

**TC
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KAPSAMLI OKUL SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ HİZMETLERİNİN
ÖĞRENCİLERİN AKADEMİK PERFORMANSINA ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Deniz KOÇOĞLU

**Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2011

TC
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KAPSAMLI OKUL SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ HİZMETLERİNİN
ÖĞRENCİLERİN AKADEMİK PERFORMANSINA ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Deniz KOÇOĞLU

Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU

ANKARA
2011

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:

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

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Ümit Seviğ
Erciyes Üniversitesi



Danışman: Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Prof. Dr. Gülümser Kublay
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu
Hacettepe Üniversitesi

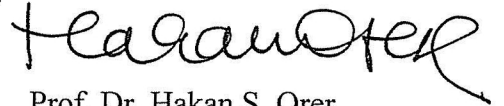


Üye: Doç. Dr. Naile Bilgili
Gazi Üniversitesi



ONAY:

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



Prof. Dr. Hakan S. Orer

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu, tez danışmanı olarak çalışmaya yol gösterici katkılarda bulunmuştur.

Sayın Prof. Dr. Gülümser Kublay, Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu tez izleme komitesinde görev alarak çalışmaya değerli katkılar sağlamışlardır.

Şehit Albay İbrahim Karaoğlanoğlu İlköğretim Okulu Müdürü Sait Aydın, Rehber Öğretmen Uğur Karagöz ve Sınıf Öğretmeni Sonel Bakır çalışmanın yürütülmesi için her türlü olanak ve desteği sağlamıştır.

Çalışma grubunda yer alan öğrenci ve aileleri varlıkları ve işbirlikleri ile araştırmanın gerçekleşmesini sağlamıştır.

Sevgili annem tüm hayatıma ve eğitim yaşantıma sonsuz güzellikler katmıştır.

ÖZET

Koçoğlu, D. Kapsamlı okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin öğrencilerin akademik performansına etkisinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Tezi, Ankara, 2011.

Araştırma, kapsamlı okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin öğrencinin akademik performansına etkisinin değerlendirmek için yarı deneysel türde yapılmıştır. Çalışma 31 öğrenciyle 2009-2010 eğitim-öğretim yılında yapılmış ve öğrencilere kapsamlı okul sağlığı hemşireliği hizmeti sunulmuştur. Okul sağlığı hemşireliği süreci “Omaha Sistemine” dayalı yürütülmüştür. Hemşirelik hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde “Omaha Problem Değerlendirme Ölçeği”, “Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri” , “Çocuk Sağlığı Anketi” kullanılmış, öğrencilerin akademik performansı ise okula devamsızlık durumu ve “Akademik Erteleme Davranışı” ölçeğiyle birlikte akademik başarıları ele alınarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, korelasyon ve çoklu regresyon analizinden yararlanılmıştır. Araştırmada öğrencilerin “Omaha Problem Değerlendirme Ölçeği”, “Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri” ve “Çocuk Sağlığı Anketi” puanında artış; devamsızlık ve akademik erteleme davranışlarında azalma, akademik notlarında yükselme olmuştur ($p<0.05$). Tedavi/işlem ve sürveyansla ilgili hemşirelik girişimleri devamsızlığın azalması; Omaha PDÖ’ye göre fizyolojik alan bilgi, psikososyal alan davranış, sağlık davranışları alanı bilgi- davranış-durum puanının ve toplamda tüm puanların artması akademik başarının artması; psikososyal ve sağlık davranışları alanında davranış ve durum puanının ve toplamda tüm puanın artmasının akademik erteleme davranışının azalmasıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Araştırmada okulda tam zamanlı verilen, akut-kronik hastalık bakımı, ilkyardım, sağlık taraması, sağlığı geliştirme-koruma, sağlık eğitimi, danışmanlık, vaka yönetimi, toplumla bağlantı kurma gibi hizmetleri içeren kapsamlı okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin, öğrencilerin akademik performansına olumlu yönde katkı sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelime: Okul sağlığı hemşiresi, kapsamlı hemşirelik hizmetleri, akademik performans, öğrenci

ABSTRACT

Koçoğlu D. Evaluation of the impact of comprehensive school health nursing services on students academic performance. Hacettepe University Institution of Health Sciences, Public Health Nursing Program, PhD Thesis, Ankara, 2011.

The study was carried out as semi-experimental design to evaluate the impact of school health nursing services on students academic performance. Comprehensive school health nursing service was performed to 31 students in the academic year 2009-2010. School health nursing process was carried out based on The Omaha System. For evaluation of the effectiveness of nursing services "Omaha Problem Rating Scale", "Pediatric Quality of Life Inventory", "Child Health Survey" were used. Academic performance of students was evaluated by school absenteeism, academic success and "Academic Procrastination Scale". Correlation analysis, repeated measures analyses of variance, multiple regression analysis were used in data analysis. This study found increased score in "Omaha Problem Rating Scale", "Pediatric Quality of Life Inventory", "Child Health Survey" and "academic success, decreased score in "Academic Procrastination Scale" and lower absenteeism ($p<0.05$). According to this study treatment / procedures and surveillance related to nursing interventions decreased absenteeism. Increased knowledge score in physiological domain; increased behavior score in psychosocial domain; increased knowledge, behavior and status score in health behavior domain; and increased total score in all domains in Omaha Problem Rating Scale was associated with increased academic success ($p<0.05$). Increased behavior and status score in psychosocial domain and health behavior domain and increased total score in all domains in Omaha Problem Rating Scale was associated with decreased academic procrastination ($p<0.05$). Findings from these studies indicated that comprehensive school health nursing service including acute-chronic diseases care, first aid, health screening, health promotion-protection, health education, counseling, case management, community liaison contribute positively to academic performance.

Key Words: School health nursing, comprehensive nursing service, academic performance, student

İÇİNDEKİLER

ONAY	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
TABLOLAR	x
GRAFİKLER	xii
ŞEKİLLER.....	xiii
1.GİRİŞ	1
1.1 Problem Tanımı.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı	5
1.3.Araştırmanın Hipotezi.....	5
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1 Okul Sağlığı ve Okul Sağlığı Hemşireliği Hizmetleri	6
2.1.1 Okul Sağlığı Hizmetleri	6
2.1.2 Okul Sağlığı Hemşireliği	14
2.1.2.1 Okul Sağlığı Hemşireliğinin Tanımı Ve Tarihçesi	14
2.1.2.2 Okul Hemşiresinin Sorumlulukları, Roller ve Fonksiyonu	16
2.1.2.3 Okul Sağlığı Hemşiresinin Eğitimi Ve Çalışma Koşulları	21
2.1.3 Türkiye’de Okul Sağlığı Hizmetleri ve Okul Sağlığı Hemşireliği.....	24
2.2 Akademik Performans ve Sağlık İlişkisi.....	30
2.2.1 Akademik Performans ve Sağlık Davranışları	30
2.2.2 Akademik performans ve Okul sağlığı klinikleri.....	33
2.3.3 Akademik Performans ve Okul Sağlığı Hemşiresi	35
3. BİREYLER VE YÖNTEM.....	38
3.1. Araştırmanın Şekli	38
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	38
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	38
3.4. Verilerin Toplanması	42
3.4.1. Veri Toplama Form ve Araçları.....	42
3.4.1.1. Okul Sağlığı Değerlendirme Formu.....	42
3.4.1.2. Okul Sağlığı Hemşireliği Sevk Formu	44
3.4.1.3. Kaza ve Yaralanma Bildirim Formu	45
3.4.2. Omaha Sistemi İle Hemşirelik Bakım Girişimleri.....	45

3.5.Ön uygulama	48
3.6. Araştırmanın Uygulama Basamakları	48
3.7.Araştırmanın Etik Boyutu	52
3.8.Verilerin Değerlendirilmesi	52
4.BULGULAR	54
4.1. Kapsamlı Okul Sağlığı Hemşireliği Hizmetlerinin Öğrencilerin Sağlık Durumuna Etkisi	55
4.2. Kapsamlı Okul Sağlığı Hemşireliği Hizmetlerinin Öğrencilerin Akademik Performansına Etkisi	79
5. TARTIŞMA	88
5.1. Kapsamlı Okul Sağlığı Hemşireliği Hizmetlerinin Öğrencilerin Sağlık Duruma Etkisi	88
5.2 Kapsamlı Okul Sağlığı Hemşireliği Hizmetlerinin, Öğrencilerin Akademik Performansına Etkisi	112
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	119
6.1 Sonuçlar	119
6.2.Öneriler	121
KAYNAKLAR	122

EKLER

EK 1:Okul Sağlığı Değerlendirme Formu

EK 2: Okul Sağlığı Hemşireliği Sevk Formu

EK 3:Öğrenci Kaza Kayıt Formu

EK 4:Omaha Sistemi

EK5:Omaha Sistemine Dayalı Bakım Planı Örneği

EK 6: Etik Kurul İzin Yazısı

EK 7: Aydınlatılmış Onam Formu

EK 8: Kurum İzin Yazısı

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
NASN	Amerika Ulusal Okul Hemşireliği Birliği
Omaha PSL	Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesi
Omaha HGŞ	Omaha Sistemi Hemşirelik Girişim Şeması
Omaha PDÖ	Omaha Sistemi Problem Değerlendirme Ölçeği
NOPHN	Amerika Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Organizasyonu
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi

TABLOLAR

		Sayfa
Tablo 3.1	Araştırmaya katılan öğrencilerin ailelerine ait bazı tanımlayıcı özellikler	40
Tablo 3.2	Araştırmaya katılan öğrencilerin ailelerine ait bazı tanımlayıcı özellikler	41
Tablo 4.1.1	Öğrenciler için belirlenen hemşirelik tanılarının Omaha Sisteminde yer alan tanı alanlarına göre dağılımı	55
Tablo 4.1.2	Araştırmada kullanılan hemşirelik tanılarının yapı bakımına (değiştiriciler) göre dağılımı	55
Tablo 4.1.3	Öğrencilerin sağlığı geliştirmeye yönelik Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesine göre belirlenen hemşirelik tanıları	56
Tablo 4.1.4	Öğrencilerin gerçek sağlık sorununa yönelik Omaha PSL'ye göre belirlenen hemşirelik tanıları	57
Tablo 4.1.5	Hemşirelik tanılarını belirlemede kullanılan belirti ve bulguların problem alanlarına göre dağılımı	58
Tablo 4.1.6	Çevresel alanda PSL'ye göre kodlanan hemşirelik tanılarının belirlenmesinde kullanılan belirti – bulgular (n=37) ve tanılara yönelik hedefler	60
Tablo 4.1.7	Psikososyal alanda PSL'ye göre kodlanan hemşirelik tanılarının belirlenmesinde kullanılan belirti -bulgular (n=126) tanılara yönelik hedefler	62
Tablo 4.1.8	Fizyolojik alanda PSL'ye göre kodlanan hemşirelik tanılarının belirlenmesinde kullanılan belirti - bulgular (n=210) ve tanılara yönelik hedefler	64
Tablo 4.1.9	Sağlık davranışları alanında PSL'ye göre kodlanan hemşirelik tanılarının belirlenmesinde kullanılan belirti - bulgular (n=89) ve tanılara yönelik hedefler	66
Tablo 4.1.10	Omaha PSL'ye göre belirlenen tanılara (n=426) yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin problem alanlarına göre dağılımı.	68

Tablo 4.1.11	Omaha Sistemine dayalı uygulanan hemşirelik sürecinin Problem Değerlendirme Ölçeği ile (PDÖ) izlemlere göre değerlendirilmesi	69
Tablo 4.1.12	Öğrenciler için Omaha PSL'ye dayalı belirlenen hemşirelik tanılarının araştırma sonunda yapılan değerlendirmeye göre değişimi	71
Tablo 4.1.13	Araştırmada öğrencilerin sağlık durumundaki değişimin anne-baba tarafından “Çocuk Sağlığı Ölçeğine” göre değerlendirilmesi	73
Tablo 4.1.14	Öğrencilerin sağlık durumundaki değişimin öğrenciler tarafından “Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanterine ” göre değerlendirilmesi	75
Tablo 4.1.15	Öğrencilerin Padiatrik Yaşam Kalitesi Envanteri Ve Çocuk Sağlığı Ölçeği (Anne-Baba Formu) puanları ile hemşirelik tanı sayısı arasındaki ilişki (Son Değerlendirmeye Göre)	76
Tablo 4.1.16	Öğrencilerin Omaha PDÖ, Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri, Çocuk Sağlığı Ölçeği İlk, Ara Ve Son Değerlendirme Puanlarının Cinsiyete Göre Değişimi	77
Tablo 4.2.1	Öğrencilerin devamsızlık durumunun değerlendirilmesi	79
Tablo 4.2.2	Öğrencilere uygulanan hemşirelik girişim sayısı ile öğrencilerin devamsızlık durumu arasındaki ilişki	80
Tablo 4.2.3	Öğrencilerin akademik notlarının 2009-2010 eğitim öğretim yılı birinci ve ikinci dönem sonu karşılaştırılması	81
Tablo 4.2.4	Öğrencilerin akademik ağırlıklı not ortalaması ile sağlık durumu arasındaki ilişki (son değerlendirmelere göre)	83
Tablo 4.2.5	Öğrencilerin akademik başarı algısındaki değişim	84
Tablo 4.2.6	Öğrencilerin akademik erteleme davranışları ölçeğinden aldıkları puanın değişimi	84
Tablo 4.2.7	Öğrencilerin akademik erteleme puanı ile sağlık durumu arasındaki ilişki (son değerlendirme sonuçlarına göre)	87

GRAFİKLER

	Sayfa
Grafik 4.1.1 Hemşirelik tanılarının belirlenmesinde en sık kodlanan belirti ve bulgular (n=462)	59
Grafik 4.1.2 Araştırma süresinde kullanılan bütün hemşirelik tanılarındaki (n=426) değişimin Omaha PDÖ'ye göre değerlendirilmesi	70
Grafik 4.2.1 Öğrencilerin akademik notlarındaki değişim	81

ŞEKİLLER

- Şekil 2.1. Okul sağlığı hemşireliği uygulamalarının akademik başarı 37
üzerindeki etkisi
- Şekil 4.2.1 Okul sağlığı hemşireliği hizmetleri ile öğrencilerin akademik 82
başarı notu arasındaki ilişki (Omaha PDÖ ve son
değerlendirme sonuçlarına göre)
- Şekil 4.2.2 Şekil 4.2.2 Okul sağlığı hemşireliği hizmetleri ile 85
öğrencilerin akademik erteleme davranışları arasındaki ilişki
(Omaha PDÖ ve ilk değerlendirme sonuçlarına göre)
- Şekil 4.2.3 Şekil 4.2.3 Okul sağlığı hemşireliği hizmetleri ile 85
öğrencilerin akademik erteleme davranışları arasındaki ilişki
(Omaha PDÖ ve son değerlendirme sonuçlarına göre)

1.GİRİŞ

1.1 Problem Tanımı

Sağlıklı bir toplum oluşturmak adına çocuk sağlığına olan ilgi çok eski zamanlarda ortaya çıkmıştır. Ancak okul sağlığı hizmetlerinin; temel eğitimin bütün çocuklar için zorunlu olması ve okullarda bulaşıcı hastalıkların yaygın bir sorun haline gelmesiyle ortaya çıkan bir hizmet sunum şekli olduğu görülmektedir (1-3). Başlangıçta hasta çocukları sağlam olanlardan ayırmaya dayalı sağlık muayenesini içeren okul sağlığı hizmeti, daha sonra tedavi, izlem, koruyucu önlemler, bağışıklama ve sağlık taramalarını da kapsamış, böylece sunulan hizmetin çeşidi ve niteliği sürekli artarak modern yapısına ulaşmıştır (4,5). Günümüzde ise ailelerde ekonomik baskının ve boşanma oranlarının artması, ebeveynlerin çalışması, okul çağı ve adölesanların birbirini etkileyen karmaşık fiziksel, duygusal, eğitimle ilgili sorunlarının çoğalması, sağlık ve akademik başarı arasındaki ilişkinin tanımlanması okul sağlığı hizmetlerine olan gereksinimi ve bu hizmetin önemini artırmıştır (3). Okul sağlığı hizmetlerinin her aşamasında görevler üstlenen okul sağlığı hemşirelerinin de öğrenciler için sağlık risklerinin belirlenmesi, kontrol altına alınması ve sağlıklı yaşam davranışlarının benimsetilmesinde önemli bir konumu bulunmaktadır (3,5-7).

Okul sağlığı hemşiresi; halk sağlığı hemşiresinin bilgi ve becerisine sahip, öğrencinin hem yaşama hem de okula uyumundan sorumlu, yardım edici ilişkiler içinde öğrenci-öğretmen-aile ve toplum birlikteliğini sağlayan, hizmet sunumu sırasında hemşirelik, araştırma, epidemiyoloji, sağlık eğitimi, yönetim ve yasal süreçler gibi birçok sistematik süreci kullanan, sağlığı geliştirmeye odaklı, hemşirelik deneyim ve felsefesini uygulamalarına yansıtan, uygulamalarında gerekli olan araç ve teknolojiyi kullanmayı bilen hemşire olarak belirtilmektedir (8). Okul sağlığı hemşiresinin bu nitelikler doğrultusunda hizmet verebilmesi için rol ve sorumlulukları, eğitimi, hizmet kapsamı, hemşire – öğrenci oranı ve okul sağlığı hemşireliği alanındaki araştırmalar gibi birçok konunun değerlendirilmesi gerektiği görülmektedir (9-12).

Bugün okul sağlığı hemşireleri danışmanlık, sağlık eğitimi, sağlık taraması, bağışıklama, ilaç kullanımının yönetimi ve uygulanması, özel sağlık gereksinimlerinde hemşirelik bakımı, vakaların evde yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi

davranışlarının benimsetilmesi ve çevre sağlığı gibi hizmetleri yürütmektedir (3,13). Okul sağlığı hemşiresi bu hizmetlerin sunulmasında klinisyen, savunucu, vaka bulucu, vaka yöneticisi, lider, toplumla bağlantı kurma, danışman, sağlık eğitimcisi ve araştırmacı gibi birbirini tamamlayan roller üstlenmektedir. Bu rollerin nitelikli bir şekilde yerine getirilmesi, okul sağlığı hemşiresinin farklı ve karmaşık gereksinimleri olan geniş bir nüfusa, medikal olanaklardan uzak bir çevrede hizmet etmesi nedeniyle oldukça önemlidir (6,14). Ayrıca okul çağı çocuğunun sorunlarının karmaşık hale gelmesi ve okul sağlığı hemşiresinin birçok ayrı mesleki disiplinin sorumluluğunu okul ortamında tek başına üstlenmesi nedeniyle odyoloji, rehberlik, danışmanlık, engelli çocuklar, çocuk psikolojisi, sağlık müfredatı geliştirme gibi konularda mezuniyet sonrası eğitime gereksinimi vardır. Bu eğitimin alınması okul ortamında hemşirelik hizmetlerinin güvenilirliğinin sağlanabilmesi için gereklidir (3). Farklı eğitim düzeylerindeki hemşirelerin okul sağlığı hemşireliği yaptığı görülmekle birlikte okul sağlığı hemşirelerinden genel olarak lisans mezunu, sertifika sahibi olmaları ya da halk sağlığı hemşireliği / okul sağlığı hemşireliği alanında master eğitimi almaları beklenmektedir (6).

Gelişmiş ülkelerde okul sağlığı hemşiresinin, okul sağlığı ekibinin önemli bir parçası olduğu, elde edilmiş başarılı uygulamaların varlığı, hem yasal hem de kurumsal alanda kazanılmış hakları, sürekli geliştirilen rol ve fonksiyonlarının olduğu bilinmektedir (12,15-17). Ancak buna rağmen toplumdaki yeni gereksinimlerin, ekonomik sınırlamaların, gittikçe artan karmaşık öğrenci gereksinimlerinin, profesyonel olan ve olmayan insanlarla paylaşılan sorumlulukların okul sağlığı hemşireliği uygulamalarını belirsizleştirdiğine dikkat çekilmektedir (18). Benzer şekilde okul sağlığı hemşireleri de kendi rollerini destekleyecek araştırma bulgularının olmamasından ve bu yüzden sıklıkla kendilerini “görünmez” hissettiklerinden yakınmaktadırlar (11,15). Bu nedenlerle okul sağlığı hemşireliği uygulamalarının sonuçlarının kayıt ve araştırma sonuçlarıyla görünür hale getirilmesi gerekmektedir. Okul sağlığı hemşiresinin akademik performans üzerindeki etkisinin gösterilmesi bu alandaki önemli araştırma önceliği olarak tanımlanırken (11,18), özellikle okul sağlığı hemşiresinin rollerini öğrenci sonuçları ile değerlendirilmesine gereksinim olduğu belirtilmektedir (19). Selekman ve Guilday (20) okul sağlığı hemşireliği uygulamalarının en önemli sonucunun; akademik başarının

sağlanmasıyla ilişkili olan, öğrencilerin sınıf içinde ya da öğrenme ortamında geçirdikleri sürenin artırılması, sağlıkla ilgili nedenlerle sınıftan ayrı kalan sürenin azaltılması olduğunu belirtmektedir. Çocuklara ve gençlere kapsamlı okul sağlığı hizmetlerinin kesintisiz sağlanmasında önemli bir role sahip olan okul sağlığı hemşiresinin çoğu uygulaması, çocuk ve adölesanın sağlığını güçlendirmenin yanı sıra eğitim başarısının artırılması ile de ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (12). Ancak buna rağmen okul sağlığı hemşiresinin akademik performansa olan etkisine yönelik değerlendirilmelerin sınırlı olduğu görülmektedir (21).

Öğrencilerin akademik performansı içinde yaşanan toplumun, eğitim görülen okul/sınıfın niteliği, öğrenci ve öğretmenin bireysel özellikleri gibi birçok faktörden etkilenmektedir (22-24). Bütün bu değişkenlerin dışında öğrencilerin sağlık durumu ve sağlık davranışının akademik performansa etkisi sağlık profesyonellerinin, eğitim orteritelerinin ve sosyal bilimcilerin önemli bir ilgi alanı haline geldiği görülmektedir (25,26). Bu ilginin odak noktasında ise olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması ve okul sağlığı kliniklerinin öğrencilerin akademik performansına olan etkisinin değerlendirilmesi yer almaktadır. Obezite, gıda güvenliğinin sağlanamaması, alkol, sigara kullanımı, düzensiz uyku alışkanlıklarının öğrencilerin akademik başarı, okula devam durumu ve sınıf içi davranışlarını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (27-30). Ayrıca öğrencilere düzenli fiziksel egzersiz, sabah kahvaltısı, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırma, beslenmenin mineral ve vitaminlerle desteklenmesi, uyku süresinin yeterli hale getirilmesinin öğrencilerin bellek, zeka, okula devam, akademik başarı notu, sınıf içi davranışlarına olumlu katkı sağladığına ilişkin araştırma sonuçları bulunmaktadır (31-34). Okul sağlık kliniklerinin de öğrencilerin sağlık durumlarını yakından izleme, öğrenciler tarafından her an ulaşılabilir olma, okulun genel politikalarına etki etme ve öğrenci – aile – okul bağlantısına yönelik uygulamaları kolaylıkla planlayabilme özelliklerden dolayı akademik performansı geliştirme yönünden güçlü yanları vardır (35). Okul temelli sağlık hizmetlerinin akademik performans üzerinde etkisini değerlendiren çalışmalarda okulda sunulan sağlık hizmetlerinin devamsızlık, okula geç kalma durumu ve okuldaki disiplin sorunlarını azalttığı; mezun olan öğrenci sayısı ile akademik not ortalamasını artırdığı sonuçlarına ulaşılmıştır (36,37). Okul sağlığı hizmetlerinin akademik performansa pozitif etkisi olduğu ve sağlıklı öğrencilerin

daha başarılı öğrenciler olduğu tanımlanmakla birlikte mevcut araştırmaların okul temelli sağlık hizmetlerinin akademik performansa etkisine yönelik kanıt sağlama açısından yetersiz olduğu söylenmektedir (37). Okul sağlığı hemşiresinin akademik performans üzerindeki etkisi değerlendirildiğinde ise; okul sağlığı hemşireliği uygulamalarının öğrencilerin okula devamını ve eğitimini destekleyen nitelikte olduğu ve öğrenme engellerinin okul sağlığı hemşiresi tarafından kolaylıkla ortadan kaldırılabilir ya da modifiye edilebilir olduğu belirtilmektedir (12,38). Maughan (21) literatürün okul sağlığı hemşiresinin çalıştığı okullarda medikal nedenlerden dolayı okulu bırakma ile hastalıktan dolayı devamsızlık yapma oranlarının düşük ve öğrencilerin mezuniyet derecelerinin yüksek olduğuna ilişkin bulgular içerdiğini vurgulamaktadır. Ancak aynı değerlendirmede bu bulguların çoğunlukla yöntemsel nedenlerden dolayı okul sağlığı hemşiresinin okul performansı üzerindeki direkt etkisini göstermediği ve bu alanda yapılması gereken çalışmalara gereksinim olduğu belirtilmektedir.

Ülkemizde okul sağlığı hizmetlerinin okul temelli örgütlenmediği, topluma dayalı hizmetlerin bir parçası olduğu görülmektedir. Okul sağlığı hizmeti birinci basamak sağlık hizmeti kapsamında sağlık ocakları sorumluluğunda yürütülmektedir (39). Son zamanlarda ülkemizde hizmet sunum modeli olarak benimsenen aile hekimliği modelinde ise bu sorumluluk toplum sağlığı merkezlerine bırakılmıştır (40). Sağlık ocaklarının sunduğu okul sağlığı hizmetlerinin ilkyardım, reçeteleme, bağışıklama ve sağlık taramasıyla sınırlı olduğu ve diğer okul sağlığı hizmetlerinin sağlık ocağı hizmetlerine entegre edilmediği belirtilmektedir. Toplum sağlığı merkezlerinin de olanaklar ve personel sayısı bakımından sadece bağışıklama hizmetleri yürütülebilecek konumda olduğu ve bu nedenlerle okul sağlığında hizmet açığı yaşandığı vurgulanmaktadır (41). Okul sağlığı hemşireliği açısından da durum benzer nitelikte olup; ülkemizdeki okul sağlığı hemşireliğiyle ilgili yasa, yönetmelik, eğitim, çalışma koşulları gibi birçok konunun gelişmiş ülkelerdeki düzenlemelerden çok farklı olduğu görülmektedir. Ülkemizde okul sağlığı hemşireliği Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli hemşirelerin sorumluluğunda yürütülmektedir. Ancak bu hemşirelerin okul sağlığı konusundaki eğitimleri ve donanımlarının çağdaş ve profesyonel okul sağlığı hemşiresinin rol ve işlevlerini yansıtmakta yetersiz kaldığı, bu alandaki uygun istihdamlarında

yapılmadığı tespiti ülkemizdeki koşulları yansıtmaktadır (42,43). Ayrıca okul sağlığı hemşirelerinin eğitim gereksinimlerine yönelik henüz programlar geliştirilmemiş olduğu, okul sağlığı hemşiresinin kim olabileceği ve gerekli nitelikleri konusunun henüz tartışılmadığı belirtilmektedir (44,45). Son dönemlerde ülkemizde okul sağlığı hizmetleri ve okul sağlığı hemşiresine yönelik bir ilginin olduğu görülmektedir (45). Okul sağlığı hemşireliğinin görünür olması için uygulamalarının etkinliğini öğrencinin akademik performans sonuçları üzerinden değerlendirmesine duyulan evrensel gereksinim; ülkemizde de okul sağlığı hemşiresinin çağdaş rol ve fonksiyonlarına uygun olarak görev tanımlarının yapılması, çalışma alanı bulması ve eğitim alt yapısının oluşturması için önemli bir gereklilik olarak değerlendirilebilir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, öğrencilere verilen kapsamlı okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin öğrencilerin akademik performansına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3.Araştırmanın Hipotezi

Bu araştırma aşağıda yer alan hipotezlerle değerlendirilmiştir.

H1- Okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin öğrencilerin okula devamsızlık durumu üzerine etkisi vardır.

H2- Okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin öğrencilerin akademik başarısı üzerine etkisi vardır.

H3- Okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin öğrencilerin akademik erteleme davranışı üzerine etkisi vardır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Okul Sağlığı ve Okul Sağlığı Hemşireliği Hizmetleri

2.1.1 Okul Sağlığı Hizmetleri

Okul sağlığı hizmetleri, okulda sağlıklı çevrenin oluşturulması, öğrencinin gereksinim duyduğu hemşirelik ve diğer sağlık hizmetlerinin sunulması, beslenme, fiziksel aktivite ve sağlık eğitimini kapsayan uygulamaların yürütülmesi, öğrencilerin sosyal ve duygusal yönden sağlığını geliştirme, öğrenme problemlerini ortadan kaldırma ve okul çalışanlarının sağlığını geliştirme faaliyetleri olarak tanımlanmaktadır (46).

Çocuk sağlığına yönelik hizmetler eski zamanlarda ortaya çıkmasına rağmen okul sağlığı hizmetlerine ilişkin ilk uygulamalar 18.yy sonlarına doğru görülmektedir. Okul sağlığı hizmetlerinin günümüze kadar yaşadığı gelişimi; kronolojik sıra, verilen hizmetlerin içeriği ve okul sağlığı hizmetlerinin sağlıklı okul, sağlık eğitimi ve sağlık hizmetleri olmak üzere üç ana bileşenin gelişimine göre değerlendiren yaklaşımlar bulunmaktadır (1,2,4). Kronolojik değerlendirmeye göre Fransız devrimi ile birlikte (1789) okullaşma oranlarının artması okul sağlığı hizmetlerinin önemsenmesine neden olmuş ve süreçten sonra Avrupa kıtasında okul sağlığına yönelik çok sayıda gelişme yaşanmıştır. Öğrencilerin sağlığı başlangıçta okul idarecilerinin sorumluluğunda iken (1833) bu sorumluluk zamanla sağlık personeline devredilmiştir. Bu aşama Fransa’da öğrencilerin hekim kontrolünden geçmesi (1842) ve okullarda tıbbi gözlem esaslarının kabul edilmesi (1873); Brüksel’de okul sağlığı hizmetleri örgütünün kurulması (1874), İsveç’te teşkilatlı şekilde okul sağlığı hizmetinin sunulması (1878) gibi daha organize ve profesyonel yöne giden bir yapıyı içermektedir. İngiliz Dr. Clement Dukes’e ait “Okul ve Sağlık” adlı okul sağlığı alanındaki ilk kitabın yayınlanmasından (1882) sonraki süreçte İngiltere’de okul sağlığı hizmetleri ulusal düzeyde yaygınlaşmıştır (1908). New York’ta Lilian Wald yönetiminde okul sağlığı hemşireliğinin başlamasıyla okul sağlığı ekibine hemşireler katılmış ve Lina Rogers’ın ABD’de Okul Hemşireliği Komitesini kurması (1913) bu alanda hemşirelik mesleğini güçlü bir konuma getirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) kurulmasıyla okul sağlığı hizmetlerinde evrensel düzeyde etkileri beklenen uygulamalar başlamıştır. DSÖ tarafından okul sağlığı hizmetleri toplantısının ilk kez yapılması (1950), DSÖ ve UNİCEF işbirliği

ile okul sağlığı konusunda toplantıların başlaması (1977), DSÖ Avrupa Bürosu tarafından “Sağlığı Geliştiren Okullar” projesinin geliştirilmesi (1991), “Küresel Okul Sağlığı Girişiminin başlatılması” (1995), 2003 Dünya Sağlık Gününün ana temasının “Yaşamın Geleceğini Biçimlendiren Çocuklar İçin Sağlıklı Çevreler” olarak belirlenmesi bu uygulamalardan başlıcalarıdır (2,47,48).

Okul sağlığı hizmetlerinin tarihsel gelişimi, verilen hizmetler yönünden değerlendirildiğinde ise “bulaşıcı hastalıkların kontrolü (1900)”, “sağlık rehberliği ve danışmanlık” (1940), “temel bakım hizmetleri (1960)” ve “sağlığı geliştirme / özel gereksinimler (1980)” olarak hizmet anlayışının bir gelişme içinde olduğu görülebilir (1). Okul sağlığı programlarının gelişiminin “sağlıklı okul yaşamı”, “sağlık eğitimi” ve “okul sağlık hizmetlerinde” yaşanan gelişmelere bağlı inceleyen değerlendirmede geçmişten günümüze okul sağlık programlarının bu üç kavram üzerinde gerçekleştiği ve bu gelişmenin Amerika’daki okul sağlığı programlarında gözlendiği belirtilmektedir (4).

Sağlıklı okul yaşamı 19.yy okul sağlık programlarının temelini oluşturmuş ve bu dönem okul hijyeni terminolojisi ile anılmıştır. Sanitasyon ve okul binasına ilişkin düzenlemeler başlıca okul sağlığı hizmetleri olarak uygulanmıştır. 1892 yılında William A. Alcott “Construction of School Houses” adlı makalesinde, 1837’de Horace Mann raporunda ve aynı yıl Henry Bernard’ın okul mimarisiyle ilgili “An Essay on School Architecture” kitabında okulun güvenlik ve sağlık açısından nasıl olması gerektiği üzerinde durulmuştur. Okulun sadece öğrenciler için değil halk içinde bir sosyal yaşam alanı haline gelmesiyle aydınlatma, ısınma, nem kontrolü, ventilasyon, temiz su sağlanması, çöplerin imhası, bulaşıcı hastalıkların yayılımının önlenmesi hizmetleri ön plana çıkmıştır. 1910 yılında öğle yemeği uygulamasının başlamasıyla gıda güvenliği ve temizliği, ekipmanlar ve burada çalışacak kişilerin sağlık durumları da önemli bir tartışma konusu olmuştur (4).

Sağlık eğitimi çalışmaları temelde sağlık ve güvenlik konularına odaklı olup 19.yy ikinci yarısında başlayan bir uygulamadır. 1842’de hijyen dersleri, 1889 yılında beden eğitiminin okul programlarında yer alması, 1910 yılında alkol ve uyuşturucuya yönelik eğitim programları sağlık eğitimi kapsamında yaşanan başlıca gelişmelerdir. Sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılması okullarda yapılan sağlık eğitimi uygulamalarında önemli bir yer edinmiştir (4). Günümüzde okul

sağlığı alanında yapılan uygulamalarda sağlık eğitimi halen en önemli unsur olarak değerlendirilmektedir (5,6).

Okul sağlığı hizmetleri okul sağlığının diğer bir gelişim aşamasıdır. Bu dönemde okullarda sunulan sağlık hizmetinin içeriği ve hizmeti sunan profesyonellerde gelişmeler olmuştur. Okul sağlığı hizmetleri okullarda görülen salgınlar sonrası başlamış ve bu dönemde sağlık hizmetlerinden sorumlu kişinin hekim olduğu bilinmektedir. 1902'de Lillian Wald'ın çabalarıyla hemşireler, 1903'de diş hekimleri bu ekibe dahil olmuştur (4). Okul sağlığında sağlık hizmetlerinin rolünün belirginleşmesiyle okul sağlığının tanımında da gelişmeler olduğu ve bu tanımlarda okul sağlığı hizmetlerinin ayrıntılı olarak belirtildiği görülmektedir. Okul sağlığı hizmetleri 1964 yılında doktor, hemşire, diş hekimi, öğretmen ve gereksinim duyulan diğer profesyoneller tarafından, öğrenci ve okul personelinin sağlığını değerlendirmek, korumak ve geliştirmek için uygulanan prosedürler olarak tanımlanmıştır. Bu prosedürler; öğrenci ve okul personelinin sağlığını değerlendirme, öğrencilerin gereksinimi olan tedaviyi almaları ya da yeteneklerine uygun okul programlarının geliştirilmesi için öğrenci, öğretmen ve aileye danışmalık yapma, yaralanma ya da akut hastalıklarda acil bakımın verilmesi, uygun temizlik koşullarını sağlama, çevre koşullarını optimum düzeye geliştirme ve okul personelinin sağlığını koruma - geliştirme olarak belirtilmiştir (49).

Günümüzde okul sağlığı hizmetleri birçok açıdan toplumsal önemi olan hizmetler olarak değerlendirilmekte ve bu hizmetleri önemli kılan nedenlerse şöyle özetlenmektedir (1,2,5,47,50-52);

- ✓ Okul sağlık hizmetleriyle nüfusun önemli bir kısmına sağlık hizmeti ulaştırılmaktadır. Bu hizmetlerinden okul öncesi eğitimden üniversite öğrencilerine kadar geniş bir yelpazede yer alan öğrenciler yararlanmaktadır. Türkiye'de okul öncesi, ilköğretim ve ortaöğretimde eğitim alan öğrenci sayısı 23 199 865 ve öğretmen sayısı ise 800 028'dir. Okulun diğer çalışanları ve öğrenci aileleri de düşünüldüğünde sağlık hizmetlerinin topluma ulaştırılmasında okul sağlığı hizmetlerinin önemli bir yeri bulunduğu görülebilir.
- ✓ Okul çağındaki çocuklar sürekli büyüme ve gelişme dönemindedir. Bu dönemde alınacak koruyucu önlemler yaşam boyu etkili olabilecektir. Bu hareketli dönemin sakatlık ve hastalık olmadan geçirilmesinin sağlanmasıyla

büyüme ve gelişmeyi engelleyecek sağlık sorunlarının erken dönemde tanısı önemlidir.

- ✓ Düzenli bir eğitim ortamında sağlıklı yaşam biçimi için gerekli olan tutum ve davranışlarının kazandırılması mümkündür. Kazandırılan tutum ve davranışlar tüm topluma öğrenciler aracılığıyla ulaştırılabilir.
- ✓ Öğrencilerin akademik yaşamlarına başarıyla devam edebilmesi, bedensel ve ruhsal yönünden sağlıklı olmaları ile yakından ilişkilidir. Bu yüzden okul sağlığı hizmetleri akademik yaşantının önemli bir unsurudur.
- ✓ Okul ortamı bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması ve hızlı yayılmasını kolaylaştırıcı olabilmektedir.
- ✓ Okullarda var olan kalabalık ortamdan dolayı kazaların görülme sıklığı artmaktadır. Adölesan öğrenci grubu yaralanma ya da ölümlerle sonuçlanan riskli davranışlar içine kolaylıkla girebilmektedir.

Okul sağlığı hizmetlerinin sağlık hizmeti sunumu, sağlık eğitimi ve okul çevresinin sağlığını geliştirmek olmak üzere üç ana boyutu bulunmaktadır (3). Sağlık hizmeti öğrenciler ve okul personelinin sağlığını koruyan ve geliştiren hizmetlerdir. Bu hizmetler görme, işitme ve skolyoz gibi periyodik muayeneler, acil hizmetler, engelli çocuklar için sağlık bakımı planlama ve uygulama, çocuk, aile ve toplum kaynakları arasında bağlantı kurma olarak özetlenebilir. Sağlık hizmetlerinin kapsamı; okulun ve toplumun gereksinimleri, kaynakları ve okul toplumunun genel özelliklerine göre değiştirilebilir niteliktedir. Okula kayıt muayenesi, ruh sağlığı, üreme sağlığı, beden eğitimi/okul sporları çalışmaları gibi aktivitelerle hizmetlerin çeşitliliği artırılabilir. Okul sağlık hizmetleri toplumda sunulan hizmetlerin bir tekrarı olarak düşünülüp kaynakların boşa harcanması olarak değerlendirilebilmektedir. Ancak bu hizmetler sağlık güvencesi olmayan öğrenciler için önemli bir fırsat ve sağlık hizmetlerinin sunumunu güçlendirerek kaynakların tüm topluma ulaşmasını sağlayan hizmetler olarak düşünülmektedir (6).

Sağlık eğitimi öğrenci ya da okul personeline sağlık konularında bilgilendirmeden daha çok sağlıkları ile ilgili karar vermeleri için yardım edici bir süreçtir. Okul sağlığı hemşiresi öğrenci-aile ve toplumun sağlık eğitimine katılımını sağlayarak etkin bir eğitim süreci uygulayabilir. Okul temelli sağlık eğitiminde, öğrencilere sağlık fonksiyonlarını anlamaları için gerekli olan bilgiyi verme, sağlıklı

yaşam için tutum ve davranışlar geliştirme, yaşamın sağlıklı devam edebilmesi için gerekli olan bazı yaşam becerileri kazandırma hedeflenir. Öğrenciler sağlık eğitimi ile kendilerine kazandırılan davranışları kolaylıkla günlük yaşamlarına geçirebilirler ve toplumda yetişkinler içinde davranış değişikliği başlatan bir mekanizma olabilirler (3,5).

Sağlıklı okul çevresi, öğrencilerin ve okul personelinin fiziksel ve psikolojik sağlıklarını optimum düzeye çıkaran koşullar olarak tanımlanmaktadır. Güvenlik tehlikelerinin olmadığı ve olumsuz stres faktörlerinin azaltıldığı okul çevresi sağlıklı olarak nitelendirmekle birlikte aşağıda sağlıklı okul çevresine ilişkin bazı özellikler sunulmaktadır:

- 1.Okulun mimari yapısının öğrencilerin gelişimsel özelliklerine, engelli öğrencilerin gereksinimlerine ve eğitim programının niteliğine uygun olması,
- 2.Aydınlatma, ısıtma, havalandırma, tuvalet ve su kaynakları bakımından yeterli nitelikte olması,
- 3.Olağan üstü durumlar için güvenlik programının yapılması,
- 4.Gıda güvenliği, sanitasyon ve çevresel zararlılarla ilgili gerekli önlemlerin alınması,
- 5.Bütün öğrencilerin katılımına açık eğlence, dinlenme programlarının olması,
6. Her yaş grubundaki öğrencilerin fiziksel ve psikolojik gelişimine uygun okul aktiviteleri planlanması,
7. Beslenme için gerekli zaman, gıda ve hijyenik ortamın sağlanması
- 8.Öğrenci ve okul personeli için psikolojik danışmanlık ve konsültasyon hizmeti alabileceği birimler olması başlıca özelliklerdir (6).

Günümüzde değişen gereksinimlere paralel olarak okul sağlığı hizmetlerinin amacı, kapsamı ve sunum şekline ilişkin önemli değişimler yaşanmıştır. Çoğu ebeveynin çalışması nedeniyle gün içinde çocukların sağlıkları ile ilgilenememesi, öğrencilerin sağlık hizmeti kullanımını için devamsızlık yapmak zorunda kalması, polikliniklerde güvenli bir ortamın oluşturulmaması nedeniyle öğrencilerin karmaşık etyolojisi olan sağlık sorunlarının ortaya çıkarılmasının zor olması, aileler üzerinde artan ekonomik baskılar ve yoğun yaşanan göçler okul sağlığında geleneksel yaklaşımların sorgulanmasına ve yeni modellerin tartışılmasına neden olmuştur

(3,53). Okul sağlığı hizmetlerinin sunumuna ilişkin farklı yaklaşımlar ekipte yer alan profesyonellerin rolleri ve hizmet sunum şeklinde de farklılıkları oluşturmaktadır. Okul sağlığı programlarından sağlığı geliştiren okullar, okul temelli sağlık klinikleri ve kapsamlı okul sağlığı hizmetleri literatürde daha çok tartişılan ve pratikte en çok uygulanan programlardır.

Sağlığı geliştiren okul kavramı 1980'lerde yaygınlaşan sağlığı geliştirme kavramına dayanmaktadır ve bu kavram ilk kez 1980'de DSÖ tarafından kullanılmış, 1992 yılında DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından Avrupa'da sağlığı geliştiren okullar ağı başlatılmıştır (54). Okulların çocukların ve gençlerin sağlığını geliştirici ortamlar olarak görölmesi anlayışına dayalı Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı Projesi, DSÖ, Avrupa Konseyi ve Avrupa Komisyonu tarafından maddi ve teknik yönden desteklenen ve içinde Türkiye'ninde bulunduğu 40'dan fazla Avrupa ülkesinde uygulanan bir araştırma geliştirme projesidir (54,55). Bu projenin amacı (54);

1. Çocuklara sağlıklı bir çevrede, sağlıklı yaşam tarzına uygun bilgi, tutum ve davranışlar kazandırmak,
2. Sağlığı etkileyen olumsuz faktörler konusunda duyarlı hale getirmek,
3. Çocukların yaşamlarında kendi sağlıklarıyla ilgili doğru karar verebilme yeteneklerini güçlendirerek öz benliklerini geliştirmek,
4. Okulda verilen sağlık eğitimine toplum desteğini sağlamak ve sağlığı geliştirme eğitimini teşvik etmektir.

Sağlıklı okullar yaklaşımını benimseyen bir okulun temel fonksiyonları; fiziksel ve sosyal çevre koşullarını geliştirme, bütün okul üyelerinin okul sağlık hizmetine ulaşabilir olma, okul ve toplum arasındaki ilişkinin geliştirilme ve öğrencilere yaşam becerileri kazandırma olarak belirtilmektedir (56). Sağlıklı beslenmeden okulda şiddetin önlenmesine kadar konuları içeren *sağlık politikalarının oluşturulması (1), sağlıklı yaşamı destekleyen fiziksel ve sosyal çevrenin sağlanması (2), bireysel sağlık becerileri (3) ve eylem yeterliliğinin kazandırılması (4), toplumla bağlantı kurulması (5) ve sağlık hizmetleri (6) sağlığı geliştiren okul anlayışının altı bileşenini oluşturmaktadır (57).*

Sağlığı geliştiren okullara yönelik yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde; öğrencilerin toplum aktivitelerine katılma, toplum içinde kendini yeterli ve güvende hissetme, toplumsal farklılıklara toleranslı olma gibi sosyal yönlerin gelişmesinde

sağlığı geliştiren okulların başarılı olduğu (56), bu okullarda sağlıkla ilgili standartların daha yüksek olduğu (58), yine bu okulların öğretmen ve öğrenciler tarafından diğer okullara göre daha olumlu özelliklere sahip olarak tanımlandığı görülmektedir (59). Ayrıca sağlığı geliştiren okul yaklaşımını benimseyen okullarda hem eğitim hem de sağlık sonuçların olumlu yönde değiştiği, öğrencilerin öğretim sorunlarının düzeldiği, emosyonel iyilik halinin arttığı ve riskli sağlık davranışlarının azaldığı literatürde yer alan diğer sonuçlardır (60-63).

Okul temelli sağlık klinikleride son dönemlerde yaygınlaşan okul sağlığı hizmet sunum modellerinden bir diğeridir. Öğrencilerin karmaşık ve birbirini etkileyen fiziksel, duygusal ve eğitimle ilgili sorunlarının artması; ayrı ayrı sunulan sağlık hizmetleri yerine kapsamlı ve interdisipliner bir yaklaşımla sunulan sağlık hizmetlerine olan gereksinimi ortaya çıkmıştır. Ayrıca sağlık ve öğrenme arasındaki bağlantının tanımlanması, özellikle adölesanların sağlık güvencelerinin olmaması, sağlık hizmeti kullanım oranlarının düşük ve riskli davranışlara sahip olma oranlarının yüksek olması bütüncül ve koordineli okul temelli sağlık hizmetini zorunlu kılmıştır (3).

Okul temelli sağlık klinikleri okul içinde yerleşik, okul sağlığı hemşiresi, doktor, danışmalar ve yardımcı personelin bulunduğu, eğitim - bağışıklama gibi koruyucu hizmetlerin verildiği, akut hastalıklara ve acil bakıma yönelik hizmetlerin sunulduğu, temel labarotuvlar testlerinin yapılabildiği ve toplumdaki sosyal servislerle işbirliği içinde hizmetlerin verildiği kliniklerdir (64). Okul temelli sağlık kliniklerinin çalışma koşulları birbirinden farklıdır. Bazı klinikler sadece öğrenci için hizmet verirken bazıları öğrenci ailesine ve bölge halkına da hizmet vermekte ve gün boyunca açık bulunmaktadır. Bu kliniklerde cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tanı-tedavisi, gebelik testi ve aile planlaması hizmeti de verilmektedir. Bu kurumların giderleri hastaneler, yerel sağlık departmanları ve toplum sağlığı merkezleri tarafından karşılanmaktadır. Çoğu bölge hastanesi de bu kliniklerin sağlığı geliştirmeye ağırlık vermeleri ve acil bakım hizmeti sağlamaları nedeniyle, kendi giderlerini düşürdüğünden maddi olarak bu klinikleri destekleme konusunda gönüllü olmaktadır (3,65).

Yapılan çalışmalarda okul temelli sağlık hizmetlerinin, sağlık hizmeti kullanan öğrenci sayısını artırdığı, öğrenciler arasında hastaneye yatış ve acil servise

başvuru oranları ve maliyeti azalttığı, sağlık sorunlarının daha kolay belirlendiği, koruyucu hizmetlerinin kullanımını geliştirdiği, doğum kontrol yöntemlerinin uygun kullanımını sağladığı, özellikle kırsal alanda eğitim alan öğrencilerin sağlık hizmetine ulaşmasında büyük bir katkısı olduğu görülmektedir (65-71). Okul temelli hizmetler öğrenciler tarafından güvenilir, arkadaş yanlısı hizmetler olarak tanımlanırken; aileler kliniklerde çalışan personelin ilgili olması, randevusuz görüşmeleri, hizmet almak için daha az beklemeleri gerektiği için bu klinikleri tercih ettiklerini belirtmektedir (3,69).

Kapsamlı okul sağlığı programı ise okul sağlığı alanında öğrencilerin sağlık durumunu istendik düzeye getirmek için kullanılan en etkili programlardan biri olarak tanımlanmaktadır (72). Allensworth ve Kolbe (1987) tarafından geliştirilen kapsamlı okul sağlığı programı en son 1996 yılında Resnicow ve Allensworth tarafından koordineli sekiz hizmet alanı yapısıyla genişletilmiştir (6,73). Klasik okul sağlığı modelinde sorumlulukların çok iyi belirtilmemiş olması nedeniyle sağlıklı çevre, çalışanların iyilik hali ve toplumun rolünün göz ardı edildiği vurgulanmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti, sağlık eğitimi ve sağlıklı çevreden oluşan klasik üçlünün sağlıklı çevre boyutu bu modelde fiziksel aktivite programları, danışmanlık, psikoloji, sosyal hizmetler, beslenme hizmetleri, çalışanların iyilik halinin geliştirilmesi ve aile-toplum katılımı yaklaşımları ile genişletilmiştir (73).

Kapsamlı okul sağlığı programı öğrenci ve çalışanların sağlığını koruma ve geliştirme için gerekli aktiviteleri, prosedürleri ve politikaların organizasyonu ile öğrencinin eğitimsel gelişimini sağlayan girişimleri bütünleştiren bir programdır ve bu özelliği nedeniyle eşgüdümlü okul sağlığı programı (Coordinated school health programs) olarak da adlandırılmaktadır (6,72). Bu programın içeriği ailenin desteği ile yerel toplum tarafından belirlenmekte ve program toplumun gereksinimlerine, kaynaklarına, standartlarına ve koşullarına uygun olarak şekillendirilmektedir. Bu programın yürütülmesi, multidisipliner bir yapı olan okul sağlığı komitesi tarafından koordine edilmekte ve bu komite programın kalitesi ve etkinliği için topluma karşı sorumlu tutulmaktadır. Okul sağlığı koorinatörü ise hem hizmet sunumunda yer alan komitenin bir parçası olmakta hem de toplumsal ve okul düzeyindeki işleyişin eşgüdümlü olmasını sağlama rolü bulunmaktadır (6). Gottlieb ve diğ. (72) yaptığı değerlendirmede üniversitelerin eğitim, danışmanlık, araştırma ve iletişim yönünden

bu işleyişe dahil olduklarını belirtmektedir. Hizmetiçi eğitimi düzenlemek, okul sağlığı programının içeriğini, standartlarını geliştirmek, hizmet sunum kılavuzları hazırlamak, okul sağlığı sertifika programı hazırlamak, okul sağlığı hizmetlerinin kapsamını ve etkinliği değerlendiren araştırmalar yapmak, hem okula hem de ulusal düzeydeki yetkililere danışmanlık hizmeti vermek, politika oluşturma sürecine aktif olarak katılmak üniversitelerin başlıca sorumlulukları olarak belirtilmektedir.

Kapsamlı okul sağlığı programlarında sunulan hizmetlerin içeriği ile ilgili standartlaşmış yaklaşımlar bulunmamaktadır. Her bölge hatta her okul toplumun gereksinimlerine, sosyodemografik ve ekonomik belirleyicilere ve yaygın olarak görülen sağlık problemlerine göre kendi hizmetlerini şekillendirmektedir (6). Örneğin kırsal bölgede hizmetlerin sağlık hizmeti, psikolojik danışmanlık – sosyal hizmetler ve fiziksel eğitim alanında talep edildiği (74), sistemin yeni kurulduğu yerler de danışmanlık ve personelin sağlığını geliştirme faaliyetinin ayrı ele alınmadığı sağlık hizmetleri içinde değerlendirildiği görülmektedir (75). Literatürde kapsamlı okul sağlığı hizmetlerinin öğrenciler arasında devamsızlığı ve sınıf içi davranış problemlerini azalttığı, akademik performansı düzelttiği, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarını artırdığı, riskli davranışlara başlama yaşının yükselttiği, sigara kullanma ve adölesan gebelik oranını düşürdüğü ile ilgili değerlendirmeler yapılmaktadır (6,12,76).

2.1.2 Okul Sağlığı Hemşireliği

2.1.2.1 Okul Sağlığı Hemşireliğinin Tanımı Ve Tarihçesi

Amerika Ulusal Okul Hemşireliği Birliği (NASN) okul sağlığı hemşiresini; öğrencilerin iyilik hallerini geliştirme, akademik başarıyı yakalama ve bunu ömür boyu devam ettirmelerini sağlayan uygulamalarda uzmanlaşmış profesyonel hemşire olarak tanımlamaktadır (77). Okul sağlığı hemşireliği hizmetleri 19. yy sonlarında başlamış ancak profesyonel bir branş olarak gelişmesi 20. yy başlarında olmuştur. Bu zaman diliminde Amerika'da yaşanan yoğun göçün sonucu olarak çocukların olumsuz koşullarda yaşaması ve ilkökul eğitiminin zorunlu hale gelmesi okul sağlığı hemşireliğinin ortaya çıkışında itici güç olmuş (3) ve aynı zamanda Londra'da sağlıksız çocuklara verilen hemşirelik hizmetlerinin başarısı okul sağlığı hemşireliği içinde önemli bir temel oluşturmuştur (6).

Modern okul sağlığı hemşireliği Amerika’da Lillian Wald’in uygulamalarına dayalı olarak başlamıştır. Bulaşıcı hastalıkların yaygın olduğu dönemlerde okullarda bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasında hasta olan çocukların sağlamlardan ayrılması yolu izleniyor, hasta çocukların tedavisi, sağlık eğitimi ve izlem gibi uygulamalar yapılmıyordu. Okullardaki devamsızlık oranı da oldukça yüksekti. Bu dönemde Lillian Wald tarafından Lina Rogers ilk kez okul sağlığı hemşiresi olarak görevlendirilmiş ve hasta çocukların evde izlemine dayalı uygulamalar başlatılmıştır. Lillian Wald, 1902 yılında öğrenci sayısı yüksek olan dört okulda yürüttüğu Henry Street Settlement ziyaretçi hemşireliği uygulamaları ile bir yılda öğrenci devamsızlık hızını önemli bir oranda düşürmüştür (3,6).

Lillian Wald’in bu başarısından sonra okul sağlığı hemşireliğinde hızlı bir gelişme yaşanmıştır. 1909 yılında çok sayıda ziyaretçi hemşirelik birliğinin okul sağlığı hizmetleri sağlaması ve 1913’de Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Organizasyonu tarafından başkanlığına Lina Rogers’in getirildiği okul sağlığı komisyonu kurulması bu gelişmelerin öncüsüdür. 1912’de Amerikan Kızılhacı tarafından kırsaldaki öğrencilere okul sağlığı hemşireliği hizmeti götürölmüş ve bu tarihten sonra okullar, yerel yönetimler, ziyaretçi hemşire birlikleri okullarda hemşire görevlendirmiştir. Bulaşıcı hastalıkların okullarda kontrol altına alınmasından sonra okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin daha çok sağlık eğitimi, danışmanlık ve taramalara odaklanmaya başladığı görölmektedir. 1926’da ilk kez Amerika Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Organizasyonu (NOPHN) tarafından okul sağlığı hemşiresinin kapsam ve fonksiyonları yayınlanmıştır. 1937’de okul sağlığı hemşireleri Ulusal Eğitim Birliği’nin Okul Sağlığı ve Fiziksel Eğitim bölümünün bir parçası haline gelmiş ve daha sonra Ulusal Okul Hemşireliği Birliği (NASN) olarak kendi örgütlenme sürecini tamamlamıştır. Profesyonel bir organizasyon olan bu birlik okul sağlığı hemşireliğinin standartlarını belirlemiştir. 1941 yılında da okul sağlığı hemşireliğindeki ilk yayın olan “The Nurse in the School” (Okulda Hemşire) yayınlanmış ve 1969 yılında Colorado Üniversitesinde okul sağlığı hemşireliği programı geliştirilmiştir. Tarihsel bu gelişmelerle birlikte okul sağlığı hemşireliğinde eğitim, yönetim, mesleki özellikler konusundaki gelişiminin ilk aşamasını tamamlamıştır (1,6).

2.1.2.2 Okul Hemşiresinin Sorumlulukları, Roller ve Fonksiyonu

Okul sağlığı hemşiresinin temel sorumluluğu okul toplumu için hastalıkların önlenmesi, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesidir. Okul sağlığı hemşiresi sadece öğrencilere, ailelere, gruplara değil bir bütün olarak tüm okul toplumuna hizmet etmektedir (3). Günümüzde öğrencilerin sağlık sorunları yanı sıra göç, evsizlik, boşanma, yeniden evlenme, yoksulluk, madde kullanımı ve şiddet gibi çeşitli sorunların okul sağlığı hizmetleri ile ele alınması ve çözülmesi anlayışı yaygındır. Okul sağlığı hemşiresinin toplumun bu gereksinimi ve beklentisi karşısındaki başlıca sorumluluğu ise okul sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alma; hekim ve ilgili diğer mesleki uzmanlar, yerel yönetimlerle işbirliği içinde çalışarak öğrenci ve ailesi için sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini geliştirmektir (12). Bu sorumluluğu yerine getirmek için okul sağlığı hemşiresini temel, akut, kronik ve acil durumlar için bakım verme, sağlık taraması yapma, özellikle engelli öğrenciler için savunuculuk rolünü uygulama, öğrenme engellerini bulma, değişim ajanı olma, yönetici ve eğitmen rollerine sahip olması gerekmektedir (3,12).

Okul sağlığı hemşiresinin rol ve fonksiyonları temelde hemşirelik mesleğinin rol ve fonksiyonlarından oluşmakla birlikte hizmet sunduğu nüfusun farklı, karmaşık gereksinimleri ve medikal olanaklardan uzak çevrede hizmet sunması nedeniyle kullandığı rollerin sıklığı ve niteliği değişebilmektedir (6,14). Okul sağlığı hemşiresi hastane ortamında çalışan hemşirenin sahip olduğu; hastanın tanı ve tedavi yönünden hazır olunuşluğu; sağlık ekibi üyelerine ve gerekli olan teknolojiye, malzemeye kolay ulaşma; sorumluluğunu paylaşma; çalışma düzeni gibi özelliklere sahip olamayacağı belirtilmektedir. Okul sağlığı hemşiresinin malzeme, ekip ve hizmeti yürütme konusunda kendi kaynaklarını oluşturması; bakımını kendi yönlendirmesi; sorumluluğu üstlenmesi; çoğunlukla aile ve öğrencinin bakım sürecine uyumunu kendisinin sağlamak zorunda olması; okul, ev ve gerekli bütün alanlarda hizmetini sürdürmesi ve en önemlisi sağlık sorunlarını bulma konusunda çalışması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu nedenle okul sağlığı hemşiresi klinik bakım yanı sıra çok sayıda rolünü daha aktif ve öncelikli olarak kullanmaktadır (9).

Savunuculuk: Okul sağlığı hemşiresinin savunuculuk rolü, çocuğun sağlık gereksinimini ailenin fark etmesini sağlama, olanaklar ile aile arasında bağlantı kurma ve kaynakları yetersiz ailelerin sağlık hizmetine ulaşmasına yardım etme

aktivitelerini içermektedir. Sağlıklı insanlar 2010 bildirgesinde özellikle adölesanlar için sağlık hizmetinde boşluklar olduğu ve bu nedenle sağlık hizmeti sunanların savuculuk rollerini sık sık kullanmaları gerektiği vurgulanmaktadır. Engelli durumundan dolayı evde eğitimine devam eden öğrencilerin özel ekipman ve hizmet sunumu yardımıyla okulda eğitimlerine devam etmesini sağlamak önemli bir savunuculuk örneği olarak gösterilmektedir (6,78).

Vaka Bulucu: Öğrencilerin fiziksel, davranışsal, sosyal ve akademik problemlerini erken dönemde fark etmek bütün okul personelinin görevi olmakla birlikte, vakaları bulmak okul sağlığı hemşiresinin başarıya ulaşmasında önemli bir roldür (6). Vaka bulma gözlem, tarama programları, devamsızlık kayıtların değerlendirilmesi ve öğretmen aracılığıyla yapılabilmektedir (1,6). Öğrencinin gün içi performansının, fiziksel görünümünün ve beslenme alışkanlıklarının gözlenmesiyle birçok sorunu saptanabilmektedir. Boy, görme, işitme, ağız-diş sağlığı, skolyoz gibi taramaların düzenli yapılması erken tanı açısından vaka bulmayı oldukça kolaylaştıran bir unsurdur. Devamsızlık kayıtları çocuk sağlığını etkileyen olumsuz sağlık koşullarını ortaya çıkarmada ve aile ortamının öğrenci üzerinde olumsuz etkilerinin saptanmasında önemlidir. Öğrencilerle en çok zamanını geçiren öğretmenler fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığa ilişkin belirti – bulguları kolayca fark edebilirler (5,6).

Vaka Yönetimi: Öğrenci ve aileye verilen bakımın sürekliliğini planlama ve değerlendirmeye odaklı bir yaklaşım olan vaka yönetimi, okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Okul sağlığı hemşiresinin iyi bir vaka yöneticisi olabilmesi için öğrenci ve ailelere yönelik var olan sağlık hizmetlerini bilme, uzman ya da kurumlarla etkili işbirliği yapma, profesyonel standartlara dayalı bakım sürecini yönetebilme konusunda kendisini geliştirmesi gerekmektedir. Bunların yanı sıra öğrenci ve ailesi için gerekli bütün hizmetleri sürekli koordineli tutma becerisi ve vaka yönetiminin her sorun için farklı nitelikte olması gerektiğinden iyi bir bilgi altyapısı olmalıdır (6).

Vaka yönetimi; risk altındaki öğrencilerin ulaşabilecekleri hizmetlerle ilgili bilgiyi paylaşma, aile ve çocuğa en uygun hizmeti seçmeleri için danışmanlık yapma, gerekli ekip üyeleriyle işbirliği içinde olma, bütün hizmetleri koordine etme ve sonuçları belli kriterlere göre sürekli değerlendirme aktivitelerini içermektedir (6).

Okul sağlığı hemşirelerinin vaka yönetimini başarıyla uyguladığı ve bu uygulamanın öğrenciye olan olumlu katkılarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada okul sağlığı hemşireleri tarafından vaka yönetimi ile ele alınan astımlı öğrencilerde devamsızlık oranı, acil servis ya da hastaneye başvuru sıklığının azaldığı belirtilirken (79) başka bir çalışmada da vaka yönetimi ile kronik hastalığa sahip öğrencilerin yaşam kalitesi ve hastalıklarını yönetmedeki başarılarının arttığı bildirilmektedir (16). Benzer şekilde vaka yönetimiyle verilen okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin etkisini dört yıllık bir süreçte değerlendiren çalışma sonucunda, öğrencilerin okul başarısı ve yaşam kalitesinin arttığı, devamsızlığın ve sağlık şikayetlerinin azaldığı, öğrencilerin genel davranışlarında düzelme görüldüğü bulunurken; ğretmen ve ailelerde bu uygulama sonucu öğrencilerin yaşam kalitesinin arttığını bildirmiştir (80).

Toplumla Bağlantı: Okul sağlığı hemşiresinin toplumla bağlantı rolü birkaç nedenden dolayı çok önemlidir. Öncelikle okul sistemlerinin öğrencinin sağlık sorununu çözebilecek yeterli kaynaklara sahip olmaması nedeniyle hemşire toplumun kaynaklarını kullanmak zorundadır. Diğer bir nedende hemşirenin yaptığı sağlık planlamasının başarısının ancak toplum katılımıyla mümkün olmasıdır. İyi bir sağlık bakım planının toplumun gereksinimlerini öncelemesi, toplumun kültürel ve ekonomik örüntüsüne uygun nitelikte olması gerekmektedir, okul sağlığı hemşiresinin bunu sağlaması da toplumla sürekli bağlantı içinde olmakla olasıdır (6). Kapsamlı okul sağlığı, sağlığı geliştiren okullar ve okul temelli sağlık hizmetleri gibi modern okul sağlığı yaklaşımlarında toplumla bağlantı temel fonksiyon olarak yer almaktadır (61,64,73).

Danışmanlık: Okul sağlığı hemşiresi okul ortamında farklı sağlık profesyonellerinin sorumluluğunu çoğunlukla tek başına üstlenmektedir. ocuk sağlığını etkileyen tüm faktörleri değerlendirmek, normal büyüme ve gelişmeyi izlemek, hastalık sürecini yönetmek okul sağlığı hemşiresinin sorumluluğudur. Bu nedenle özellikle kronik hastalığa sahip öğrencinin okul yaşantısının nasıl olacağı ve akut sorunu olan öğrencinin tedavisinin okulda mı, sağlık kurumunda mı yapılacağı ya da öğrencinin eve mi gönderilmesi gerektiği okul sağlığı hemşiresinin sıklıkla danışmanlığına gerek duyulan konulardır. Ayrıca bulaşıcı hastalıkların kontrolü, aileden kaynaklı sorunların ele alınması ve ocuk için toplum kaynaklarının nasıl

kullanılabileceği gibi durumlarda hemşire okul personeline ve aileye sürekli danışmanlık yapmaktadır (6). Bioterrorizme karşı gerekli önlemlerin alınmasında okul sağlığı hemşiresinin danışmanlık rolüne dikkat çeken çalışma (81) ile okulda meydana gelen yaralanma ya da akut sağlık sorunlarında hemşirenin öğrenciyi eve gönderme oranının diğer okul çalışanlarına göre daha düşük olduğunu belirten çalışma okul sağlığı hemşiresinin danışmanlık rolünün önemini vurgulamaktadır (82).

Epidemiyolojist: Okul sağlığı hemşiresinin risk altındaki öğrencileri belirleme, öğrencilerin sağlığını etkileyen faktörleri bulma, gerekli ve uygun girişimleri belirleme, okul sağlığı için önemli olan kayıtları tam ve doğru tutabilme, kayıtların analizini yapabilme ve kendi hizmetlerinin etkinliği değerlendirebilme faaliyetleri için iyi bir epidemiyoloji bilgisi ve epidemiyolojik süreci uygulayacak becerisi olması gerektiği belirtilmektedir (6). Bu nedenlerle okul sağlığı hemşireliği sertifika ya da yüksek lisans programlarının içeriğinde epidemiyoloji dersinin yeri vurgulanmakta (1) ve okul sağlığı hemşireliği için tanımlanan bir kavramsal çerçevede de epidemiyolojik sürecin okul sağlığı hemşiresi tarafından kullanılmasının gerekliliği belirtilmektedir (8).

Sağlık Danışmanlığı: Günümüzde çocuk ve gençler; cinsel sağlık sorunları, madde, alkol kullanımı, arkadaş baskısı, geleceği ile ilgili kariyer planları ve aile parçalanmaları gibi nedenlerle karmaşık sorunlar yaşamaktadır. Ayrıca bu konularda bilgi almak, yetişkinlerin baskısı olmadan duygu ve düşüncelerini paylaşmak istemektedirler. Okul sağlığı hemşiresi bu ortamı öğrencilere sağlayabilir ve öğrenciyi notla değerlendirmede için öğrenci hemşireyi tehdit olarak hissetmez. Okul sağlığı hemşiresi öğrencinin danışmanlık gereksinimlerini bu nedenlerle kolayca fark etme ve gerekli yardımı yapabilme fırsatına sahiptir (6).

Sağlık Eğitimsi: Sağlık eğitimi kapsamlı okul sağlığı hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Okul sağlığı hemşiresi sağlık eğitimi aracılığıyla; öğrenciyi, ailesine ve okul çalışanlarına sağlıkla ilgili konularda karar almalarını sağlayacak bilgi ve tutumu kazanmaları için yardım etmektedir ve okul sağlık eğitimleri ile tüm topluma sağlık eğitimi ulaştırılabilmektedir (6). Okul sağlığı hemşireleri için belirlenen profesyonel standartlardan XI. sağlık eğitimidir. Bu standarta göre öğrenci, veli ve okul personelinin optimal sağlık düzeyine ulaşmaları için sağlık eğitim ihtiyaçlarını

belirlemek, sağlıklı yaşam stillerini benimsemeleri ve kendi sağlıkları konusunda daha etkin karar alabilmeleri için bu bireyleri destekleme okul sağlığı hemşiresinin görevleri arasında yer almaktadır (83). Yapılan çalışmalarda da okul sağlığı hemşiresinin sağlık eğitimi aracılığıyla öğrencilerin sağlık düzeyinde olumlu katkıları olduğu bulunmuştur. Sağlık eğitimi sonrası öğrencilerin beslenme alışkanlığının sağlıklı besin tercihi yönünde değişmesi (84), verilen eğitim sonunda öğrencilerin mental sağlığının korunması ve mental hastalıklarla ilgili bilgisinin artması (85), ailelere yönelik ağız sağlığı eğitiminin bilgi ve davranış üzerinde anlamlı katkı sağlaması (86) gibi sonuçları olan çalışmalar başarılı sağlık eğitimi uygulamalarına örnektir.

Ev ziyareti: Ev ziyaretleri çocuk sağlık problemlerinin kapsamı ve nedenlerini anlamak, uygun girişimler belirlemek, bakım planına ailenin katılımını sağlamak için önemlidir. Aile dinamiklerine ve ailenin olanaklarına ilişkin en iyi ve gerçekçi veriler ev ortamında elde edilebilmektedir. Özellikle öğrencinin tıbbi öz geçmişine ait veriler eksikse, öğrencinin davranış problemi, kronik hastalığına ilişkin düzelmeyen bir durum, şüpheli çocuk istismarı ya da ihmali, gelişim problemine ilişkin özel gereksinimi, öğrencinin sağlık sorunlarını tanılama ya da izlemde sıkıntı, enfeksiyon hastalıklarına sık yakalanma öyküsü varsa ve öğrenci gebelik durumu yaşıyorsa okul sağlığı hemşiresinin ev ziyareti yapması bir gerekliliktir (6). Ev ziyaretinin okul sağlığı hemşiresinin vazgeçilmeyecek bir rolü olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Aileler için düzenlenen bir destek programında; ailelerin ev ziyareti ile kendilerine ulaşılmasını tercih ettiklerini belirtmesi ve ev ziyaretini de içeren bir dizi uygulamadan sonra anne ve çocuğun mental sağlıklarında düzelme olması ev ziyaretinin okul sağlığı hemşiresi için önemini gösteren bir çalışmadır (87). Yayınlanan bir vaka çalışmasında da farklı belirti - bulgular gösteren ve okula devamsızlığı olan öğrencinin gerçek etyolojinin bulunması ve uygun girişimlerin uygulanabilmesinin ev ziyaretleri ile mümkün olduğu görülmektedir (88).

Ekip Üyesi: Öğrencilerin sağlık sorunları tek bir sağlık disiplini tarafından çözülebilecek sorunlar değildir. Ekip işbirliği ve iletişimi okul sağlık hizmetleri için gereklidir. Okul sağlığı hemşiresinin hemşirelik hizmetlerini etkin bir şekilde planlaması ve uygulaması okul ekibindeki herkesin rol ve görevlerini bilmesi ile

olasıdır (6). Okul sağlığı hizmetlerinde hemşire, doktor, psikolog, sosyal çalışmacı, diyetisyen, diş hekimi gibi çok çeşitli sağlık profesyoneli yer alabilmektedir (3,5).

Araştırmacı: Okul sağlığı alanındaki çalışmaların çok az bir kısmı okul sağlığı hemşiresinin aktivitelerine odaklıdır. Okul sağlığı hemşiresinden, öğrenci gereksinimlerini karşılayan, okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin düzenlenmesine katkı sağlayan ve hemşirelik girişimlerini etkililik ve mali etkinlik bakımından değerlendiren çalışmalar yapması beklemektedir. Buna karşılık okul sağlığı hemşiresinin, aile ve okul yönetiminin araştırma yapılması için gerekli onayı vermesine, personelin araştırmanın uygulamasının içinde bulunarak ya da kolaylaştırarak destek olmasına, yayın haline dönüştürmesi için eğitim olanaklarından yararlanmaya ve ekonomik, zaman, alt yapı olarak desteklenmeye gereksinimi vardır (6). Son zamanlarda yapılan yayınlarda okul sağlığı hemşireliği uygulamalarının görünür olması için kanıta dayalı nitelikli çalışmalara duyulan gereksinim sıklıkla vurgulanmaktadır (7,15,17-19).

2.1.2.3 Okul Sağlığı Hemşiresinin Eğitimi Ve Çalışma Koşulları

Günümüzde okul sağlığı hemşireliği farklı düzeyde eğitim alan hemşireler tarafından yürütülmektedir. Ancak toplumsal alanlarda hizmet veren meslek üyelerinden uzmanlaşma beklendiği ve bu bağlamda okul sağlığı hemşirelerinin tanı-tedavi ve fiziksel değerlendirme bakımından hazır olmalarının yanı sıra akademik alanda master ya da sertifika sahibi olmaları gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca okul çağı çocuğunun sorunlarının karmaşık hale gelmesi okul sağlığı hemşirelerinin özel bir eğitime olan gereksinimini ön plana çıkartmaktadır. Birçok ayrı mesleki disiplinin sorumluluğunu okul ortamında tek başına üstlenen okul sağlığı hemşirelerinin, hizmetlerinin güvenilirliğinin sağlanabilmesi için mezuniyet sonrası eğitime gereksinimi bulunmaktadır (3). Çoğu sertifika programının içeriği benzer olmakla birlikte programların çoğunlukla lisans mezunu hemşireyi kapsadığı, temel hemşirelik eğitimi sırasında halk sağlığı hemşireliği, büyüme gelişme dersi ya da çocuk sağlığı hemşireliği, sosyoloji, psikoloji ya da kültürel antropoloji ve akıl - ruh sağlığı hemşireliği dersi almasının beklendiği ve hatta bazı programların hemşirelerin akademik not ortalamasını önemsedikleri görülmektedir. Sertifika programlarının ana içeriklerini okul sağlığı hemşireliğinin temel ilkeleri, bulaşıcı hastalıklar ve yönetimi, özel gereksinimi olan çocuklar, okul sağlığı teori ve eğilimleri, okul

grubuna yönelik hemşirelik süreci, okul sağlığı intern uygulaması oluşturmaktadır (89-91).

Okul sağlığı hemşireliği hizmetleri okullarda görev alan hemşire ya da o bölgede görevli genel sağlık sistemi tarafından görevlendirilen toplum sağlığı hemşireleri tarafından sunulmaktadır (3,6). Hangi hizmet türünün daha yararlı olduğu hakkındaki bilgiler tartışmalıdır. Okulda görev alan hemşireler kamu ya da okul yönetimi tarafından işe alınmaktadırlar. Bu hemşireler genellikle okul hizmetlerinde uzmanlaşmış niteliktedirler. Bu nedenle okul sağlığını değerlendirme ve müdahale geliştirmede daha başarılı ve okul hizmetlerine ilgisi ve dikkati daha üst düzeyde olabilmektedir. Okul sağlığı hemşirelerinin okul çağı grubunun karmaşık sorunlarına daha iyi yanıt verebildikleri görülmektedir. Toplum sağlığı hemşireleri ise toplumun bir parçası olarak okula hizmet götürürler. Çalışma günlerinin ancak bir bölümünü okula ayırabilmekte ve okul gereksinimlerini karşılayacak yeterli zamanı olmamaktadır. Bu tür hizmet sunumunun avantajı ise hemşirelerin okul öncesi dönemde çocuğu tanıma fırsatlarının olması, ailelerle iletişimin daha iyi ve toplumun kaynakları ile ilgili daha çok bilgi sahibi olması, okul içi ve dışında bakım konusunda bağlantıyı daha iyi kurması olarak belirtilmektedir (3).

Okul kliniklerinde, okul sağlığı hemşireleri yarı zamanlı ya da tam zamanlı olarak çalışmaktadırlar. Yarı zamanlı çalışmada okul sağlığı hemşiresi haftanın iki günü okulda bulunmaktadır. Yarı zamanlı çalışma ya da birden fazla okulda çalışma durumu daha çok hemşirenin okul yönetimi tarafından işe alındığı durumlarda ekonomik nedenlerden dolayı ortaya çıkmaktadır (92). Ancak yapılan değerlendirmeler hem sağlık sonuçları hem de hizmetten yararlananların beklentileri açısından tam zamanlı çalışan okul sağlığı hemşiresinin etkinliğini göstermektedir. Tam zamanlı ve yarı zamanlı hemşire çalıştıran yedişer okulun verilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmanın sosyodemografik özelliklere göre düzeltilmiş sonuçlarında; tam zamanlı çalışan okul sağlığı hemşiresinin, yarı zamanlı çalışan okul sağlığı hemşiresine göre sağlığı koruma, geliştirme, akut-kronik hastalık bakımı, danışmanlık gibi hizmetleri içeren birçok uygulamada öğrenci başına düşen izlem sayısının fazla olduğu görülmektedir. Yarı zamanlı hemşirenin çalıştığı okullardaki öğrencilerin sağlık hizmetine ulaşma ve yeterli hizmeti alma bakımından daha olumsuz şartlara sahip oldukları aynı çalışmanın sonuçlarında

vurgulanmaktadır (93). Ailelerin okul sağlığı hemşiresinin tam zamanlı çalışmasını beklemleri, bunun içinde ek vergi ödemeyi kabul etmeleri tam zamanlı çalışan okul sağlığı hemşiresine duyulan gereksinimi göstermektedir (94). Okul personelinin sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyinin, okulda hemşirenin kalış süresinin artmasıyla ilişkili olduğu ve okul çalışanları tarafından özellikle sınıf içinde okul sağlığı hemşiresinin daha fazla bulunmasının istendiği belirtilmektedir (95).

Okul sağlığı hemşiresinin çalışma koşulları bakımından tartışılan diğer bir konu hemşire - ğrenci oranıdır. Ulusal Okul Hemşireliği Birliği (NASN) bu oranın 1:750 olması gerektiğini savunmaktadır (96). Sağlıklı İnsanlar 2010'un hedeflerinden bir tanesinde hemşire ğrenci oranı 1:750 olduğu okul oranının artırılmasıdır (78). Tıbbi teknolojiadaki gelişmelerden dolayı kronik hastalığa sahip ya da özel gereksinimi olan çoğu öğrencinin okul yaşamında yerini alması (10) hemşire-ğrenci oranını daha önemli hale getirmiştir. Okulda görev yapacak hemşire sayısının belirlenmesinde NASN'a öncelikle okuldaki günlük ve sürekli hemşirelik bakımına gereksinimi olan, karmaşık sağlık sorunu olan, günlük okul sağlığı kliniğine gelmesi gereken ve bunlar dışında kalan ğrenci sayısının belirlenmesi gerektiğini belirtmektedir. Günlük ve sürekli hemşirelik bakımına gereksinimi olan öğrenciler için hemşire -ğrenci oranı 1:1, karmaşık sağlık sorunu olanlar için 1:125, günlük olarak okul sağlığı kliniğinden hizmet alması gereken öğrenciler için 1:225 ve genel ğrenci sayısı içinde hemşire-ğrenci oranını 1:750 olarak bildirilmiştir (96). Ancak hemşire-ğrenci oranında gerçek durumun böyle olmadığı görülmektedir. Guttu ve diğer. (10) yaptığı çalışmada okullardaki hemşire – ğrenci oranının 1:451 ile 1:7440 arasında değiştiğini ve oranın <1000 olduğu okullarda okul hemşireliği hizmetlerinin daha etkin olduğunu göstermektedir.

Okul sağlığı hemşiresinin çalışma koşullarıyla ilgili olan diğer bir konuda yasal düzenlemelerdir. Okul sağlığı hemşiresi mevcut yasal düzenlemelerle farklı nedenlerle ilgilenmek zorundadır. Öncelikle okul sağlığı hemşiresinin hizmetlerini başarıyla yerine getirebilmesi için ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık hizmeti sunumu ilgili yasal düzenlemeleri bilmesi gerekmektedir. Özellikle ulusal düzeyde ocuk ve gençler için sağlık hizmeti finansmanı ile ilgili düzenlemelerin farkında olmalıdır. Ulusal düzeydeki yasalar, okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin kapsamını, malpraktis uygulamaları ve ocuk istismarı ve ihmali ile ilgili durumların

nasıl bildireceğini düzenlemektedir. Yasa ve yönetmeliklerin içeriği görme, işitme ve skolyoz gibi sağlık taramalarının yapılma sıklığı, bağışıklama hizmetlerinin yürütülmesi, okullarda gıda güvenliği ve engelli çocukların eğitimi gibi konular hakkında bilgi vermektedir (3,6).

Okul sağlığı hemşiresini ilgilendiren diğer bir yasal konuda hemşirenin aileden alması gereken bilgilendirilmiş onamdır. Bağışıklama, medikal tedavi, öğrenme güçlüğü ile ilgili psikolojik testlerin yapılması için öncelikle aileden gerekli onam alınmalıdır. Ancak cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik tedavi, aile planlaması hizmetleri, ilaç bağımlılığı, prenatal bakım hizmetleri, çocuk ihlali gibi konularda onama gerek görmeden öğrenciye yönelik sağlık hizmeti veren ülkeler bulunmaktadır. Ayrıca çoğu ülkede acil durumlarda aileye ulaşmak problem olacağından bilgilendirilmiş onam alınmamaktadır (5,6). Okul sağlığı hemşirelerinin uygulamaları sırasında sık sık etik problemlerle karşılaştığı, bu problemleri çözerken karar verme süreci yerine sezgi ya da başkasına danışma yolunu kullandıkları belirtilmekte, bu nedenle okul sağlığı hemşirelerin etik problemlere yaklaşım konusunda bilgilendirilmelerinin önemli bir gereklilik olduğu söylenmektedir (97).

2.1.3 Türkiye’de Okul Sağlığı Hizmetleri ve Okul Sağlığı Hemşireliği

Okul sağlığı hizmetleri ve okul sağlığı hemşireliğinin ülkemizdeki tarihsel gelişimi değerlendirildiğinde; okul sağlığı alanında bilinen ilk uygulamaların ilkökul müfettişlerine, okulun hijyenik koşullarını ve öğrencilerin sağlık durumlarını değerlendirme yetkisi verilmesiyle (1927) başladığı görülmektedir. Okul sağlığı hizmetlerinin ilk kez kanunda yer alması Umumi Hıfzısıhha Kanununun (1930) ile mümkün olmuştur. Okullarda sağlık muayenesi ve taramalara ilişkin düzenlemeler 1948 yılında İlk Mektepler Talimatnamesi ile belirlenmiş olup, 1949–1951 Milli Eğitim Şura’larında yatılı okullarda okul sağlığı hemşireliği uygulaması kabul edilmiş ve bu şuralarda, okul hekimi ve hemşiresinin görevleri belirlenmiştir. Daha sonraki süreçte okul sağlığı hizmetleri 224 sayılı “Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanuna” dayanılarak çıkartılan 154 sayılı yönerge ile sağlık ocaklarına bırakılmış ve toplum sağlığı hizmetlerinin bir parçası olarak değerlendirilmiştir. Öğrenci sayısı 300 ve üzerinde olan okullara hekim atanması zorunluluğu 1966 yılında kabul edilirken, bu durumun pratiğe yansımadağı bilinmektedir. 1994 Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından yürütülen

“Avrupa’da Sağlığı Geliştiren Okullar” projesine Türkiye’nde dahil olmasıyla birlikte sağlığı geliştirmeye yönelik aktiviteler okul sağlığı hizmetlerine entegre edilmeye çalışılmıştır. Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı’na devredilmesine dair 5283 sayılı Kanun (2005) uyarınca Milli Eğitim Bakanlığı’na ait sağlık birimlerinin devrinin yapılmasıyla Sağlık Bakanlığı’nın okul sağlığı hizmetlerinde belirleyiciliği artmıştır. Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında okul sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi için imzalanan işbirliği protokolleri (2006) ile iki bakanlığın eşgüdümü sağlanmaya çalışılmıştır. Son yasal gelişmenin ise birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasının başlamasıyla okul sağlığı hizmetlerinin, Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve alıştırılmasına Dair Ynergeyle (2010) toplum sağlığı merkezlerinin sorumluluğuna verilmesi olduğu görülmektedir (39,40,47,98-100).

Ülkemizde okul sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluğundadır. Sağlık Bakanlığı bu sorumluluğunu Milli Eğitim Bakanlığı ile arasında imzalanan işbirliği protokollerine dayalı olarak Milli Eğitim Bakanlığı ile koordineli bir Şekilde yerine getirmektedir. Sağlık Bakanlığı okul sağlığı hizmetlerini planlama ve yürütme uygulamalarını 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 154 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve alıştırılmasına Dair Yönerge, Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında Okul Sağlığı Hizmetleri İşbirliği Protokolü ve Diğer Mevzuatlar dayanarak yapmaktadır (99). Verilen hizmetlerin değerlendirilmesi ise Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 2008/58 sayılı genelgesiyle Vali yardımcısı/Kaymakamın başkanlığında, İl Sağlık Müdürlüğü / İlçe Sağlık Grubu Başkanlığı, İl Milli Eğitim Müdürlüğü/İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü ve İl Tarım Müdürlüğü/İlçe Tarım Müdürlüğü temsilcilerinden oluşan bir komisyon tarafından yapılmaktadır (101).

1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun 163 ve 164. maddeleri okul sağlığı hizmetlerinin yürütülmesiyle ilgili olup, bu maddelerde evre hizmetleri ve ğrenci taramalarına ilişkin uygulamalar önemsenmiş ve sorumluluk Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir. Ayrıca okul sağlığından sorumlu olarak okulların kendi özel hekimlerinin bulunması gerektiğide bu kanunda yer bulmuştur (100). 154 Sayılı

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönergenin 73. Maddesi okul sağlığı hizmetleriyle ilgilidir ve okul sağlığı hizmetleri, bu yönergede okulun çevresi dahil sağlığı olumsuz olarak etkileyen her türlü etmenin denetimi ile okulda çalışanların ve öğrencilerin sağlıklarının en üst düzeye çıkartılması çalışmaları olarak tanımlanmıştır. Bu yönergede il düzeyinde yapılması gereken uygulamalar ve kurumların sorumluluğuna vurgu yapılmaktadır. *“Okullar ve benzeri yerlerde öğrencilerin sağlığının korunması amacıyla gerekli tedbirlerin alınması için, valilik sorumluluğunda, ilgili vali yardımcısının başkanlığında, il sağlık ve milli eğitim müdürlerinin katılacağı bir komisyon oluşturularak, okullar ve benzeri yerler tek tek bu kurulca değerlendirilmelidir. Resmi ve özel bütün okullar, dersaneler, kurslar, eğitim merkezleri ve benzeri yerlerin çocuklar ve gençlerin sağlığının korunması ile birey, toplum ve çevre sağlığının korunması bakımından gerekli sağlık şartlarına uygun olması için her türlü tedbir alınmalı ve aldırılmalıdır”* (39).

Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge ise daha önce sağlık ocaklarında olan okul sağlığı hizmetlerinin aile hekimi uygulamasına geçildikten sonra nasıl yürütüleceğini ve kapsamının ne olacağını belirleyen açıklamaları içermektedir. Bu yönergeye göre TSM'ler *(1) Bölgesindeki okul, özellikle yatılı bölümü olan veya özellikli okul (bedensel engelliler için vb.), yurt (resmi ve özel), huzurevi ve çocuk esirgeme kurumu, otel, motel, pansiyon gibi konaklama yerlerinin sağlık ve genel hijyen kuralları yönünden yılda en az iki kez kontrolünü yapar. Bu kontrol esnasında okullardaki hastalık yoğunluğunu değerlendirir. (2) Kurum ve kuruluşlardaki suların kaynaklarını, şebeke durumunu ve depo denetimini yaparak bakteriyolojik ve kimyasal değerlendirmeler için su numuneleri alır, ayrıca tuvaletler, kantin, yemekhane, yatakhane, spor sahası, havuzlar v.b. bölümleri değerlendirir. Bölgesindeki öğrencinin okula kayıtlarında aile hekimince periyodik muayenesinin yapılmasını sağlar, sonuçları ve aşılama durumlarını okul idaresi ile birlikte değerlendirir. Okullarda aile sağlığı merkezleri ve diğer sağlık kurumları ile işbirliği yaparak, aile ve okul idaresinin katılımıyla madde bağımlılığın ve şiddete karşı eğitim yolu ile mücadele edilmesini sağlar. Bakanlığın belirlediği sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve benzeri eğitim ve uygulamalarla ilgili konularda okul idaresi ile işbirliği yapar. Okullarda aile sağlığı merkezleri ve diğer sağlık kurumları ile*

işbirliği yaparak, aile ve okul idaresinin katılımıyla madde bağımlılığına ve şiddete karşı eğitim yolu ile mücadele edilmesini sağlar. Bakanlığın belirlediği sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite ve benzeri eğitim ve uygulamalarla ilgili konularda okul idaresi ile işbirliği yapar (40).

Okul sağlığı hizmetleri ile ilgili yasal düzenlemelerin sonucusu okul sağlığı hizmetleri işbirliği protokolüdür. Öğrencilerin ve okul çalışanlarının sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilmesi için okul sağlığı çalışmaları kapsamında Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlıkları arasında 25.09.2006 tarihinde Okul Sağlığı İşbirliği Protokolü imzalanmıştır. Bu protokole dayalı sağlık taramaları, okul kantinleri, toplu beslenme, obezite ile mücadele ve fiziksel aktivite çalışmaları, diyabetle mücadele çalışmaları, eğitim kurumlarında beyaz bayrak uygulaması, kişisel ve genel hijyeni sağlama çalışmaları, tütün, alkol ve madde bağımlılığı ile mücadele çalışmaları, kan bağıışı ve talasemi bilinçlendirme çalışmaları, ilkyardım eğitim çalışması, ağız ve diş sağlığı çalışmaları, ergenlik dönemi değişim projesi (ERDEP) yürütülmektedir (98).

Bu projelerden okul sağlığını bir bütün olarak değerlendiren proje okul sağlığı projesidir. Bu projenin kapsamı ilde yer alan okullarda bulunan öğrencilerin sağlığının korunması, geliştirilmesi, sağlık sorunlarının erken tanısı, tedavisi ve rehabilitasyonu için verilecek hizmetlerin neler olduğu, kimler tarafından yürütüleceği nasıl denetlenip değerlendirileceği ve nasıl iyileştirileceği hakkında temel ilke ve kuralların belirlenmesi olarak belirtilmiştir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkındaki kanunun 73. Maddesi, 1739 sayılı Milli Eğitim temel kanunu, Umumi Hıfzısıhha kanununun 163. Ve 164. Maddeleri, MEB teşkilat ve görevleri hakkındaki 3797 sayılı kanunun 41.madde c ve d bendi hükümleri bu projenin yasal dayanağını oluşturmaktadır. Bu proje okul sağlığı hizmetlerinde yer alması gereken kişiler hekim; (halk sağlığı uzmanı, kurs görmüş bir pratisyen hekim veya pediatrist), hemşire, öğretmen, öğrenci velisi, olanak varsa psikolog ya da sosyal çalışma uzmanı olarak tanımlanmıştır. Öğrenci sayısı 1000'i aşan her okulda hekim ve /veya okul hemşiresi görevlendirilmesi gerektiği yer almaktadır (102).

Ülkemizdeki okul sağlığı hizmetlerinin pratikte nasıl yürütüldüğüne bakıldığında ise ilkyardım, reçeteleme ve bağışıklama hizmetleri dışındaki tüm okul sağlığı hizmetlerinin sağlık ocağı sistemine baştan beri yeterince entegre edilmediği, taramalar dışında özellikle kamu okullarında hizmet boşluğunun yaşıandığı belirtilmektedir. Okul sağlığının ulusal politikalar yerine projelerle yürütülmeye çalışılması, projeler sonlandığında hizmetin kesintiye uğraması nedeniyle eleştirilmektedir. Çok sayıda kurum ve kuruluşun hizmet sunumunda önemi olması ama bunların eşgüdüm için hareket etmemeside başka bir sorun kaynağı olarak vurgulanmaktadır. Toplum sağlığı merkezlerinin sorumluluğuna bırakılan okul sağlığı hizmetlerinde ise burada görevli personelin sayıca böyle bir hizmeti yürütmekte yetersiz kalacağı öngörüsüyle başta bağışıklama olmak üzere hizmetlerde sorunların ortaya çıkacağı varsayılmaktadır (41).

Ülkemizde okul sağlığı hizmetlerinin örgütlenme ve uygulanma durumunun modern okul sağlığı hizmet sunum örneklerinden oldukça uzakta yer aldığı görülmektedir. Tüm yasal düzenleme ve uygulamalar değerlendirildiğinde okul sağlığı hemşireliği anlamında da, okul sağlığı hizmetlerinde hemşirenin mesleki otonomisi ve gücünü yansıtacak oranda yer almadığı ve uygulamada da yaygın bir çalışma alanı bulamadığı yorumu yapılabilir. Okul sağlığı hemşirelerini işlevsel olarak değerlendiren bir çalışmada da ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli hemşirelerin okul sağlığı hizmetlerini yürütmekten sorumlu olduğu ancak bu hemşirelerin okul sağlığı konusundaki eğitimleri ve donanımlarının çağdaş ve profesyonel okul sağlığı hemşiresinin rol ve işlevlerini yansıtmakta yetersiz kaldığı, bu alandaki uygun istihdamlarında yapılmadığı belirtilmektedir (42). Bunun yanı sıra ülkemiz için okul sağlığı hemşirelerinin, eğitim gereksinimlerine yönelik programların geliştirilmemiş olduğu ve okul sağlığı hemşiresinin kim olabileceği ve nitelikleri konusunun henüz tartışılmadığı vurgulamaktadır (44). Ülkemizde lisans eğitiminde okul sağlığı hemşireliğinin daha fazla yer alması, mezun olacak hemşirelerin bu alanda deneyim kazanmalarının sağlanması ve mezuniyet sonrasında da sertifika programlarının başlatılması, yüksek lisans programlarının oluşturulması okul sağlığı hemşiresinin niteliksel olarak istenen düzeye getirilmesinde önemli ve öncelikli görülmektedir (103). Son dönemde ülkemizde yaşanan olumlu gelişmelerden birisi okul sağlığının

bir akademik ilgi alanı olmaktan uzaklaşıp hizmet sunum modeli olmasına yönelik toplumsal talep oluşturma çabası için **“Her Okula Bir Hemşire”** sloganı ile düzenlenen birinci ulusal okul sağlığı sempozyumudur. Bu sempozyumun sonuç bildirgesi okul sağlığı hizmetleri için önemli tespit ve çağdaş çözüm önerilerini içermekle birlikte okul sağlığı hemşiresinin gerekliliğine sıklıkla vurgu yapmaktadır (45).

2.2 Akademik Performans ve Sağlık İlişkisi

Günümüzde okul sağlığı hizmetlerine olan ilginin artmasının önemli nedenlerinden birisi de akademik performans ve sağlık arasındaki ilişkinin tanımlanmasıdır. **Akademi performans;** dikkat, hafıza, sözel yetenek, öğrenme süreci, motivasyon, kendine güven gibi öğrencinin *bilişsel yetenek ve tutumları*, öğrenciden beklenen akademik görevleri yerine getirme, okul davranışları, okula devam gibi *akademik davranışlar* ve öğrencinin formal değerlendirme ile elde edilen notlarına göre belirlenen *akademik başarıdan* oluşan bir bütün olarak değerlendirilmektedir (104).

Öğrencilerin akademik performansını toplumun sosyoekonomik ve demografik özellikleri, ailenin sosyal ve eğitimsel karakteri, okulun olanakları, öğretmenin niteliği, kullanılan öğretim tekniği, teknoloji, içinde öğrenim görülen sınıfın büyüklüğü, öğrencinin bireysel özellikleri gibi birçok faktörün etkilediği bildirilmektedir (22-24). Bütün bu değişkenlerin dışında öğrencilerin sağlık durumu ve sağlık davranışının akademik performansa etkisi sağlık profesyonellerinin, eğitim otoritelerinin ve sosyal bilimcilerin önemli bir ilgi alanı haline gelmiştir (25,26). Öğrencilerin, öğrenme sürecini olumsuz etkileyen sağlık sorunlarının bulunması ve tedavi edilmesi okul sağlığı hizmetlerinin eskiden beri önemli bir hedefi olmuştur. Ancak bugün literatür değerlendirildiğinde okul sağlığı hizmetlerinin akademik başarıyı engelleyen sorunların bulunması rolünden çok akademik başarıyı artırma yönündeki katkısının tartışıldığı görülmektedir.

2.2.1 Akademik Performans ve Sağlık Davranışları

Sağlık davranışlarından daha çok fiziksel aktivite, beslenme ve uyku alışkanlıklarının akademik performansa etkisi olduğu üzerinde durulmaktadır. Özellikle fiziksel aktivitenin akademik performansa etkisi çok yönlü ve en fazla tartışılan konulardan biridir. Çok sayıdaki yayında fiziksel aktivitenin akademik başarıya, akademik davranışlara ve akademik başarıyı etkileyen konsantrasyon gibi faktörlere olumlu katkı yaptığı belirtilmektedir (104-107). Fiziksel aktivite; beyin kılcal damarlarının büyümesini, kan akışını, oksijenlenmeyi, nörofibrin üretimini, öğrenme ve hafızayla ilgili olan hipokampus sinir hücrelerinin büyümesini, nörotransmitter seviyeyi, sinir ağı yoğunluğunu ve beyin dokusunun hacmini artırarak beyin fizyolojini değiştirmektedir. Bu değişim; dikkati, bilgi işleme sürecini

ve baş etme becerilerini geliştirme, duygusal duruma pozitif katkı yapma ve ağrı duygusunu azaltmayı sağlayarak akademik süreci etkilemektedir (108).

Fiziksel aktivite ve akademik performans ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar oldukça detaylı bilgiler vermekte ve fiziksel aktivitenin türü, yapılma süresi, şiddeti gibi özelliklerin akademik performansa etkisinin değerlendirmelerini içermektedir. Koordinasyon egzersizlerinin, normal egzersizlere göre akademik performansa daha çok katkı sağladığı (109), günlük bir mil koşmanın matematik başarısını negatif etkilerken kas egzersizlerinin başarıyı artırdığı (110), fitness akademik başarıya olumlu yönde katkı sağladığı (107) belirtilmektedir. Sınıf içinde ders öncesi yapılan gevşeme egzersizin konsantrasyonu (111), hergün 5 dk orta düzeyde yapılan egzersizin matematik başarısını (112) başka bir çalışmada da düzenli yapılan 10 dk egzersizin öğrencilerin görev alma davranışlarını (113) artırdığı görülmektedir. Literatürde fiziksel aktivitenin özellikle birim zamandaki öğrenmeyi artırdığı ile ilgili bulgular bulunmasın rağmen (114,115) fiziksel aktivitenin akademik performansa uzun dönemdeki katkısının kanıtlanmamış olduğu ve daha çok araştırmaya gereksinim olduğu belirtilmektedir (115).

Beslenme ve akademik performans arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalarda ise yetersiz ve dengesiz beslenme alışkanlığına sahip öğrencilerin akademik başarı, okula devam ve gün içinde dikkat durumlarının olumsuz nitelikte olması yanı sıra (116-119) beslenmenin olumlu yönde değiştirilmesi ile öğrencilerin konsantrasyon, hafıza, zeka düzeyi, bilişsel performansı, okula devam durumu ve akademik başarısının arttığı bilinmektedir (31,34,120,121). Gıda güvenliğini sağlayamayan ailelerdeki kız öğrencilerin okuma ve sosyal yeteneklerinin olumsuz etkilendiği, yine gıda yetersizliği olan ailelerde öğrencilerin akademik göstergeleri ile psikososyal durumlarının olumsuz nitelikte olduğu belirtilmektedir (116,117). Beslenmenin okul başarısı üzerindeki etkisinin bebeklik döneminden itibaren başladığı, bu dönemde yeterli alınan iyot, demir ve folatın beyin ve bilişsel fonksiyonların gelişimini etkilediğide literatürde yer alan önemli bir bulgudur (122). Okul çağı çocuğunda görülen demir eksikliğinin matematik ders başarısını azalttığını (123) öğrencilere verilen vitamin-mineral desteğinin akademik performansla yakından ilişkili olan nonverbal zekayı orta derecede artırdığını gösteren (34) araştırma bulguları vardır.

Beslenme ve akademik performans ilişkisini değerlendiren çalışmaların büyük bir çoğunluğu kahvaltı ile ilgili düzenlemelere odaklanmaktadır. Kleiman ve diğ. (31) beslenme açısından risk grubunda olan öğrencilerin okula devamsızlık, davranış problemleri ve okul notlarında sorun yaşadığını belirten çalışmasında bu gruba yapılan düzenli kahvaltı uygulamasından sonra öğrencilerde devamsızlık ve davranış probleminde düzelmeye, matematik başarısında da artma olduğunu belirtmiştir. Düzenli kahvaltının öğrencilerde dikkat, konsantrasyon, hafıza, mantıksal düşünme ve akademik başarıyı artırdığına yönelik sonuçlar içeren başka çalışmalarda bulunmaktadır (121,124,125). Mahoney ve diğ. (126) yaptığı çalışmada yulaf ezmesi kahvaltının bilişsel performansı, spatral hafızayı ve kız öğrencilerde kısa süreli belleği geliştirdiğini bildirmiştir. Ayrıca sadece kahvaltı değil üç temel öğününde yeterli ve dengeli olmasının akademik başarıya etki ettiği belirtilmektedir (32). Okulda kuşluk zamanı gıda tüketiminin konsantrasyonu ve hafızayı güçlendirdiği bulgularında ara öğünün önemini göstermesi bakımından önemlidir (120,127). Okula aç gitme ya da uykuya aç dalmanın somatik yakınmalarla, anksiyete ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunlarını ortaya çıkarabilmektedir (128).

Literatürde beslenme ve akademik performans üzerine yapılan değerlendirmelerin bir bölümünde obezite üzerine yoğunlaşmaktadır. Günümüzde çocukların yüksek yağ ve şeker içeren buna karşılık sebze ve meyve oranları ile esansiyel besin öğeleri bakımından düşük bir beslenme alışkanlığı edindiği görülmektedir. Ayrıca yeterli egzersiz yapmamaları ve sedanter bir yaşam alışkanlığı geliştirmiş olmaları birçok sağlık sorunu yanında akademik performans üzerine olumsuz etkisi olan obeziteyi bu yaş grubunda önemli bir sorun haline getirmiştir. Obezite ve akademik performans arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalarda obez öğrencilerin devamsızlık oranlarının daha yüksek olduğu (27,29), genel ve matematik, okuma gibi derslere ilişkin notlarının daha düşük olduğu (28) ile ilgili bulgular yer almaktadır. Yaş, cinsiyet, etnik yapıya göre düzeltilmiş verilerde de obezitenin okul devamsızlığı üzerinde etkisi olduğunun (29) gösterilmesine rağmen obezite sorunu olan kız öğrencilerin okulun ilk dört yılında okul başarısının daha olumsuz etkilendiği (28), obez erkek öğrencilerde sınıf tekrarının; obez kız öğrencilerde ise okulu bitiremeyeceğini düşünenlerin oranının yüksek olduğunu

gösteren çalışmalarda vardır (129). İleri yoksulluk yaşayan bölgelerde obezitenin okuma yeterliliğini negatif yönde etkilediği, yoksulluğun etkilerinin daha az olduğu bölgelerde ise obezitenin okuma yeterliliği üzerindeki olumsuz etkisinde az olduğu belirtilmektedir (130). Bu çalışmalara rağmen obez ve aşırı kilolu öğrencilerin akademik başarısının normal kilolu öğrencilerle aynı olduğunu gösteren çalışma bulguları da vardır (131).

Uyku akademik performansa etki eden önemli sağlık davranışlarından bir diğeridir. Uyku sağlıklı yaşamın önemli bir parçası ve organizmanın yeniden enerji toplaması ile öğrencinin kendisinden beklenen gün içi aktiviteleri yerine getirebilmesi için gerekli hazıroşluğunu sağlayan bir süreçtir. Belleğin farklı şekilde kodlanmış olan bilgileri yeni bir durum karşısında bir bütünlük oluşturarak kullanması uykuyla desteklenen bir fonksiyondur (132). Uyku süresi yeterli olan öğrencilerin karmaşık matematik problemlerini yetersiz uyku uyuyan öğrencilerden iki kat daha iyi çözebildikleri bulgusu (30) uykunun bellek üzerindeki etkisinden kaynaklanmaktadır. Uyku süresi, kalitesi, uykuyla ilgili solunum problemleri, yatma saati, sabah uyanma saati, gündüz uykululuk durumu, sabah yorgunluğu gibi uykuyla ilişkili pek çok özelliğin akademik performans üzerine etkisi vardır. Uyku niteliği ve miktarı öğrenme kapasitesi ve niteliğini artırmaktadır (33,133). Uykuyla ilişkili solunum problemlerinin akademik başarı, dikkat, hafıza ve zeka üzerinde olumsuz etkisi olduğu, davranış problemlerini artırdığına ilişkin araştırma sonuçları vardır (132,134). Sabah uyanmada zorluk yaşamayan öğrencilerin başarı motivasyonu daha yüksek (135), gece uyuma süresi ile akademik performans arasında pozitif bir ilişki ve gece beş saatten daha az uyuyan öğrencilerin not ortalamasının daha düşük olduğu belirtilmektedir (136). Gibson ve diğ. (137) yaptığı çalışmada gündüz uykululuk durumu ile notların düşmesi, geç kalma, ders dışı aktivitelere katılma oranının azalması, sosyal ya da sporsal olayları kaçırma arasında ilişki bulmuştur.

2.2.2 Akademik Performans ve Okul Sağlığı Klinikleri

Okul sağlığı klinikleri fiziksel ve mental sağlığı kapsamlı değerlendirme, görme ve işitme taramaları, bağışıklama, akut ve kronik hastalıkların tedavisi, bireysel ve grup danışmanlığı hizmetleriyle çoğu öğrencinin akademik başarısını artırmak için önemli bir destek kağnağı olmaktadır ve bu kliniklerin okulun içinde her an ulaşılabilir nitelikte olmalarıda sağlanan yararın sürekliliğini oluşturmaktadır

(35). Okul temelli sağlık hizmetleri akademik performans üzerine birkaç yönden etki etmektedir. Öncelikle ğrencinin sağlık durumu ve davranışları üzerine oluşturduğu etkiyle akademik performansı etkilemektedir. Öğrenciler arasında alkol, sigara ve madde kullanımını nleme, duygusal ve fiziksel sorunları zme, beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırma gibi önlemlerin hepsi akademik performansı olumlu yönde artıracak hizmetlerdir. Ayrıca okul temelli sağlık hizmetleri öğrencinin kendine güven, okula bağlılık, gelişimsel problemler, okul fobisi gibi bireysel özellik ve sorunlarla ilgilenerak akademik performansı geliştirmektedir. Son olarak bu klinikler eğitim süreci ve okula yaptığı etkilerle akademik performansı etkilemektedir. Bu etki okul disiplin politikalarının hazırlanması, öğretmenleri öğrencilere verilen sağlık eğitimi konusunda yetkin hale getirmek gibi hedefleri içerebilmektedir (35). Özellikle kronik hastalığa sahip öğrencilerin bu merkezlerden yararlanması bile okul devamsızlığını tek başına engelleyen bir faktör olarak tanımlanırken (3) ğrencilerin sağlık ve davranışsal problemlerini ortaya çıkararak riskleri belirleme; öğrenme sürecindeki engelleri azaltma; mental sağlık hizmeti sunma; öğrencilerin kendi aralarında, ğretmeni ve ailesi arasında sağlıklı iletişimi koruma; okulda öğrencilerin konsantrasyonunu sağlama ve akut-kronik durumlarda verilen sağlık hizmeti de devamsızlığı önlemeye etki eden hizmetlerdir (35).

Okul sağlığı kliniklerinin akademik performans üzerindeki etkisini değerlendiren çalışmalardan da benzer sonuçların elde edildiği görülmektedir. Okul temelli sağlık hizmetlerinin verildiği okulda astım ğrencilerinin hastaneye yatış ve devamsızlık oranlarının diğer okullardaki öğrencilere göre düşük olduğu (138) ve bu okullardaki mental sağlık hizmetlerinin de öğrencilerin devamsızlık ve yorgunluk düzeylerinde azalma sağladığı belirtilmektedir (139). Okul temelli sağlık hizmeti veren okulların öğrenme ortamı olarak daha nitelikli olduğu, bu okullarda öğrenciler arasında okul bırakma oranlarının düşük, devamsızlık ve okula geç kalma durumunun az ve akademik başarının daha fazla olduğu görülmektedir (36,37,140). Rosas ve diğer. (141) kapsamlı okul sağlığı hizmetini aktif alan okullarda ğrenci performansı ve ilerleme oranların üç yıllık periyotta sürekli arttığını bulmuşlardır. Bu çalışmada ayrıca okuma, matematik ve yazma not ortalamalarında artışın yaşandığı ancak benzer artışın kapsamlı okul sağlığı hizmeti sunulmayan okullarda da yaşandığını belirtmişlerdir.

Okul temelli sağlık hizmetlerinin akademik performans üzerine etkisiyle ilgili literatürü değerlendiren çalışmada bu programların akademik performans üzerine etkisinin pozitif yönde olduğu ancak direkt etkiyi göstermek bakımından yeterli kanıtların olmadığını belirtilmektedir (37). Başka bir değerlendirmede ise literatürün kapsamlı okul sağlığı hizmetlerinin kronik hastalığa sahip öğrencilerin akademik başarisını artırdığı ile ilgili güçlü kanıtlar içerdiği, beslenme, mental sağlık ve sağlık hizmetlerinin akademik performansı artırdığı ile ilgili sınırlılıkları olan güçlü kanıtların bulunduğu ancak okul personelinin sağlığını geliştirme ve çevreye ilişkin düzenlemelerin akademik performans üzerine etkisini gösteren bulguları içermediği belirtilmiştir (142).

2.3.3 Akademik Performans ve Okul Sağlığı Hemşiresi

Amerika Ulusal Okul Hemşireliği Birliği (NASN) “okul sağlığı hemşiresini; öğrencilerin iyilik hallerini geliştirme, akademik başarıyı yakalama ve bunu ömür boyu devam ettirmelerini sağlayan uygulamalarda uzmanlaşmış profesyonel hemşire olarak tanımlamaktadır (77). Bu tanımda okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin temel hedefinin öğrencilerin sağlığı geliştirme ve akademik performansının artırılmasıyla bu alanda kazanılan alışkanlıkların süreklilik göstermesi olduğu görülmektedir. Selekman ve Guilday (20) okul sağlığı hemşiresinin uygulamalarının arzu edilen en önemli sonuçlarından ilkinin öğrencilerin sınıf içinde ya da öğrenme ortamında geçirdikleri sürenin artırılması, sağlıkla ilgili nedenlerle sınıftan ayrı kalan sürenin azaltılması olduğunu belirtmektedir. Okul sağlığı hemşiresinin akademik performans üzerindeki etkisinin gösterilmesi bu alandaki önemli araştıma önceliği olarak tanımlanırken (11,18) özellikle okul sağlığı hemşiresinin rollerini öğrenci sonuçları ile değerlendirilmeside vurgulanan bir gereksinimdir (19).

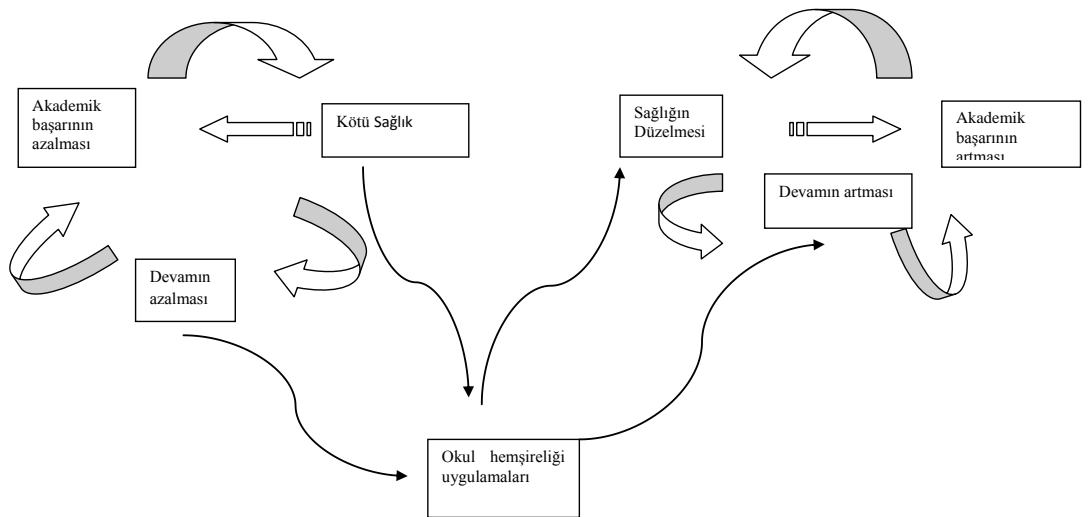
Okul sağlığı hemşiresi çocuklara ve gençlere sağlanan kapsamlı okul sağlığı hizmetlerinin kesintisiz sağlanmasıda önemli bir role sahiptir. “Öğrencilere direkt bakım sağlama”, “tarama ve sağlık durumları için sevk etme”, “sağlık hizmeti sunumu için liderlik yapma”, “sağlıklı okul çevresini destekleme”, “sağlığı geliştirme”, “sağlık politikaları ve programlarını yönlendirme”, “okul personeli, aile, sağlık bakım profesyonelleri ve toplum arasında bağlantı kurma” olarak özetlenen yedi önemli okul sağlığı hemşirelik hizmetlerinin ocuk ve adölesanın sağlığını

güçlendirmek yanı sıra eğitim başarısıyla da ilişkili rolleridir (12). Okul sağlığı hemşireliği uygulamaları değerlendirildiğinde öğrencilerin okuma ve öğrenmelerini etkileyecek bazı engellerin sağlıkla ilgili olduğu ve bunların okul sağlığı hemşiresi uygulamaları ile kolaylıkla ortadan kaldırılabılır ya da modifiye edilebilir olduğu belirtilmektedir. Öğrencilerin okula devamı ve eğitimini destekleyen hemşirelik uygulamalarına bazı örnekler aşağıda sunulmuştur (39);

- ✓ *Akut ya da kronik hastalıklar için sağlık bakımı ve eğitimi sağlama,*
- ✓ *Medikal tedaviyi uygulama ve tedaviyi etki ya da yan etki bakımından izleme*
- ✓ *Kronik hastalığı olan ya da özel sağlık gereksinimi olan öğrencilerin gelişimleri için gerekli olan sağlık ve eğitim planlanmasını içeren yönetim aktiviteleri*
- ✓ *Sağlık, sosyal ve emosyonel konularda danışmanlık*
- ✓ *Öğrencinin sağlık hizmetine ulaşımına yardım ve yeniden okula dönmesi için destekleme hizmetleri*
- ✓ *Bulaşıcı hastalıklar, işitme ve görme sorunları, davranış sorunlarını içeren ancak bunlarla sınırlı olmayan öğrencinin sağlık durumunu tanımlama, sevk etme ve izleme*
- ✓ *Dengeli beslenme, düzenli egzersiz, yeterli uykuyu içeren sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirmeye yönelik eşgüdümlü sağlık hizmetleri için liderlik sağlama*
- ✓ *Kronik sağlık sorunu olan öğrencilerin akademik sınavlar boyunca en az etkilenerek optimal performans sağlamaları için destekleme*
- ✓ *Multidisipliner okul ekibinde öğrenme engellerini tanımlama, başarıyı artırma için strateji geliştirme ve uygulamaları belirleme için çalışma*

Okul sağlığı hemşiresinin akademik performans üzerindeki etkisine kanıt bulmak için sınırlı ancak büyüyen bir ilginin olduğu görülmektedir. Okul sağlığı hemşiresinin akademik başarı üzerindeki etkisinin direkt olamayacağı; öğrenci sağlığı ve okula devamlılığını artırma çabalarının çocuğun öğrenme sürecini olumlu etkileyeceği ve temelde sağlığı düzeltme girişimlerinin öğrenme engellerini sınırlama sağlayarak akademik performansı artıracığı belirtilmektedir (Şekil 2.1) (17). Maughan (21) tarafından yapılan bir sentez çalışmasında literatürün; tam zamanlı okul sağlığı hemşiresinin çalıştığı okullarda medikal nedenlerden dolayı okulu

bırakma oranlarının az olduğu, okul sağlığı hemşiresi tarafından el hijyeni becerilerinin öğretilmesi sonrası hastalıktan dolayı devamsızlık oranlarının azaldığı, devamsızlık oranları yüksek öğrencilere yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin devamsızlık gün sayısını azalttığı ve hemşire- öğrenci oranının küçük olduğu okullarda devamsızlık oranlarının düşük ve mezuniyet derecelerinin yüksek olduğuna ilişkin bulgular içerdiğini vurgulamaktadır. Ancak aynı değerlendirmede bu bulguların çoğunlukla yöntemsel nedenlerden dolayı okul sağlığı hemşiresinin okul performansı üzerindeki direkt etkisini göstermediğini, literatürde direkt etkiyi gösteren tek çalışmanın Lina Rogers'ın 1902 yılında bir ay süre içinde 893 tedavi ve 137 ev ziyaretini içeren uygulaması neticesinde 25 öğrencinin okula dönmesine ilişkin sunduğu veriler olduğunu belirtmiştir. Bu genel değerlendirme dışında kronik hastalığı olan öğrencilere okul sağlığı hemşiresi tarafından uygulanan vaka yönetiminin öğrencilerin yaşam kalitesini, hastalıklarını yönetme ile ilgili bilgi ve becerileri artırma yanı sıra bu öğrencilerde sınıf içi katılım, başarı notu ve okul dışı aktivitelerde yer alma durumlarının artırdığı gösteren çalışmayla (16) okul hemşiresine başvurulduğu zaman yaralanma ya da hastalıktan dolayı okuldan erken ayrılmaların azaldığını (143) gösteren başka bir çalışma okul sağlığı hemşiresi ve akademik performans ilişkisini gösteren önemli örneklerdir.



Şekil 2.1 Okul sağlığı hemşireliği uygulamalarının akademik başarı üzerindeki etkisi (17)

Kaynak: Weismuller, P., Grasska, M., Alexander, M., White, C., Kramer, P. (2007) Elementary school nurse interventions: Attendance and health outcomes. *The Journal of School Nursing*, 23 (2), 111

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Kapsamlı okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin, öğrencilerin akademik performansına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırma, tek grupta girişim ve değerlendirmelerin zaman aralıkları ile yinelendiği yarı deneysel düzendedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara İli Altındağ ilçesinde yer alan Şehit Albay İbrahim Karaoğlanoğlu İlköğretim okulunda yapılmıştır. Araştırmanın bu bölgede yapılma nedeni, bölgenin gecekondu ağırlıklı, kentsel dönüşümün yeni başladığı, çocuk işçiliğinin yaygın ve sosyoekonomik yönden dezavantajlı bir bölge olmasıdır. Bu okulda, okul sağlığı hemşiresi ve bir sağlık birimi bulunmamaktadır. Okula yönelik sağlık hizmetleri sağlık ocağı tarafından verilen bağışıklama hizmeti ve birinci sınıf öğrencilerine yönelik yapılan sağlık taramasıyla sınırlıdır. Okulda anaokulu ve eğitimin ilk beş yılını kapsayan birinci kademe ve 6.7. ve 8. sınıf eğitimini kapsayan ikinci kademe öğrenim gören 935 öğrenci bulunmaktadır. Erkek öğrenci sayısı 495, kız öğrenci sayısı 340 olan okulda eğitim tüm gün (8.40-14.30 arası) devam etmektedir. Öğle yemekleri için öğrenciler eve gitmektedir ve sabah ikinci teneffüs saati de beslenme için ayrılmış durumdadır. Okulda 17 (on kız ve yedi erkek) özel gereksinimli öğrenci bulunmaktadır. Bu öğrenciler hafif/orta/ağır düzeyde zihinsel yetersizlik, sınır zeka düzeyi, işitme ya da bedensel engel tanıları ile kaynaştırma eğitimi almaktadırlar. Okulda müdür, iki müdür yardımcısı ve bir rehber öğretmen idari yapıyı oluştururken, kadrolu öğretmenlerinin yanı sıra ücretli öğretmen görevlendirmeleriyle birlikte öğretmen sayısı yeterli bulunmaktadır. Yine ücretli görevlendirmelerle beş hizmetli tarafından okulun temizlik işleri yürütülmektedir. Okul fiziki olarak değerlendirildiğinde birinci kademe ve ikinci kademe öğrencileri ayrı binalarda eğitim almakta ancak öğrenciler tarafından bahçe ve kantin ortak kullanılmaktadır. Her katta kız-erkek öğrenci ve öğretmen tuvaletleri bulunmaktadır. Okulda basketbol sahası, konferans salonu, teknoloji tasarım ve görsel sanatlar sınıfı, kütüphane ve okul –aile birliğinin kullandığı bir oda yer almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evreni Ankara ili Altındağ ilçesinde bulunan Şehit Albay İbrahim Karaoğlanoğlu ilköğretim okulu dördüncü sınıf öğrencileridir. Çalışmanın ilköğretim okulunda yapılma gerekçesi öğrencilere sağlıklı yaşam davranışlarının erken yaşlarda kazandırılması ve okul başarısını etkileyen sağlık sorunlarının erken dönemde fark edilmesinin önemli olmasıdır. İlköğretim birinci kademedan dördüncü sınıf öğrencilerin seçim nedeni ise öğrencilerin okul yaşamı ve öğrenme süreciyle ilgili yeterince deneyim sağlamaları, bu nedenle okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin akademik performans üzerindeki etkisinin daha iyi değerlendirilebilmesidir. Ayrıca dördüncü sınıfta ders çeşitliliğinin artması ve tüm derslerde sınava dayalı notların verilmesi nedeniyle akademik performansı değerlendirmek için uygun olması diğer bir seçim nedenidir. Araştırmanın çalışma grubunun belirlenmesi için örneklem büyüklüğü G*Power programı kullanılarak hesaplanmıştır. Bu program yardımıyla, kapsamlı okul sağlığı hizmetlerinin verilmeye başlandığı okulların akademik başarı notundaki ortalama değişim (öncesi: 67.17 ± 17.3 ; sonrası 76.54 ± 16.6) öngörülerek tahmini bir örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır (141). Araştırmanın gücü % 80 ve $\alpha = 0.05$ olacak şekilde, örneklem büyüklüğü 29 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırma evreninin yer aldığı okulda dördüncü sınıflara ait üç şube bulunmaktadır. Çalışma takvimi, araştırma süreci ve planlanan girişimlerin öğretmenlere anlatılmasından sonra araştırmada yer almayı kabul eden sınıf öğretmenin şubesi araştırmanın çalışma grubu kabul edilmiş ve bu sınıfta yer alan 31 öğrenci araştırmanın çalışma grubunu oluşturmuştur. Çalışma grubuna ait bazı tanımlayıcı özellikler Tablo 3.1-2'de yer almaktadır.

Tablo 3.1 Araştırmaya katılan öğrencilere ait bazı tanımlayıcı özellikler

Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
Doğum tarihi (yıl)		
2000	27	(87.1)
1999	4	(12.9)
Cinsiyet		
Erkek	17	(54.8)
Kız	14	(45.2)
Fiziksel / zihinsel engel		
Yok	31	(100.0)
Kronik hastalık		
Var	6	(19.4)
<i>Kronik Bronşit</i>	2	(6.5)
<i>Allerji</i>	2	(6.5)
<i>Akdeniz Ateşi</i>	1	(3.2)
<i>Nörofibramotozis</i>	1	(3.2)
Yok	25	(80.6)
TOPLAM	31	(100.0)

Tablo 3.2 Araştırmaya katılan öğrencilerin ailelerine ait bazı tanımlayıcı özellikler

	Ortalama (x)	Standart Sapma(±sd)
Anne yaş	33.8	±5.87
Baba yaş	38.6	±5.25
Anne Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde (%)
İlkokul mezunu	26	(83.9)
Ortaokul mezunu	2	(6.5)
Lise mezunu	3	(9.6)
Anne meslek		
Ev hanımı	26	(83.9)
Çalışıyor	5	(16.1)
Baba eğitim durumu		
İlkokul mezunu	20	(64.5)
Ortaokul mezunu	6	(19.4)
Lise mezunu	4	(12.9)
Üniversite mezunu	1	(3.2)
Baba meslek		
Memur	1	(3.2)
Mobilya Sanayide İşçi	13	(41.9)
Diğer alanlarda İşçi	16	(51.7)
İşsiz	1	(3.2)
Aile şekli		
Çekirdek	25	(80.6)
Geniş	3	(9.7)
Parçalanmış	3	(9.7)
Kardeş sayısı		
1-2	20	(64.5)
3 ve üzeri	11	(35.5)
TOPLAM	31	(100.0)

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Form ve Araçları

Araştırma kapsamına alınan öğrenciler ve okul ortamı, okul sağlığı hemşireliğiyle ilgili literatüre dayalı hazırlanan “Okul Sağlığını Değerlendirme Formu” (EK 1) ile değerlendirilmiştir. Ayrıca gerekli durumlarda kullanılmak üzere “Okul Sağlığı Hemşireliği Sevk Formu” (EK 2) ve “Öğrenci Kaza Kayıt Formu” (EK 3) geliştirilmiştir. Hemşirelik sürecinin yürütülmesinde “OMAHA Sistemi” ve sistemle ilgili formlardan (EK 4) yararlanılmıştır.

3.4.1.1. Okul Sağlığı Değerlendirme Formu

Okul sağlığı değerlendirme formu “okul/sınıf ortamı”, “öğrenci sağlık durumu” ve “öğrencinin akademik performansının” değerlendirilmesine yönelik olarak üç bölümden oluşmaktadır.

Okul – Sınıf ve Çevrenin Değerlendirilmesi: Bu bölümde okulun coğrafi özellikleri, yerleşim alanında olabilecek bazı riskli etmenlerin varlığı, okul bahçesi - okul içi ve sınıfın fiziki özellikleri, kantin ve kantin çalışanlarının sağlık açısından değerlendirilmesi ile ilgili bilgileri içeren sorular yer almaktadır.

Öğrencinin Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi: Okul sağlığı değerlendirme formunun öğrenci sağlığı ile ilgili kısmında ise öğrencinin sosyodemografik özellikleri, aileye yönelik tanımlayıcı bilgileri, geçmiş sağlık öyküsü, kronik hastalıklar yönünden soy geçmişi, bağışıklama durumu, sağlıkla ilgili yapılan tetkikleri, vital bulguları, fizik muayene sonuçları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendiren alanlar bulunmaktadır. Formun bu kısmında öğrencinin kendi sağlık durumunu değerlendirmesi için kullanılan “*Türk Çocuklarının Pediatrik Yaşam Kalitesi 4.0 Envanteri (Pedsql 4.0)*”, ile aile tarafından öğrencinin genel sağlık durumunun değerlendirdiği “*Çocuk Sağlığı Anketi (CHQ-PF)*” de yer almaktadır.

Pediatrik Yaşam Kalitesi 4.0 Envanteri, 8–12 yaşlar arası sağlıklı okul çocuklarında yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Varni ve diğ. (2001) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerlik ve güvenirliliği Sönmez ve Başbakkal (144) tarafından yapılmıştır. Fiziksel fonksiyonlar (8 Madde), duygusal fonksiyonlar (5 Madde), sosyal fonksiyonlar (5 Madde) ve okul fonksiyonlarını (5 Madde) kapsayan toplam 23 maddeden oluşan beşli likert tipindeki bu envarterden en düşük

“0” en yüksek “2300” puan alınabilmekte ve böylece yüksek düzeydeki puan sağlıklı ilgili yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir. Envanterin toplam puan hesaplamasında doğrusal bir çevirim uygulanmakta ve 0=100, 1=75, 2=50, 3=25=4=0 olarak kabul edilmektedir (144).

PedsQL 4.0 Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanterinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında öncelikle dil geçerliliği yapılmıştır. Envanterin Türkçe uyarlaması ve İngilizce orijinali arasında eşdeğerliliğin olduğunun saptanması ile dil geçerliliğinin sağlandığı belirtilmiştir. Envanterin güvenilirlik katsayısı için cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Test uygulamasında genel toplamda, cronbach alfa katsayısı çocuk formu için 0.78 bulunmuştur. Envanterin fiziksel fonksiyonları ile ilgili cronbach alfa katsayısı çocuklar için 0.62, psikososyal fonksiyonların cronbach alfa katsayısı ise çocuklar için 0.72 hesaplanmıştır. Envanterin güvenilirliği ayrıca test tekrar test sonuçlarının karşılaştırılmasıyla da yapılmıştır. Çocukların envanteri ilk uygulamalarında ortalama 1831.85 ± 262.85 puan, re-test uygulamasında ise ortalama 1840.35 ± 265.17 puan aldıkları saptanmıştır ($p > 0.05$). Çocuklara yönelik hazırlanan pediatrik yaşam kalitesi envanterinin yaşam kalitesini belirlemekteki tutarlılığı, aynı envanterin paraleli olan aile envanteri ile korelasyonu hesaplanarak değerlendirilmiştir. Ailelerin sosyal puan değerlendirmeleri ile çocukların okul değerlendirmeleri dışındaki değerlerde $p \leq 0.001$ düzeyinde anlamlı ilişki bulunmuş ve etki derecesi bakımından yarından fazlasının etki derecesinin (≥ 0.50) çok olduğu gözlemlenmiştir. Sonuç olarak envanterin Türkçe için kullanımının geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmiştir (144).

Çocuk Sağlığı Anketi (CHQ) 5-18 yaş arası çocukların genel sağlık durumunu değerlendirmekte ve anketin aile (parent form) ve gençlerde kullanılan (youth form) iki ayrı formu bulunmaktadır. Bu çalışmada kullanılan aile formu (CHQ PF- 50) 50 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin global sağlık, fiziksel fonksiyon, rol-sosyal limitasyon –emosyonel / fiziksel, vücut ağrısı, davranış, genel davranış, mental sağlık, öz saygı, genel sağlık durumu, sağlıkta değişim, sağlık durumunun aileye etkisi-emosyonel / zaman, aile aktiviteleri, aile bağları olmak üzere 15 ayrı alt boyutu bulunmaktadır. Her alt boyut 0-100 arasında bir değer almakta ve yüksek skor iyi fonksiyonu göstermektedir. Ölçekten toplam puan elde edilememekte ancak fiziksel ve psikososyal özet puan hesaplanabilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve

güvenirlilik çalışması Özdoğan ve diğ. (145) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geçerlilik çalışması için önce üç kez Türkçe-İngilizce şeklinde yapılan çeviriler ile dil geçerliliği sağlanmış, sonra da maddelerin iç tutarlılık değeri 0.96 olarak hesaplanmıştır. Dış geçerlilik içinse benzer bir ölçekle (Childhood Health Assessment Questionnaire) karşılaştırma yöntemi uygulanmış ve $r=0.80$ olarak bulunmuştur. Sonuç olarak formun ülkemizde kullanım için geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmektedir (145).

Akademik Performansın Değerlendirilmesi: Akademik performansını değerlendirmeye yönelik bölümde; öğrencinin akademik başarı algısı, derslere ilişkin başarı notları ve devamsızlık durumunun kaydedildiği kısım ile “*Akademik Erteleme Ölçeği*” bulunmaktadır. Akademik erteleme ölçeği, Çakıcı (146) tarafından geliştirilen, öğrencilerin öğrenim yaşantılarında yapmakla sorumlu oldukları görevleri içeren (ders çalışma, sınavlara hazırlanma, proje hazırlama gibi) 12 olumsuz, yedi olumlu olmak üzere 19 ifadeden oluşan bir formdur. Bu ölçekte yer alan ifadelere “beni hiç yansıtmıyor”, “beni çok az yansıtmıyor”, “beni biraz yansıtmıyor”, “beni çoğunlukla yansıtmıyor”, “beni tamamen yansıtmıyor” biçiminde olmak üzere beşli likert tipinde derecelendirilmektedir. Akademik erteleme ölçeğinin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur. Ölçeğin birinci faktörü için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0.89, ikinci faktörü için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0.84’dür. Spearman Brown iki yarım test güvenirliği, 10 maddelik birinci yarım test için 0.87; dokuz maddelik ikinci yarım test için 0.86 olmak üzere toplam 0.85 olarak hesaplanmıştır. Akademik erteleme ölçeğinin test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı birinci faktör için 0.80, ikinci faktör için 0.82 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten en az 19 en fazla 95 puan alınabilmekte ve ölçekten alınan yüksek puan öğrencilerin akademik erteleme davranışına sahip olduklarını göstermektedir (146).

3.4.1.2. Okul Sağlığı Hemşireliği Sevk Formu

Bu form sağlık sorunlarından dolayı sevk edilmesi gereken öğrenciler için kullanılmıştır. Form tarih, öğrenci ad-soyad, sınıf, şube, öğrenci yakınması, hemşire değerlendirilmesi, sevk edilen birim ve bu birimin yaptığı değerlendirmeye ilişkin geri bildirim yapılabilmesi için alanlardan oluşmaktadır.

3.4.1.3. Öğrenci Kaza Kayıt Formu

Kaza ve yaralanma geçiren öğrenciler için kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Formda tarih, öğrenci ad-soyad, sınıf, şube, kaza ya da yaralanmanın olduğu yer, oluş şekli, etkilenen vücut bölgesi ve yapılan hemşirelik uygulamalarıyla ilgili bilgiler yer almaktadır.

3.4.2. Omaha Sistemi İle Hemşirelik Bakım Girişimleri

Yarı deneysel tasarımında yapılan bu çalışmanın girişim müdahalesini, öğrencilerin sağlık gereksinimleri doğrultusunda verilen hemşirelik bakım girişimleri oluşturmaktadır. Araştırmada okul sağlığı hemşirelik bakım süreci Omaha Sistemine dayalı olarak uygulanmıştır. Omaha Sistemi, Amerika Ziyaretçi Hemşireler Birliği (Visiting Nurse Association-VNA) tarafından geliştirilen hemşirelik sürecinin temel öğeleri olan hemşirelik tanısı, hemşirelik girişimleri ve değerlendirme aşamalarının yer aldığı bir sınıflama sistemidir. Omaha Sistemi birbirini tamamlayan Problem Sınıflama Listesi (PSL), Hemşirelik Girişim Şeması (HGŞ) ve Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ) olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Omaha Problem Sınıflama Listesinde (PSL) hemşirelik tanısını belirleyen dört problem alanı, 42 problem ve 312 belirti-bulgu yer almaktadır. Problem alanları (1) çevresel, (2) psiko-sosyal, (3) fizyolojik ve (4) sağlık davranışları bölümleri kapsamında gruplandırılırken her problem sağlığı geliştirme, potansiyel risk, gerçek (belirti-bulgu) olarak değerlendirilebilmektedir. Omaha HGŞ ise uygulanan hemşirelik girişimlerini gruplandırmaktadır. Hemşirenin aktivitelerinin, (1) Sağlık eğitim, rehberlik ve danışmanlık, (2) Tedavi ve işlem, (3) Vaka yönetimi ve (4) Sürveyans girişimleri olarak gruplandırma yapılmasına olanak sağlar. PDÖ, tanımlanan problem ile ilgili gelişmeyi açıklayan likert tipinde bir ölçektir. Her tanı bilgi-davranış ve durum kriterlerine göre 1-5 arasında puanlanmaktadır. Bilgi kriteri bireyin bilgiyi hatırlama ve yorumlama becerisinin değerlendirildiği bir alandır ve bilgi “*Bilgi yok (1), Çok az düzeyde (2), Temel düzeyde (3), Yeterli düzeyde (4) Üst düzeyde (5)*” olarak değerlendirilir. Davranış kriteri bireyin gözlenen yanıtı ya da hedefe yönelik olarak beklenen davranışları yapıp yapmamasını değerlendirildiği alandır ve davranış *Uygun değil (1), Nadiren uygun (2), Tutarsız (3), Genellikle uygun (4) ve Her zaman uygun (5)* olarak değerlendirilebilir. Durum kriteri ise var olan objektif ve subjektif belirti ve bulguların varlığını değerlendirir ve durum *Çok ciddi (1), Ciddi (2), Orta*

düzeyde (3), Çok az düzeyde (4), ve Yok (5) olarak değerlendirilebilir (147,148). Omaha Sistemi'nin, Türkçe için geçerlilik güvenilirlik çalışması Erdoğan ve Esin (149) tarafından yapılmıştır. Omaha Sistemi'nin PSL, HGŞ ve Hedefler Listesi kavramları, tanımları ve kodları çeviri-geri çeviri tekniği ile Türkçe'ye çevrilmiştir. İçerik geçerliği farklı hemşirelik alanlarında uzman olan 10 akademisyen hemşireden alınan geri bildirimler sonucu değerlendirilerek 0.91 olarak bulunmuştur. Güvenirlilik değerlendirilmesinde ise kappa değeri kullanılmış ve kappa değeri problemler için 0.81, girişim kategorisi için 0.75, hedefler içinse 0.70 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak Omaha sisteminin Türk toplumunda hemşirelik bakım sürecinde uygulanmasının etkili olduğu görülmüştür.

Araştırmanın girişim müdahaleleri her bir öğrenci için aşağıda belirtilen sırayla yapılmıştır:

1. Veri toplama formunun uygulanması, gözlem, bireysel başvuru, akut ortaya çıkan ya da aile ve öğretmenin bildirdiği sorunlardan elde edilen veriler değerlendirilmiş ve sağlık sorununu gösteren belirti-bulgulardan yararlanılarak Omaha PSL'ye göre hemşirelik tanıları belirlenmiştir. Ayrıca araştırmada sağlığı geliştirme niteliğinde belirti-bulgu içermeyen tanılarda ele alınmıştır. Araştırmada hemşirelik tanılarını belirlemede en sık kullanılan belirti – bulgular sırasıyla diş çürüğü, yetersiz / düzensiz egzersiz, enfeksiyon kontrol ilkelerinin izlenmemesi, ağrıyan bölgenin desteklenmesi / korunması, aşırı tartar, burun akıntısı / nazal konjesyon, rahatsızlık / ağrı ifade etme, yaralanmaya bağlı çürük- ezik, yaşa fiziksel özelliklere göre yetersiz uyku/dinlenme ve bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutmadır. Araştırmada en sık ele alınan hemşirelik tanıları ise bulaşıcı /enfeksiyon durumu, ağız sağlığı, mental sağlık, kişiler arası ilişkiler, fiziksel aktivite, deri, yaşam alanı /iş ortamı güvenliği, ağrı, solunum ve beslenmedir.
2. Belirlenen bu tanımlar Omaha PDÖ'ye göre değerlendirilerek tanıya ilişkin öğrencinin bilgi-davranış-durum düzeyi tespiti yapılmış ve tanımlar öncelik sırasına alınmıştır.
3. Omaha Sistemi hedeflerden yararlanarak tanımlar için uygun hedefler seçilmiştir. Araştırmada hemşirelik bakım süreci için belirlenen hedefler

genel olarak öğrenci, aile ve toplumsal düzeyde girişimleri gerektiren nitelikte olmuştur.

4. Belirlenen hedeflere ulaşmak için hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Hemşirelik girişimleri Omaha HGŞ'ye göre sırasıyla sürveyans, sağlık eğitimi / rehberlik / danışmalık, tedavi-işlem ve vaka yönetimi kategorisinde yer almıştır. Sürveyans girişim şeması öğrencilerin sağlık sorunlarına ilişkin belirti ve bulguların izlenmesi, iyileşme durumunun takip edilmesi, sorunun yeniden ortaya çıkıp çıkmadığının belirlenmesi, verilen tedavi planının uygulanma durumunun izlenmesi, uygulanan tedavi planına ait yan etki ve komplikasyon gelişme durumunun izlemi, öğrenciye kazandırılan sağlık davranışlarının benimseme durumunun izlenmesi ve bazı hastalıklar yönünden ailesel riski bulunan öğrenciler için gerekli taramaların aralıklı tekrarlanması gibi girişimleri içermektedir. Sağlık eğitimi / rehberlik / danışmanlık hemşirelik girişimlerinde ise sağlık sorununu yönetme, sağlık sorumluluğunu üstlenme, yaşam becerilerini kazanma, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseme, uygun boş zaman aktivitesi edinme, sağlık sorunları için uygun kaynaklara yönelme, çocuğun gelişimsel dönemine göre gereksinimlerinin karşılanması gibi ilkeleri olan uygulamalar yer almıştır. Vaka yönetim girişim şeması ise hemşirenin rol, sorumlulukları ve çalışma ortamının imkanları dışında kalan farklı profesyonellerin sorumluluk alması gereken tanılar için uygulanmıştır. Çevresel alanda; toplum yardım kuruluşları ya da yerel idare, psikososyal alanda; daha çok rehber öğretmen, sosyal çalışma uzmanı ve psikologla, fizyolojik alanda; sağlık kurum ve profesyonelleri, sağlık davranışları alanında ise bütün bu kurum ve profesyonellerin yer aldığı vaka yönetimi girişimleri uygulanmıştır. Tedavi-İşlem girişim şemasında ise akut hastalıkların semptomuna yönelik yapılan girişimler (örneğin: ateş), kaza-yaralanmalarda ilk yardım uygulaması, bulaşıcı hastalıkların yayılımını önlemeye yönelik aktiviteler ve hastalık durumunda verilen tıbbi tedavinin uygulanması gibi girişimler yer almaktadır.
5. Tanıya ilişkin hemşirelik girişimleri tanımlandıktan sonra öğrencinin tanıya ilişkin durumu Omaha PDÖ'ye göre yeniden değerlendirilmiş bazı hemşirelik girişimleri tekrarlanmıştır.

6. Omaha PDÖ'ye göre öğrencilerin tanıya göre durumu üçüncü kez değerlendirilmiştir.

Araştırma süresince tekrarlı girişimler sonucunda istenen hedeflere ulaşılmayan hemşirelik tanıları ve yeni tespit edilen ya da akut ortaya çıkan durumlar için yeni bakım planları oluşturulmuştur.

3.5.Ön uygulama

Ön uygulama, araştırmanın uygulanacağı okulla aynı bölgede bulunan başka bir okulun dördüncü sınıfına ait şubede 28 Eylül – 2 Ekim 2009 tarihlerinde yapılmıştır (n=33). Ön uygulamanın yapıldığı okul fiziki ve eğitimsel olanakların yanı sıra öğrencilerin sosyokültürel ve ekonomik özellikleri açısından çalışmanın uygulandığı okulla benzerdir. Ölçekler tüm öğrencilere uygulanırken, fizik muayene ve anamnez bulguları 10 öğrencide değerlendirilmiştir. Ön uygulama sonunda veri toplama formunun araştırmanın hipotezlerini değerlendirmek için yeterli olduğu, öğrenci ve ailesine yöneltilen soruların anlaşılır olduğu, öğrenciye uygulanan ölçeklerin 15 dk. içinde tamamlandığı, ailelere uygulanan ölçeğin 10–12 dk içinde doldurulduğu, bir öğrencinin fizik muayenesinin ve anamnez bulgularının toplanmasının 30–35 dk sürdüğü belirlenmiş ve asıl uygulamanın planlanmasında bu bilgiler kullanılmıştır. Ayrıca uygulamada yan yana oturan öğrencilerin ölçeklere benzer yanıt verdiği belirlenmiş olup bu nedenle öğrencilere ölçekler sınıf ortamı yerine sağlık biriminde fiziksel muayene ve anamnezleri alındıktan sonra öğrenci tek başınayken yapılmıştır.

3.6. Araştırmanın Uygulama Basamakları

Araştırmanın uygulama süreci 5 Ekim 2009 – 18 Haziran 2010 tarihleri arasını kapsamaktadır. Araştırma süresince okul sağlığı hemşireliği hizmetleri sürekli sunulmuş ve araştırma beş adımda yürütülmüştür.

1.Adımda (5 Ekim-23 Ekim 2009) her gün okula gidilmiş öğrencileri çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları alanında değerlendirmek için veriler toplanmıştır. Veri toplama aşaması şu sırayla yapılmıştır;

- Okul-sınıf ortamının sağlık riskleri açısından değerlendirilmesi
- Öğrencinin sosyodemografik özellikleri, aileye yönelik tanımlayıcı bilgiler, geçmiş sağlık öyküsü, kronik hastalıklar yönünden soy geçmişi, bağışıklama

durumu, sağlıkla ilgili yaptığı tetkikler, vital bulguları, fizik muayenesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirilmesi.

- Öğrencilere “Pediatrik Yaşam Kalitesi 4.0 Envanteri” ve “Akademik Erteleme Davranışları” ölçeğinin uygulanması.

- Öğrenci velilerine “Çocuk Sağlığı Anketi ” uygulanması.

Bu aşamada elde edilen veriler değerlendirilmiş, belirti – bulgu ve sağlık gereksinimi gösteren veriler kullanılarak Omaha sistemi PSL’ye göre hemşirelik tanıları belirlenmiştir.

2. Adımda (26 Ekim 2009 -22 Ocak 2010) hafta içi hergün okulda olunmaya çalışılmış, hergün gidilemeyen haftalarda en az üç gün okulda bulunmuş ve uygulama sürdürülmüştür. Bu aşamada öğrencilerin var olan sorunlarını çözmeye ve olası sağlık risklerinin ortadan kaldırma, fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda sağlık düzeylerini yükseltme, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsetme, yaşam kalitesini artırma, öğrencinin akademik performansına olumlu katkı sağlama amacıyla Omaha Sistemine dayalı hemşirelik süreci uygulanmıştır. İlk olarak Omaha sistemi PSL’ye göre daha önce belirlenen hemşirelik tanılarının, etyolojileri, hedef ve hemşirelik girişimlerinin içeriği öğrenci, öğretmen ve ailelerle yapılan paylaşım ile tam olarak belirlenmeye çalışılmıştır. Daha sonra hemşirelik tanıları Omaha sistemi PDÖ’ye göre bilgi-davranış-durum açısından değerlendirilmiş ve değerlendirme sonucu, eldeki kaynaklar, aile-öğrenci tutumunda göz önünde bulundurularak öncelik sırası oluşturulmuştur. Hemşirelik tanısı için uygun hedefler Omaha sisteminden elde edilmiş, bu hedeflere ulaşmak için gerekli hemşirelik girişimleri planlanmış ve uygulanmıştır. Her uygulamanın niteliğine göre değişmekle birlikte hemşirelik girişimleri tekrarlanmıştır. Örneğin her sağlık eğitimi için mutlaka hatırlatma eğitimi yapılmıştır.

22 Ocak-5 Şubat 2010 tarihleri okul ara tatil girmiştir.

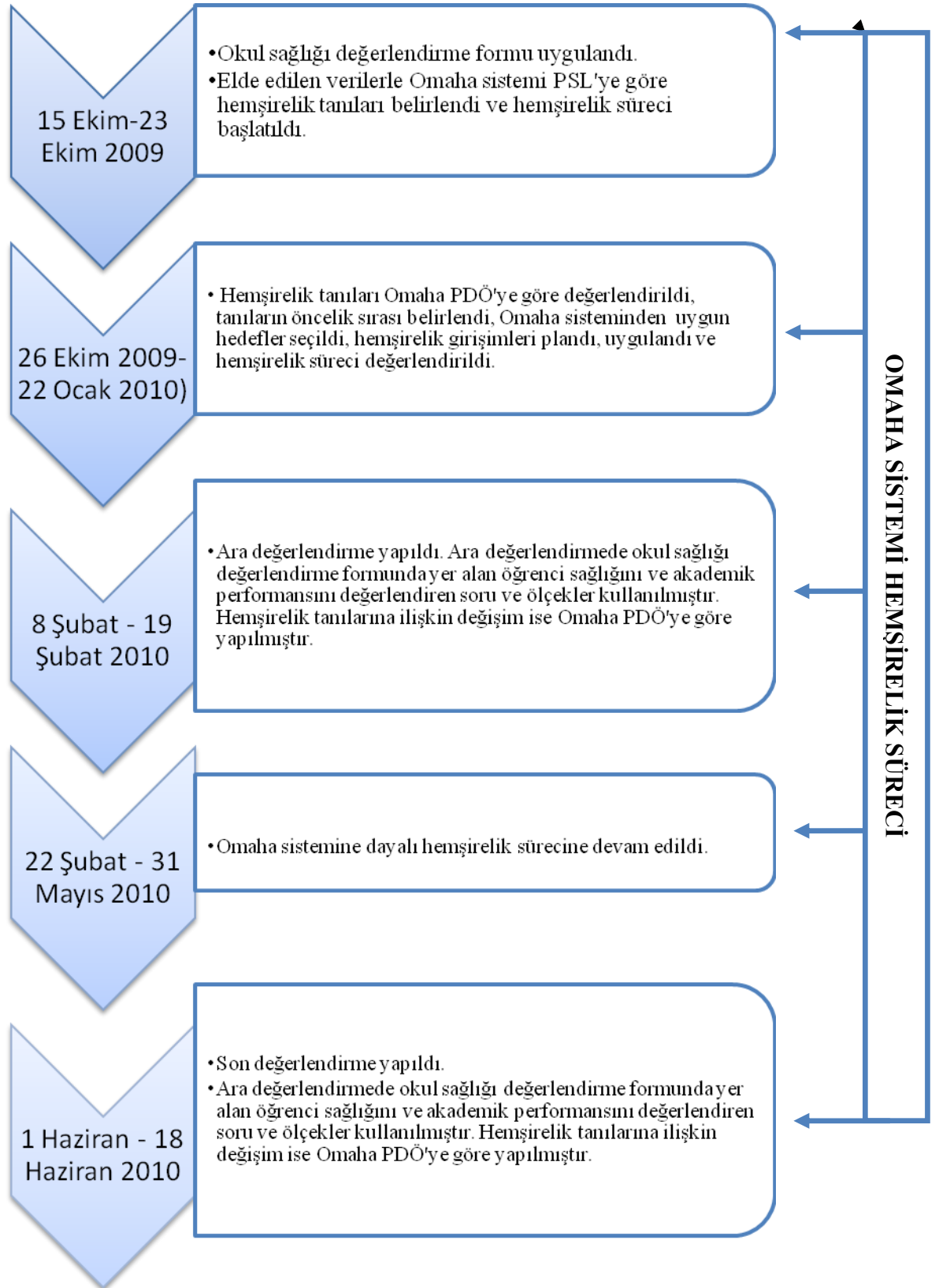
3. Adımda (8 Şubat -19 Şubat 2010) ara değerlendirme yapılmıştır. Bu ara değerlendirmede öğrencilerin birinci döneme ait ders başarı notları, devamsızlık durumları kaydedilmiş, “Pediatrik Yaşam Kalitesi 4.0 Envanteri” ve “Akademik Erteleme Davranışları” ölçeği öğrenciler, “Çocuk Sağlığı Anketi” ise öğrenci velileri tarafından doldurulmuştur. Öğrencilere fizik muayene, sağlık taraması yeniden yapılmış ve öğrencilerin genel sağlık durumları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları

değerlendirilmiş ve hemşirelik tanılarına ilişkin öğrencilerin bilgi-davranış-durum alanındaki değişimi Omaha sistemi PDÖ'ye göre değerlendirilmiştir. Araştırmanın bu aşamasında her gün okulda bulunmuş elde edilen veriler ara değerlendirme olarak kaydedilmiştir. Bu dönemde hemşirelik sürecinde eş zamanlı olarak sürdürülmüştür.

4.Adıma (22 Şubat – 31 Mayıs 2010) hemşirelik sürecine devam edilmiştir ve okulda yapılan uygulamaların yanı sıra özellikle çözülemeyen sağlık sorunları için ev ziyareti yapılmıştır. Bu aşamada haftada iki gün okulda bulunulmuştur.

5.Adım (1 Haziran – 18 Haziran 2010) Öğrencilerin genel sağlık durumunun değerlendirilmesi amacıyla veri toplama formu, fiziksel muayene, sağlık taramaları yeniden yapılmış ve hemşirelik tanılarındaki değişim Omaha sistemi PDÖ'ye göre değerlendirilmiştir. "Pediatrik Yaşam Kalitesi 4.0 Envanteri" ve "Akademik Erteleme Davranışları" ölçeği öğrenciler, "Çocuk Sağlığı Anketi" ise öğrenci velileri tarafından doldurulmuştur. Öğrencilerin ikinci dönem başarı notları ve devamsızlık durumu bilgileri elde edilmiştir ve tüm sonuçlar son değerlendirme olarak kaydedilmiştir. Araştırmanın bu aşamasında hergün okulda bulunulmuştur.

Araştırmanın Akış Şeması



3.7.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanması için gerekli etik izin Ankara 3 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmış (EK 6) ve öğrenci ve ailesi için Ek 7'de belirtilen onam formu kullanılmıştır. Ayrıca "Milli Eğitim Bakanlığına Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma ve Araştırma Desteğine Yönelik İzin ve Uygulama Yönergesi" doğrultusunda Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden araştırmanın yürütülmesine ilişkin kurum izni alınmıştır (EK 8).

3.8.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 istatistik paket programından yararlanılmıştır. Okul sağlığı hemşirelik hizmetlerinin öğrencilerin akademik performansına etkisinin değerlendirildiği bu çalışmada hemşirelik hizmetleri sonucu öğrencinin sağlık durumunda meydana gelen değişim hemşire, öğrenci ve veli tarafından değerlendirilmiştir. Hemşire öğrenci sağlığındaki değişimi hemşirelik tanılarına özgü kullanılan Omaha sistemi PDÖ puanı; öğrenci Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri; veli Çocuk Sağlığı Anketi ile değerlendirmiş ve bu puanlar bağımsız değişken olarak kabul edilmiştir. Bu değerlendirmeler araştırmanın başında, ortasında ve sonunda olmak üzere üç kez tekrarlanmıştır. Akademik performans ise öğrencinin devamsızlık durumu, akademik erteleme davranışı, akademik başarı algısı ve akademik başarı notu ile değerlendirilmiştir ve bu değişkenler araştırmanın bağımlı değişkeni kabul edilmiştir. Araştırmada Omaha sistemine ait problem sınıflama listesi, belirti-bulgu, hedef ve hemşirelik girişim şeması ile ilgili veriler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Araştırma hipotezlerine ilişkin verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistikler ise aşağıda detaylı olarak belirtilmiştir.

Araştırmada;

- ✓ Araştırma süresince Omaha sistemi PDÖ puanı, PedsQL 4.0 Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri ve Çocuk Sağlığı Anketi puanındaki değişim tekrarlı ölçümlerde varyans analizi,
- ✓ Cinsiyete göre Omaha sistemi PDÖ puanı, PedsQL 4.0 Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri ve Çocuk Sağlığı Anketi puanındaki değişim tekrarlı ölçümlerde iki yönlü varyans analizi,

- ✓ Uygulama sonrası öğrencilerin sahip olduğu sağlık sorunu sayısı, PedsQL 4.0 Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri ve Çocuk Sağlığı Anketi arasındaki ilişki korelasyon analizi,
- ✓ Öğrencilerin devamsızlık durumunun geçen yıla ait devamsızlık durumuna göre değişimi paired t testi,
- ✓ Öğrencilerin devamsızlık durumunun birinci ve ikinci döneme göre değişimi paired t testi,
- ✓ Öğrencilerin devamsızlık durumu ile öğrencilere uygulanan hemşirelik girişim sayısının ilişkisi korelasyon analizi,
- ✓ Akademik ders notlarının birinci ve ikinci döneme göre değişimi paired t testi,
- ✓ Omaha PDÖ puanları ikinci dönem akademik ders notu arası ilişki korelasyon analizi,
- ✓ Akademik ders notunu etkileyen faktörler çoklu regresyon analizi,
- ✓ Öğrencilerin akademik başarı algısındaki değişim Cochran's Q testi,
- ✓ Akademik erteleme davranışları ölçeğindeki değişim tekrarlı ölçümlerde varyans analizi,
- ✓ Omaha PDÖ puanları akademik erteleme davranışları puanı arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ve
- ✓ Akademik erteleme davranışını etkileyen faktörler çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

4.BULGULAR

Kapsamlı okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin, öğrencilerin akademik performansına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular iki ana başlık altında sunulmuştur:

1. Kapsamlı okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin, öğrencilerin sağlık durumuna etkisi
2. Kapsamlı okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin, öğrencilerin akademik performansına etkisi

4.1. Kapsamlı Okul Sağlığı Hemşireliği Hizmetlerinin Öğrencilerin Sağlık Durumuna Etkisi

Bu bölümde öğrencilerin sağlığı geliştirme ve gerçek sağlık sorunlarına yönelik Omaha sistemi kullanılarak uygulanan hemşirelik süreci doğrultusunda öğrencilerin sağlık durumunun araştırma sürecindeki değişimine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1.1. Öğrenciler için belirlenen hemşirelik tanılarının Omaha Sisteminde yer alan tanı alanlarına göre dağılımı.

Tanı Alanları	Sayı	Yüzde(%)
Çevresel alan	33	(7.7)
Psikososyal alan	109	(25.6)
Fizyolojik alan	140	(32.8)
Sağlık davranışları alanı	144	(33.9)
Toplam	426	(100.0)

Tablo 4.1.2. Araştırmada kullanılan hemşirelik tanılarının yapı bakımına (değiştiriciler) göre dağılımı.

Tanı Alanları	Sayı	Yüzde(%)
Gerçek (belirti-bulgu / sağlık sorunu)	322	(75.8)
Sağlığı geliştirme	104	(24.2)
Toplam	426	(100.0)

Araştırma süresince öğrencilere tekrarlı yapılan sağlık taramaları, fiziksel muayene, anamnez bulguları ve gözleme dayalı olarak elde edilen bulguların yanı sıra bireysel başvuru, akut ortaya çıkan ya da aile ve öğretmenin bildirdiği sorunlara dayalı olarak 426 hemşirelik tanısı/problem belirlenmiştir. Omaha sistemi kullanılarak belirlenen bu tanıların %33.9'u sağlık davranışları alanı; % 32.8'i fizyolojik alan; %25.6'sı psikososyal alan ve % 7.7'si çevresel alanda yer almaktadır (Tablo 4.1.1). Ayrıca tanıların (n=426) büyük çoğunluğu gerçek sağlık sorunu (%75.8) niteliğinde olup; %24.2'si sağlığı geliştirme ile ilgilidir (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.3. Öğrencilerin sağlığı geliştirmeye yönelik Omaha Sistemi Problem Sınıflama Listesine göre belirlenen hemşirelik tanıları.

	PSL'ye göre kullanılan hemşirelik tanıları	Sayı	Yüzde
Psikososyal Alan	6. Sosyal ilişki	16	(15.38)
	11. Mental sağlık	9	(8.65)
	Toplam	25	(24.03)
Sağlık Davranışları Alanı	35. Beslenme	16	(15.38)
	36. Uyku ve dinlenme düzeni	7	(6.73)
	37. Fiziksel aktivite	12	(11.54)
	38. Kişisel bakım	13	(12.51)
	41. Sağlık bakım denetimi	31	(29.81)
	Toplam	79	(74.97)
	Genel Toplam	104	(100.00)

Sağlığı geliştirmeye yönelik belirlenen 104 hemşirelik tanısının % 74.97'si sağlık davranışları alanında ve % 24.03'ü psikososyal alanda yer almaktadır. Çevresel ve fizyolojik alanda sağlığı geliştirme ile ilgili tanı kullanılmamıştır. Sağlığı geliştirmeye yönelik Omaha Problem Sınıflama Listesi'ne (PSL) göre belirlenen tanıları sırasıyla sağlık bakım denetimi (% 29.81), sosyal ilişki (%15.38), beslenme (%15.38), kişisel bakım (%12.51), fiziksel aktivite (% 11.54), mental sağlık (%8.65) ile uyku ve dinlenme düzeni (% 6.73)'dir (Tablo 4.1.3). Sağlık bakım denetimi tanısında yapılan uygulamanın içeriği “sağlık sorumluluğu kazanma”, sosyal ilişki tanısında “sosyal destek ve sanatsal-spor uğraş kazandırma / uygun boş zaman aktiviteleri edinme”, beslenme tanısında “sağlıklı beslenme ilkeleri”, kişisel bakım tanısında “hijyen”, fiziksel aktivite tanısında “egzersiz”, mental sağlık tanısında ise “stresle başetme, karar verme, öfke yönetimi, kendini tanıma” uygulamalarıdır.

Tablo 4.1.4. Öğrencilerin gerçek sağlık sorununa yönelik Omaha PSL'ye göre belirlenen hemşirelik tanıları.

	PSL'ye göre kullanılan hemşirelik tanıları	Sayı	Yüzde
Çevresel Alan n=33	1.Gelir	4	(1.24)
	2.Sanitasyon	9	(2.80)
	3.Konut	3	(0.93)
	4.Yaşam alanı / iş ortamı güvenliği	17	(5.28)
Psikososyal Alan n=84	5.Toplum kaynakları ile iletişim.	6	(1.86)
	6.Sosyal İlişki	11	(3.42)
	07.Rol değişimi	4	(1.24)
	08.Kişilerarası ilişkiler	19	(5.90)
	10.Üzüntü	5	(1.55)
	11.Mental sağlık	21	(6.52)
	12 Cinsellik	1	(0.31)
	13 Bakım verme /ebeveynlik	11	(3.42)
	16.Büyüme gelişme	4	(1.24)
	Diğer:Aile etkileşimi	2	(0.62)
Fizyolojik Alan n=140	18.Görme	5	(1.55)
	19.Konuşma ve dil	4	(1.24)
	20. Ağız sağlığı	27	(8.38)
	21.Algılama	2	(0.62)
	22.Ağrı	16	(4.96)
	24.Deri	17	(5.28)
	25.Sinir-iskelet	5	(1.55)
	26.Solunum	16	(4.96)
	27.Dolaşım	1	(0.31)
	28.Sindirim-hidrasyon	6	(1.86)
	29.Bağırsak fonksiyonu	3	(0.93)
	30.Üriner fonksiyon	5	(1.55)
	34.Bulaşıcı /enfeksiyon durumu	33	(10.9)
	Sağlık Davranışları Alanı n=65	35.Beslenme	15
36.Uyku ve dinlenme düzeni		13	(4.03)
37.Fiziksel Aktivite		18	(5.60)
38.Kişisel bakım		11	(3.42)
41.Sağlık bakım denetimi		4	(1.24)
42.Tedavi rejimi		4	(1.24)
	Toplam	322	(100)

Tablo 4.1.4’de araştırmada gerçek sağlık sorununu gösteren Omaha PSL’ye göre belirlenen hemşirelik tanıları yer almaktadır. Çevresel alanda en sık kullanılan tanı yaşam alanı / iş ortamı güvenliği (n=17); psikosyal alanda mental sağlık (n=21); fizyolojik alanda bulaşıcı /enfeksiyon durumu (n=33); sağlık davranışı alanında fiziksel aktivite (n=18) tanısıdır. Ayrıca psikososyal alana “aile etkileşimi” (n=2) adı ile bir tanı eklenmiştir. Tüm tanı alanları değerlendirildiğinde Omaha PSL’ye göre en çok kodlanan hemşirelik tanıları sırasıyla bulaşıcı /enfeksiyon durumu (% 10.29), ağız sağlığı (% 8.38) , mental sağlık (% 6.52), kişiler arası ilişkiler (% 5.9), fiziksel aktivite (% 5.60), deri (% 5.28), yaşam alanı /iş ortamı güvenliği (% 5.28), ağrı (% 4.96), solunum (% 4.96) ve beslenme (% 4. 66)’dir.

Tablo 4.1.5. Hemşirelik tanılarını belirlemede kullanılan belirti ve bulguların problem alanlarına göre dağılımı.

Tanı Alanları	Sayı	Yüzde(%)
Çevresel Alan	37	(8.00)
Psikososyal Alan	126	(27.28)
Fizyolojik Alan	210	(45.46)
Sağlık Davranışları Alanı	89	(19.26)
Toplam	462	(100.0)



Grafik 4.1.1. Hemşirelik tanılarının belirlenmesinde en sık kodlanan belirti ve bulgular (n=462).

Araştırmada gerçek sağlık sorunlarına (n=322) ilişkin tanılar belirlenmesinde 462 belirti - bulgu kullanılmıştır. Kullanılan belirti - bulgular en çok fizyolojik alanda (% 45.46), en az ise çevresel alanda (%8.00) yer almaktadır (Tablo 4.1.5). Tanı alanları dikkate alınmadan en çok kullanılan belirti - bulgular sırasıyla diş çürüğü (% 4.97), yetersiz / düzensiz egzersiz (% 3.89), enfeksiyon kontrol ilkelerinin izlenmemesi (% 3.46), ağrıyan bölgenin desteklenmesi / korunması (% 2.59), aşırı tartar (% 2.38), burun akıntısı / nazal konjesyon (% 2.16), rahatsızlık / ağrı ifade etme (% 1.94), yaralanmaya bağlı çürük- ezik (% 1.73), yaşa fiziksel özelliklere göre yetersiz uyku/dinlenme (% 1.73) ve bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutma (% 1.73)'dır (Grafik 4.1.1)

Tablo 4.1.6. Çevresel alanda PSL'ye göre kodlanan hemşirelik tanılarının belirlenmesinde kullanılan belirti – bulgular (n=37) ve tanılara yönelik hedefler.

Problemler	Belirti-Bulgu	Hedefler
01.Gelir	01. Gelirin düşük olması / hiç olmaması (% 10.81) 04. Sadece temel gereksinimlerini satın alabilme (%2.71)	19. Destek 52. Mali durum 68. Topluma yardım hizmetleri
02.Sanitasyon	01. Yaşanılan alanının kirli olması (%2.71) 02. Besinlerin saklanması ve kullanılmasında yetersizlik (%5.41) 03. Böcek / kemiricilerin olması (%2.71) 04. Kötü kokular (%2.71) 07. Çamaşır yıkama koşullarının yetersiz olması (%2.71) 08. Alerjenler (% 10.81) 09. Bulaşıcı kirlenici ajanlar enfeksiyonlar / kontaminasyon ajanları (%2.71)	32. Ev işleri 28. Enfeksiyon kontrolü 12. Beslenme yöntem ve ilkeleri 76. Diğer Haşerelerle Mücadele
03.Konut	11. Yaşam alanının kalabalık yetersiz olması (% 5.41) 05. Sağlığı geliştirmek için uygun kaynakların ve alanların yetersiz olması(%2.71) 03. Dik / <i>güvenli olmayan</i> merdivenler(%2.71)	31. Ev 14. Çevre
04.Yaşam Alanı / İş ortamı Güvenliği	03. Kontrol edilmemiş <i>tehlikeli ve enfekte</i> hayvanlar (%2.71) 04. Güvenli oyun ve <i>egzersiz alanlarının yetersiz</i> olması (% 16.21) 05. Yaşanılan alanın dağınık olması (%2.71) 06. Şiddet ihbarları /tehditler(%2.71) 07. Fiziksel tehlikeler(%2.71) 08. Araç/ trafik tehlikeleri (%5.41) 09. Kimyasal tehlikeler (%8.10) 10. Radyasyon tehlikesi (%5.41)	14. Çevre 37. Güvenlik 32. Ev işleri 20. Diğer toplum kaynakları

Tablo 4.1.6’da Omaha Sistemi çevresel alanda hemşirelik tanılarının belirlenmesinde kullanılan belirti - bulgular detaylı olarak incelenmiştir. Çevresel alanda en sık kullanılan belirti - bulgu gelirin düşük olması / hiç olmaması (% 10.81), alerjenler (% 10.81), güvenli oyun ve egzersiz alanlarının yetersiz olması (% 16.21)’dir . Çevresel alanda yer alan tanımlar için belirlenen hedeflerin ise “ev işleri” “enfeksiyon kontrolü” gibi daha çok aileyle ilişkili ya da “destek” “ mali yardım” “topluma yardım hizmetleri” gibi toplum kaynaklarını kullanmaya yönelik olduğu görülmektedir.

Tablo 4.1.7. Psikososyal alanda PSL'ye göre kodlanan hemşirelik tanılarının belirlenmesinde kullanılan belirti -bulgular (n=126) ve tanılara yönelik hedefler.

Problemler	Belirti ve Bulgular	Hedefler
05.Toplum Kaynakları İle iletişim	01. Hizmetlerden nasıl yararlanacağını ve haklarını bilmeme (%0.78)	46. İletişim
	02. Hizmet sunanların görevlerini ve rolleri bilmeme (%1.56)	30. Etkileşim
	03. Hizmet sunanlarla iletişim kuramama (%3.12)	20. Diğer toplum kaynakları
	04. Hizmetlerden memnun olmama (%0.78)	
	11. İletişim araçlarının yetersizliği/ kullanılmaması (%0.78)	
06.Sosyal İlişki	01. Sınırlı sosyal ilişki (%3.12)	46. İletişim
	03. Dış uyaranların /boş zaman aktivitelerinin çok az olması (%3.90)	19. Destek sistemleri
	04. Diğer-Uygun olmayan boş Zaman Aktiviteleri (%3.12)	Diğer: Boş zaman aktiviteleri
07.Rol Değişimi	01. İstenmeyen rol değişimi (%3.12)	11. Belirti-Bulgu
	02. Yeni role uyumsuzluğu (% 1.56)	Mental/emosyonel
08.Kişilerarası İlişkiler	01. İlişkiye başlama/ sürdürmede güçlük (%2.34)	46. İletişim
	02. Paylaşılan aktivitelerin az olması (%5.55)	9. Başetme becerileri
	03. Değerler/ amaçlar/ beklentiler / programlarda uyumsuzluk(%2.34)	19. Destek sistemleri
	04. Kişiler arası iletişim becerilerinde yetersizlik(%6.34)	64. Stres yönetimi
	05. Uzun süren, düzelmeyen gerginlik (%3.12)	56. Öfke yönetimi
	06. Gereksiz şüphe/ manipülasyon / kontrol(%2.34)	15. Davranış değiştirme
	7. Partnere duygusal ve fiziksel olarak kötü davranma (%2.34)	23. Disiplin
	08. Problemlerini çözerken çatışmaya girmek (%3.12)	
10.Üzüntü	02. Üzüntü tepkileri ile baş etmede güçlük(%3.90)	9. Başetme becerileri
	03. Üzüntü tepkilerini ifade etmede güçlük (%2.34)	11. Belirti-Bulgu
	04. Üzüntü sürecinde bireyler/aileler arasında uyumsuzluk (%1.56)	Mental/emosyonel
11.Mental Sağlık	01. Üzüntü /umutsuzluk / azalmış özgüven (%5.55)	11. Belirti-Bulgu
	02. Endişe / tanımlanmamış korkular (%3.12)	Mental/emosyonel
	03. Öz bakım ve günlük aktiviteleri sürdürmede ilgi kaybı (%1.56)	9. Başetme becerileri
	04. Odaklanmada / dikkati toplamada sınırlılık (%3.12)	64. Stres yönetimi
	06. Huzursuz/ ajite/ saldırgan (%0.78)	56. Öfke yönetimi
	07. Amaçsızlık/ tekrarlayan hareketler (%0.78)	15. Davranış değiştirme
	08. Stres yönetiminde güçlük (%1.56)	Diğer: Boş zaman aktiviteleri
	09. Öfke yönetiminde güçlük (%4.76)	
	10. Somatik yakınmalar /yorgunluk (%1.56)	
	18. Diğer parmak emme- tırnak yeme (%1.56)	
12.Cinsellik	02. Özelini ifade etmede güçlük (%0.78)	13. Büyüme gelişme
13.Bakım Verme / Ebeveynlik	02. Duygusal bakım vermede güçlük (%2.34)	46. İletişim
	03. Bilişsel öğrenme deneyimleri ve aktiviteleri sağlamada güçlük(%1.56)	7. Bakım verme ve ebeveynlik
	04. Koruyucu ve tedavi edici bakım sağlamada güçlük (%0.78)	
	05. Büyüme ve gelişme aşamaları ile uyumlu olmayan beklentiler (%2.34)	
	06. Sorumluluk almada zorlanma / memnuniyetsizlik (%2.34)	
	07. Sözlü /sözsüz iletişim ya da yorumlamada güçlük (%2.34)	
	02. Tartı - boy, baş çevresi değerlerinin yaş/ büyüme standardına uygun olmaması (%1.56)	13. Büyüme gelişme
16.Büyüme Gelişme	04. Gelişimine uygun görevlerini başarmada / sürdürmede yetersizlik (%1.56)	
	Diğer:Aile Etkileşimi	15. Davranış değiştirme
	Uyum (%1.56)	
	Kardeş Kıskançlığı (%1.56)	

Omaha Sistemi psikososyal alanda en sık kullanılan belirti - bulgular paylaşılan aktivitelerin az olması (% 5.55), kişiler arası iletişim becerilerinde yetersizlik (% 6.34), üzüntü / umutsuzluk / azalmış özgüven (% 5.55)'dir. Psikososyal alana eklenen aile etkileşimi tanısı için *aile üyeleri arası uyum sorunu* (% 1.56) ve *kardeş kıskançlığı* (% 1.56) belirti-bulguları kullanılmıştır. Ayrıca yine psikososyal alanda sosyal ilişki tanısında *uygun olmayan boş zaman aktiviteleri* mental sağlık tanısında ise *parmak emme-tırnak yeme* belirti – bulguları araştırmacı tarafından eklenmiştir. Bu tanı alanı için belirlenen hedefler değerlendirildiğinde stres yönetimi, öfke yönetimi, baş etme becerileri gibi öğrenciye yaşam becerisi kazandırmaya yönelik hedeflerin ağırlıklı olduğu görülmektedir. Ayrıca toplum ve aile ile bağlantılı hedeflerde psikososyal alandaki tanıların ele alınmasında kullanılmıştır (Tablo 4.1.7).

Tablo 4.1.8. Fizyolojik alanda PSL'ye göre kodlanan hemşirelik tanılarının belirlenmesinde kullanılan belirti - bulgular (n=210) ve tanılarına yönelik hedefler

Problemler	Belirti ve Bulgular	Hedefler
18.Görme	02. Uzaktaki cisimleri görmeye güçlük (%1.42) 05. Görme tarama testinde normal olmayan sonuçlar(%1.42) 06. Şaşılık / göz kırpması / gözlerde sulanma / bulanık görme (%0.47) 09. Diğer kaşıntı – gözde arpacık (%0,95)	4.Araç gereçler 10.Belirti bulgu Fiziksel 65.Tarama yol yöntemleri
19.Konuşma ve Dil	01.Konuşma ve ses çıkarabilme yeteneğinde anormallik / konuşamama (%0.47) 02.Anlamama / anlama yeteneğinde anormallik (%0.47) 03.Alternatif iletişim becerilerinin / el-kol hareketlerinin (jestlerin) olmaması (%0,95) 05. Telaffuzun sınırlı olması / anlaşılır olmaması (%0.47) 06. Uygun olmayan kelime kullanımı (%0.47)	21.Dil 46.İletişim becerileri 63.Sosyal hizmet ve danışmanlık bakımı
20.Ağız Sağlığı	01. Dişlerde şekil bozukluğu / kırık/ kayıplar (%3.50) 02. Çürükler (%10.90) 03. Aşırı tartar (%5.23) 04. Yaralı / şiş / kanayan dişeti (%0.47) 07. Sıcak ya da soğuk hassasiyet (%2.84)	67.Tıbbi / diş bakımı 49.Kişisel hijyen
21.Algılama	01. Muhakeme yeteneğinde azalma (%0,95) 06. Konsantrasyonda sınırlılık (%0.47) 08. Kontrolsüz hareket (%0.47)	63.Sosyal hizmet ve danışmanlık bakımı
22.Ağrı	01. Rahatsızlık/ağrı ifade etme (%4.28) 02. Nabız / solunum sayısı / kan basıncında yükselme(%1.90) 03. Ağrıyan bölgenin desteklenmesi/ korunması (%5.71) 04. Yerinde duramama (%1.90) 05. Yüzünü buruşturma (%0,95)	10.Belirti bulgu Fiziksel 39.Hastalık / yaralanma 40.Hemşirelik bakımı 50.Laboratuvar bulguları
24.Deri	01. Lezyon / bası yarası (%3.33) 03. Aşırı kuru (%3.50) 08. Çürük- ezik (%2.84) 10. Yara iyileşmesinde gecikme (%0.47)	17.Deri bakımı 39.Yaralanmada bakım 72.Yara bakımı/ pansuman değişimi
25.Sinir-İskelet	01. Hareketlerde sınırlılık (%0.47) 02. Kas gücünde azalma (%0,95) 14. Diğer kas ezilmeleri (%1.42)	39.Yaralanmada bakım 10.Belirti bulgu Fiziksel 26. Egzersiz
26.Solunum	03. Öksürme (%2.84) 04. Öksürememe / bağımsız olarak balgam çıkaramama(%0,95) 07. Sesli solunum(%0,95) 08. Burun akıntısı /nazal konjesyon(%4.76) 09. Anormal solunum sesleri(%1.42) 11. Diğer burun kanaması (%2.28)	45.İlaç yönetimi 61.Solunum bakımı 39.Yaralanmada bakım 40.Hemşirelik bakımı 10.Belirti bulgu Fiziksel
27.Dolaşım	08. Anormal kan basıncı ölçümleri (%0.47)	10.Belirti bulgu Fiziksel 65.Tarama yol yöntemleri
28.Sindirim-Hidrasyon	01.Bulantı /kusma(%1.42) 05.İştahsızlık (%0,95) 06.Anemi(%0.47) 09. Deri turgorunun azalması (%0.47) 10.Dudak çatlaması/ ağız kuruluğu(%0,95)	12.Beslenme yol ve Yöntemleri Diğer Sıvı alımı 40.Hemşirelik bakımı 45.İlaç yönetimi
29.Bağırsak Fonksiyonu	01.Defekasyon sıklığında/ dışkı kıvamında anormallik(%0.47) 02.Ağrılı defekasyon(%0.47) 03.Bağırsak seslerinde azalma(%0,95) 06.Kramp / karın bölgesinde rahatsızlık(%0.47) 07.Fekal inkontinans (dışkı kaçırmaya) (%0.47)	5. Bağırsak bakımı 10.Belirti bulgu Fiziksel 40.Hemşirelik bakımı 63.Sosyal hizmet/ danışmanlık
30.Üriner Fonksiyon	01.İdrar yaparken yanma / ağrı(%0,95) 02.İdrar kaçırmaya(%0.47) 08.Nöktüri(%0.47) 09. Üriner sistemle ilgili laboratuvar sonuçlarında anormallik (%0,95)	50.Laboratuvar bulgular 10.Belirti bulgu Fiziksel 20.Toplum kaynakları 40.Hemşirelik bakımı
34.Bulaşıcı /Enfeksiyon durumu	01.Enfeksiyon (%0.47) 03.Ateş (%2.84) 07.Enfeksiyon kontrolü ilkelerinin izlenmemesi(%7.61) 06.Bulaşmayı önlemek için gereç/malzeme politikalarının yetersiz olması (%4.76)	40.Hemşirelik bakımı 28.Enfeksiyon kontrolü 19.Destek sistemi 45.İlaç yönetimi

Tablo 4.1.8’de fizyolojik alandaki tanıların belirlenmesinde kullanılan belirti –bulgular ile bu alana yönelik belirlenen hedeflere yer verilmiştir. Fizyolojik alanda en sık kullanılan belirti - bulgular diş çürükleri (% 10.90), enfeksiyon kontrol ilkelerinin izlenmemesi (% 7.46) ve ağrıyan bölgenin desteklenmesi /korunması (% 5.71)’dir. Fizyolojik alanda solunum tanısında “burun kanaması” olarak sadece bir belirti – bulgu eklenmiştir. Bu alandaki hedefler değerlendirildiğinde ise “yaralamalarda bakım”, “solunum bakımı”, “bağırsak bakımı” gibi hemşirenin bakım rolünü ön plana çıkaran hedeflerin yer aldığı görülmektedir. Ayrıca “araç gereç” “destek sistemi” gibi toplumla işbirliğini gerektiren ve “tıbbi/diş bakımı”, “laboratuvar bulguları” “ilaç yönetimi” “sosyal hizmet ve danışmanlık” gibi hemşirenin vaka yöneticisi olduğu hedefler kullanılmıştır.

Tablo4.1.9. Sağlık davranışları alanında PSL'ye göre kodlanan hemşirelik tanılarının belirlenmesinde kullanılan belirti -bulgular (n=89) ve tanılara yönelik hedefler.

<i>Problem</i>	<i>Belirti –Bulgu</i>	<i>Hedefler</i>
35.Beslenme	01. Fazla kilo (<i>yetişkinlerde BKİ'nin 25 ve üzerinde, çocuklarda BKİ'nin 95. Persentil ve üzerinde olması</i> (%4.95) 03. Günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın altında olması (%3.38) 04. Günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın üzerinde olması (%2.24) 05. Dengesiz beslenme (%7.87) 06. yaşa uygun olmayan beslenme programı (%6.74) 09. Besin alma/ hazırlamada yetersizlik(%2.24)	12. Beslenme yol ve yöntemler 27. Eğitim 15. Davranış değiştirme 68. Topluma yardım hizmetleri
36.Uyku ve Dinlenme Düzeni	01. Uyku ve dinlenme düzeninin aileyi rahatsız etmesi(%2.24) 02. Gece sık sık uyanma(%3.38) 04. Uykusuzluk(%2.24) 05. Kabus görme(%2.24) 06. Yaşa / fiziksel duruma göre yetersiz uyku/ dinlenme (%8.89) 09. Diğer gündüz uykululuk durumu (%2.24)	22. Uyku ve dinlenme 15. Davranış değiştirme 27. Eğitim
37.Fiziksel Aktivite	01. Sedanter yaşam biçimi (% 1.12) 02. Yetersiz / düzensiz egzersiz (%20.22)	26. Egzersiz 15. Davranış değiştirme 27. Eğitim
38.Kişisel Bakım	01. Giysilerin temizliğinin sağlanmasında güçlük (%3.38) 02. Banyo yapmada güçlük(% 1.12) 06. Kötü vücut kokusu(%2.24) 08. Ağız bakımı/ diş fırçalama/ diş ipi kullanmada güçlük (%4.95) 09. Bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutmama/ yapmayı istememe/yapamama(%8.89)	15.Davranış değiştirme 49. Kişisel hijyen 27. Eğitim
41.Sağlık Bakım Denetimi	02. Değerlendirme / tedavi gerektiren semptomlar için bakım almama (%4.95)	8. Bakımın sürekliliği
42.Tedavi Rejimi	01. Önerilen doz/ tedavi programına uymama (% 1.12) 03. İlaç sağlayan sistemin yetersiz olması(% 1.12) 05. Biten ilaçların yerine konmaması(%2.24)	73. Yasal sistem 63. Sosyal hizmet /danışmanlık bakımı 43. İlaç tedavisinin düzenlenmesi 8. Bakımın sürekliliği

Sağlık davranışları alanında ise en sık kullanılan belirti – bulgular yetersiz / düzensiz egzersiz (% 20.22), bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutma / yapmayı istememe/yapmama (% 8.89) ve yaşa / fiziksel duruma göre yetersiz uyku / dinlenme (% 8.89)'dır. Sağlık davranışları alanında yer alan uyku ve dinlenme düzeni tanısı için *gündüz uykululuk* belirti-bulgusu eklenmiştir. Bu alandaki hedefler eğitim, davranış değişikliği ve sağlıklı yaşam biçimiyle ilgili aktivitelere yöneliktir. Özellikle sağlık bakım denetimi ve tedavi rejimi alanında “bakımın sürekliliği” “sosyal hizmet danışmanlık bakımı” “yasal sistem” gibi aileye dönük, toplumsal düzeyde ve vaka yönetimini gerektiren hedefler bulunmaktadır. (Tablo 4.1.9).

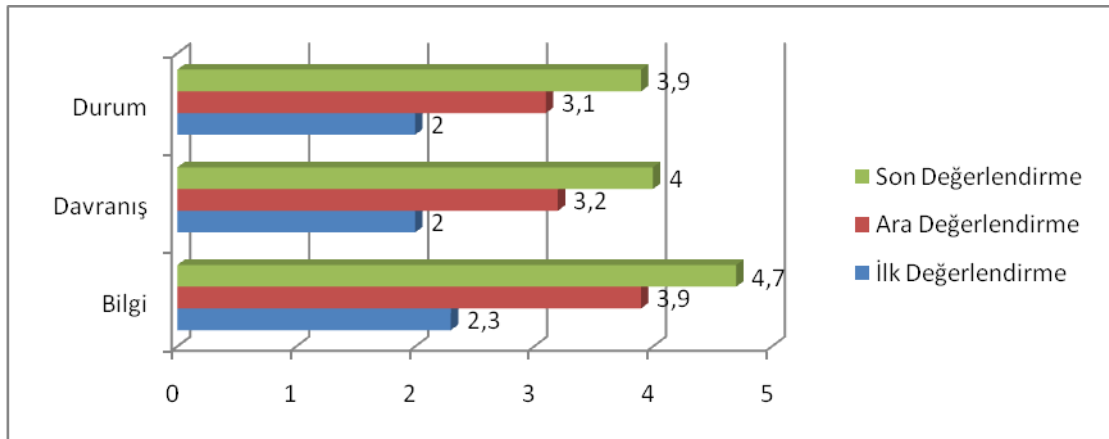
Tablo 4.1.10. Omaha PSL'ye göre belirlenen tanılara (n=426) yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin problem alanlarına göre dağılımı.

Problem alanları	Sağlık Eğitimi / Rehberlik/ Danışmanlık		Vaka Yönetimi		Tedavi / İşlem		Surveyans		Toplam
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Çevresel	32	40,00	10	12,50	6	7,50	32	40,00	80
Psikososyal	107	46,52	14	4,53	7	3,04	102	44,34	230
Fizyolojik	110	29,57	51	13,71	78	20,96	133	35,76	372
Sağlık Davranışı	146	48,02	7	2,31	5	1,65	146	48,02	304
TOPLAM	395	40,06	82	8,31	96	9,74	413	41,89	986

Omaha PSL'ye göre araştırmada gerçek sağlık sorunu ve sağlığı geliştirme niteliğinde olan 426 hemşirelik tanısı için 986 hemşirelik girişimi belirlenmiştir. Omaha Hemşirelik Girişim Şemasına (HGS) göre bütün alanlarda tanılara yönelik en sık surveyansın uygulandığı ve (% 41.89); sağlık eğitimi / rehberlik / danışmanlık % 40.06, tedavi-işlem % 9.74 ve vaka yönetimi % 8.31 oranında kullanıldığı görülmektedir. Problem alanlarına göre hemşirelik girişim şemalarının kullanım sıklığı değerlendirildiğinde çevresel, psikososyal ve sağlık davranışı alanında hemşirelik girişim şemalarının kullanım sıklığı en çoktan en aza sırasıyla sağlık eğitimi / rehberlik / danışmanlık(1), surveyans (2), vaka yönetimi (3) ve tedavi / işlem (4) olduğu; fizyolojik alanda ise sırasıyla surveyans (1), sağlık eğitimi / rehberlik / danışmanlık (2), tedavi / işlem (3) ve vaka yönetimi (4) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.10).

Tablo 4.1.11. Omaha Sistemine dayalı uygulanan hemşirelik sürecinin Problem Değerlendirme Ölçeği ile (PDÖ) izlemlere göre değerlendirilmesi.

Problemler		Bilgi	Davranış	Durum
Çevresel Alan	İlk değerlendirme	2.5±0,8	2.2±0.6	2.1±0,5
	Ara değerlendirme	4.1±0.6	2.9±0.8	2.8±0.8
	Son değerlendirme	4.7±0.5	3.6±1.0	3.4±1.1
	F=	78.830	21.880	20.186
	p=	0.000	0.000	0.000
Psikososyal Alan	İlk değerlendirme	2.3±0.5	2.1±0.4	2.2±0.6
	Ara değerlendirme	3.9±0.5	3.3±0.5	3.2±0.5
	Son değerlendirme	4.7±0.3	4.2±0.5	4.1±0.5
	F=	262.33	1.452	1.106
	p=	0.000	0.000	0.000
Fizyolojik Alan	İlk değerlendirme	2.3±0.4	1.8±0.4	1.7±0.3
	Ara değerlendirme	4.0±0.4	3.3±0.4	3.0±0.4
	Son değerlendirme	4.8±0.2	4.2±0.3	4.2±0.5
	F=	498.587	502.21	394.64
	p=	0.000	0.000	0.000
Sağlık Davranışları Alanı	İlk değerlendirme	2.2±0.3	2.0±0.3	2.0±0.5
	Ara değerlendirme	3.8±0.3	3.2±0.4	3.2±0.4
	Son değerlendirme	4.7±0.2	4.0±0.3	3.9±0.2
	F=	726.28	347.23	205.14
	p=	0.000	0.000	0.000
Toplam	İlk değerlendirme	2.3±0.3	2.0±0.2	2.0±0.3
	Ara değerlendirme	3.9±0.3	3.2±0.1	3.1±0.4
	Son değerlendirme	4.7±0.2	4.0±0.4	3.9±0.4
	F=	903.218	3.440	433.51
	p=	0.000	0.000	0.000



Grafik 4.1.2 Araştırma süresinde kullanılan bütün hemşirelik tanılarındaki (n=426) değişimin Omaha PDÖ'ye göre değerlendirilmesi

Öğrencilerin bireysel sağlık gereksinimlerine yönelik uygulanan hemşirelik sürecinin değerlendirilmesi Omaha PDÖ'ye göre yapılmıştır. Araştırma sürecinde ele alınan sağlığı geliştirme ve gerçek sağlık sorunu niteliğinde 426 hemşirelik tanısının PDÖ'ye göre değerlendirilmesi aralıklı zamanlarda üç kez yapılmış ve değerlendirmeler arasındaki ilişki tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucuna göre çevresel, psikososyal, fizyolojik, sağlık davranışları alanında ve toplamda tüm tanılarda yapılan hemşirelik girişimlerinin öğrencilerin bilgi, davranış ve durum puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik oluşturduğu ($p < 0.05$) görülmektedir. Bonferroni düzeltmeli teste göre de tanı alanlarında öğrencilerin bilgi, davranış ve durum puanları her üç izlemde de birbirinden farklı bulunmuş ilk değerlendirmede bilgi, davranış ve durum puanları en düşük; son değerlendirme de en yüksek değerde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.11, Grafik 4.1.2).

Tablo 4.1.12. Öğrenciler için Omaha PSL'ye dayalı belirlenen hemşirelik tanılarının araştırma sonunda yapılan değerlendirmeye göre değişimi.

Hemşirelik tanısı	Araştırma Süresi (Ekim 2009-Mayıs 2010)		Son Değerlendirme (Haziran 2010)	
	Sayı	Yüzde(%)	Sayı	Yüzde(%)
Çevresel Alan	1.Gelir	4 (0.93)	3 (3.85)	
	2.Sanitasyon	9 (2.11)	1 (0.95)	
	3.Konut	3 (0.70)	3 (3.85)	
	4.Yaşam alanı / iş ortamı	17 (3.99)	11 (10.47)	
Ort. tanı sayısı (x±ss)	1.06±0.2		0.58±0.5	
Psikososyal Alan	5.Toplum kaynakları ile iletişim.	6 (1.40)	3 (3.85)	
	6.Sosyal ilişki	27 (6.33)	9 (8.57)	
	07.Rol değişimi	4 (0.93)	1 (0.95)	
	08.Kişilerarası ilişkiler	19 (4.46)	6 (5.71)	
	10.Üzüntü	5 (1.17)	2 (1.90)	
	11.Mental sağlık	30 (7.04)	5 (4.76)	
	12 Cinsellik	1 (0.23)	0 (0.00)	
	13 Bakım verme/ ebeveynlik	11 (2.58)	6 (5.71)	
	16.Büyüme gelişme	4 (0.93)	2 (1.90)	
	Aile etkileşimi	2 (0.46)	0 (0.00)	
Ort. tanı sayısı (x±ss)	3.54±1.5		1.09±1.0	
Fizyolojik Alan	18.Görme	5 (1.17)	0 (0.00)	
	19.Konuşma ve dil	4 (0.93)	1 (0.95)	
	20. Ağız sağlığı	27 (6.33)	10 (9.52)	
	21.Algılama	2 (0.46)	2 (1.90)	
	22.Ağrı	16 (3.75)	0 (0.00)	
	24.Deri	17 (3.99)	0 (0.00)	
	25.Sinir-iskelet	5 (1.17)	1 (0.95)	
	26.Solunum	16 (3.75)	0 (0.00)	
	27.Dolaşım	1 (0.23)	1 (0.95)	
	28.Sindirimhidrasyon	6 (1.40)	1 (0.95)	
	29.Bağırsak fonksiyonu	3 (0.70)	0 (0.00)	
	30.Üriner fonksiyon	5 (1.17)	0 (0.00)	
	34.Bulaşıcı /enfeksiyon	33 (7.74)	0 (0.00)	
Ort. tanı sayısı (x±ss)	4.51±1.5		0.51±0.5	
Sağlık Davranışları Alanı	35.Beslenme	31 (7.27)	10 (9.52)	
	36.Uyku vedinlenme	20 (4.69)	6 (5.71)	
	37.Fiziksel aktivite	30 (7.04)	9 (8.57)	
	38.Kişisel bakım	24 (5.63)	0 (0.00)	
	41.Sağlık bakım den.	35 (8.21)	11 (10.47)	
	42.Tedavi rejimi	4 (0.93)	1 (0.95)	
Ort. tanı sayısı (x±ss)	4.6±0.6		1.19±1.18	
	TOPLAM	426 (100.00)	105 (100.00)	
Toplam Ort. tanı sayısı (x±ss)	13.7±1.8		3.3 ±2.1	

Tablo 4.1.12’de araştırma süresince öğrenci gereksinimi doğrultusunda belirlenen sağlığı geliştirme ve gerçek belirti-bulgusu olan 426 tanı ile uygulama tamamlandıktan sonra öğrencilerde var olan sağlık gereksinimleri doğrultusunda belirlenen 105 tanının dağılımı verilmektedir. Araştırma süresince en çok ele alınan ilk üç tanının bulaşıcı / enfeksiyon (n=33 % 7.74) , fiziksel aktivite (n=30 % 7.04) ve mental sağlık (n=30 % 7.04) tanıları olduğu görülmektedir. Okulda verilen hemşirelik hizmetleri tamamlandığında ise yapılan değerlendirmede öğrencilerde belirlenen en yaygın üç tanının beslenme (n=10 % 9.52), sağlık bakım denetimi ve yaşam alanı / iş ortamı güvenliği (n=11, % 10.47) tanıları olduğu görülmektedir. Araştırma süresince kullanılan cinsellik, ağrı, deri, solunum, bağırsak fonksiyonu, üriner fonksiyon ve bulaşıcı enfeksiyon durumuyla ilgili tanılar son değerlendirme de kullanılmamıştır. Ayrıca konut durumu ile ilişkili hemşirelik tanısı hariç (n=3) diğer tanılarda da sayısal azalmanın olduğu saptanmıştır. Araştırma süresinde öğrenci başına ortalama 13.7 ± 1.8 hemşirelik tanısı ele alınmış; araştırma sonlandırıldığında ise öğrenci başına düşen hemşirelik tanı sayısı 3.3 ± 2.1 ’dir. Tanı alanlarına göre araştırma süresince çevresel alanda öğrenci başına düşen ortalama tanı sayısı 1.06 ± 0.2 , psikososyal alanda 3.54 ± 1.5 , fizyolojik alanda 4.51 ± 1.5 sağlık davranışları alanında 4.6 ± 0.6 olup son değerlendirmede çevresel alanda belirlenen öğrenci başına ortalama tanı sayısı 0.58 ± 0.5 psikososyal alanda 1.09 ± 1.0 , fizyolojik alanda 0.51 ± 0.5 , sağlık davranışı alanında ise 1.19 ± 1.18 ’dir.

Tablo 4.1.13. Araştırmada öğrencilerin sağlık durumundaki değişimin anne-baba tarafından “Çocuk Sağlığı Ölçeğine” göre değerlendirilmesi.

	İlk Değerlendirme x±sd	Ara Değerlendirme x±sd	Son Değerlendirme x±sd	Test Değeri	p
Global Sağlık	52.68±17.7	61.29±16.3	68.8±11.9	16.69	0.000
Fiziksel fonksiyon	68.68±26.1	80.24±26.7	84.8±19.6	16.82	0.000
Rol-Sosyal limitasyon- Emosyonel	73.38±19.0	88.97±13.6	90.5±11.3	20.60	0.000
Rol-Sosyal limitasyon-fiziksel	76.20±18.9	89.51±16.4	92.3±13.1	13.41	0.000
Vücut Ağrısı	78.76±14.5	85.48±15.6	87.9±14.4	12.81	0.000
Davranış	78.06±18.5	82.96±16.6	84.6±14.5	4.714	0.017
Genel Davranış	72.58±14.6	81.18±15.9	92.2±12.3	59.62	0.000
Mental Sağlık	70.96±24.1	75.87±11.8	78.4±10.0	2.556	0.119
Özsaygı	77.09±18.0	88.70±16.9	90.1±15.4	21.57	0.000
Genel Sağlık Durumu	66.32±10.7	70.45±13.6	75.6±12.5	8.927	0.001
Sağlıktaki Değişim	74.19±13.4	82.25±17.1	98.7±20.6	5.588	0.000
Aileye etkisi –emosyonel	66.66±23.8	67.47±25.8	69.3±23.1	0.287	0.625
Aileye etkisi-zaman	74.73±26.1	78.22±26.2	80.3±24.6	1.405	0.247
Aile aktiviteleri	80.32±15.9	86.12±13.9	86.6±13.3	3.524	0.043
Aile bağları	71.61±17.7	77.41±19.8	80.0±17.1	2.642	0.102
Fiziksel özet skor	69.47±11.5	78.20±11.0	84.6±8.8	1.05	<u>0.000</u>
Psikososyal özet skor	73.93±12.1	80.77±10.4	83.6±9.2	37.80	<u>0.000</u>

Araştırmada öğrencilerin sağlık durumu aileler tarafından çocuk sağlık ölçeği ile üç kez değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler arası ölçek puanındaki değişim tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile incelenmiştir. Yapılan analize göre ölçeğin alt boyutlarından olan global sağlık, fiziksel fonksiyon, rol sosyal limitasyon – emosyonel, rol sosyal limitasyon – fiziksel, ağrı, davranış, genel davranış düzeyi, öz saygı, genel sağlık durumu, sağlıktaki değişim ve aile aktiviteleri ile ölçekten elde edilen fiziksel ve psikososyal özet puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın hangi izlemden kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli analiz yapılmıştır. Bu analiz sonucu ölçeğin alt boyutlarından olan global sağlık, fiziksel fonksiyon, genel davranış, özsaygı, sağlıktaki değişim, fizyolojik ve psikolojik özet puan ortalamalarının üç değerlendirmede de farklı olduğu, ilk değerlendirme puan ortalamasının en düşük; son değerlendirmenin ise puan ortalamasının en yüksek olduğu bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarında rol sosyal limitasyon- emosyonel, rol sosyal limitasyon –fiziksel, ağrı, davranış ve aile aktivitelerinde farklılığın ilk değerlendirmeden kaynaklandığı, ara değerlendirme ve son değerlendirme puan ortalamalarının benzer, ilk değerlendirme alınan puan ortalamasının ise her iki ölçümdende düşük olduğu görülmektedir. Genel sağlık durumu alt boyutu için farklılığı oluşturan grubun son değerlendirme olduğu; ilk değerlendirme ve ara değerlendirme puan ortalamalarının benzer, son değerlendirme puan ortalamasının ise her iki ölçümden de yüksek olduğu görülmektedir. Mental sağlık, aile bağları ile öğrencinin sağlık durumunun aileye etkisini emosyonel ve zaman yönünden değerlendiren ölçeğin alt boyutlarında değerlendirmeler arası puan farkı saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.1.13).

Tablo 4.1.14. Öğrencilerin sağlık durumundaki değişimin öğrenciler tarafından “Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanterine ” göre değerlendirilmesi.

Pediatrik Yaşam Kalitesi 4.0 Envanteri	İlk değerlendirme x±sd	Ara değerlendirme x±sd	Son değerlendirme x±sd	Test değeri	Önemlilik değeri
Fiziksel	619.3±174.01	700.8±119.9	723.3±99.3	F=8.705	p=0.001
Duygusal	352.4±97.3	417.7±81.4	435.4±63.8	F=16.579	p=0.000
Sosyal	384.6±112.1	404.8±103.1	418.5±92.8	F=1.214	p=0.119
Okul	339.5±115.2	395.1±81.5	415.32±73.2	F=11.827	p=0.000
Toplam	1695.9±401.6	1918.5±313.4	1992.7±266.3	F=15.920	p=0.000

Tablo 4.1.14’de öğrencilerin Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanterinden ilk, ara ve son değerlendirmeye göre aldıkları puanın değişimini değerlendirmek için yapılan tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonucu verilmiştir. Ölçekten alınan toplam puan ve ölçeğin fiziksel, duygusal ve okul fonksiyonları alt ölçeği ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını değerlendirmek için Bonferroni testi yapılmış ve yaşam kalitesi ölçeğinin toplam puanı ve ölçeğin fiziksel ve duygusal alt ölçeklerinin ortalama puanı için farklılığın bütün değerlendirmeler için anlamlı olduğu, öğrencilerin ilk değerlendirmede en düşük, son değerlendirmede ise en yüksek puan ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Okul fonksiyonları alt boyutu için farklılığın son değerlendirmeden kaynaklandığı, ilk ve ara değerlendirme puan ortalamalarının benzer son değerlendirme puan ortalamasının her iki değerlendirmeden yüksek olduğu bulunmuştur. Sosyal fonksiyon alt boyutunda ise ölçümler arası puan farkı olmasına rağmen, fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0.05$)

Tablo 4.1.15. Öğrencilerin Padiatrik Yaşam Kalitesi Envanteri ve Çocuk Sağlığı Ölçeği (anne-baba formu) puanları ile hemşirelik tanı sayısı arasındaki ilişki (son değerlendirmeye göre).

Tanı Sayısı	Yaşam kalitesi Ölçeği	Çocuk Sağlığı ölçeği (Anne-Baba Formu)	
		Fizyolojik özet puanı	Psikolojik özet puanı
Çevresel Alan	r=-0.286	r=0.034	r=-0.292
Psikososyal Alan	r=-0.350	r=-0.184	r=-0.152
Fizyolojik Alan	r=-0.384*	r=-0.108	r=0.304
Sağlık Davranışları Alanı	r=-0.627*	r=-0.142	r=-0.142
Toplam Tanı Sayısı	r=-0.662*	r=-0.283	r=-0.144

*p<0.05

Araştırma tamamlandıktan sonra yaşam kalitesi ve çocuk sağlığı ölçeği son değerlendirme puan ortalaması ile öğrencilerde var olan hemşirelik tanı sayısı arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Analize göre Omaha PSL'ye göre belirlenen toplam fizyolojik ve sağlık davranışları alanında yer alan ortalama tanı sayısı ile pediatrik yaşam kalitesi envanteri arasında ilişki bulunmuştur. Ortalama hemşirelik tanı sayısı (r=-0.662) ve sağlık davranışları alanında yer alan ortalama tanı sayısı (r=0.627) ile pediatrik yaşam kalitesi envanteri arasında orta düzeyde; fizyolojik alan ile pediatrik yaşam kalitesi envanteri arasında zayıf (r=0.384) ilişki bulunmuştur. Toplam, fizyolojik ve sağlık davranışları alanında yer alan tanı sayısı azaldıkça pediatrik yaşam kalitesi envanterinden alınan puan artmaktadır. Çevresel ve psikososyal alanda yer alan tanı sayısı ile pediatrik yaşam kalitesi envanteri arasında ilişki bulunamamıştır (p>0.05). Ayrıca çocuk sağlığı ölçeği fizyolojik ve psikolojik özet puanları ile toplam ve alanlara özgü tanı sayısı arasında ilişki bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.1.15).

Tablo 4.1.16. Öğrencilerin Omaha PDÖ, Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri, Çocuk Sağlığı Ölçeği ilk, ara ve son değerlendirme puanlarının cinsiyete göre değişimi.

Ölçek puanları		Cinsiyet		F Değeri	P değeri
		Erkek x±sd	Kız x±sd		
Omaha Problem Değerlendirme Ölçeği					
Bilgi	İlk Değerlendirme	2.27±0.08	2.47±0.94	F ¹ =4.509	0.042
Puanı	Ara Değerlendirme	3.91±0.07	4.08±0.08	F ² =865.671	0.000
	Son Değerlendirme	4.70±0.05	4.86±0.05	F ³ =0.077	0.13
Davranış	İlk Değerlendirme	2.07±0.06	2.15±0.07	F ¹ =1.466	0.236
Puanı	Ara Değerlendirme	3.19±0.10	3.29±0.11	F ² =503.732	0.000
	Son Değerlendirme	3.97±0.10	4.15±0.17	F ³ =0.204	0.771
Durum	İlk Değerlendirme	1.97±0.07	2.15±0.07	F ¹ =1.419	0.243
Puanı	Ara Değerlendirme	3.09±0.09	3.13±0.11	F ² =433.280	0.000
	Son Değerlendirme	3.85±0.11	4.07±0.13	F ³ =1.201	0.303
Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri					
	İlk Değerlendirme	1693±99.06	1700±109.1	F ¹ =0.020	0.605
Toplam	Ara Değerlendirme	1922±77.31	1914±85.19	F ² =9.651	0.003
Puan	Son Değerlendirme	1975±65.57	2014±72.19	F ³ =0.058	0.827
Çocuk Sağlığı Anketi					
Fizyolojik	İlk Değerlendirme	70.55±2.87	68.16±3.12	F ¹ =0.274	0.605
Sağlık	Ara Değerlendirme	78.82±2.72	77.46±3.99	F ² =43.969	0.000
Özet Puanı	Son Değerlendirme	85.38±2.16	83.86±3.38	F ³ =0.058	0.845
Psikolojik	İlk Değerlendirme	71.51±2.93	76.88±3.23	F ¹ =1.946	0.174
Sağlık	Ara Değerlendirme	78.71±2.51	83.27±2.77	F ² =24.416	0.000
Özet Puanı	Son Değerlendirme	81.56±2.20	86.06±2.42	F ³ =0.058	0.536

Omaha PDÖ, pediatrik yaşam kalitesi envanteri ve çocuk sağlığı ölçeği puanlarının zaman aralıklı yapılan üç değerlendirmeye göre değişiminin cinsiyetler arası farklı olup olmadığı tekrarlı ölçümlerle iki yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Omaha PDÖ toplam bilgi, davranış ve durum puan ortalamalarının hem kız hemde erkek öğrencilerde her üç ölçüme göre değişim gösterdiği ($p=0.000$), değişimin bütün ölçümler arasında olduğu bulunmuştur. Kız ve erkek öğrencilerin bilgi, davranış ve durum puanının izlemlere göre arttığı, ilk değerlendirmede en düşük, son değerlendirmede ise en yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca kız ve erkek öğrencilerin ilk, ara ve son değerlendirme davranış ve durum puan ortalamalarının benzer ($p>0.05$) ancak bilgi puan ortalamasının farklı olduğu bulunmuştur ($p=0.04$). Farklılığın ise son değerlendirmeden kaynaklandığı son değerlendirmede kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak bilgi, davranış ve durum puanlarının zaman içindeki değişimin cinsiyet gruplarına göre farklılık göstermediği; her iki grupta da zamanla benzer artışın olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Pediatrik yaşam kalitesi envanteri ölçeğinde ise kız ve erkek öğrencilerin yaşam kalitesi puan ortalamasının ölçümlere göre farklılık gösterdiği ($p=0.000$), farklılığın kız öğrencilerden kaynaklandığı, kız öğrencilerin ilk ve ara değerlendirme puanlarının benzer, son değerlendirme puanının ise her iki ölçümdende yüksek olduğu görülmektedir. Ancak her iki cinsiyette de yaşam kalitesi puan ortalamasının ilk, ara ve son değerlendirmede kendi içinde ($p=0.887$) ve zamana göre değişimin ($p=0.827$) benzer olduğu görülmektedir. Çocuk sağlığı ölçeğinde ise kız ve erkek öğrencilerin fizyolojik ve psikolojik özet puan ortalamasının ölçümlere göre farklı olduğu saptanmıştır ($p=0.000$). Kız ve erkek öğrencilerin her üç değerlendirmeye göre fizyolojik özet puanı ortalamasında artış olduğu; psikolojik özet puanı içinse erkek öğrencilerde her üç ölçümün farklı olduğu görülmektedir. Kız öğrencilerde psikolojik sağlık özet puanının ilk ve ara değerlendirme ortalamasının benzer son değerlendirmenin ise her iki değerlendirmeden yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca cinsiyete göre çocuk sağlığı ölçeğinin fizyolojik ve psikolojik özet puan ortalamalarının ilk, ara ve son değerlendirmede kendi içinde ($p=0.605, 0.174$) ve puan ortalamalarının zamana göre değişimin ($p=0.845, 0.836$) benzer olduğu görülmektedir (Tablo 4.1.16)

4.2. Kapsamlı Okul Sağlığı Hemşireliği Hizmetlerinin Öğrencilerin Akademik Performansına Etkisi

Araştırmada öğrencilerin akademik performansındaki değişim devamsızlık durumu, derslere özgü ve genel akademik not ortalaması, akademik başarı algısı ve akademik erteleme davranışları ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.2.1. Öğrencilerin devamsızlık durumunun değerlendirmesi.

	2008-2009 Eğitim-öğretim yılı	2009-2010 eğitim yılı Eğitim-öğretim yılı
Ortalama Devamsızlık Gün sayısı	8.4±7.6	5.9±2.9
	t=-2.146	p=0.040
	Birinci dönem (Ekim 2009-Ocak 2010)	İkinci dönem (Şubat-Haziran 2010)
Ortalama Devamsızlık Gün sayısı	2.7±2.6	3.1±1.7
	t=0.632	p=0.532

Tablo 4.2.1’de öğrencilerin devamsızlık durumunun bir önceki eğitim – öğretimin yılında yaptıkları devamsızlık durumuyla karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar bulunmaktadır. Çalışma grubunda yer alan öğrencilerin araştırmanın yapıldığı eğitim-öğretim yılındaki ortalama devamsızlık gün sayısı (5.9±2.9) bir yıl önceki öğrencilerin kendi ortalama devamsızlık gün sayısına (8.4±7.6) göre daha düşüktür ve aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0.040) . Tabloda ayrıca çalışmanın yürütüldüğü yıla ilişkin birinci ve ikinci dönem devamsızlık durumunun karşılaştırılması yer almaktadır. Birinci döneme ait ortalama devamsızlık gün sayısı (2.7±2.6) ikinci dönem ortalamasına (3.1±1.7) göre düşük olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0.532) (Tablo 4.2.1).

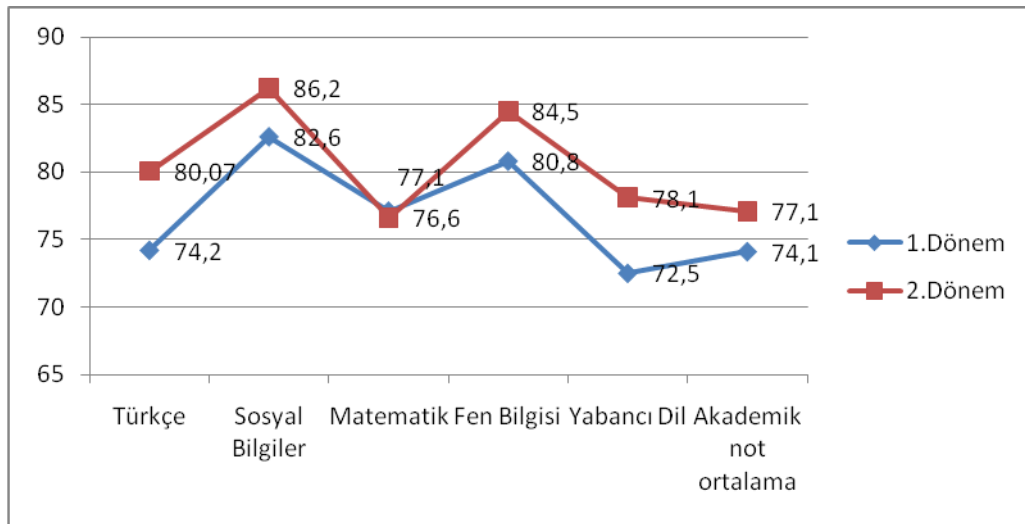
Tablo 4.2.2. Öğrencilere uygulanan hemşirelik girişim sayısı ile öğrencilerin devamsızlık durumu arasındaki ilişki.

Hemşirelik Girişim Şeması	Devamsızlık gün sayısı	
	r	p
Eğitim/Rehberlik/Danışmanlık	-0.230	0.213
Vaka Yönetimi	-0.089	0.636
Tedavi/işlem	-0.526	0.002
Sürveyans	-0.378	0.036
<i>Toplam Girişim Sayısı</i>	<i>-0.407</i>	<i>0.023</i>

Araştırmada öğrencilerin devamsızlık durumu ile öğrencilere uygulanan hemşirelik girişim sayısı arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucuna göre eğitim/rehberlik/danışmanlık ve vaka yönetimi şemasında uygulanan hemşirelik girişim sayısı ile devamsızlık gün sayısı arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Öğrencilerin devamsızlık gün sayısı ile toplam hemşirelik girişim sayısı ($r=-0.407$) ve sürveyans ($r=-0.378$) şemasında yer alan girişim sayısı arasında zayıf, tedavi/işlem ($r=-0.526$) şemasıyla da orta düzeyde ilişki belirlenmiştir. Toplam, tedavi/işlem ve sürveyans alanındaki hemşirelik girişim sayısının artması öğrenci devamsızlık durumunu azaltmaktadır.

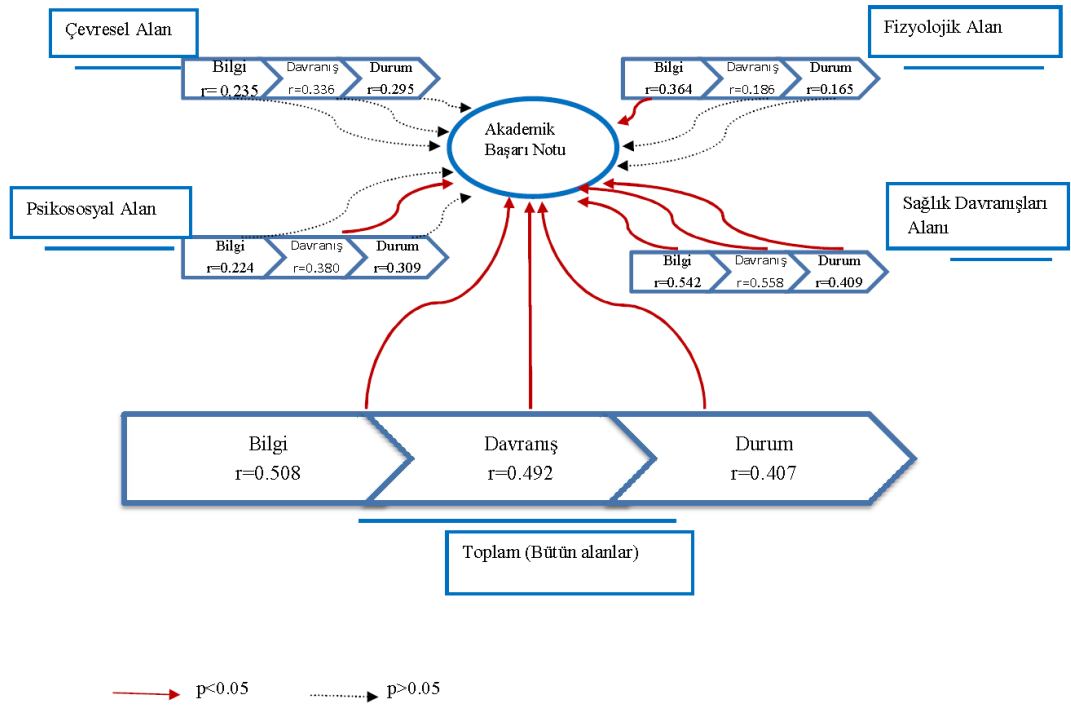
Tablo 4.2.3. Öğrencilerin akademik notlarının 2009-2010 eğitim öğretim yılı birinci ve ikinci dönem sonu karşılaştırılması.

Dersler	1.Dönem	2.Dönem	Test Değeri	p
Türkçe	74.2± 14.0	80.07 ±13.7	-4.895	0.000
Sosyal Bilgiler	82.6± 9.1	86.2± 7.7	-3.400	0.002
Fen Bilgisi	80.83 ±13.6	84.5 ±9.41	-2.904	0.007
Matematik	77.1± 15.9	76.6 ±15.9	0.438	0.664
Yabancı Dil	72.5 ±15.1	78.1± 13.1	-3.938	0.000
Dönem Sonu Ağırlıklı Not Ortalaması	74.1± 10.6	77.1± 9.2	-5.257	0.000



Grafik 4.2.1. Öğrencilerin akademik notlarındaki değişim.

Tablo 4.2.3’de öğrencilerin ders ve genel akademik başarı notunun 2009-2010 eğitim-öğretim yılı birinci ve ikinci dönem sonu karşılaştırmasına yönelik bulgular yer almaktadır. Başarı notları arasındaki değişim paired-t testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucuna göre Türkçe, Sosyal Bilgiler, Fen Bilgisi, Yabancı Dil ve dönem sonu ağırlıklı akademik başarı notu arasında fark anlamlı bulunmuş ($p < 0.05$) ve ikinci dönem öğrencilerin not ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Matematik dersi not ortalamasında ise birinci ve ikinci dönem arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Grafik 4.2.1).



Şekil 4.2.1. Okul sağlığı hemşireliği hizmetleri ile öğrencilerin akademik başarı notu arasındaki ilişki (Omaha PDÖ ve son değerlendirmeye göre).

Okul sağlığı hemşiresinin, öğrencilerin akademik başarı notu üzerindeki etkisi; Omaha PDÖ'den elde edilen hemşirelik girişimlerinin etkisini gösteren bilgi, davranış ve durum puanlarının en son değerlendirilmesi ile öğrencilerin ikinci dönem akademik başarı not ortalaması arasında yapılan korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre öğrencilere verilen kapsamlı okul sağlığı hemşirelik hizmeti tamamlandığında, Omaha çevresel alanda yer alan hemşirelik tanıları için öğrencinin bilgi, davranış ve durum; psikososyal alanda bilgi ve durum ve fizyolojik alanda davranış ve durum puan ortalamasının öğrencilerin en son elde edilen akademik not ortalamasıyla herhangi bir ilişkisi olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Fizyolojik alan bilgi puanı, psikososyal alan davranış puanı, sağlık davranışları alanı bilgi, davranış ve durum puanı ile bütün tanıları için elde edilen bilgi, davranış ve durum puanının öğrencilerin ikinci dönem akademik not ortalaması ile pozitif korelasyon gösterdiği, belirtilen puan düzeylerindeki artışın akademik başarı notundaki artışla ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Şekil 4.2.1).

Tablo 4.2.4. Öğrencilerin akademik ağırlıklı not ortalaması ile sağlık durumu arasındaki ilişki (son değerlendirmelere göre).

Belirleyiciler	İkinci Dönem Ağırlık Akademik Not Ortalaması		
	Beta	t	p
Omaha Problem Değerlendirme Ölçeği*	0.293	2.157	0.040
Pediyatrik Yaşam Kalitesi Envanteri	0.653	4.248	0.000
Çocuk Sağlığı Ölçeği (Anne-baba değerlendirmesi)**	-0.112	-0.737	0.467
	$R^2=0.521$	$F=9.798$	$P=0.000$

*OMAHA problem değerlendirme ölçeğine göre elde edilen toplam bilgi, davranış ve durum puan ortalamaları arasında yüksek korelasyon olması nedeniyle durum puanı modeli dahil edilmiştir.

**Anne-baba tarafından değerlendirilen genel sağlık ölçeğinin fizyolojik ve psikolojik özet ortalama puanları aralarında korelasyon olması nedeniyle fizyolojik özet puanı modeli dahil edilmiştir.

İkinci dönem sonu ağırlıklı not ortalaması ile öğrencilerin sağlık durumundaki değişim arasındaki ilişki çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir (Tablo 4.2.4). Omaha PDÖ son değerlendirme puanı ile Pediyatrik Yaşam Kalitesi Envanteri ve anne –baba tarafından doldurulan Çocuk Sağlığı Ölçeği son değerlendirme puanı bağımsız değişkenleri ile oluşturulan çoklu regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir ($F=9.798$ $p=0.000$). Omaha DDÖ'ye göre sağlık durumundaki değişim puanının akademik not ortalamasına katkısının % 29.3, Pediyatrik Yaşam Kalitesi Envanterinin ise başarı notuna % 65.3 oranında katkıda bulunduğu; bu katkının anlamlı ve pozitif yönde olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Omaha PDÖ'ye göre sağlık durumundaki değişim puanı ve Pediyatrik Yaşam Kalitesi Envanter puanının artması akademik not ortalamasını artırmaktadır. Çocuk sağlığı ölçeği (Anne-baba değerlendirmesi) modele katkısının anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=0.467$). Bağımsız değişkenler öğrencilerin ikinci dönem akademik not ortalamasındaki değişimin % 52.1'ini açıklamaktadır.

Tablo 4.2.5. Öğrencilerin akademik başarı algısındaki değişim.

Akademik başarı algısı*	İlk Değerlendirme Sayı (%)	Ara Değerlendirme Sayı (%)	Son Değerlendirme Sayı (%)	Test ve Önemlilik Değeri
İyi	11(35.5)	18(58.1)	19(61.29)	Cochran's Q=12.66 p=0.002
Orta+Kötü	20(54.8)	13(38.7)	12(38.71)	
Toplam	31(100.0)	31(100.0)	31(100.0)	

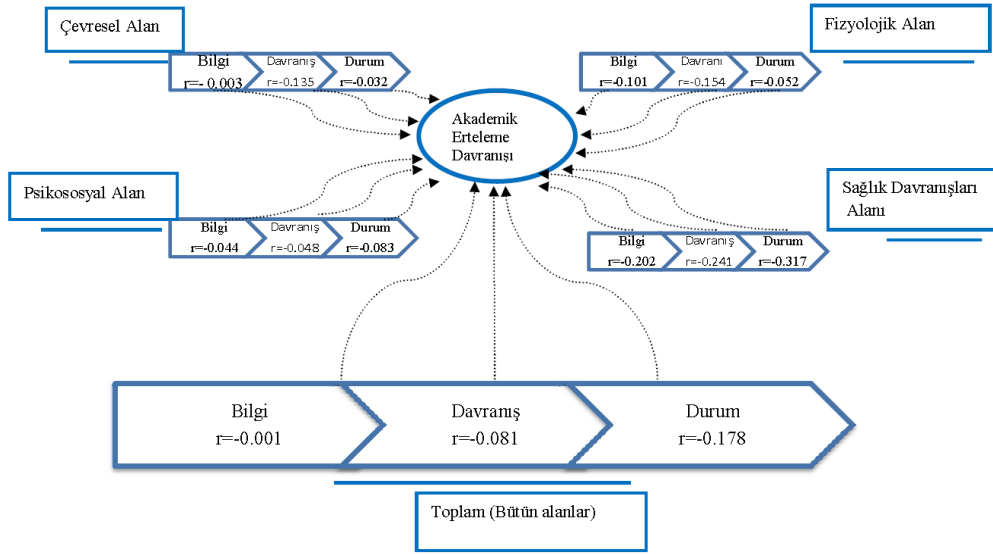
*Cochran's Q testinin uygulanması için veriler iki kategoriye indirilmiş gruplar iyi ve orta+kötü olarak analize dahil edilmiştir.

Tablo 4.2.5'de öğrencilerin akademik başarı algısındaki değişime ilişkin bulgular yer almaktadır. Yapılan analize göre ara değerlendirme ve son testte, ön teste göre akademik başarısını iyi algılayanların sayısının arttığı görülmektedir ve değerlendirmeler arası fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

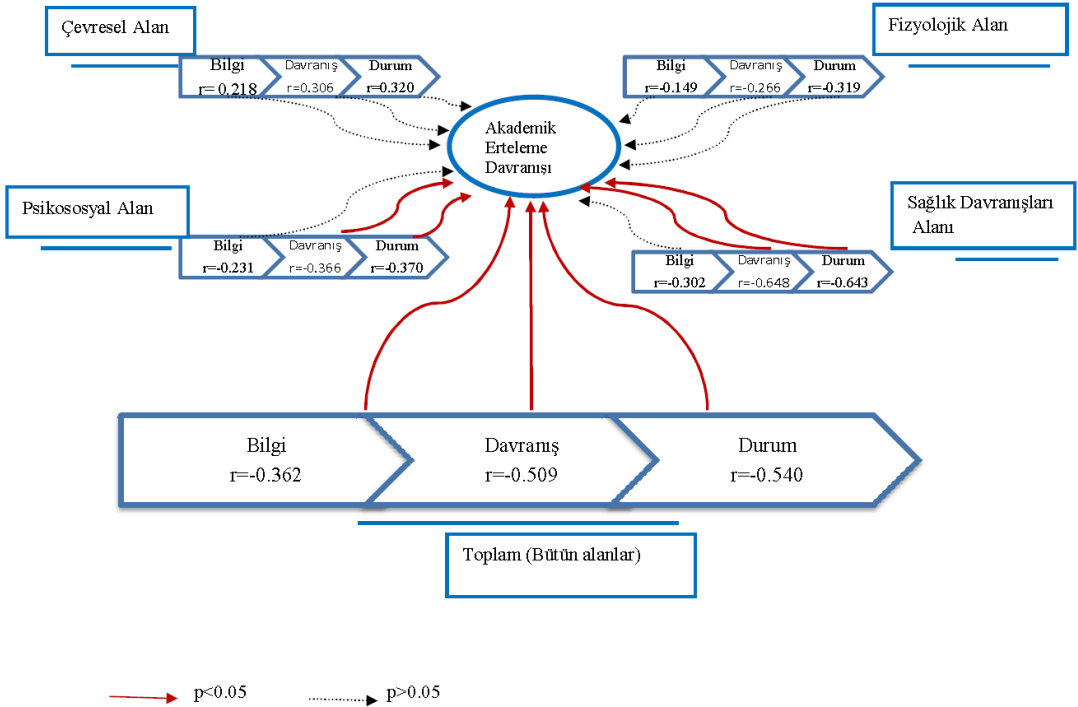
Tablo 4.2.6. Öğrencilerin akademik erteleme davranışları ölçeğinden aldıkları puanın değişimi.

	İlk Değerlendirme $\bar{x}\pm sd$	Ara Değerlendirme $\bar{x}\pm sd$	Son Değerlendirme $\bar{x}\pm sd$
Akademik Erteleme Ölçeği	55.4± 16.5	46.8 ±12.0	42.0 ±10.7
Test ve p değeri	<i>F=38.63</i>	<i>p=0.000</i>	

Öğrencilerin akademik erteleme davranışları araştırma süresince üç kez değerlendirilmiştir. Öğrencilerin akademik erteleme davranışları ölçeğinden ön testten ortalama 55.4±16.5 ara değerlendirmede 46.8±12.0 ve son testten ortalama 42.0±10.7 puan aldıkları saptanmış ve tekrarlı ölçümlerde varyans analizine göre puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığı hangi değerden kaynaklandığı Bonferroni düzeltmeli analiz ile değerlendirilmiş her üç değerlendirmenin birbirinden farklı ve ilk değerlendirmede akademik erteleme ölçeğinin en yüksek, son testte de en düşük değerde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.6).



Şekil 4.2.2. Okul sağlığı hemşireliği hizmetleri ile öğrencilerin akademik erteleme davranışları arasındaki ilişki (Omaha PDÖ ve ilk değerlendirme sonuçlarına göre)



Şekil 4.2.3. Okul sağlığı hemşireliği hizmetleri ile öğrencilerin akademik erteleme davranışları arasındaki ilişki (Omaha PDÖ ve son değerlendirme sonuçlarına göre).

Okul sağlığı hemşiresinin, öğrencilerin akademik erteleme davranışının etkisi; Omaha PDÖ'den elde edilen, hemşirelik girişimlerinin etkisini gösteren bilgi, davranış ve durum puanları ile öğrencilerin akademik erteleme davranışları ölçeğinin aldıkları puan arasında yapılan korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İlk değerlendirmeye göre hemşirelik girişimleri öncesi öğrencilerin sağlık durumuna ilişkin bilgi, davranış ve durum puanları ile akademik erteleme davranışları arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Şekil 4.2.2). Son değerlendirmeye göre öğrencilere verilen kapsamlı okul sağlığı hemşirelik hizmeti tamamlandığında, Omaha çevresel ve fizyolojik alanda yer alan hemşirelik tanıları için öğrencinin bilgi, davranış ve durum; sağlık davranışı alanında bilgi puan ortalamasının öğrencilerin en son elde edilen akademik erteleme davranışı puanı arasında herhangi bir ilişkisi olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Psikososyal ve sağlık davranışları alanı davranış ve durum puanı ile bütün tanılar için elde edilen bilgi, davranış ve durum puanının öğrencilerin akademik erteleme davranışı ile negatif korelasyon gösterdiği, belirtilen puan düzeylerindeki artışın akademik erteleme davranışı puanının azalmasıyla ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Akademik erteleme davranışının durumunun azalmasına psikososyal alanda bilgi, davranış ve durum puanının zayıf düzeyde ilişki olduğu ancak sağlık davranışları ve sağlığın tüm boyutlarında görülen değişimin orta düzeyde ilişkili olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.7. Öğrencilerin akademik erteleme puanı ile sağlık durumu arasındaki ilişki (son değerlendirme sonuçlarına göre).

Belirleyiciler	Akademik erteleme puanı		
	Beta	T	p
Omaha Problem Değerlendirme Ölçeği*	-0.451	-3.670	0.001
Pediyatrik Yaşam Kalitesi Envanteri	-0.646	-4.643	0.000
Çocuk Sağlığı Ölçeği (Anne-baba değerlendirilmesi)**	0.342	2.489	0.019
	$R^2=0.607$		$F=13.909$ $p=0.000$

*OMAHA problem değerlendirme ölçeğine göre elde edilen toplam bilgi, davranış ve durum puan ortalamaları arasında yüksek korelasyon olması nedeniyle durum puanı modeli dahil edilmiştir.

**Anne-baba tarafında değerlendirilen genel sağlık ölçeğinin fizyolojik ve psikolojik özet ortalama puanları aralarında korelasyon olması nedeniyle fizyolojik özet puanı modeli dahil edilmiştir.

Akademik erteleme ölçeği son değerlendirme ortalama puanı ile öğrencilerin sağlık durumundaki değişim çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir (Tablo 4.2.7). Omaha PDÖ son değerlendirme puanı, Pediyatrik Yaşam Kalitesi Envanteri ve Çocuk Sağlığı Ölçeği (anne-baba formu) son değerlendirme puanı bağımsız değişkenleri ile oluşturulan çoklu regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir ($F=13.909$, $p=0.000$). Omaha PDÖ'ye göre sağlık durumundaki değişim puanının modele katkısının % 45.1, Pediyatrik Yaşam Kalitesi Envanterini öğrencilerin akademik erteleme davranışları son değerlendirme puanına % 64.6 ve çocuk sağlığı ölçeği (Anne-baba değerlendirilmesi) son değerlendirme puanının % 34.2 oranında katkıda bulunduğu ve bu katkının anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Omaha PDÖ'ye göre sağlık durum puanı ve Pediyatrik Yaşam Kalitesi Envanteri puanının artması akademik erteleme davranışları puanını azaltmakta; Çocuk Sağlığı Ölçeği puanı ise artırmaktadır. Bağımsız değişkenlerin akademik erteleme ölçeği son test puanındaki değişimin % 60.7'sini açıklamaktadır.

5. TARTIŞMA

5.1. Kapsamlı Okul Sağlığı Hemşireliği Hizmetlerinin Öğrencilerin Sağlık Durumuna Etkisi

Araştırmada öğrencilere tekrarlı yapılan sağlık taramaları, fiziksel muayene, anamnez ve gözlemlerle elde edilen bulguların yanı sıra bireysel başvuru, akut ortaya çıkan ya da aile ve öğretmenin bildirdiği sorunlara dayalı olarak 426 hemşirelik tanısı/problem belirlenmiştir. Öğrenciler için belirlenen hemşirelik tanıları Omaha PSL'ye göre sınıflandırıldığında tanıların sırasıyla sağlık davranışı, fizyolojik, psikososyal ve çevresel alanda yer aldığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1.1). Omaha sistemi kullanılarak yapılan bir çalışmada ise öğrenciler için en fazla fizyolojik, daha sonra sırası ile sağlık davranışı, psikososyal ve çevresel alan tanıları belirlenmiştir (150). NANDA kullanılarak yapılan başka bir çalışmada da öğrenciler için en çok sağlığı geliştirme davranışlarına yönelik hemşirelik tanıları kullanıldığı görülmüştür (151). Son zamanlarda okul sağlığı hizmetleri ve okul sağlığı hemşireliğinde sağlık davranışlarına yönelik uygulamalara ilginin arttığı bilinmekte ve özellikle kapsamlı okul sağlığı hizmetlerinde beslenme ve fiziksel aktivite gibi sağlık davranışları hizmetin ana bileşeni kabul edilmektedir (7,73) .

Omaha PSL'ye göre araştırmada kullanılan tanıların (n=426) büyük çoğunluğu gerçek sağlık sorunu (%75.8) niteliğinde olup; %24.2'si sağlığı geliştirme ile ilgilidir (Bkz. Tablo 4.1.2). Okul çağı çocukları için sağlığı geliştirme uygulamaları öncelikli ve önemli bir yaklaşım olmasına rağmen bu çalışmada tanı ağırlığının sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğu görülmektedir. Bu durum sağlığı geliştirme modellerinden kabul edilen Travis'in iyilik modeli felsefesi ve araştırmada kullanılan Omaha sisteminin niteliğinden kaynaklanmaktadır. Travis'in iyilik modelinde sağlığı geliştirmenin ele alınabilmesi için bireyde sağlık sorunuyla ilişkili herhangi bir belirti-bulgunun olmaması gerektiği belirtmektedir (152). Benzer şekilde Omaha sistemi de bir tanının sağlığı geliştirme olarak kabul edilebilmesi için ilgili tanıya yer alan belirti bulguların bireyde varolmamasını öngörmektedir (147). Örneğin beslenme tanısı, tanıya ilişkin belirti bulgusu olmayan öğrenciler için sağlığı geliştirme olarak değerlendirilmiştir. Belirti bulguya sahip olan öğrenciler içinse bu tanı gerçek sağlık sorunu olarak ele alınmış; ancak tanıya ilişkin hedef ve girişimler belirlenirken sağlığı geliştirmeye ilgili yönüde mutlaka göz önünde

bulundurulmuştur. Bu nedenle sağlığı geliştirmeye ilişkin tanı sayısı daha az görülmekle birlikte araştırmada kullanılan tanılara yönelik hazırlanan hemşirelik sürecinde sağlığı geliştirme yaklaşımı önemsenmiştir.

Öğrenciler için kullanılan sağlığı geliştirme tanılarının (n=104) % 75.23'ü sağlık davranışı ve % 24.27'si psikososyal alanda yer almıştır (Bkz.Tablo 4.1.3). Tanıların içeriği incelendiğinde sağlık bakım denetimi tanısında “sağlık sorumluluğu kazanma”; sosyal ilişki tanısında “sosyal destek ve sanatsal-spor uğraş kazandırma / uygun boş zaman aktiviteleri edinme”; beslenme tanısında “sağlıklı beslenme ilkeleri”; kişisel bakım tanısında “hijyen”; fiziksel aktivite tanısında “egzersiz”; mental sağlık tanısında ise “stresle baş etme, karar verme, öfke yönetimi, kendini tanıma” uygulamalarının yer aldığı görülmektedir. Araştırmada sağlığı geliştirmeye yönelik aktiviteler belirlenirken, her öğrencinin yaşam boyu karşılaşılabileceği stresörlerin farklı olacağı gerekçesiyle, öğrenciye yaşama hazırlıklı olmasını sağlayan yaşam becerileri ve sağlık sorumluluğu kazandırmak amaçlanmıştır. DSÖ, özellikle adölesanlar olmak üzere öğrencilere günlük hayatın zorlukları ve talepleri ile başa çıkmalarını sağlayan, uyumlu ve olumlu davranış becerileri olarak tanımlanan yaşam becerilerinin kazandırılmasının önemine dikkat çekmiştir (51). Okul sağlığı hizmetlerinde öğrencilere yaşam becerisi kazandırmak ve kendi sağlıklarıyla ilgili doğru karar verebilme yeteneklerini güçlendirerek öz benliklerini geliştirmek önemli bir ilke olarak yerleşmiştir (54,56). Sağlık sorumluluğu ve yaşam becerileri yanı sıra fizyolojik, sosyal, psikolojik sağlamlıkla ilgili olan, öğrenciyi akademik yaşantıda güçlü kılan ve sağlıkla ilgili iç kontrolü artıran “beslenme, uyku, fiziksel aktivite ve kişisel hijyen” tanılarında araştırmada sağlığı geliştirme tanıları olarak ele alınmıştır. Bu anlamda literatür değerlendirildiğinde okul çağına özgü sağlığı geliştirme programlarında sağlık sorumluluğu, beslenme, stresle baş etme, uyku ve dinlenme, egzersiz, hijyen, güvenlik davranışlarının yer alması gerektiği belirtilmektedir (68,153-155). Beslenme, egzersiz ve uykuyla ilişkili sağlıklı yaşam davranışlarının; akademik başarıyı artırma, mental sağlığı koruma, stresle baş etmeyi destekleme ve özellikle obezite gibi birçok kronik hastalığı önlemede önemli rolleri olduğunu gösteren bulgular bulunmaktadır. Bu nedenle okul sağlığı programlarında bu davranışları kazandırmak önemli bir yaklaşımdır (31,33,73,108,156,157). Sağlık davranışlarıyla ilgili bu tanımlar belirti-bulgusu olan öğrenciler için sağlığı

geliştirme niteliğinde ele alınamamıştır. Ancak ilgili tanılarda varolan sağlık sorunları ele alınırken hemşirelik girişimlerinde sağlığı geliştirmeye yönelik uygulamalara da yer verilmiş ve böylelikle her öğrencinin bu beceri ve alışkanlıkları kazanması amaçlanmıştır. Sağlığı geliştirmeye ilişkin uygulamalar bakımından öğrencilerinin tamamının farklı nedenlerle desteklenmeye gereksinimlerinin olması, bu alandaki hizmet açığını ve okul sağlığı hemşiresi tarafından her öğrencinin yaşam becerileri ve sağlık davranışları yönünden değerlendirilmesine olan gereksinimi göstermektedir. Araştırmada fizyolojik ve çevresel alanda sağlığı geliştirme tanısının ele alınamama nedeni fizyolojik alanda öğrencilerin belirti-bulgu gösteren sağlık sorunlarına ilişkin tanı almaları bu nedenle Omaha sistemi gereği tanıların sağlığı geliştirme niteliğinde tanımlanmasıdır. Çevresel alanda ise sağlığı geliştirme ile ilgili aktivitelerin çoğunlukla yönetsel ve politikal süreçlerle ilgili olmasıdır. Sağlığı geliştirme politik süreçlerle yakından ilgili ve yasal olarak desteklenmesi zorunlu olan uygulamalardır. Sağlığı geliştirme için bireylerin bilinçlenmesi kadar yasal sistem ve topluma hizmet üreten tüm yapıların bireyler için kaynakları hazır ve kullanılabilir hale getirmesi gerekmektedir. (154). Çalışmada hem okul sağlığı hemşireliği uygulamalarının hem de sağlık sistemi içinde sağlığı geliştirmeyi önceleyen uygulamaların, sağlık politikalarında yeterince desteklenmemesi nedeniyle çevresel alanda sağlığı geliştirme uygulamaları ele alınamamıştır.

Araştırmada öğrenciler için Omaha PSL'ye göre gerçek sağlık sorununu gösteren 322 hemşirelik tanısı belirlenmiştir. Öğrencilerin sağlık sorunları sırasıyla fizyolojik (n=140), psikososyal (n=84), sağlık davranışları (n=65) ve çevresel (n=33) problem alanlarında yer almaktadır (Bkz. Tablo 4.1.4). Öğrenci sağlığına yönelik çalışmalarda fizyolojik sağlık sorunlarının yaygın olarak yer aldığı (150,158) ancak psikososyal sorunlarında özellikle sosyoekonomik değişimler, teknolojinin uygunsuz kullanımı, aile yapısında meydana gelen değişimler ve okula uyum gibi birçok nedenden dolayı bu dönemin önemli bir problem alanı olduğu görülmektedir (6,159-161). Araştırmada ayrıca öğrencilerin özbakımlarına yönelik sorunları sağlık davranışları alanında; okulun ya da yaşanan ortamdan kaynaklanan çevresel sorunlarda çevresel alanda yer almıştır.

Çevresel alanda yaşam alanı / iş ortamı güvenliği (n=17), sanitasyon (n=9), gelir (n=4) ve konut (n=3) problemlerine ilişkin hemşirelik tanıları belirlenmiştir

(Bkz. Tablo 4.1.6). Omaha sistemi kullanılarak yapılan bir okul sağlığı çalışmasında da çevresel alanda bu dört tanıya ilişkin sorunlar kullanılmıştır (150). Yaşam alanı / iş ortamı güvenliği hemşirelik tanısına götüren belirti ve bulgulardan bazıları güvenli oyun ve *egzersiz* alanlarının *yetersiz* olması, kimyasal tehlikeler, araç/ trafik tehlikeleri ve şiddet ihbarları /tehditlerdir. Bu bulguların çoğu okul güvenliği ile ilgilidir ve güvenli okul kavramı son yıllarda oldukça tartışılan bir olgudur (162). Okul güvenliği ile ilgili bu tartışmalar, okul güvenliğinin sağlanmasına yönelik kontrol, kurumsal etken ve sosyal çözülme teorilerini ortaya çıkarmıştır. Kontrol teorisi geleneksel ve toplumsal normalara bağlılıkla güvenliğin sağlanabileceğine, toplumsal çözülme teorisi ise önce toplum ve aile güvenliğinin sağlanması gerektiğine dikkat çekmektedir. Kurumsal etken teorisinde okul güvenliğinin fiziksel (okul çevresi), psikolojik (okul iklimi) ve sosyal (okul kültürü) alanlarda ğrenci için olumlu özelliklerin sağlanmasına dayalı açıklamalar geliştirmiştir (163). Bu çalışmada kurumsal etken teorisine göre okul güvenliğinin çevresel açıdan olumsuz özellikler taşıdığı görülmektedir. Öğrencilerin okula giriş çıkışta yaşadığı trafik tehditi, oyun ve spor alanlarının olmamasından dolayı güvenli olmayan oyun alanlarına ve çeşidine yönelmesi, deneysel çalışmalar ya da resim iş aktiviteleri sırasında kimyasalla temasa maruz kalması olumsuz koşullara örnektir. şiddet olguları yanı sıra bölgede bulunan baz istasyonları da başlıca çevresel tehditlerdir. Gelişimsel zellikleri nedeniyle kendini koruma yetisini tam kazanamayan öğrenciler için bu tehditlerin varlığı bu alanda alınacak önlemlerin gerekliliğini göstermektedir. Araştırmada belirlenen tehditler değerlendirildiğinde çoğunun denetlenebilir ya da ortadan kaldırılabilir nitelikte olduğu görülmektedir. Ancak bunun için okul sağlığı hemşiresinin yasal yetki ve sorumluluklarının olması ve hizmet sunan diğer kurumlarında bu alanlarda sorumluluk üstlenmesi gerekmektedir.

Çevresel alandaki diğer sorunlara bakıldığında ise ön plana çıkan problemlerden birinin sanitasyon olduğu görülmektedir. Okul sağlığı hizmetlerinde özellikle sık enfeksiyon geçiren, okul devamsızlığı olan öğrencilerin ev koşullarının ele alınması önerilmektedir (6). Araştırmada sanitasyon tanısı, sık enfeksiyon geçiren öğrencilerde alerjenler, yaşanılan alanın kirli olması, bulaşıcı kirletici ajanlar, enfeksiyon / kontaminasyon ajanları gibi belirti bulgularla; vücut hijyeni iyi olmayan öğrencilerde ise kötü kokular, çamaşır yıkama koşullarının yetersiz olması bulguları

ile ele alınmıştır. Öğrenciler için belirlenen gelir tanısı ise ekonomik sorunlarla ilişkili olup; konut tanısında ev kazalarının ortaya çıkma olasılığını artıran, öğrencinin sağlık durumu ve akademik başarıyı geliştirmeyi engelleyen olumsuz ev ortamı koşullarıyla ilişkilidir. Çevresel alan tanıları için belirlenen hedeflere bakıldığında, hedeflerin daha çok aileyle ilişkili, toplum kaynaklarını kullanmayı gerektiren nitelikte, aile ve toplum katılımın gerekli olduğu kapsamlı okul sağlığı hizmetleri yaklaşımını gerektiren hedefler olduğu görülmektedir. Ayrıca bu hedefler okul sağlığı hemşiresinin eğitim, ev ziyareti, danışmanlık (topluma yardım hizmetleri), vaka yönetimi ve toplumla bağlantı kurma rollerini aktif kullanmasını gerektiren özellikleri de yansıtmaktadır.

Psikososyal alandaki tanılar (n=84) değerlendirildiğinde tanıların önemli bir kısmının mental sağlık (n=21), kişilerarası ilişkiler (n=19), sosyal ilişki (n=11) ve bakım verme – ebeveynlik (n=11) problemlerinde yer aldığı görülmektedir (Bkz.Tablo 4.1.7). Psikososyal sorunlar adölesan dönemle birlikte ele alınan ve önemsenen bir alan olmakla birlikte (51) okul çağı döneminde yer alan öğrencilerle yapılan bu araştırmada psikososyal alan, sağlık sorunlarının en sık yer aldığı ikinci alan olmuştur. Psikososyal alandaki tanılar değerlendirildiğinde; öğrencilerin okul ve arkadaş çevresine uyum sorunları ve öğrencilere bilişsel, kişilik, ahlak gelişimlerine uygun davranış ve ortamların sağlanamamış olmasından kaynaklanan sorunlar olduğu görülmektedir. Erikson'un psikososyal gelişim kuramına göre bu dönemde çocuğun kişilik gelişimde temel olan faktör başarılı olma hissidir. Bu başarılı olma hissi yanı sıra fiziksel ve zihinsel açıdan yeni şeyler öğrenme ve üretme gereksiniminin karşılanması gerekmektedir. Benlik gelişimini açıklayan hümanistik kurama göre de öğrenciler bu dönemde kabul edici, empatik ve yargılayıcı olmayan bir tutum beklemektedir. Piaget'nin bilişsel gelişim kuramında bu yaş grubu olayları değişik yönleriyle irdeleyerek anlama ve geleceğe yönelik hipotezler çıkarma olgunluğuna tam erişemedikleri bir dönem olarak kabul edilmektedir (164). Ancak çalışma grubunu oluşturan öğrenciler için aile tarafından sağlanan ortamın daha çok eleştiri, ceza, üsün başarı beklentisi ve akranlarıyla yarışma ortamı içinde olduğu; öğrencilerin öğrenme ve üretme talepleri için aile ve okul tarafından gerekli, ilgi, anlayış, zaman ve olanakların sağlanmadığı görülmektedir. Bu durum için aileye yönelik olarak “duygusal bakım vermede güçlük, bilişsel öğrenme deneyimleri ve

aktiviteleri sağlamada güçlük, koruyucu ve tedavi edici bakım sağlamada güçlük, büyüme ve gelişme aşamaları ile uyumlu olmayan beklentiler, sözlü /sözsüz iletişim ya da yorumlamada güçlük” belirti –bulgularından yararlanılarak bakım verme / ebeveynlik tanısı belirlenmiştir. Okul başarısı yönünden yüksek beklentinin çoğunlukla bir baskı unsuru haline geldiği ve öğrencinin ailenin bu beklentisine cevap vermediği çoğu durumda azalmış özgüven, endişe, öz bakım ve günlük aktiviteleri sürdürmede ilgi kaybı ve değerler/ amaçlar/ beklentiler / programlarda uyumsuzluk gibi belirti - bulgular ortaya çıkmıştır. Yapılan çalışmalarda da ülkemizde ebeveyn-çocuk ilişkilerin istenilen özellikte olmadığı, çocuğun gelişimini ve akademik hayatını olumsuz etkileyen aile-çocuk ilişkileri olduğunu göstermektedir (165). Somut işlemler döneminde yer alan öğrencilerin soyut içeriği ağırlıklı olan kişilerarası ilişkiler, üzüntü, değişen roller gibi durumları algılama ve uyum sağlamada sorunlar yaşaması beklenen bir durumdur (164). Bu süreçteki uyum sorunlarının çözüm noktasında öğrenciye destek olunmaması öğrencilerin birbirini örseledikleri davranış sorunlarını ortaya çıkarabilir. Bu tür sorunlar araştırmada uzun süren, düzelmeyen gerginlik, gereksiz şüphe/ manipülasyon / kontrol, problemlerini çözerken çatışmaya girme, üzüntü tepkileri ile baş etmede güçlük gibi belirti ve bulgularla ele alınmıştır. Yapılan çalışmalarda da bu çalışmaya benzer şekilde öğrencilerin davranışsal ya da nevroitik özellikli uyum sorunlarının yaygın olduğu belirtilmektedir (159,160).

Araştırmada psikososyal alanda saptanan önemli sorunlardan biri de sosyal ilişki alanındadır. Bu alandaki sorunlar öğrencilerin boş zaman aktivitelerinin olmaması, televizyon izleme süresinin fazlalığı, televizyonda gelişimine uygun olmayan programların takip edilmesi, bilgisayarın eğlence ve oyun amaçlı uzun süre kullanımı sonucu sosyal ilişkilerde azalma nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Ayrıca öğrenciler için uygun okul dışı aktivitelerin aile ve okul tarafından sağlanmaması da önemli bir nedendir. Bu değerlendirme; okul sağlığı hemşiresinin öğrencilere yönelik sanatsal/sosyal aktiviteler oluşturmak için okul yönetimini harekete geçirmesi, bu aktivitelerin öğrencilerin gelişimsel özelliklerine uygun olarak planlanmasında danışmanlık yapması, çocukların sağlıklı sosyal ilişkiler kurması için ailelere rehberlik etmesi, ailelerin gerekli önlemleri almalarında yardımcı olması ve öğrencilere kendi yararına olan aktivitelere yönlendirilmesi için koşullar geliştirmesi

gerektiğini göstermektedir. Öğrencilerin sedanter bir yaşam tarzını benimsedikleri, televizyon ve bilgisayar başında çok zaman geçirdikleri literatür tarafından da vurgulanan ve bu yaş grubu için önemle üzerinde durulması gerektiği belirtilen bir sorundur (166,167). Okul sağlığı hemşiresi tarafından ele alınan tanılardan bir tanesinde ailelerin çocuk sağlığı için kullanabileceği toplumun kaynaklarını bilmeme, bu kaynaklara doğru kanaldan ulaşamama ya da etkin yararlanmama durumudur. Okul sağlığı hemşiresinin risk altındaki öğrencilerin ulaşabilecekleri hizmetlerle ilgili bilgiyi paylaşma, danışmanlık yapma rolleri en önemli ve en çok kullanması gereken rolü olarak tanımlanmaktadır (6).

Psikososyal alanda cinsellik tanısı bir öğrenci için kullanılmıştır. Freud'un psikososyal kuramına göre bu yaş grubundaki çocuğun kendi cinsinden olan ebeveyniyle yaptığı özdeşime ve kendi cinsiyetine ilişkin toplumsal rolünü güçlendirmesine gereksinimi vardır (164). Bu öğrencide de cinsellik tanısı parçalanmış ailede anne yanında yaşaması, rol modeli alacak başka bir erkek modelinde olmamasından dolayı yaşanan sorunlara ilişkin ele alınmış ve öğrencinin özdeşim kurabileceği kişilere ulaşmasını sağlayan okul dışı aktivitelerde bulunması ve babayla ilişkisinin geliştirilmesi sağlanmıştır. Psikososyal alanda ele alınan diğer bir tanıda büyüme ve gelişmeyle (n=4) ilgilidir. Bu tanı özellikle araştırmada üç kez yapılan boy ve ağırlık ölçümüyle saptanan sorunlar için kullanılmıştır. Boy uzunluğuna ilişkin ara ve son değerlendirmede bir öğrenci (% 3.2) 3. percentilin altı, ilk ve son değerlendirmede bir öğrenci (% 3.2) 97. percentilin üzerinde yer almıştır. Yaşa göre boy uzunluğunun 3. percentilin altında olması kısa, 97. percentilin üzerinde olması uzun olarak değerlendirilmektedir (168). Boy ölçümü 97. percentilin üzerinde olan öğrencinin aile üyelerinin uzun boylu olması, öğrencinin sporla aktif ilgilenmesi, büyüme/gelişmeyle ilgili öyküsünde herhangi bir olumsuzluk saptanmaması ve okulda öğretmen tarafından grafiği yapılan daha önceki yıllara ait boy uzunluğuna dayalı yapılan hesaplamalarda da 97.percentilde yer alması nedeniyle bu bulgu patolojik olarak değerlendirilmemiştir. Boy uzunluğu 3. percentilin altında yer alan öğrencinin değerlendirilmesinde öncelikle öğrencinin yaşına uygun Türk çocuklarındaki standart sapma ve ideal boy uzunluğu dikkate alınarak z skoru hesaplanmış (169) ve her iki boy ölçümüne ait z skoru -2SD altında bulunmuş ve öğrenci boy kısalığı yönünden ele alınmıştır. Ülkemizde ilköğretim

öğrencilerinde görülen boy kısalığının prevelansının değerlendirilmesinde %2.2 - %12.8 arasında değişen oranlar bulunmaktadır (170-174). Çalışma grubundaki öğrenci sayısı nedeniyle bu araştırmadan elde edilen sonucun büyük örneklemlerle kesitsel çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırılması doğru bir yaklaşım olmamakla birlikte; hem bu çalışma hem de literatürde yer alan bulgular büyüme çağındaki her çocuğun boy kısalığı yönünden özenle değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca boy kısalığı bulunan öğrencinin ara değerlendirmede saptanması ve boy uzamasının yıl içinde eşit olmaması nedeniyle öğrencilerin yılda iki kere boy ölçümünün yapılması ya da okul sağlığı hemşiresinin boy artış durumu yönünden gözlem yaparak yıl içinde öğrenciyi değerlendirmesi gerektiği söylenebilir. Büyüme – gelişmeyle ilgili ele alınan tanının diğer bir nedeni de ağırlık ölçümünde saptanan sorundur. Son zamanlarda yaşa göre ağırlık değerlendirilmesi çok sık kullanılan bir büyüme değerlendirme yolu olarak görülmemekte ve boya göre ağırlığın değerlendirilmesi tavsiye edilmektedir (168,171). Buna rağmen yaşa göre ağırlık ölçümü, sağlık sorunu yaşayan çocukta kilo kaybının erken dönemde ortaya çıkmasından dolayı önemli bir izlem olarak kabul edilmektedir (175,176). Araştırmada yer alan bir vakada karşılaşılan durum bu değerlendirme ile paralellik göstermektedir. İlk değerlendirmede normal ağırlıkta yer alan bir öğrenci dört ay sonraki ara değerlendirmede < 3.persentilde yer almaktaydı. Bu öğrencinin fizik muayenesinde abdominal bölgede saptanan kahverengi leke, gözlem yoluyla elde edilen çabuk yorulma, halsizlik bulguları, bir travmaya maruz kalmadan tekrarlı yaşanan burun kanaması, ağırlık persentilinin 5.persentilden <3. persentil değerine gerilemesi ve ailede kanser öyküsü bulunması nedeniyle çocuk onkolojiye sevk edilmiş ve nörofibromatozis tanısı almıştır. Bu vaka çocuklarda görülen kilo kaybının sağlık sorunlarının erken belirtisi olarak kabul edilip detaylı bir değerlendirme yapılması gerektiğini göstermesi bakımından önemlidir.

Psikososyal alan için belirlenen hedefler genel olarak değerlendirildiğinde; hedeflerin stres yönetimi, öfke yönetimi, baş etme becerileri gibi öğrenciyeye yaşam becerisi kazandırmaya yönelik olduğu görülmektedir (Bkz.Tablo 4.1.7). Bu hedeflerle, öğrencilere gelişimsel dönemlerine uygun ortamların ve gerekli aile-öğretmen desteğinin sağlanması ve öğrencilerin yaşamboyu okul ya da ailede karşılaştıracakları stresörlere dayanıklı hale getirilmesi amaçlanmıştır.

Öğrencilerin sağlık sorunlarının önemli bir çoğunluğunun fizyolojik (n=140) alanda yer aldığı görülmektedir. Okul sağlığı hemşiresinin fizyolojik alanda en sık karşılaştığı problemler ise bulaşıcı /enfeksiyon durumu (n=33), ağız sağlığı (n=27), deri (n=17), solunum (n=16) ve ağrı (n=16)'dır . Araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde pandemik H1N1 gribi sorunu ülkemizde de aktif yaşanmaktaydı ve bulaşıcı /enfeksiyon durumu tanısında daha çok bu salgınla ilişkili olarak kullanılmıştır. Enfeksiyon kontrol ilkelerinin izlenmemesi, bulaşmayı önlemek için gereç/malzeme politikaların yetersiz olması belirti ve bulguları salgının yayılımını önlemek için okul sağlığı hemşiresi tarafından ele alınmış ve bu önlemler sadece araştırma grubu için değil tüm okul için kullanılmıştır. Enfeksiyon tanısı ayrıca enfeksiyon ve ateş belirti-bulgusuyla üst solunum yada idrar yolları enfeksiyonuna bağlı semptomları olan öğrenciler içinde kullanılmıştır. Bulaşıcı hastalıkların, okul sağlığı hemşiresinin ortaya çıkışında önemli bir etken olduğu ve bulaşıcı hastalıkların kontrol edilmesindeki başarılı uygulamalarında okul sağlığı hemşiresinin bu alanda kabul edilmesini sağlayan uygulamalar olduğu bilinmektedir (3,6). Okul sağlığı hemşireliği uygulamalarını değerlendiren bir çalışmada da uygulamaların daha çok bağışıklama davranışları ve enfeksiyon kontrolüyle ilgili olduğu görülmektedir (177). Fizyolojik alandaki önemli bir diğer hemşirelik tanısı ise dişlerde çürük, tartar ve benzer bulgularla ortaya çıkan ağız sağlığı problemidir. Ağız ve diş sağlığı sorunları bu yaş grubunun en sık rastalanan sağlık problemi olarak tanımlanmaktadır (153). Ülkemizde de yapılan çalışmalarda ağız ve diş sorunlarının özellikle diş çürüğünün okul çağında oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Diş çürüğünün görülme oranını % 65- 87.09 olarak bildiren bu çalışmalar (158,178-180) ayrıca alt sosyoekonomik grupta sorunların daha fazla olduğunu (178,180) ve öğrenciler arasında ağız hijyenine yönelik sorunların diş çürüğünden daha yüksek oranda olduğunu gösteren bulgularıda içermektedir (158,181). Bu değerlendirmeler; öğrencilere ağız sağlığına yönelik diş fırçalama, uygun beslenme, düzenli diş hekimi kontrolü ve diş sağlığını olumsuz etkileyecek davranışlardan kaçınma gibi bireysel alışkanlıkların kazandırılmasının halen okul sağlığı hemşiresinin önem vermesi gereken bir durum olduğunu göstermektedir.

Deri tanısı araştırmada sık kullanılan diğer bir problemidir. Bu tanı öğrencilerin okul ve sınıf içinde geçirdiği kaza ya da yaralanmalarla bağlantılı olarak

ele alınmıştır. Lezyon / bası yarası, çürük- ezik, yara iyileşmesinde gecikme öğrencilerde belirlenen başlıca belirti-bulgulardır. Gür ve Yıldırım'ın (182) yaptığı çalışmada okul kaza ve yaralanmalarının sık görüldüğü; özellikle yaralanmaların sıyrık, kesi ve kanama gibi deriyi ilgilendiren sorunlara neden olduğu belirtilmiştir. Omaha sistemi kullanılarak yapılan bir çalışmada da kaza ve yaralanmalara bağlı olarak deri tanısının sıklıkla kullanıldığı saptanmıştır (150). Okul sağlığı hemşiresinin okul kazalarının önlenme ve kaza sonucu ortaya çıkan durumlara yönelik ilkyardım uygulaması yapma yönünde bilgi, beceri ve gerekli malzemeye sahip olmasının önemli olduğu görülmektedir. Kaza ve yaralanmaların yanı sıra akut bir sağlık sorunu olarak araştırmada yer alan bir tanıda solunum tanısıdır. Solunum tanısı araştırmada kış döneminde solunum sistemi enfeksiyonlarına yönelik öksürme, öksürememe / bağımsız olarak balgam çıkaramama, sesli solunum, anormal solunum sesleri gibi belirti-bulgularla; nisan-mayıs aylarında alerji ile ilgili burun akıntısı /nazal konjesyon belirti-bulgusuyla ortaya çıkmıştır. Okul sağlığı hemşiresinin akut sorunlar olarak değerlendirilen yaralanma ve enfeksiyonlara okul ortamında müdahale etmesi nedeniyle öğrenci devamlılığını ve öğrencinin sınıf içinde geçirdiği süreyi artırdığı ve bu nedenle okul ortamında sürekli bir hemşirenin bulunmasının önemli olduğu belirtilmektedir (38). Okulda meydana gelen yaralanma ya da akut sağlık sorunlarında hemşirenin öğrenciyi eve gönderme oranının diğer okul çalışanlarına göre daha düşük olduğunu gösteren çalışmada okullarda tam zamanlı hemşire çalışmasının gerekliliğini göstermektedir (82). Öğrencilerin kaza ya da hastalık durumunda okul hemşiresine başvurduğu zaman okuldan erken ayrılmaların azaldığını (143) gösteren çalışmada önemli bir örnektir.

Öğrenciler arasında en fazla görülen bir diğer sağlık problemide ağrıdır ve öğrenciler arasında bu ağrı sıklıkla başağrısı şeklinde görülmektedir. Literatürde de ağrı öğrenciler arasında yüksek prevalansa sahip ve öğrencinin günlük yaşamını olumsuz etkileyen bir olgu olarak tanımlanmakta özellikle baş ağrısına dikkat çekilmekte ve bu ağrının hergün tekrarlanan niteliğininde olduğu belirtilmektedir. (150,183,184) . Bu bulgulara dayanarak ağrının öğrencilerin okul içi performansını ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyen önemli bir sorun olduğunu ve okul sağlığı hemşiresi tarafından ağrıyı ortaya çıkararak fizyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin belirlenip kontrol altına alınmasının önemli olduğu söylenebilir. Larsson (185)

gerilim tipi başağrısını öğrenciler arasında yaygın olduğunu belirttiği çalışmasında bilgi verme, destekleme, izlem ve görme testi uygulama gibi girişimlerle okul sağlığı hemşiresinin ağrıyı kontrol altına alabildiğini söylemektedir. Öğrencilerin fizyolojik alanda yer alan diğer problemlerinin göz taramasında ortaya çıkan ya da allerijyle ilgili olan görme; öğrencinin okul performansını ve arkadaşlarıyla ilişkilerini olumsuz etkileyen konuşma-dil; düşme –yaralanmalarla ya da uygun olmayan vücut ergonomisine bağlı kas-iskelet rahatsızlıkları; beslenme – sıvı elektrolit sorunlarına neden olan sindirim-hidrasyon; enfeksiyonlarla ilgili bağırsak ve üriner fonksiyon tanısı olduğu görülmektedir. Bu tanılar arasından yer alan görme sorunları değerlendirildiğinde, görme taramasında üç öğrencide (%9.67) görme keskinliğine yönelik sorun saptandığı görülmektedir. Görme keskinliği sorunu bulunan iki öğrenci gözlük kullanmaktadır ve bu öğrencilerin gözlüklü muayenelerinde sorun belirlenmiştir. Bu durum görme bozuklukları yönünden tanı almış öğrencilerin bile düzenli göz kontrolüne gitmediklerini göstermesi bakımından önemlidir. Öğrenci ve ailelere yıllık göz muayenesi alışkanlığının geliştirilmesi gerektiğini gösteren bu bulgu, aynı zamanda okul sağlığı hemşiresinin göz taramasını düzenli olarak yapmasının gerekliliğini göstermektedir. Akademik başarıyla yakından ilgili olan görme bozukluklarının prevalansı öğrenciler arasında oldukça yüksektir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda görme sorunlarının oranını Seçginli ve diğ.(186) % 4, Tezcan ve diğ. (187) % 10.1, Ergin (188) % 17.47 ve Aydın ve diğ. (189) % 25.3 olarak belirtmişlerdir. Bu bulgular görme taramasının mutlaka yapılması gerektiğini göstermesi yanı sıra görülme prevalanslarının birbirinden oldukça farklı olması görme keskinliğinin değerlendirilmesine yönelik standartların belirlenmesi ve personelin bu konuda özel olarak eğitilmesinin önemini de göstermektedir. Ayrıca prevalansın en yüksek bulunduğu (% 25.3) çalışmanın örneklem grubu hem sayıca fazla hem de kapsayıcılık yönünden farklı sosyokültürel-ekonomik düzeydeki öğrencileri temsil etmektedir. Prevalansın en düşük olduğu çalışmada ise örneklem grubunda daha az sayıda öğrenci yer almakta ve tek okuldan oluşmaktadır (186). Bu nedenle ülke geneli düşünüldüğünde öğrenciler arasında görme keskinliğine yönelik sorunların araştırmalarla gösterildiğinden daha yaygın olacağı düşünülebilir.

Fizyolojik alanda belirlenen bir diğer tanı da anormal kan basıncı ölçümleri belirti-bulguyla dolaşım tanısıdır. Bu çalışmada öğrencilerin sistolik ve diyastolik

kan basıncı değerlerinin ilk ve ara değerlendirmede normal sınırlar içinde yer almasına rağmen son değerlendirmede bir öğrencinin kan basıncı değeri yaşa, cinsiyete ve boya göre yapılan değerlendirmelerde 95. persentilin üzerinde bulunmuştur. Ailede böbrek yetmezliği ve hipertansiyon öyküsü bulunan öğrencide üçüncü izlemde hipertansif bir tansiyon ölçümünün elde edilmesi; obezite, aile öyküsü gibi riskli grupta yer alan öğrencilerin yıl içinde tansiyon ölçümlerinin tekrarlı yapılmasının önemini göstermektedir. Seçginli ve diğ. (186) iki hafta arayla yaptıkları kan basıncı ölçümüne göre hipertansiyon prevalansı % 2.0 olarak bulunmuşlar ve yazarlar kan basıncı taramalarında periyodik ölçümlerin gereğini vurgulamışlardır. Okul çağı çocuklarında hipertansiyon prevalansının % 0.6-5 oranında değiştiği belirlenmekle birlikte prevalansı %13.4 olarak bildiren çalışma da bulunmaktadır (186,190-193). Erişkin dönem hipertansiyonunun çocukluk çağında başlaması ve çocukluk çağı hipertansiyonunun erişkindeki kardiyovasküler hastalıklarla bağlantısının tanımlanması (194) bu dönemdeki kan basıncı taramasını gerekli hale getirmiştir. Kan basıncı yönünden yapılan taramalarda riskli grupların belirlenmesi, gerekli koruyucu önlemlerin alınması, erken tanı ve tedavinin sağlanmasının önemli ve gerekli olduğunu gösteren çok sayıda araştırma bulgusu vardır (186,190-193). Genel olarak fizyolojik alandaki problemler için belirlenen hedefler direkt hemşirelik bakımına odaklı olabildiği gibi çoğu sorunun çözümünde sağlık ve sosyal sitemin içinde yer alan uzman, sağlık kurumları, malzeme tedariki gibi farklı birçok kaynağın kullanımı gerekmiştir (Bkz.Tablo 4.1.8).

Öğrencilerin sağlık davranışı alanındaki problemleri sırasıyla fiziksel aktivite (n=18), beslenme (n=15), uyku - dinlenme düzeni (n=13), kişisel bakım (n=11), sağlık bakım denetimi (n=4) ve tedavi rejimi (n=4)'dir (Tablo 4.1.4). Bu tanılara götüren belirti - bulgular değerlendirildiğinde ise temelde iki yönde sorunların şekillendiği görülmektedir. İlk olarak çağımızda çocuklar arasında önemli bir sorun kabul edilen, birçok sağlık sorunu ile ilişkili olan olumsuz yaşam tarzının araştırma grubunda da belirginleşmesidir. Bu yaşam tarzında çocukların yüksek yağ ve şeker içeren buna karşılık sebze ve meyve oranları ile esansiyel besin öğeleri bakımından düşük bir beslenme alışkanlığı edindiği görülmektedir. Ayrıca yeterli egzersiz yapmama, bilgisayar ve televizyon gibi sedanter yaşamı destekleyen aktivitelere yönelme ve uyku düzeninin uygun olmaması bu yaşam tarzının diğer özellikleridir.

Yeterli ve dengeli olmayan beslenme şekli ve inaktif yaşam alışkanlıkları çocukların öğrenme yeteneğini olumsuz etkilemekte, öğrencilerin yorgun, apatik ve konsantrasyonlarının bozuk olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bu öğrencilerin hipertansiyon, tip 2 diyabet, obezite, hiperlipidemi, kas ve iskelet sistemi sorunları bakımından yüksek riskli grupta yer aldıkları vurgulanmaktadır (166,167,195). Bu nedenlerle okul hemşiresinin öğrencilere yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite ve uyku –dinlenme düzeni kazandırması, bu alanda yaşanan problemlere etkin bir şekilde müdahale etmesi, öğrencinin hem şimdiki fiziksel, ruhsal, sosyal ve zihinsel sağlığı hem de tüm yaşamını etkileyecek sağlık durumunun sürdürülebilirliği için önemlidir. Özellikle fazla kilo tanısı ile ele alınan beslenme tanısı bu yaş grubunda BKİ hesaplamalarının yapılmasına olanak tanıyan sağlık taramalarının gerekliliğini göstermektedir. Çocukluk döneminde BKİ hesaplamaları hem büyümenin hem de beslenme durumunun değerlendirilmesinde oldukça önemlidir. Ancak BKİ sonucu yetişkinde olduğu gibi direkt kullanılmamakta persentil değerlendirilmesi ve genellikle z skoru hesaplanarak yorumlanması yoluna gidilmektedir BKİ persentil ve z skoru değerleri çocukluk çağının önemli sorunları olan obezite hakkında objektif bir bilgi sunmaktadır (168). Persentil ve z skoru değerlendirmesine göre araştırmada fazla kilolu 9 öğrenci bulunmaktadır. İlköğretim öğrencileri üzerine yapılan çalışmalarda Şimşek ve diğ. (187) obezite oranını % 4.8; Kutlu ve diğ. (196) fazla kilolu olma oranını % 7.7, obezite oranını %1.9; Babaoğlu ve Hatun (189) fazla kilolu olma oranını % 9, obezite oranını % 4.1 bildirmişlerdir. Bu çalışmalarda da fazla kilolu olma araştırma bulgularına benzer olarak tanımlanmaktadır. Bu durum okul sağlığı hemşiresinin özellikle adölesan dönem obezitesinin önlenmesinde öğrencilere yeterli-dengeli beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırma girişimlerinin önemi ve gerekliliğini gösteren bulgular olarak değerlendirilebilir.

Sağlık davranışları alanındaki sorunların diğer ortaya çıkma nedeninin ise Orem'in özbakım teorisine göre sağlığın bozulduğu durumlardaki özbakım aktivitelerinin yetersizliğiyle ilişkili olduğunu söyleyebiliriz. Orem sağlığın bozulduğu durumlardaki özbakım aktivitelerini; patolojik durumların etkilerinin farkında olma, girişimde bulunma, uygun tıbbi yardım arama, tıbbi bakım önlemlerinin olumsuzluklarının farkına varma ve girişimde bulunma olarak tanımlamıştır (154). Okul çağı çocuğu bu özbakım aktivitelerini tek başına üstlenecek

tam bir bilişsel ve davranışsal olgunluğa erişmediği gibi toplumsal kaynaklardan tek başına yararlanabilecek sosyal ve maddi olanakları da olamamaktadır. Bu nedenle aile ve toplum çocuk adına bu duyarlılığa ve eylemliliğe sahip olmalıdır. Araştırmada değerlendirme / tedavi gerektiren semptomlar için bakım almama, önerilen doz/tedavi programına uymama, ilaç sağlayan sistemin yetersiz olması, biten ilaçların yerine konmaması belirti bulgularıyla sağlık bakım denetimi ve tedavi rejimi tanısı belirlenerek, öğrencilerin sağlığı bozulduğu durumlardaki özbakım aktivitelerinin karşılanması amaçlanmıştır. Bu iki tanı için “bakımın sürekliliği” “sosyal hizmet danışmanlık bakımı” “yasal sistem” gibi aileye dönük, toplumsal düzeyde ve vaka yönetimini gerektiren hedefler belirlenmiştir. Aslında bu hedefler öğrenci sorunları için tedavi alma ve sürdürmeye yönelik aile eğitimi ve danışmanlık girişimleri olarak görülebilir. Ancak temelde okul sağlığı hemşiresinin aile ve toplumu harekete geçirerek öğrencinin gereksinimlerinin karşılanması için kullandığı savunuculuk rolüyle ilişkilidir. Öğrenciler için özellikle adölesan grupta sağlık hizmetinde boşluklar olduğu ve bu nedenle sağlık hizmeti sunanların savunuculuk rollerini sık sık kullanmaları gerektiği vurgulanmaktadır (78).

Omaha sistemi çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları alanında yer alan sağlığı geliştirme ve gerçek sağlık sorunlarıyla ilişkili bütün hemşirelik tanıları (n=426) için uygulanan hemşirelik girişimleri Omaha HGŞ’ye göre sınıflandırılmıştır. Uygulanan hemşirelik girişimleri değerlendirildiğinde sürveyans (%41.89) ve eğitim rehberlik danışmanlık (%40.06) girişimlerinin benzer oranda ve en sık kullanılan hemşirelik girişim şeması olduğu görülmektedir. Vaka yönetimi (% 8.31) ve tedavi / işlem (% 9.74) girişim şemasında bu girişimlerden daha az olmakla birlikte gerekli tanılarda kullanılmıştır (Bkz.Tablo 4.1.10). Omaha sistemi kullanılarak okul dışı bir popülasyonda yapılan çalışmada da girişim kategorilerinin kullanım sıklığının sırasıyla sağlık eğitimi, sürveyans, vaka yönetimi ve tedavi işlem olduğu görülmektedir (149). Omaha sistemiyle yapılan bir çalışmanın sağlığı geliştirme ve korumayla ilişkili tanıların sürveyans kullanımını geliştirdiği yönündeki bulgusu, bu çalışmada sürveyans girişim şemasının kullanım sıklığını açıklamada yol gösterici olmaktadır (197). Araştırmada sürveyansın, fizyolojik alanda en sık kullanılan girişim şeması olduğu görülmektedir. Bu durum, ailesel risk faktörleri olan öğrencilerin izlem sıklığının artması, sağlık taramalarının genellikle

fiziksel sağlıkla ilişkili olması ve fizyolojik alanda izlemi gerektiren bakım ağırlıklı hemşirelik girişimlerinin bulunmasıyla açıklanabilir. Eğitim/rehberlik/danışmanlık girişim şeması çevresel, psikososyal ve sağlık davranışları alanında en sık; fizyolojik alanda ise ikinci sırada kullanılmıştır. Okul sağlığı alanında NIC kullanılarak yapılan bir çalışmada da aktif dinleme, danışmanlık, grup öğretimi, sağlık eğitimi girişimlerinin daha sıklıkla kullanıldığı görülmektedir (151). Araştırmada belirlenen bazı hemşirelik tanılarının toplum kaynaklarıyla çözülebilir nitelikte olduğu ve vaka yönetiminin hemşirelik girişimi olarak bu tanılarda kullanılmasının zorunlu olduğu görülmektedir. Bu toplumsal kaynaklar başka bir sağlık kurumu kullanımı, sosyal uzman, psikolog gibi çeşitli profesyonellere başvuru, toplumdaki sosyal yardımlaşma kurumlarıyla iletişim olabilmektedir. Öğrenci sorunlarının genellikle aile ya da toplumsal risk faktörlerini içermesi, okulda tıbbi ekip ve olanaklardan yoksun bir ortamın bulunması araştırmada vaka yönetiminin kullanılması gerektiği göstermiştir. Okul sağlığı hemşiresi tarafından uygulanan vaka yönetiminin öğrencilerin okul başarısı, yaşam kalitesi ve hastalıklarını yönetmedeki başarısını arttığı, devamsızlık, acil servis ya da hastaneye başvuru sıklığını azalttığı, öğrencilerin genel davranışlarında düzelme oluşturduğuna ilişkin literatür bilgileri bulunmaktadır (16,79,80). Tüm bu sonuçlar okul sağlığı hemşiresinin vaka yöntemi yapabilecek bilgi ve becerileri kazanmış olması ve okul sağlığı hemşireliği lisansüstü eğitim ya da sertifika programlarında vaka yönetiminin teorik ve pratik olarak verilmesinin gerekliliğini göstermektedir. Tedavi – işlem girişim şeması çoğunlukla akut hastalık ve yaralanması olan öğrenciler için kullanılmakta olup sürveyans ve eğitim/rehberlik/danışmanlık girişim şemalarına göre daha düşük oranda kullanılmıştır. Yurt dışında yapılan çalışmalarda da okul sağlığı hemşiresinin bu araştırmaya benzer şekilde diğer girişimleri daha çok kullanıldığı belirtilse de, ülkemizde yapılan sınırlı çalışmalarda okul sağlığı hemşireleri ya da okul sağlığı hemşireliği hizmeti sunan birinci basamak hemşirelerinin tedavi-işlem şemasında yer alan girişimleri daha fazla kullandığı ve önemseydiği görülmektedir (9,13,42,44,80,151). Ülkemizde hemşirelik eğitimi, yasal düzenlemeler ve çalışma ortamında hemşireden beklenen görevlerde tedavi merkezli anlayışın ve hastane çalışmasının daha fazla önemsenmesi bu durumun nedeni olabilir.

Okul sağlığı hemşirelik girişimlerinin, oğrencinin sağlık durumda meydana getirdiği değişimi belirlemek için oğrencinin sağlık durumu hemşire, oğrenci ve anne-baba tarafından araştırmanın başlangıcı, ortası ve sonu olmak üzere üç kere değerlendirilmiştir. Okul sağlığı hemşiresi/araştırmacı “Omaha PDÖ” kullanarak hemşirelik girişimleri sonunda hemşirelik tanılarına (n=426) ilişkin oğrencilerin bilgi, davranış ve durum düzeyindeki değişimi değerlendirmiştir. Oğrenciler kendi öz bildirimine dayalı olarak “Pediyatrik Yaşam Kalitesi 4.0 Envanteri” ile sağlık durumundaki değişimi değerlendirirken; anne-baba ise “ocuk Sağlığı Anketiyle” oğrencinin genel sağlık durumundaki değişimi kendi gözlemlerine dayalı olarak bildirmiştir.

Araştırmada hemşirelik tanısı ilk belirlendiğinde oğrencinin o tanıya ilişkin bilgi, davranış ve durum puanı 1-5 arasında değerlendirilmiş ve tanıya özđü hemşirelik girişimlerinin uygulandığı bakım planı oluşturulmuştur. Omaha PDÖ’ye göre yapılan ikinci değerlendirme sonrası bazı hemşirelik girişimleri tekrarlanmış, özellikle sağlık eğitimi girişimlerinde hatırlatma eğitimleri mutlaka yapılmıştır. Tanılara yönelik oğrencilerin bilgi, davranış ve durum düzeyi Omaha PDÖ ile üçüncü kez değerlendirilmiş ve son değerlendirme olarak kaydedilmiştir. Omaha PDÖ’ye göre hemşirelik girişimlerinin; çevresel, psikososyal, fizyolojik, sağlık davranışları alanında ve sağlığı geliştirme/gerçek sağlık sorunu niteliğinde bütün tanıların toplamında oğrencilerin bilgi, davranış ve durum puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik oluşturduğu gürölmektedir (Bkz. Tablo 4.1.11). Belirlenen hemşirelik tanıları için toplam ve alanlara özđü olarak bilgi puanında oldukça önemli bir gelişmenin olduğu gürölmektedir. Yapılan çalışmalarda da okul sağlığı hemşiresinin sağlık eğitimi aracılığıyla oğrencilerin bilgi düzeyinde olumlu katkıları olduğu gürsterilmektedir. Sağlık eğitimi sonrası oğrencilerin mental hastalıklarla ilgili bilgisinin artması (85), ailelere yönelik ağız sağlığı eğitiminin bilgi üzerinde anlamlı katkı sağlaması (86) bu çalışmalara örnek olarak verilebilir. Davranış puanındaki değişim değerlendirildiğinde ise psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları alanında önemli bir artış gürölmektedir. Çevresel alanda istatistiksel açıdan anlamlı bir artış olmasına rağmen, hemşirelik hizmetleri açısından istendik düzeyde davranış puanı değişimi olmamıştır. Bu durum çevresel alanda yaşanan çoğu sorunun, ailenin ekonomik düzeyi ile ilgili olması ve ekonomik

sorunların çözümlenmeden bireylerin davranışlarında beklenen değişimin yaşanmaması olabilir. Sağlıkla ilgili uygulamaların yararlı etkilerinin daha çok yüksek ve orta gelirli bireyler üzerinde olduğu, yoksul nüfusun sağlık durumunda bu uygulamaların değiştirici bir faktör olmadığı belirtilmekte ve yaşanan çevrenin geliştirilmesinde, sağlık eğitimi sonucunda öğretilen davranışların sürdürülebilir olmasında sağlıkta sosyoekonomik eşitliğin sağlanmasının önemli bir yeri olduğu vurgulanmaktadır (198). Durum düzeyindeki değişim değerlendirildiğinde ise psikososyal ve fizyolojik alandaki puan artışının daha çok olduğu görülmektedir. Ancak çevresel alan ve sağlık davranışları alanında durum düzeyinde değişimin daha az olduğu görülmektedir. Bu durum çevresel alanda soruna ilişkin davranış değişikliğinin yeterince sağlanamamasıyla; sağlık davranışları alanında ise bilgi ve davranış düzeyinde meydana gelen gelişimin öğrencinin sağlık durumundaki etkisinin daha uzun bir süreçte ortaya çıkması ya da sağlık davranışlarının alışkanlık haline dönüştürülme sürecinin daha uzun sürmesiyle ilişkili olabilir.

Araştırmanın uygulama aşaması tamamlandığında yapılan son değerlendirmeye göre öğrencilerde sağlığı geliştirme ve gerçek sağlık sorunu ile ilişkili 105 hemşirelik tanısı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1.12). Bu son değerlendirmeye göre çevresel alanda gelir, konut, yaşam alanı/ iş ortamı güvenliği tanılarında sorunu devam eden öğrencilerin olduğu; sanitasyon tanısının ise büyük oranda çözüldüğü görülmektedir. Bu bulgu, Omaha PDÖ'ye göre yapılan değerlendirmeyi ve daha önce ekonomik durum - sağlık ilişkisiyle ilgili yapılan yorumu destekler niteliktedir. Okul sağlığı hemşiresinin çevresel alanda tanıları ve uygun girişimleri belirlemede gösterdiği etkinliği bu soruları çözmeye de gösterebilmesi için aile, yerel yönetim/organizasyonlar, toplum ve yasal düzenlemeler bakımından mutlaka desteklenmesi, yoksulluk ve yoksulluğun olumsuz etkilerinin ülke politikaları ile çözülmesi gerekmektedir. Araştırmada gelirle ilgili tek çözülen sorun bir aileye çocuklarının eğitimini destekleyecek burs olanaklarının bulunmasıdır. Psikososyal alanda ise çevresel alana benzer şekilde, toplum kaynaklarını kullanmak için yasal düzenlemelerin okul sağlığı hemşiresini yeterince desteklememesi nedeniyle “toplum kaynakları ile iletişim” tanısına etkin çözüm getirilememiştir. “Sosyal ilişki” tanısında öğrencide davranış değişikliğini gerektiren uygun olmayan boş zaman aktiviteleri ve sosyalizasyon sürecinin desteklenmesini

gerektiren sorunların okul sağlığı hemşiresi tarafından çözümlenebildiği görölmektedir. Öğrencilere sanat, spor ya da sosyal aktivite kazandırılması amaçlanan girişimlerde, her öğrenci için ilgi, zaman ve ekonomik açıdan uygun faaliyet bulunamamıştır. Santraç, futbol takımı, yüzme ve resim kursuna yönelik okul ya da belediyenin sağlayabileceği olanakların aktif hale getirilmesi desteklenerek öğrencilerin bir kısmı bu alanlara yönlendirilmiştir. Ancak her öğrencinin beklentisi karşılanamamıştır. Okul ortamında bütün öğrencilerin katılımına açık eğlence, dinlenme programlarının olması, her yaş grubundaki öğrencilerin fiziksel ve psikolojik gelişimine uygun okul aktivitelerin planlanması okul sağlığı hemşiresinin aktiviteleri arasında belirtilmektedir (6). Ancak okul sağlığı hemşiresinin bu aktivitesini yerine getirebilmesi için yönetmeliklerle okul içindeki düzenlemelere müdahale edebilir hale getirilmesi ve bu görevinin diğer okul çalışanları tarafından kabullenilmesi gerekmektedir. Bakım verme / ebeveynlik tanısında ise çözülemeyen sorunlar öncelikle annenin davranış değişikliği oluşturması ve özellikle ailenin psikolojik açıdan profesyonel yardım almasına gerek olan durumlarla ilgilidir. Bu anlamda ailenin bakım gereksinimi karşılanmış ancak bunun çocuk sağlığına olumlu yansması daha uzun sürede ortaya çıkacağı için araştırma süresince gözlenmemiştir. Psikososyal alanda yer alan diğer tanılarda ise büyük oranda sorunların çözüldüğu görölmektedir.

Fizyolojik alandaki çoğu tanı okul sağlığı hemşiresi tarafından başarıyla çözülebilmıştır. Fizyolojik sorunların öğrenciler tarafından önemli bir rahatsızlık olarak algılanması ve belirtilerin öğrenci-aile-öğretmen tarafından kolaylıkla fark edilebilmesi bu alandaki hemşirelik girişimlerine öğrenci-aile-öğretmenin uyum sağlamasına neden olmuştur. Bu durumda tanıların etkin bir şekilde çözümlenmesini kolaylaştırmış olabilir. Araştırmada fizyolojik tanıların çoğu akut sağlık sorunu niteliğinde olduğu için denetimi ve sonuçlandırılması daha kolay olmuştur. Literatürde de okul çağı öğrencilerinin fizyolojik sağlık sorunlarının hemşire tarafından kolay tanı konulabilen ve kontrol edilebilen nitelikte olduğu belirtilmektedir (3,153). Bu alanda vaka yönetimi gerektiren sorunlarda öğrencilerin tamamının sağlık güvencesi olması nedeniyle istendik şekilde çözülmüştür. Çözülemeyen sağlık sorunlarında ise öğrencinin günlük ve akademik yaşamının en az düzeyde etkilenmesi için önlemler alınmıştır. Örneğin görme ile ilgili yapılan üç

taramada da gözlük numarası yetersiz bulunan öğrencinin, kısa süreli aralıklarla gözlük camının değiştirilememesi nedeniyle görme sorunu gözlük kullanımıyla tam olarak çözülememiştir. Bu öğrenci sınıf içinde hem arkadaşlarını hem de tahtayı daha rahat göreceği şekilde yerleştirilerek öğrenme sürecinin devamı sağlanmıştır. Öğrenci sağlık sorunlarında öğrenme sürecinin devam etmesi için modifiye edici önlemleri alma okul sağlığı hemşiresinin sorumlulukları arasında tanımlanmaktadır (38).

Sağlık davranışları alanında sağlığı geliştirme ve öz bakım gereksinimlerine yönelik tanuların ağırlıkta olduğu ve çoğu tanının araştırma süresince okul sağlığı hemşiresi tarafından çözülebildiği görülmektedir. Ancak sağlık davranışları alanında öğrencilerde istendik davranış değişikliği sağlanabilmesine rağmen, okul sağlığı hemşiresinin bu alanlardaki uyarını ortadan kalktığı zaman bazı öğrencilerin istendik davranışlardan uzaklaştığı belirlenmiştir. Bu durum iki şekilde açıklanabilir. Öncelikle okul öncesi dönemde toplum sağlığı hemşiresi ve okul çağının ilk yıllarından itibaren okul sağlığı hemşiresi aile ve öğrenciye sağlık davranışları kazandırma ve sağlık sorumluluğunu üstlenme konusunda daha uzun süreli gerekli bakım faaliyetlerini yerine getirmelidir. Böylece sürekli izlem yoluyla sağlıklı yaşam ilkelerini alışkanlığa dönüştürmek amaçlanabilir. Diğer önemli nokta ise sağlık davranışları alanında yapılan uygulamalar sırasında olanaklarında hazır olmasının gerekliliğidir. Örneğin beslenmeyle ilgili değişimlerde gelir, uyku ve dinlenme düzeninde evde oda sayısının yeterli olması, fiziksel aktivite alışkanlığında uygun egzersiz alanlarının oluşturulması gerekmektedir. Bu olanaklarının sağlanamaması sağlık inanç modeline göre sağlık davranışları için harekete geçmeyi engelleyen bir faktör olarak değerlendirilebilir (199). Bu nedenle bazı öğrencilerde sağlık davranışına yönelik sorunlar çözülememiştir.

Araştırmada öğrenciler için ortalama 13.7 ± 1.8 tanı ele alınmış ve araştırma sonlandırıldığında ise öğrenci başına ortalama 3.3 ± 2.1 hemşirelik tanısı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda okul sağlığı hemşiresinin öğrencilerin var olan sorunlarını belirlediği ve bu sorunlara yönelik etkin girişimler geliştirdiği görülmektedir (7,10,16,82,143,150,158,200) . Ülkemizde okul sağlık hizmetleri ayrı ayrı projeler ve planamalarla yürütülmektedir. Okul diyabet programı, beyaz bayrak uygulaması, obezite ile mücadele ve fiziksel aktivite çalışmaları bu hizmetlere

örnektir (98). Araştırmada okul sağlığı hemşiresinin sağlığın her boyutunu ilgilendiren konularda hemşirelik süreci uyguladığı görülmektedir. Bu nedenle sorun temelli, her sorun için ayrı bir yaklaşım, yeni bir maliyet ve insan gücü gerektiren uygulamalar yerine okul sağlığı hemşiresinin okullarda görevlendirilmesi öğrencilerin sağlık düzeyinin optimum düzeyde tutulmasında oldukça önemli bir katkı sağlayabilir.

Öğrencilerin Pediatrik Yaşam Kalitesi 4.0 Envanteri puan ortalamasının ilk değerlendirmede 1695 ± 401.6 olduğu ve bu puan ortalamasının envanterden alınabilecek orta değer üstünde yer aldığı görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1.14). Drukke ve diğ. (201) de çocukların yaşam kalitesi puanının genelde sağlıklı değerlendirilecek puanda olduğunu belirtmiştir. Aynı envanterle yapılan başka bir çalışmada öğrencilerin yaşam kalitesi puanının orta değer üstünde; ancak bu çalışmadan biraz daha yüksek puan ortalamasında olduğu görülmektedir (144). Bu farklılığın araştırma bölgesinin sosyoekonomik göstergeler bakımından daha olumsuz nitelikte olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Yapılan değerlendirmelerde de sosyoekonomik durum ve sosyal olanakların yetersizliğinin çocukların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (201). Öğrencilerin yaşam kalitesi ortalama puanının ara ve son değerlendirmede artış gösterdiği görülmektedir ($p < 0.05$). Okul sağlığı hemşireliği hizmeti sonucu öğrencilerin yaşam kalitesinde artış olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (16,80). Araştırmada yaşam kalitesinde en önemli artış fiziksel fonksiyon boyutunda yaşanmış, duygusal ve okul fonksiyonlarında değişim puanı benzer oranda olmuştur ($p < 0.05$). Ancak sosyal fonksiyonda puan artışı olmakla birlikte istatistiksel açıdan bu artış önemli bulunmamıştır ($p > 0.05$). Yaşam kalitesi ölçeğinde meydana gelen bu değişim hemşirelik tanılarında yaşanan değişime paralellik göstermektedir. Hemşirelik girişimleri sonucu fizyolojik alandaki problemlerin neredeyse tamamı, psikososyal alanda yer alan duygusal durumla ilişkili problemlerin büyük çoğunluğu çözülmüştür. Bu değişimin öğrenciler tarafından değerlendirilen yaşam kalitesi puanına olumlu yansıdığı düşünülebilir. Okul fonksiyonunda yaşanan puan artışı öğrencinin genel sağlık düzeyinin yükselmesiyle açıklanabilir. Öğrencilerin sağlık ve sağlıkla ilgili davranışlarda meydana gelen değişimin okul fonksiyonları üzerinde olumlu etki oluşturacağıda literatürün desteklediği bir yorumdur

(34,36,80,109,110,113). Sosyal fonksiyonda istendik değişimin sağlanamaması ise öğrencilere sağlanan sosyal koşullarda değişimin yapılamaması ile açıklanabilir. Çocuklarla ilgili yaşam kalitesinde sosyal olanaklar önemli bir belirleyici kabul edilmekte yetersiz koşulların yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmektedir (201).

Aileler çocuk sağlığı anketiyle öğrencinin fizyolojik ve psikolojik özet puanları ve ölçeğin çoğu alt boyutunda araştırma sürecinde önemli bir değişim olduğunu belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.1.14). Aileler, hemşirenin girişimde bulunduğu fizyolojik, psikososyal ve sağlık davranışlarını ilgilendiren alanlarda öğrenci sağlığında değişimi gözlemlendiklerini ölçeğin ilgili alt boyutlarındaki puan artışıyla göstermişlerdir ($p<0.05$). Özellikle öğrencinin yıl içinde sağlığında önemli değişimler yaşandığını belirtmişler ve bu anlamda sağlıkta değişim alt boyutunda oldukça yüksek bir puana ulaşıldığı görülmektedir. Aileler ayrıca yaklaşık bir yıllık süreçte fiziksel sorunlar nedeniyle rol ve sosyal yaşamın sınırlanması, özsayıgı düzeyi ve genel davranış düzeyinde öğrencilerde olumlu bir değişim yaşandığını belirtmişlerdir ($p<0.05$). Ancak mental sağlık alt boyutu ile çocuğun sağlık ve davranışları nedeniyle ailede meydana gelen değişimler yönünden araştırma süresince önemli bir değişim olmadığını belirtmişlerdir ($p>0.05$). Bu değerlendirme hem öğrencinin hem de hemşire öğrenci sağlığındaki değişim için yaptığı değerlendirmeden bazı farklılıkları içermektedir. Bu farklılığın nedeni bu bölgede yaşayan ailelerin bir arada geçirdikleri zaman ve aile içi paylaşımlarının alt düzeyde olması; bundan dolayı değerlendirmenin tam anlamıyla yapılamamış olması olabilir. Bir diğer nedende öğrencilerin gelişimsel davranış örüntülerinin aile tarafından problem olarak algılanması ve ailenin çocuktan beklentisinin yüksek olmasından dolayı özellikle mental sağlık alanında öğrencilerin anlamlı bir gelişme olmadığını belirtmiş olabilirler. Ayrıca son değerlendirmelere göre öğrenciler için belirlenen tanı sayısının azalması öğrencilerin değerlendirdiği yaşam kalitesini artırırken aynı ilişki aile tarafından değerlendirilen çocuk sağlığı ölçeğinde bulunmamaktadır. Bu bulgu daha önce hemşire ve öğrenci değerlendirmesi arasında benzerlik olduğu ancak aile değerlendirilmesinin farklı nitelikler gösterdiği yönünde yapılan yorumu desteklemektedir. Yapılan bir sistematik analizde de çocuğun yaşam kalitesinin aile ve çocuk değerlendirmesinde bazı farklılıklar olduğu; çocukların ailelerine göre yaşam kalitelerini daha düşük değerlendirdikleri ancak yine de zayıf /orta düzeyde

korelasyon olduğunu gösteren çalışmalar bulunduğu belirtilmektedir (202). Bu bulgu çocuk sağlığını değerlendirmede sadece ailenin verdiği veriler değil çocuktan da değerlendirme alınması gerektiğini göstermesi bakımından önemlidir. Okul çağı çocuğunun kendi sağlık sorunları ve sağlıklarındaki değişim konusunda gerçekçi değerlendirmeler yapabilir. Araştırmadan elde edilen diğer bir bulguda Omaha PDÖ, pediatrik yaşam kalitesi envanteri ve çocuk sağlığı anketinin her üç değerlendirilmesinde erkek ve kız öğrencilerde puan artışı olduğu ve puan artışında aynı düzeyde olduğunun görülmesidir. Hemşirelik girişimleri sonucu öğrencilerin sağlık durumundaki değişimin cinsiyete göre değişmediği, her iki cinsiyet için olumlu yönde etki ettiğini göstermesi açısından önemli bir bulgu kabul edilebilir.

Araştırmada Omaha sisteminin kullanımı genel olarak değerlendirildiğinde; Omaha PSL’de yer alan çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları alanlarındaki problemlerin öğrencilerin sağlık sorunlarını tanımlamakta yeterli olduğu görülmektedir. Okul sağlığı alanında yapılan başka bir çalışmada da Omaha PSL’nin okul hemşireliği hizmetlerinde kullanımının oldukça yararlı olduğu belirtilmektedir (150). Okul sağlığı hizmetleri yanı sıra sistem gebe takibi, evde bakım hizmetleri, hemşirelik okulları, yaşlı sağlığı gibi birçok alanda kullanılmaktadır (147,203-205). Araştırma sürecinde sadece psikososyal alana aile üyeleri arası uyum sorunu ve kardeş kıskançlığı belirti – bulgusuyla “*aile etkileşimi*” tanısı eklenmiştir. Bu tanı kişilerarası ilişkiler tanısında yer alan belirti-bulguların sorunu saptamak için yeterli olmaması ve mental sağlık tanısının ise hedef ve hemşirelik girişimlerinin belirlenmesinde uygun olmadığı için eklenmiştir. Yoo ve diğ. (169) yaptığı çalışmada aile çatışması, aile uyum eksikliği, izole aile üyesi belirti –bulgularıyla bu tanıyı Omaha sistemine eklemiştir.

Omaha sisteminde yer alan belirti bulgular hemşirelik tanısının belirlenmesinde yeterli ve yol gösterici olmuştur. Çoğu tanının belirlenmesinde mevcut belirti –bulgular yeterli olmakla birlikte okul sağlığında sık görülen belirti-bulguların eklenmesi hem tanıların, hemde tanıla ilişkin hedef ve girişimlerin belirlenmesinde yararlı olabilir. Bu nedenle araştırmada psikososyal alan sosyal ilişki tanısına *uygun olmayan boş zaman aktiviteleri*; mental sağlık tanısında ise *parmak emme-tırnak yeme* belirti – bulguları araştırmacı tarafından eklenmiştir. Fizyolojik alanda solunum tanısına *burun kanaması*; sağlık davranışları alanında yer alan uyku

ve dinlenme düzeni tanısı için *gündüz uykululuk* belirti-bulgusu eklenmiştir. Parmak emme-tırnak yeme okul çağı çocuğunun sık gözlemlenen sorunlarından (159) ve genellikle öğrencinin kaygısı ve fobik endişeleri ile ilgili olmaktadır. Amaçsızlık/tekrarlayan hareketler belirti-bulgusunun daha patolojik sorunları göstermesi nedeniyle parmak emme-tırnak yeme belirti-bulgusunun kullanımı tercih edilmiştir. Gündüz uykululuk durumu da öğrenciler arasında yaygın ve öğrencinin akademik başarısını önemli derecede etkileyen bir bulgudur (137). Ayrıca burun kanaması belirti-bulgusunun eklenmesi Omaha sistemini okul sağlığında değerlendiren bir çalışmada da önerilmektedir (150).

Okul içinde güçlü bir sağlık elemanı olan hemşirenin toplum ve okula yaptığı katkıları anlatmasına, görünür olmasına, rollerini destekleyen, okul hemşirelerinin uygulamaları hakkında nitelikli bilgiye ulaştırılan ve uygulanan girişimlerin etkinliğini ortaya koyan araştırma bulgularına olan gereksinim literatürde belirginleşen önemli bir taleptir (18,19,206). Omaha sistemi kullanılarak yapılan kayıt birçok yönüyle bu talabe yanıt vermektedir. Örneğin Omaha sisteminde yer alan konut ve sanitasyonla ilgili tanılar hemşirenin ev ziyareti rolünü, kırıklar belirti-bulgusuyla sinir-kas-iskelet fonksiyonu tanısı klinisyen, görme tarama testinde normal olmayan sonuçlar belirti-bulgusu ile görme tanısı vaka bulma rolünün kayıtlarla gösterilmesinin örnekleridir. Ayrıca Omaha sisteminden yararlanılarak belirlenen hedefler, okul sağlığı hemşireliği rollerinin görünür olmasında önemlidir. Topluma yardım hizmetleri hedefi danışmanlık, bakımın sürekliliği hedefi savunuculuk, enfeksiyon kontrolü için kurumlarla işbirliği hedefi toplumla bağlantı kurma rollerinin kullanıldığını gösteren örneklerdir. Omaha sisteminde, hemşirelik girişimlerinin eğitim/rehberlik/danışmanlık, vaka yönetimi, tedavi-işlem ve sürveyans olarak kaydedilmesinden dolayı, Omaha sistemi okul sağlığı hemşiresinin eğitim, danışmanlık, vaka yönetimi, klinisyen rollerinin kullanım sıklığı ve etkinliğinin gösterilmesinde nitelikli veri oluşturmak için kullanılan bir bilgi yönetim sistemi olabilir. Bernarz (207) yaptığı çalışmada da Omaha sistemini okul sağlığı hemşiresinin vaka yönetimini yapmasını kolaylaştıran kullanışlı bir araç olarak tanımlamaktadır. Selekman and Guilday (20) okul sağlığı hemşiresi tarafından sunulan hizmetin arzu edilen sonuçlarından birinin öğrencilerin sağlığı geliştirme, koruma ve sağlık gereksinimlerinin karşılanması olduğunu vurgulamıştır. Omaha

sisteminde her tanının sağlığı geliştirme, koruma ve gerçek sağlık sorunu olarak kaydedilebilir olması, bu sonuçlara ulaşılip ulaşılmadığının değerlendirilmesini kolaylaştıracabilir. Özetle, Omaha sistemi okul sağlığı hemşireliği hizmetlerini, bu hizmetlerin niteliğini ve okul sağlığı hemşiresinin rollerini göstermede kayıta dayalı bilgilerin elde edilmesine olanak sağlayabilir.

Omaha sistemine göre ele alınan her tanı üç kez PDÖ'ye göre değerlendirilmiştir. Hemşirelik girişimlerinin etkinliğinin değerlendirmesi, izlem sıklığını belirlenmesi ve hemşirelik sürecinin nerede sonlandıracağını göstermesi nedeniyle PDÖ'yü kullanmak hemşireye yol gösterici olmuştur. Okul içinde güçlü bir sağlık elemanı olan hemşirenin toplum ve okula yaptığı katkıları anlatması gereksinimi literatürde belirginleşen bir taleptir (206). Omaha sisteminde yer alan PDÖ hemşirenin kendi rollerini kullanarak yaptığı girişimlerin etkinliğini değerlendirmede sayısal veri sunmakta ve bu sayısal veri araştırmacılar tarafından öğrenci başarı durumu, devamsızlık hızı, yaşıam kalitesi, öğrencilerin hastalık sıklığı gibi verilerle kolaylıkla karşılaştırılarak, hemşirenin yaptığı katkıyı görünür hale getirme yönünde kullanılabilir.

5.2 Kapsamlı Okul Sağlığı Hemşireliği Hizmetlerinin, Öğrencilerin Akademik Performansına Etkisi

Sağlık hizmetlerinin niteliğinin, kapsamının, önemli sağlık sorunlarını çözme ve risk gruplarının gereksinimlerine cevap vermedeki yeterliliğinin somut çıktılarla değerlendirilmesi gerekmektedir. Topluma yönelik sunulan sağlık hizmetlerinin etkinliği mortalite ve morbitide hızlarıyla değerlendirilirken; çalışma alanlarında, alana özgü hız ve oranlar kullanılmaktadır. Örneğin iş sağlığında bu değerlendirme iş kazaları, meslek hastalıkları, işe devam hızlarıyla ile olmaktadır. Hizmet verilen grup düşünüldüğünde, okul sağlığı alanındaki ölçütlerin ise öğrencilerin hastalık hızları, okula devamsızlık durumu, akademik başarısı gibi somut çıktılar olması gerektiği söylenebilir. Okul sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesi yanı sıra bu hizmetlerin etkinliğine okul sağlığı hemşiresinin katkısının değerlendirilmesi gerektiği son zamanlarda yapılan yayınlarda belirtilmektedir. Özellikle okul sağlığı hemşireliği uygulamalarının öğrencinin akademik ve sağlık sonuçları üzerinden değerlendirilmesi gerektiği (19,20), okul sağlığı hemşireliğinin araştırma ve kayıtlarla görünür hale getirilmesinde akademik performans üzerindeki etkisinin gösterilmesinin önemli olduğu ve bu konunun okul sağlığı hemşireliği alanında araştırma önceliği olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır (11,18). Bu nedenlerden dolayı akademik performans ve okul sağlığı hemşireliği uygulamaları arasındaki ilişkinin tanımlanması önemlidir.

Akademik performans ve sağlık arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalarda akademik performansın; öğrencinin zeka, dikkat, motivasyon, ders notları, ulusal sınav sonuçları, okul davranışları, devam durumu ve akademik görevlerini yerine getirme gibi değişkenlerle değerlendirildiği görülmektedir (104,107,109,122,127,134,135). Bu çalışmada da akademik performans, öğrencinin devamsızlık durumu, akademik başarı notu, akademik başarı algısı, akademik erteleme davranışları ile değerlendirilmiştir. Araştırma bulgularına göre araştırma süresinde öğrencilerin devamsızlık gün sayısı ve akademik erteleme davranışlarının görülme durumunun azaldığı, akademik durumunu iyi algılayan öğrenci sayısı, genel akademik başarı notunun arttığı görülmektedir ($p<0.05$).

Araştırmada devamsızlık durumu ile ilgili yapılan değerlendirmede öğrencilerin ortalama devamsızlık gün sayısının bir önceki yıla önemli oranda azaldığı saptanmış ve H1 hipotezi kabul edilmiştir (Bkz.Tablo 4.2.1). Araştırmanın ilk dört aylık döneminde ülke genelinde, pandemik H1N1 gribi nedeniyle okullarda önemli devamsızlıklar yaşanmıştır. Çalışmanın yapıldığı Ankara ili de konfirme pandemik grip vakalarının yüksek morbitide de seyrettiği ve okulların bu nedenle tatil edildiği iller arasında yer almıştır (208). Bu olumsuz tabloya karşı araştırma grubunda devamsızlık hızı salgın dönemi de dahil olmak üzere bir önceki yıla göre düşük olmuştur. Troop ve Tyson (209) literatür ve tarihsel deneyimlerden yola çıkarak okul sağlığı hemşiresinin öğrenci devamsızlığını bulaşıcı hastalıkları kontrol altına alma ve okulda bulunarak tıbbi nedenlerle öğrencinin okul dışına çıkmasına önlemeyle düşürdüklerini belirtmiştir. Araştırmada okul sağlığı hemşiresi; hergün okulda bulunma, koruyucu önlemleri alma, alınan önlemlerin uygulama durumunu denetleme, akut hastalıklarda öğrenciyi değerlendirme ve gerekli girişimi yapma, kaza-yaralanmalarda öğrenciyi okul içinde değerlendirerek pansuman ve ilk yardım uygulamalarını yapma, hastalık durumunda tedavinin okulda sürdürülmesi için olanakları hazırlama ve öğrencinin okul saati dışında doktor randevularını planlama gibi girişimlerle öğrencilerin sağlık nedenleriyle yaptığı devamsızlığı önlemiş olabilir. Hemşirelik girişim sayısı ve devamsızlık gün sayısı ile yapılan korelasyon analizinin sonucunda bu yorumu desteklemektedir. Bu analize göre tedavi/işlem ve sürveyans girişim sayısının artması devamsızlık sayısını azalttığını görülmektedir (Bkz.Tblo 4.2.2). Constante (38) okul sağlığı hemşiresinin; akut ya da kronik hastalıklar için sağlık bakımı sağlama, öğrencinin sağlık hizmetine ulaşımına yardım ve hastalık durumunda yeniden okula dönmesi için destekleme hizmetlerini yürütme, bulaşıcı hastalıkları tanımlama, sevk etme ve izleme gibi aktivitelerle öğrencilerin okula devamını desteklediğini belirtmektedir. Wyman (143) yaptığı çalışmada yaralanma ya da hastalıktan dolayı okuldan gün içinde ayrılmaların okul sağlığı hemşiresine başvurular nedeniyle azaldığını belirtmiştir. Maughan (21) yaptığı sentez çalışmasında okul sağlığı hemşiresinin öğrenci devamsızlık hızını düşürdüğü, özellikle hemşire-öğrenci oranının az olduğu okullarda bu durumun daha belirgin olduğu ve devamsızlık oranları yüksek öğrencilere yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerinin devamsızlık gün sayısını azalttığı ile ilgili bilgilerin literatürde

olduğunu belirtmiştir. Araştırmada ikinci dönem öğrencilerin devamsızlık hızında istatistiksel açıdan önemli olmamakla birlikte bir artış meydana gelmiştir. Bunun nedeni birinci ve ikinci dönem okul sağlığı hemşiresinin okulda bulunduğu sürenin farklı olması olabilir. Birinci dönem okul hemşiresi tam zamanlı okulda hizmet vermiş, bunun mümkün olmadığı durumlarda en az üç gün okulda bulunmuştur. İkinci dönem ise yarı zamanlı olarak haftada en az iki gün okulda bulunabilmiştir. Allen (210) yaptığı çalışmada da tam zamanlı hemşire çalışan okullarda tıbbi nedenlerden dolayı okul dışında muayene olması gereken öğrenci sayısının daha az olduğunu bildirmiştir. Literatürde bulunan ve araştırmadan elde edilen bulgular okul sağlığı hemşiresinin öğrencinin özellikle tıbbi nedenlerle yaptığı devamsızlığı önlediği, bu önleyici mekanizmanın hemşirenin tam zamanlı okulda çalışması durumunda daha etkin olduğunu göstermektedir.

Araştırmada öğrencilerin derslere özgü ve genel akademik not ortalamasında birinci ve ikinci dönem arasında istatistiksel açıdan farklılıklar bulunmuştur ($p < 0.05$). Matematik dersi hariç diğer dersler ve ağırlıklı akademik not ortalamasında bir artış yaşandığı görülmektedir (Bkz Tablo 4.2.3). Öğrencilerin kendi akademik başarı algılarında da araştırma süresince olumlu yönde bir değişim olmuş, akademik başarısını iyi algılayan öğrenci sayısında artış yaşanmıştır (Bkz. Tablo 4.2.5). Hemşirelik sürecinin değerlendirmesini içeren Omaha PDÖ'ye göre psikososyal alan davranış puanı, fizyolojik alan bilgi puanı, sağlık davranışları bilgi, davranış ve durum puanı akademik başarıyla ilişkili bulunmuş, bu alanlardaki puan artışının akademik başarı notunu artırdığı görülmüş ve H2 hipotezi kabul edilmiştir (Bkz. Şekil 4.2.1). Araştırmada hemşirelik girişimleri sonrası psikososyal alan davranış puanının artması, bu alandaki sorunların çözülmesi, hemşirelik girişimlerinin öğrenci, aile ve toplumsal boyutta yürütülmesi akademik başarı üzerinde olumlu etki oluşturmuş olabilir. Puskar ve Bernardo (211) mental sağlık sorunlarının belirlenmediği zaman öğrencinin akademik potansiyele ulaşmasının zor olduğunu, mental sağlığın akademik başarıyı artırmada anahtar girişim olduğunu belirtmektedirler. Yazarlar, ayrıca bu alandaki hemşirelik girişimlerinin bireysel, sistem ve toplum odaklı olarak ele alınması gerektiğini vurgulamaktadırlar. Araştırma bulgusu ve literatür bilgisi öğrencilere yönelik yapılan fiziksel taramalar kadar mental sağlık taramalarında düzenli yapılmasının önemini göstermektedir.

Fizyolojik alan bilgi puanının artması akademik başarıyı etkilen diğer bir faktördür. Bu alanda araştırmada öğrenciye verilen bilgiler daha çok mevcut hastalık durumunun kontrol altına alınması ve tekrarlanmaması yönünde alınacak önlemlere yöneliktir. Yapılan bir çalışmada okul sağlığı hemşiresinin kronik hastalığa sahip öğrencilere yaptığı uygulamaların öğrencilerin hastalıklarını yönetme bilgi ve becerilerini artırma yanı sıra akademik başarısının yükselmesine katkı sağladığı gösterilmiştir (16). Sağlık davranışı alanında bilgi ve davranış puanının akademik başarıyı olumlu etkilemeside literatürde desteklenen bir bulgudur. Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde egzersiz alışkanlığı kazanma, beslenme durumunun düzenlenmesi ve nitelikli uyku gibi sağlık davranışlarının öğrenci ders notları üzerinde olumlu katkı sağladığı görülmektedir (31,32,106,107,110,112,121,124,125). Düzenli fiziksel aktivite, yeterli beslenme ve kaliteli uykunun öğrencilerin öğrenmeye hazıroluşluğunu, dikkati, konsantrasyonu, hafızayı, mantıksal düşünceyi, bilgi işleme sürecini artırma, hastalık durumu ve ağrı duyusunu engelleme, genel davranışları düzeltme gibi birçok farklı nedenden dolayı akademik başarıyı olumlu etkilediği yine literatürde yer alan bilgilerdir (34,108,111,113,126,135). Araştırmadan elde edilen diğer bir bulgu da Omaha sisteminde yer alan bütün tanılardaki bilgi, davranış ve durum puanının artmasının akademik başarıyı artırmasıdır. Bu bulguya dayalı olarak öğrencilerin sağlık davranışlarına yönelik uygulamalar, mevcut sağlık sorunlarının yönetilmesi, tıbbi nedenlerle yaptığı devamsızlığın azaltılması, öğrenciyi okul ve ev ortamında değerlendirerek gelişimsel, sağlık ve öğrenmeyle ilgili riskleri belirleme ve kontrol altına alma fırsatlarının olması açısından okul sağlığı hemşiresinin öğrencinin akademik başarısı üzerinde önemli bir rolü olduğu düşünülebilir. Maughan (21) , bu alanda yeterli kanıt olmasa da okul sağlığı hemşiresinin uyguladığı hemşirelik girişimlerinin öğrencilerin akademik başarısında etkili olduğu ve kronik hastalıklı öğrencilerde de benzer bir değişimi ortaya çıkarttığını belirtmektedir.

Araştırmada hemşirelik süreci tamamlandığında öğrencilerin sağlık durumunu gösteren Omaha PDÖ ve pediatrik yaşam kalitesi envanter puanının akademik not ortalaması için önemli bir belirleyici olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 4.2.4). Öğrenciler arası akademik not bakımından değişiminin % 52'sinin sağlıkla ilgili bu sonuçlardan kaynaklandığı ve Omaha PDÖ ve yaşam kalitesi puanının

artmasının not ortalamasını artıran önemli bir faktör olarak belirginleştiği görülmektedir. Bu değerlendirme özellikle öğrencinin yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik hemşirelik girişimlerinin önemini gösteren bir bulgudur. Yapılan bir değerlendirmede okul sağlığı hemşiresinin öğrencinin sağlık durumunu düzenleyerek okula devamlılığı artırdığı ve akademik başarı üzerinde etkisinin bu yolla olacağı bildirilmiştir (17). Ancak bu çalışma bulguları akademik başarının hemşire ve öğrenci tarafından yapılan, öğrencinin genel sağlık durumuna ilişkin değerlendirmeyle ilgili olması, akademik başarı üzerinde öğrencinin yaşam kalitesini artıran hemşirelik girişimlerinin de önemli olduğunu göstermektedir. Bazı çalışmalarda da okul sağlığı hemşireliği girişimleri sonucu öğrencinin yaşam kalitesi puanı ile akademik başarısının arttığına ilişkin bulgular bulunmaktadır. Bu bulgular bu yorumu desteklemekle birlikte; bu çalışmalarda yaşam kalitesiyle akademik başarı arasındaki ilişki değerlendirilmemiş olduğunda göz önünde bulundurulmalıdır (16,80).

Araştırmada akademik performansın değerlendirilmesinde kullanılan son değişken akademik erteleme davranışları ölçeğidir. Akademik erteleme davranışı; öğrencilerin herhangi bir neden olmadan ödev yapma, proje hazırlama, sınavlara yönelik hazırlık yapma gibi akademik davranışlarını ertelemeyi alışkanlık haline getirme durumudur. Araştırmada öğrencilerin akademik erteleme davranışlarının orta düzeyde olduğu ve süreç içinde akademik erteleme davranış puanlarının azaldığı görülmektedir ($p < 0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.6). Araştırmanın başında Omaha PDÖ puanlarının akademik erteleme davranış ölçeği ile bir ilişkisi olmadığı görülmekte (Bkz. Şekil 4.2.2), ancak araştırma tamamlandığında psikososyal ve sağlık davranışları alanı davranış ve durum puanıyla toplam bilgi, davranış ve durum puanının akademik erteleme davranış puanını düşürdüğü görülmektedir ve böylelikle H3 hipotezi kabul edilmiştir (Bkz. Şekil 4.2.3). Psikososyal alanda mental sağlık sorunlarının çözülmesi, öğrencilere stresle baş etme becerisi kazandırılması, uygun olmayan boş zaman aktivitelerinin düzenlenmesi, televizyon - bilgisayar izlemine yönelik sorunların ele alınması, spor/sanatsal faaliyetlere öğrencilerin yönlendirilmesi gibi sağlık davranışları alanındaki girişimler öğrencilerin akademik davranışlarını olumlu etkilemiş olabilir. Sağlık davranışlarında meydana gelen olumlu değişimlerin öğrencini akademik ve genel davranışlarını da olumlu etkilediği

yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (31,80,104). Kleiman ve diğ (31) davranış, devamsızlık ve akademik başarısında sorunu olan öğrencilere yönelik yaptıkları düzenli kahvaltı uygulamasından sonra; öğrencilerin devamsızlık ve davranış probleminde düzelme, matematik başarısında da artma olduğunu belirttikleri çalışma bu alandaki önemli örneklerden biridir. Bu çalışmadan elde edilen bir diğer bulguda Omaha PDÖ, pediatrik yaşam kalitesi envanteri ve çocuk sağlığı ölçeği puanının öğrencilerin en son elde edilen akademik erteleme puanı için önemli bir belirleyici olduğudur ($p<0.05$) (Bkz.Tablo 4.2.7). Öğrenciler arası akademik erteleme puan değişiminin % 60'ının sağlıkla ilgili bu sonuçlardan kaynaklandığı, Omaha PDÖ'ye göre öğrencilerin sağlık durum puanının ve pediatrik yaşam kalitesi envanterine göre yaşam kalitesi puanının artması akademik erteleme davranış puanını düşürdüğü sonucuna ulaşılmıştır. Anne – baba değerlendirmesine göre belirlenen çocuk sağlığı ölçeği puanının ise akademik erteleme puanının artmasıyla ilişkili olan faktör olarak görülmektedir. Aile değerlendirilmesinin akademik erteleme davranışı üzerindeki etkisinin hemşire ve öğrencinin değerlendirmesinden farklı olduğu görülmektedir. Bu da daha önce yapılan öğrenci ve hemşirenin öğrenci sağlık durumundaki değişimi benzer değerlendirmesi, anne-baba değerlendirilmesinin bundan farklı özellikler içermesi yorumuyla ilgili olabilir (Bkz sayfa 108-9).

Araştırmadan elde edilen bütün bulgular bir arada değerlendirdiğinde; öğrencinin sağlık ve akademik durumu üzerine etki eden en önemli unsurun okulda öğrencilerin okul sağlığı hemşiresine her an ulaşabilmesi ve verilen hizmetin sürekliliğinin sağlanmasıyla ilişkili olduğu yorumu yapılabilir. Literatürde de okul temelli verilen sağlık hizmetlerinin etkin hizmet sunum şekli olduğu üzerinde durulmaktadır. Çünkü okul sağlığı kliniklerinin fiziksel ve mental sağlığı kapsamlı değerlendirme, görme ve işitme taramaları, bağışıklama, akut ve kronik hastalıkların tedavisi, bireysel ve grup danışmanlığı hizmetleriyle çoğu öğrencinin akademik başarısını artırmak için önemli bir destek kaynağı olduğu ve bu kliniklerin okulun içinde her an ulaşılabilir nitelikte olmalarıda sağlanan yararın sürekliliğini oluşturduğu vurgulanmaktadır (35) . Okullarda akademik performansı geliştirme için yapılan ayrı ayrı müdahaleler yerine okul sağlığı ve okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin akademik performansını etkileyen bir çok uygulamayı aynı anda yürütülebilmesinden dolayı akademik performans üzerindeki etkisinin çok yönlü ve

sürekli olduğu düşünülebilir. Yapılan çalışmalarda bu yorumu destekleyen bulguları içermektedir. Okul sağlık hizmetleri verilen okullarda öğrenme ortamının olarak daha nitelikli olduğu, devamsızlık ve okul bırakma oranlarının düşük ve akademik başarının daha yüksek olduğu bulguları buna örnek verilebilir (36,138-141). Okulda sunulan sağlık hizmetlerinin akademik performans üzerine etkisinin pozitif yönde olduğu ancak direkt etkiyi göstermek bakımından yeterli kanıtların olmadığını belirtilirken (37) başka bir değerlendirmede ise literatürün; kapsamlı okul sağlığı hizmetlerinin kronik hastalığa sahip öğrencilerin akademik başarısını artırdığı ile ilgili güçlü kanıtları içerdiği, beslenme, mental sağlık ve sağlık hizmetlerinin akademik performansı artırdığı ile ilgili sınırlılıkları olan güçlü kanıtların bulunduğu ancak okul personelinin sağlığını geliştirme ve çevreye ilişkin düzenlemelerin akademik performans üzerine etkisini gösteren bulguları içermediğini belirtmişlerdir (142). Okul sağlığı hizmetlerini çoğu zaman tek başına yürüten okul sağlığı hemşireliği girişimlerinin çocuk ve adölesanın sağlığını güçlendirmek yanı sıra eğitim başarısı ile de ilişkili olduğu belirtilmekte (12) ve literatürde okul sağlığı hemşiresinin çalıştığı okullarda tıbbi nedenlerden dolayı devamsızlık oranlarının azaldığı, mezuniyet derecelerinin yüksek olduğu, sınıf içi katılım, başarı notu ve okul dışı aktivitelerde yer alma durumlarının arttığı ve okul sağlığı hemşiresine başvurulduğu zaman yaralanma ya da hastalıktan dolayı okuldan erken ayrılmaların azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (16,21,143). Araştırma bulguları ve yapılan bu değerlendirmeler ülkemizde okul sağlığı hemşiresinin yasal anlamda tanımlanması, okullarda tam zamanlı olarak görevlendirilmesi ve çağdaş rol ve fonksiyonlarını destekleyen yönetmenliklerin hazırlanmasının gerekliliğini gösteren sonuçlar olarak yorumlanabilir. Özellikle aile hekimliği yönünde değişen sağlık sistemiyle birlikte okul sağlığı alanında yaşanabileceği öngörülen sorunların önlenmesinde önemli bir yaklaşım olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Kapsamlı okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin, öğrencilerin akademik performansına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada; öğrenciler için belirlenen hemşirelik tanılarının sırasıyla sağlık davranışı, fizyolojik, psikososyal ve çevresel alanlarda yer aldığı, hemşirelik tanılarının çoğunluğunun gerçek sağlık sorunuyla ilişkili olduğu, hemşirelik süreci için belirlenen hedeflerin öğrenci, aile ve toplumsal düzeyde girişimleri gerektiren nitelikte olduğu ve hedeflere ulaşmak için uygulanan hemşirelik girişimlerinin Omaha HGS'ye göre sırasıyla sürveyans, sağlık eğitimi / rehberlik / danışmalık, tedavi-işlem ve vaka yönetimi kategorisinde olduğu görülmüştür. Hemşirelik girişimleri sonunda; öğrencilerin “Omaha PDÖ”ye göre tanılara ilişkin bilgi, davranış ve durum, “Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri” ve “Çocuk Sağlığı Anketi” puanlarında önemli bir artış olduğu ve hemşirelik tanılarının büyük oranda çözümlendiği belirlenmiştir.

Araştırma hipotezlerine yönelik elde edilen sonuçlar ise;

1. Öğrencilerin araştırmanın yapıldığı eğitim-öğretim yılındaki ortalama devamsızlık gün sayısının (5.9 ± 2.9) bir yıl önceki öğrencilerin kendi ortalama devamsızlık gün sayısına (8.4 ± 7.6) göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.1).
2. Öğrencilerin devamsızlık gün sayısı ile toplam hemşirelik girişim sayısı ($r = -0.407$) ve sürveyans şemasında yer alan girişim sayısı ($r = -0.378$) arasında zayıf, tedavi/işlem şemasında yer alan girişim sayısı ($r = -0.526$) arasında ise orta düzeyde ilişki belirlenmiştir ve bu alanlarda hemşirelik girişim sayısı artıkça öğrenci devamsızlığında azalma olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.2).
3. Öğrencilerin birinci ve ikinci dönem sonu ağırlıklı başarı notunda ve matematik dersi hariç diğer derslere ilişkin başarı notunda yükselme olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.2.3).
4. Omaha sistemi fizyolojik alan bilgi puanı, psikososyal alan davranış puanı, sağlık davranışları alanı bilgi, davranış, durum puanı ve bütün tanılar için elde edilen bilgi, davranış ve durum puanıyla öğrencilerin ikinci dönem akademik not ortalaması arasında pozitif korelasyon bulunduğu, belirtilen

puan düzeyindeki artışın akademik başarı notundaki artışla ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Şekil 4.2.4).

5. Çoklu regresyon analizine göre Omaha PDÖ sağlık durumundaki değişim ve Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanter puanının artmasının akademik not ortalamasını artırdığı ve bu değişkenlerin öğrencilerin ikinci dönem akademik not ortalamasındaki değişimin % 52.1'ini açıkladığı bulunmuştur (Tablo 4.2.4).
6. Araştırmada ara ve son değerlendirmede, ilk değerlendirmeye göre akademik başarısını iyi algılayan öğrenci sayısının arttığı görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.2.5).
7. Öğrencilerin akademik erteleme davranışları ölçeğinden ön testte ortalama 55.4 ± 16.5 , ara değerlendirmede 46.8 ± 12.0 ve son testte ortalama 42.0 ± 10.7 puan aldıkları saptanmış ve tekrarlı ölçümlerde varyans analizine göre puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2.6).
8. İlk değerlendirmeye göre hemşirelik girişimleri öncesi öğrencilerin sağlık durumuna ilişkin bilgi, davranış ve durum puanları ile akademik erteleme davranışları arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Şekil 4.2.2). Son değerlendirmeye göre öğrencilere verilen kapsamlı okul sağlığı hemşirelik hizmeti tamamlandığında, Omaha sistemi psikososyal alan davranış ve durum puanı, sağlık davranışları alanı davranış ve durum puanı ile bütün tanılar için elde edilen bilgi, davranış ve durum puanının öğrencilerin akademik erteleme davranışı ile negatif korelasyon gösterdiği, belirtilen puan düzeyindeki artışın akademik erteleme davranış puanının azalmasıyla ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Şekil 4.2.3).
9. Çoklu regresyon analizine göre Omaha PDÖ sağlık durumundaki değişim ve Pediatrik Yaşam Kalitesi Envanteri puanının artması akademik erteleme davranışları puanını azalttığı; çocuk sağlığı anketi puanın artırdığı ve bu değişkenlerin akademik erteleme ölçeği son test puanındaki değişimin % 60.7'sini açıkladığı bulunmuştur (Tablo 4.2.7).

6.2.Öneriler

Kapsamlı okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin, öğrencilerin akademik performansına etkisini değerledirmek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşığıdaki öneriler geliştirilmiştir.

1. Öğrencilerin sağlık ve akademik sonuçlarında beklenen gelişmenin sağlanabilmesi için okul ortamında tam zamanlı çalışan ve sertifika / yüksek lisans düzeyinde eğitimi olan okul sağlığı hemşiresinin bulunması, okul sağlığı hemşiresinin etkin bir hizmet sunması için bakım, sağlık taraması, savunculuk, vaka yönetimi, toplumla bağlantı kurma, ev ziyareti, danışmanlık rollerini kullanması ve bu yönde kendisini destekleyecek yönetmeliklerin olması araştırmanın en temel önerisidir.
2. Öğrencinin akademik performansının artırılması için okul sağlığı hemşiresinin fiziksel, psikososyal, sağlık davranışları ve çevresel alana ilişkin hemşirelik girişimlerini bir bütün içinde uygulaması, hemşirelik girişimlerin en önemli hedeflerinin ise öğrencinin yaşam kalitesini yükseltme, yaşam becerileri kazandırma ve olumlu sağlık davranışlarını geliştirme olması gerektiği önerilebilir.
3. Okul sağlığı hemşireliğinin akademik performansa etkisini değerlendiren kontrol gruplu deneysel tasarımda araştırmaların yapılması ve bu araştırmaların kapsamının; hemşirenin akademik performansa istendik düzeyde etki edebilmesi için gerekli olan hemşire-öğrenci oranını belirleyen sonuçlara ulaştıracak şekilde planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Igoe, J. (1996). Community Health Nurse in the School. M. Stanhope, J. Lancaster. (Ed.). *Community Health Nursing Promoting Health of Aggregates, Families and Individuals* (Fourth bs.). United State: Mosby
2. .Bilgel, N. (1997). Okul sağlığı. *Halk Sağlığı Bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı* (s. 315-337). İstanbul: Güneş & Nobel Tıp Kitap Evi
3. Rector, C. (2005). School-age children and adolescents. JA Allender, B. Walton - Spradley (Ed.). *Community Health Nursing Promoting nd Protecting the Public's Health* (sixth bs.). Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins
4. Veselak, K. (2001) Historical Steps in The Development Of The Modern School Health Program. *Journal of School Health*, 71 (8), 369.
5. Pourciau, C.A., Vallette, E.C. . (2001). School Health. MA. Nies, M. McEwen (Ed.). *Community Health Nursing Promoting The Health of Population* (s. 702-729). Philadelphia: WB. Saunders Company
6. Modrcin-Talbott, M. (2002). School Health Nursing. S. Clemen-Stone, SL. McGuire, DG Eigsti (Ed.). *Comprehensive Community Health Nursing, Family, Aggregate & Community Practice* (s. 686-705). London: Mosby Company
7. Wainwright, P., Thomas, J., Jones, M. (2000) Health Promotion And The Role Of The School Nurse: A Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (5), 1083-1091.
8. Wold, S., Dagg, N. (2001) School Nursing: A Framework For Practice. *Journal of School Health*, 71 (8), 111-114.
9. Macdonough, G. (2001) Comparison Of Nursing Roles. *Journal of School Health*, 71 (8), 407.
10. Guttu, M., Engelke, M., Swanson, M. (2004) Does The School Nurse-To-Student Ratio Make A Difference? *Journal of School Health*, 74 (1), 6-9.
11. Hootman, J. (2002) The Importance of Research To School Nurses And School Nursing Practice. *The Journal of School Nursing*, 18 (1), 18-24.
12. Murray, R., Chairperson, A. (2008) The Role of The School Nurse in Providing School Health Services. *The Journal of School Nursing*, 24 (5), 269-274.

13. Grant, A. (2001) The Nurse In The School Health Service. *Journal of School Health*, 71 (8), 388-389.
14. Vought-O'Sullivan, V., Meehan, N., Havice, P., Pruitt, R. (2006) Continuing Education: A National Imperative For School Nursing Practice. *The Journal of School Nursing*, 22 (1), 2.-8
15. Croghan, E., Johnson, C., Aveyard, P. (2004) School Nurses: Policies, Working Practices, Roles And Value Perceptions. *Journal of advanced nursing*, 47 (4), 377-385.
16. Engelke, M., Guttu, M., Warren, M., Swanson, M. (2008) School Nurse Case Management For Children With Chronic Illness: Health, Academic, And Quality Of Life Outcomes. *The Journal of School Nursing*, 24 (4), 205-214.
17. Weismuller, P., Grasska, M., Alexander, M., White, C., Kramer, P. (2007) Elementary School Nurse Interventions: Attendance And Health Outcomes. *The Journal of School Nursing*, 23 (2), 111-118.
18. Edwards, L. (2002) Research Priorities In School Nursing: A Delphi Process. *The Journal of School Nursing*, 18 (3), 157-162.
19. Gordon, S., Barry, C. (2006) Development of A School Nursing Research Agenda In Florida: A Delphi Study. *The Journal of School Nursing*, 22 (2), 114-119.
20. Selekman, J., Guilday, P. (2003) Identification of Desired Outcomes For School Nursing Practice. *The Journal of School Nursing*, 19 (6), 344-350.
21. Maughan, E. (2003) The Impact of School Nursing on School Performance: A Research Synthesis. *The Journal of School Nursing*, 19 (3), 163-171.
22. Wentzel, K. (2002) Are Effective Teachers Like Good Parents? Teaching Styles And Student Adjustment In Early Adolescence. *Child Development*, 73 (1), 287-301.
23. Eamon, M. (2005) Social-Demographic, School, Neighborhood, And Parenting Influences On The Academic Achievement Of Latino Young Adolescents. *Journal Of Youth And Adolescence*, 34 (2), 163-174.
24. Santor, D., Messervey, D., Kusumakar, V. (2000) Measuring Peer Pressure, Popularity, And Conformity In Adolescent Boys And Girls: Predicting School Performance, Sexual Attitudes, And Substance Abuse. *Journal Of Youth And Adolescence*, 29 (2), 163-182.

25. Kristjánsson, Á., Sigfúsdóttir, I., Allegrante, J., Helgason, Á. (2009) Adolescent Health Behavior, Contentment In School, And Academic Achievement. *American Journal Of Health Behavior*, 33 (1), 69-79.
26. Ivanovic, D., Pérez, H., Olivares, M., Díaz, N., Leyton, B., Ivanovic, R. (2004) Scholastic Achievement: A Multivariate Analysis Of Nutritional, Intellectual, Socioeconomic, Sociocultural, Familial, And Demographic Variables In Chilean School-Age Children* 1. *Nutrition*, 20 (10), 878-889.
27. Shore, S., Sachs, M., Lidicker, J., Brett, S., Wright, A., Libonati, J. (2008) Decreased Scholastic Achievement In Overweight Middle School Students. *Obesity*, 16 (7), 1535-1538.
28. Datar, A., Sturm, R. (2006) Childhood Overweight And Elementary School Outcomes. *International Journal Of Obesity*, 30 (9), 1449-1460.
29. Geier, A., Foster, G., Womble, L., McLaughlin, J., Borradaile, K., Nachmani, J. ve diğ erleri. (2007) The Relationship Between Relative Weight and School Attendance Among Elementary Schoolchildren&ast. *Obesity*, 15 (8), 2157-2161.
30. Wagner, U., Gais, S., Haider, H., Verleger, R., Born, J. (2004) Sleep Inspires Insight. *Nature*, 427 (6972), 352-355.
31. Kleinman, R., Hall, S., Green, H., Korzec-Ramirez, D., Patton, K., Pagano, M. ve diğ erleri. (2000) Diet, Breakfast, And Academic Performance In Children. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 46 (1), 24-30.
32. Kim, H., Frongillo, E., Han, S., Oh, S., Kim, W., Jang, Y. ve diğ erleri. (2003) Academic Performance of Korean Children Is Associated With Dietary Behaviours And Physical Status. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 12 (2), 186-192.
33. Curcio, G., Ferrara, M., De Gennaro, L. (2006) Sleep Loss, Learning Capacity And Academic Performance. *Sleep Medicine Reviews*, 10 (5), 323-337.
34. Schoenthaler, S., Bier, I., Young, K., Nichols, D., Janssens, S. (2000) The Effect Of Vitamin-Mineral Supplementation On The Intelligence Of American Schoolchildren: A Randomized, Double-Blind Placebo-Controlled Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 6 (1), 19-29.

35. Geierstanger, S., Amaral, G. (2005). School-Based Health Centers And Academic Performance: What Is The Intersection? (c. April 2004 meeting Proceedings): National Assembly on School -Based Health Care. Erişim:24.03.2009
http://www.nasbhc.org/EQ/Academic_Outcomes.pdf
36. Van Cura, M. (2010) The Relationship Between School Based Health Centers, Rates of Early Dismissal From School, and Loss of Seat Time. *Journal of School Health*, 80 (8), 371-377.
37. Geierstanger, S., Amaral, G., Mansour, M., Walters, S. (2004) School Based Health Centers and Academic Performance: Research, Challenges, and Recommendations. *Journal of School Health*, 74 (9), 347-352.
38. Costante, C. (2006) School Health Nursing Services Role In Education: The No Child Left Behind Act of 2001. *The Journal of School Nursing*, 22 (3), 142-147.
39. Sağlık Bakanlığı. (2010). *1593 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge* Retrieved 12.11.2010. from <http://www.saglik.gov.tr/tr/belge/1-2446/saglik-hizmetlerinin-yurutulmesi-hakkinda-yonerge.html>.
40. Sağlık Bakanlığı. (2010). Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. Retrieved 12.11.2010. from <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-9946/eski2yeni.html>
41. TTB. (2007). Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım TTB yayınları. Ankara
42. Çakır, S. (2005). Kocaeli İlinde Okul Sağlığı Ve Hemşireliği Hizmetlerinin Durumu. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Kocaeli
43. Bulduk, S., Pek, H. (2005) İstanbul'da Özel İlköğretim Okullarında Çalışan Hemşirelerin Rol Ve İşlevlerinin İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9 (2), 40-48.
44. Emiroğlu ON, Subaşı-Baybuğa M., Örsal Ö, Kesgin MT (2007) Okul Sağlığı Hemşirelerinin Mesleki Roller ve Hemşirelik Tanılarına İlişkin Algılamaları . *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 9(2), 35-47.

45. Birinci Okul Sağlığı Sempozyumu Genel Kurulu (2010). *1.Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu sonuç bildirgesi* Retrieved 21.01.2011. from <http://www.hasuder.org.tr/anasayfa/index.php/anasayfa/225-birinci-ulusal-okul-sal-sempozyumu-sonuc-bildirgesi-..>
46. ASHA (2010) What is School Health? American School Health Association Retrived 09.11.2010 from <http://www.ashaweb.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3278> .
- 47.Pekcan, H. (2006). Okul Sağlığı. L. Akın, . Güler (Ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (s. 453-469). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları
48. WHO. (2010) Global school health initiative Retrived 09.11.2010 from http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/
- 49.Wilson., C.C. (1964). School health services. Publication of the Joint Committee on Health Problems in Education of the National Education Association and the American Medical Association / prepared with the assistance of numerous contributors and consultants (2nd bs.). Washington
- 50.Lohrmann, D. (2010) A Complementary Ecological Model of The Coordinated School Health Program. *Journal of School Health*, 80 (1), 1-9.
- 51.WHO. (1999). Programming For Adolescent Health and Development, Report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming For Adolescent Health,. Geneva: WHO Technical Report Series.
- 52.MEB. (2010). Milli Eğitim İstatistikleri rgn Eğitim 2009-2010 Milli Eğitim Bakanlığı.Ankara
Retrieved 21.12.2010. from sgb.meb.gov.tr/istatistik/Genelge2009_72.pdf
- 53.American Academy of Pediatrics Committee on School Health. (2001) School Health Centers and Other Integrated School Health Services. *Pediatrics*, 107 (1), 198-201.
- 54.Sağlık Bakanlığı. (2004). *Avrupa'da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı* Retrieved 21.12.2010 from zonguldak.meb.gov.tr/metin/asgo.pdf.
- 55.Alkan. E., Ertem A.A., Hatemoğlu..,Mollahaliloğlu.S. (2005). Okullarda Sağlık Eğitimi, Mevcut Durum Raporu. Hıfzısıhha Mektebi Mdrlğ, TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı. Ankara

56. Sun, J., Stewart, D. (2007) How Effective Is The Health-Promoting School Approach In Building Social Capital In Primary Schools? *Health Education*, 107 (6), 556-574.
57. The International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (2010) Promoting health in schools: from evidence to action Retrieved 02.01.2011 from http://www.iuhpe.org/?page=516&lang=en#sh_advevid
58. Lee, A., Cheng, F., Yuen, H., Ho, M., Lo, A., Fung, Y. ve diğeri. (2007) Achieving Good Standards In Health Promoting Schools: Preliminary Analysis One Year After The Implementation Of The Hong Kong Healthy Schools Award Scheme. *Public Health*, 121 (10), 752-760.
59. Wong, M., Lee, A., Sun, J., Stewart, D., Cheng, F., Kan, W. ve Diğeri. (2009) A Comparative Study On Resilience Level Between WHO Health Promoting Schools And Other Schools Among A Chinese Population. *Health Promotion International*, 24 (2), 149-155.
60. Stewart-Brown, S. (2006) What Is The Evidence On School Health Promotion In Improving Health Or Preventing Disease And, Specifically, What Is The Effectiveness Of The Health Promoting Schools Approach? Health Evidence Network Report. Copenhagen (DK): WHO Regional Office For Europe; *WHO: Copenhagen*.
61. Lister-Sharp, D. (1999) Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technology Assessment*. 3(22):1-207.
62. Young, I., Currie, C. (2009) The HBSC Study In Scotland: Can The Study Influence Policy And Practice In Schools? *International Journal Of Public Health*, 54, 271-277.
63. Moon, A., Mullee, M., Rogers, L., Thompson, R., Speller, V., Roderick, P. (1999) Helping Schools To Become Health-Promoting Environments--An Evaluation Of The Wessex Healthy Schools Award. *Health Promotion International*, 14 (2), 111-122.

64. National Assembly on School-Based Health Care. (2010). *About School-Based Health Care* Retrieved 13.09.2010. from http://www.nasbhc.org/site/c.jsJPKWPFJrH/b.2561553/k.843D/about_sbhcs.htm.
65. Brindis, C., Klein, J., Schlitt, J., Santelli, J., Juszczak, L., Nystrom, R. (2003) School-Based Health Centers: Accessibility And Accountability. *Journal Of Adolescent Health*, 32 (6), 98-107.
66. Ethan, D., Basch, C., Platt, R., Bogen, E., Zybert, P. (2010) Implementing And Evaluating A School-Based Program To Improve Childhood Vision. *Journal of School Health*, 80 (7), 340-345.
67. Larsen, C., Larsen, M., Handwerker, L., Kim, M., Rosenthal, M. (2009) A Comparison of Urban School- and Community-Based Dental Clinics. *Journal of School Health*, 79 (3), 116-122.
68. Young, T., D'angelo, S., Davis, J. (2001) Impact of a School Based Health Center on Emergency Department Use by Elementary School Students. *Journal of School Health*, 71 (5), 196-198.
69. Soleimanpour, S., Geierstanger, S., Kaller, S., McCarter, V., Brindis, C. (2010) The Role of School Health Centers in Health Care Access and Client Outcomes. *American Journal of Public Health*, 100 (9), 1597-1604.
70. Adams, E., Johnson, V. (2000) An Elementary School-Based Health Clinic: Can It Reduce Medicaid Costs? *Pediatrics*, 105 (4), 780-8.
71. Zimmer-Gembeck, M., Doyle, L., Daniels, J. (2001) Contraceptive Dispensing And Selection In School-Based Health Centers. *Journal of Adolescent Health*, 29 (3), 177-185.
72. Gottlieb, N., Keogh, E., Jonas, J., Grunbaum, J., Walters, S., Fee, R. ve diğ erleri. (1999) Partnerships for Comprehensive School Health: Collaboration Among Colleges/Universities, State Level Organizations, and Local School Districts. *Journal of School Health*, 69 (8), 307-313.
73. Resnicow, K., Allensworth, D. (1996) Conducting A Comprehensive School Health Program. *Journal of School Health*, 66 (2), 59-63.

74. Cornwell, L., Hawley, S., Romain, T. (2007) Implementation of A Coordinated School Health Program In A Rural, Low-Income Community. *Journal of School Health*, 77 (9), 601-606.
75. Torabi, M.R., Yang, J.Z. (2000) Comprehensive School Health Model: An Integrated School Health Education and Physical Education Program. ICPE 2000 Proceedings. Retrived 18.02.2011 from, www.ied.edu.hk.
76. Aldinger, C., Zhang, X., Liu, L., Pan, X., Yu, S., Jones, J. ve diğ erleri. (2008) Changes In Attitudes, Knowledge And Behavior Associated With Implementing A Comprehensive School Health Program In A Province Of China. *Health Education Research*, 23 (6), 1049-1067.
77. NASN. (1999). Definition of school Nursing: National Association of School Nurses Retrived: 25.04.2009 <http://www.nasn.org>
78. U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010*. Retrieved December 12, 2002 from <http://www.healthypeople.gov/document/html/volume1/07ed.htm>
79. Levy, M., Heffner, B., Stewart, T., Beeman, G. (2006) The Efficacy Of Asthma Case Management In An Urban School District In Reducing School Absences And Hospitalizations For Asthma. *Journal of School Health*, 76 (6), 320-324.
80. Bonaiuto, M. (2007) School Nurse Case Management: Achieving Health And Educational Outcomes. *The Journal of School Nursing*, 23 (4), 202-209.
81. Martin, M., Didion, J. (2003) The Smallpox Threat: The School Nurse's Role. *The Journal of School Nursing*, 19 (5), 260-264.
82. Pennington, N., Delaney, E. (2008) The Number Of Students Sent Home By School Nurses Compared To Unlicensed Personnel. *The Journal of School Nursing*, 24 (5), 290-297.
83. NASN. (2010). *School Nursing: Scope and Standards of Practice 2010 Document for Public Comment*. Retrieved 29.08.2010. from www.nasn.org.
84. Allen, K., Taylor, J., Kuiper, R. (2007) Effectiveness Of Nutrition Education On Fast Food Choices In Adolescents. *The Journal of School Nursing*, 23 (6), 337-341.

85. DeSocio, J., Stember, L., Schinsky, J. (2006) Teaching Children About Mental Health And Illness: A School Nurse Health Education Program. *The Journal of School Nursing*, 22 (2), 81-86.
86. Brown, R., Canham, D., Cureton, V. (2005) An Oral Health Education Program For Latino Immigrant Parents. *The Journal of School Nursing*, 21 (5), 266-271.
87. Cowell, J., McNaughton, D., Ailey, S. (2000) Development And Evaluation Of A Mexican Immigrant Family Support Program. *The Journal of School Nursing*, 16 (5), 32-39.
88. DeSocio, J., Hootman, J. (2004) Children's Mental Health And School Success. *The Journal of School Nursing*, 20 (4), 189.
89. UIC College Of Nursing. (2010). *School Nurse Certificate Program*. Retrieved 19.11.2010. from <http://www.uic.edu/nursing/schoolnursing/requirements.shtml>.
90. University of Delaware. (2010). *The School Nurse Certificate in Basic School Nursing* Retrieved 19.11.2010. from <http://www.udel.edu/nursing/NurseCertificate-Janice.htm>
91. Saint Joseph's University. (2010). *School Nurse Certification*. Retrieved 19.11.2010. from www.sju.edu/academics/education/pa_review/PDF%20word/nurse.pdf.
92. Brener, N., Burstein, G., DuShaw, M., Vernon, M., Wheeler, L., Robinson, J. (2001) Health Services: Results From The School Health Policies And Programs Study 2000. *Journal of School Health*, 71 (7), 294-304.
93. Telljohann, S., Price, J., Dake, J., Durgin, J. (2004) Access To School Health Services: Differences Between Full-Time And Part-Time School Nurses. *The Journal of School Nursing*, 20 (3), 176-182
94. Kirchofer, G., Telljohann, S., Price, J., Dake, J., Ritchie, M. (2007) Elementary School Parents'/Guardians' Perceptions of School Health Service Personnel and the Services They Provide*. *Journal of School Health*, 77 (9), 607-614.
95. Winland, J., Shannon, A. (2004) School Staff's Satisfaction With School Health Services. *The Journal of School Nursing*, 20 (2), 101.

- 96.NASN. (2010). *Position statement: Caseload assignments National Association of School Nurses*. Retrieved 19 Kasım 2010 from the World Wide Web:
<http://www.nasn.org/Default.aspx?tabid=209>
- 97.Solum, L.,Schaffer, M. (2003) Ethical Problems Experienced By School Nurses. *The Journal of School Nursing*, 19 (6), 330-337.
- 98.Kahraman, N. 2010). Okul Sağlığında Mevzuat, Örgütlenme, Mevcut Durum (syf:1-5) 1.Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu Bildiri Özet Kitabı. Mersin.
- 99.Karakaya, K. (2010). Okul Sağlığında Mevzuat, Örgütlenme, Mevcut Durum (syf8-10) 1.Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu Bildiri Özet Kitabı, Mersin.
- 100.Sağlık Bakanlığı. (2010). *Umumi Hıfzıssıhha Kanunu* Retrieved 11.12.2010. from <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/487.html>
- 101.Sağlık Bakanlığı. (2008). Okul Sağlığı Hizmetleri Genelgesi Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Retrieved 12.11.2010. from <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7313/eski2yeni.html>
- 102.MEB. (2010). Okul Sağlığı Projesi. Retrieved 16.11.2010. from sdb.meb.gov.tr/okulsagligi/okul_sagligi_projesi.pdf
- 103.Bahar, Z. 2010). Okul Sağlığı Hemşireliği. (syf:57-63) 1.Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu Bildiri Özet Kitabı. Mersin.
- 104.Center for Disease Control and Prevention. (2010). The Association Between School Based Physical Activity, Including Physical Education, And Academic Performance. Atlanta: GA: U.S. Department of Health and Human Services.
- 105.Tomporowski, P., Davis, C., Miller, P.,Naglieri, J. (2008) Exercise And Children's Intelligence, Cognition, And Academic Achievement. *Educational Psychology Review*, 20 (2), 111-131.
- 106.Donnelly, J., Greene, J., Gibson, C., Smith, B., Washburn, R., Sullivan, D. ve diğerleri. (2009) Physical Activity Across the Curriculum (PAAC): A Randomized Controlled Trial To Promote Physical Activity And Diminish Overweight And Obesity In Elementary School Children. *Preventive Medicine*, 49 (4), 336-341.

107. Chomitz, V., Slining, M., McGowan, R., Mitchell, S., Dawson, G., Hacker, K. (2009) Is There A Relationship Between Physical Fitness And Academic Achievement? Positive Results From Public School Children In The Northeastern United States. *Journal of School Health*, 79 (1), 30-37.
108. Trudeau, F., Shephard, R. (2010) Relationships Of Physical Activity To Brain Health And The Academic Performance Of Schoolchildren. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 4 (2), 138-150.
109. Budde, H., Voelcker-Rehage, C., Pietraßyk-Kendziorra, S., Ribeiro, P., Tidow, G. (2008) Acute Coordinative Exercise Improves Attentional Performance In Adolescents. *Neuroscience Letters*, 441 (2), 219-223.
110. Eveland-Sayers, B., Farley, R., Fuller, D., Morgan, D., Caputo, J. (2009) Physical Fitness And Academic Achievement In Elementary School Children. *Journal Of Physical Activity & Health*, 6 (1), 99-104.
111. Norlander, T., Moås, L., Archer, T. (2005) Noise And Stress In Primary And Secondary School Children: Noise Reduction And Increased Concentration Ability Through A Short But Regular Exercise And Relaxation Program. *School Effectiveness and School Improvement*, 16 (1), 91-99.
112. Maeda, J., Randall, L. (2008) Can Academic Success Come from Five Minutes of Physical Activity? *Brock Education Journal*, 13 (1), 14-22.
113. Mahar, M., Murphy, S., Rowe, D., Golden, J., Shields, A., Raedeke, T. (2006) Effects of A Classroom-Based Program On Physical Activity And On-Task Behavior. *Medicine & Science In Sports & Exercise*, 38 (12), 2086-2094.
114. Trudeau, F., Shephard, R. (2008) Physical Education, School Physical Activity, School Sports And Academic Performance. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5 (1), 10.
115. Taras, H. (2005) Physical Activity And Student Performance At School. *Journal of School Health*, 75 (6), 214-218.
116. Jyoti, D., Frongillo, E., Jones, S. (2005) Food Insecurity Affects School Children's Academic Performance, Weight Gain, And Social Skills. *Journal of Nutrition*, 135 (12), 2831-2839.

117. Rampersaud, G., Pereira, M., Girard, B., Adams, J., Metz, J. (2005) Breakfast Habits, Nutritional Status, Body Weight, And Academic Performance In Children And Adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 105 (5), 743-760.
118. Fu, M., Cheng, L., Tu, S., Pan, W. (2007) Association Between Unhealthy Eating Patterns And Unfavorable Overall School Performance In Children. *Journal of The American Dietetic Association*, 107 (11), 1935-1943.
119. Taras, H. (2005) Nutrition And Student Performance At School. *Journal of School Health*, 75 (6), 199-213.
120. Muthayya, S., Thomas, T., Srinivasan, K., Rao, K., Kurpad, A., Van Klinken, J. ve diğeri. (2007) Consumption Of A Mid-Morning Snack Improves Memory But Not Attention In School Children. *Physiology & Behavior*, 90 (1), 142-150.
121. Wesnes, K., Pincock, C., Richardson, D., Helm, G., Hails, S. (2003) Breakfast Reduces Declines In Attention And Memory Over The Morning In Schoolchildren. *Appetite*, 41 (3), 329-331.
122. Bryan, J., Osendarp, S., Hughes, D., Calvaresi, E., Baghurst, K., Klinken, J. (2004) Nutrients for Cognitive Development in School aged Children. *Nutrition Reviews*, 62 (8), 295-306.
123. Halterman, J., Kaczorowski, J., Aligne, C., Auinger, P., Szilagyi, P. (2001) Iron Deficiency And Cognitive Achievement Among School-Aged Children And Adolescents In The United States. *Pediatrics*, 107 (6), 1381-1386.
124. Shemilt, I., Harvey, I., Shephstone, L., Swift, L., Reading, R., Mugford, M. ve diğeri. (2004) A National Evaluation Of School Breakfast Clubs: Evidence From A Cluster Randomized Controlled Trial And An Observational Analysis. *Child: Care, Health and Development*, 30 (5), 413-427.
125. Lopez-Sobaler, A., Ortega, R., Quintas, M., Navia, B., Requejo, A. (2003) Relationship Between Habitual Breakfast And Intellectual Performance (Logical Reasoning) In Well-Nourished Schoolchildren Of Madrid (Spain). *European Journal of Clinical Nutrition*, 57, S49-S53.

126. Mahoney, C., Taylor, H., Kanarek, R., Samuel, P. (2005) Effect Of Breakfast Composition On Cognitive Processes In Elementary School Children. *Physiology & Behavior*, 85 (5), 635-645.
127. Benton, D., Jarvis, M. (2007) The Role Of Breakfast And A Mid-Morning Snack On The Ability Of Children To Concentrate At School. *Physiology & Behavior*, 90 (2-3), 382-385.
128. Weinreb, L., Wehler, C., Perloff, J., Scott, R., Hosmer, D., Sagor, L. ve diğerleri. (2002) Hunger: Its Impact On Children's Health And Mental Health. *Pediatrics*, 110 (4), e41.
129. Falkner, N., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Jeffery, R., Beuhring, T., Resnick, M. (2001) Social, Educational, And Psychological Correlates Of Weight Status In Adolescents. *Obesity*, 9 (1), 32-42.
130. Gurley-Calvez, T., Higginbotham, A. (2010) Childhood Obesity, Academic Achievement, and School Expenditures. *Public Finance Review*, 38 (5), 619-646.
131. Kaestner, R., Grossman, M. (2009) Effects Of Weight On Children's Educational Achievement. *Economics of Education Review*, 28 (6), 651-661.
132. Perez-Chada, D., Perez-Lloret, S., Videla, A., Cardinali, D., Bergna, M., Fernández-Acquier, M. ve diğerleri. (2007) Sleep Disordered Breathing And Daytime Sleepiness Are Associated With Poor Academic Performance In Teenagers. A Study Using The Pediatric Daytime Sleepiness Scale (PDSS). *Sleep*, 30 (12), 1698-1703.
133. Ting, H., Wong, R., Yang, H., Lee, S., Lee, S., Wang, L. Sleep-Disordered Breathing, Behavior, And Academic Performance In Taiwan Schoolchildren. *Sleep and Breathing*, 1-8.
134. Blunden S, Lushington K, K.D. (2001) Cognitive And Behavioral Performance In Children With Sleep-Related Obstructive Breathing Disorders. *Sleep Med Rev.*, 5 (6), 447-461.
135. Am Meijer, H., Van Den Wittenboer, G. (2000) Time In Bed, Quality Of Sleep And School Functioning Of Children. *Journal of Sleep Research*, 9 (2), 145-153.

136. Lowry, M., Dean, K., Manders, K. (2010) The Link Between Sleep Quantity and Academic Performance for the College Student. Retrieved 11.02.2011 from www.psych.umn.edu/sentience/files/Lowry_2010.pdf -
137. Gibson, E., Powles, A., Thabane, L., O'Brien, S., Molnar, D., Trajanovic, N. ve diğ erleri. (2006) " Sleepiness" is serious in adolescence: Two surveys of 3235 Canadian students. *BMC Public Health*, 6 (1), 116.
138. Webber, M., Carpiniello, K., Oruwariye, T., Lo, Y., Burton, W., Appel, D. (2003) Burden of asthma in inner-city elementary schoolchildren: do school-based health centers make a difference? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157 (2), 125.
139. Gall, G., Pagano, M., Desmond, M., Perrin, J., Murphy, J. (2000) Utility of Psychosocial Screening at a School based Health Center. *Journal of School Health*, 70 (7), 292-298.
140. Klerman, L. (1996) Can School-Based Health Services Reduce Absenteeism and Dropping Out of School? *Adolescent Medicine (Philadelphia, Pa.)*, 7 (2), 249-260.
141. Rosas, S., Case, J., Tholstrup, L. (2009) A Retrospective Examination of the Relationship Between Implementation Quality of the Coordinated School Health Program Model and School Level Academic Indicators Over Time*. *Journal of School Health*, 79 (3), 108-115.
142. Murray, N., Low, B., Hollis, C., Cross, A., Davis, S. (2007) Coordinated School Health Programs And Academic Achievement: A Systematic Review Of The Literature. *Journal of School Health*, 77 (9), 589-600.
143. Wyman, L. (2005) Comparing The Number Of Ill Or Injured Students Who Are Released Early From School By School Nursing And Nonnursing Personnel. *The Journal of School Nursing*, 21 (6), 350-355.
144. Sönmez, S., Başbakkal, Z. (2007) Türk Çocuklarının Pediatrik Yaşam Kalitesi 4.0 Envanterinin (PedsQL 4.0) Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türkiye Klinikleri Journl of Pediatrics*, 16, 229-237.

145. Ozdogan, H., Ruperto, N., Kasapçopur, O., Bakkaloglu, A., Arisoy, N., Ozen, S. ve diğ erleri. (2001) The Turkish version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ). *Clinical and Experimental Rheumatology*, 19 (4; SUPP/23), 158-162.
146. Ç akıcı, C.D. (2003). Lise ve Üniversite Öğrencilerinde Genel Erteleme ve Akademik Erteleme Davranışının İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
147. Martin, K.S. (2005). The Omaha System : A Key To Practice, Documentation, And Information Management St. Louis : Elsevier Saunders.
148. Erdoğan, S. (2000). Omaha Sistemi Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulama Rehberi (c. 4213). Yayın No 4213 İstanbul Üniversitesi.
149. Erdogan, S.,Esin, N. (2006) The Turkish Version Of The Omaha System: Its Use In Practice-Based Family Nursing Education. *Nurse Education Today*, 26 (5), 396-402.
150. Gür, K., Ergün, A., Yıldız, A., Kadioğlu, H., Erol, S., Kolaç, N. ve diğ erleri. (2008) Bir İlköğretim Okulunda Omaha Problem Sınıflandırma Listesine Göre Öğrencilerin Sağlık Problemleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10 (3), 1-8.
151. Lunney, M. (2006) NANDA Diagnoses, NIC Interventions, And NOC Outcomes Used In An Electronic Health Record With Elementary School Children. *The Journal of School Nursing*, 22 (2), 94-101.
152. Miller, G.,Foster, L.T. (2010). Critical Synthesis Of Wellness Literature: University of Victoria Faculty of Human Social Development & Department of Geography.
www.geog.uvic.ca/wellness/Critical_Synthesis%20of%20Wellness%20Update.pdf
153. Wong, D.L., Hockenberry, M.J., Wilson, D., Winkelstein, M.L., Kasprisin, C.A.,Nix, K. (2001). Health promotion of the school-age child and family. Wong's essentials of pediatric nursing (Sixth edition bs., s. 497-518): Mosby St. Louis, MO
- 154.Pender, N.J., Murdaugh, C.L.,Parsons, M.A. (2011). Health Promotion In Nursing Practice (6th Bs.). New Jersey: Appleton & Lange Norwalk, CT.

155. Becker, D., Edmundo, K., Bonatto, D., Ferreira do Nascimento, G., dos Santos Silva, C. (2005) Problem For Better Health (PSBH) And Health Promoting De Participatory Planning And Local Action In The Rio De Janeiro Programme. *Promotion & Education*, 12 (3-4), 165-166.
156. Valois, R.F., Umstattd, M.R., Zullig, K.J., Paxton, R.J. (2008) Physical Activity Behaviors and Emotional Self-Efficacy: Is There a Relationship for Adolescents? *Journal of School Health*, 78 (6), 321-327.
157. Sallis, J.F., Prochaska, J.J., Taylor, W.C. (2000) A Review Of Correlates Of Physical Activity Of Children And Adolescents. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 32 (5), 963.
158. Güler, G., Kubilay, G. (2004) Bir ilköğretim okulu öğrencilerinin fiziksel bakım sorunlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26 (2), 60-65.
159. Doğan, S., Kelleci, M., Sabancıoğulları, S., Aydın, D. (2008) Bir İlköğretim Okulunda Öğrenim Gören Çocuklarda Ruhsal Uyum Sorunları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7 (1), 47-52.
160. Li, Y., Shi, A., Owen, Y. (2001) Child Behavior Problems: Prevalence And Correlates In Rural Minority Areas Of China. 43, 651-661.
161. Spencer, N. (2003) Social, Economic, And Political Determinants Of Child Health. *Pediatrics*, 112 (3), 704.
162. Welsh, W.N. (2000) The Effects Of School Climate On School Disorder. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 567 (1), 88-107.
163. Işık, H. (2004) Okul Güvenliği: Kavramsal Bir Çözümleme. *Milli Eğitim Dergisi* (164).
164. Green, M., Piel, J. (2002). Theories of Human Development A Comparative Approach. Allyn&Bacon. Boston
165. Pektaş, İ., Özgür, G. (2005) İlköğretim Öğrencilerinin Anneleri Ile Olan İlişkilerini Algılayışları Ve Bu İlişiyi Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 21 (2) : 13-27,

166. Crespo, C.J., Smit, E., Troiano, R.P., Bartlett, S.J., Macera, C.A., Andersen, R.E. (2001) Television Watching, Energy Intake, And Obesity In US Children: Results From The Third National Health And Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155 (3), 360-365
167. Uskun, E., Öztürk, M., Kişioğlu, A.N., Kırbıyık, S., Demirel, R. (2005) İlköğretim Öğrencilerinde Obezite Gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. *SD Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 12 (2), 19-25.
168. Onis, M., Onyango, A., Borghi, E., Siyam, A., Nishida, C., Siekmann, J. (2007) Development of A WHO Growth Reference For School-Aged Children And Adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, 85, 660-667.
169. Yoo, I.Y., Cho, W.J., Chae, S.M., Kim, M.J. (2004) Community health service needs assessment in Korea using OMAHA Classification System. *International Journal of Nursing Studies*, 41 (6), 697-702.
170. Özyurt, B., Dinç, G., Eser, E., Cengiz, R., Özcan, C. (2004). Manisa'da Okul Çağı Çocuklarının Büyüme Gelisme Durumlarının Saptanması. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Bildiri Özet Kitabı, Ankara.
171. Özdemir, O., Erçevik, E., Çalışkan, D. (2005) Farklı Sosyoekonomik Düzeye Sahip İki İlköğretim Okulunda Öğrencilerin Büyüme Durumlarının Değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*; 58:23-29
172. Neyzi, O., Furman, A., Bundak, R., Gunoz, H., Darendeliler, F., Bas, F. (2006) Growth References For Turkish Children Aged 6 to 18 Years. *Acta Paediatrica*, 95 (12), 1635-1641.
173. Güler, G., Yıldırım, F., Altun, E. (2007) Bir İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Boy Ve Ağırlık Durumları. *Sürek Tıp Eğitim Dergisi (STED)*, 16 (5), 66-69.
174. Türkkahraman, D., Bircan, İ., Akçurin, S., Tosun, Ö., Saka, O. (2007) Antalya İl Merkezindeki Öğrencilerde Boy Kısaldığı Prevalansı Ve Boy Persentil Eğrileri. *Ege Tıp Dergisi* 46 (1), 13-16.
175. Caulfield, L.E., de Onis, M., Blossner, M., Black, R.E. (2004) Undernutrition As An Underlying Cause Of Child Deaths Associated With Diarrhea, Pneumonia, Malaria, And Measles. *American Journal of Clinical Nutrition*, 80 (1), 193-198.

- 176.WHO. (2009). WHO Child Growth Standards And The Identification Of Severe Acute Malnutrition In Infants And Children. Switzerland: World Health Organization and UNICEF.
- 177.Cavendish, R., Lunney, M., Luise, B.K.,Richardson, K. (2001) The Nursing Outcomes Classification: Its Relevance To School Nursing. *The Journal of School Nursing*, 17 (4), 189.
- 178.Hubbezoğlu, İ.,Özgün-Başıbüyük, G. (2008) Sivas İl Merkezinde Bulunan İlköğretim Çağındaki Çocukların Ağız Diş Sağlığı Yönünden Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 11 (2), 108-113.
- 179.Yaramış, N., Karataş, N., Ekti, F.,Aslantaş, D. (2005) Nevşehir İl Merkezi'nde Bulunan İlköğretim Çağındaki Çocukların Ağız Sağlığı Durumu ve Alışkanlıklarının Belirlenmesi *STED*, 14 (12), 256.
180. Ayrancı, Ü. (2005) Bir Grup İlkokul Öğrencisinde Diş Çürüğü Saptama Araştırması. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14 (3), 50-54.
181. Öztürk, C., Dicle, A., Sarı, H.,Bektaş, M. (2004) Okul dönemindeki çocukların sağlık durumlarının belirlenmesi. *Milli Eğitim Dergisi*, 163, 156-168..
- 182.Gür, K.,Yıldız, A. (2007) Epidemiology of Unintentional Injuries in The Elementary Schools of Istanbul. *Journal of Public Health*, 5 (2), 49-57.
- 183.Al Jumah, M., Awada, A.,Al Azzam, S. (2002) Headache Syndromes Amongst Schoolchildren in Riyadh, Saudi Arabia. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 42 (4), 281-286.
- 184.Rickert, V., Davis, S., Riley, A.,Ryan, S. (1997) Rural School-Based Clinics: Are Adolescents Willing To Use Them And What Services Do They Want? *Journal of School Health*, 67 (4), 144-148.
- 185.Larsson, B.,Zaluha, M. (2003) Swedish School Nurses' View Of School Health Care Utilization, Causes And Management of Recurrent Headaches Among School Children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17 (3), 232-238.
186. Seçginli, S., Erdoğan, S.,Demirezen, E. (2004) Okul Sağlığı Tarama Programı: Bir Pilot Çalışma Örneği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13 (12), 462-465.

- 187.Şimşek, F., Ulukol, B., Berberoğlu, M., Gülnar, S.B., Adıyaman, P.,Öcal, G. (2005) Ankara'da Bir İlköğretim Okulu ve Lisede Obezite Sıklığı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 58, 163-166.
188. Ergin, A. (2001) Eye Screening Results At The Primary Schools In Kırıkkale. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 21 (3), 166-172.
- 189.Babaoğlu, K.,Hatun, Ş. (2002).Çocukluk Çağında Obezite. *STED*, 11 (1), 8-10.
- 190.Paç, F.A., Gülcan, H., Yakıncı, C., Karabiber, H.,Balbay, D. (2010) The Prevalence and Etiology of Childhood Hypertension. *Journal of Inonu University Medical Faculty*, 8 (3), 107-110.
- 191.Rosner, B., Prineas, R., Daniels, S.,Loggie, J. (2000) Blood Pressure Differences Between Blacks And Whites In Relation To Body Size Among US Children And Adolescents. *American Journal Of Epidemiology*, 151 (10), 1007-19.
- 192.Ilyas, M.,Ellis, E. (2006) Management Of Childhood Hypertension: A Guide For Primary Care Physicians. *The Journal of the Arkansas Medical Society*, 103 (6), 137-40.
- 193.Discigil, G., Aydogdu, A., Basak, O., Gemalmaz, A.,Gurel, F.S. (2007) Prevalence and Predictors of Hypertension in Primary School Students: A Population Based Study In Aydin, Turkey. *Turkish J Family Med Primary Care* 2007 1(2):17-22
- 194.Buyan, N. (2008) Hypertension in Childhood. *Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Sciences*, 4 (1), 72-93.
- 195.Maffeis, C. (2000) Aetiology Of Overweight And Obesity in Children And Adolescents. *European Journal of Pediatrics*, 159 (13), 35-44.
196. Kutlu, R., Çivi, S.,Koroğlu, D. (2008) Fatih Sultan Mehmet İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7 (3), 205-212.
- 197.Schoneman, D. (2002) Surveillance as a Nursing Intervention: Use in Community Nursing Centers. *Journal Of Community Health Nursing*, 19 (1), 33-47.

198. Acheson, D., Alleyne, G., Casas, J., Castillo-Salgado, C., Barzach, M., Braveman, P. ve diğeri. (2000) Round Table Discussion. Health Inequalities And The Health Of The Poor. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (1), 75-85.
199. Lezin, N., Kreuter, M., Page, R. (2003). Community Health Promotion Ideas That Work (2nd edition bs.): California Jones and Bartlett Publishers. syf:126
200. Nahcivan, N., Erdoğan, S., Çalışkan, M. (2000) Bir İlköğretim Okulunda Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 3 (4), 10-16.
201. Drukker, M., Kaplan, C., Feron, F., JV, O. (2003) Children's Health-Related Quality Of Life, Neighbourhood Socio-Economic Deprivation And Social Capital. A Contextual Analysis. *Social Science & Medicine*, 57, 825-841.
202. Eiser, C., Morse, R. (2001) Can Parents Rate Their Child's Health-Related Quality Of Life? Results Of A Systematic Review. *Quality of Life Research*, 10 (4), 347-357.
203. Marek, K.D., Jenkins, M.L., Stringer, M., Brooten, D., Alexander, G.L. (2004) Classifying Perinatal Advanced Practice Data With The Omaha System. *Home Health Care Management & Practice*, 16 (3), 214-221.
204. Garvin, J., Martin, K., Stassen, D., Bowles, K. (2008) The Omaha System: Coded Data That Describe Patient Care. *Journal of AHIMA*, 79 (3), 44-49.
205. Barrera, C., Machanga, M., Connolly, P., Yoder, Y. (2003) Nursing Care Makes a Difference: Application of the Omaha System. *Outcomes Management*, 7 (4), 181-185.
206. Brandt, C.M. (2002) Enhancing School Nurse Visibility. *The Journal of School Nursing*, 18 (1), 5-10.
207. Bednarz, P. (1998) The Omaha System: A Model For Describing School Nurse Case Management. *The Journal Of School Nursing* 14 (3), 24.
208. Sağlık Bakanlığı. (2010). Grip Vakaları Duyuru Retrieved. 04.11.2011 from http://www.grip.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=682:konfirme-pandemik-grip-vakalarnn-nuefusa-oran&catid=135:uelkemzde-son-durum&Itemid=526.

209. Troop, T., Tyson, C.P. (2008) School Nurses, Counselors, And Child And Family Support Teams. *The North Carolina Medical Journal*, 69 (6), 484-486.
210. Allen, G. (2003) The Impact Of Elementary School Nurses On Student Attendance. *The Journal of School Nursing*, 19 (4), 225.
211. Puskar, K.R., Marie Bernardo, L. (2007) Mental Health And Academic Achievement: Role of School Nurses. *Journal For Specialists in Pediatric Nursing*, 12 (4), 215-223.

EK 1. OKUL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME FORMU**1. BÖLÜM: OKUL –SINIF VE ÇEVRESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ****2. BÖLÜM: ÖĞRENCİ SAĞLIK DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

- 2.1 Genel Sağlık Öyküsü
- 2.2 Fizik Muayene, Sağlık Taraması,
- 2.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi
- 2.4 Pediatrik Yaşam Kalitesi Ölçeği
- 2.5 Çocuk Sağlığı Anketi (Anne-Baba Formu)

3. BÖLÜM: AKADEMİK PERFORMANSIN DEĞERLENDİRİLMESİ

- 3.1 Akademik Başarı Notunun Değerlendirilmesi
- 3.2 Okul Devamsızlık Durumunun Değerlendirilmesi
- 3.3 Akademik Erteleme Davranışlarının Değerlendirilmesi

1.BÖLÜM: OKUL VE ÇEVRESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

<p>Okul Adı: Adresi:</p> <p>Tel. no: Faks No: Ulaşım:nolu otobüs /dak.nolu minübüs /dakyürüyerek /dak.</p> <p>Okul mevcudu; Öğrenci.....kadınerkek.....toplam Öğretmen.....kadın.....erkek.....toplam Personel.....kadın.....erkek.....toplam</p>	KROKİ
---	--------------

OKULUN YAKIN ÇEVRESİ

Okulun çevresindeki yol durumu; a.tali yol b.ana cadde

Okulun çevresinde sağlığı etkileyebilecek durumlar	Var	Yok
Yol üzerinde trafik ışıkları	()	()
Yol üzerinde yaya geçidi	()	()
Yol üzerinde üst / alt geçit	()	()
Gıda satan yer	()	()
Açıkta yiyecek atan yer	()	()
Gayri sıhhi müessese	()	()
Açıkta çöp	()	()
Endüstriyel atık	()	()
Açık kanalizasyon	()	()
Su birikintisi	()	()
Fabrika	()	()
İnşaat	()	()
Dere	()	()
Bataklık	()	()
Başıboş hayvan	()	()
Gürültü kaynağı	()	()

OKUL BAHÇESİ	OKUL İÇİ	SINIF
Okul sınırlarının belirlenme durumu a.Belirlenmemiş b.Demir parmaklık metre yüksekliğinde c.Duvar metre yüksekliğinde d.Diğer.....	Kaç katlı.... Koridor genişliği..... m Koridorda içme su kaynağı a.Var b.Yok Koridorda eşya dolabı a.Var b.Yok Merdiven yapısı a.Beton b.Tahta c.Diğer Merdiven Özelliği a.Eğimli değil b.Eğimli Merdiven Korkuluğu a.Var b.Yok Merdivende tamirat gereksinimi a.Var b.Yok Merdivende risk oluşturacak yapı a.Var..... b.Yok	Sınıf kapı / yükseklik/..... Kapının açılma yönü a. İçe doğru b.Dışa doğru Sınıfın derinlik / genişlik/yükseklik/.....
Bahçe Kapısı a.Var b.Yok	Merdivende risk oluşturacak yapı a.Var..... b.Yok	Sınıfın zemin yapısı a.Beton b.Parke c.Asfalt
Bahçe kapısının genişliği / yüksekliği / m	Okulun aydınlanması a.Yeterli b.Yetersiz Isınma a.Yeterli b.Yetersiz	Sınıftaki öğrenci sayısı / sıra /
Bahçe kapısının açılış yönü a.İçe doğru b.Dışa doğru	Isınma Sistemi a.Merkezi Sistem b.Soba c.Klima d.Diğer....	Ergonomik sıra a.uygun değil b.uygun
Bahçenin zemin yapısı a.Beton b.Çim c.Asfalt d.Toprak e.Diğer....	Kullanılan yakıt tipi a.Odun b.Kömür c.Mazot türev d.Doğalgaz e.Elektrik f.Diğer.....	Sıralarda çekmece / raf a.yok b.var
Kar yağmur gibi durumlarda bahçede birikinti, su sorununun bulunma durumu a. Var b.Yok	Kazan dairesinde çalışan personelin niteliği a.Belgesi yok b.Belgesi var Yangın söndürme malzemeleri a.Yok b.Var.....	Sıraların malzemesi a.Ağaç b.Plastik c.Diğer..... Sıraların tahtadan uzaklığı Ön sıra m Arka sıra m
Bahçede çöp kutusu / kutuları A Yok b. Var kapaklı / kapaksız	Havalandırma a.Yetersiz b.Yeterli Tuvalet malzemelerinin temizliği a.Yok b.Var	Tahtanın maddesi / kullanılan araç a.Kara tahta / tebeşir b.Betaz tahta / Tahta kalemi c.Diğer.....
Çöplerin toplanma sıklığı saatte bir	Tuvalet sayısı / kız öğrenci sayısı...../..... Tuvalet sayısı / erkek öğrenci sayısı...../..... Pisuar sayısı/ erkek öğrenci sayısı...../..... Tuvalet kapılarının açılma yönü a. İçe doğru b.Dışa doğru	Sınıfta çöp kutusunun özelliği a.ağzı açık / kapalı b.Plastik / teneke c.Çöp poşeti var / yok
Bahçede oyun sahası a.yok b.var	Tuvalette sifon a.Yok b.Var çalışıyor / çalışmıyor	Pencerenin yerden yüksekliği m
Bahçede çeşme a.Yok b.Var	Tuvalette sabun a.Yok b.Var sıvı / kalıp	Sınıfların ısıtılması a.yetersiz b.yeterli
Suyun niteliği a.İçilemez b İçilebilir numune alınıyor / alınmıyor	Lavabo sayısı/ kız öğrenci sayısı...../..... Lavabo sayısı / erkek öğrenci sayısı...../..... Tuvaletin temizlenme sıklığıgünde	Temizlik yapılma süresi gün
Suyun içilme şekli a.Elle direkt b.Kap c.Diğer		Sağlığı etkileyebilecek risk faktörü.....
Yangın merdiveni a.Yok b.Var m genişliği, kilitli / kilitli değil		Sınıfta oluşabilecek risk a.Kırık cam b.Kırık sıra c.Zemin d.diğer.....
Bahçede yeşil alan a.Yok b.Var ilaçlama yapılıyor / yapılmıyor		
Okul kapısı genişliği / yüksekliği / m		
Okul kapısının açılış yönü a. İçe doğru b.Dışa doğru		

2.BÖLÜM ÖĞRENCİNİN SAĞLIK DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Öğrencinin Adı-Soyadı:

Doğum Tarihi:

Yaşı:

Doğum yeri:

Cinsiyeti

Kız () Erkek ()

Okul no:

Ücretli işte çalışma durumu:

Çalışıyor () Çalışmıyor () Bazen ()

Adres:

Burs alma durumu:

Var () Yok ()

Anne Adı:

Yaşı:

Eğitim Durumu: Okur – yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise mezunu ()

Mesleği:

Baba Adı:

Eğitim Durumu: Okur – yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise mezunu ()

Mesleği

Sosyal Güvence:

Var () Türü: Yok ()

Acil durumda başvuracak kişinin adı-soyadı:

Yakınlık derecesi

Telefonu:

Adresi:

Kardeş sayısı :

Kaçıncı çocuk:

Anne-baba

birlikte () ayrı ()

Anne:

öz () üvey () vefat ()

Baba:

öz () üvey () vefat ()

Evde yaşayan birey sayısı.....

Kan grubu: A () B () AB () 0 ()

Rh faktörü + () - ()

Engeli Var () Belirtiniz Yok ()

Kronik Hastalık Var () Belirtiniz Yok ()

Kullandığı İlaçlar Var () Belirtiniz Yok ()

Hastaneye yatma Var () Nedeni:..... Yok ()

Ameliyat deneyimi Var () Nedeni:..... Yok ()

Ameliyat olduğu bölge.....

Geçirdiği kaza Var () türü....., Tarih..... Yok ()

Geçirdiği bulaşıcı hastalıklar

Kızamık	Geçirdi ()	Geçirmedi ()
Kızıl	Geçirdi ()	Geçirmedi ()
Kabakulak	Geçirdi ()	Geçirmedi ()
Hepatit	Geçirdi ()	Geçirmedi ()
Suçiçeği	Geçirdi ()	Geçirmedi ()
Difteri	Geçirdi ()	Geçirmedi ()
Boğmaca	Geçirdi ()	Geçirmedi ()
Diğer	Geçirdi ()	Geçirmedi ()

Alerjiler

() Böcek sokması () İlaç.....

() Polen () Yiyecek () Diğer.....

Soy Geçmişi**Sözü edilen hastalıklar kimde var ise onun karşına + ile işaretleyiniz**

Hastalık	Anne	Baba	Kardeş	Büyükanne- büyükbaba
Diyabet				
Kalp hastalığı				
Hipertansiyon				
Ülser				
Epilepsi				
Tüberküloz				
Hemipleji				
Engelli				
Kanser				
Hepatit				
Kan hastalığı				
Diğer.....				

Söz konusu aşılardan yanına yapılmış ise + ve biliniyorsa Tarih, yapılmamış ise – yazınız.

Aşılar	Rutin çocukluk aşıları	İlköğretim 1
BCG		
DBT		
Polio		
Tetanoz		
Hepatit B		
Grip		
Diğer.....		

Söz konusu tetkiklerin yanına yapılmış ise sonucunu ve tarihini yazınız.

Tetkikler	1.sınıf	2.sınıf	3.sınıf	4.sınıf
Ppd				
Hemoglobin				
Hepatit A				
Hepatit B				
Hepatit C				
Boğaz kültürü				

Söz konusu vital bulguların yanına sonucunu ve tarihini yazınız.

Kan basıncı				
Vücut ısısı				
Nabız				
Solunum				

Aşağıda yer alan sorunlardan öğrencide mevcut olanın yanına + işareti koyunuz.

Mide Ağrısı	
Sırt Ağrısı	
Kol-bacak ve eklemlerde ağrı	
Bel ağrısı-hareket güçlüğü	
Baş ağrısı	
Göğüs ağrısı	
Baş dönmesi	
Bayılma nöbetleri	
Kalp çarpması	
Nefes Darlığı	
Kabızlık ya da ishal	
Bulantı-gaz ya da hazımsızlık	
Endişe hissi	
Diğer çocuklarla kavga etme	
Öfke nöbeti	
İçe kapanıklık	
Dalgınlık	
Yerinde Duramama	
Tırnak yeme-parmak emme	
Tırnak yeme	
Fazla terleme	
Morarma (dudak, tırnak)	
Vücutta anormal şişlik, sertlik	
Uykulu görünüm	
İdrar kaçırma	

Öğrencinin Fizik Muayenesi

	1.izlem	2.izlem	3.izlem		1.izlem	2.izlem	3.izlem
Ağız ve diş sağlığı 1.Dilde paslı görünüm 2.Aft 3.Dil bağı 4.Eksik diş 5.Çürük diş 6.Dolgulu diş 7.Diş etinde hiperemi 8.Dişlerin bakımsız olması 9.Dişteki şekil bozukluğu				Kas-İskelet Sistemi 1.Postür bozukluğu 2.Bacaklarda şekil bozukluğu 3.Düz taban 4.Diğer.....			
Saç ve saçlı deri 1.Baş biti / sirke 2.kellik 3.Kızarıklık / çapaklanma 4.Gözde sulanma 5.Görme sorunu 6.Renk körlüğü 7.Diğer				Deri 1.ödem 2.Dehidrate 3.nodül 4.Deride döküntü 5.Ciltte renk değişikliği 6.Deri bütünlüğünün bozulması 7.Kaşıntı 8.Hematom 9diğer...			
Burun 1.Burun kanaması 2.Akıntı 3.Diğer				Gastrointestinal sistem 1.Karın ağrısı 2.Umbilikal herni 3.Parazit bulguları (burunda / genital bölgede kaşıntı, gece uyurken ağızdan salya gelmesi) 4.Kusma-bulantı 5.Diare 6.Diğer			
Kulak 1.İşitme sorunu 2.Ağrı 3.Kaşıntı 4.Kulak kepçesi / ya da kulak yolunda kir 5.Akıntı 6.Diğer.....				Ürogenital sistem 1.İnmemiş testis 2.Kasık fitiği 3.Konjenital malformasyonlar 4.Sünnet olmama 5.hamtüri 6.idrar yapmada güçlük 7.Diğer			
Boğaz 1.Boğazda anormal görünüm 2.lenf bezlerinde şişme 3.Yutmada güçlük 4.Balgam 5.Diğer				Ruhsal Durum 1.Kekemelik 2.Enürezis 3.Enkomprezis 4.Tırnak yeme 5.Tırnak eti yeme 6.Tik 7.Diğer			
Solunum sistemi 1.Nefes darlığı 2.retraksiyon 3.Öksürük 5.Diğer							

Sağlık Tarama Sonuçları

	1. İzle m	2. izle m	3. izle m	
Boy (cm)*				Boy ölçümü için duvara tespit edilen şerit mezura kullanılmıştır. Öğrenciler ayakkabısız, topukları, sırtı, omuzları ve başın arkası duvara değecek şekilde düz olarak durmuşlardır. Cetvel yardımıyla baş üzerinden duvara işaretleme yapılarak ölçüm değeri belirlenmiştir.
Ağırlık (Kg)*				Ağırlık ölçümü öğrencilerin üzerinde iç çamaşırı ve tek kat okul forması olacak şekilde ve ayakkabıları çıkarılarak hassasiyeti 0,01 kg olan dijital baskülle yapılmıştır
BKİ*				Ağırlık (kg)/boy uzunluğu (m) ² formülü ile hesaplanmıştır. Arıc z skoru hesaplanmıştır.
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)**				Kan basıncı ölçümünde boyu öğrencinin kol çevresinin %80-100'ünü kaplayan eni de kol çevresinin %40'ı kadar olan manşetli tansiyon aleti kullanılmıştır. Ölçüm öğrenci sandalyede oturur pozisyonda beş dakika dinlendikten sonra sağ koldan antekubital fossa kalp seviyesinde tutularak yapılmıştır. Ölçüm üç dakika sonra tekrarlanmış ve radyal nabız kontrolü yapılmıştır.
Diastolik Kan Basıncı (mmHg)**				
Görme keskinliğinin değerlendirilmesi				Görme keskinliğinin ölçümünde uluslararası standartlara uygun logaritmik eşeller tercih edilmiş ve Snellen Eşeli kullanılmıştır. Değerlendirme sırasında öğrenciler odaya tek tek alınmış, aydınlanma için gün ışığından yararlanılmış, öğrenci 5 metre uzaktan her iki göz ayrı ayrı ve her iki göz açıkken değerlendirme yapılmıştır. Gözlerin tek tek muayenesinde diğer göz kapama bandajı ile bastırılmadan öğrenci tarafından kapatılmıştır. Gözlük kullanan öğrencilerin gözlüklü ve gözlüksüz olmak üzere iki kez değerlendirilmesi yapılmıştır. Ölçüm işlemine eşelin üst sıralarından başlanmış 0,7 ve daha aşağı harfleri okuyamayanlar sevk edilmiştir.
Göz ve yardımcı yapıların muayenesi				Işık kaynağı yardımıyla kapaklar, kornea, iris ve pupiller değerlendirilmiş, anatomik yapının incelenmesi yanı sıra, çapaklanma, kızarıklık, kanlanma durumu da değerlendirilmiştir.
Şaşılık muayenesi				Göz kayması (şaşılık) Hirschberg testi ile değerlendirilmiştir. Işık kaynağı gözde 40 cm uzak mesafeden tutulurken kapama aracı yardımıyla her iki göz sırayla kapatılmış ve 1-2 saniye sonra tekrar açılmıştır, muayene sırasında göz hareketinin olmaması normal kabul edilmiştir.
İşitme				Otoskopik muayene ile buşon, yabancı cisim, kulak yolunun anatomik yapısı kontrol edilmiştir. İşitme problemi yönünden veli ve öğretmenden öğrencide belirti-bulgunun olmadığı detaylıca sorgulanmış ve fısıltı testi yapılmıştır. Fısıltı testinde öğrencinin tek kulağı kapatılmış, öğrencinin ağız hareketlerini görmeyeceği şekilde durulmuş, basit heceli kelimeler fısıldanmış ve öğrencinin tekrar etmesi istenmiştir
Çürük				Ağız ve diş taraması gözle ışık kaynağı yardımıyla yapılan ağız içi muayenesiyle yapılmıştır. Bu muayene sırasında ön ve arka dişlerde kahverengi, siyah renkte çürük lezyonları, diş kaybı, dolgulu diş, dişlerde görünüm bozuklukları, dişeti ya da yüzde şişlik, ağız kokusu, ağız içinde yara, plak ya da diş taşı birikimi, dişeti çekilmeleri ve dişlerde sallanma bulguları aranmıştır. Ayrıca diş ağrısı ve ağız ve diş hijyeninin nasıl yapıldığına ilişkin bilgiler sorgulanmıştır.
Aşırı tartar				
Dişte leke-çatlak				
Şekil bozukluğu				
Diş eti sorunları				
Kötü ağız hijyeni				
Duruş bozukluğu				Duruş bozukluklarına yönelik tarama palpasyon ve Adams Forward – Bending Testi ile yapılmıştır. Dik ve kolları yana sarkık duran öğrencilerin vertebralaları elle muayene edilerek herhangi bir yöne eğikliğinin olup olmadığına bakılmıştır. Adams Forward – Bending Testinde ise öğrenci kollarını serbest bırakarak öne eğilmeleri istenmiş, gövde muayene sırasında yere tam paralel hale getirilmiştir. Skapulalar arasında seviye farkı ve tüm vertebral hatta eğrinin bozulması ya da açılanma bulgusu değerlendirilmiştir

*Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2007 referans verilerine göre değerlendirilmiştir.

**Yüksek Kan Basıncı Çalışma Grubu'nun 2004 yılında dördüncü kez düzenlenen ve standardize edilen verileri kullanılmıştır. Bu verilere göre yaşa, cinsiyete ve boya göre sistolik ve diastolik kan basıncı değerinin 90 persentilin altında olması normal, arteriyel kan basıncı değerinin 90 persentil veya 120/80mmHg üzerinde ancak

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları:**Günlük öğün alışkanlığı:**

Öğün Saatleri	Her Gün
Sabah kahvaltısı	
Kuşluk (sabah ile öğle arası)	
Öğle yemeği	
İkinci (öğlen ile akşam arası)	
Akşam yemeği	
Gece yatarken	

Besinleri tükenme sıklığı

Besin ürünleri	Günde birkaç kez	Her gün	Haftada birkaç kez	Hiç
Süt ve süt ürünleri				
Et ve et ürünleri				
Ekmek ve tahıllar				
Sebze ve Meyveler				
Kuru baklagiller				
Tereyağı, margarin				
Hazır meyve suları ve kolalı içecekler				
Hamburger, tost, simit, pizza vb.				
Bisküvi, çikolata, şeker				

Günlük su tüketim miktarı:

Kahvaltıda genelde tüketilen besinler:

Sevdiği yemekler:

Sevmediği yemekler:

Okul kantinini kullanma durumu ve en çok satın aldığı ürünler:

Okul zamanı uykuya yatış saati:

Okul zamanı uyanma saati....

Hafta sonlarında uykuya yatış saati....

Hafta sonları uyanma saati ...

Kendine ait yatak odası

Var () Yok ()

Uyku sorunlarının değerlendirilmesinde var olan sorunun karşısına + işareti koyunuz.

Yetersiz Uyku Süresi	
Uykuya Dalma Sorunu	
Uykuda yürüme Sorunu	
Uykuda diş gıcırdatıyor	
Uykuda konuşma sorununuz	
Kabus görme	
Sabahları yorgun uyanma	
Gün içinde uykulu hissetme	
Kendine ait yatak odası	
Gürültü kaynağı	
Enürezis	
Anne-babayla yatma davranışı	
Uygun olmayan yatak-yastık kullanımı	
Soğuk ortam	

Günlük egzersiz yapma durumu: Var () Sıklığı : Türü:
Yok ()

Düzenli olarak yaptığı sporlar:

Yapmak istediği sporlar:

Katıldığı etkinlikler (sanatsal/spor/boş zaman aktiviteleriyle ilgili olan):

Katılmak istediği etkinlikler:

Hafta içi gün boyunca ;

- Arkadaşlarıyla dışarda oyun amaçlı geçirdiği süre:
- Eğlence amaçlı okumaya ayrılan süre:
- Bilgisayar (internet ve oyun amaçlı) kullanmaya ayrılan süre:
- Sosyal ve sanatsal faaliyetlere ayrılan süre;
- Televizyon seyretmeye ayrılan süre:
- Televizyonda takip edilen programların türü:

Kişisel Hijyen

Haftada banyo yapma sıklığı:

El yıkama Alışkanlığı:

Tuvalete girmeden önce ()

Tuvalette çıktıktan sonra ()

Yemek yemeden önce ()

Yemekten sonra ()

Ellerini kirli hissettiğinde ()

Tuvalet temizliğini yapma şekli: Önden arkaya () Arkadan öne () Her ikisinde ()

Tuvalet kağıdı kullanma durumu: Var () Yok ()

El tırnaklarını kesme şekli ve sıklığı:

Ayak tırnaklarını kesme şekli ve sıklığı:

Dişlerini fırçalama alışkanlığı: Var () Kaç kere..... .. Tekniği: Doğru () Yalnız ()

Yok ()

Kullanılan iç çamaşırın türü (Pamuklu, penye, naylon...):

İç çamaşırlarını değiştirme sıklığı:

İç çamaşırlarının yıkanma şekli:

İç çamaşırlarının renk ve kumaş özellikleri:

İç çamaşırlarının ütülenme durumu : Evet () Hayır ()

Çorapları değiştirme sıklığı :

Banyo yapmanın dışında ayak yıkama sıklığı:

Banyo yapmanın dışında saç yıkama sıklığı:

Saçların genel görünümü:

Kulak temizliği yapma durumu: Evet () Yapma şekli.....

Hayır ()

Pedriatrik Yaşam Kalitesi 4.0 Envanteri PEDSQL 4.0)

	Hiç	Hemen hiç	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
Sağlığım ve Aktivitelerim Hakkında					
1-Benim için bir sokaktan uzun yürümek zor oluyor					
2-Koşmak beni zorluyor					
3-Benim için spor aktivitelerine ya da egzersizlere katılmak zor oluyor					
4-Ağır birşeyi kaldırmak bana zor geliyor					
5-Kendi kendime banyo yapmak ya da duş almak bana zor geliyor					
6-Evde sorumluluğum olan işleri yapmaktaki zorlanıyorum					
7-Ağrım var					
8-Kendimi yorgun hissediyorum					
Duygularım Hakkında (ile problemlerim...)					
1- Korkuyorum					
2-Üzgünüm					
3-Kızgımım					
4-Uyumada zorlanıyorum					
5-Bana ne olacağı konusunda endişeliyim					
Diğerleri ile Benim Aramda					
1-Diğer çocuklar ile anlaşmakta zorlanıyorum					
2-Diğer çocuklar benimle arkadaş olmak istemezler					
3-Diğer çocuklar benimle dalga geçer					
4-Benim yaındaki diğer çocukların yapabildiklerini yapamıyorum					
5-Diğer çocuklarla oynarken onlardan geri kalmıyorum					
Okul Hakkında					
1-Derste dikkatimi toplamada zorlanırım					
2-Derslerle ilgili bazı şeyleri unutuyorum					
3-Okul ödevimi yetiştirmekte zorlanıyorum					
4-Kendimi iyi hissetmediğimde okula gidemiyorum					
5-Doktora veya hastaneye gittiğim günlerde okula gidemiyorum					

2.3.2 ÇOCUK SAĞLIĞI ANKETİ – ANNE – BABA FORMU

AÇIKLAMALAR

- 1.Bu ankette size çocuğunuzun sağlığı ve genel durumu hakkında sorular sorulmaktadır. Vereceğiniz cevaplardan kimseye söz edilmeyecektir.
- 2.Bu ankete katılmamanız çocuğunuzun bakımını etkilemeyecektir.
- 3.Soruları uygun kutuları işaretleyerek yanıtlayınız.
- 4.Bazı sorular benzer gözükabilir, ancak her biri birbirinden farklıdır. Bazı soruların sizin çocuğunuz ile ilgisi olmayabilir. Ama bizim için bunu bilmek de önemlidir. Lütfen her soruya yanıt verin.
- 5.Burada doğru veya yanlış yanıt yoktur. Bir sorunun yanıtından emin değilseniz verebileceğiniz en yakın yanıtı verin ve sayfanın kenarına bir açıklama yapın .
- 6.Tüm açıklamalar okunacaktır. Bu nedenle dilediğiniz kadar çok açıklama yapabilirsiniz

1.BÖLÜM: ÇOCUGUNUZUN GENEL SAĞLIĞI

11 Genel olarak çocuğunuzun sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Mükemmel Çok iyi İyi Orta Kötü

2.BÖLÜM: ÇOCUGUNUZUN BEDENSEL AKTİVİTELERİ:

Geçen 4 hafta süresince çocuğunuz sağlık sorunları nedeniyle aşağıdaki işleri yapmakta kısıtlandı mı?

	Evet çok	Evet biraz	Çok az	Hayır hiç
a.Futbol oynamak veya koşmak gibi çok enerji gerektiren işlerde				
b.Bisiklete binmek gibi biraz enerji gerektiren işlerde				
c.Mahallede oyun alanında veya okulda dolaşma yeteneği				
d.Bir sokak boyu yürürken veya bir kat merdiven çıkarken				
e.Eğilirken kaldırırken veya çömelirken				
f.Kendi isini görürken yani yemek yerken giyinirken yıkanırken veya tuvalete giderken				

3.BÖLÜM:ÇOCUGUNUZUN GÜNLÜK AKTİVİTELERİ

3.1 Geçen 4 hafta süresince çocuğunuzun okul ödevleri veya arkadaşları ile yaptığı ortak faaliyetleri davranışlarının yarattığı duygusal zorluklar ve problemlerden dolayı kısıtlandı mı?

	Evet çok	Evet biraz	Çok az	Hayır hiç
a.Okuldaki uğraşların veya arkadaşları ile yapabildiği işlerin çeşidinde kısıtlılık				
b. Okuldaki uğraşlara veya arkadaşları ile yapabildiği işlere ayırdığı sürede kısıtlılık				
c Okuldaki uğraşları veya arkadaşları ile yapabildiği işleri uygulamada kısıtlılık				

3.2 Geçen 4 hafta süresince çocuğunuzun okul ödevleri veya arkadaşları ile yaptığı ortak faaliyetler aşağıdaki durumlarda bedensel salgına bağlı olarak kısıtlandı mı?

	Evet çok	Evet biraz	Çok az	Hayır hiç
a.Okuldaki uğraşların veya arkadaşları ile yapabildiği işlerin çeşidinde kısıtlılık				
b. Okuldaki uğraşlara veya arkadaşları ile yapabildiği işlere ayırdığı sürede kısıtlılık				

4.BÖLÜM: AGRI

4.1 Geçen 4 hafta süresince çocuğunuzun ne kadar bedensel ağrısı ve rahatsızlığı oldu?

- Hiç Çok hafif Hafif Orta Siddetli Çok siddetli

4.2 Geçen 4 hafta süresince çocuğunuzun ne sıklıkta bedensel ağrısı ve rahatsızlığı oldu?

- Hiç Bir veya iki kez Birkaç kez Oldukça sık Çok sık Her gün

5.BÖLÜM:DAVRANIS

5.1 Geçen 4 hafta süresince aşağıdaki durumlar ne sıklıkta çocuğunuzda ortaya çıktı?

	Çok sık	Oldukça sık	Bazen	Hemen hiç	Hiç
a.Çok fazla münakasa etti					
b.Dikkatini toplama veya dikkatini vermede zorluk çekti.					
c.Yalan söyledi veya aldattı.					
d.Ev içinde veya dışında bir şeyler çaldı.					
e.Öfke veya kızgınlık nöbetleri geçirdi					

5.2Kendi yaşlıları ile karşılaştırdığınızda çocuğunuzun davranışları genel olarak:

- Mükemmel Çok iyi İyi Orta Kötü

6.BÖLÜM:DUYGUSAL DURUMU

6.1 Geçen 4 hafta süresince çocuğunuz kaç kez:

	Her zaman	Sıklıkla	Arada	Nadiren	Hiçbir zaman
a.Ağlamak istedi					
b.Kendini yalnız hissetti.					
c.Sinirli davrandı					
d.Sıkıntılı ve kırdın davrandı					
e. Neşeli davrandı.					

7.BÖLÜM: ÖZSAYGI

7.1 Geçen 4 hafta süresince aşağıdaki alanlarda çocuğunuzun ne kadar tatmin olduğunu düşünüyorsunuz.

	Çok memnun	Kısmen	Ne memnun ne değil	Kısmen tatminsiz	Çok tatminsiz
a.Okul becerilerinden.					
b.Atletik becerilerinden					
c.Arkadaşlık ilişkilerinden					
d.Fiziksel görünümünden.					
e.Aile ilişkilerinden					
f.Genel olarak hayatından					

8.BÖLÜM: ÇOCUGUNUZUN SAĞLIĞI

8.1 Aşağıdaki ifadelerden her biri çocuğunuz için ne oranda doğru ya da yanlıştır?

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a.Çocuğum tanıdığım diğer çocuklardan daha az sağlıklı görünüyor.					
b.Çocuğum hiç ciddi bir hastalık geçirmedi.					
c.Etrafta dolanan salgın bir hastalık varsa çocuğum genellikle onu kapar.					
d.Çocuğumun çok sağlıklı bir yaşamı olacağına inanıyorum					
e.Benim çocuğumun sağlığı için duyduğum endişeler diğer insanların çocukları için duyduklarından daha fazla					

8.2 Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda çocuğunuzun sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok daha iyi Biraz daha iyi aynı Biraz daha kötü Çok daha kötü

9.BÖLÜM: SİZ VE AİLENİZ

9.1 Geçen 4 hafta süresince aşağıdakilerden her biri sizde ne kadar üzüntü ve endişeye neden oldu?

	Hiç	Çok az	Biraz	Epeyce Çok
a.Çocuğunuzun bedensel sağlığı				
b.Çocuğunuzun ruhsal durum ve davranışı				
c.Çocuğunuzun dikkati ve öğrenme yeteneği				

9.2 Geçen 4 hafta süresince aşağıdaki nedenlerden dolayı kendi gereksinimleriniz için ayırdığımız zaman kısıtlandı mı?

	Evet çok	Evet biraz	Çok az	Hayır hiç
a.Çocuğunuzun bedensel sağlığı				
b.Çocuğunuzun ruhsal durum ve davranışı				
c.Çocuğunuzun dikkati ve öğrenme yeteneği				

9.3Geçen 4 hafta süresince çocuğunuzun sağlığı ve davranışları ne sıklıkta:

	Çok sık	Oldukça sık	Bazen	Hemen hiç	Hiç
a.Ailece yapabileceğiniz işlerin çeşidini kısıtladı.					
b.Ailece yapılan bazı günlük faaliyetleri kısıtladı (birlikte yemek yeme TV seyretme)					
c.Ailece kalkıp bir anda bir yere gitme yeteneğinizi kısıtladı.					
d.Aile içinde gerginlik ve fikir ayrılığına yol açtı.					
e.Aile içinde anlaşmazlık ve tartışma kaynağı oldu.					
f.Son anda planlarınızı değiştirmenize yada iptal etmenize neden oldu.					

9.4Genelde ailenizin birbirleri ile geçinme yeteneğini nasıl değerlendirirsiniz?

- Mükemmel
 Çok iyi
 İyi
 Orta
 Kötü

Akademik erteleme davranışlarının değerlendirilmesi

Akademik erteleme ölçeği

Bu ölçeğin amacı sizin ders çalışma alışkanlıklarınızı belirlemektir. Aşağıda bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup sizi ne kadar tanımladığınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki sayıların üzerine (X) işareti koyarak belirleyiniz.

1.Beni hiç yansıtmıyor 2.Beni çok az yansıtıyor

3.Beni biraz yansıtıyor 4.Beni çoğunlukla yansıtıyor 5.Beni tamamen yansıtıyor

1 Derslerimi düzenli olarak çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2 Ödevlerimi/projelerimi genellikle son belirlenen tarihte yetiştiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3 Daha keyifli şeyler yapmak için ders çalışmayı bırakırım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4 Sınavlardan önce konuları tekrar etmeye zamanın kalır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5 Ne zaman dersin başına otursam aklıma yapmam gereken başka işler gelir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6 Önemli olsalar bile sınavlara çalışmayı gereksiz yere son güne bırakırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7 Derslere hazırlanarak gelirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8 Sıkıcı ders çalışmayı son ana bırakırım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9 Herhangi bir dersle ilgili verilen okumaları derse okumuş olarak gelirim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10 Ders çalışırken bir şey yapmak, birisiyle konuşmak, çay ya da kahve içmek vb. için sık sık ara veririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11 Ödevlerimi/projelerimi zamanında teslim ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12 Tarihi önceden bildirilmiş olsa bile sınav günü yaklaştığında önceliği belli olmayan başka işlerle uğraştığım olur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13 Kendime bir ders çalışma programı hazırlamış olsam ona uyarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14 Önemli derslere çalışmayı bile son güne bırakırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15 Çalışmayı son bıraktığım için başarısız olduğum derslerim olur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16 Ödevlerimi/projelerimi zamanında yetiştiremem	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17 Bir sınavdan önce sınavla ilgili konuları her yönüyle çalışmış olurum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18 Ödevlerimi/projelerimi yapmayı önemsiz gerekçelerle son güne bırakırım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19 Ben derslerimi çalışmayı son ana bırakan ancak bir daha ki sefere çalışmaya zamanında başlayacağım diyen bir öğrenciyim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK.2. ÖĞRENCİ SEVK FORMU

Öğrencinin Adı-Soyadı:

Şubesi:

Numarası:

Başvuru / Muayene Tarihi:

Muayene Bulguları:

Sevk Edilme Nedeni:

Okul Hemşiresinin Adı-Soyadı:

Sevk Tarihi:

İmza:

Sevk Edilen Hekimin Kararı:

Önerilen Tedavi Planı:

Hekimin Adı-Soyadı

Tarih:

İmza:

EK 3. ÖĞRENCİ KAZA KAYIT FORMU**Öğrencinin Adı-Soyadı:**

Cinsiyeti:

Şube:

No:

Tarih:

Kazanın-yaralanmanın olduğu zaman*:**Kaza-yaralanmanın olduğu yer ve özellikleri****Kaza-yaralanmanın Oluş Şekli:****Etkilenen Bölge:****Yaranın Tipi:****Diğer Fiziksel Bulgular:****Yapılan Uygulamalar:**

İlk Yardım ()

Okul Aktivitesini Kısıtlama ()

112 çağırma ()

Eve gönderme ()

Sevk() Pansuman ()

Okuldan ayrı kaldığı zaman

Hiç ()

Yarım gün ()

1-2 gün ()

Bir ders saati ()

Tam gün ()

3 gün ve üzeri ()

Formu Dolduran

Okul Hemşiresinin Adı-Soyadı:

EK.4 OMAHA SİSTEMİ

Seçtiğiniz durumu: **I. Sağlığı Geliştirme, Potansiyel** (Risk Faktörleri) ve **Aktüel** (belirti, bulgular) ve **II. A (Aile), B (Birey) ya da G (Grup) olarak daire içine alınız.**
Birey no. belirtiniz. Potansiyel'i işaretlediyseniz, risk faktörlerini yazınız; Aktüel'i işaretlediyseniz; bir ya da daha fazla belirti/ bulguyu daire içine alınız. Birden fazla birey için belirti /bulgu işaretlediyseniz açıklamalar bölümünü doldurunuz.

Tarih:
Hemşire Adı:
Aile Adı:
Aile No:
Aile Bireyleri:
(1) (5)
(2) (6)
(3) (7)
(4) (8)

01. ÇEVRESEL ALAN

01. Gelir

Gelir Kaynağı:.....

Gelir Miktarı:.....

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. gelirin düşük olması / hiç olmaması **02.** sağlık güvencesinin olmaması

03. para yönetiminde *güçlük* **04.** sadece temel gereksinimlerini satın alabilme **05.** gereksinimlerini satın alma güçlüğü **06.** diğer

02. Sanitasyon

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. yaşanılan alanının kirli olması **02.** besinlerin saklanması ve kullanılması yetersizlik **03.** böcek / kemiricilerin olması **04.** kötü kokular **05.** temiz su sağlamada yetersizlik **06.** kanalizasyon kullanımında yetersizlik **07.** çamaşır yıkama koşullarının yetersiz olması **08.** allerjenler **09.** bulaşıcı kirletici ajanlar enfeksiyonlar / kontaminasyon ajanları **10.** küf **11.** ev hayvanlarının sayısının fazla olması **12.** diğer

03. Konut

Konutun Tipi

Konut: Kendine ait Kira

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel ;(Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. yapısal olarak sağlam olmaması **02.** ısıtma/soğutmanın yetersiz olması **03.** dik / *güvenli olmayan* merdivenler **04.** bina giriş çıkışlarının yetersiz / kapalı olması **05.** yaşanılan alanın dağınık olması **06.** tehlikeli madde ve araçların güvenli bir şekilde saklanmaması **07.** güvenli olmayan halı/ paspaslar **08.** güvenlik araçlarının (alarm, yangın söndürücü vb.) yetersiz olması **09.** kurşun bazlı boya kullanımı **10.** güvenli olmayan ev araçları **11.** yaşam alanının kalabalık yetersiz olması **12.** elektrik kabloların vb. açıkta ve korunmasız olması **13.** yapısal engeller **14.** evsiz **15.** diğer

04. Yaşam alanı / iş ortamı güvenliği

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. cinayet (şiddet) oranının yüksek olması **02.** kirlilik oranının yüksek olması **03.** kontrol edilmemiş *tehlikeli ve enfekte* hayvanlar **04.** güvenli oyun ve *egzersiz* alanlarının *yetersiz* olması **05.** sağlığı geliştirmek için uygun kaynakların ve alanların yetersiz olması **06.** şiddet ihbarları /tehditler **07.** fiziksel tehlikeler **08.** araç/ trafik tehlikeleri **09.** kimyasal tehlikeler **10.** radyasyon tehlikesi **11.** diğer

Çevresel Değerlendirme:

.....

.....

02. PSİKOSOSYAL ALAN

05.Toplum kaynakları ile iletişim

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. hizmetlerden nasıl yararlanacağını ve haklarını bilmeme **02.** hizmet sunanların görevlerini ve rolleri bilmeme **03.** hizmet sunanlarla iletişim kuramama **04.** hizmetlerden memnun olmama **05.** dil engeli **06.** kaynakların olmaması/ yetersiz olması **07.** kültürel engeller **08.** eğitimsel engeller **09.** ulaşım engelleri **10.** hizmetlere ulaşmada yetersizlik **11.** iletişim araçlarının yetersizliği/ kullanılamaması **12.** diğer

06. Sosyal ilişki

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. sınırlı sosyal ilişki **02.** sosyal ilişkilerin sağlık çalışanları ile sınırlı kalması **03.** dış uyaranların /boş zaman aktivitelerinin çok az olması **04.** diğer

07. Rol değişimi

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. istenmeyen rol değişimi **02.** yeni role uyumsuzluk **03.** rol kaybı **04.** diğer

08.Kişiler arası ilişkiler

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. ilişkiye başlama/ sürdürmede güçlük **02.** paylaşılan aktivitelerin az olması **03.** değerler/ amaçlar/ beklentiler / programlarda uyumsuzluk **04.** kişiler arası iletişim becerilerinde yetersizlik **05.** uzun süren, düzelmeyen gerginlik **06.** gereksiz şüphe/ manipülasyon / kontrol **07.** partnere duygusal ve fiziksel olarak kötü davranma **08.** problemlerini çözerken çatışmaya girmek **09.** diğer

09. İnanç

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. inançla ilgili endişelerini ifade etme **02.** inanca ilişkin uygulamaların kesintiye uğraması **03.** inanç ile ilgili güvenini kaybetmesi **04.** tıbbi / sağlık bakımı uygulamaları ile dini inançların çatışması **05.** diğer

10.Üzüntü

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. üzüntü/ iyileşme sürecinin aşamalarını fark edememe **02.** üzüntü tepkileri ile baş etmede güçlük **03.** üzüntü tepkilerini ifade etmede güçlük **04.** üzüntü sürecinde bireyler/aileler arasında uyumsuzluk **05.** diğer

11.Mental sağlık

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. üzüntü /umutsuzluk / azalmış özgüven **02.** endişe / tanımlanmamış korkular **03.** öz bakım ve günlük aktiviteleri sürdürmede ilgi kaybı **04.** odaklanmada / dikkati toplamada sınırlılık **05.** duygularda küntleşme **06.** huzursuz/ ajite/ saldırgan **07.** amaçsızlık/ tekrarlayan hareketler

08. stres yönetiminde güçlük **09.** öfke yönetiminde güçlük **10.** somatik yakınmalar /yorgunluk **11.** sanrı (delüzyon) **12.** yanılsama (halüsinasyon/illüzyon) **13.** kendini / başkasını öldürme düşüncesini ifade etme **14.** kendini / başkasını öldürme girişimi **15.** kendi kendini kesme/ yaralama **16.** duygu durumunda dalgalanma **17.** geçmişe ait travmatik görüntüler (flash-backs) **18.** diğer

12. Cinsellik

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. cinsel davranışların sonuçlarını fark etmede güçlük **02.** özeline ifade etmede güçlük **03.** cinsel kimlik karmaşası **04.** cinsel değerlerde karmaşa **05.** cinsel ilişkilerinde doyumсузлук **06.** güvensiz cinsel davranışlar **07.** cinsel dışı vurum/ kıskırtıcı davranışlar/ eziyet **08.** cinsel suç işleme / cinsel saldırı **09.** diğer

13.Bakım verme / ebeveynlik

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01.fiziksel bakım/ güvenliği sağlamada güçlük **02.**duygusal bakım vermede güçlük **03.**bilişsel öğrenme deneyimleri ve aktiviteleri sağlamada güçlük **04.**koruyucu ve tedavi edici bakım sağlamada güçlük **05.**büyüme ve gelişme aşamaları ile uyumlu olmayan beklentiler **06.**sorumluluk almada zorlanma / memnuniyetsizlik **07.** sözlü /sözsüz iletişim ya da yorumlamada güçlük **08.** ihmal **09.** kötüye kullanma (istismar) **10.** diğer

14. İhmal

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. fiziksel bakım eksikliği **02.** duygusal bakım /destek eksikliği **03.** uygun uyaran /bilişsel deneyim eksikliği **04.** uygunsuz bir şekilde yalnız bırakılma **05.** gerekli denetimin eksikliği **06.** yetersiz / gecikmiş tıbbi bakım **07.** diğer

15.İstismar

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. sert / aşırı disiplin **02.**izler / morartı / yanıklar/ diğer yaralar **03.** yaralanma ile ilgili çelişkili açıklamalar **04.** sözlü saldırı **05.** korkak / ürkek davranışlar **06.** şiddet içeren çevre **07.** sürekli olumsuz eleştiriler **08.** cinsel saldırıya uğrama **09.** diğer

16.Büyüme / gelişme

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. gelişimsel tarama testlerinde normal olmayan sonuçlar **02.** tartı - boy, baş çevresi değerlerinin yaş/ büyüme standardına uygun olmaması **03.** yaşa uygun olmayan davranışlar **04.** gelişimine uygun görevlerini başarmada / sürdürmede yetersizlik **05.** diğer

Psikososyal Değerlendirme:

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

03. FİZYOLOJİK ALAN

17. İşitme

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01.normal konuşma ses tonunu duymada güçlük **02.** kalabalık ortamlarda konuşmaları duymada güçlük **03.**yüksek frekanslı sesleri duymada güçlük **04.** sese anormal yanıt / yanıtızlık **05.** işitme tarama testinde normal olmayan sonuçlar **06.** şaşılık / göz kırpma / gözlerde sulanma / bulanık görme **07.** uçuşan nesnelere ve ışık görme **08.** renkleri ayırt etmede güçlük **09.** diğer

18. Görme

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. küçük karakterli yazıları görmeye güçlük **02.** uzaktaki cisimleri görmeye güçlük **03.** yakındaki cisimleri görmeye güçlük **04.** görsel uyaranlara anormal yanıt / yanıtızlık **05.** görme tarama testinde normal olmayan sonuçlar **06.** şaşılık / göz kırpma / gözlerde sulanma / bulanık görme **07.** uçuşan nesnelere ve ışık görme **08.** renkleri ayırt etmede güçlük **09.** diğer

19.Konuşma ve dil

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01.konuşma ve ses çıkarabilme yeteneğinde anormallik / konuşamama **02.**anlayamama / anlama yeteneğinde anormallik **03.**alternatif iletişim becerilerinin / el-kol hareketlerinin (jestlerin) olmaması **04.** cümle yapılarının uygun olmaması **05.** telaffuzun sınırlı olması / anlaşılır olmaması **06.** uygun olmayan kelime kullanımı **07.** diğer

20.Ağız Sağlığı

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. dişlerde şekil bozukluğu / kırık/ kayıplar **02.** çürükler **03.** aşırı tartar **04.** yaralı / şiş / kanayan dişeti **05.** dişlerde kapanma bozukluğu **06.** iyi oturmayan / eksik takma dişler **07.** sıcak ya da soğuğa hassasiyet **08.** diğer

21.Algılama

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. muhakeme yeteneğinde azalma **02.** zaman/ kişi /yer oryantasyonunda bozulma **03.** yakın zamandaki olayları hatırlamada sınırlılık **04.** uzun zaman öncesindeki olayları hatırlamada sınırlılık **05.** hesaplama ve ardışık hareket becerilerinde sınırlılık **06.** konsantrasyonda sınırlılık **07.** mantıklı /soyut düşünebilmede sınırlılık **08.** kontrolsüz hareket **09.** tekrarlayan konuşmalar /davranışlar **10.** amaçsız olarak dolaşmak / kaybolmak **11.** diğer

22.Ağrı

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. rahatsızlık/ağrı ifade etme **02.** nabız / solunum sayısı / kan basıncında yükselme **03.** ağrıyan bölgenin desteklenmesi/ korunması **04.** yerinde duramama **05.** yüzünü buruşturma **06.** soluk görünüm / terleme **07.** diğer

23.Bilinç**Sağlığı Geliştirme****Potansiyel** (Risk faktörleri:)**Aktüel ; Belirti /Bulgular****01.** dalgın (letarji) **02.** uykulu (stupor) **03.** uyarılara cevapsız
04. bilinçsiz (Koma) **05.** diğer**24.Deri****Sağlığı Geliştirme****Potansiyel** (Risk faktörleri:)**Aktüel ; Belirti /Bulgular****01.** lezyon / bası yarası **02.** döküntü **03.** aşırı kuru **04.** aşırı yağlı
05. enflamasyon **06.** kaşıntı **07.** akıntı **08.** çürük- ezik **09.** tırnakların
aşırı büyümesi **10.** yara iyileşmesinde gecikme **11.** diğer**25.Sinir-kas-iskelet fonksiyonu****Sağlığı Geliştirme****Potansiyel** (Risk faktörleri:)**Aktüel ; Belirti /Bulgular****01.** hareketlerde sınırlılık **02.** kas gücünde azalma **03.** koordinasyonda
azalma **04.** kas tonüsünde azalma **05.** kas tonüsünde artma **06.** duyuda
azalma **07.** duyuda artma **08.** dengede bozukluk **09.** yürüme / hareket
etme güçlüğü **10.** taşınma/transfer güçlüğü **11.** kırıklar **12.** titremeler /
ataklar **13.** vücut ısısının düzenlenmesinde zorluk **14.** diğer**26.Solunum****Sağlığı Geliştirme****Potansiyel** (Risk faktörleri:)**Aktüel ; Belirti /Bulgular****01.** anormal solunum tipleri **02.** bağımsız olarak nefes alamama
03. öksürme **04.** öksürememe / bağımsız olarak balgam çıkaramama
05. siyanoz **06.** anormal balgam **07.** sesli solunum **08.** burun akıntısı /
nazal konjesyon **09.** anormal solunum sesleri **10.** solunum ile ilgili
laboratuar sonuçlarında anormallik **11.** diğer**27.Dolaşım****Sağlığı Geliştirme****Potansiyel** (Risk faktörleri:)**Aktüel ; Belirti /Bulgular****01.** ödem **02.** ekstremitelerde ağrı/ kramp **03.** nabız sayısında azalma
04. deride renk değişikliği / siyanoz **05.** etkilenmiş bölgede ısı değişikliği
06. damarlarda varis oluşması **07.** senkop atakları (bayılma)/ baş
dönmesi **08.** anormal kan basıncı ölçümleri **09.** eksik nabız (pulse deficit)
10. kalp ritminde düzensizlik **11.** kalp hızında aşırı artış **12.** kalp hızında
aşırı azalma **13.** göğüs ağrısı **14.** anormal kalp sesleri / üfürümler **15.**
pıhtılaşma bozukluğu **16.** kardiyak laboratuvar sonuçlarında anormallik
17. diğer**28.Sindirim- Hidrasyon****Sağlığı Geliştirme****Potansiyel** (Risk faktörleri:)**Aktüel ; Belirti /Bulgular****01.** bulantı /kusma **02.** çiğneme/ yutma/ sindirim güçlüğü / yapamama
03. hazımsızlık **04.** reflü **05.** iştahsızlık **06.** anemi **07.** asit (karında sıvı
toplanması) **08.** sarılık/ karaciğer büyümesi **09.** deri turgorunun azalması
10. dudak çatlaması/ ağız kuruluğu **11.** elektrolit dengesizliği **12.** diğer

29. Bağırsak Fonksiyonu

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. defekasyon sıklığında/ dışkı kıvamında anormallik **02.** ağırlı defekasyon

03. bağırsak seslerinde azalma **04.** dışkıda kan **05.** dışkıda renk değişikliği

06. kramp / karın bölgesinde rahatsızlık **07.** fekal inkontinans (dışkı kaçıрма) **08.** diğer

30. Üriner Fonksiyon

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. idrar yaparken yanma / ağrı **02.** idrar kaçıрма **03.** sıkışma hissi/sık

idrara gitme **04.** idrar yapmada güçlük **05.** mesaneyi boşaltmada güçlük

06. anormal miktar **07.** hematüri / renk değişikliği **08.** noktüri **09.** üriner sistemle ilgili laboratuvar sonuçlarında anormallik **10.** diğer

31. Üreme Fonksiyonu

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. anormal akıntı **02.** anormal menstruasyon şekli **03.** menopoz /

andropozu yönetmede güçlük **04.** üreme organlarında veya memede

anormal kitle, şişme ve hassasiyet **05.** cinsel ilişki sırasında veya

sonrasında ağrı **06.** infertilite (kısırlık) **07.** iktidarsızlık **08.** diğer

32. Gebelik

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. doğmamış bebeği kabullenmede güçlük **02.** vücut değişikliklerine uyum

sağlamada güçlük **03.** doğum öncesi egzersiz/ dinlenme/ beslenme

davranışları ile ilgili güçlük **04.** doğum eyleminden korkma **05.** prenatal

komplikasyonlar/ erken doğum **06.** yetersiz sosyal destek **07.** diğer

33. Postpartum

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. emzirmede güçlük **02.** doğum sonu değişikliklere uyum sağlamada

güçlük **03.** doğum sonu egzersiz/ dinlenme/ diyet/ davranışlarını yapmada

güçlük **04.** anormal kanama/ vajinal akıntı **05.** doğum sonu

komplikasyonları **06.** depresif duygular **07.** diğer

34. Bulaşıcı /Enfeksiyon Durumu

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. enfeksiyon **02.** yayılma (bulaşma) **03.** ateş **04.** biyolojik tehlikeler

05. tarama / kültür/ laboratuvar sonuçlarında pozitiflik **06.** bulaşmayı

önlemek için gereç/ malzeme/ politikaların yetersiz olması **07.** enfeksiyon

kontrolü ilkelerinin izlenmemesi **08.** yetersiz bağışıklama **09.** diğer

Fizyolojik değerlendirme:

.....

.....

.....

04. SAĞLIK DAVRANIŞLARI

35. Beslenme

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. fazla kilo (yetişkinlerde BKİ'nin 25 ve üzerinde, çocuklarda BKİ'nin 95. persentil ve üzerinde olması) **02.** düşük kilo (yetişkinlerde BKİ'nin 18.5 ve altında, çocuklarda BKİ'nin 5. persentil ve altında olması) **03.** günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın altında olması **04.** günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın üzerinde olması **05.** dengesiz beslenme **06.** yaşa uygun olmayan beslenme programı **07.** önerilen beslenme programını sürdürmemesi **08.** açıklanamayan / sürekli kilo kaybı **09.** besin alma/hazırlamada yetersizlik **10.** hipoglisemi **11.** hiperglisemi **12.** diğer

36. Uyku ve Dinlenme Düzeni

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. uyku ve dinlenme düzeninin aileyi rahatsız etmesi **02.** gece sık sık uyanma **03.** uyurgezerlik **04.** uykusuzluk **05.** kabus görme **06.** yaşa / fiziksel duruma göre yetersiz uyku/ dinlenme **07.** uyku apnesi **08.** horlama **09.** diğer

37. Fiziksel Aktivite

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. sedanter yaşam biçimi **02.** yetersiz / düzensiz egzersiz **03.** yaşa / fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz şekli/ miktarı **04.** diğer

38. Kişisel Bakım

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. Giysilerin temizliğinin sağlanmasında güçlük **02.** Banyo yapmada güçlük **03.** Giyim kuşam aktivitelerinde güçlük **04.** Alt vücut giyiminde güçlük **05.** Üst vücut giyiminde güçlük **06.** Kötü vücut kokusu **07.** Saçları yıkama/ taramada güçlük **08.** Ağız bakımı/ diş fırçalama/ diş ipi kullanmada güçlük **09.** Bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutma/ yapmayı istememe/yapamama **10.** Diğer

39. Madde Kullanımı

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. reçeteli/ reçetesiz ilaçların kötüye kullanımı **02.** uyarıcı / uyuşturucu/ sokakta satılan maddelerin kullanımı **03.** alkolün kötüye kullanımı **04.** sigara / tütün ürünlerinin içimi / kullanımı **05.** günlük rutinleri yerine getirmede zorlanma **06.** reflekslerde bozulma **07.** davranış değişikliği **08.** sigara- puro dumanına maruz kalma **09.** Yasal olmayan maddeleri alma/ satma **10.** Diğer

40. Aile Planlaması

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:)

Aktüel ; Belirti /Bulgular

01. aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış/ yetersiz bilgi **02.** gebelik öncesi sağlık uygulamalarına ilişkin yanlış / yetersiz bilgi **03.** düzensiz/ etkisi sınırlı bir yöntem kullanma **04.** kullandığı yöntemden memnun olmama **05.** aile planlaması seçimi hakkında başkalarının tepkilerinden korkma **06.** aile planlaması yöntemlerine ulaşmada güçlük **07.** diğer

41.Sağlık Bakım Denetimi**Sağlığı Geliştirme****Potansiyel** (Risk faktörleri:)**Aktüel ; Belirti /Bulgular**

01. rutin / koruyucu sağlık bakımını yaptırmama **02.** değerlendirme / tedavi gerektiren semptomlar için bakım almama **03.** sağlık randevularına gitmeme **04.** birden fazla randevuyu/ tedavi planını koordine edememe **05.** sağlık bakım kaynaklarının sürekliliğinin olmaması **06.** sağlık bakım kaynaklarının yetersiz olması **07.** tedavi planının yetersiz olması **08.** diğer

42. Tedavi Rejimi**Sağlığı Geliştirme****Potansiyel** (Risk faktörleri:)**Aktüel ; Belirti /Bulgular**

01. önerilen doz/ tedavi programına uymama **02.** yan etki /istenmeyen tepkilerin olması **03.** ilaç sağlayan sistemin yetersiz olması **04.** ilaçların uygun olmayan şekilde saklanması **05.** biten ilaçların yerine konmaması **06.** aşı yaptırmama **07.** tedavi rejiminin yetersiz olması **08.** yardım almadan ilaç alamama **09.** diğer

Sağlık Davranışları Değerlendirme:

.....

.....

BİREY ADI: PLAN TARİHİ:		GİRİŞİM KATEGORİLERİ ERD: Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık Tİ: Tedavi ve İşlem		VY : Vaka Yönetimi SV: Surveys Hemşire Adı.....
HEMŞİRELİK TANISI	GİRİŞİM			DEĞERLENDİRME
Problem	Kateg ori	Bireye özel girişimler	Uygulam a Tarihi	Son Değerlendirme (---/----/ -----)

HEDEFLER

1. Aile planlaması
2. Alçı bakımı
3. Anatomi/ fizyoloji
4. Araç gereçler
5. Bağırsak bakımı
6. Bağlılık
7. Bakım verme /ebeveynlik becerileri
8. Bakımın sürekliliği
9. Baş etme becerileri
10. Belirti/bulgular-Fiziksel
11. Belirti/bulgular-Mental/Emosyonel
12. Beslenme yol ve yöntemleri
13. Büyüme ve gelişme
14. Çevre
15. Davranış değiştirme
16. Dayanıklı tıbbi araçlar
17. Deri bakımı
18. Destek grubu
19. Destek sistemi
20. Diğer toplum kaynakları
21. Dil ve konuşma bozuklukları bakımı
22. *Dinlenme/ uyku*
23. Disiplin
24. Diyet yönetimi
25. Diyetisyen hizmeti
26. Egzersiz
27. Eğitim
28. Enfeksiyon kontrolü
29. Esenlik
30. Etkileşim
31. Ev
32. Ev işleri
33. Fiziksel tedavi bakımı
34. Genetik
35. Gevşeme/ nefes alma teknikleri
36. Günlük bakım / süreli bakım
37. Güvenlik
38. Hareket/ transfer
39. Hastalık /yaralanmada bakım
40. Hemşirelik bakımı
41. İlaç etkisi/ yan etki
42. İlaç hazırlığı

43. İlaç tedavisinin düzenlenmesi
44. İlaç reçete etmek
45. İlaç yönetimi
46. İletişim
47. İş/çalışma
48. Kardiyak bakım
49. Kişisel hijyen
50. Laboratuvar bulguları
51. Madde bırakma
52. Mali durum
53. Manevi bakım
54. Mesane bakımı
55. Ostomi bakımı
56. Öfke yönetimi
57. Örnek toplama
58. Pozisyon verme
59. Profesyonel olmayan bakım yardımcısı
60. Rekreasyonel terapi bakımı
61. Solunum bakımı
62. Solunum terapisi/bakımı
63. Sosyal hizmetler/ danışmanlık bakımı
64. Stres yönetimi
65. Tarama yol ve yöntemleri
66. Tercüme hizmetleri
67. Tıbbi/diş bakımı
68. Topluma yardım hizmetleri
69. Uğraş terapisi bakımı
70. Ulaşım
71. Uyarma/terbiye
72. Yara bakımı/ pansuman değişimi
73. Yasal sistem
74. Yaşam sonu bakımı
75. Yürüme çalışması
76. Diğer

EK5.OMAHA SİSTEMİNE DAYALI BAKIM PLANI ÖRNEKLERİ

Tanı	Tanının Niteliği	Belirti-Bulgu	Hedefler	Girişim	Değerlendirme
41.Sağlık Bakım Denetimi (n=35)	Sağlığı geliştirme (n=31) Aktüel sağlık sorunu (n=4)	02. Değerlendirme / tedavi gerektiren semptomlar için bakım almama <i>Sağlığı Geliştirme:</i> Sağlık sorumluluğu	8.Bakımın sürekliliği 15.Davranış değiştirme (Sağlık sorumluluğu kazanma)	ERD: *Sağlığı etkileyen faktörler *Sağlıklı olmak için ne yapmalıyım? *Sağlıklı olmak elimde *Sağlıkla ilgili bilgileri kimden öğrenmeliyim? *Hasta olunca ne yapmalıyım? *Sağlıklı olunca neler yaparım? *Hasta olursam neler yapamam? *Sağlık personeli kimlerdir, sorumlulukları nedir? *Okul hemşiresi kimdir? Konulu sağlık eğitimi Sağlık sorunları ve kullanabilecekleri kaynaklar için danışmanlık (Aile) VY: Sağlık bakımı için işbirliği SV: Davranış değişikliği ve sağlık hizmeti kullanma yönünden izlem	<u>PDÖ puan</u> İlk değerlendirme: Bilgi:.2.4 Davranış: 2.0 Durum:1.7 Ara değerlendirme: Bilgi: 3.1 Davranış:2.9 Durum:3.0 Son değerlendirme Bilgi: 4.6 Davranış:4.1 Durum:3.6

Tanı	Tanının Niteliği	Belirti-Bulgu	Hedefler	Girişim	Değerlendirme
Bulaşıcı Enfeksiyon (n=33)	Sağlığı Koruma (n=27) Aktüel sağlık sorunu (n=6)	01. Enfeksiyon 03. Ateş 07. Enfeksiyon kontrolü ilkelerinin izlenmemesi 06. Bulaşmayı önlemek için gereç/malzeme politikaların yetersiz olması	40. Hemşirelik bakımı 28. Enfeksiyon kontrolü 19. Destek sistemi 45. İlaç yönetimi	ERD: Enfeksiyon kontrolü hakkında öğrenci eğitimi Grip ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü hakkında aile eğitimi Enfeksiyon kontrolü için okul idaresine danışmanlık Okul temizlik görevlilerine okul hijyeni hakkında eğitim Enfeksiyon hastalığı olan öğrencilere hastalığı yönetmeleri için sağlık eğitimi Okul geneline afiş, broşür aracılığıyla enfeksiyon kontrol ilkelerinin duyurulması VY: Enfeksiyon kontrolü için belediye, sağlık kurumlarıyla işbirliği Tİ: Hastalık tanısı olan öğrencilerin tedavi planının uygulanması Yüksek ateşe müdahale El yıkama, maske kullanımı gibi koruyucu önlemlerin alınması SV: Okul- aile ve öğrencilere yönelik uygulanan önlemlerin denetimi, Okulun hijyen yönünden denetimi Hastalık bulgularının izlemi	<u>PDÖ puan</u> İlk değerlendirme: Bilgi: 2.5 Davranış: 2.0 Durum:1.4 Ara değerlendirme: Bilgi:4.3 Davranış:3.8 Durum:3.5 Son değerlendirme Bilgi:5.0 Davranış:4.7 Durum:4.6

Tanı	Tanının Niteliği	Belirti-Bulgu	Hedefler	Girişim	Değerlendirme
Beslenme (n=31)	Sağlığı geliştirme (n=16) Aktüel sağlık sorunu (n=15)	01. Fazla kilo (<i>yetişkinlerde BKİ'nin 25 ve üzerinde, çocuklarda BKİ'nin 95. Persentil ve üzerinde olması</i>) 03. Günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın altında olması 04. Günlük kalori/ sıvı alımının istenilen standardın üzerinde olması 05. Dengesiz beslenme 06. yaşa uygun olmayan beslenme programı 09. Besin alma/ hazırlamada yetersizlik	12. Beslenme yol ve yöntemler 27. Eğitim 15. Davranış değiştirme 68. Topluma yardım hizmetleri	ERD: Sağlıklı beslenme ilkeleri hakkında öğrenci ve ailesine sağlık eğitimi Günlük besin tüketiminin yeterli ve dengeli bir içeriğe sahip olması için danışmanlık Okul kantininde satılan gıdalar için okul idaresine danışmanlık Beslenme bozukluğu olan öğrencilere danışmanlık Temel besin gruplarının ve sağlık – beslenme ilişkisinin kavranması için bilgisayar oyunu geliştirme ve uygulama VY: Diyetisyen ve yardım kuruluşları ile işbirliği Beslenme bozukluğu olan öğrencileri için sağlık kurumuyla işbirliği Tİ: Her öğrenci için beslenme programının uygulanması. Zayıf ve fazla kilolu / obezite sorunu olan öğrencilere yönelik uygulamalar SV: Boy-ağırlık takibi, Davranış değişikliği yönünden izlem Beslenme saatlerinde öğrenci gözlemi	<u>PDÖ puan</u> İlk değerlendirme: Bilgi:2.6 Davranış:2.3 Durum:2.9 Ara Değerlendirme: Bilgi:4.4 Davranış:3.2 Durum:3.6 Son Değerlendirme Bilgi: 5.0 Davranış:4.3 Durum: 4.1

Tanı	Tanının Niteliği	Belirti-Bulgu	Hedefler	Girişim	Değerlendirme
Mental Sağlık (n=30)	Sağlığı geliştirme(n=9) Aktüel Sağlık Sorunu (n=21)	01. Üzüntü /umutsuzluk / azalmış özgüven 02. Endişe / tanımlanmamış korkular 03. Öz bakım ve günlük aktiviteleri sürdürmede ilgi kaybı 04. Odaklanmada / dikkati toplamada sınırlılık 06. Huzursuz/ ajite/ saldırgan 07. Amaçsızlık/ tekrarlayan hareketler 08. Stres yönetiminde güçlük 09. Öfke yönetiminde güçlük 10. Somatik yakınmalar /yorgunluk 18. Diğer parmak emme-tırnak yeme	11. Belirti-Bulgu Mental/emosyonel 9. Başetme becerileri 64. Stres yönetimi 56. Öfke yönetimi 15. Davranış değiştirme Diğer: Boş zaman aktiviteleri	ERD: Yaşam becerileri geliştirmeye yönelik eğitim (Problem çözme, karar verme, stres yönetimi) Uygun boş zaman aktiviteleri geliştirme Sanat/spor faaliyetlere katılım sağlanması Aile-okul-öğrenci-hemşire iletişimi sağlanması Öğrencinin sosyal destek kaynaklarını güçlendirme Kendini tanıma (keşfetme) uygulamaları Solunum egzersizi, hayal kurma, yürüyüş gibi aktiviteler kazandırma Her öğrencinin kendi ilgi alanını keşfetmesi için danışmanlık VY; Sınıf öğretmeni, rehber öğretmen psikolog, psikiyatri kliniği ile işbirliği SV. Davranış değişikliği ve bulgular yönünden izlem	Değerlendirme <u>PDÖ puan</u> İlk değerlendirme: Bilgi:3.7 Davranış:2.5 Durum:2.8 Ara değerlendirme: Bilgi:4.5 Davranış:3.7 Durum:3.2 Son değerlendirme Bilgi:5.0 Davranış:4.2 Durum:3.8

Tanı	Tanının Niteliği	Belirti-Bulgu	Hedefler	Girişim	Değerlendirme
Fiziksel Aktivite (n=30)	Sağlığı geliştirme (n=26) Aktüel sağlık sorunu (n=4)	01. Sedanter yaşam biçimi 02. Yetersiz / düzensiz egzersiz	26. Egzersiz 15. Davranış değiştirme 27. Eğitim	ERD: Fiziksel aktivite ve sağlık arasındaki ilişkinin kavranması Yaşa uygun fiziksel aktivitenin belirlenmesinde danışmanlık Egzersiz ve önemi hakkında sağlık eğitimi Ailelerin farkındalığının artırılması ve çocuk için uygun koşulların oluşturulması için rehberlik VY: Uygun fiziksel aktivitenin belirlenmesi ve ortam hazırlanması için beden eğitimi öğretmeniyle işbirliği Tİ: Fiziksel aktivite programı oluşturulması Öğrencilerle birlikte fiziksel aktivite programlarını uygulamak SV: Davranış değişikliği yönünden izlem	<u>PDÖ puan</u> İlk değerlendirme: Bilgi:2.9 Davranış:1.6 Durum:.2.4 Ara değerlendirme: Bilgi:4.7 Davranış:3.4 Durum:3.3 Son değerlendirme Bilgi:4.8 Davranış:4.2 Durum:3.9

EK 6. ETİK KURUL İZİN YAZISI

7630 KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU 09 Aralık 2009

ETİK KURULUN ADI	Ankara 3 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası 2. Kat Sıhhiye/Ankara
TELEFON	312 305 10 82
FAKS	312 310 05 80
E-POSTA	selmak@hacettepe.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Kapsamlı Okul Sağlığı Hemşireliği Hizmetlerinin Öğrencilerin Akademik Performansına Etkisinin Değerlendirilmesi"				
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU	-				
	EUDRACT NUMARASI	-				
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu				
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşireliği				
	YARDIMCI ARAŞTIRICILARIN UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Gültünser Kublay Arş. Gör. Deniz Koçoğlu				
	TEZ ÖĞRENCİSİNİN UNVANI/ADI/SOYADI	-				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	-				
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	-				
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Ankara 3 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu				
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-				
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input checked="" type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>			
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>			
FAZ 3		<input type="checkbox"/>				
FAZ 4		<input type="checkbox"/>				
BE/BY		<input type="checkbox"/>				
DİĞER		<input type="checkbox"/>	Diğer ise belirtiniz:			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	İLAC ARAŞTIRMA	<input type="checkbox"/>	DİŞİ	<input type="checkbox"/>	Belirtiniz:	
	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	-	-	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	-	-	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	-	-	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 39	Tarih:03.12.2009				
	Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu'nun sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP					
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI:	Prof. Dr. Meral Tuncer					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza

Prof. Dr. Meral Tuncer	Tıbbi Tıbbi Farmakoloji	H.Ü.T.F.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Arzu Topeli İskit	İç Hastalıkları	H.Ü.T.F.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İbrahim Haznedaroğlu	Hematoloji	H.Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	KATILMADI
Prof. Dr. Murat Yurdakök	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	H.Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Astihan Avcı	Biyokimya	A.Ü.T.F.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	KATILMADI
Prof. Dr. Erdem Aydın	Tıp Tarihi ve Etik	H.Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İnci Erdemli	Eczacılık	H.Ü.E.F.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet Uğur	Biyofizik	A.Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Recep Akdur	Halk Sağlığı	A.Ü.T.F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Meltem Onurlu	Hukuk	H.Ü.H.M.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Mustafa Nuri Güler	S.M.O.Ü.	Devlet Tiyatroları	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki
 ** :Toplantıda Bulunma

09 Aralık 2008

EK7:Aydınlatılmış Onam Formu

Değerli Veli;

Velisi bulunduğunuz öğrencinin katıldığı çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Kapsamlı okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin öğrencilerin akademik performansına etkisinin değerlendirilmesi”dir. Bu araştırma, okulda verilen hemşirelik hizmetlerinin öğrencilerin okul başarısına etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmada öğrencinin sahip olduğu sağlık sorunlarının çözümlenmesi ve öğrenciye olumlu sağlık davranışları kazandırılması için gerekli hemşirelik girişimleri yapılacaktır. Bu hemşirelik girişimleri sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, izlem ve bazı sağlık sorunları için sevk işlemlerini içermektedir. Uygulamaların her aşamasında öğrenci – veli – hemşire işbirliği içinde uygulamalar yürütülecektir. Bu çalışmada öğrencinin yer alması için öngörülen süre 8 ay olmaktadır. Araştırmacı bu çalışmada okulun ilk dönemi (güz dönemi) haftada üç gün 8:30 – 15:00 saatleri arası okulda sürekli bulunacak ve her öğrenciyle haftada bir görüşme yapılacaktır. 2.dönem ise haftanın iki günü 8:30-15:00 saatleri arasında sürekli okulda bulunacak ve her öğrenci ile 15 günde bir görüşme yapılacaktır. Her iki dönemde de sıklığı on beş günde biri geçmeyecek şekilde öğrencilerle grup aktivitesi planlanacaktır. Araştırmaya toplam 33 gönüllü öğrenci alınacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmacının önerilerine uyma, planlanan bireysel/grup görüşmelerine ve bireysel/grup aktivitelerinin uygulama zamanlarına uyma, araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekilme durumunda araştırmacıya daha önceden haber verme sizin sorumluluklarınızdır.Bu çalışmada velisi bulunduğunuz öğrenci için herhangi bir risk durumu bulunmamakla birlikte, sizin için beklenen yararları ise, öğrencinin şu anki sağlık durumunu en üst düzeye getirmek ve böylece öğrencinin okul başarısını arttırmaktır. Araştırma sırasında öğrenciyi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir.

Bu çalışmada velisi bulunduğunuz öğrencinin yer alması tamamen sizin isteğinize bağlı olup, bu çalışmada yer alma nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. **Araştırmada velisi bulunduğunuz öğrencinin yer almasını reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu**

durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız nedeniyle öğrenci araştırmadan çıkarabilir.

Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacak olup, öğrenciye ve size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu formun imzalı bir kopyası size verilecektir.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

Araştırmacı;

Ad Soyad: Deniz KOÇOĞLU

Adres: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Sıhhiye / ANKARA 06100

Tel: 0 312 305 15 80 / 155

E-mail: deniizkocoglu@gmail.com

Katılımcının beyanı:

Sayın Araştırma Görevlisi Deniz KOÇOĞLU, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından şu an velisi bulunduğum öğrencinin okulunda bir çalışma yapılacağını bildirmiştir. Çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu bilgilerden sonra böyle bir çalışmaya katılımcı olarak davet edildik. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermemiz için bana yeterli zaman tanındı. Eğer bu çalışmaya velisi bulunduğum öğrenci katılırsa araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine, bu çalışma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Çalışma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bize yeterli güven verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden çalışmadan çekilebiliriz. Ancak, araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için çalışmadan çekileceğimizi önceden bildirmenin uygun olacağını bilincindeyim. Çalışma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Deniz KOÇOĞLU'nu hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu çalışmaya velisi bulunduğum öğrenci katılmak zorunda değil ve katılmayabilir. Çalışmaya katılmamız konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu çalışmada velisi bulunduğum öğrencinin katılımcı olarak yer alması kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Değerli Öğrenci;

Bu, katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Kapsamlı okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinin öğrencilerin akademik performansına etkisinin değerlendirilmesi”dir. Bu araştırma, okulda verilen hemşirelik hizmetlerinin öğrencilerin okul başarısına etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmada sizde var olan sağlık sorunlarının çözümlenmesi ve sizlere olumlu sağlık davranışları kazandırılması için gerekli hemşirelik girişimleri yapılacaktır. Bu hemşirelik girişimleri sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, izlem ve bazı sağlık sorunları için sevk işlemlerini içermektedir. Bu araştırmada öğrencinin yer alması için öngörülen süre 8 ay olmaktadır. Araştırmacı bu araştırmada okulun ilk dönemi (güz dönemi) haftada en az üç gün 8:30 – 15:00 saatleri arası okulda sürekli bulunacak ve her öğrenciyle haftada bir görüşme yapılacaktır. 2.dönem ise haftanın iki günü 8:30-15:00 saatleri arasında sürekli okulda bulunacak ve her öğrenci ile 15 günde bir görüşme yapılacaktır. Her iki dönemde de sıklığı hafta da biri geçmeyecek şekilde öğrencilerle grup aktivitesi planlanacaktır. Araştırmaya toplam 31 gönüllü öğrenci alınacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmacının önerilerine uyma, planlanan bireysel/grup görüşmelerine ve bireysel/grup aktivitelerinin uygulama zamanlarına uyma, araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekilme durumunda araştırmacıya daha önceden haber verme sizin sorumluluklarınızdır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk durumu bulunmamakla birlikte, sizin için beklenen yararları ise, şu anki sağlık durumunuzu optimum düzeye getirmektir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir.

Bu araştırmada yer almanız tamamen sizin isteğinize bağlı olup, bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. **Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır.** Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız nedeniyle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu formun imzalı bir kopyası size verilecektir.

Katılımcı (Öğrenci):

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel:

İmza:

Öğrenci Velisi

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı:

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel:

İmza:

EK 8. KURUM İZİN YAZISI

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Milli Eğitim Müdürlüğü

BÖLÜM : İstatistik Bölümü
SAYI : B.B.08.4.MEM.4.06.00.04-312/92237
KONU : Araştırma İzni
Deniz KOÇOĞLU

25/09/2009

VALİLİK MAKAMINA

İLGİ: a) M.E.B. Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma ve Araştırma Desteğine Yönelik İzin ve Uygulama Yönergesi.
b) Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinin 09.07.2009 tarih ve 692 sayılı yazısı.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Araştırma Görevlisi Deniz KOÇOĞLU' nun, "Kapsamlı Okul Sağlığı Hemşireliği Hizmetlerinin Öğrencilerin Akademik Performansına Etkisinin Değerlendirmesi" konulu tez ile ilgili uygulama yapma isteği ilgi (a) yönerge doğrultusunda Müdürlüğümüz Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmiş olup, (10 sayfadan oluşan) anketlerin ek listedeki ilimiz Okullarında, gönüllülük esasına göre uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde OLUR' larınıza arz ederim.

Kâmil AYDOĞAN
Milli Eğitim Müdürü

OLUR
23/9/2009
Mustafa TAPSIZ
Vali a.
Vali Yardımcısı

EKLER

- 1- Anket (10 sayfa)
- 2- Okul listesi (1 sayfa)

Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü/ Beşevler
İstatistik Bölümü
Faks : 223 75 22

Tel : (312) 212 66 40-124
: 413 36 91

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Milli Eğitim Müdürlüğü

BÖLÜM : İstatistik Bölümü
SAYI : B.B.08.4.MEM.4.06.00.04-312/82202
KONU : Araştırma İzni
Deniz KOÇOĞLU

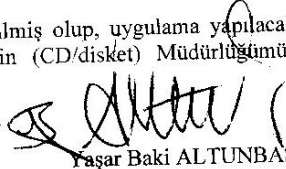
29/09/2009

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İLGİ : a) Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 09/07/2009 tarih ve 692 sayılı yazısı.
b) 25.09.2009 tarih ve 82237 sayılı Valilik Oluru.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Deniz KOÇOĞLU' nun "**Kapsamlı Okul Sağlığı Hemşireliği Hizmetlerinin Öğrencilerin Akademik Performansına Etkisinin Değerlendirilmesi**" konulu tez ile ilgili çalışma yapma isteği ilgi (b) Valilik Oluru ile uygun görülmüş ve araştırmanın yapılacağı İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bilgi verilmiştir.

Mühürlü anketler (10 sayfadan oluşan) ekte gönderilmiş olup, uygulama yapılacak sayıda çoğaltılması ve çalışmanın bitiminde iki örneğinin (CD/disket) Müdürlüğümüz İstatistik Bölümüne gönderilmesini rica ederim.


Raşar Baki ALTUNBAŞ
Müdür a.
Şube Müdürü

EKLER :
Valilik Oluru (1 sayfa)
Anketler (10 sayfa)
Okul listesi (1 Sayfa)

İl Milli Eğitim Müdürlüğü-Beşevler
Strateji Geliştirme Bölümü
Bilgi için: Kamil COŞGUN

Tel: 215 15 43- 413 36 66- 212 66 40/110
Fax: 215-15 43
strateji06@meh.gov.tr