

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

**MALATYA KENT MERKEZİNDEKİ DEVLET
İLKÖĞRETİM OKULLARININ BAZI SAĞLIK
KRİTERLERİ YÖNÜNDEN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DOKTORA TEZİ

**Dr. TOLGA ŞAHİN
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. METİN F. GENÇ**

MALATYA – 2008

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

**MALATYA KENT MERKEZİNDEKİ DEVLET
İLKÖĞRETİM OKULLARININ BAZI SAĞLIK
KRİTERLERİ YÖNÜNDEN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. TOLGA ŞAHİN

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Metin F. Genç

MALATYA – 2008

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Programında Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

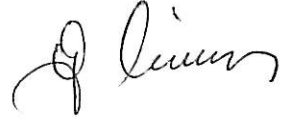
Jüri Başkanı: Prof.Dr.Erkan PEHLİVAN
İnönü Üniversitesi



Danışmanı: Prof.Dr.M.Fikret GENÇ
İnönü Üniversitesi



Üye: Prof.Dr.Gülşen GÜNEŞ
İnönü Üniversitesi



Üye: Doç.Dr. Saim YOLOĞLU
İnönü Üniversitesi



Üye: Yrd.Doç.Dr.Erhan DEVECİ
Fırat Üniversitesi



ONAY :

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu...../...../...../ tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Tayfun GÜLDÜR
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın tüm aşamalarında desteğini esirgemeyen ve kıymetli zamanını benimle paylaşan danışman hocam Prof. Dr. Metin F. GENÇ'e, çalışmamda fikirlerini ve desteklerini esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız değerli hocam Prof. Dr. Erkan PEHLİVAN'a, Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ'e ve Doç. Dr. Leyla KARAOĞLU'na teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmama fikirleri ile katkıda bulunan ve bana zaman ayıran Millî Eğitim Müfettişleri Sayın Murat ULUÇAY'a, Sayın İmam Bakır ARABACI'ya ve Sayın Mehmet CİNKARA'ya teşekkürlerimi sunarım.

Doktora programım ve tez çalışmam sırasında yardımlarını her zaman yanımda hissettiğim, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmama katkılarından, cesaretlendirmelerinden ve emeğinden dolayı eşim Dr. Emel DENİZ ŞAHİN'e şükranlarımı sunarım.

Ayrıca, tüm eğitim ve çalışma hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, uzun yıllar Türk Millî Eğitimine öğretmen olarak katkıda bulunmuş, her zaman yanımda olan annem Seher ŞAHİN'e, babam Atillâ ŞAHİN'e ve abim Dr. Tarkan ŞAHİN'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

MALATYA KENT MERKEZİNDEKİ DEVLET İLKÖĞRETİM OKULLARININ BAZI SAĞLIK KRİTERLERİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışmanın amacı, Malatya il merkezindeki devlet ilköğretim okullarını öncelikle beslenme, fiziksel aktivite ve sigara konuları olmak üzere bazı sağlık kriterleri açısından değerlendirmektir.

Malatya kent merkezinde yer alan 65 devlet ilköğretim okulu, Türk Millî Eğitim Sistemi Mevzuatı, MEB Özel Öğretim Kurumlarına Ait Standartlar Yönergesi ve ABD Centers for Disease Control School Health Index'den yararlanılarak geliştirilen bir bilgi formu ile değerlendirilmiştir. Bilgi formları okul müdürleri veya okul müdür yardımcıları tarafından doldurulmuştur. Elde edilen bilgiler üç Millî Eğitim Bakanlığı müfettişi ile yapılan görüşmede tekrar değerlendirilmiş ve sorunlar hakkında öneriler getirilmiştir.

Çalışma sonucunda, okullarda genel anlamda fiziksel şartlarla ilgili bazı eksikler görülmüştür. Ortalama sınıf mevcudu 52 olup, OECD ortalamasının (22) oldukça üzerindedir. Kapalı spor salonu sadece dört okulda vardır. Okul binası içinde spor salonu olan okul sayısı ise 17'dir. İkili eğitim yapılan okullarda beş dakika olan teneffüs süresi öğrencilerin ihtiyaçlarını karşılayacakları yeterlilikte değildir.

Sportif etkinlikler yeterince desteklenmemekte olup, lisanslı spor yapan öğrenci sayısı oldukça azdır. Tüm okullar değerlendirildiğinde sadece %2,7 oranında lisanslı sporcu vardır. Okul kantinlerinde satılan yiyecekler sağlıklı beslenme ihtiyaçlarını karşılayamayacak düzeyde bulunmuştur. Okul kantinleri düzensiz aralıklarla denetlenmektedir. Sigara kullanım oranı okul personelinde, ülkemizde yapılmış diğer çalışmalara yakın olarak %40,1 şeklinde bulunmuştur.

Sportif etkinlikler teşvik edilmeli ve öğrencilerin beden eğitimi derslerinde daha aktif olmaları sağlanmalıdır. Okul kantinleri kontrol altına alınarak, sağlıklı besinlere öğrencilerin ulaşmaları sağlanmalıdır. Öğrencilere iyi örnek olma açısından, yeni yürürlüğe giren tütün yasası titizlikle uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Okul sağlığı, Beslenme, Sigara, Fiziksel aktivite

ABSTRACT

EVALUATION OF THE GOVERNMENT ELEMANTRY SCHOOLS IN THE CENTER OF MALATYA IN TERMS OF SOME HEALTH CRITERIA

The aim of this study is to evaluate the government elemantry schools in the center of Malatya, in terms of some health criteria mainly concerning nutrition, physical activity and smoking topics.

Sixty-five government elemantary schools in the center of Malatya were evaluated by an information form, which was developed by using Turkish National Education system regulations, Ministry of National Education Private School Standards Directive and USA Centers for Disease Control School Health Index. Information forms were filled by school principals or vice-principals. Results were reevaluated in a meeting with three Ministry of National Education supervisors and some suggestions for the solution of the problems were discussed.

As a result of the study, generally some deficiencies were seen about physical properties of the schools. The average number of the students in classrooms was 52 which was quite higher than OECD averages (22). Only four of the schools had a gymnasium and seventeen had a place for sportive activities inside school building. The break time lasting five minutes in the schools performing double teaching was not long enough to meet the students' needs.

Students were not encouraged enough to the part in sportive activities and there were few students who performed sportive activities with a licence. When all the schools were regarded; only 2,7% of the students had a licence for sportive activity. The foods sold in the school canteens were found to be insufficient to meet healthy eating needs of the children. School canteens were supervised at irregular intervals. Smoking prevalance was found to be 40,1% which was similar to the previous studies performed in our country.

Finally, sportive activities should be encouraged and students should be more active during physical education lessons. The school canteens should be taken under control to provide the students healthy food. Recently effectuated law about tobacco should be strictly obeyed by the school personnel in order to be good role models for the students.

Key words: School health, Eating, Smoke, Physical activity

İÇİNDEKİLER

KONULAR	SAYFA
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. OKUL SAĞLIĞININ TANIMI	4
2.2. GLOBAL OKUL SAĞLIĞI MODELİ	4
2.3. OKUL SAĞLIĞI KAVRAMININ TARİHÇESİ	5
2.4. OKUL SAĞLIĞI KAVRAMININ TÜRKİYE'DE GELİŞİMİ	5
2.5. ÇAĞDAŞ OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİ	7
2.5.1. ÖĞRENCİ SAĞLIĞI	7
2.5.2. OKUL ÇEVRESİ	9
2.5.3. OKUL PERSONELİNİN SAĞLIĞI	12
2.6. BESLENME	13
2.7. FİZİKSEL AKTİVİTE	14
2.8. SİGARA	15
2.9. OKUL SAĞLIK İNDEKSİ	16
2.9.1. OKUL SAĞLIĞI POLİTİKALARI VE ÇEVRE MODÜLÜ	17

2.9.2. SAĞLIK EĞİTİMİ MODÜLÜ	18
2.9.3. BEDEN EĞİTİMİ MODÜLÜ	18
2.9.4. OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİ MODÜLÜ	19
2.9.5. BESLENME MODÜLÜ	19
2.9.6. REHBERLİK SERVİSLERİ MODÜLÜ	19
2.9.7. PERSONEL SAĞLIĞI MODÜLÜ	20
2.9.8. AİLE VE TOPLUM KATILIMI MODÜLÜ	20
3. YÖNTEM	21
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
KAYNAKLAR	53
EKLER	59
EK 1: ANKET FORMU	

SİMGELER VE KISALTMALAR

Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı	: SİDB
Dünya Sağlık Örgütü	: DSÖ
Türk Standartları Enstitüsü	: TSE
Türk Standardı	: TS
Centers for Diseases Control	: CDC
School Health Index	: SHI
Organisation for Economic Cooperation and Development	: OECD
Amerika Birleşik Devletleri	: ABD
Millî Eğitim Bakanlığı	: MEB
Not-On-Tobacco	: NOT
Coordinated Approach to Child Health	: CATCH

ŞEKİLLER**Sayfa**

ŞEKİL-1	Global Okul Sağlığı Modeli	4
---------	----------------------------------	---

TABLOLAR

		Sayfa
Tablo 1	İlköğretim okullarının öğrenci ve öğretmen sayıları	22
Tablo 2	Okullarda su deposu durumları	22
Tablo 3	Okulların eksik WC, pisuar ve lavabo sayıları	24
Tablo 4	Okullarda koridor genişliğinin uygunluğu	25
Tablo 5	Okullarda kapalı beden eğitimi salonlarının durumu	25
Tablo 6	Okul bahçelerinin büyüklüklerinin uygunluk durumu	26
Tablo 7	Okul bahçe zeminlerinin durumu	26
Tablo 8	Okul sportif etkinlik olanağı durumu	27
Tablo 9	Okul sınırlarının durumu (duvar/çit)	27
Tablo 10	Okullarda spor takımlarının durumu	27
Tablo 11	Okullarda boy/kilo ölçüm sıklığı	28
Tablo 12	Okullarda hareketi kısıtlayan etkinliklerin varlığı	29
Tablo 13	Hareketi kısıtlayan ceza uygulamaları	29
Tablo 14	Beden eğitimi dersinin ceza aktivitesi olarak kullanım durumu	29
Tablo 15	Ödül yönteminin uygulanma durumu	30
Tablo 16	Öğretmenlerin okulda görünür ortamda sağlıksız yiyecek tüketimi	30
Tablo 17	Beden eğitimi derslerinin uygunsuz havalarda yapılma durumu	31
Tablo 18	Beden eğitimi derslerinde sağlık içeriği	31
Tablo 19	Özel sağlık sorunları olan öğrencilerin tespiti ve yardımlaşma	31
Tablo 20	Beden eğitimi ders içeriğinin aktif olması	32
Tablo 21	Okul çevresi bakkal ve seyyar satıcılar	32
Tablo 22	Okullarda kantin mevcudiyeti	33
Tablo 23	Kantin personellerinin özellikleri	33
Tablo 24	Okul kantinlerinde satılan yiyecek ve içecekler	34
Tablo 25	Okullarda personelin sigara içme durumları	35
Tablo 26	Okul aile birliği toplantısında sigara tüketimi	36
Tablo 27	Öğretmenlerin okulda görünür yerlerde sigara tüketim durumu	36
Tablo 28	Okulda kapalı alanlarda sigara tüketimi	36
Tablo 29	Okul açık alanlarında veli ve ziyaretçilerin sigara tüketimine izin verilme durumu	37

1. GİRİŞ

Toplum sağlığının ve geleceğimizin temelleri, ailede ve okullarda atılmaktadır. Daha ileri ve varlıklı bir toplum geliştirmek amacı ile çağdaş görüş, bilgi ve becerilerin kazanılması, benimsetilmesi ve uygulanması için okul içinde ve dışında belirli bir program ve plan çerçevesinde bilinçli olarak yürütölen çalışmaların tümüne eğitim denmektedir.¹

Bireylerin doğru bilgi birikimine ve davranışa sahip olması, okullarda uygulanan eğitim programları ile şekillenmektedir. Okullarda uygulanan eğitim faaliyetlerinin yanı sıra yapılan sportif ve kültürel etkinliklerle de çocuklarımızın geleceğe güvenle bakabilen, kendini ifade edebilecek ve etkin üretime sahip bireyler şeklini almasını sağlayabilecektir.

Toplumun geleceği olan çocuklarımız uygun şartlara sahip okullarda ve uygun eğitim programları ile yetiştirildikleri takdirde istenilen hedeflere ulaşılabilir. Bireylerin sağlıklı olması toplumun sağlık düzeyini belirleyecektir. Sağlıklı olmakla kalınmayıp sağlığı geliştirmek de gerekmektedir.

Sağlığı geliştirme; kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmayı ve geliştirmeyi olanaklı kılan bir süreçtir. Bu kavram, sağlığa yönelik herhangi bir davranış ve yaşam durumu için, eğitim, ekonomik, örgütsel ve çevresel desteklerin bileşimi olarak da tanımlanmaktadır. Bu anlamda sağlığı geliştirme, sağlık eğitimi dışında yönetsel, yapısal, yasal ve kaynak düzenlemeleri faaliyetlerini de içerir.²

Sağlıklı çevre ve toplum oluşturma hedeflerine ulaşmak için hükümetler başta olmak üzere özel sektöre ve tüm toplum kesimlerinin desteğine ihtiyaç vardır. Sağlıklı gelecek kuşaklar yetiştirme hedefi örneğinde buna okullar da dâhildir.

Çoğu toplumda geleneksel tutum nedeniyle sağlık konusu, uzun süre sadece sağlık çalışanlarının alanı olarak görölmüştür. Daha sonra insanların sağlıklarının yaşam biçimlerine çok bağlı olduğu fark edilmeye başlanmıştır. Bireysel faktörlerin (insan biyolojisi, genetik vb.) yanı sıra birçok sosyal ve fiziksel etkenler, bireylerin

bilgi, tutum ve alışkanlıkları, çalışma koşulları ve yaşam biçimleri sağlığı etkileyen faktörlerdendir.

Sağlığı geliştirme kavramı ile; toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla “sağlıklı yaşam biçimleri”ni sağlamak için sadece bireye yönelmek yerine, temel çabanın fizik ve sosyal çevrenin değiştirilmesi ve geliştirilmesi konusunda olması gerektiği vurgulanmaya başlanmıştır.

Toplum sağlığı değerlendirildiğinde, kronik hastalıklar önemli sağlık problemlerindedir. Kronik hastalıklar, neden oldukları yüksek maliyet, sakatlıklar ve rehabilitasyon ihtiyacı, yaşam kalitesinin ve süresinin düşmesi yönlerinden de çağımızda önem kazanmıştır. Bunların başlıcaları; yüksek tansiyon, tip 2 diyabet, yüksek kan yağları, kalp-damar hastalıkları ve obezitedir. Kronik hastalıkların önüne geçilmesi ve azaltılması toplum sağlığı açısından önemlidir.

Sağlıklı beslenme ve fizik aktivitenin artırılması ile obezitenin önüne geçilebileceği gibi, sigaradan korunma ile de özellikle kardiyovasküler hastalıklardan korunulmasında etkin olunabilecektir. Ayrıca sigara çağımızda kanser başta olmak üzere birçok hastalığın bilinen en ciddi risklerin biridir. Sigara ile mücadele ile ilgili birçok çalışma yapılmakta ve de özellikle çocuklarda sigaraya karşı özendiriciliği azaltmaya yönelik önlemler alınmaktadır.

Dengeli ve yeterli beslenme alışkanlıkları ailede başlar ve okul çağlarında şekillenir. Doğru beslenme alışkanlığı elde edecek bireyler, bunu yaşamları boyunca sürdüreceklerdir. Ülkemizde yetersiz beslenme nedeniyle, protein, enerji, vitamin ve mineral eksikliğinin yol açtığı önlenebilir hastalıklar ile büyüme ve gelişme bozuklukları hala önemini korumaktadır. Bunun yanı sıra günümüzde gereğinden fazla besin tüketme de önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık eğitimi; sigara içmeme veya sigarayı bırakma gibi, daha çok bireylerin ve grupların, gönüllü bir şekilde, kendi kendine kontrol edebilecekleri davranışlarla ilgiliyken sağlığı geliştirme uygulamaları; özellikle başkalarının sağlığı açısından tehlikeli olan davranışları (örneğin kamuya açık yerlerde sigara içilmesi, tehlikeli araç kullanma gibi) etkilemeye yönelik yapısal, ekonomik ve yasal düzenlemeleri de gerektirir.²

Bu çalışmanın amacı;

1. Malatya kent merkezindeki devlet ilköğretim okullarının beslenme, fizik aktivite ve sigara konularıyla ilgili bazı sağlık kriterleri yönünden değerlendirilmesi,
2. Bu sağlık kriterleri açısından mevcut durumun literatür ile karşılaştırılması,
3. Bu okulların mevcut eksikliklerine karşı alınabilecek önlemlerin tartışılmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Okul Sağlığının Tanımı

Okul çağındaki bütün çocukların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden en iyi sağlık şartlarına sahip olmalarını sağlamak, böylece çocukların ve dolayısıyla toplumun sağlık düzeyini yükseltmek amacı ile öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi için yapılan çalışmaların tümüne okul sağlığı hizmetleri denilmektedir.³

2.2. Global Okul Sağlığı Modeli

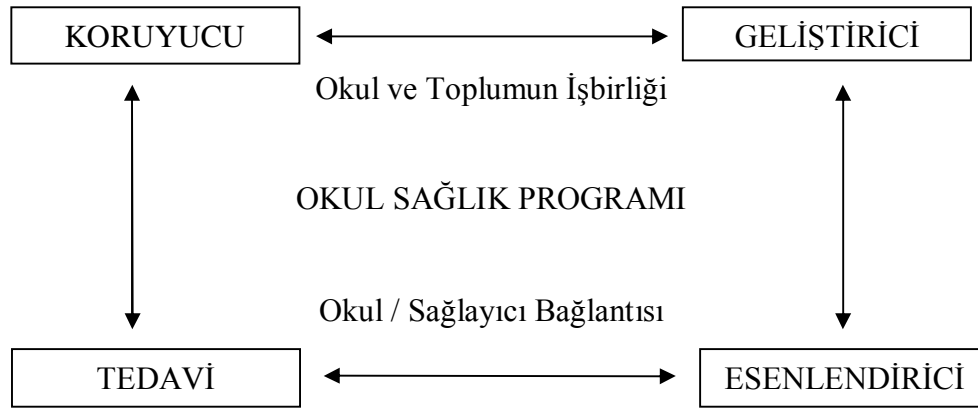
Koruyucu, geliştirici, tedavi edici, esenlendirici özellikleri içermelidir.

Koruyucu: Tarama, tespit, bulaşıcı hastalıklar ve birçok ülke için geçerli acil bakım aktiviteleri.

Geliştirici: Sağlık eğitimi ve öğretimi

Tedavi Edici: Polikliniğe gönderme veya tedavi hizmetlerine yönlendirme, bu hizmet sağlanamazsa sevk ya da izleme.

Esenlendirici: İdame ve sağlık denetimi.⁴ (Şekil-1)



Şekil-1: Global Okul Sağlığı Modeli

2.3. Okul Sağlığı Kavramının Tarihçesi

Dünyada okul sağlığı programlarının uygulanmaya başlanması 19. yüzyılda başlamış ve 20. yüzyılın ilk yıllarında, gelişmiş ülkelerde okul sağlığı uygulamaları rutin hizmet kapsamına alınmıştır. Ancak okul sağlığı kavramı esasen çok daha önceki yıllara dayanmaktadır.⁴

Tarihsel süreç şu şekilde özetlenebilir⁴

- 1833: Fransa Hükümeti'nin okullarda çocukların sağlığı ve sağlıklı okul çevresinden okul idarelerini sorumlu tutan kanunu kabulü
- 1842: Fransa'daki tüm okulların hekim kontrolünden geçmesi
- 1866: İlk kez Alman Göz doktoru Hermann Cohn'un Breslan'da 7568 öğrenciye göz taraması yapması
- 1871: Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) New York'ta ilk kez okullara sağlık müfettişliği getirilmesi.
- 1873: Fransa'da, "Okullarda Tıbbi Gözlemin Esasları"nın kabul edilmesi.
- 1874: Avrupa'da ilk kez Brüksel'de okul sağlığı hizmetleri örgütünün kurulması
- 1878: İsveç'in teşkilatlı şekilde okul sağlığı hizmetini kurması
- 1879: Paris'te okul sağlığı programlarının başlaması
- 1888: Japonya'da periyodik sağlık muayenelerinin başlaması
- 1894: ABD'de tıbbi gözlemci teşkilatının kurulması

2.4. Okul Sağlığı Kavramının Türkiye'deki Gelişimi

Okul sağlığı hizmetleri, Türkiye'de ilk kez 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile devletin yükümlülüğüne verilmiştir. On ikinci Millî Türk Tıp Kongresinde (1951) "Okul Hijyeni"nin ana konu seçildiği görülmektedir. Beşinci Millî Eğitim Şurası'nda (1953) anaokulları ve ilkokullarda "okul hijyeni" teşkilatının kurulmasını sağlayan bir kanun tasarısı kabul edilmiştir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'a (1961) göre okul sağlığı

hizmetleri sağlık ocaklarının sorumluluğuna verilmiştir. Yedinci Millî Eğitim şurasında (1962), okul hekimi, okul spor hekimi, okul hemşiresi yetiştirilmesi kararlaştırılmıştır. Millî Eğitim Gençlik Spor Bakanlığı'nın sağlıkla ilgili işlerini yürütmek üzere Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı (SİDB) 1958 yılında kurulmuştur. SİDB'nin 1984 yılında yayınladığı “Sağlık Hizmetleri Uygulama Rehberi”nde okul sağlığı hizmetlerinin ele alınma biçimi ve okul sağlığının tanımı yapılmıştır.⁵

Ülkemizde okul sağlığı hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tasarrufunda yürütüleceği, 01 şubat 2005 tarihli ve 1276 sayılı Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genelgesi'nde de belirtilmiştir.⁶

İleriki yıllarda Millî Eğitim Bakanlığı (MEB) ile Sağlık Bakanlığı arasında 29 Eylül 2006 tarihli Okul Sağlığı Hizmetleri işbirliği protokolü imzalanmıştır.⁷

Türkiye'de çocukların sağlıklarının geliştirilmesi için birincil, ikincil ve üçüncül korumaya yönelik oluşturulan okul sağlığı programları bulunmaktadır. Ancak oluşturulan okul sağlığı programlarından Millî Eğitim Bakanlığı ilköğretim okullarında uygulanan bir model bulunmamaktadır.

Ülkemizde okul sağlığı programları ile ilgili ve ilköğretim okullarının sağlık açısından değerlendirilmesine yönelik kapsamlı bir çalışmaya rastlanılmamakla birlikte, geleceğe yönelik olarak, bazı hedefler belirlenmiştir.⁴

Okul sağlığı ile ilgili 2010 yılı Ulusal Sağlık hedefleri şu şekilde örneklenebilir:

- 1 ile 12. sınıflar arası öğrencilerin okulda beden eğitimi aktivitelerine katılımlarını günlük en az %50 artırmak.
- Okul beslenme programı olan öğle yemeği ve kahvaltı programlarını “Türkiye Diyetisyenler Derneği Beslenme Rehberi”ndeki beslenme ilkelerine uygun olarak en az %90'a çıkarmak.
- Ulusal okullarda okul öncesinden başlayarak 12. sınıfa kadar beslenme eğitimini %75'e çıkarmak.
- Tüm ilköğretim, lise ve kolejlerin müfredatına tütün ve mamullerinden korunma dersi koymak.
- İlköğretim ve liselerdeki öğrencileri alkol ve bağımlılık yapan diğer ilaçlardan koruyan eğitim programları koymak.

- 10 ile 18 yaş arası öğrencilerin en az %85'inin aileleriyle veya onların tavsiye edeceği sağlıkçılar ile cinsel yaşamı tartışır hale gelmesi veya okullardan bu bilgileri alması için düzenleme yapmak.
- İlköğretim ve liselerde şiddeti en az %50 azaltmak. Bunun için şiddet karşıtı ve çözümleyici plan yapmak.
- Okullarda kazalardan korunma ve kontrol için en az %50'sinde eğitim planlamak.
- 4 ve 12. sınıflar arası eğitim programında cinsel yolla bulaşan hastalıklar (AIDS/HIV) konusundaki eğitimi en az %95'e çıkarmak
- İlköğretim ve liselerde cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmayı eğitim kapsamına almaktır.⁴

2.5. Çağdaş Okul Sağlığı Hizmetleri

Dengeli beslenmek, düzenli spor yapmak, genel hijyen kurallarına uymak gibi sağlıklı yaşam davranışlarının hayat boyu kazanılmasında ve sürdürülmesinde ilkokul döneminin önemi büyüktür. Bu nedenle okul sağlığı çalışmaları ilkokul döneminden başlamalıdır.

Çağdaş okul sağlığı hizmetlerinin dört boyutu vardır. Bunlar;

1. Öğrenci sağlığı
2. Okul çevresi
3. Sağlık eğitimi
4. Okul personelinin sağlığı

2.5.1. Öğrenci Sağlığı

Sağlık hizmetlerinin sunumu; sağlığı korumayı, geliştirmeyi, hastalıkları önlemeyi, sağlık sorunlarını saptayarak kesin tanıya varmayı, gerekli ise tedavi etmeyi, ani gelişen hastalıklar ile yaralanmalara acil bakım sağlamayı ve sağlıkla ilgili danışmanlığı içerir.⁸

Öğrenci sağlığı hizmetleri kısaca şu şekilde sıralanabilir:

- Okula kayıt muayenesi
- Periyodik fizik muayeneler: Yılda en az bir kez yapılmalıdır. Amacı erken tanı ve tedavidir.
 - Görme kontrolü
 - İşitme kontrolü
 - Ağız ve diş sağlığı kontrolü
 - Genel muayenesi (ilköğretim süresince iki kez, lise süresince bir kez yapılmalıdır)
 - Büyüme – gelişme kontrolü
- Sağlık taramaları
- Bulaşıcı hastalıklardan korunma: Bulaşıcı hastalıklar okula devamsızlıkta birinci sıradadır. Korunmak için alınacak önlemler ise;
 - Sınıfların kalabalık ve sıkışık olmaması
 - Her çocuğun ayrı bir kitaba sahip olması
 - Hastalık şüphesi olan çocuğun hızla muayeneye sevk edilmesi
 - Bulaşıcı hastalığı bulunan çocuğun iyileşinceye kadar okuldan uzaklaştırılması
 - Belirli aralıklarla dezenfeksiyon uygulanması
 - Çocukların temizlik kontrollerinden geçirilmesi
 - Ağır epidemilerde okulun kurul kararı ile kapatılması
 - Aşı, serum
 - Düzenli sağlık kontrolleri
 - Kritik durumlarda ilaç profilaksisi
- Kazaları önleme ve ilk yardım
- Ruh sağlığı çalışmaları
- Akut ve kronik hastalığı olan öğrencilerin tanısı, tedavisi ve izlenmesi
- Beden eğitimi/okul sporları çalışmaları

2.5.2 Okul Çevresi

Okul çevresi deyimi, okulun yeri, binası, etrafı, sosyal çevresi, alt yapı tesisleri, oyun alanları, su temini, çöplerin yok edilmesi, tuvaletler, ısıtma ve havalandırma, aydınlatma, sıralar, sınıfların büyüklüğü gibi konuları içerir.

Sağlıklı öğrenciler için sağlıklı okul çevresi gerekir. Okul çevresi, gerek çalışan gerekse öğrencilerin sağlığını, güvenliğini, davranış ve alışkanlıklarını, çalışma ve öğrenme verimliliğini etkileyen bir ortamdır. İnsan sağlığını olumsuz etkileyen çevresel faktörlerin hepsi, okul çevre sağlığını da tehdit eden unsurlardır.

Okullardaki ergonomik koşullar, okul sağlığı hizmet kapsamına giren öğrencilerin ve diğer okul personelinin sağlığını yakından ilgilendirir. Çocuklar fizik, biyolojik ve sosyal çevredeki koşullara büyüklere göre daha duyarlıdır. Okul sağlığı çalışmalarını yürüten sağlık kuruluşu, okul içi ve dışı fiziksel, sosyal çevre yapısının uygunluğunu belirlenen standartlara göre kontrol etmeli, gerekirse okul yöneticilerini uyarmalıdır.

Okul çevresinin öğrencilere örnek oluşturacak şekilde olması gerekir. Okullar, çevrelerindeki yollarda trafik düzenlemesi için gerekli önlemleri aldirmek ve almaktan sorumludur. Okul, temiz su ve arındırma olanaklarına sahip olmalıdır. Okullar öğrencileri ayrımcılıktan, istismardan ve yaralanmalardan korumalıdır. Ayrıca, sigara, alkol, ilaç-uyuşturucu ile uyarıcıların öğrencilere ulaşması engellenmelidir.⁴

Türk Standartları Enstitüsü (TSE), okullar ile ilgili aşağıdaki standartları hazırlayarak Türk Standardı (TS) olarak kabul etmiştir:

1. TS 10492/Aralık 1992 – “Okullar - Orta Dereceli - Genel Kurallar”
2. TS 11924/Ocak 1996 – “Yangın Önleme - Okullarda (İlk, Orta ve Yüksek Öğretim) – Genel Kurallar”
3. TS 12014/Nisan 1996 – “Çevre Sağlığı – Okullar”
4. TS 12597/Nisan 1999 – “İlk Yardım Çantası - Okullarda Kullanılan”
5. TS 9518/Nisan 2000 – “İlköğretim Okulları - Fiziki Yerleşim - Genel Kurallar”

6. TS 6881/Şubat 2003 – “Mobilya – Eğitim Kurumlarında Kullanılan Sandalyeler ve Masalar”
7. TS 3585 ENV 1729-1/Şubat 2003 – “Mobilya - Eğitim Kurumlarında Kullanılan Sandalyeler ve Masalar - Bölüm 1: Fonksiyonel Boyutlar”
8. TS ENV 1729-2/Şubat 2003 – “Mobilya - Eğitim Kurumlarında Kullanılan Sandalyeler ve Masalar - Bölüm 2: Emniyet Kuralları ve Deney Metotları”
9. TS 4642/Şubat 2003 – “Mobilya - Eğitim Kurumlarında Kullanılan Sıralar”
10. TS 5034 EN 14434/1996–“Eğitim Kurumları için Yazı Tahtaları– Ergonomik, Teknik ve Emniyet Kuralları ve Deney Metotları”⁸

2.5.2.1. Okul binalarının konumları: Okulların bulunduğu yerin sağlık, eğitim-öğretim ve ulaşım bakımından elverişli ve öğrencilerin kolaylıkla gidip gelebilecekleri bir mahalde olması göz önünde bulundurulur. Hapishane, meyhane, kahvehane, kıraathane, bar, elektronik oyun merkezleri gibi umuma açık yerler ile açık alkollü içki satılan yerler, okul bina ve tesislerinden en az 200 m uzaklıkta olmalıdır.^{4,10}

Okul, çocukların evlerine 3-4 km'den fazla uzaklıktaysa, uygun taşıma servisleri bulunması gerekir. Okul binaları yedi katı geçmemeli, koridor sisteminde inşa edilmelidir. Ayrıca okulun yapıldığı bölgenin su ve kanalizasyon şebekesi okulun şebekeye getireceği yükü karşılayabilecek yeterlikte olmalıdır.⁴

2.5.2.2. Okul binasının yapı malzemesi: Kullanılacak malzeme iklim ve arazi koşullarına uygun olarak seçilmelidir. Okul binasının zemini kolay temizlenebilir, düz, pürüzsüz olmalı, kazalara olanak vermemelidir. Zemin beton olmalı, duvar dipleri, süpürgelikler düzenli ve tam olmalıdır. Tahta döşemeler yangın riski nedeniyle sakıncalıdır.⁴

2.5.2.3. Okul bahçesi: Okul bahçelerinin öğrenci başına 5 m² düşecek genişlikte, düzgün, toz ve çamura uygun olmayan, çevresi duvarlarla çevrili, ağaçlıklı olması gerekmektedir. Bahçe çevresi duvarlarla çevrili olmalı ve tüm okul için en az 400 m² olacak şekilde düzenlenmelidir. Zemin düz olmalı, gereksiz basamak, engel, havuz veya beton bariyer olmamalıdır. Ağaçların diziminde, dersliklere güneş ışıklarının

girmesini engellemeyecek biçimde en az beş metre uzaklıkta olmasına dikkat edilmelidir. Ağaçlandırma için alerjik polen yapmayan, dikensiz ağaç türleri seçilmelidir.⁴

2.5.2.4. Derslikler: Okul binasının güney ve güneydoğu tarafında yerleştirilmelidir. Öğrenci başına iki m² alan, 4-5 m³ hava hacmi düşmeli, sınıfların uzunluğu dokuz metreden fazla olmamalıdır. 7,5 m'yi geçen sınıflarda öğretmenin öğrenciyi görmesi zorlaşır. Sınıflarda öğrenci sayısı azami 30-35 kişi olmalıdır. Aynı koridora açılan derslik kapılarının karşılıklı olmaması gerekir.⁴

2.5.2.5. Merdivenler: Yangına dayanıklı olmalı, en az iki metre genişliğinde olmalı, basamak yüksekliği 15 cm'i geçmemeli, basamakları geniş olmalı, derinliği 30 cm'ye ulaşmalıdır. 300'den fazla öğrenci olan okullarda çift merdiven bulunmalıdır. Üç basamaktan fazla merdivenler için korkuluk yapılmalıdır.⁴

Okul bina yapıları dışında, alt yapı tesisleri için de bazı kriterler getirilmiştir;

2.5.2.6. Su durumu: Okulun su kaynağı belirlenirken biyolojik, fiziksel ve kimyasal özellikleri incelenmeli ve kaynağın kirlenmemesi için gereken önlemler alınmalıdır. Okulda su deposu kullanımı varsa, depolar belirli aralıklarla temizlenmeli ve içindeki su uygun şekilde klorlanmalıdır.⁴

2.5.2.7. Okul içi temizliği: Islak silme uygulanmalı, tuvaletlere belirli zamanlarda dezenfektanlar kullanılmalı, yemekhanelerde vektör kontrolü yapılmalıdır.⁴

2.5.2.8. Tuvalet durumu: 20 kız öğrenci için bir kabin, 40 erkek öğrenci için bir kabin ve iki pisuar, 60 öğrenci için bir lavabo bulunma zorunluluğu vardır. Ayrıca her beş erkek ve iki bayan öğretmen başına birer tane tuvalet bulunmalıdır. Okuldaki tuvaletler normalde 1x1,5 m, en az ise 0,8x1,3 m boyutlarında olmalıdır. Lavabolar her dört kız kabini ve her iki erkek kabini için bir lavabo olacak sayıda olmalıdır. Lavabolar öğrencilerin rahat kullanabileceği yükseklikte olmalı ve yanlarında çöp kovası bulunmalıdır.⁴

2.5.2.9. Çöpler: Okul çöpleri kokuya, vektör, haşere ve kemirici üremesine ve barınmasına olanak vermeyecek, çevrenin görüntüsünü bozmayacak şekilde toplanmalı ve yok edilmelidir. Okul bahçesinin çeşitli yerlerinde kapaklı, paslanmaz ve sızdırmaz özelliklere sahip yeterli sayıda çöp kapları konulmalı ve bunlar günlük olarak temizlenmelidir.⁴

2.5.2.10. Elektrik tesisatı: Elektrik tesisatıyla ilgili olarak TS 3784 ve TS 4061 standartların da belirtilen güvenlik kuralları ve elektrik çarpmasına karşı korunma kuralları uygulanmalıdır.⁴

2.5.2.11. İlk yardım: Her okulda bir ilk yardım ve tedavi odası bulunmalıdır. Oda 15 m² büyüklüğünde olmalı, oda yoksa en azından ilkyardım için yeterli miktarda tentürdiyot, pamuk, sargı bezi gibi tıbbi malzemelerin depoda bulundurulması gerekir.⁴

2.5.3. Sağlık Eğitimi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık eğitimini kapsamlı olarak şöyle açıklamaktadır; bireylere ve topluma sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetip uygulatmak, sunulan sağlık hizmetlerini kullanmaya alıştırmak, sağlıklarını ve çevrelerini iyileştirmek için insanları ikna etmek, ortak karara vardirmek ve eyleme yöneltmek amacıyla gerçekleştirilen eğitim uygulamalarıdır.⁹

2.5.4. Okul Personelinin Sağlığı

Başta öğretmenler olmak üzere bütün okul personeli bu kapsamda yer almaktadır. Okul ortamı, çalışanların sağlığını etkileyebileceği gibi, dolaylı olarak öğrencilerin okul başarılarını da etkileyebilmektedir. Öğretmenlerin okul sağlığı çalışmalarındaki esas önemi, "eğitici" işlevlerinden kaynaklanır. Çocukların ve gençlerin sağlıkla ilgili olumlu davranışları kazanmalarını sağlarlar. Bu nedenle öğretmenlerin eğitilmeleri ve örnek davranışlı - model kişiler olmaları son derece önemlidir.

Tüm bu okul sağlığı hizmetlerinin gerçekleştirilmesi ve devamının sağlanması için okul sağlığı ekibine ihtiyaç vardır.

Bu ekipte;

- Okul doktoru
- Okul sağlığı hemşiresi
- Sınıf öğretmeni
- Beden eğitimi öğretmeni
- Okul psikologu
- Sosyal hizmet uzmanı
- Diyetisyen/beslenme uzmanı yer almalıdır.⁴

Okul sağlığı hizmetlerinde başarı için toplumun katılımı, sosyal kontrol, sektörler arası iş birliği, hekim dışı personelin katılımı ve uygun teknoloji varlığı da önemli faktörlerdendir.

2.6. Beslenme

Türkiye’de, yetersiz ve dengesiz beslenme sorunları varlığını sürdürmektedir. Beş yaşındaki çocukların yaklaşık altıda biri kronik olarak yetersiz beslenmektedir. Nitekim kronik beslenme yetersizliğinin bir göstergesi olan, beş yaş altı çocuklar içindeki yaşlarına göre daha kısa boylu (bodur) olanların oranı %16, düşük kilolu olanların oranı ise %8’dir. Bebek ve çocuk ölümlerinin çoğu beslenme yetersizlikleri ile ilişkili hastalıklardan meydana gelmektedir.¹¹

Okul çağı, çocuğun toplum yaşamına ilk kez bilinçli olarak girdiği bir dönemdir. Bu dönemde çocuğun beslenme alışkanlıklarını aile ve arkadaş çevresi etkiler. Ayrıca reklâmlar ve okulda beslenme durumunun denetlenmemesi de çocuğu yanlış beslenme alışkanlıklarına yöneltebilir. Bu nedenle çocuğun yeterli ve dengeli beslenebilmesi için çocuğun, ailenin, okul yönetimindeki kişilerin ve öğretmenlerin beslenme konusunda eğitilmeleri önemlidir. Çocuğun yeterli ve dengeli beslenmesinin en önemli göstergesi büyüme ve gelişmesidir.

Okul çağında sıkça görülen bazı diyet hataları ve sonuçları şöyle sıralanabilir:

- Okula sabah kahvaltı edilmeden gidilmesi, açlık hissi yorgunluk, halsizlik ve isteksizliğe yol açmakta, okul başarısını düşürmektedir. Dengeli bir kahvaltı ile günlük enerjinin 1/4 'ü ya da en az 1/5'i karşılanmalıdır.
- Okul yemekhanelerinde hazırlanan veya evden getirilen öğlen yemeklerinin çocuğun günlük ihtiyacının üçte birini karşılamaya yetmemesi;
- Okul kantinlerinde ve okul çevresinde besleyici değeri düşük ve sağlıksız yiyecek, içeceklerin satılması ve çocukların bu gıdalarla beslenmesi çocuğun dengesiz beslenmesine neden olur, besinlerle geçen hastalık riski artar. Okul dışından beslenme, beslenme maliyetini de artırır.
- Ergenlik döneminde kendilerince olumlu bir beden algısına ulaşma düşüncesi ile gereksiz ve yanlış zayıflama diyetleri ve yemek yeme ile ilgili davranış bozuklukları gelişebilmektedir. En sıklıkla gözlenen Anoreksiya Nervosa ve Bulimiya Nervosa'dır.
- Ayaküstü beslenme (fast-food) veya abur-cubur yeme alışkanlığı; Bu tür beslenmede enerjinin büyük kısmı yağdan gelir. Bu yağın büyük çoğunluğu da doymuş yağlardır. Diyetteki doymuş yağ miktarı ve serum kolesterol düzeyi kalp-damar hastalıkları açısından risk oluşturur.¹²

2.7. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite hareketin tüm formlarını içeren genel bir tanımdır. Ancak sağlık açısından yararlı olan fiziksel aktiviteyi tanımlarken üç konu üzerinde durmak gerekmektedir:

1. Fiziksel aktivitenin süresi; aktiviteye katılım sürecini tanımlar.
2. Fiziksel aktivitenin şiddeti; enerji harcama oranını tanımlar.
3. Fiziksel aktivitenin frekansı; belirli bir zaman içinde (örneğin bir hafta içinde) fiziksel aktiviteye katılım seanslarının sayısını tanımlar.

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki, çocukluk çağında başlayacak düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı sağlığın korunması için anlamlı katkılar sağlamaktadır.

Bunların içinde en önemlileri aşağıda sıralanmıştır.

1. Yetişkinlik döneminde gelişebilecek kronik hastalık riskini azaltmaktadır.
2. Kalın bağırsak kanseri riskini azaltmaktadır.
3. Kemik mineral dansitesini artırmaktadır.
4. Kaygı ve endişeleri azaltmakta, güven ve neşe vermektedir.
5. Günlük aktiviteler sırasında daha enerjik olmayı sağlamakta, yorgunluğu azaltmaktadır.
6. Kilo kontrolüne yardımcı olmaktadır.¹³

2.8. Sigara

Çocuk ve gençlerde sigara içme fiziksel ve psikososyal gelişme sürecinin değerlendirilmesiyle anlaşılabilir. Psikososyal gelişim, fiziksel ve cinsel büyüme ve gelişme adolesan dönemde farklı davranışlar kazanılmasını sağlayabilir. Araştırmalar göstermektedir ki, arkadaşlar gençlerin sigara içme nedenleri arasında en önemli etkilerden birisidir.¹⁴

Çocukluk ve adolesan dönemde her iki cinsiyet için de sigara içmeyi etkileyen faktörler şu şekilde sıralanmaktadır:¹⁴

- Psikososyal etmenler
- Düşük eğitim seviyesi (kendisinin ve ailesinin)
- Düşük benlik saygısı
- Depresyon
- Risk alma
- Sigaranın zararlarının olmadığını kabul etme
- Sigara içen kişilerin ya da sigara içmenin beğenilen bir davranış olarak kabul edilmesi
- Ailede ya da kardeşler arasında sigara içen bir kişi olması
- Aile ya da arkadaşların sigara içmeyi kabul eden tutumları
- Düşük sosyoekonomik durum
- Toplumsal cinsiyete özel etmenler

DSÖ'nün tanımına göre her gün en az bir kez bir tütün ürününü içen kişiler günlük, düzenli içicidir. Herhangi bir tütün ürününü içen ama bu işi her gün yapmayan kişiler de düzensiz içicidir.

Kronik hastalıkların giderek önem kazandığı çağımızda beslenme, fizik aktivite ve sigara konularına yönelik okul etkinliklerini değerlendirecek ve okul sağlığı hizmetlerine yön verecek bir bilgi formu oluşturulması daha sonra yapılacak çalışmalar için kaynak teşkil edebilecektir.

Beslenme, fizik aktivite ve sigara konularına yönelik olarak yapılan literatür taramasında en kapsamlı değerlendirme rehberinin, ABD'de Centers for Diseases Control (CDC) tarafından geliştirilen School Health Index (SHI) olduğu görülmüştür.¹⁵

Çalışmamızda veri toplama aracı olarak, MEB Mevzuatı, SHI ve literatüre dayanarak geliştirilen bilgi formu kullanılmıştır.

2.9. Okul Sağlık İndeksi (SHI)

ABD'de 2000 yılında CDC tarafından oluşturulan Okul Sağlığı İndeksi (SHI), fizik aktivite, sağlıklı beslenme ve sigarasız hayat olmak üzere üç bileşene sahip bir koruyucu hekimlik- sağlığı geliştirme kılavuzudur. Son versiyonunda bu bileşenlere güvenlik ve astım konuları eklenmiştir.¹⁵

Çocukluk çağı obezitesi prevalansı artmaktadır ve okullar sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi desteklemek için ideal yerlerdir. Kılavuzdaki uygulamalar öğrencilerin öğrenme kapasitesini artırmayı, okula devamsızlığı azaltmayı ve bedensel sağlık ve zihinsel uyanıklığı artırmayı amaçlamaktadır.¹⁶ Düzenli fizik aktivite, öğrencilerin özgüven ve kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayarak başarılarını artırır, sınav streslerini azaltır. Dengeli beslenme öğrenmeyi kolaylaştırır ve hiperaktivite, saldırganlık davranışlarını azaltır. Bu uygulamalar ile uzun vadede gelecek kuşakların kalp hastalıkları, kanser ve şeker hastalığı gibi ölümcül kronik hastalıklara karşı korunması da amaçlanmıştır.¹⁵

SHI kılavuzu ele alınırken temel olarak Okul Sağlığı Politikaları ve Çevre modülü başta olmak üzere, diğer sekiz adet modülden faydalanılmıştır.¹⁵

Modüller

1. Okul Sağlığı Politikaları ve Çevre
2. Sağlık Eğitimi
3. Beden Eğitimi
4. Okul Sağlığı Hizmetleri
5. Beslenme Hizmetleri
6. Rehberlik Hizmetleri
7. Personel İçin Sağlığın Geliştirilmesi
8. Aile ve Toplum Katılımı

2.9.1. Okul Sağlığı Politikaları ve Çevre Modülü

1. Okul sağlığı komitesi, okul sağlığı programlarını değerlendirir.
2. Yazılı okul sağlığı politikaları vardır.
3. Teneffüsler yeterlidir.
4. Okul içinde uygun beden eğitimi aktiviteleri vardır.
5. Okul dışında beden eğitimi aktiviteleri
6. Beden eğitiminin, cezalandırma yöntemi olarak kullanılmasının yasak olması
7. Beslenmenin, cezalandırma veya ödül yöntemi olarak kullanılmasının yasaklanması
8. Düşük besin değerine sahip gıdaların kısıtlanması
9. Sağlıklı beslenme için çabalar
10. Uygun yemek zamanı
11. Aralardan ve yemekten önce ellerin yıkanması için yeterli süre
12. Öğrencilerin sigara içmesinin yasaklanması
13. Personelin sigara içmesinin yasaklanması
14. Ziyaretçilerin sigara içmesinin yasaklanması
15. Sigara reklâmlarının yasaklanması
16. Sigara karşıtı politikaların varlığı

17. Personelin okul sağlığı politikalarına uyumunun sağlanması
18. Öğrenciler, veliler, personel ve ziyaretçilerle okul sağlığı politikaları konusunda iletişim kurma

2.9.2. Sağlık Eğitimi Modülü

1. Sağlık eğitiminin bütün sınıflarda öğretilmesi
2. Standardize müfredat
3. Temel fiziksel aktivite başlıkları
4. Sağlıklı temel beslenme başlıkları
5. Sigara kullanımını önleme
6. Aktif öğrenme stratejileri
7. Pratik beceri seçenekleri
8. Kültürel örnek ve aktiviteler
9. Aile ile iletişimde destekleme
10. Öğretmenler için profesyonel gelişme
11. Okul müfredatında öğretmenlerin yer alması

2.9.3. Beden Eğitimi Modülü

1. Haftada 150 dk (üç ders) beden eğitimi
2. Uygun öğretmen/öğrenci oranı
3. Basamaklı ve tutarlı beden eğitimi müfredatı
4. Motor beceri öğretmeye önem verilmesi
5. Beden eğitimi derslerinde sağlıkla ilgili konuların işlenmesi
6. Özel sağlık sorunları olan öğrencilere yardım
7. Güvenlik standartları
8. Ders saatinin en az yarısında öğrencilerin aktif beden hareketleri yapması
9. Öğretmenlerin, öğrencileri hareketsizliğe itecek uygulamalardan kaçınmaları
10. Dersin zevkli olması
11. Okul dışı fizik aktivite etkinliklerini teşvik
12. Diplomalı öğretmenler

13. Öğretmenlerin mesleki gelişiminin sağlanması

2.9.4. Okul Sağlığı Hizmetleri Modülü

1. Fizik aktiviteyi artırmak
2. Sağlıklı beslenmeyi artırmak
3. Sigarayla mücadele
4. Personelle işbirliği
5. Hasta öğrencilerin belirlenmesi ve yönlendirme
6. Beden eğitimi için öğrencilerin sağlık durumu hakkında bilgi toplanması
7. Özel diyet ihtiyacı olan öğrenciler hakkında bilgi toplanması

2.9.5. Beslenme Modülü

1. Kahvaltı ve öğle yemeği programı
2. Okul yemeklerinde çeşit olması
3. Düşük yağlı veya yağsız süt bulunması
4. Yiyeceklerin cazip ve az yağ içermesi
5. Öğlen yemeğinin lezzetli ve az yağ içermesi
6. Kafeterya dışındaki alanlarda cazip az yağlı gıda
7. Gıda alımı ve hazırlanmasında yağ içeriğinin düşürülmesi uygulamaları
8. Sağlıklı kafeterya seçeneklerinin teşviki
9. Temiz, güvenli, hoş kafeterya
10. Gıda acilleri için hazırlıklı olma
11. Gıda servisi çalışanları ile öğretmenler arasında işbirliği
12. Gıda servisi yöneticisi derece ve sertifikası
13. Gıda servisi yöneticisi için profesyonel geliştirme

2.9.6. Rehberlik Servisleri Modülü

1. Fizik aktivitenin teşviki
2. Sağlıklı beslenmenin teşviki

3. Sigara kullanımının önlenmesi
4. Problemlı öğrencilere yol göstermek ve uygun kurumlara yönlendirmek
5. Personelle İşbirliği

2.9.7. Personel Sağlığı Modülü

1. Personel için sağlık taramaları
2. Personel için fiziksel aktivite/egzersiz programları
3. Personel için sağlıklı yeme/kilo sağlanması programları
4. Personelin sigarayı bırakması için programlar
5. Personel katılımının arttırılması
6. Personel sağlığı gelişimi için bütçe

2.9.8. Aile ve Toplum Katılımı Modülü

1. Ailelerin Eğitimi
2. Yemeklerin seçimine katılım
3. Programlara velilerin ve toplumun katılımı
4. Topluma Yönelik Programların Teşviki
5. Okul etkinliklerine toplum bireylerinin katılımına imkân verilmesi

3. YÖNTEM

Malatya kent merkezinde yer alan 65 devlet ilköğretim okulu, Türk Millî Eğitim Sistemi Mevzuatı, MEB Özel Öğretim Kurumlarına Ait Standartlar Yönergesi¹⁷ ve uluslararası kriterlerden (SHI) yararlanılarak oluşturulan bilgi formu ile değerlendirilmiştir (Ek-1). Bilgi formundaki sorular, okulları hijyen yönünden ayrıntılı değerlendirmekten çok, beslenme-egzersiz ve sigara ile ilişkili hususlarla sınırlı tutulmuştur.

Bilgi formunun okul müdürleri veya okul müdür yardımcıları tarafından cevaplanmaları 2007 Mart ayında itibaren gerçekleştirilmiştir. Bilgi formları, üç Millî Eğitim müfettişi ile birlikte araştırmacı tarafından tekrar gözden geçirilmiştir. Ayrıca, araştırmacı tarafından rastgele seçilmiş yedi okul tekrar ziyaret edilmiş, okul yöneticilerinden elde edilen bilgiler yerinde gözlem yapılarak yeniden değerlendirilmiştir. Bilgi formlarından elde edilen sonuçlar, literatür ile karşılaştırılmış ve yorumlanmıştır.

Çalışmamız, tanımlayıcı tiptedir. Evren olarak, Malatya kent merkezindeki tüm devlet ilköğretim okulları alınmıştır. Tam sayılı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Tablolarda sayı ve yüzdeler kullanılmıştır. Tablolarda, mevcut sayıların genel ortalamaya olan yüzdesi hesaplanmıştır.

Bilgi formu ile okulun fiziksel şartları ve ölçüleri, öğrenci ve öğretmen sayıları, okul çevresi, beslenme, beden eğitimi, sağlık ile ilgili okulun sahip olduğu şartlar, okul sportif etkinlikleri, okul personellerinin sigara kullanma oranları ve diğer sigara davranışları, öğrencilerle ilgili yapılan kontrol ve denetlemeler ve okul kantinleri sorgulanmıştır. Sorular, açık uçlu ve çoktan seçmeli olmak üzere hazırlanmıştır. Bilgi formu toplam 73 sorudan oluşmaktadır.

4. BULGULAR

Kent merkezindeki 65 devlet okulunda toplam 62695 öğrenci vardır. Bu öğrencilerin 32593'ü erkek (% 52), 30102'si kızdır (% 48). Okul başına ortanca öğrenci sayısı 840 olup, öğrenci sayısı minimum 33, maksimum 3016'dır. Toplam 2636 öğretmenin 1452'si erkek (% 55,1), 1184'ü ise bayan öğretmendir (%44,9) (Tablo-1). Toplam derslik sayısı 1196'dır. Okul başına minimum iki, maksimum 54 derslik düşmektedir. Ortalama derslik başına 52,4 öğrenci düşmektedir.

Tablo-1: İlköğretim okullarının öğrenci ve öğretmen sayıları

	Öğrenci (n)	Öğretmen (n)
Erkek	32593	1452
Kadın	30102	1184
Toplam	62695	2636

Bu okullardan sadece Mehmet Topsakal ve Türkiyem tekli öğretim yapmakta olup, diğer okullarda ikili (sabahçı-öğlenci) öğretim yapılmaktadır. Bu okullardan tekli öğretim yapılan okullarda tenefüs süresi 20 dakika olup, ikili öğretim yapılan okullarda bu süre beş dakikadır.

65 okulun 18'inde (%27,7) su deposu bulunmakta iken, 47'sinde (%72,3) yoktur (Tablo-2).

Tablo-2: Okullarda su deposu durumları

	n	%
Var	18	27,7
Yok	47	72,3

Okul başına öğrenci ve öğretmen mevcutlarına göre, tuvalet ve pisuar sayıları olması gereken değerler açısından incelendiğinde; her 30 öğrenci için bir tuvalet ve/veya bir pisuar ve her 80 öğrenci için bir lavabo gerekmekte iken, her 20 öğretmen için bir tuvalet ve/veya bir pisuar ve bir lavabo gerekmektedir. Bu kriterlere göre okulların durumu değerlendirildiğinde eksikler Tablo-3'de gösterilmiştir:

Tablo incelendiğinde öğretmenler arasında WC ve lavabo açısından pek eksikliğe rastlanılmamıştır. Öğrenciler incelendiğinde ise, WC sayılarında eksiklikler olduğu görülmektedir.

Okulların lavabolarında sabun bulunma oranına bakıldığında, 55 okulda (%84,6'sında) sabun eksiksiz bulunmakta iken, kalan 10 okulun sadece ikisinde (%3) sabun bulunma oranı %50'nin altındadır.

Koridor genişliği açısından incelendiğinde, 65 okulun 51'inde (%78,5) okul koridor genişliği uygun ölçülerde olup, 14 (%21,5) okulda uygun olmadığı görülmüştür (Tablo-4).

Tablo-4: Okullarda koridor genişliğinin uygunluğu

	n	%
Uygun	51	78,5
Uygun Değil	14	21,5

Kapalı beden eğitimi salonu 17 okulda vardır. Yönetmeliğe göre, salonun 140 m² den az olmaması ve öğrenci başına 3,5 m² düşmesi gereklidir. Buna göre, kapalı beden eğitimi salonu olan 17 okulun üçünün salonunun yönetmelikteki standart ölçülere uymadığı görülmektedir. Sonuç olarak uygun beden eğitimi salonuna sahip okul sayısı 14 (%21,5)'tür (Tablo-5).

*Tablo-5: Okullarda kapalı beden eğitimi salonlarının durumu**

	n	%
Var, Uygun	14	21,5
Var, Uygun Değil	3	4,6
Yok	48	73,9

*Toplam okul sayısına göre oranları

Kapalı spor salonunun en az basketbol sahası büyüklüğünde (en az 24 m x 13 m) olması gerekmektedir.¹⁷ Dört okulda ayrı bina olarak kapalı spor salonu var olmakla birlikte, sadece bir okul kriterlere uymaktadır. Bu okul da, özel proje

okuludur. Diğer okulların kapalı spor salonu, yönetmelikte belirtilen ölçülerden daha küçüktür.

Okulların bahçesinin en az basketbol sahası büyüklüğünde (312 m²) olması gerekirken, Şentepe okulunun bahçesi 300 m²'dir. Diğer okulların alanı bu kritere uymaktadır. Ancak, ayrıca ilk 108 öğrenci için 378 m², 109–1000 öğrenci arası için öğrenci başına 2 m², (Maksimum 2162 m²) gereklidir. 1001–2000 öğrenci için 1,5 m² (Maksimum 3662 m²) ve 2001 den sonra ise 1,2 m² alan gerekmektedir.¹⁷ Buna göre 34 (%52) okulun bahçesi yetersizdir (Tablo–6).

Tablo–6: Okul bahçelerinin büyüklüklerinin uygunluk durumu

	n	%
Uygun	31	48
Uygun Değil	34	52

Okulların bahçe zeminleri incelendiğinde, 33 okulun bahçe zemininin (%50,8) asfalt, 26 okulun (%40) bahçe zemininin beton, beş okulun (%7,7) bahçe zemininin çakıl, bir okulunda (%1,5) bahçe zemininin stabilize olduğu görülmüştür (Tablo–7).

Tablo–7: Okul bahçe zeminlerinin durumu

	n	%
Asfalt	33	50,8
Beton	26	40,0
Çakıl	5	7,7
Stabilize	1	1,5

Okulların 53'ünün (%81,5) bahçesinde voleybol direği bulunmakta iken, 12'sinde (%18,5) bulunmamaktadır. 52 okulda (%80) basketbol potası bulunurken, 13'ün de (%20) bulunmamaktadır (Tablo-8).

Tablo-8: Okul sportif etkinlik olanağı durumu

	Var		Yok	
	n	%	n	%
Voleybol Direği	53	81,5	12	18,5
Basketbol Potası	52	80,0	13	20,0

Okulların 63'ünün (%96,9) sınırları duvar veya çitle belirlenmiş iken, sadece iki okulun (%3,1) çevresinde duvar veya çit bulunmamaktadır (Tablo-9).

Tablo-9: Okul sınırlarının durumu (Duvar / Çit)

	n	%
Var	63	96,9
Yok	2	3,1

Lisanslı öğrenci sayısı 1668'dir. Bu sayı tüm öğrencilerin sadece %2,7'sidir. Okulların %75,4'ünde spor takımı/takımları vardır (Tablo-10).

Tablo-10: Okullarda spor takımlarının durumu

	n	%
Var	49	75,4
Yok	16	24,6

Altı okulda (%9,2) hiç beden eğitimi öğretmeni bulunmamakta iken geri kalan okullarda en az bir tane beden eğitimi öğretmeni bulunmaktadır.

Öğrencilerin ve okul çalışanlarının sağlık hizmetine ulaşması açısından okulların sağlık kuruluşlarına olan uzaklıkları sorgulandığında, 100 m ile 2000 m arasında değişen uzaklıklara sahip oldukları ve ayrıca, 112 acil servisin kent merkezindeki her noktaya kısa sürede (ortalama sekiz dakika) ulaşabildiği görülmüştür.¹⁸

Okulların hiçbirinde doktor odası bulunmaz iken, Abdulkadir Eriş ilköğretim okulunda okul hemşiresi ve sağlık odası bulunmaktadır. Okulların 63'ünde (%96,9) ecza dolabı bulunmaktadır. Bu ecza dolaplarının buldukları yerler farklılık göstermekte ve koridorlarda, müdür odasında, müdür yardımcısı odasında, öğretmenler odasında, hizmetli odasında, beden eğitimi salonunda, sınıflarda veya kütüphanede bulunmaktadır.

Ecza dolaplarının yerden yükseklikleri bir metre ile iki metre arasında değişiklik göstermektedir. Ecza dolabı olan okulların dokuzunda (%14,3) kilitli iken 54'ünde (%85,7) açıktır ve kolay ulaşılır durumdadır. Ecza dolaplarının içerikleri de farklılık göstermekle beraber, dolapların çoğunluğunda flaster, gazlı bez ve sargı bezi bulunmaktadır.

Ecza dolabı olan okulların 35'inde (%55,6) antiseptik solüsyon bulunmakta ve antiseptik olarak, batticon, rivanol, oksijenli su, tentürdiyoda rastlanmaktadır. Ecza dolabı olan okulların 38'inde (%60,3) ecza dolabında ilaç bulunmamaktadır. İlaç bulunan okulların ecza dolaplarında sıklıkla ağrı kesici ve aspirin bulunmaktadır.

Okullarda baskül ve mezura olup, öğrencilerin yılda en az bir kez boylarının/kilolarının ölçülmesi 58 okulda (%89,2) gerçekleştirilirken, altı okulda (%9,3) zaman zaman yapılmakta ve sadece bir okulda (%1,5) hiç yapılmamaktadır (Tablo-11).

Tablo-11: Okullarda boy/kilo ölçüm sıklığı

	n	%
Yılda en az 1 kez	58	89,2
Zaman zaman	6	9,3
Yapılmıyor	1	1,5

Teneffüslerde okuma etkinliği gibi hareketleri kısıtlayan etkinlikler yapılması iki okulda (%3) uygulanırken, 46 okulda (%70,8) hiç uygulanmamakta ve 17 okulda (%26,2) bazen uygulanmaktadır (Tablo-12).

Tablo-12: Okullarda hareketi kısıtlayan etkinliklerin varlığı

	n	%
Mevcut	2	3,0
Bazen	17	26,2
Hiç	46	70,8

Öğrenciyi beden eğitimi dersine sokmama, teneffüse çıkarmama gibi hareketi kısıtlayıcı ceza uygulamaları sadece bir okulda (%1,5) bazen yapılırken, 64 okulda (%98,5) hiç uygulanmamaktadır (Tablo-13).

Tablo-13: Hareketi kısıtlayan ceza uygulamaları

	n	%
Zaman zaman	1	1,5
Yapılmıyor	64	98,5

Beden eğitiminin fazla aktivite yolu ile ceza olarak kullanılması (tek ayaküstünde durdurma, fazla tur attırma vb.) 59 okulda (%90,8) hiç uygulanmaz iken, altı okulda (%9,2) bazen uygulanmaktadır (Tablo-14).

Tablo-14: Beden eğitimi dersinin ceza aktivitesi olarak kullanım durumu

	n	%
Zaman zaman	6	9,2
Yapılmıyor	59	90,8

Hiçbir okulda, beslenmenin cezalandırma yöntemi olarak (yemek arasına geç gönderme, hiç göndermeme vb.) kullanılmasına izin verilmemektedir.

Ödül Yöntemi olarak şeker, çikolata verilmesi, 11 okulda (%16,9) uygulanırken, 37 okulda (%56,9) bazen uygulanmakta ve 17 okulda (%26,2) ise hiç uygulanmamaktadır (Tablo-15).

Tablo-15: Ödül yönteminin uygulanma durumu

	n	%
Sıkça uygulanıyor	11	16,9
Bazen uygulanıyor	37	56,9
Hiç uygulanmıyor	17	26,2

Öğretmenler okulda öğrencilerin görebileceği biçimde kola, cips gibi yiyecekleri bir okulda (%1,5) tüketmekte iken, 45 okulda (%69,3) hiç tüketmemekte ve 19 okulda (%29,2) bazı zamanlar tüketmektedirler (Tablo-16).

Tablo-16: Öğretmenlerin okulda görünür ortamda sağlıklı yiyecek tüketimi

	n	%
Her zaman	1	1,5
Bazen	19	29,2
Hiç	45	69,3

Beden eğitimi derslerinin sıcak, soğuk ve yağmurlu havalarda da yapılıp yapılmadığına ilişkin soruya (sınıf içi egzersiz dâhil) 49 okulda (%75,4) “mutlaka yapılır” denirken, 11 okulda (%16,9) “bazen yapılır” denilmiştir. Beş okulda (%7,7) ise, “yapılmamaktadır” cevabı verilmiştir (Tablo-17).

Tablo-17: Beden eğitimi derslerinin uygunsuz havalarda yapılma durumu

	n	%
Her zaman	49	75,4
Bazen	11	16,9
Hiç	5	7,7

Beden eğitimi derslerinde sağlıkla ilgili konular 41 okulda (%63,1) işlenirken, 24 okulda (%36,9) ise bazen işlenmektedir (Tablo-18).

Tablo-18: Beden eğitimi derslerinde sağlık içeriği

	n	%
Her zaman var	41	63,1
Bazen var	24	36,9
Yok	-	-

Özel sağlık sorunları olan öğrencilerin tespiti ve yardım 57 okulda (%87,7) yapılırken, yedi okulda (%10,8) zaman zaman yapılmakta ve sadece bir okulda (%1,5) ise yapılmamaktadır (Tablo-19).

Tablo-19: Özel sağlık sorunları olan öğrencilerin tespiti ve yardımlaşma

	n	%
Her zaman	57	87,7
Bazen	7	10,8
Hiç	1	1,5

Ders saatinin en az yarısında öğrencilerin aktif beden hareketleri yapması 52 okulda (%80) sağlanırken, 13 okulda (%20) zaman zaman sağlanmaktadır (Tablo-20).

Tablo-20: Beden Eğitimi ders içeriğinin aktif olması

	n	%
Her zaman	52	80,0
Bazen	13	20,0
Hiç	-	-

Okulların 49'unun (%75,4) çevresinde (1,5 km çaplı bölge) gıda maddesi satan bakkal veya seyyar satıcılar bulunmaktadır. Okulların 49'unun (%75,4) çevresinde bakkal veya seyyar satıcı vardır. Bunların 43'ünde (genel toplamın %66,2'sinde) sigara satılmaktadır. Fakat bu okullarının hiçbirinde, öğrencilerin bakkala veya seyyar satıcılara alışveriş amacı ile gitmelerine izin verilmediği ifade edilmiştir (Tablo-21).

Tablo-21: Okul çevresi bakkal ve seyyar satıcılar

	Var		Yok	
	n	%	n	%
Bakkal / Seyyar Satıcı	49	75,4	16	24,6
Sigara Satan*	43	66,2*	22	33,8*

* Genel toplama göre satır yüzdesi

Yapılan incelemelerde, toplam 65 okulun 18'inin (%27,6) kantini bulunmamaktadır (Tablo-22).

Tablo-22: Okullarda kantin mevcudiyeti

	n	%
Var	47	72,3
Yok	18	27,7

Bununla beraber, kantinlerin yarısından fazlasında bir veya iki personel bulunmaktadır. Bu personellerin % 12,8'inin (altı okulda) portör muayenesi düzenli yapılmaz iken, %87,2'sinin (41 okulda) düzenli olarak portör muayenesi yapılmaktadır. Okulların %14,9'unda (yedi okulda) personel önlük kullanmaz iken, %85,1'inde ise (40 okulda) personel önlük giymektedir.

Kantinlerdeki personellerden 25'i (%53,2) gıda maddesi satarken eldiven kullanırken, üçünde (%6,4) eldiven kullanılmamakta ve 19'unda ise (%40,4) eldiven kullanımı zaman zaman sağlanmaktadır (Tablo-23).

Tablo-23: Kantin personellerinin özellikleri

	Var		Yok		Bazen	
	n	%	n	%	n	%
Portör Muayenesi	41	87,2	6	12,8	0	0
Önlük	40	87,0	7	13,0	0	0
Eldiven	25	53,2	3	6,4	19	40,4

Satılan yiyecekler 46 okulda (%97,9) kapalı muhafaza içinde satılmakta iken, sadece bir okulda (%2,1) kapalı muhafaza içerisinde satılmamaktadır.

Kantin içeren okulların 41'inde (%87,2) "Kantin Denetleme Kurulu" bulunduğu belirtilmiştir. Bulunan kantin denetleme kurullarının yedisinde (%17,1) haftada bir kez, beşinde (%12,2) iki haftada bir kez, 26'sında (%63,4) ayda bir kez ve kalan üç okulda (%7,3) ise periyodik süreç olmaksızın denetimler yapılmaktadır.

Kantinlerin tümünde (47 okul kantini) çöp tenekesi bulunmaktadır. Bu kantinlerin 26'sının (%55,3) ayrı havalandırması varken, 21'inin (%44,7) ayrı havalandırması bulunmamaktadır. Kantinlerin 41'inde (%87,2) buzdolabı bulunmakta iken, altısında (%12,8) buzdolabı bulunmamaktadır.

Okul kantinlerinde satılan yiyeceklerin çeşitleri incelendiğinde, çocukların beslenmelerinde önemli yer tutan gıdalardansa kola, cips, çikolata, tost, bisküvi gibi obeziteyi artırıcı ve sağlıksız kabul edilen gıdaların, %80'lerin üzerinde satıldığı görülmüştür (Tablo-24).

Tablo-24: Okul kantinlerinde satılan yiyecek ve içecekler

	Var		Yok	
	n	%	n	%
Simit	47	100,0	-	-
Kola	41	87,2	6	12,8
Cips	38	80,9	9	19,1
Meyve suyu	45	95,7	2	4,3
Pet su	38	80,9	9	19,1
Çikolata	41	87,2	6	12,8
Süt	28	59,6	19	40,4
Tost	38	80,9	9	19,1
Bisküvi	44	93,6	3	6,4
Ayran	1	2,1	46	97,9
Çay	2	4,3	45	95,7
Döner	2	4,3	45	95,7

Yaptığımız çalışma ile 58 okulda (%89,2) uygun yerlerde “sigara içilmez” levhası bulunmaktadır. Yedi okulda (%10,8) levhaların bulunmadığı görülmüştür. Okulların 38'inde (%58,5) sigara odası bulunurken, 27 okulda (%41,5) ise, sigara odası bulunmamaktadır. Sigara odası bulunan okulların 32'sinde (%84,2) personel bu

oda dışında sigara içmeme kuralına uyarken, altısında (%15,8) bu kurala uyulmamaktadır.

Okullarda personelin sigara içme durumları değerlendirilirken, halen günde bir sigara bile içiyorsa, sigara içiyor kabul edilmek şartı ile, okul müdürlerinin 24'ü (%36,9) sigara kullanmakta iken, 41'i (%63,1) kullanmamaktadır.

Okul müdür yardımcıları değerlendirildiğinde, iki okulda müdür yardımcısı bulunmamaktadır. 15 okuldakiler ise, sigara içmemektedir. Diğer okullarda ise, en az bir tane sigara içen bulunmaktadır. Toplam 143 müdür yardımcısının 52'si (%36,4) sigara içerken, 91'i (%63,6) içmemektedir. 2636 öğretmenin, 1023'ü (%38,8) sigara içmekteyken, 1613'ü (%61,2) sigara kullanmamaktadır. Toplam 307 okul personelinin 164'ü (%53,4) sigara içmekte iken, 143'ü (%46,6) sigara kullanmamaktadır. Ortalama olarak tüm personelin sigara içme durumu değerlendirildiğinde, toplam 3151 kişinin 1263'ü (%40,1) sigara içmektedir. (Tablo-25).

Tablo-25: Okullarda personelin sigara içme durumu

	İçen		İçmeyen	
	n	%	n	%
Müdür	24	36,9	41	63,1
Müdür Yardımcısı/Yardımcıları	52	36,4	91	63,6
Öğretmenler	1023	38,8	1613	61,2
Okul personeli	164	53,4	143	46,6
Toplam	1263	40,1	1888	59,9

63 okulda (%96,9), Okul Aile Birliği toplantılarında sigara içilmezken, sadece iki okulda (%3,1) bazı zamanlar içilmektedir (Tablo-26).

Tablo-26: Okul aile birliği toplantısında sigara tüketimi

	n	%
Zaman zaman	2	3,1
Hiç	63	96,9

Öğretmenler okulda öğrencilerin görebileceği biçimde 14 okulda (%21,5) bazen sigara içmekteyken, 51 okulda (%78,5) ise öğrencilerin göreceği şekilde sigara içilmemektedir (Tablo-27).

Tablo-27: Öğretmenlerin okulda görünür yerlerde sigara tüketim durumu

	n	%
Bazen	14	21,5
Hiç	51	78,5

Okul kapalı alanlarında velilerin ve ziyaretçilerin sigara içmesine 54 okulda (%83,1) hiçbir zaman izin verilmezken, dokuz okulda (%13,8) bazen ve iki okulda (%3,1) her zaman izin verilmektedir (Tablo-28).

Tablo-28: Okulda kapalı alanlarda sigara tüketimi

	n	%
Her zaman	2	3,1
Bazen	9	13,8
Hiç	54	83,1

Okul açık alanlarında velilerin ve ziyaretçilerin sigara içmesine 48 okulda (%73,8) hiçbir zaman izin verilmezken, 11 okulda (%16,9) bazen ve altı okulda (%9,3) her zaman izin verilmektedir (Tablo-29).

Tablo-29: Okul açık alanlarında veli ve ziyaretçilerin sigara tüketimine izin verilme durumu

	n	%
Her zaman	6	9,3
Bazen	11	16,9
Hiç	48	73,8

5. TARTIŞMA

Okullar çocuk sağlığının ve dolayısıyla gelecek nesillerin sağlığının geliştirilmesinde önemli bir rol oynar. Çocuklar ve adölesanlar yılın büyük bir çoğunluğunda ve genellikle haftanın beş gününü okulda geçirmektedirler. Bu nedenle birçok halk sağlığı uzmanı, çocuklara okul ortamında ulaşılabilecek ve sağlıklı alt yapı hazırlamaya yardımcı olacak okul sistemleri ile yakından ilgilenmektedir.

Millî Eğitim Bakanlığının 09 Eylül 2002 tarihinde yayınlamış olduğu Okul Sağlığı Faaliyetleri ile ilgili genelge ile öğrencilerimizin sağlık sorunlarının zamanında tespiti, tedaviye başlanması, okul-çevre koşullarının iyileştirilmesi ve koruyucu sağlık önlemlerinin alınması, okul sağlığı ve sağlık önlemlerinin alınması amacı ile okul sağlığı ve sağlık eğitimi çalışmalarının başlatılmasının gerekliliği bildirilmiştir.¹⁹ Bu genelge ile, “Okul Sağlığı Hizmetleri Uygulama Talimatı”nda da belirtildiği şekilde, illerde okul sağlığı hizmetlerin yürütülmesinde başta sağlık müdürlüğü olmak üzere verem savaş dispanserleri, rehberlik araştırma merkezleri, bölge hastaneleri, askeri birlikler gibi tüm sağlık kuruluşları ve gönüllü kuruluşlarla işbirliği sağlanması için ilgili vali yardımcısının başkanlığında bu kuruluşların temsilcileri il, ilçe millî eğitim müdürleri ve sağlık eğitim merkezi başhekimlerinden oluşan “Okul Sağlığı Komisyonu” kurulması ve bu komisyonun ildeki tüm ilköğretim okullarını kapsayacak şekilde bir plân yapması öngörülmektedir.

ABD’de okul bölgelerinin %80’den fazlasında ilkokul, ortaokul ve yüksekokul düzeyinde sağlık eğitiminin öğretilmesi zorunlu tutulurken, yarısından azında öğretmenler için müfredat hazırlandığı görülmektedir.²⁰ Ayrıca mevcut müfredatın etkinliğiyle ilgili titiz değerlendirmelerin nadiren yapıldığı ve sıklıkla mevcut pratik standartlarla karşılaştırıldığında çağdışı olduğu düşünülmektedir.²¹ Bu nedenle gençlerde sağlıklı davranış gelişimi sağlayacak etkin okul temelli programlara olan ihtiyacın karşılanamadığı söylenebilir. Kanıta dayalı uygulama yaklaşımını benimseyen halk sağlığı çalışanları için okul sağlığı programlarının

özenle değerlendirilmesi zorunludur. Gençlerin, öğretmenlerin ve okul yöneticilerinin ihtiyaçlarını karşılayabilecek etkin programlar oluşturmak için halk sağlığı ve eğitim sektörü arasında işbirliği gereklidir.²²

Çalışmamızda Malatya kent merkezindeki ilköğretim okullarının değerlendirilmesinde SHI'inden yararlanılarak elde edilmiş bilgi formu kullanılmıştır.

SHI okulların sağlık politika ve programlarının güçlü ve zayıf yönlerinin tanımlanmasına yardımcı olan bir değerlendirme ve planlama aracıdır. Özellikle ABD'deki okullarda yaygın olarak kullanılmakla olup, okul sağlığı programlarının ve politikalarının oluşturulmasındaki etkinliği ile ilgili yapılmış yayınlar da mevcuttur.

ABD'de SHI'indeki önerileri karşılayan okulların oranını saptamak için literatür taranırken, özellikle dört modül ele alınmıştır: okul sağlığı ve çevre güvenliği politikaları, sağlık eğitimi, fiziksel eğitim ve diğer fiziksel aktivite programları, beslenme servisleri. Ülke genelinde okulların okul sağlığı indeksi kriterlerine uygunluğu "ortalama" olarak saptanmasına rağmen, rölatif olarak çok az bir kısmı dört modüle birden uygunluk göstermiştir. Önem ve öncelik verilen modüllerin okullar arasında farklılık gösterdiği, her okulun kendi okul sağlığı politikası çerçevesinde belirli bir modülü ön plana çıkardığı görülmüştür.²³

SHI'in okul sağlığı programlarının gelişimi üzerine uyarıcı etkisinin incelendiği bir çalışmada, ABD'deki iki eyaletteki devlet okullarında SHI uygulanmasının, öğrenciler için fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme imkanlarının iyileştirilmesinde yardımcı bir rehber olduğu saptanmıştır.²⁴

Okullarda beslenme ve fiziksel aktivite programlarının ve politikalarının oluşturulması için, SHI ile çalışma yapan okullar üzerinde yapılan bir kalitatif araştırmada, okullar SHI'i tamamladıktan hemen sonra ve yaklaşık bir yıl sonra olmak üzere iki kez değerlendirilmiştir. Sonuçlar, okulların deneyimlerindeki değişikliklerin, SHI uygulaması için dışarıdan yardım alma durumuna göre belirgin olarak farklılık gösterdiğine işaret etmektedir. SHI'inin bilinçli olarak uygulanması sonucunda, sağlık politikalarının oluşturulması ve planlamasında daha stratejik organizasyonlar yapılabileceği gösterilmiştir.²⁵

ABD’de Rhode Island eyaletinde 2001-2002 yılları arasında 102 ilköğretim okulunda yapılan çalışmada, SHI kullanılarak okullarda beslenme ve fiziksel aktivite modülünün etkileri, düşük ve yüksek azınlık (%10 siyah, %25 Latin veya her ikisi) bölgeleri arasında karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada on aylık bir okul yılı süresince, SHI’in sekiz modülünün üçü kullanılmıştır. Bunlar; okul sağlığı politikaları ve çevre, fiziksel aktivite ve beslenme modülleridir. Çalışma sonucu göstermiştir ki, her okul SHI kullanarak en az bir politika veya sağlıklı okul çevresi oluşturmada çevresel bir strateji geliştirmiştir. SHI kullanılması kolay ve evrensel olarak algılanmış bir değerlendirme aracıdır. Fakat okullardaki başarısı, düşük uygulayıcı morali, bütçesel sınırlamalar ve tutarsız yönetici desteği ile düşmüştür. Yapılan değerlendirmede yüksek ve düşük azınlık bölgeleri arasında fark görülmezken en önemli problemin obezite olduğu değerlendirilmiştir. Bu çalışma göstermiştir ki, SHI politika oluşturma ve ulusal sağlık standartlarına ulaşmak için etkin bir yoldur.¹⁶

Türkiye’de okul sağlık hizmetleri, sağlık taramaları yapmak ve bağışıklamanın sürdürülmesi ile sınırlı kalmıştır. Kamu okullarının çoğunluğunda hemşire ve hekim yoktur; acil durumlarda öğrencilerin sağlık gereksinimi okuldaki ecza dolabından karşılanmaktadır.²⁶

Okul sağlığı hizmetleri açısından Manisa merkez ilçedeki okullarda yapılan bir çalışmada, okul sağlığı hizmetlerinin yetersiz olduğu, okul sağlığı ile ilgili yapılan hizmetlerin kayıtlarının düzenli tutulmadığı, okulların bağlı oldukları sağlık ocaklarının okul sağlığı hizmetlerine gereken önemi vermedikleri saptanmıştır. Sağlık eğitimi uygulamaları açısından ise okulların yaklaşık tamamında sağlık eğitimi verilmesi niceliksel olarak yeterli bulunmuştur.²⁷

Yaptığımız çalışma sonucunda, okulların %96,9’un da ecza dolabı bulunduğu, bunlarında %60,3’ünün ilaç içerdiği saptanmıştır. İlaç bulunan okulların ecza dolaplarında sıklıkla ağrı kesici ve vb. ilaçlar bulunmaktadır. Basit yaralanmalar için gerekli flaster, gazlı bez ve sargı bezi gibi malzemeler çoğunluğunda bulunmaktadır. Malatya il merkezinde acil durumlarda müdahale edilmek üzere, 112 Acil Ambulans Servisi mevcuttur. Malatya 112 Acil ambulans servisi 2007 yılı istatistiklerine göre, şehir içi vakaya ulaşım süresi ortalama sekiz dakikadır.¹⁸ Buna göre, Malatya il merkezinde acil durumlarda müdahale etmek üzere ayrıca acil ekipmanı bulundurulması gerekliliği azalmaktadır.

Ülkemizde sağlıkla ilgili konular müfredat programı kapsamında bütüncül bir anlayıştan uzak, dağınık ve sınırlı şekilde yer almaktadır. Son yıllarda bazı özel okullarda hekim, hemşire gibi sağlık personeli bulundurulmaya başlanmış olmakla birlikte okulda çalışacak sağlık profesyonellerini yetiştirmeye yönelik eğitim programları yok ya da yetersizdir.²⁸

Okullarla halk sağlıkçılar arasında işbirliği ortamının oluşturulması önünde pek çok engel vardır. Ayrıca okul programları için sıklıkla para kaynakları yetersizdir ve bu programlar genellikle politik ve bürokratik engellere takılabilmektedir.²⁹ Bu problemlere rağmen halk sağlığı ve eğitim sektörü sağlıklı nesiller yetiştirmeye yardımcı olacak ve gelecekte örnek teşkil edecek okul programları üzerinde ortak çalışmalar sürdürebilmelidir.

Okul sağlığı programları organize edilirken, tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra özellikle beslenme, fiziksel aktivitenin artırılması, sigara ve kötü alışkanlıklardan korunulması gibi koruyucu temel sağlık hizmetleri de ele alınmalıdır. İlköğretim çağındaki çocuklar günlerinin büyük kısmını okullarda geçirmektedirler. Bu nedenle gıda maddelerine ulaşım yolları da sağlıklı beslenmenin oluşturulmasında önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Okullarda yiyecek temini farklı şekillerde olabilmektedir. Bunlar devletin sunduğu kahvaltı ve öğle yemeği programları, okul kafeteryalarından elde edilebilen alakart gıdalar, evde hazırlanıp getirilen yiyecekler, bazı okullarda bulunan satış makineleri ya da okul dışındaki yerlerden satın alma şeklinde olabilir.

ABD’de 2000-2006 yılları arasında yapılan, geniş kapsamlı okul sağlığı programı çalışmasının sonuçlarına göre, Birleşik Devletlerde çok sayıda okulda ve kantinde sağlıklı yiyecek maddesi temin etmek mümkün olmakla birlikte, birçoğunda halen yüksek yağ, tuz ve şeker oranı olan sağlıksız yiyecek tüketimi söz konusudur. Okul kantinleri, satış makineleri ve okul dışındaki yerlerden gıda tüketim oranının son altı yılda anlamlı oranda arttığı görülmüştür.³⁰

Ülkemizdeki okullarda genellikle beslenmeye yeterince önem verilmemekte, besin artıkları oluşmakta, besinler tam olarak tüketilmemektedir. Aç kalan çocuk okul çevresi ve okul kantinlerinden besleyici değeri düşük, sağlıksız yiyecek ve içeceklerle karın doyurmakta, besinlerle bulaşan hastalık riskleri ve beslenmenin maliyeti artmakta, ortaya dengesiz beslenme çıkmaktadır.

Ülkemizde 17 Nisan 2007 tarih ve 1008 sayılı “Okul Kantinlerinin Denetimi ve Uyulacak Hijyen Kuralları” konulu genelge ile kantin, kafeterya, büfe, çay ocağı, vb. yerlerin taşınması gereken gıda güvenliği ve hijyen şartları belirlenmiştir. Yine bu genelge ile okulların bünyesinde faaliyet gösteren kantinlerin gıda denetimlerinin Tarım İl/İlçe Müdürlükleri tarafından yetkilendirilen kişi ve kurumlarca yapılacağı, kantinlerin genel denetiminin ise okul müdürlerinin kendisi veya görevlendireceği okul müdür yardımcısı tarafından ayda en az bir kez “Okul Kantini Denetim Formu” kullanılarak yapılacağı belirtilmiştir.³¹ Yaptığımız çalışmada, okulların %87,2’sinde “Kantin Denetleme Kurulu”nun olduğu ifade edilmiştir. Kantinler bu kurullar tarafından haftada bir, iki haftada bir, ayda bir veya periyodik süre olmaksızın kontrol edilmektedir.

Fastfood besinlerin günlük diyet içindeki payının artması, yanlış beslenme uygulamaları adölesanlar da şişmanlığın oluşumunda en önemli etmenler olarak kabul edilmektedir. Çocukluk çağı obezitesinin erişkin dönemde obez olma riskini artırdığı gösterilmiştir.^{32,33}

Gelişmiş ülkelerde obezite, çocukluk çağından başlayarak önemli bir halk sağlığı sorunudur ve alınacak önlemlerin küçük yaştan başlatılmasına büyük önem verilmektedir. Çocukluk çağında fazla kilo veya obezite 1980 ile 1990 yılları arasında gelişmiş ülkelerde iki ile beş kat (örneğin, Kanada’da erkek çocuklarda %11’den %30’a), gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık dört kat (örneğin Brezilya’da %4’den %14’e) artış göstermiştir.³⁴

Çocuklukta obezite, yaşamın ilk yılında, 5-6 yaş arasında ve puberte döneminde artış göstermektedir. Obez çocukların 1/3’ü, obez adölesanların ise %80’i erişkin yaşa ulaştıklarında da obez kalmaktadırlar. Diğer yandan erişkin yaşlarda görülen obezite vakalarının %30 kadarında başlangıcın çocukluk çağlarına dayandığı bilinmektedir.³⁵

ABD’de çocuk nüfusunun % 25’inin obezite kapsamına alınabileceği ifade edilmektedir. Obeziteye bağlı problemler yanı sıra, çocukluk çağında obez olanlarda erişkin dönemde morbidite ve mortalitenin artması, adölesan döneme obez girenlerin %50’ sinin erişkin dönemde obez olması nedeniyle çocukluk çağı obezitesi önemli bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilmektedir.³⁶ Bu nedenle CDC tarafından obezitenin ve diğer kronik hastalıkların önlenmesi için “Beslenme ve Fiziksel

Aktivite Programı” oluşturulmuş, fiziksel aktivite imkânlarının artırılması ve beslenmenin düzenlenmesi için mevzuat ve politika değişiklikleri planlanmıştır.³⁷

Türkiye’de 2000 yılında 15 ili kapsayan bir çalışmada obezite prevalansı ortalamasının %22,3 olduğu, kadınlarda obezite oranının %30, erkeklerde %13 olduğu bildirilmektedir.³⁸

Yapılan diğer bir çalışmada 2002 yılında Türkiye’de aşırı kiloluluk oranı %41, obezite oranı ise %25, 2 olarak saptanmıştır.³⁹ Ülkemizde çocukluk çağı ve okul çağında obezite prevalansı ile ilgili yapılmış geniş kapsamlı bir çalışma bulunmamaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde okul öncesi çocuklar üzerinde gerçekleştirilen geniş bir çalışmada incelenen ülkeler arasında Türkiye de yer almış ve 1993 verilerine göre Türkiye’de obezite prevalansı %2,2 olarak belirlenmiştir.⁴⁰

Tüm ülke geneline yansıtılmamakla birlikte, çeşitli illerde ve bölgelerde çocukluk çağı obezite prevalansı saptamaya yönelik çalışmalar yapılmıştır. Muğla’daki ilköğrenim çağı çocuklarında kilo fazlalığı ve obezite prevalansının araştırıldığı bir çalışmada, kilo fazlalığı prevalansı %16,7 ve obezite prevalansı %6,3 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada persentil eğrileri kullanılmış ve ideal kilonun %110-120 si kilo fazlalığı, %120 ve üzeri obezite olarak kabul edilmiştir.⁴¹

İstanbul’da özel bir ilköğretim okulunda yüksek sosyoekonomik düzeyli çocuklarda obezite prevalansı ve obezite gelişiminde rol oynayan risk faktörlerini ortaya koymak için planlanmış çalışmada, 6-15 yaş arasındaki 299 çocuk taranmış ve kız öğrencilerde %15,7, erkek öğrencilerde %19,4 oranda obezite saptanmıştır.⁴²

Okullarda sağlıklı beslenme için kantinlerde satılan yiyeceklere dikkat edilmemesi gelişmiş ülkelerde bile yakınılan bir durumdur. ABD’de yapılan bir çalışmada, ilkokulların %11,9’unda okulda kantin, kafe, yiyecek makinesi gibi yollarla yağ, sodyum ve şeker oranı yüksek sağlıksız gıdalara ulaşıldığı saptanmıştır.³⁰

Benzer şekilde bizim çalışmamızda, cips, kola, çikolata, bisküvi gibi kalorisi yüksek ve sağlıksız gıdaların kantinlerde %80’in üzerinde oranlarla satıldığı tespit edilmiştir. Buna karşılık, süt ve ayran gibi çocukların gelişiminde önemli gıda maddelerinin %59,6 ve %2,1 oranında kantinlerde satıldığı görülmüştür. Bu durum, okul kantinlerinde satılan yiyeceklerin denetimlerinin artırılması ve hangi

yiyeceklerin satılması gerektiği konusunda yaptırımların olması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Demirezen ve Coşansu'nun adolesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları tanımlayıcı çalışmadan elde edilen bulgular, öğrencilerin önemli ölçüde sağlıksız beslenme alışkanlıklarına sahip olduğunu ve bu açıdan önemli risk taşıdıklarını göstermektedir.⁴³ Sağlıksız beslenme alışkanlıklarının yaşla birlikte artış göstermesi, erken dönemden başlayarak çocuk ve gençlerde sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılmasına yönelik koruyucu girişimlerin önemine işaret etmektedir. Bu anlamda okul temelli sağlıklı beslenme programlarının (sağlık beslenme eğitimleri, okul kantininde sağlıklı yiyeceklerin satılması vb.) bu sorunun çözümünde önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu kapsamda sağlık profesyoneli (hemşire, hekim vb.), okul yönetimi, aileler, öğretmenler, kantin yemekhane işletmecileri arasında işbirliğinin sağlanması programın başarısı açısından büyük önem taşımaktadır.

Millî Eğitim Bakanlığı tarafından tüm illerin Millî Eğitim Müdürlüklerine 10 Eylül 2007 tarihinde gönderilmiş olan yazı ile de 17 Nisan 2007 tarih ve 1008 sayılı genelgedeki amaçlara ulaşılması amacı ile Belediye Başkanlıkları ve Emniyet Müdürlükleri ile işbirliği yapılarak, öğrenci sağlığını olumsuz etkileyen ürünleri satan okul çevresindeki seyyar satıcıların ve kaçak olarak faaliyet gösteren büfelerin faaliyetlerinin önlenmesi ve yeni açılacak kantinlerin hijyenik ortamlarda faaliyet göstermelerinin sağlanması gerekliliği bildirilmiştir.⁴⁴

Yapmış olduğumuz çalışmada okulların %75,4'ün çevresinde (1,5 km çaplı bölge) gıda maddesi satan bakkal/seyyar satıcılar bulunmaktadır. Bunların %87,8'sinde sigara satılmaktadır. Bu okullarının hiçbirinde, öğrencilerin bakkala/seyyar satıcılara alışveriş amacı ile gitmelerine izin verilmediği belirtilmiştir.

Erişkinlerde düzenli egzersiz yapılmamasının birçok kronik dejeneratif hastalık için majör risk faktörü olduğu ve obeziteye yol açtığı bilinmektedir. Artık günümüzde çocuklarımızın çoğunun, kronik hastalıkların erken bulgularını önlemeye yetecek fiziksel aktiviteye sahip olmadığı delilleri mevcuttur.

ABD'de yapılmış olan ve sonuçları yakınlarda yayınlanmış olan altı yıl süreli bir okul sağlığı çalışmasında, okullarda beden eğitimi derslerinin düzenli uygulanması ve kısmen zorunlu hale getirilmesi ile, öğrencilerde derslere katılımın

iyileştiği, fiziksel aktivite oranlarının arttığı, öğrencilerin daha sosyal bir yaşam tarzı sürdürdükleri saptanmıştır.⁴⁵

Çocukların severek yedikleri “fast food” türü besinlerin fazla yağ ve kalori içerdikleri unutulmamalıdır. Bununla birlikte son yıllardaki çalışmalar şişmanlıkta kalori alımından çok enerji harcanmasındaki azlığın temel faktör olduğunu göstermektedir. Bu nedenle düzenli spor yapmayan, uzun süre televizyon seyreden ve evlerinden az dışarı çıkan çocuklarda şişmanlık daha çok görülmektedir.⁴⁶

Ülkemizde ilköğretim okullarındaki beden eğitimi dersleri ve benzeri faaliyetler, genellikle okul bahçelerinde yapılmaktadır. Bu konuda okul bahçelerinin fiziksel şartları da yeterli özelliklere sahip olmalı ve uygun olmayan hava şartlarında derslerin devamı için ayrı bir kapalı spor salonu bulunmalıdır. Bizim çalışmamızda, okul bahçelerinin büyüklükleri %52 oranında yetersiz olarak saptanmış olup; donanım olarak değerlendirdiğimizde ise, basketbol potası ve voleybol direği gibi ekipmanların %80’in üzerinde oranlarla bulunduğu görülmüştür. Sadece dört okulda ayrı bina olarak kapalı spor salonu bulunmakla beraber, sadece bir okulun spor salonunun büyüklük olarak kriterlere uygun olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra, okul binası içerisinde yönetmelikteki standart ölçülere uygun büyüklükte beden eğitimi salonuna sahip okul sayısı 14 (%21,5)’tür. Bu durumda uygunsuz hava koşullarında nitelikli beden eğitimi dersinin yapılamayacağı düşünölmekle beraber, %75 oranında beden eğitimi derslerinin uygunsuz hava şartları olsa bile yapıldığı bildirilmiştir. Her ne kadar böyle bir sonuç çıksa da, beden eğitimi derslerinin uygun olmayan koşullarda veya sınıf içerisinde yapılmasının amaçlanan faydayı sağlayamayacağı söylenebilir. Çalışmamızda okulların %80,8’inde en az bir tane beden eğitimi öğretmeni bulunmaktadır ve %80 oranında aktif ders yapılmaktadır (aktif beden eğitimi hareketleri).

İlköğretim okullarında beden eğitimi derslerinin okutulması ile ilgili yaşanan sorunlar üzerine yapılmış bir çalışmada, Niğde ili merkezine bağlı ilköğretim okulları değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, okulların %81,3’ünde beden eğitimi öğretmenin bulunduğu, okulların %2,6’sının kapalı spor salonunun yetersiz olduğu, gerekli araç-gereç ve donanım eksiklerinin, hem nicelik hem de nitelik açısından uygunsuz olduğu ve müfredata bağlı konuların işlenmesinde amaca ulaşılmadığı ortaya çıkmaktadır.⁴⁷

Okulların sınıf mevcudunun değerlendirilmesi, eğitimin kalitesinin de önemli bir göstergesidir. Aynı zamanda kalabalık sınıf ortamının enfeksiyonların yayılmasını kolaylaştırma gibi sağlık yan etkileri de vardır. Bu açıdan bakıldığında; OECD ülkelerinde sınıf başına düşen öğrenci sayısı 22 olmakla birlikte, bu rakam ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Bu değer Güney Kore’de 36 iken, Yunanistan, İzlanda ve Lüksemburg’da ortalama 18’dir.⁴⁸

Yaptığımız çalışma sonucunda ortalama derslik başına 52,4 öğrenci düşmekte olup, bu rakam diğer ülkelerin verilerinin çok üzerindedir. Okulların ikisi dışında hepsinde ikili öğretim yapılmaktadır. Okullarda ikili öğretim yapılmasına rağmen derslik başına düşen öğrenci sayısı 52,4’dür. Öğrenciler ikili öğretimde sadece beş dakikalık teneffüs süresine sahiplerdir. Bu nedenle, okullarda tekli öğretim yapılması için ilave dersliklere ihtiyaç vardır.

Eğitim kalitesi için temel koşulların yetersizliği giderilmeden diğer konular öncelik elde edemeyebilir. Politika belirleyiciler için ideal sınıf mevcuduna ulaşamadığı ülkemiz şartlarında spor salonu, uygun kantin vb. konulara sıra daha geç gelecektir denilebilir.

Okulların %72,3’ünde su deposu bulunmamaktadır. Bu durum okullarda oluşabilecek su kesintilerinde ciddi sağlık problemleri yaratabilecektir. Ancak, Malatya il merkezinde planlı ya da olağandışı durumlarda su kesintisi pek rastlanan durum olmayıp, şehir şebeke suyu yeterlidir. Bu nedenle, okullardaki su deposu azlığının önemli bir sorun teşkil etmeyeceği söylenebilir.

Genç yaşlarda sağlıklı alışkanlıklar kazanılması, hayatın ileriki dönemlerinde sağlıklı beslenme, sedanter yaşam ve aşırı kilo gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek birçok kronik sağlık probleminin önlenmesinde yardımcı olabilir.

Türkiye’de 1990 yılında yapılan kesitsel bir araştırmada erişkinlerde sigara içme prevalansı %63,2 olarak bulunmuş ve erkeklerin kadınlara göre belirgin bir farkla daha fazla sigara içtiği tespit edilmiştir (%59,4/%18,7).⁴⁹ Ancak, son yıllarda dünyadaki duruma benzer olarak kadınlarda sigara içme sıklığı artmıştır.

Özellikle, birer rol modeli olan öğretmenlerin öğrencilerin görebileceği yerlerde sigara içmesi, onları sigara içmeye özendirir. Yaptığımız çalışmada öğretmenlerin %38,8’i, okul personelinin %53,4’ü sigara kullanmaktadır. Okul çalışanları öğrencilerin görebileceği yerlerde sigara tüketmemeye %90 oranında

dikkat etmektedir. Okul ziyaretçilerinin veya okul aile birliği toplantılarındaki velilerin sigara içmesine izin verilmemektedir. Okul kapalı alanlarında sigara kullanımı yasak olmasına rağmen, %3,1 oranında bu yasağa zaman zaman uyulmadığı gözlemlenmiştir. Tütün mamullerinin zararlarının önlenmesine dair kanunda yapılan yeni düzenleme ile 19 Mayıs 2008 tarihinden itibaren okulların açık alanlarında da sigara içilmesi yasaklanmıştır. Çalışmaya başlandığı zaman herhangi bir kısıtlama olmamasına rağmen okulların %73,8'inde açık alanlarda sigara içilmesine izin verilmediği görülmektedir. Bu da yasada yapılan yeni düzenlenmenin uygulanmasında ciddi sıkıntılar yaşanmayacağını göstermektedir.

İlköğretim okullarındaki öğretmenlerde sigara içme durumunu araştıran bir çalışmada öğretmenlerin %63,3'ünün hayatının bir döneminde sigara içtiği ve bayan öğretmenlerde de sigara içme oranının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır.⁵⁰ Daha güncel bir çalışmada, Afyon il merkezindeki ilköğretim ve lise öğretmenlerinde sigara içme durumları ve sigara yasağı karşısındaki tutumları değerlendirilmiştir. Öğretmenlerin büyük çoğunluğu okullarda sigara içmenin yasak olduğunu bilmektedir ancak bu yasağa uyum yeterli düzeyde değildir. Elde edilen veriler öğrencilere örnek olmak durumunda olan öğretmenlerin henüz sigara ve zararları konusunda yeterince bilinçli olmadıklarını göstermektedir.⁵¹

Tütün mamullerinin zararlarının önlenmesine dair 4207 sayılı kanunda değişiklik yapılması hakkında 5727 sayılı kanun, 19 Ocak 2008 tarihli ve 26761 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Kanunun üçüncü maddesine göre, sağlık, eğitim-öğretim ve kültür hizmeti veren yerlerde (okul öncesi eğitim kurumlarının, dershaneler, özel eğitim ve öğretim kurumları, yaygın eğitim dâhil olmak üzere ilk ve ortaöğretim kurumlarının, kültür ve sosyal hizmet binalarının koridorları ile kapalı ve açık alanlarında), kapalı spor salonlarında, toplu taşımacılık yapılan her türlü nakil vasıtaları ve bunların bekleme salonlarında, kamu hizmeti yapan kurum ve kuruluşlardan beş veya beşten fazla kişinin görev yaptığı kapalı mekânlarda, tütün ve tütün mamullerinin içilmesi yasaklanmıştır.⁵²

Okul sağlığı programlarıyla ilgili medline taraması yapıldığında üç önemli okul sağlığı tanıtım programı dikkati çekmektedir. Bunlardan iki tanesinin (Coordinated Approach to Child Health (CATCH) ve Planet Health) ilkökul ve ortaokul çocukları için fiziksel aktivite ve iyi beslenmeye odaklandığı ve diğerinin

(Not-On-Tobacco, N-O-T) adolesanlar da sigara bırakılmasına odaklandığı izlenmektedir.⁵³

CATCH programı ilkokul çağı çocuklarının okul içi ve okul dışı davranışlarının değiştirilmesine odaklanır. Sınıf öğretmenleri, fiziksel aktivite ve sağlıklı yeme hakkında, önceden hazırlanmış ve yaşa uygun müfredat kullanırlar. Öğrenciler fiziksel aktivitelerini ve yeme alışkanlıklarını geliştirmek için dizayn edilmiş uygulamalarda pratik yaparlar. Fiziksel aktivite eğlenceli oyunlar aracılığıyla arttırılmaya çalışılırken, okul kafeteryalarında sağlıklı, az yağlı yiyecekler satılarak beslenme alışkanlıkları geliştirilmeye çalışılır. CATCH programı uygulanarak yapılan bir çalışmada kontrol grubuna göre programa katılan öğrencilerde tüketilen total ve satüre yağ oranlarının belirgin şekilde azaldığı ve öğrencilerin fiziksel aktivitelere daha gayretli bir şekilde katıldığı gözlenmiştir.⁵⁴

Planet Health müfredatının hedefi, 6-8. sınıf öğrencilerinde kardiyovasküler sağlığı iyileştirmek ve obezite prevalansını azaltmaktır. Planet Health'in gençliğe yönelik hedefleri, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin önemli olduğu sebze ve meyve tüketiminin arttırılması ve yüksek yağ oranlı gıdaların tüketiminin azaltılması gerektiği gerçeğine dayanır. İki yıllık randomize kontrollü bir çalışmada Planet Health programı ile ortaokul öğrencilerinde TV izleme oranının azaldığı, kız öğrencilerde obezite prevalansının azaldığı, kız katılımcılarda sebze meyve tüketiminin arttığı ve yine kız öğrencilerde günlük alınan kalori miktarında hafif bir düşme izlendiği gösterilmiştir.⁵⁵

Not-On-Tobacco programının hedefleri

1. Adolesan sağlığını iyileştirecek,
2. Sigarayı bırakmak isteyen öğrencilerin ihtiyaçlarını karşılayacak,
3. Okullarda sigara yasağı ihlallerinin azaltılmasını sağlayacak bir sigara bırakma programı oluşturmaktır.

Sigaranın bırakılması yanında, NOT programının sigara kullanımını azaltma, sağlıklı yaşam stili alışkanlıklarını artırma (fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme vb.) ve stresle baş etme, karar verme gibi yeteneklerin iyileştirilmesi gibi hedefleri de mevcuttur. Programa katılım gönüllü olmaktadır ve on saat süreli haftalık seanslar ve

aynı cinsten katılımcılardan oluşan destekleyici grup seansları (öğretmen, okul hemşiresi, danışman gibi) içermektedir.⁵⁶

NOT programının etkin ve uygulanırlığı kolay bir program olduğu defalarca kanıtlanmış ve güncel olarak ABD’de en sık kullanılan sigara bırakma programı olduğu saptanmıştır. Maliyet etkinliği açısından da, sigara kullanımını önlemeye dayalı okul programları kadar yüksek etkinlikte olduğu ortaya koyulmuştur.⁵⁷

Okul sağlığı politika ve programlarının uygulaması ABD’deki okullarda, okulun tipine (özel, devlet, Katolik), kentselliğine, kişi başı giderlerine, beyaz öğrencilerin oranına göre değişmekle birlikte, çoğu okulun kendine uygun bir okul sağlığı politikası mevcuttur.⁵⁸

ABD’de özellikle devlet okullarının (özel ve Katolik okullara göre), kentsel okulların (kırsal ve banliyö okullarına göre) ve fazla sayıda öğrenci içeren okulların daha fazla sağlık programı, politikası ve girişimleri olduğu saptanmıştır.⁵⁹

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Yaptığımız çalışma ile Malatya kent merkezindeki ilköğretim okullarının genel bir profili elde edilmiştir. Çalışmamızın temel amacı olan beslenme, fizik aktivite ve sigara ile ilgili elde edilen bilgileri destekleyici konularda da veriler elde edilmiştir. Örnek verecek olursak, okulların fiziksel şartları, ekipman durumları, öğrenci ve öğretmen sayıları, sınıf yoğunlukları, gıda maddelerine ulaşım yolları, muhafazası ve çeşitleri, fizik aktivite yapmayı kolaylaştırıcı ve teşvik edici şartların mevcudiyeti gibi.

Yaptığımız çalışmada öncelikli olarak göze çarpan, okulların fiziki şartlarının uygunsuz olmasıdır. Örneğin, derslik sayısının yetersiz olması ve derslik başına düşen öğrenci sayısının gelişmiş ülkelere göre fazla olması, eğitim kalitesini düşürmektedir. Okullardaki sınıf mevcudiyetlerinin daha fazla artmamasını sağlamak amacı ile yapılmakta olan ikili öğretim uygulaması, öğrenciye ait sıra ve dolap temin edilememesi, teneffüs sürelerinin kısa tutulması (beş dakika) gerekliliği gibi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Uzun vadeli ve kalıcı çözüm olması amacı ile yeni okulların veya mevcut okullara ek dersliklerin yapılması önerilebilir. Bunların yanı sıra, her öğrenciye bir tane olacak şekilde gerek beden eğitimi malzemelerini gerekse kitaplarını ve özel eşyalarını muhafaza edebilecekleri dolapların temin edilmesi, teneffüs sürelerinin öğrencilerin ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri süreye (en az on dakika) çıkarılması gerekmektedir. Teneffüsler çocukların gerek ihtiyaçlarını karşılayacakları gerekse hareket edecekleri zamanlardandır. Çocuklar doğası gereği hareketli olup yetişkinlere göre daha kısa süren konsantrasyon gösterirler. Çocuklar için fiziksel etkinlik önemli bir ihtiyaçtır ve onlar için bu sadece bir oyun-spor değil, aynı zamanda bir öğrenme yoludur. Bu nedenle teneffüslerde ödev verme veya cezalandırarak teneffüse çıkarmama gibi uygulamalardan kaçınılmalıdır.

Okulda verilecek olan beden eğitimi dersleri ile çocukların eğitilmiş öğretmenlerden uygun içerikli bedensel aktiviteleri öğrenmeleri ve uygulamaları sağlanabilir. Bedensel eğitimi tamamlanmış çocukların, farklı fiziksel aktiviteleri

uygulama becerisi kazanmış olmaları, fiziksel olarak formda olmaları, düzenli fiziksel aktivite programlarına katılmaları, fiziksel aktivite ile ne gibi yararlar elde ettiklerini bilmeleri beklenir.

Çocukların daha yaygın bir şekilde spora ve fiziksel aktivitelere katılımı amacıyla, okul içi ve okul dışı etkinliklere zaman ayırmalı ve uygun mekânlar (spor salonu vb.) sağlanmalıdır.

Okul bahçeleri genel anlamda tören alanları olarak düşünülmüş ve organize edilmişlerdir. Yeni okullar inşa edilirken, beden eğitimi yapılacak alanların organize edilmiş olması, yeterli yerin ayrılması ve gerekli standartları karşılamalıdır. Bu alanların da, sportif etkinlik yapılabilecek şekilde uygun hale getirilmesi gerekmektedir.

Her okulda birden fazla beden eğitimi branş öğretmeninin olması sağlanmalıdır. Okullardaki beden eğitimi öğretmenleri, öğrencilerin sportif etkinlik yapmasını teşvik etmeli ve her öğrencinin en az bir branşta lisanslı spor yapıyor olması sağlanmalıdır. Öğrencilerin teneffüslerde aktif olmaları sağlanmalı, hareketliliği kısıtlayıcı ceza ve ödevler verilmemelidir. Beden eğitimi derslerinin kötü hava şartlarında da aktif şekilde yapılmasını sağlayacak önlemler alınmalıdır. Beden eğitimi derslerinden önce ve sonra öğrencilerin kıyafetlerini değiştireceği ve duş alabilecekleri yerler organize edilmelidir. Yılda en az bir kez boy ve kilo takibi yapılarak, tüm öğrenciler kayıt altına alınmalı ve risk altındaki öğrenciler uygun beslenme ve fiziksel aktivite yönünden teşvik edilmelidir.

Sağlık ihtiyaçları ile ilgili olarak, okullarda ecza dolabı değil de, sadece acil müdahale çantası bulundurulmalıdır ve öğrencilerin kontrolsüz ilaç kullanımının önüne geçilmelidir. Bu çantalarda, sargı bezi ve antiseptik solüsyon dışında ilaç bulundurulmamalıdır. Sağlık kontrollerinin sağlık merkezlerinde yapılması sağlanmalıdır. Acil durumlarda 112 acil servis çağrılmalıdır. Her okulda, sağlık profesyonelleri (okul hemşiresi, okul doktoru) ve okul sağlık odası bulundurulması önerilmektedir. Okul sağlık hizmeti birimlerinde, sadece poliklinik ve hastalık değerlendirilmesi yapılmayıp, öğrencilerin sağlıklı gelişimini sağlayacak düzenlemelerin yapılması (öğrenci boy/kilo takibi, sağlıklı beslenme, kantin denetimi, okul hijyeninin sağlanması, sigara gibi kötü alışkanlıklardan koruma, obezitenin önüne geçilmesi, aileleri bilgilendirme toplantıları vs.) sağlanmalı ve

devamı sağlanmalıdır. Okullar başta temel ilkyardım bilgisi olmak üzere çeşitli sağlık eğitim konularının verilmesi için uygun organize topluluklardır. Öğretmen ve öğrencilerin temel ilkyardım bilgisine sahip olmaları sağlanmalıdır.

Ayda en az bir kez yapılacak denetimler aracılığıyla, okul kantinleri takip edilmeli ve denetimlerin sonunda cezai yaptırımlar mutlaka uygulanmalıdır. Okul kantinleri, ticari kurumlar olarak görülmeyip, kantinlerde öğrenciler için zararlı sayılabilecek yiyeceklerin satılması engellenmeli ve kantinlerde bulundurulabilecek yiyecekler listesi oluşturulmalıdır. Enerji içeriği yüksek şekerli besinlerin (bisküvi, kek, kurabiye, gofret, çikolata vb.) tüketimi yerine, taze meyve, meyve suyu, süt, ayran tüketimleri desteklenmelidir. Hamburger, patates kızartması, cips vb. yağ içeriği yoğun yiyecekler ile kolalı içeceklerin tüketimine engel olunmalıdır. Açık yiyecek satılması yasaklanmalıdır. Kantin çalışanlarının sağlık kontrolleri belirli periyotlarda yapılmalı ve hijyen kurallarına uymaları sağlanmalıdır. Okul çevresindeki bakkal ve seyyar satıcılar belediye görevlileri tarafından sıkı denetim altına alınmalıdır. Okul yöneticileri tarafından her ne kadar da, bakkal ve seyyar satıcılardan öğrencilerin alışveriş yapmalarına izin verilmiyor olsa da, öğrencilerin okul giriş ve çıkışlarında da sağlıksız sayılabilecek gıdalar almaları belediye ekiplerinin yapacakları denetimlerle engellenmelidir.

Ödül yöntemi olarak derslerde çikolata ve şeker gibi yiyeceklerin verilmesi engellenmelidir. Bu konuda gerekli uyarılar öğretmenlere yapılmalıdır.

Okul içinde ve çevresinde sigara içilmesine izin verilmediği gibi, öğrencileri özendirerek ve örnek teşkil edecek şekilde, öğrencilerin görebilecekleri yerlerde sigara tüketilmesinin önüne geçilmelidir. Öğretmenler, sigara ile mücadelede çok önemli bireylerdir. Öğretmenleri ve diğer okul çalışanlarını hedef alan sigara ile mücadele ve sigarayı bıraktırma kampanyaları yapılmalı, "sigarasız okullar"a teşvik edici olanaklar sağlanmalıdır.

Okula dışarıdan gelecek bireylerin de okul içinde ve çevresinde sigara içmelerine müdahale edilmeli ve engellenmelidir. Yeni yürürlüğe giren yasanın okullarla ilgili sigara yasakları titizlikle uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Fişek, N.H. (1986). Sağlık Eğitimi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yayını.
2. Özvarış, Ş.B. (2006). Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Ç.Güler ve L.Akın (Eds.). Halk Sağlığı Temel Bilgiler (s.1131-1136). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
3. Pekcan, H. (1997). Okul Sağlığı. M.Bertan, Ç.Güler (Eds.). Halk Sağlığı Temel Bilgiler (s.210-224). Ankara: Güneş Kitabevi.
4. Pekcan, H. (2006). Okul Sağlığı. Ç.Güler, L.Akın (Eds.). Halk Sağlığı Temel Bilgiler (s.454-479). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
5. Seçginli, S., Erdoğan, S., Demirezen, E. (2004). Okul Sağlığı Tarama Programı, Bir Pilot Çalışma Örneği. Erişim: 02 Mayıs 2008, <http://www.ttb.org.tr/STED/sted1204/okul.pdf>
6. Okul Sağlığı Hizmetleri Hakkında Genelge. (2005). T.C. Resmi Gazete, 1276, 01 Şubat 2005, Erişim: 02 Mayıs 2008, <http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A2395174CFB32E12747D9FFFE7A1226>.
7. Okul Sağlığı İşbirliği Protokolü. Erişim: 02 Mayıs 2008 http://tkb.meb.gov.tr/yaz%FDlar/2006/okul_sagligi_isbirligi_protokolu.pdf
8. Türk Standartları Enstitüsü Standartlar. Erişim: 02 Mayıs 2008, <http://www.tse.org.tr/Turkish/abone/StandardAra.asp>
9. Tabak, R.S. (2000). Sağlık Eğitimi (s.13-57). Ankara: Somgür Yayıncılık
10. İlköğretim ve Eğitim Kanunu. (1961). T.C. Resmi Gazete, 10705, 12 Ocak 1961
11. Öztekin, Z., Akdur, R., Aycan, S., Afşar, O.Z., Soydal, T., Üner, S., Bal, E., Demirören, M., Altınyollar, H., Evci, D. (2001). Herkese Sağlık; Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı yayını.

12. Atilla, S. (2006). Toplum Beslenmesi. Ç.Güler, L.Akın (Eds.). Halk Sağlığı Temel Bilgiler (s.735-864) Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
13. Baltacı, G., Ersoy, G., Karaağaoğlu, N., Derman, O., Kanbur, N. (2006). Ergenlerde Sağlıklı Beslenme, Hareketli Yaşam. Ankara: Sinem Matbaacılık
14. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Okul Sağlığı Rehberi. Erişim: 02 Mayıs 2008, <http://www.hm.saglik.gov.tr/zehirlenmeler/OkulSagligi.pdf>
15. Centers for Disease Control and Prevention. (2002). SHI: School Health Index for Physical Activity, Healthy Eating and a Tobacco-Free Lifestyle. A Self-Assessment and Planning Guide. Atlanta. Erişim: 27 Mart 2008, <http://apps.nccd.cdc.gov/shi/default.aspx>
16. Pearlman, D.N., Dowling, E., Bayuk, C., Cullinen, K., Thacher, A.K. (2005). From Concept to Practice: Using The School Health Index to Create Healthy School Environments in Rhode Island Elementary Schools. *Prev Chronic Dis.* (Basım aşamasında), Erişim: 27 Mart 2008, http://www.cdc.gov/PCD/issues/2005/nov/05_0070.htm
17. Millî Eğitim Bakanlığı Özel Öğretim Kurumlarına Ait Standartlar Yönergesi. Erişim: 27 Mart 2008, http://mevzuat.meb.gov.tr/html/960_0.html
18. Malatya 112 Acil Ambulans Servisi istatistikleri. (2007).
19. Okul Sağlığı Faaliyetleri Genelgesi. (2002). Millî Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı, 71, 09 Eylül 2002. Erişim: 27 Mart 2008, <http://mevzuat.meb.gov.tr/html/973.html>
20. Kann, L., Brener, N.D., Allensworth, D.D. (2001). Health education: results from the School Health Policies and Programs Study 2000. *J Sch Health*, 71(7), 266–278.
21. Marx, E., Wooley, S., Northrop, D. (1998). Health is Academic: A Guide To Coordinated School Health Programs. New York (NY): Teachers College Press
22. Anderson, L.M., Brownson, R.C., Fullilove, M.T., Teutsch, S.M. (2005). Evidence-Based Public Health Policy and Practice: Promises and Limits. *Am J Prev Med*, 28(5S). Erişim: 02 Mayıs 2008, <http://www.thecommunityguide.org/library/gen-AJPM-c-evidence-based-policy-promise&limits.pdf>

23. Brener, N.D., Pejavara, A., Barrios, L.C., Crossett, L. (2006). Applying the School Health Index to a Nationally Representative Sample of School. *The Journal of School Health*, 76, 2(57).
24. Staten, L.K., Teufel-Shone, N.I., Steinfeld, V.E., Ortega, N. (2005). The School Health Index as an Impetus for Change. *Prev Chronic Dis*, 2(1), A19.
25. Austin, S.B., Fung, T., Cohen-Bearak, A., Wardle, K., Cheung, L.W.Y. (2006). Facilitating Change in School Health: A Qualitative Study of Schools' Experiences Using the School Health Index. *Prev Chronic Dis*, April; 3(2), A35.
26. Bulduk, S., Hatice, P. (2005). İstanbul'da Özel İlköğretim Okullarında Çalışan Hemşirelerin Rol ve İşlevlerinin İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2). Erişim: 02 Mayıs 2008, <http://www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/1152.pdf>
27. Özyurt, B.C., Dinç, G. (2004). Manisa Merkez İlçedeki Okullarda Okul Sağlığı Hizmetleri ve Sağlık Eğitimi Programlarının Değerlendirilmesi. Erişim: 02 Mayıs 2008, <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3356.pdf>
28. Çağlayaner, H., Gönenli, H. (1998) Etkin Eğitim Açısından Okul Sağlığı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2(1), 31-39
29. Kolbe, L. (2002). Education Reform and The Goals of Modern School Health Programs. *State Educ Standard*, 3(4), 4-11.
30. Terrence, P., Susan, A., Clare, M., Joanne, G. (2006). Nutrition Services and Foods and Beverages Available at School: Results From the School Health Policies and Programs Study. *Journal of School Health*, 77(8), 500-521. Erişim: 02 Mayıs 2008, <http://www.ashaweb.org/pdfs/josh77.8o'toolep.500.pdf>
31. Okul Kantinlerinin Denetimi ve Uyulacak Hijyen Kuralları Genelgesi. (2007). T.C. Resmi Gazete, 1008, 17 Nisan 2007. Erişim:02 Mayıs 2008, http://www.meb.gov.tr/duyurular/duyurular2007/saglik_isleri/okul_kantinlerinin_denetimi.pdf
32. Singh, A.S., Mulder, C., Twisk, J.W., Van Mechelen, W., Chinapaw, M.J. (2008). Tracking of Childhood Overweight into Adulthood: A Systematic

Review of the Literature. [Elektronik Sürüm]. *Obes Rev.* (Basım aşamasında), Erişim: 25 Nisan 2008,

<http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1467-789X.2008.00475.x>

33. Johannsson, E., Arngrimsson, S.A., Thorsdottir, I., Sveinsson, T. (2006). Links Tracking of Overweight from Early Childhood to Adolescence in Cohorts Born 1988 and 1994: Overweight an a High Birth Weight Population. *Int J Obes (Lond)*. 30(8), 1265-1271.
34. Flynn, M.A., McNeil, D.A., Maloff, B., Mutasingwa, D., Wu, M., Ford, C., Tough, S.C. (2006). Reducing Obesity and Related Chronic Disease Risk in Children and Youth: A Synthesis of Evidence with 'Best Practice' Recommendations. *Obesity Reviews*, 7(1), 7-66. Erişim: 02 Mayıs 2008, <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1467-789X.2006.00242.x>
35. Cinaz, P., Bideci, A., Günöz, H., Öcal, G., Yordam, N., Kurtoğlu, S. (2003). Obezite. *Pediatric Endokrinoloji*. (1.Baskı) Ankara: Kalkan Matbaacılık. 487-505.
36. Gürel,F.S., İnan, G. (2001). Çocukluk Çağı Obezitesi Tanı Yöntemleri, Prevalansı ve Etiyolojisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2(3), 39-46. Erişim: 15 Mart 2008, http://www.adutfdergi.org/pdf/pdf_ADU_71.pdf
37. Yee, SL, Williams-Piehota, P., Sorensen, A., Roussel, A., Hersey ,J., Hamre R. (2006) The Nutrition and Physical Activity Program to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: Monitoring Progress in Funded States. *Prev Chronic Dis*, 3(1), A23.
38. Satman, İ., Yılmaz, MT. (2001). Dünyada ve Türkiye'de Obezite Epidemiyolojisi. *Aktuel Tıp Dergisi*, 9-12.
39. Hatem, H., Turan, N., Arık, N., Yumuk, V. (2002) Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması Sonuçları (TOHTA). *Endokrinolojide Yönelişler Dergisi*, 11(Ek 1), 1-16.
40. Martorell, R., Kettle, K., Hughes, ML., Grummer-Stawn ML. (2000). Overweight and Obesity in Preschool Children From Developing Countries. *International Journal of Obesity*, 959-967.

41. Süzek, H., Arı, Z., Uyanık, B.S., (2005). Muğla'da Yaşayan 6-15 Yaş Arası Okul Çocuklarında Kilo Fazlalığı ve Obezite Prevalansı. *Türk Biyokimya Dergisi*, 30(4), 290-295.
42. Öztara, S. (2005). İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması. Uzmanlık tezi. Erişim: 02 Mayıs 2008, http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/cocuk_sagligi/dr_serdar_oztora.pdf
43. Demirezen, E., Coşansu, G. (2005). Adolesan Çağı Öğrencilerde Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. *STED*, 14(8), 174-178.
44. Okul Kantinleri Genelgesi. (2007). T.C. Resmi Gazete, 2133, 10 Eylül 2007. Erişim: 02 Mayıs 2008, http://sdb.meb.gov.tr/okulsagligi/okul_kantinleri.pdf
45. Sarah M.L., Charlene, R.B., Janet E.F., Christine G.S. (2007). Physical Education and Physical Activity: Results From the School Health Policies and Programs Study 2006. *Journal of School Health*, 77(8), 435-463. Erişim: 02 Mayıs 2008, <http://www.ashaweb.org/pdfs/josh77.8leep.435.pdf>
46. Uskun E., Öztürk M., Kişioğlu A.N., Kırbıyık S., Demirel R. (2005). İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. *S.D.Ü Tıp Fak. Derg.*, 12(2), 19-25
47. Cesur K. (1999). Niğde İl Merkezinde Bulunan İlköğretim Okullarında Beden Eğitimi Dersinin Okutulması ile İlgili Karşılaşılan Ders, Tesis, Araç ve Gereç Sorunları. Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
48. Eğitime Bakış: OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development - Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) Göstergeleri. Özet Metin. (2003). Erişim: 02 Mayıs 2008, <http://www.oecd.org/dataoecd/31/12/29881567.pdf>
49. Onat, A., Şenocak, M., Örnek, E. (1991). Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı taraması:5. Hipertansiyon ve Sigara İçimi. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 19, 139-177.
50. Demirel, Y., Toktamış, A. (2004). İlköğretim Okullarındaki Öğretmenlerde Sigara İçme Durumu. Türkiye Klinikleri. *J Med Sci*, 24, 492-497.

51. Fidan, F., Sezer, M., Demirel, R., Kara, Z., Ünlü, M. (2006). Öğretmenlerin Sigara İçme Durumları ve Sigara Yasağı Karşısındaki Tutumları. *Toraks Dergisi*, 7(3), 196-199.
52. Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun. (1996). T.C. Resmi Gazete, 4207, 26 Kasım 1996. Erişim: 02 Mayıs 2008, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/875.html>
53. Franks, A., Kelder, S.H., Dino, G.A., Horn, K.A., Gortmaker, S.L., Wiecha, J.L., Simoes, E.J. (2007). School-Based Programs: Lessons Learned From CATCH, Planet Health, and Not-On-Tobacco. *Prev Chronic Dis*, 4(2), A33.
54. Nader, P.R., Stone, E.J., Lytle, L.A., Perry, C.L., Osganian, S.K., Kelder, S. (1999). Three-Year Maintenance of Improved Diet and Physical Activity: The CATCH Cohort. Child and Adolescent Trial For Cardiovascular Health. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 153(7), 695-704.
55. Gortmaker, S.L., Peterson, K., Wiecha, J., Sobol, A.M., Dixit, S., Fox, M.K., Laird, N. (1999). Reducing Obesity Via a Schoolbased Interdisciplinary Intervention Among Youth: Planet Health. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 153(4), 409–18.
56. Horn, K., Dino, G., Gao, X., Momani, A. (1999). Feasibility Evaluation of Not On Tobacco: The American Lung Association’s New Stop Smoking Program For Adolescents. *Health Educ*, 99(5), 192–206.
57. Dino, G., Horn, K., Abdulkadri, A., Kalsekar, I., Branstetter, S. (2008). Cost-Effectiveness Analysis of the NOT On Tobacco Program For Adolescent Smoking Cessation. *Prev Sci*, 9(1), 38-46.
58. Brener, N.D., Jones, S.E., Kann, L., Mcmanus ,T. (2003). Variation in School Health Policies and Programs by Demographic Characteristics of US Schools. *J Sch Health*, 73(4), 143-9.
59. Jones, S.E., Brener N.D., McManus, T. (2003). Prevalence of School Policies, Programs, and Facilities That Promote a Healthy Physical School Environment. *Am J Public Health*, 93(9), 1570-5.

EKLER

EK -1: Anket Formu

EK-1**MALATYA KENT MERKEZİNDEKİ İLKÖĞRETİM OKULLARININ
BAZI SAĞLIK KRİTERLERİ YÖNÜNDE DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ****Sayın Yönetici;**

Malatya şehir merkezindeki ilköğretim okullarının sağlık açısından değerlendirilmesi amacıyla sizlere bazı sorular yönelmek istiyoruz. Daha sağlıklı nesiller yetiştirmeye ışık tutması için yapılan bu doktora çalışmasından elde edilecek veriler, bilimsel maksat dışında kullanılmayacaktır. İlginize teşekkür ederiz.

İnönü Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı**Prof.Dr.Metin GENÇ- Dr.Tolga ŞAHİN**

Okulun Adı:..... Adresi:.....

Okulun özelliği:

1) İkili eğitim (tenefüs toplamı:.....dak) 2) Tam gün eğitim (tenefüs toplamı:.....dak)
Yetkilinin ünvanı 1) Müdür 2) Müdür yard. Tel:..... Faks:.....
Toplam öğrenci sayısı:..... (.....erkek,kız)
Toplam derslik sayısı:..... Toplam öğretmen sayısı:.....
(.....erkek,bayan)

Okulun en az bir günlük ihtiyacını karşılayacak su deposu veya tank 1) Var 2) Yok

Erkek öğrenci WC sayısı: Erkek öğrenci lavabo sayısı:

Erkek öğrenci pisuvar sayısı:

Kız öğrenci WC sayısı: Kız öğrenci lavabo sayısı:

Erkek öğretmen WC sayısı: Erkek öğretmen lavabo sayısı:

Erkek öğretmen pisuvar sayısı:

Bayan öğretmen WC sayısı: Bayan öğretmen lavabo sayısı:

Toplam lavabo sayısının yüzde kaçında sabun veya sıvı sabun var? %.....

Koridor genişliği: 1) Uygun 2)Uygun değil

(a) Tek taraflı sınıf kapısı açılan koridorlarda: 1) Koridora bir sınıf kapısı açılıyorsa en az 2 m. 2)

Koridora açılan sınıf kapısı birden fazla ise en az 2.5 m

b) İki taraflı sınıf kapısı açılan koridorlarda en az 3 m. genişlikte olmalıdır.)

Tenefüs alanı:.....m² 1) Uygun 2) Uygun değil

(İlk 144 öğrenci için 0,7 m²/ öğrenci, ikinci 144 öğrenci için 0,5 m²/ öğrenci, üçüncü 144 öğrenci için 0,4 m²/ öğrenci, 432' den sonra öğrenci başına 0,3 m² değerleri esas alınır.)

Kapalı beden eğitimi salonu..... m² 1) Yok 2) Var Uygun Uygun değil

(Kapalı beden eğitimi salonu alanı 140 m²' den aşağı olamaz. Öğrenci başına enaz 3,5 m² alan düşecek şekilde hesaplanır.)

Kapalı spor salonu.....m² 1) Yok 2) Var Uygun Uygun değil

(Kapalı spor salonunun seyirci kapasitesinin asgari 250'dir. Spor salonunun seyircilere ayrılan yer dışındaki alanı en az kurallara uygun basketbol sahası alanından (312 m²) az olmamalıdır.)

Kapalı spor salonu havalandırma düzeni: 1) Var 2) Yok

Oyun bahçesi alanı:..... m²

(Okullarda bahçe alanı en az , öğrencilerin topluca tören yapabilecekleri ve nizami ölçülerde basketbol sahası kurulabilecek büyüklükte olmalıdır. Bahçe alanının hesabında ilk 36 öğrenci için 180 m², ikinci 36 öğrenci için 108 m², üçüncü 36 öğrenci için 90 m² (108 öğrencisi olan okul için toplam 378 m²) , 109'dan 1000 öğrenciye kadar öğrenci başına 2 m², 1001'den 2000 öğrenciye kadar öğrenci başına 1,5 m², 2001'den sonra öğrenci başına 1,2 m² olmalıdır.)

Bahçenin zemini:1) Beton 2) Çakıl 3) Stabilize 4) Çim 5) Diğer.....

Okul bahçesinde voleybol direği ve filesi var mı? 1) Var 2) Yok

Okul bahçesinde basketbol potası var mı? 1) Var 2) Yok

OKUL ÇEVRESİ

* Okulun sınırları duvar veya çitle belirlenmiş mi? 1) Evet 2) Hayır

* Okulun çevresinde (1,5 km çaplı bölge) gıda maddesi satan bakkal veya seyyar satıcılar var mı?

1) Evet 2) Hayır

* Okul çevresinde sigara satan bakkal veya seyyar satıcılar var mı? 1) Evet 2) Hayır

* Var ise öğrencilerin gitmesine izin veriliyor mu? 1) Evet 2) Hayır

İzin veriliyor ise nedenleri

.....

Okula en yakın sağlık kuruluşunun adı:

Uzaklığı: m

BEDEN EĞİTİMİ

Okulda beden eğitimi branş öğretmeni sayısı:

Okuldaki beden eğitimi derslerinin yüzde kaçına branş öğretmenleri giriyor?

Okuldaki beden eğitimi derslerine giremeyen raporlu öğrenci sayısı:..... Oranı:.....

Raporlu öğrencilerin sağlık sorunlarının dağılımı:

.....

Okulun spor takımı var mı? 1) Yok, 2)Var

Var.....takımları

Okuldaki lisanslı öğrenci sayısı

Okulun spor kolu var mı? 1) yok 2) Var Var ise yaptığı etkinlikler:

.....

Okulun halen öğrencileri için organize ettiği kurs gibi sportif etkinlikler (okul takımınıkiler hariç)

1. Etkinliğin adı..... Süresi:..... Katılan öğrenci sayısı:.....
2. Etkinliğin adı..... Süresi:..... Katılan öğrenci sayısı:.....
3. Etkinliğin adı..... Süresi:..... Katılan öğrenci sayısı:.....

Müdürlere sorunuz	Evet	Bazen	Hayır
Okulun baskülü ve mezurası var, öğrencilerin yılda enaz 1 kez boy/kiloları ölçülüyor.			
Teneffüslerde okuma etkiliği gibi hareketi kısıtlayan etkinlikler yapılmakta			
Öğrenciyi Beden Eğitimi dersine sokmama, teneffüse çıkarmama gibi hareketi kısıtlayıcı ceza uygulamaları var.			
Beden eğitiminin fazla aktivite yolu ile ceza olarak kullanılması (tek ayak üstünde durdurma, fazla tur atma vb.)			
Beslenmenin ceza yöntemi olarak kullanılması (yemek arasına geç gönderme, hiç göndermeme vb.)			
Ödül yöntemi olarak şeker, çikolata verilmesi			
Öğretmenler okulda öğrencilerin görebileceği yerlerde sigara içmekte			
Öğretmenler okulda öğrencilerin görebileceği biçimde kola, cips gibi zararlı yiyecekleri tüketmekte			
Okul aile birliği toplantılarında sigara içilmekte			
Okul kapalı alanlarında velilerin ve ziyaretçilerin sigara içmesine izin verilir			
Okul açık alanlarında velilerin ve ziyaretçilerin sigara içmesine izin verilir			

Beden Eğitimi Öğretmenlerine sorunuz	Evet	Bazen	Hayır
Beden Eğitimi dersleri sıcak, soğuk ve yağmurlu havalarda da mutlaka yapılması (sınıf içi egzersiz)			
Beden eğitimi derslerinde sağlıkla ilgili konuların işlenmesi			
Özel sağlık sorunları olan öğrencilerin tesbiti ve yardım			
Ders saatinin en az yarısında öğrencilerin aktif beden hareketleri yapması			

Doktor odası: 1) Var 2) Yok

Ecza dolabı: 1) Var 2) Yok

Ecza dolabının yerden yüksekliği:.....

Ecza dolabının kilitli olup olmadığı: 1) Kilitli 2) Açık

Yeterli pansuman malzemesi:

Antiseptik solusyon (Adı:.....) Sargı bezi Gazlı bez Flaster

İlaç.....

KANTİN

Çalışan Personel sayısı:..... Portör muayeneleri yapılıyor mu? 1) Evet 2) Hayır

Personelin önlüğü 1) Var 2) Yok

Kantinde ayrı havalandırma sistemi 1) Var 2) Yok

Personel gıda maddesi satarken eldiven kullanıyor mı? 1) Evet 2) Hayır 3) Bazen

Buzdolabı: 1) Var 2) Yok

Çöp kutusu: 1) Var 2) Yok

Satılan yiyecekler (Var olanın yanına işaretleyiniz):

Simit-poğaç Kola Cips Meyva suyu Pet su

Çikolata Süt Tost Bisküvi-kraker

Diğer:.....

Satılan yiyecekler kapalı kap içinde mi? 1) Evet 2) Hayır

Kantin denetleme kurulu var mı? 1) Var 2) Yok

Varsa ne sıklıkta denetliyor?

SİGARA

Okulun uygun yerlerinde “Sigara içilmez” levhası var mı? a) Var b) Yok

Okulda sigara odası var mı? a) Var b) Yok

Var ise personel bu oda dışında sigara içmemem kuralına uyuyor mu?

Personelin sigara içme durumu? (Halen günde 1 sigara bile içiyorsa içiyor kabul ediniz)

Müdür: 1) İçiyor 2)İçmiyor

Müdür yardımcıları: kişi (.....kişi içiyor /.....kişi içmiyor)

Öğretmenler: kişi içiyor kişi içmiyor

Personel: kişi içiyor kişi içmiyor

Teşekkür ederiz

ÖZGEÇMİŞ

16 Nisan 1976 yılında Malatya'da doğdum. 1994-1997 yılları arasında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesinde okuduktan sonra 1997 yılından itibaren İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitimime devam ettim. 2000 yılında Tıp doktoru olarak mezun oldum. 2000 yılından itibaren Malatya SSK Hastanesi Acil Serviste çalışmaya başladım. 2003-2004 öğretim yılında İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında Halk Sağlığı doktorasına başladım. Halen Malatya Beydağı Devlet Hastanesi (SSK) Acil Servisinde çalışmaktayım. İngilizce bilmekteyim. Evliyim.