TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÇALIŞAN EBELERİN SAĞLIK EĞİTİMİNE YÖNELİK TUTUMLARININ VE UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeynep ÖNAL

YÜKSEK LİSANS TEZI

DANIŞMAN

Dr. Öğretim Üyesi Nazan KARAHAN

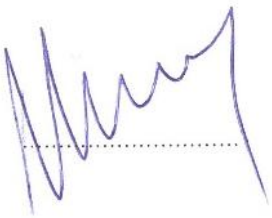
KARABÜK

2018

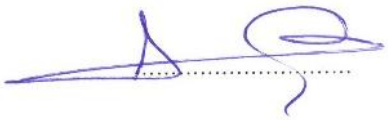
TEZ ONAYI

Zeynep ÖNAL'ın hazırladığı **"Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Ebelerin Sağlık Eğitimine Yönelik Tutumlarının ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi"** adlı bu çalışma 20/12/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından **EBELİK ANABİLİM DALI**'nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Nazan KARAHAN
Tez Danışmanı



Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz ALTUNER
Üye



Doç. Dr. Sema YILMAZ
Üye

Bu tez Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak onaylanmıştır.

Doç. Dr. Kubilay TEKİN
Enstitü Müdürü V.

BEYAN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

Zeynep ÖNAL
20/12/2018

TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın planlanması ve yürütülmesi sürecinde sabır ve anlayışı ile her an yanımda olan ve desteklerini hiç eksik etmeyen değerli hocam

Dr. Öğretim Üyesi Nazan KARAHAN'a

Araştırmanın ortaya çıkarılması, konunun seçimi ve planlanmasında emeği geçen saygıdeğer

Dr. Öğretim Üyesi Gülcan KAR ŞEN'e

Mesleki eğitimim boyunca sabır ve hoşgörüyle gelişimime büyük destek sağlayan, yanımda olduklarını hep hissettiren ve mesleğime olan inancımı arttıran değerli hocalarım

Dr. Öğretim Üyesi Dilek KÜÇÜK ALEMDAR, Fatma CEBECİOĞLU'na

Her pes ettiğim noktada bana ne için çabaladığımı hatırlatan çok sevgili çalışma arkadaşlarım Elif KARSLI ALKAŞ, Zeynep ÇAKMAK MALKOÇ ve Fetih Özçiftci Aile Sağlığı Merkezi mesai arkadaşlarıma,

Tüm yaşamım boyunca varlıklarını yanımda hissettiren, sevgi ve sabırlarını hiç esirgemeyen sevgili ANNEM ve BABAM'a

Yüksek lisans sürecinde ki en büyük destekçim olan biricik EŞİM'e ve ondan çaldığım vakitlerde sabırla beni bekleyen biricik CAN'ıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Zeynep ÖNAL

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ONAY FORMU……...……ii

BEYAN FORMU……iii

TEŞEKKÜR……...…….....iv

İÇİNDEKİLER……...……v

ÇİZELGELER DİZİNİ…….....vii

TABLOLAR DİZİNİ……...……....viii

EKLER DİZİNİ……..ix

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ……....x

ÖZET...……xi

ABSTRAC…….……xii

1. GİRİŞ VE AMAÇ …….....1

2. GENEL BİLGİLER ……...4

2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ……..4

2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Temel Bileşenleri ……....5

2.3. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumu …….....7

2.4. Sağlık Eğitiminin Tanımı, Amacı ve Önemi …….....9

2.5. Sağlık Eğitiminin İlkeleri ……....11

2.6. Sağlık Eğitiminin Planlama, Uygulama ve Değerlendirilmesi Süreci…...13

2.7. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Eğitimi Uygulamaları…..15

2.8. Bir Sağlık Eğitimcisi Olarak Ebeler……17

3. GEREÇ VE YÖNTEM…….….22

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı……22

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi…….....22

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi……..24

3.4. Veri Toplama Araçları……..24

3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması……..25

3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler…...26

3.7. Araştırmanın Etik Yönü…….....26

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar……..26

4. BULGULAR……..…….28

4.1. Ebelerin Demografik, Çalışma Yaşamı, Sağlık Eğitimi Uygulama ve Görüşlerine İlişkin İlişkin Bulgular……...…...28

4.2. Ebelerin Sağlık Eğitimine Yönelik Görüşlerinin Demografik ve Çalışma Özellikleri Açısından Karşılaştırılmasına Ait Bulgular……..…….35

5. TARTIŞMA……....40

6. SONUÇ VE ÖNERİLER…….....49

7. KAYNAKLAR……...53

8. EKLER……...60

9. ÖZGEÇMİŞ…….....66

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa No

Çizelge 1. Araştırmanın Uygulandığı Sağlık Kuruluşları.....23

Çizelge 2. Araştırma Evren ve Örneklem Sayıları.....24

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Ebelerin Demografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri.....29

Tablo 2. Sağlık Eğitimi Konuları ve Destek Alma Durumu.....30

Tablo 3. Ebelerin Sağlık Eğitimine Yönelik Görüşlerinin Dağılımı……31

Tablo 4. Ebelerin Sağlık Eğitiminin Planlanması ve Yürütülmesi Adımlarına İlişkin Uygulamaları……...33

Tablo 5. Ebelerin Sağlık Eğitimi Konusunda Engelleri ve Çözüm Önerileri……...34

Tablo 6. Ebelerin Sağlık Eğitimine İlişkin Görüşlerinin Yaş Ortalaması Açısından Karşılaştırılması……..36

Tablo 7. Sağlık Eğitimine İlişkin Görüşlerin Öğrenim Durumu Açısından Karşılaştırılması.....37

Tablo 8. Sağlık Eğitimine Yönelik Görüşlerin Çalışma Birimi Açısından Karşılaştırılması.....38

Tablo 9. Ebelerin Sağlık Eğitimi Verdiği Konuların Çalıştıkları Birime Göre Karşılaştırılması.....39

EKLER DİZİNİ

Sayfa No

Ek 1: Veri Toplama Formu…….60

Ek 2: B.30.2.ODM.0.20.08/1963 sayı ve 12.03.2015 tarihli OMÜ KAEK 2015/128 no'lu Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu kararı……65

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ICM = Uluslararası Ebelik Konfederasyonu

DSÖ/WHO = Dünya Sağlık Örgütü

TSM = Toplum Sağlığı Merkezi

ASM = Aile Sağlığı Merkezi

DGT = Doğrudan Gözetimli Tedavi

KETEM = Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

ÇEKÜS = Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı

AHB = Aile Hekimliği Birimi

AÇSAP = Ana-çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

LC = Laktasyon Danışmanı

ASE = Aile Sağlığı Elemanı

ÖZET

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Ebelerin Sağlık Eğitimine Yönelik Tutumlarının ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Bu araştırma birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan ebelerin sağlık eğitimine yönelik tutumlarını ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırma 01.06.2015 – 28.02.2016 tarihleri arasında Giresun da gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini birinci basamakta çalışan 182 ebe, örneklemini ise, çalışmanın yapıldığı tarihlerde izinli/raporlu olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü 123 ebe oluşturmuştur. Araştırmada veriler, literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formu aracılığıyla, anket yöntemi ile toplanmıştır.

Araştırmada ebelerin yaş ortalamasının 34,61±8,7 olduğu, %37,4'ünün lisans mezunu olduğu, %29,2'sinin 21 yıl ve üzerinde ve %39,8'inin toplum ve aile sağlığı merkezlerinde çalıştığı belirlenmiştir. Ebelerin çoğunluğu sağlık eğitiminin sağlık hizmetleri içerisinde önemli bir yeri olduğuna inanmakta (%97,6), bireylerin sağlık alışkanlıklarının geliştirilmesinde katkısı olduğunu düşünmekte (%98,4), sağlık eğitiminin ebelerin önemli bir sorumluluğu (%91,1) olduğunu bildirmektedir. Ebelerin sağlık eğitimi engelleri incelendiğinde, iş yükü fazlalığı (%60,2) birey-grubun eğitime katılmak istemediğini (%66,7) ve ebelerden eğitim almak istemediğini düşünmenin (%35,0) yer aldığı bulunmuştur. Çalışmada ebelerin sağlık eğitiminin planlanması ve değerlendirilmesine yönelik eksikleri olduğu belirlenmiştir. Ayrıca ebelerin, sağlık eğitimine yönelik görüşlerinin yaş ve çalışılan birime göre istatistiksel anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bu bulgular, ebelerin sağlık eğitimi konusunda mezuniyet öncesi ve hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: sağlık eğitimi, hasta eğitimi, ebe, ebelik, birinci basamak sağlık hizmetleri

ABSTRACT

Evaluation of Attitudes and Practices of Midwives Working in Primary Healthcare Institutions towards Health Education

This research was carried out in a descriptive cross-sectional type to determine the attitudes and practices of midwives working in primary healthcare institutions towards health education. The research was conducted in Giresun between 01 June 2015 and 28 February 2016. The population of the research consisted of 182 midwives who were working in the primary healthcare intuitions, and the sample consisted of 123 midwives who were not on annual leave/sick leave and who were willing to participate in the research. The data in the research were collected by a questionnaire prepared by the researchers in accordance with the literature.

In the research, the mean age of the midwives was 34.61 ± 8.7. In addition, 37.4% of midwifes were undergraduate, 29.2% of them were at 21 years and above and 39.8% were employed in community and family health centers. The majority of midwives, believe health education plays an important role in healthcare services (97.6%), think individuals contribute to the development of health habits (98.4%) and report health education is an important responsibility (91.1%) of midwives. When the obstacles on the health education of the midwives were examined, the workload excess (60.2%), thinking of the individual-group did not want to participate in the training (66.2%) and did not want to receive education from the midwives (35.0%) were found. In this research, midwives deficiencies in planning and evaluation of health education was determined. Also, midwifes opinions towards health education differed statistically according to age and working unit. These findings suggest that midwives should be supported with pre-service and in-service training on health education.

Key words: health education, patient education, midwife, midwifery, primary healthcare

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmeti, 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu"nda, insan sağlığına zarar verebilecek etkenlerin ortadan kaldırılması, sağlığa zararlı etkilerden toplumun korunması, hastaların tedavi edilmesi, ruhsal ve bedensel sağlığı bozulmuş/zarar görmüş olanların ise uyumunun sağlanması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin sağlıklı ve mümkün olduğu kadar uzun bir yaşam sürmesi sağlık hizmetlerinin temel amacıdır (Bambal vd. 2010, Erden 2016). Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetler olmak üzere üç basamaklı bir yapı ile sunulmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, genel olarak temel sağlık hizmetleri olarak adlandırılır ve sağlık çalışanlarının sadece hastalara değil, toplumun tüm bireylerine doğumdan ölüme kadar süreklilik içinde hizmet sunulması gerekliliği temeli üzerine kurulmuştur (Özdemir vd. 2003).

Güçlü birinci basamak sağlık sistemine sahip olan ülkelerin sağlık göstergeleri, sağlık hizmetlerinin daha eşitlikçi ve toplumun sağlık gereksinime daha iyi yanıt veren nitelikte olduğunu göstermektedir (Starfield 1994, Macinko et al 2003, Özdemir vd. 2003, Akman 2014). Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri, il ve ilçe sağlık müdürlükleri ile bunlara bağlı toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve sağlık evlerinde sunulmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının temel hedefi sağlığın korunması ve geliştirilmesidir. Bu nedenle birinci basamak hizmetlerde çalışan tüm sağlık personelleri diğer hizmetlerin yanında, toplumun ve bireylerin sağlık ile ilgili konularda eğitilmesinden de sorumludur.

Eğitim yoluyla sağlığın geliştirilmesi, insanlık tarihi kadar eskidir. Tüm dinlerin kitaplarında temizlik ve hijyen kuralları, çevre sağlığı ve hastalıklardan korunma konularında yönlendirme ve öneriler bulunmaktadır (Tabak 2000). Sağlık eğitimi, sağlık davranışlarını geliştirmek için öğrenmeyi teşvik eden planlı bir etkinliktir (Ege

vd. 2005, Baltaş 2008, Akgün 2014). Sağlık eğitimi sağlığı toplumsal bir değer hâline getirerek, kişilere sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerileri kazandırmayı, kişilerde sağlıkla ilgili düşünce, inanç, tutum, davranış ve yaşam biçimi değişikliği oluşturmayı hedeflemektedir (Ülkü 2010, Özvarış 2011, Akgün 2014).

Küreselleşme ile birlikte bireylerin sağlık hizmetlerinden ve hizmet sunuculardan beklentileri farklılaşmıştır. Artık bireylerin sadece hastalıklarının tedavisi değil, sağlığın korunması ve geliştirilmesini sağlayacak, sağlık eğitimine gereksinimleri artmıştır (McEwen 2002, Maurer ve Smith 2009, Altıner 2016). Nitelikli bir sağlık eğitimi; hem bireyin sağlığı ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek, hem de aile ve toplumun sağlık göstergelerinin iyileşmesiyle sonuçlanacaktır (Ülkü 2010, Mutlu Çubuk 2014). Örneğin Annels (2007)'in çalışması, Avusturalya'da birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde sağlık eğitiminin payı artırılarak temel sağlık göstergelerinin olumlu yönde değiştirilebileceğini göstermektedir.

Gebelik dönemi sağlık eğitimine en fazla gereksinim duyulan dönemlerden biridir. Nitelikli ebelik hizmetlerinin önemli bir bileşeni, anne ve bebeğin sağlığını koruyucu ve yükseltici önlemlerin alınmasıdır. WHO'nun teknik raporlarında, temel sağlık hizmetlerinde ebeliğin tutarlı hedefler ve uygulama planları doğrultusunda sunulması halinde, sağlık düzeyinin yükselmesine büyük katkıları olacağı bildirilmektedir. Temel Sağlık Hizmetlerinin başarı ile yürütülmesinde "ebelik mesleğinin güçlendirilmesi" üzerinde ısrarla durulmakta ve "21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık Hedefleri"nden "Yaşama Sağlıklı Başlanması Hedefi"nin gerçekleştirilmesinde ebelik mesleğinin önemine dikkat çekilmektedir (Akdolun Balkaya 2002, Aslantekin ve Aslan 2006, Aksu 2017, Altay 2018).

Ebelik tanımın yapıtaşları ve görev tanımı bireylere sağlıkları konusunda öz sorumluluk kazandırılması için en önemli araç olarak kabul edilen sağlık eğitiminin hedefleri ile doğrudan örtüşmektedir. Ebelerin üstelendikleri mesleki rol ve sorumlulukları, kadın, aile ve topluma düzenli olarak sağlık eğitimi verilmesini kapsamaktadır (Akçın 2000, Beydağ 2007, Şahan 2010, Koç 2011, Özcan et al 2012, Bekmezci 2015, Aksu 2017).

Costa Rica'da ebeler doğum ve anne-çocuk sağlığının iyileştirilmesi konusunda ulusal sağlık programlarının temelini oluşturmaktadır (Jenkins 2010). McDonald (2001) tüm kadınların gebelik ve doğum sürecini aktif olarak yöneten, eğitim ve danışmanlık sağlayan ebelerden hizmet alma hakkı olduğuna vurgu yapmıştır. Avusturalya'da antenatal dönemde ebeler tarafından verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan gebelerin doğum sonu depresyon yaşama riskinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (Gausia et al 2013).

Türk toplumundaki kadının aile yapısı ve sosyo-kültürel özellikleri, sağlık eğitiminin etkinliği açısından büyük önem arz etmektedir. Kadınlar bazen aile içi ya da toplumsal baskılar nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurma ya da sorunlarını dile getirmede güçlükler yaşayabilmektedir. Ebeler, sundukları hizmetlerin yapısı nedeni ile ailenin mahrem alanına girebilmekte, bu mesleki özellik nedeni ile kişilerin toplumsal örüntülerini iyi tanımakta ve özellikle kadınlara ulaşmak konusunda avantaj yakalamaktadır (Aslantekin ve Aslan 2006, Şahan 2010, Koç 2011).

Buna karşılık ebe ve hemşirelerin sağlık eğitimi konusunda; bilgi eksikliği (Thoma 1999, Aslankoç vd. 2001), iş odaklı çalışma, sağlık eğitimi konusunda hizmet içi eğitimin olmayışı (Aslankoç vd. 2001), zaman yetersizliği (Trocino et al. 1997, Thoma 1999, Babacan ve Ulupınar 2008, Aghakhani vd. 2012), hasta eğitimine yeterli bütçe ayrılmaması (Babacan ve Ulupınar 2008), iş yükünün fazla olması (Thoma 1999, Yıldırım vd. 2017), eleman eksikliği, yetersiz iş doyumu (Aghakhani vd. 2012), yönetimin hasta eğitimine ilgi ve destek sağlamaması (Park,2005, Aziznezhad vd. 2010, Vafaee-Najar vd. 2012, Abdi vd. 2014), sağlık eğitimi için uygun ortamın olmaması (Aziznezhad vd. 2010, Ramezanli and Jahromi, 2015) gibi engelleri bulunmaktadır. Literatürde ülkemizde ebelerin sağlık eğitimi uygulamalarına yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırma birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan ebelerin, sağlık eğitimine yönelik tutumlarını ve uygulamalarını, ebelerin sağlık eğitimi verirken karşılaştıkları engelleri ve bu engellere yönelik çözüm önerilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmeti, 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu"nda insan sağlığına zarar verebilecek faktörlerin ortadan kaldırılması ve bu faktörlerin etkisinden toplumun korunması, hastaların tedavi edilmesi, ruhi ve bedeni kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise uyumunun sağlanması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler olarak tanımlamaktadır. Sağlık hizmetinin amacı kişilerin sağlıklı ve mümkün olduğu kadar uzun bir yaşam sürmesini sağlamaktır. Bu tanımdan anlaşılacağı gibi sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olmak üzere 3 ana başlık altında yapılanmaktadır. Bu yapılanma içinde koruyucu sağlık hizmetleri temel sağlık hizmetleri olarak kabul edilmekte olup amacı birey ve toplumu hastalıklar oluşmadan korumaktır (Alacadağlı 2010, Bambal vd. 2010, Erden 2016).

Temel sağlık hizmetlerinin tanımı ilk olarak 1978 yılında Alma Ata Konferansı'nda Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) tarafından yapılmış ve koruyucu hizmetlerin bütüncül bir yaklaşımla sunulmasının önemi vurgulanmıştır (Alacadağlı 2010, Bambal vd. 2010). Koruyucu sağlık hizmetlerinin 19.yy. sonlarında giderek önem kazanması, sağlık çalışanlarının hizmet alanlarının sadece hastalar olmadığı, sağlık hizmetinin toplumun tüm bireylerine doğumdan ölüme kadar süreklilik içinde sunulması gerektiği sonucunu doğurmuştur (Özdemir vd. 2003).

Sağlık sisteminin giriş kapısı olarak bilinen birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum ve bireylere yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetleri sunan sağlık kuruluşlarıdır. Birinci basamak sağlık kuruluşları, kişilerin sağlık hizmeti ile ilk temasa geçtiği birimler olması ve genellikle bireyin yaşadığı çevreye en yakın sağlık kuruluşu olması nedeniyle önem arz etmektedir. Birinci basamak sağlık kurumları, kişi

ile uzun süreli bir geçmişe dayanan, sürekli bakımın sağlandığı, kişinin biyo-psiko-sosyal özellikleri gibi bütün bilgilerinin toplandığı yerlerdir (Ateş 2013, Pala 2015, Erden 2016, Onur vd. 2016, Özata 2016).

İyi bir birinci basamak hizmeti; sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi, bakımın sürekliliği, iletişim becerisi, sağlık eğitimi, kronik hastalıkların yönetimi, uygun tıbbi kayıt tutma-saklama, acil ve mesai dışı hizmet, ekip çalışması, meslektaş ve hastalarla profesyonel ilişkiler, maliyet-yarar analizi yapma, öğretme-araştırma kavram ve uygulamalarının bütününden oluşmaktadır (Özdemir vd. 2003).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli özelliği, bütün ülkelerde sağlık örgütlenmesinin temel unsuru olmasıdır. Bu durum, uluslararası sağlık anlaşmalarında yer almış ve ülkelere sağlık sistemlerini birinci basamak sağlık hizmetleri üzerine inşa etmeleri konusunda önerilerde bulunulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri güçlü olan ülkelerin temel sağlık göstergelerinde dağılımın daha eşitlikçi olduğu ve toplumun-bireyin sağlık ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verdiği görülmüştür (Starfield 1994, Macinko et al 2003, Özdemir vd. 2003, Akman 2014). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin amaca uygun ve etkili olarak kullanılması gereksiz ikinci-üçüncü basamak yükünüde azaltacaktır (WHO 2016).

2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Temel Bileşenleri

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel bileşenleri; ilk başvuru noktası olması, toplumun tümünü kapsaması, hizmet sunumunun sürekli ve eşgüdümlü olarak sunulması olarak özetlenebilir.

İlk başvuru noktası

Birinci basamak sağlık hizmetleri, kişilerin herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında sağlık hizmetlerine hızlı ve etkili erişim sağlaması için ilk başvuru

noktasıdır. Gereksiz ikinci ve üçüncü basamak kullanımını engelleme ve azaltmayı amaçlaması nedeniyle kapı tutucu bir görev üstlenmektedir (Bambal vd. 2010, Ateş 2013, Pala 2015).

Kapsayıcılık

Kapsayıcılık, hizmet sunulan tüm nüfusa aşılama, tarama, eğitim ve diğer tüm konularda sağlık hizmeti sunmak olarak tanımlanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamı toplumda görülen sağlık sorunlarını tanımlayabilecek ve müdahale edebilecek düzeyde olmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde amaç, bir azınlığa yüksek düzeyde hizmet götürme değil, herkese olanaklar ölçüsünde eşit hizmet götürmek olmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, bölgesel ve diğer sosyo-ekonomik farklılıkların sağlık üzerindeki etkilerini azaltarak, nitelikli sağlık hizmetleri sağlamayı amaçlamalıdır. Bunun için sağlık hizmetleri, bölge nüfusunun kültürel yapısına uygun biçimde planlanmalı ve uygulanmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmet sunumu güçlü olan ülkelerde, toplumun sağlık ihtiyaçlarının daha iyi karşılanacağı, sağlıkta daha eşitlikçi bir hizmet sunumunun sağlanacağı ve sağlık harcamalarında maliyetin azalacağı ön görülmektedir (Özdemir vd. 2003, Öcek ve Soyer 2007, Bambal vd. 2010, Ateş 2013, Akman 2014, Pala 2015).

Süreklilik

Sağlık hizmetlerinin sunumunda süreklilik kavramı, hizmet sunulan bölgedeki tüm nüfusa kesintisiz ve düzenli olarak sağlık hizmeti sunmak olarak tanımlanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sorun değil kişi odaklıdır ve süreklidir. Hastalık veya tıbbi sorun olmaksızın düzenli ve bütüncül bir sağlık hizmet kaynağının zaman içinde kullanımı anlamına gelmektedir. Hizmet sunulan nüfusun tanımlanmış olması, sağlık hizmetinin hastalık odaklı olmaktan çok zaman içinde sürmesi önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmeti kendisine bağlı nüfusla sürekli bir ilişki gerektirmektedir. Ayrıca sağlık hizmetleri, kişileri yaşadıkları toplum ve aileleriyle beraber bir bütün olarak değerlendirecek şekilde planlanmaktadır (Özdemir

vd. 2003, Bambal vd. 2010, Ateş 2013, Akman 2014, Pala 2015).

Eşgüdüm

Sağlık hizmetlerinin eşgüdümlü sunumu tanımı, hizmet verilen bölgedeki tüm sağlık kuruluşlarının birbirleri ile bağlantılı olarak hizmet sunması işaret edilmektedir (Ateş 2013, Pala 2015).

2.3.Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu ülkelere göre farklılıklar göstermektedir ve ülkelerin sağlık hizmetlerindeki başarısı temel sağlık hizmetlerini nasıl yapılandırıldığı ile doğrudan ilişkilidir. Temel sağlık hizmetleri altyapısı iyi olan ülkeler daha sağlıklı toplumlara sahiptir, sağlıkla ilgili eşitsizlikleri daha azdır ve sağlık hizmeti harcamaları daha düşüktür (Bambal vd. 2010). Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri, il ve ilçe sağlık müdürlükleri ile bunlara bağlı toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve sağlık evlerinde sunulmaktadır.

Toplum sağlığı merkezleri (TSM), bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmek ve korumak amacıyla sağlıkla ilgili sorun ve riskleri belirleyen, önleyici ve düzeltici çalışmalar gerçekleştiren; birinci basamak iyileştirici, koruyucu ve rehabilite edici hizmetleri koordine eden ve bu hizmetlerin etkili bir şekilde sunulmasını izleyen, denetleyen, değerlendiren ve destekleyen; bölgesindeki diğer birinci basamak sağlık kuruluşları ile başka kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan merkezlerdir (Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği, 05 Şubat 2015). Sağlık çalışanlarına ve topluma yönelik eğitimler toplum sağlığı merkezlerinin en önemli görevleri arasındadır. Toplum sağlığı merkezleri, bölgenin ve sağlık çalışanlarının eğitim gereksinimlerini belirleme ve gereksinim duyulan ya da sağlık politikaları doğrultusunda farkındalık oluşturulması gereken konularda eğitim faaliyetlerinin yürütülmesinden sorumludur (Ateş 2013, Pala 2015).

Aile sağlığı merkezleri (ASM), bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca birinci basamak, tanı, tedavi, koruma hizmetlerinin verildiği sağlık kuruluşlarıdır. Aile sağlığı merkezleri, nüfusun ve ulaşımın uygun olduğu yerlerde oluşturulur ve bu birimlerde sağlık ve hastalıkta yalnızca birinci basamak sağlık hizmetleri kişi merkezli- bireyselleştirilmiş olarak sunulur. Aile hekimliği sisteminin temelini bütüncül yaklaşım ve koruyucu sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Aile sağlığı merkezlerinde verilen koruyucu sağlık hizmetleri maddeler halinde aşağıdaki gibi özetlenebilir (Dikici vd. 2007, Ak vd. 2010, Wonca Europa 2011, Ateş 2013, Pala 2015, Özcan ve Erdal 2017).

- *0-6 yaş bebek-çocuk grubuna yönelik hizmetler* (Bebek-çocuk sağlık danışmanlığı, sağlam çocuk izlemi, büyüme ve gelişme takibi, beslenme danışmanlığı, anne sütü ve emzirme eğitimi, bağışıklama, neonatal tarama programları danışmanlık ve hizmetleri)
- *15-49 yaş arası kadınlara yönelik hizmetler* (15-49 yaş kadın sağlığı izlem ve danışmanlığı, gebe-lohusa izlem ve danışmanlığı, bağışıklama, aile planlaması ve infertilite danışmanlığı, meme ve serviks kanseri taramaları)
- *Menopoz hizmetleri*
- *Ergenlik dönemi hizmetleri*
- *Tüm yaş gruplarına yönelik hizmetler (*Salgın hastalıklardan korunma eğitim ve danışmanlığı, sigara bıraktırma eğitim ve danışmanlığı, kronik hastalık danışmanlığı, tüm konulara yönelik sağlığı geliştirme ve koruma eğitimleri yer almaktadır.

Sağlık evi, yönetsel açıdan toplum sağlığı merkezlerine, görev açısından aile hekimlerine bağlı olan kurumlardır. Bağlı bulundukları köylerde sağlık eğitimleri başta olmak üzere, mobil sağlık hizmetlerinin sunumu, riskli gebelik takibi ve misafir anne uygulamasının yürütülmesi, evlilik öncesi danışmanlık, DGT (Doğrudan Gözetimli Tedavi) izlem ve eğitimleri ile 15-49 yaş kadın izlemleri gibi hizmetler sunmaktadır (Ateş 2013, Pala 2015, Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği, 05 Şubat 2015).

Bunlara ek olarak tüm birinci basamak sağlık kuruluşlarında, kişisel hijyen, çevre sağlığı, kazalardan korunma, ilkyardım, anne ve çocuk sağlığı, sanitasyon, aile planlaması, bulaşıcı hastalıklardan korunma, sağlığa zararlı alışkanlıklar ve dejeneratif hastalıklardan korunma konularında sağlık eğitimi yapılmaktadır (Ulusoy Gökkoca 2011).

2.4.Sağlık Eğitiminin Tanımı, Amacı ve Önemi

Sağlık eğitiminin temelleri insanlık tarihinin başlangıçlarına kadar uzanmaktadır. Tüm dinlerin kitaplarında temizlik ve hijyen kuralları, çevre sağlığı ve hastalıklardan korunma konularında yönlendirme ve tavsiyeler mevcuttur. Eski çağlarda tapınaklara bağlı okullarda hekimlere verilen eğitimler içerisinde sağlık eğitimi konularına da yer verilmiş, hekimler tedavi sırasında hastaların eğitimini de üstlenmiştir. İbni Sina, hekimliğin sadece hastalıkları tedavi etmek değil, sağlıklı kalmanın yollarını da bilmek olduğunu öğütlemiş ve buradan yola çıkılarak sağlığı koruma biliminin temelleri atılmıştır (Tabak 2000).

İnsan bilişsel, duyuşsal, davranışsal yetenekleriyle ve sosyal koşullarıyla kendi sağlığının belirleyicisidir. Bu nedenle sağlık eğitimi "sağlık, hastalık ve sakatlık" kavramına odaklanmış bir eğitim çabasını anlatmakta ve insanın sağlıklı bir yaşam sürdürmesinde etkili olan davranışları kazanmasını amaçlamaktadır. WHO sağlığı tanımlarken; sadece insan organizmasına ait olan bedensel ve ruhsal olguyu değil, aynı zamanda insana ait sosyal olguyu da ele almaktadır. Sağlık; davranış şekilleri ve bireyin çevresi tarafından büyük ölçüde etkilendiğine göre, sağlık eğitimini sağlıkla ilgili konularda "bilgi vermek" ile sınırlandırmak mümkün değildir (Özvarış 2011, Özden 2013).

Sağlık eğitimi, öğrenmeyi teşvik ederek, sağlık davranışlarını geliştiren planlı bir etkinliktir. Halk sağlığının içerdiği bilgilerin pedagojik ilkelere dayalı olarak topluma ve bireylere kazandırılması sağlık eğitiminin sorumluluğudur. Bu eğitimler, kişilerin sağlıklarını geliştirmek konusunda gönüllü katılımlarını hazırlayan, kolaylaştıran ve pekiştiren nitelikteki her tür öğrenme uygulamalarını içermektedir (Ege vd. 2005,

Baltaş 2008, Akgün 2014). Sağlık eğitimi ile ilgili bazı tanımlar şunlardır.

Ulusoy Gökkoca'nın (2001) aktardığına göre WHO sağlık eğitimini "bireylere sağlıklı bir yaşam için yapmaları gerekenleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru kullanmaya alıştırmak, çevrelerini ve sağlık durumlarını iyileştirmek amacıyla, bireysel ya da toplu olarak karar aldırmak" şeklinde tanımlamaktadır. Sağlık eğitimi, kişiye yalnızca söz ve sembollerle bilgi aktarmak değil, yeni bir davranış örüntüsü kazandırmak, kazandığı bilgiyi uygun olarak kullandırmaya alıştırmak şeklinde de tanımlanabilir (Ulusoy Gökkoca, 2001).

Özvarış'ın (2011) sağlık eğitiminin "sağlığa yönelik bireysel ya da ortaklaşa davranışa, gönüllü bir şekilde uyumu hazırlamak, güçlendirmek ve olanaklı kılmak için düzenlenen öğrenme deneyimlerinin bileşimi" şeklinde tanımlandığını aktarmaktadır. Sağlık eğitimi; kişilerin sağlıkla ilgili tutum, düşünce, kavram, davranış ve yaşam biçimi, inanç değişikliğini kendi yaşantıları yoluyla oluşturmayı amacıyla yapılan bir öğrenme yaşantısıdır. Sağlık eğitimine ilişkin yapılan tanımların ortak noktası, bireyin sağlık davranışlarını ortaya çıkarma konusunda, kendi istek ve iradesinin önemine dikkat çekilmesidir. Sağlık eğitiminde bireylere sağlık alışkanlıkları ile ilgili öz sorumluluk kazandırmak önemlidir.

Sağlık eğitimi sağlığı toplumsal bir değer hâline getirerek, kişilere sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerileri kazandırmayı, kişilerde sağlıkla ilgili düşünce, inanç, tutum, davranış ve yaşam biçimi değişikliği oluşturmayı hedeflemektedir. Kişilerin, sağlıkla ilgili herhangi bir konuda davranış değişikliği oluşturmaları, eğitim düzeylerine, konu hakkındaki mevcut bilgilerine, sosyo-kültürel faktörlere ve kişisel inançlarına, sağlık ve hastalığı algılama düzeylerine bağlı olarak değişmektedir. Bu nedenle sağlık eğitiminin yapısı kişinin ve toplumun gereksinimlerine göre değişiklik göstermektedir. Sağlık eğitiminin amaçları, kişisel ve toplumsal sağlık bilincinin oluşturulması ve geliştirilmesi, yaşam kalitesinin arttırılması ve çevre bilincinin geliştirilmesi olmak üzere üç başlık altında ele alınmalıdır. Bireylere sağlıklı yaşam için gerekli bilgi, tutum, davranış ve alışkanlıkları kazandırmayı amaçlayan sağlık eğitiminin yararları şöyle özetlenebilir (Akçın 2000,

Ülkü 2010, Özvarış 2011, Akgün 2014).

- Bireylerin hastalık riskini azaltıcı davranışlar geliştirmesine yardımcı olmak,
- Bireylerde koruyucu hizmetlerden yararlanma bilinci oluşmasına yardımcı olmak,
- Erken tanı ve tedavi yöntemlerinin aranmasına yardımcı olmak,
- Bireylere tıbbi tedavi ve önerileri ciddiye alma ve uyma gibi davranışların kazandırılmasına yardımcı olmaktır.

Sonuç olarak sağlık eğitimi; hem bireyin sağlık ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek, hem de toplumun sağlık göstergelerinin iyileşmesiyle sonuçlanacaktır (Ülkü 2010, Mutlu Çubuk 2014). Örneğin Annels (2007)'in çalışması, Avusturalya'da birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde sağlık eğitiminin payı artırılarak temel sağlık göstergelerinin olumlu yönde değiştirilebileceğini göstermektedir. Hoving et al. (2010)'i eğitimin hastaların anksiyetesini azalttığı ve memnuniyetini artırdığını, Aziznezhad vd. (2010)'i ise sağlık eğitimiyle öz saygının arttığı, öz bakımın güçlendirildiğini ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin olumlu etkilendiğini bulmuştur. Yine ergenlik çağındaki gençlere verilen cinsel sağlık eğitiminin ilk cinsel aktivite yaşını yükselttiği ve gençlerin cinsel aktivite sonucu oluşabilecek risklere karşı korunmalarına yardımcı olduğu görülmüştür (WHO 2004).

2.5.Sağlık Eğitiminin İlkeleri

Sağlık eğitimi uygulamalarının kalitesinin artırılması için göz önünde bulundurulması gereken ve eğitimin daha etkili olmasını sağlayan başlıca ilkeler şunlardır.

Açık amaç ilkesi: Amaç, eğitim uygulamaları sonucunda bireylere kazandırılmak istenen davranış örüntüsüdür. Eğitim sonucunda 'Ne elde edilmek isteniyor?' sorusu; amaç belirlerken yanıtlanması gereken ilk konu olmaktadır. Amaçlar, eğitim sonunda ölçmek istediğimiz bilgileri kapsamalı ve ölçülebilir terimlerle ifadesi sağlanmalıdır.

Amaçlar; gözlenebilir, ölçülebilir, anlaşılır, ulaşılabilir olmalı, açıkça yazılmalı ve hedef kitlenin seviyesine uygun ve eğitim gereksinimleriyle ilgili olmalıdır (Tabak 2000, Ulusoy Gökkoca 2001, Ülkü 2010, Ayyıldız 2013).

Bireysel farklılık ilkesi: Her eğitim konusu için eğitimin verileceği hedef grubun bireysel özellikleri farklı olacağından, her grup için farklılıklar dikkatle incelenmeli ve konular buna göre hazırlanmalıdır (Tabak 2000, Ulusoy Gökkoca 2001, Ülkü 2010, Ayyıldız 2013).

Sıra ilkesi: Öğretilebilecek şeyler, bilinenden bilinmeyene, somuttan soyuta doğru giden bir sıra izlenerek öğretilmelidir (Yılmaz 2007, Ülkü 2010, Ayyıldız 2013).

Gerçek yaşama uygunluk ilkesi: Öğrenenlerin yaşamını kapsayan bir müfredat seçilmeli ve eğitim araç, gereç ve yöntemleri gerçeklere en yakın bir şekilde kullanılmalıdır. Öğrenilenlerin gerçek yaşama benzerliği ve eğitim çabalarının uygulamalı yapılmasının, öğrenmede %70-80 oranında rol oynadığı göz önünde bulundurulduğunda araç gerecin önemi dikkat çekmektedir (Tabak 2000, Ulusoy Gökkoca 2001, Barutçugil 2002, Ülkü 2010, Ayyıldız 2013).

Öğrendiklerini uygulama ilkesi: Amaçlanan davranış ve hedefler uygulanabilir olmalıdır (Ülkü 2010).

Süreklilik ilkesi: Bireyin ve toplumun eğitiminde süreklilik esastır (Ülkü 2010).

Sonuçların doğruluğu ilkesi: Sonuçların doğruluğu, ölçülebilir ve gözlenebilir değerlendirme yöntemleriyle kontrol edilebilmelidir (Ulusoy Gökkoca 2001, Yılmaz 2007, Ülkü 2010, Ayyıldız 2013).

2.6.Sağlık Eğitiminin Planlama, Uygulama ve Değerlendirilmesi Süreci

Etkili bir sağlık eğitimi, planlama, uygulama ve değerlendirme süreçlerinden oluşmaktadır.

Plan amaca ulaşmak için önceden tasarlanan ilkeler, kararlar ve işlemlerin bütünüdür şeklinde tanımlanabilir. Başarılı bir sağlık eğitimi ancak dikkatli bir planlamayla sağlanabilmektedir. Sağlık eğitiminin planlaması şu ilkelere dayandırılmalıdır (Tabak 2000, Özden 2013).

İşlevsellik (Görevsellik); plan, yaşamda geçerli, yarar sağlayan, ölçülebilen, eğitime katılacak birey yâda toplumun ihtiyacını karşılayacak ve uygun süreyi kapsayacak şekilde hazırlanmadır.

Esneklik; yeni gelişebilecek durum ve koşullara göre değiştirilebilir ve güncellenebilir bir plan oluşturulmalıdır.

Gerçeklik; sağlık eğitimi planı ulaşılabilir ve gerçekleştirilebilir uygulamaları içermelidir.

Uygulanabilirlik; bir sağlık eğitimi planı bütün yönleriyle, kolay ve herkes tarafından farklı zamanlarda da uygulanabilir özellikte olmalıdır.

Bilimselik; eğitim planı kazandıracağı beceri ve bilgiler açısından güvenilir, geçerli, yeterli ve yeni bilimsel nitelikli bilgileri içermelidir.

Toplumsal Değerlere Uygunluk; hazırlanan sağlık eğitimi planı uygulanacak olan toplumun ahlaki değerleri, yaşam felsefesi, inanç ve ideallerini dikkate almalıdır (Tabak 2000, Özden 2013).

İyi bir sağlık eğitimi planı; ihtiyaç analizi, stratejik planlama ve program geliştirme aşamalarını içermelidir. Sağlık eğitimi planlanırken durum, sorun, hedef

grubun belirlenmesi ve potansiyelleri gibi konular öncelikle değerlendirilmeli ve planlanmalıdır. Stratejik bir sağlık eğitimi planı; eğitimin konusu, amacı, hedef grubun özellikleri, eğitimin içeriği, yöntemi, araç-gereçleri, süresi, tarihi ve değerlendirilmesi basamaklarını kapsamalı ve bunlara uygun program geliştirilmelidir. Eğitim programı öncesinde katılımcıların özelliklerinin ve eğitim gereksinimlerinin bilinmesi, başarılı bir eğitimin temel unsurlarından biridir (Tabak 2000, Özden 2013). Akçın (2000) hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%89,6) eğitim öncesi hastanın eğitim gereksinimine yönelik olarak kendisi, ailesi ve yakınlarından bilgi topladığını aktarmıştır. Heidenthal et al (2008) ise hemşirelerin eğitim öncesi, sırası ve sonrasında mutlaka değerlendirme yapması gerektiğini, eğitim öncesi yapılan değerlendirmenin kişinin bilgi eksikliğini belirlemek için yapılacağını belirtmiştir.

Uygulama, hazırlanan programın eyleme geçirilmesidir. İhtiyaç analizi yapılmış, amaçları belirlenmiş ve bu doğrultuda tasarlanmış olan eğitim planının hedef grubu etkileyecek biçimde uygulanması sürecidir. Sağlık profesyoneli sağlık eğitimi planını eyleme dönüştürürken; psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik etkenleri dikkate almalıdır (Tabak 2000, Özden 2013).

Değerlendirme süreci eğitim plan ve programının tüm öğeleri hakkında veri toplama, verilerin analiz edilip çeşitli ölçütlerle karşılaştırması ve sonuçlarla ilişkili karar verilmesidir. Değerlendirme sadece eğitim çıktılarını kontrol etmek için değil aynı zamanda; kişilerin hazır bulunurluğunu, kazanım düzeylerini, eğitim yaşantılarını belirlemek, program geliştirmek ve eğitimci ve eğitilenlerin eksiğini gidermek amacıyla yapılan süreğen bir durumdur. Sağlık eğitimi uygulayıcıları, sağlık eğitimi süreci, etkisi, çıktısı ve uzun süreli etkilerini düzenli olarak önceden belirlenmiş kriterler doğrultusunda değerlendirmelidir (Tabak 2000, Özden 2013).

Çalışmalar hasta eğitiminde planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarında eksikler olduğunu göstermektedir. Gregor vd. (1987), hasta eğitiminin uygulama aşamasının genel olarak yapıldığını, planlama ve değerlendirme basamaklarının yeterince uygulanmadığını belirtmiştir.

2.7.Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Eğitimi Uygulamaları

Çağımızda yaşam kalitesinin artırılması ve sağlığın korunmasına yönelik çalışmalar her geçen gün önemini artırmakta ve değişime uğramaktadır. Kişilerin sağlığı tehdit eden risk faktörleri ve bunlardan nasıl korunacakları konusundaki bilgiyi en kolay ve kaliteli olarak öğrenebilecekleri, eğitim alabilecekleri birimler sağlık kuruluşlarıdır. Özellikle birinci basamak sağlık kurumları kolay ulaşılabilir ve ucuz olması, hizmet alımının kolaylığı nedeniyle sağlık eğitimi hizmetlerinin sürdürülmesinde önemli sağlık kuruluşlarıdır (Akçın 2000, Aslantekin ve Aslan 2006, Dikici vd. 2007, Baltaş 2008, Kaya 2009, Akgün 2014). Türkiye'de 1961 yılında kabul edilen ve ilk uygulamasına 1963 yılında Muş'ta başlanan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" yasası hükümlerinde sağlık eğitimi, birinci basamak sağlık kuruluşlarının sunması gereken önemli bir hizmet olarak tanımlanmaktadır. Kanunun yürürlüğe girdiği tarihin Alma-Ata Bildirgesi'nden 17 yıl önce olması dikkat çekicidir (Özvarış 2011, Ateş 2013, Pala 2015).

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında, Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında yapılan değişikliklerle, sağlık eğitimlerinin yürütülmesi konusundaki ana sorumluluk TSM'lere verilmiştir. TSM'ler içinde bulunduğu toplumun sağlık konusunda bilgi düzeyinin arttırılması, sağlığın geliştirilmesi, korunması, bireylerin sağlıklı davranış alışkanlıkları kazanması için gerekli faaliyetleri planlamak; bölgedeki diğer sağlık kuruluşları ile iş birliği yapmak ve ulusal düzeyde oluşabilecek risk faktörlerinin önlenmesine dair programları hazırlamakla yükümlüdür (Ateş 2013, Pala 2015). 2018 yılı itibari ile toplum sağlığı merkezlerinde aşağıda belirtilen konularda tüm topluma ve sağlık çalışanlarına eğitim verilmektedir.

- Bulaşıcı hastalıklar,
- Zoonotik ve vektörel hastalıklar,
- Kanser,
- Ruh sağlığı,
- Kronik hastalıklar ve ilişkili risk faktörler,
- Kadın ve üreme sağlığı eğitimleri

- Tütün, alkol, madde bağımlılığı,
- Obezite.

Ayrıca TSM'ye bağlı Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) birimi, kanser hastalığının risk faktörleri ve erken teşhisine yönelik her türlü eğitim ve danışmanlık hizmetlerini yürütmektedir. Toplum sağlığı merkezlerinde yer alan bir başka birim de Çocuk Ergen Kadın ve Üreme Sağlığı birimi (ÇEKÜS)'dir. ÇEKÜS birimi hizmet bölgesindeki kadın, gebe, lohusa, çocuk ve ergenlere kurumun belirlediği standartlara uygun hizmet verilmesini sağlamak, başvuranlara bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmeti vermekten sorumludur (Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği, 05 Şubat 2015).

Birinci basamakta sağlık eğitimi verilen sağlık kuruluşlarından biri de ASM'lerdir. ASM'lerde yalnız hastalıkta değil sağlıklı dönemde de kişilerin yararlanabileceği, hastalıkların önlenmesi yanında sağlığın korunması ve geliştirilmesini, sağlık koşullarının iyileştirilmesini de hedefleyen, birinci basamak sağlık hizmeti sunulmaktadır. ASM'ler, bireyler için yönlendirici ve destekleyici hizmetleri diğer basamaklardan bağımsız şekilde sunmaktadır (Dikici ve ark 2007). Aile hekimliği birimlerinde kadın ve çocuk sağlığıyla ilgili konularda başvuranlara eğitim ve danışmanlık verilmekte ve hizmet verilen popülasyonun izlem ve taramaları yapılmaktadır. Bu rutin izlem ve taramalar sağlık eğitimi yapılması açısından önemli bir fırsattır. Ayrıca ev ziyaretleri sırasında, bireylerin gereksinim duydukları konularda eğitim yapılması da mümkündür (Aslantekin ve Aslan 2006). Buna karşılık çalışmalar, ülkemizde ev ziyaretlerinin ihmal edildiğini ve sağlık eğitimi için önemli fırsatların kaçırılmakta olduğunu göstermektedir. Yüksel ve Davas (2016), 15-49 yaş kadın izlemlerinin sıklığı ve niteliğini belirlemek üzere yaptıkları çalışmada, kadınların neredeyse tamamının evde hiç ziyaret edilmediğini %88'inin de telefonla dahi aranmamış olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde Durusoy vd. (2011)'i de, gebelerin %97,1'ine ev ziyareti yapılmadığını ve %23,3'ünün izleme çağırılmadığını ifade etmiştir. Manisa'da 15-49 yaş (n=318) kadınlarla yapılan bir araştırmada, katılanların %59'u son bir yılda ebe ziyareti almadığını ifade etmektedir (Bambal vd. 2010). Çetinkaya vd. (2013) ise Kayseri'de hekim ve aile sağlığı elemanlarının ev ziyaretleri yapma oranının oldukça düşük (%12) olduğuna, ASM'lerde bireye yönelik

koruyucu sağlık hizmetlerinin işlevsizleştiğine, sağlık sisteminin koruyucu hizmetlerden tedavi edici hizmetlere kaydığına vurgu yapmıştır.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık personelleri, iş ve hasta yoğunluğu gibi nedenlerle sağlık eğitimi veremiyor olmaktan şikâyetçidir. Aktaş ve Çakır (2012)'ın çalışmalarında (n=104), aile hekimlerinin hizmet sunumunda koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık eğitimine yeterli süre ve önem veremiyor olmaktan şikâyet ettiğini bildirmiştir. Erzurum'da ASM çalışanları; ev ziyareti, üreme sağlığı hizmetleri ve sağlık eğitiminin yeterince yapılamadığını belirtmiştir (Yalçınöz Baysal vd. 2014). Yılmaz (2007) sağlık çalışanlarının halkın sağlık sorunlarının çözülmesinde sağlık eğitiminin önemli ve etkili olduğuna inandıkları ancak mesailerinde en çok vakit ayırdıkları işler arasında sağlık eğitiminin olmadığını aktarmıştır (Yılmaz 2007).

2.8.Bir Sağlık Eğitimcisi Olarak Ebeler

Ebe, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadını izleyen ve bakım sağlayan, gerekli tavsiyelerde bulunan, kendi sorumluluğunda doğumu gerçekleştiren, yenidoğanın bakım ve izlemini yapan, güvenilir ve sorumluluk sahibi bir sağlık profesyonelidir (International Confederation of Midwives-ICM, 2015). Ebelik tanımının temel yapıtaşlarını, üreme sürecinde biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel koşulların en üst seviyeye çıkarılması, komplikasyonların önlenmesi, zamanında tespiti ve doğru yönetimi, kadının bireysel koşulları çerçevesinde kendisine ve ailesine bakabilme kapasitesini güçlendirmek oluşturmaktadır (Renfrew et al. 2014, Karahan 2018). Ebe; kadın, ailesi ve toplum için yaşam boyu sağlık eğitimcisi ve danışmanı olarak görev yapmaktadır. Bu görev özellikle antenatal eğitim, ebeveynliğe hazırlık programları, cinsellik ve üreme sağlığı, kadın sağlığı ve çocuk bakımı konuları kapsamaktadır (Karahan, 2018).

Sağlık Bakanlığı ise ebeyi; ana-çocuk sağlığı hizmetlerini yürüten, doğum öncesi, doğum ve sonrası hizmetleri veren, kendi sorumluğunda normal doğumları yaptıran, 0-6 yaş grubu çocuk bağışıklama ve bakım hizmetlerini yerine getiren, aile planlaması,

kişisel temizlik kuralları, ilk yardım, bulaşıcı ve sosyal hastalılardan korunma– savaşla ilgili konularda bireye, aileye, topluma sağlık eğitimi veren, doğum, ölüm istatistik verileri toplayan, değerlendiren kamu kuruluşları ile gerekli işbirliğini sağlayan insani ve ahlaki davranışları ile örnek, sağlık bakanlığınca tescil edilmiş bir okuldan mezun olan meslek mensubudur" şeklinde tanımlamaktadır (http://www.turkebelerdernegi.com/ Erişim Tarihi: 10 Ekim 2016). Sağlık Bakanlığı'nın tanımının bileşenleri de koruyucu sağlık hizmetlerinin büyük bölümünü içeren ebenin sağlık eğitimcisi rolüne vurgu yapmaktadır.

Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu 2014 verilerine göre halen kamu kurumlarında çalışmakta olan 48.103 ebenin yarısı (24.270 ebe) birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet vermektedir. Ayrıca birinci basamak sağlık kuruluşlarını oluşturun Aile Hekimliği Birimlerinde (AHB) 12.647 Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), Sağlık Evi ve Ana-çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) birimlerinde ise 11.623 ebe çalışmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2014).

Küreselleşme ile birlikte bireylerin sağlık hizmetlerinden ve hizmet sunuculardan beklentileri farklılaşmıştır. Artık bireylerin sadece hastalıklarının tedavisi değil, sağlığın korunma ve geliştirilmesine yönelik sağlık eğitimine gereksinimleri bulunmaktadır (McEwen 2002, Maurer ve Smith 2009, Altıner 2016). Gebelik dönemi sağlık eğitimine en fazla gereksinim duyulan dönemlerden biridir. Nitelikli ebelik hizmetlerinin önemli bir bileşeni, anne ve bebeğin sağlığını koruyucu ve yükseltici önlemlerin alınmasıdır. WHO'nun teknik raporlarında, temel sağlık hizmetlerinde ebeliğin tutarlı hedefler ve uygulama planları doğrultusunda sunulması halinde, sağlık düzeyinin yükselmesine büyük katkıları olacağı bildirilmektedir. Temel Sağlık Hizmetlerinin başarı ile yürütülmesinde "ebelik mesleğinin güçlendirilmesi" üzerinde ısrarla durulmakta ve "21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık Hedefleri"nden "Yaşama Sağlıklı Başlanması Hedefi"nin gerçekleştirilmesinde ebelik mesleğinin önemine dikkat çekilmektedir (Akdolun Balkaya 2002, Aslantekin ve Aslan 2006, Aksu 2017, Altay 2018).

Sağlık Bakanlığı tarafından, 22 Mayıs 2014 Tarih ve 29007 Sayılı Resmî Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren "Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık

Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik'te ebenin görev, yetki ve sorumlukları;

- Doğuma hazırlık sınıfları ve ebeveynliğe hazırlık eğitimleri, anne-babalığa ve doğuma hazırlık programlarının hazırlanması ve yürütülmesi, doğurganlık sınırları içerisindeki kadınların üreme sağlığı hizmetleri,
- Normal gebe izlemi ve gerekli muayeneler, riskli durumları erken dönemde belirlenmesi, gerekli önlemlerin alınması ve sevki,
- Gebelik, doğum ve sonrası dönemde anne ve bebek sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli eğitim ve danışmanlık hizmetleri,
- Emzirme eğitimleri, yenidoğanın bakım ve muayeneleri,
- 0-6 yaş çocuk bakım ve gelişim izlemi, özellikle gebe ve 0-6 yaş çocuk aşıları olmak üzere bulaşıcı hastalıkların kontrol programı ve bağışıklama hizmetleri,
- Aile planlaması danışmanlık ve uygulama hizmetleri,
- Kadın ve yenidoğana ait tarama programları,
- Bulaşıcı hastalıkların kontrol ve tarama programlarında eğitim ve danışmanlık hizmetlerine katılmak şeklinde belirtilmektedir.

Görüldüğü gibi ebelik tanımın yapıtaşları ve görev tanımı bireylere sağlıkları konusunda öz sorumluluk kazandırılması için en önemli araç olarak kabul edilen sağlık eğitiminin hedefleri ile doğrudan örtüşmektedir.

Ebelerin sağlık eğitimi açısından rolleri tanımlanacak olursa;

- Hizmet vereceği bölge ve toplumu tanıması,
- Aile planlaması eğitim ve uygulamaları,
- Evlilik öncesi ve evlilikte üreme sağlığı danışmanlığı, infertil çiftlerin yönlendirilmesi,
- 15-49 yaş kadınların izlenmesi,
- 0-6 yaş çocuğun izlem ve danışmanlığı,
- Prenatal, natal ve postnatal bakım ve eğitimlerin verilmesi,
- Emzirme danışmanlığı,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik eğitimler,

- Ev ziyaretlerini uygun aralıklarla gerçekleştirmesi şeklinde birçok madde sıralanabilmektedir (Aslantekin ve Aslan 2006, Beydağ 2007).

Costa Rica'da ebeler doğum ve anne-çocuk sağlığının iyileştirilmesi konusunda ulusal sağlık programlarının temelini oluşturmaktadır (Jenkins 2010). McDonald (2001) tüm kadınların gebelik ve doğum sürecini aktif olarak yöneten, eğitim ve danışmanlık sağlayan ebelerden hizmet alma hakkı olduğuna vurgu yapmıştır. Avusturalya'da antenatal dönemde ebeler tarafından verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan gebelerin doğum sonu depresyon yaşama riskinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (Gausia et al 2013). İsveç'te isteğe bağlı küretaj yapılan bütün kadınlar, öncelikli olarak bir ebe ile görüşerek AP eğitimi almaktadır. Ayrıca gençlik merkezlerinde aile planlaması eğitimleri ebeler tarafından verilmektedir (Lindström et al 2007).

Maupin (2008) Guatemala' da anne ve bebek ölümlerinin azaltılması için ebelerin eğitimler düzenlendiği ve ebelerin üreme sağlığı, güvenli annelik konuları başta olmak üzere birçok konuda sağlık eğitimi verdiklerini aktarmıştır. Ayrıca Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlardan (CYBE) korunma konusunda toplumsal bilincin artırılması için ebelerin eğitim ve danışmanlık hizmetleri sunması oldukça önemlidir (Aslantekin ve Aslan, 2006).

Altıparmak vd (2009), ülkemizde 15-49 yaş grubu kadınların sağlığı geliştirme ve koruma davranışlarını yeterince uygulamadıkları ve bu konudaki bilgilerinin yetersiz olduğunu bildirmiştir. Sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi için kadınların sağlık davranışları üzerinde etkili olan faktörler ebeler tarafından tespit edilmelidir (Kaya ve Yurdakul 2007, Sayıner 2011, Ejder Apay 2014, Altay 2018). Türk toplumundaki kadının aile yapısı ve sosyo-kültürel özellikleri, sağlık eğitiminin etkinliği açısından büyük önem arz etmektedir. Kadınlar bazen aile içi ya da toplumsal baskılar nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurma ya da sorunlarını dile getirmede güçlükler yaşayabilmektedir. Ebeler, sundukları hizmetlerin yapısı nedeni ile ailenin mahrem alanına girebilmekte, bu mesleki özellik nedeni ile kişilerin toplumsal örüntülerini iyi tanımakta ve özellikle kadınlara ulaşmak konusunda avantaj yakalamaktadır (Aslantekin ve Aslan 2006, Şahan 2010, Koç 2011).

Buna karşılık ebe ve hemşirelerin sağlık eğitimi konusunda engelleri bulunmaktadır. Bu engeller; akademik eğitimimin yetersiz olması – bilgi yetersizliği (Thoma 1999, Aslankoç vd. 2001), iş merkezli çalışma, sağlık eğitimi konusunda hizmet içi eğitimin olmayışı (Aslankoç vd. 2001), zaman yetersizliği (Trocino et al. 1997, Thoma 1999, Babacan ve Ulupınar 2008, Aghakhani vd. 2012), hasta eğitimine yeterli bütçe ayrılmaması (Babacan ve Ulupınar 2008), iş yükünün fazla olması (Thoma 1999, Yıldırım vd. 2017), eleman eksikliği (Aghakhani vd. 2012), yetersiz iş doyumu (Aghakhani vd. 2012), yönetimin hasta eğitimine ilgi ve destek vermemesi (Park,2005, Aziznezhad vd. 2010, Vafaee-Najar vd. 2012, Abdi vd. 2014), sağlık eğitimi için uygun ortamın olmaması (Aziznezhad vd. 2010, Ramezanli and Jahromi, 2015) şeklinde özetlenebilir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın gereç ve yöntemlerine ilişkin bilgi verilecektir.

3.1.Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu araştırma birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan ebelerin, sağlık eğitimine yönelik tutumlarını ve uygulamalarını, ebelerin sağlık eğitimi verirken karşılaştıkları engelleri ve bu engellere yönelik çözüm önerilerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma Giresun ili ve ilçelerinde bulunan, Sağlık Bakanlığı Giresun Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda, 01 Haziran 2015 – 28 Şubat 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın uygulandığı sağlık kuruluşları aşağıdaki gibidir.

Araştırmanın yapıldığı sağlık kuruluşları çizelge 1'de sunulmuştur.

Çizelge 1. Araştırmanın Uygulandığı Sağlık Kuruluşları

Birim	Birim Adı
Halk Sağlığı Müdürlüğü Birimleri	- Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kanser Şubesi, - ÇEKÜS Şube, - Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Hizmetleri Şubesi
Toplum Sağlığı Merkezleri	- Alucra Toplum Sağlığı Merkezi - Bulancak Toplum Sağlığı Merkezi - Çamoluk Toplum Sağlığı Merkezi - Çanakçı Toplum Sağlığı Merkezi - Dereli Toplum Sağlığı Merkezi - Doğankent Toplum Sağlığı Merkezi - Espiye Toplum Sağlığı Merkezi - Eynesil Toplum Sağlığı Merkezi - Giresun Toplum Sağlığı Merkezi - Görele Toplum Sağlığı Merkezi - Güce Toplum Sağlığı Merkezi - Keşap Toplum Sağlığı Merkezi - Piraziz Toplum Sağlığı Merkezi -Şebinkarahisar Toplum Sağlığı Merkezi - Tirebolu Toplum Sağlığı Merkezi - Yağlıdere Toplum Sağlığı Merkezi
Verem Savaş Dispanserleri	- Görele Verem Savaş Dispanseri - Merkez Verem Savaş Dispanseri
Aile Sağlığı Merkezleri	İl merkezi ve ilçelerde toplam 34 Aile Sağlığı merkezi
Sağlık Evleri	İl merkezi ve ilçelerde toplam 13 sağlık evi

Giresun, Anadolu'nun kuzeydoğusunda, yeşil ile mavinin kucaklaştığı, 6934 kilometrekarelik yüz ölçüme sahip 2015 yılı itibariyle 426.686 nüfuslu sahil şehridir. Giresun İlinin merkez ilçe ile beraber toplam16 ilçesi, 8 beldesi bulunmaktadır. İklim ılık ve yağışlıdır. Dört mevsim yeşil bir örtüyle kaplı olan Giresun arazisinin %34'ü orman, %25'i tarım (çoğunluğu fındık ağacı), %18'i çayır ve mera, %25'i tarım dışı alandır (http://www.giresun.gov.tr/genel-bilgi erişim tarihi 02.07.2018).

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Giresun ili ve ilçelerinde Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan 182 ebe oluşturmuştur. Kurumda çalışan ebe sayıları Giresun Halk Sağlığı Müdürlüğü Personel Şube ile görüşülerek elde edilmiştir. Örneklem seçimi yapılmamış olup, tüm ebelere ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırma, çalışmaya katılmaya gönüllü ve verilerin toplandığı tarihlerde izinli ya da raporlu olmayan 123 ebe ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evren ve örneklem sayıları Çizelge 2'de verilmiştir.

Çizelge 2. Araştırma Evren ve Örneklem Sayıları

Evren	182 kişi
Görüşmeyi kabul etmeyen kişi sayısı	10 kişi
Ücretsiz izin/doğum izni/ geçici görevde olan kişi sayısı	40 kişi
Geçersiz anket sayısı	9 kişi
Toplam örneklem sayısı	123 kişi

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın veri toplama formları araştırmacının gözlemleri, uzman görüşleri ve ilgili literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Tabak 2000, Babacan 2008, Özvarış 2011, Pala 2015). Veri toplama formu, dört bölümden ve toplam 33 sorudan oluşmaktadır.

Bölüm 1- Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikler: Bu bölümde ebelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini tanımlamaya yönelik 9 soru bulunmaktadır (Ek 2).

Bölüm 2- Ebelerin Sağlık Eğitimine Yönelik Görüşleri: Bu bölümde ebelerin sağlık eğitimine yönelik tutumlarını içeren 8 adet soru bulunmaktadır (Ek 2).

Bölüm 3- Ebelerin Sağlık Eğitiminin Planlanması ve Yürütülmesine İlişkin Uygulama Adımları: Bu bölümde temel sağlık hizmetlerinde çalışan ebelerin sağlık eğitimi uygulamalarını belirlemeye yönelik 13 adet soru bulunmaktadır (Ek 2).

Bölüm 4- Sağlık Eğitimini Engelleyen Durumlar ve Çözüm Önerileri: Bu bölümde de ebelerin sağlık eğitimi yapmalarını engelleyen durumları ve bu engellere yönelik çözüm önerilerini içeren 2 adet soru yer almaktadır (Ek 1).

Verileri toplamaya başlamadan önce farklı illerin 1. Basamak sağlık hizmetlerinde çalışan 15 ebeye veri toplama formu uygulanarak pilot çalışma yapılmış, soruların içeriği ve anlaşılırlığı konusunda geri bildirim alınarak veri toplama formuna son hali verilmiştir. Veri toplama formlarının uygulanma süresi ortalama olarak 15 dakikadır.

3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması

Çalışmaya ilk olarak etik kurul ve kurum izninin alınması ile başlanmış, il genelindeki tüm birinci basamak sağlık kuruluşlarına gidilmiş ve kurum yöneticileri ile görüşülerek çalışmanın önemi ve amacı hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Bilgilendirme sonrasında kurumda çalışan ebelerin listelerine ulaşılmış ve ebeler ile karşılıklı görüşülerek araştırmanın amacı, kapsamı ve önemi hakkında sözel olarak bilgilendirme yapılarak onam alınmıştır. Ardından ebelere veri toplama formları dağıtılarak doldurmaları istenmiş, ortalama 2 gün içinde doldurulan formlar ebeler tarafından anlaşılamayan bölümleri varsa açıklanarak toplanmıştır. Çalışmanın başında katılmaya gönüllü olan 9 kişi veri toplanması esnasında kendisini ilgilendirmediği ya da sağlık eğitimi yapabileceği bir görevi olmadığı gerekçesiyle çalışmaya katılmaktan vazgeçmiş, sadece demografik veriler kısmını doldurmuştur. Bu nedenle bu kişilere ait veri toplama formları geçersiz sayılmıştır.

3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

Çalışmadan elde edilen verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için *ortalama ± standart sapma* veya *medyan – çeyreklikler arası genişlik* olarak tablo halinde verilmiştir. Kategorik değişkenler *sayı* ve *yüzde* olarak özetlenmiştir. Sayısal değişkenlerin normallik testi *Kolmogrov Smirnov* testi ile kontrol edilmiştir. Bağımsız iki grup karşılaştırılmalarında sayısal değişkenlerin normal dağılım gösterdiği durumlarda *Independent Samples t* testi kullanılmıştır. Bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırmalarında, sayısal değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda ise *Kruskal Wallis H* testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki farklılık karşılaştırmalarında 2x2 tablolarda *Pearson Ki-Kare*, RxC tablolarda ise *Fisher's Exact* test kullanılmıştır. İstatistiksel analizler Jamovi project (2018). Jamovi (Version 0.9.0.3) [Computer Software]. (Retrieved from https://www.jamovi.org) (açık kaynak) programı ile yapılmış olup ve istatistik analizlerde anlamlılık düzeyi 0.05 (p-value) olarak dikkate alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Samsun 19 Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (sayı: B302ODM02008/1963 No:2015/128) onay (Ek 2) alınmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm ebelerden sözlü olarak onam alınmış, gönüllü olmayan ebelere anket uygulanmamıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar

- Araştırma Haziran 2015- Şubat 2016 tarihleri arasında Giresun Halk Sağlığı Müdürlüğü ve bağlı birimlerde çalışan ebelerle yapılmıştır. Bu nedenle araştırma sonuçları, örneklem grubunu oluşturan ebelerle sınırlıdır ve tüm ebelere genelleme yapılamamaktadır.

- Araştırmanın yapıldığı tarihlerde izin, rapor ve personelin geçici görevle görevlendirilme oranının yüksek olması sebebiyle hedeflenenden daha az ebeye ulaşılabilmiştir.

- Araştırmada ebelerin soru formlarını gerçek düşüncelerini yansıtacak biçimde yanıtladıkları kabul edilmiştir.

- Araştırmanın sonuçları yalnızca nicel olarak değerlendirilmiştir. Bu konunun niteliksel araştırma yöntemleriyle de araştırılarak geliştirilmesi önerilmektedir.

Bunların yanında;

- Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun çalışmayı desteklemesi,
- Çalışmaya katılan ebelerin %69 oranında gönüllü olması,
- Çalışmanın yapıldığı ilin araştırmacının tanıdığı bir bölge olması çalışmanın olumlu yönlerini oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan ebelerin sağlık eğitimine yönelik görüşleri ve sağlık eğitiminin planlanması ve yürütülmesine ilişkin uygulama adımlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada bulgular;

4.1. Ebelerin demografik, çalışma yaşamı, sağlık eğitimi uygulama ve görüşlerine ilişkin bulgular,

4.2. Ebelerin sağlık eğitimine yönelik görüşlerinin demografik ve çalışma özellikleri açısından karşılaştırılmasına ilişkin bulgular olmak üzere 2 (iki) ana başlık altında sunulmuştur.

4.1. Ebelerin Demografik, Çalışma Yaşamı, Sağlık Eğitimi Uygulama ve Görüşlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde; ebelerin demografik ve çalışma yaşamı, sağlık eğitimi ile ilgili değişkenlerinin dağılımı, sağlık eğitimine yönelik görüşlerine ilişkin bulgular verilmiştir.

Ebelerin demografik ve çalışma özelliklerine ait bulgular Tablo 1'de sunulmuştur. Çalışmamızda ebelerin yaş ortalaması 34,6±8,7 olarak bulunmuştur. Ebeler çoğunlukla 26-30 yaş (%30,1) grubunda yer almakta olup, %22,8'i lise, %35,7'si ön lisans ve %37,4'ü lisans ve %4,1'i yüksek lisans mezunlarından oluşmaktadır. Ebelerin %28,5'i 6-10 yıldır çalışırken, %29,3'ü 21 yıldan daha fazla çalışmış olup %39,8'i Toplum Sağlığı ve Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Ebelerin Demografik ve Çalışma Yaşamına İlişkin Özellikleri (n:123)

		Mean	**Ss**
Yaş ortalaması		34,61	8,7
		n	**%**
Yaş	20-25 yaş	17	13,8
	26-30 yaş	37	30,1
	31-35 yaş	20	16,3
	36-40 yaş	17	13,8
	41-45 yaş	17	13,8
	46 yaş ve üzeri	15	12,2
Öğrenim Durumu	Lise	28	22,8
	Ön Lisans	44	35,7
	Lisans	46	37,4
	Yüksek Lisans	5	4,1
Çalışma Yılı	0-5 yıl	25	20,3
	6-10 yıl	35	28,5
	11-15 yıl	14	11,4
	16-20 yıl	13	10,6
	21 yıl ve üzeri	36	29,2
Çalıştığı Birim	Halk Sağlığı Müdürlüğü	12	9,8
	Toplum Sağlığı Merkezi	49	39,8
	Aile Sağlığı Merkezi	49	39,8
	Sağlık Evi	13	10,6
Toplam		**123**	**100**

Ebelerin sağlık eğitimi verdikleri konular incelendiğinde; %15,4'ü aile planlaması, %35'i bebek bakımı, %65,8'i özbakım/hijyen, %26'sı aşılama/bağışıklama, %24,4'ü emzirme, %43,9'u kanser ve taramaların önemi, %33,3'ü lohusalık, %38,2'si ise gebelik ve doğum süreci hakkında eğitim vermediklerini bildirmiştir. Diğer eğitim seçeneğini işaretleyen ebelerin yanıtları ise okul çağı çocukların eğitimleri, eğitimlerin genel organizasyonu ve projelendirilmesi, beslenme ve diyet, obezite-egzersiz ve önemi, yara bakımı, bağımlılık ve hastalıklar, zehirlenmeler, kadına yönelik şiddet, bulaşıcı hastalıklar, iş sağlığı ve güvenliği, üreme sağlığı, yenidoğan taramaları, adölesan sağlığı, stres ve baş etme yöntemleri, çocuk hakları, evlilik öncesi danışmanlık konularını içermektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Sağlık Eğitimi Konuları ve Kurum Desteği Alma Durumu (n:123)

			n*	%
Eğitim verilen konular	Aile planlaması hizmetleri ve yöntemleri	Evet	104	84,6
		Hayır	19	15,4
	Bebek bakımı	Evet	80	65
		Hayır	43	35
	Özbakım/hijyen uygulamaları	Evet	79	64,2
		Hayır	44	35,8
	Aşılama/Bağışıklama	Evet	91	74
		Hayır	23	26
	Emzirme	Evet	93	75,6
		Hayır	30	24,4
	Anne/Bebek beslenmesi	Evet	90	73,2
		Hayır	33	26,8
	Bireylerin kullandığı ilaçlar ve tedavi yöntemleri	Evet	49	39,8
		Hayır	74	60,2
	Kanser ve taramaların önemi	Evet	69	56,1
		Hayır	54	43,9
	Lohusalık	Evet	82	66,7
		Hayır	41	33,3
	Gebelik takibi ve doğum süreci	Evet	76	61,8
		Hayır	47	38,2
	Diğer**	Evet	19	15,4
		Hayır	104	84,6
Sağlık eğitimi için kurumdan destek alma durumu	Alıyor		107	86,9
	Almıyor		16	13,1
Sağlık eğitimi için kurumun verdiği destek	Eğitim salonu	Evet	61	49,6
		Hayır	62	50,4
	Ekonomik destek	Evet	16	13
		Hayır	107	77
	Eğitimci	Evet	63	51,2
		Hayır	60	48,8
	Malzeme	Evet	76	61,8
		Hayır	47	38,2
	Ulaşım	Evet	45	36,6
		Hayır	78	63,4
	Hiç destek sağlamıyor	Evet	16	13
		Hayır	107	77
	Diğer***	Evet	2	1,6
		Hayır	121	98,4
Toplam			123	100

* Birden fazla seçenek işaretlendiği için n katlanmıştır.

** Okul çağı çocukların eğitimleri, eğitimlerin genel organizasyonu ve projelendirilmesi, beslenme ve diyet, obezite-egzersiz ve önemi, yara bakımı, bağımlılık ve hastalıklar, zehirlenmeler, kadına yönelik şiddet, bulaşıcı hastalıklar, iş sağlığı ve güvenliği, üreme sağlığı, yenidoğan taramaları, adölesan sağlığı, stres ve baş etme yöntemleri, çocuk hakları, evlilik öncesi danışmalık.

*** Yol, yolluk, yemek gibi maddi ve eğitim için gerekli duyuruların yapılması

Ebeler çoğunlukla sağlık eğitimi konusunda çalıştıkları kurumun destek verdiğini (%86,9) ifade etmiş olup, %49,6'sı eğitim salonu, %13'ü ekonomik, %61,8'i malzeme, %36,6'sı ulaşım konusunda destek aldığını bildirmektedir (Tablo 2).

Tablo 3'te ebelerin sağlık eğitimine yönelik görüşlerinin dağılımı sunulmuştur. Ebelerin çoğunluğu sağlık eğitiminin sağlık hizmetleri içerisinde önemli bir yeri olduğuna inanmakta (%97,6), bireylerin sağlık alışkanlıklarının geliştirilmesinde katkısı olduğunu düşünmekte (%98,4), sağlık eğitiminin ebelerin önemli bir sorumluluğu (%91,1) olduğunu bildirmektedir. Ebelerin çoğunluğu, sağlık eğitimi alan kişilerin kendi sağlık gereksinimlerini daha kolay karşıladığını (%98,6), ebenin bakım verdiği topluma düzenli olarak sağlık eğitimi vermesi gerektiğini (%97,6), sağlık eğitiminin kaydedilmesinin önemli olduğunu (%94,4) ifade etmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Ebelerin Sağlık Eğitimine Yönelik Görüşlerinin Dağılımı (n:123)

Sağlık Eğitimine Yönelik Görüşler	**Evet**		**Hayır**	
	n	%	n	%
Sağlık eğitimi sağlık hizmetleri içerisinde çok önemli bir yere sahiptir.	120	97,6	3	2,4
Bireylerin sağlık alışkanlıklarının geliştirilmesinde sağlık eğitiminin katkısı vardır.	121	98,4	2	1,6
Sağlık eğitimi alan kişiler kendi sağlık gereksinimlerini daha kolay karşılar.	119	96,8	4	3,2
Ebeler bakım verdiği topluma düzenli olarak sağlık eğitimi yapmalıdır.	120	97,6	3	2,4
Sağlık eğitimlerinin mutlaka kaydedilmesi gerekir.	116	94,4	7	5,6
Sağlık eğitimi ebelerin önemli bir sorumluluğudur.	112	91,1	11	8,9
Sağlık eğitimleri ebenin performans sistemine dâhil edilmelidir.	110	89,5	13	10,5
Sağlık eğitimi ebelik mesleğinin gelişmesine katkı sağlar.	119	96,8	4	3,2

*Tanımlayıcı istatistikler sayı (%) şeklinde verildi.

Ebelerin sağlık eğitiminin planlanması ve yürütülmesine ilişkin uygulamaları incelendiğinde, eğitimin planlanması aşamasında sadece %37,4'ünün sağlık eğitimi öncesinde birey/grubun sağlık alışkanlıkları/ davranışları hakkında "her zaman" bilgi topladığı, %67,5'inin sağlık eğitimi yaparken birey-grubun daha önceki bilgi ve deneyimlerini "her zaman" dikkate aldığı, %65,0'inin eğitim öncesinde "her zaman"

ilgili literatürü gözden geçirdiği, %80,5'inin "her zaman" sağlık eğitimi konusuna birey-grubun gereksinimlerine göre karar verdiği, %68,3'ünün "her zaman" sağlık eğitimine yönelik öğrenim hedeflerini önceden belirlediği saptanmıştır.

Sağlık eğitiminin uygulanması aşamasında ise ebelerin; "her zaman" yaptığını bildirdiği uygulamalar; sağlık eğitimini düzenli ve planlı olarak yapma (%68,3), eğitim öncesi yazılı bir plan hazırlama (%58,5), eğitime yönelik materyalleri eğitim öncesi hazırlama (%77,2) katılımcıların eğitime etkin katılmasını sağlama (%73,2) , diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği yapma (%69,1) ve sağlık eğitimi kayıtlarını düzenli olarak tutma (%84,6) şeklindedir (Tablo 4).

Ebelerin sağlık eğitiminin değerlendirilmesine yönelik uygulamaları incelendiğinde ise, %58,5'inin sağlık eğitimini değerlendirme kriterlerini önceden belirlediği, %59,3'ünün sağlık eğitiminin uzun süreli etkilerini değerlendirdiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Ebelerin Sağlık Eğitiminin Planlanması ve Yürütülmesine İlişkin Uygulamaları (n:123)

Ebelerin Sağlık Eğitiminin Planlanması ve Yürütülmesine İlişkin Uygulamalar	**Her Zaman**		**Ara Sıra**		**Hiçbir Zaman**	
	n	%	n	%	n	%
Sağlık eğitimi öncesinde birey/grubun sağlık alışkanlıkları/ davranışları hakkında bilgi toplarım.	46	37,4	67	54,5	10	8,1
Sağlık eğitimlerinde birey/grubun daha önceki bilgi ve deneyimlerini dikkate alırım.	83	67,5	35	28,5	5	4,1
Sağlık eğitimine yönelik literatür taraması (kitap, kaynak, kayıt) yaparım.	80	65,0	30	24,4	13	10,6
Sağlık eğitimi konusuna bireyin/grubun gereksinimlerine göre karar veririm.	99	80,5	23	18,7	1	0,8
Sağlık eğitimine yönelik öğrenim hedeflerini belirlerim.	84	68,3	35	28,5	4	3,3
Sağlık eğitimini düzenli ve planlı olarak yaparım.	84	68,3	34	27,6	5	4,1
Sağlık eğitimi öncesinde yazılı eğitim planı hazırlarım.	72	58,5	39	31,7	12	9,8
Sağlık eğitimine yönelik kullanacağım materyalleri önceden hazırlarım.	95	77,2	23	18,7	5	4,1
Sağlık eğitimi sırasında katılımcıların eğitime etkin katılmasını sağlarım.	90	73,2	31	25,2	2	1,6
Sağlık eğitimi yaparken diğer sağlık ekibi üyeleriyle iş birliği yaparım.	85	69,1	35	28,5	3	2,4
Sağlık eğitimlerini değerlendirme kriterlerini önceden belirlerim.	72	58,5	42	34,1	9	7,3
Sağlık eğitiminin uzun süreli etkilerini de değerlendiririm.	73	59,3	44	35,8	6	4,9
Sağlık eğitimi kayıtlarını düzenli tutarım.	104	84,6	17	13,8	2	1,6

Tablo 5'te ebelerin sağlık eğitimi yapma konusunda engelleri ve çözüm önerilerine ilişkin görüşlere yer verilmiştir. Ebelerin sağlık eğitim konusundaki engelleri incelendiğinde, ilk sıralarda iş yükü fazlalığı (%60,2) birey-grubun eğitime katılmak istemediğini düşünme (%66,7) ve birey-grubun ebelerden eğitim almak istemediğini düşünmenin (%35,0) yer aldığı bulunmuştur. Ebelerin %18,7'si sunum ve öğretim becerilerinin yetersiz olduğunu, %4,9'u bilgi eksikliği bulunduğunu ifade etmektedir. Ayrıca bireylerin verilen bilgileri kullanacağına inanmama, kurumda sağlık eğitimi faaliyetlerine önem verilmemesi, eğitim verirken sağlık ekibinin iş birliğine katılmaması ve sağlık eğitimlerini denetleyen bir birimin olmaması sağlık eğitimi için %17,9 oranında ebeler tarafından bildirilen engellerdir (Tablo 5).

Tablo 5. Ebelerin Sağlık Eğitimi Konusunda Engelleri ve Çözüm Önerileri (n:123)

Ebelerin Sağlık Eğitimi Vermelerini Engelleyen Durumlar		
	n	**%**
İş yükü fazlalığı	74	60,2
Bilgi yetersizliği	6	4,9
Sunum ve öğretim becerileri yetersizliği	23	18,7
Birey/grubun eğitimlere katılmak istemediğini düşünme	82	66,7
Birey/grubun ebelerden eğitim almaya istekli olmadığına inanma	43	35,0
Bireylerin verilen bilgileri uygulayacağına inanmama	22	17,9
Kurumda sağlık eğitimi faaliyetlerine önem verilmemesi	22	17,9
Eğitim yaparken sağlık ekibinin iş birliğine katılmaması	22	17,9
Kurumumda sağlık eğitimlerini denetleyen bir birimin olmaması	22	17,9
Yönetimin eğitim faaliyetlerini desteklememesi	24	19,5
Ebelerin Sağlık Eğitimi Konusundaki Engellere Çözüm Önerileri		
Ebelik eğitimi müfredatının sağlık eğitimi konusunda geliştirilmesini öneririm	75	61,0
Sağlık eğitimi ile ilgili sağlık personeline hizmet içi eğitim verilmesini öneririm	91	74,0
Sağlık personelinin sağlık eğitiminin önemine inandırılmasını öneririm	66	53,7
Bireylerin, sağlık eğitiminin önemine inandırılmasını öneririm	95	77,2
Sağlık eğitimi konusunda araştırmalar yapılmasını öneririm	71	57,7
Sağlık ya da hastalık durumuna özgü özelleştirilmiş eğitim standartları ve yazılı formların oluşturulmasını öneririm	60	48,8
Sağlık eğitimi ile ilgili profesyonel kişilerin görevlendirilmesini öneririm	76	61,8
Ebelerin yaptıkları sağlık eğitimleri performanslarına yansıtılmasını öneririm	89	72,4

* Birden fazla seçenek işaretlendiği için n katlanmıştır.

Ebelerin sağlık eğitimi konusundaki yaşadığı engellere ilişkin çözüm önerileri ebelik eğitim müfredatının sağlık eğitimi konusunda geliştirilmesi (%61), sağlık

eğitimi ile ilgili hizmet içi eğitim verilmesi (%74), sağlık çalışanlarının (%53,7) ve bireylerin (%77,2) sağlık eğitiminin önemine inandırılması, sağlık eğitimi konusunda araştırmalar yapılması (%57,7), hastalık ve sağlık durumlarına özgü özelleştirilmiş eğitim standartları ve eğitime yönelik yazılı formların oluşturulması(%48,4), sağlık eğitimi konusunda profesyonel kişilerin görevlendirilmesi (%61,8) ve sağlık eğitimlerinin performanslara yansıtılması (%72,4) şeklindedir (Tablo 5).

4.2.Ebelerin Sağlık Eğitimine Yönelik Görüşlerinin Demografik ve Çalışma Özellikleri Açısından Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde; ebelerin sağlık eğitimine yönelik görüşlerinin yaş ortalaması, öğrenim durumu, çalıştığı birim, sağlık eğitimi verilen konular ve ebelerin sağlık eğitimi verdiği konuların çalıştığı birime göre karşılaştırılmasına yönelik bulgular sunulmuştur.

Ebelerin sağlık eğitimine ilişkin görüşleri yaş ortalamalarına göre karşılaştırıldığında; bireylerin sağlık alışkanlıklarının geliştirilmesinde sağlık eğitiminin katkısı olduğunu düşünen ebelerin yaş ortalamaları, katkısı olmadığını düşünenlere göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (t=8,83 p=<0,001) Araştırmaya katılan ebelerin sağlık eğitimine yönelik diğer görüşleriyle yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 6).

Tablo 6. Ebelerin Sağlık Eğitimine İlişkin Görüşlerinin Yaş Ortalaması Açısından Karşılaştırılması

Sağlık Eğitimine İlişkin Görüşler		**Yaş**	**Test İst.**	**p**
Sağlık eğitimi sağlık hizmetleri içerisinde çok önemli bir yere sahiptir.	Evet Hayır	34,7±8,7 31,3±5,5	0,66	0,509*
Bireylerin sağlık alışkanlıklarının geliştirilmesinde sağlık eğitiminin katkısı vardır.	Evet Hayır	34,7±8,7 26,5±0,7	8,83	**<0,001***
Sağlık eğitimi alan kişiler kendi sağlık gereksinimlerini daha kolay karşılar.	Evet Hayır	34,8±8,7 27,7±4,9	1,62	0,108*
Ebeler bakım verdiği topluma düzenli olarak sağlık eğitimi yapmalıdır.	Evet Hayır	34,6±8,7 34,7±7,6	-0,01	0,991*
Sağlık eğitimlerinin mutlaka kaydedilmesi gerekir.	Evet Hayır	34,7±8,7 37,1±7,8	-0,80	0,428*
Sağlık eğitimi ebelerin önemli bir sorumluluğudur.	Evet Hayır	34,4±8,6 37,0±9,4	-0,959	0,340*
Yapılan sağlık eğitimleri ebenin performans sistemine dâhil edilmelidir.	Evet Hayır	34,6±8,8 34,7±8,0	-0,036	0,971*
Sağlık eğitiminin ebelik mesleğinin gelişmesine katkı sağladığını düşünüyorum.	Evet Hayır	34,6±8,7 34,2±7,8	0,084	0,933*

*Independent Samples T Testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistatiKler ortalama±standart sapma şeklinde verildi.

Çalışmamıza katılan ebelerin, sağlık eğitimine ilişkin görüşleri, öğrenim durumuna göre karşılaştırıldığında tüm görüşlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Ancak yüksek lisans mezunu ebelerin tamamının sağlık eğitimine yönelik tüm görüşlere olumlu yanıt vermesi dikkat çekici bir bulgudur (Tablo 7).

Tablo 7. Sağlık Eğitimine İlişkin Görüşlerinin Öğrenim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Sağlık Eğitimine Yönelik Görüşler		Öğrenim Durumu					
		Lise n(%)	Ön lisans n(%)	Lisans n(%)	Yüksek Lisans n(%)	Test İst.	p
Sağlık eğitimi sağlık hizmetleri içerisinde çok önemli bir yere sahiptir.	Evet	27(96,4)	42(95,4)	46(100)	5(100)		
	Hayır	1(3,6)	2(4,5)	-	-	Analiz yapılamamıştır.	
Bireylerin sağlık alışkanlıklarının geliştirilmesinde sağlık eğitiminin katkısı vardır.	Evet	28(100)	42(95,4)	46(100)	5(100)		
	Hayır	-	2(4,5)	-	-	Analiz yapılamamıştır.	
Sağlık eğitimi alan kişiler kendi sağlık gereksinimlerini daha kolay karşılar.	Evet	26(92,9)	44(100)	44(95,6)	5(100)		
	Hayır	2(7,1)	-	2(4,3)	-	Analiz yapılamamıştır.	
Ebeler bakım verdiği topluma düzenli olarak sağlık eğitimi yapmalıdır.	Evet	26(92,9)	43(97,7)	46(100)	5(100)		
	Hayır	2(7,1)	1(2,3)	-	-	Analiz yapılamamıştır.	
Sağlık eğitimlerinin mutlaka kaydedilmesi gerekir.	Evet	26(92,9)	41(93,2)	44(95,6)	5(100)		
	Hayır	2(7,1)	3(6,8)	2(4,3)	-	Analiz yapılamamıştır.	
Sağlık eğitimi ebelerin önemli bir sorumluluğudur.	Evet	25(89,3)	40(90,9)	42(91,3)	5(100)		
	Hayır	3(10,7)	4(9,1)	4(8,7)	-	Analiz yapılamamıştır.	
Sağlık eğitimleri ebenin performans sistemine dâhil edilmelidir.	Evet	23(82,1)	38(86,4)	44(95,6)	5(100)		
	Hayır	5(17,9)	6(13,6)	2(4,3)	-	Analiz yapılamamıştır.	
Sağlık eğitiminin ebelik mesleğinin gelişmesine katkı sağladığını düşünüyorum.	Evet	27(96,4)	43(97,7)	44(95,6)	5(100)		
	Hayır	1(3,6)	1(2,3)	2(4,3)	-	Analiz yapılamamıştır.	

*Fisher's Exact Test kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayı(%) şeklinde verildi.

Tablo 8'de ebelerin, sağlık eğitimine yönelik görüşleri çalıştıkları birim açısından karşılaştırılmış olup; halk sağlığı müdürlüğü(%100) ve TSM'de çalışan ebelerin (%95,9) sağlık eğitiminin ebelerin önemli bir sorumluluğu olduğunu düşünme oranı, ASM (%83,7) ve sağlık evinde (%84,7) çalışan ebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (X^2 =7,58 p=0,038). Ebelerin sağlık eğitimine yönelik diğer görüşleri ile çalıştıkları birim arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05) (Tablo 8).

Tablo 8. Sağlık Eğitimine Yönelik Görüşlerin Çalışma Birimi Açısından Karşılaştırılması

Sağlık Eğitimine Yönelik Görüşler		Çalışma Birimi				Test İst.	P
		Halk sağlığı müdürlüğü	Toplum sağlığı merkezi	Aile sağlığı merkezi	Sağlık evi		
Sağlık eğitimi sağlık hizmetleri içerisinde çok önemli bir yere sahiptir.	Evet	12(100)	47(95,9)	49(100)	12(92,3)	Analiz yapılamamıştır.	
	Hayır	-	2(4,1)	-	1(7,7)		
Bireylerin sağlık alışkanlıklarının geliştirilmesinde sağlık eğitiminin katkısı vardır.	Evet	12(100)	47(95,9)	49(100)	13(100)	Analiz yapılamamıştır.	
	Hayır	-	2(4,1)	-	-		
Sağlık eğitimi alan kişiler kendi sağlık gereksinimlerini daha kolay karşılar.	Evet	11(91,7)	47(95,9)	48(98,0)	13(100)	Analiz yapılamamıştır.	
	Hayır	1(8,3)	2(4,1)	1(2,0)	-		
Ebeler bakım verdiği topluma düzenli olarak sağlık eğitimi yapmalıdır.	Evet	12(100)	49(100)	46(93,9)	13(100)	Analiz yapılamamıştır.	
	Hayır	-	-	3(6,1)	-		
Sağlık eğitimlerinin mutlaka kaydedilmesi gerekir.	Evet	12(100)	46(93,9)	45(91,8)	13(100)	Analiz yapılamamıştır.	
	Hayır	-	3(6,1)	4(8,2)	-		
Sağlık eğitimi ebelerin önemli bir sorumluluğudur.	Evet	11(91,7)	48(98,0)	41(83,7)	11(84,6)	7,58	**0,038***
	Hayır	1(8,3)	1(2,0)	8(16,3)	2(15,4)		
Sağlık eğitimleri ebenin performans sistemine dâhil edilmelidir.	Evet	11(91,6)	46(93,9)	41(83,7)	12(92,3)	2,644	0,436*
	Hayır	1(8,3)	3(6,1)	8(16,3)	1(7,7)		
Sağlık eğitiminin ebelik mesleğinin gelişmesine katkı sağladığını düşünüyorum.	Evet	12(100)	47(95,9)	47(95,9)	13(100)	Analiz yapılamamıştır.	
	Hayır	-	2(4,0)	2(4,1)	-		

* Fisher's Exact Test kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayı(%) şeklinde verildi.
** Pearson Chi-Square Test kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayı(%) şeklinde verildi.

Bu çalışmada ebelerin, sağlık eğitimi verdiği konuların, çalıştığı birimlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,001$). Buna göre ASM'de çalışan ebelerin bebek bakımı, aşılama-bağışıklama, emzirme, anne ve bebek beslenmesi, lohusalık dönemi ve bakım, gebelik izlemleri ve doğum süreci konusunda diğer merkezlerde çalışan ebelere göre daha yüksek oranda eğitim verdiği belirlenmiştir. Ancak ASM'de çalışan ebelerden %6,1'i bebek bakımı, %2'si aşılama-bağışıklama ve emzirme, %4,1'i anne-bebek beslenmesi, %53,1'I kanser ve taramaların önemi, %8,2'si lohusalık bakımı ve gebelik, takipler ve doğum süreci hakkında hiç eğitim vermediğini ifade etmiştir. TSM'de çalışan ebelerin ise kanser ve taramaların önemi hakkında eğitim verme oranı, halk sağlığı müdürlüğü, ASM ve sağlık evinde çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 9).

Tablo 9. Ebelerin Sağlık Eğitimi Verdiği Konuların Çalıştıkları Birime Göre Karşılaştırılması

Eğitim Verilen Konular		Çalışma Birimi				Test İst.	p
		Halk sağlığı müdürlüğü	Toplum sağlığı merkezi	Aile sağlığı merkezi	Sağlık evi		
Aile planlaması ve yöntemleri eğitimi	Evet	6(50)	38(77,55)	49(100)	11(84,6)	Analiz yapılamamıştır.	
	Hayır	6(50)	11(22,45)	-	2(15,4)		
Bebek bakımı eğitimi	Evet	3(25)	24(49,0)	46(93,9)	7(53,8)	36,064	**<0,001***
	Hayır	9(75)	25(51,0)	3(6,1)	6(46,1)		
Özbakım ve hijyen uygulamaları eğitimi	Evet	4(33,3)	35(71,4)	31(63,3)	9(69,2)	5,923	0,114*
	Hayır	8(66,7)	14(28,6)	18(36,7)	4(30,8)		
Aşılama/ bağışıklama eğitimi	Evet	5(41,7)	30(61,2)	48(98,0)	8(61,5)	30,826	**<0,001***
	Hayır	7(58,3)	19(38,8)	1(2,0)	5(38,5)		
Emzirme eğitimi	Evet	5(41,7)	32(65,3)	48(98,0)	8(61,5)	28,775	**<0,001***
	Hayır	7(58,3)	17(34,7)	1(2,0)	5(38,5)		
Anne ve bebek beslenmesi eğitimi	Evet	7(58,3)	29(59,2)	47(95,9)	7(53,8)	25,053	**<0,001***
	Hayır	5(41,6)	20(40,8)	2(4,0)	6(46,1)		
Bireylerin kullandığı ilaçlar ve tedavi yöntemleri eğitimi	Evet	1(8,3)	20(40,8)	20(40,8)	8(61,5)	7,563	0,056**
	Hayır	11(91,7)	29(59,2)	29(59,2)	5(38,5)		
Kanser ve taramaların önemi eğitimi	Evet	4(33,3)	37(75,5)	23(46,9)	5(38,5)	13,333	**<0,003****
	Hayır	8(66,7)	12(24,5)	26(53,1)	8(61,5)		
Lohusalık dönemi ve bakım eğitimi	Evet	7(58,3)	24(49,0)	45(91,8)	6(46,2)	26,082	**<0,001***
	Hayır	5(41,7)	25(51,0)	4(8,2)	7(53,9)		
Gebelik, takipler ve doğum süreci hak kında eğitim	Evet	5(41,7)	20(40,8)	45(91,8)	6(46,2)	34,478	**<0,001***
	Hayır	7(58,3)	29(59,2)	4(8,2)	7(53,9)		
Diğer eğitimler***	Evet	4(33,3)	9(18,4)	4(8,2)	2(15,4)	5,287	0,133*
	Hayır	8(66,7)	40(81,6)	45(91,8)	11(84,6)		

* Fisher's Exact Test kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayı(%) şeklinde verildi.

** Pearson Chi-Square Test kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sayı(%) şeklinde verildi.

***Okul çağı çocukların eğitimleri, eğitimlerin genel organizasyonu ve projelendirilmesi, beslenme ve diyet, obezite-egzersiz ve önemi, yara bakımı, bağımlılık ve hastalıklar, zehirlenmeler, kadına yönelik şiddet, bulaşıcı hastalıklar, iş sağlığı ve güvenliği, üreme sağlığı, yenidoğan taramaları, adölesan sağlığı, stres ve baş etme yöntemleri, çocuk hakları, evlilik öncesi danışmalık.

5. TARTIŞMA

Bireylerin yaşam kalitesinin artırılması ve sağlığının korunmasında sağlık eğitiminin önemi büyüktür (Akçın 2000, Aslantekin ve Aslan 2006, Akgün 2014). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personelinin öncelikli ve önemli görevi sağlık eğitimi aracılığıyla sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı bir yaşam için gereken önlemlerin alınması, benimsetilmesi ve uygulatılmasıdır (Yılmaz 2007). Ebeler hizmet verdikleri tüm birimlerde kadın, aile ve topluma yaşam boyu sağlık eğitimi vermelidir Ebeler mesleki rolleri gereği özellikle aile planlaması, üreme sağlığı, emzirme, anne ve çocuk sağlığı, doğum öncesi doğum ve sonrası dönem, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi konularda başta kadınlar olmak üzere tüm toplumu bilgilendirilmektedir (ICM 2018, Karahan 2018).

Araştırmamızda ebelerin % 39,8'inin gebe/bebek/lohusa izlem ve muayenelerinin yapıldığı ASM'lerde çalıştığı belirlenmiş olup (Tablo1), ebelerin %15,4'ünün aile planlaması, %35'inin bebek bakımı, %65,8'inin öz bakım/hijyen, %26'sının aşılama/bağışıklama, %24,4'ünün emzirme, %43,9'unun kanser ve taramaların önemi, %33,3'ünün lohusalık, %38,2'sinin ise gebelik ve doğum süreci hakkında eğitim vermediğini ifade ettiği saptanmıştır (Tablo 2).

Sağlık personelinin sağlık eğitimi verme durumunu inceleyen bir çalışmada, ebelerin tamamının sağlık eğitimi verdiği, %56,2'sinin aile planlaması, %50'si ana-çocuk sağlığı, %93,7'sinin beslenme konularında eğitim vermediği belirlenmiştir (Yılmaz 2007). Yalçınöz Baysal vd. (2014) birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarının aile hekimliği modelinden memnuniyet durumları ve bu konudaki görüşlerini incelediği araştırmada, aile sağlığı elemanlarının sadece %34,8'inin sağlık eğitimi yaptığı ve %68,1'inin aile planlaması danışmanlığı yapmadığını bildirmektedir. Yıldırım vd. (2017) tarafından yapılan başka bir çalışmada, hemşirelerin %96'sının bebek bakımı, %83,1'inin beslenme, %76,5'inin hijyen uygulamaları, %96'sının doğum kontrol yöntemleri hakkında bilgi vermediği

saptanmıştır. Bodur vd. (2003) ise primipar annelerin ebelerden %42,7 oranında emzirme, %75,6 oranında beslenme, %82,1 oranında bulaşıcı hastalıklar ve %89 bebek bakımı konularında bilgi almadığını bulgulamıştır. Sağlık ocağında ebeler tarafından verilen doğum öncesi bakımı değerlendiren bir çalışmada, gebelerin sadece %3,9'u ebelerden eğitim aldığını, %82,9'u doğum, %81,5'i bebek bakımı, %78,2'si aile planlaması ve %90,1'i lohusalıkla hiç bilgi almadığını bildirmektedir (Kılıç 2009). Hong et al (2003) çalışmasında hemşirelerin emzirme eğitimi verirken anne ve bebeğe yeterli vakit ayırmadığını ve emzirmede yeterli desteği sağlamadığını bulgulamıştır. Spatz (2010) ise Amerika'da hemşirelerin emzirme ve laktasyon konusunda hiç eğitim vermedikleri, emzirme ile ilgili eğitim gerektiğinde sadece laktasyon danışmanına haber verdikleri, bu durumun emzirme konusunda büyük boşluklara neden olduğunu bildirmiştir.

Ülkemizde gebe, bebek ve loğusa izlemleri ASM'lerde yapılmaktadır (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 25.01.2013). Bu izlemler, gebelik ve postpartum dönemde kadının eğitim gereksinimlerini karşılayabilmek ve sağlığını geliştirmek için önemli bir fırsat olmasına rağmen (Aslantekin ve Arslan 2006, Dikici ve ark 2007), ülkemizde yapılan diğer çalışmalara benzer şekilde ebelerin özellikle bebek bakımı, beslenme, emzirme, bağışıklama ve aile planlaması gibi konularda eğitim vermediğini beyan etmesi (Tablo 2), kaçırılmış bir fırsat olarak değerlendirilebilir. Ayrıca ebenin görev yetki ve sorumlukları kapsamında yer alan bu eğitimlerin yapılmıyor olması da dikkat çekicidir.

Ebelerin önemli mesleki rollerinden biri, kadın, aile ve toplum için özellikle üreme sağlığı konusunda sağlık eğitimcisi olmasıdır (Aslantekin ve Aslan 2006, Dikici vd. 2007, Akgün 2014, Karahan 2018). Ayrıca "Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik'te ebenin görev, yetki ve sorumlukları arasında eğitim ve danışmanlık hizmetleri yer almaktadır.

Araştırmada ebelerin çoğunluğu sağlık eğitiminin sağlık hizmetleri içerisinde önemli bir yeri olduğuna inanmakta (%97,6), bireylerin sağlık alışkanlıklarının geliştirilmesinde katkısı olduğunu düşünmekte (%98,4), sağlık eğitiminin ebelerin

önemli bir sorumluluğu (%91,1) olduğunu bildirmektedir. Ebelerin çoğunluğu, sağlık eğitimi alan kişilerin kendi sağlık gereksinimlerini daha kolay karşıladığını (%98,6), ebenin bakım verdiği topluma düzenli olarak sağlık eğitimi vermesi gerektiğini (%97,6), sağlık eğitiminin kaydedilmesinin önemli olduğunu (%94,4) ifade etmiştir. (Tablo 3).

Babacan ve Ulupınar'ın (2008) çalışmasında hastanede çalışan hemşirelerin %86,7'si hasta eğitimin hemşirelerin önemli bir sorumluluğu olduğunu ifade ettiği bildirilmiştir. Thoma (1999) ve Marcum et al. (2002) ise çalışmalarında, hasta eğitiminde hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunduğuna inandıklarını ortaya koymuştur. Bu çalışmalara karşılık Akçın'ın (2000) çalışmasında hastanede çalışan hemşirelerin sadece %28,9'unun sağlık eğitiminin öncelikle hemşirenin görevi olduğunu düşündüğü belirlenmiştir.

Çalışma bulgumuz, ebelerin çoğunluğunun sağlık eğitimi konusunda sorumluluklarının farkında olduğunu düşündürmekle birlikte, örneklem grubunun koruyucu hizmetlerin sunulduğu birinci basamakta çalışan ebelerden oluşması nedeniyle beklenen ve istenilen bir bulgudur.

Sağlık eğitimi belli ilke ve amaçlar doğrultusunda planlı olarak uygulanmalıdır. Sağlık eğitimi öncesi hedef kitlenin özellikleri, eğitim verilecek konu hakkındaki alışkanlıkları, davranışları, sağlık ve hastalık kavramlarına yaklaşımları, eğitim gereksinimleri ve önceki deneyimleri eğitimci tarafından değerlendirilmeli, bu değerlendirme sonucunda eğitim planı hazırlanmalıdır (Tabak 2000, Özvarış 2011, Özden 2013). Araştırmada sağlık eğitiminin planlanması aşamasında ebelerin sadece %37,4'ünün sağlık eğitimi öncesinde birey/grubun sağlık alışkanlıkları/ davranışları hakkında "her zaman" bilgi topladığı, %67,5'inin sağlık eğitimi yaparken birey-grubun daha önceki bilgi ve deneyimlerini "her zaman" dikkate aldığı, %65,0'inin eğitim öncesinde "her zaman" ilgili literatürü gözden geçirdiği, %80,5'inin "her zaman" sağlık eğitimi konusuna birey-grubun gereksinimlerine göre karar verdiği, %68,3'ünün "her zaman" sağlık eğitimine yönelik öğrenim hedeflerini önceden belirlediği saptanmıştır. Sağlık eğitiminin planlaması ve uygulanması aşamasında ise ebelerin; "her zaman" yaptığını bildirdiği

uygulamalar; sağlık eğitimini düzenli ve planlı olarak yapma (%68,3), eğitim öncesi yazılı bir plan hazırlama (%58,5), eğitime yönelik materyalleri eğitim öncesi hazırlama (%77,2) katılımcıların eğitime etkin katılmasını sağlama (%73,2) , diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği yapma (%69,1) ve sağlık eğitimi kayıtlarını düzenli olarak tutma (%84,6) şeklindedir (Tablo 4).

Heidenthal et al (2008), hemşirelerin eğitim öncesi, sırası ve sonrasında mutlaka değerlendirme yapması gerektiğini, eğitim öncesi yapılan değerlendirmenin kişinin bilgi eksikliğini belirlemek için yapılacağını belirtmiştir. Smith (1993) hemşirelerin eğitim konusunda önceden hazırlık yapmadıklarını, Gregor et al (1987) ise hasta eğitiminin genel olarak yapıldığını, planlama ve uygulama aşamalarının yetersiz uygulandığını belirtmiştir. Sağlık eğitiminin başarısı eğitim öncesi planlama yapılması ile yakından ilişkilidir (Özden 2013). Planlama yapılmayan eğitimlerde, eğitim amaçlarına ulaşmada yetersizlik oluşmaktadır. Sağlık eğitiminin bireyin kendi sağlığı için sorumluluk alma hedefi taşıdığı düşünüldüğünde, eğitim hedeflerine ulaşmak için ebenin eğitim öncesinde yeterli planlamayı yapması, literatürü kontrol ederek eğitim içeriğini güncellemesi önemlidir. Bu açıdan düşünüldüğünde çalışma bulgumuz, literatürle benzer şekilde ebelerin eğitimin planlanması aşamasında eksiklerinin olduğunu düşündürmektedir.

Sağlık eğitiminin toplum ve birey üzerindeki bıraktığı etki, kısa ve uzun süreli eğitim çıktılarının değerlendirilmesi ile ortaya çıkarılabilmektedir. Değerlendirme sonrası eğitim yoluyla edinilen doğru davranışlar pekiştirilmeli, yanlış olanlar ise değiştirilmelidir (Özden 2013). Ebelerin sağlık eğitiminin değerlendirilmesine yönelik uygulamaları incelendiğinde ise, %58,5'inin sağlık eğitimini değerlendirme kriterlerini önceden belirlediği, %59,3'ünün sağlık eğitiminin uzun süreli etkilerini değerlendirdiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Akçın hemşirelerin %66,6'sının verdikleri eğitimi değerlendirmediğini, %66,7'sinin ise eğitim sonucunda istenilen davranış değişikliği olmadığında eğitimi tekrarlamadığını bulgulamıştır. Babacan ve Ulupınar (2008) ise hemşirelerin çoğunluğunun (%52,3) eğitimlerin hastanın tedavi ve iyileşmesi üzerindeki etkisini değerlendirmediğini ve %51,7'sinin ise hasta eğitiminin değerlendirme basamağını hiç

uygulamadığını belirtmiştir. Gregor et al (1987) ise hasta eğitiminin genel olarak yapıldığını, sağlık eğitiminin basamaklarının tam olarak uygulanmadığını belirlemiştir.

Çalışma bulgumuz literatür ile uyumlu olarak sağlık eğitiminin toplum ve birey üzerindeki etkilerinin ebeler tarafından yeterince değerlendirilmediğini göstermektedir. Değerlendirme yapılmayan eğitimlerde eğitimin amaca hizmet etme durumu bilenemeyeceğinden eğitim yetersiz kalacaktır. Ayrıca değerlendirme sonucu yanlış veya eksik pekiştirilmiş davranışlar değiştirileceğinden, bu basamakta da yetersizlik yaşanacaktır (Tabak 2000). Bu açıdan bakıldığında çalışma bulgumuz, ebelerin eğitimin değerlendirilmesi konusunun öneminin farkında olmadığını akla getirmektedir.

Ebeler mesleki sorumlulukları gereği bireyin, ailenin ve toplumun mahrem alanına girmekte ve bu alanda savunucu, eğitici, uygulayıcı rollerini yerine getirmektedir (Şahan 2010, Koç 2011). Ebelerin sağlık eğitim konusundaki engelleri incelendiğinde, ilk sıralarda iş yükü fazlalığı (%60,2) birey-grubun eğitime katılmak istemediğini düşünme (%66,7) ve birey-grubun ebelerden eğitim almak istemediğini düşünmenin (%35,0) yer aldığı bulunmuştur. Ebelerin %18,7'si sunum ve öğretim becerilerinin yetersiz olduğunu, %4,9'ü bilgi eksikliği bulunduğunu ifade etmektedir. Ayrıca bireylerin verilen bilgileri kullanacağına inanmama, kurumda sağlık eğitimi faaliyetlerine önem verilmemesi, eğitim verirken sağlık ekibinin iş birliğine katılmaması ve sağlık eğitimlerini denetleyen bir birimin olmaması sağlık eğitimi için %17,9 oranında ebeler tarafından bildirilen engellerdir (Tablo 5).

Babacan ve Ulupınar (2008) hemşirelerin zaman yetersizliği ve hasta eğitimine yeterli bütçe ayrılmamasını, Yıldırım vd. (2017) ise hemşirelerin iş yükünün fazla olmasını hasta eğitimi verirken karşılaştıkları önemi bir sorun olarak bildirmiştir. Çeşitli çalışmalarda sağlık eğitimi verme konusundaki engeller; bilgi eksikliği, iş yükünün fazla olması ve zaman yetersizliği (Thoma 1999), zaman yetersizliği (Trocino et al 1997, Aghakhani et al, 2012) eleman eksikliği, yetersiz iş doyumu (Aghakhani et al, 2012) yönetimin hasta eğitimine ilgi gösterip destek vermemesi (Park 2005, VafaeeNajar et al. 2012, Abdi et al 2014), sağlık eğitimi için uygun ortamın olmaması

(Aziznezhad et al 2010, Ramezanli and Jahromi 2015) olarak belirlenmiştir.

Literatür ile uyumlu olarak çalışmamızda da ebeler; iş yükü fazlalığını sağlık eğitiminin önemli engelleri olarak bildirmiştir (Tablo5). Ancak çalışmamızda farklı olarak birey/grubun eğitimlere katılmak istemediğini düşünme, bireylerin ebelerden eğitim almak istemediğini düşünme, bireylerin verilen bilgileri kullanacağına inanmama da önemli engeller olarak belirtilmiştir (Tablo5). Bu sonucun ebelerin, ebelik mesleğinin imajının düşük olduğuna inanmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Ayrıca literatürde sağlık eğitimi engelleri olarak yönetimin hasta eğitimini desteklemediği bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ebelerin çoğunluğu (%80,5) çalıştığı kurumun sağlık kurumunun sağlık eğitimine destek verdiğini bildirmiştir (Tablo5). Çalışmamızın örneklem grubunu sağlık eğitiminin birincil sorumluları olan birinci basamak sağlık çalışanlarının oluşturması nedeniyle bu sonuç beklenen bir durumdur.

Ebelere sağlık eğitimi konusundaki yaşadığı engellere ilişkin çözüm önerileri sorulduğunda; %61'i ebelik eğitim müfredatının sağlık eğitimi konusunda geliştirilmesi gerektiğini, %74'ü sağlık eğitimi ile ilgili sağlık personeline hizmet içi eğitim verilmesini, %53,7'si sağlık çalışanlarının ve %77,2'si bireylerin sağlık eğitiminin önemine inandırılmasını, %57,7'si sağlık eğitimi konusunda araştırmalar yapılmasını, %48,4'i hastalık ve sağlık durumlarına özgü özelleştirilmiş eğitim standartları ve eğitime yönelik yazılı formların oluşturulmasını, %61,8'i sağlık eğitimi konusunda profesyonel kişilerin görevlendirilmesini ve %72,4'ü ebelerin yaptıkları sağlık eğitimlerinin performanslarına yansıtılmasını önermektedir (Tablo 5).

Ebeler ve hemşirelerin toplumun hastalıklardan korunması ve sağlık eğitimi yapılması konusunda birçok sorumlulukları ve önemli rolleri bulunmaktadır (Spatz 2010). Çalışmamızda ebelerin %61,8'i sağlık eğitimi ile ilgili profesyonel kişilerin görevlendirilmesini önermiştir. Ayrıca ebelerin sağlık eğitimi yaparken karşılaştıkları engeller arasında bilgi eksikliği ve sunum-öğretim becerilerinin yetersizliğinin yer alması ve ebelik eğitim müfredatında sağlık eğitimine daha fazla yer verilmesi (%61)

ve sağlık eğitimi konusunda hizmet içi eğitimi (%74) öneren ebelerin olması (Tablo 5) dikkat çekici bir bulgu olarak yorumlanmıştır. Bu sonuçlar, ebelerin sağlık eğitiminin uygulanmasında kendilerini yeterli hissetmediğini, bilgi eksikleri olduğunu düşündürmektedir. Ebelerin diğer sundukları çözüm önerilerinin sağlık eğitimi konusundaki engellerine çözüm arar nitelikte olduğu düşünülmektedir. Bu öneriler işlevsellik kazandığında ebelerin, sağlık eğitimi uygulamalarına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Ebelerin sağlık eğitimine ilişkin görüşleri yaş ortalamalarına göre karşılaştırıldığında; bireylerin sağlık alışkanlıklarının geliştirilmesinde sağlık eğitiminin katkısı olduğunu düşünen ebelerin yaş ortalamasının, katkısı olmadığını düşünenlere göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (t=8,83 p=<0,001)(Tablo 6). Bu sonucun çalışmamıza katılan ebelerin %56,1'inin 31 yaş ve üzerinde (Tablo 1) olmasından kaynaklandığı ve yaş ile birlikte artan çalışma deneyiminin eğitimin öneminin anlaşılmasına yol açtığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ebelerin sağlık eğitimine yönelik görüşleri ile öğrenim durumu karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulgulanmamıştır (p>0,05). Ancak yüksek lisans mezunu ebelerin tamamının sağlık eğitimine yönelik tüm görüşlere olumlu yanıt verdiği dikkat çekmektedir (Tablo 8). Smith (1993) ise hemşirelerin öğrenim durumları ile hasta eğitimi uygulamaları arasında fark olmadığı bulgulamıştır. Çalışma bulgumuz literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiş olup, yüksek lisans mezunu ebelerin tamamının sağlık eğitimi ile ilgili tüm görüşlere olumlu yanıt vermesi lisansüstü eğitim yapan ebelerin eğitimci rolleri ve sağlık eğitiminin etkileri konusunda farkındalıklarının yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri; il ve ilçe sağlık müdürlüklerine TSM, ASM ve sağlık evlerinde sunulmaktadır. Bu sağlık kurumlarının öncelikli görevlerinden biri bireylerin sağlık davranışlarının belirlenmesi ve geliştirilmesi için öncelikle öz-sorumluluk kazandırmak, sağlık ve hastalık durumlarını fark edip, yönetebilmesini sağlamaktır. Bu ancak sağlık eğitimi ile mümkündür (Dikici vd. 2007, Ülkü 2010, Ateş 2013, Pala 2015).

Ebelerin, sağlık eğitimine yönelik görüşleri çalıştıkları birim açısından karşılaştırıldığında; halk sağlık müdürlüğü ve TSM'de çalışan ebelerin (%100), sağlık eğitiminin ebelerin önemli bir sorumluluğu olduğunu düşünme oranı, ASM (%83,7) ve sağlık evinde (%84,7) çalışan ebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (X^2 =7,58 p=0,038). Ebelerin sağlık eğitimine yönelik diğer görüşleri ile çalıştıkları birim arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05) (Tablo 8).

Halk Sağlığı Müdürlüğünde çalışan ebelerin tamamı Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kanser Şubesi, ÇEKÜS Şube, Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Hizmetleri Şubesinde çalışmaktadır (Çizelge 1). Bu birimlerin verdikleri hizmetler değerlendirildiğinde, il genelindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılacak sağlık eğitimlerini planlayan ve koordine eden birimler olduğu görülmektedir (http://istanbulism.saglik.gov.tr/). Ayrıca toplum sağlığı merkezlerinin ana görevi sağlık eğitimlerinin organizasyonudur. Sağlık eğitimlerinin bu şekilde koordinasyonunu sağlayan birimlerde çalışan ebelerin, sağlık eğitiminin ebenin önemli görevlerinden olduğu konusunda olumlu görüş bildirilmesi istendik ve beklendik bir sonuçtur. Ayrıca araştırmamızda ebelerin önemli bir kısmının (%39,8) TSM'lerde çalıştığı bulgulanmıştır (Tablo1). Toplum Sağılığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği'nde (2015) TSM'lerin halkın sağlık eğitimi konusunda ki görevleri açık ve net olarak yasal sınırlarla belirlenmiştir. Çalışma bulgumuz TSM'lerde çalışan ebelerin yasal ve mesleki sorumlulukları ile örtüşür şekilde çalıştığı ve bu sorumluluklar gereği sağlık eğitiminin önemli bir görevi olduğunun bilincinde olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada ebelerin, sağlık eğitimi verdiği konuların, çalıştığı birimlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (p<0,001). Buna göre ASM'de çalışan ebelerin bebek bakımı, aşılama-bağışıklama, emzirme, anne ve bebek beslenmesi, lohusalık dönemi ve bakım, gebelik izlemleri ve doğum süreci konusunda diğer merkezlerde çalışan ebelere göre daha yüksek oranda eğitim verdiği belirlenmiştir. Ancak ASM'de çalışan ebelerden %6,1'i bebek bakımı, %2'si aşılama-bağışıklama ve emzirme, %4,1'i anne-bebek beslenmesi, %53,1'i kanser ve taramaların önemi, %8,2'si lohusalık bakımı ve gebelik, takipler ve doğum süreci

hakkında hiç eğitim vermediğini ifade etmiştir. TSM'de çalışan ebelerin ise kanser ve taramaların önemi hakkında eğitim verme oranı, halk sağlığı müdürlüğü, ASM ve sağlık evinde çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 9).

ASM'lerde ebeler aile sağlığı elemanı olarak görev yapmakta ve temel mesleki rol ve sorumluluklarından kısmen uzaklaşarak mesleki sorumlulukları dışında birçok görevi yürütmektedir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 25.01.2013). Ayrıca ASM'lerde sadece performansa tabi işlerin bir denetim mekanizmasına bağlanması ve bu işler sonucu olarak negatif performans cezasının uygulanması (maddi kesinti), (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 25.01.2013) ebelerin asıl işleri olan birey ve toplumun özellikle üreme sağlığı konusundaki tüm eğitim hizmetlerini aksatmasına neden olabilmektedir. ASM'de çalışan ebelerin bebek bakımı, aşılama-bağışıklama, emzirme, anne ve bebek beslenmesi, lohusalık dönemi ve bakım, gebelik, takipler ve doğum süreci konusunda diğer merkezlerde çalışan ebelere göre daha yüksek oranda sağlık eğitimi verdiğine ilişkin çalışma sonucumuz, bu hizmetlerin aksamadığını düşündürmekle birlikte, TSM'de çalışan ebelerin kanser ve taramaların önemi hakkında eğitim verme oranının, halk sağlığı müdürlüğü, ASM ve sağlık evinde çalışanlara göre daha yüksek bulunması hizmet politikası ile ilişkilendirilmiştir. Ülkemizde gebe/bebek-çocuk/lohusa izlem ve eğitimleri aile sağlığı merkezlerinde yapılmakta ve performans sistemi kapsamında puanlanmaktadır. Kanser ve taramaları ise performans sistemi kapsamında değildir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 25.01.2013) Ayrıca 2013 yılı itibariyle ülkemizde Toplum Tabanlı Kanser Tarama programı başlatılmış ve taşra teşkilatında Halk Sağlığı Müdürlüklerine bağlı olarak TSM'lere eğitim, koordinasyon ve izlem görevi verilmiştir (Toplum Sağılığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği 2015).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Giresun ili birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan ebelerin sağlık eğitimine yönelik görüşleri ve sağlık eğitiminin planlanması ve yürütülmesine ilişkin uygulama adımlarının belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı tipinde gerçekleştirilen çalışmada aşağıda yer alan sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmamızda ebelerin % 39,8'inin gebe/bebek/lohusa izlem ve muayenelerinin yapıldığı ASM'lerde çalıştığı belirlenmiş olup (Tablo1), ebelerin %15,4'ünün aile planlaması, %35'inin bebek bakımı, %65,8'inin öz bakım/hijyen, %26'sının aşılama/bağışıklama, %24,4'ünün emzirme, %43,9'unun kanser ve taramaların önemi, %33,3'ünün lohusalık, %38,2'sinin ise gebelik ve doğum süreci hakkında eğitim vermediğini ifade ettiği saptanmıştır (Tablo 2).

- Ebeler çoğunlukla sağlık eğitimi konusunda çalıştıkları kurumun destek verdiğini (%86,9) ifade etmiş olup, %49,6'sı eğitim salonu, %13'ü ekonomik, %61,8'i malzeme, %36,6'sı ulaşım konusunda destek aldığını bildirmektedir (Tablo 2).

- Ebelerin çoğunluğu sağlık eğitiminin sağlık hizmetleri içerisinde önemli bir yeri olduğuna inanmakta (%97,6), bireylerin sağlık alışkanlıklarının geliştirilmesinde katkısı olduğunu düşünmekte (%98,4), sağlık eğitiminin ebelerin önemli bir sorumluluğu (%91,1) olduğunu bildirmektedir (Tablo 3).

- Ebelerin çoğunluğu, sağlık eğitimi alan kişilerin kendi sağlık gereksinimlerini daha kolay karşıladığını (%98,6), ebenin bakım verdiği topluma düzenli olarak sağlık eğitimi vermesi gerektiğini (%97,6), sağlık eğitiminin kaydedilmesinin önemli olduğunu (%94,4) ifade etmiştir (Tablo 3).

- Ebelerin sağlık eğitiminin planlanması ve yürütülmesine ilişkin uygulamaları incelendiğinde, eğitimin planlanması aşamasında ebelerin sadece %37,4'ünün sağlık eğitimi öncesinde birey/grubun sağlık alışkanlıkları/ davranışları hakkında "her zaman" bilgi topladığı, %67,5'inin sağlık eğitimi yaparken birey-grubun daha önceki bilgi ve deneyimlerini "her zaman" dikkate aldığı, %65,0'inin eğitim öncesinde "her zaman" ilgili literatürü gözden geçirdiği, %80,5'inin "her zaman" sağlık eğitimi konusuna birey-grubun gereksinimlerine göre karar verdiği, %68,3'ünün "her zaman" sağlık eğitimine yönelik öğrenim hedeflerini önceden belirlediği saptanmıştır (Tablo 4).

- Sağlık eğitiminin uygulanması aşamasında ise ebelerin; "her zaman" yaptığını bildirdiği uygulamalar; sağlık eğitimini düzenli ve planlı olarak yapma (%68,3), eğitim öncesi yazılı bir plan hazırlama (%58,5), eğitime yönelik materyalleri eğitim öncesi hazırlama (%77,2) katılımcıların eğitime etkin katılmasını sağlama (%73,2) , diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği yapma (%69,1) ve sağlık eğitimi kayıtlarını düzenli olarak tutma (%84,6) şeklindedir (Tablo 4).

- Ebelerin sağlık eğitiminin değerlendirilmesine yönelik uygulamaları incelendiğinde ise, %58,5'inin sağlık eğitimini değerlendirme kriterlerini önceden belirlediği, %59,3'ünün sağlık eğitiminin uzun süreli etkilerini değerlendirdiği belirlenmiştir (Tablo 4).

- Ebelerin sağlık eğitim konusundaki engelleri incelendiğinde, ilk sıralarda iş yükü fazlalığı (%60,2) birey-grubun eğitime katılmak istemediğini düşünme (%66,7) ve birey-grubun ebelerden eğitim almak istemediğini düşünmenin (%35,0) yer aldığı bulunmuştur. Ebelerin %18,7'si sunum ve öğretim becerilerinin yetersiz olduğunu, %4,9'ü bilgi eksikliği bulunduğunu ifade etmektedir. Ayrıca bireylerin verilen bilgileri kullanacağına inanmama, kurumda sağlık eğitimi faaliyetlerine

önem verilmemesi, eğitim verirken sağlık ekibinin iş birliğine katılmaması ve sağlık eğitimlerini denetleyen bir birimin olmaması sağlık eğitimi için %17,9 oranında ebeler tarafından bildirilen engellerdir (Tablo 5).

- Ebelere sağlık eğitimi konusundaki yaşadığı engellere ilişkin çözüm önerileri sorulduğunda; %61'i ebelik eğitim müfredatının sağlık eğitimi konusunda geliştirilmesi gerektiğini, %74'ü sağlık eğitimi ile ilgili sağlık personeline hizmet içi eğitim verilmesini, %53,7'si sağlık çalışanlarının ve %77,2'si bireylerin sağlık eğitiminin önemine inandırılmasını, %57,7'si sağlık eğitimi konusunda araştırmalar yapılmasını, %48,4'i hastalık ve sağlık durumlarına özgü özelleştirilmiş eğitim standartları ve eğitime yönelik yazılı formların oluşturulmasını, %61,8'i sağlık eğitimi konusunda profesyonel kişilerin görevlendirilmesini ve %72,4'ü ebelerin yaptıkları sağlık eğitimlerinin performanslarına yansıtılmasını önermektedir (Tablo 5).

- Ebelerin sağlık eğitimine ilişkin görüşleri ile yaş ortalamalarına göre karşılaştırıldığında; bireylerin sağlık alışkanlıklarının geliştirilmesinde sağlık eğitiminin katkısı olduğunu düşünen ebelerin yaş ortalamaları, katkısı olmadığını düşünenlere göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (t=8,83 p=<0,001) Araştırmaya katılan ebelerin sağlık eğitimine yönelik diğer görüşleri ile yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05) (Tablo 6).

- Çalışmamıza katılan ebelerin, sağlık eğitimine ilişkin görüşleri, öğrenim durumuna göre karşılaştırıldığında tüm görüşlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Ancak yüksek lisans mezunu ebelerin tamamının sağlık eğitimine yönelik tüm görüşlere olumlu yanıt vermesi dikkat çekici bir bulgudur (Tablo 7).

- Ebelerin, sağlık eğitimine yönelik görüşleri ile çalıştıkları birim açısından karşılaştırılmış olup; TSM'de çalışan ebelerin (%100) sağlık eğitiminin ebelerin önemli bir sorumluluğu olduğunu düşünme oranı, ASM (%83,7) ve sağlık evinde (%84,7) çalışan ebelerden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (X^2

=7,58 p=0,038). Ebelerin sağlık eğitimine yönelik diğer görüşleri ile çalıştıkları birim arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p>0,05) (Tablo 8).

- Bu çalışmada ebelerin, sağlık eğitimi verdiği konuların, çalıştığı birimlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir (p<0,001). Buna göre ASM'de çalışan ebelerin aile planlaması ve yöntemleri, bebek bakımı, aşılama-bağışıklama, emzirme, anne ve bebek beslenmesi, lohusalık dönemi ve bakım, gebelik izlemleri ve doğum süreci konusunda diğer merkezlerde çalışan ebelere göre daha yüksek oranda eğitim verdiği belirlenmiştir. Ancak ASM'de çalışan ebelerden %6,1'i bebek bakımı, %2'si aşılama-bağışıklama ve emzirme, %4,1'i anne-bebek beslenmesi, %53,1'I kanser ve taramaların önemi, %8,2'si lohusalık bakımı ve gebelik, takipler ve doğum süreci hakkında hiç eğitim vermediğini ifade etmiştir. TSM'de çalışan ebelerin ise kanser ve taramaların önemi hakkında eğitim verme oranı, halk sağlığı müdürlüğü, ASM ve sağlık evinde çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur (p<0,001) (Tablo 9).

6.2.Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- Ebelere sağlık eğitiminin önemi ve etkileri konusunda farkındalık kazandıracak ve eğitim becerilerini güçlendirecek interaktif tekniklerle ve beceri geliştirmeye yönelik hizmet içi eğitim programlar düzenlenmesi.
- Ebelik öğrencilerinin mezuniyet öncesi müfredat programlarında yer alan eğitim becerileri konusundaki derslerin sağlık eğitiminin önemi ve etkileri konusunda farkındalık kazandıracak ve eğitim becerilerini güçlendirecek interaktif tekniklerle sunulması.

- Çalışmanın farklı büyüklük ve özellikteki örneklemlerle tekrarlanması.

7. KAYNAKÇA

Abdi AR, Izadi A, Vafaeei K, Lorestani E. (2014). Assessment of Patient education barriers in viewpoint of nurses and general physicians. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences.* 8 (12): 2252-2256.

Aghakhani N, Nia HS, Ranjbar H, Rahbar N, Beheshti Z. (2012). Nurses' attitude to patient education barriers in educational hospitals of Urmia University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research.* 17(1):12-15.

Ak M, Canbal M, Turan S, Gürbüz N. (2010). Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda papsmear testinin farkındalığının değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2(2): 1-4.

Akçın E. (2000). Yataklı Tedavi Kurumlarında Hasta Eğitimine Yönelik Hemşirelik Etkinlikleri. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. Gülsün TAŞOCAK).

Akdolun Balkaya N. (2002). Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. C. *Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.* 6 (2): 42-49.

Akgün G. (2014). Yetişkinlerin Kitle İletişim Araçları Yoluyla Verilen Sağlık Eğitimi Haberlerine Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. L. DENİZ).

Akman M. (2014). Türkiye'de birinci basamağın gücü. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 18 (2): 70-78.

Aksu S. (2017). Adli Ebelik. *HSP 2017.* 4(3):277-284.

Aktaş E.Ö. Çakır G. (2012). Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. E*ge Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine.* 51(1): 21-29

Akyüz A, Kaya T, Şenel N. (2007). Annenin Emzirme Davranışının ve Emzirmeyi Etkileyen Durumların Belirlenmesi. *Koruyucu Hekimlik Dergisi*. 6 (5): 331-335.

Alacadağlı E. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma ve Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik. *Journal of Emerging Economies and Policy.*1.

Altay S. (2018). Cumhuriyet'in ilk on beş yılında ebelik eğitimine ve mesleğin dönüşümüne dair kısa bir bakış (1923-1938). Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi/*Journal Of Modern Turkish History Studies.* XVII/35: 167-217.

Altıner M. (2016). İstanbul İlinde Bulunan Bir Aile Sağlığı Merkezindeki Hemşirelik Ve Ebelik Uygulamalarının Omaha Sistemi'ne Göre Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. (Danışman: Doç. Dr. Selda SEÇGİNLİ).

Altınparmak S, Koca Kutlu A. (2009). 15–49 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 8(5) 421-429.

Annels M. (2007). Where does practice nursing fit in primary health care? *Contemporary Nurse.* 26 (1): 15-26.

Aslankoç R, Öztürk M, G.Yıldırım N. (2001). Ebe ve Hemşirelerin Mesleki Sorunları ve Anksiyete İle İlişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 8(2):12-20.

Aslantekin F, Aslan G. (2006). Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda sağlık eğitiminin önemi ve ebenin eğitimci rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 1 (1): 82-92.

Ateş M. (2013). Sağlık Hizmetleri Yönetimi.2. Baskı. Beta Yayınları. İstanbul. s. 1-37.

Avşar G. Kaşıkçı M. (2009). Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 12 (3): 67-73.

Ayyıldız N. (2013). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Özürlü Bireylere Yönelik Tutumunun Sağlık Eğitimi Faaliyetlerine Etkisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Öğretim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. (Danışman Yard. Doç. Dr. Sevim ULUPINAR).

Aziznezhad P, Zabihi A, Hossini SJ, Bighani A. (2010). Nurses and nurse manager's opinions about the patient's education barrieres. *Babol university Medical science.* 12(1):60-64.

Babacan E, Ulupınar S. (2008). Hemşirelerin hasta eğitimi İle İlgili düşünce ve uygulamaları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.*5 (2): 29-36.

Baltaş, Z. (2008). Sağlık Psikolojisi. 4. Baskı. Remzi Kitabevi. İstanbul.

Bambal ÖÖ, Lağarlı T, Eser E, Filibeli M, Bilecenoğlu T, Çive G, Taştekin E, Güngör Ş, Çetin O, Güngör M, Ayhan E, Kara T, Kahvecioğlu F. (2010). Manisa merkez yarı kentsel bölgede bir aile sağlığı birimine kayıtlı kadınlarda birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi.* 8 (3): 176-190.

Barutçugil İ. (2002). Eğitimcinin Eğitimi. Kariyer Yayıncılık. İstanbul.

Bekmezci H, Özcan H. (2015). Ebelik uygulamalarında mahremiyetin önemi/The ımportance of privacy in midwifery practices. *HSP.* 2(1):113-124.

Beydağ KD. (2007). Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. *Koruyucu Hekimlik Bülteni.* 6 (6): 479-484.

Bodur S, Taş F, Çevik Ü, Kurşun Ş. (2003). Primipar annelerin bebek sağlığı konusundaki bilgi düzeyine hemşire ve ebelerin katkısı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 6 (3): 10-18.

Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. (2013). Yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması ile İlgili düşünceleri ve aile hekimlerine başvuru durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 12 (1): 49-56.

Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu S, Yarış F. (2007). Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. *Turkiye Klinikleri J Med Sci.* 27:412-418.

Danner S. (1991). How do we influence the breastfeeding decision? *Birth Issues in Perinatal Care*. 18(4): 227-228.

Duran S. (2008). Ebe ve Hemşirelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının, Danışmanlık Verdikleri Annelerin Bebeklerini Anne Sütü ile Besleme Davranışlarına Etkisi. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Edirne. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. E. Melih ŞAHİN).

Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Aksu Tanık F. (2011). İzmir'de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi.* 9(1):1-15.

Ege E, Timur S, Zincir H. (2005). Ebelik son sınıf öğrencilerinin aile planlaması eğitimi etkinliğinin değerlendirilmesi. *STED.*14 (9): 202-207.

Ejder Apay S. (2014). Geçmişten günümüze ebelik: tarihi bir inceleme. *Lokman Hekim Dergisisi.* 4(2): 13-20.

Elkin N, Ören MM, Demirel A, Önal, AE. (2015). Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerin Anne Sütü ve Emzirmeye İlişkin Bilgi ve Tutumları. *STED.* 2(24):41-48.

Erden Ş. (2016). Aile Sağlığı Merkezlerinde Düzenlenen Sağlık Eğitimlerinin Sağlık Çalışanlarının Görüş ve Deneyimlerine Dayalı Olarak Değerlendirilmesi. Anakara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yaşam Boyu Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi Anabilim Dalı, Yetişkin Eğitimi Programı, Yüksek Lisans Tezi. (Danışman: Doç. Dr. Ahmet YILDIZ).

Essential Competencies for Midwifery Practice- Update 2018- ICM

Gausia K, Thampson S, Nagel T, Rumbold A, Christine C, Matthews V, Boyle J, Schierhout G, Bailie R. (2013). Antenatal emotional wellbeing screening in Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care services in Australia. *Contemporary Nurse.* 46 (1): 73-82.

Gregor FM, Thiessen V, Tilley JD. (1987). The nurse's role in patient education: İncongruent perceptions among nurses and patients. *Journal of Advanced Nursing.* 12(3): 291–301.

Fisher C. (1990). A midwife's view of the history of modern breastfeeding practices. *Int J Gynecol Obst.* 31(2):47-50.

Heidenthal P, Braaten N. Gesmond M, Shah SA. (2008). Patient and Health Care Education. In: Nursing Leadership&Management. Eds: Kelly P. Thomson Delmar Learning, NewYork. p.409-433.

Hong TM, Callister LC, Schwartz R. (2003). First Time Mother's Viemws of Breastfeeding Support From Nurses. *J Matern Child Nurse.* 28:1, 10-15.

Hoving C, Visser A, Mullen PD, Van Den Borne B. (2010). A history of patient education by health professionals in Europe and North America: From authority to shared decision making education. *Patient Education and counseling,* 78(3), 275-281.

İnce T, Kondolot M, Yalçın s, Yurdakök K. (2010). Annelerin Emzirme Danışmanlığı Alma Durumu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 53: 189-197.

İnternational Confederation of Midwives- ICM

Jenkins GL. (2010). Changing Roles and Identities of Midwives in Rural Costa Rica. *Medical Anthropology.* 20 (4): 409-444.

Karahan N. (2018). Sezaryen oranlarını azaltmada ebelerin rolleri. *Türkiye Klinikleri Gynecology – Obstetrics Special Topics.* 11(1):94-8.

Kaya D, Yurdakul M. (2007). Türkiye'de ve dünya'da ebelik eğitimi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.* 23 (2).

Kaya H. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Eğitimi ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Turkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 1(1):19-23.

Kılıç M. (2009). Sağlık ocaklarında görevli ebeler tarafından verilen doğum öncesi bakımın değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences).* 18(3):138-147.

Koç E. (2011). İstanbuldaki Kadın Doğum ve Çocuk Hastanelerinde Çalışan Ebelerin Görev Yetki ve Sorumluluklarını Algılamaları ve İş Doyumlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Gülümser DOLGUN).

Lindström M, Jacobsson L, Wullf M, Lalos A. (2007). Midwives' experiences of encountering women seeking an abortion. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.* 28 (4): 231-237.

MacDonald M. (2001). Postmodern negotiations with medical technology: The role of midwifery clients in the new midwifery in Canada. *Medical Anthropology*. 20 (2): 245-276.

Macinko J, Starfield B, Shi L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes, within organization for economic cooperation and development (OECD) countries 1070-1998. *Health Services Research.* 38(3):831-865.

Marcum J, Ridenour M, Shaff G, Hammons M, Taylor M. (2002). A study of professional nurses' perceptions of patient education. *The Journal of Continuing Education in Nursing, Health & Medical Complete.* 33(3): 112-117.

Maurer FA, & Smith CM. (2009). Community/Public Health Nursing Practice. Health for Families and Populations. *United States: Elsevier.*

Maupin JN. (2008). Remaking the Guatemalan Midwife: Health Care Reform and Midwifery Training Programs in Highland Guatemala. *Medical Anthropology.* 27 (4): 353-382.

McEwen M. (2002). Community-Based Nursing: An Introduction. (2th ed.). *St Louis, MO:* Saunders.

Mutlu Çubuk M. (2014).Kadinlarin Doğum Tercihleri Üzerine Sağlik Eğitimin Etkisi. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya. (Danışman: Doç. Dr. Yurdagül Yağmur).

Onur M, Yalçın R, Karaman ÖE, Kocatür A, Küğcümen G. (2016). Koruyucu Hizmetlerde Ebenin Rolü. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 3 (1).

Osinaike A, Oyedeji GA, Olowe SA. (1992). The knowledge of nurses and midwives in Ile-Ife and Ilesa (Nigeria) concerning breastfeeding [letter]. *Journal of Tropical Pediatrics.* 38(4):204.

Öcek Z, Soyer A. (2007). Birinci basamak sağlık hizmetleri birikimimiz: 2000-2004 Türkiye fotoğrafı. *Türk Tabipler Bitliği Yayınları.* Ankara.

Özata M. (2016). " Bozkır ilçesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi", ***Uluslararası Sempozyum: Geçmişten Günümüze Bozkır,*** Konya, 1169-1179.

Özcan M, Akpınar A, Ergin AB. (2012). Personal and professional values grading among midwifery students. *Nursing ethics.* 19(3):399-407.

Özcan C, Erdal R. (2017). Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yaşanılan Süreçler. *Smyrna Tıp Dergisi.* 58-62

Özdemir O. Ocaktan E, Akdur R. (2003). Sağlık reformu sürecinde türkiye ve avrupada birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası.* 56 (4): 207-216.

Özden M. (2013). Sağlık Eğitimi Ders Kitabı.20. Baskı.Ayrıntı Basımevi. Ankara.

Özvarış ŞB. (2011). Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara. s. 3-79.

Pala K. (2015). Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı. Palme Yayıncılık. Ankara. s. 3-139, 331-357.

Park MY. (2005). Nurses' perception of performance and responsibility of patient education. *Journal of Korean Academy of Nursing.* 35(8): 1514–1521.

Ramezanli S, Jahromi ZB. (2015). Iranian Nurses' Views on Barriers and Facilitators in Patient Education: A Cross-Sectional Study. *Global journal of health science.* 7(5): 288-293.

Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, Audebert Delage Silva DR, Downe S, Kennedy HP, Malata A, McCormick F, Wick L, Declercq E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* 384:1129-1145.

Saçar N. (1996). Diyarbakır İli Merkez Sağlık Ocaklarında Ebe ve Hemşirelerin Sağlık Eğitimi Konusunda Bilgi, Tutumve Uygulamaları. Dicle Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Diyarbakır. (Danışman: Prof. Dr. Nuran ELMALI).

Sayıner FD. (2011). "Ebelikte beceri eğitimi: sorunlar ve çözümler", Uluslar ***arası&II. Ulusal Ebelik Kongresi,*** Safranbolu, 25-37.

Shinwell ES, Churgin Y, Shlomo M, Shani M, Flidel-Rimon O. (2006). The effect of training nursery staff in breastfeeding guidance on the duration of breastfeeding in healthy term infants. *Breastfeed Med*. 1(4): 247-252.

Smith Boswell K. (1993). Nurse Perceptions of Their Educational Preparation as Patient Educator. Texas Woman's University, submitted in Partial Fulfillment of the Requirements fort he Degree of Master of Science, Collage of Heath Science. (Advisor: Barbara J. Cramer).

Spatz DL. (2010). The Critical Role of Nurses in Lactation Support. *AWHONN, the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurse.* 39: 499-500.

Starfield B. (1994). Is primary care essential? *Lancet.* 344(8930):1129-1133.

Şahan AG. (2010). Balıkesir İl Merkezinde Çalişan Ebelerin İş Doyum Düzeyleri Ve Etkileyen Etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. (Danışman: Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu).

Tabak RS. (2000). Sağlık Eğitimi. Somgür Yayıncılık.Ankara.

T.C. Resmi Gazete, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013. Sayı:28539, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete, Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği. 05 Şubat 2015. Sayı: 29258, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu. 12 Ocak 1961. Sayı: 224, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete, Doktorluk, hemşirelik, ebelik, diş hekimliği, veterinerlik, eczacılık ve mimarlık eğitim programlarının asgari eğitim koşullarının belirlenmesine dair yönetmelik. 2 Şubat 2008. Sayı: 26775, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete, 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. 2 Kasım 2011. Sayı; 663, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

Thoma GB. (1999). A comprasion of the role of patient educator to other nursing roles: identifying influences affecting the attainment of the patient educator role among staff nurses, A Dissertation Doctor of Education. Degree, The University of Memphis.

Trocino L, Byers JF, Peach AG. (1997). Nurses' attitudes toward patient and family education: implications for clinical nurse specialist. Clin Nurse Spec. 11(2):77-84.

Türkiye' de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu. (2014).

Ulusoy Gökkoca FZ. (2001). Sağlık Eğitimi Açısından Temel İlkeler. *STED.* 10 (10):371-374.

Ülkü S. (2010). Kütahya İli Yenidoğan Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 yaş Grubundaki Kadınların Vajinal Duş Uygulamalarına Sağlık Eğitiminin Etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. (Danışman Yrd. Doç. Nebahat Özerdoğan).

Vafaee Najar A. Ebrahimipour H. Shidfar MR, Khani Jazani R. (2012). Patient education services and the organizational factors affecting them at teaching hospitals affiliated with Mashhad University of Medical Sciences (MUMS). *Journal of Men's Health*. 9 (4):230–237.

WONCA EUROPE (2011). The European Defınıtıon of General Practıce / Famıly Medıcıne.

World Health Organization. (2004). Sexually Transmitted İnfections. Erişim Tarihi: 27.10.2018

World Health Organization. (2016). Global Targets Nutrition 2025. Erişim Tarihi: 27.10.2018

Yalçınöz Baysal H, Hacıalioğlu N, Yıldız E, Öztürk S. (2014). Birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarının aile hekimliği modelinden memnuniyet durumları ve bu konudaki görüşleri. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* .2 (1). 22-29.

Yeşilçiçek Çalık K, Coşar Çetin F, Erkaya R. (2017). Annelerin Emzirme konusunda Uygulamalrı ve Etkileyen Faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 6(3): 80-91.

Yıldırım N, Çiftçi B, Kaşıkçı M. (2017). Hemşirelerin Hasta Eğitimi Verme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi Sağlık İletişimi*. Özel Sayı: (14). 217-230.

Yılmaz A. (2007). Bozkır'da Çalışan Sağlık Görevlilerinin Sağlık Eğitimi Konusundaki Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. (Danışman Prof. Dr. Orhan DEMİRELİ).

Yüksel M, Davas HA. (2016). İzmir'de bir üniversite hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran 15-49 yaş kadınların birinci basamakta izlem sıklığı ve niteliği. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 15 (6): 492-500.

(http://www.turkebelerdernegi.com/index.php?option=om_content&task=view&id=27&Itemid =33. Erişim Tarihi: 10 Ekim 2016).

(http://istanbulism.saglik.gov.tr/)

8. EKLER

Ek 1.

Değerli katılımcılar;

*Bu formda "Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Ebelerin Sağlık Eğitimi İle İlgili Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi" konulu çalışmanın anket soruları yer almaktadır. Anket dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyo-demografik ve mesleki özelliklere yönelik sorular, ikinci bölümde ebelerin sağlık eğitimine yönelik tutum soruları, üçüncü bölümde ebelerin sağlık eğitimi uygulamalarına yönelik sorular, dördüncü bölümde sağlık eğitimlerini engelleyen durumlar ve çözüm önerilerine yönelik sorular yer almaktadır. Sizden beklenen, bölümlerdeki ifadelere karşılık gelen, size en uygun seçeneğin bulunduğu yere **(x)** işareti koyarak belirtmenizdir. Araştırma bilimsel bir nitelik taşıdığından elde edilen veriler gizli tutulacaktır. Tüm soruları eksiksiz ve samimiyetle doldurmanızı rica eder, katkılarınız için teşekkür ederiz.*

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi
Zeynep ÖNAL

1. BÖLÜM: Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikler

1. Yaşınız: …….

2. Öğrenim durumunuz:
1.( ) Lise 2.( ) Ön lisans 3.( ) Lisans 4.( ) Yüksek lisans

3. Çalışma yılınız:
1.( ) 0–5 yıl 2.( ) 6–10 yıl 3.( ) 11–15 yıl 4.( ) 16–20 yıl 5.( ) 21 yıl ve üzeri

4. Çalıştığınız birim:
1. ( ) Halk Sağlığı Müdürlüğü (yazınız)…….
2. ( ) Toplum Sağlığı Merkezi
3. ( ) Verem Savaş Dispanseri
4. ( ) Aile Sağlığı Merkezi
5. ( ) Sağlık

Ek 1 Devamı

5. Çalıştığınız kurum sağlık eğitimi yapmanız durumunda aşağıdakilerden hangisi konusunda destek veriyor? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiz)**

1. ( ) Eğitim salonu sağlıyor
2. ( ) Ekonomik destek veriyor
3. ( ) Eğitimci sağlıyor
4. ( ) Malzeme desteği sağlıyor
5. ( ) Ulaşım desteği sağlıyor
6. ( ) Hiç destek sağlamıyor.
7. ( ) Diğer (belirtiniz)…….

6. Hizmet verirken aşağıdaki sağlık eğitimi konularından en çok hangi konuda eğitim veriyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiz).

1. ( ) Aile planlaması hizmetleri ve yöntemleri
2. ( ) Bebek bakımı
3. ( ) Özbakım/hijyen uygulamaları
4. ( ) Aşılama/ bağışıklama
5. ( ) Emzirme
6. ( ) Anne/ bebek beslenmesi
7. ( ) Bireylerin kullandığı ilaçlar ve tedavi yöntemleri
8. ( ) Kanser ve taramaların önemi
9. ( ) Lohusalık dönemi bakımı
10. ( ) Gebelik takipler ve doğum süreci
11. ( ) Diğer ……

7. Mesleki eğitiminiz boyunca eğitim becerilerine yönelik aşağıdaki derslerden hangisini aldınız?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. ( ) Eğitim becerileri
2. ( ) Sağlık eğimi
3. ( ) Ebelikte öğretim
4. ( ) Hasta eğitimi
5. ( ) Sağlığın geliştirilmesi
6. ( ) Bu konuda hiç ders almadım
7. ( ) Diğer (yazınız)…….

Ek 1 Devamı

2. BÖLÜM:

Aşağıdaki sağlık eğitimi ne görüş ifadelerini okuyarak size en uygun/yakın gelen seçeneği işaretleyiniz.

Ebelerin Sağlık Eğitimine Yönelik Tutumları	**Katılıyorum**	**Kararsızım**	**Katılmıyorum**
10.Sağlık eğitimi sağlık hizmetleri içerisinde çok önemli bir yere sahiptir.	1	2	3
11.Bireylerin sağlık alışkanlıklarının geliştirilmesinde sağlık eğitiminin katkısı vardır.	1	2	3
12.Sağlık eğitimi alan kişiler kendi sağlık gereksinimlerini daha kolay karşılar.	1	2	3
13.Ebeler bakım verdiği topluma düzenli olarak sağlık eğitimi yapmalıdır.	1	2	3
14.Yapılan sağlık eğitimlerinin mutlaka kaydedilmesi gerekir.	1	2	3
15.Sağlık eğitimi ebelerin önemli bir sorumluluğudur.	1	2	3
16.Sağlık eğitimleri ebenin performans sistemine dâhil edilmelidir.	1	2	3
17.Sağlık eğitiminin ebelik mesleğinin gelişmesine katkı sağlar.	1	2	3

Ek 1 Devamı

3. BÖLÜM:

Aşağıdaki sağlık eğitiminin planlanması ve yürütülmesine ilişkin uygulama adımları ifadelerini okuyarak size en uygun/yakın gelen seçeneği işaretleyiniz.

Ebelerin Sağlık Eğitimine Yönelik Uygulamaları	**Her zaman**	**Ara sıra**	**Hiçbir zaman**
18.Sağlık eğitimi öncesinde birey/grubun sağlık alışkanlıkları/ davranışları hakkında bilgi toplarım.	1	2	3
19.Sağlık eğitimlerinde birey/grubun daha önceki bilgi ve deneyimlerini dikkate alırım.	1	2	3
20.Sağlık eğitimine yönelik literatür taraması (kitap, kaynak, kayıt) yaparım.	1	2	3
21.Sağlık eğitimi konusuna bireyin/grubun gereksinimlerine göre karar veririm.	1	2	3
22.Sağlık eğitimine yönelik öğrenim hedeflerini belirlerim.	1	2	3
23.Sağlık eğitimini düzenli ve planlı olarak yaparım.	1	2	3
24.Sağlık eğitimi öncesinde yazılı eğitim planı hazırlarım.	1	2	3
25.Sağlık eğitiminin yapılacağı yeri belirler ve öncesinde duyururum.	1	2	3
26.Sağlık eğitimine yönelik kullanacağım materyalleri önceden hazırlarım.	1	2	3
27.Sağlık eğitimi sırasında katılımcıların eğitime etkin katılmasını sağlarım.	1	2	3
28.Sağlık eğitimi yaparken diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği yaparım.	1	2	3
29.Sağlık eğitimlerini değerlendirme kriterlerini önceden belirlerim.	1	2	3
30.Sağlık eğitiminin uzun süreli etkilerini de değerlendiririm.	1	2	3
31.Sağlık eğitimi kayıtlarını düzenli tutarım.	1	2	3

Ek 1 Devamı

Aşağıdaki sağlık eğitimi ne yönelik uygulama ifadelerini okuyarak size en uygun/yakın gelen seçeneği işaretleyiniz.

4. BÖLÜM: Sağlık Eğitimlerini Engelleyen Durumlar ve Çözüm Önerileri

32. Sağlık eğitimlerini düzenli olarak yapmanızı engelleyen faktörler nelerdir?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. ( ) İş yükü fazlalığı
2. ( ) Bilgi yetersizliği
3. ( ) Sunum ve öğretim becerileri yetersizliği
4. ( ) Birey/grubun eğitimlere katılmak istemediğini düşünme
5. ( ) Birey/grubun ebelerden eğitim almak istemediğini düşünme
6. ( ) Bireylerin verilen bilgileri uygulayacağına inanmama
7. ( ) Kurumda sağlık eğitimi faaliyetlerine önem verilmemesi
8. ( ) Eğitim yaparken sağlık ekibinin işbirliğine katılmaması
9. ( ) Kurumumda sağlık eğitimlerini denetleyen bir birimin olmaması
10. ( ) Yönetimin eğitim faaliyetlerini desteklememesi

33. Yaptığınız sağlık eğitimlerinin güçlendirilmesi ve geliştirilmesine yönelik önerileriniz nelerdir? **(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).**

1. ( ) Ebelik müfredatının sağlık eğitimi konusunda geliştirilmesini öneririm
2. ( ) Sağlık eğitimi ile ilgili sağlık personeline hizmet içi eğitim verilmesini öneririm
3. ( ) Sağlık personeli sağlık eğitiminin önemine inandırılmasını öneririm
4. ( ) Bireyler, sağlık eğitiminin önemine inandırılmasını öneririm
5. ( ) Sağlık eğitimi konusunda araştırmalar yapılmasını öneririm
6. ( ) Sağlık ya da hastalığa özgü özelleştirilmiş eğitim standartları oluşturulmasını öneririm
7. ( ) Sağlık eğitimine yönelik yazılı formların hazırlanmasını öneririm
8. ( ) Sağlık eğitimi ile ilgili profesyonel kişiler görevlendirilmesini öneririm
9. ( ) Sağlık eğitimi için uygun ortam ve araç-gereç sağlanmasını öneririm
10. ( ) Sağlık eğitimi için bütçe ayrılmasını öneririm
11. ( ) Ebelerin yaptıkları sağlık eğitimleri performanslarına yansıtılmasını öneririm

Ek 2.

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1963 31.10.2018

Sayın Dr.Öğretim Üyesi Nazan KARAHAN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Ebelerin Sağlık Eğitimine Yönelik Tutum ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi** başlıklı OMÜ KAEK 2015/128 Karar nolu Anket Çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 12.03.2015 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ondokuz mayıs Üniversitesi Tıp Fak. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Tel:(0362)3121919/2782 -4576007 Omutaek@gmail.com
Hastane içi 1.Kat (Özel servis karsısı) Atakum/SAMSUN

9. ÖZGEÇMİŞ

Zeynep OCAK 1991'de Giresun'da doğdu; ilk ve orta öğrenimini aynı şehirde tamamladı; Giresun Atatürk Sağlık Meslek Lisesi'nden mezun olduktan sonra 2008 yılında Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'ne girdi; 2012'de mezun olduktan sonra Giresun Tirebolu Toplum Sağlığı Merkezinde ebe olarak göreve başladı. 2015'den beri İstanbul Ataşehir Fetih Öz Çiftçi Aile Sağlığı Merkezinde ebe olarak görev yapmaktadır.

ADRES BİLGİLERİ

Adres: Fetih Mah. Kafkas Sk. No:7/ Ataşehir/ İstanbul

Tel: 0507 915 2321

e-posta : zynponl28@gmail.com