

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TOPLUMUN HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDEN
BEKLENTİLERİNİN BELİRLENMESİ

108316

Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

108316

T.C. YÜKSEK ÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Ar. Gör. Şafak ERGÜL

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Ayla BAYIK

İZMİR-2001

ÖNSÖZ

Araştırma konusunun seçilmesi, yürütülmesi ve tezin oluşturulmasının her aşamasında yol gösterici ve destekleyici yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Prof.Dr. Ayla BAYIK'a, araştırmanın planlanması aşamasında onay ve yardımlarını aldığım Gaziemir Sağlık Grup Başkanlığı'na, çalışmaya maddi destek sağlayan Ege Üniversitesi Araştırma Fon'una ve araştırmaya katılan tüm ailelere teşekkür ederim.

Ayrıca bu tezin hazırlanmasında destekleri ifade edilemeyecek kadar çok olan, aileme ve eşim Tuğrul ERGÜL'e sonsuz teşekkür ederim.

Ar. Gör. Şafak ERGÜL

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	vii
GRAFİKLER LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
BÖLÜM I	
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	8
1.2. Hipotezler	9
1.3. Genel Bilgiler	10
1.3.1. Halk Sağlığı ve Halk Sağlığı Hemşireliği	10
1.3.1.1. Dünyada ve Türkiye’de Halk Sağlığı Hemşireliği	12
1.3.2. Halk Sağlığı Hemşiresinin Rol ve İşlevleri	16
1.3.3. Aile Sağlığı ve Halk Sağlığı Hemşireliği	20
1.3.4. Halk Sağlığı Hemşiresinin Özel Hizmet Alanları	22
1.3.4.1. Okul Sağlığı Hemşireliği	23
1.3.4.2. İş Sağlığı ve Hemşireliği	25
1.3.4.3. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği	26
1.3.4.4. Evde Sağlık Bakım Hemşireliği	28
1.3.5. Halk Sağlığı Hemşireliğinin Geleceği	29
BÖLÜM II	
GEREÇ VE YÖNTEM	34
2.1. Araştırmanın Tipi	34
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	34
2.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	35
2.4. Veri Toplama	36
2.4.1. Veri Toplama Aracının Tanıtımı	36

2.4.2. Veri Toplama Aracının Geçerlik ve Güvenirliği	37
2.4.3. Veri Toplama Yöntemi	38
2.5. Verilerin Analizi	39
2.5.1. Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri	39
2.5.2. Verilerin Değerlendirilmesi	39
2.6. Süre ve Olanaklar	40
2.7. Araştırma Etiği	40
BÖLÜM III	
BULGULAR	42
3.1. Araştırma Kapsamına Giren Ailelere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	42
3.1.1. Araştırma Kapsamına Giren Aile Bireylerine İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	45
3.1.1.1. Görüşme Yapılan Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	47
3.1.1.2. Görüşme Yapılan Kadınların Sağlığı Önemseme Ve Ailelerinin Sağlık Düzeyini Algılama Durumları	48
3.2. Araştırma Kapsamına Giren Ailelerin Sağlık Hastalık Öyküsü	49
3.3. Ailelerde Hastalık Olgusu Durumunda Evde Hemşirelik Bakım Gereksinimleri	55
3.4. Araştırma Kapsamına Giren Ailelerin Hastaneye Yatma Deneyimi	56
3.5. Kadınların Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerine İlişkin Görüşleri	58
3.6. Kadınların "Toplumun Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentilerinin Belirlenmesine" Yönelik Genel Ölçek Ve Alt Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtlar	61
3.7. Kadınların HHBB Ölçeğine İlişkin Puan Ortalamalarının Bazı Sosyodemografik Verilerle İlişkisi	70
3.8. Kadınların Puan Ortalamalarının Sağlığı Önemseme Ve Ailelerinin Sağlık Düzeyini Algılama Durumları İle İlişkisinin İncelenmesi	72
3.9. Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Ailelerin Sağlık Hastalık Öyküleri İle İlişkisinin İncelenmesi	73
3.10. Kadınların Puan Ortalamaları İle Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerine İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	76
3.11. Kadınların Hastalık Olgusu Durumunda Evde Hemşirelik Bakım Gereksinimleri İle Bu Hizmeti İsteme Dereceleri Arasındaki İlişki	78

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE SONUÇ

81

A.TARTIŞMA

81

4.1. Araştırma Kapsamına Giren Ailelere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

81

4.1.1. Araştırma Kapsamına Giren Aile Bireylerine İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

84

4.1.1.1. Görüşme Yapılan Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

86

4.1.1.2. Görüşme Yapılan Kadınların Sağlığı Önemsene Ve Ailelerinin

87

Sağlık Düzeyini Algılama Durumları

4.2. Araştırma Kapsamına Giren Ailelerin Sağlık Hastalık Öyküsü

88

4.3. Ailelerde Hastalık Olgusu Durumunda Evde Hemşirelik Bakım

92

Gereksinimleri

4.4. Araştırma Kapsamına Giren Ailelerin Hastaneye Yatma Deneyimi

94

4.5. Kadınların Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerine İlişkin Görüşleri

96

4.6. Kadınların "Toplumun Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerinden

97

Beklentilerinin Belirlenmesine" Yönelik Genel Ölçek Ve Alt Ölçek

Maddelerine Verdikleri Yanıtlar

4.7. Kadınların HHBB Ölçeğine İlişkin Puan Ortalamalarının Bazı

102

Sosyodemografik Verilerle İlişkisi

4.8. Kadınların Puan Ortalamalarının Sağlığı Önemsene Ve Ailelerinin

104

Sağlık Düzeyini Algılama Durumları İle İlişkisinin İncelenmesi

4.9. Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Ailelerin Sağlık Hastalık

105

Öyküleri İle İlişkisinin İncelenmesi

4.10. Kadınların Puan Ortalamaları İle Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerine

106

İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

4.11. Kadınların Hastalık Olgusu Durumunda Evde Hemşirelik Bakım

107

Gereksinimleri İle Bu Hizmeti İsteme Dereceleri Arasındaki İlişki

B. SONUÇ

109

ÖNERİLER

116

ÖZET

119

SUMMARY

121

KAYNAKLAR	123
EKLER	
EK I - İzmir İli Merkez İlçeleri	130
EK II - Gazıemir İlçesi Mahallelerinin Sosyoekonomik Yapıya Göre Tabakalandırılması Ve Örneğe Girecek Hane Sayısı	130
EK III - Sosyoekonomik Yapı Özelliklerine Göre Gazıemir İlçesi'nin Mahalleleri	131
EK IV - Örneğe Çıkan Mahallelerin Sokak Numaraları	132
EK V - Toplumun Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentilerinin Belirlenmesine Yönelik Anket Formu	135
EK VI - Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentileri Belirleme Ölçeği (HHBB)	142
ÖZGEÇMİŞ	144



TABLolar LİSTESİ

Tablo No		Sayfa No
1	Ailelerin Aile Tipi ve Aile Yapısına Göre Dağılımı	42
2	Ailelerin Yaşadıkları Mahallelerin Sosyoekonomik Yapılarına Göre Dağılımı	43
3	Ailelerin Yaşadıkları Konutun Özelliklerine Göre Dağılımı	43
4	Ailelerin Ekonomik Durum, Sosyal Destek Alma ve Sosyal Destek Aldıkları Kişilere Göre Dağılımı	44
5	Ailelerin Sağlık Hizmetleri Açısından En Çok Yararlandıkları Sağlık Kurumlarına Göre Dağılımı	44
6	Aile Bireylerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	45
7	Görüşme Yapılan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	47
8	Kadınların Sağlığı Önemseme Ve Ailenin Sağlık Düzeyini Algılama Durumuna Göre Dağılımı	48
9	Araştırma Kapsamına Giren Bireylerin Sağlık Hastalık Öykülerine Göre Dağılımı	49
10	Bireylerin Doktor Tanısı Almış Hastalık Gruplarının Dağılımı	50
11	Bireylerin Kullandıkları İlaç Gruplarının Dağılımı	51
12	Bireylerin Son Bir Yıl İçinde Hastalık Geçirme Durumları Ve Bu Durumla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları	52
13	Bireylerin Son Bir Yıl İçinde Geçirdikleri Hastalık Gruplarının Dağılımı	53
14	Aile Bireylerinin Hastalık Geçirme Durumunda Yardım Alma ve Hastalıktan Etkilenme Durumlarına Göre Dağılımı	54
15	Son Bir Yıl İçinde Ailelerinde Hastalık Olgusu İfade Eden/Etmeyen Kadınların Gereksinim Duydukları Hemşirelik Bakım Durumlarına Göre Dağılımı	55

Tablo No		Sayfa No
16	Kadınların Evde Hemşirelik Hizmet Sunumunda Sorumluluğa İlişkin Görüşlerine Göre Dağılımı	56
17	Herhangi Bir Hastalık Durumunda Hastaneye Yatma Öyküsü Olan Birey İçeren Ailelerin Deneyimlerine Göre Dağılımı	56
18	Taburcu Hasta Olan Ailelerde Kadınların Evde Hastanın Bakımında Yardım Ve Desteğe Gereksinim Duyma Durumlarına Göre Dağılımı	57
19	Taburcu Hasta Olan/Olmayan Ailelerde Kadınların Evde Hastanın Bakımında Yardım Ve Destek Hemşirelik Bakım Gereksinimlerine İlişkin Beklentilerinin Dağılımı	57
20	Kadınların Hemşirelerin Çalışma Alanlarına İlişkin Görüşleri	58
21	Kadınların Bu Güne Kadar Evde Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetinden Yararlanma Durumlarına Göre Dağılımı	59
22	Kadınların Sağlık Ocağından Yararlanma Durumları Ve Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerine İlişkin Görüşlerine Göre Dağılımları	59
23	Kadınların “Toplumun Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentilerinin Belirlenmesine” Yönelik Genel Ölçek Ve Alt Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı	61
24	Kadınların HHBB Ölçeğine İlişkin Puan Dağılımı ve Kümülatif Yüzdeleri	66
25	Kadınların HHBB Ölçeğine İlişkin Genel Ölçek ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	68
26	Kadınların Genel Ölçek Puan Ortalamaları ile Alt Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Bağlantıya Göre Dağılımı	69
27	Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Yaşadıkları Mahallenin Sosyoekonomik Düzeyine Göre Dağılımı	70
28	Kadınların HHBB Ölçek Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı	70
29	Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Yaşadıkları Aile Tipine Göre Dağılımı	71

Tablo No		Sayfa No
30	Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Ailedeki Birey Sayısına Göre Dağılımı	71
31	Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Ekonomik Durumlarına Göre Dağılımı	72
32	Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Sağlığı Önemseme Derecelerine Ve Algılanan Sağlık Düzeyine Göre Dağılımı	72
33	Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının En Çok Yararlandıkları Sağlık Kurumuna Göre Dağılımı	73
34	Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Ailelerinde Doktor Tanısı Almış Hastalığı Bulunan Birey İçerme Durumuna Göre Dağılımı	74
35	Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Ailelerinde İlaç Kullanan Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı	74
36	Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Ailelerinde Son Bir Yıl İçerisinde Günlük İşlerden Alıkoyacak Düzeyde Bir Hastalık Yaşanma Durumuna Göre Dağılımı	75
37	Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Ailelerinde Hastaneye Yatma Öyküsü Bulunma Durumuna Göre Dağılımı	75
38	Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Hastane Dışında Çalışabilmesi Görüşüne Katılma Durumlarına Göre Dağılımı	76
39	Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerini Önemseme Derecelerine Göre Dağılımı	76
40	Kadınların Halk Sağlığı Hemşiresini Tanımaları, Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerini Önemseme Dereceleri ve Hemşirenin Hastane Dışında Çalışması Konusunda Görüşlerinin Beklenti Puan Ortalamalarına Etkisine Göre Dağılımı	77

Tablo No		Sayfa No
41	Taburcu Hasta Olan Ailelerde Kadınların Evde Hasta Bakımında Yardım Ve Destek Hemşirelik Bakım Gereksinimlerine İlişkin Beklentilerinin Evde Hastanın Bakımında Yardıma İhtiyaç Duyma Durumlarına Göre Dağılımı	78
42	Kadınların Ailede Hastalık Durumunda Evde Hemşirelik Bakımı İsteme Durumlarının Ailenin Hastalık Durumunda Bireye Verilen Bakımdan Etkilenme Derecesine Göre Dağılımı	79
43	Hastalık Olgusu Yaşanmayan Ailelerde Kadınların Evde Hemşirelik Bakımı İsteme Durumlarının Ailenin Hastalık Yaşanması Durumunda Bireye Verilecek Bakımdan Etkilenme Derecesine Göre Dağılımı	80



GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik No		Sayfa No
1	Kadınların HHBB Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı	67
2	Kadınların HHBB Genel Ölçek Ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı	68



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No		Sayfa No
1	Temel Sağlık Hizmetlerinde Hemşirenin Bakım Alanları	5
2	Araştırmanın Zamanlaması	41



BÖLÜM I

GİRİŞ

Sağlık insan yaşamındaki en değerli kavramdır. İnsanın sosyal bir varlık olarak kendinden beklenen işlevleri yerine getirmesi, üretken olabilmesi ancak sağlıklı olması ile gerçekleşebilir. Sağlık anlayışı zaman akımı içinde bireyden bireye, toplumdan topluma değişiklikler göstermiştir. Yüzyıllar boyu sağlık, insanların önceleri yalnız bedensel daha sonraları da akılsal bakımdan iyilik durumu olarak algılanmıştır. Yirminci yüzyılın ortalarında bu görüşe yeni bir boyut eklenmiş ve sosyal nedenler de sağlığı etkileyen faktörler arasında yer almıştır. Diğer bir deyişle; sağlıkla ilgili olgulara holistik bir görüş eklenerek, insan biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri ile bir bütün olarak ele alınmıştır. 1974 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı "sadece hastalık yada sakatlığın olmayışı değil, insanın kendini bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde hissetmesidir" şeklinde tanımlamıştır. Günümüzde ise sağlık kavramı, sağlığı koruma ve geliştirme çerçevesinde tartışılmaktadır. Basit olarak denilebilir ki sağlık bir durumdur ve bir çok faktörden etkilenmektedir. Sağlığı farkında olduğumuz olmadığımız, kontrol edebildiğimiz edemediğimiz bir çok faktör olumlu ya da olumsuz yönde etkiler. Tüm bu faktörlerin etkisiyle sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi veya hastalıklar ve ölümlerin yaşanması söz konusu olmaktadır (20,36,38,51,63).

Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan dokuz yıllık bir izlem araştırmasında tüm nedenlerden dolayı olan ölümlerin sigara içme, aşırı alkol kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği, aşırı kilo, şişmanlık ve günde sekiz saatten daha az uyku gibi yaşam biçimleri ile yakından ilişkili olduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada, ölümlülük ile sosyal bağların yaygınlığı ve bu bağların niteliği arasında da önemli ilişki bulunmuştur. Ekonomik ve sosyokültürel olumsuzlukların da sağlığı olumsuz etkilediği bilinen bir gerçektir. Yapılan bir çok araştırma düşük gelir düzeyli ve eğitim düzeyi düşük ailelerde ölümlerin, sakat bırakan hastalıkların daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur (3,51,67).

Ülkemiz gelişen bir ülkedir ve ülkemiz insanları eğitimsizlik, işsizlik, ekonomik yetersizlik, sağlık insan gücü azlığı, temel sağlık hizmetlerinin örgütlenmesindeki yetersizlikler, sağlık hizmetlerinin yetersiz finansmanı, çevre kirliliği, sağlıksız yaşam biçimi, aşırı doğurganlık gibi nedenlerden ötürü ana ve çocuk sağlığı sorunları, kalp damar hastalıkları, bulaşıcı hastalıklar, beslenme sorunları, ruhsal sorunlar, kazalar, yaşlılık sorunları gibi pek çok sağlık sorunları ile karşı karşıyadır (90).

Ülkemizde mortalite ve morbitite nedenlerinin ana ve çocuklarda yoğunlaşmasının yanısıra nüfusumuzun da yaklaşık %60'ı (15-49 yaş grubu kadınlar ile 0-14 yaş grubu çocuklar) bu gruplardan oluşmaktadır. Dolayısıyla Türkiye'nin öncelikli sağlık sorunu Ana Çocuk Sağlığı (AÇS) alanına giren sorunlardır. Sağlık düzeyi ölçütleri içinde bebek ölüm hızı, toplumun genel sağlık düzeyini ölçmek ve bu doğrultuda verilen hizmetlerin etkinliğini değerlendirmek için kullanılan en önemli ölçütlerden biridir. Ülkemizde 1963 yılında binde 208 olan bebek ölüm hızı sırası ile 1978'de binde 134'e, 1990 yılında 59.3'e, 1997'de 42.2'ye, 1998'de binde 37'ye düşmüştür. Ancak bu değer hala dünya genelinde yüksek bir değerdir. Ayrıca ülkemizde 18 yaşın altında ve 35 yaşın üzerinde gebe kalma, 2 yıldan az aralıklı ve 4'den fazla doğum yapma, düzensiz veya yetersiz antenatal bakım verilmesi, özellikle gebelik ve lohusalık döneminde olmak üzere beslenme yetersizliği gibi faktörler anne sağlığını olumsuz etkilemekte bunun sonucunda da gebelik ve lohusalık toksemileri, enfeksiyonlar, kanamalar, düşükler, ürogenital hastalıklar, anemi ve anne ölümleri oluşmaktadır (17,23,90,92).

Günümüzde bulaşıcı hastalıklar pek çok gelişmiş ülkede önemini kaybetmesine karşın, ülkemiz gibi sağlık koşulları yetersiz olan gelişmekte olan ülkelerde hala önemini korumaktadır. Ülkemizde Cumhuriyetin ilk yıllarında çok önemli bir sağlık sorunu olan sıtma, programlı bir çalışma ile önüne geçilebilmesine rağmen, günümüzde biyolojik çevre sorunları ve sorununun önemsizmemesi gibi nedenlerle özellikle güney illerimizde sağlığı tehdit etmektedir. Diğer taraftan %30 dolayında yaygınlık gösteren parazitler hijyenik alışkanlıklar ve sağlıksız çevre koşulları nedeniyle çevre sağlığını olumsuz etkilemektedir. Enfeksiyöz hepatit ise kişisel hijyen, su ve besin sağlığında ki yetersizlikler nedeniyle güncelliğini koruyan bir bulaşıcı hastalıktır. Tüberküloz, sifiliz, gonore, AIDS gibi sosyal bulaşıcı hastalıklar da önemli derecede toplum sağlığını tehdit etmektedir. Öte yandan diğer bir çok

ülkede olduğu gibi ülkemizde de bulaşıcı olmayan hastalıklar giderek önem kazanmaktadır. Gerek gelişmiş bir ülke örneği olarak ABD'de gerekse Türkiye'ye ait istatistikler incelendiğinde son 50-80 yıllık dönemde kalp damar hastalıkları, hipertansiyon ve kanserin arttığı ve bu hastalıkların ölüm nedenlerinin başında geldiği görülmektedir. Örneğin; Türkiye'de her 10 ölümden biri kansere bağlı olmaktadır. Sigara kullanımı, stres, fizik aktivite azlığı, üst solunum yolu enfeksiyonları, sağlıksız beslenme, gibi önlenbilir nedenlerle ortaya çıkan bu hastalıkların azaltılmasında bireylerin "Sağlıklı yaşama biçimi" kazanmasının önemi büyüktür. Buna karşın ülkemizde kronik hastalıklardan korunmaya yönelik eğitim programlarının birinci basamak hizmetlerde yer almaması da vurgulanması gereken önemli bir noktadır (16,45,90,92).

Son yıllarda artan çevre kirliliği özellikle büyük kentlerde olmak üzere, akut ve kronik solunum yolu enfeksiyonlarına ve hastalıklarına yol açmaktadır. Yine, beslenme ile ilgili sağlık sorunları, çocuk, kadın ve yaşlılar gibi risk gruplarında daha önemli boyutlardadır. Ülkemizde 0-6 yaş grubu çocuklarda demir eksikliği anemisi, protein ve kalori yetersizliğine bağlı hastalıklar, kalsiyum ve vitamin eksikliğine bağlı kemik hastalıkları ve diğer bazı sistemik hastalıklar kötü ve yanlış beslenmenin sonucunda oluşmaktadır. (90,92,98).

Ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 1985'de 3.4 iken, bu oranın 2000 yılında %5'e, 2005 yılında ise %10'lara ulaşacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla yaşlı nüfusun artmasına bağlı yaşlılık sorunları da gittikçe önem kazanan bir halk sağlığı konusudur. Yaşlılık döneminde; hem hastalıkların tedavisi hem de sağlığın sürdürülmesi için sosyal ve fiziksel koşullar diğer yaş dönemlerine göre daha çok ön plana çıktığı için ülkemizde toplumun yaşama koşulları ve çevrenin niteliği, tıbbi ve sosyal bakım hizmetlerinin ev ortamında sağlanamaması gibi nedenlerle yaşlılık döneminde kronik hastalıkların görülmem sıklığı artmakta, fizik ve mental sağlığın sürdürülmesinde sorunlar yaşanmaktadır (39,43,90).

Ayrıca ülkemizde bir diğer sağlık sorunu da kazalardır. Ölümlerin yaklaşık %8'inin nedeni olan ev, iş, trafik kazalarının yanısıra ruhsal sorunlar, iş sağlığı yetersizliği, ağız diş sağlığı gibi sağlık sorunları da halen önemini korumaktadır (23,90,98).

Tüm bu sağlık sorunlarının saptanmasında, önlenmesinde, çözümlenmesinde ve sağlık düzeyinin yükseltilmesinde temel sağlık hizmeti modeli ve halk sağlığı çalışmalarının etkin olarak uygulanmasının ve bu uygulamaları gerçekleştirecek sağlık ekibinin nitelikli olmasının önemi büyüktür. Ülkemiz anayasalarında sağlık, kişi için bir hak, sağlık bakımının sağlanması devlet için bir görev olarak kabul edilmiştir. Bu görevin yerine getirilmesi de sağlık hizmetleri çerçevesinde ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerinin temel amacı; Toplumun tüm bireylerine doğuştan kazandırılan sağlıklı olma hakkının sağlanması ve devamlılığı için yeterli yaşam düzeyinin sunulmasıdır. Sağlık hizmetlerinin koruma, tedavi, ve rehabilitasyondan oluşan üç boyutu vardır. Ülkemizde bu üç boyutlu hizmet 1961 yılında kabul edilen, 1963 yılında uygulamaya konulan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" kanuna göre bunun paralelinde 1978 yılında Kazakistan'ın Alma-Ata kentinde yapılan Temel Sağlık Hizmetleri konferansında belirlenen hizmet modeline göre sürdürülmektedir. Temel Sağlık Hizmetleri; bilimsel olarak geçerli, insanların kabul edebilecekleri yöntemlerle, onların katkıları ve arzuları ile gerçekleşen, ödeyebilecekleri az bir ücretle kolaylıkla ulaşabilecekleri pratik teknoloji ve metotlara dayanan hizmetler olarak tanımlanabilir. Dolayısıyla temel sağlık hizmetleri hem ülkenin ayrılmaz bir parçası hem de toplumun sosyal ve ekonomik gelişiminin hareket noktasıdır (35,37,50,68,90).

Temel sağlık hizmetleri çerçevesinde çağdaş sağlık anlayışı ile tüm dünyada hemşirenin rolünde de değişiklikler olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü Halk Sağlığı Hemşireleri Uzmanlar Komitesi, ülkelerde sağlık sorunlarının çözümlenmesinde hemşirelerin etkin olabilmeleri için topluma yönelik halk sağlığı hemşireliğinin geliştirilmesi ve uygun kullanımını önermiştir (47).

Temel sağlık hizmetlerinde çalışacak hemşireden istenen; Halkın sağlık düzeyini yükseltmek, hastalıklardan korumak, hastalık durumlarında sağıltmak, gerekli durumlarda sevk etmek ve topluma sağlık eğitimi vermektir. Bu amaçtan da anlaşıldığı gibi temel sağlık hizmetlerinde koruyucu, iyileştirici, rehabilitatif alanlardaki hemşirelik uygulamaları toplumun gereksinimleri doğrultusunda yoğunlaşmıştır (90).

Şekil 1. Temel Sağlık Hizmetlerinde Hemşirenin Bakım Alanları (3,90).

Sağlık Durumu	Korunma Önlemleri	Hizmet Grupları	Uygulama yeri
Sağlıklı Kişi	Birincil Koruma		
	Hijyen	Gebe	Ev
	Beslenme	Bebek	Okul
	Aile planlaması	Erişkin	Endüstri
	Bağışıklama	Yaşlı	Sağlık merkezleri
	Çevre sağlığı		
	Temiz su, atıkların giderilmesi		
Hasta/ Yaralı	İkincil Koruma		
	Tarama	Birey	Hastane
	Olgu bulma/ tanılama	Aile	Ev
	Erken tanı	Toplum	Sağlık merkezi
	Sakatlıkların önlenmesi		
Yaralanma/Kr.Hasta	Üçüncül koruma		
	Komplikasyonların önlenmesi	Birey	Kurum
	Uğraş terapisi	Aile	Rehabilitasyon merkezi
	Terminal hastaya destek bakım	Toplum	

Halk sağlığı hemşireliğinin hizmet hedefi "Sağlıklı nüfus", hizmet alanı "Bu nüfusun yaşadığı her yer", hizmet biçimi ise "Bu nüfusa sunulan her türlü çağdaş hizmet" yaklaşımıdır. Ülkemizde uygulanan sağlık sistemi içinde hemşire, koruyucu sağlık hizmetleri alanında 154 sayılı yönergede belirtilen çerçevede yetki ve sorumluluklar alabilmektedir. Buna göre; (33,90).

- Halk sağlığı hemşiresi, köy ebelerinin çalışmalarını denetler, destekler ve hizmet içi eğitim programları uygular.
- Halk sağlığı hemşiresi köy ebelerinin yaptıramadığı doğum ve sağlık ocağına gönderilen gebelere, olanağı oranında gerekli müdahaleyi yapar, gerekirse köye giderek ebeye yardım eder.
- Halk sağlığı hemşiresi kadın sağlığı ve toplumun genel sağlığının kalkınması konularında eğitim yapar.
- Halk sağlığı hemşiresi, gezi programları içinde gittiği köylerde hasta izleme ve bakımında köy ebelerinin yapamadığı hizmetlerin yürütülmesini sağlar.

- Halk sağlığı hemşiresi özel program gereğince yapılan gıda yardımlarında gıdaların dağıtımını sağlık ocağı hekiminin önerileri doğrultusunda, köy ebelerinin yardımları ile düzenler.
- Halk sağlığı hemşiresi ilk yardım hizmetlerini yürütür.

Ancak bu gün ülkemizde sağlık politikalarındaki belirsizlikler, hizmetlerin sunuluşundaki dağınlık ve çok başıllık, temel sağlık hizmetleri ilkelerine uyan bir örgütlenme modelinin işletememesi gibi olumsuzluklar nedeniyle halk sağlığı hemşirelik uygulamaları 154 sayılı yönerge doğrultusunda gerçekleşmemektedir. Sağlık hizmetlerindeki belirsizlikler ve arayışlar sonucu toplumumuz bu gün birinci basamak sağlık hizmetlerinden gereken şekilde yararlanamamaktadır. Diğer taraftan toplum sağlığında son değişmeler, değişen sosyal faktörler ve buna bağlı ortaya çıkan sağlık gereksinimleri, sağlık hizmetlerinin analizini ve bunun sonucunda özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde toplumun tüm bireyelerine ulaştırılan bir hizmet anlayışını önemle ortaya çıkarmaktadır (49,80).

Uzun yıllardır ülkemizde sağlık hizmetlerinin her basamağında olduğu gibi birinci basamak hizmetlerde de toplum sağlık ihtiyaçlarının ve beklentilerinin göz önüne alınmaması sağlık hizmetlerinin planlanmamasından kaynaklanmaktadır. Oysa ki ülkenin sınırlı mevcut kaynaklarının kullanımında mutlaka ihtiyaç ve beklentiler belirlenmeli ve bunun paralelinde sağlık hizmet planlaması yapılmalıdır. Bu anlamda halk sağlığı hemşireleri de sağlık planlamasında önemli rol oynamaktadır. Bethell; halk sağlığı alanında çalışan hemşirelerin "Toplum Sağlık Profilini" çıkarıp, sağlık beklentilerini ve ihtiyaçlarını saptamada ve bunlara yanıt vermede önemli rol alabileceklerini vurgulamıştır (11,12,24). Bunun yanısıra toplumun sağlık planlamasına ve karar mekanizmasına katılmasında halkın katılımını desteklemek, sektörler arası işbirliğini sağlamak ve mekanizmaları harekete geçirmek yine halk sağlığı hemşiresinin uygulamaları içerisinde yer alırken, ülkemizde ise halk sağlığı hemşiresi

- Temel sağlık hizmetleri alanında %6 hemşire, %82 ebe personelin görev alması ve yetersiz hemşirelik iş gücü kullanımı
- Hemşirelerin daha çok tedavi edici, hastaneye dayalı bakım hizmetlerinde görevlendirilmesi nedeniyle işlevsel yetersizlik

- Hemşirelik eğitiminde hastaneye, hastalıklara ve hasta merkezli hizmetlere yönelik programlara ağırlık verilmesi
- Sağlık hizmetlerinde tedavi edici hizmetlere ağırlık verilmesi gibi nedenlerle o gerçek hizmetlerinden daha çok tedavi edici hizmetlere, poliklinikte hekime yardım etme gibi işlere yöneltmiştir (40,58,75).

Genel olarak dünyada halk sağlığı hemşirelerinin uygulama alanlarına bakıldığında bir hayli değişik alanla karşılaşırız. Örneğin; ev, okul, işyeri, huzurevi, gibi... Tüm alanlarda halk sağlığı hemşiresi primer, sekonder yada tersiyer koruma düzeylerine cevap veren hizmetlere yönelmiş olmasına karşın birçok alanlarda uygulamaları sağlığı yükseltme programları üzerindedir. Nitekim son yıllardaki halk sağlığı hemşireliği uygulamaları sağlığın bilimsel öğreticisi olan hemşirelerin sağlığı yükseltmede önemli rollere sahip olmaları gerektiğini kabul ettirme uğraşısı içindedir. Öte yandan ülkemizde ise halk sağlığı hemşiresi bu alanlarda varlığını gösterememekte ya da gerçek işlevini yerine getirememektedir (7,40,60,90).

Sonuç olarak sağlık hizmeti bir istem sunu sonucu gelişir. Ülkemizde hemşirenin görev, yetki ve sorumluluklarının incelendiği geçmiş çalışmalar da göstermektedir ki hemşirelik hizmetleri toplumun sağlık bakım gereksinimlerine ve beklentilerine yanıt vermemektedir, bu farkedilen bir durumdur (48). Bununla birlikte günümüzde kalite kavramı oldukça önem kazanmıştır. Üretilen mal veya hizmetin tüketicinin beklentilerine uygunluğu ve karşılama derecesi olarak bilinen bu kavram yıllar önce birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeni ve çağdaş bir anlayışın öncüsü olan Sosyalleştirme yasasında göz önünde tutulmuştur. Bu olumlu yaklaşıma karşın son yıllarda ülkemizde birincil sağlık hizmetlerinde kalitenin olumsuz etkilendiği bilinmektedir. Başka bir deyişle; sunulan sağlık hizmeti toplumun beklentilerini karşılamamaktadır. Dolayısıyla bu tür beklentilerin belirlenmesi ve dikkate alınması, hem hizmetin planlanmasında, yürütülmesinde hizmetin kullanımını ve verimini artırır hem de halkın hizmetten memnun kalmasına olanak sağlar (19).

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Toplumun en değerli kaynağı, o toplumu oluşturan bireyler, başka bir deyişle toplumun kendisidir. Toplum kavramının geliştiği süreç içinde toplum sağlığı olgusu da kendiliğinden ortaya çıkmıştır. Kişisel sağlık ve toplum sağlığı birbirine bağlı kavramlardır. Bu ilişki toplum sağlığının tanımında da ortaya konmaktadır. Bu tanıma göre toplum sağlığı; fiziksel, psikolojik, kültürel, sosyal ve çevre açısından, toplumda istenen uyumun ve kişisel olarak tanımlanan iyilik halinin sağlanmasına yönelik bireysel ve ortaklaşa çalışmalardan doğan bir denge durumudur (34,61). Bu dengenin sağlanması ve sürdürülmesi o topluma uygun sağlık hizmetlerinin organize edilmesi ile mümkün olmaktadır. Bu hizmetin sunumunda ise anahtar kişi halk sağlığı hemşiresidir. Halk sağlığı hemşireliği ailelerin ve toplumun gereksinimleri etrafında yoğunlaşmıştır ve bu gereksinimlerin karşılanmasına yönelik bir uygulamadır (47,81).

Toplumun genel sağlık düzeyi, sağlık bakım gereksinimleri ve beklentileri her ülke için geliştirilecek halk sağlığı hemşirelik modelinin kaynağını oluşturmaktadır. Bu kaynağın doğru kullanımı için; toplumun sosyoekonomik, kültürel yapısı, fizik çevre koşulları yanısıra hastalık sağlık ikili kavramına ilişkin değerleri, eldeki sağlık kuruluşlarından yararlanma olanakları, kişilerin hastalanma durumundaki davranışları gibi değişkenlerde göz önüne alınmalıdır (34,40,90).

Bu araştırma; "Toplumun halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklenti düzeyleri nedir?" ve "Toplum halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden yeterince yararlanıyor mu?" sorularına cevap aramak ve aşağıdaki alt amaçlar doğrultusunda olası bulgularla, kentsel bölgede geliştirilecek halk sağlığı hemşirelik hizmet modelinin geliştirilmesine yönelik veri tabanı oluşturmak amacıyla planlanmıştır. Bu alt amaçlar;

- Araştırma kapsamındaki birey ve ailelerin sosyodemografik özellikleri ve hastalık öyküleri, ilaç kullanımı ile ilgili veri toplamak,
- Aile bireylerinin hastalık durumu ve taburculuk sonrası evde hasta bakımına ilişkin hemşirelik hizmet gereksinimlerini belirlemek,
- Aile bireylerinin sağlık ocağı ve evde halk sağlığı hemşiresinin rollerine ilişkin hizmet beklentilerini belirlemek,
- Ailelerin bir uzmanlık alanı olarak halk sağlığı hemşireliğine ilişkin görüşlerini saptamak,

- Bazı sosyodemografik değişkenlerle ailelerin halk sağlığı hemşirelik hizmetlerine ilişkin beklentileri arasındaki ilişkileri incelemek araştırmanın alt amaçlarını oluşturmuştur.

1.2. HİPOTEZLER

- Toplumun halk sağlığı hemşirelik hizmetlerine yönelik beklentileri düşüktür.
- Geniş aile yapısı gösteren ailelerin halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklenti puanı diğer aile yapılarından daha fazladır.
- Düşük eğitim düzeyli ailelerin hizmet beklentisi üst eğitim düzeyli ailelerin hizmet beklentisinden daha düşüktür.
- Hastaneye yatma öyküsü olan birey içeren ailelerin halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklenti puan ortalamaları ile diğer ailelerin beklenti puan ortalamaları arasında fark vardır.
- Ailelerin halk sağlığı hemşirelik hizmetlerini önemseme derecesiyle halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklenti puan ortalamaları arasında fark vardır.
- Sağlık düzeyi değerlendirmesi yüksek olan ailelerin hizmet beklenti puan ortalamaları diğer ailelerden daha düşüktür.
- Halk sağlığı hemşiresinin bakım hizmetlerine ilişkin ailelerin beklenti puan ortalamaları hemşirenin diğer rollerine ilişkin (araştırmacı, değişim ajanı, eğitici, danışman, lider) alt ölçek puan ortalamalarından daha yüksektir.

1.3.GENEL BİLGİLER

1.3.1. HALK SAĞLIĞI VE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Halk sağlığı terimi 19.yy'dan beri topluluk halinde yaşayan insanların sağlıkları ile ilgilenen bir bilim dalı olarak kullanılmaktadır. Halk sağlığı çok yönlü, dinamik ve değişken bir yapıdır. Tarihsel, kültürel, organizasyonel, çevresel ve toplum yapısını içeren toplumun farklı yüzlerini, toplumun amaçları, kişisel ve ortak gereksinimleri ile birleştirir. Bu doğrultuda çevre ve sağlık koşullarını düzenleme, iş sağlığı, ruh sağlığı, aile sağlığı, okul sağlığı gibi pek çok konuyu ilgilendiren bir çalışma alanında hizmet verir (29,61,71,90).

Halk sağlığının geleneksel tanımı 1923'de Winslow tarafından yapılmıştır. Buna göre halk sağlığı; örgütlenmiş toplum eylemleri yolu ile çevre sağlık koşullarını düzelterek, bireylere sağlık bilgisi vererek, bulaşıcı hastalıkları önleyerek, hastalıkların erken tanı ve koruyucu sağaltımını yürütebilecek sağlık örgütünü kurarak, toplumsal koşulları her bireyin sağlığını sürdürebileceği bir yaşam düzeyi sağlayacak şekilde geliştirerek, hastalıklardan korunmaya, hayatı uzatmaya, beden sağlığı ile çalışma gücünün artırılmasına olanak veren bir bilim ve sanattır (16,90). Günümüzde halk sağlığı konusunun incelenmesinde ilk karşılaşılan sorun halk sağlığının tanımının değişik ülkelerde çeşitli disiplinler tarafından farklı yapılmasıdır. Ne varki sağlık kavramının daha iyi anlaşılmasına paralel olarak, halk sağlığının tanımı da daha berraklaşmıştır. Dünya Sağlık Örgütünc de benimsenen kısa tanımına göre halk sağlığı; hastalıkların önlenmesi, yaşamın uzatılması ve toplumun organize çabaları ile sağlığın geliştirilmesi bilim ve sanattır. Geleneksel olarak halk sağlığı genellikle topluma dayalı çevre sağlığı, anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması gibi koruyucu hizmetleri dikkate almaktı. Ancak çağdaş kavramda halk sağlığı, planlama ve sağlık hizmetlerinin tümünün yönetimini de içermektedir. Çağdaş halk sağlığı anlayışının başlıca ilkeleri (92);

- Toplumsal eşitlik
- Çevreyle bütünlük
- Yaşamın bütünlüğü
- Toplumsal etmenler
- Hizmetin boyutu
- Entegre hizmet
- Ekip hizmeti
- Sağlık kalkınma ilişkisi
- Öz sorumluluk
- Halkın katılımı

- Korumaya öncelik
- Risk gruplarına öncelik
- Önemli hastalıklar öncelik
- Evrensellik
- Koşullara uygunluk

Bu ilkelerden anlaşılacağı gibi, halk sağlığı uygulamaları sadece sağlık sektörünün konu alanı değildir. Geniş anlamda, toplum dahil tüm diğer ilgili sektörler halk sağlığı konusunun içindedir. Sektörler uygulamalarında halk sağlığı yaklaşımını benimsedikleri ölçüde, sonuçlar ülke açısından başarılı olmaktadır. Halk sağlığı uygulamalarının başarısında sağlık personelinin uygun eğitimle, uygun nitelik kazanmış olmasının da özel bir önemi vardır. WHO bu anlamda hizmetin sunumunda temel insan gücü olarak halk sağlığı hemşirelerini ön plana çıkarmaktadır (16,40,90).

Sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan halk sağlığı hemşireliğinin Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından yapılan tanımına göre halk sağlığı hemşireliği; birey, aile ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla halk sağlığı uygulamaları ile hemşirelik fonksiyonlarının sentezidir. Bu uygulama genel ve kapsamlıdır, belirli bir yaş grubu ve hastalık ile sınırlı değildir, devamlıdır. Halk sağlığı hemşiresi, sağlığın korunması, geliştirilmesi, sağlık eğitimi, yönetim, işbirliği ve toplumda gruplar, aileler ve bireylere holistik yaklaşım doğrultusunda verilen bakımın yönetimi ve devamlılığından sorumludur. Amerikan Halk Sağlığı Derneği'nin (APHA) tanımına göre halk sağlığı hemşireliği, halk sağlığı bilimi ve profesyonel hemşirelik teorilerinden oluşan bir sentezdir. Halk sağlığı hemşireliğinde öncelikli amaç; toplumda hastalık, sakatlık yönünden yüksek risk taşıyan grupların sağlığının geliştirilmesidir. Halk sağlığı hemşiresi bu görevi birey, grup ve ailelerle ortak çalışarak gerçekleştirir (60,82,85).

Uluslar arası Hemşireler Birliği'ne (ICN) göre halk sağlığı hemşireliği, hem profesyonel hemşirelik hem de örgütlenmiş belli başlı halk sağlığı uygulamaları alanları içinde bir uzmanlık alanıdır. Profesyonel hemşireliğin bilgi ve becerilerini, halk sağlığının yöntemlerini, içerik ve felsefesini kullanır. Sağlık ocağı, sağlık evi, sosyal hizmet üniteleri ile evde, endüstride, okulda birey ve gruplara verilecek hemşirelik hizmetlerinden sorumludur (3,90).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımına göre halk sağlığı hemşireliği; tüm toplumun sağlığı programı içinde, sağlığın yükseltilmesi, fizik ve sosyal çevrenin olumlu hale getirilmesi, toplumu hastalık ve sakatlıklardan korumak için çalışan, tüm hemşirelik becerileri ile halk sağlığı ve sosyal yardımın bazı evrelerini kapsayan hemşirelikte özel bir daldır (47,61).

1.3.1.1. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

İnsandaki en kuvvetli iç güdü hayatı koruma, sağlığı devam ettirme şeklinde kendini gösterir. İnsan yeryüzünde yaşamaya başladığı andan itibaren hastalandığı ve yaralandığı zaman tekrar sağlığına kavuşmak için çareler aramış, sorunlarına çözüm aramak için değişik yollara başvurmuştur. Örneğin ilk insanlar hastalıklarını ilkel yöntemler ile tedavi etmişler, hasta bakımı vermişler ve birbirlerine yardım etmişlerdir. İlk uygarlık gelişmeleri ile birlikte sosyal ve tıbbi bilgiler halkın sağlığını koruma da bilinçli bir şekilde kullanılmış ve bazı halk sağlığı uygulamaları yapılmıştır. Bununla birlikte bireylerin sağlık gereksinimleri doğrultusunda çeşitli meslekler ortaya çıkmıştır. Bu mesleklerden birisi olan hemşirelik ve sonrasında halk sağlığı hemşireliği de çağlar boyunca bilim ve tıptaki gelişmelere paralel olarak bir çok aşamalardan geçmiştir (26,70).

Dinlerin ortaya çıkması ve yayılması halk sağlığı hemşireliği için yararlı atılımları başlatmıştır. Kilisenin rehberliği altında sosyal yardım örgütleri ve bu örgütlerin önderliğinde evde hasta bakımı gelişmiştir. Genç kızlar ve kadınlar tarafından özellikle fakir hastalara bakım verilmiş, yardım edilmiştir. Dini kuruluşlara bağlı bir grup kadın ev ziyaretleri yaparak açları doyurmuşlar, ihtiyacı olanları giydirmişler ve hastalara evde bakım vermişlerdir. Dekanesler (Deaconns) adı verilen bu kuruluşta çalışan Febe (Phobe) bu günkü anlamda ilk ziyaretçi hemşire (halk sağlığı hemşiresi) olarak kabul edilmektedir (70).

Ancak modern anlamda halk sağlığı hemşireliğinin kuruluşu 19. yüzyılda olmuştur. Bu gelişmenin sağlanmasında en önemli etkiyi hemşireliğin temellerinin atıldığı ülke olan İngiltere yapmıştır. 1859'da William Rathbone ve Florence Nightingale'nin ortaklaşa çabaları ile Liverpool kenti 8 bölgeye ayrılarak her birine bir bölge hemşiresi atanmış, böylece bölge hemşirelik sisteminin temeli atılmıştır. Aynı zamanda W. Rathbone'nin girişimi ve F. Nightingale'in önderliğinde evlerde hasta

bakacak ziyaretçi hemşireleri yetiştiren ve 1.5 yıllık eğitim veren ilk okul 1862 yılında Liverpool'da açılmıştır. Bu okuldan mezun olanlara "Halk Sağlığı Hemşiresi" ünvanı verilmiştir. Bu hemşireler örgün eğitimlerinde hem hasta bakımına ilişkin bilgileri ve becerileri hem de koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik bilgi ve becerileri kazanmışlardır. Bu girişimin sonuçları başarılı olmuş her tarafta ziyaretçi hemşirelik servisleri ve okulları açılmıştır (47,70,72,95). Bu gelişim sürecinde F. Nightingale'in halk sağlığına ve halk sağlığı hemşireliğine katkıları çoktur. Nightingale "Notes on Nursing" adı ile yazdığı notlarında hemşireleri sadece bakım verici olarak değil, evde bireylere sağlık eğitimi ve rehberliği yapan birer sağlık misyoneri olarak da tanımlamıştır. Yine aynı notlarda, Londra'da bebek ölümlerinin ciddi boyutlarda olduğunu, bunların önlenmesinde temiz bir ev ortamının ve çevre koşullarının sağlanmasının önemini vurgulamış ve bu konuda halk sağlığı hemşiresinin sağlığı geliştirme, hijyen, hastalıkların önlenmesi ve sağlık eğitimine yönelik rollerini ortaya koymuştur (78,95).

İngiltere'de 1918'de I. Dünya savaşı sonrasında pek çok diplomalı hemşire Halk Sağlığı çalışmalarında görev almış, 1919 yılında da eğitimleri ile ilgili ilk yönetmelik yapılmıştır. Bu gün İngiltere'de 8 farklı halk sağlığı hemşiresi görev yapmaktadır. Bunlar; "**Bölge hemşiresi**" (ev hemşiresi), "**Okul sağlığı hemşiresi**", "**Pratisyen hemşire**", "**Toplum sağlığı hemşiresi**", "**Hasta çocuk hemşiresi**", "**İş sağlığı hemşiresi**", "**Ziyaretçi hemşire**" ve "**Öğrenme güçlüğü olan kişilere yardımcı olan hemşire**" olarak isimlendirilirken, görev ve yetkileri de yasalarla belirlenmiştir (18,47).

Amerika'da ilk bölge hemşireliği dernekleri 1866 yılında Boston ve Filadelfiya'da açılmıştır. İkisi de, William Rathboon'un Liverpool'da yaptığı gibi örgütlenen bu dernekler evlerdeki hastalara bakım verirken aynı zamanda sağlığın korunmasına yönelik eğitim de veriyorlardı. Daha sonra 1893 yılında eğitimli bir hemşire olan Lilian Wald va arkadaşı Mary Brewster Newyork'da hasta ve yoksullar için ilk bölge hemşireliği hizmetini kendi olanakları ile kurmuşlardır. Ayrıca L.Wald ilk kez "halk sağlığı hemşiresi" terimini kullanarak , Amerika'da modern halk sağlığı hemşireliğinin önderi olmuş ve aile merkezli çalışma, hastalıkları önlemede sağlık eğitiminin önemini vurgulama ve sağlığı geliştirme düşüncesinin liderliğini yapmıştır. 1902 yılında L. Wald'ın fikriyle Henry Street'te (Newyork) Lina Rogers tarafından okul

hemşireliği uygulaması gerçekleştirilmiştir. 1911 yılında Amerikan Hemşireler Derneği ve Amerikan Hemşirelik Okulları Derneği birleşerek hastane dışında sağlık hizmetlerini organize edecek bir komite oluşturmuşlardır. Bu komitenin çalışmaları sonucu halk sağlığı hemşireliği için toplumun sağlık gereksinimlerini karşılayacak kendine özgü bir organizasyon kurulması kararlaştırılmış ve bunun sonucunda L. Wald başkanlığında Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Organizasyonu kurulmuştur (85,90). Bu gün Amerika'da 250.000'den fazla halk sağlığı hemşiresi okul sağlığı, işçi sağlığı, evde bakım hizmetleri ve diğer alanlarda hizmet vermektedir. 1988 ve 1992 yılları arasında hastanede çalışan hemşire sayısı %11 artarken halk sağlığı alanında bu oran %30 olmuştur. Halk sağlığı hemşirelerinin büyük bir bölümü (%37) artan evde bakım hizmet gereksinimlerine yanıt vermek için bu alanda çalışırken, yaklaşık olarak her 4 halk sağlığı hemşiresinden birisi de bölgesel sağlık departmanında veya toplum sağlık merkezinde, sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi amacıyla yönelik primer bakım hizmetlerinde görev almaktadır. Diğer halk sağlığı hemşireleri ise; Çalışan çocuklar, üniversiteli gençler, yaşlılar gibi toplumdaki spesifik yaş grupları ile çalışmaktadır (82).

Ülkemizde halk sağlığı hemşireliği ile ilgili ilk çalışmalar 1934 yılında başlamıştır. Dr. Refik Saydam, sosyal hekimlik konusunda girişimlerde bulunarak, çeşitli konularda ihtisas yapmak üzere bir grup hekim ve iki hemşireyi Amerikan Rockefeller Vakfı tarafından sağlanan bursla Amerika'ya göndermiştir. İlk halk sağlığı hemşiresi Fatma Acar'dır. Türkiye'de ziyaretçi hemşire kavramı ilk kez 1943 yılında yayınlanmış olan Trahom Savaş Talimatnamesi'nde geniş şekilde yer almıştır. Bu yönetmeliğin pek çok maddesinde trahom bölgelerinde ziyaretçi hemşirelerin nasıl görev yapacakları ayrıntı ile tanımlanmaktadır. 1943 yılında Verem Savaş Dispanserine bağlı olarak açılmış olan Erenköy Sosyal Hemşire Okulu da , Halk Sağlığı alanında çalışacak hemşireler yetiştirmeyi amaçlayan bir okuldur. Nitekim buradan mezun olanlar Sosyal hemşire diploması alarak, Verem Savaş Dispanserleri, Ruh ve Akıl Sağlığı Dispanserleri, AÇS merkezleri ve diğer sosyal hemşirelik alanlarında görevlendirilmişlerdir (47,70,90). Bu gün ülkemizde lise ve üniversite olmak üzere farklı düzeylerde eğitim veren hemşire okullarında halk sağlığı konularına genişçe yer veren müfredat programları ile bu alanda eğitim sürdürülmektedir. Bunun yanısıra ilki 1955 yılında Ege Üniversitesinde açılan Hemşirelik Yüksekokullarında yüksek lisans ve doktora programları da

yürütülmektedir. Ancak bu gün ülkemizde 64243 mezun hemşirenin 26841'i Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda tedavi edici hizmetlerde görev alırken, koruyucu sağlık hizmeti sunmakta olan sağlık ocaklarında ancak 9142 hemşire görev yapmaktadır (100). Uygulanan sağlık sistemi içinde halk sağlığı hemşiresinin görevini ya sağlık ocakları ve sağlık evlerinde bakmakla yükümlü olduğu nüfusa doğrudan sağlık hizmeti götüren ebeler ya da sağlık ocakları ve sağlık grup başkanlıklarında denetici ve eğitimci olarak görev alan hemşireler yerine getirmektedir (30,58).

Genel olarak Türkiye'nin de içinde bulunduğu Avrupa bölgesinde Halk sağlığı hemşireliğinin bu günkü durumuna baktığımızda; hemşirelerin sağlığı koruma alanındaki rollerinin 1950'lerde hasta bakımında oynadıkları rol kadar önemli kabul edildiğini görmekteyiz. Bu anlamda halk sağlığı hemşiresi fikride artan bir şekilde kabul görmektedir. Ancak ülkelerden bazı örneklere baktığımızda felsefe ve yaklaşımlardaki geniş çeşitlilik dikkati çekmektedir. Orta Avrupa, Doğu Avrupa ve Bağımsız Devletler Topluluğu ülkelerinde genellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık uzmanlarının sayısı azdır. Hemşirelik rolünün anlaşılabilmesi veya geliştirilememesine bağlı olarak, özellikle kırsal alanlarda toplum hemşirelerinin sayıları yetersizdir. Uygun bir eğitimin olmaması, düşük statü, kötü çalışma şartları, düşük maaşlar söz konusudur. Topluma hizmet veren hemşirelerin çoğu, tıbbi tedavi ve prosedürleri uygulayarak, hekim yardımcılığı görevini yerine getirmektedirler. Hemşirelik hizmetlerine yenilik getiren örnekler çok azdır. Macaristan'da, ilçe hemşireleri bazı bölgelerde ev hemşireliği hizmeti sunmakta ve ana-çocuk sağlığı hemşireleri, aile planlaması ve sağlık eğitimini içeren toplum ebeliği görevini üstlenmektedir. (77).

Batı Avrupa'da Yunanistan, Malta, Türkiye gibi ülkelerde hemşirelerin rolü hala hekim yardımcılığı şeklinde düşünülse de Danimarka Finlandiya, İzlanda, Hollanda ve İngiltere gibi ülkelerde toplum hemşireliği bir çok değişik rolü içermektedir. İlçe hemşireliği, sağlık ziyaretçiliği, okul hemşireliği, iş sağlığı hemşireliği, sağlık eğitimi, toplum ruh sağlığı hemşireliği gibi roller bunlara örnektir. Ev ziyaretini de içeren halk sağlığı hemşireliği bir çok ülkede öncelikli olarak kabul görmektedir (77).

Halk sağlığı hemşireliği Kuzey Avrupa ölkelerinde gelişmiştir. Örneğin Norveç'te yataklı kurumlar hemşirelik hizmetleri dışında ayrı yasa ve örgütlenmeleri bulunan üç ana hemşirelik hizmeti vardır. 1.Halk sağlığı hemşireliği 2.Bölge ebelik hizmetleri 3.Ev hemşireliği. Bunlardan bölge ebeleri, üst düzeyde antenatal bakım ve doğum hizmeti verirler, en üst eğitim düzeyinde uzmanlaşmış kişilerdir. Ev hemşireleri yerel yönetim görevlileridir. Daha çok yaşlıların evde bakımında görev alırlar. Halk sağlığı hemşireliği bölge düzeyinde, hemen hemen bağımsız çalışan bir gruptur. Halk sağlığı hemşireleri sağlık ocaklarında hekimlerle birlikte görev alırlar, ancak görev alanları oldukça farklıdır. Hekim iyileştirici hizmetleri yürütürken, hemşire koruyucu hizmetlerde yer alır. Bu işlev hemşireye sağlık ocağının yönetimi sorumluluğunu da getirir. Halk sağlığı hemşirelerinin en önemli görevleri ana ve çocuk sağlığı hizmetleridir. Kırsal alanda çevre sağlığı hizmetlerini (kamplarda sağlık koşulları denetimi, kuaförlerin denetimi ve gıda kontrolleri gibi..) de üstlenirler. Kentlerde bu konuda kendilerine yardımcı olmak üzere çevre sağlığı teknisyenleri bulunur. Okul sağlığı hizmetleri de hemşirelerin yönetimi ve denetiminde yapılır (2,77).

Tüm bunlar da gösteriyorki; Türkiye'nin de içinde bulunduğu Avrupa bölgesinde ve tüm dünyada sağlık hizmetlerindeki değişen yapı, halk sağlığı hemşirelerinin rollerinde de değişikliklere neden olmakta, mesleki rol ve fonksiyonlarda yeni kavramlara ve yeni yaklaşımlara olanak sağlamaktadır.

1.3.2. HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN ROL VE İŞLEVLERİ

Günümüzde toplum sağlığının dinamik yapısı sağlık bakım sistemindeki değişiklikleri beraberinde getirirken, bu sistem içinde topluma sunulan sağlık hizmetleri de bir ekip hizmeti şeklinde sunulmaktadır. Birey, aile, toplum gruplarına, birçok alanda bütüncül bir bakım sağlayan halk sağlığı hemşirelerinin de bu ekibin bir üyesi olarak sağlık sistemi içerisinde değişik rolleri vardır. Bu roller şöyle açıklanabilir; (32,56).

Halk sağlığı hemşiresinin bakım verici rolü ;

Halk sağlığı hemşiresi hizmet verirken, toplumda sağlık düzeyini yükseltmek ve olası sorunları önceden görüp önlem almak için gereksinimi daha çok olan ve risk altında bulunan bireylere öncelik verir. Aileyi bir bütün olarak ele alır ve bakım verir.

Bu bakım öncelikle sağlının geliştirilmesi yönünde hizmetleri içerir, birey ve ailenin herhangi bir nedenle sağlığı bozulmuşsa bakım ve tedavisini yapar (26,56,70,90).

Eğitici rolü;

Sağlık eğitimi iyi bir hemşirelik hizmetinin önemli bir parçasıdır. Birey, aile ve toplumun geniş bir çerçevede yer alan sağlık gereksinimleri ve beklentilerinin karşılanmasında halk sağlığı hemşiresi planlı bir sağlık eğitimi ile etkin rol oynar (3,70,90).

Toplumun sağlıkla ilgili savunuculuğu rolü;

Halk sağlığı hemşiresinin savunuculuk rolü şu fonksiyonları içerir;

- Toplumda varolan ve olası sorunlar için toplumu duyarlı hale getirme,
- Sağlık bakım hizmetlerini bireyin kullanmasını ve bu hizmetlerin kolay ulaşılabilir olmasını sağlama,
- Sağlık bakım çalışanlarına; birey, grup ve toplum gereksinimlerini tanılama ve planlama için yardımcı olma,
- Sağlık bakım kaynaklarını bireyin bakımının devamı için düzenleme (27,41,56,70).

Danışmanlık rolü;

Toplumda birey ve aileler zaman zaman çözümlenmede güçlük çektikleri sağlık sorunları ile yüzyüze gelirler. Böyle durumlarda birey ve aileyi rahatsız eden bu sağlık sorunlarının çözümlenmesinde halk sağlığı hemşiresi danışmanlık yapar. Bu danışmanlık ilişkisi birey ve hemşire arasındaki işbirlikçi bir çabadır. İlişi; bir problemin çözümlenmesi kararında eşit olarak paylaşılmak için kurulur (26,70,74,78).

Yöneticilik rolü;

Halk sağlığı hemşiresi planlama, organize etme, yönlendirme, koordinasyon ve denetlemeden oluşan beş yönetim fonksiyonunu, yüklendiği sorumluluklar doğrultusunda birey ve aileye sunduğu hizmetlerde ve ekip içinde yürüttüğu görevlerde yerine getirir (26,41,70,74,90).

Liderlik rolü;

Halk sağlığı hemşireliğinde lider rolü başlangıçta açık olarak görülmemesine rağmen giderek daha açık ve belirgin bir duruma gelmiştir. Örneğin; problem çözmeye rehberlik, sağlığın geliştirilmesi için uyarıcı olma, sağlığın korunması için programlar yapma, sağlık politikasında etkin olma gibi durumlar toplum sağlığı hemşiresinin liderlik rolünü belirgin olarak ortaya çıkarmaktadır (56,70,78)

Araştırmacı rolü;

Sağlık sorunlarının bilimsel olarak gösterilmesi için hizmet verilen toplumda araştırmaların yapılması zorunludur. Toplum sağlığı hemşiresi uygulamaları sırasında yaptığı gözlemlere dayanarak toplumda araştırılması gereken sorunları saptayabilir veya toplumda yapılması gereken bir araştırmanın amacına uygun bir şekilde yapılması, hataların önlenmesi için katkıda bulunabilir (11,26,70,74).

Değişim ajanı rolü;

Değişim yaratmak bireylerde yeni düşünceler, yeni davranışlar oluşturmaktır. Bir değişim ajanı olarak hemşire, sağlıklı ve hasta bireyin sağlığa ilişkin davranışlarını gereksinime uygun değiştirir ve yeni sağlık davranışları kazandırır (13).

Halk Sağlığı Hemşiresinin Sağlık Sistemindeki Rolünü Etkileyen Faktörler

Toplum bireylerinin sağlığını geliştiren, sürdüren ve hastalıkları önleyen bir bakım sistemi içinde halk sağlığı hemşiresinin rolü her toplumda yeniden yapılır. Bu yapılanma da etkili olan faktörler aşağıda şekilde özetlenebilir (90).

- Nüfusun sağlık gereksinimleri,
- Halk sağlığı hemşiresinin çalıştığı toplumun düzeni ve genel sağlık politikasının amaçları,
- Çeşitli düzeylerdeki sağlık personelinin sayısı, rolleri ve bu kişilerin halk sağlığı hemşireliğini anlayış biçimleri (sağlık uygulamalarında ekip kavramının yerleşmesi),
- Tedavi ve bakımda geleneksel ya da gelişen uygulamalar,
- Halk sağlığı hemşiresinin toplumda yarattığı güven, halkın onu anlayış ve kabulü

Halk Sağlığı Hemşiresinin İşlevleri

Temel sağlık hizmetlerinde bakım veren hemşirenin işlevleri 4 ana grupta toplanmaktadır. Bunlar;

Doğrudan bakım işlevleri

- Risk gruplarının belirlenmesi
- Bağışıklama
- İlk yardım
- Tanı koyma
- Tedavi
- Danışmanlık
- Çevre sağlığı hizmetleri
- Kronik hasta bakımı
- Toplum taramalarını kapsar (3,13,47,90).

Planlama ve yönetimsel işlevler

- Bölgede sağlık sorunları ve yetersizliklerin sıklığını nedenlerini araştırır.
- Bölgesel ve ülke düzeyinde istatistikleri inceleyerek, yaşamsal hastalık ve ölüm verilerini toplar.
- Toplum sağlık gereksinimlerini belirler.
- Toplum sağlık düzeyinin yükseltilmesinde imam, muhtar, öğretmen gibi toplum liderleri ile işbirliği yapar.
- Gönüllü çalışanları ve geleneksel sağaltıcıları da (ara ebesi gibi..) toplum çalışmalarına katarak, yerel komiteler kurar. Bu çalışmalarını başlatır, yürütür ve yer alır.
- Bireylerin kendi sağlık bakımlarında katkı ve katılımlarını sağlar.
- Hemşireler ve diğer sağlık personeli için eğitim programları geliştirir.
- Ekonomik düzey, beslenme, konut, eğitim, iş gibi toplum sağlığını etkileyen faktörlere ilişkin sektörlerle işbirliği yaparak, toplum kaynaklarını kullanır (3,13,47).

Denetleme ve eğitim işlevleri

- Sağlık personeli ile işbirliği içinde ekip hizmeti verir.
- Hekim dışı sağlık personeline danışmanlık yapar, işlevlerini değerlendirir, sorunların ayarım eder.
- Toplum eğitiminde kitle iletişim araçlarını kullanır.

- Ebe, hemşire ve diğer sağlık personelini, gönüllü sağlık çalışmalarını eğitir, denetler.
- Topluma yönelik eğitim programları düzenler (90).

Araştırma işlevleri

- İstatistiksel verileri hesaplar, kayıt tutar, gözlemleri analiz eder, program sonuçlarını yorumlar ve değerlendirmelere gider.

Bu yeni rol ve sorumluluklar doğrultusunda gelişen halk sağlığı işlevlerinin değerlendirilmesinde ölçüt; bakım verilen iyileşen hasta değil, risk gruplarının bu bakımdan yararlanma oranı, toplum sağlık düzeyinde ve bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarında değişimlerdir (90).

1.3.3. AİLE SAĞLIĞI VE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Günümüzde sağlık hizmetlerinde başarıya ulaşmak için toplumun korunmasının önemi anlaşılmış olduğu kadar, bu korumanın ve bakımın aile bazında ve toplum içinde sağlanmasının en etkili ve ekonomik yaklaşım olduğu kabul edilmektedir. Temel birim olarak aile, toplumun vazgeçilmez bir kurumudur.

Halk sağlığı hemşireliği için ailenin önemi şöyle özetlenebilir (90);

- Ailenin bireyleriyle bir bütün olarak hizmete gereksinimi olması
- Bireyin sağlığının, aile sağlığı ile ilişkisi
- Aile bütünlüğünün, toplumun sağlığını olumlu ya da olumsuz olarak etkilemesidir.

Halk sağlığı hemşireliğinde en büyük varsayımlardan biri, birey, aile ve toplum sağlığı arasındaki karşılıklı ilişkidir. Ailedeki her bireyin sağlık hakkındaki kararları, değerleri, davranışları aile sağlığını, bu da toplum sağlığını etkiler. O halde halk sağlığı hemşiresi tüm nüfusun sağlığı için, bunun karar ve sorumluluğu içinde primer odak olarak aile ünitesine verilen hizmetlerle toplum sağlığının gelişmesine katkıda bulunur (70,85).

Sağlıklı bir ailenin gelişiminde ailedeki bireylerin her yaş dönemindeki sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması ve desteklenmesi gerekir. Bunun için de halk sağlığı hemşiresi ailenin hizmet beklentilerini, gereksinimlerini ve bunlara etki eden faktörleri çok iyi tanımlamalıdır. Bu hizmet gereksinimlerini kısaca özetlersek;

0-6 yaş çocukluk döneminde, çocuğun büyüme ve gelişmesini tanımlamak, değerlendirmek, tarama testleri ile sağlık sorunlarını erken dönemde belirlemek ve çözümlenmek, çocuğun bakımından sorumlu ailelere, olumlu sağlık davranışları geliştirme konusunda danışmanlık yapmak bu döneme özgü hemşirelik hizmetleridir (3,26,45,85).

6-14 yaş okul çocuğu döneminde, görme, işitme, vücut duruşu ve genel sağlık durumu tanımlamasına yönelik büyüme ve gelişmenin takip edilmesinin yanında çocuğun sağlığı; uygun beslenme, oyun, istirahat, egzersiz dengeleri korunarak, bağışıklanarak, fiziksel ve ruhsal streslerden korunarak ve güvenlik önlemleri alınarak güçlendirilir (3,26,45,85).

14-20 yaş ergenlik döneminde, bireylere cinsel gelişim, beslenme, fiziksel bakım, uyku ve egzersiz gibi konularda eğitim ve danışmanlık hizmeti verilir. Fiziksel ve ruhsal yönden desteklenir (3,26,45,85).

15-49 yaş doğurgan çağdaki kadınlar da öncelikli hizmet grubu arasındadır. Bu döneme özgü hemşirelik hizmetleri; yaygın sağlık sorunları, aile planlaması, gebelik, doğum öncesi ve sonrası bakım, ilk yardım gibi konularda kadınlara eğitim ve danışmanlık hizmetinin verilmesinin yanısıra evde, sağlık ocağında doğrudan bakım hizmetlerini de kapsar (3,26,45,85).

40-65 yaş olgunluk dönemi, hem kadın hem de erkek için özel bir dönemdir. Bu dönemde de yine halk sağlığı hemşiresi bakım, eğitim ve danışmanlık rollerini yaygın sağlık sorunlarının erken saptanması, hastalık durumunda tedavi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi çerçevesinde yerine getirir (3,26,45,85).

65 yaş ve üzeri yaşlılık döneminde de bu yaşa özgü sağlık sorunları ve bakım gereksinimleri ortaya çıkar. Hipertansiyon, kalp damar hastalıkları, diyabet gibi kronik hastalıklar ve bunlara bağlı bakım gereksinimlerinin karşılanması, bireyin vücudunda gelişen fiziksel değişiklikler (örneğin; işitme, görme gibi fonksiyonlarda kayıplar) nedeniyle oluşabilecek tehlikelerden korunması, psikolojik olarak desteklenmesi bu döneme özgü hemşirelik hizmetlerinin belli başlıcalarıdır (3,9,45,85).

Bütüncül bir yaklaşımla ailedeki her bireye ulaşan bu hizmetler, sağlığın korunması ve sürdürülmesine, hasta bireylerin de tedavi edilmesine olanak sağlamaktadır. Bu nedenle günümüzde gelişmiş sağlık sistemlerinde hemşirenin aile içindeki rollerini güçlendirme çabaları oldukça hız kazanmıştır. 17. yüzyılın ortalarından günümüze kadar değişen rolleri içeren “aile hemşireliği” kavramı da bu doğrultuda önem kazanmaktadır. Bu amaçla bir çok toplum “ziyaretçi hemşire”, “bölge hemşiresi”, “genel pratisyen hemşire” olarak yetiştirdiği insan gücünden yararlanmaktadır (30).

Ülkemizde 1980'lerin ortalarından bu yana “Aile hekimliği” modeli gündeme getirilmektedir. Ancak bu modelin örnek alındığı gelişmiş ülkelerde aile hekimliği, sağlık hizmet sisteminin diğer üyeleri ile ekip çalışmasını, beceri ve deneyimlerin paylaşılmasını içerirken, ülkemizde bu model aile bireylerine götürülecek hizmet için sadece hekim gücünün esas alındığı bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır. Avrupa'da özellikle ev ziyaretini de içeren birinci basamak sağlık hizmetleri hemşireliğinin önemine olan inanç artarken, Türkiye'de “Birincil Sağlık Hizmetleri” ve “Koruyucu Hekimlik” eş anlamda değerlendirilmektedir. Bu durumda tıbbi bakım hizmetlerinin yanısıra sağlık durumunu bütüncül boyutları ile tanımlama, risk yaklaşımları, eğitim ve danışmanlık, izlem, kayıt ve değerlendirme gibi çalışmalar yeterince yapılamamaktadır (30,76,77).

Sağlıklı toplumların yaratılmasında aileye ulaşan sağlık hizmetlerinin önem ve gerekliliğinin kabul edildiği günümüzde, bu hizmetlerin halk sağlığı hemşiresinin etkin olarak görev aldığı bir sağlık bakım ekibi ile gerçekleştirilebileceği görüşünde gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalar sonucu ortaya konmaktadır (77).

1.3.4. HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİNİN ÖZEL HİZMET ALANLARI

Halk sağlığı hemşireliği uygulama alanları günümüzde bir hayli değişmiş ve sayıları artmıştır. Örneğin ev, okul ,iş, bakımevi gibi... Tüm alanlarda halk sağlığı hemşiresi primer, sekonder ve tersiyer koruma düzeylerine cevap veren hizmetlere yönelmiş olup, bir çok alanda, uygulamaları sağlığı yükseltme programları üzerine yoğunlaşmıştır. Aşağıda bu alanlar ayrıntılı bir şekilde incelenmiştir.

1.3.4.1. OKUL SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Okul sağlığı hizmetleri öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilebilmesi için yapılan çalışmaların tümüdür. Amacı toplumda okul çağındaki bütün çocukların mümkün olan en iyi bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığa kavuşmalarını sağlamak ve sürdürmek, böylece çocukların, dolayısı ile toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir (16,61,72). Okul sağlığı çalışmaları birbiri ile ilişkili üç temel bölümden oluşur.

1.Okulda sağlık hizmetleri

2.Sağlık eğitimi

3.Sağlıklı bir okul yaşamı için sağlıklı okul çevresinin düzenlenmesi

Okulda sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi ve çevre düzenlemesi çalışmaları birbirini destekleyecek biçimde birlikte yürütülmelidir. Aksi halde herhangi birindeki aksaklık, diğer çalışmaların etkinliğini azaltır (3).

Tüm çalışmalarda olduğu gibi okul sağlığı çalışmalarının başarısı da ekip çalışması ile olasıdır. Hemşire bu ekibin merkezinde yer alır. Okul sağlığı hemşireliği dünyada ilk kez 1902 yılında, ABD New York şehrinde Lilian Wald'in çalışmaları sonucunda kurulmuştur. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), okul sağlığı hemşirelerinin çeşitli alanlardaki fonksiyonlarını 3 boyutta toplamıştır. Bunlar:

- Okul toplumunun kişisel sağlık bakımı ve eğitimi; Okul toplumu için planlanan hemşirelik bakımı çok yönlüdür. Sadece öğrencileri değil okul çalışanlarını da kapsar. Okul sağlığı hemşiresinin hemşirelik bakım felsefesi; okulda çocuğu korumak, sosyal çevresini genişletmek, koruyucu hizmetleri geliştirmek, sağlık için alınacak kararlara anne-baba ve çocuğun katılımını sağlamak ve aileyi temel hizmet ünitesi olarak değerlendirmektir. Okul sağlığı hemşiresi okuldaki çocukların sağlık durumlarını gösteren bir kayıt sistemi tutmalıdır. Bu sistem çocuğun gelişimini görmek açısından önem taşır. Hemşirenin önemli bir fonksiyonu da çocukların, anne-babaların ve öğretmenlerin sağlık eğitimidir. Okuldaki çocukların sağlığını korumak, yükseltmek ve doğrudan kendisini ilgilendiren, örneğin; ilk yardım, suni solunum, menstrüasyon, hijyen, diabetli çocuk, tüberkülozlu çocuk ve bakımı gibi konularda gereksinimleri belirledikten sonra sağlık eğitim planlaması yapar. Bu planladıklarını uygular veya uygulanmasında rehberlik eder (32,90).

- Okulun fiziksel ve sosyal çevresinin düzenlenmesi; Okul çevresi okul çocuğunun sağlığı ve gelişimi üzerine aile çevresinden sonra etki yapan ikinci önemli ortamdır. Sağlıklı okul çevresi, okul ve ailenin işbirliği içinde olduğu, çocuğun eğitimine uygun, fiziksel ve sosyal gelişmeye yardımcı, tehlikelerden uzak bir ortamdır. Okul çevresinin güvenliği birincil öneme sahiptir. Okulda bu amaçla bir güvenlik komisyonu oluşturulmalı ve okul sağlığı hemşiresi bu komisyonda lider rolde bulunmalıdır. Bulaşıcı hastalıklar ve yayılımını önlemek amacıyla düzenli bir aşılama programı oluşturulmalı, okul sağlığı hemşiresi bu faaliyetleri yürütmelidir. Psikososyal çevre, okul çocuğunun sağlığı üzerinde önemli etkiler yaratabilir. Bu nedenle, bu dönemdeki çocukların oyun gereksinimleri ve ders programlarının ağırlığını belirlemede hemşire okul yönetimine ve öğretmenlere bilgi verir. Ayrıca sosyo-kültürel çalışmaların geliştirilmesi için yönetime önerilerde bulunur.

- Aile ve toplumun sağlığını yükseltme çalışmalarını yönlendirme; Okul çocuğu okulda aldığı eğitimi yaşadığı yere, ailesine ve arkadaşlarına aktarır. Bu çevre yanlış bilgi ve becerilere sahipse bu yolla eğitilmeleri mümkündür. Ayrıca okul sağlığı hemşiresi sorunlu olduğunu gözlediği çocukların ailelerini evlerinde ziyaret eder. Bu ziyaretler sırasında daha önceden saptamış olduğu sorunlara yönelik hazırladığı hemşirelik bakım planını uygular. Böylece aile ve toplumun sağlığını yükseltmeye dolaylı olarak katkıda bulunur (90).

Günümüzde, gelişmiş ülkelerde okul sağlığı hemşireliği çağdaş tıp uygulamalarına paralel olarak gelişmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ise, okul sağlığı ekibine hemşirenin katılımı dar bir kapsamda düşünülmüş, geleneksel görevlerle (ilk yardım hizmetleri, enjeksiyon yapma gibi..) sınırlandırılmıştır. Ülkemizde okul sağlığı hemşireliği ilk kez 1949 yılında toplanan Milli Eğitim Şurasında ele alınmış fakat sadece reviri olan yatılı okullar için düşünülmüştür. 1961 yılında kabul edilen ilköğretim yasasıyla okullara doktor, hemşire ve sağlık memuru tayin edilmesinden söz edilmektedir. Çok uzun yıllar sadece yatılı okullarda bulunan hemşirelerin günümüzde özel okulların sayısının hızla artması, velilerinde baskısıyla okullarda görev aldığını görüyoruz. Ancak bu okullarda da hemşirelerin uygulamaları acil durumlardaki hemşirelik müdahaleleri ve klinik protokollerin okulda sürdürülmesi işlemlerinden öteye gidememiştir. Ülkemizde yukarıda açıklanan tüm yönleri ile okul sağlığı hemşireliği hizmetleri uygulamalarına rastlanmamaktadır (1,10).

1.3.4.2. İŞ SAĞLIĞI VE HEMŞİRELİĞİ

Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslar arası Çalışma Örgütünün 1950 yılında yaptığı tanıma göre iş sağlığı; Tüm mesleklerde çalışanların, bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hallerini en üst düzeyde tutmak ve sürdürmek, çalışma koşulları nedeniyle sağlıklarını zararlı etmenlerden korumak, onları psikolojik, fizyolojik özelliklerine uygun bir işe ve çalışma ortamına yerleştirmek ve bu durumu sürdürmektir (3,16,55).

İş sağlığı çalışmaları, insan ve iş ilişkilerini sağlık yönünden inceleme, sorunları saptama, öncelikleri belirleme ve bu sorunlara çözüm yolları bulup uygulama konularını kapsar. Başlıca dört amacı vardır (55,62,70)

- 1.Çalışanların sağlık kapasitelerini en yüksek düzeye çıkarmak,
- 2.Çalışma ortamının sağlık için olumsuz koşullarını ortadan kaldırmaya çalışmak,
- 3.Yapılacak iş ile çalışan arasında uyum sağlamak (çalışanın fiziksel ve ruhsal yeteneklerine uygun iş),
- 4.Çalışanların sağlıklarının bozulmasını önlemek.

İş sağlığı hizmetinin amaçları genel olarak bu şekilde ele alındığında, bu hizmetin değişik mesleklerin becerilerini gerektiren bir ekip hizmeti olarak görülmesi gerekir.İş yeri hekimi, işyeri hemşiresi, mühendisler ve diğer çalışanlar tek başlarına ya da bir ekip içinde iş sağlığı alanında belirleyici rol oynarlar. Bu ekip içinde özellikle gelişmiş ülkelerde uzun yıllardan beri iş sağlığı hemşiresinin çalışanların sağlığının korunması ve geliştirilmesi üzerindeki rolü kabul edilmiştir. Amerikan İş sağlığı Hemşireleri Birliği tarafından iş sağlığı hemşireliği tanımı; "Tüm iş yerlerinde çalışanların fiziksel, ruhsal, zihinsel ve sosyal sağlıklarının korunması hastalık ya da sakatlık durumlarında erken tedavilerinin sağlanması, tam iyilik durumlarının korunması ve yükseltilmesi için hemşirelik ilkelerinin uygulanması" şeklinde yapılmıştır (85,90). Hemşirenin görev aldığı iş yeri hangi iş kolu olursa olsun genel olarak iş sağlığının yürütülmesindeki görevleri şu başlıkları içermektedir (3,61,90).

- Çalışanın sağlığının değerlendirilmesi
- İş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi ve bakımı
- İşe bağlı olmayan kaza ve hastalıkların önlenmesi ve bakımı
- Danışmanlık rolü
- Sağlık eğitimi
- İş sağlığı ile ilgili diğer meslekler ve kurumlar ile işbirliğinin sağlanması
- İş alanının gözlenmesi

- Her işçinin bireysel olarak sağlık kayıtlarının tutulması ve saklanması sağlanması (kayıt tutma)
- Araştırma

Enerji kaynakları ve üretim teknolojisindeki gelişmelerin beraberinde insan sağlığını tehdit eden yeni ve karmaşık sorunları da getirmesiyle, iş sağlığı hizmet ekibi içinde hemşirelik hizmetlerinin boyutlarının genişletilmesini ve iş sağlığı hemşiresinin gittikçe gelişen bir rol üstlenmesini gerekli kılmıştır (30,55). Tüm dünya da olduğu gibi ülkemizde de çalışabilen nüfus her geçen yıl artış göstermektedir. Ülkemizde çalışabilen nüfus, toplam nüfusun yarısına yaklaşmıştır. Çalışanların işyerlerinde korunmasını zorunlu kılan meslek hastalıkları, iş kazaları ve bu nedenlerle işe devamsızlık durumları bir ülkenin iş sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesinde ele alınan önemli ölçütlerdir. Eğer bir ülkenin iş kazaları fazla ve meslek hastalıklarının tanısının konulmasında sıkıntı varsa, bu durum iş sağlığı hizmetlerinin yetersizliğinin bir kanıtıdır. Ülkemizde iş kazaları, meslek hastalıkları ve bunlara bağlı işe devamsızlık, sakatlık ve ölüm oranları gelişmiş ülkelere göre daha fazladır. Türkiye de iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili hükümler genellikle Sosyal Sigortalar kurumunun benimsediği muayene ve tedavi ağırlıklı hizmetlerin yakına getirilmesi biçiminde yürütülmektedir. İş yerlerinde hemşire istihdamı yabancı sermayeli büyük kuruluşlar dışında yok denecek düzeydedir. 100 işçi üzerinde çalıştıran iş yerlerinde hemşire/ sağlık memuru çalıştırılması ön görülmüş ise de görev tanımları tüzük ile belirlenmemiştir. Dolayısıyla ülkemizde işçilerin sağlığını koruyan ve geliştiren nitelikli bir ekip çalışmasını ve hemşirelik fonksiyonlarını sağlayacak düzenlemeler henüz gerçekleştirilememiştir (28,30).

1.3.4.3. TOPLUM RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

Toplum ruh sağlığı temel felsefesi altında birey ve durum iki önemli değişken olarak ele alınmaktadır. Toplum ruh sağlığını etkileyen sosyal ve ekonomik durumlar arasında işsizlik, enflasyon, fakirlik, evsizlik, kalabalık, şiddete eğilimin artması, cinayetler, göç olayları, aile içi rollerde değişiklikler, parçalanmış aile gibi stres dolu yaşam örnekleri üzerinde durulmaktadır. Oysa toplum ruh sağlığı çalışmaları ile zamanında ve etkin fiziksel, psikolojik bakım ve destek, ailesel ve sosyal destek ağı, eğitimsel olanaklar toplumsal düzeyde ruh sağlığı direncini arttırabilmektedir. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin ana felsefesi, ruh sağlığının korunması ve bakımının tüm insanların en doğal hakkı olduğu ve bu nedenle ruh sağlığı hizmetlerinin topluma

kolayca ulaşımını sağlayacak yapıda olmasıdır. Bu felsefe topluma odaklanma, primer koruma, sosyal terapi ve kapsamlı bakımın sürekliliğinin sağlanması, toplum katılımı, disiplinler arası işbirliği, bireylerin yaşadıkları ortamda tedavisi, rehabilitasyonu ve tüm olgularda bütüncül yaklaşımın sağlanması esasına dayanır (5,85). Toplum ruh sağlığı hizmetleri, Temel Sağlık Hizmetleri içerisinde önemli bir yere sahiptir. Bu hizmetlerin yerine getirilmesi kuşkusuz geniş örgütlenme, insan gücü ve ekonomik destek gerektirir. Ancak öncelikle hizmet götürülecek toplumun özelliklerinin iyi bilinmesi gerekir. Toplumun yapısı, eğitim düzeyi, inançları, değer yargıları gibi kültürel yapısı, ekonomik ve coğrafik yapısının kapsamlı bir biçimde incelenmesi gerekir. Topluma hizmet veren tüm sağlık personeli ve özellikle halk sağlığı hemşiresi bireyleri fizik, biyolojik ve sosyal çevresi, ilişkide olduğu diğer insanlarla birlikte gözleyerek bireyin yaşamının ruhsal ve sosyal boyutlarını daha gerçekçi biçimde incelemek ve değerlendirmek durumundadır. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin uygulanması ve sürdürülmesinde halk sağlığı hemşiresinin rolü ve önemi WHO ve ICN tarafından da önemle vurgulanmıştır (3,5,97).

Toplum ruh sağlığı hemşireleri ruhsal hastalıkların önlenmesi için üç aşamada hizmet verirler. Primer koruma aşamasında;

- Birey ve ailenin etkin sorun çözme becerilerini geliştirmelerine yardım eder,
- Uygun aile ortamı sağlamaya çalışır.
- Birey ve aileye kriz belirtilerini göstererek, başetme yöntemleri hakkında bilgi verir.
- Birey ve aileye yardım için toplumsal destek sistemlerini örgütler.

Sekonder koruma da amaç ruhsal bozuklukların insidansını azaltmak, erken tanı koymak ve tedaviye başlamaktır. Bu amaçla halk sağlığı hemşiresi

- Bireyin fiziksel ve psikososyal fonksiyonunu sağlamak için bakım verir.
- Verilen ilaçların kullanılıp kullanılmadığını takip eder.
- Ailesinde ruhsal sorunlu birey olan ailelere yardım eder, destek sağlar.
- Bireyin akut ruhsal sorunu olduğunda uygun destek hizmetlerini ve kullanımını gösterir.
- Toplumda geniş tedavi olanaklarının sağlanmasına destek verir.
- Tıbbi tedavinin bırakılması ve yoğun stres gibi öncü kriz belirtilerini tanımlar ve takip eder.

- Aile ve toplum için ruhsal ve emosyonel sağlık üzerine eğitim programları hazırlar.

Kronik psikiyatrik bozukluğu ve gelişimsel olarak sakatlığı olan kişilere mümkün olan en az kısıtlayıcı ortamlarda tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sağlamaya yönelik olan tersiyer koruma aşamasında toplum ruh sağlığı hemşiresinin fonksiyonları şöyle sıralanabilir;

- Akut hastalıklardan sonra bireye ve aileye hizmet verir.
- İyileşme ve yeni duruma alışma sürecinde aile ve bireye destek sağlar.
- Ruhsal hastalıkların olumsuz etkilerini azaltmak için bireyler ve gruplar ile ortak çalışmalar düzenler
- Ruhsal hastalığı tedavi olmuş bireyleri yeniden topluma kazandırmak için iş sahipleri ile ortak çalışmalar yapar (90).

Ülkemiz toplum ruh sağlığı hizmetleri açısından henüz başlangıç safhasında bulunmaktadır. Ekonomik güçlükler, yetişmiş eleman azlığı, ekip kavramının olmayışı ve en önemlisi konuya ilişkin anlayış düzeyindeki yetersizlik günümüzde bu önemli soruna çözüm getirmeyi engellemektedir.

1.3.4.4. EVDE SAĞLIK BAKIM HEMŞİRELİĞİ

“Evde bakım” kavramı koruyucu ve tedavi edici sağlık bakım sürekliliğinin, etkili biçimde sürdürülmesi amacını güden bir sağlık bakım sistemidir. Evde bakım kavramı kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, son dönem sorunları, fizik tedavi, konuşma tedavileri, solunum tedavileri, bazı ilaç uygulamaları, total parenteral beslenme ve daha birçok sağlık sorununa yönelik hizmet gereksinimlerinin karşılanmasını amaçlamaktadır. Evde bakımın diğer bir boyutu da tıbbi hizmetlerin sosyal hizmetlerle bütünleştirilerek hastanın yaşadığı ev ortamında sunulması, bu yolla ilgili hastalık ve sakatlıkların etkisinin en aza indirilip, hastaların bağımsızlık düzeylerinin yükseltilmesi ve sağlık hizmetlerinin insancıl niteliğinin güçlendirilmesi olanağını yaratmaktır. Evde bakım hizmetleri, birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektirdiğinden ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Bireyin sağlık sorunu doğrultusunda hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet personeli gibi çalışanlardan oluşan bu ekipte hemşirenin önemli bir yeri vardır (4,85). Evde bakım hizmetlerine katılan hemşire fiziksel ve tıbbi bakımın yanısıra duygusal sorunların çözümünde de

yardımcı olabilmektedir. Ev bakımında yoğun hemşirelik yaklaşımına karşın, daha az tıbbi tedaviye gereksinim duyulmaktadır. Bu nedenle evde bakım hizmetleri verilen örgütlenmelerde hemşireler hem lider, hem eğitici, hem de uygulayıcı olarak görev aldıkları özel bir hizmet alanı bulmaktadır. Magilvy'nin "Yaşlı bireylerin evde sağlık bakımını algılaması" üzerine yaptığı bir çalışmada da göstermektedir ki; bireyler evlerinde aldıkları hemşirelik bakımında yer alan eğitim aktivitelerini onaylamakta ve bu hizmetleri kabul etmektedir (3,93).

Türkiye'de sağlık hizmetlerine yönelik kapsamlı gider-yarar ve gider-etkinlik çalışmaları olmamasına karşın diğer ülkelerde yapılan çalışmalar, evde bakım sisteminin sağlık hizmetleri giderlerini dikkati çeker boyutlarda düşürdüğünü, evde bakımın hasta ve aileleri açısından da bir çok yararı olduğunu göstermektedir (4,25). Ülkemizde sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçiminde sağlık ocaklarında tek bir hemşirenin görevlendirilmesi ve diğer yönetsel nedenlerle halk sağlığı hemşirelerinin işlevlerinin sağlık ocağında sınırlı kalarak, evde bakım hizmetlerini topluma ulaştıramadığı gözlenen ve bilinen bir gerçektir. Toplumumuzun değişen yapı özellikleri bu eksikliği giderek hissettirmektedir. Öte yandan birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde işbirliği eksikliği nedeniyle işlemeyen sevk sistemi hekimlik hizmetleri kadar hemşirelik hizmetlerine de yansımıştır. Oysa pek çok ülkede gerek hastanın hastaneye yatmadan, gerekse taburcu olup evine dönmesinde bağlantıyı sağlayan hemşireler hasta bakımının kaliteli sunumunda büyük yarar sağlamaktadır (14). Ayrıca evde bakım hizmetlerinde bakım vermek amacıyla ev ortamına giren hemşireden hasta/sakat birey ile birlikte diğer aile üyeleri de sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi anlamında yararlanma olanağı bulacağından, evde bakım hizmetleri sağlıklı aile ve sağlıklı toplum amacına ulaşmada bir araç olarak da düşünülmektedir (4).

1.3.5. HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNİN GELECEĞİ

Geçen yüzyıl içinde sanitasyon, beslenme, aşı ve ilaçlar birçok hastalığın kontrolünde önemli rol oynamıştır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin farklı sorunları farklı müdahalelerle kontrol edilmiş ancak her ülkede bazı yeni sorunlar çıkması ile yeni dengeler oluşmuştur. Sağlığın sosyal, teknolojik ve ekonomik gelişmelerden soyutlanmasına imkan yoktur. Eğitimin yaygınlaştırılması, nüfus ve demografik yapının olumlu halde tutulması, kentlere göçün düzenli olması, işsizliğin

kontrolü ve çevrenin tüm nitelikleri ile (sosyal, ekonomik, biyolojik ve fizik olarak) olumlu tutulabilmesi sağlığı da etkileyecektir.

21. yüzyılda her alanda tüm toplumları etkileyecek sorunlar beraberinde yeni sağlık sorunlarını da getirecektir (16). Günümüzde endüstriyel ve tarımsal gelişmeler sonucunda birçok çevresel değişiklikler gerçekleşirken 1992 yılında Rio De Janeiro'da yapılan Uluslar arası Çevre Konferansında önümüzdeki 40 yıl içinde dünya nüfusunun 5,5 milyardan 9 milyara yükseleceği bu arada endüstriyel gelişimin 3 kat artacağı şeklinde sonuç ortaya konmuştur. Buna bağlı olarak eğer ülkeler kaynakların yönetiminde, kullanımında dikkatsiz davranırlarsa önümüzdeki yüzyılda hava ve su daha da kirlenecek, tarımsal kaynaklar zarar görecektir, insanların yaşam kalitesi azalacak ve sağlıkları olumsuz etkilenecektir.(61). 21. Yüzyılda toplumun değişen yüzü sağlık önceliklerinde de değişime neden olacaktır. Yaşlı nüfusun giderek artıyor olması, doğumda beklenen yaşam umudunun artması, bebek ölümlerinin azalması, her bireye karşılık gelen çalışan birey sayısının azalması anlamında toplum yaşamının özellikleri bakımından önemlidir. Bir diğer toplumsal sorun adölesanlar ve onların sağlık sorunlarıdır. İşsizlik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, cinsel istismar riski, evsizlik ve buna bağlı beslenme bozuklukları, enfeksiyonlar bu yüzyılda adölesan sağlığını tehdit eden sadece birkaç sorundur. Sosyo-ekonomik ve kültürel olaylar kadın sağlığını da yoğun biçimde etkilemektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadın sağlığını tehdit eden konular erken gebelik, sık gebelik, düşükler, yetersiz beslenme gibi durumlardır. Kadın sağlığı kadının statüsüyle de yakın ilişkilidir. Kadının statüsünün düşük olduğu toplumlarda kız çocukları doğumdan itibaren sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamakta ve bunun sonucunda erkeklere oranla daha düşük bir yaşam kalitesine sahip olmaktadır. Örneğin; Bangladesh'te yapılan bir çalışmada kız ve erkek çocukların ishale yakalanma oranları incelenmiş ve erkek çocuklarına kız çocuklarından %66 oranında daha fazla tedavi olanağı sağlandığı bildirilmiştir. (16,61).

Günümüzde toplum sağlığını tehdit eden bir diğer sorun AIDS hastalığı ve beraberinde getirdiği sorunlardır. Bu gün dünyada 35 milyon kişi HIV virüsü ile enfektedir. AIDS ile yaşayanların 1,2 milyonu 15 yaşın altındaki çocuklardır. Ve dakikada 1 kişi AIDS'ten ölmektedir (91). Tüm bu sorunların yanısıra koroner kalp hastalıkları, kanserler, kazalar, intiharlar gelişmiş ülkelerdeki en önemli hastalık ve

ölüm nedenlerinin başında gelirken, gelişmekte olan ülkelerdeki önlenebilir hastalık ve ölüm nedenleri kontrol altına alındıkça gelişmiş ülkelerde yaşanan sorunların bu ülkelerde de öncelikli sorunlar olacağı bilinen bir gerçektir (16).

Ekonomik, çevresel, teknolojik ve sosyal değişiklikler sonucunda ortaya çıkan toplum sağlık gereksinimlerine yanıt verilmesi beraberinde sağlık hizmetlerinde değişimi getirirken, bu değişim sağlık ekibi içinde önemli bir yere sahip halk sağlığı hemşirelerini de doğrudan etkilemektedir. Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde, halka koruyucu sağlık, erken tanı ve tedavi hizmetleri verilmesi öncelik taşımaktadır. Ancak bu gün bireylere ve topluma , kendi sağlıklarını kendilerinin koruması bilincinin yerleşmesi, toplum sağlığı için birey, aile, toplum ve sağlık personelinin işbirliği içinde olmasının gerekliliği, sağlığın başkaları tarafından sunulan bir hak olmadığı gerçeğinin kabul görmesi konusunda da topluma farklı hizmetler sunulması gerekmektedir. Bu bağlamda halk sağlığı hemşirelerinin eğitim, danışmanlık, savunuculuk, liderlik ve araştırma fonksiyonlarını daha etkin bir hale getirme zorunluluğu vardır (99). Sağlıklı beslenme, spor yapma, özel yaşamın dengeli ve stressiz hale getirilmesi, alışkanlık yapan maddelerden kaçınma gibi konuları içeren sağlığın promosyonu çalışmalarında eğitim ve danışmanlık yapan hemşireler bu yolla bireylerde sağlık bilinci gelişmesinde rehberlik etmektedir. Kişilerde sağlık bilinci gelişmesi sonucu daha sağlıklı davranışlar ve daha sağlıklı yaşam koşullarını arama isteğinin ortaya çıkacağı da kaçınılmaz bir gerçektir. Kişilerin sağlığı aramaları sağlık hizmetlerinde yeni bir aşamaya geçilmesini zorunlu kılacaktır. Bu da sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin arttırılmasının da ötesinde sağlık hizmetlerinde kaliteyi ön plana çıkarmaktadır. 21 yüzyılda toplum daha kaliteli ve daha etkili bir sağlık hizmeti isteyecektir. İnsanlar kendi sağlıklarının korunmasını kendi görevleri olarak algıladıklarında, bu gün için farklı yaklaşımlarla ele alınan sağlık sorunlarına ve çözüm yollarına yönelik daha bilinçli yaklaşımlar sergileyecek, kendi sağlıklarına zarar veren etkenleri ortadan kaldırmak için çaba sarfedeceklerdir. (16,99).

Halk sağlığı hemşireleri 21. Yüzyılda toplum sağlığını etkileyen her türlü konu ile yakından ilgilenirken, bu konuların çözümünde kendi rol ve fonksiyonlarını geniş bir bakış açısı ile gerçekleştirmelidirler. Örneğin; çevre sorunlarına yönelik yaklaşımlar çerçevesinde, hemşireler bireysel olarak, kitle iletişim araçlarını, poster

ve broşürleri kullanarak, halk eğitimleri düzenleyerek çevre ve sağlık arasındaki ilişkiyi dile getirip, toplumu bu konuda bilinçlendirebilirler. Ayrıca yerel gazetelere yazılar yazarak, politikacılarla iletişim kurarak çevre ile ilgili konuların toplumda gündeme getirilmesine, tartışılmasına olanak sağlayabilirler. Diğer taraftan halk sağlığı hemşireleri sosyokültürel ve epidemiyolojik değişimler sonucunda oluşan sağlık önceliklerinin saptanması ve toplum gereksinimlerinin belirlenmesi konusunda toplumdaki bireylerle en sık karşılaşan bir ekip üyesi olarak, önemli bir veri kaynağı olma özelliğindedir. Bu özelliğinden dolayı halk sağlığı hemşireleri mevcut gereksinimlere yönelik olarak, oluşturulacak stratejilerin belirlenmesinde ve yapılacak toplumsal ve politik değişikliklerde de etkin rol almalıdırlar. Yaşlı sağlığı, adölesan sağlığı, kadın sağlığı gibi öncelikli konular başta olmak üzere her yaş grubuna yönelik sağlığı koruma, geliştirme ve sağlık sorunlarının çözümünde toplum destekli, multidisipliner yaklaşımlı proje ve programlar oluşturmalıdırlar (24,85,99).

Topluma her alanda sunulan hizmetlerin kalitesi ve sonuçlarının önem kazandığı günümüzde toplum sağlığına yönelik sürdürülen sağlık hizmetleri çıktılarının değerlendirilmesi de önemlidir. Bu anlamda halk sağlığı hemşirelerinin uygulama sonuçlarının da ölçülmesi gerekmektedir. Bunun gerçekleşmesinde dört önemli nokta dikkat çekmektedir; Bunlardan birincisi; koruyucu hizmetlerin etkinliğini ölçmektir, ki bu oldukça zordur. Örneğin; sağlık eğitiminin veya danışmanlık hizmetlerinin ölçülmesi oldukça zordur. Bu yüzden koruyucu hizmetlerin etkinliğini değerlendirmede standartlar geliştirilmesi gerekmektedir. İkinci olarak; verilen hemşirelik hizmetinin sonuçlarının değerlendirilmesi gerekir. Halk sağlığı hemşirelerine ilişkin yapılan maliyet etkinlik çalışmaları da göstermiştir ki koruyucu sağlık hizmetlerinde görev alan hemşirelerin uygulama sonuçları düşük maliyette iyi kalite sağlanmasında etkin olabilmektedir. Örneğin İngiltere’de yapılan bir çalışmada birinci basamak hizmetlerde çalışan hemşirelerin hipertansiyon konusunda güvenli ve kaliteli bir hizmet sağlayabildiği ve koruyucu müdahale de daha başarılı olduğu belirlenmiştir. Yine Amerika’da yapılmış bir çalışmada birinci basamakta sunulan hemşirelik hizmetinin, aile hekimi tarafından verilen hizmetten çok daha maliyet etkin olabileceği saptanmıştır. Üçüncüsü; sağlık hizmeti uygulamaları toplum tarafından kabul görmelidir. Bunu bir örnekle açıklayacak olursak, Ledger (1988) Londra’da akşam, gece ve hafta sonunda hemşireler tarafından yapılan ziyaretler hakkında bir fizibilite çalışması yapmıştır. Sonuçta gerek hizmeti alanlar, gerekse hizmeti veren

hemşireler bu hizmete gerek olmadığını belirtmiş ve bu uygulama toplum tarafından kabul görmediği için iptal edilmiştir. Bu nedenle, halkın gerçekten neyi istediği ve neye gereksinimi olduğu ortaya çıkarılıp, sağlık hizmetleri bu standartlara göre verilmelidir. Dördüncü olarak; sektörler arası işbirliğine gidilmelidir. Toplum sağlığı hizmetleri sektörler arası işbirliği ile gerçekleştirilebilir (11,19,77).

Halk sağlığı hemşireleri yukarıda söz edilen tüm bu standartları gerçekleştirirken, genellikle ticari amaçlara hizmet etmekte olan ve artık gelişmiş ülkelerde sosyal amaçlara ulaşmak içinde kullanılan pazarlama yöntemlerini de göz ardı etmemelidir. Çünkü; "Sosyal Pazarlama" her aşamasında hizmet alıcısının uygulamanın içinde bulunduğu, karşılıklı işbirliği ve iletişimin olduğu, hizmet götürülecek hedef kitlenin önceden belirlendiği ve ihtiyaçlar ve beklentiler doğrultusunda planlanan bir uygulamadır. Dolayısıyla bunun sonucunda da kalite ve memnuniyet daha kolay elde edilebilmektedir (84,86).

Sonuç olarak; 21.yüzyılda halk sağlığı hemşireleri, geçmişteki ve şimdiki bilgilerini kullanarak, değişimleri göz önüne alarak gelecek için gerçekçi bir plan yapmalı, kendi statülerini ve uygulamadaki etkinliklerini artırmanın anahtarını ellerinde tutarak, yeni bir yaklaşımla düşündüklerini gerçekleştirmelidir.

BÖLÜM II

GEREÇ YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma toplumun halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklentilerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak düzenlenmiş bir alan araştırmasıdır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Bu çalışma İzmir iline bağlı, İzmir'in 11 km güneyinde İzmir-Aydın karayolu üzerinde yer alan, Gaziemir ilçesinde sosyoekonomik düzeyine göre belirlenmiş 3 mahallede yürütülmüştür.

Gaziemir ilçesinin yüzölçümü 59.720 dekar olup, denizden yüksekliği 114 metredir. İlçede 21.818 hanede toplam 78.382 nüfus yaşamaktadır. Nüfus artış hızı %10.9'dur. Gaziemir'in merkeze bağlı 11 Sarnıç beldesine bağlı 4 olmak üzere 15 tane mahallesi vardır (42). İlçe, sanayisi, zeytini ve bugün az kalmış olmasına rağmen Ege bölgesinin en güzel tütünlerinin yetiştiği bir bölgedir. Gaziemir İzmir'in güneye açılan en önemli kapılarından biridir. Ege serbest bölgesi, havalimanı, Hava Teknik Okullar Komutanlığı, Emlak Bankası konutları ve Büyükşehir Belediyesi tarafından yapımı devam eden Evka tipi konutları ile modern bir kent haline gelmiştir. İlçede 3 lise, 13 ilköğretim okulu, 1 tane özel ilköğretim okulu ve 3 anaokulu vardır.

Gaziemir'de Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 6 sağlık ocağı sırası ile; Gaziemir 1 No'lu sağlık ocağı 1983 yılında, Sarnıç 1 no'lu sağlık ocağı 1990 yılında, Aktepe sağlık ocağı 1992 yılında, Gazikent sağlık ocağı 1992 yılında, Sarnıç 2 no'lu sağlık ocağı 1995 ve Gaziemir 2 no'lu sağlık ocağı 1996 yıllarında hizmete girmiştir. Bölgede ayrıca 24 saat hizmet veren bir semt polikliniği mevcuttur. Tüm bu kurumlarda toplam 101 sağlık personeli çalışmaktadır. İlçede kaba doğum hızı binde 12.9, kaba ölüm hızı binde 2, bebek ölüm hızı 0.41, çocuk ölüm hızı 0.049'dır. Doğumların %99'u hastanede yapılmaktadır. İlçede bebek izleminde yıllık izlem oranı 8.71, gebe izleminde bu oran 10.3, 15-49 yaş kadın izleminde 1.82'dir (42).

2.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini İzmir iline bağlı 9 merkez ilçe oluştururken, evrenin tamamına ulaşılması olanaksız olduğundan örneklem seçimine gidilmiştir. Örneklem seçiminde şu yol izlenmiştir.

Öncelikle İzmir merkez ilçeleri listelenerek olasılıklı örneklem tekniklerinden basit tesadüfi örneklem yöntemiyle Gaziemir ilçesi belirlenmiştir (Ek I). Daha sonra Gaziemir Belediyesi yetkilileri ile görüşülerek verilen bilgilere dayanarak ilçenin toplam 15 mahallesi sosyoekonomik yapılarına göre üst, orta, alt şeklinde 3 gruba ayrılmıştır. Belediye yetkilileri mahallelerin üst, orta, alt sosyoekonomik düzeylerde belirlenmesinde mahallerde bulunan eğitim kurumları ve sayıları, mahallenin alt yapı özellikleri, belediye hizmetlerinden faydalanma düzeyleri, konut ve yerleşim biçimleri gibi kriterleri göz önünde bulundurduklarını belirtmişlerdir. Araştırma sonuçlarının güvenilir olmasına ve istatistik analizlerin yapılabilmesine yetecek büyüklükte bir örnek büyüklüğüne karar vermek için; aranan karakteristiklerin (parametrelerin) evrendeki beklenen sıklıkları kestirilemediği için %95 göz yumulabilir hata payı ve %95 güven düzeyinde 378 hane örneklem hacmi olarak saptanmıştır (87).

$$N = \frac{T}{1 + \frac{(T-1)(d/t)^2}{p(1-p)}}$$

N: Örnekleme girecek hane sayısı

T: Evrende sınırlı sayıda hane sayısı

d: Sonuçta bulunacak oranın \pm sapma miktarı (0.05)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve belirli güven düzeyinde teorik t değeri (1.96)

p: İncelenecek olayın sıklığı. Tahmini olarak biliniyorsa yazılır, bilinmiyorsa %50 oranında (0.5) olarak kabul edilir.

$$N = \frac{21.818}{1 + \frac{(21.818-1)(0.05/1.96)^2}{0.5(1-0.5)}} = 378$$

15 mahalle sosyoekonomik yapılarına göre gruplandırıldıktan sonra araştırmada her mahallenin ağırlıklı olarak temsil edilebilmesini sağlamak amacıyla her üç grubun içerdikleri toplam hane sayıları dikkate alınarak ağırlığa orantılı küme örneklem yöntemiyle her sosyoekonomik bölgeden örneğe girmesi gereken hane sayıları saptanmıştır. Böylece alt konum mahallelerden 92, orta konum mahallelerden 114, üst konum mahallelerden 172 hane olmak üzere toplam 378 hane örneğe alınmıştır (Ek II, Ek III).

Üçüncü aşama olarak her üç bölgeden basit tesadüfi örnekleme birer mahalle seçilmiştir. Örneğe çıkan mahalleler; Gazikent (üst), Irmak (orta), Dokuz Eylül (alt) olarak belirlenmiştir. Son aşamada örneğe çıkan mahallelerin belediyeden elde edilen sokak listelerinden basit tesadüfi yöntemle sokaklar seçilmiştir. Örneğe çıkan sokaklarda ilk ev apartman ise, apartman içi dairelerin tümü gezilmiştir. Örnek sayısına ulaşıncaya kadar çalışılan sokaktaki haneler yetmediği takdirde bir sonraki sokaktan devam edilmiştir. Hane görüşmeleri Gazikent mahallesinde 83, 84, 85 sokak ve yeni hava lojmanlarında, Irmak mahallesinde 38, 38/1, 38/2, 38/3 ve 88 sokakta, Dokuz Eylül mahallesinde Gül, Zambak, Bülbül sokak ve Betontaş yolu Deniz sokakta gerçekleştirilmiştir (Ek IV).

2.4. VERİ TOPLAMA

2.4.1. VERİ TOPLAMA ARACININ TANITIMI

Araştırma verilerinin toplanmasında yararlanılan veri toplama aracı; anket formu ve halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklentileri belirleme ölçeği (HHBB) olmak üzere toplam 86 soruyu içeren iki bölümden oluşmuştur (Ek V, Ek VI).

Anket formunun birinci bölümünde aile özellikleri tanıtım formu yer almaktadır. Bu form ailelerin sosyodemografik özellikleri, ailenin sağlığı algılaması ve bireylerin sağlık düzeylerine ilişkin özdeğerlendirmesi, hastalık öyküleri, ilaç kullanımı, taburculuk deneyimleri, hemşirelik bakımına yönelik hizmet gereksinimleri ile ilgili bilgilerini ortaya koyan sorulardan oluşmaktadır (1-49 arasındaki sorular). Formun ikinci bölümünde toplumun halk sağlığı hemşiresinin rollerine ilişkin görüşlerini ve önemsemesini belirlemeye yönelik sorulara yer verilmiştir. Bu kapsamda hemşirenin çalışma yeri, halk sağlığı hemşiresi ile önceden karşılaşmış, karşılaşmadığı (deneyimi), Türkiye için böyle bir sağlık personelinin önemi konusunda sorular yer almaktadır (50-57).

Veri toplama aracının ikinci bölümünde likert ölçeği tipinde geliştirilmiş olan **Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentileri Belirleme Ölçeği (HHBB)** yer almaktadır. Bu ölçeğin geliştirilmesinde toplumun halk sağlığı hemşiresinin temel rol ve fonksiyonlarına yönelik beklentilerini belirlemek amacıyla 6 alt ölçekten oluşan 27 maddelik bir ölçek havuzu oluşturulmuştur. Buna göre; **hemşirenin bakım verici rolüne** yönelik beklenti alt ölçeğinde 10 madde (1,2,4,5,8,10,13,14,19,24. maddeler. İki tane madde negatif anlam taşıyor), **eğitim rolüne** ilişkin alt ölçekte 6 madde (3,15,16,18,21,22.maddeler), **danışmanlık rolüne** ilişkin alt ölçekte 6 madde (6,12,17,20,23,25. maddeler), **liderlik rolüne** ilişkin alt ölçekte 3 madde (7,11,27. maddeler), **değişim ajanı ve araştırmacı rolüne** ilişkin alt ölçeklerde 1'er madde (9,26) olmak üzere toplam 27 madde yer almaktadır. Bu maddelere kişilerin katılma durumu 3 dereceli ("uygun" , "fikrim yok" , "uygun değil") yanıt seçenekleri kullanılarak saptanmıştır. Ayrıca ölçeğin sonunda; ailelerin nasıl bir hemşirelik hizmeti beklediğine ilişkin bir açık uçlu soruya da yer verilmiştir.

2.4.2. VERİ TOPLAMA ARACININ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİLİĞİ

Anket formunda bulunan ölçek maddelerinin ölçme aracına uygun olup olmadığı, ölçmek istenen alanı temsil edip, etmediği "**çoğul uzman görüşüne dayalı**" "**mantıksal geçerlilik**" ile sınanmıştır. Bunun için, hazırlanan anket formu ve ölçek halk sağlığı hemşireliği alanında uzman 9 kişiye verilerek değerlendirmeleri istenmiştir. Uzmanların ölçekteki maddeleri yeterli görüp, görmedikleri 5 dereceli (çok yeterli, oldukça yeterli, yeterli, oldukça yetersiz, çok yetersiz) sıralama yöntemiyle belirlenmiştir. Puan ortalaması 5'e yaklaştıkça "çok yeterli", 3'den uzaklaştıkça "yetersiz" seçeneğini göstermektedir. Bu değerlendirme sonucu bildirilen görüşler doğrultusunda hesaplanan madde puan ortalaması 4.46 olarak belirlenirken, araştırmacı tarafından gözden kaçırılan veya hatalı oluşturulan maddeler uzmanların önerileri doğrultusunda yeniden incelenerek, gereken düzeltmeler yapılmıştır. Ölçme aracının son şekli verildikten sonra **uygulanabilirlik** yönünden değerlendirmesi 15 aile ile pilot görüşme yapılarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırma verilerinin toplanmasında geliştirilen ölçeğin güvenilirlik çalışması için iç tutarlılık kapsamında **Bölünmüş Test Yöntemi (Split Half)** ve **Cronbach Alfa Katsayısı (eşitliği)** kullanılmıştır.

Bölünmüş test yönteminde; Ölçüm aracında bulunan maddeler (27 madde) iki gruba ayrılarak, ilk 14 maddesi ve sonraki 13 maddesi için her gruptaki toplam puanlar testin uygulandığı herkes için ayrı ayrı bulunarak bölünmüş test puanları arasındaki ilişki (korelasyon katsayısı) hesaplanmıştır (54,66). Buna göre birinci bölümün korelasyon katsayısı $r = 0.64$, ikinci bölümün korelasyon katsayısı $r = 0.74$ bulunmuştur. Ölçeğin tamamı için Spearman Brown katsayısı $r = 0.51$ bulunmuştur. Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentileri Belirlemek amacıyla geliştirilen ölçeğin **Cronbach Alfa Katsayısı $\alpha = 0.76$** olarak saptanmıştır.

İç tutarlılık katsayılarının hemen hepsi testteki soruların hepsinin aynı niteliği ölçtüğü sayılına dayanmaktadır. Eğer testte birkaç nitelik bir arada ölçülüyorsa (bakım, eğitim, danışmanlık, liderlik , araştırmacı, değişim ajanı) o zaman iç tutarlılık katsayıları düşük sonuçlar vermektedir. Bununla birlikte; literatürde bir çok kaynaktan güvenilirliğin 0.70-0.80 olması durumu ölçme aracının araştırmalarda kullanılması için yeterli kabul edilmektedir (69).

2.4.3. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırma verileri, geliştirilen anket formu ve ölçeğin, ev ziyaretleri yapılarak, ailelerin doğrudan bakımından sorumlu kişi ile (ev hanımı) bire bir görüşme yoluyla toplanmıştır. Görüşmeler Perşembe, Cuma, Cumartesi bazen de Pazar günleri gerçekleştirilmiştir. Ortalama görüşme süresi 25 dakika olarak belirlenmiştir.

Araştırma süresince araştırmacının karşılaştığı zorluklar (eve kabul edilmeme, görüşme süresinin uzaması, mevsime bağlı olumsuz çevre koşulları gibi..) zaman zaman verilerin toplanmasını aksatmıştır. Ancak araştırmacının bu alanda deneyimli olması görüşmelerin sürdürülmesinde kolaylıklar sağlamıştır. Görüşme süresince aileye yaklaşımda araştırmacının yalnızca araştırma etkinliğini sürdürmeyerek, aile bireylerince yöneltilen sağlıkla ilgili konularda sorunlara ve sorulara yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti vermesi de güven ortamı oluşmasına katkıda bulunmuştur.

2.5. VERİLERİN ANALİZİ

2.5.1. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmada aşağıda belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılımı ve ilişkileri incelenmiştir.

a) Bağımlı değişkenler: Toplumun halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklentilerinin belirlenmesine yönelik ölçek puanı.

b) Bağımsız değişkenler: Mahallenin sosyoekonomik yapısı, aile tipi, ailedeki birey sayısı, evin tipi, oda sayısı, ailenin gelir gider durumu, sağlığın önemini algılama durumları, ailedeki bireylerin eğitimi, sağlıkla ilgili yararlanılan kurumlar, sosyal güvenceleri, hastalık öyküleri, ilaç kullanma durumları, hastaneye yatma ve taburculuk deneyimleri, sağlık ocağından yararlanma durumları, halk sağlığı hemşirelik hizmetlerini önemseme durumları.

2.5.2. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Anket formları ile elde edilen veriler araştırmacı tarafından değerlendirilip, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programına kodlanmıştır. Elde edilen sosyo-demografik özelliklere ilişkin verilerin sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır. Görüşme yapılan kadınların HHBB ölçeğine verdikleri yanıtların puan ortalamaları "uygun" yanıtına 3 puan, "fikrim yok" yanıtına 2 puan, "uygun değil" yanıtına 1 puan verilerek hesaplanmış ve negatif maddelerde puanlama zıt doğrultuda yapılmıştır.

Kadınların halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklenti puan ortalamaları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde **eşit varyanslı t testi, varyans ve ileri varyans analizi (Scheffe)** yapılmıştır.

Kadınların evde hemşirelik bakım isteğini etkileyebilecek etmenler (hastalık durumu, taburculuk deneyimi gibi bağımsız değişkenler) **X², Yates düzeltilmeli X²** analizleri ile incelenmiştir. Kadınların genel puan ortalamaları ile alt ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki **Pearson Korelasyon** analizi ile incelenmiştir.

Yapılan varyans analizlerinde istatistiksel olarak anlamlı çıkan bağımsız değişkenler ile genel ölçek puan ortalaması arasında **Çoklu Regresyon** analizi yapılarak, bu değişkenlerin ölçek puanı üzerindeki etkileri incelenmiştir.

2.6. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma konusunun Ekim 1999 tarihinde belirlenmesinin ardından Eylül 2000 tarihine kadar araştırma planlanmış ve gerekli hazırlıklar yapılmıştır. Aynı tarihte tez önerisi olarak onay görmüş ve ardından uygulama aşamasına geçilmiştir. Araştırma verileri 1 Ocak-15 Mayıs 2001 tarihleri arasında toplanmıştır. İstatistiksel analizler, rapor yazımı, teslimi Mayıs-Ağustos 2001 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

2.7. ARAŞTIRMA ETİĞİ

Araştırmanın uygulanabilmesi, verilerin toplanabilmesi için Gaziemir Sağlık Grup Başkanlığından resmi izin alınmıştır. Ayrıca ailelere ziyaret için gidildiğinde görüşülerek kişiye araştırmanın amacı, araştırmada sağlanacak yararlılıklar, toplanacak verilerin ve görüşmenin aileye zarar getirmeyeceği, araştırma konusuna yönelik hizmet planlamasına katkılar sağlayacağı, görüşme için harcayacağı zaman konusunda açıklama yapılmıştır. Bu bilgiler ışığında araştırmaya katılıp, katılmaması konusunda hiçbir baskı yapılmadan katılma isteği göz önüne alınmıştır.

FAALİYETLER

Hazırlık Çalışmaları



(Genel
Literatür
tarama)



Danışman ile toplantı
(Tez konusunu belirleme)

X



Konu ile ilgili spesifik
okuma



Soru kağıdını hazırlama

Örnekleme

Tez Ön Komitesi
(toplantı)

Veri Toplama

Verilerin Analizi ve
değerlendirilmesi



Rapor yazımı
Tez sunumu

07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33

ŞEKİL 2. ARAŞTIRMANIN ZAMANLAMASI

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. ARAŞTIRMA KAPSAMINA GİREN AİLELERE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Tablo 1: Ailelerin Aile Tipi ve Aile Yapısına Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Aile tipi		
Çekirdek	329	87.0
Ataerkil/Geniş	34	9.0
Parçalanmış	15	4.0
Evde Yaşayan Kişi Sayısı		$X = 3.97 \pm 0.07$
1-3	131	34.7
4-6	226	59.8
7-9	19	5.0
10 ve üzeri	2	0.5
İzmir'in Yerlisi Olup, Olmama		
Evet	80	21.2
Hayır	298	78.8
İzmir'de Oturma Yılı		$X = 14.31 \pm 0.62$
1 yıldan az	32	8.5
1-5 yıl	89	23.6
6-10 yıl	64	17.0
10 yıl ve üzeri	192	50.9
Toplam	378	100.0

Tablo 1'de görüldüğü gibi araştırma kapsamına giren ailelerin %87.0'ı çekirdek aile, %9.0'ı geniş, %4.0'ı parçalanmış aile yapısındadır.

Araştırma genelinde ailelerin ailede yaşayan kişi sayısı bakımından %34.7'si 1-3 kişi, %59.8'i 4-6 kişi, %5.0'ı 7-9 kişi, %0.5'i 10 ve daha fazla kişiden oluşmaktadır. Ortalama kişi sayısı 3.97 ± 0.07 'dir. Ailelerin %21.2'si İzmir'in yerlisi iken, %78.8'i değildir.

Ailelerin İzmir'de oturma yılı Tablo 1'de görülmektedir. Oturma süreleri incelendiğinde; %8.5'i 1 yıldan az, %23.6'sı 1-5 yıl, %17'si 6-10 yıl, %50.9'u 10 yıl ve daha uzun bir süredir İzmir'de oturmaktadır. Ortalama oturma yılı 14.31 ± 0.62 'dir (Tablo 1).

Tablo 2: Ailelerin Yaşadıkları Mahallelerin Sosyoekonomik Yapılarına Göre Dağılımı

Mahalle adı ve sosyoekonomik yapısı	Sayı	%
Dokuz Eylül (alt)	92	24.3
İrmak (orta)	114	30.2
Gazikent (üst)	172	45.5
Toplam	378	100.0

Tablo 2'de görüldüğü gibi, araştırma kapsamına giren ailelerin %24.3'ü alt sosyoekonomik yapıda, %30.2'si orta, %45.5'i üst sosyoekonomik yapıda yer alan mahallelerde yaşamaktadır (Tablo 2).

Tablo 3: Ailelerin Yaşadıkları Konutun Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Konut Tipi		
Apartman katı	222	58.7
Tek veya çok katlı bağımsız ev	146	38.6
Gecekondu	10	2.7
Oda Sayısı		$X = 3.05 \pm 0.03$
1	1	0.3
2	22	5.8
3	147	39.0
4	200	53.1
5	7	1.9
Kişi/oda		$X = 1.18 \pm 0.02$
0.9 kişi	91	24.0
1-2 kişi	270	71.5
2.1-3.0 kişi	17	4.5
Tuvalet/banyo konut içinde mi?		
Evet	349	92.3
Hayır	29	7.7
Toplam	378	100.0

Tablo 3'te ailelerin %57.8'inin apartman tipi konutta, %38.6'sının tek veya çok katlı bağımsız konutta, %2.7'sinin gecekondu tipi konutta oturduğu görülmektedir.

Ailelerin %0.3'ü bir odalı, %5.8'i iki odalı, %39.0'u üç odalı, %53.0'ı dört odalı, %1.9'u beş odalı konutlarda oturmaktadır. Bir odaya düşen ortalama kişi sayısı 1.18 ± 0.02 'dir.

Ailelerin oturdukları konutların %92.3'ünde tuvalet banyo konutun içinde iken, %7.7'sinde konutun dışındadır (Tablo 3).

Tablo 4: Ailelerin Ekonomik Durum, Sosyal Destek Alma ve Sosyal Destek Aldıkları Kişilere Göre Dağılımı

Ekonomik Durum	Sayı	%
Gelir gidere göre fazla	42	11.1
Gelir gider dengeli	180	47.6
Gelir gidere göre az	156	41.3
Toplam	378	100.0
Sosyal Destek Alma		
Evet	168	44.4
Hayır	210	55.6
Yardım Alınan Kişi		
Akraba	96	57.1
Arkadaş	53	31.6
Komşu	19	11.3
Toplam	168	100.00

Ailelerin %11.1'inin geliri gidere göre fazla, %47.6'sının gelir ve gideri dengeli, %41.3'ünün geliri giderine göre azdır.

Herhangi bir ihtiyaç durumunda maddi veya manevi sosyal destek aldığını belirten aileler %44.4 iken, %55.6 sı destek almamaktadır. Ailelerin %57.1'i akrabadan, %31.6'sı arkadaştan, %11.3'ü komşudan yardım almaktadır (Tablo 4).

Tablo 5: Ailelerin Sağlık Hizmetleri Açısından En Çok Yararlandıkları Sağlık Kurumlarına Göre Dağılımı

Yararlanılan Kurum	Sayı	%
SSK	72	19.0
Devlet Hastanesi	85	22.5
Üniversite hastanesi	49	13.0
Sağlık ocağı/AÇSAP	57	15.1
Özel hastaneler/poliklinikler	23	6.1
Askeri hastane	75	19.8
Diğer (kurum poliklinikleri)	4	1.1
Hiçbir kurumdan yararlanmayan	13	3.4
Toplam	378	100.0

Araştırma kapsamında görüşme yapılan kadınların ifadelerine göre; ailelerin %19'u SSK, %22.5'i Devlet Hastanesi, %13.0'ü Üniversite hastanesi, %15.1'i Sağlık ocağı/AÇSAP, %19.8'i Askeri Hastaneden yararlanmaktadır. Ailelerin %3.4'ü hiçbir kurumdan yararlanmamaktadır (Tablo 5).

3.1.1. ARAŞTIRMA KAPSAMINA GİREN AİLE BİREYLERİNE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Bu bölümde aile bireylerini tanıtıcı bilgiler açıklanmıştır.

Tablo 6: Aile Bireylerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	746	49.6
Erkek	757	50.4
Yaş grupları		X = 29.72 ± 0.44
0-14	333	22.1
15-24	331	22.0
25-34	244	16.2
35-44	282	18.8
45-54	186	12.4
55-64	72	4.8
65 ve üzeri	55	3.7
Toplam	1503	100.0
Medeni Durum		
Bekar	328	29.2
Evli	731	64.9
Dul	41	3.6
Boşanmış	26	2.3
Toplam	*1126	100.0
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	29	2.1
Okur yazar	45	3.2
İlkokul	415	29.9
Ortaokul	267	19.2
Lise	391	28.1
Yüksekokul/fakülte	242	17.5
Toplam	**1389	100.0
İş Grupları		
Teknisyen, usta	71	11.8
Zanaatkar, kalifiye işçi	99	16.3
Büro, fikir işçisi, asker	208	34.5
Satıcılar	59	9.8
Kalifiye olmayan işçi	66	10.9
Yönetici, iş adamı	23	3.8
Emekli	78	12.9
Toplam	***604	100.0
Sosyal Güvence		
Emekli sandığı	563	37.5
SSK	386	25.6
Bağkur	148	9.9
Özel Sigorta	34	2.3
Diğer (Yeşil kart)	29	1.9
Sosyal güvencesi yok	343	22.8
Toplam	1160	100.0

*Toplama 15 yaş altı çocuklar dahil edilmemiştir.

** 7 Yaş altı çocuklar kapsam dışı bırakılmıştır.

*** Toplama ev kadını, 15 yaş ve altı çocuklar,15 yaşından büyük öğrenciler, mesleksizler dahil edilmemiştir

Araştırma kapsamına giren ailelerde yaşayan bireylerin %49.6'sı kadın, %50.4'ü erkektir. Aile bireylerinin %22.1'ini 0-14 yaş grubu, %22.0'ını 15-24 yaş grubu, %16.2'sini 25-34 yaş grubu, %18.8'ini 35-44 yaş grubu, %12.4'ünü 45-54 yaş grubu, %4.8'ini 55-64 yaş grubu, %3.7'sini ise 65 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır. Bireylerin yaş ortalaması 29.72 ± 0.44 'dür.

Araştırma kapsamındaki bireylerin medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %29.2'sinin bekar, %64.9'unun evli, %3.6'sının dul, %2.3'ünün boşanmış olduğu görülmektedir.

Bireylerin %2.1'i okuma yazma bilmiyorken, %3.2'si okur yazar olup, %29.9'u ilkokul mezunu, %19.2'si ortaokul mezunu, %28.1'i lise ve %17.5'i yüksekokul/üniversite mezunudur.

Bireylerin %11.8'i teknisyen usta, %16.3'ü zanaatkar kalifiye işçi, %34.5'i büro fikir işçisi asker, %9.8'i satıcılar, %10.9'u kalifiye olmayan işçi, %3.8'i yönetici işadamları kapsamında meslek gruplarında çalışmaktadır. Araştırma kapsamındaki bireylerin %12.9'unun emekli olduğu saptanmıştır.

Sosyal güvencesi olduğu saptanan 1160 bireyin sağlık hizmetleri için %37.5'i Emekli Sandığından, %25.6'sı SSK'dan, %9.9'u Bağkur'dan, %2.3'ü Özel Sigortadan, %1.9'u Yeşil kart'dan yararlanmaktadır. Sosyal güvencesi olmayan bireylerin oranı %22.8'dir (Tablo 6).

3.1.1.1. GÖRÜŞME YAPILAN KADINLARA İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Tablo 7: Görüşme Yapılan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Yaş grupları		$X = 40.96 \pm 0.58$
15-24	16	4.2
25-34	99	26.2
35-44	135	35.7
45-54	81	21.4
55-64	29	7.7
65 ve↑	18	4.8
Medeni Durum		
Bekar	6	1.6
Evli	343	90.7
Dul	21	5.6
Boşanmış	8	2.1
Eğitim Durumu		
İlkokulaltı	45	11.9
İlkokul	135	35.7
Ortaokul /Lise	143	37.8
Yüksekokul/fakülte	55	14.6
İş Grupları		
Zanaatkar, kalifiye işçi	19	5.1
Büro, fikir işçisi	60	15.9
Kalifiye olmayan işçi	17	4.5
Yönetici, iş kadını	5	1.3
Emekli	21	5.5
Çalışmayan	256	67.7
Sosyal Güvence		
Emekli sandığı	169	44.7
SSK	100	26.5
Bağkur	43	11.4
Özel Sigorta	9	2.4
Diğer (Yeşil kart)	9	2.4
Sosyal güvencesi olmayan	48	12.6
Toplam	378	100.0

Tablo 7'de görüldüğü gibi araştırma kapsamında görüşme yapılan kadınların %4.2'si 15-24, %26.2'si 25-34, %35.7'si 35-44, %21.4'ü 45-54, %7.7'si 55-64 yaş grubunda ve %4.8'i de 65 yaş ve üzeri gruptadır. Kadınların yaş ortalaması 40.96 ± 0.58 'dir.

Araştırma kapsamına giren kadınların %1.6'sının bekar, %90.7'sinin evli, %5.6'sının dul, %2.1'sinin boşanmış olduğu saptanmıştır.

Kadınların eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; %11.9'u ilkokul altı, %35.7'si ilkokul, %37.8'i ortaokul/lise, %14.6'sı Yüksekokul/fakülte düzeyinde eğitim almıştır.

Kadınların %5.1'i zanaatkar, kalifiye işçi, %15.9'u büro, fikir işçisi, %4.5 kalifiye olmayan işçi, %1.3'ü yönetici işkadını olarak meslek yaşamlarını sürdürürken, %5.5'i emeklidir. %67.7'si ise herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Kadınların %44.7'si Emekli Sandığı, %26.5'i SSK, %11.4'ü Bağkur, %2.4'ü Özel Sigorta, %2.4'ü Yeşil Kart sosyal güvencesine sahiptir, %12.6'sının ise hiçbir sosyal güvencesi olmadığı belirlenmiştir (Tablo 7).

3.1.1.2. GÖRÜŞME YAPILAN KADINLARIN SAĞLIĞI ÖNEMSEME VE AİLELERİNİN SAĞLIK DÜZEYİNİ ALGILAMA DURUMLARI

Tablo 8: Kadınların Sağlığı Önemsene Ve Ailenin Sağlık Düzeyini Algılama Durumuna Göre Dağılımı

Sağlığı Önemsene	Sayı	%
1. sırada	91	24.1
2. sırada	29	7.7
3. sırada	49	13.0
4. sırada	24	6.4
5. sırada	36	9.5
Hiç sıralamaya almayan	149	39.3
Sağlık Düzeyini Algılama		
Çok iyi	51	13.5
İyi	214	56.6
Orta	98	25.9
Kötü	13	3.5
Çok Kötü	2	0.5
Toplam	378	100.0

Araştırma kapsamındaki kadınlara "Aile bütünlüğünüzün korunmasında ve sürdürülmesinde önemli olan beş şeyi (olguyu) önem sırasına göre sıralayınız" şeklinde bir soru yöneltildiğinde; kadınların %24.1'i sağlığı 1. sıraya yerleştirirken, % 7.7'si 2. sıraya, %13.0'ü 3. sıraya, %6.4'ü 4. sıraya, %9.5'i 5. sıraya yerleştirmiştir. Kadınların %39.3'ü ise sağlığa bu sıralamada hiç yer vermemiştir.

“Ailenizde bireylerin sağlığını göz önüne alarak, siz ailenizin sağlık düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz” sorusuna %13.5 oranında kadın “çok iyi”, %56.6 oranında kadın “iyi”, % 25.9 oranında kadın orta, %3.5 oranında kadın “kötü” şeklinde bir değerlendirme yaparken, kadınların %0.5’i ailelerinin sağlık düzeyini “çok kötü” olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 8).

3.2. ARAŞTIRMA KAPSAMINA GİREN AİLELERİN SAĞLIK HASTALIK ÖYKÜSÜ

Aşağıda araştırma kapsamında aile adına görüşme yapılan kadınların ailelerinde yaşayan bireylerin sağlık ve hastalık öyküsüne ilişkin verdikleri bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 9: Araştırma Kapsamına Giren Bireylerin Sağlık Hastalık Öykülerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Doktor Tanısı Almış Hastalık Olması		
Var	134	35.4
Yok	244	64.6
Toplam	378	100.0
İlaç Kullanma Durumu		
Evet	120	31.7
Hayır	258	68.3
Toplam	378	100.0
İlaç Kullanırken Yardıma Gereksinim Duyan Kişi sayısı		
1 Kişi	36	30.0
2 Kişi	7	5.8
Gereksinim duymuyor	77	64.2
Toplam	120	100.0

Görüşme yapılan kadınların %35.4’ü “Ailenizde doktor tanısı almış hastalığı bulunan birey var mı?” sorusuna “Evet” yanıtını verirken, %64.6’sı ise herhangi bir doktor tanılı hastalığın olmadığını belirtmiştir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin %31.7’si sürekli ilaç kullanırken, %68.3’ü kullanmamaktadır. İlaç kullanan birey bulunan ailelerin %30.0’unda en az bir kişinin, %5.8’inde en az iki kişinin ilacı kullanırken yardıma ihtiyaç hissettiği belirtilmiştir (Tablo 9).

Tablo 10: Bireylerin Doktor Tanısı Almış Hastalık Gruplarının Dağılımı

Hastalık Grublaması	Sayı	Yüzde
Enfeksiyon ve paraziter hastalıklar	11	4.8
Ulrar (Tümörler)	12	5.2
Beslenme ve metabolizma hastalıkları	35	*15.2
Kan ve kan yapıcı organların hastalıkları	10	4.3
Akıl bozuklukları	3	1.3
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	16	6.9
Dolaşım sistemi hastalıkları	60	*26.0
Solunum sistemi hastalıkları	18	7.8
Sindirim sistemi hastalıkları	16	6.9
Üregenital sistem hastalıkları	13	5.6
Gebelik doğurma ve lohusalık komplikasyonları	-	-
Deri ve deri altı dokusu hastalıkları	7	3.0
Kemik-kas sistemi ve bağ dokusu hastalıkları	28	*12.1
Doğuştan gelme anomaliler	2	0.9
Perinatal morbitite ve mortalitenin bazı sebepleri	-	-
Semptomlar ve iyice belli olmayan sebepler	-	-
Kazalar zehirlenmeler ve cana kastedme	-	-
Toplam	231	100.0

Araştırma kapsamındaki bireylerin doktor tanısı almış hastalıkları "Hastalıkların 17 başlıklı listesi" ne göre gruplandırılmıştır (99). Buna göre dağılımlarına baktığımızda; %26.0 oranıyla dolaşım sistemi hastalıkları, %15.2 oranıyla beslenme ve metabolizma hastalıkları, %12.1 oranıyla da kemik-kas sistemi ve bağ dokusu hastalıkları ilk üç sırada yer almaktadır. Bireylerde ayrıca %7.8 oranında solunum sistemi hastalıkları, %6.9 oranında sinir sistemi ve duyu organı hastalıkları, aynı oranda sindirim sistemi hastalıkları, %5.6 oranında üregenital sistem hastalıkları, %5.2 oranında tümörler, %4.3 oranında kan ve kan yapıcı organların hastalıkları, %3 oranında deri ve deri altı hastalıkları bulunurken, %1.3 oranında akıl bozuklukları, %0.9 oranında da doğuştan gelme anomaliler bulunmaktadır (Tablo 10).

Tablo 11: Bireylerin Kullandıkları İlaç Gruplarının Dağılımı

İlaç Grublaması	Sayı	Yüzde
Antihipertansifler	38	*19.2
Koronervazodilatörler	4	2.0
Analjezikler	7	3.6
Vitaminler	3	1.5
Antilipidler	20	*10.1
Antidepresanlar	5	2.5
Antiromatizmal	14	*7.0
Antianjinal	5	2.5
Antikolinerjik	4	2.0
Antiasit	9	*4.5
Antiülseratif	8	4.0
Antidiyabetik	25	*12.6
Antiaritmik	7	3.5
Kardiyotonik	4	2.0
Antipsikotik	4	2.0
Antibakteriyel	6	3.0
Antihistaminik	1	0.5
Antiaştmatik	3	1.5
Antienflamatuar	6	3.0
Sedatifler	3	1.5
Antiparkinson	1	0.5
Antiepileptikler	1	0.5
Kortikosteroidler	8	4.0
Kemoterapötikler	3	1.5
Tiroit Hormonu	8	4.0
Antianemik	2	1.0
Toplam	199	100.0

Araştırma kapsamındaki bireylerin sürekli kullandıkları ilaçlar incelendiğinde; %19.2 oranıyla antihipertansifler, %12.6 oranıyla antidiyabetikler, %10.1 oranıyla antilipidler, %7.0 oranıyla antiromatizmal ilaçlar, %4.5 oranıyla da antiasit grubu ilaçlar en sık kullanılan ilaçlar içinde ilk beş sırada yer almaktadır. Sonrasında %4.0 oranıyla; antiülseratif ilaçlar, kortikosteroidler ve tiroit hormonu, % 3.6 oranıyla analjezikler, %3.5 oranıyla antiaritmik ilaçlar, %3.0 oranıyla antienflamatuarlar, %2.5 oranıyla; antidepresanlar, antianjinal ilaçlar, %2.0 oranıyla koronervazodilatörler, yine aynı oranda; antikolinerjikler, kardiyotonik ve antipsikotikler, %1.5 oranıyla antiastmatik ilaçlar, aynı oranda vitaminler, sedatifler ve kemoterapötikler, %1.0 oranıyla antianemik ilaçlar, %0.5 oranıyla da antihistaminikler, antiepileptikler ve antiparkinson ilaçları bulunmaktadır (Tablo 11).

Tablo 12: Bireylerin Son Bir Yıl İçinde Hastalık Geçirme Durumları Ve Bu Durumla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler	Sayı	%
Hastalık Geçirme		
Evet	140	37.0
Hayır	238	63.0
Toplam	378	100.0
Yatakta Gün Geçirme		
Evet	101	72.1
Hayır	39	27.9
Gün Sayısı		
1-7	46	45.6
8-14	19	18.8
15-21	15	14.8
22-28	4	3.9
29 ve üzeri	17	16.9
Toplam	101	100.0
Hastalık Durumunda Tedavi Amaçlı Tutum		
Doktora gidildi	97	69.3
Evdeki İlaçlar kullanıldı	24	17.1
Komşu tavsiyesiyle eczaneden ilaç alındı	12	8.6
Hiçbir şey yapılmadı	6	4.3
Diğer	1	0.7
Toplam	140	100.0

Görüşme yapılan kadınların ifadelerine göre; Ailelerin %37.0'ında onu günlük işlerden alıkoyacak derecede bir hastalık durumu geçiren en az bir birey olduğu belirlenmiştir. Ailelerin %72.1'inde hastalık nedeniyle yatakta gün geçirmiş en az bir birey bulunduğu saptanmıştır. Hasta olup da hastalığı ayakta geçiren birey içeren aile oranı araştırma kapsamında % 27.9 oranında bulunmuştur. Hastalık nedeniyle bireylerin %45.6'sı 1-7 gün, %18.8'i 8-14 gün, %14.8'i 15-21 gün, %3.9'u 22-28 gün, %16.9'u 29 ve üzeri yatakta gün geçirmiştir.

Son bir yıl içinde yaşanan hastalık durumunda bireylerin %69.3'ü doktora gitmiş, %17.1'i evdeki ilaçları kullanmış, %8.6'sı komşu tavsiyesiyle eczaneden ilaç almış, %4.3'ü ise hastalık durumunda tedavi amaçlı hiçbir şey yapmamıştır (Tablo 12).

Tablo 13: Bireylerin Son Bir Yıl İçinde Geçirdikleri Hastalık Gruplarının Dağılımı

Hastalık Grublaması	Sayı	Yüzde
Enfeksiyon ve paraziter hastalıklar	47	*31.8
Urlar (Tümörler)	4	2.8
Beslenme ve metabolizma hastalıkları	2	1.4
Kan ve kan yapıcı organların hastalıkları	5	3.4
Akıl bozuklukları	4	2.8
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	6	4.1
Dolaşım sistemi hastalıkları	8	5.4
Solunum sistemi hastalıkları	15	*10.1
Sindirim sistemi hastalıkları	10	6.6
Üregenital sistem hastalıkları	11	*7.4
Gebelik doğurma ve lohusalık komplikasyonları	2	1.4
Deri ve deri altı dokusu hastalıkları	3	2.0
Kemik-kas sistemi ve bağ dokusu hastalıkları	15	*10.1
Doğuştan gelme anomaliler	-	-
Perinatal morbitite ve mortalitenin bazı sebepleri	-	-
Semptomlar ve iyice belli olmayan sebepler	6	4.1
Kazalar zehirlenmeler ve cana kastedme	10	6.6
Toplam	148	100.0

Tablo 13’de görüldüğü gibi “Günlük işlerden alıkoyacak derecede bir hastalık durumu geçiren en az bir birey bulunan ailelerde” hastalık grublamasında %31.8 oranında enfeksiyon ve paraziter hastalıklar, %10.1 oranında solunum sistemi hastalıkları, %10.1 oranında kemik-kas sistemi ve bağ dokusu hastalıkları, %7.4 oranında üregenital sistem hastalıkları, %6.6 oranında sindirim sistemi hastalıkları bulunurken,%6.6 oranında kazalar ve zehirlenmeler, % 5.4 oranında dolaşım sistemi hastalıkları, %4.1 oranında sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları, %4.1 oranında semptomlar ve iyice belli olmayan sebepler, %3.4 oranında kan ve kan yapıcı organların hastalıkları, %2.8 oranında tümörler yine aynı oranda akıl bozuklukları, %1.4 oranında beslenme ve metabolizma hastalıkları, %1.4 oranında gebelik doğurma ve lohusalık komplikasyonları bulunmaktadır (Tablo 13).

Tablo 14: Aile Bireylerinin Hastalık Geçirme Durumunda Yardım Alma ve Hastalıktan Etkilenme Durumlarına Göre Dağılımı

Özellikler	Hastalık Deneyimi			
	Yasayan		Yasamayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Hastalık Süresince Bakım Gereksinimlerine Yardım Eden Kişi				
Evdeki eş, anne	97	69.3	155	65.1
Çocuklar	12	8.6	18	7.6
Evin diğer erişkinleri	18	12.7	32	13.4
Akraba	3	2.2	23	9.7
Komşu	10	7.2	10	4.2
Bakımın Aileyi Etkileme Derecesi				
Çok	75	53.6	107	44.9
Orta	44	31.4	90	37.8
Az	15	10.7	23	9.7
Hiç	6	4.3	18	7.6
Bakım Aileyi Hangi Açıdan Etkiledi				
Ekonomik yönden	24	17.1	47	19.7
Aile düzeni, psikolojik yönden	51	36.4	85	35.7
Sosyal açıdan (iş hayatı)	13	9.3	32	13.5
Hepsi	52	37.2	74	31.1
Toplam	140	100.0	238	100.0

Ailede bireylerin hastalık geçirmesi durumunda bireylerin bakım gereksinimleri %69.3 oranında evdeki eş, anne, %8.6 oranında çocuklar, %12.7 oranında evin diğer erişkinleri, %2.2 oranında akraba, %7.2 oranında komşular tarafından destek verilerek sağlanmıştır.

Görüşme yapılan kadınlar, hasta bireylere verilen desteğe bakıma yönelik sorumluluk ve yükümlülükler açısından, ailelerinin %53.6'sının çok, %31.4'ünün orta, %10.7'sinin az derecede etkilendiğini belirtmişlerdir. Kadınların yalnızca %4.3'ü ailelerinin hiç etkilenmediğini ifade etmişlerdir.

Bu bakım nedeniyle ailelerin %17.1'i ekonomik açıdan, %36.4'ü aile düzeni, psikolojik yönden, %9.3 sosyal açıdan (iş hayatı) etkilenirken, %37.2'si her yönden (ekonomik, psikolojik, sosyal) etkilenmişlerdir (Tablo 14).

Son bir yıl içinde hastalık deneyimi yaşamayan ailelere (%63) şöyle bir soru yöneltilmiştir ; "Aileden bir kişi hastalık geçiriyor olsa ve bakıma ihtiyaç duysa ona kim yardım ederdi?" Bu soruya yanıt olarak; "%65.1 oranında evdeki eş, anne, %7.6

oranında çocuklar, %13.4 oranında evin diğer erişkinleri, %9.7 oranında akraba, %4.2 oranında komşular yardım eder” yanıtı verilmiştir.

Bu ailelere ayrıca “Hastaya bakım verilmesi aileyi ne derece etkilerdi?” ve “Bu bakımın verilmesi aileyi en çok hangi açılardan etkilerdi?” şeklinde sorular da yöneltilmiştir. Ailelerin %44.9’u çok, %37.8’i orta, %9.7’si az etkileneceğini belirtirken, %7.6’sı hiç etkilenmeyeceğini belirtmişlerdir.

Bu bakım nedeniyle ailelerin %19.7’si ekonomik açıdan, %35.7’si aile düzeni, psikolojik yönden, %13.5’i sosyal açıdan (iş hayatı) etkileneceğini belirtirken, %31.1’i her yönden (ekonomik, psikolojik, sosyal) etkileneceğini belirtmişlerdir (Tablo 14).

3.3. AİLELERDE HASTALIK OLGUSU DURUMUNDA EVDE HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİ

Tablo 15: Son Bir Yıl İçinde Ailelerinde Hastalık Olgusu İfade Eden/Etmeyen Kadınların Gereksinim Duydukları Hemşirelik Bakım Durumlarına Göre Dağılımı

	Hastalık Olgusu			
	Var		Yok	
Evde Hemşirelik Bakım Gereksinim Derecesi	Sayı	%	Sayı	%
Çok	81	57.9	116	48.7
Orta	34	24.3	66	27.7
Az	13	9.3	26	10.9
Hiç	12	8.6	30	12.6
Toplam	140	100.00	238	100.0

Son bir yıl içinde ailelerinde hastalık olgusu yaşayan kadınların hasta bireylerin bakımı sırasında evde gereksinim duydukları hemşirelik bakımını isteme dereceleri tablo 15’de görülmektedir. Buna göre; Kadınların %57.9’u çok, % 24.3’ü orta, %9.3’ü az derecede bu bakımı isterken, %8.6’sı hiç istememektedir.

Aynı soru ailelerinde hastalık olgusu yaşamamış kadınlara “Hastalık durumu yaşandığında bireye verilecek bakım sırasında hemşirenin yardım etmesini, bakmasını ne derece isterdiniz?” şeklinde sorulduğunda; Kadınların %48.7’si çok, %27.7’si orta, %10.9’u az derecede isterken, % 12.6’sı hiç istememektedir (Tablo 15).

Tablo 16: Kadınların Evde Hemşirelik Hizmet Sunumunda Sorumluluğa İlişkin Görüşlerine Göre Dağılımı

Evde Hemşirelik Hizmet Sunumunda Sorumluluğa İlişkin Görüş	Sayı	%
Hizmet özel olmalı, halk para ödemeli	14	3.7
Hem özel, hem de devlet hizmeti olarak sunulabilir	114	30.2
Tamamen devletin sorumluluğunda yürütülmelidir	109	28.8
Devlet karşılarken halk katkıda bulunmalı	141	37.3
Toplam	378	100.0

Her iki kadın grubuna (hastalık deneyimi yaşayan ve yaşamayan) evde hemşirelik hizmeti sunumunda sorumluluğun kime ait olduğu sorulduğunda; Kadınların %3.7'si "Hizmet özel olmalı, halk para ödemeli", %30.2'si "Bu hizmet hem özel, hem de devlet hizmeti olarak sunulabilir", %28.8'i "Hizmet tamamen devletin sorumluluğunda yürütülmelidir", %37.3'ü "Hizmeti devlet karşılarken halk katkıda bulunmalı" yanıtını vermişlerdir (Tablo 16).

3.4. ARAŞTIRMA KAPSAMINA GİREN AİLELERİN HASTANEYE YATMA DENEYİMİ

Aşağıda araştırma kapsamında aile adına görüşme yapılan kadınların ailelerinde yaşayan bireylerin herhangi bir hastalık durumunda hastaneye yatma öyküsü bulunup, bulunmamasına ilişkin verdikleri bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 17: Herhangi Bir Hastalık Durumunda Hastaneye Yatma Öyküsü Olan Birey İçeren Ailelerin Deneyimlerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Hastaneye Yatma		
Evet	190	50.3
Hayır	188	49.7
Toplam	378	100.0
Yatma Süresi (Gün)		
1-7	90	47.4
8-14	43	22.6
15-21	26	13.7
22-28	8	4.2
29 ve üzeri	23	12.1
Refakatçi Kalma Durumu		
Evet	142	74.7
Hayır	48	25.3
Toplam	190	100.0

Araştırma kapsamında herhangi bir hastalık durumunda hastaneye yatma öyküsü bulunan birey içeren aile oranı %50.3 iken, %49.7'si böyle bir deneyim yaşamamıştır.

Hastane deneyimi olan ailelerin %47.4'ünde hasta bireylerin hastanede kalış süresi 1-7 gün, %22.6'sında 8-14 gün, %13.7'sinde 15-21 gün, %4.2'sinde 22-28 gün, %12.1'inde 29 gün ve daha üzeri saptanmıştır. Hastaneye yatan birey içeren ailelerin %74.7'sinde hasta bireyin yanında refakatçi kalırken, %25.3'ünde böyle bir gereksinimi olmamıştır (Tablo 17).

Tablo 18: Taburcu Hasta Olan Ailelerde Kadınların Evde Hastanın Bakımında Yardım Ve Desteğe Gereksinim Duyma Durumlarına Göre Dağılımı

Yardıma Gereksinim Duyma	Sayı	%
Evet	120	63.2
Hayır	70	36.8
Toplam	190	100.0

Ailelerinde taburculuk deneyimi ifade eden kadınların %63.2'si evde hasta bireyin bakımı için yardıma gereksinim duyulduğunu ifade ederken, %36.8'i böyle bir gereksinim duymamıştır (Tablo 18).

Tablo 19: Taburcu Hasta Olan/Olmayan Ailelerde Kadınların Evde Hastanın Bakımında Yardım Ve Destek Hemşirelik Bakım Gereksinimlerine İlişkin Beklentilerinin Dağılımı

	Taburcu Hasta Olusu			
	Var		Yok	
Evde Hemşirelik Bakım Gereksinim Derecesi	Sayı	%	Sayı	%
Çok	107	56.3	77	43.6
Orta	55	28.9	69	36.7
Az	16	8.5	27	14.4
Hiç	12	6.3	15	7.8
Toplam	190	100.0	188	100.0

Taburculuk sonrası dönemde hasta bireyin evde bakımında hemşirenin bakımı üstlenmesi ve aileyi desteklemesini kadınların %56.8'i çok , %28.9'u orta, %8.5'i az derecede isterken, %5.8'i hiç istememektedir.

Ailelerinde herhangi bir nedenle hastaneye yatma öyküsü bulunmayan %49.7 oranında kadına (188) "Evdeki bireylerden herhangi biri hastaneye yatıp, çıksa onun evde bakımını bir hemşirenin üstlenmesini ne derece istersiniz" sorusu yöneltildiğinde; Kadınların %43.6'sı çok, %36.7'si orta, %14.4'ü az derecede isterken, %7.8'i hiçbir beklenti içinde olmadığını ifade etmiştir. (Tablo 19).

3.5.KADINLARIN HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİK HİZMETLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Tablo 20: Kadınların Hemşirelerin Çalışma Alanlarına İlişkin Görüşleri

Özellikler	Sayı	%
Hastane Dışında Çalışma Durumu		
Evet	237	62.7
Hayır	141	37.3
Toplam	378	100.0
Çalışma Alanı		
Özel poliklinikler, hastaneler	103	43.5
Sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı merkezi	81	34.2
Kreş, okul, çocuk yuvası	39	16.4
Diğer (ev, iş yeri)	14	5.9
Toplam	237	100.0

Tablo 20'de görüldüğü gibi kadınlara "Hemşirelerin hastane dışında da çalışıp, çalışamayacağı" sorusu sorulduğunda kadınların %62.7'si hemşirelerin hastane dışında da çalışabileceği görüşünü ifade etmişlerdir. Buna göre; kadınların %43.5'i hemşirelerin özel poliklinik ve hastanelerde çalışabileceğini, %34.2'si sağlık ocağı ve ana çocuk sağlığı merkezlerinde, %16.4'ü kreş, okul, çocuk yuvası gibi kurumlarda, %5.9'u da diğer (ev, işyeri) alanlarda çalışabileceğini belirtmişlerdir. (Tablo 20).

Tablo 21: Kadınların Bu Güne Kadar Evde Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetinden Yararlanma Durumlarına Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Hizmet Amaçlı Eve Hemşire Gelme Durumu		
Evet	134	35.4
Hayır	244	64.6
Toplam	378	100.0
Hemşirenin Eve Gelme Nedeni		
İzlem amacıyla	39	29.1
Aşı uygulamak için	46	34.3
Enjeksiyon yapma	37	27.6
Serum takma	10	7.5
Diğer (Tansiyon ölçme)	2	1.5
Toplam	134	100.0

Kadınların %64.6'sı evlerine hizmet amacıyla hiç hemşire gelmediğini ifade ederken, %35.4'ü geldiğini belirtmişlerdir.

Evlerine hizmet amacıyla hemşire geldiğini belirten kadınlara, hemşirenin gelme nedeni sorulduğunda tablo 15'de görüldüğü gibi %29.1'i ana çocuk sağlığı hizmetleri kapsamında izlem amacıyla, %34.3'ü aşı uygulaması için, %27.6'sı enjeksiyon yapmak için, %7.5'i serum takmak için, %1.5'i de diğer uygulamalar (tansiyon ölçme, pansuman yapma) için geldiğini ifade etmişlerdir (Tablo 21).

Tablo 22: Kadınların Sağlık Ocağından Yararlanma Durumları Ve Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerine İlişkin Görüşlerine Göre Dağılımları

Özellikler	Sayı	%
Sağlık Ocağına Gitme Durumu		
Evet	319	84.4
Hayır	59	15.6
Halk Sağlığı Hemşiresi Duyma Durumu		
Evet	38	10.1
Hayır	340	89.9
Hizmeti Yeterli Bulma Derecesi		
Çok	9	2.4
Orta	24	6.3
Az	125	33.1
Hiç	220	58.2
Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetini Önemseme Derecesi		
Çok	278	73.5
Orta	78	20.6
Az	18	4.8
Hiç	4	1.1
Toplam	378	100.0

Görüşme yapılan kadınların %84.4'ü oturduğu çevrede kendisine en yakın sağlık ocağına gittiğini belirtirken, %15.6'sı gitmediğini ifade etmiştir.

“Halk sağlığı hemşiresi adı ile görev yapan bir hemşire duydunuz mu?” sorusuna kadınların %10.1'i “Evet”, %89.9'u “Hayır” cevabını vermiştir.

Kadınların %2.4'ü ülkemizde hemşirelerin ev ortamında sağlığı koruyucu ve tedavi edici hizmet sunumlarını çok yeterli bulurken, %6.3'ü orta derecede, %33.1'i az derecede yeterli bulmaktadır. Kadınların %58.2'si ise bu hizmetleri tamamen yetersiz bulmaktadır.

Kadınlara “Hemşirelerin topluma bu tür bir hizmet vermesinin ne derece önemli olduğu” sorusu yöneltildiğinde ise; Kadınların %73.5'i bu hizmetleri çok önemli, %20.6'sı orta derecede önemli, %4.8'i az derecede önemli bulurken, %1.1'i hiç önemli bulmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 22).

3.6. KADINLARIN "TOPLUMUN HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDEN BEKLENTİLERİNİN BELİRLENMESİNE" YÖNELİK GENEL ÖLÇEK VE ALT ÖLÇEK MADDELERİNE VERDİKLERİ YANITLAR

Tablo 23: Kadınların "Toplumun Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentilerinin Belirlenmesine" Yönelik Genel Ölçek Ve Alt Ölçek Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Halk Sağlığı Hemşiresinin Bakım Verici Rolüne İlişkin Alt Ölçek	Uygun		Fikrim yok		Uygun değil		X	Sx
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Hemşirenin belirli aralarla eve gelmesi, ailedeki herkesi muayene ederek, sağlık sorunlarını erken dönemde belirleyip, aileyi yönlendirmesi	317	83.9	42	11.1	19	5.0	2.80	0.03
Hemşirenin belirli aralarla eve gelmesi, öncelikle ailedeki gebe, bebek ve 0-6 yaş grubu çocukları muayene ederek, sağlık sorunlarını erken dönemde belirleyip, aileyi yönlendirmesi	320	84.7	45	11.9	13	3.4	2.82	0.02
Hastalık durumunda hem sağlık ocağında hem de evde hasta bireyin bakımı konusunda aileye destek olması	321	84.9	47	12.4	10	2.6	2.82	0.02
Okullarda öğrencilerin ve okul personelinin sağlık muayenelerini yapması	269	71.2	70	18.5	39	10.3	2.61	0.03
Hastalık durumunda hemşirenin birey ve aileye tedavi için gerekli olan ilaçları tavsiye etmesi	70	18.5	81	21.4	227	60.1	2.42	0.04
Çeşitli nedenlerle ortaya çıkan yaralanma, yanık, düşme gibi kazalarda ilk müdahaleyi yapması	276	73.0	65	17.2	37	9.8	2.62	0.03
Hemşirenin ev ziyareti yapması veya sağlık ocağında çalışması yerine yalnızca hastanede tedavi yapması	25	6.6	91	24.1	262	69.3	2.63	0.03
Kalıcı sakatlık ve özürsüzlük durumunda bireyin bakımı ve daha çabuk sağlığına kavuşmasında bireye ve ailesine destek olması	298	78.8	70	18.5	10	2.6	2.76	0.02
Çalışan kişilerin iş yerinde sağlığının zarar görmesi durumunda onlara sağlık bakımı vermesi	224	59.3	117	31.0	37	9.8	2.50	0.03
Sağlık ocağında ocağa gelen kişiyi rahatlatma, muayeneye hazırlama gibi ocak hizmetlerinin yürütülmesinde görev alması	242	64.0	98	25.9	38	10.1	2.54	0.03

Halk Sağlığı Hemşiresinin Sağlık Eğitimsizi Rolüne İlişkin Alt Ölçek	Uygun		Fikrim yok		Uygun değil		X	Sx
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kazaya neden olabilecek durumlar konusunda aile bireylerini uyarması	308	81.5	44	11.6	26	6.9	2.75	0.03
Okulda öğrencilere ve öğretmenlere sağlık eğitimi vermesi	266	70.4	88	23.3	24	6.3	2.64	0.03
Ailedeki bireylerin kendi sağlık sorunlarını erken dönemde farkedip, gerekli yardımı alabilmeleri için onlara sağlık/hastalık konusunda bilgi vermesi	282	74.6	79	20.9	17	4.5	2.70	0.03
Hemşirenin fabrika ve benzeri iş yerlerinde çalışan işçilere ve ailelerine sağlık eğitimi yapması	238	63.1	103	27.3	36	9.5	2.54	0.03
Ailede sağlığın korunması ve sürdürülmesi için farklı yaş gruplarındaki aile bireylerini düzenli olarak yaptırımları gerekli olan muayeneler ve testler konusunda bilgilendirmesi	236	62.4	129	34.1	13	3.4	2.60	0.03
Sağlığa zararlı alışkanlıklar (sigara, alkol..) konusunda aileyi ve toplumu bilgilendirmesi	262	69.3	98	25.9	18	4.8	2.65	0.03
Halk Sağlığı Hemşiresinin Danışman Rolüne İlişkin Alt Ölçek								
Ailelere sağlık konusunda başvurabilecekleri kurumları tanıtmaları	285	75.4	81	21.4	12	3.2	2.73	0.03
Okulda öğrencilere, ailelere ve öğretmenlere sağlık konusunda danışmanlık yapması	279	73.8	76	20.1	23	6.1	2.67	0.03
Ailelerin sağlık sorunlarının çözümünde onlarla işbirliği yapması	258	68.3	106	28.0	14	3.7	2.65	0.03
İş yerinde çalışan işçilere sağlığın korunması ve sürdürülmesinde danışmanlık yapması	202	53.4	137	36.2	39	10.3	2.43	0.03
Sağlık ocağında, ocağa gelen kişileri karşılaması, kabul ve kayıt işlemlerini yapması	209	55.3	96	25.4	73	19.3	2.40	0.04
Hastalık durumunda ailedeki hasta bireye ve aile üyelerine ilaçların doğru kullanımı konusunda danışmanlık yapması	35	9.3	95	2.2	248	65.5	2.56	0.03

Halk Sağlığı Hemşiresinin Liderlik Rolüne İlişkin Alt Ölçek	Uygun		Fikrim yok		Uygun değil		X	Sx
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Toplumda ailenin sağlığının geliştirilmesi için örn; sigarayı bırakma kampanyası gibi.. çeşitli organizasyonlar ve kampanyalar düzenlemesi	248	65.6	99	26.2	31	8.2	2.60	0.03
Daha sağlıklı bir okul ortamı için gerek duyulan sağlık hizmetlerinin oluşturulmasında öncülük yapması	258	68.3	93	24.6	27	7.1	2.61	0.03
Ailedeki tüm bireyleri ve toplumdaki kişileri sağlığın korunması ve sürdürülmesini desteklemeleri konusunda yönlendirmesi	248	65.6	112	29.6	18	4.8	2.60	0.02
Halk Sağlığı Hemşiresinin Değişim Yaratıcı Rolüne İlişkin Alt Ölçek								
Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli sağlık alışkanlıklarının kazanılmasında (egzersiz, beslenme gibi..) aile bireylerini yönlendirmesi	272	72.0	84	28.0	22	5.8	2.66	0.02
Halk Sağlığı Hemşiresinin Araştırmacı Rolüne İlişkin Alt Ölçek								
Alleye sunulan sağlık hizmetinin daha iyi olması için araştırmalar yapması	232	61.5	119	31.6	26	6.9	2.54	0.03

Kadınların toplumun halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklentilerinin belirlenmesine” yönelik genel ölçek ve alt ölçek maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı tablo 23’de verilmiştir. **Halk sağlığı hemşiresinin bakım verici rolüne ilişkin alt ölçek** maddelerine verdikleri yanıtların puan ortalamaları şöyle bulunmuştur; “Hastalık durumunda hem sağlık ocağında, hem de evde hasta bireyin bakımı konusunda aileye destek olması” maddesi ve “Hemşirenin belirli aralarla eve gelmesi, öncelikle ailedeki gebe, bebek ve 0-6 yaş grubu çocukları muayene ederek, sağlık sorunlarını belirleyip, aileyi yönlendirmesi” maddesi 2.82 puan ortalamasını alırken, diğer maddeler büyüklük sırası ile, “Hemşirenin belirli aralarla eve gelmesi, ailedeki herkesi muayene ederek, sağlık sorunlarını erken dönemde belirleyip, aileyi yönlendirmesi” maddesi 2.80, “Kalıcı sakatlık ve özürülük durumunda bireyin bakımı ve daha çabuk sağlığına kavuşmasında bireye ve ailesine destek olması” maddesi 2.76, “Hemşirenin ev ziyareti yapması veya sağlık ocağında çalışması yerine yalnızca hastanede tedavi yapması” maddesi 2.63, “Çeşitli nedenlerle ortaya çıkan yaralanma, yanık, düşme gibi kazalarda ilk müdahaleyi yapması” maddesi 2.62, “Okullarda öğrencilerin ve okul personelinin sağlık muayenelerini yapması” maddesi 2.61, “Sağlık ocağında ocağa gelen kişiyi rahatlatma, muayeneye hazırlama gibi ocak hizmetlerinin yürütülmesinde görev alması” maddesi 2.54, “Çalışan kişilerin iş yerinde sağlığının zarar görmesi durumunda onlara sağlık bakımı vermesi” maddesi 2.50 puan ortalaması almıştır. “Hastalık durumunda hemşirenin birey ve aileye tedavi için gerekli olan ilaçları tavsiye etmesi” maddesi de 2.42 puan ortalaması ile en son sırada yer almaktadır (Tablo 23).

Halk sağlığı hemşiresinin sağlık eğitimcisi rolüne ilişkin alt ölçek maddelerine verilen yanıtların puan ortalamaları incelendiğinde; “Kazaya neden olabilecek durumlar konusunda aile bireylerini uyarması” maddesinin puan ortalaması 2.75, “Ailedeki bireylerin kendi sağlık sorunlarını erken dönemde farkedip, gerekli yardımı alabilmeleri için onlara sağlık/hastalık konusunda bilgi vermesi” maddesinin puan ortalaması 2.70, “Sağlığa zararlı alışkanlıklar (sigara, alkol..) konusunda aileyi ve toplumu bilgilendirmesi” maddesinin puan ortalaması 2.65, “Okulda öğrencilere ve öğretmenlere sağlık eğitimi vermesi” maddesinin puan ortalaması 2.64, “Ailede sağlığın korunması ve sürdürülmesi için farklı yaş gruplarındaki aile bireylerini düzenli olarak yaptırımları gerekli olan muayeneler ve testler konusunda bilgilendirmesi” maddesinin puan ortalaması 2.60, “Hemşirenin fabrika ve benzeri iş yerlerinde çalışan

işçilere ve ailelerine sağlık eğitimi yapması” maddesinin puan ortalaması 2.54 olarak saptanmıştır (Tablo 23).

Halk sağlığı hemşiresinin danışman rolüne ilişkin alt ölçek maddelerinin puan ortalamaları ise; “Ailelere sağlık konusunda başvurabilecekleri kurumları tanıtması” maddesinin 2.73, “Okulda öğrencilere, ailelere ve öğretmenlere sağlık konusunda danışmanlık yapması” maddesinin 2.67, “Ailelerin sağlık sorunlarının çözümünde onlarla işbirliği yapması” maddesinin 2.65, “Hastalık durumunda ailedeki hasta bireye ve aile üyelerine ilaçların doğru kullanımı konusunda danışmanlık yapması” maddesinin 2.56, “İş yerinde çalışan işçilere sağlığın korunması ve sürdürülmesinde danışmanlık yapması” maddesinin 2.43, “Sağlık ocağında, ocağa gelen kişileri karşılaması, kabul ve kayıt işlemlerini yapması” maddesinin puan ortalaması da 2.40 olarak belirlenmiştir (Tablo 23).

Hemşirenin liderlik rolüne ilişkin alt ölçek maddelerinin puan ortalamaları; “Daha sağlıklı bir okul ortamı için gerek duyulan sağlık hizmetlerinin oluşturulmasında öncülük yapması” maddesinin 2.61, “Toplumda ailenin sağlığının geliştirilmesi için örn; sigarayı bırakma kampanyası gibi.. çeşitli organizasyonlar ve kampanyalar düzenlemesi” maddesinin ve “Ailedeki tüm bireyleri ve toplumdaki kişileri sağlığın korunması ve sürdürülmesini desteklemeleri konusunda yönlendirmesi” maddesinin puan ortalamaları ise 2.60 olarak saptanmıştır (Tablo 23).

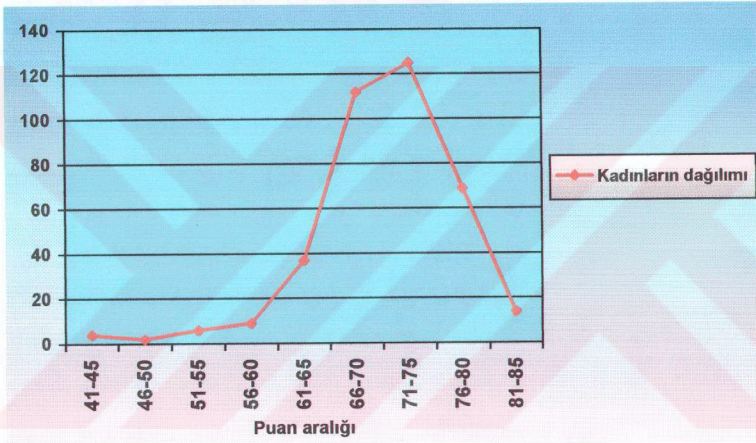
Hemşirenin değişim yaratıcı rolüne ilişkin “Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli sağlık alışkanlıklarının kazanılmasında (egzersiz, beslenme gibi..) aile bireylerini yönlendirmesi” alt ölçek maddesinin puan ortalaması 2.66 olarak bulunmuştur (Tablo 23).

Halk sağlığı hemşiresinin araştırmacı rolüne ilişkin “Aileye sunulan sağlık hizmetinin daha iyi olması için araştırmalar yapması” alt ölçek maddesine kadınların verdikleri yanıtların puan ortalaması 2.54 olarak belirlenmiştir (Tablo 23).

Tablo 24: Kadınların HHBB Ölçeğine İlişkin Puan Dağılımı ve Kümülatif Yüzdeleri

Skor	Sayı	Kümülatif Yüzde
41.0	1	0.3
42.0	1	0.6
43.0	1	0.9
45.0	1	1.2
47.0	2	1.7
52.0	1	2.0
53.0	1	2.3
54.0	3	3.1
55.0	1	3.4
56.0	2	3.9
57.0	2	4.4
58.0	1	4.7
59.0	3	5.5
60.0	1	5.3
61.0	6	6.9
62.0	3	7.7
63.0	6	9.3
64.0	8	11.4
65.0	14	15.1
66.0	13	18.5
67.0	16	22.7
68.0	22	28.5
69.0	29	36.2
70.0	32	44.7
71.0	33	53.4
72.0	23	59.5
73.0	29	67.1
74.0	18	71.9
75.0	22	77.7
76.0	24	84.0
77.0	15	88.0
78.0	16	92.2
79.0	7	94.1
80.0	7	96.0
81.0	14	100.0

Kadınların HHBB ölçek maddelerine verdikleri yanıtların puan dağılımı ve kümülatif yüzdeleri tablo 24'te görülmektedir. Buna göre; Ölçeğe verilen yanıtların puanlaması 41-81 puan arasında dağılım gösterirken, kadınların puan dağılımının 65-78 puan arasında yoğunlaştığı (%81.5) görülmektedir (Tablo 24, Grafik 1).

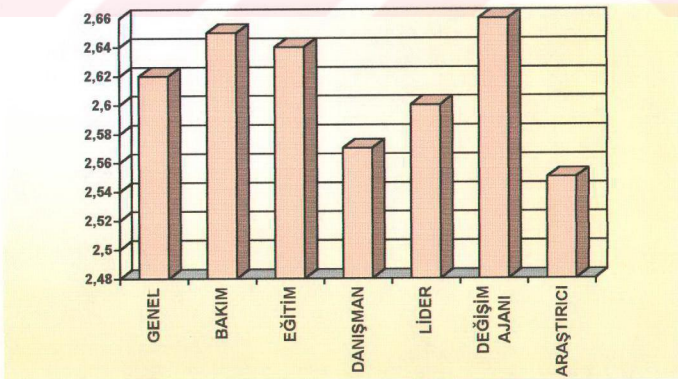


Grafik 1: Kadınların HHBB Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı

Tablo 25: Kadınların HHBB Ölçeğine İlişkin Genel Ölçek ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

	N	X	Sx
Genel Ölçek Puan Ortalaması	378	2.62	0.01
Hemşirenin Bakım Verici Rolüne İlişkin Alt Ölçek Puan Ortalaması	378	2.65	0.01
Hemşirenin Eğitim Rolüne İlişkin Alt Ölçek Puan Ortalaması	378	2.64	0.02
Hemşirenin Danışman Rolüne İlişkin Alt Ölçek Puan Ortalaması	378	2.57	0.02
Hemşirenin Lider Rolüne İlişkin Alt Ölçek Puan Ortalaması	378	2.60	0.02
Hemşirenin Değişim Ajanı Rolüne İlişkin Alt Ölçek Puan Ortalaması	378	2.66	0.03
Hemşirenin Araştırmacı Rolüne İlişkin Alt Ölçek Puan Ortalaması	378	2.55	0.03

Tablo 25' de kadınların "Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentileri Belirleme" ölçeğine ilişkin puan ortalamaları görülmektedir. Buna göre; kadınların hemşirenin bakım verici rolüne ilişkin alt ölçek puan ortalaması 2.65, eğitim rolüne ilişkin alt ölçek puan ortalaması 2.64, danışman rolüne ilişkin puan ortalaması 2.57, lider rolüne ilişkin puan ortalaması 2.60 hemşirenin değişim ajanı rolüne ilişkin alt ölçek puan ortalaması 2.66, araştırmacı rolüne ilişkin alt ölçek puan ortalaması 2.55'dir. Kadınların tüm ölçek maddelerine verdikleri yanıtlar için hesaplanan genel ölçek puan ortalaması ise 2.62 ± 0.01 olarak belirlenmiştir (Tablo 25-Grafik 2).



Grafik 2: Kadınların HHBB Genel Ölçek Ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 26: Kadınların Genel Ölçek Puan Ortalamaları ile Alt Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki Bağlantıya Göre Dağılımı

		Genel Ölçek	Bakım Alt Ölçeği	Eğitim Alt Ölçeği	Danışmanlık Alt Ölçeği	Liderlik Alt Ölçeği	Değişim Ajanı Alt Ölçeği	Araştırma Alt Ölçeği
Genel Ölçek	r	1.00	0.76	0.73	0.79	0.63	0.36	0.46
	n	378	378	378	378	378	378	378
	p	-	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Bakım Alt Ölçeği	r	0.76	1.00	0.35	0.40	0.40	0.20	0.21
	n	378	378	378	378	378	378	378
	p	0.00	-	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Eğitim Alt Ölçeği	r	0.73	0.35	1.00	0.51	0.32	0.23	0.28
	n	378	378	378	378	378	378	378
	p	0.00	0.00	-	0.00	0.00	0.00	0.00
Danışmanlık Alt Ölçeği	r	0.79	0.40	0.51	1.00	0.46	0.19	0.39
	n	378	378	378	378	378	378	378
	p	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00	0.00
Liderlik Alt Ölçeği	r	0.63	0.35	0.32	0.46	1.00	0.20	0.26
	n	378	378	378	378	378	378	378
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	-	0.00	0.00
Değişim Ajanı Alt Ölçeği	r	0.36	0.20	0.23	0.19	0.20	1.00	0.10
	n	378	378	378	378	378	378	378
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	0.00
Araştırma Alt Ölçeği	r	0.46	0.21	0.28	0.39	0.26	0.10	1.00
	n	378	378	378	378	378	378	378
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-

Tablo 26'da görüldüğü gibi; araştırma kapsamındaki kadınların HHBB ölçeğinden aldıkları genel puan ortalamaları ile hemşirenin bakım, eğitim, danışmanlık, liderlik, değişim ajanı ve araştırmacı rollerinden oluşan alt ölçek puan ortalamaları arasında yapılan Pearson Korelasyon analizinde $\alpha = 0.01$ önem düzeyinde olumlu yönde korelasyon saptanmıştır ($r=0.76, r=0.72, r=0.79, r=0.63, r=0.36, r=0.46, p < 0.01$)

Alt ölçek puan ortalamaları arttıkça, genel ölçek puan ortalamaları da artmaktadır.

3.7. KADINLARIN HHBB ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN PUAN ORTALAMALARININ BAZI SOSYODEMOGRAFİK VERİLERLE İLİŞKİSİ

Bu bölümde araştırma kapsamında görüşme yapılan kadınların HHBB ölçeğine ilişkin beklenti puan ortalamaları ile bazı sosyodemografik verilerin ilişkisi incelenmiştir.

Tablo 27: Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Yaşadıkları Mahallenin Sosyoekonomik Düzeyine Göre Dağılımı

Gruplar	N	X	Sx	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Alt	92	2.59	0.02	Gruplar Arası	0.08	2	0.04	0.86	0.42
Orta	114	2.63	0.02	Grup içi	19.16	375	0.05		
Üst	171	2.63	0.02	Toplam	19.257	377			

Kadınların HHBB ölçek puan ortalamalarının yaşadıkları mahallenin sosyoekonomik düzeyine göre dağılımı tablo 26'da görülmektedir. Buna göre; alt sosyoekonomik bölgede yaşayan kadınların puan ortalaması 2.59 iken orta ve üst sosyoekonomik bölgede yaşayan kadınların puan ortalamaları 2.63 olarak saptanmıştır.

Grupların puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($F=0.86$, $p>0.05$) (Tablo 27).

Tablo 28: Kadınların HHBB Ölçek Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

Eğitim Düzeyi	N	X	Sx	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Okur yazar değil	16	2.59	0.03	Gruplar Arası	0.16	5	0.03	0.64	0.67
Okur yazar	29	2.59	0.03	Grup içi	19.09	372	0.05		
İlkokul	135	2.62	0.01	Toplam	19.25	377			
Ortaokul	55	2.66	0.02						
Lise	88	2.63	0.03						
YO/Fakülte	55	2.62	0.03						

Tablo 27'de görüldüğü gibi eğitim düzeyi ilkökul altı olan kadınların puan ortalaması 2.59 iken, ilkökul eğitimi almış kadınların puan ortalaması 2.62, ortaokul eğitimi almış kadınların puan ortalaması 2.66, lise eğitimi almış kadınların 2.63, YO/Fakülte eğitimi almış kadınların puan ortalaması 2.62 olarak bulunmuştur.

Kadınların eğitim düzeyleri ile ölçek puan ortalamaları arasında bir fark olup, olmadığı varyans analizi ile incelenmiş ve $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde istatistiksel anlamda bir fark bulunmamıştır ($F=0.64$, $p>0.05$) (Tablo 28).

Tablo 29: Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Yaşadıkları Aile Tipine Göre Dağılımı

Aile Tipi	N	X	Sx	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Çekirdek	329	2.61	0.01	Gruplar Arası	0.15	2	0.08	1.50	0.22
Ataerkil/Geniş	34	2.66	0.03	Grup içi	19.10	375	0.05		
Parçalanmış	15	2.68	0.04	Toplam	19.25	377			

Kadınların yaşadıkları aile tipine göre puan ortalamaları incelendiğinde; çekirdek aile yapısında yaşayan kadınların puan ortalaması 2.61, Ataerkil/geniş aile yapısında yaşayan kadınların 2.66, parçalanmış aile yapısında yaşayan kadınların puan ortalaması ise 2.68 olarak bulunmuştur.

Puan ortalamaları ile aile tipi arasında yapılan varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F=1.50$, $p>0.05$) (Tablo 29).

Tablo 30: Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Ailedeki Birey Sayısına Göre Dağılımı

Gruplar	N	X	Sx	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
1-3	131	2.63	0.02	Gruplar Arası	0.11	2	0.06	1.09	0.34
4-6	225	2.61	0.01	Grup içi	19.15	375	0.05		
7-9	21	2.68	0.03	Toplam	19.26	377			

Kadınların ailede yaşayan birey sayısına göre puan dağılımında; 1-3 kişilik ailelerde yaşayan kadınların puan ortalaması 2.63 iken, 4-6 kişilik ailelerde yaşayanların puan ortalaması 2.61, 7-9 kişilik ailelerde yaşayan kadınların puan ortalaması ise 2.68 olarak belirlenmiştir.

Ailedeki birey sayısı ile kadınların puan ortalamaları arasındaki fark varyans analizi ile incelendiğinde, $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($F=1.09$, $p>0.05$) (Tablo 30).

Tablo 31: Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Ekonomik Durumlarına Göre Dağılımı

Ekonomik Durum	N	X	Sx	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Gelir gidere göre fazla	42	2.67	0.03	Gruplar Arası	0.21	2	0.11	2.07	0.13
Gelir gider dengeli	180	2.63	0.02	Grup içi	19.05	375	0.05		
Gelir gidere göre az	156	2.60	0.02	Toplam	19.26	377			

Tablo 30'da kadınların ekonomik durumlarına göre puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Buna göre; "Gelirinin giderinden daha fazla olduğunu" ifade eden kadınların puan ortalamaları 2.67 iken, "gelir ve gideri dengeli" olan kadınların puan ortalamaları 2.63, "Gelirinin giderinden az olduğunu" ifade eden kadınların puan ortalamaları ise 2.60 olarak belirlenmiştir.

Grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark olup, olmadığı varyans testi ile incelenmiş ve $\alpha = 0.05$ düzeyinde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (F=2.07, p>0.05) (Tablo 31).

3.8. KADINLARIN PUAN ORTALAMALARININ SAĞLIĞI ÖNEMSEME VE AİLELERİNİN SAĞLIK DÜZEYİNİ ALGILAMA DURUMLARI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Tablo 32: Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Sağlığı Önemseme Derecelerine Ve Algılanan Sağlık Düzeyine Göre Dağılımı

Sağlığı Önemseme	N	X	Sx	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
1. sırada	91	2.60	0.02	Gruplar Arası	0.36	5	0.07	1.40	0.13
2. sırada	29	2.55	0.05	Grup içi	18.79	372	0.05		
3. sırada	49	2.64	0.04	Toplam	19.15	377			
4. sırada	24	2.62	0.03						
5. sırada	36	2.59	0.04						
Hiç sıralamaya almayan	149	2.65	0.02						
Sağlık Düzeyini Algılama								0.05	0.95
Çok iyi+iyi	265	2.61	0.01	Gruplar Arası	0.05	2	0.03		
Orta	98	2.62	0.02	Grup içi	19.25	375	0.05		
Çok kötü+kötü	15	2.62	0.04	Toplam	19.30	377			

Kadınların “Aile bütünlüğünüzün korunmasında ve sürdürülmesinde önemli olan beş şeyi (olguyu) önem sırasına göre sıralayınız” şeklinde yöneltilen soruya verdikleri yanıtlar doğrultusunda belirlenen sağlığı önemseme derecelerine göre puan ortalamaları incelendiğinde; Sağlığı 1.sıraya yerleştiren kadınların puan ortalaması 2.60, 3.sıraya yerleştirenlerin 2.64, 5.sıraya yerleştirenlerin 2.59’dur. Bu sıralamada “Sağlığa” hiç yer vermeyen kadınların puan ortalamaları ise 2.65’dir.

Kadınların sağlığı önemseme dereceleri ile puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1.40$, $p>0.05$) (Tablo 32).

Kadınların algılanan sağlık düzeyi ile puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup, olmadığı varyans analizi ile test edildiğinde, gruplar arasında $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde bir fark olmadığı saptanmıştır ($F=0.05$, $P>0.05$) (Tablo 32).

3.9. KADINLARIN BEKLENTİ PUAN ORTALAMALARININ AİLELERİN SAĞLIK HASTALIK ÖYKÜLERİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Aşağıda görüşme yapılan kadınların puan ortalamalarının araştırma kapsamındaki ailelerin sağlık hastalık öyküleri ile ilişkisi incelenmiştir.

Tablo 33: Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının En Çok Yararlandıkları Sağlık Kurumuna Göre Dağılımı

Yararlanılan Kurum	N	X	Sx	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
SSK	72	2.59	0.03	Gruplar Arası	0.48	6	0.08	1.57	0.15
Devlet Hastanesi	85	2.63	0.02	Grup içi	18.78	371	0.05		
Üniversite hastanesi	49	2.70	0.03	Toplam	19.26	377			
Sağlık ocağı/AÇSAP	57	2.61	0.03						
Özel hastaneler poliklinikler	27	2.65	0.05						
Askeri hastane	75	2.58	0.03						
Hiçbir kurumdan yararlanmayan	13	2.59	0.09						

Kadınların beklenti puan ortalamalarının en çok yararlandıkları sağlık kurumuna göre dağılımı tablo 33’te verilmiştir. Buna göre; üniversite hastanesinden yararlanan

kadınların puan ortalaması 2.70, özel hastaneler ve polikliniklerden yararlanan kadınların 2.65, devlet hastanesinden yararlananların 2.63, Sağlık ocağı/AÇSAP'tan yararlanan kadınların ise 2.61'dir.

Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki fark $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde anlamlı olarak bulunmamıştır ($F=1.57$ $p>0.05$) (Tablo 33).

Tablo 34: Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Ailelerinde Doktor Tanısı Almış Hastalığı Bulunan Birey İçerme Durumuna Göre Dağılımı

Doktor Tanısı Almış Hastalık Olması	N	X	Sx	t	p
Var	134	2.62	0.02	0.21	0.83
Yok	244	2.62	0.02		

Tablo 34'te kadınların beklenti puan ortalamalarının ailelerinde doktor tanısı almış hastalığı bulunan birey içerme durumuna göre dağılımı görülmektedir. "Ailenizde doktor tanısı almış hastalığı bulunan birey var mı?" sorusuna "Evet" yanıtını veren kadınların puan ortalamaları ile "Hayır" yanıtını verenlerin puan ortalamaları 2.62 olarak saptanmıştır.

Gruplar arasında yapılan eşit varyanslı t testinde $\alpha=0.05$ düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.21$, $p>0.05$) (Tablo 34).

Tablo 35: Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Ailelerinde İlaç Kullanan Birey Bulunma Durumuna Göre Dağılımı

İlaç Kullanma Durumu	N	X	Sx	t	p
Evet	120	2.62	0.02	0.73	0.94
Hayır	258	2.62	0.01		

Ailelerinde sürekli ilaç kullanan en az bir birey bulunan kadınlarla, bulunmayanların beklenti puan ortalamaları 2.62 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında yapılan eşit varyanslı t testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=0.73$, $p>0.05$) (Tablo 35).

Tablo 36: Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Ailelerinde Son Bir Yıl İçerisinde Günlük İşlerden Alıkoyacak Düzeyde Bir Hastalık Yaşanma Durumuna Göre Dağılımı

Hastalık Geçirme	N	X	Sx	t	p
Evet	140	2.64	0.21	1.13	0.26
Hayır	238	2.61	0.23		

Kadınların ailelerinde son bir yıl içerisinde günlük işlerden alıkoyacak düzeyde bir hastalık yaşama durumuna göre puan ortalamaları incelendiğinde; hastalık olgusu yaşayanların puan ortalaması 2.64, yaşamayanların ise 2.61 olarak belirlenmiştir.

Kadınların hastalık olgusu yaşama durumları ile beklenti puan ortalamaları arasında yapılan t testinde $\alpha=0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1.13$, $p>0.05$) (Tablo 36).

Tablo 37: Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Ailelerinde Hastaneye Yatma Öyküsü Bulunma Durumuna Göre Dağılımı

Hastaneye Yatma	N	X	Sx	t	p
Evet	190	2.61	0.01	0.05	0.62
Hayır	188	2.62	0.02		

Kadınların ailelerinde hastaneye yatma öyküsü bulunup, bulunmamasına göre beklenti puan ortalamaları incelendiğinde; Böyle bir deneyim yaşayan kadınların puan ortalamaları 2.61 , yaşamayanların ise 2.62 olarak belirlenmiştir.

Gruplar arasında yapılan t testinde $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=0.05$, $p>0.05$) (Tablo 37).

3.10. KADINLARIN PUAN ORTALAMALARI İLE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİK HİZMETLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Tablo 38: Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Hastane Dışında Çalışabilmesi Görüşüne Katılma Durumlarına Göre Dağılımı

Hastane Dışında Çalışma Durumu	N	X	Sx	t	p
Evet	237	2.64	0.01	2.55	0.01
Hayır	141	2.58	0.02		

Kadınlara “Sizce hemşireler hastane dışında da çalışırlar mı?” sorusu yöneltildiğinde “Evet” yanıtını verenlerin beklenti puan ortalaması 2.64 iken, “Hayır” yanıtını verenlerin 2.58’dir.

Grupların puan ortalamaları arasında yapılan t testinde bu farkın $\alpha = 0.01$ önem düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir. Hemşirenin hastane dışında da çalışabileceği görüşüne “Evet” yanıtını veren kadınların puan ortalamaları diğer gruptan daha yüksektir. (t=2.55, p<0.05) (Tablo 38).

Tablo 39: Kadınların Beklenti Puan Ortalamalarının Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerini Önemseme Derecelerine Göre Dağılımı

Önemseme Derecesi	N	X	Sx	Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Çok	278	2.63	0.01	Gruplar Arası	0.76	2	0.38	7.70	0.01
Orta	78	2.62	0.02	Grup içi	18.50	375	0.04		
Az+Hiç	22	2.44	0.08	Toplam	19.26	377			

Tablo 39’da kadınların puan ortalamalarının halk sağlığı hemşirelik hizmetlerini önemseme derecelerine göre dağılımı verilmiştir. Bu hizmeti “çok” önemli bulduğunu ifade eden kadınların puan ortalaması 2.63, “orta” derecede önemli bulduğunu ifade edenlerin 2.62, “az” önemli bulduğunu ve hiç önemli bulmadığını ifade edenlerin oluşturduğu grubun puan ortalaması ise 2.44 olarak bulunmuştur.

Önemseme dereceleri ile puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha = 0.05$ düzeyinde anlamlı bir fark saptanmıştır (F=7.70, p<0.05) (Tablo 39).

İleri analiz amacı ile yapılan Scheffe testi sonucunda; bu farkın puan ortalaması en yüksek grup olan birinci gruptan kaynaklandığı ve kadınların halk sağlığı hemşirelik hizmetini önemseme dereceleri azaldıkça puan ortalamalarının da düştüğü belirlenmiştir.

Tablo 40: Kadınların Halk Sağlığı Hemşiresini Tanımaları, Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerini Önemseme Dereceleri ve Hemşirenin Hastane Dışında Çalışması Konusunda Görüşlerinin Beklenti Puan Ortalamalarına Etkisine Göre Dağılımı

	Regresyon Katsayısı	Standart Hata	t	p
Beklenti Puan Ortalaması	0.21	0.22	36.14	0.00
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	
Regresyon	0.83	3	0.28	
Residual	18.43	375	0.05	
Toplam	19.26	378		
F= 5.63, p<0.01				

Tablo 40'da kadınların halk sağlığı hemşiresini tanımaları, halk sağlığı hemşirelik hizmetlerini önemseme dereceleri ve hemşirenin hastane dışında çalışması konusunda görüşlerinin beklenti puan ortalamalarına etkisini incelemek üzere yapılan çoklu regresyon analizinde bu etkenlerin kadınların beklenti puan ortalamalarının %4.0'lık bölümünü tanımladığı saptanmıştır ($r = 0.21$, $R^2 = 0.04$, $p < 0.01$) (Tablo 40).

3.11. KADINLARIN HASTALIK OLGUSU DURUMUNDA EVDE HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİ İLE BU HİZMETİ İSTEME DERECELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu bölümde kadınların ailede hastalık olgusu durumunda evde hemşirelik bakım gereksinimleri ile bu tür bir hemşirelik hizmetini isteme dereceleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Tablo 41: Taburcu Hasta Olan Ailelerde Kadınların Evde Hasta Bakımında Yardım Ve Destek Hemşirelik Bakım Gereksinimlerine İlişkin Beklentilerinin Evde Hastanın Bakımında Yardıma İhtiyaç Duyma Durumlarına Göre Dağılımı

Taburculuk Sonrası Yardıma İhtiyaç Duyma	Evde Hemşirelik Bakım Hizmeti İsteme Derecesi (Taburculuk Sonrası)								TOPLAM	
	Çok N=107		Orta N=55		Az N=16		Hiç N=12		N=190	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Evet	83	77.6	28	50.9	7	43.7	2	16.7	120	63.2
Hayır	24	22.4	27	49.1	9	56.3	10	83.3	70	36.8
Toplam	107	100.0	55	100.0	16	100.0	12	100.0	190	100.0
$X^2=23.61, p<0.01$										

Tablo 41’de görüldüğü gibi taburcu hasta olan ailelerde evde hemşirelik bakım hizmetini “Çok” isteyen kadınların %77.6’sı, bu bakımı “Orta” derecede isteyen kadınların da %50.9’u taburculuk sonrası bakıma ihtiyaç duymaktadır. Bu tür bir hizmeti “Az” derecede isteyen kadınların %56.3’ünün, “Hiç” istemeyenlerin ise %83.3’ünün taburculuk sonrası dönemde yardıma ihtiyaç duymadığı belirlenmiştir.

Evde hemşirelik hizmeti isteme derecesi ile taburculuk sonrası bakıma ihtiyaç duyma arasında yapılan Yates düzeltilmeli X^2 testinde $\alpha = 0.01$ önem düzeyinde anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu farkın taburculuk sonrası bakıma ihtiyaç duyan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($X^2=23.61, p<0.01$) (Tablo 41).

Tablo 42: Kadınların Ailede Hastalık Durumunda Evde Hemşirelik Bakımı İsteme Durumlarının Ailenin Hastalık Durumunda Bireye Verilen Bakımdan Etkilenme Derecesine Göre Dağılımı

Bakımın Aileyi Etkileme Derecesi	Evde Hemşirelik Bakım Hizmeti İsteme Derecesi (Hastalık Durumunda)								TOPLAM	
	Çok N=81		Orta N=34		Az N=13		Hiç N=12		N=140	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Çok	56	69.1	11	32.4	6	46.2	2	16.7	75	53.6
Orta	19	23.5	19	55.9	3	23.1	3	25.0	44	31.4
Az	4	4.9	4	11.7	3	23.1	4	33.3	15	10.7
Hiç	2	2.5	-	-	1	7.6	3	25.0	6	4.3
Toplam	81	100.0	34	100.0	13	100.0	12	100.0	140	100.0
X²=49.82. p<0.01										

Kadınların hasta bireylerin bakımı sırasında evde gereksinim duydukları hemşirelik bakımını isteme durumları ile verilen bu bakımın aileyi etkileme derecesi arasındaki ilişki tablo 41’de gösterilmiştir. Buna göre; evde hemşirelik bakımını “Çok” istediğini ifade eden kadınların %69.1’inde böyle bir bakımı kendileri verdiklerinde, ailenin etkilenme derecesinin de “Çok” olduğu, aynı şekilde evde bakımı “Orta” düzeyde isteyen kadınların %55.9’unda ailenin etkilenmesinin “Orta” derecede olduğu saptanmıştır. Diğer taraftan hastalık durumunda evde hemşirelik bakımını “Hiç” istemediğini ifade eden kadınların %33.3’ü ise “Hastaya bakım verilmesi ailenizi ne derece etkiledi?” sorusuna “Az derecede” yanıtını vermiştir.

Ailenin bakımdan etkilenme derecesi ile evde hemşirelik bakım isteği arasında yapılan Yates düzeltilmeli X² analizinde gruplar arasındaki farkın $\alpha = 0.01$ düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (X²=49.82, p<0.01) (Tablo 42).

İki değişken arasındaki ilişkinin yönünü (doğrusallığını) göstermek için yapılan Spearman korelasyon analizinde pozitif (+) yönde bir ilişki bulunmuştur. Ailenin hastalıktan etkilenme derecesi arttıkça, evde hemşirelik bakım isteği de artmaktadır (r=0.46, p<0.01).

Tablo 43: Hastalık Olgusu Yaşanmayan Ailelerde Kadınların Evde Hemşirelik Bakımı İsteme Durumlarının Ailenin Hastalık Yaşanması Durumunda Bireye Verilecek Bakımdan Etkilenme Derecesine Göre Dağılımı

Bakımın Aileyi Etkileme Derecesi	Evde Hemşirelik Bakım Hizmeti İsteme Derecesi (Hastalık Durumunda)								TOPLAM	
	Çok N=116		Orta N=66		Az N=26		Hiç N=30		N=238	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Çok	77	66.4	15	22.7	5	19.2	10	33.3	107	44.9
Orta	32	27.6	35	53.0	10	38.5	13	43.3	90	37.8
Az	4	3.4	11	16.7	5	19.2	3	10.0	23	9.7
Hiç	3	2.6	5	7.6	6	23.1	4	13.4	18	7.6
Toplam	116	100.0	66	100.0	26	100.0	30	100.0	238	100.0
$X^2=55.24, p<0.01$										

Hastalık olgusu yaşanmayan ailelerde kadınlara “Ailenizde herhangi bir hastalık durumu yaşanacak olsa bireye verilecek bakım sırasında hemşirenin yardım etmesini, bakmasını ne derece isterdiniz?” ve “Hastaya bakım verilmesi aileyi ne derece etkilerdi?” şeklinde varsayımlı sorular yöneltildiğinde; evde hemşirelik bakımını “Çok” isteyen kadınların %66.4’ünde böyle bir bakımı kendileri verdiklerinde ailenin etkilenme derecesinin “Çok” olacağı, evde bakımı “Orta” düzeyde isteyen kadınların %53.09’ünde ailenin etkilenmesinin de “Orta” derecede olacağı belirlenmiştir. Ayrıca hastalık olgusu yaşamayan kadınların evde bu tür bir hizmeti “Hiç” istemeyeceğini ifade edenlerin %43.3’ünün ailenin etkilenme derecesinin de “Orta” düzeyde olacağını ifade ettiği saptanmıştır .

Gruplar arasında yapılan Yates düzeltilmeli X^2 analizinde $\alpha = 0.01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=55.24, p<0.01$) (Tablo 43).

Yapılan ileri analizde ailenin hastalıktan etkilenme derecesi ile evde hemşirelik bakım isteği arasında pozitif (+) yönde doğrusal bir ilişki saptanmıştır ($r=0.42, p<0.01$).

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE SONUÇ

A.TARTIŞMA

4.1. ARAŞTIRMA KAPSAMINA GİREN AİLELERE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Araştırma sonuçlarına göre; Gaziemir'de araştırma kapsamına giren ailelerin %87.0'ı çekirdek aile, %9.0'ı ataerkil/ geniş, %4.0'ı parçalanmış aile yapısındadır. Sevgi'nin İzmir gecekondularında yaptığı çalışmada (1988) çekirdek aile oranı %71.2, ataerkil/ geniş aile oranı %14.7, parçalanmış aile oranı %14.1 olarak bulunmuştur (79). Erefe ve arkadaşlarının çalışmasında da (1985) çekirdek aile oranı %75.9, geniş aile oranı %15.0, parçalanmış aile oranı %9.1 olarak belirlenmiştir (34). Her iki çalışmada da çekirdek aile oranının araştırma sonucunda elde edilen değerden düşük olması, bu çalışmaların daha önceki yıllarda yapılmış olmasından ve bu süre içinde araştırma bölgesine yeni konutlar ve lojmanların yapılması nedeniyle bölge nüfusunun son on yılda artmasından kaynaklanmaktadır.

Ülkemizde 1950'li yıllardan itibaren başlayan ve günümüze kadar devam eden, endüstrileşme, kentleşme ve göç olguları toplumun tüm kurumsal yapılarını etkilediği gibi "Aile" kurumunu da etkilemiştir. Bu etki sonucunda da aile yapısı geleneksel geniş aile yapısından, çekirdekleşmeye doğru yöneliş içine girmiştir (65).

Sağlıkla ilgili kararların alınmasında ve davranışlarda aile yapısı önemli bir öğedir. Özellikle geniş aile yapısı gösteren ailelerde karar erki evin yaşça büyük olan büyükanne, büyükbabada toplanır. Bu kişiler, halk sağlığı hemşiresinin sağlık eğitimi etkinliklerinde, bireylerdeki olumsuz davranışları olumlu hale getirmede daha fazla çaba göstermesini gerektirmesinin yanısıra hemşirenin değişik stratejiler benimsemesini de gerektirir. Oysa çekirdek ailede karar mekanizmasında geleneksel toplumlarda karar erki erkte yoğunlaşıyor olsa da çekirdek ailelerde kararları genelde çiftler birlikte verir. Bu durum genellikle tüm dünyada aynıdır. Hindistan'ın bir köyünde yapılan bir araştırma bu konuda iyi bir örnektir. Doktorlar tarafından Malarya nedeniyle evde hasta yatan bir kıza kinin tedavisi öneriliyor. Birkaç gün sonra hasta tekrar ziyaret edildiğinde; kininin hastaya verilmediği saptanıyor. Yapılan

inceleme sonunda geniş aile yapısı içinde en yaşlı birey olan büyük annenin bu ilacın kızı verilmesine itiraz ettiği belirleniyor. Burada da görüldüğü gibi; akrabalık ilişkisi ve ataerkil aile yapısı bireylerin sağlığına olumsuz yönde etki edebilmektedir (67). Sonuç olarak; bu çalışmada çekirdek aile oranının yoğun bulunması halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinde hemşirenin ailelere yaklaşımında ve hizmetlerini planlamasında kolaylık sağlayacak olumlu bir durum olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamındaki bölgede, ailede yaşayan kişi sayısı bakımından aileler incelendiğinde; %34.7'sinin 1-3 kişi, %59.8'inin 4-6 kişi, %5.0'ünün 7-9 kişi, %0.5'inin 10 ve daha fazla kişiden oluştuğu belirlenmiştir. Ortalama kişi sayısı 3.97 ± 0.07 'dir (Tablo 1). Bu oran, Türkiye'de kentsel bölgede aile büyüklüğüne (4.0) ve Erefe ve arkadaşlarının İzmir genelinde yaptığı çalışmada saptamış oldukları aile büyüklüğüne (3.77) benzerlik göstermektedir (34,46). Araştırma sonucu saptanan aile büyüklüğü bölgede doğurganlığın çok yüksek olmadığını çağrıştırmıştır. Sevgi'nin çalışmasında gecekonuda haneye düşen ortalama kişi sayısı 4.87'dir. Bu değer az da olsa daha yüksek olması bu çalışmanın sadece gecekondu bölgesinde yaşayan ailelerde yapılmış olmasından kaynaklandığını düşündürmüştür. Çünkü ailelerin yaşadığı ortamın konumu değiştikçe ortalama aile büyüklüğü de değişmektedir (79).

Ailelerin %21.2'si İzmir'in yerlisi iken, %78.8'i değildir. Ailelerin İzmir'de oturma süreleri incelendiğinde; %8.5'i 1 yıldan az, %23.6'sı 1-5 yıl, %17'si 6-10 yıl, %50.9'u 10 yıl ve daha uzun bir süredir İzmir'de oturmaktadır. Ortalama oturma yılı 14.31 ± 0.62 'dir (Tablo 1). Ailelerin büyük bir çoğunluğu İzmir dışından gelip, yerleşmiştir. Bununla birlikte ortalama oturma süresinin çok uzun olmaması mesleğe bağlı olarak tayinle gelmiş olduğunu bunun yanısıra İzmir'in yumuşak iklimi ve olumlu yaşam koşulları açısından emekli çiftler tarafından son yerleşim yeri olarak seçilmiş olabileceğini düşündürmüştür. Çekirdek aile oranının da yüksek olması bu düşünceyi desteklemektedir.

Gaziemir de araştırma kapsamına giren ailelerin %24.3'ü alt sosyoekonomik yapıda, %30.2'si orta, %45.5'i üst sosyoekonomik yapıda yer alan mahallelerde yaşamaktadır (Tablo 2). Yirmi yıl öncesine kadar bir köy görünümünde olan

Gaziemir, çevresini saran fabrikalar ve özel, resmi kooperatiflerin ürettiği konutlarla bu gün modern bir kent görünümünü kazanmıştır. Bu hızlı gelişimin diğer bir nedeni de Emlak Bank konutları ve Askeri lojmanlardır. Bölgede nüfusun 1/3'ü üst sosyoekonomik mahallelerde yaşamaktadır. Buna bağlı olarak araştırma kapsamındaki ailelerin de yarıya yakın bir bölümünün (%45.5) üst sosyoekonomik düzeyde yaşıyor olması, olağan bir sonuç olarak değerlendirilmektedir.

Ailelerin yaşadıkları konutların özellikleri incelendiğinde; ailelerin %57.8'inin apartman tipi konutta, %38.6'sının tek veya çok katlı bağımsız konutta, %2.7'sinin gecekondu tipi konutta oturduğu bunun yanısıra %0.3'ünün bir odalı, %5.8'inin iki odalı, %39.0'ının üç odalı, %53.0'ının dört odalı, %1.9'unun beş odalı konutlarda oturduğu saptanmıştır. Bir odaya düşen ortalama kişi sayısı 1.18 ± 0.02 'dir. Ailelerin oturdukları konutların %92.3'ünde tuvalet banyo konutun içinde iken, %7.7'sinde konutun dışındadır (Tablo 3). Erefe ve arkadaşlarının İzmir genelinde yürütmüş oldukları çalışmalarında ailelerin %46.3'ünün apartman tipi konutta yaşadıkları %41.3'ünün 3 odalı, %35.4'ünün dört odalı konutlarda oturduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada bir odaya düşen kişi sayısı 1.2 olarak bulunmuştur (34). Araştırma kapsamındaki ailelerin tamamına yakın (%92.3) bir kısmında tuvalet banyonun oturulan konutun içinde olması konutların hijyenik nitelikleri ve yaşamı kolaylaştırıcı olanakların varlığı açısından memnun edici bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Gelir durumuna göre ailelerin %11.1'inin geliri gidere göre fazla, %47.6'sının gelir ve gideri dengeli, %41.3'ünün geliri giderine göre az olarak belirlenmiştir. Herhangi bir ihtiyaç durumunda maddi veya manevi sosyal destek aldığını belirten aileler %44.4 iken, %55.6'sı destek almamaktadır. Ailelerin %57.1'i akrabadan, %31.6'sı arkadaştan, %11.3'ü komşudan yardım almaktadır (Tablo 4). Evlenme, çocuk sahibi olma, işsiz kalma, özellikle de hastalanma gibi aile içi kriz dönemlerinde, kentsel ailenin başetme sürecini olumsuz etkileyebilecek maddi manevi yalnızlık durumunun aile sağlığı ile çeliştiği bilinmektedir (64). Araştırma kapsamındaki ailelerin yarıdan fazlasının (%55.6) herhangi bir ihtiyaç durumunda hiçbir sosyal destek almadığını ifade etmesi kentsel yaşamda aile sağlığını tehdit eden yalnızlık ve yalıtılmışlık olgusunun bu bölgede de mevcut olduğunu göstermektedir.

Araştırma kapsamında görüşme yapılan kadınların ifadelerine göre; ailelerin %19.0'ı SSK, %22.5'i Devlet Hastanesi, %13.0'ü Üniversite hastanesi, %15.1'i Sağlık ocağı/AÇSAP, %19.8'i Askeri Hastaneden yararlanmaktadır. Ailelerin %3.4'ü hiçbir kurumdan yararlanmamaktadır (Tablo 5). Bu bulgular Hayran ve arkadaşlarının kentsel bir bölgede halkın sağlık kuruluşlarını seçimini etkileyen etkenler üzerine 358 hane ile yürüttükleri çalışmalarında belirledikleri Gebze'deki ailelerin %23.7'sinin devlet hastanesini, %15.9'unun Sağlık ocağı/AÇSAP, %38.2'sinin SSK'dan yararlandığını ortaya koyan bulgularıyla benzerlik göstermektedir (49). Araştırmada örnekleme çıkan ailelerin büyük bir çoğunluğunun sosyal güvencesi olması sevindiricidir. Elde edilen bulgular doğrultusunda üst ve orta sosyoekonomik mahallelerde yaşayan ailelerin emekli sandığı ve askeriyeden yararlandıkları, alt sosyoekonomik mahallerde yaşayanların SSK'dan yararlandıkları düşünülmektedir. Kişilerin sağlık harcamalarını karşılayan bir sosyal güvenceleri olması, hastalık durumunda ilk başvuracakları kurumu etkilemektedir. Bu düşünce ile araştırma bölgesinde yaşayan ailelerin sosyal güvencelerinin de kurum seçimlerinde etkili olduğu akla gelmektedir (83). Ailelerin yalnızca %15.1'inin sağlık ocağı/AÇSAP gibi sağlık kuruluşundan yararlanıyor olmaları, ilk başvuruda birinci basamak hizmetleri çok benimsememiş olduklarını çağırıştırır.

4.1.1. ARAŞTIRMA KAPSAMINA GİREN AİLE BİREYLERİNE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Araştırma kapsamına giren ailelerde yaşayan bireylerin %49.6'sı kadın, %50.4'ü erkektir. Aile bireylerinin %22.1'ini 0-14 yaş grubu, %22.0'ını 15-24 yaş grubu, %16.2'sini 25-34 yaş grubu, %18.8'ini 35-44 yaş grubu, %12.4'ünü 45-54 yaş grubu, %4.8'ini 55-64 yaş grubu, %3.7'sini ise 65 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır (Tablo 6). Bireylerin yaş ortalaması 29.72 ± 0.44 'dür. Bu bulgular Gaziemir Sağlık Grup Başkanlığı 1999 yılı çalışma raporunda sunulan verilerle oldukça benzerdir. Rapora göre; bölgede yaşayan nüfusun %49.0'ı kadın, %51.0'ı erkektir. Nüfusun %25.8'i 0-14 yaş grubu, %19.4'ü 15-24 yaş grubu, %19.2'si 25-34 yaş grubu, %17.0'ı 35-44 yaş grubu, %10.2'si 45-54 yaş grubu, %5.1'i 55-64 yaş grubu, %3.3'ü 65 yaş ve üstü bireylerdir (42). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (1998) hane halkı nüfusunun geniş yaş gruplarına göre dağılımına baktığımızda; 15'den az yaş grubu %31.5, 15-64 yaş grubu %62.6, 65 ve üzeri yaş grup 65 ve

üzeri yaş grubu %5.9 %5.9'dur (46). Aynı gruplandırmaya göre araştırma bölgesindeki dağılım ise, 15'den az yaş grubu %22.1, 15-64 yaş grup %74.2, 65 ve üzeri yaş grubu %3.7 şeklinde belirlenmiştir. Bölgenin genç nüfus yapısı Türkiye geneline göre daha yüksek oranda bulunmuştur.

Bireylerin medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %29.2'sinin bekar, %64.9'unun evli, %3.6'sının dul, %2.3'ünün boşanmış olduğu görülmektedir (Tablo 6). 1999 yılı Gaziemir ilçesi ev halkı tespit fişlerine göre de; bölgede yaşayanların %28.65'i bekar, %49.33'ü evlidir (42).

Araştırma sonuçlarına göre; bireylerin %2.1'i okuma yazma bilmiyorken, %3.2'si okur yazar olup, %29.9'u ilkokul mezunu, %19.2'si ortaokul mezunu, %28.1'i lise ve %17.5'i yüksekokul/üniversite mezunudur (Tablo 6). Ülkemizde Batı Anadolu'da genel okur yazarlık oranı %92.7'dir (46). Araştırma kapsamındaki kadınlarda bu oran %97.9 olarak bu değere benzer bulunmuştur. Okur yazarlık oranı, hemşirenin aileye yaklaşımında ve bireylere olumlu sağlık davranışı kazandırılmasında işini kolaylaştıran önemli bir sosyodemografik veri olması nedeniyle araştırma bölgesinde bireylerin büyük çoğunluğunun okur yazar olması sevindirici bir bulgudur.

Meslek gruplarına ve bağlı oldukları sosyal güvence sistemlerine göre bireylerin durumları şu şekilde dağılım göstermektedir; %11.8'i teknisyen usta, %16.3'ü zanaatkar kalifiye işçi, %34.5'i büro fikir işçisi asker, %9.8'i satıcılar, %10.9'u kalifiye olmayan işçi, %3.8'i yönetici işadama kapsamında meslek gruplarında çalışmaktadır. Araştırma kapsamındaki bireylerin %12.9'unun emekli olduğu saptanmıştır. Sosyal güvencesi olduğu saptanan 1160 bireyin sağlık hizmetleri için %37.5'i Emekli Sandığından, %25.6'sı SSK'dan, %9.9'u Bağkur'dan, %2.3'ü Özel Sigortadan, %1.9'u Yeşil kart'dan yararlanmaktadır. Aileler, en az bir kişinin sahip olduğu güvence ve bundan yararlanan üyeler bakımından incelendiğinde sosyal güvencesi olmayan bireylerin oranı %22.8'dir (Tablo 6). Diğer bir deyişle sosyal güvencesi bulunanlar (%77.2) çoğunluktadır. Gaziemir Sağlık Grup Başkanlığı 1999 yılı ETF sonuçlarına göre; Halkın %27'si Emekli Sandığından, %40'ı SSK'dan, %10.0'ı Bağkur'dan, %1.0'i Özel Sigortadan yararlanmaktadır (42).

Bireylerin yarısının (%50.8) meslek gruplarının büro fikir işçisi asker ve zanaatkar kalifiye işçi grubunda olması, sosyal güvenlik durumlarına da yansımaktadır.

4.1.1.1. GÖRÜŞME YAPILAN KADINLARA İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Araştırma kapsamında görüşme yapılan kadınların %4.2'si 15-24, %26.2'si 25-34, %35.7'si 35-44, %21.4'ü 45-54, %7.7'si 55-64 yaş grubunda ve %4.8'i de 65 yaş ve üzeri gruptadır. Kadınların yaş ortalaması 40.96 ± 0.58 'dir.

Kadınların %1.6'sının bekar, %90.7'sinin evli, %5.6'sının dul, %2.1'sinin boşanmış olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Kadınların eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında; %11.6'sı ilkökul altı, %35.7'si ilkökul, %37.8'i ortaokul/lise, %14.6'sı Yüksekokul/fakülte düzeyinde eğitim almıştır (Tablo 7). Görüşme yapılan kadınların yarısından fazlasının (%52.4) ortaokul ve üzeri eğitim almış olmasının, başta sağlık olmak üzere, kadınların bir takım sorunlarıyla başetmelerinde olumlu katkılar sağlayacağı, eğitimsizliğin engelleri ile karşılaşmayacakları düşüncesini akla getirmektedir.

Meslek gruplarına göre kadınların dağılımı incelendiğinde; %5.0'ı zanaatkar, kalifiye işçi, %15.9'u büro, fikir işçisi, %4.5 kalifiye olmayan işçi, %1.3'ü yönetici işkadını olarak meslek yaşamlarını sürdürürken, %5.5'i emeklidir (Tablo 7). Kadınların büyük bir çoğunluğu (%67.7) ise herhangi bir işte çalışmamaktadır. Ülkemiz gerçeği ile benzerlik gösteren bu durum toplumumuzun geleneksel yapısı içinde hangi eğitim düzeyinde olursa olsun hatta eğitilmiş ve profesyonel bir meslek sahibi olsalar dahi kadınların evde üstlendikleri eş, anne rolleri ile ilişkilidir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanma bakımından, kadınların %44.7'sinin Emekli Sandığı, %26.5'inin SSK, %11.4'ünün Bağkur, %2.4'ünün Özel Sigorta, %2.4'ünün Yeşil Kart sosyal güvencesine sahip olduğu belirlenirken, %12.6'sının hiçbir sosyal güvencesi olmadığı belirlenmiştir (Tablo 7).

4.1.1.2. GÖRÜŞME YAPILAN KADINLARIN SAĞLIĞI ÖNEMSEME VE AİLELERİNİN SAĞLIK DÜZEYİNİ ALGILAMA DURUMLARI

Tablo 8’de kadınların sağlığı önemseme ve ailelerinin sağlık düzeyini algılama durumlarını gösteren bulgular yer almaktadır. Buna göre; Sağlığı önemseme durumunu değerlendirmek üzere kadınlara yöneltilen sıralama sorusunda kadınların %24.1’i sağlığı 1. sıraya yerleştirirken, % 7.7’si 2. sıraya, %13.0’ü 3. sıraya, %6.4’ü 4. sıraya, %9,5’i 5. sıraya yerleştirmiştir. Kadınların %39.3’ü ise sağlığa bu sıralamada hiç yer vermemiştir (Tablo 8).

“Ailenizde bireylerin sağlığını göz önüne alarak, siz ailenizin sağlık düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz” sorusuna %13.5 oranında kadın “çok iyi”, %56.6 oranında kadın “iyi”, % 25.9 oranında kadın orta, %3.5 oranında kadın “kötü” şeklinde bir değerlendirme yaparken, kadınların %0.5’i ailelerinin sağlık düzeyini “çok kötü” olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 8). Bu bulgular Ergin ve Dedeoğlu’nun Antalya kent merkezinde yaşayan 15 yaş ve üzeri kişilerde yürütmüş oldukları araştırma sonuçları ile benzer bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarına göre; araştırma kapsamına giren kişilerin %8.9’u sağlık durumlarını “çok iyi”, %59.2’si “iyi”, %27.1’i Orta, %4.7’si ise kötü olarak değerlendirmiştir (36). Algılanan sağlık, kişilerin genel olarak kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayanır ve sağlığın çok boyutluluğunu yansıtan, kişinin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlayan, basit ancak güçlü bir göstergedir. Kişilere sorulan tek bir soru ile elde edilen algılanan sağlık durumunun sağlıkla ilgili bir çok olayla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Örneğin yapılan izleme araştırmalarında algılanan sağlığın mortalite ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Buna göre sağlığını “kötü” olarak algılayan erkekler arasında, mükemmel olarak algılayanlara göre tüm ölüm nedenleri için yaşa göre düzeltilmiş mortalitenin rölatif riski 2.33 olarak saptanmıştır. Algılanan sağlık aynı zamanda bazı sosyodemografik değişkenlerle de ilişkilidir. Yapılan araştırmalarda; yaşın artışı ile sağlık sorunlarının arttığı, kadınların erkeklere göre sağlıklarını daha olumsuz algıladıkları, sosyal güvencesi olmayanların sağlık algılarının olanlara göre daha olumsuz olduğu, ayrıca sağlık algısının medeni durumla da ilişkili olduğu belirlenmiştir (36). Bu kapsamda Gaziemir bölgesinde yürütülen araştırma sonucu kadınların çoğunluğunun (%70.1) ailelerinin sağlık düzeyini çok iyi ve iyi algılaması sevindirici bir durum olmakla birlikte sosyodemografik değişkenlerin değerlendirilmesi açısından da dikkat çekicidir.

4.2. ARAŞTIRMA KAPSAMINA GİREN AİLELERİN SAĞLIK HASTALIK ÖYKÜSÜ

Görüşme yapılan kadınların %35.4'ü ailelerinde doktor tanısı almış hastalığı bulunan birey olduğunu ifade ederken, %64.6'sı ise herhangi bir doktor tanılı hastalığın olmadığını belirtmiştir.

Araştırma kapsamındaki bireylerin %31.7'si sürekli ilaç kullanırken, %68.3'ü kullanmamaktadır. İlaç kullanan birey bulunan ailelerin %30.0'unda en az bir kişinin, %5.8'inde en az iki kişinin ilacı kullanırken yardıma ihtiyaç hissettiği belirtilmiştir (Tablo 9).

Ailelerde doktor tanısı almış hastalık bulunma oranı (%35.4) ile sürekli ilaç kullanan birey oranının (%31.7) birbirine paralel olması, bu hastalıkların kronik ve devamlı tedavi gerektiren hastalıklar olduğunu düşündürmektedir. Nitekim bireylerin 17 başlıklı listeye göre doktor tanısı almış hastalık gruplamasına baktığımızda; %26.0 oranıyla dolaşım sistemi hastalıkları, %15.2 oranıyla beslenme ve metabolizma hastalıkları, %12.1 oranıyla da kemik-kas sistemi ve bağ dokusu hastalıkları ilk üç sırada yer almaktadır. Ayrıca sırası ile solunum sistemi hastalıkları, sinir sistemi ve duyu organı hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, ürogenital sistem hastalıkları, tümörler, kan ve kan yapıcı organların hastalıkları, deri ve deri altı hastalıkları, akıl bozuklukları ve doğuştan gelme anomaliler gibi hastalıklar araştırma grubunda yaygın olarak saptanmıştır (Tablo 10).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre, tüm ölümlerin yaklaşık %50'si dolaşım sistemi (serebrovasküler hastalık ve kalp hastalığı) hastalıkları nedeniyle olmaktadır. Bu hastalıkların ortaya çıkmasında büyük ölçüde etkisi olan hipertansiyon hastalığının ülkemizde ki durumuna bakıldığında, bu konuda yapılmış olan bölgesel araştırmaların sonuçlarına göre; 40 yaş üstü nüfusta prevalansın %20-38 olduğu görülmüştür. Araştırmanın yürütüldüğü Gaziemir bölgesinde de 1999 yılı ölüm nedenleri arasında birinci sırada (%69) kalp yetmezliği ve serebrovasküler hastalıklar yer almaktadır (42,88). Araştırma sonucunda elde edilen bulgularda kentlerde yaşam biçimine paralel olarak beklenen kronik hastalıkların varlığını doğrulamaktır.

Yapılan araştırmalar da gösteriyor ki, kronik hastalıkların oluşumunda başlıca risk faktörleri, yaşam stili (beslenme biçimi, obesite, hareketsizlik gibi...) ve çevresel faktörlerdir. Çoğu korunma ile ortadan kalkabilecek bu faktörler, ülkemizde primer korumaya yeterince önem verilmemesi ve birinci basamak hizmetlerde konu ile ilgili etkin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmemesi nedeniyle de gün geçtikçe sağlığı olumsuz etkilemektedir (88). Birinci basamak hizmetlerde görevli ekip içinde yer alan hemşirelere de bu konuda önemli sorumluluklar düşmektedir. Bernal ve arkadaşları Ermenistan'da yürüttükleri bir çalışmada, halk sağlığı hemşirelerinin yalnızca ev ziyareti gerçekleştirerek, tespit çalışması yaptığı, yetersiz, yanlış ve eksik sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmeti götürdüğü bir bölgede, hemşirelerin kronik hastalıkların izlenmesinde ve hastalıklardan korunmaya yönelik sağlığı geliştirici aktivitelerinde, yetersiz olduklarını ve buna paralel olarak da, bölgede yanlış beslenme, egzersiz yapmama, aşırı alkol kullanımı, madde bağımlılığı gibi sağlığa zararlı davranış ve alışkanlıkların yaygın olduğunu vurgulamışlardır (15).

Görüşme yapılan ailelerde ilaç kullanan 199 bireyin kullandıkları ilaçlar incelendiğinde; %19.2 oranıyla antihipertansifler, %12.6 oranıyla antidiyabetikler, %10.1 oranıyla antilipidler, %7.0 oranıyla antiromatizmal ilaçlar, %4.5 oranıyla da antiasit grubu ilaçlar en sık kullanılan ilaçlar içinde ilk beş sırada yer almaktadır (Tablo 11).

Görüşme yapılan kadınların ifadelerine göre; son bir yıl içinde ailelerin %37.0'ında onu günlük işlerden alıkoyacak derecede bir hastalık durumu geçiren en az bir birey bulunmaktadır. Ailelerin %72.1'inde hastalık nedeniyle yatakta gün geçirmiş en az bir birey bulunduğu saptanmıştır. Bireylerin yaklaşık yarısı (%45.6) hastalık nedeniyle yatakta 1-7 gün geçirmiştir. Hasta olup da hastalığı ayakta geçiren birey içeren aile oranı araştırma kapsamında %27.9 oranında bulunmuştur. Tablo 12'de belirtildiği gibi; son bir yıl içinde yaşanan hastalık durumunda bireylerin %69.3' doktora gitmiş, %17.1'i evdeki ilaçları kullanmış, %8.6'sı komşu önerisiyle eczaneden ilaç almış, %4.3' ise hastalık durumunda tedavi amaçlı hiçbir Şey yapmamıştır (Tablo 12).

Son bir yıl içinde hastalık deneyimi yaşayan ailelerde, hastalık durumunda ailelerin yarısından fazlası (%69.3) tedavi olmak için hekime başvurmuştur. Bu bulgu

Erefe ve arkadaşlarının, hastalık durumunda gerçekleştirilen tutum konusunda saptadıkları oran ile (%65.7) benzerlik göstermektedir (34). Araştırma kapsamındaki bireylerin hastalık durumunda geleneksel yöntemler yerine tıbbi yaklaşım içinde olmalarında, yüksek oranda sosyal güvencelerinin olması, eğitim düzeylerinin yüksek olması gibi faktörlerinde etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Ailelerde son bir yıl içinde yaşanan hastalıkların gruplandırması incelendiğinde; 17 başlıklı listeye göre, enfeksiyon ve paraziter hastalıklar %31.8 oranı ile birinci, solunum sistemi hastalıkları ve kemik-kas sistemi, bağ dokusu hastalıkları %10.1 ile ikinci, ürogenital sistem hastalıkları %7.4 ile üçüncü, sindirim sistemi hastalıkları %6.6 oranıyla dördüncü ve dolaşım sistemi hastalıkları % 5.4 oranıyla beşinci sırada yer almıştır (Tablo 13).

Araştırma verilerinin toplandığı 1 Ocak-15 Mayıs tarihleri arasındaki zaman diliminin, enfeksiyon hastalıklarının yaygın görüldüğü ve mikroorganizmaların hızlı ve kolay yayılım gösterdiği kış ve ilkbahar mevsimine rastlamış olmasının, araştırma sonucu saptanan hastalık grupları üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Gaziemir Sağlık Grup Başkanlığı'nın çalışma raporunda belirttiği "son bir yılda en sık görülen hastalıklar" sıralamasında ÜSYE, tonsillit, bronşit, faranjit ve ishal ilk beş sırada yer alırken bu bulgular da araştırma sonuçlarını desteklemektedir (42).

Son bir yıl içinde hastalık olgusu yaşanan ailelerde hasta bireylerin bakım gereksinimleri %69.3 oranında evdeki eş, anne, %8.6 oranında çocuklar, %12.7 oranında evin diğer erişkinleri, %2.2 oranında akraba, %7.2 oranında komşular tarafından destek verilerek sağlanmıştır. Bunun yanısıra hastalık olgusu yaşanmayan fakat "aileden bir kişi hastalık geçiriyor olsa ve bakıma ihtiyaç duysa, ona kim yardım ederdi?" sorusu yöneltilen kadınların %65.1'i evdeki eş, anne, %7.6'sı çocuklar, %13.4'ü evin diğer erişkinleri, %9.7'si akraba, %4.2'si komşular yardım eder yanıtını vermişlerdir (Tablo 14). Hem hastalık deneyimi yaşayan hemde yaşamayan ailelerin 2/3'ünde hasta bakımında evdeki eş, annenin bakım verdiğinin/vereceğinin belirlenmesi, kadının eş, anne rolünün yanısıra hasta bakıcılık rolünü de üstlendiğini açıkça ortaya koymaktadır.

Hastalık deneyimi yaşayan ailelerde, bireyin bakımında %2.2 oranında akrabaların destek verdiği belirlenirken, yaşamayanların, böyle bir hastalık durumuyla karşılaştıklarında bireyin bakımı için %9.7 oranında akrabadan destek beklentisi içinde olduğu saptanmıştır. Ancak ülkemizde hızlı kentleşme, endüstrileşme ve modernleşme ile birlikte sosyodemografik yapı değişiklikleri geleneksel sosyal değerlere de yansımaktadır. Ataerkil ve geniş aileden çekirdek aileye dönüşen aile yapısı, azalan akrabalık ilişkileri ve daralan sosyal ağ genişlikleri göz önüne alınırsa, bakım için yaklaşık %10 oranında akrabadan destek beklentisi içinde olan ailelerin, bu beklentisinin ne derece karşılanacağı sorgulanacak bir durumdur.

Görüşme yapılan kadınlar, hasta bireylere verilen desteğe, bakıma yönelik sorumluluk ve yükümlülükler açısından, ailelerinin %53.6'sının çok, %31.4'ünün orta derecede etkilendiğini belirtmişlerdir. Bu bakım nedeniyle ailelerin, %36.4'ü aile düzeni, %17.1'i ekonomik açıdan etkilenirken, %37.2'si her yönden (ekonomik, psikolojik, sosyal) etkilenmişlerdir (Tablo 14).

Hastalık olgusu yaşanmayan ailelerde kadınlara, "Hastalık yaşanması durumunda bireye bakım verilmesi aileyi ne derece etkilerdi?" ve "Bu bakımın verilmesi aileyi en çok hangi açılardan etkilerdi?" soruları da yöneltmiştir. Kadınlar ailelerinin %44.9 oranında çok, %37.8 oranında orta derecede etkileneceğini belirtmiştir. Bu bakım nedeniyle ailelerin %35.7'sinin aile düzeni, %19.7'sinin ekonomik açıdan etkileneceği, %31.1'inin her yönden (ekonomik, psikolojik, sosyal) etkileneceği saptanmıştır (Tablo 14).

Hem hastalık olgusu yaşanan hem de yaşanmayan ailelerde, hasta bireylere verilen desteğe, bakıma yönelik sorumluluk ve yükümlülükler açısından ailelerin etkilenme oranları oldukça yüksek bulunmuştur. Bunun yanısıra, hastalık deneyimi yaşayan ailelerin bireye verilecek bakım nedeniyle en yüksek oranda (37.2) ekonomik, psikolojik, sosyal olmak üzere "her yönden" etkilendikleri saptanırken, böyle bir deneyim yaşamayan ailelerin, en çok "aile düzeni" açısından etkilenebilecekleri belirlenmiştir.

Toplumsal yaşamda sosyoekonomik, demografik ve psikososyal faktörlerle sağlık arasında birbirini sürekli etkileyen bir ilişki olduğu bu konuda yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur. Örneğin; sosyoekonomik durum ile sağlık arasında varolan bu ilişkiyi incelediğimizde, kronik hastalıkların bazı bireyleri uygun bir gelir elde etmekten alıkoyduğu, bunun da bireyleri sosyo ekonomik açıdan, olumsuz etkilediği belirtilmektedir (36,67). E.Chadwick ekonomik durum ile sağlık-hastalık arasında ki kısır döngüyü şöyle özetlemiştir; yoksulluk, beslenme bozukluğuna, hastalıkların sıklaşmasına, bireyin gelirinin çoğunu tedaviye ayırmasına dolayısıyla koruyucu hekimlik ve halk sağlığı hizmetlerine gereken önemin verilememesine, çalışma gücünün azalmasına ve dönerek yoksullağa yol açmaktadır. Tüm bu süreç dikkatlice incelendiğinde, hastalık durumunda birey ve ailenin sadece ekonomik veya sadece psikososyal açıdan etkilenmeleri düşünülemez (67). Bu nedenle, araştırma sonucu son bir yıl içinde hastalık deneyimi yaşamayan ailelerin, böyle bir durumla karşılaştıklarında en yüksek oranda (%37.5) aile düzeni açısından etkileneceklerini ifade etmeleri, ailelerin hastalık durumuna her yönden hazırlıklı olmaları konusunda bilgilendirilmelerini gerekli kılmaktadır.

4.3. AİLELERDE HASTALIK OLGUSU DURUMUNDA EVDE HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİ

Son bir yılda ailelerinde hastalık olgusu yaşayan kadınların yarısından fazlası (%57.9) hasta bireyin bakımı sırasında evde gereksinim duydukları hemşirelik bakımını “çok” istediklerini belirtirken, %8.6’sı bu bakımı “hiç” istememektedir. Aynı soru ailelerinde hastalık olgusu yaşamamış kadınlara “Hastalık durumu yaşandığında bireye verilecek bakım sırasında hemşirenin yardım etmesini, bakmasını ne derece isterdiniz?” şeklinde sorulduğunda ise, kadınların %48.7’si hasta bireyin bakımı sırasında hemşirelik bakım hizmetini “çok” isteyeceklerini ifade etmiş, %12.6’sı ise böyle bir hizmeti “hiç” istemediğini belirtmiştir (Tablo 15). Her iki grupta da ailelerin yarısının hastalık durumunda evde “çok” oranda hemşirelik bakım gereksinimi hissettiğini ifade etmesi evde bakım hizmetleri konusunda hizmetlerin planlanmasının gereğini ortaya koymaktadır. Hem ailelerinde hastalık olgusu yaşayan kadınların (%8.6), hemde yaşamayanların (%12.6) evde hemşirelik bakım hizmetini düşük oranda da olsa istememelerinde, aile mahremeyetine dışarıdan bir kişinin giriyor olması, kadınların böyle bir hizmeti toplumda yaygın olarak görememesi, birinci

basamak hizmetlerde çalışan hemşirelerin birey ve ailelere çok zaman ayırmamaları, ev ziyareti yapmamaları neden olarak gösterilebilir.

Hanoğlu'nun koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerle yapmış olduğu çalışmasında da, hemşirelerin evde bakım hizmetlerini çok düşük oranlarda gerçekleştirdikleri saptanmıştır (48).

Hasta bireyin bakımı sırasında ailede bu bakımı en fazla evdeki eş, annenin veriyor olması ve bu bakımın aileyi iş hayatı açısından az etkilemiş olması, ülkemizde kadının toplumdaki statüsünün de bir yansımasıdır. Bu gün Türkiye'de toplumsal yapı içinde, kadının eğitim olanaklarından yeterince yararlanamaması, çalışma hayatında hala etkinliğini sağlayamaması, gelenek, örf ve normlar çerçevesinde ev hanımlığı rolünü sürdürmesi, bu düşüncüyü desteklemektedir. Endüstrileşme çabası içinde olan ve bir geçiş dönemi yaşayan toplumumuzda endüstrileşmenin önemli olgularından biri olan kentleşme ve göçün aile yaşamı üzerinde ve dolayısıyla kadının toplumsal konumu üzerinde etkisi olduğu bilinen bir gerçektir. Ülkemizde değişen aile yapısı içinde kadın, ev-eş-anne rollerini ayırmaştırmadan geçiş sürecini yaşamaktadır. Ancak kentsel yaşamla birlikte kadının çalışma hayatına da girmiş olması, aile içindeki rolleri ile çalışma yaşamındaki rollerini aynı ölçüde yerine getirme zorunluluğu, gerek aile yaşamında gerekse toplumsal yaşamda kadının, gelenekselle çağdaş arasında sıkışıp kalmasına neden olmuştur (65).

21. yüzyılın başında olduğumuz şu günlerde Türkiye'de çalışan kadın oranı %30 iken, önümüzde ki 10-20 yılda bu oranın artması beklenen bir gerçektir. Dolayısıyla ailede hastalık yaşanması durumunda çalışan kadınların hasta bireye bakım vermeleri mümkün olmayacaktır. Bu nedenle gelecek yıllarda ülkemizde evde hemşirelik bakım hizmetlerine çok daha fazla ihtiyaç olacağı kaçınılmazdır (65).

Hastalık deneyimi yaşayan ve yaşamayan her iki kadın grubuna "Evde hemşirelik hizmet sunumunda sorumluluğun devlet ya da özel sektör kurumlarından hangisine ait olduğu" sorusu sorulduğunda, kadınların %65'i bu hizmetin halkın katılımı ile devlet tarafından karşılanması doğrultusunda istek belirtmişlerdir. Bu sonuç; kadınların sağlık hizmetlerinin sunumunda 224 sayılı sosyalizasyon kanununu

desteklediklerini dolaylı olarak yansıtması açısından dikkat çekicidir. Bireylerin eşit koşullar ve geniş olanaklarla sağlığını korumak, sağlık düzeyini yükseltmek, sağlık durumunun devamlılığını korumak amacını içeren bu kanun, bireylerin kendi ve başkalarının sağlıklarından sorumlu olmaları ve toplumun sağlık hizmetlerine katılımı anlayışını da kapsamaktadır. Ancak insanlara sağlıkla ilgili hakları verilmezse, onların bu konu ile ilgili sosyal sorumluluklarını yerine getirmeleri ve sağlık hizmetlerine katılımları beklenemez (37,75).

Ülkemizde ulusal sağlık örgütlenmesi modelini belirleyen 224 sayılı yasa gereken şekilde işletilememektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan aksaklıklara çözüm olarak, Sağlık Bakanlığı son on yıldır “özelleştirme” çerçevesinde reform gündeme getirmektedir. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde özel sektör aracılığı ile sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi; mali verimlilik esasına göre çalışan hastanelerin büyük merkezlerde toplanması dolayısıyla büyük kentler ve zengin toplumsal sınıflara hizmet sunulması ve hizmet fiyatlarının artması anlamına gelirken, sağlık düzeyinin geliştirilmesi hedefi değil, maliyet kaygılarının öne çıktığı bir hizmetin sunulacağını akla getirmektedir (76). Günümüzde sağlık hizmetleri kapsamında evde bakım hizmetlerinin karşılanmasında, devlet kurumlarının yetersiz ve ilgisiz kalması sonucu özel sektörün geniş pay kapdığı gerçeği farkedilmekle birlikte bu durum temel sağlık hizmetleri ilkelerine de uymamaktadır. Oysa araştırma sonucunda elde edilen bulgular da gösteriyorki toplum, sağlık hizmet sunumunda devletin sorumluluğunu istemektedir.

4.4. ARAŞTIRMA KAPSAMINA GİREN AİLELERİN HASTANEYE YATMA DENEYİMİ

Araştırma kapsamındaki ailelerin %50.3'ü herhangi bir hastalık durumunda hastaneye yatma öyküsü bulunan birey içermektedir. Hastaneye yatma deneyimi olan ailelerin %47.4'ünde hastanede kalış süresi 1-7 gün, %22.6'sında 8-14 gün, %13.7'sinde 15-21 gün, %4.2'sinde 22-28 gün, %12.1'inde 29 gün ve daha üzeri saptanmıştır (Tablo 17). Ailelerin neredeyse yarısında (%47.4) hasta bireyin bir hafta gibi kısa bir sürede taburcu olması, ülkemizde son yıllarda yataklı tedavi kuruluşlarında bakım maliyetinin düşürülmesi amacıyla taburculuk gün sayısının kısaltılması uygulamasını da yansıtması açısından dikkat çekicidir. Bu durum

bireylerin tam iyileşmeden taburcu edildiklerini düşündürebilir. Dolayısıyla bu, beraberinde, ülkemizde hastanın bakım sorumluluğunun ailelere yüklendiği gerçeğini de akla getirmektedir.

Hastaneye yatma öyküsü bulunan ailelerin %74.7'sinde hasta bireye yattıkları sürece bir yakınının refakat ettiği belirlenmiştir (Tablo 17). Bu oran, hastanelerde hemşire sayısının yetersizliği ve bakım hizmetlerinde organizasyon eksiklikleri gerçeğini de desteklemektedir.

Ailelerinde taburculuk deneyimi ifade eden kadınların 2/3'si (%63.2) evde hasta bireyin bakımı için yardıma gereksinim duyulduğunu ifade etmiştir (Tablo 18). Bayık ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada taburculuk sonrası bakım için birisine ihtiyaç hissettiğini ifade eden bireylerin oranı (%64.2) araştırma bulgusu ile benzerlik göstermektedir (14).

Araştırma kapsamında taburcu hasta olan ailelerde kadınların %93.7'si olmayan ailelerde ise kadınların %92.2'si taburculuk sonrası dönemde hasta bireyin evde bakımında hemşirenin bakımı üstlenmesi ve desteklemesini isterken, her iki aile grubunda da küçük bir bölüm bu bakımı istememektedir (Tablo 19). Bayık ve arkadaşları çalışmalarında ,evde bakım için halk sağlığı hemşiresine yönelik beklenti içinde olan bireyleri %65.0 olarak saptamışlardır (14).

Çoğu ülkelerde evde bakım hizmeti kapsamında, daha çok akut hastalara (ameliyat geçirmiş ve erken taburcu olmuş, tüm bulaşıcı hastalıklar vb..) ve zihinsel yetersizliği olan hastalara bakım verilmesi ve rehabilitasyonu üzerinde durulmaktadır. Ve bu hizmetler koruyucu hizmetlerde görev alan hemşirelerin koordinatörlüğünde yürütülmektedir (4,64). Ayrıca pek çok ülkede, gerek hastanın hastaneye yatmadan, gerekse taburcu olup, evine dönmesinde bağlantıları sağlayan bağlantı hemşireleri (liasion) hasta bakımının kaliteli sunumunda büyük yarar sağlamaktadırlar (5).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçiminde sağlık ocaklarında tek bir hemşirenin görevlendirilmesi ve diğer yönetsel nedenlerle halk sağlığı hemşirelerinin

işlevlerinin sağlık ocağında sınırlı kalarak, evde bakım hizmetlerini topluma ulaştıramadığı gözlenen ve bilinen bir gerçektir. Bu konuda yapılan çalışmalarda da hemşirelerin evde bakım hizmetlerini çok düşük oranlarda gerçekleştirdikleri belirlenmiştir (48).

4.5. KADINLARIN HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİK HİZMETLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Kadınların %62.7'si hemşirelerin hastane dışında da çalışabileceği görüşünü onaylarken, %37.3'ü onaylamamıştır. Hemşirelerin hastane dışında hangi alanlarda çalışabileceği sorusuna ise; en çok (%43.5) özel poliklinik ve hastanelerde çalışabileceği, ikinci sırada da (%34.2) sağlık ocağı ve ana çocuk sağlığı merkezlerinde çalışabileceği yanıtını vermişlerdir (Tablo 20). Tedavi ve bakım ağırlıklı ikinci basamak hizmetlerin etkin olduğu ülkemizde, hemşirelerin hastane dışında da çalışabileceğini ifade eden kadınların, hizmet alanı olarak, hemşirenin özel hastaneler ve polikliniklerde çalışabileceğini belirtmeleri de bu günkü sağlık hizmet örgütlenmesi içinde, toplumun hemşire ile sadece tedavi amaçlı hizmet alımı kapsamında karşılaştığı düşüncesini desteklemektedir. Kadınların yarısından fazlası (%64.6) evlerine hizmet amacıyla hemşire geldiğini ifade etmiştir. Bu kadınlara hemşirenin eve gelme nedeni sorulduğunda sırasıyla; "aşı uygulaması için", "ana çocuk sağlığı hizmetleri kapsamında izlem amacıyla", "enjeksiyon yapmak için" yanıtını vermişlerdir (Tablo 21).

Ülkemizde sağlık ocaklarında hemşireler ocak içi hizmetlerde görev alırken, ebeler ocak dışında yürütülen hizmetlerde görev almaktadır (örneğin; ana çocuk sağlığı kapsamında izlem) dolayısıyla bu durum "evlerine hizmet amacıyla hemşire geldiğini" belirten kadınların karşılaştıkları kişinin büyük olasılıkla ebe olduğunu düşündürmüştür. Hanoğlu'nun çalışmasında, hemşirelerin sadece %21.7'sinin ev ziyareti yaptığı belirlenmiştir (48).

Kadınların büyük bir çoğunluğu (%84.4) en az bir kez, oturduğu çevrede kendisine en yakın sağlık ocağına gittiğini belirtirken, çok az kadın (%10.0) "Halk sağlığı hemşiresi" adı ile görev yapan bir hemşire duyduğunu ifade etmiştir. Ülkemizde hemşirelerin ev ortamında sağlığı koruyucu ve tedavi edici hizmet

sunumlarını “çok” yeterli bulan kadınların oranı %2.4, az derecede yeterli bulanların oranı %33.1 olarak saptanmıştır. Ancak kadınların %58.2’si ise bu hizmetleri “tamamen yetersiz” bulmaktadır. Kadınların %73.5’i halk sağlığı hemşirelik hizmetlerini “çok” önemli bulurken, %20.6’sı “orta”, %4.8’i “az” derecede önemli bulmaktadır. Önemsiz bulanların oranı %1.1 gibi oldukça küçük bir değerdir (Tablo 22). Alt sosyoekonomik düzeyde yaşayan, okur yazar olmayan, gelir giderine göre daha az olan ve sosyal güvencesi olmayan kadınların, halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinin yeterince farkında olmayan grubu oluşturduğu düşünülebilir. Ayrıca hemşirelerin hastane dışında çalışabileceğine “evet” şeklinde yanıt veren kadınların da halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinin varolmasının gerekliliğinin ve öneminin farkında oldukları söylenebilir.

4.6. KADINLARIN “TOPLUMUN HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDEN BEKLENTİLERİNİN BELİRLENMESİNE” YÖNELİK GENEL ÖLÇEK VE ALT ÖLÇEK MADDELERİNE VERDİKLERİ YANITLAR

Araştırma kapsamındaki kadınların halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklentilerine ilişkin genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı incelenmiştir (Tablo 25). Buna göre, kadınların genel ölçek puan ortalaması 2.62, bakım verici rolüne ilişkin alt ölçek puan ortalaması 2.65, eğitim rolüne ilişkin alt ölçek puan ortalaması 2.64, danışman rolüne ilişkin alt ölçek puan ortalaması 2.57, lider rolüne ilişkin alt ölçek puan ortalaması 2.60, hemşirenin değişim ajanı rolüne ilişkin alt ölçek puan ortalaması 2.66, araştırmacı rolüne ilişkin alt ölçek puan ortalaması 2.55 olarak saptanmıştır. Ayrıca tablo 24’de görüldüğü gibi HHBB ölçeğine kadınların verdikleri yanıtların puanlaması 41 ile 81 puan arasında dağılım gösterirken, kadınların toplam puanlarının yoğun olarak (%81.5) 65-78 puan arasında dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

Kadınların genel ölçek puan ortalamasının 2.62, alt ölçek puan ortalamalarının da 2.55 ve 2.66 arasında olması nedeniyle (Genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları “uygun” puanına (3) yakın bulunmuştur) halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklentilerinin yüksek olduğu söylenebilir. Bu sonuç; genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları arasında yapılan analizde olumlu yönde korelasyon saptanması, bir başka deyişle; alt ölçek puan ortalamaları arttıkça, genel ölçek puan ortalamasının artmış olmasıyla da desteklenmektedir (Tablo 26).

Tablo 23’de kadınların HHBB ölçek maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı verilmiştir. Kadınların halk sağlığı hemşiresinin bakım verici rolüne ilişkin alt ölçek maddelerine verdikleri yanıtların puan ortalamaları incelendiğinde; “Hastalık durumunda hem sağlık ocağında, hem de evde hasta bireyin bakımı konusunda aileye destek olması” maddesi ve “Hemşirenin belirli aralarla eve gelmesi, öncelikle ailedeki gebe, bebek ve 0-6 yaş grubu çocukları muayene ederek, sağlık sorunlarını belirleyip, aileyi yönlendirmesi” maddesinin en yüksek puan ortalamasını (2.82) aldığı görülmektedir. Ayrıca “Hemşirenin belirli aralarla eve gelmesi, ailedeki herkesi muayene ederek, sağlık sorunlarını erken dönemde belirleyip, aileyi yönlendirmesi” maddesinin puan ortalaması 3’e yakın bir değer 2.80 olarak bulunmuştur .

Bu bulgular kadınların, birinci basamak hizmetlerde hemşirelerin öncelikle evde bakım hizmetlerini yerine getirmeleri, ana çocuk sağlığı hizmetleri kapsamında ev ziyareti yaparak izlem yapmaları bunun yanısıra ailedeki diğer bireylerinde sağlık durumlarını izlemeleri konusunda hizmet beklentisi içinde olduklarını düşündürmüştür.

Kelly’nin, İngiltere’de birinci basamak hizmetlerde görev alan ziyaretçi hemşirelerin rollerinin, toplum tarafından nasıl algılandığı konusunda yaptığı çalışmasında, insanların büyük bir çoğunluğu ziyaretçi hemşirelerin yaşlıları, anne ve çocukları, hasta kişileri evde ziyaret etmelerini isterken, yalnızca %40’ının hemşirenin sağlıklı kişileri de ziyaret etmesini istediği belirlenmiştir (57).

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri anlayışı, toplumun tüm bireyelerine ve her gelişimsel dönemin öncelikli sorunlarına hizmet programları uygulamak yerine, ana çocuk sağlığı ile sınırlı kalmaktadır. Ancak birinci basamak sağlık hizmetlerini topluma ulaştıran sağlık ocaklarında ise; hemşireler ana çocuk sağlığına yönelik ev ziyaretlerini bile gerçekleştirememekte, yalnızca ocak içi hizmetlerde görev almaktadır (33).

Yaşlı nüfusun ve buna paralel olarak kronik hastalığı yetersizliği olanların sayısının giderek arttığı ülkemizde, bu kişilerin ve ailelerinin bakım ve destek

gereksinimleri sağlık bakım sistemi içinde çeşitli nedenlerle karşılanamamaktadır. Oysa Dünya Sağlık Örgütü, özellikle kurum dışı sağlık hizmetleri kapsamında evde bakım gereksiniminin karşılanmasında hemşireleri kilit insan gücü olarak görmektedir. Ülkemizde de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dair kanunun 154 sayılı yönergesinde evde sağlık bakımı halk sağlığı hemşiresinin sorumluluğuna verilmiştir. Toplumun da bu yönde bir hizmet beklentisi içinde olmasına rağmen hemşireler bu alanda hizmet verememektedir (64).

Hemşirenin bakım verici rolüne ilişkin alt ölçekte "Hemşirenin ev ziyareti yapması veya sağlık ocağında çalışması yerine yalnızca hastanede tedavi yapması" maddesinin puan ortalaması da (2.63) yüksek bulunmuştur (Tablo 23). Tedavi ağırlıklı sağlık bakım sistemi içinde halkın daha çok tedavi edici kurumlardan yararlanıyor olması buna neden olarak düşünülebilir. Hemşirenin okullarda öğrencilerin ve okul personelinin sağlık muayenelerini yapması konusunda kadınların beklenti puan ortalaması 2.61 olarak bulunmuştur. Türkiye'de okul dönemindeki çocuklar ve gençler temel bağışıklama hizmetleri dışında okul sağlığı hemşireliği hizmetlerinden oldukça sınırlı yararlanmaktadırlar. Hanoğlu'nun çalışmasında da; birinci basamak hizmetlerde görev alan hemşirelerin okul sağlığı hizmetleri kapsamında en fazla okulda aşılama yapma (%51.7) işlevini gerçekleştirdikleri görülmüştür (48). Araştırma sonucunda kadınların, hemşirenin okulda yürüteceği bakım hizmetleri konusunda puan ortalamasının istenilen düzeyde olmaması, kadınların, ülkemizde yetersiz ve eksik verilen bu hizmetlerin, varolmasının gerekliliğinin farkında olmadıklarını düşündürmüştür.

Aynı alt ölçeğin iş sağlığına yönelik "Çalışan kişilerin iş yerinde sağlığının zarar görmesi durumunda onlara sağlık bakımı vermesi" maddesine kadınların verdikleri yanıtların puan ortalaması (2.50) ise düşük bulunmuştur. İşçi sağlığı alanı da halk sağlığı hemşireliği uygulamasının geniş yelpazesi içinde değerlendirilmektedir. Ülkemizde bu alanda çalışan iş yeri hemşireleri istenilen düzeyde hizmet verememekte, tedavi edici sağlık hizmetleri ışında koruyucu sağlık hizmetlerini gerçekleştirememektedir. Yapılan çalışmalarda, birinci basamak hizmetlerde çalışan hemşirelerin çoğunun iş sağlığı hizmetlerinde görev almadığı saptanmıştır (48,55).

Emiroğlu'nun çalışmasında sağlık bakımına yönelik hizmetler kapsamında yer alan periyodik muayeneler, ilkyardımdan gibi hizmetleri işçilerin büyük bir çoğunluğu hekimden beklerken, sadece hasta bakımında nabız sayma, ilaç verme, tansiyon lme gibi işlevleri hemşireden bekleedikleri belirlenmiştir (28).

Halk sağlığı hemşiresinin sağlık eğitimcisi rolüne ilişkin alt ölçekte "Hemşirenin kazaya neden olabilecek durumlar konusunda aile bireylerini uyarması" maddesinin puan ortalaması (2.75) oldukça yüksek bulunmuştur (Tablo 23). "Ailedeki bireylerin kendi sağlık sorunlarını erken dönemde farkedip, gerekli yardımı alabilmeleri için onlara sağlık/hastalık konusunda bilgi vermesi" maddesinin puan ortalaması 2.70, "Sağlığa zararlı alişkanlıklar (sigara, alkol..) konusunda aileyi ve toplumu bilgilendirmesi" maddesinin puan ortalaması 2.65 olarak saptanmıştır (Tablo 23).

Hem okul sağlığı hem de iş sağlığı hemşireliği alanında yürütülen pilot çalışmalarda; hemşirenin eğitim hizmetleri sonuçlarının başarısı ve sağlık davranışları üzerine olumlu etkisi gösterilmiştir (1,62). Ancak bu çalışmada kadınların, okul sağlığı ve iş sağlığı hemşireliği kapsamında, hemşirenin sağlık eğitimcisi rolüne ilişkin beklenti puan ortalamaları ise diğer madde puan ortalamalarına göre daha düşük bulunmuştur. Araştırma bölgesinde işçi statüsünde çalışan bireylerin oranının (%27.2) düşük olması kadınların, hemşirenin işçi sağlığı konusunda etkinliğine yönelik düşük oranda beklenti içinde olmalarında neden olarak düşünülebilir.

Hemşirenin danışman rolüne ilişkin alt ölçek maddelerinin puan ortalamalarında "Ailelere sağlık konusunda başvurabilecekleri kurumları tanıtması" maddesinin puan ortalaması 2.73'dr (Tablo 23). Farklı sosyal gruplara farklı sağlık örgütlerince (SSK sağlık örgütleri, emekli sandığı sağlık örgütleri, demir yolları ve PTT sağlık örgütleri, askeri hastane gibi..) hizmet sunulan ülkemizde, bu kargaşa içerisinde halkın başvurabileceği sağlık kurumu konusunda bir rehber gereksinim duyması şaşırtıcı bir bulgu değildir. Bununla birlikte bu rehberliği hemşireden beklemesi ise sevindiricidir.

Aynı alt ölçeğin “Okulda öğrencilere, ailelere ve öğretmenlere sağlık konusunda danışmanlık yapması” maddesinin puan ortalaması 3'e yakın bir değer 2.67 olarak bulunurken, “İş yerinde çalışan işçilere sağlığın korunması ve sürdürülmesinde danışmanlık yapması” maddesinin puan ortalaması 2.43 olarak düşük bir değer bulunmuştur (Tablo 23).

Hanoğlu'nun çalışmasında hemşirelerin birey, aile ve gruplara bazı konularda sağlık eğitimi ve danışmanlık yapma işlevlerini özellikle ana çocuk sağlığına yönelik konularda daha fazla gerçekleştirdikleri, özel alanlara ve durumlara yönelik konularda sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinin sunumunun sınırlı kaldığı saptanmıştır (48).

Oysa Twin ve Shiu tarafından Hong Kong'da yapılan bir çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu merkezlere gelen kişilerin büyük bir çoğunluğunun sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmeti almak üzere başvuran sosyoekonomik düzeyi yüksek kişiler olduğu belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada ailelerin %37.0'ı birinci basamak sağlık merkezlerinde hemşirelerin verdikleri eğitim ve danışmanlık hizmetlerini en önemli hizmet olarak algıladıkları saptanmıştır (94).

Kadınların “Hemşirenin sağlık ocağında, ocağa gelen kişileri karşılaması, kabul ve kayıt işlemlerini yapması” maddesinin puan ortalaması da 2.40 olarak belirlenmiştir (Tablo 23). Bu değer hemşirenin ocak içinde ki bu işlevine ilişkin, kadınların herhangi bir beklentisinin olmadığını düşündürmüştür (“Fikrim yok” yanıtının puanına (2) yakın bulunmuştur).

Hemşirenin danışman rolü, birey, aile ve grupların toplum sağlığının korunması ve sürdürülmesini desteklemeleri konusunda yönlendirici olması ve bireylerin, toplumun kendi sağlıkları konusunda sorumluluk üstlenmelerini mümkün kılması açısından oldukça önemlidir.

Halk sağlığı hemşiresinin liderlik rolüne ilişkin alt ölçek maddelerinden “Daha sağlıklı bir okul ortamı için gerek duyulan sağlık hizmetlerinin oluşturulmasında öncülük yapması” maddesinin puan ortalaması 2.61, “Toplumda ailenin sağlığının geliştirilmesi için örn; sigarayı bırakma kampanyası gibi.. çeşitli organizasyonlar ve

kampanyalar düzenlemesi” maddesinin ve “Ailedeki tüm bireyleri ve toplumdaki kişileri sağlığın korunması ve sürdürülmesini desteklemeleri konusunda yönlendirmesi” maddesinin puan ortalamaları ise 2.60 olarak saptanmıştır (Tablo 23).

Halk sağlığı hemşiresinin değişim ajanı rolüne ilişkin “Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli sağlık alışkanlıklarının kazanılmasında (egzersiz, beslenme gibi..) aile bireylerini yönlendirmesi” alt ölçek maddesinin puan ortalaması 2.66 olarak bulunmuştur (Tablo 23). Bu bulgu, hemşirenin bu rolünün, toplum tarafından da beklenen bir hizmet olduğunu düşündürmüştür.

Halk sağlığı hemşiresinin araştırmacı rolüne ilişkin “Aileye sunulan sağlık hizmetinin daha iyi olması için araştırmalar yapması” alt ölçek maddesine kadınların verdikleri yanıtların puan ortalaması 2.54 olarak belirlenmiştir (Tablo 23). Ülkemizde hemşireler bilimsel anlamda araştırma etkinliklerine yüksek öğretim ve mezuniyet sonrası eğitim programlarının başlatılmasından sonra yönelmişlerdir. Ancak hemşirelerin, yoğun iş yükü yanısıra araştırmanın önemini tam olarak kavramamış olmaları gibi nedenlerle araştırma fonksiyonlarını yeterince yerine getiremedikleri bilinen bir gerçektir. Hanoğlu'nun çalışmasında, hemşirelerin araştırma işlevlerini gerçekleştirme puan ortalamasının diğer işlevlere göre düşük olduğu saptanmıştır (48). Dolayısıyla hemşirenin araştırmacı rolüne ilişkin uygulamada ki yetersizliklerin, toplumun bu konuda ki beklentilerine de yansıtılabileceği gözden kaçırılmamalıdır .

4.7. KADINLARIN HHBB ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN PUAN ORTALAMALARININ BAZI SOSYODEMOGRAFİK VERİLERLE İLİŞKİSİ

Kadınların yaşadıkları mahallenin sosyoekonomik düzeyine göre beklenti puan ortalamaları incelendiğinde; alt sosyoekonomik bölgede yaşayanların puan ortalaması 2.59, orta ve üst sosyoekonomik bölgede yaşayan kadınların puan ortalamaları 2.63 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde grupların puan ortalamaları arasında bir fark olmadığı belirlenmiştir ($F=0.86$, $p>0.05$) (Tablo 27).

Sosyoekonomik düzeyi farklı mahallelerde yaşayan kadınların, halk sağlığı hemşirelik hizmetlerine ilişkin beklenti puan ortalamalarının birbirine benzer olması, bu hizmetlerin gerekliliğini ortaya koyması bakımından önemli bulunmuştur.

Eğitim d¼zeyi ilkokul altı olan kadınların puan ortalaması 2.59 iken, ilkokul eğitimi almış kadınların 2.62, ortaokul eğitimi almış kadınların 2.63, YO/fak¼ltesi eğitimi almış kadınların puan ortalaması 2.62 olarak belirlenmiştir. Kadınların eğitim d¼zeyleri ile puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F=0.64$, $p>0.05$) (Tablo 28). Bu sonuç araştırma hipotezini beklenen şekilde doğrulamamıştır.

Tablo 29'da kadınların beklenti puan ortalamalarının yaşadıkları aile tipine g¼re dağılımı verilmiştir. Buna g¼re; çekirdek aile yapısında yaşayan kadınların puan ortalaması 2.61, Ataerkil/geniş aile yapısında yaşayan kadınların 2.66, parçalanmış aile yapısında yaşayan kadınların puan ortalaması ise 2.68 olarak bulunmuştur. Aile tipi ile puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha = 0.05$ ¼nem d¼zeyinde istatistiksel anlamda bir fark bulunmamıştır ($F=1.50$, $p>0.05$) (Tablo 29).

Bu sonuç, bireylerin yaşadıkları aile tipinin hizmet beklentilerini değiştirmedini, her aile yapısında bu t¼r hizmetlere gereksinim duyulduğunu d¼ř¼nd¼rm¼řt¼r.

Halk sağlığı hemşireliğinin temel prensibi; topluma odaklanmaktır, dolayısıyla hizmet alanı da oldukça geniştir. Toplumsal yapı içinde her tip ailede hem akut, hem kronik hasta bakımında, bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesine y¼nelik eğitim ve danışmanlık konusunda ve sağlıkla ilgili ihtiyaç duyulan diğer t¼m konularda halk sağlığı hemşiresine ihtiyaç duyulmaktadır.

Kadınların ailede yaşayan birey sayısına g¼re puan ortalamaları incelendiğinde; 1-3 kişilik ailelerde yaşayan kadınların puan ortalaması 2.63 iken, 4-6 kişilik ailelerde yaşayanların puan ortalaması 2.61, 7-9 kişilik ailelerde yaşayan kadınların puan ortalaması ise 2.68 olarak belirlenmiştir. Ailedeki birey sayısı ile kadınların puan ortalamaları arasındaki fark $\alpha = 0.05$ ¼nem d¼zeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F=1.09$, $p>0.05$) (Tablo 30).

Kadınların beklenti puan ortalamaları ile ekonomik durumları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha = 0.05$ d¼zeyinde anlamlı bir fark bulunmazken, "Gelirinin

giderinden daha fazla olduğunu” ifade eden kadınların puan ortalamaları 2.67, “gelir ve gideri dengeli olan” kadınların puan ortalamaları 2.63, “Gelirinin giderinden az olduğunu” ifade eden kadınların puan ortalamaları ise 2.60 olarak belirlenmiştir (F=2.07, p>0.05) (Tablo 31).

Araştırma kapsamındaki kadınların yaşadıkları aile tipi, eğitim durumları ve ekonomik durumları gibi sosyodemografik değişkenlerle puan ortalamaları arasında yapılan analiz sonuçlarının paralel çıkması, bu değişkenlerin önemli ve ortak sosyoekonomik göstergeler olması ve bileşik etkisinin yansımaları olarak değerlendirilmiştir. Dolayısıyla sonuçlardaki bu paralellik beklenen bir durumdur.

4.8. KADINLARIN PUAN ORTALAMALARININ SAĞLIĞI ÖNEMSEME VE AİLELERİNİN SAĞLIK DÜZEYİNİ ALGILAMA DURUMLARI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Tablo 32’de kadınların sağlığı önemseme dereceleri ile beklenti puan ortalamaları arasındaki ilişki gösterilmiştir. Kadınların “Aile bütünlüğünüzün korunmasında ve sürdürülmesinde önemli olan beş şeyi (olguyu) önem sırasına göre sıralayınız” sorusuna verdikleri yanıtlar doğrultusunda belirlenen sağlığı önemseme derecelerine göre puan ortalamaları incelendiğinde; sağlığı birinci sıraya yerleştiren kadınların puan ortalaması 2.60, beşinci sıraya yerleştiren kadınların puan ortalaması 2.59 olarak belirlenirken, sağlığı hiç sıralamaya almayan kadınların puan ortalaması ise 2.65 olarak bulunmuştur.

Gruplar arasında fark olup, olmadığı varyans analizi ile incelendiğinde, $\alpha = 0.05$ düzeyinde anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır (F=1.40, p>0.05) (Tablo 32).

Kadınların puan ortalamalarına algılanan sağlık düzeyinin etkisi incelendiğinde (Tablo 32), puan ortalamaları bakımından gruplar arasında fark olmadığı belirlenmiştir (F=0.05, P>0.05). Bu sonuç araştırma hipotezini beklenen şekilde doğrulamamıştır.

Görüşme yapılan kadınların ifade ettikleri sağlığı önemseme dereceleri ve sağlığı algılama durumları ile puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaması, sağlıklı ya da hasta olarak insanların yaşamlarının her döneminde gereksinim duydukları sağlık ihtiyacının , sağlık hizmetlerine bir yansımaları olarak

değerlendirilebilir. Çünkü; sağlık ihtiyacı kavramı çok kısa bir şekilde tanımlanacak olursa, bireyin veya toplumun sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılığı şeklinde ifade edilebilir (89). Dolayısıyla kadınların sağlığı önemseme dereceleri ve algılama durumları hangi düzeyde olursa olsun, toplumun, sağlık ihtiyaçları çerçevesinde halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklenti içinde olabilecekleri düşünülebilir.

4.9. KADINLARIN BEKLENTİ PUAN ORTALAMALARININ AİLELERİN SAĞLIK HASTALIK ÖYKÜLERİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Kadınların puan ortalamalarının en çok yararlandıkları sağlık kurumuna göre dağılımı tablo 33'de görülmektedir. Buna göre; üniversite hastanesinden yararlanan kadınların puan ortalaması 2.70, özel hastaneler ve polikliniklerden yararlanan kadınların 2.65, devlet hastanesinden yararlananların 2.63, Sağlık ocağı/AÇSAP'tan yararlanan kadınların ise 2.61'dir (Tablo 33). Kadınların en çok yararlandıkları sağlık kurumunun puan ortalamalarına etkisi olmadığı, gruplar arasında yapılan varyans analizi sonucunda bulunmuştur ($F=1.57$ $p>0.05$).

Ailelerinde doktor tanısı almış hastalığı bulunan birey içeren kadınlarla içermeyenlerin puan ortalamaları arasında yapılan eşit varyanslı t testinde $\alpha =0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.21$, $p>0.05$) (Tablo 34).

Ailelerinde sürekli ilaç kullanan en az bir birey bulunan kadınlarla, bulunmayanların beklenti puan ortalamaları 2.62 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında yapılan eşit varyanslı t testinde istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($t=0.73$, $p>0.05$) (Tablo 35).

Kadınların ailelerinde son bir yıl içerisinde günlük işlerden alıkoyacak düzeyde bir hastalık yaşama durumuna göre puan ortalamaları incelendiğinde; hastalık olgusu yaşayanların puan ortalaması 2.64, yaşamayanların ise 2.61 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında anlamlı bir fark olup, olmadığı test edildiğinde, $\alpha = 0.05$ düzeyinde anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($t=1.13$, $p>0.05$) (Tablo 36).

Ailelerinde hastaneye yatma öyküsü bulunan kadınların beklenti puan ortalamaları ile böyle bir deneyim yaşamayan kadınların beklenti puan ortalamaları arasında yapılan t testinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu sonuç; araştırma hipotezini beklenen şekilde doğrulamamıştır ($t=0.05$, $p>0.05$) (Tablo 37).

Kadınların ailelerinde doktor tanısı almış hastalık bulunması, ailede ilaç kullanan birey bulunması ve ailelerinde hastaneye yatma öyküsü olması beklenti puan ortalamalarını etkilememiştir. Bu bulgular; kadınların sağlıklı ya da hasta her durumda halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklenti içinde olduklarını düşündürmektedir.

4.10. KADINLARIN PUAN ORTALAMALARI İLE HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİK HİZMETLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamındaki kadınlara “Sizce hemşireler hastane dışında da çalışırlar mı?” sorusu yöneltildiğinde; “Evet” yanıtını veren kadınların beklenti puan ortalaması (2.64), “Hayır” yanıtı veren kadınların puan ortalamasından (2.58) $\alpha = 0.01$ önem düzeyinde istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($t=2.55$, $p<0.05$) (Tablo 38). Bu sonuç; kadınların, hemşirelerin hastane dışında çoğunlukla sağlık ocakları ve AÇSAP merkezlerinde çalışabileceklerine ilişkin farkındalıklarını göstermektedir. Dolayısıyla bu farkındalıkları hizmet beklentilerini de etkilemektedir.

Tablo 39’da kadınların puan ortalamalarının halk sağlığı hemşirelik hizmetlerini önemseme derecelerine göre dağılımı verilmiştir. Bu hizmeti “çok” önemli bulduğunu ifade eden kadınların puan ortalaması 2.63, “orta” derecede önemli bulduğunu ifade edenlerin 2.62, “az” önemli bulduğunu ve “hiç” önemli bulmadığını ifade edenlerin oluşturduğu grubun puan ortalaması ise 2.44 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında yapılan varyans analizinde $\alpha = 0.05$ düzeyinde anlamlı bir fark saptanmıştır ($F=7.70$, $p<0.05$) (Tablo 39). Bu farkın puan ortalaması en yüksek grup olan birinci gruptan kaynaklandığı Scheffe testi ile belirlenmiştir. Araştırma hipotezinde belirtildiği gibi kadınların halk sağlığı hemşirelik hizmetlerini önemseme derecesi arttıkça puan ortalamaları da artmaktadır. Bu da beklendik bir sonuçtur.

Tablo 40'da kadınların halk sağlığı hemşiresini tanımaları, halk sağlığı hemşirelik hizmetlerini önemseme dereceleri ve hemşirenin hastane dışında çalışması konusunda görüşlerinin beklenti puan ortalamalarına etkisini incelemek üzere yapılan çoklu regresyon analizinde bu etkenlerin kadınların beklenti puan ortalamalarının %4.0'luk bölümünü tanımladığı saptanmıştır ($r = 0.21$, $R^2 = 0.04$, $p < 0.01$) (Tablo 40). Bu sonuç; kadınların beklenti puan ortalamalarında bu üç değişken dışında pek çok faktöründe etkili olabileceğini ortaya koymaktadır.

4.11. KADINLARIN HASTALIK OLGUSU DURUMUNDA EVDE HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİ İLE BU HİZMETİ İSTEME DERECELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Taburcu hasta olan ailelerde kadınların evde hasta bakımında yardım ve destek hemşirelik bakım gereksinimlerine ilişkin beklentilerinin evde hastanın bakımında yardıma ihtiyaç duyma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; evde hemşirelik bakım hizmetini "Çok" isteyen kadınların %77.6'sı, bu bakımı "Orta" derecede isteyen kadınların da %50.9'u taburculuk sonrası bakıma ihtiyaç duymaktadır. Bu tür bir hizmeti "Az" derecede isteyen kadınların %56.3'ünün, "Hiç" istemeyenlerin ise %83.3'ünün taburculuk sonrası dönemde yardıma ihtiyaç duymadığı belirlenmiştir. Evde hemşirelik hizmeti isteme derecesi ile taburculuk sonrası bakıma ihtiyaç duyma arasında yapılan Yates düzeltilmeli X^2 testinde $\alpha = 0.01$ önem düzeyinde anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=23.61$, $p < 0.01$) (Tablo 41). Bu farkın taburculuk sonrası bakıma ihtiyaç duyan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Dolayısıyla kadınlar yaşanmış bir durum (hastalık) nedeniyle evde hemşirelik bakım gereksiniminin öneminin farkındadır ve beklentileri de bu doğrultudadır.

Kadınların hasta bireylerin bakımı sırasında evde gereksinim duydukları hemşirelik bakımını isteme durumları ile verilen bu bakımın aileyi etkileme derecesi arasındaki ilişki tablo 42'de gösterilmiştir. Buna göre; evde hemşirelik bakımını "Çok" istediğini ifade eden kadınların %69.1'inde böyle bir bakımı kendileri verdiklerinde, ailenin etkilenme derecesinin de "Çok" olduğu, aynı şekilde evde bakımı "Orta" düzeyde isteyen kadınların %55.9'unda ailenin etkilenmesinin "Orta" derecede olduğu saptanmıştır. Diğer taraftan hastalık durumunda evde hemşirelik bakımını

“Hiç” istemediğini ifade eden kadınların %33.3’ü ise “Hastaya bakım verilmesi ailenizi ne derece etkile di?” sorusuna “Az derecede” yanıtını vermiştir. Gruplar arasında yapılan Yates düzeltmeli X^2 analizi sonucu anlamlı bir fark belirlenmiştir ($X^2=49.82$, $p<0.01$) (Tablo 42). Ailenin bakımdan etkilenme derecesi ile evde hemşirelik bakım isteği arasındaki ilişkinin yönünü (doğrusallığını) göstermek için yapılan Spearman korelasyon analizinde pozitif (+) yönde bir ilişki bulunmuştur. Ailenin hastalıktan etkilenme derecesi arttıkça, evde hemşirelik bakım isteği de artmaktadır ($r=0.46$, $p<0.01$).

Hastalık olgusu yaşanmayan ailelerde kadınlara “Ailenizde herhangi bir hastalık durumu yaşanacak olsa bireye verilecek bakım sırasında hemşirenin yardım etmesini, bakmasını ne derece ister diniz?” ve “Hastaya bakım verilmesi aileyi ne derece etkiler di?” şeklinde varsayımlı sorular yöneltildiğinde; olası bir hastalık durumunun aileyi “çok” etkileyeceğini ifade eden kadınların %66.4’ü evde hemşirelik bakımını “çok” derecede isterken, ailenin “orta” derecede etkileneceğini ifade eden kadınların %53.1’i evde hemşirelik bakımını “Orta” derecede istediğini belirtmiştir. Ayrıca olası bir hastalık durumunda ailenin “orta” derecede etkileneceğini belirten kadınların %43.3’ü evde bu tür bir hizmeti “hiç” istemediğini ifade etmiştir. Ailenin hastalıktan etkilenme derecesi ve evde hemşirelik bakım isteği arasındaki ilişki test edildiğinde, $\alpha = 0.01$ önem düzeyinde anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=55.24$, $p<0.01$) (Tablo 43). Yapılan ileri analizde (spearman korelasyon) ailenin hastalıktan etkilenme derecesi ile evde hemşirelik bakım isteği arasında pozitif (+) yönde doğrusal bir ilişki saptanmıştır ($r=0.42$, $p<0.01$).

Hem hastalık olgusu yaşanan ailelerde hem de yaşanmayan ailelerde kadınların, hastalığın aileyi etkileme derecesinin artışına paralel olarak evde daha fazla hemşirelik bakım hizmetini istemesi, toplumun bu hizmetin gerekliliğinin farkında olduğunu düşündürmektedir.

B. SONUÇ

* Araştırma kapsamına giren ailelerin çoğunluğunun (%87.0) çekirdek aile yapısında olduğu saptanmıştır. Ailelerin %59.8'i 4-6 kişiden oluşmaktadır. Ortalama kişi sayısı 3.97 ± 0.07 'dir.

* Ailelerin %21.2'si İzmir'in yerlisi iken, %78.8'i değildir. 10 yıl ve daha uzun bir süredir İzmir'de oturan ailelerin oranı %50.9'dur. Ortalama oturma yılı 14.31 ± 0.62 'dir

* Gaziemir de araştırma kapsamına giren ailelerin %24.3'ü alt sosyoekonomik yapıda, %30.2'si orta, %45.5'i üst sosyoekonomik yapıda yer alan mahallelerde yaşamaktadır. Ailelerin %57.8'inin apartman tipi konutta, %38.6'sının tek veya çok katlı bağımsız konutta oturduğu belirlenmiştir. Ailelerin %5.8'i iki odalı, %39.0'ı üç odalı, %53.0'ı dört odalı konutlarda oturmaktadır. Bir odaya düşen ortalama kişi sayısı 1.18 ± 0.02 'dir. Oturulan konutların büyük bir çoğunluğunda (%92.3) tuvalet banyo konutun içindedir.

* Ailelerin %47.6'sının gelir ve gideri dengeli, %41.3'ünün geliri giderine göre az olarak belirlenmiştir. Ailelerin yarısından fazlasının (%55.6) herhangi bir ihtiyaç durumunda hiçbir sosyal destek almadığı saptanmıştır. Maddi veya manevi sosyal destek aldığını belirten (%44.4) ailelerin %57.1'i akrabadan, %31.6'sı arkadaştan yardım almaktadır.

* Araştırma kapsamında görüşme yapılan kadınların ifadelerine göre; ailelerin %19.0'ı SSK, %22.5'i Devlet Hastanesi, %13.0'ü Üniversite hastanesi, %15.1'i Sağlık ocağı/AÇSAP, %19.8'i Askeri Hastaneden yararlanmaktadır.

* Araştırma kapsamına giren ailelerde yaşayan bireylerin %49.6'sının kadın, %50.4'ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Aile bireylerinin çoğunluğu 0-14 yaş grubu (%22.1) ve 15-24 yaş grubu (%22.0) olduğu saptanmıştır. Bireylerin yaş ortalaması 29.72 ± 0.44 'dür.

*Bireylerin %29.2'sinin bekar, %64.9'unun evli olduğu, %29.9'unun ilkokul mezunu, %19.2'sinin ortaokul mezunu, %28.1'inin lise ve %17.5'inin yüksekokul/üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Çoğunluğu (%34.5) "büro, fikir işçisi, asker" meslek grubunda yer alırken, %12.9'unun emekli olduğu saptanmıştır. Sosyal güvencesi olduğu belirlenen 1160 bireyin sağlık hizmetleri için en çok (%37.5) Emekli Sandığından yararlandığı saptanmıştır.

* Araştırma kapsamında görüşme yapılan kadınların çoğunluğunun (%35.7) 35-44 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Kadınların yaş ortalaması 40.96 ± 0.58 'dir. Kadınların %90.7'sinin evli olduğu, yarısından fazlasının (%52.4) ortaokul ve üzeri eğitim almış olduğu saptanmıştır. Kadınların %5.0'ı zanaatkar, kalifiye işçi, %15.9'u büro, fikir işçisi, %4.5 kalifiye olmayan işçi, %1.3'ü yönetici işkadını olarak meslek yaşamlarını sürdürürken, %5.5'i emeklidir, %87.4'ünün sosyal güvencesi bulunmaktadır.

* Sağlığı önemseme durumlarını değerlendirmek üzere, kadınlara yöneltilen sıralama sorusunda kadınların %24.1'i sağlığı 1. sıraya yerleştirirken, %9,5'i 5. sıraya yerleştirmiştir. Kadınların %39.3'ü ise sağlığa bu sıralamada hiç yer vermemiştir. Algılanan sağlık durumuna göre kadınların %56.6'sı ailelerinin sağlık düzeyini "iyi" olarak değerlendirirken, % 25.9 oranında kadın "orta", %3.5 oranında kadın "kötü" şeklinde bir değerlendirme yapmıştır.

* Görüşme yapılan kadınların %35.4'ü ailelerinde doktor tanısı almış hastalığı bulunan birey olduğunu ifade ederken, bu bireylerin %26.0'sında dolaşım sistemi hastalıkları, %15.2'sinde beslenme ve metabolizma hastalıkları, %12.1'inde kemik-kas sistemi ve bağ dokusu hastalıkları bulunmaktadır.

* Araştırma kapsamındaki bireylerin 1/3'ü (%31.7) sürekli ilaç kullanmaktadır. İlaç kullanan birey bulunan ailelerin %30.0'unda en az bir kişinin ilacı kullanırken yardıma ihtiyaç hissettiği belirtilmiştir. İlaç kullanan 199 bireyin kullandıkları ilaçlar incelendiğinde; %19.2 oranıyla antihipertansifler, %12.6 oranıyla antidiyabetikler, %10.1 oranıyla antilipidler, %7.0 oranıyla antiromatizmal ilaçlar, %4.5 oranıyla da antiasit grubu ilaçlar en sık kullanılan ilaçlar içinde ilk beş sırada yer almaktadır.

* Kadınların ifadelerine göre; son bir yıl içinde ailelerin %37.0'ında onu günlük işlerden alıkoyacak derecede bir hastalık durumu geçiren en az bir birey bulunmaktadır. Ailelerin %72.1'inde hastalık nedeniyle yatakta gün geçirmiş en az bir birey bulunduğu saptanmıştır. Bireylerin yaklaşık yarısı (%45.6) hastalık nedeniyle yatakta 1-7 gün geçirmiştir. Hasta olup da, hastalığı ayakta geçiren birey içeren aile oranı araştırma kapsamında %27.9 olarak bulunmuştur. Son bir yıl içinde yaşanan hastalık durumunda bireylerin büyük bir çoğunluğunun (%69.3) tedavi amacıyla doktora gittiği belirlenmiştir. 17 başlıklı listeye göre gruplandırılan hastalıklar içinde; enfeksiyon ve paraziter hastalıklar %31.8 oranı ile birinci, solunum sistemi hastalıkları ve kemik-kas sistemi, bağ dokusu hastalıkları %10.1 ile ikinci, ürogenital sistem hastalıkları %7.4 oranı ile üçüncü sıradadır.

* Son bir yıl içinde hastalık olgusu yaşanan ailelerde hasta bireylerin bakım gereksinimlerinin %69.3 oranında “evdeki eş, anne” tarafından karşılandığı, bunun yanısıra hastalık olgusu yaşanmayan ailelerde de böyle bir durum yaşanması halinde hasta bireyin bakım gereksinimlerine %65.1’ oranında “evdeki eş, anne”nin destek vereceğisaptanmıştır. Görüşme yapılan kadınlar, hasta bireylere verilen desteğe, bakıma yönelik sorumluluk ve yükümlülükler açısından, ailelerinin %53.6’sının “çok”, %31.4’ünün “orta” derecede etkilendiğini belirtmişlerdir. Bu bakım nedeniyle ailelerin %36.4’ü aile düzeni açısından etkilenirken, %37.2’si her yönden (ekonomik, psikolojik, sosyal) etkilenmişlerdir. Son bir yılda ailelerinde hastalık olgusu yaşayan kadınların yarısından fazlası (%57.9) hasta bireyin bakımı sırasında evde gereksinim duydukları hemşirelik bakımını “çok” istediklerini belirtirken, %8.6’sı bu bakımı “hiç” istememektedir. Hastalık olgusu yaşanmayan ailelerde ise, hastalık yaşanması durumunda bireye bakım verilmesinin ailelerin %44.9’unu “çok”, %37.8’ini “orta” derecede etkileyeceği saptanmıştır. Bu bakım nedeniyle ailelerin %35.7’sinin aile düzeni %31.1’inin her yönden (ekonomik, psikolojik, sosyal) etkileneceği saptanmıştır. Hastalık yaşanması durumunda, kadınların %48.7’si hasta bireyin bakımı sırasında hemşirelik bakım hizmetini “çok” isteyeceklerini ifade etmiş, %12.6’sı ise böyle bir hizmeti “hiç” istemediğini belirtmiştir.

* Araştırma kapsamındaki ailelerin %50.3’ü herhangi bir hastalık durumunda hastaneye yatma öyküsü bulunan birey içermektedir. Hastaneye yatma deneyimi olan ailelerin neredeyse yarısında (%47.4) hastanede kalış süresi 1-7 gündür. Ailelerin %74.7’sinde hasta bireye yattıkları sürece bir yakınının refakat ettiği belirlenmiştir. Ailelerinde taburculuk deneyimi ifade eden kadınların 2/3’si (%63.2) evde hasta bireyin bakımı için yardıma gereksinim duyulduğunu ifade etmiştir. Araştırma kapsamında taburcu hasta olan ailelerde kadınların %93.7’si olmayan ailelerde ise kadınların %92.2’si taburculuk sonrası dönemde hasta bireyin evde bakımında hemşirenin bakımı üstlenmesi ve desteklemesini isterken, her iki aile grubunda da küçük bir bölüm bu bakımı istememektedir.

* Kadınların %62.7’si hemşirelerin hastane dışında da çalışabileceği görüşünü onaylarken, %37.3’ü onaylamamıştır. Hemşirelerin hastane dışında hangi alanlarda çalışabileceği sorusuna ise; en çok (%43.5) özel poliklinik ve hastanelerde çalışabileceği, ikinci sırada da (%34.2) sağlık ocağı ve ana çocuk sağlığı merkezlerinde çalışabileceği yanıtını vermişlerdir. Kadınların yarısından fazlası (%64.6) evlerine hizmet amacıyla hemşire geldiğini ifade etmiştir. Bu kadınlara

hemşirenin eve gelme nedeni sorulduğunda sırasıyla; “aşı uygulaması için”, “ana çocuk sağlığı hizmetleri kapsamında izlem amacıyla”, “enjeksiyon yapmak için” yanıtını vermişlerdir. Kadınların büyük bir çoğunluğu (%84.4) en az bir kez, oturduğu çevrede kendisine en yakın sağlık ocağına gittiğini belirtirken, çok az kadın (%10.0) “Halk sağlığı hemşiresi” adı ile görev yapan bir hemşire duyduğunu ifade etmiştir. Ülkemizde hemşirelerin ev ortamında sağlığı koruyucu ve tedavi edici hizmet sunumlarını kadınların %58.2’si “tamamen yetersiz” bulmaktadır. Kadınların %73.5’i halk sağlığı hemşirelik hizmetlerini “çok” önemli bulunduğunu ifade ederken, %1.1 gibi oldukça küçük bir grup önemsiz bulunduğunu belirtmiştir.

* Kadınların halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklentilerine ilişkin genel ölçek puan ortalaması 2.62, bakım verici rolüne ilişkin alt ölçek puan ortalaması 2.65, eğitim rolüne ilişkin alt ölçek puan ortalaması 2.64, danışman rolüne ilişkin alt ölçek puan ortalaması 2.57, lider rolüne ilişkin alt ölçek puan ortalaması 2.60, hemşirenin değişim ajanı rolüne ilişkin alt ölçek puan ortalaması 2.66, araştırmacı rolüne ilişkin alt ölçek puan ortalaması 2.55 olarak saptanmıştır. Kadınların ölçek maddelerine verdikleri yanıtların puan dağılımı 41 ile 81 puan arasında değişim gösterirken, %81.5 oranında kadının toplam puanlarının 65-78 puan arasında dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Ayrıca genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları arasında yapılan analizde olumlu yönde korelasyon saptanmıştır.

* Kadınların halk sağlığı hemşiresinin bakım verici rolüne ilişkin alt ölçek maddelerinden “Hastalık durumunda hem sağlık ocağında, hem de evde hasta bireyin bakımı konusunda aileye destek olması” maddesi ve “Hemşirenin belirli aralarla eve gelmesi, öncelikle ailedeki gebe, bebek ve 0-6 yaş grubu çocukları muayene ederek, sağlık sorunlarını belirleyip, aileyi yönlendirmesi” maddesinin en yüksek puan ortalamasını (2.82) aldığı görülmektedir. “Hemşirenin belirli aralarla eve gelmesi, ailedeki herkesi muayene ederek, sağlık sorunlarını erken dönemde belirleyip, aileyi yönlendirmesi” maddesinin puan ortalaması da 3’e yakın bir değer 2.80 olarak bulunmuştur .

* Halk sağlığı hemşiresinin sağlık eğitimcisi rolüne ilişkin alt ölçekte “Hemşirenin kazaya neden olabilecek durumlar konusunda aile bireylerini uyarması” maddesinin puan ortalaması (2.75) oldukça yüksek bulunmuştur. “Ailedeki bireylerin kendi sağlık sorunlarını erken dönemde farkedip, gerekli yardımı alabilmeleri için onlara sağlık/hastalık konusunda bilgi vermesi” maddesinin puan ortalaması 2.70, “Sağlığa

zararlı alışkanlıklar (sigara, alkol..) konusunda aileyi ve toplumu bilgilendirmesi” maddesinin puan ortalaması 2.65 olarak saptanmıştır.

* Hemşirenin danışman rolüne ilişkin alt ölçek maddelerinin puan ortalamalarında “Ailelere sağlık konusunda başvurabilecekleri kurumları tanıtması” maddesinin puan ortalaması 2.73’dür. Aynı alt ölçeğin “Okulda öğrencilere, ailelere ve öğretmenlere sağlık konusunda danışmanlık yapması” maddesinin puan ortalaması 3’e yakın bir değer 2.67 olarak bulunurken, “İş yerinde çalışan işçilere sağlığın korunması ve sürdürülmesinde danışmanlık yapması” maddesinin puan ortalaması 2.43 olarak düşük bir değer bulunmuştur.

* Halk sağlığı hemşiresinin liderlik rolüne ilişkin alt ölçek maddelerinden “Daha sağlıklı bir okul ortamı için gerek duyulan sağlık hizmetlerinin oluşturulmasında öncülük yapması” maddesinin puan ortalaması 2.61, “Toplumda ailenin sağlığının geliştirilmesi için örn; sigarayı bırakma kampanyası gibi.. çeşitli organizasyonlar ve kampanyalar düzenlemesi” maddesinin ve “Ailedeki tüm bireyleri ve toplumdaki kişileri sağlığın korunması ve sürdürülmesini desteklemeleri konusunda yönlendirmesi” maddesinin puan ortalamaları ise 2.60 olarak saptanmıştır

* “Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli sağlık alışkanlıklarının kazanılmasında (egzersiz, beslenme gibi..) aile bireylerini yönlendirmesi” maddesinden oluşan halk sağlığı hemşiresinin değişim ajanı rolüne ilişkin alt ölçeğin puan ortalaması 2.66 olarak bulunmuştur.

* Halk sağlığı hemşiresinin araştırmacı rolüne ilişkin “Aileye sunulan sağlık hizmetinin daha iyi olması için araştırmalar yapması” alt ölçek maddesine kadınların verdikleri yanıtların puan ortalaması 2.54 olarak belirlenmiştir.

* Kadınların eğitim düzeyleri, yaşadıkları mahallenin sosyoekonomik düzeyi, yaşadıkları aile tipi, ailede yaşayan birey sayısı, ekonomik durumları gibi sosyodemografik değişkenlerin beklenti puan ortalamalarına etkisi olmadığı yapılan istatistiksel analizler sonucu belirlenmiştir.

* Kadınların ifade ettikleri sağlığı önemseme dereceleri ve sağlığı algılama durumları ile puan ortalamaları arasında $\alpha = 0.05$ düzeyinde anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ($F=1.40$, $p>0.05$), ($F=0.05$, $P>0.05$).

* Kadınların en çok yararlandıkları sağlık kurumunun puan ortalamalarına etkisi olmadığı, gruplar arasında yapılan varyans analizi sonucunda bulunmuştur ($F=1.57$ $p>0.05$).

* Ailelerinde doktor tanısı almış hastalığı bulunan birey içeren kadınlarla içermeyenlerin puan ortalamaları arasında yapılan eşit varyanslı t testinde $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.21, p>0.05$)

* Kadınların beklenti puan ortalamaları ile ailelerinde sürekli ilaç kullanan birey bulunma durumu arasındaki ilişki eşit varyanslı t testi ile analiz edildiğinde istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($t=0.73, p>0.05$).

* Kadınların ailelerinde son bir yıl içerisinde günlük işlerden alıkoyacak düzeyde bir hastalık yaşama durumuna göre puan ortalamaları incelendiğinde; hastalık olgusu yaşayanların puan ortalaması 2.64, yaşamayanların ise 2.61 olarak belirlenmiştir.

Gruplar arasında anlamlı bir fark olup, olmadığı test edildiğinde, $\alpha = 0.05$ düzeyinde anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($t=1.13, p>0.05$)

* Kadınların, ailelerinde hastaneye yatma öyküsü bulunmasının beklenti puan ortalamalarına etkisi olmadığı belirlenmiştir ($t=0.05, p>0.05$).

* Kadınların "hemşirenin hastane dışında çalışıp, çalışamayacağı" sorusuna verdikleri yanıtlara göre puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır ($t=2.55, p<0.05$).

* Kadınların halk sağlığı hemşirelik hizmetlerini önemseme dereceleri ile puan ortalamaları arasında yapılan varyans analizinde $\alpha = 0.05$ düzeyinde anlamlı bir fark saptanmıştır ($F=7.70, p<0.05$). Bu farkın puan ortalaması en yüksek grup olan birinci gruptan kaynaklandığı Scheffe testi ile belirlenmiştir.

* Kadınların halk sağlığı hemşiresini tanımaları, halk sağlığı hemşirelik hizmetlerini önemseme dereceleri ve hemşirenin hastane dışında çalışması konusunda görüşlerinin beklenti puan ortalamalarına etkisini incelemek üzere yapılan çoklu regresyon analizinde bu etkenlerin kadınların beklenti puan ortalamalarının %4.0'lık bölümünü tanımladığı saptanmıştır.

* Taburcu hasta olan ailelerde kadınların evde hasta bakımında yardım ve destek hemşirelik bakım gereksinimlerine ilişkin beklentilerinin, evde hastanın bakımında yardıma ihtiyaç duyma durumları ile ilişkisi incelendiğinde, Yates düzeltilmeli X^2 testinde $\alpha = 0.01$ önem düzeyinde anlamlı bir fark saptanmıştır. ($X^2=23.61, p<0.01$) Bu farkın taburculuk sonrası bakıma ihtiyaç duyan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

* Kadınların hasta bireylerin bakımı sırasında evde gereksinim duydukları hemşirelik bakımını isteme durumlarının beklenti puan ortalamalarına etkisi gruplar arasında yapılan Yates düzeltmeli X^2 analizi sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=49.82$, $p<0.01$). Yapılan ileri analizde (Spearman korelasyon) ailenin bakımdan etkilenme derecesi ile evde hemşirelik bakım isteği arasında (+) yönde bir ilişki bulunmuştur. Ailenin hastalıktan etkilenme derecesi arttıkça, evde hemşirelik bakım isteği de artmaktadır ($r=0.46$, $p<0.01$).

*Hastalık olgusu yaşanmayan ailelerde, hastalık durumu yaşanacak olsa "Bireye verilecek bakım sırasında hemşirenin yardım etmesini, bakmasını ne derece isterdiniz?" ve "Hastaya bakım verilmesi aileyi ne derece etkilerdi?" şeklinde varsayımlı sorular yöneltildiğinde, gruplar arasında yapılan analiz sonucu $\alpha = 0.01$ önem düzeyinde anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=55.24$, $p<0.01$). İleri analiz amacıyla yapılan Spearman korelasyon analizi sonucunda ailenin hastalıktan etkilenme derecesi ile evde hemşirelik bakım isteği arasında pozitif (+) yönde doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.42$, $p<0.01$).

ÖNERİLER

Toplumun halk sağlığı hemşirelik hizmetlerine yönelik beklentilerinin incelendiği bu çalışmada her düzeyde sosyoekonomik bölgede yaşayan bireylerin, ailelerin bu tür hizmetleri beklediği, gereksinim duyduğu saptanmıştır. Ancak ülkemizde mevcut sağlık hizmetleri kapsamında bu beklentilerin karşılanmadığı, halk sağlığı hemşireliği alanında yapılan çalışmalarda ortaya konmaktadır. Oysaki toplumun genel sağlık düzeyi, sağlık bakım gereksinimleri ve beklentileri ülkemiz için geliştirilecek halk sağlığı hemşirelik modelinin kaynağını oluşturmaktadır.

Kentsel bölgede toplumun halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklentilerine cevap vermek amacıyla geliştirilecek halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinin planlanmasında; sağlık ve eğitim kurumlarına ve bu kurumlarda çalışan personele aşağıdaki öneriler getirilebilir;

* Üniversitelerin ve Sağlık Bakanlığının ortak çalışmalarıyla, Halk Sağlığı Hemşireliği alanında hizmet planlamasına yönelik yeni düzenlemelerin gerçekleştirilmesi, bunu yaparken, bu konuda otorite olarak Hemşirelik Yüksekokullarında Halk Sağlığı Hemşireliği alanında çalışan akademisyenlerin görüşlerinin alınması,

* Halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinin planlanmasında kentlerin sosyodemografik özelliklerinin göz önüne alınması ve bu doğrultuda, uygulanacak stratejilerin ve hizmet yaklaşımının belirlenmesi,

* Bu araştırmanın kiş ve sonbahar aylarında yapılmış olmasından dolayı toplumda enfeksiyon hastalıkları yaygın görülmüştür. Ancak farklı mevsimlerde yapılacak çalışmalarda başka sağlık sorunları ortaya çıkabilir. Bu nedenle hizmet planlamasında, yılın değişik zamanlarında araştırmaların yapılması, sağlık sorunlarının belirlenmesi, bunlara yönelik hemşirelik hizmet planlamasında gerekli insan gücü potansiyelinin kapasite hesaplama modelleriyle hesaplanması,

* Büyük bir çoğunluğu II. basamak hizmetlerde çalışan hemşirelerin I. basamak hizmetlere kaydırılması,

* Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri arasında sevk zincirinin işletilmesi. Bu kapsamda hemşirelik hizmetlerinin de örgütlenmesi, yasal düzenlemelerle sağlık örgütlenmesinde bağlantı (liazon) hemşirelerinin de görev alması,

*Hemşirelerin evde bakım hizmetlerini yürütmeleri ile ilgili standartların belirlenmesi ve yasalarla desteklenmesi,

*Halk Sağlığı Hemşirelerinin toplumun sağlık göstergelerinin analizi ve yorumlanmasında etkin rol alması, her sağlık olgusu için bakım verecek halk sağlığı hemşiresinin bakım standartlarının belirlenmesi,

* Evde hemşirelik bakımının planlanmasında halkın beklentilerinin belirlenmesine yönelik başka çalışmaların planlanması,

* Hemşirelerin toplumda yaygın olan akut ve kronik hastalıklar doğrultusunda hastalıktan korunma, bakım, hastalığın yönetimi gibi konularda sağlık eğitim programları oluşturarak, birinci basamak sağlık merkezlerinde bu eğitimi gerçekleştirmesi,

* Hemşirelerin ilaçların doğru kullanımı konusunda toplumu bilgilendirmesi, bunu gerçekleştirmeleri için de farmakoloji bilgilerinin yeterli olması,

* Bu çalışma sonucunda; toplumun, halk sağlığı hemşiresinin bakım verici rolünü okul, iş yeri, ev gibi.. bir çok alanda önemseyiği belirlenmiştir. Bu gereklilik göz önüne alınarak, hemşirelik okullarında eğitim alan öğrencilerin bu donanımla yetiştirilmesi,

* İşçi sağlığı ve okul sağlığı hemşirelik hizmetlerinin yasal düzenlemelerle yaygınlaştırılması,

* Ebelik hizmetleri ile hemşirelik hizmetlerinin tamamen ayrılması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde halk sağlığı hemşiresinin görev ve sorumluluklarının genişletilmesi,

* Halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinin maliyet etkinlik sonuçlarına yönelik araştırmaların planlanması,

* Halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinin ve sağlık ocaklarının topluma tanıtılması konusunda medya, hemşirelik mensupları ve hemşirelik okullarının ortak çaba göstermesi,

* Halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinin sunumunda halkında katılımının sağlanması, sağlığın korunması ve sürdürülmesini destekleyen toplum temelli eğitim ve danışmanlık projelerinin planlanması,

* Halkın hizmet beklentisi ve gereksinimleri doğrultusunda hizmet verecek bir halk sağlığı hemşiresi modeli göz önüne alınarak, hemşirelik eğitim programlarının bu yönde planlanması,



ÖZET**Toplumun Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentilerinin Belirlenmesi**

Toplumun temel birimi olarak aile, toplumun vazgeçilmez bir kurumudur. Ailedeki her bireyin sağlık hakkındaki kararları, değerleri, davranışları aile sağlığını, bu da toplum sağlığını etkiler. O halde halk sağlığı hemşiresi tüm nüfusun sağlığı için, bunun karar ve sorumluluğu içinde primer odak olarak aile ünitesine verilen hizmetlerle toplum sağlığının gelişmesine katkıda bulunur. Sağlıklı bir ailenin gelişiminde ailedeki bireylerin her yaş dönemindeki sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanması ve desteklenmesi gerekir. Bunun için de halk sağlığı hemşiresi ailenin hizmet beklentilerini, gereksinimlerini ve bunlara etki eden faktörleri çok iyi tanımlamalıdır. Bu bakış açısıyla, toplumun halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklentilerini belirlemek ve bu doğrultuda kentsel bölgede geliştirilecek halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinin planlanmasına ve geliştirilmesine yönelik veri tabanı oluşturmak amacıyla bu araştırma planlanmıştır.

Tanımlayıcı tipte bir alan araştırması özelliği taşıyan bu çalışma 1 Ocak-15 Mayıs 2001 tarihleri arasında İzmir iline bağlı Gaziemir ilçesinde sosyoekonomik düzeyine göre belirlenmiş 3 mahallede, ev ziyaretleri yapılarak, ailelerin doğrudan bakımından sorumlu kişi ile (ev hanımı) bire bir görüşme yoluyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen veri formları kullanılmıştır. Bu formlar; anket formu ve halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklentileri belirleme ölçeği (HHBB) olmak üzere toplam 86 soruyu içeren iki bölümden oluşmuştur. Halk Sağlığı Hemşirelik Hizmetlerinden Beklentileri Belirlemek amacıyla geliştirilen ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısı $\alpha = 0.76$ olarak saptanmıştır. Araştırma verileri yüzdeler, hesapları, varyans analizi, t testi, ki-kare, korelasyon ve çoklu regresyon analizleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamına giren ailelerin %24.3'ü alt sosyoekonomik yapıda, %30.2'si orta, %45.5'i üst sosyoekonomik yapıda yer alan mahallelerde yaşamaktadır. Ailelerin büyük bir çoğunluğu (%87.0) çekirdek aile yapısındadır ve ortalama kişi sayısı 3.97 ± 0.07 'dir. Araştırma kapsamında görüşme yapılan kadınların çoğunluğunun (%90.7) evli olduğu, eğitim düzeyinin ilköğretim ve üzeri olduğu (%88.1), yarısından fazlasının (%67.7) herhangi bir işte çalışmadığı ve yaş ortalamalarının 40.96 ± 0.58 olduğu saptanmıştır.

Kadınların halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinden beklentilerine ilişkin genel ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları arasında yapılan analizde olumlu yönde korelasyon saptanmıştır. Alt ölçek puan ortalamaları arttıkça, genel ölçek puan ortalamaları da artmaktadır.

Kadınların beklenti puan ortalamalarının yaşadıkları mahallenin sosyoekonomik düzeyine, eğitim düzeylerine, yaşadıkları aile tipine, ailede yaşayan birey sayısına, ekonomik durumlarına göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Ayrıca kadınların ailelerinde doktor tanısı almış hastalık bulunması, ailede ilaç kullanan birey bulunması ve ailelerinde hastaneye yatma öyküsü olması da beklenti puan ortalamalarını etkilememiştir.

Kadınların beklenti puan ortalamaları ile halk sağlığı hemşirelik hizmetlerini önemseme dereceleri ($F=7.70$, $p<0.05$), hemşirenin hastane dışında çalışması konusundaki görüşleri ($t=2.55$, $p<0.05$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Taburcu hasta olan ailelerde evde hemşirelik hizmeti isteme derecesi ile taburculuk sonrası bakıma ihtiyaç duyma arasında yapılan analizde anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=23.61$, $p<0.01$) Bu farkın taburculuk sonrası bakıma ihtiyaç duyan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hem hastalık olgusu yaşanan ailelerde hem de yaşanmayan ailelerde kadınların, hasta bireylerin bakımı sırasında evde gereksinim duydukları hemşirelik bakımını isteme durumları ile verilen bu bakımın aileyi etkileme derecesi arasında pozitif (+) yönde bir ilişki bulunmuştur. Ailelerin hastalıktan etkilenme dereceleri arttıkça, evde hemşirelik bakım istekleri de artmaktadır.

Tüm bu veriler ışığında; kentsel alanda halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinin ivedilikle planlanması, bu planlama yapılırken, kentlerin sosyodemografik özelliklerinin göz önüne alınması ve bu doğrultuda, uygulanacak stratejilerin ve hizmet yaklaşımının belirlenmesi, büyük bir çoğunluğu II. Basamak hizmetlerde çalışan hemşirelerin I. basamak hizmetlere kaydırılması, işçi sağlığı ve okul sağlığı hemşirelik hizmetlerinin yasal düzenlemelerle yaygınlaştırılması, halk sağlığı hemşirelik hizmetlerinin maliyet etkinlik sonuçlarına yönelik araştırmaların planlanması konusunda öneriler getirilmiştir.

SUMMARY

Determining The Expectations of The Public Related to Community Health Nursing Services

The family, as the principle unit of the society, is an institution of society that cannot be given up. Decisions, values and behaviors related to health of every member of the family effect the family's health, this in turn effects the health of the society. In this case, for health of entire population a community health nurse, who possesses this responsibility and determination, contributes to the development of society's health and to the services provided to family unit as a primary focal point. In the development of a healthy family, family members health care needs, which belong to each age periods, should be fulfilled and supported. Therefore, community health nurse should very well identify the service expectations and needs of the family and the factors affecting these. By this point of view, this research was planned so that the expectations of the public from health care nursing services could be determined and a data base aimed at planning and developing of community health nursing services that will be developed within the urban region, was constituted.

This research that possesses the descriptive type of features of a field investigation, was carried out within three districts of Gaziemir Country of City of Izmir, that were designated according to their socioeconomic levels, by visiting homes and personally interviewing the persons responsible for the direct care of the family (housewife) between the dates of 10 January through 15 May 2001. During data collection the data forms developed by the researcher were used. These forms, survey form and the scale, which was used to determine the expectations from community health nursing services, consisted of two parts that contain 86 questions totally. Cronbach Alpha Coefficient of the scale, which was developed in order to determine the expectations from community health nursing services, was established as $\alpha = 0.76$. The percentage estimations of research data were evaluated by using variance analysis, *t* test, chi-square, and correlation and multi regression analysis.

Of the families took place in scope of the research, 24.3 % were living in the districts that have lower socioeconomic structure, 30.2 % medium and 45.5 % higher. The vast majority of the families were in essential family structure (87.0 %) and mean number of persons was 3.97 ± 0.07 . It was established that the majority of the women interviewed in this research were married (90.7%), their level of education was

elementary and above (88.1 %), more than half of them were not employed (67.7 %) and their mean age was 40.96 ± 0.58 .

A significant correlation between the mean scores of general scale and subscale related to expectations of women from community health nursing services was found. Mean scores of general scale were also increased, as mean scores of subscale elevated.

It was determined that expectations of women from community health nursing services did not differ according to socioeconomic level of the district they live in, their levels of education and economical status. In addition, the following facts did not affect the averages of expectation scores; in the families of the women there were diseases identified by the doctors, there were members that used medication and they had history of hospitalization.

The difference between the mean expectation scores of women and their value of consideration of community health nursing services ($F= 7.70$, $p < 0.05$) and their opinions related to nurse's employment out of the hospital ($t = 2.55$, $p < 0.05$) was found as statistically significant.

In the analysis accomplished, a significant difference was detected between the rates of demanding nursing service at home and to need post-discharge care in the families containing a discharged patient ($X^2 = 23.61$, $p < 0.01$). It was determined that this difference was originated from the women that needed post-discharge care.

A correlation in positive (+) direction was detected between demanding of women, in both families, disease experienced and not experienced, the nursing care that they needed in the house while taking care of the sick members and the rate of effect of the care provided on the family. Also, as the rate of being suffered from the disease increased, their demand for nursing care at home increased.

The following suggestions were made under the light of all of these data; should community health nursing services in urban regions be urgently planned; while this planning is being executed, sociodemographic characteristics of the cities be taken into consideration; and in accordance with this, designation of strategies and approaches to be applied, is made; vast majority of the nurses that work at II. level services be switched to I. level services; employee health and school health nursing services become widespread by legal arrangements; and researches aimed at expense effective results of community health nursing services be planned.

KAYNAKLAR

1. Akın, M., "Lise Öğrencilerinin Madde Kullanımının Zararlarına İlişkin Sağlık Eğitim Gereksinimleri", IV. Ulusal Hemşirelik Eğitim Sempozyumu, 10-12 Eylül, Kıbrıs, 1997, 117-125.
2. Aksakoğlu, G., "Norveç Sağlık Sistemi", Toplum ve Hekim, Cilt:9, Sayı:64-65, Kasım 1994-Şubat 1995, 113-121.
3. Aksayan, S., Bahar, Z., Bayık, A. ve Arkadaşları, "Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı", Editör: Prof. Dr. İnci Erefe, Vehbi Koç yayınları, No:14, 1998, 1-196.
4. Aksayan, S., Cimete, G., "Evde Bakım", Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, Cilt:7, Sayı:6, Haziran, 1998, 202-204.
5. Aksayan, S., Emiroğlu, N.O., "Birinci Basamak Hizmetlerde Ruh Sağlığı Ve Hemşirelik", III. Sosyal Psikiyatri Sempozyumu, 17-20 Nisan, Çanakkale, 1996.
6. Alexander, J., Kroposki, M., "Outcomes for Community Health Nursing Practice", JONA, Volume:29, Number:5, 1999, 49-56.
7. Allen, C. A., "Public Health Nursing Vital", Nation's Health, Vol:30, Issue:5, Jun 2000, 1-3.
8. Anderson, M. A., "Home Care Utilization by Congestive Heart Failure Patients: A Pilot Study", Public Health Nursing, 15(2), 1998, 146-162.
9. Antonson, N. G., Robertson, C., "A Study of Consumer Defined Need Amenable to Community Nursing Interventions", Journal of Advanced Nursing, 18, 1993, 1617-1625.
10. Bahar, Z., Özbıçakçı, Ş., Özmen, D., "Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği ABD Okul Sağlığı Hemşireliği Projesi", VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, 22-24 Haziran, Erzurum, 1999, 473-479.
11. Bahar, Z., Türkistanlı, E., "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Hemşireliğinde Maliyet", Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu, 3-5 Kasım, İzmir, 1993, 107-113.
12. BARRIBALL, L., MACKENZIE, A., "Measuring The Impact of Nursing Interventions in The Community: A Selective Review of Literature, Journal of Advanced Nursing, 18, 1993, 401-407.
13. Bayık, A., "Temel Sağlık Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü Ne Olmalıdır?", I. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiriler Kitabı, 13-14 Eylül, İzmir, 1985, 32.

14. Bayık, A., Türkistanlı, E., Uysal, A., Uğurlu, Z., Özsoy, S., "Taburculuk Sırasında Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirebilmelerinde Bağımlılık Durumlarının İncelenmesi", I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, 24-26 Eylül, İstanbul, 1998.
15. Bernal, H., Church, O., M., Arevian, M., "Community Health Nursing in a Farmer Soviet Union Republic", Nursing Outlook, March, April, 1995, 78-83.
16. Bertan, M., Güler, Ç., "Halk Sağlığında Temel Bilgiler", Güneş Kitapevi, Ankara, 1995, 323-325.
17. Beyazova, U., "Cumhuriyetin Yıldönümünde Sağlık Hizmetlerinin 75 Yıllık Öyküsü", Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, Cilt:7, Sayı:10, Ekim, 1998, 329-331.
18. Billingham, K., "Nursing and Midwifery A Force for Health 21", International Public Health Congress, Working Groups, Tuesday 10, October, İstanbul, 2000.
19., "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", Editör; Prof. Dr. Mithat Çoruh, Ankara, 1995, 23-39.
20., "Changing View of Health and Public Health", Public Health Reports, May/June 99, Vol:114, 1999, 232.
21. Conger, C.O., Callister, L., "The Shifting Sands of Health Care Delivery; Curriculum Revision and Integration of Community Health Nursing", Journal of Nursing Education, October, Volume:38, Number:7, 1999, 304-311.
22. Coşkun, A., Erdoğan, Ş., "ABD Tennessee Eyaletindeki Hemşirelik Yüksek Okullarının Ana Çocuk Sağlığı Hizmetlerindeki Rolü", I. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyumu, 6-7 Eylül, İstanbul, 1989, 259-268.
23. Dirican, R., Bilgen, N., "Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)", Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993, 339-350.
24. Drennan, V., "Gathering Information From The Field", Nursing Times, September, 26, Vol:86, no:39, 1990, 46-48.
25. Eaton, H., "Children Community Nursing Services: Models of Care Delivery, A Review of The United Kingdom Literature", Journal of Advanced Nursing, 32(1), 2000, 49-56.
26., Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, "Risk Yaklaşımı İle Halk Sağlığı Hemşireliği", Doktora I Ders Notları, 1999, İzmir.

- 27.Ekici, B., "Hemşirenin Hasta Haklarını Savunucu Rolü", VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, 22-24 Haziran, Erzurum, 1999, 362-365.
- 28.Emiroğlu, N., "İşçilerin İş Sağlığı Hizmetlerinden Beklentileri ve İşyeri Hemşiresinin İş sağlığı ve güvenliği Çalışmalarındaki Yeri", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Ankara, 1990, 61-66.
- 29.Emiroğlu, V., "Tıbbi Antropoloji ve Halk Sağlığı", Sağlık ve Toplum, Yıl:8, Sayı:1, Ocak-Mart, 1998, 3-7.
- 30.Erdoğan, S., "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hemşirelik Nerede", VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Bildirileri Özet Kitabı, 404.
- 31.Erdoğan, S., Nahcivan, N., Çalışkan, M., "Bir İlköğretim Okulunda Okul Sağlığı Hemşireliği Uygulamalarının Değerlendirilmesi", Hemşirelik Forumu Toplum Sağlığı Özel Sayısı, Cilt:3, Sayı:4, Temmuz-Ağustos, 2000, 10-16.
- 32.Erdoğan, S., Özabacı, N., Özkan, N., "Toplum Sağlığı Hemşireliğinde Gelişmiş Rol ve İşlevler", Hemşirelik Bülteni, Cilt:1, Sayı:23, 1992, 115-120.
- 33.Erdoğan, S., "Toplum sağlığına Çağdaş Bir Çözüm", Tartışma, Cumhuriyet Gazetesi, 23 Ocak, 1995.
- 34.Erefe, İ., Kocaman, G., Bayık,A., ve Arkadaşları, "İzmir Anakentinde Aile ve Toplum Sağlığı Öncelikleri", Ege Üniversitesi Rektörlüğü Araştırma Projesi, İzmir, 1998, 27-28.
- 35.Erefe, İ., "Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı Beklenti ve Hedefleri", I.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiriler Kitabı, 13-14 Eylül, İzmir, 1985,16.
- 36.Erengin, H., Dedeoğlu, N., "Sağlığı Ölçmenin Kolay Bir Yolu; Algılanan Sağlık", Cilt:12, Sayı:77, Ocak-Şubat, 1997, 11-16.
- 37.Eren, N., "Alma-Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri", Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü Yayını, No:18, Ankara, 1982, 19-21.
- 38.Esin, Ö. N., "Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi", İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD Doktora Tezi, İstanbul, 1997, 4-8.
- 39.....,"Evde Bakım Hizmetleri Yaygınlaşıyor" ,
<http://www.buyukler.com/news.htm>
- 40.Fişek,N., Kocaman, G., Kubilay, G., Seviğ, Ü., "2000 Yılında Herkese Sağlık İçin Hemşirenin Rolü Ne Olmalı?", Türk Hemşireler Dergisi, Sayı:2, 1983, 4-10.

41. Freeman, R., Heinrich, J., "Community Health Nursing Practice", Second Edition, W.B. Saunders Company, 1981, 51-52.
42., Gaziemir Sağlık Grup Başkanlığı 1999 Yılı Çalışma Raporu, Hazırlayan; Dr. Erhan Kiriş, İzmir, 2000, 2-5.
43. Gökkoca, Z., Baharlıteker, N., "Yaşlılık Döneminde Hizmet Programları", Toplum Hekimliği Bülteni (Hacettepe), Sayı:3-4, Temmuz-Ekim, 1999, 3-7.
44. Gülesen, Ö., "Epidemiyoloji", Bursa Üniversitesi Yayınları", No:2-013-0043, Bursa, 1981.
45. Günay, O., Öztürk, Y., Hoşgeçin, K., "Aile Sağlığı El Kitabı", Erciyes Üniversitesi Yayınları, No:83, 1995, 4-138.
46. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998, Ankara, Ekim 1999, 13-19.
47. Halk Sağlığı Ders Notları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, İzmir, 1997, 101-104.
48. Hanoğlu, Z. U., "Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Görevlerini Algılamaları ve Gerçekleştirebilme Durumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi", Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1999.
49. Hayran, O., Aksayan, S., Kayhan, M. Ve Arkadaşları, "Kentsel Bir Bölgede Halkın Sağlık Kuruluşlarını Seçimini Etkileyen Etmenler", II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildirileri Özet Kitabı, 22-25 Mayıs, İstanbul, 1990, 1052-1055.
50. Hayran, O., "Sağlık Hastalık Kavramları",
<http://www.merih.com/wosmhoy11.htm>
51. Hayran, O., "Sağlık Hizmetleri", <http://www.merih.com/wosmhoy12.htm>
52., "Hemşirelikte Etkinliğe Doğru Eylem", Editör: Doç.Dr. Saadet Ülker, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hemşirelik Hizmetleri Daire Başkanlığı, Ankara, 1995.
53. Jalkunen, V.K., "The Function of Home Visits in Maternal and Child Welfare as Evaluated by Service Providers and Users", Journal of Advanced Nursing, 20, 1994, 672-678.
54. Karasan, N., "Bilimsel Araştırma Yöntemi", Ankara, 1995.
55. Karataş, N., "Hekim Dışı Sağlık Personeli İş Sağlığı ve İş Güvenliği Eğitim Dökümanı", 19-20 Mart, Ankara, 1999.



56. Keller, O. L., Strohschein, S., Hoagberg, B., "Population Based Public Health Nursing Interventions; A Model from Practice", Public Health Nursing, Vol:5, No:3, June 1998, 207-215.
57. Kelly, C., "Public Perceptions of A Health Visitor", International Journal of Nursing Studies, Vol:33, no:3, 1996, 285-269.
58. Kocaman, G., "Hemşireliğin Konumunun Temel Sağlık Hizmetleri Açısından İncelenmesi" I. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiriler Kitabı, İzmir, 1985, 20-22.
59. Kubilay, G., Karataş, N., Seviğ, Ü. Ve Arkadaşları, "Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulamalarında Topluma Verilen Hizmetlerin Değerlendirilmesi", III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, 24-26 Haziran, Sivas, 1992, 370-373.
60. Leahy, K., Cobb, M., Jones, M., "Community Health Nursing", Third Edition, McGraw-Hill Book Company, 1977, 8-9.
61. Mc. Murray, A., "Community Health Nursing", 2nd Edition, 1993, 4-15.
62. Nahçıvan, N., "Bir İşyeri Ortamının Sağlık Riskleri Yönünden İncelenmesi, V. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 2-4 Temmuz, İzmir, 1997, 78-83.
63. Ocağcı, A., "Özürlü Çocukta Sağlığı Geliştirme; Bir Hemşirelik Yaklaşımı", Hemşirelik Forumu, Cilt:2, Sayı:6, Aralık'99, 292-298.
64. Oktay, S., Erdoğan, S., Aksayan, S. Ve Arkadaşları, "Ülkemizde Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Toplantı Raporu" , Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi, Cilt:1, Sayı:1, 1996, 52-56.
65. Oksay, Ü., "Çalışan Kadının Türk Toplum Yaşamında Konumu", Sosyoloji Dergisi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, Sayı:5, 1994, 111-123.
66. Öner, N., "Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler", Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 3. Basım, İstanbul, 1997, 15-20.
67. Özen, S., "Sağlık ve Sosyokültürel Yapı Değişkenleri", Sosyoloji Dergisi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, Sayı:5, 1994, 133-145.
68. Özgür, S., Özgür, T., "Sosyal Pediatri", Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, No:102, 1994, 80-81.
69. Özgüven, İ.E., "Psikolojik Testler", PDRem Yayınları, 2. Baskı, Ankara, 1998, 83-107.
70. Öztekin, Z., Kubilay, G., "Toplum Sağlığı ve Hemşireliği", Somgür Yayıncılık, Ankara, 1994.
71. Peterson, A., Lupton, D., "The New Public Health: Health and Self in The Age of Risk", <http://www.hpeuro.tvu.ac.uk/pubhealth/new.html>.

72. Portnay, F., Dumas, L., "Nursing for The Public Good", Nursing Clinics of North America, Vol:29, No:3, September, 1994, 371-457.
73. Reutter, L., Ford, J., "Perceptions of Changes in Public Health Nursing Practice: A Canadian Perspective", International Journal of Nursing Studies, 35, 1998, 85-94.
74., "Role and Functions of The Community Health Nurse"
<http://jan.ucc.nau.edu/~pgl/Nur400/class/nurses/functions/lesson 5-1-1.html>
75., Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Yaşam, Sağlık ve Çevre", Editör; Doç.Dr. Ümit Seviğ, İmin Projesi, Ankara, 1998, 31-33.
76., "Sağlıkta Özelleştirme ve Aile Hekimliği", TTB Tezleri, Türk Tabipler Birliği Yayını, Mart, 1997, 5-35.
77. Saltmon, R.B., Figueras, j., "Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi", Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1998, 65-245.
78. Saucier, K. A., "Perspectives in Family and Community Health", Second Edition, 1991, 9-16, 111-130.
79. Sevgi, C., "Kentleşme Sürecinde İzmir ve Gecekondular", Uzman Yayıncılık, İzmir, 1998
80. Seviğ, Ü., "Sağlık Hizmetleri ve Hemşirelik", Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran, Cilt:5, Sayı:13, 2000, 162-165.
81. Siivola, U., Martikainen, T., "The Public Health Nurse The Linchpin of Primary Health Care", World Health Forum, Vol:11, 1990, 102-106.
82. Smith, C., Maurer, F., "Community Health Nursing Theory and Practice", WB Saunders Company, London, 1995, 4-15.
83. Soyer, A., "Bir Araştırma Nedeni İle Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Sağlık Ocakları", Toplum ve Hekim, Eylül-Ekim 1998, Cilt:13, Sayı:5, 362-363.
84. Spradsay, B.W., "Marketing Public health Nursing Services", Reading in Community Health Nursing, Third Edition, 1986, 182-188.
85. Stanhope, M., Lancaster; J., "Community Health Nursing Process and Practice for Promoting Health", The C.V Mosby Company, 1996.
86. Sur, H., Tabak, R.S., "Sağlığın Geliştirilmesi Amacına Yönelik Sosyal Pazarlama", <http://www.merih.com>
87. Sumbüloğlu, K., "Biyostatistik", 5. Baskı, Özdemir Yayıncılık, 1994
88. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık 21 Politikası Geliştirme Çalışması Mevcut durum ve Sorunlar Taslak Raporu, Ankara, Haziran 2000

89. Top, M., "Sincan 2 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesinde Gebe Kadınların Algıladıkları Sağlık İhtiyaçları Üzerine Bir Araştırma", Sağlık ve Toplum, Yıl:10, Sayı:3, Temmuz-Eylül, Ankara, 2000, 31-40.
90. Tuncel, N., Şanlı, T., Müeyyet, P., "Halk Sağlığı Hemşireliği", Anadolu Üniversitesi Yayınları, No:568, Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, No:266, Eskişehir, 1996, 8-73.
91., "Türkiye'de HIV, AIDS Durumu", Turkish Journal of AIDS, Sayı:14, 2000, 9.
92., "Türkiye'de Halk Sağlığı Profili Ön Rapor Özeti", Halk Sağlığı Yöneticileri 7. Semineri, 1998, <http://www.didb.saglik.gov.tr/yayinlar/saglikturk.htm>
93. Twardon, C.A., Gartner, M., "Empowering Nurses Patient Satisfaction with Primary Nursing in Home Health, JONA, Vol:21, No:11, November, 1991, 39-43.
94. Twinn, S., Shiu, A., "An Evaluation of The Effectiveness of Public Health Nursing: A Case Study of The Maternal and Child Health Centers in Hong Kong", International Journal of Nursing Studies, Vol:33, No:4, 1996, 442-454.
95. Uyer, G., Eren, N., "Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı", Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1989, 52-56.
96. Uz, H.M., "Sağlık Düzeyi ve Sağlık Hizmetlerinin Ölçülmesinde Yapılan Hatalar", Sağlık ve Toplum, Yıl:8, Sayı:1, Ocak-Mart 1998, 8-10.
97. Üstün, B., Yurt, V., Özdağ, Ş., Öz, F., "Psikiyatri Kliniklerinde Hastası Olan Ailelerin Taburculuk Sonrası Karşılaşabilecekleri Durumları Yaklaşımların İncelenmesi", XXVI. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bölümler Kongresi Bilimsel yayınlar Kitabı, 1-4 Kasım, İzmir, 1990, 497-506.
98. Velicangil, S., "Koruyucu ve Sosyal Tıp", Filiz Kitapevi, İstanbul, 1980, 307-308.
99., "Vision Towards the 21st Century", http://nur401/hcre_frmr.htm
100. Yalçın, M., Bardak, M., "Sağlık İstatistikleri 1996", TC. Sağlık Bakanlığı, Kasım, 1997

İZMİR İLİ MERKEZ İLÇELERİ

Balçova
Bornova
Buca
Çiğli
Gazimir
Güzelbahçe
Karşıyaka
Konak
Narlidere

**GAZİEMİR İLÇESİ MAHALLELERİNİN SOSYOEKONOMİK YAPIYA GÖRE
TABAKALANDIRILMASI VE ÖRNEĞE GİRECEK HANE SAYISI**

Tabaka no (i)	Mahalleler	Hane sayısı (Ni)	Tabaka ağırlığı (Ni/ N) = ai	Örneğe girecek hane sayısı ai x n= ni
1	üst	9903	9903 / 21.818 = 0.4539	0.4539 x 378 = 172
2	orta	6606	6606 / 21.818 = 0.3028	0.3028 x 378 = 114
3	alt	5309	5309 / 21.818 = 0.2433	0.2433 x 378 = 92

SOSYOEKONOMİK YAPI ÖZELLİKLERİNE GÖRE GAZİEMİR İLÇESİ'NİN MAHALLELERİ

ÜST	Nüfus	Hane sayısı	ORTA	Nüfus	Hane sayısı	ALT	Nüfus	Hane sayısı	Örneğe girecek toplam hane sayısı
Gazikent	13439	4456	Aktepe	5889	1337	Dokuzeylül	6683	1710	
Sevgi	6785	2600	Irmak	5029	1373	Hürriyet	7116	1577	
Gazi	5181	1420	Atatürk	4037	1067	Emrez	4902	1158	
Atıfbey	5116	1427	Menderes	4029	1064	Reşatbey	2248	453	
			Yeşil	3746	1116	Fatih	1676	411	
			Beyazevler	2857	649				
Toplam	30561	9903		25587	6606		22234	5309	
Örneğe girecek hane sayısı		172			114			92	378

ÖRNEĞE ÇIKAN MAHALLELERİN SOKAK NUMARALARI**Gazikent Mahallesi Sokak Numaraları**

I.Etap Emlak Bank Evleri	III.Etap Emlak Bank Evleri
73. sokak	666
73/1	667
73/2	668
73/4	669
73/5	670
73/6	671
73/7	672
80	673
80/1	674
80/2	688
80/3	689
80/4	690
80/5	Ege ordu lojmanları
80/9	Hava alanı lojmanları
80/10	Sosyal konutlar
81	Akçay cad.338
82	340
83	342
84	344
85	346
86	348
Yeni hava lojmanları	350
Polis lojmanları	352
II. Etap Emlak Bank Evleri	354
651	356
652	358
653	
654	
655	
656	
657	
658	
659	
660	
661	
662	
663	
664	
665	

Irmak Mahallesi Sokak Numaraları

19 sokak	38
21	38/1
21/1	38/2
23	38/3
28	88
29	89
32	90
33	91
33/1	92
33/2	93
33/3	94
33/4	95
34	96
35	97
36	98
36/2	99
36/3	99/2
36/4	99/4
37	Özge sitesi
38	

Dokuzeylül Mahallesi Sokak Numaraları

302	327/1
303	329
304	331
305	332
306	333
307	334
308	335
309	337
309/1	340
312	341
315	342
316	343
316/1	344
316/2	351
316/3	352
316/4	353
318	354
318/1	355
318/2	356
319	357
319/1	358
319/2	359
319/3	360
319/4	Gül sokak
320	Zambak sokak
321	Bülbül sok.
322	Önder cad.
323	Ulaştırma cad.
323/1	Köy hizmetleri lojmanları
325	
327	

**TOPLUMUN HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDEN BEKLENTİLERİNİN
BELİRLENMESİNE YÖNELİK ANKET FORMU****AİLE ÖZELLİKLERİ TANITIM FORMU**

- 1.Hane sıra no:
2.Sokak ve ev no:
3.Mahalle Adı:
4.Mahallenin sosyo-ekonomik yapısı
1-Alt 2-Orta 3-Üst
5.Hanede görüşülen kişinin evdeki konumu:
6.Aile tipi
1-Çekirdek aile 3-Geçici geniş aile
2-Ataerkil geniş aile 4-Parçalanmış aile
7.Bu evde sürekli olarak yaşayan kaç kişi var?.....
1.1-3
2.4-6
3.7-9
4.10 ve ↑

8-17 arasındaki sorular aile tanıtım formu (arka sayfa)

- 18.Aileniz İzmir'in yerlisi mi?
1.Evet 2.Hayır
19..Ailenizin kaç yıldır bu kentte oturduğunu söyler misiniz?.....
1.1 yıldan az 3.6-10 yıl
2.1-5 yıl 4.10 yıl ve üzeri
20.Evin tipi nedir?
1.Apartman katı 3.Gecekondu
2.Tek veya çok katlı bağımsız ev 4.Diğer
21.Evin kaç odası var?.....
22.Evde bir odaya düşen kişi sayısı? (kişi/ oda)
23.Evde tuvalet banyo evin içinde mi?
1.Evet 2.Hayır

24.Evde kullanılan suyun kaynağı nedir?

- 1.Şebeke suyu
- 2.Kuyu suyu
- 3.Diğer

25.Ailenizin geliri giderlerine oranla ne durumdadır?

- 1.Geliri giderine göre yüksektir.
- 2.Gelir ve giderler dengelidir.
- 3.Gelir gidere göre daha azdır.

26.Herhangi bir ihtiyaç durumunda karşılıklı olarak ödünç para veya eşya alıp verdiğiniz ve işgücü yardımı sağladığınız kimseniz var mı? (Hayır ise 29. soruya geçiniz.)

- 1.Evet
- 2.Hayır

27.Bu kişiler kimler?

- 1.Yakın akraba
- 2.Uzak akraba
- 3.Yakın arkadaş
- 4.Hemşehri
- 5.Komşu
- 6.Diğer

Ailenin sağlığın önemini (algılama) durumu;

28.Aile bütünlüğünüzün korunmasında ve sürdürülmesinde önemli olan 5 şeyi (olguyu) önem sırasına göre sıralayınız.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

29.Ailenizdeki bireylerin sağlığını göz önüne alarak siz ailenizin sağlık düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1.Çok iyi
- 2.İyi
- 3.Orta
- 4.Kötü
- Çok kötü

30.Sağlığınızla ilgili bir konuda yardıma ihtiyaç duyduğunuzda en çok hangi kuruma başvurursunuz?

- 1.SSK
- 2.Devlet Hastanesi
- 3.Üniversite hastanesi
- 4.Sağlık ocağı/AÇSAP
- 5.Özel hastaneler/Poliklinikler
- 6.Askeri hastane
- 7.Hiçbir yerden yararlanmıyorum
- 8.Diğer

50.Sizce hemşireler hastane dışında da çalışırlar mı?

1.Evet

2.Hayır (52. soruya geçiniz)

51.Nerede çalışırlar ?

52.Evinize bu güne kadar hiç hemşire geldi mi?

1.Evet (53. soruya geçiniz.)

2.Hayır (54. soruya geçiniz.)

53.Ne için geldi? Açıkça belirtiniz.

54.Oturduğunuz çevrede size en yakın sağlık ocağına hiç gittiniz mi?

1.Evet

2.Hayır

55.Halk sağlığı hemşiresi adı ile görev yapan bir hemşire duydunuz mu?

1.Evet

2.Hayır

56.Pek çok ülkede halk sağlığı hemşiresi sağlık ocağının yanısıra evde de koruyucu ve tedavi edici hizmetler verir. Ülkemizde hemşirelerin evde böyle bir hizmeti ne derece yeterli verdiğini düşünüyorsunuz?

1.Çok

2.Orta

3.Az

4.Hiç

57.Böyle bir hizmetin verilmesini ne derece önemli buluyorsunuz?

1.Çok

2.Orta

3.Az

4.Hiç

EK VI

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİK HİZMETLERİNDEN BEKLENTİLERİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ (HHBB)

Aşağıda size sayacağım halk sağlığı hemşiresinin hizmetlerine ilişkin görüşlerinizi belirtiniz.

	Uygun	Fikrim yok	Uygun değil
1.Hemşirenin belirli aralarla eve gelmesi, ailedeki herkesi muayene ederek, sağlık sorunlarını erken dönemde belirleyip, aileyi yönlendirmesi			
2. Hemşirenin belirli aralarla eve gelmesi, öncelikle ailedeki gebe, bebek ve 0-6 yaş grubu çocukları muayene ederek, sağlık sorunlarını erken dönemde belirleyip, aileyi yönlendirmesi			
3.Kazaya neden olabilecek durumlar konusunda aile bireylerini uyarması			
4.Hastalık durumunda hem sağlık ocağında hem de evde hasta bireyin bakımı konusunda aileye destek olması			
5.Okullarda öğrencilerin ve okul personelinin sağlık muayenelerini yapması			
6.Ailelere sağlık konusunda başvurabilecekleri kurumları tanıtmaması			
7.Toplumda ailenin sağlığının geliştirilmesi için örn; sigarayı bırakma kampanyası gibi.. çeşitli organizasyonlar ve kampanyalar düzenlemesi			
8.Hastalık durumunda hemşirenin birey ve aileye tedavi için gerekli olan ilaçları tavsiye etmesi			
9.Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli sağlık alışkanlıklarının kazanılmasında (egzersiz, beslenme gibi..) aile bireylerini yönlendirmesi			
10.Çeşitli nedenlerle ortaya çıkan yaralanma, yanık, düşme gibi kazalarda ilk müdahaleyi yapması			
11.Daha sağlıklı bir okul ortamı için gerek duyulan sağlık hizmetlerinin oluşturulmasında öncülük yapması			
12.Okulda öğrencilere, ailelere ve öğretmenlere sağlık konusunda danışmanlık yapması			
13.Hemşirenin ev ziyareti yapması veya sağlık ocağında çalışması yerine yalnızca hastanede tedavi yapması			
14.Kalıcı sakatlık ve özürllülük durumunda bireyin bakımı ve daha çabuk sağlığına kavuşmasında bireye ve ailesine destek olması			

	Uygun	Fikrim yok	Uygun değil
15.Okulda öğrencilere ve öğretmenlere sağlık eğitimi vermesi			
16.Ailedeki bireylerin kendi sağlık sorunlarını erken dönemde farkedip, gerekli yardımı alabilmeleri için onlara sağlık/hastalık konusunda bilgi vermesi			
17.Ailelerin sağlık sorunlarının çözümünde onlarla işbirliği yapması			
18.Hemşirenin fabrika ve benzeri iş yerlerinde çalışan işçilere ve ailelerine sağlık eğitimi yapması			
19.Çalışan kişilerin iş yerinde sağlığının zarar görmesi durumunda onlara sağlık bakımı vermesi			
20.İş yerinde çalışan işçilere sağlığın korunması ve sürdürülmesinde danışmanlık yapması			
21.Ailede sağlığın korunması ve sürdürülmesi için farklı yaş gruplarındaki aile bireylerini düzenli olarak yaptırımları gerekli olan muayeneler ve testler konusunda bilgilendirmesi			
22.Sağlığa zararlı alışkanlıklar (sigara, alkol..) konusunda aileyi ve toplumu bilgilendirmesi			
23.Sağlık ocağında, ocağa gelen kişileri karşılaması, kabul ve kayıt işlemlerini yapması			
24.Sağlık ocağında ocağa gelen kişiyi rahatlatma, muayeneye hazırlama gibi ocak hizmetlerinin yürütülmesinde görev alması			
25.Hastalık durumunda ailedeki hasta bireye ve aile üyelerine ilaçların doğru kullanımı konusunda danışmanlık yapması			
26.Aileye sunulan sağlık hizmetinin daha iyi olması için araştırmalar yapması			
27.Ailedeki tüm bireyleri ve toplumdaki kişileri sağlığın korunması ve sürdürülmesini desteklemeleri konusunda yönlendirmesi			

28.Siz ailenizin sağlık bakımından sorumlu olan kişi olarak evde, sağlık ocağında ve diğer hizmet alanlarında kendiniz ve ailenizdeki diğer bireyler için nasıl bir hemşirelik hizmeti bekliyorsunuz?

ÖZGEÇMİŞ**Şafak ERGÜL**

1975 yılında Alaşehir'de doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini İzmir'de tamamladıktan sonra 1992 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda lisans eğitimine başladı ve 1996 yılında mezun oldu. 1997 yılında Ege üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniğinde hemşire olarak göreve başladı. Aynı yıl E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nce açılan Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans sınavını kazanarak, bir yıl İngilizce hazırlık eğitimi aldıktan sonra yüksek lisans çalışmalarına başladı. 1999 yılında Hemşirelik Yüksek Okulu'nca açılan Araştırma Görevlisi sınavında başarı göstererek bu göreve atandı.

Halen aynı okulda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktadır. Evlidir.

Şafak ERGÜL
✓