T.C
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ORTAOKUL ÖĞRENCİLERİNE VERİLEN SAĞLIK EĞİTİMİNİN ÖĞRENCİLERİN BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRMESİ

Mehmet COŞGUN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Danışman
Yrd. Doç.Dr. Fatih KARA

KONYA-2014

ÖNSÖZ

Okul toplumu yaklaşık olarak Türkiye nüfusunun dörtte birini oluşturmaktadır. Okul sağlık eğitiminin önemi insanın yaşamındaki temel alışkanlıkların genelinin okul çağı döneminde oluşmasıdır. Okul sağlık eğitimleri öğrencilerin sağlıklı davranış biçimi geliştirilmesinde ve sağlıklı bir toplumun oluşmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu araştırma, Konya Özel Merve Selçuklu Abdullah Aymaz Ortaokulu'nun 5.6.7 ve 8. sınıflarında okuyan öğrencilere verilen sağlık eğitiminin, öğrencilerin sağlıkla ilgili çeşitli konulardaki bilgi, tutum ve davranışlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Tezimin her aşamasında her türlü katkısını eksiz etmeyen, birlikte çalışmaktan onur duyduğum, değerli hocam Yrd. Doç.Dr. Fatih KARA'ya, tüm eğitimim boyunca bana maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen aileme, araştırmama izin veren Konya Valiliğine ve İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne, verilerin toplanmasında yardımcı olan Özel Selçuklu Abdullah Aymaz Ortaokul'u çalışanlarına, araştırmayı kabul eden değerli öğrencilerimize ve ismini sayamadığım herkese teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER **Sayfa**

ONAY SAYFASI……..……**i**
ÖNSÖZ…….……..**ii**
İÇİNDEKİLER……....**iii**
TABLOLAR DİZİNİ……...……...**vii**
SİMGELER VE KISALTMALAR……...……..……..**ix**
1. GİRİŞ……...……**1**
1.1. GENEL EĞİTİM……...…….....**3**
1.1.1. Eğitimde Temel Kavramlar……..……**3**
1.1.1.1 Öğrenme……..**3**
1.1.1.2 Davranış…….…**3**
1.1.1.3 Öğretme……..….**4**
1.1.1.4 Eğitim Süreci……...**4**
1.1.1.5 İletişim……....**4**
1.1.2. Eğitim Uygulamaları…….....….**5**
1.1.2.1. Örgün Eğitim……..**5**
1.1.2.2. Yaygın Eğitim……..…..**5**
1.2. SAĞLIK EĞİTİMİ ……....**5**
1.2.1. Sağlık Eğitiminin Tanımı……..……....**5**
1.2.2. Sağlık Eğitiminin Amacı……...**5**
1.2.3. Sağlık Eğitiminin Genel İlkeleri……**6**
1.2.4. Sağlık Eğitiminin Önemi……...**7**
1.2.5. Sağlık Eğitiminin Yöntem ve Planlanması…….……..**7**
1.2.5.1.Eğitim ihtiyaçlarının (sorunun) belirlenmesi……....**8**
1.2.5.2.Amaç ve hedef grupların belirlenmesi…….…....**8**
1.2.5.3.Planın hazırlanışı……..….....**8**
1.2.5.4.Eğitim uygulamalarının başlatılması…….…..….**8**
1.2.5.5.Değerlendirme……...……**8**
1.3. OKUL SAĞLIK EĞİTİMİ ……...……...**9**
1.3.1. Okul Sağlık Hizmetleri Tanımı ve Önemi…….…..**9**
1.3.2. Okul Sağlık Hizmetleri Kapsamında Sağlık Eğitimi……..…**12**
1.3.3. Okul Sağlık Eğitiminin Amacı……....**13**
1.3.4. Okul Sağlık Eğitimi Genel Konu Başlıkları…….…..**13**

1.3.4.1. Beslenme…….……....**14**
1.3.4.2. Zararlı Alışkanlıklardan Korunma……..**14**
1.3.4.3. Cinsel Eğitim……...**14**
1.3.4.4. Kişisel Temizlik ve Bakım……..**14**
1.3.4.5. Sağlıklı Giyinme……**14**
1.3.4.6. Kazalardan Korunma ve İlkyardım…….…..…..**15**
1.3.4.7 Çevre Sağlığı ……...**15**
1.3.4.8. Sağlık Hizmetlerinden Etkin Yararlanma……...……**15**
1.3.5. Projeler……..**15**
1.3.5.1. Beyaz Bayrak Projesi…….....**16**
1.3.5.2. Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi ……..**16**
1.3.5.3. Sağlık Ağızda Başlar Projesi……..…..**17**
1.3.5.4. Beslenme Eğitimi Programı (Beslenebilirim)……..…...**17**
1.3.5.5. Ergenlik Dönemi Değişim Projesi (ERDEP)……..…**18**
1.3.5.6. Ergenlerin Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi Projesi……..…**18**
1.3.5.7. Madde Bağımlılığı Savaşım Projesi……**19**
1.3.6. Okul Sağlık Eğitiminde kullanılan yöntemler…….....….**19**
1.3.6.1. Grup Tartışması……..…….**19**
1.3.6.2. Soru yanıt yöntemi……..……**19**
1.3.6.3. Okutma ve yazdırma……..…….**20**
1.3.6.4.Gösterim (demonstrasyon)…….....…**20**
1.3.6.5.Proje çalışması…….……**20**
1.3.6.6.Beyin fırtınası……..……**20**
1.3.6.7. Görsel ve işitsel araçlarla bir sınıf dersi……**20**
1.3.6.8.Oyunlaştırma(Role play) ……..……...……**21**
1.3.6.9. Küçük grup çalışmaları……..…….**21**
1.3.6.10.Yetiştiricilik (coaching) …….....**21**
1.4. **Amaç ve Hipotezler** ……..……**21**
2. GEREÇ ve YÖNTEM.....……..……....**22**
2.1. Araştırmanın tipi…….....**22**
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman...…….....**22**
2.3. Etik Durum…….…….....**22**
2.4. Eğitim……...**22**
2.5. Araştırmanın Evreni..…….....**22**

2.6. Araştırmanın Örneklemi……..…..**23**
2.7. Veri Toplama Tekniği…….....**23**
2.8. Veri Toplama Araçları ve Analize Hazırlık..…….....**23**
2.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları…..…….....**25**
2.10. Veri Analizi……..…..**25**
3. BULGULAR..……..…….…….**26**
3.1. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular……...……..**26**
3.2. Öğrencilerin kişisel hijyen özelliklerine ilişkin bulgular…….……**26**
3.3. Öğrencilerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarına ilişkin bulgular……..…**29**
3.4. Öğrencilerin diş sağlığına ilişkin bulgular……...…**33**
3.5. Öğrencilerin kazalar ve korunma yollarına ilişkin bulgular……..…..**36**
3.6. Öğrencilerin çevre sağlığına ilişkin bulgular…….……..**37**
3.7. Öğrencilerin beslenme durumlarına ilişkin bulgular……..…..**42**
3.8. Öğrencilerin sağlıklı bilgi düzeyine ilişkin bulgular…….…….…**45**
4. TARTIŞMA……..…….……..…….**50**
4.1 Öğrencilerin sosyodemografik bulgularının değerlendirilmesi…….**50**
4.2.Öğrencilerin kişisel hijyen özelliklerine ilişkin bulguların……...**51**
değerlendirilmesi……..……**51**
4.3.Öğrencilerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarına ilişkin bulguların ……...**54**
değerlendirilmesi……**54**
4.4.Öğrencilerin diş sağlığına ilişkin bulguların değerlendirilmesi……..…..**56**
4.5. Öğrencilerin kazalar ve korunma yollarına ilişkin bulguların …….……...**58**
değerlendirilmesi……....……..…..**58**
4.6. Öğrencilerin çevre sağlığına ilişkin bulguların değerlendirilmesi……...**60**
4.7. Öğrencilerin beslenme durumlarına ilişkin bulguların değerlendirilmesi..…**61**
4.8. Öğrencilerin sağlıklı bilgi düzeyine ilişkin bulguların değerlendirilmesi.....**65**
5. SONUÇ VE ÖNERİLER ……..…….……..…….**68**
6. ÖZET ……...……...…….……....**70**
7. SUMMARY …….…….……..…..…....**71**
8. KAYNAKLAR ……...……..…....**72**
9. EKLER……..……...**76**
EK-A. Anket Formu.……..**76**
EK-B. İzin Belgesi……....**82**
EK-C. Etik Kurul Onayı……..…….....**83**

10.ÖZGEÇMİŞ ……..……..…...….**84**

ÇİZELGELER ve ŞEKİL DİZİNİ

Sayfa

Çizelge 3.2.1. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde hijyen davranışlarının dağılımları……...**27**

Çizelge 3.2.2. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde el yıkama sıklığına göre dağılımları…….…..**28**

Çizelge 3.3.1. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde sağlıklı yaşam alışkanlıklarını bilme durumuna göre dağılımları ……..…..**29**

Çizelge 3.3.2. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde çocuklara yapılan aşıları bilme durumuna göre dağılımları……**30**

Çizelge 3.3.3. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde bazı hastalıkların bulaşıcı olduğunu bilme durumuna göre dağılımları……....**30**

Çizelge 3.3.4. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde alkolün ve sigaranın zararlarını bilme durumuna göre dağılımları…….**31**

Çizelge 3.3.5. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde boş zamanlarını değerlendirmek için yaptığı aktivitelere göre dağılımları……...**32**

Çizelge 3.4.1. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde diş sağlığı ile ilgili davranışlarına göre dağılımları……..……..**33**

Çizelge 3.4.2. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası diş sağlığı için tüketilmesi gereken besinleri ve diş çürüklerine sebep olan etkenleri doğru bilme durumuna göre dağılımları.……...**34**

Çizelge 3.5.1. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde kazalar ve korunma yollarına ilişkin bulgulara göre dağılımları…….…....**37**

Çizelge 3.6.1. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde çevreyi güzelleştirmek için yapılabilecekleri bilme durumuna göre dağılımları……**38**

Çizelge 3.6.2. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde çevre sağlığı bilgi düzeyine göre dağılımları……..….**39**

Çizelge 3.6.3. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde su kirliliğine sebep olan etkenlere verdikleri cevaplara göre dağılımları.……..…....**39**

Çizelge 3.6.4. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde çevre sorunlarıyla ilgilenen sivil toplum kuruluşlarına verdikleri cevaplara göre dağılımları**.**……..**40**

Çizelge 3.6.5. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde çevre sorunlarıyla ilgili bilgilerini yeterli bulma durumuna göre dağılımları……..…..**41**

Çizelge 3.6.6. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde geri dönüşümün faydalarına verdikleri cevaplara göre dağılımları……..**41**
Çizelge 3.7.1 Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde günlük yemek yeme ve düzenli sabah kahvaltısı yapma durumuna göre dağılımları…..……..**42**
Çizelge 3.7.2. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası beslenme ile ilgili bilgi düzeyine göre dağılımları…….…..…**43**
Çizelge 3.7.3. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde posalı ve lifli besinleri tüketmenin önemine verdikleri cevaplara göre dağılımları.……**44**
Çizelge 3.7.4. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde beslenme alışkanlıklarına göre dağılımları……..**45**
Çizelge 3.8.1. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde sağlıkla ilgili bilgileri nereden edindikleri durumuna göre dağılımları…….…**46**
Çizelge 3.8.2. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde son bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık sorunu olmadan doktor, diş hekimi kontrolüne gitme ve göz muayenesi yaptırma durumuna göre dağılımları ……**47**
Çizelge 3.8.3. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde acil durumlar dışında sağlıkla ilgili bir problemleri olduğunda ilk olarak başvurmaları gereken yeri bilme durumuna göre dağılımları……..…….**48**
Çizelge 3.8.4. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde sağlıkla ilgili bilgi düzeylerini artırmak isteme durumuna göre dağılımları…….....**49**
Çizelge 3.8.10. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde hayat kurtarmak için yapılması gerekenleri bilme durumuna göre dağılımları……....**49**

Şekil 3.1. Boş zamanlarını değerlendirmek için yapılan aktivitelerin grafiği……....**32**
Şekil 4.1. Diş sağlığı için tüketilmesi gereken besinlere verilen örneklerin grafiği...**35**
Şekil 4.2. Diş çürüklerine sebep olan etkenlere verilen örneklerin grafiği……**35**
Şekil 8.1. Sağlıkla ilgili bilgileri edindikleri kaynaklar durum grafiği…….....**46**
Şekil 8.2. Acil durumlar dışında sağlıkla ilgili bir problemleri olduğunda ilk olarak başvurmaları gereken yeri bilme durum grafiği……..…....**48**

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASM Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ Dünya Sağlık Örgütü

KHK Kanun Hükmünde Kararname

MEB Milli Eğitim Bakanlığı

THSK Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TSM Toplum Sağlığı Merkezi

UHK Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" şeklindedir. Tanımdan da anlaşılacağı üzere, kişinin bedenen hasta veya sakat olamaması sağlık için yeterli değildir. Aynı zamanda kişinin ruhen sağlıklı olması, sosyal yönden tam bir iyilik halinde bulunması gerekir. Tanımın en ilginç yönü, sağlığın iyilik hali ile koşullanmasıdır (Özden 1991).

Kanada'nın Ottowa kentinde 17-21 Kasım 1986 tarihleri arasında toplanan, 1. Uluslar arası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nın sonucunda Sağlığı Geliştirme Ottowa Şartı yayımlanmıştır. Konferansta sağlık için ön koşullar belirlenmiş, bunlar; barış, barınma, eğitim, gelir, tutarlı bir eko-sistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve eşitlik olarak sıralanmıştır (WHO 2009).

Her insanın sağlıklı yaşama hakkı ve sağlığını koruması, devam ettirmesi de görevidir. Fakat insanın sağlıklı yaşaması, sağlığını koruyup devam ettirebilmesi; kişinin genetik, anatomik, fizyolojik, psikolojik nitelik ve yetenekleri ile sonradan kazanıp geliştirdiği yetenekleri, kültürü, giyim, temizlenme, kültür-fizik, beslenme gibi fiziksel yapısı ve davranışlarına ait faaliyetlerin olumlu yönde düzenlenmesine bağlıdır (Durusu1996).

Tüm insanlar için sağlıklı olmak temel amaç olmalıdır. Sağlığa verilen önem, hasta olmadan önce başlamalı ve sağlığın korunması için gerekli davranışlar yerine getirilmelidir (Özden 1991).

Eğitim, bireyde davranış değiştirme sürecidir. Eğitim sürecinden geçen kişinin davranışlarında bir değişme olması beklenir. Okuldaki eğitim, bireyin davranışlarında kendi yaşantısı yoluyla kasıtlı olarak istendik değişme oluşturma süreci anlamına gelmektedir (Demirel ve Kaya 2010).

Sağlık eğitimi, "sağlığa yönelik bireysel ya da ortaklaşa davranışa, gönüllü bir şekilde uyumu hazırlamak, olanaklı kılmak ve güçlendirmek için düzenlenen öğrenme deneyimlerinin herhangi bir bileşenidir" olarak tanımlanmaktadır. Bir başka ifadeyle sağlık eğitimi; "kişilerde kendi yaşantıları yoluyla sağlıkla ilgili düşünce, kavram, inanç, tutum, davranış ve yaşam biçimi değişikliği oluşturmak amacıyla

yapılan herhangi bir öğrenme yaşantısı" olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2011).

Toplumun en önemli kaynaklarından biri nitelikli insan gücüdür. Bu güç toplumun kalkınması ve iktisadi gelişmesinin temel dayanağıdır. Ancak sağlıklı bireyler, kalkınmış ve gelişmiş toplulukları meydana getirebileceğinden, insanlara sağlıklı yasam sağlamak için yapılacak girişimlerin en önceliklisi kişileri eğitmektir. Başka bir ifade ile etkili eğitim için sağlıklı olmak zorunludur. Bu da gelecek yıllarda sağlıklı yetişkinler anlamına gelmektedir (Durusu 1996).

Bireylerin, sağlık ve hastalık anlayışını olumlu yönde değiştirmek, teknolojik imkânlardan yararlanır hale getirmek ve çevreyi sağlıklı bir şekilde düzenlemek ancak sağlık eğitimi ile olasıdır. Bu nedenledir ki, 1977 yılında Dünya Sağlık Teşkilatının başlatmış olduğu "2000 Yılında Herkese Sağlık" parolasına dayalı olarak belirlenen 38 Avrupa Bölgesi hedeflerinden üçü sağlık eğitimi alanını kapsamaktadır.

Hedef 15: Sağlıklı davranış için bilgilendirme ve yönlendirme

Hedef 16: Olumlu sağlık davranışlarının değiştirilmesi

Hedef 17: Sağlığa zararlı davranışların azaltılması (Özden 1991).

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nin 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık hedeflerinden biri "Gençlerin 2020 yılına kadar daha sağlıklı olmalarını ve toplum içindeki rollerini sağlıklı bir biçimde yerine getirebilmelerini sağlamak"tır. Bu hedef çocuk ve gençlerin sağlığını koruyan ve geliştiren okul sağlığı hizmetlerinin önemine ve gereğine işaret etmektedir (Seçginli ve ark 2004).

Okul sağlığı hizmetleri; "Öğrenciler ve okul personelinin aileleri ile birlikte sağlık durumlarının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi; öğrencilere doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık eğitimi verilmesi için yapılan çalışmalardır" denilebilir (Sağlık Bakanlığı 2007).

Sağlıklı çocuklar toplumların geleceğinin güvencesidir. Okul sağlığı hizmetinin geliştirilmesi, daha sağlıklı bir gençlik ve üretken bir toplum yaratmanın vazgeçilmez koşuludur (Ceylan ve Turan 2009).

Sağlıklı öğrenciler ile sağlıklı bir toplumun oluşması sağlanacaktır.

1.1. GENEL EĞİTİM

Eğitim, insanın zihinsel yeteneklerinin gelişmesine, içinde yaşadığı bilimsel ve teknolojik çevreye uyum sağlayabilmesine yol açar (Özden 1991).

Eskiden eğitim, yalnız öğretmen ve öğrenci ilişkisi kabul ediliyor ve psikolojinin verileri yeterli görülüyordu. Oysa eğitim, bir sosyal olgu olarak tarih boyunca varlığını sürdürüyordu. Gerçekten de, tarih boyunca eğitimden yoksun tek toplum gösterilemez (Arvasi 1995).

1.1.1.Eğitimde Temel Kavramlar

1.1.1.1Öğrenme

Öğrenme kavramı eğitimsel etkileşimle ilgili hemen hemen her şeyi kapsamaktadır. Bu kavram sözgelimi, insanın üretkenliğinin, becerilerinin, alışkanlıklarının geliştirilmesini ve tutumlarının desteklenmesini içine almaktadır (Demirel ve Kaya 2010).

Öğrenme insanların karşılaştıkları çeşitli durumlardaki etkileşimleri ile gerçekleşir. Öğrenme ile "davranışları" ortaya çıkaran bilgi, beceri, değer ve tutum kazanılır. Öğrenme, bireyin çevresiyle etkileşimde bulunarak geçirdiği yaşantıların ürünü olan kalıcı izli "davranış değişikliği" olarak tanımlanır.

Öğrenmenin üç temel özelliği vardır:

1. Öğrenme sonucunda kesinlikle bir davranış değişikliği oluşur.

2. Öğrenme yaşantı ürünüdür. Ancak öğrenmede oluşan davranışın içgüdüsel ya da refleks olmaması gerekir. Öğrenme bireyseldir.

3. Öğrenme kalıcı izlidir. Oluşan davranış değişikliği süreklidir (Sağlık Bakanlığı 2011).

1.1.1.2.Davranış

Davranış bir organizmanın belli bir durumda yaptığı tepki hareketidir. Davranışta, organizma ve çevre etkileşim halindedir. Davranış zaman içerisinde oluşan bir süreç olduğu için ölçülebilir, gözlenebilir, tahmin edilebilir ve öğrenebilir.

Eğitimde bireyin davranışları bilişsel, duyuşsal ya da devinişsel olarak istendik yönde planlı olarak değiştirilmek istenir (Öztürk 2005).

1.1.1.3.Öğretme

Eğitimciler, davranış değişmesinin ancak öğrenme yaşantıları sonucu gerçekleşebileceğini savunmakta ve öğretmeyi de herhangi bir öğrenmeyi kılavuzlama ve sağlama faaliyeti olarak tanımlamaktadırlar. Buna göre öğretme, bireyin davranışında değişiklik meydana getirmek için yapılan faaliyetlerin tümüdür. Öğretme, okulda öğretmenler, ailede anne babalar, işyerinde ustalar, akran gruplarında arkadaşlar, sokaktaki insanlar ve kitle iletişim araçları tarafından sürekli gerçekleştirilmektedir (Büyükkaragöz ve Çivi 1999).

Öğretme, öğrenmeyi sağlama ve rehberlik etme etkinliğidir. Planlı ve programlı öğrenme etkinlikleri ise öğretim olarak adlandırılmaktadır (Akman ve Erden 1998).

1.1.1.4.Eğitim süreci

Eğitim sürecini birbirini izleyen ve birbiri üzerine biriken öğrenme ve öğretme olayları oluşturur. Öğrenmenin oluşmasını sağlayan her türlü etkiyi, eğitim sürecinin bir parçası olarak kabul edebiliriz (Demirel ve Kaya 2010).

Eğitim süreci "öğretme ve iletişim kurallarına uygun olarak, insan gücü ve insan gücü dışındaki kaynaklardan yararlanarak, uygun yöntem ve tekniklerle, bireylere etkin biçimde bilgi ve davranış kazandırma süreci" olarak tanımlanabilir (Gökkoca 2001).

1.1.1.5.İletişim

Bireyler ve gruplar arasında bilgilendirme, teşvik ya da eğitim amacıyla yapılan bilgi ve duygu alışverişidir. Fikir, bilgi, haber, tutum, duygu ve becerilerin iki ya da daha fazla insan arasında paylaşılma sürecidir. Öğrenme, iletişim işlemi sırasında alıcıda bir davranış değişikliğinin oluşmasıdır; öğrenme iletişim işleminin alıcının beyninden geçen bir parçasıdır. Bu nedenle öğrenmenin iletişimden ayrı olarak düşünülmesi olanaksızdır. İyi bir öğrenme ve öğretme iyi bir iletişimin

ürünüdür (Gökkoca 2001).

1.1.2.Eğitim Uygulamaları

Eğitim başlıca iki biçimde ele alınmaktadır (Demirel ve Kaya 2010);

1. Örgün eğitim

2. Yaygın eğitimdir.

1.1.2.1.Örgün Eğitim

Kişilerin yaşama atılmadan, diğer bir deyişle iş ve meslek kollarında çalışmaya başlamadan önce okul ya da okul niteliği taşıyan yerlerde genel ve özel bilgiler bakımından yetiştirilmelerini sağlamak amacıyla belli yasalara göre düzenlenen eğitimdir.

1.1.2.2.Yaygın Eğitim

Örgün eğitim kurumlarının dışında eğitim görenler için uygulanan kısa ve uzun dönemli eğitimdir.

1.2.SAĞLIK EĞİTİMİ

1.2.1. Sağlık Eğitiminin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) eksperler komitesi sağlık eğitimini şöyle tanımlamıştır: "Sağlık eğitimi, 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 ya da topluca karar aldırmaktır" (Gökkoca 2010).

1.2.2. Sağlık Eğitiminin Amacı

Sağlık eğitiminin amacı, öğrencilere doğru sağlık bilgilerinin aktarılması ve sağlık konusunda olumlu davranışların kazandırılmasıdır. Sağlık eğitimi öğrencilere

“ömür boyu sağlıklı yaşam için davranış değişikliği” kazandırarak sağlıklı bir toplum yaratmayı hedeflemelidir (Sağlık Bakanlığı 2007).

Kişilerin hayat şartlarını iyileştirmeye ilgi duymalarıyla başlayan sağlık eğitimi, onların hem birey hem de bir ailenin ve toplumun üyesi olarak sağlıklarını daha iyiye götürmeleri için gerekli olan sorumluluk duygusunu geliştirmeyi amaçlar. Etkin bir sağlık eğitimi, bireysel ve toplumsal sağlığı olumlu yönde geliştirmek için bilinmesi ve yapılması gerekenleri, benimsenen bilgi, tutum, davranış ve alışkanlıklar hâline getirmektir (Sağlık Bakanlığı 2008).

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

• Geçerli sağlık bilgileri, sağlık bakım ve hizmetlerine ulaşmasını sağlamak,

• Sağlığı geliştiren davranışları destekleyip, sağlık riski taşıyan tutumları önlemek,

• Sağlık üzerine kültür, iletişim araçları, teknoloji ve diğer etmenlerin etkisini değerlendirebilme yetkinliği kazandırmak,

• Sağlığı geliştirme amacıyla kişiler arası iletişim becerilerini kullanabilmelerini sağlamak,

• Hedef belirleme ve karar verme yeteneklerini geliştirmek,

• Kişisel, aile ve toplum sağlığı savunuculuğu yapmalarını sağlamak,

• Okullarda sağlık eğitimi bilgilendirme yanı sıra riskli davranışların önlenmesi üzerine odaklanmasını başarmaktır (Sağlık Bakanlığı 2007).

1.2.3. Sağlık Eğitiminin Genel İlkeleri

Sağlık eğitiminin genel ilkeleri şunlardır (Gökkoca 2010);

Açık amaç ilkesi: Her eğitim programında amaçlar açıkça belirlenmelidir.

Bireysel farklılık ilkesi: Eğitimde bireysel farklılıklar dikkate alınmalıdır.

Sıra ilkesi: Kişiye ne öğretilecekse öğretilsin onun bildiklerinden başlanmalıdır.

Doğru uygulama ilkesi: Eğitim yaşantıları gerçek yaşama benzer olmalı ve eğitimde gerçek yaşamdakine yakın araç gereçler ve örnekler kullanılmalıdır.

Sonuçları doğruluğu ilkesi: Eğitimin her evresinde ölçülebilir ve gözlenebilir değerlendirme yöntemleriyle sonuçların doğruluğu denetlenmelidir.

1.2.4. Sağlık Eğitiminin Önemi

İnsan sağlığındaki ilerlemeler sağlık bilimlerindeki gelişmelerin yanı sıra, insanların bu gelişmeler doğrultusunda yaşam biçimlerini değiştirmelerine bağlıdır. Bu değişmeyi sağlamada, sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde en önemli yöntemlerden birisi "sağlık eğitimi" dir (Gökkoca 2010).

Sağlık eğitiminin, ilk basamak hizmetlerinin önemli bir öğesi olduğu iyi bilinmelidir. Anne ve çocuk sağlığı alanında etkin hizmet, ancak bu hizmetin nitelikli bir sağlık eğitimini de içeren danışmanlık hizmeti ile birlikte sunulması ile gerçekleşir (Neyzi ve ark 1994).

1.2.5. Sağlık Eğitiminin Yöntem ve Planlanması

Sağlık öğretimi yalnızca içerik öğretimi değildir. Bilişsel, duyuşsal ve davranışsal hedefler tüm konu içeriklerinde yer almaktadır. Davranış değişikliği kuramlarında duyuşsal hedeflere özel önem verilmektedir. Çünkü kişinin bildikleri önemlidir fakat inandıkları, yani inançları daha büyük öneme sahiptir, inançlar davranışların önemli belirleyicileridir. İnsanlar bildikleriyle ne yapacaklarını belirler ancak inandıklarını uygularlar. Harvey tarafından ortaya konulan duyuşsal karmaşa kuramı kişilerin neden değişim gösteremediklerini açıklayabilecek duygusal çelişkileri belirtmektedir, insanlar çoğunlukla bilgileriyle değil duygularıyla hareket ederler. Bunun anlamı sağlık eğitimcilerinin ve sağlık öğretmenlerinin öğrenenlerin bilişsel gelişimleri kadar duyguları ve tutumları ile de ilgilenmelerinin gerekliliğidir. Davranış değişikliği, tutum ve inançlara temellendirilmelidir. İnsanların çoğu uygulamaları gereken iyi sağlık davranışlarının neler olduğunu bilmektedir. Fakat uygulamada büyük ölçüde eksiklik göstermektedirler. Bu nedenle sağlığı koruma ve geliştirme programlarında, tutumlar ve inançlar kritik etmenlerdir ve eğitim-öğretim çalışmalarında öncelikle ele alınmalıdır (Alkan ve ark 2005).

Sağlık eğitimin Planlanması, şu aşamalarda gerçekleşir (Özden 1991):

1.2.5.1.Eğitim ihtiyaçlarının (sorunun) belirlenmesi

Yapılmış bilimsel çalışmaların verilerinden yararlanılmalı. Toplumu tanıtıcı bütün yazılı kaynaklar, raporlar, istatistikler ve diğer belgeler incelenmelidir.

1.2.5.2.Amaç ve hedef grupların belirlenmesi

Amaçlar, eğitim uygulamaları sonunda bireylere kazandırılmak istenen son davranışı ifade eder. Bunun için hazırlanan amaçlar eğitim sonunda ölçmek istediğimiz şeyleri kapsamalı ve ölçülebilir nitelikte olmalıdır. Eğitim ihtiyacı olan bireyler hedef gruptur.

1.2.5.3.Planın hazırlanışı

Amaçlara ulaşabilmek için önceden belirlenmesi ve tasarlanması gereken işler vardır. Bu işlerin belirlenmesine ve belirli bir sıraya göre dizilmesine planın hazırlanışı denir. Sağlık eğitimi alacak kişilerin demografik özellikleri, eğitim yapılacak yerin özellikleri, eğitim yöntemi, süresi belirlenerek sağlık eğitimleri planlanır.

1.2.5.4.Eğitim uygulamalarının başlatılması

Belirlenen hedef gruba kazandırılması amaçlanan konuların hayata geçirilmesi olayıdır. Uygulamaların başarısı eğitimci ve eğitilenin çabası, konu, yöntem, araç-gereç ve çevre düzenlemesi ile doğru orantılıdır.

1.2.5.5.Değerlendirme

Değerlendirme de amaçlara ulaşılıp ulaşılmadığını kontrol edilmeli, plan ve programlarda aksayan yerler tespit edilip bunların giderilmesine çalışılmalıdır. Ayrıca zaman, insan gücü ve mali kaynağın en verimli şekilde kullanımın sağlayıp, eğitim çalışmasının bir sonraki çalışmalara örnek olması sağlanmalıdır.

İlk değerlendirmede eğitim öncesi mevcut durum saptanır. Ara değerlendirmede eğitimin seyrini belirlemek ve kazandırılan davranışları geliştirmek

amacıyla eğitim esnasında yapılır. Son değerlendirme ise eğitimin sonunda belirlenen amaçlara ne kadar ulaşıldığını belirlemek amacıyla yapılır.

1.3. OKUL SAĞLIK EĞİTİMİ

1.3.1. Okul Sağlık Hizmetleri Tanımı ve Önemi

Okul toplumu, Türkiye'de nüfusun yaklaşık %25'ini oluşturmaktadır. Türkiye'de, yaklaşık 60.000 ilk ve orta öğretim okullarında 6-18 yaş grubunda 16 milyon öğrenci öğrenim görmekte, okulların yaklaşık 33 bini (tüm okulların %56'sı) ilköğretim okuludur. İlköğretim okullarında yaklaşık 11 milyon ilköğretim öğrencisi mevcuttur bu okullarda 700 bine yakın öğretmen ve okul çalışanı görev yapmaktadır. Sayıların bu denli büyük olması konunun önemini bize göstermektedir (Akbaba 2012, M.E. B. 2012).

Okul daha sonraki yıllarda, toplumda yerini alıp, hizmet verebilecek yeni kuşaklarla dolu bir kuruluştur. Yarının toplumunu oluşturacak bu kuşakların bedensel, toplumsal ve ruhsal sağlıkları ile bu günden ilgilenmek, mutlu ve sağlıklı bir toplumun geleceğini hazırlamak demektir (Bahar 2010).

Okul dönemi; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden insan yaşamının en hareketli olduğu dönemdir. Bu dönemde önemli olan, bireyin bedensel gelişmesinin yanı sıra, ruhsal açıdan da olumlu bir gelişme göstermesini sağlamaktır. Dünya Sağlık Örgütü okul sağlığı kapsamına giren yaş grubunu, 5-24 olarak saptamıştır. Bu nedenle okul sağlığı, öğrencilerin ve okul personelinin okulda geçirdikleri sürenin güvenli, sağlıklı, mutlu ve geliştirici olmasını sağlayan tüm önlemleri kapsar (MEB 2011) .

Ülke Kalkınma Planlarında da önemi vurgulanan 5-19 yaş grubunun sağlık bakım hizmetleri, Türkiye'de sağlık sistemi içinde öncelikli hizmetler grubunda olmasına rağmen "okul sağlığı" başlığında yeterince ayrıştırılmamıştır. Okul sağlığı dönemi uzun bir dönem olup, çocuğun yuva yaşamı, ilkokul dönemi, ortaokul ve lise dönemlerini de içine alan bir dönemdir. Bu da göstermektedir ki, çocukluk dönemi sorunları, prepubertal dönem sorunları ve adolesan dönem sorunları okul sağlığı sorunlarıyla iç içedir. Çok geniş bir dönem olan okul döneminde her aşamada çocuğun karşılaştığı risk faktörleri, çocuğun gelişim dönemlerine ait sorunlar, sağlık sorunları ve tüm bu sorunların çözüm önerilerinin ele alınması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı 2007).

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nin 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık hedeflerinden biri "Gençlerin 2020 yılına kadar daha sağlıklı olmalarını ve toplum içindeki rollerini sağlıklı bir biçimde yerine getirebilmelerini sağlamak"tır. Bu hedef çocuk ve gençlerin sağlığını koruyan ve geliştiren okul sağlığı hizmetlerinin önemine ve gereğine işaret etmektedir (Seçginli ve ark 2004).

Okul sağlığı hizmetleri ile sağlığı olumsuz etkileyen birçok durumun önüne geçilebilir (WHO 2013):

- Paraziter enfeksiyonlar 5-14 yaş arası çocuklarda en önemli hastalık sebebidir.
- Vitamin A eksikliği çocukluk çağı körlüğünün tek başına en önemli önlenebilir sebebidir.
- İyot yetersizliği çocukluk çağı mental retardasyon ve beyin hasarının tek başına en önemli önlenebilir sebebidir.
- Kazalar okul çağı çocuklarda başta gelen ölüm ve sakatlık sebebidir.
- Sigara içmeye başlayan ve devam eden her iki genç insandan biri tütüne bağlı bir hastalıktan ölecektir.
- Dünya çapında 15-29 yaş arası gençlerin ölümlerinin %5'i alkol kullanımı nedeniyledir.
- Bazı ülkelerde tüm yeni HIV enfeksiyonlarının %60'a yakını 15-24 yaş arasında meydana gelmektedir.

Türkiye'de okul sağlığını ilgilendiren ilk yasal düzenleme 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930) ile atılmıştır. Bu yasanın ilgili maddeleri şunlardır: (U.H.K. 1930).

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

-Madde-164: Genel olarak okullarda belirli aralarla öğrencinin beden, ruh, göz ve kulak muayeneleri okulların özel hekimleri tarafından yapılıp her öğrencinin kartına yazılır.

Aile Hekimliği Türkiye Modeli (Ankara-2004) Kitabı'nda okul sağlığı hizmetlerinin toplum sağlığı merkezleri tarafından aile hekimleri ile eşgüdüm içinde

yürütüleceği belirtilmiştir. 2 Kasım 2011 tarihli 663 sayılı KHK ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) kurulmuş olup illerde halk sağlığı müdürlükleri oluşturulmuştur. TSM'ler ve ASM'ler halk sağlığı müdürlüklerine bağlanmış olup okul sağlığı hizmetlerindeki görevleri devam etmektedir (T.H.S.K. 2013).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye "tek pencere" sistemi ile yaklaşım, başarıyı arttıracak önemli faktörler olarak görülmüştür. Bu nedenle, Sağlıkta Dönüşüm Programında bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesi amaçlanmıştır. Bu çerçevede okul sağlığı hizmetlerinde, toplum sağlığı merkezlerinin koordinatörlüğünde okul çağı öğrencilerine bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinde aile hekimlerinin görev alması öngörülmüş ve uygulamalar başlatılmıştır.

Toplum Sağlığı Merkezi'nin hizmet sunumundaki yeri eylem planında okullarda sağlık eğitimi şu şekilde tanımlanmıştır; "Sağlığın geliştirmesi ve korunmasına yönelik davranış kazandırmak için, Sağlık Bakanlığı'nın düzenli eğitim programları ve özel gün ve haftalarda okullarda interaktif eğitim tekniklerini kullanarak, hekim ve sağlık personeliyle Toplum Sağlığı Merkezi tarafından, Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü programlar çerçevesinde sağlık eğitimi yapılır. Toplum Sağlığı Merkezi; Aile Sağlığı Merkezi, Milli Eğitim Müdürlüğü, üniversiteler, yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği yapar." (T.H.S.K. 2013).

Toplum Sağlığı Merkezi okul sağlığı hizmetleri eylem planında yer alan eylemler aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır (T.H.S.K. 2013):

- Okul çevre sağlığı
- Okul sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi
- Okullarda sağlık eğitimi
- Öğrencilerin sağlığının değerlendirmesi
- Okullarda sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik çalışmalar
- Sağlıklı beslenme
- Fiziksel aktivite
- Sigara, alkol ve madde bağımlılığı

- Şiddetin önlenmesi
- Kazalardan koruma, afet bilinci ve ilkyardım
- Çocuk istismarına yaklaşım
- Kronik hastalıklara yaklaşım
- Bulaşıcı hastalıklar ile mücadele
- Ağız ve diş sağlığı hizmetleri
- Ruh sağlığına yönelik çalışmalar
- Sektörler arası işbirliği

Okul sağlığı hizmetleri; "Öğrenciler ve okul personelinin aileleri ile birlikte sağlık durumlarının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi; öğrencilere doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık eğitimi verilmesi için yapılan çalışmalardır" denilebilir (Sağlık Bakanlığı 2007).

Dünya Sağlık Örgütü, okul sağlığı ile ilgili yayınladıkları raporlarda okul sağlığı çalışmalarının sağlık ekibi tarafından yürütülmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır. Bu ekipte yer alması gereken kişiler, hekim, hemşire, öğretmen, öğrenci velisi, psikolojik danışman ve rehber, olanak varsa psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diyetisyendir. Ekip üyelerinin bu çalışmayı başarılı bir biçimde yürütmeleri için okul sağlığı konusunda mesleki temel eğitime, desteklenmiş hizmet içi eğitimine, kurulmuş ve işleyen bir örgüte gereksinimleri vardır (Sağlık Bakanlığı 2007).

Okul sağlığı hizmetleri dört bölümde incelenmektedir (Sağlık Bakanlığı 2007):

1) Öğrencilerin sağlık durumlarının değerlendirilmesi, korunması ve geliştirilmesi,

2) Sağlık eğitimi,

3) Okulda çevre sağlığının değerlendirilmesi,

4) Okul çalışanlarının sağlığı.

1.3.2. Okul Sağlık Hizmetleri Kapsamında Sağlık Eğitimi

Sağlık eğitiminin özelliklerinden birisi de, uygulamalarının içine okullarda yapılan sağlık eğitiminin de girmesidir. Sağlık eğitimi, ilke ve yöntemler açısından

yetişkin eğitiminin özel bir konusudur. Gelişmiş bir toplumda kişi kendisine söz ve yazı ile aktarılan düşünce ve öğütlere uyabilir. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde bu olgunluk düzeyine erişmiş toplumlarda sağlık eğitimi bilgi aktarma eylemi olarak düşünülebilir. Yazı ve söz ile kolayca etkilenme olgunluğuna erişememiş kişilerin yaşadığı toplumlarda ise; "sağlık eğitimi, yalnızca kişiye söz ve yazı göstererek bilgi aktarma değil, ona yeni bir davranış kazandırmak, kazandığı bilgiyi kullandırmaya alıştırmaktır". Az gelişmiş toplumlarda kişilerin yanlış inanç, bilgi ve alışkanlıkları çoğu kez, kültürlerinin bir parçası olduğu için, sağlık eğitiminin toplumsal boyutu da vardır. Bu nedenle sağlık eğitimi çalışmaları yalnız birey düzeyinde değil, toplum düzeyinde ele alınır (Gökkoca 2010).

Okullarda sağlık eğitimi 20. yüzyılın. ilk çeyreğinde başlamıştır. Tüberküloz, kolera, difteri, boğmaca, tetanos, tifo ve diğer bulaşıcı hastalıkların oluşturduğu salgınlar okullarda korunma yollarının öğretilmesini zorunlu hale getirmiştir. İlerleyen dönemde, okulda sağlık eğitimi çabalarının büyük bölümünü alkol, sigara ve uyuşturucu gibi alışkanlıklara karşı yapılan çalışmalar oluşturmuştur. Günümüzde okulda sağlık eğitiminin hem kapsamı hem yaklaşımı büyük ölçüde değişmiştir. Sağlık eğitimi konusu bir akım olarak, AİDS, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve aile planlaması gibi zaman zaman ortaya çıkan sorunlara yönelik geçici programları içeren bir yaklaşımla ele alınmıştır. Ancak, günümüzde okulda sağlık eğitimi kapsamlı, uzun süreli ve koordineli bir yapıyla değerlendirilmektedir (Alkan ve ark 2005).

1.3.3. Okul Sağlık Eğitiminin Amacı

Okul Sağlık eğitiminin amacı, öğrencilere doğru sağlık bilgilerinin aktarılması ve sağlık konusunda olumlu davranışların kazandırılmasıdır. Sağlık eğitimi öğrencilere “ömür boyu sağlıklı yaşam için davranış değişikliği” kazandırarak sağlıklı bir toplum yaratmayı hedeflemelidir (Sağlık Bakanlığı 2007).

1.3.4. Okul Sağlık Eğitimi Konu Başlıkları

Okullarda yapılacak sağlık eğitiminin konuları çocukların yaşına, zeka düzeylerine ve gereksinimlerine göre belirlenmelidir. Okul sağlık öğretimi programı okul öncesi dönemde başlayan ve orta öğretimin sonuna kadar süren

planlı ve aşamalı bir programdır. Bu programda amaçlar, hedefler, aşamalı içerik ve sınıf dersleri gibi öğeleri içeren özel müfredat vardır. Bu programda güdüleme ve davranış değiştirme öne çıkarılmaktadır. Olumsuz ortamın yanı sıra akran baskı ve etkileri ile mücadele edilmektedir (Alkan ve ark 2005).

Okul Sağlık Eğitiminde; (Özden 1991, Alkan ve ark 2005, Pekcan 2006, Sağlık Bakanlığı 2007) yer alan konular genel olarak şunlardır:

1.3.4.1. Beslenme

Beslenmenin önemi, beslenmenin büyüme ve sağlıkla ilişkisi, yiyeceklerin seçiminde ve korunmasında ilkeler, yeterli ve dengeli beslenmenin önemi, kötü beslenme alışkanlıklarının yol açtığı sağlık sorunları konuları yer alır.

1.3.4.2. Zararlı Alışkanlıklardan Korunma

Alkol, sigara ve uyuşturucu gibi maddelerin sağlığa verdiği zararlar ve bunlardan korunma konuları yer alır.

1.3.4.3. Cinsel Eğitim

Üreme sistemi organları ile işlevleri, gebelik, doğum, doğum sonrasında bebeğin bakımı, gebeliği önleyici yöntemler, istenmeyen gebelikleri önlemek için gebelikten korunma yöntemleri, anne ve bebek ölümlerinin nedenleri ve nüfus artışının etkileri yer alır.

1.3.4.4. Kişisel Temizlik ve Bakım

Ağız ve diş sağlığı temizliği, tuvalet sonrası temizlik, vücut ve saç temizliği ve cinsel organ temizliği hakkında bilgileri içermektedir.

1.3.4.5. Sağlıklı Giyinme

Sağlığı koruyabilmek için yaşanılan bölgenin iklim koşullarına göre giyinmenin önemi anlatılmalıdır.

1.3.4.6. Kazalardan Korunma ve İlkyardım

Trafik kazaları, ev kazaları, iş kazaları, spor kazaları ve korunma yöntemleri ve ilkyardım eğitimini içerir.

1.3.4.7 Çevre Sağlığı

Doğayı korumanın önemi ve sağlıklı gelişimle ilişkisi, doğal ve toplumsal çevreye karşı duyarlılık, doğal çevreyi korumak için gerekli olan davranışlar, gürültü ile savaş, hava kirliliği ile savaş, endüstri hijyeni, radyasyondan korunma, kendine ve başkalarına zarar verebilecek davranışlardan kaçınma yolları, kazalardan korunma yolları, trafik ve güvenlik kuralları konularını içermektedir.

1.3.4.8. Sağlık Hizmetlerinden Etkin Yararlanma

Sağlık kurumlarının genel işlevi, kurumlar, çalışan kişiler, sağlığı koruma ve sağlık sorunları için başvuru merkezleri ile işbirliği yapmanın önemi, sağlık kuruluşlarına ulaşma yöntemlerini bilme, aşı hizmetlerinin yararını açıklama, toplum sağlığına bireysel katkının önemi, organ ve kan bağışının toplumsal ve bireysel önemi, engelli olarak yaşamı sürdürmede esenlendirmenin önemi, korunma ve erken tanının önemi, sağlıklı kişi muayenesinin önemi, özel sağlık sorunlarında yararlanılacak başvuru merkezleri konularında bilgilendirme yapılır.

1.3.5. Projeler

Çocuklar ve ergenlerin daha iyi yaşam becerilerine ve sağlıklı seçimler yapabilme kapasitesine sahip olabilmeleri için Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yapılan çalışmalar başlatılmıştır (Sağlık Bakanlığı 2007).

Milli Eğitim Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında 1996 yılında kabul edilen “Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü” ile bu hizmetler ülke genelinde yayılmıştır.

1.3.5.1. Beyaz Bayrak Projesi

Okulların, temizlik ve hijyen açısından belirli kriterler esas alınarak Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği içerisinde denetlenmesi, okul sağlığının iyileştirilmesi hususunda teşvik edilmesi için uygulanan proje 2006 yılından beri devam etmektedir (MEB 2013).

1.3.5.2. Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi

Sağlığı geliştirme kavramı, sağlık eğitiminin yanı sıra okul toplumunu oluşturan kişilerin sağlıklarını korumak ve iyileştirmek konusunda okulların aldığı tüm önlemleri içermektedir. Avrupa'da 'Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi' bu yaklaşım doğrultusunda başlatılmıştır. Sağlığı geliştiren okul terimi, sağlık eğitiminin, yalnızca öğretilen eğitim programı, diğer bir ifadeyle, sınıfta verilen okul programı yoluyla gerçekleşmediğinin bir ifadesidir. Gerçekten de bu programın temel kaynak gücü, sağlık eğitimi müfredatı içinde öğrenilenlerin okul, ev ve çevrenin destekleyici ilgisi ile büyük ölçüde pekiştirilebileceğinin bilinmesidir (Sağlık Bakanlığı 2007).

İlköğretim öğrencilerinde; ağız diş sağlığı düzeyinin yükseltilmesini, sağlık eğitimi ile kişisel hijyen, ağız diş sağlığı alanında diş fırçalama alışkanlığını kazandırma ve fluoridlerin kullanımı ile diş çürüklerini azaltarak, ağız diş sağlığının korunması ve geliştirilmesini sağlamak amacıyla Türk Dişhekimleri Birliği tarafından organize edilen 'Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi'nin başlatılmasının yıl sonuna kadar bitirilmesi planlandı. Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi, ilk olarak 3 Ekim 2012 tarihinde Rize'de başladı. Pilot Proje olarak; 11 ilde (Adana, Ankara, Antalya, Diyarbakır, Eskişehir, Gaziantep, Hatay, İstanbul, Konya, Rize, Tekirdağ) toplam 28 ilköğretim okulunda uygulanacak. Proje 5203 İlk Okul 1.sınıf öğrencisini kapsayacak ve 4 yıl sürecektir. Her eğitim öğretim yılında eğitime yeni başlayan birinci sınıf öğrencilerini de içerecek, her yıl sayısı artarak projeye dâhil olan öğrenciler dört yıllık proje süresince proje faaliyetlerinden yararlanacaktır. Proje okullarındaki öğrencilerin velileri ve öğretmenleri de proje hedef kitlesi içinde yer almaktadır (Türk Diş hekimleri Birliği 2013).

1.3.5.3.Sağlık Ağızda Başlar Projesi

Milli Eğitim Bakanlığı tarafından 2011 yılında başlatılan İlköğretim 2. ve 3. sınıf öğrenci, veli ve sınıf öğretmenlerinin ağız ve diş sağlığı konularında bilgilendirilmesi ve diş fırçalama alışkanlığı kazandırılması. Ağız ve diş sağlığı konusunda İstanbul, Ankara, Aydın, Bilecik, Bartın, Kilis, Çankırı, Osmaniye, Ardahan, Gümüşhane, Bayburt, Karabük illerinde projenin pilot uygulaması yapılan proje ile;

•Belirtilen illerdeki öğretmenlere illerde bilgilendirme toplantısı yapılması.

•Öğrenci sayısına göre illere diş macunu, fırçası ve diş fırçalama alışkanlığı kazandırmak amacıyla hazırlanan diş karnelerinin gönderilmesi.

•Sınıf öğretmenlerinin öğrencileri bu konuda bilgilendirmesi ve çocukların diş fırçalama alışkanlığı kazanmaları amacıyla dağıtılan karnelerin ay sonunda kontrol edilmesi hedeflenmektedir (MEB 2013).

1.3.5.4.Beslenme Eğitimi Programı (Beslenebilirim)

Bu Programın amacı Türkiye genelinde belirlenen illerde ve seçilen ilköğretim okullarında 3. ve 4. Sınıf öğrencilerine beslenme konusunda farkındalık yaratmak ve bilinç kazanmasını sağlamaktır. 2010-2011 eğitim-öğretim yılı içerisinde ilk etapta 10 il (İzmir, Bursa, Ankara, Antalya, Konya, Adana, Samsun, Kayseri, Kahramanmaraş, Erzincan)'den 30 ilköğretim okulu belirlenmiş ve her okuldan bir sınıf öğretmeni dengeli ve sağlıklı beslenme ile ilgili eğitici eğitimlerine tabi tutulmuştur.

1. 10 il (İzmir, Bursa, Ankara, Antalya, Konya, Adana, Samsun, Kayseri, Kahramanmaraş, Erzincan)'den 30 ilköğretim okulu belirlenerek her okuldan bir sınıf öğretmeninin dengeli ve sağlıklı beslenme ile ilgili eğitici eğitimlerine tabi tutulması,

2. Eğitici eğitimine katılan öğretmenlerin görev yaptıkları illerde 3. ve 4. sınıfları okutan öğretmenlere dengeli ve sağlıklı beslenme ile ilgili aldıkları eğitimi aktarmaları,

3. Eğitim alan öğretmenlerin sınıflarında öğrencilere bu bilgileri

aktarmaları, dengeli ve sağlıklı beslenme ile ilgili bilinç oluşturmaları,

4. 2012-2013 eğitim-öğretim yılında Bursa, Tekirdağ, Mersin, Adıyaman, Tokat, Erzurum, Malatya, Trabzon, Eskişehir ve Hatay olmak üzere 10 il'den 30 ilköğretim okulundan 3. ve 4. sınıf okutan 30 sınıf öğretmenine eğitim verilmesi hedeflenmiştir (M.E. B 2013).

1.3.5.5. Ergenlik Dönemi Değişim Projesi (ERDEP)

Ergenlik dönemine giren gençleri, anne- baba ve öğretmenlerini ergenlik döneminde görülen değişimler, ortaya çıkabilecek sorunların önlenmesi konularında bilgilendirmek suretiyle sağlıklı ve mutlu bir genç kuşak yetişmesine katkıda bulunmak amacıyla ERDEP projesi yürütülmüştür. 2000 yılında da İstanbul'da pilot uygulama başlatılmıştır. Hedef kitle olarak İlköğretim Okullarının 6-7-8. sınıflarında okuyan öğrenciler ve onların anne-babalarıyla öğretmenleri belirlenmiştir. Eğitim hala devam etmektedir (M.E. B 2013).

1.3.5.6. Ergenlerin Sağlık Bilincinin Geliştirilmesi Projesi

Geniş anlamı ile nüfus ve kalkınma hedeflerine ulaşabilmenin basamaklarından biri olan ergenlerin ergenlik dönemi sağlık gereksinimlerinin karşılanmasına eğitim açısından katkı yapmak amacıyla;

•400 öğretmene ergenlik ile ilgili olarak kendi okullarında bilgilendirmede bulunabilmeleri amacıyla pilot olarak hizmet içi eğitim seminerleri verilmesi.

•2003 yılı sonuna kadar 20 eğitim fakültesinde ergenlik dönemi sağlık eğitimlerinin programa alınması,

•Örgün ve yaygın eğitim öğretim programlarındaki ergenlik dönemi sağlık konularının gözden geçirilerek gerekirse yenileme amacıyla önerilerde bulunulması projenin planlanan basamaklarındandır.

Proje kapsamında 2005 yılı içerinde 1040 eğitimciye üreme sağlığı eğitimi verilmiştir.

3-14 Ekim 2005 tarihlerinde bu konuda 37 öğretmene eğitici eğitimi

verilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2007).

1.3.5.7. Madde Bağımlılığı Savaşım Projesi

Gençlerimizin zararlı alışkanlıklardan korunması ve onlara sağlıklı yaşama bilincinin kazandırılmasında en büyük görev eğitim kurumlarına düşmektedir. Verilecek eğitimde okul, öğretmen ve ailelerin iş birliği önem taşımaktadır. M.E.B. madde bağımlılığının önlenmesi için daha etkili ve yaygın çalışmaların yapılması amacıyla bu konuda hazırlanan Ulusal Strateji Belgesinin esasları doğrultusunda öncelikle büyük şehirlerimizde uygulanmak üzere Madde Bağımlılığı İle Mücadele Projesini uygulamaktadır (R.G. 1999).

1.3.6. Okul sağlık eğitiminde kullanılan yöntemler

Herhangi bir eğitimde, eğitimcinin görevi eğitime katılanlarda eğitim hedefleri doğrultusunda istendik davranış değişikliğinin oluşturulmasıdır. Ancak, eğitimcinin bu temel görevini yerine getirebilmesi ve eğitimde istenilen verimin elde edilmesi için olumlu bir eğitim ortamının yaratılması gerekir. Eğitimcinin, katılımcıları eğitim hedeflerine ulaştırmadaki başarısı dinamik bir sunumla doğrudan ilgilidir. Bu ise ancak ilginin sürekli ayakta tutulduğu çeşitli eğitim tekniklerinin kullanılmasıyla sağlanabilir. Eğitimci ve katılımcılar arasında karşılıklı iletişimi sağlayan bu yöntemler öğrenilenlerin kalıcı olmasını sağlar (Güler ve Akın 2006).

Okul Sağlık Eğitiminde; (Tunca 1971, Özden 1991, Pekcan 2006) yöntemler genel olarak şunlardır:

1.3.6.1. Grup Tartışması

Tartışma yöntemi, herhangi bir konunun, grup üyeleri tarafından karşılıklı konuşarak, dinleyerek ve konuya katılarak işlenmesidir.

1.3.6.2. Soru yanıt yöntemi

Bu yöntem düşünmeyi ve konuşmayı özendirmesi bakımından önemli bir yöntemdir. Ayrıca fikirlerin ve durumların açıklığa kavuşması grup üyelerinin bilgi

toplama ve yorumlama yeteneklerinin geliştirilmesi, ilginin çekilmesi ve bilginin kalıcılığının sağlanması bakımından da önemlidir.

1.3.6.3. Okutma ve yazdırma

Eğitilecek kimse, sağlık ile ilgili yazıları, kitapları, eserleri okumakla çok şey öğrenebilir. Sağlık vecizeleri ve kompozisyon yazdırtmak ferdi eğitimde etkilidir. Özellikle, özel gün ve haftalarda öğrencilere dağıtılacak afiş, broşür, kitapçık gibi yayınlar aracılığı ile bu yöntem kullanılabilir.

1.3.6.4.Gösterim (demonstrasyon)

Öğretmenin bir konuyu öğrencilere birtakım araçları göstererek ve kullanarak anlatmaya çalışmasıdır.

1.3.6.5.Proje çalışması

Proje çalışması öğrencilerin modeller meydana getirmelerine, örnekler toplamalarına veya materyal yapmalarına imkan hazırlar.

1.3.6.6.Beyin fırtınası

Bu yöntem belirli bir sorun hakkında ya da konuyla ilgili değişik görüş elde etmek amacıyla uygulanır. Hayal yoluyla fikir elde etmekte kullanılan ve yaratıcılığı geliştiren bir yöntemdir.

1.3.6.7.Görsel ve işitsel araçlarla işlenen bir sınıf dersi

Öğretmenin dersi sunum, video ve teyp gibi araçları kullanarak daha verimli bir şekilde işlemesi yöntemidir.

1.3.6.8.Oyunlaştırma (Role play)

Bu yöntemde eğitilen kendi duygu, düşünüş ve hayallerini bir başka yaşantıya sahip olan kişinin yerine koyarak ifade eder. Bu yöntemde yaratıcılık oldukça önemlidir.

1.3.6.9. Küçük grup çalışmaları

Bu yöntemde sınıf, geniş ölçüde katılımı sağlamak amacıyla küçük gruplara bölünür. Her bir grubun belirlenen konuyu işlemesi şeklinde gerçekleştirilmektedir.

1.3.6.10.Yetiştiricilik (coaching)

Eğitimci eğiteceği ferde görev ve sorumluluk vererek onun daha iyi eğitilmesine ve yetiştirilmesine katkıda bulunur.

Katılımcılarda bir konuda davranış değişikliği amaçlanıyorsa daha çok tartışma oyunlaştırma, vaka çalışması, proje geliştirme, yetiştiricilik gibi yöntemler kullanılabilir.

Öğrencilerde sorun çözme becerisi geliştirilmek isteniyorsa, vaka çalışması, oyunlaştırma, yetiştiricilik, tartışma, beyin fırtınası gibi yöntemler seçilmelidir. Öğrencilerde kitleler arası iletişim berecileri geliştirilmek isteniyorsa, çoğunlukla oyunlaştırma, tartışma ve yetiştiricilik yöntemleri kullanılır. Dersin amacı katılımcılarda belli bir konuda el becerisini geliştirmek ise seçilecek yöntem becerinin gösterimi ve yetiştiriciliktir, diğer yöntemlerle herhangi bir becerinin öğrenilmesi oldukça sınırlıdır (Güler ve Akın 2006).

1.4. Amaç ve Hipotezler

Bu araştırma, ortaokul öğrencilerinin sağlık bilgi düzeyini belirlemek, bu öğrencilere sağlık eğitimi verilerek, öğrencilerin bu konulardaki bilgi, tutum ve davranışlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma müdahale araştırması niteliğindedir.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Aralık 2013- Mart 2014 tarihleri arasında Konya il merkezindeki Özel Selçuklu Abdullah Aymaz Ortaokulu'nda yapılmıştır.

2.3. Etik durum

Araştırmanın yapılması için Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan (EK-C) ve Konya Valiliği'nden ve İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden (EK-B) idari izin alınmıştır. Anket öncesi katılımcılardan sözlü onam alınmıştır.

2.4. Eğitim

Eğitimlerde, araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim rehberi, görsel eğitim araçlarıyla birlikte desteklenen sunum yöntemi grup tartışması ve oyunlaştırma yöntemi kullanılmıştır. Öğrencilere 7 farklı konuda sağlık eğitimi verilmiştir. Bunlar kişisel hijyen, sağlıklı yaşam alışkanlıkları, diş sağlığı, kazalar ve korunma yolları, çevre sağlığı, beslenme ve sağlık bilgi düzeyidir.

2.5. Araştırmanın Evreni

Çalışmanın evrenini Özel Merve Selçuklu Abdullah Aymaz Ortaokulu 5-6-7 ve 8. sınıf öğrencileri oluşturmuştur.

2.6.Araştırmanın Örneklemi

Öğrencilerin tamamı çalışmaya alındığı için herhangi bir örneklem yöntemi uygulanmamıştır. Araştırmaya gönüllülük esasına dayalı olarak, isteyen öğrenciler katılmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak eğitimden önce ortaokul 5-6-7 ve 8. sınıf öğrencilerinden oluşan 795 (%96) öğrenci katılmış olup eğitimden sonra 716 (%87) öğrenci katılmıştır**.**

2.7. Veri Toplama Tekniği

Verilerin toplanmasında, araştırmacılar tarafından hazırlanan anketin sınıfta gözlem altında doldurulması sağlanmıştır. Anket uygulandıktan sonra elde edilen sonuçlar neticesinde 7 farklı konu başlığında öğrencilerin eksikleri belirlenmiş ve sınıf düzeyinde sağlık eğitimleri verilerek 2 ay sonra anket tekrar uygulanıp öğrencilerin sağlıkla ilgili bilgi tutum ve davranışlarındaki değişiklikler değerlendirilmiştir.

2.8. Veri Toplama Araçları ve Analize Hazırlık

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan 7 farklı konudan ve 62 sorudan oluşan bir anket kullanılmıştır. Ankette öğrencilerin ve ailelerin sosyodemografik özelliklerinin bulunduğu 10 soru bulunmaktadır. Geri kalan 52 soru ise sağlık eğitimi konu başlıklarına göre tasnif edilmiştir. Ankette toplam 7 farklı sağlık eğitimi konu başlığı bulunmaktadır. Bu konu başlıkları kişisel hijyen, sağlıklı yaşam alışkanlıkları, diş sağlığı, kazalar ve korunma yolları, çevre sağlığı, beslenme ve sağlık bilgi düzeyidir.

Öğrencilerin düzenli hareket ve spor yapmanın yararını bilme durumlarında ruh sağlığına iyi gelir, kas ve iskelet sistemi sağlığına iyi gelir, zayıflatır, obeziteden korur, hastalıklara karşı dirençli olmak için diyenler biliyor olarak kabul edilmiştir.

Öğrencilerin aşı olmanın gerekliliğini bilme durumunda hastalıklardan korunmak için, bağışıklık kazanmak için diyenler doğru kabul edilmiştir.

Öğrencilerin hastalıkların bulaşıcı olduğunu bilme durumlarında 7- 8 bulaşıcı hastalığı bilenler biliyor olarak kabul edilmiş olup, 3-6 arasında bulaşıcı hastalığı

bilenler eksik biliyor kabul edilmiş, 1-2 bulaşıcı hastalığı bilenler bilmiyor kabul edilmiştir.

Öğrencilerin hastalıkların bulaşma yolunu bilme durumlarında sağlık eğitiminde verilen konu başlıklarından hava yoluyla, su yoluyla, yiyecek ve içeceklerle, kan yoluyla ve temas yoluyla diyenler biliyor kabul edilmiştir.

Öğrencilerin düzenli uyumanın sağlığımız için önemini bilme durumlarında sağlık eğitiminde verilen konu başlıklarından zihinsel gelişim, sağlıklı büyüme, gelişme, hastalıklara karşı koruma diyenler biliyor kabul edilmiştir.

Öğrencilerin diş çürüklerine sebep olan etkenleri bilme durumunda şeker, asitli içecekler, dişleri düzgün fırçalamama, diş plağı, dişlerin arasındaki yemek kalıntıları çok sıcak ve çok soğuk yiyip içmemek diyenler doğru kabul edilmiştir.

Öğrencilerin diş sağlığı için tüketilmesi gereken besinleri bilme durumunda süt ve süt ürünleri, et ürünleri, sert kabuğu olamayan, D vitaminli, asitsiz, çok soğuk sıcak, şekersiz besinler diyenler doğru kabul edilmiştir.

Öğrencilerin hava kirliliğine sebep olan etkenleri bilme çöpler, tarım ilaçları, radyoaktif atıklar diyenler biliyor kabul edilmiştir

Öğrencilerin gürültü kirliliğine sebep olan etkenleri bilme durumunda eğlence merkezlerinden gelen sesler, işyerlerinden gelen sesler, araba kornaları diyenler biliyor kabul edilmiştir.

Öğrencilerin çevre sorunlarıyla ilgilenen bir sivil toplum kuruluşunu bilme durumlarında Tema, Çevko, Çekül, Greenpeace, Tüçev cevabı verenler biliyor kabul edilmiştir.

Öğrencilerin ilk yardımı yapmada yetkili olan kişiyi bilme durumlarında üçünü birden hem doktor, hem hemşire ve hem de ilk yardım eğimi almış diyenler biliyor kabul edilmiştir. Herkes diyenler bilmiyor kabul edilmiştir. Doktor, hemşire ve ilk yardım eğitimi almış seçeneklerinden bir tanesini cevap verenler eksik biliyor kabul edilmiştir.

Öğrencilerin karbonhidratların vücudumuz için önemini bilme durumunda enerji verir diyenler doğru kabul edilmiştir.

Öğrencilerin proteinlerin vücudumuz için önemini bilme durumunda yapıcı ve onarıcı diyenler doğru kabul edilmiştir.

Öğrencilerin yağların vücudumuz için önemini bilme durumunda enerji verir, soğuktan korur diyenler doğru kabul edilmiştir.

Öğrencilerin vitaminlerin vücudumuz için önemini bilme durumunda düzenleyici, hastalıklardan korur ve büyüme ve gelişmemizi sağlar diyenler doğru kabul edilmiştir.

Öğrencilerin minerallerin vücudumuz için önemini bilme durumunda düzenleyici ve büyüme ve gelişmemizi sağlar diyenler doğru kabul edilmiştir.

Öğrencilerin posalı ve lifli besinleri tüketmenin önemini bilme durumunda bağırsak hareketlerini düzenler, kabızlığı ve kolon kanserini önler diyenler doğru kabul edilmiştir.

Öğrencilerin obeziteden korunmak için yapılması gerekenleri bilme durumunda dengeli beslenmek, spor yapmak, az yemek yemek, yağlı yememek diyenler doğru kabul edilmiştir.

2.9.Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamızı aşağıdaki hususlar kısıtlamaktadır.

1. Öğrencilerin verdiği cevapların doğruluğu kabul edilerek değerlendirme yapılmıştır.

2. Çalışmanın ikinci aşamasında gönüllü öğrenci katılımı daha düşüktür.

2.10. Veri Analizi

Veriler ortalama ± ss ve yüzde olarak özetlenmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırması Ki-Kare testi, gerekli durumlarda fisher düzeltmesi kullanılarak uygulanmıştır. İkili karşılaştırmalar bağımsız guruplar için t testi ile yapılmıştır. Anlamlılık seviyesi 0,05 olarak alınmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular

Araştırma gurubundaki öğrencilerin %52,6'sı erkek, %47,4'ü kız öğrencilerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %25,3'ü 5. sınıf , %22,3'ü 6. sınıf, % 27,5'i 7. sınıf ve %24,9'u 8. sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır.

Araştırma gurubundaki öğrencilerin yaş ortalaması 12,19±1,2 bulunmuş olup, boy ortalamaları 1,55±0,1, kilo ortalamaları 44,25±10,73 bulunmuştur.

Araştırma gurubundaki öğrencilerin kardeş sayısı ortalaması 1,73±0,95 bulunmuştur.

Öğrencilerin annelerinin %0,8'i okula gitmemiş, %14,6'sı ilkokul mezunu, %9,6'sı ortaokul mezunu, %22,8'i lise mezunu, %52,2'si ise üniversite mezunu, babaların %0,3'ü okula gitmemiş, %6,6'sı ilkokul mezunu, %5,8'i ortaokul mezunu, %15,8'i lise mezunu, %71,5'i ise üniversite mezunudur.

Araştırma gurubundaki öğrencilerin annelerinin %56,9'u ev hanımı, %36,8'i devlet memuru, %6,3'ü serbest meslekle, babalarının %1,8'i emekli, %40,3'ü devlet memuru, %57,9'u serbest meslekle iştigal etmektedir.

3.2. Öğrencilerin kişisel hijyen özelliklerine ilişkin bulgular

Öğrencilerin eğitim öncesinde %67,8'inin 3 gün ve daha sıklıkta banyo yaptığı, %76,0'sının haftada bir tırnaklarını kestiği, %74,8'inin her gün çoraplarını değiştirdiği, %75,4'ünün her gün iç çamaşırlarını değiştirdiği, %93,9'unun el yıkama sonrası havlu kullandığı, eğitim sonrasında ise %77,8'inin 3 gün ve daha sıklıkta banyo yaptığı, %82,1'inin haftada bir tırnaklarını kestiği, %79,4'ünün her gün çoraplarını değiştirdiği, %79,4'ünün her gün iç çamaşırlarını değiştirdiği, %94,9'unun el yıkama sonrası havlu kullandığı tespit edilmiştir. Banyo yapma ve tırnak kesme sıklığında eğitim öncesi ile eğitim sonrasında istatistiksel fark tespit edilirken ($p<0,05$) diğer değişkenlerde istatistiksel fark tespit edilmedi ($p>0,05$) (Çizelge 3.2.1).

Çizelge 3.2.1. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde hijyen davranışları.

	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra		χ^2	P
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)		
Banyo yapma sıklığı						
1-3 gün	418	67,8	472	77,8		
4-7 gün	197	32	130	21,4	19,61	0,001
7 günden seyrek	1	0,2	5	0,8		
Tırnak kesme sıklığı						
Uzayınca	96	12,6	58	9,0		
Haftada bir	575	76,0	529	82,1	8,113	0,017
8gün ve daha seyrek	86	11,4	57	8,9		
Çorap değiştirme sıklığı						
Her gün	582	74,8	539	79,4		
2-3 gün	165	21,2	124	18,3	5,552	0,062
4-7 gün	31	4,0	16	2,4		
İç çamaşırı değiştirme sıklığı						
Her gün	582	75,4	539	79,4		
2-3 gün	165	21,4	124	18,3	3,495	0,174
4-7 gün	25	3,2	16	2,4		
Havlu kullanma durumu						
Evet	700	93,9	622	94,9	0,687	0,419
Hayır	46	6,1	33	5,1		

Öğrencilerin eğitim öncesinde %80,4'ünün sabah kalkınca, %50,3'ünün yemekten önce, %83,2'sinin yemekten sonra, %84,1'inin sokaktan gelince, %96,6'sinin tuvaletten sonra daima ellerini yıkadıkları tespit edilip, eğitim sonrasında ise %81,2'sinin sabah kalkınca, %50,6'sının yemekten önce, %83,8'inin yemekten sonra, %86,5'inin sokaktan gelince, %97,5'inin tuvaletten sonra daima ellerini yıkadıkları tespit edilmiştir. Öğrencilerin ellerini yıkama sıklıklarında eğitim

öncesi ile eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi (P>0,05) (Çizelge 3.2.2).

Çizelge 3.2.2. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde el yıkama sıklığına göre dağılımları.

El yıkama sıklığı	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra		χ^2	P
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)		
Sabah kalkınca						
Daima	637	80,4	572	81,2		
Bazen	143	18,1	123	17,4	0,125	0,940
Hiç	12	1,5	10	1,4		
Yemekten önce						
Daima	397	50,3	358	50,6		
Bazen	374	47,3	333	47,1	0,048	0,976
Hiç	19	2,4	16	2,3		
Yemekten sonra						
Daima	660	83,2	594	83,8		
Bazen	125	15,8	108	15,2	0,083	0,959
Hiç	8	1,0	7	1,0		
Sokaktan gelince						
Daima	667	84,1	611	86,5		
Bazen	118	14,9	88	12,5	1,846	0,397
Hiç	8	1,0	7	1,0		
Tuvaletten sonra						
Daima	765	96,6	690	97,5		
Bazen	19	2,4	11	1,5	7,366	0,505
Hiç	8	1,0	7	1,0		

Araştırma gurubundaki öğrencilerin eğitim öncesinde %90,4'ünün daima, %8,3'ünün bazen, %1,3'ünün ellerini yıkarken sabun kullanmadıkları bulunmuştur. Eğitim sonrasında öğrencilerin ellerini yıkarken sabun kullanma durumu sırasıyla %90,5, %8,6 ve %0,9'dur.Eğitim öncesi ve sonrası dönemde ellerini yıkarken sabun

kullanma durumu arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,729).

3.3. Öğrencilerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarına ilişkin bulgular

Araştırma gurubundaki öğrencilerin eğitim öncesinde %74,2'si düzenli hareket ve spor yapmanın yararını, %83,4'ü aşı olmanın gerekliliğini, %62,7'si hastalıkların bulaşma yolunu, %45,9'u düzenli uyumanın sağlığımız için önemini biliyorken, eğitim sonrasında %89,2'si düzenli hareket ve spor yapmanın yararını, %92,0'si aşı olmanın gerekliliğini, %83,5'i hastalıkların bulaşma yolunu, %63,9'u düzenli uyumanın sağlığımız için önemini bilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası dönemde öğrencilerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarını bilme durumları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$),(Çizelge 3.3.1).

Çizelge 3.3.1. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde sağlıklı yaşam alışkanlıklarını bilme durumuna göre dağılımları.

	Eğitimden Önce		**Eğitimden Sonra**		χ^2	**P**
	Sayı	**Yüzde(%)**	**Sayı**	**Yüzde(%)**		
Düzenli hareket ve spor yapmanın yararını						
Bilen	641	74,2	568	89,2	52.5	0.001
Bilmeyen	223	25,8	69	10,8		
Aşı olmanın gerekliliğini						
Bilen	600	83,4	550	92,0	21,4	0.001
Bilmeyen	119	16,6	48	8,0		
Hastalıkların bulaşma yolu						
Bilen	618	62,7	753	83,5	16,9	0.001
Bilmeyen	367	37,3	149	16,5		
Düzenli uyumanın sağlığımız için önemini						
Bilen	253	45,9	283	63,9	31,9	0.001
Bilmeyen	298	54,1	160	36,1		

Öğrenciler kendilerine yapılan aşıların en az üçünü %36,2'si biliyorken bu oran eğitim sonrasında %53,2, idi. Eğitim öncesi ve sonrası dönemde öğrencilerin kendisine yapılan aşıları bilme durumu arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p =0,001), (Çizelge 3.3.2).

Çizelge 3.3.2. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde öğrencilerin kendisine yapılan aşıları bilme durumuna göre dağılımları.

	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra		χ^2	P
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)		
1 bilen	181	33,6	91	19,4		
2 bilen	162	30,1	128	27,4	35,6	0,001
3 bilen	195	36,2	249	53,2		

Araştırma gurubundaki öğrencilerin %3,2'si bulaşıcı hastalıkları eğitim öncesinde biliyorken, eğitim sonrasında bilme durumu %16,1 olup istatistiksel olarak anlamlı oranda artmıştır. (p = 0,001), (Çizelge 3.3.3).

Çizelge 3.3.3. Öğrencilerin bazı hastalıkların bulaşıcı olduğunu bilme durumuna göre dağılımları.

	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra		χ^2	P
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)		
Bilmeyen	168	22,7	28	4,8		
Eksik bilen	549	74,1	462	79,1	16,9	0,001
Bilen	24	3,2	94	16,1		

Günlük uyuma süresi öğrencilerde eğitim öncesinde 8,8±1,2 olup bu oran eğitim sonrasında 8,6±1,2 olmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası dönemde öğrencilerin günlük uyuma süresi arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,005).

Araştırma gurubundaki öğrencilerin çevresindeki kişilerin %5,8'i alkol, %63,3'ü sigara kullanmaktadır.

Araştırma gurubundaki öğrencilerin eğitim öncesinde alkolün %31,4'ü iki zararını bilirken, eğitim sonrasında %69,6'sı iki zararını bilmiştir. Öğrencilerin eğitim öncesinde sigaranın %45,6'sı iki zararını bilirken, eğitim sonrasında %70,9'u iki zararını bilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası dönemde alkolün ve sigaranın zararlarını bilme durumları arasında olumlu bir değişiklik saptanmış olup, istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$), (Çizelge 3.3.4.).

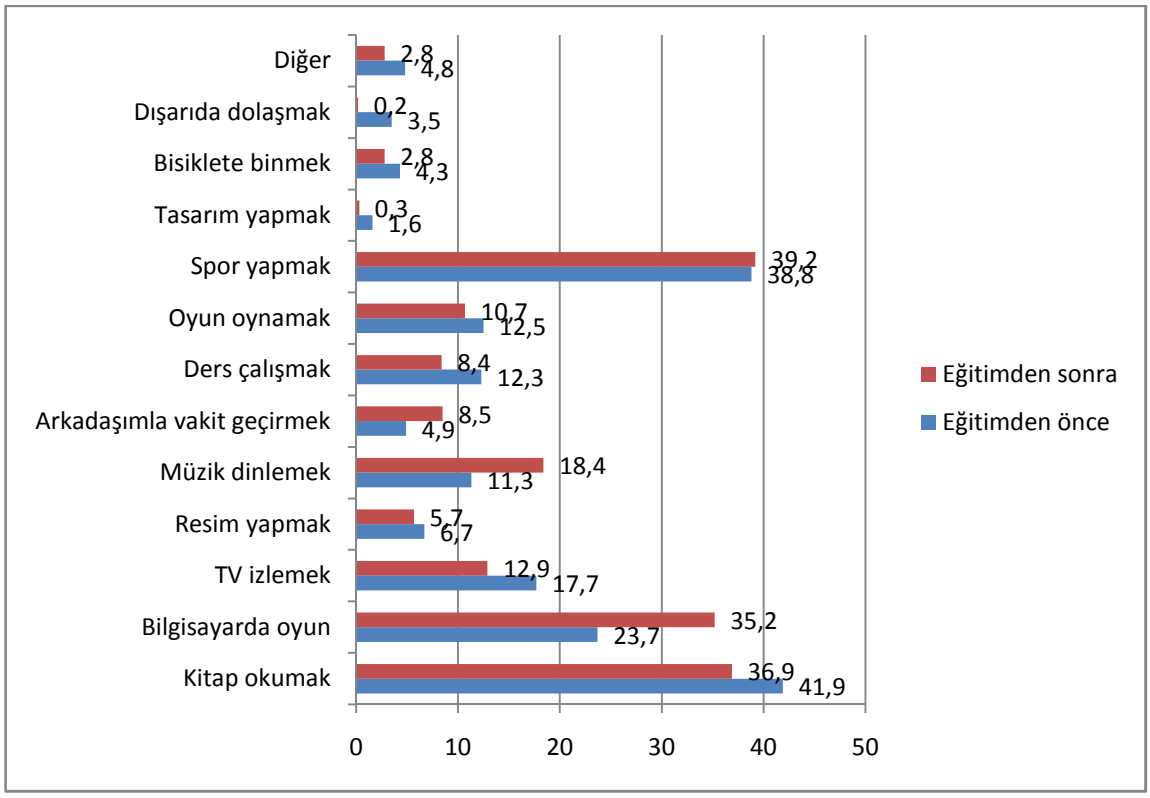
Çizelge 3.3.4. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde alkolün ve sigaranın zararlarını bilme durumuna göre dağılımları.

	Eğitimden Önce		**Eğitimden Sonra**		**P**	**χ^2**
	Sayı	**Yüzde(%)**	**Sayı**	**Yüzde(%)**		
Alkolün zararlarını						
1 bilen	429	68,6	151	30,4	161,58	0,001
2 bilen	196	31,4	345	69,6		
Sigaranın zararlarını						
1 bilen	372	54,4	155	29,1	77,699	0,001
2 bilen	312	45,6	377	70,9		

Öğrencilerin boş zamanlarını değerlendirmek için en fazla yaptığı aktiviteler olarak eğitim öncesinde %41,9'u kitap okuduğunu, %38,8'i spor yaptığını %23,7'si bilgisayarda oyun oynadığını, %9,6'sı TV izlediğini, söylemiştir. Bu oranlar eğitim sonrasında sırasıyla %36,9, %39,2, %35,2 ve % 12,9'dur ($p<0,001$), (Çizelge 3.3.5.).

Çizelge 3.3.5. Öğrencilerin boş zamanların değerlendirmek için yaptığı aktiviteler.

	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra		χ^2	P
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)		
Kitap okumak	314	41,9	238	36,9		
Bilgisayarda oyun	178	23,7	227	35,2		
TV izlemek	133	17,7	83	12,9		
Resim yapmak	50	6,7	37	5,7		
Müzik dinlemek	85	11,3	119	18,4		
Arkadaşımla vakit geçirmek	37	4,9	55	8,5		
Ders çalışmak	92	12,3	54	8,4	79,59	0,001
Oyun oynamak	94	12,5	69	10,7		
Spor yapmak	291	38,8	253	39,2		
Tasarım yapmak	12	1,6	2	0,3		
Bisiklete binmek	32	4,3	18	2,8		
Dışarıda dolaşmak	26	3,5	1	0,2		
Diğer	36	4,8	18	2,8		



Şekil 3.1. Boş zamanları değerlendirmek için yapılan aktivitelerin grafiği

3.4. Öğrencilerin diş sağlığına ilişkin bulgular

Öğrencilerin eğitim öncesinde %40,3'ü yılda iki kez diş hekimine kontrole gidilmesi gerektiğini söylemiştir. Eğitim sonrasında öğrencilerin iki kez diş hekimine kontrole gidilmesi gerektiğini söyleyenler %54,2'dir. Eğitim öncesi ve sonrası dönemde diş hekimine kontrole gitme sıklığını bilme durumu arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,001).

Araştırma gurubundaki öğrencilerin eğitim öncesinde %70,0'i dişlerini günde 2 kez ve üzeri fırçalarken, eğitim sonrasında bu oran %79,8 olarak tespit edilmiştir. Eğitim öncesinde öğrencilerin %55,1'i 2-3 dakika boyunca dişini fırçalarken, eğitim sonrasında bu oran %70,1'dir. Öğrencilerin eğitim öncesinde, %59,5'i 1-3ayda bir diş fırçasını değiştirirken, eğitim sonrasında bu oran, %71,3'dir. Eğitim öncesi ve sonrası dönemde öğrencilerin diş sağlığı ile ilgili davranışlarında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p< 0,05), (Çizelge 3.4.1).

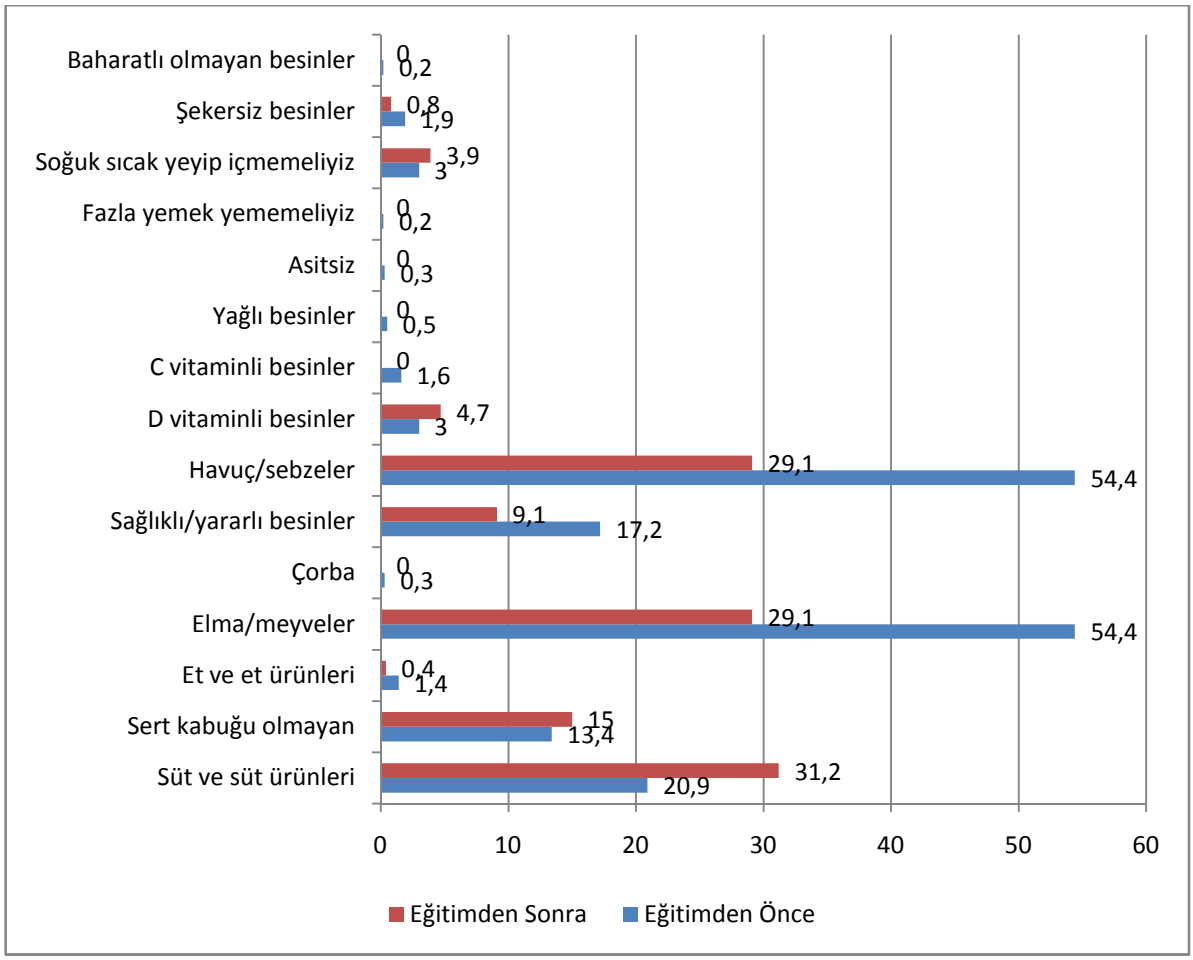
Çizelge 3.4.1. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde diş sağlığı ile ilgili davranışlarına göre dağılımları.

	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra		χ^2	P
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)		
Diş fırçalama sıklığı						
Hiç fırçalamayan	13	1,8	9	1,5		
1kez	201	28,1	115	18,7	16,923	0,001
2kez ve üzeri	499	70	490	79,8		
Diş fırçalama süresi						
1 dakika	141	19,7	82	13,9		
2-3 dakika	395	55,1	414	70,1	31,003	0,001
4 dakika ve daha fazla	181	25,2	95	16,1		
Diş fırçasını değiştirme sıklığı						
Eskidiğinde	29	4,3	2	0,4		
1-3 ayda bir	399	59,5	400	71,3	35,113	0,001
3-6 ayda bir	145	21,6	110	19,6		
7 ay ve daha seyrek	98	14,6	49	8,7		

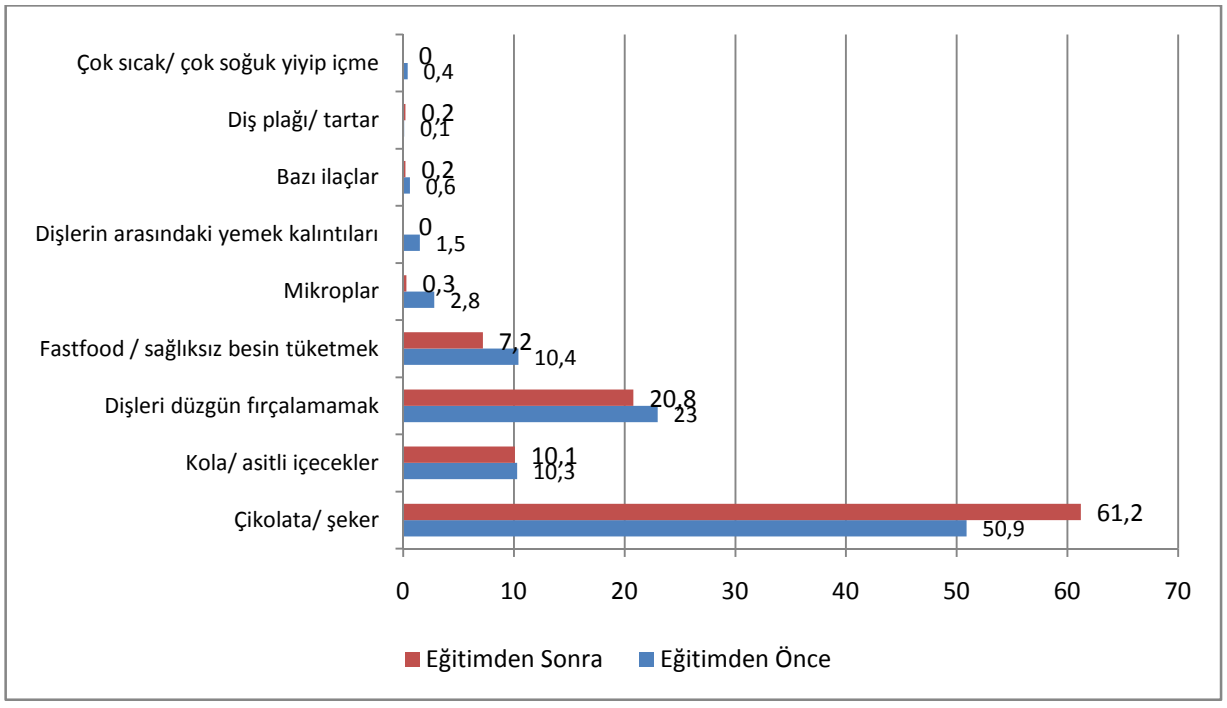
Araştırmaya katılan öğrencilerden %49,4'ü diş sağlığı için tüketilmesi gereken besinleri, %89,0'u diş çürüklerine sebep olan etkenleri bilirken, eğitim sonrası %63,6'sı diş sağlığı için tüketilmesi gereken besinleri, %92,2'si diş çürüklerine sebep olan etkenleri bilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası dönemde diş sağlığı için tüketilmesi gereken besinleri bilme durumunda istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup ($p<0,05$), diş çürüklerine sebep olan etkenleri bilme durumunda ise istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 3.4.2).

Çizelge 3.4.2. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde diş sağlığı için tüketilmesi gereken besinleri ve diş çürüklerine sebep olan etkenleri doğru bilme durumuna göre dağılımları.

	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra		χ^2	P
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)		
Diş sağlığı için tüketilmesi gereken besinleri						
Bilen	306	49,4	320	63,6	22,90	0,001
Bilmeyen	314	50,6	183	36,4		
Diş çürüklerine sebep olan etkenleri						
Bilen	607	89	521	92,2	3,687	0,660
Bilmeyen	75	11	44	7,8		



Şekil 4.1. Diş sağlığı için tüketilmesi gereken besinlere verilen örneklerin grafiği



Şekil 4.2. Diş çürüklerine sebep olan etkenlere verilen örneklerin grafiği

3.5. Öğrencilerin kazalar ve korunma yollarına ilişkin bulgular

Araştırma gurubundaki öğrencilerin %45,5'i kaza geçirdiğini söylerken, %54,5'i ise kaza geçirmediğini söylemektedir.

Araştırma gurubundaki öğrencilerin eğitim öncesinde %69,4'ü eğitim sonrasında %85,6'sı ilk yardımı yapmada yetkili olan kişiyi doğru bilmektedir. Eğitim öncesinde öğrencilerin %26,4'ü hem ön hem arka koltukta seyahat ederken emniyet kemeri taktığını, eğitim sonrasında ise %26,5'i hem ön hem arka koltukta seyahat ederken emniyet kemeri taktığını belirtmiştir. Öğrenciler bisiklet kullanırken eğitim öncesinde %4,6'sı daima kask takarken bu oran eğitim sonrasında %6,0 tespit edilmiştir. Öğrencilerin karşıdan karşıya geçerken eğitim öncesinde %33,3'ü daima üst geçidi kullanırken bu oran eğitim sonrasında %34,4 olarak tespit edilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası dönemde öğrencilerin ilk yardımı yapmada yetkili olan kişiyi bilme durumunda istatiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($p<0,05$), emniyet kemeri takma, bisiklet kullanırken kask takma durumu ve karşıdan karşıya geçerken yaya ve üst geçidi kullanma durumu arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p> 0,05$), (Çizelge 3.5.1).

Çizelge 3.5.1. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde kazalar ve korunma yollarına ilişkin bulgulara göre dağılımları.

	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra		χ^2	P
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)		
İlk yardımı yapmada yetkili olan kişiyi bilme durumu						
Bilenler	325	69,4	376	85,6		
Eksik bilenler	101	21,6	42	9,6	34,161	0,001
Bilmeyenler	42	9	21	4,8		
Emniyet kemeri takma durumu						
Ön koltuktayken	423	58,4	360	56,7		
Arka koltuktayken	6	0,8	7	1,1	0,846	0,839
Hem ön hem de arka koltuktayken	191	26,4	168	26,5		
Takmam	104	14,4	100	15,7		
Bisiklet kullanırken kask takma durumu						
Daima	32	4,6	38	6		
Bazen	82	11,7	82	13	2,134	0,344
Hiç	588	85,8	511	81		
Karşıdan karşıya geçerken yaya ve üst geçidi kullanma durumu						
Daima	233	33,3	218	34,4		
Bazen	393	56,1	359	56,7	1,164	0,559
Hiç	74	10,6	56	8,8		

3.6. Öğrencilerin çevre sağlığına ilişkin bulgular

Çevreyi güzelleştirmek için yapılabileceklere öğrencilerin en fazla verilen cevaplar eğitimden önce %45,9'la çöpleri çöp kutusuna atma ve %48,6 ile ağaç

dikme cevabı olup, eğitim sonrasında bu oranlar sırasıyla %47 ve %51,3 olmuştur (Çizelge 3.6.1).

Çizelge 3.6.1. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde çevreyi güzelleştirmek için yapılabileceklere öğrencilerin verdikleri cevaba göre dağılımları.

	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra	
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)
Çöpleri çöp kutusuna atma	294	45,9	253	47,0
Ağaç dikme	311	48,6	276	51,3
Geri dönüşüm yapma	2	0,3	2	0,4
Ağaçları sulama	2	0,3	1	0,2
Herşey	3	0,5	0	0
Çevreyi koruma derneklerine üye olma	2	0,3	1	0,2
Sigara ve alkol kullanmama	5	0,8	0	0
Doğayı kirletmemeliyiz	5	0,8	0	0
Evimizin önünü temizlemeliyiz	4	0,6	0	0
Belediyeye haber vermeliyiz	4	0,6	0	0
Kampanya başlatmalıyız	1	0,2	4	0,6
Çimlere basmamalıyız	4	0,6	0	0
Parfüm kullanmamalıyız	4	0,6	1	0,2

Araştırmaya gurubundaki öğrencilerden eğitim öncesi %73,8'i hava kirliliğine sebep olan etkenleri, %60,0'ı gürültü kirliliğine sebep olan etkenleri, %93,3'ü toprak kirliliğine sebep olan etkenleri, %79,2'si çevre sorunlarıyla ilgili sivil toplum kuruluşlarını bilirken, eğitim sonrası %84,3'ü hava kirliliğine sebep olan etkenleri, %88,4'ü gürültü kirliliğine sebep olan etkenleri, %99,2'si toprak kirliliğine sebep olan etkenleri, %84,3'ü çevre sorunlarıyla ilgili sivil toplum kuruluşlarını bilmiştir Eğitim öncesi ve sonrası dönemde hava, gürültü ve toprak kirliliğine sebep olan etkenleri bilme durumunda istatiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($p<0,05$), çevre sorunlarıyla ilgili sivil toplum kuruluşlarını bilme durumda istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 3.6.2).

Çizelge 3.6.2. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde çevre sağlığı bilgi düzeyine göre dağılımları.

Değişkenler	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra		χ^2	P
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)		
Hava kirliliği etkenleri						
Bilen	479	73,8	434	84,3	18,596	0,001
Bilmeyen	170	26,2	81	15,7		
Gürültü kirliliği etkenleri						
Bilen	329	60	313	88,4	84,441	0,001
Bilmeyen	219	40	41	11,6		
Toprak kirliliği etkenleri						
Bilen	461	93,3	392	99,2	19,802	0,001
Bilmeyen	33	6,7	3	0,8		
Çevre sorunlarıyla ilgilenen sivil toplum kuruluşlarını						
Bilen	378	79,2	372	84,2	3,697	0,061
Bilmeyen	99	20,8	70	15,8		

Araştırmaya katılan öğrencilerden su kirliliğine sebep olan ana etkenlerden sanayi atık sularını ve ev atık sularını bilenler eğitim öncesi toplam %65,6 olup eğitim sonrası %98,9 olmuştur. (Çizelge 3.6.3).

Çizelge 3.6.3. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde su kirliliğine sebep olan etkenlere verdikleri cevaplara göre dağılımları.

	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra	
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)
Sanayi atık suları	286	51,3	432	95,4
Ev atık suları	80	14,3	16	3,5
Lastik	5	0,9	0	0
Petrol	29	5,2	4	0,9
Deterjanların suya atılması	2	0,9	0	0
Gemi atıkları	4	0,7	0	0
Atık çöp	152	27,2	1	0,2

Araştırmaya katılan öğrencilerin çevre sorunlarıyla ilgili sivil toplum kuruluşlarına en fazla verdiği doğru cevap eğitim öncesi %70'le Tema, eğitim sonrası %71'le yine Tema olmuştur. Öğrencilerin çevre sorunlarıyla ilgili sivil toplum kuruluşlarına en fazla verdiği yanlış cevap ise eğitim öncesi %5,9'ile Belediye eğitim sonrası %7,7'ile Yeşilay olmuştur (Çizelge 3.6.4).

Çizelge 3.6.4. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde çevre sorunlarıyla ilgilenen sivil toplum kuruluşlarına verdikleri cevaplara göre dağılımları.

	Eğitimden Önce		**Eğitimden Sonra**	
	Sayı	**Yüzde(%)**	**Sayı**	**Yüzde(%)**
Tema	334	70	317	71,7
Belediye	28	5,9	10	2,3
Yeşilay	24	5,0	34	7,7
Kızılay	6	1,3	5	1,1
Çevre koruma kurumu	3	0,6	1	0,2
Karakol	4	0,8	0	0
Çevko	42	8,8	54	12,2
Çevre ve Şehircilik Bakanlığı	4	0,8	2	0,5
Sağlık Bakanlığı	2	0,4	0	0
Zabıta	2	0,4	0	0
Çöpçüler	1	0,2	0	0
Tübitak	1	0,2	0	0
Polis	3	0,6	0	0
Akut	2	0,4	8	1,8
Orman ve Su işleri Bakanlığı	18	3,8	8	1,8
Çekül	3	0,6	2	0,5
Tüçev	1	0,2	0	0

Araştırma gurubundaki öğrencilerin çevre sorunlarıyla ilgili bilgilerini yeterli bulma durumu eğitim öncesinde %42,6'ile evet, eğitim sonrasında ise %43,0 olarak tespit edilmiştir (p=0,987), (Çizelge 3.6.5).

Çizelge 3.6.5. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde çevre sorunlarıyla ilgili bilgilerini yeterli bulma durumuna göre dağılımları.

	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra		χ^2	P
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)		
Evet	280	42,6	247	43,0		
Hayır	114	17,4	98	17,0	0,025	0,987
Fikrim yok	263	40,0	230	40,0		

Geri dönüşümün faydaları konusunda öğrencilerin verdikleri en yüksek oranda verdiği üç cevap eğitim öncesinde %27,7 ile doğal kaynaklar korunur, %26,2 ile israfı önler, %24,2 ile kullanılan malzeme tekrar kullanılır diyenler olup, eğitim sonrasında bu oranlar sırasıyla %40,1, %23,7, %21,1 olmuştur (Çizelge 3.6.6).

Çizelge 3.6.6. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde geri dönüşümün faydalarına verdikleri cevaplara göre dağılımları.

	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra	
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)
Doğal kaynaklar korunur/ ağaç kesilmez	134	27,7	152	40,1
Çevre kirliliği önlenir	80	16,5	49	12,9
Ekonomiye katkı sağlar	14	2,9	8	2,1
Atık maddelerin olmaması için	6	1,2	0	0
İsrafı önler	127	26,2	90	23,7
Kullanılan malzeme tekrar kullanılır	117	24,2	80	21,1
Çöpleri atmak	2	0,4	0	0
Kağıt dönüşümü	1	0,2	0	0
Beynimizi çalıştırır	1	0,2	0	0
Gelecek için	1	0,2	0	0
Dünyaya zarar vermez	1	0,2	0	0

3.7. Öğrencilerin beslenme durumlarına ilişkin bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerden günlük yemek yeme sıklığı eğitim öncesi %76'sı üç öğün olup, eğitim sonrası bu oran %79,5'tir. Öğrencilerin eğitim öncesinde %58,3'ü daima, düzenli sabah kahvaltısı yaptığını söylerken, eğitim sonrasında öğrencilerin daima düzenli sabah kahvaltısı yapma oranı %58,4'tür. Eğitim öncesi ve sonrası dönemde günlük yemek yeme sıklığında ve düzenli sabah kahvaltısı yapma durumunda istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p> 0,05), (Çizelge 3.7.1).

Çizelge 3.7.1. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde günlük yemek yeme ve düzenli sabah kahvaltısı yapma durumuna göre dağılımları.

Değişkenler	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra		χ^2	P
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)		
Günlük yemek yeme sıklığı						
1 öğün	7	1,0	5	0,9		
2 öğün	71	10,6	61	10,8	4,098	0,251
3 öğün	511	76,0	449	79,5		
4 öğün ve fazlası	83	12,4	50	8,8		
Düzenli sabah kahvaltısı yapma durumu						
Daima	387	58,3	321	58,4	1,195	0,550
Bazen	239	36	212	37,2		
Hiç	38	5,7	25	4,4		

Öğrencilerden eğitim öncesi %92,6'sı karbonhidratların, %85,3'ü proteinlerin, %91,0'ı yağların %66,9'u vitaminlerin, %64,9'u minerallerin vücudumuz için önemini, %35,8'i posalı ve lifli besinleri tüketmenin önemini, %81,0'ı obezitenin tanımını %97,7'si obeziteden korunmak için yapılması gerekenleri bilirken, eğitim sonrası %98,9'u karbonhidratların, %95,7'si proteinlerin %99,0'ı yağların, %91,2'si vitaminlerin, %92,2'si minerallerin vücudumuz için önemini %61,3'ü posalı ve lifli besinleri tüketmenin önemini, %96,7'si obezitenin tanımını %99,4'ü obeziteden korunmak için yapılması gerekenleri bilmiştir. Eğitim

öncesi ve sonrası dönemde beslenme ile ilgili bilgi düzeyleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$),(Çizelge 3.7.2).

Çizelge 3.7.2. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde beslenme ile ilgili bilgi düzeyine göre dağılımları.

Değişkenler	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra		χ^2	P
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)		
Karbonhidratların önemin						
Bilen	400	92,6	352	98,9	17,676	0,001
Bilmeyen	32	7,4	4	1,4		
Proteinlerin önemini						
Bilen	330	85,3	286	95,7	19,838	0,001
Bilmeyen	57	14,7	13	4,3		
Yağların önemini						
Bilen	362	91,0	297	99,0	20,989	0,001
Bilmeyen	36	9,0	3	1,0		
Vitaminlerin önemini						
Bilen	224	66,9	206	91,2	44,468	0,001
Bilmeyen	111	33,1	20	8,8		
Minerallerin önemini						
Bilen	181	64,9	189	92,2	48,986	0,001
Bilmeyen	98	35,1	16	7,8		
Posalı ve lifli besinleri tüketmenin önemini						
Bilen	106	35,8	73	61,3	22,561	0,001
Bilmeyen	190	64,2	46	38,7		
Obezitenin tanımını						
Bilen	517	81,0	495	96,7	65,840	0,001
Bilmeyen	121	19,0	17	3,3		
Obeziteden korunmak için yapılması gerekenleri						
Bilen	589	97,7	461	99,4	4,693	0,024
Bilmeyen	14	2,3	3	0,6		

Posalı ve lifli besinleri tüketmenin önemine en fazla verilen cevaplardan bağırsak hareketlerini düzenler diyenler eğitim öncesi %33,1 olup eğitim sonrasında %58 olurken, sağlığımız için diyenler eğitim öncesi %36,5 olup eğitim sonrası %22,5 olmuştur (Çizelge 3.7.3).

Çizelge 3.7.3. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde posalı ve lifli besinleri tüketmenin önemine verdikleri cevaplara göre dağılımları.

Posalı ve lifli besinleri tüketmenin önemini bilme durumu	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra	
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)
Bağırsak hareketlerini düzenler	98	33,1	69	58
Kabızlığı önler	7	2,4	3	2,5
Kolon kanserini önler	1	0,3	1	0,8
Sağlığımız için	108	36,5	27	22,5
Vücudumuzun kaslanması için	16	5,4	2	1,7
Enerji için	7	2,4	0	0
Vitamin kazanmak için	18	6,1	12	10,1
Boşaltımı kolaylaştırmak için	4	1,4	1	0,8
Midemizin işini kolaylaştırır	5	1,7	1	0,8
Sindirimimiz için	22	7,4	0	0
Vücuttan çabuk atılsın diye	5	1,7	2	1,7
Büyümek için	2	0,7	1	0,8
Tüketmemeliyiz	2	0,7	0	0
Doğal olduğu için	1	0,3	0	0

Araştırmaya katılan öğrencilerden dengeli beslenme durumuna eğitim öncesi evet diyenler %56'0 iken, eğitim sonrası sırasıyla %56,2 bulunmuştur. Öğrencilerden eğitim öncesi sebze ve meyveleri tüketme durumunda yıkayarak diyenler %93,4 olup, eğitim sonrası bu oran 93,8'dir. Öğrencilerden fastfood yiyecekleri tüketme sıklığına eğitim öncesi hiç tüketmem diyenler %14,1'ken, eğitim sonrası bu oran %16,2 olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerden açıkta satılan besinleri tüketme durumuna hiç tüketmem diyenler %36,5 bulunmuş olup eğitim sonrası bu oran

%37,5 bulunmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası dönemde beslenme alışkanlıkları arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05), (Çizelge 3.7.4).

Çizelge 3.7.4. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde beslenme alışkanlıklarına göre dağılımları.

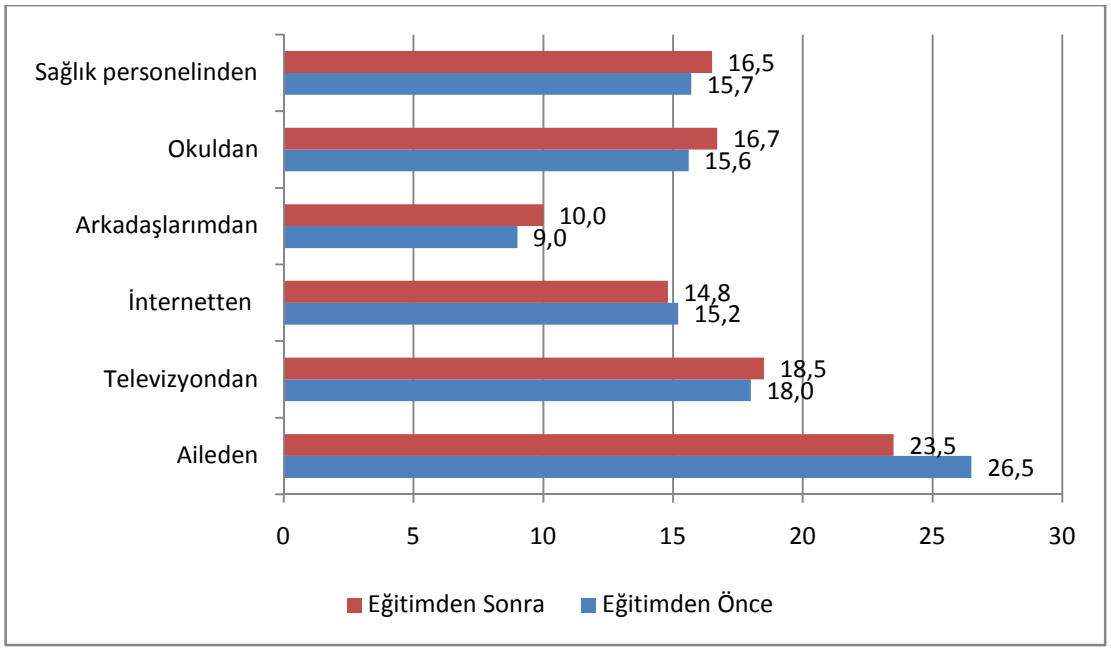
	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra		χ^2	P
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)		
Dengeli beslenme durumu						
Evet	371	56,0	311	56,2		
Hayır	73	11,0	56	10,1	0,259	0,878
Fikrim yok	219	33,0	186	33,6		
Sebze ve meyveleri tüketme durumu						
Yıkayarak	638	93,4	572	93,8		
Yıkamadan	17	2,5	14	2,3	0,077	0,962
Bazen yıkayarak	28	4,1	24	3,9		
Fastfood yiyecekleri tüketme sıklığı						
Hiç tüketmem	83	14,1	75	16,2		
Bazen	103	17,5	90	19,5		
1 defa	192	32,5	164	35,5	6,089	0,107
2 -7 defa	212	35,9	133	28,8		
Açıkta satılan besinleri tüketme durumu						
Genelde	69	10,3	58	10,2		
Bazen	357	53,2	299	52,4	0,124	0,940
Hiç	245	36,5	214	37,5		

3.8. Öğrencilerin sağlıklı bilgi düzeyine ilişkin bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlıkla ilgili bilgileri eğitim öncesi %15,7, eğitim sonrası ise %16,5 ile sağlık personelinden aldığı tespit edilmiştir (p>0.05), (Çizelge 3.8.1).

Çizelge 3.8.1. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde sağlıkla ilgili bilgileri edindikleri kaynaklara verdikleri cevaplara göre dağılımları.

Sağlıkla ilgili bilgileri edindikleri kaynaklar	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra		χ^2	P
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)		
Aileden	551	26,5	466	23,5		
Televizyondan	374	18,0	366	18,5		
İnternetten	315	15,2	293	14,8	6.27	0.28
Arkadaşlarımdan	187	9,0	199	10,0		
Okuldan	323	15,6	330	16,7		
Sağlık personelinden	326	15,7	328	16,5		



Şekil 8.1. Sağlıkla ilgili bilgileri edindikleri kaynaklar durum grafiği

Araştırma grubunun son bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık sorunu olmadan doktor kontrolüne gitme durumuna evet diyenler eğitim öncesi %41,5 olup, eğitim sonrası evet diyenler %45,5 olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerden son bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık sorunu olmadan diş hekimi kontrolüne gitme durumuna evet diyenler eğitim öncesi %39,0 olup eğitim sonrası %42,0 olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerden son bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık sorunu olmadan göz muayenesi yaptırma durumuna evet diyenler eğitim öncesi %36,0 olup eğitim sonrası evet diyenler %37,0'dir. Eğitim öncesi ve sonrası dönemde son bir yıl

içerisinde herhangi bir sağlık sorunu olmadan doktor, diş hekimi kontrolüne gitme ve göz muayenesi yaptırma durumu arasında olumlu bir değişiklik saptanmamış olup, istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05),(Çizelge 3.8.2).

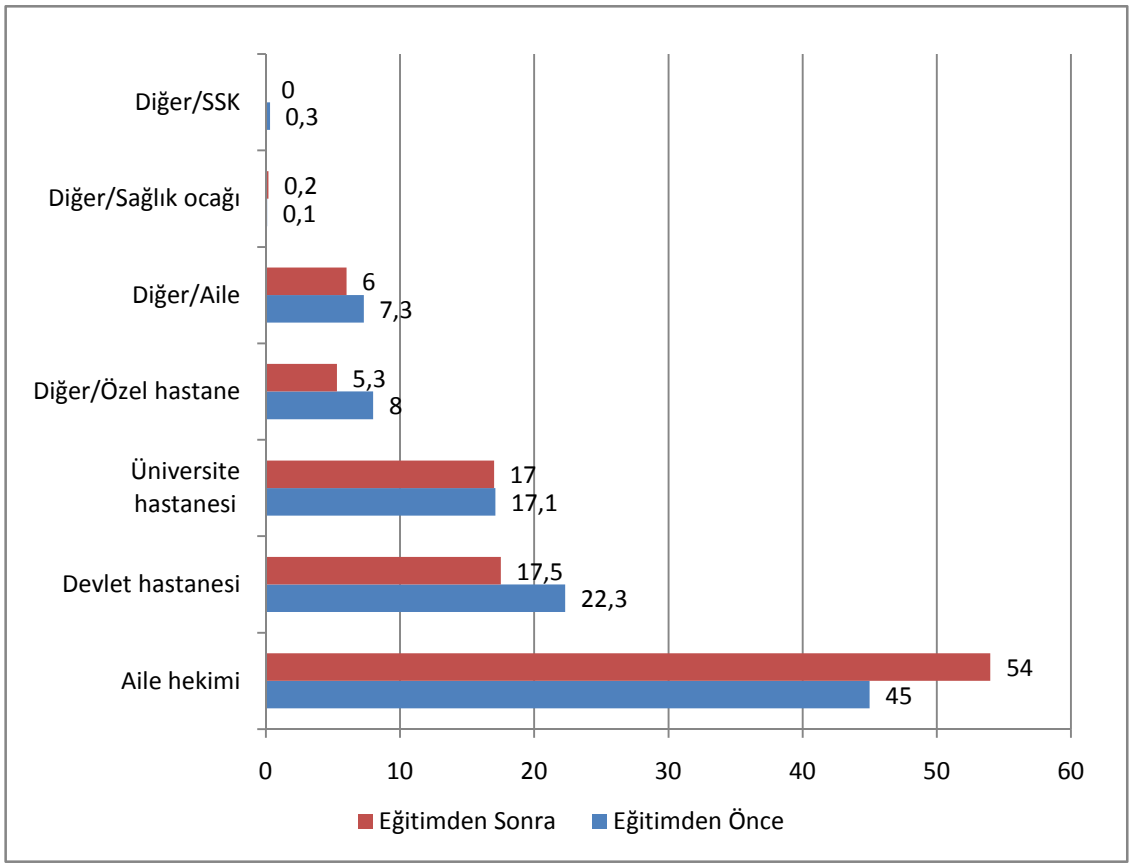
Çizelge 3.8.2. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde son bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık sorunu olmadan doktor, diş hekimi kontrolüne gitme ve göz muayenesi yaptırma durumuna göre dağılımları.

Değişkenler	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra		χ^2	P
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)		
Doktor kontrolüne gitme						
Evet	272	41,5	270	45,5	2,098	0,153
Hayır	384	58,5	323	54,5		
Diş hekimi kontrolüne gitm						
Evet	254	39	248	42	1,163	0,298
Hayır	398	61	343	58		
Göz muayenesi yaptıran						
Evet	239	36	222	37,4	0,237	0,639
Hayır	424	64	372	62,6		

Araştırmaya katılan öğrencilerden acil durumlar dışında sağlıkla ilgili bir problemleri olduğunda ilk olarak başvurmaları gereken yeri bilme durumuna eğitim öncesi %45'i aile hekimine derken, eğitim sonrası bu oran %54 bulunmuştur Eğitim öncesi ve sonrası dönemde acil durumlar dışında sağlıkla ilgili bir problemleri olduğunda ilk olarak başvurmaları gereken yeri bilme durumu arasında olumlu bir değişiklik saptanmış olup, istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0.05), (Çizelge 3.8.3).

Çizelge 3.8.3. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde ilk olarak başvurmaları gereken yeri bilme durumuna göre dağılımları.

	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra		χ^2	P
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)		
Aile hekimi	327	45	307*	54		
Devlet hastanesi	162	22,3	100	17,5		
Üniversite hastanesi	124	17,1	97	17		
Diğer/Özel hastane	58	8,0	30	5,3	14.6	0.023
Diğer/Aile	53	7,3	34	6,0		
Diğer/Sağlık ocağı	1	0,1	1	0,2		
Diğer/SSK	2	0,3	0	0		



Şekil 8.2. Acil durumlar dışında sağlıkla ilgili bir problemleri olduğunda ilk olarak başvurmaları gereken yeri bilme durum grafiği

Araştırmaya katılan öğrencilerden sağlıkla ilgili bilgi düzeylerini artırmak isteme durumuna eğitim öncesi evet diyenler %68,3'ken, eğitim sonrasında %70,1 bulunmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası dönemde sağlıkla ilgili bilgi düzeylerini artırmak isteme durumu arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,112),(Çizelge 3.8.4).

Çizelge 3.8.4. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde sağlıkla ilgili bilgi düzeylerini artırmak isteme durumuna göre dağılımları.

Sağlıkla ilgili bilgi düzeylerin artırmak isteme durumu	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra		χ^2	P
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)		
Evet	457	68,3	404	70,1		
Hayır	81	12,1	83	14,4	4,383	0,112
Kararsızım	131	19,6	89	15,5		

Araştırmaya katılan öğrencilerden hayat kurtarmak için yapılması gerekenleri bilme durumuna eğitim öncesi hem organ bağışı, hem kan bağışı ve hem de ilk yardım diyenler %77,1 bulunmuştur. Eğitim sonrası hepsi diyenler %80,0 bulunmuştur Eğitim öncesi ve sonrası dönemde hayat kurtarmak için yapılması gerekenleri bilme durumu arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,662),(Çizelge 3.8.5).

Çizelge 3.8.5. Öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası dönemde hayat kurtarmak için yapılması gerekenleri bilme durumuna göre dağılımları.

Hayat kurtarmak için yapılması gerekenleri bilme durumu	Eğitimden Önce		Eğitimden Sonra		χ^2	P
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)		
Organ bağışı	44	6,7	32	5,8		
Kan bağışı	73	11,1	55	9,9		
İlk yardım	34	5,2	24	4,3	1,589	0,662
Hepsi	511	77,1	444	80,0		

4. TARTIŞMA

Sağlık eğitimi; sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri içerisinde önemli bir yer tutmakta ve temel olarak sağlığı toplumsal bir değer hâline getirmeyi, halkı sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmayı, sağlık hizmetlerinin gelişmesini sağlamayı amaçlamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri bütün olarak bir ağaca benzetildiğinde, halkın sağlık eğitimi bu ağacın gövdesini oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2008).

Sağlık eğitimi ile öğrencilerin sağlıklı alışkanlıklar edinmesi, ailelerini de olumlu yönde etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda, öğrencinin sağlık eğitimi konusunda bir önder olduğu, aileye ulaşmada en kolay yol olduğu da savunulmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2007).

Verilen sağlık eğitiminin öğrencilerin bilgi, tutum ve davranışlarına etkisini inceleyen bu çalışmanın bulguları 8 bölümde tartışılacaktır.

4.1 Öğrencilerin sosyodemografik bulgularının değerlendirilmesi

Araştırma gurubundaki öğrencilerin %52,6'sı erkek, %47,4'ü kız öğrencilerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %25,3'ü 5. sınıf, %22,3'ü 6. sınıf, % 27,5'i 7. sınıf ve %24,9'u 8. sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır.

Araştırma gurubundaki öğrencilerin kardeş sayısı ortalaması 1,73±0,95 bulunmuştur. Türkiye'de ortalama hane halkı büyüklüğü 3,9'dur (TNSA 2008).Araştırmamızdaki hane halkı büyüklüğü Türkiye ortalaması ile benzer çıkmıştır.

Öğrencilerin annelerinin %52,2'si üniversite mezunu, babaların %71,5'i ise üniversite mezunudur. Kitiş ve Bilgili (2011)'in çalışmasında annelerin % 4,6'sı, babaların ise %9,5'i üniversite mezunudur. Özpulat ve Sivri (2013)'nin çalışmasında annelerin % 0'ı, babaların ise %2,5'i üniversite mezunudur. Araştırmamızdaki öğrencilerin anne ve babalarının üniversite mezunu olma oranı Kitiş ve Bilgili(2011)'in ve Özpulat ve Sivri (2013)'nin çalışmasından yüksek çıkmıştır.Bunun sebebi olarak araştırma yaptığımız ailelerin büyük şehirde ve şehir merkezinde yaşamaları olduğu düşünülmektedir.

Araştırma gurubundaki öğrencilerin annelerinin %56,9'u ev hanımı, %36,8'i devlet memuru, %6,3'ü serbest meslekle, babalarının %1,8'i emekli, %40,3'ü devlet memuru, %57,9'u serbest meslekle iştigal etmektedir.

4.2. Öğrencilerin kişisel hijyen özelliklerine ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Toplumun her bireyine, bilgi ve alışkanlık olarak ilk kazandırılması gereken konu, sağlıklı yaşama yani hijyen konularıdır. Kişisel hijyen denilince, bir günlük normal yaşamda sabahtan gece yatıncaya kadar kişinin, sağlığını koruması ve sağlıklı olarak kalabilmesi için yapması gereken davranışlar akla gelir. Bu alışkanlıklar çocukluk döneminde kazandırılmalıdır (Özden 1991).

İlköğretim öğrencilerinin banyo yapma sıklığı ile ilgili olarak yapılan farklı araştırmalarda üç gün ve daha sık banyo yapma sıklığı %57,4 ile % 69,5 arasında bulunmuştur (Kaya ve Aslan 2006, Yılmaz ve Özkan 2007). Kaya ve Aslan (2006)'ın ilköğretim öğrencilerine yaptıkları araştırmada müdahale gurubundaki öğrencilerin üç gün ve daha fazla sıklıkla banyo yapma oranı % 69,5'dir. Yılmaz ve Özkan (2007)'ın kentsel ve kırsal yerleşim yerlerinde ki iki farklı ilköğretim okulu öğrencilerine yaptıkları çalışmasında kentsel bölgede haftada iki ve daha fazla banyo yapma oranı %57,4 çıkmıştır. Araştırmamıza katılan öğrencilerin eğitim öncesinde %67,8'sının üç gün ve daha fazla sıklıkla banyo yaptığı bulunmuştur. Bu oran diğer çalışmalarla benzerlik göstermekte olup çalışmamızda eğitim sonrasında tespit ettiğimiz %77,8 oranı diğer çalışmalardan daha yüksektir. Bu durum kişisel hijyen konusunda verilen eğitimlerin öğrenciler üzerindeki olumlu etkisi olduğu görülmektedir.

Ülkemizde 1999 yılında ilköğretim öğrencilerine yapılan çalışmada haftada bir tırnak kesme sıklığı %77,8 bulunmuştur (Arısoy ve ark 1999). Arat ve ark (2004)'nın çalışmasında öğrencilerin haftada 1 tırnak kesme sıklığı oranı %78,5 bulunmuştur. Araştırmamıza katılan öğrencilerin eğitim öncesinde, %76'sının haftada bir tırnaklarını kestiği bulunmuştur. Eğitim sonrasında bu oran %82,1'e yükselmiş olup öğrencilerin tırnak kesme sıklığı yapılan diğer araştırmalara göre yüksek çıkmıştır.

Şimşek ve ark (2010)'nın çalışmasında her gün çorap değiştirme sıklığı oranı % 81,2 bulunmuştur. Yılmaz ve Özkan (2007)'ın kentsel ve kırsal yerleşim

yerlerinde ki iki farklı ilköğretim okulu öğrencilerine yaptıkları çalışmada kentsel bölgede her gün çorap değiştirme sıklığı oranı % 65,9 kırsal bölgede ise % 34,1'dir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin eğitim öncesinde %74,8'inin her gün, çorap değiştirdiği bulunmuştur. Eğitimde her gün çorap değiştirilmesi vurgulandığından eğitim sonrasında bu oran %79,4'e yükselmiş olup 2-3 gün ve daha seyrek çorap değiştirme oranı azalmıştır. Araştırmamız sonucunda çorap değiştirme sıklığı Yılmaz ve Özkan (2007) 'ın çalışmasından fazla, Şimşek ve ark (2010)'nın çalışmasına benzer, sonuçlar çıkmıştır.

Arat ve ark (2004)'nın araştırmasında, her gün iç çamaşırı değiştirme sıklığı %30,2 bulunmuştur. Yılmaz ve Özkan (2007)'ın çalışmasında kentsel bölgede her gün iç çamaşırı değiştirme sıklığı oranı %60 kırsal bölgede %40 bulunmuştur. Araştırmamıza katılan öğrencilerin eğitim öncesinde %75,4'ünün her gün, iç çamaşırlarını değiştirdikleri bulunmuştur. Eğitimden sonra her gün, iç çamaşır değiştirilmesi vurgulandığından eğitim sonrasında bu oran %79,4'e yükselmiş olup 2-3 gün ve daha seyrek iç çamaşır değiştirme oranı azalmıştır. Araştırmamıza katılan öğrencilerin sosyoekonomik durumları daha iyi olduğundan iç çamaşırı değiştirme sıklığının Arat ve ark (2004) ile Yılmaz ve Özkan (2007)'ın çalışmasına göre yüksek çıktığı düşünülmektedir.

Ülkemizde 2007 yılında ilköğretim okulu öğrencilerinin kişisel hijyen alışkanlıkları üzerine yapılan çalışmada kentsel bölgede havlu kullanma oranı % 63,3 kırsal bölgede % 36,7 bulunmuştur (Yılmaz ve Özkan 2007). Araştırmamıza katılan öğrencilerin eğitim öncesinde %93,9'u havlu kullanıp eğitim sonrasında bu oran %95'e yükselmiştir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin sosyoekonomik durumları daha iyi olduğundan havlu kullanma sıklığının Yılmaz ve Özkan (2007)'ın çalışmasına göre yüksek çıktığı düşünülmektedir.

Arat ve ark (2004)'nın çalışmasında sabah kalkınca el yıkama oranı % 89,6'dır. Yılmaz ve Özkan (2007)'ın çalışmasında kentsel bölgede sabah kalkınca el yıkama oranı % 62,9 olup kırsal bölgede 37,1'tir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin eğitim öncesinde sabah kalkınca %80,4'ü daima ellerini yıkarken eğitim sonrasında bu oran %81,2'ye yükselmiştir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin sabah kalkınca ellerini yıkama oranı Yılmaz ve Özkan (2007)'ın çalışmasından yüksek Arat ve ark (2004)'nın çalışmasından düşük çıkmıştır.

Şimşek ve ark (2010)'nın araştırmasında yemekten önce el yıkama oranı % 75,3'tür. Arat ve ark. (2004)'nın çalışmasında yemekten önce el yıkama oranı %84,7'dir. Yılmaz ve Özkan (2007)'ın çalışmasında kentsel bölgede yemekten önce el yıkama oranı % 65,1 kırsal bölgede 34,9'dur. Araştırmamıza katılan öğrencilerin eğitim öncesinde yemekten önce %50,3'ü daima, ellerini yıkayıp eğitim sonrasında bu oran %50,6'ya yükselmiştir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin eğitim sonrasında %50,4'inin daima ,%46,8'ünün bazen toplamda %97,2'sinin yemekten önce ellerini yıkadığını ifade etmesi benzer çalışmaların sonuçlarından yüksek çıkmıştır.

Yılmaz ve Özkan (2007)'ın çalışmasında kentsel bölgede yemekten sonra el yıkama oranı % 66,3 kırsal bölgede 33,7'dir.Şimşek ve ark (2010)'nın lise öğrencilerine yaptığı çalışmasında yemekten sonra el yıkama oranı % 14,4'tür. Araştırmamıza katılan öğrencilerin eğitim öncesinde yemekten sonra %83,2'si daima ellerini yıkayıp eğitim sonrasında bu oran %83,8'e yükselmiştir. Araştırmamızda elde edilen sonuçla diğer araştırma sonuçlarından yüksek çıkmasının sebebi olarak öğrencilerin sosyoekonomik düzey ve yaş farkı olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde 2010 yılında lise öğrencilerine yapılan araştırmada sokaktan gelince el yıkama oranı % 30,2'dir (Şimşek ve ark 2010). Arat ve ark (2004)'nın yaptıkları araştırmada sokaktan gelince el yıkama oranı % 77,4'tür Araştırmamıza katılan öğrencilerin eğitim öncesinde sokaktan gelince %84,1'inin daima, ellerini yıkayıp eğitim sonrasında bu oran %86,5'e yükselmiştir. Araştırmamızda elde edilen sonuçlar diğer araştırmaların sonuçlarından yüksek çıkmıştır. Bunun nedeni olarak öğrenciler arasındaki yaş farkından kaynaklandığı ve eğitimin etkili olduğu düşünülmektedir.

Arat ve ark. (2004),araştırmasında öğrencilerin tuvaletten sonra el yıkama oranı % 96,5'tir. Kaya ve Aslan (2006) 'ın el yıkama konusunda yaptıkları araştırma da tuvaletten sonra her seferinde ve sıksık el yıkama oranı müdahale gurubu % 100 kontrol gurubu % 96,6'dır.Şimşek ve ark (2010)'nın araştırmasında öğrencilerin tuvaletten sonra el yıkama oranı % 97,7'dir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin eğitim öncesinde tuvaletten sonra %96,6'sinin daima ellerini yıkadıkları bulunmuş olup eğitim sonrasında bu oran %97,5'e yükselmiştir. Araştırmamızda tuvaletten sonra el yıkama oranında elde edilen sonuçla diğer araştırma sonuçları arasında benzerlik söz konusudur.

Kitiş ve Bilgili (2011)'in çalışmasında öğrencilerin eğitim öncesinde %97,1'ünün, ellerini yıkarken sabun kullandıkları bulunup eğitim sonrasında ise bu oran %99,8 bulunmuştur. Araştırmamıza katılan öğrencilerin eğitim öncesinde daima ve bazen %98,7'sinin ellerini yıkarken sabun kullandıkları bulunmuştur. Eğitim sonrasında ise bu oran %99,1 olmuştur. Araştırmamızda öğrencilerin ellerini yıkarken sabun kullanma oranı ile Kitiş ve Bilgili (2011)'in araştırma sonuçları arasında benzerlik söz konusudur.

4.3.Öğrencilerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarına ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Önsüz ve ark (2011)'nın ilköğretim öğrencilerine yaptıkları çalışmada öğrencilerin düzenli fiziksel aktivite ve spor yapanlar %85,8'dir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin düzenli hareket ve spor yapmanın yararını bilme durumu eğitim öncesinde %74,9'u biliyorken bu oran eğitim sonrasında %89,2'ye yükselmiştir.

Araştırma gurubundaki öğrencilerin aşı olmanın gerekliliğini bilme durumu eğitim öncesinde %83,4'ü biliyorken bu oran eğitim sonrasında %92'ye yükselmiştir. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Pelen (2012)'in araştırmasında 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. Araştırmamıza katılan öğrencilerin kendisine yapılan aşıların üçünü de eğitim öncesinde %36,2'si biliyorken bu oran eğitim sonrasında %53,2'ye yükselmiştir. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Pelen (2012)'in araştırmasında 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. Araştırmamıza katılan öğrencilerin hastalıkların bulaşıcı olduğunu eğitim öncesinde %3,2'si biliyorken bu oran eğitim sonrasında %16,1'e yükselmiştir. Hastalıkların bulaşıcı olduğunu eğitim öncesinde %22,7'si bilmiyorken bu oran eğitim sonrasında %4,8'e düşmüştür. Bu sonuç verilen eğitimin etkili olduğunu göstermektedir.

Pelen (2012)'in araştırmasında 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. Araştırmamıza katılan öğrencilerin hastalıkların bulaşma yolunu eğitim öncesinde %62,7'si biliyorken bu oran eğitim sonrasında %83,5'e yükselmiştir. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir.

Pelen (2012)'in ilköğretim öğrencileri üzerine yaptığı çalışmada 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. Araştırmamıza katılan öğrencilerin günlük uyuma süresi eğitim öncesinde 8,82±1,18 olup bu oran eğitim sonrasında 8,63±1,23 olmuştur.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin düzenli uyumanın sağlığımız için önemini eğitim öncesinde %45,9'u biliyorken bu oran eğitim sonrasında %63,9'a yükselmiştir. Düzenli uyumanın sağlığımız için önemini eğitim öncesinde %54,1'i bilmiyorken bu oran eğitim sonrasında %36,1'e düşmüştür. Bu sonuç verilen eğitimin etkili olduğunu göstermektedir.

Öğrencilerin eğitim öncesinde %68,6'sı alkolün bir zararını, %31,4'ü iki zararını bilirken, eğitim sonrasında öğrencilerin %31,4'ü alkolün bir zararını , %69,6'sı iki zararını bilmiştir. Araştırma gurubundaki öğrencilerin eğitim öncesinde %31,4'ü alkolün iki zararını bilirken, eğitim sonrasında bu oran , %69,6'ya yükselmiştir. Öğrencilere verilen sağlık eğitiminin öğrencilerin alkolün zararlarını bilme üzerine olumlu bir etkisinin olduğu görülmüştür.

Sigaraya başlamada çevresel etkilerin varlığı, sigara ve zararlı etkileri konusunda toplumsal bilgilendirmelere gereksinim olduğu tespit edilmiştir (Çuhadar ve Bahar 2007). Araştırmamıza katılan öğrencilerin eğitim öncesinde %54,4'ü sigaranın bir zararını , %45,6'sı iki zararını bilirken, eğitim sonrasında öğrencilerin %29,1'i sigaranın bir zararını , %70,9'u iki zararını bilmiştir. Araştırma gurubundaki öğrencilerin eğitim öncesinde %45,6'sı sigaranın iki zararını bilirken, eğitim sonrasında bu oran , %70,9'a yükselmiştir. Öğrencilere verilen sağlık eğitiminin

öğrencilerin sigaranın zararlarını bilme üzerine olumlu ve önemli bir etkisinin olduğu görülmüştür.

Araştırma gurubundaki öğrencilerin çevresindeki kişilerin %5,8'i alkol kullanıyorken, %94,2'si alkol kullanmamaktadır.

Çuhadar ve Bahar (2007)'ın çalışmasında ailesinde sigara içen kişi oranı %64,7'dir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin çevresindeki kişilerin %63,3'ü sigara kullanıyorken, %36,7'si sigara kullanmamaktadır. Araştırmamızda öğrencilerin çevresindeki kişilerin sigara kullanma oranı ile Çuhadar ve Bahar (2007)'ın sonuçları benzer çıkmıştır.

Durusu (1996)'nun yaptığı çalışmada araştırma gurubu öğrencilerinin boş zamanlarını değerlendirmek için %88,1'i resimle, %60,7 'si müzikle, %56,5'i koleksiyonla uğraştığını, %93,5'i TV seyrettiğini, %95,2'si spor yapıp oyun oynadığını, %64,3'ü gazete, kitap, dergi okuduğunu söylemiştir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin boş zamanlarını değerlendirmek için en fazla yaptığı aktiviteler olarak eğitim öncesinde %41,9'u kitap okuduğunu, %38,8'i spor yaptığını %23,7'si bilgisayarda oyun oynadığını, söylemiştir. Bu oranlar eğitim sonrasında sırasıyla %36,9, %39,2, %35,2 bulunmuştur.

4.4.Öğrencilerin diş sağlığına ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili olarak çocuklarda en fazla diş bakımı yetersizliği ve diş çürüğü sorunu saptanmıştır (Güler ve Kubilay 2004). İngiltere'de 2002 yılında 14 yaş öğrencilerinin diş sağlığı üzerine yapılan çalışmada 6 ayda bir diş hekimine gidenler % 74'tür (AL-DLAIGAN ve ark 2002). Şimşek ve ark (2010)'nın lise öğrencilerine yapılan çalışmasında diş hekimine yılda 2 kez gidenler % 14,7'dir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin eğitim öncesinde 6 ay ve daha sık diş hekimine kontrole gidilmesi gerektiğini söyleyenler %91,7'den eğitim sonrasında %97,5'e yükselmiştir. Yapılan araştırmalar ülkemizde diş hekimine gidilme oranının İngiltere'ye göre düşük çıktığını göstermektedir. Ülkemizde bu oranın yükselmesi için diş sağlığı eğitimlerinin devam edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Ülkemizdeki ailelerin genel olarak ekonomik durumları, bilgi ve kültürel düzeyleri ve kalıcı alışkanlıkların küçük yaşta öğretildiği göz önüne alınırsa,

çocuklara okula başladıkları birinci sınıftan, hatta anaokulu düzeyinden başlayarak diş fırçalama alışkanlığının önemi öğretilmelidir (Ayrancı 2005). Güler ve Kubilay (2004)'ın, çalışmasında günde iki ve üzeri dişini fırçalayanların oranı %37,2'dir.Albastawy (2012)'nin araştırmasında iki ve üzeri dişini fırçalayanların oranı %23,9'dur.Arat ve ark. (2004)'nın çalışmasında günde iki ve üzeri dişini fırçalayanların oranı % 48,3'tür. Araştırmamıza katılan öğrencilerin eğitim öncesinde günlük %70'i dişlerini 2 kez ve üzeri fırçalamaktadır. Eğitim sonrasında öğrencilerin 2 kez ve üzeri diş fırçalama sıklığı %79,8'e yükselirken hiç dişini fırçalamama ve bir kez dişlerini fırçalama oranı düşmüştür. Araştırmamızda elde edilen sonuçlar diğer araştırmaların sonuçlarından yüksek çıkmıştır. Öğrencilere verilen sağlık eğitiminin öğrencilerin diş fırçalaması üzerine olumlu bir etkisinin olduğu görülmüştür.

Al-Omiri ve ark (2006)'nın öğrencilere yaptığı çalışmasında 2 dakika boyunca dişlerini fırçalayanların oranı %71'dir. Araştırma gurubundaki öğrencilerin eğitim öncesinde %55,1'i 2-3 dakika boyunca dişini fırçalarken, eğitim sonrasında bu oran %70,1'e yükselmiştir. Araştırmamızda 2 dakika boyunca dişlerini fırçalayanlarla Al-Omiri ve ark (2006)'nın sonuçları benzer çıkmıştır. Öğrencilere verilen sağlık eğitiminin öğrencilerin diş fırçalaması üzerine olumlu bir etkisinin olduğu görülmüştür.

Arat ve ark (2004)'nın araştırmasında 3 ay ve altı diş fırçasını değiştirenler % 47,6'dır. Güler ve Kubilay (2004)'ın araştırmasında öğrencilerden 3-4 ay ve altı diş fırçasını değiştirenler %11,6 'dır. AL-DLAIGAN ve ark (2002)'nın 14 yaş öğrencilerinin diş sağlığı üzerine yaptığı araştırmada 3 ay ve altı diş fırçasını değiştirenler % 56'dır. Araştırmamıza katılan öğrencilerin eğitim öncesinde, %59,5'i 3ay ve altı diş fırçasını değiştirmektedir. Eğitim sonrasında öğrencilerin 3ay ve altı diş fırçasını değiştirme sıklığı %71,3'e yükselmiştir. Araştırmamızda elde edilen sonuçlar diğer araştırmaların sonuçlarından yüksek çıkmıştır. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerden diş sağlığı için tüketilmesi gereken besinleri bilenler eğitim öncesi %49,4'den eğitim sonrası %63,6'ya yükselmiştir. Öğrencilerden diş sağlığı için tüketilmesi gereken besinleri bilmeyenler eğitim öncesi %50,6'dan eğitim sonrası %36,4'e düşmüştür. Öğrencilere verilen sağlık eğitiminin öğrencilerin diş sağlığı için tüketilmesi gereken besinleri bilme durumu üzerine olumlu bir etkisinin olduğu görülmüştür.

Araştırmamıza katılan öğrencilerden diş çürüklerine sebep olan etkenleri bilenler eğitim öncesi %89'dan eğitim sonrası %92,2'ye yükselmiştir. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir.

4.5. Öğrencilerin kazalar ve korunma yollarına ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Kazalar okul çağı çocuklarda başta gelen ölüm ve sakatlık sebebidir.Okul sağlığı hizmetleri ile sağlığı olumsuz etkileyen birçok durumun bunların içerisinde de kazaların önüne geçilebilir (WHO 2013). Kaza nedeni olarak ilk sırada çocuğun kendisinin, ikinci sırada başka çocuğun belirtilmesi dikkate alındığında, okul çocuklarının; kaza nedenlerine, kazalardan korunma yollarına ve kazaları önlemeye yönelik dikkat etmeleri gereken noktalara ait bilgi edinmelerini ve bu bilgilerin de davranışa dönüşmesini sağlayacak konulara eğitim programlarında ağırlıklı olarak yer verilmesi gerekmektedir (Eraslan ve Aycan 2008).

Erkal ve Yertutan (2012)'ın çocukların okulda kaza geçirme durumu ve okulda kaza geçirmelerini önlemeye yönelik ebeveyn davranışlarının incelenmesi çalışmasında araştırma kapsamına alınan 600 kişinin son üç yılda çocuklarının okulda kaza geçirme durumu incelendiğinde; %9,5'inin çocuklarının okulda kaza geçirdiği, % 90,5'inin (543) ise geçirmediği saptanmıştır. Eraslan ve Aycan (2008)'ın çalışmasında son bir ay içerisinde öğrencilerin kaza geçirenler % 41,2 dir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin %45,5'i kaza geçirdiğini söylemektedir. Araştırmamızdaki sonuçlar Eraslan ve Aycan (2008)'ın çalışmasının sonuçlarına benzer olup Erkal ve Yertutan (2012)'ın çalışmasının sonuçlarından yüksek çıkmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerden ilk yardımı yapmada yetkili olan kişiyi doğru bilenler eğitim öncesi %69,4'den eğitim sonrası %85,6'ya yükselmiştir. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir.

Kurt ve ark (2008)'nın ilköğretim öğrencilerine yaptığı araştırmasında öğrencilerin %65,4'ü her zaman emniyet kemeri taktıklarını belirtmiştir. Avusturalya'da 1999 yılında yapılan öğrenci davranışları ve okul çevresi araştırmasında öğrencilerin %83'ü her zaman emniyet kemeri taktıklarını

belirtmiştir (McLellan ve ark 1999). Kara ve ark (2003)'nın lise öğrencilerine yapılan araştırmasında öğrencilerin %22,2'si her zaman emniyet kemeri taktıklarını belirtmiştir. Kara ve ark (2003)'nın lise öğrencilerine yaptığı araştırmasında öğrencilerin %22,5'i araba içinde seyahat ederken emniyet kemeri taktığı bulunmuştur. Araştırmamıza katılan öğrencilerin eğitim öncesinde %58,4'ü ön koltuktayken emniyet kemeri takarken, %0,8'i arka koltuktayken , %26,4'i hem ön hem de arka koltuktayken emniyet kemeri takmaktadır %14,4'u ise takmamaktadır. Eğitim sonrasında öğrencilerin emniyet kemeri takma durumu sırasıyla%56,7, %1,1 ,%26,5 ve %15,7'dir. Araştırmamızdaki emniyet kemeri takma oranı McLellan ve ark (1999)'nın çalışmasına göre düşük çıkmış Kara ve ark (2003)'nın ve Kurt ve ark (2008)'nın çalışmasından yüksek çıkmıştır. Yapılan araştırma sonuçları ülkemizdeki emniyet kemeri takma oranının Avustralya'ya göre düşük olduğunu ve bu konuda verilen sağlık eğitimlerine olan ihtiyacın devam ettiğini göstermektedir.

Kara ve ark (2003)'nın lise öğrencilerine yaptığı araştırmada öğrencilerin %93,8'i bisiklet sürerken kask kullanmadıklarını belirtmiştir. McLellan ve ark (1999)'nın öğrenci davranışları ve okul çevresi araştırmasında öğrencilerin %45'i bisiklet sürerken her zaman kask kullandıklarını belirtmiştir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin bisiklet kullanırken eğitim öncesinde hiç takmayanlar %85,8'den eğitim sonrası %81'e düşmüştür. Araştırmamızdaki bisiklet kullanırken kask kullanma oranı McLellan ve ark (1999)'nın çalışmasına göre düşük çıkmış Kara ve ark (2003)'nın çalışmasından yüksek çıkmıştır. Ülkemizdeki bisiklet kullanırken kask kullanma oranı Avusturalya'ya göre düşük olup bu konuda sağlık eğimlerine devam edilmesi gerektiğini göstermektedir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin karşıdan karşıya geçerken eğitim öncesinde hiç yaya ve üst geçidi kullanmayanlar %10,6'dan eğitim sonrasında %8,8'e düşmüştür.

4.6. Öğrencilerin çevre sağlığına ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Çevre problemleriyle başa çıkmanın en temel yolu bilinçli ve organize bir şekilde, toplumdaki bütün bireylerin eğitiminden geçer. Çevrenin, insanoğlunun ihtiyaçlarını karşılayabilmek için gelişi güzel kullanılmasının doğurduğu tükenme, kirliliğin önlenmesi ve kendi kendini yenileme yeteneğini koruyabilmesi için bu sorunun üzerine kararlı bir şekilde gidilmesi gerekir. Bu kararlılığın en etkin biçimde

yerine getirilmesi için de bireylere gerekli çevre bilincinin kazandırılması şarttır (Bozkurt ve Cansüngü 2002).

Araştırmamıza katılan öğrencilerden hava kirliliğine sebep olan etkenleri bilenler eğitim öncesi %73,8'den eğitim sonrası %84,3'e yükselmiştir. Öğrencilerden hava kirliliğine sebep olan etkenleri bilmeyenler eğitim öncesi %26,2'den eğitim sonrası %15,7'ye düşmüştür. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerden gürültü kirliliğine sebep olan etkenleri bilenler eğitim öncesi %60'dan eğitim sonrası %88,4'e yükselmiştir. Öğrencilerden gürültü kirliliğine sebep olan etkenleri bilmeyenler eğitim öncesi %40'dan eğitim sonrası %11,6'ya düşmüştür. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerden toprak kirliliğine sebep olan etkenleri bilenler eğitim öncesi %93,3'den eğitim sonrası %99,2'ye yükselmiştir. Öğrencilerden toprak kirliliğine sebep olan etkenleri bilmeyenler eğitim öncesi %6,7'den eğitim sonrası %0,8'e düşmüştür. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerden çevre sorunlarıyla ilgili sivil toplum kuruluşlarını bilenler eğitim öncesi %79,2'iken eğitim sonrası %84,3'e yükselmiştir. Öğrencilerden çevre sorunlarıyla ilgili sivil toplum kuruluşlarını bilmeyenler eğitim öncesi %20,8'iken eğitim sonrası %15,8'e düşmüştür. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir.

Araştırma gurubundaki öğrencilerin çevre sorunlarıyla ilgili bilgilerini yeterli bulma durumu eğitim öncesinde %42,6'dan %43'e yükselmiştir. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir.

4.7. Öğrencilerin beslenme durumlarına ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Çocuk ve ergenlerde sağlıksız beslenme, yetersiz fizik aktivite ve enerji arasındaki dengesizlik zayıflık ve obezite açısından önem taşımaktadır. Okul politika ve programları sağlıklı beslenme ve fizik egzersizi desteklemelidir. Okullar, tüm ülkelerde çocukların yaşamına etkisi olan en önemli kurumlardır (Sağlık Bakanlığı

20011). Sağlıksız beslenme alışkanlıklarının yaşla birlikte artış göstermesi, erken dönemden başlayarak çocuk ve gençlerde sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırılmasına yönelik koruyucu girişimlerin önemine işaret etmektedir (Demirezen ve Coşansu 2005).

Korkmaz (2010)'ın üniversitesi öğrencilerine yaptığı çalışmada öğrencilerin %16,8'i günde bir kez, %41,4'ü iki kez, %20,4'ü üç kez, %5,4'ü dört kez, %6'sı dörtten daha fazla ara öğün tüketmektedir. Özpulat ve Sivri (2013)'nin Köy ve kasaba ilköğretim öğrencilerinin beslenme durumları çalışmasında, 2 öğün yemek yeme durumu%11, 3 öğün yemek yeme %73,1, 4 öğün yemek yeme oranı %16'dır. Araştırmamıza katılan öğrencilerden 3 öğün yemek yiyenlerin oranı eğitim öncesi %76'dan, eğitim sonrası %79,5'e yükselmiştir. Araştırmamızda 3 öğün yemek yiyen öğrenci oranı diğer çalışmalardan yüksek bulunmuştur. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir.

Sabbağ ve Sürücüoğlu (2011)'nun çalışmasında, ön testte öğrencilerin % 43,7'si, son testte % 56,1'i, izleme testinde % 53,8'i kahvaltı yaptığını belirtmiştir. Korkmaz (2010)'ın üniversitesi öğrencilerine yaptığı çalışmasında kahvaltı yapanlar %46,8'dir. Tanrıverdi ve ark (2011)'nın lise öğrencilerine yaptığı çalışmasında öğrencilerden düzenli kahvaltı yapanlar %52'dir. Araştırmamızda öğrencilerin eğitim öncesinde %58,3'ü daima, %36'sı bazen sabah kahvaltısı yaptığını, %5,7'si ise düzenli sabah kahvaltısı yapmadığını söylemiştir. Eğitim sonrasında öğrencilerin düzenli sabah kahvaltısı yapma durumu sırasıyla%58,4, %37,2 ve 4,4 olmuştur. Araştırmamızla yapılan diğer araştırmaların düzenli sabah kahvaltısı yapma durum sonuçları benzer çıkmıştır. Araştırmamızın ve yapılan çalışmaların sonuçlarından düzenli sabah kahvaltısı yapma konusunda eğitimlere devam edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Durusu (1996)'nun yaptığı çalışmada öğrencilerden karbonhidratların vücudumuz için önemini bilenler eğitim öncesi %0,5 olup eğitim sonrası %13,5'i karbonhidratların vücudumuz için önemini bilmiştir. Araştırmamızda karbonhidratların vücudumuz için önemini bilenlerin oranı Durusu'nun araştırmasından yüksek çıkmıştır. Araştırmamıza katılan öğrencilerden karbonhidratların vücudumuz için önemini bilenler eğitim öncesi %92,6'dan eğitim sonrası %98,9'a yükselmiştir. Öğrencilerden karbonhidratların vücudumuz için önemini bilmeyenler eğitim öncesi %7,1'den eğitim sonrası %1,4'e düşmüştür. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu

göstermektedir. Araştırmamızda karbonhidratların vücudumuz için önemini bilenlerin oranı Durusu (1996)'nun araştırmasından yüksek çıkmıştır.

Durusu (1996)'nun yaptığı çalışmada öğrencilerden proteinlerin vücudumuz için önemini bilenler eğitim öncesi %21 olup eğitim sonrası %83'ü proteinlerin vücudumuz için önemini bilmiştir. Araştırmamıza katılan öğrencilerden proteinlerin vücudumuz için önemini bilenler eğitim öncesi %85,3'den eğitim sonrası %95,7'ye yükselmiştir. Öğrencilerden proteinlerin vücudumuz için önemini bilmeyenler eğitim öncesi %14,7'den eğitim sonrası %4,3'e düşmüştür. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir. Araştırmamızda proteinlerin vücudumuz için önemini bilenlerin oranı Durusu (1996)'nun araştırmasından yüksek çıkmıştır.

Durusu (1996)'nun ilköğretim öğrencilerine yaptığı çalışmada öğrencilerden yağların vücudumuz için önemini bilenler eğitim öncesi %2 olup eğitim sonrası %44'ü yağların vücudumuz için önemini bilmiştir. Araştırmamıza katılan öğrencilerden yağların vücudumuz için önemini bilenler eğitim öncesi %91'den eğitim sonrası %99'a yükselmiştir. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir. Araştırmamızda yağların vücudumuz için önemini bilenlerin oranı Durusu (1996)'nun araştırmasından yüksek çıkmıştır.

Durusu (1996)'nun yaptığı çalışmada öğrencilerden vitaminlerin vücudumuz için önemini bilenler eğitim öncesi %12 olup eğitim sonrası %65,5'i vitaminlerin vücudumuz için önemini bilmiştir. Araştırmamıza katılan öğrencilerden vitaminlerin vücudumuz için önemini bilenler eğitim öncesi %66,9'dan eğitim sonrası %91,2'ye yükselmiştir. Öğrencilerden vitaminlerin vücudumuz için önemini bilmeyenler eğitim öncesi %33,1'den eğitim sonrası %8,8'e düşmüştür. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir. Araştırmamızda vitaminlerin vücudumuz için önemini bilenlerin oranı Durusu (1996)'nun araştırmasından yüksek çıkmıştır

Durusu (1996)'nun yaptığı çalışmada öğrencilerden minerallerin vücudumuz için önemini bilenler eğitim öncesi %1,5 olup eğitim sonrası %13,5'i minerallerin vücudumuz için önemini bilmiştir. Araştırmamıza katılan öğrencilerden minerallerin vücudumuz için önemini bilenler eğitim öncesi %64,9'dan eğitim sonrası %92,2'ye yükselmiştir. Öğrencilerden minerallerin vücudumuz için önemini bilmeyenler

eğitim öncesi %35,1'den eğitim sonrası %7,8'e düşmüştür. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir. Araştırmamızda minerallerin vücudumuz için önemini bilenlerin oranı Durusu (1996)'nun araştırmasından yüksek çıkmıştır

Sağlıklı besin hazırlama, sağlıklı beslenme, okullarda büyüme ve gelişmenin izlenmesinin çocuk gelişimindeki önemi gibi konularda öğrencileri, öğretmenleri, aileleri ve okul personelini bilgilendirici, beslenme hakkında farkındalık düzeylerini artırıcı sağlık eğitimi programlarına öncelik verilmelidir (Özpulat ve Sivri 2013). Kurt ve ark (2008)'nın araştırmasında öğrencilerin %52,2'ü yeterli beslendikleri saptanmıştır. Araştırmamıza katılan öğrencilerden dengeli besleniyorum diyenler eğitim öncesi %56'dan eğitim sonrası %56,2'ye yükselmiştir. Araştırmamızla yapılan diğer araştırma sonuçları benzer çıkmıştır. Dengeli beslemenin sağlık için en temel şartlardan biri olmasından dolayı verilen sağlık eğitimlerinin devamının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerden posalı ve lifli besinleri tüketmenin önemini bilenler eğitim öncesi %35,8'den eğitim sonrası %61,3'e yükselmiştir. Öğrencilerden posalı ve lifli besinleri tüketmenin önemini bilmeyenler eğitim öncesi %64,2'den eğitim sonrası %38,7'ye düşmüştür. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etkisini göstermektedir.

Pelen (2012)'in çalışmasında müdahale gurubundaki öğrencilerden meyveleri yıkayarak yiyen öğrenciler (hiçbir zaman meyveleri yıkamadan yemeyen) eğitim öncesi %62,5 olup eğitim sonrası %70,1'dir. Araştırmamıza katılan öğrencilerden sebze ve meyveleri tüketme her zaman yıkayarak yiyenler %93,4 eğitim sonrası %93,8'e yükselmiştir. Araştırmamızda sebze ve meyveleri tüketme her zaman yıkayarak yiyenlerin oranı Pelen (2012)'in araştırmasından yüksek çıkmıştır. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir

Araştırmamıza katılan obezitenin tanımını bilenler eğitim öncesi %81'den eğitim sonrası %96,7'ye yükselmiştir. Öğrencilerden obeziteden korunmak için yapılması gerekenleri bilmeyenler eğitim öncesi %19'dan eğitim sonrası %3,3'e düşmüştür. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir

Araştırmamıza katılan öğrencilerden obeziteden korunmak için yapılması gerekenleri bilenler eğitim öncesi %97,7'den eğitim sonrası %99,4'e yükselmiştir. Öğrencilerden obeziteden korunmak için yapılması gerekenleri bilmeyenler eğitim öncesi %2,3'ten eğitim sonrası %0,6'e düşmüştür. Araştırmamızda öğrencilerin obeziteden korunmak için yapılması gerekenleri bilme düzeyinin çok yüksek olduğu ortaya çıkmasına rağmen bunu engelleyecek en önemli etken olan dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite oranının yüksek çıkmaması sağlık eğitimine olan ihtiyacın devam ettiğini göstermektedir.

Özpulat ve Sivri (2013)'nin çalışmasında öğrencilerin fastfood yiyecekleri tüketme durumu hiç %17, nadiren %26,5, haftada 1-2 %38,5, haftada 3-5 %15, hergün %3'tür. Demiezen ve Coşansu (2005)'nun çalışmasında öğrencilerin hamburger, patates kızartması, pizza gibi dışarıda satılan menülerden yeme (fastfood tüketme) hiçbir zaman %15,5'tir. Tanrıverdi ve ark (2011)'nın lise öğrencilerine yaptığı çalışmasında öğrencilerin %81,4 ü fastfood yiyecek yediğini %18,6 sı yemediğini ifade etmiştir. Araştırmamıza katılan öğrencilerden fastfood yiyecekleri hiç tüketmem diyenler eğitim öncesi %14,1'den eğitim sonrası %16,2'ye yükselmiştir. Araştırmamızla diğer araştırma sonuçları benzer çıkmış olup verilen eğitimin önemli ve devam etmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

Alpuğuz ve ark (2009)'nın gençlerin (14-24 yaş) gıda hijyeni ve ambalajlı gıdaların tüketimi konusundaki bilgi ve davranışlarının incelenmesi çalışmasında öğrencilerin açıkta satılan gıdaları tüketme durumu %5,9, açıkta satılan ve ambalajlı yiyecekleri tüketme durumu %29,9, ambalajlı gıdaları tercih etme durumu %64,2'tir. Özpulat ve Sivri (2013)'nin çalışmasında öğrencilerden açıkta satılan yiyecekleri tüketmeyenler %38,5'tir. Araştırmamıza katılan öğrencilerden açıkta satılan besinleri eğitim öncesi hiç tüketmeyenler %36,5'den eğitim sonrası sırasıyla, %37,5'e yükselmiştir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin açıktan satılan besinleri tüketme durumu diğer araştırma sonuçlarıyla benzer çıkmış olup verilen eğitimin önemli ve devam etmesinin gerekli olduğunu göstermiştir.

4.8. Öğrencilerin sağlıklı bilgi düzeyine ilişkin bulguların değerlendirilmesi

Sabbağ ve Sürücüoğlu (2011)'nun ilköğretim öğrencilerine yaptığı çalışmasında öğrencilerin %18,3'ünün okuldan, %22,6'sının öğretmenlerinden, %10,4'ünün gazete ve dergilerden %2,4'ünün internetten, % 26,2'sinin kitaplardan, öğretmenlerinden, % 20,1'inin televizyondan beslenme ile ilgili bilgileri edindikleri belirtilmiştir. Tanrıverdi ve ark (2011)'nın lise öğrencilerine yaptığı çalışmasında öğrencilerin dengeli beslenme konusunda bilgiyi edinmeleri sırasıyla %26,7 radyo ve TV %29,4 öğretmen %25,3 sağlık personelinden %13,7 konferans ve seminer %26,2 kitap ve dergi oluşturmuştur. Bulduk ve ark (2006)'nın adölesanların AIDS bilgi düzeyleri ve hastalığa karşı sosyal önyargıları araştırmasında öğrencilerin AİDS (hastalıklar) hakkında bilgi kaynağını %29,3'ünü televizyon % 3'ünü arkadaşlar %11'ini yazılı materyaller %3'ünü okul %4,3'ünü anne –baba %49,3'ünü bilgim yok diyenler oluşturmaktadır. Araştırmamıza katılan öğrencilerden sağlıkla ilgili bilgileri eğitim öncesi %26,5'i aileden, %18'i televizyondan, %15,2'si internetten, %9'u arkadaşlarımdan, %15,6'sı okuldan, %15,7'si sağlık personelinden edindiklerini söylemişlerdir. Öğrencilerin sağlıkla ilgili bilgileri edindikleri kaynaklar eğitim sonrası sırasıyla %23,5, %18,5, %14,8, %10, %16,7, %16,5 bulunmuştur. Araştırmamızda sağlık personelinden ve okuldan sağlıkla ilgili bilgilerini alanların oranı eğitim sonrasında artmıştır. Araştırmamızda okuldan sağlıkla ilgili bilgileri edinenler %16,7 olup, Bulduk ve ark (2006)'nın çalışmasında %3 çıkmış, Sabbağ ve Sürücüoğlu (2011)'nun araştırmasında %18,3 çıkmıştır. Araştırmamızda okuldan sağlıkla ilgili bilgileri edinenler Bulduk ve ark (2006)'nın çalışmasından yüksek çıkıp, Sabbağ ve Sürücüoğlu (2011)'nun araştırmasına benzer sonuç çıkmıştır. Araştırmamızda sağlık personelinden sağlıkla ilgili bilgileri edinenler %16,5 olup, Tanrıverdi ve ark (2011)'nın çalışmasında %25,3 çıkmıştır. Araştırmamızda okuldan sağlıkla ilgili bilgileri edinenler Tanrıverdi ve ark (2011)'nın çalışmasından düşük çıkmıştır. AİDS, beslenme gibi konu başlıklarının farklı olmasının araştırmamızla diğer araştırmalarda farklı sonuçlar çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerden son bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık sorunu olmadan doktor kontrolüne gitme durumuna evet diyenler eğitim öncesi %41,5'den, eğitim sonrası %45,5'e yükselmiş olup hayır diyenler eğitim öncesi %58,5'den eğitim sonrası %54,5'e düşmüştür. Bu sonuç öğrencilerin herhangi bir sağlık sorunu olmadan doktor kontrolüne gitme konusunda eğitim ihtiyacının devam ettiğini göstermektedir.

Omiri ve ark (2006)'nın öğrencilere yaptığı çalışmada öğrencilerin son bir yıl içerisinde %33'ünün düzenli diş hekimine kontrole gitme alışkanlığı olduğunu belirlemiştir. Araştırmamıza katılan öğrencilerden son bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık sorunu olmadan diş hekimi kontrolüne gitme durumuna evet diyenler eğitim öncesi %39'ken, eğitim sonrası %42'ye yükselmiş olup hayır diyenler eğitim öncesi %61'ken eğitim sonrası %58'e düşmüştür. Bu sonuç öğrencilerin herhangi bir sağlık sorunu olmadan diş hekimi kontrolüne gitme konusunda eğitim ihtiyacının devam ettiğini göstermektedir. Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuç Omiri ve ark (2006)'nın elde ettiği sonuçtan yüksek çıkmıştır.

Araştırmamıza katılan öğrencilerden son bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık sorunu olmadan göz muayenesi yaptırma durumuna evet diyenler eğitim öncesi %36'dan, eğitim sonrası %37,4'e yükselmiş olup hayır diyenler eğitim öncesi %64,0'den eğitim sonrası %62,6'ya düşmüştür. Bu sonuç öğrencilerin herhangi bir sağlık sorunu olmadan göz muayenesi yaptırma konusunda eğitim ihtiyacının devam ettiğini göstermektedir.

Pelen (2012)'in ilköğretim öğrencilerine yaptığı çalışmada 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. Araştırmamızda acil durumlar dışında sağlıkla ilgili bir problemleri olduğunda ilk olarak başvurmaları gereken yeri bilme durumunda eğitim öncesi %45,0'i aile hekimine başvuracağını söylerken eğitim sonrası %54,0'e yükselmiştir. Araştırmamızda öğrencilerin aile hekimine başvurma oranı Pelen (2012)'in çalışmasından düşük çıkmıştır. Araştırmamızda öğrencilerin aile hekimine başvurmalardaki artış oranının az olmasının sebebi olarak; öğrencilerin özel okulda okumalarından dolayı maddi imkânlarının iyiliğinden dolayı özel hastaneyi tercih etmeleri, anne babası doktor olanlarınsa herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında ilk olarak kendi anne babalarına danışmalarının etkisi olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerden sağlıkla ilgili bilgi düzeylerini artırmak isteyenler eğitim öncesi %68,3'den eğitim sonrası %70,1'e yükselmiştir. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir.

Özer ve ark (2008)'nın Sağlık Yüksekokulu öğrencilerine organ nakli /bağışına yönelik görüşleri ve bilgi düzeylerine eğitimin etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada eğitim öncesi öğrencilerin %75,5'i organ bağışı hakkında bilgisinin olduğunu ve %64,2'si bağış yapabileceğini ifade ederken, eğitim sonrası %92,5'inin bilgisinin olduğu ve %71,7'sinin organ bağışı yaparım dediği saptanmıştır. Araştırmamıza katılan öğrencilerden hayat kurtarmak için yapılması gerekenleri bilenler (organ bağışı, kan bağışı, ilkyardım yapılmalı diyenler) eğitim öncesi %77,1'den eğitim sonrası %80'e yükselmiştir. Bu sonuç verilen eğitimin öğrenciler üzerinde olumlu bir etki oluşturduğunu göstermektedir. Araştırmamızda hayat kurtarmak için yapılması gerekenleri bilme durumunda organ naklini bilenlerin oranı ile Özer ve ark (2008)'nın araştırmasındaki oranın farklı çıkmasının nedeni öğrencilerin yaş ve eğitim düzeyinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmamızda öğrencilere verilen sağlık eğitiminin bilgi, tutum ve davranışa etkisi incelenmiştir, araştırmamızın sonucunda öğrencilerin bilgi düzeyinde ve davranışlarında olumlu yönde artış olduğu görülmüştür. Ayrıca öğrencilerin sağlıkla ilgili bilgi tutum ve davranışlarında eksik olan kısımların sağlık eğitimi aracılığıyla tamamlanabildiği görülmüştür.

Asrımızın önemli sağlık problemlerini kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Bunların içerisinde en önemlilerinden birisi obezitedir. Araştırmamızda öğrencilerin obeziteden korunmak için yapılması gerekenleri bilme düzeyinin çok yüksek olduğu ortaya çıkmasına rağmen bunu engelleyecek en önemli etken olan dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite oranının yüksek çıkmaması sağlık eğitimine olan ihtiyacın devam ettiği sonucunu göstermektedir.

Araştırmamızda öğrencilerin sağlıkla ilgili bilgi tutum ve davranışlarında en fazla eksik olan kısımların hangi hastalığın bulaşıcı olduğunu bilme durumlarını ve posalı ve lifli besinlerin tüketmenin önemini bilme durumları olduğu gözlenmiştir. Öğrencilerin sağlık eğitimiyle bu alandaki bilgi düzeylerinin artırılabildiği araştırmamızda görülmüş olup verilen sağlık eğitimlerinin devamı sayesinde toplumun sağlık seviyesi artıracağı düşünülmektedir. Okullardaki eğitim müfredatında özellikle bu konulardan bahsedilmesi, öğrenciler için el broşürleri dağıtılması ve sağlık bakanlığı tarafından bu hususta kamu spotu hazırlanması önerilmektedir.

Öğrencilerin davranış değişikliklerindeki olumlu artışın bilgi düzeylerindeki artışa göre daha az olmasının sebebi olarak davranış değişikliğinin daha uzun bir süre gerektirmesi olduğu düşünülmektedir. Sağlık eğitimlerinin devam etmesi sayesinde bu olumlu değişiklikler artmaya devam edecek ve sağlık düzeyi gelişmiş bir öğrenci hem akranlarının hem anne ve babasının hem de toplumda etkileşim içerisinde bulunduğu kişilerin sağlık düzeyinin gelişimine katkı sağlayacaktır.

Araştırmamız okullarda sağlık eğitimini ne kadar gerekli olduğunun önemini bir kaz daha vurgulamış olup Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı'nın işbirliği içerisinde okullarda düzenli sağlık eğitimlerinin hem öğrencilere hem öğrencilerin yetişmesine büyük katkı sağlayan öğretmen ve anne babalara verilmesiyle toplum sağlık düzeyimizin daha da gelişeceği

düşünülmektedir.

Araştırmamızın sonuçları öğrencilerin sağlık ile ilgili konularda sağlık eğitimi almak istediklerini ve sağlık eğitimine olan ihtiyacı göstermektedir Okullarda sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve devam ettirilmesi okullarda sağlık problemleri hususunda tanımlayıcı çalışmalar yanında sağlığı geliştirmek için müdahale çalışmalarının sayısının artması da toplum sağlık düzeyinin gelişmesine katkı sağlayıp sağlıklı öğrenciler ile sağlıklı bir toplumun oluşmasını sağlanacaktır.

6.ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ortaokul Öğrencilerine Verilen Sağlık Eğitiminin Öğrencilerin Bilgi Tutum ve Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi

"Mehmet Coşgun"

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2014

Okul toplumu yaklaşık olarak Türkiye nüfusunun dörtte birini oluşturmaktadır. Okul sağlık eğitimleri öğrencilerin sağlıklı davranış biçimi geliştirilmesinde ve sağlıklı bir toplumun oluşmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu araştırma, 2013-2014 eğitim öğretim yılında Konya il merkezindeki bir ortaokulun 5-8. sınıflarında okuyan öğrencilere verilen sağlık eğitiminin, öğrencilerin sağlıkla ilgili çeşitli konulardaki bilgi, tutum ve davranışlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan 7 konudan ve 62 sorudan oluşan bir anket kullanılmıştır. Bu çalışma anket uygulama, eğitim verilmesi ve tekrar anket uygulama şeklinde yapılmıştır. Veriler; ortalama, standart sapma ve yüzdeler şeklinde özetlenmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin ortaya konmasında Ki-Kare ve t testi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %52,6'sı erkektir. Eğitim sonrasında öğrencilerin sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarında gelişim görülmüştür.3 günde bir banyo yapma oranı %67,8'den eğitim sonrasında %77,8'e yükselmiştir. Günlük 2 kez ve üzeri diş fırçalayanlar %70'den %79,8'e yükselmiştir. 2-3 dakika boyunca dişini fırçalayanlar %55,1'den, %70,1'e yükselmiştir. Hastalıkların bulaşıcı olduğunu bilenler %3,2'den %16,1'e yükselmiştir. Hastalıkların bulaşma yolunu bilenler %62,7'den %83,5'e yükselmiştir. Düzenli uyumanın sağlığımız için önemini bilenler %45,0'dan %63,9'a yükselmiştir. Alkolün iki zararını bilenler %31,4'den %69,6'ya yükselmiştir. İlk yardımı yapmada yetkili olan kişiyi doğru bilenler %69,4'den %85,6'ya yükselmiştir. Gürültü kirliliğine sebep olan etkenleri bilenler %60,0'dan %88,4'e yükselmiştir. Çevre sorunlarıyla ilgili sivil toplum kuruluşlarını bilenler %79,2'den %84,3'e yükselmiştir. Minerallerin vücudumuz için önemini bilenler %64,9'dan %92,2'ye yükselmiştir. Posalı ve lifli besinleri tüketmenin önemini bilenler %35,8'den %61,3'e yükselmiştir.

Öğrencilerin sağlıkla ilgili bilgi tutum ve davranışlarında eksik olan kısımların sağlık eğitimi aracılığıyla tamamlanabildiği görülmüştür. Verilen sağlık eğitimlerinin devamı davranış değişikliğini artıracak ve toplum sağlığının gelişmesine yardımcı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Bilgi; Davranış; Ortaokul; Öğrenci; Sağlık eğitimi

7. SUMMARY

The Effect of Health Education Given to Secondary School Students on Their Knowledge, Attitude and Behaviors

School community is approximately one-fourth of Turkey's population. School health education plays an important role for development of students' health behavior and a healthy community organization. This study was carried out to identify the effect of health education given to students, attending to 5-8th grade of a secondary school in the provincial center of Konya in 2013-2014, on their knowledge, attitude and behaviors related to health.

A questionnaire including 7 topics and 62 questions was used for data collection. Data was collected in pre-education and post-education period by questionnaire. The data were summarized as mean, standard deviation, and percent. In presenting the relationship between dependable and undependable variables, Chi – Square and t- test were applied.

52,6% of the students are male. It was seen that students on their knowledge, attitude and behaviors related to health has been improved during post education period. It was seen that the rate of having bath within 3 days has increased from 67,8 % to77,8% after training. The rate of brushing teeth 2 times and more daily has increased from 70% to79,8%. The rate of brushing teeth during 2-3minutes has increased from 55,1% to 70,1%. Awareness rate of infectious diseases has increased from 3,2% to 16,1%. Awareness rate of way of spreading diseases has increased from 62,7% to 83,5%. Awareness rate of regular sleep has increased from 45,0% to 63,9%.The rate of knowing two harmful effects of alcohol has increased from 31,4% to 69,6%. Awareness rate of person who is responsible for first aid has increased from 69,4% to 85,6%. The rate of knowing factors causing noise pollution has increased from 60,0% to 88,4%.The rate of knowing non government organizations which deal with environment has increased from 79,2% to 84,3. Awareness rate of necessity of minerals for our body has increased from 64,9% to 92,2%. Awareness rate of consuming dietary fibers has increased from 35,8% to 61,3%.

The missing parts of students' knowledge, attitude and behaviors related to health were seen to be completed by health education. Continuation of health education given to students to improve behavior change will help the development of public health.

Key Words: Behavior of student; Health education; Knowledge; Secondary school

8.KAYNAKLAR

Akman Y, Erden M.Eğitim Psikolojisi,6.Baskı, Ankara, Arkadaş Yayınevi,1998;119-21.

Albashtawy M. Oral health patterns among schoolchildren in Mafraq Governorate, Jordan. The Journal of School Nursing, 2012;28.2:124-29.

Al-dlaigan Y H, Shaw L, Smith AJ. Dental erosion in a group of British 14-year-old, school children. Part III: Influence of oral hygiene practises. British dental journal, 2002; 192.9: 526-30.

Alkan, E, Ertem, A, Hatemoğlu, E, Hülür, Ü, Mollahaliloğlu, S. Okullarda Sağlık Eğitimi, Ankara,TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Mevcut Durum Raporu,2005;2-16.

Al-Omiri MK, Al-Wahadni AM, Saeed KN. Oral health attitudes, knowledge, and behavior among school children in North Jordan. Journal of dental education. 2006;70(2):179-87.

Alpuğuz G, Erkoç F, Mutluer B, Selvi M.Gençlerin (14-24 yaş) gıda hijyeni ve ambalajlı gıdaların tüketimi konusundaki bilgi ve davranışlarının incelenmesi. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi, 2009; 66.3:107-15.

Arat A, Şimşek I, Erdamar GK. Yatılı ilköğretim bölge okulu ikinci kademe öğrencilerinin kişisel hijyen uygulamaları, Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi,2014;33:58-72.

Arısoy M, Piyal B, Ateş S,Yaman LS. Keçiören ilçesi dört merkez ilköğretim okulu'nun ikinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde enterobius vermicularis taraması, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,1999;52(2):83-87.

Arvasi A. Eğitim Sosyolojisi, İstanbul,Burak Yayınevi,1995;20-27.

Ayrancı Ü. Bir grup ilkokul öğrencisinde diş çürüğü saptama araştırması. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2005;14(3):50-4.

Bahar Z.Okul sağlığı hemşireliği, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2010; 3:195-200.

Bozkurt O, Cansüngü Ö. İlköğretim öğrencilerinin çevre eğitiminde sera etkisi ile ilgili kavram yanılgıları. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2002;23: 67-73.

Bulduk S, Esin MN, Umut N. Adölesanların HIVAIDS bilgi düzeyleri ve hastalığa karşı sosyal önyargıları. STED, 2006; 15(8): 139-43.

Bülbül SH. Bin yıl hedefleri, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2005;48: 1-7.

Büyükkaragöz S, Çivi C.Genel Öğretim Metodları, 10.Baskı, İstanbul, Beta Basım, 1999;16-26.

Ceylan S, Turan T. Bir ilköğretim okulunda okul sağlığı hemşireliği uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009; 4:36-49.

Çuhadar D,Bahar A. Farklı sosyoekonomik çevreden iki ilköğretim okulunda öğrenim gören öğrencilerin sigara kullanma durumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2.131-45.

Demirel Ö, Kaya Z.Eğitim Bilimine Giriş,5. Baskı, Ankara, Pegem Akademi Yayınları,2010;3-20.

Demiezen E, Coşansu G. Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi, Sted Dergisi, 2005; 14:174-78.

Durusu K.İlkokul Öğrencilerine verilen sağlık eğitiminin; öğrencilerin sağlıkla ilgili bilgi tutum ve davranışlarına etkisi, Erciyes Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Kayseri Yüksek Lisans Tezi, 1996;4-11.

Eraslan R, Aycan S. Bir ilköğretim okulu ikinci kademe öğrencilerinde okul kazası görülme sıklığının incelenmesi, Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 2008; 2:8-18.

Erkal S,Yertutan C. Çocukların Okulda Kaza Geçirme Durumu ve Okulda Kaza Geçirmelerini Önlemeye Yönelik Ebeveyn Davranışlarının İncelenmesi.http://www. sdergi. hacettepe. edu. tr/sibelerkalcananyertutan.pdf,21. 2012.Erişim tarihi:17/04/2014.

Geçkil E,Yıldız S.Adölesanlara yönelik stresle baş etme eğitiminin sağlığı geliştirmeye katkısı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,2006;10: 19-28.

Gökkoca, F. Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2001;10: 371-74.

Güler G, Kubilay G. Bir ilköğretim okulu öğrencilerinin fiziksel bakım sorunlarının belirlenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004;2: 60-65.

Kahveci G, Demirtaş Z.İlköğretim okulu 6, 7. ve 8. sınıf öğrencilerinin temizlik ve hijyen algıları. Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi, 2012; 2(2):51-61.

Kara B,Hatun Ş, Aydoğan M, Babaoğlu K,Gökalp AS. Kocaeli ilindeki lise öğrencilerinde sağlık açısından riskli davranışların değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi,2003; 46(1): 30-7.

Kaya M,Aslan D. Ankara'da bir ilköğretim okulunda el yıkama konusunda bir müdahale çalışması, Erciyes Medical Journal Erciyes Tıp Dergisi, 2009;31(2):135-43.

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.

Korkmaz NH. Uludağ Üniversitesi Öğrencilerinin Spor Yapma ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2010;2: 399-413.

Kurt AÖ, Kayran Y,Zengin S ve ark. Mersin İl Merkezinde İlköğretim Birinci ve Altıncı Sınıf Öğrencilerinde Temel Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi: Okul Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2008;(1)19-25.

McLellan L,Rissel C,Donnelly N,Bauman A. Health behaviour and the school environment in New South Wales, Australia. Social science & medicine,1999; 49(5): 611-19.

Neyzi O,Bulut A, Gökçay G,Uzel N.Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler,2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri,1994;5.

Önsüz MF, Zeynep Z, Müberra Ö ve ark. Sakarya'da bir ilköğretim okulu öğrencilerinde obezite ve hipertansiyonun değerlendirilmesi, Sakarya Medical Journal, 2011;1: 86-92.

Özcebe H, Ulukol B, Mollahaliloğlu S, Yardım N ve Kahraman F (eds). Sağlık hizmetlerinde okul sağlığı kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Yücel Ofset, Ankara, 2008;1-7.

Özden M. Sağlık Eğitimi Ders Kitabı, 2. Baskı, Ankara, Kadıoğlu Matbaaası,1991;69-86.

Özden Y.Eğitimde Yeni Değerler, 6. Baskı, Ankara, Pegem Akademi Yayınları,2005;67-80.

Özpulat F,Sivri BB. Köy ve kasaba ilköğretim öğrencilerinin beslenme durumları, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2013;22(6):207-19.

Öztek Z, Kubilay G. Toplum Sağlığı Hemşireliği,3.Baskı, Ankara, Palme Yayıncılık,2005;252-60.

Öztürk M. Öğretimde Planlama ve Değerlendirme,1. Baskı, İstanbul, Lisans Yayınevi,2005;13-41.

Özvarış Ş,Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme, Editörler: Güler Ç, Akın L,ed. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara,2006;1132-87.

Pekcan H,Okul sağlığı, Editörler: Güler Ç, Akın L,Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara,2006;454-69.

Resmi Gazete. 1276 Sayılı 'Okul Sağlığı Hizmetleri Hakkında Genelge'.01.02.2005:24.

Resmi Gazete. 1798 Sayılı 'Madde Bağımlılığı Hakkında Genelge'.22.04.1999.

Resmi Gazete. 25867 Sayılı 'Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik' 06.07.2005.

Sabbağ Ç, Sürücüoğlu MS. İlköğretim Öğrencilerine Verilen Beslenme Eğitiminin Beslenme Tutum ve Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. Electronic Journal of Food Technologies, 2011;6.3: 1-13.

Seçginli S, Erdoğan S, Demirezen S.Okul sağlığı tarama programı: bir pilot çalışma örneği, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2004;13: 462-65.

Seitz CM, Wyrick DL, Orsini MM, Milroy JJ, Fearnow-Kenney M. Coverage of Adolescent Substance Use Prevention in State Frameworks for Health Education: 10-Year Follow-Up, Journal of School Health,2012;83: 53-60.

Şimşek Ç, Piyal B, Tüzün H, Çakmak D, Turan H, Seyrek V.Personal Hygiene Behavior of Some High School Students in Ankara Province,2010,TAF Preventive Medicine Bulletin;9,5: 433-40.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Okul Sağlığı Çevre Sağlığı, Ankara, 2011; 3.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Milli Eğitim İstatikleri, Örgün Eğitim 2011-2012, 2012;48.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Beslenme eğitimi programı. http://tegm.meb.gov.tr/www/beslenme-egitimi-programi-beslenebilirim/icerik/21. Erişim tarihi: 07.04.2013.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Sağlık ağızda başlar programı. http://tegm.meb.gov.tr/www/saglik-agizda-baslar/icerik/40. Erişim tarihi: 07.04.2013.

T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. Saglik Ergenlik Projesi. http://www.meb.gov.tr/duyurular/duyurular/SaglikErgenlikProjesi/SaglikErgenlikProjesi.htm. Erişim tarihi: 07.04.2013.

T.C.Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Sağlığı Pratik Rehber El Kitabı,.Ankara, 2007;12-20.

T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek, Ankara, 2007;36-45.

T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi GenelMüdürlüğü. Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Sağlık ve Sağlığın Korunması Modülleri, Ankara,2008;9.

T.C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı. Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik "Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi" Rehberi. Ankara, 2011;17.

Tunca Y.Okul Sağlığı ve Sağlık Eğitimi, İstanbul, Milli Eğitim Basımevi,1971;17-31.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.Okul sağlığı hizmetleri; www.thsk.gov.tr/tr/dosya/TSBS/okul-sagligi-hizmetleri-v1.doc.Erişim Tarihi; 26.02.2013.

Türk Diş Hekimleri Birliği.http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/haber_goster.php?id=1496. Erişim tarihi: 07.04.2013.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması (TNSA) 2008; Ankara, Türkiye. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/analiz.shtml. Erişim tarihi:24.05.2014.

Umumi Hıfzısıhha Kanunu (Tarih: 24.04.1930, Sayı: 1593).

World Health Organization .School youth heath. .http://www.who.int/school_youth_health/facts/en/index.html. Erişim Tarihi: 24.03.2013.

World Health Organization .Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences,Geneva ,2009;1.

Yılmaz E, Özkan S. Bir ilçede iki farklı yerleşim yerindeki ilköğretim okulu öğrencilerinin kişisel hijyen alışkanlıklarının karşılaştırılması, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2009;4:19-33.

9.EKLER

EK-A. Anket Formu

ÖĞRENCİLERİN SAĞLIKLA İLGİLİ BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Sevgili öğrencimiz, öğrencilerimizin sağlık düzeyinin saptanması amacıyla gönüllülük esasına dayalı bir anket çalışması yapılmaktadır. Elde edilecek sonuçlar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. İsim ve adres kaydedilmeyecektir. Katılımınız için teşekkürler.

1. Sınıfınız ……

2. Cinsiyetiniz ( ) Erkek ( ) Kız

3. Kaç yaşındasınız? .....

4. Kaç kardeşiniz var? ……

5. Boyunuz …….. cm

6. Kilonuz ……. kg

7. **Annenizin** öğrenim durumu nedir?

( ) Okula gitmemiş ( ) İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu

( ) Lise mezunu ( ) Üniversite mezunu

8. **Babanızın** öğrenim durumu nedir?

( ) Okula gitmemiş ( ) İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu

( ) Lise mezunu ( ) Üniversite mezunu

9. **Anne**nizin **çalışma** durumu nedir? ( ) Çalışmıyor

( ) Anneniz çalışıyor ise mesleği: …….

10. **Baba**nızın **çalışma** durumu nedir? ( ) Çalışmıyor

( ) Babanızın çalışıyor ise mesleği: ……

A-KİŞİSEL HİJYEN (7 soru)

11. **Kaç günde** bir **banyo** yaparsınız? ……..

12. **Tırnaklarınızı** ne kadar sıklıkla kesersiniz? …….……

13. Kaç günde bir **çoraplarınızı** değiştirirsiniz?.....

14. Kaç günde bir **iç çamaşırınızı** değiştirirsiniz?.....

15. Elinizi ve yüzünüzü yıkadıktan **sonra havlu kullanır mısınız**?

( ) Evet ( ) Hayır

16. Gün içinde ne zaman ellerinizi yıkarsınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

a) **Sabah kalkınca** ( ) Daima ( ) Bazen ( ) Hiç

b) **Yemekten önce** ( ) Daima ( ) Bazen ( ) Hiç

c) **Yemekten sonra** ( ) Daima ( ) Bazen ( ) Hiç

d) **Sokaktan gelince** ( ) Daima ( ) Bazen ( ) Hiç

e) **Tuvaletten sonra** ( ) Daima ( ) Bazen ( ) Hiç

17. Ellerinizi y ı k a r k e n **sabun** kullanır mısınız?

( ) Daima ( ) Bazen ( ) Hiç

B-SAĞLIKLI YAŞAM ALIŞKANLIKLARI (12 soru)

18.Düzenli hareket ve spor yapmanın yararlarını yazınız?

……...

19. Sizce **niçin aşı** olmamız gerekir?

……

20.Size yapılan **3 tane aşının** ismini yazar mısınız?

……..……

……..…….

21. Aşağıdaki hastalıklardan bulaşıcı olanları işaretleyiniz?

( )**Kanser** ( )**Sıtma** ( )**Tifo** ( )**Verem**

( )**Grip** ( )**Boğmaca** ( )**Kalp hastalığı** ( )**Astım**

( ) **Kuduz** ( )**Kızamık** ( )**Hepatit** ( )**Hipertansiyon**

22.Hastalıkların bulaşma yollarından 3 tanesini yazar mısınız?

……

…….

23.Günlük kaç saat uyku uyuyorsunuz?

……

24. Düzenli uykunun sağlığımız için önemini yazar mısınız**?**

……

……...

25. **Alkolün** 2 tane zararını yazar mısınız?

……

…….

26. **Sigaranın** 2 tane zararını yazar mısınız?

……

…….

27. Çevrenizde **alkol kullanan** var mı? ( ) Evet ( )Hayır

28. Çevrenizde **sigara kullanan** var mı? ( ) Evet ( )Hayır

29. **Boş zaman**larınızı değerlendirmek için en çok yaptığınız 2 tane **aktiviteyi** yazar mısınız?

……

C-DİŞ SAĞLIĞI (6 soru)

30. Diş sağlığını korumak için, ne kadar **sürede** bir diş hekimine gidilmelidir?

……...

31. Günde **kaç kez** dişlerinizi fırçalarsınız? ……..

32. Dişlerinizi fırçalamak yaklaşık kaç dakikanızı alır?.....

33. Ne kadar sıklıkla diş fırçanızı **değiştirirsiniz**? ……

34. Diş sağlığımız için hangi tür besinler tüketmeliyiz?

……

35. **Diş çürüklerine** sebep olan etkenleri yazar mısınız?

……

D**- KAZALAR VE KORUNMA YOLLARI (5 Soru)**

36. Şimdiye kadar bir kaza geçirdiniz mi? ( ) Evet ( )Hayır

37. İlk yardımı yapmada aşağıdaki belirtilenlerden hangisi yetkilidir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

( )Doktor ( )Hemşire

( )İlk yardım eğitimi almış kişiler ( )Herkes

38. Arabaya bindiğiniz de **emniyet kemerini** takar mısınız?

( ) Ön koltuktayken ( ) Arka koltuktayken

( ) Hem ön hem de arka koltuktayken ( )Takmam

39. Bisiklet kullanırken **kask** takar mısınız?

( ) Daima ( ) Bazen ( ) Hiç

40. Trafikte karşıdan karşıya geçerken **yaya geçidi ve üst geçidi** kullanır mısınız?

( ) Daima ( ) Bazen ( ) Hiç

E- ÇEVRE SAĞLIĞI (5 soru)

41. Çevreyi korumak ve güzelleştirmek için neler yapabiliriz?

……

42. Aşağıdaki çevre kirliliği çeşitlerine sebep olan etkenleri yazınız

a) **Hava kirliliğine** sebep olan etkenler…….……

b) **Su kirliliğine** sebep olan etkenler……..……

c) **Gürültü kirliliğine** sebep olan etkenler….……...…….

d) **Toprak kirliliğine** sebep olan etkenler..……...…….

43. Çevre sorunlarıyla ile ilgilenen 1 tane **sivil toplum kuruluşu** ismi yazabilir misiniz?…….

44. Çevre sorunları ile ilgili bilginizin **yeterli** olduğuna inanıyor musunuz?

( ) Evet, ( )Hayır ( ) Fikrim yok

45. **Geri dönüşümün** faydalarını yazar mısınız?

……

F- BESLENME (10 soru)

46. Günde kaç öğün yemek yersiniz? ……

47. **Düzenli** sabah kahvaltısı yapar mısınız?

( ) Daima ( ) Bazen ( ) Hiç

48. Aşağıdaki besin maddelerinin **vücudumuz için önemini** yazınız?

a) **Karbonhidrat**

……

b) **Protein**

……

c) **Yağ**

……

d) **Vitamin**

……

e) **Mineral**

……

49.Yukarıdaki besin çeşitlerinin hepsinden yeterli miktarda her gün tüketir misiniz (Dengeli ve sağlıklı beslenir misiniz) ?

( ) Evet, ( )Hayır ( ) Fikrim yok

50. Sizce niçin posalı ve lifli besinler tüketmeliyiz?

……
……..

51. Sebze ve meyveleri nasıl tüketirsiniz

( ) Yıkayarak ( ) Yıkamadan ( ) Bazen yıkayarak

52. Obezite nedir?…….

53. Obeziteden korunmak için neler yapmamız gerekmektedir?

……

54. Fastfood yiyecekleri(Hamburger, cips, pizza… vb)haftada kaç kez tüketirsiniz?

……...

55. A**çıkta satılan besinleri** tüketir misiniz?

( ) Genelde ( ) Bazen ( ) Hiç

G- SAĞLIK BİLGİ DÜZEYİ (7 soru)

56. **Sağlıkla ilgili bilgileri** çoğunlukla nereden edinirsiniz ?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

( ) Ailemden ( ) Televizyondan ( ) İnternetten ( ) Arkadaşlarımdan ( ) Okuldan ( ) Sağlık personelinden

57. Son bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık sorununuz olmadan **doktor kontrolüne** gittiniz mi?

( ) Evet …… kere ( ) Hayır

58. Son bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık sorununuz olmadan **diş hekimine** kontrole gittiniz?

( ) Evet …… kere ( ) Hayır

59.Son bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık sorununuz olmadan **göz muayenesi** yaptırdınız mı?

( ) Evet …… kere ( ) Hayır

60. Acil durumlar dışında sağlıkla ilgili bir probleminiz olduğunda **ilk olarak** nereye başvurmanız gerekir?

( ) Aile hekimine ( ) Devlet hastanesine ( ) Üniversite hastanesine

( ) Diğer (Açıklayınız……)

61. Sağlıkla ilgili bilgi düzeyinizi **artırmak** ister misiniz?

( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kararsızım

62. Hayat kurtarmak için aşağıdakilerden hangisi yapılabilir?

( )Organ bağışı ( )Kan bağışı ( ) İlk yardım ( ) Hepsi

Teşekkürler

10.ÖZGEÇMİŞ

1998 yılında Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Biyoloji Bölümünden mezun oldu. Halen Özel Merve Selçuklu Abdullah Aymaz Ortaokulu'nda Fen Bilimleri Öğretmeni olarak meslek hayatına devam etmektedir.2012 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans eğitimine başladı.