

**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KOCAELİ İLİNDE OKUL SAĞLIĞI VE HEMŞİRELİĞİ
HİZMETLERİNİN DURUMU**

Sevgi ÇAKIR

**Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yönetmeliğinin Halk Sağlığı Hemşireliği
Programı İçin Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI (MASTER) TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.**

**KOCAELİ
2005**

**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KOCAELİ İLİNDE OKUL SAĞLIĞI VE HEMŞİRELİĞİ
HİZMETLERİNİN DURUMU**

Sevgi ÇAKIR

**Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yönetmeliğinin Halk Sağlığı Hemşireliği
Programı İçin Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI (MASTER) TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.**

Danışman: Prof. Dr. Seçil AKSAYAN

**KOCAELİ
2005**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İş bu çalışma, jürimiz tarafındanAnabilim Dalında
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan Ünvanı Adı SOYADI..... İMZA

Üye Ünvanı Adı SOYADI..... İMZA

Üye Ünvanı Adı SOYADI (Danışman)..... İMZA

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

..../..../2005

Prof. Dr. E. Sami ARISOY

Enstitü Müdürü

Mühür

ÖZET

Kocaeli İlinde Okul Sağlığı ve Hemşireliği Hizmetlerinin Durumu

Bu çalışma Kocaeli il sınırları içerisinde yer alan sağlık ocakları ve bünyesinde sağlık hizmeti sunulan özel okullarda, okul sağlığına yönelik sunulan hizmetin boyutunu belirlemek ve ileri basamakta sunulacak hizmetler için veri oluşturmak amacıyla, Kocaeli il Sağlık Müdürlüğüne bağlı 93 sağlık ocağı ve bünyesinde sağlık birimi bulunan üç özel okulda gerçekleştirilmiş tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

Araştırmanın evrenini Kocaeli il Sağlık Müdürlüğüne bağlı 104 sağlık ocağında görev yapan sorumlu hekim ve bir hemşirenin oluşturması hedeflenmiştir. Ancak, araştırma 86 hekim, 91 sağlık ocağı hemşiresi ve üç özel okul hemşiresinin katılımıyla sonlandırılmıştır.

Araştırmada veriler kamusal alanda ve özel okullarda sunulan okul sağlığı hizmetlerinin boyutunu ve bu hizmetler içerisinde hemşirelerin üstlendiği rol ve görevleri belirlemek üzere araştırmacı tarafından hazırlanan ve içeriğinde okul sağlığı hizmetleri kapsamında yürütülmesi gereken görevlerin yer aldığı bir anket formu ile hekim ve hemşirelerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Yüzdelerle dağılımların kullanıldığı veri analizleri sonucunda ise; yürütülen okul sağlığı hizmetleri içerisinde bağışıklama programlarının Sağlık Bakanlığı programı içinde düzenli bir çalışma ve ekip üyelerinin tümünün katılımı ile sağlandığı, bunun dışında ki periyodik sağlık kontrolü, sağlıklı çevre denetimi ile öğrenci, öğretmen ve velilere yönelik sağlık eğitim programları gibi yürütülmesi gereken birçok okul sağlığı hizmetlerinin sağlık profesyonelleri tarafından göz ardı edildiği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Okul Sağlığı Programları, Okul Sağlığı Hemşireliği, Görevler

ABSTRACT

Status of School Health and Nursing Services in Kocaeli City

Aiming to define the extend of school health services available, and to provide prospective data for attempts to determine services to be offered, this descriptive study was carried out in health centres and at private studies offering healthcare services within their own structures in Kocaeli city. The study was conducted in 93 health centres bound to the Kocaeli Municipality Health Board and at three private schools incorporating healthcare services.

The intended universe of the research consisted a nurse and physicians who have agreed to participate the study and who were employed at 104 health centres bound to the Health Board of the city. However, the final universe comprised 86 physicians, 91 health centres nurses, and three private school nurses.

The data were collected by a questionnaire during face-to-face interviews with physicians and nurses. Developed by the researcher and including tasks that should be performed in school health nursing, the questionnaire aims to define the extend of school heath services offered for the public domains and private schools, and to identify nurses roles' and functions within these services.

As a result of data analysis by percentage distribution, it was found that immunization programmes within school health practices were performed through a systematic work in accordance with the Ministry of Health schedule and with the complete participation of the whole healthcare team, but that many other required school health practices such as periodical health scans, environment control, health education programmes for teachers, families and students were disregarded by healthcare personnel.

Key Words: School Health Programmes, School Health Nursing, Tasks

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	viii
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Okul Sağlığı Hizmetlerinin Tanımı	3
2.2. Okul Sağlığı Hizmetlerinin Önemi	3
2.3. Dünyada Okul Sağlığı Hizmetleri ve Okul Hemşireliğinin Gelişim Süreci	6
2.4. Türkiye’de Okul Sağlığı Hizmetleri ve Okul Hemşireliğinin Gelişim Süreci	10
2.5. Okul Sağlığı Programları	15
2.5.1. Okul Sağlığı Hizmetleri	16
2.5.1.1. Sağlığın Değerlendirilmesine Yönelik Çalışmalar	16
i-)Okula Kabul Muayenesi.....	17
ii-) Periyodik Muayene	17
iii) Tarama Programları	18
2.5.1.2. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Çalışmalar.....	24
i) Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma	24
ii) Kazalardan Koruma ve İlk Yardım.....	27
iii) Ruh Sağlığı Hizmetleri	27
iv) Akut Hastalıklara Yaklaşım.....	28
v) Kronik Hastalıklara Yaklaşım.....	29
vi) Beslenme.....	30
vii) Spor/Beden Eğitimi	32
2.5.2. Sağlık Eğitimi	33
2.5.3. Okul Çevresinin Düzenlenmesi	36
2.5.4. Okul Sağlığı Kayıtları	36
2.6. Okul Sağlığı Hemşireliğinin Tanımı.....	37
2.6.1. Okul Hemşireliği Uygulama Standartları.....	37
2.6.2. Okul Sağlığı Hemşiresinin Rollerini.....	41
2.6.2.1. Eğitimci Rolü	41

2.6.2.2. Bakım Verici Rolü	41
2.6.2.3. Vaka Yöneticisi Rolü	42
2.6.2.4. Danışman Rolü	42
2.6.2.5. Savunucu Rolü	42
2.6.2.6. Tarama ve İzlem Rolü	43
2.6.2.7. Okul Sağlığı Lideri Rolü (Program Yöneticisi).....	43
2.6.3. Okul Sağlığı Hemşiresinin Görevleri.....	44
2.6.3.1. Okul Toplumunun Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi ve Tarama Çalışmalarının Organizasyonu.....	44
2.6.3.2. Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü ve Bakımı	45
2.6.3.3. İlk Yardım ve Acil Durumların Kontrolü.....	46
2.6.3.4. Danışmanlık Hizmeti Sağlama	46
2.6.3.5. Özürlü veya Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bakımı ve İzlemi	47
2.6.3.6. Sağlık Eğitimi	47
2.6.3.7. Okul Çevresinin Düzenlenmesi Çalışmalarına Katılım	49
3. GEREÇ VE YÖNTEM	51
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	51
3.2. Araştırmanın Evreni.....	51
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	52
3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	53
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	53
4. BULGULAR	54
4.1. Kamusal Alanda Yürütülen Okul Sağlığı Hizmetleri	54
4.2. Özel Okullarda Yürütülen Sağlık Hizmetleri	67
4.3. Okul Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu Sırasında Yaşanan Güçlükler	70
4.4. Okul Sağlığı Hizmetlerine Yönelik Getirilen Öneriler	71
5. TARTIŞMA	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	80
6.1. Sonuçlar.....	80
6.2. Öneriler	82
KAYNAKLAR DİZİNİ.....	85
EKLER	

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 3.1. Sağlık Ocağı Personeli ve Bölgedeki Okul Sayısının Grup Başkanlıklarına Göre Dağılımı.....	52
Tablo 4.1. Sağlık Ocaklarında Okul Toplumunun Sağlık Kontrollerine İlişkin Hizmetlerin Durumu	54
Tablo 4.2. Sağlık Ocaklarında Okul Sağlığı Tarama Hizmetlerinin Durumu	56
Tablo 4.3. Sağlık Ocaklarında Yürütülen Tarama Programlarının Sıklığına Göre Dağılımı.....	57
Tablo 4.4. Sağlık Ocaklarında Okul Sağlığına İlişkin Sevk Hizmetlerinin Durumu	58
Tablo 4.5. Sağlık Ocaklarında Okul Sağlığına İlişkin Bulaşıcı Hastalıkları Önleme Hizmetlerinin Durumu.....	59
Tablo 4.6. Sağlık Ocaklarında Okul Sağlığına İlişkin Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık Hizmetlerinin Durumu	61
Tablo 4.7. Sağlık Ocaklarında Yürütülen Danışmanlık Hizmetinin Sunum Sıklığına Göre Dağılımı.....	63
Tablo 4.8. Sağlık Ocaklarında Okul Kazalarına İlişkin Hizmetlerin Durumu	64
Tablo 4.9. Sağlık Ocaklarında Sağlıklı Okul Çevresine İlişkin Hizmetlerin Durumu	66

KOCAELİ İLİNDE OKUL SAĞLIĞI VE HEMŞİRELİĞİ HİZMETLERİNİN DURUMU

1.GİRİŞ

Gelecek yıllarda toplumu oluşturacak ve oluşturduğu topluma hizmet sunacak olan çocukları bünyesinde toplayan okul; geleceğimizin güvencesi olan çocukların fiziksel, mental, ruhsal ve sosyal gelişmelerini sağlıklı bir biçimde sürdürebilmelerinin sağlanması, hastalıkların önlenmesi, sağlığı geliştirici davranışların benimsetilmesi böylece çalışkan ve sorumluluklarının bilincinde bireylerin yetiştirilmesi için mükemmel bir ortamdır (Pourciau and Vallette,2001; Croghan and Johnson,2004).

Okul sağlığı alanındaki ihtiyaçların fark edilmesi üzerine 1793 yılında Fransa'da başlatılan okul sağlığı hizmetleri ve 1902 yılında New York'ta Lillian Wald'ın çalışmalarıyla başlayan okul sağlığı hemşireliği; başlangıçta sadece bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engellemeyi amaçlarken, günümüzde gelişerek sağlığın geliştirilmesini hedefleyen uzmanlık dalı haline gelmiştir (Byrne and Bennett,1886; Kub and Steel,2000; Pekcan,1995; Çağlayaner ve Gönenli,1998).

Okul hemşireliğinin önemini artıran başlıca faktör yaşanan ekonomik değişiklikler ve buna bağlı olarak sağlık bakımının artan maliyetidir. Okul hemşireleri, aile bütçesinin sağlık gereksinimleri karşısında yetersiz kaldığı durumlarda optimum bakımı sağlayan sağlık profesyonelleri olarak rol alırlar. Büyüme, gelişme , halk sağlığı, ruh sağlığı, çocuk sağlığı gibi temel konularda ve vaka yönetimi, program yönetimi, liderlik, kültürel duyarlılıkta etkili olma gibi birçok özel alanda eğitimini tamamlamış olan okul hemşireleri, en az üniversite mezunu ve bakım verici, savunucu, eğitimci, toplumla işbirliği kurabilen ve vaka yöneticisi rollerini çeşitli durumlarda yerine getirebilen profesyoneller olmalıdır (Pourciau and Vallette,2001; Humm,2004)

Ancak, ülkemizde okul sağlığında hizmet vermek üzere profesyonel sağlık personelinin yetiştirilmesine gereken önem verilmemiş, her okulun bünyesinde sağlık hizmetleri sunan birimlerin bulunduğu sistem oluşturulmamıştır.1949 yılında

toplanan Milli Eğitim Şurasında ilk defa çocuklardaki sağlık problemleri ortaya konulmuş, okul hemşireliği ele alınmış, ancak sadece reviri olan ve yatılı eğitim verilen okullarda hemşire bulunması yoluna gidilmiştir. Bunun dışındaki okullarda 224 sayılı Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri Yasası ile bölgede bulunan sağlık ocağı görevlilerine okul sağlığı çalışmalarını yürütme görevi verilmiştir (Tümerdem,1992; Pekcan,1995; Bahar ve ark.,1999).

Hizmeti sunan kim olursa olsun verilen hizmetlerde temel hedef okul çağındaki bütün çocukların ve okul personelinin bütüncül bir bakış açısıyla sağlıklarını değerlendirmek, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden optimal sağlık düzeyine kavuşmalarını sağlamak ve bunu devam ettirmek, karşılaşılabilecekleri olası sağlık sorunlarını erken dönemde tespit ederek ilerlemeyi engellemek olmalıdır. Ayrıca sağlığın önemli bir belirleyicisi olan sağlık davranışlarını benimsetmek, çocukların gelecekteki yaşamlarında kendi sağlıklarıyla ilgili doğru karar verebilme yeteneklerini ön plana çıkararak öz benliklerini güçlendirmek, böylece toplumun temel taşı olan çocukların, dolayısıyla da ilerleyen dönemlerde toplumun sağlık düzeyi yükseltilmeye çalışılmalıdır (Marion,1990; Aksayan,1998)

Boston'da yapılan çalışma okul toplumunda yaşanabilecek birçok sağlık sorununun okul hemşiresi tarafından tespit edilip önleme ve düzeltme yoluna gidildiğinde tamamen önlenebilecek sorunlar olduğunu göstermiştir (Schainker et al.,2005). Bu nedenle okul sağlığı hizmeti veren profesyonellerin birincil görevi olası problemleri tedavi etmek ve mevcut sorunun çocukta meydana getireceği etkileri ebeveyn ve öğretmenleriyle paylaşarak, grup dinamiği içerisinde pozitif çözümler üretebilmektir. Bu çabada başarıya ulaşmak için kullanılacak kaynaklar sadece sağlık personelleri ile sınırlı kalmamalı, sektörler arası işbirliğine gidilerek olası sorunlara karşı daha köklü çözümler üretilebilmesi için gerekli toplumsal altyapı oluşturulmalıdır (Sağlıkta Öncü Okul Bülteni,1996).

Araştırma; 224 sayılı Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri Yasasınının 154 sayılı yönergesi doğrultusunda sağlık ocaklarına verilen okul sağlığı hizmetlerini yürütme görevinin günümüzde ne derece uygulandığını ve bu hizmetler içerisinde hemşirelerin üstlendikleri rolleri belirlemeye yönelik olarak; Kocaeli ilinde okul sağlığı ve hemşireliği hizmetlerinin durumunu belirlemek, ileri araştırmalar ve sunulacak hizmetler için veri oluşturmak amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Okul Sağlığı Hizmetlerinin Tanımı

Okul sağlığı hizmetleri; öğrenci ve okul personelinin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık durumunu değerlendirmek, sağlık eğitimi yoluyla sağlıklı yaşam davranışları geliştirmelerini sağlamak, öğrenmeyi engelleyici nitelikteki bozuklukların düzeltilmesi konusunda bu bireyleri yönlendirmek, özürlü çocukların belirlenmesine ve eğitimlerine yardımcı olmak, bulaşıcı hastalıkları kontrol etmek, ani hastalık ve sakatlanma hallerinde ilk yardım yapmak, kısaca okul çocuklarının ve personelinin sağlıklarını korumak ve geliştirmek amacıyla düzenlenmiş olan etkinliklerin tümüdür (Marion,1990; Bilgel,1997, Çağlayaner ve Gönenli,1998, Aksayan,1998; Moloney and Davidson,1999; Demirezen ve Nahcivan,2000; Kub and Steel,2000; Croghan and Johnson,2004).

1998 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün yayımlamış olduğu bir bildiri de okul sağlığı hizmetlerinin gençlerin sağlığını olumlu yönde etkileyerek kendilerine güvenlerini arttıran ve yaşam davranışlarını olumlu yönde değiştiren aktiviteler olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca bu hizmetler sosyoekonomik farklılıkların yaşandığı toplumlarda maddi yetersizlik, sağlık ve sosyal güvencenin olmaması gibi ekonomik veya ebeveyn ilgisizliği gibi ekonomik olmayan nedenlerle sağlık hizmetlerinden yararlanamayan çocuklara ulaşma olanağı sağlaması yönüyle oldukça yararlıdır (Juszczak,1999; Wolfe and Selekman,2002).

2.2. Okul Sağlığı Hizmetlerinin Önemi

Okul çağı; okula başlama yaşı olan 6-7 yaşlarından başlayarak, bireyin tercihihine göre değişen öğrenim hayatı boyunca devam eden ve bireyin; eğitimi, çevresi ve ailesinin de etkisiyle dünya görüşü, değerleri ve kişiliğini oturtmaya çalıştığı bir süreçtir(Bilgel,1997; Demirezen ve Nahcivan,2000). Okul çocukları her ne kadar, küçük çocukluk yaşlarının çeşitli sağlık sorunlarını çözümlemiş, hastalık ve

ölüm risklerinden büyük ölçüde kurtulmuş, genelde sağlıklı bir yaş grubunu oluşturuyor olsalar da, bu dönemdeki çocuklar biyolojik büyüme ile birlikte birçok sağlık sorunu ile karşılaşabilmekte ve bakıma gereksinim duyabilmektedir. Her çocuğun optimal sağlık düzeyine erişebilmesi için bu gereksinimleri karşılamak, böylece sağlık düzeyi yüksek toplum oluşturmak amacıyla çocukların sağlığını koruma ve geliştirme odaklı okul sağlığı hizmetleri ülkenin temel sağlık hizmetleriyle bütünleştirilerek sunulmalıdır (Beyazova,2002;Bilgel,1997).

Okul sağlığı hizmetlerinin sunumunu gerekli kılan nedenlere bakıldığında (Byrne and Bennett,1986; Pekcan ve Güler,1993; Pekcan,1995; Bilgel,1997; Aksayan,1998; Demirezen ve Nahcivan,2000; DİE,2004);

1) Okul popülasyonu toplum içerisinde büyük bir orana sahiptir. Günümüzde çalışan anne sayısındaki artış nedeniyle çocuklar ilkokul öncesinde de günlerinin büyük bir kısmını anaokulu veya çocuk yuvası olarak adlandırılan sosyal eğitim kurumlarında geçirmektedir. Bu durum okul popülasyonunun daha da artmasına ve bu popülasyonun öneminin dikkate değer bir hale gelmesine neden olmaktadır. Devlet İstatistik Enstitüsü 2003-2004 yılı verilerine göre; ülkemizde, okul öncesi eğitim veren kurumları da içermek üzere toplam 563200 öğretmenin görev yaptığı 56321 ilk ve orta dereceli eğitim kurumunda toplam 13852429 öğrenci öğrenim görmektedir.

2) Okul çağı çocuğu sürekli bir büyüme ve gelişme içerisindeydir. Olumlu bir etkileşim sağlanması halinde çocuk herhangi bir sakatlık, hastalık veya bozukluk olmadan bu hareketli dönemi kolayca atlatabileceği gibi, var olan sağlık sorunlarını erken dönemde belirleyerek büyüme gelişme bozukluklarını engellemek, bu önlemlerin büyümenin tamamlanmasından sonraya bırakılmasından çok daha kolay ve etkili olacaktır.

3) Sağlık konusunda bilinçli toplum temellerinin atılacağı yer okuldur. Günlerinin büyük bir bölümünü okulda geçiren ve yeniliklere açık olan çocuğa etkili bir sağlık eğitimi verilirse; bu dönemde, kalıcı olan davranış değişikliklerine yol açan etkilemeler daha kolay olacak, sağlıklı yaşama ilişkin bilgi, tutum ve davranışları geliştiren her bir öğrenci, eğitici rolünü üstlenerek kazandığı her bir olumlu sağlık davranışlarını önce ailesiyle, sonra akran grubu ve çevresinde bulunan diğer bireylerle paylaşma yoluna giderek toplumun bu alışkanlıkları kazanmasında görev üstlenecektir.

Yetişkin bir kişi olduğunda ise ailesinin sağlığını geliştirmek için gerekli önlemleri alabilecek, sağlığın korunması için neler yapılması gerektiğinin bilincinde olacak ve sağlığını kaybettiği anlarda da nasıl davranılması gerektiğini kavramış, böylece doğru sağlık alışkanlıklarının kazandırılması sonucu sağlıklı bir toplum yaratmak için gerekli yatırım yapılmış olacaktır.

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

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

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

7) Yoğun popülasyon nedeniyle kazaların görülme oranı yüksektir.

8) Toplu halde bulunulması nedeniyle okul, büyük bir grubun sağlık durumlarının değerlendirilmesi, erken tanılamaya yönelik girişimlerin uygulanabilmesi, sık karşılaşılan sağlık problemlerine yönelik tedavi ve koruma önlemlerinin uygulanması için uygun bir ortamdır. Bu nedenle okul sağlığı çalışmalarında, ortamdaki kaynaklanan riskleri en aza indirecek koruyucu önlemleri

almak, bulaşıcı hastalıkları önlemek için düzenli bir bağışıklık programı oluşturmak ve sağlık eğitimi için tüm olanak ve fırsatları kullanmak gerekir.

9) Okul, toplumsal bir birimdir ve okul ile çocuğun ailesi arasında bir etkileşim mevcuttur. Bu etkileşim bir çok konuda olduğu gibi sağlıkla ilgili konularda da toplumu güdüleyici bir etki yapar. Geniş bir yayılımla okul sadece kendi öğrencilerinin ailelerini değil, aynı zamanda bu ailelerden oluşan toplumu da etkisi altına alır. Dolayısıyla hem öğretmen hem de sağlık personeli için, sağlıkla ilgili toplumu etkileyecek programların başlangıç noktası olmasında okul toplumu önemli bir özelliğe sahiptir

2.3. Dünyada Okul Sağlığı Hizmetleri ve Okul Hemşireliğinin Gelişim Süreci

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

Konu ile ilgili gelişmeleri ve yapılan çalışmaları kronolojik olarak incelemek gerekirse (Turner,1967; İgoe,1994; Pekcan,1995; Bilgel,1997; Çağlayaner ve Gönenli,1998; Pourciau and Vallette,2001; Modrcin-Talbott,2002);

1793 yılında okul sağlığı programı ilk olarak Fransa'da başlamış ve günün değişen koşullarına göre gelişerek, 1945 yılında Avrupa'nın en mükemmel okul sağlığı örgütlenmesi haline gelmiştir.

1833 yılında ilk defa Fransa'da "Okullarda Tıbbi Gözlem" adıyla okul sağlığı konusunda bir kanun çıkarılarak, okul yönetimi, okul binalarının sanitasyonundan sorumlu hale getirildi.

1842 yılında ABD’de Horace Mann, okullarda sağlık eğitimi verilmesini önermiş, ancak bu düşünce iyi karşılanmamıştır. Fransa’da devlet okullarının hekimler tarafından düzenli olarak denetlenmesi kararlaştırıldı.

1868 yılında İsveç’te, 1869 yılında Almanya’da, 1871 yılında Rusya’da, 1873 yılında Avusturya’da devlet okullarına hekimler atandı.

1871 yılında ABD’de ilk kez R.J. Olivan sağlık müfettişi olarak atandı.

1874 yılında Brüksel’deki bütün okullar üç ayda bir hekim denetiminden geçirilmeye başlandı. İsveç’te okul sağlığı hizmetleri teşkilatı kuruldu.

1879 yılında Paris’te okul sağlığı programı başlatıldı.

1880 yılında ABD’de 40 eyalette, okullarda, alkol ve uyuşturucu maddelerin etkisiyle ilgili bilgi verilmesi yürürlüğe girdi. İngiltere’de Dr.Priestley Smith okul çocuklarında görme bozukluğunun öğrenme üzerindeki olumsuz etkilerini saptadı.

1882 yılında İngiltere’de Dr.Clement Dukes “Okul ve Sağlık” adlı ilk okul sağlığı kitabını yayınladı.

1883 yılında Almanya, 1890 yılında Londra’da ilk resmi okul hekimi atandı.

1888 yılında Japonya’da,1889 yılında Romanya’da bütün okullarda periyodik sağlık muayeneleri başlatıldı.

1893 yılında okul sağlığı hemşireliği, sosyo-ekonomik yönden düşük bir bölge olan Drury Lane’deki bir okulda sağlık problemlerinin giderek artması üzerine okul müdürünün Metropolitan Hemşireler Birliğinden okulda görevlendirilmek üzere bir hemşire verilmesini istemesi üzerine başlatıldı.

1894 yılında ABD’de okullarda Tıbbi Gözlemci Teşkilatı kuruldu ve devlet okullarında tıbbi muayene zorunluluğu getirildi. Boston’daki okullarda başlatılan ilk Amerikan Okul Sağlığı Programı; yapılan tıbbi muayenelerle okul çocuklarında saptanan bulaşıcı hastalıkları önleyici yolları belirlemeyi sağladı.

İlk olarak 1897 yılında Danimarka Kopenhag’da,1905 yılında Hollanda Amsterdam’da halk sağlığı müdürlüğüne bağlı okul sağlığı birimi kuruldu.

1902 yılında New York’ta Lillian Wald yönetiminde gerçekleştirilen tarama programında binlerce çocukta bulaşıcı hastalık tespit edildi. Bunun üzerine New York şehrindeki çeşitli okullarda görev yapacak 25 tane okul hemşiresinin görevlendirilmesiyle okul hemşireliğinin temelleri atıldı.

1906 yılında ABD’de okul çocuklarının en az yılda bir kez hekim muayenesinden geçirilmesi yasa haline getirildi.

1908 yılında okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin ABD genelinde yerel yönetimlerin sorumluluğunda yürütülmesine karar verildi. İngiltere’de okul sağlığı hizmetleri ulusal düzeyde yaygınlaştı.

1910 yılında ABD’de sağlık profesyonellerinin sorumlulukları geliştirilerek sağlık eğitim programlarında görev almaları kararlaştırıldı.

1913 yılında ABD’de Lina Rogers’in başkanlığını yaptığı Okul Hemşireliği Komitesi kuruldu.

1914 yılında İngiltere’de I. Dünya Savaşı döneminde yapılan tarama programlarında bir çok kişide görme, işitme, ağız-diş sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, ortopedik sorunlar belirlenmesi üzerine sağlıklı yetişkinlik için çocukluk döneminde yapılacak tarama programlarının önemi anlaşılmış, bu yöndeki çalışmalar daha programlı yürütülerek bir uzmanlık dalı ve okul sağlığı örgütü oluşturuldu.

1915 yılında ABD’de temel sağlık bilgileri, sağlıklı okul yaşamı, okul sağlık birimlerinde uygulama ile öğrenme, sağlık bilgisi dersleri ve diğer derslerde yer geldikçe sağlık eğitimi verilmesini kapsayan modern sağlık eğitimi programı başlatıldı.

1918 ve sonrasında ABD’de sağlığın geliştirilmesine yönelik okul çocuklarına sağlık eğitimi verilmesi ilgi çekerek gelişti. Bu modern sağlık eğitimi programı, I. Dünya Savaşı sonrası çocukların ve gençlerin daha sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmelerini sağlamak ve böylece sağlığı geliştirmek için Amerikan Çocuk Sağlığı Organizasyonu, Ulusal Tüberküloz Derneği ve diğer sağlık kuruluşlarının da ilgi ve desteğiyle sağlık temellerine dayanan öğretim programlarının geliştirilmesiyle oluştu.

1927 yılında kurulan Amerikan Okul Hekimleri Birliği, diğer sağlık profesyonellerinin konuya ilgilerinin giderek artması ve okul sağlığı hizmetlerinin multidisipliner iş birliği gerektirmesi nedeniyle kendini yenileyerek 1936 yılında diğer sağlık disiplinlerini de kapsayan Amerikan Okul Sağlığı Birliğine dönüştürüldü.

1942 yılında Hollanda’da, 1946 yılında Danimarka’da çıkartılan yasalarla kapsamlı okul sağlığı örgütleri kuruldu. Tüm okullarda bir hekim, bir hemşire ve diş

hekiminin görev aldığı “Okul Hijyen Ünitesi” kuruldu ve öğrenciler sürekli kontrol altında tutularak çeşitli konularda sağlık eğitimlerinden geçirildiler.

1950 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ilk okul sağlığı hizmetleri toplantısını yaptı.

1969 yılında ABD’de amacı okul hemşireliği hizmetlerinin ve hizmeti sunan hemşirelerin denetimi olan Ulusal Okul Sağlığı Hemşireleri Birliği (NASN) kuruldu.

1977 yılında DSÖ; UNICEF ve çeşitli ülkelerin okul sağlığı komiteleri, okul sağlığı konusunda değişik yıllarda toplantılar yaparak; okul sağlığının önemi, üzerinde durulması gereken noktalar, etkinliklerin planlanması, uygulanması, uygulama sıklığı, kimlerin bu çalışmalardan yararlanması gerektiği konularında raporlar yayınlanmıştır. 1977 yılında yayınlanan raporda,

- 1) Okul sağlığı eğitim programları bir ekiple yürütülmelidir. Ekipte hekim, hemşire, öğretmen sosyal hizmet uzmanı ve psikolog olmalıdır.
- 2) Diş sağlığı, görme taramaları, ruh sağlığı ve sağlık eğitimi konularına özel önem verilmelidir.
- 3) Aile ile işbirliği yapılmalıdır.
- 4) Okul sağlığı çalışmalarını yürüten ekibin diğer sağlık kuruluşları ve sosyal kurumlarla ilişkisi olmalıdır.
- 5) Tıpla ilgili okullarda mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde okul sağlığı konusu yer almalı ve bu konuda gerekli araştırmalar yapılmalıdır.
- 6) Fizik ya da mental sakatlığı olan çocuklar olabildiğince diğer çocuklarla aynı okullarda okutulmaya çalışılmalıdır, maddelerine yer verilmiştir.

1983 yılında Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) okul hemşireliği uygulamaları için faaliyet alanlarını ve standartlarını yayımladı.

1991 yılında DSÖ Avrupa bürosu tarafından “Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi” getirilmiştir. Bu projeyi ilk olarak Çekoslovakya, Macaristan ve Polonya başlatmış, daha sonra bu ülkelere Hollanda’da katılmıştır. 1993 yılının sonuna kadar bütün Avrupa ülkelerinde projenin başlatılması öngörülmüştür. Bu projenin amaçları;

- Öğrencilere ve okul çalışanlarına sağlıklı bir çevre sağlamak,
- Bireyde sağlıklı aile ve toplum bilincini oluşturmak,
- Okul çocuklarını ve aileleri gerçekçi ve istendik bir yaşam sağlamak için özendirme ve desteklemek,

- Bütün öğrencilere kendi fiziksel, psikolojik potansiyellerini göstererek özgüvenlerini kazanmalarını sağlamak,
- Okul toplumunun güvenliği ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için amaçları açıkça ortaya koymak,
- Okul personeli, öğrenci, aile arasında iyi ilişkiler kurmak,
- Projenin başarılı olabilmesi için toplum kaynaklarının kullanılmasını sağlamak,
- Uygun bir sağlık eğitimi programı planlamak,
- Öğrencileri kendi sağlıklarını korumaları ve güvenli ve fiziki çevre sağlamaları için gerekli bilgi ve becerilerle donatmak,
- Okul sağlığı servislerini, sağlık eğitimi programı ile entegre etmektir.

1999 yılında Amerika'daki Ulusal Okul Hemşireleri Derneği (NASN) tarafından okul hemşiresinin tanımı yeniden yapılmış ve bu tanıma uygun roller, görevler ile bakıma ve profesyonel performansa yönelik standartlar belirlenmiştir (NASN,1999).

Günümüzde okul sağlığı hizmetleri okul toplumunu bir bütün olarak almayı ve bireylere sağlığın geliştirilmesi düzeyinde hizmet götürmeyi amaçlamaktadır. Fiziksel aktiviteyi artırma, cinsel eğitim, HIV'in önlenmesi, beslenme, sigarada korunma ve kronik hastalıklarla başa çıkma gibi daha spesifik konularda ve her ülkenin kendi öncelikleri doğrultusunda belirlediği standartlarla hizmet sunulmaktadır. Sunulan hizmetlerde amaç Birleşmiş Milletler Sağlık Hizmetleri Departmanı tarafından 2000 yılında Washington'daki bir konferansta belirlenen "2010 yılı ulusal sağlık hedeflerine" ulaşmaktır (Pourciau and Vallette,2001).

2.4.Türkiye'de Okul Sağlığı Hizmetleri Ve Okul Hemşireliğinin Gelişim Süreci

Türkiye'de okul sağlığı hizmetleri Milli Eğitim Bakanlığının sorumluluğu altında 1912 yılında başlamıştır. Bu tarihte yayınlanan bir yönetmelikle, okullarda bulaşıcı hastalıkların önlenmesine ve tedavisinin sağlanmasına karar verilmiştir.

1927 yılında çıkarılan bir yönerge ile ilkokul müfettişlerine, okulların hijyenik koşullarının ve öğrencilerin sağlık durumlarının incelenmesi yetkisi verilmiştir.

1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Yasası ile okul sağlığıyla ilgili çalışmalar başlamıştır. Bu yasanın 163. ve 164. maddeleri okul sağlığıyla ilgilidir ve bu maddelerde;

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

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

1946 dan itibaren ülkemizde tüm dünyada olduğu gibi UNICEF okul çocuklarının beslenmesi ve bulaşıcı hastalıklardan korunması için programlar başlatmıştır.

1949-1952 yıllarında yapılan Milli Eğitim şuralarında okul sağlığı ele alınarak, ilgili personelin görevleri belirtilmiştir. 1959 yılında yapılan 4. Milli Eğitim şurasında ise reviri olan okullar için okul hemşireliği kabul edilmiştir.

1953 yılında oluşturulan bir komisyon, Hollanda ve Danimarka'daki okul sağlığı örgüt yapılarını inceleyerek mevcut programların yönetimini değiştirmişlerdir. Ana okullarında ve ilkokullarda okul hijyeni teşkilatının kurulmasını sağlayan bir kanun tasarısı kabul edilmiştir (Çağlayaner ve Gönenli,1998).

1958 yılında kabul edilen ilk "Sağlık Müdürleri ve Hükümet Tabipleriyle Belediye Sağlık İşleri Müdür ve Belediye Tabiplerine Ait Görev Yönetmeliği"nin "Hükümet Tabipleri" bölümündeki 30. maddesi hükümet tabibinin okul sağlığı görevini şöyle tanımlamaktadır. "Merkez ve köylerde bulunan okulların sağlık koşullarıyla öğrencilerin genel sağlığı ve özellikle bulaşıcı hastalıklardan korunmasıyla ilgilidir. Özel hekim bulunan okullarda sağlık fişlerinin düzenlenip düzenlenmediğini denetler. İcabında gerekli aşıları yaptırır. Hekimi ve reviri

bulunmayan okullarda yatakhane, yemekhane, mutfak, banyo ve yıkanma yerlerinin sağlık koşullarına uygunluğunu 1593 sayılı yasanın 163. maddesi gereğince denetler.

1984 yılı başından itibaren ülkemizde hükümet tabipliği kaldırılmış ve sağlık ocağı hekimleri bu görevleri üstlenmiştir (Pekcan,1995).

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

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

A) *Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmiş olduğu bölgelerde sağlık ocağı hekimi okul sağlığı hizmetlerinden sorumludur.*

Okul sağlığı hizmetlerinde amaç; okul çağındaki çocukların fiziki, mental ve sosyal bakımdan tam sıhhatli olmasını temin etmek, bunun idamesini sağlamak ve dolayısıyla toplumun sağlık standartlarının yükselmesine yardım etmektir.

Bu amaca ulaşabilmek için diğer halk sağlığı hizmetlerinde olduğu gibi okul sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde de ocak hekimi, hemşire, köy ebeleri, sağlık memuru, okul öğretim personeli ve çocuk aileleri aralarında sıkı bir işbirliği kurarak bir ekip halinde çalışmak zorundadırlar.

B) *Okul sağlığı hizmetleri şunlardır:*

1- Okullarda periyodik ve özel muayeneler yapmak;

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

1.2. Öğretim personelinin tıbbi muayene ve kontrolleri yapılır,

1.3. Periyodik muayeneler dışında okul öğretim personeli, sağlık memuru, hemşire ve aile tarafından muayenesi istenen çocuklar da muayene edilir. Genel muayeneler sırasında öğrenci velileri ve sınıf öğretmeni bulunmalıdır. Zira çocuğun

öz ve soy geçmişi, okul ve evdeki durumu hakkındaki gerekli bilgiler bu sayede kolaylıkla temin edilebilir. Çocuğun sağlık durumu hakkında aile ve sınıf öğretmenine gerekli tavsiyeler yapılır.

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

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

4- Sağlık eğitiminin daha etkili olmasını ve yaygınlaşmasını sağlamak

5- Öğrencilerin aşılarını yapmak.

6- Gıda hijyeni ve beslenme hakkında tavsiyelerde bulunmak.

7- Okul sporcularının tıbbi kontrolünü yapmak.

8- Bölgede okul sağlığı durumunun bildiren senelik rapor hazırlamak.

C) Hizmetin Yürütülmesi:

1- Periyodik muayeneler okulun bulunduğu sağlık ocağı bölgesi hekimi tarafından yapılır.

2- Hasta öğretmen veya öğrenci sağlık ocağına gelebilecek durumda ise ocak merkezinde muayene ettirilirlir. Ağır hastalar evlerinde muayene ettirilirlir.

3- Okul sağlığı ile ilgili hizmetler sağlık ocağı hekiminin hazırlayacağı program gereğince hekim ve diğer personel tarafından yürütülür.

4- Öğrencilerin sağlık dosyası okul öğretmenleri tarafından sağlık personelinin direktiflerine göre doldurulur ve okulda muhafaza edilir (Pekcan,1995).

1962 yılında 5-15 Şubat tarihleri arasında yapılan 7. Milli Eğitim Şurası'nda okul hekimi, okul spor hekimi, okul hemşiresi yetiştirilmesi kararlaştırılmış, 1966 yılında nüfusu 3000'in üzerinde olan okullara hekim atanması zorunluluğu getirilmiştir. 1963 yılında çıkarılan 3017 sayılı "Sağlık Bakanlığının Örgütlenmesi ve Memurlar Yasası" adlı yasa ile okul sağlığı görevi devlet görevi olarak tanımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı, ülkenin sağlık koşullarını düzelterek bireysel ve toplumsal sağlığa zararlı etkenlerle savaşmak, gelecek neslin sağlıklı yetişmesini sağlamak, halkın yaşama ve yerleşme koşullarını düzeltmede yardım etmekle görevlendirilmiştir (Pekcan,1995; Çağlayaner ve Gönenli,1998).

1982 yılında Milli Eğitim Bakanlığı Ankara Sağlık Eğitim Merkezi tarafından bir genelge ile ilk programlı okul sağlığı çalışması başlatılmış, ardından 1984 yılında Milli Eğitim Bakanlığı'nca okul sağlığı uygulama rehberi çıkarılmış hükümet tabipliğinin kaldırılması ile okul sağlığı görevi sağlık ocaklarına verilmiştir.1985-1990 yılları arasında Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlıkları tarafından 9.000.000 öğrenci ve 57 bin okul incelenerek okul çocuklarında en sık görülen hastalıklar saptanmıştır (Bilgel,1997, Çağlayaner ve Gönenli,1998).

23-27 Mart 1992 yılında yapılan I. Ulusal Sağlık Kongresinde Çocuk Sağlığı Gurubu verilmesi gereken hizmetlerin aksayan yönlerini saptayarak raporunu sunmuştur. Bu rapora göre; okul sağlığı hizmetleri konusunda Milli Eğitim ve Sağlık Bakanlıkları arasında bakanlık ve il düzeyinde yeterli eşgüdüm, hizmetin yaygınlığının ve sürekliliğinin sağlanamaması, okul hemşireliği kavramının yerleşmemiş olması, okul çevre sağlığı koşullarının yetersizliği, örgün eğitimde sağlık eğitimi programlarının yetersizliği, okul sağlığı kayıtlarının yetersizliği, gençlik çağı ile ilgili olarak; kimlik geliştirme, meslek seçimi, boş zamanları değerlendirme, sağlığa zararlı alışkanlıklardan korunma, cinsel hayat gibi konularda eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin eksikliği ile çağına özgü bedensel ve ruhsal eğitimin eksikliği, saptanan sorunlardır (Çağlayaner ve Gönenli,1998).

1994 yılında ise D.S.Ö.'nün birçok Avrupa bölgesinde yürüttüğü "Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi" çalışmalarına, çeşitli bölgelerden seçtiği 10 pilot okul ile ülkemiz de katılmıştır. Odak noktası, temel sanitasyon ve kişisel hijyen olan bu proje ile bu okullarda, kendi sağlığını geliştirmek için etkinliklerde bulunan ve daha sağlıklı bir biçimde yaşamayı öğrenen, çevresindeki insanların, özellikle de aile ve yakın çevrelerinin de benzer çaba göstermeleri için onları teşvik eden bir okul toplumu oluşturmak amaçlanmıştır (Sağlıkta Öncü Okul Bülteni,1996).

Okul çevresi sağlığıyla ilgili diğer bir çalışma 1991-1995 yılları arasında yürütülen ve finansmanı Bakanlık ile UNICEF tarafından sağlanan "Okul ve Çevre Projesi" dir (Pekcan,1995).

1999 yılında Avrupa Sosyal Pediatri Derneği yıllık kongresi İstanbul'da yapılmış, "Avrupa Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı" kapsamında; okul sağlığı hizmetlerinde ülke deneyimleri, okul çocuğunun sağlık ihtiyaçları ve uygulanabilecek sağlık hizmetleri irdelenmiştir.

Sağlıklı okullar projesine üniversitelerden de destek gelmiştir. 1998-1999 eğitim-öğretim yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, 1999-2003 eğitim-öğretim yılları arasında İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Kadın ve Çocuk Sağlığı Birimi, 2002-2005 eğitim-öğretim yılları arasında Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün desteğiyle seçilen pilot okullarda okul sağlığı hemşireliğine yönelik çalışmalar için projeler geliştirilmiş, öğrencilerin sağlık muayeneleri yapılmış ve ulaşılan sonuçlar çerçevesinde hemşirelik girişimleri uygulanarak, sağlığın gelişimine katkı sağlama yolunda önemli adımlar atılmıştır.

Kronolojik gelişime bakıldığında hem dünya ülkelerinde hem de ülkemizde öncelikle okul sağlığı hizmetleri başlamış, sonrasında hemşirelik hizmetleri de bu program içerisinde yerini almıştır. Tüm dünyada okul sağlığı son 35 yıl içinde dramatik bir değişim göstererek sunulan hizmetlerle okul hemşireliği çağı gelmiştir. 1990' ların okul hemşireleri, önceki dönemlerin aksine, toplumsal sağlık sistemi içerisinde değil, okul temelli öğrenci sağlık merkezlerinde primer sağlık bakım imkanlarını sağlamada anahtar rol oynamışlardır. Birçok hemşire, okul hemşireliği pratisyeni olarak, okul yaşamında spesifik bakım ihtiyacı öğrencilere gerekli bakımı sağlamada vaka yöneticisi rolünü üstlenerek okul sağlığı ekibinde önemli bir yer edinmişlerdir (İgoe,1994; Wolfe and Selekman,2002).

2.5. Okul Sağlığı Programları

Sağlık profesyonelleri tarafından okul toplumunun tamamına yönelik uygulanan okul sağlığı programları; sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi ve okul çevresinin düzenlenmesi olmak üzere üç temel bölümden oluşur. Beden eğitimi, beslenme hizmetleri, okul toplumunun sağlığını geliştirme çalışmaları, veli ve toplum entegrasyonu, psikolojik destek ve rehberlik hizmetleri, okul çevresine sağlığı geliştirici nitelik kazandırılması ise temel sağlık hizmetlerinin arasında yer

alması önerilen diğere başlıklardır (İgoe,1994; Bradley,1997;Aksayan,1998; Wolfe and Selekman,2002).

2.5.1. Okul Sağlığı Hizmetleri

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

Bu doğrultuda okulda verilen sağlık hizmetlerini, hizmetin amacına göre; sağlığın değerlendirilmesine yönelik çalışmalar ile sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik çalışmalar olmak üzere iki ana grupta toplamak mümkündür.

2.5.1.1. Sağlığın Değerlendirilmesine Yönelik Çalışmalar

Bu çalışmalar, öğrencilerin bedensel ve ruhsal sağlıklarının değerlendirilmesi amacıyla okula başlarken ve eğitimleri süresince yapılan periyodik sağlık kontrollerini içerir. Öğrencilerin bedensel ve ruhsal bakımdan ne durumda olduklarını belirlemeye yönelik yapılan genel ve spesifik muayenelerde amaç; o güne kadar fark edilmemiş hastalıkların erken dönemde tanınarak bu hastalıkların gelişim sürecinin durdurulması ve uygun tedavi yöntemleriyle çocukların sağlığına olumlu katkıda bulunulmasıdır (Turner,1967; Pekcan,1995; Beyazova, 2002).

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

gibi bulaşıcı enfeksiyonlar ve kazalar olduğu görülmektedir. Düzenli aralıklarla yapılan muayene ve taramalar sonrasında bu olumsuz sağlık durumları ile mücadele hem daha kolay hem de daha ucuz olacağından, bu görev sağlık bakım profesyonellerince titizlikle yerine getirilmeli, böylece daha sağlıklı toplumlar için altyapı oluşturulmalıdır (Turner,1967; Byrne and Bennett,1986).

i-)Okula Kabul Muayenesi

Okul sağlığı hizmetleri okula kabul muayeneleriyle başlamaktadır. Tüm öğrencilerin okula başlamadan önce yetkili sağlık kuruluşları veya okul hemşiresi tarafından genel sağlık durumları değerlendirilmeli, böylece öğrenciler elde edilen bulgulara göre ileri dönemde verilmesi gereken genel ve spesifik sağlık hizmetlerinin sıklığı ve niteliği yönünden “normal”, “sık izlem gerektiren” ve “özel eğitime ihtiyacı olan”lar şeklinde katagorize edilmelidir. Muayene öncesinde sağlıklı muayene koşullarının oluşturulması, çocukların korkularını gidermek amacıyla soru sormalarına olanak tanınması, hizmetin devamı açısından bulguların sınıf öğretmeni ve ebeveynler ile paylaşılması oldukça önemlidir (Pekcan,1995; Şahin,2003).

ii-) Periyodik Muayene

Ülkemizde okul çağı çocuklarının genellikle sağlıklı bir yaşam dönemi içerisinde oldukları ve fazlaca sağlık problemi yaşamadıkları düşüncesi yaygınlık kazandığından, her hangi bir hastalık belirtisi vermediği sürece fizik muayene yapılmamaktadır. Oysa bu tip sağlık muayeneleri yılda bir kez veya ABD Okul Sağlığı Komitesinin 1981 yılında almış olduğu kararla en az üç yılda bir, rutin laboratuvar değerlendirmelerinin de desteğiyle tam bir fizik muayene şeklinde yapılmalıdır. Burada amaç; öğrenci ve okul personelinin sağlıklarının bedensel ve ruhsal yönden değerlendirilmesi, olası hastalık ve rahatsızlığın erken dönemde ortaya çıkarılarak tedavinin sağlanmasıdır (Turner,1967; Tümerdem,1992; Pekcan ve Güler,1993; Pekcan,1995).

Öğrenci sayısının çokluğu nedeniyle, yapılacak incelemelerin niteliğinin düşeceği endişesiyle uygulama aralığı uzun tutulan bu muayeneler sanılanın aksine oluşturulacak sistematik bir düzen yardımıyla oluşabilecek sağlık sorunlarını en kısa dönemde belirlemeye olanak sağladığından verilen hizmetin niteliği artıracaktır.

Konuyla ilgili 9 Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Anabilim Dalının desteğiyle 1999 yılında İzmir'in bir ilçesinden seçilen pilot okulun 675 öğrencisi üzerinde yapılan proje çalışması sonucunda; yapılan fizik tanılamalarda 255 (% 37,7) öğrencide diş çürüğü, 24 (% 3,6) öğrencide yetersiz diş fırçalama alışkanlığı, 17 (% 2,5) öğrencide bit ve 24 (% 3,5) öğrencide sirke, 18 (% 2,7)'inde seboroid, 136 (% 20,1)'sında kulak problemi, 181(% 26,8)'inde ayak problemi, 48 (% 7,4)'inde hipertansiyon, 2 (% 0,3)'sinde hipotansiyon 77 (% 11,4)'sinde kilo 97 persentilin üzerinde, 4 (% 0,60) ünde kilo 3 persentilin altında, 63 (% 9,3)'ünün ise 12 saat ve üzerinde uyuduğu saptanmıştır (Bahar ve ark.1999).

Düzenli sağlam çocuk muayenelerinin ihmal edildiği ve daha önce saptanan sorunların düzeltilme yoluna gidilmediği her dönem için bu oranların daha da yükselmesi mümkündür. Bunu önlemek için sağlık bakım profesyonellerinin ve velilerin, okul sağlığı programı içerisinde her yıl sistemli bir şekilde yapılacak periyodik muayenelerin gerekliliğini kavramaları ve önemini özümsemeleri gerekmektedir.

iii) Tarama Programları

Periyodik muayeneler tüm sistemlerin tam bir fizik muayene ile değerlendirilmesi şeklinde yapılabileceği gibi, eğitim sürecinde ortaya çıkan ve öğrenmeyi engelleyici nitelikteki sağlık sorunlarının gözden geçirildiği taramalar şeklinde de olabilir (Marion,1990; Çağlayaner ve Gönenli,1998; Şahin,2003).

Okul çocuklarında sağlık düzeyi durağan bir seyir gösterebileceği gibi, örneğin gözle ve kulakla ilgili bazı sağlık sorunları yıldan yıla önemli değişiklikler gösterebilir. Bu nedenle bu tür tarama muayenelerinin her yıl yapılması gerekmektedir. Yapılacak taramalarda ilke; hastalığı ortaya çıkarabilecek, seçiciliği yüksek, kolay uygulanabilir, ucuz bir inceleme ile öğrencileri gözden geçirmek ve

hastalık kuşkusu gösteren ile sağlam olanı ayırmaya çalışmak olmalıdır (Marion,90). Kuşkulanılan ğrenciler uzman hekimler tarafından yeniden değerlendirilmelidir (Pekcan ve Güler,1993; Beyazova,2002).

Her yıl tarama muayeneleri ile aranması gerekli grlen okul ağı sorunları arasında görme-işitme kayıpları, büyüme-gelişme gerilikleri, diş çürükleri, ortopedik kusurlar, parazitlerin neden olduğu hastalıklar ve ruhsal uyumsuzluklar sayılabilir (Barlaben,1987; Marion,1990; Cowan,1996; ağlayaner ve Gönenli,1998; Pourciau and Vallette,2001).

Görme Taramaları: ğrenim hayatı boyunca en fazla önemsenmesi gereken organlardan birisi göz dr. Okul dönemi boyunca gözlere büyük bir yük binmekte, geçen her yıl içerisinde görme bozukluğunu oranı hızlı bir Şekilde yükselmekte, diğer taraftan bu duruma paralel olarak görmesi yeterli olmayan çocuklarda akademik başarı düşmektedir (ağlayaner ve Gönenli,1998). Ergin, 1980 yılında Eskişehir’de yaptığı bir araştırmada görme kusuru yeni belirlenen öğrencilerle görme kusuru olmayan öğrenciler arasında okul başarısı yönünden önemli istatistiksel fark olduğunu göstermiş; Serim ve Aslan tarafından 1990 yılında Kocaeli ili Darıca ilçesinin yarı kırsal alanında, çeşitli sosyo-demografik özellikler gösteren 699 ilkokul ğrencisi üzerinde yapılan bir araştırma da bu yargıyı desteklemiş; buna karşılık, daha önce görme bozukluğu saptanmış, ancak gzlk kullanan öğrencilerle görme kusuru olmayanlar arasında akademik başarı yönünden önemli fark bulunmamıştır (Serim ve Aslan,1991; Pekcan,1995; Beyazova,2002).

Görme ve işitme bozukluklarının erken dönemde saptanmasında, çocukla sıkı ilişki içinde olan öğretmene büyük görev düşmektedir. Bu konuda eğitimi ve gözlem yeteneği olan bir ğretmen, görme veya işitme bozukluklarından şüphe ettiği bir öğrencisinin muayenesini isteyerek erken tanı konulmasını ve böylece kalıcı sakatlıkların önlenmesini sağlayabilir (Cowan,1996 ;Bilgel,1997).

Okul sağlığı programı içerisinde yapılan görme taramalarıyla uzaktan görme keskinliği, renk körlüğü, şaşılık ve göz enfeksiyonları tanılanır. Görme keskinliğini değerlendirmek için okuma bilen bireylerde Snellen, bilmeyenlerde Snellen-E tabloları kullanılır. Bu eşel ile görmesi 8/10’ un altında olanlar kuşkulu görme kusuru

olarak değerlendirip uzmana yönlendirilmelidir (Byrne and Bennett,1986; Barleben,1987; Beyazova,2002; Şahin,2003).

İŞitme Taramaları; okul sağlığı hizmetleri içerisinde önemli bir yer tutar (Cowan,1996). Hafif işitme kusurları öğrenmeyi etkilerken, ağır işitme bozuklukları sonucunda çocukta konuşma ve davranış bozuklukları görülebilir (ağlayaner ve Gönenli,1998). İŞitme kayıpları ailesel olabileceği gibi çoğu kez erken çocukluk döneminde geçirilmiŐ otitis media gibi enfeksiyona ya da kullanılmıŐ ototoksik ilaçlara bağlı olarak gelişmekte ve öğrenme güçlüğü yaratmaktadır.

İŐitmenin ölçülmesinde basit olarak fısıltı testi ve saat testi sağlıklı sonuçlara ulaşmak için ise hava iletimini ölçen pr ton odiyometreler kullanılabilir. Bu aygıtlarla yapılan ölçümlerde her hangi bir kulakta 20 desibellik kayıp varsa, ğrenci işitme kaybı kuşkusu ile uzmana yönlendirilmelidir (Byrne and Bennett,1986; Barleben,1987).

Ağız-Diş Sağlığı Taramaları: Sık karşılaşılan ve okul sağlığı çalışmaları içerisinde önemle ele alınması gereken önemli sorunlardan birisi de ağız-diş sağlığıdır (Byrne and Bennett,1986; Cowan,1996; ağlayaner ve Gönenli,1998). Özellikle ilkokul dönemindeki öğrenciler ağız-diş sağlığı eğitimi açısından büyük bir hedef grup oluŐtururlar. Ailelerin ve öğretmenlerin diş fırçalama alışkanlıklarının kazandırılmasında öğrenciler üzerinde olumlu etkisi göz önünde bulundurulmalı, ğretmen ve okul hemşiresi tarafından uygun diş fırçalama tekniği, diş ipi kullanımı, diş sağlığı açısından zararlı davranıŐlardan kaçınma ve lifli yiyecekleri ısırarak yemenin önemi ilkokul eğitiminin her döneminde vurgulanmalı, okula yeni başlayan öğrencilere bu tutumların kazandırılması amaçlanmalıdır (Turner,1967; Pekcan ve Güler,1993; Beyazova,2002).

Diş sağlığı çalışmaları kapsamında; çocuklara dişlerini korumak için neler yapmaları gerektiğinin ğretmesinin yanı sıra, diş çürükleri ve periodontal hastalıkların erken tanı ve tedavisi sağlanmalıdır. Çürük diŐlerin erken tedavisi diş kaybı ve olası enfeksiyon odağının varlığını önlerken, oklüzyon bozukluğunun erken tedavisi ile diŐlerin çiğneme iŐlevi ve estetik görünümü düzeltilebilir (Marion,1990; Cowan,1996; Beyazova,2002).

Uygulamaya bakıldığında, ülkemizde ağız-diş sağlığına gereken önemin verilmediğini görmekteyiz. Oysa, gelecekte sağlıklı bir toplum oluşturabilmek için çocukların genel sağlık konularında olduğu kadar ağız-diş sağlığı konularında da bilgili ve uygulayıcı olmaları gerekmektedir. Tüm bu önem ve gerekliliğine rağmen; Tezel ve Yaman tarafından Erzurum il merkezinde, 675 ilkokul 4. ve 5. sınıf öğrencisi üzerinde yapılan araştırmada bu çocukların sadece % 42,0'nın iyi ağız hijyenine sahip olduğu, bu öğrencilerden % 62,7'sinin düzenli diş fırçalama alışkanlığı olduğu, düzenli olarak dişlerini fırçalayan öğrenciler arasında % 74,2' lik payı kız öğrencilerin oluşturduğu ve düzenli yada düzensiz aralıklarla dişlerini fırçalayan 430 öğrenciden sadece % 25,1' inin etkin fırçalama şekli olan küçük dairesel hareketleri tercih ettikleri tespit edilmiştir. Aynı araştırmada elde edilen bir diğer bulguda ise dişlerini fırçalayan öğrencilerin % 37,3' ünün kendine ait diş fırçası olmadığı ve diğer aile fertleriyle ortak diş fırçası kullandıkları belirlenmiştir.

Bu tabloda da açıkça görülüyor ki, diş sağlığının önemi her ne kadar gün geçtikçe anlaşılıyor olsa da bu öneminin uygulamalara yansıtılmasında sorumluluk sahibi okul sağlığı personeline ciddi görevler düşmektedir.

Skolyoz Taraması: Omurgayı meydana getiren vertebral segmentin bir veya birkaçında normal düzlüğün kaybolması ve frontal düzlemde latere doğru kaymayı ifade eder. Bu taramanın yapılmasındaki amaç; hastalığı olan veya gelecekte hastalık yönünden risk gösteren bireylerin belirlenmesidir. Birey kesin tanı için ileri tanı yöntemlerinin uygulanabileceği kurumlara sevk edilmelidir (Barleben,1987; Pourciau and Vallette,2001).

Kan Basıncı Taraması: Kan basıncı ölçümde amaç; bir çok hastalık için risk faktörlerini ortaya çıkarmak ve bireyi tedaviye yönlendirmektir. Konjenital kalp hastalıkları, böbrek hastalıkları ve endokrin hastalıkların tanınmasında kan basıncı taraması yol göstericidir (Pourciau and Vallette,2001; Guyton and Hall,2002).

Anemi Taraması: Lösemi, kronik böbrek yetmezliği, hemoliz gibi birçok hastalık durumunun sonucu olarak görülebilecek olan, değerlendirmesi ise

hemotokrit ve hemoglobin değeri ölçülerek yapılan anemi; vücuttaki eritrosit değerinin normalin altına inmesi anlamına gelir (Guyton and Hall,2002).

Gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere hemen hemen bütün ülkeleri ilgilendiren bir sağlık sorunu olan anemi tablolarının çoğunluğunu demir eksikliği anemisi oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda, Fe eksikliğinin zihinsel fonksiyonlar ve başarı üzerine olumsuz etkisi olduğu, Fe eksikliğine bağlı gelişen anemi tablosunda bağışıklık sisteminin bozulduğu ve enfeksiyonlara yatkınlığın arttığı görülmüştür (Erci ve Özel,1998; Guyton and Hall,2002).

Büyük bir gelişim içerisinde olan okul çağı çocuğunun, yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu gereksinim duyduğu ölçüde Fe almaması, bu tablonun gelişmesine zemin hazırlayacaktır (Guyton and Hall,2002). Bu nedenle okul sağlığı hizmetleri verilirken öğrencilerin velilerine, çocukların beslenmeleriyle ilgili eğitimler verilmeli, eğer çocuklar yatılı okul veya yuva gibi kurumlarda yaşamlarını sürdürüyorsa, olanaklar dahilinde diyetisyen yardımıyla sağlıklı beslenme programları oluşturulmalıdır (Byrne and Bennett,1986).

Anemi nedenleri arasında önemli bir yeri olduğu savunulan bir diğer faktör ise sosyoekonomik düzeydir. Ancak, yapılan bir takım çalışmalarda; sosyoekonomik düzey düşüklüğünün tek başına anemi nedeni olmadığı, kişinin kendisinden kaynaklanan fizyolojik ve patolojik bir takım faktörlerin de önemli rol oynadığı saptanmış, 1993 yılında Erci ve Özel tarafından; Erzurum ilinde yer aldıkları bölgenin sosyoekonomik düzeyine göre iyi, orta ve düşük olarak kategorize edilen okullar arasından basit rast gele örnekleme yöntemi ile seçilen birer okul ile çocuk yuvalarında kalan öğrenciler üzerinde yapılan araştırma da bu durumu ispatlamıştır.

Yavaş geliştiği ve genellikle geç semptom verdiği için bireylerin ileri safhalara kadar farkına varmadığı ve bu nedenle profesyonel yardım almakta geciktiği Fe eksikliği anemisi, okul sağlığı hizmetleri yürütülürken rahatlıkla tespit edilebilir ve uygulanacak Fe tedavisi ile anemi durumunun yaratacağı olumsuz etkiler kolaylıkla önlenebilir (Barleben,1987).

Parazit Taraması: Parazitik infeksiyon prevalansı bir toplumda sağlık, sosyal ve ekonomik koşulların bir göstergesidir ve paraziter hastalıklar; sosyoekonomik durumun düşük, çevre koşullarının da yetersizliği nedeniyle yaygın

olarak görülen önemli sağlık sorunlarındanr. Özellikle çocuklar kişisel temizlik kurallarına gerektiği gibi uymadıklarından parazite hastalıklar diğer yaş gruplarına kıyasla daha fazla oranda görülebilmektedir. Barsak parazitlerinin görülmesi çocukta fiziksel gelişimi olumsuz yönde etkileyebildiği gibi okul performansı ve başarısının düşmesine de neden olabilmektedir.

Nahcivan ve arkadaşları (1999) tarafından, İstanbul' da çarpık kentleşmenin olduğu ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip çocukların öğrenim gördüğu bir devlet ilköğretim okulunun 255 öğrencisi üzerinde yapılan bir araştırmada, barsak paraziti olan çocuklar ile olmayanların okul başarısı arasında anlamlı bir fark bulunmazken Hutchinson ve arkadaşlarının çalışmasında ise Trichuris infeksiyonlu çocukların aritmetik, okuma ve hecelemedeki başarılarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Parazit taramaları sırasında saçlı deri ve vücutta da parazit aranmalıdır. Barsak paraziti taraması için ayrıntılı bir anamnez ve laboratuvar teknikleri yapmak gerekirken, saçlı deri ve vücutta çıplak gözle tarama yapılabilir. Bu parazitlerin varlığı beraberinde bulaşıcılığı getireceğinden bu bireylerin var olan parazitten kurtulmaları için gerekli girişimlerde bulunulmalıdır. Ayrıca okul toplumuna parazitlerden korunma ve bireysel hijyenin önemi konularında eğitimler verilmelidir.

Büyüme-Gelişme Taramaları: Çocuğun fiziksel büyüme ve gelişmesi toplumun en hassas göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte gelişmekte olan diğer ülkelerde olduğu gibi, ülkemizde de çocukların büyümelerini engelleyen beslenme bozukluklarına ve enfeksiyon hastalıklarına oldukça sık rastlanmaktadır. Bu nedenle çocuklarda büyüme ve gelişmenin takibi, alınacak önlemlere ışık tutması bakımından büyük önem taşımaktadır (Barlaben,1987;Yaman ve Altınkaynak,1993; Cowan-1996).

Büyümenin değerlendirilmesinde kullanılan en kolay yöntem boy ve ağırlık ölçümleridir. Ancak gelişme geriliklerinin tanımlanması için toplumun gelişme standartlarını gösteren cetvellerin kullanılması gerekmektedir (Pekcan,1995). Uygulamada rutin aralıklarla boy-kilo ölçümleri yapılır ve çıkan değerler persentil eğrisinden bakılarak değerlendirilir (Beyazova,2002).

Ruh Sağlığı Taramaları: Okul, çocuk için sevgi ve koruma dolu evleri dışında başkaları ile yarışmaları gereken çeşitli baskı ve zorlamalar içeren yeni ve farklı bir sosyal ortamdır. Bu ortama uyum süreçleri içinde ruhsal uyumsuzluklar göstermeye yatkındırlar. Çocuğun i çatışmalarının dışa aktarılması sonucu aşırı çekingenlik ya da saldırganlık gibi davranış bozuklukları ortaya çıkabilir. Çocuk ve aile arasında oluşan çatışmaya verilen yanıtlar tik, kekemelik gibi duygusal bozukluklara neden olabilir. Parmak emme, enürezis gibi yaşı için uygun olmayan davranış bozuklukları geliştirebilir ya da çocuğun uyumunu ağır biçimde etkileyen ağır psikozlar ortaya çıkabilir (zbay ve ark.,1996; Semerci,1999; Anıl,2002). Bu bozukluklar ebeveyn ve öğretmenlerin gözlemlerinin değerlendirilmesiyle ortaya çıkarılmaya çalışılabileceği gibi bu amaçla çeşitli araştırmacılar tarafından geliştirilen “uyum ölçekleri” de kullanılabilir. Saptanan ruhsal uyumsuzlukların çoğu erken tanı ve etkin bir danışmanlıkla tam olarak iyileştirilebilir (Turner,1967; Kavaklı,1992; Ekşi,1999 a).

Bu hizmetlerin yürütülmesinde hemşire, konusunda uzman psikolog, hekim, ğretmen ve çocuğun ailesi işbirliği içinde olmalı ve sorunlara olabildiğince geniş çözümler üretilmeye çalışılmalıdır.

2.5.1.2. Sağlığın Korunması Ve Geliştirilmesine Yönelik alışmalar

i) Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma

ABD’ de yapılan bir araştırma sonucunda hemen her çocuğun yıl içerisinde ortalama 7 günlük bir süre için okula devamsızlık yaptığı ve bu devamsızlığı yapmalarında en önemli etkenlerden birinin bulaşıcı hastalıklar olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle; okul sağlık profesyonellerinden beklenen görevlerden en önemlisi; önemli bir bulaşma ortamı olan okulun bulaşıcı hastalıklardan korunmasıdır. Düzenlenen bağışıklama programı ile çocukların bağışıklanması; bulaşıcı hastalıkların erken tanısı, yayılmayı önleyecek tedbirlerin alınması ve bulaşıcı

hastalıkları ortaya çıkaran koşulların düzeltilmesi bu alanda yapılması gereken başlıca çalışmalardır (Marion,1990; Pekcan,1995; Çağlayaner ve Gönenli,1998).

Bulaşıcılığı önlemede; sınıfların yeterli genişlikte olması, yeterli havalandırma ve güneş ışığından yararlanma olanaklarının olması, sınıfların kalabalık olmaması, okul binasında her gün ıslak yöntemle temizlik yapılması, belirli aralıklarla dezenfeksiyon uygulanması, her çocuğun mümkün olduğu kadar ayrı bir kitaba sahip olması, ve okul binasında yeterli sayıda içinde akarsuyu bulunan hela ve el yıkama yerleri ile yeterli sayıda fiskiyeli su içme musluklarının olması gibi basit ama etkin önlemler alınmalıdır (Bilgel,1997; Croghan and Johnson,2004).

Ortak kullanım gerektiren yemekhane ve kantinlerde koruyucu önlemlerin alınmasına önem verilmeli, burada çalışan görevliler bulaşıcı hastalıklar ve bu hastalıklardan korunma yolları konularında eğitim programlarından geçirilmeli, bu bireyler ve çalıştıkları ortamlar sık sık kontrol edilerek verilen eğitimin etkinliği ve alınan önlemlerin yeterliliği değerlendirilmelidir (Byrne and Bennett,1986). Değerlendirme zamanı çalışan personel tarafından bilinmemeli, değerlendirmede; çalışan personelin el yıkama alışkanlıkları, bone-eldiven kullanma alışkanlıkları, besin maddelerinin son kullanma tarihleri, saklanma ve pişirilme koşulları, besin maddelerinin sunumunda hijyen koşullarına uyulup uyulmadığı, ortamın temizliğinin nasıl yapıldığı, vektörlerin varlığı, zehirli olabilecek maddelerin besin maddeleriyle etkileşimi, yemek pişirme ve sunma araçlarının temizliği ve temizlenme koşul ve olanakları gibi birçok noktada ayrıntılı olarak veriler toplanmalı ve gerekli uyarılar yapılmalıdır. Görevli personelin sistematik muayeneleri yapılmalı, bireyin Hepatit-B, salmonella, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar açısından taşıyıcılığın belirlenmesi amacıyla üç aylık periyotlarla portör muayenesi yaptırılmalıdır (Byrne and Bennett,1986; Çağlayaner ve Gönenli,1998).

Ayrıca, tuvaletler denetlenerek, öğrencilerin el yıkama alışkanlıkları ile okul bünyesindeki el yıkama ve tuvalet olanakları değerlendirilmeli; öğrenci ve personele el yıkama teknikleri, bu tür ortamlarda gelişebilecek mikroorganizmalar ve bunlardan kaçınma amacıyla uygulanabilecek hijyenik kurallar hakkında eğitim verilmeli, tuvaletlerin temizliği ve dezenfeksiyonu takip edilmelidir. Tuvaletlerde mutlaka sabun ve kağıt havlular bulundurulmalı, öğrencilerin bunları aktif olarak kullanmaları sağlanmalıdır (Çağlayaner ve Gönenli,1998; Beyazova,2002).

Bunlara ek olarak okulda kullanılan içme ve kullanma sularının değerlendirilmesi için su örnekleri düzenli ve sık aralarla laboratuvar ortamında değerlendirilmeli, suyun dezenfeksiyonu için gerekli girişimlerde bulunulmalı, öğrenci ve personelin su içme alışkanlıkları (ortak maşrapa, bireysel bardak, ağzını musluğa dayama v.b.) gözlenerek olumsuz yöntemler düzeltilme yoluna gidilmelidir (Pekcan ve Güler,1993, Çağlayaner ve Gönenli,1998).

Bulaşıcılığın önlenmesi için okulun yer aldığı bölgenin özellikleri de göz önünde bulundurulmalı, çevredeki olumsuz faktörler gerekli toplumsal ve kamusal kaynaklardan yardım alma yoluyla düzeltilmelidir (Turner,1967).

Alınan koruyucu önlemlere rağmen yine de bulaşıcı hastalık gelişmişse öncelikle bu hastalığın kaynağı tespit edilmeli ve iyileştirme yoluna gidilmelidir. Bulaşıcı hastalık; soğuk algınlığı, nezle gibi bir rahatsızlık ise hasta bireye çevresindeki insanlara bu hastalığı bulaştırmasını önleyecek; hijyenik kurallara uyma, kağıt mendil kullanma, aksırırken başını insan olmayan yöne çevirme ve kullandığı mendilleri imha etme gibi temel ve basit bir uygulama gerektiren konularda bilgi verilmeli ve uygulama alışkanlıkları gözlemlenmelidir.

Bulaşıcı hastalıklarla ilgili diğer konu, böyle bir hastalık çıktığında çocuğun okula ne süre gelmeyeceği ve çok sayıda olgu varsa okulun kapanıp kapanmayacağıdır. Okuldan uzaklaştırmada ilke hastalığın bulaşma süresi olmalıdır. Bu süre bir çok bulaşıcı hastalık için “prodromal dönem+mikroorganizmanın vücut dışına atılma dönemi” biçimdedir (Turner,1967). Birçok bakteriyel hastalıkta ise antibiyotik başladıktan sonraki 1-2 gündür. Bulaşıcı hastalıklar salgına dönüştüğünde ise okulun kapatılması kararı alınabilir. Türkiye’ de il ve ilçelerde 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu’nun 23-28. maddeleri uyarınca kurulmuş olan “Vilayet ve Kazalar Umumi Hıfzısıhha Meclisleri” salgın bir hastalık durumunda okulları kapatma yetkisine sahiptir. Ancak bu yapılırken, hastalığın özellikleri, bulaşıcılığı, çocukların okul dışında da birlikte bulunup bulunmayacakları gibi konular gözden geçirilmelidir (Bilgel,1997; Beyazova,2002).

ii) Kazalardan Koruma ve İlk Yardım

Okul çağı çocukları; bedensel faaliyetlerin artması, tedbirli olmama, okula gidiş gelişte trafik sorunu ile karşılaşma gibi nedenlerle sıkça kazalara maruz kalmaktadırlar. Okul çağı çocuklarında en sık görülen hastalık ve ölüm nedenlerinin başında kazalar, kazaların başında da trafik kazaları gelmektedir (Marion,1990; Cowan,1996; Bilgel,1997; Apak,1999).

Ayrıca okullar çocukların toplu olarak buldukları yerler olduğundan, bahçelerde, merdivenlerde ve sınıfta kazalar olabilmektedir. Bu nedenle okulun içi ve bahçesi kazaya neden olacak faktörler en aza indirgenecek şekilde düzenlenmeli, okulda meydana gelebilecek her kazanın ayrıntılı bir analizi yapılmalıdır. Bunların dışında kazaları önlemek için öğrencileri eğitmek, okul içinde ve çevresinde gerekli güvenlik önlemlerini almanın yanında okulda ilk yardım olanaklarını da hazır bulundurmak gerekir (Pekcan ve Güler,1993; Pekcan,1995).

İlk yardım gerektiren durumların ortaya çıkması halinde yanlış uygulama yapılmaması ve acil durumlarda geç kalınmaması için ilk yardım uygulamalarının herkes tarafından bilinmesi gereklidir. Bunun için öğretmenlerin veya bir grup öğrencinin temel ilkyardım bilgileriyle donatılmalarında yarar vardır. Ayrıca herkesin kolayca ulaşabileceği noktalarda sık karşılaşılan kazalara yönelik ilk yardım kılavuzları olmalı ve okuldaki ilk yardım çantası hazır bulundurulmalıdır. Ayrıca kolayca ulaşılacak noktalarda acil telefon numaralarının bulundurulması da bu konuda uygulanabilecek temel ilkelerden birisidir (Turner,1967).

iii) Ruh Sağlığı Hizmetleri

Okul sağlığı çalışmaları kapsamında yalnızca beden sağlığını değil, bunun yanında ruh sağlığını koruyucu ve geliştirici çalışmalara da yer vermek gerekir. Ancak bu çalışmalar;

1-Birçok sağlık çalışanının, çocuğun psikolojik gelişmesi ve sorunlarına ilgi duymamaları ve onlar için fiziksel gelişmeyi değerlendirme ve bozuklukları saptayıp tedavi etmenin daha kolay olması,

2-Bu konuya ilgi duyanların ise kendilerini bilgi ve beceri bakımından yetersiz gormesi,

3-Ruh sağlığı çalışmalarında gerekli olan ekibin sadece hekim ve hemşireden ibaret olmayıp, konunun uzmanı olan diğer profesyonellere de ihtiyaç duyması, gibi nedenlerle okul sağlığı programları yapılırken dikkate alınmamaktadır (Bilgel,1997).

Ruh sağlığı ile ilgili okul sağlığı çalışmalarının; retmen, pedagoğ, rehberlik uzmanı, okul sağlığı çalışanları ve sosyal hizmet uzmanı tarafından oluşturulan ekiple yürütülmesi ve hizmetin eğitim, sağlık ve sosyal yardım otoriteleri tarafından desteklenmesi gereklidir. Ayrıca ruh sağlığı sorunlarının erken dönemde tanınmasında önemli rolü olan retmenlerin çocukların ruhsal gelişimleri ve hastalıklar konularında eğitim görmeleri gerekmektedir (Turner,1967;Bilgel,1997).

Bu dönemde sık karşılaşılan depresyon, yeme bozuklukları ve ilaç-madde bağımlılığı gibi ruhsal sorunlar zamanında ve doğru tanılanarak uygun tedavi ve danışmanlık hizmeti bir arada yürütülmelidir(Köknel,1999; Erci,1998).

iv) Akut Hastalıklara Yaklaşım

Okulda sık grlen kanama, solunum yetmezliği, bayılma, konvülsiyon, zehirlenmeler, alerjik reaksiyonlar, yanıklar, üst solunum yolu enfeksiyonları, ishal, kusma, karın ağrısı, kafa travmaları gibi ani durumlarda yapılan ilk yardım girişimleridir (Cowan,1996; Marion,1990). Bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması da akut yaklaşım gerektirir. retmen sık grlen bazı bulaşıcı hastalıkların belirtileri ve bulaşma yolları konusunda bilgilendirilmeli, hastalık ortaya çıktığında hemen sağlık personeline haber verilmelidir (şahin,2003).

v) Kronik Hastalıklara Yaklaşım

Kronik bir hastalığı olan çocuk tespit edilmişse, bu hastalığın aile ve eğitim üzerindeki etkileri ile mücadele etmek gerekir (Byrne and Bennett,1986). Örneğin astımlı çocukta; çevre kontrolü ve enfeksiyonların önlenmesi, diabetli çocukta; kan şekerinin izlenmesi ve hastanın uyumunun geliştirilmesi, epileptik çocukta; atakların önlenmesi ve çocuğun kazalardan korunması için çaba harcanmalıdır (Şahin,2003).

Kronik hastalıkların seyri sebebiyle çocuklarda hastaneye yatma, okula gidememe ve arkadaşlık ilişkilerinde yetersizlikler yaşama oranlarının yüksek olduğu belirtilmiş, Alçı ve Özgür (1997) tarafından 1992-1994 yılları arasında epilepsi tanısı konulan 6-16 yaş arasındaki 50 çocuk, bu çocukların anneleri ve okula giden çocukların öğretmenleri üzerinde yapılan araştırma da bu sonucu desteklemiştir.

Sağlık personeli tarafından aileye ve kronik hastalığı olan çocukların eğitimini yürüten öğretmenlere; hastalığın seyri, karşılaşılabilecek sorunlar ve bu süreçte nelerin yapılması gerektiği anlatılmalı; çocuğa acıma yerine, yeterlilik düzeyini arttırmada nasıl bir yol izlenebileceği konusunda danışmanlık yapılmalıdır.

Kronik hastalık kapsamına alınması gereken diğer grup özürlü çocuklardır. Kavaklı ve arkadaşlarının (1991) “Özürlü Çocuk, Aile ve Hemşire” isimli makalelerinde sakat çocuğun tanımına yer verilmiştir. Bu kaynağa göre: Amerikan Sağlık Biriminin 1955 yılında yayınladığı “Sakat Çocuklara Yardım” adlı kitabında sakat çocuk; “kendi yaşından beklenen oyunları oynayamayan, bilgileri edinemeyen, çalışmayı gösteremeyen ya da o yaştaki çocukların yaptıklarını yapamayan, başka bir deyişle; bedensel, ruhsal ve toplumsal yeteneklerini çeşitli nedenler yüzünden tam olarak kullanamayan çocuk” olarak tanımlanmıştır.

1995 yılında DSÖ, özürlü; organ düzeyinde psikolojik, fizyolojik, anatomik yapı ve işlev yetersizliği olarak, özürlülüğü; bir etkinliği yerine getirmede beceri yitimi veya sınırlaması, özürlüyü ise; yetersizlik ya da sınırlılıkları nedeni ile bir etkinliği bütünüyle yerine getiremeyen birey olarak tanımlamıştır (Ocakcı,1999).

Böyle bir çocuğa sahip olan aile genellikle yardım almaksızın sakat olan çocukların sorunlarını çözmekte güçlük çekerler. Bu nedenle çoğu kez çocuklarını ihmal ederler ve onları özel yardım gerekecek bir duruma getirebilirler. Hemşire bu konularda aileye rehberlik etmeli, aileye güven vererek bakıma yönelik yaşanan

sorunları rahatça açıklamalarına yardımcı olmalıdır (Kavaklı,1992; Cowan,1996; Byrne and Bennett,1986).

Ayrıca okuldaki diğer öğrencilere, sakat olan arkadaşlarına yönelik ne tür bir tutum sergilemeleri gerektiği konusunda bilgi verilmeli, okul personeli ve öğretmenlerde bu eğitime dahil edilmelidir (Tümerdem,1992).

Unutulmamalıdır ki; özürlü çocukların sağlıklarını geliştirme bir çok bakım girişiminin harmanlanmasını gerektirir. Sağlık profesyonelleri için çocuğun görünen özürlü ile kronik hastalığı arasındaki ilişkiyi belirlemek, onun sağlığının gelişmesine yardımcı olmayı büyük ölçüde kolaylaştırır (Ocakçı,1999).

v1) Beslenme

Çocukları yetişkin bireylerden ayıran özelliklerin başında, sürekli bir büyüme ve gelişme içerisinde olmaları gelmektedir. Birbirine paralel iki olgu olan büyüme ve gelişme; beslenme, genetik yapı, sosyo-ekonomik durum, çevresel koşullar gibi birçok faktörün etkisi altındadır. (Mumcu,1999; Cowan,1996; Marion,1990).

Beslenme alışkanlıklar, okul öncesi dönemde ailenin yeme alışkanlığı tarafından belirlenirken, okul dönemine gelindiğinde, okul ortamında beslenme konusunda kontrolsüz olma çocuğun hatalı beslenme alışkanlığı edinmesini kolaylaştırır. Çocukların okuldan çıkarken çevredeki satıcılardan; simit, sandviç, kızarmış patates, tatlı, pamuk helva gibi yiyeceklerden alarak öğünlerini bu yiyeceklerle geçistirmeleri veya okul kantinlerinde satılan ve soğutucularda saklanmayan fast-food yiyecekler ile ders aralarında içilen şekerli içecek ve karbonhidrat ağırlıklı yiyecekler öğrencilerin beslenmesini, buna bağlı olarakta büyüme ve gelişmelerini olumsuz etkileyebilir (Byrne and Bennett,1986; Cowan,1996; Marion,1990; Yalçın,2003; Croghan and Johnson,2004). Mumcu (1999) tarafından 156 öğrenci üzerinde yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre; bu araştırma kapsamındaki öğrencilerin % 62,2 lik kısmı çok düşük sosyo-ekonomik düzeyden gelmektedir ve bu öğrencilerin % 86,3'ü günde üç öğün, % 11,2 si 2 öğün yemek yemekte, % 55,1'i öğün atlama % 53,2' si yemek seçme gibi davranışlar göstermektedir. En fazla atlatılan öğün ise % 75'lik oranla öğle yemeğidir.

Öğrencilerin % 80,8' i kahvaltıda içecek olarak çay, % 12,1' i süt tüketmektedir. Bu öğrencilerin ailesinde et, süt, yoğurt ve gibi gıdaların tüketimi de düşük oranlardadır.

Bu şartlar altında beslenen öğrencilerin ancak yarıya yakın (% 44,2) bölümünün normal kiloya sahip olduğu, diğerlerinin ise (% 55,8) yaşına uygun kiloya sahip olmadıkları görülmüştür. Yine bu öğrencilerin % 40,4 ünün yaşına uygun boyda olduğu % 26,9 oranındaki öğrenci sayısında ise boy yönünden büyüme geriliği olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma ve yapılan benzeri araştırmalar göstermektedir ki, yetersiz diyetle beslenen toplumdaki çocukların büyüme hızı yeterli beslenenlerden daha yavaştır.

Okul çağındaki çocuğun doğru ve dengeli beslenmesinde okul-aile işbirliğinin gerekliliği unutulmamalı, verilecek sağlıklı beslenme eğitimlerinde öğrencilere doğru ve dengeli beslenme konusunda beslenme rehberliği yapılmalı, yanlış beslenmenin sağlık problemleriyle bağlantısı anlatılarak sağlıklı beslenme ilkeleri benimsetilmelidir (Baysal,1999; Pourciau and Vallette,2001). Öğrencilerin yaşlarına uygun günlük kalori ve protein hesaplarının yapılması, özel beslenme programı uygulanması gereken çocukların beslenme kriterlerine uygun diyet programlarının oluşturulması, okul yemekhanelerinde; çocukların sevecekleri besinlerden oluşan öğünlerin hazırlanması; besin hazırlama, sunma satışı ile ilgili yerlerin temizliği ve bakımının da okul sağlığı ekibi tarafından denetlenmesi uyulması gereken başlıca ilkelerdir (Cowan,1996; Şahin,2003; Yalçın,2003; Beyazova,2002).

Ayrıca sağlık profesyonelleri çocukluk döneminde geçici olarak gelişebilen yemek seçme davranışı ile, adölesan dönemde ortaya çıkan ve psikolojik kökenli olabilen anoreksia nervosa, bulimia nervosa, obesite gibi beslenme bozukluklarına karşı dikkatli olmalıdır. Ebeveynlerin beslenme alışkanlıkları,yaşam tarzı, fizik aktivite düzeyi, öz güven azlığı gibi faktörlerin rol oynadığı beslenme problemlerinde sorun psikolojik nedenlere bağlı ise birey özgüvenini tekrar kazanması için desteklenmeli, gencin olumlu yanları ortaya çıkarılmalı ve sağlıklı beslenme düşüncesi geliştirilmelidir. Diyetisyen işbirliğiyle hazırlanan beslenme planına katılımı sağlanarak uygun yeme alışkanlığı kazanmasına yardımcı olunmalı, birey psikolojik yardım alması için bir uzmana yönlendirilmelidir (Görak,1990;

Özbay ve ark.,1996; Şarbat ve Demirkol,1999; Kub and Steel,2000; Maner,2001; Anıl,2002; Pourciau and Vallette,2001).

vii) Spor/Beden Eğitimi

Sağlıklı bir yaşam destekleyicisi olduğu kadar; takım çalışması, dürüst davranma, toplum içerisinde kendini gösterebilme, başka insanların başarılarını kabul edebilme ve yarışabilme gibi ruhsal sağlığı geliştirmeyi ve erdem kazanmayı içeren spor ve beden eğitimi etkinlikleri okul sağlığı uygulamalarında önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle çocuk ve gençler sağlıklı yaşam standardı oluşturmak için spor etkinliklerine yönlendirilmeli, uygulamada hareket bilincinin ve sevgisinin kazandırılması temel amaç olmalıdır. Sorumlu öğretmenlerin; insan vücudunun yapısı, temel sağlık bilgileri ve ilk yardım konusunda eğitilmiş olmaları ve bu temel bilgiler doğrultusunda öğrencilere tüm vücudu düzenli olarak çalıştıracak egzersizleri sevdirecek ve yararlarını açıklayarak uygulamaları gerekmektedir (Marion,1990; Pekcan,1995; Beyazova,2002; Şahin,2003; Çağlayaner ve Gönenli,1998).

Verilen beden eğitimi derslerinde elit sporcu yetiştirmekten ziyade toplum sağlığına hizmet edebilmek için; öğrencilerin tümüne yakının katılımını sağlayacak bir program oluşturulmalı ve uygulanmalıdır (Çağlayaner ve Gönenli,1998). Bunun için beden eğitimi derslerine katılmama raporlarını verirken azami ölçüde özen gösterilmeli, mümkünse hangi spor dalına yönlendirilmesinin daha yararlı olacağına karar verilmelidirler. Çünkü bronşiyal astım veya doğumsal kalp anomalileri olan çocukların bile kapasitelerine göre katılabilecekleri spor dalları vardır (Beyazova,2002; Pekcan ve Güler,1993). Tüm bu uygulamalar sırasında çocuklara kaza ve travmalardan koruyucu ilkelerinde öğretilmesi gerekir. Ayrıca, öğrencilere iskelet sisteminin gelişmesi ve sağlığın sürdürülmesi açısından postürle ilgili bilgilerin verilmesi, duruş özelliği ile ilgili uyarı ve denetlemelerin yapılması oldukça önemlidir (Marion,1990). Okula gelirken taşınan çantanın ağırlığı, çanta taşıma ve kaldırma tekniği, sınıfta oturma, sağlıklı ayakkabı seçimi ve sağlıklı yürüme neler yapılması gerektiğini, bunun gelecekte iskelet sistemi ve vücut sağlığı üzerine olan etkilerini özenle anlatmalıdırlar (Byrne and Bennett,1986).

2.5.2. Sağlık Eğitimi

Okul sağlığı ve sağlık eğitimi ideal bir bütünü birbirinin tamamlayan iki bileşenidir. Bu doğrultuda sağlık eğitimi; okul toplumuna doğru sağlık bilgilerinin aktarılması, sağlıklı yaşam konusunda olumlu tutum ve davranışların kazandırılması, mevcut sağlık hizmetlerini daha doğru kullanmaya yönlendirmesi ile sağlıklarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla bireysel veya topluca karar aldırılması için vazgeçilmez bir süreçtir. Burada alıcıların sağlıkla ilgili kavramları daha iyi anlayarak sağlıklı yaşam biçimlerini seçmeleri temel amaçtır (Aksayan,1998; Bilgel,1997; Harvey,1995; Demirezen ve Nahcivan,2000).

Özellikle ilkokul çağındaki çocukların öğrenme ve öğrendiklerini uygulama potansiyellerinin yüksek olması, bu gruba sağlık eğitimiyle kazandırılacak bilgi ve davranışlar yardımıyla sağlıklı kuşakların oluşturulmasında etkili olacaktır. Aksi durumda sağlıksız koşullarda sağlıksız davranışlar sergileyerek yetişen ve geleceğin insan gücü olarak düşünölen çocuklar birçoğ sağlık engeliyle karşılaşacak, bu da, toplumsal ve ekonomik kalkınmayı olumsuz yönde etkileyecektir (Yiğit,1992 b).

Ancak bunu yaparken göz önünde bulundurulması gereken nokta her konuda olduğu gibi sağlık konusunda da eğitimin sürekliliğidir. Bunu başarmak için; ihtiyaç duyulduğu belirlenen temel konular, bir öncelik sırası içerisinde ve müfredat programı içerisinde öğrenciye ulaştırılmalı, kalıcılığı artırmak için düzenli aralıklarla öğrencilerin bu konularda bilgileri ölçölerek gerekli hatırlatmalar yapılmalıdır. Diğer durumda öğrenci anlatılanları bir ders olarak göreceğ, bu bilgileri günlük yaşamda kullanması gerekliliğini algılayamayacaktır (Beyazova,2002; Bilgel,1997; Byrne and Bennett,1986; Harvey,1995).

Hekimoğlu ve Ertunga (1990) tarafından Kocaeli ili Gebze ilçesindeki iki ilkokulda öğrenim gören 371 beşinci sınıf öğrencisinin müfredat programı içinde öğretilen bulaşıcı hastalıklar konusundaki bilgilerini ölçmek amacıyla yaptıkları araştırma da bu gerçeği destekler niteliktedir. Oysa Milli Eğitim Bakanlığı tarafından 1968 yılında düzenlenen ilkokul programına göre ilköğretimin birinci amacı “sağlığı koruyucu temel bilgileri benimsetmek, gerekli sağlık ve temizlik alışkanlıklarını kazandırmak” olarak tanımlanmaktadır.

Aynı araştırmaya göre; öğrencilerin % 42,6'sı sağlık bilgilerini öğretmenlerden, % 26,1'i sağlık personelinden, % 15,9'u anne-babasından ve % 15,4'ü kitap ve medyadan almaktadır. Burada otorite öğretmen olmakla birlikte ailenin de sağlık eğitiminde büyük rolü olduğu görülmektedir.

Bu nedenle sağlık personeli çocuklarla eşzamanlı olarak ebeveynlere de eğitim vermelidir. Yeterli sağlık bilgileriyle donatılmış aile ortamında yetişen çocuk, temel bilgileri güvendiği insanlardan erken yaşlarda alacak, böylece doğru sağlık davranış kalıplarını özümseyecek; öğretmen ve sağlık personelinden aldığı gerekli bilgilerle kazanmış olduğu sağlık davranış kalıplarını iyice pekiştirecektir. Sonuçta doğru zamanda ve doğru bilgilerle donatılan birey öğrendikleri doğrultusunda sağlıklı tutum ve davranışlar geliştirmeye başlayacaktır. Bunun için okul toplumunu oluşturan öğrenci ailelerinin genel sağlık davranışları değerlendirilerek işe başlanmalı ve eğitim programları bu doğrultuda geliştirilmelidir.

Yiğit tarafından 1990-1991 yılları arasında Samsun İline bağlı 32 ilkokulu temsil eden ve sosyoekonomik durumuna göre; gelişmiş, orta gelişmiş ve gelişmemiş olarak üç gruba ayrılan üç ilkokulda öğrenim gören 225 öğrenci velisi üzerinde yapılan araştırmada, örnekleme alınan annelerin el hijyeni, diş sağlığı, yemek yeme düzeni, ilkokul çağı çocuğunun beslenmesi, bulaşıcı hastalıklar, sağlıktan sapma durumlarının tanımlanması ve çocukları sağlık kontrolüne götürme nedenleri ile ilgili bilgilerin çoğunlukla yetersiz olduğu saptanmıştır (Yiğit,1992 a).

Bireylere eğitim verilirken;

- Sağlık eğitimi ile yalnızca öğrencilerin sağlık konusunda bilgilerinin artırılması ve sağlık alışkanlıkları kazandırılması hedeflerinin dışında bu bilgi ve alışkanlıkların aileye ve topluma taşınması amaçlanmalıdır. Çünkü, öğrenci toplumun bir parçasıdır ve değer yargıları toplum tarafından şekillendirilir.

- Sağlık eğitimi çalışmaları, okul eğitim programlarının içinde ve diğer derslerin konuları ile bütünleştirilerek verilmeli, bunun yanında saptanan gereksinimlere göre ayrıca sağlık eğitimi programları uygulanmalıdır.

- Amaç psikososyal yönden de sağlığın geliştirilmesi olmalıdır.

- Eğitim programları oluşturulurken bireylerin seviye ve gereksinimleri göz önünde bulundurulmalıdır.

- Öğrenci ve personelin bireysel sağlıklarının yanı sıra toplumun sağlığını geliştirme yollarını da öğrenmeleri sağlanmalıdır.

- İnfomal eğitim fırsatları değerlendirilerek öğrencilerin her zaman ve her yerde sağlıklı yaşama ilişkin bilgi, tutum ve davranış kazanmaları amaçlanmalıdır.

- Eğitim çalışmalarını destekleyici sağlıklı okul çevresi ve okul yaşamının düzenlenmesi sağlanmalıdır (Pekcan,1995; Harvey,1995; Aksayan,1998).

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

- 1- Vücut organları, fonksiyonları ve gelişim dönemlerine özgü değişimler,
- 2- Sağlığı olumsuz olarak etkileyen faktörler ve bunların önlenmesi,
- 3- Hijyen ve ağız-diş sağlığını içeren kişisel sağlık bakımı,
- 4- Gelişme dönemlerine uygun beslenme,
- 5- Bulaşıcı hastalıklar ile zararlı alışkanlıklar ve bunlardan kaçınma yolları,
- 6- Kazalar ve korunma önlemleri, ilkyardım,
- 7- Çevreyi sağlıklı hale getirme yolları,
- 8- Sporun yararları,
- 9- Sağlıklı giyinme, güneşin ve temiz havanın önemi,
- 10- Bölgesel hastalıklar (guatr, sıtma, trahom vb.),
- 11- Sağlık hizmeti veren kurum, kuruluş ve kişiler ile bu kaynaklardan yararlanma yolları,
- 12- Cinsel eğitim,
- 13- Sigara, alkol ve uyuşturucu maddelerin zararları,
- 14- Sağlık bilgisi için başvurulabilecek kaynaklar (Bilgel,1997; Çağlayaner ve Gönenli,1998;Harvey,1995;Pourciau and Vallette,2001;Ekşi, 1999 b).

Verilecek sağlık bilgileri ile bireylerde; hastalıkları azaltma ve pozitif davranışlarla sağlığı geliştirme arasındaki farkı anlama, sağlığı geliştirmeye yönelik davranışları kazanma, sağlığa zararlı olabilecek alışkanlıklardan kaçınma, sağlıklı bir çevre oluşturma, dengeli bir fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşam düzeni kurmaya yönelik davranış ve tutumlar geliştirme hedeflenmelidir (Harvey,1995).

Bu hedefe daha kolay ve daha ucuz yöntemlerle ulaşabilmek için sağlık eğitimini yapacak kişinin o okulun öğrenci yapısını, kültürel yapısını, fiziksel, sosyal ve ekonomik çevresini, içinde bulunduğu bölgenin değer yargılarını ve

alışkanlıklarını bilmesi gereklidir. Bu doğrultuda bakıldığında bu yapıyı en iyi bilenlerden birisi de öğretmenlerdir. Bu nedenle sağlık eğitimi müfredatları hazırlanırken öğretmenlerle işbirliğine gidilerek verilecek eğitimin etkinliği artırılmalıdır (Byrne and Bennett,1986; Harvey,1995).

2.5.3. Okul Çevresinin Düzenlenmesi

Okul sağlığının en önemli bileşenlerinden birisi okul ve çevresindeki olumsuz faktörler düzeltilerek okul toplumunun fiziksel ve psikososyal sağlığını geliştirici, öğrencilerin öğrenmelerine yardımcı olacak koşulların sağlandığı, sağlıklı olumsuz yönde etkileyen faktörlerin ve güvenlik tehlikelerinin olmadığı bir çevre oluşturulmasıdır. Burada amaç daha sağlıklı bir çevre oluşturarak, verilen sağlık eğitimlerinin de desteğiyle sağlık inanç ve tutumları daha da ön plana çıkmış bireyler yetiştirmektir. Bunun için okulun yeri, bina özellikleri, çevre özellikleri, alt yapısı, su temini, tuvaletleri, atık ürünlerin imhası, oyun alanları, ısıtma-aydınlatma-havalandırma özellikleri, sınıfların büyüklüğü ve yeterliliği değerlendirilmelidir (Pekcan,1995; Çağlayaner ve Göneneli,1998; Kub and Steel,2000;Pourciau and Vallette,2001).

2.5.4. Okul Sağlığı Kayıtları

Verilen okul sağlığı hizmetlerinde gerekli değerlendirme ve izlemin yapılabilmesi için her öğrencinin kişisel sağlık fişine; okul öncesi dönemdeki sağlık bilgilerini, konulan tanıları ve uygulanan tedavi biçimlerini içerecek biçimde genel sağlık durumunun işlenmesi gereklidir. Bu kayıt sistemi önceki değerlendirmelerle yapılacak muayenelerin sonuçlarını karşılaştırabilecek nitelikte olmalı, genel sağlık durumunu, özel sağlık sorunları ve bu sorunlara yönelik hekim-hemşire muayene sonuçlarını, uygulanan bakım ve tedavileri ve öğretmenlerin düşüncelerini tarihleriyle birlikte içermelidir. Ders yılı sonunda sonuçlar ilgili sağlık ve eğitim kurumlarına bildirilmeli, öğrencilerin sağlık durumları, okul çevresi ile ilgili veriler

ve gelecek yıl için öngörülen gereksinimler belirtilmelidir. Kurumlar ertesini yılın okul sağlığı programlarını hazırlarken bu kayıtlardan yola çıkarak öncelikleri ve ağırlık verilecek konuları seçmeli ve böylece elindeki araç, gereç ve insan gücünü daha verimli kullanabilmelidir (Beyazova,2002; Pekcan,1995).

2.6. Okul Sağlığı Hemşireliğinin Tanımı

Amerika Hemşireler Birliği okul hemşiresini çocukların ve gençlerin entellektüel potansiyellerini kullanarak bireysel yeteneklerini artırmak, şu anda ve gelecekteki fiziksel, sosyal, bilişsel ve emosyonel büyümelerini etkilemek için yararlı kararlar alan kişi olarak tanımlamıştır.

1999 yılında yapılan NASN yönetim kurulu toplantısında ise “okul hemşiresi; öğrencilerin iyilik hallerini geliştirme, akademik başarıyı yakalama ve bunu ömür boyu devam ettirmelerini sağlayan uygulamalarda uzmanlaşmış profesyonel hemşiredir. Okul hemşireleri, öğrencilerin normal gelişim sürecine uyum göstermelerine yardım eder; sağlık ve güvenliği geliştirir; gerçek ve potansiyel sağlık problemleriyle mücadele eder; adaptasyon, öz yönetim, kendini tamamlama ve bilgi için öğrenci ve ailelerin yeteneklerini geliştirmeyi aktif işbirliği ve vaka yönetimiyle sağlar” şeklinde bir tanımlama yapılmıştır (NASN,1999; Pourciau and Vallette,2001).

2.6.1.Okul Hemşireliği Uygulama Standartları

Ulusal Okul Sağlığı Hemşireleri Derneğinin 1999 yılında belirlemiş olduğu standartlar doğrultusunda Arkansas ve New York okul hemşireliği derneklerinin belirlediği okul hemşireliği standartlarını şu şekilde sıralamak mümkündür;

A.Bakım Standartları:

1. Değerlendirme: Okul hemşiresi öğrencilerin sağlık verilerini toplar.

Okul hemşiresi; görme, işitme, skolyoz, büyüme, gelişme ve diğer sağlık belirleyicilerine taramalar yapar; bireysel sağlık bakım planları oluşturmak için gerekli olan sağlığa ve gelişimsel öyküye ait verileri toplar; çocukların gelişim ve sağlık gidişatını takip eder; aşı kayıtlarını denetler; ev ziyaretleri düzenleyerek ailenin ihtiyaçları ile çocukların sağlık bakım gereksinimleri arasındaki bağlantıyı değerlendirir; çevredeki sağlık ve güvenlik risklerini tespit eder.

2. Tanılama: Okul hemşiresi topladığı verileri analiz ederek hemşirelik tanılarını saptar.

Okul hemşiresi; yaptığı sağlık taramalarının anormal bulgularını değerlendirir; öğrencilerin mevcut ve potansiyel sağlık sorunlarının saptanmasında tıbbi öykü ve raporları değerlendirir.

3. Sonuç Belirleme: Okul hemşiresi her öğrenci için ulaşılmaması hedeflenen sonuçları belirler.

Okul hemşiresi; öğrencilerin eğitim gereksinimlerini değerlendirerek bireysel eğitim planlarının geliştirilmesinde sağlık eğitim uzmanı olarak çalışmalara katılır; öğrenci, aile, okul personeli, toplum ve işbirliğine açık kurumlarla işbirliği yaparak bireysel sağlık bakım planları geliştirir.

4. Planlama: Okul hemşiresi hedeflenen sonuçlara ulaşmak için bakım planları geliştirir.

Okul hemşiresi; öğrencilerin ihtiyaçlarına göre bireyselleştirilmiş sağlık planlarını geliştirir ve bunları uygular; girişimler için bakım önceliklerine göre ve geri dönüşüm özellikli bakım planları geliştirir ve uygular.

5. Uygulama: Okul hemşiresi belirlediği bakım planları doğrultusunda hemşirelik girişimlerinde bulunur.

Okul hemşiresi; ev, okul ve toplum arasında bağlantı kurar; belirlediği bakım planları doğrultusunda uygun zamanda, güvenilir ve doğru yöntemlerin kullanıldığı girişimlerde bulunur ve bakımda sürekliliği sağlar; uyguladığı girişimleri kayıt altına alır; tüm uygulamalarını güncel okul hemşireliği standartlarına göre yerine getirir.

6. Değerlendirme: Okul hemşiresi hedeflediği sonuçlar ile bakım sonrasında bireyde ulaşılan sonuçları değerlendirir.

Okul hemşiresi; bakım sonuçlarını belirler ve kaydeder; sonuçlara göre bakım planlarında değişiklik yapar; toplanan veriler ve ulaşılan sonuçlar doğrultusunda bireylerin sağlık eğilimlerini tanımlar; verilerini gerekli birimlere rapor eder.

B. Profesyonel Performans Standartları:

1.Kaliteli Bakım: Okul hemşiresi yaptığı sistematik değerlendirmelerle okul hemşireliği uygulamalarının kalite ve etkinliğini değerlendirir.

Okul hemşiresi; lisanslı hemşire ve yardımcı personelin yeterliliklerini denetler; hemşirelik bakımının sunumu için politika, prosedür ve uygulama tüzükleri geliştirir; hemşirelik bakım uygulamalarının ve ulaşılan sonuçların geliştirilmesine yönelik değişiklikler önerir.

2.Performans Değerlendirmesi: Okul hemşiresi, profesyonel uygulama standartları, konuyla ilgili yasa, düzenleme ve politikalarla bağlantı kurarak kendi hemşirelik uygulamalarını değerlendirir.

3.Eğitim: Okul hemşiresi, okul hemşireliği uygulamalarında yeterlik ve güncel bilgileri kazanarak bunu sürdürür

Okul hemşiresi; sağlık taramaları, anaokulu muayeneleri, kalp-akciğer canlandırması gibi gerekli eğitimlerin verildiği güncel sertifika programlarını destekler; uzmanlık gerektiren okul sağlığı uygulamalarının sürekliliğini sağlamak için eğitim aktivitelerine katılarak bilgi ve beceriler kazanır.

4. Profesyonellik: Okul hemşiresi, diğer okul hemşireleriyle etkileşimde bulunarak profesyonel gelişime katkıda bulunur.

Okul hemşiresi; hemşirelik uygulamalarında görev alacak olan ancak profesyonellik derecesinde olmayan hemşirelerin yeterlik düzeyini değerlendirerek onları eğitir; ev, okul ve toplum arasında bağlantı kurar; sağlık eğitiminin sağlanmasında eğitim profesyonelleri ile görüş alışverişinde bulunur.

5. Etik: Okul hemşiresi, belirlenmiş etik kurallar çerçevesinde bireylerin lehinde kararlar alır ve bu kararları uygular. Bu bireylerin sağlık ve eğitim gereksinimlerini gizlilik ilkesine, etik ölçütlere ve yasalara uygun biçimde karşılar.

6. İş Birliği: Okul hemşiresi, öğrencilerin bakımının sağlanmasında öğrenci, aile, okul çalışanları, toplum kaynakları ve diğer sağlık personeli ile işbirliği içindedir.

Okul hemşiresi; çevredeki potansiyel sağlık ve güvenlik risklerini belirler; sağlıkla ilgili eğitim müfredatının geliştirilmesinde ve okul personelinin sağlıklarını yönetiminde kaynak kişi olarak rehberlik eder.

7. Araştırma: Okul hemşiresi; okul hemşireliği uygulamalarını araştırma bulgularını destekler.

8. Kaynak kullanma: Okul hemşiresi; bakımın sunumu ve maliyet planı yaparken geçerlik ve güvenlikle ilgili faktörleri göz önünde bulundurur.

Okul hemşiresi; sağlıkla ilgili gereksinimleri karşılamak üzere uygun kaynakların belirlenmesinde ve hemşirelik hizmetlerinin sunumunda görev alabilecek personelin seçiminde görev alır.

9. İletişim: Okul hemşiresi; yazılı, sözlü ve sözlü olmayan iletişim becerilerini etkin biçimde kullanır.

10. Program Yönetimi: Okul hemşiresi; okul toplumunun ihtiyaçlarına dayalı sağlık programları geliştirir ve hizmetlerin yönetimini sağlar.

11. Sağlık Eğitimi: Okul hemşiresi; öğrenci, veli ve okul çalışanlarının optimal sağlık düzeyine ulaşmaları için eğitimi programları düzenler ve uygular.

Okul hemşiresi; sağlığı etkileyen yaşam stillerinin benimsenmesinde öğrenci ve aileleri destekler; bireylerin kendi sağlıkları konusunda daha etkin karar alabilmeleri için destekler; madde kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, adölesan gebelik gibi sağlık problemlerinde adölesanların karar ve davranışlarının sorumluluklarını almaları yönünde danışmanlık eder, kronik hastalıklar ve mental sağlığa yönelik önerilerde bulunur (NASN,1999; Pourciau and Vallette,2001; nysasn.org.; Kub and Steel,2000).

2.6.2. Okul Sağlığı Hemşiresinin Rollerı

Okul sağlığı hemşiresinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde üstlendiği rol ve görevler, ülkeden ülkeye hatta okuldan okula değişebilen dinamik bir yapıya sahip olmakla birlikte NASN tarafından okul sağlığı hemşireliğinin özünü oluşturan bir takım temel rol ve görevler belirlenmiştir.

2.6.2.1. Eğitimci Rolü

Okul hemşiresi; başta öğrenciler olmak üzere ailelere, öğretmenlere, okul personeline ve okul toplumundaki lider kişilere optimal düzeyde iyilik hallerinin korunması ve sağlığın geliştirilmesi amacıyla sağlığı ilgilendiren her türlü konuda eğitim vermekle sorumlu kişidir (Demirezen ve Nahcivan,2000; Bilgel,1997; Bradley,1997;Hawkins et al.,1994; Kub and Steel,2000; AAP,2001).

2.6.2.2. Bakım Verici Rolü

Okul hemşiresi yıllık bireysel sağlık planları ve bireysel eğitim planları geliştirerek bu planları uygular. Burada amaç; uygulanan hemşirelik girişimleriyle bireylerin, ihtiyaçlarına dayalı bilgi ve öz bakım becerilerini yükseltmedir.

Hastalanma veya yaralanma durumlarında öğrenci ve okul personelinin bakımından sorumlu olan okul hemşiresi acil durumlarda kullanılmak üzere gerekli malzemelerin temini konusunda bilgili olmalı, kalp-akciğer canlandırılması gibi acil bakım gereksinimi olan durumlarda yardımcı olabilmeleri için, öğretmen veya diğer okul personelinden bazı bireyleri eğitimci rolü gereğince eğitmelidir(Kub and Steel,2000; Pourciau and Vallette,2001; Modrcin-Talbott,2002).

2.6.2.3. Vaka Yöneticisi Rolü

Okul hemşiresi okul içinde bakımı bire bir kendisinin yürüttüğü bakım hizmetlerinin dışında AIDS, ciddi kaza ve yaralanmalar, kronik hastalıklar, yeme bozuklukları, adölesan gebelik gibi sorunlarla karşılaştığı durumlarda bir vaka yönetimi planı hazırlayarak alıcının en iyi şekilde hizmet alabilmesi için gerekli organizasyon ve koordinasyonları düzenler ve sunulan hizmetin sonuçlarını değerlendirir (Marion,1990; Demirezen ve Nahcivan,2000 ;Modrcin-Talbott,2002).

NASN'a göre (1995) etkin vaka yöneticisinin mevcut bakım olanakları ve bu konuda destek alabileceği profesyoneller hakkında bilgisi, bakımın koordinasyonu ve bakımın sonuçlarını değerlendirebilme yeteneği olmalıdır (Pourciau and Vallette,2001).

2.6.2.4. Danışman Rolü

Okul hemşiresi ihtiyaç duyulan hizmetleri verebilmek için etkili bir program oluşturma ve bu konuda nasıl bir bütçenin uygulanacağı konularında gerekli bilgileri, okul, aile ve toplum ile birlikte çalışarak toplar. Toplumdaki diğer kurumlarla işbirliği sağlayabilmek için öncelikle iyi bir iletişim becerisi ve yasalara uygun hareket gereklidir. Okul, aile ve toplum arasındaki ilişkiyi dengeli bir şekilde kuran okul hemşiresi; gereksinim duydukları her türlü sağlık konusunda okul toplumunu oluşturan bireylere bilgi vermenin yanı sıra, yaşadıkları sorunlar sırasında başvurabilecekleri toplumsal kaynakları bilmeli ve gerekli durumlarda danışmanlık rolü gereğince bireyleri bu kaynaklara yönlendirmelidir (Macdonough,2001; Pourciau and Vallette,2001; AAP,2001; Grant,2001; Modrcin –Talbott,2002).

2.6.2.5. Savunucu Rolü

Temelini insan haklarından ve hasta haklarından alan ve bireyin bağımsızlaşmasını amaçlayan bu rol, hemşireye hastanın savunuculuğunu yapma

sorumluluğu vermektedir (Alberta Association,1999; Ekici,1999; AAP,2001). Bağımsızlığı sağlamak için bireyi içinde bulunduğu durumla ilgili hakları konusunda bilgilendirmek ve aldığı kararlarda desteklemek önemlidir (Vural,1997).

Hemşire hasta haklarını savunucu rolünde; sağlık sistemindeki hakları ile ilgili bilgi vererek bireyin haklarını anlamasını sağlar; temel sağlık sistemi içinde bu haklarını nasıl kullanacağını öğretir; bireyi, haklarının önemsenmediği ya da yok sayıldığı durumlarda savunur; bireyi, hastalığı, tedavi ve bakımı, prognozu hakkında anlayabileceği şekilde bilgilendirir, bakıma katılımını sağlar ve sağlık ekibi içinde koordinasyonu sağlar (AAP,2001; Ardahan,2003).

Okul çocuğunun karşılaştığı fakirlik, aile içi şiddet, uyuşturucu ilaç kullanımı gibi konularda sorunları çözme veya gelişmesini engellemeye yönelik sağlık kurumları, sivil toplum kuruluşları, medya ve toplumun ileri gelenleriyle görüşmeler düzenleyerek çocukların haklarının savunuculuğunu yapar (Nelson,2005).

2.6.2.6. Tarama ve İzlem Rolü

Düzenli aralıklarla sağlık taramaları yaparak öğrencilerin genel sağlık durumlarını izler (Kub and Steel,2000). Okul devamlılığı tarama programlarının iyi yürütülmesi açısından önemlidir. Devamsızlık yapan öğrencilerin saptanması ve devamsızlıklarının nedenine yönelik bir takım girişimlerde bulunulması gereklidir(Demirezen ve Nahcivan,2000).

2.6.2.7. Okul Sağlığı Lideri Rolü (Program Yöneticisi)

Sağlık gereksinimlerinin belirlenmesi, hizmeti planlama, uygulama ve değerlendirme süreçleri ile optimal düzeyde sağlıklı okul çevresi oluşturma ve okul toplumunun sağlığını geliştirme stratejilerinin belirlenmesinde aktif görev alan okul hemşiresi, bu sorumlulukları nedeniyle okul sağlığı hizmetlerinde lider rolünü üstlenerek bakım programlarının tamamını yönetir (Kub and Steel,2000).

Okul toplumunun sağlık hizmetlerinin yurutulmesi aşamasında etkili ve kaliteli hizmet sunmak için çok yonlu bakım planları yapan okul hemşiresi bu planların uygulanması aşamasında pratisyen ve uzman hekimlerle, sosyal hizmet kuruluşlarıyla ve halk sağlığı birimleriyle işbirliği yapar (AAP,2001).

2.6.3. Okul Sağlığı Hemşiresinin Gorevleri

Okul hemşireliği hizmetlerinde temel amaç; oğrenci ve okul personelinin yalnızca tıbbi değil sosyal ve duygusal gereksinimlerini de destekleyerek sağlık seviyesini optimal düzeyde geliştirmek ve korumaktır. Gunumuzde okul hemşiresi, sahip olduğu roller doğrultusunda okul toplumunun sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlıklı bir okul çevresinin oluşturulması, toplumsal kaynaklardan etkin bir biçimde yararlanma, temel sağlık hizmetleri ile okul sağlığı hizmetlerinin koordine edilmesi, hastalık ve sakatlıkların önlenmesi gibi çok yonlu gorevleri vardır (Macdonough,2001; Grant,2001; Wold and Dagg,2001; AAP,2001; Wolfe and Selekman,2002; Croghan and Johnson,2004).

2.6.3.1 Okul Toplumunun Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi ve Tarama Çalışmalarının Organizasyonu

Okul hemşiresi oğrencilerin sağlıklarını bütüncül bir yaklaşımla fiziksel, ruhsal ve sosyal yonden izlemeli ve değerışkenleri tespit için bu verileri belirli zaman aralıklarıyla düzenli olarak toplayıp değerlendirmelidir.Yaş gruplarına özgü özellikler doğrultusunda yapılan bu veri toplama girişiminde amaç; sağlık sorunlarını erken dönemde belirleyerek uygun girişimlerde bulunmaktır. Veriler toplanırken yalnızca oğrencilerin değeril, okul toplumunu oluşturan diğer bireylerin de sağlık durumları düzenli zaman aralıklarıyla değerlendirilmeli, toplanan veriler var olan veya okul hemşiresi tarafından geliştirilen kişisel sağlık fişlerine kaydedilmeli ve bu

fişlerin muhafazası yine okul hemşiresi tarafından sağlanmalıdır (Aksayan,1998; Wainwright et al.,2000; Modrcin-Talbott,2002).

Hemşirenin bu alandaki diğer görevleri; düzenli aralıklarla tam bir sağlık taraması yapılması için koşulların sağlanması, bunun için diğer sağlık profesyonelleri ile iletişimin kurulması, bit taramaları, psikolojik taramalar, ağız,diş, görme, işitme, konuşma, büyüme-gelişme, skolyoz taramalarının organize edilmesi ve aktif olarak yürütülmesi, sorun saptanması halinde sevk işlemleri için çevredeki hangi sağlık kuruluşlarının kullanılabilceğinin değerlendirilmesinin yapılması, gerekirse sevk edilen uzman yada kuruluşla aile arasında bir bağ oluşturularak ailenin bakım alma yönünden sözcülüğünün yapılması, uzman muayenesi sonuçlarının izlenmesi ve bu sonuçların verilecek sağlık bakımında yol gösterici olarak kullanılması için gerekli düzenlemeleri yapmasıdır (Byrne and Bennett,1986; Cowan,1996 Beyazova,2002; Şahin,2003).

2.6.3.2. Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü ve Bakımı

Okul içerisinde öğrenci ve personelin gruplar halinde bulunmaları nedeniyle, özellikle nezle, grip, boğaz enfeksiyonları, uyuz, parazit, tüberküloz, barsak enfeksiyonları gibi bulaşıcı hastalıkların görülme ve yayılma hızı yüksek bir değer gösterme eğilimindedir. Bunun için okul hemşiresi korumaya yönelik önlemler almalı, tifo, tüberküloz, tetanos başta olmak üzere düzenli bir aşılama programı oluşturmalı ve bu programı eyleme geçirmelidir (Cowan,1996; Aksayan,1998; Modrcin – Talbott,2002).

Vaka tespiti durumunda olgunun kaynağını bulmak ve olası diğer olguları tespit etmek için çalışmalar düzenlenmeli, halk sağlığı laboratuvarı ile iletişime geçilerek kültür taramaları yapılmalıdır. Hasta öğrenci veya personel tedavisinin sağlanması için hekime veya sağlık kuruluşuna sevk edilmeli, tedavi programı olanların tedavilerinin okulda sürdürülmesi sağlanmalı, hasta bireyin bakımı için aile bireylerine eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır. Gerekiyorsa hasta bireyin, yayılımın önlenmesi için taşıdığı hastalığın cinsine göre bir süre için okuldan izolasyonu sağlanmalıdır (Aksayan,1998;Pekcan,1995).

Hastalıkların erken belirti ve bulguları konusunda hem öğretmenlerin hem de velilerin bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Bunun dışında okul toplumuna ve velilere; beslenme, uyku-dinlenme, kişisel hijyen, aktivite programı, çevre koşullarının iyileştirilmesi gibi temel sağlık alışkanlıkları konularını içeren eğitim programları uygulanmalıdır (Harvey,1995).

2.6.3.3. İlk Yardım Ve Acil Durumların Kontrolü

Okul sağlığı hemşiresi okulda sık karşılaşılabilecek kaza, yaralanma, bazı hastalık atakları gibi acil durumlar için uyanık olmalı, bu durumlarda kullanılmak üzere eksiksiz ve çalışır malzemelerle donatılmış olan bir acil durum dolabı veya çantasını hazır bulundurmalıdır. İlk yardım bilgi becerisi en üst düzeyde olan okul sağlığı hemşiresi, kendisinin okul dışında olduğu durumlarda veya daha karmaşık vakalarda kendisine yardım edebilecek bir grup öğrenci ve personeli -yada öğrenci ve personelin tamamını- ilk yardım konularında eğitmelidir (Aksayan ,1998).

Yapılan ilk yardım girişimleri sonrasında eğer bireyin sevki gerekiyorsa, hemşirenin kendisi de hasta bireye eşlik etmeli, yol boyunca gerekli izlemleri yapmalı, doktor veya kuruma ulaştırıldığında ise bireyin durumu ve yapılan girişimler hakkında sağlık profesyonellerine bilgi vermelidir.

2.6.3.4. Danışmanlık Hizmeti Sağlama

Okul sağlığı hemşiresi yapılan periyodik sağlık değerlendirmesi ve taramalar sonucunda sorun veya bakım gereksinimi saptanan öğrenci veya okul personelinin, daha ileri bir değerlendirme, kesin tanı ve tedavisi için bireyin - kendisine veya velisine- hangi sağlık kurumuna yada uzmana başvurabilecekleri konularında danışmanlık yapmalıdır. Bunun dışında öğrencilere, velilere, okul toplumunu oluşturan diğer personele fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlarına ilişkin sağlıkla ilgili çeşitli konularda sürekli olarak danışmanlık hizmeti sunmalıdır.

2.6.3.5. Özürlü veya Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bakımı ve İzlemi

Diabet, astım, epilepsi gibi kronik hastalıkları olan veya herhangi bir özür yada sakatlığı olan çocukların bakım ve izlemi, okul hemşiresinin görevleri arasındadır (Cowan,1996). Çocukların ailelerine bu patolojiler konusunda danışmanlık hizmeti verilebileceği gibi okul içerisinde bu çocuklara yönelik özel eğitim olanaklarının hazırlanması konusunda öğretmenlere ve okul yönetimine de danışmanlık ve eğitim hizmetleri verilebilir (Aksayan,1998; Modrcin-Talbott,2002; Marion,1990).

2.6.3.6. Sağlık Eğitimi

Kapsamlı okul sağlığı programları içerisinde önemli bir yere sahip olan sağlık eğitimi; öğrenci, veli ve okul personelinin sağlıkla ilgili bilgi, beceri ve tutumlarını etkilemek üzere oluşturulan programdır. Okul hemşiresinin görevlerinden en önemlisi sağlık eğitimidir. Hemşire, eğitim programına öğrencilerin dışında tüm okul toplumunu ve öğrenci velilerini de dahil etmeli; mevcut tüm olanakları değerlendirerek, bire bir yada programlı bir şekilde gruplar oluşturarak , her an ve her yerde gereksinim duyulan her türlü sağlıkla ilgili konuda eğitim vermelidir. Ayrıca, hemşire eğitimini verdiği her konuda okul toplumuna rol model olmalı, böylece olumlu sağlık davranışlarını pekiştirmelidir. Hazırladığı eğitim programlarında hemşirenin temel amacı bireylerin sağlıklı yaşam ilkelerine uymalarını sağlayarak var olan sağlık düzeyinden daha ileri bir sağlık düzeyine ulaşmalarını sağlamaktır (Bradley,1997;Aksayan,1998; Kub and Steel,2000; Modrcin- Talbott,2002; Scullion,2004; Humm,2004).

1993 yılında NASN tarafından geliştirilen “Okul Hemşireliği Uygulamaları; Roller ve Standartları”nın bir tanesi de sağlık eğitimidir ve okul hemşiresinin sağlık eğitimindeki rollerinin davranış düzeyindeki ölçüm kriterleri 16 amaç altında toplanmıştır;

1. Okulda sağlık ve sağlık eğitim gereksinimlerinin belirlenmesine katılır,
2. Öğrencilerin gelişim düzeylerine uygun şekilde, geçerli öğrenim kuramlarını temel alarak sınıflarda formal sağlık eğitimi yapar,
3. Öğrencilere bireysel danışmanlık ve sağlık eğitimi yapar,
4. Öğrenci, personel ve anne-babaların her birinin sağlığa bakış açısının farklı olduğunu dikkate alarak gruplarla toplantılar yapar,
5. Sağlığın geliştirilmesi ve devamı için müfredat programlarında sağlık konularının işlendiği bir rehberin hazırlanmasına katılır,
6. Sağlık müfredat programını, sağlık eğitim materyallerini ve sağlık eğitimi aktivitelerini değerlendirir,
7. Sınıflar ve kütüphane için sağlık eğitim materyallerinin seçilmesi ve satın alınmasında rol oynar,
8. Sağlık eğitim materyallerini ve sağlık eğitiminde okul için kaynak kişi olarak kabul edilir,
9. Sağlık konularının okul müfredat programlarına entegrasyonunu 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 çalışanlarını, öğrenci sağlığı konusunda duyarlı olmaları için eğitir,
13. Okul çalışanlarını, kendi sağlıkları ile ilgilenmeleri konusunda eğitir,
14. Öğrenci ve okul çalışanlarının kişisel bakımlarını geliştirir,
15. Anne-babaları, öğrencinin sağlığı ile ilgilenmeleri konusunda eğitir, kaynaklar gösterir,
16. Öğrenci, personel ve okul güvenliği için sağlık eğitimi yapar (Bradley,1997).

Hemşire, hastalıklara karşı alınacak önlemler, sağlık hizmeti olanaklarından yararlanma, erken tanı, tedaviye uyum ve bakım ilkeleri, sağlığı geliştirici davranışlar veya daha spesifik konuları sağlık eğitimi konusu olarak seçebilir. Ayrıca okulda uygulanacak müfredat programlarının sağlık ile ilgili ünitelerinde konu içeriğinin hazırlanması ve görüntülenmesinde hemşire kaynak kişi olarak, öğretim görevlileri ve okul yönetimine rehberlik eder. Burada önemli olan yaş gruplarına

göre önemli ve öncelikli konular tespit edilerek, ileri dönemlerde yaşanılacak sorunların çözümü için gerekli bilgilerin uygun zaman çerçevesinde verilebilmesidir (Aksayan,1998; Pekcan,1995; Scullion,2004)

2.6.3.7. Okul Çevresinin Düzenlenmesi Çalışmalarına Katılım

NASN'a göre okul hemşiresi, sağlıklı okul çevresinin oluşturulması ve bunun devamı için aktiviteler planlamalıdır. Sağlık ve öğrenme düzeyini olumsuz yönde etkileyebilecek fiziksel risk faktörlerini belirlemeli, üzere okul çevresini sürekli olarak gözlemlemeli ve tespit ettiği gereksinimleri bireysel olarak veya diğer ekip üyeleri ile işbirliği yaparak çözümlenmelidir (Wainwright et al.,2000; Kub and Steel,2000; Pourciau and Vallette,2001).

1994 yılında Amerikan Okul Sağlığı Derneği sağlıklı okul çevresi için sigarasız, uyuşturucusuz ve şiddetten uzak bir çevre oluşturulmasını; okul binasının özürü bireylerin kullanabileceği şekilde düzenlenmesini; ısıtma, havalandırma, aydınlatma ve ses izolasyonunun standartlara uygun olmasını; su, hava ve diğer çevresel elementlerin kontrolünü önermektedir (Kub and Steel,2000).

Bu doğrultusunda hemşirenin dikkat etmesi gereken konuları şu şekilde sıralamak mümkündür;

- Okul içinde ve çevresinde kazaya yol açabilecek durumların tespiti ve ortadan kaldırılması,
- Sağlıklı beslenme programlarının oluşturulması,
- Kantinde ve açıkta satılan yiyeceklerin kontrolü,
- Sınıf, tuvalet, kantin ve varsa yemekhane ile yatakhanein temizliğinin denetlenmesi,
- İçme sularının kontrollerinin yaptırılması,
- Sosyal aktiviteler ve uğraşı olanakları için ortamların oluşturulması,
- Spor aktiviteleri için gerekli olanak ve ortamın oluşturulması(Aksayan,1998)

Bulduk (2002) tarafından okul sağlığı hemşirelik uygulamalarını belirlemek ve etkileyen faktörlerle ilişkisini incelemek amacıyla İstanbul'da bir çalışma yürütölmüş ve hemşirelerin; bakım verici, araştırıcı, danışmanlık, eğitimci ve program yöneticisi rollerini yapma düzeyleri irdelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre; hemşirelerin medeni durumları, eğitim durumları, okul sağlığı alanındaki çalışma süreleri, çalışma şekilleri ve saati, sağlık hizmeti sundukları birey sayısı, okulun kalite belgesi olma durumu ve mesleki gelişimleri ile ilgili etkinliklere katılma durumu ile rollerini yapma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak, çalıştıkları kurumda görev, yetki ve sorumlulukları belirlenen; bilgi ve uygulama yeterliliği değerlendirilen hemşirelerin rollerini yapma düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur .

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma 224 sayılı Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri Yasasının 154 sayılı yönergesi doğrultusunda sağlık ocaklarına verilen okul sağlığı hizmetlerini yürütme görevinin günümüzde ne derece uygulandığını ve bu hizmetler içerisinde hemşirelerin üstlendikleri rolleri belirlemeye yönelik olarak; Kocaeli ilinde okul sağlığı ve hemşireliği hizmetlerinin durumunu belirlemek, ileri araştırmalar ve sunulacak sağlık hizmetleri için veri oluşturmak amacıyla, tanımlayıcı türde planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Kocaeli il sınırları içerisinde yer alan toplam 104 sağlık ocağında sorumlu hekimler ile araştırmaya katılmayı kabul eden bir hemşire, ayrıca okul sağlığı hizmet birimi bulunan üç özel okulda görev yapan hemşirelerin oluşturması amaçlanmıştır. Özel okullarda görev yapan hekimler haftanın belirli günlerinde ve kısıtlı bir süre içerisinde revir hizmetlerine yönelik görev üstlenmiş olmaları nedeniyle araştırma kapsamına alınmamıştır.

Örnekleme seçilmeksizin evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. İzinli olan veya zaman ayıramayacağını belirten katılımcılar için uygun oldukları tarihlere randevu alınarak yeni görüşmeler planlanmıştır.

Hazırlanan anket soruları; sağlık ocaklarında sorumlu hekim ile araştırmaya katılmayı kabul eden bir hemşire ve okul sağlığı birimi bulunan özel okullarda görevli okul hemşirelerine bire bir görüşmeler sırasında yöneltilmiş ve katılımcılardan mesleki uygulamaları doğrultusunda cevap vermeleri beklenmiştir. Ancak, poliklinik hizmetlerinin yoğunluğu nedeniyle sağlık ocaklarının tamamı araştırma kapsamına alınamamıştır. 11 sağlık ocağında hekim ve hemşire, 2 sağlık ocağında yalnızca hemşire, 7 sağlık ocağında ise yalnızca hekim araştırmaya

katılmayı kabul etmemiştir. Bu nedenle araştırma 86 hekim, 91 sağlık ocağı hemşiresi ve üç özel okul hemşiresinin katılımıyla sonlandırılmıştır. Aynı sağlık ocağında görev yapan hekim ve hemşireler kendilerine yöneltilen sorulara aynı doğrultuda cevap verdiği için formlar arasında uyumsuzluk saptanmamış, bu nedenle veriler, en az bir sağlık personelinin katılımının sağlandığı 93 sağlık ocağı üzerinden değerlendirilmiştir.

3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma 2003-2004 Eğitim-Öğretim yılı içerisinde, Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı 93 sağlık ocağı ve bünyesinde sağlık hizmet birimi bulunan üç özel okulda yapılmıştır.

Aşağıdaki tabloda sağlık ocağı bölgesinde bulunan okul sayısı ile sağlık ocağında görevli hekim, hemşire ve sağlık memuru sayılarının sağlık grup başkanlıklarına göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Sağlık Ocağı Personeli ve Bölgedeki Okul Sayısının Grup Başkanlıklarına Göre Dağılımı

GRUP BAŞKANLIĞI ADI	PERSONEL		OKUL SAYISI
	HEKİM	HEMŞİRE SGM	
MERKEZ	78	105	146
GEBZE	42	61	99
KARAMÜRSEL	9	15	16
DERİNCE	12	31	28
GÖLCÜK	17	32	43
KANDIRA	9	8	29
KÖRFEZ	18	30	46
TOPLAM	185	282	407

Kaynak: Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü 2005 Yılı Kayıtları

3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Verilerin toplanmasında; literatür taraması yapılarak çeşitli kaynaklardan elde edilen sonuçlar doğrultusunda oluşturulmuş 24 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından birebir yapılan ve 10-15 dakikalık süre dilimlerini kapsayan görüşmelerde; anket soruları hekim ve hemşirelere ayrı ayrı yöneltilmiştir.

Soruların işlerliğini kontrol etmek amacıyla İstanbul-Ümraniye Sağlık Grup Başkanlığına bağlı beş sağlık ocağı ile Adapazarı Merkez Sağlık Grup Başkanlığına bağlı beş sağlık ocağında görevli sorumlu hekim ve araştırmaya katılmayı kabul eden bir hemşirenin katılımıyla anketin ön uygulaması yapılmış, sonrasında gerekli düzeltmeler yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir.

Anketin son şekli Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilerek, oluşturulmuş anketin uygulanmasına yönelik gerekli yasal izin alınmıştır.

Araştırma etiği açısından araştırma kapsamındaki sağlık ocaklarının isimlerine araştırma raporunda yer verilmemiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelerle dağılımlar kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın evrenini oluşturması hedeflenen hekim ve hemşirelerin tamamına ulaşılammış, veriler; 86 hekim, 91 sağlık ocağı hemşiresi ve üç özel okul hemşiresinden alınabilmiştir.

- Araştırma sonuçları yalnızca Kocaeli ilindeki kamusal alanda ve sağlık hizmeti sunma amacıyla sağlık birimi oluşturan üç özel okulda verilen okul sağlığı hizmetlerini içermektedir. Diğer illere genellenemez.

- Kamusal alanda yürütülen okul sağlığı hizmetlerine ilişkin verilerin benzerliği nedeniyle sağlık ocaklarının personel sayısı ve bölgedeki okul sayısı gibi özelliklerine göre ayrıntılı değerlendirmesi yapılamamıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulgular kısmı dört bölümden oluşmuş, birinci bölümde; Kocaeli ilinde kamusal okul sağlığı hizmetlerinin durumu, ikinci bölümde; özel okullarda yürütülen sağlık hizmetleri, üçüncü bölümde; kamusal alanda ve özel okullarda, hizmetin sunumu sırasında yaşanan güçlükler, dördüncü bölümde ise sağlık bakım profesyonellerinin okul sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik önerileri yer almıştır.

4.1. Kamusal Alanda Yürütülen Okul Sağlığı Hizmetleri

Kocaeli ilinde kamusal alanda yürütülen okul sağlığına yönelik hizmetler ile ilgili bulgular aşağıda ele alınmıştır.

Tablo 4.1. Sağlık Ocaklarında Okul Toplumunun Sağlık Kontrollerine İlişkin Hizmetlerin Durumu

OKUL TOPLUMUNUN SAĞLIK KONTROLLERİNE İLİŞKİN HİZMETLER	SAĞLIK OCAĞI		PERSONEL					
	n	%*	HEKİM		HEMŞİRE SGM		EKİP	
			n	%**	n	%**	n	%**
◆ Okula başlama dönemindeki çocukların fizik muayenelerinin yapılması	11	11,8	11	100	-	-	-	-
◆ Öğrencilerin sağlık durumlarını değerlendirmek amacıyla periyodik sağlık kontrollerinin yapılması	-	-	-	-	-	-	-	-
◆ Okul personelinin sağlık kontrollerinin yapılması	-	-	-	-	-	-	-	-
◆ Okul sağlığına yönelik verilen hizmetlerin kayıtlarının tutulması	93	100	-	-	-	-	93	100

* Yüzdeler toplam sağlık ocağı sayısına (N:93) göre alınmıştır.

** Yüzdeler hizmetleri yürüten sağlık ocaklarının sayısına göre alınmıştır.

Okula başlama dönemindeki çocukların fizik muayenelerinin yapılması; sağlık ocağının sorumlu olduğu bölge içerisinde bulunan anaokulu veya özel ilköğretim okullarının, öğrenci kayıtları sırasında sağlık raporu istemi olduğu durumlarda yürütülen bir sağlık hizmetidir. Bu hizmet; araştırmanın evrenini

oluşturan 93 sağlık ocağı içerisinde 82 sağlık ocağında (% 88,2) yürütülmezken, 11 sağlık ocağında (% 11,8) ise sağlık raporu; istemde bulunan okullara kayıt yaptıracak öğrencilerin bölge sağlık ocağına, nedene yönelik başvuruları üzerine verilmektedir. Konuya ilişkin çalışmaların yürütülmesinde ise yalnızca hekimler görev almaktadır.

Öğrencilerin sağlık durumlarını değerlendirmek amacıyla periyodik sağlık kontrollerinin yapılması araştırmaya katılan 93 sağlık ocağının tamamında (% 100) yürütülmeyen bir hizmet olarak belirlenmiştir (Bkz Tablo 4.1).

Okul personelinin sağlık kontrollerinin yapılmasına yönelik soruya, araştırmaya katılan katılımcıların tamamı “ bu hizmet yürütülmüyor” şeklinde cevap vermişlerdir. Öğretmenler ve okul personeli, sosyal güvenceleri dahilinde sağlık ocaklarına başvurarak şikayetleri doğrultusunda poliklinik hizmeti almaktadırlar.

Okul sağlığına yönelik verilen hizmetlerin kayıt altına alınması aşamasında sağlık taraması programının yürütüldüğü 76 sağlık ocağında elde edilen bulguların kayıt formlarına işlendiği belirlenmiştir.

Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından İl Sağlık Müdürlüğüne ve Sağlık Grup Başkanlıkları aracılığıyla da sağlık ocaklarına bildirilen sağlık taramasına yönelik istem doğrultusunda sağlık ocakları bu amaca yönelik okul ziyaretleri planlamakta, belirlenmiş tarihlerde okul taramalarına gidilerek, Milli Eğitim Müdürlüğü'nün bölge okullarına göndermiş olduğu kayıt formlarına sonuçlar kaydedilmekte ve bu formlar Milli Eğitim Müdürlüğü tarafından arşivlenmektedir. Bu geri dönüş nedeniyle sağlık ocaklarında tarama sonuçlarına yönelik kayıtlar bulunmamakta, tarama programlarını yürüten sağlık ocağı ekibi yalnızca sonuçların belgelenmesinde rol almaktadır.

Bağışıklama programları sırasında aşılana öğrenci sayısının yer aldığı aşı kayıtları, araştırmaya katılan sağlık ocaklarının tamamında (N:93) tutulmakta ve sonuçlar sağlık grup başkanlıklarına bildirilmektedir.

Sağlık ocaklarının aylık çalışma raporları içerisinde yer alan bir diğer kayıt sistemi; 77 sağlık ocağında , verilen eğitime yönelik konu başlığı, konu içeriği, seans sayısı, eğitim veren kişi ve eğitim programına katılan öğrenci sayısının belirtildiği eğitimlere yönelik tutulan kayıtları içermektedir. Eğitim kayıtları eğitimi veren sağlık personeline doldurulmaktadır.

Tablo 4.2. Sağlık Ocaklarında Okul Sağlığı Tarama Hizmetlerinin Durumu

OKUL SAĞLIĞINA İLİŞKİN TARAMA HİZMETLERİ	SAĞLIK OCAĞI		PERSONEL					
			HEKİM		HEMŞİRE SGM		EKİP	
	n	%*	n	%**	n	%**	n	%**
** Tarama programlarının yürütülmesi ***	76	81,7	-	-	-	-	76	100
- Görme taramaları	47	50,5	3	6,4	1	2,1	43	91,5
- İşitme taramaları	37	39,8	4	10,8	1	2,7	32	86,5
- Ağız –diş sağlığı taramaları	64	68,9	3	4,7	-	-	61	95,3
- Skolyoz taramaları	14	15,1	4	28,6	2	14,3	8	57,1
- Kan basıncı taramaları	5	5,4	1	20	1	20	3	60
- Anemi taramaları	25	26,9	1	4	1	4	23	92
- Parazit taramaları	22	23,7	2	9,1	1	4,5	19	86,4
- Bit taramaları	69	74,2	2	2,9	3	4,3	64	92,8
-Büyüme-gelişme taramaları	37	39,8	2	5,4	1	2,7	34	91,9
-Ruh sağlığı taramaları	18	19,4	1	5,5	3	16,7	14	77,8
- İnmemiş testis taraması	21	22,6	4	19	1	1,8	16	76,2
-Kalp-Akciğer muayenesi	36	38,7	5	13,9	2	5,5	29	80,6

* Yüzdeler toplam sağlık ocağı sayısına (N:93) göre alınmıştır.

** Yüzdeler hizmetleri yürüten sağlık ocaklarının sayısına göre alınmıştır.

*** En az bir tarama programının yürütüldüğü sağlık ocağı sayısı.

En az bir **tarama programının yürütüldüğü** 76 sağlık ocağı (% 81,7) içerisinde; %74,2'lik payla (n:69) en fazla bit taraması programlarının yürütüldüğü, buna karşılık sadece 5 sağlık ocağında yürütülen kan basıncı taramasının %5,4'lük bir paya sahip olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2).

Anemi tarama programının yürütüldüğü 25 sağlık ocağı (% 26,9) içerisinden 19 sağlık ocağında (%76) öğrencilerin yalnızca fizik muayene bulgularına bakılırken 6 sağlık ocağında (%24) fizik muayene sonrası anemi şüphesi uyandıran öğrencilerden alınan kan örnekleri sağlık ocağında bulunan laboratuarda analiz edilmektedir. Parazit taramasının yapıldığı 22 sağlık ocağında (% 23,7) ise dağılım; 18 sağlık ocağında (% 81,8) yalnızca fizik muayene bulguları ve 4 sağlık ocağında (% 18,2) fizik muayene sonrası laboratuvar analizi şeklindedir.

Yapılan ruh sağlığı taramalarında ise öğrencilere ruh sağlığı durumlarını belirleyici ölçekler uygulanmamakta, ruh sağlığı taramalarının yapıldığı 18 sağlık

ocağının (% 19,4) tamamında şüphelenilen öğrencilere yönelik öğretmenlerinden anamnez alınmaktadır.

Tablo 4.3. Sağlık Ocaklarında Yürütülen Tarama Programlarının Sıklığına Göre Dağılımı

Tarama Programlarının Sıklığı	Sağlık Ocağı	
	n	%
Her yıl rutin	47	61,8
Sağlık Bakanlığı kampanyaları	23	30,3
Okulun talebi doğrultusunda bit taramaları	6	7,9
T O P L A M	76	100

Ekip hizmeti yaklaşımıyla yürütülen tarama programlarının sıklığı sorgulandığında; her bir sağlık taramasına özgü sıklık sağlık ocaklarının hiçbirinde belirtilememiş, bu programların düzenlenen genel tarama programları içerisinde birden fazla taramayı kapsayacak şekilde yürütüldüğü belirlenmiştir.

Genel tarama programlarının yürütülme sıklığı irdelendiğinde ise 47 sağlık ocağının (% 61,8) her yıl rutin olarak tarama programlarını yürüttüğü, 23 sağlık ocağının (% 30,3) Sağlık Bakanlığının düzenlenmiş olduğu tarama programlarına yönelik okul ziyareti gerçekleştirdiği, 6 sağlık ocağının ise (% 7,9) okul yönetiminin talebi üzerine yalnızca bit taramaları organize ettiği görülmüştür (Bkz. Tablo 4.3).

Sağlık taramaları sonucunda sağlık sorunu belirlenen öğrencilerin ileri inceleme ve tedavi için üst basamaktaki sağlık kuruluşlarına sevkini yapılması araştırmaya katılan sağlık ocaklarının tamamında, tüm katılımcılar tarafından hekimin görevi olarak belirtilirken, yapılan sağlık kontrollerinde görev alan hemşirelerden yalnızca üç tanesi (% 3,9) sevk kararının verilmesi aşamasında hekimle ortak karar aldıklarını ifade etmiştir (Bkz. Tablo 4.4).

Sevk işlemlerinin sonuçları 55 sağlık ocağında (% 59,1) izlenirken; vakaların takibinin yapıldığı 52 sağlık ocağında (% 94,5) bu görevi yalnızca hekimlerin yürüttüğü, 3 sağlık ocağında (% 5,5) ise ekip olarak yürütüldüğü belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Sağlık Ocaklarında Okul Sağlığına İlişkin Sevk Hizmetlerinin Durumu

OKUL SAĞLIĞINA İLİŞKİN SEVK HİZMETLER	SAĞLIK OCAĞI		PERSONEL					
			HEKİM		HEMŞİRE SGM		EKİP	
	n	%*	n	%**	n	%**	n	%**
◆ Sağlık sorunu belirlenen bireylerin ileri inceleme ve tedavi için üst basamaktaki sağlık kuruluşuna sevkini yapılması	76	81,7	73	96,1	-	-	3	3,9
◆ Sevk sonuçlarının izlenmesi	55	59,1	52	94,5	-	-	3	5,5

* Yüzdeler toplam sağlık ocağı sayısına (N:93) göre alınmıştır.

** Yüzdeler hizmetleri yürüten sağlık ocaklarının sayısına göre alınmıştır.

Bulaşıcı hastalıklar dışındaki hastalıklarda kurumlar arası geri dönüş olmadığından sevk işlemleri sırasında hekim, takibini yapmak istediği vakalar için ailelere sevk sonuçlarını takip etmek istediğini sözel olarak belirtmekte ve bu yolla sevk işlemlerinin takibi yapılmaya çalışılmaktadır. Yaşanılan bölgenin sosyal özellikleri ve dolayısıyla da ailelerin duyarlılığına bağlı olarak sevk sonuçlarında geri bildirimler olduğunu ifade eden katılımcıların yanıtları doğrultusunda; böyle bir istemde bulunulmayan sağlık ocağı sayısının 21 (% 27,6), ailelerin sevk sonuçlarını istemde bulunan hekime çoğunlukla geri bildirmediği sağlık ocağı sayısının 37 (%48,7), hekim istemi doğrultusunda sonuçları hekime ulaştıran bilinçli ailelerin oluşturduğu bölgelerin sağlık ocağı sayısının ise sadece 18 (%23,7) olduğu belirlenmiştir.

Bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik bağışıklama programlarının oluşturulması ve bu programların yürütülmesinde araştırma kapsamına alınan sağlık ocaklarının tamamının aktif görev aldığı belirlenmiştir (Bkz.4.5). Bu hizmetin hekim, hemşire ve – varsa- sağlık memurundan oluşturulan ekip tarafından yürütüldüğü, ancak BCG aşılarının uygulanması sırasında kurumları bünyesinde sertifikalı sağlık personeli bulunmayan 19 sağlık ocağında (% 20,4) ise sağlık grup başkanlıkları tarafından görevlendirilen ve BCG aşısı uygulama sertifikası olan sağlık görevlilerinden yardım alındığı ifade edilmiştir (Bkz. Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Sağlık Ocaklarında Okul Sağlığına İlişkin Bulaşıcı Hastalıkları Önleme Hizmetlerinin Durumu

BULAŞICI HASTALIKLARI ÖNLEMeye İLİŞKİN HİZMETLER	SAĞLIK OCAĞI		PERSONEL					
			HEKİM		HEMŞİRE SGM		EKİP	
	n	%*	n	%**	n	%**	n	%**
◆ Bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde bağışıklama programlarının oluşturulması ve bu programın yürütülmesi	93	100	-	-	-	-	93	100
◆ Vaka tespiti durumunda olgunun kaynağının bulunması ve olası diğer olguları tespit için çalışmalar düzenlenmesi	93	100	27	29	66	71	-	-
◆ Yayılımın önlenmesi için, gerekiyorsa hasta bireyin hastalığın cinsine göre bir süre okuldan uzaklaştırılması	93	100	93	100	-	-	-	-

* Yüzdeler toplam sağlık ocağı sayısına (N:93) göre alınmıştır.

** Yüzdeler hizmetleri yürüten sağlık ocaklarının sayısına göre alınmıştır.

Uygulanan bağışıklama programlarının sıklığı Sağlık Bakanlığının belirlenmiş olduğu aşı takvimine uygun olarak sağlık grup başkanlıkları aracılığıyla aşuların sağlık ocaklarına ulaştırıldığı tarihlere paralel olarak ocak personeli tarafından belirlenmektedir.

Aşılama programlarında ulaşılabilirliğin tam olması için okul yönetimiyle işbirliği yapılmakta, oluşturulan sınıf listeleri yardımıyla aşılınmayan öğrenciler belirlenmekte ve bu öğrenciler sağlık ocaklarına davet edilerek aşuları burada yapılmaktadır. Sağlık ocaklarının tümünde, uygulanan bu yöntem sayesinde bağışıklama programlarında tam ulaşılabilirliğin sağlandığı belirtilmiştir.

Bulaşıcı hastalık vakalarının tespiti durumunda sağlık ocaklarının tamamında, bulaşıcı hastalıklarda ilk kaynağın bulunması anlamına gelen filyasyon çalışması yürütülmektedir.

Hastalığa özgü semptom veren öğrenci, ailesi veya öğretmeni tarafından sağlık ocağına getirilmekte, aileden hastalık hikayesi ve bulaşma yollarına ilişkin veriler alınarak, doldurulan filyasyon formuyla hasta birey bölge devlet hastanesine

sevk edilmektedir. 27 sağlık ocağında (% 29) hekim, 54 sağlık ocağında (% 58,1) bu konuda sorumluluk verilen hemşire ve 12 sağlık ocağında (% 12,9) sağlık memuru formun doldurulması aşamasında görev almaktadır.

Bulaşıcı hastalıklarda yayılımın önlenmesi amacıyla, gerekiyorsa, hasta bireyin hastalđın cinsine ve iyileşme süresine bağlı olarak okuldan uzaklaştırılması hekim tarafından hasta öğrenciye verilen rapor süresince uygulanmaktadır (Bkz.Tablo 4.5).

Sağlık eğitimi; sağlık grup başkanlıkları tarafından özel sağlık haftalarında öğrencilere sağlık eğitimi verilmesine yönelik sağlık ocaklarına gönderilen resmi yazılar doğrultusunda sağlık ocağı personeline yapılmaktadır. Sağlık eğitimi amacıyla okul ziyareti gerçekleştirilen 77 sağlık ocağı (% 82,8) içerisinden; 59 sağlık ocağında (%80,6) grup başkanlığınca sağlık ocaklarına ulaştırılan konuya ilişkin broşur ve afiş gibi eğitim materyalleri yeterli bulunarak sağlık eğitimleri bu materyaller doğrultusunda verilirken, 18 sağlık ocağında (%19,4) katılımcılar sağlık bakanlığının broşur ve afişlerini de kullanarak konu içeriklerini kendi kaynaklarıyla zenginleştirdikten sonra öğrenciye sunduklarını ifade etmişlerdir (Bkz.Tablo 4.6).

Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği konular dışında okul yönetiminin talepte bulunduğu konulara yönelik yapılan sağlık eğitimlerinde de konu içeriği hazırladıkları belirlenen 18 sağlık ocağında, çalışma koşullarına ve bilgi yeterlilik düzeyine göre konuyu anlatması planlanan sağlık personelinin, konunun içeriğinin hazırlanması aşamasında da görev üstlendiği belirlenmiştir.

Öğrencilere yönelik sağlık eğitimi programlarının yürütüldüğü 77 sağlık ocağı (% 82,8) içerisinde; 62 sağlık ocağında (% 66,7) yürütülen özel sağlık haftalarına yönelik eğitimlerin en fazla orana sahip olduğu, bunu 32 sağlık ocağında (% 34,4) verilen sigara ve uyuşturucu maddeler konusunun takip ettiği, buna karşılık ağız-diş sağlığına yönelik eğitimlerin 9 (% 9,7), sağlık evre oluşturmaya ilişkin eğitimlerin ise yalnızca 3 (% 3,2) sağlık ocağının eğitim programı kapsamında olduğu belirlenmiştir (Bkz.Tablo 4.6).

Cinsel gelişim ve yaşanan sorunlar, büyüme-gelişme, menstruasyon siklusu, aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi konular “Cinsel Eğitim”

başlığı altında toplanmış olup, bu konularda eğitim programları oluşturan sağlık ocağı sayısı 11(% 11,8) dir (Bkz.Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Sağlık Ocaklarında Okul Sağlığına İlişkin Sağlık Eğitimi ve Danışmanlık Hizmetlerinin Durumu

SAĞLIK EĞİTİMİ VE DANIŞMANLIK HİZMETLERİ	SAĞLIK OCAĞI		PERSONEL					
			HEKİM		HEMŞİRE SGM		EKİP	
	n	%*	n	%**	n	%**	n	%**
◆ Eğitim programı içeriklerinin hazırlanması	18	19,4	-	-	-	-	18	100
◆ Öğrencilere yönelik sağlık eğitimi yapılması	77	82,8	6	7,8	7	9,1	64	83,1
- Özel sağlık haftaları	62	66,7	-	-	-	-	62	100
- Genel hijyen	24	25,8	-	-	-	-	24	100
- Beslenme	17	18,3	-	-	-	-	17	100
- Sigara / uyuşturucu	32	34,4	-	-	-	-	32	100
- Ağız-diş sağlığı	9	9,7	-	-	-	-	9	100
- Güncel konular (hepatit-B, SARS)	14	15,1	-	-	-	-	14	100
- Bağışıklama	19	20,4	-	-	-	-	19	100
- Bulaşıcı hastalıklar	18	19,4	-	-	-	-	18	100
- Sağlıklı çevre	3	3,2	-	-	-	-	3	100
- Cinsel eğitim	11	11,8	-	-	-	-	11	100
◆ Velilere yönelik sağlık eğitimi yapılması	-	-	-	-	-	-	-	-
◆ Öğretmenlere yönelik sağlık eğitimi yapılması	8	8,6	2	25	1	12,5	5	62,5
- Bulaşıcı hastalıklar	2	2,2	-	-	-	-	2	100
- Hepatit –B	1	1,1	-	-	-	-	1	100
- Sigara	2	2,2	-	-	-	-	2	100
- Kızamık	1	1,1	-	-	-	-	1	100
- Bağışıklama	1	1,1	-	-	-	-	1	100
- Meme muayenesi	1	1,1	-	-	-	-	1	100
◆ Yapılan sağlık kontrollerinden elde edilen bulgulara göre öğrenci, veli ve öğretmenlere danışmanlık hizmetinin sağlanması	72	77,4	6	8,3	2	2,8	64	88,9
◆ Saptanan ve potansiyel olarak görülen sağlık sorunlarında birey ve ailesine danışmanlık yapılması	85	91,4	4	4,7	2	2,4	79	92,9

* Yüzdeler toplam sağlık ocağı sayısına (N:93) göre alınmıştır.

** Yüzdeler hizmetleri yürüten sağlık ocaklarının sayısına göre alınmıştır.

Eğitim programlarının yürütülmesinde görev alan sağlık personellerinin dağılımları irdelendiğinde 6 sağlık ocağında (% 7,8) hekim, 7 sağlık ocağında (% 9,1) ise hemşirelerin bireysel çalışmalar düzenledikleri, yalnızca 1 sağlık ocağında eğitim hemşiresinin görev yaptığı grlmştir. Eğitim çalışmalarını ekip olarak yaptıkları belirlenen 64 sağlık ocağında (% 83,1) ise eğitim verilecek olan konuda yeterli bilgi düzeyine sahip olan sağlık personeli tarafından eğitimler yürütülmekte veya sağlık ocağının çalışma koşullarına göre sağlık personeli dönüşümlü olarak sağlık eğitimi programlarına katılmaktadır. Anlatılması planlanan konunun içeriği, eğitimi verecek sağlık personeli tarafından belirlenmektedir.

93 sağlık ocağının tamamında, **velilere yönelik sağlık eğitim programları** yrtlmezken, **ğretmenlere yönelik eğitim programı** oluşturdukları belirlenen 8 sağlık ocağında (% 8,6) eğitimler rutin aralıklarla yapılmamakta, yalnızca güncel konular veya öğretmenler tarafından talep edilen konulara yönelik planlanmaktadır.

Bu eğitimler, konu hakkında bilgisi olan veya görev paylaşımı içerisinde sorumluluk alan sağlık personeli tarafından verilmekte, eğitimin içeriği konuyu anlatması planlanan kişi tarafından hazırlanmaktadır.

Tarama programlarından en az bir tanesinin yürütüldüğü sağlık ocaklarında, **yapılan sağlık kontrollerinin sonuçlarına göre elde edilen bulgular ışığında ğrenci, veli ve öğretmenlere danışmanlık hizmeti sunulması** ile ilgili verilere bakıldığında; bu hizmetin 72 sağlık ocağında (% 77,4) verildiği; 6 sağlık ocağında (% 8,3) hekim, 2 sağlık ocağında (% 2,8) hemşire tarafından yürütülen danışmanlık hizmetinin 64 sağlık ocağında (% 88,9) ekip çalışması olarak yürütüldüğü görülmektedir (Bkz.Tablo 4.6).

Yapılan kontroller sonucunda sağlık problemi olduğu belirlenen öğrencilere danışmanlık hizmeti sunulurken öncelikle sınıf öğretmenlerine karşılaşılan durumla ilgili bilgi verilmekte, sonrasında öğretmenler aracılığıyla ğrenci velisine ulaşılarak aile sağlık ocağına davet edilip karşılaşılan soruna ve uygulanabilecek çözüm yollarına ilişkin danışmanlık hizmeti verilmektedir.

Araştırmaya katılan 72 sağlık ocağında (% 84,7) sorumlu hekim ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşire, okul taramaları veya sağlık ocağındaki

poliklinik muayeneleri sonucunda herhangi bir öğrencide **sağlık sorunu tespit ettikleri veya potansiyel olarak gördükleri sağlık sorunları karşısında bireye danışmanlık hizmeti** verdiklerini, bu öğrencilerin ailelerine ulaşarak gerekli bilgileri verip, gereken kurumlara yönlendirme yaptıklarını ifade etmişlerdir (Bkz.Tablo 4.7).

12 sağlık ocağında ise (% 14,1) bu soruya; aile sağlık ocağına gelerek konuya ilişkin endişelerini dile getirip danışmanlık istedikleri durumlarda bu hizmetin yürütüldüğü yanıtı verilmiştir.

1 sağlık ocağında (% 1,2) katılımcı hemşire danışmanlık hizmetini yalnızca bulaşıcı hastalığı olan çocuk ve ailesine yönelik yaptığını ifade ederken, hekim ve hemşireler tarafından bu hizmetin yürütülmediği sağlık ocağı sayısı 8'dir (% 8,6).

Tablo 4.7. Sağlık Ocaklarında Yürütülen Danışmanlık Hizmetinin Sunum Sıklığına Göre Dağılımı

Danışmanlık Hizmeti Sunma Sıklığı	Sağlık Ocağı	
	n	%
Vakayla karşılaştıkça	72	84,7
Sağlık ocağına geldiğinde	12	14,1
Bulaşıcı hastalıklarda	1	1,2
T O P L A M	85	100

Danışmanlık hizmetinde görev alan sağlık personelinin dağılımı irdelendiğinde bu görevin 4 sağlık ocağında (% 4,7) hekim, 2 sağlık ocağında (%2,4) hemşire, 79 sağlık ocağında (% 92,9) ise ekip tarafından yürütüldüğü belirlenmiştir (Bkz.Tablo 4.6).

Okul içinde ve çevresinde kazaya yol açabilecek durumların tespiti amacıyla sağlık ocaklarının tamamında konuya özel okul ziyareti gerçekleştirilmemektedir. Ancak, araştırmaya katılan 6 sağlık ocağının (% 6,5) sağlık personeli; bağışıklama veya eğitim programları çerçevesinde okul ziyareti gerçekleştirdikleri dönemlerde kazaya neden olabilecek olguları değerlendirme kapsamına aldıklarını, konuya ilişkin okul yönetimi ve öğretmenlere sözel uyarılarda bulduklarını ifade etmişlerdir. 87 sağlık ocağında (% 93,5) ise sağlık personeli okul içindeki kazaları önleme çalışmalarının okul yönetimi sorumluluğunda olması gereken bir uygulama olarak nitelendirmişlerdir (Bkz. Tablo 4.8).

Kazaya neden olabilecek faktörlerin belirlenmesinde görev alan sağlık personellerinin dağılımı ile ilgili verilere bakıldığında, bu hizmetin 1 sağlık ocağında (% 16,7) hekim, 1 sağlık ocağında (% 16,7) hemşire, 2 sağlık ocağında (% 33,3) sağlık memuru ve 2 sağlık ocağında (% 33,3) sağlık ocağı ekibi tarafından yerine getirildiği görülmüştür(Bkz. Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Sağlık Ocaklarında Okul Kazalarına İlişkin Hizmetlerin Durumu

OKUL KAZALARINA İLİŞKİN HİZMETLER	SAĞLIK OCAĞI		PERSONEL					
			HEKİM		HEMŞİRE SGM		EKİP	
			n	%*	n	%**	n	%**
◆ Okul içinde ve çevresinde kazaya yol açabilecek durumların tespit edilmesi	6	6,5	1	16,7	3	50	2	33,3
◆ Okul bünyesinde görülebilecek kazaları engellemeye yönelik alınacak önlemlerin okul yönetimiyle işbirliği halinde alınması	24	25,8	-	-	-	-	24	100
◆ İlk yardım ve acil müdahale gerektiren durumlarda gerekli girişimlerin uygulanması	93	100	-	-	-	-	93	100
◆ Acil durumlarda ileri inceleme ve tedavi için bireyin sağlık kuruluşlarına sevkinin yapılması	93	100	90	96,8	-	-	3	3,2

* Yüzdeler toplam sağlık ocağı sayısına (N:93) göre alınmıştır.

** Yüzdeler hizmetleri yürüten sağlık ocaklarının sayısına göre alınmıştır.

Kazalara neden olabilecek faktörlerin belirlenmesine yönelik çalışma yürüten 6 sağlık ocağı içerisinde (% 33,3)'lük oranla en fazla sağlık memurlarının bireysel çalışma yürüttüğü belirlenmiştir.

Okul bünyesinde görülebilecek kazaları engellemeye yönelik alınacak önlemler konusunda okul yönetimiyle işbirliği yapılması sağlık ocağı çalışmalarında sadece sözel uyarı boyutunda kalmaktadır. Bu konuda sorumluluk üstlenen sağlık profesyonelleri okul yönetimi üzerinde yaptırım güçlerinin bulunmadığını ve bu nedenle uyarılarının zaman zaman sonuçsuz kalabildiğini ifade etmişlerdir.

Okullarda karşılaşılabilecek kaza ve yaralanmalar sonrasında gerekebilecek ilk yardım ve acil müdahale durumuna yönelik, araştırmaya katılan sağlık ocaklarının tamamında hiçbir önlem alınmamakta, yalnızca 24 sağlık ocağında (% 25,8) şayet okul yönetimi veya öğretmenlerden talep gelirse ilkyardım dolabı /çantası için eksik olanları tamamlamaya dönük malzeme temini yapılmaktadır.

Kaza sonucu yaralanma vakalarında, kaza geçiren öğrenci bölge sağlık ocağına başvuruda bulunduğu vakayı karşılayan sağlık personeline ilk yardım girişimleri kendisine uygulanmakta, ağır yaralanma vakalarında ise okul yönetimi çoğunlukla kazazedeği çağrılan ambulans aracılığıyla bölge devlet hastanesine gönderdiğinden öğrenci burada tedavi altına alınmaktadır. Sağlık ocaklarının tamamında sağlık personeli yaralanma vakalarında ilk yardım girişimi için okula gitmemekte, yalnızca sağlık ocağına gelen /getirilen kazazedeye müdahalede bulunmaktadır.

Kaza sonrası ilk yardım girişimi için sağlık ocağına gelen/getirilen öğrenci ilkyardım müdahalesi gerçekleştirildikten sonra gerekli görüldüğü durumlarda hekim tarafından **ileri inceleme ve tedavi amacıyla üst basamaktaki bir sağlık kurumuna sevk** edilmektedir.

Hekimin görevleri arasında yer alan sevk işleminde, üç sağlık ocağı hemşiresi (% 3,2) sevk kararında hekimle ortak karar aldıklarını ifade ederken, 90 sağlık ocağında (% 96,8) kararın alınması aşamasında hemşirelerin hiçbir rol üstlenmedikleri belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.8).

Sınıf, tuvalet, kantin ile varsa yemekhane ve yatakhanein temizliğinin denetlenmesi ve bu konuda okul yönetimiyle işbirliği yapılması araştırmaya katılan 93 sağlık ocağının tamamında rutin olarak yapılmayan bir hizmet olarak nitelendirilmiştir. 72 sağlık ocağında (% 77,4) konuya ilişkin hiçbir uygulamaya yer verilmezken, araştırma kapsamında yer alan 21 sağlık ocağında (% 22,6) görevli sağlık personeli farklı amaçlarla okul ziyareti gerçekleştirdikleri durumlarda temizlik koşullarını da incelediklerini ve bu konuda okul yönetimi ile işbirliği sağladıklarını belirtmişlerdir. Bu hizmetin yürütülmesinde görev alan sağlık personelinin dağılımına bakıldığında bu görevin 3 sağlık ocağında (% 14,3) hekim, 1 sağlık ocağında (% 4,8) hemşire, 1 sağlık ocağında sağlık memuru, 2 sağlık ocağında

(%9,5) çevre sağlığı teknisyeni ve 14 sağlık ocağında (% 66,7) ekip tarafından yürütüldüğü belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Sağlık Ocaklarında Sağlıklı Okul Çevresine İlişkin Hizmetlerin Durumu

SAĞLIKLI ÇEVRE OLUŞTURMA VE KONTROL İLE İLGİLİ HİZMETLER	SAĞLIK OCAĞI		PERSONEL					
			HEKİM		HEMŞİRE SGM		EKİP	
			n	%*	n	%**	n	%**
◆ Sınıf, tuvalet, kantin ile varsa yemekhane ve yatakhane için temizliğin denetlenmesi için okul yönetimiyle işbirliği yapılması	21	22,6	3	14,3	4	19	14	66,7
◆ Okul içinde ve önünde satılan besin maddelerinin kontrolü	11	11,8	6	54,5	5	45,5	-	-
◆ İçme ve kullanma suyu olanaklarının düzenli kontrolünün yapılması	43	46,2	-	-	43	100	-	-

* Yüzdeler toplam sağlık ocağı sayısına (N:93) göre alınmıştır.

** Yüzdeler hizmetleri yürüten sağlık ocaklarının sayısına göre alınmıştır.

Okul içinde ve önünde satılan maddelerin kontrolü Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı Kocaeli İl Müdürlüğü, besin satışında görevli personelin sağlık kontrolleri ise sağlık grup başkanlıkları tarafından yapılmaktadır.

Kantin ve yemekhanelerde çalışan personelden; yılda 1 kez devlet hastanesinde akciğer grafisi ve yılda 4 kez grup başkanlıklarıyla bağlantılı çalışan halk sağlığı laboratuvarlarında portör muayenesi (gaita kültürü, boğaz kültürü) yaptırmaları istenmekte, sonuçların bir örneği personelin çalıştığı birime gönderilirken bir örneği de grup başkanlıklarında toplanmaktadır.

Yalnızca 11 sağlık ocağında (% 11,8), sağlık personeli bağışıklama programları veya tarama programları için okul ziyaretinde buldukları sırada yılda en az 1 kez olmak üzere kantindeki görevli personellerin sağlık raporlarını incelediklerini belirtmişler, ancak, konuya özel okul ziyaretinde bulunmadıkları ifade etmişlerdir.

Kontrollerin gerçekleştirildiği 11 sağlık ocağında bu hizmeti yürüten sağlık personelinin dağılımı irdelendiğinde, 6 sağlık ocağında (% 54,5) hekim, 5 sağlık ocağında (% 45,5) ise sağlık memurunun bu görevi yerine getirdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan 93 sağlık ocağı içerisinde merkez grup başkanlığına bağlı sağlık ocaklarında (n:44) okul suyunun da bağlı olduğu şebekenin geçtiği kamuya açık alanlardan su numunesi alma görevini ocak personeli yürütmektedir. Ayda 2 defa alınan su numuneleri halk sağlığı laboratuvarlarına gönderilmekte ve gerekli kimyasal ve bakteriyolojik incelemeler gerçekleştirilmektedir. Su numuneleri 23 sağlık ocağında (% 24,7) sağlık memuru, 15 sağlık ocağında (% 16,1) hemşire, 5 sağlık ocağında (% 5,4) çevre sağlığı teknisyeni tarafından alınırken, 1 sağlık ocağı araştırmaya katılmamıştır.

Araştırmaya katılan 50 sağlık ocağında (% 53,8) ise yalnızca günlük klor ölçümü yapılmaktadır. Bunun dışındaki kimyasal ve bakteriyolojik incelemeler ise grup başkanlıkları bünyesinde görev yapan çevre sağlığı teknisyenleri tarafından alınan su örnekleriyle değerlendirilmekte, değerlerinin normalden sapması halinde ilgili sağlık ocağı grup başkanlığınca bilgilendirilmektedir.

4.2. Özel Okullarda Yürütülen Sağlık Hizmetleri

Araştırma kapsamında olan üç özel okulda; kayıt aşamasındaki öğrencilerin genel sağlık durumlarını belgeleyen bir rapor sunmuş olmaları nedeniyle okul hemşireleri **okula başlama dönemindeki çocukların fizik muayenelerinin yapılmasına** yönelik çalışma yürütmemektedir.

Öğrencilerin sağlık durumlarını değerlendirmek amacıyla **periyodik sağlık kontrollerinin yapılması** araştırmaya katılan üç özel okulun tamamında yürütülmeyen bir hizmet olarak belirlenmiştir.

Okul personelinin sağlık kontrollerinin yapılmasına ilişkin soruya okul hemşirelerinin tamamı “bu hizmet yürütülüyor” şeklinde cevap vermişlerdir. Öğretmen veya personel bireysel şikayetleri doğrultusunda okul hemşiresinden yardım istediği durumlarda kendilerine danışmanlık hizmeti yapıldığı, okul hemşireleri tarafından belirtilmiştir.

Okul sağlığına y6nelik **verilen hizmetlerin kayıtlarının tutulmasında** okul hemşirelerinin tamamı, g6rev 6stlendiklerini belirtmişlerdir. Revir hizmetlerine y6nelik kayıtlar ile yemekhane 6alışanlarının laboratuvar sonu6ları hemşirelerin tamamı tarafından tutulmaktadır. Tarama programlarının y6r6t6ld6đ6 iki 6zel okulda, yapılan taramaların sonu6larına ilişkin veriler, sağlık takip tartlarına işlenmektedir. Ayrıca bir 6zel okulda okul hemşiresi tarafından her bir 6đrencinin kan grubu tespit edilmekte ve bu 6alışmaya y6nelik veriler 6đrenci adına 6ıkarılmış olan sağlık takip kartlarına kaydedilmektedir.

Tarama programları araştırmaya katılan 6zel okullardan bir tanesinde uygulanmazken, bir 6zel okulda; g6rme, işitme, b6y6me-gelişme taramaları okul hemşiresi, ağız-diş sağlığı taraması ise diş hekimi tarafından yılda bir defa d6zenli olarak yapılmaktadır. Bir 6zel okulda ise, okul y6netimi ve Halkla İlişkiler Birimi, uzman hekimlerle yapılması planlanan taramaya y6nelik 6alışma y6r6tmeleri y6n6nde iletişim kurmakta, yapılan taramalar sonucunda sağlık problemi belirlenen 6đrenciler sağlık kurumlarına sevk edilmektedir.

Sağlık kurumlarına y6nlendirilen 6đrencilerin **sevk** işlemlerinin yapılması 66 6zel okulun tamamında hemşirenin g6revi olarak belirlenmiştir.

Sevk gerektiren durumlarda aileyle iletişime ge6en okul hemşireleri sevk edilen kurumun kararını yine aile kanalıyla 6đrenmektedirler.

Bulaşıcı hastalıkların 6nlenmesi amacıyla bağışıklama programlarının oluşturulması ve bu programın y6r6t6lmesine ilişkin 6alışma planı 6zel okullardaki hemşireler tarafından oluşturulmamaktadır. Yalnızca bağışıklama amacıyla okul ziyareti ger6ekleştiren sağlık ocağı personeline talepte bulunmaları halinde uygulama aşamasında katkıda bulunulmaktadır.

Bulaşıcı hastalık vakasıyla karşılaşılması halinde; hasta birey, hemşire tarafından sağlık kuruluşuna sevk edilmekte ve hasta bireyle yakın ilişkide bulunduğu d6ř6n6len 6đrenciler hastalığın semptomları y6n6nden g6zlem altında tutulmaktadır. Ayrıca, okul hemşirelerinin tamamı, bulaşıcı hastalıklarda yayılımın 6nlenmesi amacıyla, hasta olan bireyin okuldan uzaklaştırılması konusunda okul y6netimiyle işbirliği i6inde 6alıştıklarını belirtmişlerdir. Hasta bireyin okuldan uzak kalma s6resi ise hekim tarafından verilen raporla belirlenmektedir.

Öğrenci, öğretmen ve velilere yönelik uygulanan **sağlık eğitim programları** sorgulandığında, bir okul hemşiresi; her yıl düzenli olarak anasınıflı öğrencilerine diş fırçalamanın önemi ve doğru diş fırçalama teknikleri konusunda eğitim verdiğini, ergenlikte karşılaşılan sorunlar ve çözüm yollarına ilişkin konularda ise konuyla ilgili hekimlerden yardım aldıklarını belirtmiştir. Diğer iki özel okulun hemşireleri ise, özel sağlık haftalarında öğretmenlerle entegre çalışarak eğitim içeriklerini hazırladıklarını, anlatılan konuyla ilgili broşür ve yazılara okul panosunda yer verdiklerini, ilk yardım konularında süreli kurslar düzenlediklerini ve üniteler içerisinde geçen sağlık konularını öğretmenlerden talep geldiği durumlarda öğrencilere anlattıklarını ifade etmişlerdir.

Veli ve öğretmenlere yönelik sağlık eğitim programlarının yürütülmediği, ancak öğretmen veya veli tarafından kişisel talep geldiği durumlarda konuyla ilgili kendilerine bilgi verildiği belirlenmiştir.

Yapılan sağlık kontrollerinin sonuçlarına göre elde edilen bulgular ışığında öğrenci, veli ve öğretmene **danışmanlık hizmetinin** sağlanması ile ilgili soruya bir okul hemşiresi “bu hizmet yürütülüyor” şeklinde cevap verirken, sağlık taraması programı yürütülen iki özel okulda bu hizmet hemşire tarafından yürütülmektedir. Karşılaşılan istenmedik sonuçlar hem öğretmen hem de öğrenci ve ailesine bildirilmekte, karşılaşılan sorun ve uygulanabilecek çözüm yollarına ilişkin bilgiler verilerek, gerekli durumlarda sağlık kurumlarına yönlendirme yapılarak danışmanlık hizmetleri sağlanmaktadır.

Okul hemşirelerinin tamamı **okul içinde ve çevresinde kazaya neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi** ve bu konuda okul yönetimiyle işbirliği sağlanması ile ilgili soruyu, böyle bir hizmet yürütmedikleri yönünde cevaplandırmışlardır. Konuya ilişkin gerekli önlemlerin alınmasında okul yönetiminin görev üstlendiği ve konuya gereken önemin verildiği belirtilmiştir.

Alınan tüm önlemlere rağmen, ilk yardım ve acil müdahale gerektiren durumlarla karşılaşıldığında, kaza geçiren öğrenci veya okul personeline, okul bünyesinde bulunan sağlık biriminde okul hemşiresi tarafından ilkyardım girişimleri uygulanmaktadır.

Gerek duyulması halinde kaza geçiren öğrenci veya okul personeli sağlık kuruluşlarına sevk edilmekte, eğer kaza geçiren birey öğrenci ise nakil sırasında hemşire tarafından kendisine refakat edilmektedir.

Sınıf, tuvalet, kantin ve yemekhanenin temizliği üç özel okulun tamamında hemşire tarafından denetlenmekte, çalışanlara haber verilmeden yapılan yemekhane denetimlerinde personelin bone, maske, önlük ve eldiven kullanma alışkanlıkları gözlemlenerek, gereken uyarılar yapılmaktadır.

Her üç hemşire, okul içinde ve önünde satılan besin maddelerinin kontrolünde aktif görev almaktadır. Kantinde satılan ürünlerin son kullanma tarihleri, açıkta sunulan besin maddelerinin sunum şekli, et ürünlerinde damga ve son kullanma tarihlerinin tespiti hemşireler tarafından yerine getirilen görevler arasında yer almaktadır. Bir özel okulda tanesinde yemeklerin kalori değerleri diyetisyen ve hemşire tarafından yürütülen ortak çalışmalarla belirlenmektedir. Ayrıca kantin ve yemekhanede görevli personelin akciğer grafisi ve portör muayenesi sonuçlarının takibi hemşire tarafından yapılmaktadır. Her üç okulda da, 3 aylık periyotlarla, günün yemeği halk sağlığı laboratuvarında analiz edilmekte, kantinler ise Tarım İl Müdürlüğü ekiplerince 2 aylık periyotlarla denetlenmektedir.

4.3. Okul Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu Sırasında Yaşanan Güçlükler

Anket uygulamasına katılan sağlık ocağı ve özel okullarda sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında yaşanan güçlükler sorgulandığında; 49 sağlık ocağında (% 52,7) genel olarak personel yetersizliği ve sağlık politikaları nedeniyle 1. basamak sağlık kuruluşlarında poliklinik hizmetlerine ağırlık veriliyor olması okul sağlığı hizmetlerinin yürütülmesini engelleyen başlıca faktörler olarak belirtilmiştir.

Tarama programlarının yürütülmesine ilişkin yaşanan güçlükler; 7 sağlık ocağında (% 7,5) gerekli tanılama ve tedavi materyallerinin yokluğu nedeniyle sağlıklı sonuçların elde edilememesi ve yapılan sağlık hizmetlerinin sadece tanılama aşamasında kalıyor olması olarak nitelendirilirken, 11 sağlık ocağında (%11,8) laboratuvar hizmetlerinin verilemiyor olması, 1 sağlık ocağında (% 1,1) ise taramalar

için gerekli finansmanın sağlanmaması yaşanan başlıca güçlükler olarak ifade edilmiştir.

Sağlık eğitim programlarının yürütülmesine ilişkin yaşanan güçlükler ise; 2 sağlık ocağında (% 2,2) ilkokul öğrencilerine verilen eğitimlerde konuların yeterince basitleştirilememesi nedeniyle anlatımlarda öğrencilerin seviyesine uygun halde verilememesi, buna karşılık 8 sağlık ocağında (% 8,6) ise eğitimler sırasında lise öğrencilerinin konuya yeterince ilgilerinin çekilemiyor olması şeklinde belirtilmiştir.

Sağlık ocaklarında yürütülen diğer okul sağlığı hizmetlerine yönelik herhangi bir güçlük belirtilmezken, özel okullarda yürütülen sağlık hizmetlerinin tamamında hizmetin sunumu sırasında herhangi bir güçlük yaşanmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık ocağı ve özel okulların tamamında, yürütülen okul sağlığı çalışmaları sırasında toplumsal kaynaklara başvurulmadığı görülmüştür.

4.4. Okul Sağlığı Hizmetlerine Yönelik Getirilen Öneriler

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerine, okul sağlığına yönelik olarak anket formunda yer alan okul sağlığı hizmetlerine ek olarak ne tür hizmetler önerebilecekleri sorulduğunda; okul hemşirelerinin tamamı ankette belirtilen hizmetlerin yeterli olacağını belirtirken, sağlık ocaklarında görev yapan katılımcılardan gelen öneriler;

- 6 sağlık ocağında (% 6,5); okul sağlığı hizmet birimi oluşturulsun ve burada okul sağlığı hemşireleri görevlendirilsin,
- 12 sağlık ocağında (% 12,9); aile eğitimleri arttırılsın,
- 1 sağlık ocağında (% 1,1); sağlık ocağı yapılanması değişsin, koruyucu hizmetler öncelikli görevler arasında yer alsın,
- 19 sağlık ocağında (% 20,4); fizik muayeneler arttırılsın ve uygulamalar rutin hale getirilsin, şeklindedir.

Burada, bir katılımcı birden fazla öneri getirmiş, getirilen öneriler sağlık ocaklarına göre gruplandırılarak, araştırmaya katılan toplam sağlık ocağı sayısı üzerinden yüzdelik dağılımlara ayrılmıştır.

5. TARTIŞMA

Danimarka, İngiltere, Fransa gibi bir çok Avrupa ülkesinde, okul sağlığı hizmetleri genel fizik değerlendirmenin yapıldığı okula kabul muayeneleriyle başlamakta ve okul yaşamı süresince verilecek sağlık hizmetleri yapılan bu muayenelerin sonuçlarına göre planlanmaktadır (Bayık,1991; Dirican ve Bilgel, 1993; Gökçay,1994).

Araştırma sonuçlarına göre okula başlama dönemindeki çocukların fizik muayenelerinin yalnızca 11 sağlık ocağında (% 11,8) yapıldığı, bu muayeneler sırasında hemşirelerin görev üstlenmediği, özel okullarda ise konuya yönelik çalışma programının yürütülmediği belirlenmiştir. Ancak, okula başlama döneminde yetkili sağlık kuruluşu olan sağlık ocakları veya okul sağlığı hemşiresi tarafından, tüm öğrencilerin palpasyon, oskültasyon, perküsyon ve gözlem gibi uygun muayene yöntemleriyle genel fizik muayeneleri yapılmalı, gerekli durumlarda tıbbi tetkiklerle bu muayeneler desteklenmelidir.

Ayrıca, öğrencilerin sağlık kayıtlarının oluşturulması, ileri inceleme ve tedavi için sevk edilen öğrencilere uygulanan tedavinin takibi okul hemşiresinin görevleri arasında yer almakla birlikte, ülkemizdeki geleneksel uygulamalara bakıldığında hemşirelik işlevlerinin çok yetersiz olduğu, hekimler tarafından yapılan okula kabul muayenelerinin de yalnızca formalite niteliği taşıdığı görülmektedir (Pekcan ve Güler,1993; NASN,1999). Okul sağlığı hizmetlerinin hak ettiği noktaya ulaşamadığını gösteren bu tablo yapılan yetersiz uygulamalar sonucunda öğrencilerin sağlık açısından değerlendirilemediğini, dolayısıyla okula giriş muayenelerinin amacından uzaklaştığını göstermektedir.

Öğrencilerin sağlık durumlarını değerlendirmek amacıyla periyodik sağlık kontrollerinin yapılması araştırmaya katılan 93 sağlık ocağı ve üç özel okulun tamamında yürütülmeyen bir hizmet olarak belirlenmiştir. Literatürde, bu tip sağlık muayenelerinin yılda bir kez veya ABD Okul Sağlığı Komitesinin 1981 yılında almış olduğu kararla en az üç yılda bir, rutin laboratuvar değerlendirmelerinin de desteğiyle tam bir fizik muayene şeklinde yapılması önerilmekte, düzenli aralıklarla yapılan periyodik muayenelerin; genel sağlık durumlarının değerlendirilmesi, olası hastalık ve rahatsızlıkların erken dönemde ortaya çıkarılarak gerekli tedavinin

sağlanmasındaki rolü önemle belirtilmektedir (Pekcan,1995). Bahar ve arkadaşları tarafından; 1999 yılında İzmir'in bir ilçesinden seçilen pilot okulda yapılan çalışmada öğrencilerin önemli bir kısmında çeşitli sağlık problemleri belirlenmiş ve ülkemizde düzenli sağlam çocuk muayenelerinin ihmal edildiği gösterilmiştir. Uygulamalarda periyodik sağlık kontrollerine gösterilen önem, sağlıklı toplum yaratma politikasına verilen önemin niteliğini gözler önüne seren önemli bir bulgudur.

Yürütülen sağlık programlarının yalnızca öğrencileri kapsayarak okul personelinin kapsam dışında bırakılması, okul toplumu kavramının ve okul sağlığı hizmetlerindeki temel amacın sağlık profesyonellerince tam olarak özümsemediğinin önemli bir göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Oysa sağlık çalışanları için karşılaştırılabilir sonuçların yer aldığı sağlık geliştirme programları düzenlenmelidir. Bu programlar kan basıncının kontrolü, fizik aktivite düzeyinin artırılması, sigarayı bırakma, kilo kontrolü dahil olmak üzere birçok olumlu sağlık davranışının kazandırılacağı ve yararlı sonuçların alınabileceği şekilde düzenlenmelidir. Michigan, Güney Carolina ve Teksas' ta okula dayalı programlar içerisinde okul personelinin de sağlığı geliştirme programlarına katılımı sağlanmış; sağlık bilgilerinde artma, sağlık tutumlarını olumlu yönde değiştirme ve sigara içme alışkanlığında değişim, beslenme, fizik aktivite, stresle baş etme ve emosyonel sağlıkla ilgili davranış değişiklikleri gösterdikleri görülmüştür. Diğer bir çalışmada ise; okul personelini içeren sağlık geliştirme programlarının çalışanların moral değerlerini yükselttiği, iş stresi ve buna bağlı iş devamsızlıklarını azalttığı, sağlıkla ilgili konularda meraklarını artırdığı bulunmuştur (Pourciau and Vallette,2001)

Araştırmamız sonuçlarına göre, sağlık ocaklarında; öğrencilerin sağlık öykülerini, genel sağlık durumlarını ve okul sağlığı hizmetleri kapsamında uygulanan; sağlık taraması, sağlık eğitimi, bağışıklama programı gibi girişimleri içeren bir kayıt sistemi bulunmamaktadır. Yürütülen hizmetlerde görev alan sağlık personeli ulaşılan sonuçların yalnızca belgelenerek ilgili üst birimlere ulaştırılmasında görev almaktadır. İsveç'te okul hemşireleriyle, yarı yapılandırılmış görüşme yöntemiyle yapılan bir çalışmada ise; okul sağlığı kayıtlarının etkinliği tartışılmış, okul hemşirelerinin sağlık kayıtlarının oluşturulması ve saklanmasında anahtar kişi olduğu belirlenmiştir (Clausson et al.,2003).

En az bir tarama programının yürütüldüğü sağlık ocağı sayısı 76 (%81,7)'dir. Bu sağlık ocaklarından 29 unda (% 38,2) taramaların yıllık rutin uygulanmaması, okul yılları içerisinde ortaya çıkabilecek ve eğitimi engelleyecek bir takım önemli sağlık sorunlarının erken dönemde belirlenmediğini ve gerekli girişimlerin uygulanmadığını gösteren önemli bir bulgudur.

Fiziksel ve psikososyal yönden oldukça hızlı ve karmaşık bir büyüme ve gelişme gösterdiği okul dönemine denk gelen yıllarda bu kompleks değişikliklere kıyasla çocuğun diğer dönemleri yaşayan bireylere oranla daha az hastalandığı gerçeği, çocukların ve gençlerin aileleri tarafından sağlık kuruluşlarına çok az yönlendirilmelerine neden olmaktadır. Oysa, okul döneminde ortaya çıkan; görme, işitme, ağız-diş sağlığı, beslenme problemleri, akut ve kronik hastalıklar, kaza ve yaralanmalar, duygusal sorunlar ile ergenlik döneminde ortaya çıkan; uyum problemleri, cinsel aktivitede artmaya bağlı sağlık sorunları, sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanma çocuğun gelişimini, öğrenme yetisini ve yaşam kalitesini etkileyen önemli sağlık sorunlarıdır (Wolfe and Selekman,2002).

Serim ve Aslan tarafından 1990 yılında Kocaeli'de yapılan araştırma görme taramalarının önemi ve görme kusurlarının okul başarısına olumsuz etkisini göstermiştir. Ayrıca, Tezel ve Yaman tarafından 1998 yılında Erzurum'da yapılan çalışma ağız-diş sağlığına gereken önemin verilmediğini, Mumcu tarafından 1999 yılında Erzurum'da yapılan bir diğer çalışma ise öğrencilerin büyük bir bölümünün sağlıksız beslenmeye bağlı büyüme ve gelişme geriliği gösterdiğini açıkça ortaya koymuştur (Serim ve Aslan,1991; Tezel ve Yaman,1998; Mumcu,1999). Bu nedenle bu tür sorunları saptamaya yönelik tanı ve tedavi hizmetleri okul sağlığı programlarının temelini oluşturmalı, okul hemşiresi tarafından ilkokula başlama döneminden itibaren her yıl düzenli olarak genel ve spesifik muayeneler yapılmalı ve elde edilen bulgular sistematik bir kayıt düzeniyle kaydedilmelidir (NASN,1999).

Ayrıca , Güney Londra'da British Pediatri Derneği Çalışma Komitesi, hemşirelerin; sağlık taramaları, okul sağlığı görüşmeleri ve yapılan fizik muayeneleri içeren bir formla öğrencilerin sağlık durumlarını saptamalarını ve gerekli hallerde sağlık kurumlarına sevk etmelerini öngörmüştür (Claing and Rossor,1999).

Araştırmamız sonuçlarına bakıldığında ise; sağlık sorunu belirlenen bireylerin ileri inceleme ve tedavi için üst basamaktaki sağlık kuruluşuna sevkinin yapılması

katılımcıların tamamı tarafından hekimin görevi olarak belirtilmiştir. Oysa yapılan genel fizik muayene ve taramalar sonucunda uzman muayenesi ve tedavi gerektiren durumlar hemşireler tarafından belirlenebilmeli ve sevk kararının verilmesinde sağlık probleminin belirlenmesi aşamasında görev alan hemşire “vaka yöneticisi” rolü gereğince görev alabilmelidir.

Yapılan tarama veya sistemik muayenelerden elde edilen bulgular ışığında fizyolojik ve psikolojik yönden anomalisi olduğu saptanan çocuklar, belirlenen sorunun giderilmesi için uygun birimlere sevk edilmeli ve sevk sonucu hizmetin devamlılığı açısından sağlık ocağı personeli tarafından değerlendirilmelidir. Araştırma bulgularına göre sevk sonuçlarının yalnızca 55 (% 59,1) sağlık ocağında takip ediliyor olması ve bunların içerisinde sadece 3 sağlık ocağında (% 5,5) hemşirenin bireysel sorumluluk üstlenmesi düşündürücüdür. Oysa, 224 sayılı kanunun 154 sayılı yönergesinde hastane veya uzman hekime sevk edilen vakaların takip ve kontrolü okul sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde görev alan tüm ekip üyelerinin üstlenmesi gereken bir sorumluluk olarak belirtilmiştir.

Gerekli durumlarda yapılan sevklerde ve sevk sonuçlarının takibinde önemli olan nokta; sağaltımın, ailenin kendi olanakları ve sahip oldukları sorumluluk duygusuyla değil, genel sağlık sistemi içerisinde sağlanmasının gerekliliğidir. Ne yazık ki uygulamaya bakıldığında; yapılan muayeneler sonrasında sorunların belirlenmekte olduğu, ancak sorunun çözümü için gerekli koşulların çoğunlukla yaratılmadığı ya da ailelerin ekonomik sorunları veya bilgi eksiklikleri nedeniyle çözüm yollarının üretilmediği gerçeğidir. Belirlenen sorunların çözümlenmesinde erken tanı ve uygun tedavi hastalığın ilerlemesini önleyici gibi özellikle o güne kadar saptanmamış var olan veya olası kronik hastalıkların teşhis edilerek etkin tedavi ve korunma yollarının uygulanması, takiplerin rutin aralıklarla devam ettirilmesi çocukların yaşamlarını daha sağlıklı sürdürmelerini sağlayacaktır.

Bağışıklama programlarına yönelik çalışmalarda araştırma kapsamındaki 93 sağlık ocağının tamamının aktif görev alıyor olması her ne kadar sevindirici bir bulgu olsa da okul sağlığı çalışmalarının yalnızca bağışıklama programlarından oluşmadığı da göz ardı edilemeyecek bir gerçektir.

Yapılan filyasyon çalışmalarının ise yalnızca doldurulan formlarla bireyin üst basamaktaki sağlık kuruluşuna sevk edilmesinden ibaret oluşu, günümüzde önemli

bir sağlık sorunu olan bulaşıcı hastalıklar nedeniyle öğrencilerin okuldan uzak kalmalarına, dolayısıyla da okul başarılarında önemli düşüşlerin görülmesine neden olmaktadır.

Öğrencilere yönelik sağlık eğitim programları oluşturan ve bu programlar doğrultusunda okul ziyaretleri gerçekleştirilen sağlık ocağı sayısı 77 (% 82,8) olarak belirlenirken, çeşitli nedenlerle okul sağlığı programı yürütülemeyen 16 sağlık ocağında (% 17,29) aylık çalışma raporları içerisinde sağlık eğitim programlarının yer alıyor olması tutulan kayıt sistemlerinin güvenilirliği konusunda şüphelerin oluşmasına neden olmakta, verilen eğitimlerin içeriğini hazırlamada sadece 18 sağlık ocağında (% 19,4) sağlık personellerinin görev alıyor olması ise verilen eğitimlerin etkinliği konusunda açık ipuçları vermektedir. Oysa; Milli Eğitim bakanlığı tarafından 1968 yılında düzenlenen ilk okul programında, ilköğretimin birinci amacı; sağlığı koruyucu temel bilgileri benimsetmek, gerekli sağlık ve temizlik alışkanlıklarını kazandırmak, olarak belirtilmiştir.

Yiğit tarafından 1990-1991 yılları arasında Samsun İline bağlı 32 ilkokulu temsil eden ve sosyoekonomik durumuna göre; gelişmiş, orta gelişmiş ve gelişmemiş olarak üç gruba ayrılan üç ilkokulda öğrenim gören 225 öğrencinin anneleri üzerinde yapılan araştırmada, örnekleme alınan annelerin el hijyeni, diş sağlığı, yemek yeme düzeni, ilkokul çağı çocuğunun beslenmesi, bulaşıcı hastalıklar, sağlıktan sapma durumlarının tanımlanması ve çocukları sağlık kontrolüne götürme nedenleri ile ilgili bilgilerinin çoğunlukla yetersiz olduğu saptanmıştır (Yiğit,1992 a). Bu ve benzeri tablolarla sık oranda karşılaşılmasına rağmen araştırmaya katılan 93 sağlık ocağının tamamında; velilere yönelik sağlık eğitim programları yürütülmemektedir.

Öğretmenlere yönelik sağlık eğitim programı yürütölen sağlık ocağı sayısının ise yalnızca 8 (% 8,6) olması ve bu eğitimlerin rutin olmaması öğrencilerin temel eğitiminde önemli rolleri olan aile ve öğretmen faktörlerinin göz ardı edilmekte olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Bulduk'un (2002) araştırma sonuçları da bu bulguyu desteklemektedir. Oysa; sağlık personeli öğrencilerle eş zamanlı olarak aile ve öğretmenlere de eğitim verirse; temel sağlık bilgilerini güvendiği insanlardan daha erken yaşlarda alan çocuk, sağlıklı davranış biçimlerini daha kolay özümseyecektir. Profesyonel sağlık personeli ise verdiği eğitimlerle kazanılmış

sağlık davranış kalıplarının pekiştirilmesinde öğrenciye rehber olmalı, böylece temel amacı sağlığını geliştirmek olan yeni nesiller yaratmak amaçlanmalıdır.

NASN'ın belirlemiş olduğu standartlara göre; veli ve okul personelinin optimal sağlık düzeyine ulaşmaları için sağlık eğitim ihtiyaçlarını belirlemek, sağlığı destekleyen yaşam stillerini benimsemeleri ve kendi sağlıkları konusunda daha etkin karar alabilmeleri için bu bireyleri desteklemek okul hemşiresinin görevleri arasında yer almaktadır (NASN,1999; Pourciau and Vallette,2001).

Okul hemşiresinin bir başka görevi de danışmanlık hizmetlerinin sunulmasıdır. Bulduk (2002) tarafından İstanbul'da yürütülen okul hemşireliği hizmetlerine yönelik yapılan çalışmada en fazla danışmanlık rolünün uygulandığı sonucuna ulaşılmış, ancak, araştırmamız sonucunda bireysel çalışmalarıyla danışmanlık hizmeti sunan ocak hemşiresi sayısının yalnızca 2 olması genel hemşirelik rolleri arasında yer alan "danışmanlık yapma" rolünün göz ardı edildiğini göstermiştir. Constante (2001) tarafından yapılan çalışma da bu sonucu destekler niteliktedir. Ayrıca Yoo ve arkadaşları tarafından 2002 yılında Kore'de 584 okul hemşiresinin katılımıyla yürütülen çalışmanın sonucunda da hemşirelerin yeterliliklerinin en az olduğu alanların danışmanlık metotları ve toplumsal kaynaklardan yararlanma olduğu görülmüştür (Yoo et al.,2004).

Yapılan sağlık taramaları veya sağlık ocağında yürütülen poliklinik muayeneleri sonucunda belirlenen veya potansiyel olarak görülen sağlık sorunları karşısında birey ve ailesine danışmanlık hizmeti sunulan sağlık ocağı sayısının %84,7 (n:72) lik bir oran oluşturması, görevin yürütülmesi aşamasında ise yalnızca 2 sağlık ocağında (% 2,4) hemşirenin bireysel çalışma yürütüyor olması, günümüz Türkiye'sinde hemşirelik rol ve görevlerinin hala özümsemediği ve sunulan sağlık hizmetlerinin; mevcut sağlık durumunu korumak ve geliştirmek yerine yalnızca tedavi etmeye yönelik olduğunu açıkça göstermektedir. Oysa erken dönemde belirlenen veya potansiyel olarak tespit edilen sağlık sorunlarının düzeltilmesi hem daha ekonomik olacak hem de ülkenin sağlık ve esenlik düzeyinin yükseltilmesi amacına katkı sağlayacaktır.

Araştırma bulgularına göre; okul içinde ve çevresinde kazalara yol açabilecek faktörlerin tespit edilmesi ve bu kazaları engellemeye yönelik alınabilecek önlemler konusunda okul yönetimiyle işbirliği sağlanması yönündeki çalışmalar hem kamusal

alandan hem de özel okullar da görev yapan sağlık personellerince göz ardı edilen bir diğer uygulamadır. Oysa; sürekli hareket halinde olan okul çocuklarında karşılaşılan sağlık sorunlarının başında kaza ve yaralanmalar gelmekte, nüfus yoğunluğuna oranla küçük bir alan oluşturan okul binaları da bu tür kazaların ortaya çıkmasına olanak tanımaktadır. Bu nedenle, okulda karşılaşılan her bir kazanın etüdü yapılmalı ve bu doğrultuda koruyucu önlemler okul yönetimi ve sağlık personeli işbirliğiyle alınmalı, böylece öğrencilerin esenliği korunmaya çalışılmalıdır.

Alınan tüm önlemlere rağmen kazaların meydana gelebileceği gerçeği unutulmamalı, bu amaçla ilk yardım olanaklarının sürekli hazır bulundurulması gerekmektedir. Araştırmamızın bulgularına bakıldığında; araştırmaya katılan 24 sağlık ocağının (% 25,8) okul yönetimi veya öğretmen talebi doğrultusunda ilk yardım dolabı/çantası için eksik olanları tamamlamaya dönük malzeme temininde bulunduğu, bunun dışında ilkyardım önlemlerinin alınmadığı, kaza sonucu yaralanmaların meydana gelmesi durumunda ise ilkyardım girişimlerinin kaza yerinde yapılması yerine, bireyin sağlık ocağına yönlendirildiği ve sağlık ocağında görevli hemşirelerden hiç birinin konuya yönelik bireysel çalışma programı oluşturmadığı gerçeği ortaya çıkmaktadır.

Okul ortamının temizliğinin denetlenmesi, okul içinde ve önünde satılan besin maddeleri ile içme ve kullanma sularının kontrolü gibi okul çevre sağlığı ve okul sağlığına yönelik kayıtların tutulmasına ilişkin bulgular ise 1992 yılında yapılan 1. Ulusal Sağlık Kongresinde, çocuk sağlığı grubu tarafından saptanarak rapor halinde sunulan okul sağlığı hizmetlerinde aksayan yönlerin, aradan uzun yıllar geçmesine rağmen hala düzeltilemediğini ispatlamaktadır. Bu raporda yer alan okul sağlığı hizmetleri konusunda Milli Eğitim ve Sağlık Bakanlıkları arasında bakanlık ve il düzeyinde yeterli eşgüdüm, hizmetin yaygınlığının ve sürekliliğinin sağlanamaması, okul hemşireliği kavramının yerleşmemiş olması, okul çevre sağlığı koşullarının yetersizliği, sağlık eğitim programlarının yetersizliği, okul sağlığı kayıtlarının yetersizliği ve danışmanlık hizmetlerinin yetersizliği yönündeki bulgular ile araştırmamızın sonucunda ortaya çıkan bulgular birebir örtüşmektedir. Bulduk'un araştırma sonuçlarında da hemşireler tarafından okul çevre sağlığına yönelik fonksiyonların en az düzeyde yapıldığı görülmüştür. Leff ; okulun sosyal ve fiziksel

çevresinden ayrı düşünölemeyeceğini ve tüm ekibin bunda sorumluluk sahibi olması gerektiğini vurgulamıştır (Leff,1999; Bulduk,2002).

Boston devlet okullarında okul sağlığı hemşireleri tarafından; öğrencilere sağlık eğitimi verilmiş, ilk yardım girişimleri uygulanmış, taramalar yapılmış, ilaç yönetimi uygulanmış ve sonuçta; pek çok sağlık probleminin hemşirelik girişimleri sonucunda çözümlendiği görölmüştür (Schainker et al,2005). Oysa; araştırmamız sonucunda; Kocaeli sınırları içerisinde toplam 407 ilk ve orta dereceli devlet okulu ile hekim, hemşire ve sağlık memurlarından oluşan toplam 467 sağlık personelinin bulunduğu belirlenmiştir. Ancak, bu sağlık personelleri tarafından sistematik bir düzen oluşturulması halinde uygulanabilecek birçok sağlık hizmetinin bu okullara götürölmediği görölmüştür. Bu tablo kamusal alanda veya özel okullarda görev alan hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin sağlıklı nesiller yetiştirme yoluyla toplum sağlık düzeyini yükseltmeye yönelik programları hayata geçirme yerine mevcut sağlık sistemine uyum sağladıkları, bu nedenle de bir kısır döngü içinde kayboldukları gerçeğini bir kez daha gözler önüne sermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Okula başlama dönemindeki çocukların fizik muayeneleri araştırmaya katılan 93 sağlık ocağı içerisinde yalnızca 11 sağlık ocağında (% 11,8) yapılmakta ve muayeneler sırasında hemşireler herhangi bir görev üstlenmemektedir. Özel okullarda ise böyle bir uygulama yer almamaktadır.
- Öğrencilerin sağlık durumlarını değerlendirmek amacıyla periyodik sağlık kontrollerinin yapılması araştırmaya katılan sağlık ocağı ve özel okulların tamamında, uygulanmayan bir hizmet olarak belirlenmiştir.
- Okul personelinin sağlık kontrolleri 93 sağlık ocağı ve 3 özel okulun tamamında yapılmamaktadır.
- Okul sağlığına yönelik kayıtların tutulması ve bu kayıtların arşivlenmesi görevinde üç özel okul hemşiresi aktif görev almakta, buna karşılık sağlık ocaklarında tutulan kayıtlar ilgili birimlere rapor edilmekte ancak sağlık ocağı bünyesinde arşivlenmemektedir.
- Tarama programlarından en az bir tanesinin yürütüldüğü sağlık ocağı sayısı 76 olarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamında yer alan ve tarama programları düzenlemeyen sağlık ocağı sayısı 17'dir ve araştırmaya katılan sağlık ocakları içerisinde % 18,3'lük bir orana sahiptir.
- Sevk kararının verilmesi ve işlemlerin yürütülmesi sağlık ocaklarında hekim, özel okullarda hemşire tarafından yerine getirilen bir sorumluluktur.
- Yapılan sevklerin sonuçları özel okullarda hemşire tarafından takip edilirken bu hizmetin yürütüldüğü 55 sağlık ocağı (% 59,1) içerisinde 52 tanesinde (% 94,5) hekim, 3 tanesinde (% 5,5) ekip üyeleri sorumluluk almaktadır.
- Tüm sağlık ocaklarında sağlık profesyonellerinin aktif görev aldığı okul sağlığı uygulaması, bağışıklama programlarının oluşturulması ve bu programların yürütülmesidir. Özel okul hemşirelerinin konuya yönelik bir çalışma programı bulunmamaktadır.
- Bulaşıcı hastalık vakalarıyla karşılaşıldığı durumlarda; tüm sağlık ocaklarında filyasyon raporu düzenlenmekte, sağlık ocağı hekimi tarafından tedavi altına

alınması uygun bulunan vakalar ise hekim tarafından verilen rapor süresince okuldan uzaklaştırılmaktadır. Özel okul hemşireleri hekim tarafından verilen rapor süresince öğrencinin okuldan uzak kalmasını sağlamaktadır.

- Öğrencilere yönelik verilmesi planlanan sağlık eğitimlerinde konu içeriğinin hazırlanması, yalnızca 18 sağlık ocağında (% 19,4) rastlanan bir uygulama iken, programların yürütüldüğü sağlık ocağı sayısı 77 (% 82,8) olarak belirlenmiştir. Okul hemşirelerinin tamamı öğrenci eğitimlerinde aktif rol almaktadır
- Velilere yönelik sağlık eğitimi programlarının oluşturulması sağlık ocağı ve özel okullarının tamamında yürütülmeyen bir hizmet olarak karşımıza çıkmaktadır.
- Öğretmenlere yönelik sağlık eğitim programları yalnızca 8 (% 8,6) sağlık ocağında, öğretmenlerin talepte buldukları konuya yönelik yürütülmekte, özel okullarda ise hemşirelerin çalışma programı içerisinde öğretmenlere yönelik eğitim planları yer almamaktadır.
- Yapılan sağlık kontrollerinden elde edilen bulgulara göre öğrenci, veli ve öğretmenlere danışmanlık hizmetinin verildiği sağlık ocağı sayısı 72 (% 77,4) bu hizmetin yürütülmesinde bireysel çalışma yürüten hemşire sayısı 2 (% 2,8) dir. Bu görev 2 özel okulun hemşiresi tarafından yerine getirilmektedir.
- Saptanan ve potansiyel olarak görülen sağlık sorunlarında birey ve ailesine danışmanlık yapılması özel okullarda hemşireler, bu hizmetin yürütüldüğü 85 sağlık ocağının ocağının (% 91,4) büyük bir bölümünde sağlık ekibi tarafından yürütülmektedir.
- Okul içinde ve çevresinde kazaya yol açabilecek durumların tespit edilmesi görevi 6 sağlık ocağında (% 6,5) uygulanan bir çalışma iken özel okul hemşirelerinin tamamı konuya yönelik bir çalışmaların olmadığını belirtmişlerdir
- Okul bünyesinde görülebilecek kazaları engellemeye yönelik alınacak önlemlerin okul yönetimiyle işbirliği halinde alınması konusunda 24 sağlık ocağının (%25,8) çalışma yürüttüğü, buna karşılık özel okullarda görevli hemşirelerin konuya yönelik bir uygulamalarının olmadığını görmüştür.
- İlk yardım ve acil müdahale gerektiren durumlarda gerekli girişimler sağlık ocaklarının tamamında öğrencinin sağlık ocağını getirilmesiyle uygulanırken özel okullarda bu görev okul hemşiresi tarafından yerine getirilmektedir.

- Acil durumlarda ileri inceleme ve tedavi için bireyin sağlık kuruluşlarına sevk edilmesinde, 90 sağlık ocağında (% 96,8) hekim, 3 sağlık ocağında (% 3,2) sağlık ekibi karar verirken özel okullarda bu görev hemşire tarafından yürütülmektedir.
- Sınıf, tuvalet, kantin ile varsa yemekhane ve yatakhane nin temizliğinin kontrolü üç özel okulun tamamında hemşireler tarafından aktif olarak yerine getirilirken bu hizmetin yürütüldüğü sağlık ocağı sayısı 21 (% 22,6)'dır.
- Okul içinde ve önünde satılan besin maddeleri 11 sağlık ocağında (%11,8) ve üç özel okulda sağlık çalışanlarınca kontrol edilmektedir. Bu görev Tarım İl Müdürlüğü'nün sorumluluğuna devredilmiş bir uygulamadır.
- İçme ve kullanma suyu olanaklarının kontrolü Merkez Grup Başkanlığına bağlı 43 sağlık ocağında (% 46,2) ocak personeli tarafından yapılırken, diğer sağlık ocakları bu görevin bağlı buldukları grup başkanlıklarınca yapıyor olması nedeniyle çalışma programı oluşturmamaktadırlar. Özel okullarda içme suları damacanelerle temin edilmekte, kullanma sularının denetiminde ise hemşire görev almamaktadır.

6.2. Öneriler

- Öğrenci ve okul personelinin hastalık öykülerinin ve genel sağlık durumlarının yer aldığı bireysel sağlık fişleri geliştirilmeli ve bu fişler sağlık ocağı veya okullarda dosyalanmalıdır.
- Etkin bir öğrenme ve sağlığı geliştirme programının uygulanabilmesi için okula kabul muayenelerinin yapılması standart uygulama haline getirilmelidir. Oluşturulacak bireysel sağlık fişlerine 0-6 yaş arası izlemler ve okula kabul muayenelerinin sonuçları işlenmeli; oluşturulacak düzenli arşivleme sistemiyle bu kayıtlara ulaşma imkanı sağlanmalıdır.
- Hizmetin devamlılığı ve sorunların erken tanılanarak uygun tedavinin en kısa sürede uygulanabilmesi için periyodik sağlık kontrolleri veya tarama programları rutin olarak düzenlenmelidir. Poliklinik hizmetlerinin yoğunluğu veya personel sayısının yetersizliği gibi nedenlerden dolayı rutin yürütülemeyen bu programlar

Sağlık Müdürlüğü veya Sağlık Grup Başkanlıkları tarafından oluşturulacak okul sağlığı birimleri tarafından yürütülmelidir. Olanak varsa bu hizmetlerin gerçekleştirilmesinde üniversite, vakıf gibi toplumsal kaynaklardan destek alınmalıdır. Örneğin; yapılacak periyodik diş kontrolleri sırasında diş hekimliği öğrencilerinden; oklüzyon bozukluklarının ve ağız sağlığı sorunlarının belirlenerek tedavi edilmesi sırasında da diş hekimlerinden yardım alınabilir.

- Dünyadaki güncel standartlara uygun olarak okul hemşirelerinin görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmeli, ayrıca sağlık ocağı hemşirelerinin okul sağlığı ile ilgili görev ve sorumlulukları yeniden tanımlanmalıdır.
- Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı ortak çalışma programı oluşturarak öğretmenlere akut ve kronik hastalıklara yaklaşım, ilkyardım, psikolojik danışmanlık, sağlık davranışlarının geliştirilmesi, hastalık ve sakatlıkların erken tanısı gibi konularda kurs veya seminerler verilmelidir. Ayrıca öğretmenler; öğrenmeyi engelleyici nitelikteki sık karşılaşılan ve erken tanılanması halinde tedavisi daha etkin ve daha ucuz yöntemlerle sağlanabilen sağlık sorunları konusunda eğitimden geçirilmelidir.
- Sağlık eğitimi içeriklerinin hazırlanmasında eğitim verilecek bireylerin konuyla ilgili tutum ve davranışları belirlenmeli, ilkokullara yönelik sağlık eğitimlerinde Sağlık Müdürlüğü tarafından öğrencilerin seviyelerine uygun düzeyde eğitim planları hazırlanmalıdır.
- Ulusal düzeyde oluşturulacak eğitim komisyonu aracılığıyla, en az lisans düzeyinde eğitim görmüş hemşirelere ; çocuk sağlığı hemşireliği, ruh sağlığı hemşireliği ve halk sağlığı hemşireliği alanlarında, anabilim dallarının öğretim üyeleri tarafından eğitimler verilmelidir. Verilen bu eğitimler sonrasında sertifika alan hemşireler tüm gün görev yapacakları okullara veya bölge sağlık ocaklarına istihdam edilmelidir.1962 yılında 7. Milli Eğitim şurasında alınan karar gereğince okul hekimi ve okul hemşiresi yetiştirilmeli, bu amaca yönelik hemşirelik öğrencileri halk sağlığında branşlaşmak için özendirilmelidir.
- Okul sağlığı hizmetlerinde temel amaç; öğrenim gören çocukların sağlığını en üst düzeye ulaştırmak olmalı, etkin okul sağlığı programları düzenleme, geliştirme ve bu programı genele yaygınlaştırma stratejileriyle bu amaç desteklenmelidir. Ayrıca var olan ve olası sorunları belirleyerek çözüm yolları

geliştirmede Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve diğer gönüllü organizasyonların işbirliği ile ulusal ve bölgesel programlar geliştirilmelidir.

- Geliştirilecek politikalarda okul sağlığı hizmetlerinin toplumun genel sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olduğu göz önünde bulundurulmalı, geliştirilecek programlarda yaşanılan bölgenin sosyo-kültürel ve ekonomik durumu ile yaşam özellikleri ve bu hizmetlerde görev alabilecek kalifiye insan gücü göz önünde bulundurularak ülkenin kendi iç yapısına uygun stratejiler belirlenmelidir.
- Ülkemizde okul sağlığı hizmeti olarak sadece tarama ve bağışıklama programlarının yürütüldüğu, bunların da düzensiz aralıklarla ve yetersiz olduğu takip ve tedavinin gerçektelemediği bir gerçektir. Bu tablonun iyileştirilmesi amacıyla; 1961 yılında çıkarılan ve günümüzde daha da geliştirilerek uygulanması yerine tamamen göz ardı edilen 154 sayılı yönergenin günün ihtiyaçlarına göre yeniden yapılandırılarak hayata geçirilmesi gerekmektedir.
- Sağlığın geliştirilmesinde en önemli faktörlerden birisi olan sağlık eğitimlerine ağırlık verilmeli, bu eğitimler öğrencilerin yetiştirilmesinde aktif rol oynayan ebeveyn ve öğretmenleri de kapsamalı, istendik sağlık davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesi amacıyla eğitim programları rutin olarak uygulanmalıdır.

Bu konuda; okul hemşiresi, aile, öğretmen ve okul yönetimi arasında işbirliği sağlanmalı, bireylerin önceliklerine göre sağlık eğitim programları oluşturulmalı, medya ve diğer toplum iletişim araçları kullanılarak daha bilinçli toplumlar oluşturma yönünde çaba gösterilmelidir.

KAYNAKLAR

- AKSAYAN , S. (1998). Okul sağlığı. *Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı*. Ed.:İ. Erefe. Birlik Ofset, İstanbul, 183-190
- Alberta Association of Registered Nurses (1999). Position statement on client advocacy, 25-28
- ALÇI, E., ÖZGÜR, S. (1997). Epilepsili çocukların okul yaşantısına ilişkin karşılaşılan güçlükler. *Cumhuriyet Üniversitesi H.Y.O. Dergisi* ,1(1)
- American Academy of Pediatrics (AAP),(2001). The role of the school nurse in providing school health services. *Pediatrics*, 180(5):1231-1232
- ANIL,M., BİLGİN, Y.,UÇAR, A.,UÇAR, E. (2002). Çocukluk ve adölesan döneminde ruhsal kökenli organik ve davranış bozuklukları.*Çocuk Bakımı ve Ergenlik Çağı Sağlık El Kitabı*. Türk-Alman Sağlık Vakfı, Friedrichstr.13, Gül Yayınları, İstanbul,121-148
- APAK, S. (1999). Çocukluk çağında kazalar ve kazalardan korunma. *Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü*. Ed.;;A. Ekşi. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 555-559
- ARDAHAN, M. (2003). Hemşirelerin savunuculuk rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(2):23-27
- Arkansas State Board of Nursing School Nurse Roles & Responsibilities, Practice Guidelines (2002). Developed in collaboration with the arkansas school nurses association. from www.arsbn.org/schoolnurseguidelines.pdf
- BAHAR, Z, ÖZBIÇAKÇI, Ş.,ÖZMEN, D. (1999). Okul sağlığı hemşireliği projesi 1999. 7. *Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı*. Erzurum, 473-479
- BARLABEN, S. (1987). Promotion of health in the child. *Nursing Management of Children*. Ed: J. Servonsky, S.R. Opos. Janes And Bartlett Puplichers, California
- BAYIK, A. (1991). Okul sağlığı hemşireliği kapsamındaki ilkokul çağı çocuklarında büyüme gelişme düzeyi ve sağlık sorunlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1):1-15

- BAYSAL, A. (1999). Okul çocuklarının beslenmesi. *Beslenme*. Hatipoğlu Yayınevi, 8.Baskı, Ankara, 435-439
- BEYAZOVA U. (2002). Okul Sağlığı. [http:// www. med. Gazi. Edu. Tr. / akd/ dahili/ çocuk sağlığı](http://www.med.Gazi.Edu.Tr/akd/dahili/cocuk%20sağlığı)
- BİLGEL, N. (1997). Okul sağlığı. *Halk Sağlığı Bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı*. Güneş & Nobel Tıp Kitap Evi, İstanbul, 315-337
- BRADLEY, B.J.(1997).The school nurse as health educator. *The Journal of School Health*, 67(1):3-8
- BULDUK, S. (2002). Okul sağlığı hemşireliğinin durumu ve işlevsel boyutu. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul
- BYRNE, M., BENNETT, F.J. (1986). The health of the school child and adolescent. *Community Nursing İn Developing Countries / A Manual For The Community Nurse*. Oxford University Pres, Second edition, New York, 141-148
- CLAİNG, 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
- CLAUSSON, E., PETERSSON, K., BERG, A. (2003). School nurses' view of school children's health and their attitudes to document it in the school health record-a pilot study. *Scand J. Caring Sci*, 17:392-398
- CONSTANTE, C.C. (2001). School health nursing. *Journal of School Nursing*, 17(1):3-11
Second Edition
- COWAN, N. (1996). Children's health. *Community Health Nursing*, Ed.; M.Stanhope, J. Lancaster. Mosby Company. Fourth edition. Philadelphia, 521-541
- CROGHAN, E., JOHNSON, C. (2004). Occupational health and school health: a natural alliance? Nursing and health care management and policy. *Journal of Advanced Nursing*. 45(2):155-161
- ÇAĞLAYANER, H., GÖNENLİ, H. (1998). Etkin eğitim açısından okul sağlığı. *Aile Hekimliği Dergisi*, 2(1):31-39
- DEMİREZEN, E., NAHCİVAN, N. (2000). Sigaradan korunma: okul sağlığı programı için model önerisi. *Çocuk Forumu Dergisi*, 3(4):46-51

- DİRİCAN, R., BİLGEL, N. (1993). Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa
- EKİCİ, B. (1999). Hemşirelerin hasta haklarını savunucu rolü. *VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı*, Erzurum, 362-365
- EKŞİ, A. (1999 a). Uyum ve davranış sorunlarına genel yaklaşım. *Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü*. Ed.: A. Ekşi. Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, 601-606
- EKŞİ, A. (1999 b). Alkol, uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanımı. *Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü*. Ed.: A. Ekşi. Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, 187-194
- ERCİ, B. (1998). Lise öğrencilerinde madde bağımlılığı ve etkileyen ailesel faktörler. *VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı*, Erzurum, 288-293
- ERCİ, B., ÖZEL, A. (1993). Çocuk yuvası ve aile ortamında yaşayan ilkokul çocuklarındaki Fe eksikliği anemisi düzeylerinin karşılaştırılması. *İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Bülteni*, 7(28):51-57
- GÖKÇAY, G. (1994). Toplumda çocukların izlenmesi. *Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler*, Ed: O.Neyzi. Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, 224
- GÖRAK, G. (1990). Çocukluk ve adölesan dönemde görülen psikolojik kökenli beslenme sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. *İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Bülteni*, 4(18):9-18
- GRANT, A. (2001). The nurse in the school health service. *Journal of School Health*, 71(8):388-389
- GUYTON, A.C., HALL, J.E. (2002). *Tıbbi Fizyoloji*, Çev. Ed.;H. Çavuşoğlu, Nobel Tıp Kitap Evleri, 10.Basım, İstanbul, 382-391
- HARVEY, J. (1995). *Health Promotion in Schools Health Promotion /Theory And Practice*. Ed.: J.Kemm, A. Close, London
- HAWKINS, J.W., HAYES, E.R.,CORLISS, C.P. (1994). School nursing in america 1902-1994 :a return the public health nursing,, *Public Health Nursing*, 11(6): 416-425

- HEKİMOĞLU, L., ERTUNGA, H. (1991). İlkokullarda sağlık bilgisi. Halk Sağlığı Araştırma Özetleri, Düz.: O. Hayran, S. Aksayan, M. Kayhan, Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 89-91
- HUMM, C. (2004);. A positive role model. Nursing Standard. 18(30):21
- IGOE, J.B. (1994). School nursing: community health nursing and home health nursing. Nursing Clinics Of North America, 29 (3):443-457
- JUSZCAK, L.(1999). Okul temelli sağlık hizmetleri.*Okul Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı*, İstanbul, 27
- KAVAKLI, A. (1992); *Çocukluk Yaşlarında Büyüme Ve Gelişme*, Hilal Matbaacılık Aş, İstanbul, 54-277
- KAVAKLI, A., YILDIRIM, Z., YAZICI, S. (1991). Özürlü çocuk, aile ve hemşire. İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Bülteni, 5 (22):1-6
- KÖKNEL, Ö. (1999). Çocukluk ve gençlik çağında alkol ve madde bağımlılığı. *Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü*. Ed.: A.Ekşi. Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, 169-186
- KUB, J., STEEL, S.A. (2000). School health. *In Community Health Nursing Theory and Practice*. Ed.; C.M. Smith, F.A. Maurer. WB. Saunders Company, Second edition, Philadelphia, 811-841
- LEFF,S. (1999). Sosyal çevre ve okul sağlığı. *Okul Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı*, İstanbul,111
- MACDONOUGH, G.P. (2001). Comparison of nursing roles. *The Journal of School Health*, 7(18): 407
- MANER, F. (2001). Yeme bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 5(4):5-9
- MARION, L. (1990). School-age child. *Nursing in the Community*. Ed.: B. Bullough. Mosby Company, Philadelphia, 372-403
- MODRCIN-TALBOTT, MA. (2002). School health nursing. *Comprehensive Community Health Nursing, Family, Aggregate & Community Practice*. Ed.: S. Clemen-Stone, S.L. McGuire, D.G. Eigsti, Mosby Company, London, 686-705

MOLONEY, W.J., DAVIDSON, R. (1999). Essential school health services guidelines. from www.cde.state.co.us

MUMCU, H.K. (1999). İlkokul öğrencilerinin büyüme-gelişme ve beslenme durumunun değerlendirilmesi. *VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı*, Erzurum, 260-262

NAHCIVAN, N., BORAL, Ö.B., ÇALIŞKAN, M., ŞENGÜR, G., ÖĞÜT, T. (1999). İlkokul çocuklarında barsak parazitlerinin büyüme ve okul başarısı üzerine etkileri. *VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı*, Erzurum, 313-319

National Association of School Nurses (NASN), (1999). Definition of school nursing, Retrieved April 8, 2002. from www.nasn.org

NELSON, K.E. (2005). The needs of our children and role of the school nurse. from www.nasc.com

New York State Association of School Nurses (2002). The school nurse. from www.nysasn.org / the school nurse.htm

OCAKCI, A. (1999). Özürlü çocukta sağlık geliştirme: bir hemşirelik yaklaşımı. *Hemşirelik Forumu*, 2(6): 292-299

ÖZBAY, H., GÖKA, E., KILIÇ, E.Z. (1996). Çocukluk ve ergenlik dönemi ruhsal sorunları. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*, Somgür Yayıncılık, Ankara, 141-169

PEKCAN, H. (1995). Okul sağlığı. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Ed.: M. Bertan, Ç. Güler. Güneş Kitapevi, Ankara, 210-224

PEKCAN H., GÜLER, Ç. (1993). Okul sağlığı. *Tıbbi Dökümantasyon Merkezi*, Yayın No:7, Ankara, 1-44

POURCIAU, C.A., VALLETTE, E.C. (2001). School health. *Community Health Nursing Promoting The Health of Population*. Ed.; M.A. Nies, M. McEwen. WB. Saunders Company, Third edition, Philadelphia, 702-729

Sağlıkta Öncü Okul Bülteni (1996). Yazı İşleri Müd.; Y. Kaplan, sayı:1,1-19

SCHAINKER, E., O'BRIEN, M.J., FOX, D., BAUCHNER, H. (2005). School nursing services: use in an urban public school system. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(1):83-87

- SCULLION, J. (2004). Prevention and education. *Nursing Standard*, 18(30):21
- SEMERCI, B. (1999). Çocuk ve adölesanda tik bozuklukları. *Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü*. Ed.: A. Ekşi. Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, 320-323
- SERİM, M., ASLAN, H. (1991). İlkokul öğrencilerinde görme kusurları ve okul başarısı ile ilişkisi. *Halk Sağlığı Araştırma Özetleri*. Düz.: O. Hayran, S. Aksayan, M. Kayhan, Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul,86-88
- ŞAHİN F. (2003). Okul Sağlığı. [http:// www. ttb. Org. Tr / STED](http://www.ttb.org.tr/STED)
- ŞARBAT, G., DEMİRKOL, M. (1999). Yeme bozuklukları- nutrisyonel bakış. *Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü*. Ed.: A. Ekşi. Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, 212-228
- TEZEL, A., YAMAN, S. (1998). Erzurum ili ilkokul 4. ve 5. sınıf çocuklarının ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi, tutum ve davranış düzeyinin araştırılması. *Atatürk Üniversitesi H.Y.O. Dergisi*, 1 (1):36-45
- TURNER, C.E. (1967). School health. *Personal and Community Health*. Mosby Company, Thirteenth edition, Philadelphia, 337-351
- TÜMERDEM, Y. (1991). Sağlıklı okul çocuğu. *Halk Sağlığı II. (Toplum Hekimliği)*. İstanbul Üniversitesi Basım Evi, İstanbul, 299-305
- VURAL, T.G. (1997). Öğrenci hemşirelerin hasta savunuculuğuna yönelik yaklaşımları. *III.Hemşirelik Sempozyumu*. İstanbul Üniversitesi Basımevi, 332-339
- WAINWRIGHT, P., THOMAS, J., JONES, M. (2000). Health promotion and the role of the school nurse: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5):1083-1091
- WILDE, J.L. (1987) The school-age child. *Child and Family, Concepts of Nursing Practice*. Ed.: M.J. Smith, J. A. Goodman, N. L. Ramsey. McGraw-Hill Book Company, Second edition, NewYork,261-311
- WOLD, S.J., DAGG, N.V. (2001). School nursing: a framework for practice. *Journal of School Health*, 71(8):401-404

- WOLFE, L.C., SELEKMAN, J. (2002). School nurses: what it was and what it is?. *Pediatric Nursing*, 28(4):403-407
- YALÇIN S. (2003). Çocukluk döneminde sağlıklı beslenme. [http:// www. tr.net/ Sağlık/Çocuk / Sağlıklı beslenme](http://www.tr.net/Sağlık/Çocuk/Sağlıklı_beslenme)
- YAMAN, S., ALTINKAYNAK, S. (1998) Erzurum ili 7-11 yaş grubu ilkokul çağı çocuklarında büyümenin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi H.Y.O. Dergisi*, 1 (1):75-85
- YİĞİT, R. (1992 a). Annelerin ilkokul çağındaki çocukların sağlığını korumalarına ilişkin bilgi düzeyi. *III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı*, Sivas,165-170
- YİĞİT, R..(1992 b). İlkokul çağı çocuklarının büyüme ve gelişmesi. *Türk Hemşireler Dergisi*, 42 (4):37-40
- YOO, I.Y., YOO, M.S., LEE, G.Y. (2004). Self- evaluated competencies of school nurses in Korea. *Journal of School Health*, 74(4):144-146

1. www.die.gov.tr
2. [www.saglik.gov.tr / default / mevzuat](http://www.saglik.gov.tr/default/mevzuat)

EK 1: VERİ TOPLAMA FORMU

SAYIN KATILIMCI;

Kocaeli ilindeki sağlık ocakları bünyesinde sunulan okul sağlığı ve hemşireliği hizmetlerinin durumunu saptamaya yönelik bir çalışma yürütmekteyim. Sağlık ocağı bünyesinde görev yapan bir sağlık profesyoneli olarak konuya ilişkin aşağıda yer alan sorulara içtenlikle cevap vereceğiniz için teşekkür ederim. Yanıtlar bireysel ya da kurumsal olarak değil, genel olarak değerlendirilecektir. Bu nedenle isminizi ve kurumunuzu yazmanız **gerekmemektedir**.

Sevgi ÇAKIR
Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Hemş. A.B.D.

OKUL SAĞLIĞI ÇALIŞMALARINDA SUNULAN HİZMETLERE İLİŞKİN ANKET FORMU

Katılımcının Görev Unvanı:

Okul Sağlığı Çalışmaları	Bu Hizmet Yürütülüyor	Hangi Sıklıkta Yapıyorsunuz?	Bu Görevi Kim Yürütüyor? Hekim Hemşire Ekip	Hizmetin Sunumu Sırasında Yaşanan Güçlükler Nelerdir?	Diğer Açıklamalar
1- Okula başlama dönemindeki çocukların fizik muayenelerinin yapılması			() () ()		
2- Öğrencilerin sağlık durumlarının değerlendirmek amacıyla periyodik sağlık kontrollerinin yapılması			() () ()		
3- Tarama programlarının yürütülmesi			() () ()		
• Görme taramaları			() () ()		
• İşitme taramaları			() () ()		
• Ağız-diş sağlığı taramaları			() () ()		
• Skolyoz taramaları			() () ()		
• Kan basıncı taramaları			() () ()		
• Anemi taramaları			() () ()		
• Parazit taramaları			() () ()		
• Büyüme-gelişme taramaları			() () ()		
• Ruh sağlığı taramaları			() () ()		
• Diğer.....			() () ()		

Okul Sağlığı Çalışmaları	Bu Hizmet Yürütülüyor	Hangi Sıklıkta Yapıyorsunuz?	Bu Görevi Kim Yürütüyor? Hekim Hemşire Ekip	Hizmetin Sunumu Sırasında Yaşanan Güçlükler Nelerdir?	Diğer Açıklamalar
4- Okul personelinin sağlık kontrollerinin yapılması			() () ()		
5- Yapılan sağlık kontrollerinden elde edilen bulgulara göre öğrenci, veli ve öğretmenlere danışmanlık hizmetinin sağlanması			() () ()		
6- Sağlık sorunu belirlenen bireylerin ileri inceleme ve tedavi için üst basamaktaki sağlık kuruluşlarına sevklerinin yapılması			() () ()		
7- Sevk sonucunun izlenmesi			() () ()		
8- Bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde bağışıklama programlarının oluşturulması ve bu programın yürütülmesi			() () ()		
9- Vaka tespiti durumunda olgunun kaynağının bulunması ve olası diğer olguları tespit için çalışmalar düzenlenmesi			() () ()		
10- Yayılımın önlemesi için, gerekiyorsa hasta bireyin, hastalığın cinsine göre bir süre okuldan uzaklaştırılması			() () ()		
11- Sağlık eğitiminde, gereksinim önceliği belirlenen konulara yönelik, eğitim programı içeriklerinin hazırlanması Eğitim konuları ve içerikleri.....			() () ()		
12- Hazırlanan eğitim programları doğrultusunda öğrencilere yönelik sağlık eğitimi yapılması			() () ()		
13- Hazırlanan eğitim programları doğrultusunda velilere yönelik sağlık eğitimi yapılması			() () ()		
14- Hazırlanan eğitim programları doğrultusunda öğretmenlere yönelik sağlık eğitimi yapılması			() () ()		
	Bu Hizmet	Hangi Sıklıkta	Bu Görevi Kim	Hizmetin Sunumu	Diğer

Okul Sağlığı alışmaları	Yürütölüyor	Yapıyorsunuz?	Yürütölüyor? Hekim Hemşire Ekip	Sırasında Yaşanan Güçlükler Nelerdir?	Açıklamalar
15- Okul içinde ve çevresinde kazaya yol açabilecek durumların tespit edilmesi			() () ()		
16- Okul bünyesinde göröllebilecek kazaları engellemeye yönelik alınacak önlemlerin okul yönetimiyle iş birliği halinde alınması			() () ()		
17- İlkyardım ve acil müdahale gerektiren durumlarda gerekli girişimlerin uygulanması			() () ()		
18- Acil durumlarda ileri inceleme ve tedavi için bireyin sağlık kuruluşlarına sevkinin yapılması			() () ()		
19- Saptanan ve potansiyel olarak görölen sağlık sorunlarında birey ve ailesine danışmanlık yapılması			() () ()		
20- Sınıf, tuvalet, kantin ile varsa yemekhane ve yatakhanein temizliğinin denetlenmesi için okul yönetimiyle işbirliği yapılması			() () ()		
21- Okul içinde ve önünde satılan besin maddelerinin kontrolöl			() () ()		
22- İçme ve kullanma suyu olanaklarının düzenli kontrolölünün yapılması			() () ()		
23- Okul sağlığına yönelik verilen hizmetlerin kayıtlarının tutulması			() () ()		
24- Sizce okul sağlığına yönelik, yukarıda sıralananların dışında ne tür hizmetler verilmeli?.....			() () ()		



T.C.
KOCAELİ İLİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI :B1041SM4410004/403-
ŞUBE :Sağlık Ocakları Şubesi
KONU :Tez Çalışması

.../.../2004

5231 11.03.2004

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
KOCAELİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE
KOCAELİ

İlgi: 19.02.2004 tarih ve 201 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirttiğiniz Yüksek Lisans öğrenciniz Sevgi ÇAKIR'ın "Kocaeli İli Sağlık Ocaklarında Okul Sağlığı ve Hemşireliği Hizmetlerinin durum saptaması" konulu tez çalışmasını, yazınız ekindeki listede belirttiğimiz Sağlık Ocaklarında yapması uygun görülmüş olup; Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Fikret AK
İl Sağlık Müdürü

Ek : 1 Adet Liste

Kocaeli Sağlık Yüksekokulu
GELEN EVRAK
Tarih 19-03 2004
Sayı 235