanlıklar
- Hastalıklardan korunma
- Sağlık hizmetlerinden yararlanma

2.4.1 Kişisel Hijyen

Sağlık hizmetleri içerisinde yer alan hijyen, bireylere hastalıklardan nasıl korunabileceklerini ve hastalıklara karşı daha dirençli olabilmek için sağlığın nasıl geliştirileceğini öğreten bir bilimdir. Hijyen bilimini hakkında ilk yazılı eser

Hippocrates'a aittir. Hijyen, hayatını korumak ve sağığına zarar veren etkenlerden kaçınmak içğıüdüğü ile yaşamaya çalışan ilk insanla beraber doğmuştur. İnsan, doğanın verdiği içğıüdüğülerle ve zekâsının sınırları içinde varlığını devam ettirmesi ve daha rahat yaşaması için gerekli olan bilgileri edinmiştir (41).

Temizlik, kişisel ve sosyal sağığıın dayandığı bir temel olmakla beraber, aynı zamanda uygarlık seviyesinin bir ifadesidir. Kişisel temizlik, toplu yaşayış halinde daha büyük önem kazanır.

Kişisel temizlik önlemleri bulaşıcı hastalıklar olmak üzere birçok hastalığı önlemektedir. Kişisel temizliğin parçası olan el hijyeni ise mikroorganizmaların yol açtığı enfeksiyöz hastalıkların engellenmesinde en etkili yoldur (42). Bu yüzden temizlik, bireyin hastalıklara karşı dirençli olmasını, sistemlerin normal çalışmasını, zararlı mikroorganizmalardan ve parazitlerden uzak kalmasını sağlar. Bu nedenle bireysel hijyenin önemini bilmek ve hijyenik davranışları alışkanlık haline getirmek önemlidir.

Çocukların en çok toplu halde bulunduğu, birbirlerinin eşyalarını kullandığı okullarda bulaşıcı hastalıklar hızla yayılmakta, aileleri, yakın çevreleri ve hatta büyük kitleleri etkisi altına alabilmektedir. Bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasında ve yayılmasında en önemli neden yanlış ve yetersiz hijyen uygulamalarıdır ve bulaşıcı hastalıkların kontrolünde el hijyeninin ayrı bir önemi vardır (43).

Tırnak bakımı, bireysel hijyenin önemli bir yönünü oluşturur. Tırnak uçlarının altında birçok mikroorganizma kolayca yerleşip üreyeceği için, tırnak diplerinin hijyenini sağlamak önemlidir.

Diş sağığı ve diş çürükleri dünya çapında önemli bir sağılık sorunu olup çocukluk çağında çok yaygındır (44). Sağılıklı dişlere sahip bireylerin yetişmesinde; ilköğretim öğrencilerinin diş sağığı ile ilgili bilgi düzeyleri, beslenme alışkanlıkları ve yararlandıkları koruyucu hekimlik uygulamaları önem kazanmaktadır. Erken dönemde kazanılan alışkanlıklar, yetişkin oldukları zaman bireylerin sağılıklı bir ağza sahip olmasını sağlayacaktır. Ağızda ve dişlerde herhangi bir bozukluğun olmaması, ağız ve dişlerin görevlerini tam olarak yapabilmeleri durumu 'ağız ve diş sağığı'nın varlığını gösterir.

“Koruyucu diş hekimliği hizmetleri”, 1930’lu yıllardan itibaren başlayan, 6-11 yaş grubu çocuklara yönelik, ağız ve diş sağlığı hizmetleriyle ön plana çıkmıştır. Çocuklara ağız sağlığının geliştirilmesi fikri, hayatın ileri dönemlerine taşınacak olan diş fırçalama alışkanlığının çocukluk döneminde edinildiği düşüncesinden doğmuştur (45).

Ağız ve diş hastalıklarının önlenmesinde gösterilecek çabanın, küçük yaşlarda, özellikle de ilkokul çağında başlaması önemlidir. İlkokul çocuklarının önemli fiziksel bozukluklarının başında, çürükten kaybedilmiş dişler gelmektedir.

2.4.2. Beslenme

Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarda ve uygun zamanlarda alınmasıdır (46).

Bireyin, ailenin ve toplumun birinci amacı, sağlıklı ve üretken olmaktır. Sağlıklı ve üretken olmanın simgesi, bedenen, ruhen ve sosyal yönden iyi gelişmiş bir vücut yapısı ve yapının bozulmadan uzun süre işlemesidir. İnsan sağlığı; beslenme, kalıtım, iklim ve çevre koşulları gibi birçok etmenin etkisi altındadır. Bu etmenlerin başında beslenme gelir (47).

Beslenme eğitimi, bireylerin ve toplumun, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığı gibi sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesi ile sağlığın korunmasını, iyileştirilmesini, geliştirilmesini, yaşam kalitesinin artırılmasını ve toplumda beslenmeye bağlı hastalıkların önlenmesini amaçlar (48). Ayrıca besin kaynaklarını beslenme ve sağlık kurallarına uygun şekilde kullanarak, bilinçli beslenmenin davranış biçimine dönüşmesi önemlidir.

Okul çocuklarının yiyecek tercihleri sık sık değişebilmektedir. Bununla beraber, çocukların yeme alışkanlıkları okul öncesi ve okul döneminde başladığından, olumlu alışkanlıkların kazandırılmasında annelerin bu konudaki etkisi büyüktür (49).

Yeterli ve dengeli beslenme, vücudun gereksinimi olan yiyeceklerin yeterli miktarda, uygun zamanda ve dengeli bir şekilde alınmasıdır. Yetersiz diyetle beslenen toplumlardaki çocukların büyüme hızı yeterli beslenenlerden daha yavaştır. Yetersiz beslenme yalnız fiziksel büyümeyi değil, zeka gelişimini de olumsuz yönde etkilemektedir (48). Ülke nüfusunun büyük bölümünü oluşturan çocuk ve gençlerin yeterli ve dengeli beslenmiş olmaları, onların gelecekte sağlıklı ve üretken bireyler olması için ön koşuldur (50).

Çocuklara yönelik beslenme programının amacı; beslenme ile sağlık arasındaki ilişkileri öğrenmesi, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığını kazanmasıdır. Sağlıklı beslenme davranışları arasında okul çağı çocukları açısından en önemli bileşen kahvaltı yapma alışkanlığıdır. Örneğin; kahvaltı günün en önemli öğünü olmasına karşın, en çok ihmal edilenidir. Özellikle okul çocuklarının yeterli ve dengeli kahvaltı yapmaları gerekirken, çeşitli nedenlerle ya hiç yapılmamakta, ya da dengesiz bir kahvaltıyla çocuklar okula gitmektedirler. Kahvaltı atlamanın nedenlerinin başında; sabah geç kalkma yüzünden okula yetişememe korkusuyla zaman bulamama, yemek yeme isteği duymama, ekonomik yetersizlik ve önemsememe gelmektedir. Oysaki kahvaltı yapmak, öğrencinin başarısını arttırmaktadır (51).

Sağlıklı beslenme için üç öğün yemek önemlidir. Büyüme çağında ara öğünlerde süt, ayran, meyve suyu, peynir, ekmek vb. besinlerin tüketilmesi yararlıdır (48).

Beslenme alışkanlıkları okul dönemindeki çocuklarda fark edilir derecede değişiklik göstermektedir (52). Beslenme alışkanlığının kazanılmasında en etkin çevre aile, okul, medya ve içinde yaşanılan ortamdır (53). Bireylerin, ailelerinden sonra sosyal ilişkiler kurdukları ve birbirleriyle etkileşime girdikleri ilk toplumsal birim olan okullar, toplum yapısı içinde en önemli ögeyi oluşturmaktadır (54).

Ülkemizde özellikle kırsal yöre ve sosyoekonomik durumu yetersiz kent kesimlerinde beslenme, gelenekler ve ekonomik nedenlere bağlı olarak dengesiz ve yetersizdir (55). Bu nedenle çocukların beslenmesi, dolayısıyla büyüme ve gelişmesi ailelerinin sosyoekonomik durumuyla yakından ilgilidir. Annenin ve babanın eğitimi ile mesleği, ailedeki fert sayısı, aile yapısı ve ev yaşam koşulları gibi pek çok etken çocukların beslenme durumunu etkileyen önemli faktörlerdir (56). Ayrıca ergenlerin artan besin ihtiyaçlarını yeterli ve dengeli bir biçimde karşılayamamasının nedeni; besin gereksinimlerini bilmemesi, öğünlerin atlanması, besin alımında düzensizlik, okul yemeklerinin sevilmemesi olarak sıralanmaktadır.

Çocuklardaki yetersiz beslenme sorunlarının nedenlerinin başında ailelerin beslenme bilgisinden yoksun oluşları gelmektedir. İnsanların yaşının ilerledikçe eğitiminin daha zor olacağı gerçeği göz önünde bulundurulacak olursa; beslenme bilgisi, okul öncesi ve okul çağı dönemiyle vücutta meydana gelen değişimlerin söz konusu olduğu ergenlik döneminde verilmesi, çocukların ve gençlerin sağlıklı ve bilinçli bireyler olarak

yetişmesinde önemli rol oynayacaktır (48). Beslenme alışkanlıkları ne kadar erken yaşta kazandırılırsa, kazanılan bu alışkanlıkların devamı da o kadar uzun sürmektedir.

Arkadaş grubuna uyum adına abur-cubur olarak nitelenen besin değeri düşük, enerji değeri yüksek yiyeceklere ilgi fazladır. Hızlı kentleşme, ulaşım sorunları, günlük okul programlarının getirdiği zorunluluklar gibi pek çok sosyal nedenle de akşam öğünü dışındaki hemen tüm besin gereksinimi ev dışında karşılamaktadır. Ülkemizde yaygınlaşan fast-food denilen beslenme tarzının gençlerde büyüme ve gelişme gereksinimini yeterince karşılayamadığı ve sağlığı olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (57).

Okullarda satılan ve sunulan gıda maddeleri öğrencilerin beslenmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Toplu gıda üretim ve tüketiminin yaygınlaşmasıyla gıda hazırlama ve tüketimi yapılan işyerleriyle, buralarda çalışanların çevresel ve kişisel temizlik kurallarına uyma durumu, hazırlanan ve tüketilen gıda maddelerinin insan sağlığı üzerine etkisinin önemi giderek artmaktadır (58).

2.4.3. Zararlı Alışkanlıklar

Sigara, alkol, uyuşturucu kullanma gibi tehlikeli alışkanlıklar çoğunlukla okul döneminde başlamaktadır. Çocukların bir arada bulunmaları ve sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışları daha çok burada kazanmaları, bu dönemin önemini daha da arttırmaktadır (59).

Gençler kendilerini arkadaş çevrelerine kabul ettirebilmek amacıyla değişik davranışlara yönelebilir ve bu arada bazı zararlı davranışlar edinebilirler. Gençliği tehdit eden zararlı alışkanlıklardan en önemlileri tütün ve ürünleri, alkol ve çeşitli uçucu-uyuşturucu madde alışkanlıklarıdır.

Gençlerin sigaraya başlamasını önlemek, sigara içenlerin bırakmasını kolaylaştırmak ve sigara içenlerin başkalarına zarar vermesini önlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmaktadır (60).

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre; adolesan dönemi tütün kullanımı bakımından özel bir dönemdir ve gençler tütün endüstrisinin başlıca hedef gruplarından birisidir. Çoğunlukla lise ve üniversite öğrencilerinde olmak üzere gençler arasında sigara kullanımı konusunda çok sayıda çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda 7. sınıf

öğrencilerinde sigara kullanım sıklığı %0,9-9,1 arasında ve 10. sınıf öğrencilerinde de %15,9-41,2 arasında bulunmuştur (61).

Sigaraya başlama yaşı toplumdan topluma değişmekle birlikte, sigara içenlerin çoğunluğunun adolesan dönemde sigaraya başladığı görülmektedir (62,63) İlk kullanılan bağımlılık yapıcı maddenin sigara olduğu bilinmektedir (64). Nargile kullanımı ise gençlerde sık görülmeye başlayan yeni bir risk faktörüdür. Nargile yaklaşık 400 yıldır bilinmekte ve Türkiye’de kullanılmaktadır. Küreselleşmenin etkisiyle gençlerde yeni bir moda halini almaktadır (65).

Nargile kullanımı, Türkiye’de yakın zamanda özellikle gençler arasında hızla artan bir durumdur. Nargile kullanımı 15-24 yaşlar arasında %8,1’den ve kentsel bölgelerde %4,9’dan daha fazladır (61).

Çocuk ve ergenleri madde kullanmaya iten nedenleri tek bir kalemde toplamak mümkün değildir. Bunun sebebi çocukluk ve ergenlik dönemindeki bireylerin kişilik gelişimini tamamlamamış olması, dış çevreden ve arkadaş gruplarının etkisinde kalması, merak v.b etkileşimler, madde kullanmayı tetikleyen sebepler arasında yer almaktadır. Ayrıca madde kullanımının nedenleri arasında uyuşturucu kullanan çevre ile uyum sağlama, anne ve babayı model alma, problemlili ilişkileri olan anne-babaya isyan etme ve onlara karşı gelme ihtiyacı, sıkıntı ve huzursuzluktan kurtulma ihtiyacı da sayılabilmektedir (66).

“Dokuz İlde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol, Madde Kullanım Yaygınlığı” ile ilgili yapılan araştırmada, madde kullanımının ilköğretim seviyesine doğru indiği, Türkiye’de 15-17 yaş grubu arasında yapılan araştırmada, öğrenciler arasında ilk kez esrar, eroin ve sakinleştirici hap kullanım yaşının ortalama 13 olduğu belirlenmiştir (67). “Çocuk ve Ergenlere Yönelik Bir Bağımlılık Merkezine Başvuran Olguların Sosyodemografik Değerlendirme” çalışmasında ergenlerin maddeyi ilk kullanma yaşları 13.7 olarak bulunmuştur (68).

Kuşu ve arkadaşlarına göre (69); uçucu madde kullanımına başlama yaşı 7–9 olarak belirtilmektedir. Bu konuya ilişkin başka bir çalışma bulgusu ise, uçucu madde kullanımının erken ergenlik döneminde ve özellikle erkeklerde daha yaygın olduğu, bu maddeleri deneyenlerin %58’inin 13 yaş civarında olduğu aktarılmıştır (70).

2.4.4. Hastalıklardan Korunma

Okula giden çocukların çevresel ve davranış özellikleri nedeniyle bazı hastalıklar (grip...) daha sık görülmektedir. Okul sağlık çalışanlarının en önemli görevleri arasında; bağışıklama, bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırıcı çevre sağlığı koşullarının ortadan kaldırılması yoluyla okullarda bulaşıcı hastalıklardan korunma ve kontrol programlarını yürütmek yer almaktadır (21).

Okul öncesi difteri, boğmaca, tetanoz, kızamık aşıları eksiksiz yapılmışsa, tehlikeli bir salgınlara karşı okul çocukları korunmuş olmaktadır. Hastalıklara karşı korunmada aşı yapılmasının öneminin bilinmesine rağmen, 2008 TNSA'ya göre çocukların %1.6'sı hiç aşı olmamıştır. Çocukların aşılanma durumu ile annenin eğitim düzeyi arasında ilişki vardır. Türkiye'de 2003-2008 yılları arasındaki beş yılda aşılanma oranlarında önemli iyileşmeler olmuştur (37).

2.4.5 Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma

“2000 Yılında Herkese Sağlık” hedefine ulaşabilmek için, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumsuz yönde etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılması, hizmete daha çok ihtiyacı olanların sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanmalarının sağlanması gerekmektedir (71).

Koruyucu sağlık hizmetleri, çevrenin sağlıklı hale getirilmesi, kişisel sağlığın korunması, yükseltilmesi ve sağlıklı bir toplumun meydana gelmesini sağlamakla görevlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimleri görev alır ve tedaviler ayakta ya da evde yapılmaktadır (72).

Sağlık hizmetini, halkın gerek duyduğu yerde ve zamanda bulabilmesi önemlidir. Bu hizmetlere gereksinim duyan halk, sağlık bakımı için nerede, nasıl ve kimden yararlanacakları hakkında bir tercih yapmaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanma ile ilgili olarak kişinin karar vermesini ve tıbbi bakım sistemini kullanmasını etkileyen en önemli faktörlerden birisi de ulaşılabilirliktir (73). Bireylerin sağlığını korumak ve sunulan sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmalarını sağlamak için sağlık eğitime önem verilmesi gerekmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, Kayseri il merkezindeki Mehmet Soysaraç İlköğretim Okulu ve Mustafa Tatar İlköğretim Okullarında yapılmıştır.

Araştırmanın yapılması için, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik onay (EK:4) ve Kayseri Valiliği'nden ve Milli Eğitim Müdürlüğü'nden idari izin alınmıştır (EK:5).

Araştırma müdahale araştırması niteliğindedir. Araştırmada, öntest – sontest kontrol gruplu deneme modeli uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan Mehmet Soysaraç İlköğretim Okulu 1970 yılında eğitim öğretime başlamış olup, okul 21 derslikten oluşmaktadır. Okulun il merkezine uzaklığı 2 km'dir. Mustafa Tatar İlköğretim Okulu ise 1979 yılında eğitim öğretime başlamıştır. Okul 17 derslikten oluşmaktadır. Okulun il merkezine uzaklığı 3 km'dir. Bu okullarda sabahçı-öğleci olarak ikili eğitim yapılmaktadır.

2009–2010 Eğitim–Öğretim yılında; Mehmet Soysaraç İlköğretim Okulu'nun 4–8. sınıflarında sabahçı ve öğleci olmak üzere 24 şubede toplam 844 öğrenci, Mustafa Tatar İlköğretim Okulu'nun aynı sınıflarındaki 18 şubede ise 457 öğrenci bulunduğu belirlenmiştir. İki okuldan birbirlerine yakın sayıda öğrencinin araştırma kapsamına alınması hedeflenmiştir. Bu nedenle her sınıfın A,B,C şubeleri araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan okullardan, rasgele seçim yöntemiyle Mustafa

Tatar İlköğretim Okulu müdahale grubu, Mehmet Soysaraç İlköğretim Okulu kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Araştırmaya Mehmet Soysaraç İlköğretim Okulu ve Mustafa Tatar İlköğretim Okulunda okuyan öğrencilerin sayıları tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin sınıflara göre dağılımları

Sınıflar	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
4. Sınıf	87	21.3	103	19.0	190	20.0
5. Sınıf	90	22.1	101	18.6	191	20.1
6. Sınıf	87	21.3	107	19.7	194	20.4
7. Sınıf	76	18.6	117	21.6	193	20.3
8. Sınıf	68	16.7	114	21.0	182	19.2
Toplam	408	100.0	542	100.0	950	100.0

$$X^2=5.58$$

$$P>0.05$$

Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından hazırlanan, öğrencilerin kendilerine ve ailelerine yönelik soruların yer aldığı anket formu kullanılmıştır. Anket formunda, öğrencilerin kendilerine ve ailelerine yönelik olarak sosyo-demografik özellikler, sağlık bakım alışkanlıkları, kendi sağlıklarını algılayışları ve sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarına ilişkin 79 soru yer almaktadır (EK:1).

Araştırma kapsamına alınan öğrenciler, 01– 31 Ekim 2009 tarihleri arasında sınıflarında ziyaret edilerek araştırma hakkında bilgilendirilmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır (EK:3). Daha sonra okul yönetiminin isteği doğrultusunda beden eğitimi, resim ve müzik derslerinde, anket formu gruplara dağıtılarak, araştırmacı gözetiminde öğrenciler tarafından anketler doldurulmuştur.

Anket uygulanacak her sınıfın ders programları ve sınav tarihleri öğrenilmiştir. Her sınıf için en uygun anket uygulama günleri ve saatleri kararlaştırılmıştır. Sontest uygulamasından sonra öğrencilerin bilgi, tutum ve davranış değişikliklerini

değerlendirmek amaçlandığı için anket formlarına öğrencilerin isim ve sınıflarının yazılması istenmiştir. Anket uygulaması sırasında sınıfta olmayan öğrenciler ikinci kez ziyaret edilmiştir. İkinci ziyaret sırasında da sınıfta olmayan öğrenciler araştırma kapsamı dışında tutulması planlanmış, buna karşılık öntest uygulaması sırasında bütün öğrencilere ulaşılmıştır.

Müdahale grubundaki öğrencilere, araştırmacı tarafından hazırlanan bir eğitim rehberi (EK:2) doğrultusunda sağlık eğitimi verilmiştir. Müdahale grubundaki sınıfların her birinde; kişisel hijyen, beslenme, zararlı alışkanlıklar, hastalıklardan korunma ve sağlık hizmetlerinden yararlanma konuları hakkında ikişer ders olmak üzere toplam 10 ders saati eğitim verilmiştir. Eğitimlerde, araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim rehberinin yanı sıra, görsel eğitim araçlarıyla birlikte desteklenen sunum yöntemi ve tartışma yöntemi kullanılmıştır.

Eğitimlerin tamamlanmasından yaklaşık iki ay sonra müdahale ve kontrol grubundaki okullar yeniden ziyaret edilmiş ve her iki gruptaki öğrencilere aynı anket gruplara yeniden uygulanmıştır. Sontest sırasında sınıfta olmayan öğrenciler aynı şekilde iki kez daha ziyaret edilmiştir. Üçüncü ziyaret sırasında da sınıfta olmayan öğrenciler araştırma kapsamı dışında tutulması planlanması düşünülmüş ama sontest uygulaması sırasında bütün öğrencilere ulaşılmıştır. Böylece müdahale grubunda toplam 408, kontrol grubunda 542 olmak üzere toplam 950 öğrenci araştırma kapsamına alınmıştır.

Anket formunda verem, difteri, grip, sıtma, çocuk felci hastalıklarının bulaşıcı olduğunu ifade edenler “biliyor” olarak kabul edilmiştir. Hastalıkların bulaşma yolları olarak; verem, grip ve boğmacanın hava yolu ile bulaştığını, sıtmanın sinek ve böceklerle bulaştığını, kuduzun hayvan ısırmasıyla bulaştığını, tifonun ise yiyecek ve içecek yolu ile bulaştığını ifade edenler “biliyor” olarak kabul edilmiştir.

Verilerin analizi SPSS 13.0 versiyonu kullanılarak yapılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda verilerin özelliklerine göre Pearson ki kare testi ve unpaired t testi kullanılmıştır. $P < 0.05$ değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

Bu araştırmanın yazımında Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından hazırlanan 2011 tarihli Lisansüstü Tez Önerisi ve tez yazma yönergesine uygun olarak hazırlanmış olan Tez Yazım Kılavuzundan yararlanılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	210	51.5	277	51.1	487	51.3
Kız	198	48.5	265	48.9	463	48.7
Toplam	408	100.0	542	100.0	950	100.0

$$X^2=0.012$$

$$P>0.05$$

Araştırma grubunu oluşturan müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.1’de görülmektedir. Araştırma grubunun %48.7’si kız, %51.3’ü erkek öğrencilerden oluşmaktadır.

Hem müdahale hem de kontrol grubunda erkek öğrenci oranı fazladır. Ancak cinsiyet dağılımı açısından müdahale ve kontrol grupları arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.2: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin yaşa ve yaş ortalamasına göre dağılımları

Yaş grupları	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
10 ve altı	91	22.3	116	21.4	207	21.8
11	99	24.3	132	24.4	231	24.3
12	84	20.6	103	19.0	187	19.7
13	85	20.8	93	17.2	178	18.7
14 ve üzeri	49	12.0	98	18.1	147	15.5
Toplam	408	100.0	542	100.0	950	100.0
	$X^2=7.607$		$P>0.05$			
Ortalama $\pm$ SS	11.7 ± 1.4		11.8 ± 1.5		$t : 1.34$	$P:0.18$

Yaş dağılımı açısından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($P>0.05$). Müdahale grubundaki öğrencilerin yaş ortalaması 11.8 ± 1.5 , kontrol grubundaki öğrencilerin ise 11.7 ± 1.4 'yıldır. Yaş ortalaması dağılımı açısından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($P>0.05$). Müdahale grubunda ortalama hane halkı büyüklüğü 5.10 ± 1.28 , kontrol grubunda ise 5.11 ± 1.30 kişidir. Öğrencilerin ortalama hane halkı büyüklüğüne göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.3: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin annelerinin öğrenim düzeylerine göre dağılımları

Anne Öğrenim Durumu	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlkokulu bitirmemiş	30	7.4	27	5.0	57	6.0
İlkokul mezunu	229	56.1	286	52.8	515	54.2
Ortaokul mezunu	86	21.1	115	21.2	201	21.2
Lise mezunu	47	11.5	89	16.4	136	14.3
Üniversite mezunu	16	3.9	25	4.6	41	4.3
Toplam	408	100.0	542	100.0	950	100.0

$$X^2=6,832$$

$$P>0.05$$

Müdahale grubundaki öğrencilerin annelerinin %7.4'nün ilkokulu bitirmediği, %56.1'inin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin ise annelerinin %5.0'nin ilkokulu bitirmediği, %52.8'inin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki öğrencilerin annelerinin öğrenim düzeylerine bakıldığında çoğunlukla ilkokul mezunu oldukları saptanmıştır. Öğrencilerin annelerinin eğitim durumları açısından, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.4: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin babalarının öğrenim düzeylerine göre dağılımları

Baba öğrenim durumu	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlkokulu bitirmemiş	18	4.4	12	2.2	30	3.2
İlkokul mezunu	172	42.2	211	38.9	383	40.3
Ortaokul mezunu	114	27.9	129	23.8	243	25.6
Lise mezunu	68	16.7	106	19.6	174	18.3
Üniversite mezunu	30	7.4	74	13.7	104	10.9
Cevapsız	6	1.5	10	1.8	16	1.7
Toplam	408	100.0	542	100.0	950	100.0

$$X^2=15.417$$

$$P<0.001$$

Müdahale grubundaki öğrencilerin %4.4'nün babasının ilkokulu bitirmediği, %42.2'sinin babasının da ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin %2.2'nin babasının ilkokulu bitirmediği, %38.9'nun babasının da ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki öğrencilerin babalarının öğrenim düzeylerine bakıldığında çoğunlukla ilkokul mezunu oldukları saptanmıştır. Öğrencilerin babalarının eğitim durumları açısından, müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$). Bu fark, kontrol grubunda üniversite mezunu oranının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 4.5: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin annelerinin mesleklerine göre dağılımı

Anne mesleği	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ev hanımı	367	90.0	492	90.8	859	90.4
İşçi	20	4.9	18	3.3	38	4.0
Memur	9	2.2	14	2.6	23	2.4
Diğer	12	2.9	18	3.3	30	3.2
Toplam	408	100.0	542	100.0	950	100.0

$$X^2=1.715$$

$$P>0.05$$

Müdahale grubundaki öğrencilerin, %90.0'nın, kontrol grubundaki öğrencilerin %90.8'inin annesinin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki öğrencilerin annelerinin meslek dağılımlarının benzer olduğu anlaşılmaktadır ($P>0.05$).

Tablo 4.6: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin babalarının mesleklerine göre dağılımı

Baba mesleği	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İşçi	158	38.7	160	29.5	318	33.5
Memur	35	8.6	51	9.4	86	9.1
Emekli	19	4.7	31	5.7	50	5.3
Serbest meslek	91	22.3	102	18.8	193	20.3
Çiftçi	2	0.5	1	0.2	3	0.3
Diğer	68	16.7	152	28.0	220	23.2
İşsiz	29	7.1	35	6.5	64	6.7
Cevapsızlar	6	1.5	10	1.8	16	1.7
Toplam	408	100.0	542	100.0	950	100.0

$$X^2=22.002$$

$$P< 0.001$$

Öğrencilerin babalarının meslekleri incelendiğinde, müdahale grubunda %38.7'sinin işçi olarak birinci sırada, %22.3'nün serbest meslek ile ikinci sırada, %8.6'sının memur olarak üçüncü sırada olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin, babalarının meslekleri incelendiğinde ise %29.5'nin işçi olarak birinci sırada, %18.8'nin serbest meslek ile ikinci sırada, %9.4'nün memur olarak üçüncü sırada olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin babalarının meslekleri açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$). Bu fark müdahale grubunda işçi ve serbest meslek grubunun, kontrol grubunda ise diğer meslek gruplarının yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 4.7: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin kendi değerlendirmesine göre ailelerin ekonomik durumlarının dağılımı

Ailenin ekonomik durumu	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İyi	227	55.6	343	63.3	570	60.0
Orta	162	39.7	177	32.7	339	35.7
Kötü	19	4.7	22	4.1	41	4.3
Toplam	408	100.0	542	100.0	950	100.0

$$X^2=5.703 \quad P>0.05$$

Müdahale grubundaki öğrencilerin %55.6'sı ailesinin ekonomik durumunu iyi, %39.7'si orta, kontrol grubundakilerin ise %63.3'ü iyi, %32.7'si orta olarak değerlendirmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin ailelerinin ekonomik durumu açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.8: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin konut özelliğine göre dağılımı

Evin özelliği	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Apartman dairesi	273	66,9	438	80,8	711	74,8
Müstakil ev	113	27,7	77	14,2	190	20,0
Gecekondu	16	3,9	16	3,0	32	3,4
Diğer	6	1,5	11	2,0	17	1,8
Toplam	408	100,0	542	100,0	950	100,0

$$X^2=28.244$$

$$P<0.001$$

Müdahale grubundaki öğrencilerin %66.9'u apartman dairesinde oturduğunu ifade ederken, kontrol grubundaki öğrencilerin %80.8'i apartman dairesinde oturduğunu ifade etmektedir. Oturdıkları evin özelliğine göre, müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$). Müdahale grubundaki öğrencilerin müstakil evde oturanların oranının, kontrol grubundaki öğrencilerin ise apartman dairesinde oturanların oranı daha yüksektir.

Tablo 4.9: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin evlerinin lavabosunda sabun bulunma durumuna göre dağılımı

Lavaboda Sabun Bulunma Durumu	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Daima bulunur	388	95.1	517	95.4	905	95.3
Bazen bulunur	19	4.7	22	4.1	41	4.3
Hiç bulunmaz	1	0.2	3	0.6	4	0.4
Toplam	408	100.0	542	100.0	950	100.0

$$X^2=0.721$$

$$P>0.05$$

Müdahale grubundaki öğrencilerin %95.1'i, kontrol grubundaki öğrencilerin ise %95.4'ü lavaboda daima sabun bulunduğunu belirtmiştir. Evlerindeki lavaboda sabun bulunması açısından müdahale ve kontrol grupları benzerlik göstermektedir ($P>0.05$).

Tablo 4.10: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde sabah kalkınca el yıkama durumuna göre dağılımı

Sabah kalkınca el yıkama		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	Her zaman	263	64.5	348	64.2	0.623	P>0.05
	Bazen	140	34.3	190	35.1		
	Hiçbir zaman	5	1.2	4	0.7		
Eğitim Sonrası	Her zaman	351	86.0	374	69.0	37.691	P<0.001
	Bazen	56	13.7	162	29.9		
	Hiçbir zaman	1	0.2	6	1.1		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde müdahale grubundaki öğrencilerin %64.5'i, kontrol grubundaki öğrencilerin %64.2'si her gün sabahları kalkınca ellerini yıkadığını ifade etmişlerdir. Eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %86.0 ve %69.0 bulunmuştur. Sabahları kalkınca ellerin yıkanması açısından eğitim öncesi dönemde müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan önemli fark bulunmamıştır (P>0.05) Buna karşılık, eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda her gün sabah kalkınca ellerini yıkadığını ifade edenlerin oranı kontrol grubundan önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (P<0.001).

Tablo 4.11: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde tuvaletten çıkınca el yıkama durumuna göre dağılımı

Tuvaletten çıkınca el yıkama		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	Her zaman	294	72.1	404	74.5	0.735	P>0.05
	Bazen	114	27.9	138	25.5		
	Hiçbir zaman	0	0	0	0		
Eğitim Sonrası	Her zaman	370	90.7	432	79.7	21.615	P<0.001
	Bazen	38	9.3	109	20.1		
	Hiçbir zaman	0	0	1	0.2		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %72.1'i, kontrol grubundaki öğrencilerin %74.5'i tuvaletten çıkınca her zaman ellerini yıkadığını ifade etmişlerdir. Eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %90.7 ve %79.7 bulunmuştur. Tuvaletten çıkınca ellerin yıkanması açısından eğitim öncesi dönemde müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan önemli fark bulunmamıştır. Buna karşılık eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda tuvaletten çıkınca her zaman ellerini yıkadığını ifade edenlerin oranı kontrol grubundan önemli ölçüde yüksek bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.12: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde yemekten önce el yıkama durumuna göre dağılımı

Yemekten önce el yıkama		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		X ²	P
		Sayı	%	Sayı	%		
Eğitim Öncesi	Her zaman	233	57.1	294	54.2	1.468	P>0.05
	Bazen	170	41.7	237	43.7		
	Hiçbir zaman	5	1.2	11	2.0		
Eğitim Sonrası	Her zaman	316	77.5	314	57.9	43.538	P<0.001
	Bazen	92	22.5	217	40.0		
	Hiçbir zaman	0	0	11	2.0		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %57.1'i, kontrol grubundaki öğrencilerin %54.2'si yemeklerden önce her zaman ellerini yıkadığını ifade etmiştir. Eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %77.5 ve %57.9 bulunmuştur.

Yemekten önce ellerini yıkanması açısından eğitim öncesi dönemde müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan önemli fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Buna karşılık eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda yemekten önce her zaman ellerini yıkadığını ifade edenlerin oranı kontrol grubundan önemli ölçüde yüksek bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.13: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde yemekten sonra el yıkama durumuna göre dağılımı

Yemekten sonra el yıkama		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	Her zaman	213	52.2	288	53.1	0.298	P>0.05
	Bazen	189	46.3	248	45.8		
	Hiçbir zaman	6	1.5	6	1.1		
Eğitim Sonrası	Her zaman	307	75.2	293	54.1	46.713	P<0.001
	Bazen	100	24.5	239	44.1		
	Hiçbir zaman	1	0.2	10	1.8		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %52.2'si, kontrol grubundaki öğrencilerin %53.1'i yemekten sonra her zaman ellerini yıkadığını ifade etmişlerdir. Eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %75.2 ve %54.1 bulunmuştur. Yemekten sonra ellerini yıkanması açısından eğitim öncesi dönemde müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan önemli fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Buna karşılık eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda yemekten sonra her zaman ellerini yıkadığını ifade edenlerin oranı kontrol grubundan önemli ölçüde yüksek bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.14: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde sokaktan eve gelince el yıkama durumuna göre dağılımı

Sokaktan eve gelince el yıkama		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	Her zaman	232	56.9	289	53.3	1.725	P>0.05
	Bazen	168	41.2	245	45.2		
	Hiçbir zaman	8	2.0	8	1.5		
Eğitim Sonrası	Her zaman	341	83.6	357	65.9	37.910	P<0.001
	Bazen	66	16.2	179	33.0		
	Hiçbir zaman	1	0.2	6	1.1		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %56.9'u, kontrol grubundaki öğrencilerin %53.3'ü sokaktan eve gelince her zaman ellerini yıkadığını ifade etmişlerdir. Eğitim sonrası dönemde ise bu oranlar sırasıyla %83.6 ve %65.9 bulunmuştur.

Sokaktan eve gelince ellerini yıkanması açısından eğitim öncesi dönemde müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel açıdan önemli fark bulunmamıştır ($P>0.05$) Buna karşılık eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda sokaktan eve gelince her zaman ellerini yıkadığını ifade edenlerin oranı kontrol grubundan önemli ölçüde yüksek bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.15: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde banyo yapma sıklığına göre dağılımı

Banyo yapma sıklığı		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	Her gün	8	2.0	10	1.8	3.278	$P>0.05$
	Gün aşırı	49	12.0	63	11.6		
	3 günde bir	76	18.6	114	21.0		
	4-7 günde bir	110	27.0	164	30.3		
	7 günde birden seyrek	165	40.4	191	35.2		
Eğitim Sonrası	Her gün	17	4.2	9	1.7	35.441	$P<0.001$
	Gün aşırı	68	16.7	54	10.0		
	3 günde bir	122	29.9	130	24.0		
	4-7 günde bir	103	25.2	130	24.0		
	7 günde birden seyrek	98	24.0	219	40.3		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde müdahale grubundaki öğrencilerin %12.0'sinin iki günde bir, %18.6'sının üç günde bir, %40.4'ünün yedi günden seyrek banyo yaptıkları saptanmış olup, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %16.7, %29.9 ve %24.0 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %11.6'sının iki günde bir, %21.0'inin üç günde bir, %35.2'sinin yedi günden seyrek banyo yaptığı

saptanmış olup, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %10.0, %24.0 ve %40.3 olarak bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, banyo yapma sıklığı açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda banyo yapma sıklığı açısından olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.16: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde tırnak kesme sıklığına göre dağılımı

Tırnak kesme sıklığı		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	Uzadıkça	9	2.2	34	6.3	14.119	P<0.001
	1-3 günde bir	45	11.0	82	15.1		
	4-7 günde bir	339	83.1	413	76.2		
	7 günden seyrek	15	3.7	13	2.4		
Eğitim Sonrası	Uzadıkça	18	4.4	34	6.3	25.307	P<0.001
	1-3 günde	20	4.9	61	11.3		
	4-7 günde	361	88.5	413	76.2		
	7 günden seyrek	9	2.2	34	6.3		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %83.1'i dört ile yedi gün arasında tırnağını kestiğini ifade ederken, kontrol grubunda bu oran %76.2 bulunmuştur. Eğitim sonrası dönemde ise tırnağını dört ile yedi gün arasında kesenlerin oranı müdahale grubunda %88.5 iken, kontrol grubunda %76.2 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi dönemde, tırnak kesme sıklığı açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$). Bu fark, müdahale grubunda tırnaklarını dört ile yedi gün arasında kesenlerin oranının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Eğitim sonrası dönemde, müdahale grubunda tırnak kesme sıklığı

açısından olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.17: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde diş fırçalama durumuna göre dağılımı

Diş fırçalama durumu		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	Fırçalıyor	361	88.5	477	88.0	0.050	P>0.05
	Fırçalamıyor	47	11.5	65	12.0		
Eğitim Sonrası	Fırçalıyor	387	94.9	477	88.0	13.249	P<0.001
	Fırçalamıyor	21	5.1	65	12.0		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %88.5'nin, kontrol grubundaki öğrencilerin %88.0' inin dişlerini fırçaladığını, eğitim sonrası dönemde ise müdahale grubundaki öğrencilerin %94.9'unun, kontrol grubundaki öğrencilerin ise %88.0'inin dişlerini fırçaladığı belirlenmiştir. Eğitim öncesi dönemde, diş fırçalama açısından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($P>0.05$). Eğitim sonrası dönemde diş fırçalama durumu açısından müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.18: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde diş fırçalanma sıklığına göre dağılımı

Dişleri günde fırçalama sıklığı		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		X ²	P
		Sayı	%	Sayı	%		
Eğitim Öncesi	Hiç fırçalamıyor	47	11.5	65	12.0	8.886	P<0.001
	Günde 1 kez	102	25.0	93	17.2		
	Günde 2-3 kez	233	57.1	345	63.7		
	Günde 3 kezden fazla	26	6.4	39	7.2		
Eğitim Sonrası	Hiç fırçalamıyor	21	5.1	65	12.0	25.719	P<0.001
	Günde 1 kez	67	16.4	129	23.8		
	Günde 2-3 kez	294	72.1	326	60.1		
	Günde 3 kezden fazla	26	6.4	22	4.1		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %57.1'i, eğitim sonrası dönemde ise %72.1'i günde iki-üç kez dişlerini fırçaladığını ifade etmiştir. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %63.7'sinin eğitim sonrası dönemde ise %60.1'i günde iki-üç kez dişlerini fırçaladığı bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, öğrencilerin diş fırçalama sıklığı açısından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (P<0.001). Bu fark müdahale grubunda günde bir kez, kontrol grubunda ise günde 2-3 kez diş fırçalayanların oranının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Eğitim sonrası dönemde, diş fırçalama sıklığı açısından, müdahale grubunda dişlerini günde 2-3 kez fırçalayanların oranında olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (P<0.001).

Tablo 4.19: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde çorapların değiştirme sıklığına göre dağılımı

Çorapların değiştirme sıklığı		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		X ²	P
		Sayı	%	Sayı	%		
Eğitim Öncesi	Her gün	202	49.5	279	51.5	3.952	P >0.05
	2 günde bir	96	23.5	144	26.6		
	3-7 günde bir	102	25.0	113	20.8		
	8 gün veya daha seyrek	8	2.0	6	1.1		
Eğitim Sonrası	Her gün	300	73.5	240	44.3	86.371	P<0.001
	2 günde bir	68	16.7	150	27.7		
	3-7 günde bir	40	9.8	148	27.3		
	8 gün veya daha seyrek	0	0	4	0.7		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %49.5'i çoraplarını her gün değiştirdiğini ifade ederken, bu oran eğitim sonrası dönemde %73.5 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %51.5'i çoraplarını her gün değiştirdiğini ifade ederken, bu oran eğitim sonrası dönemde %44.3 bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, çorap değiştirme sıklığı açısından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Eğitim sonrası dönemde ise müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.20: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde iç çamaşır değiştirme sıklığına göre dağılımı

İç çamaşır değiştirme sıklığı		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		X ²	P
		Sayı	%	Sayı	%		
Eğitim Öncesi	Her gün	59	14.3	86	15.9	1.084	P >0.05
	2 günde bir	113	27.7	160	29.5		
	3-7 günde bir	232	57.0	290	53.5		
	8 gün veya daha seyrek	4	1.0	6	1.1		
Eğitim Sonrası	Her gün	86	21.1	69	12.7	13.243	P<0.001
	2 günde bir	101	24.8	150	27.7		
	3-7 günde bir	221	54.2	321	59.2		
	8 gün veya daha seyrek	0	0	2	0.4		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %14.3'ü her gün, %27.7'si iki günde bir, %57.0 üç ile yedi gün arasında iç çamaşır değiştirdiğini ifade ederken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %21.1, %24.8 ve %54.2 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %15.9'u her gün, %29.5'i iki günde bir, %53.5 üç ile yedi gün arasında iç çamaşır değiştirdiğini ifade ederken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %12.7, %27.7 ve %59.2 bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, iç çamaşır değiştirme sıklığı açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda iç çamaşır değiştirme sıklığının açısından olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.21: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde sabah kahvaltısı yapma durumuna göre dağılımı

Sabah kahvaltısı yapma durumu		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		X ²	P
		Sayı	%	Sayı	%		
Eğitim Öncesi	Her gün	258	63.2	317	58.5	6.991	P>0.05
	Genellikle	42	10.3	86	15.9		
	Bazen	90	22.1	110	20.3		
	Hiç yapmıyor	18	4.4	29	5.4		
Eğitim Sonrası	Her gün	329	80.6	319	58.9	53.755	P<0.001
	Genellikle	30	7.4	65	12.0		
	Bazen	45	11.0	134	24.7		
	Hiç yapmıyor	4	1.0	24	4.4		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %63.2'si her gün kahvaltı yaptığını ifade ederken, bu oran eğitim sonrası dönemde %80.6 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %58.5'i her gün kahvaltı yaptığını söylerken, bu oran eğitim sonrası dönemde %58.9 bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, kahvaltı yapma açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Eğitim sonrası dönemde, müdahale grubunda öğrencilerin sabah kahvaltı yapmaları açısından olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($P<0.001$).

Tablo 4.22: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde süt içme durumuna göre dağılımı

Süt içme durumu		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	Düzenli içiyor	205	50.2	259	47.8	3.674	P>0.05
	Düzensiz içiyor	149	36.5	227	41.9		
	Hiç içmiyor	54	13.2	56	10.3		
Eğitim Sonrası	Düzenli içiyor	214	52.5	227	41.9	17.141	P<0.001
	Düzensiz içiyor	175	42.9	257	47.4		
	Hiç içmiyor	19	4.7	58	10.7		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %50.2'si her gün düzenli olarak süt içtiğini söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oran %52.5 bulunmuştur. Kontrol grubundaki öğrencilerin ise eğitim öncesi dönemde %47.8'i her gün düzenli olarak süt içtiğini ifade ederken, eğitim sonrası dönemde bu oran %41.9 bulunmuştur. Eğitim öncesi dönemde, süt içme durumları açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda süt içme durumları açısından olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.23: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde meyve yeme alışkanlıklarına göre dağılımı

Meyve yeme durumu		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	Sıklıkla	292	71.6	354	65.3	4.737	P>0.05
	Bazen	113	27.7	180	33.2		
	Hiç yemiyor	3	0.7	8	1.5		
Eğitim Sonrası	Sıklıkla	340	83.3	367	67.7	31.470	P<0.001
	Bazen	68	16.7	170	31.4		
	Hiç yemiyor	0	0	5	0.9		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %71.6'sı sıklıkla meyve yediğini söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oran %83.3 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %65.3'ü sıklıkla meyve yediğini ifade ederken, eğitim sonrası dönemde bu oran %67.7 bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, meyve yeme alışkanlığı açısından müdahale ve kontrol grupları arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Eğitim sonrası dönemde meyve yeme alışkanlığı açısından müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.24: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde yemek öğünlerini atlama durumuna göre dağılımı

Yemek öğünlerini atlama		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	Her zaman	15	3.7	21	3.9	2.886	P>0.05
	Sıklıkla	10	2.5	24	4.4		
	Bazen	241	59.1	320	59.0		
	Hiçbir zaman	142	34.8	177	32.7		
Eğitim Sonrası	Her zaman	3	0.7	14	2.6	27.210	P<0.001
	Sıklıkla	5	1.2	26	4.8		
	Bazen	201	49.3	312	57.6		
	Hiçbir zaman	199	48.8	190	35.1		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %34.8'i hiçbir zaman yemek öğünü atlamadığını söylerken, bu oran eğitim sonrası dönemde %48.8 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %32.7'si hiç bir zaman yemek öğününü atlamadığını söylerken, eğitim sonrası dönemde %35.1 bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, yemek öğünlerini atlama durumları açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Eğitim sonrası dönemde, müdahale grubunda öğün atlama oranı azalmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$).

Eğitim öncesi dönemde müdahale ve kontrol grubundaki öğrencilerden üç öğünden az yiyenler sırasıyla %17.6 ve %13.1, eğitim sonrası dönemde bu oranlar %8.6 ve %13.8 olarak saptanmıştır.

Eğitim öncesi dönemde müdahale grubundaki öğrencilerin tükettiği öğün sayısı ortalaması 2.96 ± 0.67 iken, bu değer kontrol grubunda 3.00 ± 0.63 bulunmuştur. Eğitim sonrası dönemde ise müdahale grubundaki öğrencilerin tükettiği öğün sayısı ortalaması 3.05 ± 0.56 iken, kontrol grubundaki öğrencilerin 2.98 ± 0.63 bulunmuştur. Eğitim öncesi dönemde ve eğitim sonrası dönemde öğrencilerin tükettiği öğün sayısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.25: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde meyveleri yıkamadan yeme durumlarına göre dağılımı

Meyveleri yıkamadan yeme durumu		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		X ²	P
		Sayı	%	Sayı	%		
Eğitim Öncesi	Sıklıkla	30	7.4	32	5.9	0.861	P>0.05
	Bazen	123	30.1	162	29.9		
	Hiçbir zaman	255	62.5	348	64.2		
Eğitim Sonrası	Sıklıkla	14	3.4	50	9.2	19.187	P<0.001
	Bazen	108	26.5	175	32.3		
	Hiçbir zaman	286	70.1	317	58.5		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %62.5'i hiçbir zaman meyveleri yıkamadan yemediğini söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oran %70.1 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %64.2'si hiçbir zaman meyveleri yıkamadan yemediğini söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oran %58.5 bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, meyveleri yıkamadan yeme durumları açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Buna karşılık, eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.26: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde açıkta satılan simit gibi yiyecekleri alma durumuna göre dağılımı

Açıkta satılan yiyecekleri alma durumu		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		X ²	P
		Sayı	%	Sayı	%		
Eğitim Öncesi	Sıklıkla	21	5.1	24	4.4	0.882	P>0.05
	Bazen	205	50.2	288	53.1		
	Hiçbir zaman	182	44.6	230	42.4		
Eğitim Sonrası	Sıklıkla	8	2.0	26	4.8	53.046	P<0.001
	Bazen	147	36.0	308	56.8		
	Hiçbir zaman	253	62.0	208	38.4		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Tablo 4.26’da görüldüğü gibi, eğitim öncesi dönemde müdahale grubundaki öğrencilerin %44.6’sı hiçbir zaman açıkta satılan yiyecekleri almadığını ifade ederken, eğitim sonrası dönemde bu oran %62.0 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %42.4’ü hiç bir zaman açıkta satılan yiyecekleri almadığını ifade ederken, eğitim sonrası dönemde bu oran %38.4 bulunmuştur.

Eğitim öncesinde dönemde, açıkta satılan simit gibi yiyecekleri alma durumu açısından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Buna karşılık eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.27: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde fast food türü yiyecekleri yeme durumuna göre dağılımı

Fast food türü yiyecekleri yeme durumu		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	Sıklıkla	41	10.0	61	11.3	5.197	P>0.05
	Bazen	252	61.8	363	67.0		
	Hiçbir zaman	115	28.2	118	21.8		
Eğitim Sonrası	Sıklıkla	29	7.1	75	13.8	24.443	P<0.001
	Bazen	248	60.8	359	66.2		
	Hiçbir zaman	131	32.1	108	19.9		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %10.0'u sıklıkla, %61.8'i bazen fast food yediğini ifade ederken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %7.1 ve %60.8 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %11.3'ü sıklıkla, %67.0'si bazen fast food yediğini söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %13.8 ve %66.2 bulunmuştur. Eğitim öncesi dönemde, fast food türü yiyecekleri yeme durumlarına göre, müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Buna karşılık, eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda fast food tükettiğini belirtenlerin oranı azalmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.28: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde evde yemekleri yeme biçimine göre dağılımı

Evde yemek yeme biçimi		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	Aynı kaptan	43	10.5	64	11.8	0.375	P>0.05
	Ayrı kaptan	365	89.5	478	88.2		
Eğitim Sonrası	Aynı kaptan	25	6.1	55	10.1	4.878	P<0.05
	Ayrı kaptan	383	93.9	487	89.9		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %10.5'i aynı kaptan yemek yediğini söylerken eğitim sonrası dönemde bu oran %6.1'e düşmüştür. Kontrol grubundaki öğrencilerin ise eğitim öncesi dönemde %11.8'i aynı kaptan yemek yediğini söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oran %10.1 olarak bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale ve kontrol grubu arasında evde yemekleri yeme biçimine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Eğitim sonrası dönemde ise müdahale grubunda aynı kaptan yemek yiyenlerin oranı azalmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.05$).

Tablo 4.29: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde bazı hastalıkların bulaşıcı olduğunu bilme durumuna göre dağılımı

Hastalıklar		Müdahale Grubu(n:408)		Kontrol Grubu(n:542)			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	Verem	189	46.3	233	43.0	1.048	P>0.05
	Çocuk felci	32	7.8	31	5.7	1.695	P>0.05
	Difteri	61	15.0	99	18.3	1.826	P>0.05
	Grip	338	82.8	469	86.5	2.476	P>0.05
	Sıtma	76	18.6	83	15.3	1.834	P>0.05
Eğitim Sonrası	Verem	329	80.6	224	41.3	147.859	P<0.001
	Çocuk felci	217	53.2	41	7.6	244.906	P<0.001
	Difteri	245	60.0	123	22.7	136,873	P<0.001
	Grip	388	95.1	479	88.4	13.190	P<0.001
	Sıtma	222	54.4	134	24.7	87.564	P<0.001

Eğitim öncesi dönemde müdahale grubundaki öğrencilerin, %82.8'i gripin, %46.3'ü veremin, %18.6'sı sıtmanın bulaşıcı olduğunu söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %95.1, %80.6 ve %54.4 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %86.5'i gripin, %43.0'ü veremin, %15.3'ü sıtmanın bulaşıcı olduğunu söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %88.4, %41.3 ve %24.7 bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, çeşitli hastalıkların bulaşıcı olduğunu bilme durumları açısından müdahale ve kontrol grubu arasında benzerlik görülmektedir ($P>0.05$). Buna karşılık eğitim sonrası dönemde, müdahale grubunda bu hastalıkların bulaşıcı olduğunu bilenlerin oranı artmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.30: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde bazı hastalıkların bulaşma yollarını bilme durumuna göre dağılımı

Hastalıklar		Müdahale Grubu (n:408)		Kontrol Grubu (n:542)			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	Verem	141	34.6	155	28.6	3.856	P>0.05
	Sıtma	37	9.1	52	9.6	0.076	P>0.05
	Grip	258	63.2	311	57.4	3.322	P>0.05
	Tifo	58	14.2	64	11.8	1.205	P>0.05
	Boğmaca	75	18.4	80	14.8	2.237	P>0.05
	Kuduz	277	67.9	337	62.2	3.326	P>0.05
Eğitim Sonrası	Verem	308	75.5	186	34.3	158.093	P<0.001
	Sıtma	250	61.3	66	12.2	252.769	P<0.001
	Grip	380	93.1	362	66.8	94.493	P<0.001
	Tifo	171	41.9	86	15.9	80.011	P<0.001
	Boğmaca	211	51.7	118	21.8	92.200	P<0.001
	Kuduz	359	88.0	360	66.4	58.847	P<0.001

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %67.9'u kuduzun, %63.2'si gripin, %34.6'sı veremin bulaşma yolunu doğru bilirken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %88.0, %93.1 ve %75.5 olarak saptanmıştır. Eğitim öncesi dönemde, kontrol grubundaki öğrencilerin %62.2'si kuduzun, %57.4'ü gripin, %28.6'sı veremin bulaşma yolunu doğru bilirken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %66.4, %66.8 ve %34.3 bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, hastalıkların bulaşma yollarını bilme açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Buna karşılık eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.31: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde çocuklara yapılan aşıları bilme durumuna göre dağılımı

Aşılar		Müdahale Grubu (n:408)		Kontrol Grubu (n:542)			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	Verem	153	37.5	225	41.5	1.565	$P>0.05$
	Tetanoz	223	54.7	289	53.3	0.167	$P>0.05$
	Çocuk felci	74	18.1	87	16.1	0.719	$P>0.05$
	Boğmaca	45	11.0	76	14.0	1.876	$P>0.05$
Eğitim Sonrası	Verem	313	76.7	266	49.1	74.705	$P<0.001$
	Tetanoz	348	85.3	321	59.2	75.945	$P<0.001$
	Çocuk felci	210	51.5	118	21.8	90.827	$P<0.001$
	Boğmaca	180	44.1	103	19.0	70.194	$P<0.001$

Eğitim öncesi dönemde müdahale grubundaki öğrencilerin, %37.5'i verem, %54.7'si tetanoz, %18.1'i çocuk felci, %11.0'i boğmaca aşılarının çocuklara yapıldığını bilirken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %76.7, %85.3, %51.5 ve %44.1 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde çocuklara %41.5'i verem, %53.3'ü tetanoz, %16.1'i çocuk felci, %14.0'ü boğmaca aşılarının yapıldığını bilirken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %49.1, %59.2, %21.8 ve %19.0 bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde çocuklara yapılan aşıları bilme açısından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Buna karşılık eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik

saptanmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.32: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde sokaktaki kedi, köpek gibi hayvanlarla oynama durumuna göre dağılımı

Sokaktaki hayvanlarla oynama		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		χ^2	P
		Sayı	%	Sayı	%		
Eğitim Öncesi	Evet	105	25.7	124	22.9	1.039	$P>0.05$
	Hayır	303	74.3	418	77.1		
Eğitim Sonrası	Evet	39	9.6	115	21.2	23.295	$P<0.001$
	Hayır	369	90.4	427	78.8		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %25.7'si sokaktaki kedi, köpek gibi hayvanlarla oynadığını söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oran %9.6 bulunmuştur. Kontrol grubunda ise bu oranlar sırasıyla %22.9 ve %21.2 bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, sokaktaki kedi, köpek gibi hayvanlarla oynama durumu açısından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Buna karşılık eğitim sonrası dönemde, müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.33: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde zararlı alışkanlıkları bilme durumuna göre dağılımı

Zararlı Alışkanlıklar		Müdahale Grubu (n:408)		Kontrol Grubu (n:542)			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	Sigara	238	58.3	311	57.4	0.087	P>0.05
	Alkol	205	50.2	277	51.1	0.069	P>0.05
	Uyuşturucu	87	21.3	133	24.5	1.352	P>0.05
	Nargile	6	1.5	8	1.5	0.000	P>0.05
Eğitim Sonrası	Sigara	363	89.0	335	61.8	88.118	P<0.001
	Alkol	338	82.8	296	54.6	83.569	P<0.001
	Uyuşturucu	244	59.8	138	25.5	114.193	P<0.001
	Nargile	197	48.3	13	2.4	284.635	P<0.001

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %58.3'ü sigarayı, %50.2'si alkolü, %21.3'ü uyuşturucu maddelerini, %1.5'i nargileyi zararlı alışkanlıklar olarak sayarken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %89.0, %82.8, %59.8 ve %48.3 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin ise eğitim öncesi dönemde %57.4'ü sigarayı, %51.1'i alkolü, %24.5'i uyuşturucu maddelerini, %1.5'i nargileyi zararlı alışkanlıklar olarak sayarken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %61.8, %54.6, %25.5 ve %2.4 bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, zararlı alışkanlıkları bilme durumlarına bakıldığında, müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (P>0.05). Buna karşılık, eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (P<0.001).

Tablo 4.34: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde “halen sigara içiyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaba göre dağılımı

Sigaraya İçme		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	İçiyor	3	0.7	5	0.9	0.098	P>0.05
	İçmiyor	405	99.3	537	99.1		
Eğitim Sonrası	İçiyor	1	0.2	5	0.9	1.702	P>0.05
	İçmiyor	407	99.8	537	99.1		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde müdahale grubundaki öğrencilerin %0.7’i sigara içtiğini söylerken, kontrol grubunda bu oran %0.9 bulunmuştur. Eğitim sonrası dönemde ise bu oranlar sırasıyla %0.2 ve %0.9 olarak bulunmuştur. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde sigara içen öğrenciler açısından, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (P>0.05).

Tablo 4.35: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde öğrencilerin günlük uyuma süresine göre dağılımı

Uyuma süresi(saat)	Müdahale Grubu (n=408)	Kontrol Grubu (n=542)		
	X ±SS	X ±SS	t	
Eğitim Öncesi	8.81 ±1.53	8.74±1.55	0.63	P>0.05
Eğitim Sonrası	8.99 ±1.40	8.85±1.44	1.50	P>0.05

Eğitim öncesi dönemde müdahale grubundaki öğrencilerin günlük ortalama uyuma süresi 8.81 ± 1.53 saat iken, eğitim sonrası dönemde 8.99 ± 1.40 saat bulunmuştur. Kontrol grubundaki öğrencilerin günlük ortalama uyuma süresi eğitim öncesi dönemde 8.74 ± 1.55 iken, eğitim sonrası dönemde 8.85 ± 1.44 saat bulunmuştur.

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde öğrencilerin günlük uyuma süresi ortalaması açısından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.36: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde ishal olan insanlara su verme durumu konusundaki bilgilerine göre dağılımı

İshalli kişilere su verme düşüncesi		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	Her zamankinden az	129	31.6	176	32.5	1.158	$P>0.05$
	Her zamanki kadar	27	6.6	35	6.5		
	Her zamankinden fazla	47	11.5	51	9.4		
	Fikri yok	205	50.2	280	51.7		
Eğitim Sonrası	Her zamankinden az	45	11.0	209	38.6	358.827	$P<0.001$
	Her zamanki kadar	17	4.2	36	6.6		
	Her zamankinden fazla	270	66.2	44	8.1		
	Fikri yok	76	18.6	253	46.7		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %11.5'i ishal olan kişilere her zamankinden fazla su vermek gerektiğini söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oran %66.2 bulunmuştur. Kontrol grubundaki öğrencilerin ise eğitim öncesi dönemde öğrencilerin %9.4'ü ishal olan kişilere her zamankinden fazla su vermek gerektiğini söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oran %8.1 bulunmuştur.

İshal olan insanlara her zamankinden fazla su verme gerektiğini bilme açısından eğitim öncesi dönemde müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Buna karşılık eğitim sonrası dönemde, müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.37: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde öğrencilerin ilk başvurulması gereken sağlık kurumu konusundaki düşüncelerine göre dağılımı

Başvurulması Düşünülen Sağlık Kuruluşu		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		X ²	P
		Sayı	%	Sayı	%		
Eğitim Öncesi	Aile hekimi	172	42.2	224	41.3	2.803	P>0.05
	Devlet hastanesi	131	32.1	170	31.4		
	Üniversite hastanesi	24	5.9	30	5.5		
	Özel hastaneler	62	15.2	98	18.1		
	Özel muayenehaneler	19	4.7	19	3.5		
	Diğer	0	0.0	1	0.2		
Eğitim Sonrası	Aile hekimi	297	72.8	223	41.1	100.328	P<0.001
	Devlet hastanesi	75	18.4	187	34.5		
	Üniversite hastanesi	6	1.5	32	5.9		
	Özel hastaneler	14	2.6	86	15.9		
	Özel muayenehaneler	0	0.0	14	2.6		
	Diğer	0	0	0	0		
Toplam		408	100.0	539	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %42.2’si ailesinden birini doktora götürmek gerektiğinde, ilk götürülecek yer olarak “aile hekimi” cevabını verirken, kontrol grubunda bu oran %41.3 bulunmuştur. Eğitim sonrası dönemde ise düşünülen ilk başvuru yerini aile hekimi olarak belirtme oranı müdahale grubunda %72.8, kontrol grubunda %41.1 bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, ailesinden birini doktora götürmek gerektiğinde ilk götürülecek yer açısından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (P>0.05). Buna karşılık eğitim sonrası dönemde, müdahale grubunda ilk başvuru yeri olarak aile hekimini belirtenlerin oranı yükselmiş olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (P<0.001).

Tablo 4.38: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde sağlıkla ilgili en fazla bilgi edindikleri kaynaklara göre dağılımı

Sağlıkla ilgili bilgilerin kaynağı	Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Arkadaş	6	1.5	9	1.7	15	1.6
Aile	111	27.2	182	33.6	293	30.8
Okul	59	14.5	50	9.2	109	11.5
Televizyon	37	9.1	57	10.5	94	9.9
Gazete	3	0.7	9	1.7	12	1.3
Sağlık personeli	185	45.3	229	42.3	414	43.6
Diğer	7	1.7	6	1.1	13	1.4
Toplam	408	100.0	542	100.0	950	100.0

$$X^2 = 11.892 \quad P > 0.05$$

Eğitim öncesi dönemde müdahale grubundaki öğrencilerin %27.2'si ailesinden, %14.5'i okuldan ve %45.3'ü sağlık personelinden sağlık bilgisi aldığını söylerken, kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %33.6'sı ailesinden, %9.2'si okuldan, %42.3'ü sağlık personelinden sağlık bilgisi aldığını ifade etmiştir. Sağlıkla ilgili en fazla bilgi edindikleri kaynaklara göre müdahale ve kontrol grubu arasında benzerlik görülmektedir ($P > 0.05$).

Tablo 4.39: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde sağlıkla ilgili bilgileri yeterli bulma durumuna göre dağılımı

Sağlık bilgisini yeterli bulma		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	Yeterli	204	50.0	249	45.9	4.109	P>0.05
	Yetersiz	95	23.3	158	29.2		
	Karasız	109	26.7	135	24.9		
Eğitim Sonrası	Yeterli	257	63.0	261	48.2	21.768	P<0.001
	Yetersiz	91	22.3	154	28.4		
	Karasız	60	14.7	127	23.4		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %50.0'si sağlıkla ilgili bilgilerini yeterli bulduğunu söylerken, bu oran eğitim sonrası dönemde %63.0 bulunmuştur. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %45.9'u sağlıkla ilgili bilgilerini yeterli bulduğunu söylerken, bu oran eğitim sonrası dönemde %48.2 bulunmuştur. Eğitim öncesi dönemde, sağlıkla ilgili bilgileri yeterli bulma durumu açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Buna karşılık eğitim sonrası dönemde, müdahale grubunda sağlıkla ilgili bilgilerini yeterli bulanların oranı yükselmiş olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$).

Tablo 4.40: Müdahale ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde öğrencilerin sağlıkla ilgili daha fazla bilgi almayı isteme durumuna göre dağılımı

Daha fazla sağlık bilgisi alma isteği		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu			
		Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Eğitim Öncesi	İstiyor	371	90.9	482	88.9	5.351	$P>0.05$
	İstemiyor	14	3.4	36	6.6		
	Karasız	23	5.6	24	4.4		
Eğitim Sonrası	İstiyor	392	96.1	470	86.7	24.795	$P<0.001$
	İstemiyor	8	2.0	45	8.3		
	Karasız	8	2.0	27	5.0		
Toplam		408	100.0	542	100.0		

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %90.9'u sağlıkla ilgili daha fazla bilgi almak istediğini söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oran %96.1 bulunmuştur. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %88.9'u sağlıkla ilgili daha fazla bilgi almak istediğini söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oran %86.7 bulunmuştur. Eğitim öncesi dönemde sağlıkla ilgili daha fazla bilgi almayı isteme durumuna göre müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$). Buna karşılık eğitim sonrası dönemde, müdahale grubunda sağlıkla ilgili daha fazla bilgi almak istediğini ifade edenlerin oranı artmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.001$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

İlköğretim okullarının 4-8. sınıflarında okuyan öğrencilere sağlıkla ilgili konularda verilen eğitimin; bilgi, tutum ve davranışlara etkisi değerlendirilmiş ve aşağıdaki veriler elde edilmiştir.

Müdahale grubundaki öğrencilerin %48.5'i kız %51.5'i erkek, kontrol grubunda ise %48.9'u kız, %51.1'i erkek olmak üzere, toplamda %48.7'si kız, %51.3'ü erkek öğrencilerden oluşmaktadır (Tablo 4.1). Cinsiyet dağılımı açısından müdahale ve kontrol grupları arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Müdahale grubunun yaş ortalaması 11.8 ± 1.5 , kontrol grubunun ise 11.7 ± 1.4 yıldır (Tablo4.2). Ortalama yaş açısından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($P>0.05$).

Müdahale grubundaki öğrencilerin annelerinin %56.1'inin, babalarının ise %42.2'sinin, kontrol grubundaki öğrencilerin annelerinin %52.8'inin babalarının %38.9'unun ilköğretim mezunu oldukları saptanmıştır.

Müdahale grubunun %90.0'nın, kontrol grubunun ise %90.8'inin annesinin ev hanımı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Durusu'nun (75) Kayseri'de ilköğretim öğrencilerine verilen sağlık eğitiminin öğrencilerin sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışa etkisi

konusunda yaptığı araştırmasında, öğrencilerin %92.5'inin annesinin ev hanımı olduğunu belirtilmiştir. Bu veriler araştırmamızla benzerlik göstermektedir.

Öğrencilerin babalarının meslekleri incelendiğinde, müdahale grubunun %38.7'sinin işçi olarak birinci sırada, %22.3'nün serbest meslek ile ikinci sırada, %8.6'sının memur olarak üçüncü sırada olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin babalarının meslekleri incelendiğinde ise %29.5'nin işçi olarak birinci sırada, %18.8'nin serbest meslek ile ikinci sırada, %9.4'nün memur olarak üçüncü sırada olduğu saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grupları arasında babalarının meslekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.05$). Bu fark, diğer meslek (marangoz,terzi...v.b.) grupları cevabını veren kontrol grubundaki öğrencilerin müdahale grubundaki öğrencilerden yüksek olmasından kaynaklanmaktadır.

Müdahale grubundaki öğrencilerin %55.6'sı, kontrol grubunda ise %63.3'ü ailesinin ekonomik durumunu iyi olarak ifade etmiştir (Tablo4.7). Müdahale ve kontrol grubu arasında ailelerinin ekonomik durumu açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Müdahale grubundaki öğrencilerin %95.1'i, kontrol grubundaki öğrencilerin ise %95.4'ü evdeki lavaboda daima sabun bulunduğunu belirtmiştir (Tablo 4.9). Lavaboda sabun bulunması açısından müdahale ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0.05$).

Kaya ve Aslan'ın (76) Ankara'da bir ilköğretim okulunda el yıkama konusunda yaptığı çalışmada, müdahale grubundaki öğrencilerin %94.7'si, kontrol grubundaki öğrencilerin ise %95.5'i evinin lavabosunda sürekli sabun bulunduğunu belirlenmiştir. Araştırmamızda sürekli lavaboda sabun bulunması açısından, Ankara'da yapılan bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %64.5'i, kontrol grubundaki öğrencilerin %64.2'si sabahları kalkınca her zaman ellerini yıkadığını ifade etmiş ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmamıştır. Eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %86.0 ve %69.0 olmuş ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur (Tablo 4.10). Eğitimle, müdahale grubunda sabahları kalkınca her zaman ellerini yıkadığını ifade edenlerin oranı önemli ölçüde yükselmiştir. Güleç ve arkadaşlarının (77), Ankara'da sosyoekonomik düzeyi farklı iki yerleşim yerindeki iki ilköğretim okulundan seçilen öğrencilerde el yıkama alışkanlıkları üzerine yaptığı araştırmada, öğrencilerin

%72.8'i sabah kalkınca ellerini yıkadığını ifade etmiştir. Bizim araştırmamızda eğitim öncesi dönemde sabah kalkınca her zaman ellerini yıkadığını ifade edenlerin oranı, Güleç ve arkadaşlarının yaptığı araştırma verilerinden daha düşük bulunmuş olup, bölgesel farklılığın neden olacağı düşünülmektedir.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %72.1'i, kontrol grubundaki öğrencilerin %74.5'i tuvaletten çıkınca her zaman ellerini yıkadığını ifade etmiş ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmamıştır. Eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %90.7 ve %79.7 olmuş ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur (Tablo 4.11). Bu durum eğitimin, müdahale grubunda tuvaletten çıkınca el yıkama oranını arttırdığını göstermektedir.

Güleç ve arkadaşlarının (77) çalışmasında, öğrencilerin %89.6'sının tuvaletten sonra ellerini yıkadığı ifade edilmiştir. Thumma ve arkadaşlarının (78) öğrenciler üzerinde yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %84'ü tuvaleti kullandıktan sonra ellerini her seferinde yıkadıklarını belirtmişlerdir. Kitiş ve Bilgili'nin (79) İlköğretim öğrencilerinde el hijyenini eğitimi konusunda yaptığı araştırma'da, öğrencilerin %91.2'sinin tuvaletten sonra ellerini yıkadığı belirtilmiştir. Nieradko ve arkadaşlarının (80) çocuk ve gençlerin hijyenik alışkanlıkları konusundaki çalışmasında, %78.1'inin tuvaletten sonra ellerini yıkadıkları ifade edilmiştir. Bizim araştırmamızın eğitim öncesi döneminde, tuvaletten sonra ellerini yıkadığını ifade edenlerin oranı, Güleç'in, Thumma ve arkadaşlarının, Kitiş ve arkadaşlarının, Nieradko'nun yaptığı araştırma verilerinden daha düşük bulunmuştur. Buna karşılık Öztürk ve arkadaşlarının (81) 2004 yılında, okul dönemindeki çocukların sağlık durumlarının belirlenmesi konusunda yaptığı araştırmada, öğrencilerin %22.4'ünün tuvaletten önce ve sonra ellerini yıkadığı belirtilmiştir. Çalışmamızda eğitim sonrası dönemde kontrol grubunda tuvaletten sonra el yıkama oranının %79.7 olması, Öztürk'ün yaptığı araştırmaya göre iyi düzeyde görünmesine rağmen el yıkama konusunda eğitim ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %57.1'i, kontrol grubundaki öğrencilerin %54.2'si yemekten önce her zaman ellerini yıkadığını ifade etmiş ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmamıştır. Eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %77.5 ve %57.9 olmuş ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur (Tablo 4.12). Bu durum eğitimin, müdahale grubunda yemekten önce el yıkama oranını arttırdığını göstermektedir.

Öztürk ve arkadaşlarının (81) 2004 yılındaki araştırmasında, öğrencilerin %57.0'sinin yemeklerden önce ve sonra ellerini yıkadığı belirtilmiştir. Pengpid ve Peltzer'in (82) dokuz Afrika ülkesinde adölesanların okul içindeki hijyen davranışları konusunda yaptığı araştırmada, öğrencilerin %62.2'sinin yemekten önce el yıkadıkları belirtilmiştir. Araştırmamızda yemekten önce el yıkama oranının, Pengpid ve Peltzer'in araştırmasına göre düşük bulunmuştur. Öztürk'ün araştırmasında ise yemekten önce ve sonra el yıkama oranına göre yüksek olduğu söylenebilir. Bu sonuca rağmen öğrencilerin el yıkama konusunda eğitime ihtiyaçları olduğu görülmektedir.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %52.2'si yemekten sonra her zaman ellerini yıkadığını söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oran %75.2 olmuştur. Kontrol grubundaki öğrencilerin ise eğitim öncesi dönemde %53.1 iken eğitim sonrası dönemde bu oran %54.1 olarak bulunmuştur (Tablo 4.13). Eğitim öncesi dönemde yemekten sonra ellerin yıkanması açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Eğitim sonrası dönemde, müdahale ve kontrol grupları arasında öğrencilerin yemekten sonra ellerini yıkanması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu veriler verilen eğitimin etkisini bir kez daha göstermektedir.

Kitiş ve Bilgili'nin (79) araştırmasında, eğitim sonrası dönemde öğrencilerin %86.8'inin yemeklerden sonra her zaman ellerini yıkadığı belirtilmiştir. Aslan ve arkadaşlarının (83) Ankara'da bir ilköğretim okulunda el yıkama konusunda yaptığı çalışmasında yemekten sonra el yıkama oranı %59.5 olarak belirtilmiştir. Araştırmamızın müdahale grubunda yemekten sonra el yıkama oranı eğitim sonrası dönemde, Kitiş ve Bilgili'nin yaptığı araştırma verilerine göre düşük bulunmuştur. Buna karşılık, araştırmamızın kontrol grubu ise Aslan ve arkadaşlarının elde ettiği veriler ile benzerlik göstermekte ve el yıkama konusunda eğitim ihtiyacı olduğu görülmektedir.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %56.9'u sokaktan eve gelince her zaman ellerini yıkadığını ifade ederken, eğitim sonrası dönemde bu oran %83.6 olmuştur. Kontrol grubunda eğitim öncesi dönemde %53.3'den eğitim sonrası dönemde %65.9'a yükselmiştir (Tablo 4.14). Eğitim öncesi dönemde öğrencilerin sokaktan eve gelince ellerini yıkaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak

anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim sonrası dönemde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P<0.05$). Bu durum eğitimin, müdahale grubunda sokaktan eve gelince el yıkama oranını arttırdığını göstermektedir.

Kitiş ve Bilgili'nin (79) araştırmasında, eğitim sonrası dönemde öğrencilerin %89.7'si sokaktan eve girince her zaman ellerini yıkadığı belirtilmiştir. Araştırmamızın müdahale grubu eğitim sonrası döneminde sokaktan eve girince el yıkama oranı, Kitiş'in elde ettiği orandan düşük bulunmuştur. Aslan ve arkadaşlarının (83) çalışmasında, eğitim öncesi dönemde öğrencilerin sokaktan eve girince el yıkama oranı %50.0 olarak belirtilmiştir. Araştırmamızda sokaktan eve girince el yıkama oranı, Aslan'ın elde ettiği verilere göre yüksek bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %59.6'sı haftada en az bir kez banyo yaptığını söylerken, %40.4'ü 7 günden seyrek banyo yaptığını belirtmiştir. Kontrol grubunda bu oranlar sırasıyla %64.8 ve % 35.2 bulunmuştur. Eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda %76.0'sı haftada en az bir kez banyo yaptığını söylerken, %24.0'ün yedi günden fazla sürede banyo yaptığını belirtmiştir. Kontrol grubunda bu oranlar sırasıyla %59.7 ve %40.3 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.15). Eğitim öncesi dönemde banyo yapma sıklığı açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda sık banyo yapanların oranı artmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark ile eğitimin öğrenciler üzerindeki etkisi görülmektedir.

Önsüz ve Hıdıroğlu'nun (84) İstanbul'da iki ilköğretim okulundaki öğrencilerin kişisel hijyen alışkanlıklarının belirlenmesi konusunda yaptığı çalışmada, öğrencilerin %75.0'inin haftada en az bir kez banyo yaptığı saptanmıştır. Yapılan bu çalışmada, çoğunlukla öğrencilerin haftada en az bir kez banyo yaptıkları görülmüştür ki bu sonuç araştırmamızla benzerlik göstermektedir.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %83.1'i dört ile yedi gün arasında, %3.7'si yedi günden fazla aralıkla tırnağını kestğini söylerken, kontrol grubundaki öğrencilerin %76.2'si dört ile yedi gün arasında, %2.4'ü yedi günden fazla aralıkla tırnağını kestğini söylemiştir. Eğitim sonrası dönemde ise müdahale grubunda dört ile yedi gün arasında tırnak kesenlerin oranı %88.5'e yükselirken, kontrol grubunda değişiklik olmamıştır (Tablo 4.16). Eğitim öncesi dönemde tırnak kesme

sıklığı açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark, müdahale grubunda tırnaklarını dört ile yedi gün arasında kesenlerin oranının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Tırnak kesme sıklığı açısından eğitim sonrası dönemde, müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark ile eğitimin etkisi görülmektedir.

Önsüz ve Hıdıroğlu'nun (84) araştırmasında, öğrencilerin %82.2'si haftada en az bir kez tırnaklarını kestiği saptanmıştır ki bu sonuç araştırmamız ile benzerlik göstermektedir.

Günümüzde ağız ve diş sağlığını etkileyen en önemli sebeplerden biri dişlerin fırçalanmasıdır. Bu alışkanlığın çocukluk döneminde kazandırılması okul sağlığı programının vazgeçilmez bir parçasıdır. Müdahale grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %88.5'i, eğitim sonrası dönemde %94.9'u dişlerini fırçaladığını ifade etmişlerdir. Kontrol grubundaki öğrencilerin ise eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde %88.0'inin dişlerini fırçaladığı saptanmış ve eğitim sonrası dönemde değişiklik olmamıştır (Tablo 4.17). Eğitim öncesi dönemde, öğrencilerin dişlerini fırçalama açısından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmıştır. Eğitim verilen müdahale grubunda diş fırçalama oranının yükseldiği görülmektedir.

Çalışkan ve arkadaşlarının (85) Park Sağlık Ocağı bölgesindeki bir ilkokulda diş çürükleri ve etkili faktörler konusunda yaptığı araştırmasında, öğrencilerin %72.5'nin dişlerini düzenli olarak diş fırçaladığı, Tezel'in (86) Erzurum İli ilkokul 4. ve 5. sınıf çocuklarının ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi, tutum ve davranışları konusunda yaptığı araştırmasında, öğrencilerin %62.7'sinin dişlerini fırçalama alışkanlığı sahip olduğu, Önsüz ve Hıdıroğlu'nun (84) araştırmasında ise, öğrencilerin %80.5'inin dişlerini fırçalama alışkanlığına sahip olduğu saptanmıştır. Pengpid ve Peltzer'in araştırmasında (82), öğrencilerin %77.3'nün günde birden fazla kez dişlerinin fırçalandıkları belirtilmiştir. Araştırmamızda diş fırçalama sıklığı bu çalışmalardan elde edilen oranlardan daha yüksek bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %57.1'i, kontrol grubundaki öğrencilerin %63.7'si dişlerini günde 2-3 kez fırçaladığını ifade etmiş ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur. Bu fark, müdahale grubunda dişlerini günde bir

kez fırçalayan gruptan (%25.0) kaynaklanmaktadır. Eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %72.1 ve %60.1 olmuş ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur (Tablo 4.18). Bu durum eğitim verilen grupta dişlerini fırçalama sıklığının, önemli ölçüde yükseldiğini göstermektedir. Görüldüğü gibi eğitim verilen grupta öğrencilerin günde iki-üç kez fırçalama oranında artış olmuştur.

Küçük'ün (87) Kırşehir İli ortaöğretim öğrencilerinin genel sağlık sorunlarının belirlenmesi üzerinde yaptığı araştırmada, öğrencilerin % 53.4'ünün günde iki kez dişlerini fırçaladıkları belirtilmiştir. Araştırmamızda diş fırçalama sıklığının oranı, Küçük'ün elde ettiği verilerden yüksek bulunmuştur.

Öğrencilerin çoraplarını her gün değiştirme sıklığı, müdahale grubunda eğitim öncesi dönemde %49.5'den, eğitim sonrası dönemde %73.5'e yükselmiştir. Kontrol grubunda ise eğitim öncesi dönemde %51.5 iken, eğitim sonrası dönemde %44.3 olmuştur (Tablo 4.19). Müdahale grubunda eğitim sonrası dönemde çoraplarını her gün değiştirme sıklığı önemli derecede artmıştır. Müdahale ve kontrol grupları arasında eğitim öncesi dönemde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim sonrası dönemde müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark ile eğitimin etkisi görülmektedir.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %14.3'ü her gün, %27.7'si iki günde bir, %57.0 üç ile yedi gün arasında iç çamaşır değiştirdiğini ifade ederken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %21.1, %24.8 ve %54.2 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %15.9'u her gün, %29.5'i iki günde bir, %53.5 üç ile yedi gün arasında değiştirdiğini ifade ederken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %12.7, %27.7 ve %59.2 bulunmuştur (Tablo 4.20). İç çamaşır değiştirme sıklığı açısından müdahale ve kontrol grupları arasında eğitim öncesi dönemde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark ile eğitimin öğrenciler üzerindeki etkisi görülmektedir.

Çetinkaya ve arkadaşlarının (88) Sivas İl Merkezi'nde sosyoekonomik düzeyi farklı üç ilköğretim okulu öğrencilerinde kişisel hijyen alışkanlıkları konusunda yaptığı araştırmada, öğrencilerin %12.3'ünün her gün iç çamaşırını değiştirdiği belirtilmiştir.

Araştırmamızda her gün iç çamaşır değiştirme oranı, yapılan bu çalışma verilerine göre yüksek bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %63.2'si sabahları her gün kahvaltı yaptığını söylerken, bu oran eğitim sonrası dönemde %80.6 olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda her gün kahvaltı yapma sıklığı eğitim öncesi dönemde %58.5, eğitim sonrası dönemde %58.9 bulunmuştur (Tablo 4.21). Eğitim öncesinde öğrencilerin sabah kahvaltı yapmaları açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Eğitim sonrası dönemde ise gruplar arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ki, eğitimin öğrenciler üzerindeki etkisi burada da görülmektedir.

Durusu'nun (75) 1996 yılında yaptığı araştırmada, öğrencilerin eğitim öncesi %95.5'i, eğitim sonrasında ise %96.5'inin kahvaltı yaptığı saptanmıştır. Aksoydan ve Çakır tarafından (89) adolesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi üzerine yaptığı araştırmada, erkek öğrencilerin %87.5'inin, kız öğrencilerin ise %88.1'inin her gün kahvaltı yaptığı saptanmıştır. Araştırmamızdaki kahvaltı yapma sıklığı oranı, yapılan bu çalışmalardan elde edilen oranlardan düşük bulunmuştur ki öğrencilerin kahvaltı yapmanın önemini bilmediğini düşündürmektedir.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %50.2'si her gün düzenli olarak süt içtiğini, %13.2'si hiç süt içmediğini söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar %52.5 ve %4.7 bulunmuştur. Kontrol grubunda ise öğrencilerin %47.8'i her gün düzenli olarak süt içtiğini, %10.3'ü hiç süt içmediğini ifade ederken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %41.9 ve %10.7 bulunmuştur (Tablo 4.22). Eğitim öncesi dönemde süt içme durumları açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim sonrası dönemde süt içme durumları açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durum eğitimle, müdahale grubunda süt içmeyenlerin oranında azalma olduğunu göstermektedir. Öğrencilerin sütü az tercih etmeleri, sağlıksız beslendiklerinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Erten'in (90) Adıyaman İlinde öğrencilerinin beslenme bilgileri ve alışkanlıkları üzerine yaptığı araştırmaya göre, öğrencilerin %28.0'nin hiç süt içmediklerini

belirtilmiştir. Araştırmamızda süt içmeyenlerin oranı, Erten'in araştırmasına göre düşük bulunmuştur ki, aradaki fark yaş grubunun farklı olmasından kaynaklanabilir.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %71.6'sı, kontrol grubundaki öğrencilerin %65.3'ü sıklıkla meyve yediğini ifade etmiş ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmamıştır. Eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %83.3 ve %67.7 olmuş ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur (Tablo 4.23). Bu durum eğitimin, müdahale grubundaki öğrencilerin meyve yeme oranını önemli ölçüde yükselttiğini göstermektedir. Çocuklar genel olarak meyveleri sevmekte ve tüketmektedir.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %59.1'i bazen, %3.7'si her zaman yemek öğünü atladığını söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %49.3 ve %0.7 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %59.0'u bazen, %3.9'u her zaman yemek öğünü atladığını söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla % 57.6 ve %2.6'dır. Öğün atlama oranının yüksek olması ile öğrencilerin beslenme konusundaki bilgilerinin az olduğu ve davranışlarının olumsuz yönde etkilendiği söylenebilir. Müdahale ve kontrol grubundaki öğrencilerden eğitim öncesi dönemde üç öğünden az yiyenler sırasıyla %17.6 ve %13.1 iken, eğitim sonrası dönemde %8.6 ve %13.8 olarak saptanmıştır (Tablo 4.24). Eğitim öncesi dönemde yemek öğünlerini atlama durumları açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Müdahale ve kontrol gruplarında ortalama öğün tüketme sayısı 2.9 ± 0.6 bulunmuştur. Öğrencilerin ortalama öğün tüketme durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki öğrencilerin yemekleri üç temel öğünde yoğunlaşmaktadır.

Avan'ın (91) Mardin İli Kızıltepe İlçesindeki merkez ilköğretim okullarında okuyan 6-8. sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları hakkında yaptığı araştırmada, öğrencilerin %28.9'u kahvaltıyı atladıkları tespit edilmiştir. Kaşıkçı'nın (92) Edirne İli ilköğretim okullarında okuyan 6- 8. sınıf öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları üzerine yaptığı araştırmada, öğrencilerin %67.0'nin üç öğün tükettiği, %8.5'nin iki öğün tükettiği saptanmıştır. Öğrencilerin %4.4'ünün sabah kahvaltısını atladığı tespit edilmiştir.

Dereköy'ün (93) Ankara İli Polatlı İlçesinde ilköğretim 7. sınıf öğrencilerinin fiziki büyüme durumları ve beslenme alışkanlıklarının incelenmesi konusunda yaptığı araştırmada, öğrencilerin %64.3'ünün üç öğün tükettikleri, %8.7'sinin kahvaltıyı her zaman atladığı tespit edilmiştir. Yiğit'in (94) Düzce İli İsmet Paşa ilköğretim okulu 6-8. sınıflara devam eden öğrencilerin beslenme bilgi düzeyleri konusunda yaptığı araştırmasında, %65.1'inin günde üç öğün tükettiği ve %22.8'inin her zaman öğün atladığı tespit edilmiştir. Bizim araştırmamızda öğün atlama oranları, Avan'ın, Kaşıkçı'nın, Dereköy'ün, Yiğit'in yaptığı çalışmalardaki orandan düşük bulunmuştur. Bölgesel farklılıktan kaynaklanan bu farklılık, öğün atlamanın bir alışkanlık haline dönüştüğünde kişinin beslenmesi engellemekte ve yetersiz beslenmeye bağlı sorunlar oluşmasına neden olmaktadır. Öğrencilerin önemli bir bölümünün en az bir öğün atladığı tespit edilmiştir.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %7.4'ü sıklıkla meyveleri yıkamadan yediğini söylerken, kontrol grubunda bu oran %5.9'dur. Eğitim sonrası dönemde meyveleri yıkamadan yeme oranı müdahale ve kontrol gruplarında sırasıyla %3.4 ve %9.2 olarak saptanmıştır (Tablo 4.25). Eğitim öncesi dönemde meyveleri yıkamadan yeme durumları açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durum eğitimin, müdahale grubundaki öğrencilerin meyveleri yıkamadan yeme oranını önemli ölçüde azalttığını göstermektedir.

Durusu'nun (75) araştırmasında, eğitim öncesi dönemde öğrencilerin %3.5'i meyve ve sebzeleri yıkamadan yediğini söylerken, eğitim sonrasında %3.0'nün meyve ve sebzeleri yıkamadan yediği saptanmıştır. Araştırmamızda meyve ve sebzeleri yıkamadan yeme oranı, Durusu'nun yaptığı çalışma oranından yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin meyve ve sebzeleri yıkamadan yeme oranının zamanla daha iyi olması beklenirken, bu oranın yüksek çıkması öğrencilerin aldığı eğitimin yeterli olmadığını göstermektedir.

Müdahale grubundaki öğrencilerin, eğitim öncesi dönemde %44.6'sı açıkta satılan yiyecekleri hiçbir zaman almadıklarını ifade ederken, eğitim sonrası dönemde bu oranı %62.0 bulunmuştur (Tablo 4.26). Eğitim öncesi dönemde açıkta satılan yiyecekleri

alma açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim sonrası dönemde gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur. Bu durum eğitim verilen grupta açıkta satılan simit gibi yiyecekleri yeme oranının önemli ölçüde düştüğünü göstermektedir. Avan'ın (91) araştırmasında, öğrencilerin %54.6'sının açıkta satılan yiyecekleri satın almadıkları saptanmıştır. Araştırmamızda açıkta satılan yiyecekleri satın almama oranı, Avan'ın yaptığı çalışmaya göre düşük bulunmuştur ki sağlık ve hijyen kurallarına uygun olmayan yiyeceklerin satın alınması konusunda bilgi eksikliği olduğu görülmektedir.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %10.0'u sıklıkla fast food yediğini ifade ederken, %28.2'si hiçbir zaman fast food yemediğini saptanmıştır. Eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %7.1 ve %32.1 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki öğrencilerin %11.3'ü sıklıkla fast food yediğini ifade ederken, %21.8'i hiç bir zaman fast food yemediğini ifade etmiştir. Eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %13.8 ve %19.9 bulunmuştur (Tablo 4.27). Eğitim öncesi dönemde fast food türü yiyecekleri yeme durumlarına göre müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Buna karşılık eğitim sonrası dönemde, müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durum eğitimin öğrenciler üzerindeki etkisi göstermektedir.

Avan'ın (91) araştırmasında, öğrencilerin %38.4'ünün hiç fast food türü yiyecekleri tüketmediği saptanmıştır. Tanrıverdi ve arkadaşlarının (95) Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi konusundaki araştırmasında, öğrencilerin %18.6'sının fast food tüketmediği belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda fast food tüketmeyenlerin oranı, Avan'ın elde ettiği orandan düşük bulunmuş, Tanrıverdi ve arkadaşlarının elde ettiği orandan ise yüksek bulunmuştur ki öğrencilerin tükettiği besinlerin içeriği konusunda yetersiz bilgiye sahip olmaları ve değişen beslenme alışkanlıkları, bu tip yiyecek tüketimini gün geçtikçe arttırdığı düşünülmektedir.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin ailelerinin %10.5'i aynı kaptan yemek yediğini söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oran %6.1 bulunmuştur. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %11.8'i aynı kaptan yemek yediğini söylerken, eğitim sonrası dönemde bu oran %10.1 bulunmuştur (Tablo 4.28).

Evde yemekleri yeme biçimine göre, müdahale ve kontrol grubu arasında eğitim öncesi dönemde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark ile eğitimin öğrenciler üzerindeki etkisi görülmektedir. Ayrıca çocuklara kazandırılacak sağlık bilgisi ile ailelere de ulaşıldığı görülmektedir.

Dereköy'ün (93) araştırmasında, öğrencilerin %17.7'si aynı kaptan yemek yedikleri belirtilmiştir. Avan'ın (91) araştırmasında ise, öğrencilerin %47.2'si yemeği tek tabaktan yediği belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda yemek yeme biçimi açısından elde edilen oran, yapılan bu çalışmalardaki oranlardan yüksek bulunmuştur ki, evde yemeklerin yenmesi konusunda annenin eğitim durumu, bu konudaki bilgileri, ailedeki birey sayısının fazla olması, yemek kültürü evde yemek yeme biçimini önemli derecede etkilemektedir.

Eğitim öncesi dönemde müdahale grubunda öğrencilerin %82.8'i gripin, %46.3'ü veremin, %18.6'sı sıtmanın, %15.0'i difterinin bulaşıcı olduğunu bilirken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %95.1, %80.6, %54.4 ve %60.0 bulunmuştur. Eğitim öncesi dönemde kontrol grubunda %86.5'i gripin, %43.0'ü veremin, %15.3'ü sıtmanın, %18.3'ü difterinin bulaşıcı olduğunu bilirken, eğitim sonrası dönemde bu oranlar sırasıyla %88.4, %41.3, %24.7 ve %22.7 bulunmuştur (Tablo 4.29). Eğitim öncesi dönemde hastalıkların bulaşıcı olduğunu bilme durumları açısından, müdahale ve kontrol grubu arasında benzerlik görülmektedir. Buna karşılık eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda olumlu yönde değişiklik saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu fark ile eğitim verilen grupta eğitim sonrası dönemde verem, çocuk felci, difteri, grip ve sıtma gibi hastalıkların bulaşıcı olduğunu bilenlerin oranı artmıştır. Eğitim öncesi dönemde grip pandemisinin görülmesi nedeniyle öğrencilerin büyük çoğunluğu gripin bulaşıcı olduğunu bilmişlerdir.

Durusu'nun (75) araştırmasında, eğitim öncesi dönemde öğrencilerin %56.5'i difteri'nin, %98.0'i verem'in ve grip'in bulaşıcı olduğunu bilirken, bu oranlar eğitim sonrası dönemde sırasıyla %74.0, %99.0 olarak saptanmıştır. Çalışmamızdaki çeşitli hastalıkların bulaşıcı olduğunu bilme oranları, Durusu'nun yaptığı çalışma oranlarından

düşük bulunmuştur ki öğrencilerin, bulaşıcı hastalıklar konusunda bilgi eksikliği olduğu görülmüştür.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %67.9'u kuduz'un, %63.2'si gripin ve %34.6'sı veremin bulaşma yolunu doğru söylerken, bu oranlar eğitim sonrası dönemde sırasıyla %88.0, %93.1 ve %75.5 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %62.2'i kuduzun, %57.4'ü gripin ve %28.6'sı veremin bulaşma yollunu doğru söylerken, bu oranlar eğitim sonrası dönemde sırasıyla %66.4, %66.8 ve %34.3 bulunmuştur. Eğitim öncesi dönemde, hastalıkların bulaşma yollarını bilme açısından müdahale ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark ile eğitimin öğrenciler üzerindeki etkisi görülmektedir.

1985 yılında gerçekleştirilen “Ulusal Aşı Kampanyası”ndan sonra aşılama hizmetleri “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” adı altında sürdürülmektedir. Böylece kızamık, difteri, boğmaca, tetanoz, çocuk felci aşıları “Ulusal Aşı Kampanyası” içinde yer almaktadır (96). Müdahale grubunda, eğitim öncesi dönemde çocuklara %37.5'i verem, %54.7'si tetanoz, %18.1'i çocuk felci, %11.0'i boğmaca aşılarının yapıldığını söylerken, bu oranlar eğitim sonrası dönemde sırasıyla %76.7, %85.3, %51.5 ve %44.1 olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda, eğitim öncesi dönemde öğrencilerin %41.5'i verem, %53.3'ü tetanoz, %16.1'i çocuk felci, %14.0'ü boğmaca aşılarının çocuklara yapıldığını söylerken, bu oranlar eğitim sonrası dönemde sırasıyla %49.1, %59.2, %21.8 ve %19.0 bulunmuştur (Tablo 4.31). Eğitim öncesi dönemde çocuklara yapılan aşıları bilme açısından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durum eğitim verilen grupta çocuklara yapılan aşıları bilme oranının önemli ölçüde yükseldiğini göstermektedir.

Durusu'nun (75) araştırmasında, eğitim öncesi dönemde öğrencilerin %73.5'i çocuklara verem aşısı, %5.5'i çocuk felci, %26.5'i difteri, boğmaca ve tetanoz aşıları yapılacağını bilirken, bu oranlar eğitim sonrası dönemde ise sırasıyla %99.5, %43.0, %78.0 olarak belirtilmiştir. Araştırmamızda çocuklara yapılan aşılarından verem aşısını bilme oranı,

Durusu'nun yaptığı çalışmada elde ettiği orandan düşük olmasına rağmen, çocuk felci difteri, boğmaca ve tetanoz oranı daha yüksek bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %25.7'si sokaktaki kedi, köpek gibi hayvanlarla oynadığını söylerken, bu oran eğitim sonrası dönemde %9.6 bulunmuştur. Kontrol grubunda ise %22.9'u sokaktaki kedi, köpek gibi hayvanlarla oynadığını söylerken, bu oran eğitim sonrası dönemde %21.2 bulunmuştur (Tablo 4.32). Sokaktaki kedi, köpek gibi hayvanlarla oynama durumu açısından, müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark ile eğitimin öğrenciler üzerindeki etkisi görülmektedir.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %58.3'ü sigara, %50.2'si alkol, %21.3'ü uyuşturucu, %1.5'i nargile'nin zararlı alışkanlıklar arasında olduğunu söylerken, bu oranlar eğitim sonrası dönemde sırasıyla %89.0, %82.8, %59.8 ve %48.3 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %57.4'ü sigara, %51.1'i alkol, %24.5'i uyuşturucu, %1.5'i nargile'nin zararlı alışkanlıklar arasında olduğunu söylerken, bu oranlar eğitim sonrası dönemde sırasıyla %61.8, %54.6, %25.5 ve %2.4 bulunmuştur (Tablo 4.33). Zararlı alışkanlıkları bilme durumlarına bakıldığında, eğitim öncesi dönemde müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu fark ile eğitimin öğrenciler üzerindeki etkisi görülmektedir. Günümüzde sigara dünyada kullanılan bağımlılık yapıcı maddeler arasında ilk sırayı almaktadır. Adölesanların zararlı alışkanlıklar konusunda bilgi eksikliği olması nedeniyle sigara alışkanlığı çoğunlukla adölesan dönemde başlamaktadır (97).

Norbanee ve arkadaşlarının (98), ilkokul çocukları arasında sigarayı etkileyen faktörler ve yaygınlığı konusunda yaptıkları araştırmasında, öğrencilerin %64.7'si sigaranın zararlı olduğunu belirtmişlerdir. Bizim araştırmamızda, sigaranın zararlı olduğunu ifade edenlerin oranı Norbanee ve arkadaşlarının elde ettiği orandan düşük bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %0.7'si sigara içtiğini ifade ederken, bu oran eğitim sonrası dönemde %0.2 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda

ise eğitim öncesi ve eğitim sonrası dönemde %0.9 olarak bulunmuştur (Tablo 4.34). Öğrencilerin sigara içme durumuna göre müdahale ve kontrol grubu arasında eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sigara alışkanlığının erken yaşta başlaması, devamlı sigara içen ve bırakma olasılığı oldukça az bir grubu kapsayan ve çok çaba gösterilmesi gereken adolesan gruba önem verilmesi gerektiği görülmektedir.

İnal ve Yıldız'ın (99), 2006 yılında ilköğretim öğrencilerinin sigaraya ilişkin bilgi ve inanışları ile aile bireyleri ve öğretmenlerinin sigara içme durumunun incelenmesi konusunda yaptığı araştırmasında, öğrencilerin %10.0'nun sigara içtiği belirtilmiştir. Tot ve arkadaşları (100), 2004 yılındaki çalışmasında altıncı sınıf öğrencilerinin %4.7'sinin sigara içtiğini tespit etmiştir. Bizim çalışmamızda sigara içenlerin oranı yapılan bu çalışmalardaki oranlardan düşük bulunmuştur ki, zaman içerisinde öğrencilerin sigara içmenin zararları konusunda bilinçlendiğini göstermektedir.

Ülkemizde ishale bağlı, bebek ve çocuk ölümleri görülmektedir. 1986 yılından beri "İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı" ülkemizde sürdürülmekte olan önemli çocuk sağlığı programları arasındadır (101). Müdahale grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %11.5'i ishal olduğunda fazla su içmek gerektiğini söylerken, bu oran eğitim sonrası dönemde %66.2 bulunmuştur. Kontrol grubunda ise eğitim öncesi dönemde %9.4'ü, eğitim sonrası dönemde ise %8.1'i ishal olan kişilere her zamankinden fazla su vermek gerektiğini belirtmiştir (Tablo 4.36). İshal olan insanlara fazla su vermek gerektiğinin bilme durumuna göre eğitim öncesi dönemde müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda olumlu yönde bir değişiklik saptanmış olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durum eğitim verilen grupta ishal olduğunda fazla su içmek gerektiği cevabını verenlerin oranının önemli ölçüde yükseldiğini göstermektedir. Öğrencilere verilen eğitim ile öğrencilerin bilgi düzeylerinin arttığı görülmektedir. Çevresinde ishal olan bir kişi olduğu durumda ise bunun davranış haline dönüşeceği düşünülebilir.

Bir ülkede, hangi yaş grubunda olursa olsun, tüm nüfusun sağlıklı ve hastalıkta başvuracağı sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde birbirini izleyen basamaklı bir model sağlıktaki karmaşayı önleyecektir. Eğitim öncesi dönemde, ailesinden birini doktora götürmek gerektiğinde ilk götürülecek yer olarak müdahale grubundakilerin %42.2'si,

kontrol grubundakilerin ise %41.2'si "aile hekimi" olarak ifade etmişlerdir (Tablo 4.37). Bu oranlar eğitim sonrası dönemde müdahale grubunda %72.8, kontrol grubunda ise %40.8 olarak belirlenmiştir. Ailesinden birini doktora götürmek gerektiğinde ilk götürülecek yer açısından eğitim öncesi dönemde müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, eğitim sonrası dönemde gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur. Bu durum eğitim verilen grupta ailesinden birini doktora götürmek gerektiğinde ilk götürülecek yer olarak aile hekimini söyleyenlerin oranının önemli ölçüde yükseldiğini göstermektedir. Öğrencilerin aile hekimine gitme konusunda bilgi düzeylerinin arttığı görülmektedir.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %27.2'si ailesinden, %14.5'i okuldan ve %45.3'ü sağlık personelinin sağlık bilgisi aldığını söylerken, kontrol grubundaki öğrencilerin %33.6'sı ailesinden, %9.2'si okuldan, %42.3'ü sağlık personelinin sağlık bilgisi aldığını ifade etmiştir (Tablo 4.38). Sağlıkla ilgili bilgileri aldıkları kaynaklara göre, eğitim öncesi dönemde müdahale ve kontrol grubu arasında benzerlik görülmektedir. Sağlık bilgisini en doğru ve yeterli biçimde verebilecek olan sağlık personelidir. Çalışmamızda öğrencilerin müdahale grubunda %45.3'ü, kontrol grubunda %42.3'ü sağlıkla ilgili bilgileri sağlık çalışanlarından aldığını bildirmiştir. Araştırmamızda sağlık personelinin ön planda olduğu görülmektedir.

Marmaris'in (102) Tekirdağ İl merkezindeki ilköğretim okullarında okul sağlığı hizmetlerinin durumu, gereksinimler ve geleceğe yönelik öneriler konusunda yaptığı araştırmada, öğrencilerin sağlıkla ilgili bilgi edinme kaynakları incelendiğinde öğrencilerin %32.7'si ailelerinden, %29.3'ü okuldan, %16.3'ü sağlık çalışanından bilgi aldığı belirtilmiştir. Araştırmamızda sağlıkla ilgili bilgi edindikleri kaynak olarak sağlık çalışanı cevabını verenlerin oranı, Marmaris'in yaptığı araştırmaya göre yüksek bulunmuştur.

Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %50.0'si sağlıkla ilgili bilgilerini yeterli bulduğunu söylerken, bu oran eğitim sonrası dönemde %63.0 bulunmuştur. Kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi dönemde %45.9'u sağlıkla ilgili bilgilerini yeterli bulduğunu söylerken, bu oran eğitim sonrası dönemde %48.2 bulunmuştur (Tablo 4.39). Eğitim öncesi dönemde, müdahale grubundaki öğrencilerin %90.9'u, kontrol grubundaki öğrencilerin %88.9'u sağlıkla ilgili daha fazla bilgi almak istediğini ifade etmiş ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmamıştır. Eğitim sonrası

dönemde bu oranlar sırasıyla %96.1 ve %86.7 olmuş ve gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur (Tablo 4.40). Bu durum eğitim verilen grupta sağlıkla ilgili daha fazla bilgi almak isteme oranının önemli ölçüde yükseldiğini göstermektedir. Araştırmamızda öğrenciler bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığını ifade etmişlerdir. Ayrıca araştırmamızda okullarda verilen eğitiminin çocuklar üzerinde etkili olduğu ve sağlık konularında daha fazla bilgi almak istedikleri görülmektedir.

Sonuç olarak; ilköğretim okullarının 4–8. sınıflarında okuyan öğrencilere verilen sağlık eğitiminin, öğrencilerin sağlıkla ilgili çeşitli konulardaki bilgi, tutum ve davranışlarına etkisini değerlendirilmiş ve eğitim sonrası dönemdeki değişiklikler, aşağıda verilmiştir.

- Müdahale grubundaki öğrencilerin sabahları kalkınca, tuvaletten çıkınca, yemekten önce, yemekten sonra ve sokaktan eve gelince el yıkadığını ifade edenlerin oranı anlamlı derecede yükselmiştir.
- Müdahale grubundaki öğrencilerin haftada bir banyo yapanların oranı artmıştır. Müdahale grubundaki öğrencilerin haftada bir tırnak kesme oranında artış görülmüştür.
- Müdahale grubundaki öğrencilerin dişlerini fırçalama oranı %88.5’den %94.9’a artmış olup, günde iki-üç kez dişlerini fırçalama oranı ise %57.1’den %72.1’e yükselmiştir.
- Müdahale grubundaki öğrencilerden çoraplarını her gün değiştirdiğini ifade edenlerin oranı %49.5’den %73.5’e yükselmiştir.
- Müdahale grubundaki öğrencilerin, kahvaltı yapma oranı %63.2’den, %80.6’ya yükselmiş olup, süt içmeyenlerin oranı %13.2’den, %4.7’ye düşüş göstermiştir. Müdahale grubundaki öğrencilerden sıklıkla meyve yediğini söyleyenlerin ve meyveleri yıkamadan yemediğini ifade edenlerin oranında artış görülmüştür.
- Müdahale grubundaki öğrencilerden öğün atlamayanların oranında artış görülmüştür. Eğitim sonrası dönemde, müdahale grubunda açıkta satılan yiyecekleri almayan öğrencilerin oranı %44.6’dan, %62.0’ye yükselmiştir.
- Müdahale grubundaki öğrencilerden fast food yediğini ifade edenlerin oranında azalma görülmüştür. Müdahale grubundaki öğrencilerin aynı kaptan yemek yediğini söyleyenlerin oranı %10.5’den, %6.1’e düşmüştür.

- Müdahale grubundaki öğrencilerin, gripin, veremin, sıtmanın, difterinin ve çocuk felcinin bulaşıcı olduğunu söyleyenlerin oranında yükselme görülmüştür. Ayrıca, öğrencilerin kuduzun, gripin, veremin, boğmacanın, tifonun ve sıtmanın bulaşma yolunu doğru bilenlerin oranında artış görülmüştür. Müdahale grubundaki öğrencilerin, çocuklara yapılan aşıları bilme oranında artma görülmüştür.
- Müdahale grubunda sokaktaki kedi, köpek gibi hayvanlarla oynadığını söyleyenlerin oranında azalma görülmüştür.
- Müdahale grubunda sigaranın, alkolün, uyuşturucunun, nargilenin zararlı alışkanlıklar arasında olduğunu bilenlerin oranında artış görülmüştür.
- Müdahale grubunda ishal olan kişilere her zamankinden fazla su vermek gerektiğini söyleyenlerin oranı %11.5'den, %66.2'e yükselmiştir.
- Müdahale grubunda ailesinden birini doktora götürmek gerektiğinde ilk götürülecek yer olarak "aile hekimi" cevabını verenlerin oranı %42.2'den %72.8'e yükselmiştir.
- Müdahale grubunda sağlıkla ilgili bilgilerinin yeterli olduğunu söyleyenlerin oranında artma görülmüştür. Ayrıca öğrencilerin %96.1'i sağlıkla ilgili daha fazla bilgi almak istediğini ifade etmiştir.

Araştırmamızda öğrencilere verilen sağlık eğitiminin bilgi, tutum ve davranışa etkisi incelenmiş olup, verilen eğitimin öğrencilerin bilgi düzeyini yükselttiği gibi davranışlarında da olumlu yönde önemli değişikliklere neden olabileceği sunucuna varılmıştır. Eğitimin kalıcılığının ve davranış değişikliğinin oluşabilmesi için eğitimin sürekliliği önemlidir. Araştırmamızda müdahale ve kontrol gruplarında eğitim sonrası dönemde anlamlı farklılıklar elde edilmiştir.

ÖNERİLER

- Hijyene yönelik yanlış ve yetersiz bilgi ve davranışların engellenmesi, sağlığın korunması ve bulaşıcı hastalıkların yayılımının önlenmesinde, öğrencilerin eğitimleri ile bu bilgileri ilk aldıkları yer olan ailelerine ve sonrası dönemde de okullara önem verilmelidir.
- Araştırmamızda el hijyeni ile ilgili eğitimin el hijyeni davranışlarını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Bu nedenle, öğrencilere el hijyeni konusunda sağlık eğitimi verilmeli ve eğitimin devamlı olması sağlanmalıdır. Okul duvarlarına el temizliği ile ilgili broşürler asılabilir. Öğrencilere eğitim konularını içeren el broşürleri verilebilir.
- Çocukların yeterli ve dengeli beslenmeleri için kahvaltı yapma alışkanlığının kazandırılması, öğün atlamalarının engellenmesi ve beslenme bilgilerinin davranışa dönüştürülmesi için eğitim öğretim müfredatlarında, beslenme bilgisinin verileceği bir zorunlu ders konulmalıdır. Bu şekilde öğrencilerin doğru beslenme alışkanlıkları kazanmaları sağlanmalıdır.
- Çocuklara ve ailelere yönelik sağlıklı beslenme konuları ile ilgili broşürler hazırlanabilir. Öğrenciler, sağlıksız koşullarda gıda satışı yapılan yerlerdeki yiyeceklerin sağlıkları ve beslenmeleri üzerinde oluşturabileceği olumsuzluklar hakkında bilgilendirilmelidir.
- Öğrenciler sigaranın sağlığa zararları konusunda bilgilendirilmeli ve zararlı alışkanlıklar konusunda eğitimler yapılmalıdır.
- Öğrencilerin cevapları sağlık ile ilgili konularda eğitim ihtiyaçları olduğunu ve okullarında sağlık eğitimi almak istediklerini göstermektedir ki; adölesanların ilerleyen yaşamlarında sağlıklı, başarılı bir dönem geçirmeleri amacıyla Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği içerisinde okullarda düzenli aralıklarla sağlık eğitimleri verilmelidir. Böylece okul çocuklarının sağlık bilgileri, dolayısıyla sağlık düzeyleri yükseltilecektir. Elbette ki okulda verilen sağlık eğitiminin başarılı olabilmesi için, eğitimin sürekli olması, öğrenilen şeylerin davranışa dönüştürülmesi için şartların uygun olması, eğiticilerin davranışları ile öğrencilere örnek olması ve okuldaki eğitimin ailede de desteklenmesi gereklidir.

6. KAYNAKLAR

1. Binbaşıoğlu C. Eğitime Giriş, Binbaşıoğlu Yayınevi, Ankara 1988:1
2. Fidan N, Erden M. Eğitime Giriş, Alkım Yayınları, İstanbul, 2001;1-220
3. Metin B, Tezel AS. Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İle ilişkiler, İçinde: DSÖ Anayasası, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Dışişleri Dairesi Başkanlığı, Ankara, 1997: 3
4. Dünya Sağlık Örgütü. Temel Sağlık Bakımında Sağlık Eğitimi El Kitabı (II.Baskı), 116, Öztürk Y. Çetinkaya F.(Çev. Ed) Erciyes Üniversitesi Yayını, Kayseri, 2008: 1-24
5. Çetinkaya F, Nacar M, Öztürk Y. Sağlık Eğitimi, İçinde: Öztürk Y. Günay O.(ed), Halk Sağlığı Genel Bilgiler, Erciyes Üniversitesi Yayınları No: 172, Kayseri, 2011;ss 419-464
6. Meydan Larousse. Büyük ve Lugat ansiklopedisi. Sabah gazetecilik 7:113-118
7. Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu (10. baskı), Ankara, 2005:605-606
8. Tezcan M. Eğitim Sosyolojisi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayınları, no150, Ankara, 1985:4-25

9. Eğitim Formu Girişimi, Eğitim Hakkı ve Eğitimde Haklar, Uluslararası İnsan Hakları Belgeleri Işığında Ulusal Mevzuatın Değerlendirilmesi, Sabancı Üniversitesi, Yelken Basım, İstanbul, 2009:7-8
10. Fidan N, Erden M. Eğitime Giriş. Meteksan Matbaacılık, Ankara, 1994:19
11. Ertürk S. Eğitimde Program Geliştirme, Yelken Yayınları, Ankara, 1972:12
12. Oğuzkan F. Eğitim Terimleri Sözlüğü, Türk Dil Kurumu, Ankara, 1974:61
13. Başaran İE. Bilim ve Eğitim, İçinde: Eğitime Giriş, 4.Baskı, Yargıcı Matbaası, Ankara 1996:167-175
14. Özvarış ŞB. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme, İçinde: Güler Ç, Akın L, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006: ss 1132-1187
15. Özden M. Sağlık Eğitimi Ders Kitabı, Feryal Matbaası, Ankara, 2001:1-136
16. Gökkoca ZU. Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. Sted 2001;10(10):371-374
17. Tekbaş F, Ceylan S, Oğur R, Açikel C, Göçgeldi E. Sağlık Eğitiminde Kullanılan Materyaller ve Etkin Kullanımı, Gata Halk Sağlığı ABD, Ankara, 2005:1-48
18. Tabak RS. Sağlık Eğitimi, Somgür Yayıncılık, Ankara, 2000:73-268
19. Gökalp Z. Terbiyenin Sosyal ve Kültürel Temeller I, Kültür Bakanlığı Yayınları, İstanbul, 1973:321-323
20. Gözütok FD. Öğretimde İlke ve Yöntemler, Siyasal basın Yayınevi, Ankara, 2006:203-298
21. Özcebeci H, Ulukol B, Molahaliloğlu S, Yardım N, Karaman F. Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2008:1-2
22. WHO, Expert Committee on Health Education of Public, WHO, Technical Report series no:89, Geneva, 1954:1-41
23. Güner A, Küçükcalp İ. Sağlık Meslek Liseleri Sağlık Eğitimi Ders Kitabı, Devlet Kitapları 5. Baskı, Bediralp Matbaacılık, İstanbul, 2010:1-50
24. Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını 770, 2008:125

25. Eser E. Temel Sağlık Hizmetleri ve Sağlığın Geliştirilmesi. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi, s 28-30, 9-12 Kasım 2006, Muğla Sağlık Yüksekokulu, Muğla
26. Dirican R. Sağlığı Korumanın ve Daha İyiye Götürmenin Temel İlkeleri, İçinde: Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Yayın No:70, Bursa 1993: 93-102
27. Öztekin Z. Temel Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını no 86, Ankara, 1986:1
28. Öztürk Y, Günay O.(çev.ed) Sağlık 21 (21. Yüzyılda Herkese Sağlık) 2.Baskı, Erciyes Üniversitesi Yayınları no 126, Kayseri, 2008
29. World Health Organization, Comprehensive School Health Education, Report of an Inter-Country Consultation, Colombo, Sri Lanka, October 1992
30. Alkan E, Ertem A, Hatemoğlu E, Ünal H, Mollahaliloğlu S. Okullarda Sağlık Eğitimi, Mevcut Durum Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, 2005:12
31. Seçginli S, Erdoğan S, Demirezen E. Okul sağlığı tarama programı, bir pilot çalışma örneği. Sted Dergisi 2004;13(12):462-465
32. Ceylan SS, Turan T. Bir ilköğretim okulunda okul sağlığı hemşireliği uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(12):35-49
33. Gün İ. Okul Sağlığı, İçinde: Öztürk Y, Günay O.(ed), Halk Sağlığı Genel Bilgiler, Erciyes Üniversitesi Yayınları no:172, Kayseri, 2011:669-707
34. Kartooğlu U. Sağlık Eğitiminde Değişik Yaklaşımlar, Halk Sağlığı Bülteni, İstanbul, 1988;10: 23-24
35. Okul Sağlığı Hizmetleri Hakkında Genelge. T.C. Resmi Gazete: 1276, 01 Şubat 2005, sayı:15
36. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Türkiye'de Okul Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi için Öneriler, İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü, Çocuk Sağlığı Derneği, Uzman Komite Raporu, İstanbul, Mayıs 2004

37. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2008:19
38. Öztürk Y, Günay O. Çocuk Sağlığı, İçinde: Aykut M, Günay O, Çetinkaya F. (ed) Aile Sağlığı El Kitabı, Erciyes Üniversitesi, Yayını no:83, Kayseri, 1995: ss 69-119
39. WEB_13. (2007) Beyaz Bayrak Projesi web site
www.saglik.gov.tr/TSHGM/belge/beyaz-bayrak-projesi.html -(01.05.2011)
40. Şahin F. Okul sağlığı. Sted Dergisi 2000;9(6): 210-212
41. Yumuturuğ S. Halk Sağlığı Ders Kitabı, Ankara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi Yayınları no 64, Ankara, 1988:2-3
42. Jumaa PA. Hand hygiene: simple and complex. Int J Infect Dis. 2005; 9(1):3-14. Rewiew. PudMed
43. Sarıkaya AG. İlköğretim Çağındaki Çocuklarda El Hijyeni, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2001
44. Öncel S, Akcan A, Keser İ. İlköğretim okulu öğrencilerinin diş sağlığı durumlarının incelenmesi. Sağlık ve Toplum 2007;17(4):75-84
45. Altun C, Güven G, Başak F, Akbulut E. Altı-Onbir yaş grubu çocukların ağız diş sağlığı yönünden değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2005;47:114-118
46. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2007:9
47. Baysal A. Beslenme, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Teknolojisi Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü (11.baskı), Ankara 2007:9-18
48. Aykut M. Toplum Beslenmesi, İçinde: Öztürk Y. Günay O.(ed) Halk Sağlığı Genel Bilgiler, Erciyes Üniversitesi Yayınları no 172, Kayseri, 2011: ss 1247-1408
49. Akgün S. İlkokul Çocuklarında Büyüme ve Gelişme. Hacettepe Üniversitesi, Toplum Hekimliği Bülteni, Ankara,1992;1:1-9

50. Demireli O, Şahin TK, Eser ŞK. Konya’da iki yetiştirme yurdunda barınan adölesanların beslenme durumları. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 2000;29(2):25-33
51. Baysal A. Kahvaltı ve okul başarısı. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 1999;28(1):1-9
52. Soylu M, Kesici G. Gıda, Su ve Beslenme Konusunda Sık Sorulan Sorular(II), Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2008: 7-29
53. Ersoy G. Beslenme eğitimi alan ve almayan ilkokul çocuklarının yiyecek seçiminde televizyon reklamlarından etkilenme durumu. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 1989;18:165-175
54. Ak Ş, Çelen Ü, Özen Y, Tabak RH, Piyal B. Ankara Merkez İlçeler ilköğretim okulları çalışanlarının sağlık davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2006;5(2):83-93
55. Özalp İ, Güneral P, Avcıoğlu E, Gülveren Gecekondu bölgesindeki kız adölesanlarda serum, çinko, magnezyum, bakır düzeylerinin diyet ile ilişkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 1988;17: 207- 220.
56. Açkurt F, Wetherilt H. Türk okul çağı çocuklarının büyüme gelişme durumlarının Amerikan normlarına göre değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 1991;20:21–34.
57. Dirican R, Bilgel N. Gençlerin Sağlık Sorunları, İçinde: Halk Sağlığı-Toplum Hekimliği, 2. Baskı, Uludağ Üniversitesi, Bursa, 1993; 405-421.
58. Seçkin RÇ, Pala K, Akış N. Bursa İli Nilüfer İlçe Merkezinde Yer Alan Okullarda Gıda Satış ve Üretim Yerlerinin Denetimi ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi, Kent ve Sağlık Sempozyumu, s:261-262, 7-9 Haziran 2006, Bursa
59. Allender JA, Spradley BW. *Community Health Nursing, Consept and Practice*. Lippincott 2001;557-569
60. Günay O, Aykut M, Öztürk Y ve ark. Erciyes Üniversitesi öğrencilerinde sigara içme durumunun 1985-2005 yılları arasındaki değişimi. *Erciyes Tıp Dergisi* 2009;31(2):126-134
61. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, Türkiye Araştırması, T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2010:1-19

62. Everett SA, Warren CW, Sharp D, Kann L, Husten CG at al. Initiation of cigarette smoking and subsequent smoking behavoir among U.S. high school students. Prev Med 1999;29: 327-333.
63. Marshall L, [Schooley M](#), [Ryan H](#). at all, Centers for Disease Control and Prevention. Youth tobacco surveillance- U.S, 2001-2002, MMWR Surveill Summ.2006;55(3):1-56
64. Kamışlı S, Karatay G, Terzioğlu F, Kublay G. Sigara ve Ruh Sağlığı, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara, 2008:7-8
65. Baksoy NG. Üniversite Öğrenimi Sırasında Öğrencilerin Sağlık Riskleri Konusundaki Bilgi, Tutum, Davranışlarındaki Değişim, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007: 40
66. Sıgmalı M. Kayseri İl Merkezindeki İlköğretim Öğrencilerinde Bilinen Sağlık Sorunlarının Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 2006
67. Ögel K, Çorapçıoğlu A, Sır A. ve ark. Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2004;15(2):112-118
68. Yüncü Z, Aydın C, Coşkunol H, Altıntoprak E, Bayram A.T. Çocuk ve ergenlere yönelik bir bağımlılık merkezine iki yıl süresince başvuran olguların sosyodemografik değerlendirilmesi. Bağımlılık Dergisi, 2006;7(1):31-37
69. Kuğu N, Akyüz G, Erşan E, Doğan O. Sanayi bölgesinde çalışan çıraklarda madde kullanımı ve etkileyen etkenlerin araştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000;1(1):19-25
70. Akdemir A, Türkçapar H, Öztürk E, Dikmer İ, Özbay H. Bir psikiyatri kliğine başvuran ergenlerde uçucu madde kullanımının psikososyal boyutları. Kriz Dergisi 1995;3;1-2: 215-218
71. DSÖ. 2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Genel Planı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, İstanbul, 1982:9-32
72. Somyürek H. Sağlığı Koruma Bilgisi, 2.Baskı, Somgür Yayıncılık, Ankara, 1997:2-13

73. Dever A. Epidemiology in Health Services Management, Aspen Publishers Inc 1984:40-48
74. Aydemir SE. Öğrencinin başarı durumunu etkileyen nedenler. Eğitim Dergisi 2007;20:23-35
75. Durusu K. İlkokul Öğrencilerine Verilen Sağlık Eğitiminin Öğrencilerin Sağlıkla İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışa Etkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, 1996
76. Kaya M, Aslan D. Ankara’da bir ilköğretim okulunda el yıkama konusunda bir müdahale çalışması. Erciyes Tıp Dergisi 2009;31(2):135-143
77. Güleç M, Topbaş M, Kır T, Hasde M. Ankara’da sosyoekonomik düzeyi farklı iki yerleşim yerindeki iki ilköğretim okulundan seçilen öğrencilerde el yıkama alışkanlıkları. Deneysel Hijyen ve Biyoloji Dergisi 2000; 57(2):71-76.
78. Thumma J, Aiello AE, Foxman B. The association between handwashing practices and illness symptoms among college students living in a university dormitory. Am J Infect Control. 2009;37(1):70-2 PubMed
79. Kitiş Y, Bilgili N. İlköğretim öğrencilerinde el hijyeni ve el hijyeni eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011;4(1): 93-102
80. Nieradko B, Swies Z, Mazurkiewicz M, Sieklucka-Dziuba M. Study of hygienic habits of children and youth in the commune of Horyniec. Wiad Lek. 2002;55 (2):825-30. Polish. PubMed
81. Öztürk MN, Dicle A, Sarı HY, Bektaş M. Okul dönemindeki çocukların sağlık durumlarının belirlenmesi. Milli Eğitim Dergisi 2004:163
82. Pengpid S, Peltzer K. Hygiene behaviour and associated factors among in-school adolescents in nine African countries Int J Behav Med. 2011;18(2):150-9. PubMed
83. Aslan D, Mermerkaya MU, Kaya E. ve ark. Ankara’da bir ilköğretim okulunda el yıkama konusunda yapılmış olan bir müdahale çalışması. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2006;26(2): 157-162.

84. Önsüz MF, Hıdıroğlu S. İstanbul’da farklı iki ilköğretim okulundaki öğrencilerin kişisel hijyen alışkanlıklarının belirlenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008;9(1):9-17
85. Çalışkan D, Işık A, Yaşar F, Yıldırım N, Elhan A. Park sağlık ocağı bölgesindeki bir ilkokulda diş çürükleri ve etkili faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 1999;52(2):77-82
86. Tezel A. Erzurum İli İlkokul 4. ve 5. Sınıf Çocuklarının Ağız ve Diş Sağlığı Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeylerinin Araştırılması, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 1995
87. Küçük S. Kırşehir İli Ortaöğretim Öğrencilerinin Genel Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2005
88. Çetinkaya S, Arslan S, Nur N. Sivas İl Merkezi’nde sosyoekonomik düzeyi farklı üç ilköğretim okulu öğrencilerinde kişisel hijyen alışkanlıkları. Sted, 2005; 14(10): 229-236
89. Aksoydan E, Çakır N. Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2011;53:264-270
90. Erten M. Adıyaman İlinde Eğitim Gören Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgilerinin ve Alışkanlıklarının Araştırılması, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006
91. Avan M. Mardin İli Kızıltepe İlçesindeki Merkez İlköğretim Okullarında Okuyan 6., 7. ve 8. Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2006
92. Kaşıkçı S. Edirne İli İlköğretim Okullarında Okuyan 6.,7. ve 8. Sınıf Öğrencilerinin Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma, Namık Kemal Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2010

93. Dereköy S. Ankara İli Polatlı İlçesinde İlköğretim 7. Sınıf Öğrencilerinin Fiziki Büyüme Durumları Ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi, Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006
94. Yiğit YS. Düzce İli İsmet Paşa İlköğretim Okulu 6.,7.,8. Sınıflara Devam Eden Öğrencilerin Beslenme Bilgi Düzeyleri, Alışkanlıkları ve Obezite Durumları Üzerine Bir Araştırma, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek lisans Tezi, Ankara, 2006
95. Tanrıverdi D, Savaş E, Gönüllüoğlu N, Kurdal E, Balık G. Lise öğrencilerinin yeme tutumları, yeme davranışları ve benlik saygılarının incelenmesi. Gaziantep Tıp Dergisi 2011;17(1):33-39
96. T.C.Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bağışıklama Programı Genelgesi, 2008:14
97. Taşçı E, Atan Ş, Durmaz N, Erkuş H, Sevil Ü. Kız meslek lisesi öğrencilerinin madde kullanma durumları. Bağımlılık Dergisi 2005;6:122-128
98. Norbanee TH, Norhayati MN, Norsadah B, Naing NN. Prevalence and factors influencing smoking amongst Malay primary school children in Tumpat, Kelantan Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2006;37(1):230-5. PubMed
99. İnal S, Yıldız S. İlköğretim öğrencilerinin sigaraya ilişkin bilgi ve inanışları ile aile bireyleri ve öğretmenlerinin sigara içme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(1):1-9
100. Tot S, Yazici K, Yazici A, Metin O, Bal N, Erdem P. Psychosocial correlates of substance use among adolescents in Mersin, Turkey. Public Health. 2004;118(8):588-93. PubMed
101. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, İshalli Hastalıklar Kontrolü Programı Genelgesi, 2004:52
102. Marmaris Ü. Tekirdağ İl Merkezindeki İlköğretim Okullarında Okul Sağlığı Hizmetlerinin Durumu, Gereksinimler ve Geleceğe Yönelik Öneriler. Trakya Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne,2004.

ÖĞRENCİLERİN SAĞLIKLA İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Anket no: (Buraya bir şey yazmayınız.....)

1. Adı Soyadı:
2. Okulu:
3. Sınıfı:
4. Cinsiyeti: 1)Kız 2)Erkek
5. Yaşı:
6. Ailenizdeki kişi sayısı?
7. Ailenizin ekonomik durumu nasıldır? 1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
8. Annenizin öğrenim durumu? 1) Okur-yazar değil 2) Diplomasız okur-yazar
3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise 6) Üniversite
9. Babanızın öğrenim durumu: 1) Okur-yazar değil 2) Diplomasız okur-yazar
3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise 6) Üniversite
10. Annenizin mesleği: 1) Ev hanımı 2) İşçi 3) Memur 4) Diğer (Açıklayınız.....)
11. Babanızın mesleği: 1) İşsiz 2) İşçi 3) Memur 4) Emekli
5) Serbest meslek 6) Çiftçi 7) Diğer (Açıklayınız
12. Ailenizin sosyal güvence durumu: 1) Yok 2) Emekli sandığı 3) SSK
4) Bağ-kur 5) Yeşil kart 6) Diğer 7. Bilmiyorum
13. Oturduğunuz evin özelliği: 1) Apartman dairesi 2) Müstakil ev
3. Gece kondu 4) Diğer (Açıklayınız.....)
14. Oturduğunuz evin ısınma durumu nasıldır? 1. Kalorifer 2. Soba 3. Diğer (Açıklayınız ..)
15. Oturduğunuz evde aşağıdakilerden hangileri var?
a) Tuvalet 1) Ev içinde 2) Ev dışında
b) Banyo 1) Var 2) Yok
c) Şebeke suyu 1) Var 2) Yok
d) Tuvalette akarsu 1) Var 2) Yok
e) Buzdolabı 1) Var 2) Yok
f) Çamaşır makinesi 1) Var 2) Yok
g) Bulaşık makinesi: 1) Var 2) Yok
16. Boyunuz: cm
17. Kilonuz: kg
18. Kilonuzu nasıl buluyorsunuz? 1. Zayıf 2. Normal 3. Hafif şişman 4. Şişman
19. Kilonuzdan memnun musunuz? 1. Memnunum 2. Kısmen memnunum 3. Memnun değilim
20. Sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz? 1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
21. Sizce sağlığı korumak önemli midir? 1. Çok önemli 2. Önemli 3. Az önemli 4. Önemsiz
22. Evinizdeki lavaboda sabun bulunur mu? 1) Daima bulunur 2) Bazen bulunur 3) Hiçbulunmaz
23. Aşağıdaki durumlarda ellerinizi yıkar mısınız?
a) Sabah kalkınca: 1. Her zaman 2. Bazen 3. Hiçbir zaman
c) Tuvaletten çıkınca: 1. Her zaman 2. Bazen 3. Hiçbir zaman
d) Yemekten önce: 1. Her zaman 2. Bazen 3. Hiçbir zaman
e) Yemekten sonra: 1. Her zaman 2. Bazen 3. Hiçbir zaman
f) Sokaktan eve gelince: 1. Her zaman 2. Bazen 3. Hiçbir zaman
24. Ellerinizi bir günde yaklaşık olarak kaç kere yıkarsınız?

25. Ellerinizi yaklaşık olarak ne kadar süreyle yıkarsınız?
26. Kaç günde bir banyo yaparsınız?
27. Tırnaklarınızı kaç günde bir kesersiniz?
28. Dişlerinizi fırçalıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır
29. Dişlerinizi genellikle günde kaç defa fırçalarsınız?
30. Dişlerinizi yaklaşık olarak kaç dakika fırçalarsınız?
31. Kendinize ait diş fırçanız var mı? 1. Evet 2. Hayır
32. Diş fırçanızı yaklaşık olarak kaç ayda bir değiştirirsiniz?
33. Çoraplarınızı kaç günde bir değiştiriyorsunuz?
34. İç çamaşırlarınızı kaç günde bir değiştiriyorsunuz?
35. Genel olarak günde kaç öğün yemek yersiniz?
36. Sabahları kahvaltı yapar mısınız? 1) Daima yaparım 2) Genellikle yaparım
3) Bazen yaparım 4) Hiç yapmam
37. Yemek öğünlerini atladığınız olur mu? 1. Her zaman atlarım 2. Sıklıkla atlarım
3. Bazen atlarım 4. Hiçbir atlamam
38. Sizce her gün kahvaltı etmek gerekli midir 1)Evet 2)Hayır 3. Fikrim yok
39. Yemek ayırımı yapar mısınız? 1)Evet 2)Hayır
40. Hangi tür yemekleri daha çok seversiniz? 1. Et yemekleri 2. Unlu–hamurlu yemekler 3. Sebze
yemeleri 4. Hepsini severim
41. Süt içer misiniz? 1. Düzenli olarak içerim 2. Düzensiz içerim 3. Hiç içmem
42. Meyve yer misiniz? 1. Sıklıkla yerim 2. Bazen yerim 3. Hiç yemem
43. Meyveleri yıkamadan yediğiniz olur mu? 1. Sıklıkla 2. Bazen 3. Hiçbir zaman
44. Açıkta satılan simit gibi yiyecekleri alır mısınız? 1. Sıklıkla 2. Bazen 3. Hiçbir zaman
45. Fast food türü yiyecekleri ne sıklıkla tüketirsiniz? 1. Sıklıkla 2. Bazen 3. Hiçbir zaman
46. Evinizde yemekleri nasıl yersiniz? 1) Aynı kaptan 2) Ayrı tabaklardan
47. Aşağıdaki hastalıklardan hangileri bulaşıcıdır?
- | | | | |
|-------------------------|-------------|-------------------|---------------|
| Verem: | 1. Bulaşıcı | 2. Bulaşıcı değil | 3. Bilmiyorum |
| Kalp hastalığı: | 1. Bulaşıcı | 2. Bulaşıcı değil | 3. Bilmiyorum |
| Çocuk felci: | 1. Bulaşıcı | 2. Bulaşıcı değil | 3. Bilmiyorum |
| Difteri: | 1. Bulaşıcı | 2. Bulaşıcı değil | 3. Bilmiyorum |
| Kanser: | 1. Bulaşıcı | 2. Bulaşıcı değil | 3. Bilmiyorum |
| Şeker hastalığı: | 1. Bulaşıcı | 2. Bulaşıcı değil | 3. Bilmiyorum |
| Astım: | 1. Bulaşıcı | 2. Bulaşıcı değil | 3. Bilmiyorum |
| Grip: | 1. Bulaşıcı | 2. Bulaşıcı değil | 3. Bilmiyorum |
| Sıtma: | 1. Bulaşıcı | 2. Bulaşıcı değil | 3. Bilmiyorum |
| Tifo: | 1. Bulaşıcı | 2. Bulaşıcı değil | 3. Bilmiyorum |
48. Aşağıdaki hastalıklar nasıl bulaşır?
- | | | | | |
|-----------------|------------------------|-----------------|---------------------|-----------------------|
| Verem: | 1. Yiyecek–içeceklerle | 2. Hava yoluyla | 3. Sinek–böceklerle | 4. Hayvan ısırmasıyla |
| Sıtma: | 1. Yiyecek–içeceklerle | 2. Hava yoluyla | 3. Sinek–böceklerle | 4. Hayvan ısırmasıyla |
| Grip: | 1. Yiyecek–içeceklerle | 2. Hava yoluyla | 3. Sinek–böceklerle | 4. Hayvan ısırmasıyla |
| Tifo: | 1. Yiyecek–içeceklerle | 2. Hava yoluyla | 3. Sinek–böceklerle | 4. Hayvan ısırmasıyla |
| Boğmaca: | 1. Yiyecek–içeceklerle | 2. Hava yoluyla | 3. Sinek–böceklerle | 4. Hayvan ısırmasıyla |
| Kuduz: | 1. Yiyecek–içeceklerle | 2. Hava yoluyla | 3. Sinek–böceklerle | 4. Hayvan ısırmasıyla |

49. Bazı hastalıklardan korunmak için aşı yaptırmak gerekli midir? 1)Evet 2)Hayır
50. Aşağıdaki hastalıklardan hangilerine karşı aşı uygulanmaktadır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- | | | | |
|----------|----------|------------|----------------|
| a) Verem | b) Sıtma | c) Tetanoz | d) Çocuk felci |
| e) AIDS | f) Tifo | g) Boğmaca | h) Kolera |
51. Yetişkin insanlara da aşı yapılır mı? 1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok
52. Size şimdiye kadar hangi aşılar yapıldı?
53. Sokaktaki kedi, köpek gibi hayvanlarla oynamaktan hoşlanırsınız mı? 1. Evet 2. Hayır
54. Evinizde hayvan besliyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
55. Hayvanlardan insanlara hastalık bulaşır mı? 1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok
56. Günde kaç saat uyursunuz?saat
57. Herkesin düzenli egzersiz (spor) yapması gerekir mi? 1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok
58. Egzersiz yapmanın yararları nelerdir?
59. Bildiğiniz zararlı alışkanlıklar nelerdir?
60. Ailenizde sigara içen kimse var mı? 1. Evet 2. Hayır
61. Evet ise kim/kimler içiyor?
62. Ailenizde sigara içip bırakan kimse var mı? 1. Evet 2. Hayır
63. Evet ise kim/kimler bıraktı?
64. Siz hiç sigara içtiniz mi? 1. Evet 2. Hayır
65. Halen sigara içiyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
66. Siz hiç nargile içtiniz mi? 1. Evet 2. Hayır
67. Halen nargile içiyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
68. Sigara içmek, içenlerin sağlığına zarar verir mi? 1. Evet 2. Hayır
69. Sigara içmek başkalarının sağlığına zarar verir mi? 1. Evet 2. Hayır
70. Nargile içmek, içenlerin sağlığına zarar verir mi? 1. Evet 2. Hayır
71. Nargile içmek başkalarının sağlığına zarar verir mi? 1. Evet 2. Hayır
72. Alkolün zararları nelerdir?
73. Son bir yıl içinde hiç doktora gittiniz mi? 1. Evet (..... kere) 2. Hayır
74. Son bir yıl içinde hiç diş hekimine gittiniz mi? 1. Evet (.....kere) 2. Hayır
75. Ailenizden birini doktora götürmek gerektiğinde ilk önce nereye götürürsünüz?
- | | | |
|--------------------|-------------------------|------------------------------|
| 1. Aile hekimine | 2. Devlet hastanesine | 3. Üniversite hastanesine |
| 4. Özel hastaneler | 5. Özel muayenehanelere | 6. Diğer (Açıklayınız) |
76. İshal olan insanların sıvı (içecek) alımıyla ilgili olarak, aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. Her zamankinden daha az almalıdır | 2. Her zaman aldığı kadar almalıdır |
| 3. Her zamankinden daha fazla almalıdır | 4. Fikrim yok |
77. Sağlıkla ilgili bilgileri en fazla nereden alırsınız? (Lütfen tek seçenek işaretleyiniz)
- | | | | |
|-----------------|------------------------|------------------------------|------------------|
| 1. Arkadaşımdan | 2. Ailemden | 3) Okuldan | 4. Televizyondan |
| 5. Gazetelerden | 6. Sağlık personelinin | 7) Diğer (Açıklayınız) | |
78. Sağlıkla ilgili bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
79. Sağlıkla ilgili daha fazla bilgi edinmek ister misiniz? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım

TEŞEKKÜRLER

KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

KATILIMCININ

Adı, Soyadı, adresi:

Varsa protokol ve Tel. No :

BİLGİLENDİRME

Bu çalışmanın amacı, ilköğretim öğrencilerine verilen eğitimin, etkisini değerlendirmektir. .

Bu çalışmaya başlamadan önce size bir anket uygulanacak, daha sonra haftada 2 saat olmak üzere, sağlıkla ilişkili çeşitli konularda toplam 10 saat eğitim verilecektir. Eğitimin sonunda yeniden anket uygulanacaktır.

Fakültemiz Etik Kurulu bu çalışmanın Helsinki Deklerasyonu'nda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğunu onaylamış olup, çalışma denetime açıktır.

Çalışma öncesinde, bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğinize dair bir evrak imzalamanız gerekmektedir.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. Başlangıçta kabul etseniz bile, daha sonra fikir değiştirip, hiçbir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumda sizinle ilgili tutum ve davranışlarımızda bir değişiklik olmayacaktır.

KATILIMCI ONAMI

Aşağıda imzası bulunan ben, “İlköğretim öğrencilerine verilen eğitimin öğrencilerin sağlıkla ilgili bilgi tutum ve davranışlarına etkisi” konusunda yapılması planlanan çalışma hakkında,’dan tam olarak bilgi aldığımı beyan ederim.

Bu uygulamanın etki açısından bilimsel araştırma kurallarına uygun olarak incelendiği ve planlanan yöntemin insanlara uygulanmasının sakıncalı olmayacağı bana anlatıldı. Ayrıca bana, bu çalışmanın tıbbi olarak geçerli olduğu ve en son bilimsel yöntemlere uygun olarak yapılacağı bildirildi. Bunun, denetime açık bir çalışma olduğu bana anlatıldı.

Aşağıda imzası bulunan kişiden bu bilgileri aldıktan sonra ben, yapılması planlanan çalışmanın özelliklerini ve sonuçlarını (muhtemel yan etkiler de dahil) anlıyorum. Bana verilen bu bilgiler temelinde, istediğim herhangi bir zaman, hiçbir sakınca olmadan, çalışmadan çekilebileceğimi teyid ediyorum.

Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında, mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Bu şartlar altında söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcı
Adı, Soyadı
İmza

Bilgilendirmeyi Yapan
Adı, Soyadı
İmza

ETİK KURULUN ADI	: KAYSERİ 1 NOLU ETİK KURULU
AÇIK ADRES	: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Melikgazi/KAYSERİ
TELEFON	: 0 352 437 48 10 - 11
FAKS	: 0 352 437 52 85
E-POSTA	: byancar@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İlköğretim Öğrencilerine Verilen Sağlık Eğitiminin Öğrencilerin Bilgi ve Tutum ve Davranışlarına Etkisi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU			
	EUDRACT NUMARASI			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÖNVAN/ADISOYADI	Prof.Dr.Osman Günay		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı		
	KOORDİNATÖRÜN ÖNVAN/ADISOYADI			
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ			
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Kayseri 1 Nolu Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
	UZMANLIK TEZİ	☒	AKADEMİK AMAÇLI	☐

ARAŞTIRMA FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐
	FAZ 2	☐
	FAZ 3	☐
	FAZ 4	☐
	BE/BY	☐
	DİĞER	☐ Diğer ise belirtiniz
	KAÇ DIŞI ARAŞTIRMA	☐ Belirtilir

ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ ☒	ÇOKMERKEZ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐
-------------------------------	---	------------------------------------	--	---------------------------------------

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	
	SİGORTA	
	HASTA KARTI/GÖNÜLLÜKLERİ	
	ILAN	
	YILLIK BİLDİRİM	
	SONUÇ RAPORU	
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	
	DİĞER	

ASLI GİBİDİR.

Bahri YANCAR
Fakülte Şefi

KARAR BİLGİLERİ

Karar No : 2009/123

Karar Tarihi : 05.11.2009

Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Osman Günay'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibine ve dekanlık makamına arzına toplanmaya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI

Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI : Prof. Dr. Kader KÖSE

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı / Adı Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kader KÖSE	Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ K ☐ X	
Prof. Dr. Duran ARSLAN	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐ X	E ☐ K ☒ X	E ☒ K ☐ X	
Prof. Dr. Nazan DOLU	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ K ☒ X	E ☒ K ☐ X	
Doç. Dr. İrfan ÖZYAZGAN	Plastik ve Rek. Cer.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐ X	E ☐ K ☒ X	E ☒ K ☐ X	
Doç. Dr. Polat DURUKAN	Acil Tıp	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐ X	E ☐ K ☒ X	E ☒ K ☐ X	
Yrd. Doç. Dr. H.Besri ULUSOY	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐ X	E ☐ K ☒ X	E ☐ K ☒ X	
Yrd. Doç. Dr. Gülay YILDIRIM	Deontoloji	C.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ K ☒ X	E ☐ K ☒ X	
Öğr. Gör. Dr. Ahmet ÖZTÜRK	Tıp Bilgisi ve Biyostatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐ X	E ☐ K ☒ X	E ☒ K ☐ X	
Ecz. Dilşad KÜÇÜKEMAH	Eczacı	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ K ☒ X	E ☒ K ☐ X	
Av. Zübeyde ÇELEBİ	Avukat	E.Ü.	E ☐ K ☒ X	E ☐ K ☒ X	E ☒ K ☐ X	
Sevtap KOÇER			E ☐ K ☒ X	E ☐ K ☒ X	E ☒ K ☐ X	

Bahri YANCAR
Fakülte Şefi

**T.C.
TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI
AKADEMİK KURUL KARARI**

06.07.2009

Halk Sağlığı Anabilim dalı Akademik Kurulu 07.07.2009 günü Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Osman GÜNAY başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

Aşağıda ismi yazılı olan Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisinin yüksek lisans tez konusu aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

Öğrencinin Adı: Kadriye PELEN:

Tez Konusu: İlköğretim Okulu Öğrencilerine Verilen Sağlık Eğitiminin Öğrencilerin Bilgi Tutum Ve Davranışlarına Etkisi

Danışmanı: Prof. Dr. Osman GÜNAY

Prof.Dr.Osman GÜNAY

Başkan

Prof.Dr.Osman CEYHAN

Üye

Prof.Dr.Fevziye ÇETİNKAYA

Üye
(İmza)

Prof.Dr.Mualla AYKUT

Üye

Prof.Dr. Ahmet ÖZTÜRK

Üye
(İmza)

Yrd. Doç.Dr. İskender GÜN

Üye



T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

03/11/2009

Sayı :B.30.2.ERC.0.70.72.00/ 500-1598
Konu: Uygulama İzin

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: a) 06/10/2009 tarihli ve 500-799 sayılı yazınız.

b) Kayseri Valili İ Milli Eğitim Müdürlüğünün 23/10/2009 tarihli ve 311-030127 sayılı yazısı.

Kayseri Valiliği İ Milli Eğitim Müdürlüğünden alınan ilgi (b) yazıda; enstitünüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencilerinden **Kadriye PELEN**'in "İlköğretim Okulu Öğrencilerine Verilen Sağlık Eğitimine Öğrencilerin Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi" konulu tez çalışması ile ilgili anket uygulama çalışmasını, Mehmet Şoyunçak ve Mustafa Tatar İlköğretim Okullarındaki öğrencilere uygulamasının Valilik Makamınca uygun görüldüğü bildirilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. M. Melik HÜLAGÜ
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

E K L E R:

1- İlgi (b) yazı ve ekleri (6 sayfa)

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı Kadriye Pelen

Uyruğu T.C.

Doğum Yeri ve Yılı Kayseri – 04.06.1981

Medeni Hali Bekar

Adresi Çorakçılar Mah. Filiz Sok. Filiz Apt. No:30/5 Kayseri

E-Mail Adresi kadriyeylul@hotmail.com

Telefon 05355169235

EĞİTİM

Yüksek Lisans: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı

Lisans: Erciyes Üniversitesi – Ebelik 2007

Lise: Aydınlıkevler Lisesi – 2000

İlköğretim: Mehmet Soysaraç İlköğretim Okulu – 1993

İŞ DENEYİMİ

<u>Yıl</u>	<u>Kurum</u>	<u>Görev</u>
2008 – Halen	Kızılay Hastanesi	Ebe
2007 – 2008	Tekden Hastanesi	Ebe