

ETKİN EĞİTİM AÇISINDAN OKUL SAĞLIĞI*

SCHOOL HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF EFFECTIVE EDUCATION

Haluk Çağlayaner¹, Hafize Gönenli²

Özet

Türkiye genç bir nüfusa sahiptir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü oluşturan okul sağlığı hizmetleri ülkemizde bugüne kadar yaygınlaşmamıştır. Eğitim alanında bir atılım içinde olduğu günümüzde eğitimin etkinliğine katkıda bulunacak okul sağlığına dikkati çekmek istedik. Bu amaçla okul sağlığının tanımını, dünyada okul sağlığı alanındaki öncü çalışmaların kronolojisini ve ülkemizde Milli Eğitim/Sağlık Şuraları/Kongreleri tarafından alınan okul sağlığı ile ilgili kararları ve diğer gelişmeleri, okul çocuğunun gelişimini ve çevre-eğitim etkileşimini ele aldık.

5-19 yaş grubu okul çocuklarını ele aldığımız bu derleme konu başlıkları ve konuların nisbi ağırlıkları açısından bir ön çalışmadır. Ayrıca ele alınması gereken çalışan çocukları kapsamamakta, sağlık eğitimine ise bir paragrafla değinmektedir.

Anahtar sözcükler: Okul sağlığı, okul sağlığı hizmetlerinin başlangıcı, Türkiye’de okul sağlığı

Summary

Turkey has a young population. School health services which provide an important part of the primary health care are not widespread in our country. Actually Turkey is still progressing in the matter of education so we would like to pay attention to school health services which may contribute to the effectiveness of education. In this article we have given the definition of school health, the chronology of the pioneer steps of school health implementation in the world, the development of the school child and the decisions taken by the Councils of National Education/Health on school health policies in Turkey.

This review which takes account of children of 5-19 years of age is a preliminary study. Children who work must be studied separately and are not included. Health education is also briefly discussed in one paragraph.

Key words: School health services, beginning of the school health services, school health in Turkey

“Sağlık davamızın ayrılmaz bir cüz’ü olması gereken okul hijyeni, maalesef ele almakta çok geciktığımız konulardan biridir.

Tahsil çağındaki yüzbinlerce vatan evladının ve onları yetiştirmekle vazifeli binlerce öğretmenin sağlık durumlarını devamlı şekilde takip ederek icaba göre tedbirler alacak teşkilatın kurulması işi artık bir gün dahi geri bırakılması caiz olmayan bir zaruret halini almış bulunmaktadır.”

Dr. Nail Karabuda

Sağlık ve Sosyal Yardım Vekaleti Müsteşarı

7/7/1953¹

Genç bir nüfusa sahip olan ülkemizde okul sağlığı bugüne kadar ne yazık ki yaygınlaşmamıştır. Okullarımızın çoğunluğunda hemşire, hekim yoktur; öğrencilerin sağlık gereksinimlerinin okuldaki ecza dolabından karşılanmasıyla yetinilmiştir. Son yıllarda nitelikli, öğrencinin gelişimini biyo-psiko-sosyal bütünlüğü içinde ele alan okulların artışı, Milli Eğitim Bakanlığının da konuyu ele almasıyla okul sağlığı yeniden gündeme gelmiştir.

Bu yazımızda 4 konuyu ele aldık: 1) Okul sağlığının tanımını ve dünyadaki başlangıcını verdik; kronolojik bir karşılaştırma yapmanın ülkemiz için uyarıcı olacağını düşünüyoruz. 2) Bu konuda Türkiye’de saptayabildiği-

* Bu derlemenin hazırlanması için bizi yöreklendiren MEF Okulları Bilim Kurulu üyesi, eğitim danışmanı Sayın Ali Kaymak’a ve yazımızı değerlendirmek inceliğini gösteren İ.Ü. Tıp Fakültesi öğretim üyesi Sayın Prof. Dr. Ayşen Bulut’a teşekkür ederiz.

¹ MEF Okulları, Aile Hekimliği Uzmanı

² MEF Okulları, Hemşire

miz gelişmeleri aktararak eğitim ve sağlık topluluklarının bu ortak ilgi alanına dikkat çekmeye çalıştık; eksiklerimizin giderilmesi bizi sevindirecektir. 3) Okul çağındaki çocuğun gelişimini ele aldık; bu bölümde fiziksel gelişimin yanısıra motor, bilişsel, psikolojik, psikososyal, kişilerarası/toplumsal gelişim üzerinde durduk; eğitimin etkinliğinin sağlanabilmesi için öğrencinin bu çerçevede ele alınması gerekmektedir. Aynı bir konu olarak ele alınması gerektiğini düşündüğümüz sağlık eğitimine kısaca değindik. 4) Çevre-eğitim etkileşimini ele aldık; öğrencinin yakın çevresini oluşturan okul binası ve okul alanlarının sağlık ve ergonomi kurallarına uygunluğu eğitimin etkinliğine yardımcı olacağı gibi öğrencinin çevrenin önemini kavraması açısından da önemli bir basamak oluşturabilir.

1. Okul Sağlığı

1.1 Tanım:

Okul sağlığı hizmetleri:

- Öğrencilerin sağlığını değerlendirmeyi,
- Elde edilen bulgulara göre öğrencilere ve velilere eğitim yapmayı,
- İyileştirilebilir bozuklukların düzeltilmeleri konusunda öğrenci ve velileri yönlendirmeyi,
- Özürlü çocukların belirlenmesine ve eğitimlerine yardımcı olmayı,
- Bulaşıcı hastalıkları kontrol etmeyi (gerekli aşılara yapmak v.d.),
- Ani hastalık ve sakatlanma hallerinde ilk yardım yapmayı,

kısacası *okul çocuklarının sağlıklarını korumayı ve geliştirmeyi amaçlayan etkinliklerin tümünü kapsar*.² DSÖ okul sağlığı hizmeti kapsamına alınması gereken yaş gruplarını 5-9, 10-14, 15-19 ve 20-24 yaş olarak belirlemiştir.² Bu yazımızda 5-19 yaş grubunu ele alacağız; özelliği nedeniyle 20-24 yaş grubu ayrıca ele alınmalıdır. Okul sağlık biriminin verimli olması okulun diğer birimlerinin de sağlık konusunda duyarlı olmalarına, özellikle de sınıf öğretmenleri, rehberlik ve psikolojik danışmanlık birimi ile işbirliği içinde çalışılmasına bağlıdır. Okul sağlığı ekibi en az bir hekim, bir hemşire, öğretmen ve mümkünse anababandan oluşur. İmkanlar elverdiğinde dış hekim, rehberlik uzmanı, psikolog, sosyal çalışmacı gibi elemanların katılması ekibin niteliğini ve verimini artırır.³

1.2 Dünyada Okul Sağlık Programlarının Uygulanmaya Başlanması:

1812 İngiltere: James Ware okul çocuklarında görme keskinliğini araştırdı.²

1833 Fransa: Okul yönetimini okul binalarının sanitasyonundan sorumlu tutan yasa yürürlüğe girdi.⁴

1842 ABD: Horace Mann okullarda "sağlık eğitimi" verilmesini önerdi; bu düşünce iyi karşılanmadı.⁴

1842 Fransa: Parasız devlet okullarının hekimler tarafından düzenli olarak denetlenmesi karara bağlandı.⁴

1866 Almanya: Hermann Cohn, Breslau'da 10.000 okul çocuğunda görme keskinliğini araştırdı.²

1868 İsveç: Devlet okullarına hekimler atandı.⁴

1869 Almanya: Devlet okullarına hekimler atandı.⁴

1871 Rusya: Devlet okullarına hekimler atandı.⁴

1873 Avusturya: Devlet okullarına hekimler atandı.⁴

1874 Belçika: Brüksel'deki bütün okullar 3 ayda bir hekim denetiminden geçirilmeye başlandı.⁴

1880 ABD: 40 eyalette, okullarda alkol ve uyuşturucu maddelerin etkisiyle ilgili bilgi verilmesini emreden yasa yürürlüğe girdi.⁴

1880 İngiltere: Dr. Priestley Smith okul çocuklarında görme bozukluğunun prevalansını ve öğrenme üzerindeki olumsuz etkilerini saptadı.²

1882 İngiltere: Dr. Clement Dukes "Okul ve Sağlık" kitabını yayınladı.²

1890 İngiltere: Londra'da ilk resmi okul hekimi atandı.²

1894 ABD: Boston'da okul çocukları muayeneden geçirilmeye başlandı.⁴

1897 Danimarka: Kopenhag'ta ilk okul sağlığı birimi kuruldu.¹

1905 Hollanda: Amsterdam'da halk sağlığı müdürlüğüne bağlı ilk okul sağlığı birimi kuruldu.¹

1906 ABD: Bütün okul çocuklarının yılda en az bir kez hekim muayenesinden geçmesi yasal zorunluluk haline getirildi.⁴

1908 İngiltere: Okul sağlığı hizmetleri ulusal düzeyde yaygınlaştı.²

1915 ABD: Sağlıkla ilgili temel bilgiler, sağlıklı okul yaşamı, okul sağlık birimlerinde uygulama ile öğrenme, sağlık bilgisi dersleri ve diğer derslerde yeri geldikçe sağlık eğitimi verilmesini kapsayan modern sağlık eğitimi programı başlatıldı.⁴

1.3 Türkiye'deki Gelişmeler:

9 Eylül 1951: XII. Milli Türk Tıp Kongresinde "Okul hijyeni" ana medikososyal konu seçildi, "Okul hijyeni" (Arkan B.), "Mental okul hijyeni" (Adasal R.), "Fizikal okul hijyeni", (Alpsoy C.) raporları kabul edildi.¹

5 Şubat 1953: 5. Milli Eğitim Şurası'nda anaokullarda ve ilkokullarda okul hijyeni teşkilatının kurulması sağlayan bir kanun tasarısı kabul edildi.¹

5-15 Şubat 1962: 7. Milli Eğitim Şurasında okul hekimi, okul spor hekimi, okul hemşiresi yetiştirilmesi kararlaştırıldı.⁵

1985: Milli Eğitim Bakanlığı okul sağlık hizmetlerini geliştirmeye karar verdi.⁶

1985-1990: Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı tarafından 9.000.000 öğrenci ve 57.000 okul incelendi.²

1989-1990: Okul çocuklarının sağlık taramalarında en sık görülen hastalıklar saptandı.²

23-27 Mart 1992: I. Ulusal Sağlık Kongresi Çocuk Sağlığı Grubu şu sorunları saptadı:

• Okul çağı ile ilgili: 1) Okul sağlığı hizmetleri konusunda Milli Eğitim ve Sağlık bakanlıkları arasında bakanlık ve il düzeyinde yeterli eşgüdümün, hizmetin yaygınlığının ve sürekliliğinin sağlanamaması, 2) Okul hemşireliği kavramının yerleşmemiş olması, 3) Okul çevre sağlığı koşullarının yetersizliği, 4) Örgün eğitimde sağlık eğitimi programlarının yetersizliği, 5) Okul sağlığı kayıtlarının yetersizliği.

• Gençlik çağı ile ilgili: 1) Kimlik geliştirme, meslek seçimi, boş zamanları değerlendirme, sağlığa zararlı alışkanlıklardan korunma, cinsel hayat gibi konularda eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin eksikliği, 2) Çağına özgü bedensel ve ruhsal eğitimin eksikliği⁷.

1994: Milli Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı tarafında "Sağlık Eğitim Merkezleri İçin Okul Sağlığı Eğitimi ve Uygulama Rehberi" yayınlandı³.

1995-1996: Türkiye, Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı ortak girişimiyle 10 okulda (Mimar Sinan İlköğretim Okulu (İ.Ö.O.), Şair Behçet Kemal Çağlar İ.Ö.O.; İstanbul, Ülkü Akın İ.Ö.O., Kütükçü Alibey İ.Ö.O.; Ankara, Şerif Remzi İ.Ö.O., Buca İ.Ö.O.; İzmir, 50. Yıl İzzet Baysal İ.Ö.O.; Bolu, Meryem - Abdürrahim Gizer İ.Ö.O.; Adana, İkadım İ.Ö.O.; Samsun, Merkez İsmet İnönü İ.Ö.O.; Çankırı) Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Konseyi ve Avrupa Birliği Komisyonu tarafından desteklenen "Avrupada Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı" kapsamında Sağlıkta Öncü Okul çalışmasını başlattı⁸.

Türkiye çocukların sağlık düzeyi açısından 150 ülke arasında (sondan) 70. sırada yer almaktadır⁹. DİE (1994) verilerine göre Türkiye nüfusunun %43.8'ini [05-24] (%12.2 [05-09], % 12.2 [10-14], % 10.7 [15-19], %8.7'sini [20-24]) yaş grubu meydana getirmektedir. 1991-92 öğretim yılında ilkökul çağında olan çocukların %96.8'inin (kızların %93.8'i, erkeklerin %99.7'si) ortaokul çağında olan çocukların %59.3'ünün (kızların %46.2'si, erkeklerin %71.6'sı) okula devam ettikleri saptanmıştır².

2. Okul Çağında Gelişim

Normal çocuklar genetik yapıya bağlı olarak boy, beden yapısı, büyüme hızı, fizyolojik özellikler ve kişilik yönlerinden büyük farklılıklar gösterirler; (biyolojik çeşitlilik). Gelişme farklılıkları yaş ilerledikçe belirginleşir ve psikososyal nitelik kazanır; 14 yaşında olan ve aynı sınıfta okuyan iki çocuk boy uzunluğu, ergenlik gelişme-

si ve beceriler yönünden çok farklı düzeylerde olabilirler.¹⁰

Yaşama standartlarının yükselmesi sonucu bir çok ülkede son yıllarda doğup büyüyen çocuklar 50-60 yıl öncesine kıyasla daha iri doğmakta, daha uzun boy ve daha yüksek ağırlıklara erişmekte, ergenlik belirtileri daha erken yaşta ortaya çıkmaktadır. Büyüme ve gelişme temposundaki bu hızlanma ve olgunlaşmanın erkene kayması, yüzyılın eğilimi (secular trend) olarak adlandırılmıştır.¹⁰

2.1. Fiziksel Gelişim:

Büyüme ve gelişmeyi etkileyen başlıca iç ortam faktörleri kalıtım, hormonlar ve rahim içi etkenler, başlıca dış ortam faktörleri ise beslenme, genel sağlık durumu ve çevre koşullarıdır.¹⁰

Büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan yol sağlıklı kız ve erkek çocuk gruplarının izlemeli yöntemle elde edilmiş ölçümlerinin yüzdelik (persentil) değerlerinin belirlenmesidir. Neyzi ve ark. tarafından Türk kız ve erkek çocukları için belirlenen boy ve kilo artışı eğrileri 1. ve 2. Şekillerde yer almaktadır.¹¹

Büyüme hızı 5. yaştan sonra yılda 5-7 cm'lik oldukça stabil bir gidiş gösterir, 6-8. yaşlarda orta çocukluk büyüme hızlanması adı verilen hafif bir artış olabilir. 6-12 yaş döneminde her yıl boy ortalama 6 cm, tartı ortalama 2,5 kg artar; vücut büyümesi ikinci plana itilmiş, enerji bilişsel (kognitif) gelişmeye yöneltilmiş gibidir.¹¹

Ergenliğe yol açan hormonal değişiklikler 6-8 yaşlarında başlar, ancak ilk klinik belirtiler kız çocuklarında 10, erkeklerde 12 yaşında ortaya çıkar. Biyolojik değişikliklerin tamamlanması genellikle 3-5 yıl sürer. Bu sırada kızlarda yumurtalık olgunlaşır, yumurtlama ve adet döngüsü başlar, erkeklerde testisler olgunlaşır, sperm yapımı başlar. Kız çocuklarında ergenlik erkeklerle kıyasla 2 yıl kadar erken başlar, büyüme hızlanması da daha erken olur. 10-12 yaşlarında kız çocukları erkek çocuklardan daha iri olurlar. Ergenlikte büyümenin en hızlı olduğu dönem (genellikle 14. yaş) büyüme hızı doruğu (peak height velocity-PHV) olarak adlandırılır. Bu dönemdeki büyüme hızı kızlarda ortalama 9 cm/yıl, erkek çocuklarda 10.5 cm/yıl'a ulaşır. Tartı artmasının en hızlı olduğu dönem PHV'den 6 ay kadar sonraya rastlar. Ergenlik sürecinin daha geç başlaması erkek çocuklara büyümede yaklaşık 2 yıllık bir süre kazandırır. Testosteron, östrojen grubu hormonlara göre daha kuvvetli anabolizan etkiye sahiptir; bu nedenle erkeklerde PHV daha belirgindir. Bu farklılıklar erkeklerde erişkin boyun daha uzun olmasını açıklar. Biyolojik çeşitliliğe bağlı olarak ergenliğe erişme yaşı, büyüme hızlanması ve PHV'nin görüldüğü kronolojik yaş ta büyük farklılıklar gösterir.¹⁰ Boy büyümesi giderek yavaşlar; kızlarda 16-18, erkek-

lerde 18-20 yaşlarında durur. Ancak omurların büyümesi devam ettiğinden 18-30 yaşları arasında boy uzunluğunda 3-4 mm'lik minimal bir artış gözlenebilir.¹⁰ 8-10 yaşlarındaki kız ve erkek çocuklarda yağ depolanması sonucu, ergenlik döneminde ise erkeklerde kas gelişmesi ve iskelet kitlesinin artması, kızlarda ise yağ depolanması sonucu ağırlık artar.¹¹

Ergenlikte önce el ve ayaklar, sonra önkol ve bacaklar daha sonra üst kol ve uyluklar uzar. Uzunlaşmasına büyümeyi enine büyüme izler; sırasıyla kalçalar enine büyür, göğüsün ön-arka çapı artar, omuzlar genişler ve gövde uzunluğu artar.¹¹ 6. yaştan önce göbeğin hemen altında olan ağırlık merkezi, bu yaşlarda crista iliaca'nın altına iner;¹⁰ böylece denge daha kolay sağlanır.

5-6. yaşlarda bacaklardaki fizyolojik eğrilik, düztabanlıktan ortadan kalkar. Bedenin görünüşü tombuldan inceye doğru değişir; omuzlar dikleşir, küçük yaşların fizyolojik lordoz'u kaybolur, karnın bombeliği azalır. 9-10 yaşındaki bir çocukta erekte postür gelişmiştir. Kulak önünde başlayıp büyük trokanterden geçen ve ayağın ortasına kadar inen dik bir çizgi çizilebilir. Bu yaşlarda kemikler basınca ve kasların çekilmelerine karşı henüz dayanıklılık kazanmamışlardır, özellikle hızlı büyüme döneminde kas, kiriş, destek dokuları eş zamanlı olarak büyümeyebilirler; bu sırada bir kemik ya da eklemi aşırı derecede yük altına bırakan egzersizler ve ağır yük taşıma kemiklere zarar verebilir.¹¹

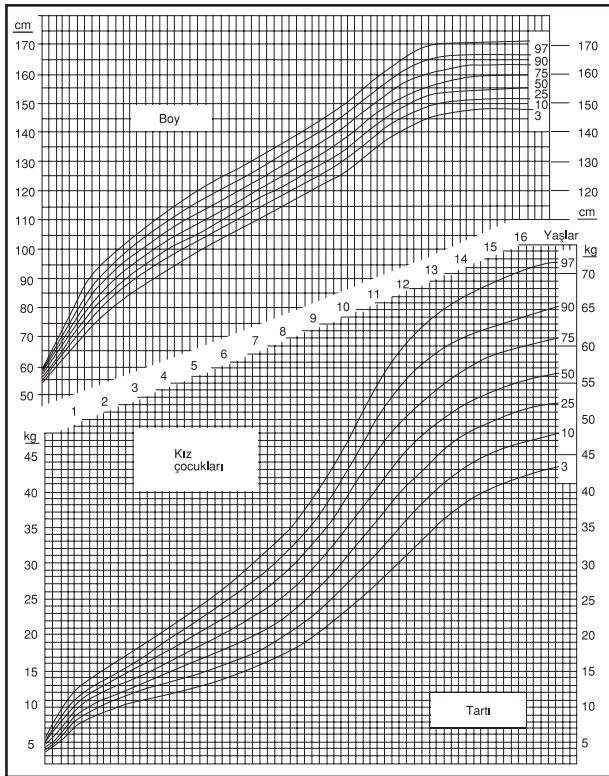
2.2 Motor Gelişim:

Kaba Motor Gelişim: Oyun çocukluğundaki amaçsız fizik faaliyet 5-6 yaşlarında spora yarışmalara yönlendirilebilir. 6-12 yaşlarında kaba motor hareketler -koşma, -denge, -atma, -yakalama,- ayak hareketlerinde kontrolün artması, -zıplama olmak üzere başlıca 6 alanda aşama gösterir. Bu alanlardaki motor gelişmeye yardımcı olacak koşmaca, saklambaç, bisiklete binme, ip atlama, atma, sek sek oyunu, kayma, paten, yakalama türünden oyunlar teşvik edilmelidir.

İnce Motor Gelişim: 6-12 yaşlarında ince motor gelişme daha yavaş seyreder; çocuklar el işlerinde henüz beceriksizdirler, el becerileri yönünden kızlar erkek çocuklarından daha ileridir. Bu dönemde makas, kağıt, eliş, kalem, boncuk gibi malzemelerin kullanılması, resim, eliş öğretilmelidir.¹¹

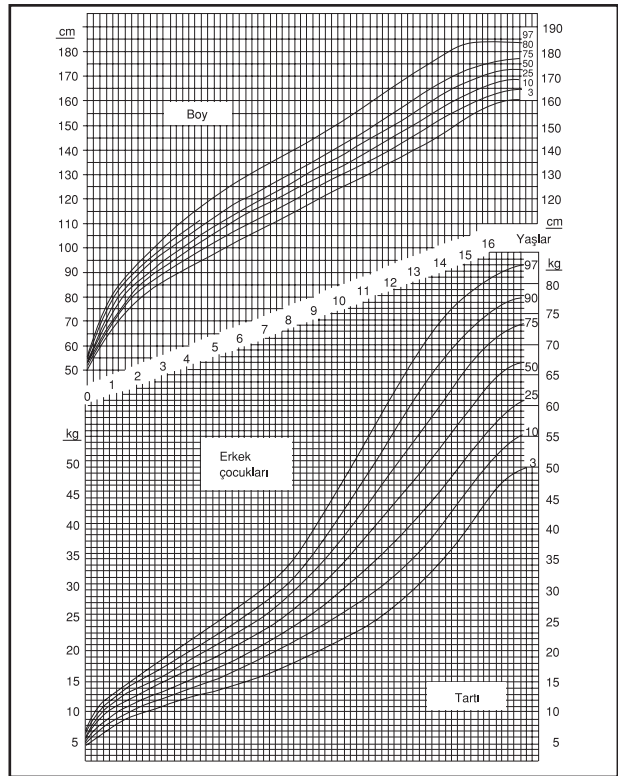
2.3 Bilişsel Gelişim:

Geç çocukluk ve önergenlik döneminde somut düşünceden yavaş yavaş soyut düşünceye geçilir. Soyut düşüncenin başlangıcı okulda cebir, geometri gibi derslerin başlamasıyla çakışır. Somut düşünmeyi aşamayan ergenler ortaokulda ya da lisenin ilk yıllarında öğrenme ile ilgili açık sorunlar ya da gerilimler yaşarlar. Bu dönemde yavaş öğrenenlerin saptanması ve kendilerine uygun öğretim hız ve şekline kavuşturulmaları gerekir. Bilişsel gelişim yönelimler ve geleceğin planlanması açısından



Şekil 1

0-17 yaş Türk kız çocuklarında tartı ve boy için persentil eğrileri.¹⁰

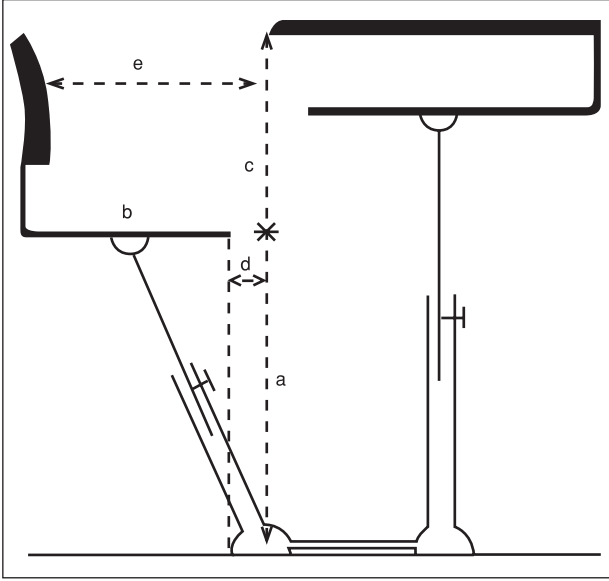


Şekil 2

0-17 yaş Türk erkek çocuklarında tartı ve boy için persentil eğrileri.¹⁰

da önemlidir; olgunlaşma beraberinde hayatla ilgili gerçekçi hedefler belirleme yeteneğini de getirir.

Erken ergenlik döneminin bilişsel özelliği nedeniyle çocuklar ilaçlarını zamanında almakta zorlanabilirler, bu sadece bir özerklik sorunu değildir; ergen gelecek gün ve saatleri planlamakta da güçlük çekebilir.¹¹



Şekil 3

İskemle ve masa kısımları oynar (ayarlanabilen) bir okul sırası¹⁴

- a: Oturma yüksekliği,
b: Oturma yeri (iskemle) derinliği,
c: Masa yüksekliği - oturma yüksekliği farkı,
d: Aralık (iskemle kenarı ile masa kenarından çekilen düşey doğrular arasında kalan mesafe),
e: Dayanma mesafesi.

Tablo 1

Değişik boylara uyabilecek okul sırası tiplerine ilişkin ölçüler.¹⁴

Boy	< 116 sm	116- 124 sm	124- 132 sm	132- 141 sm	141- 150 sm	150- 160 sm	160- 170 sm	>170 sm
Oturma yeri yüksekliği (a)	30.2	32.3	34.7	37.1	39.8	42.6	45.6	48.6
Masa yüksekliği - oturma yüksekliği farkı (c)	19.5	20.6	21.9	23.2	24.6	26.0	27.6	29.2
Dayanma mesafesi (e)	22.0	23.5	25.0	26.6	28.3	30.0	31.8	33.6

2.4. Psikolojik Gelişim:

Önergenlik döneminde ergen bir fantezi dünyasında yaşar; herkesin kendisine baktığını ancak kimsenin benzersiz sorunlarını anlamadığını düşünür. Bedeninde meydana gelen değişikliklerle çok ilgilidir; sürekli normal olup olmadığını düşünür. Orta ergenlikte bedendeki değişiklikler kabul edilir, genç kendisini kadir-i mutlak hissedebilir. Büyük risklere girer; uyuşturucu/uyarıcı ilaçlar alabilir, cinsel deneyimler yaşayabilir ya da motorlu ta-

şıtları korkusuzca kullanabilir. Geç ergenlikte bedensel değişiklikler daha stabil bir kimlikte özümlemler, ergen kişilerarası ilişkilerde sınırlarını artık daha rahat belirleyebilir.¹¹

2.5 Psikososyal Gelişim:

Ergenlik döneminde şu biyo-psiko-sosyal dönüşümlerin tamamlanması öngörülmür: 1) Aileden bağımsızlığını kazanma ve kişisel benliğin oluşumu 2) Cinsel kimliğin ve mahrem ilişkilere girme yeteneğinin kazanılması 3) Gelecekle ilgili yönelimin belirlenmesi ve kariyer seçimi.¹⁰

2.6. Kişilerarası / Toplumsal Gelişim:

Ergenliğin önemli görevlerinden biri aileden ayrı bir kimliğin kazanılmasıdır. Önergenlikte aile etkinliklerine daha az ilgi duyma, kendi cinsinden bir arkadaşla daha fazla vakit geçirme olağan bir gelişmedir, bu dönemdeki çocuklar hekime genellikle anababaları tarafından getirilirler. Orta ergenlikte yaşlılar topluluğu önem kazanır, genç, topluluğun değer yargılarına uyar. Bu durum çoğu kez anababa otoritesi ile çatışmaya yol açabilir. Muayenehaneye anababası tarafından zorla getirilmiş ve özenle ikna edilmediği takdirde konuşmayı ve muayene olmayı reddeden bir çocuk söz konusudur. Geç ergenlikte daha stabil bir kimlik geliştiğinden yaşlılar topluluğunun önemi görece azalır. Olgunluğun artmasıyla mahrem ilişkilere girme yetisi de artar. Aile ile çatışmalar azalır, ergen ailenin değerlerini benimser ya da umursamaz.¹¹

3.Okul Sağlığı Uygulamaları

3.1. Ergenin Sağlık Taraması:

Uzmanların çoğu ergenin sağlık bakımının doğrudan esas yakınmaya yönelmemesi, kapsamlı olması gerektiğini düşünmektedirler. Okula giriş ve çıkışta tam bir muayene ve ara yıllarda da belirli bazı sağlık sorunlarına yönelik taramalar yapılmasının uygun ve yeterli olacağı görüşü benimsenmiştir.³ Okul dönemi sağlık muayenesinin en önemli parçaları göz, kulak burun boğaz ve diş muayeneleridir. Görme bozukluğu okuma ve öğrenme yetersizliğinin en önemli nedenidir: 5 yaşındaki çocuklarda %1-2 olan görme bozukluğu oranı ilköğretimde %10-15'e, lisede %20-25'e yükselir. İşitme bozukluğu da öğrenmeyi olumsuz yönde etkiler; işitemeyen çocuk derse ilgisini kaybeder, başarısızlığa uğrar. Çok ağır olmayan bir işitme kaybında çocuk işitmediğini farketmez. Okul çocuklarını kapsayan araştırmaların çoğunda en sık görülen sağlık sorunu diş çürükleridir.³ Ülkemizde de 1989-1990 döneminde okullarda yapılan taramada en yaygın sağlık sorunlarının sırasıyla 1) Diş çürükleri %27.9, 2) Üst solunum yolu enfeksiyonları %11.9, 3) Paraziter hastalıklar %7.7, 4) Görme kusurları % 4.8, 5) Alerji ve deri hastalıkları %3.3 olduğu saptanmıştır.²

Bölgesel olarak önem gösteren sıtma, guatr, trahom, barsak parazitleri gibi bazı hastalıkların taranması da okul

sağlığı çalışmalarına katılabilir. Okula yeni başlayanlarda ağırlık ve boyca gelişme gerilikleri, kansızlık vitamin eksiklikleri gibi beslenme bozuklukları aranmalıdır.³

3.2. Ergen Hastanın Taranmasında Ele Alınacak Başlıca Alanlar:

1. Aile içi etkileşim, 2. Yaşlılararası ilişkiler, 3. Okul performansı, 4. Mahremiyet/cinsel etkinlik, 5. İlaçlar/diğer maddelerin kötüye kullanımı, 6. Diğer risk taşıyan davranışlardır.¹²

3.3. Aşılama İle Önlenebilen Hastalıklar:

Boğmaca, difteri, tetanoz, polio (çocuk felci), kızamık ve verem basit ve ucuz bir yöntem olan aşılama ile önlenebilen, aşısız kişilerde ağır seyreden, sakatlıklar bırakabilen ve ölüme yol açabilen hastalıklardır; ülkemizde de aşılama programında yer almaktadırlar. Sağlık Bakanlığı 1998 yılından başlamak üzere Hepatit B aşısını da rutin aşılama programına dahil etmiştir. Aşılama programının yaşamın ilk 2 yılından sonraki bölümü okul sağlığı kapsamındadır; öğrencilerin okul ortamında bir arada bulunmaları bulaşıklaşmanın yaygınlaştırılması açısından yararlanılması gereken bir fırsattır. Bütün dünyadaki yaygın aşılama sayesinde çiçek hastalığı eradike edilmiştir. DSÖ 2000 yılında da polio'yu (çocuk felci) yeryüzünden silmek istemektedir; bir çok ülkede bu hedefe yaklaşılmıştır; Türkiye'de de çocuk felcine karşı aşılama kampanyası halen sürdürülmektedir.

3.4. Sağlık Eğitimi:

Eğitim ailede başlayan ve kişinin aile yapısına büyük ölçüde bağlı kalan bir süreçtir. Okul sağlık birimi, velilerin de eğitim sürecinde yer almaları için etkinliklerini duyurmalı, sağlık sorunları olan öğrencilerin velilerine danışmanlık hizmeti vermeli, velilere yönelik eğitim çalışmalarını düzenlemelidir. Öğretim (bilgi aktarımı) kolay, eğitim (davranış değişikliği sağlanması) zordur. Etkin sağlık eğitimi 1) Bilgiyi aktarmak, 2) Kişinin olanaklarının elvereceği uygulama şeklini belirlemek, 3) Bu doğrultuda beceri kazandırmak, 4) Uygulamanın sürdürülüp sürdürülmediğini kontrol etmek aşamalarını gerçekleştirmelidir.¹³ Etkin sağlık eğitiminin içermesi gereken bir diğer özellik te eğiticinin verdiği eğitime inanması ve bunun gereklerini kendi yaşamında yerine getirmesidir.

İlkokullardaki sağlık eğitimi a) sağlıklı beslenme, b) kişisel hijyen (sağlığı koruma), c) hastalıklardan korunma konularını, orta dereceli okullardaki sağlık eğitimi ise a) ergenlik ve delikanlılık dönemi, b) cinsel eğitim, c) sigaranın zararları, d) alkolün zararları e) uyuşturucu maddelerin zararları, f) boş zamanları değerlendirme³ konularını içermelidir.

4. Çevre ve Eğitim

“Yemekten önce ve tuvaletten sonra elleri yıkamak en önemli koruyucu sağlık kurallarından biridir. Bu gerçeği öğreten, ancak el

yıkama imkanları bulunmayan okulların çocuklarda bu alışkanlığı geliştirebilmesi şüphelidir. Yaptığımız(...) çocuğun duymayacağı kadar yüksek sesle konuşmaktan ibarettir.”⁵⁷

Sağlığı korumak ve geliştirmek ancak sağlığa elverişli bir çevrede mümkün olur. Eğitimcilerin ve genel olarak yetişkinlerin yeni yetişen kuşaklara karşı sorumluluğu iki başlık altında toplanabilir:

1. Sağlığa elverişli bir çevre sunmak
2. Çevreyi koruma bilinci vermek

4.1 Sağlıklı Bir Okul Çevresi:

Sağlığı etkileyen başlıca çevresel etkenlere (hava, su, atıklar, besinler, yaşanılan çevre ve yapılar) beden eğitimi ve duruşa okul sağlığı açısından kısaca değineceğiz.

4.1.1 Hava

Toplum Sağlığı Açısından Hava:

Ülkemizde 70'li yıllardan bu yana kendini daha yoğun olarak hissettirmeye başlayan hava kirliliğinin temel nedenleri hızlı, kontrolsüz kentleşme ve sanayileşmedir. Hava kirliliğinin DSÖ tarafından belirlenen standartların üzerinde seyretmesi solunum yolu hastalıklarının görülme sıklığını artırır. Fizyolojik özellikleri nedeniyle hava kirliliğinden etkilenen başlıca yaş grupları çocuklar ve yaşlılardır¹⁴. Hava kirliliği öğrencilerin verimini düşürecek gibi şiddetli solunum yolu hastalıkları devamsızlıklara da yol açabilir. Öte yandan sürekli kirli havaya maruz kalma genç kuşaklarda kalıcı hasarlara neden olabilir.

Hava kirliliğine yol açan etkenlerden biri de sigara dır. Ülkemizde (1988) sigara içme oranı %43.6 (erkeklerde %62.8 kadınlarda %24.3) dır. Sigara içmeyerek topluma, öğrencilerine ve hastalarına örnek olmaları beklenen hekimler, hemşireler ve öğretmenler üzerinde yapılan çalışmalarda sigara içme oranı hekimlerde %52.2, hemşirelerde %51, öğretmenlerde %47.5 bulunmuştur; söz konusu meslek grupları bu davranışları yönünden toplum ortalamasından anlamlı bir fark göstermemektedirler. Her gün sigara içen öğretmenlerin %32.8'i öğrencilerin yanında da sigara içtiklerini belirtirken, hastaların yanında sigara içtiklerini belirten hekimlerin oranı %48'dir. Sigara içen bir hekimin sigaranın zararlarından bahsetmesi ne kadar etkili olabilirse sigara içen bir öğretmenin sigara konusunda öğrencileri uyarması da ancak o kadar etkili olabilir. Yapılan çalışmalar, öğrencilerin ilkokul son sınıf ile ortaokul döneminde sigara ile tanıştıklarını ve ilk denemelerini bu dönemde yaptıklarını göstermektedir. Öğrenciler, sigara içme alışkanlığını esas olarak lise yıllarında edinmektedirler. Ortaokul öğrencilerinin %6-10'u sigara içerken, bu oran lise öğrencilerinde %25-40'a çıkmaktadır.¹⁵ “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun” (7.11.96) okul bina ve alanlarında sigara içilmesini yasaklamakta, sigara içenler için oda ayrılmasından ve kanun hükümlerinin yerine getirilmesinden okul yönetimi ni sorumlu kılmaktadır.¹⁶

4.1.2 Su:

1985-1990 döneminde 9.000.000 öğrencinin eğitim gördüğü 57.000 okul taranmış, okulların %9-10'unda hiç akarsu olmadığı, %25-30'unda tuvaletlerin sağlıklı olmadığı, %50'sinde ise tuvaletlerde sabun bulunmadığı saptanmıştır.²

Okulların suyla bulaşan hastalıklara karşı alabilecekleri tedbirlerin başında temiz, hijyenik koşullara uygun içme ve kullanma suyu sağlamak, içme ve kullanma sularının düzenli aralıklarla incelenmesi, sakıncalı bulunan suların gerekli işlemlerden geçirilerek sağlığa elverişli kılınması gelir. Varsa içme ve kullanma sularının saklandığı tanklar haftada ya da en geç 10 günde bir boşaltılarak temizletilmelidir. Bakteriyolojik inceleme 10-15 günde bir, tekrarlanmalıdır, biyokimyasal inceleme ayda bir tekrarlanmalıdır.

4.1.3 Atıklar:

Atıkların sağlığa zarar vermeyecek şekilde uzaklaştırılması sağlığı korumanın önkoşullarından biridir.

a. *Sıvı atıklar:* Tuvalet ve lavaboların temizliğine özen gösterilmesi su ile bulaşan hastalıkları önlemek ve öğrencilere olumlu sağlık alışkanlıkları kazandırmak açısından önemlidir. Sıvı atıklar okul alanından kapalı sistemle uzaklaştırılmalıdır.

b. *Katı atıklar:* Katı atıklar su geçirmez torbalarda toplanmalı, okulun öğretim amacıyla kullanılan mekanlarına mümkün olduğunca uzak bir bölümünde çöp arabalarında saklanmalı ve çöp kamyonlarıyla uzaklaştırılmalıdır.

c. *Tıbbi atıklar:* Sağlık Biriminde kullanılan iğne, bisturi gibi mikrop taşıyabilecek materyal "Enfekte Atık" kaplarında toplanmalı ve diğer sağlık kuruluşlarının atıklarıyla birlikte işlem görmelidir.

4.1.4. Besinler:

Türkiye'de 5-17 yaşlarındaki kız ve erkeklerin %16.4'ü zayıf, kızların %20.5'i, erkeklerin %18.4'ü şişmandır. Yetişkinler arasında şişmanların oranı ise kadınlarda %25.6, erkeklerde %7.6'dır.

Ailelerin %17.4'ü yarı açken ve yetersiz enerji tüketirken, aşırı düzeyde enerji tüketen ailelerin oranı %35.4'tür; bu oran büyük kentlerde %42.9'a çıkmaktadır.¹⁷

Besinlerin üretimden tüketime sağlık koşullarına uygun şekilde işlenmeleri ve korunmaları gereği de beslenmenin bir başka boyutudur. "Türkiye'de sudan sonra çevre ile ilgili ikinci büyük sorun gıda temizliğidir. Sağlık kurumları dahil bir çok kamu kuruluşu halka örnek olacak şekilde yeterli temizlik standartları tesis etmemiştir.⁶ Kurumlarda bu problemler yaşanırken okullarımızın önünde, her türlü denetimin dışında açıkta yiyecek satışının yaygınlığı sorunun ayrıca ele alınması ve mutlaka

çözümüne kavuşturulması gereken bir boyutunu oluşturmaktadır. İdeal olan, okul kantin (ve varsa mutfağının) sağlığa uygunluk açısından her gün denetlenmesi, eksikliklerin ilgililere ve okul yönetimine yazılı olarak iletilmesidir. Besinlerin satın alınmaları, saklanmaları, işleme ve işlendikten sonra saklama koşulları, personel, mutfak hijyenik kurallara uygun olmalıdır. Personel bu konuda eğitilmelidir.

Besinlerin bakteriyolojik ve biyokimyasal analizleri ayda bir, besin işlenmesinde çalışan personelin portör muayeneleri üç ayda bir yaptırılmalıdır.

4.1.5 Yaşanılan Çevre ve Yapılar:

a. Okul binası:

Okul, mümkün olduğunca sakin bir bölgede, ana cadde dierin dışında inşa edilmelidir; okul, çocukların evlerinden 3-4 km'den daha uzak ise uygun bir taşıma servisi bulunmalıdır. Her yönden iyi ışık alabilmesi için, okul binası, çevresindeki binalardan yeterince uzak olmalıdır.

Okul alanı çocuk başına en az 5 m² düşecek genişlikte (bir okul için bütün alan en az 400 m²) olmalıdır. Okul binaları genellikle "koridor sistemi" biçiminde inşa edilir. Koridorlar en az 3 m genişliğinde olmalıdır.

Merdivenler, yangına karşı dayanıklı malzemeden (taş, beton) yapılmalıdır. Öğrenci sayısı 300'ün üzerinde olan okullarda çift (binanın iki ucunda birer) merdiven bulunmalıdır. İç duvarlar sesi geçirmeyecek derecede kalın olmalı, ya da sesi söndürecek özellikler taşınmalıdır. İçme suyu muslukları koridor ya da okul avlusunda bulunmalıdır (el değmeden su içilebilecek fiskeye biçimi musluklar tercih edilmelidir).¹⁴

b. Sınıflar:

Sınıf, bir çocuğa en az 2m² yüzey ve 4-5m³ hava hacmi düşebilecek bir büyüklükte olmalıdır¹⁴; sınıfın uzunluğu (derinliği) 9 metreden fazla olmamalıdır. Tahtadaki yazılar ancak bu sınır içinde rahatça okunabilir; daha derin sınıflarda, öğretmen çok yüksek sesle konuşmak (bağırarak) zorunda kalır.

Sınıf genişliği ortalama 6 m olmalıdır (Genişliği 7,5 metreyi geçen sınıflarda öğrencilerin gözlemi güçleşir. En uygun sınıf yüksekliği 3,5 metredir¹⁴).

Sınıflarda öğrenci sayısı 30-35 (en çok 40) olmalıdır¹⁴.

Duvarlar mat, açık renkte boyalı olmalıdır.

Pencereler oturan öğrencinin solunda bulunmalıdır. Böylece soldan tek yönlü aydınlık sağlanır; ışık sağdan ya da arkadan geldiğinde sıra üzerinde rahatsız edici görünümlere neden olur. Pencerelerin yüzeyleri toplamı döşeme yüzeyinin en az beşte, en uygunu üçte biri oranında olmalıdır. Pencerelerin üst kenarları tavana mümkün olduğunca yaklaşmalı, alt kenarları döşemeden 0.80 m yükseklikte olmalıdır¹⁴. Direkt güneş ışığına maruz bulunan odalarda perdeler bulunmalıdır.

Aydınlatma: Her sınıf yeterli gün ışığı alabilmeli, aydınlatma şiddeti çalışma yerlerinde 150-200 Lux (gün ışığı faktörü en az %2) olmalıdır¹⁴.

Havalandırma: Hava insanların oluşturdukları ve dışarı attıkları karbon dioksit, su buharı ve bağırsak, deri, ağız boşluğu v.d çıkan kokulu maddelerle kirlenir. Kala-balık yerlerde bu gibi kokulu maddelere karşı kısa bir sürede alışkanlık meydana gelir ve havanın bozulmuş olduğu ancak bu gibi yerlere yeni gelenler tarafından hissedilir. Taze hava %0,3 (0,3/m³) CO₂ içerir; CO₂ içeriği %0,7-1'e ulaştığında havanın kokusu "hoş değil" şeklinde tanımlanır. Bu nedenle böyle bir havanın taze hava ile değiştirilerek CO₂ yoğunluğunun %0,1'i geçmemesi sağlanmalıdır. Bu havalandırma doğal, ya da yapay vantilas-yon ile sağlanabilir¹⁴.

Sıcaklık ders başlangıcında 17-18°C olduğu takdirde, kısa bir süre sonra en uygun olan düzeye (19-20°C) ulaşır. Fazla sıcaktan kaçınılmalıdır; aksi takdirde çocukların teneffüs sırasında dışarıda soğuk almaları kolaylaşır.

Isıtma: En uygunu merkezi ısıtma sistemidir.

Sınıf mobilyaları omurga deformasyonlarına neden olabilirler. Okul sırası okuma yazma ve dinlenme sırasında en az eforu gerektirmeli, boyutları çocuğa göre düzenlenmiş olmalıdır. İskemle ve masa bölümleri ayarlanabilir sıralar bu amaca çok uygundur. Ayarlanabilir sıraların pahalı ve tamirlerinin masraflı olması dolayısıyla halen bir bir çok okulda sabit sıraların kullanılmasına devam edilmektedir.

3. şekil ve 1. tabloda değişik boylara uygun sıra boyları verilmektedir.

c. Diğer bölümler:

Tuvaletler: 40 erkeğe ve 20 kıza birer adet tuvalet (ayrıca 20 erkek için 1 pisuvar) olmalıdır.

Jimnastik salonları: mümkün olduğunca büyük olmalı (14x28 m'lik bir alan, 6 m yükseklik uygun normlar olarak verilmiştir). İçlerinde jimnastik malzemesi ve elbiselerin konması için ayrı yerler ve yıkanma bölümleri bulunmalıdır. Jimnastik salonlarında toz oluşumunun en aza indirilmesi için öğrencilerin salonlara özel ayak-bakımlarla girmeleri zorunlu tutulmalıdır.

Duşlar: Her okulda duş yapabilme imkanı sağlanmalıdır.¹⁴

d. Sınıfların ve diğer bölümlerin temizlenmesi:

Kuru süpürme tozların bir bölümünü havaya kaldıracığından (toz enfeksiyonu tehlikesi) uygun değildir. En doğrusu her gün yıkama ya da ıslak silmenin uygulanması, ya da döşemelerin madeni bir yağ ya da benzeri maddelerle doyurulmasıdır. Bu yöntem tozların tesbitini sağlar, meydana gelen büyük kitlecikler daha kolay ve tam bir şekilde ortadan kaldırılabilir (süpürülür). Küçük pislikler için en uygunu elektrik süpürgesidir. Sıraların altları, koridorlar, merdiven ve tuvaletler (özellikle alafra-

ga oturma tahtaları) düzenli bir şekilde sık sık temizlenmeli, zaman zaman dezenfektanlar kullanılmalıdır.

4.2.1 Beden Eğitimi:

Her öğrencinin bireysel yetenek ve ihtiyaçlarına göre ayarlanmış beden eğitimi yararlıdır. Uç görüşlere kaçıldığında; örneğin beden eğitimi öğretmeni yarışmalarda okuluna derece kazandırdığı takdirde terfi edebilen bir "antrenör" haline geldiğinde beden eğitimi yararsız, hatta zararlı olabilir.

0-9 yaş döneminde solunum egzersizleri ön planda olmalı, 9-12 yaş döneminde ana hedef duruş bozukluklarının giderilmesi olmalıdır.¹⁴

Fiziksel eğitim bütün okul hayatı boyunca, her gün ve çekici bir biçimde uygulanmalıdır. Çocukluk hatta gençlik döneminde fizyolojik jimnastik hareketleri ve oyunlar ön planda olmalı, ağır sporlar daha sonraki yıllara bırakılmalıdır. Beden eğitiminin tıbbi kontrol altında yapılması gereklidir. Bazı çocuklar ancak orta derecedeki bir fiziksel eğitime katılabilir. Diğer bazılarının (bütün öğrencilerin %10-15'i) ise özel (düzeltici) jimnastik derslerini izlemeleri gerekir; hipotonik çocuklar ile düzeltilmesi mümkün iskelet bozuklukları bulunanlar bu gruba girerler. Yüzme 6 yaşından itibaren öğretilir; özellikle kas zayıflığı, solunum yetersizliği ve omurga anomalileri bulunan çocuklara tavsiye edilir.

Kolektif sporlardan basketbol ve voleybol duruşun düzelmesini (vücudun dikleşmesini) olumlu yönde etkiler.

4.2.2. Duruş (Postür):

Öğrencilere uygun postürü korumak için yapılması gerekenler öğretilmelidir. Duruş bozuklukları da düzeltilmemiş görme ve işitme kusurları gibi öğrencinin başarısını olumsuz yönde etkiler. Duruş, bedenimizle ilişkimizin bir göstergesidir. Kendimizi nasıl gördüğümüzü, kendimize ne ölçüde güvendiğimizi duruşumuz gösterir. Duruş, sağlığımızdan etkilendiği gibi sağlığımızı da etkiler. Görme ve işitme bozuklukları, sıraların uygunsuzluğu duruşu bozar, kötü duruş nefes almayı olumsuz yönde etkiler. İyi nefes alamayan çocuğun ilgisi çabuk dağılır, verimi düşer.

Sonuç

"Okul dönemi çocuklarının sağlık sorunları konusunda tüm Türkiye'yi temsil eder nitelikte güncel ve güvenilir verilere sahip olmadığımız"² ancak eğitim açısından önemli bir atılım içinde bulunduğumuz günümüzde okul sağlığına dikkati çekmeyi amaçladık. 5-19 yaş grubu söz konusu olduğunda yazımızın kapsamı dışında kalan çalışan çocukları da unutmamalıyız; ekte yer alan "Çocuk Hakları Beyanname'si'nin hem okuyan hem de çalışan çocuklarımız açısından bize yol gösterici olacağını düşünüyoruz.

Kaynaklar

1. **Arkan B.** İleri Memleketlerde Okul Hijiyeni teşkilatı. İstanbul, Milli Eğitim Basımevi 1953; VI, 1.
2. **Bilgel N.** Okul sağlığı. Halk Sağlığı Bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı'nda. Bursa-İstanbul, Güneş ve Nobel Tıp Kitabevi 1997; 315-36.
3. Milli Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı Sağlık Eğitim Merkezleri İçin Okul Sağlığı Eğitimi ve Uygulama Rehberi, 1994.
4. **Turner CE, Sellery CM, Smith SL.** Okul Sağlığı ve Sağlık Eğitimi. İstanbul, Milli Eğitim Basımevi, 1971.
5. Yedinci Milli Eğitim Şurası 5-15 Şubat 1962 (Tıpkı Basım) Çalışma Esasları Konular ve Kararları. İstanbul, Milli Eğitim Basımevi, 1991; 172-5, 209-10.
6. Price Waterhouse. Türkiye Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü Mevcut Durum Raporu. Aralık 1989; 169-70.
7. I. Ulusal Sağlık Kongresi Raporları. 23-27 Mart 1992.
8. Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı Sağlığı Geliştiren Okul Bülteni. Eylül 1996 Sayı: 2.
9. Unicef. La Situation Des Enfants Dans Le Monde. New York, Unicef, 1996; 84-5.
10. **Neyzi O, Günöz H.** Büyüme-gelişme ve bozuklukları. Pediatri-I'de İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1989; 57-113.
11. **Neyzi O.** Okul çağı çocuğunun sağlık sorunları. Okul Çocuğu ve Adolesan Döneminde Sağlık'ta. İstanbul, İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü ve İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 1989; 15-20.
12. **Rakel RE.** Childhood and adolescence. Textbook of Family Practice'te Ed. Rakel RE. 4. baskı. Philadelphia, WB Saunders Company, 1990; 697-719.
13. **Fişek N.** Sağlık Eğitimi. Ankara, Hacettepe Üniversitesi, 1979; 11.
14. **Velicangil S.** Çevre sağlığı, okul ve üniversite devresi sağlığı. Koruyucu ve Sosyal Tıp'ta. İstanbul, Sermet Matbaası 1975; 125-297, 298-313.
15. **Kocabaş A.** Türkiye'de sigara içme alışkanlığının yaygınlığı ve bazı özellikler. Sigara ve Sağlık'ta. İstanbul, Milli Eğitim Basımevi, 1994; 15-8.
16. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun 26.11.96 tarihli Resmi Gazete.
17. **K. Işıksoluğu M.** Kötü Beslenmenin Zararları ve Ülkemizin Başlıca Beslenme Sorunları. Beslenme'de. İstanbul, Milli Eğitim Basımevi, 1994; 14-5.

Ek

Çocuk Hakları Beyannamesi

20 Kasım 1956'da Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda oybirliği ile kabul edilmiş, 1995'de Türkiye tarafından da onaylanmıştır.

Önsöz

Birleşmiş Milletler halkları, Teşkilat'ın Yasası ile, temel insan haklarına ve insanın saygınlık ve değerine olan inançlarını teyit ettikleri ve daha büyük bir özgürlük içinde sosyal gelişme ve daha iyi yaşam koşullarını gerçekleştirmeye kararlılıklarını ifade ettikleri için,

Birleşmiş Milletler, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ile ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasi veya öteki görüşleri, ulusal veya sosyal kökenleri, mülkiyet, doğduğu zamanki veya sonraki statüsü gibi nedenlerle herhangi bir ayrıma uğramadan, herkesin ilan edilen hak ve özgürlüklere sahip olması gerektiğini beyan ettiği için,

Geliş tarihi: 01. 10. 1997

Kabul tarihi: 28. 12.1997

İletişim adresi:

Uzm. Dr. Haluk Çağlayaner
Feneryolu Sok. 51/7
Feneryolu 81040 İSTANBUL

Ruhen ve bedenen tam olarak gelişmemiş bir varlık olan çocuğun doğmadan önce ve sonra, uygun yasal tedbirler de dahi, özel korunma ve ihtimama ihtiyacı olduğu için,

Çocuğun özel ihtimama ihtiyacı olduğu 1924 Cenevre Çocuk Hakları Beyannamesi'nde ilan edildiği ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ve çocuk refahıyla ilgili özel dernekler ile uluslararası kuruluşların statülerinde kabul edildiği için,

İnsanlık , çocuğa verebileceğinin en iyisini vermek zorunda olduğu için,
Genel Kurul,

Mutlu bir çocukluk devresi geçirmesine ve burada belirlenen hak ve özgürlükleri hem kendi, hem de toplum yararına kullanacağı ümidiyle bu Beyanname'yi ilan ile, bu Beyanname'de tanınan hakların teslim edilmesi ve sıralanan ilkeler çerçevesinde gerçekleştirilmesi için gerekli yasal ve öteki bütün tedbirleri almaları için bütün ana babalara, birey olarak erkek ve kadınlara, gönüllü kuruluşlara, yerel makamlara ve ulusal hükümetlere çağrıda bulunur:

1. İlke: Her çocuk, bu Beyanname'de belirtilen haklardan yararlanmalıdır. Her çocuk, kendisinin veya ailesinin ırkı, rengi, cinsiyeti, dili, dini, politik veya başka konulardaki görüşleri, ulusal veya sosyal kökeni, mülkiyeti, doğduğu zamanki veya sonraki statüsü ne olursa olsun, hiçbir tercih veya ayrıcalık yapılmadan bu haklardan yararlandırılmamalıdır.

2. İlke: Çocuk, sağlıklı ve normal bir biçimde ve özgürlük ve saygınlık içinde bedenen, zihnen, manen, ruhen ve sosyal açıdan gelişebilmesi için özel himaye görmeli, gerekli fırsat ve kolaylıklardan yararlandırılmamalıdır. Bu amaçla hazırlanacak yasalarda çocuğun lehine olacak hususlar göz önünde tutulmalıdır.

3. İlke: Çocuk, doğduğu andan itibaren bir isme ve vatandaşlığa hak kazanmalıdır.

4. İlke Çocuk, sosyal güvenlikten yararlanmalıdır. Sağlıklı bir biçimde büyüyüp gelişebilmesi olanağı verilmeli; bu amaçla, doğum öncesi ve sonrası bakım da dahil çocuğa ve annesine özel ilgi ve ihtimam gösterilmelidir. Çocuk, yeterli beslenme, konut, dinlenme ve tıbbi hizmet haklarına sahip olmalıdır.

5. İlke: Bedenen, zihnen veya sosyal açıdan özürürlü çocuklara, durumlarının gereğine uygun olarak özel muamele yapılmalı, özel eğitim ve bakım sağlanmalıdır.

6. İlke: Kişiliğinin tam ve uyumlu olarak gelişebilmesi için çocuğun sevgi ve anlayışa ihtiyacı vardır. Çocuk, mümkün olan hallerde, ana ve babasının himaye ve sorumluluğunda, bu olmadığında zaman bile şefkat ve maddi ve manevi güvenlik duyguları içinde büyümeli; olağanüstü durumlar dışında, en yakın yıllarda annesinden ayrılmamalıdır. Ailesi ve yeterli desteği olmayan çocuklara, toplum ve resmi makamlar özel ilgi göstermek zorundadır. Mümkün olduğunda çok çocuklu ailelere devletin veya başka kaynakların yardım sağlamaları uygun olur.

7. İlke: En azından ilkököl eğitiminin ücretsiz ve zorunlu olarak sağlanması çocuğun hakkıdır. Çocuğa genel kültürünü artıracak ve yeteneklerini, sağduyusunu, manevi destekleriyle toplumsal sorumluluklarını fırsat eşitliği içinde geliştirmesine elverecek ve topluma yararlı bir kişi olmasını sağlayacak bir eğitim verilmelidir.

Çocuğun eğitim ve rehberliğinden sorumlu kişiler için rehber ilke, çocuğun yüksek çıkarı olmalıdır. Bu hususta en büyük sorumluluk öncelikle ana babaya düşer.

Çocuk, eğitimle aynı amaçları taşıyan .. oynamak ve dinlenmek imkanlarına sahip olmalı; toplum ve resmi makamlar bu imkanlardan yararlanmasını sağlamalıdır.

8. İlke: Çocuk, her tür koşulda ilk, korunacak ve yardım edilecekler arasında olmalıdır.

9. İlke: Çocuk, her tür ihmal, zulüm ve sömürden korunmalıdır. Çocuk, her ne biçimde olursa olsun, satılmamalıdır.

Çocuğun, uygun asgari çalışma yaşına gelmeden çalışmasına izin verilmeli; sağlık veya eğitimini aksatacak, veya beden, zihin veya ruh gelişmesini engelleyecek herhangi iş veya mesleğe girmesine hiçbir zaman izin verilmemelidir.

10. İlke: Çocuk, ırk, din veya öteki nedenlerden ayrımcılığı teşvik eden uygulamalardan korunmalıdır. Çocuk, anlayış, hoşgörü, insanlar arasında dostluk, barış ve evrensel kardeşlik ruhuyla büyütülmeli ve tüm enerji ve yeteneklerini insanlığın yararına sunması gerektiği bilincine varmalıdır.