T.C

TARSUS ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ANABİLİM DALI

MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI BİRİMLERİNDE İSTİHDAM EDİLEN PERSONELLERİN BULAŞICI VE SALGIN HASTALIKLAR KONUSUNDA BİLİNÇ DÜZEYLERİ VE TUTUMLARI: TARSUS ÖRNEĞİ

Kaan AKSUN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TARSUS / 2021

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
TARSUS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ ANA BİLİM DALI

MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI BİRİMLERİNDE İSTİHDAM EDİLEN PERSONELLERİN BULAŞICI VE SALGIN HASTALIKLAR KONUSUNDA BİLİNÇ DÜZEYLERİ VE TUTUMLARI: TARSUS ÖRNEĞİ

KAAN AKSUN

Danışman:Dr. Öğr. Üyesi Veysel ALCAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TARSUS / 2021

Tarsus Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma, jürimiz tarafından İş Sağlığı ve Güvenliği Ana Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan: Dr. Öğr. Üyesi Veysel ALCAN
(Danışman)

Üye: Doç. Dr. Zehra YILDIZ

Üye: Doç. Dr. İlker SUGÖZÜ

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim elemanlarına ait olduklarını onaylarım.
…/…/2021

Prof. Dr. Osman Murat ÖZKENDİR
Enstitü Müdürü

NOT: Bu tezde kullanılan ve başka kaynaktan yapılan bildirilerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir.

ETİK BEYANI

Tarsus Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 12/ 07/ 2021

Kaan AKSUN

ÖZET

MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI BİRİMLERİNDE İSTİHDAM EDİLEN PERSONELLERİN BULAŞICI VE SALGIN HASTALIKLAR KONUSUNDA BİLİNÇ DÜZEYLERİ VE TUTUMLARI: TARSUS ÖRNEĞİ

Kaan AKSUN
Yüksek Lisans Tezi, İş Sağlığı ve Güvenliği Ana Bilim Dalı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Veysel ALCAN
Temmuz 2021, 96 sayfa

Bu tez çalışması, Mersin İli Tarsus İlçesinde Milli Eğitim Bakanlığına bağlı devlet okullarında çalışan öğretmen ve idarecilerin, oluşabilecek bulaşıcı ve salgın hastalıklar konusunda bilinç düzeyleri ve tutumları ile ilgili mevcut durumu araştırmayı amaçlamıştır. Çalışmamızda tanımlayıcı tipte ve kesitsel olarak yapılan anketin örneklemini 3854 öğretmeni bulunan Tarsus ilçesindeki 353 personel oluşturmuştur. Anketin Bilinç Düzeyi ölçeğindeki 4 faktörden oluşan 22 sorusu için iç tutarlılık kat sayısı alpha=0.931; 1 faktörlü Tutum Ölçeği için ise alpha=0.734 olarak çok yüksek çıkmış, anket geçerli ve güvenilir bulunmuştur. 435 katılımcının verileri SPSS 22.0 programında analiz edilmiştir. Katılımcıların demografik özellikleriyle ilgili verilerini çözümlemek amacıyla frekans ve yüzde çıkarımları hesaplanmıştır. İki bağımsız grup için t-testi, ikiden fazla bağımsız grup için tek yönlü Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda okullarda en sık karşılaşılan hastalıklar üst solunum yolu hastalıkları olmuştur. OSYE varlığında, katılımcılarımızın 224'ünün(%51,5) okulunda varlığı, 47'sinin(%10,8) okulunda yokluğu, 164'ünün(%37,7) okulunda varlığı konusunda fikri yoktur. Beyaz Bayrak varlığında, katılımcılarımızın 200'ünün(%46) okulunda varlığı, 121'inin(%27,8) okulunda yokluğu, 114'ünün(%26,2) okulunda varlığı konusunda fikri yoktur. Okulum Temiz Belgesi varlığında, katılımcılarımızın 340'ının(%78,2) okulunda varlığı, 28'inin(%6,4) okulunda yokluğu, 67'sinin(%15,4) okulunda varlığı konusunda fikri yoktur. Katılımcılarımızın 54'ü(%12,4) idareci 381'i(%87,6) öğretmendir. İdarecilerin fiziksel önlemler(4,78), eğitsel faaliyetler(3,07), gözlem(1,98) ve tutum(3,91) puanları öğretmenlerden yüksek bulunmuştur. Yaş ortalaması arttıkça bilinç düzeyi puanları artmaktadır. Çalışılan okul türüne göre ilkokullarda çalışanların farkındalık ve gözlem puanları ortaokul ve liselerde çalışanlara göre anlamlı farklılık göstermektedir. Cinsiyete göre erkeklerin genel bilinç düzeyi kadınlara göre anlamlı farklılık göstermektedir. Korelasyon analizlerine göre katılımcıların Genel bilinç düzeyi ile tutumları arasındaki ilişki(r=0.74) pozitif yönde yüksek çıkmıştır. Araştırma sonucunda geleceğimizi şekillendirdiğimiz okullarımızda görev yapan öğretmen ve idarecilerin bulaşıcı ve salgın hastalıklar konusunda bilinç ve tutumlarını arttırmaya yönelik eğitimlerin arttırılması, sağlık ve eğitim personelinin yakın temas halinde çalışması ve okullarda sağlık personeli temini konusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Okul sağlığı, bulaşıcı hastalık, salgın, hijyen, eğitim

ABSTRACT

THE CONSCIOUSNESS LEVELS AND ATTITUDE OF THE PERSONEL IN THE MINISTRY OF EDUCATIONAL ABOUT INFECTIOUS AND EPIDEMIC DISEASES: THE SURVEY OF TARSUS

Kaan AKSUN
Master Thesis, Department of Occupational Health and Safety
Supervisor: Assist. Prof. Dr. Veysel ALCAN
July 2021, 96 pages

This thesis study aimed to investigate the current situation regarding the awareness levels and attitudes of teachers and administrators working in public schools affiliated to the Ministry of National Education in Tarsus district of Mersin province. In our study, the sample of the descriptive and cross-sectional survey consisted of 353 personnel in Tarsus district, which has 3854 teachers. The internal consistency coefficient was found to be alpha=0.931 for 22 questions consisting of 4 factors in the Level of Consciousness scale of the questionnaire, and alpha=0.734 for the 1-factor attitude scale, and the questionnaire was found to be valid and reliable. The data of 435 participants were analyzed in the SPSS 22.0 program. Frequency and percentage inferences were calculated in order to analyze the demographic data of the participants. T-test was used for two independent groups and one-way Anova test was used for more than two independent groups. Scheffe test was used as a complementary post-hoc analysis to determine the differences after the Anova test. As a result of the research, the most common diseases in schools were upper respiratory tract diseases. In terms of the existence of OSYE; 224(51.5%) of our participants have it at their schools, 47(10.8%) do not have it at their schools, 16(37.7%) have no idea about its existence at their schools. In terms of the existence of the White Flag; 200(46%) of our participants have it at their schools, 121 (27.8%) do not have it at their schools, 114(26.2%) have no idea about its existence at their schools. In terms of the existence of My School Clean Certificate; 340(78.2%) of our participants have it at their schools, 28(6.4%) do not have it at their schools, 67(15.4%) have no idea about its existence. 54(12.4%) of our participants are administrators and 381(87.6%) are teachers. The physical measures(4.78), educational activities(3.07), observation(1.98) and attitude(3.91) scores of the administrators were found higher than the teachers. As the average age increases, the level of consciousness scores increase. According to the type of school they work at, the awareness and observation scores of those working in primary schools differ significantly from those working in secondary and high schools. According to gender, the general awareness level of men differs significantly from that of women. According to the correlation analysis, the relationship between the general awareness level of the participants and their attitudes(r=0.74) was found to be high in the positive direction. As a result of the research, suggestions were made to increase the awareness and attitudes of teachers and administrators working in our schools, where we shape our future, about infectious and epidemic diseases, to ensure that health and education personnel work in close contact, and to provide health personnel to schools.

Key Words: Scholl health, infectious disease, epidemic, hygiene, education

TEŞEKKÜR

Covid-19 Pandemisinin zor günlerine rastlayan tez çalışmam süresince desteklerini ve yardımlarını benden eksik etmeyen danışman öğretmenim Dr. Öğr. Üyesi Veysel ALCAN'a teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.

Bütün iş ve ev yoğunluğuna rağmen sabırla beni motive eden kıymetli eşim Zeynep Duygu AKSUN'a ve hayatımı anlamlı kılan üç kızım Bengisu, Bilge ve Cansu İdil AKSUN'a gülen yüzleri ve anlayışları için sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET ..... **i**
ABSTRACT ..... **ii**
TEŞEKKÜR ..... **iii**
KISALTMALAR ..... **vi**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **vii**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **ix**
EKLER LİSTESİ ..... **x**
GİRİŞ **1**

BÖLÜM I
BULAŞICI VE SALGIN HASTALIKLAR

1.1. Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar 3
1.1.1. Bulaşıcı Hastalık Nedir? 3
1.1.2. Bulaşıcı Hastalıkların Tarihçesi 5

BÖLÜM II
HİJYEN VE TEMİZLİK

2.1. Hijyen ve Temizlik Kavramı 11
2.1.1.Hijyen ile İlgili Bilinmesi Gereken Tanımlar. 13
2.1.2.Kişisel Hijyen 14

BÖLÜM III
TÜRKİYE VE DÜNYADA OKUL SAĞLIĞI KAVRAMININ GELİŞİMİ

3.1. Okul Sağlığı 17
3.2. Dünyada Okul Sağlığı Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi 18
3.3. Türkiye'de Okul Sağlığı Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi 21

3.4. Okul Sağlığı Programları 23
3.4.1.Sağlık Eğitimi 23
3.4.2.Sağlık Okuryazarlığı 24
3.4.3. Dünyada ve Ülkemizde Okul Sağlığı Programları 25
3.4.4.Beyaz Bayrak Projesi 26
3.4.5.Okulum Temiz Projesi 27

BÖLÜM IV

YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Modeli 29
4.1. Veri Toplama Süreci 30
4.2. Veri Toplama Aracı 30
4.3. Verilerin Analizi 30
4.4. Evren ve Örneklem 31

BÖLÜM V

BULGULAR VE TARTIŞMA

5.1. Bulgular 33
5.1.1.Faktör Analizi 33
5.1.2.Bilinç Düzeyi ve Tutum Puan Ortalamaları 44
5.1.3.Bilinç Düzeyi ve Tutum Arasındaki İlişki 45
5.1.4.Bilinç Düzeyi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması ... 47
5.1.5.Tutum Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması 59
5.2. Tartışma……65

SONUÇ ve ÖNERİLER 69
KAYNAKÇA 71
EKLER 80
ÖZGEÇMİŞ 96

KISALTMALAR

Kısaltma/Simge	Tanım
AA	Anadolu Ajansı
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezleri
Covid 19	Korona virüs hastalığı 2019 (COVID-19) şiddetli akut solunum sendromu Koronavirüsü 2 (SARS-CoV-2)nün neden olduğu bulaşıcı bir hastalık.
DSÖ /WHO	Dünya Sağlık Örgütü
EHEK	Eğitim Kurumlarında Hijyen Şartlarının Geliştirilmesi ve Enfeksiyon Önleme Kontrol Kılavuzu
KK	Kısmen Katılıyorum
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
N	Frekans
Ort.	Ortalama
OSYE	Okul Sağlığı Yönetim Ekibi
p	Anlamlılık Düzeyi
SB	T.C. Sağlık Bakanlığı
SPSS	Statistical Package ort he Social Sciences
SS	Standart Sapma
t	Dağılım Değeri
TDK	Türk Dil Kurumu
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TK	Tamamen Katılıyorum
TSE	Türk Standartları Enstitüsü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü
vd.	ve diğerleri

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1.1. Milattan Önce Yaşanan Pandemiler 9
Tablo 1.2. Milattan Sonra Kayda Geçen Önemli Pandemiler 10
Tablo 2.1. Kişisel Hijyende Dikkat Edilecek Bölgeler 12
Tablo 2.2. Hijyen İle İlgili Kavramlar 14
Tablo 3.1. Okul. sağlığı alanında 19. Yüzyıla Kadar yaşanan gelişmeler…… .19
Tablo 3.2. Okul. sağlığı alannda 20. Yüzyıl ve sonrası yaşanan gelişmeler. 20
Tablo 3.3. Okul Sağlığı Kapsamında Yürütülen Program/Projeler 26
Tablo 5.1. Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Konusunda Bilinç Düzeyi Ölçeği Faktör Yapısı 34
Tablo 5.2. Tutum Ölçeği Faktör Yapısı 35
Tablo 5.3. Bilinç Düzeyi Ölçeği maddelerinin öğretmen ve idarecilere göre frekans dağılımları 36
Tablo 5.4. Tutum Ölçeği maddelerinin öğretmen ve idarecilere göre frekans dağılımları 38
Tablo 5.5. Tanımlayıcı Özellikler 40
Tablo 5.6. Bilinç Düzeyi Puan Ortalamaları 44
Tablo 5.7. Tutum Puan Ortalamaları 44
Tablo 5.8. Korelasyon Analizi 45
Tablo 5.9. Bilinç Düzeyinin Tutum Üzerine Etkisi 46
Tablo 5.10 Bilinç Düzeyi Puanlarının Beyaz Bayrak Sahipliğine Göre Farklılaşma Durumu 47
Tablo 5.11. Bilinç Düzeyi Puanlarının Mesleki Kıdeme Göre Farklılaşma Durumu . 49
Tablo 5.12. Bilinç Düzeyi Puanlarının Okul Sağlığı Yönetim Ekibi (OSYE) Varlığına Göre Farklılaşma Durumu 50
Tablo 5.13. Bilinç Düzeyi Puanlarının Okulum Temiz Belgesi Sahipliğine Göre Farklılaşma Durumu 52
Tablo 5.14. Bilinç Düzeyi Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu 54
Tablo 5.15. Bilinç Düzeyi Puanlarının Yöneticilik Kıdemine Göre Farklılaşma Durumu 55
Tablo 5.16. Bilinç Düzeyi Puanlarının Çalışılan Okul Türüne Göre Farklılaşma Durumu 56

Tablo 5.17. Bilinç Düzeyi Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumu 57
Tablo 5.18. Bilinç Düzeyi Puanlarının Göreve Göre Farklılaşma Durumu 58
Tablo 5.19. Bilinç Düzeyi Puanlarının Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu 59
Tablo 5.20. Tutum Puanlarının Beyaz Bayrak Sahipliğine Göre Farklılaşma Durumu 59
Tablo 5.21. Tutum Puanlarının Mesleki Kıdeme Göre Farklılaşma Durumu..... 60
Tablo 5.22. Tutum Puanlarının Okul Sağlığı Yönetim Ekibi Varlığı Göre Farklılaşma Durumu 60
Tablo 5.23. Tutum Puanlarının Okulum Temiz Belgesi Sahipliği Göre Farklılaşma Durumu 61
Tablo 5.24. Tutum Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu 61
Tablo 5.25. Tutum Puanlarının Yöneticilik Kıdemine Göre Farklılaşma Durumu 62
Tablo 5.26. Tutum Puanlarının Çalışılan Okul Türüne Göre Farklılaşma Durumu ... 62
Tablo 5.27. Tutum Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumu 62
Tablo 5.28. Tutum Puanlarının Göreve Göre Farklılaşma Durumu 62
Tablo 5.29. Tutum Puanlarının Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu..... 63
Tablo 5.30. Hipotezlerin sonuç tablosu..... 64

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1.1. WHO En Son HIV Verileri 4
Şekil 1.2. Orta Çağ'da Kara Vebanın Tasviri 6
Şekil 1.3. 1918-1920 Arası 500 Milyon Kişiye Bulaşıp 50 Milyon Civarında da Ölüme Sebep Olan İspanyol Gribi ile Mücadele 7
Şekil 1.4. WHO Coronavirüs(Covid-19) Gösterge Tablosu 8
Şekil 1.5. Türkiye Covid-19 Vaka Tablosu(23.05.2021) 9
Şekil 2.1. Hijyen Eğitimleri 13
Şekil 2.2. Ellerimizi Sabun Ve Su İle Nasıl Yıkamalıyız? 15
Şekil 2.3. Ellerimizi Antiseptik İle Nasıl Temizlemeliyiz? 16
Şekil 3.1. Okul Sağlığı Ekibi 18
Şekil 4.1. Gpower örneklem analiz şeması 32
Şekil 5.1. Okul Sağlığı Yönetim Ekibi Varlığı 41
Şekil 5.2. Beyaz Bayrak sahipliği. 42
Şekil 5.3. Okulum Temiz Belgesi Sahipliği 42
Şekil 5.4. Öğretmen Ve İdarecilerin Okullarda En Sık Karşılaştıkları Bulaşıcı Hastalıklar 43

EKLER LİSTESİ

Sayfa

EK 1. Etik Kurulu Raporu 80
EK 2. Valilik Oluru ve Milli Eğitim Müdürlüğü Anket İzni 82
EK 3. Anket Formu 83
EK 4. İlkokul Afişleri 86
EK 5. Lise Afişleri 89
EK 6. Beyaz Bayrak İş Birliği Protokolü 92
EK 7. Hijyen Şartlarının Geliştirilmesi ve Enfeksiyon Önleme Kılavuzu 93
EK 8. Beyaz Bayrak Almaya Hak Kazanan Okulların Duvarına Asılan Levha 94
EK 9. Beyaz Bayrak Almaya Hak Kazanan Okullara Asılan Bayrak 94
EK 10. Okulum Temiz Belgesi 95

GİRİŞ

İnsanoğlu var olduğundan beri bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmiş ve tarih boyunca yaşanan ve yaşanacak büyük salgınlarla baş etmek için sürekli çaba içinde olmuştur. Bazen bu salgınlar kıtalar arası yayılım göstererek pandemilere sebep olmakta ve ülke nüfuslarının büyük oranda azalmasına sebep olmanın yanı sıra ülkeleri ekonomik ve sosyal yönden de felaketlere sürüklemektedir (T.C. SB, 2018, a.g.i.s.). Bu felaketleri en az zararla atlatmayı amaçlayan toplumlar bulaşıcı hastalık ve salgınlar konusunda bilinçlenmeli ve topyekûn her türlü felakete hazırlıklı olmalıdır. Bunun için de eğitim ve bilinçlendirme büyük önem arz etmektedir. Çünkü nüfusun kayda değer bir bölümünün okullarda eğitim sürecinde dâhil olduğu düşünülürse, sağlıklı bir yaşam planlama ve bu konuda bilinç oluşturma sürecinin okul döneminde gerçekleşebileceği ortadadır. (Şahinöz vd., 2017:303-312). Bu yüzden okul eğitimi ve bu eğitimin temel aktörleri olan öğretmen ve okul idarecilerinin sağlıklı yaşam ve hastalıklar ile mücadeledeki bilinç düzeyi, tutum ve davranışları toplum sağlığı açısından çok büyük bir öneme ve role sahiptir. Şu an içinde bulunduğumuz Covid-19 gibi küresel etkiye sahip olan pandemi dönemi, toplumların bulaşıcı ve salgın hastalıklar ile ilgili bilinç ve davranış düzeyinin önemini bir kez daha gözler önüne sermiştir.

Ülkemizde Milli Eğitim Bakanlığı, okul sağlığı politikası çerçevesinde salgın ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için okul personelinin bulaşıcı hastalıklar konusundaki bilinç düzeyi, salgın hastalıkların önlenmesine yönelik tedbirlerin planlanması ve uygulanmasında sürekli bir çalışma ve gayret içerisindedir. Fakat bu gayret ve çabanın çıktılarını değerlendirmeye yönelik, literatürde pek fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Hâlbuki ülkemizde ve dolayısıyla tüm dünyada bulaşıcı hastalıklara karşı alınacak tedbirler konusunda %22 dilim ile nüfusumuzun büyük bir kısmını barındıran okullarımızda görev yapan öğretmen ve yöneticilerin mevcut bilinç düzeyleri ve tutumlarına ait bilgi kaynakları, toplumsal sağlığın devamlılığı ve hastalıklar ile mücadele konusunda politika yapıcı ve uygulayıcılara yönelik karar destek sistemleri için son derece önemlidir. Bu yüzden bu tez çalışması Tarsus ilçesinde Milli Eğitim Bakanlığı birimlerinde çalışan öğretmen ve idarecilerin bulaşıcı ve salgın hastalıklar konusundaki bilinç düzeyleri ve tutumlarını ölçülmesini amaçlamıştır. Bu sayede salgın hastalıklarla mücadele, sağlıklı okul- öğrenci-çalışanlar ve nihayetinde sağlıklı nesiller oluşturmak amacıyla ne tür tedbirlerin geliştirilebileceği ve uygulanabileceği konusunda bir karar destek sistemi için nitel ve nicel bilgi kaynağı sunulması hedeflenmiştir.

Araştırma beş bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, araştırmaya temel oluşturan bulaşıcı ve salgın hastalık kavramı ve tarihsel gelişimine ait bilgiler verilmiştir. İkinci bölümde, bulaşıcı ve salgın hastalıklar ile mücadelede hijyen ve temizlik kavramına ve okullardaki hijyen ve temizlik eğitimlerine yer verilmiştir. Üçüncü bölümde okul sağlığı kavramı ve okul sağlığının Türkiye ve Dünyadaki tarihsel gelişimi anlatılmıştır. Ülkemizdeki okul sağlığı programları sunulmuştur. Dördüncü bölümde araştırmanın metodoloji kısmının yer aldığı araştırmanın amacı ve önemi, veri toplama yöntemi, evreni ve örneklemi, veri analizi ve geçerlik-güvenirlik bilgileri bulunmaktadır. Beşinci bölümde ise bulgulara ve tartışmalara yer verilmiştir.

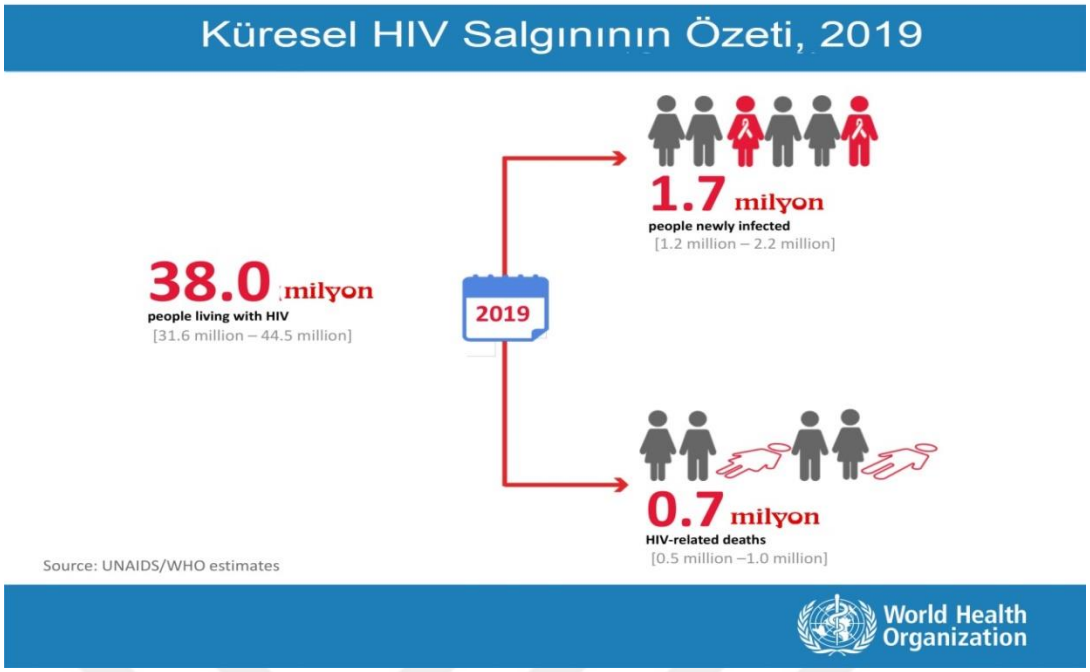
1. BULAŞICI VE SALGIN HASTALIKLAR

1.1. Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar

1.1.1. Bulaşıcı Hastalık Nedir?

Mikroorganizmaların ya da bunların toksiklerine bağlı yayılım gösteren hastalıklara bulaşıcı hastalık denir. Bulaşıcı hastalıklar insandan insana ya da hayvandan insana çeşitli yollarla geçerek oluşur. Belirli bir bölgede, belirli bir grup ve yine belirli bir süre zarfında normalden fazla kişide aynı vakanın görülmesine de salgın denir. Salgınlar belirli bir bölgede etki gösteriyorsa epidemik salgın , kıtalar arası yayılım gösterirse pandemik salgın adını almaktadır (T.C. SB, 2018, a.g.i.s.).

Pandemi, kelime olarak eski Yunanca'da 'pan: tüm, hepsi' ve 'demos: insanlar, halk' kelimelerinin birleşimiyle oluşmuş ve kıtalar arasında hatta tüm dünyaya yayılım gösteren salgınların genel ismi olarak sağlık terminolojide yerini almıştır (Parıldar, 2020:19-26). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre şu an dünyada Covid-19 ile birlikte uzun süredir devam eden HIV-Aids pandemisi kendini göstermektedir. 2010'dan beri %24 artış gösteren HIV, DSÖ verilerine göre 2019'da 1.7 milyon yeni hastalık bulaşı ve 0.7 milyon ölümle sonuçlanmıştır. (Şekil 1.1.) Bunun yanında bulaşıcı olmayan ancak tüm dünyada prevalansı 1975 yılından bu yana 3 kat hızla artan ve pandemi haline dönüşen obezite de özellikle çocuk yaşlardan başlayarak insanlığı tehdit etmektedir (Salcan, 2016:1).



Şekil 1.1. WHO En son HIV verileri (WHO, 2020d, a.g.i.s.)

Bulaşıcı hastalıklar insanlara çeşitli yollarla bulaşabilir. Bazen insandan insana ya da bir hayvan, bitki, vektör ya da cansız varlık aracılığıyla da insana bulaşabilir. Ancak bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkış kaynağı canlılardır. Aslında mikroorganizmalar patojen(hasta edici) değilken bir canlı vücuduna yerleştikten sonra patojen hale gelmişlerdir. Yerleştikleri yerdeki parazit hayata o kadar alışırlar ki oradan ayrılınca yaşamları sona erer (Ural, R., 1972).

Bulaşıcı hastalıkların etkilediği toplumsal kitlede; korku, kaygı, panik, devamsızlığa bağlı iş aksaması, sağlık birimlerinde yoğunlaşma ve neredeyse hepsinin sonucu olarak ekonomik krizler meydana gelir. Ayrıca ölüm ve sakatlanma oranı artar (Güler vd, 2015).

Bulaşıcı hastalıklar toplumları her yönüyle olumsuz etkiler. Nasıl ki günümüzde insanoğlu gelişen dünyanın modern ulaşım imkânlarından faydalanıyorsa bulaşıcı hastalıklara sebep olan bakteri, virüs, mikroorganizma vb. etkenler de aynı imkânlardan faydalanmaktadır. Bu sebeple de salgınlar eskisinden daha hızlı yayılım göstermektedir (Parıldar, 2020:19-26). Şu an dünyada yaşanan Covid-19 Pandemisinde de bu duruma şahit oluyoruz. Şehirler, ülkeler kapılarını kapattılar ancak bu yeterli olmadı.

Charles-Edward Amory Winslow'un 1920'de yaptığı ve hâlâ geçerliği süren halk sağlığı tanımlamasının içinde bulaşıcı hastalıkların önemi belirtilmektedir. Halk

sağılığı Winslow'a göre " Çevreyi insan sağlığı açısından temiz duruma getirmek, toplumdaki bulaşıcı hastalık enfeksiyonlarını kontrol altına almak, bireylerin kişisel hijyen kuralları konusunda eğitilmesi için organize sağlık çalışmaları yoluyla hastalıkları önleme, yaşamları uzatma, fiziksel sağlığı ve buna bağlı verimliliği arttırma konusunda teşvik etme bilim ve sanatıdır. " (Yale Education,2015, a.g.i.s.). Tanımlamada da görüldüğü gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadelede kontrol ve korunma önemlidir. Korunma ve kontrolü sağlamak için de toplumun ve onu oluşturan bireylerin bilinç düzeyi ve farkındalığı önemli rol oynamaktadır.

1.1.2. Bulaşıcı Hastalıkların Tarihçesi

İnsanlık tarihi boyunca toplumlar sık sık bulaşıcı hastalık ve salgınlara maruz kalmış ve milyonlarca insan bu sebeplerle yok olmuştur. Bu hastalıklar çiçek, kolera, tifüs, dizanteri, frengi, sıtma, verem vb. olarak bilinse de tarih öncesi devirlerden beri İnsanoğlunun başına en çok bela olan hastalığın veba olduğu bilinmektedir. O dönemlerde hastalıklar hakkında bilginin az olması ve bilimin yeterince gelişmemiş olması sebebiyle birçok bulaşıcı hastalık birkaç gün içinde ölüme sebep olmakta ve bu hastalıkların geneline veba denmektedir (Kılınç, 2004:11).

Günümüzden 4000 yıl önce yazıldığı düşünülen Gılgamış Destanında bile veba tanrısının olduğu ve büyük veba salgınlarının olduğundan bahsedilmiştir (Ramazanoğlu, 2001: 58). Yine eski zamanlarda bulaşıcı hastalıklarla ilgili enteresan görüşler olduğu görülmektedir. Kuş gribi (İnfluenza) için günahkâr ruhlu ve kalbi kötülükten kararmış insanların sebep olduğu düşünülmüştür.

İbni Sina'nın Tıp Prensipleri (El-Kanun Fi't-Tıp) isimli eserinde bulaşıcı hastalıkların kullanılan sular ile yayıldığı belirtilmiştir. Yine Tıp ve astronomiyle ilgilenen Kambur Vesim olarak da tanınan Vesim Abbas, dizanterinin bulaşıcı bir hastalık olduğunu ve veremin mikrobik olduğunu belirtmiştir. Teori olarak mikrop 19. Yüzyılda Miasma ve Germ Teorilerinden önce Vesim Abbas tarafından keşfedilmiştir (Özyurda, 2018).

Tüberküloz hastalığının bulaşıcı olduğunu; diğer birçok hastalığın da insandan insana bulaştığını ilk kez MS 2. Yüzyılda yaşamış olan Calinos (Galenos) ortaya atmıştır. Hollandalı Kircher'in 17. Yüzyılda mikroskobu bulmasıyla bulaşıcı

hastalıklara sebep olan mikropların ve aşıların bulunarak bulaşıcı hastalıklarla insanoğlunun savaşında önemli adımlar atılmıştır(Parıldar, 2020: 24).

19. yüzyılın sonlarında hastalıkların kötü kokular sebebiyle oluştuğunu savunan Miasma teorisi ve hastalıkların mikrobik olduğunu savunan Germ Teorisi, Pasteur'un Koch Basili çalışmalarıyla Modern Tıbbın bakteriyoloji biliminin temellerini oluşturmuşlardır (Özyurda, 2018).

Avrupa'da yapılan bir başka araştırmada, dönemin dinî otoritelerinin tahminlerine göre, 1348-1351 yılları arasında Kara Ölüm adını verdikleri veba salgını 23.840.000 insanı, yani o dönemdeki Avrupa nüfusunun 1/3'ünü ortadan kaldırdığı belirtilmiştir (Özden vd., 2014: 60-87).



Şekil 1.2. Orta Çağ'da Kara Veba'nın tasviri (Baykent, 2020)

İnfluenza ve H1N1 virüslerinin ölümcül bir akrabası olan İspanyol Gribi 1918-1920 tarihlerinde 20 ile 50 milyon arasında insanın ölümüne sebep olarak büyük bir kıyıma sebep olmuştur. Bu salgının ilk önce Avrupa'daki İngiliz Kraliyet Ordusu kamplarında ve ABD ordusu eğitim kamplarında ortaya çıktığı ile ilgili veriler olmasına rağmen virüsün adı İspanyol Gribi olarak anılmaktadır (Trilla vd., 2008: 668-673).



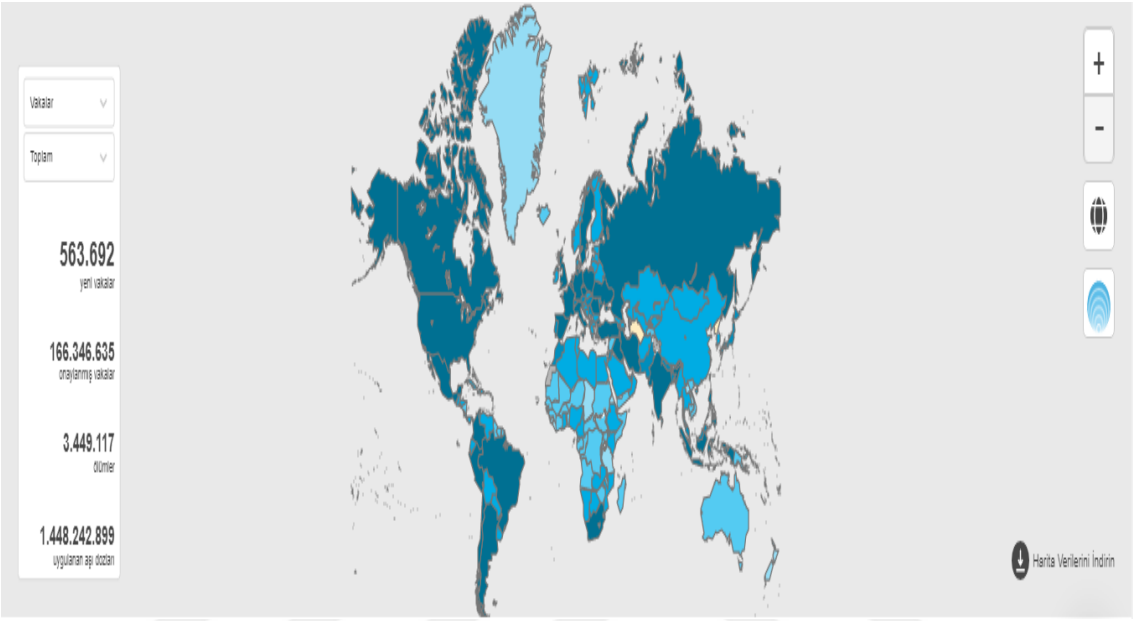
Şekil 1.3. 1918-1920 arası 500 milyon kişiye bulaşıp, 50 milyon Civarında da ölüme sebep olan İspanyol Gribi ile mücadele (Görsel: Library of Congress, 1918).

Selçuklu Döneminde ise 1. Süleyman Şah zamanında büyük bir veba salgını çıkmış ve 160.000 insanın ölümüne yol açmıştır (Arık, 1992: 27-57). Cumhuriyet öncesi özellikle Osmanlı Devletinin son dönemlerinde Balkan Savaşları ve 1. Dünya Savaşları sırasında Balkanlardan Anadolu'ya göçler yaşanmış, bu durumla birlikte hem kıtlık hem de göçler veba, kolera, tifüs, dizanteri, frengi gibi bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasında etkili olmuştur.

Cumhuriyetin ilanından sonra ise Anadolu değişik dönemlerde salgınlar oluşmuşsa da günümüze yaklaştıkça Sağlık Bakanlığının izlediği çeşitli sağlık politikalarıyla bunların önüne büyük oranda geçilmiştir.

19. Yüzyıldan günümüze yaklaştıkça tıbbın ilerlemesi ve teknolojinin gelişmesiyle bazı hastalıklar özellikle aşılama yöntemiyle tamamen ortadan kalkmış bazı hiç bilinmeyen influenza (kuş gribi), HIV (Aids), (H1N1) domuz gribi gibi hastalıklar da tıp literatüründe yerini almıştır. 2019 yılında Çin'de başlayan ve 2020 yılının pandemik salgını olan COVİD-19 (Corona) hastalığıyla ülkemizde olduğu gibi

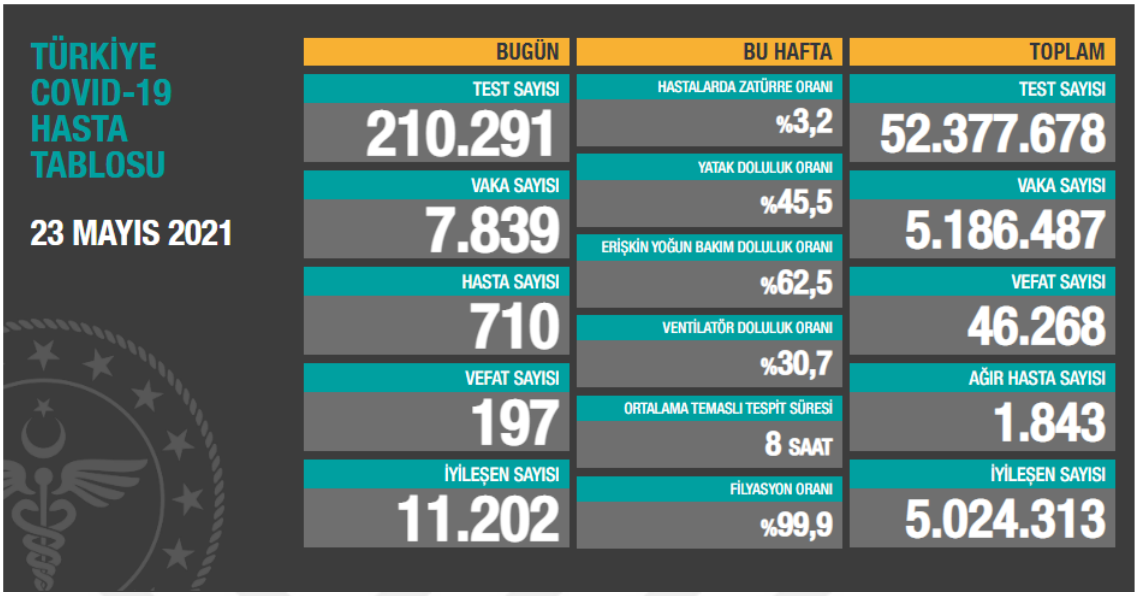
tüm dünyada halen mücadele edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tüm dünyadan gelen verileri günlük olarak güncellemektedir. 24.05.2021 verilerine göre dünya genelinde 166.346.635 onaylanmış vaka bulunmakta ve bu vakaların 3.449.117'si ölümle sonuçlanmıştır (WHO, 2020, a.g.i.s.).



Şekil 1.4. WHO Coronavirus (COVID-19) Gösterge Tablosu (WHO, 2021, a.g.i.s.).

Günümüzde vakaların ve ölümlerin her an hızla arttığı Covid-19 daha önce bahsettiğimiz gibi H1N1 ve İnfluenza ailesinden olup Çin'in Hubei Eyaleti Wuan şehrinde başlamış ve yarasadan bir insana geçtiği düşünülmektedir. Sağlık sorunu olmayan kişilerde hafif soğuk algınlığı şeklinde atlatılan hastalık, kronik hastalığı bulunan kişilerde tehlikeli bir hâl almaktadır. Bu salgından korunmak için de sıkı hijyen tedbirleri alınması gerekirken sosyal izolasyon da çok önemlidir (WHO, 2020b, a.g.i.s.).

Vaka artışında ikinci tepe noktasını yaşayan Türkiye'de ise durum 23.05.2021 itibariyle aşağıdaki tablodaki gibidir.



Şekil 1.5 .Türkiye Covid-19 Vaka tablosu (23.05.2021). (WHO, 2021, a.g.i.s.)

Bulaşıcı hastalıklar tüm dünyada halk sağlığını tehdit eden bir unsur olmakla birlikte epidemiyolojik yöntemler bu salgınların sürveyansını, kontrol altına alınıp yayılımının engellenmesini sağlamaktadır (Bonita vd., 2009:1). İnsanlık tarihi boyunca toplumları etkileyen önemli salgın hastalıklardan bazılarını sıralayacak olursak;

Tablo 1.1. Milattan önce yaşanan pandemiler (Milattan Önce olduğu söylenen salgın hastalıkları bazı yazılı metinlerden ve destan vb. sözlü anlatımlardan öğreniyoruz.) (Akurgal, 2005:85; Karakuş, 2018 ; Aslan, 2020).

MİLATTAN ÖNCE		
TARİH	HASTALIK TÜRÜ	ÖLEN İNSAN SAYISI(TAHMİNİ)
M.Ö 1381- 1380	Hitit Medeniyeti-II. Mürşili Dönemi	Bilinmiyor
M.Ö. 430	Büyük Atina Salgını	75.000-100.000

Tablo 1.2. Milattan Sonra kayda geçen önemli pandemiler (Parıldar, 2020:19-26; Lepan, 2020, a.g.i.s.; Armağan vd., 2020; Karakuş, 2018).

MİLATTAN SONRA		
TARİH	HASTALIK TÜRÜ	ÖLEN İNSAN SAYISI (TAHMİNİ)
165-180	Antonion Vebası	5 milyon civarı
541-542	Justinian Vebası	30-50 milyon civarı
735-737	Çiçek Hastalığı (Japonya)	1 milyon
1348-1351	Avrupa'da "Kara Ölüm" adı verilen veba salgını	200 milyon civarı
1520 ve sonrası	Çiçek Hastalığı	56 milyon
1800'lerin sonları	Sarıhumma(ABD)	100.000-150.000
1817-1923	Kolera Pandemisi (6 kere)	1 milyondan fazla
1889-1890	Rus Gribi (H2N2)	1 milyon
1918-1920	İspanyol Gribi-100 Milyon Civarı	40-50 milyon (100 milyona kadar olduğunu söyleyen kaynaklar vardır.)
1957-1958	Asya Gribi	1.1 milyon
1968-1970	Hong Kong Gribi	1 milyon
1981'den günümüze	HIV/AİDS	25-35 milyon
2009-2010	Domuz Gribi	200.000
2002-2003	SARS	770
2014-2016	Ebola	11.000
2015'ten günümüze	MERS	850
2019 ve sonrası	COVİD-19	19 Mayıs 2021 itibariyle toplam ölüm sayısı 3.386.825 (WHO, 2021 a.g.i.s.)

2. HİJYEN VE TEMİZLİK

2.1. Hijyen ve Temizlik Kavramı

Her insan sağlıklı bir yaşam sürmek ister. Temizlik, sağlıklı bir yaşama sahip olmanın en vazgeçilmez kuralıdır. İnsan sağlığını bozacak, zarar verecek etkenlerden uzaklaşmak ve buna yönelik alınan tedbirlere de hijyen denir (Şimşek vd., 2010). "Sağlığı koruma bilimi" olarak da adlandırılan hijyenin kurallarına uygun bir şekilde sağlanmasıyla yaşamsal ortamlar bakteri, parazit ve mikroorganizmalardan arınacağı için bulaşıcı hastalıkların yayılma durumu da engellenecektir (Bilici vd., 2008; Önsüz vd., 2008:9-17).

Hijyen kelimesi literatüre Yunan mitolojisinden girmiştir. Tıbbın öncülerinden Aesculapius hekimlikte çok ilerlemiş olup bu birikimini iki kızından biri olan Hygeia'ya aktarmıştır. Hygeia "sağlık" demek olup hijyen kelimesinin etimolojik olarak çıkış kaynağıdır (Yoket, 2003:76).

Sağlıklı bir yaşamın anahtarı hijyen kurallarına uymaktan geçmektedir. Kişisel hijyen kurallarının her yönüyle insan hayatında yer almasıyla hastalıkların önlenmesi sağlanacaktır. Bununla ilgili bir çok çalışma tıp dünyasında yapılmaktadır. Örneğin, Bangladeş'te yemek hazırlayan kadınlara verilen el temizliği ve çocuklardaki tuvalet alışkanlıklarına yönelik eğitimler ile çocuklardaki ishal, dizanteri vb. vakalarda gözle görülür miktarda düşüş yaşanmıştır. Başka bir örnekte ise ABD'nin Massachusetts Eyaleti Halk Sağlığı birimlerince 1995 yılında yapılan bir araştırmada el hijyeninin yetersizliği sonucunda yılda ortalama 1 milyon gastrointestinal sistem(Sindirimle İlgili Sistem) hastalığı meydana geldiği bu hastalığın 400 Milyon dolar maliyet getirdiği, bu hastalardan 60 bininin yatarak tedavi edildiği bu esnada da 13 bininin hastanede bulaşıcı hastalıklara yakalandığı ve bu zincirin 250 ölümle sonuçlandığı görülmüştür (Önsüz vd., 2008:9-17). Dünya Sağlık Örgütüne göre genel hijyen eğitimi ve bunun başını çeken el yıkama alışkanlığının geliştirilmesi, diyare (ishal) vakalarını %45 oranına kadar azaltacak basit ve mali yükü olmayan bir yöntemdir (T.C. SB, 2021, a.g.i.s; T.C. SB, 2012, a.g.i.s).

Tablo 2.1. Kişisel Hijyende Dikkat Edilecek Bölgeler

Yüz temizliği	
El tırnak temizliği	
Tırnak temizliği	
Göz kulak burun temizliği	
Ağız diş temizliği	
Saç temizliği	
Ayak temizliği	
Tuvalet sonrası beden temizliği	
Genital bölge temizliği	
Giysi temizliği	
Deri temizliği ön plandadır.	

Temizlik kavramı toplumlara, bölgelere, dinlere vb. göre farklılıklar göstermekle birlikte daha çok kişisel bir olgudur. Daha küçük yaşlardan itibaren insanlardaki temizlik anlayışını aile, okul ve çevredeki uygulamalar şekillendirir ancak bu dönemden sonra kişisel temizlik kişinin kendi inisiyatifine kalmıştır. Bu alışkanlığın yaşantıya doğru entegre edilmiş olması kişinin ileriki sağlık yaşamını da doğrudan etkileyecektir (Çetinkaya, 2005). Sağlıklı yaşam alışkanlığı küçük yaşta kazanılmakla birlikte bu alışkanlığının doğru kazanılacağı dönem örgün eğitim alınan dönemdir (Çan, 2004:170-177).

Okul gibi kalabalık ortamlarda kişisel hijyen eğitiminin eksik olması ya da çevresel etkenlerle uygulanabilirliğinin düşük olması öğrencilerin enfeksiyon hastalıklarına yakalanma riskinin artmasına sebep olur. Çocuklar günlük yaşantılarının büyük kısmını okul ortamında geçirirler. Bu durumda da hem arkadaşlarıyla hem de ortamdaki nesnelerle temas halinde olup ellerini de ağız, göz vb. yerlere sürebilirler. Ellerini sık sık ve kuralına uygun olarak yıkanmaması birçok bakteri veya mikroba davetiye çıkarmaktadır. Bu yüzden okullarda hijyen ve sağlıklı yaşam eğitimleri büyük önem arz etmektedir (Önsüz vd., 2008:9-17; Çetinkaya, 2005).



Şekil 2.1. Hijyen Eğitimleri (MEB, 2020b, a.g.i.s.).

Türkiye'de okullarda hijyen eğitiminin yanı sıra Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ve MEB Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü tarafından 2013 yılında hazırlanan (Şekil 2.1.) 28698 sayılı resmi gazetede yayımlanan Hijyen Eğitimleri yönetmeliğine göre, Perakende satış yapan işyerlerinde, yemekhanelerde, restoran ve benzeri gıda hizmetleri veren her türlü birimde çalışan tüm çalışanlara hijyen eğitimi verilmektedir. Bu eğitim sonunda verilen belgesi olmayan kişiler gıda ile ilgili hizmet sektöründe çalıştırılamamaktadır. (Resmi Gazete,2013, a.g.i.s.).

2.1.1. Hijyen ile İlgili Bilinmesi Gereken Tanımlar

Hijyeni tam olarak kavrayabilmek için öncelikle bazı tanımları ortaya koymalıyız. Bunlar;

Tablo 2.2. Hijyen İle İlgili Kavramlar

Hijyen İle İlgili Kavramlar
Temizlik: Her türlü kir, pis mikrobik öğeden arınmış yüzey.
Kirlenme (Kontaminasyon): Vücuda, besine veya herhangi bir yüzeye istenmeyen mikrobik maddelerin temasıdır.
Dezenfeksiyon: Herhangi bir ortamın patojen özellik gösterebilecek mikroorganizmalardan steril ve hijyenik hale gelebilmesi için ortama soğuk su, sıcak su ya da buharı, deterjan veya farklı kimyasallar uygulanmasına dezenfeksiyon denir.
Sterilizasyon: bir cismin ya da maddenin üzerinde bulunabilecek tüm mikroorganizmalardan arındırılması işlemi.
Dezenfektan: Mikrobik canlıları ve virüsleri yok etmeye yarayan kimyevi içeriğe sahip sıvılardır.
Sanitasyon: Yüzeyde bulunan mikroorganizma oranının zarar veremeyecek orana indirgenmesidir. "Bilimsel olarak da mikroorganizmaların 30 saniye içinde %99.9 ölümü şeklinde ifade edilir."
Antisepsi: Mikrobik canlıların çoğalımını durdurmak ya da onları yok etmek için kullanılan kimyasallardır. Bu kimyasallara "antiseptik" denir.
Düz sabun: vücuttaki kir ve mikroplardan arınmak için kullanılan antiseptik içermeyen temizlik maddesidir.
El hijyeni: Eli su, sabun, antiseptik vb. maddelerle yıkama ya da ovma uygulamalarıdır.
Besin hijyeni: Besin maddelerinin sağlığa uygun olması için aldığımız önlemlerin tümü.

Bu tanımlar günümüzde yaşanan Covid-19 Pandemi sürecinde her gün karşılaştığımız kavramlar olarak hayatımızda yer almıştır (T.C. SB, 2019a, a.g.i.s.; TDK, 2021, a.g.i.s.).

2.1.2. Kişisel Hijyen

İnsanların sağlıklı yaşam ve geleceği için uyguladığı öz bakım davranış ve hareketlerinin tümü kişisel hijyeni kapsamaktadır. En basit anlatımıyla kişinin bedenini ve kıyafetlerini kontaminasyondan uzak tutması onun yaşamı boyunca sağlıklı olmasını sağlayacaktır. Kişisel hijyen ve kişisel bakım yakından ilişkilidir. Kişisel hijyenine önem veren bir birey bakımlıdır da. Bu davranışlar insanın kişiliğini de oluşturan önemli bir unsurdur. Temizliğe ve hijyene önem veren bir birey sağlıklı, özgüvenli, çevreye kolay uyum sağlayabilen ve kolay arkadaş edinebilen başarılı bir yapıya sahip olur (Ural, 2007).

Kişisel hijyeni önemseyen bir bireyin belirli periyotlarla banyo, kıyafet değişikliği, beden temizliği ve yaşadığı yerin temizliğini yapması gerekmektedir (MEB, 2011, a.g.i.s.).

Kişisel hijyen uygulamalarında el yıkamanın önemi büyüktür. Bulaşıcı hastalıkların birçoğu eller üzerinden kendine yol bulur. Hastane enfeksiyonlarının kişilerden kişilere bulaşma yolu da el hijyeni probleminin çözülememesinden kaynaklanmaktadır (Çaylan, 2007). Covid-19 Pandemi sürecinde de okullarda maske ve mesafe kuralının yanında her yerde el yıkamanın önemi üzerine afişlerle (Şekil 2.2.) öğrenciler bilgilendirilmiş ve bu davranışı alışkanlık haline getirmeleri için eğitimler düzenlenmiştir. (EK 4, EK 5)



Şekil 2.2. Ellerimizi sabun ve su ile nasıl yıkamalıyız? (MEB, 2020a, a.g.i.s.).

Yine Covid-19 sürecinde elimizdeki bakteri ve mikroplardan arınmak için antiseptik maddeler ile dezenfekte olma süreci MEB'in aşağıdaki afişinde (Şekil 2.3.) tüm detaylarıyla anlatılmıştır.



Şekil 2.3. Ellerimizi antiseptik ile nasıl temizlemeliyiz? (MEB, 2020a, a.g.i.s.).

3. TÜRKİYE VE DÜNYADA OKUL SAĞLIĞI KAVRAMININ GELİŞİMİ

3.1.Okul Sağlığı

Sağlık kavramını Dünya Sağlık Örgütünün anayasasının ilk maddesindeki en genel tanımıyla "Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak belirtebiliriz (WHO, 1946, a.g.i.s.). Okul ise "Tüm eğitim-öğretim çalışmalarının toplu ve sistematik olarak yapıldığı yer." Şekliyle Türk Dil Kurumu sözlüğünde tanımlanmaktadır.

Okul sağlığı; okulda öğrenim gören öğrenciler ve okulda çalışan tüm personelin sağlık durumunun değerlendirilmesi ve bu durumu geliştirmek ve daha ileri seviyede bir yaşam standarttı sağlamak amacıyla sağlıklı bir okul-çalışma ortamı düzenleyerek öğrenciye, yani aslında topluma sağlık bilgisi ve eğitimi vermek için yapılan tüm etkinlik ve çalışmalar şeklinde tanımlanabilir (MEB, 2016, a.g.i.s.).

Okul sağlığı dönemi okul öncesi, ilkokul, ortaokul ve liseyi de içine alan uzun ve bütünsel bir dönemi kapsamaktadır. Dolayısıyla çocukluk dönemi problemleri, prepubertal ve adolesan dönem problemleri okul sağlığı dönemiyle iç içe bulunmaktadır. Bu geniş dönemin her aşamasında çocuğun gelişim dönemine göre oluşan risk faktörleri detaylarıyla ele alınarak okul sağlığı çalışmalarının planlı ve işbirliği içinde ele alınması gerekmektedir (Tosun vd., 2008:1).

Gündüz ve Albayrak'ın da Şekil 3.1'de belirttiği gibi Okul Sağlığı Ekibi yalnız okul çalışanları ile değil dışardan da destek alarak işlevini yerine getirmelidir. (Gündüz vd., 2014:30)



Şekil 3.1. Okul Sağlığı Ekibi (Gündüz vd., 2014:30).

Okulların sağlıklı ortamlara dönüştürülmesi ve ülkelerin geleceği için sağlıklı bireyler yetiştirilmesi tüm dünya devletlerinin ülke kalkınma planlarında ve sağlık politikalarında öncelikle yer almaktadır.

3.2.Dünyada Okul Sağlığı Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Tüm toplumlarda, geleceklerini inşa edecek olan çocukların fiziksel ve ruhsal sağlıkları ile yakından ilgilenme hassasiyeti eski çağlardan itibaren göz önünde bulundurulmuş ve bu yönde verilen hizmetlerde sürekli revizeye gidilerek var olan hizmetin üzerine yeni taşlar koyulmaya çalışılmıştır.

Dünyada birçok yapı ve organizasyon okul sağlığı için ciddi çalışma ve proje geliştirmekte ve geliştirenlere de destek olup motive etmektedir. Bunların başlıcaları: Dünya Sağlık Örgütü (WHO/ DSÖ), CDC (Centers for Disease Control and Prevention/ Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezleri) , Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNİCEF), Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO), Avrupa Konseyi, Dünya Bankası gibi kurum ve örgütlerdir.

Avrupa ülkelerinde okul sağlığı ile ilgili ilk çalışmalar incelendiğinde ortalama 120 yıl geriye gidilebilmekte ve bu çalışmaların önceliği başta bulaşıcı ve salgın

hastalıkların toplumda yayılmasını kontrol altına almak ve o zamanın şartlarına uygun bir okul hayatının içinde meydana gelen hastalıkları iyileştirmek olmuştur.

Eğitim öğretim ortamının sağlık alanındaki önemli gelişmelerini 19. Yüzyıla kadar (Tablo 3.1.) ve 20 yüzyıldan sonrası (Tablo 3.2.) şeklinde kronolojik bir sıralamayla inceleyecek olursak;

Tablo 3.1. Okul. Sağlığı alanında 19. Yüzyıla Kadar yaşanan gelişmeler

TARİH	YAŞANAN GELİŞMELER
1793	Okullarda öğrencilerin sağlık durumlarının düzenli olarak gözlemlenmesi kanuna bağlanmış ve okul yönetimi bu durumdan sorumlu hale getirilmiştir.
1842	Fransa'da eğitim gören tüm öğrenciler doktor kontrolünden geçirilmiştir (Gönenli vd., 2007:31-39; Özcan vd., 2013: 71-81.).
1812	İngiltere'de James WARE öğrencilere göz taraması çalışması başlatmıştır.
1833	Fransa'da okul ve çevresindeki hijyen ve sağlık koşullarından okul yönetimini sorumlu kılan kanun yürürlüğe girmiştir.
1842	Fransa'da ücrete tabi olmayan okulların doktorlar tarafından düzenli olarak sağlık taramasından geçirilmesi kararlaştırılmıştır
1866	Almanya'nın Breslau kentinde Hermann COHEN yaklaşık 10 bin öğrencinin göz taramasını gerçekleştirmiştir.
1868	İsveç, 1869'da Almanya, 1871'de Rusya, 1873'te Avusturya'daki kamu okullarına okul hekimleri ataması yapılmıştır.
1874	Belçika-Bürüksel'de bütün okullar üç aylık periyodlarla sağlık kontrolünden geçirilmeye başlanmıştır.
1880	İngiltere'de Dr. Priestley Smith öğrencilerde görme problemleri ve bunun öğrenmeye etkisi üzerine araştırma yapmıştır.
1882	İngiltere-Londra'da ilk kamu okul doktoru ataması yapılmıştır.
1894	ABD'nin Boston eyaletinde öğrenciler sağlık kontrolünden geçirilmiştir.
1897	Danimarka'nın Kopenhag şehrinde ilk defa "okul sağlığı" birimi oluşturulmuştur.

Tablo 3.2. Okul. sağlığı alannda 20. Yüzyıl ve sonrası yaşanan gelişmeler

TARİH	YAŞANAN GELİŞMELER
1905	"Okul Sağlığı" birimi Hollanda-Amsterdam şehrinde Sağlık Müdürlüğüne bağlı olarak kurulmuştur.
1906	Amerika'da, 1908'de ise İngiltere'nin her bölgesinde senede en az bir kere doktor muayenesi yasal zorunluluk haline getirilmiştir.
1910	ABD'de uzman sağlıkçıların okul sağlığını geliştirme eğitimi programlarında görevlendirilmelerine karar verilmiştir.
1913	ABD'de Lina Rogers öncülüğünde "Okul Hemşireliği Komitesi" oluşturulmuştur.
1914	İngiltere 1. Dünya Savaşı için hazırlık yaparken sağlık taramaları yapmış ve sonuç olarak sağlıklı yetişkinler için okul döneminde tarama ve kontrollerin düzenli olarak yapılması ve okul sağlığı için örgütler kurulması gerektiğini belirlemiştir.
1915	ABD'de sağlık eğitimi modernleştirilerek "*temel sağlık bilgileri, okul sağlığı birimlerinde uygulamalı eğitim*" gibi ana sağlık bilimleri dersleri ile diğer derslerin içeriğine entegre edilen sağlık eğitimi çalışmaları başlatılmıştır.
1918	ABD'de okul ve çocuk sağlığı programları Amerika Çocuk Sağlığı Organizasyonu, Ulusal Tüberküloz Derneği ve bunun gibi başka kuruluşların da desteğiyle çocuklarda sağlıklı yaşam geliştirme temeline dayanan öğretim programlarının benimsenmesini sağlamıştır.
1942-1946	Ülkenin tüm okullarında kadrosunda bir doktor, bir diş doktoru ve bir hemşirenin yer aldığı "Okul Hijyen Ünitesi" 1942'de Hollanda'da 1946'da da Danimarka'da kurulmuştur. Bu Ünite öğrencileri sağlık yönünden sürekli denetleyerek onlara sistematik olarak sağlık eğitimi vermişlerdir.
1950	Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bir toplantı yaparak il defa okul sağlığı hizmetlerini ele almıştır.
1969	ABD'de Ulusal Okul Sağlığı Hemşireleri Birliği (NASN) okul sağlığı konusunda hizmet veren okul hemşirelerini denetlemek ve geliştirmek amacıyla kurulmuştur (Gönenli vd., 2007:31-39).
1970	ABD ilk defa 1970'te okuldaki revirleri büyüterek "okul temelli sağlık merkezlerini" kurmuş ve eğitim ve sağlık sitemlerini ortak bir sisteme dönüştürmüştür. Bu dönüşüm dezavantajlı kesimin sağlık ve eğitiminin desteklenmesi açısından dönüm noktası olmuştur (Gündüz vd., 2014: 29-33).
1977	DSÖ, UNİCEF ve ilgili ülkelerin okullardaki öğrenci sağlığıyla bağlantılı birimleri, çocukların sağlığı konusunda toplantılar yaparak bu konunun önemini gün yüzüne çıkarmış, üzerinde önemle durulması gereken noktalar belirlenmiş, faaliyetler planlanarak bunların aşamaları hakkında raporlar oluşturmuşlardır. (Sağlan vd., 2018: 11-16).
1983	ABD'de Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) okul sağlığı konusunda standart belirleyerek çalışma alanlarının haritasını çizmiştir.
1991	DSÖ'nün Avrupa'da yer alan bürosu tarafından "Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi" meydana getirilmiş ve bu projeyi ilk öncüleri ve uygulayıcıları Macaristan, Polonya ve Çekoslovakya olmuştur. Ardından Hollanda da bu sürece dâhil olmuştur.

Bununla birlikte tüm dünya ülkeleri "Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi" kapsamında öğrencilerin fiziksel ve psikolojik olarak kendilerini göstermelerini ve bu sayede özgüven kazanmalarını sağlamak, okulların sağlık ve güvenlik seviyesini yükseltmek için hedefler belirlemek, okul personeli, öğrenci ve aileden oluşan üçlü arasında sağlam ilişkiler kurmak, toplumsal kaynaklara yönelerek projeyi başarıya ulaştırmak, toplumsal yapıya uygun bir sağlık eğitimi programlamak, öğrencilere her yönüyle sağlıklı yaşamaları gerektiğinin bilgi ve beceri eğitimini vermek gibi amaçları sağlık politikalarında ön plana koymuşlardır. (Gönenli vd., 2007:31-39; Özcan vd., 2013: 71-81.)

3.3.Türkiye'de Okul Sağlığı Hizmetleri

Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı Cumhuriyetin ilk yıllarından beri öğrencilerin sağlığının korunması ile ilgili çeşitli politikalar izlemişlerdir. Sağlık Bakanlığının 1930'da yürürlüğe giren Hıfzıssıhha Kanununun 3. Maddesinde Sağlık Bakanlığı salgın ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele edecek ve mektep hıfzıssıhhası yani okul sağlığının korunmasını sağlayacak çalışmaları yasal zemine oturtmaya başlamıştır (Resmi Gazete, 1930, a.g.i.s.).

1951'de 12. Milli Türk Tıp Kongresi yapılmış ve "okullarda hijyen" ana tema olarak işlenmiştir. 1953'te 5. Milli Eğitim Şurası çalışmalarında okulöncesi ve ilkokul kademesinde "okul hijyeni" örgütü kurulması amacıyla yasa tasarısı oluşturulmuştur. 1962'de 7. Milli Eğitim Şurasında günümüzde bile uygulamaya geçirilememiş olan Okul hekimi ve hemşiresi yetiştirmek için karar alındığı görülmektedir. 1958'de kurulan Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı 1984 yılında "Sağlık Hizmetleri Uygulama Rehberi" yayınlayarak ülkemizde okul sağlığıyla ilgili hizmetlerin tanımı ve biçimi belirtilmiştir. Rehber 1992'de revize edilerek farklı yönetim kollarına dağıtılmıştır (T.C. SB, 2008, a.g.i.s.).

Günümüze kadar birçok değişiklikle geliştirilen okul sağlığı hizmetleri kapsamında 25.09.2006 tarihinde 'Okul Sağlığı İşbirliği Protokolü' imzalanmış; bu protokolle okul sağlığı hizmetlerinin yakın çevredeki sağlık ocağı çalışanları ile okul öğretim ve yönetim personeli tarafından ortaklaşa yürütüleceği ortaya koyulmuştur (

MEB, 2006, a.g.i.s.). 2011 yılında Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığının teşkilat yapılarında yapılan köklü değişim ve dönüşümle 25.09.2006 tarihinde imzalanmış olan Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolünün zamanın ihtiyaçlarını karşılamadığı düşünülerek yenilenmesi gerektiği düşünülmüştür. Bu kapsamda, Protokol yeniden düzenlenmiş ve 17.05.2016 tarihinde iki bakanlık arasında yeni " Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü" imzalanmış ve ardından mevcut okul sağlığı yaklaşımının daha geniş kapsamlı ve bütüncül olması için "Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı" hazırlanmıştır (MEB, 2016, a.g.i.s.). 05.06.2015 tarihinde 4 yıllığına yapılan protokollerle tüm okulları sağlık ve hijyen konusunda belirli standartlara eriştirebilmek için "Beyaz Bayrak Projesi" geliştirilmiştir. Türkiye'de Milli Eğitim Bakanlığında 2018-2019 verilerine göre okul öncesi-ilk-orta ve lise kategorilerinde(örgün eğitim) 18 milyon 108 bin 860 öğrenci eğitim görmekte ve 1 milyon 77 bin 307 öğretmen çalışmaktadır (MEB, 2019, a.g.i.s.). Bu sayı 2019-2020 verilerinde 18 milyon 241 bin 881 öğrenci ve 1 milyon 117 bin 686 öğretmen olarak değişim göstermiştir.

Yaşadığımız Covid-19 Pandemi sürecinde Türk Standartları Enstitüsü (TSE) ve MEB tarafından ulusal ve uluslararası standartlar göz önünde bulundurularak hazırlanan "Eğitim Kurumlarında Hijyen Şartlarının Geliştirilmesi ve Enfeksiyonu Önleme İş Birliği Protokolü" kapsamında, ülkemizdeki tüm resmî/özel okullarda ve diğer kurumlarda temizlik, hijyen ve sanitasyon koşullarının geliştirilerek, kontrol önlemleri alınıp uygulanması; bulaşıcı ve salgın hastalıklar ile etkin mücadele edilebilmesi için gerekli altyapının oluşturulmasına katkı sağlamak için "Okulum Temiz" belgelendirme hizmetleri başlatılmış ve bu protokol ile Beyaz Bayrak Projesini içeren protokol MEB'in Sağlık Bakanlığına yazdığı 11.03.2021 tarihli ve E-24301423-136-22226868 sayılı yazısıyla sona ermiştir (Ek 6).

Tüm dünya ülkelerini etkileyen Covid-19 Pandemisi kişisel yaşamımızdaki ve kurumsal hayattaki alışkanlıklarımızı büyük ölçüde etkileyerek değiştirmiştir. Bu değişimin olumlu yönde yönetebilmek için 16 Mart 2020 tarihinden sonra kapatılan eğitim kurumlarının daha temiz ve süreçte oluşan yeni sağlık kurallarına uygun olarak hizmete sunulabilmesi için Milli Eğitim Bakanlığı 28 Temmuz 2020 tarihinde "Eğitim Kurumlarında Hijyen Şartlarının Geliştirilmesi ve Enfeksiyon Önleme Kontrol Kılavuzu" (EHEK) yayınlamıştır. (EK 7)

Bu kılavuz okullarımıza eğitim öğretime hazırlık yaparken, sağlığa dair konularda yol gösterici olup bu yeni dönemde eğitim kurumlarına her yönüyle rehberlik

edecektir. Ayrıca kurumların hijyen kurallarına uyma ve enfeksiyon durumları karşısında kurumsal sorumluluklarını yerine getirme sürecinde onlara yol gösterecektir. Bu kılavuzla tüm eğitim kurumlarında oluşturulan sağlık ortamının aynı standartlarda olması için de ülkemizin kalite kontrol alanında en yetkin kuruluşu olan TSE ile iş birliği yapılmaktadır (MEB, 2020a, a.g.i.s.).

Yapılan protokoller ve son bahsettiğimiz kılavuz gereği okul idarecileri ve öğretmenlere bulaşıcı hastalıklar ve salgınlar hususunda önemli görevler düşmektedir.

3.4. Okul Sağlığı Programları

Okul sağlığı programlarının temelini bireylere küçük yaşlarda normal eğitim sisteminin içinde sentezlenmiş sağlık davranışları oluşturmaktadır. Bu programları incelemeden önce sağlık eğitimi ve sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi sahibi olmamız gerekmektedir.

3.4.1. Sağlık Eğitimi

Sağlık eğitimi küçük yaştan itibaren eğitim-öğretim yöntem ve teknikleri kullanılarak belirlenen grupta sağlıkla ilgili belirlenmiş bilgi, tutum ve davranışların kazandırılıp benimsenmesini amaçlar. Tifo, Kolera, tüberküloz, difteri, tetanos, boğmaca vb. bulaşıcı hastalıkların oluşturduğu salgınlardan korunmak için sağlık bilincinin küçük yaşlarda öğretilmesi gerektiği 20. Yüzyılın başlarında okullarda okul sağlığı eğitiminin başlamasını zorunlu kılmıştır. Sağlık eğitimi programlarının içerikleri ülkelerin içinde bulundukları sıkıntılara göre kısmi veya genel konuları içermesiyle değişkenlik göstermiştir. Bazen Alkol, sigara, uyuşturucu, obezite, AİDS, aile planlaması vb. gibi geçici programlar yapılmıştır. Ancak son zamanlarda oluşturulan ve uygulanan okul sağlığı eğitim programları çok kapsamlı, birbirine entegre ve uzun süreli planlanmaktadır (T.C. SB, 2005, a.g.i.s.).

DSÖ'ye göre sağlık eğitimi " Öğrenmeye yönelik bilinçli olarak yapılandırılmış fırsatlardan oluşur. Bilginin artırılması ve birey ve toplum sağlığına yardımcı yaşam becerilerinin geliştirilmesi gibi sağlık okuryazarlığını iyileştirmek için tasarlanmış bir iletişim şeklini içerir (T.C. SB, 2011, a.g.i.s.).

Sağlık eğitimiyle kişi sağlıklı yaşam önlemlerini benimser, uygular ve çevrelerine de örnek olarak toplumsal olarak bu eğitimin amacına ulaşmasına katkı

sağlar. Sağlık eğitiminin okullarda verilen eğitimle koordinesi önemlidir. Ayrıca sağlık eğitimi konuları toplumun gelişmişlik düzeyine göre farklı düzeylerde tasarlanır ve ona göre uygulanır (Gökkoca, 2001:371-374).

Sağlık eğitiminin üç ana hedef grubu bulunmaktadır. Bunlar: Öğrenci, öğretmen ve velilerdir. Sağlık eğitimi öncelikle sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır. Sağlık çalışanlarının öğrenci, öğretmen ve velilere eğitim verme sorumluluğu olduğu gibi asıl davranış kazandırma ve uygulama sorumluluğu okulda öğretmenlerdedir. Bu eğitimlerin başarılı ve kalıcı olabilmesi için öğretmenler ve velilerin iş birliği ve uyum içinde hareket etmesi mühimdir. Sağlık eğitimiyle, öğrenci küçük yaşlardan itibaren kendi sağlığını en iyi şekilde korumayı öğrenir ve çevresindekilerin sağlığına da olumlu yönde etki etme sorumluluğu kazanır (Töre, 2019:118; T.C. SB, 2008:1-2).

3.4.2. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık bilimleri insanoğlunun varoluşundan beri gelişimini hızla sürdürmektedir. Bu sayede birçok hastalık ortadan kaldırılmış veya durdurulmuştur. Bireylerin de günümüz dünyasında sadece sağlık çalışanlarının yönlendirme veya ilgisine muhtaç olmadan sağlık bilgisine erişip uygulamaları gerekliliği sağlık okuryazarlığı kavramını ortaya çıkarmıştır (Çopurlar vd., 2016: 43).

Sağlık okuryazarlığı terimi 1970'li yıllarda literatüre girmiş ve son zamanlarda önemi giderek artan bir gerekliliğe dönüşmüştür. Bu kavramı DSÖ: "Sağlıklı olmayı sürdürme ve bu duruma katkıda bulunmayı sağlayan yollarla; bireylerin enformasyona erişim, anlama ve kullanma yeteneği ile motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler." olarak tanımlamıştır (Sezgin, 2013: 74).

Sağlık eğitimiyle kazandırılması planlanan sağlık okuryazarlığı, 1986 yılında Ottova'da toplanan "Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı" sonunda yayınlanan bildiride de belirtilen; sağlığı geliştirme çabalarının sadece sağlık sektörünün gayretiyle başarılamayacağı, diğer farklı sektörlerin de bu konuda sorumluluk altına girmeleri gerektiği düşüncesiyle günümüzde bu alana farklı sektörlerden kaynak sağlanmaktadır (Bilir, 2014: 61-68).

Sağlık okuryazarlığı bulaşıcı ve salgın hastalıkların önüne geçilmesi açısından çok önemlidir. İlköğretim, ortaokul ve lise kademesinde eğitim gören öğrenciler arasında bulaşıcı hastalık insidansının yüksek olması sebebiyle okullarda sağlık okuryazarlığı eğitiminin sürekli desteklenmesi gerekmektedir (Wang vd., 2018).

3.4.3. Dünyada ve Ülkemizde Okul Sağlığı Programları

Dünyada ve ülkemizde okul sağlığıyla ilgili birçok proje ve program uygulanmaktadır ve bu uygulamaların gerekliliği elbette ki tartışılamaz. Ayrıca okul sağlığıyla ilgili programlar genellikle son bulmayıp daha gelişmiş halde revize edilerek toplumlara sunulmaktadır. Bireylerin sağlığına küçük yaşlarda önem verilmezse ilerde sağlığı bozuk bireyler toplumun sağlığı ve gelişimi açısından daha kötü sonuçlara yol açmaktadır (Kim, 2015). Bu gerçeği gören ve ekonomik açıdan da belli seviyelere gelen toplumlar okul sağlığı konusunda etkili projeler ve uygulamalar geliştirmeye devam etmektedirler. DSÖ ve ABD'nin ulusal sağlık kuruluşu " Centers for Disease Control and Prevention" (CDC) bu sağlık uygulamalarını tüm dünyaya yaymak amacıyla çalışmalarını sadece birkaç ülke boyutundan çıkararak evrensel olma boyutuna sokmak istemektedirler.

DSÖ ve UNESCO 13. Genel Kurullarında aldıkları kararla 2023 yılına kadar "Sağlığı Teşvik Eden Okullar Projesi" kapsamında dünyadaki her okulu bu sağlıklı okul standartlarına uygun duruma getirme girişimi başlatmışlardır. Dünyada ortalama 2.3 milyon öğrenci olup bu çocuklar yaşamlarının 1/3'ünü okul ortamında geçirmektedirler. Okullar da onları sağlıklı hale getirmek için bulunmaz ortamlardır (WHO, 2020, a.g.i.s.).

Türkiye'de de okul sağlığı çalışmaları 1930'lu yıllarda başlamış ve günümüzde de hâlâ farklı kurum ve kuruluşların ortak koordinesinde devam etmektedir. Aşağıdaki tabloda farklı kurum ve kuruluşlar ortaklığında hâlâ devam eden bazı program ve projeler listelenmiştir.

Tablo 3.3. Okul Sağlığı kapsamında yürütülen Program/Projeler (MEB, 2016, a.g.i.s.).

PROGRAM/ PROJE ADI	PROGRAM/ PROJE SORUMLUSU
Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi ve Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Çalışmaları	THSK, Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı MEB, Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü
Beslenme Dostu Okul Programı	THSK, Obezite Diyabet Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı MEB, Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü
Beyaz Bayrak Projesi	THSK, Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı MEB, Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü
Okulum Temiz Belgelendirme Programı	MEB, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Türk Standartları Enstitüsü
Büyüme Gelişmenin İzlenmesi Programı	THSK, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı MEB, Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü
Fiziksel Aktivite Uygunluk Karnesi	THSK, Obezite Diyabet Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı MEB, Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü
Okul Çağı Çocuklarının Aşılamaları	THSK, Aşı ve Önlenebilir Hastalıklar Daire Başkanlığı MEB, Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü
Okul Çağı Çocuklarında İşitme Tarama Programı	THSK, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı MEB, Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü
Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı	THSK, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı MEB, Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü
Okullarda Diyabet Eğitimi Programı	THSK, Obezite Diyabet Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı MEB, Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü
Okul Sütü Programı	THSK, Obezite Diyabet Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı MEB, Temel Eğitim Genel Müdürlüğü
Okullarda Şiddetin Önlenmesine Yönelik Çalışmalar	MEB, Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı	Yeşilay MEB, Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü

3.4.4. Beyaz Bayrak Projesi

2006 yılından itibaren MEB ve SB arasındaki protokolle başlayıp dörder yıl süreli uzatmalarla günümüze kadar gelen projeyle okulların temizlik ve hijyen koşullarının iyileştirilerek belirli standartlara ulaştırılması ana hedef olmuştur. Bu projeyle Beyaz Bayrak almak isteyen okullar belirli kriterlere göre hazırlığını tamamlar. Ardından Bulunulan ilin Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve Milli Eğitim

Müdürlüğünden ikişer kişi protokolde belirlenen denetim formuna göre okulu denetler ve değerlendirme yapar. Okul sağlık açısından her yönüyle değerlendirilir ve 100 üzerinden 75 puan alan okullara Beyaz Bayrak Sertifikası verilir ve EK 8'deki pirinç levhayı ve EK 9'daki beyaz bayrağı almayı hak eder. Okulların aldığı bu sertifikalar üç yıl geçerli olmakta ve okulun tekrar başvuru yapmasıyla da yenileme işlemi yapılır (T.C. SB, 2019b, a.g.i.s.).

Okul sağlığıyla ilgili bu çalışmaların başarıya ulaşması muhakkak ki eğitim ve sağlık sistemini yürüten eğitimci ve sağlık çalışanlarının ortak çalışma gücüyle orantılıdır. Bu doğrultuda 17.05.2016 tarihli "Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü" imzalayan MEB ve Sağlık Bakanlığı çağa uygun bir okul sağlığı programını bütüncül ve kapsamlı bir şekilde ele almıştır. Bu kapsamda her düzey akademisyen ve kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcilerinden oluşan bir bilim kurulu oluşturulmuştur.

2017 yılında Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı ortaklığıyla çıkartılan "Okul Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi Kılavuzu" genel anlamıyla okul sağlığıyla ilgili kapsamlı bir uygulama kılavuzu görevi görmektedir (MEB, 2016, a.g.i.s.).

2019 yılında tüm dünyayı sarsan Covid-19 Pandemi sürecinde ülkemiz de etkilenmiş ve eğitim-öğretim hizmetleri aksamıştır. Bu süreçte MEB ile Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı arasında 27.07.2020 tarihinde "Eğitim Kurumlarında Hijyen Şartlarının Geliştirilmesi ve Enfeksiyonu Önleme İş Birliği Protokolü" imzalanmış ve TSE standartlarında okullardaki hijyen şartlarının iyileştirilmesi, enfeksiyon hastalıklarını önleme ve kontrol altına alma süreçlerini kapsayacak şekilde "Okulum Temiz" belgelendirme projesi başlatılmıştır. Bu

3.4.5. Okulum Temiz Belgesi Projesi

Bu belgelendirme projesi Beyaz Bayrak Projesinin bir devamı niteliğinde olup daha gelişmiş ve kapsamlı şeklidir. Covid-19 Pandemi sürecinde geliştirilmiştir. Projenin asıl amacı güvenli, salgınlardan etkilenmeyen ve hijyenik kurumlar oluşturabilmektir. Bu belgeyi alabilmek için adım adım bazı aşamalar ve değerlendirme süreçleri bulunmaktadır:

1. Basamak: *Öz Değerlendirme* kısmı vardır. Öz değerlendirme www.tse.org.tr web sitesinde bulunan formla okul kendini değerlendirir.

2.Basamak: *Başvuru* yapılır. Yine aynı web sitesindeki *Okulum Temiz Başvuru Formu* doldurulur.

3.Basamak: *Ön Değerlendirme* yapılır. TSE uzmanları tarafından ön başvuru değerlendirilir. Eksik varsa okula bildirilir.

4.Basamak: *Denetim Zamanı Planlama ve Denetleme* yapılır. TSE uzmanlarınca bir zaman planlanır ve okul denetlenir.

5.Basamak: *Belgenin Verilmesi*. Okul denetimi sonucu uygunsuzluk tespit edilmezse okula Okulum Temiz Belgesi (EK 10) verilir (TSE, 2021, a.g.i.s.).

4. YÖNTEM

4.1. Araştırma Modeli

Tez çalışmasında 2020-2021 Eğitim Öğretim yılında Mersin ili Tarsus ilçesinde Milli Eğitim Bakanlığına bağlı okullarda istihdam edilen öğretmen ve idarecilerin bulaşıcı hastalık ve salgınlara karşı bilinç düzeyleri ve tutumları arasındaki ilişki araştırılmıştır: Tanımlayıcı tipte ve kesitsel olarak yapılan araştırmamız tarama modelinde tasarlanmıştır. Öğretmen ve idarecilerin bulaşıcı hastalıklar konusunda bilinç düzeyleri ve tutumlarının ve buna etki eden demografik değişkenler (cinsiyet, yaş, kıdem, görev vb.) açısından incelediği için tarama modellerinden ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Bu yaklaşım ile nicel veriler sunmak için geçmişte olan ve günümüzde devam etmekte olan durumlar irdelenmiştir (Büyüköztürk vd., 2018).

Bu çalışmada aşağıdaki hipotezler araştırılmıştır:

H_1- Bilinç düzeyi ve tutum puanları çalışanların yaşına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_2- Bilinç düzeyi ve tutum puanları *Cinsiyete* göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_3- Bilinç düzeyi ve tutum puanları *Öğrenim Durumuna* göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_4- Bilinç düzeyi ve tutum puanları *Görev Türüne (İdareci-Öğretmen)* göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_5- Bilinç düzeyi ve tutum puanları *Mesleki Kıdeme* göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_6- Bilinç düzeyi ve tutum puanları *Yöneticilikteki Kıdemine* göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_7- Bilinç düzeyi ve tutum puanları çalışılan *Okul Türüne* göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_8- Bilinç düzeyi ve tutum puanları *Okul Sağlığı Yönetim Ekibi* (OSYE) varlığına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_9- Bilinç düzeyi ve tutum puanları *Beyaz Bayrak* sahipliğine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H_{10}- Bilinç düzeyi ve tutum puanları *Okulum Temiz Belgesi* sahipliğine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H11- Bilinç düzeyi ve tutum arasında ilişki bulunmaktadır.

4.2.Veri Toplama Süreci

Anketin hedef kitlesi Mersin ilinin en kalabalık nüfusa sahip ilçesi olan Tarsus ilçesinde Milli Eğitim Bakanlığına bağlı devlet okullarında çalışan yönetici ve öğretmenlerdir. Tarsus, TUİK 2020 verilerine göre toplam nüfus 346.715'tir. (TÜİK, 2020, a.g.i.s.).

Araştırmaya, Tarsus Üniversitesi Etik Kurulu raporu ve Milli Eğitim Bakanlığı Araştırma İzin başvurusuyla Mersin İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün E-34776202-605.01-23600607 sayılı ve 05.04.2021 tarihli onayı alınarak verilerin toplanmasına başlanmıştır (EK 1, EK 2). Anket Pandemi dönemi nedeniyle sadece çevrimiçi uygulanmıştır.

4.3.Veri Toplama Aracı

Araştırmamızda veri toplamak için kullandığımız anket üç bölümden oluşmuş; Birinci bölümde demografik (yaş, cinsiyet, branş vb.) özellikler ile Okul Sağlığı çalışmalarında çok önemli yeri olan ekip ve kurulların varlığı; 2. Bölümde ise hijyen, okul sağlığına bakış, kişisel sağlık kurallarına bakış, salgın ve bulaşıcı hastalıklar; 3. Bölümde ise Covid-19 (Yeni Corona Virüs) Pandemi süreciyle ilgili tutuma yönelik bilgi ve tutum içerikli sorular yer almıştır. (EK 3).

Anket maddeleri oluşturma sürecinde "Okul Sağlığı" kapsamında Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, MEB ve SB tarafından geliştirilen ve Covid-19 Pandemisinde ortaya koyulan EHEK kılavuzu ve Okulum Temiz belgesi alabilme şartları göz önünde bulundurulmuştur. Anket tamamen araştırmacı tarafından tasarlandığı için Faktör Analizi başlığı altında geçerlilik ve güvenirlik analizleri yapılmıştır.

4.4.Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 22.0 (IBM, Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma

kullanılmıştır.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır.

Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır.

4.5. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini okul idarecileri ve öğretmenler oluşturmaktadır. Tarsus İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü web sayfasında güncel olarak yayınlanan verilere göre toplam sayının 4282 olduğu bilinmektedir. (Tarsus İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü, 2021, a.g.i.s.). Araştırma evreninin büyük olması sebebiyle evrenimizi temsil edecek örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'nın (1994) aşağıda belirlediği formül ile hesaplanmıştır.

" $n = N t^2 p\ q / d^2 (N-1) + t^2 p\ q$

N : Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

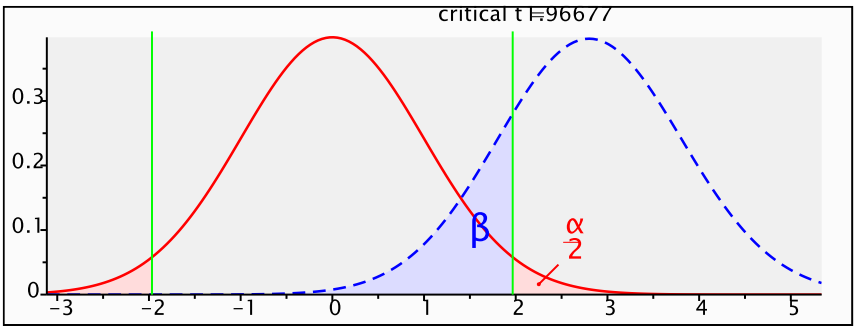
q : İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t :Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d :Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen ± örnekleme hatasıdır."

Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, ± % 5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü n = $4282\ (1,96)^2\ (0,5)\ (0,5) / (0,5)^2\ (4282-1) + (1,96)^2\ (0,5)\ (0,5)$= 353 olarak hesaplanmıştır.

Ayrıca Gpower 3.1 adlı programla yapılan power analizinde belirgin gruplar olan 3854 öğretmen ve 428 idarecinin örneklem I. Tip hata miktarı 0.05, testin gücü 0.80 iken (α= 0.05, 1-β= 0,80) minimal örneklem büyüklüğü öğretmenler için 284 İdareciler için ise 36 olarak belirlenmiştir.



Şekil 4.1. Gpower örneklem analiz şeması

5. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan öğretmen ve idarecilerin ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak tartışma bölümünde açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

5.1. Bulgular

5.1.1. Faktör Analizi

Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Konusunda Bilinç Düzeyi ölçeğindeki 22 maddenin güvenirliğini hesaplamak için iç tutarlılık katsayısı olan "Cronbach Alpha" hesaplanmıştır. Ölçeğin genel güvenirliği alpha=0.931 olarak çok yüksek bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliğinin ortaya koymak için açıklayıcı (açımlayıcı) faktör analizi yöntemi uygulanmıştır. Yapılan Barlett testi sonucunda ($p<0.05$) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan test sonucunda (KMO=0.922>0,60) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi uygulamasında varimax yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının aynı kalması sağlanmıştır.

Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %60.127 olan 4 faktör altında toplanmıştır. Güvenirliğine ilişkin bulunan alpha ve açıklanan varyans değerine göre Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Konusunda Bilinç Düzeyi ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu anlaşılmıştır. Ölçeğe ait oluşan faktör yapısı aşağıda görülmektedir.

Tablo 5.1. Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Konusunda Bilinç Düzeyi Ölçeği Faktör Yapısı

Boyut	Faktör Yükü
FİZİKSEL ÖNLEMLER (Özdeğer=9,193; Açıklanan Varyans=20,721; Alpha=0,909)	
16. Okul tuvaletlerimiz temizdir	0,778
17. Öğrenci tuvaletlerinde sıvı sabun ve kağıt havlu bulunur	0,750
3. Temizlik çalışanlarımız salgın ve bulaşıcı hastalıklar konusunda bilinçlidir	0,720
9. Okul kantinimiz temizdir ve çalışanlar gerekli hijyenik önlemleri alırlar	0,682
4. Salgın ve bulaşıcı hastalıklar hakkında okulumuzun çeşitli yerlerinde bilgilendirici afiş, broşür vb bulunmaktadır	0,617
10. Okul kantini bulaşıcı ve salgın hastalıklar konusunda tedbirlidir(eldiven, maske, bone kullanırlar)	0,615
1. Okul idaremiz salgın ve bulaşıcı hastalıklar konusunda bilinçlidir	0,612
2. Okulumuzun salgın ve bulaşıcı hastalıklar konusunda acil durum eylem planı vardır	0,547
12. Öğrencilerimiz hijyen kurallarına uyar	0,486
5. Okulda bir salgın ve bulaşıcı hastalık belirtisi gördüğümüzde aile hekimliğine ya da toplum sağlığı merkezine haber verilir	0,460
EĞİTSEL FAALİYETLER (Özdeğer=1,520; Açıklanan Varyans=16,169; Alpha=0,852)	
14. Okulumuzda sağlıklı yaşam, salgın ve bulaşıcı hastalık vb konularda öğretmenlere yönelik eğitimler yapılmaktadır	0,830
15. Okulumuzda sağlıklı yaşam, salgın ve bulaşıcı hastalık vb konularda öğrencilere yönelik eğitimler yapılmaktadır	0,796
13. Okulumuzda sağlıklı yaşam, salgın ve bulaşıcı hastalık vb konularda velilere yönelik eğitimler yapılmaktadır	0,753
7. Okulumuzda sağlıkla ilgili öğrenci kulüp faaliyetleri yapılmaktadır	0,582
FARKINDALIK (Özdeğer=1,289; Açıklanan Varyans=11,691; Alpha=0,742)	
18. Dersine girdiğim öğrencilerimin tüm sağlık durumu(muayene, aşı ve tarama) bilgilerine sahibim	0,817
8. Okulda tüm öğrencilerin muayene, aşı ve tarama bilgileri bulunur	0,700
6. Okulumuzda toplum sağlığı merkezleri/aile hekimliği ile işbirliği içinde öğrencilerin sağlık durumu takip edilmektedir	0,525
22. Salgın ve bulaşıcı hastalıklar konusunda veliler yeterince bilinçlidir	0,454
GÖZLEM (Özdeğer=1,225; Açıklanan Varyans=11,546; Alpha=0,681)	
19. Bir çocukta salgın ve bulaşıcı hastalık belirtisi gördüğümde ne yapacağımı bilirim	0,731
21. Salgın ve bulaşıcı hastalıklar meydana geldiğinde öğrenci devamsızlığı artar	0,683
20. En sık görülen salgın ve bulaşıcı hastalıklar ve bulaşma yolları hakkında bilgi sahibiyim	0,660
11. Öğrencilerin tuvalet dışında koridor ya da bahçede su içebilecekleri yerler vardır	0,562
Toplam Varyans=%60.127; Genel Güvenirlik (Alpha)=0.931	

Ölçekteki faktörlerin puanları hesaplanırken faktördeki maddelerin değerleri toplandıktan sonra madde sayısına bölünerek (aritmetik ortalama) faktör puanları elde edilmiştir.

Tutum ölçeğinin genel güvenirliği alpha=0.734 olarak çok yüksek bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliğinin ortaya koymak için açıklayıcı (açımlayıcı) faktör analizi yöntemi uygulanmıştır. Yapılan Barlett testi sonucunda ($p<0.05$) faktör analizine alınan değişkenler arasında ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan test sonucunda (KMO=0.748>0,60) örnek büyüklüğünün faktör analizi uygulanması için yeterli olduğu tespit edilmiştir. Faktör analizi uygulamasında varimax yöntemi seçilerek faktörler arasındaki ilişkinin yapısının aynı kalması sağlanmıştır. Faktör analizi sonucunda değişkenler toplam açıklanan varyansı %50,128 olan tek faktör altında toplanmıştır. Ölçeğe ait oluşan faktör yapısı aşağıda görülmektedir.

Tablo 5.2. Tutum Ölçeği Faktör Yapısı

Tutum	**Faktör Yükü**
Covid-19 (Yeni Corona Virüs) Pandemisi sürecinde okulumuzda alınan tedbirler yeterlidir	,804
Covid-19 (Yeni Corona Virüs) Pandemisi bitse bile okulumuzda temizlik ve hijyen kültürü kalıcı olarak yerleşmiştir	,787
Covid-19 (Yeni Corona Virüs) Pandemisi sürecinde salgın ve bulaşıcı hastalıklara karşı almamız gereken tedbirler konusunda çok şesy öğrendim	,713
El hijyeni, öksürürken ağzı ve burnu kapatmak ve hastalarla temastan kaçınmak, Covid-19 (Yeni Corona Virüs) bulaşının önlenmesine yardımcı olur	,667
Covid-19 (Yeni Corona Virüs) Pandemisinin aşı ile son bulacağına inanıyorum	,536
Toplam Varyans=%50,128; Genel Güvenirlik (Alpha)=0.734; Özdeğer=2,506	

Ölçekteki puanı hesaplanırken maddelerin değerleri toplandıktan sonra madde sayısına bölünerek (aritmetik ortalama) puan elde edilmiştir.

Tablo 5.3. Bilinç Düzeyi Ölçeği maddelerinin öğretmen ve idarecilere göre frekans dağılımları

Bilinç Düzeyi	KESİNLİKLE KATILMIYORUM		KATILMIYORUM		KARARSIZIM		KATILIYORUM		TAMAMEN KATILIYORUM		TOPLAM	
Maddeleri	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	10	2,3	11	2,5	26	6	232	53,3	156	35,9	435	100
2	9	2,1	20	4,6	111	25,5	201	46,2	94	21,6	435	100
3	16	3,7	28	6,4	78	17,9	223	51,3	90	20,7	435	100
4	6	1,4	10	2,3	11	2,5	182	41,8	226	52	435	100
5	7	1,6	18	4,1	55	12,6	190	43,7	165	37,9	435	100
6	15	3,4	54	12,4	115	26,4	164	37,7	87	20	435	100
7	25	5,7	104	23,9	110	25,3	151	34,7	45	10,3	435	100
8	17	3,9	57	13,1	176	40,5	130	29,9	55	12,6	435	100
9	14	3,2	39	9	102	23,4	181	41,6	99	22,8	435	100
10	17	3,9	47	10,8	90	20,7	187	43	94	21,6	435	100
11	9	2,1	21	4,8	12	2,8	175	40,2	218	50,1	435	100
12	35	8	86	19,8	107	24,6	176	40,5	31	7,1	435	100
13	28	6,4	82	18,9	102	23,4	170	39,1	53	12,2	435	100
14	21	4,8	64	14,7	77	17,7	198	45,5	75	17,2	435	100
15	16	3,7	48	11	68	15,6	226	52	77	17,7	435	100
16	16	3,7	44	10,1	60	13,8	218	50,1	97	22,3	435	100
17	25	5,7	51	11,7	68	15,6	209	48	82	18,9	435	100
18	50	11,5	160	36,8	103	23,7	89	20,5	33	7,6	435	100
19	4	0,9	17	3,9	36	8,3	240	55,2	138	31,7	435	100
20	3	0,7	21	4,8	65	14,9	217	49,9	129	29,7	435	100
21	9	2,1	3	0,7	16	3,7	203	46,7	204	46,9	435	100
22	39	9	126	29	162	37,2	89	20,5	19	4,4	435	100

Likert tipi ölçeğimizin Bilinç düzeyi ile ilgili maddelerinin frekans ve yüzdeleri Tablo.5.3.'teki gibi dağılım göstermektedir.

- Öğretmen ve idarecilerin %89,2'si okul idarelerinin salgın ve bulaşıcı hastalıklar konusunda bilinçli olduğu belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %67,8'i okullarında salgın ve bulaşıcı hastalıklar konusunda acil durum eylem planı bulunduğunu belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %72'si okullarda çalışan temizlik personelinin salgın ve bulaşıcı hastalıklar konusunda bilinçli olduğunu belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %93,8'i okullarında salgın ve bulaşıcı hastalıklar hakkında bilgilendirici afiş, broşür vb. bulunduğunu belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %81,6'sı okullarındaki öğrencilerde salgın ve bulaşıcı bir hastalık belirtisi gördüğünde Aile Hekimliğine ya da Toplum Sağlığı Merkezine haber verildiğini belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %57,7'si okullarının Toplum Sağlığı Merkezleri/Aile Hekimliği ile işbirliği içinde öğrencilerin sağlık durumu takibi yapıldığını belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %45'i okullarında sağlıkla ilgili öğrenci kulüp faaliyetleri yapıldığını belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %42,5'i okullarında tüm öğrencilerin muayene, aşı ve tarama bilgilerinin bulunduğunu belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %64,4'ü okullarındaki kantinlerin temiz olduğunu ve çalışanların gerekli hijyenik önlemleri aldığını belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %64,6'sı okullarındaki kantin çalışanlarının bulaşıcı ve salgın hastalıklar konusunda tedbirli olduğunu belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %90,3'ü okullarında öğrencilerin tuvalet dışında koridor ya da bahçede su içebilecekleri yerler olduğunu belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %47,6'sı öğrencilerin hijyen kurallarına uyduklarını belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %51,3'ü okullarında sağlıklı yaşam, salgın ve bulaşıcı hastalık vb. konularda velilere yönelik eğitimler yapıldığını belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %62,7'si okullarında sağlıklı yaşam, salgın ve bulaşıcı hastalık vb. konularda öğretmenlere yönelik eğitimler yapıldığını belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %69,7'si okullarında sağlıklı yaşam, salgın ve bulaşıcı hastalık vb. konularda öğrencilere yönelik eğitimler yapıldığını belirtmiştir.

- Öğretmen ve idarecilerin %72,4'ü okul tuvaletlerinin temiz olduğunu belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %66,9'u öğrenci tuvaletlerinda sıvı sabun ve kağıt havlu bulunduğunu belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %28,1'i dersine girdiği öğrencilerin tüm sağlık durumu(muayene, aşı ve tarama) bilgilerine sahip olduğunu belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %86,9'u bir çocukta salgın ve bulaşıcı hastalık belirtisi gördüğünde ne yapacağını bildiğini belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %79,8'i en sık görülen salgın ve bulaşıcı hastalıklar ve bulaşma yolları hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %93,6'sı salgın ve bulaşıcı hastalıklar meydana geldiğinde öğrenci devamsızlığının arttığını belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %24,9'u salgın ve bulaşıcı hastalıklar konusunda velileri yeterince bilinçli olduğunu belirtmiştir (Tablo 5.3.).

Tablo 5.4. Tutum Ölçeği maddelerinin öğretmen ve idarecilere göre frekans dağılımları

Tutum Maddeleri	KESİNLİKLE KATILMIYORUM		KATILMIYORUM		KARARSIZIM		KATILIYORUM		TAMAMEN KATILIYORUM		TOPLAM	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	16	3,7	50	11,5	76	17,5	192	44,1	101	23,2	435	100
2	9	2,1	16	3,7	41	9,4	187	43	182	41,8	435	100
3	45	10,3	61	14	169	38,9	114	26,2	46	10,6	435	100
4	15	3,4	59	13,6	110	25,3	173	39,8	78	17,9	435	100
5	1	0,2	9	2,1	25	5,7	241	55,4	159	36,6	435	100

Likert tipi ölçeğimizin Tutum ile ilgili maddelerinin frekans ve yüzdeleri Tablo.5.4'teki gibi dağılım göstermektedir.

- Öğretmen ve idarecilerin %67,3'ü Covid-19 Pandemisi sürecinde okullarında alınan tedbirlerin yeterliği olduğunu belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %84,8'i el hijyeni, öksürürken ağzı ve burnu kapatmak ve hastalarla temastan kaçınmak, Covid-19 bulaşının önlenmesine yardımcı olacağını belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %36,8'i Covid-19 Pandemisinin aşı ile son bulacağına inandığını belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %57,7'si Covid-19 Pandemisi bitse bile okulunda temizlik ve hijyen kültürünün kalıcı olarak yerleştiğini belirtmiştir.
- Öğretmen ve idarecilerin %92'si Covid-19 Pandemisi sürecinde salgın ve bulaşıcı hastalıklara karşı almamız gereken tedbirler konusunda çok şey öğrendiğini belirtmiştir (Tablo 5.4.).

Tablo 5.5. Tanımlayıcı Özellikler

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)	Toplam
Yaş			
20-30 Yaş	30	6,9	
31-40 Yaş	192	44,1	435
41-50 Yaş	159	36,6	
51 Ve Üstü Yaş	54	12,4	
Cinsiyet			
Erkek	202	46,4	435
Kadın	233	53,6	
Öğrenim Durumu			
Lisans	374	86,0	435
Lisansüstü	61	14,0	
Görev			
İdareci	54	12,4	435
Öğretmen	381	87,6	
Mesleki Kıdem			
10 Yıl Ve Altı	96	22,1	
11-15 Yıl	118	27,1	435
16-20 Yıl	86	19,8	
21-25 Yıl	75	17,2	
26 Ve Üstü Yıl	60	13,8	
Yöneticilik Kıdemi			
1-5 Yıl	25	46,3	
6-10 Yıl	12	22,2	435
11-15 Yıl	4	7,4	
16 Ve Üstü Yıl	13	24,1	
Çalışılan Okul Türü			
İlkokul	121	27,8	435
Ortaokul	230	52,9	
Lise	84	19,3	

Tablo 5.5.'teki tanımlayıcı özellikler incelendiğinde yaş durumuna göre öğretmen ve idarecilerin 30'u (%6,9) 20-30 Yaş, 192'si (%44,1) 31-40 Yaş, 159'u (%36,6) 41-50 Yaş, 54'ü (%12,4) 51 Ve Üstü Yaş olarak dağılmaktadır.

Cinsiyete göre öğretmen ve idarecilerin 202'si (%46,4) erkek, 233'ü (%53,6) kadın olarak dağılmaktadır.

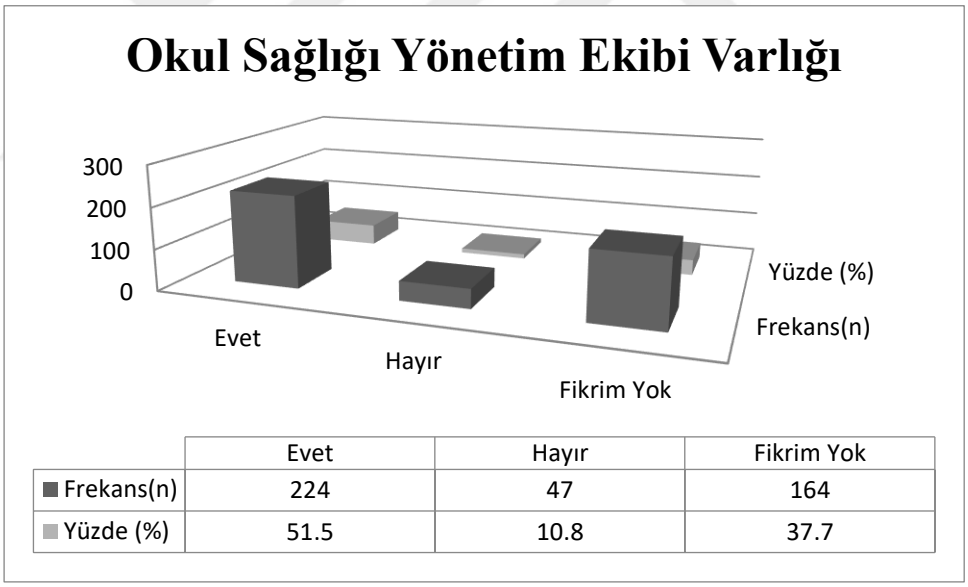
*Öğrenim Durumun*a göre öğretmen ve idarecilerin 374'ü (%86,0) Lisans, 61'i (%14,0) lisansüstü olarak dağılmaktadır. Anket kayıtlarına göre 2 personel doktora eğitimi yapmıştır ancak karşılaştırma analizlerinde sayı az olduğu için yüksek lisans kısmına eklenmiştir.

Öğretmen ve idarecileri *Görev* durumuna göre 54'ü (%12,4) idareci, 381'i (%87,6) Öğretmen olarak dağılmaktadır.

Mesleki Kıdeme göre Öğretmen ve idarecilerin 96'sı (%22,1) 10 yıl ve altı, 118'i (%27,1) 11-15 Yıl, 86'sı (%19,8) 16-20 Yıl, 75'i (%17,2) 21-25 Yıl, 60'ı (%13,8) 26 Ve Üstü Yıl olarak dağılmaktadır.

İdarecilerin yöneticilik kıdemine göre 25'i (%46,3) 1-5 Yıl, 12'si (%22,2) 6-10 Yıl, 4'ü (%7,4) 11-15 Yıl, 13'ü (%24,1) 16 Ve Üstü Yıl olarak dağılmaktadır.

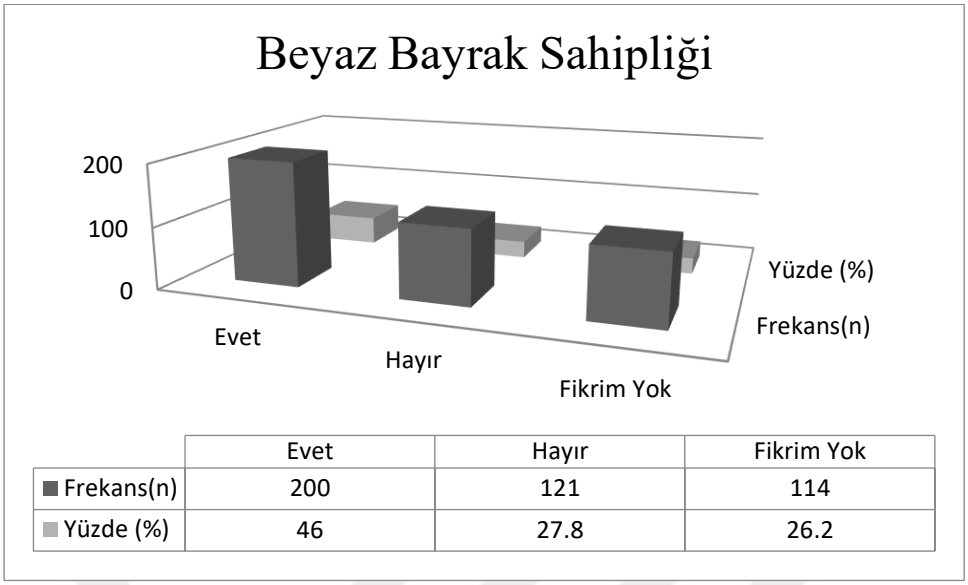
Öğretmen ve idareciler çalışılan Okul Türüne göre 121'i (%27,8) İlkokul, 230'u (%52,9) Ortaokul, 84'ü (%19,3) Lise olarak dağılmaktadır.



	Evet	Hayır	Fikrim Yok
Frekans(n)	224	47	164
Yüzde (%)	51.5	10.8	37.7

Şekil 5.1. Okul Sağlığı Yönetim Ekibi Varlığı

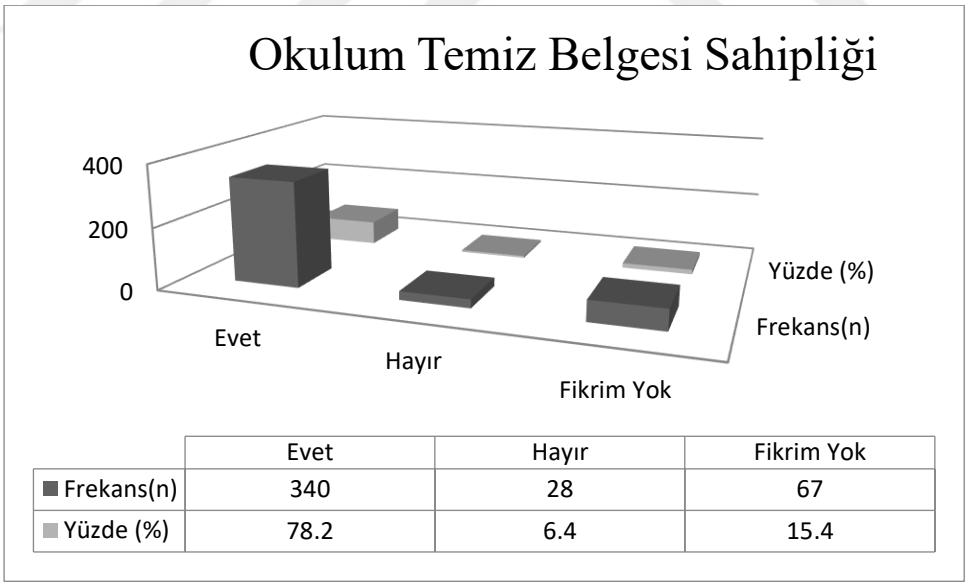
Öğretmen ve idarecilerin Okul Sağlığı Yönetim Ekibi varlığı sorusuna göre 224'ü (%51,5) Evet, 47'si (%10,8) Hayır, 164'ü (%37,7) Fikrim Yok olarak dağılmaktadır.



	Evet	Hayır	Fikrim Yok
Frekans(n)	200	121	114
Yüzde (%)	46	27.8	26.2

Şekil 5.2. Okul Sağlığı Yönetim Ekibi Varlığı

Öğretmen ve idarecilerin Beyaz Bayrak sahipliği göre 200'ü (%46,0) Evet, 121'i (%27,8) Hayır, 114'ü (%26,2) Fikrim Yok olarak dağılmaktadır.

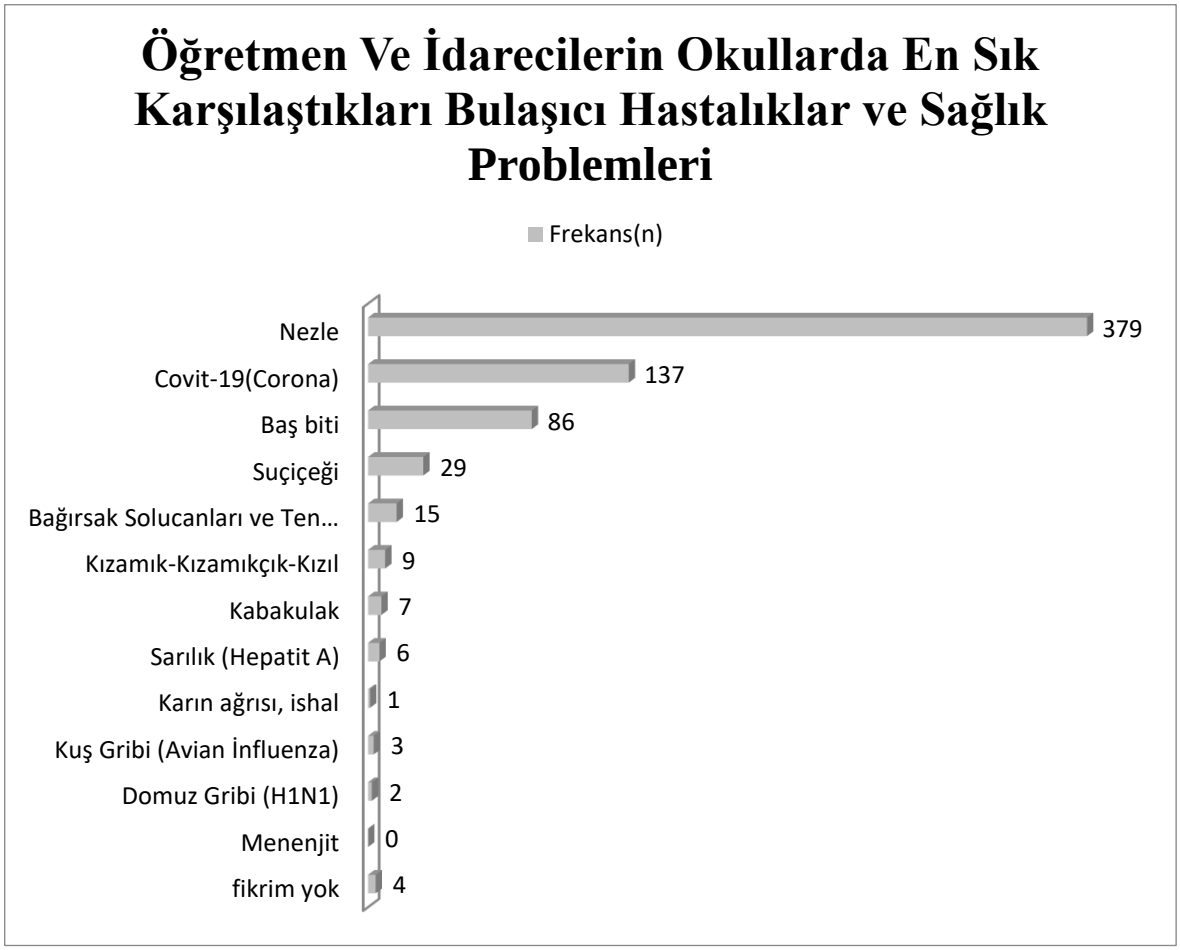


	Evet	Hayır	Fikrim Yok
Frekans(n)	340	28	67
Yüzde (%)	78.2	6.4	15.4

Şekil 5.3. Okul Sağlığı Yönetim Ekibi Varlığı

Öğretmen ve idarecilerin Okulum Temiz Belgesi sahipliğine verdiği cevaba göre 340'ı (%78,2) Evet 28'i (%6,4) Hayır, 67'si (%15,4) Fikrim Yok olarak dağılmaktadır.

Öğretmen ve idarecilerin okullarda en sık karşılaştıkları bulaşıcı hastalıklar ve sağlık problemlerini şu şekilde gruplandırabiliriz:



Şekil 5.4. Okul Sağlığı Yönetim Ekibi Varlığı

Öğretmen ve idareciler, birden fazla seçenek işaretleyebilme seçeneği ile okullarda en sık karşılaştıkları bulaşıcı hastalık ve sağlık problemlerinden 379'u Nezle 137'si Covid-19(Corona), 86'sı Baş biti, 29'u Suçiçeği, 15'i ağırsak Solucanları ve Tenyalar, 9'u Kızamık-Kızamıkçık-Kızıl, 7'si Kabakulak, 6'sı Sarılık(Hepatit A), 1'i Karın ağrısı, ishal, 3'ü Kuş Gribi(Avian İnfluenza), 2'si Domuz Gribi (H1N1) ve 4'ü de Fikrim Yok kısmını işaretlemiştir.

5.1.2. Bilinç Düzeyi ve Tutum Puan Ortalamaları

Tablo 5.6. Bilinç Düzeyi Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Fiziksel Önlemler	435	3,82	0,71	1,10	5,00
Eğitsel Faaliyetler	435	3,44	0,89	1,00	5,00
Farkındalık	435	3,12	0,78	1,00	5,00
Gözlem	435	4,20	0,59	1,00	5,00
Genel Bilinç Düzeyi	435	3,69	0,62	1,23	5,00

Öğretmenlerin "fiziksel önlemler" ortalaması yüksek 3,82±0,71 (Min=1.1; Maks=5), "eğitsel faaliyetler" ortalaması yüksek 3,44±0,89 (Min=1; Maks=5), "farkındalık" ortalaması orta 3,12±0,78 (Min=1; Maks=5), "gözlem" ortalaması çok yüksek 4,20±0,59 (Min=1; Maks=5), "Genel Bilinç Düzeyi" ortalaması yüksek 3,6±0,62 (Min=1.23; Maks=5), olarak saptanmıştır.

Tablo 5.7. Tutum Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Tutum	435	3,76	0,67	1,20	5,00

Öğretmenlerin "tutum" ortalaması yüksek 3,76±0,67 (Min=1.2; Maks=5), olarak saptanmıştır.

5.1.3. Bilinç Düzeyi İle Tutum Arasındaki İlişki

Tablo 5.8. Korelasyon Analizi

		Fiziksel Önlemler	Eğitsel Faaliyetler	Farkındalık	Gözlem	Genel Bilinç Düzeyi	Tutum
Fiziksel Önlemler	r	1,000					
	p	0,000					
Eğitsel Faaliyetler	r	0,656**	1,000				
	p	0,000	0,000				
Farkındalık	r	0,646**	0,604**	1,000			
	p	0,000	0,000	0,000			
Gözlem	r	0,554**	0,423**	0,435**	1,000		
	p	0,000	0,000	0,000	0,000		
Genel Bilinç Düzeyi	r	0,937**	0,814**	0,798**	0,671**	1,000	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
Tutum	r	0,718**	0,567**	0,552**	0,560**	0,746**	1,000
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

*<0,05; **<0,01

Fiziksel Önlemler, Eğitsel Faaliyetler, Farkındalık, Gözlem, Genel Bilinç Düzeyi, Tutum, arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; Eğitsel faaliyetler ile fiziksel önlemler arasındaki ilişki istatistiksel olarak pozitif yönde orta çıkmıştır ($r=0.65$, $p<0.05$). Farkındalık ile fiziksel önlemler arasındaki ilişki istatistiksel olarak pozitif yönde orta çıkmıştır ($r=0.64$, $p<0.05$). Farkındalık ile eğitsel faaliyetler arasındaki ilişki istatistiksel olarak pozitif yönde orta çıkmıştır ($r=0.60$, $p<0.05$). Gözlem ile fiziksel önlemler arasındaki ilişki istatistiksel olarak pozitif yönde orta çıkmıştır ($r=0.55$, $p<0.05$). Gözlem ile eğitsel faaliyetler arasındaki ilişki istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf çıkmıştır ($r=0.42$, $p<0.05$). Gözlem ile farkındalık arasındaki ilişki istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf çıkmıştır ($r=0.43$, $p<0.05$). Genel Bilinç Düzeyi ile fiziksel önlemler arasındaki ilişki istatistiksel olarak pozitif yönde çok yüksek çıkmıştır ($r=0.93$, $p<0.05$). Genel Bilinç Düzeyi ile eğitsel faaliyetler arasındaki ilişki istatistiksel olarak pozitif yönde yüksek çıkmıştır ($r=0.81$, $p<0.05$). Genel Bilinç Düzeyi ile farkındalık arasındaki ilişki (korelasyon) istatiksel olarak pozitif yönde yüksek düzeyde çıkmıştır ($r=0.79$, $p<0.05$). Genel Bilinç Düzeyi ile gözlem arasındaki ilişki istatistiksel olarak pozitif yönde yüksek çıkmıştır ($r=0.67$, $p<0.05$). Tutum ile fiziksel önlemler arasındaki ilişki istatistiksel olarak pozitif yönde yüksek

çıkmıştır (r=0.71, p<0.05). Tutum ile eğitsel faaliyetler arasındaki ilişki istatistiksel olarak pozitif yönde orta çıkmıştır (r=0.56, p<0.05). Tutum ile farkındalık arasındaki ilişki istatistiksel olarak pozitif yönde orta çıkmıştır (r=0.55, p<0.05). Tutum ile gözlem arasındaki ilişki istatistiksel olarak pozitif yönde orta çıkmıştır (r=0.56, p<0.05). Tutum ile genel bilinç düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak pozitif yönde yüksek (r=0.74, p<0.05) olacak şeklinde korelasyonlar bulunmuştur.

Tablo 5.9. Bilinç Düzeyinin Tutum Üzerine Etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	ß	t	p	F	Model (p)	R^2
Tutum	Sabit	0,52	3,31	0,001	142,43	0,00	0,56
	Fiziksel Önlemler	0,43	9,51	0,000			
	Eğitsel Faaliyetler	0,08	2,67	0,008			
	Farkındalık	0,07	1,98	0,048			
	Gözlem	0,24	5,58	0,000			
Tutum	Sabit	0,78	6,04	0,000	543,67	0,00	0,55
	Genel Bilinç Düzeyi	0,80	23,31	0,000			

Fiziksel önlemler, eğitsel faaliyetler, farkındalık, gözlem ile tutum arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=142,43; p=<0.05). Tutum düzeyindeki toplam değişim %56.6 oranında fiziksel önlemler, eğitsel faaliyetler, farkındalık, gözlem tarafından açıklanmaktadır(R^2=0,56). Fiziksel önlemler tutum düzeyini arttırmaktadır (ß=0,43). Eğitsel faaliyetler tutum düzeyini arttırmaktadır (ß=0,08). Farkındalık tutum düzeyini arttırmaktadır (ß=0,07). Gözlem tutum düzeyini arttırmaktadır (ß=0,24). Genel Bilinç Düzeyi ile Tutum arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=543,67; p<0.05). Tutum düzeyindeki toplam değişim %55.6 oranında Genel Bilinç Düzeyi tarafından açıklanmaktadır(R^2=0,55). Genel Bilinç Düzeyi tutum düzeyini arttırmaktadır (ß=0,80).

5.1.4. Bilinç Düzeyi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 5.10. Bilinç Düzeyi Puanlarının Beyaz Bayrak Sahipliği Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ± SS	F	P_a	Fark
Fiziksel Önlemler	Evet	200	3,99 ± 0,64	11,59	**0,00**	**1>2** **1>3**
	Hayır	121	3,61 ± 0,81			
	Fikrim Yok	114	3,77 ± 0,67			
Eğitsel Faaliyetler	Evet	200	3,63 ± 0,83	12,22	**0,00**	**1>2** **3>2** **1>3**
	Hayır	121	3,14 ± 0,99			
	Fikrim Yok	114	3,40 ± 0,79			
Farkındalık	Evet	200	3,29 ± 0,80	11,02	**0,00**	**1>2** **1>3**
	Hayır	121	2,88 ± 0,77			
	Fikrim Yok	114	3,08 ± 0,68			
Gözlem	Evet	200	4,32 ± 0,55	8,92	**0,00**	**1>2** **1>3**
	Hayır	121	4,16 ± 0,62			
	Fikrim Yok	114	4,04 ± 0,58			
Genel Bilinç Düzeyi	Evet	200	3,86 ± 0,56	14,79	**0,00**	**1>2** **1>3**
	Hayır	121	3,49 ± 0,68			
	Fikrim Yok	114	3,63 ± 0,58			
Tek Yönlü Varyans Analizi						

Öğretmen ve idarecilerin Beyaz Bayrak sahipliğine göre fiziksel önlemler puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 432)}$=11,59, p<0.05). Farkın nedeni; Beyaz Bayrak sahipliği olanların fiziksel önlemler puanlarının ($\bar{x}$=3,99), Beyaz Bayrak sahipliği olmayanların fiziksel önlemler puanlarından ($\bar{x}$=3,61) yüksek olmasıdır. Beyaz Bayrak sahipliği olanların fiziksel önlemler puanlarının ($\bar{x}$=3,99), Beyaz Bayrak sahipliği konusunda fikri olmayanların fiziksel önlemler puanlarından ($\bar{x}$=3,77) yüksek olmasıdır. Öğretmen ve idarecilerin Beyaz Bayrak sahipliği göre eğitsel faaliyetler puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 432)}$=12,22; p=<0.05). Farkın nedeni; Beyaz Bayrak sahipliği olanların eğitsel faaliyetler puanlarının ($\bar{x}$=3,63), Beyaz Bayrak sahipliği olmayanların eğitsel faaliyetler puanlarından ($\bar{x}$=3,14) yüksek olmasıdır. Beyaz Bayrak sahipliği konusunda fikri olmayanların eğitsel faaliyetler puanlarının ($\bar{x}$=3,40), Beyaz Bayrak sahipliği olmayanların eğitsel faaliyetler puanlarından ($\bar{x}$=3,14)

yüksek olmasıdır. Beyaz Bayrak sahipliği olanların eğitsel faaliyetler puanlarının ($\bar{x}$=3,63), Beyaz Bayrak sahipliği konusunda fikri olmayanların eğitsel faaliyetler puanlarından ($\bar{x}$=3,40) yüksek olmasıdır. Öğretmen ve idarecilerin Beyaz Bayrak sahipliği göre farkındalık puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2,\ 432)}$=11,02; p=<0.05). Farkın nedeni; Beyaz Bayrak sahipliği olanların farkındalık puanlarının ($\bar{x}$=3,29), Beyaz Bayrak sahipliği olmayanların farkındalık puanlarından ($\bar{x}$=2,88) yüksek olmasıdır. Beyaz Bayrak sahipliği olanların farkındalık puanlarının ($\bar{x}$=3,29), Beyaz Bayrak sahipliği konusunda fikri olmayanların farkındalık puanlarından ($\bar{x}$=3,08) yüksek olmasıdır. Öğretmen ve idarecilerin Beyaz Bayrak sahipliği göre gözlem puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2,\ 432)}$=8,92; p=<0.05). Farkın nedeni; Beyaz Bayrak sahipliği olanların gözlem puanlarının ($\bar{x}$=4,32), Beyaz Bayrak sahipliği olmayanların gözlem puanlarından ($\bar{x}$=4,16) yüksek olmasıdır. Beyaz Bayrak sahipliği olanların gözlem puanlarının ($\bar{x}$=4,32), Beyaz Bayrak sahipliği konusunda fikri olmayanların gözlem puanlarından ($\bar{x}$=4,04) yüksek olmasıdır. Öğretmen ve idarecilerin Beyaz Bayrak sahipliği göre Genel Bilinç Düzeyi puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2,\ 432)}$=14,79; p=<0.05). Farkın nedeni; Beyaz Bayrak sahipliği olanların Genel Bilinç Düzeyi puanlarının ($\bar{x}$=3,86), Beyaz Bayrak sahipliği olmayanların Genel Bilinç Düzeyi puanlarından ($\bar{x}$=3,49) yüksek olmasıdır. Beyaz Bayrak sahipliği olanların Genel Bilinç Düzeyi puanlarının ($\bar{x}$=3,86), Beyaz Bayrak sahipliği konusunda fikri olmayanların Genel Bilinç Düzeyi puanlarından ($\bar{x}$=3,63) yüksek olmasıdır.

Tablo 5.11. Bilinç Düzeyi Puanlarının Mesleki Kıdeme Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ± SS	F	p	Fark
Fiziksel Önlemler	10 Yıl Ve Altı	96	3,63 ± 0,77	2,82	**0,02**	**2>1**
	11-15 Yıl	118	3,83 ± 0,66			**3>1**
	16-20 Yıl	86	3,88 ± 0,80			**4>1**
	21-25 Yıl	75	3,88 ± 0,66			**5>1**
	26 Ve Üstü Yıl	60	4,00 ± 0,62			
Eğitsel Faaliyetler	10 Yıl Ve Altı	96	3,38 ± 0,93	0,41	0,80	
	11-15 Yıl	118	3,48 ± 0,87			
	16-20 Yıl	86	3,37 ± 0,95			
	21-25 Yıl	75	3,48 ± 0,87			
	26 Ve Üstü Yıl	60	3,50 ± 0,86			
Farkındalık	10 Yıl Ve Altı	96	2,97 ± 0,78	1,38	0,23	
	11-15 Yıl	118	3,16 ± 0,77			
	16-20 Yıl	86	3,12 ± 0,79			
	21-25 Yıl	75	3,21 ± 0,71			
	26 Ve Üstü Yıl	60	3,22 ± 0,89			
Gözlem	10 Yıl Ve Altı	96	4,08 ± 0,60	3,07	**0,01**	**3>1**
	11-15 Yıl	118	4,16 ± 0,61			**4>1**
	16-20 Yıl	86	4,25 ± 0,61			**5>1**
	21-25 Yıl	75	4,26 ± 0,58			**5>2**
	26 Ve Üstü Yıl	60	4,39 ± 0,50			
Genel Bilinç Düzeyi	10 Yıl Ve Altı	96	3,55 ± 0,64	2,29	0,05	
	11-15 Yıl	118	3,70 ± 0,62			
	16-20 Yıl	86	3,72 ± 0,67			
	21-25 Yıl	75	3,75 ± 0,59			
	26 Ve Üstü Yıl	60	3,84 ± 0,56			
Tek Yönlü Varyans Analizi						

Öğretmen ve idarecilerin mesleki kıdeme göre fiziksel önlemler puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(4, 430)}$=2,82; p=0,02<0.05). Farkın nedeni; Mesleki kıdem 11-15 Yıl olanların fiziksel önlemler puanlarının ($\bar{x}$=3,82), mesleki kıdem 10 yıl ve altı olanların fiziksel önlemler puanlarından ($\bar{x}$=3,63) yüksek olmasıdır. Mesleki kıdemi 16-20 Yıl olanların fiziksel önlemler puanlarının ($\bar{x}$=3,88), mesleki kıdem 10 yıl ve altı

olanların fiziksel önlemler puanlarından (x̄=3,63) yüksek olmasıdır. Mesleki kıdemi 21-25 Yıl olanların fiziksel önlemler puanlarının (x̄=3,87), mesleki kıdem 10 yıl ve altı olanların fiziksel önlemler puanlarından (x̄=3,63) yüksek olmasıdır. Mesleki kıdemi 26 Ve Üstü Yıl olanların fiziksel önlemler puanlarının (x̄=3,99), mesleki kıdem 10 yıl ve altı olanların fiziksel önlemler puanlarından (x̄=3,63) yüksek olmasıdır. Öğretmen ve idarecilerin mesleki kıdeme göre gözlem puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(4, 430)}$=3,07; p=0,01<0.05). Farkın nedeni; Mesleki kıdem 16-20 Yıl olanların gözlem puanlarının (x̄=4,25), mesleki kıdem 10 yıl ve altı olanların gözlem puanlarından (x̄=4,07) yüksek olmasıdır. Mesleki kıdemi 21-25 YIL olanların gözlem puanlarının (x̄=4,25), mesleki kıdem 10 yıl ve altı olanların gözlem puanlarından (x̄=4,07) yüksek olmasıdır. Mesleki kıdemi 26 Ve Üstü Yıl olanların gözlem puanlarının (x̄=4,38), mesleki kıdem 10 yıl ve altı olanların gözlem puanlarından (x̄=4,07) yüksek olmasıdır. Mesleki kıdemi 26 Ve Üstü Yıl olanların gözlem puanlarının (x̄=4,38), mesleki kıdem 11-15 Yıl olanların gözlem puanlarından (x̄=4,15) yüksek olmasıdır. Öğretmen ve idarecilerin eğitsel faaliyetler, farkındalık, Genel Bilinç Düzeyi puanları mesleki kıdem değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Tablo 5.12. Bilinç Düzeyi Puanlarının Okul Sağlığı Yönetim Ekibi (OSYE) Varlığına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	**Ort ± SS**	F	p	Fark
Fiziksel Önlemler	Evet	224	3,99±0,68	13,85	**0,00**	**1>2** **1>3**
	Hayır	47	3,52±0,91			
	Fikrim Yok	164	3,69±0,66			
Eğitsel Faaliyetler	Evet	224	3,66±0,82	24,22	**0,00**	**1>2** **3>2** **1>3**
	Hayır	47	2,75±1,09			
	Fikrim Yok	164	3,34±0,82			
Farkındalık	Evet	224	3,29±0,76	13,40	**0,00**	**1>2** **3>2** **1>3**
	Hayır	47	2,71±0,90			
	Fikrim Yok	164	3,03±0,73			
Gözlem	Evet	224	4,32±0,56	8,59	**0,00**	**1>2** **1>3**
	Hayır	47	4,11±0,67			
	Fikrim Yok	164	4,08±0,58			
Genel Bilinç Düzeyi	Evet	224	3,86±0,58	20,17	**0,00**	**1>2** **3>2** **1>3**
	Hayır	47	3,34±0,76			
	Fikrim Yok	164	3,58±0,57			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Öğretmen ve idarecilerin OSYE varlığına göre fiziksel önlemler puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 432)}$=13,85; p<0.05). Farkın nedeni; OSYE olanların fiziksel önlemler puanlarının ($\bar{x}$=3,99), OSYE olmayanların fiziksel önlemler puanlarından ($\bar{x}$=3,52) yüksek olmasıdır. OSYE olanların fiziksel önlemler puanlarının ($\bar{x}$=3,99), OSYE konusunda fikri olmayanların fiziksel önlemler puanlarından ($\bar{x}$=3,69) yüksek olmasıdır. Öğretmen ve idarecilerin OSYE varlığı göre eğitsel faaliyetler puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 432)}$=24,22; p<0.05). Farkın nedeni; OSYE olanların eğitsel faaliyetler puanlarının ($\bar{x}$=3,65), OSYE olmayanların eğitsel faaliyetler puanlarından ($\bar{x}$=2,74) yüksek olmasıdır. OSYE konusunda fikri olmayanların eğitsel faaliyetler puanlarının ($\bar{x}$=3,34), OSYE olmayanların eğitsel faaliyetler puanlarından ($\bar{x}$=2,74) yüksek olmasıdır. OSYE olanların eğitsel faaliyetler puanlarının ($\bar{x}$=3,65), OSYE konusunda fikri olmayanların eğitsel faaliyetler puanlarından ($\bar{x}$=3,34) yüksek olmasıdır. Öğretmen ve idarecilerin OSYE varlığına göre farkındalık puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 432)}$=13,40; p<0.05). Farkın nedeni; OSYE olanların farkındalık puanlarının ($\bar{x}$=3,28), OSYE olmayanların farkındalık puanlarından ($\bar{x}$=2,70) yüksek olmasıdır. OSYE konusunda fikri olmayanların farkındalık puanlarının ($\bar{x}$=3,02), OSYE olmayanların farkındalık puanlarından ($\bar{x}$=2,70) yüksek olmasıdır. OSYE olanların farkındalık puanlarının ($\bar{x}$=3,28), OSYE konusunda fikri olmayanların farkındalık puanlarından ($\bar{x}$=3,02) yüksek olmasıdır. Öğretmen ve idarecilerin OSYE varlığı göre gözlem puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 432)}$=8,59; p<0.05). Farkın nedeni; OSYE olanların gözlem puanlarının ($\bar{x}$=4,31), OSYE olmayanların gözlem puanlarından ($\bar{x}$=4,11) yüksek olmasıdır. OSYE olanların gözlem puanlarının ($\bar{x}$=4,31), OSYE konusunda fikri olmayanların gözlem puanlarından ($\bar{x}$=4,08) yüksek olmasıdır. Öğretmen ve idarecilerin OSYE varlığı göre Genel Bilinç Düzeyi puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 432)}$=20,17; p<0.05). Farkın nedeni; OSYE olanların Genel Bilinç Düzeyi puanlarının ($\bar{x}$=3,86), OSYE olmayanların Genel Bilinç Düzeyi puanlarından ($\bar{x}$=3,34) yüksek olmasıdır. OSYE konusunda fikri olmayanların Genel Bilinç Düzeyi puanlarının ($\bar{x}$=3,57), OSYE olmayanların Genel Bilinç Düzeyi puanlarından ($\bar{x}$=3,34) yüksek olmasıdır. OSYE olanların Genel Bilinç Düzeyi puanlarının ($\bar{x}$=3,86), OSYE konusunda fikri olmayanların Genel Bilinç Düzeyi puanlarından ($\bar{x}$=3,57) yüksek olmasıdır.

Tablo 5.13. Bilinç Düzeyi Puanlarının Okulum Temiz Belgesi Sahipliğine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ± SS	F	p	Fark
Fiziksel Önlemler	Evet	340	3,93 ± 0,66	18,38	**0,00**	**1>2**
	Hayır	28	3,21 ± 0,79			**3>2**
	Fikrim Yok	67	3,59 ± 0,80			**1>3**
Eğitsel Faaliyetler	Evet	340	3,51 ± 0,86	12,66	**0,00**	**1>2**
	Hayır	28	2,65 ± 1,01			**3>2**
	Fikrim Yok	67	3,41 ± 0,89			
Farkındalık	Evet	340	3,20 ± 0,77	9,50	**0,00**	**1>2**
	Hayır	28	2,57 ± 0,83			**3>2**
	Fikrim Yok	67	3,01 ± 0,72			
Gözlem	Evet	340	4,25 ± 0,59	5,92	**0,003**	**1>2**
	Hayır	28	3,88 ± 0,55			
	Fikrim Yok	67	4,12 ± 0,55			
Genel Bilinç Düzeyi	Evet	340	3,78 ± 0,59	18,09	**0,00**	**1>2**
	Hayır	28	3,12 ± 0,61			**3>2**
	Fikrim Yok	67	3,55 ± 0,66			**1>3**
Tek Yönlü Varyans Analizi						

Öğretmen ve idarecilerin Okulum Temiz Belgesi Sahipliği göre fiziksel önlemler puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2,\ 432)}$=18,38; p<0.05). Farkın nedeni; Temizlik belgesi olanların fiziksel önlemler puanlarının ($\bar{x}$=3,92), Okulum Temiz Belgesi Sahipliği olmayanların fiziksel önlemler puanlarından ($\bar{x}$=3,21) yüksek olmasıdır. Okulum Temiz Belgesi Sahipliği konusunda fikri olmayanların fiziksel önlemler puanlarının ($\bar{x}$=3,59), Okulum Temiz Belgesi Sahipliği olmayanların fiziksel önlemler puanlarından ($\bar{x}$=3,21) yüksek olmasıdır. Temizlik belgesi olanların fiziksel önlemler puanlarının ($\bar{x}$=3,92), Okulum Temiz Belgesi Sahipliği konusunda fikri olmayanların fiziksel önlemler puanlarından ($\bar{x}$=3,59) yüksek olmasıdır. Öğretmen ve idarecilerin Okulum Temiz Belgesi Sahipliği göre eğitsel faaliyetler puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2,\ 432)}$=12,66; p<0.05). Farkın nedeni; Temizlik belgesi olanların eğitsel faaliyetler puanlarının ($\bar{x}$=3,51), Okulum Temiz Belgesi Sahipliği olmayanların eğitsel faaliyetler puanlarından ($\bar{x}$=2,65) yüksek olmasıdır. Okulum Temiz Belgesi Sahipliği konusunda fikri olmayanların eğitsel faaliyetler puanlarının ($\bar{x}$=3,41), Okulum Temiz Belgesi Sahipliği olmayanların eğitsel faaliyetler puanlarından ($\bar{x}$=2,65) yüksek olmasıdır. Öğretmen ve idarecilerin Okulum Temiz Belgesi Sahipliği göre farkındalık puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2,\ 432)}$=9,50; p<0.05). Farkın

nedeni; Temizlik belgesi olanların farkındalık puanlarının ($\bar{x}$=3,19), Okulum Temiz Belgesi Sahipliği olmayanların farkındalık puanlarından ($\bar{x}$=2,57) yüksek olmasıdır. Okulum Temiz Belgesi Sahipliği konusunda fikri olmayanların farkındalık puanlarının ($\bar{x}$=3,008), Okulum Temiz Belgesi Sahipliği olmayanların farkındalık puanlarından ($\bar{x}$=2,57) yüksek olmasıdır. Öğretmen ve idarecilerin Okulum Temiz Belgesi Sahipliği göre gözlem puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2,\ 432)}$=5,92; p=0,003<0.05). Farkın nedeni; Temizlik belgesi olanların gözlem puanlarının ($\bar{x}$=4,25), Okulum Temiz Belgesi Sahipliği olmayanların gözlem puanlarından ($\bar{x}$=3,88) yüksek olmasıdır. Öğretmen ve idarecilerin Okulum Temiz Belgesi Sahipliği göre Genel Bilinç Düzeyi puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2,\ 432)}$=18,09; p<0.05). Farkın nedeni; Temizlik belgesi olanların Genel Bilinç Düzeyi puanlarının ($\bar{x}$=3,77), Okulum Temiz Belgesi Sahipliği olmayanların Genel Bilinç Düzeyi puanlarından ($\bar{x}$=3,11) yüksek olmasıdır. Okulum Temiz Belgesi Sahipliği konusunda fikri olmayanların Genel Bilinç Düzeyi puanlarının ($\bar{x}$=3,54), Okulum Temiz Belgesi Sahipliği olmayanların Genel Bilinç Düzeyi puanlarından ($\bar{x}$=3,11) yüksek olmasıdır. Temizlik belgesi olanların Genel Bilinç Düzeyi puanlarının ($\bar{x}$=3,77), Okulum Temiz Belgesi Sahipliği konusunda fikri olmayanların Genel Bilinç Düzeyi puanlarından ($\bar{x}$=3,54) yüksek olmasıdır.

Tablo 5.14. Bilinç Düzeyi Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ± Ss	F	p	Fark
Fiziksel Önlemler	20-30 Yaş	30	3,71 ± 0,81	2,59	0,05	
	31-40 Yaş	192	3,74 ± 0,73			
	41-50 Yaş	159	3,91 ± 0,70			
	51 Ve Üstü Yaş	54	3,97 ± 0,67			
Eğitsel Faaliyetler	20-30 Yaş	30	3,53 ± 0,75	0,17	0,91	
	31-40 Yaş	192	3,42 ± 0,94			
	41-50 Yaş	159	3,46 ± 0,86			
	51 Ve Üstü Yaş	54	3,42 ± 0,90			
Farkındalık	20-30 Yaş	30	3,02 ± 0,65	1,16	0,32	
	31-40 Yaş	192	3,07 ± 0,83			
	41-50 Yaş	159	3,18 ± 0,73			
	51 Ve Üstü Yaş	54	3,23 ± 0,85			
Gözlem	20-30 Yaş	30	4,14 ± 0,64	3,79	**0,01**	**3>2**
	31-40 Yaş	192	4,12 ± 0,60			**4>2**
	41-50 Yaş	159	4,28 ± 0,57			
	51 Ve Üstü Yaş	54	4,36 ± 0,53			
Genel Bilinç Düzeyi	20-30 Yaş	30	3,63 ± 0,62	2,08	0,10	
	31-40 Yaş	192	3,63 ± 0,65			
	41-50 Yaş	159	3,76 ± 0,60			
	51 Ve Üstü Yaş	54	3,81 ± 0,59			
Tek Yönlü Varyans Analizi						

Öğretmen ve idarecilerin yaşa göre Gözlem puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($F_{(3, 431)}$=3,79; p=0,01<0.05). Farkın nedeni; 41-50 Yaş olanların gözlem puanlarının ($\bar{x}$=4,28), 31-40 Yaş olanların gözlem puanlarından ($\bar{x}$=4,11) yüksek olmasıdır. Yaş 51 Ve Üstü olanların Gözlem puanlarının ($\bar{x}$=4,36), 31-40 Yaş olanların gözlem puanlarından ($\bar{x}$=4,11) yüksek olmasıdır. Öğretmen ve idarecilerin Fiziksel Önlemler, Eğitsel Faaliyetler, Farkındalık, Genel Bilinç Düzeyi puanları *yaş* değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür (p>0.05).

Tablo 5.15. Bilinç Düzeyi Puanlarının Yöneticilik Kıdemine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ± Ss	F	p
Fiziksel Önlemler	1-5 Yıl	25	4,26 ± 0,80	0,01	0,99
	6-10 Yıl	12	4,28 ± 0,50		
	11-15 Yıl	4	4,28 ± 0,32		
	16 Ve Üstü Yıl	13	4,23 ± 0,46		
Eğitsel Faaliyetler	1-5 Yıl	25	3,86 ± 0,86	0,11	0,95
	6-10 Yıl	12	3,71 ± 0,79		
	11-15 Yıl	4	3,75 ± 0,54		
	16 Ve Üstü Yıl	13	3,73 ± 0,94		
Farkındalık	1-5 Yıl	25	3,49 ± 1,00	1,11	0,35
	6-10 Yıl	12	3,00 ± 0,83		
	11-15 Yıl	4	3,56 ± 0,83		
	16 Ve Üstü Yıl	13	3,10 ± 0,81		
Gözlem	1-5 Yıl	25	4,29 ± 0,88	0,16	0,91
	6-10 Yıl	12	4,35 ± 0,64		
	11-15 Yıl	4	4,44 ± 0,52		
	16 Ve Üstü Yıl	13	4,46 ± 0,56		
Genel Bilinç Düzeyi	1-5 Yıl	25	4,05 ± 0,77	0,09	0,96
	6-10 Yıl	12	3,96 ± 0,50		
	11-15 Yıl	4	4,08 ± 0,37		
	16 Ve Üstü Yıl	13	3,98 ± 0,54		
Tek Yönlü Varyans Analizi					

Öğretmen ve idarecilerin fiziksel önlemler, eğitsel faaliyetler, farkındalık, gözlem, Genel Bilinç Düzeyi puanlarının yöneticilik kıdemi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 5.16. Bilinç Düzeyi Puanlarının Çalışılan Okul Türüne Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ± Ss	F	p	Fark
Fiziksel Önlemler	İlkokul	121	3,92 ± 0,67	1,41	0,24	
	Ortaokul	230	3,79 ± 0,74			
	Lise	84	3,79 ± 0,71			
Eğitsel Faaliyetler	İlkokul	121	3,34 ± 0,90	1,27	0,28	
	Ortaokul	230	3,50 ± 0,90			
	Lise	84	3,44 ± 0,86			
Farkındalık	İlkokul	121	3,32 ± 0,78	8,31	**0,00**	**1>2**
	Ortaokul	230	3,12 ± 0,78			**1>3**
	Lise	84	2,88 ± 0,73			**2>3**
Gözlem	İlkokul	121	4,34 ± 0,55	4,60	**0,01**	**1>2**
	Ortaokul	230	4,17 ± 0,60			**1>3**
	Lise	84	4,13 ± 0,61			
Genel Bilinç Düzeyi	İlkokul	121	3,78 ± 0,60	1,78	0,16	
	Ortaokul	230	3,68 ± 0,65			
	Lise	84	3,62 ± 0,57			
Tek Yönlü Varyans Analizi						

Öğretmen ve idarecilerin çalışılan okul türüne göre farkındalık puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($F_{(2, 432)}$=8,31; p<0.05). Farkın nedeni; çalışılan okul türü İlkokul olanların farkındalık puanlarının ($\bar{x}$=3,32), çalışılan okul türü Ortaokul olanların farkındalık puanlarından ($\bar{x}$=3,11) yüksek olmasıdır. Çalışılan okul türü İlkokul olanların farkındalık puanlarının ($\bar{x}$=3,32), çalışılan okul türü Lise olanların farkındalık puanlarından ($\bar{x}$=2,87) yüksek olmasıdır. Çalışılan okul türü Ortaokul olanların farkındalık puanlarının ($\bar{x}$=3,11), çalışılan okul türü Lise olanların farkındalık puanlarından ($\bar{x}$=2,87) yüksek olmasıdır. Öğretmen ve idarecilerin çalışılan okul türüne göre gözlem puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(2, 432)}$=4,60; p=0,01<0.05). Farkın nedeni; çalışılan okul türü İlkokul olanların gözlem puanlarının ($\bar{x}$=4,34), çalışılan okul türü Ortaokul olanların gözlem puanlarından ($\bar{x}$=4,16) yüksek olmasıdır. Çalışılan okul türü İlkokul olanların gözlem puanlarının ($\bar{x}$=4,34), çalışılan okul türü Lise olanların gözlem puanlarından ($\bar{x}$=4,12) yüksek olmasıdır. Öğretmen ve idarecilerin fiziksel önlemler, eğitsel faaliyetler, Genel Bilinç Düzeyi puanları çalışılan okul türü değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Tablo 5.17. Bilinç Düzeyi Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ± Ss	t	sd	p
Fiziksel Önlemler	Erkek	202	3,95 ± 0,68	3,38	433	**0,001**
	Kadın	233	3,72 ± 0,74			
Eğitsel Faaliyetler	Erkek	202	3,46 ± 0,87	0,39	433	0,69
	Kadın	233	3,43 ± 0,92			
Farkındalık	Erkek	202	3,09 ± 0,79	-1,00	433	0,31
	Kadın	233	3,16 ± 0,78			
Gözlem	Erkek	202	4,27 ± 0,59	1,97	433	**0,04**
	Kadın	233	4,16 ± 0,59			
Genel Bilinç Düzeyi	Erkek	202	3,76 ± 0,61	1,96	433	**0,05**
	Kadın	233	3,65 ± 0,63			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Öğretmen ve idarecilerin Cinsiyete Göre *fiziksel önlemler* puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($t_{(433)}$=3.380; p=0.001<0,05). Erkeklerin fiziksel önlemler puanları ($\bar{x}$=3,952), kadınların fiziksel önlemler puanlarından ($\bar{x}$=3,721) yüksek bulunmuştur. Öğretmen ve idarecilerin Cinsiyete göre Gözlem puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($t_{(433)}$=1.97; p=0.04<0,05). Erkeklerin gözlem puanları ($\bar{x}$=4,26), kadınların gözlem puanlarından ($\bar{x}$=4,1) yüksek bulunmuştur. Öğretmen ve idarecilerin Cinsiyete Göre Genel Bilinç Düzeyi puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($t_{(433)}$=1.96; p=0.050<0,05). Erkeklerin Genel Bilinç Düzeyi puanları ($\bar{x}$=3,76), kadınların Genel Bilinç Düzeyi puanlarından ($\bar{x}$=3,64) yüksek bulunmuştur. Öğretmen ve idarecilerin eğitsel faaliyetler, farkındalık puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür (p>0,05).

Tablo 5.18. Bilinç Düzeyi Puanlarının Göreve Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ± SS	t	sd	p
Fiziksel Önlemler	İdareci	54	4,26 ± 0,63	4,78	433	**0,00**
	Öğretmen	381	3,77 ± 0,71			
Eğitsel Faaliyetler	İdareci	54	3,79 ± 0,83	3,07	433	**0,002**
	Öğretmen	381	3,39 ± 0,89			
Farkındalık	İdareci	54	3,29 ± 0,92	1,65	433	0,15
	Öğretmen	381	3,10 ± 0,76			
Gözlem	İdareci	54	4,36 ± 0,73	1,98	433	**0,04**
	Öğretmen	381	4,19 ± 0,57			
Genel Bilinç Düzeyi	İdareci	54	4,01 ± 0,63	4,02	433	**0,00**
	Öğretmen	381	3,66 ± 0,61			
Bağımsız Gruplar T-Testi						

Öğretmen ve idarecilerin göreve göre fiziksel önlemler puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($t_{(433)}$=4.78; p<0,05). İdarecilerin fiziksel önlemler puanları ($\bar{x}$=4,25), öğretmenin fiziksel önlemler puanlarından ($\bar{x}$=3,76) yüksek bulunmuştur. Öğretmen ve idarecilerin göreve göre eğitsel faaliyetler puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($t_{(433)}$=3.07; p=0.002<0,05). İdarecilerin eğitsel faaliyetler puanları ($\bar{x}$=3,78), öğretmenin eğitsel faaliyetler puanlarından ($\bar{x}$=3,39) yüksek bulunmuştur. Öğretmen ve idarecilerin göreve göre gözlem puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($t_{(433)}$=1.98; p=0.048<0,05). İdarecilerin gözlem puanları ($\bar{x}$=4,35), öğretmenin gözlem puanlarından ($\bar{x}$=4,18) yüksek bulunmuştur. Öğretmen ve idarecilerin göreve göre Genel Bilinç Düzeyi puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($t_{(433)}$=4.02; p<0,05). İdarecilerin Genel Bilinç Düzeyi puanları ($\bar{x}$=4,01), öğretmenin Genel Bilinç Düzeyi puanlarından ($\bar{x}$=3,65) yüksek bulunmuştur. Öğretmen ve idarecilerin farkındalık puanlarının görev değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür (p>0,05).

Tablo 5.19. Bilinç Düzeyi Puanlarının Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ± SS	t	sd	p
Fiziksel Önlemler	Lisans	374	3,81 ± 0,71	-1,37	433	0,16
	Lisansüstü	61	3,95 ± 0,79			
Eğitsel Faaliyetler	Lisans	374	3,44 ± 0,89	-0,05	433	0,95
	Lisansüstü	61	3,45 ± 0,93			
Farkındalık	Lisans	374	3,13 ± 0,76	0,35	433	0,76
	Lisansüstü	61	3,09 ± 0,93			
Gözlem	Lisans	374	4,19 ± 0,58	-1,30	433	0,19
	Lisansüstü	61	4,30 ± 0,63			
Genel Bilinç Düzeyi	Lisans	374	3,69 ± 0,61	-0,88	433	0,37
	Lisansüstü	61	3,77 ± 0,69			
Bağımsız Gruplar T-Testi						

Öğretmen ve idarecilerin Fiziksel Önlemler, Eğitsel Faaliyetler, Farkındalık, Gözlem, Genel Bilinç Düzeyi puanları *öğrenim durumu* değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür (p>0,05).

5.1.5. Tutum Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Tablo 5.20. Tutum Puanlarının Beyaz Bayrak Sahipliğine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ± SS	F	p	Fark
Tutum	Evet	200	3,92 ± 0,64	10,91	**0,00**	**1>2** **1>3**
	Hayır	121	3,62 ± 0,71			
	Fikrim Yok	114	3,63 ± 0,63			
Tek Yönlü Varyans Analizi						

Öğretmen ve idarecilerin Beyaz Bayrak sahipliğine göre Tutum puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür $F_{(2, 432)}$=10,91; p<0.05). Farkın nedeni; Beyaz Bayrak sahipliği olanların Tutum puanlarının ($\bar{x}$=3,92), Beyaz Bayrak sahipliği olmayanların Tutum puanlarından ($\bar{x}$=3,62) yüksek olması ve Beyaz Bayrak sahipliği

olanların Tutum puanlarının ($\bar{x}$=3,92), Beyaz Bayrak sahipliği konusunda fikri olmayanların Tutum puanlarından ($\bar{x}$=3,63) yüksek olmasıdır.

Tablo 5.21. Tutum Puanlarının Mesleki Kıdeme Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ± SS	F	p
Tutum	10 Yıl Ve Altı	96	3,64 ± 0,62	2,26	0,06
	11-15 Yıl	118	3,74 ± 0,68		
	16-20 Yıl	86	3,75 ± 0,70		
	21-25 Yıl	75	3,82 ± 0,71		
	26 Ve Üstü Yıl	60	3,96 ± 0,60		
Tek Yönlü Varyans Analizi					

Öğretmen ve idarecilerin Tutum puanlarının mesleki kıdem değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 5.22. Tutum Puanlarının Okul Sağlığı Yönetim Ekibi Varlığına Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ± SS	F	p	Fark
Tutum	Evet	224	3,89 ± 0,63	8,08	**0,000**	**1>2** **1>3**
	Hayır	47	3,56 ± 0,79			
	Fikrim Yok	164	3,66 ± 0,66			
Tek Yönlü Varyans Analizi						

Öğretmen ve idarecilerin OSYE varlığına göre Tutum puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($F_{(2,\ 432)}$=8,089; $p<0.05$). Farkın nedenleri; OSYE olanların Tutum puanlarının ($\bar{x}$=3,89), OSYE olmayanların Tutum puanlarından ($\bar{x}$= 3,566) yüksek olması ve OSYE olanların Tutum puanlarının ($\bar{x}$=3,89), OSYE konusunda fikri olmayanların Tutum puanlarından ($\bar{x}$=3,66) yüksek olmasıdır.

Tablo 5.23. Tutum Puanlarının Okulum Temiz Belgesi Sahipliğine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ± SS	F	p	Fark
Tutum	Evet	340	3,83 ± 0,66	10,42	**0,000**	**1>2**
	Hayır	28	3,31 ± 0,56			**3>2**
	Fikrim Yok	67	3,60 ± 0,67			**1>3**
Tek Yönlü Varyans Analizi						

Öğretmen ve idarecilerin Okulum Temiz Belgesi Sahipliği göre tutum puanları (Tablo 3.21) anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($F_{(2,\ 432)}$=10,42; p<0.05). Farkın nedeni; Temizlik belgesi olanların Tutum puanlarının ($\bar{x}$=3,83), Okulum Temiz Belgesi Sahipliği olmayanların Tutum puanlarından ($\bar{x}$=3,31) yüksek olmasıdır. Okulum Temiz Belgesi Sahipliği konusunda fikri olmayanların Tutum puanlarının ($\bar{x}$=3,60), Okulum Temiz Belgesi Sahipliği olmayanların Tutum puanlarından ($\bar{x}$=3,31) yüksek olmasıdır. Okulum Temiz belgesi olanların Tutum puanlarının ($\bar{x}$=3,83), Okulum Temiz Belgesi Sahipliği konusunda fikri olmayanların Tutum puanlarından ($\bar{x}$=3,60) yüksek olmasıdır.

Tablo 5.24. Tutum Puanlarının Yaşa Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ± SS	F	p	Fark
Tutum	20-30 Yaş	30	3,61 ± 0,67	3,38	**0,018**	**4>1**
	31-40 Yaş	192	3,68 ± 0,66			**3>2**
	41-50 Yaş	159	3,85 ± 0,69			**4>2**
	51 Ve Üstü Yaş	54	3,92 ± 0,61			
Tek Yönlü Varyans Analizi						

Öğretmen ve idarecilerin Yaşa göre Tutum puanları anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($F_{(3,\ 431)}$=3,38; p=0,018<0.05). Farkın nedeni; 51 ve Üstü Yaş olanların Tutum puanlarının ($\bar{x}$=3,92), 20-30 Yaş olanların Tutum puanlarından ($\bar{x}$=3,61) yüksek olmasıdır. 41-50 Yaş olanların Tutum puanlarının ($\bar{x}$=3,85), 31-40 Yaş olanların Tutum puanlarından ($\bar{x}$=3,68) yüksek olmasıdır. 51 ve Üstü Yaş olanların Tutum puanlarının ($\bar{x}$=3,92), 31-40 Yaş olanların Tutum puanlarından ($\bar{x}$=3,68) yüksek olmasıdır.

Tablo 5.25. Tutum Puanlarının Yöneticilik Kıdemine Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ± SS	F	p
Tutum	1-5 Yıl	25	4,04 ± 0,75	0,29	0,83
	6-10 Yıl	12	4,08 ± 0,63		
	11-15 Yıl	4	4,05 ± 0,25		
	16 Ve Üstü Yıl	13	4,24 ± 0,51		
Tek Yönlü Varyans Analizi					

Öğretmen ve idarecilerin Tutum puanları yöneticilik kıdemi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür (p>0.05).

Tablo 5.26. Tutum Puanlarının Çalışılan Okul Türüne Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ±Ss	F	p
Tutum	İlkokul	121	3,81 ± 0,72	0,43	0,64
	Ortaokul	230	3,75 ± 0,66		
	Lise	84	3,73 ± 0,62		
Tek Yönlü Varyans Analizi					

Öğretmen ve idarecilerin tutum puanları çalışılan okul türü değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür (p>0.05).

Tablo 5.27. Tutum Puanlarının Cinsiyete Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ± Ss	t	sd	p
Tutum	Erkek	202	3,82 ± 0,64	1,47	433	0,14
	Kadın	233	3,72 ± 0,69			
Bağımsız Gruplar T-Testi						

Öğretmen ve idarecilerin tutum puanları cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür (p>0,05).

Tablo 5.28. Tutum Puanlarının Göreve Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ± Ss	t	sd	p
Tutum	İdareci	54	4,10 ± 0,64	3,91	433	**0,000**
	Öğretmen	381	3,72 ± 0,66			
Bağımsız Gruplar T-Testi						

Öğretmen ve idarecilerin göreve göre Tutum puanları anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($t_{(433)}$=3.91; p<0,05). İdarecilerin Tutum puanları ($\bar{x}$=4,10), öğretmenin Tutum puanlarından ($\bar{x}$=3,72) yüksek bulunmuştur.

Tablo 5.29. Tutum Puanlarının Öğrenim Durumuna Göre Farklılaşma Durumu

	Grup	N	Ort ± Ss	t	sd	p
Tutum	Lisans	374	3,76 ± 0,65	-0,104	433	0,929
	Lisansüstü	61	3,77 ± 0,80			

Bağımsız Gruplar T-Testi

Öğretmen ve idarecilerin Tutum puanları öğrenim durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür (p>0,05).

Tablo 5.30. Hipotezlerin sonuç tablosu.

	ÖLÇEK	FAKTÖR			ÖLÇEK	FAKTÖR	
H_1	Bilinç Düzeyi	Fiziksel Önlemler	X	**H_2**	Bilinç Düzeyi	Fiziksel Önlemler	√
		Farkındalık	X			Farkındalık	X
		Eğitsel Faaliyetler	X			Eğitsel Faaliyetler	X
		Gözlem	√			Gözlem	√
		Genel Bilinç Düzeyi	X			Genel Bilinç Düzeyi	√
	Tutum		√		Tutum		X
H_3	Bilinç Düzeyi	Fiziksel Önlemler	√	**H_4**	Bilinç Düzeyi	Fiziksel Önlemler	√
		Farkındalık	X			Farkındalık	X
		Eğitsel Faaliyetler	√			Eğitsel Faaliyetler	√
		Gözlem	√			Gözlem	√
		Genel Bilinç Düzeyi	√			Genel Bilinç Düzeyi	√
	Tutum		**X**		Tutum		√
H_5	Bilinç Düzeyi	Fiziksel Önlemler	√	**H_6**	Bilinç Düzeyi	Fiziksel Önlemler	X
		Farkındalık	X			Farkındalık	X
		Eğitsel Faaliyetler	X			Eğitsel Faaliyetler	X
		Gözlem	√			Gözlem	X
		Genel Bilinç Düzeyi	X			Genel Bilinç Düzeyi	X
	Tutum		X		Tutum		X
H_7	Bilinç Düzeyi	Fiziksel Önlemler	X	**H_8**	Bilinç Düzeyi	Fiziksel Önlemler	√
		Farkındalık	√			Farkındalık	√
		Eğitsel Faaliyetler	X			Eğitsel Faaliyetler	√
		Gözlem	√			Gözlem	√
		Genel Bilinç Düzeyi	X			Genel Bilinç Düzeyi	√
	Tutum		X		Tutum		√
H_9	Bilinç Düzeyi	Fiziksel Önlemler	√	**H_{10}**	Bilinç Düzeyi	Fiziksel Önlemler	√
		Farkındalık	√			Farkındalık	√
		Eğitsel Faaliyetler	√			Eğitsel Faaliyetler	√
		Gözlem	√			Gözlem	√
		Genel Bilinç Düzeyi	√			Genel Bilinç Düzeyi	√
	Tutum		√		Tutum		√

H_{11} Desteklenmiştir.

5.2. Tartışma

Araştırmada devlet okullarında çalışan öğretmen ve idarecilerin salgın ve bulaşıcı hastalıklar konusundaki bilinç düzeylerini ve tutumlarını; yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, görev, kıdem ve Okul Sağlığı programlarında yer alan "Okul Sağlığı Ekibi, Beyaz Bayrak, Okulum Temiz Belgesi" gibi uygulamalara sahiplik gibi kriterlerle karşılaştırılmıştır.

Bu araştırma için literatür tarandığında duruma uygun bir ölçek daha önceden yapılıp uygulanmadığından okullarda çalışan personeller için yeni bir ölçek geliştirme ihtiyacı doğmuştur.

Literatürde bulaşıcı hastalıklar ile ilgili birçok çalışma incelenmiş fakat bu çalışmalar ya kısmi hastalıklar üzerinden yapılmış ya da farklı meslek grupları için uygulanmıştır. Özellikle Özkan ve arkadaşlarının Pedikulozis Kapitis çalışması (2015), Ünsar ve arkadaşlarının HIV/AIDS, Hepatit C, Hepatit B çalışması (2019), Ünal ve arkadaşlarının Hepatit A çalışması (2004); Şenel'in kuaför ve güzellik salonları çalışması (2018), Turan ve arkadaşlarının Hemşire öğrenciler çalışması (2017) gibi hâlâ dünya üzerinde etkinliğini koruyan bulaşıcı hastalıklar ve sağlık çalışanları veya kuaför gibi bulaşın sık karşılaşıldığı meslekler üzerine kısmi araştırmalar yapıldığı belirlenmiştir.

Okul sağlığı uygulamaları son yıllarda hızla gelişmekle birlikte dünyanın ve ülkemizin içinde bulunduğu Covid-19 Pandemisi bulaşıcı ve salgınlara bakışımızı ve uygulamalarımızı sürekli güncellememiz gerektiği gerçeğini ortaya koyduğu düşünülmektedir.

Öğretmen ve idarecilerin salgın ve bulaşıcı hastalıklar konusundaki bilinç düzeyleri ve tutumları incelendiğinde;

Yaşın bilinç düzeyi faktörleri üzerinde Tablo 5.14'te belirtildiği gibi sadece "gözlem" faktöründe anlamlı farklılık göstermektedir. Tablo 5.24'teki "Tutum" faktöründe de yine anlamlı farklılık göstermektedir. Bu sonuçlara göre "Yaş" arttıkça "Gözlem" ve "Tutum" maddelerindeki değişkenler de anlamlılık düzeyi arttığı söylenebilir.

Cinsiyete göre Tablo 5.17.'de belirtildiği gibi erkeklerin puanları kadınların puanlarından "Fiziksel Önlemler", "Gözlem" ve "Genel Bilinç Düzeyi" faktörlerindeki değişkenlere göre anlamlı farklılık göstererek yüksek bulunmuştur. Tablo 5.19. ve Tablo 5.29.'a göre katılımcıların öğrenim durumları bilinç ve tutumlarını

etkilememektedir.

Tablo 5.18. ve 5.28.'e göre "Görev" değişkeninde okul idarecilerinin bilinç düzeyi ve tutum puanlarının öğretmenlerden yüksek olması; tüm mevzuat akışına idarecilerin sahip olması, bu akışın her zaman öğretmenlere ulaşmaması ve bazı çalışmaların idari kısımda yapılarak çalışmaların kâğıt üzerinde kalması ve öğretmenlere indirgenmemesi gibi etmenlere bağlı olduğu düşünülmektedir.

Tablo 5.16. ve 5.26.'ya istinaden sahip olunan öğrenci kitlesinin yaş durumuna göre o okulda çalışan personelin de Farkındalık ve Gözlem faktörlerine bağlı bilinç artışı olduğu ortaya çıkmaktadır. Araştırmamızda okul türü olarak okulöncesi kurumlar da yer almaktadır ancak Tarsus ilçesinde bulunan okulöncesi kurum sayısı çok olmadığı için anket verileri ilkokul ile birleştirilmiştir.

"Mesleki Kıdem" değişkeninin bilinç düzeyi faktörleri üzerinde Tablo 5.11.'de belirtildiği gibi "Fiziksel Önlemler" ve "Gözlem" faktöründe anlamlı farklılık göstermektedir. Tablo 5.21.'deki "Tutum" faktöründe ise anlamlı farklılık göstermemektedir. Meslekte yaş arttıkça bulaşıcı hastalıklara yönelik fiziksel önlemlerin daha güçlü fark edildiği ve tecrübelerin arttığı söylenebilir. Ayrıca sadece 54 okul yöneticisine yönelik "Yöneticilik Kıdemi" için bilinç düzeyi ve tutum puanları anlamlı farklılık göstermemektedir.

"Okul Sağlığı Yönetim Ekibi" varlığında tablo 5.12. ve 5.22'ye Okul Sağlığı Yönetim Ekibi, MEB ve SB tarafından 2017 Okul Sağlığı Programı Uygulama Kılavuzunda da belirtildiği üzere her okulda kurulması zorunlu kurul ve komisyonlar arasında yer almasına rağmen 47 kişinin Hayır, 164 (%37,7) gibi büyük bir oranın Fikrim Yok seçeneğini işaretlemesi bu komisyonların hâlâ kâğıt üzerinde yürütüldüğünü düşündürmektedir. OSYE'lerin okullarda kurulması konuyla ilgili birçok bilim çalışanının istediği bir durumdur. (Şahinöz vd., 2017:303-312, Gündüz vd., 2014, Akçay, 2016). Ancak bu isteklerin yanında Okul Sağlığı Ekiplerinde Sağlık çalışanı (sağlık memuru, doktor, hemşire vb.) bulundurup okullar ile sağlık hizmetleri birimleri arasında gerçek bir bağ kurulamamasının ülkemizde hâlâ büyük bir sorun olduğu düşünülmektedir. (Ulutaşdemir vd., 2016, Şahinöz vd., 2017, Seçginli vd. 2004;465, Akçay 2016:92). Eğitim kurumlarında OSYE oluşturularak okul sağlığına yönelik tüm çalışmalarının bilinçli bir ekip tarafından organize edilip uygulanması gerektiği DSÖ ve Amerikan Okul Sağlığı Derneği (ASHA), raporlarında da vurgulanmıştır (WHO, 2015, a.g.i.s., Allensworth vd., 1997). Atak'ın (2021) ülkemizdeki okullardaki OSYE'lerle ilgili yeterli çalışma olmadığını belirterek yaptığı

çalışmada okullarda OSYE'nin her okulda olmadığı veya olsa bile yeterince bilinmediği sonucuna varmıştır. Yaptığı çalışmada katılımcıların yarısından fazlası; okulda meydana gelecek bir yaralanma ya da bulaşıcı hastalık durumunda ne yapması gerektiği ile ilgili bir çalışma ya da bilgisinin olmadığını bildirmiştir (Atak, 2021). 2007'de Toraman ve arkadaşlarının İzmir'de yaptığı bir çalışmada Okul Sağlığı Ekibi hiçbir okulda kurulmamış ya da kâğıt üzerinde kalmıştır. (Toraman, 2007:169) 2010'da Babayiğit ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Ankara Keçiören'de örneklemindeki 31 okulun %93,5'inin (29 okul) Okul ve Çevre Sağlığı Standartlarına ve mevzuata göre okullarda bulunması gereken Okul ve Çevre Sağlığı Kurulunun kurulmadığını belirtmiştir. (Babayiğit vd., 2010)

"Beyaz Bayrak Sahipliği" varlığına dair Tablo 5.10. ve 5.20.'ye göre Beyaz Bayrak sahipliği okullarda zorunlu olmayıp ulaşılması gereken temizlik ve hijyen standartlarına ulaşmayı tüm okulların hedeflenmesini sağlayan bir projedir. Bu sebeple Evet ve Hayır seçeneklerini işaretleyenlerin konu hakkında bilgi sahibi olduğu düşünülebileceği için bir sorun görülmemekte ancak Fikrim Yok seçeneğini işaretleyen öğretmenlerin çalıştıkları okullarda tüm okulun hâkim olması ve uygulaması gereken bir çalışmanın yine kâğıt üzerinde kaldığı ya da hiçbir duyuru yapılmadan geçiştirildiği düşünülmektedir.

"Okulum Temiz Belgesi Sahipliği" varlığına dair Tablo 5.13. ve 5.23.'e göre Okulum Temiz belgesi Covid-19 Pandemisi sürecinde TSE ve MEB'in hazırladığı EHEK göz önünde bulundurularak tüm eğitim kurumlarının en son belirlenen standartlara uygun hâle getirilme projesidir. Verilen yanıtlara göre Tarsus ilçesinde bulunan 187 okulun büyük bir kısmı Okulum Temiz Belgesi almıştır. Bazı haber sitelerinde 25 Şubat 2021 tarihi itibarıyla yapılan bilgilendirmede 128 okulun Okulum Temiz belgesi almaya hak kazandığı bildirilmiştir (Sabah, 2021, a.g.i.s.). 10.02.2020 tarihinde Anadolu Ajansından (AA) Sefa Şahin'in haberine göre ülke genelindeki okulların %98.2'sini oluşturan 49.361 okula okulum temiz belgesi verilmiştir (AA, 2020, a.g.i.s.). Türkiye genelinde ise 2020 MEB Faaliyet Raporu sonuçlarına göre 48.669 okula Okulum Temiz Belgesi verildiği bildirilmektedir (MEB, 2021, a.g.i.s.).

"Okullarda en sık karşılaşılan bulaşıcı hastalık nedir?" sorusunda Şekil 5.4.'e göre eğitim kurumlarında en sık karşılaşılan hastalıkların üst solunum yolu hastalıkları olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar Ödek'in (2018) yaptığı araştırmada çıkan %9.5 üst

solunum yolu hastalıkları sonucuyla örtüşmektedir. 2019 TÜİK verilerine göre de üst solunum yolu enfeksiyonları 0-14 yaş grubu çocuklarda en çok görülen hastalık olmuştur (TÜİK, 2019, a.g.i.s.). Atak'ın çalışmasında (2021) da bizimki gibi açık uçlu sorulan en sık karşılaşılan hastalık sorusuna öksürük, burun akıntısı, nezle, grip, farenjit gibi bulaşıcı üst solunum yolu hastalıkları belirtilmiştir. Bulaşıcı hastalıkların sık karşılaşılma durumuna dünya genelinde baktığımızda iklim, ekonomik durum vb. etkenlere göre değişiklik olduğu görülmüştür. Mesela Akello ve arkadaşlarının (2007) Uganda'da yaptıkları bir çalışmada en sık karşılaşılan hastalıklar sırasıyla sıtma, ishal, deri hastalıkları, mantar, gribal enfeksiyon ve tifo olduğunu bildirmişlerdir.

Covid-19 Pandemisinin aşıyla son bulacağına inanan öğretmen ve idareci oranı %36'dır(Tablo 5.4.) Yani büyük bir kesim (%64) buna inanmamaktadır. Şandır'ın (2014) H1N1 (Domuz Gribi) üzerine yaptığı araştırmada da öğretmenlerin %89,9'unun hastalığı aşının sonlandıracağına inanmadığı görülmüştür. Asanati ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında ise öğretmenlerin öncelikli olarak aşılanarak topluma rol model olmaları ve eğitim-öğretimdeki aksamanın en aza indirgenmesi gerektiği bildirilmiştir.

Bu çalışmanın bir takım sınırlılıkları vardır. Araştırmamızın başlığında okullarda çalışan personeller kavramı öğretmen ve idarecilerin yanında temizlik çalışanlarını da kapsamasına rağmen temizlik çalışanları gruplara dâhil edilmemiştir. Bunun sebebi MEB okullarında kadrolu temizlik çalışanı oranının çok az olması ve çalıştırılan temizlik personellerinin yıllardır Toplum Yararına Çalışma Programı kapsamında geçici olarak çalıştırılmasıdır. Bu sebeple temizlik personelinin dönemlik veya kısmi zamanlı gelmesi; ayrıca sürekli değişmesinin araştırmamıza gerçekçi veriler kazandırmayacağı düşünüldüğü için temizlik personeliyle anket yapılmamıştır. Bununla birlikte çalışmanın sadece Tarsus ilçesinden bulunan devlet okullarında yapılması, özel okullardaki öğretmen- idarecilerin kapsam dışı tutulması ve Covid-19 Pandemisi koşulları sebebiyle sadece çevrimiçi yapılması araştırmanın sınırlılıkları kapsamında değerlendirilebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonucunda bir ölçme aracı olarak "Öğretmen ve İdarecilerin Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Konusunda Bilinç Düzeyleri ve Tutumları Ölçeği" geliştirilmiştir (EK 3). Bulgulara dayalı yapılan analizler sonucunda Milli Eğitim Bakanlığı-Sağlık Bakanlığı ve Türk Standartları Enstitüsü'nün okullarda hijyenik ortam ve sağlıklı yaşam konusunda oluşturmak istedikleri standartlara her yönüyle ulaşan okul sayısının yeterli seviyede olmadığı görülmüştür. Yıllardır ulusal ve uluslararası proje ve programlarla okul sağlığında belirli bir yere gelmek isteyen bakanlıklarımız neredeyse okulların tamamının Okulum Temiz belgesi almasına rağmen tuvalet temizliği, sıvı sabun, peçete gibi önemli unsurların yeteri kadar temin edilemediği ortaya çıkmaktadır. Maddi imkânları iyi olan bölgelerde bunun gibi fiziksel önlemlerin daha rahat karşılanmasına rağmen imkânların kısıtlı olduğu bölgelerde bu durum sorun oluşturmaktadır. Öğrenci, veli ve öğretmenlere bulaşıcı ve salgın hastalıklar konusunda yeteri kadar eğitim verilmediği, verilen eğitimlerin de büyük kısmının kâğıt üzerinde yapıldığı düşünülmektedir. Okullarla toplum sağlığı merkezleri/aile hekimliği bağlantısının çok zayıf olması çocuğun eğitim hayatı boyunca gerçekçi bir takip çizelgesiyle sağlık izleminin yapılmasını engellemektedir. Öğretmen ve idarecilerin yaşları ve kıdemleri arttıkça bulaşıcı ve salgın hastalıkları tanıma ve bulaşıcı-salgın hastalıklarla karşılaşıldığı durumlarda ne yapılacağını bilme konusunda tecrübeleri artmıştır. Sadece idareciler bu konuda değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık kaydedilememiştir. Cinsiyet faktöründe ise erkek eğitimcilerin genel bilinç düzeyi kadın eğitimcilerden yüksek çıkmıştır. Eğitim kademesi yükseldikçe farkındalık ve gözlem puanının düşmesinin sebebinin çocukların yaş seviyesi düştükçe öğretmen ve idarecilerin daha temkinli ve koruyucu olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Sağlık ve hijyen konusunda bir anasınıfı öğretmeninin lise öğretmenine göre öğrencisine karşı daha duyarlı ve koruyucu yaklaşmasını buna örnek verebiliriz. Sağlık eğitiminin öğrenci ve velide kalıcı ve etkili hale gelmesi için yapılan etkinlikler ile kulüp faaliyetlerinin çok az olduğu; yaparak yaşayarak öğrenmeyen bireylerin de sağlıklı yaşam idealinden uzaklaştığı ve toplumdaki bilinç seviyesinin arttırılamadığı ortaya çıkmaktadır. Okul idarecilerinin bilinç düzeyi ve tutumları öğretmenlerden yüksek çıkmıştır. Bunun da tüm mevzuat akışına idarecilerin sahip olması, bu akışın her zaman öğretmenlere ulaşmaması ve bazı çalışmaların idari kısımda yapılarak çalışmaların kâğıt üzerinde kalması ve öğretmenlere indirgenmemesi gibi etmenlere bağlı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca katılımcılarda bilinç düzeyi arttıkça tutum da pozitif yönde artmaktadır.

Yaşadığımız Covid-19 Pandemisinin aşıyla son bulacağına inanan öğretmen ve idareci oranının çok düşük çıkması da düşündürücüdür.

Öğretmen ve idarecilerin bulaşıcı ve salgın hastalıklar konusunda bilinç ve tutumlarını arttırmaya yönelik eğitimlerin arttırılması, sağlık ve eğitim personelinin yakın temas halinde çalışması, okul bölgelerinin Halk Sağlığı Merkezleri ile bağlantılarını yasal zorunluluk haline getirilmesi, okula başlarken ve belirlenen farklı dönemlerde sağlık taraması ve kontrolleri yapılması, yasal mevzuatta yapılan çalışmaların son zamanlarda çok daha iyileştirilmesine rağmen pratiğe aktarılma işinin daha sıkı tutulması ve okullarda hemşire, doktor vb. sağlık personeli temini konusunda önerilerde bulunulmuştur. Ayrıca her öğrencinin herhangi bir kriz anında ulaşılabilecek içinde sağlık durumuyla ilgili tüm hikâyelerinin yer aldığı sağlık karnesi olmalı ve yetkili tüm birimler bunlara anında ulaşabilmelidir. Yalnız eğitim personelinde değil, tüm toplumda aşıya olan güvensizliğin giderilmesi için yerli aşı çalışmaları arttırılmalı ve aşı programlarının tüm yurda yayılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- AA, 2020. 17 Haziran 2020 tarihinde aa.com.tr/tr/eğitim/okullarin-yuzde-98-2si-okulum-temiz-belgesiyle-yuz-yuze-egitime-hazir-hale-geldi/2139924# adresinden erişildi.
- Akçay, D. (2016). Okul Ortamında Bulaşıcı Hastalıklardan Korunmada Okul Hemşiresinin Rolü. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 5(2): 84-94.
- Akello G, Reis R, Ovuga E, Rwabukwali Cb, Kabonesa C, Richters A. (2007). Primary School Children\'S Perspectives On Common Diseases And Medicines Used: Implications For School Healthcare Programmes And Priority Setting In Uganda. *African Health Sciences*, 7(2).
- Akurgal, E. (2005). *Anadolu Kültür Tarihi* (17. Baskı). TÜBİTAK Yayınları, Ankara, 85.
- Allensworth D., Lawson E., Nicholson L., vd., (1997). *Schools and Health: Our Nation's Investment.* İnstitute of Medicine, The National Academies Press. Washington, DC. 09 Haziran 2021 tarihinde https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK232689/ adresinden erişildi.
- Arık, F. Ş. (1992). Selçuklular Zamanında Anadolu'da Veba Salgınları. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Dergisi*, 15(26): 27-57.
- Armağan, T., Bingül, B. A., ve Rengin, A., (2020). Tarihsel Süreçte Yaşanan Pandemilerin Ekonomik Ve Sosyal Etkileri. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(Covıd-19 Special Issue): 612-632.
- Asanati, K., Voden, L. ve Majeed, A., (2021). Healthier Schools During The COVID-19 Pandemic: Ventilation, Testing And Vaccination. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 114(4): 160-163.
- Aslan, R. (2020). Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve Covid-19. *Ayrıntı Dergisi*, 8(85).
- Atak, M., (2021). *Okullarda Sağlık Risklerinin Yönetimi Programı; Operasyonel Epidemiyoloji İle Eyüpsultan Modeli*. İstanbul Üniversitesi, Doktora Tezi, İstanbul, 144s.
- Babayiğit, M. A., Bakır, B., Tekbaş, Ö. F., Oğur, R., Kılıç, A., ve Hasde, M., (2010). Ankara Keçiören İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne Bağlı İlköğretim Okullarının Çevre Sağlığı Standardına Uygunluk Durumunun

Değerlendirilmesi. *Turkish Journal Of Public Health, 8*(1): 19-29.

- Başar, R. P., (2008). *Aydın'da İki İlköğretim Okulunda Okul Sağlığı Hizmetleri ve Yeni Bir Model Geliştirilmesi*. Adnan Menderes Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Aydın, 5s.
- Baykent S., 2020. *Kara Veba'dan "Kovid-19" Virüsüne: Salgınlar Dünya Siyasî Tarihini Nasıl Şekillendiriyor? 19 Mayıs 2020 tarihinde* https://www.indyturk.com/node/138346/t%C3%BCrkiyeden-sesler/kara-veba%E2%80%99dan-%E2%80%9Ckovid-19%E2%80%9D-vir%C3%BCs%C3%BCne-salg%C4%B1nlar-d%C3%BCnya-siyas%C3%AE-tarihini adresinden erişildi.
- Bilici, S., Uyar, M. F., Beyhan, Y., Sağlam, F., (2008). *İlköğretim Çocukları İçin Gıda Hijyeni El Kitabı*. 09 Aralık 2020 tarihinde https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/A%205.pdf adresinden erişildi.
- Bilir, N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 12(1): 61-68.
- Bonita, R., Beaglehole, R. ve Kjellström, T. (2009). *Temel Epidemiyoloji*. Başak Yayınevi, Ankara. s.1.
- Çakır, S. (2005). *Kocaeli İlinde Okul Sağlığı ve Hemşireliği Hizmetlerinin Durumu*, Kocaeli Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Kocaeli, 6s.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, K. E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2018). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Pegem Akademi, Ankara.
- Çan, G., Topbaş, M. Ve Kapucu, M. (2004). Trabzon'da İki Farklı Yerleşim Yerindeki İlköğretim Öğrencilerinin Kişisel Hijyen Alışkanlıkları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(8): 170-177.
- Çaylan, R. (2007). El hijyeni. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi*, 11(1): 54-9.
- Çetinkaya, S., Arslan, S., Nur, N., Demir, Ö. F., Özdemir, L., ve Sümer, H. (2005). Sivas İl Merkezi'nde Sosyoekonomik Düzeyi Farklı Üç İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Kişisel Hijyen Alışkanlıkları. *Sted*, 14(10): 229-236.
- Çopurlar, C. K. ve Kartal, M. (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1).
- Ener, D. (2020). *Bulaşıcı Hastalıklar Risk Farkındalığı ve Korunma Ölçeği Geliştirme. Erciyes Üniversitesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri: 4-6.

- Gökkoca, Z. (2001). Sağlık Eğitimi Açısından Temel İlkeler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 10(10): 371-374.
- Gönenli, H. ve Çağlayaner, H. (2007). Etkin Eğitim Açısından Okul Sağlığı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2(1): 31-39.
- Güler, Ç. ve Akın, L. (2015). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Gündüz, S. ve Albayrak, H. M. (2014). Okul Sağlığında Neredeyiz? *Ankara Medical Journal*, 14(1): 29-33.
- Karakuş, O. S. (2018). Doğu'dan Gelen Ölüm: Antoninus Vebası. *Toplumsal Tarih*, 296: 38-41.
- Kemper, S. (2015). C-E.A. Winslow, Who Launched Public Health At Yale A Century Ago, Still İnfluential Today. 02 Aralık 2020 tarihinde https://news.yale.edu/2015/06/02/public-health-giant-c-ea-winslow-who-launched-public-health-yale-century-ago-still-influe adresinden erişildi.
- Kılınç, O. (2004). *Eski Çağdan Yakın Çağa Genel Hatlarıyla Dünya'da Ve Osmanlı Devleti'nde Salgın Hastalıklar*. Fırat Üniversitesi Basımevi, Elazığ.
- Kim, A. (2015). *The School Based Health Center Design Guidelines*. Graduate School of Clemson University, master's thesis, ABD.
- Landsberger, S., *Gılgamış Destanı*. (M. Ramazanoğlu Çev.), (1941). MEB Yayınları, Ankara. s.58.
- LePan, N. (2020). Visualizing The History Of Pandemics. Visualizing The History Of Pandemics. 20.01.2021 tarihinde visualcapitalist.com/history-of-pandemics-deadliest/ sitesinden erişildi.
- Library Of Congress, 1918. 12 Haziran 2021 tarihinde https://www.loc.gov/item/2011661525/ adresinden erişilmiştir.
- MEB, 2006. *T.C. Milli Eğitim Bakanlığı ile T.C. Sağlık Bakanlığı Arasında Okul Sağlığı Hizmetleri Protokolü*. 22 Mart 2020 tarihinde http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/meb_sb_okulsagliki_hizmet_isbir_protokol.pdf adresinden erişildi.
- MEB, 2011. *Kişisel Hazırlık Ve Hijyen*. 31 Ocak 2021 tarihinde http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ki%C5%9Fisel%20Haz%C4%B1rl%C4%B1k%20Ve%20Hijyen.pdf adresinden erişildi.

- MEB, 2016. *T.C. Milli Eğitim Bakanlığı ile T.C. Sağlık Bakanlığı Arasında Okul Sağlığı Hizmetleri Protokolü*. 22 Mart 2020 tarihinde http://okulsagligi.meb.gov.tr/www/okul-sagligi-hizmetleri-isbirligi-protokolu okulda-sagligin-korunmasi-ve-gelistirilmesi-programi-uygulama-kilavuzu/icerik/50 adresinden erişildi.
- MEB, 2019. *Milli Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim 2018-2019*. 23 Mart 2020 tarihinde https://sgb.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2019_09/30102730_meb_istatistikleri_orgun_egitim_2018_2019.pdf adresinden erişildi.
- MEB, 2020a. *Hijyen Şartlarının Geliştirilmesi ve Efeksiyon Önleme Kılavuzu*. 20 Ekim 2020 tarihinde http://merkezisgb.meb.gov.tr/www/egitim-kurumlarinda-hijyen-sartlarinin-gelistirilmesi-ve-enfeksiyon-onleme-kontrol-kilavuzu/icerik/244 adresinden erişildi.
- MEB, 2020b. 16 Aralık 2021 tarihinde https://767141.meb.k12.tr/meb_iys_dosyalar/16/01/767141/resimler/2020_11/k_03130256_download.jpg adresinden erişildi.
- MEB, 2021. *Faaliyet Raporu*. 09 Haziran 2021 tarihinde http://sgb.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2021_03/03134336_2020_YYlY_Ydare_Faaliyet_Raporu.pdf adresinden erişildi.
- Ödek, Ö. (2018). *Ortaokul Öğrencilerinin Hijyen Alışkanlıklarının Hastalanma Durumlarına Etkisi*, Yozgat Bozok Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Yozgat. s.24.
- Önsüz, M. F. ve Hıdıroğlu S. (2008). İstanbul'da Farklı İki İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Kişisel Hijyen Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 9(1): 9 - 17.
- Özcan, C., Kılınç, S. Ve Gülmez, H. (2013). Türkiye'de Okul Sağlığı Ve Yasal Durum. *Ankara Medical Journal*, 13(2): 71-81.
- Özden, K. ve Özmat, M. (2014). Salgın ve Kent: 1347 Veba Salgınının Avrupa'da Sosyal, Politik ve Ekonomik Sonuçları. *İdealkent*, 12: 60-87.
- Özkan, Ö., Hamzaoğlu, O. ve Yavuz, M. (2015). Türkiye'de Pedikulozis Kapitis Prevalansı ve Yönetimi: Sistematik Derleme. *Turkiye Parazitol Dergisi*, *39*:135-146.

- Özyurda, F. (2018). *Tıp Öğrencileri İçin Halk Sağlığı*. Palme Yayınevi, Ankara.
- Parıldar, H. (2020). Tarihte Bulaşıcı Hastalık Salgınları. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*, 30(Ek sayı): 19-26.
- Polat, H. (1998). *Ankara Merkez İlçelerindeki Okul Çevre Sağlığının Değerlendirilmesi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Salant, P. ve Dillman, D. A. 1994. *How to Conduct Your Own Survey*, John Wiley & Sons, Inc. Newyork, 1994, s. 55.
- Resmi Gazete, (1930). *Umumî Hıfzıssıhha Kanunu*. 23 Mart 2020 tarihinde https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/1489.pdf adresinden erişilmiştir.
- Resmi Gazete, (2013). *Hijyen Eğitimi Yönetmeliği*. 13 Ocak 2021 tarihinde https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130705-3.htm adresinden erişilmiştir.
- Sabah Gazetesi, 2021. 09 Haziran 2021 tarihinde https://www.sabah.com.tr/mersin/2021/02/25/tarsusta-128-okula-okulum-temiz-belgesi-verildi adresinden erişildi.
- Sağlan, Y. Ve Bilge, U. (2018). Adolesan ve Okul Sağlığı. *Turkiye Klinikleri Family Medicine Special Topics*, 9(6): 11-16.
- Salcan, S., (2016). *Erzincan İl Merkezinde Öğrenim Gören Lise Öğrencilerinde Obezite Prevalansı ve Etkili Faktörler*. Erzincan Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, Erzincan.
- Seçginli, S., Erdoğan, S. ve Demirezen, E. (2004). Okul Sağlığı Tarama Programı: Bir Pilot Çalışma Örneği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *13*(12): 462-465.
- Sezgin, D., (2013). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *İletişim Dergisi*, 3(Özel Sayı):73-92.
- Şandır, N., (2014). *Edirne'nin İki Farklı Sosyoekonomik Bölgesindeki Okullarda Pandemik İnfluenza Aşılama Durumunun Değerlendirilmesi*.Trakya Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, s55.
- Şahinöz, T., Şahinöz, S., Kıvanç, A., (2017). Sağlığı Geliştirmenin En Kolay Yolu: Okul Sağlığı . *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 6 (4): 303-312.
- Şenel, M. (2018). *Kuaför ve Güzellik Salonlarında Çalışanların ve Hizmet*

Alanların Hijyen ve Bulaşıcı Hastalıklara İlişkin Bilgi Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi,Ankara.

- Şimşek, Ç., Piyal, B., Tüzün, H., Çakmak, D., Turan, H. ve Seyrek, V. (2010). Ankara İl Merkezindeki Bazı Lise Öğrencilerinde Kişisel Hijyen Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5): 433-440.
- Tarsus İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü, 2021. 15 Ocak 2021 tarihinde https://tarsus.meb.gov.tr/ adresinden erişilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012. *Türkiye El Yıkama Araştırması*. 09 Kasım 2020 tarihinde https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/elyika_tr.pdf adresinden erişildi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005. *Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Okullarda Sağlık Eğitimi Mevcut Durum Raporu*. 07 Ekim 2020 tarihinde https://dosyaSBsaglik.gov.tr/Eklenti/5149,saglikegitimipdf.pdf?0 adresinden erişilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008. *Okul Sağlığı*. 24 Ocak 2021 tarihinde https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/okulsagligi.pdf adresinden erişilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011. *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. 09 Kasım 2020 tarihinde https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf adresinden erişilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018. *Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Rehberi*. 22 Mart 2020 tarihinde https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,48633/bulasici-hastaliklar-ile-mucadele-rehberi---genelge-2018-22.html adresinden erişildi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019a. *Besin ve Hijyen*. 29 Ocak 2021 tarihinde https://sagligim.gov.tr/besin-ve-hijyen adresinden erişildi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019b. *Okullarda Beyaz Bayrak Uygulaması.* 20 Ocak 2019 tarihinde https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/okullarda-beyaz-bayrak-uygulaması.html adresinden erişildi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021. 23 Mayıs 2021 tarihinde https://covid19.saglik.gov.tr/ adresinden erişildi.
- TDK, 2021. *Tıp Terimleri Sözlüğü*. 10 Ocak 2020 tarihinde https://sozluk.gov.tr/

adresinden erişildi.

- Tosun N., Buzgan T., Hülür Ü., Gürsöz H., Çipil Z., Kadı Z., (2008). *Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı.* (Özcebe H, Ulukol B, Mollahaliloğlu S, Yardım N, Karaman F, editors.), Ankara:Yücel Ofset Matbaacılık.

- Töre, E. (2019). İlkokullarda Okul Sağlığı Uygulamaları: Öğretmen Ve İdari Çalışan Görüşleri Üzerine Nitel Bir Çalışma. Pegem Akademi, Ankara: s.117-132.

- Trilla, A., Trilla, G., Daer, C., (2008). The 1918 "Spanish Flu" in Spain. *Clinical İnfectious Diseases*, 47(5), 668-673.

- TSE, 2020. 10 Aralık 2020 tarihinde https://statik.tse.org.tr/upload///tr/dosya/dokumanyonetimi/113/14092020232245-1.pdf adresinden erişilmiştir.

- TSE, 2021. 12 Mart 2021 tarihinde https://www.tse.org.tr/ adresinden erişilmiştir.

- TÜİK, 2019. *Türkiye Sağlık Araştırması*. 01.05.2021 tarihinde https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661 adresinden erişildi.
- TÜİK, 2020. *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları*. 21.05.2021 tarihinde https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210 adresinden erişildi.
- Ulutaşdemir, N. vd., (2016). Halk Sağlığı Hemşireliğinin Bir Dalı:Okul Sağlığı Hemşireliği. *Türkiye Klinikleri,* 2(1):123.
- Ural, D., (2007). *Konaklama İşletmelerinde Çalışan Personelin Kişisel Hijyen Bilgileri Ve Uygulamaları Üzerine Bir Araştırma*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Ural, R., (1972). *Bulaşıcı Hastalıklar*. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları. İstanbul.
- Ünal, B., Kılıç, B., Kulaç, E., Eldenk, Ş., Akkoyunlu, Y., Dalgıç, F. ve Kırgöz, İ. (2004). İzmir Narlıdere Sağlık Ocağı Bölgesinde Hepatit A Salgını. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *13*(8): 305-308.
- Ünsar, S., Yacan, L. ve Yücel, İ. (2019). Üniversite Öğrencilerinin Hıv/Aıds,

Hepatit B, Hepatit C Enfeksiyon Hastalıkları Hakkındaki Farkındalık Düzeyleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *8*(3): 250-255.

- Toraman, A. U., Koçer, A., & Ergül, Ş. (2007). İlköğretim okullarının okul çevre sağlığı standartları yönünden değerlendirmesi. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *16*(11): 169-175.
- Wang, M., Han, X., Fang, H., Xu, C., Lin, X., Xia, S. Ve Tao, H. (2018). Impact Of Health Education On Knowledge And Behaviors Toward İnfectious Diseases Among Students İn Gansu Province, China. *Biomed Research İnternational*, 17 Haziran 2020 tarihinde https://www.hindawi.com/journals/bmri/2018/6397340/ adresinden erişildi.
- WHO, 1946. *Dünya Sağlık Örgütü Anayasası*. 02 Ekim 2020 tarihinde https://www.who.int/about/who-we-are/constitution adresinden erişildi.
- WHO, 2020a. 15 Aralık 2020 tarihinde https://www.who.int/activities/making-every-school-a-health-promoting-school adresinden erişildi.
- WHO, 2020b. *Koronavirüs Hastalığı Salgını*. 05 Nisan 2020 tarihinde https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019 adresinden erişildi.
- WHO, 2021. 24 Mayıs 2021 tarihinde https://covid19.who.int/ adresinden erişildi.
- WHO,2015. 09.06.2021 tarihinde https://www.who.int/publications/i/item/global-school-health-initiatives-achieving-health-and-education-outcomes adresinden erişildi.
- WHO, 2020c. *Koronavirüs Hastalığı Salgını.* 01 Nisan 2020 tarihinde https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1 adresinden erişildi.
- WHO, 2020d. 12 Haziran 2021 tarihinde https://www.who.int/docs/default-source/hiv-hq/latest-hiv-estimates-and-updates-on-hiv-policies-uptake-november2020.pdf?sfvrsn=10a0043d_12 adresinden erişildi.
- Yoket, Ü., (2003). Eski Çağda Tıp. *SSK Bozyaka Dahiliye Kliniği*, 12(2): 76-78.

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı **:** Kaan AKSUN

Doğum Tarihi **:**

E-mail **:**

Öğrenim Durumu **:**

Derece	**Bölüm/Program**	**Üniversite**	**Yıl**
Lisans	Türkçe Öğretmenliği	Celal Bayar Üniversitesi	2006

Görevler **:**

Görev Ünvanı	**Görev Yeri**	**Yıl**
Öğretmen	Tarsus	2021-Devam