T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

BOZKIR'DA ÇALIŞAN SAĞLIK GÖREVLİLERİNİN SAĞLIK EĞİTİMİ KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşegül YILMAZ

Danışman
Prof. Dr. Orhan DEMİRELİ

KONYA - 2007

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR LİSTESİ iv

1. GİRİŞ 1

2. LİTARATÜR BİLGİ 3

2.1. Sağlık Eğitimi Hakkında Genel Bilgiler 3

2.1.1. Sağlığın tanımı 3

2.1.2 Eğitim 5

2.1.3. Sağlık eğitimi 7

2.1.4. Sağlık eğitiminin tarihçesi 9

2.1.5. Sağlık eğitiminin genel ilkeleri 11

2.1.6. Sağlık eğitiminin genel amaçları 12

2.1.7. Sağlık eğitiminde profesyonelleşme 14

2.2. Sağlık Eğitimi Yaklaşımları 16

2.2.1. Geleneksel yaklaşım 16

2.2.2. Çağdaş yaklaşım 17

2.3. Sağlık Eğitiminde Temel Yönelimler (Odaklar) 18

2.3.1. Hastalık yönelimli sağlık eğitimi 19

2.3.2. Risk etmeni yönelimli sağlık eğitimi 20

2.3.3. Sağlık yönelimli sağlık eğitimi 20

2.4. Halk Eğitiminde Sağlık Eğitiminin İlkeleri 21

2.5. Birinci Basamakta Sağlık Eğitimi 25

2.5.1. Neden hasta eğitimi? 26

2.5.2. Uygulama 27

2.5.3. Eğitim gereçleri 30

2.6. Hastanelerde Hasta Eğitimi 32

2.6.1. Tanım 32

2.6.2. Gereksinim 33

2.6.3. Eğitim fırsatları 33

2.6.4. Hasta eğitiminin temel prensipleri 34

2.6.5. Hasta Eğitimi ve Danışmanlığı Hakkındaki Öneriler 34

2.6.6. Hasta eğitiminin standartları....35
2.6.7. Sağlık davranış biçiminin değerlendirilmesi için model....36
2.6.8. Eğitim süreci....38
2.6.9. Eğitim düzeyi düşük olan hastaların / bireylerin eğitimi....39
2.6.10. Sağlık personelinin katılımı....40
2.6.11. Ailenin katılımı....40
2.6.12. Sözlü anlatım....41
2.6.13. Basılı materyaller....42
2.6.14. Mevcut materyalleri kullanmadan önce dikkat edilmesi gerekenler....43
2.6.15. Orijinal basılı materyal yapılması....43
2.6.16. Ortam....44
2.7. Eğitim Materyal ve Yöntemleri....45
2.7.1. Eğitimde kullanılan iletişim kanalına göre eğitim türleri....46
2.7.2. Eğitim verilecek kitleye göre eğitimin türleri....46
2.7.3. Eğitimde yöntem seçimini etkileyen faktörler....49
2.7.4. Eğitim materyali türleri....49
2.7.4.1. Etki yollarına göre....49
2.7.4.2. Kullanılan tekniklere göre....50
2.7.5. Eğitim materyali türleri ve özellikleri....50
2.7.6. Eğitim materyali seçiminde göz önünde bulundurulması gereken faktörler....51
2.7.7. Eğitim ortamının fiziksel özellikleri....56
2.8. Türkiye'de Sağlık Eğitiminin Durumu....56
3. MATERYAL VE METOT....61
3.1. Araştırmanın Tipi....61
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi....61
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçim....61
3.3.1. Araştırmanın evreni....61
3.3.2. Araştırmanın örneklemi....61
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları....61
3.5. Araştırmanın Değişkenleri....62
3.5.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri....62

3.5.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri 62
3.6. Verilerin Toplanması 62
3.6.1. Veri toplama aracının hazırlanması 62
3.6.2. Veri toplama aracının ön uygulaması 62
3.6.3. Veri toplama aracının uygulanması 62
3.6.4. Verilerin değerlendirilmesi.....63
4. BULGULAR 64
5. TARTIŞMA VE SONUÇ 73
5.1. Tartışma 73
5.2. Sonuç ve Öneriler 81
6. ÖZET 83
7. SUMMARY 85
8. KAYNAKLAR.....86
9. EKLER 94
EK 1. Anket Formu 94
10. ÖZGEÇMİŞ.....100
11. TEŞEKKÜR.....101

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Türlerine Göre Zaman İçinde Anımsama Kapasiteleri (Sullivan 1995).....48
Tablo 4.1. Sağlık Personelinin Bazı Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (Konya 2007) 64
4.2. Sağlık Personelinin Mesleklerini Sevme ve Görevlerinden Memnuniyet Durumunun Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Konya 2007) 65
4.3 Sağlık Personelinin Mesai İçinde En Çok Uğraştığı İşlerin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı.....66
Tablo 4.4. Sağlık Eğitimi Hizmetlerinin İstenilen Düzeyde Olup Olmadığının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Konya 2007).....67
Tablo 4.5. Verilmesi Gereken Sağlık Eğitimi Hizmetlerinin İstenilen Düzeyde Olmamasının Nedeninin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Konya 2007) .67
Tablo 4.6. Sağlık Personelinin Sağlık Eğitimi ile İlgili Kursa Katılma Durumlarının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Konya 2007).....68
Tablo 4.7. Sağlık Personelinin Sağlık Eğitimi Kurslarında Eğitimini Almış Olduğu Konuların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Konya 2007) 69
Tablo 4.8. Eğitici Eğitimi ile İlgili Kursa Katılma Durumunun Kurumlara Göre Dağılımı (Konya 2007) 69
Tablo 4.9. Sağlık Eğitimi Konularının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Konya 2007)..70
Tablo 4.10. Sağlık Eğitimi Verilen Grupların Mesleklere Göre Dağılımı (Konya 2007).71
Tablo 4.11. Verilen Sağlık Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Konya 2007).....71
Tablo 4.12. Verilen Sağlık Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesinin Sağlık Personelinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı (Konya 2007) 72
Tablo 4.13. Sağlık Eğitimi Verilmesindeki Amacın Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Konya 2007).....72

1. GİRİŞ

'Sağlık eğitimi; bireylere ve topluma sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetip uygulatmak, sunulan sağlık hizmetlerini kullanmaya alıştırmak, sağlıklarını ve çevrelerini iyileştirmek için insanları ikna etmek, ortak karara vardırmak ve eyleme yöneltmek amacıyla gerçekleştirilen eğitim uygulamalarıdır.' (WHO 1983).

Sağlık eğitimi kişiye ve topluma yönelik koruyucu hekimlik uygulamaları arasındadır. Kişinin sağlığı bir hak olarak gördüğü kadar, kendisine, ailesine ve topluma karşı bir görev olarak da kabul etmesi ancak sağlık eğitimi ile olabilir. Sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme birlikte birey ve topluma hastalıklardan korunma ve fonksiyonel yetersizliklerini önleme, yaşam niteliğini yükseltme konusunda yardımcı olan uygulamalardandır.

Toplumun bir üyesi olarak bireyin dengeli bir yaşam sürmesi ve yapıcı katkılarda bulunabilmesi için, bireyin gerekli davranış örüntüleriyle donanmış olması gerekmektedir. Eğitim bunu sağlayan bir araçtır. Eğitim ile; bireylere olumlu davranışlar kazandırılması yanında istenmedik davranışların bırakılması ile sağlıklı ve uyum içinde yaşamını sürdürmesi amaçlanmaktadır.

Bir toplumda 'yaygın görülen sağlık sorunları, bunların önlenmesi ve denetimi ile ilgili olarak halkın eğitilmesi' , Temel Sağlık Hizmetleri'nin en başında yer alır.

Halkın sağlık eğitimi, 1978 Alma Ata Bildirgesi'nde vazgeçilmez hizmetlerden biri olarak belirtilmiştir. Bu tarihten yaklaşık on beş yıl önce ülkemizde uygulanmaya başlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasasında da sağlık eğitimi, birinci basamakta sunulması gereken hizmetlerden biri olarak belirtilmiş ve 154 sayılı Yönerge ile hemen hemen tüm sağlık ocağı personeli bu konuda görevli kılınmıştır. Çünkü, sağlık eğitimi kişiye ve topluma yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarından biri olduğu kadar, Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen 'kendi kendine bakım' (self care) kavramıyla, bireylerin kendi sağlıkları (öz sorumluluk) ve giderek birilerinin sağlığı ile ilgili olarak sorumluluk almaları ve böylece halkın sağlık hizmetlerine doğrudan 'katılımı' anlamına gelmekte ve sağlığın geliştirilmesi (health promotion) konularında önemli olan uygulamalardan biri olmaktadır (Öztek 1986).

Sağlık Eğitimcileri diğer sağlık personelinden ayrı olarak toplumun sorunlarını, mesleğinin kendisine vermiş olduğu sorumluluk ve meslek etiği ile araştırır, bulur, irdeler ve gerekli eğitim programını; edinmiş olduğu bilgi ve beceriler doğrultusunda en

gerçekçi biçimde hazırlar, uygular ve ölçümler yaparak değerlendirir. Kısaca eğitimci gözüyle sorunlara yaklaştığı için sorunların temelden çözümü ile ilgilenir ve uygulamalarını bu doğrultuda gerçekleştirir. Bu uygulamalar sonucunda belki de en önemli ilke olan "ölçme-değerlendirme" işini gerçekleştirir, eksikleri bulup giderme yolunda somut adımlarla eğitimin maksimum seviyede gerçekleşmesini sağlar. Ancak henüz ülkemizde sağlık kuruluşlarında sağlık eğitimcisi kadrosu ile çalışan profesyonel kişiler çalışmamaktadır.

Halkın sağlık eğitimini yapmakla görevlendirilen Sağlık personeli (doktor, ebe-hemşire, sağlık memuru vb.)çok genel anlamda söylenecek olursa, hem mezuniyet öncesi okul eğitimlerinde hem de hizmet içi eğitimlerinde, halkı '**neden** ve **nasıl** eğitecekleri' konusundaki bilgi ve beceride yeterli olabilecekleri resmi bir eğitim almamaktadır. Sağlık personeli sağlıkla ilgili konularda eğitim yaparken el yordamıyla ve kendi kişisel yetenekleri doğrultusunda davranmaktadır. Sağlık personeli bu etkinliklerinde ya sağlık kuruluşuna başvurularda bireylere, ya da bir salona toplanan gruplara, çoğu zaman yalnızca sözel sunumlarla ve kimi zamanda görsel-işitsel araç ve gereçleri kullanarak sağlıkla ilgili mesajlar vermektedir. Ancak bunun katılımcıların öğrenmesine etkisi ve gerçekten eğitim olduğu tartışmalıdır.

Sağlık eğitiminin temel amacı, bireylere ve topluma, kendi çaba ve eylemleri yoluyla sağlıklı bir yaşam sürmeleri için yardımcı olmaktır. Bu amacı gerçekleştirmek için sağlık eğitimi, öncelikle sağlıkla ilgili her türlü öğrenme işlemini destekler ve geliştirir. Bireylerin anlayışlarında ve düşünce tarzlarında değişiklikler yaparak inançlarını ve değerlerini etkiler. Tutumların değişmesini ve becerilerin kazanılmasını kolaylaştırır. Sonuçta bireylerin davranışlarını ve dolayısıyla yaşam biçimlerini değiştirir (Hasde 1997).

Bu amaçlara ulaşılabilmesi için sağlık eğitiminin halka sunulan sağlık hizmetlerinin bir parçası olması zorunluluğu vardır. Sağlık eğitimi, hizmeti sunanlar tarafından verilirse daha etkili olur ve amacına ulaşmış olur.

Bu çalışma, sağlık eğitimi konusunda sağlık personelinin bilgilerini, tutum ve davranışlarını belirlemek, sağlık eğitimi hakkında düşüncelerini öğrenerek, sağlık eğitimi yapıp yapmadıklarını tespit etmek ve bunların sonucunda, sorunları tanımlayarak çözüm önerileri geliştirmek ve sağlık eğitiminin önemini sağlık çalışanlarına ve yöneticilerine bir kez daha hatırlatmak amacı ile yapılmıştır.

2. LİTARATÜR BİLGİ

2.1. Sağlık Eğitimi Hakkında Genel Bilgiler

2.1.1. Sağlığın tanımı

Sağlık tanımı, her yerde 'hasta olmama' anlamında, hastalık kavramı ile bağlantılı, yani negatif bir mesaj verecek şekilde yapılmaktadır.

Modern batı tıbbın felsefesini inceleyen bazı yazarlara göre 'sağlık' kavramının 'hastalık' kavramına bağımlı olarak tanımlanması yanlıştır. Sağlık ve hastalık birbirinin simetriği olamaz, çünkü; pek çok hastalık var iken bir tek sağlık bulunmaktadır. İnsanların hastalıklarının nedenlerini bulmak ve hastalıklarını tedavi etmenin yanı sıra ve belki de bundan daha önemli olan, sağlıklı olmanın temellerini tanımlamak ve sağlığı geliştirici cabalar harcamaktır (Fişek 1982).

Özellikle son yüzyıldaki sağlık istatistikleri incelendiğinde, örneğin, bulaşıcı hastalık görülme sıklığı ve ölümlerinin bile tıptaki gelişmelerden, bağımsız olarak azalmış olması, yeni çıkan hastalıklardan çevreye ilişkin etkenler ile yaşama biçimlerinin sorumlu olması, sağlık-hastalık kavramlarının yeniden ele alınmasını zorunlu hale getirmiştir (Güler 1995).

Çeşitli yazarların vurguladığı gibi, artık tıp ve sağlık bilimlerinde biyolojik paradikmanın yerini, sosyoekolojik paradikma almaya başlamıştır. Modern batı tıbbın dayandığı, biyomedikal yaklaşımın yetersiz kaldığı görülmekte, yerine psikososyal ve ekolojik bir yaklaşımın gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Hipokratik yaklaşıma göre sağlık ve iyilik hali, insanın çevresindeki ısı, rüzgar, toprak, yiyecekler ile kendisine ait olan yeme-içme alışkanlıkları, cinsel yaşam, çalışma ortamı gibi bir dizi özel şartlar arasındaki dengeden oluşmaktadır (Özden 1989).

Çin düşüncesine göre insan vücudu birbirini tamamlayan ve çerce ile dinamik denge içinde bulunan bir dizi sistemden oluşmaktadır. Kötü beslenme, yetersiz uyku, yetersiz hareket ve aile içi, toplum içi uyumsuzluklar dengeyi bozmakta, hastalıklara neden olmaktadır (Özvarış 1997).

Pozitif bilimlerin önem kazanması nedeniyle evren, tüm canlılar ve insan vücudunu bir tür makine gibi ele almış, işleyiş mekanizmaları matematik kuralları ile

açıklamaya çalışmış, insanın çevresi, zihni ve bedeni ile olan bütünlüğü göz ardı edilmiştir. Başka bir deyişle, hastalıklar, bir tür makine olan insan vücudunda 'makinanın arıza yapmasıdır, hekimin görevi bu makinayı tamir etmektir'.

Bugün yaygın olarak kullanılan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü kuruluş yasasında yer alan tanımdır. Buna göre, 'Sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir' (WHO 1983).

Bu tanımda 'iyilik' kavramını açıklama güçlüğünün yanı sıra, 'tam'ın nasıl ölçüleceği, cevabı zor olan bir sorudur. Öte yandan sağlığın 'hal' olarak görülmesi, kişinin görev sorumluluğunu azaltarak statik bir duruma indirgemektedir. Bunlara rağmen tanımda yer alan 'sosyal' iyilik kavramı önemli bir gelişme olarak görülmelidir.

Sağlık, kavramını tanımlamaktan öte iyi anlayabilmek için sağlığı olumlu yönde destekleyen çeşitli etkenler (sağlık kaynakları) ile olumsuz yönde etkileyen koşullar ve etkenleri (sağlık riskleri) tanımak gerekir (Dirican 1990).

Sağlık Düzeyleri

İnsanlar;

1. Bedensel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halinde bulunuyorlarsa, buna 'Optimal Sağlık' düzeyi denir,

2. Herhangi bir hastalığın inkübasyon halinde olması, bazı arazların belirmesi haline 'Suboptimal Sağlık' durumu,

3. Klinik olarak belirli bir hastalık durumu geliştirmesi veya sakatlık hali üçüncü sağlık düzeyidir,

4. Çok ağır hastalık veya ölüme yakınlık da 4'üncü düzeydir. Bunun ötesi ölümdür. Sağlık hizmetleri bireyi bu sağlık düzeylerinden hangisinde bulunuyorsa, bir sonrakinden korumayı amaçlar. Yani optimal sağlık düzeyinin hastalığa, hastalık halinin ağır komplikasyonlu bir duruma veya malüliyete dönüşmesini önlemeye çalışmak ve ömrü uzatmak, sağlık hizmetlerinin amacıdır.

Sağlık ve hastalık hem kişi, hem de hekimlik yönünden aynı düzeyde ve ağırlıkta olan olgular değildir. Hastalıklar hafif bir hastalıktan öldürücü bir hastalığa kadar çeşitli düzey ve ağırlıkta olabilir. Aynı durum sağlık içinde söz konusudur. Sağlıkta farklı

düzeyleri kavramak hastalığa kıyasla daha zordur. Bunu açıklamak için iş verimi bir boyut olarak alınabilir. Bir kişi ne kadar sağlıklı ise iş verimi de o kadar artar. İyi beslenmeyen bir işçinin iş veriminin düşük oluşunun nedeni sağlık düzeyinin düşük oluşundandır. Bu nedenle hastalıklardan korunma yanında sağlığın geliştirilmesinden de söz edilir. Sağlığı geliştirme kişinin sağlık düzeyini yükseltmektir (İrgil 1997).

Sağlığın Değeri

Genellikle insanların sağlıklarına önem verdikleri sanılır. Bu doğru bir yargı değildir. İnsanlar hasta oldukları, ölümden korktukları zaman sağlıklarına önem verirler. Kanuni Sultan Süleyman çok söylenen 'Halk içinde muteber nesne yok devlet gibi. Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi' iki dizili koşuğunu hasta iken yazmıştır. İnsanların davranışlarını sağlıklarını ön plana almadan ayarladıklarını gösteren bir sürü örnek vardır. Harman zamanı hastalanan çiftçi, çalışabileceği sürece, harmanı bırakıp doktora gitmez. Tek başına kalmış hasta ve yaralı bir kişi yiyecek bulmak için çaba harcar. Barınacak bir yer bulma veya barınağı koruma sağlığı koruma güdüsünden kuvvetlidir. Sağlıktan daha ağır basan bir güdü de 'zevk alma' güdüsüdür. Zevk alma için sağlığını, hatta hayatını tehlikeye atanlar çoktur. Değil hiçbir hastalığı olmayanlar arasında –kalp hastaları arasında da zararını bile bile- sigara içenler vardır (Tones 1997).

Sağlığın yiyecek sağlama, barınak bulma ve zevk almadan sonra gelişi toplumsal yönden de geçerlidir.1963 yılında Devlet Planlama Örgütü'nün köylerde yaptırdığı bir araştırmada köylülerin ancak yüzde 7'si köylerine sağlık hizmeti getirilmesini istemiştir.

2.1.2 Eğitim

Eğitim hakkının; herkes için geçerli olduğu bütün dünyada kadın-erkek, her yaştan insan için vazgeçilmez bir hak olduğu, yeterli bir koşul olmamakla birlikte, kişisel ve toplumsal gelişimin vazgeçilmez bir anahtar olduğu İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'yle kabul edilmiştir (Hatun Ş 1990).

Eğitim terimi; Latince'deki 'educate' mastarının isim şekli olan 'education' sözcüğünün Türkçe karşılığıdır. Education; büyütmek, yetiştirmek, ve geliştirmek

anlamlarına gelir. Eğmek mastarından türetilen ‘eğitim’ sözcüğü dilimize 1940’larda yerleşmiştir. Bu tarihe kadar önce Arapça kökenli ‘terbiye’ sözcüğü kullanılmıştır (Başaran 1989).

Toplumları sağlık düzeylerinin yükseltilmesi ve gelişmişliği, üretim güçlerinin ilerlemesi ile olasıdır. Üretimin güçlenmesi için yapılan teknik yatırımlar ile insan gücü nitelik ve niceliğine yönelik olarak yapılan eğitim yatırımı eşdeğerli yatırımlardır (Tuçenko V 1979).

Eğitim insanların bilgi düzeylerinin yükseltilmesini, deneyimlerinin zenginleştirilmesini sağlayan bir araçtır. İnsan gücünün eğitilmişlik derecesi arttıkça üretimin niteliği ve niceliği artarken eğitime ayrılabilecek kaynak da artar. Eğitim, pahalı ancak verimli bir yatırımdır, toplumsal tüm yatırımları doğrudan etkiler (Serin N 1979).

Eğitim ile; bireylere olumlu davranışlar kazandırılması yanında istenmedik davranışların bırakılması ile sağlıklı ve uyum içinde yaşamını sürdürmesi (insanın çok yönlü gelişiminin sağlanması) amaçlanmaktadır (Başaran İ.E 1989)

Kısaca ‘kişilere istenilen davranışları kazandırmak, istenmeyen davranışlarında olumlu değişiklikler oluşturmak’ şeklinde tanımladığımız eğitimin amacı; öğretilen fikrin benimsetilmesi, bilginin uygulanmasının sağlanmasıdır. Eğitimin ana unsuru davranış değişikliğidir. Davranış değişikliği de öğrenme süreci sonunda oluşmaktadır.

Eğitim ve öğretim birbirlerinden farklı terimlerdir, ancak birbirleriyle içiçedirler. Bilen bir kişinin bildiği bir konuyu; bilmeyen birisine anlatması, aktarması, o kişinin bunları öğrenmesi, sorulduğunda yanıt vermesi, bildiğini göstermesi sürecine **öğrenim** denir. Öğrenimde, öğrenenin kendisine aktarılan bilginin doruluğuna inanması veya inanmaması, uygulaması veya uygulamaması, o bilgiye muhtaç olması veya olmaması önemli değildir (Fidan 1982).

Unutulmamalıdır ki öğretim ve eğitim amaç değildir, toplum ve kişiyi geliştirmek için kullanılacak bir yöntemdir.

Eğitim ‘örgün eğitim’ veya ‘yaygın eğitim’ şeklinde yapılabilir. Örgün eğitim; anaokulundan üniversiteye kadar örgütlenmiş tüm okul eğitimlerini içine alır. Yaygın eğitim ise, daha geniş ve değişik eğitim biçimlerini kapsar. Yaygın eğitim bir kurum

veya iş yerinde çalışan kişiler için yapılabileceği gibi geniş kitleleri içeren halk eğitimi şeklinde de olabilir (Turner 1981).

Okulda verilen formal eğitim ve iş yerinde verilen hizmet içi eğitim dışında gerekli bilgileri örgün eğitimde almış ya da alamamış kişilere; okuma-yazma öğretmek, çağın gelişmelerine kişilerin uyumunu sağlamak, ulusal değerleri tanıtmak, toplu yaşam anlayış ve alışkanlıklarını kazandırmak, ve sağlıklı yaşama şekil ve yollarını öğretmek amaçları yanında bir meslek kazandırmak, yetişkin bireylerin yeteneklerini, yaşamlarını ve davranışlarını geliştirmek ve iyileştirmek amacıyla planlı olarak yapılan eğitime 'Halk Eğitimi' denir (Geray 1993, Güler 1987).

Ülkemize yapılan halk eğitimi çabaları çok yetersizdir. Az sayıdaki çabalar ise okuma-yazma düzeyinde sınırlı kalmıştı. Oysa halk eğitiminin; siyasal, ekonomik, toplumsal, kültürel ve sağlık alanlarında kalkınmayı sağlayabilecek, halkın hızlı değişen dünyaya uyum göstermesine yardım edebilecek bir nitelik ve nicelikte olması gerekmektedir. Kalkınma bu çabalarında halk eğitimi, örgüm eğitim kadar güçlü bir araçtır(Başaran 1989).

2.1.3. Sağlık eğitimi

Endüstrileşmiş batı ülkelerinin sağlık ölçütleri ve yaşam koşulları; ekonomik, çevresel ve yapısal düzenlemeler temelinde birlikte yürütülen sağlık eğitimi ile geliştirilebilmiştir. Sağlık eğitimi uygulamaları; güvenlik ve yaşam koşullarından, çalışma performansı ve üretkenliğine, sağlıklı insanlardan sağlıklı çevreye kadar birçok alanda etkili olmuştur. Böylece sağlığın geliştirilmesi (health promotion) geniş ölçüde başarılabilmiştir (Tones, 1997)

Yakın zamana kadar sağlık eğitimi, sağlık alanında ve zaman zaman da diğer alanlarında görev yapan çeşitli yetkililer ya da gruplar tarafından 'sağlıklı olmaları için nelerin yapılması gerektiğinin bireylere anlatılması ' biçiminde ele alınmaktaydı. Ancak, günümüzde sağlık eğitimi, bu sınırlayıcı ve tehlikeli yaklaşımı aşarak bağımsız bir disiplin, bir bilim dalı ve uzmanlık alanı olmuştur (Tabak 2000).

Son yıllarda sağlık eğitiminin çok sayıda tanımı yapılmıştır. Smith'in (1979) tanımına göre sağlık eğitimi;

‘Bireylerin ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, sürdürülmesi ve iyileştirilmesi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları kolektif olarak belirleyen etkileşimler bütünlüğüdür.’

Bu tanımda yer alan ‘etkileşimler’ ailede, okulda, toplumda ve sağlık hizmetleri kapsamında verilen her türlü resmi (formal, örgün) ve resmi olmayan (informal, yaygın) eğitim çalışmalarını kapsamaktadır.

Başka bir tanıma göre sağlık eğitimi; Kendi yaşantıları yoluyla bireyde istendik sağlık davranışları geliştirme sürecidir. Bu tanıma göre sağlık eğitimi, eğitim süreci aracılığıyla sağlığını korumaları ve geliştirmeleri amacıyla kişilere ve topluma istenilen bilgi, tutum ve davranışları kazandırmaya yönelik uygulamalar bütünüdür (Turner 1981).

Sağlık eğitimine farklı bakış açısı kazandıran bir başka yaklaşıma göre sağlık eğitiminin kapsamı şu şekilde açıklanmaktadır: Sağlık eğitimi insanlara sağlıkla ilgili bilmediklerini öğretmek demek değildir. Sağlık eğitimi, insanların sağlıkla ilgili davranışlarında değişiklik yapmak, alışmadıkları iyi uygulamalara alıştırmaktır. Kısaca, iyi davranışları alışkanlık haline getirmektir (Öztek 1986).

Yine bu doğrultuda sağlık eğitiminin önemini şöyle tanımlayabiliriz: ‘Sağlıklı yaşama ve hastalıklardan korunma ilkelerinin uygulama alanına konulabilmesi için önce bilgiye sonra iradeye gerek vardır. Sağlık eğitimi uygulamasının gerekliliği bundan ileri gelmektedir. Sağlık nasıl kötü alışkanlıklara, fanteziye ya da aşırı isteklere terk edilemez ise, deneyimsizliğin eline de bırakılamaz. Sağlık bireyin ve toplumun her gün göstermesi gereken dikkat ve disiplinle korunabilir. Sağlıklı hayat, disiplinli ve akılıca yaşamaya gereksinim duyar.’ Bazı hastalıkların insanlardaki bilgi ve irade eksikliğinden ileri geldiği kesindir. Sağlık eğitimi duyurular yapılması, hijyenik önlem ve formüllerin dağıtılması, teknik bilgiler verilmesi anlamına gelmediği gibi kurallarla yasakları sıralamaktan da oluşmamaktadır (Tabak 2000)

Kişiye ve toplum yönelik koruyucu hekimlik uygulamaları içinde bulunan sağlık eğitimini, (Dünya Sağlık Örgütü) DSÖ şöyle tanımlamıştır: ‘Sağlık eğitimi; bireylere ve topluma sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetip uygulatmak, sunulan sağlık hizmetlerini kullanmaya alıştırmak, sağlıklarını ve çevrelerini iyileştirmek için insanları ikna etmek, ortak karara vardırmak ve eyleme yöneltmek amacıyla gerçekleştirilen eğitim uygulamalarıdır.’ (WHO 1983).

Sağlık eğitiminin temel amacı, bireylere ve topluma, kendi çaba ve eylemleri yoluyla sağlıklı bir yaşam sürmeleri için yardımcı olmaktır. Bu amacı gerçekleştirmek için sağlık eğitimi, öncelikle sağlıkla ilgili her türlü öğrenme işlemini destekler ve geliştirir. Bireylerin anlayışlarında ve düşünce tarzlarında değişiklikler yaparak inançlarını ve değerlerini etkiler. Tutumların değişmesini ve becerilerin kazanılmasını kolaylaştırır. Sonuçta bireylerin davranışlarını ve dolayısıyla yaşam biçimlerini değiştirir (Hasde 1997).

Bu amaçlara ulaşılabilmesi için sağlık eğitiminin halka sunulan sağlık hizmetlerinin bir parçası olması zorunluluğu vardır. Sağlık eğitimi, hizmeti sunanlar tarafından verilirse daha etkili olur ve amaca ulaşılır (Öztek 1986).

Sağlık eğitimi esas olarak bir 'halk eğitimi''konusu olmakla birlikte örgün eğitim aşamalarında başlamalıdır. Ancak burada asıl hedef, yetişkinlerdir. Çünkü, değer yargıları, davranışları ve alışkanlıkları değiştirilmesi gereken esas kitle; yetişkinlerdir. Sağlık kültüründe değişimin sağlanması eğitimin hem örgün eğitimde hem de halk eğitiminde verilmesiyle başarılabilir (Fişek 1985).

Gelişmekte olan ülkelerde; erken ölümlülükten infeksiyon hastalıklarına, dengesiz beslenmeden iş güvenliliğinin olmadığı iş koşullarına, ana ve çocuk sağlığı sorunlarından üreme sağlığı sorunlarının var olmasına kadar birçok alanda sağlıkla ilgili sorunlar yaşanmaktadır (WHO 1997). Sosyal ve ekonomik düzenlemeler temelinde yapılacak olan sağlık eğitimi çabaları; bu sorunların aşılmasıyla sağlık göstergelerinde iyileşmeler sağlaması yanında eğitim düzeyi ve ekonomik göstergelerde de düzelmeler sağlayabilir (Green 1992).

2.1.4. Sağlık eğitiminin tarihçesi

Her bilim dalının olduğu gibi sağlık eğitiminin de bir geçmişi vardır. Sağlık Eğitimi insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahiptir. Eski çağlardan beri bütün dinlerin kutsal kitapları, kişisel temizlik, sağlık davranışları, hastalıkların önlenmesi gibi konulardan bahsetmektedir.

Sağlık Eğitimi, eski çağlarda (Mezopotamya, Eski İran, Yunanistan, Hititler v.b.) tapınaklara bağlı okullarda hekimlik eğitimi olarak yapılıyordu. Bu okullardan mezun

olan hekimler tedavinin yanında aynı zamanda hastalarına eğitim de yapıyorlardı. Örneğin nelerin yenilip yenilemeyeceğini belirtirler ve önerilerde bulunurlardı.

M.S. 980-1037 yılları arasında yaşayan İbni Sina yalnızca hastalıkların nedenlerini değil, aynı zamanda sağlıklı olmanın, sağlıklı kalmanın nedenlerini de bilmek gerektiğini belirtmiştir. Bu görüşten yola çıkarak İbni Sina sağlığı koruma bilimini geliştirmiştir (Tabak 2000)

XVI. yüzyılda Avrupa'da çıkan salgın hastalıkları önlemek için karantina, hasta ve çevresini korumak için de ayırma uygulanmıştır. Örneğin Lepralılar özel bir giysi giymek zorundaydılar. Çarşıya, pazara, alana girmeleri yasaktı.

XVII. yüzyılda Londra'da çıkan Veba salgınında da benzer uygulamalar yapılmıştır.

XVIII. yüzyılın sonunda İş Hekimliği doğmuştur. İş Hekimliğinin doğuşuyla birlikte işçi sağlığının düzeltilmesi için daha iyi beslenme ve daha az zor iş koşulları öneriyordu (Güler 1987).

XIX. yüzyıla kadar yapılan sağlık eğitimi çalışmalarında bireyin bilgilendirilmesine önem veriliyordu. Bu yüzyıldan itibaren sağlık bilgi ve uygulamalarının geliştirilmesinde sağlık personelinin etkin rol alması gerektiği üzerinde durulmaya başlanmıştır. Örneğin Viyana Üniversitesi hastanesinde görev yapan Semmelweis otopsi yapan tıp öğrencileri ile hekimlerin eğitildiği doğum koğuşlarındaki ateş nedeniyle anne ölümlerinin, ebelerin görev yaptığı koğuşlardakine oranla daha yüksek olduğunu gözlemlemiştir. Bunun üzerine tıp öğrencilerinin ve hekimlerin klorlu solüsyonlarla ellerini temizlemeleri önerisinde bulunmuştur. Böyle bir hijyenik uygulamayla doğum koğuşlarındaki anne ölüm hızının önemli ölçüde düşmesini sağlamıştır. Sonuç olarak Semmelweis, sağlık personelinin de bilgilendirilmesi gerektiğini ispatlamıştır (Bertan, Güler 1997).

Yukarıda açıkladığımız sağlık eğitimi uygulamalarının önemli bir bölümü günümüzdeki uygulamaların temelini oluşturmuştur. Fakat eskiçağlarda yapılan bu uygulamaların kökeni bilimsel olmayan ampirik çalışmalardır. Bugün ise sağlık eğitimi bilimsel kurallara ve gerçeklere dayanmakta ve özel bir ders olarak bilim kurumlarında, üniversite ve okullarda okutulmaktadır.

Sağlık Eğitim Fakülteleri 2809 sayılı yasanın Ek 30. Maddesine dayanılarak Sağlık Bakanlığı'nın talebi, YÖK'ün uygun görüşü ve Milli Eğitim Bakanlığı'nın teklifi ile 3 Kasım 1994 tarihli ve 22100 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Bakanlar Kurulu Kararı ile kurulmuştur. Bu fakülteler bugün için 2 tanedir ve birisi Marmara diğeri de Ankara Üniversitelerine bağlı olarak kurulmuşlardır. Her iki fakültenin de organizasyon yapısı aynı şekilde biçimlendirilmiştir. Ülkemizde sağlık hizmetleri yıllardır hekim-hemşire ağırlıklı ve hastane-muayenehane merkezli hizmetlerdir. Bu durum ülkemizdeki temel sağlık göstergelerinin pek çok üçüncü dünya ülkesinin bile gerisinde kalmasının önemli nedenlerinden birisidir. Son 20 yıldır tüm dünyada sağlık hizmetlerini reorganizasyonu çalışmaları hızla devam etmektedir (Sur ve ark 2002).

Toplumun sağlığını koruma ve geliştirme amaçlı olan "Sağlık Eğitimi" şu an dünyada kabul edilmiş bir bilim dalıdır. Türkiye'de ancak Avrupa Birliğine giriş sürecinde gündeme gelmiş ve ilk adım sağlık eğitimcisi yetiştiren Sağlık Eğitim Fakültelerinin açılması ile atılmıştır.

2.1.5. Sağlık eğitiminin genel ilkeleri

a) Amaç açık olmalıdır:

Amaç, eğitim uygulamaları sonunda bireylere kazandırılmak istenen son davranıştır(Sönmez 1985). Her eğitim programında, amaçlar açıkça belirtilmelidir. Eğitim sonucunda 'Ne elde edilmek isteniyor?' sorusu; amacı hazırlamanın, hedefi belirlemenin ilk şartıdır.

Eğitim sonunda eğitilenlerin mutlaka bilmelerini, benimsemelerini, becerebilmelerini, alışkanlık haline getirmelerini istediğimiz konular açıkça belirlenmelidir. Amaçlar, eğitim sonunda ölçmek istediğimiz şeyleri kapsamalı ve ölçülebilir terimlerle ifade edilmelidir. Amaçlar; gözlenebilir, ölçülebilir, anlaşılır, ulaşılabilir olmalı, açıkça yazılmalı ve hedef kitlenin seviyesine uygun ve eğitim gereksinimleriyle ilgili olmalıdır.

b) Bireysel farklılıklar dikkate alınmalıdır:

Her eğitim çabasında, hedef grubu oluşturan bireyler, öğrenme hızı açısından aynı durumda olamaz, her birey aynı konuyu eşit sürede, eşit yöntemle, aynı ölçüde

öğrenemez. Bu nedenle, bireysel farklılıklar da dikkate alınmalıdır (Başaran 1990). Özellikle yaygın eğitimde bu farklar daha fazladır.

c) Konular bilinenden bilinmeyene doğru belli bir sırayla anlatılmalıdır:

Kişilere her ne öğretilecekse, önce bildiği şeylerden başlanmalıdır. Öğretilebilecek şeyler, bilinenden bilinmeyene doğru, somuttan soyuta doğru giden bir sıra izlenerek öğretilmelidir (Güler Ç 1994).

d) Eğitim, gerçek yaşamdakine benzer olmalı, uygulama yaptırılmalıdır:

Eğitim araç, gereç ve yöntemleri gerçeklere en yakın bir şekilde kullanılmalıdır. Eğitim çabalarının uygulamalı yapılmasının, öğrenmede % 70-80 oranında rol oynadığı, uygulamaların tekrarlanması halinde bu oranın daha da yükseldiği ve kalıcılığının arttığı belirlenmiştir(Johns Hopkins School of public Health Center for Communication programs: Advances in Family Health Communication. Workshop notları. Tekirova, Antalya,Türkiye, 27 Nisan-9 Mayıs 1997.

e) Sonuçların doğruluğu ölçülebilir ve gözlenebilir değerlendirme yöntemleriyle kontrol edilebilmelidir:

Eğitimin ürünü amaçlara ulaşmaktır. Eğitim çabası içinde ve sonunda amaçların gerçekleşme durumu, sonuçların doğruluğunu ortaya çıkarır. Eğitimin her aşamasında, ölçülebilir ve gözlenebilir değerlendirme yöntemleriyle sonuçların doğruluğu kontrol edilmelidir. Bilgi, tutum ve beceri düzeyinde amaçları ne oranda ulaşıldı?, amaçların hangilerine ulaşılamadı?, ulaşılamama nedenleri nelerdir?, gibi sorular, bu değerlendirmelerin hareket noktasıdır. Sonucu izlenmeyen bir eğitim çabası, boşa harcanan zaman, emek ve masraftır (Başaran 1990).

2.1.6. Sağlık eğitiminin genel amaçları

Çağdaş eğitim kavramı insanı çevresi ile sürekli etkileşimde bulunan psikoz-sosyal varlık olarak görmektedir. Eğitim, toplumun gereksinimlerini en kısa zamanda yanıtlayabilmek için ekonomik yönden bağımsız, sosyal yönden uyumlu, siyasal alanda bilinçli, üretken yurttaşlar yetiştirmeyi hedef alan gerçekçi ve pratik yaklaşımları gerektirmektedir. Çeşitli bilgi, tutum ve davranış kategorilerini temsil eden disiplinlerin birey ve toplum açısından temel işlevi insan yaşamında bireysel mükemmelliği, sosyal

ve ekonomik yönden etkililiği, dinamizm, gerçek yaşama aktif katılımı öngören bir nitelik taşımaktadır. Bu doğrultuda, her disiplin kendi alanında evrensel davranış biçimlerini bireylere kazandırmak durumundadır. Yaşamın dokusuyla iç içe olan bu davranış biçimlerinin en önemlileri arasında bireyin kendisi ve başkaları ile ilgili olarak zengin ve disiplinli bir yaşam biçimine sahip olma, usa dayalı kararlar verebilme, yanlışı ve doğruyu ayırt edebilme ve değerlendirebilme, özgün görüşe sahip olabilme gibi yetkinlik gerektiren davranışlar bulunmaktadır (Dirican R, 1990).

Dünya Sağlık Örgütü, toplumun sağlık bilimlerindeki gelişmeler konusunda bilgilendirilmesi, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinin yöntemi olarak da değerlendirdiği sağlık eğitiminin, bağımsız bir disiplin olarak, temel amaçlarını beş başlık altında toplamaktadır (Tabak 2000):

- Sağlığın değerini bireylere ve topluma anlatmak ve inandırmak,
- Bireyi ve toplumu sağlık sorunlarını kendi kendine çözebilmeye alıştırmak,
- Birey ve toplumun sağlık kurum ve kuruluşlarından en iyi şekilde yararlanmalarını sağlamak.
- Bireyin ve toplumun sağlıklı yaşam biçimlerini geliştirmek ve sağlıklı yaşamaya alıştırmak, (sağlığın geliştirilmesi)
- Bireyi ve toplumu kendi sağlığını korumaya alıştırmak,

Bu bağlamda sağlık eğitimi, her şeyden önce, bireyin ve toplumun sağlığını olumsuz yönde etkileyen davranışları ve onların temelinde yatan eğitsel nedenleri ortaya çıkarıp değiştirmeyi, olumlu davranışları pekiştirmeyi ve olumlu yeni davranışlar geliştirmeyi amaçlamaktadır.

Etkili sağlık eğitimi, genel anlamda, sağlıkla ilgili anlayış ve düşünme biçimleri ile inanç ve tutumlarda değişiklikler oluşturmayı, değerleri etkilemeyi, beceri kazanımını kolaylaştırmayı, davranışları ve yaşam biçimlerini geliştirmeyi kapsayan çalışmalar bütünü olarak ele alınabilir. Ancak, daha yalın bir yaklaşımla sağlık eğitimi, bireyin yetenek ve eğilimlerinde nispeten kalıcı değişiklikler oluşturan sağlıkla ilgili her türlü planlı öğrenme etkinliği olarak da değerlendirilmektedir (Pehlivan 1994).

2.1.7. Sağlık eğitiminde profesyonelleşme

Amacı insanların mutlu ve sağlıklı yaşamalarına katkıda bulunmak bile olsa, bir iş, bir hizmet alanının meslek olarak benimsenmesi belli özellikleri taşımasına bağlıdır. Bu özelliklerden öncelikle değerlendirilmesi gerekenler şunlardır:

- Bir meslek, topluma bilimsel olarak onaylanmış, özel bilgi ve beceri gerektiren bir hizmet sunar,
- Yeni ve kurumsal bilgilerin geliştirdiği yüksek öğrenim kurumlarında akademik bir eğitim ve buna bağlı olarak geliştirilen sınavlar sonucunda diploma almış olmayı gerektirir,
- Hizmet alıcıları karşısında özel ve belirli bir yetkisi vardır,
- Meslek kuruluşu kurma ve üye olma hak ve yetkisi vardır,
- Bürokrasi tarafından tanınmış olmalıdır,
- Kendine özgü etik (meslek ahlakı) kuralları ve yaptırımları vardır (Tabak 1994).

Sağlık Eğitiminde profesyonelleşme ele alındığında, her şeyden önce, bu çalışma alanının ve çalışanlarının, en azından bu altı özelliğe uyup uymadıkları değerlendirilmelidir.

Sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleri için bireylerin bilgilendirilmesi, tutum ve davranışlarının değiştirilmesini amaçlayan çalışmalar bütünü olarak tanımlanan sağlık eğitiminin profesyonel bir çalışma alanı olarak değerlendirilmesi ve hangi nitelikteki insan gücü tarafından yürütülmesi gerektiği her zaman tartışma konusu olmuştur. Bu konuda öne sürülen görüşler iki ayrı noktada yoğunlaşmaktadır.

Bunlardan ilki ve halen daha yaygın olarak benimsenmiş olanı, sağlık eğitiminin, başta tıp ve sağlık olmak üzere mevcut meslekler arasında ilgili olabileceklerinin hizmet alanlarına entegre edilmesidir. Bu görüşe göre, sağlık eğitimi, bu mesleklerin üyeleri tarafından, asıl çalışmalarının yanı sıra yürütülebilecek bir hizmet niteliğindedir. Bu konuda kapsamlı eğitim almış olmaları her zaman gerekti değildir. Kişinin özel yönelimlerine ve yürüttüğü eğitim çalışmasının yoğunluğuna ve sürekliliğine bağlı olarak hizmet içi eğitim ya da üst akademik eğitim (Lisansüstü Eğitim) yoluyla sağlık

eğitimi bilgi ve becerisini geliştirebilir. Aldığı sertifika ya da diplomalarla da bu konudaki yetki ve yeterliliğini belgeleyebilir.

Son yıllarda artarak desteklenmekte olan ikinci görüş ise, sağlık eğitiminin, bu alanda akademik eğitim almış, diploma sahibi özel bir meslek grubu olarak Sağlık Eğitimcileri tarafından yürütülmesi yönündedir. Sağlık eğitiminde profesyonelleşmeyi savunan bu görüşe göre, sağlık eğitimi, amaçları, kapsamı ve uygulama yöntemleri açısından başlı başına bir alan ve bağımsız bir disiplindir. Sağlık eğitimi çalışmalarını yürütenler de bu alana yönelik olarak yetişmiş *profesyoneller* olmalıdır (Öztek 1992).

Sağlığını koruması ve geliştirmesi için bireye bilgi kazandırmak, olumlu tutum geliştirmesini sağlamak ve davranışlarını değiştirmek tesadüfi kültürlenmeye bırakılacak ya da amatör faaliyetler çerçevesinde değerlendirilecek bir çalışma değildir. Her aşamada profesyonelce kılavuzlanması gereken, amaçlı, planlı-programlı bir uygulamadır. Bu uygulama süreci içinde ortaya çıkabilecek yanlışlıklar, eksiklikler, hatalar genellikle bedeli yüksek ya da geri dönüşü olmayan sonuçlara neden olurlar. İnsanları yanlış alışkanlıklarından yalnızca bilgi aktarımı ile kurtarmak mümkün değildir. Eğer, sağlık eğitimini yalnızca 'bilgi aktarma işlemi' olarak görülüyorsa, bu işlemin profesyonelleri olarak da kitle iletişim araçlarını kabul etmek gerekir. Bu bağlamda, insanlara hangi bitkinin insan sağlığına zararlı hangisinin zararsız olduğu bilgisini aktarabilen Bahçıvan da bir Sağlık Eğitimcisi (Eğitici) olarak kabul edilmelidir. Asıl mesleklerinin yanı sıra ya da arta kalan zamanda sağlık eğitimi ile ilgilenenler çalışmalarını genellikle bilgi aktarımı düzeyinde yoğunlaştırırlar. Bir sağlık sorunu ya da konusunda hedef grubu 'bilgi sahibi' yapmanın tutum değişikliği ve davranış geliştirilmesi için yeterli olduğunu düşünürler. Böyle bir çalışma için de sağlık eğitimi konusunda fazlaca bilgi ve beceri sahibi olmak her zaman gerekmez. Bu 'Sağlık Eğitimi Gönüllüleri'nin daha ileri uygulamalar için ise bilgi ve deneyimleri eksiktir. Ayrıca, yeterli zamanları da yoktur (Özden 1988).

Sağlık eğitimi çalışmalarını, 'bilgi kazandırma' aşamasından başlayarak, 'güdüleme', inanç, değer, kanı, yargı gibi soyut yaklaşımlara dayanan 'tutumların değiştirilmesi' ve olumlu uygulamaları kapsayan 'sağlık davranışının geliştirilmesi' aşamaları ile dinamik bir etkileşim-paylaşım süreci olarak gerçekleştirebilecek kişiler, akademik bilgi ve beceri ile donatılmış, yetkilendirilmiş ve tüm çalışma zamanını sağlık eğitimine veren Sağlık Eğitimcileridir. Araştırma, Planlama, Eğitim ve İletişim

Teknikleri, Uygulama ve Değerlendirme gibi temel çalışmaları hem kendilerinin hem de başkalarının faaliyetlerinde yürütebilen ve kılavuzlayabilen profesyonel kişilerdir. Ulusal düzeyde uygulanacak Sağlık Eğitimi çalışmaları için politika geliştirme, strateji ve hedef belirleme, faaliyet planlarını hazırlama çalışmalarına yön vermesi gereken bu meslek mensupları, kişiler arası iletişimin yanı sıra kitle iletişimi yoluyla yürütülen eğitim çalışmalarının da temel insan gücünü oluştururlar (Sönmez 1994).

2.2. Sağlık Eğitimi Yaklaşımları

Son yıllarda çok sayıda sağlık eğitimi yaklaşım ve modeli ortaya konmuştur. Bu yaklaşımlar sağlık eğitimini medikal, eğitimsel, sosyal ve politik boyutlardan herhangi birinde ya da birkaçında ele alınmasına dayanmaktadır. Ancak, sağlık eğitimi kuram ve uygulamaları her zaman bu boyutların tümünü içermek durumundadır.

Sağlık eğitimi yaklaşımları geleneksel ve modern(çağdaş)başlıkları altında sınıflandırılır (Tabak 2000).

2.2.1. Geleneksel yaklaşım

Geleneksel sağlık eğitimi yalnızca ve doğrudan önlemeye ve korumaya yönelik bir yaklaşımdır.

Pozitif sağlık anlayışı taşımadığı için negatif yönelimlidir. Bozulan sağlığın bedensel yönünü ön planda tutmaktadır. Medikal perspektifi yansıtmaktadır ve eğitsel temeli oldukça dardır. Medikal çerçevede tanımlanmış bilgiler aynı nitelikli tutumlar yoluyla davranış düzeltmek amacıyla belli bir düzen içinde eğitimci tarafından sorunlu kişilere sağlanır ya da aktarılır.

Bu yaklaşımda ‘Rasyonel Birey’ nosyonu savunulmaktadır. Sağlığın sosyal ve politik belirleyicileri göz ardı edilmektedir. İnsanlar sağlıkla ilgili davranışlarını seçmede tümüyle özgürdürler. Çabalar yalnızca hedef bireylere yöneliktir ve sağlığın kolektif boyutu dikkate alınmamaktadır (Pehlivan 1994).

Geleneksel sağlık eğitimi yöneldiği amaçlar nedeniyle ‘Medikal Model’ olarak da adlandırılmaktadır. Sağlığı koruma kapsamında bu yaklaşım birincil ikincil ve üçüncül düzeylerde hastalığın oluşmasının, gelişmesinin ve etkilerinin önlenmesi için gerekli

olan davranışları bireylere kazandırma çalışmalarını kapsamaktadır. Kısaca bireyleri hastalıklardan ve etkilerinden korunmasına yönelik bilgi, tutum ve davranış değişikliği oluşturmayı amaçlayan sağlık eğitiminin geleneksel yaklaşımının bir diğer türevi ise 'Koruyucu Model' olarak bilinmektedir (Hart 1990).

Bireyi hedef alan bu model sağlığın bozulmasına neden olabilecek sosyo-politik etmenleri dikkate almaması nedeniyle etik ve etkilik yönleriyle yetersiz görülmektedir. Bu durum, selde boğulmakta olan insanları çekip kurtarmaya ve yaşatmaya çalışan doktorla ilgili 'ırmak benzetmesi' ile açıklanmaktadır. Doktor: 'Suya dalmakla, insanları kıyıya çekmekle, onlara yapay solunum yapmakla öylesine meşgulüm ki yukarılarda onları akıntıya atanın kim olduğunu görmeye hiç zamanım yok.'Koruyucu sağlık eğitiminin yalnızca bireye yönelik etkinlikleri içermesi 'akıntı yönündeki çabalar' olarak değerlendirilmektedir. Sağlık eğitimi, kısa süreli tek bir soruna yönelik 'onarımcı' işlevi yerine sorun kaynaklarını ortadan kaldırmaya yönelik' sağlık ve iyiliği geliştirici' nitelikte olmalıdır. Eğer toplumun kendisi sağlığı bozan davranışları oluşturuyor ve destekliyorsa yanlış sağlık davranışı uygulayan bireye 'mağdur suçlayıcı' yaklaşım yerine pozitif sağlığın ve üst düzeyde iyiliğin başarılması için bütüncül bir sağlık eylemi amaç olmalıdır (Kurt 2000).

2.2.2. Çağdaş yaklaşım

Bilgi-tutum-davranış aşamalarının doğrusal ve biçimsel yönlerden zaman zaman yanlış değerlendirilmeleri geçekçi olmayan uygulamalara yol açmaktadır. Özellikle insanlarda sağlık davranışı duyarlılığının şok ya da ürkütme yoluyla geliştirilmesi çabalarının, özellikle eğitim düzeyi gelişen toplumlarda beklenen sonucu vermediği görülmektedir. Ayrıca sağlığın ve onu etkileyen etmenlerin karmaşıklığı sağlık eğitiminin amaçlarının yanı sıra kapsamının da modern eğitim kuram ve uygulamalarını içerecek biçimde geliştirilmesini gerektirmektedir.

Modern sağlık eğitimi yaklaşımı yalnızca pozitif sağlığın korunmasını değil aynı zamanda geliştirilmesini de açık bir biçimde ortaya koymaktadır. Ayrıca sağlığın hem negatif hem de pozitif boyutlarının bedensel, ruhsal ve sosyal yönleri olduğu görülmektedir (Başaran 1989):

1. Tip Sağlık Eğitimi: beden ve bakımı konusunda eğitim

2. Tip Sağlık Eğitimi: sağlık hizmetlerinden iyi düzeyde yararlanmayı sağlayacak bilgileri kazandırma

3. Tip Sağlık Eğitimi: sağlığı etkileyen her düzeydeki sosyal politikalar ve çevresel süreç ve oluşumlar konusunda eğitim.

Birinci tip sağlık eğitimi en yaygın ve tüm kuşaklar için zorunlu olan bir eğitimdir. İkinci tip sağlık eğitimi son yıllarda önem kazanmakla birlikte henüz sağlık hizmetini sunanlarla hizmet alanlar arasında etkileşimli bir süreç düzeyinde gerçekleşmemektedir. Üçüncü tip sağlık eğitimi ise genelde gözardı edilmektedir. Bunun nedenlerinden biri, bu eğitimin çıkar çevrelerinden kaynaklanan çok sayıda engellerle dolu bir yolda yürütülmesinin gerekliliğidir. Bir diğer neden ise, sağlığın politikayla ilgisi olduğunu kabul etmemeye yönelik tutumlardır (Tabak 1989).

Sağlık eğitimine çağdaş yaklaşımda bireylerin sağlık davranışı seçme özgürlüğü ile ilgili kısıtlılıklar dikkate alınmaktadır. Sağlık eğitimcileri bireyin özelliğine, onuruna ve değerlerine önem vermektedirler. Bu değerlerle uyumlu yöntem ve teknikler kullanmaktadırlar. Eğitim hizmetini götürdükleri birey ve grupların rızalarının açıkça belirtilmiş olmasını eğitim için temel bir ilke olarak görürler. Sağlık eğitimcileri zorlamaya değil seçmeye dayanan değişiklikleri desteklerler. Sağlık eğitiminin bu yaklaşımı Özyetkinlik Modeli olarak da adlandırılmaktadır.

Diğer yanda çağdaş sağlık eğitimi yaklaşımı sosyo-politik etmenlerin sağlık üzerindeki etkileri kabul edilmektedir. Pozitif sağlığa katkıda bulunacak ortamların oluşturulmasına çaba gösterilmektedir. Sağlığa, davranışa ve sağlık eğitimine yönelik ortak boyutlara önem verilmektedir. Bu kapsamı göz önünde bulundurulduğunda çağdaş yaklaşıma Radikal-Politik Model adı da verilmektedir. Sağlık sorunlarının köklerine inip çözümü orada aramayı amaçlamaktadır. Politik eylemleri harekete geçirerek sosyal ve çevresel değişiklikleri gerçekleştirmek bu modelin temel işlevlerinden biridir. Sağlık risk ve kaynakları yönünden toplumsal bilinçlenmeye büyük ölçüde önem verilmektedir (Geray 1993).

2.3. Sağlık Eğitiminde Temel Yönelimler (Odaklar)

Sağlık eğitimi programlarının nasıl planlanması ve düzenlenmesi gerektiği konusunda yol gösteren üç temel sağlık eğitimi yöntemi vardır.

2.3.1. Hastalık yönelimli sağlık eğitimi

Genellikle sağlık personelinin, epidemiyologların ve politikacıların ortak güç ve yaklaşımlarına bağlı olarak bu tür sağlık eğitimi hala oldukça yaygındır. Çalışmalar belli bir hastalığın önlenmesine yöneliktir. Morbidite ve mortalitedeki hedeflenen gelişmelerin ölçülen başarı değerlerine önem verilmektedir. Temel varsayım, önlenebilir hastalıkların çoğuyla başa çıkmanın en iyi yolu risk etmenlerini (faktörlerini) azaltmayı amaçlayan korunmaya yönelik spesifik programlardır.

Bu yaklaşımın eğitimsel geçerliliği sınırlıdır. Kitle propagandaları, kampanyalar, öneriler ve kısmi zorlamalarla insanların davranışlarını, sınırlı da olsa, değiştirildiği gözlense bile bütünüyle negatif hedeflendirilmiş bir eğitimin bireylerin yaşam biçimlerinde köklü değişiklikler oluşturması beklenemez. Birey değer verdiği bir davranışını (örneğin; içki, yağlı yemek) neden değiştirsin? Hoşa gitmeyeceği ya da acı vereceği algılanan yeni bir davranışı (örneğin; spor yapmak, diyet) varsayılan ve somut olmayan gelecek bir yarar için neden uygulasın (Whinnety 1997).

Bu yönelimin niceliksel çoğalmacı yapısı sağlık eğitimi programlarının düzenlenmesinde sorun yaratmaktadır. Bireyler ve gruplar genellikle birbirlerinden kopuk olarak yalnızca ilgilendikleri konularda çalışma yapma eğilimindedir. Çalışmalarda kaynak israfı, toplumun aşırı doyması, eğitimi reddetme gibi durumlar kolaylıkla oluşur. Ayrıca, kaynaklardan elde edilen bilgi ve mesajlarda önemli ölçüde tutarsızlıklar ortaya çıkmaktadır. Bu tür profesyonel yetersizlikler ve çelişkiler toplumda şaşkınlıklara ve davranış değişikliğine karşı direnmelere yol açmaktadır.

Hasta yönelimli sağlık eğitiminin bir başka zayıf yönü ise ‘uzman güdümlü’ olmasıdır. Klinik kapsamındaki sağlık eğitimi uygulamasında sağlık profesyonelleri, toplumun özelliklerini dikkate almadan sağlık sorununa tanı koymakta ve öneriler sunmaktadırlar. İnsanlar tanının ve önerilerin kendileri için uygun olup olmadığını belirtebilmenin beklentisindedirler (Tabak 1997).

Hasta yönelimli sağlık eğitimin temel yetersizliği sağlığın sosyal ve bütüncül yönlerini göz ardı etmesi ve pozisyon boyutunu dikkate almaması nedeniyle sağlığa bakış açısındaki yetersizliktir.

2.3.2. Risk etmeni yönelimli sağlık eğitimi

Bu tür sağlık eğitimin amacı nedeni olduğu hastalıkları önlemek için belirli risk etmenlerini ara- dan çıkarmayı amaçlamaktadır. Günümüzde pek çok sağlık eğitimi uygulaması bu yönde yürütülmektedir. Bu tür sağlık eğitiminin hastalık yönelimli sağlık eğitimine göre önemli avantajı vardır. Bir tek risk etmeninin birden fazla hastalıkla bağlantılı olabilmesidir. Örneğin, sigara alışkanlığı akciğer kanserinin yanı sıra kalp-damar hastalıklarının da etmeni olması gibi.

Risk etmeni yönelimli sağlık eğitimi uygulamalarında da sağlığa bakış açısı yetersizdir, eğitsel sağlamlık sınırlıdır ve uzman etkisi fazladır. Sağlık eğitiminin bu modeli hastalık yönelimli modelle birlikte 'geleneksel sağlık eğitimi yaklaşımı'nı hatırlatmaktadır (Eren 1982).

2.3.3. Sağlık yönelimli sağlık eğitimi

Bu yönelimin iki temel hedefi vardır: sağlığın bozulmasını önlemek ve pozitif sağlığı geliştirmektir. Her iki boyut da bedensel, ruhsal ve sosyal öğeler ele alınmaktadır. İnsanlara kazandırılacak davranışların güdüleyici özellikleri her zaman dikkate alınmalıdır. İnsanlar hoşa giden, kendilerine çok yönlü olarak uygun olan, somut ve çabuk yarar sağlayan uygulama ve nesnelerden hoşlanırlar. Bir sağlık davranışını uygularken yaşadıkları toplumda farklı algılanmayı ve güç durumuna düşmeyi istemezler. Bu nedenle, kazandırılacak sağlıklı yaşam biçiminin bireye ve topluma çok yönlü uygunluğu temel ilke olmalıdır (Güler 1987).

Burada hastalık terimi yerine bozuk sağlık ya da sağlıksızlık terimi kullanılmaktadır. Bu model, yaşam biçimlerinin yalnızca bireysel yönlerini değil, aynı zamanda sosyal etmenleri de kapsayan belirleyici durumları bir bütün olarak benimsemektedir. Bütüncül bir sağlık görüşünün ve onun belirleyicileri ön plandadır. Sağlık eğitimi programları hastalık ve risk faktörü yönelimli programlardan daha az çoğaltımcı ve daha iyi koordine edilmiş özelliklerdir.

Sağlık eğitiminin tanımında yer alan davranışlar ve sağlığı korumanın yanı sıra iyilik durumuna katkıda bulunan nitelikler gibi pozitif sağlık özellikleri hem bireysel hem toplumsal düzeyde uygulanabilirler. Böylece toplumun öz saygınlık düzeyini yükseltmeyi ve toplumsal sağlığı kontrol etmeyi sağlayan beceriler kazanmasına

yardımcı olunmuş olur. Böylece hem kişinin hem de sorumluluğunu taşıdığı bireylerin sağlığı üzerindeki kontrol ve sorumluluğu arttırılmış olur. Sağlık yönelimli modelin bu özelliği toplumsal duyarlılık ve katılım olarak da adlandırılır. Yalnızca profesyoneller tarafından belirlenen gündemler yerine toplumun sağlık etmen ve önceliklerinin belirlenmesi ile eylemler düzenlenir (Fişek 1989).

2.4. Halk Eğitiminde Sağlık Eğitiminin İlkeleri

a) Eğitim verilecek 'hedef kitle' nin sağlık durumu belirlenmelidir:

Sağlığın yükseltilmesi çabaları toplumda kimler sağlıklı, kimler sağlıksız tanımlaması ile başlar. Bu tanımlama sağlık eğitimine gereksinimi olan grubun özelliklerinin bilinmemesini sağlar. Çabaların yoğunlaşacağı bireylerin kimler olacağı belirlenmiş olur.

Eğitimde öncelik verilmesi gereken gruplar (eğitime en çok gereksinim duyanlar) belirlenmeli, eğitime daha kolay erişmelerinin sağlanması ve onların eğitime etkin olarak katılmasını önleyen engellerin kaldırılması öncelik taşımalıdır (İrgil 1997).

b) Hedef kitlenin gereksinimleri, var olan sorunları saptanmalıdır:

Hedef kitlenin gereksinimlerinin saptanmasında; hedef kitlenin yaşantılarını paylaşmak, onlarla bir süre birlikte yaşamak, grubu tanıma amaçlı grup görüşmeleri ve genel toplantılar yapmak, toplumu tanıyan kişilerden bilgi almak, ilgili olabilecek yayın ve bilimsel çalışmalar ve varsa verilerden yararlanmak ve sağlık kayıtlarını gözden geçirmek temel ilkeler olmalıdır (Johns Hopkins School of public Health Center for Communication programs:Advances in Family Health Communication. Workshop notları. Tekirova, Antalya,Türkiye, 27 Nisan-9 Mayıs 1997).

Eğitim bireylerin gereksinimlerine ve sorunlarına çözüm getirmelidir. Verilecek eğitimin uygulanabilir ve gerçekçi önerilerle desteklenmiş olması gereklidir(Abadan 1984)

c) Eğitimde güdülenme sağlanmalıdır:

Örgün eğitimde sınıf geçme ve/veya not kaygısı, öğrencilerin ilgisini toplama ve güdülemede rol oynar. Yaygın eğitimde böyle bir zorunluluk olmaması erişkin kişilerin eğitime ilgisini geçmek için özel çaba gösterilmesini gerektirmektedir.

Erişkine aktarılan bilgi ve verilen eğitim onun yararına olsa bile, birey dinlemek ve yapmak istemeyebilir. Bu nedenle; erişkin eğitiminde ilk aşama; eğitimin yararını bireye algılatmak, kişinin konuyla ilgilenmesini sağlamak olmalıdır (Love 1985).

d) Eğitim hizmet ve olanaklarla desteklenmelidir:

Bireylerde istendik davranışlar oluşturulabilmesi için; eğitim, olanak ve hizmetlerle desteklenmelidir (Fişek 1985).

Örneğin; kan basıncını ölçtürme, hekime gidebilme ve ilaç alma olanağı sağlandıktan sonra bireylere eğiticinin; 'Günde iki kez tansiyonunuzu ölçtürün ve hekim önerirse ilaç tedavisine başlayın.;önerisinde bulunması amaca ulaşmada daha etkili olacaktır.Öncelikle;bireylere tansiyon ölçtürme,hekime gidebilme ve ilaç alabilme olanaklarının sunulması gerektir.

e) Eğitim sürekli olmalıdır:

Kişilerin davranışlarını değiştirmek kısa sürede gerçekleştirilemez. Özellikle kültürden kaynaklanan yanlış davranışların değiştirilmesi zaman alır. Sağlık eğitiminde amaçlara erişebilmek için eğitimin sürekli yapılması ve umutsuzluğa düşüp eğitim çabalarının durdurulmaması gerekir. Hedef kitlenin sürekli olarak eğitim baskısı altında tutulmaları başarının koşullarından biridir (Johns Hopkins 1997).

Sağlık eğitiminde bireylere davranış olarak kazandırılan sonuçların alışkanlık haline gelebilmesi için, bunların uygulanıp uygulanmadığının da sürekli olarak izlenmesi gerekir (Fişek 1985).

f) Eğitim herkesi kapsamalıdır:

Sağlık eğitimi, yaş, cins, meslek bakımından farklı olan bireylerden oluşan toplumun tamamını kapsamalı ve etkileyebilmelidir. Örneğin, çocuk beslenmesinde anne kadar; büyükannenin eğitilmesi de önemlidir. Çünkü büyükanne; anne ve çocuk üzerinde otorite sahibi olabilir.

Sağlık eğitiminde, ilk aşamada kitle değil, toplum önderleri (öğretmen, imam, yöneticiler ile askeri birliklerde subay ve astsubaylar) hedef alınmalıdır (Johns Hopkins 1997).

Bu arada, yeniliklere direnen, 'çetin ceviz' olarak tanımlanan kimseler ortaya çıkabilecektir. Onlarla da ilgilenmek, neden direndiklerini ortaya çıkarmak, onları da

ikna etmeye çalışmak, en azından başkalarını etkilemelerini ve hizmetleri engellemelerini önler (Hart ve ark. 1990).

g) Eğitimcinin niteliği önemlidir:

Sağlık eğitiminde en etkili yöntem, yüz yüze eğitimdir. Yüz yüze eğitimde başarının temel koşulu, eğiticinin niteliğidir. Eğitimin başarılı olabilmesi için eğiticide bazı niteliklerin bulunması gereklidir (Kartoğlu 1994).

- Eğitici, eğitim yaptığı konunun gereğine ilk önce kendisi inanmalı, işini severek özenle istekle yapmalıdır. Belli bir sürede belli bir ücret karşılığı işini yapıp gitmek olarak algılarsa, izleyenler de isteksiz olur, eğitimden beklenen başarı sağlanamaz.

- Eğitici, hedef kitlenin tanıdığı ve inandığı bir kişi olmalıdır.

- Eğitici öncelikle iyi bir öğrenci olmalıdır.

- Eğitici, eğitim yaptığı kişileri, toplumu yakından tanımalı, kültürünü, alışkanlıklarını, gelenek ve göreneklerini, sorunlarını, beklentilerini çok iyi bilmelidir.

- Eğiticiler, gruplarındaki kimseleri çok iyi Tanımalıdır. Eğitim düzeylerini, bilgi beceri düzeylerini, iyi niyet derecelerini, çalışkanlık durumlarını, ailesini, mesleklerini, varsa sorunlarını bilmelidir. Bir konuyu anlatırken kişilerin bilgi ve beceri düzeyleri göz önüne alınmalıdır.

- İletişimi kolaylaştırmak için, eğitici ile eğittiği kişilerin kültür düzeyleri mümkün olduğu kadar birbirine yakın olmalı, toplumun anlayabileceği bir dil kullanmalı, ‘teknik kirlilik’ veya ‘bilimsel jargon’ denebilecek konuşma tarzından kaçınılmalıdır.

- Eğitimin amacı gelen kimselere tam olarak anlatılabilmelidir.

- Sağlık eğitimi verecek kişiler, hedef kitleye sağlık hizmetini götürenler arasından seçilmelidir.

- Eğitici, ön yargısız olmalıdır. Kişilere eğitim durumlarından, mesleklerinden, yaşadıkları yerden, inancından dolayı sempati veya antipati duyabilir, ancak bu duygularını ön plana çıkarmaktan kaçınmalıdır.

- Eğitici, eğitim yaptığı kişilere saygılı olmalı, onları incitecek, küçük düşürecek söz ve davranışlardan kaçınmalıdır.

- Eğiticiler aynı zamanda eğitimini yaptırdıkları grubun yöneticisidirler, bu, onlarda bazı liderlik vasıflarının bulunmasını gerektirir. Yönetim bilimi tekniklerini bilmelidir.

- Eğitici, eğitim esnasında aklını ve hayal gücünü birleştirmelidir. Birincisi bilgisiyle, ikincisi sanatıyla ilgilidir.

- Kişiler arası ve gruplar arası iletişim tekniklerini iyi bilmeli ve uygulayabilmelidir. Otoriter bir tutum takınmaktan kaçınmalıdır.

- Eğiticilerin performansının en üst düzeyde tutulması; iyi güdülenmeleri, hizmet içi eğitime alınmaları, mesleki özgürlüklerine saygı gösterilmesi, çalışma koşulları ve statülerinin iyileştirilmesi gibi önlemlerin alınması ile başarılabilir.

h) Sağlık eğitimi bir bütün olarak ele alınmalıdır:

Bir grup için planlanan eğitim, diğer grupların eğitim programlarıyla bir bütünlük oluşturmalıdır. Örneğin, çocukların, ailelerinin ya da bakıcılarının eğitimi, birbirini karşılıklı olarak destekleyen uygulamalar olmalıdır (Güler 1994).

i) Sağlık eğitiminde tüm sağlık personeli görev almalıdır:

Yanlış bir yaklaşım olarak bazı ülkelerde sağlık eğitimi belirli bir kurum ya da organizasyonun görevi sayılmaktadır. Doğru olan, sağlık eğitiminin halka sağlık hizmeti veren tüm sağlık personelinin en önemli görevi olarak ele alınması ve uygulanmasıdır. Profesyonel sağlık eğitimcilerinin görevi ise, eğiticilerin eğitimi ve eğitim organizasyonunu sağlamak eğitim tekniklerini öğretmektir (Fişek 1985).

j) Sektörlerarası işbirliği sağlanmalıdır:

Sağlık, çok etmenli bir sistem olduğu için, çeşitli kurum ve kuruluşların da sağlık eğitimine katılmaları gerekir. Bu nedenle, ilgili kuruluş yöneticilerin desteğini sağlamak çok önemlidir.Örneğin çevre sağlığı konusunda bir ilçede başlatılacak bir sağlık eğitimi kampanyasında belediye başkanının, kaymakamın ve diğer kuruluş yöneticilerinin desteği sağlanmalıdır.Belediye başkanının belediye olanaklarını çevre sağlığı hizmetlerine yöneltmesi,kaymakamın ilçe olanaklarını harekete geçirmesi, ilçe müftüsü ve milli eğitim müdürünün kampanyayı desteklemesi,yerel radyo, televizyon ve gazetelerin desteklemeleri,takipçisi olmaları,sağlık eğitiminin etkinliğini artırır,amaca ulaşmayı kolaylaştırır (Johns Hopkins 1997).

k) Uzun erimli planlarda, ara hedefler belirlenmelidir:

Kaydedilen ilerlemenin gözlenebilir, ölçülebilir olmasını sağlamak için hedefler saptanmalıdır (Eren 1989).

l) Yapılan planlar değiştirilebilir (elastik) olmalıdır:

Yapılan planlar zaman içersinde uygulanabilirliğini ya da gerçekçi olma özelliğini kaybedebilir. Bu durumda başlangıçta konulan hedefler ve planları katı bir şekilde uygulamada ısrar edilmemeli; yeni planlar yapıp, yeni hedefler belirlemeden kaçınmamalıdır(Johns Hopkins)

m) Eğitimde cezalandırma ve ödüllendirme yerine göre kullanılmalıdır:

Umumi Hıfzıssıha Kanunu, toplumun sağlığını bozanların, çevreyi kirletenlerin ve aşıdan kaçanların cezalandırılmasını öngörmüştür. Halka olumlu davranış kazandırmada bu yetkiden yararlanma düşünülebilir. Ancak, bu önlemlerin hiçbir zaman eğitimin yerine geçemeyeceği, etkisinin sürekli olmayacağı bilinmelidir. Sağlık personeli bu yetkisini, toplumda tepki yaratmayacak, onları olumlu yönde etkileyecek şekilde kullanabilmelidir. Eğitim yaparken; yasaların suç saydığı davranışlardan söz edilmesi çoğu kez yeterli ve yerinde olur (Fişek 1985)

Güdülenmenin sağlanması ve en yüksek düzeyde tutulması amacıyla eğitim sırasında başarılı görülenler, değişik şekillerde ödüllendirilmelidir. Ödüllendirme başarılı olanları daha da başarılı olmaya sevk edeceği gibi diğer bireyleri de güdüleyecektir (Başaran 1982).

2.5. Birinci Basamakta Sağlık Eğitimi

Hasta eğitimi terimi 1950'lerde kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık eğitimi, sağlık tanıtımı, öğretim, bilgilendirme gibi terimlerde aynı amaç için kullanılmıştır. Hasta eğitimi, sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki ilişki sırasındaki öğretme ve öğrenme süreci olarak tanımlanabilir. Amerikan Aile Hekimleri Eğiticileri Topluluğu (STFM) hasta eğitimini: "Sağlığı iyileştirmek amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tavırlarını değiştirmek" olarak tanımlamaktadır. Eğer eğitimin amacı hastalık ve sakatlığı önlemek için sağlıklı yaşam tarzını özendirmek ise buna sağlığın tanıtımı

denmektedir ve hasta eğitimi ile koruyucu hekimliğin bir bölümünü kapsar (Botelho et all 1999).

Son yirmi yılda hasta eğitimine verilen önem giderek artmaktadır. Aile hekimleri ve genel pratisyenler gibi birinci basamak sağlık bakımı veren hekimlerin bunda belirgin katkısı olmuştur. Amerikan Aile Hekimleri Birliğinin (AAFP) salık eğitimi komitesi AAFP'nin birinci sıradaki görevini "Sağlığın iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hasta eğitimi konularında öncülük yaparak Amerikalıların sağlığını geliştirmek" olarak tanımlar. Hasta eğitimi bir ekip işidir. Aile hekimlerinin merkezlerde gruplar halinde çalışma eğilimleri hasta eğitimine gereken önemin verilmesini, hekim ve hemşirelerin bu amaçla eğitimini, eğitim merkezlerinin yapılandırılmasını ve bunların birbiri ile koordinasyonunu sağlamıştı (Doukas 1998).

2.5.1. Neden hasta eğitimi?

Dünyanın her yanında yaşam tarzı ile ilgili danışmanlık vermeyi birinci basamak üstlenmektedir. Sigara, aile planlaması, aşılama, doğru ve yeterli beslenme en çok üstünde durulan konulardır. Hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet gibi kronik hastalıkların %90'ı birinci basamak hekimlerince izlenmekte, saydığımız konularda yeterli eğitimden yarar görecek hasta grubunu oluşturmaktadır. Kronik hastalarda yeterli bilgilendirme ile hastanın kendini daha iyi hissettiği, fizik aktivitesinin ve hasta memnuniyetinin arttığı bulunmuştur. Hasta eğitiminin yanında hekimlerin hasta eğitimi konusunda eğitilmesi de hasta memnuniyetini artırmaktadır (Ely et all 1998).

Eğitimle gereksiz hekim ziyaretleri azalır. Hasta eğitimi vererek bunları kaydetmek hekimin sorumluluğunu azaltır. Hekim hastayı, hastalığı ya da olası risk etkenleri konusunda aydınlatarak yasal sorumluluktan kurtulur. Astım ve diyabetlilerde yapılan pek çok çalışmada hastaneye yatış, hastanede kalma süresi ve acil servise başvurma oranlarında, eğitimle belirgin azalma olduğu, maliyetlerin aşağı düştüğü saptanmıştır. Hasta eğitimini pratiğe geçirmek toplumun, politikacıların, sağlık çalışanlarının güncel konusu olmalıdır.

Sağlık sistemi büyük değişikliklere gebedir. Bu değişimin ana noktaları hizmet sunumu ve giderlerle ilgilidir. Tedavi edici hekimlikten koruyucu hekimliğe doğru bir hareket vardır. Hastalıklardan korunma hem hastaların hem de sağlık ancak eğitimle

olanaklıdır. Hekim ve diğer sağlık çalışanları için hasta memnuniyeti ve beklentileri dışında pek çok neden hasta eğitimini zorunlu kılar. En önemlileri hizmet kalitesinin arttırılması ve daha iyi ilişki kurulmasıdır. Böylece verilen hizmete ve tedavilere uyum artacaktır. Tedaviye uyum artığı başarıyı ve eğitim uyumunu artıracak, daha iyi sağlık düzeyine ulaşılacak ve morbidite azalacaktır (Maly, Bourge, Engelhadt 1999).

2.5.2. Uygulama

Hasta eğitimi için uygun bir zaman yoktur, her fırsatta eğitim yapılabilir. Hekim hasta ilişkisinde en önemli nokta iletişimdir. Hekim hastayla iletişim kurduğu anda eğitim başlar. Doğru iletişim kurabilen hekim eğitimin zamanını belirleyebilir. Örneğin kanserli bir hasta tanısını öğrendikten hemen sonra istese bile bir şey dinleyecek durumda olmaz, eğitimi sonraki görüşmelere ertelemek gerekebilir. Ancak mutlaka bilgilendirme ve eğitim yapılmalı alınacak kararlarda görüşü sorulmalıdır. Öykü alırken bilgi, beceri ve davranışları da değerlendirmeli, beslenme alışkanlıklarını, ilaç ve madde alışkanlıklarını, egzersiz yapıp yapmadığını sorarak risk etkenleri ve yaşam biçimi konusunda bilgi edinmeli ve eğitim verilecek konuları belirlemelidir. İnceleme bulguları ve anlamı, tanının ne anlama geldiği, tedavinin sonuçları, olası zorluklar ve hastanın uyumu, hastayla birlikte değerlendirilmelidir. Hasta eğitimi, çoğunluğu hekim hasta ilişkisi sırasında olmalıdır. Ancak okullardan, topluluklardan, medyadan toplum eğitimi amacıyla yararlanılmalı, her fırsat değerlendirilmelidir. Radyo ve televizyon programlarına katılmak, okullarda sağlık derslerine konuk olmak gerekir. Tüm bunlara zaman bulmak güç olduğunda ekibin diğer elemanlarından yararlanılabilir. Zaman kazanmak için benzer gruplara birlikte eğitim verilebilir. Gebeler, sigara bırakanlar, alkol sorunu olanlar ve diyet yapmak isteyenler için grup toplantıları düzenlenebilir (Fritshe 1999).

Hekimler inceleme sırasında sağlık anlayışı, beklentiler gibi konularda uzun konuşmalara zaman olmadığını bilirler. Uygun hastalarda “Değişiklik yapmayı düşündün mü?”, “Ne yapmak istersin?” gibi basit sorularla bile konuya girilebilir. Değişmeye hazır hastaya bilgi vermek onu yararlı bir değişikliğe yönlendirir. Basit bir davranışı için kısa anımsatma yeterli olurken diyet değişikliği gibi zor değişiklerde uzun çabalar, işbirliği gerekir. Yeterli güdülenmesi olmayan hastalarda durum daha zordur. Bilgi vermek işe yaramayabilir. Böyle hastalarda sağlık anlayışı, sosyal destekler

değerlendirilmeli ve yararlar anlatılarak hasta özendirilmelidir. Pek çok görüşme yapmak, aynı konular üstünde yinelemek gerekebilir.

Eğitim dinamik bir süreçtir. Görüş üretme, planlama, öğretim ve değerlendirme aşamaları döngü şeklinde birbirini izler. Hastanın var olan sağlık durumu, risk etkenleri, sorunlarını çözme güdüsü hastayla birlikte değerlendirilir. Eğitim planı hazırlarken hastanın anlama düzeyi göz önünde tutulmalıdır. Kimi zaman aile bireylerinin de olaya katılması gerekir. Diyabetli bir erkek hastanın diyet değişikliği yapılırken eşi mutlaka tüm aşamalarda bulunmalı ve eğitime aktif olarak katılmalıdır. Görüş üretme sürecinde hastanın öğrenme isteği ve davranış değiştirme isteği gözlenir. Kullanılacak kaynaklarla ilgili plan yapılır. Oldukça karmaşık ve zaman alıcı görünebilir ancak diyabet gibi ciddi hazırlık gerektiren durumlar olsa da çoğunlukla uygulanması oldukça kolaydır. "Size bugün nasıl yardımcı olabilirim?" sorusu sorulduğu anda hastada iç görüş ortaya çıkar ve istek oluşabilir. Doktordan ne beklediğini düşünür. Örneğin: "Kendimi iyi hissetmiyorum. Diyetime pek dikkat edemiyorum. Ama böyle yaşamak da çok zor" diye yanıtlayabilir. Bu yanıt hastanın sağlık anlayışını ve diyetten sağlayacağı kişisel yararı ortaya çıkarır. Değişme isteği, destek ve engeller değerlendirilerek hastanın davranışını değiştirmesinde yardımcı olunur. 15 dakikalık incelemede bunlara zaman olmaz diye düşünülebilir. Bu bir zaman sorunu değil etkili ve hızlı çalışma sorunudur. Uygun öykü alma yöntemiyle kısa zaman içinde hasta eğitim planı için gerekli bilgiler edinilebilir. Bunun için sağlık çalışanları hasta ile ilişkilerinde hasta eğitimi sürecini yerleştirmeli ve gereken beceriyi edinmelidir. Hasta istekli olmadığında güdülenme için çaba gösterilip gösterilmeyeceğine karar verilmeli, ama en azından bir açık kapı da bırakılmalıdır. Eğer hasta istekli ise hekim ona yardımcı olmaya hazır olmalıdır. Kimi zaman karar vermek için zamana gereksinim olabilir. Hasta ile görüşmemizde onun açısından önemli olan nedir onu öğrenmek gerekebilir. Hasta sorununu nasıl görüyor? Amaç ve beklentileri nelerdir? Sorununun çözümünü kolaylaştıracak ve zorlaştıracak etkenler neler olabilir? Hasta ile görüşürken tüm bu soruları değerlendirip durumunu nasıl algıladığına bakılmalıdır. "Bu konu hakkında ne bildiğini bana anlatır mısın?" diye sorarak hastanın inanç ve yanlış bilgileri saptanabilir. Bazen sağlık anlayışı bütünüyle yanlış bir bilgiye dayalı olabilir (Kelly, Falvo 2000).

Hastanın verilecek tedaviyi ya da önerileri nasıl algılayacağı da önemlidir. Tüm bu konular açığa kavuştuktan sonra sağlık çalışanı yanlış anlamaları düzeltebilir, yeni bilgiler verebilir, anlayış değişiklikleri yapabilir. Önemli bir nokta da hastanın verilen

önerilere ne kadar uyabileceğinin saptanmasıdır. Ailesi, sosyal çevresi, mesleği, geliri, çalışma saatleri olası engeller hakkında bize bilgi verir. Aynı etkenler destek noktaları da olabilir. Kişisel yararın azlığı motivasyonun azlığına yol açar Bunun yanlış bilgiden kaynaklandığı biliniyorsa bu düzeltilmeye çalışılır. Bazı durumlarda başkalarının başarıları ile ilgili öykümsüler anlatılarak sonuca gidilebilir. Pek çok hasta istekli değildir ve davranış değişiklikleri çok kolay olmaz. Hekim yılmamalı, istekli hastalara öncelik verilmeli, alınacak başarılı sonuçlarla güdülenmeyen hastalarla uğraşta yararlanılmalıdır. En iyi strateji yargılayıcı olmamak, küçük de olsa başarıların ödüllendirilmesi, daha fazla cesaret vermek, bazılarının ne kadar çabalasak da değişmeyeceğini kabul etmektir (Doukas 1999).

Hasta eğitiminde en sık yapılan hata bilgi değerlendirmesi yapmaksızın doğrudan eğitim mesajı vermeye çalışılmasıdır. Örneğin iyi şeker denetimi olmayan tüm diyabet hastalarına yalnızca diyet eğitimi vermek yeterli değildir. Evde şeker ölçümü, hipoglisemi, hiperglisemi belirtileri, gerektiğinde ek insülin yapılması konuları kimi için daha gereklidir. Bazı hastalıklar için hazırlanmış bilgi ölçekleri vardır. Pek azı kullanışlıdır. Hastanın bilgi düzeyi ve sağlık anlayışını değerlendirmek için bu sorular sorulabilir:

“Size sorunun ne olduğu söylendi?”

“Bundan ne anlıyorsunuz?”

“Nasıl oldu?”

“şu anda tedavi için ne yapıyorsunuz?”

“Bu tedavinin nasıl yararı olabilir?’

“Bu tedavinin sonucundan hoşnut musunuz?”

“Sorununuz ve tedavisiyle ilgili soracağınız soru var mı?”

Bu sorulara verilecek yanıtlardan hastanın bu konudaki yanlış ya da doğru bilgisi ölçülür. Bu alanlarda eğitim için plan yapılır ve sonucu değerlendirilir. Eğitimde ekip çalışması hem başarıyı arttırır hem de hekime zaman kazandırır. Hekim eğitimin hedefini saptar, hedefin önemini anlatacak kısa mesajlar verir, eğitim sürecini planlar. Başarının anahtarı iyi planlamadır. Sonra gelişmeleri izler ve değerlendirir. İsterse eğitimi kendisi de verebilir. Ekip çalışmasında sıklıkla eğitim hemşireleri bu işi üstlenir.

Sigara bırakanlar ya da diyet yapanlar gibi gruplar oluşturularak eğitim verilebilir. Bu zaman kazandıracak bir uygulamadır. Diyetisyen ve diyabet eğiticileri gibi profesyonellerden yararlanılabilir. Hasta eğitiminin başarısında ailenin destek ya da engel olması oldukça etkilidir. Diyet yapan ya da sigarayı bırakan birinin eşinden alacağı destek başarısını etkiler (Fritshe et all 1999).

2.5.3. Eğitim gereçleri

Hekim hastasının öyküsünü alırken, incelerken yaptığı konuşmalarda hasta eğitimini başlanır. Sonraki eğitim çalışmalarına temel oluşturur. Etkili iletişimin ilk basamağı uygun ortam yaratmaktadır. Hasta yargılayıcı ve eleştirici davranışlarla ürkütülmemeli, onu, bakış açısını anladığımızı belli eden sözlerle desteklenmelidir. Bu temel adımlarla hasta ileri ortak amaca karşı takvim oluşturulur. Etkili mesaj verebilmek için hastayı tam olarak anlamak gerekir. İnançları, becerileri, değişme isteğinin yanında endişe ve korkuları da güdülenmeyi arttırırken aşırı derecede korku yadsımaya yol açarak başarısızlığa neden olur.

Hastaya karşı "Sigarayı bırakmazsan bir yıla kalmaz ölürsün" gibi korkutucu söylemler kullanılmamalıdır. Bunun yanında tıbbi terimlerden de kaçınmak gerekir. Hastaların çoğu organlarının yerini bile doğru olarak bilmezler. Tıbbi terim kullanmak gerektiğinde yanında eş anlamlısını da vermek uygun olur. Kullanılan söylemlerin açık, anlaşılabilir olması da önemlidir. Kan yağ değerleri yüksek bulunan bir hastaya "Artık yağ yememelisin" demek hiçbir anlam taşımayabilir. Tek tek ne yemesi, ne kadar yemesi, ne sıklıkla yemesi gerektiği anlatılmalıdır. Son olarak da hastanın anlatılanları anlayıp anlamadığı sorulmalı, soru sormaları için yüreklendirilmeli, anlayamamalarının sorumluluğunu hekim incelikli bir biçimde kendi üstüne almalı ve anlatılanları yinelemesi istenmelidir (Fişek 1986).

Yazılı eğitim gereçleri ikinci en sık kullanılan seçeneklerdir. Yeterli sözel eğitim yapmadan tek başına yazılı gereç kullanım oldukça yaygındır. Hastalar da yazılı gereçleri isterler. Ancak tek başına yazılı gereç kullanmak yerine sözel, yazılı gereçleri birlikte kullanmak daha yararlıdır. Yazılı gereçler hastaya özel olabildiği gibi genel konuları içerir biçimde hastanın beklerken okuyabileceği metinler de olabilir. Bunlar daha çok hasta eğitimini değil sağlık eğitimini amaçlar (Tabak 1997).

Hekimler ya da hasta eğitim komiteleri hazır gereçler kullanabilecekleri gibi kendileri de hazırlayabilirler. Hazır olanlar kullanmadan önce içeriğinin uygunluğu, yeterince anlaşılabilir olup olmadığı, elde etmenin ve saklamanın kolay olup olmadığı değerlendirilmelidir. Pek çok hekim ve sağlık çalışanı hasta eğitiminde basılı gereçlerle çalışır.

Okur-yazarlık ve okuma düzeyi hasta eğitiminin en önemli bölümü durumuna gelmektedir. Çalışmalarda ortalama hastaların okuma-anlaması ve hasta eğitimi için gerekli okuma-anlama düzeyi arasında büyük farklar bulunmuştur. Hastalar genellikle iyi okuyamadıklarını kendiliklerinden söylemezler. Bu yüzden yazılı gereçler eğitim düzeyini iyi bildiğimiz hastalarda yeğlenmelidir. Pek çok nedenle hekimler kendi gereçlerini hazırlamak isterler. Bu biçim, içeriği denetlemeye yarar ancak doğru ve başarılı olma sorumluluğu da üstlenilmiş olur. En sık yapılan hata çok fazla bilgi vermeye çalışmaktır. En fazla üç ya da dört nokta üstünde durulmalı, terimlerden, istatistiklerden, korkutucu uyarılardan kaçınılmalı, kısa, anlaşılabilir cümlelerle açık ve özgün mesajlar verilmelidir. Meslektaşlardan yardım alıp eleştirilere göre geliştirilmeli ve iyileştirilmelidir. Basit çizimler ve şekiller konunun anlaşılmasına yardımcı olur. Alt başlıklar okuyucunun aradığı bilgilere kolay ulaşmasını sağlar. Gerektiğinde italik ya da koyu renk yazarak dikkat çekilebilir. Etken tümceler yeğlenmeli, “hiçbir zaman” “kesinlikle”, “her zaman” gibi genellemelerden kaçınılmalıdır. Sorular birinci tekil kişi, yanıtlar ikinci tekil kişi olmalıdır. 10-12 punto ile yazılmalı, kağıt bütünüyle yazı ile dolu olmamalı, iki ya da üç sütun halinde düzenlenmelidir. Modeller, maketler, diğer görsellikler sözel ve yazılı gereçlere yardımcı olarak kullanılabilir. Kalp maketi, omurga maketi, doğum maketi en çok kullanılan örneklerdir. Bunların dışında kaset çalar, video ve bilgisayar giderleri yüksek de olsa kullanım kolaylıkla sağlayan ve okuma-yazma bilmeyenler için rahatlıkla kullanılabilecek araçlardır. Hastalar hekimi beklerken eğitici video programlar izleyebilirler. Kaset çalarlar rahatlama egzersizlerinde kullanılabilir. Bilgisayar destekli eğitim gereçleri hızla yayılmakta, hazır paket programlar giderek yaygınlaşmaktadır. Pek çok kolaylık sağladığı için de umut vericidir. Bilgisayarların ve geniş bilgi ağları olan internetin daha çok bilgiyi daha ucuza sağlaması ve daha geniş kitlelere seslenmesi mutlaka iyi yönde etki edecektir. Hasta eğitiminde başarılı olmak için çalışma ortamını hastalar için bir eğitim merkezi olarak görmek gerekir. Bu bakış açısından hekim her alanı, her yardımcısını hasta eğitimi için kurgulayabilir. Bekleme salonuna eğiti gereçleri koyar, duvarlara eğitici broşürler asar, eğitici video programlar

gösterir. Benzer biçimde inceleme odasına da eğitici gereçler koyulmalıdır. Hasta kalabalıkta çekinip alamamış olabilir. Poster konuları aylık ya da üç aylık aralıklarla değişir. Böylece süreklilik kazandırılır. Eğitim için özel bir oda düzenlenebilir. Bütün bunları yapmanın tek bir yolu yoktur. Hekim ne tür araç-gereç kullanacağını, içeriğinin ne olacağını, bunları nerede bulacağını bilmeli ve aralıklı olarak içeriğini güncellemelidir (Hasde 1997).

2.6. Hastanelerde Hasta Eğitimi

2.6.1. Tanım

Birey, aile ve topluma sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılmasında, sağlığın korunma, sürdürme ve geliştirilmesinde eğitim önemli bir yer tutar. Hasta eğitimi; bireyin sağlığını ve hastalığını en üst düzeyde yönetmesini sağlayan eğitimdir. Hastanın hastalığına uyumu ve kendi kendine bakımını sağlamak için etkili bir eğitim programı planlanması ve uygulanması sağlık hizmetinin bütünleyici bir parçasıdır (Kelly 2002).

Hasta eğitimi terimi ilk kez 1950'lerde kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık çalışanları ile hasta arasındaki ilişki sırasında yer alan bir öğretme ve öğrenme sürecidir. Bunun aksine, sağlık eğitimi ise sağlıkçı-hasta ilişkisi dışında gerçekleşen bir öğretme ve öğrenme sürecidir. Okullarda bulunan sağlık ya da insan biyolojisi dersleri sağlık eğitimi açısından verilebilecek örneklerdir. Eğitimin başlıca hedefi hastalık ve sakatlıkların önlenmesi için daha sağlıklı yaşam tarzına ait davranışların benimsenmesini sağlamak olduğunda bu durum sağlığın geliştirilmesi olarak adlandırılır. Sağlığın geliştirilmesi bu nedenle hasta eğitimi, sağlık eğitimi ve hastalıkların önlenmesinin bir alt grubunu oluşturmaktadır.

Hasta eğitimi; uyum ve memnuniyetin arttırılması, sağlık harcamalarının azaltılması, morbidite ve mortalitenin azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hastalara yetki verilmesi ya da hastaların otonomilerinin arttırılması için bir yol olarak önerilmektedir.

2.6.2. Gereksinim

Toplumun sağlıkla ilgili her konuda daha iyi bilgilenmeyi arzu ettiği açıktır. Hasta hakları;. 'bireyin, kendi sağlığını koruyup geliştirmesi konusunda bilinçlendirilmesi ve kendi sağlığı ile ilgili anlayabileceği şekilde eksiksiz bilgi alma hakkı' doğrultusunda hasta eğitimi hekimin temel görevleri arasındadır. "Aydınlatılmış onam" ilkesi, hastanın bilgisinin bulunmadığı yan etki ve komplikasyonların oluşması halinde hekimin sorumlu tutulmasını gerektirmektedir.

Hasta uyumu; Hastaların %50'sinden daha azının kendilerine önerilen tedaviye uyduğu bilinmektedir. Bu durum özellikle kronik hastalıklarda 80'li yıllarda tanı ve tedavide kazanılan ilerlemeye rağmen sağlık sonuçlarında yeterli iyileşmenin sağlanamamasına yol açmaktadır. Sağlık çalışanlarının önerilerine ve reçete edilen ilaçlara uyumun eğitim yoluyla arttırılacağı özellikle son yıllarda yapılan pek çok klinik çalışma ile gösterilmiştir.

Hasta memnuniyeti: Sağlık eğitiminin hasta memnuniyetini arttırdığı, ayrıca, gereksiz vizitleri ve telefon görüşmelerini azalttığı kanıtlanmıştır. Eğitim sonucunda artmış olan hasta memnuniyeti, daha gerçekçi beklentilerle birlikte hatalı tıbbi uygulamaların önlenmesine büyük ölçüde katkıda bulunabilir (Kelly, Falvo 2002)

2.6.3. Eğitim fırsatları

Hasta eğitimi; sağlık hizmetinden ayrı tutulmamalıdır, aksine hasta ile görüşme sürecinde yer almalıdır. Hastanın öyküsü alınırken hastanın sağlık davranışları, beklenti ve inançları, bilgi ve becerileri belirlenebilir. Muayene sırasında; bu muayenenin amacı ve saptanan bulguların ne anlama geldiği öğretilebilir. Tanının tartışılması sırasında; anlamı açıklanır ve uygun bir terminoloji ile karar verme süreci paylaşılabilir. Tedavinin planlanması aşamasında; tedavi alternatifleri sıralanıp hastanın her birinin etki ve olası yan etkilerini anlaması ve uygulama zorlukları açısından da değerlendirip tedavi kararını paylaşması sağlanabilir (Hamzaoğlu 1991)

Sağlık eğitimi, okulların müfredatında düzenli olarak bulunan bir bölümü oluşturur, çeşitli topluluklarda iş yerlerinin programlarında bulunabilir ve medyada rutin olarak yayınlanır. Hekimler bu tür eğitimlere katılarak sağlıkla ilgili mesajlarını geniş dinleyici kitlesine ulaştırma olanağı bulabilir. Diğer olasılıklar arasında; toplum

kuruluşlarında sağlıkla ilgili konuşmalar yapmak, iş kazalarından kaçınmak için işveren ve çalışanlara önerilerde bulunmak, yerel radyo ve televizyon programlarında güncel sağlık konuları hakkında konuşmak sayılabilir.

Aile hekimlerinin çoğu eğitim uygulamaları için yeterli zaman bulamayacağını düşünür. Zaman kısıtlılığı için olası çözümlerden birkaçı aşağıda sıralanmıştır;

a) Sigaranın bıraktırılması, perinatal bakım ve sağlıklı beslenme gibi belli başlı ana başlıklar için kalabalık gruplarda toplu eğitimler planlanabilir.

b) Kronik hastalıklar için hasta grupları oluşturulabilir. Hasta grupları hem hastaların kendilerini yalnız hissetmelerini engeller, hem de birbirleriyle deneyimlerini paylaşabilirler.

c) Hemşireleri ve yardımcı sağlık personelini de takım içine katarak, hasta eğitimi tüm uygulamaya yaygınlaştırılabilir (Karataş 2000).

2.6.4. Hasta eğitiminin temel prensipleri

Hasta eğitimi temel olarak hasta merkezli yaklaşım ilkesine dayanır. Hasta merkezli yaklaşım hastanın inançlarını, kültürel özelliklerini, beklentilerini, umutlarını, hastalığının kaynağına dair düşüncelerini de sağlık hizmetinin kapsamına katar. Hem çocuk hem erişkin eğitimi ile ilgili araştırmalar bizlere etkin eğitim ile ilgili pek çok bilgi sunmaktadır.

2.6.5. Hasta Eğitimi ve Danışmanlığı Hakkındaki Öneriler

- Eğitim her hastanın kendi koşulları öngörülerek hastanın anlayabileceği şekilde uyarlanmalıdır.
- Amaçlar, beklenen etkiler ve bu etkilerin ne zaman bekleneceği hakkında hastalar kapsamlı olarak bilgilendirilmelidir
- Büyük değişikliklerdense daha ufak değişiklikler önerilmeli ve basamaklandırılmalıdır.
- Davranış değişikliklerini önerirken spesifik hedefler belirlemeli ve bu hedefler hasta ile birlikte seçilmelidir.

- Yeni davranışları önerirken özgün olunmalıdır.
- Yeni davranışları eklemenin, yerleşmiş olanları kaldırmaktan daha kolay olduğu bilinmelidir.
- Uygun olduğunda yeni davranışlar yerleşmiş olanlarla birleştirilmelidir.
- Hastadan açık şekilde vaat alınmalıdır.
- Farklı stratejiler kullanılmalıdır.
- Uygulama yerinde diğer çalışanların da katılımı sağlanmalıdır.
- Toplum örgütleri, gönüllü sağlık kuruluşları, kaynak materyaller ve hatta diğer hastalardan yararlanılmalıdır.
- Sürekli takip etme yoluyla gelişim gözlenmelidir.
- Hastanın, hastalığının yönetimini üstlenmesini hedeflemelidir.

2.6.6. Hasta eğitiminin standartları

JCAHO (Joint Commision on Accredition of Healthcare Organization) standartları ile hasta eğitiminin standartları şu şekilde belirlenmiştir.

- Hasta ve ailesine iyileşmesini ve fonksiyonlarının düzelmesini sağlamak için gerekli bilgi ve beceriyi sağlayacak bir eğitim planının oluşturulması,
- Hastanın karar verme sürecine katılımının sağlanması ve eğitim sürecine ailenin de dahil edilmesi,
- Tanılama ile başlayan ve belirlenmiş bilgi gereksinimlerine yönelik ve tercihlerine uygun bir eğitim programının vurgulanması,
- Hastaların güvenli ve etkili ilaç kullanımı ile ilgili eğitilmesi,
- Hastaların kullandıkları araç-gereç ve desteklerin güvenli ve etkili kullanımı ile ilgili eğitilmesi,
- Hastalara besin – ilaç etkileşimleri, hastalığa uygun diyet önerilerinin açıklanması,

- Hastalara sağlık kontrolleri ve ulaşabilecekleri toplumsal kaynaklar hakkında bilgi verilmesi esas alınmıştır.

2.6.7. Sağlık davranış biçiminin değerlendirilmesi için model

Hasta eğitiminin amacı; sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi, hastalık ve sakatlıkların önlenmesi için hastayı davranış değişiklikleri konusunda cesaretlendirmek, desteklemek ve tedavi uyumunu arttırmaktır. Bu bakımdan basitçe bilgilendirmekten çok davranış değişikliği yaratmayı hedefler.

Davranış değişim sürecini anlamada en yararlı yollardan biri Transteorik model'dir (Prochaska ve Velicer, 1997). Bu model, değişim için 6 aşamanın gerektiğini öne sürer: Düşünme öncesi, Düşünme, Hazırlanma, Eylem, İdame ve Sonlandırma.

Düşünme öncesi, düşünme ve hazırlanma aşamaları; değişim için olan motivasyon ve hazırlılık aşamaları olarak düşünülmektedir. Risk altında bulunan toplumlarda, bireylerin yaklaşık %40'ı düşünme öncesindekiler, %40'ı düşünenler ve %20'si hazırlananlar şeklindedir. Hasta görüşmeleri bu aşamalara uygun yapıldığı ve her aşamaya uygun, güçlendirici yöntemler kullanıldığı takdirde süreç içinde ve sonuçlarda gelişmeler kaydedildiği yapılan araştırmalar tarafından gösterilmiştir. Model doğrusal bir şekilde tanımlanmakla birlikte, hastaların aşamalar arasında doğal olarak ileri ve geri hareket ettiklerini deneyimler göstermektedir Sağlık Davranışının Değişimindeki 6 Aşama :

1. Düşünme öncesi: Yakın bir gelecekte (genellikle sonraki 6 ay içinde) herhangi bir davranışta bulunmayı hedeflemez.

2. Düşünme: Sonraki 6 ay içinde değişimi hedefler; değişimle birlikte gelen olumluluk ve olumsuzlukların farkındadır.

3. Hazırlanma: Kısa bir süre içinde (genellikle sonraki 6 ay içinde) harekete geçmeyi hedefler; bir planı bulunmaktadır.

4. Eylem: Son 6 ay içinde davranışında belirgin, özgün değişiklikler yapmıştır.

5. İdame: Tekrarın önlenmesine çalışılır, kendine güven artar; bu dönem 6 aydan 5 yıla kadar sürebilir.

6. Sonlandırma: Tekrar olma ihtimali sıfırdır ve yeni bir davranışın sürdürülebilmesine olan inanç %100'dür.

Kısıtlı zaman ve kaynakları akılcı kullanmak açısından hasta eğitiminde büyük oranda hastaların hazırlanması aşamasına odaklanmak mantıklı olur. Bu tip hastalara uygun bilgi ya da ipuçlarını vererek yararlı bir değişim yaratmak genellikle kolaydır. Basit davranışlar için (örneğin, egzersizden önce vücudu germe gibi), sadece basit öneriler veya eğitici broşürlerin verilmesi yeterli olabilir. Daha karmaşık davranışlar için (örneğin, diyetle ilgili değişiklikler gibi); diğer bir sağlık uzmanından yardım almak gerekebilir.

Modelin içinde saklı olan önemli anlamlardan biri; düşünme öncesi ve düşünme aşamasında olan hastalarda eylem için cesaretlendirmenin boşa enerji harcama olduğudur. Bunun yerine, hastanın hazırlanma aşamasına geçmesi amaçlanmalıdır. Düşünme aşamasındakiler, değişimin avantaj ve dezavantajlarını düşünürken sıklıkla çelişkide kalırlar. Bu hastaların kafasındaki olumsuzlukların azaltılması için açık uçlu sorularla bunların neler olduğunun anlaşılması gerekir. İnançlar, güven, destek olan veya engel olan durumların değerlendirilmesi ve değiştirilmesi yoluyla araya girerek zaman harcamanın gerekli olup olmadığına karar vermelidir. Sıklıkla karar, hastanın risk düzeyi, zaman, birbiri ile çekişen ihtiyaçlar, hekimin kendi deneyimleri ve kendine güven düzeyi gibi faktörlere bağlıdır. Hekim, hasta motive olduğu zaman kendisinin desteklemeye istekli ve hazır olduğu mesajını hastaya iletmelidir. Zaman içinde hasta bundan hoşnut oldukça, değişim aşaması düzenli olarak tekrar değerlendirilmelidir.

Kimi zaman davranış değişikliği sonucunda sağlık kazançlarının hemen ortaya çıkmaması hastaların motivasyonunu kırabilir. Hekimler bunun bilincinde olmalı ve hastaları bu konuda hazırlamalıdır. Bu arada, yargılayıcı olmamak, hastanın yaptığı ufak değişikliklerle ödüllendirilmiş hissetmek, onları daha da cesaretlendirmek ve bazılarının hiçbir zaman değişmeyeceğini kabul etmek en iyi stratejilerdir. Örneğin, bir yılda sigarayı bırakanların oranı %5'ten %10'a çıkmışsa, kalan %90'dan ümitsiz olmak yerine, sigarayı bırakanların oranının 2 katına çıkmasından mutluluk duymalı ve %90 için kapıyı açık tutmalıdır.

2.6.8. Eğitim süreci

Eğitim dinamik bir süreçtir. Değerlendirme, planlama, uygulama ve değerlendirmeden oluşan bir daireye benzer. Döngü ideal olarak hekim ve hasta arasındaki işbirliği süreci şeklinde olmalıdır, böylece her iki taraf da sonuçları ile ilgili sorumlu olur. Hastaların bilgi düzeyi, öncelikli eğitim gereksinimleri göz önünde bulundurulmalı, eğitim hedefleri hasta ile birlikte saptanmalıdır. Örneğin yeni diyabet tanısı konmuş bir kişi ile bir süredir diyabet tanısı ile izlenmekte olan bir kişinin eğitim hedefleri kuşkusuz birbirinden farklıdır. Yeni tanı konmuş bir diyabet hastası için hiperglisemi ve hipogliseminin bulgu ve semptomları uygun bir eğitim hedefi iken, bir süredir izlenmekte olan bir hastanın eğitim hedefi kan şekeri sonuçlarına dayanarak ekstra insülin dozlarının planlanması olabilir. Bilginin işlevsel olmasına dikkat etmek gerekir. Örneğin, bir diyetisyen ya da hekimin gıdada bulunan yağ miktarından kalori oranını hesaplayabilmesi gerekli olabilir ancak hastalar için içersinde doymuş yağ oranı daha fazla olan gıdaların neler olduğunu öğrenmek ve yemekleri hazırlarken aşırı yağdan kaçınma yolları ile ilgili değişiklikler yapmak daha önemli ve daha gerçekçi olabilir.

Hekimlerin hasta eğitimi sırasında sıklıkla hastalık hakkında çeşitli bilgiler vermeyi yeğledikleri yapılan araştırmalarda saptanmıştır. Oysa hastaların bu bilgileri vizit sonrasında kısa sürede unuttukları da bilinmektedir. Hastalık hakkında bilgi vermekten çok, hastalara günlük hayatta karşılaşacağı zorluklarla nasıl başa çıkabilecekleri, hastalıklarının gidişi sırasında alevlenmeleri ya da komplikasyonları nasıl fark edecekleri, hangi durumlarda hekime başvurmaları gerektiği, hangi durumlarla kendilerinin başa çıkabilecekleri ve nasıl başa çıkmaları gerektiği anlatılmalıdır. Yukarıdaki diyabet örneğinde; evde kan şekeri ölçümleri ile kendilerini izlemeleri, belli değerlerin üzerinde ölçümler saptadıkları takdirde hemen hekime başvurmalarını yada hipogliseminin belirtilerini anlatmak ve bu belirtileri fark ettikleri anda hemen iki kesme şeker yemelerini, dolayısıyla her zaman yanlarında iki kesme şeker taşımalarını tavsiye etmek gibi.

Bilginin saptanmasında hemen her zaman basit bir takım soruların sorulması ve hastaları sorularını yöneltmeleri konusunda cesaretlendirmek yararlıdır

Böylece fizyoloji ve tedavi yöntemleri hakkındaki bilgi eksiklikleri ve yanlış anlaşılmaları saptamak olasıdır. Eğitim için bir takvim oluşturmak üzere, bu alanlara

hekim ve hasta tarafından beraberce öncelik verilebilir. Buradaki sır, tüm bu sayılanların 15 dakikalık tek bir vizitte tamamlanması gerektiği şeklinde bir hisse kapılmamaktır. Tıbbi görüşmeye uygun şekilde entegre edildiği taktirde, mantıklı bir hasta eğitimi planlamada gerekli verilerin toplanması oldukça kısa bir sürede mümkün olur. "Bugün size nasıl yardım edebilirim?" şeklindeki açık uçlu bir soru bile hastada ilgi uyandırabilir ve ne söylemesi gerektiği konusunda düşündürebilir.

2.6.9. Eğitim düzeyi düşük olan hastaların / bireylerin eğitimi

Tıbbi kültür, hastaların önerileri okuyup anlamalarına, bilgilendirilmelerine ve sunulan bilginin anlaşılması, sindirilmesi ve kazanılmasına bağlıdır. Kültür düzeyi düşük erişkinler hasta eğitim materyallerinin ana noktalarını daha zor kavrarlar, önerilere kulak asmayabilirler veya temel yazılı tıbbi önerileri kavrayamayabilirler. Bu durumda hastalar kendilerine verilen sağlık bilgilendirmesinden çok az yarar sağlarlar. Hastalar okuma yazmayı bilmedikleri ya da verilen bilgiyi anlama konusunda yetersiz oldukları konusunda hekimi bilgilendirmeyebilirler. Bu sosyal bir problemdir ve hastalar bunu kolaylıkla söyleyemezler. Hastaların güçlü ve zayıf yanlarını değerlendirmede en iyi yol; gözleyerek, ipuçlarına uyanık olarak, direkt sorularla hassas ve zamanında davranmak gibi metotlarla eğitim düzeyini değerlendirmektir.

Eğitim düzeyi düşük olan hastalar, problem saptanabildiği ve hekim yeterli zaman ayırdığı taktirde bu bilgiyi kavrayabilirler. Bazı durumlarda, görsel sunumlar hastaların verilen bilgiyi kavramasına ve hatırlamasına yardımcı olur. Görsel materyal hazırlanırken gerçek yaşama uyumuna dikkat etmek gerekir. Sade ve gerçek hayata uygun çizgilerle hazırlanmalı olabildiğince az yazı içermelidir. Bazen de bir çok vizitte azar azar bilgi verilmesi, hastaların bilgiyi sindirebilmesi açısından en etkin yoldur. Hastaya verilen yazılı materyaller, fazla açıklamalardan ziyade temel açıklamaları içermelidir.

Eğitim düzeyi problemi, kelime bilgisi ile ilişkili olduğunda, hekim hastaya onun anlayacağı dilde açıklamalar yapmalıdır. Hastanın bildiği kelimeleri seçmek ve hastaya tanıdık gelecek temalarla örnekler vermek hastanın kavramları anlaması ve hatırlamasına yardımcı olacaktır. Hastanın ana dili hekimin kullandığı dilden farklı ise, her iki dili bilen bir üçüncü kişi hastanın sunulan materyali anlayıp anlamadığını değerlendirebilir (Özvarış 1997).

2.6.10. Sağlık personelinin katılımı

Yapılan çalışmalar; ortamda bulunan tüm sağlık çalışanlarının hasta eğitimine katılmasının toplam etkiyi çok daha güçlendirdiği ve hekime zaman kazandırdığını göstermektedir. Bekleme odası çalışanları, hastalara bekledikleri süre içersinde çeşitli basılı materyalleri ya da uygun diğer formları önerebilir veya hekim tarafından yazılmış olan basılı materyallerin verilmesini sağlayabilir. Belli başlı konuları ele almak üzere akşamları küçük gruplar şeklinde sınıflar oluşturulabilir. Daha büyük çaplı uygulamalarda, ilgili personel ile; uygulamadaki öncelikli alanları belirleyen, basılı materyali ve diğer kaynakları değerlendiren ya da geliştiren, hasta eğitimindeki kaliteyi yükseltmek için kalite geliştirme sürecini kullanan bir hasta eğitim komitesi oluşturulabilir. Diyetisyen, fizyoterapist gibi diğer sağlık çalışanları da eğitim sürecine katılımlı ve bu sürecin koordinasyonunu hekim üstlenmelidir.

2.6.11. Ailenin katılımı

Hastanın doğal çevresinin hasta eğitimi sürecine katılması çok önemlidir. Eğitimdeki hedeflerin başarılmasında ailelerin destekleyici veya engelleyici olabilirler. Örneğin, sigara içen bir kişi sigarayı bırakmaya çalıştığında, eşinin sigara içip içmemesinin önemli bir faktör olacağı aşikardır. Başka bir örnekte, bir hasta kolesterolünü düşürmek için diyetini değiştirmeyi öğrenmesi gerekiyorsa ve evde yemek hazırlama işini eşi yapmakta ise, bu olaya mutlaka eşi de katılmalıdır. Basit sorular yöneltilerek yararlı bilgiler edinilebilir.

Hastaya şu sorular sorulabilir: Probleminiz (bulgularınız) hakkında kim(ler)le konuştunuz? Bu kişiler ne dediler? Size sorunun ne olduğu söylendi? Genellikle yardım istediğiniz kişi kim(ler)dir? Aile bireylerine şu sorular sorulabilir: Bu probleme (bulgulara) neyin sebep olduğunu düşünüyorsunuz? En çok endişe duyduğunuz şeyler neler? Yardım için neler yapılabilir? (Falvo ve Bosshart, 1990). Bazı durumlarda, eğitim yaklaşımını etkin bir şekilde uyarlamak için gerekli olan tek şey ailedeki sorunlar ve endişelerin basitçe anlaşılması olabilir.

2.6.12. Sözlü anlatım

Hasta eğitiminde en sık kullanılan yol, rutin hasta-hekim görüşmeleri kapsamında hastalarla konuşma şeklindedir. Bu etkileşim, daha sonra düzenlenecek eğitimlere (basılı materyaller, video materyalleri, sınıflar veya diğer eğitim şekilleri) bir temel teşkil eder. Bilgi uygun ve kapsamlı bir şekilde verilmeli, hem hasta hem de hekim tarafından paylaşılan, gerçekçi beklentileri ve doğru amaçları içermelidir.

Etkin bir iletişim öncesinde ilk gerekli olan, onaylama değilse bile kabul etme şeklinde bir atmosferin yaratılmasıdır. Hekim hastanın deneyimleri, inançları ve davranışlarını sorgularken yargısız bir tutum takınmalı, hasta ile aynı fikirde olmasa bile hastanın bakış açısını anladığını göstermelidir. Bu atmosferin yaratılması ortak hedeflere ulaşma doğrultusunda hasta ile bir ekip oluşturma sürecinde kritik bir aşamadır. Bu işbirliği ortamı sağlanamadığında, hastalar düşünce yada duygularını paylaşma açısından isteksiz olacaklardır.

Tıbbi dil kullanımından kaçınılmalıdır. Genellikle hekimler konuşmalarının ne kadar teknik olduğunun ve hastaların anlama düzeyinin dışında kaldığının farkında değillerdir. Yetişkinlerin tıbbi terimleri fonksiyonel olarak anlamaları son derece zayıftır. Verilen bilgiler doğrultusunda eş anlamlılarını da belirtmek, bu tıbbi dili çözebilmeleri için hastalara yardım edecek bir yaklaşımdır. Örneğin; "Koroner arterlerin ya da kalp kasının kendisine kan taşımakta olan kan damarlarının birinde atherosklerotik bir lezyon ya da bir tıkanma mevcut (Assal 1995)."

Sözlü iletişimde özgüllük (spesifite) ve açıklık eşit derecede önemli olan prensiplerdir. Şu şekilde bir dili kullanmaktan kaçınılmalıdır: "Yediğin yağ miktarını azalt veya Artık yağ yememelisin" demek hiçbir anlam taşımayabilir. Tek tek ne yemesi, ne kadar yemesi, ne sıklıkta yemesi gerektiği anlatılmalıdır. Hastaların anlatılanları kavrayıp kavramadıklarını kontrol etmek eğitimin tamamlayıcı parçası olarak görülmelidir. En azından, hastalar soru sormak için cesaretlendirilmelidir. Çok daha iyi bir strateji ise, verilmiş olan bilgileri anladıklarını özetlemelerinin istenmesidir. Sorular herhangi bir yanlış anlamayı suçlar şekilde kabul edilmeyecek bir tarzda sorulmalıdır: "Size vermiş olduğum bilgiler doğrultusunda bana ne yapmanız gerektiğini kendi kelimelerinizle anlatabilir misiniz?" (Falvo, 1994)

2.6.13. Basılı materyaller

Sözlü anlatımdan sonra en sık kullanılan hasta eğitim aracı basılı materyallerdir. Ne yazık ki, bunlar sıklıkla tek başına veya öncesinde etkin bir sözlü anlatım yapılmaksızın kullanılırlar. Yapılan çalışmalar sonucunda, bu şekilde kullanıldıklarında çok da etkili olmadıkları gösterilmiştir (Simons-Morton et all 1992). Bunun aksine, diğer eğitim tipleri ile birlikte kullanıldıklarında basılı materyaller hastalar tarafından istenmekte ve sonuçları daha iyiye götürmekte olduğu çalışmalarda gösterilmektedir.

Basılı materyaller 2 grupta toplanabilir: 1. Kurallı tip (Preskriptif) 2. Kuralsız tip (Non-preskriptif). İki materyal tipi zaman zaman birbiriyle örtüşmekle birlikte kurallı materyaller, sıklıkla belli bir amaç doğrultusunda hekim tarafından hastaya verilen materyaller şeklinde tanımlanır. Genellikle medikal bir problemin ortaya çıkması ya da tekrarlaması nedeniyle kullanılır. Örneğin, sırt kaslarını incitmiş bir hastada sırttaki mekanizmaları, incinmenin yinelenmesinden kaçınmak için neler yapılması gerektiği, iyileşme sırasında ve sonrasında esnekliği ve gücü arttırmaya yönelik fizik programları açıklayan bir broşür verilebilir. Bu ma kimin yaralanma ile ilgili önerilerine ek olur. Kısaca tedavinin bir parçasıdırlar. Bunun aksine, kuralsız tipteki materyaller, hastaların istedikleri taktirde serbestçe alması veya okuması için sıklıkla bekleme ya da muayene odalarına bırakılırlar. Bunlar, daha genel ya da belli başlıklara dayalıdır ve hasta eğitiminden çok sağlık eğitimine yöneliktir. Bunlara örnek olarak; 4 temel yiyecek grubunu tanımlayan bir broşür veya cinsel yolla bulaşan hastalıkları anlatan ufak bir kitapçık verilebilir. Kuralsız tipteki materyaller, bir davranışı değiştirme amacından çok bilgilendirmeyi amaçlar ancak hastanın kafasında bir takım sorular oluşmasına yol açabilir dolayısıyla vizit sırasında hasta eğitimi açısından olanak sağlayabilir.

Hekimlerin ya da eğitim komitelerinin elde olan materyalleri kullanma veya uygun buldukları konularda kendilerinin yeni bir takım materyalleri geliştirme hakları vardır. Dağıtacakları herhangi bir materyalin doğruluğundan hekimlerin sorumlu olduklarının bilinmesi önemlidir. İlaç firmaları ve ulusal gönüllü kuruluşların materyalleri bunlara örnek olarak verilebilir (Assal 1995).

2.6.14. Mevcut materyalleri kullanmadan önce dikkat edilmesi gerekenler

İçerik uygun mudur? Bir ürünün reklamı yapılmış ya da bilgi taraflı verilmiş midir? Doğru tanı ve tedaviye yönelik hekimin kendi kararları ile uyumlu mudur? Hastaların okuduklarını anlayacakları düzeyde açık olarak ifade edilmekte midir? Kolayca çoğaltılabilir mi? Depolamaya ve uygulamada herhangi bir sistemde kullanmaya uygun mudur?

2.6.15. Orijinal basılı materyal yapılması

Uygulamada herkesin kendine has bir takım basılı materyalleri geliştirmeyi istemesi olasıdır. Bu şekilde bir uygulamanın avantajı şekil ve içeriğin istenildiği gibi denetlenebilmesidir ancak aynı zamanda doğru ve başarılı olma açısından büyük sorumluluk üstlenilmiş olur. Yazmaya başlamadan önce en son literatürlere dayanarak bilginin arttırılması akıllıca bir yaklaşımdır. Bu en çok bekleme salonunda kullanılmak üzere belli bir konu hakkında kuralsız tipteki materyallerin hekim tarafından hazırlanmasında önem taşımaktadır. Bununla birlikte, kurallı materyallerin hazırlanmasında da (amaç, bir problem hakkında hekimin genel önerilerini basitçe kaydetme gibi ise) bu önemli bir süreçtir (Tabak1996).

Burada en sık yapılan hata gereğinden fazla bilginin verilmesidir. Temel eğitim mesajları belirlenmeli ve materyal 3-4 eğitim mesajı ile sınırlı tutulmalıdır. Tıbbi dil, aşırı istatistik kullanma ve korkutucu mesajlardan kaçınılmalıdır. Kısa kelimeler ve kısa cümleler kullanılmalıdır. Materyali çoğaltmadan önce çalışma arkadaşları ve az sayıda hasta üzerinde deneyerek işlerliği sınanabilir.

Basit çizimler ve şekiller konunun anlaşılmasına yardımcı olur; genellikle karmaşık resimleri kullanmaktan daha etkilidir. Alt başlıklar okuyucunun aradığı bilgiye kolay ulaşmasını sağlar ve gerektiğinde koyu renk ya da italik yazı kullanılarak dikkat çekilebilir, bu şekilde terimlerin vurgulanması sağlanır. Dil olarak aktif zaman kullanılmalı, olumsuz dil kullanmaktan kaçınılmalı ve “asla”, “daima”, “zorunluluk; -meli-malı” gibi genellemeler, kesin terimler kullanılmamalıdır. Uzman yazarlar, soru cümlesinde birinci tekil kişiyi; yanıtlarda ise ikinci tekil kişiyi kullanmayı önermektedir. “Ben ne sıklıkta ve ne kadar süre ile egzersiz yapmalıyım?” “En iyi sonuçları elde edebilmek için (sen/siz) en az 30 dakika ve haftada en az 3 gün egzersiz yapmalısınız”. Materyali hazırlarken bol miktarda boş alan bırakılmalı (kağıt tamamen yazı ile dolu

olmamalı), en az 10-12 boyutlu yazı ile yazılmalı ve mümkünse 2 hatta 3 sütun halinde düzenlenmelidir (Whinnety 1997).

Diğer materyaller ve seçenekler

Modeller, maketler, çeşitli afişler, diğer görsel materyaller sözel ve yazılı gereçlere yardımcı olarak kullanılabilir. Özellikle hastanın belli bir beceriyi kazanması hedefleniyorsa beceri eğitim ilkelerine uygun olarak bizzat yapması önemlidir. Bu tip materyaller; sinirlere bası yapan bir lomber disk hernisinin nasıl olduğu, vajinal bir diyaframın uygunluğunun ne şekilde kontrol edileceği gibi çok çeşitli konuları açıklamada son derece değerlidir (Trenkner 1991).

Bunlar dışında kullanılabilen alternatif eğitim araçları arasında video ve kasetçalarlar bulunur. Kasetçalarlı bir eğitim için gereken ekipman son derece azdır. Özellikle basılı materyallerle birlikte kullanıldıklarında daha iyi sonuç verirler. Videolar özellikle okur- yazarlığı olmayan kişiler için yararlı olabilir ve ayrıca bekleme odasındaki televizyonlarda eğitim mesajları vermek üzere de kullanılması mümkündür. Video aracılığıyla basit drama örnekleri eğitimde kullanılabilir, drama örnekleri hastanın kendi karşılaştığı zor durumlarla başa çıkma konusunda yardımcı olabilir, hastanın dramadaki karakterler ile empati kurmasını sağlar (Kelly, Falvo 2002)

2.6.16. Ortam

Hasta eğitiminde başarılı olmak için çalışma ortamını hastalar için bir eğitim merkezi olarak görmek gerekir. Bu bakış açısı ile, ortamdaki her alanın, her yardımcının hasta eğitimine katılması mümkündür. Örneğin, rahat koltuklar, çeşitli dergilerin veya televizyonun bulunması gibi düzenlemelerle bekleme salonunun çekici hale getirmesi gerekir. Bekleme salonuna eğitim gereçleri konur, duvarlara eğitici broşürler asılır, hatta eğitici video programları gösterilir. Benzer şekilde muayene odasına da eğitici gereçler koyulmalıdır. Özellikle hastaların kalabalıkta çekinip almayabileceği materyalleri muayene odasına koymak yararlı olabilir. Poster konuları aylık ya da üç aylık periyotlarla değiştirilir; böylece süreklilik kazandırılır.

Hasta eğitiminin koruyucu hekimlikteki yeri tartışılmayacak bir gerçektir, günümüzde tedavi edici sağlık hizmetinin de başlıca bileşeni olarak görmeli ve sunduğumuz hizmetin kalitesini önemli ölçüde arttıracağının bilincinde günlük uygulamamızın her alanına yerleştirmeliyiz (Mengel 1991)

2.7. Eğitim Materyal ve Yöntemleri

Eğitim düzeyi yüksek olan gelişmiş ülkelerde eğitimde kitle iletişim araçlarının kullanılması etkili bir yoldur. Bu ülkelerde; yüz yüze eğitimin, ancak bazı özel konularda (tabu iletişimi) uygulanması yeterlidir.

Sağlık eğitim teknolojisini gelişmiş ülkelerden Öğrenen az gelişmiş ülke yöneticileri, çoğunlukla kendi ülkelerinde de aynı şekilde hareket etme eğilimindedir (Tabak 1996). Gözden kaçan nokta kazandırılmak istenen davranışın, az gelişmiş ülkelerin kendi kültürlerine -bir başka deyimle, halkın bilgisine, değer yargılarına, alışkanlıklarına, inançlarına ve geleneklerine- uymadığıdır. Bu nedenle az gelişmiş ülkelerde sağlık eğitimi -gelişmiş ülkelerde olduğu gibi- sadece kişiye bilgi verme ve kişinin davranışını değiştirme değil, bir toplumun kültürünü değiştirme sürecidir. Bu ülkelerde, ağırlığın yüz yüze eğitime verilmesi, yüz yüze eğitimin halkın tanıdığı, değer verdiği ve inandığı kişiler tarafından yapılması, eğitimin uygulamalı olarak yaptırılması zorunludur (Aziz 1975). Eğitimde kullanılan araç ve materyallerin ülkenin gereksinimleri doğrultusunda seçilmesi gereklidir.

Kitle iletişim ve eğitiminde kullanılacak materyal(ler) daha çok bilgi verme ve güdülemeyi amaçlarken, birey ve grup eğitimine yönelik bîr materyal daha çok tutum ve davranış değişikliğine yönelik olması öngörülmektedir. Bu ilke ters üçgenler yaklaşımı ile şematize edilmiştir (Tabak 1996).

Kitle iletişim araçları ile yapılan eğitim

BİLGİ V—V V

GÜDÜLEMEZ —V—V—V—

TUTUM V—V—V—

DAVRANIŞ V — V—

Birey ve grup eğitimi

Şekil 2. Ters Üçgenler Yaklaşımı (Tabak 1996). (Birey eğitiminde amaç "daha *çok" tutum ve davranış değişikliği iken, kitle iletişim araçlarıyla yapılan eğitimde amaç "daha çok" bilgi vermek olmalıdır.)*

Kişiler yalnızca duyduğu şeyleri kolayca unutulur; oysa bizzat katıldıkları bir eğitim etkinliği, anımsamayı kolaylaştırır, kolay kolay unutmamalarını sağlar (Küçükahmet 1994). Bu nedenle sağlık eğitiminde kitle haberleşme araçlarından yüz yüze eğitimi tamamlamak ve desteklemek amacı ile yararlanılmalıdır.

2.7.1. Eğitimde kullanılan iletişim kanalına göre eğitim türleri

Görsel eğitim:

Dikkat ve ilgi çekmenin en iyi yollarından biri görselliğin kullanılmasıdır. Görselliğin kullanılması sözcükleri desteklediği gibi tek başına bir görüntü sözcüklerin yerini tutabilir. Görüntülerin kullanılması öğrenme zamanını kısaltır, anımsamaya yardımcı olur. Katılımcıların hayal gücünü uyararak değişik düzeyde öğrenme yaşantısı sağlar.

İşitsel eğitim:

Sadece görsel eğitim veya görsel-işitsel eğitime göre etkinliği oldukça düşük olan ancak bazı koşullarda kullanılması gereken eğitim türüdür. Diğer eğitim türleri ile rahatlıkla bütünleştirilebilmesî, kullanımı için gereken araçların (teyp) küçük, taşınabilir ve kullanışlı olması yaygın olarak kullanılmalarını sağlamıştır. Bunun yanında dil eğitimi gibi konuların vazgeçilmez yöntemidir.

Görsel-işitsel eğitim:

Eğitimde en yüksek etkinlik sağlayan yöntemdir. Katılımcılarda görsel etki bırakması yanında işitsel etki İle desteklenmesi eğitimin etkinliğini artırır. Anımsamanın en kolay olduğu, kolay kolay unutulmayan, öğrenim süresinin en kısa olduğu eğitim yöntemidir.

2.7.2. Eğitim verilecek kitleye göre eğitimin türleri

Birey eğitimi :

Etkili fakat pahalı bir yöntemdir, özel durumlarda uygulanabilir. Kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmak için hekim, ebe ve halk sağlığı hemşiresi ile bir araya geldikleri zamanlarda, toplum Önderlerini sağlık eğitimine katkıda bulunmaya ikna etmek için, toplumu veya kişileri olumsuz etkileyen kişileri eğitmek için uygulanabilir (Alkan 1979).

Toplum eğitimi yöntemi:

Eğitimin tüm toplumu kapsaması amaçlanır. Bunun için kitle iletişim araçlarından yararlanılır. Bunlar; gazete, dergi, radyo, televizyon ve kitaplardır. Bu araçlar, genellikle halkın güvendiği ve yararlandığı bilgi kaynaklarıdır, kamuoyu yaratmada ve ulusal kampanyaların yürütülmesinde Çok yararlı ve etkilidir. Ancak bu yayınların etkili olabilmesi için, toplumda sürdürülen sağlık hizmetleri ve eğitim çalışmaları ile bütünleştirilmeleri, bölgesel sağlık hizmetleri ve eğitim çalışmalarının bir parçası olarak yürütülmesi gerekir.

Grup eğitimi yöntemi:

Etkinliği daha az, ancak daha pratik olan bu yöntem davranış değişikliğini amaçlayabilmesi yönüyle toplum eğitiminden üstündür. Grup eğitimi sırasında şu sunum şekillerinden bir veya birkaçı kullanılabilir.

Anlatım yöntemi: Eğitimcinin herhangi bir konuyu bir sıra ve düzene göre karşısındaki kimselere baştan sona kadar anlatmasıdır. Eğitimcinin yalnızca düz anlatıma ağırlık vermesi öğrenme ve öğretimde etkinliği azaltır.

Tartışma yöntemi: Herhangi bir konunun, grup üyeleri tarafından karşılıklı konuşarak, dinleyerek ve konuya katılarak işlenmesidir. Eğitilen bireyler etkinliğe daha fazla katılacaklarından daha çok kabul görür.

Tartışma yöntemi türleri:

- Panel (açık oturum)

- Sempozyum

- Münazara

- Karşılıklı görüşme (mülakat)

Gözlem yöntemi*:* Herhangi bir olayın oluşmasını bir plan çerçevesinde evre evre incelemektir.

Rol yapma yöntemi: Eğitilen, kendi duygu, düşünüş ve hayallerini, bir başka yaşantıya sahip olan kişinin yerine koyarak ifade eder.

Beyin fırtınası yöntemi: Belirli bir sorun hakkında ya da konuyla ilgili değişik görüşler elde etmek için kullanılır. Grup üyelerinin, konu hakkında akıllarına gelen her

şeyi mantık ölçülerine vurmadan söylemeleri esasına dayanır. Daha sonra, söylenenlerin hepsi değerlendirilir.

Soru-yanıt yöntemi: Eğitimci, eğitilenlere soru sorar, onların verdikleri cevaba göre konuyu destekler.

Öykü anlatma yöntemi: Eğitilenlerin, eğitim konusuna uyumlarını ve ilgilerini sağlamak amacıyla uygulanır. Hikaye, asıl anlatılmak istenen konunun sunumundan önce veya konu arasında anlatılır.

Anlatım gibi tek yönlü iletişime dayanan klasik yöntemler Öğreten merkezli (otokratik) yöntemler olarak tanımlanmaktadır. Modern yöntemlerde ise öğrenen merkezli bir eğitim söz konusudur. Bireysel ve grup çalışmalarına yoğunlaşan bu yöntemlerde öğrenciler yaratıcılığa, problem çözmeye, kendi fikirlerini geliştirmeye güdülendirmektedir.

Koşulların anlatım yönteminden başka bir yöntem uygulamaya elvermediği durumlarda bile uygulama renkli hale getirilmeye çalışılmalıdır (Küçükahmet1994).

Ancak unutulamamalıdır ki; yöntem seçimi sihirli bir değnek değildir. Önemli olan eğiticinin konuyu en iyi şekilde öğretecek yöntem zenginliğine ulaşmaya çalışmasıdır.

Katılımcılar ile eğiticilerin karşılıklı etkileşmelerini sağlayan bu yöntemler aynı zamanda öğrenilenlerin kalıcı olmasını sağlama amacıyla kullanılmaktadır. Eğitimlerde kullanılan sunum türlerine göre katılımcıların zaman içinde anımsama yeteneklerindeki değişim Tablo 2.1'de verilmiştir.

Tablo 2.1. Türlerine Göre Zaman İçinde Anımsama Kapasiteleri (Sullivan 1995)

	ANIMSAMA KAPASİTESİ	
SUNUM TİPİ	**3 saat sonra**	**3 gün sonra**
Sözel (tek-yönlü) konferans	% 25	% 10-20
Yazılı (okuma)	% 72	% 10
Görsel ve sözel sınıf dersi	% 80	% 65
Katılımcı yöntemler (rol yapma, vaka çalışması, tartışma)	% 90	% 70

Eğitimi planlayanlar hangi sunum tipi (katılımcı, konferans vb.) İle nasıl bir eğitim (birey, grup veya toplum) vereceğine karar verirken aşağıdaki Özellikleri gözden geçirmelidir.

2.7.3. Eğitimde yöntem seçimini etkileyen faktörler (Piotrow et al.1994)

Eğitici(ler)in yönteme yatkınlığı: Eğitici, yöntemlerden hangisini daha iyi uygulayacaksa o yöntemi kullanmalıdır.

Zaman ve fiziksel olanaklar: Kısıtlı zamanda grup tartışması uygun bir yöntem değildir, ancak zaman sorunu yoksa bunu en etkili yöntemlerle zenginleştirmek gerekliliği vardır.

Maliyet: Hedef kitleye uygulamalı deneyimler kazandırmayı amaçlayan bir yöntem ek maliyet gerektirirken, soru-yanıt ya da anlatım yöntemi ek bir maliyet gerektirmez.

Öğrenci grubunun büyüklüğü: Geniş gruplarda tartışmalı yöntemleri uygulamak ne kadar zor ve yanlış ise küçük gruplarda anlatım tekniği gibi daha az etkili bir yöntem kullanmak da o kadar yanlıştır.

Konunun özelliği: Bir konu "uygulamalı eğitime" yatkın ise bu fırsat kaçırılmamalı, ancak "tarih" gibi bazı kuramsal konuların "anlatım" tekniğine daha yatkın olduğu bilinmelidir.

Eğitimin sonunda hedef kitlede geliştirilmek istenen nitelikler: Eğitim süresi sonunda katılımcıların sadece bilgi düzeyini artırmak amaçlanıyorsa başka, aynı zamanda beceri kazandırmak da hedefleniyorsa daha başka yöntem tercih edilmelidir.

Katılımcıların hazır bulunuştuk düzeyi: Katılımcıların hazır olma durumları eğitim materyali seçiminde önemlidir. Bu durum katılımcıların mesajı anlayıp yorumlamalarını, dolayısıyla iletişimi arttıracaktır. (Kurt 2000)

2.7.4. Eğitim materyali türleri

2.7.4.1. Etki yollarına göre

- **İşitsel materyaller:**

Radyo (drama, spot programlar), plak, kaset, kompakt disk vb.

- **Görsel materyaller:**

Kitap, broşür, gazete ilanı ve yazıları, bülten tahtası, afiş, flipchart, resim, poster, sergi vb.

- **Görsel-işitsel materyaller :**

Televizyon (dizi film, drama, reklam ve spotlar), DVD, VCD, video (eğitim amaçlı kısa ve uzun süreli programlar), yazı tahtası, yansı (tepegöz saydamları), kumaş kaplı tahta (flanellograf), flipchart (eğiticinin katkısı ile birlikte), opak projektör (epidiyaskop), slayt ve slayt projektör ve hareketli filmler- film makineleri vb.

2.7.4.2. Kullanılan tekniklere göre

Her koşul için uygun bir eğitim materyali bulunamaz. Bir materyalin uygun olduğu koşullarda (eğitim ortamı, hedef kitlenin sayısı, anlatılan konu vb.) bir diğeri uygun olmayabilir.

Eğitimi planlayanlar bu materyallerin kolaylıkları, sınırlılıklarını bilmeli ve en uygun materyali seçmelidir.

Kullanılacak materyali seçerken;

- Piyasada bulunup bulunmadığı,
- Hazırlama ve çoğaltma maliyetinin uygunluğu,
- Hazırlama süresinin uygunluğu,
- Hazırlarken gereken beceri(ler),
- Kullanım kolaylığı,
- Hedef kitlenin tercihi ve
- Eğiticinin tercihi göz önünde bulundurulması gereken konular

2.7.5. Eğitim materyali türleri ve özellikleri

Basılı Eğitim Materyalleri

1. Yansı (Transparan, tepegöz saydamı)
2. Slaytlar

3. Ses bantları

4. Radyo programları

5. Televizyon ve video programları

6. Poster, broşür, flip-chart, yazı tahtası

7. Bilgisayar

Basılı Eğitim Materyallerinin avantajları

- Geniş kullanım alanı vardır.
- Kolay üretilir.
- Çeşit boldur.

Basılı Eğitim Materyallerinin dezavantajları

- Okuma beceri ve alışkanlığı gerektirir.

Kaliteli ve renkli olanlarının üretimi pahalıdır (Alkan 1979).

2.7.6. Eğitim materyali seçiminde göz önünde bulundurulması gereken faktörler

Bu materyallerden hangisinin veya hangilerinin kullanılacağına karar verirken her eğitim materyalinin kendine özgü bir özelliği ve üstünlüğü olduğu, tüm konuların tek bir yöntemle verilemeyeceği bilinmelidir. Bu nedenle etkili olabilecek faktörlerin bilinmesi ile verilecek eğitim için en uygun materyal(ler)e karar verilmesi kolaylaşır. Materyal seçerken öncelikle eğitimde yöntem seçimini etkileyen faktörler bilinmeli, ayrıca şu faktörler gözönünde bulundurulmalıdır:

Hedef kitlenin tanımlanması, özelliklerinin bilinmesi:

Dar kapsamlı tanımıyla; eğitim vererek davranış değişikliği oluşturması ya da olumsuz davranışlarını bırakması istenen kişi ya da kişilere *hedef kitle* denir. Hedef kitle analizi bir sağlık iletişim ve eğitim çabasının en önemli parçasıdır. Eğitimin daha etkin olması için eğitim materyali geliştirirken göz önünde bulundurulması gereken önemli nokta, hedef kitlenin özellikleridir (Eğitim düzeyi, sosyo-ekonomİk düzey, yerleşim yeri, yaş ve cinsiyet dağılımı vb). Hedef kitle odaklanması kolay ve bu eğitime en çok gereksinim duyan grup(lar) olmalıdır. Bu yönüyle ne kadar homojen olursa, eğitim o kadar etkili olur.

Eğitimi planlayacaklar, hedef kitleyi tanıma yönünde iyi bir araştırma yapmalıdır. Bu gereksinim şu şekilde ifade edilmiştir: *"İyi bir araştırıcı; iyi dinleyen, önce dinleyen ve devamlı dinleyendir."*

Eğitim;

- Katılımcıların eğitime hazır olduğu (güdülenme) durumlarda,

- Katılımcıların önceden bildiği veya deneyimi olduğu konularda yapılırsa,

- Katılımcılar ne öğrenmesi gerektiğinin farkında ise,

- Eğitim sırasında değişik teknikler kullanılıyorsa,

- Eğitim verilen konu hedef kitle için uygun ise,

- Tekrar yapılarak eğitim veriliyorsa,

- Eğitim ortamı gerçeğe ne kadar yakınsa ve

- Katılımcıların gelişmeleri ile İlgili olarak geribildirim veriliyorsa en etkili eğitim verilmiş olur (Ertürk1972).

Ancak özellikle yetişkinlerin eğitiminde eğitim programı hazırlanırken herkes için geçerli tek bir program yapılamayacağı bilinmelidir. Hedef kitlenin gerek kişisel özellikleri (demografik ve psikografık özellikler), gerekse eğitim verilecek olan konudaki mevcut bilgi, tutum ve davranışları eğitimi planlayacaklar tarafından bilinmelidir. Hedef kitlenin tanımlanmış olması eğitim materyali geliştirmeden eğitim vermeye kadar, iletişim ve eğitimin bütün aşamalarında yararlı olacaktır. Eğitimin en iyi hangi materyal(ler)le verilebileceğini, kısaca hedef kitleye en iyi nasıl ulaşılabileceğini hedef kitle analizi belirler (İnceoğlu 1993).

Hedef Kitle Analizi

Demografik özellikler: Yaş, cinsiyet, ekonomik düzey, eğitim düzeyi, yaşadığı coğrafık bölge, konuşulan dil vb. özelliklerin tanımlanmasını içerir. Örneğin, eğitim düzeyi düşük bir topluma resimli görsel materyallerle, eğitim düzeyi yüksek bir topluma gazete ve kitap gibi yazılı materyallerle ulaşmaya çalışmak daha akılcıdır. Okuma yazma bilmeyen, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini almak için sağlık kuruluşlarına başvurmayan bîr hedef kitleye, kitap, broşür ve sağlık kuruluşlarında flip-

chart ile eğitim vermeye çalışmak yanlış bir yaklaşım olup, eğitim etkisiz kalmaktadır. Ya da çalışan bir gruba gündüz saatlerinde yayınlanan televizyon programlarıyla bilgi aktarmaya çalışmak başarısızlıkla sonuçlanır.

Psikografik özellikler: Hedef kitlenin inançları, gelenekleri, yaşam tarzı ve değerleri eğitimi kabullenmelerinde önemli bir etkendir. Bu Özellikleri bilinen bir topluma yaklaşım daha bilinçli olacak ve dolayısıyla daha etkili sonuçlar alınacaktır.

Bilgi düzeyleri: Eğitim verilecek konuda hedef kitlenin bildikleri, bilmedikleri ve yanlış bildiklerinin eğitimi planlayanlar tarafından bilinmesi gerekir. Bu ön bilgi planlayıcılara eğitim sırasında hangi konulara ağırlık vermesi gerektiğini veya hangi konuları eğitime dahil etmesi gerektiğini gösterecektir.

Eldeki olanaklar ve etkin kullanımı:

Planlayıcıların sahip olduğu olanaklar (para, insan gücü) kullanılacak eğitim aracının doğrudan belirleyicisidir. Görsel-işitsel materyallerin daha çok para ve insan gücü gerektirdiği gerçeğinden hareketle kısıtlı olanakları olan bir planlayıcı, daha az maliyetli görsel materyalleri seçmelidir.

Kısıtlı maddi olanaklarla yürütülmeye çalışılan bir eğitim çabasında küçük boyutlarda birkaç etkisiz eğitim çabası planlamak yerine, tüm olanakların tek ve etkili bir eğitim çabasına yoğunlaştırılması daha akılcıdır. Örneğin daha az maliyetli olacağı düşüncesiyle kitap, broşür vb, birkaç görsel materyalle kampanyayı yürütmeye çalışmak yerine televizyonlarda yayınlanmak üzere bir dizi film üretmek daha etkili olabilir.

Mevcut insan gücünün bilinmesi:

Eğitim etkinliğini yürütecek personelin sayı ve nitelik olarak yeterli olması gereklidir. Örneğin, üretilen flip-chartları hedef kitleye anlatacak eğitimli sağlık personeli yoksa eğitim etkisiz kalabilir. Bunun yerine broşür bastırıp dağıtmak daha akılcıdır.

İzleme, değerlendirme olanağının olması:

Eğitim verilen kitlede oluşturulacak davranış değişikliği ve/veya bilgi düzeylerindeki değişim ölçülebilir olmalıdır. Kontrol altındaki gruplarda (Örneğin bir sağlık ocağı hizmet bölgesi) eğitim çabalarını yürütmek, şehir merkezindeki herkese broşür dağıtarak eğitim vermeye çalışmaktan daha etkili olmaktadır. Kontrol altındaki

gruplarda eğitimin etkinliği izlenebilir, dolayısıyla olası sapmaların ve eksikliklerin saptanması halinde planları değiştirmek (esneklik) mümkün olabilir.

Kullanılan eğitim materyalinin etkinliği:

Kullanılacak materyalin etkinliği daha önce yapılmış çalışmalarda ispatlanmış olmalı, ilk kez kullanılan bir materyal Özellikle de izleme, değerlendirme olanağı yoksa tercih edilmemelidir.

Eğitim için planlanan süre:

Eğitimin kısa sürede etki göstermesi bekleniyorsa kitle İletişim araçlarını kullanmak daha etkili sonuç verir. Örneğin, yakın gelecekte bir doğal afet veya savaş tehlikesi varsa; olası tehlike ve korunma yollan hakkında eğitim verirken, küçük gruplar veya bireylere eğitim vermeye çalışmak yerine, kitle iletişim araçlarını kullanmak daha çok kişiyi kapsaması yanında hızlı sonuç almayı da sağlar.

Eğitimin kapsamı:

Eğitim verilecek grubun genişliği seçilecek eğitim materyali konusunda planlayıcılara yol gösterir. Örneğin, hedef kitle bütün toplum ise radyo, televizyon, gazete gibi kitle iletişim araçları tercih edilmelidir.

Eğitim verilen konu:

Örneğin, trafik eğitimi gibi daha çok şoförlere yönelik bir eğitim radyo aracılığı ile verilmesi uygun olur.

"Sembol yöntemi"nin daha çok ürün pazarlamak amacıyla yapılan reklamlarda etkili olduğunun görülmesi, sağlık eğitimi çabalarında (geliştirilen eğitim materyallerinde) kullanılarak eğitimin etkinliğini artıracağını düşündürmüş, aile planlaması eğitimleri, ana-çocuk sağlığı eğitimleri ve aşılama kampanyalarında kullanılmıştır(Hasde 1997).

Etkili mesajın kuralları

Mesaj dikkat çekici olmalıdır:

Örneğin, evli çiftlere yönelik olarak aile planlaması eğitimi planlanıyorsa; *"- Unutmayın! Şimdilik ya da artık çocuk istemiyorsanız, sizin için uygun olabilecek pek çok korunma yöntemi var.*" şeklînde bir slogan kullanılabilir. Bu cümlenin başındaki

"Unutmayın" sözcüğü mesaja dikkat çeken bir ifadedir. Yine *"Gençler, AİDS'ten korunmak için prezervatif kullanın!"* ifadesinde; **"Gençler"** sözcüğü mesaja dikkat Çekmektedir.

Mesaj açık ve anlaşılır olmalıdır:

Mesaj, basit olmalı ve doğrudan iletilmelidir. Basit olmayan bir mesajın anımsanması da güç olacaktır. Etkin bilgi aktarımının sağlanması mesajların basit aktarımı ile başarılabilir.

Kişilere sonuçta ne yarar görecekleri bildirilmelidir:

Verilen mesajın içermesi gereken konulardan biri de eğitilenlerin kazanacakları yararlardır. Örneğin, "Mutlu bir yuva demek, sağlıklı bir anne ve sağlıklı çocuklar demektir." şeklindeki bir mesajda kişilere sonuçta kavuşacakları durumun "mutlu bir yuva" olacağı bildirilmektedir.

Özellikle erişkin eğitiminin daha etkili olması için, onlara eğitimle elde edecekleri kazançlar çok iyi anlatılmalı, güdülenmeleri sağlanmalıdır.

Mesaj tekrarı yapılmalıdır:

Kullanılan sembol de dahil olmak üzere eğitim kampanyasında kullanılan mesajlar her fırsatta tekrarlanmalıdır. Eğitimin etkili olabilmesi için en önemli özelliklerden biri de tekrardır. Konuşmacı tekrar tekrar aynı şeyleri söylemekten, aynı mesajı iletmekten kaçınmamalıdır. Kullanılan sembol üretilen materyalde her fırsatta tekrarlanmalıdır.

Mesaj güven yaratmalıdır:

Toplumun güvenini kazanmış kişi veya kurumlar tarafından verilen bir mesaj daha etkili olacaktır. Bu nedenle amblem şeklinde de olsa mesajı aktaranların kimliği hedef kitleye aktarılmalıdır (Piotrow et all1994).

Mesaj mantığa ve duygulara hitap etmelidir:

Mesajın akla hitap etmesi, kişilerin verilen mesaj hakkında kendilerince çıkarımda bulunup verilen mesajı "yararlı" olarak algılamalarını sağlayacaktır. İyi bir güdülenmenin sağlanması, kişilerin eğitimi sadece mantıklarıyla yararlı bulmalarıyla

değil, aynı zamanda duygularıyla olumlu algılaması ile başarılabilir. Duygusal bir yaklaşım, genellikle gerçekçi bir yaklaşımdan daha etkilidir (Kurt 2000).

Mesaj, hedef kitleyi kibarca çaba göstermeye çağırmalıdır:

Örneğin; ülkemizde 1980'li yıllarda yapılan aşı kampanyasında sık kullanılan *"Haydi çocuklar aşıya"* ifadesi slogan olarak kullanılması yanında dolaylı olarak anne ve babaları çocuklarını aşıya götürmeye sevk eden bir çağrıdır. Bir başka örnek, bir broşürde verilmek istenen mesajın "ana fikri" verildikten sonra *"Ayrıntılı bilgi için sağlık ocaklarına başvurabilirsiniz."* şeklinde bir çağrı eklenmesidir(Sönmez 1985)

2.7.7. Eğitim ortamının fiziksel özellikleri

Işık, sıcaklık, soğukluk, temizlik, sandalye/sıra/masaların dizilişi, öğrenci sayısı, donanımı eğitim ortamının başlıca fiziksel özellikleridir. Yapılan bazı araştırmalar bu özelliklerle katılımcıların başarısı arasında anlamlı ilişki bulunamadığını bildirse de, eğitim, öğretim ortamının düzenlenmesinde bu faktörlere dikkat edilmesinde yarar olduğu düşünülmektedir. Örneğin; kavrama düzeyinde hedef davranışlar katılımcılara kazandırılacak ve tartışma yöntemi kullanılacaksa, katılımcı sayısının 2-20 arasında olması, katılımcılarla göz İletişimi sağlamak isteniyorsa U veya yarım daire şeklinde oturtulması, sınıfta görme, işitme engelli katılımcı varsa onların belli yerlere oturtulması, daha olumlu bir eğitim ortamı oluşturulmuş olacaktır.

2.8. Türkiye'de Sağlık Eğitiminin Durumu

Ottawa Sağlığı Geliştirme Programı (Sağlıklı kamu politikaları, elverişli çevre koşulları, toplumların girişimleri, kişisel beceriler ve sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi), 1986 yılından başlayarak, sağlığın geliştirilmesine ilişkin gündemi belirlemiştir.

Ulusal sağlık politikasının asıl hedefi, sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı bir topluma ulaşmaktır. İnsanlar karşılaşacakları riskler ya da sağlıklı seçenekler konusunda bilgi sahibi olmadığından ya da değer yargıları, edinilen bilgiye göre davranış biçimlerini değiştirmek için yetersiz kaldığından, sağlıklarını bozan davranışlarda bulunabilmektedir. Sağlıkla ilgili olumsuz davranışlardan kurtulup olumlu davranışlara

yönelmek ancak bilgi, tutum ve davranış değişikliği ile olmaktadır. Sistemli eğitim programlarının olması önemli bir neden olarak ortaya çıkmaktadır. Bunun yanında, sağlık hizmetlerinin kullanılması ve kendi kendine bakım hizmetleri ile ilgili olarak sistemli bir bilgilendirme süreci de bulunmamaktadır (DSÖ 1998).

Dünyada, Avrupa'da ve Türkiye'de sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi alanında yaygın görüşler, yaklaşımlar, uygulamalar ve bunların dayandığı bilgi ve düşüncelerin ayrıntılı olarak ele alındığı, 2004 yılı 24-26 kasım tarihleri arasında yapılan ve üç gün süren, Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Eğitimi Bölümü I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu Sonuç Bildirgesinde özetle şu görüşlere yer verilmiştir;

1- Çağdaş halk sağlığı anlayışının temel ilkesi ve alanı olan sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sağlık eğitimi temel süreçtir. Bu konuda yapılacak kolektif çalışmalar önemli ve önceliklidir.

2- Sağlığı geliştirmeye yönelik sağlık eğitimi uygulamalarına kılavuz olacak ulusal politika ve strateji yetersizlikleri giderilmelidir. Sağlık açısından normatif gereksinimler ve ölçütlerle birlikte öznel gereksinimlerin ve tanımlamaların değerlendirilmesine önem verilmelidir.

3- Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi açısından ülkemizde bilimsel bilgi birikimine ve paylaşımına, diğer bir anlatımla ulaşılabilir bilimsel bilgi zenginliğine önemli ölçüde gereksinim vardır. Bilimsel bilgilerin uygulayıcıların kullanımına açık hale getirilmesi zorunluluktur. Bu çerçevede sağlık bilimcileri ile sosyal bilimcilerin sürekli olarak birlikte hareket etmeleri gereklidir.

4- Temel insan hakkı olan sağlığın herkes açısından optimal düzeyde gerçekleştirilmesi için sağlık hizmetlerinde sağlığı geliştirmenin ilke, sağlık eğitiminin ise ana hizmet olarak benimsenmesi gereklidir. Sağlık eğitimi sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında tamamlayıcı bir öğe olarak yer almalı ve bu konuda sağlık çalışanlarının tümüne eğitim verilmelidir. Her meslekten sağlık çalışanı, özellikle iletişim konusunda eğitilmelidir.

5- Sağlığın yalnızca sağlık hizmetlerinin sorumluluğunda olmadığı gerçeğinden hareketle multisektöryel yaklaşım benimsenmelidir. Sağlık, Milli Eğitim, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Tarım gibi bakanlıkların öncü görevlerini daha etkili ve yaygın olarak

sürdürmeleri gereklidir. Bu bakanlıkların temsilcileri sempozyumda sağlığı geliştirme açısından üstlendikleri misyonları açıklamışlardır.

6- Toplumumuzda görülen birçok sağlık sorunu aslında 'davranış hastalığıdır'. Bu kapsamdaki sağlığı iyileştirici çabalar açısından öncelikle ele alınması gereken konuların başında her yaş grubu için riskli davranışlar, egzersiz, ağız ve diş sağlığı, beslenme, kronik hastalıklar, sağlık hizmetlerinin sunumu ve yönetimi yer almaktadır. Bu alanlarda bilgi-tutum-davranış geliştirmeye yönelik sağlık eğitimi kurumsal ve toplumsal boyutlarda yoğunlaştırılmalı ve yaygınlaştırılmalıdır. Sempozyum, özellikle bu konuların toplumun sağlık yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacıyla ele alınması gereken biçimlerini ortaya koymuştur.

Örneğin; sağlıklı beslenmenin insan yaşamındaki önemi ve sağlıklı beslenmede sağlıklı sütün yeri tüm toplum katmanlarını kapsayacak şekilde vurgulanmıştır. Yılda kişi başı ortalama 25 litre süt tüketilmekte ve bu miktarın yaklaşık %70'ini sağlıksız sokak sütü oluşturmaktadır. Bu tüketim davranışının ısıl işlemden geçirilmiş, katkısız, işlenmiş ve paketlenmiş UHT (Uzun Ömürlü Süt) ve Pastörize (Günlük) süt tüketimi davranışına dönüştürülmesi çabalarının yaygınlaştırılması sempozyumun temel mesajları arasında yer almıştır.

7- Sağlığı geliştirme açısından okullar özgün hedef grup olma özelliği taşımaktadır. Okullarda sağlık eğitimi ve öğretimi rastlantısallıktan çıkarılıp, bu alanda yetişmiş profesyoneller tarafından yürütülmelidir.

8- Sağlıklı yaşamın bir felsefe olarak toplumca benimsenmesi çabası içinde medyanın yeri tartışılmazdır.

9- Sivil toplum kuruluşları sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi çalışmalarında ülkemizde önemli bir potansiyeli oluşturmaktadırlar.

10- Ülkemizde sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi alanlarında Sağlık Eğitim Fakülteleri önemli bir yere sahiptir. Sempozyum, bu fakültelerin varlığını sürdürmelerinin ve mezunlarının sağlık eğitim ve yönetim hizmetlerinde efektif olarak görev almalarının yararlarını ve gerekliliğini açık bir biçimde ortaya koymuştur.

11- Ottawa Sözleşmesi'nde (1986) sağlık için temel koşullar ve kaynaklar arasında sıralanan, Barış, Barınma, Eğitim, Gıda, Gelir, Tutarlı Bir Eko-sistem,

Sürdürülebilir Kaynaklar, Sosyal Adalet ve Adalet konularının bugün bölgemiz ve ülkemiz açısından önemine bir kez daha vurgu yapılmıştır.

Sonuç olarak; sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sağlık eğitiminin temel süreç olduğu; sağlığı geliştirmeye yönelik sağlık eğitimi uygulamalarına kılavuz olacak ulusal politika ve strateji yetersizliklerinin giderilmesi gerektiği; sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi açısından ülkemizde bilimsel bilgi birikimine ve paylaşımına, diğer bir anlatımla ulaşılabilir bilimsel bilgi zenginliğine önemli ölçüde gereksinim olduğu; her meslekten sağlık çalışanının, özellikle iletişim konusunda eğitilmesi gerektiği; Sağlık, Milli Eğitim, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Tarım gibi bakanlıkların öncü görevlerini daha etkili ve yaygın olarak sürdürmeleri gerektiği; bilgi-tutum-davranış geliştirmeye yönelik sağlık eğitiminin kurumsal ve toplumsal boyutlarda yoğunlaştırılması ve yaygınlaştırılması gerektiği; okullarda sağlık eğitimi ve öğretiminin rastlantısallıktan çıkarılıp, bu alanda yetişmiş profesyoneller tarafından yürütülmesi gerektiği belirtildi. Ayrıca ülkemizde sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi alanlarında Sağlık Eğitim Fakültelerinin önemli bir yere sahip olduğu belirtilerek bu fakültelerin varlığını sürdürmelerinin ve mezunlarının sağlık eğitim ve yönetim hizmetlerinde efektif olarak görev almalarının yararları ve gerekliliği açık bir biçimde ortaya kondu.

Ülkemizde halkın sağlık eğitimini yapmakla görevlendirilen sağlık personeli (doktor, ebe, hemşire, sağlık memuru) çok genel anlamda söylenecek olursa, hem mezuniyet öncesi okul eğitimlerinde hem de hizmet içi eğitimlerde, halkı 'Neden ve Nasıl eğitecekleri' konusundaki bilgi ve beceride yeterli olabilecekleri bir 'resmi' eğitim almamaktadır. Sağlık personeli eğitim yaparken el yordamıyla ve kendi kişisel yetenekleri doğrultusunda davranmaktadır. Sağlık personeli bu etkinliklerinde ya sağlık kuruluşlarına başvurularda bireylere ya da en iyi olasılıkla salona toplanan gruplara kimi zaman yalnızca sözel sunumlarla kimi zaman da görsel-işitsel araç ve gereçleri kullanarak sağlıkla ilgili mesajlar vermektedir. Ancak bunun katılımcıların 'öğrenmesine' etkisi ve gerçekten eğitim olduğu tartışmalıdır. Bunun için sağlıkla ilgili konularda halkın eğitimini en aktif ve en doğru şekilde yapılması için sağlık eğitimi konusunda; sağlık personelini teşvik etmek, sağlık personelinin hizmet içi eğitime alınması, olanakların arttırılması ve yöneticilerin bu konu ile ilgilenmeleri gerekmektedir (Özvarış 1997).

Şu an Türkiye'de toplumun, sağlığıyla ilgili bilgi ve beceri kazanabileceği sistemli bir eğitim uygulaması amaçlayan kurum bulunmamaktadır. İnsanlara ancak sağlıklarını kaybettikleri zaman, başvurdukları özel kurumlarda ve devlet kurumlarında tedavi amaçlı sağlık bilgileri verilmektedir.

Sağlık eğitimcileri; sağlık sorunları, hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme ile ilgili olarak halkı bilgilendirmek ve toplumun sağlık bilincinin yükselmesine katkıda bulunmak amacıyla kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapar. Ayrıca MEB'e bağlı orta öğretim kurumlarında okutulan sağlık bilgisi dersini verirler.

Ülkemizde sağlık hizmetleri yıllardır hekim-hemşire ağırlıklı ve hastane-muayenehane merkezli hizmetlerdir. Bu durum ülkemizdeki temel sağlık göstergelerinin pek çok üçüncü dünya ülkesinin bile gerisinde kalmasının önemli nedenlerinden birisidir. Son 20 yıldır tüm dünyada sağlık hizmetlerinin reorganizasyonu çalışmaları hızla devam etmektedir (Sur ve ark 2002)

Sağlık Eğitimcileri diğer sağlık personelinden ayrı olarak toplumun sorunlarını, mesleğinin kendisine vermiş olduğu sorumluluk ve meslek etiği ile araştırır, bulur, irdeler ve gerekli eğitim programını; edinmiş olduğu bilgi ve beceriler doğrultusunda en gerçekçi biçimde hazırlar, uygular ve ölçümler yaparak değerlendirir. Kısaca eğitimci gözüyle sorunlara yaklaştığı için sorunların temelden çözümü ile ilgilenir ve uygulamalarını bu doğrultuda gerçekleştirir. Bu uygulamalar sonucunda belki de en önemli ilke olan "ölçme-değerlendirme" işini gerçekleştirir, eksikleri bulup giderme yolunda somut adımlarla eğitimin maksimum seviyede gerçekleşmesini sağlar.

Sonuç olarak şu anlaşılmıştır ki; sadece sağlık bilgisine sahip olmak sağlık eğitimi vermeye yeterli değildir. "Sağlık Eğitimi" sistemli, programlı, ilkeli ve kendine has etiği olan ölçümsel bir süreç işidir.

Bunu gerçekleştirecek kişiler de gerekli bilgi ve beceriye sahip "Sağlık Eğitim Profesyonelleri'dir."

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bozkır merkez ve Bozkır'a bağlı sağlık kurumlarında çalışan sağlık görevlilerinin, sağlık eğitimi konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi konulu bu çalışma tanımlayıcı (descriptive) nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi

Araştırma, Konya'nın Bozkır ilçesinde 2006-2007 Eğitim-Öğretim yılında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçim

3.3.1. Araştırmanın evreni

Araştırma evrenini; 01.03.2007-01.05.2007 tarihleri arasında Bozkır merkezde bulunan 1 Devlet Hastanesi, 1'i Merkez Sağlık Ocağı olmak üzere toplam 10 Sağlık Ocağı ve 2 Sağlık Evi'nde görev yapan, hasta veya sağlıklı kişilerle bire-bir karşılaşarak sağlık eğitimi verebilecek konumda olan 15 hekim, 20 hemşire, 15 sağlık memuru, 32 ebe, olmak üzere toplam 85 sağlık personeli araştırmamızın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın anket uygulama aşamasında ücretsiz izin ve doğum izninde olanlar araştırma dışı tutulmuştur.

3.3.2. Araştırmanın örneklemi

Araştırmaya evrendeki tüm kişiler katılmıştır.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bozkır merkez ve Bozkır'a bağlı sağlık kurumlarında çalışan, hasta ile bire-bir yüz yüze konumda olmayan sağlık personeli,112, radyoloji ve laboratuvar çalışanları, sağlık personeli olmayanlar araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri

Sağlık eğitimi uygulama durumu.

3.5.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri

Sağlık personelinin cinsiyeti, mesleği, çalışma süresi, çalıştığı kurum, öğrenim durumu, görev yeri.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri toplama aracının hazırlanması

Araştırmada verileri toplamak amacıyla anket formu kullanılmıştır. Anket formu, araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanmıştır.

Anket formu toplam 28 sorudan oluşmakta olup 2 soru açık uçlu, 26 soru ise kapalı uçludur. Anketin 1-6'ıncı soruları sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerini,7-21'inci sorular, sağlık eğitimi ile ilgili olarak sağlık personelinin tutum ve davranışlarını, 22-28'inci sorular ise sağlık personelinin sağlık eğitimine ilişkin genel bilgilerini ölçmek için hazırlanmıştır.

3.6.2. Veri toplama aracının ön uygulaması

Anket formunda yer alan soruların anlaşılırlığını saptamak için Bozkır Devlet Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izin alınarak, anket formu 2 hekim, 3 hemşire ve 3 ebe olmak üzere gönüllü toplam 8 kişiye uygulanmıştır. Uygulama sırasında sağlık personellerinin yanında sadece araştırmacı bulunmuştur. Uygulama sonucunda anlaşılmayan ya da yanlış anlaşılan sorularda gerekli düzenlemeler yapılarak anket formu son halini almıştır (Ek-1).

3.6.3. Veri toplama aracının uygulanması

Anket formu 01.03.2007-01.05.2007 tarihleri arasında araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırmaya katılacak sağlık personeline araştırmanın amacı açıklanarak

anket formu Bozkır Devlet Hastanesi'nde ve çevre sağlık ocaklarında çalışan sağlık personeline eğitim toplantısı öncesi konferans salonunda toplu halde gözlem altında, diğer sağlık personeline ise çalıştıkları kurumda yüz –yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Anket formları Sağlık Grup Başkanı tarafından belirlenen bir gün ve saate düzenlenmiş olan eğitim öncesi eğitime katılan sağlık personeline uygulanmıştır. Sağlık personeli anketleri cevaplarken yanlarında sadece araştırmacı bulunmuş ve anketin uygulama sebebini ankete katılanlara açıklamış, daha sonra anket formları dağıtılmış ve sağlık personelinin cevaplaması istenmiştir. Cevaplama süresi ortalama 20 dakika'yı bulmuştur.

3.6.4. Verilerin değerlendirilmesi

Veriler; anketlerden bilgisayar ortamına araştırmacı tarafından aktarılmış ve bir veri tabanı oluşturulmuştur. Elde edilen veri tabanı, SPSS-13.0 İstatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmede; veriler ortalama ve yüzdelik olarak hesaplanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmamıza katılan sağlık personelinin %29.4'ü (25 kişi) erkek, % 70.6'sı (60 kişi) kadındır. Araştırmaya katılan personelin yaş ortalaması 29.60 tır.

Sağlık personellerinden %34.1'i ebe %25.9'u hemşire, %20.0'si sağlık memuru, %14.1'i pratisyen hekimdir. Bu personelin %5,9'u yönetici görevindedir.

Hemşirelerin %52.4'ü lisans, %23.8'i önlisans, %23.8'i lise, ebelerin %18.8'i lisans, %56.3'ü önlisans, %25.0'ı lise, sağlık memurlarının %5.9'u lisans, %35.3'ü önlisans, %58.8'i lise, hekimlerin %100'ü yüksek lisans, doktora mezunudur.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %66.7'si ve sağlık memurlarının %76.5'i 0-5 yıl arasında, ebelerin %31.3'ü 11-15 yıl arasında, hekimlerin %46.7'si 6-10 yıl arasında çalışmışlardır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Sağlık Personelinin Bazı Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (Konya 2007)

Sosyo Demografik Özellikler	MESLEK GRUPLARINA GÖRE									
	Hemşire		Ebe		Sağlık Memuru		Hekim		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş										
<25	3	14.3	1	3.1	5	29.4	1	6.7	10	11.8
26-35	17	81.0	27	84.4	11	64.7	10	66.7	65	76.5
36-45	1	4.8	3	9.4	1	5.9	2	13.3	7	8.2
>46	0	0	1	3.1	0	0	2	13.3	3	3.5
TOPLAM	21	100	32	100	17	100	15	100	85	100
Eğitim Durumu										
Lise	5	23.8	8	25.0	10	58.8	0	0	23	27.1
Önlisans	5	23.8	18	56.3	6	35.3	0	0	29	34.1
Lisans	11	52.4	6	18.8	1	5.9	0	0	18	10.2
Yüksek lisans Doktora	0	0	0	0	0	0	15	100	5	28.6
Çalışma Süresi										
< 5 Yıl	14	66.7	8	25.0	13	76.5	6	40.0	41	48.2
6-10 Yıl	4	19.0	9	28.1	2	11.8	7	46.7	22	25.9
11-15 Yıl	2	9.5	10	31.3	0	0	1	6.7	13	15.3
16-20 Yıl	0	0	4	12.5	2	11.8	0	0	6	7.1
>21 Yıl	1	4.8	1	3.1	0	0	1	6.7	3	3.5

Meslek Unvan	ÇALIŞTIĞI KURUMA GÖRE									
	Bozkır Devlet Hastanesi		Bozkır Merkez Sağlık Ocağı		Çevre Sağlık Ocakları		Çevre Sağlık Evleri		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hemşire	14	35.0	4	25.0	3	11.1	0	0	21	24.7
Ebe	9	22.5	8	50.0	13	48.1	2	100	32	37.6
Sağlık memuru	8	20.0	1	6.3	8	29.6	0	0	17	20.0
Hekim	9	22.5	3	18.8	3	11.1	0	0	15	17.6
TOPLAM	40	100	16	100	27	100	2	100	85	100
Görev										
Ebe	6	15.0	8	50.0	13	48.1	2	100	29	34.1
Hemşire	15	37.5	4	25.0	3	11.1	0	0	22	25.9
Sağlık memuru	8	20.0	1	6.3	8	29.6	0	0	17	20.0
Pratisyen hekim	7	17.5	2	12.5	3	11.1	0	0	12	14.1
Yönetici	4	10.0	1	6.3	0	0	0	0	5	5.9

Hemşirelerin %81.0'ı, ebelerin %96.9'u, sağlık memurlarının %94.1'i, hekimlerin ise %80.0'ı mesleğini sevmektedir.

Hemşirelerin %81.0'ı, ebelerin %87.5'i, sağlık memurlarının %88.2'si, hekimlerin %66.7'si görevlerinden memnundur(Tablo 4.2).

4.2. Sağlık Personelinin Mesleklerini Sevme ve Görevlerinden Memnuniyet Durumunun Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Konya 2007)

Mesleğinizi Seviyor musunuz?	MESLEK GRUPLARINA GÖRE									
	Hemşire		Ebe		Sağlık Memuru		Hekim		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	17	81.0	31	96.3	16	94.1	12	80.0	76	89.4
Hayır	2	9.5	1	3.1	0	0	1	6.7	4	4.7
Kararsızım	2	9.5	0	0	1	5.9	2	13.3	5	5.9
Görevinizden Memnun musunuz?										
Evet	17	81.0	28	87.5	15	82.2	10	66.7	70	82.4
Hayır	3	14.3	1	3.1	1	5.9	2	13.3	7	8.2
Kararsızım	1	4.8	3	9.4	1	5.9	3	20.0	8	9.4

Mesai içinde en çok uğraştıkları iş olarak; hemşirelerin %47.6'sı tedavi hizmetleri, sağlık memurlarının %41.2'si, sekreterlik hizmetleri, hekimlerin %73.3'ü poliklinik hizmetleri, ebelerin ise; %40.6'sı rotasyon şeklinde hepsi (poliklinik, tedavi, sekreterlik, sağlık eğitimi, danışmanlık hizmetleri) ile uğraşmaktadır(Tablo 4.3).

4.3 Sağlık Personelinin Mesai İçinde En Çok Uğraştığı İşlerin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

Mesai Saatleri İçinde En Çok Uğraştığınız İş	MESLEK GRUPLARINA GÖRE									
	Hemşire		Ebe		Sağlık Memuru		Hekim		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Poliklinik hiz.	6	28.6	7	21.9	6	35.3	11	73.3	30	35.3
Danışmanlık	0	0	2	6.3	0	0	0	0	2	2.4
Tedavi hiz.	10	47.6	3	9.4	1	5.9	2	13.3	16	18.8
Sağlık eğitimi hiz.	0	0	1	3.1	0	0	0	0	1	1.2
Sekreterlik hiz.	2	9.5	6	18.8	7	41.2	0	0	15	17.6
Diğer	3	14.3	13	40.6	3	17.6	2	13.3	21	24.7

Sağlık personelinin sağlık eğitimine karşı genel düşünce, tutum ve davranışları incelendiğinde, doktorların %93.3'ü, hemşire, ebe ve sağlık memurlarının tamamı sağlık eğitiminin tüm personel tarafından yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Hekimlerin ise %6.7'si sağlık eğitiminin yaygın eğitim kurumları tarafından yapılması gerektiğini belirtmiştir.

Sağlık personelinin sağlık eğitimi yapıp yapmadığı durumu incelendiğinde; ebelerin tamamı sağlık eğitimi yaparken, hemşirelerin %95.2'si, sağlık memurlarının %58.8'i, hekimlerin %73.3'ü sağlık eğitimi yaptığını belirtmişlerdir.

Sağlık personelinin geneli sağlık problemlerinin çözümünde, sağlık eğitiminin etkili olduğunu düşünürken, sadece hemşirelerin %4.8'i etkisiz olduğunu düşünmüştür.

Sağlık personelinin çoğunluğu, sağlık problemlerinin çözümünde sağlık eğitiminin önemli veya çok önemli olduğu konusunda hemfikirdir.

Sağlık eğitimi hizmetleri istenilen düzeyde mi sorusuna, personelin çoğunluğu hayır derken, ebelerin %25.0'ı gibi önemli bir kısmı sağlık eğitimi hizmetlerini yeterli düzeyde bulmaktadır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Sağlık Eğitimi Hizmetlerinin İstenilen Düzeyde Olup Olmadığının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Konya 2007)

Sağlık Eğitimi Hizmetleri İstenilen Düzeyde mi?	MESLEK GRUPLARI									
	Hemşire		Ebe		Sağlık Memuru		Hekim		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	2	9.5	8	25.0	1	5.9	0	0	11	12.9
Hayır	15	71.4	22	68.8	15	88.2	15	100.0	67	78.8
Fikrim yok	4	19.0	2	6.3	1	5.9	0	0	7	8.2
TOPLAM	21	100.0	32	100.0	17	100.0	15	100.0	85	100.0

Verilmesi gereken sağlık eğitimi hizmetlerinin istenilen düzeyde olmamasının nedeni olarak, hekimlerin %33.3'ü sağlık eğitimi yapacak personel eksikliği olduğunu düşünürken diğer %33.3'lük kısmı ve hemşirelerin %40.0'ı sağlık sistemi kusuru olduğunu, ebelerin %59.1'i, sağlık memurlarının %20.0'si bütün konularda eksiklerin olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Verilmesi Gereken Sağlık Eğitimi Hizmetlerinin İstenilen Düzeyde Olmamasının Nedeninin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Konya 2007)

Verilmesi Gereken Sağlık Eğitimi Hizmetlerinin İstenilen Düzeyde Olmamasının Nedeni Nedir?	MESLEK GRUPLARI									
	Hemşire		Ebe		Sağlık Memuru		Hekim		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık sistemi kusuru	6	40.0	13	59.1	3	20.0	5	33.3	27	40.3
Sağlık eğitimi konusunda teknik donanım eksikliği	3	20.0	1	4.5	3	20.0	0	0	7	10.4
Sağlık eğitimi yapacak personel eksikliği	0	0	2	9.1	3	20.0	5	33.3	10	14.9
Sağlık eğitimi ile ilgili personelin bilgi eksikliği	3	20.0	3	13.6	3	20.0	3	20.0	12	17.9
Sağlık personelinin sağlık eğitimi ile ilgili güdülenme eksikliği	3	20.0	3	13.6	3	20.0	2	13.3	11	16.4
TOPLAM	15	100.0	22	100.0	15	20.0	15	100.0	67	100.0

Mezun olmadan önce sağlık eğitimi dersi aldınız mı sorusuna cevap olarak, hekimler dışında sağlık personelinin çoğunluğu sağlık eğitimi dersi aldığını belirtirken, hekimlerin %66,7'si sağlık eğitimi dersi almadığını belirtmiştir.

Tablo 4.6'de de görülüğü gibi, ebe ve hekimlerin yarıdan fazlası, sağlık eğitimi ile ilgili kursa katıldığını belirtirken, hemşirelerin %42.9'u ve sağlık memurlarının %35.3'ü bu kurslara katıldığını belirtmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Sağlık Personelinin Sağlık Eğitimi ile İlgili Kursa Katılma Durumlarının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Konya 2007)

Kursa Katıldınız mı?	MESLEK GRUPLARI									
	Hemşire		Ebe		Sağlık Memuru		Hekim		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	9	42.9	27	84.4	6	35.3	9	60.0	51	60.0
Hayır	12	57.1	5	15.6	11	64.7	6	40.0	34	40.0
TOPLAM	21	100.0	32	100.0	17	100.0	5	100.0	85	100.0

Katıldıkları kurslarda aldıkları sağlık eğitimi konusu olarak; hemşirelerin %33.3'ü kriz ve intihar, kendi kendine meme muayenesi, ebelerin %33.3'ü aile planlaması, %29.6'sı anne sütü ile ilgili, sağlık memurlarının %33.3'ü bağışıklama, kriz ve intihar ile ilgili, hekimlerin ise, %44.4'ü anne sütü, %22.2'si kriz ve intihar, aile planlaması ile ilgili konularda kursa katıldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Sağlık Personelinin Sağlık Eğitimi Kurslarında Eğitimini Almış Olduğu Konuların Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Konya 2007)

Sağlık Eğitimi Konuları	MESLEK GRUPLARI									
	Hemşire		Ebe		Sağlık Memuru		Hekim		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anne sütü	2	22.2	8	29.6	1	16.7	4	44.4	15	29.4
Aile planlaması	1	11.1	9	33.3	1	16.7	2	22.2	13	25.5
Kriz ve intihar	3	33.3	6	22.2	2	33.3	2	22.2	13	25.5
Kendi kendine meme muayenesi	3	33.3	2	7.4	0	0	0	0	5	9.8
Bağışıklama	0	0	2	7.4	2	33.3	1	11.1	5	9.8
TOPLAM	9	100.0	27	100.0	6	100.0	9	100.0	51	100.0

Sağlık personelinin büyük bir çoğunluğu bu kursları sağlık müdürlüğü'nden aldığını belirtirken, diğer kısmının ise; bu kursları kendi kurumlarından hizmet içi eğitim olarak aldıkları görülmektedir.

Tablo 4.8'de görüldüğü gibi sağlık personelinin büyük bir bölümünün eğitici eğitimi ile ilgili herhangi bir kursa katılmadığı anlaşılmaktadır. Kurum olarak dağılımlarına bakıldığında; Bozkır Devlet Hastanesi personelinin %27.5'i, Merkez Sağlık Ocağı personelinin %25.0'ı, Çevre Sağlık Ocakları personelinin %44.4'ü ve Çevre Sağlık Evlerinde çalışan personelin %0'ı eğitici eğitimine katılmıştır(Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Eğitici Eğitimi ile İlgili Kursa Katılma Durumunun Kurumlara Göre Dağılımı (Konya 2007)

Eğitici Eğitimi Aldınız mı?	ÇALIŞTIĞI KURUMA GÖRE									
	Bozkır Devlet Hastanesi		Bozkır Merkez Sağlık Ocağı		Çevre Sağlık Ocakları		Çevre Sağlık Evleri		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	11	27.5	4	25.0	12	44.4	0	0	27	31.8
Hayır	29	72.5	12	75.0	15	55.6	2	100.0	58	68.2
TOPLAM	40	100.0	16	100.0	27	100.0	2	100.0	85	100.0

Sağlık personelinin en çok hangi konularda eğitim verdiğine bakıldığında; hemşirelerin %40.0'ı ve ebelerin yarısı ana çocuk sağlığı ile ilgili, sağlık memurlarının yarısı bulaşıcı hastalıklarla ilgili, hekimlerin ise, %27.3'ü ana çocuk sağlığı ve bulaşıcı hastalıklarla ilgili eğitim verdiklerini bildirmişlerdir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Sağlık Eğitimi Konularının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Konya 2007)

Sağlık Eğitimi Konuları	MESLEK GRUPLARI									
	Hemşire		Ebe		Sağlık Memuru		Hekim		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Aile planlaması	2	10.0	14	43.8	1	10.0	1	9.1	18	24.7
Ana çocuk sağlığı	8	40.0	16	50.0	2	20.0	3	27.3	29	39.7
Beslenme	3	15.0	2	6.3	1	10.0	0	0	6	8.2
Hijyen	2	10.0	0	0	1	10.0	2	18.2	5	6.8
Bulaşıcı hastalıklar	0	0	0	0	5	50.0	3	27.3	8	11.0
Kronik hastalıklar	5	25.0	0	0	0	0	2	18.2	7	9.6
TOPLAM	20	100.0	32	100.0	10	100.0	11	100.0	73	100.0

Hekimlerin %36.4'nün ve hemşirelerin %65.0'nın sağlık eğitimi verirken eğitim aracı kullanmadıklarını, ebelerin %46.9'nun broşür kullandığını, sağlık memurlarının %40.0'nın afiş ve hekimlerin de %36.4'nün bilgisayar kullandığını görmekteyiz.

Sağlık çalışanlarının eğitim durumlarına göre sağlık eğitimi yaparken, hangi eğitim aracını kullandıklarına bakıldığında; lise mezunlarının yarısı eğitim aracı kullanmadığını, önlisans mezunlarının %42.3'ü broşür kullandığını, lisans mezunlarının %44.4'ü eğitim aracı kullanmadığını, yüksek lisans ve doktora mezunlarının %33.3'ü bilgisayar kullandığını belirtmiştir.

Hemşirelerin %70.0'ı, ebelerin %93.8'i, sağlık memurlarını %40.0'ı, hekimlerin %36.4'ü annelere sağlık eğitimi yapmıştır. Hemşirelerin %25.0'ı yaşlılara, sağlık memurlarının %30.0'u öğrenci ve gençlere, hekimlerin %27.3'ü öğrenci ve askerlere sağlık eğitimi yapmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Sağlık Eğitimi Verilen Grupların Mesleklere Göre Dağılımı (Konya 2007)

Sağlık Eğitimi Verilen Gruplar	MESLEK GRUPLARI									
	Hemşire		Ebe		Sağlık Memuru		Hekim		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Öğrenciler	0	0	0	0	3	30.0	3	27.3	6	8.2
Anneler	14	70.0	30	93.8	4	40.0	4	36.4	52	71.2
Yaşlılar	5	25.0	0	0	0	0	1	9.1	6	8.2
Askerler	0	0	0	0	0	0	3	27.3	3	4.1
Gençler	1	5.0	2	6.3	3	30.0	0	0	6	8.2
TOPLAM	20	100.0	32	100.0	10	100.0	11	100.0	73	100.0

Sağlık eğitimi yapmış olsaydınız bu eğitimin etkinliğini en doğru şekilde nasıl değerlendirirdiniz sorusuna hemşirelerin, sağlık memurlarının ve hekimlerin yarsından fazlası, ebelerin ise %37.5 oranında davranış değişikliği olup olmadığına bakarım, ve yine ebelerin %43.8'i eğitimden önce ve sonra test uygularım demişlerdir (Tablo 4.11). Aynı soruyu sağlık personelinin eğitim durumuna göre değerlendirdiğimizde ise; lisans mezunları %70.0'lik oranla doğru cevap olan davranış değişikliği olup olmadığına bakarım demiştir ve diğer mezunlara göre bu oran oldukça fazla bulunmuştur (Tablo 4.12).

Tablo 4.11. Verilen Sağlık Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Konya 2007)

Verilen Sağlık Eğitiminin Etkinliğini Nasıl Değerlendirirsiniz?	MESLEK GRUPLARI									
	Hemşire		Ebe		Sağlık Memuru		Hekim		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Önce ve sonra test uygularım	8	38.1	14	43.8	4	23.5	3	20.0	29	34.1
Davranış değişikliği olup olmadığına bakarım	11	52.4	12	37.5	9	52.9	8	53.3	40	47.1
Tekrar o konudaki eğitim gereksinimlerini araştırırım	0	0	1	3.1	1	5.9	1	6.7	3	3.5
Eğitim verdiğim kişilerle konuşurum	2	9.5	5	15.6	3	17.6	3	20.0	13	15.3
TOPLAM	21	100.0	32	100.0	17	100.0	15	100.0	85	100.0

Tablo 4.12. Verilen Sağlık Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesinin Sağlık Personelinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı (Konya 2007)

Verilen Sağlık Eğitiminin Etkinliğini Nasıl Değerlendirirsiniz?	EĞİTİM VEREN SAĞLIK PERSONELİNİN EĞİTİM DURUMU									
	Lise		Önlisans		Lisans		Y. Lisans Doktora		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Önce ve sonra test uygularım	10	43.5	11	37.9	5	25.0	3	23.1	29	32.5
Davranış değişikliği olup olmadığına bakarım	9	39.1	10	34.5	14	70.0	7	53.8	28	49.3
Tekrar o konudaki eğitim gereksinimlerini araştırırım	0	0	2	6.9	0	0	1	7.7	3	3.6
Eğitim verdiğim kişilerle konuşurum	4	17.4	6	20.7	1	5.0	2	15.4	13	14.6
TOPLAM	23	100.0	29	100.0	20	100.0	13	100.0	73	100.0

Eğitim amacınız davranışlarda değişiklik sağlamaksa hangi yöntemi seçerdiniz sorusuna; hekimler %40.0, hemşireler %42.9 ve ebeler %46.9 oranında doğru cevap olan tartışma grubunu seçerdim demiştir. Sağlık memurları ise, %35.3 oranında sınıf eğitimini seçerdim demiştir.

Sağlık personeli %78.8 oranında sağlık eğitiminin amacının bireylere, dolayısıyla topluma kendi çaba ve eylemleriyle sağlıklı bir yaşam sürmeleri için yardım etmek olduğunu belirtmiştir. Eğitim durumuna göre bu oran lise mezunlarında %56.5, önlisans mezunlarında %93.1, lisans mezunlarında %75.0 ve yüksek lisans, doktora mezunlarında %92.3 olarak bulunmuştur (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Sağlık Eğitimi Verilmesindeki Amacın Meslek Gruplarına Göre Dağılımı (Konya 2007)

Sağlık Eğitiminin Amacı Nedir?	MESLEK GRUPLARI									
	Hemşire		Ebe		Sağlık Memuru		Hekim		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Bireylerin sağlığını korumak	1	4.8	1	3.1	0	0	0	0	2	2.4
Tüm toplumun sağlığını korumak	2	9.5	2	6.3	6	35.3	2	13.3	12	14.1
Bireylere ve dayısıyla topluma kendi çaba ve eylemleriyle sağlıklı bir yaşam sürmeleri için yardım etmek	17	81.0	26	81.3	11	64.7	13	86.7	67	78.8
Sağlık personeli olarak koruyucu tedbirler almak	1	4.8	3	9.4	0	0	0	0	4	4.7
TOPLAM	21	100.0	32	100.0	17	100.0	15	100.0	85	100.0

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Tartışma

Sağlık personelinden %34.1'i ebe %25.9'u hemşire, %20.0'si sağlık memuru, %14.1'i pratisyen hekimdir. Bu personelin %5,9'u yönetici görevindedir.

Tablo 4.1'te sağlık personelinin mezuniyet durumlarına bakıldığında hemşirelerin %52.4'ü lisans, %23.8'i önlisans, %23.8'i lise, ebelerin %18.8'i lisans, %56.3'ü önlisans, %25.0'ı lise, sağlık memurlarının %5.9'u lisans, %35.3'ü önlisans, %58.8'i lise, hekimlerin %100'ü yüksek lisans, doktora mezunudur.

Araştırmamızda hemşirelerin yarıdan fazlasının lisans mezunu olması oldukça sevindiricidir. Bölgeye 2004 yılında çoğunluğu Devlet Hastanesi olmak üzere sağlık bakanlığının yeni personel ataması, bu personelin 14 tanesinin üniversiteden yeni mezun olması ve sözleşmeli (çakılı görevde) olarak çalışması, dolayısıyla sağlık personelinin atandığı görev yerinden kolayca ayrılamaması bu bölgede eğitim seviyesi yüksek hemşirelerin görev yapmasına neden olmuştur.

Mumcu ve Vural (2002)'ın benzer bir araştırmasında ise bizim araştırmamızla aynı sonuçlar elde edilememiştir. Hemşirelerin yarısı sağlık meslek lisesi, % 41.8'i önlisans ve %8.9'u lisans mezunudur. Ülkemizde lisans mezunu hemşireler genelde Tıp Fakültelerinde ve büyük Devlet Hastanelerinde çalıştırılmaktadırlar. Mumcu ve Vural'ın bu araştırmasının birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılması, çalışan hemşirelerin görev yerlerine önceden atanmaları ve henüz o tarihlerde yeterli sayıda lisans mezunu hemşirelerin bulunmaması sonucu lisans mezunu hemşirelerin yüzdesi oldukça düşüktür.

Ebelerin ise yarıdan fazlası önlisans mezunudur. Bunun nedeni, yakın zamana kadar ülkemizde ebelik eğitimi veren okulların sağlık meslek lisesi düzeyinde olmasıdır. Bu personelin çoğunluğu yaygın eğitim yoluyla önlisans öğrenimi görmüştür. Günümüzde lisans eğitimi veren okullar bu liselerin ve yaygın eğitim kurumlarının yerini almaktadır.

Sağlık memurlarının da ebelerle aynı durumda olduğu gözlenmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin hepsinin pratisyen hekim olduğu saptanmıştır. Devlet hastanesinde çeşitli nedenlerden dolayı uzun süreli ve kalıcı görevde uzman hekim çalıştırılamamaktadır. Devlet hastanesinde biri diş hekimi olmak üzere toplam 7,

bölgede ise hastaneyle birlikte araştırma süresi içinde toplam 12 pratisyen hekim görev yapmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde çalışan personelin mesleğini sevmesi ve mesleğini isteyerek yapması oldukça önemlidir. Çalışma şartları oldukça ağır olan ve hasta insanlara hizmet veren sağlık personelinin mesleğini sevmesi kaliteli sağlık hizmeti için vazgeçilmez şartlardan birisidir. Tablo 4.2'de görüldüğü gibi araştırmamızda hemşirelerin %81.0'ı, ebelerin %96.9'u, sağlık memurlarının %94.1'i, hekimlerin ise %80.0'ı mesleğini sevmektedir. Bu durum oldukça sevindiricidir. Hemşirelerin %81.0'ı, ebelerin %87.5'i, sağlık memurlarının %88.2'si, hekimlerin %66.7'si görevlerinden memnundur. Hekimlerin diğer personele göre yüzde oranının düşük olmasının nedeninin çalışma şartlarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda, hemşirelerin %47.6'sı mesai içinde en çok uğraştıkları işin tedavi hizmetleri olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin çoğunluğunun ikinci basamak devlet hastanesinde çalışıyor olması, daha çok tedavi hizmetleri ile uğraşmasının nedenidir. Sağlık eğitimi hizmetlerinin hastanede çalışan sağlık personelinin en çok uğraştığı işler arasında yer almamasının nedeni olarak sağlık eğitimi hizmetlerinin daha çok birinci basamak sağlık kuruluşunun görevi olduğunun düşünülmesidir. Ayrıca hemşireler tedavi hizmetlerinden arta kalan zamanlarını hastalara bakım verme veya kendi istirahatları için değerlendirmekte ya da sağlık eğitimi yapıyorlarsa bile ayak üstü çok kısa hastaların sorularına yönelik yapmaktadırlar. Aksayan (1992) 'ın yaptığı çalışmada hemşirelerin ilk yardım(% 84.4), poliklinik defteri tutma(% 81.2) gibi ocak içi görevleri daha çok yerine getirdikleri saptanmıştır.

Ülkemizde hemşirelerin %12.9'u koruyucu hizmetlerde, %87.1'i ise tedavi edici hizmetlerde çalışmaktadır(Türkiye Sağlık İstatistikleri 2000). Hasta merkezli hizmet yerine, koruyucu ve rehabilite edici hizmetlere ağırlık verilmesi, sağlıklı toplum yaratmada önemli kriterdir. Ne yazık ki birçok sağlık çalışanı bu amaca yönelik yetiştirilmemektedir. Buna bağlı olarak da sistem ve hizmetler bu doğrultuda yürütülememektedir.

Sağlık eğitimi hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin içinde yer alan önemli hizmetlerden biridir. Gelişmiş ülkelerde sağlığın geliştirilmesi ile ilgili politikaların oluşturulması ve uygulanmasında Halk Sağlığı Hemşireleri önemli bir sağlık insan gücü olarak rol almaktadır (Baldwin 1995, Kang 1995, Lowenberg 1995, Spellbring 1991).

Ülkemizde ise, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitiminden özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeli sorumlu tutulmuştur (Dirican ve Bilgel 1993, Fişek 1985).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sadece birinci basamak sağlık kuruluşlarının görevi gibi algılanması oldukça yanlış bir düşüncedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen sağlık eğitimi nispeten daha planlı, uzun süreli, davranış değişikliği olup olmadığı takip edilebilen bir eğitim olmasına rağmen hastanelerde verilen eğitim de oldukça etkindir. Çünkü hastanelere sağlık problemi ile başvuran kişiler (hastalar) eğitime çok açık, anlatılan her şeyi kabul eden ve uygulayan kişiler durumundadırlar. Anlatılanlara çok ihtiyaçları vardır ve hasta olan birey ya da yakınları için verilen eğitim çok önemlidir. Bu nedenle hastanelerde profesyonel bir sağlık eğitimcisi var ise eğitimi bu kişilerin yapması, yok ise diğer bütün sağlık personelinin sağlık eğitimi yapması son derece önemli ve dikkat edilmesi gereken bir husustur.

Araştırmadan elde edilen diğer önemli bir sonuç ta sağlık personelinin birçoğunun kendi alanları dışındaki işlerde çalıştırılmalarıdır.

Sağlık memurlarının uğraştığı işler arasında daha çok sekreterlik hizmetleri yer almaktadır(Tablo 4.3). Okulda toplum sağlığı konusunda öğrenim gören sağlık memurları ne yazık ki ülkemizde sekreterlik görevinde çalıştırılmaktadır. Son yıllarda tıbbi sekreter alımıyla bu durumun düzeleceği umut edilmektedir.

Hekimlerin çoğunluğunun poliklinik hizmetlerinde çalıştığı, diğer kısmının ise mesai içinde en çok tedavi hizmetleri ile uğraştığı sonucuna varılmıştır(Tablo 4.3). Araştırmamızdaki hekimlerin yarısının birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan hekimler olmasına rağmen mesai içinde sağlık eğitimi hizmetleri ile uğraşma oranı %0 bulunmuştur. Bu durum ise temel sağlık hizmetleri içinde önemli bir yere sahip olan ve hala önemi yeterince anlaşılamayan sağlık eğitimi hizmetleri için oldukça üzücüdür. Başka bir soruda ise; hekimlerin hiç sağlık eğitimi yaptınız mı sorusuna %73'lük kısmı evet demiştir. Hekimlerin sağlık eğitimini askerlik görevleri sırasında ya da düzenlenmiş programlarla bir iki defa yaptığı araştırmamızda ortaya çıkmıştır. Erdoğan (1998)' Edirne ili sağlık ocaklarında hekimlerle yaptığı çalışmada hekimlerin günlük mesailerinde en fazla zamanını (%80) poliklinik hizmetlerinin aldığını belirtmektedir. Bu araştırma sonuçları bizim araştırmamızla örtüşmektedir.

Bir hastanın hastalığının başlangıcında hekime başvurmasını sağlamak, hasta ölüm döşeğinde iken son çare diye hekim çağırma tutumunu değiştirmek, hasta hekime başvurdu ise ilacını nasıl kullanacağını, şikâyetleri geçse de ilaca devam etmesi gerektiğini, neyi yiyeceğini veya yemeyeceğini, ne yapacağını veya yapmayacağını öğretmek ve uygulatmak da eğitim hizmetidir. Kişilere bu konuda iyi eğitim yapılmaması tedavi hekimliği hizmetlerini olumsuz olarak etkileyen önemli bir eksikliktir. Ne yazık ki hekimlerin çoğunluğu bu hizmete gereken önemi vermemekte, hastanın muayenehane veya hastaneden çıktıktan sonra ne yaptığı ile ilgilenmemekte, onu etkileme yollarını aramamaktadır (Fişek 1998).

Ebelerin ise hemen hemen yarısının rotasyon şeklinde poliklinik, tedavi, sekreterlik, sağlık eğitimi, danışmanlık hizmetleri ile uğraştığı sonucuna varılmıştır. Merkez sağlık ocağında bu şekilde çalışan ebeler, gebe izleme ve aşı birimlerinde çalıştıkları zaman sağlık eğitimi yaptıklarını belirtmişlerdir(Tablo 4.3).

Berberoğlu (2001)'nun yaptığı çalışmada ise sağlık ocağında en fazla ev ziyareti gerçekleştiren görevlinin ebe olduğu ve %60.5'inin yalnız ETF yazımı için ziyaret yaptıkları saptanmıştır. Öncelikle yapılması gereken aşılama, sağlık eğitimi, gebe ve bebek izlemi gibi hizmetlerin oranı oldukça düşük (% 3.6) bulunmuştur.

En öncelikli görevi sağlık eğitimi aracılığı ile bireylerin sağlığının geliştirilmesine katkı vermek olan birinci basamak sağlık hizmetleri personelinin, sağlık eğitiminin en önemli amaçlarından biri olan, bireylere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmesi ve uygulanmasını sağlaması için kendisinin de bu davranışları sergileyerek, iyi bir model olması gerekir (Dirican ve Bilgel 1993). Oysa ülkemizde genel olarak sağlık personelinin sağlık davranışları bakımından iyi bir model olmadığı gözlenmektedir.

Özellikle sağlık evi ebeleri olmak üzere, halk sağlığı hemşireleri ve hemşireler toplumun sağlık düzeyinin yükselmesinde anahtar kişilerdir. Devlet için gerekli bilgileri en uçtan başlayarak sistemli olarak ileten, koruyucu hekimlik uygulamalarını yürüten, ana çocuk sağlığı gibi toplumumuz için çok önemli uygulamaların yürütülmesinden sorumlu ve daha bir çok yükümlülüğü bulunan ebe ve hemşirelerimiz sağlık eğitimi aracını kullanmadan bu görevlerini tam yapamazlar (Güler 1987).

Sağlık personelinden, doktorların %93.3'ü, hemşire, ebe ve sağlık memurlarının tamamı sağlık eğitiminin tüm personel tarafından yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Hekimlerin ise %6.7'si sağlık eğitiminin yaygın eğitim kurumları tarafından yapılması gerektiğini belirtmiştir. Tüm sağlık personelinin sağlık eğitimi vermesinin yanında, yaygın eğitim kurumlarının da sağlık eğitimi faaliyetlerine katılması, sağlık eğitimine olumlu yönde katkı sağlamaktadır.

Halkın sağlık eğitimi yönetmeliğine göre; Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Eğitim Kurumları sağlık eğitiminde görevli teşkilatlar olarak belirtilmiştir(Resmi Gazete 2000).

Ülkemizde henüz sağlık eğitimcisi kadrosu ile çalışan sağlık personeli yoktur. Hastane ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında eğitimleri, çalışan tüm personelin yapması, hastayı veya sağlıklı bireyi tanıma ve ihtiyaçlarını belirleme açısından oldukça önemlidir.

Sağlık personelinin sağlık eğitimi yapıp yapmadığı durumu incelendiğinde; ebelerin tamamı sağlık eğitimi yaparken, hemşirelerin %95.2'si, sağlık memurlarının %58.8'i, hekimlerin %73.3'ü sağlık eğitimi yaptığını belirtmişlerdir. Bu durum personelin çalıştığı birimle alakalı olarak farklılık gösterebilmektedir. Örneğin hemşire ve ebeler gibi tedavi hizmetleriyle uğraşanlar sağlık memuru gibi sekreterlik hizmetleriyle uğraşanlardan daha fazla sağlık eğitimi faaliyetlerine katılma ve sağlık eğitimi vereceği kişilerle iletişim içinde olma imkanı bulmaktadırlar.

Sağlık personelinin geneli sağlık problemlerinin çözümünde, sağlık eğitiminin etkili, önemli veya çok önemli olduğu konusunda hemfikirdir.

Güner ve Atak (2002)'ın KOAH'lı hastalarda sağlık eğitiminin etkisinin değerlendirilmesi isimli çalışmasında da, sağlık eğitiminin olumlu yönde KOAH'lı hastalar üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Yine başka bir çalışmada ise; annelere verilen aile planlaması eğitiminin olumlu sağlık davranışlarına dönüştüğünü gösteren sonuçlar elde edilmiştir (Şahin, Kömürcü 2005).

Tablo 4.2'degörüldüğü gibi sağlık eğitimi hizmetleri istenilen düzeyde mi sorusuna, personelin çoğunluğu hayır derken, ebelerin %25.0'ı gibi önemli bir kısmı sağlık eğitimi hizmetlerini yeterli düzeyde bulmaktadır.

Toplumun katılımını sağlama uzun bir süreçtir. Toplumun sağlık hizmetlerine katılabilmesi için, sorunlarını tanımlaması, önceliklerini belirlemesi ve bunlara uygun planlama yapabilmesi gerekmektedir. Bütün bunlar içinse belirli bir bilinç, bilgi ve beceri düzeyine ulaşması gereklidir. Öncelikle devletler, toplumun gelişmesi için gerekli olanakları sunmakla yükümlüdür. Sağlık sektörü, toplumun sağlık konusunda karar alacak kadar bilinçlenebilmesi için topluma yönelik sağlık eğitimi vermek zorundadır (Bozkaya, Teker 2001).

Verilmesi gereken sağlık eğitimi hizmetlerinin istenilen düzeyde olmamasının nedeni olarak, hekimlerin %33.3'ü sağlık eğitimi yapacak personel eksikliği olduğunu düşünürken diğer %33.3'lük kısmı ve hemşirelerin %40.0'ı sağlık sistemi kusuru olduğunu, ebelerin %59.1'i, sağlık memurlarının %20.0'si bütün konularda eksiklerin olduğunu belirtmişlerdir(Tablo 4.5).

2004 yılı Türkiye Sağlık İstatistikleri verilerine göre; 2004 yılında bir hekime 691, bir hemşireye 872, bir sağlık memuruna 1248, bir ebeye 1690 nüfus düşmektedir(Türkiye Sağlık İstatistikleri 2004). 2006 yılı Konya İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre Bozkır' da bir hekime 4600, bir hemşire ve bir sağlık memuruna 2300, bir ebeye 1650 nüfus düşmektedir. Bu bilgilerden de anlaşılacağı üzere ülkemizde sağlık personeli başına oldukça çok nüfus düşmekte bu yüzden de koruyucu sağlık hizmetleri hep geri planda kalmaktadır. Bozkır'da sağlık personeli başına daha fazla hasta düşmektedir. Bu durum ise Bozkır'ın periferde bir ilçe olması ve sağlık hizmet binalarının yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır.

Sağlık personelinin tedavi ve poliklinik hizmetleri ile çok yoğun bir şekilde uğraşması dolayısıyla yoğunluk ve yorgunluktan sağlık eğitimi hizmetlerini hiç yapamadığı ya da yapılsa bile önemsenmeden ve ayaküstü geçiştirme şeklinde yapıldığı düşünülmektedir.

Mezun olmadan önce sağlık eğitimi dersi aldınız mı sorusuna cevap olarak, hekimler dışında sağlık personelinin çoğunluğu sağlık eğitimi dersi aldığını belirtirken, hekimlerin % 66,7'si sağlık eğitimi dersi almadığını belirtmiştir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yere sahip olan hekimler, ne yazık ki ülkemizde altı yıllık tıp öğrenimleri sırasında sağlık eğitimi dersi almamakta, sadece halk sağlığı dersi içinde birkaç saat gösterilmektedir.

Tablo 4.6'da da görüldüğü gibi, ebe ve hekimlerin yarıdan fazlası, sağlık eğitimi ile ilgili kursa katıldığını belirtirken, hemşirelerin %42.9'u ve sağlık memurlarının %35.3'ü bu kurslara katıldığını belirtmiştir. Katılım zorunluluğu olmayan kurslara hemşire ve sağlık memurlarının katılmadığı veya düzenlenen kursların hemşire ve sağlık memurlarına yönelik olmadığı düşünülebilir.

Ankara Tabip Odası tarafından yapılan bir araştırmada, Türkiye'deki sağlık sorunlarının önem açısından değerlendirilmesinde, hekimlerin %93.8'inin sağlık personelinin hizmet içi eğitim sorununu çok önemli ya da önemli kategorisinde değerlendirdikleri görülmektedir.

Velipaşaoğlu ve arkadaşları (2002)'nın 'Birinci basamak sağlık personelinin hizmet içi eğitimleri ve etkileyen etmenler' isimli çalışmasında da bizim araştırmamızla aynı sonuçlar elde edilmiştir. Bu araştırmaya göre hizmet içi eğitim alma sayısı 10.0 eğitim ile ilk sırada ebelerdir. Hemşireler ortalama 8.6, hekimler 8.1, sağlık memurları 3.3 adet eğitim almışlardır.

Sağlık personelinin sürekli eğitiminde temel amaç, halka sunulan sağlık hizmetlerinin niteliğini geliştirmektir. Yani, sağlık personelinin bilgi, beceri, etik değerler, sosyal yaklaşım gibi konulardaki nitelikleri açısından çağın gereklerine uygun, ülke gerçekleriyle uyumlu bir donanıma sahip olmasını sağlamak; bunun sonucunda da halkın sağlık düzeyini yükseltmektir.

Katıldıkları kurslarda aldıkları sağlık eğitimi konusu olarak; sağlık personelinin çoğunluğu kriz ve intihar konusunda eğitim aldığını belirtirken ayrıca ebeler aile planlaması ve anne sütü ile ilgili, sağlık memurları bağışıklama ile ilgili, hekimler ise anne sütü, aile planlaması ile ilgili konularda kursa katıldıklarını belirtmişlerdir(Tablo 4.7). Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'ne Krizle mücadele birimi kurulması nedeniyle Konya İl Sağlık Müdürlüğü ve bu birimin ortaklaşa düzenlediği kurslara katılımın fazla olması araştırmamıza bu şekilde yansımıştır. Sağlık personelleri içinde en çok sağlık eğitimi yapan ebeler kendi branşlarında ve büyük çoğunlukta sağlık eğitimi kurslarına katıldıklarını belirtmişlerdir.

Kılınç (2002)'ın yapmış olduğu araştırmada; sağlık personelinin eğitiminin neye yönelik olması gerektiği incelendiğinde, sağlık personelinin çoğunluğu yeni bilgilerle ilgili, diğer kısmı ise sık karşılaşılan durumlar ve anımsatmaya yönelik eğitimlerin yapılması gerektiğini bildirmişlerdir.

Sağlık personelinin büyük bir bölümünün eğitici eğitimi ile ilgili herhangi bir kursa katılmadığı anlaşılmaktadır. Kurum olarak dağılımlarına bakıldığında; Bozkır Devlet Hastanesi personelinin %27.5'i, Merkez Sağlık Ocağı personelinin %25.0'ı, Çevre Sağlık Ocakları personelinin %44.4'ü ve Çevre Sağlık Evlerinde çalışan personelin %0'ı eğitici eğitimine katılmıştır (Tablo 4.8).

Sağlık eğitimi verilebilmesi amacıyla, öncelikle sağlık personelinin eğitim alması gereklidir. Örgün eğitimleri sırasında sağlık personeli iletişim, eğitim metodolojisi ve sağlık eğitimi konularında yeteri kadar bilgilendirilmemektedir. Ayrıca, temel sağlık hizmetleri içinde yer alan tüm faaliyetlerin başarısı için mutlaka gerekli olan toplum katılımı kavramından ise genellikle habersizdirler. Bu nedenle hem ülke, hem de il veya sağlık ocağı düzeyinde sağlık personelinin iletişim, sağlık eğitimi ve toplum katılımı konusunda bilgilendirilmesi ve duyarlandırılması sağlanmalıdır (Bozkaya 2001).

Sağlık personelinin en çok hangi konularda eğitim verdiğine bakıldığında; hemşire ve ebeler ana çocuk sağlığı ile ilgili, sağlık memurları bulaşıcı hastalıklarla ilgili, hekimler ise ana çocuk sağlığı ve bulaşıcı hastalıklarla ilgili eğitim verdiklerini bildirmişlerdir (Tablo 4.9).

Hekimlerin %36.4'nün ve hemşirelerin %65.0'nın sağlık eğitimi verirken eğitim aracı kullanmadıklarını, ebelerin %46.9'nun broşür kullandığını, sağlık memurlarının %40.0'nın afiş ve hekimlerin de %36.4'nün bilgisayar kullandığını görmekteyiz.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık eğitimi genellikle ev ziyaretleri ve sağlık ocağında verilen hizmetler esnasında bireylere doğrudan öğretim şeklinde gerçekleşmektedir. Bu uygulamada gerçek iletişim ve başarı bireyin öğretilen şeyin nasıl yapıldığını duyması, görmesi ve uygulaması sonucu elde edilir. Bireysel doğrudan eğitimde sağlık eğitimcisi olumlu sağlık davranışları sergileyerek, insanları davranış değişikliğine motive etmede kullanılan yöntemlerden biri olan "model olma" tekniğini etkili bir şekilde kullanabilir (Damrosch 1991).

Tablo 4.10'da görülüğü üzere hemşirelerin %70.0'ı, ebelerin %93.8'i, sağlık memurlarını %40.0'ı, hekimlerin %36.4'ü annelere sağlık eğitimi yapmıştır. Hemşirelerin %25.0'ı yaşlılara, sağlık memurlarının %30.0'u öğrenci ve gençlere, hekimlerin %27.3'ü öğrenci ve askerlere sağlık eğitimi yapmıştır.

Sağlık eğitimi yapmış olsaydınız bu eğitimin etkinliğini en doğru şekilde nasıl değerlendirirdiniz sorusuna hemşirelerin, sağlık memurlarının ve hekimlerin yarsından

fazlası, ebelerin ise %37.5 oranında davranış değişikliği olup olmadığına bakarım, ve yine ebelerin %43.8'i eğitimden önce ve sonra test uygularım demişlerdir (Tablo 4.11). Aynı soruyu sağlık personelinin eğitim durumuna göre değerlendirdiğimizde ise; lisans mezunları %70.0'lik oranla doğru cevap olan davranış değişikliği olup olmadığına bakarım demiştir ve diğer mezunlara göre bu oran oldukça fazla bulunmuştur (Tablo 4.12) Araştırmamızda elde edilen sonuçlara göre; eğitim durumu yükseldikçe sağlık personelinin sağlık eğitimi hakkındaki bilgisinin de arttığı, ebelerin büyük çoğunluğunun sağlık eğitimi yaptığını fakat sağlık eğitimi hakkında yeteri kadar bilgilerinin olmadığı saptanmıştır.

Sağlık personeli %78.8 oranında sağlık eğitiminin amacını doğru tanımlarken (Tablo 4.13), eğitim durumuna göre bu oran lise mezunlarında % 56.5, önlisans mezunlarında %93.1, lisans mezunlarında % 75.0 ve yüksek lisans, doktora mezunlarında % 92.3 olarak bulunmuştur.

5.2. Sonuç ve Öneriler

Bozkır merkez ve Bozkır'a bağlı sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeli sağlık sorunlarının çözümünde sağlık eğitiminin etkili ve önemli olduğu düşüncesindedir, buna karşın sağlık personelinin günlük mesaileri içinde en çok uğraştıkları işler arasında sağlık eğitimi hizmetleri bulunmamaktadır.

Hekim ve hemşirelerin yarısından fazlasının sağlık eğitimi yaptığı, sağlık memurlarının daha çok sekreterlik hizmetlerinde çalıştırılmasından dolayı sağlık eğitimi yapma oranlarının oldukça düşük olduğu ve ebelerin tamamının sağlık eğitimi yaptığı fakat sağlık eğitimi hakkında ebelerin bilgilerinin yetersiz olduğu bulunmuştur.

Sağlık personeli, sağlık eğitimi hizmetlerinin yetersiz olduğunu belirtmiş ve bunun nedeni olarak da, sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar olduğunu dolayısıyla sağlık eğitimi yapacak personel eksikliğinin ve sağlık personelinin sağlık eğitimi hakkında bilgi eksikliklerinin bulunduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmamızın yapılması esnasında ve sonrasında sağlık hizmetleri içinde sağlık eğitiminin önemini ve gereğini sağlık çalışanlarına ve yöneticilerine bir kez daha hatırlattığımızı düşünerek, araştırmamız bulgular doğrultusunda önerilerimiz şu şekilde özetlenebilir;

1. Sağlık personeline daha okul yıllarında sağlık eğitiminin önemi aşılanmalı, sağlık eğitimi dersi teknik ve uygulamalı olarak bütün sağlıkla ilgili okullarda özellikle Tıp Fakülteleri'nde mutlaka verilmelidir.

2. Sağlık kuruluşu yöneticilerine sağlık müdürlüğü tarafından, kurum bazında ise, kurum yöneticileri tarafından sağlık çalışanlarına sağlık eğitiminin önemini ve gereğini anlatan teşvik edici toplantılar yapılmalı ve belirli aralıklarla bu konu ile ilgili teftişlerde bulunulmalı ve gereğinde ödüllendirme veya cezalandırma yoluna gidilmelidir.

3. Sağlık kuruluşlarında çalışan bütün sağlık personeline rotasyon şeklinde kurumunda veya sağlık müdürlüğü tarafından düzenli olarak, sağlık eğitimi yaparken halkı 'neden ve nasıl eğitecekleri' konusundaki bilgi ve beceride yeterli olabilecekleri, sağlık eğitimi ve eğitici eğitimi ile ilgili eğitimler verilmelidir ve bu eğitimlere katılımlar sağlanmalıdır.

4. Sağlık çalışanlarının özellikle hekimlerin iş yükünü azaltarak mesleklerini sevmeleri ve sağlık çalışanlarına sağlık eğitimi yapmaları için yeterli zamanı ve fırsatı sunmak gerekmektedir.

5. Sağlık hizmetlerinde büyük rol oynayan hekimlerin günlük mesailerinde sağlık eğitimi yapması sağlanmalıdır.

6. Genellikle sekreterlik hizmetlerinde çalıştırılan sağlık memurlarının asıl görevleri olan toplum sağlığı hizmetleri ile uğraşmaları için sağlık bakanlığının düzenlemeler yapması gerekmektedir.

7. Sağlık personelinin sağlık hizmeti sunduğu sırada bireylere sağlık eğitimi yapmasının yanında, sağlık eğitimi fakültesi mezunu sağlık eğitimcilerinin de her kuruma yeterli sayıda atanması ve planlı programlı, gerektiğinde ihtiyaca yönelik, geri dönüşümü takip eden sadece sağlık eğitimi ile uğraşan sağlık kişilerin atanması gerekmektedir.

8. Bazı il ve ilçelerde kurulmuş olan toplum eğitim merkezleri bütün il ve ilçelere yaygınlaştırılmalı, buralarda sürekli çalışan sağlık eğitimcileri bulundurulmalıdır.

9. Son olarak toplumların sağlık düzeyinin yükseltilmesi: sağlıklılık için gereken yaşam koşullarını sağlayan ekonomik, çevresel ve yapısal düzenlemeler yanında eğitim desteğinin verilmesi ile başarılabilir. Sağlıkla ilgisi olan herkes bilmelidir ki; sağlığı tedavi etmektense korumak her yönden daha geçerli ve pragmatist bir yoldur. Bu yüzden de ülkemizde sağlık eğitimi hizmetlerine gereken önem verilmeli ve bunun için çalışmalar yapılmalıdır.

6. ÖZET

Bozkır'da çalışan sağlık görevlilerinin, sağlık eğitimi konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi

Amaç: Araştırma, Bozkır merkez ve Bozkır'a bağlı sağlık kurumlarında çalışan sağlık görevlilerinin, sağlık eğitimi konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı (descriptive) nitelikte yapılmıştır.

Materyal- Metod: Araştırma evrenini; 01.03.2007-01.05.2007 tarihleri arasında Bozkır merkezde bulunan 1 Devlet Hastanesi, 1'i Merkez Sağlık Ocağı olmak üzere toplam 10 Sağlık Ocağı ve 2 Sağlık Evi'nde görev yapan, hasta veya sağlıklı kişilerle bire-bir karşılaşarak sağlık eğitimi verebilecek konumda olan 15 hekim, 21 hemşire, 17 sağlık memuru, 32 ebe, olmak üzere toplam 85 sağlık personeli oluşturmaktadır Veriler, gözlem altında anket uygulama yöntemiyle toplanmıştır. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilerek, istatistiksel analizlerde aritmetik ortalama ve yüzdelik hesaplamalar kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan sağlık personelinin % 70.6'sı erkek, %29.4'ü kadın olup, sağlık personelinin %76.5'i 26-35 yaş grubundadır.

Hekimlerin %66,7'si okulda iken sağlık eğitimi dersi almadığı, diğer sağlık personelinin hepsinin sağlık eğitimi dersi aldığı saptanmıştır. Ebelerin günlük mesailerinde sağlık eğitimi yaptığı bulunurken, hekimlerin ise günlük mesailerinde sağlık eğitimi yapma oranı %0 bulunmuştur. Ebe ve hekimlerin sağlık eğitimi ile ilgili kurslara katılma oranları, hemşire ve sağlık memurlarınınkinden daha yüksektir. Sağlık personelinin büyük bir çoğunluğu bu kursları; sağlık müdürlüğünden aldığını, diğer kalan kısmı ise kurumundan hizmet içi eğitimle aldığını belirtirken, eğitici eğitimi ile ilgili kurslara katılma oranı çok düşüktür. Sağlık personelinin büyük çoğunluğu sağlık eğitiminin amacını doğru belirtmiştir. Eğitimin etkinliğini en doğru şekilde değerlendirmede ise sağlık personelinin çoğunluğu doğru cevabı verirken, ebelerin doğru cevabı verme oranı çok düşüktür. Aynı soru eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde ise; lisans mezunlarının %70'lik oranda doğru cevabı verdiği saptanmıştır.

Sonuç: Araştırma bulgularına göre, hekimlerin günlük mesaileri içinde hiç sağlık eğitimi yapmadıkları, özellikle birinci basamakta çalışan ebelerin günlük mesailerinde sağlık eğitimi yaptıkları, sağlık memurları ve hemşirelerin ise, sağlık eğitimi yapma oranlarının düşük olduğu bulunmuştur.

7. SUMMARY

Evaluation of the health sttaff's knowledge, attitudes and behaviours about health education working in Bozkır district.

Objective: This research is made as descriptive for the purpose of observing knowledges, attitudes and behaviours of the health officers about health education who are working in health institutions in Bozkır.

Material – Method: Our population consists 15 doctors, 21 nurses, 17 health officer, 32 midwifes totaly 85 health staff who can give health education by one to one to sick and healthy people and who are working in 1 state hospital, 1 village clinic, as total 10 village clinics and two health houses in Bozkır. These datas are collected according to the method of questionnaire under observation. Data are evaluated by computer and arithmetic mean and percentage calculations are used in statistical analysis.

Results: 70,6 % of the participants was male and 29,4 % was female. 76,5 % of the health officers were in 26-35 age group.

It is determined that 66,7 % of the doctors did not participate health education lessons in faculty. All of the other health staff participated health education lessons. It is obtained that midwifes were making health education in their daily shifts but doctor's health education making rate was 0 %. Midwife's and doctor's percentage of participation to the courses of health education was higher than nurse's and health officer's. Most of the health officer stated that they participated these lessons form health management and others stated that they got these lessons from in service training but participation rate of the trainer education is very low. Most of the health staff determined aim of the health education correctly. In evaluation of the effectiveness of the education correctly most of the health staff replied correctly. Midwifes correct reply rate was low. When the same question is evaluated according to the education status it is obtained that the 70 % rate of staff who has bachelor degree replied correctly.

Conclusion: According to the research results, it is obtained that doctors are not making health education in their daily shift, especially midwifes in first degree are making health education in daily shift and and health officer's and nurse's rate of making health education are low.

8. KAYNAKLAR

Abadan N (1984), *Kitle İletişimi ve Kültür. A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi s.65-72, Ocak-Aralık*

Aksayan S (1992), *Temel Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Görev Kapsamlarına İlişkin, Bilgi, Görüş ve Uygulamaları, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 3.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. 24-26 Haziran, Sivas,ss:675-682.*

Aksayan S, Çimete G (1997) *'Herkese Sağlık' Hedefine Yönelik Bir Hemşirelik Proğramı Önerisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.1(1):53-64*

Alkan C (1979), *Eğitim Ortamları. Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları No:85, Ankara.*

Assal J-PH (1995), *et al. Patient Education 2000. New Trends in Patient Education. International Congress Series 1076, Elsevier, Amsterdam.*

Aytaç K (1979), *Politeknik Eğitim Reformları (Teori ve Uygulamaları). II. Bası. Dil-Tarih- Coğrafya Fakültesi Basımevi, Ankara.*

Aytaç K (1981), *Çağdaş Eğitim Akımları (Yabancı Ülkelerde). Dil- Tarih-Coğrafya Fakültesi Basımevi, Ankara.*

Aziz A (1975), *Televizyonun Yetişkin Eğitimindeki Yeri ve Önemi. Türkiye Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü, Sevinç Matbaası, Ankara.*

Baldwin J H (1995) *Are we implementing community health promotion in nursing? Public Health Nursing, 12(3): 159-164.*

Baltaş Z (1996) *İngiltere'de yaşayan Türk toplumunun sağlık davranış kalıpları. V.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul: 124-135.*

Başaran İ.E (1989), *Eğitime Giriş. 7.Bası, Sevinç Matbaası, Ankara.*

Başaran İ.E (1990), *Eğitim Psikolojisi. Modern Eğitimin Psikolojik Temelleri. Kadıoğlu Matbaası, Ankara.*

Başaran İE (1982), *Örgütsel Davranışın Yönetimi. A.Ü. Eğitim Fakültesi Yayınları Norlll, Ankara.*

Berberoğlu U, Eskiocak M , Kuklu, G, Saltık, A(2001*) Edirne İli Muradiye Sağlık Ocağı bölgesinde romanlar ve öbürlerinin İlk Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımı. Toplum ve Hekim, Kasım-Aralık, 16(6):470-475.*

Binbaşıoğlu C (1988*), Eğitime Giriş. Binbaşıoğlu yayınevi. Ankara.*

Botelho RJ, Skinner HA, Williams GC, Wilson D(1999), *Patients with alcoholproblems in primary care: understanding their resistance and motivating change Prim Care, 26(2): 279-98.*

Bülbül S (1991*), Halk Eğitimine Giriş. (Ed) H. Seçim. Anadolu Üniversitesi A.Ö.F. Ders Kitapları Yayın No: 118/HE Eskişehir.*

Büyük Larousse (1994*), Cilt (7), s. 3551, Interpress Basın ve Yayıncılık, Milliyet Gazetecilik.*

Damrosch S (1991) *General strategies for motivating people to change their behavior, Nurs Clin. North Am, 26 (1): 833-843.*

Dervişoğlu AA, Köseli A(1992), *Sağlık Hizmetlerinde Teknik Eğitim ve Bilgi Yönetimi Yaklaşımları, Ankara.*

Dirican R (1990), *Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı) Dersleri, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.*

Dirican R, Bilgel N (1993) *Halk Sağlığı. II.Baskı, Uludağ Üniv. Basımevi, Bursa.*

Doukas MJ, Doukas MA(1998*), Considering advance directives for oncology patients Prim Care, 25(2), 423-31*

DSÖ 1998*, Cenevre, World Healt Organization, 21.Yüzyılda Yaşam Herkes İçim Bir Vizyon.*

Duffy ME ve ark. (1996) *Correlates of health promotion*

Edelman C. Mandle CL (1986) *Health Promotion Throghout the Lifespan, The C.V.Mosby Company. St Luis. Toronto, Princeton.*

Ely JV, Goerdt CJ, Bergus GR, West CP, Davson JD, Doebbeling BN(1998), *The effect of physician charecterirics on compliance with adult preventive care guidelines. Fam Med, 30(1):34-9*

Eren N (1982*), Bir Planlama Aracı Olarak P.E.R.T. I. TTB, Ankara Tabip Odası Yayını No:8, Çağ Matbaası, Ankara.*

Eren N (1982*), Bir Planlama Aracı Olarak P.E.R.T. II. TTB, Ankara Tabip Odası Yayını No:8, Çağ Matbaası, Ankara.*

Eren N (1989*), Sağlık Hizmetlerinde Yönetim. 4. Bası. Hatipoğlu Yayınevi. Ankara.*

Ertürk S (1986*), Eğitimde program geliştirme. Hacettepe Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1972 El Kamel F.: "Developing Communication Strategies and Programs: A systematic Approach" UNICEF.*

Fidan N (1982*), Öğrenme ve Öğretme, Kuramlar, İlkeler, Yöntemler. Tekışık Matbaası, Ankara.*

Fişek N (1889), *Sağlık Eğitimi. HÜ Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD Yayını No; 886/40 Kısa Dizi No:6, Ankara.*

Fişek N (1985), *Halk Sağlığı'na Giriş. Hacettepe Ünv - WHO Hizmet Araştırma ve Araştıncı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2 Çağ Matbaası Ankara.*

Fritsche A ,et all (1999), *Long term effect of a structed inpatient diabetes teaching and treatment programme in type 2 diabetic patients: influence of mode of followup: Diabetes Res Clin Pract, 46(2):136-41*

Geray C (1993*), Halk Eğitimi. Ankara Üniversitesi Yayınları No:3, Ankara.*

Green LW (1992), *Prevention and Health Education. (Ed) Last JM. Public Health and Preventive Medicine. Chapter 29, pp 1089-1108. Appleton Lange Press. USA.*

Güler Ç (1987*), Sağlık Eğitimi, 3. Bası, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.*

Güler Ç (1994*), Bilir N.: Temel İlk Yardım (A Düzeyi). Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1. Basım, Ankara.*

Güler Ç, Akın L (1995*), Sağlık Eğitimi ve İletişimi. (Eds) Bcrtan M, Güler Ç.: Halk Sağlığı Temel Bilgiler İçinde, Güneş Kitabevi Ltd. Ştd., Ankara.*

Güvenç B (1998), *İnsan ve Kültür. 5. Bası, Remzi Kitabevi, İstanbul.*

Hamzaoğlu O (1991), *Dünya'da ve Türkiye'de Hekimlerin Mezuniyet Sonrası Halk Sağlığı Eğitimi ve Türkiye için Öneriler, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara.*

Hart RH (1990), *Belsey MA, Tarimo E.: Integrating Maternal Child Health services with Primary Health Çare Primary Considerations, WHO, Geneva.*

Hasde M (1997), *Sağlık Eğitimi ve İletişim. Ders Notları (izni ile). GATA Halk Sağlığı AB.D. Ankara.*

Hatun Ş (1995), *Hasta Haklan Temel Belgeler. TTB Yayını, Kasım.*

Ingalls JD (1973), *A Trainers Guide to Androgogy Revised Ed. U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, Health Çare Financing Administration, Washington D.C.*

İnceoğlu M (1993), *Tutum Algı İletişim, Ankara.*

İrgil E(1997), *Sağlıkta Öncelikler. Toplum ve Hekim, 12(77) Ocak-Şubat.*

Johns HopkİnsSchool of Public Health Center for Communication Programs (1997), *Advances in Family Health Communication. Workshop notları. Tekirova, Antalya, Türkiye, 27 Nisan- 9 Mayıs.*

Johns Hopkins School of Public Health Center for Communication Programs (1997), *Reaching Men World VVide: Lessons Learned from Family Planning and Communication Project 1986-1996, Working Paper No:3 Jan.*

Kang R (1995) *Building community capacity for health promotion: A challenge for public health nurses. Public Health Nursing, 12 (5): 312-318.*

Kartoğlu Ü (1994), *Ulusal Ana çocuk Sağlığı Programlarının Etkinliğini Arttırmaya Yönelik Öğretmen Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Sağlık Dergisi. 66(3-4), Eylül-Aralık.*

Kelly RB, Falvo DR.(1995) *Patient Education. In: Rakel RE (ed). Textbook of Family Practice. 6th ed. Saunders Com, Philadelphia, 253-61.*

Kurt İ (2000), *Yetişkin Eğitimi, Nobel Yayıncılık, Ankara.*

Küçükahmet L(1994), *Öğretim İlke ve Yöntemleri. 5. Bası, Gazi Büro Kitabevi, Ankara.*

Laver S(1986), Steps to Success İn Teaching and Training: AİDS Action. Mimograph, Zimbabwe.

Love J (1985), *Dünyada Yetişkin Eğitimine Toplu Bakış. (Çev) Oğuzkan T.: Unesco Türkiye Milli Komisyonu, Ankara.*

Lowenberg JS (1995*) Health promotion and the "Ideology of choice". Public Health Nursing, 12 (5): 319-323.*

Maly RC,Bourgue LB, Engelhadt RF (1999), *A randomized controlld trial of facilitating information fiving to patients with chronic medical conditions: effects on outcomes of care J Fam Pract, 48(5): 356-63*

MEB (1990), *Japon Eğitimi. Mili Eğitim Bakanlığı Yayınları, İstanbul.*

Mengel MB (1991*), Principles of Clinical Practice. Plenum Medical Book Company NY, London.*

Milli Eğitim Bakanlığı Eğitim teknolojileri Genel Müdürlüğü (2002), *Türkiye'de Eğitim Teknolojisi. Eğitim ve Teknoloji. 1 (3): Ankara.*

Mumcu H, Nural N (2004*), Trabzon İli Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Halk Sağlığı Hemşireliğine İlişkin Görüş Ve Uygulamaları, Toplum ve Hekim 2(19) s: 139-141*

Oğuzkan A.F (1974), *Eğitim Terimleri Sözlüğü, Ankara, Türk Dil Kurumu, s 61.*

Özden M (1988*), Sağlık Eğitimi, Ankara, Ünal Ofset.*

Özden M (1989), Sağlık Meslek Liseleri İçin Sağlık Eğitimi. Ankara.

Öztek Z (1986), *Temel Sağlık Hizmetleri. Hacettepe Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı yayını No: 86/33 Kısa Dizi No: 1, Ankara.*

Öztek Z (1992), *Temel Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No:92/2, Ankara*

Özvarış Ş.B (1997), *Halkın Sağlık Eğitimi, Toplum ve Hekim. 12(79) s:55-64.*

Pehlivan E (1994), *Eğitim ve Sağlık. Kuramsal ve Uygulamalı Temellerine Bir Bakış. Toplum ve Hekim 9(63) Eylül-Ekim.*

Petrov G (1970), *Ak Zambaklar Ülkesinde (Finlandiya). (Çev.) Acaroğlu T.: Tekin Yayınevi, İstanbul.*

Piotrow TP, Treiman AK, Rimon JG, Sung He Yun (1994), *Lozare Strategies for Family Planning Promotion. World Bank Technical Paper Number 223. Washington DC.*

Population Reports (1995), *Meeting the Needs of Young Adults, Seri J, No:41, Family Planning Programs, October.*

Rogers EM (1973), *Communication Strategies for Family Pîanning, NewYork Free Press.*

Serin N (1979), *Eğitim Ekonomisi, Ankara Ünv. Yayınları No:77, Ankara.*

Sönmez V (1985), *Program Geliştirmede Öğretmen Elkitabı. Öğretmen Yayınları, Özen Matbaacılık, Ankara.*

Sönmez V (1994), *Program Geliştirmede öğretmen El Kitabı, Anı Yayıncılık, Ankara.*

Sullivan R, Magarick R, Bergthold G (1995), *Clinical Training Skills for Reproductive Health Professionals JHPIEGO Baltimore USA.*

T.C. Sağlık Bakanlığı AÇS-AP Genel Müdürlüğü (1993), *Japon Uluslararası İşbirliği Kuruluşu. Eğitim Materyali Üretimi ve Etkili Kullanımı. Halk Eğitimini Geliştirme Projesi Yayın No:I. Ankara.*

Tabak R (1996), *Tepegöz ve Transparan Hazırlama Teknikleri. TC Sağlık Bakanlığı AÇS-AP Genel Müdürlüğü, Japon Uluslararası İşbirliği Kuruluşu; İletişim ve Eğitim Araçları, Materyal Üretimi, Etkili Kullanımı. Bölüm 3. Halk Eğitimini Geliştirme Projesi Yayın No:2, Ankara*

Tabak R.S (1996), *Görsel-İşitsel Eğitim Araçları ve Materyal Üretimi. TC Sağlık Bakanlığı AÇS-AP Genel Müdürlüğü, Japon Uluslararası İşbirliği Kuruluşu; İletişim ve Eğitim Araçları, Materyal Üretimi, Etkili Kullanımı. Bölüm 2. Halk Eğitimini Geliştirme Projesi Yayın No:2, Ankara.*

Tabak R.S (1996*),* *İletişim ve Görsel İşitsel Teknik. TC Sağlık Bakanlığı AÇS-AP Genel Müdürlüğü, Japon Uluslararası İşbirliği Kuruluşu; İletişim ve Eğitim Araçları Materyal Üretimi, Etkili Kullanımı. Bölüm 1. Halk Eğitimini Geliştirme Projesi Yayın No:2, Ankara.*

Tabak RS, Sur H (1997), *Sağlık Eğitiminde Kişiler Arası İletişimin Rolü. Toplum ve Hekim 12(79) s.65-67.*

Tekbaş ÖF, Hasde M (1997), *Mezuniyet Sonrası Eğitimdeki Astsubayların İlk Yardım Konusunda Eğitimleri. GATA Tıp Bülteni, yayınlanacak*

Therapeutic Patient Education (1998), *World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen, Report of a WHO Working Group.*

Tones K (1997*),* *Health Education, Behaviour Change, and the Public Health. (Eds) Detels R., Holland WW., McEven J., Omenn GS.: Oxford Textbook of Public Health. Third Edition. Volume 2, pp 783-814. Oxford University Pres.*

Trenkner LL, Achterberg CL (1991*),* *Use of focus groups İn evaluatİng nutrition education materİals. J-Am-Diet-Assoc. 1991 Dec; 91(12): 1577-81.*

Turçenko V (1979*),* *La Revolution Scientifique et Technique et la Revolution dans l'enseignement (Çev) Okan, A.: Bilimsel Teknik Devrim ve Eğitimde Devrim, İstanbul, Konuk yayınları, Temmuz.*

Turner CE (1981), *Marley Salery.: Okul Sağlığı ve Sağlık Eğitimi, (Çev Tunca Y.) MEB, İstanbul.*

Velipaşaoğlu S, Kılınç B, Aksakoğlu G (2005), *Urla Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Birinci Basamak Sağlık Personelinin Hizmet İçi Eğitimleri ve Etkileyen Etmenler, Sted 14(12), 260-267.*

Whinnety IM (1997*).* *A Textbook of Family Medicine 2nd Edition. Oxford UniversityPres.*

WHO (1954*),* *Expert Committee on Health Education of Public. WHO Technical Report Series No: 89, Geneva.*

WHO (1983*),* *New Approaches to Health Education in Primary Health Çare. Report of WHO Expert Committee Technical Report Series No: 690 Geneva.*

WHO (1984), *Health Promotion: A Discusssion Document on the Concepts and Principles. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1984.*

WHO (1986*),* *Ottowa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.*

WHO (1997), *Renewed Health-for-AIl Strategy: Draft Policy for the Tvventy-First Century. Report by the Director- General, Executive Board 28 April.*

9. EKLER

EK 1. Anket Formu

Sayın Yanıtlayıcı,

Bu Anket, Konya'nın Bozkır İlçesi Ve Bozkır'a Bağlı Tüm Sağlık Birimlerinde Çalışan Sağlık Personeline Yönelik Olup, Selçuk Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezinde Kullanılmak Üzere Hazırlanmıştır. Soruları Cevaplarken Kimlik Bilgisi Vermenize Gerek Yoktur. Verdiğiniz İçten Cevaplar İçin Teşekkür Ederim.

Hemşire Ayşegül YILMAZ

1- Yaşınız? (Belirtiniz) …….....

2- Cinsiyetiniz?

a) Erkek b) Kadın

3- Eğitim Durumunuz Nedir?

a) Ortaokul

b) Lise

c) Önlisans (iki yıllık yüksekokul)

d) Lisans(dört yıllık fakülte)

e) Yüksek Lisans , Doktora

4- Meslek Ünvanınız Nedir?

a) Hemşire

b) Ebe

c) Ebe- Hemşire

d) Sağlık Memuru

e) Hekim

f) Diğer (Belirtiniz) .....

5- Çalıştığınız Kurumda Şu Andaki Göreviniz Nedir?

a) Ebe

b) Hemşire

c) Sağlık Memuru

d) Ebe- Hemşire

e) Pratisyen Hekim

f) Uzman Hekim

g) Yönetici

h) Diğer (Belirtiniz) .....

6- Kaç Yıldır Çalışıyorsunuz? ..... Yıl.

7-Mesleğinizi Seviyor musunuz?

a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

8- Görevinizden Memnun musunuz?

a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

9- Çalıştığınız Sağlık Kuruluşunda Mesainiz İçinde En Çok Hangi İşle Uğraşıyorsunuz?

a) Poliklinik Hizmetleri

b) Danışmanlık

c) Tedavi Hizmetleri

d) Sağlık Eğitimi Hizmetleri

e) Sekreterlik Hizmetleri(Yazı, evrak işleri)

f) Diğer (Belirtiniz) .....

10- Mezun Olmadan Önce Okulda Sağlık Eğitimi Dersi Aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

11- Sağlık Eğitimi İle İlgili Herhangi Bir Kursa Katıldınız mı?

a) Evet b) Hayır (LÜTFEN 14. SORUYA GEÇİNİZ)

12- Aldığınız Sağlık Eğitiminin Konusu / Konularını Belirtiniz?

.....

.....

.....

13- Bu Eğitimi Nereden Aldığınızı Belirtiniz?

a) Kurumda Hizmetiçi Eğitim Olarak

b) Sağlık Müdürlüğü'nden

c) Sağlık Bakanlığı'ndan

d) Üniversiteden

e) Diğer (Belirtiniz) .....

14- Eğitici Eğitimi İle İlgili Herhangi Bir Kurs Ya da Eğitime Katıldınız mı?

a) Evet b) Hayır

15- Kurumunuzda Sağlık Eğitimcisi Kadrosu İle Çalışan Personel Var mı?

a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

16- Sizce Ülkemizde Sağlık Eğitimcisi Yetiştiren Okul / Okullar Var mı?

a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

17- Sizce Hastalara/Topluma Sağlık Eğitimi Yapmak En Çok Kimin Görevidir?

a) Hekim

b) Hemşire

c) Ebe

d) Sağlık Memuru

e) Tüm Sağlık Personeli

f) Diğer (Belirtiniz) .....

18- Çalıştığınız Süre Boyunca Hastalara/Topluma Hiç Sağlık Eğitimi Yaptınız mı?

a) Evet b) Hayır (LÜTFEN 22. SORUYA GEÇİNİZ)

19- En Çok Hangi Konuda Eğitim Yaptınız? (SADECE BİR ŞIK İŞARETLEYİNİZ)

a) Aile Planlaması

b) Ana Çocuk Sağlığı

c) Beslenme

d) Hijyen

e) Bulaşıcı Hastalıklar

f) Kronik Hastalıklar

g) Diğer (Belirtiniz) .....

20- Daha çok Kimlere Yönelik Olarak Eğitim Yaptınız? (SADECE BİR ŞIK İŞARETLEYİNİZ)

a) Öğrenciler

b) Anneler

c) Yaşlılar

d) Askerler

f) Gençler

g) Diğer (Belirtiniz) .....

21- Eğitimlerinizde en çok hangi eğitim aracını kullandınız?

a) Eğitim aracı kullanmadım

b) Afişler

c) Broşürler

d) Tepegöz cihazı

f) Bilgisayar

g) Diğer (Belirtiniz) .....

22- Eğer Bir Eğitim Yapmış Olsaydınız, Bu Eğitimin Etkinliğini En Doğru Şekilde Nasıl Değerlendirirsiniz?

a) Eğitimden Önce Ve Sonra Uyguladığım Testleri Karşılaştırırım

b) Davranış Değişikliği Olup Olmadığına Bakarım

c) Tekrar O Konudaki Eğitim Gereksinimlerini Araştırırım

d) Eğitimi Verdiğim Kişilerle Konuşurum

e) Diğer (Belirtiniz) .....

23- Eğer Eğitim Amacınız Davranışlarda Değişiklik Sağlamaksa Hangi Yöntemi Seçersiniz?

a) Sınıf Eğitimi

b) Tartışma Grubu

c) Konferanslar

d) Toplantılar

e) Diğer (Belirtiniz) .....

24- Sizce Sağlık Eğitimi, Sağlık Sorunlarının Çözümünde Ne Derece Etkilidir?

a) Çok Etkili

b) Oldukça Etkili

c) Etkili

d) Etkisiz

e) Hiç Etkili Değil

25- Sizce Sağlık Eğitimi, Sağlık Sorunlarının Çözümünde Ne Derece Önemlidir?

a) Çok Önemli

b) Oldukça Önemli

c) Önemli

d) Önemsiz

e) Hiç Önemli Değil

26- Sizce Sağlık Eğitiminde Temel Amaç Nedir?

a) Bireylerin Sağlığını Korumak

b) Tüm Toplumun Sağlığını Korumak

c) Bireylere, Dolayısıyla Topluma Kendi Çaba Ve Eylemleriyle Sağlıklı Bir Yaşam Sürmeleri İçin Yardım Etmek

d) Sağlık Personeli Olarak Koruyucu Tedbirleri Almak

e) Diğer (Belirtiniz) .....

27- Sizce Sağlık Eğitimi Hizmetleri İstenilen Düzeyde midir?

a) Evet (ANKETİ BİTİRİNİZ)

b) Hayır

c) Fikrim yok (ANKETİ BİTİRİNİZ)

28- Verilmesi Gereken Sağlık Eğitimi Hizmetlerinin İstenilen Düzeye Gelmemesinin Nedeni Sizce Ne Olabilir?

a) Sağlık Sistemi Kusuru

b) Sağlık Eğitimi Konusunda Teknik Donanım Eksikliği

c) Sağlık Eğitimini Yapacak Personel Eksikliği

d) Sağlık Eğitimi İle İlgili Personelin Bilgi Eksikliği

e) Sağlık Personelinin Sağlık Eğitimi Konusundaki Güdülenme Eksikliği

f) Diğer (Belirtiniz) .....

ANKET BİTMİŞTİR. YANITLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

10. ÖZGEÇMİŞ

1978 yılında Konya'da doğdu. İlkokul eğitimini Konya'nın Hüyük ilçesine bağlı Mutlu Kasabasında, orta ve lise eğitimini Hüyük ilçesinde tamamladı. 1996'da Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünü kazandı.2000 yılında mezun olduktan sonra aynı yıl Ankara Başkent Üniversitesi Acil Servisinde hemşire olarak çalışmaya başladı.2002 yılında Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi'nden ayrıldı. Aynı yıl Konya Akademi Hastanesi'nde Hemşirelik Hizmetleri Müdürü olarak çalışmaya başladı.2004 yılında Bozkır Devlet Hastanesine Hemşire olarak atandı. Halen Bozkır Devlet Hastanesi'nde Eğitim Hemşiresi olarak çalışmaktadır. Evli ve bir çocuk annesidir.

11. TEŞEKKÜR

Eğitimim sırasında bana destek olan değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Orhan Demireli'ye,

Tezimi hazırlama aşamasında değerli zamanını ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Tahir Kemal Şahin'e,

Aileme, eşime ve henüz bir aylık kızım Gülse'ye bana desteklerinden dolayı teşekkür ederim.