

T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

OLUMLU SAĞLIK DAVRANIŞLARININ KAZANDIRILMASINDA  
OKUL SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ UYGULAMALARI

Kader GÜRBÜZ

Kocaeli Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin Halk Sağlığı Hemşireliği  
Programı İçin Öngördüğü  
BİLİM UZMANLIĞI ( YÜKSEK LİSANS) TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır

Danışman: Prof. Dr. Seçil AKSAYAN

KOCAELİ  
2006

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼'ne,

İş bu çalışma, j¼rimiz tarafından Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIğI ( Y¼KSEK LİSANS ) TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan Prof. Dr. S¼reyya KARAÖZ .....

¼ye Prof. Dr. Seçil AKSAYAN (Danışman) .....

¼ye Yrd. Doç. Dr. M. Nihal ESİN .....

---

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen adı geçen öğretim ¼yelerine ait olduğunu onaylarım.

02 / 06 / 2006

Prof. Dr. Emin Sami ARISOY  
Enstit¼ M¼d¼r¼

## ÖZET

### Olumlu Sağlık Davranışlarının Kazandırılmasında Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları

Araştırma, olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında okul sağlığı hemşireliği uygulamalarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Kocaeli ilinde Türk Pirelli İlköğretim Okulu'nda 3. 4. ve 5. sınıflarda okuyan tüm öğrenciler, örneklem seçimi yapılmaksızın çalışma kapsamına alınmıştır (n: 240).

Araştırma, metodolojik bir çalışmadır. Çalışmada olumlu sağlık davranışlarını kazandırmak üzere Sosyal Bilişsel Teoriye dayalı olarak geliştirilen posterler, Olumlu Sağlık Davranışlarını Keşfetme Programı ve okul sağlığı hemşireliği girişimleri uygulanmıştır. A grubu (n: 79), B grubu (n: 82) ve C grubu (n: 79) olmak üzere üç girişim grubu bulunmaktadır. A grubuna sadece poster uygulaması; B grubuna poster ve olumlu sağlık davranışlarını keşfetme programı uygulamaları; C grubuna ise tüm okul sağlığı hemşireliği girişimleri uygulanmıştır. Araştırma verileri, Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği (Parcel, 1978), Özetkililik-Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu (Sherer, 1982) ve Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır. Toplanan veriler, bağımlı gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi, Tukey testi ve tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi kullanılarak bilgisayarda analiz edilmiştir.

Okul sağlığı hemşireliği uygulamalarını kapsayan girişim grubunun Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği ve Çocuklarda Özetkililik-Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu'nun tekrar test puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Okul sağlığı hemşireliği uygulamalarının yer aldığı girişim grubunda, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeği tekrar test puan ortalamaları arasındaki farklar, "egzersiz davranışları" alanında istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); sağlık sorumluluğu, beslenme, kendini gerçekleştirme, stresle başetme, sosyal destek, güvenlik ve hijyenik alışkanlıklar gibi olumlu sağlık davranışlarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

Sosyal Bilişsel Teorisine dayalı olarak geliştirilen okul sağlığı hemşireliği uygulamaları, olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında etkilidir.

**Anahtar kelimeler:** Okul sağlığı hemşireliği, olumlu sağlık davranışları, çocuklarda sağlık denetim odağı, çocuklarda özetkililik.

## ABSTRACT

### **School Health Nursing Interventions to Acquire Positive Health Behaviours**

The aim of this study to evaluate school health nursing interventions to acquire positive health behaviour.

This study was involved third, fourth and fifth grade students attending Türk Pirelli Primary School in Kocaeli without choosing any sample (n: 240)

Methodologic design was used in this study. Posters, Discover Positive Health Behaviour Program and school nursing interventions, all of them based on Social Cognitive Theory were used to acquire positive health behaviours. There were three intervention groups; A Group (n: 78), B Group (n: 82) and C Group (n: 78). A group was included only poster interventions; B Group was included both poster and Discover Positive Health Behaviour Program interventions; C group was included all school health nursing interventions. Data was collected by Children Health Locus of Control Scale (Parcel, 1978), Self Efficacy Scale (Sherer et al., 1982) Child Form and Children Health Perceptions and Behaviours Scale. Collected data was analyzed by computer using following statistical test; chi-square, dependent t test, one way Anova, Tukey, one way Anova in repeated measures.

The differences of repeated measures Anova test's means of Children Health Locus of Control Scale and Self Efficacy Scale in C group which includes all school health nursing interventions were statistically significant ( $p < 0.01$ ). The differences of repeated measures Anova test's means of exercise area of Children Health Perception and Health Behaviors Scale in all groups were not statistically significant ( $p > 0.05$ ) but the differences of repeated measures Anova test's means of the other areas in this scale such as health responsibility, nutrition, self realization, coping with stress, social support, security and hygienic habits were statistically significant ( $p < 0.01$ ).

School nursing interventions based on Social Cognitive Theory are effective to acquire positive health behaviours.

**Key words:** School health nursing, positive health behaviours, children health locus of control, children self efficacy.

## TEŞEKKÜR

Öğrencisi olmakla yaşamım boyunca gurur duyacağım Değerli Hocam Prof. Dr. Seçil AKSAYAN' a çalışmanın başından sonuna kadar her aşamasında bana kazandırdığı değerli bilgi ve beceriler için sonsuz teşekkür ederim.

Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği, Özetkililik ve Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeği'nin dil geçerliliği çalışmalarında uzman görüş ve önerileriyle destek veren Sayın Sevgi Önsel, Sayın Suzzanne Usanmaz, Sayın Yrd. Doç. Dr. Pınar Topsever, Sayın Yrd. Doç. Dr. İsmet Şahin, Sayın Okutman Filiz Özen ve Sayın Okutman Elif Konak'a değerli katkıları için teşekkür ederim.

Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği, Özetkililik ve Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeği'nin kapsam geçerliliği konusunda uzman görüş ve önerileriyle çalışmaya destek veren Prof. Dr. Nurgün Platin, Prof. Dr. Semra Erdoğan, Prof. Dr. Günsel Başer, Doç. Dr. Güler Cimete, Doç. Dr. Sebahat Gözüm , Doç. Dr. Sema Kuşuoğlu, Yrd. Doç. Dr. Behice Ekici, Yrd. Doç. Dr. Filiz Arslan'a değerli katkıları için teşekkür ederim.

Verilerin toplanması sürecinde görev alan Kocaeli Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik II. sınıf öğrencileri; Behiye Baygara, Emine Elverdi, Nesli Kaya, Aslı Okyay, Derya Cebeci, İkra İncirkuş, Güzide Bağlamaç, Esra Hilal, Nihal Çevik, Ayşenur Fırtına, Merve Özleyen, Hanzey Çabuk, Zerrin Özkan, Neslihan Yılmaz, Nejla Güneş, Şerife Özcan'a ve arkadaşım Sevgi Çakır'a değerli katkıları için teşekkür ederim.

İlgi ve sevgi ile çalışmaya katılan ve bana daha çok çalışmam gerektiği öğreten tüm okul çağı çocuklarına içten teşekkürlerimi sunuyorum.

## İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
ÇİZELGELER DİZİNİ	xi
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlık ve Sağlığın Geliştirilmesi	4
2.1. 1. Sağlığın Geliştirilmesinde Kullanılan Teoriler ve Modeller	5
2.1. 2. Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi	6
2. 1. 2. 1. Sosyal Bilişsel Teoride Temel Kavramlar	6
2. 1. 2. 2. Özetkililik	10
2. 1. 2. 2. a. Bilişsel Süreç	11
2. 1. 2. 2. b. Motivasyon Süreç	11
2. 1. 2. 2. c. Eylem Süreci	11
2. 1. 2. 2. d. Seçme Süreci	11
2. 1. 2. 3. Özetkililik Kaynakları	11
2. 2. Okul Çağı Çocuğunda Sağlığın Geliştirilmesi	13
2. 2. 1. Okullarda Sağlık Eğitim Uygulamaları	13
2. 2. 1. 1. Okul Sağlığı Programının Kriterleri	13
2. 2. 1. 2. Etkili Bir Okul Sağlığı Eğitim Programının Özellikleri	14
2. 2. 1. 3. Okul Sağlığı Programlarının Önemli Bileşenleri	15
2. 2. 1. 4. Standartlara Dayalı Okul Sağlığı Eğitim Programı	16

2. 2. 2. Okullarda Sağlık Eğitim Modelleri ve Sağlığı Geliştiren Okul Kavramı	17
2. 3. Okul Çağı Çocuğunda Sağlık Davranışları Ve Etkileyen Faktörler	19
2. 3. 1. Sağlığı Algılama Ve Sağlık Yönetimi	19
2. 3. 2. Beslenme	20
2. 3. 3. Boşaltım	23
2. 3. 4. Aktivite-Egzersiz	24
2. 3. 5. Uyku ve Dinlenme	28
2. 3. 6. Bilişsel Algısal	28
2. 3. 7. Kendini Algılama Benlik Kavramı	30
2. 3. 8. Rol-İlişkiler	30
2. 3. 9. Cinsellik- Üreme	31
2. 3.10. Baş etme-Stres Toleransı	32
2. 3. 11. Değer ve İnançlar	32
2. 4. Sağlığın Geliştirilmesinde Okul Sağlığı Hemşireliğinin Uygulamaları	33
2. 4. 1. Okul Sağlığı Hemşiresinin Tanımı	33
2. 4. 2. Okul Sağlığı Hemşiresinin Rollerini	34
2. 4. 2. 1. Bakım Sağlayıcı Rolü	34
2. 4. 2. 2. İletişim Rolü	35
2. 4. 2. 3. Bireysel Bakımı Planlama ve Koordine Etme Rolü	35
2. 4. 2. 4. Sağlık Eğitimci Rolü	36
2. 4. 2. 5. Araştırmacı Rolü	38
2. 4. 2. 6. Hemşirelik Disiplini İçindeki Rolü	38
2. 4. 2. 7. Politika Üretme Rolü	39
2. 4. 3. Okul Sağlığı Hemşiresinin Sağlığın Geliştirilmesindeki Yeri ve Önemi	39
2. 4. 4. Dünyada ve Türkiye’de Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları	41
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Türü	43
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	43
3.3. Evren ve Örneklem	43
3.4. Veri Toplama Araçları	46

3.4.1. Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği	46
3.4.2.Özetkililik-Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu	47
3.4.3.Çocuklarda Sağlık Algıları ve Davranışları Ölçeği	48
3.5. Araştırma Takvimi	50
3.6. Araştırmada Uygulanan Girişimler	51
3.6.1.Afiş Uygulaması	51
3.6.2.Olumlu Sağlık Davranışlarını Keşfetme Programı	52
3.6.3.Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları	54
3.7.Verilerin Toplanması	56
3.8.Verilerin Değerlendirilmesi	57
4. BULGULAR	
4. 1. Çocuklarda Sağlık Denetim Odağına İlişkin Bulgular	58
4. 2. Özetkililik-Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu'na İlişkin Bulgular	59
4. 3. Çocuklarda Sağlık Algıları ve Sağlık Davranışlarına İlişkin Bulgular	60
5. TARTIŞMA	72
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	84
KAYNAKLAR DİZİNİ	86



## **SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

ASHA	: American School Health Association
ADHA	: American Dental Health Association
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HBSC	: Health Behaviour School Age Children
MEB	: Mili Eğitim Bakanlığı
NASN	: National Association of School Nursing
NHF	: National Health Form
NHMRC	: National Health and Medical Research Council
NHSS	: National Healthy School Standards
NSSC	: National Safety School Center
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	: United Nations Children's Fund

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil3.1.Okul girişindeki beslenme ve sağlık sorumluluğu afişi.....	52
Şekil 3. 2. Türk Pirelli İlköğretim Okulu 4-B sınıfı öğrencileri katılım belgeleriyle birlikte.....	53
Şekil3.3.Türk Pirelli İlköğretim Okulu Sağlık Birimi.....	54

## ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge3.1.Girişim gruplarının sınıflara göre dağılımı.....	44
Çizelge 3. 2. Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği, Özetkililik-Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu, Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeği'nin girişim gruplara göre ön test puan ortalamaları.....	44
Çizelge3.3.Girişim gruplarının tanımlayıcı özellikleri.....	45
Çizelge 4.1. Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği'nin girişimlere göre ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları.....	58
Çizelge 4. 2. Özetkililik-Yeterlilik Ölçeğinin Çocuk Formu'nun girişimlere göre ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları .....	59
Çizelge 4.3.Çocuklarda Sağlık Algıları ve Davranışları Ölçeği' nin Sağlık Sorumluluğu alanına ilişkin ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları.....	61
Çizelge 4. 4. Çocuklarda Sağlık Algıları ve Davranışları Ölçeği'nin Beslenme Davranışları alanına ilişkin ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları.....	62
Çizelge 4. 5. Çocuklarda Sağlık Algıları ve Davranışları Ölçeği'nin Egzersiz alanına ilişkin ön test,girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları.....	63
Çizelge 4.6. Çocuklarda Sağlık Algıları ve Davranışları Ölçeği'nin Kendini Gerçekleştirme alanına ilişkin ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları.....	64
Çizelge 4. 7. Çocuklarda Sağlık Algıları ve Davranışları Ölçeği'nin Sosyal Destek alanına ilişkin ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları.....	66
Çizelge 4. 8. Çocuklarda Sağlık Algıları ve Davranışları Ölçeği'nin Stres ve Başetme alanına ilişkin ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları.....	67
Çizelge 4. 9. Çocuklarda Sağlık Algıları ve Davranışları Ölçeği'nin Güvenli Davranış alanına ilişkin ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları.....	69
Çizelge 4.10. Çocuklarda Sağlık Algıları ve Davranışları Ölçeği'nin Hijyenik Alışkanlıklar alanına ilişkin ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları....	70

## 1.GİRİŞ:

“Sağlığımızı parayla satın almaktan vazgeçmeli onu davranışlarımızla kazanmaya çalışmalıyız.” Don Ardel

Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) 2003 yılı kayıtlarına göre; Türkiye’de nüfusun % 40.6’sını 5-24 yaş grubu oluşturmaktadır. İlköğretim okullarına devam eden 6-14 yaş grubu çocuk sayısı ise; Mili Eğitim Bakanlığı (MEB) 2001 yılı kayıtlarına göre; 10 102 965’ dir. Bu sayı, Türkiye nüfusunu yaklaşık % 14’ ünü oluşturmaktadır. Kendi sağlık davranışlarını yönetebilmede fiziksel, psikolojik ve sosyal yeterliliğe sahip olan okul çağı çocukları, günümüzde pek çok olumsuz uyaran karşısında hazırlıksız bırakılmakta ve çocukların olumsuz sağlık davranışları sonucunda ortaya çıkan pek çok sağlık sorunu ile baş etmesi beklenmektedir.

Ülkemizde okul çağı çocuklarında en sık görülen sağlık sorunları; görme kusurları, hipertansiyon, ruh sağlığı sorunları, kazalar, temizlik alışkanlıklarında yetersizlik, büyüme gelişme gerilikleri, beslenme ve uyku problemleridir (Neyzi ve Güngöz, 1989; Kıran et al., 2001; Kılıççı, 1992). Öztürk ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan boy değerlendirmesinde (n: 410); kız öğrencilerin %7.7’ ü, erkek öğrencilerin % 5.6’sının; ağırlık değerlendirmesinde; kızların % 7.3’ü, erkeklerin ise % 4.4’ ünün normal persentil eğrisinde olmadığı, görme keskinliği tarama sonucunda ise; öğrencilerin % 29’unun sağ gözünde, % 27.3’ ünün sol gözünde, % 20.2’ sinin her iki gözünde görme sorunu olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada; öğrencilerin % 27.9’ sinin ara öğünlerinde herhangi bir şey yemedikleri ve % 59.9’ unun kaza geçirdiği saptanmıştır. Giresun’da sosyoekonomik düzeyleri farklı iki yerleşim yerindeki ilköğretim öğrencilerinin beslenme durumları (n: 179) değerlendirildiğinde; süt ve süt ürünleri başta olmak üzere et ve benzeri kurubaklagilleri yeterince almamaları, ana öğünleri atlamaları ile hastalanma sayıları arasında olumlu bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Özdemir ve ark., 2005). Isparta ilindeki farklı sosyoekonomik bölgelerde bulunan iki ayrı ilköğretim okulundan rastgele seçilen 8-15 yaş arasındaki (n: 380) öğrenciyle yapılan çalışma sonucunda; baklagiller ve mayasız ekmeğe ağırlıklı beslenen yetersiz sosyoekonomik durumdaki okul çocuklarının serum Fe ve Zn seviyesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Öktem ve ark., 2005). İzmir’de

ekonomik durumu iyi olan ailelerin devam ettiği bir ilkokulda (n: 636) 5-11 yaş grubu öğrencilerin beslenme durumları değerlendirildiğinde; % 7'sinde beslenme yetersizliği olduğu bulunmuştur (Eroğlu ve Büyükgebiz, 1996). İzmir'de ilköğretim öğrencilerinin sağlık davranışlarını belirlemek için yapılan çalışmada (n: 225) öğrencilerin % 69.7'sinin atıştırmak için şekerleme ya da tatlı yiyip, meşrubat içtiği; % 31.6'sının hiç kahvaltı yapmadığı; % 87.1'inin de hiç diş ipi kullanmadığı belirlenmiştir (Elibol, 1999). Gençlerin risk alma davranışları araştırmasına göre; kızların % 25'i, erkeklerin % 50'si haftada üç kez ve daha fazla düzenli olarak egzersiz yaptığı, % 70'inin ise bir saatten fazla, % 40'ının üç saatten fazla TV izledikleri belirlenmiştir (Saunders et al.,1997). Uykusuzluk ve gün boyu yaşanan yorgunluğun, öğrencilerin başarı durumlarını etkileyerek dikkatsiz davranışlara ve kazaların yaşanmasına neden olduğu belirlenmiştir (Öncel, 1999). Kocaeli ilinde okul sağlığı ve hemşireliği hizmetlerinin değerlendirildiği çalışmada mevcut uygulamaların ihtiyacı karşılamakta sınırlı ve yetersiz olduğu belirlenmiştir (Çakır, 2005). Sağlık sorunlarının erken dönemde belirlenmesi ve önlem alınması, kapsamlı okul sağlığı hizmetlerini gerektirmektedir (Deschesnes et al., 2003).

Olumlu ve olumsuz pek çok sağlık davranışı öncelikle ailede daha sonra okulda ve sosyal çevrede şekillenir. Özellikle okullar, sağlığı geliştiren uygulamaların desteklendiği bir atmosferin oluşturulmasında birinci derecede sorumludur (Graham and Uphold, 1992; Flay, 2002; Leger, 1999). Okul çağı çocuklarına olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması sürecinde, Sosyal Bilişsel Teori önemli bir yere sahiptir (Bandura, 1986). Bireyin sağlık denetim odağının güçlendirilmesi ve öz-etkililiğinin artırılması, Sosyal Bilişsel Teori'nin temel konuları arasında yer alır. Sağlık denetim odağı; bireylerin herhangi bir olay üzerindeki kontrollerini algılama durumları (Bandura, 1989) iken; öz-etkililik algısı, bireyin yaşamındaki olaylar üzerinde etkili olmasına yardımcı olan, bireysel yeteneklerine yönelik inancı olarak tanımlanır (Bandura, 1994).

Okul çocuklarında kazandırılması gereken sağlık davranışları; sağlık sorumluluğu, yeterli ve dengeli beslenme, stresle baş etme, sosyal destek, kendini gerçekleştirme, egzersiz, temizlik alışkanlıkları ve güvenli davranışlar olarak gruplandırılabilir (Edelman and Mandel, 1990). Okul hemşireleri; öğrencilerin okula kayıt olduğu andan itibaren öğrencilere yönelik birebir ve tüm okul toplumuna

yönelik sunduğu hemşirelik hizmetleriyle sağlığın geliştirilmesi çalışmalarının vazgeçilmez parçasıdır (Orme and Scriven, 1996). Olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasına ilişkin yapılacak çalışmalar, okul sağlığı hemşireliği'nin öncelikli araştırma konusu olarak belirlenmiştir (Edwards, 2002).

Araştırma; okul çağı çocuklarına olumlu sağlık davranışlarını kazandırılmasına yönelik Sosyal Bilişsel Teoriye dayalı olarak geliştirilen okul sağlığı hemşireliği uygulamalarını değerlendirmek amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2. 1. Sağlık ve Sağlığın Geliştirilmesi

İnsanların yaşamları boyunca üretken ve mutlu olması ancak sağlıklı olmaları ile mümkündür. Günümüzde sağlık kavramının pek çok tanımı yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1986 yılında sağlığı; birey ya da grup olarak ihtiyaçların farkında olma, çevrelerini bu yönde koruma ve geliştirmenin bir ölçüsü olarak tanımlamıştır. Bu nedenle sağlıklı yaşam birey için bir obje değil; bir kaynaktır. Sağlık, bireylerin fiziksel kapasitelerinin olduğu kadar bireysel ve sosyal kaynaklarının da vurgulandığı bir kavramdır (Payne, 1992). Ottawa Charter' da sağlığın geliştirilmesi; birey ya da grup olarak fiziksel, mental ve sosyal iyilik haline ulaşabilmek için çevreyle baş etme ya da çevrelerini bu yönde değiştirebilme, gereksinimlerini temin edebilme, sağlıklarını geliştirme ve sağlıklarını kontrol edebilme yeteneklerinin artırılması süreci olarak tanımlanır. Bu nedenle sağlığın geliştirilmesi süreci; sadece sağlık sektörünün değil, aynı zamanda sağlıklı yaşam biçimlerini benimseyecek olan bireylerin de sorumluluğudur (WHO, 1986).

Sağlığın geliştirilmesi; yaşam biçimlerindeki değişiklik, farkındalığın artırılması, davranış biçimi ve olumlu sağlık davranışlarını destekleyen bir çevrenin oluşturulması gibi faaliyetlerin birleştirilmesi ile elde edilir (AJHP, 1989). Sağlığın geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin en temel kavramı ve odak noktasıdır. Sağlık hizmetlerinin tüm uygulamaları, toplumun ihtiyaçları doğrultusunda kaynakların işbirliği içinde kullanılmasını gerektirir. Toplum sağlığının geliştirilmesi uygulamalarında yer alan her sağlık profesyoneli bu konudaki sorumluluğunu yerine getirmeli ve problemin çözümüne ilişkin etkinliği artırıcı çalışmalar yapmalıdır. Sağlığı geliştirme ilkeleri, ulusal ve uluslararası kayıtlarda tanımlanan sosyal modellere dayalı kavramlardır. Avustralya'da 2000 yılında sağlığı geliştirme ilkeleri şöyle tanımlamıştır (Victorian Government, 2000):

1. Sağlığı belirleyen pek çok uygulamaya dikkat çeker,
2. Kanıt ve bilgiye en ulaşılabilir aktivitelere odaklıdır,
3. Sağlıkta adaletsizliği engellemeye yönelik uygulamalardır,

4. Bireylerin ve toplumların katılımını sağlar,
5. Kendi sağlık durumlarının farkında olan ve bunu geliştirebilen bireyleri hedefler,
6. Kültürel ve cinsiyet farklılıklarını dikkate alır,
7. Sektörlerarası işbirliğini kolaylaştırır.

## **2. 1. 1. Sağlık Geliştirilmesinde Kullanılan Teoriler ve Modeller**

Sağlıkla ilgili davranış değişimi ve sağlığı geliştirme üzerine geliştirilen teori ve modeller sosyal psikolojiden kaynaklanır. Sosyal psikoloji; insan davranışlarını sosyal çevre ile etkileşimlerine dayanarak açıklayan bir bilim dalıdır (Arkonaç, 1998).

Sağlık davranışlarını değiştirmeye ilişkin geliştirilen ve en çok kullanılan Teori ve Modeller (Elder, 1999):

- The Health Belief Model (Becker, 1974) Sağlık İnanç Modeli,
- The Stage of Change Model (Prochaska and Diclemente, 1984) Değişim Aşamaları Modeli,
- The Theory of Reasoned Action Model (Ajzen and Fishben, 1980) Gerekçeli Eylem Modeli,
- The Health Action Model (Tones, 1977, 1987) Sağlık Eylem Modeli,
- Pender's Health Promotion Model (Pender, 1987) Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli
- Social Cognitive Theory (Bandura, 1989) Sosyal Bilişsel Teori olarak tanımlanmaktadır.

İnsanlar, yaşantılarını değiştirmek ve bu değişiklikler ile çevrelerini düzenlemek üzere olağanüstü bir kapasite ile dünyaya gelirler. Öğrenme yeteneği olmaksızın yaşamak ve yaşamını sürdürmek imkansızdır. Her birey doğumdan itibaren çevresini duyuları ile keşfetmeye başlar ve gözlemleyerek o koşullarda yaşamayı öğrenir. Okul çağı çocuklukları; pek çok davranışı gözlemleyerek, model alarak ve olumlu pekiştireçlerle öğrenir. Bu nedenle Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi; okul çağı çocuklarının öğrenme sürecinde önemli bir yere sahiptir (Charles, 2002).



## 2. 1. 2. Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi

Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi, 1800 yıllarda Sosyal Öğrenme Teorisi olarak davranışçı yaklaşımın etkisi altında gelişmeye başlamıştır. Psikolojik teoriler, insanların ve hayvanların neden böyle davrandıklarını açıklamayı amaçlar. Robert Sears, gözlemleyerek öğrenmenin çocukluk döneminin erken yaşlarında başladığını savunmuştur. Walter Mischel, yeterlilik, beklentiler ve bireysel düzenleme sistemleri gibi kavramları geliştirmiştir. Mischel, çalışmalarında gözlemleyerek öğrenme ve model alma üzerine odaklanmıştır. Bandura 1986 yılında, Sosyal Bilişsel Teori'yi açıklamıştır. Sosyal Bilişsel Teori; sosyal psikolojinin bir dalı olarak genellikle sağlık davranışlarını açıklamak için kullanılır. Davranış değişimi ve onu etkileyen bilişsel süreç üzerine odaklanır (Bandura, 1989).

Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi; çevre ve bireysel farklılıkların etkileşmesi sonucu gelişmiştir ve insanların çevreleri ile sürekli iletişim içinde olduklarını savunur. Bu teori, çevrenin insan üzerindeki etkilerini ve insanın çevre üzerindeki etkilerini ifade eden pek çok dinamik ilişkiyi içerir ve kişilerarası iletişime odaklanır (Glaz and Rimer, 1997). Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi'nin amacı; birey ya da grup davranışlarını anlama ve tahmin etme, davranışları yeniden şekillendiren ya da değiştiren yöntemleri tanımlamaktır (Bandura, 1989).

### 2. 1. 2. 1. Sosyal Bilişsel Teoride Temel Kavramlar

- **Karşılıklı Etkileşim (Reciprocal Determinism)**

Birey, davranış ve çevre ilişkisini içerir. Karşılıklı etkileşim, bireyin düşünceleri, duyguları, biyolojik özellikleri ile davranışları arasındaki etkileşimdir. Birey ile çevre arasındaki etkileşim; bireyin beklentileri, inançları, bulunduğu çevrenin özellikleri ve sosyal etkiyle gelişen bilişsel yeterlilikleri içerir (Bandura, 1989). Sosyal etki; bireysel ve toplu olarak algıların, tutumların ve davranışların etkilenme sürecini ifade eder (Morris, 2002).

Sosyal etki, toplumun davranışlarına yön vermede önemli bir güce sahiptir. Tutum değişikliği genelde, sözel iletişim (Radyo, TV veya yazılı basın) sonucu kişi

veya kişilerin belli konularda, olaylara veya nesnelere olan hislerinin ve değerlerinin değişimine işaret eder. Sosyal etkide, tutum değişikliğinin aksine, kişinin davranışlarındaki veya inançlarındaki değişiklikler, doğrudan orada bulunan kişi veya kişilerin davranış ve hareketleri sonucu ortaya çıkmıştır. Kısacası sosyal etki yüz yüze etkileşim sonucunda meydana gelmektedir (Arkonaç, 1998). Okulda öğrenciler birbirleri ile sürekli etkileşim içindedir. Bu etkileşim, grup içinde kabul görme isteği ile birleşince öğrenciler gruptaki bazı davranışlara uyma eğiliminde olur. Uyma davranışı, Solomon Asch'ın üzerinde ilk sistematik araştırmayı yaptığı 1950 yıllarından beri sosyal psikolojinin konusu olmuştur. Uyma, genellikle yazılı olmayan normların baskısına karşı oluşmuş bir tepkidir (Charles, 2002).

Model alma; doğrudan yaşantı aracılığıyla gerçekleşen öğrenme yaşantıları olduğu gibi; aynı zamanda diğer insanların davranışlarını ve bu davranışların sonuçlarını gözlemleyerek de ortaya çıkabilir. Bandura (1986) gözlemlemeye dayalı öğrenmede etkili olan süreçlerle ilgilenmektedir. Bandura bireyin daha önce öğrenmiş olduğu davranışların, model alma etkisi ile zayıflayabileceğini veya kuvvetlenebileceğini öne sürmektedir. Model alma, bir tutum ve davranış stratejisi olarak çok sık ve yaygın bir şekilde reklam ve propogandalarda kullanılır. Ünlü bir sanatçının reklamlarında belli bir markanın sabunu kullanırken görüldüğünde, bu reklamı seyredenlerin bu ürüne ilişkin tutumları çeşitli nedenlerle değişebilir. Tüketici, bu marka sabunu o kişiye benzemek ve onun gibi olmak için benimseyebilir. Okul çağı çocukları, favorileri olan aktör, müzisyen, model ya da spor kahramanı seçerek ve taklit ederek diğer öğrencilerden farklı olma eğilimindedir. Çocuklar önce anne ve babalarını sonra akran gruplarını ve çevrelerini gözlemleyerek taklit ederler. Özellikle medyanın çocukların üzerinde önemli bir yeri vardır (Charles, 2002).

Sağlık davranışları zamanla değişmektedir. Popkewitz'e göre sosyal epistemoloji sürecinde, bireylerin sağlık algıları ve sağlık davranışları değişmektedir. Medya ve reklamlar bu algının değişmesinde önemli rol oynar. Örneğin; çok zayıf bir mankeni rol model alma, tehlikeli ve olumsuz beslenme alışkanlığının normalleşmesine neden olabilir (Wagener, 2003). Bu nedenle sosyal pazarlamada olumlu sağlık davranışlarını pekiştiren mesajlar verilmelidir.

Sosyal pazarlamada, duyusal algılar (dikkat çekme), yaşamının bir parçasını bulma (duygularına hitap etme), bireyi bir serüven eşliğinde sürüklemeye gibi pek çok

yöntem kullanılır. Mesajın dikkat çekici olması, sık sık tekrarlanması, duygulara hitap etmesi, mizah içerikli olması, merak uyandırması gerekir (Charles, 2002).

- **Sembolize Etme Yeteneği( Symbolizing Capability)**

Sosyal Bilişsel Teori' de pek çok dış etken davranışın gerçekleşmesini bilişsel düzeyde etkiler. Sözcükler, mesaj veren bir insan, formlar, resimler, davranışı destekler ve davranışın gerçekleşmesi için bireyin aklında bir rehber oluşturur. Bu süreçte gözlemlenen davranış, model alınır (Bandura, 1989).

- **Gözlem Yeteneği (Vicarious Capability)**

Birey, bir davranışı kendisi deneyimleyerek değil, başkalarının davranışları gözlemleyerek de öğrenebilir. Örneğin; TV, bireylerin sınırlarını genişletir, pek çok davranışı yaşamasına gerek kalmadan o konuda deneyim sahibi olma fırsatı verir (Bandura, 1989).

Gözlemleyerek öğrenme; dikkat çekme süreci (attentional span), davranışı sürdürme süreci (retention process), davranışı yeniden harekete geçirme süreci (motor reproduction process) ve motivasyon sürecini (motivational process) içerir. Gözlemlenen davranış, bireyin dikkatini çeker, ona hedef davranışı sürekli hatırlatır, davranışın gerçekleşmesini ve davranışı devam ettirilmesi yönünde destek olur (Bandura, 1994).

- **İleri görüş/ önsezi/ öngörülü olma yeteneği (Forethought Capability)**

Davranışı gerçekleştirmeye yönelik bireyin kendini motive edebilme ve gerçekleştireceği etkinliklere ilişkin bir rehber oluşturabilme yeteneğidir. Bireyin davranıştan beklentisi, o davranışın sonucuna bağlıdır. Eğer birey davranışa yönelik beklentilere sahip ise; o davranışı gerçekleştirmeye yönelik kendini hazırlar. Beklentilere yönelik davranışlarını düzenlenmesine öngörülü davranışlar denir (Bandura, 1989).

- **Bireysel Düzenleme Yeteneği (Self Regulatory Capability)**

Bireysel düzenleme sistemleri, bireylerin kendi davranışlarını, düşüncelerini, duygularını ve motivasyonlarını kontrol edebilmelerine olanak sağlar (Bandura, 1989). Bu süreç, dış denetim odaklı davranışların yerini iç denetim odaklı davranışların almasına yardımcı olduğu için çok önemlidir.

Sağlık denetim odağı kavramı, 1966 yılında Julian Rotter tarafından Sosyal  ğrenme Teori'sinden kaynaklanarak açıklanmıştır. Sosyal  ğrenme kuramında, bireyler öğrenme süreçlerinin ya kendi kontrollerinde ya da dış kaynakların kontrolünde meydana geldiğine inanırlar. Wallston, Wallston, Kaplan ve Maides Rotter' in İ ve Dış Denetim Odağı  leği ile sağlık davranışlarını tahmin edebilmenin zor olduğunun farkına varmışlardır. Bu kapsamda çok Boyutlu Sağlık Denetim Odağı  leği (Multidimensional Health Locus of Control Scale) geliştirilmiştir. Sağlık denetim odağının sağlık davranışları üzerindeki rolü ve önemi, sağlık eğitim programının bireylerin sağlık denetim odaklarının arttırılmasının gerekliliğine dikkat çekmiştir. Sağlık denetim odağına etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; ölçek maddeleri şans, dış denetim ve iç denetim olmak üzere üç başlık altında toplanmıştır. Dış denetim odaklı olmak; bireyin sağlık davranışlarında çevresinin daha etkin olduğunu göstermektedir. İç denetim odaklı birey ise; sağlık davranışlarının kendi yönetiminde olduğuna inanır ve davranışlarını bu yönde düzenler (Bandura, 1989).

Denetim odağı, belirli bir olay ya da ödülün bireysel çabaların sonucunda elde edilmesini bekleme durumudur (Bases and Schonfeld, 2002a). Eğer birey davranışlarının sonucunu şans, olasılık ya da güçlü kişilere bağlıyor ise bu bireyin dış denetim odaklı olduğunu gösterir. Birey, yaşadığı olayları, kendi davranışlarının bir sonucu olarak meydana geldiğini algılıyorsa; iç denetim odaklıdır. Çocuklar olgunlařtıķa olayları kontrol edebileceğini düşünür ve bu durum, onların denetim odağı  leğinden alacakları puanlara yansır. Çocuklar, yaşadıkları olaylarda kendi sorumluluklarının olduğunun zamanla farkına varır. Çocukların sağlık denetim odakları, anne baba beklentileri, deneyimleri ve öz-etkililikleri  ls nde değişmektedir (Bases and Schonfeld, 2002b). Sağlık eğitimi programlarında, iç

denetim odaklarını destekleyen uygulamalara yer verilmesi çocukların sağlık denetim odakları değiştirilebilir (Parcel et al., 1980).

Bireysel düzenleme sürecinde; birey hedefler belirler ve bu hedeflere ulaşmaya çalışır. Bireyin hedeflerine ulaşmasında motivasyonun artırılması gerekir. Motivasyon derecesini belirlemede üç önemli faktör vardır. Birincisi, bireyin davranışları gerçekleştirmeye yönelik öz-etkililiğidir. Birey, davranışı gerçekleştireceğine ilişkin yeterliliğini hissediyorsa daha çok çalışır. İkinci faktör; geri bildirimdir. Geri bildirimler, bireyin hedeflerine ulaşmasına ilişkin inancını artırır ve daha gerçekçi hedefler koymasını sağlayarak davranış üzerindeki kontrolünü artırır. Üçüncü faktör ise; hedeflerin başarılması için belirlenmiş bir zamanın olmasıdır. Bireysel düzenlemede, bireyin davranışları üzerindeki kontrolü büyük önem taşır (Bandura, 1989). Bireysel düzenleme sürecinde; sınıfa dayalı uygulamalarda geri bildirimler, birebir görüşmeler, sosyal destek, davranışın başlatılması ve devam ettirilmesi yönünde bireyi destekler (Martin, 2004)

- **Bireysel Yansıma Yeteneği (Self Reflective Capability)**

Bireylerin kendi deneyimlerini analiz edebilme, hissettikleri hakkında düşünebilme ve düşüncelerini bu doğrultuda değiştirebilme yeteneğidir. Bireysel yansımanın en önemli tipi öz etkililiktir. Öz-etkililik, bireysel düzenlemenin de en önemli belirleyicisidir. Birey davranışları öğrenir, davranışı kontrol edebilme gücünü elde eder, davranışı gerçekleştireceğine ilişkin öz-etkililik düzeyini artırır ve davranışı gerçekleştirir (Bandura, 2004).

## **2. 1. 2. 2. Öz-etkililik**

Algılanan öz-etkililik, bireyin yaşamındaki olaylar üzerinde etkilili olmasını sağlayan bireysel yeteneklerine yönelik inancıdır. Öz-etkililik, bireyin kendi kendini nasıl motive ettiğini, ne düşündüğünü, neler hissettiğini ve nasıl davrandığını tanımlar. Aktifleştirilmiş öz-etkililik süreci dört temel süreci içerir. Bu süreçler; bilişsel süreç, motivasyon süreci, eylem süreci ve seçme süreci olarak tanımlanır (Bandura, 1994):

- **Bilişsel Süreci**

Her davranış, belirli bir amaca hizmet eder. Başarıyla tamamlanmış senaryoların bireylere aktarılması, bireyin o davranışı gerçekleştireceğine ilişkin inancını artırır. Bireylerin, yaşamlarını kontrol etmedeki güçlerinin farkına varmaları, olayların nasıl gelişeceğini ve sonuçlarını tahmin etmede önemli bir yere sahiptir. Güçlüklerin yenilebileceğine olan inanç, amacın belirlenmesini ve harekete geçmeyi kolaylaştırır.

- **Motivasyon Süreci**

Belirlenen hedeflere ulaşma, başarılarının farkına varma ve bireyin kendilerini motive etme süreci olarak tanımlanır. Kendi kendine hedef belirleme, bireyi davranışı gerçekleştirmek için çaba harcamaya yönlendirir. Bireyin motivasyonu, kendinden memnun olma ya da olmama durumu, amaçlara ulaşmadaki inancını ve hazır oluşunu etkiler.

- **Eylem Süreci**

Hedeflere ulaşmada yaşanan zorluklar ve pek çok engelle rağmen bu olaylarla baş edebilme yeteneğinin kullanılması sürecidir.

- **Seçme Süreci**

Bireyin hedeflediği davranışı gerçekleştirmesi amacıyla seçimler yapması ve çevresini bu yönde düzenleme sürecidir.

## **2. 1. 2. 3. Öz-etkililik Kaynakları**

Öz-etkililiğin geliştirilmesinde dört temel kaynak vardır (Bandura, 1994); En önemlisi; davranışı gerçekleştirmedeki kontrolün deneyimlemesine fırsat verilmesidir. İkinci kaynak; davranışı gerçekleştiren rol modellerini incelemesinin sağlanmasıdır. Hedeflenen davranışın, örnek bir model üzerinde görülmesi, davranışın yapılmasına

yönelik isteği arttırır. Rol model, davranış hakkındaki mevcut değerlerin sorgulamasını ve yeni değerler geliştirilmesine olanak sağlar. Üçüncü kaynak; sosyal ikna'dır. Sosyal çevresinin, bireyleri davranışı gerçekleştirmeleri yönündeki desteklemesidir. Sosyal çevre davranışları gerçekçi olarak desteklemelidir. Çünkü; gerçekçi olmayan destekler, bireyi hayal kırıklığına uğratabilir ve davranışı gerçekleştirmesini engeller. Özellikle bireyi motive eden kaynakların, sosyal çevresi tarafından vurgulanması öz-etkililiğin arttırılmasında önemlidir. Dördüncü kaynak ise; bireyin negatif duygularının ve yanlış anlama eğilimlerinin değiştirilmesidir. Öz-etkililik düzeyinin yüksek olması, enerjinin hemen harekete geçirilerek davranışın başarıyla gerçekleşmesini sağlar.

Öz-etkililiği düşük olan birey, yetenekleri ve yapabilecekleri konusunda kötümserdir, düşündüklerini hayata geçirmekte güçlük yaşar. Güçlü bir öz-etkililik, bireyin iyilik halini ve başarıma gücünü arttırır. Öz-etkililiği yüksek olan birey, zor durumları meydan okuyucu olarak algılar. Yüksek öz-etkililik düzeyi, sağlığı geliştirici davranışların arttırılması ve daha iyi sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir (Bandura, 1997). Öz-etkililiği düşük olan birey; stresle baş etme stratejilerinden en çok inkar ve kendini suçlama eğilimindedir (Terry, 1994). Ayrıca düşük öz-etkililik, anksiyete düzeyinin artması, depresyon ve psikosomatik bulgulara neden olur (Karademas and Azizi, 2003).

Öz-etkililik gelişimi yaşam boyu desteklenebilir. Özellikle okul çağı çocuklarında, akran grupların istekleri ve değerleri birbirlerinin seçimlerini etkiler. Okul çağı çocuklarının öz etkililikleri, akran grup etkisiyle pekiştirilmiş olur. Okul, yaşanılan bölgenin kültürel özelliklerini taşır. Tüm okul personeli öz-etkililik sürecinin arttırılmasında bir potansiyeldir. Bireyin davranış hakkındaki düşünceleri çevresinin etkileri ile şekillenir, geri bildirimler bireyi davranış değişimine ilişkin bilişsel olarak hazırlar. Böylece birey davranışı anlama, sonuçlarını tahmin etme ve değişim süreçleriyle birlikte sosyal bilişsel öğrenme sürecini tamamlar (Bandura, 1989).

## **2. 2. Okul Çağı Çocukunda Sağlık Geliştirilmesi**

### **2. 2. 1. Okullarda Sağlık Eğitim Uygulamaları**

Tones, Sağlık eğitimi; herhangi bir sağlık davranışının öğretilmesi, bireyin durumunda ve yeterliliğinde sürekli bir değişiminin yaratılması olarak tanımlamıştır. Etkili sağlık eğitimi, düşünme yollarını ve değişimi anlamaya sebep olmalıdır. Bireye tutum ve inanç kazandırmalı, değerlerini etkileyebilmeli, becerilerini harekete geçirmeli, yaşam tarzını ve davranışlarını etkileyebilmelidir (Tones, 1990). 1991 Amerika Sağlık Eğitimi Terimoloji Komitesi raporuna göre; Sağlık eğitimi, bireylerin sağlıklarıyla ilgili bilgi, beceri ve tutumlarını etkilemek üzere planlanmış programlardır. Kapsamlı okul sağlığı programları, öğrencilerin sosyal, duygusal ve fiziksel gelişimlerinin geliştirilmesi, okul ve toplum ile bağlantılı aktivitelerin planlanması ve bu etkinliklerin bütünleştirilmesidir. Bu programlar, toplumun gereksinimleri, ihtiyaçları, standartları ve kaynakları doğrultusunda tanımlanan ve ailelerin desteklerini içeren programlardır (Bradley, 1997). Allensworth ve Kolbe (1987) tarafından kapsamlı okul sağlığı programlarının sekiz bileşeni tanımlanmıştır:

1. Sağlık Eğitimi
2. Sağlık Hizmetleri
3. Sağlıklı okul çevresi
4. Fiziksel eğitim
5. Danışmanlık ve psikolojik hizmetler
6. Beslenme hizmetleri
7. Anne baba ve toplum gereksinimleri
8. Okul toplumunun sağlığının geliştirilmesi

#### **2. 2. 1. 1. Okul Sağlığı Programının Kriterleri**

Avustralya Ulusal Sağlık ve Tıp Araştırmaları Konseyi (National Health and Medical Research Council) (NHMRC) okul sağlığı programlarının kriterlerini belirlemiştir (NHMRC, 1996):



1. Kapsamlı bir yaklaşım oluşturulmalı,
2. Programda verilen mesajlar okul içinde ve okul dışında desteklenmeli,
3. Sağlık kavramı, eğitim programındaki diğer konular ile bütünleştirilmeli,
4. Öğrencilere odaklanmak, öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimlerini benimsemelerindeki etkililiğini artırmalı,
5. Okul sağlığı programı, destekleyici okul politikaları içine entegre edilmeli
6. Okul sağlığı programının konuları, öğrencilerin fiziksel ve psikososyal sağlıklarının geliştirilmesinde etkili olmalı,
7. Yeterli kaynaklar ile etkili bir sağlık eğitim programı hazırlanmalı,
8. Öğretmenler ve öğrenciler arasında işbirliği sağlanmalı,
9. Sağlık biriminin hizmetlerini de kapsamalı,
10. Sağlık eğitimi programının uygulanma sürecinde yeterli değerlendirme sağlanmalıdır.

## **2. 2. 1. 2. Etkili Bir Okul Sağlığı Eğitim Programının Özellikleri**

Sağlıklı nesillerin yetiştirilmesi için kapsamlı sağlık eğitim programları geliştirilmelidir. Etkili eğitim programları sınıf odaklıdır. Aynı zamanda aileye ve topluma ulaşmanın yollarını da içermelidir. Programlar, aşağıdaki önerileri içermelidir (Flay, 2002) :

1. Kapsamlı ve olumlu sağlık davranışları üzerine odaklı olmalıdır.
2. Uygulamayı geliştirmelidir.
3. Longitudinal ve farklı düzeylerde dikkatlice tasarlanmalıdır.
4. Kültürel duyarlılıkları dikkate almalıdır.
5. Okul ve sınıf odaklı olmalı fakat onlarla sınırlı kalmamalıdır.
6. Akran uygulamalarını ve becerilerini içermelidir.
7. Ana ve babalar ev ödevleri ile sağlık davranışlarını kazandırmada aktifleştirilmelidir.
8. Öğrencilerden, anne baba, okul liderleri ve toplum liderlerine doğru bir akış izlemelidir.
9. Okulda sağlık davranışlarını destekler bir çevrenin oluşturulmasını desteklemelidir.

10. Tüm aşamalarında devamlı bir değerlendirme süreci olmalıdır.

Tones ve Whitehead (1993) Sağlık eğitiminde; yetkiler, seçenekler ve kontrol bireyin kendisine verilmelidir (Whitehead, 2003). Sağlık eğitimi; bilgi ve anlayışı değiştirmeli, karar verme becerilerini geliştirmeli, denetim odağı ve benlik saygısını arttırmalı, sosyal ve yaşam becerilerini geliştirmelidir. Michell (1982)' in sağlık eğitim programlarına ilişkin önerileri şöyle sıralanabilir (Piper and Brown, 1998):

1. Program, bireyi kendi sağlığının önemini anlaması ve kontrol edebileceği inancını vererek cesaretlendirebiliyor mu?
2. Hastalığa etki eden sosyal ve ekonomik faktörleri anlamasına yardımcı olabiliyor mu?
3. Kendi bedenini tanımasına yardımcı olabiliyor mu?
4. Onları kendi temel sorunları ile yüzleştirebiliyor mu?
5. Çözüm yolları üretmelerinde ve bu çözüm yollarını uygulamalarına yardımcı olabiliyor mu?

Ulusal sağlık eğitim standartları, öğrencileri sağlık bilgisine ulaşma ve bu bilgiyi kullanma sürecinde desteklenmelidir. Sağlık eğitimi, öğrencilerin duygusal ve sosyal gereksinimlerini de içermelidir. Öğrencilerin problem çözme ve karar verme becerilerini desteklemelidir (Waganer, 2003). Ulusal sağlık eğitim standartlarında hedeflenen eleştirel düşünebilen ve problem çözebilen bireylerin yetiştirilmesidir. Ubbes, Black ve Ausherman, sağlık eğitimlerinde öğrencilerin eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerinin desteklenmesinin önemini vurgulamışlardır (Ubbes et al., 1999).

### **2. 2. 1. 3. Okul Sağlığı Programlarının Önemli Bileşenleri**

1. Eğitim plan ve programları: Sınıf uygulamalarına dayalı resmi eğitim sürecini tanımlar.
2. Çevre: Çocukların fiziksel ve sosyal çevreleri ifade eder.
3. Sağlık hizmetleri: Tıp, hemşirelik ve diş sağlığı hizmetleri gibi hizmetleri kapsar.
4. İlişkiler: Okul, toplum, anne-baba, özel ve resmi kurumlar gibi resmi ve resmi olmayan tüm ilişkileri kapsar (NHMRC, 1996).

Avustralya'nın Ulusal Sağlığı Geliştiren okullara ilişkin çalışmalarının vizyonu ve bu vizyona hizmet eden on iki prensip belirlenmiştir (Rowling and Rissel, 2000):

1. Sağlık; yaşam boyu öğrenmeyi ve sağlıklı olmayı destekler.
2. Öğrenciler, kendilerine g veren, sorumlu ve güvenli bir çevrede büyür ve gelişir.
3. Sağlığı geliştiren okullar, kapsamlı okul sağlığı programlarıyla sağlığı fiziksel, sosyal, ruhsal ve entelektüel boyutları içerir.
4. Eğitim ve sağlık hizmetinde fırsat eşitliği sağlayarak öğrencilerin yaşam kalitelerini arttırır.
5. Sağlığı geliştiren okullar; okul çevresi ve toplum arasında entegrasyon ve işbirliğini sağlar.
6. Sağlığı geliştiren okul; öğrenciler, okul personeli, anne babalar ve bölgesel kurumları da içine alarak hizmet verir.
7. Öğrencilerin, anne babaların, okul personelinin deneyimlerine ve değerlerine dayalı olarak onların aktif kalımını sağlar.
8. Okul personeli ve ailelerin iyilik hallerinin arttırılması sağlığı geliştiren okulların önemli bir parçasıdır.
9. Bireysel etkinlikler, karar vermeye etkin katılım ve işbirliği, bireyleri ve toplumu güçlendirir.
10. Ortaklıklar; yeterli, etkili ve sürdürülebilir girişimlerin bir sonucudur.
11. Sağlık kültürünün oluşturulması, sağlığı geliştiren okulların önemli bir parçasıdır.
12. Farklı kültürlerin ve grupların işbirliğini destekler.

#### **2. 2. 1. 4. Standartlara Dayalı Okul Sağlığı Eğitim Programı**

1995 yılında Amerika'da Ulusal sağlık eğitim standartları belirlenmiştir (Reusen and Robinson, 1998):

1. Hastalıkların nlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi kavramlarını özümsenmesi
2. Geçerli sağlık bilgisine ve sağlık hizmetlerine ulaşma
3. Olumlu sağlık davranışlarının arttırılması, sağlık risklerinin azaltılması
4. Kültür, medya ve teknolojinin sağlık üzerine etkisinin analiz edilmesi
5. Sağlığın geliştirilmesi ve kişiler arası etkileşimin arttırılması
6. Sağlığın geliştirilmesinde karar verme ve hedef belirleme sürecinin kullanılması

7. Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığının korunması

## 2. 2. 2. Okullarda Sağlık Eğitim Modelleri ve Sağlığı Geliştiren Okul Kavramı

Sağlık eğitiminin okullarda etkinliğinin artırılması amacıyla hazırlanan modeller dört ana grupta toplanmaktadır. Geleneksel Eğitim Modelleri (Traditional Educational Models), Çağdaş Eğitim Modelleri (Modern Educational Models), Planlanmış Modeller (Planner Models), Güçlendirici Modeller (Empowerment Models) (Scriven and Stiddart, 2003).

Geleneksel eğitim modelleri; dar kapsamlı içerik planları olan ve öğrencilerin pasif olduğu sağlık eğitim modelleridir. Çağdaş eğitim modelleri; sosyal psikoloji temellidir. Öğrencilerin aktif katılımını içerir. Karar verme, benlik saygısı, sosyal etkileşimin arttırılarak sosyal becerilerin geliştirilmesine yöneliktir. Planlanmış modeller; geniş kapsamlı içerikleri olan, birey ve evre merkezli modellerdir. USA kapsamlı okul sağlığı projesi bu modele güzel bir örnektir. Kapsamlı okul sağlığı programı, 1980 yılında Allensworth ve Kolbe tarafından başlatılmıştır. Bu programın okul sağlığı hizmetleri, okul sağlık eğitimi, okul çevresi olmak üzere üç temel bileşeni vardır. Bu programlar güçlendirme ve katılım kavramlarını içermezler. Güçlendirici modeller; katılım odaklı ve geniş kapsamlıdır. Okul ve okulun bulunduğu evre önemli bir elementtir. Güçlendirme kavramı; bireye g ve yetkinin verilmesidir. Güçlendirici modellerin, çocukların sağlık eğitiminde kullanımı; çocukların kendileri için en iyi kararı verebilecek düzeyde olmadıklarını düşünenler tarafından tartışılmaktadır. Fakat; ocukların ve gençlerin, aileleri ve çevreleri tarafından kendi değerlerini oluşturmaları ve bu yönde karar almalarının desteklenmesi de kabul edilen bir gerçektir. Bu nedenle, okullar; bireylerin sağlık sorumluluklarını ve sağlık yönetimlerini elde etmeleri için öğrencilerin bireysel gelişimlerini desteklemelidir. Bireysel yeterliliğin geliştirilmesi, üç ana başlıkta toplanabilir( Scriven and Stiddart, 2003):

- 1. Olumlu tutum geliştirme:** ğrencilerin kendileri hakkındaki olumlu düşüncelerinin geliştirilmesi.
- 2. Bilginin yapılandırılması:** Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmaları sağlanarak bilişsel gelişimlerinin desteklenmesi.

**3. Bireysel yeteneklerin artırılması:** Karar verme, eleştirel düşünme ve assertif davranışların geliştirilmesi.

Güçlendirme kavramı, okul toplumunda dört bileşenden oluşur (Scriven and Stiddart, 2003).

1. Öğrenciler, kendi öğrenmelerine katılır, akademik gelişimleriyle ilgili konularda karar alma sürecine aktif olarak katılır.
2. Okul, öğrencilerin benlik kavramları ve benlik saygılarının yapılandırılması ve geliştirilmesi yönünde çalışmalar yapar.
3. Öğrencilerin karar verme ve sorumluluk almalarına fırsat tanır.
4. Okul, öğrencilerin her birine eşit fırsat sağlar.

Okulda sağlık eğitimi çalışmalarında bilgi ile davranış bütünleştirilmelidir. Bireyin olumlu sağlık davranışına karar vermesi ve olumsuz davranışlara yönelik yapılan baskılara direnebilmesi için güçlendirilmesi gerekir. Bireysel güçlendirme modelleri bu yönde kullanılmaktadır. Sağlık eğitimleri öğrencilerin bireyselliklerini desteklemeli, karar verme, sosyal beceri ve kendilerine güvenleri yönünde desteklenmelidir (Regis, 1990).

Sağlığı geliştirme uygulamaları, hem bireysel hem de toplum sağlığının geliştirilmesi uygulamalarını içerir. Bu kapsamda Sağlığı Geliştiren Okullar programları hazırlanmıştır. Sağlığı geliştiren okul kavramı, ilk kez 1980 yıllarda Dünya Sağlık Örgütü tarafından kullanılmıştır. 1992 yılında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından Avrupa’da sağlığı geliştiren okullar ağı başlatılmıştır. Avrupa’da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi, Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Konseyi ve Avrupa Komisyonu tarafından maddi ve teknik yönden desteklenen ve Avrupa’da kırktan fazla ülkede uygulanmakta olan bir araştırma geliştirme projesidir. Projenin amaçları (SB, 2004);

1. Çocuklara sağlıklı bir çevrede, sağlıklı yaşam tarzına uygun bilgi, tutum ve davranışları kazandırmak,
2. Sağlığı etkileyen olumsuz faktörler konusunda duyarlı hale getirmek,
3. Çocukların yaşamlarında kendi sağlıklarıyla ilgili doğru karar verebilme, yeteneklerini güçlendirerek öz benliklerini geliştirmek,

4. Okulda verilen sağlık eğitimine toplum desteğini sağlamak ve sağlığı geliştirme eğitimini teşvik etmektir.

Sağlığı geliştiren okul kavramı; önceden hastalık ve bulaşıcı hastalıklar üzerine odaklanırken gүнümüzde sağlıksız beslenme, madde kullanımı, aktivitesiz yaşam, şiddet gibi yaşamı olumsuz etkileyen ve ölümle sonuçlanabilen riskli davranışlar üzerine odaklanmaktadır. Sağlığı geliştiren okullarda, sağlıkla yaşam kaynaklarının arttırılması ve kaynakların ulaşılabilirliğinin sağlanması hedeflenmiştir (O'Rourke, 2005). Avusturalya Sağlığı Geliştiren Okullar Kurumu, 1996 yılında Okul sağlığı geliştirme projesinin okulda sağlıklı yaşam tarzlarının benimsetilmesi için destekleyici bir çevre yaratılması vurgulanmıştır (Deschenes et al., 2003; McLellan et al., 1999). USA ve Kanada'da kapsamlı okul sağlığı programları yürütölmektedir. Bu programlarda, okulda fiziksel, duygusal ve sosyal sağlığın geliştirilmesi için bazı stratejilerin geliştirilmesini ve toplum ve ailenin okul aktiviteleri ile bütönlöştirilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır (Allensworth and Kolbe, 1987).

1980'li yıllarda, sosyal çevre ve okulun öğrencilerin sağlık davranışlarında etkili olduğu görölmüştür. Bandura'nın sosyal öğrenme modeli, okul sağlığı çalışmalarını etkilemiştir. Bu teoriyle sağlık davranışlarını destekleyici organizasyonel değişimleri içeren kapsamlı okul sağlığı çalışmaları başlatılmıştır. Okullarda sağlığı geliştirici uygulamaların, öğrencilerin sağlık durumlarında olan etkilerinin değerlendirilmelidir (Leger and Nutbeam, 2000).

## **2. 3. Okul Çağı Çocuğunda Sağlık Davranışları ve Etkileyen Faktörler**

### **2. 3. 1. Sağlığı Algılama ve Sağlık Yönetimi**

Okul çağı çocuğu, sağlığın ne demek olduğunu ve hastalıkların nedenlerini yetişkinden farklı anlamlandırır. Sağlık ve hastalık kavramlarını bilişsel ve ahlaki gelişim süreçleri doğrultusunda açıklar. Hastalıkların nedenleri sorulduğunda "Gen teorisi (germ theory)", "ceza teorileri (punishment theory)" ya da "dış güçler teorisine (external forces theory)" göre açıklar. Pek çok çocuk, hastalıklarda genlerin önemli olduğunu bilir, ama genleri algılamaları sınırlıdır. Bazı çocuklar, hastalıkları ceza olarak algılar, bazıları ise; pek çok dış etkenin hastalığa sebep olduğunu düşünür.

Örneğin; yağmurun gribe neden olduğunu düşünmek gibi. Bu inançlar, çocukların kendilerini yardımsız hissetmelerine yol açar (Edelman and Mandle,1990).

Üç yaşındaki bir çocuk, güneşin kalp krizine neden olduğunu söyleyebilir. Ayrıca kızamık hastalığının hastalardan bulaştığını bilir ama nasıl bulaştığı sorulduğunda; “onun yakınından yürüdüğüm için” der. Onbir yaş grubundaki çocuklar ise; psikolojik ve sosyal bir çok faktörün hastalığa neden olduğunu açıklayabilir (Sarafino, 1990). Okul çağı çocuklarına hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme davranışlarının öğretilmek isteniyorsa; hastalıkların sebeplerinin de anlatılması gerekir. Sağlığı geliştirici uygulamalar, sağlığı kontrol edebilme gücünü verir. Sağlık eğitimleri boyunca çocukların sağlıkları ile ilgili soru sormaları desteklenmelidir (Edelman and Mandle, 1990). Aransson’a göre; sağlık yönetiminde güçsüzlük ya da kontrol kabı olduğunu hisseden çocuklarda anksiyete, depresyon, regresyon, somatik şikayetler görülebilir (Gadin and Hammarström, 2000). 0-6 yaş içinde ailesine bağımlı olan çocuk, 6-12 yaş döneminde okulda akranları ve sosyal çevresinde kendini ifade etmeye başlar. Bu dönemde, öğrendiklerini kendi yaşamı ile bütünleştirmeye çalışır. Çevresini de bu yönde değişime zorlar. Kendi yaşamlarını yönetmeye istekli oldukları okul çağı döneminde olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasına ilişkin çalışmalara öncelik verilmelidir (Graham and Uphold, 1992).

Sağlık algıları, çocukların sağlık davranışlarının geliştirilmesi üzerindeki rolü çok önemlidir. Okul Çağı Çocuklarında Sağlık Davranışları (Health Behaviour School Age Children) (HBSC) kapsamında, Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan çalışmada (n: 1760) araştırmaya katılan çocukların % 91.8’ i kendilerini sağlıklı olarak algıladıkları belirlenmiştir (WHO, 2000).

### **2. 3. 2. Beslenme**

1992’den günümüze WHO, UNESCO ve UNICEF’ in sağlığı geliştiren okul projeleri ve kapsamlı okul sağlığı programlarına rağmen, 1986- 1996 yıllarında yapılan çalışmalarda sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılmasında bir yetersizlik görülmektedir (Health Promotion Wales, 1997). Öğrencilerin beslenme alışkanlıklarını; ailenin eğitim durumu, ekonomik durumları, medya, aile ve akran grup baskısı etkili olmaktadır. Okul çağı çocuklarının harçlıları ile okullarda kolay

ulaşılabilir, besin değeri az ama yüksek kalorili besinleri tercih ettikleri ve bu durumun sağlıksız beslenme alışkanlığını pekiştirdiği belirlenmiştir (Keirle and Thomas, 2000).

Okul ağı çocukları, meyve ve sebze yemelerinin gerekliliğini bilmelerine rağmen; kola, bisküvi, cips yemeği tercih etmektedir (Higging et al., 2001). Son yıllarda okul ağı çocuklarında olumsuz beslenme davranışları (yüksek kalori, yağ ve sodyum, düşük mineral ve vitamin içeren öğünler) sonucunda, obesite bir sağlık sorunu olarak ortaya çıkmıştır. Obez ocuklarda; düşük benlik saygısı, sosyal izolasyon, aktivitede yetersizlik gibi problemlerin yanı sıra uzun dönemde; kanser, diabet ve kalp hastalıkları gibi sağlık problemleri görölmektedir (Potts and Manndleco, 2002).

Sağlıksız beslenme davranışı, okul ağı çocuklarının gelişimini de olumsuz yönde etkilemektedir. Isparta ilindeki faklı sosyoekonomik bölgelerdeki iki ayrı ilköğretim okulundan rastgele seçilen 8-15 yaş arasındaki (n: 380) öğrenciyle yapılan çalışma sonucunda; baklagiller ve mayasız ekmek ağırlıklı beslenen yetersiz sosyoekonomik durumdaki okul çocuklarının serum Fe ve Zn seviyesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Öktem ve ark., 2005). İzmir'de ekonomik durumu iyi olan ailelerin devam ettiği bir ilkokulda (n: 636) 5-11 yaş grubu öğrencilerin beslenme durumları değerlendirildiğinde beslenme yetersizliği oranı % 7 oranında bulunmuştur (Eroğlu ve Büyükgebiz, 1996). Oysa düzenli olarak taze sebze ve meyve tüketimi, kardiovasküler hastalıkları ve bazı kanserlerin görölmelerini önemli ölçüde azaltmaktadır (Key et al., 1996). Ayrıca yeterli miktarda meyve ve sebze tüketimi ile kemik sağlığı arasında da olumlu yönde bir ilişki olduğu kanıtlanmıştır (New, 2001). 8-11 yaşları arasında (n: 221) öğrenciyle yapılan çalışmada yapılan çalışmada meyvelerin sebzelerden daha popüler olduğunu ve sebze ve meyvenin tercih edilmesi için yapılan sağlık eğitimlerinde sağlık mesajlarının açık ve anlaşılır olmasına dikkat çekilmiştir (Edward and Hardwell, 2002).

Okul ağı çocuğu için günlük kalori gereksinimi; 2400 kaloridir. Üç ana iki ara öğün olmak üzere beş öğün beslenirler. Gün içerisinde yemesi gereken besin grupları; süt ürünleri (süt, peynir, yoğurt) 2-3 porsiyon, et grubu (et, balık, tavuk) 3 ve daha fazla porsiyon, ekmek (pirinç, pasta) 6-9 porsiyon, sebzeler 3-5 porsiyon, meyveler 3-5 porsiyon alınmalıdır (Potts and Manndleco, 2002). Okul yemekleri için belirlenen



beslenme standartlarına göre öğlen yemeklerinde bir sebze ya da bir meyve tüketilmesi önerilir (Harvey, 2001). Çocukluk döneminde kemik sağlığının korunması için başta bebeklik dönemi olmak üzere yaşam boyu, yeterli D vitamini alınması, gebelerin D vitamini depolarının yeterli olması, özellikle ergenlik döneme yakın ve ergenlik döneminde (9-18) yaş grubu, hem kalsiyum alımının 1200-1500 mg/gün düzeyinde olmasının sağlanması hem de düzenli olarak fiziksel aktivite yapılması gerekmektedir (Hatun, 2000).

Amerika'da Ulusal Kalp Forumu (National Health Forum)(NHF) çalışma grubu tarafından 1997'de okul çağı çocuklarına yönelik okullarda yapılabilecek etkinlikler belirlenmiştir (NHF, 1997):

- 1. Kahvaltı kulüpleri:** Bu kulüpler, kahvaltının öneminin farkında olan ve güne iyi başlamak için okuldaki tüm öğrencilerle etkileşim içinde olan klüp üyelerinden oluşur.
- 2. Okulda bahçevanlık kulüpleri:** Bahçesi olan okullarda bir alan sezonluk sebze ve meyvelere ayrılır. Öğrenciler bu alanın bakımından sorumludur ve ürünlerin okulda tüketilmesini artırma yönünde etkinlikler yaparlar.
- 3. Meyve araları:** Okul programında, öğrencilerin sadece meyve yemeleri için ayrılmış bir zaman aralıklarının düzenlenmesidir. Bu sürenin etkin kullanılması, öğrencilere meyve yeme alışkanlığının kazandırılmasında önemlidir.
- 4. Otomatik sağlıklı besin makineleri:** Okullarda sağlıklı besinlere ulaşmayı sağlamak amacıyla otomatik besin makinelerin kullanılmasıdır. Bu durumda, öğrenciler verdikleri para karşılığında sağlıklı bir besin almak durumundadır.
- 5. Tat alma testleri:** Öğrencilere, farklı sebze ve meyveler okulda oluşturulacak standlar aracılığıyla tanıtılır.
- 6. Hareketli meyve servisleri:** Öğrencilerin ilgisini geçmek ve meyve tüketimini artırmak amacıyla, meyvelerin standlarda meyve kostümlü kişiler tarafından verilmesi, meyve yeme alışkanlığını arttırabilir.
- 7. Besin kartları:** Öğrenciler, farklı besinlerin yer aldığı kartlardan sağlıklı besinleri seçmeyi öğrenirler.

Okul çağı çocukları, nasıl sağlıklı kalılabileceğini, bedeninin nasıl çalıştığını ve bedeninin fiziksel gelişimini anlayabilir. Öğrenciler, kendi yiyecekleri besinleri

seçebilme yönünde eğitilmeli ve bu yönde desteklenmeli, fiziksel performansları ve akademik başarıları için almaları gereken vazgeçilmez besin gruplarını okula gelmeden önce kahvaltıda almalarını konusunda cesaretlendirilmelidir. Okul çağı çocuğu besin seçme yönünden özgür olmasına rağmen beslenme alışkanlığı aile üyelerinin beslenme alışkanlığından ve kültürel özelliklerden de etkilenmektedir. Ailenin beslenme alışkanlığı çocukların sağlıklı beslenme davranışlarını etkilediği gibi çocuklar da ailelerinin beslenme alışkanlığı üzerinde etkili olabilir (Edelman and Mandle, 1990).

Sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılmasında ağız-diş sağlığı önemli bir yere sahiptir. Okul çağı çocuklarında; 20 süt dişinin yerini kalıcı dişler alır. Bu süreç yaklaşık 5 yaşında başlar ve ergenlik dönemden önce tamamlanır. İlk kalıcı dişler, 6 yaşından itibaren çıkmaya başlar ve bu dişler, birinci molar olarak adlandırılır. Daha sonraki beş yıl içinde her yıl 4 diş olmak üzere tüm dişler tamamlanır. İlk süt dişinin kaybında, cinsiyet ve genetik faktörler etkilidir. Okul çağının sonunda, 20 süt dişinin yerini 28-32 kalıcı diş alır. Kalıcı birinci molarlar, yüze göre büyük görünebilir. Bunun nedeni kafatası gelişiminin daha yavaş olmasıdır. Bu dönemde ağız diş sağlığı sorunları çok fazla görülür. Amerikan Diş Sağlığı Derneği (American Dental Health Association) (ADHA), diş fırçasını üç ayda bir değiştirilmesini, eğlenceli diş fırçalarının seçilmesini, floridli diş fırçalarının kullanılmasını, çok şekerli besinlerin tüketiminden kaçınılmasını ve üç ayda bir diş hekimi kontrollerine gidilmesini önermektedir (Potts and Manndleco, 2002). Okul çağı çocuklarının ağız ve diş sağlıklarının geliştirilmesi için; okulda sağlıklı suyun bulunması, ağıza yönelik travmaların engellenmesi, okulda şekerli gıdaların satışının azaltılması gibi uygulamalar; ağız ve diş sağlığının destekler ve sağlıklı bir okul toplumunun oluşturulmasına yardımcı olur (Petersen, 2003).

### **2. 3. 3. Boşaltım**

Okul çocuklarında, böbrekler kitle olarak artmaya devam eder, fonksiyon olarak yetişkin bireye yakındır. 24 saatlik ultra filtrat miktarı 650cc' den 1500cc ye yükselmiştir. Mesane kapasitesi, erkeklerde kızlara oranla daha azdır. Çocukların % 90' ı üriner sfinkter kontrolünü 6 yaşında kazanır. Bu yaş döneminde boşaltım ile

ilgili en sık rastlanan sorunlar; üriner enfeksiyonlar ve entürezis' dir (Potts and Manndleco, 2002).

Okul çağı çocukları, tuvalet gereksinimlerinde öz bakım becerilerini kazanmıştır. Okulda tuvaletlerin ortak kullanımı, tuvalet kağıdı kullanma alışkanlığının olmaması, yetersiz el-tırnak bakımı, tırnak yeme alışkanlığı ve el yıkamada yetersizlik gibi etkenlerle birleşince bağırsak parazitleri görülme riskini arttırmaktadır. 2003-2004 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilimdalı başkanlığı tarafından yürütülen Okul Sağlığı Hemşireliği Projesi'nde (n:120) yapılan fizik muayene sonucunda öğrencilerin % 8.4' ünde bağırsak paraziti ile uyumlu anemnez alınmış ve gaita tahlili için sağlık kurumuna yönlendirilmiştir. % 9.2' ünde sirke/ bit, % 32.0' sinin el ve ayak hijyeninde yetersizlik, % 4' ünde tırnak yeme alışkanlığı olduğu belirlenmiştir (KOÜ, 2004). Bayık'ın ilkökul öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada (% 23.3) kulak hijyen yetersizliği, (% 8.8) bit, (% 4.5) ellerde yara ve (% 18.8) tırnaklarda çatlak olduğunu belirlenmiştir (Bayık, 1992). Nahcıvan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise; öğrencilerin % 16'sında saçlarında sirke/ bit bulunmuştur (Nahcıvan ve ark., 2000).

#### **2. 3. 4. Aktivite-Egzersiz**

Kardiovasküler ve solunum sistemi kapasitesi ve ölçüleri gelişmiştir. Solunum daha yavaş, derin ve düzenlidir. Solum sayısı; 20/dakika, Kalp atımı; 70-100/dakika, Apikal nabız sayısı 90-95/ dakika 'dır (Potts and Manndleco, 2002).

Büyüme ve gelişme süreci, çocukların büyümesini etkileyen genetik özellikler, akut ve kronik hastalıklar ve çevre gibi pek çok etmen göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Çünkü; fiziksel gelişimde, hipofiz ve hipotalamus önemli rol oynar (Potts and Manndleco, 2002). Okul çağı çocuğunda büyüme hızı, 5. yaştan sonra yılda 5-7 cm' lik oldukça stabil bir artış gösterirken, 6-8 yaşlarda orta çocukluk büyüme hızlanması adı verilen geçici hafif bir artış olabilir. 6-12 yaş döneminde ise her yıl boy ortalama 6 cm, tartı ortalama 2.5 kg artar, vücut büyümesi ikinci planda yer alır, bilişsel gelişim ise hızlanmıştır (Neyzi ve Ertuğrul, 2002).

Okul çağı çocuklarında; kemik dokusunun gelişimi, kas dokusuna göre daha hızlıdır. Bunun sonucunda büyüme ağrıları meydana gelir. Kas kitlesinin gelişimiyle birlikte okul çağı çocuğu kaba ve ince motor pek çok aktiviteyi yapabilir. Denge, yakalama, atma, koşma, tırmanma, atlama bu yaş grubunun başarıyla yapabildiği temel altı kaba motor harekettir. Bunun yanı sıra denge ve koordinasyon gerektiren bisiklete binme gibi spor etkinliklerini de yapabilirler. Erkeklerin kas kitleleri, kızlara oranla daha çok geliştiği için, atma ve koşma gibi etkinlikleri daha rahat yapabilirler. Kızların ince motor becerileri ise; erkeklere göre daha çok gelişmiştir ve el becerilerinde daha başarılıdırlar (Potts and Mandlco, 2002).

Son yıllarda çocukluktan erişkinliğe girerken kemik kitlesinin yeterli olabilmesi için kalsiyum alımı kadar kemiklerin ve kasların gerilmesini sağlayacak türde (atlayıp, sıçramak gibi) fiziksel aktivite yapılmasının önemi üzerinde durulmaktadır. Kemik yapımı için mekanoreseptör görevi yapan osteositlerin uyarılması gerekmektedir. Kemik yüzeylerinin gerilmesini sağlayan koşma, atlama, sıçrama (ip atlama), jimnastik hareketleri gibi fiziksel hareketlerin özellikle kemik yapımının hızlandığı için ergenlik döneminde yapılması büyük önem kazanmaktadır. Bu nedenle, okullardaki beden eğitimi derslerinin süre ve niteliğinin geliştirilmesi gereklidir (Hatun, 2000). Düzenli egzersiz kemik gelişimini desteklediği, kasların gücünü ve esnekliğini arttırdığı için son zamanlarda ideal olarak her gün 1 saat egzersiz yapılması ya da en az haftada en az iki kez fiziksel aktivite yapılması tavsiye edilmektedir (Poulse and Ziniani, 2004; Cavil et al., 2001).

6 yaşından önce göbeğin altında olan ağırlık merkezi, okul çağı çocuklarında krista iliaka'nın hemen altına iner, böylece denge daha kolay sağlanır. 5-6 yaşlarında bacaklarda görülen fizyolojik eğrilik, düz tabanlık ortadan kalkar. Bedenin görünüşü tombuldan inceye doğru değişir; omuzlar dikleşir, küçük yaşların fizyolojik lordoz'u kaybolur, karnın bombeliği azalır. 9-10 yaşlarındaki bir çocukta erek postür gelişmiştir. Bu yaşlarda kemikler basınca ve kasların çekilmelerine karşı henüz dayanıklılık kazanmamıştır, özellikle hızlı büyüme döneminde kas, kiriş, destek dokuları eş zamanlı olarak büyümeyebilir; bu sırada bir kemik ya da bir eklemi aşırı derecede yük altında bırakan egzersizler ve ağır yük taşıma kemiklere zarar verebilir (Neyzi ve Ertuğrul, 2002). Motor beceriler ve sinir sisteminin myelizasyonu 8-10 yaşlarında tamamlanır. Bu durum, motor becerilerinin daha organize ve kontrollü

olmasının sağlar. Denge, güç, koordinasyon artmıştır (Mandle and Edelman, 1999). Ayrıca spor etkinliklerinin yaş dönemi özelliğine uygun olması gerekir. Okul çağı çocuklarının farklı spor dalların başlaması için en uygun yaşlar; Jimnastik için 9 yaş, futbol yüzme, tenis ve basketbol için 10 yaş, atletizm, kayak ve voleybol için 11 yaş, güreş için 12 yaş, halter, bisiklet için 14 yaş, boks için 17 yaş, olarak belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre yapılabilecek spor etkinliklerinin özellikleri şöyle sıralanabilir (Gür, 2005):

#### **2.3.4.1.Orta çocukluk dönemi (8-9 yaş)**

- 1. Fiziksel gelişim ve büyüme için;** Koşma, tırmanma vb. günlük aktiviteler planlanmalı, postural gelişime dönük hareketlere devam edilmeli (özellikle erken gelişim gösteren kız çocuklarında) ve esneklik çalışmaları eklenmelidir.
- 2. Motor yeteneklerin gelişimi için;** Temel spor yeteneklerini ortaya koyan çalışmalar, değişik büyüklükte materyallerle kompleks denge ve çabukluk çalışmaları, kompleks hareketler içeren folk ve ritmik dans aktivitelere yer verilmelidir.
- 3. Kavrama ile ilgili gelişimi için;** Dikkat ve el birliği ile yapılan kompleks aktiviteler, hareket serilerini ve oyunu kendilerinin belirlediği aktiviteleri içermelidir.
- 4. Kişisel ve sosyal gelişimi için;** grup halinde yapılan mücadeleci top vb. oyunlar, takım, lider gibi değişik sosyal grup seçimi yapılmalı, tek bir çocuk hata yaptığında bütün grup cezalandırılmamalı, disiplin ve ceza sistemi üzerinde durulmamalı, bireysel disipline önem verilmelidir.

#### **2.3.4.2.Geç çocukluk dönemi (10 - 12yaş)**

- 1. Fiziksel gelişim ve büyüme için;** Güç ve enerji gerektiren aktivitelere, postural gelişime dönük egzersizlere devam edilmeli (özellikle erken gelişim gösteren kız çocuklarında) ve esneklik çalışmalarında sürdürülmelidir.
- 2. Motor yeteneklerin gelişimi için;** Kişisel ve takım sporlarında yarışma tarzı organizasyonlar (kız-erkek ayrı), yetenek ve ilgilerine paralel hareketler içeren aktiviteler, sosyal yönü kuvvetli folk ve dans aktivitelere yer verilmelidir.

**3. Kavrama ile ilgili gelişimi için;** Dikkat ve el birliği ile yapılan, takım stratejilerini içeren kuralları ve teknikleri öğrenmeye dönük aktiviteler, oyun ve öğretilerde tartışmaya açık olan etkinlikleri içermelidir.

**4. Kişisel ve sosyal gelişimi için;** Her çocuğa lider olma şansı tanınmalı, oyunlar sırasında gerginlikler normal olarak karşılanmalı, Kız - erkek karışık grup aktivitelere önem verilmeli, Kız- erkek fiziksel fark kaynaklı aktivite ile ilgili görünüm anlatılmalı, liderlik, iletişim, kişisel arkadaşlıklar, takım ruhu vb. özellikler geliştirilmelidir.

Gençlerin risk alma davranışları araştırmasına göre; kızların % 25'i, erkeklerin % 50' si haftada üç kez ve daha fazla düzenli olarak egzersiz yaptığı, % 70' inin ise bir saatten fazla, % 40' ının üç saatten fazla TV izledikleri belirlenmiştir. Çocukların ve gençlerin aktivite durumlarını kalıtsal özellikler, akran grup etkisi, ailenin aktivite durumu ve desteği, bireyin fiziksel özellikleri, ev dışında harcanan süre ve özetkililik durumu etkilemektedir (Saunders et al., 1997). Health Behaviour School Children (HBSC) araştırmasında; tüm ülkelerdeki erkeklerin fiziksel aktiviteleri kızlardan daha fazla olduğu, çocukların her gün 1-4 saat arasında TV izledikleri ortaya çıkmıştır. Ayrıca; erkeklerin kızlardan daha fazla TV izledikleri belirlenmiştir (WHO, 2000). Ailenin sosyoekonomik durumu ve anne babanın eğitim durumu çocukların okul dışında katılmayı planladığı fiziksel aktiviteleri engelliyor. Bu nedenle okuldaki fiziksel aktivitelerde öğrencilerin istekleri dikkate alınmalıdır (Kirk et al., 1997).

Samdal ve arkadaşları 1998'de okul çevresinin çocukların iyilik halleri için bir risk oluşturduğunu ortaya koymuştur. Okul çağı çocukları, beklenmedik kazalara neden olan risk alma davranışına, bilişsel ve duygusal etkenler neden olmaktadır. Morrogiella ve Rennie (1998) risk alma davranışında üç bilişsel faktör tanımlamıştır; tehlikenin değerlendirilmesi, kazada yaralanabileceğine ilişkin inancı ve kazayı kötü şansa ya da başkalarını nedeniyle olduğuna bağlamaktır. Eğer birey davranışının sonucunda zarar görmeyeceğine inanıyor ve kazaya kendisinin sebep olacağına inanmıyorsa; kaza yapma riski artar (Morrogielle and Matheis, 2004). ABD'de her yıl 30.000 çocuk kaza nedeniyle geçici sakatlık geçirmekte, 60.000 kişi hastaneye yatmakta, 16 milyon çocuk ise ilk yardım hizmeti almaktadır (Rodriguez, 1990). Okul çağı çocuğunun risk alma davranışında, akran grup etkisi önemli bir yere sahiptir

(Christensen and Morrongiello, 1997). Okul çağı çocuklarına güvenli davranışların öğretilmesinde; örnek vakalarla güvenli davranışların tartışılması, davranışların sloganlar ile pekiştirilmesi ve oyunlarla tekrar edilmesi, güvenli davranışların kazandırılmasında kullanılan stratejilerdir (Ricci, 2000).

Çocukluk ve adölesan dönemlerinde meydana gelen kazalar, oluş nedenlerine göre farklılık gösterir. Okul çağı çocuğunda; karşıdan karşıya geçme, düşme, çarpma, motorlu taşıt kazaları ve bisiklet kazaları en çok görülen kaza şekilleridir. Adölesan dönemde ise; motosiklet kazaları, yanık, madde kullanımıyla ilgili zehirlenmeler, trafik kazaları ya da intaharlar yaygın olarak görülmektedir (Sabin et al., 2005). Meydana gelebilecek olası bir kazada, güvenli davranışları alışkanlık haline getirmek önemli bir role sahiptir. Kanada Üniversitesi tarafından 4-14 yaş grubu (n: 470) çocuk arasından rastgele seçilen 168 çocuğa yapılan çalışmada erişkinler için kullanılan emniyet kemerlerinin de çocukları olası kazalardan koruduğunu ortaya çıkarmıştır (Hamlan et al., 2002).

### **2. 3. 5. Uyku ve Dinlenme**

Okul çağı çocuğunun günlük uyku gereksinimi günde yaklaşık 8-10 saattir. Bu dönemde yaşanan ve sağlıklı uyku sürecini olumsuz etkileyen sorunlarının başında uyurgezerlik, karanlık korkusu, anne baba ile uyuma isteği, uykuda konuşma ve enürezis gelir. Enürezis sorunu olan çocuklar, altını ıslatma korkusuyla uykuya dalmakta zorlanır ve bu endişeleri nedeniyle sık sık uyanırlar (Potts and Manndleco, 2002). Uykusuzluk ve gün boyu yaşanan yorgunluk, öğrencilerin başarı durumlarını etkiler, dikkatsiz davranışlara ve dalgınlık sonucu kazaların yaşanmasına neden olur (Öncel, 1999). HBSC çalışmalarında; okul çağı çocukları haftanın 3 - 4 günü sabah uyandıklarında kendilerini yorgun hissettikleri rapor edilmiştir (WHO, 2000).

### **2. 3. 6. Bilişsel Algısal**

İşitme duyusu; 7 yaşında tamamlanır. % 3-5 işitme kayıpları bu yaş grubunda görülebilir. Kulak akıntısı, kalınlaşarak kulak zarına zara verebilir ve orta kulak

iltahabı ve işitme kaybına neden olabilir. En kısa sürede tedavi edilmelidir. Okul çocuğu çevresini görme, işitme, dokunma duyuları ile tanır. Göz küresinin posterior segmentinin ön-arka çapının büyümesi sonucu 5-6 yaşlarında fizyolojik olan hipermetropi kaybolur. Miyopluk durumunda ise bozukluk, 8-10 yaşlarında başlar. Derinlik algısı, uzaklık algısı her bireyde farklıdır. Bir harfi görünce onun sesini duyar ve şeklini algılar. Bazı harfleri karıştırır. Örneğin; p d. Dil gelişimi; 6 yaşında 2000 kelime konuşabilir. 8-9 yaşında dil bilgisi kurallarına uygun konuşur. Okul çağı çocuklarında yazabilmesi için gerekli olan el-göz koordinasyonu gelişmiştir (Edelman and Mandle, 1990).

Zaman algısı; 8 yaşında bugün ve geçmişin farkındadır. Geçmiş anlam kazanmaya başlar. Bilişsel algılamada; Sınıflandırma “ortak özellikleri bir araya getirme ve diğerlerini ayırma yeteneği”, Sıralama “objeleri belirli kriterlere göre sıralayabilme yeteneği” gelişmiştir. Ayrıca Korunum ilkesi “neslerin şekilleri değişse bile aynı kalacaklarının kavranması”, karşı merkeziyetçilik “aynı anda bir durumun birden fazla yönü üzerine odaklanma”, geçişimcilik “eski ilişkilerden yeni ilişkiler çıkartabilme yeteneği”; tersine çevirebilirlik “A her hangi bir yönden B ye eşit ise B’de C’ye eşit ise A = C diyebilme” gibi özellikler okul çağı çocuğunun bilişsel gelişiminde yer alan temel özelliklerdir (Seifert and Hoffnung, 1991). Okul çağı çocukluğu dönemi; Piaget’e göre somut işlemler dönemi olarak tanımlanır. Bu dönemde ben merkezli yapıdan işbirliğine bir geçiş vardır (Edelman and Mandle, 1990).

Çocukların sağlık bilgileriyle sağlık davranışları arasında uyumsuzluğun olmasının bazı sebepleri vardır. Öncelikle; sağlık, çocuklar için öncelikli bir hedef değildir. Onlar daha çok oyun, arkadaş grubu ve okul dersleri ile ilgilidirler. İkincisi; çocuklar genellikle kendilerini mutlu hissederler, kendilerinde ciddi bir sağlık sorunu algılamazlar. Çocukların geçmiş, şimdi ve gelecek algıları yetişkinlerden farklıdır. Önleyici davranışların kendilerine sağlayacağı faydaları görebilmeleri konusunda sıkıntı yaşayabilirler. Doğru bildikleri bir çok sağlık bilgisinin farklı kaynaklarca tam tersinin savunulması, sağlık davranışlarının kazandırılmasında engel oluşturmaktadır. Bu durumu açıklayan en iyi örnek reklamlardır (Laura, 1993).



### **2. 3. 7. Kendini Algılama Benlik Kavramı**

Benlik kavramı ve benlik saygısı için en kritik dönem okul çağı çocukluğu dönemidir (Potts and Mandleco, 2002). Ericson'a göre; okul çağı çocukları bu dönemde yaptıkları işlerde başarılı olmaya önem verir, bireysel ve sosyal rollerini algılar. Yaşadıklarından korku duyma duygusu, çocukların yeteneklerinin gelişmesini engeller. Benlik kavramı; iletişim ve deneyim ile zaman içinde gelişir. Çevresindekiler ve özellikle akranları tarafından nasıl değerlendirildiği önemlidir. Cinsiyeti, sağlık durumu gibi pek çok faktör, benlik gelişimini etkiler. Benlik saygısı; yetenekleri, başarıları ve değerleri hakkında kendine olan inancıdır. Akran grubu kabul edilme, çocukların değerli olma duygularını artırır. Okul sağlığı çalışmalarında, okul çağı çocuğunun yapabildikleri etkinlikler ortaya çıkartılıp, desteklenmelidir (Edelman and Mandel, 1990).

### **2. 3. 8. Rol-İlişkiler**

Okul çağı çocuklarında, okul toplumu ile tanışma ve akran grup iletişimi önem kazanır. Aile, çocukların fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılarken, akran grubu içinde ve sosyal çevrede de çocuğun bireyselliğini desteklemelidir. Ericson, okul çocuğu dönemini başarılarla geçiren çocuklarda çalışkanlık; başarısızlıklarla deneyimleyen çocuklarda ise aşağılık duygusunun gelişeceğini ortaya çıkarmıştır. Çocuklar, enerjilerini okul projeleri, hobiler ve spor faaliyetlerine ayırırlar. Takım oyunları, çocuklara toplum kurallarına uyum sağlama ve akranlarıyla işbirliği içinde ortak hedeflere ulaşma çabasını ve mutluluğunu yaşamasına fırsat verir. Okul çocuklarının yeteneklerini keşfetmeleri için yapabildiği tüm etkinlikler, olumlu geri bildirimlerle desteklenmeli, bu yöndeki farkındalıkları artırılmalıdır (Potts and Mandleco, 2002). Okul çağı çocuklarında sağlık davranışlarının incelendiği HBSC çalışmalarında, okul çağı çocuklarının babalarıyla iletişim kurmakta güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (WHO, 2000). Okulda öğrencilerin olumlu-olumsuz duygularını ifade etmelerine fırsat verilmelidir. Çocukların olumlu duygularını

başkalarıyla paylaşarak mutlu olmalarını sağlanmalı; olumsuz duygularını paylaşarak, bu duygular ile baş etme becerilerinin kazandırılması gerekir (Kılıççı, 1992).

### **2. 3. 9. Cinsellik- Üreme**

Antonovsky'a göre; sağlığının geliştirilmesinde, bireylerin mevcut engelleri tanımlamaları, kendi fırsatlarını keşfedebilmeleri için önemlidir. Kızlar ve erkekler yaşamda güçlerini kazanmada ve kontrol etmede farklı stratejiler kullanırlar. Bireyin yaşamı üzerinde kontrol yetersizliği hissetmesi, sorunlarla baş etme becerilerini kısıtlar ve çaresizliği öğretir. Güç ve yaşam üzerindeki kontrol sağlık için önemli bir belirleyicidir. Okullarda sağlığı geliştirici uygulamalar, öğrencilerin cinsiyetlerine göre güçlerini kullanabilmelerine de fırsat vermelidir (Gardin and Hammarström, 2000). Sekiz-on yaşlarında kız çocukları erkeklerden daha az hareketlidir (McMurray et al., 1994). Yedi-onbir yaş grubu kızlar, erkeklere oranla sağlık ve beslenme arasındaki ilişkiyi daha iyi açıklayabilirler (Hart et al., 2001). Erkekler, kızlara oranla boş zamanlarında fiziksel becerilerini geliştiren etkinliklere katılmayı tercih ederler (McHale et al., 1999).

Graham ve Uphold (1992)' a göre; sağlık davranışları değerlendirildiğinde kız ve erkeklerin egzersiz alışkanlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (n: 83). Fakat; kızlar kendilerini erkeklerden daha sağlıklı olarak tanımlamışlardır. Ayrıca, kızlar sağlıklı besin maddelerinin seçimi konusunda erkeklerden daha iyi seçim yapabilmektedir.

HBSC çalışmalarında, tüm ülkelerde kızlar, erkeklerden daha fazla sebze ve meyve tükettiği; erkeklerin ise daha fazla süt tükettiği fakat her iki grubun da kalorisi yüksek ama besin değeri az besinlerden tükettiğini ortaya çıkmıştır. Öğrenciler ile okul arasındaki ilişkiler incelendiğinde; kız çocuklarının, okulu erkeklerden daha çok sevdikleri belirlenmiştir (WHO, 2000).

### **2. 3. 10. Başetme - Stres Toleransı**

Günümüzde çocuklar, sağlıklarını etkileyebilecek yoksulluk ve kronik hastalıklar gibi pek çok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Bu sorunlar, çocukların ruh sağlığını tehdit etmektedir (Hootman, 2004).

Değişiklikler, yarışmalar, başarısızlık, engellenme gibi durumlarda çocukların kendilerini endişeli ve yardımsız hissetmelerine neden olur. Okul çağı çocukları, stres durumunda stresle baş etmesi yönünde problem çözme tekniklerini öğretmek desteklenmelidir. Desteklenmediği durumlarda öfke nöbetleri, uyum sağlayamama ve depresyon görülür. Her birey günlük yaşamda stresli pek çok durum karşısında savunmasız değildir, tam tersine olayları çözümüleme becerisine sahiptir. Okul çağı çocuğunun, stresle baş etmede yardımcı olan bazı stratejiler vardır. Bunlar; savunma mekanizmalarının güçlendirilmesi (inkar, regresyon, bastırma, yansıtma, dikkati başka yöne çekme), sorununu ifade etmesine, problem çözmesine ve davranışlarının yönetimini elde etmesine fırsat tanımak, kitaplar ve oyunlarla stresle baş etme becerilerinin tekrarlanması, bilmece ve şakalar aracılığıyla mizahın kullanılması, öfle kontrolü ve sakinleştirmek amacıyla fiziksel aktivitelerin öğretilmesidir. Ayrıca ayrılığa bağlı saldırganlık ve protesto davranışı ortaya çıktığında bu duyguyu ortadan kaldırmak için özlem duyduğu kişilerin kendisini araması veya mektup yazması sağlanabilir (Edelman and Mandle, 1990).

### **2. 3. 11. Değer ve İnançlar**

Okul çağı çocuğu, günlük yaşamında değerlerine bağlı olarak pek çok karar verir. Ahlaki gelişim; düşünce, yargı ve davranış süreçlerini içerir. Örneğin; bir çocuk arkadaşının atlasını izinsiz almadan önce bu davranışın doğru olup olmadığını düşünür, bu düşünce sürecinde çevresindekilerin bu konudaki davranışları ona rol model oluşturur. Sonra bir yargıya varır ve davranışı gerçekleştirir. Kohlberg' in ahlak teorisine göre; okul çağı çocuklarının ahlak gelişimi, geleneksel düzeydedir (Edelman and Mandle, 1990).

Okul çağı çocukları anne-baba ve öğretmen değerlerinin içselleşmesi yanında arkadaş değerlerinin de içselleşmiş olması ve davranışlarına yansımaları, değerler sisteminin gelişiminde önemli bir aşamadır. Başkalarını düşünme, onları gözetme çocukluk döneminde gelişmedikçe; yetişkinlik yıllarında kişinin sosyal ve insani değerlere ulaşması oldukça güçtür (Kılıççı, 1992).

Okul çağı çocuğu, ailede ve etkileşimde bulunduğu okul çevresinde kazandığı değer yargıları ile yaşamı anlamlandırmaya çalışır. Özellikle sağlık davranışları içinde yer alan kendini gerçekleştirme, sosyal destek ve stresle baş etme sürecinde okul çağı çocuğunun değer yargıları önemli bir yere sahiptir. Olumsuz sağlık davranışlarının nedenlerinin anlaşılması için sosyal ve kültürel özelliklerin de dikkate alınması gerekir (Chin et al., 2000).

## **2.4. Sağlık Geliştirilmesinde Okul Sağlık Hemşireliğinin Uygulamaları**

### **2.4.1. Okul Sağlık Hemşiresinin Tanımı**

Ulusal Okul Hemşireliği Derneği (National Association School Nursing) (NASN)'a göre okul sağlığı hemşiresi; öğrencilerin sağlığını geliştirmek, akademik başarılarını arttırmak ve sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için çalışan, profesyonel bir hemşirelik dalıdır. Okul hemşiresi, öğrencilerin normal gelişime verdikleri olumlu yanıtı artırır, sağlık ve güvenliği geliştirir, gerçek ve potansiyel sağlık problemlerini belirler ve vaka yönetimiyle hizmetlerini yürütür. Öğrencilerin bireysel yönetimlerini, öğrenmelerini ve adaptasyonları konusundaki yeterliliklerini geliştirmeleri için; diğer disiplinler ile işbirliği yapar (NASN, 1999).

1993 yılında okul sağlığı hemşirelerinin standartlarını tanımlanmıştır (NASN, 1996):

Standart 1: Klinik bilgi

Standart 2: Hemşirelik süreci

Standart 3: Özel sağlık gereksinimi olan bireyler

Standart 4: İletişim

Standart 5: Program yönetimi

Standart 6: Okul sistemi ile iş birliği

Standart 7: Toplum sağlığı sistemleri ile iş birliği

Standart 8: Sağlık eğitimi

Standart 9: Araştırma

Standart 10: Profesyonel gelişme

Okul sağlığı hemşireliği uygulamalarının ilki, Hengry Street Settlement Halk Sağlığı Modeli ve 1893 Londra'da kurulan modele uygun olarak New York City'de 1902 yılında uygulanmaya başlamıştır (Linda et al., 2002). New York'ta Lilian Wald rehberliğinde, Lina Rogers New York City' de dört kamu okulunda görev almıştır. Okul hemşiresi programları; bulaşıcı hastalıklar, aile ziyaretleri ve öğrenci sağlık eğitim programları doğrultusunda geliştirilmiştir (Pollitt, 1994).

Amerika'da 2000 Ulusal örneklemlili hemşirelik kayıtlarına göre; 61.000 kamu ve özel okul hemşiresi bulunmaktadır (Health Resources and Services Administration, 2002). Bunların yaklaşık % 17' si NASN üyesidir. Okul sağlığı hemşireliği; sadece bir pediatri hemşiresi değil, aynı zamanda toplum sağlığı, psikiyatri, acil bakım ve evde bakım hemşireliğidir. Ayrıca okul hemşireleri, okul personeline de hizmet verir (NASN, 1996).

Ulusal Okul Hemşireleri Derneği tarafından öğrenci ve hemşire oranı; 750 öğrenciye bir hemşire, özel gereksinimleri olan 225 öğrenciye bir hemşire, 125 engelli öğrenci için bir hemşire olarak belirlenmiştir (Proctor et al., 1993).

#### **2. 4. 2. Okul Sağlığı Hemşiresinin Rollerini:**

1993 yılında Amerikan Okul Sağlığı Derneği (American School Health Association) (ASHA) tarafından okul sağlığı hemşiresinin rolleri tanımlanmıştır (Proctor et al., 1993):

##### **2. 4. 2. 1. Bakım Sağlayıcı Rolü**

Okul sağlığı hemşiresi bireylere, gruplara ve topluma ihtiyaçları doğrultusunda gerekli bakımı sistematik bir yaklaşımlar planlar, uygular ve değerlendirir. Bu rolünü gerçekleştirirken klinik bilgisini, hemşirelik sürecini ve özel sağlık gereksinimi olan bireylerin ihtiyaçlarını göz önünde bulundurur.

Eğitim sisteminde, okul sağlığı hemşirelerinin, sağlık hizmetleri ve eğitim sistemi arasında bir köprü kurar. ocuk hastaneden taburcu olduğu zaman çok nadir okul ile etkileşime geçilir. Eğer hastaneler, taburcu olduğunda orada yapılan işlemler hakkında tedavinin bir özetini verirlerse, öğrencinin okuldaki bakımında süreklilik sağlanmış olur. Okul hemşiresinin haberi olmadan kullanılan bir araç, ilaç ya da tedavi çocuğun okul aktivitelerini gerçekleştirmesi sırasında pek çok problemin meydana gelmesine neden olabilir. Çocukların tedaviye uyumunu arttırmada; ona yaşamı boyunca hastalıklar ile nasıl başedebileceğinin öğretilmesinde ve öz bakım becerilerinin desteklenmesinde okul hemşiresi etkin rol alır. Etkili okul sağlığı hemşireliği uygulamaları, hastaneye olan gereksinimi azaltır (NASN, 1999).

#### **2. 4. 2. 2. İletişim Rolü**

Okul sağlığı hemşiresi için kişilerarası ilişkilerde iletişim becerisi vazgeçilmezdir. Okul sağlığı hemşiresinin öğrenciler, okul personeli, aileler, okul sağlığı ekibinin diğer yeleri, toplum sağlık bakım sistemleri ve eğitim sistemi arasında bir köprü kurar (Proctor et al., 1993).

#### **2. 4. 2. 3. Bireysel Bakımı Planlama ve Koordine Etme Rolü**

Okul çocuğunun, ailelerin ve toplumun ihtiyaçları her geçen gün değişmektedir. Bu değişim; gruba hizmet veren profesyonellerin de ihtiyaç doğrultusunda sorumluluklarını arttırmaktadır. Okul sağlığı hemşirelerinin, öğrencilerin optimal sağlık düzeylerine ulaşmalarında toplum kaynaklarının kullanılmasını, evde ve okulda sürekli bakım alma gibi koordine bir sistemde öğrencilerin hazır oluşluk düzeylerinin arttırılmaları hedeflenmektedir. Geçmişte yenidoğan ve çocukluk döneminde kaybedilebilen pek çok kronik hastalıklı ocuk, günümüzde tıbbi gelişmeler sonucunda yaşayabilmektedir. Çocukların kronik hastalıklarıyla yaşam boyu sağlıklarını geliştirebilmeleri için okulda bakım alabilmeleri ve sağlık yönetimleri konusunda okul hemşireleri tarafından desteklenmelerine ihtiyaç duyulmaktadır (Linda et al., 2002). Okul hemşiresi, bakımı planlama ve koordine etme rolü ile okul toplumu, toplumun koordinasyonu ve

yönetimi, politikanın toplum sağlığı üzerindeki etkileri arasında bağlantı kurar (Proctor et al., 1993). Amerikan Pediatri Akademisi (2001) Okul sağlığı hemşirelerinin, okul çağı çocuğu ve ailelerini geniş kapsamlı bir okul sağlığı hizmeti verebilmesi için bölgesel kamu ve sosyal hizmetler ile temel sağlık hizmetlerinde görev yapan uzmanlarla işbirliği içinde olmasını tavsiye etmektedir.

#### **2. 4. 2. 4. Sağlık Eğitimci Rolü**

Okul hemşiresi, öğrencilere, okul personeline ve topluma yönelik sağlık davranışlarını değiştirmek üzere eğitim planlar, uygular ve değerlendirir. Lisans mezunu hemşireler; aile sağlığı, pediyatrik bakım, çocuk gelişimi, çocuk psikolojisi, halk sağlığı, sağlık eğitimi derslerinin teorik ve pratik bilgilerini alırlar (Proctor et al., 1993).

Okul sağlığı hemşiresinin, okul sağlığının geliştirilmesinde sahip olduğu en önemli rollerden biri; sağlık eğitimcisi olma rolüdür. Bu önemli role ilişkin yapılan çalışmalar, hemşirelerin bireylerin olumlu sağlık davranışına geliştirme konusunda girişimlerde bulduklarını ama sonucunda istenilen hedefe ulaşamadıklarını göstermiştir. 1995 yılında Cowley yaptığı bir araştırmada hemşirelerin risk altındaki bireylere öğüt vermelerinin sağlık davranışları üzerinde yetersiz olduğunu savunmuştur (Norton, 1997). Thomson (1998) hemşirelerin sağlık eğitimi uygulamalarında belirsiz bir pozisyonda olduklarını tanımlamış ve Stemming bu durumun hemşirelerin sağlığı geliştirme rolünü uygulamasına engel olduğunu vurgulamıştır (Whitehead, 2001).

Dünyada yapılan pek çok araştırma, sağlık eğitimi ile sağlığın geliştirilmesi arasındaki bir boşluğun olduğunu ve uygulamada bu kavramların birleştirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Bu yönde hemşireler, toplumda önemli bir güce sahiptirler. Sahip oldukları bu güç ile toplum sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde anahtar rol oynarlar. Geliştirilen pek çok sağlık eğitim programı, davranış değişimi yaratmada başarısız olmasının nedeni; sağlık eğitimi programlarında sağlık davranışının gelişmesine neden olan faktörlerin her birine yönelik uygulamaların yürütülememesi ve sürekli değerlendirmenin yapılamamasıdır (Whitehead, 2003).

Amerikan Okul Hemşireleri Birliği tarafından 1993 yılında “Okul Hemşireleri Uygulamaları; Roller ve Standartları” geliştirilmiştir. Oluşturulan on standarttan bir tanesi sağlık eğitimidir. Okul hemşiresinin sağlık eğitimindeki rollerinin davranış düzeyindeki ölçüm kriterleri on altı amaç altında toplanmıştır (Brandley, 1997):

- 1) Okul sağlık ve sağlık eğitimi gereksinimlerinin belirlenmesine katılır.
- 2) Öğrencilerin gelişimsel düzeylerine uygun şekilde geçerli öğrenim kurumlarını temel alarak sınıflarda formal sağlık eğitimi yapar.
- 3) Öğrencilere bireysel danışmanlık ve sağlık eğitimi yapar.
- 4) Öğrenciler, personel ve anne babaların her birinin sağlığına bakış açısının farklı olduğunu dikkate alarak gruplarla toplantı yapar.
- 5) Sağlığın geliştirilmesi ve devamı için müfredat programlarında “2000 yılında sağlıklı insanlar” gibi sağlık konularının işlendiği bir rehberin hazırlanmasına katılır.
- 6) Sağlık müfredat programını ve sağlık eğitim materyallerini değerlendirir.
- 7) Sınıflar ve kütüphane için sağlık eğitim materyallerinin seçilmesi ve satın alınmasında rol oynarlar.
- 8) Sağlık eğitim materyalleri ve sağlık eğitiminde okul personeli için kaynak bir kişi olarak kabul edilir.
- 9) Düzenli bir şekilde okul müfredat programlarının içine sağlık konularının entegrasyonunun sağlar.
- 10) Beslenme hizmeti, korunma ve benzeri okul yaşamı ile ilgili alanlarda sağlığı geliştirmek için kurallar konulmasına yardım eder.
- 11) Okullarda görev yapan sağlık eğitimi öğretmenlerinin çalışmalarını destekler.
- 12) Okul çalışanlarının öğrenci sağlığı konusunda duyarlı olmaları için eğitir.
- 13) Okul çalışanlarını kendi sağlıkları konusunda eğitir.
- 14) Öğrenci ve okul çalışanlarının kişisel bakımlarını geliştirir.
- 15) Anne-babaları öğrencilerin sağlıkları ile ilgilenmeleri konusunda eğitir,kaynaklar gösterir.
- 16) Öğrenci, personel ve okul güvenliği için sağlık eğitimi yapar.



Sağlık eğitimcisi olarak okul sağlığı hemşiresi (Brandley, 1997):

Okul sağlığı hemşiresi sağlığı geliştirilmesi üzerine planladığı pek çok girişimde sağlık eğitimi yer almaktadır. Okul sağlığı programları içinde hemşirenin sağlık eğitimci rolünü dört soru ile tanımlanabilir.

1. Toplumda ve okul içinde okul personeli, aileler ve öğrencilerin sağlık eğitimi için ulaşılabilir kaynaklar nelerdir?
2. Okul hemşiresi , profesyonel sağlık eğitimi hazırlıklarını diğer sağlık eğitimi çalışmaları ile nasıl karşılaştırır?
3. Bireylere ve ailelerin yönelik hemşirelik uygulamalarında hemşirelerden sağlık eğitimi beklentileri ne?
4. Okulda sağlık eğitimi uygulamalarında okul sağlığı hemşireleri profesyonel rollerini ve performanslarını etkili kullanabilecek mi?

Okul hemşiresinin sağlık eğitimci rolü, profesyonel hemşirelik girişimleriyle desteklenmelidir. Finlandiya’da okul sağlığı hemşireleri (n: 24) ve öğretmenlerin (n:25) öğrencilere verdikleri danışmanlıklar karşılaştırmalı olarak incelendiğinde; okul sağlığı hemşirelerinin öğrencilerin sağlıklarının korunmasında ve geliştirilmesinde birey merkezli yaklaşımı benimsedikleri ve sahip oldukları profesyonel sağlık bilgilerini sağlık eğitim uygulamalarında kullandıkları belirlenmiştir (Tossavainen et al., 2004).

#### **2. 4. 2. 5. Araştırmacı Rolü**

Okul sağlığı hemşireleri, bireysel hizmetleri ve sistemi değiştirmek üzere resmi ve resmi olmayan pek çok sonucu gözlemleyerek araştırma yapar (Proctor et al., 1993). 1996 yılında NASN ve ASHA okul sağlığı hemşirelerinin araştırma önceliklerini belirlemiştir. Bu konular; okul sağlığı hemşireliği hizmetleri, okul hemşiresine düşen öğrenci sayısı, okul sağlık birimlerinin donanımları, olumlu sağlık sonuçlarıyla ilgili okul hemşiresinin yeterlilikleri, hemşirelik veri sınıflandırma sistemleri, okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin öğrencilerin sağlık durumları, başarıları ve güvenliklerini nasıl etkilediği ve okul yöneticilerinin, öğretmenlerin, anne ve babaların okul hemşirelerinden beklentileridir (Broussard, 2004).

#### **2. 4. 2. 6. Mesleki Gelişime İlişkin Rolü**

Profesyonel uygulamalarını geliştirmek amacıyla yapılan pek çok uygulamayı ve sürekli eğitimi içerir (Proctor et al., 1993).

#### **2. 4. 2.7. Politika Üretme Rolü**

Ryberg, Keller, Hine and Christeson, okul sağlığı hemşiresinin politika üretmedeki sorumluluğunu tartışmışlardır. Sonubnda, okul hemşirelerinin, okul sağlığına ilişkin yaptığı araştırma sonuçlarıyla ve okul sağlığı hizmetlerinden elde ettikleri verilerle okul sağlığı politikalarının oluşturulmasında aktif olarak rol aldıklarını belirlemişlerdir (Broussard, 2004).

#### **2. 4. 3. Okul Sağlığı Hemşiresinin Sağlığın Geliştirilmesindeki Yeri ve Önemi**

NASN (1996)' a göre okul sağlığı hemşiresinin temel görevinin “çocukların sağlıklarını koruma ve geliştirme” olarak belirlenmiştir. Okul sağlığı hemşiresi, okul sağlığı hizmetlerinin merkezinde yer alır (Schonfield, 1996), öğrencilere olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında önemli bir role sahiptir (Orme and Scriven, 1996) ve sağlığının geliştirilmesini, okul sağlığı hemşiresinin birinci sorumluluğudur (Drowak, 2001). Ligthfoot ve Bines (1998) okul hemşirelerinin rollerinin okul çağı çocuklarının gereksinimlerini ne kadar karşıladığına ilişkin yaptıkları çalışmada okul sağlığı hemşiresinin, okul çağı çocuğunun sağlık ve iyilik hallerinin geliştirilmesinde, onlarla sorunlarının paylaşmasında, sağlıklarını geliştirmelerine ve çocukların ailelerinin desteklenmesi konusundaki sorumluluklarını ortaya çıkarmıştır.

Sağlığı geliştirme teorilerini, okul sağlığı hemşireleri sağlığı geliştirme uygulamalarında kullanmalıdır. Hemşirelerin sağlığı geliştirme uygulamalarına ilişkin yapılan çalışmaları yetersiz bulunmuş ve yapılacak araştırmaların okul hemşiresinin sağlığı geliştirme rolü üzerine odaklı olması gerektiği önerilmiştir (Wainwright et al., 2000). Okul sağlığı hemşireleri; sağlık eğitim uygulamalarını kendi çalışmalarının anahtar bir uygulaması olarak görmektedirler (Lightfoot and Bines, 1998). Whitfield

(1995) çalışmasında; Okul personelinin, öğrencilerin ve ailelerin okul hemşirelerinin rolleri hakkında farkındalıklarının artırılmasının, okul sağlığı hemşireliği girişimlerini başarıya ulaşmasında yardımcı olacağı belirlemiştir.

1983 yılında Denmark tarafından sağlık görüşmeleri, okul hemşiresine sağlığı geliştirme uygulaması olarak bir yöntem olarak geliştirilmiştir. 1995 yılında Ulusal Sağlık Kurumu tarafından yeniden düzenlenen sağlık diyalogları; okul sağlığı hemşirelerinin, öğrencilerin sağlıklarını geliştirmeleri ve sağlıkla ilgili kavramları ortaya çıkarmak amacıyla bir öğrenci ya da grupta yaptığı planlı görüşmeler olarak tanımlanmıştır (Borup, 1998). Öğrencilerin sağlığının geliştirilmesinde Güçlendirme Teorileri (Empowerment Theories) ve Kolbe ‘ün öğrenme teorileri önemli bir yere sahiptir. 1992 yılında Kalnins, çocukların sağlığı geliştirme uygulamalarında güçlendirme kavramına dayalı olarak üç prensibi tartışmıştır (Borup, 2001);

1. Sağlığın geliştirilmesi uygulamaları, öğrencilerin kendileri tarafından tanımlanmalıdır.
2. Sağlığın geliştirilmesi topluma etkili katılımın sağlanması, karar verme ve problem çözme süreçlerini içermelidir.
3. Sağlığın geliştirilmesi uygulamaları toplumun sağlık politikaları ile bütünleştirilmiş olmalıdır.

Güçlendirme teorisi, bireyin davranışlarını geniş bir açıyla açıklar. Bireyin kendi yaşamının üzerindeki kontrolünü destekler. Bireyin ve grupların psikososyal çevrelerini yeniden yapılandırılmalarını içerir. Psikolojik güçlendirme kavramı, bireye yönelik; kontrol, özetkililik, motivasyon, algılanan yeteneği içerirken, olaylara yönelik olarakta bireyin sosyal çevresini nasıl algıladığını, sosyal kaynaklara nasıl ulaşacağını, liderlik becerilerini, problem çözme ve eleştirel düşünebilme yeteneğini gerektirir (Speer et al., 2001).

Okul çağı çocukları sadece tıbbi değil, sosyal ve duygusal gereksinimleri yönünde de desteklenmelidir. Çocukluk depresyonu, hiperaktivite, anksiyete ve diğer psikiyatrik bozukluklarının yönetiminde okul sağlığı hemşiresi etkin rol alır. Kültürel özellikler ve yoksulluk okul sağlığı hizmetlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Okul sağlığı hemşiresi, aileler ve sosyal yardım kuruluşları ile iletişim kurarak çocuk sağlığının geliştirilmesine yardımcı olur (Linda et al., 2002).

#### 2. 4. 4. Dünyada ve Türkiye’de Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları

1992 yılında Kapsamlı okul sağlığı modelleri oluşturulmuştur. Amerika’nın Masschusetts eyaletinde, okul sağlığı hemşirelerinin sürekli eğitim almaları sağlanmıştır. Okul sağlığı hemşirelerinde iki yıl halk sağlığı ya da pediatri alanında deneyim sahibi olmaları istenmiş ve hemşirelik organizasyonları tarafından okul sağlığı hemşireliği sertifika programlarını düzenlenmiştir. Okula dayalı on tane sağlık merkezi kurulmuştur. Bakanlık, bu merkezlerin ihtiyaçlarının okul sağlığı hemşireleri yönetiminde saptamasını ve okul sağlığı kayıtlarından elde edilen verilerin okul sağlığı programlarını okul yönetimi, okul toplumu ve toplumla bütünleştirmiştir. 1990 yılında 1.000 okul sağlığı hemşiresi, 2002’ de 2.100 okul sağlığı hemşiresi, toplam 1.109.632 öğrenciye hizmet vermiştir (Sheetz, 2002).

2001-2002 yıllarında Boston’daki kamu okullarının çoğunda tam zamanlı okul hemşiresi çalışmaktadır. “Healthy people 2010” kapsamında okullardaki hemşire sayısını 1: 750 olacak şekilde artırılmasını önermektedir. Boston’da 131 okulda 63000 öğrenci 3-22 yaş arasında yer almaktadır. 2001-2002 yıllarında okul hemşirelerinin % 95’ i tam zamanlı hizmet vermektedir. Çocuklar, okulun açık olduğu günler randevu alarak okul hemşireleriyle görüşebilmektedir. Tüm gün okul hemşirelerinin çalışmasında öğrenci hemşire oranı 1: 674 olup, bu oran diğer okullarda 1: 23- 1: 1300 arasında değişmektedir. Okul hemşireleri öğrencilerin kayıtlarında (ilk yardım uygulamaları, bireysel sağlık eğitimleri, danışmanlıkları, hastalık değerlendirmeleri, devamsızlıkları, sınıfları, aileleri, okul personeli ve dış kaynaklar ile iletişimleri) yer alır. Bu raporlar, aylık olarak o bölgenin yetkili hemşire liderinde toplanmıştır. 2001- 2002 yıllarında 63024 öğrenci 93 okul hemşireleriyle toplam 721291 bireysel görüşme yapmıştır. Hemşireler, yaklaşık bir yılda; 7714 görüşme ya da bir okul gününde; 43 görüşme yapmıştır. Öğrencilerin % 24.9 kan glikoz düzeyi, % 22.3 kan basıncı ölçülmüştür. Yıllık görme, işitme, boy ve kilo takipleri de yapılmıştır. Okul hemşiresi tarafından grup görüşmeleri düzenlenmiştir. Her ay on iki sağlık eğitimi sınıf sunumu olarak yapılmış ve madde kullanımı, yeme bozuklukları, öfke yönetimi gibi konularda görüşme grupları oluşturulmuştur. Okul hemşireliği hizmetleri, öğrenciler için her zaman ulaşılabilir. Bu politika ile 6-17 yaş grubu öğrenciler, bir yılda diğer sağlık personellerine oranla okul sağlığı

hemşireliği hizmetlerine sekiz kat daha fazla ulaşma imkanı bulmuştur. Pek çok sağlık problemi okul hemşirelerinin girişimleriyle saptanabilmiş ve çözümlenmiştir (Schainker et al., 2005).

Okullar, çocuk sağlığının geliştirilmesi için önemli bir fırsattır. İngiliz Pediatri Derneği Çalışma Komitesi, okul sağlık hizmetlerinin hemşireler tarafından planlanan sağlığı geliştirme uygulamalarına odaklanmasını ve sağlık değerlendirmesi sonucunda riskli görülen öğrencileri hekime, diğer sağlık kuruluşlarına ya da diğer sağlık kurumlarına sevk edilmesini önerilmiştir. Güney Londra'da okula kayıt olan öğrencilerin velilerini okul hemşiresi tarafından davetiye gönderilmiştir. 21 okulda yapılan okula giriş muayenesinde 426 öğrenciye ulaşılmıştır. Hemşireler, sağlık taramaları, okul sağlığı görüşmeleri, tıbbi muayeneyi içeren bir form ile araştırmanın verilerini toplamışlardır. Okul sağlığı servisleri böylece öğrencilerde meydana gelebilecek pek çok sorunun saptanmış ve sağlık gereksinimleri belirlenmiştir (Laing and Rossor, 1999).

Okulla Giriş Sağlık Anketi, Nisan 1997' de itibaren Avusturalya' da okul sağlığı hemşireliği programlarında kullanılmaktadır. Bu form; sağlık problemleri olan okul çağı çocuklarının tanımlanmasında okul sağlığı hemşiresine yardımcı olmaktadır. Okula giriş muayenesi onbir bileşenden meydana geliyor: 1. Genel Sağlık durumu; 2. İlaçlar 3. Bağışıklama 4. Diş sağlığı 5. Konuşma/dil 6. Duyma 7. Görme 8. Engeller 9. Genel iletişim 10. Davranış ve duygusal iyilik hali 11. Aile stresi (Edgecombe et al., 1998).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Araştırma, olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında okul sağlığı hemşireliği uygulamalarının etkisini değerlendirmek amacıyla metodolojik bir tasarım olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih**

Araştırma, Kocaeli İlinde 42 Evler Mahallesinde bulunan Türk Pirelli İlköğretim Okulunda 16 Eylül 2005 - 18 Mart 2006 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın gerçekleştirildiği okul, Kocaeli 42 Evler bölgesinde yer almaktadır. Bölge nüfusu, 6.809 (42 Evler Sağlık Ocağı, 2005) olup, İzmit'te en çok göç alan bölgelerden biridir. Bu nedenle, Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilimdalı tarafından hizmette öncelikli bölge olarak seçilmiş olup, 2000 yılından itibaren aile sağlığı ve okul sağlığı hizmetleri yürütülmektedir. Türk Pirelli İlköğretim Okulu bölgede bulunan tek ilköğretim okuludur.

#### **3.3. Araştırma Evren ve Örneklem**

Araştırmanın evrenini, Türk Pirelli İlköğretim Okulu 3., 4. ve 5. sınıflardan üçer şube, örneklem seçimi yapılmaksızın çalışma kapsamına alınmıştır. Fakat; araştırma kapsamına alınan öğrencilerden üçü okuma yazma güçlüğü, sekiz öğrenci sadece ön teste katılma, yedi öğrenci sadece son testte katılma ve dört öğrenci de testte işaretleme hatası nedeniyle toplam yirmiiki öğrencinin verileri değerlendirme dışında bırakılmıştır (n: 240). Araştırmaya katılması planlanan her şubenin, araştırmada kullanılan üç ölçekten ön testte aldıkları puanların ortalamaları belirlenerek üç farklı girişim grubu oluşturulmuştur (Çizelge 3.1).

**Çizelge 3.1. Girişim gruplarının sınıflara göre dağılımı (n: 240)**

A Grubu (n: 79)			B Grubu (n: 82)			C Grubu (n:79)		
Sınıflar	n	%	Sınıflar	n	%	Sınıflar	n	%
3 A	31	39.26	3 B	27	32.94	3 C	26	32.93
4 A	24	30.37	4 C	26	31.70	4 B	24	30.37
5 C	24	30.37	5 B	29	35.36	5 A	29	36.70
Toplam	79	100.00	Toplam	82	100.00	Toplam	79	100.00

**A Grubu:** Afiş

**B Grubu:** Afiş+ Eğitim programı

**C Grubu:** Afiş+Eğitim programı+ Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları

- **A Grubu;** Sadece okula asılan afişleri görmüştür.
- **B Grubu;** Olumlu Sağlık Davranışlarını Keşfetme Programına katılmış, aynı zamanda okula asılan afişleri görmüştür.
- **C Grubu;** Okula asılan afişleri görmüş, Olumlu Sağlık Davranışlarını Keşfetme Programına katılmış ve okul sağlığı hemşireliği uygulamalarını almıştır.

Girişim gruplarının ön test puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Çizelge 3.2). Girişim gruplarında yer alan öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri değerlendirildiğinde; anne ve baba eğitim durumları, yaş ve cinsiyete göre gruplar arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Çizelge 3.3).

**Çizelge 3.2. Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği, Özetkililik-Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu ve Çocuklarda Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeği'nin girişim gruplarına göre ön test puan ortalamaları (n: 240)**

Veri Toplama Araçları	A Grubu (n: 79)		B Grubu (n: 82)		C Grubu (n: 79)		*İstatistiksel Değerlendirme
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
Çocuklarda Denetim Odağı Ölçeği	31.92	2.95	31.31	3.01	31.07	3.99	F:1.345 p:0.263>0.05
Özetkililik-Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu	53.02	4.92	53.08	5.86	52.77	4.67	F:0.438 p:0.646>0.05
Çocuklarda Sağlık Algıları ve Sağlık Davranışları Ölçeği	122.45	11.22	124.79	12.47	123.72	11.81	F:0.797 p:0.452>0.05

**A Grubu:** Afiş

**B Grubu:** Afiş+ Eğitim programı **C Grubu:** Afiş+Eğitim programı+ Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları

\*One way Anova( Tek yönlü varyans analizi)

**Çizelge 3.3. Girişim gruplarının tanımlayıcı özellikleri (n: 240)**

Tanımlayıcı Özellikler	A Grubu (n:79)		B Grubu (n: 82)		C Grubu (n:79)		Toplam		*İstatistiksel Değerlendirme
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Anne Eğitimi</b>									X <sup>2</sup> : 0.826 p: 0.935 >0.05
İlkokul	46	34.88	42	31.82	44	33.30	132	100	
Ortaokul	15	30.31	18	36.74	16	32.65	49	100	
**Lise ve üstü	18	30.50	22	37.30	19	32.20	59	100	X <sup>2</sup> : 0.591 p: 0.997 >0.05
<b>Baba eğitimi</b>									
İlkokul	28	32.18	30	34.48	29	33.34	87	100	
Ortaokul	16	30.80	19	36.50	17	32.70	52	100	
Lise	21	34.43	21	34.43	19	31.14	61	100	X <sup>2</sup> : 1.66 p: 0.19 >0.05
Üniversite	14	35.00	12	30.00	14	35.00	40	100	
<b>Cinsiyet</b>									X <sup>2</sup> : 1.66 p: 0.19 >0.05
Kız	41	37.27	36	32.73	33	30.00	110	100	
Erkek	38	29.24	46	35.38	46	35.38	130	100	X <sup>2</sup> : 2.500 p: 0.28 >0.05
<b>Yaş</b>									
9 yaş	32	35.56	30	33.33	28	31.11	90	100	
10 yaş	22	27.50	29	36.25	29	36.25	80	100	X <sup>2</sup> : 2.500 p: 0.28 >0.05
11 yaş	25	35.72	23	32.86	22	31.42	70	100	

\* Ki-Kare Testi

\*\* Lise ve üniversite birleştirilmiştir.



### **3. 4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada verilerini toplamak üzere; Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği, Öz-etkililik-Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu, ve Çocuklarda Sağlık Algıları ve Davranışları Ölçeği kullanılmıştır.

#### **3. 4. 1. Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği**

Guy Parcel tarafından 1978 yılında geliştirilen Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği (Children Health Locus of Control Scale), 7-12 yaş grubu okul çağı çocukların sağlık yönetimleri üzerindeki kontrollerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Denetim odağı; belli bir davranışın sonucu olarak gelişecek olaylarda bireysel beklenti olarak tanımlanır (Parcel, 1988). Toplam yirmi maddeden oluşan ölçek “Evet” ve “Hayır” olmak üzere iki seçeneklidir. Ölçeğin değerlendirmesi; iç denetim odaklı olan maddelere (2 puan), dış denetim odaklı maddelere ise (1 puan) verilerek hesaplanır. Ölçekte iki seçeneğin birden işaretlenmesi ya da seçeneklerin işaretlenmemesi durumunda o maddeye (1.5 puan) verilir. Ölçekten alınan puan, ne kadar yüksek olursa; birey sağlık yönetiminde iç denetim odağının gelişmiş olduğu anlamına gelmektedir (Hearn and Klockars, 1988). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Parcel ve arkadaşları tarafından 1978 yılında yapılmış ve çalışma sonunda, test tekrar test .62, Kuder Richardson 20 testi .80 olarak bulunmuştur (Parcel and Meyer, 1978). Ölçekte 2., 9., 11., 16., 19., 20. maddeler, iç denetim odağı ile ilgili; diğer maddeler ise dış denetim odağı ile ilgilidir (Hearne and Kloackars, 1988).

Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yapmak üzere Guy Parcel’ den izin alınmıştır (Ek 1). Ölçeğin orijinal formu, üç uzman tarafından Türkçe’ye ve yine farklı üç uzman tarafından İngilizce’ye çevrilmiştir. Ölçeğin ön uygulaması, ilköğretim 3. 4. ve 5. sınıftan toplam onbeş öğrenciye uygulanarak ifadelerde gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ölçek, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı ve Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilimdalı’ dan toplam sekiz öğretim üyesinin, yazılı uzman görüş ve önerileri doğrultusunda tekrar düzenlenmiştir (Ek 2). Uzman görüş doğrultusunda düzenlenen ölçeğin ön uygulaması, ilköğretim 3. 4. ve 5. sınıfta okuyan oniki öğrenciye uygulanmış ve tekrar gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla Yuvam Akarca bölgesinde bulunan Emek Dayanışması İlköğretim Okulu 3., 4. ve 5. sınıfta okuyan (n: 120) öğrenciye üç hafta ara ile uygulanmıştır. Uygulama sonunda testi eksik dolduran ve tekrar teste katılmayan sekiz öğrencinin verileri değerlendirmeye alınmamıştır. Eşlenebilen yanıtlama oranı % 93.3' dür (n: 112). Çalışma sonucunda Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği test tekrar test .69, Kuder Richardson 20 iç tutarlılık katsayısı .91 olarak bulunmuştur.

Test maddeleri “Evet” ve “Hayır” olmak üzere iki seçenekli olduğu için iç tutarlılık katsayısı KR 20 formülü ile hesaplanmıştır (Alpar, 2001):

#### **Kuder-Richardson 20 (KR 20) Formülü**

$$KR\ 20 = \frac{k}{k-1} \left[ 1 - \frac{\sum p_i q_i}{S^2} \right]$$

k: Madde( soru sayısı)

p: Bir maddeyi doğru yanıtlayanların oranı

q: Bir maddeyi yanlış yanıtlayanların oranı

S<sup>2</sup>: Toplam için, n-1 yerine n konularak hesaplanan varyans (evren varyansı),

$$S^2 = \frac{(\sum x^2 - (\sum x)^2/n)}{n}$$

Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği ekte sunulmuştur (Ek 3).

### **3. 4. 2. Öz etkililik- Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu:**

“Children Self-Efficacy Scale (Bandura, 2001)” adlı ölçeğe ulaşılmış, fakat ölçeğin maddeleri incelendiğinde çocukların sadece eğitim alanındaki öz-etkililiklerini değerlendirdiği belirlenmiştir. Bu nedenle Öz-etkililik Yeterlilik Ölçeği (Sherer et al., 1982) yetişkin formunun çocuklar için uyarlama çalışmalarının yapılmasına karar verilmiştir. Sherer ve arkadaşları tarafından 1982 yılında geliştirilen Öz-etkililik Yeterlilik Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği 1999 yılında

Aksayan ve Gözüm tarafından yapılmış ve aynı örnekleme için Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı .81, test tekrar test güvenilirliği .92 olarak bulunmuştur (Aksayan ve Gözüm, 1999). Ölçek her hangi spesifik bir alana özgü olmayan bir anlamda genel öz-etkililik yeterlilik algısını ölçmektedir. Ölçekten en az 23 en fazla 115 puan alınabilmektedir. Alınan toplam puanın yüksek olması, genel öz-etkililik yeterlilik algısının yüksek olduğunu göstermektedir.

Öz-etkililik- Yeterlilik Ölçeği (Sherer et al., 1982)'nin Türkiye'de okul çağı çocukları için geçerliliği ve güvenilirliğini çalışmalarını yapmak üzere izin alınmıştır (Ek 1). Toplam 23 maddeden oluşan likert tipi ölçeğin, okul çağı çocukları tarafından anlaşılabilirliğini arttırmak amacıyla 5'li likert tipinden 3'lü likert tipi ölçeğe dönüştürülmüştür. Ölçeğin tüm maddeleri, okul çağı çocuklarının anlayabileceği ifadelerle dönüştürülerek Özetkililik-Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu oluşturulmuştur. Özetkililik-Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu'nun ön uygulaması, ilköğretim 3., 4. ve 5. sınıfta okuyan toplam onbeş öğrenciye uygulanarak, anlaşılmayan ifadelerde gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ölçeğin orijinali ile çocuklar için düzenlenen formatı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı ve Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilimdalı toplam sekiz öğretim üyesi tarafından değerlendirilmiş ve onların yazılı uzman görüş ve önerileri doğrultusunda tekrar düzenlenmiştir (Ek 3). Uzman görüş doğrultusunda düzenlenen ölçeğin ön uygulaması ise, ilköğretim 3., 4. ve 5. sınıfta okuyan oniki öğrenciye uygulanmış ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Öz-etkililik-Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu'nun geçerliliği ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla Emek Dayanışması İlköğretim Okulu 3., 4. ve 5. sınıf öğrencilerine (n: 112) üç hafta ara ile uygulanmıştır. Çalışma sonucunda, Öz-etkililik-Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu test tekrar test .67, iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa .78 olarak bulunmuştur.

Özetkililik-Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu ekte sunulmuştur (Ek 5).

### **3. 4. 3. Çocuklarda Sağlık Algıları ve Sağlık Davranışları Ölçeği**

Okul çağı çocuklarının sağlık algıları ve sağlık davranışlarını değerlendirmek amacıyla Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilen “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” temel alınarak ölçek, çocuklara uyarlanmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .70 ile .90 arasında değişmektedir (Walker et al., 1987). Türkiye’de ölçeğin güvenilirliği 1998 Akça test tekrar test .0.78 - 0.85, Faktör analizi 1997 Esin tarafından 6 faktör olarak belirlenmiştir (Akça, 1998; Esin Özabacı, 1997).

Çocukların sağlık davranışları kapsamında ölçeğe sağlık sorumluluğu, güvenlik, hijyenik uygulamalar gibi alanlarla ilgili maddeler de eklenmiştir. Ayrıca 5’li likert tipi olan ölçeğin, okul çağı çocukları tarafından anlaşılabilirliğini arttırmak amacıyla 3’lü likert tipi ölçeğe dönüştürülmüştür. Ölçeğin ön uygulaması, ilköğretim okulu 3., 4. ve 5. sınıfta okuyan onbeş öğrenciye uygulanmış ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Çocuklarda Sağlık Algıları ve Sağlık Davranışları Ölçeği; içerik ve kapsam geçerliliği için Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı ve Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilimdalı’nda görev alan toplam sekiz öğretim üyesinin yazılı uzman görüş ve önerileri doğrultusunda tekrar düzenlenmiştir (Ek 2). Ölçeğin ön uygulaması, ilköğretim 3., 4. ve 5. sınıfta okuyan oniki öğrenciye uygulanmış ve tekrar gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Çocuklarda Sağlık Algıları Ve Davranışları Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla Emek Dayanışması İlköğretim Okulu 3., 4. ve 5. sınıf (n: 112) öğrencilerine üç hafta ara ile uygulanmıştır. Çalışma sonucunda, Çocuklarda Sağlık Algıları ve Sağlık Davranışları Ölçeği test tekrar test .75, iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa .84 olarak bulunmuştur. Ölçek, sağlık sorumluluğu alanında; Cronbach alfa .51, beslenme alanında; Cronbach alfa .59, egzersiz alanında; Cronbach alfa .18, kendini gerçekleştirme alanında; Cronbach alfa .62, sosyal destek alanında; Cronbach alfa .59, stres ve başatma alanında; Cronbach alfa .52, güvenlik alanında; Cronbach alfa .60, temizlik alışkanlıkları alanında; Cronbach alfa .49 olmak üzere sekiz davranış alanıyla ilgili toplam 51 maddeden oluşmaktadır.

Ölçekte “**Hiçbir zaman**” seçeneği (1 puan); “**Bazen**” seçeneği (2 puan), “**Her zaman**” seçeneği (3 puan) olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten en düşük puan; 51 puan, en yüksek ise; 163 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, bireyin olumlu sağlık davranışlarına sahip olduğunu göstermektedir.

Çocuklarda Sağlık Algıları ve Sağlık Davranışları Ölçeği ekte sunulmuştur (Ek 5)

### **3. 5. Araştırma Takvimi**

<b>9 Eylül- 30 Ekim 2004</b>	Milli Eğitim Bakanlığı'ndan Araştırma İzninin alınması (Ek 6)
<b>1 Kasım- 30 Nisan 2005</b>	Ölçeklerin uzmanlar tarafından değerlendirilmesi
<b>1-5 Mayıs 2005</b>	Ölçeklerin ön uygulamasının yapılması
<b>6 Mayıs 2005</b>	Emek Dayanışması İlköğretim Okulu'nda Ölçeklerin geçerlilik güvenilirlik çalışması için ön testinin yapılması (n:112).
<b>27 Mayıs 2005</b>	Emek Dayanışması İlköğretim Okulu Tekrar Test
<b>16 Eylül 2005</b>	Pirelli İlköğretim Okulu ön test
<b>17 Eylül- 25 Eylül 2005</b>	Verilerin değerlendirilmesi, Girişim gruplarının belirlenmesi
<b>26 Eylül- 30 Eylül 2005</b>	Okul yönetimini ve öğretmenlerin uygulanacak girişimler konusunda bilgilendirilmesi, Kahramanın araştırma evrenine tanıtılması ve öğrenciler tarafından kahramana isim verilmesi, Olumlu Sağlık Davranışlarını Keşfetme Programına ve okul sağlığı hemşireliği uygulamalarına katılacak öğrencilerden yazılı onam alınması,
<b>3-4-6 Ekim Pazartesi 2005</b>	<b>Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları</b> “Çocuklar için Sağlık Durumu Değerlendirme Formu” ve “Öğrenci Sağlık Durumu

	Değerlendirme Formlarıyla sağlık durumu ve sağlık davranışlarının değerlendirilmesi
<b>10 Ekim Pazartesi 2005</b>	<b>Olumlu Sağlık Davranışlarını Keşfetme Programı</b>
	<b>1. Ders:</b> Kendini Gerçekleştirme, Sosyal Destek
<b>11 Ekim - 13 Ekim 2005</b>	<b>Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları</b>
<b>17 Ekim Pazartesi 2005</b>	<b>2. Ders:</b> Stresle Baş etme, Egzersiz
<b>18 Ekim- 20 Ekim 2005</b>	<b>Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları</b>
<b>24 Ekim 2005 Pazartesi</b>	<b>3. Ders:</b> Beslenme, Güvenlik
<b>25Ekim- 27 Ekim 2005</b>	<b>Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları</b>
<b>1 Kasım Pazartesi 2005</b>	<b>4. Ders:</b> Sağlık Sorumluluğu, Hijyenik alışkanlıkları
	<b>Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları</b>
<b>2 Kasım- 4 Kasım 2005</b>	Bir ay sonra test (2.ölçüm)
<b>1 Aralık 2005</b>	Üç ay sonra test (3.ölçüm)
<b>18 Mart 2006</b>	

### **3.6. Araştırmada Uygulanan Girişimler**

Öğrencilere olumlu sağlık davranışlarını kazandırmak amacıyla okul sağlığı hemşiresi tarafından üç ayrı gruba ilişkin farklı girişimler hazırlanmıştır. Bu girişimler; afiş uygulaması, olumlu sağlık davranışlarını keşfetme programı ve okul sağlığı hemşireliği uygulamaları'dır.

#### **3. 6. 1. Afiş Uygulaması**

Olumlu sağlık davranışlarıyla ilgili sağlık mesajlarının, sosyal bilişsel öğrenme teorisine göre sembol olarak belirlenen kurbağa "YOSUN" tarafından tanıtıldığı (200cm×100cm) dört branda afiş hazırlanmıştır. Olumlu Sağlık Davranışlarını Keşfetme Programında her hafta işlenecek konuya ilişkin hedef davranışları içeren afiş, bir hafta süre ile okul girişindeki kantin duvarında



2. Program uygulamaya başlanmadan önce olumlu sağlık davranışlarını hatırlatıcı bir sembol olarak tanımlanan kurbağa'ya girişim gruplarında yer alan dokuz sınıftan gelen öneriler doğrultusunda her sınıftan seçilen üçer temsilci ile yapılan oylamada sembol kurbağa' nın adı “YOSUN” olarak belirlenmiştir.
3. Öğrencilerin programa katılımlarını sağlamak ve program süresince motivasyonlarını arttırmak amacıyla öğrencilerden yazılı onam alınmıştır (Ek 8).
4. Program, pazartesi günleri sağlık eğitim sınıfında verilmiştir.
5. Uygulama süresinde derste işlenecek hedef davranışlara yönelik hazırlanan çalışma notları, öğrencilere bir hafta öncesinde verilmiş ve öğrencilerin çalışma notlarını tamamlayarak sağlık eğitim sınıfına gelmeleri sağlanmıştır. Program süresince kullanılan dört çalışma notu (Ek 9.1, Ek 9.2, Ek 9.3, Ek 9.4)'de sunulmuştur. Çalışma notları araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.
6. Programın işleyiş planı ve içinde yer alan etkinlikler (Ek 10) 'te sunulmuştur.
7. Program sonunda öğrencilere “Katılım Belgesi” verilmiştir (Şekil 3. 2 ).

**Şekil 3. 2. Türk Pirelli İlköğretim Okulu 4-B sınıfı öğrencileri Katılım Belgeleriyle birlikte**





### 3.6. 3. Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları

Okul sağlığı hizmetleri, sağlık bakımına ilişkin çeşitli sorumlulukları içeren toplum ile entegre bir hizmettir. Kapsamlı okul sağlığı hizmetleri, interdisipliner ve ekip üyeleri arasında işbirliğini gerektirir. Okul sağlığı hemşireleri, toplumda ve okulda sağlığı geliştirici uygulamalarda aktif rol alır (Edelman and Mandle,1990).

Olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında okul sağlığı hemşireleri uygulamalarının amacı; öğrencilerin olumlu sağlık davranışlarını keşfederek, yaşamlarındaki olumsuz sağlık davranışlarının farkına varmalarını, sağlık davranışları üzerindeki kontrollerinin arttırılması, olumsuz sağlık davranışlarını değiştirmeleri yönünde karar almaları ve bu yönde motivasyonlarının arttırılmasıdır. Okul sağlığı hemşireliği uygulamaları için okuldaki sağlık birimi ve sağlık eğitim sınıfı kullanılmıştır.

#### şekil 3. 3. Türk Pirelli İlköğretim Okulu Sağlık Birimi



**Öğrencilerin sağlık durumlarının değerlendirilmesi,** Okul sağlığı hemşireleri uygulamaları kapsamında öğrencilerin sağlık durumlarını değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan çocuklar için Sağlığı Değerlendirme Formu (Ek 11) ve Öğrenci Sağlık Değerlendirme Formu (Ek 12)

kullanılmıştır. Çocuklar için Sağlığı Değerlendirme Formu, öğrencilerin sağlık durumlarını kendi kendilerine değerlendirmelerine ve mevcut sağlık sorunları hakkında farkındalığın artırılması amacıyla kullanılmıştır. Ayrıca bu uygulama ile öğrencilere kendi sağlıklarını geliştirmedeki bireysel sorumluluklarının kazandırılması da hedeflenmiştir.

**Sağlık Görüşmeleri;** Sağlığın geliştirilmesi yönünde farkındalığın artırılmasında bireylerle yapılan yarı yapılandırılmış ya da odak grup görüşmeleri önemli rol oynamaktadır (Schickler et al., 2002). Okul sağlığı hemşiresinin öğrenciler ile yaptıkları sağlık görüşmeleri, sağlık davranışlarını kazandırılmasında önemli rol oynar (Borup, 2001). Sağlık görüşmelerinde amaç, öğrencilerin bireysel sağlık sorumluluklarının farkına varmalarını sağlamak ve sahip oldukları olumsuz sağlık davranışlarını değiştirebilmeleri yönünde karar aldirmek ve davranışı gerçekleştirmeye yönelik cesaretlendirmektir (Broup, 1998). Okul sağlığı hemşireleri iyi bir dinleyici olmalıdır. Çünkü; çocuklar, sorunlarını paylaşabilecekleri iyi bir dinleyiciye ihtiyaç duyarlar. Unutmamak gerekir ki karşımızdakini dinleyerek var ederiz.

Sağlık görüşmelerinde, Olumlu Sağlık Davranışlarını Keşfetme Programında işlenen konuyla ilgili her bir öğrencinin gerçekleştirmede sıkıntı yaşadığı davranışlar ve bu konuda olumlu davranışı kazanmasına ilişkin yapabilecekleri tartışılmıştır. Görüşme grupları, aynı olumsuz sağlık davranışını gösteren 8-10 öğrenciden oluşturulmuştur. Görüşmelerde sosyal bilişsel öğrenme modeli kapsamında davranışı gerçekleştirmeye yönelik hazırlanan form kullanılmıştır (Ek 13).

Görüşmeler, sağlık biriminde yapılmıştır. Okul sağlığı hemşireliği uygulamalarının yapıldığı günlerde (Salı- Perşembe), günde 4-5 görüşme yapılmıştır. Öğrencilerin sağlık davranışlarına ilişkin motivasyonlarını arttırmak amacıyla öğrencilere uygulamaya karar verdikleri olumlu davranışlar hakkında arkadaşları tarafından onur kartı verilmiştir (Ek 14).

**Girişimler sırasında okul sağlığı hemşireliği uygulamalarında kullanılan formlar;**

**1. Çocuklar için Sağlığı Değerlendirme Formu:** Öğrencilerin kendi sağlık sorunlarının farkında varmasını sağlayarak, sağlık sorumluluğunu kazandırmayı amaçlamaktadır (Ek 11 ).

**2. Öğrenci Sağlık Değerlendirme Formu:** Öğrencilerin genel bilgileri, sağlık bilgileri, taramalar, fizik muayene sonuçları ve sağlık davranışları hakkındaki bilgileri içerir (Ek 12).

**3. Okul Çevre Tanılama Formu ( Sınıf, Tuvaletler, Okul bahçesi):** Bu form, okul içinde ve okul çevresinde kaza riski oluşturabilecek durumların belirlenmesi ve okul yönetimine iletilmesi amacıyla hazırlanmıştır (Ek 15.1, Ek 15.2, Ek 15.3).

**4. Aile Bilgilendirme Formu:** Öğrencilerde tanımlanan sorunların öğrenciler dışında ailelerinin de haberdar olmalarını ve bu yöndeki sorumluluklarını yerine getirmelerini sağlama amacı taşımaktadır (Ek 16).

**5. Kaza Kayıt Formu** Kaza geçiren öğrenciler için doldurulan bu form kazanın ve yapılan girişimlerin tanımlanmasını sağlar (Gür, 2005). (Ek 17).

### **3. 7. Verilerin Toplanması**

Araştırma verileri, on sekiz Hemşirelik Bölümü II. sınıf öğrencileri tarafından üç ölçek, üç ders saatinin ilk 20-25 dakikasında tüm sınıflara aynı anda uygulanarak toplanmıştır. Her sınıfta iki anketör görev almıştır. Anketörler sadece testle ilgili açıklamanın yapılması, anket numaralarına göre testlerin dağıtılması ve testlerin öğrenciler tarafından eksiksiz doldurulmasını sağlama süreçlerinde yer almıştır. Anketörlere uygulama öncesinde anketör eğitimi verilmiş ve ölçeklerin her birine ilişkin hazırlanan uygulama çek-listlerinin anket uygulayıcıları tarafından işaretlenmesi istenmiştir. Sınıf listelerine göre öğrencilere anket numarası verilmiş ve listeden öğrencinin adı okunarak öğrencinin kendi anket numarasının bulunduğu formu almasına dikkat edilmiştir. Cevaplamayı bitiren öğrencilerin formlarının

anketörler tarafından kontrol edilmesi sağlanmış ve boş bırakılan ya da çift işaretlenen maddelerin düzeltmeleri istenmiştir. Okuma yazma bilmediği saptanan ya da tüm seçenekleri aynı işaretleyen öğrencilerin testleri iptal edilmiştir. Araştırmanın ön test ve girişim sonu test ve girişim sonu tekrar test uygulamalarında aynı anketörlerin görev alması sağlanmıştır.

### **3. 8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde, istatistik paket programı kullanılmıştır. Girişim gruplarının benzerliğini belirlemek için ki-kare testi, Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği, Özetkililik- Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu, Çocuklar için Sağlık Algı ve Davranışları Ölçeği' nin girişim gruplarına göre puan ortalamaları arasındaki farklılığı belirlemek için tek yönlü varyans analizi (One way anova), farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla ileri istatistiksel analizde Tukey testi, aynı girişim grubuna uygulanan tekrarlı ölçümler arası farklılığı değerlendirmek amacıyla tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi (Mauchly sphericity test), her bir girişim grubuna uygulanan (1.-2. ölçüm), (2.-3.ölçüm) ve (1.-3.ölçüm)' lerin karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t Testi (paired sample test) uygulanmıştır.

#### 4. BULGULAR

Okul sağlığı hemşiresinin, okul çağı çocuklarında olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasına yönelik uygulamalarını değerlenmek amacıyla yapılan araştırmada girişim gruplarına göre, Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği, Özetkililik-Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu, Çocuklarda Sağlık Algıları ve Sağlık Davranışları Ölçeklerinden alınan puanların ortalamaları incelenmiştir.

##### 4. 1. Çocuklarda Sağlık Denetim Odağına ilişkin bulgular

**Çizelge 4. 1: Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği'nin girişim gruplarına göre ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları**

Girişimler	n	%	Ön test (1.Ölçüm)		Girişim sonu (2.Ölçüm)		Girişim sonu Tekrar test (3.Ölçüm)		*İstatistiksel Değerlendirme
			$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
A Grubu	79	32.90	31.92	2.95	33.36	3.66	32.25	3.42	(1.- 2.Ölçüm) t: -4.094 p: 0.00 <0.01 (2.- 3.Ölçüm) t: 5.171 p: 0.00 <0.01 (1.- 3.Ölçüm) t: -9.82 p: 0.329>0.05 **Mauchly W: 0.737 p: 0.00 < 0.01
B Grubu	82	34.20	31.31	3.01	33.45	3.52	33.01	3.13	(1.- 2.Ölçüm) t: -5.871 p: 0.00 <0.01 (2.- 3.Ölçüm) t: -2.433 p: 0.017<0.01 (1.- 3.Ölçüm) t: -4.974 p: 0.00 <0.01 **Mauchly W: 0.147 p: 0.00 <0.01
C Grubu	79	32.90	31.07	3.99	33.31	3.70	34.10	3.22	(1.- 2.Ölçüm) t: -6.490 p: 0.00 <0.01 (2.- 3.Ölçüm) t: -4.050 p: 0.00 <0.01 (1.- 3.Ölçüm) t: -8.233 p: 0.00 <0.01 **Mauchly W:0.614 p:0.00 < 0.01
Toplam	240	100	31.41	3.36	33.36	3.62	33.12	3.33	
***İstatistiksel Değerlendirme			F: 1.345 p: 0.263 > 0.05		F: 0.028 p: 0.972 > 0.05		F: 6.405 p: 0.002<0.01		

**A Grubu:** Afiş **B Grubu:** Afiş+ Eğitim programı **C Grubu:** Afiş+Eğitim Programı+ Okul Sağlığı Hemşireliği

\*Bağımlı gruplarda t testi ( Paired Sample T Test)

\*\*Tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi

\*\*\*Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi( One Way ANOVA)

Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeğinin, ön test ve girişim sonu testlerinde A, B ve C gruplarının puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); girişim sonu tekrar testte A, B ve C

gruplarının puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.01$ ). İleri istatistiksel değerlendirmede, girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın C grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tukey Testi  $p: 0.006 < 0.01$ ).

A Grubunun (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p < 0.01$ ); (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

B ve C gruplarının (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) ve (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.01$ ).

A, B ve C gruplarının her birine uygulanan tekrarlı ölçümlerin Mauchly sphericity testi değerlendirmesi sonucunda elde edilen p değerleri ( A Grubu  $p < 0.01$ ; B Grubu  $p < 0.01$ ; C Grubu  $p < 0.01$ ) istatistiksel olarak anlamlıdır.

#### 4.2. Öz etkililik-Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu'na ilişkin bulgular

**Çizelge 4.2: Öz etkililik-Yeterlilik Ölçeği' nin Çocuk Formu'nun girişim gruplarına göre ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları**

Girişimler	n	%	Ön test (1.Ölçüm)		Girişim sonu (2.Ölçüm)		Girişim sonu Tekrar test (3.Ölçüm)		*İstatistiksel Değerlendirme
			$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
A Grubu	79	32.90	53.02	4.92	53.02	5.97	53.49	6.20	(1.- 2.Ölçüm) t:-0.883 p:0.380 > 0.05 (2.- 3.Ölçüm) t:-2.198 p:0.031 > 0.05 (1.- 3.Ölçüm) t: -1.483 <b>p: 0.142 &gt; 0.05</b> **Mauchly W: 0.236 p: 0.00 < 0.01
B Grubu	82	34.20	53.08	5.86	54.13	6.05	54.32	5.98	(1.- 2. Ölçüm) t: -1.306 p: 0.195 > 0.05 (2.- 3.Ölçüm) t: 1.163 p: 0.248 > 0.05 (1.- 3.Ölçüm) t: -1.556 <b>p: 0.124 &gt; 0.05</b> **Mauchly W: 0.565 p:0.00 < 0.01
C Grubu	79	32.90	52.77	4.67	53.22	5.28	53.63	5.21	(1.- 2.Ölçüm) t: -2.203 p: 0.03 < 0.01 (2.- 3.Ölçüm) t: 3.196 p:0.002 < 0.01 (1.- 3.ölçüm) t: -1.152 <b>p: 0.253 &lt; 0.01</b> **Mauchly W: 0.212 p:0.00 < 0.01
Toplam	240	100	52.17	5.17	53.80	5.78	53.82	5.80	
<b>***İstatistiksel Değerlendirme</b>			F: 0.438 p: 0.646 > 0.05		F: 1.063 p: 0.347 > 0.05		F: 0.476 <b>p: 0.622 &gt; 0.05</b>		

**A Grubu:** Afif **B Grubu:** Afif+ Eğitim programı **C Grubu:** Afif+Eğitim programı+ Okul Sağlığı Hemşireliği  
\*Bağımlı gruplarda t testi ( Paired Sample Test)  
\*\*Tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi \*\*\*Tek yönlü varyans analizi( One Way ANOVA)

Özetkililik-Yeterlilik Ölçeğinin Çocuk Formunun, ön test, girişim sonu test ve girişim sonu tekrar test ölçümlerinde, A, B ve C girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

A ve B gruplarının (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); C grubunun (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm) ve (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

A, B ve C gruplarının her birine uygulanan tekrarlı ölçümlerin Mauchly sphericity testi değerlendirmesi sonucunda elde edilen p değerleri (A Grubu  $p<0.01$ ; B Grubu  $p<0.01$ ; C Grubu  $p<0.01$ ) istatistiksel olarak anlamlıdır.

#### **4.3. Çocuklarda Sağlık Algıları ve Sağlık Davranışlarına İlişkin Bulgular**

Çocuklarda Sağlık Algıları ve Sağlık Davranışlarının Ölçeğinde; olumlu sağlık davranışları sekiz bölümde değerlendirilmektedir. Bulgular, sağlık sorumluluğu, beslenme, egzersiz, kendini gerçekleştirme, sosyal destek, stres ve başatma, güvenlik, hijyenik uygulamalar başlıkları altında değerlendirilmiştir.

**Çizelge 4. 3. Çocuklarda Sağlık Algıları ve Davranışları Ölçeğinin Sağlık Sorumluluğu alanına ilişkin girişim gruplarına göre ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları**

Girişimler	n	%	Ön test (1.Ölçüm)		Girişim sonu (2.Ölçüm)		Girişim sonu Tekrar test (3.Ölçüm)		*İstatistiksel Değerlendirme
			$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
A Grubu	79	32.90	12.15	1.75	13.16	1.87	12.69	1.78	(1.- 2.Ölçüm) t: -4.465 p: 0.00 < 0.01 (2.- 3.Ölçüm) t: 6.336 p: 0.000 < 0.01 (1.- 3.Ölçüm) t: -2.452 p: 0.016 < 0.05 **Mauchly W: 0.284 p: 0.00 < 0.01
B Grubu	82	34.20	12.80	1.81	13.25	1.76	13.00	1.64	(1.- 2.Ölçüm) t: -1.824 p: 0.07 > 0.05 (2.- 3.Ölçüm) t: 4.489 p: 0.00 < 0.01 (1.- 3.Ölçüm) t: -7.92 p: 0.431 > 0.05 **Mauchly W: 0.150 p: 0.00 < 0.01
C Grubu	79	32.90	12.63	1.59	13.20	1.59	13.51	1.35	(1.- 2.ölçüm) t: -2.602 p: 0.01 < 0.01 (2.- 3.Ölçüm) t: -4.079 p: 0.00 < 0.01 (1.- 3.Ölçüm) t: -4.218 p: <b>0.00 &lt; 0.01</b> **Mauchly W:0.330 p: 0.00 < 0.01
Toplam	240	100	12.53	1.74	13.20	1.74	13.07	1.63	
***İstatistiksel Değerlendirme			F: 3.078 p: 0.058 > 0.05		F: 0.056 p: 0.946 > 0.05		F: 5.295 p: <b>0.006 &lt; 0.01</b>		

**A Grubu:** Afiş **B Grubu:** Afiş+ Eğitim programı **C Grubu:** Afiş+Eğitim programı+ Okul Sağlığı Hemşireliği  
\*Bağımlı gruplarda t testi ( Paired Sample Test)  
\*\*Tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi  
\*\*\*Tek yönlü varyans analizi( One Way ANOVA)

**Sağlık sorumluluğu alanındaki değerlendirilmede;** ön test ve girişim sonu testte A, B ve C grupları puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p > 0.05$ ); girişim sonu tekrar testte A, B ve C grupları puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.01$ ). İleri istatistiksel değerlendirilmede, girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın C grubundan kaynaklandığı bulunmuştur (Tukey Testi  $p: 0.002 < 0.01$ ).

A Grubunun (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm) ve (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). B Grubunun (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p > 0.05$ ); (2.-3. ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.01$ ). C Grubunun (1.-2.ölçüm), (2.-



3.ölçüm) ve (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.01$ ).

A, B ve C gruplarının her birine uygulanan tekrarlı ölçümlerin Mauchly sphericity testi değerlendirmesi sonucunda elde edilen p değerleri (A Grubu  $p < 0.01$ ; B Grubu  $p < 0.01$ ; C Grubu  $p < 0.01$ ) istatistiksel olarak anlamlıdır.

**Çizelge 4.4. Çocuklarda Sağlık Algıları ve Davranışları Ölçeğinin Beslenme Davranışları alanına ilişkin girişim gruplarına göre ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları**

Girişimler	n	%	Ön test (1.Ölçüm)		Girişim sonu (2.Ölçüm)		Girişim sonu Tekrar test (3.Ölçüm)		*İstatistiksel Değerlendirme
			$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
A Grubu	79	32.90	29.93	3.05	31.15	3.58	30.89	3.41	(1.- 2.Ölçüm) t: -3.400 p: 0.00 < 0.01 (2.- 3.Ölçüm) t: 3.270 p: 0.002 < 0.01 (1.- 3.Ölçüm) t: -73.050 p: 0.00 < 0.01 **Mauchly W:0.134 p: 0.00 < 0.01
B Grubu	82	34.20	29.93	3.25	32.32	4.24	32.15	4.17	(1.- 2.Ölçüm) t: -5.412 p: 0.00 < 0.01 (2.- 3.Ölçüm) t: 2.750 p: 0.007 < 0.01 (1.- 3.Ölçüm) t: -66.138 p: 0.00 < 0.01 **Mauchly W:0.058 p: 0.00 < 0.01
C Grubu	79	32.90	30.13	3.31	32.07	3.16	32.21	3.11	(1.- 2.Ölçüm) t: -4.631 p: 0.00 < 0.01 (2.- 3.Ölçüm) t: -1.834 p: 0.04 < 0.05 (1.- 3.Ölçüm) t: -87.027 p: 0.00 < 0.01 **Mauchly W: 0.038 p: 0.00 < 0.01
Toplam	240	100	30.00	3.19	31.87	3.72	31.76	3.63	
***İstatistiksel Değerlendirme			F: 0.104 p: 0.901 > 0.05		F: 2.309 p: 0.102 > 0.05		F:3.388 p:0.035<0.05		

**A Grubu:** Afiş **B Grubu:** Afiş+ Eğitim programı **C Grubu:** Afiş+Eğitim programı+ Okul Sağlığı Hemşireliği  
\*Bağımlı gruplarda t testi ( Paired Sample Test)  
\*\*Tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi  
\*\*\*Tek yönlü varyans analizi( One Way ANOVA)

**Beslenme davranışı alanındaki değerlendirmede;** ön test ve girişim sonu testte A, B ve C grupları puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p > 0.05$ ); girişim sonu tekrar testte, grupları puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.01$ ). İleri istatistiksel değerlendirmede, girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın C grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tukey Testi  $p: 0.04 < 0.05$ ).

A Grubu ve B Gruplarının (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) ve (2.-3.ölçüm) puanları ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.01$ ). C Grubunun (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) ve (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

A, B ve C gruplarının her birine uygulanan tekrarlı ölçümlerin Mauchly sphericity testi değerlendirmesi sonucunda elde edilen p değerleri (A Grubu  $p < 0.01$ ; B Grubu  $p < 0.01$ ; C Grubu  $p < 0.01$ ) istatistiksel olarak anlamlıdır.

**Çizelge 4.5. Çocuklarda Sağlık Algıları ve Davranışları Ölçeğinin Egzersiz alanına ilişkin girişim gruplarına göre ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları**

Girişimler	n	%	Ön test (1.Ölçüm)		Girişim sonu (2.Ölçüm)		Girişim sonu Tekrar test (3.Ölçüm)		*İstatistiksel Değerlendirme
			$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
A Grubu	79	32.90	6.34	1.04	6.26	1.22	6.20	1.01	(1.- 2.Ölçüm) t: 0.418 p: 0.677 > 0.05 (2.- 3.Ölçüm) t: 0.346 p: 0.731 > 0.05 (1.-3.Ölçüm) t: 2.978 <b>p: 0.04 &lt; 0.05</b> **Mauchly W: 0.181 p: 0.00 < 0.01
B Grubu	82	34.20	6.36	1.01	6.67	1.33	6.37	0.97	(1.- 2.Ölçüm) t: -1.815 p: 0.07 > 0.05 (2.- 3. Ölçüm) t: 1.783 p: 0.073 > 0.05 (1.-3. Ölçüm) t: -0.257 <b>p: 0.798 &gt; 0.05</b> **Mauchly W: 0.220 p: 0.00 < 0.01
C Grubu	79	32.90	6.50	1.18	6.32	1.22	6.59	1.09	(1.- 2.Ölçüm) t: -1.056 p: 0.294 > 0.05 (2.- 3.Ölçüm) t: -1.594 p: 0.115 > 0.05 (1.-3.Ölçüm) t: -1.977 <b>p: 0.52 &gt; 0.05</b> **Mauchly W: 0.197 p: 0.00 < 0.01
Toplam	240	100	6.40	1.08	6.42	1.27	6.39	1.03	
<b>***İstatistiksel Değerlendirme</b>			F: 0.533 p: 0.588 > 0.05		F: 2.401 p: 0.093 > 0.05		F: 2.882 <b>p: 0.058 &gt; 0.05</b>		

**A Grubu:** Afiş **B Grubu:** Afiş+ Eğitim programı **C Grubu:** Afiş+Eğitim programı+ Okul Sağlığı Hemşireliği

\*Bağımlı gruplarda t testi ( Paired Sample Test)

\*\*Tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi

\*\*\*Tek yönlü varyans analizi( One Way ANOVA)

**Egzersiz davranışı alanındaki değerlendirmede;** ön test, girişim sonu test ve girişim sonu tekrar testte A, B ve C gruplarının puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

A grubunda (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm) puanları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). B ve C gruplarında (1.-3.ölçüm), (2.-3.ölçüm) ve (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

A, B ve C gruplarının her birine uygulanan tekrarlı ölçümlerin Mauchly sphericity testi değerlendirmesi sonucunda elde edilen p değerleri (A Grubu  $p<0.01$ ; B Grubu  $p<0.01$ ; C Grubu  $p<0.01$ ) istatistiksel olarak anlamlıdır.

**Çizelge 4.6. Çocuklarda Sağlık Algıları ve Davranışları Ölçeğinin Kendini Gerçekleştirme alanına ilişkin girişim gruplarına göre ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları**

Girişimler	n	%	Ön test (1.Ölçüm)		Girişim sonu (2.Ölçüm)		Girişim sonu Tekrar test (3.Ölçüm)		*İstatistiksel Değerlendirme
			$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
A Grubu	79	32.90	16.97	2.56	17.93	2.50	17.45	2.39	(1.- 2.Ölçüm) t: 2.857 p: 0.005 < 0.01 (2.- 3.Ölçüm) t:6.148 p: 0.00 < 0.01 (1.-3.Ölçüm) t: -1.481 p: <b>0.143 &gt; 0.05</b> **Mauchly W:0.153 p: 0.00 < 0.01
B Grubu	82	34.20	17.57	2.41	18.64	2.71	18.54	2.51	(1.- 2.Ölçüm) t: -3.514 p: 0.00 < 0.01 (2.- 3.Ölçüm) t:1.524 p:0.131 > 0.05 (1.-3.Ölçüm) t: -3.409 p: <b>0.00 &lt; 0.01</b> **Mauchly W:0.120 p: 0.00 < 0.01
C Grubu	79	32.90	17.02	2.48	18.22	2.20	18.63	1.90	(1.- 2.Ölçüm) t: -4.185 p: 0.00 < 0.01 (2.- 3.Ölçüm) t:5.225 p:0.00 < 0.01 (1.-3.Ölçüm) t: -5.755 p: <b>0.00 &lt; 0.01</b> **Mauchly W: 0.203 p: 0.00 < 0.01
Toplam	240	100	17.19	2.49	18.27	2.49	18.21	2.34	
***İstatistiksel Değerlendirme			F: 1440 p: 0.239 > 0.05		F: 2.401 p: 0.093 > 0.05		F: 6.532 <b>p:0.002&lt;0.01</b>		

**A Grubu:** Afiş **B Grubu:** Afiş+ Eğitim programı **C Grubu:** Afiş+Eğitim programı+ Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları

\*Bağımlı gruplarda t testi ( Paired Sample Test)

\*\*Tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi

\*\*\*Tek yönlü varyans analizi( One Way ANOVA)

**Kendini gerçekleştirme davranışları alanındaki değerlendirmede;** n test ve girişim sonu testte A, B ve C grupları puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); girişim sonu tekrar testte grupların puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). İleri istatistiksel değerlendirmede, girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın C grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tukey Testi  $p:0.002<0.01$ ).

A grubu (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.01$ ); (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

B grubunda (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.01$ ); (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

C grubunda (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

A, B ve C gruplarının her birine uygulanan tekrarlı ölçümlerin Mauchly sphericity testi değerlendirmesi sonucunda elde edilen p değerleri (A Grubu  $p<0.01$ ; B Grubu  $p<0.01$ ; C Grubu  $p<0.01$ ) istatistiksel olarak anlamlıdır.

**Çizelge 4.7. Çocuklarda Sağlık Algıları ve Davranışları Ölçeğinin Sosyal Destek alanına ilişkin puanları ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları**

Girişimler	n	%	Ön test (1.Ölçüm)		Girişim sonu (2.Ölçüm)		Girişim sonu Tekrar test (3.Ölçüm)		*İstatistiksel Değerlendirme
			$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
A Grubu	79	32.90	11.04	1.78	12.35	1.82	12.12	1.75	(1.- 2.Ölçüm) t: -1.629 p: 0.107 > 0.05 (2.- 3.Ölçüm) t: 4.228 p: 0.502 > 0.05 (1.-3.Ölçüm) t: -0.746 <b>p: 0.458 &gt;0.05</b> **Mauchly W: 0.133 p: 0.00 < 0.01
B Grubu	82	34.20	12.42	1.92	13.15	1.87	13.06	1.83	(1.- 2.Ölçüm) t: -2.750 p: 0.007 <0.01 (2.- 3.Ölçüm) t:1.916 p: 0.059 >0.05 (1.-3.Ölçüm) t: -2.332 <b>p: 0.007 &lt;0.01</b> **Mauchly W: 0.101 p:0.00 < 0.01
C Grubu	79	32.90	12.26	1.59	13.01	1.73	13.16	1.66	(1.- 2.Ölçüm) t: -3.303 p: 0.00<0.01 (2.- 3.Ölçüm) t:-2.532 p:0.013<0.01 (1.-3.Ölçüm) t: -3.937 <b>p: 0.00 &lt;0.01</b> **Mauchly W: 0.192 p: 0.00<0.01
Toplam	240	100	12.21	1.77	12.84	1.84	12.78	1.80	
<b>***İstatistiksel Değerlendirme</b>			F: 1.504 p: 0.224 > 0.05		F: 4.450 p: 0.013 < 0.05		F:8.417 <b>p:0.001&lt;0.01</b>		

**A Grubu:** Afiş **B Grubu:** Afiş+ Eğitim programı **C Grubu:** Afiş+Eğitim programı+ Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları

\*Bağımlı gruplarda t testi ( Paired Sample Test)

\*\*Tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi

\*\*\*Tek yönlü varyans analizi( One Way ANOVA)

**Sosyal destek davranışları alanındaki değerlendirmede;** ön testte A, B ve C Grupları puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); girişim sonu test ve girişim sonu tekrar testte girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). İleri istatistiksel değerlendirmede, girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın C grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tukey Testi  $p:0.02<0.05$ ).

A grubu (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) ve (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

B grubu (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.01$ ); (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları

arasındaki fark, istatistiksel olarak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

C grubu (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

A, B ve C gruplarının her birine uygulanan tekrarlı ölçümlerin Mauchly sphericity testi değerlendirmesi sonucunda elde edilen p değerleri (A Grubu  $p<0.01$ ; B Grubu  $p<0.01$ ; C Grubu  $p<0.01$ ) istatistiksel olarak anlamlıdır.

**Çizelge 4. 8. Çocuklarda Sağlık Alguları ve Davranışları Ölçeğinin Stres ve Başetme alanına ilişkin puanları ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları**

Girişimler	n	%	Ön test (1.Ölçüm)		Girişim sonu (2.Ölçüm)		Girişim sonu Tekrar Test (3.Ölçüm)		*İstatistiksel Değerlendirme
			$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
A Grubu	79	32.90	16.07	2.59	16.96	2.37	15.63	2.51	(1.- 2.Ölçüm) t: -2.564 p:0.012 <0.01 (2.- 3.Ölçüm) t:3.837 p:0.00 < 0.01 (1.- 3.Ölçüm) t: 5.837 p: <b>0.00 &lt; 0.01</b> **Mauchly W: 0.136 p: 0.00 < 0.01
B Grubu	82	34.20	16.76	2.56	17.86	2.70	16.58	2.51	(1.- 2.Ölçüm) t: -3.437 p: 0.01 < 0.05 (2.- 3.Ölçüm) t:4.030 p:0.00 < 0.01 (1.- 3.Ölçüm) t: 2.909 p: <b>0.005 &lt; 0.01</b> **Mauchly W:0.111 p: 0.00 < 0.01
C Grubu	79	32.90	16.12	2.30	17.12	2.66	16.83	2.12	(1.- 2.Ölçüm) t: -3.210 p: 0.002 <0.01 (2.- 3.Ölçüm) t:0.952 p:0.344 >0.05 (1.- 3.Ölçüm) t: -6.288 p: <b>0.00 &lt;0.01</b> **Mauchly W: 0.339 p: 0.00<0.01
Toplam	240	100	16.32	2.50	17.32	2.60	16.35	2.44	
<b>***İstatistiksel Değerlendirme</b>			F: 1.943 p: 0.146 > 0.05		F: 2.804 p: 0.063 > 0.05		F:5.553 <b>p:0.004&lt;0.01</b>		

**A Grubu:** Afiş **B Grubu:** Afiş+ Eğitim programı **C Grubu:** Afiş+Eğitim programı+ Okul Sağlığı Hemşireliği

\*Bağımlı gruplarda t testi ( Paired Sample Test)

\*\*Tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi

\*\*\*Tek yönlü varyans analizi( One Way ANOVA)

**Stres ve başetme davranışı alanındaki değerlendirmede;** ön test ve girişim sonu testte A, B ve C Grupları puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); girişim sonu tekrar testte grupların puan ortalamaları

arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). İleri istatistiksel değerlendirmede, girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın C grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tukey Testi  $p:0.04<0.05$ ).

A grubu ve B grubu (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

C grubu (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.01$ ); (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

A, B ve C gruplarının her birine uygulanan tekrarlı ölçümlerin Mauchly sphericity testi değerlendirmesi sonucunda elde edilen p değerleri (A Grubu  $p<0.01$ ; B Grubu  $p<0.01$ ; C Grubu  $p<0.01$ ) istatistiksel olarak anlamlıdır.

**Çizelge 4. 9. Çocuklarda Sağlık Alguları ve Davranışları Ölçeğinin Güvenli Davranış alanına ilişkin puanları ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları**

Girişimler	n	%	Ön test (1.Ölçüm)		Girişim sonu (2.Ölçüm)		Girişim sonu Tekrar test (3.Ölçüm)		*İstatistiksel Değerlendirme
			$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
A Grubu	79	32.90	10.05	1.71	10.75	1.52	10.34	1.47	(1.- 2.Ölçüm) t: -3.222 p: 0.002 <0.01 (2.- 3.Ölçüm) t:4.988 p:0.00 < 0.01 (1.-3.Ölçüm) t: -1.250 p: <b>0.215 &gt;0.05</b> **Mauchly W: 0.338 p:0.00< 0.01
B Grubu	82	34.20	10.60	1.53	10.96	1.37	10.92	1.28	(1.- 2.Ölçüm) t: -2.168 p: 0.03 <0.01 (2.- 3.Ölçüm) t:0.726 p:0.470 >0.05 (1.-3.Ölçüm) t: -2.032 p: <b>0.045 &lt;0.05</b> **Mauchly W: 0.259 p: 0.00<0.01
C Grubu	79	32.90	10.27	1.42	10.79	1.22	10.98	0.95	(1.- 2.Ölçüm) t: -2.800 p: 0.00 <0.01 (2.- 3.Ölçüm) t:2.629 p: 0.01 <0.05 (1.-3.Ölçüm) t: -4.013 p: <b>0.00 &lt;0.01</b> **Mauchly W:0.387 p: 0.00<0.01
Toplam	240	100	10.31	1.57	10.84	1.37	10.75	1.28	
<b>***İstatistiksel Değerlendirme</b>			F: 2.609 p: 0.076 > 0.05		F: 0.499 p: 0.608 > 0.05		F:6.387 <b>p:0.002&lt;0.01</b>		

**A Grubu:** Afiş **B Grubu:** Afiş+ Eğitim programı **C Grubu:** Afiş+Eğitim programı+ Okul Sağlığı Hemşireliği

\*Bağımlı gruplarda t testi ( Paired Sample Test)

\*\*Tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi

\*\*\*Tek yönlü varyans analizi( One Way ANOVA)

**Güvenli davranışlar alanındaki değerlendirme;** ön test ve girişim sonu testte A, B ve C Grupları puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); girişim sonu tekrar testte grupların puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). İleri istatistiksel değerlendirmede girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın C grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tukey Testi  $p:0.02<0.05$ ).

A grubu (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.01$ ); (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

B grubu (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p< 0.01$ ); (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p< 0.05$ ).



C grubu (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

A, B ve C gruplarının her birine uygulanan tekrarlı ölçümlerin Mauchly sphericity testi değerlendirmesi sonucunda elde edilen p değerleri (A Grubu  $p<0.01$ ; B Grubu  $p<0.01$ ; C Grubu  $p<0.01$ ) istatistiksel olarak anlamlıdır.

**Çizelge 4.10. Çocuklarda Sağlık Algıları ve Davranışları Ölçeğinin Hijyenik Alışkanlıklar alanına ilişkin puanları ön test, girişim sonu ve tekrar test puan ortalamaları**

Girişimler	n	%	Ön test (1.Ölçüm)		Girişim sonu (2.Ölçüm)		Girişim sonu Tekrar test (3.Ölçüm)		*İstatistiksel Değerlendirme
			$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
A Grubu	79	32.90	18.98	1.96	19.49	1.97	19.29	1.90	(1.- 2.Ölçüm) t: -1.895 p: 0.06>0.05 (2.- 3.Ölçüm) t:3.671 p:0.00<0.01 (1.-3.Ölçüm) t: -1.157 p: <b>0.251&gt;0.05</b> **Mauchly W: 0.123 p: 0.00<0.01
B Grubu	82	34.20	18.30	2.43	19.90	1.76	19.85	1.77	(1.- 2.Ölçüm) t: -6.790 p: 0.00 <0.01 (2.- 3.Ölçüm) t:1.650 p:0.103 >0.05 (1.-3.Ölçüm) t: -6.595 p: <b>0.00 &lt;0.01</b> **Mauchly W: 0.047 p: 0.00<0.01
C Grubu	79	32.90	18.86	2.19	19.35	2.13	19.45	1.98	(1.- 2.Ölçüm) t: -1.700 p:0.093 >0.05 (2.- 3.Ölçüm) t:2.622 p:0.011< 0.05 (1.-3.Ölçümü) t: -2.116 p: <b>0.038&lt;0.05</b> **Mauchly W: 0.050 p: 0.00 < 0.01
Toplam	240	100	18.71	2.22	19.58	1.96	19.53	1.89	
<b>***İstatistiksel Değerlendirme</b>			F: 2.179 p: 0.115 > 0.05		F: 1.703 p: 0.184 > 0.05		F: 3.290 p: <b>0.025&lt;0.05</b>		

**A Grubu:** Afiş **B Grubu:** Afiş+ Eğitim programı **C Grubu:** Afiş+Eğitim programı+ Okul Sağlığı Hemşireliği  
\*Bağımlı gruplarda t testi ( Paired Sample Test)  
\*\*Tekrarlı ölçümlerde tek faktörlü varyans analizi  
\*\*\*Tek yönlü varyans analizi( One Way ANOVA)

**Hijyenik alışkanlıklar alanındaki değerlendirmede**, ön test ve girişim sonu testte A, B ve C Grupları puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); girişim sonu tekrar testte grupların puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). İleri istatistiksel

değerlendirmede, girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın, B grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tukey Testi  $p:0.03<0.05$ ).

A grubu (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); (2.-3. ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

B grubu (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunurken(  $p<0.01$ ); (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

C grubu (1.-2.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); (2.-3.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

A, B ve C gruplarının her birine uygulanan tekrarlı ölçümlerin Mauchly sphericity testi değerlendirmesi sonucunda elde edilen p değerleri (A Grubu  $p<0.01$ ; B Grubu  $p<0.01$ ; C Grubu  $p<0.01$ ) istatistiksel olarak anlamlıdır.

## 5. TARTIŞMA

Olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında okul sağlığı hemşiresinin uygulamalarını değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada, okul ağı çocuklarına uygulanan Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği, Özetkililik-Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu, Çocuklarda Sağlık Algıları ve Davranışları Ölçeği puanlarından A, B ve C uygulama gruplarının ön test, girişim sonu test ve girişim sonu tekrar testten aldıkları puanlar değerlendirilmiştir.

**Çocuklarda Sağlık Denetim Odağına ilişkin yapılan değerlendirmede;** ölçekten alınan puan ortalamasının artması, bireyin sağlığına yönelik iç denetim odağı arttığını göstermektedir. Araştırmada planlanan A, B ve C grubu girişimlerinin tümünde, öğrencilerin sağlık denetim odaklarını iç denetim odağı yönünde değiştirebilecek mesajlar verilmiş ve olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması sürecinde iç denetim odağının gelişimi desteklenmiştir.

Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği, ön test ve girişim sonu uygulanan testte A, B ve C grupları puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); girişim sonu tekrar testte A, B ve C grupları puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). İleri istatistiksel değerlendirmede, girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın C grubundan kaynaklandığı bulunmuştur (Tukey Testi  $p:0.006<0.01$ ).

A Grubunun (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.01$ ); (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Sadece Afiş uygulaması, çocuklarda sağlık denetim odağının arttırılmasında etkili değildir.

B ve C gruplarının (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) ve (2.-3.ölçüm) arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Olumlu Sağlık Davranışlarını Keşfetme Programı ve Okul Sağlığı Hemşireliği uygulamaları çocuklarda sağlık denetim odağı ölçeği puan ortalamalarının arttırılmasında etkili olmuştur.

Kalnins ve arkadaşları tarafından 9-10 yaş grubu (n: 72) çocuk ile yapılan yarı yapılandırılmış kalitatif bir çalışmada, çocukların kendi sağlıkları ve toplum sağlığı arasındaki ilişkiyi değerlendirebilmeleri için sağlıkları üzerindeki kontrolü algılayabilmelerinin ve bu kontrolü toplumun sağlık problemlerini çözme yönünde

kullanabilmelerinin önemi vurgulanmıştır. Yine aynı çalışmada çocukların egosentrik özelliklerinin okul, akran ve aileleri tarafından sağlık yönetimlerine ilişkin karar alma süreçlerinin etkin katılımlar ile desteklenmesi önerilmiştir (Kalnins et al., 2002). Perry ve Toole (2000) çalışmalarında astımlı çocuklar ve aileleriyle birlikte okul hemşiresinin çocuklarının sağlığının geliştirilmesinde astım yönetim programıyla ailelerin bilgilerini ve çocukların kendi hastalıklarını yönetme becerilerini arttırdığı tespit edilmiştir. Burkhart ve Rayens (2005) tarafından 7- 11 yaş grubu astımlı çocuklarda uygulanan bir eğitim programı sonunda, 1. ve 5. haftalarda çocuklarda sağlık denetim odağı ile benlik kavramı arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Çocukların sağlık denetim odaklarının belirlenmesi ve ona yönelik girişimlerin planlanması, olumlu sağlık davranışlarına ilişkin danışmanlık için gereklidir (Nacvarrete, 2005).

Davranışlarının sağlık durumları üzerine olan etkilerini görme fırsatı bulan çocuklar, uygulamaya karar verdikleri davranışları gerçekleştirmeye istekli olurlar. Bu nedenle okul sağlığı çalışmalarında iç denetim odağı gelişimi desteklenmelidir (Parcel et al., 1980). Sağlık denetim odağının değiştirilmesi, afiş ve eğitim uygulamalarının yanı sıra okul sağlığı hemşireliği uygulamalarını gerektirmektedir. Okul sağlığı hemşireliği uygulamaları, öğrencilerin kendi sağlık durumları ile sağlık davranışları arasındaki ilişkinin farkına varmalarına yardımcı olur ve öğrencilerin olumsuz davranışlarını değiştirilmeleri yönünde onları cesaretlendirerek iç denetim odağının arttırılmasını destekler.

**Öz-etkililik-Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu'na ilişkin yapılan değerlendirmede;** ön test, girişim sonu test ve girişim sonu tekrar testte A, B ve C grubu puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Araştırmada kullanılan ölçek, genel özetkililik-yeterlilik düzeyini değerlendirmektedir. Yapılan girişimlerin sadece sağlık davranışları üzerine odaklı olması, öğrencilerin genel özetkililik-Yeterlilik puanlarına yansımamasına neden olabilir. Genel özetkililik-Yeterlilik alanında meydana gelen değişimin tekrarlı ölçümleri izlenmesi gerekir. Okul çağı çocuğu gelişim dönemlerine göre; okul başarısı, kendini ifade etme, yeteneklerinin farkına varma gibi gelişimsel süreçlerle özetkililik yeterlilik düzeyi artmaktadır (Bandura, 2004).

A ve B gruplarının ön test, girişim sonu test ve girişim sonu tekrar testlerden aldıkları puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>005$ ). Özetkililik-Yeterlilik algısının artmasında sadece afiş uygulaması ya da eğitim uygulamaları yeterli olmamaktadır.

C grubunun ön test, girişim sonu test ve girişim sonu tekrar test puan ortalamalarında artma görülürken; puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Mauchly W: 0.212 p:0.00<0.01). Ayrıca C grubunun (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm) ve (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.01). Çalışmada, okul sağlığı hemşireliği uygulamaları, öğrencilerin genel özetkililik ölçeği puan ortalamalarını artmasında etkili olmuştur. Riskli ve sağlıksız sağlık davranışlarından kaçınmak ve daha sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemek öğrencilerin etkin katılımlarının sağlandığı uygulamalar, sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir (Kolbe, 1993). Bireysel güçlenmenin sağlanması için gerekli temel faktörlerden biri de özetkililik algısının artırılmasıdır (Scriven and Stiddard, 2003). Hemşireler, bireylerin özetkililik algılarını yükselterek sağlıksız davranışı terk etme ve olumlu sağlık davranışını başlatarak sürdürmesinde yardımcı olabilir (Aksayan ve Gözüm, 1998).

**Sağlık Sorumluluğu davranışı alanındaki değerlendirme;** ön test ve girişim sonu testte A, B ve C grupları puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken (p>0.05); girişim sonu tekrar testte A, B ve C grupları puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.01). İleri istatistiksel değerlendirme, girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın C grubundan kaynaklandığı bulunmuştur (Tukey p:0.002<0.01).

A Grubunun (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm) ve (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Afiş Uygulamasının sonunda yapılan, girişim sonu testte, sağlık sorumluluğu davranışlarına ilişkin puan ortalamalarında artma görülürken, girişim sonu tekrar testte sağlık sorumluluğu puanında bir azalma görülmüştür. Fakat (1-3.ölçüm) değerlendirildiğinde puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Okul çağı çocukları için görsel materyaller öğrenmede önemli bir yere sahiptir. Olumlu sağlık davranışlarına özgü hazırlanan afişlerin, öğrencilerin sağlık sorumluluklarını keşfetmede etkili olduğu belirlenmiştir.

B Grubunun (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken (p>0.05); (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.01). B grubunda girişim sonu tekrar test puan ortalamalarında düşme meydana gelmiştir. Bu düşüşün nedeni, öğrencilerin

olumlu sağlık davranışlarını keşfetme programı uygulamalarında sağlık sorumluluklarını yerine getirirken yaşadıkları güçlükler (sağlığı hakkında merak ettiklerini öğrenme, çalışma notları yazma vb) olabilir.

C Grubunun (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm) ve (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.01$ ). Afiş uygulaması, olumlu sağlık davranışlarını keşfetme programı uygulamalarının yanı sıra okul sağlığı hemşireliği uygulamalarında öğrenciler kendi sağlık sorunlarının farkına varmaları ve sağlıklarını geliştirme yönünde yapmaları gerekenlere karar verme ve planlama süreçlerine katıldıkları ve onur kartları ile sağlık sorumluluk davranışı desteklenmiştir.

Okul hemşiresi öğrencilere sağlık davranışlarının kazandırılması amacıyla pek çok hemşirelik girişimi planlar. Bu girişimlerin hepsi, öğrencilere sağlık sorumluluklarını kazandırmak amacıyla bireyselliklerini destekler. Öğrencilerin başarılı oldukları alanlar pekiştirilerek sağlık sorumluluğu artırılabilir (Graham and Uphold, 1992). İngiltere’de okul hemşireleri (n: 38) ile yapılan görüşmelerde çocuk merkezli halk sağlığı uygulamalarının toplum politikaları tarafından desteklendiği ve hemşirelerin çocukların sağlık sorumluluklarını kazanmadaki görevlerinin olduğu belirlenmiştir (Croghan et al., 2004). İsviçre’de okul sağlığı hemşireliği uygulamaları, 11-13-15 yaş grubu (n:5205) çocukların sağlığı geliştirme uygulamalarına karar verme süreçlerini destekledikleri ve öğrencilerin otonomilerinin arttırdıkları ortaya çıkmıştır (Broup and Holstein, 2004).

**Beslenme davranışı alanındaki değerlendirmede;** ön test ve girişim sonu testte A, B ve C grupları puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); girişim sonu tekrar testte, grupları puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). İleri istatistiksel değerlendirmede, girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın C grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tukey Testi  $p:0.04<0.05$ ).

A Grubu ve B Gruplarının (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) ve (2.-3.ölçüm) puanları ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). A ve B grubunun girişim sonu (2.ölçüm) puan ortalamalarında artma görülürken; girişim sonu tekrar testte (3.ölçüm) puan ortalamalarında azalma meydana gelmiştir. Bu durum görsel materyal ve eğitim uygulamalarının beslenme davranışı gelişimi üzerinde etkisinin zamanla önemini kaybettiğini göstermektedir.

C Grubunun (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) ve (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ayrıca C grubu puan ortalamalarında (2.ölçüm) ve (3.ölçüm) puan ortalamalarında artma olduğu görülmüştür. Somut maddeler arasında kurulan bağlantı, davranışların sağlık üzerine etkilerini değerlendirmeye ve öğrenilmemiş kavramlar arasında bağlantı kurarak düşünmeye olanak sağlar (Kılıççı, 1992). Okul sağlığı hemşireliği uygulamalarında olumsuz sağlık davranışları nedenleri ve sağlığa etkileri tartışılmıştır. Örneğin; “Gazozun içinde köpürmeyi sağlayan fosfat adlı kimyasal maddedir. Fosfat, kana karıştığında vücutta beraber çalıştığı kalsiyumu arar ve kalsiyum bankası olan kemiklerden kalsiyumu çalar. Kemiklerde bulunan kalsiyum, bir binanın tuğlalarını bir arada tutan harç gibidir. Eğer harç yeterli değilse; bina sağlam olmayacaktır. Bu nedenle kola içmek, kemikleri zayıflatır.”

Amerikan Hemşireler Vakfı (American Nursing Foundation) (ANF) 2004 yılında okullarda beslenmeye bağlı gelişen hastalıkları azaltmak ve okul hemşiresinin okul çocuğu beslenmesine ilişkin etkinliklerini arttırmak amacıyla bir proje geliştirmiştir. Proje kapsamında 2005 yılında Amerika'nın on eyaletinde bulunan okul hemşirelerine okul çağı çocuklarının bireysel beslenmeleri kapsamında eğitimler verilmiştir (ANF, 2005).

Sosyal öğrenme teorisine dayalı olarak geliştirilen uygulamalar, gözlemleyerek öğrenme ya da model alma, davranışsal etkileşimler, hedef belirleme ve davranışın bireysel yönetimi gibi uygulamalarını içerir (Oldenburg et al., 1999). Sosyal öğrenme teorisine dayanarak hazırlanan bir girişim programı yirmi hafta süreli beslenme grubu, fiziksel aktivite grubu ve her iki girişimin uygulandığı grup olmak üzere üç gruba sunulmuştur (n:213). Program sonunda tüm öğrencilerin bilgi puanlarında, sebze ve meyve tüketiminde istatistiksel olarak artma görülmüştür ( $p<0.001$ ) (Warren et al., 2003). Çin'de üç ilköğretim okulu ve ortaöğretim okulunda sağlığı geliştiren okullar kapsamında hazırlanan beslenme programında öğrencilere, ailelere ve okul personeline yönelik sağlıklı beslenme davranışını pekiştiren etkinlikler (sağlıklı beslenme ile ilgili materyaller dağıtma, öğrenciler arası yarışmalar, çalışanlar ve aileler için beslenme eğitimi vb.) düzenlenmiştir (Shi-Chang et al., 2004). Edward ve Hartwell (2002) tarafından 8- 11 yaşları arasında (n: 221) öğrenciyle yapılan çalışmada meyvelerin sebzelerden daha popüler olduğunu bulunmuş ve sebze ve meyvenin tercih edilmesi için yapılan sağlık eğitimlerinde sağlık mesajlarının açık ve anlaşılır olmasına dikkat çekilmiştir.

Avustralya’da sağlıklı beslenme, aktivite ve obesiteyi önleme programına yönelik 7-8 yaş ve 10-11yaş (n: 119) okul çağı çocuğu ve on dokuz ebeveyn ile yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeler sonucunda; sağlıklı besinler ile ilgili mesajların kesin ve açık nitelikte olmasının, okulun sağlıklı besinler içermesinin beslenme davranışı üzerindeki önemi ortaya çıkarmıştır (Hesketh et al., 2005). Çocuklarda ve ergenlerde kalp hastalıklarının engellenmesi amacıyla bireysel, aile ve okula dayalı girişimler planlamış 96 okuldan 56 girişim 40 kontrol grubu olmak üzere (n: 5106) öğrenci katılmıştır. Program sonunda öğrencilerin beslenme davranışlarında davranış değişikliği meydana gelmiştir (Hayman, 2003).

**Egzersiz davranışı alanındaki değerlendirme;** ön test, girişim sonu test ve girişim sonu tekrar testte A, B ve C gruplarının puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). A, B ve C grubuna uygulanan tüm girişimler, egzersiz yapma davranışını kazandırmada etkili olamamıştır.

A grubunda (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm) puanları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). A grubu girişim sonu tekrar test (3.ölçüm) puan ortalamalarında düşme görülmüştür. Puan ortalamalarındaki düşme, görsel materyallerin sağlık davranışlarını kazandırma sürecinde oluşturduğu geçici etkisiyle açıklanabilir.

B ve C gruplarının (1.-3.ölçüm), (2.-3.ölçüm) ve (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Egzersiz davranış alanına ilişkin değişiminin gözlenememesinin nedeni, program süresince egzersizlerin okulda düzenli olarak yapılmasına olanak sağlanamaması olabilir. Okul çağı çocuklarında egzersiz davranışının kazandırılması sürecini etkileyen etmenlerin başında okulda egzersiz için ayrılmış salonların yer alması, gerekli malzeme ve donanımın bulunması, ailelerin maddi imkanları çocukların spor klüplerine katılımı ve spor malzemesi almaya uygun olması gibi faktörler etkili olmaktadır (Kirk et al., 1997).

Avustralya ‘da 7- 10 yaş grubu, dokuz girişim, dokuz kontrol olmak üzere yapılan bir çalışmada; beden eğitimi öğretmenlere web. aracılığı ile eğitim verilmiş, öğrencilerin spor bilgilerinin artırılması sağlandıktan sonra, kız ve erkeklere okulda farklı sporları yapabilme olanağı sunulmuştur. Çalışma sonunda beden eğitiminin artırılması önerilmiştir (Beurden, 2003). Yine Avusturalya’da 18 ilköğretim okulunda 5-12 yaş grubu öğrencilere



okulda öğlen araları düzenlenen etkinlikler gözlemciler tarafından izlenmiş ve kız öğrencilerin fiziksel aktivitelerinde önemli bir artış gözlenmiştir (Zask et al., 2001). İngiltere’de Ulusal Sağlıklı Okul Standartları (National Healthy School Standard) (NHSS) kapsamında fiziksel etkinlikler belirlemiştir (NHSS, 2000).

**Kendini gerçekleştirme davranışları alanındaki değerlendirmede;** girişim sonu yapılan değerlendirmede grupların puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); girişim sonu tekrar testte puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). İleri istatistiksel değerlendirmede, girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın C grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tukey Testi  $p:0.002<0.01$ ).

A grubu (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.01$ ); (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Afiş uygulamaları, öğrencilerin kendini gerçekleştirme davranışını kazandırmada tek başına yetersiz olduğu belirlenmiştir.

B grubunda (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.01$ ); (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). B grubunun tekrarlayan ölçümlerde tek faktörlü varyans analizinde Mauchly sphericity testi değerlendirmesi sonucu elde edilen ( $p<0.01$ ) olması nedeniyle olumlu sağlık davranışlarını keşfetme programı ve afiş uygulaması birlikte öğrencilerin kendini gerçekleştirme uygulamalarında etkili olmuştur.

C grubunda (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Okul sağlığı hemşireliği uygulamalarında öğrencilerin kendilerinde beğendiği özelliklerin ortaya çıkartılması, geleceğe yönelik planlar yapma becerilerini desteklenmiştir. Okul çağı çocuklarının, okuldaki başarıları ve arkadaş grupları içindeki oyun becerileri “yeterlilik” duygusunun gelişmesine neden olur. Çocuklar kendilerinden bekleneni başarmak için ciddi çaba harcarlar. Yeterlilik duygularının pekiştirilmesi, çocukların kendi davranışları üzerindeki kontrollerini ve benlik saygılarını arttırarak geleceği yönelik plan yapma becerileri kazandırır (Kılıççı, 1992). Kendini gerçekleştirme davranışları; okul çağı çocuğunun kendi yaşamına yönelik hedefler belirlemeyi ve hedefler doğrultusunda kendini geliştirme sürecini içerir. Günümüzde okul sağlığı eğitim uygulanması planlanan girişimler, okul

toplumuna yönelik kültürel ve sosyal özellikleri de dikkate alarak, öğrencilerin kendi değerlerini oluşturma sürecini desteklemelidir (Flay, 2002).

**Sosyal destek davranışları alanındaki değerlendirmede;** ön testte A, B ve C Grupları puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); girişim sonu test ve girişim sonu tekrar testte girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). İleri istatistiksel değerlendirmede, girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın C grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tukey Testi  $p:0.02<0.05$ ). Ayrıca C grubu (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). C Grubunda yer alan okul sağlığı hemşireliği uygulamalarında, problem çözme süreci içinde, öğrencilerin sahip oldukları sosyal destek faktörlerini ortaya çıkartılmasına ilişkin uygulamaları içermektedir. Okul sağlığı hemşireleri, okul çağı çocuğunun sosyal destek kaynakları yaşamında nasıl etkin kullanabileceğinin vurgulandığı uygulamalar ile sosyal destek davranışlarını pekiştirilmesinde etkili olur. Aileler ve sosyal yardım kuruluşları ile iletişim kurarak çocuk sağlığının geliştirilmesine yardımcı olur (Linda et al., 2002). Okul çocuğunun, karşılaştığı pek çok problemde sosyal destek faktörlerini etkili kullanabilmesi, çözüm üretme becerilerini geliştirerek sorunlarla başetme yeteneğini artırır (Edelman and Mandle, 1990).

A grubu (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm) ve (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

B grubu (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.01$ ); (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Olumlu sağlık Davranışlarını Keşfetme programı, öğrencilere sosyal destek kaynaklarının farkına varmalarına yardımcı olmuş fakat bu kaynakları olumlu sağlık davranışlarını kazanmada nasıl etkinleştirileceğini konusunda pratiklik kazandıramadığı için tekrar testte puan ortalaması düşmüştür.

**Stres ve Başetme davranışı alanındaki değerlendirmede;** ön test ve girişim sonu testte A, B ve C Grupları puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); girişim sonu tekrar testte grupların puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). İleri istatistiksel

değerlendirmede, girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın C grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tukey Testi  $p:0.04<0.05$ ).

A grubu ve B grubu (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). A ve B grubunun girişim sonu test puan ortalamalarında artma görülmesine rağmen bu artış, girişim sonu tekrar testte düşmüştür. (2.-3.ölçüm) ve (1.-3.ölçüm) puan ortalamalarındaki anlamlılık bundan kaynaklanmaktadır. Afiş ve Olumlu sağlık davranışlarının keşfetme programı, stresle başetme davranışı üzerinde etkili olsa da bu etki girişim sonu tekrar testte önemini yitirmektedir.

C grubu (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.01$ ); (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Okul sağlığı hemşireliği uygulamaları, öğrencilerin stresle başetme davranışlarının kazandırılmasında etkilidir ( $p<0.01$ ).

İsviçre’de okul sağlığı hemşirelerinin öğrencilerin okul kayıtları ile öğrencilerin sağlık durumlarının nasıl değerlendirildiğini belirlemek amacıyla on iki hemşire ile yarı yapılandırılmış 40-60 dakikalık görüşmelerle araştırma verileri toplanmıştır. Öğrencilerin fiziksel sağlık sorunlarının olmamasına rağmen; psikososyal sağlık durumlarının yeterli olmadığı belirlenmiştir. Okul hemşireleri, çalışma saatlerinde yalnız ve kederli çocukları gözlemleyebildiklerini bildirilmiştir. Bu durumun sebepleri bireyin kendisinden (benlik saygısında düşme, bilgisayar kullanımı, stresle baş etmede yetersizlik), aileden (vakit ayırmama, sosyal destek yetersizlik), okuldan (eğitim sistemi, şiddet, öğretmen faktörleri) olmak üzere üç kategoride incelenmiştir. Çalışmada okul sağlığı hemşirelerinin öğrencileri geleceğe yönelik hazırladıkları, okulda gelişebilecek problemleri önlemeye yönelik sosyal çalışanlar ve diğer ekip üyeleriyle işbirliği yaparak çözümler ürettikleri ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak psikososyal sorunlar, fiziksel sorunlardan daha fazla görülmektedir. Okul sağlığı hemşiresi aile merkezli eğitim anlayışını benimsemelidir. Bu çalışmada okul hemşireleri okulda meydana gelebilecek stresli durumları ve şiddeti arttıran olayları tanımlayarak önlem alabilmişlerdir (Clausson et al., 2003). Portland, Oregon da gerçekleşen bir projede okul sağlığı hemşirelerinin tıbbi ve psikiyatrik girişimlerle öğrencilerin ruh sağlığının olumlu yönde değiştirebildikleri belirlenmiştir (Houck, 2002).

Okul sağlığı hemşiresi öğrencilerle yaptığı görüşmelerde hemşirelik sürecini kullanarak fiziksel ve ruhsal sağlık problemlerini tanımlar. Okul sağlığı hemşiresi tüm okul

çalışanları ile olumlu iletişim becerilerini kullanarak öğrencilere olumlu bir okul atmosferi oluşturarak okulda ruh sağlığının geliştirilmesini destekler. Pek çok okulda eğitim psikologları, danışman ve sosyal çalışanlar vardır. Fakat bu disiplinler, öğrencilerin eğitim gereksinimleri üzerine odaklanırlar. Yurt dışında bazı okullarda ise ruh sağlığı uzmanı vardır. Bu uzmanlarsa ölüm, doğal afet gibi durumlarda öğrencilere hizmet verirler. Okul sağlığı hemşireleri, öğrencileri gelişim süreçleri boyunca yakından izleyen, öğrencinin ailesi içindeki yeri ve ilişkilerin okulda ve ev ziyaretlerinde yaptığı görüşmeler ile değerlendirebilen, öğrencinin yaşadığı okul atmosferini onlarla birlikte paylaşan ve öğrencilerin en kolay ulaşabildikleri kişi olması nedeniyle çocuk ruh sağlığının gelişiminde önemli rol oynar (Hootman, 2004). İngiltere’de sağlık bakanlığı çalışma uzmanları tarafından sağlıklı çocuk modülü oluşturulmuştur. Bu modülde; kazaları önleme, ruh sağlığını geliştirme, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite etkinliklerine yer verilmiştir. Sınıfa dayalı ruh sağlığı uygulamalarının öğrencilerin stresle başetme ve stres yönetimi becerilerinde olumlu yönde geliştirdiği belirlenmiştir (Licence, 2004). 1998 NASN araştırmasında; okul sağlığı hemşirelerinin % 67’inin depresyonda ya da intihar girişiminde bulunan bir çocuğa yardım ettiğini, % 82’nin ihmal edilen bir çocuğu tanımladığı, % 98’inin bir çocuğun yaşamını kurtardığı belirlenmiştir.

**Güvenli davranışlar alanındaki değerlendirmede;** ön test ve girişim sonu testte A, B ve C Grupları puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); girişim sonu tekrar testte grupların puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). İleri istatistiksel değerlendirmede girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın C grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tukey Testi  $p: 0.02<0.05$ ). Ayrıca C grubunun (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Okul çağı çocuğu; okulda ve çevresinde meydana gelebilecek kaza risklerine belirler ve önlem alma konusunda harekete geçerek, kaza oluşumunu engelleyebilir. Amerika’da Ulusal Okul Güvenliği Merkezi (National Safety School Center) (NSSC) okulda görev yapan tüm profesyonellere, okullarda güvenli bir çevrenin nasıl oluşturulacağına ilişkin eğitim çalışmalarını sürdürmektedir (NSSC, 1999). Öncel (1999) çalışmasında; ailelerin okul hemşirelerinden kazalara karşı önlem alması yönünde beklentileri olduğunu belirlenmiştir. Okul hemşiresi, okul ruh sağlığı uzmanı ve okul danışmanları kazaların engellenmesine yönelik, işlem ve uygulamaları yürütebilirler

(Sabin et al., 2005). Okulda güvenli davranışların gelişimini desteklenmesi için; okul çevresinin değerlendirilmesi, çevrenin güvenli davranışları destekleyici bir atmosfere dönüştürülmesi için okul çağı çocuğunun katılımlarının artırılması gerekir (McLellen et al., 1999).

A grubu (1.-2.ölçüm), (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.01$ ); (1.-3. ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu sonuç; güvenli davranışları kazandırmada sadece görsel afiş uygulamasının etkili olmayacağı gerçeğini ortaya çıkarmaktadır.

B grubu (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.01$ ); (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p<0.05$ ). Olumlu sağlık davranışlarını keşfetme programında kazaya neden olabilecek durumların tanımlanması ve önlem alınmasına ilişkin uygulamaların yer alması girişim sonu testte puan ortalamalarının artmasının nedeni olabilir. Fakat; girişim sonu tekrar testte puan ortalamalarında azalma meydana gelmiştir. Bu durum, güvenli davranışların kazandırılmasında afiş uygulaması ve olumlu sağlık davranışlarının keşfetme programının etkisinin kısa süreli olabileceğini göstermektedir.

**Hijyenik alışkanlıklar alanındaki değerlendirmede;** ön test ve girişim sonu testte A, B ve C Grupları puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); girişim sonu tekrar testte grupların puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). İleri istatistiksel değerlendirmede, girişim gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın, B grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tukey Testi  $p:0.03<0.05$ ).

C grubu (1.-2. ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); (2.-3.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Okul sağlığı hemşireliği uygulamalarında öğrencilerin olumsuz hijyenik alışkanlıkların sağlık durumları üzerindeki etkileri fizik muayene ile fark etmeleri sağlanmıştır. Örneğin; öğrenci fizik muayene formunda halsizlik, poposunda kaşıntı gibi şikayetleri olduğunu işaretleyen öğrenciler, el yıkama alışkanlıklarının yetersizliği sonucu bu şikayetleri yaşadıklarının farkına vararak ve bağırsak parazitleri ile sağlık durumları arasında ilişki kurabilmişlerdir. Diş çürüklerini öğrenci sağlık durumu değerlendirme formunda işaretleyen, çürük dişleri sonucu yaşadığı

sıkıntılarının (ağız kokusu, diş ağrısı vb.) farkına varan öğrenciler, diş fırçalama alışkanlığını kazanmak ve diş fırçalamayı unutmamak için çözümler üretmişler ve kararlar almışlardır.

İrlanda'da 7-12 yaş grubu (n: 1534) öğrenciye ulusal bir TV aracılığıyla 6 hafta süreli diş sağlığı eğitim programında, hemşire kukla aracılığıyla sağlık eğitimi uygulanmış ve sonucunda bu çalışmanın diş fırçalama alışkanlığı kazandırmada etkili olduğu görülmüştür (Friel et al., 2002). Belçika'da ilköğretim okullarında altı yıl süreli (n: 3291) okul çağı çocuğunda deney ve kontrol gruplu bir çalışmada her iki grupta yer alan öğrencilerin diş fırçalama sıklığı arasında bir farklılık görülmemesi rağmen, girişim uygulanan grupta besin seçimlerinde ( $p<0.01$ ) ve topikal florid kullanımlarında ( $p<0.05$ ) kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir artma görülmüştür (Vanobbergen et al., 2004). Öğrencilerin kişisel hijyen ile ilgili eksik bilgi ve yanlış uygulamalarına yönelik yapılan dramatizasyon eğitim yöntemi, düz anlatım ve demonstrasyon yöntemlerine göre daha etkin bulunmuştur (Koç, 1997).

Danimarka ve Çin' de entegre ağız diş sağlığı hizmetleri modelleri içinde 7-9 yaş grubu için diş ve dişin yapısı, ağız diş bakımı, ağız diş uyumu konuları, 10-12 yaş grubu için kendi kendine diş muayenesi, diş plağı oluşumu ve ağız diş bakımı konuları sınıflarda slayt, video gösterileri, resimli kitapları ve role play uygulamaları aracılığıyla okul hemşiresi, okul öğretmenleri, kütüphane ve sağlık birimleri işbirliği ile verilmektedir (Kwan et al., 2005).

A grubu (1.-2.ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ( $p>0.05$ ); (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Bu sonuç, sadece görsel materyal olan afiş uygulamasının temizlik alışkanlıklarının kazandırılmasında etkili olmadığını göstermektedir.

B grubu (1.-2. ölçüm), (1.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p<0.01$ ); (2.-3.ölçüm) puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6. 1. Sonuçlar

Okul sağlığı hemşireleri, okul çağı çocuğunu okula kabul edildiği andan itibaren öğrencilerin sağlık davranışlarını, öğrencilerin genel sağlık durumu, sağlık algıları, aile, akran grubu ve okul toplumu içinde değerlendirir, Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi'ne dayalı olarak geliştireceği uygulamalar ile olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında etkilidir.

Araştırmada, okul sağlığı hemşireliği uygulamalarının yer aldığı girişim grubunun, çocuklarda sağlık denetim odağı ölçeği ve Çocuklarda Öz etkililik-Yeterlilik Ölçeği'nin girişim sonu tekrar test puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

Okul sağlığı hemşireliği uygulamalarının yer aldığı girişim grubunun, Çocuklarda Sağlık Algı ve Sağlık Davranışları Ölçeğinin “egzersiz davranışları” alanı dışındaki sağlık sorumluluğu, beslenme, kendini gerçekleştirme, sosyal destek, strese baş etme, güvenlik ve hijyenik alışkanlıklar alanlarındaki tekrar test puan ortalamaları arasındaki farklar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

### 6. 2. Öneriler

- Okul sağlığı hemşireliği uygulamaları, okul çağı çocuğunun olumlu sağlık davranışları kazandırılması sürecinde önemli bir role sahiptir. Bu nedenle; her okulda tam zamanlı çalışan okul hemşirelerinin görevlendirilmesi, okul sağlığı hizmetlerinin etkinliğini artırabilir.
- Sosyal Bilişsel Teori kapsamında hazırlanacak okul sağlığı programları, okul çağı çocuklarına olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında, sağlıkta iç denetim odaklarının artırılması üzerinde etkili olabilir.
- Sağlık davranışlarının değerlendirildiği araştırmalarda, uygulanan girişimlerin zaman içindeki etkilerini değerlendirmek açısından tekrarlı ölçümlerle izlenmelidir.

- Olumlu sağlık davranışlarının her birine etki eden pek çok faktör bulunmaktadır. Bu değişkenlerin yönetimi açısından ileri çalışmalarda her bir olumlu sağlık davranışı ayrı ayrı değerlendirilebilir.
- Sağlık davranışlarının kazandırılması sürecinde meydana gelen değişimlerin değerlendirilmesinde kalitatif verilere (rencilerin hazırladıkları ödevler, renci ve retmenlerin geri bildirimlerine ) yer verilmelidir.
- zetkililik-Yeterlilik leği maddeleri her bir sağlık davranışına yönelik olarak geliştirilmelidir.
- Olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasına ilişkin yapılacak uygulamalarda rencilerin etkin katılımı sağlanmalı ve olumlu sağlık davranışlarını gerçekleştirmeye ilişkin karar almalarına fırsat verilmelidir.
- Okulda olumlu sağlık davranışlarını pekiştirmek amacıyla sağlık görüşmeleri yapılmalıdır. Bu görüşmelerde; aynı sorunu yaşayan renciler bir araya getirilerek olumlu sağlık davranışlarını kazandırmalarına ilişkin çözüm üretmeleri ve birbirlerini desteklemeleri sağlanmalıdır.
- Okul sağlığı hemşireleri, yarı yapılandırılmış görüşmeler ile rencilerin olumsuz sağlık davranışlarının gelişmesinde etkili olan faktörler hakkında kapsamlı bilgi toplamalı ve olumlu sağlık davranışları geliştirme yönünde bu veriler etkin olarak kullanılmalıdır.
- Okul sağlığı hemşireliği uygulamaları sonucunda olumlu sağlık davranışlarını uygulama başlayan çocukların, bu sağlık davranışları aile içindeki diğer bireylerin sağlık davranışlarını değerirme yönünde ne kadar etkili olduğu karşılaştırmalı çalışmalarla incelenebilir.
- Beden eğitimi uygulamaları haftalık saatlerinin arttırılması, beden eğitimi etkinlikleri için gerekli malzeme ve uygun bir salonun yapılması, okulda aktiviteyi arttırıcı etkinliklerin planlanması, ailelerin de bu etkinliklere düzenli katılımının sağlanması, egzersiz alanına yönelik olumlu sağlık davranışı gelişimini destekleyebilir.



## KAYNAKLAR

Akça, Ş. (1998). Üniversite öğretim elemanlarının sağlığı geliştirme davranışları ve bunu etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans tezi. İzmir.

Aksayan, S., Gözüm, S. (1998). Olumlu sağlık davranışlarının başlatılmasında ve sürdürülmesinde öz-etkililik algısının önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2(1): 35-41.

Aksayan, S., Gözüm, S. (1999). Öz-etkililik Yeterlilik Ölçeği'nin Türkçe Formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2(1): 25-32.

Allensworth, D. D., Kolbe L. J. (1987). The comprehensive school health programs: Exploring an expanded concept. *Journal of School Health*. 57 (10): 409- 412.

Alpar, R. (2001). Performans Testlerinde Geçerlilik ve Güvenilirlik, Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara. p: 293-295.

American Academy of Pediatrics (2001). The role of the school nurse in providing school health services. *Pediatrics*. 108; 1231- 1232.

\_\_\_\_\_American Journal of Health Promotion (AJHP) (1989). ([http:// www.ajhp.com](http://www.ajhp.com)) (26.08.2005).

Arkonaç, S. A. (1998). Sosyal psikoloji, Alfa yayımları, 233-264.

Bandura, A. (1986). Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Bandura, A. (1989). Social Cognitive Theory. IN. Annuals of Child Development Vasta R.ed.Greenwich,CT: Jai pressLTD. (6 ): 1-60.

Bandura, A. (1994). Self efficacy. In. V. S. Ramachaudran (Ed) Encylopedia of Human Behaviour(4): 71-81. New York: Academic Press (Reprinted in H. Friendman (Ed), Encyclopedia of Mental Health. San Diego: Academic Pres, 1998).

Bandura, A. (1997). Self efficacy: The exercise of control. Newyork. Freeman Company. USA.

Bandura, A. (2001). "Guide for constructing sel-efficacy scales" ([http:// www. emary. edu. /EDUCATION / mfp /bgd/ html](http://www.emary.edu./EDUCATION/mfp/bgd/html)).(03.04.2004)

Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive Means. *Health Education & Behaviour*. 31(2): 143-164.

Bradley, J. B. (1997). The school nurse as health educator. *Journal of School Health*. 67 (1) 3-8.

Barnfather, J. S. (1991). Restructuring the role of school nurse in health promotion, *Public Health Nursing*. 8 (4): 234-237.

Bases, H., Schonfeld, D. J. (2002a). Measurement methodology in children's health locus of control, *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 23 (3): 158-162.

Bases, H., Schonfeld, D. J. (2002b). Rethinking measurement of health locus of control, *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 23 (3): 166.

Bayık, A. (1992). Okul Hemşireliği Çalışmaları Kapsamında İlkokul Çağı Çocuklarında Büyüme- Gelişme Düzeyi Ve Sağlık Sorunlarının İncelenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 71 (1): 1-17.

Beurden, E., Barnett, L. M., Soc, B., Zosk, A., Dietrich, U. C., Brooks, L. O., Beard, M. B. (2003). Can We Skill and Active children through primary school physical education lesson? "Move it, Groove it" A collaborative health promotion intervention, *Preventive Medicine*: 493-501.

Bilgel, N. (1997). Okul sağlığı, Halk Sağlığı Bakışıyla Ana Çocuk Sağlığı, Nobel kitapevi, İstanbul: 315-36.

Brandley, B. J. (1997). The school nurse as health educator, *Journal of School Health*. 67 (1): 3-8.

Brainerd, E. (1998). School health nursing services progress review: Report of 1996 National Meeting, *Journal of School Health* 68(1): 12-17.

Broussard, L. (2004). School Nursing: Not Just Band- Aids Any More, *Journal of School Health*. 9 (3): 77-83.

Broup, I. K. (1998). Pupils' experiences of the annual health dialog with school nurse, *Scandinavian Journal of Caring Science*.(12): 160-169.

Boup, I. K. (2001). The school health nurse's assessment of a successful health dialogue, *Health and Social Care in the Community*.10 (1): 10-19.

Broup, I. K., Holstein, B. E. (2004). Social classes variations in school children's self reported outcome of health dialogue with school nurse. *Scand Journal Caring Science*. (18) 343-350.

Burkhart, P. U., Rayens, M. K. (2005). Self- concept and health locus of control:factors related to children's adherence to recommended asthma regimen, *Pediatric Nursing*. 31 (5) 404-409.

Cavil, N., Biddle, S. and Sallis J. F. (2001). Health enhancing physical activity for young people: Statement of United Kingdom expert consensus conference. *Pediatric Exercise Science*. (13): 12-25.

Charles, G., M. (2002). Psikolojiyi Anlamak Türk Psikoloji Derneği Yayınları Çev.editörü Ayvaşık H. B., Sayı M.,Ankara. 629-630.

Chin, N. P., Monroe, A., Fiscella, K. (2000). Social Determinants of (Un) Healthy Behaviours, *Education of Health*. 13 (3) : 317 - 328.

Clausson, E., Peterson, K., Berg, A. (2003). School nurse' view of schoolchildren's health and their attitudes to document it in the school health record-a Pilot study, *Scandish Journal Caring Scince*. (17): 392- 398.

Cristensen, S., Morrongiello, B. A. (1997). The influence of peer on children's judgements about engaging in behaviours that threaten their safety, *Journal of Applied Psychology*. (18): 547-562.

Croghan, E., Johnson, C., Aveyard, P. (2004). School nurses: policies, working practices, roles and values perceptions. *Journal of Advanced Nursing*. 47 (4): 377-385.

Çakır, S. (2005). Kocaeli ilinde okul sağlığı ve hemşireliği hizmetlerinin durumu, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilimdalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli.

Deschesnes, M., Martin, C., Hill, A. J. (2003). Comprehensive approaches to school health promotion: How to achive broader implimentation? *Health Promotion International*. 18 (4): 387- 396.

\_\_\_\_\_Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) (2003).(http://www.die.gov.tr.nufus.html) (07.08.2005).

Dietary Guidelines for American (2005). (<http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/recommendations/young.htm>) (25.02.2005).

Dworak, E. (2001). Ten Commandments for school nurse, *Journal of School Health*. (71): 392.

Edelman, C. L., Mandle, C. L. (1990). The School-Aged Period, Health Promotion Throughout Life Span, Mosby Company : 402-441.

Edgecombe, G. A., Avant, K. C., Griffin, P., Corneille, K. (1998). School Nurse assessment of primary school children: Analysis of Data From the school entrant health Questionnaire, *International Journal of Nursing Practice*. (4): 40-50.

Edwards, L. H. (2002). Research priorities in school nursing: A Delphi Process. *Journal of School Health*. 72 (5) 173-177.

Edwards, J. S. A., Hartwell, H. H. (2002). Fruit and Vegetables- attitudes and knowledge of primary school children, *Journal of Human Nutrition Dietetic*. (15): 365-374.

Elder, J. P. (1999). Theories and Interventions Approaches to Health Behaviour Change in Primary Care, *American Journal of Preventive Medicine* 17 (4): 275-284.

Elibol (Uysal), H. (1999). İlkokul Çağı Çocuklarının Kişisel Sağlık Görüşleri, Olumlu Sağlık Davranışları ile Bunları Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Eroğlu, Y., Büyükgebiz, B. (1996). İlkokul çocuklarının nütrisyonel durumlarının Antropometrik değerlendirilmese, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. (36): 289-300.

Esin Özabacı, M. N. (1997). Endüstriyel Alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi, İstanbul Üniversitesi Doktora tezi. İstanbul.

Friel, S., Hope, A., Kelleher, C., Comer, S., Sadlier, D. (2002). Impact evaluation of an oral health intervention amongst primary school children in Ireland, *Health Promotion International*. 17 (2): 119-126.

Flay, R. B. (2002). Positive Young Development Requires Comprehensive Health Promotion Programs, *American Journal of Health Behaviour*. 26 (6): 407-424.

Fuller, J., Schaller- Ayers, J. (2000). Health Assesment: A Nursing Approach, III. Edition: 5-22.

Gardin, K. G., Hammardström, A. (2000). We won't Let them keep us quite. Gendered strategies in the negotiation of power- implications for pupils' health and school health promotion, *Health Promotion International* 15 (4): 303-311.

Glaz, K., Rimer, B. K. (1997). Theory at a glance. A Guide for Health Promotion Practice National Health Institue, Washington.

Graham, M. V., Uphold, C. R. (1992). Health perceptions and behaviours of school-aged boys and girls, *Journal of Community Health Nursing*. 9 (2): 77- 86.

Gür, H. (2005). Çocukluk Döneminde Fiziksel Etkinlikler ([http:// www 20. uludag. edu. tr/hakan/cocuk.htm](http://www.20.uludag.edu.tr/hakan/cocuk.htm)). (03.08.2005).

Gür, K. (2005). İstanbul ili ilköğretim okullarında kaza epidemiyolojisi ve öğrencilerin okul kazalarında güvenlik önlemlerine yönelik bilgi ve davranış ölçeklerinin geliştirilmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilimdalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.

Halman, S. I., Chipman, M., Parkin, P. C., Wright, J. G. (2002). Are Seat Belt restrains as Effective in School age as in Adulth? *British Medical Journal*. 11 (324) 7346:1123-1125.

Hart, K. H, Biskop, J. A. , Buchanan-Barrow, E., Anthony, H. (2001). Attitudes to food and handling of nutrition concepts among school-aged children in Guildford. *Proc. Nutr. Soc*: 52-60.

Harvey, G. (2003). School Nursing: An Interdisiplinary specialty turns 100 years. *Nursing News*. 27: 1- 4.

Harvey, J. (2001). Food in schools: The chips are down.*Nutrition Bulten*. (26): 301-303.

Hatun, Ş. (2000). Çocukluk Döneminde Fiziksel Aktivite ve Kemik Sağlığı, *STED Dergisi*. Mayıs sayısı.

Hayman, L. L. (2003). Preventing Coronary Heart Disease: The Implementation of Healthy Lifestyle Strategies for children and Adolescents, *The Journal of Cardiovascular Nursing*. 18 (4): 294-301.

\_\_\_\_\_Health Resources and Servi”ces Administration (2002). National Sample Survey of registered nurses final report released.(www. bhpr. hrsa. gov/ healthwork. force) (03.05.2005).

\_\_\_\_\_Health Promotion Wales (1997). Young People in Wales: Lifestyle changes 1986-1996, Technical Report 24.

Hearne, J., Klockars, A. J. (1988). Applicability of the Parcel-Meyer Children’s Health Locus of Control Scale, *Journal of School Health*.58 (1): 16-20.

Hesketh, K., Waters, E., Gren, J., Salmon, L., Williams J. (2005). Healthy eating, activity and obesity prevention: a qualitative study of parent and child preventions in Australia, *Health Promotion International*. 20 (1): 19-26.

Higgins, C., Hetherington, M. M. Aderson, A. S., Porteuous, L. E., Foster, E. Adamson A. J. (2001). Children's understanding of fruits and vegetables-implications for nutrition education. *Preventive Nutrition Society*. 60.

Hottman, J. (2004). School Nurse's important Mental Health Role, *Behavioral Health Management*. July/ August: 25- 29.

Houck, G. M, Darnell, S., Lussman, S. (2002). A support group intervention for risk female high school students, *Journal of School Health Nursing*. (18): 212- 218.

Kalnins, I., Jutras, S., Normandeau, S., Morin, P. (1998). Children's Health Actions within the Context of Daily Living, *American Journal of Health Behaviour*. 22 (6): 460-472.

Kalnins, I., Hart, C., Ballantyne, P., Quartaro, G., Love, R., Sturis, G., Pollack, P. (2002). Children's perceptions of strategies for resolving community health problems, *Health Promotion International*. 17 (3): 224-233.

Karademas, E. C., Azizi, A. K. (2003). The stres process, self efficacy expectations and psychological health, *Personality and individual differences* (<http://www.elsevier.com/locate/paid>)

Keirle, K. , Thomas, M. (2000). The influence of school health education programme on the knowledge and behaviour of school children towards nutrition and health. *Research in Science and Technological Education*. 18 (2): 174-190.



Key, T. J. A., Thorogood, M., Appleby, P. N., Burr, M. L. (1996). Dietary habits and mortality in 11.000 vegetarians and health conscious people: results of a 17-year follow-up, *British Medline Journal*. (313): 775-779.

Kılıççı, Y. (1992). Okulda Ruh Sağlığı, Anı Yayıncılık, II. Baskı: 56-67.

Kıran, K., Semin, S. Ergör, A. (2001). Kazalar ve Toplum Sağlığı Yönünden Önemi. STED Dergisi, Şubat sayısı.

Kirk, D., O'Conner, A., Carlson, T. B., Davis, K., Glover, S. (1997). Time commitments in junior sport: Social consequences for participants and their families. *Europen Journal of Physical Education*. (2): 83-105.

\_\_\_\_\_Kocaeli Üniversitesi (2004). Okul Sağlığı Hemşireliği Projesi, Koceli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilimdalı. Yayınlanmamış Proje, Kocaeli.

Koç, S. (1997). "Okul Sağlığını Geliştirme Programlarında öğretim araç ve yöntemlerin etkinliği, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilimdalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Kolbe, L. J. (1993). An Essential strategy to improve the health and education of Americans, *Preventive Medicine*. 22(4): 1-17.

Kwan, S. Y. L., Peterson, P. E., Pine, C. M., Borutta, A. (2005). Health promoting schols: an opportunity to oral health promotion. *Bulletin of World Health Organization*. 83 (9): 677-685.

Laing, G. J., Rossor, E. B. (1999). Health assesment' at school entry: Performance of a system based on school nurse interviews, *Child: Care, Health and Development*. 25 (6): 421-428.

Laura, E. B. (1993). Health Education in Middle Childhood, Infant, Children, Adolescents, Allyn and Bacon Press: 400-404.

Leger, St. L. H. (1999). The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health-a review of the claim and evidence. *Health Education Research*. 14 (1) 59-69.

Leger, St. L. H. , Nutbeam, D. (2000). A Model for mapping linkages between health and education agencies to improve school health, *Journal of School Health*. 70 (2): 45-50.

Lience, K. (2004). Promoting and Protecting The Health of children and Young people, Child: Care, *Health and Development*. 30 (6): 623-635.

Lightfoot, J., Bines, W. (1998). Keeping children healthy: The role of school nurse: *Nursing Times*. 94 (21): 65-68.

Linda, C., Selekman, W., Seleckman, J. (2002). School Nursing: What It Was and What It is, *Pediatric Nursing*. 28 (4): 403-407.

Martin, J. (2004). Self Regulated Learning, Social Cognitive Theory, and Agency, *Educational Psychologist* 39 (2): 135-145.

McHale, S. M., Croter, A. C., Tucker, C. J. (1999). Family Context and gender role socialization in middle childhood: Comparing girls to boys and sisters to brothers. *Child Development*. (70): 990-1004.

McLellan, L., Rissel, C., Donnelly, N., Bavman, A. (1999). Health Behaviour and The Social Environment in South Wales, Australia, *Social Science and Medicine*. (46): 611-619.

McMurray, R., Harrell, J. S., Bangdiwala, S. I. (1994). Aerobic Power and Physical Activity of North California elementary School Children, *North Carolina Journal*. (30): 5-11.

\_\_\_\_\_ Milli Eğitim Bakanlığı (2001). ([http:// www. meb. gov. tr/ Stats /ist2001 /Bolum 5s3. htm#22](http://www.meb.gov.tr/Stats/ist2001/Bolum5s3.htm#22)) (05.06.2005).

Molly, K. (2005). The United Kingdom National Healthy School Standard: A Framework for Strengthening the School Nurse Role *The Journal of School Nursing*. 21 (3): 132–138.

Morris C. G. (2002). Psikolojiyi Anlamak. Sosyal Psikoloji. Ed. H. B. Ayvaşık. Türk Psikologlar Derneği, Ağustos. 629.

Morrogiella, B. A., Matheis, S. (2004). Determinant of children's risk-taking in different social-situational contexts: The role of cognitions and emotions in predicting children's decisions, *Applied developmental Psychology* (25): 303-326.

Nacvarrete, J. B. (2006). Children's Health Locus of Control in relation to age and family. (<http://www.sci.sdsu.edu/usp/mcnair/jnavarrete.html>) (12.02.2006).

Nahcıvan, N., Erdoğan, S., Çalışkan, M. (2000). "Bir İlköğretim Okulunda Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi", *Hemşirelik Forumu, Toplum Sağlığı Özel*. 3 (4) Temmuz - Ağustos: 10-16.

\_\_\_\_\_ National Association of School Nurses (NASN) (1996). Professional School Nurse roles and responsibilities: Education, Certification, and licensure. (<http://nasn.org/positions/roles.htm>.) (22 Nisan 2004).

\_\_\_\_\_ National Association of School Nurses (NASN) (1998). ([http:// www. nasn. org](http://www.nasn.org)) (25.09.2006).

\_\_\_\_\_National Association of School Nurses (NASN) (1999). Definition of school Nursing (<http://www.nasn.org>)(25.04.2005).

\_\_\_\_\_National Health Forum (1997). At Least Five a Day: Strategies to Increase Vegetable and Fruit Consumption. London: The Stationary Office.

\_\_\_\_\_National Health and Medical Research Council (NHMRC) (1996) Effective School Health Promotion, Australia Govenment Publishing Service,16-39. Australia.

\_\_\_\_\_National Healthy School Standarts (NHSS, 2000). Physical Activity HHSS Team Health Development Agency. London( <http://www.wiredorhealth.gov.uk>) (22.01.2006)

\_\_\_\_\_National School Safety Center (NSSC) (1999), Working together to create safety school.([www.nssc1.org](http://www.nssc1.org)) (01.03.2006).

Neyzi, Ö., Ertuğrul, T. (2002). Büyüme Gelişme, Pediatri Cilt I., Nobel Tıp Kitapevi, 69-99.

New, S. A. (2001). Fruit and vegetable consumption and skeletal health: Is there a positive link? *Nutrition Bulluten*. 26 (2):121-125.

Norton, L. (1997). Health Promotion and Health Education: What Role should the nurse adopt in practice? *Journal of Advanced Nursing*. 28 (6):1269-1275.

Oldenburg, B., Glanz, K., French, M. (1999). The application of staging models to the understanding of health behaviour Change and the promotion of health, *Psychology of Health*. (14): 503-516.

Orme, J., Scriven, A. (1996). Health Promotion Professional; The Role of School Nurse in Promoting Health, Mcmillan Press,144-146.

O'Rourke, T. W. (2005). Promoting school health an expanded paradigm, *Journal of School Health*. 75 (3) 112-114.

Öktem, F., Yavrucuoğlu, H., Türedi, A., Tunç, B. (2005). Çocuklarda beslenme alışkanlıklarının hematolojik parametreler ve eser elementler üzerine etkisi, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 12 (1): 6-10.

Öncel, S. (1999). Okul Sağlığı Hizmetlerinin Öğrencinin Sağlık ve Başarı Durumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.

Özdemir, B., Topbaş, M., Çan, G. (2005). Giresun'da Sosyoekonomik düzeyi farklı iki yerleşim yerindeki ilköğretim öğrencilerinin beslenme durumları, GATA 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri Kitabı, Ankara.

Öztürk, A., Dicle, A., Sarı, H.Y., Bektaş, M. (2004). Okul Dönemindeki Çocukların Sağlık Durumlarının Belirlenmesi, *Milli Eğitim Dergisi*. sayı: 163. ([http :/ / yayim.meb. gov. tr / yayimler / 163/ ozturk.htm.](http://yayim.meb.gov.tr/yayimler/163/ozturk.htm)) (21.07.2005)

Parcel, G. S. Meyer, M. P. (1978). Development of an instrument to measure children's health locus of control. *Health Education Monographs*. 6 (2): 143-159.

Parcel, G. S., Nader, P. R., Roger, P. J. (1980). Health Locus of Control and Health Values: Implication for school health Education, *Health Values: Achiving Health Level wellness*. 4(1): 32-36.

Parcel, G. S. (1988). CHLC (Children Health Locus of Control) Scale Developer Comments on Applicability, *Journal of School Health*.58 (1): 12.

Payne, H. (1992). Understanding Your Health, Mosby: 3-16.

Pender, N. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice* (2 nd edition). Norwalk, ct; Appleto and Lange.

Perry, C., Toole, K. (2000). Impact of school nurse case management on asthma control in school age children. *Journal of School Health*. (70);303-304.

Petersen, P. E. C. (2003). The World Oral Health Report 2003: Continuous Improvement of Oral Health in the 21 st.century-The Approach of the WHO Global Oral Health Programme, *Community Dental Oral Epidemiology* (31): 3-24.

Piper, S. M., Brown, P. A.(1998). The theory and practice of health education applied to nursing: a bi-polar approach. *Journal of Advanced Nursing*. (27)383-389.

Pollitt, P. (1994). Lina Rogers Struthers: The First School Nurse. *Journal of School Nursing*. (10): 34-36.

Potts, N. L., Manndleco, B. L. (2002). Growth and Development of school-aged children, *Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families*, Delmar, Thomson Learning: 283-303.

Poulse, A. A., Ziviani, J. M. (2004). Health Enhancing Physical Activity: Factors Influencing Engagement patterns in children, *Australian Occupational Therapy Journal*. (51): 69-79.

Proctor, S. T., Lordi, S. L., Zaiger, D. S. (1993). *School Nursing Practice: Roles and Standards*, Scarborough.Maine: National Association for School Nurses.

Regis, D. (1990). Pastoral Models: Personal Development and “Self Empowerment” in Health Education. School of Education, University of Exeter (<http://www.ex.ac.uk/sheu/Phd/2b.html>).(28.12.2004).

Reusen, V. K., Robinson, J. (1998). Standards-based assessment in school health education, *Education*. 116 (4): 528-533.

Ricci, F. (2000). Strategies for Teaching safety Education to children with special needs: *International Trauma Nursing*. (6): 129-132.

Rodriguez, J. (1990). Childhood injuries in the United States: A priorities issue, *Journal of Diseases of Children*. 144: 625-626.

Rogers, R. W. (1982). The Self Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports* (51): 663- 671.

Rowling, L., Rissel, C. (2000). Impact of national health promoting initiative, *Journal of School Health*. 70 (6): 260-261.

Sabin, J. A., Zatzick, D. F., Rivara, F. P. (2005). A Role of School Health Personnel in Supporting children and families following childhood injury. *Journal of School Health*. 75 (4):141-143.

Samdal, O., Nutbeam, D., Wold, B. Kannas, L. (1998). Achieving health and educational goals through schools- a study of the importance of the school climate and the students' satisfaction with school. *Health education Research*. 13 (3): 383-397.

Sarafino, E. P. (1990). *Health Psychology, Lifestyles and Health: Health related Behaviour and Health Promotion*, John Willey and Sons. 175-213.

Saunders, R. P., Pate, R. R. Felton, G., Dowda, M., Weinrich, M. C., Ward, D. S., Parsons, M. A., Baranowski, T. (1997). Development of questionnaires to measure psychosocial Influences on children's physical activity, *Preventive Medicine*. (26): 241- 247.

\_\_\_\_\_Sağlık Bakanlığı (2004). Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı (<http://saglik.gov.tr/sb/default.Asp?birimler-proje&sid=1127&cid=8>) (1 Aralık 2004)

Schainer, E., O'Brien, M. J., Fox, D., Brauchner, H. (2005). School Nurse services: Use an Urban Public School System, *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 159 (1): 83-87.

Schickler, P. James, T., Smith P. (2002). How do I know It's Health Promotion?A study of Health Promotion Activities and Awareness in student placements, *Learning in health and Social Care*. 1 (4): 218-228.

Schonfield, D. J. (1996). Talking with school age children about AIDS and Death. *Journal of School Nursing*. (12): 26-32.

Scriven, A., Stiddart L. (2003). Empowering School: Translating health promotion principles in to practice, *Health Education*. 103 (2): 110-118.

Seifert, K. L., Hoffnung, R. J. (1991). The Middle Years: Cognitive Development, Child and Adolescent Development, Houghton Mifflin Company, Boston: 411-453.

Sheetz, A. H. (2002). Developing a strategic Plan for School Health Services in Massachusetts, *Journal of School Health*. 72, (7): 278-281.

Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice Dunn, S., Jacobs, B., Roger, R. W. (1982). The Self Efficacy Scale construction and validation, *Psychological Reports*. (51): 663-671.

Shi-Chang, X., Xin -Wei, Z., Yang, X. S., Shuming,T., Senhai, Y., Aldinger, C., Glasauer, P. (2004). Creating health promoting schools in China with a focus on nutrition, *Health Promotion International*. 19 (4): 409-418.



Speer, P. W., Jackson, C. B., Peterson, N. A. (2001). The relationship between social cohesion and empowerment: Support and new implications for theory, *Health Education and Behaviour*. 28 (6): 716-732.

Terry, D. (1994). Determinant of coping: The role of stable and situational factors: *Journal of Personality and Social Psychology*. (66): 895-910.

\_\_\_\_\_The American Nurses Foundation (2004). ANF's "Food-Safe Schools's projects children(<http://www.nursing.world.org>) ( 11.11.2005).

Tones, K. (1990). Why theories? Ideology in health education. *Health Education Journal*. (49): 2-6.

Tossavainen, K., Turunen, H., Jakonen, S., Vertio, H. (2004). Health Promotional Education: Differences between school nurses' health counselling and teachers' health instruction in the finnish ENHPS, *Children Society Volume*. (8) 371-382.

Ubbes, V. A., Black, J. M., Ausherman, J. A. (1999). Teaching for understanding health education: The role of critical and creative thinking skills within constructivism theory, *Journal of Health Education*. (30): 67- 72.

Vanobbergen, J., Declerck, D., Mwallii, S., Martens, L. (2004). The Effectiveness of a 6 Year Oral Health Education Programme for Primary School Children, *Community Dental Oral Epidemiology*. (32): 173-82.

\_\_\_\_\_Victorian Government Department of Human Services (2000). Primary Care Partnership Draft Health Promotion Guidelines. [www.dhs.vic.gov.au/acmh/ph/pcp/](http://www.dhs.vic.gov.au/acmh/ph/pcp/) (2.10.03.).

Waganer, J. R. (2003). Challenge and Context in School Health Education, *Journal of School Health*. 73 (7): 251.

Wainwright, P., Thomas, J., Jones, M.( 2000). Health Promotion and the role of school nurse: A sistematic review, *Journal of Advanced Nursing*. 32 (5): 1083-1091.

Walker, S. N., Sechrist, K. R., Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*. 36(2), 76-81.

Warren, J. M., Henry, C. J., Lightowler, H. J., Bradshaw, S. M., Perwaiz S. (2003). Evaluation of a pilot school programme aimed at the prevention of obesity in children, *Health Promotion International*. 18 (4): 287-296.

Whitfield, C. (1995). Raising The Profile of School Nurse, *Nursing Times*. 91;11.

Whitehead, D. (2001). Health Education,Behavioural Change and Social Psychology: Nursing's Contribution to Health Promotion, Integrative literature reviews and meta-Analises. *Journal of Advance Nursing*. 36 (4): 822-832.

Whitehead, D. (2003). Health Promotion and Health education viewed as symbiotic paradigms: Bridging the theory and practice gap between them, *Journal of Clinical Nuring*. 12 (6): 796-805.

World Health Organization (1986). Health and Welfare Canada and the Canadian Public Health Association Ottawa charter for Health promotion, Copenhagen, Denmark: FADL Publish.



World Health Organization (1999). Health 21: The Health for all Policy Framework for the WHO European Region,WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

World Health Organization (2000). The WHO Cross-National Study on Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) from 28 Countries: Finding from United State, *Journal of School Health*. (70) (6): 227-228.

Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L., Carson, S. ( 2000). Mid Matters, A whole-school approach promoting mental health and wellbeing, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatri.* (34): 594-601.

Zask, A. Bourden, E. Barnett, L. Brooks, L. O., Dietrich, U.C. (2001). Active school playgrounds-Mysh or reality? Results of the “move it grove it” project. *Preventive Medicine.* 33: 402-40


## Ek 1. Öz- etkililik-Yeterlilik Ölçeği ( Sherer et.al, 1982) ve Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği ( Parcel et al.,1978) Uygulama İzni

<b>Date:</b>	Mon, 25 Jul 2005 10:58:03 -0500 (CDT)
<b>From:</b>	"Steven L. Prentice-Dunn" <sprentic@bama.ua.edu>  <a href="#">View Contact Details</a>
<b>To:</b>	"kader gurbuz" <kadergurbuz63@yahoo.com>
<b>Subject:</b>	 Re: Kocaeli University

Thank you for your interest in my work. You are certainly welcome to use the scale. I am attaching the scale and scoring instructions.

Good luck on your research.  
Steve Prentice-Dunn

kader gurbuz wrote:  
>Dear Ph.D. Steve Prentice-Dunn,  
>Department of Psychology  
>University of Alabama

<b>Subject:</b>	RE: Children's Locus of control
<b>Date:</b>	Tue, 18 Jan 2005 09:46:30 -0600
<b>From:</b>	"Parcel, Guy" <Guy.S.Parcel@uth.tmc.edu>  <a href="#">Add to Address Book</a>
<b>To:</b>	"kader gurbuz" <kadergurbuz63@yahoo.com>

You have my permission to use the CHLC scale.

Guy S. Parcel, Ph.D.  
713-500-9052

-----Original Message-----

From: kader gurbuz [mailto:[kadergurbuz63@yahoo.com](mailto:kadergurbuz63@yahoo.com)]

Sent: Sunday, January 16, 2005 10:15 AM

To: Parcel, Guy

Subject: Children's Locus of control

Research assistant Kader Gürbüz  
Kocaeli Üniversitesi  
Kocaeli Sağlık Yüksekokulu  
Veziroğlu kampüs

**Ek 2. A. Ölçeklerin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmalarında Kapsam Geçerliliği için Uzman Görüşü Alınan Öğretim Üyeleri İsim Listesi**

**1. Prof. Dr. Nurgün Platin** ( Emekli Öğretim Üyesi) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı-ANKARA

**2. Prof. Dr. Semra Erdoğan** Florance Nigthingale Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilimdalı-İSTANBUL

**3. Prof. Dr. Günsel Başer** Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı-İZMİR

**4. Doç. Dr. Güler Cimete** Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı-İSTANBUL

**5. Doç. Dr. Sebahat Gözüm** Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilimdalı-ERZURUM

**6. Doç. Dr. Sema Kuşuoğlu** Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilimdalı-İSTANBUL

**7. Yrd. Doç. Dr. Behice Ekici** Kocaeli Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı-KOCAELİ

**8. Yrd. Doç. Dr. Filiz Arslan** GATA Hemşirelik Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı-ANKARA

**B. Ölçeklerin Dil Geçerliliği Çalışmalarında Uzman Görüşü Alınanların Listesi**

**1. Sevgi Önsel** Eğitimci

**2. Suzzanne Usanmaz** İngilizce Öğretmeni

**3. Yrd. Doç. Dr. Pınar Topsever** Kocaeli Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilimdalı

**4. Yrd. Doç. Dr. İsmet Şahin** Kocaeli Üniversitesi Eğitim Fakültesi

**5. Okutman Filiz Özen** Kocaeli Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu

**6. Okutman Elif Konak** Kocaeli Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu

### Ek 3. Çocuklarda Sağlık Denetim Odağı Ölçeği

Anket no:

Sınıf ve Şubesi:

Yaş:

#### ÇOCUKLARDA SAĞLIK DENETİM ODAĞI

Lütfen soruları cevaplarken başkalarının ne düşündüğü değil, kendinizin ne hissettiğine göre karar veriniz.

Bu maddelerde doğru cevap ya da yanlış cevap yoktur. Aşağıdaki maddelerden sizin için doğru olduğunu düşündüğünüz maddenin karşısındaki “Evet” seçeneğini daire içine alarak işaretleyiniz. Doğru olmadığını düşündüğünüz maddeler için “Hayır” seçeneğini daire içine alarak işaretleyiniz.

Karar vermekte çok güçlük yaşadığınızda her bir durum için yalnızca evet ya da hayır seçeneklerinden birine kesin karar vererek işaretleyiniz. Asla her iki seçeneği birden işaretlemeyiniz.

Sevgilerimle,  
Kader Gürbüz

Örneğin;

a. Çocuklar hastalanabilirler.

Eğer bunun doğru olduğunu düşünüyorsanız, “EVET ” seçeneğini işaretleyiniz.

.....Evet

Eğer bunun doğru olmadığını düşünüyorsanız “HAYIR” seçeneğini

işaretleyiniz.....Hayır

b. Çocuklar hiç hastalanmazlar.

Eğer bunun doğru olduğunu düşünüyorsanız, “EVET ” seçeneğini işaretleyiniz.

.....Evet

Eğer bunun doğru olmadığını düşünüyorsanız “HAYIR” seçeneğini

işaretleyiniz.....Hayır

1. Sağlıklı olmak, şans işidir.

EVET HAYIR

2. Hasta olmamak için ben de bir şeyler yapabilirim.

EVET HAYIR

3. İnsanlar şanssızlıkları nedeniyle hasta olurlar.

EVET HAYIR

4. Yalnızca doktorun/ hemşirenin bana dediğini yapabilirim.

EVET HAYIR

5. Hasta olacaksam olurum, olmamak için bir şey yapamam.

EVET HAYIR

6. Hiç hastalanmayan insanlar, şanslı insanlardır.

EVET HAYIR

7. Hastalıktan nasıl korunacağımı bana annem söylemelidir.

EVET HAYIR

8. Beni hasta olmaktan sadece doktor ve hemşire koruyabilir.

EVET HAYIR

9. Hastaysam, iyileşmek için bir şeyler yapabilirim.

EVET HAYIR

10. Yaralandıysam, bu kendiliğinden olmuştur, kazaları önlemek için bir şey yapamam.

EVET HAYIR

11. Hastalıklarla savaşmak için benim yapabileceğim bir çok şey vardır.

EVET HAYIR

12. Sadece diş hekimi benim dişlerimi koruyabilir.

EVET HAYIR

13. Nasıl sağlıklı kalacağımı bana birileri söylemelidir.

EVET HAYIR

14. Okulda yaralanırsam hemen okul hemşiresine ya da revire giderim.

EVET HAYIR

15. Öğretmen bana okulda kazalardan nasıl korunacağımı söylemelidir.

EVET HAYIR

16. Sağlığım için pek çok şey yapabilirim.

EVET HAYIR

17. Hastalandığımda birileri bana ne yapmam gerektiğini söylemelidir.

EVET HAYIR

18. Ne zaman kendimi hasta hissetsem, hemen okul hemşiresine ya da revire giderim.

EVET HAYIR

19. Dişlerimin sağlıklı olabilmesi için ben de bir şeyler yapabilirim.

EVET HAYIR

20. Kazaları önlemek için ben çok şey yapabilirim.

EVET HAYIR

#### Ek 4. Öz Etkililik-Yeterlilik Ölçeği Çocuk Formu

Anket no:

Sınıf:

#### BEN NASIL BİRİYİM?

Sevgili öğrenciler,

Günlük hayatınızda GERÇEKTEN sizin nasıl biri olduğunuzu ve olaylar karşısında nasıl davrandığınızı düşünerek, size en uygun seçeneğe(+) işareti koyunuz. Değiştirmek istediğiniz ya da yanlış işaretlediğiniz cevabın üzerine (iptal) yazarak, seçmek istediğiniz seçeneği işaretleyiniz. Araştırma sonuçları toplu olarak değerlendirilecektir. Teşekkür ederim.

Sevgilerimle,

Kader Gürbüz

1. Gerçekleştirebileceğim planlar yaparım.

Hiçbir zaman                  Bazen                  Her zaman  
( )                                  ( )                                  ( )

2. Yapmam gereken bir işe başlamakta çok zorlanırım.

Hiçbir zaman                  Bazen                  Her zaman  
( )                                  ( )                                  ( )

3. Bir işi ilk seferde yapamıyorsam, başarıncaya kadar denerim.

Hiçbir zaman                  Bazen                  Her zaman  
( )                                  ( )                                  ( )

4. Kendim için yapmayı planladığım işlerin çok azını başarırım.

Hiçbir zaman                  Bazen                  Her zaman  
( )                                  ( )                                  ( )

5. İşlerimi bitirinceye kadar uğraşırım, vazgeçmem.

Hiçbir zaman                  Bazen                  Her zaman  
( )                                  ( )                                  ( )

6. Başaramayacağıma inandığım işlerden kaçırım.

Hiçbir zaman                  Bazen                  Her zaman  
( )                                  ( )                                  ( )

7. Karmaşık işlerle uğraşmam/ denemem bile.

Hiçbir zaman                  Bazen                  Her zaman  
( )                                  ( )                                  ( )

8. Yaptığım işten hoşlanmasam bile bitirinceye kadar uğraşırım.

Hiçbir zaman                  Bazen                  Her zaman  
( )                                  ( )                                  ( )

9. Bir şeyi yapacağım diyorsam, yapıncaya kadar çalışırım.

Hiçbir zaman                  Bazen                  Her zaman  
( )                                  ( )                                  ( )

10. Yeni bir şeyler öğrenmede başlangıçta başarısız olursam hemen vazgeçerim.

Hiçbir zaman                  Bazen                  Her zaman  
( )                                  ( )                                  ( )



11. Beklenmedik sorunlar ile karşılaştığımda onu çözmek için uğraşmam.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
12. Yeni bir şeyler öğrenirken zorlanırsam, öğrenmekten vazgeçerim.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
13. Başarısız olduğumda başarmak için daha da çok çalışırım.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
14. Bir şeyleri yapabileceğim konusunda kendime fazla güvenmem.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
15. Kendi işimi kendim yaparım.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
16. Kolay vazgeçerim/pes ederim.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
17. Karşılaştığım sorunları çözemem.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
18. Çok zor yeni arkadaş edinirim.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
19. Tanışmak istediğim biri varsa, onun gelip benimle konuşmasını beklemek yerine gider o kişi ile ben konuşurum.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
20. İlgimi çeken ama arkadaşlık kurulması zor biriyle, kısa bir süre sonra arkadaşlık kurmaktan vazgeçerim.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
21. Arkadaş olmaya çalıştığım biri bana ilgi göstermiyorsa, ondan hemen vazgeçerim.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
22. Sosyal toplantılarda( arkadaşlarımla ya da büyükler arasında) sıkılırım.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
23. Arkadaşlarımı, arkadaşlık kurma yeteneğim ile edindim.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

## Ek 5. Çocuklarda Sağlık Algı ve Sağlık Davranışları Ölçeği

Anket no:

Sınıfı/ Şubesi:

Yaş:

Cinsiyeti: ( ) Kız ( ) Erkek

Eğitim durumu (Anne): ( ) İlkokul ( ) Orta okul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Diğer.....

Eğitim durumu (Baba ): ( ) İlkokul ( ) Orta okul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Diğer.....

### BU DAVRANIŞLARI NE SIKLIKTA YAPARSINIZ?

Sevgili öğrenciler,

Aşağıdaki davranışları günlük yaşantınızda **GERÇEKTE** ne sıklıkta yaptığınızı lütfen işaretleyiniz. Lütfen sadece bir seçeneği işaretleyiniz. Eğer yanlış işaretlediğiniz bir seçenek olursa üzerine mutlaka “iptal” yazarak belirtiniz. Araştırma sonuçları toplu olarak değerlendirileceği için isminizi yazmanız gerekmemektedir. Teşekkür ederim.

Sevgilerimle  
Kader Gürbüz

1. Sağlıklı olmak benim için önemlidir.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

2. Sağlığımın için nelerin zararlı olduğunu bilirim

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

3. Vücudumda meydana gelen değişiklikleri hemen fark ederim

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

4. Sağlığım ile ilgili merak ettiklerimi mutlaka öğrenirim.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

5. Gazete, dergi ve kitaplardan sağlığım ile ilgili konuları okurum.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

6. Günde en az 6-8 su bardağı su içerim.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

7. Her gün (şeker, topitop, çikolata, jelibom gibi) şekerlemeler yerim.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

8. Her gün sebze yemeği ya da yemeklerde salata yerim.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

9. Her gün meyve yerim ya da taze sıkılmış meyve suyu içerim.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

10. Her gün süt içerim, peynir ya da yoğurt yerim.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

11. Her gün tahıl grubu (nohut, mercimek, pirinç gibi) ya da ekmek yerim.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

12. Her gün cips, bisküvi ya da gofret alırım.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

13. Haftada 3-4 kez lokanta, kafeterya ya da kantinden yemek yerim.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

14. Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

15. Paketlenmiş yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketlerini okurum.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

16. Sokak satıcılarından yiyecek alırım.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

17. Her gün kola ve gazoz gibi asitli içecekler içerim.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

18. Evde pişirilen her yemeği yerim, yemek seçmem.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

19. Her gün 1-2 saat sokakta arkadaşlarımla top oynarım ya da ip atarım.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

20. Her gün ,futbol , bisiklete binme,voleybol, basketbol gibi spor / egzersiz çalışmalarına katılırım.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

21. Genellikle dışarıda oynamak yerine TV izlerim ya da bilgisayar oyunları oynarım.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

22. Olumlu bir şekilde büyüdüğümü ve değiştiğimi hissediyorum.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

23. Kendimi mutlu ve memnun hissediyorum.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

24. Güçlü ve zayıf yönlerimi biliyorum

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

25. Geleceğe umutla bakıyorum.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
26. Her günü ilginç ve mücadeleye değer buluyorum.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
27. Hayatımın bir amacı olduğuna inanıyorum.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
28. Başarılı insanları kendime örnek alıyorum.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
29. Sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle paylaşıyorum.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
30. Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim/ kutlarım.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
31. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
32. Sevdiğim insanlara dokunmaktan ( elini tutmak, sarılmak gibi ) ve onların bana dokunmalarından hoşlanırım  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
33. İnsanlarla ilişkilerim iyidir.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
34. Her gün 9-11 saat uyurum.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
35. Her gün aynı saatlerde yatmaya özen gösteririm.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
36. Yatma zamanında hoş, güzel şeyler düşünürüm.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
37. Her gün rahatlamak için kendime zaman ayırırım.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
38. Her gün beni rahatlatacak bir şeyler (müzik dinlemek, gezmek gibi) yaparım.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )
39. Yaşamındaki sorunların neden meydana geldiği üzerinde düşünerek çözüm üretirim.  
Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

40. Arkadaşlarımla aramda bir sorun çıkarsa bu sorunu onunla konuşarak çözmeye çalışırım.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

41. Karşıdan karşıya geçerken üst geçitlerden ya da yaya geçitlerinden geçirim.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

42. Arabaya binince ön koltukta oturursam emniyet kemeri takarım.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

43. Karşıdan karşıya geçerken mutlaka yolun her iki yönünü de kontrol ederim.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

44. Çevremde kazaya neden olabilecek tehlikeli durumlara karşı önlem alırım.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

45. Haftada 1-2 kez banyo yaparım.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

46. Tuvalete girmeden önce ellerimi yıkarım.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

47. Yemek yemeden önce ellerimi yıkarım.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

48. Her gün dişlerimi en az 2 kez fırçalarım.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

49. Yemekten sonra ellerimi yıkarım.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

50. Tuvaletten sonra ellerimi yıkarım.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

51. Tuvalette temizlenmek için ıslak tuvalet kağıdı kullanırım ve kurulanırım.

Hiçbir zaman Bazen Her zaman  
( ) ( ) ( )

**Ek 6. Milli Eğitim Bakanlığı Araştırma ve Planlama ve Koordinasyon Kurulu Daire Başkanlığı izni**

T.C.  
**MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI**  
Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı

Sayı : B.08.0.APK.0.03.05.01-01/304

18 /01/2005

Konu : Araştırma İzni

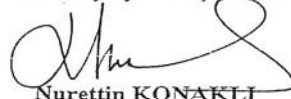
**KOCAELİ VALİLİĞİNE**  
(İl Milli Eğitim Müdürlüğü)

İlgi : Kocaeli Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün 07.01.2005 tarih ve 510 sayılı yazısı.

Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalında yüksek lisans yapan Kader GÜRBÜZ'ün "Olumlu Sağlık Davranışlarının Kazandırılmasında Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları" konulu tezini Kocaeli Yuvam Akarca Bölgesindeki ilköğretim okullarında uygulama izin talebi incelenmiştir.

Araştırma sonucunun bir örneğinin Bakanlığımıza verilmesi kaydıyla araştırmanın yapılması uygundur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Nurettin KONAKLI  
Bakan a.  
Kurul Başkanı V.

1377

Milli Eğitim Md.  
28/01/2005  
Vali Y.

**EĞİTİM**  
**%100**  
**DESTEK**

ÜCRETSİZ  
444 0 632  
DANIŞMA HATTI

Atatürk Bulvarı Nu: 98 Kızılay  
Telefon: 425 00 86 - 425 33 67  
e - posta : apk @ meb.gov.tr

06650 ANKARA  
Faks : 418 64 01  
Elektronik ağ : www.meb.gov.tr

## Ek.7.1. Kendini Gerçekleştirme ve Sosyal Destek Afışı



## Ek 7.2. Stresle Baş Etme ve Egzersiz Afişi

Aynanın karşısında dans etmeye bayılıyorum. Hiç ayna karşısında bu hareketleri yapmayı denediniz mi?

Basketbol oynamaya bayılırım. Siz hangi spor ile ilgileniyorsunuz?

Her gün düzenli olarak kendime 15-20 dakikalık bir zaman ayırıyorum. Siz hiç kendinize zaman ayırıyor musunuz?

Sağlıklı olmak, benim elimdedir.

Arkadaşlar harika çalışıyor. Boş zamanlarımda eğlenceli hareketler yapmak, beni çok mutlu ediyor. Denemeye değer doğrusu.

Birşeyi yapacağım diyorsam, yapıncaya kadar uğraşırım.

Uykusuzluğa dayanamam. Her gün aynı saatte yatmaya özen gösteririm. Ayrıca yatarken güzel şeyler hayal etmeyi de ihmal etmem. Uyandığımda kendimi çok dinlenmiş hissedirim.

The poster features several cartoon frogs in various poses and settings. One frog is dancing in front of a mirror, another is playing basketball, and others are in a pond, sitting on a lily pad, and in a bed. The background is a light blue gradient with a green vertical bar on the right side.



### Ek.7.3. Beslenme ve Güvenlik Afifi



## Ek 7.4.Hijyenik Alışkanlıklar ve Sağlık Sorumluluğu Afişi

Sağlığımla ilgili merak ettiklerimi mutlaka araştırır ve öğrenirim.

Kendi işimi kendim yaparım, her zaman kendime güvenirim.

Dişlerimin sağlıklı olabilmesi için ben de birşeyler yapabilirim.

Biz haftada 3-4 kez banyo yaparız.

Tuvaletten önce ve sonra mutlaka ellerimi yıkarım.

Günde en az 2 kez dişlerimi fırçalarım.

2

The poster features a green frog character in a yellow dress and hat, holding a book. There are several illustrations: a frog in a bathtub, a frog in a pond, a frog in a shower, and a frog in a blue shirt. A magnifying glass is shown over a tooth, and a large blue number '2' is next to the text about brushing teeth.

## Ek 8. Olumlu Sağlık Davranışlarını Keşfetme Programı Davetiyesi

### OLUMLU SAĞLIK DAVRANIŞLARINI KEŞFETME PROGRAMI



Değerli öğrenciler,

İnsanların kendileriyle ve çevreleriyle barışık olmaları, yaşamdan zevk almaları, üretken olabilmeleri ve geleceğe yönelik planlarını gerçekleştirebilmeleri için sağlıklı olmaları gerekir. Sağlıklı bir yaşam biçimi, herkesin ömür boyunca yapabileceği sağlık davranışlarını içerir.

**10/10/2005** ve **1/ 11/ 2005** tarihleri arasında okul sağlığı hemşiresi tarafından hazırlanan “Olumlu Sağlık Davranışlarını Keşfetme Programı” her hafta **Pazartesi** günü **Sağlık Eğitim** sınıfında uygulanacaktır.

Olumlu sağlık davranışları ile tanışmaya ve onları yaşamınızın ayrılmaz bir parçası olmasına ne dersiniz? Cevabınız “EVET” ise lütfen adınızı ve soyadınızı yazarak imzalayınız.

Sevgilerimle,

Kader Gürbüz  
Okul Sağlığı Hemşiresi

### PROGRAMA KATILMAYI KABUL EDEN ÖĞRENCİLERİN LİSTESİ

SINIF:

TARİH:

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI

İMZA

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....
- 9.....
- 10.....
- 11.....
- 12.....

## Ek 9.1. Kendini Gerçekleştirme ve Sosyal Destek

Adı Soyadı:

Sınıfı ve şubesi:

### KENDİNİ GERÇEKLEŞTİRME UYGULAMALARI



Bu aralar çok farklı duygular yaşıyorum. Bazen şaşkın, bazen umut dolu oluyorum. Siz son zamanlarda kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Lütfen size uygun olanları işaretleyiniz.



Saygılı ( )



Meraklı ( )



Sevgi dolu ( )



Okumayı seven ( )



Duygusal ( )



Boş vermiş ( )



Alaycı ( )



Hayalci ( )



Şakacı ( )



Sakin ( )



Sinirli ( )

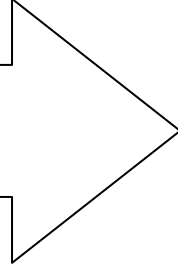


Koruyucu ( )

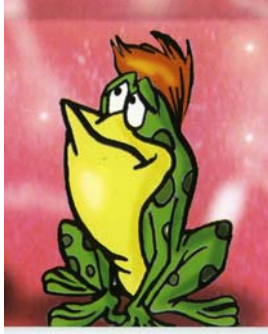
Herkesin mutlaka kendinde çok beğendiği ( olumlu) ya da kendinde beğenmediği (olumsuz) özelliği vardır. Lütfen kendinizde beğendiğiniz ve beğenmediğiniz özellikleri yazar mısınız?



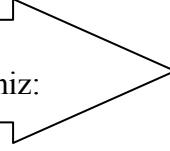
Kendinizde en beğendiğiniz özellikleriniz:



- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....



Kendinizde hiç beğenmediğiniz özellikleriniz:



- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....



Fatih Amcamı kendime örnek alırım. Çünkü; o çok çalışkan biridir, bana ve benim düşüncelerime değer verir. Bana nasıl iyi bir insan olacağımı öğretir.

Siz hayatınızda kimi ya da kimleri örnek alırsınız?	Onun ya da onların en çok hangi davranışlarını beğenirsiniz?
1	
2	
3	
4	

Geleceğe yönelik müthiş planlarım var. Örneğin; Ben uçak mühendisi olacağım. Yeni bir uçak tasarımı gerçekleştireceğim. Bu tasarım ile ilgili ödüller alacağım. Arkadaşım Sevgi çok güzel resim çiziyor ve bana çok ünlü bir ressam olacağı söyledi. Hatta bizim Hilmi sınıfın en güzel konuşanıdır. Herkesi çok iyi dinler ve çok güzel konuşur. Onun başarılı bir sunucu olacağını düşünüyorum.



Siz geleceğe yönelik neler planlıyorsunuz?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Geleceğinizden umutlu musunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

Cevabın “Hayır ” ise neden umutsuz olduğunu açıklar mısınız?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bazı konularda kendime güvenemem. Çünkü;

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Siz sevdiğinizinize sevginizi nasıl gösterirsiniz? Onları mutlu etmek için neler yaparsınız ya da yapmak istersiniz?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





İnsanların neden bazen sevdiklerini belli etmekten korktuklarını bir türlü anlayamıyorum. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz?

.....

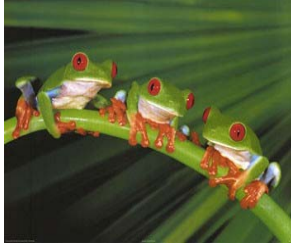
.....

.....

.....

.....

.....



Ben sorunlarımı ve endişelerimi en sevdiğim arkadaşım Murat ve Arzu ile paylaşıyorum. Siz sorunlarınızı en çok kimlerle paylaşırsınız?

Ben sorunlarımı ve endişelerimi en sevdiğim arkadaşım Murat ve Arzu ile paylaşıyorum. Siz sorunlarınızı en çok kimlerle paylaşırsınız?

.....

.....

.....

.....

.....

Onlarla en çok hangi sorunlarınızı paylaşırsınız?

.....

.....

.....

Sınıf arkadaşınız okulda düzenlenen kompozisyon yarışmasında birincilik ödülü aldı. Onun bu başarısını kutlamak için neler yaparsınız?

.....

.....

.....

.....

.....



Bazen insanlar başarılı insanları takdir etmek istemezler. Sizce neden böyle davranırlar?

.....

.....

.....

.....

.....



İşte Benim ailem!

Sizde bize ailenizi tanıtır mısınız?

Adı Yaşı Eğitim durumu İşi En sevdiğim özelliği  
Annem .....

Babam .....

1.Kardeşim.....

2.Kardeşim.....

3.Kardeşim.....

4.Diğer.....

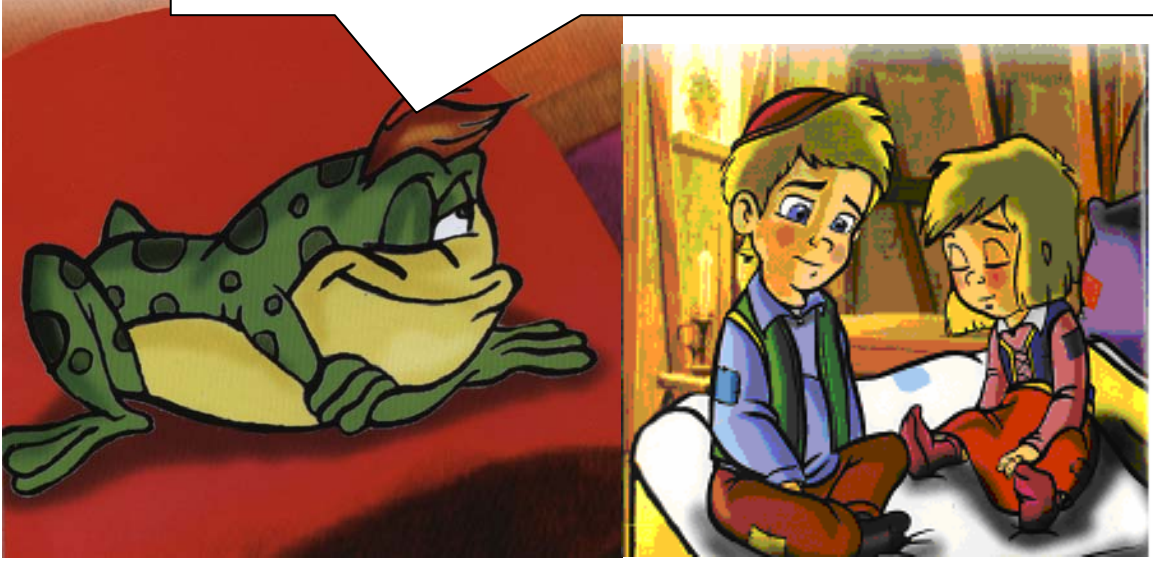


## Ek 9. 2. Stresle Baş etme ve Egzersiz

Adı Soyadı:  
Sınıfı Şubesi:

### STRESLE BAŞ ETME

Uykusuzluğa dayanamam. Her gün aynı saatte yatmaya özen gösteririm. Ayrıca yatarken güzel şeyleri hayal etmeyi de ihmal etmem. Sabahta kendimi çok dinlenmiş hissedirim. Sizin uykuyla aranınız nasıl?



Numara yok. Doğruyu söylüyoruz. Saat kaçta yatıyorsunuz? Lütfen aşağıdaki boşluğa yazınız.

Her gün saat.....de yatağıma yatarım.

Geç yattığınız ve sabah erken kalmak zorunda olduğunuz bir gün, ne gibi problemlerle karşılaşabilirsiniz? Lütfen işaretleyiniz.

- Derste uyurum.
- Konuşulanları yanlış anlayabilirim.
- Sinirli olurum.
- Dalgın olurum.
- İştahım kaçar.
- Midem bulanırım.
- Okula geç kalırım.
- Çabuk hazırlanmam gerekir ve kahvaltı yapmaya vaktim olmaz.

Başka neler olabilir?

.....  
.....



Evde ve okulda birilerinin bana yapmam gereken işleri bana sık sık hatırlatması beni çok üzüyor.Çünkü ben neler yapmam gerektiğine karar verebilecek biriyim. Bu konuda onlarla konuşmanın zamanı geldi.

Beni en çok üzen sorunlar:	Neden beni üzüyor?	Bu sorunu nasıl çözebilirim?
1. ..... ..... ..... ..... ..... .....	1. ..... ..... ..... ..... ..... .....	1. ..... ..... ..... ..... ..... .....
2. ..... ..... ..... ..... ..... .....	2. ..... ..... ..... ..... ..... .....	2. ..... ..... ..... ..... ..... .....
3. ..... ..... ..... ..... ..... .....	3. ..... ..... ..... ..... ..... .....	3. ..... ..... ..... ..... ..... .....
4. ..... ..... ..... ..... ..... .....	4. ..... ..... ..... ..... ..... .....	4. ..... ..... ..... ..... ..... .....



Her gün kendim için 15 -20 dakikalık bir zaman ayırıyorum ve bu sürede hoşlandığım şeyler yapıyorum. Örneğin; en sevdiğim sanatçının güzel bir şarkısını dinliyorum.  
Siz gün içinde kendinize zaman ayırıyor musunuz?

Evet ( ) Hayır ( )

Cevabınız evet ise neler yapıyorsunuz?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cevabınız hayır ise neden zaman ayıramıyorsunuz?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## EGZERSİZ



Basketbol oynamaya bayılırım.

Siz hangi spor dalı ile ilgileniyorsunuz?





Kendimle dans  
etmeme bayılıyorum.  
Hiç ayna karşısında  
bu hareketleri  
yapmayı denediniz  
mi?



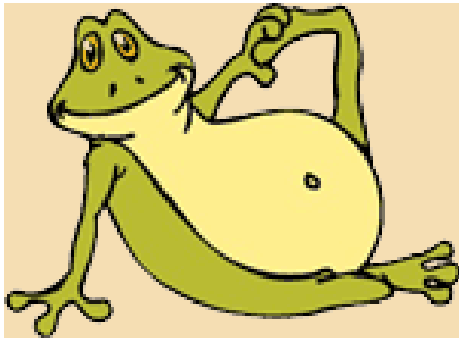
Spor ile ilgilenemiyorum.

Çünkü:.....  
.....  
.....  
.....

Eğer bir spor dalı ile ilgileniyorsanız aşağıdaki seçeneklerden işaretleyiniz.

Futbol  Koşu  Yürüyüş   
Basketbol  Hentbol  Diğer .....  
Voleybol  Yüzme

Her gün saat .....den .....' a kadar spor yaparım.



Eğer her gün düzenli olarak 1 saatimi egzersiz yapmaya ayırırsam;  
kendimi.....hissederim.  
Kaslarım..... ve kemiklerim.....olur.





Arkadaşlar harika şarkılar çalıyor.

Boş zamanlarımda eğlenceli hareketler yapmak, beni çok mutlu ediyor.

Denemeye değer doğrusu!



## Ek 9. 4. Hijyenik Alışkanlıklar ve Sağlık Sorumluluğu

Adı soyadı:  
Sınıfı şubesi:

### HİJYENİK UYGULAMALAR



Haftada 3-4  
kez banyo  
yaparız.



Bazen banyo yapmak istemiyorum. Çünkü;

.....  
.....  
.....



Yemeklerden önce  
ve sonra ellerimi  
yıklarım.

Bazen ellerimi yıkamak istemiyorum. Çünkü;

.....  
.....  
.....

Her gün iki kez dişlerimi fırçalarım.



Her gün iki kez  
dişlerimi  
fırçalarım

Bazen dişlerimi fırçalamak istemiyorum. Çünkü;

.....  
.....  
.....

Yemekten sonra yemek tabaklarını yıkamazsak birkaç gün sonra neler olacağını açıklayınız.

.....  
.....  
.....

Dişlerimi düzenli olarak fırçalarsam neler kazanırım?

.....  
.....  
.....

Evdeki tuvaletinizi ve tuvalette kullandığınız malzemeleri çiziniz.



Malzemeler:

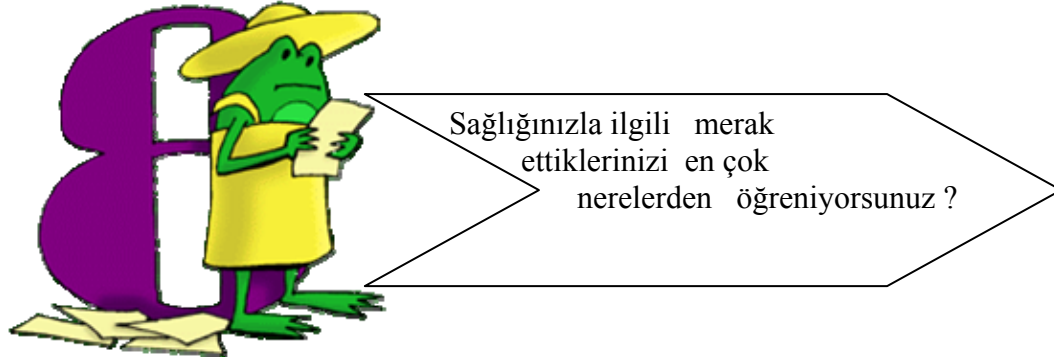
.....  
.....  
.....  
.....

Dikkat! Ellerimi sadece tuvaletten çıktıktan sonra değil, tuvalete girerken de yıkıyorum.

Tuvaletten önce ve sonra ellerini yıkamayan birisi gün boyu halsiz olur. Sizce neden?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Sağlık Sorumluluğu



- ( ) Arkadaşlarıma sorarak
- ( ) Sağlık personeline sorarak
- ( ) Öğretmenime sorarak
- ( ) Anne ve babana sorarak
- ( ) Gazeteleri inceleyerek
- ( ) Kitaplardan araştırarak
- ( ) İnternette araştırarak
- ( ) Diğer

.....  
.....  
.....

Sağlığınızla ilgili en çok neleri öğrenmek istersiniz?

.....  
.....  
.....



Aşağıdaki numaraları boşluklara yerleştiriniz.  
( 112) ( 110) (155)

1. Arkadaşıma karşıdan karşıya geçerken araba çarptı. .... nolu telefonu ararım
2. Evinize hırsız girdi. .... nolu telefonu ararım.
3. Çevrenizde bir bölgede yangın çıktı. ....nolu telefonu ararım

Sağlıklı olduğunuz zaman neler yapabileceğinizi lütfen yazınız

1. Eğer sağlıklı olursam,.....yapabilirim.
2. Eğer sağlıklı olursam,.....gidebilirim.
3. Eğer sağlıklı olursam,.....olabilirim.
4. Eğer sağlıklı olursam,.....görebilirim.
5. Eğer sağlıklı olursam,.....olurum
6. Eğer sağlıklı olursam,.....duyabilirim.

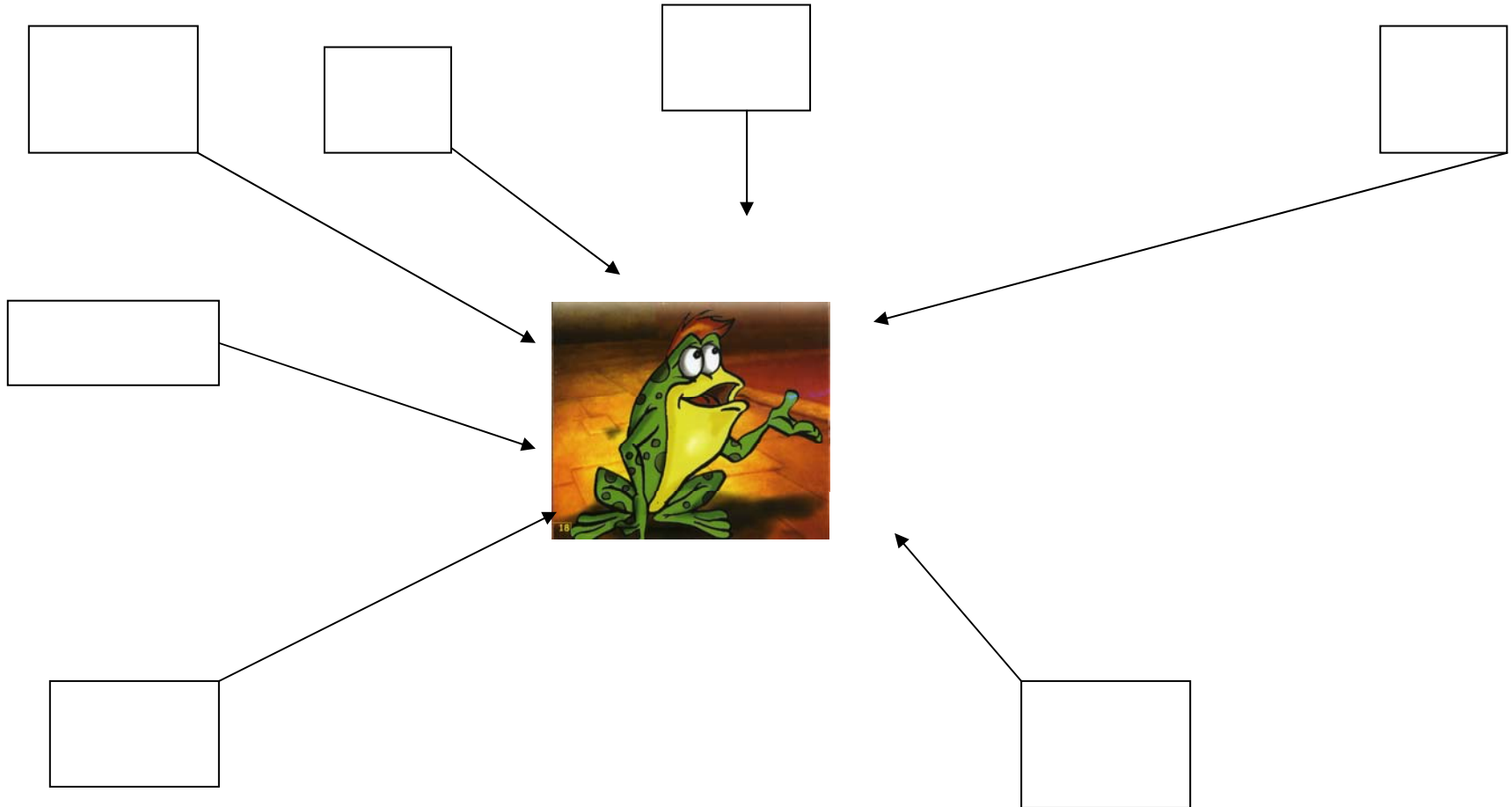
Bir hafta boyunca televizyondaki sağlık programlarında hangi konulardan söz edildiğini yazınız.

.....  
.....  
.....  
.....

Sağlık ile ilgili bilgileri öğrendiğiniz ders kitaplarının ünitelerini yazar mısınız?

.....  
.....  
.....  
.....

**SAĞLIĞIMI NELER ETKİLİYOR OLABİLİR???**  
**GÖRÜNMEYEN KUTULARI SİZ ÇİZİP ,İÇLERİNİ DOLDURABİLİRSİNİZ!!!!**



### Ek 9. 3. Beslenme ve Güvenlik

Adı Soyadı:

Sınıfı şubesi:

#### BESLENME

Şimdi evinize en yakın olan markete giderek orada bulunan paketlenmiş gıdalardan 3 tanesinin üzerini okuyup ve aşağıdaki boşluğa yazınız.



Paketlenmiş besinin ismi	Son kullanma tarihi	İçindekiler
1.. ..... ..... ..... ..... .....	1.. ..... ..... ..... ..... .....	1.. ..... ..... ..... ..... .....
2.. ..... ..... ..... ..... .....	2.. ..... ..... ..... ..... .....	2.. ..... ..... ..... ..... .....

3. ..... ..... ..... ..... .....	3. ..... ..... ..... ..... .....	3. ..... ..... ..... ..... .....
---	---	---

Sıra meyve sebze almaya geldi. Ne kadar güzel görünüyorlar değil mi?



En sevdiğiniz sebze ve meyvelerin isimlerini yazınız.

Sebzeler

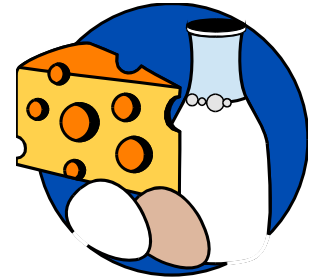
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Meyveler

Her gün süt, peynir ya da yoğurt yerim.

Çünkü;

.....  
.....



Eğer günde 8-10 bardak su içersem .....olur.



## **Ek 10. Olumlu Sağlık Davranışlarını Keşfetme Programı İşleyiş Planı**

### **1.HAFTA:**

#### **KONU: Kendini Gerçekleştirme ve Sosyal Destek**

##### **Hedefler:**

1. Gün boyunca en sık yaşadığı duyguları anlamlandırabilmesi,
2. Sahip olduğu olumlu ve olumsuz özelliklerin farkına varabilmesi,
3. Davranışlarını takdir ettiği ve örnek aldığı kişileri tanımlayabilmesi,
4. Geleceğe yönelik planlarını tanımlayabilmesi,
5. Kendisini en çok mutlu eden olayları ifade edebilmesi,
6. Sevginin ifade biçimlerini tartışabilmesi,
7. Sosyal desteklerin yaşamdaki önemini farkına varması,
8. Sosyal destek faktörlerini tanımlayabilmesidir.

**Süre:**40 dakika

**Ders araçları:** Teyip, kaset, fotoğraflar, powerpoint sunu, öğrenci çalışma notları( Ek 7.1.)

**Yer:** Sağlık Eğitim sınıfı

##### **Ders içeriği:**

- Teması, İnsanların yaşamı boyunca gerçekleştirmeyi planladığı tüm hedeflere inanır ve gerekli mücadeleyi verirlerse hedeflerine ulaşabileceklerini vurgulayan bir hikayenin okunması ve tartışılması
- Çalışma notlarında yer alan bölümler “Duyguları anlamlandırma, olumlu-olumsuz özellikler, geleceğe yönelik hedefler” öğrenciler ile tartışılması.
- Sevginin ifadesinin her bireyde farklı olduğunu temasının (Gülen fotoğraflar incelenerek) tartışılması.
- Bir grup öğrenci sınıf dışına çıkar. Öğrenciler, birer birer içeri alınır ve sınıfa giren her öğrenci diğerini sanki yıllardır görmüyormuş gibi onunla kucaklaşır. Tüm sınıf bunu izler ve herkesin nasıl bir tepki ve neler hissettiği tartışılır. Sosyal desteğin yaşamımızdaki yeri ve önemini farkına varılması sağlanır.

### **2.HAFTA:**

#### **KONU: Stres ve Baş etme, Egzersiz**

##### **Hedefler:**

- 1.Uykunun insan yaşamındaki önemini farkına varması,
- 2.Uykusuzluğun günlük yaşam ve organizma üzerindeki olumsuzluklarını tartışabilmesi,
3. Hergün aynı saatte yatma konusunda karar alması,
4. Uyumadan önce güzel şeyler düşünmeye önem vermesi,
5. Gün içerisinde kendine zaman ayırması,
6. Yaşamındaki sorunların neden meydana geldiğini üzerinde düşünerek çözüm üretebilmesi
7. Her gün kendisini rahatlatıcı bir şeyler(solunum egzersizleri, müzik dinleme, gezmek gibi) yapması,

8.Örnek bir vakadaki sorunları fark edebilme ve nedenlerini bularak “problem çözme basamaklarını uygulayabilmesi

**Süre:** 20dakika

**Ders araçları:**Tebeşir, tahta, Powerpoint sunuları, çalışma notları(Ek 7.2.)

**Yer:** Sağlık Eğitim sınıfı

**Dersin başla evresi:**

- Sürekli çalışan bir arabanın en fazla kaç gün hiç durmadan yol alabilir?
- Tüm geceyi hiç uyumadan geçiren bir insan ertesi günü neler yaşayabilir?
- Gün içinde kendinize rahatlamak için zaman planlıyor musunuz?,

**Ders içeriği:**

- Okul çağı çocuğunda uykunun yeri ve öneminin açıklanması
- Stresle baş etme yöntemleri
- Derin soluk alıp verme egzersizlerinin öğretilmesi
- Hayal kurma yönteminin uygulanması
- Problem çözme yönteminin açıklanması ve birlikte örnek bir problem çözme

**Egzersiz**

**Hedefler:**

- 1.Hareketsiz yaşam tarzının insan yaşamındaki olumsuz etkilerinin tartışılması,
- 2.Hareket etmenin vücudu( solum,dolaşım sistemini) nasıl etkilediğini tanımlayabilmesi,
- 3.Her gün 1-2 saati düzenli olarak egzersiz yapabilmesi
- 4.Her gün spor( egzersiz) , futbol, bisiklete binme, voleybol, basketbol gibi spor çalışmalarına katılması,

**Süre:**10dakika

**Ders araçları:** Bilgisayar, Kolonlar, CD, Powerpoint sunuları, Çalışma notları (Ek 7.2.)

**Dersin başla evresi:**

Su balesi video gösterisi ( müzik,hareket,uyum) sporun faydalarının tartışılması.

**Ders içeriği:**

- İki öğrenci sınıf dışına koşarak çıkması ve gelince nabız ve solunumlarının nasıl değiştiği gözlemlenir ve not edilir.
- Öğrencilerin günlük yaşamlarında egzersize harcadıkları sürenin tartışılması  
Hareketsiz yaşamın vücuda zararlı etkilerinin tartışılması

**3. HAFTA:**

**KONU: Beslenme ve Güvenlik**

**Hedefler:**

1. Yeterli ve dengeli beslenmenin önemine inanması,
2. Beslenme ve sağlık durumu arasında neden-sonuç ilişkisi kurabilmesi,
- 3.Günde en az 6-8 su bardağı su içmeye önem vermesi,
4. Şeker, topitop, çikolata, jelibom gibi şekerlemelerin sağlık üzerindeki etkisinin farkına varması,
5. Her gün sebze yemeği/ yemeklerde salata yemesi,
6. Her gün meyve yeme ya da taze sıkılmış meyve suyu içmesi,
7. Her gün süt içme, peynir ya da yoğurt yemesi
8. Her gün tahıl grubu (nohut, mercimek, pirinç gibi) ya da ekmek yemesi,
9. Her gün cips,bisküvi, gofret yememe,

10. Haftada 3-4 kez lokantadan, kafeterya ya da kantinden yemek yemesi.
11. Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yemesi,
12. Paketlenmiş yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketlerini okuması,
13. Sokak satıcılarından yiyecek alışverişi yapmaması,
14. Her gün kola ve gazoz gibi asitli içecekler içmemesi
15. Evde pişirilen her yemeğin yemesi

**Süre:**30dakika

**Ders araçları:** Tahıl grupları, et ve et ürünleri, süt ve süt ürünleri, sebze ve meyveler, cips ve yağlı kağıt, asitli içecek ve çiğ etler, powerpoint sunu, çalışma notları(Ek 7.3.)

**Yer:** Sağlık Eğitim sınıfı

**Ders içeriği:**

- Suyun, insan vücudundaki yeri ve önemi
- Beslenme ve büyüme ve gelişme arasındaki ilişki
- Yetersiz ve dengesiz beslenmenin sonuçları ( Büyüme ve gelişme geriliği, Obesite )
- Açıkta satılan yiyecekler ve bulaşıcı hastalıklar( Bağırsak parazitleri, Hepatit A)
- Katkı maddeleri bulunan yiyeceklerin belirlenmesi
- Temel besin gruplarının tartışılması.

**Güvenlik**

**Hedefler:**

1. Karşıdan karşıya geçerken üst geçitlerden ya da yaya geçitlerinin kullanılması
2. Arabaya binince ön koltukta oturulduğu durumlarda mutlaka emniyet kemeri takma.
3. Karşıdan karşıya geçerken mutlaka yolun her iki yönünü de kontrol etme.
4. Çevresinde kazaya neden olabilecek tehlikeli durumlara yönelik önlem alabilme.

**Süre:**15

**Ders araçları:** Powerpoint sunu(Güvensiz olmayan çevreler ve güvensiz davranışlar)ve çalışma notları(Ek 7.3.)

**Yer:** Sağlık Eğitim sınıfı

**Ders içeriği:**

- Güvenlik ve güvende olma kavramlarının tartışılması
- Gösterilen resimlerin tartışılması
- Çalışma notlarında yer alan evde kazaya neden olabilecek 13 faktörün gruplar tarafından bulunması.
- Okulda kazaya neden olabilecek durumların öğrenciler tarafından tanımlanması sağlanır.

**4. HAFTA:**

**KONU: Hijyenik Alışkanlıklar ve Sağlık Sorumluluğu**

**Hijyenik Alışkanlıklar**

**Hedefler:**

1. Kirliliğin insan yaşamında meydana getirdiği zararları tartışabilmesi,
2. Temiz olmanın insanlara sağladığı faydaların tartışabilmesi,
3. Haftada 1-2 kez banyo yapabilmesi,
4. Tuvalete girmeden önce ellerin yıkaması,

- 5.Yemek yemeden önce ellerin yıkaması,
- 6.Her gün dişlerini en az 2 kez fırçalanması,
- 7.Yemekten sonra ellerimi yıkaması,
- 8.Tuvaletten sonra ellerimi yıkaması,
- 9.Tuvalette temizlenmek için su ve tuvalet kağıdı kullanması

**Süre:**20 dakika

**Ders araçları:** Powerpoint sunu, çalışma notları( Ek 7.4.)

**Yer:** Sağlık Eğitim sınıfı

### **Dersin başla evresi:**

Sizce temizlik nedir? Bireyin temiz olmasının kendisine sağlayacağı faydalar nelerdir. Her gruba 5 dakika süre verilir. Herkes bu konudaki düşüncesini bir satır halinde yazar. Etkinlik sonunda grup üyesi kadar satır ve grup sayısı kadar da şiir oluşur. Bu şiirler dersin başında okunur.Tüm gruplar alkışlanır.

### **Ders içeriği:**

- Öğrencilerin çalışma notlarında yer alan sorunları önce gruplar birleştirir. Grupların ortak sorunları tartışılır ve tüm sınıf ile birlikte çözüm önerileri üretilir. Örneğin; Neden diş fırçalama alışkanlığını kazanmakta sıkıntı yaşanır? Bu sorunu çözmek için neler yapılabilir?
- Sağlıklı dişleri sahip olmanın faydaları nelerdir? Önce grup içinde ve sonra sınıf içinde tartışılması.
- Bağırsak parazitleri neden oluşur? Bağırsak parazitlerinin vücut üzerindeki etkileri nelerdir? Bağırsak parazitlerini engellemek için neler yapılabilir?

### **Sağlık Sorumluluğu**

#### **Hedefler:**

1. Sağlıklı olmanın önemine inanması,
2. Sağlığa zararlı olan durumları tanımlayabilmesi ( Ek 7.4.),
3. Vücudunda meydana gelen değişiklikleri fark edebilmesi,
4. Sağlığı hakkında merak ettiklerini mutlaka öğrenmesi,
5. Gazete, dergi ve kitaplardan sağlığı ile ilgili konuları okuyabilmesi,

**Süre:**20dakika

**Yer:** Sağlık Eğitim sınıfı

### **Dersin başla evresi:**

Sağlığı etkileyen faktörlerin tartışılması ( Fiziksel, Sosyal, Biyolojik, Psikolojik...)

### **Ders içeriği:**

- Sınıfa boş bir pano alınacak ve bu panoya ilgili internet, gazete, ansiklopediden getirilen haberlerin asılması

## Ek 11.Çocuklar İçin Sağlık Durumu Değerlendirme Formu



### SAĞLIK DAVRANIŞLARININ FARKINDA OLDUĞUN VE SORUNLARINI ÇÖZMEYE ÇALIŞTIĞIN İÇİN SENİ KUTLARIM!!!

Ad Soyadı:.....

Sınıfı: .....

Yaş:.....

Cinsiyet:.....

Adres:.....

.....

.....

Tel:.....

Haydi bakalım! Aşağıda yer alan ifadelerden size uygun olan ifadeleri hem kağıt üzerinde hem de ilgili bölüm sonuç çizelgesine lütfen işaretleyiniz.Birden fazla şikkı işaretleyebilirsiniz.

#### 1.BÖLÜM: SAĞLIK ÖYKÜM

1.Mevcut sağlık sorunlarım

a. Diabet( Şeker Hastalığı) ( ) b. Kalp hastalığı ( ) c. Astım ( ) d. Diğer( ).....

2.Sürekli kullandığı ilaç/ ilaçlarım var

Varsa isimleri:.....

3.Reçetesiz ilaç kullanırım. ( )

4.Hastanede yattım. ( )

5.Ameliyat oldum. ( )

( + ) ise nerenizden ameliyat olduğunuzu yazınız.

.....

#### Kaza öyküsü

6.Kaza geçirdim.( )

a. Bisiklet kazası ( ) b.Trafik kazası ( ) c. Ev kazası ( ) d. Diğer ( ).....

7.Kaza geçirdiğiniz yer:

a.Okulda ( ) b. Evde ( ) c. Sokakta ( ) d. Bahçede ( ) e.Diğer.....

8. Alerjim var( )

a. Yiyecek ( ) b. İlaç ( ) c. Çiçek tozu ( ) 4. Ev tozu ( ) 5. Koku ( ) 6. Diğer ( )

A. BESLENME:



Boyum: .....cm.

Vücut ağırlığım:.....kg

**Beden kitle indeksi formülü**

$$\text{BKİ: } \frac{\text{Vücut ağırlığı(kg)}}{\text{Boy}^2 \text{ (cm)}}$$

**Değerlendirme:**

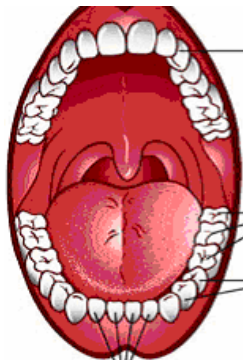
-18,5	( ) Zayıf
<b>18,5 - 24,99</b>	<b>( ) Normal Kilo</b>
25,0 - 29,99	( ) Fazla Kilolu
30,0 - 34,99	( ) Şişman-Derece I
35,0 - 39,99	( ) Şişman-Derece II
40,0 -	( ) Şişman-Derece III

1. ( ) Vücut ağırlığım boy ve bedenime göre ideal olan ağırlıktan % 10-20 daha az.

2. ( ) Vücut ağırlığım boy ve bedenime göre ideal olan ağırlıktan % 10-20 daha fazla

.....tane çürük dişim var. ....dişim henüz çıkmadı.

Resimde çürük dişlerinizi boyayınız, olmayan dişlerinize de (+) işareti koyunuz.



Ağız diş sağlığı ile ilgili aşağıdaki durumlardan sizde olanları( + ) işaretleyiniz?

- 3.( ) Dişlerimde şekil bozukluğu var.  
4.( ) Dişlerimin renginde sararma var.  
5.( ) Dişlerimde çürük var.  
6.( ) Dişlerimi fırçaladığımda kanıyor.  
7.( ) Diş fırçam yok.  
8.( ) Dilerimi düzenli fırçalayamıyorum.  
9.( ) Ağızım çok kötü kokuyor.  
10.( ) Diğer.....

Beslenme ile ilgili aşağıdaki durumlardan sizde olanları( + ) işaretleyiniz.

- 11.( ) Ben iştahsız biriyim. Bazen hiçbir şey yemek istemem.  
12.( ) Günde en fazla 2-3 bardak su içerim.  
13.( ) Her yemeği yemem, yemek seçerim.  
14.( ) Her gün meyve yiyemem.  
15.( ) Her gün süt içemem.  
16.( ) Her gün günde 3 kez yemek yiyemem.  
17.( ) Özel bir diyet uygulamak zorundayım.  
18.( ) Her sabah kahvaltı etmem.  
19.( ) Diğer.....

## B. BOŞALTIM:

Günde.....kez tuvalete gidiyorum.



Aşağıdaki durumlardan sizde olanları( + ) işaretleyiniz.

- 20.( ) Çişimi yaparken yanma var.  
21.( ) Bazen sabahları uyandığımda yatağım ıslak oluyor.  
22.( ) Çişim gelince hemen yapmam, uzun süre ertelerim.  
23.( ) Popomda kaşıntı oluyor.  
24.( ) Tuvalet kağıdı kullanmıyorum.  
25.( ) Tuvalette sabun kullanmıyorum.  
26.( ) Sık sık kakam çok sulu oluyor.  
27.( ) Sık sık kakam çok sert oluyor.  
28.( ) Haftada 3 kez den daha az kakamı yapabiliyorum.

- 29.( ) Günde ancak 1-2 bardak su içebiliyorum.  
 30.( ) Her gün sebzelerden yapılmış yemek yemiyorum.  
 31.( ) Meyveleri bazen yıkamadan yerim.  
 32.( ) Tuvalete girmeden önce ve sonra elleri yıkamıyorum.  
 33.( ) Genellikle oturarak az hareket edilerek oynanan oyunları tercih ediyorum.  
 34.( )Diğer.....



İnsanlar neden kabız(kaka yapamamak) olur?

.....  
 .....

Kabız olmamak için ne yapmalıyım?

.....  
 .....

### C. HAREKET - EGZERSİZ DURUMU:

Kan Basıncı (Tansiyon) Değerlerim

Tarih

Değerlendirme normal değerleri ( 70-80 / 110-120 mmhg)

- ( ) Kan basıncım normal  
 ( ) Kan basıncım normal değil



"Bu arkadaşlar benim eski dostlarım halen mektuplaşıyoruz. Onlar bana kan basıncının nelerden etkilendiğini ve takip edilmesinin önemini öğrettiler."



Bir dakikadaki Nabız ( Kalbin atım sayısı) :

Bir dakikadaki Solunum sayısı :

Değerlendirme:

Düzenli olarak ilgilediğim spor dalları yuvarlak içine alarak ( + ) işaretleyiniz.

- ( ) Basketbol ( ) Koşu  
( ) Futbol ( ) Yüzme  
( ) Voleybol ( ) Diğer.....

Hareket ve egzersiz ile ilgili aşağıdaki durumlardan sizde olanları işaretleyiniz.

- 35.( ) Yürümek için yardımcı araç( tekerlekli sandalye, değnek vb.) kullanıyorum.  
36.( ) Kendi kendime yemek yiyemiyorum.  
37.( ) Kendi kendime tırnaklarımı kesemiyorum  
38.( ) Kendi kendime banyo yapamıyorum  
39.( ) Kendi kendime tuvalete gidemiyorum.  
40.( ) Diğer.....

#### D. ALGILAMA

Görme Durumunun değerlendirilmesi:

Renk körlüğü: ( ) Var ( ) Yok

Snellen E Testi:



Sağ Gözüm ( ) Sol Gözüm ( )

Değerlendirme: ( ) Görmede sorunum var ( ) Görmede sorunum yok

"Böyle masum duruşuma bakmayın. Aslında ben bir kitap kurduyum. Uzun süre rahatlıkla kitap okuyabilmem için gözlerimin sağlıklı olması gerektiğini öğrendim. Bu nedenle göz kontrollerimi düzenli olarak yaptırırım

Aşağıdaki durumlardan sizde var olanları ( + ) işaretleyiniz.

- 41.( ) Gözlük kullanıyorum.

- 42.( ) Uzağı görmekte zorlanıyorum.  
 43.( ) Yakını görmekte zorlanıyorum.  
 44.( ) Gözlerim ağrıyor.  
 45.( ) Gözlerim sulanıyor.  
 46.( ) Gözlerim çapaklanıyor.  
 47.( ) Gözlerim kızarıyor.  
 48.( ) Diğer.....

İşitme durumunun değerlendirilmesi:

#### Fısıltı testi



Değerlendirme: ( ) İşitmede sorunum var  
 ( ) İşitmede sorunum yok

"Arkadaşlarımla söylediğim şarkıların melodilerini ve eşsiz sesimi duyabilmek beni çok mutlu ediyor."

#### E. UYKU ALIŞKANLIĞI

Aşağıdaki durumlardan sizde var olanları ( + ) işaretleyiniz.

- 49.( ) Geceleri kabus (korkulu rüya) görüyorum.  
 50.( ) Gün boyunca uykum geliyor, bazen derslerde uyukluyorum.  
 51.( ) Uykudan uyanınca kendimi yorgun hissediyorum.  
 52.( ) Uykumda geziyorum.  
 53.( ) Yatağıma yatınca bir türlü uyuyamıyorum.  
 54.( ) Kendime ait yatağım yok.  
 55.( ) Yatağım ve yastığım beni çok rahatsız ediyor.  
 56.( ) Altımı ıslatmaktan korktuğum için uyuyamıyorum.  
 57.( ) Gece erken yatağıma yatmak istemiyorum.  
 58.( ) Anne ve babamla yatmak istiyorum.  
 59.( ) Gece boyunca sık sık uyanıyorum.  
 60.( ) Karanlıktan korktuğum için uyuyamıyorum.  
 61.( ) Diğer.....



#### F. KENDİNİ ALGILAMA VE BENLİK KAVRAMI

Aşağıdaki durumlardan sizde var olanları ( + ) işaretleyiniz.

- 62.( ) Kendimi işe yaramaz hissediyorum.

- 63.( ) Ben çirkin biriyim.  
 64.( ) Kişilik özelliklerimi beğenmiyorum.  
 65.( ) Geleceğe yönelik planlarım yok.  
 66.( ) Benim hiçbir konuda yeteneğim yok.  
 67.( ) Kendimi hiç sevmiyorum.  
 68.( ) Çoğu zaman yaptıklarımın suçluluk duyuyorum.  
 69.( ) Sorunlarımın üstesinden geleceğime inanmıyorum.  
 70.( ) Yeni bir şeyi denemekten çok korkuyorum.  
 71.( ) Pek çok konuda bir türlü karar veremiyorum.  
 72.( ) Hayatımdaki bir çok şeyi kontrol edemiyorum.  
 73.( ) Kendimi çaresiz hissediyorum.  
 74.( ) Diğer.....



#### G. ROL VE İLİŞKİLER:

Aşağıdaki durumlardan sizde var olanları ( + ) işaretleyiniz.

- 75.( ) Annem ve babam ayrı.  
 76.( ) Annem öldü.  
 77.( ) Babam öldü  
 78.( ) Ailemde sürekli içki içip sarhoş olan biri var.  
 79.( ) Ailemde sürekli kavga oluyor.  
 80.( ) Ailemde herkes birbiriyle bağırarak konuşuyor.  
 81.( ) Ailemde kimse sorunlarını birbiriyle paylaşmaz.  
 82.( ) Arkadaşlarımla samimi olamıyorum.  
 83.( ) Kendimi çok yalnız hissediyorum.  
 84.( ) İnsanlarla fazla konuşmak istemiyorum.  
 85.( ) Ailemde herkes kendini düşünüyor.  
 86.( ) Sorunlarımı paylaşabileceğim hiç kimse yok.  
 87.( ) Diğer.....



#### H. CİNSELLİK

Aşağıdaki durumlardan sizde var olanları ( + ) işaretleyiniz.

- 88.( ) İnmemiş testis  
 89.( ) Cinsellikle ilgili bilgim çok yetersiz.  
 90.( ) Diğer.....

## I. STRESLE BAŞETME

Aşağıdaki durumlardan sizde var olanları( + ) işaretleyiniz.

- 91.( ) Sinirlenince çevremdekilere kötü davranıyorum.
- 92.( ) Bazen problemlerimi çözemiyorum.
- 93.( ) Tırnaklarını yiyorum.
- 94.( ) Kekeliyorum.
- 95.( ) Çoğu zaman duygu ve düşüncelerimi çevremdeki insanlarla paylaşamıyorum.
- 96.( ) Sigara içiyorum.
- 97.( ) Kendimi hiç rahat hissetmiyorum.
- 98.( ) Her gün sanki kötü bir şeyler olacakmış gibi geliyor.
- 99.( ) Bazen içimden hiçbir şey yapmak gelmiyor.
- 100.( ) Sinirlenince kimseyle konuşmam.
- 101.( ) Yaptığım işe yoğunlaşamıyorum.
- 102.( ) Kendimi yetersiz hissediyorum.
- 103.( ) Suçu hep başkalarında arıyorum.
- 104.( ) Sorunlarımı çözmede güçlük yaşıyorum.
- 105.( ) Çok endişeliyim.
- 106.( ) Diğer.....



## İ. TEMİZLİK ALIŞKANLIKLARI

Aşağıdaki durumlardan sizde var olanları( + ) işaretleyiniz.

- 107.( ) Günde ellerimi 1 ya da 2 kez yıkarım.
- 108.( ) Haftada bazen hiç bazen 1 kez banyo yaparım.
- 109.( ) Dişlerimi fırçalamayı çoğu zaman unutuporum.
- 110.( ) Saçlarıma jöle kullanıyorum.
- 111.( ) İç çamaşırlarımı haftada 1 kez değiştiririm.
- 112.( ) Diğer .....



## J. BOŞ ZAMANLARINI DEĞERLENDİRME

- 113.( ) Boş zamanlarımda yapacak bir şey bulamıyorum. İçimden hep uyumak geliyor.
- 114.( ) Çoğu zaman canım sıkılıyor yapacak bir şey bulmakta zorlanıyorum.
- 115.( ) Diğer .....

## K. BİLGİ

116.( ) Aşağıdaki konular hakkında bilgi almak istiyorum.

116.1. ( ) Beslenme

116.2. ( ) Egzersiz

116.3. ( ) Güvenlik

116.4. ( ) Stresle baş etme

116.5. ( ) Sağlık sorumluluğu

116.6. ( ) Sosyal destek

116.7. ( ) Kendini gerçekleştirme

116.8. ( ) Temizlik uygulamaları

116.9. ( ) Hepsi

116.10.( ) Diğer

.....

.....

.....

.....



**Ek 12: Okul Sağlığı Öğrenci Değerlendirme Formu**

**Okul Sağlığı Öğrenci Değerlendirme Formu**

Tarih:

Sınıfı/ Şubesi:

Adı Soyadı :

Cinsiyeti : ( ) Kız ( ) Erkek

Ana-Baba Adı .....

Doğum tarihi:...../...../.....

Sosyal güvencesi: ( ) Emekli Sandığı ( ) Bağkur ( ) Diğer .....

Adres:

.....  
.....  
.....  
.....

Ev Tel no:.....

İş (anne-baba) tel no:.....

Tanı konulmuş kronik hastalığı:

( ) Kalp hastalığı ( ) Diabet ( ) Astım ( ) Böbrek yetmezliği ( )

Diğer.....

Daha önceden hastanede yatma nedeni/ nedenleri

.....  
.....  
.....

Ameliyat deneyimi ( ) Yok ( ) Var

Ameliyat olduğu

bölge.....

Sürekli kullandığı ilaçların isimleri ve kullanımı:

.....  
.....  
.....  
.....

Geçirdiği kaza öyküsü( Tarih, kaza yeri ve etkilendiği bölge vb.):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Allerjiler**

Madde I. ( ) Böcek sokması ( ) İlaç ( ) Polen ( ) Yiyecek ( ) Diğer

**Başıklama Takvimi:**

<i>Bölüm 1.01</i>	<i>1.Sınıf</i>	<i>5.Sınıf</i>	<i>Lise 1</i>
DBT+ Polio	.....	.....	.....
BCG+PPD	.....	.....	.....
TetenoZ	.....	.....	.....
Diğer	.....	.....	.....

I. Doz Tarihi                      II. Doz Tarihi                      III. Doz Tarihi

Hetatit B                      .....                      .....                      .....

Tüm bölümlerde mevcut sorunlar varsa (+) yoksa (-) işareti ile gösterilir. Bazı sorularda ise bir kelime yada sayı ile işaretleme yapılır. Açıklama bölümü sorunların tanımlanmasına ilişkindir.

<b>Madde II. FİZİKSEL DEĞERLENDİRME FORMU</b>		
<b>Fiziksel Muayene Konuları</b>	<b>Madde III. eğerlendirme (- / + )</b>	<b>Madde IV. Açıklamalar</b>
<b>1.BAŞ</b>	<b>Madde V.</b>	<b>Madde VI.</b>
<b>1.1.Saç ve Derisi</b>		
1.1.Kepeklenme		
1.1.2.Saç dökülmesi		
1.1.3.Saç renginde değişim		
1.1.4.Parazit varlığı		
1.1.5.Kuruluk,kırıklık		
1.1.6.Saçlı deride skar dokusu		
1.1.7.Saçlı deride nodüler oluşum		
1.1.8.Diğer		
<b>1.2.Yüz</b>		
1.2.1.Yüzde asimetri		
1.2.2.Skar dokusu		
1.2.3.Diğer		
<b>1.3.Göz ve Destek Organlar</b>		
1.3.Kaşlarda dökülme		
1.3.2.Kaşlarda yara		
1.3.3.Kaşlarda kepeklenme		
1.3.4.Göz kapağında döküntü		
1.3.5.Göz kapağında ödem		
1.3.6.Pitozis		
1.3.7.Göz kapağında enfeksiyon		



1.3.8.Göz kapağında renk değişikliği		
1.3.9.Kirpiklerde dökülme		
1.3.10.Gözde çapaklanma		
1.3.11.Şaşılık		
1.3.12.Anormal göz hareketleri		
1.3.13.Gözde enfeksiyon		
1.3.14.Konjektivada solukluk		
1.3.15.Sklerada renk değişimi		
1.3.16.Işık Refleksi		IR (.....,.....)
1.3.17.Gözlük kullanımı		
1.3.17.1.Yakını görememe		
1.3.17.2.Uzağı görememe		
1.3.18.Gözlerde ağrı		
<b>1.3.19.Görmenin değerlendirilmesi</b>		
Periferik görme Normal ( ) Anormal ( )		
Renk körlüğü Var ( ) Yok ( )		
	Sağ göz	Sol göz
Snellen E testi sonucu ( , )	( , )	( , )
Gözlüklü ( , )	( , )	( , )
1.3.20.Diğer		
<b>1.4.Burun</b>		
1.4.1.Akıntı		
1.4.2.Kızarıklık		
1.4.3.Deviasyon		
1.4.4.Burundan soluk alıp-vermede güçlük		
1.4.5.Burunda kaşıntı		
1.4.6.Burunda kanama		
1.4.7.Diğer		
<b>1.5.Ağız ve Dudaklar</b>		
1.5.1.Yarık dudak		
1.5.2.Dudakta asimetri		
1.5.3.Konuşurken dudakta çekilme		
1.5.4.Dudakta çatlama		
1.5.5.Dudakta kuruma		
1.5.6.Uçuk		
1.5.7.Dudakta yara		
1.5.8.Dudakta renk değişimi		
1.5.9.Dişlerde çürük (sayısı)		
1.5.10.Dişlerde asimetri		

1.5.11.Dişlerde renk değişimi		
1.5.12.Gingivitis(ödem,kızarıklık,beyaz döküntü)		
1.5.13.Diş etinde ödem		
1.5.14.Diş etinde çekilme		
1.5.15.Diş etinde kanama		
1.5.16.Dilde yara		
1.5.17.Dilde renk değişimi		
1.5.18.Dilde plak oluşumu		
1.5.19.Ağız kuruluğu		
1.5.20.Ağızda gece akıntısı		
1.5.21.Tonsillerde kızarıklık		
1.5.22.Diğer		
<b>1.6.Kulak</b>		
1.6.1.Kulakta asimetri		
1.6.2.Kulak kepçesinin bütünlüğü anormal		
1.6.3.Akıntı		
1.6.4.İşitme kaybı		
1.6.5.Yara oluşumu		
1.6.6.Çınlama		
1.6.7.Ağrı		
16.8. Fısıltı testi sonucu		
16.9. İşitme cihazı kullanımı		
1.6.10.Diğer		
<b>2.BOYUN</b>		
2.1.Lenf nodlarında büyüme		
2.2.Anatomik bozukluk		
2.3.Hareket kısıtlılığı		
2.4.Diğer		
<b>3.ÜST EKSTREMİTELER</b>		
3.1.Tırnak kırılması		
3.2.Renk değişimi		
3.3.Tırnakta lekeler		
3.4.Periferik dolaşım yetersiz		
3.5.Tırnak hijyeni yetersiz		
3.6.Tırnak derisinin bütünlüğünde bozulma		
3.7.Parmaklarda Şekil bozukluğu		
3.8.Çomak parmak		
3.9.Fazladan Parmak		
3.10.Elde skar dokusu		
3.11.Ellerde tremor		
3.12. Ellerde Siğil		
3.13.Ekstremitede deri bütünlüğünde bozulma		

3.14.Avuçta terleme		
3.15.Ekstremitede hareket kısıtlılığı		
3.16.Ekstremite kaybı		
3.17.Ekstremitede ağrı		
3.18.Diğer		
<b>4.GÖĞÜS</b>		
4.1.Göğüs çevresi ( cm)		
4.2.Göğüste şekil bozukluğu		
4.3.İnterkostal çekilme		
4.4.Meme ucunda çökme		
4.5.Meme başında akıntı		
4.6.Meme etrafında tüylenme		
4.7.Memelerde asimetri		
4.8.Diğer		
<b>5.ALT EKSTREMİTELER</b>		
5.1.Ayak tırnaklarında kalınlaşma		
5.2.Parmak aralarında döküntü		
5.3.Tırnaklarda renk değişimi		
5.4.Tırnak hijyeni yetersiz		
5.5.Tırnak batması		
5.6.Parmaklarda anomali (sayı,şekil,bütünlük)		
5.7.Parmak aralarında enfeksiyon		
5.8.Düz tabanlık		
5.9.Ayak tabanlarında nasır		
5.10.Yara oluşumu		
5.11.İçe basarak yürüme		
5.12.Dışa basarak yürüme		
5.13.Bacaklarda şekil bozukluğu ( O bacak, X bacak )		
5.14.Bacakta ödem		
5.15.Yürümede denge kaybı		
5.16.Araç yardımıyla yürüme		
5.17.Eklemler ağrıları		
5.18.Eklemlerde şişme		
5.19.Eklemlerde kızarıklık		
5.20.Kalça çıkıklığı ( DKÇ )		
5.21.Diğer		
<b>6.SOLUNUM SİSTEMİ</b>		
6.1.Solunum gücü		
6.2.Öksürük		

6.3.Balgam		
6.4.Anormal solunum sesleri ( Weezing...)		
6.5.Solunum sayısı ( Bradipne, Takipne)		
6.6.Diğer		
<b>7.DOLAŞIM SİSTEMİ</b>		
7.1.Periferik siyanoz		
7.2. Kan basıncı ( mmhg) normalin dışında ( 70-80 / 110-120 mmhg)		
7.3. Hemoglobin düzeyi normalin altında		
7.2.Periferik nabız kontrolü 7.2..1.Brakial nabız sayısı 7.2..2.Radial nabız sayısı 7.2.3.Apex nabız sayısı 7.2.4.Dorsalis pedis nabız sayısı 7.2..5.Popliteal arter nabız sayısı		
7.3.Diğer		
<b>8.SİNDİRİM SİSTEMİ</b>		
8.1.Yutma güçlüğü		
8.1.Karın ağrısı		
8.3.Bulantı		
8.4.Kusma		
8.5.Kabızlık		
8.6.İshal		
8.7.İştahsızlık		
8.8.Anüste kaşıntı		
8.9.Diğer		
<b>9.ÜROGENİTAL SİSTEM</b>		
9.1.İnmemiş Testis		
9.2.Skrotumda ağrı		
9.3.Skrotumda şişlik		
9.4.Skrotumda kızarıklık		
9.5. Hipospadias		
9.6. Epispadias		
9.7. Fimozis		
9.8.Ürogenital bölgede anormal akıntı		
9.9. Ürogenital bölgede yara		
9.10. İdrar yaparken ağrı		
9.11 Ürogenital bölgede kaşıntı		
9.12. İdrar yaparken yanma		

9.13. Menarş yaşı		
9.14. Dismenore		
9.15. Menstruasyon siklusu		
9.16.Diğer		
<b>10.KAS-İSKELET SİSTEMİ</b>		
10.1.Skolyoz		
10.2.Lordo		
10.3.Kifoz		
10.4.Diğer		
<b>11.PSİKOMOTOR SİSTEM</b>		
11.1.Tikler		
11.2.Kekeleme		
11.3.Heceleyerek konuşma		
11.4.Bayılma		
11.5.Korkular		
11.6.Aşırı hareketlilik		
11.7.Uyku sorunu		
11.8.Sinirlilik		
11.9.Tırnak yeme		
11.10.Diğer		

## SAĞLIK ALGI VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

### 1. SAĞLIĞIN ALGILANMASI

Öğrenciye göre sağlığı

tanımı.....  
.....  
.....

Sağlığına zararlı olan 5 durum tanımlaması:

.....  
.....  
.....

Sağlıklı olabilmek için **KENDİSİ** neler yapıyor:

.....  
.....  
.....

Sağlıkla ilgili merak ettiklerini nerelerden öğreniyor:

.....  
.....  
.....

İnsanlar neden hasta olur:

.....  
.....  
.....

## 2. BESLENME:

Ağırlık:

Boy:

BKİ:

**Değerlendirme:**

-18.5	( ) Zayıf
<b>18,5 - 24,99</b>	<b>( ) Normal Kilo</b>
25,0 - 29,99	( ) Fazla Kilolu
30,0 - 34,99	( ) Şişman-Derece I
35,0 - 39,99	( ) Şişman-Derece II
40,0 -	( ) Şişman-Derece III

Günlük öğün sayısı:

.....

Kahvaltıda hangi besin gruplarını tüketiyor:

.....  
.....  
.....

Sevmediği yemekler:

.....  
.....  
.....

Okul kantininden en çok aldığı ürünler:

.....  
.....  
.....

Günlük su tüketimi:.....bardak

Günlük süt tüketimi:.....bardak

Günlük sebze yemeği tüketimi.....porsiyon

Günlük meyve tüketimi.....porsiyon.

Günlük tahıl( nohut,mercimek,fasulye).....porsiyon.

( ) Özel bir diyet uygulama  
Diyetin özellikleri:

.....  
Ağız diş sağlığı:

Diş fırçalama alışkanlığı.....günde ya da .....haftada

Diş fırçalama tekniği ( ) Doğru ( ) Yanlış

### 3. BOŞALTIM:

Günde .....defa veya haftada.....defa defekasyon.

Boşaltım alışkanlığı ile ilgili olası sorunlar:

( ) Enürezis

( ) Diare

( ) Konstipasyon

### 4. HAREKET - EGZERSİZ DURUMU:

Düzenli olarak yaptığın sporları yuvarlak içine alarak ( + ) işaretleyiniz.

( ) Basketbol ( ) Koşu

( ) Futbol ( ) Yüzme

( ) Voleybol ( ) Diğer.....

### Öz bakım gereksinimleri:

Aşağıdaki bakımları nasıl sağladığınızı açıklayınız.

Saç Bakımı:

.....  
.....  
Saç jölesi kullanımı: ( ) Evet ( ) Hayır

Kulak bakımı:

.....  
.....  
Tırnak bakımı:

.....  
.....  
Ayak bakımı:

.....  
.....  
Çorap değiştirme sıklığı.....kez haftada Vücut bakımı:

.....  
.....  
Banyo sayısı.....kez haftada.

İç çamaşırı değiştirme sıklığı.....kez günde ya da .....kez haftada.

Tuvalete girmeden önce neler yapıyor:

.....  
.....

### **Eğlence aktivitesi**

Boş zamanlarını değerlendirme durumu:

.....  
.....  
.....  
.....

### **5. BİLİŞSEL-ALGİSAL**

Sağlığınla ilgili neleri öğrenmek istersin?

.....  
.....  
.....  
.....

Derste öğrenmeni engelleyen durumlar:

.....  
.....  
.....

### **6. UYKU ALIŞKANLIğI**

Günlük uyku durumu.....saat.

Enürezis var( ) Yok ( )

- ( ) Geceleri kabus (korkulu rüya) görme.
- ( ) Uykudan uyanınca kendimi yorgun hissetme.
- ( ) Uykumda gezme alışkanlığı
- ( ) Yatağıma yatınca bir türlü uyumada güçlük yaşama
- ( ) Kendime ait yatağın olmaması
- ( ) Sağlıklı uyku için uygun yastık ve yatak olmaması.
- ( ) Anne babamla yatmak isteme davranışı
- ( ) Karanlık korkusu
- ( ) Diğer.....



## 7. KENDİNİ ALGILAMA VE BENLİK KAVRAMI

Öğrencinin kendinde olumlu gördüğü özellikleri:

.....  
.....  
.....

Öğrencinin kendinde olumsuz gördüğü özellikleri:

.....  
.....  
.....

Öğrencinin kendinden memnun olma durumu:

.....  
.....

## 8. ROL VE İLİŞKİLER:

Aile yapısı: ( ) Çekirdek ( ) Geniş ( ) Parçalanmış ( ) Geleneksel

Ailenin genogramı:

Ailenin eko haritasını:

- ( ) Annem ve babam ayrı.
- ( ) Annem öldü.
- ( ) Babam öldü
- ( ) Ailemde sürekli içki içip sarhoş olması.
- ( ) Ailemde içinden tartışmaların yaşanması
- ( ) Ailemde bireylerin birbirine saygılı davranmamaları
- ( ) Ailemde kimse sorunlarını konuşarak çözümlenmemesi
- ( ) Kendimi çok yalnız hissetme.
- ( ) Sevinçlerini paylaşmama.
- ( ) Diğer.....

## 9. CİNSELLİK

Kendini algılama durumu:

.....  
.....

Kimliği ile uyumlu davranış, konuşma ve öz bakımı benimseme durumu:

.....  
.....

Cinsel gelişiminden memnun olma durumu:

.....  
.....

Cinsel kimliği ile cinsel gelişimi ile öğrenmek istedikleri:

.....  
.....

## 10 . STRESLE BAŞETME

Karşılaştığı problemlerle nasıl baş ettiği bir örnekle açıklama

.....  
.....  
.....  
.....

## 11. DEĞER VE İNANÇLAR

Sağlıklı olmak kendisi için önemli mi? Neden?

.....  
.....  
.....

Sağlıklı olabileceğine inanıyor mu?

.....  
.....  
.....

Okul Sağlığı Hemşiresi  
İmzası

**Ek 13. Okul Sağlığı Hemşiresinin Olumlu Sağlık Davranışlarını Kazandırma Uygulamalarında Sosyal Bilişsel Teoriye Dayalı Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu**

<b>Hedef Davranış:</b>	
<b>1.Karşılıklı Etkileşim</b> (Çevresindekiler(aile,okul arkadaşları vb.) bu davranışa sahip mi?Onlar nasıl davranıyor?)	
<b>2.Davranışın Sembolize Edilmesi</b> (Olumlu davranışı hatırlatan kısa bir mesajın oluşturulması)	
<b>3. Gözlem Yeteneği</b> ( Etrafında davranışı yapan kişilerin gözlenmesini sağlamak)	
<b>4.İleri Görüş Alınması</b> (Davranışın sonunda nasıl bir fayda bekleniyor?)	
<b>5.Bireysel Düzenleme</b>  1.Davranışa yönelik bireysel hedeflerin belirlenmesi. 2.Kendi kendini nasıl motive etme yöntemlerinin belirlenmesi. 3.Davranışa ilişkin bir takvimin oluşturulması	
<b>6.Bireysel Yansıma Yeteneği</b>  1. Bireyin davranışa yönelik deneyimlerinin tartışılması. 2. Davranışı yapması için fırsatların yaratılması ve güçlüklerle nasıl mücadele edilebileceğinin tartışılması.	

Ek 14: Onur Kartı



## Ek 15. 1. Okul Genel Çevre Değerlendirme Formu

<b>Okulun adı:</b>		
<b>Tarih:</b>		
<b>Değerlendirme: Sorun var (+) Sorun yok (-)</b>		
<b>Sonuç:</b>		
1. Sorun devam ediyor.		
2. Sınıf öğretmenine iletildi.		
3. İdareye iletildi.		
4. Sorun çözüldü.		
<b>BÖLÜMLER</b>	<b>DEĞERLENDİRME</b> ( - / + )	<b>SONUÇ/ AÇIKLAMALAR</b>
Madde VII. 1. Bahçe		( 1 2 3 4 )
1.1. Kapı görevlisi yok		( 1 2 3 4 )
1.2. Zemin bozuk		( 1 2 3 4 )
1.3. Basket potalarının sağlam değil		( 1 2 3 4 )
1.4. Yabancılar bahçeye rahatla girebiliyor		( 1 2 3 4 )
1.5. Seyyar satıcılar giriyor		( 1 2 3 4 )
1.6. Yeşil alan yetersiz		( 1 2 3 4 )
1.7. Bahçe duvarlarının yüksekliği okula giriş çıkışa olanak veriyor.		( 1 2 3 4 )
1.8. Bahçe duvarlarında düşme riski var.		( 1 2 3 4 )
1.9. Bahçede başıboş hayvanlar var.		( 1 2 3 4 )
1.10. Bahçeye araç park ediliyor.		( 1 2 3 4 )
1.11. Diğer		( 1 2 3 4 )
<b>2. Çatı</b>		( 1 2 3 4 )
2.1. Kiremitler sağlam değil		( 1 2 3 4 )
2.2. Öğrencilerin çatıya kolaylıkla girebiliyor.		( 1 2 3 4 )
2.3. Çatıda gereksiz malzemeler var		( 1 2 3 4 )
2.4. Diğer		( 1 2 3 4 )
<b>3. Gıda Güvenliği</b>		( 1 2 3 4 )
3.1. Kantin temizliği yetersiz		( 1 2 3 4 )

3.2.Kantinin havalandırılması yetersiz		( 1 2 3 4 )
3.3.Gıdalar uygun ortamda hazırlanmıyor.		( 1 2 3 4 )
3.4.Son kullanma tarihi geçen gıdalar var.		( 1 2 3 4 )
3.5.Açıkta gıda satılıyor		( 1 2 3 4 )
3.6.Öğrenciler okul dışından gıda alıyorlar		( 1 2 3 4 )
3.7.Diğer		( 1 2 3 4 )
<b>4.Kalorifer Dairesi</b>		( 1 2 3 4 )
4.1.Temizlik yetersiz		( 1 2 3 4 )
4.2. Kalorifer dairesinde arıza var.		( 1 2 3 4 )
4.3.Havalandırma yetersiz		( 1 2 3 4 )
4.4.Kazanların bakımı düzenli yapılmıyor.		( 1 2 3 4 )
4.5.Haşere-fare var.		( 1 2 3 4 )
4.6. Diğer		( 1 2 3 4 )
<b>5.Yangınla İlgili Önlemler</b>		( 1 2 3 4 )
5.1.Açıkta tüp bırakılması		( 1 2 3 4 )
5.2.Yanıcı maddelere ulaşabilir		( 1 2 3 4 )
5.3.Yangın tüpleri boş		( 1 2 3 4 )
5.4. Yangın tüpleri yetersiz		( 1 2 3 4 )
5.5.Yangın zili çalışmıyor.		( 1 2 3 4 )
5.6.Yangın ekipmanı yetersiz		( 1 2 3 4 )
5.7.Düzenli yangın tatbikatı yapılmıyor		( 1 2 3 4 )
5.8.Diğer		( 1 2 3 4 )
<b>6.Laboratuvarlar</b>		( 1 2 3 4 )
6.1.Açıkta kimyasal maddeler var.		( 1 2 3 4 )

6.2.Açıkta kesici-delici aletler var.		( 1 2 3 4 )
6.3.Cam malzemelerde düşme riski var.		( 1 2 3 4 )
6.4.Odanın temizliği yetersiz		( 1 2 3 4 )
6.5.Odanın havalandırılması yetersiz.		( 1 2 3 4 )
6.6.Diğer		( 1 2 3 4 )
<b>7.Okul Dışı Riskler</b>		( 1 2 3 4 )
7.1.Yaya geçidi yok		( 1 2 3 4 )
7.2.Trafik ışığı yok		( 1 2 3 4 )
7.3.Trafik işaretleri yok		( 1 2 3 4 )
7.4. Öğrenciler arasında çeteleşme var.		( 1 2 3 4 )
7.5.Açık çöp kovaları var.		( 1 2 3 4 )
7.6.Okul çevresinde yanıcı patlayıcı malzeme satan yerler var.		( 1 2 3 4 )
7.7.Okula yakın çevrede alkol satan yerler var.		( 1 2 3 4 )
7.8.Okula yakın çevrede sigara satan yerler var.		( 1 2 3 4 )
7.9.Okula yakın çevrede kahve/kafeterya var.		( 1 2 3 4 )
7.10.Diğer		( 1 2 3 4 )

Formu Dolduran Adı Soyadı/ İmza

.....

## Ek 15.2. Sınıf İçi Fiziksel Değerlendirme Formu

<b>Sınıf:</b>		
<b>Sınıf Öğretmenin Adı Soyadı:</b>		
<b>Tarih:</b>		
<b>Değerlendirme : Sorun var ( +) Sorun yok ( -)</b>		
<b>Sonuç:</b>		
1. Sorun devam ediyor.		
2. Sınıf öğretmenine iletildi.		
3. İdareye iletildi.		
4.Sorun çözüldü.		
<b>BÖLÜMLER</b>	Madde VIII. DEĞERLENDİRME ( - / + )	Madde IX. SONUÇ / AÇIKLAMALAR ( 1 2 3 4 )
<b>1-Tavanlar</b>		( 1 2 3 4 )
1.1.Akıntı		
1.2.Rutubet		( 1 2 3 4 )
1.3.Bozuk florasan		( 1 2 3 4 )
1.4.Eksik florasan		( 1 2 3 4 )
1.5.Diğer		( 1 2 3 4 )
<b>2-Duvarlar</b>		( 1 2 3 4 )
2.1.Badana sıva çatlağı		
2.2.Tahtada düşme riski		( 1 2 3 4 )
2.3.Panoda düşme riski		( 1 2 3 4 )
2.4.Dolaplarda düşme riski		( 1 2 3 4 )
2.5.Dolap ve camlarda kırık		( 1 2 3 4 )
2.6.Kalorifer peteklerinde arıza		( 1 2 3 4 )
2.7.Diğer		( 1 2 3 4 )
<b>3-Zemin</b>		( 1 2 3 4 )
3.1.Kaygan zemin		
3.2.Kirli zemin		( 1 2 3 4 )



3.3.Engebeli zemin		( 1 2 3 4 )
3.4. Yerde açık kablo uçları var.		( 1 2 3 4 )
3.5.Diğer		( 1 2 3 4 )
<b>4-Elektrik</b>		( 1 2 3 4 )
4.1.Kırık Prizler		
4.2.Bozuk prizler		( 1 2 3 4 )
4.3.Prizlerde açık kablo uçları		( 1 2 3 4 )
4.4.Sigortalarda arıza		( 1 2 3 4 )
4.5.Diğer		( 1 2 3 4 )
<b>5-Isınma Sistemi</b>		( 1 2 3 4 )
5.1. Isınma yetersiz		
5.2. Bozuk kalorifer peteği		( 1 2 3 4 )
5.3.Diğer		( 1 2 3 4 )
<b>6-Pencere-cam</b>		( 1 2 3 4 )
6.1.Kırık pencere		
6.2.Açılıp kapanma problemi		( 1 2 3 4 )
6.3.Kırık cam var.		( 1 2 3 4 )
6.4.Perde yok		( 1 2 3 4 )
6.5.Diğer		( 1 2 3 4 )
<b>7-Çöpler</b>		( 1 2 3 4 )
7.1.Çöp kovalarında kapak yok		
7.2.Çöp kovalarının düzenli boşaltılmıyor		( 1 2 3 4 )
7.3.Çöp kovası yok		( 1 2 3 4 )
7.4.Diğer		( 1 2 3 4 )

Formu Dolduran Adı Soyadı / İmza

### Ek 15.3. Okul Tuvaletlerini Tanılama Formu

**Tarih:**

**Tuvaletin bulunduğu okul binasının adı:**

**Kat:**

**Bay/ Bayan Tuvalet:**

**Değerlendirme: Sorun var (+) Sorun yok (-)**

**Sonuç:**

1. Sorun devam ediyor.
2. Sınıf öğretmenine iletildi.
3. İdareye iletildi.
4. Sorun çözüldü.

1.Tuvaletler	<b>DEĞERLENDİRME</b> ( - / + )	<b>SONUÇ/ AÇIKLAMALAR</b> ( 1 2 3 4 )
1.1Tuvalet temizliği yetersiz		( 1 2 3 4 )
1.2.Lavabolar da Sabun yok		( 1 2 3 4 )
1.3 Sabunluk yok		( 1 2 3 4 )
1.4Tuvalet Kağıdı yok		( 1 2 3 4 )
1.5Çöp Kutusu yok		( 1 2 3 4 )
1.6Çöp Kutusu Kapakları yok		( 1 2 3 4 )
1.7Kapılarda Bozukluk		( 1 2 3 4 )
1.8.Sifon Bozukluk		( 1 2 3 4 )
1.9.Sifon Yok		( 1 2 3 4 )
Zeminde		( 1 2 3 4 )

kayganlık		
1.10. Havalandırma yetersiz		( 1 2 3 4 )
1.11 Gereksiz Eşya(Paspas, Hortum)var		( 1 2 3 4 )
1. 12.Diğer		( 1 2 3 4 )
<b>2.Tuvalet Tavanı</b> Akıntı var		( 1 2 3 4 )
2.1.Rutubet Var		( 1 2 3 4 )
2.2.Bozuk Florosan		( 1 2 3 4 )
<b>2.3. Diğer</b>		( 1 2 3 4 )
3.Duvarlar 3.1.Badana, sıva çatlağı		( 1 2 3 4 )
3.2.Diğer		
<b>4.Zemin</b> 4.1.Kirli		( 1 2 3 4 )
4.2.Diğer		( 1 2 3 4 )
5.Elektrik Kırık Priz		( 1 2 3 4 )
5.1.Priz <b>Yüksekliği Uyumsuz</b>		( 1 2 3 4 )
5.2.Prizlerde açık kablo uçları		( 1 2 3 4 )
5.3.Diğer		
<b>6.Pencere- cam</b> Kırık pencere		( 1 2 3 4 )

6.1.Kırık cam		( 1 2 3 4 )
6.2.Bozuk pencere		( 1 2 3 4 )
6.3.Diğer		( 1 2 3 4 )
7.Tuvalet Musluğu Bozuk Yok		( 1 2 3 4 )
7.1.Lavabo Musluğu Bozuk / sayısı Yok / sayısı		( 1 2 3 4 )
7.2.Musluk-Lavabo Yüksekliği Uyumsuz		( 1 2 3 4 )
<b>7.3.Ayna</b> Kırık ayna Sayısı		( 1 2 3 4 )
7.4.Diğer		( 1 2 3 4 )
<b>8.Temizlik Malzemeleri</b> 8.1. Çamaşırısu		( 1 2 3 4 )
8.2. Arap Sabunu		( 1 2 3 4 )
8.3. Toz deterjan		( 1 2 3 4 )
8.4. Çek-sil yok		( 1 2 3 4 )

Formu Dolduran Adı Soyadı/ İmza

.....



**Ek 17. Kaza Kayıt Formu****ÖĞRENCİ KAZA FORMU**

Çocuğun Adı, Soyadı:

Kaza tarihi:

Sınıfı:

Kaza saati:

Cinsiyeti:

**OKULDAN UZAKLAŞTIĞI SÜRE**

( ) ½ günden az ( ) ½ gün ( ) 1 gün ( ) 1,5-2 gün ( ) 3 günden fazla

**YAPILAN UYGULAMA**

( ) İlk yardım yapıldı ( ) Okul hemşiresi gördü ( ) Sağlık ocağına gitti.  
( ) Aile veya yakınına haber verildi. ( ) Acil ekibi gördü ( ) Özel bir kuruma gitti  
( ) Aile veya yakınına ulaşamadı. ( ) 112 arandı ( ) Hastaneye gitti  
( ) Sınıfa geri dönüldü ( ) Eve gitti ( ) Okul aktiviteleri sınırlandı

**YARANIN TİPİ**

( ) Sıyrık ( ) Şişme ( ) Omurilik yaralanması ( ) Ağrı  
( ) Kırık ( ) Yanık ( ) Kesik ( ) Hematom  
( ) Morluk ( ) Kanama ( ) Burkulma ( ) Diğer

**ETKİLENEREN BÖLGE**

( ) Baş ( ) Ağız/Dudak ( ) Omuz ( ) Karın ( ) Ayak  
( ) Nefes Almıyor ( ) Alın ( ) Dişler ( ) Sırt  
( ) Kasık ( ) Ayak bileği ( ) Nabız Yok ( ) Göz  
( ) Boyun ( ) Kaburga ( ) Mide ( ) Ayak parmağı  
( ) Burun ( ) Kaş ( ) El ( ) Kulak  
( ) Diğer ( ) Cinsel Organı ( ) El bileği

**ETKEN FAKTÖR**

( ) Hayvan Isırığı ( ) Bir alet ( ) Burkulma ( ) Ani bir hastalık  
( ) Çarpışma ( ) Saldırı aleti ( ) Vurma ( ) Bir cisme çarpma  
( ) Ateş/Sıcak Madde ( ) Düşme ( ) Bilinmeyen ( ) Diğer  
( ) Sıkışma ( ) İlaç,alkol vs. ( ) Farklı bir alet

**OLUŞ ZAMANI**

( ) Sabah ( ) Tenefüs ( ) Grup aktivitesi ( ) Ders Zamanı  
( ) Öğle arası ( ) Okul çıkışı ( ) Sınıf Değiştirirken  
( ) Öğle yemeği ( ) Boş zaman ( ) Toplantı zamanı

**KAZANIN OLDUĞU ZEMİN**

( ) Asfalt ( ) Çimen ( ) Buzlu Zemin ( ) Islak zemin  
( ) Beton ( ) Kirli zemin ( ) Fayans/Seramik ( ) Çamur  
( ) Halı-kilim ( ) Paspas ( ) Cilalı Ahşap ( ) Diğer  
( ) Çakıl ( ) Kum ( ) Toprak

**YER**

( ) Sınıf ( ) Laboratuvar ( ) Tuvalet ( ) Kantin ( ) Otobüs Park Alanı  
( ) Koridor ( ) Eşik ( ) Kaldırım ( ) Servis Alanı ( ) Spor Salonu  
( ) Bahçe ( ) Merdiven ( ) Yemekhane ( ) Diğer

**AKTİVİTE**

( ) Basketbol ( ) Tırmanma ( ) Jimnastik ( ) İtiş-Kakış ( ) Hentbol  
( ) Güreş ( ) Yürüme ( ) Futbol ( ) Kayma ( ) Atletizm  
( ) Koşma ( ) Savaş Oyunları ( ) Yüzme ( ) Voleybol ( ) Zıplama  
( ) Ayakta Durma ( ) Oturma ( ) Buzda Kayma ( ) Uzun eşek ( ) Diğer