T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İLKÖĞRETİM ANABİLİM DALI

SINIF ÖĞRETMENLİĞİ ÖĞRENCİLERİNİN, SIK GÖRÜLEN BULAŞICI HASTALIKLAR İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE SAĞLIĞI KORUMA DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Buse ERASLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ADANA/ 2009

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İLKÖĞRETİM ANABİLİM DALI

SINIF ÖĞRETMENLİĞİ ÖĞRENCİLERİNİN, SIK GÖRÜLEN BULAŞICI HASTALIKLAR İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE SAĞLIĞI KORUMA DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Buse ERASLAN

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fatih MATYAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ADANA/ 2009

ÖZET

SINIF ÖĞRETMENLİĞİ ÖĞRENCİLERİNİN, SIK GÖRÜLEN BULAŞICI HASTALIKLAR İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE SAĞLIĞI KORUMA DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Buse ERASLAN

Yüksek Lisans Tezi, İlköğretim Anabilim Dalı
Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fatih MATYAR
Ağustos 2009, 92 Sayfa

Bu araştırma sınıf öğretmeni adaylarının sık görülen bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgi düzeylerini ve sağlığı koruma davranışlarını değerlendirmek amacı ile yapılmıştır. Araştırma Çukurova Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Sınıf Öğretmenliği programından toplam 357 (207 kız, 150 erkek) öğretmen adayı ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, 2008-2009 eğitim-öğretim yılında araştırmacı tarafından geçerlik ve güvenirlik testleri yapılarak hazırlanan sağlık bilgisi testi ve öğrencilerin sağlık davranışlarını ölçmek amacıyla hazırlanan bir anket kullanılarak toplanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre; ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerinin sağlık bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu; öğretmen adaylarının, sağlık bilgi düzeyleri ile sağlıkla ilgili edindikleri bilgilerin kaynakları arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu; öğrencilerin sağlık bilgi düzeylerinin anne ve babalarının eğitim düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır.

Öğrencilerin sağlık davranışları değerlendirildiğinde; el ve deri hijyeni, ayak hijyeni, ağız ve diş sağlığı, üriner sistem ve boşaltım sistemi sağlığı konularında yeterli dikkati göstermedikleri, ihmalkâr davrandıkları tespit edilmiştir.

Bununla birlikte öğrencilerin; %41'inin kendisini sağlık konusunda yetersiz bulduğu, %10'unun bir öğretmenin sağlık eğitimi almasını gerekli görmediğini, %35'inin öğretmenliğe başladığında sağlık konusunda öğrencilerine yeterli bilgiyi sunabileceğini düşünmediğini belirttiği bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık eğitimi, Sağlık bilgisi, Sağlık davranışı, Kişisel hijyen, Bulaşıcı hastalıklar.

ABSTRACT

EVALUATION OF CLASS TEACHINGS STUDENTS' LEVEL OF INFORMATION ABOUT COMMON COMMUNICABLE DISEASES AND BEHAVIORS OF HEALTH PROTECTION

Buse ERASLAN

Master Thesis, Primary School Department
Advisor: Ass. Prof. Dr. Fatih MATYAR
August 2009, 92 pages

This study has been made for evaluating class teachers candidates' level of information about the common infectious diseases and behaving of protecting health.

This research was carried out with a total of 357 (207 female, 150 male) class teacher candidates from Faculty of Education section of the Cukurova University, The data was obtained in the 2008-2009 academic year by a questionnaire which the researcher was prepared on behalf of current and reliability tests of health information and to measure students' health behaviors.

According to research results, it was determined that there was a significant difference between the levels of the second and third grade students' health information; there was a significant difference between level of teacher candidates' health information and the source of health information that teacher candidates obtained; there was no significant difference between the students knowledge of the health and parents' educational level.

When the students health behaviors evaulated, it was shown that, students dont pay enough attention to their hand and skin hygiene, foot hygiene, oral and dental health, health of urinary system and evacuation issues, and they behave neglectfully.

However, it was found that, students of 41% think themselves in health disqualify,10% of them don't think a teacher's receiving health education is necessary; 35% of them dont think that they could provide valuable information about health to their students when they start teaching.

Keywords: Health education, Health information, Health behavior, Personal hygiene, Infectious diseases.

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince bana destek olan ve tezimin hazırlanmasında bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli hocam ve danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Fatih MATYAR'a; yine yüksek lisans eğitimim süresince benden desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan Sayın Yrd. Doç. Dr. Faruk YILDIRIM'a,

Verilerin istatistiksel analizleri sırasında değerli zamanını ve yardımlarını esirgemeyen Sayın Yrd. Doç. Dr. Sabahattin ÇAM'a, Sayın Prof. Dr. Şener BÜYÜKÖZTÜRK'e ve iş arkadaşım Fatih DABAKOĞLU'na; tez çalışmamın her aşamasında yanımda bulunan, özellikle veri toplama ve yazım aşamasında çok büyük katkılarda bulunan sevgili arkadaşım Tamer AKKAN'a,

Tez çalışmam süresince maddi destek sağlayan Çukurova Üniversitesi Araştırma Fonu Saymanlığına (EF.2008.YL.33),

Ayrıca yaşamım boyunca maddi ve manevi destekleri ile her zaman yanımda bulunan, sevgili annem Bilge ERASLAN'a, babam Mustafa ERASLAN'a ve kardeşim Yüksel ERASLAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET i

ABSTRACT ii

ÖNSÖZ iii

TABLOLAR LİSTESİ xiii

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problem 2

1.2. Araştırmanın Amaçları ve Hipotezler 3

1.2.1. Genel Amaçlar 3

1.2.2. Alt Amaçlar 4

1.3. Araştırmanın Önemi 4

1.4. Sayıltılar 6

1.5. Sınırlılıklar 6

1.6. Tanımlar 7

1.7. Kısaltmalar 8

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Sağlık Eğitiminin Gerekliliği 10

2.2. Sağlık Eğitiminin Tarihçesi 10

2.3. Sağlık Eğitimi Kavramı 13

2.4. Sağlık Eğitiminin Amacı 13

2.5. Sağlık Eğitiminin Konusu 14

2.6. Okul ve Sağlık 15

2.7. İlköğretim Hayat Bilgisi Dersi Öğretim Programı 16

2.7.1. Programın Vizyonu 16

2.7.2. Öğrencilere Kazandırılacak Beceriler …… 19
2.8. Sağlık Eğitiminde Genel İlkeler ……..… 20
2.9. Sağlık Eğitiminin ve Eğiticilerinin Özellikleri ile Temel Kurallar…… 20
2.9.1. Seçicilik…….. 21
2.9.2. Uygulanabilirlik……. 21
2.9.3. Süreklilik…….. 22
2.9.4.Toplumda Herkesi Kapsama Zorunluluğu…….. 22
2.9.5. Eğiticinin Niteliği…… 23
2.10. Sağlık Eğitim Yöntemleri ……..…. 23
2.10.1. Öğrenen Merkezli ve Kişiye Göre Eğitim…….. 24
2.10.2. Sağlık Eğitiminde Ele Alınan Temel Konular…… 25
2.11. Sağlık Eğitimi Yaklaşımları ……. 25
2.11.1. Geleneksel Yaklaşım……. 25
2.11.2. Çağdaş Yaklaşım…….. 26
2.12. Sağlık Davranışlarının Özellikleri …….. 27
2.13. Sağlık Davranışı ile İlgili Kuramlar …… 30
2.14. Sık Rastlanan Bulaşıcı Hastalıklar ve Önleme Yolları …….……. 32
2.14.1.Grip…….……. 32
2.14.2. Bademcik…….……... 33
2.14.3. Kızıl…… 33
2.14.4. Kızamık……..…….. 34
2.14.5. Kızamıkçık…… 34
2.14.6. Kabakulak……..…….. 34
2.14.7. Su Çiçeği……..…… 35
2.14.8. Tifo……..…… 35
2.14.9. Difteri……..…… 36
2.14.10. Hepatit…… 36
2.15. Kişisel Temizlik …….……. 38

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli…… 40

3.2. Çalışma Evreni……..……..……. 40
3.3. Veri Toplama Araçları…… 41
3.3.1. Bulaşıcı Hastalıklarla İlgili Sağlık Bilgisi Testi…….……... 41
3.3.2. Bulaşıcı Hastalıklardan Korunmak Amacıyla Gerçekleştirilmesi Gereken Sağlık Davranışları Anketi ……..... 44
3.4. Verilerin Toplanması……..……... 45
3.5. Verilerin Analizi……..……. 45

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sık Görülen Bulaşıcı Hastalıklarla İlgili Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular …….. 46
4.2. Öğretmen Adaylarının Sınıf Düzeyine Göre Sağlık Bilgilerine İlişkin Bulgular ……..……..... 47
4.3. Öğretmen Adaylarının Anne ve Babalarının Eğitim Düzeylerine Göre Sağlık Bilgilerine İlişkin Bulgular…….……. 49
4.4. Öğretmen Adaylarının, Sağlıkla İlgili Edindikleri Bilgilerin Kaynaklarına Göre Sağlık Bilgilerine İlişkin Bulgular ……..…….... 50
4.5. Sınıf Öğretmenliği Programında Öğrenim Gören Öğretmen Adaylarının; Sağlığı Korumak Adına Gerçekleştirdikleri Sağlık Davranış Düzeylerine Ait Bulgular …….. 51
4.6. Sınıf Öğretmenliği Programında Öğrenim Gören Öğretmen Adaylarının Sağlık Eğitimiyle İlgili Çeşitli Düşüncelerine İlişkin Bulgular …… 65

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sık Görülen Bulaşıcı Hastalıklarla İlgili Sağlık Bilgi Düzeyleri …….……. 69
5.2. Sınıf Öğretmenliği Programında Öğrenim Gören Öğretmen Adaylarının; Sağlığı Korumak Adına Gösterdikleri Sağlık Davranışları ……. 71
5.3. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlık Eğitimi Hakkındaki Bazı Görüşleri …… 74

BÖLÜM VI

SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar …… 76

6.2. Öneriler ……..……..…….. 78

6.2.1. Araştırmacılara Yönelik Öneriler ……... 78

KAYNAKLAR ……..……... 79

EKLER ……..…… 85

ÖZGEÇMİŞ ……..…… 91

TABLOLAR LİSTESİ

		Sayfa
Tablo 2.7.1.1.	Hayat Bilgisi Dersinde Sağlıkla İlgili Kazandırılması İstenen Beceriler ……..…	18
Tablo 2.14.1.1.	Grip ve Soğuk Algınlığı Arasındaki Farklar ……...……	38
Tablo 3.2.1.	Sağlık Bilgisi Testi ve Sağlık Davranışı Anketi Uygulanan Öğrencilerin Sınıf Düzeylerine Göre Frekans Tablosu……	48
Tablo 3.3.1.1.	Güvenirlik Analizi Sonucunda Elde Edilen Çift Serili Korelasyon Katsayıları ve Madde Güçlüğü Değerleri…….....	50
Tablo 3.3.1.2.	Güvenirlik Analizi Sonucunda Elde Edilen Çift Serili Korelasyon Katsayıları ve Madde Güçlüğü Değerleri…….	41
Tablo 4.1.1.	Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin, Sağlık Bilgisi Testindeki Doğru Sayılarına Ait Frekans Tablosu ……..	47
Tablo 4.2.1	Sınıf Düzeylerine Göre Öğrencilerin Sağlık Bilgisi Testine Verdiği Doğru Cevap Sayılarının Ortalamalarına Ait Frekans Tablosu ……...…….	48
Tablo 4.2.2.	Öğrencilerin Sınıf Düzeylerine Göre Sağlık Bilgileri Arasındaki Farka İlişkin Tablo ……..……..	48
Tablo 4.3.1.	Öğretmen Adaylarının; Sağlık Bilgi Düzeylerinin Anne ve Babalarının Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişkiye Dair Tablo …….……	49
Tablo 4.3.2.	Anne Eğitim Düzeyine Göre Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlık Bilgi Puanlarının Tek Yönlü Varyans Analizi …….…….	49
Tablo 4.3.3.	Baba Eğitim Düzeyine Göre Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlık Bilgi Puanlarının Tek Yönlü Varyans Analizi …….…….	50
Tablo 4.4.1.	Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlık Bilgilerini Edindikleri Kaynaklarla Sağlık Bilgi Düzeylerine İlişkin Betimsel Tablo ……..	50
Tablo 4.4.2.	Sağlık Bilgilerini Edindikleri Kaynaklara Göre Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlık Bilgi Düzeylerinin Tek	51

Yönlü Varyans Analizi ……..……...

Tablo 4.5.1. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sabahları Yüz Yıkama Alışkanlıklarının Olup Olmadığına Dair Elde Edilen Verilerin Frekans Tablosu …….. 52

Tablo 4.5.2. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Gün İçerisinde El Yıkama Sıklığına Dair Frekans Tablosu ……... 53

Tablo 4.5.3. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Banyo Yapma Alışkanlıklarına İlişkin Frekans Tablosu……..... 54

Tablo 4.5.4. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Kendilerine Ait Taraklarının Olup Olmadığına Dair Elde Edilen Verilerin Frekans Tablosu ……..……. 55

Tablo 4.5.5 Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Diş Fırçalama Alışkanlıklarının Olup Olmadığına Dair Frekans Tablosu …….. 56

Tablo 4.5.6. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Kişisel Diş Fırçasına Sahip Olup Olmadıklarına Dair Frekans Tablosu…….. 56

Tablo 4.5.7. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Gün İçerisinde Diş Fırçalama Sıklıklarına Ait Frekans Tablosu ……..……. 57

Tablo 4.5.8. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Diş Fırçalarını Değiştirme Aralıklarına Dair Frekans Tablosu ……..…. 58

Tablo 4.5.9. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Diş Hekimini Son Ziyaret Tarihlerine Dair Frekans Tablosu ……..……. 59

Tablo 4.5.10. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Kendilerine Ait Tırna Makasları Olup Olmadığına Dair Frekans Tablosu……. 60

Tablo 4.5.11. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Ayak Yıkama Alışkanlıklarına Dair Frekans Tablosu ……..……. 60

Tablo 4.5.12. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Ayak Kurulama Alışkanlıklarına Dair Frekans Tablosu ……..……. 61

Tablo 4.5.13. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Çorap Değiştirme Sıklıklarıyla İlgili Frekans Tablosu ……..……... 61

Tablo 4.5.14. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Vücutlarına Herhangi Bir Estetik Müdahalede Bulunup Bulunmadıklarına Dair Frekans Tablosu ……..…. 62

Tablo 4.5.15. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin İç Çamaşırı Değiştirme Alışkanlıkları İle İlgili Frekans Tablosu…….. 62

Tablo 4.5.16. Sınıf Öğretmenliğinde Öğrenim Gören Erkek Öğrencilerin Kendilerine Ait Tıraş Bıçağı Bulunup Bulunmadığına Dair Frekans Tablosu……...…… 63

Tablo 4.5.17. Sınıf Öğretmenliğinde Öğrenim Gören Erkek Öğrencilerin Farklı Bölgeler İçin Farklı Tıraş Bıçağı Kullanıp Kullanmadıklarına Dair Frekans Tablosu……..... 63

Tablo 4.5.18. Sınıf Öğretmenliğinde Öğrenim Gören Bayan Öğrencilerin Makyaj Temizleme Alışkanlıklarına Dair Frekans Tablosu……. 64

Tablo 4.5.19. Sınıf Öğretmenliğinde Öğrenim Gören Bayan Öğrencilerin Epilasyon Yöntemlerine Dair Frekans Tablosu …….. 64

Tablo 4.5.20. Sınıf Öğretmenliğinde Öğrenim Gören Bayan Öğrencilerin Kullandıkları Jilet, Epilatör vb. Araçların Kendilerine Ait Olup Olmadığına Dair Frekans Tablosu ……. 65

Tablo 4.6.1. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlık Konusunda Kendilerini Yeterli Bulup Bulmadıkları İle ilgili Verdikleri Yanıtlara Ait Frekans Tablosu …… 66

Tablo 4.6.2. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin, Bir Öğretmen Sağlık Eğitimi Almalı mı Sorusuna Verdikleri Cevaplara Ait Frekans Tablosu ……..……. 67

Tablo 4.6.3. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlık Konusunda Yeterli Bilgiyi İlerde Öğrencilerine Verebileceklerini Düşünüp Düşünmediklerine Ait Frekans Tablosu …… 68

BÖLÜM I

GİRİŞ

Sağlıklı olmak, insan mutluluğunun öncelik taşıyan bir öğesidir. Sağlık genellikle kendiliğinden var olan bir durum olarak algılanır. Oysa sağlıklı olmak için çaba gösterilmesi gerekir. Hatta bugünkü bilgilerimiz, bize bu uğraşın daha doğum öncesi dönemde başlaması gerektiğini göstermektedir. Olaya nesillerin sağlığı açısından bakıldığında, sağlığın ve sağlıksızlığın nesiller boyunca aktarılabileceği görülür. Anne ve babalar kendi genetik özelliklerinin yanı sıra sağlıklarına gösterdikleri özenle çocuklarına sağlık aktarabileceklerini bilmelidirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10-19 yaş grubu "Ergen" yaş grubu olarak, 15-24 yaş grubu ise "Genç" yaş grubu olarak tanımlanmaktadır. Ergenlik dönemi fiziksel, psikolojik ve sosyal olgunluğa erişmenin tamamlandığı, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir. Ergenlik ve gençlik dönemlerine ait yaşların kesişmesi nedeniyle de 10-24 yaş grubu "Genç İnsanlar" olarak değerlendirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003).

Toplumun sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla yürütülen her hizmetin başarılmasında halkın eğitimi kritik bir etmendir (Fişek, 1978). Özellikle ergenlik döneminde kişilere verilen sağlık eğitimi ayrı bir önem taşımaktadır. Ergenlik çağı olarak adlandırılan bu dönem; bireyin fiziksel, hormonal ve psikososyal olarak çocukluktan erişkinliğe geçiş sürecidir. Bu süreç içerisinde kişinin kendi vücudunu tanıması, vücudunda meydana gelecek olan fiziksel ve hormonal değişiklikleri bilmesi bu dönemin daha sağlıklı, daha bilinçli geçmesini sağlayacak ve ergenin psikolojisine olumlu etkide bulunacaktır. Ergenlik çağının en önemli özelliği; ölüm nedeni olabilecek erken gebelik, kazalar, yaralanmalar ve madde bağımlılığı gibi daha çok davranışlarla ilgili sorunların yaşanmasıdır (Ercan, Alikaşifoğlu ve Ercan, 2005).

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinliklerinde elde edilen çeşitli istatistiksel sonuçlara bakılacak olursa; her beş dakikada bir 10-19 yaş arası 16 ergen ölmektedir. Erken ölen her 10 erişkinden 7'si ergenlik çağında başlayan davranışlarla ilgili nedenlerle ölmektedir. Her gün 10-24 yaş arası 6500 genç HIV ile infekte olmaktadır. Yeni tanı alan HIV vakalarının yaklaşık yarısını ve cinsel yolla bulaşan hastalık vakalarının ise %30'unu gençler oluşturmaktadır. Dünyada 300 milyon ergen sigara içmekte ve bunların 150 milyonunun

sigara ile ilişkili hastalıklar nedeniyle kaybedileceği öngörülmektedir. Her yıl 100.000 ergenin 18 yaşın altında doğum yapan kızların doğum sırasında ölme riski yirmili yaşlarında doğum yapanlara göre 2-5 kat daha fazladır. Ergenlerin tümünde olmasa da bir kısmında sigara içme, alkol ve diğer maddelerin kullanımı ve güvensiz cinsel ilişki gibi birçok riskli davranış birlikte görülmektedir (Ercan ve diğ., 2005). İstatistiklerde görüldüğü gibi ergenlik çağından kaynaklanan sağlık problemlerinin azaltılmasında, ergenlere yeterli eğitim fırsatları sunmak, onların uygun olmayan davranışlara yönelmesinde önem taşıdığı söylenebilir.

Ergenlere kazandırılmak istenen bu sağlık davranışlarında tabi ki ilk önce aile ortamı önemli iken, diğer en önemli etken öğrencilerin devamlı iletişim halinde bulundukları okul ortamı ve öğretmenlerdir. Çocuklarımıza; ilköğretim birinci kademede hayat bilgisi dersi ile, ergenlik döneminin başlangıcı sayılan ilköğretimin ikinci kademesinde fen ve teknoloji dersi ile sağlık konusunda çeşitli bilgiler kazandırılmaya çalışılmaktadır. Hayat bilgisi dersi ile sağlık bilgisini çocuklarımıza ilk aktaracak olan öğretmenler sınıf öğretmenlerimiz olduğu için, öğretmenlerimizin gerekli sağlık bilgisi ve sağlığı koruma davranışlarına sahip olması gerekir ki, öğrencilerimize de bu sağlık bilgisi ve sağlığı koruma davranışlarını kazandırabilsinler. Bu nedenle eğitim fakültelerimizde sınıf öğretmeni olarak yetiştirdiğimiz öğrencilerimize, etkili bir sağlık eğitiminin verilmesinin önem taşıdığı söylenebilir.

Ancak Milli Eğitim Bakanlığı, belirlenmiş sağlık eğitim konularının her okulda öğretilmesinin gerekli olduğunu belirtmesine rağmen bu, her zaman yapılamamaktadır. Personelinin sağlık konularında eğitim almadığı okullar bu açıdan şanssızdırlar (Öztürk ve Çetinkaya, 1999). Bu nedenle daha önce de söylenildiği gibi eğitim fakültelerimizde yetiştirilen ve sınıf öğretmenlerimizin, mutlaka bu eğitimi alması gerekmektedir. Sağlık bilgisi ve sağlığı korumak adına gerekli davranışlara sahip olmayan öğretmenlerin, çocuklarımıza bu davranışları kazandırmasının, bunun önemini kavratmasının beklenmesi mümkün görünmemektedir.

1.1. Problem

Sağlık ile eğitim arasında yakın bir ilişki vardır. Bu açıdan sağlıklı ve huzurlu bir gelecek için sağlık bilgisi konusunda eğitilmiş nesillerin yetiştirilmesinde, yeterli düzeyde eğitim almış öğretmenler ayrı bir önem taşır. Sağlık eğitiminin en iyi verileceği yer okuldur, daha sonra aile gelir. Sağlık eğitimi evde ve ailede başlar, okulda gelişir ve

toplumda kapsamlı düzeye ulaşır. Okulda verilen sağlık eğitiminin önemi tartışılamaz. Okul çocuğunu henüz kötü alışkanlıklar edinmeden eğitmek, onu iyi ve yararlı alışkanlıklarla donatmak çok daha kolaydır. Önemsenmesi gereken bir diğer konu da öğretmenleri yetiştirmek, bilgilerini zaman zaman tazelemek ve yeni gelişmeleri aktarmaktır (Yıldız ve Ergeneci, 2005).

Yıldız ve Ergeneci'nin (2000) "bir öğretmen grubunun bazı sağlık konularında bilgi gereksiniminin saptanması" adlı çalışmasında, 45 ilden okul sağlığı formatörlük kursuna il eğitimcisi olarak katılan 44 öğretmenin sağlık bilgi düzeyleri ölçülmüştür. Çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir: Araştırma grubundaki öğretmenlerin temel sağlık bilgi durumlarının oldukça yetersiz olduğu, sağlıkla ilgili yanlış ya da yetersiz bilgilere sahip oldukları, evlerinde sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarının çok olduğunu ifade etseler de, kurs ve seminerlere katıldıklarını belirtseler de, sağlık bilgisi konusunda büyük bir açıklarının olduğu ve ciddi bir sağlık eğitimine gereksinimlerinin bulunduğu saptanmıştır.

Diğer konularda olduğu kadar öğretmenlerimizin sağlık konusunda da yeterli bilgi ve davranışa sahip olması gerekir ki, öğrencilerimize de aynı şekilde bu bilgi ve davranışları aktararak, bilinçli ve kötü alışkanlıklardan uzak sağlıklı bir nesil meydana gelebilsin. Bu açıdan sağlıklı ve huzurlu bir gelecek için sağlık bilgisi konusunda eğitilmiş nesillerin yetiştirilmesinde, yeterli düzeyde eğitim almış öğretmenler ayrı bir önem taşımaktadır.

Bu nedenlerle, eğitimin en önemli ve en kritik çağı olan ilköğretim çağında bulunan çocuklarımıza en etkin sağlık bilgisi ve sağlık davranışlarını kazandıracak olan ilköğretim birinci kademede sınıf öğretmeni olarak görev alacak olan öğretmen adaylarımızın sahip olması gereken, sağlık bilgilerinin ve sağlığı koruma davranışlarının, hangi düzeyde olduğu sorusu araştırmanın problemini oluşturmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amaçları

1.2.1. Genel Amaç

Bu çalışmanın temel amacı; eğitim fakültelerimizde yetiştirilen ilköğretim birinci kademede görev alacak olan, sınıf öğretmeni adaylarımızın, sık görülen bulaşıcı hastalıklarla ilgili sağlık bilgi düzeylerini ve insan sağlığını korumak amacıyla gerçekleştirilmesi gereken sağlık davranışlarını ölçmektir.

1.2.2. Alt Amaçlar

Genel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

1. Sınıf öğretmenliği programında öğrenim gören, öğretmen adaylarının sağlık bilgi düzeyleri nasıldır?
2. Birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf, sınıf öğretmenliği programında öğrenim gören öğretmen adaylarının sağlık bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
3. Sınıf öğretmenliği programında öğrenim gören öğretmen adaylarının; sağlık bilgi düzeyleri, anne ve babalarının eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

Sınıf öğretmenliği programında öğrenim gören öğretmen adaylarının, sağlık bilgi düzeylerine göre sağlıkla ilgili edindikleri bilgilerin kaynakları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

4. Sınıf öğretmenliği programında öğrenim gören öğretmen adaylarının; sağlığı korumak amacıyla gerçekleştirmesi gereken sağlık davranış düzeyleri nasıldır?
5. Sınıf öğretmenliği programında öğrenim gören öğretmen adaylarının sağlık eğitimiyle ilgili çeşitli düşüncelerini öğrenmek amacıyla;
   - ✓ Bulaşıcı hastalıklardan korunma konusunda kendilerini ne derece yeterli buldukları,
   - ✓ Bir öğretmenin sağlık konusunda eğitim alması gerekliliği,
   - ✓ Öğretmenliğe başladıklarında öğrencilerine sağlık konusunda yeterli bilgi verebilmeleriyle ilgili düşünceleri incelenmiştir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Eğitimin okullarda geçen kısmı öğretim olarak adlandırılır. Eğitim kurumunun öğretme-öğrenme ilişkisinde oluşturduğu ilk eğitim mesleği öğretmenliktir. Öğretmenler öğrencilerine istenilen davranışları öğretmede ve öğrenilen davranışları pekiştirmede etkin bir konumdadırlar. Eğitimin konusu insan olduğundan, insanın nasıl öğrendiğinin, nasıl eğitilmesi gerektiğinin bilinmesi gerekmektedir. Tıp ve sağlık bilimleri alanındaki eğitim, yani sağlık eğitimi, diğer bilim alanlarındaki eğitimden çok daha önemlidir ve öncelik taşımalıdır. İnsanlar, sağlık eğitimine önem verilmeyen bir çevrede yaşıyor ve kendisine gerekli sağlık eğitimi verilmiyorsa, diğer bilim alanlarında

ne kadar çok eğitim görürse görsün, sağlam ve sağlıklı olarak büyüyüp gelişemeyecek ve çevre ile ekolojik bir denge kuramayacaktır. Ancak, kalıtımsal yapı ve eğitimin yardımı ile bunu gerçekleştirebilecektir (Yıldız ve Ergeneci, 2005).

Öğrencilerin kendi sağlıklarını geliştirecek olan yeterli bilgi ve becerilere sahip olmaya, tutum ve değerleri geliştirmeye ihtiyaçları vardır. Toplumda yaygın olarak görülen sorunları önleyebilmeleri, hasta olduklarında da ne yapacaklarını bilmeleri gerekmektedir. Çocuklara yalnızca bilgi vermek değil, aynı zamanda kendilerine yetecek pratik becerileri de kazandırmak önemlidir (Öztürk ve Çetinkaya, 1999). Bu açıdan sağlıklı ve huzurlu bir gelecek için sağlık bilgisi konusunda eğitilmiş nesillerin yetiştirilmesinde, yeterli düzeyde eğitim almış öğretmenler ayrı bir önem taşımaktadır. Okul çocuğunu henüz kötü alışkanlıklar edinmeden eğitmek, onu iyi ve yararlı alışkanlıklarla donatmak çok daha kolaydır. Çocuk taklit ederek öğrenir, iyi eğitildiğinde kazandığı alışkanlıkları hayatının sonuna kadar devam ettirir. Önemsenmesi gereken bir diğer konu da öğretmenleri yetiştirmek, bilgilerini zaman zaman tazelemek ve yeni gelişmeleri aktarmaktır. Bu da sağlık eğitimcilerinin sorumluluğudur (Yıldız ve Ergeneci, 2005).

Öğrencilerin sağlıkla ilgili kavramları daha iyi anlayarak, sağlıklı yaşam biçimlerini seçmeleri temel amaçtır (Aksayan, 1998; Demirezen ve Nahcivan, 2000). Özellikle ilköğretim çağındaki çocukların öğrenme ve öğrendiklerini uygulama potansiyellerinin yüksek olması, bu gruba sağlık eğitimiyle kazandırılacak bilgi ve davranışlar yardımıyla sağlıklı kuşakların oluşturulmasında etkili olacaktır. 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 ölçülerek gerekli hatırlatmalar yapılmalıdır (Bryne ve Bennett, 1986; Çakır, 2005; Akt. Önsüz, 2007).

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. Sağlıklı beslenme,

5. Bulaşıcı hastalıklar ile zararlı alışkanlıklar ve bunlardan kaçınma yolları,

6. Kazalardan korunma,

7. Temiz hava ve güneşin yararları,

8. Sağlıklı giyinme,

9. İlk yardım,

10. Çevreyi sağlıklı hale getirme yolları,

11. Sporun yararları,

12. Bölgesel hastalıklar (guatr, sıtma vb.),

13. Cinsel eğitim,

1**4.** Sigara, alkol ve uyuşturucu maddelerin zararları,

15. Sağlık hizmeti veren kurum, kuruluş ve kişiler ile bu kaynaklardan yararlanma yolları,

16. Sağlık bilgisi için başvurulabilecek kaynaklar (Pekcan,1997; Çakır, 2005; Çağlayaner ve Gönenli, 1998; Pourciau ve Valette, 2001; Akt. Önsüz, 2007).

Verilecek sağlık bilgileriyle 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 geliştirmek hedeflenmektedir. Bu hedefe 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 yapıyı en iyi bilenlerden birisi öğretmenlerdir. Bu nedenle sağlık eğitimi programları hazırlanırken öğretmenlerle işbirliğine gidilerek eğitimin etkinliği artırılmalıdır (Bryne ve Bennett, 1986; Çakır, 2005; Akt. Önsüz, 2007).

1.4. Sayıltılar

Anket uygulaması yapılan öğretmen adaylarının, anketlere verdikleri cevapların güvenilir olduğu kabul edilmiştir.

1.5. Sınırlılıklar

Araştırma 2008-2009 öğretim yılı Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Sınıf Öğretmenliği programında öğretim gören birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf; normal öğretim ve ikinci öğretim öğrencileri ile sınırlıdır.

Araştırma verileri öğrencilerin ankete ve bilgi testine verdikleri cevaplarla sınırlıdır.

1.6. Tanımlar

Sağlık Hizmetleri: Bu hizmetler önce üç gruba (koruma, tedavi ve rehabilitasyon) ve sonra da alt gruplara ayrılır. Tedavi hizmetlerinde alt gruplar evde ve ayakta tedavi hizmeti yapan örgüt ile hastanelerdir. Koruyucu hekimlik hizmetleri de kişiye ve çevreye yönelik hizmetler olarak iki alt gruba ayrılır. Kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri uygun beslenmenin sağlanması, bağışıklama, ilaçla koruma, erken tanı ve tedavi, aile planlaması ve sağlık eğitimidir (Fişek, 1978).

Eğitim: Benimsetilmesi ve uygulatılması için okulda ve okul dışında belirli bir plan ve program çerçevesinde bilinçli olarak yürütülen çalışmaların tümüne eğitim denilir. Davranış değişmesiyle sonuçlanmayan bilgilerin kazandırılması ise öğretim olarak belirtilir. Toplumu daha ileri ve varlıklı bir düzeye ulaştırmak amacıyla yeni düşünce, bilgi ve becerilerin kazandırılması, eğitim değil öğretimdir (Fişek, 1978).

Temel Eğitim: İlk kez UNESCO tarafından kullanılan temel eğitim terimi şöyle tanımlanmıştır: Temel eğitimin amacı halka kendi sorunlarını çözme yollarını buldurmak, toplumun değer yargılarını ve davranışlarını yaşadıkları toplumda daha yüksek bir düzeye ulaştırmak için çaba harcayacak şekilde değiştirmek, kişilere özgür olduklarını, insanlık ve vatandaşlık hak ve ödevlerinin ne olduğunu öğretmek ve benimsetmektir (Fişek, 1978).

Yetişkin Eğitimi: Yetişkinlere çalışma güçlerini arttırmak, yaşayış düzeylerini yükseltmek, ulusal ve insancıl değerlerini geliştirmek amacıyla okul eğitimi dışında yapılan eğitim çalışmaları yetişkin eğitimidir. Halk eğitimi ile yetişkin eğitimi eş anlamdadır. Yaygın eğitim terimi ise örgün eğitim olanaklarından yararlanamayanların seçtikleri meslek dallarında yeterli duruma gelmeleri için uygulanan eğitimdir (Fişek, 1978).

Sağlık Eğitimi: Okullarda öğrencilere ve toplumda tüm kişilere, toplumun sağlık düzeyini mümkün olan en yüksek düzeye ulaştırmak için yapılan eğitime sağlık eğitimi denir (Fişek, 1978).

1.7. Kısaltmalar

WHO: World Health Organization

TSH: Temel Sağlık Hizmetleri

AÇS: Ana Çocuk Sağlığı

AP: Aile Planlama

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

UNESCO: United Nations Educational, Scientific And Cultural Organization

VZIG: Varisella Zoster Immun Globulin

BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) eksperler komitesi sağlık eğitimini şöyle tanımlamıştır: "Sağlık eğitimi, kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak; kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak; sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla, birey olarak ya da topluca karar aldırmaktır" (Gökkoca, 2001).

Sağlık eğitimi; okul öncesi, okul, yetişkinlik, emeklilik dönemlerini kapsayan; aile, fert, grup ve topluma yönelmiş, sağlık bilgilerini, sağlık davranışlarını, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı geliştirmeye ve yükseltmeye çalışan; olumsuz sağlık uygulamaları, bilgileri ve davranışlarını yok etmeye, değiştirmeye ve olumlu yöne çevirmeye uğraşan; çeşitli eğitim metot, teknik ve yöntemlerini kullanarak aktif halde sağlıklı bir toplum ve sağlıklı bir iş gücü yaratarak ekonomiye ve milli hâsılaya katkı vermeye çalışır. Etkili bir sağlık eğitimi sonucunda sıhhatli kişiler, sıhhatli kişilerde sıhhatli fikirler ve kuvvetli ruh ile bir milli ruh ve birlik sağlamaktadır (Ak, 2005).

Sağlık eğitimi, sağlık bilgisi ile aynı şey değildir. Doğru bilgi, elbette ki sağlık eğitiminin temel parçasıdır. Fakat sağlık eğitimi aynı zamanda, kaynakların bulunabilirliliği, toplum liderliğinin etkinliği, aile üyelerinin sosyal desteği ve kendine yardım becerileri gibi sağlık davranışlarını etkileyen diğer faktörleri de vurgulamak zorundadır. Bu nedenle, sağlık eğitimi, kişilerin kendi durumlarını anlamalarına ve sağlıklarını geliştirecek faaliyetleri seçmelerine yardımcı olan çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Fakat kişilerin kendi seçimlerini yapmalarını sağlamadığı ve katılımlarını desteklemediği sürece, sağlık eğitimi tamamlanmış değildir. Örneğin, kişilerin yalnızca “uygun sağlık davranışları” nda bulunmaları gerektiğini belirtmek sağlık eğitimi değildir. Çocuğu tartılmak üzere ayda bir kliniğe götürmek, sağlığı geliştiren bir davranış değişikliği olduğu halde, bazı annelere bu güç gelebilir. Bazıları ise sağlıklı bir çocuğun kliniğe götürülmesinin gereksiz olduğunu düşünebilirler. Bir kısmı bebeği tartmanın amacını anlamayabilir ve bir kısım anne ise, ev işlerinin ve diğer görevlerinin sağlıklı bir bebeği kilo kontrolüne götürmekten daha önemli olduğunu düşünebilir. Sağlık eğitiminde, sorunlara çözüm aranırken bu farklı düşüncelerin hepsi göz önünde bulundurulmaktadır (Öztürk ve Çetinkaya, 1999).

Sağlık eğitiminde aynı zamanda olumsuz sağlık davranışı içinde olan bireyleri de suçlamamalıyız. Çünkü sağlıksız davranışlar genel olarak bireylerin hatası değildir. Herkesin sağlıklı bir yaşam sürmesi için en uygun kaynak ve desteği sağlamak amacı ile sağlık eğitiminde aileler, toplum ve hatta bölgesel ve ulusal yetkililer ile birlikte çalışmalıyız (Öztürk ve Çetinkaya, 1999).

2.1. Sağlık Eğitiminin Gerekliliği

Aktürk'e (2005) göre; günümüzde insanların en önemli ölüm nedenleri sırasıyla kalp hastalıkları, kanser ve inmedir. İnsanların %65'inden fazlası bu üç hastalıktan ölmektedir. Araştırmacılar bu hastalıklara neden olan en önemli etkenlerin neler olduğunu incelemişler. Bulgular, insanların ölümüne neden olan en önemli üç etkenin sırasıyla tütün kullanımı, kötü beslenme/hareketsizlik ve alkol kullanımı olduğunu göstermektedir. Dikkat edilirse bu etkenlerin hepsi yaşam tarzı değişiklikleriyle düzeltilebilecek zararlı alışkanlıklardır. Bu durumda bireylerin sağlığı için yapılabilecek en önemli girişimin olumlu yönde davranış değişikliği sağlamak olduğunu söyleyebiliriz. Davranış değişikliği sağlamanın yolu ise bireyin bilinçlenmesi ve eğitimden geçmektedir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının en önemli görevlerinden birinin, sağlıklı ve hasta bireylere yönelik sağlık eğitimi olduğu anlaşılmaktadır.

İnsanlar karşılaşacakları riskler ya da sağlıklı seçenekler konusunda bilgi sahibi olmadıklarından veya değer yargıları, edindikleri bilgiye göre davranış biçimlerini değiştirmeleri için yeterli olmadığından sağlıklarını bozan davranışlarda bulunabilmektedirler. Örneğin sigaranın zararını bilen kişi (bilgi) sigarayı bırakmak için bir istek duymakta (tutum) ancak bunu başaramamaktadır (davranış). Sağlıkla ilgili olumsuz davranışlardan kurtulup olumlulara yönelmek ancak bilgi-tutum ve davranış gelişmesi ile olabilecektir. Halkın sağlıklı davranışlara yönelmek, sağlıksızlardan uzaklaşmak konusunda bir eğilim içinde olduğunu söylemek zordur. Burada sistemli eğitim programlarının olmayışı önemli bir neden olarak ortaya çıkmaktadır. Bunların yanında halk, sağlık hizmetlerini kullanmak konusunda ve kendi kendine bakım hizmetleri ile ilgili olarak da sistemli bir şekilde bilgilendirilmemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1993).

2.2. Sağlık Eğitiminin Tarihçesi

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık eğitimi şöyle tanımlanmıştır:

Bireylere ve topluma sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetip uygulatmak, sağlıklarını ve çevrelerini iyileştirmek için insanları ikna etmek, bireylerin sağlık kuruluşlarından en iyi ve verimli bir şekilde yararlanmalarını sağlamak, ortak karara vardırmak ve eyleme yöneltmek amacıyla gerçekleştirilen eğitim uygulamalarıdır (www.saglikplatformu.com/saglik_egitimi/showquestion.as& fldAuto=16).

Her bilim dalının olduğu gibi sağlık eğitiminin de bir geçmişi vardır. Sağlık eğitimi insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahiptir. Eski çağlardan beri bütün dinlerin kutsal kitapları, kişisel temizlik, sağlık davranışları, hastalıkların önlenmesi gibi konulardan bahsetmektedir. Sağlık eğitimi, eski çağlarda (Mezopotamya, Eski İran, Yunanistan, Hititler v.b.) tapınaklara bağlı okullarda hekimlik eğitimi olarak yapılıyordu. Bu okullardan mezun olan hekimler tedavinin yanında aynı zamanda hastalarına eğitim de yapıyorlardı. Örneğin nelerin yenilip yenilemeyeceğini belirtirler ve önerilerde bulunurlardı. M.S. 980-1037 yılları arasında yaşayan İbni Sina yalnızca hastalıkların nedenlerini değil, aynı zamanda sağlıklı olmanın, sağlıklı kalmanın nedenlerini de bilmek gerektiğini belirtmiştir. Bu görüşten yola çıkarak İbni Sina sağlığı koruma bilimini geliştirmiştir. XVI. yüzyılda Avrupa'da çıkan salgın hastalıkları önlemek için karantina, hasta ve çevresini korumak için de ayırma uygulanmıştır. Örneğin lepralılar özel bir giysi giymek zorundaydılar. Çarşıya, pazara, alana girmeleri yasaktı. XVII. yüzyılda Londra'da çıkan veba salgınında da benzer uygulamalar yapılmıştır. XVIII. yüzyılın sonunda İş Hekimliği doğmuştur. İş Hekimliğinin doğuşuyla birlikte işçi sağlığı ve eğitimi uygulamaları başladı. Bu yüzyılın hekimlerinden olan Ramazzini işçi sağlığının düzeltilmesi için daha iyi beslenme ve daha az zor iş koşulları öneriyordu (www.saglikplatformu. com/saglik_egitimi/showquestion. asp?faq=2&fldAuto=16).

XIX. yüzyıla kadar yapılan sağlık eğitimi çalışmalarında bireyin bilgilendirilmesine önem veriliyordu. Bu yüzyıldan itibaren sağlık bilgi ve uygulamalarının geliştirilmesinde sağlık personelinin etkin rol alması gerektiği üzerinde durulmaya başlanmıştır. Örneğin Viyana Üniversitesi hastanesinde görev yapan Semmelweis otopsi yapan tıp öğrencileri ile hekimlerin eğitildiği doğum koğuşlarındaki ateş nedeniyle anne ölümlerinin, ebelerin görev yaptığı koğuşlardakine oranla daha yüksek olduğunu gözlemlemiştir. Bunun üzerine tıp öğrencilerinin ve hekimlerin klorlu solüsyonlarla ellerini temizlemeleri önerisinde bulunmuştur. Böyle bir hijyenik uygulamayla doğum koğuşlarındaki anne ölüm hızının önemli ölçüde düşmesini sağlamıştır. Sonuç olarak Semmelweis, sağlık personelinin de bilgilendirilmesi

gerektiğini ispatlamıştır. Eski çağlarda sağlık eğitimi ile ilgili yapılan çalışmaların kökeni bilimsel olmayan ampirik çalışmalardı. Günümüzde ise sağlık eğitimi bilimsel gerçeklere dayanmakta ve özel bir ders olarak üniversite ve okullarda okutulmaktadır. (www.saglikplatformu.com/saglik_egitimi/showquestion.asp?faq=2&fldAuto=16)

İngiltere'nin halk sağlığı konusunda 1936'da çıkardığı kanununda sağlık eğitiminden söz eden bir bölüm vardır. Dünya Sağlık Örgütü de 1946'da bünyesinde bir sağlık eğitimi şubesi oluşturmayı benimsemiş ve daha sonra da bu şubeyi kurmuştur. Böylece gelişmemiş ve geri kalmış ülkelerde halk sağlığını yükseltmek için halkın batıl inanışlarını, olumsuz geleneklerini, yanlış olan sağlık davranışlarını değiştirerek, doğru davranışların kazandırılması çalışmaları başlamıştır (www.saglikplatformu.com/saglik_egitimi/showquestion.asp?faq=2&fldAuto=16).

1951'de Paris'te Uluslararası Sağlık Eğitimi Birliği kurulmuştur. Çağımızın önemli sorunları arasında bulunan trafik kazaları, ruh sağlığı bozuklukları, stres, yaşlılık sorunları konularında eğitim yolu ile getirilebilecek çözümler üzerinde araştırmalar yapılmaktadır. Ülkemizde sağlık eğitimi ile ilgili gelişmeler 24.04.1930 tarihinde kabul edilip, 06.05.1930 tarih ve 1489 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 1593 sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" ile başlamıştır. 23.06.1936 tarih ve 3337 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 3017 sayılı "Sıhhat ve İçtima Muavenet Vekâleti Kanununa" göre teşkilatlanan "İçtimai Muavenet İşleri Dairesi" bünyesinde Öğretim İşleri Şubesi kurulmuş olup, 03.09.1960 tarih ve 263 sayılı Makam Onayı ile Mesleki Murakabe ve Eğitim Genel Müdürlüğü" adını almıştır (www.saglikplatformu.com/saglik_egitimi/showquestion.asp?faq=2&fldAuto=16).

30.04.1963 tarih ve 11334 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 225 sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Kuruluş ve Memurları Kanunu" ve "4862 Sayılı Kanuna Bağlı (1) ve (2) Sayılı Cetvellerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" ile 3017 sayılı Kanun'un 3. maddesinde yer alan Mesleki Murakabe ve Eğitim Genel Müdürlüğü" şeklinde değiştirilmiştir. Anılan Genel Müdürlük 20.02.1982 tarih ve 8/4334 sayılı Bakanlıkların Yeniden Düzenlenmesine Dair Kararname ile Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü adını almıştır. Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 3. madde 12.fıkrası esas alınarak ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasası da dikkate alınarak 10.04.1965 tarih ve 11976 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 555 sayılı yasa ile Ankara Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü kurulmuştur. Bu enstitünün kurulmasıyla hekim dışı sağlık personelinin hizmet içinde geliştirilmeleri amaçlanmıştır (www.saglikplatformu.com/saglik_egitimi/showquestion.asp?faq=2& fldAuto=16).

Avrupa Birliği normlarında uygun sağlık insan gücü yetiştirmek üzere, Sağlık Reformu kapsamında I. Ulusal Sağlık Kongresi'nde belirlenen hedefler doğrultusunda, "Sağlık Eğitimini Yeniden Yapılandırma Projesi" başlatılmıştır. Bu proje kapsamında Sağlık Bakanlığına bağlı üç yıl süreli sağlık eğitim enstitüleri yerine Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı çatısı altında Sağlık Eğitim Fakültelerinin kurulmasına karar verilmiştir. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığının talebi üzerine, 24.08.1994 tarih ve 94/6138 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile Ankara'da Ankara Üniversitesi'ne, İstanbul'da ise Marmara Üniversitesi'ne bağlı olarak Sağlık Eğitim Fakülteleri kurulmuştur (www.saglikplatformu.com/saglik_egitimi/showquestion. asp?faq=2&fldAuto=16)

2.3. Sağlık Eğitimi Kavramı

Toplumun hayat standartlarının yükseltilmesi için genel eğitim ve ekonomik standartların geliştirilmesi yanında sağlık eğitimine de büyük önem verilmelidir. Kişi ve toplum ne kadar iyi ve yeterince sağlık konusunda eğitilmişse sağlık çalışmaları o kadar verimli ve başarılı olacaktır (Ak, 2005).

Çeşitli gelişmiş ülkelerde sağlık eğitimine büyük önem verilmektedir. Sözgelimi, Avrupa ülkeleri sağlık eğitimi konusunda Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık eğitimi tarifini dikkate alarak çalışma yapmaktadır. Bu tarife göre sağlık eğitimi; fert, grup veya toplulukların sağlık konusundaki inanç, tutum ve davranışlarını etkileyen tecrübelerin ve optimal sağlık için gerekli olduğunda da değişiklik meydana getirme işlem ve çabalarının tamamı ile ilgilidir. Sağlık eğitiminin bu geniş kavramı olumlu ve olumsuz birçok tecrübeleri fert, grup ve toplulukların sağlık hakkında düşündükleri, hissettikleri veya yaptıkları şeyler üzerinde bir etkide bulunduğunu kabul etmekte ve sağlık eğitimini sağlık faaliyetlerinin sadece planlı ve usulüne uygun hallerde inhisar ettirmemektedir. Daha dar anlamda ise sağlık eğitimi; daha çok fert, grup ve topluluk sağlığına ulaşmak için zaman zaman çeşitli yöntemlerle ve en faydalı sağlık bilgileri ve sağlıkla ilgili tutum ve davranışların geliştirilmesini sağlayan çeşitli durumlar vasıtası ile teşvike ve tecrübe sağlanmasına matuf planlı ve usulüne uygun gayretler kastedilmektedir (Ak, 2005).

2.4. Sağlık Eğitiminin Amacı

Sağlık eğitiminin amacı; bireyin ve toplumun gereksinimlerini karşılayacak, sağlıklı yaşam için kişilerin sağlıklarını korumalarını ve geliştirmelerini, tedavi

olanaklarından yararlanmaları ve olumlu bir çevre yaratmalarını sağlayacak davranış değişikliği oluşturmaktır (Gökkoca, 2001).

Temel amaç açısından ele alındığında sağlık eğitiminin amaçları:

1. Toplum tarafından önemsenen iyi bir sağlık durumu oluşturmak,
2. Sağlık hizmetlerinin tam kullanımını ve geliştirilmesini teşvik etmek,
3. İyi bir sağlık durumunu nasıl sağlayacakları konusunda insanları bilgilendirmek,
4. İnsanların kendi eylem ve çabalarıyla iyi sağlık durumunu gerçekleştirmeleri için teşvik edilmesi şeklinde sıralanmaktadır (Ak, 2005).

Bir toplumda sağlığın korunması ve geliştirilmesi için mutlaka gerekli olan ve Alma Ata Bildirgesi'nde (1978) Temel Sağlık Hizmetlerinin (TSH) sağlanması için vazgeçilmez olarak belirtilen etkinlikler şunlardır:

- Sağlık eğitimi çalışmalarının yapılması,
- Beslenme durumunun geliştirilmesi,
- Temiz su sağlanması ve çevre sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması,
- Ana çocuk sağlığı (AÇS) ve aile planlama (AP) hizmetlerinin yaygınlaştırılması,
- Başlıca bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklamanın sağlanması,
- Endemik hastalıkların denetimi,
- Sık görülen hastalıklar ve yaralanmaların uygun tedavisi,
- Temel ilaçların sağlanması.

"Yaygın görülen sağlık sorunları, bunların önlenmesi ve denetimi ile ilgili olarak halkın eğitilmesi" temel sağlık hizmetleri (TSH)'nin ilk maddesidir. İnsan sağlığındaki ilerlemeler sağlık bilimlerindeki gelişmelerin yanı sıra, insanların bu gelişmeler doğrultusunda yaşam biçimlerini değiştirmelerine bağlıdır. Bu değişmeyi sağlamada, sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde en önemli yöntemlerden birisi "sağlık eğitimi" dir (Gökkoca, 2001).

2.5. Sağlık Eğitiminin Konusu

Sağlık eğitimi, amaçlarına ulaşmak için kötü alışkanlıkları düzeltmek, çevre sağlığı konularında gerekli denetim ve ıslahı sağlamak, yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamak, ruh sağlığı bilgilerini pekiştirmek, enfeksiyonlara karşı koruyucu aşılarla bağışıklığı sağlamak, kazalardan korunmak, hekim-hasta ilişkilerinin düzenini

geliştirmek, hastalık ve yaralanmalardan sonraki rehabilitasyon işleri, doğrudan ve dolaylı bir şekilde de olsa kişi ve toplum sağlığını ilgilendiren çeşitli hizmetler hep sağlık hizmetlerinin konusudur (Ak, 2005).

Sağlık eğitimi birden çok alanı ilgilendiren (multidisipliner) bir ekip işidir. Sağlık eğitimini sadece sağlık çalışanlarının vereceği gibi bir beklenti içerisinde olmak son derece yanlış olur. Sağlık eğitimi ailede anne baba tarafından başlatılan ve okulda öğretmenler tarafından devam ettirilen, doktor veya hemşireyle karşılaştıkça pekiştirilen ve basın ve kitaplar tarafından desteklenen uzun bir süreçtir. Sağlık çalışanları bu konuda koordinatör ve danışman rolü oynayabilirler. Ancak, belli grupların ve konuların eğitiminde belli meslek gruplarının daha etkili olabileceği unutulmamalıdır. Örneğin, genç bir kıza beden gelişimi konusundaki eğitimi en rahat annesi verebileceği gibi, diş fırçalama konusunda bir ilkokul öğretmeninin öğrencilerine yaptığı telkinlerin daha etkili olabileceği açıktır (Aktürk, 2005).

2.6. Okul ve Sağlık

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 (Önsüz, 2007).

Çocukların bedensel, ruhsal, duygusal ve sosyal yönden sürekli bir büyüme ve gelişme içinde olduğu okul döneminde; eğer olumlu bir etkileşim sağlanırsa, çocuklar bu dönemi sağlıklı bir şekilde geçirirler. Üstelik bu dönemde alınacak koruyucu kimi önlemler yaşam boyu yararlı olur. Çocukların ev ve aile ortamı dışında ilk kez başka kişilerle birlikte ve sıkı bir ilişki içinde yaşadıkları ortam okul ortamıdır. Bu ortamda bulaşıcı hastalıkların yayılması ve kazaların görülmesi olasılığı fazladır (Bursa İl Sağlık

Müdürlüğü, 2002).

Okulla çocuğun evi arasındaki etkileşim, birçok konuda olduğu gibi, sağlıkla ilgili konularda da toplumu güdülendirici bir etki yapar. Böylece okul sadece öğrenci ailelerini değil, bu ailelerle ilişkide bulunan toplumu da etkisi altına alır. Özellikle az gelişmiş ülkelerde, öğretmen, toplumun sağlık durumunu etkileyen en önemli kişilerden biri olma durumundadır (Alkan, 2002).

2.7. İlköğretim Hayat Bilgisi Dersi Öğretim Programı

Okula başlamadan önce çocukların dünyası, aileleri ve ailelerinin onlara sağlayabildiği olanaklarla sınırlıdır. Okul, çocuklara farklı olanaklar sunarak, daha geniş bir dünyaya açılmalarını sağlar. Hayat Bilgisi dersi de bu geniş dünyada çocuklara rehber olacak bir derstir (İlköğretim 1, 2 ve 3. Sınıflar Hayat Bilgisi Dersi Öğretim Programı ve Kılavuzu, 2005).

Öğretim programları bireyin akademik, sosyal, kişisel gelişmesine hizmet eden amaçları bir bütün olarak göz önünde bulundurmalıdır. Yenilenen hayat bilgisi dersi programı, öğrencinin bir bütün olarak gelişmesini ve okul dışındaki gerçek dünya ile uyum içinde olmasını sağlayacak becerileri kazanmasını hedeflemektedir. Öğrencilerin sadece diploma almak için değil, yaşamlarının anlamlı olması için bu dersin içeriğinin hayat ile bire bir ilişkilendirilmesi ilkesi benimsenmiştir (İlköğretim 1, 2 ve 3. Sınıflar Hayat Bilgisi Dersi Öğretim Programı ve Kılavuzu, 2005).

Hayat bilgisi dersi programı ile, çocuklarımızın temel yaşam becerilerine ve istenen kişisel niteliklere sahip bireyler olarak yetişmeleri ve yaşamda kullanabilecekleri bilgilere ulaşmaları hedeflenmiştir (İlköğretim 1, 2 ve 3. Sınıflar Hayat Bilgisi Dersi Öğretim Programı ve Kılavuzu, 2005).

2.7.1. Öğrencilere Kazandırılacak Beceriler

Öğrenciler, becerileri ve becerilerle ilgili kazanımları, karşılaştıkları nesneler, olaylar ve materyaller hakkındaki bilgileri işlemekte kullanırlar. Bu beceriler geliştirilmedikçe, çocukların anlayarak temalarla ilgili sonuçlara ulaşmaları söz konusu olmamaktadır. Bu nedenle; ilköğretimde hayat bilgisi eğitiminin temel görevlerinden birisi, öğrencilerin bu becerileri kazanmalarına yardımcı olmaktır. Beceri kazanmada nasıl bir yol izleneceği önceden bilinirse, öğrencilerin bu becerileri kazanmalarına yardımcı olunabilir. Beceri kazanma bazen kendiliğinden, bazen de aktif bir süreç

sonucu gerçekleşmektedir. Becerilerin kazanılması sırasında öğrencilerde görülen değişikliklerin nasıl gerçekleştiği kesin değildir. Ancak araştırma sonuçları bu durumun olgunlaşma ve deneyim kazanma ile birlikte oluştuğunu göstermektedir. Ayrıca eğitimde çocuğa uygun yaşantı ortamları sağlanırsa, becerilerin daha çabuk gelişeceği yönünde kanıtlar vardır. Ancak bu, gelişmenin zihinsel olgunluk sınırı bulunmadığı anlamına gelmez. Bu konuda öğretmene düşen görev, öğrencilerinin bu becerileri kazanmaları için gerekli koşulları ve teşviki sağlamaktır (İlköğretim 1, 2 ve 3. Sınıflar Hayat Bilgisi Dersi Öğretim Programı ve Kılavuzu, 2005).

Hayat Bilgisi dersinde öğrencilere sağlıkla ilgili kazandırılması istenen beceriler şu başlıklar altında toplanmaktadır;

Güvenlik ve Korunmayı Sağlama:

1. *Sağlık Güvenlik Kurallarına/Prosedürlerine Uyma*

- Güvenliğe yönelik olumlu tutumlara sahip olma
- Acil durumlarda çıkış kapılarını ve özellikle yangın çıkış yerlerini bilme
- Güvenlik prosedürlerini ve ilkelerini bilme
- Acil durumlarda sığınma alanlarını bilme
- İlk yardım bilgilerini bilme
- Temiz ve güvenli bir çalışma çevresi oluşturma
- Güvenlik kurallarını ve sağlıklı olma ilkelerini açıklama
- Sağlığı ve güvenliği için kişisel sorumluluğunu açıklama

2. *Sağlığını Koruma*

- Uyku, aşı olma, dengeli ve düzenli beslenme, kişisel bakım, spor, temizlik, ilk yardım, acil durumlarda başvurulacak kişileri/yerleri bilme
- Temel ihtiyaçları tanıma (beslenme, uyku, barınma) (İlköğretim 1, 2 ve 3. Sınıflar Hayat Bilgisi Dersi Öğretim Programı ve Kılavuzu, 2005).

Tablo 2.7.1.1.'de Milli Eğitim Bakanlığı'nın Hayat Bilgisi dersi müfredatı ile her sınıfta öğrenciye kazandırılması istenen beceriler; ders kazanımları ve sağlık kültürü kazanımları olarak gruplanmıştır. Buna göre öğrenci; ilköğretim birinci, ikinci ve üçüncü sınıfta Hayat Bilgisi dersi kapsamında sağlığı korumak amacıyla gerçekleştirilmesi gereken davranışları ve temel sağlık bilgisini edinmekte, sağlığın önemini kavramaktadır. İlköğretimin birinci kademesinde dördüncü ve beşinci sınıflar ile, ilköğretimin ikinci kademesinde altıncı, yedinci ve sekizinci sınıflarda ise fen ve teknoloji dersi kapması içerisinde sağlık eğitiminin sürekliliği sağlanmaktadır

(İlköğretim 1, 2 ve 3. Sınıflar Hayat Bilgisi Dersi Öğretim Programı ve Kılavuzu, 2005).

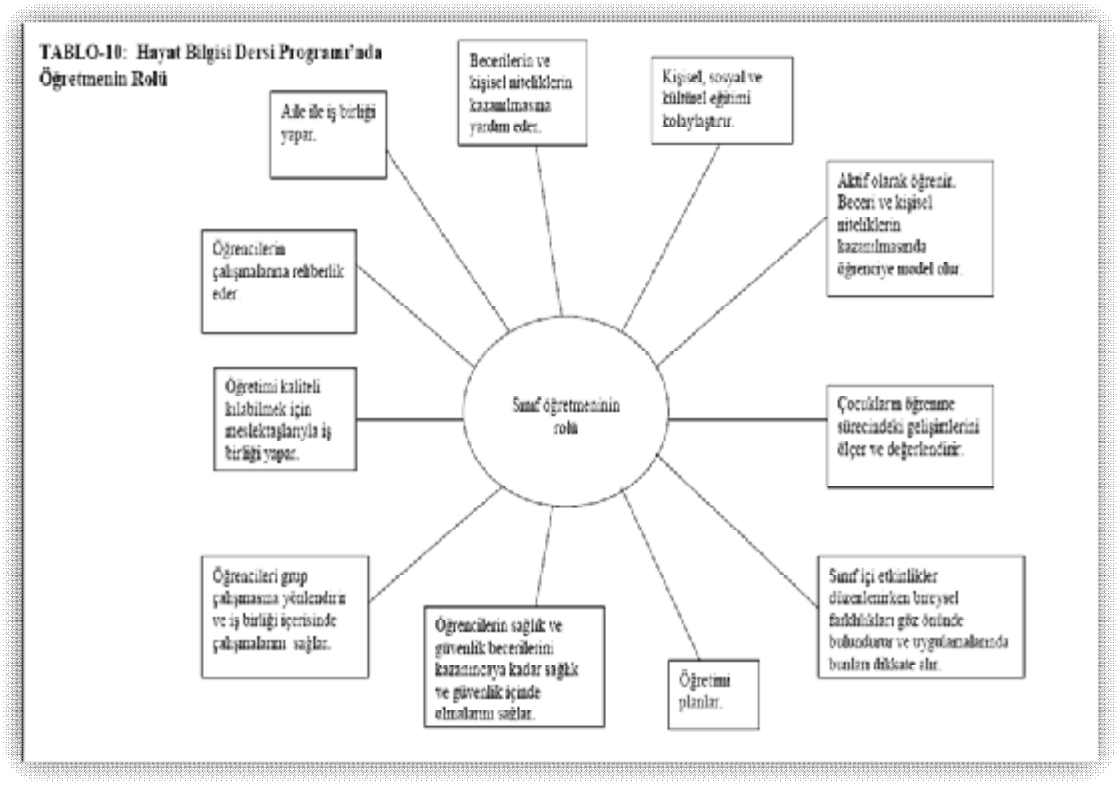
Tablo 2.7.1.1. Hayat Bilgisi Dersinde Sağlıkla İlgili Kazandırılması İstenen Beceriler

Sınıf	Tema	Ders Kazanımları	Sağlık Kültürü Kazanımları
1	Okul Heyecanım	A.1.8. Kişisel Bakımını sağlamak için yapabileceklerini belirler.	12. Bedeninin bakım ve korumasını yapar.
		A.1.13. Arkadaşları ile benzer ve farklı yönlerini fark eder.	6. Bedensel özelliklerdeki bireysel farklılıkları fark eder.
		A.1.16. Beslenme saatinde temizlik ve görgü kurallarına uyar.	18. Büyüme ve sağlıklı olma için beslenmenin önemini açıklar.
		A.1.23. Sağlığını korumak için aşı olması gerektiğini anlar ve aşı olmaktan kaçınmaz.	15. Sağlıklı yaşam için aşı olmanın gerekliliğini açıklar.
2	Okul Heyecanım	A.2.7. Neden dengeli ve düzenli beslenmesi gerektiğini araştırır, anlatır.	19. Düzenli beslenme alışkanlığı edinir.
			22. Dengeli beslenmeye özen gösterir.
		A.2.15. Vücudunun bölümlerini tanıyarak, kendisinin ve arkadaşlarının vücudunun değerli olduğunu kabul eder.	7. Beden bölümlerinin işlevlerini bilir.
		A.2.16. Sağlığını koruma sorumluluğunu üstlenir ve okulda sağlığını korumak için yapması gerekenleri açıklar.	13. Sağlıklı olmanın bireyin öz sorumluluğu ile ilişkisini kurar.
3	Benim Eşsiz Yuvam	B.2.9. Sağlıklı büyüme ve gelişme ile kişisel bakım, spor, dengeli ve düzenli beslenme arasındaki ilişkiyi açıklar.	18. Büyüme ve sağlıklı olma için beslenmenin önemini açıklar.
			19.Düzenli beslenme alışkanlığı edinir.
	Okul Heyecanım	A.3.16. Dengeli ve düzenli beslenmek için doğal, sağlıklı ürünleri tüketir.	19. Düzenli beslenme alışkanlığı edinir.
			22. Dengeli beslenmeye özen gösterir.

(İlköğretim 1, 2 ve 3. Sınıflar Hayat Bilgisi Dersi Öğretim Programı ve Kılavuzu, 2005)

2.7.2. Hayat Bilgisi Dersinde Öğretmenin Rolü

Bu programda öğretmenlerin temel rolü, öğrenme-öğretme ortamını düzenlemek, etkinlikler konusunda öğrencilere rehberlik yapmaktır. Öğretmenin diğer rolleri de Şekil 2.7.2.1'de gösterilmiştir.



Şekil 2.7.2.1. Hayat Bilgisi Dersi Programı'nda Öğretmenin Rolü
(İlköğretim 1, 2 ve 3. Sınıflar Hayat Bilgisi Dersi Öğretim Programı ve Kılavuzu, 2005)

Sınıf içi etkinlikler uygulanırken öğretmenlerden beklenenler şunlardır:

- Öğrenci özerkliğini ve girişimlerini desteklemek.
- Öğretimde çeşitli ortam ve materyallerin yanı sıra verileri ve birincil bilgi kaynaklarını kullanmak.
- Öğrenmeyi toplumsal deneyimler sağlayacak şekilde organize etmek.
- Bir öğrenme görevini oluştururken gerçek yaşamda karşılaşılan düzeyde karmaşık olmasına dikkat etmek.
- Bir öğrenme görevini oluştururken "belirlemek", "karşılaştırmak", "sınıflamak", "çözümlemek", "oluşturmak" gibi üst düzey bilişsel etkinlikleri gerektiren görevlere ağırlık vermek.
- Bir öğrenme görevi oluştururken doğrudan parçalara ayırmak yerine öncelikle bütüncül olarak tasarlamak.

- Öğrenenlere açık uçlu, düşündürücü, anlamlı ve derinliği olan sorular sorunuz. Onları konuyu araştırmaları için desteklemek. Aynı zamanda öğrencilere kendi arkadaşlarına sorular sormaya yönlendirmek.
- Öğretim sırasında öğrenme döngüsü modeli (keşfetme, kavramı tanıtma, uygulama) kullanarak öğrencilerin doğal merakını beslemek.
- Öğrenci tepkilerine göre dersi yönlendirmek. Gerekli olduğunda öğretim stratejilerini ve içeriği değiştirmek.
- Öğrencilerin ilgilerini çekecek sorunlar ortaya atmak.
- Öğrencilerin hem öğretmenle hem diğer öğrencilerle etkileşimini desteklemek.
- Öğrencilerin yaptıkları hataları anlamaları için geri bildirim kullanmak.
- Öğrencilere bir soru yönelttiğinizde olası bir yanıt üzerinde düşünmeleri için yeterince bekleme süresi tanımak.
- Öğrencilere sunulan bilgiler arasında bağlantı kurabilmeleri ve çeşitli görüşleri birbirleriye karşılaştırabilmeleri için zaman vermek.
- Öğrencilerin başarısını öğrenme bağlamına göre değerlendirmek.

2.8. Sağlık Eğitiminde Genel İlkeler

Sağlık eğitimindeki genel ilkeler Gökkoca (2001) tarafından şu şekilde sıralanmıştır:

A. Açık Amaç İlkesi: Her eğitim programında amaçlar açıkça belirlenmelidir.
B. Bireysel Farklılık İlkesi: Eğitimde bireysel farklılıklar dikkate alınmalıdır.
C. Sıra İlkesi: Kişiye ne öğretilecekse öğretilsin onun bildiklerinden başlanmalıdır.
D. Doğru Uygulama İlkesi: Eğitim yaşantıları gerçek yaşama benzer olmalı ve eğitimde gerçek yaşamdakine yakın araç gereçler ve örnekler kullanılmalıdır.
E. Sonuçların Doğruluğu İlkesi: Eğitimin her evresinde ölçülebilir ve gözlenebilir değerlendirme yöntemleriyle sonuçların doğruluğu denetlenmelidir (Gökkoca, 2001).

2.9. Sağlık Eğitiminin ve Eğiticilerin Özellikleri ile Temel Kurallar

Toplumda sağlık eğitimi hizmetlerini planlamak, uygulamak ve değerlendirmek için yetişkin eğitiminin, özellikle değer yargısı ve davranış değiştirme amacıyla yapılacak eğitimin şu beş temel özelliğini bilmek gerekir (Fişek, 1978).

2.9.1. Seçicilik

Yetişkin eğitiminin okulda yapılan eğitimden farkı, yetişkinlerin öğrenmelerinin tümüyle kendi isteklerine bağlı olması, öğrenmek istedikleri konuyu kendilerinin seçmesidir. Örgün eğitimde öğrenci, istese de istemese de, öğretmenin söylediğini öğrenme ve hatta uygular görünme zorundadır. Halkın böyle bir zorunluluğu yoktur. Yetişkinler ilgilendikleri şeyleri öğrenirler. Bir konuyla ilgilenmiyorlar veya kendi yaptıklarının doğru olduğuna inanıyorlarsa söylenenleri yapmak değil, dinlemezler bile. Bu nedenle planlama ve uygulamada unutulmaması gereken husus, okulda öğrencinin verilen dersleri öğrenmesinin kendi sorunu, yetişkin eğitiminde ise halkın değer yargılarını ve davranışlarını değiştirmek eğiticinin sorunu olduğudur. Örneğin: Bir anne çocuğunu iki yaşına kadar emzirmenin gerektiğine inanıyor, buna karşın hekim veya ebe bu uygulamayı annenin ve çocuğun sağlığı için zararlı buluyorsa, bu sağlık düzeyini yükseltmek isteyen hekimin, ebenin sorunudur. Uygulamalarda ortaya çıkan bir zorluk da sağlık düzeyini yükseltmekle görevli hekim ve ebenin kişisel amaç ve beklentileriyle örgütün amacı arasındaki çelişkidir. Hekim veya ebe, örgütün amacına göre değil de kendi amaç ve beklentileri yönünde çalışma yoluna giderse, o zaman halkın sağlık konusunda eğitimi sorunu ortada ve sahipsiz kalır (Fişek, 1978).

Bu nedenle uygulamada personelle örgüt amacını eşleştirmede ne kadar başarı sağlanırsa personelin halkı eğitmesi o derecede mümkün olur ve başarı umudu doğar. Halkı konu ile ilgilendirmenin yolu da, mümkün olan durumlarda, halkın ihtiyacıyla eğitim konusu arasında ilişki kurmak ve konuyu kişinin sorunu haline getirmektir. Örneğin; halka gelir kaybı, iş gücü kaybı ve hastalıklar arasındaki ilişkinin gösterilmesi, kişilerin hastalıklardan korunmak için davranışlarını değiştirmeyi kabul etmesi olanağı yaratabilir (Fişek, 1978).

2.9.2. Uygulanabilirlik

Bir okulda öğrenciye öğretilen bir şey o öğrencinin, istese bile uygulayamayacağı, hatta uygulanmaması gereken bir şey olabilir. Sağlık eğitiminde ise öğretilen şeyin uygulanabilir olması şarttır. Uygulama olanağı olmayan bir konuda eğitim, anlamsız olması bir yana, halkı ilgilendirmez ve beklenen sonucu veremez. Kişiler duyarak değil, uygulayarak yeni davranışlar kazanır. Örneğin; çocukların aşılanması için sağlık örgütü olmayan bir yerde ana-babaya çocuklarını aşılatma eğitimi

sonuç vermez. Ancak bu hizmeti elde edebilmeleri için hükümete baskı yapmaları amacına yönelik temel eğitim yapılabilir (Fişek, 1978).

2.9.3. Süreklilik

Sağlık mesleklerinde çalışanların hiç unutmamaları gereken husus, halk eğitiminin çok yavaş gelişen bir süreç olduğudur. Kuan-Su, (M.Ö. 700 yıllarında yaşayan bir Çin filozofu) bunu şöyle anlatır: "Bir yıl sonrasıysa düşündüğün tohum ek. Ağaç dik on yıl sonrasıysa tasarladığın. Ama düşünüyorsan yüz yıl sonrasını halkı eğit". Halk eğitiminde amaca ulaşmanın çok uzun zaman alabileceğini bilmek sadece hizmeti planlayanların değil, bu hizmeti yürütenlerin de bilmesi, umutsuzluğa düşüp eğitim çabalarını durdurmaması için gereklidir (Fişek, 1978).

Amaçsız, plansız ve zaman zaman yapılan eğitim uygulamalarıyla davranış değiştirilemez. Hedef olan kişilerin sürekli olarak eğitim baskısı altında tutulması başarının koşullarındandır. Eğitimde sürekliliğin önemini vurgulamak için toplumda eğitim sürecinin gelişme mekanizmasını hatırlamak gerekir. Bir topluma yeni bir düşünce ve uygulama sokulduğunda önce önder tipli kişiler bunu deneme amacıyla uygular. Bu ilk uygulamayı sağlamak eğiticinin ilk başarısıdır. Bu nedenle eğitimde kitle değil önder tipli kişiler hedef olarak alınmalıdır. Halkın büyük çoğunluğu önder tipli kişilerin uygulamasını gözlerler ve yarar-zarar yönünden değerlendirirler. Olumlu kanıya varanlar zamanla uygulamaya katılırlar (Fişek, 1978).

2.9.4. Toplumda Herkesi Kapsama Zorunluluğu

Belli bir konuda yapılan sağlık eğitiminin başarılı olması için, toplumda o konuyla ilgili herkesin eğitilmesi gerekir. Örneğin, çocuk beslenmesinde genç anne kadar, büyük annenin eğitilmesine de önem verilmelidir. Okulda diş temizliği konusunda yapılan eğitimi desteklemek ve olanak sağlamak için, aileyi hedef alan eğitim yapılmazsa eğitimde beklenen başarıya ulaşılamaz. Örnekler istendiği kadar artırılabilir. Özet olarak, sağlık eğitim programları okulda, ailede ve toplumda aynı zamanda birbirini tamamlayacak şekilde yürütülmelidir (Fişek, 1978).

Okullarda sağlık eğitimi çok önemlidir. Çocuklara doğru davranış kazandırabilmek yetişkinlerin davranışını değiştirmekten daha kolaydır. Bu nedenle sağlık örgütü okullarda sağlık eğitimine çok önem vermelidir. Ancak bu eğitimin başarısı için, en azından yaşlı kuşağın çocuğa olumsuz etki yapmamasını sağlayacak

şekilde eğitilmesi gereklidir. Bu sağlanırsa bir iki kuşak sonra eğitimin amacına varması sağlanmış olur (Fişek, 1978).

2.9.5. Eğiticinin Niteliği

Sağlık alanında eğitimde en etkili yöntem grup halinde veya yüz yüze eğitimdir. Yüz yüze eğitimde de başarının temel koşulu eğiticinin niteliğidir. Eğitimin başarılı olabilmesi için eğiticide aşağıdaki nitelikler bulunmalıdır:

a) Eğitici halkın tanıdığı ve inandığı bir kişi olmalıdır,
b) Eğitici halka, sağlık eğitimi yanında, halkın istediği bir hizmeti götüren kişi olmalıdır,
c) İletişimi kolaylaştırmak için eğiticiyle eğittiği kişilerin kültür düzeyleri, olanak çerçevesinde birbirine yakın olmalıdır,
d) Eğitici, eğitim yaptığı kişilerin kültürünü, sorunlarını, beklentilerini çok iyi bilmelidir.
e) Eğitici, eğittiği kişilere saygılı olmalı ve onları incitecek, küçük düşürecek davranışlardan kaçınmalıdır.

2.10. Sağlık Eğitim Yöntemleri

Eğitim, yöntem bakımından teke tek veya grup halinde yüz-yüze eğitimle televizyon, radyo, gazete, afiş, broşür ve kitap gibi kitle haberleşme araçlarıyla eğitim olarak iki gruba ayrılır. Sağlık eğitiminde uygulamanın önemi göz önüne alınırsa, yüz yüze eğitimin temel yöntem olduğu ortaya çıkar. Gerçekten de uygun eğiticiler tarafından yapılan yüz yüze eğitim olmadan halkın değer yargılarını ve davranışını değiştirmek hemen hemen olanaksızdır. Bu nedenle sağlık eğitim programlarının hazırlanmasında yüz yüze eğitim temel hizmet; kitle haberleşme araçlarıyla eğitim bunu destekleyen hizmet olarak ele alınmalıdır (Öztürk ve Çetinkaya, 1999).

Eğitim yöntemleri konusunda uygulamanın önemini vurgulamak için her eğiticiye rehber olacak aşağıdaki Çin Atasözünü de hatırlatmak gerekir:

"Duyarsam unuturum"

"Görürsem hatırlayabilirim"

"Yaparsam öğrenirim" (Fişek, 1978).

Eğitim programı kişilere yeni becerilerini mümkün olduğunca uygulama olanağı vermelidir. Kişileri teşvik eden ve uygulamalarını sağlayan sağlık eğitimi yöntemleri bu nedenle çok önemlidir (Öztürk, 1999).

2.10.1. Öğrenen Merkezli ve Kişiye Göre Eğitim

Sağlık eğitimi hastaları olduğu kadar sağlıklı kişileri ve bunların ailelerini de içeren, birden çok meslek grubunun işbirliğini gerektiren bir uygulamadır. Verilecek eğitimin başarısı eğitilenlerin özel durumlarının ne kadar dikkate alınabildiğine bağlıdır. Öğrenen ihtiyaçlarını belirlemek için aşağıdaki faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

- Eğitilenlerin eğitim sürecine aktif olarak katılmaları sağlanmalıdır.
- Birey için en uygun dil veya iletişim yolu dikkate alınmalıdır.
- Bireylerin okur-yazarlık durumlarına uygun yöntemler seçilmelidir.
- Özellikle erişkin eğitiminde ilgili konuda bireylerin bilgi birikimi dikkate alınmalıdır.
- Öğrenmeye ne kadar hazır olduğu tespit edilmeli ve "öğrenebilir anlar" yaratılmalıdır.
- Muhtemel öğrenme engelleri saptanmalı ve yok edilmelidir.
- Bireyin fiziksel, bilişsel ve duygusal engelleri dikkate alınmalıdır.
- Kültürel ve dini faktörler dikkate alınmalıdır.
- Yaş ve gelişimsel faktörlere uygun eğitim verilmelidir (Aktürk, 2008).

Sağlık eğitimi birey, aile ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmede vazgeçilmez ve en önemli faktördür. Öncelikle sağlık personeline bu eğitimin gerekliliği konusunda tutum kazandırılması ve eğitimi verecek bilgi, beceri ve araç gereçle donatılması gerekmektedir. Bunun dışında sağlık otoritesinin koordinasyonunda çeşitli meslek gruplarının bu eğitimde rol almaları ve yardımlaşmaları sağlanmalıdır. Eğitimde toplum katılımı mutlaka sağlanmalı ve bireysel ihtiyaçlara uygun eğitim verilmelidir. Hastanelerde ve muayenehanelerde broşürler, kapalı devre televizyonlar gibi görsel ve işitsel araçlar aracılığıyla eğitim verilmeli, ayrıca eğitim birimleri oluşturulmalıdır (Aktürk, 2008).

2.10.2. Sağlık Eğitiminde Ele Alınan Temel Konular

a) **Kişisel hijyen eğitimi**: Temizlik, beslenme, giyinme, uyku, fiziksel dinlenme, ruhsal dinlenme, boş zamanları değerlendirme ve spor yapma.
b) **Çevre sağlığı (sanitasyon) eğitimi:** Yeteri kadar temiz su temini, katı-sıvı atıkların zararsızlaştırılması, besin denetimi ve sanitasyonu, vektörlerin kontrolü ve vektörlerle savaş, konut hijyeni, kazalardan korunma çalışmaları, endüstri hijyeni, gürültü ile savaş, iyonizan radyasyonlardan korunma, hava kirliliği ile savaş.
c) **Kazalardan korunma eğitimi**
d) **İlkyardım eğitimi**
e) **Ana ve çocuk sağlığı eğitimi:** Ana sağlığı, çocuk sağlığı, büyümenin izlenmesi, ishalde ağızdan sıvı verme, anne sütü ile beslenme, aşılama.
f) **Aile planlaması eğitimi**
g) **Bulaşıcı hastalıklardan korunma eğitimi**
h) **Sağlığa zararlı alışkanlıklar eğitimi**
i) **Dejeneratif hastalıklardan korunma eğitimi** (Gökkoca, 2001).

2.11. Sağlık Eğitimi Yaklaşımları

Son yıllarda çok sayıda sağlık eğitimi yaklaşım ve modeli ortaya konmuştur. Bu yaklaşımlar sağlık eğitimini medikal, eğitimsel, sosyal ve politik boyutlardan herhangi birinde ya da birkaçında ele alınmasına dayanmaktadır. Ancak, sağlık eğitimi kuram ve uygulamaları her zaman bu boyutların tümünü içermek durumundadır. Sağlık eğitimi yaklaşımları geleneksel ve modern (çağdaş) başlıkları altında sınıflandırılır (Tabak, 2000).

2.11.1. Geleneksel Yaklaşım

Geleneksel sağlık eğitimi yalnızca ve doğrudan önlemeye ve korumaya yönelik bir yaklaşımdır. Pozitif sağlık anlayışı taşımadığı için negatif yönelimlidir. Bozulan sağlığın bedensel yönünü ön planda tutmaktadır. Medikal yönünü yansıtmaktadır ve eğitsel temeli oldukça dardır. Medikal çerçevede tanımlanmış bilgiler aynı nitelikli tutumlar yoluyla davranış düzeltmek amacıyla belli bir düzen içinde eğitimci tarafından sorunlu kişilere sağlanır ya da aktarılır. Bu yaklaşımda ‘Rasyonel Birey’ nosyonu

savunulmaktadır. Sağlığın sosyal ve politik belirleyicileri göz ardı edilmektedir. İnsanlar sağlıkla ilgili davranışlarını seçmede tümüyle özgürdürler. Çabalar yalnızca hedef bireylere yöneliktir ve sağlığın kolektif boyutu dikkate alınmamaktadır (Pehlivan, 1994).

Geleneksel sağlık eğitimi yöneldiği amaçlar nedeniyle 'Medikal Model' olarak da adlandırılmaktadır. Sağlığı koruma kapsamında bu yaklaşım birincil, ikincil ve üçüncül düzeylerde hastalığın oluşmasının, gelişmesinin ve etkilerinin önlenmesi için gerekli olan davranışları bireylere kazandırma çalışmalarını kapsamaktadır. Kısaca bireyleri hastalıklardan ve etkilerinden korunmasına yönelik bilgi, tutum ve davranış değişikliği oluşturmayı amaçlayan sağlık eğitiminin geleneksel yaklaşımının bir diğer türevi ise 'Koruyucu Model' olarak bilinmektedir (Hart, 1990).

Bireyi hedef alan bu model, sağlığın bozulmasına neden olabilecek sosyo-politik etmenleri dikkate almaması nedeniyle etik ve etkili yönleriyle yetersiz görülmektedir. Bu durum, selde boğulmakta olan insanları çekip kurtarmaya ve yaşatmaya çalışan doktorla ilgili 'ırmak benzetmesi' ile açıklanmaktadır. Doktor: 'Suya dalmakla, insanları kıyıya çekmekle, onlara yapay solunum yapmakla öylesine meşgulüm ki, yukarılarda onları akıntıya atanın kim olduğunu görmeye hiç zamanım yok.' Koruyucu sağlık eğitiminin yalnızca bireye yönelik etkinlikleri içermesi 'akıntı yönündeki çabalar' olarak değerlendirilmektedir. Sağlık eğitimi, kısa süreli tek bir soruna yönelik 'onarımcı' işlevi yerine sorun kaynaklarını ortadan kaldırmaya yönelik' sağlık ve iyiliği geliştirici' nitelikte olmalıdır. Eğer toplumun kendisi sağlığını bozan davranışları oluşturuyor ve destekliyorsa yanlış sağlık davranışı uygulayan bireye 'mağdur-suçlayıcı' yaklaşım yerine, pozitif sağlığın ve üst düzeyde iyiliğin başarılması için bütüncül bir sağlık eylemi amaç olmalıdır (Kurt, 2000).

2.11.2. Çağdaş Yaklaşım

Bilgi-tutum-davranış aşamalarının doğrusal ve biçimsel yönlerden zaman zaman yanlış değerlendirilmeleri gerçekçi olmayan uygulamalara yol açmaktadır. Özellikle insanlarda sağlık davranışı duyarlılığının şok ya da ürkütme yoluyla geliştirilmesi çabalarının, özellikle eğitim düzeyi gelişen toplumlarda beklenen sonucu vermediği görülmektedir. Ayrıca sağlığın ve onu etkileyen etmenlerin karmaşıklığı sağlık eğitiminin amaçlarının yanı sıra kapsamının da modern eğitim kuram ve uygulamalarını içerecek biçimde geliştirilmesini gerektirmektedir. Modern sağlık eğitimi yaklaşımı

yalnızca pozitif sağlığın korunmasını değil, aynı zamanda geliştirilmesini de açık bir biçimde ortaya koymaktadır. Ayrıca sağlığın hem negatif hem de pozitif boyutlarının bedensel, ruhsal ve sosyal yönleri olduğu görülmektedir (Başaran, 1989).

1. Tip Sağlık Eğitimi: Beden ve bakımı konusunda eğitim.
2. Tip Sağlık Eğitimi: Sağlık hizmetlerinden iyi düzeyde yararlanmayı sağlayacak bilgileri kazandırma.
3. Tip Sağlık Eğitimi: Sağlığı etkileyen her düzeydeki sosyal politikalar ve çevresel süreç ve oluşumlar konusunda eğitim.

Birinci tip sağlık eğitimi en yaygın ve tüm kuşaklar için zorunlu olan bir eğitimdir. İkinci tip sağlık eğitimi son yıllarda önem kazanmakla birlikte henüz sağlık hizmetini sunanlarla hizmet alanlar arasında etkileşimli bir süreç düzeyinde gerçekleşmemektedir. Üçüncü tip sağlık eğitimi ise genelde göz ardı edilmektedir. Bunun nedenlerinden biri, bu eğitimin çıkar çevrelerinden kaynaklanan çok sayıda engellerle dolu bir yolda yürütülmesinin gerekliliğidir. Bir diğer neden ise, sağlığın politikayla ilgisi olduğunu kabul etmemeye yönelik tutumlardır (Tabak, 1989).

2.12. Sağlık Davranışlarının Özellikleri

Sağlık davranışları literatürde "Sağlıkla İlgili Davranış", "Sağlık Bağlantılı Davranış", "Sağlık Arayan Davranış" gibi terimlerle de belirtilmektedir. Daha önce de belirttiğimiz gibi, sağlık davranışının çok sayıda tanımı yapılmıştır. Bu tanımlar sağlık davranışlarının çeşitli boyut ve özelliklerini yansıtmaktadır. Örneğin Özer'e (2002) göre sağlık davranışı, inanma-uygulama sistematiği içinde değerlendirilir ve bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı bir eylemi ve sağlıklı olduğu zaman da hastalığı önleyici uygulamaları olarak tanımlanır. Bir başka tanıma göre sağlık davranışı, sağlık, sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili eylemler bütünüdür (Oran, Tuna ve Turgay, 2004). Walker, Sechrist ve Pender (1987) davranışını olumlu ve olumsuz olmak üzere iki grupta incelemişlerdir. Olumlu sağlık davranışlarına örnek olarak; spor yapmak, yeterli ve dengeli beslenmek, en az yılda bir kez sağlık kontrolünden geçmek, emniyet kemeri takmak ve diğer kişilerle olumlu iletişim kurmak şeklinde gösterilebilir. Olumsuz sağlık davranışları kapsamında ise sigara içme, alkol kullanma ve aşırı yemek yeme sayılabilir (Walker, Sechrist, Pender, 1987). Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını inceleyen çalışmalarda daha çok sigara içme, diyet davranışı, alkol kullanımı, egzersiz davranışları ve bunları etkileyen faktörler incelenmiştir (Uitenbroek, Kerekovska ve

Festchieva, 1996; Özer, 2002). Gochman (1997) sağlık davranışını "sağlığı koruma, geri kazanma ve iyileştirmeyle ilişkili olan inançlar, beklentiler, motiveler, değerler, algılar ve diğer bilişsel faktörler gibi kişisel özellikler; kişilik özellikleri, duygusal durum ve özellikler; "davranış kalıpları, eylemler ve alışkanlıklar" olarak tanımlamıştır. Bu tanım açıkça bireysel sorumluluklara vurgu yapmaktadır (Akt. Glanz, Rimer ve Lewis, 2002). Beklenen sağlık davranışının gerçekleşmesinde bireyin hastalıkları önleme ve sağlığını sürdürmeye ilişkin konularda kendini nasıl algıladığı önemlidir. Bu algı, birincil korumaya olan isteğini yansıtır (Nahcivan ve Seçginli, 2003).

Sağlık davranışları değişik boyutlar dikkate alınarak sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırma sağlık davranışlarını sekiz kategoride değerlendirmektedir.

- Yaklaşma-Kaçınma
- Yüzeysel-Kapsamlı
- Sağlığı koruyucu-Sağlık riski yaratan
- Sık uygulanan- Seyrek uygulanan
- Geçici-Sürekli
- Bilgi temelli-Duygu temelli
- Alışkanlık gerektiren-Alışkanlık Gerektirmeyen
- Basit-Karmaşık (McEachan, 2005).

Kasl ve Cobb ise sağlık davranışlarını üç kategoride toplamışlardır:

- ***Koruyucu sağlık davranışı:*** Sağlıklı olacağına inanılan davranışın birey tarafından benimsendiği davranış biçimidir.
- ***Hastalık davranışı:*** Hastalık oluşturacağı anlaşılan duruma göre birey tarafından ortaya konan davranış biçimidir.
- ***Hasta rolü davranışı:*** Hasta olacağını düşünen birey tarafından, iyileşmek için geliştirilen davranış biçimidir (Akt. Glanz, Rimer, Lewis, 2002).

Guten (1979) tarafından yapılan bir diğer araştırmanın sonucuna göre koruyucu sağlık davranışları beş grupta incelemektedir:

- Çevresel tehlikelerden kaçınma (kirli, suç oranı yüksek bölgelerden uzaklaşma gibi).
- Zararlı maddelerden kaçınma (sigara içmeme, alkol-uyuşturucu kullanmama gibi).
- Sağlık uygulamaları: Temizlik, yeterli uyku, iyi beslenme, spor gibi.

- Koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma: Sağlık taramaları, diş muayeneleri, laboratuar testleri gibi.
- Güvenlik uygulamaları: Onarım yapabilme, ilk yardım çantası bulundurma, emniyet kemeri kullanma, acil telefonları bilme ya da el altında bulundurma gibi (Akt. Bidar, 2004).

Pill ve Stott (1986) ile Amir (1987) tarafından daha önce yapılan çalışmalarda elde edilen bulgular yukarıdaki sınıflamayı destekler niteliktedir. Amir (1987), 29 maddeden oluşan Genel Koruyucu Sağlık Davranışları listesini geliştirmiştir. Bu davranışların en yaygın olarak benimsenenleri şunlardır;

- Alkollü iken araba kullanmamak
- Emniyet kemeri takmak
- İşleri ılımlı yaklaşımlarla yapmak
- Yeterince dinlenmek
- Elektrikli aletlerin güvenilirliğini denetlemek
- Aşırı çalışmaktan kaçınmak
- Evdeki kırık ve bozuk yer ve aletleri onarmak
- Yeterli ve dengeli beslenmek (Akt., Mutlu, 2007).

Belloc ve Breslow (1972) tarafından yapılan bir araştırmada aşağıdaki yedi sağlık davranışının düzenli olarak uygulandığını belirlemiştir.

- Sigara içmeme
- Her gün kahvaltı yapma
- Alkollü içki içmeme ya da çok az içme
- Düzenli egzersiz yapma
- Günde yedi-sekiz saat uyuma
- Öğün arasında yemek yememe
- Normal vücut ağırlığının en fazla %10 üstünde olma (Akt.; Mutlu, 2007)

Yaklaşık sekiz yıl sonra yapılan bir izleme çalışmasında (Breslow ve Enstrom, 1980), yukarıdaki yedi temel sağlık davranışını uygulayan kişilerde ölüm hızının üçten az ya da hiç uygulama yapmayanlara göre %23 daha az olduğu belirlenmiştir.

Sağlık eğitiminin temel konusu doğru ve bilinçli sağlık davranışı değişimidir. Davranış değişikliği gerçekleşir ancak sağlıkta bir iyileşme olmazsa, sonuç, davranış ve sağlık durumu arasındaki bağlantının ya da davranışın ve sağlığın ölçülmesi ve

değerlendirilmesi yolları gibi diğer etkenler incelenerek çözümlenecek bir paradokstur. Belirsizlik içeren sorunlarda bilinçli karar verme temel amaçtır ve çalışmalar karar verme süreçlerinde paylaşımın sağlık açısından olumlu sonuçlar doğurduğunu göstermektedir (Frosch ve Kaplan, 1999). Sağlıkla ilgili davranışların kişilerin demografik, sosyal, ekonomik, eğitim, etnik ve benzeri özellikleri ile ilişkili olduğu görülmektedir. Sağlıkla ilgili davranışların yaşam koşullarının düzeltilmesiyle iyileştiği de kabul edilmektedir.

Yaşam koşullarının değişmesi süreci, yaşam biçiminin, davranış özelliklerinin değişmesiyle koşut olmaktadır. Kişinin bir davranışı gerçekleştirmeye yönelik olarak aldığı eğitim bir olasılıktır. Bu olasılık, kişinin o davranışı gerçekleştirmesinin karar aşamasını tanımlar. Davranışları etkileyen çok değişkenli yapılar mevcuttur. Bu nedenle insanların sağlık davranışları bu değişkenlerden etkilenme durumuna göre değişiklikler göstermektedir (Glanz, Rimer ve Lewis, 2002).

2.13. Sağlık Davranışı ile İlgili Kuramlar

Sağlık davranışını açıklayan kuram ya da modellerinin en eskisi ve en fazla bilineni Sağlık İnanç Modelidir. Bu model Rosenstock (1966) tarafından ilk kez ortaya konmuş, Becker ve Maiman (1975) tarafından da geliştirilmiştir. Sağlık İnanç Modeli sağlıkla ilgili davranışları içsel süreçlere dayanarak açıklamak için geliştirilmiştir. Temelinde bilişsel etmenler yer almaktadır. Bu model hem sağlık davranışının geliştirilmesi aşamalarını, hem de önerilen sağlık davranışlarına uyumluluğu açıklar. Bu modele göre birey, bir sağlık sorununa karşı koruyucu bir eylem yapması için, şu aşamaları yaşamalıdır (Akt. Tabak, 2000).

- Söz konusu sağlık sorununa karşı duyarlı olduğunu hissetmelidir (duyarlılık algısı).
- Sağlık sorununun az da olsa önemli sonuçlar doğuracağını hissetmelidir (tehdit algısı).
- Önerilen koruyucu davranışının algılanmış yararlarının ağrı, utangaçlık ya da pahalılık gibi fiziksel, psikolojik, parasal ve benzeri maliyetlerden daha önemli olduğunu hissetmelidir (yarar algısı). Eyleme yönelik uyarıların aynı zamanda sağlık davranışının uygulanmasının ayrıntılı olarak düşünülmesi gerektiği konusunda dürtü özelliği taşıyabileceğini de hissetmelidir (Tabak, 2000).

Bu aşamalar olarak, bireyin kendi sağlığına yönelik ilgisi, önemli bir sağlık riski ile karşı karşıya olduğuna ilişkin inancı ve algılanan tehdidi azaltmaya yardımcı olan riskle ilgili öneriye uymasının sağlayacağı kazançla ilgili inanç gibi, bireysel sorumluluktan kaynaklanan davranış faktörleri olarak da açıklanmaktadır (Lee, 2000).

Sağlık İnanç Modeli aynı zamanda bir değer beklentisi kuramıdır. Kişinin algıladığı dünya, sağlığı arayan davranışların uygulanmama nedenlerini ortaya çıkarma, kişilerin harekete geçmesini sağlayan etmenlerle ilgilenir. Modele göre, sağlığı arayan davranışlar, tehditle ilgili algılanan ciddiyet ve tehdidi azaltmak için harekete geçmek ile ilgili algılanan yararla ilişkilidir. Model; kişinin olumlu sağlık davranışlarında bulunmasını belirleyen bireysel inanç ve değerleri açıklar (Stoddord ve diğ., 1998; Grubss, 2000).

Algılanan tehdit, algılanan ciddiyet ile algılanan duyarlılığın yani sağlık sorununa yatkınlığın ardışık işlevidir. Algılanan yatkınlığın güçlü bir gösterge haline gelmesi için, sorunun ciddiyetinin artması gerekmektedir. Algılanan yatkınlık, ciddiyet algısının yüksek olduğu durumda, sağlık davranışlarının gerçekten yerine getirilmesinden çok, davranışa yönelik "niyet"in göstergesi olacaktır. Algılanan yarar ve engeller, algılanan tehdit (algılanan ciddiyet ile algılanan yatkınlığın çarpımı) yüksek olduğunda daha güçlü bir davranış değişimi göstergesidir. Tehdit algısının düşük olduğu durumlarda, sağlık davranışının yararları ve önündeki engeller belirgin bir biçimde görülmeyecektir. Bu durumun bir istisnası, algılanan tehdit yüksek olmasa da önerilen davranışın bazı yararlarının yüksek biçimde algılanmasıdır (örneğin, düzenli egzersizin fiziksel görünümü olumlu etkilemesi). Algılanan tehdidin mutlaka yüksek olmasının gerekmediği bir başka durum da algılanan engellerin çok düşük olmasıdır (örneğin, spor malzemelerinin çok ucuz olması ve spor ya da egzersiz yapılacak yerlerin uzak olmaması) (Glanz, Rimer ve Lewis, 2002).

Sağlık İnanç Modeline yeni eklenen bir faktör olan kişisel yeterlilik birçok sağlık davranışı açısından güçlü bir göstergedir. Kişisel yeterlilik, özellikle gerçekleştirilmesi önemli ölçüde beceri isteyen davranışlar için güçlü bir göstergedir (Glanz, Rimer ve Lewis, 2002).

Sağlık davranışlarını açıklayan önemli kuramsal yaklaşımlardan bir diğeri olan Planlı Davranış Modeli, sosyal psikolojiden kaynaklanmaktadır ve daha önce ortaya atılan "Nedene Dayalı (nedenli) Eylem Kuramı'nın" geliştirilmiş biçimidir. Her iki model de karar vermenin rolünü vurgulamakta ve tutumlarla davranışlar arasında öne sürülen yakın ilişkiyi açıklamaya çalışmaktadır. Planlı davranış modeli sağlık eğitiminin

temel modeli olmuştur. Davranışın planlı ve planlamanın da bireyin niyetinin bir işlevi olduğunu vurgulamaktadır. Bu model "niyet"i davranışın en önde gelen belirleyicisi olarak belirtmektedir (Tabak, 2000).

Planlı Davranış Kuramı, davranış geliştirme sürecine algılanan davranış denetimini de eklemektedir. Bu gelişim, bu kuramın sağlık eğitimi ve sağlık davranışı araştırmalarında merkezi bir yer tutan öz-yetkinlik kavramına benzer bir değişkeni içerdiği anlamına gelmektedir. Nedenli Aksiyon Kuramından geliştirilen Planlı Davranış Kuramına göre, davranışın en önemli göstergesi ve belirleyicisi olan "niyet" , diğer kuramlar tarafından da açık ya da örtülü bir biçimde dikkate alınmaktadır (Glanz ve diğ., 2002).

Niyet üç çeşit etmenler takımı ile belirlenir:

- Belli bir davranışa karşı geliştirilen kişiye özgü tutumlar (sorumluluk algısı bu kapsamda değerlendirilmektedir).
- Öznel (sübjektif) norm (önerilen davranışın gerçekleştirilmesine yönelik algılanmış toplumsal baskı ya da bireyin başkaları tarafından da bilinen inanç durumunu gösteren sosyal normların algılanması).
- Davranış üzerinde algılanmış denetim. Bazı davranışlar diğerlerine göre daha zordur ve davranışı denetlemenin algılanan zorluğu önemli bir değişkendir (Tabak, 2000).

Bu son öğe, bireyin planlanan davranışı gerçekleştirebileceğine inanması, gerekli yetenek ve becerileri taşıması ve potansiyel dış engelleri aşabilecek gücü olması gibi özellikleri içermektedir. Bu üç değişkenin göreli ağırlıkları kişiden kişiye değişebilir. Bu nedenle, bir insan davranışa yönelik özgü tutuma ağırlık verirken, bir diğeri normatif etkilere, bir başkası da algılanan denetime ağırlık verebilir. Değişkenlere verilen ağırlıklar ne olursa olsun, yine de birey eylem niyeti ile davranış arasındaki ilişkiyi denetler (Butler, 2000).

2.14. Sık Rastlanan Bulaşıcı Hastalıklar ve Önleme Yolları

2.14.1. Grip

İnfulenza virüsünün neden olduğu bir hastalıktır. A, B ve C tipleri vardır. A tipi sık sık değişime uğradığından, antikorlar tarafından ortadan kaldırılamaz. Bu nedenle yaklaşık her on yılda bir tüm dünyayı etkileyen salgınlara yol açar. Grip, soğuk algınlığı ile sık sık karıştırılmaktadır. Hâlbuki bunlar ayrı hastalıklardır. Grip ile soğuk algınlığı

arasındaki farklar aşağıda belirtilmiştir (Bilir ve Bilir, 2001).

Tablo 2.14.1.1. Grip ve Soğuk Algınlığı Arasındaki Farklar

BELİRTİLER	SOĞUK ALGINLIĞI	GRİP
Ateş	Nadir	3-4 gün süren yüksek ateş
Baş ağrısı	Nadir	Vardır
Genel ağrı-sancı	Hafif	Şiddetli
Kırgınlık, halsizlik	Hafif	2-3 hafta
Burun akıntısı	Sıkça	Bazen
Yatak istirahati	Gereksiz	Gerekli
Hapşırma	Sıkça	Nadiren
Boğaz ağrısı	Sıkça	Bazen
Öksürük	Hafif	Orta şiddette
Komplikasyonlar	Sinüs akıntısı	Bronşit, akciğer enfeksiyonu
Korunma	----------	Aşı ile (%60-70 koruma sağlar)

2.14.2. Bademcik

Değişik mikroorganizmaların yol açtığı, akut enflamasyonla seyreden, farinksi ve bademcikleri etkileyen üst solunum yolu sendromlarından biridir. Çoğunlukla virüsler tarafından oluşturulurlar. Bakteriler arasında ise en fazla görülen, β hemolitik streptokoklardır (Bilir Ş., Bilir S., 2001).

2.14.3. Kızıl

Kızıl hastalığı A grubu β hemolitik streptokokların yaptığı bakteriyel bulaşıcı bir hastalıktır. Üç yaşından küçüklerde nadirdir. Ani başlayan ateş, baş ağrısı, yutma güçlüğü ve kusma hastalığın başlangıç belirtileridir. Bu belirtilerden 1-2 gün sonra ciltte döküntü görülür. Döküntü koltuk altı ve kasık gibi kıvrımlı yerlerde daha fazla olmak üzere vücudun basınç gören yerlerine yerleşmiştir. Ateş ikinci gün doruğa erişir ve 5-6 gün sürer. Nabız süratlidir, ateşin düşmesiyle nabız da normale gelir. Dördüncü ve beşinci günlerde dil, belirgin bir şekilde çilek dili görünümünü alır. Alın ve yanaklar parlak kırmızı renktedir ve ağız çevresi soluktur. Döküntünün en karakteristik bulgularından birisi pullanmadır. Deride pullanma şeklinde soyulmalar önce yüzden

başlar sonra gövdeye, kollara ve bacaklara yayılır.

Tedavi: Antibiyotik (penisilin) 7-10 gün süre ile kullanılmalıdır (Bilir ve Bilir, 2001).

2.14.4. Kızamık

Virüsler tarafından oluşturulur. Çocukluk çağındaki kişileri etkileyen, bulaşıcı hastalıkların en önemlilerinden biridir. Kuluçka süresi 1-2 hafta arasında değişir. Başlangıç bulguları: Yüksek ateş, nezle, öksürük, gözlerde batma-yanma, ışıktan rahatsız olma gibi belirtilerle başlar. İki gün sonra ağızda koplik lekelerinin görülmesi karakteristiktir. Ağızdaki bu görüntüden sonra, kulakların arkasından başlayan döküntü zamanla gövdeye doğru yayılım gösterir. Döküntülerin rengi kahverengidir. Döküntülerin tamamı aynı zamanda ortaya çıkmaz, bir kısmı başlarken, diğerleri sönebilir. Hastalık, vücut direncini düşürür ve hastalar enfeksiyonlara yatkınlık kazanırlar. Bronşit ve akciğer enfeksiyonu sonucu ölümler kızamığın en fazla görülen ölüm nedenleri arasındadır. Yetişkinlerde en sık görülen komplikasyonu otitis media (orta kulak iltihabı) dır (Bilir ve Bilir, 2001).

Korunma: 12. ayda aşı yapılmalıdır. Aşı, %90 koruma sağlar.

Hastalığa yakalananlara iki günlük A vitamini verilmesi hastalığın daha hafif geçmesini sağlar (Bilir ve Bilir, 2001).

2.14.5. Kızamıkçık

Virüsle bulaşan döküntülü viral hastalıklar arasında en hafif olanıdır. Hastalığın önemi hamilelik esnasında anneye bulaşırsa (özellikle ilk üç ayda), doğan bebekte çok sayıda anomali oluşur (katarak, sağırlık, delik kalp, mental gerilik, vs.) Kuluçka süresi 2-3 haftadır. Yaygın pembe ve toplu iğne büyüklüğünde döküntüleri vardır. Boynun arkasında, lenf bezi büyümesi görülür (Bilir ve Bilir, 2001).

Korunma: Kızamıkçık, kızamık ve kabakulak şeklinde aşısı vardır. Aşı 15. ayda uygulanır (Bilir ve Bilir, 2001).

2.14.6. Kabakulak

Virüsler tarafından oluşturulur. İnsandan insana bulaşır. Kuluçka süresi ortalama 18 gün kadardır. Şiddetli karın ağrısı, kusma, yüksek ateş ve baş ağrısı görülür. Bez

şişmeden yedi gün öncesi ve dokuz gün sonrası arasındaki süre içinde bulaşıcıdır. Kabakulak yetişkin erkeklerde kısırlığa neden olabilir (Bilir ve Bilir, 2001).

Korunma: Kabakulak, kızamık ve kızamıkçık aşısı yapılmalıdır (Bilir ve Bilir, 2001).

2.14.7. Suçiçeği

Virüsler tarafından oluşturulan en bulaşıcı hastalıktır. Kuluçka süresi 14-16 gündür. Döküntülerin içinde su olmasıyla tanınır. Döküntüler daha çok vücudun kapalı yerlerindedir (saçlı deride, ağız içinde, göz kapağında). Başlangıçta hafif baş ağrısı, orta derecede ateş ve hastalık hissi görülür. Yetişkinde daha ağır bir enfeksiyon tablosu oluşturur. Su dolu kesecikler kuruyana kadar bulaşıcıdır (Bilir ve Bilir, 2001).

Korunma: Temastan sonra VZIG (varisella zoster immün globulin) verilmesi (ilk 96 saat içinde) yararlı olur (Bilir ve Bilir, 2001).

2.14.8. Tifo

Yiyecek ve içeceklerle vücudumuza giren *Salmonella typhi* denilen bir bakterinin bağırsaklarda yaptığı bir hastalıktır. Hastalık su ve yiyeceklerin lağımla bulaşması sonucu yayılır. Bulaşıcı bir hastalıktır. Hastalık geçtikten sonra mikrop safra kesesinde yaşar. Uygun ortamlar bulduğunda da faaliyetini gösterir (Bilir ve Bilir, 2001).

Belirtileri; kuluçka evresi 1-2 haftadır. İlk belirtileri baş ağrısı, bitkinlik, baş dönmesi, kol ve bacak ağrısı, bazen boğaz ağrısı ve öksürüktür. Burun kanaması, yüksek ateş, nabız yavaşlaması da belirti işaretleridir. 1. haftanın sonunda dil paslanır. Yanaklar kızarır, bitkinlik artar. Deride, özellikle göğüs derisinde 3-4 mm çapında pembe noktalar belirir. Bu noktaların sayısı 10-12 tanedir. Bu noktalar 2 gün içinde solar ve yeniden belirirler. Bu arada hafif bir delirium belirir. İkinci hafta içinde bağırsak delinebilir. Dolayısıyla dışkıda yer yer kan görülür. Hastalık tedavi edilmezse sonuç ölümdür (Bilir ve Bilir, 2001).

Tedavisi; tedavisinde antibiyotikler etkilidir. Hastalığın yayılması ve tedavisi için birçok kurala da uymak gerekir. Hastaya bakan kişiler, şahsi temizliklerine çok dikkat etmek zorundadırlar. Yiyeceklere dikkat etmeli, hastaya süt ve bol miktarda su içirilmelidir. Arada et suyu ve tavuk suyundan çorbalar da verilmelidir. Kesinlikle katı yiyecekler verilmemelidir. Penisilin de tifo tedavisinde etkilidir. Tifo hastalığına

yakalanmamak için sağlık şartlarına uymak gerekir. Yiyeceklerin sinek ve fareler tarafından mikroplanmamasına, sulara, bostan ve bahçelere lağım sularının karışmamasına dikkat edilmelidir. Ayrıca tifo aşısının bağışıklığı iki yıl olduğundan, hastalığın yaygın olduğu yerlerde iki yılda bir aşılanmaya dikkat edilmelidir (Bilir ve Bilir, 2001).

2.14.9. Difteri

Corneabacterium diphtheriae tarafından oluşturulan bulaşıcı bir hastalıktır. Mikrop; öksürük, öpme ve yakın ilişki ile geçer. Kuluçka süresi 1-6 gün arasında değişir. En sık 2-8 yaş arasında görülür. Başlangıçta hafif ateş, boğaz ağrısı, halsizlik vardır. Hastaların boğazında sarı bir zar görülür. Bu zar kaldırılmaya çalışılırsa kanar. Boyunda sıvı toplanması ve lenf bezlerinde şişme görülür. Hastaların burunlarında tek taraflı akıntı vardır. Ayrıca derilerinde soyulmalar olabilir. Birinci ve dördüncü haftalarda çift görme ve şaşılık gelişebilir. Dördüncü haftada solunum kaslarını da içeren felçler gelişir. Difteri, akciğer ve kalp tutulumuna yol açarak hastanın ölümüne neden olabilir (Bilir ve Bilir, 2001).

Korunma: Difteri, boğmaca, tetanoz şeklinde karma aşı yapılmalıdır (2.-3.-6.-18. aylarda).

Tedavi: Antitoksin ilk 48 saat içinde verilebilirse komplikasyonlar ve ölüm oranı azaltılabilir.

Taşıyıcılara antibiyotik (eritromisin) verilir. Difterili hasta ile temas edenler, daha önce aşılı iseler bir doz aşı (pekiştirme dozu) yapılır. Aşısızlara hem aşı yapılır, hem de antibiyotik verilir (Bilir ve Bilir, 2001).

2.14.10. Hepatit

Halk arasında sarılık olarak çok iyi tanınan hastalığa hepatit virüsü neden olur. Karaciğeri etkileyen bulaşıcı bir hastalıktır. Hafif grip gibi seyreden formundan ağır karaciğer yetmezliğine, siroza hatta karaciğer kanserine kadar uzanan geniş bir hastalık tablosu yapar. Hedef kitleleri öncelikle çocuklardır. Ancak vücut direnci düşük kişilerde de bu hastalık oluşabilir. Bütün dünyada yaygınlığı düşük sosyo-ekonomik yapı ile yakından ilişkilidir. Bugün için Hepatit-A, Hepatit-B, Hepatit-C, Hepatit-F, Hepatit-G, Hepatit-H tipleri mevcuttur. Bunlar arasında en tehlikeli olanları Hepatit-B ve Hepatit-C'dir (Bilir ve Bilir, 2001).

a) Hepatit-A

Kuluçka süresi 15-45 gündür. Genellikle hasta dışkısı bulaşmış gıdaların alınmasıyla oluşur. Çocukların 1/10'unda, erişkinlerin ise 2/3'ünde sarılık görülür. Başlangıçta yüksek ateş gibi gribal enfeksiyona benzer (Bilir ve Bilir, 2001).

Bulaşıcılık, sarılıktan iki hafta önce başlar ve sarılıktan bir hafta sonrasına kadar devam edebilir. Asla kronikleşmez. Gebelikle anneden çocuğa geçiş yoktur (Bilir ve Bilir, 2001).

Korunma: Formalin ile inaktive edilmiş aşısı vardır. 0-15 yaş için 0,5 ml'lik, erişkinler için 1ml'lik 0/1/6/12 aylarda adale içine uygulanır (Bilir ve Bilir, 2001).

b) Hepatit-B

Kanla, cinsel ilişkiyle bulaşır. Ayrıca tükürük, salya, ter, gözyaşı ve süt de potansiyel Hepatit-B bulaştırıcılarıdır. Kuluçka süresi 50-180 gündür. Hastalığın başlangıcı genellikle sinsidir. Baş ağrısı, kas ağrısı ve döküntü ile belirti verir. Hastaların sadece %15-25'inde sarılık görülür. Cilt altına tuzların birikmesi sonucu kaşıntı artar. Kronikleşen vakalarda karaciğer kanseri ve siroz gelişebilir. %1 olguda akut karaciğer nekrozu (hücre ölümü) gelişir ve bu hastaların %80 kadarı ölür. Bu durumdaki hastalara 6 ay-1yıl IFN (interferon), tek veya beraber Lamivudin veya ribavirin gibi antiviraller kullanılır (Bilir ve Bilir, 2001).

Korunma: Aşı 0/1/2/12 aylarda veya 0/1/6 aylarda kas içine yapılır. Her beş yılda bir hatırlatma dozu yapılır (Bilir ve Bilir, 2001).

c) Hepatit-C

Kan ve kan ürünleriyle bulaşır, cinsel ilişkiyle bulaşma tartışmalıdır. Kuluçka süresi 15-150 gündür. Hepatitler içinde en fazla kronikleşen tiptir (Bilir ve Bilir, 2001).

Tedavi: İnterferon + Ribavirin.

d) Hepatit-E

En sık gebelerde rastlanır, kronikleşmez, Hepatit A'ya benzer ama ölüm riski on kat daha fazladır (Bilir ve Bilir, 2001).

2.15. Kişisel Temizlik

İnsan sağlığı konusunda uzmanlaşmış kişilerin ve bilim adamlarının insan vücudunu bütünüyle koruma ve onu dinç bir halde tutmak için yaptıkları araştırma, inceleme, uygulama ve gözlemler neticesinde elde ettikleri düzenli bilgiler topluluğuna sağlık bilgisi-hijyen denir. Sağlık bilgisi, insanın kendi bünyesinde olup bitenleri, bünyeye zararlı sebepleri ortaya koyarak bunları yok etme çarelerini ve yollarını öğretir (Taşkanal, 1993).

Sağlıklı bir yaşam için alınması gereken önlemlerin pek çoğu günlük yaşamımızda uygulamamız gereken küçük ve kolay çabalardan oluşur. Nerede olursa olsun, günlük yaşamı düzenleyen bazı temel kuralların bilinerek uygulanması, sağlığın korunmasını ve diğer bireylerle paylaştığımız yaşamı kolaylaştırır. Bu kurallardan en önemlileri temizlik, sağlıklı beslenme, bedensel ve zihinsel çalışma, düzenli yaşam; sigara, alkol, uyarıcı ve uyuşturucu maddelerden uzak durma, kazalardan korunma, sorunlarla başa çıkmada doğru ve uygun yöntemler kullanmadır. Sağlığa zarar verecek ortamlardan korunmak için yapılacak uygulamalar ve alınan temizlik önlemlerinin tümü hijyen olarak tanımlanır. Kişisel hijyen; saç temizliği ve bakımı, yüz, göz ve kulak temizliği, ağız ve diş temizliği, ayak temizliği, banyo alışkanlığı, dış genital organlar ve koltuk altı temizliği, cinsel ilişki sırasında ve sonrası temizlik, sağlıklı giyinme, el ve tırnak temizliğini kapsamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003).

Sağlıklı bir toplum doğru ve sağlıklı bilgilerle donatılmış kişilerle oluşturulur. Sağlığın korunması açısından büyük önemi olan bu bilgilerin başında kişisel temizlik, çevresel hijyen ve sanitasyon kuralları gelmektedir (Taşkanal, 1993).

Kişisel hijyen; bireyin kendi sağlığını devam ettirmesi için yaptığı "özbakım uygulamalarını" içerir. İnsanın kendi vücudunu ve giyeceklerini temiz tutması ve temizlemesi kişisel hijyenin amacıdır. Bu da vücudun her zaman sağlıklı olmasını sağlar (Eksen, Karadağ ve Karakuş, 2004). Hijyen bilgileri üçe ayrılır:

1. ***Genel hijyen;*** genel olarak insanların nerelerde ve nasıl oturacağını, evlerin sağlık açısından ısıtma, havalandırma ve aydınlatılmasının nasıl olması gerektiğini, ayrıca sağlıklı beslenmenin kurallarını konu olarak işler.
2. ***Özel hijyen;*** insanların, organlarını ve organ sistemlerinin iyi gelişmesi ve sağlıklı çalışması için gerekli bilgileri öğretir. Ayrıca ana ile çocuk ilişkileri de özel hijyenin konuları içine girer.

3. ***Sosyal hijyen;*** toplu yaşanan yerlerde sağlığın korunması için o toplumu meydana getiren fertlere neler yapmaları gerektiğini anlatır (Pampal, 2001).

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırmada, ilköğretimin birinci kademesinde görev alacak olan sınıf öğretmenliği programında öğrenim gören öğretmen adaylarının sık görülen bulaşıcı hastalıklarla ilgili sağlık bilgi düzeylerinin sınıf düzeyine göre farklılık gösterip göstermediği ve sağlığı korumak adına gerçekleştirdikleri davranışlar betimlenmiştir. Çalışma karşılaştırma türü ilişkisel tarama modeliyle gerçekleştirilmiştir.

Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu, var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları, herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez. Bilinmek istenen şey vardır ve oradadır. Önemli olan, onu uygun bir biçimde "gözleyip" belirleyebilmektir. Genel tarama modelleri, çok sayıda elemandan oluşan bir evrende, evren hakkında genel bir yargıya varmak amacı ile, evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup, örnek ya da örneklem üzerinde yapılan tarama düzenlemeleridir (Karasar, 2006).

3.2. Çalışma Evreni

Çalışma evrenini 2008-2009 öğretim yılında, Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi İlköğretim Sınıf Öğretmenliği programında öğrenim gören; birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf; normal öğretim ve ikinci öğretim öğrencileri oluşturmuştur. Bu programda 207 kız ve 150 erkek öğrenci öğrenim görmektedir. Bunların 130 tanesi birinci sınıf, 45 tanesi ikinci sınıf, 93 tanesi üçüncü sınıf ve 89 tanesi dördüncü sınıf öğrencisidir.

Araştırmada örneklem seçilmemiş öğrencilerin tamamına ulaşılması amaçlanmıştır. Ancak 357 öğrenciye ulaşılmış ve veri toplanmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin sınıf düzeyi ve cinsiyete göre dağılımları Tablo 3.2.1.'de verilmiştir.

Tablo 3.2.1. Sağlık Bilgisi Testi ve Sağlık Davranışı Anketi Uygulanan Öğrencilerin Sınıf Düzeylerine ve Cinsiyetlerine Göre Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Frekans		Yüzde		Toplam
	Kız	Erkek	Kız	Erkek	
1	71	59	54,6	45,4	100,0
2	27	18	60,0	40,0	100,0
3	57	36	61,3	38,7	100,0
4	52	37	58,4	41,6	100,0
Toplam	207	150	58,0	42,0	100,0

Tablo 3.2.1.'e göre, birinci sınıf öğretmen adaylarının %54,6'sı kız, %45,4'ü erkek; ikinci sınıf öğretmen adaylarının %60,0'ı kız, %40,0'ı erkek; üçüncü sınıf öğretmen adaylarının %61,3'ü kız, %38,7'si erkek ve dördüncü sınıf öğretmen adaylarının ise %58,4'ü kız, %41,6'sı erkek öğrencilerden oluşmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Sık görülen bulaşıcı hastalıklarla ilgili sağlık bilgi düzeylerini ölçecek nitelikte bir sağlık bilgisi testi ve sınıf öğretmenliği öğrencilerine yönelik, sık görülen bulaşıcı hastalıklardan korunmak adına gösterilmesi gereken sağlık davranışlarını ölçecek nitelikte bir sağlık davranış anketi araştırmanın amacı doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

İlgili literatür taranarak sağlık bilgisi testinde yer alacak olan en sık görülen bulaşıcı hastalıklar; grip, bademcik, kızıl, tifo, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği, difteri, hepatit ve kızamık olarak belirlenmiştir. Aynı şekilde sağlığı koruma davranışları anketi de, bu hastalıklardan korunmak amacıyla gösterilmesi gereken davranışları ölçecek nitelikteki sorulardan oluşturulmuştur. Sağlık bilgisi testinin kapsam geçerliği için uzman görüşü alınmış, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları da yapılarak, testin son hali verilmiştir.

3.3.1. Bulaşıcı Hastalıklarla İlgili Sağlık Bilgisi Testi

Araştırmacı tarafından hazırlanan sağlık bilgisi testinin geçerlik-güvenirlik çalışmaları sonucunda yeterli düzeyde güvenirliğe sahip olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu nedenle ilgili literatür tekrar taranarak 50 sorudan oluşan başka bir test

hazırlanmıştır. Bu test içerisinde yer alan iki soruda yanlış ifade bulunduğundan, bu sorular iptal edilmiş, test 48 soru olarak uygulanmıştır. Testin puanlaması yapılırken, her doğru cevap için bir puan verilmiştir. Testteki maddelerin güvenirliği nokta çift serili korelasyon katsayısı hesaplanarak, madde- toplam puan korelasyonlarıyla incelenmiştir. Testin güvenirliğini belirlemek amacıyla, 117 öğrenci üzerinde KR-20 güvenirlik katsayısı hesaplanmış ve testteki maddelerin ayırıcılık ve güçlük düzeyleri hesaplanmıştır. Tablo 3.3.1.1. ve Tablo 3.3.1.2.'de veriler sunulmuştur.

Tablo 3.3.1.1. Güvenirlik Analizi Sonucunda Elde Edilen Çift Serili Korelasyon Katsayıları ve Madde Güçlüğü Değerleri

Soru No	r_a	Madde Güçlüğü
1	0,86	0,95
2	0,50	0,89
3	-0,18	0,46
4	0,06	0,69
5	0,73	0,74
6	0,52	0,68
7	0,40	0,61
8	0,43	0,80
9	0,46	0,70
10	0,24	0,64
11	0,42	0,57
12	0,81	0,80
13	0,55	0,91
14	0,61	0,92
15	0,11	0,93
16	0,81	0,80
17	0,16	0,31
18	0,61	0,84
19	0,77	0,83
20	0,52	0,68
21	0,62	0,81
22	0,46	0,70
23	0,55	0,85
24	0,40	0,61
25	0,24	0,75
26	0,47	0,62
27	1,05	0,90
28	1,00	0,88
29	0,33	0,62

Tablo 3.3.1.1. (Devam)

Soru No	r_a	Madde Güçlüğü
32	0,65	0,73
33	0,72	0,91
34	0,46	0,70
35	0,55	0,85
36	0,55	0,85
37	0,49	0,90
38	0,45	0,85
39	0,81	0,80
40	0,55	0,85
41	1,00	0,88
42	0,73	0,74
43	0,00	0,00
44	0,19	0,56
45	0,53	0,91
46	0,33	0,71
47	0,00	0,00
48	0,71	0,78
49	0,65	0,73
50	1,05	0,90

Tablo 3.3.1.1. incelendiğinde madde güçlüklerinin ,31-,95 arasında değiştiği görülmektedir.

KR-20 analizi sonucunda elde edilen betimsel değerler incelendiğinde; aritmetik ortalama 38,46 , standart sapma 11,33 , varyans 77,62 , KR-20 güvenirlik katsayısı ,98 , ortalama madde güçlüğü ,77 ve ortalama madde ayırıcılığı ,37 olarak bulunmuştur.

Güvenirliği ispatlanan testin soru sayısının fazla olması (48 soru), veri toplama esnasında test ile birlikte anket de uygulandığından dolayı, öğrenciler üzerinde olumsuz etki yaratabileceği düşünülmüş, r_a ve madde güçlüğü tekrar incelenerek soru sayısı 15'e düşürülmüştür. Soru seçerken belirlenen bulaşıcı hastalıkların tümünü temsil etmesine dikkat edilmiştir. Testten seçilen 15 soru için KR-20 değerleri Tablo 3.3.1.2.'de sunulmuştur.

Tablo 3.3.1.2. Güvenirlik Analizi Sonucunda Elde Edilen Çift Serili Korelasyon Katsayıları ve Madde Güçlüğü Değerleri

Madde No	r_a	Madde Güçlüğü
1	0,96	0,95
7	0,52	0,61
8	0,43	0,80
12	0,83	0,80
14	0,74	0,92
17	0,31	0,31
20	0,55	0,68
21	0,69	0,81
25	0,34	0,75
27	1,11	0,90
28	1,04	0,88
32	0,62	0,73
37	0,44	0,90
39	0,83	0,80
50	1,11	0,90

Tablo 3.3.1.2. incelendiğinde 15 soruluk testte yer alan maddelerin güçlük değerlerinin ,31-,95 arasında yer aldığı görülmektedir.

15 sorunun KR-20 analizi sonucunda elde edilen betimsel değerler incelendiğinde; aritmetik ortalama 11,74 , KR-20 güvenirlik katsayısı ,84 , ortalama madde güçlüğü 0,78, ortalama madde ayırıcılığı ,46 olarak bulunmuştur.

Kehoe, (1995)'e göre; 10-15 civarı maddeden oluşan çoktan seçmeli testler için 0.50 kadar düşük bir KR-20 güvenirlik katsayısı yeterlidir ve 50 maddenin üzerindeki testler için ise KR-20 değerinin en az 0.80 olması gerekir. Elde edilen güvenirlik katsayıları da (0,98-0,84) Kehoe'nin görüşü ile uyuşmaktadır.

Elde edilen bu değerler, hazırlanan testin öğrencilerin sık görülen bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgilerini, geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçebileceğini göstermektedir.

3.3.2. Bulaşıcı Hastalıklardan Korunmak Amacıyla Gerçekleştirilmesi Gereken Sağlık Davranış Anketi

Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak, sağlığı koruma davranışları anketi, bulaşıcı hastalıklardan korunmak amacıyla gösterilmesi gereken davranışları

ölçecek nitelikteki sorulardan oluşturulmuştur. Bu sorular; deri hijyeni, saç hijyeni, ağız ve diş sağlığı, ayak hijyeni, üriner sistem sağlığı konuları ile ilgili olarak hazırlanmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Uygulama planı içerisinde yer alan derslerin öğretim elemanı ile görüşülmüş ve öğretim elemanından da dersinde anket ve test uygulanmasına yönelik gerekli onay alındıktan sonra uygun bir sınıf ortamında **Ek**'te sunulan test ve anket uygulaması yapılarak araştırma için gerekli veriler toplanmıştır. Test ve anket tek bir form şeklinde uygulanmıştır. Veriler sınıf ortamında grup halinde toplanmıştır. Öğrencilerin test ve anketi yanıtlamaları yaklaşık 30 dk sürmüştür.

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde araştırmanın amacına uygun olarak frekans ve yüzde dağılımları, varyans analizi kullanılmıştır. Analizler SPSS 15.0 (Statistical Program for Social Sciences) paket programında ve Office 2007 EXCEL programında gerçekleştirilmiştir.

1. Sağlık bilgi testinin geçerliği için çift serili korelasyon analizi ve güvenirliğini belirlemek amacıyla, KR-20 analizi yapılmıştır.
2. Sınıf öğretmenliği öğrencilerinin sık görülen bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla, betimsel istatistik teknikleri kullanılmıştır.
3. Öğrencilerin sınıf düzeyi, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi ve sağlık bilgi kaynaklarına göre sağlık bilgilerinin farklılaşıp farklılaşmadığına ayrı ayrı tek yönlü ANOVA ile bakılmıştır.
4. Sınıf öğretmenliği programında öğrenim gören öğretmen adaylarının; sağlıklarını korumak adına gerçekleştirdikleri sağlık davranış düzeylerinin belirlenmesinde, betimsel istatistik yöntemleri kullanılmıştır.
5. Sınıf öğretmenliği programında öğrenim gören öğretmen adaylarının sağlık eğitimiyle ilgili çeşitli düşüncelerini belirlemek amacıyla betimsel istatistik teknikleri kullanılmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde sınıf öğretmenliği programında okuyan öğrencilerin sık görülen bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgi düzeyleri çalışmada ele alınan bağımsız değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediği ve sağlığı koruma davranışlarına yönelik bulgular yer almaktadır.

4.1. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sık Görülen Bulaşıcı Hastalıklarla İlgili Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular

Sınıf öğretmenliği programında okuyan birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin sık görülen hastalıklarla ilgili sağlık bilgisi testine vermiş oldukları yanıtlar sonucunda, her bir öğrencinin testteki sorulara verdiği doğru cevap sayıları baz alınarak, bilgi düzeyleri karşılaştırılmıştır.

Sınıf öğretmenliği programında öğrenim gören öğrencilere uygulanan sağlık bilgisi testi sonucunda, her öğrencinin elde ettiği doğru sayılarının merkezi eğilim ölçüleri incelendiğinde; testi yanıtlayan öğrenci sayısı 357 olup, öğrencilerin doğru cevap sayıları ortalaması 8,25'tir. Standart sapma 2,50 , en düşük doğru sayısı 1 ve en yüksek doğru sayısı 14'tür. Çarpıklık katsayısına bakıldığında -,40 olduğu görülüyor ki, bu da bize dağılımın sola çarpık olduğunu gösterir. Basıklık/Sivrilik değeri ,22 olduğundan, dağılımın çok az bir sivrilik gösterdiği söylenebilir.

Buna göre; grafik sola çarpık ve aritmetik ortalamaya göre öğrencilerin testteki doğru sayıları daha çok grafiğin sağ tarafında birikim göstermiştir. Dağılım çok sivri bir özellik göstermemektedir, bu nedenle puanların çok homojen dağılmış olduğu söylenemez.

Tablo 4.1.1. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin, Sağlık Bilgisi Testindeki Doğru Sayılarına Ait Frekans Tablosu

Doğru Sayısı	Frekans	Yüzde	Yığmalı Yüzde
1,00	4	1,1	1,1
2,00	5	1,4	2,5
3,00	6	1,7	4,2
4,00	11	3,1	7,3
5,00	22	6,2	13,4
6,00	29	8,1	21,6
7,00	47	13,2	34,7
8,00	58	16,2	51,0
9,00	66	18,5	69,5
10,00	45	12,6	82,1
11,00	33	9,2	91,3
12,00	19	5,3	96,6
13,00	9	2,5	99,2
14,00	3	,8	100,0
Toplam	357	100,0	

Tablo 4.1.1.'de görüldüğü gibi sağlık bilgisi testindeki doğru sayıları göz önünde bulundurulduğunda; en az doğru sayısının 1, en yüksek doğru sayısının 14 olduğu görülmektedir. Testteki sorulara 1 doğru yanıt veren öğrenci sayısı 4 iken, 14 doğru yanıt veren öğrenci sayısı 3 kişidir. Yüzdelik dilimlerine bakılacak olursa; 1 doğru sayısına sahip öğrenci yüzdesi 1,1 iken, 14 doğru sayısına sahip öğrenci yüzdesi ,8'dir. En yüksek frekansların 7, 8 ve 9 doğru yanıtta olduğu görülmektedir. 7 doğru yanıt verenlerin frekansı 47, 8 doğru yanıt verenlerin frekansı 58, 9 doğru yanıt verenlerin frekansı 66'dır. Yüzdelik değerlerine bakacak olursak; 7 doğru yanıt %13,2 , 8 doğru yanıt %16,2 ve 9 doğru yanıt %18,5 'lik dilime sahiptir.

4.2. Öğretmen Adaylarının Sınıf Düzeyine Göre Sağlık Bilgilerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1.'de öğrencilerin sağlık bilgisi testindeki doğru cevap sayılarının ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4.2.1. Sınıf Düzeylerine Göre Öğrencilerin Sağlık Bilgisi Testindeki Doğru Cevap Sayılarının Ortalamalarına Ait Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	X	N	Ss
Birinci Sınıf	7,18	130	2,11
İkinci Sınıf	7,24	45	2,78
Üçüncü Sınıf	9,17	93	2,41
Dördüncü Sınıf	9,38	89	2,09
Toplam	8,24	357	2,50

Tablo 4.2.1.'e göre; birinci sınıf öğrencilerinin doğru yanıt ortalamalarının 7,18 , ikinci sınıf öğrencilerinin doğru yanıt ortalamalarının 7,24 olduğu ve birbiri ile yakın değerler taşıdığı görülmektedir. Üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin de doğru yanıt ortalamaları birbirine yakın değerler taşımaktadır. Üçüncü sınıf öğrencilerinin ortalaması 9,17 iken dördüncü sınıf öğrencilerinin doğru yanıt ortalaması 9,38'tir. Bu durum göz önünde bulundurulduğunda; öğrencilerin sağlık bilgi düzeylerinin sınıf düzeyine göre artış gösterdiği, fakat birinci ve ikinci sınıf arasında fark olmayıp; üçüncü sınıfta bilgi düzeyinde artış olduğu söylenebilir.

Öğrencilerin sınıf düzeylerine göre sağlık bilgileri arasındaki fark incelenmiş ve elde edilen veriler Tablo 4.2.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2.2. Öğrencilerin Sınıf Düzeylerine Göre Sağlık Bilgileri Arasındaki Farka İlişkin Tablo

	Kareler Top.	Sd	Kareler Ort.	f	p	Scheffe
Gruplar Arası	388,303	3	129,434	24,947	,00	Birinci Sınıf<Üçüncü Sınıf Birinci Sınıf<Dördüncü Sınıf İkinci Sınıf<Üçüncü Sınıf İkinci Sınıf<Dördüncü Sınıf
Gruplar İçi	1831,500	353	5,188			
Toplam	2219,804	356				

Tablo 4.2.2.'ye göre; birinci sınıf öğrencilerinin sağlık bilgileri ile üçüncü sınıf öğrencilerinin sağlık bilgileri, birinci sınıf öğrencileri ile dördüncü sınıf öğrencilerinin sağlık bilgileri, ikinci sınıf öğrencileri ile üçüncü sınıf öğrencilerinin bilgileri ve ikinci sınıf öğrencileri ile dördüncü sınıf öğrencilerinin bilgileri arasında anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.3. Öğretmen Adaylarının; Anne Ve Babalarının Eğitim Düzeylerine Göre Sağlık Bilgilerine İlişkin Bulgular

Sınıf öğretmen adaylarımızın ankette yer alan anne ve babalarının öğrenim durumlarına göre sağlık bilgisi testinden elde ettikleri doğru sayılarının tek yönlü ANOVA sonuçları elde edilmiş ve Tablo 4.3.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.3.1. Öğretmen Adaylarının; Sağlık Bilgi Düzeylerinin, Anne ve Babalarının Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

	Kareler Top.	Sd	Kareler Ort.	F	p	Scheffe
Gruplar Arası	58,31	5	11,66	1,89	,095	
Gruplar İçi	2161,49	351	6,16			
Toplam	2219,80	356				

Tablo 4.3.1. incelendiğinde, anne eğitim durumu göz önüne alındığında; en yüksek doğru ortalamasına sahip olan grubun (9,05) annelerinin okur-yazar olan öğrencilerden oluştuğu, en düşük doğru ortalamasına (7,50) sahip olan öğrencilerin annelerinin okur-yazar olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Baba eğitim durumu göz önünde bulundurulduğunda; en yüksek doğru ortalamasına (8,84) sahip olan öğrencilerin babalarının ortaokul mezunu olduğu, en düşük doğru ortalamasına (7,36) sahip olan öğrencilerin babalarının okur-yazar olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anne eğitim durumuna göre öğrencilerin sağlık bilgileri arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmış ve sonuçlar Tablo 4.3.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.3.2. Anne Eğitim Düzeyine Göre Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlık Bilgi Puanlarının Tek Yönlü Varyans Analizi

Öğrenim Durumu	Anne			Baba		
	N	X	Ss	N	X	Ss
Okur Yazar Değil	53	7,50	2,52	14	7,36	1,78
Okur-Yazar	21	9,05	2,56	14	7,93	2,37
İlkokul Mezunu	135	8,16	2,59	112	8,15	2,70
Ortaokul Mezunu	40	8,80	2,30	51	8,84	2,18
Lise Mezunu	79	8,43	2,23	106	8,34	2,44
Üniversite Mezunu	29	8,28	2,74	60	8,08	2,61
Toplam	357	8,25	2,50	357	8,25	2,50

Tablo 4.3.2.'ye göre; öğretmen adaylarının sağlık bilgileri anne eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir (F: 1,89 ; p> ,05).

Baba eğitim durumuna göre öğrencilerin sağlık bilgileri arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmış ve sonuçlar Tablo 4.3.3.'te sunulmuştur.

Tablo 4.3.3. Baba Eğitim Düzeyine Göre Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlık Bilgi Puanlarının Tek Yönlü Varyans Analizi

	Kareler Top.	Sd	Kareler Ort.	F	p	Scheffe
Gruplar Arası	34,14	5	6,83	1,10	,36	
Gruplar İçi	2185,67	351	6,23			
Toplam	2219,80	356				

Tablo 4.3.3.'e göre; öğretmen adaylarının baba eğitim düzeylerine göre sağlık bilgi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (F:1,10; p>,05).

4.4. Öğretmen Adaylarının, Sağlıkla İlgili Edindikleri Bilgilerin Kaynaklara Göre Sağlık Bilgilerine İlişkin Bulgular

Öğrencilerimize sağlık bilgilerini hangi kaynaktan edindiklerini sorduğumuz anket sorumuza, aldığımız yanıtlarla sağlık bilgi düzeyleri karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 4.4.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.4.1. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlık Bilgilerini Edindikleri Kaynaklarla Sağlık Bilgi Düzeylerine İlişkin Betimsel Tablo

Kaynaklar	N	X	Ss
Aile	88	8,00	2,17
Tv, gazete, kitap vb.	118	8,18	2,64
Üniversite	78	9,18	2,34
Mezun olunan lise	19	8,68	2,63
Hekim	17	8,12	2,50
Çevre	36	7,00	2,48
Toplam	356	8,26	2,50

Tablo 4.4.1.'e göre; en yüksek ortalamanın 9,18 sağlık bilgisi testi ortalaması ile bilgilerini üniversiteden edindiklerini belirten 78 öğrenciye aittir. En düşük ortalama ise

7,00 ile bilgilerini çevrelerinden edindiklerini belirten 37 kişiye aittir. Diğer öğrencilerimizin sağlık bilgisi testi ortalamalarının birbirine çok yakın değerler taşıdığını (8,00-8,18-8,68-8,12) ve bu öğrencilerin bilgilerini ailelerinden, ev, gazete, kitap vb. gibi ortamlardan, mezun oldukları liseden ve hekimden edindiklerini söylemek mümkündür.

Bilgilerini edindikleri kaynaklara göre, bilgi düzeylerinde farklılık olup olmadığı incelenmiş veriler Tablo 4.4.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.4.2. Sağlık Bilgilerini Edindikleri Kaynaklara Göre Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlık Bilgi Düzeylerinin Tek Yönlü Varyans Analizi

	Kareler Top.	Sd	Kareler Ort.	F	p	Scheffe
Gruplar Arası	133,61	5	26,72	4,49	,001	Çevre < Üniversite
Gruplar İçi	2084,62	350	5,97			
Toplam	2218,23	355				

Tablo 4.4.2. incelendiğinde, sağlık bilgilerini çevreden edinen öğretmen adaylarının bilgi düzeyleri ile sağlık bilgilerini üniversiteden edinen öğretmen adaylarının bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır (F: 4,49 ; p>0,01).

4.5. Sınıf Öğretmenliği Programında Öğrenim Gören Öğretmen Adaylarının; Sağlığı Korumak Amacıyla Gösterdikleri Sağlık Davranışlarına İlişkin Bulgular

Sağlığa zarar verecek ortamlardan korunmak için yapılacak uygulamalar ve alınan temizlik önlemlerinin tümü kişisel hijyen olarak tanımlanır. Pek çok hastalık mikrobunun temiz olmayan kişilerde kolayca yerleştiği bilinmektedir. Başta kendi sağlığımız olmak üzere, başkalarının da sağlığını korumanın en önemli aracı temizliktir. Her insan kendi temizliğinden sorumludur. Çocuk yaşlarda anne, baba veya öğretmenler tarafından çoğu zaman bizzat yapılarak öğretilen temizlik uygulamalarının, çocukluktan sonra bireyin kendisi tarafından yapılması gerekmektedir.

Yüz yıkama, el yıkama ve banyo yapma genel deri temizliğinin başlıcalarıdır. Hastalık yapan mikroorganizmalar kişiden kişiye en çok eller yolu ile bulaşmaktadır. El yıkamanın amacı, eller üzerinde bulunan geçici bakterilerin tamamını, kalıcı bakterilerin

ise bir kısmını ellerden uzaklaştırmaktır. Bulaşıcı hastalıklardan korunmak adına gün içerisinde ellerin sık sık yıkanması gerekmektedir. Bununla birlikte yüz yıkama alışkanlığının da kazanılmış olması gerekmektedir. Genel olarak haftada en az 2 defa banyo yapılması da genel deri hijyeni açısından büyük bir önem taşır. Bu sebeplerle kişisel bakım ve sağlığı korumak adına yerine getirilmesi gereken davranışları ölçmek için hazırlanan ankette genel deri sağlığı ile ilgili olarak yer alan aşağıdaki sorulara da yanıt aranmış ve elde edilen veriler her soruya ayrı ayrı olmak üzere frekans tablolarında sunulmuştur.

a) Deri Hijyeni İle İlgili Bulgular

Öğrencilerin sabahları yüz yıkama alışkanlıklarının olup olmadığına dair elde edilen bulgular Tablo 4.5.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.5.1. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sabahları Yüz Yıkama Alışkanlıklarının Olup Olmadığına Dair Elde Edilen Verilerin Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Yüz Yıkama Alışkanlığı							
	Evet		Hayır		Bazen		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1	127	97,7	1	,8	2	1,5	130	100,0
2	45	100,0	0	0	0	0	45	100,0
3	90	96,8	1	1,1	2	2,2	93	100,0
4	86	96,6	0	,0	3	3,4	89	100,0
Toplam	348	97,5	2	,6	7	2,0	357	100,0

Tablo 4.5.1.'e göre; öğrencilerin %97,5'nin düzenli bir şekilde yüz yıkama alışkanlığına sahip oldukları görülürken, %2,6'sının bu alışkanlığa sahip olmadığını söylemek mümkündür.

Öğrencilerin el yıkama sıklıklarına dair elde edilen veriler Tablo 4.5.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.5.2. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Gün İçerisinde El Yıkama Sıklığına Dair Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	El Yıkama Sıklığı (Günde)													
	1-5		6-10		11-15		16-20		21-25		26-30		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	33	25,3	75	57,7	13	10,0	4	3,1	1	,8	4	3,1	130	100,0
2	7	15,5	75	51,1	8	17,7	4	8,9	3	6,7	0	0,0	45	100,0
3	21	22,7	47	51,6	17	18,3	4	4,3	2	2,2	1	1,1	93	100,0
4	21	23,6	57	64,0	2	2,2	8	9,0	0	,0	1	1,1	89	100,0
Toplam	82	23,0	20,3	56,7	40	11,2	20	5,6	6	1,7	6	1,7	357	100,0

Tablo 4.5.2.'ye göre; öğrencilerin %23'ü gün içerisinde ellerini 1-5 defa, %56,7'si 6-10 defa, %11,2'si 11-15 defa, %5,6'sı 16-20 defa, %1,7'si 21-25 defa ve %1,7'si 26-30 defa yıkadıklarını ifade etmişlerdir. Bu durumda yaklaşık olarak %23'ü bu konuda yeterli sağlığı koruma davranışına sahip değildir.

Öğrencilerin banyo yapma alışkanlıklarına dair elde edilen veriler Tablo 4.5.3.'te sunulmuştur.

Tablo 4.5.3. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Banyo Yapma Alışkanlıklarına İlişkin Frekans Tablosu

Sınıf	Banyo Yapma Sıklığı (Haftada)																			
	1		2		3		4		5		6		7		8		10		Toplam	
Düzeyi	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	2	1,5	16	12,3	58	44,6	27	20,8	12	9,2	5	3,8	9	6,9	1	,8	0	,0	130	100,0
2	2	4,4	3	6,7	8	17,8	13	28,9	11	24,4	1	2,2	6	13,3	0	,0	1	2,2	45	100,0
3	4	4,3	9	9,7	25	26,9	31	33,3	9	9,7	4	4,3	6	6,5	2	2,2	3	3,2	93	100,0
4	1	1,1	5	5,6	29	32,6	37	41,6	6	6,7	3	3,4	8	9,0	0	,0	0	,0	89	100,0
Toplam	9	2,5	33	9,2	120	33,6	108	30,3	38	10,6	13	3,6	29	8,1	3	,8	4	1,1	357	100,0

Tablo 4.5.3.'e göre; öğrencilerimizin %2,5'i hafta 1 kez, %9,2'si haftada 2 kez, %33,6'sı haftada 3 kez, %30,3'ü haftada 4 kez, %10,6'sı haftada 5 kez, %3,6'sı haftada 6 kez, %8,1'i haftada 7 kez, %,8'i haftada 8 kez ve %1,1'i haftada 10 kez banyo yaptıklarını ifade etmişlerdir. Buna göre; öğrencilerimizin %2,5'inin bu konuda yetersiz olduğu görülmektedir.

b) Saç Hijyeni ile İlgili Bulgular

Saçların temizliği sağlığı etkiler. Çünkü bazı enfeksiyon etkenleri ve parazitler, kirli saçlara ve o bölgedeki deriye daha kolay yerleşir. Bununla birlikte mutlaka kişilerin kendilerine özel taraklarının olması gerekmektedir. Bu yönde sağlık davranışları anketinde yer alan soruya verilen cevapların frekans tablosu aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4.5.4. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Kendilerine Ait Taraklarının Olup Olmadığına Dair Elde Edilen Verilerin Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Kişiye Ait Tarak					
	Evet		Hayır		Toplam	
	f	%	f	%	f	%
1	108	83,1	22	16,9	130	100,0
2	37	82,2	8	17,8	45	100,0
3	77	82,8	16	17,2	93	100,0
4	82	92,1	7	7,9	89	100,0
Toplam	304	85,2	53	14,8	357	100,0

Tablo 4.5.4.'e göre; öğrencilerin %85,2'sinin kendisine ait tarağı bulunurken, % 24,8'inin kendisine ait tarağı bulunmamaktadır. Bu durumda; öğrencilerin %14,8'inin bu konuda yeterli sağlığı koruma davranışına sahip olmadığı görülmektedir.

c) Ağız ve Diş Sağlığı İle İlgili Bulgular

Ağız bakımına dikkat edilmediği takdirde ağız kokusu, diş eti rahatsızlıkları, çiğneme güçlüğü ve hazımsızlık görülür. Ağız bakımında amaç, ağzın tüm organizmalardan temizlenmesi değil, daha çok birikmiş yiyecek artıklarının temizlenmesidir. Dişler günde en az iki kez 3 dakika süre ile florlu diş macunu ile tüm diş yüzeyini kapsayacak şekilde fırçalanmalıdır. Fırçalama işlemi yemekten sonra ilk yirmi dakika içinde yapılmalıdır. Herkesin kendine ait bir diş fırçası olmalıdır. Dişlerde çürük olmasa bile 6 ayda bir diş muayenesi yaptırılmalıdır.

Öğrencilerin diş fırçalama alışkanlıklarının olup olmadığına dair elde edilen bulgular Tablo 4.5.5.'te sunulmuştur

Tablo 4.5.5. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Diş Fırçalama Alışkanlıklarının Olup Olmadığına Dair Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Diş Fırçalama Alışkanlığı							
	Evet		Hayır		Bazen		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1	121	93,1	3	2,3	6	4,6	130	100,0
2	42	93,3	0	,0	3	6,7	45	100,0
3	86	92,5	2	2,2	5	5,4	93	100,0
4	86	96,6	1	1,1	2	2,2	89	100,0
Toplam	335	93,8	6	1,7	16	4,5	357	100,0

Tablo 4.5.5.'e göre; sınıf öğretmenliği öğrencilerinin %93,8'i diş fırçalama alışkanlığına sahipken, %6,2'si bu alışkanlığı kazanamamıştır.

Öğrencilerin kendilerine ait diş fırçalarının bulunup bulunmadığına dair elde edilen bulgular Tablo 4.5.6.'da sunulmuştur.

Tablo 4.5.6. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Kişisel Diş Fırçasına Sahip Olup Olmadıklarına Dair Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Kişisel Diş Fırçası					
	Evet		Hayır		Toplam	
	f	%	f	%	f	%
1	128	98,5	2	1,5	130	100,0
2	45	100,0	0	,0	45	100,0
3	92	98,9	1	1,1	93	100,0
4	88	98,9	1	1,1	89	100,0
Toplam	353	98,9	4	1,1	357	100,0

Tablo 4.5.6.'ya göre; öğrencilerin %98,9'u kendisine ait diş fırçası kullanırken, %1,1'i kendisine ait bir diş fırçasına sahip değildir.

Öğrencilerin gün içerisinde diş fırçalama sıklıklarına dair elde edilen bulgular Tablo 4.5.7.'de sunulmuştur.

Tablo 4.5.7. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Gün İçerisinde Diş Fırçalama Sıklıklarına Ait Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Diş Fırçalama Sıklığı (Günde)													
	Hiç		1		2		3		4		5		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	1	,8	31	23,8	72	55,4	22	16,9	3	2,3	1	,8	130	100
2	0	,0	9	20,0	27	60,0	4	8,9	4	8,9	1	2,2	45	100
3	2	2,2	17	18,3	52	55,9	20	21,5	1	1,1	1	1,1	93	100
4	0	,0	15	16,9	51	57,3	20	22,5	3	3,4	0	,0	89	100
Toplam	3	,8	72	20,2	202	56,6	66	18,5	11	3,1	3	,8	357	100

Tablo 4.5.7.'e göre; öğrencilerin %,8'i hiç dişini fırçalamazken, %20,2'si günde 1 defa, %56,6'sı günde 2 defa, %18,5'i günde 3 defa, %3,1'i günde 4 defa ve %,8'i günde 5 defa dişlerini fırçalama alışkanlığına sahiptir.

Öğrencilerin diş fırçalarını değiştirme aralıklarına dair elde edilen bulgular Tablo 4.5.8.'de sunulmuştur.

Tablo 4.5.8. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Diş Fırçalarını Değiştirme Aralıklarına Dair Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Diş Fırçasını Değiştirme Aralığı																	
	1 ay		2 ay		3 ay		4 ay		5 ay		6 ay		1 yıl		1 yıldan fazla		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	24	18,5	15	11,5	29	22,3	12	9,2	5	3,8	38	29,2	6	4,6	1	,8	130	100,0
2	9	20,0	6	13,3	16	35,6	3	6,7	0	,0	8	17,8	3	6,7	0	,0	45	100,0
3	14	15,1	11	11,8	32	34,4	3	3,2	3	3,2	24	25,8	4	4,3	2	2,2	93	100,0
4	2	2,2	10	11,2	26	29,2	9	10,1	4	4,5	23	25,8	23	25,8	15	16,9	89	100,0
Toplam	49	13,7	42	11,8	103	28,9	27	7,6	12	3,4	93	26,1	28	7,8	3	,8	357	100,0

Tablo 4.5.8.'e göre; öğrencilerimizin %91,5'i diş fırçasını 6 ay ya da daha kısa süre içerisinde değiştirdiğini ifade ederken, %8,5'i diş fırçasını 1 yıl ve 1 yıldan daha uzun süre içerisinde değiştirmektedir. Bu durumda; öğrencilerimizin % 8,5'i bu konuda yeterli düzeyde sağlığı koruma davranışına sahip değildir.

Öğrencilerin diş hekimini son ziyaret tarihlerine ait bulgular Tablo 4.5.9'da sunulmuştur.

Tablo 4.5.9. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Diş Hekimini Son Ziyaret Tarihlerine Dair Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Diş Hekimini Son Ziyaret Tarihi											
	Son bir Yıl		Son 6 ay		Son 1 ay		hiç		2 yıldan fazla		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	23	17,7	7	5,4	18	13,8	57	43,8	25	19,2	130	100
2	11	24,4	3	6,7	7	15,6	17	37,8	7	15,6	45	100
3	13	14,0	19	20,4	14	15,1	28	30,1	19	20,4	93	100
4	30	33,7	10	11,2	19	21,3	18	20,2	12	13,5	89	100
Toplam	77	21,6	39	10,9	58	16,2	120	33,6	63	17,6	357	100

Tablo 4.5.9.'a göre; öğrencilerin %21,6'sı 1 yıl önce doktora gittiğini, %10,9'u 6 ay önce, %16,2'si son 1 ay içinde ve %17,6'sı 2 yıl ve daha fazla zaman olduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin %33,6'sı bugüne kadar hiç diş hekimine gitmediğini ifade etmişlerdir. Bu durumda öğrencilerimizin sadece %27,1'i bu konuda yeterli duyarlılığa sahiptir.

d) Ayak Hijyeni İle İlgili Bulgular

Ayak sağlığı için temizlik kurallarının uygulanması büyük bir önem taşımaktadır. Ayakların her gün yıkanması ve yıkandıktan sonra, özellikle parmak aralarının iyice kurulanması gerekir. Aksi halde nemli ortam mantar enfeksiyonlarının gelişmesine neden olur. Ayak tırnakları da düzenli aralıklarla kesilmelidir ve tırnak makası mutlaka kişiye özel olmalıdır. Çoraplar günlük olarak değiştirilmelidir.

Bu nedenlerle öğrencilere sağlığı korumak adına gerçekleştirilmesi gereken davranışlarla ilgili ankette aşağıdaki sorulara da yer verilmiş, elde edilen veriler frekans tablolarında sunulmuştur.

Öğrencilerin kendilerine ait tırnak makaslarının bulunup bulunmadığına dair elde edilen bulgular Tablo 4.5.10.'da sunulmuştur.

Tablo 4.5.10. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Kendilerine Ait Tırnak Makasları Olup Olmadığına Dair Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Kişisel Tırnak Makası					
	Evet		Hayır		Toplam	
	f	%	f	%	f	%
1	95	73,1	35	26,9	130	100,0
2	35	77,8	10	22,2	45	100,0
3	66	71,0	27	29,0	93	100,0
4	68	76,4	21	23,6	89	100,0
Toplam	264	73,9	93	26,1	357	100,0

Tablo 4.5.10.'a göre; öğrencilerin %73,9'unun kendisine ait bir tırnak makası var iken, %26,1'nin kendisine ait bir tırnak makasının olmadığı görülmektedir.

Öğrencilerin ayak yıkama alışkanlıkları ile ilgili bulgular Tablo 4.5.11.'de sunulmuştur.

Tablo 4.5.11. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Ayak Yıkama Alışkanlıklarına Dair Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Ayak Yıkama Alışkanlığı							
	Hergün		İki Günde bir		Dört Günde bir		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1	99	76,2	11	8,5	2	15,4	130	100
2	39	86,7	3	6,7	3	6,7	45	100
3	70	75,3	5	5,4	18	19,4	93	100
4	71	79,8	8	9,0	10	11,2	89	100
Toplam	279	78,2	27	7,6	51	14,3	357	100

Tablo 4.5.11.'e göre; öğrencilerin %78,2'si ayaklarını her gün yıkadığını, %7,6'sı ayaklarını iki günde bir yıkadığını ve %14,3'ü ayaklarını dört günde bir yıkadığını ifade etmişlerdir. Bu durumda ayak hijyeni ile ilgili bu kurala %78,2 öğrencinin dikkat ettiği görülmektedir.

Öğrencilerin ayak kurulama alışkanlıkları ile ilgili bulgular Tablo 4.5.12.'de sunulmuştur.

Tablo 4.5.12. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Ayak Kurulama Alışkanlıklarına Dair Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Ayak Kurulama Alışkanlığı							
	Evet		Hayır		Bazen		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1	74	56,9	29	22,3	27	20,8	130	100,0
2	26	57,8	8	17,8	11	24,4	45	100,0
3	63	67,7	13	14,0	17	18,3	93	100,0
4	67	75,3	9	10,1	13	14,6	89	100,0
Toplam	230	64,4	59	16,5	68	19,0	357	100,0

Tablo 4.5.12.'ye göre; öğrencilerin %64,4'ü bu alışkanlığa sahip olduğunu belirtirken, %16,5'i bu alışkanlığa sahip olmadığını söylemiştir. Bununla birlikte düzenli olmamakla birlikte %19,0 öğrencinin bu alışkanlığı gösterdiği görülmektedir.

Öğrencilerin çorap değiştirme sıklıkları ile ilgili bulgular Tablo 4.5.13.'te sunulmuştur.

Tablo 4.5.13. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Çorap Değiştirme Sıklıklarıyla İlgili Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Çorap Değiştirme Sıklığı									
	Her gün		2 Günde bir		3 günde bir		Haftada bir		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	90	69,2	32	24,6	8	6,2	0	,0	130	100
2	37	82,2	7	15,6	1	2,2	0	,0	45	100
3	71	76,3	16	17,2	5	5,4	1	1,1	93	100
4	72	80,9	14	15,7	3	3,4	0	,0	89	100
Toplam	270	75,6	69	19,3	17	4,8	1	,3	357	100

Tablo 4.5.13.'e göre; öğrencilerin %75,6'sı her gün çoraplarını değiştirirken, %19,3'ü iki günde bir, %4,8'i üç günde bir ve %,3'ü haftada bir çoraplarını değiştirdiklerini ifade etmişlerdir. Dolayısıyla bu konuda gerekli dikkati gösteren öğrenci yüzdesi %75,6'dır.

e) Vücudu Yabancı Maddelerden Korumaya Yönelik Davranışlarla İlgili Bulgular

Öğrencilerin vücutlarına herhangi bir estetik müdahalede bulunup bulunmadıkları ile ilgili bulgular Tablo 4.5.14'de sunulmuştur.

Tablo 4.5.14. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Vücutlarına Herhangi Bir Estetik Müdahalede Bulunup Bulunmadıklarına Dair Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Estetik Müdahale					
	Evet		Hayır		Toplam	
	f	%	f	%	f	%
1	28	21,5	102	78,5	130	100,0
2	9	20,0	36	80,0	45	100,0
3	30	32,3	63	67,7	93	100,0
4	23	25,8	66	74,2	89	100,0
Toplam	90	25,2	267	74,8	357	100,0

Tablo 4.5.14.'e göre; öğrencilerin %25,2'si vücudunda küpe, piercing, dövme gibi estetik müdahalenin bulunduğunu ifade etmiştir.

f) Üriner Sistem ve Boşaltım Sistemi Sağlığı İle İlgili Bulgular

İç çamaşırlarının her gün değiştirilmesi, çamaşırların beyaz, pamuklu ve kişiye özel olması, üriner sistem ve boşaltım sisteminin sağlığı açısından büyük bir önem taşımaktadır. Vücuttaki istenmeyen tüylerin (koltuk altı ve kasık bölgesi) temizliğine dikkat edilmeli ve kısa aralıklarla alınmalıdır.

Öğrencilerin iç çamaşırlarını değiştirme alışkanlıkları ile ilgili bulgular Tablo 4.5.15.'te sunulmuştur.

Tablo 4.5.15. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin İç Çamaşırı Değiştirme Alışkanlıkları İle İlgili Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	İç Çamaşırı Değiştirme Sıklığı									
	Hergün		2 Günde bir		Haftada bir		Haftada 2-3		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	39	30,0	54	41,5	35	26,9	2	1,5	130	100
2	27	60,0	13	28,9	5	11,1	0	,0	45	100
3	55	59,1	25	26,9	12	12,9	1	1,1	93	100
4	63	70,8	15	16,9	9	10,1	2	2,2	89	100
Toplam	184	51,5	107	30,0	61	17,1	5	1,4	357	100

Tablo 4.5.15.'e göre; öğrencilerin %51,5'i iç çamaşırlarını her gün değiştirdiklerini ifade etmişlerdir. Fakat, %30'u iki günde bir, %17,1'i haftada bir ve % 1,4'ü haftada 2-3 kez değiştirdiklerini ifade etmişlerdir. Bu durumda öğrencilerin

yaklaşık %50'si bu konuda uygun davranışı gösterememektedir.

Erkek öğrencilerin kendilerine ait tıraş bıçağı bulunup bulunmadığı ile ilgili bulgular Tablo 4.5.16.'da sunulmuştur.

Tablo 4.5.16. Sınıf Öğretmenliğinde Öğrenim Gören Erkek Öğrencilerin Kendilerine Ait Tıraş Bıçağı Bulunup Bulunmadığına Dair Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Tıraş Bıçağı					
	Evet		Hayır		Toplam	
	f	%	f	%	f	%
1	59	100,0	0	,0	59	100,0
2	17	94,4	1	5,6	18	100,0
3	36	100,0	0	,0	36	100,0
4	37	100,0	0	,0	37	100,0
Toplam	149	99,3	1	,7	150	100,0

Tablo 4.5.16.'ya göre; sınıf öğretmenliğinde okuyan erkek öğrenci sayısı 150 olup, %99,3'ünün kendisine ait tıraş bıçağı bulunmaktadır.

Erkek öğrencilerin vücutlarının farklı bölgeleri için farklı tıraş bıçağı kullanıp kullanmadığına dair elde edilen bulgular Tablo 4.5.17'de sunulmuştur.

Tablo 4.5.17. Sınıf Öğretmenliğinde Öğrenim Gören Erkek Öğrencilerin Vücutlarında Farklı Bölgeler İçin Farklı Tıraş Bıçağı Kullanıp Kullanmadıklarına Dair Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Farklı Tıraş Bıçağı Kullanımı					
	Evet		Hayır		Toplam	
	f	%	f	%	f	%
1	55	93,2	4	6,8	59	100,0
2	18	100,0	0	,0	18	100,0
3	34	94,4	2	5,6	36	100,0
4	36	100,0	0	,0	36	100,0
Toplam	143	96,0	6	4,0	149	100,0

Tablo 4.5.17.'ye göre; sınıf öğretmenliğinde öğrenim gören 149 erkek öğrenciden %96'sı vücutlarının farklı bölgeleri için farklı tıraş bıçağı kullandıklarını ifade ederken, %4'ü aynı tıraş bıçağını kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Bayan öğrencilerin makyaj temizleme alışkanlıkları ile ilgili elde edilen bulgular Tablo 4.5.18.'de sunulmuştur.

Tablo 4.5.18. Sınıf Öğretmenliğinde Öğrenim Gören Bayan Öğrencilerin Makyaj Temizleme Alışkanlıklarına Dair Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Makyaj Temizleme Alışkanlığı					
	Evet		Hayır		Toplam	
	f	%	f	%	f	%
1	68	95,8	3	4,2	71	100,0
2	24	92,3	2	7,7	26	100,0
3	49	86,0	8	14,0	57	100,0
4	50	96,2	2	3,8	52	100,0
Toplam	191	92,7	15	7,3	206	100,0

Tablo 4.5.18.'e göre; sınıf öğretmenliği programında öğrenim gören 206 bayan öğrenciden %92,7'si her gün makyajını temizlediğini ifade ederken, % 7,3'ü bu konuda dikkatli olmadığını ifade etmiştir.

Bayan öğrencilerin epilasyon yöntemleri ile ilgili elde edilen bulgular Tablo 4.5.19.'da sunulmuştur.

Tablo 4.5.19. Sınıf Öğretmenliğinde Öğrenim Gören Bayan Öğrencilerin Epilasyon Yöntemlerine Dair Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Tüy Temizleme Yöntemi									
	Ağda		Jilet		Epilatör		Güzellik Mer.		Toplam	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	33	46,5	4	5,6	31	43,7	3	4,2	71	100,0
2	14	53,8	0	,0	10	38,5	2	7,7	26	100,0
3	31	54,4	2	3,5	19	33,3	5	8,8	57	100,0
4	33	64,7	0	,0	16	31,4	2	3,9	51	100,0
Toplam	111	54,1	6	2,9	76	37,1	12	5,9	205	100,0

Tablo 4.5.19.'a göre; 205 bayan öğrenci içerisinden %54,1'i ağdayı, %2,9'u jileti, % 37,1'i epilatörü ve %5,9'u güzellik merkezlerini tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Bayan öğrencilerin epilasyon için kullandıkları araçların kendilerine ait olup olmadığı ile ilgili bulgular Tablo 4.5.20.'de sunulmuştur.

Tablo 4.5.20. Sınıf Öğretmenliğinde Öğrenim Gören Bayan Öğrencilerin Kullandıkları Jilet, Epilatör vb. Araçların Kendilerine Ait Olup Olmadığına Dair Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Kişisel Epilasyon Cihazı					
	Evet		Hayır		Toplam	
	f	%	f	%	f	%
1	65	91,5	6	8,5	71	100,0
2	26	100,0	0	,0	26	100,0
3	55	96,5	2	3,5	57	100,0
4	43	93,5	3	6,5	46	100,0
Toplam	189	94,5	11	5,5	200	100,0

Tablo 4.5.20.'ye göre; bu soruya yanıt veren 200 bayan öğrenciden %94,5'i kendisine ait jilet, epilatör vb. araçlar kullanırken, %5,5'i başkalarıyla ortak olarak kullandıklarını ifade etmişlerdir.

4.6. Sınıf Öğretmenliği Programında Öğrenim Gören Öğretmen Adaylarının Sağlık Eğitimiyle İlgili Çeşitli Düşüncelerine İlişkin Bulgular

Sınıf öğretmenliğinde okuyan öğrencilerimize bulaşıcı hastalıklardan korunma konusunda kendilerini yeterli bulup bulmadıkları sorulmuş ve bu soruya verilen yanıtlar "evet" ve "hayır" şeklinde değerlendirmeye alınmıştır. "Evet" ve "Hayır" olarak verilen cevapların sınıf düzeylerine göre ve genel olarak değerlendirmesi yapılmış, Tablo 4.6.1.'de frekansları ve sahip oldukları yüzdelik dilimler verilmiştir.

Tablo 4.6.1. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlık Konusunda Kendilerini Yeterli Bulup Bulmadıkları İle ilgili Verdikleri Yanıtlara Ait Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Yanıtlar	Frekans	Yüzde	Yığmalı Yüzde
	Evet	61	46,9	46,9
1	Hayır	69	53,1	100,0
	Toplam	130	100,0	
	Evet	26	57,8	57,8
2	Hayır	19	42,2	100,0
	Toplam	45	100,0	
	Evet	61	65,6	65,6
3	Hayır	32	34,4	100,0
	Toplam	93	100,0	
	Evet	61	68,5	68,5
4	Hayır	28	31,5	100,0
	Toplam	89	100,0	
	Evet	209	58,5	58,5
GENEL	Hayır	148	41,5	100,0
	Toplam	357	100,0	

Tablo 4.6.1.'e göre; birinci sınıf öğrencilerinin %46,9'u kendisini bulaşıcı hastalıklardan koruma konusunda yeterli bulurken, %53,1 kendisini bu konuda yetersiz görmektedir. İkinci sınıf öğrencilerinin %57,8'i , üçüncü sınıf öğrencilerinin %65,6'sı ve dördüncü sınıf öğrencilerinin ise %68,5'inin kendisini bulaşıcı hastalıklardan koruma konusunda yeterli bulduğunu ifade etmektedir. Buna göre; sınıf düzeyi arttıkça öğretmen adaylarının bu konuda biraz daha bilgi sahibi olduğu göz önünde bulundurulursa, bu nedenle de kendilerini bu konuda daha yeterli görmeye başladıkları düşünülmektedir. Dördüncü sınıf öğrencilerinin %68,5 oranında "evet" yanıtı vermesinden yola çıkılarak; edindikleri bilgilerin diğer sınıf düzeylerine göre daha fazla olmasına rağmen, yine de yetersiz olduklarını düşündükleri görülmektedir.

Genel değerlendirmeye bakılacak olursa %58,5 oranında "evet" yanıtı verilirken, %41,5 oranında "hayır" yanıtı verilmiştir. Bu oranların birbirine yakın olması dikkat çekmektedir.

Tablo 4.6.2. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin, Bir Öğretmen Sağlık Eğitimi Almalı mı Sorusuna Verdikleri Cevaplara Ait Frekans Tablosu

	Yanıtlar	Frekans	Yüzde	Yığmalı Yüzde
1	Evet	129	99,2	99,2
	Hayır	1	,8	100,0
	Toplam	130	100,0	
2	Evet	45	100,0	100,0
	Hayır	-	-	-
	Toplam			
3	Evet	87	93,5	93,5
	Hayır	6	6,5	100,0
	Toplam	93	100,0	
4	Evet	86	96,6	96,6
	Hayır	3	3,4	100,0
	Toplam	89	100,0	
GENEL	Evet	347	97,2	97,2
	Hayır	10	2,8	100,0
	Toplam	357	100,0	

Sınıf öğretmeni adaylarımıza "Bir öğretmen sizce sağlık konusunda eğitim almalı mıdır?" sorusu yöneltilmiş, genel olarak ve sınıf düzeylerine göre bu soruya verdikleri yanıtlar "evet" ve "hayır" olarak değerlendirilerek, frekans ve yüzde değerleri Tablo 4.6.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.6.2.'ye göre; birinci sınıf öğrencilerimizden %99,2'si, ikinci sınıf öğrencilerimizin %100'ü, üçüncü sınıf öğrencilerimizin %93,5'i ve dördüncü sınıf öğrencilerimizin %96,6'sı bir öğretmenin sağlık konusunda eğitim alması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Öğrencilerimize sorulan "Öğretmenliğe başladığınızda öğrencilerinize sağlık konusunda yeterli bilgi verebileceğinizi düşünüyor musunuz?" sorusuna verdikleri yanıtlar yine ayrı ayrı sınıf düzeyine göre ve genel olarak değerlendirilerek Tablo 4.6.3.'de sunulmuştur.

Tablo 4.6.3. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlık Konusunda Yeterli Bilgiyi İlerde Öğrencilerine Verebileceklerini Düşünüp Düşünmediklerine Ait Frekans Tablosu

Sınıf Düzeyi	Yanıtlar	Frekans	Yüzde	Yığmalı Yüzde
	Evet	69	53,1	53,1
1	Hayır	61	46,9	100,0
	Toplam	130	100,0	
	Evet	33	73,3	73,3
2	Hayır	12	26,7	100,0
	Toplam	45	100,0	
	Evet	67	72,0	72,0
3	Hayır	26	28,0	100,0
	Toplam	93	100,0	
	Evet	63	70,8	70,8
4	Hayır	26	29,2	100,0
	Toplam	89	100,0	
	Evet	232	65,0	65,0
GENEL	Hayır	125	35,0	100,0
	Toplam	257	100,0	

Tablo 4.6.3.'e göre; birinci sınıf öğrencilerinin %53,1'i , ikinci sınıf öğrencilerinin %73,3'ü , üçüncü sınıf öğrencilerinin %72,0'si ve dördüncü sınıf öğrencilerinin %70,8'i öğretmenliğe başladığında öğrencilerine sağlık konusunda yeterli bilgi verebileceklerini ifade etmişlerdir.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Sağlık ile eğitim arasında yakın bir ilişki vardır. Bu açıdan sağlıklı ve huzurlu bir gelecek için sağlık bilgisi konusunda eğitilmiş nesillerin yetiştirilmesinde, yeterli düzeyde eğitim almış öğretmenler ayrı bir önem taşır. Sağlık eğitiminin en iyi verileceği yer okuldur, daha sonra aile gelir (Yıldız ve Ergeneci, 2005).

Diğer konularda olduğu kadar öğretmenlerimizin sağlık konusunda da yeterli bilgi ve davranışa sahip olması gerekir ki, öğrencilerimize de aynı şekilde bu bilgi ve davranışları aktararak, bilinçli ve kötü alışkanlıklardan uzak sağlıklı bir nesil meydana gelebilsin. Bu açıdan sağlıklı ve huzurlu bir gelecek için sağlık bilgisi konusunda eğitilmiş nesillerin yetiştirilmesinde, yeterli düzeyde eğitim almış öğretmenler ayrı bir önem taşımaktadır.

Bu nedenlerle, eğitimin en önemli ve en kritik çağı olan ilköğretim çağında bulunan çocuklarımıza en etkin sağlık bilgisi ve sağlık davranışlarını kazandıracak olan ilköğretim birinci kademede sınıf öğretmeni olarak görev alacak olan öğretmen adaylarımızın sık görülen bulaşıcı hastalıklarla ilgili sahip olması gereken sağlık bilgilerinin ve insan sağlığını korumak adına gerçekleştirilmesi gereken davranışlarının, hangi düzeyde olduğu araştırılmış ve değerlendirilmiştir. Bununla birlikte öğrencilerimizin sağlık bilgi düzeyleri; anne ve baba eğitim düzeyleri, sağlık bilgilerini edindikleri kaynaklar ve sınıf düzeyi değişkenlerine göre de incelenmiştir. Ayrıca öğretmen adaylarımızın sağlık eğitimi ile ilgili bazı düşüncelerini öğrenmek amacıyla; "Bulaşıcı hastalıklardan korunma konusunda kendilerini yeterli buluyorlar mı?", "Bir öğretmenin sağlık konusunda eğitim alması gerekir mi?", "Öğretmenliğe başladıklarında öğrencilerine sağlık konusunda yeterli bilgi verebileceklerini düşünüyorlar mı?" sorularına da yanıt aranmış ve elde edilen sonuçlar değerlendirilmiştir. Bu bölümde elde edilen bulgular ilgili başlıklar altında tartışılmıştır.

5.1. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sık Görülen Bulaşıcı Hastalıklarla İlgili Sağlık Bilgi Düzeyleri

Sınıf öğretmenliği öğrencilerinin sık görülen bulaşıcı hastalıklarla ilgili bilgi düzeylerini ölçebilmek amacıyla hazırlanan sağlık bilgisi testinde 15 soru yer almıştır.

Öğrencilerin bu 15 soru için elde etmiş oldukları doğru sayısı ortalama değerleri çok yüksek bulunamamıştır. Birinci sınıf öğrencilerinin doğru yanıt ortalamalarının 7,18 , ikinci sınıf öğrencilerinin doğru yanıt ortalamalarının 7,24 olduğu ve birbiri ile yakın değerler taşıdığı görülmüştür. Üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin de doğru yanıt ortalamaları birbirine yakın değerler taşımaktadır. Üçüncü sınıf öğrencilerinin ortalaması 9,17 iken dördüncü sınıf öğrencilerinin doğru yanıt ortalaması 9,38'tir. Sınıf düzeylerine göre sağlık bilgileri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı incelendiğinde; birinci sınıf ile üçüncü sınıf, birinci sınıf ile dördüncü sınıf, ikinci sınıf ile üçüncü sınıf, ikinci sınıf ile dördüncü sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Bu durumun, üçüncü sınıf biyoloji müfredatına dahil olan konulardan bazılarının sağlığa yönelik olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Yıldız ve Ergeneci'nin 2000 yılında "Bir öğretmen grubunun bazı sağlık konularında bilgi gereksiniminin saptanması" adlı çalışmasında, araştırma grubundaki öğretmenlerin temel sağlık bilgi durumlarının yetersiz olduğu, sağlıkla ilgili yanlış ya da yetersiz bilgilere sahip oldukları, evlerinde sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarının çok olduğunu ifade etseler de, kurs ve seminerlere katıldıklarını belirtseler de, sağlık bilgisi konusunda büyük bir açıklarının olduğu ve ciddi bir sağlık eğitimine gereksinimlerinin bulunduğu saptanmıştır.

Öğretmen adaylarının; sağlık bilgi düzeylerinin, anne ve babalarının eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini incelemek için tek yönlü ANOVA kullanılmıştır. Elde edilen veriler değerlendirildiğinde öğrencilerin sağlık bilgi düzeylerinin anne ve babalarının eğitim düzeylerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Kaya ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışma sonucunda da; öğrencilerin annelerinin çalışma durumu, babalarının öğrenim durumu, babalarının çalışma durumu, bilgi aldığı kaynak ile toplam hijyen puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Gerçekleştirilen çalışma sonucunda, öğretmen adaylarının, sağlıkla ilgili edindikleri bilgilerin kaynaklarına göre sağlık bilgi düzeylerinin farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde, arada anlamlı bir fark bulunduğu görülmüştür. Buna göre; en yüksek doğru ortalamasına sahip bireylerin sağlık bilgilerini aile ortamından, üniversiteden ve mezun oldukları liseden elde ettikleri sonucuna varılmıştır.

Öğrencilerin kendi sağlıklarını geliştirecek olan yeterli bilgi ve becerilere sahip olmaya, tutum ve değerleri geliştirmeye ihtiyaçları vardır. Toplumda yaygın olarak görülen sorunları önleyebilmeleri, hasta olduklarında da ne yapacaklarını bilmeleri

gerekmektedir. Çocuklara yalnızca bilgi vermek değil, aynı zamanda kendilerine yetecek pratik becerileri de kazandırmak önemlidir (Öztürk ve Çetinkaya, 1999).

5.2. Öğretmen Adaylarının Sağlıklarını Korumak Amacıyla Gösterdikleri Davranışlar

Hijyen, bireylerde sağlığı oluşturma ve korumayı kapsayan uygulamalardır. Hijyenik uygulamalar, bireyin kendini rahat ve güvende hissetmesini, hastalıkların önlenmesini, sağlığın korunmasını ve geliştirilmesini sağlar. Vücut hijyenini sağlarken vücudun özellikle nemli bölgelerinin temizliğine özen gösterilmeli; ter kokusu, ağız kokusu gibi rahatsız edici faktörleri düzenlemeli; dış görünüşün temiz, bakımlı olması sağlanmalı, deriyi tahriş eden maddelerden kaçınmalı, kuruluğu önlemeli ve güneşte kalınmamalıdır (Seçim, 1991; Potter ve Perry, 1995; Ulusoy, 1997; Usluer, 2003).

Günümüzde kişilerin tüm dış ortam kirleticilerinin sürekli etkisi altında olması nedeniyle hijyen, vücudun hastalıklardan korunması açısından en önemli uygulamalardan birisidir. En önemli temizlik uygulamalarından birisi, çevresel kirleticilerin vücuda giriş yolu olan ellerin temizliğidir. Özellikle tuvaletten sonra ve yiyeceklere dokunmadan önce ellerin yıkanması çok önemlidir. Ayrıca, sabah kalkıldığında yüzün yıkanması, dişlerin fırçalanması, düzenli banyo yapılması, iç çamaşır değiştirilmesi gibi uygulamalar, hijyen için gerekli olan diğer uygulamalardandır (Güler, 2004; Balcı ve diğ., 2005).

Sosyal hayattaki el temasını gerektiren kirli ya da kontamine tüm rutin işlemlerden sonra ellerin sadece su ve sabunla mekanik hareketler yardımıyla yıkanarak geçici mikroorganizmaların büyük bir çoğunluğunun uzaklaştırılması gerekir. El yıkama;

- Yiyecek tatmadan, yemek yemeden ve hastaya yemek yedirmeden önce,
- Tuvalete gittikten sonra,
- Hasta bakımına başlamadan önce (yatak banyosu, ağız bakımı... gibi)
- Ellerin her kirlenmesinde yapılmalıdır (Çopur, 2005).

Eller vücutta en çabuk kirlenen ve mikroorganizmalarla en çok temas eden organlardır. Elleri temiz tutmak sadece estetik açıdan değil, aynı zamanda sağlık açısından da çok önemlidir. Oral-fekal bulaşmanın en önemli yollarından birisi ellerdir. Doğru el temizliği yapılması zararlı etkenlerin besinlerle, içeceklerle vücuda girmesini önler. Biçer'in (1996) bildirdiğine göre Bhatia'nın yaptığı çalışmada besinlerle bulaşan

paraziter hastalıklara esas neden olarak ekonomik yetersizlik gösterilirken, diğer faktör olarak kişisel hijyen yetersizliğini belirtmiştir.

Kocakaya'nın (2005) yaptığı çalışma sonucunda ise; öğrencilerin yüz ve el hijyeni alışkanlıklarına bakıldığında çoğunluğunun (%89,3) yüzlerini günde en az 1 kez yıkadıkları görülmüştür. Erdem'in (1990) ilkokul öğrencileri ile yaptığı çalışmada her gün yüzünü yıkayan öğrenci oranı % 94,7'dir. Bu bulgulara göre günlük temizliğin ilk başlangıcı olan yüz yıkamanın çocuklara yerleşmiş olduğu ancak gençlik döneminde anne-baba baskısının, öğretmen kontrolünün kalkması nedeniyle biraz ihmal edildiği düşünülmüştür.

Öğrencilerin sağlıklarını korumak adına gerçekleştirdikleri sağlığı koruma davranışlarını ölçmek amacıyla hazırlanan anket sonucunda elde edilen veriler değerlendirildiğinde; deri hijyeni konusunda özellikle el yıkama konusunda yeterli önemi göstermedikleri dikkat çekmiştir. Bununla birlikte öğrencilerin %2,6'sının yüz yıkama alışkanlığına sahip olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Tezcaner'e (1997) göre; yüz ve boyun temizliği sağlığı korumada önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle gece boyunca gözlerin çapaklanması ve terleme gibi nedenlerden dolayı sabah kalkınca el, yüz ve boyun yıkanmalıdır.

Çalışma sonucunda sınıf öğretmenliği öğrencilerinin banyo yapma alışkanlıkları incelendiğinde, %2,5'inin bu konuda yetersiz olduğu görülmüştür. Ulusoy'a (1997) göre, bireyler normal koşullarda en az haftada iki kez banyo yapmalıdır. Dışarıdaki sıcaklık ve nem düşük olduğu zaman derinin kurumasını önlemek için daha seyrek banyo yapılması ve vücut nemlendiricilerinin daha sık kullanılması önerilir. Ayrıca iyi bir deri bakımı için; iç çamaşırları her gün değiştirilmeli, çamaşırlar düzenli olarak yıkanmalı ve ütülenmelidir. Terlemek tamamen normal bir olaydır; ancak temizliğe dikkat edilmemesi sonucu bakteriler de ter ile birlikte olursa kötü koku oluşur. Bu nedenle her gün banyo yapılması vücut hijyeni için en ideal olanıdır. Günlük duş alarak ya da vücudun özellikle nemli bölgelerini silme şeklinde hijyen sağlanabilir. Banyo deriden ter, yağ, sebum gibi vücut salgılarını, ölü deri hücrelerini, bazı mikroorganizmaları ve kötü kokuları uzaklaştırır. Banyo kişinin deri temizliğini sürdürecek sıklıkta yapılmalıdır (Seçim, 1991; Potter ve Perry, 1995; Ulusoy, 1997; Usluer, 2003).

Sefit'in (1996) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada öğrencilerin % 51,8'i haftada 2 kez banyo yapmaktadır. Kocakaya'nın (2005) yapmış olduğu araştırmada da yakın bir sonuç çıkmıştır. Sosyal bir varlık olan insanın vücut salgılarının

mikroorganizmalarla birlikte oluşturacağı kokulardan arınabilmesi, buna bağlı benlik saygısının artması ve sağlıklı bir cilde sahip olabilmesi için haftada en az 2 kez banyo yapması gerekmektedir. Her iki araştırmadan elde edilen bulgulara göre haftada 2 kez banyo yapan öğrenci oranının düşük olması, gelecek kuşakların hijyenik alışkanlıkları açısından düşündürücü bir bulgudur.

Türkiye'nin genel ağız ve diş sağlığı profiline (2007) göre; diş fırçası olanların %24,8 – %38,3'ü dişlerini günde 2-3 kez fırçalamaktadırlar. Onbeş yaşta %41,0 olan hiç diş hekimine gitmeyenlerin yüzdesi, azalan yaşla birlikte artarak beş yaştakilerde %82,1'e erişmektedir. Diş hekimine yakınma olunca gidilmektedir. Son bir yıl içinde diş hekimine gidenler en yüksek yüzde ile beş yaştadır. Bu bulgulara benzer şekilde, sınıf öğretmenliği öğrencilerinin ağız ve diş sağlığı konusunda özellikle diş fırçasını değiştirme sıklığına dikkat etmediği ve diş hekiminin kontrol amaçlı ziyareti konusunda oldukça ihmalkar davrandıkları görülmüştür.

Aydın'ın (1996) çalışmasında elde ettiği bulgulara göre ise; ilkokul öğrencilerinin % 94,7'sinin kendisine ait diş fırçası vardır ve % 30,5'i 4-6 ayda 1 kez fırçalarını değiştirmektedirler. Özhan'ın (1993) üniversite öğrencileri ile yaptığı araştırmada dişlerini günde iki kez fırçalayanlar % 46,7 , 6 ayda bir kez diş fırçasını değiştirenler % 37,1'dir. Sefit'in (1996) araştırmasında üniversite öğrencilerinin % 29,9'u günde 2 kez diş fırçalamaktadır. Ulaş'ın (1998) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada dişlerini günde 2 kez fırçalayanlar % 47,3 , ve öğrencilerin % 57,2'si fırçalarını 6 ayada bir değiştirmektedir. Kocakaya'nın (2008) araştırmasında öğrencilerin % 4,8 gibi düşük bir kısmı 6 ayda bir diş doktoruna gitmektedir. Sefit'in (1996) araştırmasında da periyodik diş kontrolü yaptıranların oranı % 9,3'dür. Bu durum bize genel sağlık hizmetleri içinde diş sağlığına gereken önemin verilmediğini düşündürmektedir. Elde edilen bu bulgular, dişlerin en az günde 2 kez fırçalanması gerektiği düşünüldüğünde olumlu olarak değerlendirilebilir. Ancak düzenli diş fırçalama alışkanlığı olan kişilerde diş fırçalarının yaklaşık 6 ayda 1 kez değiştirilmesi gerektiği düşünülecek olursa bu oranın düşük olması düşündürücüdür.

Kaya ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışma sonucunda; öğrencilerin çoğunluğu kendine ait tarak-fırça (%77,5) ve banyo havlusunun (%88,1) bulunduğunu belirtmiştir. Aynı araştırmada öğrencilerin %9,8'inin diş fırçalarını aileleriyle ortak kullandıkları saptanmıştır. Öğrencilerin %80,8'inin en geç altı ayda bir diş fırçalarını değiştiriyor olmalarına karşın, genel olarak yeterli diş fırçalama alışkanlıklarına sahip olmadıkları belirlenmiştir

Ayak sağlığı konusunda ise, yaptığımız araştırma sonucunda sınıf öğretmenliği öğrencilerinin %21,9'u ayaklarını iki günde veya dört günde bir yıkamaktadır. Ayrıca, öğrencilerin %64,4'ü ayaklarını yıkadıktan sonra kurulamaya dikkat ettiği görülmüştür. Bununla birlikte öğrencilerin %24,4'ü günlük olarak çoraplarını değiştirmemektedir. Ayaklar da sık sık yıkanmalı; tırnak bakımı yapılmalı; temiz, sentetik olmayan çorap giymeli; uygun ve rahat ayakkabı kullanılmalı; başka bireylerin ayakkabısı, çorabı kullanılmamalıdır (Seçim 1991, Potter ve Perry 1995, Ulusoy 1997, Usluer 2003).

Oğur ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmaya göre; ayak hijyeni konusundaki tutumu ortaya koymaya yönelik sorulardan birisi olan "Ayaklarınızı yıkadıktan sonra kurular mısınız ?" sorusuna da katılımcılardan % 86,2 oranında "kurularım" cevabı gelmiştir. Ayakların ıslak olması mantar enfeksiyonu için uygun bir ortam hazırlayacağından ayakları yıkadıktan sonra kurulamak ayak mantarını önleme konusunda ihmal edilmemesi gereken uygulamalardandır.

Özhan'ın (1993) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada öğrencilerin %13,7'si çamaşırlarını her gün, %31,3'ü haftada bir kez değiştirmektedir. Sınıf öğretmenliği öğrencilerinde yapılan çalışmada ise, öğrencilerin %51,5'i çamaşırlarını her gün değiştirirken, %17,1'i haftada bir kez değiştirmektedir.

Çalışmamız sonucunda, üriner sistem ve boşaltım sistemi sağlığı konusunda %50 oranında öğrenci iç çamaşırlarını uygun sıklıkta değiştirmemektedir. Ayrıca erkek ve bayan öğrencilerde %6-7 oranında, epilasyon sırasında farklı jilet vb. alet kullanmadığı, vücudun farklı bölgeleri için aynı cihazın kullanıldığı sonucu elde edilmiştir.

5.3. Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlık Eğitimi Hakkındaki Bazı Görüşleri

Öğrencilere sorulan "Sağlık konusunda kendinizi yeterli buluyor musunuz?" sorusuna verdikleri yanıtlar sonucunda, %41'nin kendisini yetersiz bulduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık bilgisi testi sonuçları da bu düşünceyi destekler niteliktedir.

Öğrencilerin %10'u bir "Öğretmen sağlık eğitimi almalı mı?" sorusuna olumsuz cevap vermiştir. Fakat anket ve test sonuçları dikkate alındığında bir öğretmenin mutlaka sağlık eğitimi alması gerektiği sonucu ortaya çıkmaktadır. Ayrıca kendilerini sağlık konusunda yetersiz gördüklerini belirten kişilerin, sağlık konusundaki eğitim almanın gereksiz olduğunu ifade etmiş olmaları bu konuda çelişki yaratmaktadır.

Öğretmenliğe başladıklarında sağlık konusunda öğrencilerine yeterli bilgiyi

sunabileceklerini düşünüp düşünmedikleri sorulduğunda ise, öğrencilerin %35'i bu konuda kendisini yeterli görmediğini belirtmiştir. Bu durum, kendilerini sağlık konusunda yeterli bulmadıklarını ifade ettikleri soru için paralel özellik göstermektedir. Sağlık bilgisi testlerinin sonuçları dikkate alındığında; birinci sınıf ile ikinci sınıf öğrencileri arasında ve üçüncü sınıf ile dördüncü sınıf öğrencileri arasında bilgi farkı olmadığı görülmüştü. İkinci sınıf öğrencileri ile üçüncü sınıf öğrencilerinin sağlık bilgileri arasında anlamlı bir fark çıkmıştı. Sağlık bilgisi testi sonuçlarına göre bu sonuçların, birinci sınıftan dördüncü sınıfa doğru artması beklenmekteydi. Fakat ileride öğrencilerine yeterli bilgi verebilme konusunda birinci sınıf öğrencilerinden %53,1'i kendisini yeterli bulurken, bu oranın da ikinci sınıfta arttığı, fakat üçüncü ve dördüncü sınıfta biraz düştüğü görülmüştür.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın sonuçlarına ve araştırmacılara yönelik önerilere yer verilmiştir.

6.1. Sonuçlar

1. Sınıf öğretmen adaylarının sağlık bilgi düzeyleri orta derecede bulunmuştur (Aritmetik ort:8,25).
2. Birinci ve üçüncü sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyleri, birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyleri, ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyleri, ikinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
3. Sınıf öğretmenliği programında öğrenim gören öğretmen adaylarının; sağlık bilgi düzeylerinin anne ve babalarının eğitim durumları ile anlamlı bir ilişki bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
4. Sınıf öğretmenliği programında öğrenim gören öğretmen adaylarının, sağlık bilgi düzeyleri ile sağlıkla ilgili edindikleri bilgilerin kaynakları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.
5. Sınıf öğretmenliği programında öğrenim gören öğretmen adaylarının; sağlığı korumak adına gerçekleştirmesi gereken sağlık davranış düzeyleri incelendiğinde; deri sağlığı konusunda; öğrencilerin %2,6'sının yüz yıkama alışkanlığına sahip olmadığı, %23'ünün yeterli sıklıkta el yıkama alışkanlığına sahip olmadığı, %14,8'inin kendisine ait tarağının olmadığı, %2,5'inin yeterli sıklıkta banyo yapma alışkanlığına sahip olmadığı, ağız ve diş sağlığı konusunda; %6,2'sinin diş fırçalama alışkanlığına sahip olmadığı, %1,1'inin kendisine ait diş fırçasının bulunmadığı, %8,5'inin diş fırçasını gerekli zamanlarda değiştirmediği ve diş hekimine kontrol amaçlı gitme konusunda %27,1'inin yeterli duyarlılığa sahip olmadığı sonuçları elde edilmiştir. Bununla birlikte, ayak sağlığı konusunda; öğrencilerin %26,1'inin kendisine ait tırnak makasının olmadığı, %21,8'inin ayaklarını düzenli bir şekilde yıkama alışkanlığına sahip olmadığı, %16,5'inin ayaklarını kurulama konusunda yetersiz

olduğu ve çoraplarını günlük olarak değiştirme konusunda %24,4'ünün yeterli davranışı göstermediği tesbit edilmiştir. Öğrencilerin %25,2'sinin vücudunda piercing, dövme vb. estetik müdahale bulunduğu sonucuna varılmıştır. Üriner sistem ve boşaltım sistemi sağlığının korunması konusunda; öğrencilerin yaklaşık %50'si iç çamaşırlarını uygun sıklıkta değiştirmediği, erkek öğrencilerin %,7'sinin kendisine ait bir tıraş bıçağına sahip olmadığı, yine erkek öğrencilerin %4,0'ünün vücudunun farklı bölgeleri için farklı tıraş bıçağı kullanmadığı tesbit edilmiştir. Bayan öğrencilere sorulan sorularda ise; bayan öğrencilerin %7,3'ünün makyaj temizleme alışkanlığına sahip olmadığı, %5,5'inin kendisine ait epilasyon aracının bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

6. Sınıf öğretmenliği öğrencilerinin sağlık konusunda kendilerini yeterli bulup bulmadıkları sorulduğunda; %41,5'i kendisini yeterli bulmadığını ifade etmiştir.
7. Sınıf öğretmenliği öğrencilerinin, "Bir öğretmen sağlık konusunda eğitim almalı mıdır?" sorusuna verdikleri yanıtlar sonucunda; %2,8'i bir öğretmenin sağlık konusunda eğitim almasını gerekli görmediğini belirtmiştir.
8. Sınıf öğretmenliği öğrencilerinin sağlık konusunda yeterli bilgiyi ilerde öğrencilerine verebileceklerini düşünüp düşünmedikleri sorusuna verdikleri yanıtlar doğrultusunda; %35'inin ileride öğrencilerine sağlık konusunda yeterli bilgi verebileceğini düşünmediği sonucuna ulaşılmıştır.
9. Özet olarak; öğrencilerin sağlıklarını korumak adına gerçekleştirdikleri sağlığı koruma davranışlarını ölçmek amacıyla hazırlanan anket sonucunda elde edilen veriler değerlendirildiğinde; deri hijyeni konusunda özellikle el yıkama konusunda yeterli dikkati göstermedikleri, kendilerine özel tarak kullanmadıkları dikkat çekmiştir. Ağız ve diş sağlığı konusunda özellikle diş fırçasını değiştirme sıklığına dikkat edilmediği ve diş hekiminin kontrol amaçlı ziyareti konusunda oldukça ihmalkâr davrandıkları görülmüştür. Ayak sağlığı konusunda; düzenli bir şekilde ayak yıkama alışkanlığına sahip olmadıkları, çoraplarını günlük olarak değiştirme konusunda dikkatsiz davrandıkları görülmüştür. Ayrıca vücudunda piercing, dövme gibi estetik müdahaleler bulunduran öğrenci oranı çok yüksektir. Üriner sistem ve boşaltım sistemi sağlığı konusunda ise %50 oranında öğrenci iç çamaşırlarını uygun sıklıkta değiştirmemektedir. Ayrıca erkek ve bayan öğrencilerde %6-7 oranında, epilasyon sırasında farklı jilet vb. alet kullanmadığı, vücudun farklı bölgeleri için aynı cihazın kullanıldığı sonucu elde edilmiştir. Daha önce yapılan benzer çalışmaların sonuçları incelendiğinde

de benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir.

6.2. Öneriler

Çalışmada elde edilen verilerin; ilk önce öğretmen adaylarımızdaki sağlık bilgisini ve insan sağlığını korumak adına gerçekleştirilmesi gereken davranışları geliştirecek, daha sonra bu bilgi ve davranışlarını çocuklarımıza en etkin biçimde öğretecek nitelikte, üniversitelerimizde sağlık eğitim programlarının geliştirilmesi için gerekli verilere katkıda bulunacağı düşünülmüştür.

6.2.1. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

1. Hayat Bilgisi dersi ile sağlık bilgisini çocuklarımıza ilk aktaracak olan öğretmenler sınıf öğretmenlerimizdir. Öğretmenlerimizin gerekli sağlık bilgisi ve sağlığı koruma davranışlarına sahip olması gerekir ki, öğrencilerimize de bu sağlık bilgisi ve sağlığı koruma davranışlarını kazandırabilsinler. Bu sebeple, eğitim fakültelerimizde sınıf öğretmeni olarak yetiştirdiğimiz öğrencilerimize, etkin bir sağlık eğitiminin verilmesi önem taşımakta ve bu konuda öğrencilerin bilgilerini geliştirmeye yönelik çalışmaların arttırılması gerekmektedir.
2. Bu araştırma sınıf öğretmeni adaylarının sağlık bilgi düzeyleri ve sağlığı koruma davranışlarını belirlemek adına yapılmıştır. Benzer çalışmalar fen bilgisi öğretmen adayları, okul öncesi öğretmen adayları vb. öğretmen adayları üzerinde de yapılabilir.
3. Araştırma Adana ili içerisinde yer alan Çukurova Üniversitesi ile sınırlandırılmıştır. Bu konuda daha kesin ve genel sonuçlara ulaşabilmek için araştırma Türkiye genelinde de yapılabilir.
4. Bu araştırmada sık görülen bulaşıcı hastalıklarla ilgili bir test ve sağlığı korumak adına gerçekleştirilmesi gereken davranışları ölçebilecek nitelikte bir anket kullanılmıştır. Anket ve test içerikleri daha ayrıntılı ve daha farklı hastalıklara yönelik hazırlanarak da uygulama yapılabilir.

KAYNAKLAR

Ak, B. (2005). "Sağlık eğitimi kavramı, amaçları ve konusu", Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu, www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=3664 adresinden 31.05.2008 tarihinde alınmıştır.

Aksayan, S. (1998), *Okul sağlığı*, Ed.: Erefe İ. , Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı, İstanbul: Birlik Ofset.

Aktürk, Z. (2005), "Nedeni ve nasılıyla sağlık eğitimi", Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, *Sağlıkta Nabız Dergisi*, Sayı 17, www.aile.net/sunum/index.htm#Makale adresinden 31.05.2008 tarihinde alınmıştır.

Alkan, O. (2002), "Okul Sağlığı", www.bsm.gov.tr/makale/makale.asp?sayi=20027 adresinden 31.05.2008 tarihinde alınmıştır.

Aydın, A. (1996), "Okul çağı çocuklarının beslenme, ağız ve genel vücut hijyenine ilişkin uygulamalarının ve bunlara bağlı gelişebilecek sağlık sorunlarının belirlenmesi", *Bilim Uzmanlığı Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Aydın, B., Can, G., Ersanlı, K., Kılıç, M., Külahoğlu, Ş., Öztürk, B., Bilge, F., Küçükkaragöz, H., Kısaç, İ., Korkmaz, İ., Bilgin, M., Ed: Yeşilyaprak, B. (2002), *Gelişim ve Öğrenme Psikolojisi*, Ankara: Pegem A Yayıncılık.

Balcı, E., Horoz, D., Gün, İ., Öztürk, Y., (2005), "Temizlik işinde çalışan kişilerin temizlik ve sağlık davranışlarının değerlendirilmesi", Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, *Erciyes Dergisi* 27 (4) 158-166.

Başaran, İ.E. (1989), *Eğitime Giriş* (7.Baskı) Ankara: Sevinç Matbaası.

Baysal, K. Peşken, Küçüködük, S. , Akbulut, T. (1985), *Adölesanın Sağlık Sorunları,* (1. Baskı), İstanbul: Özdem Kardeşler Matbaası, 163-169.

Bhatia B. (1996), "Current Status of Food-Borne Parasitic Zooneses in İndia", *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, Dec;22 Suppl:36-41.

Biçer T. (1996), "Erlerin kişisel hijyen bilgilerinin saptanması ve bu konudaki sağlık eğitimi yöntemlerinin değerlendirilmesi", *Bilim Uzmanlığı Tezi*, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Bidar, A. (2004), "Uzun Süren Hastalıklarda Öğrenilmiş Çaresizlik İle Sağlık Davranışları İlişkisi", *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,* Ankara.

Bilir, Ş., Bilir, S. (2001), *Çocuk Sağlığı ve Beslenmesi* (5. Baskı). İstanbul: Milli Eğitim Basımevi.

Bryne M., Bennett F.J. (1986), "The Health of School Child and Adolescent: Community Nursing in Developing, Countries / A Manual For The Community Nursing", Oxford University Pres, New York.

Bursa İl Sağlık Müdürlüğü, (2002), "*Ayın Konusu*", www.bsm.gov.tr/makale/20027.asp?sayi=20027 adresinden 31.05.2008 tarihinde alınmıştır.

Butler, T, J. (2000), *Princibles of Health Education & Health Promotion (*Third Edition). Wadsworth Publishing.

Çağlayaner H. , Gönenli H. (1998), "Etkin eğitim açısından okul sağlığı", *Aile Hekimliği Dergisi*, (2) 31-39.

Çakır S. (2005), "Kocaeli ilinde okul sağlığı ve hemşireliği hizmetlerinin durumu", *Bilim Uzmanlığı Tezi*, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.

Çopur, B., (2005), "El yıkama çeşitleri ve dikkat edilecek hususlar", *4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi,* İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı, Reanimasyon Servisi.

Demirezen E. , Nahcivan N. (2000), "Sigaradan korunma: Okul sağlığı programı için model önerisi", *Çocuk Forum Dergisi*, (3) 46-51.

Eksen, M., Karadağ N., Karakuş A. (2004), "Muğla merkez ilçe gıda işyerlerinde çalışanların el ve vücut hijyeni konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi", *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi,* http://www.insanbilimleri.com adresinden 31.05.2008 tarihinde alınmıştır.

Ercan, O., Alikaşifoğlu M., Ercan G. (2005), "Adolesan sağlığı", İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul: Sempozyum Dizisi, No:43.

Erdem, S., (1990), "İstanbul ilinin Ataköy ve Sultan çiftliği bölgelerinde iki ilkokuldaki öğrencilerin kişisel temizlik bilgi ve uygulamaları", *Yüksek Lisans Tezi,* İstanbul.

Fişek, N., (1978, Ağustos), "Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde en önemli araç: eğitim", *Toplum ve Hekim*, Sayı 8.

Frosch, D.L., Kaplan, R. M. (1999), "Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions", *American Journal of Preventive Medicine*, 1999, Sayı 17, s. 285-294.

Glanz, K., Rimer, B.K, Lewis, F. M. (2002), *Health Behaviour and Health Education (4th Edition).* Jossey-Bass.

Grubbs, L.M., (2000), *Use of sunscreen in health care professionals: The Health Belief Model.* Canse Nursing. 23(3): 164-167.

Gökalp, S., Güçiz Doğan, B., Tekçiçek, M., Berberoğlu, A., Ünlüer, Ş., **(**2007), "Beş, on iki ve on beş yaş çocukların ağız diş sağlığı profili, Türkiye-2004", *Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi*, Cilt:31, Sayı:4, Sayfa:3-10.

Gökkoca Ulusoy, Z. (2001), "Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler", *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi,* 10 (10) 374.

Güler, Ç., Çobanoğlu, Z. (1994), *Çevre Sağlığı Konusunda Toplum Eğitim İlkeleri (1. Baskı), Çevre* Sağlığı, Temel Kaynak Dizisi, Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.

Güler Ç. (2004), "Kişisel hijyen", *Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(6): 119-132

Güler, G., Kubilay, G., (2004), "Bir ilköğretim okulu öğrencilerinin fiziksel bakım sorunlarının belirlenmesi", *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 26 (2): 60 – 65.

Hart R. H, Belsey MA, Tarimo E.: "Integrating Maternal Child Health services with Primary Health Care Primary Considerations", WHO, Geneva. http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=119&lb=B adresinden 09.07.2008 tarihinde alınmıştır.

Karasar, N. (2006), *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım,

Kaya, M., Büyükşerbetçi, M., Meriç, M. B., Çelebi, A. E., Boybeyi, Ö., Işık, A., Bozkurt, İ.H., Vaizoğlu, A. S., Güler, Ç., (2006), "Ankara'da bir lisenin 9 ve 10. sınıf öğrencilerinin kişisel hijyen konusunda davranışlarının belirlenmesi"*, Erciyes Tıp Dergisi,* cilt 15, sayı 10, 179.

Kehoe, J. (1995), Eric / AE Digest Series EDO-TM-95-11.

Kurt, İ. (2000), *Yetişkin Eğitimi*, Ankara: Nobel Yayıncılık.

Kocakaya, A., (2005), "Lise yaş grubu gençlerin kişisel hijyen alışkanlıkları ile ilgili bilgi, tutum, davranışları ve verilen eğitimin etkisi"*, Yüksek Lisans Tezi*,

Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Isparta.

Lee, M. (2000), "Knowledge, barriers, and motivators related to cervical cancer screening among korean-american women: a focus group approach", *Cancer nursing,* (23) 168-175.

Mc Eachan, R. (2005), "Classifying health behaviours: understanding how individual perceive health-related behaviours" *Psychology and Health*, (20) 166-167.

Millî Eğitim Bakanlığı Talim Ve Terbiye Kurulu Başkanlığı (2005), *İlköğretim 1, 2 ve 3. Sınıflar Hayat Bilgisi Dersi Öğretim Programı ve Kılavuzu*, Ankara: Devlet Kitapları Müdürlüğü Basımevi.

Nahcivan, Ö. N. , Seçkinli, S. (2003), **"**Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı", *Çukurova Üniversitesi*, *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, (7) 33-38.

Nurgül, M. (2006), "Üniversite öğrencilerinin sağlık davranışlarıyla ilgili sorumluluk algıları", *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara.

Oğur, R., Babayiğit, M. A., Yaren, H., Göçgeldi, E., Tekbaş, Ö. F., Hasde, M., (2005), "Sağlık teknisyeni öğrencilerinin ayak hijyeni konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi"*, Genel Tıp Dergisi***,**15(1):19-25.

Oran Tuna, N., Turgay, A. (2004), "Hemşirelik eğitiminin öğrencilerde sağlık davranışlarını geliştirmeye etkisi", *I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu*, Ankara.

Önsüz, M. Fatih., (2007), "İstanbul ili ümraniye ilçesindeki ilköğretim 1. sınıf öğrencilerinin genel sağlık durumlarının değerlendirilmesi", *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Özer, S. (2002),"Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi", *Yüksek Lisans Tezi,* Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Özhan, N. (1993) "Hemşirelik yüsekokulu I. ve IV. sınıf öğrencilerinin bireysel hijyen alışkanlıkları", *Yayınlanmış Doçentlik Araştırması,* Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara.

Öztürk, Y. , Çetinkaya F. (1999), *Sağlık Eğitimi*, *Temel Sağlık Bakımında Sağlık Eğitimi El Kitabı*, Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları No:116.

Pampal, S., Dindar, H. , Korgal, E. (2001), *Sağlık ve Trafik Eğitimi*, Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık.

Pehlivan, E., (1994, Eylül-Ekim), "Eğitim ve sağlık. Kuramsal ve uygulamalı temellerine bir bakış". *Toplum ve Hekim*, (9) 63.

Pekcan, H., (1997), *Okul Sağlığı*: *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (2. Baskı). Ankara: Güneş Kitab evi.

Potter, A., Perry, A.G., (1995), *Basic Nursing Theory and Practice* (Third edition). St. Louis: Mosby Company, 3-5, 8-19.

Pourciau, C.A., Vallette, E.C. ,(2001), *School Health*, (Third Edition) Ed: Nies M. A., McEwen M., Community Health Promoting The Health of Population, , 702-729, Philadelphia: WB Saunders Company.

Seçim, H., (1991), *Hemşirelik Esasları*, Açıköğretim Fakültesi, No: 225, Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, No: 496.

Sefit, Ü. (1996), "Kocaeli üniversitesi meslek yüksek okulu öğrencilerinin kişisel hijyen bilgilerinin saptaması" *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Stoddort, A. M., Rimer, K. B., Lane, S. D., Fox, A. S., Lipkus, I., Luckmann, R., Avrunin, S. J., Saprachman, S., Costanza, M. E., Urban, N., (1998). "Underusers of mammogram screening: stage of adoption in five subpopulations" *Preventive Medicine*, (27) 478-487.

Tabak, R. S. (2000), *Sağlık Eğitimi*, Ankara: Somgür Yayıncılık.

Taşkanal, N., (1993), "Ankara'daki askeri mutfakların ve mutfak personelinin hijyenik kontrolü üzerine araştırmalar", *Yüksek Lisans Tezi,* Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, , Ankara.

Tezcaner, C. (1997), *Lise Sağlık Bilgisi Ders Kitabı*, Ankara: Benkoza Eğitim Basımı

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, (1993, Mart), *Ulusal Sağlık Politikası*, Ankara: Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.

Uitenbroek, D.G, Kerekovska, A., Festchieva, N. (1996), "Health lifestyle behaviour and socio-demographic characterictics. a study of varna, glaskow and edinburgh", *Social Science Medicine*, 367-377.

Ulaş, G. (1998), "Kastamonu ili merkez ilçesindeki lise öğrencilerinin vücut hijyenine ilişkin alışkanlıklarının incelenmesi", *Bilim Uzmanlığı Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Ulusoy F, Görgülü S. (1997), *Hemşirelik Esasları (Temel Kavram, Kuram, İlke Ve*

Yöntemler) (3. Baskı), Cilt:1, Ankara.

Ulusoy, M.F. (1997), *Görgülü R.S. Hemşirelik Esasları Temel Kuram*, *Kavram İlke ve Yöntemler*, (3. Baskı) Cilt:1, Ankara: TDFO Ltd.Şti, 35-71.

UNICEF, (1998), *Dünya Çocuklarının Durumu Raporu.*

Usluer, G., (2003), *Çevre Ve Nosokomiyal İnfeksiyonlar*, Doğanay M, Ünal S., (editörler). Hastane İnfeksiyonları Kitabı. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 375-89.

Walker, S. N., Sechrist, K. R., Pender, N. J. (1987). "The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics" *Nursing Research,* 76-80.

Yıldız, A., Ergeneci D. (2005). "Bir öğretmen grubunun bazı sağlık konularına bilgi gereksiniminin saptanması", http://www.saglik.gov.tr/akademik_metinler adresinden 26.05.2008 tarihinde alınmıştır.

Yılmaz, A., (2007), "Bozkır'da Çalışan Sağlık Görevlilerinin Sağlık Eğitimi Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi", *Yüksek Lisans Tezi*, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya.

http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/linkdetail.aspx?id=3664 (Son ziyaret tarihi: 26.05.2008).

http://www.saglik.gov.tr (Son ziyaret tarihi: 28.05.2008).

http://www.saglikplatformu.com/saglik_egitimi/showquestion.asp?faq=2&fldauto=14 (Son ziyaret tarihi: 30.05.2008).

EK

KİŞİSEL BAKIM VE SAĞLIĞIN KORUNMASINA YÖNELİK DAVRANIŞLARIN İNCELENMESİ ANKETİ

Bu anket formu bir yüksek lisans çalışmasına veri toplamak için geliştirilmiştir. Bu anketle ulaşılacak bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Lütfen size uygun seçeneğin başına çarpı (x) işareti koyunuz. Seçenek verilmeyen sorularda cevabınızı boşluğa yazınız. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Buse ERASLAN
Çukurova Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
İlköğretim Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

Kişisel Bilgiler

1. Sınıfınız:

Normal Öğretim	İkinci Öğretim
( ) 1	( ) 1
( ) 2	( )2
( ) 3	( ) 3
( ) 4	( ) 4

2. Cinsiyetiniz

( ) Kız ( ) Erkek

3. Annenizin öğrenim durumu

( ) Okur-yazar değil ( ) Okur-yazar ( ) İlkokul mezunu

( ) Ortaokul mezunu ( ) Lise mezunu ( ) Üniversite mezunu

4. Babanızın öğrenim durumu

( ) Okur-yazar değil ( ) Okur-yazar ( ) İlkokul mezunu

( ) Ortaokul mezunu ( ) Lise mezunu ( ) Üniversite mezunu

5. Bulaşıcı hastalıklardan korunma konusunda kendinizi yeterli buluyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

6. Bir öğretmen sizce sağlık konusunda eğitim almalı mıdır?

( ) Evet ( ) Hayır

7. Öğretmenliğe başladığınızda öğrencilerinize sağlık konusunda yeterli bilgi verebileceğinizi düşünüyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

8. Sağlıkla ilgili bilgilerinizi hangi kaynaklardan edindiniz?

( ) Ailemden

( ) TV, gazete, kitaplardan

( ) Üniversiteden

( ) Mezun olduğum liseden

( ) Sürücü kursumdan

( ) Hekimden

( ) Çevremden

Sağlık Davranışı Soruları

9. Sabahları yüzünüzü yıkar mısınız? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bazen

10. Genel olarak günde kaç kere el yıkıyorsunuz? Lütfen açıklayınız.

11. Genel olarak haftada kaç kez banyo yapıyorsunuz? …….

12. Kendinize ait tarağınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

13. Dişlerinizi fırçalıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bazen

14. Kendinize ait diş fırçanız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

15. Diş fırçanızı hangi aralıkla değiştiriyorsunuz? …….

16. Dişlerinizi günde kaç kez fırçalıyorsunuz? ……..

17. En son ne zaman yalnızca kontrol amacıyla diş hekimine gittiniz? Lütfen açıklayınız.

18. Kendinize ait tırnak makasınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

19. Genel olarak ayaklarınızı hangi sıklıkta yıkıyorsunuz? Lütfen açıklayınız.

20. Ayaklarınızı yıkadıktan sonra kuruluyor musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bazen

21. Genel olarak çoraplarınızı hangi sıklıkta değiştirirsiniz? Lütfen açıklayınız.

22. Genel olarak iç çamaşırlarınızı hangi sıklıkla değiştiriyorsunuz? Lütfen açıklayınız.

23. Vücudunuza estetik müdahale (ameliyat, küpe, piercing, dövme) yaptırdınız mı? Lütfen açıklayınız.

SADECE ERKEK ÖĞRENCİLERİN YANITLAYACAĞI SORULAR

24. Kendinize ait traş bıçağınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

25. Yüzünüze, koltukaltı ve genital bölgenize farklı traş bıçağı kullanıyor musunuz?
( ) Evet ( ) Hayır

Sağlık Bilgisi soruları ile devam edebilirsiniz.

SADECE KIZ ÖĞRENCİLERİN YANITLAYACAĞI SORULAR

26. Adet döneminde hangi tür ped kullanıyorsunuz?
( ) Kumaş bez ( ) Tuvalet kağıdı/ kağıt havlu ( ) Hazır ped

27. Makyaj yapıyorsanız her akşam yatmadan önce makyaj artıklarını uygun solüsyonla veya suyla temizliyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

28. Koltukaltı, genital bölge ve bacaklarınızdaki tüyleri hangi yöntemle temizliyorsunuz?

( ) Ağda ( ) Jilet ( ) Epilasyon aleti ( ) Güzellik merkezinde epilasyon yöntemi

29. Eğer tıraş bıçağı / epilasyon aleti kullanıyorsanız; kullandığınız tıraş bıçağı/ epilasyon aletini sadece siz mi kullanıyorsunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

Sağlık Bilgisi Soruları

1. Aşağıdakilerden hangisi insan ve hayvanlardan kaynaklanarak sulara karışan ve enfeksiyon potansiyeli taşıyan mikroorganizmalardan **değildir?**

   a) Kolera etkeni b) Dizanteri etkeni c) Tifo etkeni d) Kabakulak etkeni

2. Bağışık yanıtta rol alan tüm kan hücrelerini oluşturan, ana hücrelerin, kaynak bulduğu organ aşağıdakilerden hangisidir?

   a) Dalak b) Lenf düğümleri c)Karaciğer d) Kemik iliği

3. Aşağıda verilen aktif bağışıklıkla ilgili özelliklerden hangisi yanlıştır?

   a) Yavaş oluşan bir bağışıklıktır c) Kısa sürelidir
   b) Genellikle humoral (sıvısal) bağışıklık niteliğindedir d) Hastalanmakla oluşmaz

4. Tetanoz ile ilgili aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

   a) Vücuda deri üzerindeki çizik, çatlak, ezikler, yaralanmalar yolu ile girebilir.
   b) Ense ve sırt kaslarının kasılması ile vücut tersine, sırta doğru bükülür.
   c) Hastada bilinç kaybı meydana gelir.
   d) Ateş 42-43 °C' ye kadar yükselebilir.

5. Çocukluk çağının en sık rastlanılan döküntülü hastalığı hangisidir?

   a) Rubella b) Kızamık c) Orta kulak iltihabı d) Kabakulak

6. Başka bir virüs olmadan üreyemeyen virüs aşağıdakilerden hangisidir?

   a) Hepatit A b) Hepatit B c) Hepatit C d) Hepatit D

7. Polio virüsü hangi hastalığa neden olur?

   a) Menenjit b) Çocuk Felci c) Suçiçeği d) Kuduz

8. Suçiçeği hastalığı etkeni aşağıdakilerden hangisidir?

   a) Bakteri b) Virüs c) Mantar d) Protista

9. Kızamık hastalığından %90 oranında yüksek bir koruma sağlayan, yöntem aşağıdakilerden hangisidir?

   a) Aşı b) Antibiyotik tedavisi c) Vitamin takviyesi d) Doğal bağışıklık

10. Yetişkin erkeklerde meydana geldiği takdirde kısırlığa sebep olan bulaşıcı hastalık hangisidir?

a) Tifo b) Difteri c) Suçiçeği d) Kabakulak

11. Virüsler tarafından oluşturulan en sık görülen bulaşıcı hastalıklardandır. Döküntülerin içinde su dolmasıyla tanınır. Başlangıçta hafif baş ağrısı, orta derecede ateş ve hastalık hissi görülür. Yetişkinlerde daha ağır bir enfeksiyon tablosu oluşturur.

Yukarıda özellikleri verilen bulaşıcı hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

a) Kabakulak b) Suçiçeği c) Kızamık d) Hepatit

12. Hafif grip gibi seyreden formundan, ağır karaciğer yetmezliğine, siroza hatta karaciğer kanserine kadar uzanan sık görülen bulaşıcı hastalık aşağıdakilerden hangisidir?

a) Hepatit b) Grip c) Kızıl d) Difteri

13. Mikroorganizmaların kendileri veya çıkardıkları ürünlerin zararsız hale getirilerek canlı vücuduna verilmesine ne denir?

a) Serum b) Aşı c) Enfeksiyon d) Antibiyotik

14. Gribin soğuk algınlığından farkı aşağıdakilerden hangisidir?

a) Genel ağrı-sancı görülür.
b) Öksürük görülür.
c) Aşı ile korunulabilir.
d) Kırgınlık-halsizlik görülür.

15. Aşağıdaki hastalıklardan hangisi tedavi edilmezse bağırsak delinmesine yol açar?

a) Dizanteri b) Difteri c) Sarılık d) Tifo

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Buse ERASLAN
Doğum Yeri ve Tarihi : Güzelyurt/KKTC – 04.11.1984
E-posta : buse_eraslan@yahoo.com

EĞİTİM DURUMU

2006-2009 : Yüksek Lisans, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı ADANA

2002-2006 : Mersin Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Fen Bilgisi Öğretmenliği Lisans, MERSİN

1998-2001 : Namık Kemal Lisesi, Gazimagosa/KKTC

İŞ DURUMU

2008- : Başkent Üniversitesi Özel Başkent İlköğretim Okulları, ADANA

BİLİMSEL YAYINLAR

Makaleler:

MATYAR, F., AKKAN, T., UÇAK, Y., ERASLAN, B., Aeromonas *and* Pseudomonas*: antibiotic and heavy metal resistance species from Iskenderun Bay, Turkey (northeast Mediterranean Sea)*, Environmental Monitoring and Assessment, 2009

MATYAR, F., ERASLAN, B., AKKAN, T., KAYA, A., DİNÇER, S., *İskenderun körfezi balıklarından izole edilen bakterilerde antibiyotik ve ağır metal dirençliliklerinin araştırılması,* 2009

Poster Bildiriler:

ERASLAN, B., BOZKURT M., SOYSAL, M., *Fen ve Teknoloji Öğretmenliği Öğrencilerinin Çevre Kirliliği Konularında Davranış ve Tutumlarının Belirlenmesi.* Karadeniz Teknik Üniversitesi 19. Ulusal Biyoloji Kongresi, 2008, Trabzon

MATYAR, F., AKKAN T., ERASLAN B., *Deniz Suyu ve Sedimentinden İzole Edilen Entereobacteriaceae Üyelerinin İdentifikasyonu ve Antibiyotik Dirençliliklerinin Araştırılması.* Karadeniz Teknik Üniversitesi 19. Ulusal Biyoloji Kongresi, 2008, Trabzon

MATYAR, F., GÜLNAZ, O., KAYA A., AKKAN T., ERASLAN B., *Karideslerden İzole Edilen Gr (-) Bakteri Suşlarının İdentifikasyonu ve Çoklu Antibiyotik Dirençliliklerinin Araştırılması.* Karadeniz Teknik Üniversitesi 19. Ulusal Biyoloji Kongresi, 2008, Trabzon