

49657

T.C.
Dicle Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**DİYARBAKIR İLİ MERKEZ SAĞLIK
OCAKLARINDA ÇALIŞAN
EBE VE HEMŞİRELERİN
SAĞLIK EĞİTİMİ KONUSUNDA
BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARI**

(Yüksek Lisans Tezi)

NERMİN SAÇAR

**Danışman Öğretim Üyesi
Prof.Dr. Nuran ELMACI**

Diyarbakır-1996

İÇİNDEKİLER

SAYFA

1. GİRİŞ	1
1.1. Sorunun Tanımlanması	1
1.2. Sağlık Eğitimi ile ilgili Tanımlar ve Sağlık Eğitiminin Amaçları	5
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Sağlık Eğitimi Uygulamalarında Temel İlkeler	8
2.2. Sağlık Eğitiminde Yöntem ve kullanılan Araçlar.....	12
2.2.1. Sağlık Eğitimi Yöntemleri	12
2.2.2. Sağlık Eğitiminde Kullanılan Araç ve Gereçler	15
2.3. Ülkemizde Basın Yayın Organlarının Sağlık Eğitimine Katkıları	16
2.4. Türkiyede Sağlık Eğitimi Uygulamaları	19
2.5. GAP Bölgesinde Sağlık Eğitimi	22
3. ARAŞTIRMANIN AMACI	26
4. YÖNTEM VE GEREÇ	28
5. BULGULAR VE TARTIŞMA	30
5.1. Halk Sağlığı Ebe ve Hemşirelerini Tanıtıcı Bilgiler	30
5.2. Ebe ve Hemşirelerin Sağlık Eğitimine İlişkin Teorik Bilgileri	35

5.3.	Ebe ve Hemşirelerin Sağlık Eğitimi	
	Uygulamalarına İlişkin Bilgileri	51
5.3.1.	Anaçocuk Sağlığı ve Aile Planlamasına	
	İlişkin Bilgileri	51
5.3.2.	Çevre Sağlığı ve Bulaşıcı Hastalıklar	
	Konusuna Ait Bilgileri	57
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	66
6.1.	Sonuçlar	66
6.2	Öneriler	70
7.	ÖZET	73
8.	KAYNAKLAR	75
9.	EKLER	79

10. T A B L O L A R

Tablo	SAYFA
1- Araştırma kapsamına alınan halk sağlığı hemşire ve ebelerinin tanıtıcı özellikleri	30
2- "Sağlık eğitiminde temel amaç nedir?" sorusuna verilen yanıtların, meslek ünvanlarına göre dağılımı..	35
3- "Sağlık eğitiminde temel amaç nedir?" sorusuna verilen yanıtların, halk sağlığı alanında çalışma yıllarına göre dağılımı	37
4- "Sağlık eğitiminde temel amaç nedir?" sorusuna verilen yanıtların, mezun oldukları okullara göre dağılımı	38
5- Sağlık eğitiminde öncelik verilecek konuyu saptamanın meslek ünvanlarına göre dağılımı	39
6- Sağlık eğitiminde öncelik verilecek konuyu saptamanın halk sağlığı alanında çalışma yıllarına göre dağılımı	40
7- "Bir kişinin bir konu üzerinde tüm dikkatini toplayarak yoğunlaşması en fazla ne kadar sürer?" sorusuna verdikleri yanıtın, sağlık eğitimi ile ilgili bir kursa katılma durumlarına göre dağılımı	41
8- Verilen eğitimin nasıl değerlendirileceğinin, sağlık eğitimi ile ilgili bir kursa katılma durumlarına göre dağılımı	42
9- Okuma yazması olmayan bir gruba eğitim verilirken eğitim aracının seçiminin meslek ünvanlarına göre dağılımı	43

- 10- Okuma yazması olmayan bir gruba eğitim verilirken seçilecek eğitim aracının halk sağlığı alanında çalışma yıllarına göre dağılımı 44
- 11- Okuma yazması olmayan bir gruba eğitim verilirken eğitim aracının seçiminin mezun oldukları okullara göre dağılımı 45
- 12-Okuma yazması olmayan bir gruba eğitim verilirken eğitim aracının seçiminin sağlık eğitim ile ilgili bir kursa katılma durumlarına göre dağılımı 46
- 13- Eğitim yoluyla davranış değişikliği amaçlanıyorsa, yöntem seçiminin meslek ünvanlarına göre dağılımı 47
- 14- Eğitim yoluyla davranış değişikliği amaçlanıyorsa, yöntem seçiminin halk sağlığı alanında çalışma yıllarına göre dağılımı 48
- 15- Eğitim yoluyla davranış değişikliği amaçlanıyorsa, yöntem seçiminin mezun oldukları okullara göre dağılımı 49
- 16- Eğitim yoluyla davranış değişikliği amaçlanıyorsa, yöntem seçiminin sağlık eğitimi ile ilgili bir kursa katılma durumlarına göre dağılımı 50
- 17- Bir toplumda 0-28 günlük yüksek bebek ölüm oranını düşürme amacıyla eğitim verilecek konuların meslek ünvanlarına göre dağılımı 51
- 18- Bir toplumda 0-28 günlük yüksek bebek ölüm oranını düşürme amacıyla eğitim verilecek konuların halk sağlığı alanında çalıştıkları süreye göre dağılımı.... 53

19- Bir toplumda 0-28 günlük yüksek bebek ölüm oranını düşürmek amacıyla eğitim verilecek konuların bitirdikleri okullara göre dağılımı	54
20-Aile planlaması eğitimi için en uygun zaman seçiminin meslek ünvanlarına göre dağılımı	55
21- Aile planlaması eğitimi için en uygun zaman seçiminin halk sağlığı alanında çalıştıkları süreye göre dağılımı	56
22- Aile planlaması eğitimi için en uygun zaman seçiminin mezun oldukları okullara göre dağılımı	57
23- Çocuklarda görülen bağırsak parazitleri konusunda eğitim yapılacak grup seçiminin meslek ünvanlarına göre dağılımı	58
24- Çocuklarda görülen bağırsak parazitleri konusunda eğitim yapılacak grup seçiminin halk sağlığı alanında çalıştıkları süreye göre dağılımı	59
25- Çocuklarda görülen bağırsak parazitleri konusunda eğitim yapılacak grup seçiminin mezun oldukları okullara göre dağılımı	60
26- Suların dezenfeksiyonu konusunda eğitim verirken en uygun yer seçiminin meslek ünvanlarına göre dağılımı.....	61
27- Suların dezenfeksiyonu konusunda eğitim verirken en uygun yer seçiminin halk sağlığı alanında çalıştıkları süreye göre dağılımı	62

- 28- Suların dezenfeksiyonu konusunda eğitim verirken en uygun yer seçiminin mezun oldukları okullara göre dağılımı..... 63
- 29- Gecekondü bölgesinde AIDS hakkında bilgi verirken yapılacak AIDS tanımının meslek ünvanlarına göre dağılımı 64
- 30- Gecekondü bölgesinde AIDS hakkında bilgi verirken yapılacak AIDS tanımının, halk sağlığı alanında çalıştıkları süreye göre dağılımı 65
- 31- Gecekondü bölgesinde AIDS hakkında bilgi verirken yapılacak AIDS tanımının, mezun oldukları okullara göre dağılımı 66

ÖNSÖZ

Sağlık Eğitimi, bireylerin, grupların, toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek, sağlıklarına gelebilecek zararlara karşı koruyabilmek, gerekli koruyucu önlemlerin öğretilmesi ve bu amaca yönelik en uygun alışkanlık ve davranışların kazandırılmasıdır.

Sağlık Eğitimi, günümüzde hastalık ve sağlıkla ilgili birçok sorunun çözümünde kullanılan etkili bir yöntemdir. Ancak tüm silahlarda olduğu gibi etkin ellerde, yeterli ve uygun bir şekilde kullanılmadığında beklenen faydanın sağlanması olanaksızdır.

Sağlık Eğitimi uygulamaları genelde temel sağlık hizmetleri içinde yer alırlar. Temel Sağlık Hizmetleri ülkenin sağlık hizmetlerinin çekirdeğini oluşturur, bu bağlamda toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. Temel sağlık hizmetleri büyük çoğunlukla sağlık ocaklarında verilen hizmetlerdir. Sağlık ocağı hizmeti ekip hizmeti olduğundan sağlık ocaklarında görevli hemşire ve ebelerde temel sağlık hizmetleri arasında yer alan sağlık eğitimi hizmetlerinin birinci derecede uygulayıcısıdır.

Ebe ve hemşireler görev ve sorumlulukları gereği toplumla daha çok iç içe yaşayan ve onların ayağına giden meslek mensuplarıdır. Bu nedenle sağlık eğitiminin yeterli ve bilinçli bir şekilde uygulanması büyük oranda ebe ve hemşirelerin

bu konudaki bilgi ve beceri düzeylerine bağlıdır.

Bugün ülkemiz için büyük bir sorun olan yüksek bebek ölüm hızı, aşırı ve hızlı nüfus artışı, beslenme bozuklukları ve daha sayabileceğimiz bir çok sağlık sorunu etkin bir sağlık eğitimi ile çözümlenebilir.

Diyarbakır'da çok daha önemli olan bu sorunların çözümünde sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirelerin verecekleri sağlık eğitimi büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle "sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirelerin" sağlık eğitimi konusundaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi, sağlık eğitimi uygulamalarını etkileyen faktörlerin saptanması çalışmanın amacını oluşturmaktadır.

Tez çalışmasına başladığımda gerek konu seçimimde, gerekse tez hazırlığının bütün aşamalarında benden yardımlarını esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Prof.Dr.Nuran ELMACI'ya, D.U.Halk Sağlığı A.B.D.Başkanı Sayın Prof.Dr.Ersel İLÇİN'ne teşekkürlerimi borç bilirim.

Ayrıca değerli zamanlarını ayırarak soru kitapçıklarını cevaplama inceliği gösteren halk sağlığı Ebe ve Hemşirelerine de teşekkürlerimi sunarım.

Haziran 1995

Nermin SAÇAR

1.GİRİŞ

1.1. Sorunun Tanımlanması

Eğitim, gelişen ve değişen norm ve değerlerine uygun davranış değişiklikleri oluşturmak veya yeni davranışlar kazandırmak amacı ile insanlığın varoluşundan beri en yaygın olarak kullanılan araç olmuştur. Çünkü insanlar, toplumsal yaşantılarını daha uyumlu, sağlıklı ve başarılı sürdürmeleri için sürekli olarak çevreden birşeyler öğrenmiş ve çevrelerine birşeyler öğretmişlerdir.

Eğitim ve öğrenim toplumsal yaşantı açısından önemli ve gereklidir. Çünkü eğitim ve öğretim sürecinin başlangıç dönemi oluşturan öğrenim; kişilerin olaylara bağımsız bir açıdan bakabilme ve olayları nesnel (objektif) olarak değerlendirme yeteneğini kazanmasını sağlar. Kişilere, kişilerin oluşturduğu topluma özgür düşünme, öğretilenleri eleştirme, bilgiyi beceriye dönüştürme gibi özellikler kazandırır. Eğitim yoluyla, bireyleri bu özelliklerle donatılmış olan toplumlar çeşitli sorunların saptanması, çözüm yollarının geliştirilmesinde güçlüklerle karşılaşmayacaklardır(4,31,21).

Önemi bu kadar açık görülebilen eğitim bir hak olarak uluslararası bildirgelerde de yer almıştır. 10 Aralık 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Bildirisi "Her insanın eğitime hakkı olduğunu" belirtir (Madde 26)(31).

Eğitim ve öğrenimle sözünü ettiğimiz yeteneklerle donatılmış bireyler en önemli değerleri olan sağlıklarını koruma konusunda da yeterli hale gelecektir. Bireyleri bu bilgiler

ile donatılmış olan toplumlar sağlık sorunlarını daha kolay çözümleneceklerdir.

Koruyucu hekimlik kavramı, ancak sağlıklarını korumasını bilen bireylerin oluşturduğu toplumlarda anlam taşır. Bu toplumlar tedavi edici hizmetlere ayıracıkları bütçeyi toplumun başka alanlarda kalkınması için kullanabileceklerdir. Koruyucu hekimlik hizmetlerinin birinci basamağında sağlık eğitimi yer alır.

Dünyada ve ülkemizde sağlık eğitiminin önemi çeşitli toplantılar da konuşulmakta, çıkarılan yasalarda yer almakta, konferanslarda belirtilmektedir.1978 yılında Alma-Ata'da yapılan uluslararası temel sağlık Hizmetleri konferansında, Temel Sağlık Hizmetleri (TSH), "Toplum içindeki yararları ailelere ve bireylere evrensel olarak sunulmuş pratik, bilimsel yönden uygun, sosyal yönden yeterli yöntem ve teknoloji üzerine kurulmuş gerekli sağlık hizmetleri" olarak tanımlanmıştır (27,7,12). Tanımdan da anlaşılacağı gibi kişi ve toplumun kendi sağlığı için yapılan çalışmaların tüm aşamalarına katılmaları ve kendi kendilerine yeterli hale gelmeleri amaçlanmıştır. TSH'nin getirdiği en önemli değişiklik, yaşamın değerli kılınması ve insanların bakımına verilen özendir(21).

Alma-Ata bildirgesinde TSH faaliyetleri olarak sekiz faaliyetten söz edilmekte ve bunların ilk sırasını sağlık eğitimi uygulamaları almaktadır.Bu durum uluslararası düzeyde sağlık eğitiminin önemini vurgulaması açısından dikkat çekicidir.

Ülkemizde 1961 yılında Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının buyruklarına uyarak alabildiğince herkese esit ve etkin sağlık hizmeti vermek amacı ile 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun yürürlüğe girmiştir(4). Bu uygulamada da sağlık eğitimi uygulamaları koruyucu hekimlik hizmetleri içinde ilk sırayı almaktadır. Görüldüğü gibi ülkemiz yasalarında da sağlık eğitiminin sağlığı korumada ve sürdürmedeki önemi vurgulanmaktadır.

Buna karşın, ülkemizde sağlık eğitimi konusundaki çalışmaların yeterliliğinden söz edilemez. Bu eksiklik hem sağlık eğitimi uygulamalarının yetersizliği, hem de sağlık eğitimi konusundaki yapılan araştırma ve akademik çalışmaların yetersizliği şeklinde göze çarpmaktadır.

Temelde sağlık eğitimi yoluyla ortaya çıkması önlenemez veya büyük bir oranda azaltılacak bir çok sağlık sorunu vardır. Örneğin; Türkiyede yüksek olan bebek ölüm hızı (1990 yılı verilerine göre %92'dir.)(29) büyük bir oranda düşürülebilecektir. Annenin sağlıklı bir gebelik geçirmemesi, genetik bozukluklara bağlı olarak gelişen kongenital malformasyonlar, yetersiz ve dengesiz beslenme, ishal, bulaşıcı hastalıklar, kazalara bağlı başlıca bebek ölümleri düzenli bir sağlık eğitimi ile en az düzeye indirilebilir. Gebelik boyunca yapılacak düzenli ziyaretlerde bebeğin anne sütü ile beslenmesi, aşılamanın zamanında yapılması, ishal ve diğer enfeksiyonların zamanında tedavi edilmesi, hijyen kurallarına uyulması gibi konularda verilecek eğitim, anneyi bu konularda bilinçlendirecek, bebeği ve kendisi sağlıklı bir

şekilde yaşamlarını sürdüreceklendir(21). Yine önemli bir sağlık düzeyi göstergesi olan ana ölüm hızı ülkemizde 1990 verilerine göre yüzbinde 207'dir(29). Ana ölümlerinin büyük bir kısmı doğum eylemi sırasında veya doğumdan kısa bir süre sonra olmaktadır. Eğer, anne, doğumunun bir sağlık kuruluşunda olması gerektiği veya bir sağlık personelinin yardımıyla yapılması gerektiği konusunda eğitilirse bu oran büyük bir ölçüde düşecektir(21).

Ülkemiz için yine önemli bir sağlık sorunu olan toplam doğurganlık hızı 1990 verilerine göre yüzde 3.7'dir(29,21). İnsanlarımız kitle iletişim araçları yardımıyla büyük ölçüde aile planlaması yöntemlerinden haberdardırlar. Ancak bu hizmetleri nereden alacakları, yöntemlerle ilgili yanlış bildiklerinin düzeltilmesi ve yöntemlerin uygun kullanılması konusunda sağlık eğitimine gereksinimleri vardır.

Bu konudaki örnekleri çoğaltmak mümkündür. Örn, Aşılamanın kabul edilmesi amacı ile, aşılamanın gerekliliği ve önleyebileceği hastalıklar konusunda, topluma yönelik bir eğitimin sonucunda çocukluk çağı enfeksiyon hastalıklarında, dolayısıyla bebek ve çocuk ölüm oranlarında düşme gözlenecektir.

Kısaca, sağlık eğitimi etkili bir şekilde uygulanırsa, sağlık düzeyi ölçütü olarak kullanılan ve ülkemiz sağlık sorunları arasında önemli bir yer tutan anne ve bebek ölümlerinde önemli düşmeler olacaktır. Benzer gelişmeler beslenme, aile planlaması, uyuşturucu madde kullanımı gibi az bilgi veya yanlış bilgi temellerine dayanan birçok sorunların çözümü için de sağlık eğitimi geçerlidir.

1.2. Sağlık Eğitimi ile İlgili Tanımlar ve Sağlık Eğitiminin Amaçları

Sağlık eğitiminin günümüzde çok değişik tanımları yapılmakta ve çeşitli tanımlamalarda farklı boyutları vurgulanmaktadır. Bu bölümde sağlık eğitiminin yapılmış olan değişik tanımlarından örnekler incelenecektir.

Dirican,sağlık eğitimini, "Bireylere ve bireylerin oluşturduğu topluma kendi çaba ve eylemleriyle sağlıklı bir yaşam sürmeleri için yardım etmektir" şeklinde tanımlamaktadır(3). Bu tanımda birey ve toplum temel alınmaktadır. Birey, bireylerin oluşturduğu toplum, sağlık eğitimi yoluyla kazandıkları bilgileri ışığında kendi çaba ve eylemleriyle sağlıklarını sürdürmeye çalışacaktır. Bu nedenle, kişilerin yaşam koşullarını iyileştirmeye ilgi duymalarıyla başlayan sağlık eğitimi, onların hem birey, hem de bir ailenin ve toplumun üyesi olarak sağlıklarını daha iyiye götürmeleri için gerekli olan bilgileri vermeyi amaçlar.

Güler, sağlık eğitimini "sağlık ve hastalık kavramının daha iyi anlaşılmasını ve bunlarla ilgili bilginin arttırılmasını sağlayarak bireyin, dolayısıyla toplumun eğitim ve davranışlarını etkilemeye yönelik planlı çalışmaların tümüdür" şeklinde tanımlamaktadır(15). Bu tanımda bilgi yoluyla kişilerde davranış değişikliği amaçlanmakta, bu yüzden toplumun sağlık bilgilerini arttırma yoluna gidilmektedir. Dikkati çeken diğer bir nokta, sağlık eğitimi için planlı çalışmalar teriminin kullanılmasıdır. Amaca ulaşmak için rastgele değil, belirli sürede, uygun ve gerçekçi uygulama

yapmanın zorunluluğu vurgulanmaktadır.

Diğer bir tanımda, sağlık eğitimi "Birey ve gruplara sağlık kapasitelerini yükseltmek,sağlıklarına gelebilecek zararlardan koruyabilmek için gerekli koruyucu önlemlerin öğretilmesi ve bu amaca yönelik en uygun alışkanlık ve davranışların yerleştirilmesidir" olarak tanımlanmıştır(18). Bu tanımda kişilerde sağlıklarını korumaları yönünde bir alışkanlık geliştirilmesinden ve davranış yerleştirilmesinden söz edilmektedir. Sağlık eğitimi ile bireylere sağlıklarını koruma yönünde bilgiler verilmekle kalmayıp, bu bilgilerin alışkanlık haline getirilmesi hedeflenmiştir. Bir davranışın alışkanlık halini alabilmesi için sürekli olarak tekrarlanması gerekmektedir. Bu tekrarlama süresince kişiler sağlıklarını korumak için gerekli olan işlemleri sürekli olarak yapmak zorunda kalacak ve alışkanlık haline gelecektir.

Başka bir tanımda, sağlık eğitiminin sadece söz, yazı veya göstererek bilgi aktarma amacını taşımadığı, kişiye yeni bir davranış kazandırmak, kazandığı bilgiyi kullanmaya alıştırmaktan söz edilmektedir(9). Kişilere öğretilen bilgiler kullanılmadıkları zaman kolay unutulur ve zamanla yok olurlar.

Dünya sağlık örgütü (DSÖ), sağlık eğitimini aşağıdaki gibi tanımlamıştır: "Kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmek, zorunluluğu duyurmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinden yerinde ve etkin olarak yararlanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacı ile birey ve toplum olarak karar aldirmek

icin yapılan uygulamaların tümüdür" (15). D.S.D.'nin tanımında diğeri tanımlardan farklı olarak dikkati çeken en önemli nokta kişilerin eğitim yoluyla sorunlarının farkına varmalarını sağlamaktır. Sorunun çözümünün ilk basamağı, sorunun farkına vardiırılmasıdır. Yine aynı tanımda sağlık eğitiminin bir amacı olarak kişilere sunulan sağlık hizmetlerinde, yerinde ve etkin olarak yararlanmaya alıştırmaktan söz edilmektedir. Sınırlı ve yetersizde olsa kişiler bu hizmetlerden yararlanmalı ve buna alıştıırılmalıdır. Ayrıca bu tanım sağlık kurumlarının tanıtımına da önem vermektedir.

Bütün bu tanımların ışığında sağlık eğitimini "Birey ve dolayısıyla topluma sağlık ve hastalıkla ilgili kavramları öğretmek, bu konulardaki sorunlarının farkına vardiirmek, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanmalarına alıştırmak, sağlıklarını kurumaları ve sürdürmeleri konusunda bilgilendirmek, alışkanlık ve davranış değışikliği oluşturmak amacı ile yapılan planlı çalışmaların tümüdür." diye tanımlayabiliriz.

Tanımların ışığında sağlık eğitiminin amaçlarını şu şekilde sıralamamız mümkündür:

a) Kişilerin sorunlarının farkına varmalarının sağlanmasıdır.

b) Daha sonra kişiye sağlığı iyileştiren ve sürdüren davranışların kazandırılması gelmektedir.

c) Sağlığı olumlu yönde etkileyen davranışların desteklenmesi ve bu davranışların alışkanlık haline getirilmesidir.

Sağlık Eğitimi Kartoglu'nun tanımıyla sematize de edebiliriz(20):

Sağlık Eğitimi,

İnsanların sağlıklı olmalarını İSTEMELERİNİ

Nasıl sağlıklı kalacaklarını BİLMELERİNİ

Sağlıklarını sürdürebilmek için,

kişisel ya da toplu olarak

yapabileceklerini GERÇEKLEŞTİRMELERİNİ

Gerektiğinde tıbbi bakım için GÖRÜNMELEİNİ

Cesaretlendirmeyi ve aktivitelerini..... DESTEKLEMİYİ

amaçlar. Bu yolla kişi kendi sağlığı için sorumluluk

kazanacak ve bağlı olarak sağlık seviyesi ve yaşam

standartı yükselecektir(20).

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Eğitimi Uygulamalarında Temel İlkeler

Sağlık Eğitimi uygulamaları, ülkelerin, aile ve kişilerin ihtiyaçlarına, sağlık eğitimi uygulayıcısının yetenek ve bilgisine, eğitim yapılacak konuya, eğitimde kullanılacak yöntem ve araç-gerece göre çeşitli değişiklikler göstermektedir. Ancak bütün sağlık eğitimi uygulamalarında uyulması gereken temel ilkeler vardır. Bu bölümde bazı araştırma sonuçlarına da değinilerek sağlık eğitimindeki bu temel ilkelerden söz edilecektir. Bu ilkelerin bir kısmı sağlık eğitimi yapılacak toplumun, bir kısmı ise eğitimcinin sahip olması gerekli varsayılan özelliklere ilişkindir. Önce

topluma ait ilkeleri gözden geçirelim.

a) Eğitim yapılacak konu kişi yada toplum için gereksinim duyulan bir konu olmalı ve çevrenin koşullarına uymalıdır(3,4).

b) Eğitim yapılacak konu ile ilgili tüm bireyleri kapsamalıdır. Örn: Bebek bakımı konusunda sadece annelerin değil aile içi ilişkilerde rol sahibi kayınvalidelerin eğitimi de başarı için gereklidir(3,9,4).

c) Yeniliklerin önce toplum önderlerine benimsetilmesi uygun olabilir. Çünkü halkın büyük çoğunluğu yenilikleri, yeni bilgileri yabancından değil, kendi toplum liderlerinden almaya daha eğilimlidirler(3,4).

d) Kişinin herhangi bir konuda tutum ve davranışlarını etkileyen değişik etmenler vardır. Duygu ve düşünceleri, bilgileri, olanakları, gelenek ve göreneklerini etkileyen bu etmenler, onun tutum ve davranışına yön verirler(3,9,4). Kişinin inançlarına, geçmişteki güdülenmesine ve kültürüne ters düşen tutum ve davranışları benimsemesi çok zordur.

e) Kişinin tutum ve davranışlarını etkileyen önemli nedenlerden biride sahip olduğu olanaklardır; Kişinin parasal durumu, zaman, beceri ve yetenek gibi olanaklarını göz önüne almadan yeni bilgiler kazandırılmaya çalışılması çoğu kez hatalıdır(3,4,9).

Eğitimciye ait olması gereken ilkelere gelince:

a) Sağlık Eğitimi yeniden yapıcı ve yaşama uyum sağlayıcı bir görüşle ele alınmalıdır. Sağlık eğitiminde tutucu görüş benimsenip geçmişte değer verilen bilgi tutum ve

davranışların eğitimiyle yetinilmemelidir. Dersler yalnızca anlatılmakla kalmamalı, uygulama ile de tamamlanmalıdır(3,4).

b) Kişiler eğitim yapılacak konuya ilgi duymalıdır. Bu nedenle eğitimcinin ilgilendiği konulara değil, eğitileceklerin ilgilendiği konulara ağırlık verilmelidir. Eğer eğitimcinin önemli gördüğü bir konuya kişiler ilgisizse, eğitimcinin ilk işi bu konuda ilgi uyandırmaya çalışmak olacaktır(9,4).

Bazı eğitimciler, kendileriyle bağdaşmayan geleneksel inançların tümünün yanlış olduğuna ve değiştirilmesi gerektiğine inanır. Geleneksel inançlar arasında zararlı olanlar bulunduğu gibi yararlı olanlarda vardır.Sağlık Eğitimi yoluyla yararlı olanlar desteklenmeli, zararlı olanların vazgeçirilmesi veya değiştirilmesi yoluna gidilmelidir(4).

Kamu görevlileri ve özellikle eğitim yapacak olanlar hizmete başlarken toplumun tutum ve davranışlarını ve bunları etkileyen nedenleri bilmelidirler. Bunu yapmadıkça topluma sunacakları hizmet başarısız olacaktır. Ayrıca sağlık eğitimcileri inandırma (ikna etme) yolları ve yöntemlerini bilmelidirler.

c) Diğer yandan sağlık hizmetinin başarısının sürekliliği için sağlık eğitimi uygulayıcılarının denetlenmesi de önemli bir konudur. Denetlemenin amacı sağlık çalışanlarının performanslarının sürekli olarak geliştirilmesinin sağlanmasıdır. Ayrıca bu alanda çalışanların uyumlarını sağlamak, karşılaştıkları güçlüklerle başetmelerine yardımcı olmak, bireysel motivasyonlarını ve bireysel gelişmelerini artırmak denetlemenin diğer amaçlarını oluştururlar(11).

d) Sağlık eğitimi uygulayıcılarının denetlenmesinin ve desteklenmesinin yanında, sağlık eğitimi konusunda sürekli eğitimlerinin sağlanmasında önemlidir. Mesleki gelişim için sürekli eğitim kesin gereklilik göstermektedir. Dünyada sadece sağlık eğitimi alanında değil bütün sağlık çalışanlarının sürekli eğitimi için yeni sistemler geliştirilmektedir. Bu konuda örnek bir çalışma 1983 yılında Küba'da uygulamaya konulmuştur. Her seviyedeki sağlık çalışanının sağlık eğitimi konusundaki bilimsel ve teknik yeterliliklerini geliştirmek amacıyla her aşamada sürekli eğitim sistemi geliştirmişlerdir(1).

Bütün bu bilgilerin özeti olarak Halk Sağlığı Eğitimi Avrupa Konferansı ve D.S.Ü. Avrupa Kolu Yörel Toplantısı sağlık eğitimi uygulamalarında şu ilkelerin göz önünde bulundurulmasını önermişlerdir(3,9,4):

1- Sağlık Eğitimi, genel eğitimin bir parçasıdır, bu sebeple bütün yaşam boyunca sürdürülmelidir.

2- Sağlık Eğitimi çalışanlarının organizasyonu ve yönetimi için "Sağlık Eğitimi uzmanları" na gereksinim vardır.

3- Sağlık Eğitimi yeterli ve planlı bir şekilde organize edilmeli, bilimsel bir temel üzerine inşa edilmelidir.

4- Eğitim yöntemleri bilimsel olarak tasbit edilip değerlendirilmelidir.

5- Sağlık Eğitimi, toplumun sağlığını korumak amacıyla halkı kişisel sorumluluk duymaya teşvik etmelidir. Sağlık Eğitimi uzmanlarına deney ve bilgi alışverişinde bulunma

olanağı sağlanmalıdır.

6- Çeşitli profesyonel gruplar Sağlık Eğitimi alanında eğitilmelidir.

2.2 Sağlık Eğitiminde Yöntem ve Kullanılan Araçlar

Sağlık Eğitiminde seçilecek yöntem ve araç, eğitimin amacına ulaşmasında çok önemli rol oynamaktadır. Yöntem ve araç seçilmeden önce eğitim verilecek kişilerin ve toplumun sosyal, kültürel, ekonomik vb. konumunu iyi bilmek gerekir. Eğitimci bilgi ve deneyimleriyle bu sorunu önceden çözümler yaparak programına başlamalıdır(34).

2.2.1. Sağlık Eğitimi Yöntemleri

Geçmiş yıllarda değişik Sağlık Eğitimi yöntemleri geliştirilmiştir(4).Yöntem seçimi eğitilecekleri biraraya getirebilme olanakları, belli bir öğretim programının niteliliği, amaçları, programı düzenleyen kurumun kaynakları, yetenekleri gözönünde bulundurulmalıdır(13). Temelde Sağlık Eğitiminde kullanılan, dolaylı ve dolaysız olmak üzere iki yöntem vardır(9):

a) Dolaysız yöntem: Eğitici ile eğitilenlerin karşılıklı bulduğu bir yöntemdir. Bu yöntemde sadece bir kişiye veya sınırlı sayıda bir gruba hitap edilmektedir. Bu yöntem kendi arasında şu şekilde sınıflandırılır.

1- Bireysel Eğitim: Eğitici, eğitilecek kişiyle sürekli ilişki durumunda olduğundan bu yöntem çok etkilidir. An-

cak güç ve zaman alıcı olduğundan her zaman uygulanamaz. Ayrıca bu tür eğitimin başarılı olmasında eğiticinin niteliğinin çok büyük önemi vardır. Bireysel eğitimde, karşılıklı konuşma ve görüşmeler yapmak; eğitimci olarak olumlu davranışlarda bulunmak eğitilecek olana görev ve sorumluluk vermek geziler düzenlemek, deneyler yaparak bireyin yapıp öğrenmesini sağlamak gibi girişimlerde bulunulur(3,4,13).

2- Grup Eğitimi: Kişileri tek tek eğitim çoğu kez olanaksızdır ve toplumda eğitimin daha geniş bir kitleye yayılmasını sağlamak amacı ile grup eğitimi yöntemi sık uygulanır. Grup, bir gerçeği ortaya çıkarmak, bir amaca ulaşmak, bir sorunu çözmek ya da bir işi gerçekleştirmek üzere biraraya gelen, genel durumları (öğrenim, yaş, meslek, ilgi alanı gibi durumları) benzer olan bireylerin birleşmesinde oluşan küçük topluluktur. Grubun büyüklüğü yararlanılacak tekniğin belirlenmesinde önemli bir etkidir. Sadece bilgi ve verilerin öğretilmesi söz konusu ise grubun büyüklüğü önemli değildir. Fakat toplumsal davranış ve hareketlerin değiştirilmesi söz konusu oluyorsa, burada küçük grupla çalışma daha etkilidir. Ama yine de eğitilecek grubun fazla büyük olmaması en fazla grubun 25 kişi olması uygundur.

Uygulamada iki tür gruptan söz edilir. Birincisi doğal oluşmuş gruplardır (okul sınıfları, birlikler, işçiler, dernek mensupları vb.gibi). İkincisi ise; daha önceden hazır olmayan, sadece o toplantı için yapay olarak bir araya gelmiş topluluklardır (Kongreye veya konferansa katılanlar gibi).

Grup eğitimi çok çeşitlidir; Bunlar arasında anlatmak

(ders verme), grup tartışması yapma, workshop (atelye çalışması), gösteriler ve geziler düzenleme, rol yapmak, kurs açmak sayılabilir.

Anlatma; bir konu üzerinde bilgi vermek demektir. Pasif bir yöntem olan anlatma işinde emek ve çaba harcayan yorulan konuşmacıdır. Dinleyiciler tamamen pasif bir durumdadırlar. Bu pasifliği yenmek soru sorma yöntemini iyi kullanarak, konuşmanın hemen sonunda tartışma açarak mümkün olabilir. Anlatma süresi grubun yaş ve kültürel düzeyine göre belirlenmeli hiç bir zaman bir saatten daha uzun olmamalıdır. Yapılan araştırmalar kişinin dinleyerek öğrenme gücünün 25-45 dakika arasında değiştiğini ortaya koymuştur. Konuşmaya başlarken önce gerekiyorsa tanımlar yapılmalı, bilinenler anlatılmalı daha sonra bilinmeyenler belirtilmelidir. Konuşmacının çok hızlı konuşmaması, elleriyle fazla hareket yapmaması uygundur. Konuşmasını örnekler ve fıkralarla sürdürmesi konuşmanın etkinliğini arttıracaktır(3,4,13).

Grup tartışması ise, genellikle kötü alışkanlıkları ve hatalı gelenekleri değiştirmek, sosyal, mediko sosyal ve psikolojik sorunları çözümlenmek amacıyla kullanılır. Bu yöntem anlatmaktan çok daha etkilidir. Fakat onun kadar kullanışlı ve kolay uygulanabilir nitelikte değildir. Aktif bir yöntemdir. Çünkü grubun tüm bireylerinin eğitime katılması söz konusudur. Şu noktalara dikkat edilmesi gerekir; Grup 20-25 kişiden fazla olmamalıdır. Grubu yönetenlerle katılanlar arasında amir-memur havası yaratılmaması ve gruptaki herkesin birbirinin yüzünü görmesi sağlanmalıdır(3).

Grup tartışmaları değişik şekillerde yürütülebilir; Bunlardan biri, büyük grupların üye sayısı 5-7 kişi olan alt gruplara ayrılmasıyla yürütülen küçük gruplar tartışmasıdır. Alt gruplar ya değişik konuları ya da ayrı konunun değişik yönlerini inceler ve her alt grup inceleme sonucunu bir rapor halinde genel toplantıya getirerek varıklarını sonucu tartışılmasını sağlarlar. Ayrıca yuvarlak masa tartışması, panel tartışma yöntemi, açık oturumlar, seminer ve sempozyumlarla grup tartışma yöntemleri arasında sayılmaktadır(3,9,4,13).

b) Dolaylı Yöntem: Geniş toplulukların eğitiminde sürekli başvurulan bir yöntemdir. Eğitimci ve eğitilenler çoğu kez karşı karşıya değildirler. Pasif nitelikte olan bu yöntemle eğitim, ancak çeşitli araçlardan (Radyo, TV, Gazete vb.) ve olanaklardan yararlanılarak yapılabilir. Eğitici bireyleri harekete geçirmekte ve eğitime katılmalarını sağlamakta güçlük çeker. Eğitimdeki çabaların etkisini ve sonucunu göremez. Eğitimciler bireylerle yüzyüze gelmediklerinden birbirlerine soru soramazlar. İnanma ve inandırma işlemleri tam olarak gerçekleşemez. Geniş kitlelerin eğitiminde zaman zaman uygulanır(3).

2.2.2. Sağlık Eğitiminde Kullanılan Araç ve Gereçler

İnsanlar birbirleriyle işaretlerle ve ses yardımıyla anlaşabilirler. İnsanlar kendi sesleri ve eşyaları, olayları simgeleyen kelimelerle isteklerini anlatabilmektedir. Konuşma dili de bu şekilde doğmuştur. Günümüzde teknoloji, konuşmaları

ve görüntüleri radyo, teyp,televizyon, video ve yazılı basın gibi araçlarla çok uzaklara götürebilmekte ve mesajları aynı anda büyük kitlelere ulaşılabilmektedir(3).Bu nedenle yazılı, görsel ve sesli yayınların kitle eğitim araçları içinde önemi gittikçe artmaktadır. Bunlardan televizyon büyük önem taşımaktadır.Yapılan araştırmalar, ülkemizde sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarının başında televizyon geldiğini göstermektedir(19). Bütün bu sayılan araç ve gereçlerden bir eğitim programında birinden veya birkaçından bir arada yararlanılmaktadır. Hatta hangi konularda (Örn. seçimlerde) hangi araçların kullanılacağına ilişkin araştırmalar yapılmaktadır. Bağlı olarak sağlık eğitiminde kullanılacak araçlar önem taşımaktadır.

2.3. Ülkemizde Basın Yayın Organlarının Sağlık Eğitimine Katkıları

Sağlık eğitimi uygulamalarında kitle iletişim araçlarının rolü çok büyüktür. Toplumda yeni alışkanlıkların kazandırılması, davranış değişikliklerinin sağlanması ve yanlış olan alışkanlıkların ve davranışların bırakılması en hızlı olarak kitle iletişim araçlarıyla sağlanmaktadır. Bunların içinde hem göze hem kulağa hitap eden televizyon hemen hemen her evde bulunmakta, nüfusun büyük çoğunluğu tarafından izlenmektedir. Yine radyo diğer özelliklerinin yanında özellikle taşıma kolaylığı bakımından kullanımı çok yaygın bir kitle iletişim aracıdır. Yazılı basın da sağlık sorunlarına sık sık yer vermekte ve okuyucuları bilgilendirmeye çalışmaktadır.

Ancak bu kadar yararlı olan kitle iletişim araçları yanlış kullanıldıkları zaman bir o kadar zararlı olabilmektedir. Örn. Gazetelerde, dergilerde reklamı çokça yapılan zayıflama diyetleri, zayıflama çayları, bir çok kişinin sağlığını tehdit etmektedir. Diğer bir örnek; özellikle özel televizyonlar aracılığıyla sıkça duyurusu yapılan 900'lü telefon numaralarıdır. Tamamen kar amacı güdülmüş bu organizasyon sağlığı ilgilendiren bir çok konu üzerinde de faaliyet göstermektedir.

Bunun yanında çok olumlu kullanımlarda vardır. Özellikle televizyon da yayınlanan kadın programlarında işinin uzmanı sağlıkçılarla sunulan sağlık programlarının yararı yadsınamaz. Çünkü sağlıklı yaşam sürmede, sağlığın gelişmesinde kadın çok önemli bir rol oynamaktadır. Çocuk bakımı, beslenme, aile planlanması, hasta bakımı vb. gibi bir çok konular kadının aile ve toplumdaki rolü içerisinde yer almaktadır. Bu nedenle özel ve resmi çeşitli kanallarda hem kadın sağlığı hem de kadının statü rolleri içerisinde giren sağlık sorunlarına geniş yer verilmektedir. Dahası bu bilgiler konunun uzmanları tarafından aktarılmakta ve tartışılmaktadır. Ayrıca yine bu programlarda sağlıkla ilgili çoğu konuların drama şeklinde sunulması kabul edilme oranını arttırmaktadır. Çünkü konunun oyun şeklinde senaryolaştırılması insanları kendilerini oyuncularının yerine koymalarını daha kolaylaştırılmaktadır. Oyunda geçen olayların, onu izleyen insanların sosyal yaşamlarına uygunluğu, aynı olayın izleyeninde başına gelme olasılığının her zaman söz konusu olması onları daha

duyarlı ve eğitime açık hale getirmektedir. Bunun yanında kazanılan bilgilerin yaşama aktarılması daha kolay olmaktadır.

Başka olumlu bir örnek olarak, televizyonlarda yayınlanan "dikkat", "ilk yardım" ve "klakson" programları verilebilir. Kazaların oluşmaması için alınacak önlemlerin yanında, oluştuktan sonra yapılacak ilk yardım konusunda uzman bir ekip tarafından hazırlanan bu programlar toplumun büyük bir kesimi tarafından dikkatle izlenmektedir. Çünkü kazalar, felaketler bütün insanların yaşamları boyunca her an karşılaşılabilecekleri istenmeyen olaylardır. İnsanlar böyle bir durumda yapmaları veya yapmamaları gerekenlerin neler olduğu konusunda hazırlıklı olmak isterler.

Bütün bu bilgilerin ışığında, sağlık eğitimi konusunda medya iki ucu keskin bıçak gibidir tanımlanmasını yapmak hiç de yanlış olmaz.

Basın yayın organlarının sağlık eğitimi konusunda sağlıklı kullanılması, sağlıklı sonuçlar vermesi seçilecek kitle iletişim aracının türüne de bağlıdır. En etkili basın yayın organları bölgenin iletişim kaynaklarına, okur yazarlık düzeyine, nüfus büyüklüğüne ve çeşitliliğine ve insanların değişik basın yayın organlarına ulaşabilirliğine göre belirlenmelidir. Örn: yazılı basın, okuma yazma oranının yüksek olduğu toplumlarda daha etkili bir eğitim aracıdır. Oysa bölgemizde okur yazarlık oranı oldukça düşüktür. Dolayısıyla yazılı basının takip edilmesi güçtür. Bu nedenle bölgemizde radyo ve tv. daha yaygın olarak kullanılan kitle iletişim

araçlarıdır. Dolayısıyla etkinlikleri daha fazladır.

2.4. Türkiyede Sağlık Eğitimi Uygulamaları

Anayasa, 224 ve 2827 sayılı yasalar, imzaladığımız bir çok uluslararası anlaşma sağlık eğitimi ile ilgili hükümler ve esaslar içermektedir(17). Eldeki düzenlemelerin başlıca ilkeleri şunlardır; Kişiye yönelik sağlık hizmeti olarak sağlık eğitiminin amacı,sağlığa zararlı alışkanlıklardan vazgeçirme, tüm olumlu ve istendik özellikle davranışların geliştirilmesi dahil tüm koruyucu uygulamaları kapsamı, sağlığı iyileştirici ve geliştirici bir öge olarak sağlık eğitiminden yararlanılması, halka gereksinim duyduğu sağlık bilgilerinin verilmesi, yapılan çalışmalara halkın katkı ve katılımını sağlamak, sağlık hizmetlerinden yararlananların bunu en uygun biçimde yapabilmelerini sağlayacak biçimde bilgilendirilmeleri, halkta kendi sağlığına sahip çıkma bilincini uyandırmak olarak sıralanabilir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı ile ilgili ACS-AP, TSH ve Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü,Sağlık Eğitimine yönelik uygulamalar yapmaktadır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü eğitimci eğitimine yönelik çalışmalarda bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Tarım Orman Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, TRT kurumu, özel televizyon ve radyolar, üniversiteler, belediyeler, çeşitli gönüllü kuruluşlar sağlık eğitimi uygulamalarına yönelik çalışmalar yapmakta-

dırlar. Ayrıca bu kuruluşlar, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, DSD, UNICEF, UNESCO, Japon Uluslararası İşbirliği Kuruluşu gibi uluslararası kuruluşlarla işbirliği yapmaktadır.

Sağlık Bakanlığının il bazındaki temsilcisi olan sağlık müdürlüğü, sağlık eğitimi uygulamalarından birinci derecede sorumludur. İl, ilçe ve uçtaki köylere dek tam ve yeterli bir sağlık eğitimi uygulaması amacı ile il sağlık müdürlüklerinde sağlık eğitimi şubeleri aracılığı ile bu görevini yürütür.

Bu şubelerde görev alan sağlık eğitimcileri; Sağlık Bakanlığına bağlı Gevher Nesibe Sağlık Eğitimi Enstitüsü mezunları ile yüksek öğrenim devresinde veya lisans eğitimi döneminden sonra sağlık eğitimi temel bilgileri almış bulunan diğer fakülte ve yüksek okul mezunlarıdır.

Sağlık müdürlüğü sağlık eğitimi şubesinde görev alan bir diğer grupta sağlık eğitimi teknisyenleridir. Bunlar, sağlık bakanlığınca açılan en az iki ay süreli sağlık eğitimi kursunu başarı ile bitirerek sertifika alan Sağlık Meslek Lisesi mezunu (ortaöğretime dayalı sağlık memurları, hemşire ve ebe okulları ile eski köy enstitüsü mezunu sağlık memurları dahil) kişilerdir(22).

Sağlık Müdürlükleri bünyesindeki eğitim şube müdürlükleri halka sağlık eğitiminin yanında, hizmet içi eğitim konusunda da görev yapmakla yükümlüdürler. Gerek yataklı tedavi kurumlarında ve gerekse sağlık ocaklarında çalışan sağlık personeline çeşitli konularda hizmet içi eğitimi yapmaktadırlar(5).

Halka yönelik sağlık eğitimi ise, çoğunlukla yataklı tedavi kurumlarında veya yataksız tedavi kurumlarında çalışan sağlık personeli tarafından yapılmaktadır. Çünkü halka direk temasta olan sağlık personeli, halka aracısız sağlık hizmeti veren sağlık personeli yataklı ve yataksız tedavi kurumlarında çalışan sağlık çalışanlarıdır. Özellikle sağlık ocaklarında çalışan hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık personelleri hizmeti alanların en yakınına, evine, tarlasına kadar götürmektedirler.

Sağlık Eğitimi uygulamaları diğer bütün sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, bir ekip hizmeti olarak ele alınmaktadır. Bu ekibin üyeleri başta sağlık eğitimcisi olmak üzere, hekim, sağlık eğitim teknisyeni, sağlık memuru, hemşire ve ebedir. Ayrıca ihtiyaç duyulan her konuda toplum liderleri de (Öğretmen, Muhtar, İmam vb.) bu ekibe dahil edilmektedir. Bu ekip başlıca şu konularda Sağlık Eğitimi hizmeti vermektedir; Çocukluk dönemi hastalıkları, bağırsak enfeksiyonları, sosyal hastalıklar (verem, sıtma, frengi vb.) diğer bulaşıcı hastalıklardan korunma, aşılar ve serumlar, hijyen ve çevre sağlığı, beslenme, ana sağlığı ve aile planlaması, ilk yardım ve kazalardan korunma, uyuşturucu ve keyif verici maddeler (sigara, alkol vb.) ve diğer sağlık konuları. Bu konularda yapılan sağlık eğitimi çalışmaları Halk sağlığı eğitimi aylık çalışma formu, hemşire aylık çalışma bildirimi, ebe aylık çalışma bildirimi gibi formlarla belgelendirilmekte ve bu formlar sağlık müdürlüklerinde toplanmaktadır(17).

Sağlık eğitimi hizmetlerinin sürekliliğinin zorunluluğu

ve "olmazsa olmaz"lığı nedeniyle hizmeti sunan ekip üyelerinin nitelik ve nicelik açısından yeterli olması kaçınılmaz bir gerekliliktir. Bu konuda ülkemiz fazla şanslı sayılmaz. Çünkü hizmet sunumunun lokomotifini görevini yapan halk sağlığı ebe ve hemşirelerinin nitelik ve nicelik açısından yeterli olduğu söylenemez. Ayrıca sağlık eğitimcileri ve sağlık teknisyenleri de yine sayı açısından yetersizlik göstermektedir. Bunun nedeni uygulanan sağlık politikalarında koruyucu sağlık hizmetlerinin ve buna bağlı olarak sağlık eğitiminin hakettiği önemi görmemesidir.

Bununla beraber, Sağlık Eğitimi konusunda sevindirici uygulamalar zaman zaman yüzümüzü güldürmektedir. Özellikle sağlık bakanlığının bazı konulardaki eğitim çalışmalarıyla ilgili olarak diğer kuruluşlar ve kurumlarla işbirliği içine girmesi yararlı bir uygulamadır. Ancak bütün kurum ve kuruluşların bu konuda Sağlık Bakanlığı elemanları tarafından denetime tabi tutulması gerekir.

2.5. GAP Bölgesinde Sağlık Eğitimi

GAP'ta sağlık eğitimine değinmeden önce bölgenin eğitim ve sağlık durumuyla ilgili bazı bilgiler vermek yararlı olacaktır.

GAP bölgesinde eğitim düzeyinin oldukça düşük seviyede olduğu bilinmektedir. Okur yazarlık oranı erkeklerde %61, kadınlarda %24'dür. Ortalama okur yazarlık oranı %43 civarındadır(26). Bu rakam Türkiye geneli için %77'dir(26). Su da bir gerçektir ki GAP bölgesinde okuma yazma bilenlerin çoğu

nitelikli bir eğitimden geçmemişlerdir. Dolayısıyla yukarıdaki orana askerde ve kurs yoluyla 3-5 ayda okuma yazma öğrenenler de dahildir.

Bölge, sağlık sektörü bakımından da Türkiye'nin en geri kalmış bölgelerinden biridir. Bu bölgede 38'i devletin olmak üzere toplam 47 hastane mevcuttur. 10.000 kişiye düşen ortalama hastane yatak sayısı sadece 10.4'dür. Bu rakam Adıyaman'da 7.4, Siirt'te 6.6, Mardin'de 4.5'e kadar inmektedir. Türkiye genelinde bu rakamın ortalama 23.7 olduğunu belirtsek durumun ciddiyeti daha da çarpıcı olarak ortaya çıkmaktadır(26). Var olan sağlık ünitelerinin çoğunluğu araç gereç, cihaz ve sağlık personeli bakımından son derece yetersiz ve sağlıksızdır.

Ölüm oranının (özellikle bebek ölümlerinin) yüksek olması bir rastlantı değildir. Buna karşın nüfus kontrolsüz bir biçimde artmakta, giderek şehir merkezlerinde demografik bir şişme görülmektedir. Nedeni de açıktır. 1980 yılı itibarı ile Türkiye genelinde doğurganlık oranı 4.5 iken GAP bölgesinde 7'dir.

Eğitim ve sağlığın dışında diğer sorunlar, kentlerde alt yapının olmaması veya yetersiz yerleşim birimleri içme suyu yetersizliği, salgın hastalıkların sık ve büyük boyutlarda görülmesi, kırsal alanda kente yoğun göç ve beraberinde getirdiği daha büyük boyutta sosyal, ekonomik ve sağlık sorunları sayılabilir.

Bütün bu sorunlara GAP'ın getireceği bir takım sorunları da eklemek mümkündür. GAP bölgesinde yapılan bir araştırmada bölge yöneticilerinin GAP'a ilişkin görüşlerine

yer verilmiştir. Valiler, Kaymakamlar, Belediye Başkanları, Muhtarlar, İl Sağlık Müdürleri ve Hastane Başhekimlerinin katıldığı araştırmada GAP projesi kapsamında oluşacağını düşündükleri sağlık problemlerini sıralamaları istenmiş, bu sıralama büyük bir oranda çevre sorunlarının ve hastalıklarının artması, geri göçün başlaması ve nüfus artışının hızlanması, yeni tropikal hastalıklar ve tedavi kuruluşları ihtiyacının artması şeklinde olmuştur(32).

Bölgenin sosyo ekonomik ve kültürel yapısında GAP'la beraber büyük değişiklikler beklenmektedir. Kuru tarımdan, sulu tarıma geçilecek ve sulu tarım beraberinde çok değişik sağlık sorunları getirecektir. Bunların en önemlisi sıtmadır. Bilindiği gibi sıtmanın etkeni olan sivrisinekler için en uygun yerler bataklıklar ve sulak arazilerdir. Diğer olası bir sağlık sorunu da Schistosomiasisdir. Yukarı Nil Barajı Projesinden sonra Mısır'da karşılaşılan önemli bir sağlık sorunu "Schistosemiasis" olmuştur. Kırsal nüfusun %70'inin bu hastalığa yakalandığı sanılmaktadır(7). Bu sorun, yeterli halk eğitimi yapılmadan önce sulama sistemlerinin uygulandığı yarı kurak birçok ülkenin sorunudur. Bu parazite ülkemizde bugüne değin rastlanmamıştır. Ama komşularımız olan Irak ve Suriye'de adı geçen parazit vardır ve hastalığa rastlanmaktadır. GAP ile beraber bölgeye işçi akımı ve daimi-mevsimlik göç olacağı ele alındığında sıtmanın başta Güney Doğu Anadolu Bölgesi olmak üzere diğer bölgelere yayılacağı ve gerek sıtma eradikasyonu gerekse diğer praziter hastalıklarla savaşta önemli sorunlar yaşanacağı söylenebilir(7).

Bütün bu saydığımız sorunların her biri başlıbaşına bir sağlık eğitimi konusudur. Kişiler özellikle yaşamlarını büyük ölçüde etkileyecek olan GAP projesinin bitiminde çok değişik konularda eğitime ihtiyaç göstereceklerdir. Bunlar yeni tarım tekniklerinin kullanılmasından, sulu tarımın getirdiği hastalıklarla savaş konusuna kadar bir genişlik göstermektedir. Ancak eğitim yapacak personelin eksikliğinin sıkıntısı bugünden yaşanmaktadır. Mevcut personel hali hazırda yetersizlik göstermektedir. Bugün bölgede sağlık eğitimi hizmeti vermekle sorumlu olan üç tip sağlık servisi mevcuttur. Birinci tip, illerde kurulmuş olup 4 doktor 6 sağlık personeli ile 50.000 kişiye hizmet veren sağlık ocaklarıdır. Bölgedeki sayıları 50 tane dir. İkinci tip, ilçelerde bulunan, 2 doktor, 4 sağlık personeli ile 30.000 nüfusa hizmet veren Sağlık ocaklarıdır. Bölgedeki sayıları 88 tane dir. Üçüncü tip, köylerde bulunan 1 doktor, 3 sağlık personelinden oluşan ve 7000-8000 kişiye yönelik hizmet veren sağlık ocaklarıdır(26).

Bu organizasyonda, bu sayıdaki personelin hizmette yetersiz göstereceği gibi hizmetin kalitesinin de sürekli tartışma konusu olacağı kesindir. Bölge yöneticilerine GAP projesi kapsamında oluşacak sağlık problemlerinin çözüm önerilerini sıralaması istendiğinde genelde ilk sırayı personel açığının giderilmesi ve fizik yapı ve çevre sağlığının geliştirilmesi almıştır(32).

Yukardaki saptamalar GAP ile gelecek önemli bir sorunun da sağlık eğitimi uygulayacak yeterli kalite ve sayıda personele duyulacak ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Sorunun çözü-

mü için proje devam ederken bu konuda da planlı ve programlı çalışmaların başlatılması gerekmektedir.

3. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bir önceki bölümde değişik tanımları incelenen sağlık eğitimi bugün bir çok ülke tarafından önemi yeniden gündeme getirilen bir kavramdır.

Ülkemizde olduğu gibi bütün dünyada sadece vakaların ortaya çıkarılması ve tedavi edilmesi sağlık sorunlarının çözümü için tek başına yeterli değildir.Örneğin, gelişmekte olan 74 ülkede önemli bir halk sağlığı sorunu olan schistosomiasis ile mücadelede, vakaların ortaya çıkarılması ve tedavisi yeterli olmamış, sağlık eğitiminden de büyük oranda yararlanma yoluna gidilmiştir(28).

Önemi bu kadar açık olarak görülebilen sağlık eğitimini kim yapacaktır? Bu çok geniş yanıtı bir sorudur. Bu yanıtın içinde en büyük yeri sağlık ocaklarında çalışan Halk Sağlığı ebe ve hemşireleri kapsamaktadır. Çünkü günümüzde ebe ve hemşireler halkla en çok ilişki kuran, yüz yüze gelen en geniş meslek grubudur. DSÖ'nün, herkese sağlık amacına ulaşmak için birer değişim elemanı olarak gördüğü ve desteklediği ebe ve hemşireler, eğitim hizmetleri ile ilgili olarak topluma kapsamlı sağlık eğitimi verilmesinde görev almakta ve sağlık eğitiminde giderek artan bir rol üstlenmektedirler(21).

Hemşireler çalıştıkları yer neresi olursa olsun TSH'nin kabulü ve yaygınlaştırılması ile ilgili anahtarları ellerinde

tutmaktadırlar(21). TSH'nin en önemli aşaması olan sağlık eğitimi konusunda ebe ve hemşirelerin sağladığı başarının bütün dünyada örnekleri görülmektedir. Örneğin, Finlandiya'da hemşireler "kalp sağlığı" projesinde rol alarak kalp hastalıklarına duyarlı gruplara özel diyet ve egzersiz konularında önerilerde bulunmuşlar ve enfarktüs oranının azalmasında etkili olmuşlardır(35). Asya ve Afrika'nın pek çok ülkesinde hemşire ve ebeler geleneksel ebeleri eğitmişler ve denetlemişlerdir. Sonuçta adolesan gebelik oranında azalma sağlanmıştır(35). Türkiyede 1978'de % 134 olan bebek ölüm hızının 1979-1982 yılları arası % 95, indirilmesinde etkin ve planlı sağlık eğitimi uygulamalarının yeri büyüktür(35,23).

Sağlık eğitimi konusunda bu kadar görev ve sorumluluk yüklenen Halk Sağlığı Ebe ve Hemşireleri sağlık eğitimi konusunda ne biliyorlar? Ne kadar biliyorlar? Bu konudaki bilgilerini etkileyen etkenler nelerdir? Bu etkenler hangi oranlarda etki göstermektedir? Bu araştırmanın temel amacını bu sorular ve sorulara aranılan yanıtlar oluşturmaktadır.

Diğer yandan ebe ve hemşirelerin mezun oldukları okullar sağlık eğitimi konusundaki bilgilerini ne düzeyde etkilemektedir? Sağlık eğitimi uygulamalarında Sağlık Okulu Mezunları ile Sağlık Meslek Lisesi mezunları arasında başarı oranlarında bir farklılık varmıdır? bu soruların yanıtının aranması da bu araştırmanın diğer amaçlarındandır.

Bu araştırmada çalışma yılları ile sağlık eğitimi uygulamaları arasındaki ilişkide incelenmiştir. Bir konuda kazanılmış deneyimin o konu üzerindeki başarı oranını artıracak

süphesizdir. Deneyim, çalışılan işte planlama uygulama, denetlemede ustalığı birlikte getirmektedir. Bu açıdan sağlık eğitimi alanında çalışma yılları arttıkça ebe ve hemşirelerin daha deneyimli olacağı beklenmelidir.

Kısaca, bu araştırmanın amacı, varolan bilgiyi ölçmek, sağlık okulu mezunları ile sağlık meslek lisesi mezunları arasında başarı açısından karşılaştırma yapmak ve deneyim faktörünün etkili olup olmadığını saptamak şeklinde özetlenebilir.

4. YÖNTEM VE GEREÇ

Diyarbakır İl Merkezinde bulunan Dağkapı, Şehitlik, Yenikapı, Mardinkapı, Bağlar I no'lu ve Bağlar II nolu sağlık ocaklarında çalışan tüm ebe ve hemşireler araştırma kapsamına alınmış olup toplam 153 kişidir. Veriler, ekte örneği sunulan anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket formunda yer alan sorular konu ile ilgili çeşitli kaynaklar taranarak hazırlanmıştır.

Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm sağlık personelinin tanıtıcı özelliklerini içermektedir. İkinci bölümde sağlık eğitiminin aşamalarına ait teorik bilgi ve uygulama bilgisini kapsayan sorular bulunmaktadır.

Hazırlanan anket formunun geçerliliğini kontrol etmek amacıyla Dağkapı sağlık ocağında görevli 20 ebe ve hemşire ile anketin ön uygulaması yapılmıştır. Araştırmanın verileri Nisan 1993 ile Haziran 1993 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanması sırasında kişi başına ortalama

bir saat zaman ayrılarak görüşme şeklinde veriler toplanmıştır.

Araştırma yapıldığı sırada raporlu ve izinli olan ve soru kağıdını cevaplamak istemeyen hemşire ve ebeler örneklem dışı bırakılmıştır. Örneklem kapsamında hedeflenen Hemşire ve Ebe sayısı toplam 153 olmasına karşın, yukarıda sayılan nedenlerle 100 kişiye ulaşılmıştır.

Uygulama sonunda elde edilen veriler kodlandıktan sonra tablolastırılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzde oranı, aritmetik ortalama ve Chi-square kullanılmıştır.

5.BULGULAR VE TARTIŞMA

5.I. HALK SAĞLIĞI EBE VE HEMŞİRELERİNİ TANITICI BİLGİLER

Tablo 1: Araştırma kapsamına alınan Halk Sağlığı Hemşire ve ebelerinin tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı Özellikler		%
Meslek Unvanları	Ebe	32
	Hemşire	37
	Ebe - Hemşire	29
	Yüksek Hemşire	--
	Yrd. Hemsire	2*
Meslekte Çalışma Süreleri	1- 10 yıl	68
	11- 20 yıl	18
	21+ yıl	14
Sağlık Ocağında Çalışma Süreleri	1- 10 yıl	83
	11- 20 yıl	11
	21+ yıl	6
Mezun Oldukları Okullar	Sağlık Meslek Lisesi	79
	Sağlık Okulu	21
	Hemşirelik Yüksek Okulu	--
Mezuniyet Sonrası herhangi bir eğitim alıp almama durumları	Alan	39
	Almayan	61
Sağlık Eğitimi ile ilgili bir kursa katılıp katılmama durumları	Katılan	55
	Katılmayan	45
Görevlerinden Memnun olup olmama durumları	Olan	75
	Olmayan	25
Meslekleri sevip sevmeme durumları	Seven	84
	Sevmeyen	16

Not: Bu tabloda yüzdeler ve sayılar birbirinin aynısı olduğundan yüzdelerin verilmesi tercih edilmiştir.

* İstatistikî değerlendirilmede bu sayı ebe-hemşirelerin sayısına eklenmiştir.

Diyarbakır İli Merkez Sağlık ocaklarında çalışan ve araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin meslek ünvanlarına göre dağılımına bakıldığında araştırmaya katılanların %32'si ebe %37'si hemşire ve %29'unun ebe-hemşire olarak görev yaptıkları görülmektedir. Araştırmaya katılanların %2'si yardımcı hemşiredir.*

Unvanlardaki bu farklılıklara karşın ebe ve hemşirelerin görev alanları birbiri içine girmiştir. Söyleki, günümüz sağlık sorunlarına bakıldığında sorunların, anne ve çocuk sağlığı aile planlaması, bulaşıcı hastalıklar gibi konularda yoğunlaştığı görülür. O halde öncelik bu sorunların tehdit ettiği gruplarda özellikle anne ve çocuklar ile doğurganlık çağındaki kadınlardır. Bu öncelikler göz önüne alınırsa köylere kadar hizmeti götüren ekip içindeki hemşirenin ebelik bilgi ve becerisine sahip halk sağlığı hemşiresi olması beklenmektedir Dünya Sağlık Örgütü de temel Sağlık Hizmetlerinin sunulmasında temel insan gücü olarak halk sağlığı hemşirelerini görmektedir. Sağlık Hizmetlerinin sosyalleştirilmesi örgütlenmesinde ekibin üyesi olan ebeden beklenen görevlere bakıldığında, bir halk sağlığı hemşireliği uygulaması olduğu görülmektedir(21,33,2,).

* Günümüzde sağlık bakanlığına bağlı olarak eğitim öğretim hizmeti veren sağlık okulları; 1954 yılında kabul edilen 6283 sayılı hemşirelik kanununun 7.maddesine göre "Hemşire yardımcısı" yetiştirmek için 1957 yılında ilk okula dayalı kurslar açılmıştır. Bu kurslara 18-30 yaşları arasında ilkökul mezunu öğrenci alınmış 1-1,5 yıl süreli teorik ve uygulamalı bir öğretim görüldükten sonra, hemşire yardımcısı ünvanı verilmiştir. 1967 yılında öğretim süresi 3 yıla ve 1976 yılında 5 yıla çıkarılmıştır, 1981 yılından itibaren bu okullar sağlık meslek lisesi statüsüne çıkarılmış, ebelik programlarına ağırlık verilerek perifer bölgelerde bu meslek elemanından yararlanma yoluna gidilmiştir.(8,27).

Araştırmaya katılanların meslekte çalışma süreleri ortalama 10 yıldır. En az çalışma süresi 1 yıl, en fazla çalışma süresi 24 yıldır.

Halk Sağlığı alanında (sağlık ocağında) çalışma sürelerine bakıldığında ortalama çalışma süresinin 7 yıl olduğu görülmektedir. Yine halk sağlığı alanında (sağlık ocağında) en az çalışma süresi 1 yıl, en fazla çalışma süresi 24 yıldır.

Araştırmaya katılan ebe, hemşire ve ebe-hemşirelerin mezun oldukları okullara göre değerlendirme yapıldığında %79'unun sağlık meslek lisesi mezunu, %21'inin de sağlık okulu mezunu olduğu görülmektedir. Sağlık okulu mezunlarının tümü ebe ünvanını taşımaktadır. Sağlık meslek lisesi mezunu ebe, hemşire ve ebe-hemşireler orta okuldan sonra dört yıl süreli mesleki eğitim görmektedirler. Sağlık okulları ise ilk okula dayalı üç yıllık mesleki eğitimi içermekteydi. Bu uygulama günümüzde devam etmemektedir(30).

Mezuniyet sonrası eğitim alıp almadıklarına bakıldığında; araştırmaya katılanların %39'u mezuniyet sonrası eğitimi aldıklarını, %61'i ise her hangi bir konuda eğitim almadıklarını bildirmişlerdir. Buradaki mezuniyet sonrası eğitimden, araştırma kapsamında bulunan ebe, hemşire ve ebe-hemşirelerin çalışma süreleri boyunca katıldıkları kurslar, hizmet içi eğitim programları gibi öğretim şekilleri anlaşılmalıdır. Sağlık eğitimi ile ilgili bir kursa katılıp katılmadıkları sorusuna %55'i evet, %45'i ise hayır yanıtını vermişlerdir. Sağlık eğitimi hizmetlerinin halk sağlığı ebe ve hemşirelerinin temel görevleri arasında ilk sıralarda yer

aldığı düşünülürken, sağlık eğitimi ile ilgili bir kursa katılmama oranının yüksekliği dikkat çekmektedir. Aynı şekilde mezuniyet sonrası eğitim alanların oranı da düşüktür (Tablo 1).

Bu sonuçları nedenleri araştırıldığında, ebe ve hemşirelerin mezuniyetten kısa bir süre sonra monoton bir çalışma hayatına alıştıkları ve sadece çalışma sırasındaki rutin işleri yapmakla yetindikleri gözlenmiştir. Ebe ve hemşirelerde meslekte yenilikleri izleme isteğinin olmaması, kurumların yeterli sayıda ve kalitede eğitim programları hazırlayıp ebe ve hemşirelere bu olanağı tanımamaları da nedenler arasında sayılabilir. Ebe ve hemşirelerin genelde okuma alışkanlıklarının olmaması, mesleki gelişmelere açık olmamaları çalıştıkları ünitelerde faydalanabilecekleri bir kitaplığın bulunmaması ve hizmet içi eğitim programlarının etkin ve disiplinli uygulanmaması bu sonuçların nedenleri olabilir. Bu konuya bağlı olarak araştırmaya katılanların %75'i görevlerinden memnun olduklarını, %25'i ise, görevlerinden memnun olmadıklarını bildirmişlerdir. Özkan yaptığı araştırmada görevinden memnun olanların oranını %50.6, memnun olmayanların oranını ise, %49.3 olarak bulunmuştur (Tablo 1). Görevinden memnun olanların oranı yüksek olsa da, memnun olmayan %25'lik kısım oldukça düşündürücüdür. İstemediği, memnun olmadan yapılan bir işten sağlıklı bir verim beklenemeyeceği açıktır. Günümüzde ebe ve hemşire yetiştiren okullardan mezun olanlar belirli bir dalda branşlaşmadıkları için her türlü sağlık kurumunda çalışmak durumundadır (36). Üstelik sağlık meslek liselerinde çoğu parasız yatılı olarak

okuyan ebe ve hemşireler mezuniyet sonrasında sağlık bakanlığının belirlediği yerlerde ve kurumlarda çalışmak zorundadırlar. Diğer yararlarını bir tarafa bırakırsak sırf görevinden memnun, verimli çalışan ebe ve hemşireler yetiştirmek için meslekte uzmanlaşma gereklidir. Ancak hemşirelik eğitimi sırasında (Mezuniyet öncesi) branşlaşma, halen almakta oldukları diplomanın verdiği yetkiyi ve çalışma alanlarını sınırlandırdığı için ebe ve hemşirelerin aleyhine olabilir. Bunun yerine mezuniyet sonrasında yapılacak özel "alan hemşireliği" belgesi eğitim programı uygun bir çözümdür ve sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğünce de bu görüş paylaşılmaktadır(36).

Ayrıca diğer mesleklerde olduğu gibi üniversiteler bünyesinde hemşirelikte lisans, yüksek lisans, doktora programları vardır. Araştırmaya katılanların %84'ü mesleklerini sevdiklerini, %16'sı ise sevmediklerini bildirmişlerdir (Tablo 1). İstanbul'da yapılan bir çalışmada sevenlerin oranı %80, sevmiyenlerin oranını ise %20 bulunmuştur(25). Ebe ve hemşirelerin %16'sının mesleklerini sevmediklerini söylemeleri düşündürücüdür. Ortaya çıkan bu durumun nedenleri arasında şunlar sayılabilir. Kişiler henüz meslek seçme bilincine erişmeden 14 yaş civarında Sağlık Meslek Liselerine kabul edilmektedirler. Sağlık Meslek Lisesini seçmeleri genellikle kendi tercihleri değil, aile büyüklerinin istekleridir. Çünkü kısa sürede meslek sahibi olunması, mezuniyet sonrası iş bulmanın kolay olmasıdır. Diğer tarafta mesleğe toplum tarafından yargılayıcı gözle bakılması, ebe-

hemşirelerde huzursuzluk yaratmaktadır.

Mesleğin nöbet tutmayı gerektiren bir meslek olması, genellikle evlendikten, özellikle çocuk sahibi olduktan sonra, çoğunlukla eşlerin isteği doğrultusunda meslekten istifa yoluyla ayrılmayı arttırmaktadır. Böyle bir sonuç meslekten soğumalara neden olmaktadır. Çalışma ortamında sosyal olanakların yetersiz olması, ekonomik yönden doyurucu olmaması mesleği sevdirmeyen diğer nedenler arasın sayılabilir(24).

5.2. EBE VE HEMŞİRELERİN SAĞLIK EĞİTİMİNE İLİŞKİN TEORİK BİLGİLERİ

Tablo 2: "Sağlık eğitiminde temel amaç nedir?" sorusuna verilen yanıtların, meslek ünvanlarına göre dağılımı

	Birey. sağ. korumak	Tüm.top.sağ. korumak	Bireylere yardım etmek	Koruyucu ted.almak	Top. %
Ebe N	4	18	5	5	32
%	12.6	56.2	15.6	15.6	100
Hem.N	5	13	10	9	37
%	13.5	35.1	27.0	24.4	100
Ebe N Hem.	--	10	10	11	31
%	--	32.3	32.3	35.4	100
N Toplam	9	41	25	25	100

$$\chi^2 = 6.618, df = 2, P < 0,05 (S)$$

Not: Chi-square testi uygulanırken 1.,2. sutun ve 2.,3. satır birleştirilmiştir.

Eğitim gereksinimlerinin saptanması aşamasıyla ilgili olarak araştırmaya katılanlara: "Sağlık eğitiminde temel amaç nedir? " sorusuna verdikleri yanıtlar meslek ünvanlarına (Tablo 2), halk sağlığı alanında çalıştıkları süreye (Tablo 3), mezun oldukları okullarına (Tablo 4) göre değerlendirilmiştir. Yüzde değerleri dikkate alınarak aşağıdaki irdelenebilir. Meslek ünvanlarına göre dağılıma bakıldığında; ebelerin %56.2'sinin, hemşirelerin %35.1'inin, tüm toplumun sağlığını korumaktır yanıtını verdiklerini, ebe-hemşirelerden ise %35.4'ünün sağlık personeli olarak "koruyucu önlemleri almaktır" yanıtını verdikleri görülmektedir. İstendik yanıt olan "bireylere, dolayısıyla topluma kendi çaba ve eylemleriyle sağlıklı bir yaşam sürmeleri için yardım etmektir" yanıtı ise ebelerin %15.6'sı, hemşirelerin %27'si, ebe-hemşirelerin ise %32.3'ü tarafından verilmiştir. İstendik yanıt verme oranının en yüksek ebe-hemşirelerde olduğu görülmektedir. Bunun nedeni ebe-hemşirelerin iki dalı yani ebelik ve hemşireliği içine alan daha kapsamlı bir eğitim almaları ile ilgilidir. Ebelerde, istendik yanıt verme oranı en düşük düzeyde görülmektedir. Bunun nedeni ebelerin okulda bu konuda aldıkları bilgi eksikliğinden kaynaklanıyor olabilir. Bu durum %56.2'sinin tüm toplumu korumaktır gibi yüzeysel bir cevap vermelerinden de anlaşılabilir. χ^2 testinde ebe, hemşire ve ebe-hemşireler arasında bilgi yönünden fark anlamlıdır.

Tablo 3:"Sağlık Eğitiminde temel amaç nedir?" sorusuna verilen yanıtların halk sağlığı alanında çalışma yıllarına göre dağılımı

	Birey. sağ. korumak	Tüm.top.sağ. korumak	Bireylere yardım etmek	Koruyucu ted.almak	Top. %
1-10 N yıl	11	20	31	21	83
%	13.3	24.0	37.4	25.3	100
11-20N yıl	1	8	1	1	11
%	9.00	73.0	9.00	9.00	100
21 + N yıl	--	3	--	3	6
%	--	50.0	--	50.0	100
N Toplam	12	31	32	25	100

Aynı soruya verdikleri yanıtların halk sağlığı alanında (sağlık ocağında) çalışma sürelerine göre dağılımına bakıldığında (Tablo 3); 1-10 yıl arası çalışma süresi olanların %37.4'ünün istendik yanıtı belirtmesine karşın, 11-20 yıl arası çalışma süresi olanların %9'u bu yanıtı vermiş, 21+ yıl çalışma süresi olanlardan hiç biri istenlik yanıtı vermemiştir. Görüldüğü gibi istendik yanıt verme oranı mezuniyeti yakın geçmişte olanlar arasında yüksektir. Bunun nedeni okulda aldıkları teorik bilgilerin yeni olması, henüz unutulmaması ve hizmet içi kurslara katılımın çalışma yaşamının ilk yıllarında daha yoğun olması olabilir. Buna karşın deneyim arttıkça meslekte teorik ve pratik bilginin artmasında beklenmektedir. Ancak görüldüğü gibi deneyim arttıkça istendik cevap verme oranı düşmektedir. Bunun

nedeni meslekte çalışma yılları arttıkça yapılan işin duraganlık kazanması, çalışanlarda kendini yenileme isteğinin kalmaması, özellikle belirli bir zamandan sonra çalışmanın sadece emeklilik gününü bekleme süresi olarak anlaşıldığını düşünmek yanlış olmaz.

Tablo 4:"Sağlık eğitiminde temel amaç nedir?" sorusuna verilen yanıtların mezun oldukları okullarına göre dağılımı

	Birey. sağ. korumak	Birey.yardım ve koruyucu ted. almak	Toplam %
SML. N	33	46	79
%	41.8	58.2	100
Sağ. N Okulu	15	6	21
%	71.5	28.5	100
N Toplam	48	52	100

$$\chi^2 = 5.846, df = 1, P < 0,05. (S)$$

Mezun oldukları okullara göre aynı soruya yanıtlar değerlendirilmiştir (Tablo 4). Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının %58.2'si istendik yanıtını verirken, sağlık okulu mezunlarının %71.5'i bireylerin sağlığını korumaktır yanıtını vermişlerdir. Bunlardan ancak %28.5'i istendik yanıtı vermişlerdir. Bunun nedeni sağlık okullarında sağlık eğitimi konusunda yeterli eğitim verilmemesi olabilir. Ayrıca, yeterli ve etkin bir sağlık eğitimi verebilmek için okullarda alınan temel eğitimin önemli olduğu sonucunu çıkarabiliriz. χ^2 testinde de bu konuda Sağlık Meslek Lisesi ile Sağlık Okulu mezunları arasında fark önemli bulunmuştur.

Tablo 5:Saglık egitiminde öncelik verilecek konuyu saptamanın meslek ünvanlarına göre dağılımı

		Bulaşıcı hastalıktan korunma	Aile Planlaması A.C.S.	Kişisel Hijyen	Toplam %
Ebe	N	20	8	4	32
	%	62.5	25.0	12.5	100
Hem.	N	26	7	4	37
	%	70.3	18.9	10.8	100
Ebe Hem.	N	16	13	2	31
	%	51.6	41.9	6.8	100
N Toplam		62	28	10	100

$$\chi^2 = 4.643, df = 2, P > 0,05. (NS)$$

Not:Chi-square testi uygulanırken 1.ve 2. sutunlar birleştirilmiştir.

Araştırmaya katılanların, eğitim gereksinimlerinin saptanması ile ilgili bilgilerini ölçmek için, sağlık eğitiminde öncelik verilecek konunun ne olması gerektiği sorulmuştur (Tablo 5). Bu soruya ebelerin %62.5'i, hemşirelerin %70.3'ü, ebe-hemşirelerin %51.6'sı istendik yanıt olan "o anda varolan bulaşıcı bir hastalıktan korunma yolları konusu" seçeneğini belirtmişlerdir. Bu sonuç meslek ünvanları açısından eğitimde öncelik belirlemede bir farklılık olmadığını göstermektedir. İkinci olarak tercih edilen seçenek "aile planlaması ve ana ve çocuk sağlığı konusu" seçeneğidir. Ebe-hemşirelerin %41.9 gibi önemli bir kısmı bu yanıtı vermiştir. Bunun nedeni ebe-

hemşirelerin hem sağlık ocağındaki çalışmalarında hemde yaptıkları ev ziyaretlerinde ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması ile ilgili sorunlarla daha sık karşılaşmaları olabilir(16).

Tablo 6: Sağlık eğitiminde öncelik verilecek konu saptamasının halk sağlığı alanında çalışma yıllarına göre dağılımı

	Bulaşıcı hastalıktan korunmak	Bebek bakımı	Aile planlanması A.Ç.S.	Hijyen kuralları	Top. %
1-10 N yıl	45	6	24	8	83
%	54.2	7.3	28.9	9.6	100
11-20 N yıl	8	1	1	1	11
%	73.0	9.00	9.00	9.00	100
21 + N yıl	5	--	1	--	6
%	83.4	--	16.6	--	100
N Toplam	58	7	26	9	100

Sağlık eğitiminde öncelik verecekleri konuların, halk sağlığı alanında çalışma yıllarına göre dağılımına bakıldığında (Tablo 6), 1-10 yıl çalışma süresi olanların %54.2'si, 11-20 yıl çalışma süresi olanların %73'ü, 21+ yıl çalışma süresi olanların %83.3'ü istendik cevap olan "o anda var olan bulaşıcı bir hastalıktan koruma yolları konusuna" yanıtını vermişlerdir. Görüldüğü gibi istendik cevap verme oranı en fazla 21+ yıl çalışanlarda yüksektir. Deneyimin, öncelik belirlemede etkili olduğunu düşündürmektedir. En

yüksek oranda belirtilen ikinci seçenek yine "aile planlaması ve ana ve çocuk sağlığı konusunda" seçeneği olmuştur. Bu seçeneğin iki tabloda da (Tablo 5-6) yüksek oranda olması, koruyucu sağlık hizmetlerinde ana çocuk sağlığı ve aile planlaması konularında son yıllarda yapılan yoğun çalışmalar ve bu konulara verilen önem olabilir.

Tablo 7:"Bir kişinin bir konu üzerinde tüm dikkatini toplayarak yoğunlaşması en fazla ne kadar sürer?" sorusuna verdikleri yanıtın, sağlık eğitimi ile ilgili bir kursa katılma durumlarına göre dağılımı

	20-25 dakika	26-30 dakika	31-40 dakika	Toplam %
Katılan	44	6	5	55
%	80.0	11.0	9.00	100
K.mynN	30	5	10	45
%	66.6	11.2	22.2	100
N Toplam	74	11	15	100

$$\chi^2 = 3.441, df=2, P > 0,05. (NS)$$

Sağlık Eğitiminin programlanması aşamasında dikkat edilmesi gereken bir noktada eğitim süresinin iyi ayarlanmasıdır. Süre uzun olursa kişilerin dikkati dağılacığından verilen eğitim amacına ulaşmayacaktır(37). Süre kısa olduğunda da verilmek istenen bilgiler çok sınırlı olacaktır.Buna bağlı olarak araştırmaya katılanlara, bir kişinin bir konu üzerinde tüm dikkatleri toplayarak yoğunlaşması en fazla ne kadar sürer sorusuna verdikleri yanıtlar sağlık eğitimi ile ilgili bir kursa katılmalarına göre değerlendirilmiştir (Tablo 7).

Sağlık eğitimi ile ilgili kurslarda genellikle teorik bilgiler verilmektedir. Araştırmaya katılanlardan sağlık eğitimi ile ilgili kurs alanların %80'i, almayanların ise %66.6'sı 20-25 dakika olarak belirtmişlerdir. Görüldüğü gibi, istendik yanıtı verme oranı kursa katılanlar arasında % olarak daha yüksek görülmekle birlikte χ^2 testinde fark anlamlı çıkmamıştır.

Tablo 8: Verilen eğitimin nasıl değerlendirileceğinin, sağlık eğitimi ile ilgili bir kursa katılma durumlarına göre dağılımı

	Uygulanan testleri karşılaştırmak	Davranış değişikliği gözlemek	Eğitim gereksinimlerini araştırmak	Toplam %
Katılan	27	15	13	55
%	49.0	27.4	23.6	100
Katılmayan	17	18	20	55
%	37.7	40.0	22.4	100
N Toplam	44	33	23	100

$$\chi^2 = 4.030, df=2, P > 0,05. (NS)$$

Sağlık eğitiminin değerlendirme aşamasıyla ilgili olarak verdiğiniz eğitimin etkinliğini en doğru nasıl değerlendirirsiniz sorusuna, verdikleri, sağlık eğitimi ile ilgili bir kursa katılma durumlarına göre verilen yanıtların dağılımı (Tablo 8): Katılanların %49,0'ı istendik yanıt olan "eğitimden önce ve sonra uyguladığım testleri karşılaştırırım" diye belirtmişlerdir. Bu uygulama eğitimin sonucunun sağlıklı olarak değerlendirilmesini sağlar. Katılmayanların ise

%40.0'ı "Davranış değişikliği gelişip gelişmediğine bakarım" yanıtını vermiştir. Katılanlarla katılmayanların vermiş oldukları yanıtları dağılımı arasındaki fark önemsiz bulunmuş olmasına karşın($P>0.05$), burada soyut bir uygulama söz konusudur. Davranışın sağlıklı bir şekilde gözlenmesi, bu konuda objektif davranabilme zordur ve zaman sorunu da ayrı bir sorundur.

Tablo 9: Okuma yazması olmayan bir gruba eğitim verilirken eğitim aracının seçiminin meslek ünvanlarına göre dağılımı

	Poster broşür grafik	Gör-İşit araçları	Canlı örnekler	Top. %
Ebe N	7	5	20	32
%	21.8	15.7	62.5	100
Hem. N	11	7	19	37
%	29.7	18.9	51.4	100
Ebe Hem. N	13	7	11	31
%	41.9	22.6	35.5	100
N Toplam	31	19	50	100

$$\chi^2 = 4.796, df=4, P> 0,05. (NS)$$

Okuma yazması olmayan bir gruba eğitim verilirken hangi eğitim aracının tercih edileceği sorusuna verilen yanıtların meslek ünvanlarına göre dağılımına bakıldığında (Tablo 9): ebelerin %62.5'i, hemşirelerin %51.4'ü canlı örnekler derken, ebe-hemşirelerin %41.9'u poster, broşür ve grafik, %35.5'i canlı örnekler yanıtını vermişlerdir. χ^2 testinde, verilen

yanıtların meslek ünvanlarına göre dağılımı arasındaki fark önemsiz çıkmış olmasına karşın($P>0.05$), Ebe-hemşirelerin okuma yazma bilmeyi gerektiren eğitim araçları olarak poster, broşür ve grafikleri tercih etmeleri (%41.9) bu konudaki doğru bilgilerin yetersizliğini göstermektedir.

Tablo 10: Okuma yazması olmayan bir gruba eğitim verilirken eğitim aracının seçiminin halk sağlığı alanında çalışma yıllarına göre dağılımı

	Poster broşür grafik	Gör-İşit araçları	Canlı örnekler	Top. %
1-10 N	14	32	37	83
yıl				
%	16.8	38.7	44.5	100
11-20N	2	4	5	11
yıl				
%	18.0	36.5	45.5	100
21 + N	--	1	5	6
yıl				
%	--	16.6	83.4	100
N				
Toplam	16	37	47	100

Aynı soruya verdikleri yanıtların halk sağlığı alanında çalışma sürelerine göre dağılımına bakıldığında (Tablo 10): süresi olanların %45.5'ive 21+ yıl çalışma süresi olanların %83.4'ü istedik yanıt olan canlı örnekler yanıtını vermişlerdir.İstedik yanıtı verme oranın halk sağlığı alanında çalışma süresi uzadıkça artması deneyimin, uygun eğitim aracının seçilmesinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir.21+ yıl çalışma süresi olanlarda posterler,

broşürler ve grafikler yanıtını veren olmamıştır.

Tablo 11: Okuma yazması olmayan bir gruba eğitim verilirken eğitim aracının seçiminin mezun oldukları okullara göre dağılımı

	Poster broşür grafik	Gör-İşit araçları	Canlı örnekler	Top. %
SML. N	8	34	37	79
%	10.1	43.0	41.9	100
Sağ. N Okulu	3	5	13	21
%	14.3	23.8	61.9	100
N Toplam	11	39	50	100

$$\chi^2 = 2.587, df = 2, P < 0,05 (S)$$

Aynı konu üzerinde mezun oldukları okullara göre değerlendirme yapıldığında (Tablo 11): Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının %41.9'u sağlık, okulu mezunlarının %61.9'u canlı örnekler istedik yanıtı vermişlerdir. Uygun eğitim aracının seçilmesi konusunda mezun oldukları okullara göre dağılım arasındaki fark istatistikî açıdan önemlidir ($P < 0.05$). Sağlık okulu mezunlarının yüksek oranda istedik yanıtı vermeleri dikkat çekicidir. Bunun nedeni de sağlık okulu mezunlarının görevleri gereği toplumla daha içiçe olmaları ve meslekte çalışma yıllarının fazla olması dolayısıyla deneyimli olmaları şeklinde düşünülebilir.

Tablo 12: Okuma yazması olmayan bir gruba eğitim verilirken eğitim aracının seçiminin sağlık eğitimi ile ilgili bir kursa katılma durumlarına göre dağılımı

	Poster broşür grafik	Gör-İşit araçları	Canlı örnekler	Top. %
Katılı-N lan	7	23	25	55
%	12.7	41.8	45.5	100
K.mynN	4	16	25	45
%	8.8	35.6	55.6	100
N Toplam	11	39	50	100

$$X^2 = 1.085, P > 0,05. (NS)$$

Aynı soruya verdikleri yanıtların sağlık eğitimi ile ilgili bir kursa katılma durumlarına göre dağılımına bakıldığında (Tablo 12): katılanların %45.5'i istedik yanıtı (canlı örnekler) verirken, katılmayanlarda bu oran %55.5 bulunmuştur. (X^2 testinde de dağılım arasındaki fark önemsizdir.) Yine de kursun eğitim araçlarının seçimi konusunda yeterli olmadığını veya kursa katılanlar tarafından bu konuda yeterli bilgi edinmedikleri veya bu bilgileri çalışma alanına aktarılamadığını düşünebilir. Kursların bu konuda etkin olamamasının nedenleri arasında kurslara katılımda isteksizlik, kursların süre ve içerik olarak yeterli olmaması, eğitimcinin yetersizliği, kursların sürekliliğinin sağlanmaması gibi nedenler sayılabilir.

Tablo 13: Eğitim yoluyla davranış değişikliği amaçlanıyorsa, yöntem seçiminin meslek ünvanlarına göre dağılımı

	Sınıf eğitimi	Tartışma grubu Atölye	Toplantılar	Top. %
Ebe N	7	15	10	32
%	21.8	46.9	31.3	100
Hem. N	5	17	15	37
%	13.5	45.9	40.6	100
Ebe Hem. N	5	15	11	31
%	16.2	48.4	35.4	100
N Toplam	17	47	36	100

$$\chi^2 = 1.162, df=4, P > 0,05. (NS)$$

Sağlık eğitiminin planlanması aşamasında seçilecek yöntemin uygun olmasının sağlık eğitimi çalışmalarının başarıya ulaşmasındaki rolü yadsınamaz. 13,14,15 ve 16.tablolar araştırma kapsamına alınanların amaca uygun eğitim yöntemini seçmelerindeki yeterliliklerini belirlemeye yöneliktir. Eğer eğitimle davranışlarda değişiklik sağlamayı amaçlıyorsanız hangi yöntemi seçersiniz sorusuna verdikleri yanıtların meslek ünvanlarına göre dağılımına bakıldığında (Tablo 13): Ebelerin %46.9'u, hemşirelerin %45.9'u ve ebe-hemşirelerin %48.4'ü istedik yanıt olan tartışma grubu ve atelye, enstitü çalışması yanıtını vermişlerdir. Görüldüğü gibi istedik cevap verme oranı her üç grupta da yüksek ve birbirine yakın orandadır.

Tablo 14: Eğitim yoluyla davranış değişikliği amaçlanıyorsa yöntem seçiminin halk sağlığı alanında çalışma yıllarına göre dağılımı

	Sınıf eğitimi	Tartışma grubu	Atölye Enstitü çalışması	Toplantılar	Top. %
1-10 N yıl	15	21	8	39	83
%	18.0	25.4	9.7	46.9	100
11-20 N yıl	1	6	1	3	11
%	9.00	54.7	9.00	27.3	100
21+ N yıl	2	3	--	1	6
%	33.4	50.0	--	16.6	100
N Toplam	18	30	9	43	100

Aynı soruya verdikleri yanıtlar halk sağlığı alanında çalıştıkları sürelerle göre değerlendirildiğinde (Tablo 14): 1-10 yıl çalışma süresi olanların %46.9'u toplantılar yanıtını verirken, 11-20 yıl çalışma süresi olanların %54.7'si, 21 + yıl çalışma süresi olanların ise %50'si istedik yanıtı vermişlerdir. Bu bilgiler ışığında halk sağlığı alanında çalışma süresi, dolayısıyla deneyim artıka eğitim yönteminde de daha isabetli seçim yapıldığı söylenebilir.

Tablo 15: Eğitim yoluyla davranış değişikliği amaçlanıyorsa yöntem seçiminin mezun oldukları okullara göre dağılımı

	Sınıf eğitimi	Tartışma grubu Atölye	Toplantılar	Top. %
SML. N	11	42	26	79
%	13.9	53.2	32.9	100
Sag. N Okulu	7	6	8	21
%	33.4	28.6	38.0	100
N Toplam	18	48	34	100

$$\chi^2 = 5.694, df = 2, P > 0,05. (NS)$$

Aynı konuda, mezun oldukları okullara göre bir değerlendirme yapıldığında (Tablo 15): Dağılım farkı önemsiz olmakla beraber; Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının %53.2'si istendik yanıtı, sağlık okulu mezunlarının %38.0'ı gibi büyük bir çoğunluğu toplantılar yanıtını vermişlerdir. Bu durumun nedenleri; sağlık eğitimi konusunda teorik eğitimin Sağlık Meslek Liselerinde, Sağlık Okullarına nazaran daha fazla yer alması olabilir. Ayrıca Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının mezuniyet tarihlerinin sağlık okulu mezunlarına nazaran daha yeni olması, bu konudaki bilgilerin unutulmamış olması da sonucu etkileyen bir neden olabilir.

Tablo 16: Eğitim yoluyla davranış değişikliği amaçlanıyorsa, yöntem seçiminin sağlık eğitimi ile ilgili bir kursa katılma durumlarına göre dağılımı

	Sınıf eğitimi	Tartışma grubu Atölye	Toplantılar	Top. %
Katılan	8	26	21	55
%	14.7	47.2	38.1	100
K.ymn	10	23	12	45
%	22.3	51.1	26.6	100
N Toplam	18	49	33	100

Sağlık Eğitimi ile ilgili bir kursa katılma durumlarının aynı soruya verdikleri cevapları etkileme durumuna bakıldığında (Tablo 16): Kursa katılanların %47.2'si istendik yanıtı vermiştir. Ancak katılmayanların istendik cevabı verme oranları daha yüksek (%51.1)'dir. Bu durum sağlık eğitimi ile ilgili kursun yeterli olmadığını, kursa katılanların bu kursun yeterince faydalanmadığını veya kursta edinilen bilgilerin çalışma yaşamına yeterince aktarılamadığını düşündürmektedir.

5.3. EBE VE HEMŞİRELERİN SAĞLIK EĞİTİMİ UYGULAMALARINA
İLİŞKİN BİLGİLERİ

5.3.1. Anaçocuk Sağlığı ve Aile Planlamasına
İlişkin Bilgileri

Tablo 17: Bir toplumda 0-28 günlük yüksek bebek ölüm oranını düşürme amacıyla eğitim verilecek konuların meslek üvanlarına göre dağılımı

	Gebelik risk faktörleri Gebe Bes.	Bebek bakımı	Doğum komplikasyonları	Genetik rehberlik Akraba Ev.	Top. %
Ebe N	13	3	6	10	32
%	40.7	9.4	18.7	31.2	100
Hem. N	14	11	8	4	37
%	37.8	29.8	21.6	10.8	100
Ebe Hem. N	12	5	6	8	31
%	38.8	16.1	19.3	25.8	100
N Toplam	39	19	20	32	100

$$\chi^2 = 7.606, df=6, P>0,05. (NS)$$

Tablo 17'de görüldüğü gibi ebelerin %40.7'si, hemşirelerin %37.8'i, ebe-hemşirelerin %38.8'i istendik yanıt olan anneye bağlı gebelik risk faktörleri ve gebe beslenmesi konusund; cevabını vermişlerdir. İstendik yanıtı verenler arasında fark istatistiksel açıdan önemsizdir (P>0.05). Araştırmaya katılanların büyük çoğunlukla anneye bağlı gebelik risk faktörleri ve gebe beslenmesi seçeneğini

belirtmelerinin nedeni 0-28 günlük bebek ölümlerinin nedenleri konusunda yeterli bilgiye sahip olduklarının göstegesidir. Buna bağlı olarak sorunun nedeni tam olarak belirlenebildiğinden verilecek eğitim konusunda da tam isabetli olunmuştur.

Tablo 18: Bir toplumda 0-28 günlük yüksek bebek ölüm oranını düşürme amacıyla eğitim verilecek konuların halk sağlığı alanında çalıştıkları süreye göre dağılımı

	Gebelik risk faktörleri Gebe Bes.	Bebek bakımı	Doğum komplikasyonları	Genetik rehberlik Akraba Ev.	Top. %
1-10 N yıl	32	19	14	18	83
%	38.6	22.9	16.9	21.6	100
11-20 N yıl	4	1	1	5	11
%	36.6	9.00	9.00	45.4	100
21 + N yıl	2	--	3	1	6
%	33.4	--	50.0	11.6	100
N Toplam	38	20	18	24	100

Aynı sağlık sorununda verilecek eğitim konularının seçiminin halk sağlığı alanında çalışma sürelerine göre dağılımı şöyledir (Tablo 18): 1-10 yıl çalışma süresi olanların %38.6'sı, 11-20 yıl çalışma süresi olanların %36.6'sı , 21+ yıl çalışma süresi olanların %33.4'ü istendik yanıt olan anneye bağlı gebelik risk faktörleri ve gebe beslenemsi yanıtını vermişlerdir. Görüldüğü gibi istendik yanıtı verme oranı her üç grupta birbirine yakın ancak istenilen düzeyde

değildir. Bu durum özellikle bebek ölümlerinin fazla olduğu bölgemiz için düşündürücüdür.

Tablo 19: Bir toplumda 0-28 günlük yüksek bebek ölüm oranını düşürmek amacıyla eğitim verilecek konuların bitirdikleri okullara göre dağılımı

	Gebelik risk faktörleri Gebe Bes.	Bebek bakımı	Doğum komplikasyonları	Genetik rehberlik Akraba Ev.	Top. %
SML. N	31	15	13	20	79
%	39.2	18.9	16.6	25.3	100
Sağ. Okulu N	5	5	6	5	21
%	23.8	23.8	28.6	23.8	100
N Toplam	36	20	19	25	100

$$\chi^2 = 2.587, df = 3, P > 0,05. (NS)$$

Verilecek eğitim konusunun saptanması yönünde verilen yanıtların mezun oldukları okullara göre dağılımına gelince (Tablo 19): Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının %39.2'si istendik yanıtı vermiştir. Sağlık Okulu mezunlarının %28.6'sı ise gebelik ve doğum komplikasyonları yanıtını vermişlerdir. Bunun nedeni ebelerin bu konularla branşları gereği daha ilgili olmaları olabilir. Çünkü sağlık okulu mezunlarının tamamı ebe olarak görev yapmaktadır.

Verilen yanıtların bitirdikleri okullara göre dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 20: Aile planlaması eğitimi için en uygun zaman seçiminin meslek ünvanlarına göre dağılımı

	Gebeliğin ilk üç ayın- da	Doğumdan hemen önce	Doğumdan hemen sonra	Top. %
Ebe N	3	9	20	32
%	9.3	28.1	62.6	100
Hem. N	10	8	19	37
%	27.0	21.6	51.4	100
Ebe Hem. N	--	9	22	31
%	--	29.0	71.0	100
N Toplam	13	26	61	100

$$\chi^2 = 11.473, df=4, P < 0,05. (S)$$

Eğitim programlanması aşamasının en önemli adımlarından biri de eğitimin yapılacağı zamanın doğru seçilmesidir. Sağlık Eğitimi yapılacak uygun zamanın seçimi konusundaki bilgilerini değerlendirmek amacıyla, "Aile Planlaması için en uygun zaman ne zamandır?" sorusuna verdikleri yanıtların meslek ünvanlarına göre dağılımı bakıldığında (Tablo 20): Ebelerin %62.6'sı, hemşirelerin %51.4'ü ve ebe-hemşirelerin %71'i istendik cevap olan "doğumdan hemen sonra" yanıtını vermişlerdir. Bu soruya verdikleri cevaplarda, diğer seçenekleri cevaplayanların oranı ile istendik cevabı verenlerin dağılımı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Ebe-hemşirelerin diğer iki gruptan daha yüksek oranda istendik cevabı vermeleri dikkat çekicidir. Bunun nedeni ebe-hemşirelerin eğitim programları gereği hem sağlık

egitimi, hemde dogum ve aile planlamasi konusunda esit ağırlıkta eğitim almalarıdır.

Tablo 21: Aile planlaması eğitimi için en uygun zaman seçiminin halk sağlığı alanında çalıştıkları süreye göre dağılımı

	Gebeliğin ilk üç ayın- da	ikinci üç ayında	Doğumdan hemen önce	Doğumdan hemen sonra	Top. %
1-10 N yıl	15	7	15	46	83
%	18.0	8.5	18.0	55.5	100
11-20N yıl	--	1	3	7	11
%	--	9.00	27.3	63.7-	100
21 + N yıl	--	--	1	5	6
%	--	--	16.7	83.3	100
N Toplam	15	8	19	58	100

Aynı soruya verdikleri cevapların halk sağlığı alanında çalıştıkları süreye göre dağılımına bakıldığında (Tablo 21): 1-10 yıl çalışma süresi olanların %55.5'i, 11-20 yıl çalışma süresi olanların %63.7'si, 21 + yıl çalışma süresi olanların 83.3'ü istendik cevabı vermektedir. Sağlık eğitimi için en uygun zamanın seçiminde deneyim arttıkça doğru karar verme oranı da artmaktadır.

Tablo 22: Aile planlaması eğitimi için en uygun zaman seçiminin mezun oldukları okullara göre dağılımı

	Gebeliğin ilk üç ayın- da	ikinci üç ayında	Doğumdan hemen önce	Doğumdan hemen sonra	Top. %
SML. N	13	6	18	42	79
%	16.5	7.6	22.8	53.1	100
Sağ. N Okulu	--	2	1	18	21
%	--	9.6	4.7	85.7	100
N Toplam	13	8	19	60	100

Aynı konu ile ilgili olarak mezun oldukları okullar göz-önüne alındığında (Tablo 22): Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının %53.1'i Sağlık Okulu Mezunlarının %85.7'si istendik cevabı vermişlerdir. Görüldüğü gibi sağlık okulu mezunları arasında istendik cevap verme oranı oldukça yüksektir. Bunun nedeni sağlık okulu mezunlarının tamamen ebelik ağırlıklı bir eğitim almaları ve aile planlaması konusunda daha ayrıntılı bilgi sahibi olmaları ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

5.3.2. Çevre Sağlığı ve Bulaşıcı Hastalıklar Konusuna
Ait Bilgileri

Tablo 23: Çocuklarda görülen bağırsak parazitleri konusunda eğitim yapılacak grup seçiminin meslek ünvanlarına göre dağılımı

		0-6 yaş grubu	7-14 yaş grubu	Anne ve Babalar	Toplum liderleri	Top. %
Ebe	N	1	1	25	5	32
	%	3.1	3.1	78.2	15.6	100
Hem.	N	1	2	28	6	37
	%	2.8	5.4	75.6	16.2	100
Ebe Hem	N	--	--	27	4	31
	%	--	--	87.0	13.0	100
Toplam	N	2	3	80	15	100

$$\chi^2 = 1.479, df=2, p>0.05 \text{ (NS)}$$

Not:Chi-square testi yapılırken 1.,2. ve 4. sütunlar birleştirilmiştir.

Sağlık eğitimini planlama aşamasında, eğitimin kimlere yapılacağına belirlemesi, eğitimin etkili olması ve sorunun çözümlenmesi için oldukça önemlidir(19). Buna bağlı olarak çocuklarda görülen bağırsak parazitleri konusundaki eğitimin daha çok kimlere yönelik yapılacağı sorusuna verdikleri yanıtların meslek ünvanlarına göre dağılımına bakıldığında aralarındaki fark anlamsız bulunmuştur(Tablo 23): Ebelerin %78.2'si, hemşirelerin %75.6'sı, ebe-hemşirelerin %87'si istedik cevap olan "anne ve babalara" yanıtını vermişlerdir.

Gerçekten de anne ve babalara bu konuda verilecek yeterli bir eğitim, çocuklarda görülecek bağırsak parazitlerini büyük oranda önleyecektir. Bu konu ile ilgili olarak A.Kurtpınar ve N.A.Fişek tarafından Ankara kent merkezinde iki değişik bölgedeki ilkokul öğrencilerindeki ascariasis durumuyla ana-babanın öğrenimi ve sosyo ekonomik durumu arasında bir ilişki saptanmıştır. Ana-babanın öğrenim ve sosyo ekonomik durumu yükseldikçe ilkokul öğrencilerinde görülen ascariasis oranında düşme görülmektedir(3).Bu ve buna benzer konulardaki sağlık eğitimi çalışmalarının başarıya ulaşması için toplum liderlerinin önemi yadsınamaz(3,10,19). Ancak araştırmaya katılan ebelerin %15.6'sı, hemşirelerin %16.2'si ebe-hemşirelerin de %13'ü bu yönde yanıt vermişlerdir. Bu konuda bir bilgi yetersizliği görülmektedir.

Tablo 24: Çocuklarda görülen bağırsak parazitleri konusunda eğitim yapılacak grubun seçiminin halk sağlığı alanında çalıştıkları süreye göre dağılımı

	0-6 yaş grubu	7-14 yaş grubu	Anne ve Babalar	Toplum liderleri	Top. %
1-10 N	2	4	64	13	83
yıl					
%	2.4	4.8	77.2	15.6	100
11-20N	--	--	9	2	11
yıl					
%	--	--	81.8	18.2	100
21 + N	--	--	6	--	6
yıl					
%	--	--	100	--	100
N					
Toplam	2	4	79	15	100

Aynı soruya halk sağlığı alanında çalışma süresi 1-10 yıl olanların %77.2'si, 11-20 yıl çalışma süresi olanların %81.8'i, 21 + yıl çalışma süresi olanlarında %100' istendik yanıtı vermişlerdir (Tablo 24). Grldğu gibi deneyim artıkça doğru yanıtı verme oranı da artmaktadır. Yine 1-10 yıl çalışma süresi olanların %15.6'sı, 11-20 yıl çalışma süresi olanların da %18.2'si ikinci sırada toplum liderleri seçeneğini belirtmişlerdir. Grldğu gibi, yine deneyim arttıkça toplum liderlerinden yararlanma oranı da artmaktadır.

Tablo 25: Çocuklarda görülen bağırsak parazitleri konusunda eğitim yapılacak grubun seçiminin mezun oldukları okullara göre dağılımı

	0-6 yaş grubu	7-14 yaş grubu	Anne ve Babalar	Toplum liderleri	Top. %
SML. N	2	3	61	13	79
%	2.5	3.7	77.2	16.5	100
Sağ. Okulu N	--	--	18	3	21
%	--	--	85.7	14.3	100
N Toplam	2	3	79	16	100

Mezun oldukları okullara göre bir değerlendirme yapıldığında; Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının %77.2'si, Sağlık Okulu mezunlarının %85.7'si istendik yanıtı vermiştir.

Tablo 26: Suların dezenfeksiyonu konusunda eğitim verirken en uygun yer seçiminin meslek ünvanlarına göre dağılımı

	Okul kahvehane	Ev	Suyun kaynağı	Toplam %
Ebe N	9	7	16	32
%	28.2	21.8	50.0	100
Hem. N	3	21	13	37
%	8.2	56.7	35.1	100
Ebe N Hem.	11	7	13	31
%	35.4	22.7	41.9	100
N Toplam	23	35	42	100

$$\chi^2 = 14.882, df=4, P < 0,05. (S)$$

Amaçları belirlemiş, bir eğitim programının uygulanması sırasında önemli aşamalardan birisi de eğitim için en uygun yerin seçilmesidir. Bu konu ile ilgili olarak, suların dezenfeksiyonu konusunda eğitim verirken "en uygun eğitim yeri neresidir?" sorusuna ebelerin %50'si, ebe-hemşirelerin %41.9'u istendik yanıt alan suyun kaynağı demişlerdir. Suyun kaynağında uygulamalı olarak yapılacak bir dezenfeksiyon eğitimi elbette daha etkili olacaktır. Hemşirelerin ise %56.7'si bu soruya "ev" yanıtını vermişlerdir (Tablo 26).

Ebe-hemşireler görevleri gereği toplumun yaşam biçimi ile, sağlıkla ilgili olsun olmasın tüm sorularıyla daha yakından ilgilenirler. Hemşirelerde aynı görevleri yapmaktadırlar. Fakat ev gezilerini daha seyrek ve kendi sorumluluk alanlarında görülen görevlerini yerine getirmek için yapmaktadırlar. Bu durum ebe ve ebe-hemşirelerin daha yüksek

oranda istendik yanıtı vermelerinin nedeni olabilir. İstatistiksel olarak da aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($P < 0.05$).

Tablo 27: Suların dezenfeksiyon konusunda eğitim verirken en uygun yer seçiminin halk sağlığı alanında çalıştıkları süreye göre dağılımı

	Okul kahvehane	Ev	Suyun kaynağı	Toplam %
1-10 N yıl	23	32	28	83
%	27.6	38.7	33.7	100
11-20 N yıl	2	3	6	11
%	18.0	27.4	54.6	100
21 + N yıl	1	--	5	6
%	16.7	--	83.3	100
N Toplam	26	35	39	100

Aynı soruya verdikleri yanıtların, halk sağlığı alanında çalıştıkları süreye göre dağılımına bakıldığında (Tablo 27): 1-10 yıl çalışma süresi olanların %38.7'si, "ev" yanıtını verirken, 11-20 yıl çalışma süresi olanların %54.6'sı, 21 + yıl çalışma süresi olanların %83.3'ü suyun kaynağı yanıtını vermişlerdir. Bu durum deneyim arttıkça eğitim için uygun yer seçiminde daha isabetli davranıldığını göstermektedir.

Tablo 28: Suların dezenfeksiyon konusunda eğitim verirken, en uygun yer seçiminin mezun oldukları okullara göre dağılımı

	Okul kahvehane	Ev	Suyun kaynağı	Toplam %
SML. N	21	28	30	79
%	26.6	35.5	37.9	100
Sag. N Okulu	5	7	9	21
%	23.8	33.4	42.2	100
N Toplam	26	35	39	100

$$\chi^2 = 0.172, P > 0,05. (NS)$$

Mezun oldukları okullara göre değerlendirme yapıldığında istendik yanıtı verme, Sağlık Meslek Lisesi mezunlarında %37.9, Sağlık Okulu mezunlarında %42.2 olduğu görülmektedir (Tablo 28). Dağılımlar arasındaki fark önemsizdir ($P > 0.05$).

Tablo 29: Gecekondu bölgesinde AIDS hakkında bilgi verirken yapılacak AIDS tanımının meslek ünvanlarına göre dağılımı

	Kazanılmış bağışıklık yetmezliği	Hastalıklara direncin azalması	Mikroplara karşı savunmasızlık	Toplam %
Ebe N	10	5	17	32
%	31.3	15.6	53.1	100
Hem. N	8	8	21	37
%	21.6	21.6	56.8	100
Ebe Hem. N	5	5	21	31
%	16.1	16.1	67.8	100
N Toplam	23	18	59	100

$$\chi^2 = 2.664, df=4, P > 0,05. (NS)$$

Sağlık eğitimi uygulamalarında hedefe ulaşmak için hedef grubun eğitim, sosyo-kültürel ve ekonomik seviyesi göz önüne alınmalıdır(6,7). Kullanılan dil, hedef grubun anlayacağı dil olmalıdır. Buna bağlı olarak, gecekondu bölgesinde yaşayan halka AIDS'i nasıl tanımlarsınız sorusuna yanıtlar verilmiş olup, tanımların dağılımı arasındaki fark önemsiz bulunmuştur(Tablo 29): Ebelerin %53.1'i, hemşirelerin %56.8'i, ebe-hemşirelerin %67.8'i "kişinin her türlü mikroba karşı savunmasız olduğu bir hastalıktır" yanıtını vermişlerdir. Bu yanıt istendik yanıttır. Çünkü toplumun her kesimi tarafından anlaşılabilir bir tanımdır. Sivas il merkezindeki hastanelerde çalışan hemşirelerin AIDS'i nasıl tanıla-

dıklarına ilişkin yapılan bir çalışmada %55.3'ü bulaşıcı bir hastalık olduğunu, %27.1'i ölümcül ve korkunç olduğunu bildirmiş, tıbbi tanımını yapan hemşireye rastlanmamıştır(14). Buna bağlı olarak araştırmaya katılanlarında tıbbi tanımını verdikleri için istendik yanıtı vermiş olabildikleri düşünülebilir. Çünkü tıbbi tanımları ancak ebelerin %31.3'ü, Hemşirelerin %21.6'sı, ebe-hemşirelerin ise %16.1'i yapabilmektedir.

Tablo 30: Gecekondu bölgesinde AIDS hakkında bilgi verirken, AIDS tanımının, halk sağlığı alanında çalıştıkları süreye göre dağılımı

	Kazanılmış bağışıklık yetmezliği	Hastalıklara direncin azalması	Mikroplara karşı savunmasızlık	Toplam %
1-10 N yıl	19	36	28	83
%	22.9	43.4	33.7	100
11-20N yıl	2	4	5	11
%	18.0	36.5	45.5	100
21 + N yıl	1	--	--	6
%	16.7	--	83.3	100
N Toplam	22	40	38	100

Aynı soruya verdikleri yanıtların halk sağlığı alanında çalıştıkları süreye göre dağılımına bakıldığında (Tablo 30): 1-10 yıl çalışma süresi olanların %43.4'ü "antikor yetmezliği nedeni ile kişilerin hastalıklara karşı direncinin azalmasıdır" derken, 11-20 yıl çalışma süresi olanların %45.5'i 21+

yıl çalışma süresi olanların %83.3'ü istendik yanıtı vermişlerdir. Bu durum deneyim arttıkça sağlık eğitimi verirken toplumun anlayacağı dili kullanma oranının arttığını göstermektedir.

Tablo 31: Gecekondü bölgesinde AIDS konusunda bilgi verirken, yapılacak AIDS tanımının, mezun oldukları okullara göre dağılımı

	Kazanılmış bağışıklık yetmezliği	Hastalıklara direncin azalması	Mikroplara karşı savunmasızlık	Toplam %
SML. N	60	14	5	79
%	75.9	17.8	6.3	100
Sağ. N Okulu	7	4	10	21
%	33.4	19.0	47.6	100
N Toplam	67	18	15	100

$$\chi^2 = 23.369, df=2, P < 0,05. (S)$$

Mezun oldukları okullara göre değerlendirildiğinde (Tablo 31): Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının %75.9'u "kazanılmış bağışıklık yetmezliği sendromudur" yanıtını verirken, Sağlık Okulu mezunlarının %47.6'sı istendik yanıtı vermişlerdir. Yanıtların dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P < 0.05$). Görüldüğü gibi Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının büyük bir kısmı tıbbi tanıyı kullanmaktadır. Bu tanımın toplumun tüm kesimleri tarafından anlaşılması güçtür. Bu durum Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının AIDS konusunda bilgi sahibi oldukları halde bunu anlaşılabilir bir şekilde ifade edemediklerini göstermektedir.

Ayrıca bunların mezuniyet tarihleri yeni olduğundan okulda bu konuda aldıkları yeterli teorik bilgi henüz unutulmamış diye düşünülebilir. Fakat bunu uygulamaya aktaramamaktadırlar.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma, Diyarbakır il merkezindeki sağlık ocaklarında çalışan ebe, hemşire ve ebe-hemşirelerin sağlık eğitimi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarının araştırılması amacıyla yapılmıştır.

Araştırmaya katılanların %37'si hemşire,%32'si ebe, %31'i ise ebe- hemşire olarak görev yapmaktadır.Meslekte çalışma süreleri ortalama 9.6 yıl, halk sağlığı alanında çalışma süreleri ise ortalama 7.3 yıldır.

Araştırma örneğimizi oluşturan gurubun %79 sağlık meslek lisesi, %21 ise sağlık okulu mezunlarıdır.

Örneğimizi oluşturanlardan %61'i mezuniyet sonrası eğitimi almış, %45'i ise sağlık eğitimi ile ilgili bir kursa katılmamıştır.

Araştırmadan elde edilen diğer bulgular iki anabasılık altında toplanabilir. Ebe ve Hemşirelerin mezun oldukları okullar diğer bir deyimle eğitimleri ve meslekte geçirdikleri süre yani deneyimleri.

a-Eğitimleri:

Sağlık ocaklarında çalışan sağlık eğitiminden sorumlu elemanlar farklı okullardan mezundur.Bitirdikleri okullara

göre bir takım farklılıklar gözlenmektedir.Çünkü okulların eğitim süreleri farklıdır.Sürelerin farklılaşması bilgi farklılaşmasına yol açmaktadır.

Ebe-hemşire ve hemşirelerin büyük bir kısmının mezun olduğu okul sağlık meslek liseleridir.Burada eğitim, orta okula dayalı olarak dört yıl sürelidir.Ebelerin mezun oldukları okula göre daha uzun süreli olan bu eğitim, konu hakkında daha fazla bilgi edinilmesini sağlamış, bağlı olarak, sağlık eğitimi için uygun zamanın , uygun yöntemin, öncelik verilecek durumun saptanması gibi bilgiye dayalı konularda ebe-hemşireler ve hemşirelerin istendik cevap verme konusunda önde oldukları saptanmıştır.

Sağlık okulları ise ilkokula dayalı olarak üç yıl eğitim vermekteydi.1976 yılında kapatılan bu okullardan araştırmaya katılan ebelerin büyük bir çoğunluğu mezun olmuştur.

Sağlık okulları ve sağlık meslek liseleri arasındaki teorik eğitim farklılıkları da sağlık eğitimi ile ilgili uygulamalarda kendini göstermektedir.Sağlık okullarının amacı ebe yetiştirmek olduğundan ağırlıklı olarak gebelik ve doğum ile ilgili dersler verilmekteydi.Nitekim bu gurup doğum ve gebelik ile ilgili konularda daha fazla oranda istendik yanıtı vermişlerdir.

Bu bilgileri biraz daha açacak olursak, ebe-hemşire ünvanına sahip olanların, sağlık eğitiminin amacının belirlenmesinde, uygun eğitim dilinin kullanılmasında ve uygun yöntem seçiminde en yüksek oranda istendik cevabı vermişlerdir.Bu oran, Örneğin,uygun zamanın belirlenmesinde

%71.0'lara varan rakamlara ulaşmaktadır.Çünkü ebe-hemşireler, hem ebelik hem de hemşirelik görevlerini yürüttüklerinden her iki konuda da daha kapsamlı eğitim ve meslek derslerinin yanında topluma ilişkin diğer teorik dersleri de(örneğin,sosyoloji, psikoloji vb.) almaları ve özellikle sağlık eğitimi adı altında bir ders görmeleri şeklinde yorumlanmıştır.Ayrıca bu gurubun mezuniyetleri yakın tarihlidir.Dolayısıyla okulda aldıkları bilgilerin büyük bir kısmı unutulmamıştır.

Bu değerlendirme hemşireler için yapıldığında;hemşirelerin, sağlık eğitiminde öncelik sırasının belirlenmesi konusunda öne çıktıkları gözlenmiştir.Hemşirelerin %70.3'ü bu konuda istendik yanıtı vermişlerdir.Bunu nedenleri ebe-hemşireler için yaptığımız değerlendirmelerle benzerlik göstermektedir.

Ebelerin yüksek oranda istendik yanıt verdikleri konular ise daha çok sağlık eğitimi konusunun belirlenmesi ve uygun eğitim yerinin saptanması ile ilgili konulardır.Uygun eğitim yerinin belirlenmesinde ebeler %50.0 oranında istendik yanıt vermişlerdir.Bu durumun nedenleri olarak da ebelerin ev ziyaretlerine daha sık çıkmaları ve çalışma süreleri açısından daha deneyimli olmaları düşünülmüştür.

b-Meslekte Çalıştıkları Süre (Deneyim)

İkinci göze çarpan sonuç, halk sağlığı alanında çalışma süreleri diğer bir deyimle deneyimle ilgilidir.

Meslekte 1-10 yıl arası çalışma süresi olanlar sağlık eğitiminin amacını belirlemede yüksek oranda istendik yanıt

verdikleri görüldükten, 11-20 yıl arası çalışma süresi olanlar en uygun yöntemin seçilmesinde %54.7 oranında istendik yanıtı vermişlerdir. Birinci durum bilgi ile ilgili olduğu halde sağlık eğitiminde uygun yöntem seçimi deneyim ile ilgilidir. 20+ yıl çalışma süresi olanlar ise, eğitimde öncelik verilecek durumun belirlenmesinde (%83.4), en uygun eğitim aracının seçiminde (%83.4), eğitim için en uygun zamanın belirlenmesinde (%83.3), en uygun eğitim yerinin belirlenmesi konusunda (%83.3), eğitim için uygun dilin kullanılması konusunda (%83.3) yüksek oranlarda istendik yanıtı vermişlerdir.

Bütün bu bilgiler sağlık eğitimi konusunda meslekte çalışma süresinin uzunluğunun buna bağlı olarak kazanılan deneyimin olumlu sonuçlar doğurduğunu göstermektedir.

Yine deneyim temel alınarak mezun oldukları okullar açısından bir değerlendirme yapıldığında sağlık meslek lisesi mezunlarının mezuniyet tarihleri yakın olduğundan teorik bilgilerinin daha taze olduğu ancak bunu uygulamaya pek aktaramadıkları örneğin, eğitimde daha çok halkın anlayacağı bir dil yerine tıbbi bir dil kullandıkları görülmektedir.

Araştırmaya katılan 32 ebeğin 21'i sağlık okulu mezunudur. Bu durum ebelerin meslekte daha uzun süre çalıştıklarını ve bağlı olarak daha deneyimli olduklarını göstermektedir. Gerçekten de araştırmada ebeler toplumu iyi tanıma, toplumun anlayacağı bir dili kullanma gibi deneyim gerektiren konularda ve özellikle gebelik ve doğum ile ilgili konularda daha isabetli yanıtlar vermişlerdir.

Başka bir açıdan bakıldığında, araştırmaya katılan ebe, ebe-hemsire ve deneyimleri olan gurupların uygulama açısından daha yeterli, hemşirelerin ve sağlık meslek lisesi mezunlarının bilgi açısından daha birikimli olduğu araştırmanın önemli bir sonucu olarak göze çarpmaktadır.

Araştırmaya katılanların verdikleri cevaplar sağlık eğitimi ile ilgili bir kursa katılıp katılmama durumuna göre değerlendirilmiş ancak anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir.

6.2. Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen bulgulara ve sonuçlara dayanarak bazı öneriler geliştirmek mümkündür.

- İlk başta meslekleri ile ilgili temel eğitimi aldıkları okullarda, sağlık eğitimi ile ilgili bilgi ve uygulamaların daha güçlü bir şekilde yürütülmesi için, sağlık eğitimi konusuna ayrılan haftalık ders saati süresinin arttırılması sağlanmalıdır. Bunun paralelinde ders programları yeniden gözden geçirilmeli ve dersin sağlık eğitiminde uzmanlaşmış kişiler tarafından verilmesi konusunda girişimlerde bulunmalıdır.

- Bir hizmet alanında uzmanlaşma verilen hizmetin daha kaliteli sunulmasını sağlar. Sağlık eğitimi hizmetlerinin uzman kişiler tarafından yürütülmesi için halk sağlığı alanında görev yapacak ebe ve hemşirelerin meslekleri ile ilgili temel eğitimi aldıktan sonra halk sağlığı (sağlık eğitimi) dalında branşlaşarak daha geniş ve etkin bir eğitim almaları için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

- Her ne kadar araştırmada ilgili bir kursa katılmanın sağlık eğitimi ile ilgili bilgi ve uygulamaları etkilenmediği sonucuna ulaşılmışsa da kursların, meslekle ilgili bilgilerin yenilenmesi ve yeni bilgilerin kazandırılması konusundaki gerekliliği bilinmektedir. Bu nedenle halk sağlığı alanında çalışan ebe ve hemşirelerin sağlık eğitimi konusunda önce yapılacak bir düzey tesbit sınavıyla düzeylerinin belirlenmesi, daha sonra gereksinimleri doğrultusunda kurslara alınmaları ve bu kursların periyodik olarak devam ettirilmesi, sağlık eğitimi ile ilgili açılan kurslara katılımı arttırmak için çalıştıkları kurumlar tarafından her türlü olanakın (izin, yolluk vb.) sağlanması, sağlık eğitimi ile ilgili kurum içinde hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi ve bunların sürekli olması bir gereksinim olarak görölmektedir.

- Sağlık eğitimi dinamik bir süreçtir. Sürekli değişme ve gelişme göstermektedir. Sağlık eğitimi hizmeti sunan halk sağlığı ebe ve hemşirelerinin bu değişim ve gelişmelerden haberdar olmaları için kurumlarda kitaplıklar oluşturularak süreli yayınların izlenmesi olanakları geliştirilmelidir.

- Bir hizmet alanında çalışan kişilerin istekli olması hizmetin daha istenir düzeyde yürütölmesini sağlayacağı gibi çalışanların hizmet konusunda yaratıcılıklarını da destekler. Ebe ve hemşirelerde daha verimli çalışma isteğinin sağlanması ve desteklenmesi için sosyal, kültürel ve ekonomik olanaklar sağlanmalıdır.

- Başarı elde etmek için temel unsurlardan olan yeterli

kalite ve sayıda insan gücü ve araç gereç sağlık eğitimi çalışmaları içinde gereklidir. Sağlık eğitimi zincirini oluşturan halkalardan mesaj ve mesajın ulaştırıldığı kanal önemli iki ögedir. Bu nedenle modern teknolojinin kullanıma sunduğu görsel-işitsel eğitim araçları yeterli olarak sağlanmalı, aynı şekilde bu konuda gerekli olan insan gücü kaynakları da seferber edilmelidir.



7. ÖZET

Bu araştırma, sağlık ocaklarında (Halk Sağlığı alanında) çalışan ebe, hemşireler ve ebe-hemşirelerin sağlık eğitimi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarının belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Araştırma, tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırma kapsamına Diyarbakır il merkezindeki Dağkapı, Bağlar I nolu ve Bağlar II nolu, Şehitlik, Mardinkapı ve Yenikapı sağlık ocaklarında çalışan yüz hemşire, ebe ve ebe-hemşire alınmıştır.

Veriler anket formu uygulanarak toplanmış, elde kodlanmış ve elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ki kare testi ve yüzde hesabı kullanılmıştır.

Araştırmaya katılanların sağlık eğitiminin eğitim gereksinimlerinin saptanması, eğitimin planlanması, eğitimin programlanması, eğitimin uygulanması ve eğitimin değerlendirilmesi aşaması ile ilgili olarak sorulan sorulara verdikleri istendik cevap oranında, ünvanlarına, mezun oldukları eğitim kurumlarına ve halk sağlığı alanında çalışma yıllarına göre farklılıklar saptanmıştır. Buna karşın, sağlık eğitimi ile ilgili bir kursa katılıp katılmama durumlarının bu konudaki sorulara verdikleri istendik cevap oranında belirgin bir rol oynamadığı belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

SUMMARY

This research has been done in order to determine the knowledge, attitude and the application on the health education of the midwives, nurses, and midwife-nurses who have been working in the primary health care center.

The research has been applied to a hundred nurses, midwives and midwife-nurses who have been working in Bağlar 1, Bağlar 2, Şehitlik, Mardinkapı and Yenikapı primary health care center of Diyarbakır.

Data have been gathered by applying the inquiry from, coded in hand and; the che square test and percent calculation have been used in the evaluation of the data obtained.

Of the people joining the research in proportion to their desirable answering the questions asked about determining the educational needs of the health, programming, application and evaluation of education, there have been fixed some differences according to their title, the schools they graduated from and the to their title, the schools they graduated from and their working periot in the field of Public Health.

In contrast with that, it has been fixed that whether they attended a course related to health education hasn't played an important role in the proportion of their desirable answers to the questions on this issue.

Some suggestions have been made in accordance with the results obtained from the research.

8.KAYNAKLAR

- 1- ABBATT, FR.,MEJA,A. : 1988, Contuining the Education of Health Workers, WHO Geneva.
- 2- ANDERSEN, S.V. : 1987, " Response Nursing Education to Primary Health Care."International Nursing ReviewICN,January/February: 23-25.
- 3- DIRICAN, R. : 1990, Toplum Hekimligi (Halk Sagligi)Dersleri, Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
- 4- DIRICAN,R.,BILGEN,N. : 1993, Halk Sagligi (Toplum Hekimligi), (2. Baskı), Bursa: Uludağ Üniversitesi Yayınları, No:70.
- 5- DIYARBAKIR IL SAĞLIK MUDURLUGU EGİTİM ŞUBESİ: 1987 Faaliyet raporu.
- 6- EREN, N. : 1989, Sağlık Hizmetlerinde Yönetim,(4.Baskı),Ankara:, Nehir.
- 7- EREFE, I. : 1988, "2000 yılı Avrupa Bölgesi Sağlık Hedefleri ve 1.Pan-Avrupa Hemşirelik Konferansında Yansımalar. "Türk Hemşireler Dergisi, 3-4:17-21.
- 8- EREN, N.,UYAR, G. : 1988, Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı, Ankara: Yeniçağ Basımevi.
- 9- FİŞEK, N.H. : 1986, Sağlık Eğitimi, Ankara: Üçbilek Matbaası.
- 10- FİŞEK, N.H. : 1983, Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi D.S.Ü. Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayınları No:2, Ankara.

- 11- FLAHAULT, D;PIOT.,M;
FRANKLIN,A. : 1988, The Supervision of Healt
Personel at District
Level. WHO Geneva.
- 12- FLAHAULT, D;PIOT.,M;
FRANKLIN,A. : 1979, Formulating Strategies for
Health for all by the Year
2000, WHO Geneva.
- 13- GERAY, C. : 1970, Halk Egitimine Giriş,
Ankara:Ankara Univarsitesi
Egitim Fakültesi Yayın-
ları, No:11, Ankara .
- 14- GUÇSAYAŞ,N., SEZGIN,A.: 1992, "Hemşirelik Açısından
AIDS." 1. Ulusal Ana ve
Çocuk Sağlığı Hemşirelik
Sempozyumu: 199 - 204,
Istanbul: I.Ü.Basımevi.
- 15- GULER, C. : 1993, "Sağlık Egitimi. " Sağlık
Sektörünün Aylık Gazetesi,
24: 5
- 16- HADDAD, W. : 1980, "Aile Planlamasında Ebe ve
Hemşirelerin rolü. "Türk
Hemşireler Dergisi, 3: 7-9
- 17- HALK SAĞLIĞI EĞİTİMİ
AYLIK ÇALIŞMA FORMU : 1992, "T.C. Sağlık Bakanlığı
Çalışma Grupları Raporu."
Ankara 1.Ulusal Sağlık
Kongresi,23-27 Mart.
- 18- KARANISOĞLU, H. : 1988, i.Ü. Florence Nightingale
Hemşirelik Yüksekokulu,
Halk Sağlığı Hemşireliği
Bölümü yayınlanmamış ders
notları.
- 19- KARTOĞLU, U. : 1992, Temel Sağlık Hizmetlerinde
Toplum Tanıma ve İletişim,
T.T.B.Yayınları.
- 20- KARTOĞLU, U. : 1990, "İletişim Anatomisi."
Sağlık ve Toplum Dergisi,
3:56-60
- 21- KARAHASANOĞLU, H. : 1990, "Hemşirelerin Geleneksel
ve Değişen Rolü İçinde
Tedavi Edici, Koruyucu ve
Eğitici Rolü. " Hemşirelik
Bülteni, 17: 17-21

- 22- KÖROĞLU, T. : 1984, Sağlık Personelinin İlgilendiren Hukuk Kuralları (Sağlık Mevzuatı), Ankara.
- 23- MURŞİTPINAR, L. : 1991, "Hemşirelikte Reorganizasyon." Türk Hemşireler Dergisi, 1-2:4-5
- 24- OĞUZ, Z., UYSAL, T. : 1987, "Hemşirelik mesleğinin sorunları." Türk Hemşireler Dergisi, 2: 5-7
- 25- ÖZKAY, N. : 1992, "İstanbul İlinde Sağlık Ocağı ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezlerindeki Ebe ve Hemşirelerin 0 - 6 yaş Çocukların Bağışıklanması ve Aşılar Konusunda Bilgi ve Uygulamaların Araştırılması." 1. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyumu: 137 - 143, İstanbul: İ.Ü. Basımevi.
- 26- ÖZER, A. : 1991, GAP'a Makro Düzeyde Bakış, Diyarbakır: D.Ü. GAP Araştırma ve Uygulama Merkezi yayınları No: 1
- 27- ÖZTEK, Z. : 1986, Temel Sağlık Hizmetleri, Ankara: Üçbilek Matbaası.
- 28- ROBERT, C.F.; BOUVIER, S.; ROUGEMONT, A. : 1989, "Epidemiology, anthropology and health education." World Health Forum, 10: 355 - 356 WHO Geneva.
- 29- ROBERT A. Hatcher, M.D., KAWAL, D., GUEST, F., and all. : 1990, Kontraseptif Yöntemleri, (Çev. P. Sanlet) Ankara: Uluslararası Basım.
- 30- SENTÜRK, S.E. : 1989, Hemşirelik Tarihi, (4. Basım), İstanbul: Can Matbaası.

- 31- TANILLI, S. : 1992, Nasıl Bir Eğitim İstiyoruz, (6.Basım) İstanbul.
- 32- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI : 1991, GAP Güneydoğu Anadolu Sağlık Sektörü Uygulama Planı, Mevcut Durum Analizi II:234-271
- 33- TUNCEL, N. : 1986, "Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Hemşirelik." Türk Hemşireler Dergisi, 3:36-39
- 34- TUMERDEM, Y. : 1992, Halk Sağlığı II. İstanbul: İ.Ü. Basımevi.
- 35- TÜRK HEMŞİRELER DERGİSİ : 1986, "Today and Tomorrow of Nursing (Uluslararası Hemşirelik Birliği Dökümanı), (Çev.G.Uyar) Türk Hemşireler Dergisi, 36:3-7
- 36- ULUSOY, F. : 1994, "Hemşirelikte Uzmanlaşma." Türk Hemşireler Dergisi, 1:6-8
- 37- ÜNLÜ, S. : 1992, Psikoloji, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Ön lisans Programı Ders Kitabı.
- 38- YETİŞKİNİN SAĞLIK EĞİTİMİ GRUBU RAPORU : 1990, T.C. Sağlık Bakanlığı.

9.EKLER

DIYARBAKIR İLİ MERKEZ SAĞLIK OCAKLARINDA ÇALIŞAN EBE VE HEMŞİRELERİN SAĞLIK EĞİTİMİ KONUSUNDA BİLGİ VE UYGULA- MALARININ ARAŞTIRILMASI

1- Meslek Ünvanınız nedir:

- | | |
|----------------|---------------------|
| a) Ebe | d) Yüksek Hemşire |
| b) Hemşire | e) Yardımcı Hemşire |
| c) Ebe-Hemşire | |

2- Kaç yıldır çalışıyorsunuz?

3- Halk Sağlığı alanında (sağlık ocağında) kaç yıldır çalışı-
yorsunuz?

4- Mezun olduğunuz okul hangisidir?

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| a) Sağlık Meslek Lisesi | c) Ünlisans programı |
| b) Sağlık Okulu | d) Lisans programı |

5- Mezuniyet sonrası eğitimi aldınız mı?

- | | |
|---------|----------|
| a) Evet | b) Hayır |
|---------|----------|

6- Mesleğinizi seviyormusunuz?

- | | |
|---------|----------|
| a) Evet | b) Hayır |
|---------|----------|

7- Görevinizden memnunmusunuz?

- | | |
|---------|----------|
| a) Evet | b) Hayır |
|---------|----------|

8- Sağlık Eğitimi ile ilgili herhangi bir kursa katıldınız mı?

- | | |
|---------|----------|
| a) Evet | b) Hayır |
|---------|----------|

9- Sağlık Eğitiminde temel amaç nedir?

- a) Bireylerin sağlığını korumak
- b) Tüm toplumun sağlığını korumak
- c) Bireylere dolayısıyla topluma kendi çaba ve eylemleriyle sağlıklı bir yaşam sürmeleri için yardım etmek
- d) Sağlık personeli olarak koruyucu tedbirleri almak

10- Sağlık Eğitimi verirken aşağıdaki durumlardan hangisine öncelik verirsiniz?

- a) O anda var olan bulaşıcı bir hastalıktan koruma yolları konusunda
- b) Bebek bakımı ve beslenmesi konusunda
- c) Aile planlaması ve ana sağlığı konusunda
- d) Kişisel hijyen kuralları konusunda

11- Bir toplumda 0-28 günlük bebek ölüm oranı yüksekse ağırlıklı olarak hangi konuda eğitim verirsiniz?

- a) Anneye bağlı gebelik risk faktörleri ve gebe beslenmesi
- b) Bebek bakımı ve beslenmesi konusunda
- c) Gebelik ve doğum komplikasyonları ve doğum travmaları
- d) Akraba evliliği, genetik rehberlik

12- Okuma yazma olmayan bir gruba eğitim verirken daha çok hangi eğitim aracını tercih edersiniz?

- a) Posterler-Broşürler
- b) Gör-İşit araçları (TV-Radyo vb)
- c) Grafikler
- d) Canlı örnekler

- 13- Eger eğitim amacınız davranışlarda değişiklik sağlamaksa hangi yöntemi seçersiniz?
- a) Sınıf eğitimi
b) Tartışma grubu
c) Atelye Enstitüsü çalışması
d) Toplantılar
- 14- Aile planlanması eğitimi için sizce en uygun zaman hangisidir?
- a) Gebeliğin ilk üç ayında
b) Gebeliğin ikinci üç ayında (-4-5-6 aylarda)
c) Doğumdan hemen önce
d) Doğumdan hemen sonra
- 15- Çocuklarda görülen bağırsak parazitleri konusunda eğitim düzenlediniz, bu eğitimi daha çok kime yönelik yaparsınız?
- a) 0-6 yaş grubu çocuklara
b) 7-14 yaş grubu çocuklara
c) Anne ve babalara
d) Toplum liderlerine (Muhtar, imam, Öğretmen vb.)
- 16- Bir kişinin bir konu üzerinde tüm dikkatini toplayarak yoğunlaşması en fazla ne kadar sürer?
- a) 20-25 dakika
b) 25-30 dakika
c) 30-35 dakika
d) 35-40 dakika
- 17- Suların düzenfeksiyonu konusunda eğitim veriyorsunuz, Eğitim yeri olarak en uygun yer sizce neresidir?
- a) Okul
b) Kahvehane
c) Evler
d) Suyun kaynağı

18- Bir gecekondü bölgesinde kişilere AIDS hakkında bilgi vereceksiniz, hastalığı nasıl tanımlarsınız?

- a) Kazanılmış bağışıklık yetmezliği sendromudur
- b) Antikor yetmezliğidir
- c) Kişilerin hastalıklara karşı direncinin azalmasıdır
- d) Kişinin her türlü mikroba karşı savunmasız olduğu bir hastalıktır.

19-Verdiğiniz bir eğitimin etkinliğini en doğru şekilde nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Eğitimden önce ve sonra uyguladığım testleri karşılaştırırım
- b) Davranış değişikliği gelişip gelişmediğine bakarım
- c) Tekrar o konudaki eğitim gereksinimlerini araştırırım
- d) Eğitimi verdiğim kişilerle konuşurum