ANKARA ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞAM BOYU ÖĞRENME VE YETİŞKİN EĞİTİMİ ANABİLİM DALI
YETİŞTİN EĞİTİMİ PROGRAMI

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE DÜZENLENEN SAĞLIK EĞİTİMLERİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ GÖRÜŞ VE DENEYİMLERİNE DAYALI OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şengül ERDEN

Ankara, Aralık 2016

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞAM BOYU ÖĞRENME VE YETİŞKİN EĞİTİMİ ANABİLİM DALI
YETİŞKİN EĞİTİMİ PROGRAMI

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE DÜZENLENEN SAĞLIK EĞİTİMLERİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ GÖRÜŞ VE DENEYİMLERİNE DAYALI OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şengül ERDEN

DANIŞMAN

Doç. Dr. Ahmet YILDIZ

Ankara, Aralık 2016

Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Şengül ERDEN'in hazırladığı "Aile Sağlığı Merkezlerinde Düzenlenen Sağlık Eğitimlerinin Sağlık Çalışanlarının Görüş ve Deneyimlerine Dayalı Olarak Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından Yaşam Boyu Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi Anabilim Dalı Yetişkin Eğitimi Programı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Başkan : Doç. Dr. Ahmet YILDIZ

Üye : Prof. Dr. Meral UYSAL

Üye : Yrd. Doç. Dr. Sultan GÜÇLÜ

ONAY

Bu tez Ankara Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından …./…./20…. tarihinde uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunca …./…./20.... tarihinde kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmail GÜVEN

Eğitim Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Şengül ERDEN



ÖZET

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE DÜZENLENEN SAĞLIK EĞİTİMLERİNİN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ GÖRÜŞ VE DENEYİMLERİNE DAYALI OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Erden, Şengül

Yüksek Lisans, Yaşam Boyu Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç Dr. Ahmet Yıldız

Aralık, 2016, xii+121 sayfa

Araştırmada aile sağlığı merkezlerinde düzenlenen sağlık eğitimlerinin mevcut durumunun, bu eğitimleri düzenleyen sağlık çalışanlarının görüş ve deneyimlerine dayalı olarak ortaya konulması amaçlanmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu, Ankara ili Mamak ve Çankaya ilçelerinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde çalışan, altı hekim ve sekiz aile sağlığı elemanı oluşturmaktadır. Araştırmada öncelikle ilgili literatür taraması yapılmış, daha sonra verilerin toplanması amacıyla yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmıştır. Görüşme formunda yer alacak soruların geliştirilmesinde uzman görüşlerine başvurulmuştur. Formun birinci bölümünde araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerini içeren sorular yer alırken, ikinci bölümde aile hekimliği sistemine, düzenledikleri sağlık eğitimlerine ve bu eğitimler sırasında eğiticilerin yetişkin eğitimi alanındaki yeterlilik durumlarına ilişkin sorular bulunmaktadır. Tüm görüşmeler yüz yüze yapılmıştır. Elde edilen veriler içerik analizi yöntemiyle çözümlenmiştir.

Araştırmada özetle şu sonuçlara ulaşılmıştır: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, sağlık eğitimi veya yetişkin eğitimi hakkında düzenli bir eğitim almadıkları görülmüştür. Büyük bir çoğunluğu verilen eğitimlerin hedef kitleye ya hiç ulaşmadığını ya da sınırlı bir şekilde ulaştığını ifade etmiştir. Sağlık eğitimi verirken genellikle mesleki deneyimlerinden faydalandıkları, tıbbi terim kullanmamaya, halkın anlayabileceği bir dille anlatmaya ve uygun öğrenme atmosferini sağlamaya dikkat ettikleri saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Sağlık eğitimi, yetişkin eğitimi, aile sağlığı merkezi

ABSTRACT

EVALUATION OF HEALTH EDUCATION GIVEN IN FAMILY HEALTH CENTERS BY THE OPINIONS AND EXPERIENCES OF HEALTH WORKERS

Erden, Şengül

Master's thesis, Department of Lifelong Learning and Adult Education

Thesis Advisor: Ass.Prof. Ahmet Yıldız

December, 2016, xii+ 121 pages

The aim of the study is to reveal the health education organized in the family health centers by the opinions and experiences of the health workers who give thiseducation.

The study group consists of six physicians and eight health workersat the family health centers in Mamak and Çankaya, two districts of Ankara. Data was collected by a semi-structured interview form, which has been prepared according to the data obtained from the literature review.During the development of the questions in the interview form expert opinions were consulted. In the first part of the form there are questions about the socio-demographic characteristics of the participants, in the second part participants are asked about the family medicine system, the health education they have organized and their competencies in adult education principles. All interviews were made face to face. The data was analyzed by content analysis method.

According to the results,we obtained that Health workers participating in the survey were not regularly trained for health and adult education. A large of majority stated that the training did not reach to the target group or reached to a limited extent. It has been determined that while giving health education participants often take advantage of their professional experience, pay attention to not using medical terms, use a language that public can understand, and try to provide an appropriate learning atmosphere.

Key Words: Health education, adult education, family health center

ÖNSÖZ

Sağlık hakkı, bireyin temel hakları arasında yer almaktadır ve toplumların sürekliliği açısından temel hedef, sağlıklı bireylerin yer aldığı bir toplum oluşturmaktır. Sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum, sadece topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesiyle sağlanamaz, sağlıklı iken sağlığını koruma bilinci edinmiş bireylerin varlığını da gerektirir. Sağlık amacıyla yürütülen her hizmetin başarılmasında halkın eğitimi anahtar rol oynamaktadır. Çünkü verilen eğitimle, bireyler kendi sağlıklarının farkında olarak; sağlık hizmetlerine nasıl ulaşacaklarını, sağlıklarını koruyacak davranışları nasıl geliştireceklerini öğrenirler. Bireylere bu konuda iyi eğitim yapılmaması tedavi hizmetlerini olumsuz olarak etkilemekte, korunmayla önlenebilecek hastalıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Sağlık eğitiminin, yetişkinlere verildiği düşünüldüğünde, sağlık personelinin bu görevi yürütürken yetişkin eğitiminin özelliklerini iyi bilmesi ve sağlık eğitimi verirken yetişkin eğitiminin ilkelerine dikkat etmesi gerekmektedir.

Aile sağlığı merkezlerinde halka yönelik olarak düzenlenen sağlık eğitimlerinin mevcut durumunun, bu merkezlerde çalışıp, sağlık eğitimlerinde görev alan sağlık çalışanlarının görüş ve mesleki deneyimlerinden yararlanılarak incelendiği bu çalışmaya pek çok kişinin katkısı olmuştur.

En başta beni çalışmamın her aşamasında destekleyen, bilimsel katkıları ile bana yol gösteren ve daima anlayışlı davranan, çalışmam konusunda motive eden değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Ahmet Yıldız'a teşekkürü bir borç bilirim. Tüm lisansüstü eğitimim boyunca, bilgi ve deneyimlerini paylaşan hocalarım Prof. Dr. Meral Uysal, Dr. Niyazi Altunya, Doç Dr. Fevziye Sayılan, Prof. Dr. Cevat Geray, Doç Dr. Hayat Boz'a, tez jürimde bulanarak katkılarını sunan Yrd. Doç. Dr. Sultan Güçlü'ye, yalnızca bu süreçte değil, hayatımın her alanında desteğini ve samimiyetini hissettiğim değerli hocam Yrd. Doç. Dr. İpek Gönüllü'ye, tezime destek olan Dr. Selda Şumnulu'ya, araştırmaya katılmayı kabul ederek konu hakkındaki görüş ve deneyimlerini benimle paylaşan sağlık çalışanlarına, tez sürecim boyunca hep yanımda olması ve hayatımdaki varlığı için ablam Songül Erden'e, benim bugünlere gelmemde en büyük rolü oynayan ve benim için büyük fedakârlıklar gösteren kardeşlerime, anne ve babama teşekkürlerimi sunarım.

Şengül ERDEN

İÇİNDEKİLER

ONAY ... ii
TEZ BİLDİRİMİ ... iii
ÖZET ... iv
ABSTRACT ... v
ÖNSÖZ ... vi
İÇİNDEKİLER ... vii
ÇİZELGELER DİZİNİ ... x
TABLOLAR DİZİNİ ... xi
KISALTMALAR ... xii
BÖLÜM I ... 1
GİRİŞ ... 1
1.1. Problem ... 1
1.2. Amaç ... 4
1.3.Önem ... 5
1.4. Sınırlılıklar ... 6
BÖLÜM II ... 7
KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE TARİHSEL ARKA PLAN ... 7
2.1. Sağlık ve Sağlık Hakkı ... 7
2.2. Sağlık Hizmetleri ... 8
2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri ... 9
2.2. 2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri ... 10
2.2.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri ... 10
2.2.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri ... 10
2.2.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri ... 11
2.2.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri ... 11
2.3. Sağlık Eğitimi ... 11
2.4. Türkiye'de Sağlık Sisteminin Tarihsel Süreci ... 14
2.4.1. 1920–1937 Dönemi ... 14
2.4.2. 1938–1960 Dönemi ... 16
2.4.3. 1961–1979 Dönemi ... 18
2.4.4. 1980–2002 Dönemi ... 22
2.5. Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği Sistemi ... 28

2.5.1. Sağlıkta Dönüşüm 28
2.5.2. Aile Hekimliği Sistemi 32
2.5.2.1. Aile Hekimliğinin Dünyada Gelişimi 32
2.5.2.2. Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi 33
2.5.2.3. Aile Hekimi (AH) 35
2.5.2.4. Aile Hekimliğinde Çekirdek Yeterlilikler 37
2.5.2.5. Aile Sağlığı Elemanı (ASE) 38
2.5.2.6. Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) 39
2.5.2.7. Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Eleştiriler 40
2.6. İlgili Araştırmalar 42
BÖLÜM III 53
YÖNTEM 53
3.1. Araştırmanın Modeli 53
3.2. Çalışma Grubu 53
3.3. Verilerin Toplanması 54
3.4. Verilerin Analizi 56
BÖLÜM IV 57
BULGULAR ve YORUM 57
4.1. Sosyodemografik Bulgular 57
4.1.1.Meslek 57
4.1.2. Cinsiyet 58
4.1.3. Yaş 58
4.1.4. Medeni Durum 59
4.1.5.Eğitim Durumu 59
4.1.6. Sendika Üyeliği 60
4.1.7. Çalışma Süresi 60
4.1.8. Aile Sağlığı Merkezinde Çalışma Süresi 61
4.1.9. Araştırmaya KatılanlarınHizmet Vermekle Yükümlü Olduğu Kişi Sayısı ve Sağlık Çalışanlarına Verdikleri Hizmet Karşılığı Yapılan Ödeme Şekli 61
4.1.10. Araştırmaya Katılanların Hizmet Verdiği Günlük Hasta Sayısı 63
4.1.11. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Sisteminde Çalışma Biçimi 64
4.2. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Sistemi Hakkındaki Görüşleri 65
4.2. 1. Araştırmaya Katılanlara Göre Sistemin Olumlu Yönleri 66
4.2.2. Araştırmaya Katılanlara Göre Sistemin Olumsuz Yönleri 69

4.3. Araştırmaya Katılanların Hizmet Vermekle Yükümlü Oldukları Kişilerin Eğitsel Süreçlerine İlişkin Görüşleri Nelerdir? 76
4.3.1. Araştırmaya Katılanların Kendilerine Kayıtlı Kişilere Verdikleri Sağlık Eğitimi Konuları 76
4.3.2. Araştırmaya Katılanların Kendilerine Başvuran Kişilerin Sağlık Eğitim İhtiyaçlarını Belirleme Durumu 78
4.4. Araştırmaya Katılanların Sağlık Eğitimi Verirken Güçlük Çektiği Konular 82
4.5. Araştırmaya Katılanların Verdikleri Sağlık Eğitimlerinin Etkililiği Hakkındaki Görüşleri 86
4.5.1. Araştırmaya Katılanlara Göre Sağlık Eğitimi Hedeflerine Ulaşamama Sebepleri 88
4.5.2. Araştırmaya Katılanların Sağlık Eğitimi Hedeflerine Ulaşabilmek İçin Önerileri 91
4.6. Sağlık Eğitimlerinde Eğiticilerin Yetişkin Eğitimi Alanındaki Yeterlilik Durumları 95
BÖLÜM V 100
SONUÇ VE ÖNERİLER 100
5.1. Sonuç 100
5.2. Öneriler 104
5.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler 104
5.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler 105
KAYNAKÇA 106
EKLER 120
Ek1: Görüşme Formu 120
ÖZGEÇMİŞ 121

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge **Sayfa**

Çizelge 1 Araştırmaya Katılanların Mesleklerine Göre Dağılımı 57
Çizelge 2 Araştırmaya Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımı 58
Çizelge 3 Araştırmaya Katılanların Yaşa Göre Dağılımı 58
Çizelge 4 Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı 59
Çizelge 5 Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı 59
Çizelge 6 Araştırmaya Katılanların Sendika Üyeliğine Göre Dağılımı 60
Çizelge 7 Araştırmaya Katılanların Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı 60
Çizelge 8 Araştırmaya Katılanların Aile Sağlığı Merkezindeki Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı 61
Çizelge 9 Araştırmaya Katılanların Hizmet Vermekle Yükümlü Olduğu Kişi Sayısına Göre Dağılımı 61
Çizelge 10 Araştırmaya Katılanların Hizmet Verdikleri Günlük Hasta Sayısına Göre Dağılımı 63

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo **Sayfa**

Tablo 1. SDP Programı..... 31
Tablo 2 Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması..... 40

KISALTMALAR

AH	Aile Hekimi
AHS	Aile Hekimliği Sistemi
AHUD	Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
AKP	Adalet ve Kalkınma Partisi
ASE	Aile Sağlığı Elemanı
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BBSH	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
DB	Dünya Bankası
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DTÖ	Dünya Ticaret Örgütü
GSS	Genel Sağlık Sigortası
IMF	International Monetary Fun (Uluslararası Para Fonu)
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
RİA	Rahim İçi Araç
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SÇ	Sağlık Çalışanı
TAHUD	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
TSH	Temel Sağlık Hizmetleri
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TTB	Türk Tabipler Birliği
UNICEF	The United Nations Children's Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
WONCA	The World Organization of Family Doctors (Dünya Aile Hekimleri Örgütü)
YÖK	Yüksek Öğretim Kurumu

BÖLÜM I

GİRİŞ

Bu bölümde araştırmanın problemi, bu probleme dayalı olarak belirlenen amacı, önemi ve sınırlılıkları sunulacaktır.

1.1. Problem

Sağlık eğitimi, hastalıklardan korunma ve hastalık ortaya çıktıktan sonra tedavinin sağlanmasında önemli bir yere sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık eğitimi; kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak; kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak; sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla, birey olarak ya da topluca karar aldırmaktır (MEB, 2013). Sağlık eğitiminin işlevlerini şu şekilde sıralayabiliriz (Sözen, 2003).

- Doğumdan başlar, ölüme kadar devam eder.
- Bireyleri fizik, mental, ruhsal ve toplumsal bir bütün olarak ele alır.
- Bireyleri, bedeni ve çevresi hakkında bilgilendirir.
- Formal ve informal öğretimi içerir.
- Bireylerin, gelişimsel dönemlerine uyum sağlamalarını amaçlar.
- Bireylere, hastalıklardan nasıl korunacağı konusunda bilgi verir.
- Tedavi gerekiyorsa, bu tedaviyi bireylerin nasıl yapacağını öğretir.
- Bireylere, sağlıkla ilgili yeni davranışlar kazandırır.
- Hastalık halinde baş etme yöntemlerini öğretir.
- Bireylerin sağlıkla ilgili karar vermelerini ve sorumluluk almalarını sağlar.

Sağlık eğitiminin uluslararası düzeyde kurumsallaşması, 1946 yılında DSÖ bünyesinde bir sağlık eğitimi şubesi kurulması ile başlamıştır. Bu şubenin görevi, bütün ülkelerde halk sağlığı eğitiminin gelişmesini sağlamaktır (Tabak, 2000). Ülkemizde sağlık eğitiminin kurumsallaşması için, Sağlık Bakanlığı 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile sağlıkla ilgili yayın ve sağlık eğitimi yapmakla

yükümlü kılınmış, bu hizmetlerin neleri kapsadığı da aynı kanunun ilgili maddelerince açıklanmıştır (SSYB, 1973). Ayrıca 1961 tarihli "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu" sağlık eğitimini birinci basamakta sunulması gereken sağlık hizmetlerinden biri kabul ederek 154 sayılı yönerge ile tüm sağlık ocağı çalışanlarını bu konuda görevlendirmiştir (Özvarış, 1997).

Sağlık eğitimi, yetişkin eğitimi programlarının içinde yer almaktadır (OECD, 1977'den akt: Bilir, 2007). Verilen eğitimin istenilen hedeflere ulaşabilmesi için eğitim sürecinin rastlantısal değil belirli bir program dâhilinde planlanarak uygulanması ve tüm aşamalarda yetişkin eğitimi ilkelerinin dikkate alınması gerekmektedir (Uysal, 2013). Ancak halkın sağlık eğitimini yapmakla görevlendirilen sağlık çalışanları mezuniyet öncesi ve sonrası dönemde, yetişkin öğrenme özellikleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmamakta, halkı niçin ve nasıl eğitmeleri gerektiği konusunda yeterli bir eğitim almamaktadırlar (Özvarış, 1997). Bu nedenle sağlık çalışanlarında, kişilerin gereksinimleri olan sağlık eğitimlerini düzenleme konusunda gerekli duyarlılık ve beceri oluşmamaktadır.

Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de sağlık ve eğitim hizmetleri, 1980 öncesinde büyük oranda kamusal hizmetler olarak görülmekteydi. Ancak 1980'lerde büyük bir yoğunluğa ulaşmış olan uluslararası sermayeye yeni yatırım ve birikim alanları yaratabilmek için, eğitimle birlikte sağlık da kullanılmıştır. 1980 sonrasında yaşanılan ekonomik bunalım, ülkelerde eğitim ve sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların azalması ve maliyetlerin giderek yükselmesi, kamunun sağlık ve eğitim hizmetlerindeki rolünün sorgulanmasına neden olmuş, sağlık ve eğitim hizmetlerinin özelleştirmesini gündeme getirmiştir (Özen, 2002). Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) tarafından diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de bu iki hizmetin kamu eliyle sunumu yerine, özelleşmesi, ticarileşmesi, giderek metalaşması, bu hizmetleri yerine getirecek özel eğitim ve sağlık şirketlerinin geliştirilmesi özendirilmiştir (Sönmez, 2011).

Bu politikalar doğrultusunda Türkiye'de uygulamaya konulan "Sağlıkta Dönüşüm Projesi"ne (SDP) bağlı olarak "Sağlık Ocakları" yerine "Aile Hekimliği Sitemi (AHS)" getirilmiştir. Daha önce sağlık ocaklarında halka yönelik verilen sağlık hizmetleri ve sağlık eğitimleri de Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) verilmeye başlanmıştır. Ancak günümüzde, özellikle gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de sağlık eğitimlerine dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetlerine gereken

önem verilmemekte, sağlık eğitimleri ikinci plana itilerek, hastalıkların önlenmesi yerine tedavi edilmesi benimsenmektedir.

Sağlık hakkı, temel bir insan hakkıdır. A. G. Fişek' göre (2001) hak ve yükümlülükler açısından ele alındığında sağlık, evrensel ve en temel insan hakları arasında öncelikli sırada yer alan bir hak olarak, toplumsal müdahale alanıdır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, özellikle gelişmiş batılı ülkeler sağlığı birey ve toplum için hayati görerek, refah devleti anlayışı çerçevesinde sağlık alanında önemli reformlar yapmaya başlamışlardır. İngiltere, Ulusal Sağlık Sistemi'ni 1948'de uygulamaya başlarken, İtalya 1945 yılında nüfusun büyük bir kısmını sağlık sigortası kapsamına almıştır. Fransa ise, 1974 yılında herhangi bir güvencesi olmayanları da kapsayan, genel sigortayı uygulamaya koymuştur (Görmüş, 2013).

Ülkemizde, 1980 öncesi hükümet politikalarında sağlık hizmetlerine devletin uygulaması gereken bir hizmet olarak bakılmıştır. Bu amaçla 1961 tarihli "224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa" yürürlüğe konmuştur. Bu yasa ile; Sağlık hizmetlerinden herkesin eşit bir şekilde yararlanması, kamu sağlık kuruluşlarının tek bir merkezden idare edilmesi, sağlık teşkilatının her kademesinde halkın katılabileceği kurullar oluşturulması, köy ve kentlerde birinci basamak sağlık hizmetleri veren sağlık ocakları kurulması ve bu ocakların hastanelerle işbirliği içerisinde hasta tedavi hizmetlerini yürütmesi gibi kararlar kabul edilmiştir (Fişek, 1991). 1960'lı yıllarda başlayan sosyalleştirme yasasıyla birlikte, sağlık hizmetlerinin meta dışına çıkarılması ve temel yurttaşlık hakkı olarak tanımlanması yönünde ciddi adımlar atılmıştır (Ünlütürk Ulutaş, 2011). Uygulamasına 1963 yılında başlanan "Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri"nin 1977 yılında tüm ülkeye yayılması, 1982 yılında ise, her 5000 kişiye bir "Sağlık Ocağı" kurulmasının tamamlanması planlanmıştır. Böylece program tüm Türkiye'ye uygulandığında, birçok kuruluşça ayrı ayrı yürütülen sağlık hizmetlerinin neden olduğu sıkıntılar ortadan kaldırılacak, hizmetler eğitim ve denetim zinciri ile birbirine bağlanarak, mevcut kaynakların en verimli şekilde kullanılması sağlanacaktı (Akdur, 2008).

DB, 1980'li yıllarla birlikte birçok ülkede, sağlık alanında analizler yapıp, bunları raporlarlaştırarak, sağlık alanında maliyet artmasına bağlı olarak gelişen "sağlık krizi"nin varlığını tanımlamış ve krizin çözümü olarak ülkelere "sağlıkta reform" önerisini getirmiştir. Aynı zamanda kamuoyuna, reform paketlerinin uygulanması ile nüfusun tümünün sağlık hizmeti kapsamına alınacağı ve farklı sosyal güvenlik kurumlarından kaynaklanan "eşitsizlikler"in çözülebileceği mesajları verilmiştir. DB,

içeriğini “desantralizasyon” ve “özelleştirme” olarak iki ana başlıkta toparladığı sağlık reformlarının uygulanması sonucu, ülkelerin sağlık sistemlerinin etkinliğinin ve müşteri memnuniyetinin artacağını belirtmiştir (DB, 1993, akt: Erol ve Özdemir, 2014).

1990’lardan itibaren neoliberal yapılanma tarzıyla birlikte “sağlıkta reform” kavramı her gün biraz daha fazla ifade edilmeye başlanmış (Öcek ve Soyer, 2007) ve “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı verilen bu politika Türkiye de dâhil olmak üzere, birçok ülkede uygulanmaya başlanmıştır. Bu politikaların oluşumunda gerek bilgi gerekse finansal açıdan DB ile birlikte IMF ve DSÖ gibi uluslararası kuruluşlar etkili olmuştur. Doğu Avrupa’dan Afrika’ya, Latin Amerika’dan Asya’ya kadar geniş bir coğrafyada uygulamaya konan bu politikalarla hedeflenen, bireylerin sağlığa erişiminde herhangi bir kısıtlamaya neden olmadan, sağlık alanında artan harcamaları azaltmak ve verimliliği arttırmaktır (Elbek ve Adaş, 2009).

2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm adlı kitapta Türkiye’de uygulanan SDP’nin amaçları olarak, sağlık hizmetlerinin, verimli, etkili ve hakkaniyete uygun bir biçimde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması belirtilmiştir (M. Aydın, 2010).

SDP’nin üç ana bileşeni bulunmaktadır. Bunlar; Sağlık ve Sosyal Güvenlik Kurumları’nın tek çatı altında toplanması, Aile Hekimliği (AH) ve Genel Sağlık Sigortasıdır (GSS) (Avcı, 2005).

5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun”un 2004 yılında çıkarılmasıyla birlikte, pilot olarak seçilen Düzce ilinden başlanarak ve her yıl yeni iller kapsama alınarak AHS’nin ülke genelinde uygulanmasına geçilmiştir. SDP’nin, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri”ni (BBSH) dönüştürmesi ve sağlık ocaklarının yerine ASM’lerin gelmesi sonucu halkın sağlık hizmetlerine ulaşmasında ve bu merkezlerden aldıkları sağlık eğitiminde birtakım değişimler yaşanmıştır. Bu çalışmada SDP bağlamında ASM’lerde halka yönelik olarak düzenlenen sağlık eğitimlerinin, ASM’de çalışan ve sağlık eğitimlerinde görev alan AH’lerin ve ASE’lerin görüş ve deneyimlerine dayalı olarak ortaya konulmasına çalışılacaktır.

1.2. Amaç

Bu çalışmada ASM’lerde halka yönelik olarak düzenlenen sağlık eğitimlerinin mevcut durumunun, bu eğitimlerde görev alan sağlık çalışanlarının görüş ve deneyimlerine dayalı olarak ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda

Ankara il merkezindeki ASM'lerde yapılacak olan çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır:

1. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
2. Uygulanmakta olan aile hekimliği sistemi hakkındaki görüşleri nelerdir?
3. Hizmet vermekle yükümlü oldukları kişilerin eğitsel süreçlerine ilişkin görüşleri nelerdir?
4. Sağlık eğitimi verirken güçlük çektiği konular nelerdir?
5. Vermekte oldukları sağlık eğitimlerinin etkililiği hakkındaki görüşleri nelerdir?
6. Sağlık eğitimlerinde eğiticilerin yetişkin eğitimi alanındaki yeterlilik durumları nelerdir?

1.3.Önem

2003 yılında uygulanmaya başlayan SDP ile Türkiye'de yürütülen sağlık hizmetlerinde birtakım değişiklikler meydana gelmiş ve bu değişikliklerden en çok BBSH etkilenmiştir. BBSH sunumunda kullanılan sağlık ocağı sisteminin yerine AHS getirilmiştir. İlk önce 2005 yılında Düzce'de uygulanmaya başlanan AHS daha sonra tüm Türkiye' de yaygınlaştırılmıştır. Böylece sağlık ocaklarında verilen sağlık hizmetleri ücretli hale gelmiş, performans ve AH modeliyle de sağlık ocaklarında çalışan kişilerin sağlık hizmet sunumunda da bazı değişimler yaşanmıştır.

İlgili literatür taramasında BBSH'nde AHS ile ilgili daha çok memnuniyet çalışmalarına rastlanmakla birlikte ASM'lerde düzenlenmekte olan sağlık eğitimleri konusunda fazla bir çalışmaya rastlanmamıştır. Oysaki birçok hastalığın önlenmesi ve tedavi edilmesinde sağlık eğitimleri büyük bir öneme sahiptir. ASM'lerde düzenlenen sağlık eğitimleri üzerine yapılacak olan bu çalışma, bu merkezlerde düzenlenen sağlık eğitimlerindeki durumun saptanması ve eğitimlerde görev alan sağlık çalışanlarının, ilgili eğitimlere kendi görüş ve deneyimlerine dayalı olarak bakışlarını ortaya koyması açısından önemlidir. Araştırma ilgili merkezlerde bu eğitimleri veren kişilerle yapılacağı için düzenlenen eğitimlerin onlara göre yeterli veya geliştirilmesi gereken yönlerini ortaya koyacak ve ileride yapılacak sağlık eğitimlerinin planlanmasında yol gösterici olacaktır.

1.4. Sınırlılıklar

1. SDP bağlamında ASM'lerde, halka yönelik olarak verilen sağlık eğitimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılması planlanan bu çalışma, Ankara ilinde Mamak ve Çankaya ilçelerinde bulunan ASM'de çalışan ve halka yönelik olarak verilen sağlık eğitimlerinde görev alan AH ve ASE'lerle sınırlandırılmıştır.
2. Araştırma 14 sağlık çalışanı ile sınırlandırılmıştır.

BÖLÜM II

KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE TARİHSEL ARKA PLAN

2.1. Sağlık ve Sağlık Hakkı

DSÖ'ye göre sağlık, sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir. Illich ise sağlığı, çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüyebilme, yaşlanabilme, iyileşebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme yeteneği olarak tanımlamaktadır (Illich, 2014). Kişilere göre ise sağlık, genellikle hastalık halinin olmaması olarak algılanır (Erdoğan, 2014). Sağlık kavramı, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 Sayılı Kanun ile Türk Sağlık Mevzuatına girmiştir. 12.01.1961 tarihli Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren bu kanunda, sağlık kavramı şu şekilde yer almıştır: "Sağlık, sadece hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir".

Sağlık hakkı, temel bir insan hakkıdır. Sosyal devletin gereği olarak devletin en önemli görevlerinden biri, kişilerin sağlık hakkının güvence altına alınarak, kişinin hasta olmasının ve hasta kalmasının engellenmesi ve mümkün olduğu kadar sağlıklı olmasının sağlanmasıdır (Tuaç, 2009). Bu hak, 1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde şu şekilde tanımlanmaktadır:

> Her insanın, yiyecek, giyecek, konut, sağlık hizmetleri ve gerekli toplumsal hizmetler de içinde olmak üzere; kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahını sağlayacak uygun bir yaşam düzeyine hakkı vardır. İşsizlik, hastalık, dulluk, ihtiyarlık ya da geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun kaldığı diğer hallerde sosyal güvence hakkına sahiptir. Anneler ve çocuklar öncelikle özen ve yardım görmek hakkına sahiptirler. Bütün çocuklar evlilik içinde ya da dışında doğsunlar, aynı toplumsal güvenceden yararlanırlar.

Ülkemizde sosyal bir hak olarak sağlık hakkı, 1961 Anayasasının 49. maddesinde düzenlenmiştir. Bu hükme göre "devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir". Yine 49. maddede yer alan "devletin yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyacını karşılaması, yurttaşın maddi ve manevi varlığının gelişmesinin olanaklarını sağlama, işkence ve insan onuruyla bağdaşmayan ceza yasağı, ana ve çocuğun korunması için önlem alma, insanca çalışma koşulları sağlama,

çocuklara/gençlere/kadınlara niteliklerine uygun iş olanağı yaratma, dinlenme hakkı, insan onuruna uygun bir yaşam seviyesi için elverişli ücret verme, sosyal güvenliği sağlama" yükümlülüklerini de, sağlık hakkı kapsamında değerlendirebiliriz. 1961 Anayasası, sağlık hakkı konusunda devlete çok önemli görevler yüklemiş ve kentten kıra kadar ülkenin her yerinde, devleti bu hakların sağlanması konusunda görevli kılmıştır (Yıldırım,1994; Akyıldız, 2001; TTB, 2013). Çeşitli yasalarla tanımlanan sağlık hakkının gerçekleştirilmesinde, insanların sağlık hakkı konusunda bilgilendirilmesinde ve bu hakkın talep edicisi olmaları konusunda gerekli bilgiye sahip olmalarında, sağlık personelinin eğitici işlevi önemli bir yere sahiptir (Eskiocak ve Saltık, 1997).

2.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıkları zaman tedavilerini yapmak, iyileşemeyerek engelli kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşamlarını sürdürmelerini sağlamak ve toplumun genelinin sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan çalışmalardır (Öztek, 2001). 1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 2. maddesine göre ise: "sağlık hizmetleri; insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, beden ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir". DSÖ de sağlık hizmetlerini, "belirli sağlık kuruluşlarında farklı sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir" şeklinde tanımlamaktadır (Karabulut ve Yapraklı, 2001).

Sağlık hizmetleri sağlığa zarar verebilecek etkenlerin ortadan kaldırılması, hasta ve sağlıklı kişilerin muayenesi, tedavisi, bedensel ve akılsal yetenekleri azalanların bu yeteneklerine kavuşabilmeleri için gösterilen tıbbi bakım gibi çabaların sergilenmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Karakuş, 2014). Ülkemizde, toplum sağlığını korumak ve yükseltmek için hizmetin şeklini, standardını, kuralları ve çerçevesini belirlemek ve bu esaslar dâhilinde çalışan sistemi denetlemek, kısaca sağlık hizmetlerini uygulamak, Sağlık Bakanlığının görevidir (Karar, 2013).

Sağlık hizmetleri genel olarak; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak üçe ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde birincil amaç sağlığı korumak, ikincil amaç erken tanı ve tedaviyi sağlamak, üçüncül amaç ise rehabilitasyondur (Buğdaycı, Şaşmaz ve S. Aydın, 2001). Çünkü korumak, tedavi etmekten daha az maliyetlidir. Özellikle ülkenin gelişmişlik seviyesine bağlı olarak bu hizmetlerin ülke ekonomisine olan etkisi değişmektedir (Altay, 2007).

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Gelecekteki olası hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirecek veya engelleyecek, hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis ve tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Saraçlı, 2010). Koruyucu sağlık hizmetleri, kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere iki grupta incelenir.

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı, sağlıklı olma ve sağlığı korumanın öncelikle kişisel bir sorumluluk ve ihtiyaç olduğu düşüncesinin kazandırılmasıdır. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aşağıdaki hizmetleri kapsamaktadır (Öztek, 2001):

- Kişisel Hijyen,
- Aile Planlaması,
- Bulaşıcı Hastalıklara Karşı Aşılama,
- Yeterli Beslenme,
- İlaçla Korunma,
- Sağlık Eğitimi,
- Erken tanı

Bu hizmetlerin yerine getirilmesinde, hekim, hemşire, ebe gibi sağlık meslek grupları görev alır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise şu hizmetleri içermektedir (Akdur, 1999):

- Besin denetimi,
- Çevre sağlığı, katı ve sıvı atık denetimi,

- Bulaşıcı hastalıklara yol açan taşıyıcı canlıların denetimi,
- Yeterli ve temiz su sağlanması,
- Konut sağlığı,
- Hava kirliliğiyle mücadele.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde, bu konuda uzmanlaşmış mühendis, veteriner, kimyager, teknisyen gibi meslek grupları görev almaktadır (N. H. Fişek, 1985).

2.2. 2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, bireyin hastalanmasıyla birlikte bazı tetkik, muayene ve tedavi sürecini içeren hizmetler bütünüdür (Ertürk Atabey, 2012). Tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerine göre çok daha fazla maliyet ve organizasyon gerektiren hizmetlerdir ve yetişmiş personel, fiziki imkânlar ile yönetim ve finansman gibi çok önemli boyutları vardır (Altay, 2007). Tedavi edici sağlık hizmetleri birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere üçe ayrılır.

2.2.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Toplumdaki tüm bireylerin ve ailelerin kolaylıkla ulaşabildikleri, sağlık sisteminin ilk basamağını oluşturan sağlık kurumu ve bu kurumda sunulan sağlık hizmetleridir (Öcek ve Soyer, 2007).

BBSH'de sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri bir arada verilir ve bireylerin hizmete kolayca ulaşabilmeleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti almaları amaçlanır (Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011, 2012).

2.2.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastalıkları BBSH hizmetleriyle giderilemeyen kişilerin, hastanelere sevk edilmeleri veya direkt olarak müracaat etmeleri sonucu, teşhis ve tedavilerinin yapıldığı yataklı tedavi kurumlarının sunduğu hizmetlerdir (Yavuz, 2011).

2.2.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

Eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından sunulan sağlık hizmetlerini içermektedir. Bu kurumlarda yoğun bilgi ve teknolojik olanaklar gerektiren hastalıklara yönelik hizmetler verilmektedir. Türkiye'de numune hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite tıp fakültesi hastanelerini üçüncü basamak sağlık hizmetlerine örnek olarak gösterebiliriz (Görgün, 2009).

2.2.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Bedensel ya da ruhsal açıdan sakat kalmış kişilerin başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan çalışmalardır (Dirican, 1997). Geçirmiş oldukları hastalık veya kazalara bağlı olarak işgücünü kısmen veya tamamen kaybeden insanların tıbbi ve sosyal rehabilitasyonu gerekmektedir. Tıbbi rehabilitasyonda, bedensel engellerin protez, gözlük, işitme cihazı, koltuk değneği ve tekerlekli sandalye gibi araçlarla mümkün olduğunca azaltılması amaçlanır. Sosyal rehabilitasyonda ise eski işinde çalışamayacak olan kişiye, yeni iş öğrenme ve beceriler kazanma olanakları sağlanmaya çalışılır (Ünal ve Ateş, 2002).

2.3. Sağlık Eğitimi

Sağlık eğitimi, bireyin sağlıkla ilgili sorunlarının giderilmesi, sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşamını destekleyecek davranış değişikliklerini kazanmasını sağlayan dinamik bir süreçtir (Taşocak, 2003).

Smith (1993) sağlık eğitimini, bireylerin ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, sürdürülmesi ve iyileştirilmesi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları belirleyen etkileşimler bütünlüğü olarak tanımlamıştır (akt: Babacan, 2008).

Öztek'e göre (1986) sağlık eğitimi insanlara sağlıkla ilgili bilmediklerini öğretmek demek değildir. Sağlık eğitimi, insanların sağlıkla ilgili davranışlarında değişiklik yapmak, kişileri bilmedikleri veya bildikleri halde uygulamadıkları olumlu davranışlara alıştırmaktır.

Sağlık eğitimi bireylere ve topluma kendi çaba ve eylemleriyle sağlıklı bir yaşam sürmeleri için yardım etmektir (Dirican,1990). Sağlık eğitiminde sadece karşıdaki kişiye sözlü veya yazılı kaynaklarla bilgi aktarmak değil, kişiye yeni bir

davranış kazandırmak ve kazandığı bu davranışı devam ettirmesi amaçlanır. Sağlık eğitiminde genel ilkeleri şu şekilde sıralayabiliriz (Ulusoy Gökkoca, 2001):

Açık amaç ilkesi: Her eğitim programında amaç açık olarak ifade edilmelidir. 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 (Yılmaz, 2007).

Bireysel farklılıklar ilkesi: Her bireyin kişisel özellikleri ve öğrenme özellikleri birbirinden farklıdır. Bu nedenle eğitimde bireysel farklılıkların dikkate alınması gerekmektedir.

Sıra ilkesi: Eğitim verilecek kişinin öncelikle bildikleriyle eğitime başlamak daha sonra bilmediklerini öğretmeye çalışmak, öğrenmeyi kolaylaştıracaktır.

Doğru uygulama ilkesi: Eğitim yaşantıları gerçek yaşama benzer olmalı ve eğitimde gerçek yaşama benzer araç gereç ve örnekler kullanılmalıdır.

Sonuçların doğruluğu ilkesi: Eğitimin her aşamasında ölçülebilir ve gözlenebilir değerlendirme yöntemleriyle sonuçların doğruluğu denetlenmelidir.

Sağlık eğitimi esas olarak bir "halk eğitimi" konusu olmakla birlikte sağlık kültüründe değişimin sağlanması eğitimin hem örgün eğitimde hem de halk eğitiminde verilmesiyle başarılabilir (N. H. Fişek, 1985). Ancak burada asıl hedef, yetişkinlerdir. Çünkü değer yargıları, davranışları ve alışkanlıkları değiştirilmesi gereken esas kitle; yetişkinlerdir. Sağlık eğitimi programları bütüncül olmalı; insan yaşamını bedensel, ruhsal, kültürel ve duygusal boyutları içinde bir bütün olarak göz önünde bulundurmalıdır (Tabak 2000). Oberg (1991) eğitim programının bir düzenek olduğunu ve bu düzenekte şu öğelerin bulunduğunu söylemektedir:

1. Öğrencide bulunması istenen ve eğitim yoluyla kazandırılabilir nitelikteki davranışları ifade eden *hedefler,*
2. Öğrencilerin hedeflerde belirlenen davranışları kazanmaları için gerekli olan üniteler ve konular bütününü ifade eden *içerik,*
3. Öğrencilerin hedeflere ulaşmaları için geçirmeleri gereken *öğrenme yaşantıları,*
4. Hedeflere ulaşılıp ulaşılmadığını, ulaşıldı ise ne derece ulaşıldığını tespit etmeye yarayan sınama durumları yani *değerlendirme.*

Sağlık eğitim programları, yetişkin eğitimi faaliyetidir. Yetişkin eğitimi programlarının dolayısıyla sağlık eğitimi programlarının temel amacı, bireylerin, grupların ve toplulukların gerçek eğitim ihtiyaçlarını ve her birinin bir parçası olduğu toplumun ihtiyaçlarını karşılamak olarak görülmektedir. Bu nedenle sağlık eğitimleri düzenlenirken, yetişkinlerin gerçek eğitim ihtiyaçlarının belirlenerek program planlama süreçlerine yansıtılması gerekmektedir (Uysal, 2013). İhtiyaç belirleme basamakları şunlardır (Bülbül, 1991):

- Sorun durumlarının saptanması ilk aşamadır. Daha sonra bu sorunlar, öncelik derecelerine göre sıralanır.
- Yüksek öncelik derecesine sahip olanlardan, koşullar göz önünde bulundurularak ele alınabilecek olanlar seçilir.
- Sorun durumları analiz edilerek nedenler belirlenir. Bu nedenlerden eğitim yoluyla ortadan kaldırılabilecek olanlar belirlenir ve "eğitim gereksinimi" olarak tanımlanır.
- Eğitim gereksinimlerine dayalı olarak eğitim hedefleri ve hedeflere ulaşmak için eğitim süreci planlanır.

İhtiyaç saptamada anket, ölçme araçları, gözlem, görüşme, kaynak taraması gibi yöntemler uygulanabilmektedir (Demirel, 2015). İhtiyaç saptama çalışmaları sonucu elde edilen veriler, eğitim hedeflerinin oluşmasında yol göstericidir (Küçüktepe, 2014). Geray'a göre (2002) eğitsel gereksinmelerini, ilgilerini ortaya çıkarmak amacıyla bireylerin;

- Her biriyle görüşme yapılabilir.
- Öğretilmesini istedikleri konuları belirten bir kâğıt dolaştırılabilir ya da adreslerine postalanabilir.
- Öğrenim sırasında ya da öğretimin sonunda, gelecek bir eğitim izlencesine ilişkin istekler saptanabilir.
- Katılımcıların aralarından seçtikleri küçük bir gözlemci kurulun izlenimlerinden yararlanılabilir.
- Resmi olmayan danışma toplantılarında görüşleri alınabilir.
- Toplumun eğitsel gereksinmeleri, ilgi ve eğilimleri bilimsel araştırmalarla saptanabilir.

- Derlenen istatistik bilgilerden belli başlı izlence alanlarının neler olabileceği kestirilebilir.

İhtiyaçlar ortaya çıktıktan sonra, eğitim programının amaçlarının geliştirilerek, öğrenmenin nasıl gerçekleşeceği (zaman, yer, içerik, eğitimde kullanılacak materyal ve yöntem vb.) planlanmalıdır (Uysal, 2013).

Yukarıdaki planlamaya göre eğitim düzenlendikten sonra, eğitim programında son aşama değerlendirmedir. Değerlendirme, programın etkili olup olmadığının, amaçlanan hedeflere ulaşılıp ulaşılmadığının tespit edilmesinde önemli bir yere sahiptir (Uysal, 2013). Sağlık eğitiminde hedeflere ulaşılamama nedenlerini şu şekilde sıralayabiliriz (Dirican, 1990):

- Sağlık personelinin genellikle bireylerin ve toplumun sağlık gereksinimlerini saptarken eğitim vereceği kişilerle işbirliği yapmak yerine hizmet verdikleri kişilerin ihtiyaçlarını kendileri saptayarak bu doğrultuda eğitim vermektedirler.
- Sağlık personelleri eğitim verirken kişiyi içinde bulunduğu durumla birlikte ele almak yerine sağlığıyla ilgili olarak direkt kişiyi sorumlu tutarak kişide davranış değişikliği oluşturmaya çalışırken çevrenin etkisini göz ardı edebilmektedirler.
- Toplum değişik etnik, kültürel gruplardan oluşmakta ve herkesin ekonomik seviyesi farklı olmaktadır. Bu durum sağlık ve sağlık eğitim hizmetlerine eşit olarak ulaşamamasına neden olmaktadır.

2.4. Türkiye'de Sağlık Sisteminin Tarihsel Süreci

Bu bölümde, Türkiye'de sağlık sisteminin tarihsel süreci Cumhuriyetin kuruluşundan başlayarak 2003 yılına kadar olan süreci kapsayacak şekilde dört dönemde incelenecektir. 2003 yılından günümüze kadar olan dönem ise "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında ayrı bir başlık altında ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

2.4.1. 1920–1937 Dönemi

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılmasının hemen ardından Mayıs ayında "Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâleti" adıyla kurularak, ilk Sağlık

Bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar atanmıştır. N. H. Fişek'e (1963) göre, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetlerinde ülkenin gereksinmesi olan gelişme, Cumhuriyetin kurulmasıyla başlar ancak sağlık alanında esas yapılanma 1925 yılında Refik Saydam'ın ikinci kez Sağlık Bakanlığı görevine gelmesiyle sağlanmıştır (Karabulut, 2007). Bu dönem de yapılan çalışmalar (SSYB, 1973);

- Devlet sağlık örgütünü genişletmek,
- Sağlık insan gücü yetiştirmek,
- Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak,
- Sıtma, verem, trahom, frengi, kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek,
- Sağlıkla ilgili kanunları yapmak,
- Sağlık ve Sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek,
- Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü ve Hıfzısıhha Okulunu kurmak şeklinde özetlenebilir.

Saydam, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde BBSH'ne büyük önem vermiş, koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutarak, bu hizmetlerin gelişmesine büyük katkıda bulunmuştur. Bu dönemde, sık görülen bulaşıcı hastalıklarla mücadele ile sağlık ve sosyal yardım örgütünün köylere kadar yayılması için çaba gösterilmiştir (Özdemir, 2001). Saydam, tedavi hizmetlerini hiçbir zaman hükümet görevi olarak ele almayarak, bu konuda mahalli idarelere yol gösterici olmuştur. Bu amaçla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da Numune Hastaneleri kurmakla yetinmiş, belediye ve özel idareleri hastane açmaya teşvik etmiştir. Koruyucu hekimliği özendirmek için, birinci basamakta çalışan hekimlere diğer hekimlere göre daha fazla maaş vermiştir (N. H. Fişek,1985).

Cumhuriyet sonrası dönemde sağlık insan gücü yetersizliği önemli bir sorundur. 1927 yılında ülkemizde 1059 hekim, 139 hemşire, 347 ebe bulunmaktaydı (N. H. Fişek, 1991). Bu dönemde, sağlık insan gücünün nicelik ve nitelik yönünden yeterli olması için çaba harcanmıştır. Tüm sağlık personelinin atama ve terfileri Sağlık Bakanlığı emrine alınarak, sağlık personelinin yönetimi tek elde ve merkezde toplanmıştır. Böylece personelin eğitimi, tayin, terfi ve atamaları belirli bir sisteme bağlanmış ve disiplin altına alınmıştır. Tıp öğrencileri için yurt açılması ve sağlık personeli için yatılı

okullar açılması yolu ile personel sayısının artırılması için çalışmalarda bulunulmuştur (Akdur, 2008).

1928 yılında "1219 sayılı Tababet ve Şuabat Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve sağlık hizmet sunumu disiplin altına alınmıştır.

1930 yılında çıkarılan "1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" ile sağlık hizmetlerinde alt politika ve uygulamaların esasları belirlenmiştir. Umumi Hıfzısıhha Kanunu, gıda hijyeni, içilebilir su kaynaklarının denetimi, istihdam edilmiş işçilerin sağlığı, okul sağlığı, gebelik ve doğum sonrası sağlık hizmetleri ve diğer sağlık konularıyla ilgili maddeler içermektedir (Bulut, 2015).

1936 yılında ise 3017 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu" çıkarılmış, böylece Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir. Başta bu üç kanun olmak üzere bu dönemde çıkarılan benzeri kanunlar ile sağlık yönetimi ve uygulamalarının temelleri oluşturulmuştur (Akdur, 1999).

Refik Saydam Dönemi'nde tüm sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış ve algılanmıştır. Görevler devletin çeşitli organları arasında paylaştırılmışsa da bunların ürettiği hizmetlerin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi Sağlık Bakanlığı'nda toplanarak hizmetler merkezileştirilmiştir (Akdur, 1999).

2.4.2. 1938–1960 Dönemi

Bu döneme damgasını vuran olay, İkinci Dünya Savaşı'na Türkiye'nin girmemesine rağmen ülkenin sağlık durumunda bozulma yaşanmasıdır. Bu dönemde sıtma, tifüs ve çiçek salgınları görülmüş, beslenme koşullarının bozuk olmasından kaynaklı ölüm oranları artmıştır (Bostan, 2009).

1946 yılında İkinci Dünya Savaşı sonrası oluşan sıtma, çiçek, frengi ve cüzam gibi hastalıkların salgınları ile mücadeleyi temel alan "Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu" çıkarılmış; hastalıklara özgü hastalık merkezli dikey örgüt yapılanmaları daha da yaygınlaştırılmıştır. 1949'da veremle mücadelenin kentlerde verem savaş dernekleriyle, köylerde ise Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmesi kabul edilmekle birlikte, köylerde istenilen başarının sağlanamaması nedeniyle 1960 yılında Verem Savaş Genel Müdürlüğü kurulmuştur (Öztürk, 1999).

1946 yılında Sağlık Bakanlığına atanan Behçet Uz, yeni bir sağlık planı geliştirmiş ve Yüksek Sağlık Şurası ilk defa toplanarak "10 Yıllık Milli Sağlık Planı" kabul edilmiştir. Bu plan, koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, kırsal bölgelerin sağlık teşkilatına kavuşturulması, sağlık teşkilatının yeniden düzenlenerek yeterli personele ulaşılmasını içeriyordu. Planın ayrıca koruyucu hekimlik örgütü ile köylerde sağlık örgütü kurulması, sağlık personelinin ihtiyaca uygun yetiştirilmesi gibi dönemin ekonomik şartlarına göre kabul edilebilir hedefleri de bulunmaktaydı. Planın yenilikçi sayılabilecek hedefi ise sağlık hizmetlerinin finansmanında tek kaynağı devlet bütçesi olarak görmeyip, sağlık sandıkları biçiminde örgütlenecek bir milli sağlık sigortası birliği ile sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmak üzere bir Sağlık Bankası oluşturulmasıydı (Sargutan, 2006). Kırsal bölgede 20 köye birinci basamak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti veren sağlık merkezleri kurulmasını öngören plan istenildiği gibi uygulanamamış, ne yazık ki ilçe merkezlerine sağlık merkezi adı ile 10–25 yataklı tedavi kurumları kurularak sürdürülmüştür (Kurt ve Şaşmaz, 2012).

Bu dönemde özellikle sosyal güvenlik sisteminde önemli düzenlemeler yapılmıştır (Kartal, 2009). 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu'nun başlangıcını oluşturan İşçi Sigortaları Kurumu oluşturulmuş, kurumun sağlık hizmeti vermeye başlamasıyla, ülkedeki sağlık hizmetlerinin sadece Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmesi ilkesinden vazgeçilmiştir (Özdemir, 2001). Emekli Sandığı'nın oluşumu ile ilgili çalışmalar bu dönemde yapılarak sosyal güvenlik kapsamı genişletilmeye başlanmıştır. İl özel idareleri ve yerel yönetimler tarafından yürütülen hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığı bünyesine aktarılmıştır. Sağlık alanında bölgesel örgüt yapılanmaları da bu döneme rastlar. Bölge numune hastaneleri, ana çocuk sağlığı merkezleri, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri kurulmuştur (Çakıcı, 2006).

1950'lere gelindiğinde Türkiye'de bulaşıcı hastalıklarla mücadelede önemli kazanımlar elde edilmiştir. Ancak Demokrat Parti Hükümeti dönemi, sağlık politikalarında dönüm noktası olmuştur. Sermayenin gereksinimlerinin değişmesiyle birlikte Demokrat Parti, Halk Sağlığı Yasası yürürlükte olmasına ve 1920'lerde kurulmaya başlayan dispanserlerin sayısının 300'ü bulmasına rağmen sağlık hizmetlerinde önceliği, koruyucu hizmetlerden iyileştirici hizmetlere kaydırmış ve sağlığı sermaye için kâr alanı haline getirecek uygulamaların ilk adımlarını atmıştır (Akalın, 2012).

1950–1960 yılları arasında, daha önce Refik Saydam tarafından konulan ilkeden vazgeçilerek, yataklı tedavi hizmetlerinin de Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu altında

olduğu ilkesi benimsenmiş ve Bakanlık, il ve bazı ilçelerde devlet hastaneleri açmaya başlamıştır. Bu arada belediye hastaneleri 1953 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (Öztek, 2001).

2.4.3. 1961–1979 Dönemi

1960'lı yıllarda Türkiye için sağlık, siyasi, ekonomik ve sosyal alanda ülkenin yeniden dönüşümü sağlanmaya çalışılmıştır. Birçok alanda gerçekleştirilmeye çalışılan bu döşümün esas nedeni olarak, İkinci Dünya Savaşı sonrasında dünya ekonomisinde ve politik sisteminde yaşanan gelişmeler yer almaktadır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında dünya çapında yaşanan ekonomik gelişme ve ülkelerin artan kalkınma, büyüme hızları devletlerin ekonomi politikalarını etkilemiştir. Genel olarak Avrupa'da ve Amerika'da Keynesyen ekonomi anlayışı önem kazanmış ve devletin ekonomik gelişmelerde belirleyici rolü ön plana çıkmıştır. Bu koşullarda klasik "Jandarma Devlet" anlayışından "Sosyal Devlet" anlayışına geçiş yaşanmıştır (Mazgit, 1998 akt: Gülöz Şahin, 2006).

27 Mayıs 1960 darbesinin ardından oluşan Milli Birlik Komitesi sağlık konusunda önemli atılımlar gerçekleştirmiştir. Dönemin sağlık bakanlığı müsteşarı olan Prof. Dr. Nusret Fişek tarafından kamu eliyle halka hizmeti götürme anlayışına dayalı yeni bir hizmet modeli geliştirilmiştir. Bu model doğrultusunda Sağlık Bakanlığınca hazırlanan yasa tasarısı komite tarafından 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilmiştir. "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" adı verilen bu yasanın hazırlanmasında aşağıdaki politika kararları ilke olarak kabul edilmiştir (N. H. Fişek, 1991).

- Sağlık hizmetinden herkes eşit şekilde yararlanacaktır.
- Hastalar devlet bütçesinden ayrılan ödenek karşılığı sağlık hizmetinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak ederek yararlanacaklardır.
- Hastalar 'ücretini ödeme koşulu ile' tedavi için istedikleri hekimi veya sağlık kurumunu seçmekte özgürdürler.
- Hekimler kamu hizmetinde veya serbest olarak mesleklerini uygulamada özgürdürler. Ancak kamuda hizmet alan bir hekim, özel olarak hekimlik yapamaz.

- Hekimler ve diğer sağlık personeli kamu kesiminde sözleşmeli olarak çalışacaktır. Sözleşme süresi 3 yıldır. Bu sürede hekim atandığı görevde çalışır; sözleşmeli personelin emeklilik, kıdem ve terfi hakları saklıdır.
- Sözleşme ile çalışan sağlık personeline ödenecek ücret, bu meslek mensuplarından serbest çalışanların kazançları düzeyinde olacaktır.
- Köy ve kentlerde BBSH veren sağlık ocakları kurulacak ve bu ocaklar hastaneler ile işbirliği yaparak hasta tedavi hizmetlerini yürüteceklerdir.
- Kamu sağlık kuruluşları tek elden idare edilecektir.
- Sağlık teşkilatı il içinde bir bütündür. Teşkilatın amiri sağlık müdürüdür. Sağlık müdürü valiye karşı sorumlu olarak Sağlık Bakanlığının saptandığı yasalara göre hizmet yürütecektir.
- Bir bölgede sağlık hizmetinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gerekli tesisler lojmanlar, malzeme, araç ve personel temin edilmeden o bölgede sosyalleştirme planı tatbik edilemez.
- Personel ve finansman sıkıntısı nedeni ile yasanın tüm ülkede uygulanması, aşamalı olarak 15 yılda tamamlanacaktır.
- Sağlık teşkilatı ile halk arasındaki ilişkilerin geliştirilmesi için teşkilatın her kademesinde, halkın da katılacağı kurullar kurulacaktır.

Uygulamanın temel amacı, özellikle halk sağlığı hizmetlerinin daha yaygın bir biçimde kırsal yörelere götürülmesiydi. Bu program kapsamında, çeşitli sağlık hizmetleri tek bir birim altında toplanmaya çalışılmış; temel sağlık hizmetleri, bulaşıcı hastalıklardan korunma ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, çevre sağlığı hizmetlerini de veren çok amaçlı sağlık ocakları ülkenin en ücra köşelerine kadar götürülmeye çalışılmıştır. (Kumcuoğlu, 2001; Yavuz, 2012).

"Sosyalleştirme" bir sağlık hizmeti örgütlenmesiydi. Sosyalleştirme ile birinci basamağın güçlü ve merkezde olduğu yeni bir sağlık sistemi oluşturulması amaçlanmıştır. Kanunun temel felsefesi, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine ve kaynak kullanımına basamaklandırılmış, bölgesel ve nüfusa dayalı bir yaklaşım olmuştur (Başak, 2012). Bu amaçla, özellikle BBSH'yi vermesi düşünülen sağlık ocaklarının koruyucu hizmetler ile tedavi edici hizmetleri birlikte verecek şekilde bir ekipten oluşması öngörülmekte, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin ise hastanelerde bir sevk zinciri oluşturularak, birinci basamaktan (sağlık ocağı) gelenlere verilmesi düşünülüyordu (Öztürk, 1999).

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin en büyük faydası bireyi, ailesi ve çevresi ile bütün olarak ele almasıdır. Bu uygulamayla kişilerin, temel sağlık hizmetlerinden en az maliyetle ve etkin bir şekilde yararlanması amaçlanmıştır (Altay, 2007). Yasaya göre (N. H. Fişek, 1963) 5000 – 10000 kişilik nüfus grubuna, bir tabip ve iki yardımcı sağlık personelinden oluşan bir ekip verilecektir. Bu ekiplere teknik yardımı, ilçelerde kurulacak olan sağlık merkezleri veya varsa ilçe hastaneleri yapacaktır. Bizzat sağlık ocaklarına bağlı olarak da köylerde sağlık evleri inşaatı biraz daha geniş tutulursa, okul ve öğretmenin lojman sorunu da çözülebilecektir. Bu şekilde sağlık evlerinin köy kalkınma merkezi görevi yapması planlanmıştır. İl ve ilçe merkezlerindeki veteriner ve ziraatçıların gezici sağlık ekiplerinin araçlarından yararlanmaları ve halkla temaslarını sağlık evlerinde yapmaları suretiyle her türlü köy hizmetinin koordineli şekilde yürütülmesi mümkün olacaktır. Bu şekilde sağlık evinin bulunduğu köy, köy grubu içinde özel bir yer alacaktır. Sağlık evi, sağlık ocağı ve sağlık merkezi kademelerinde yapılan sağlık hizmetlerinin yetersiz kalacağı durumlarda ise hastalar illerde bulunan hastanelere gönderileceklerdir

Sosyalleştirme uygulamasına 1963 yılında Muş ilinde başlanmıştır. Muş ilini Bitlis, Hakkâri ve Van illeri izlemiş, eğitim ve öğretim konusunda da yararlanılmak amacıyla Ankara ilinden bağımsız olarak Etimesgut bölgesi de sosyalleştirme kapsamına alınmıştır. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin 1977 yılında tüm Türkiye'ye yayılması hedeflenerek, her 5000 kişiye bir sağlık ocağı kurulması çalışmalarının 1982 yılında tamamlanması öngörülmüştür (Ünlütürk Ulutaş, 2011).

Kanun kabul edildikten sonra öngörülen 15 yıl içerisinde yalnızca 47 il sosyalleştirilebilmiştir. Böyle olunca kanunun bu hükmü beş yıl ertelenmiştir. Bu erteleme ile sosyalleştirmenin 1981 sonuna kadar bitirilmesi gerekirken, bu süre sonunda halen sosyalleştirilememiş 20 il bulunmaktaydı. Kanun tekrar uzatılamadığından 1983 tarihinde planlanması ve hazırlıkları yapılmadan sosyalleştirilemeyen 20 il bir gecede sosyalleştirilmiştir. Ancak bu illerde sağlık ocakları yapılması yerine apartman daireleri kiralanarak sağlık ocağı fonksiyonu sağlanmaya çalışılmıştır (Kurt ve Şaşmaz, 2012; S. Aydın, 2010).

Nusret Fişek 1966 yılında yürütmekte olduğu müsteşarlık görevinden ayrılmış, sosyalleştirme programı 1966 yılından itibaren başarısız bir duruma gelmeye başlamıştır. N. H. Fişek'e (1985) göre programın başarısızlığının nedenleri şu şekilde sıralanmıştır:

- Bazı sağlık bakanları ve bunlara bağlı olarak yüksek kademe yöneticileri kanunun uygulanması gerektiğine inanmamışlar ve personelin güvenini sarsmışlardır.
- Hastane ve sağlık ocaklarına yeteri sayıda hekim atanamamıştır.
- Hekim ve diğer sağlık personeli fakülte ve okullarda sosyalizasyon hizmetinin gerektirdiği şekilde yetiştirilmemiştir.
- Sağlık ocakları ile hastaneler arasında işbirliği sağlanamamıştır.
- İl düzeyinde sağlık yönetimi yetersizdir. Sağlık ocaklarını denetleyecek grup başkanlıkları kurulmamıştır.
- Hizmet için verilmesi kanun gereği olan ödenekler hiçbir zaman yeterli düzeyde verilmemiştir. Araç, gereç ve ilaç sıkıntısı daima büyük sorun olmuştur.

Sosyalizasyonda istenilen başarıya ulaşılmaması nedeniyle sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla bazı önlemlere gerek duyulmuş ve bu doğrultuda 1978 yılında 2162 sayılı "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları Kanunu" çıkarılmıştır. Bu kanun ile ülke 16 bölgeye ayrılmış ve gelişmemiş bölgelerde görev yapmayı özendirici koşullar getirilmiştir. Tam gün çalışanlara ek ödeme getiren bu yasa 1980 yılında askeri darbe sonrası kaldırılmıştır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012).

Bu döneme sağlık alanına damgasını vuran önemli gelişme, uluslararası katılımla gerçekleştirilen Alma Ata Konferansıdır. DSÖ ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) yürütme kurullarının kararı ve Sovyet Sosyalist Cumhuriyetleri Birliği'nin daveti üzerine gerçekleştirilen temel sağlık hizmetleri (TSH) ile ilgili uluslararası konferans 6-12 Eylül 1978 tarihleri arasında Kazakistan Sovyet Sosyalist Cumhuriyeti'nin başkenti Alma Ata'da yapıldı. Konferansın amaçları şunlardır (Pala, 2002):

1. Tüm ülkelerde TSH kavramını gerçekleştirmek,
2. Geniş kapsamlı ulusal sağlık sistemleri ve hizmetleri çerçevesinde TSH'nin gelişmesi için deneyim ve bilgi alış-verişinde bulunmak,
3. Dünyada güncel sağlık ve sağlık hizmetleri durumunun TSH ile ilgisini ve geliştirilebilmesini değerlendirmek,
4. TSH'nin ilkelerini tanımlamak ve bu hizmetlerin geliştirilmesinde ortaya çıkabilecek uygulama sorunlarını giderecek çalışma yöntemlerini saptamak,

5. TSH'nin geliştirilmesinde teknik işbirliği ve destek sağlamak için hükümetlerin, ulusal ve uluslararası örgütlerin rollerini tanımlamak,
6. TSH'nin geliştirilmesine yönelik öneriler oluşturmak.

Konferansta, toplumun belli başlı sorunları üzerine yoğunlaşılması gerekmekle birlikte bu sorunların ve çözüm yollarının ülkeden ülkeye, toplumdan topluma değişebileceği vurgulanarak, TSH'nin en azından belirgin sağlık sorunları ve bu sorunların saptanması, önlenmesi ve denetlenmesi yöntemleri; gıdaların ve uygun beslenmenin düzenlenmesi, yeterli miktarda temiz su sağlanması ve çevre sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi; aile planlanmasını da içeren ana ve çocuk sağlığı hizmetleri; belli başlı enfeksiyon hastalıklarına karşı bağışıklama; yerel endemik hastalıkların önlenmesi ve denetimi; sık görülen hastalık ve yaralanmaların uygun bir biçimde tedavisi, ruhsal sağlığın geliştirilmesi ve temel ilaçların sağlanması hizmetlerini kapsaması önerilmiştir (Pala, 2002).

Konferansın sonucunda, Alma-Ata Deklerasyonu kabul edilmiştir. Deklerasyona göre; devletlerin, uluslararası organizasyonların ve bütün dünya topluluğunun en önemli görevi; 2000 yılına kadar dünyadaki tüm insanların sosyal ve ekonomik yönden üretken bir yaşam sürmeleri için gerekli sağlık seviyesini edinmelerini sağlamak ve bu hedefe ulaşmak için anahtar, özünde TSH anlayışı olan ulusal sağlık sistemlerinin geliştirilmesidir (Venedictov, 1998).

2.4.4. 1980–2002 Dönemi

1929 Ekonomik Buhran sonrası ortaya çıkan Keynesyen politikalar ile hem özel sektördeki hem de kamudaki yatırımlar sayesinde ekonomik ve sosyal gelişme ortamı sağlanmaya başlamıştır. Özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrasında uygulanan sosyal politikalar sonucunda, Refah Devleti uygulamaları tüm dünyada kendini göstermiş ve "Altın Dönem" olarak nitelenen çağın yaşanmasına yol açmıştır. Ekonomik olarak gelişmenin ve istihdam amaçlarına ulaşmanın verdiği rahatlıkla devletler başta eğitim, sağlık ve çalışma koşulları olmak üzere birçok alanda önemli gelişmeler kaydetmişler ve ülkelerin sosyal harcamaları bütçe içerisinde önemli bir yer tutmaya başlamıştır (Koçak ve Tiryaki, 2011).

Refah Devleti uygulamaları devam ederken, 1960'ların sonları ile 1980'lerin başları arasındaki dönemde İngiltere, Amerika gibi kapitalist ülkelerin kâr oranlarının

düşmesi sonucu 1970'lerin yapısal krizi ortaya çıkmıştır (Dumenil ve Leviy, 2014). Neoliberalizm, yapısal uyum gibi kavramların belirleyici olduğu bu süreçte öncelikle uluslararası sermayenin sorunlarının çözülmesine çalışılmıştır. Bu dönemde neoliberalizm kavramı ortaya çıksa da, kavram içerik açısından yeni değildir; 19. yüzyıl liberal iktisat ve toplum anlayışının günün koşullarına uygun olarak yeniden tanımlanmasıdır (Gökbayrak, 2003). Küresel ölçekte neoliberal politikalar, sermayenin önündeki engelleri kaldırmayı amaçlamakta, bu amaç doğrultusunda serbestleşme politikalarını, kamu tasfiyesini öngören özelleştirme politikalarını; ücretlerin ve sosyal harcamaların azaltılmasını içeren kemer sıkma politikalarını ve emeğin örgütsüzleştirilmesini içeren politikaları barındırmaktadır (Sayılan, 2013).

Gelişmiş ülkelerdeki ekonomik kriz, yapısal uyum politikalarının uygulanmasının gerekçesini oluşturmuş; İkinci Dünya Savaşı sonrası dönem politikalarından ciddi bir kopuş yaşanmıştır. Böylece, her türlü kaynak dağılımında var olan devlet-piyasa dengesi, seksenli yıllarda piyasa lehine değişmiştir. Yaşanan ekonomik krizler ulus devletleri, kamu aracılığıyla sundukları pek çok sosyal devlet uygulamasından ya vazgeçmeye ya da bu hizmetlerin kamu maliyesi üzerine yaptığı baskıları azaltma yönünde reformlar yapmaya zorlamıştır (Günaydın, 2011). Devletlerin ekonomik otoritesi azaltılarak, refah devletinden rekabet devletine doğru bir geçiş süreci yaşanmıştır. Bu geçiş sürecine bağlı olarak devletlerin ekonomi politikalarında ve kamu yönetimi anlayışında düzenleyici devlet anlayışına geçilmiş ve yapılan reformlarla sosyal ve ekonomik hakların daraltılmasına başlanmıştır (Gümüş, 2009; Güler, 2005; Türkcan Özsuca, 2001). Bu dönemde kamunun sağlık hizmetlerindeki rolü sorgulanarak, sağlık hizmetlerinin özelleşmesi gündeme gelmiştir (Görmüş, 2013).

Küreselleşme döneminde ulus devletin siyasi otoritesi DB başta olmak üzere uluslararası örgütlere devredilmiştir (Etiler, 2011). DB sağlıkta reform programlarını, ülkelere krediler vererek, denetim ve kılavuzluk yaparak büyük ölçüde yürüten kurul olmuştur (Atalay, 2015). Neoliberal ideoloji ile beslenen, IMF ve DB aracılığıyla tüm az gelişmiş ülkelere bir reçete olarak uygulattırılan bu politikalar özünde Dünyayı tek bir kapitalist pazar haline getirerek, ulusal ekonomileri bu pazarla bütünleştirmeyi hedeflemektedir (Faydalı, 2000). Bu dönemde neoliberal politikalar, kurumsal reform ve düzenlemeleri bütün dünyaya yaymıştır. Kuzey Kore gibi birkaç istisnai devlet hariç diğer devletler tam anlamıyla sürecin dışında kalamamıştır (Harvey, 2012). Hükümetlerin sağlık harcamalarına sınırlamalar getiren küresel reform politikaları gelişmiş ülkelerde gerek duyulduğu zaman uygulanırken, gelişmekte olan ülkelerde

IMF'nin yapısal uyum programları gibi dayatmalarla uygulanmıştır (Lister, 2008). Ancak neoliberal proje her ülkede aynı tempoda uygulanamamış, toplumsal direnme sebebiyle her ülkede başarılı olamamıştır (Somel, 2004).

IMF ve DB'nin neoliberal reçete ve önerileri, politika olarak uygulamaya konulurken, temel meşruluk kaynağı olarak, özellikle kriz dönemlerinde yaşanan sorunların sebebi olarak devletin aşırı büyümesi, devlet harcamalarının artması, devletin piyasaya müdahale etmesi ya da devlet örgütlenmesi içindeki yolsuzluklar, kırtasiyecilik, hantallık gibi olumsuzluklar gösterilmiştir (Ercan, 2000).

Neoliberaller bütün ülkelerde eğitim, altyapı yatırımları ve sağlık konusundaki kamu harcamalarının kısılmasını önermişlerdir (Mandel, 1995). Genelde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de "serbest piyasa" ekonomisi adımlarının atılması özellikle 1980 sonrasının temel yaklaşımı olmuştur. "Değişim"in temel slogan yapıldığı bu dönemde yeni sağlık politikalarının genel çerçevesi sağlık hizmetlerinde kâr mantığının yaygınlaştırılması amacına yönelik gerçekleşmiştir. Bu anlamda devletin sağlık hizmetlerini bir görev olarak ele almaması, aynı zamanda sağlık hizmetlerinden kâr elde etmesinin bilinçli bir devlet politikası haline getirilmesi ve kâr elde etmek içinde sağlık hizmetlerini ücretli ve pahalı hale getirmesi politikaları benimsenmiş, sağ1ık hizmetlerinde özel sektörün teşvik edilmesine büyük önem verilmiştir (Şemin, 19937; Güzelsarı, 2012; Görmüş, 2013).

Sağlıkta neoliberal politikalara geçiş sebebi olarak sunulan diğer bir neden olarak; kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan bir düzeye ulaşması, mevcut sağlık sisteminin kurumsal yapı, işleyiş, personel yapısı ve dağılım bakımından yetersiz kalması, sağlık insan gücü, araç ve gereçlerinin ihtiyacı karşılayamaması, sağlık hizmetlerinin aşırı merkeziyetçi ve yetersiz şekilde yönetilmesi, sağlık finansmanının farklı kaynaklardan sağlanmasının eşitsizliklere neden olması gibi durumlar gösterilmiştir (Ö.Yıldız, 2008).

1980 yılı sonrası dönem, piyasa ekonomisinin hâkim olduğu ve IMF, DB gibi uluslararası güçlerin belirlediği çizgiler doğrultusunda kararlar alındığı ve uygulandığı neoliberal bir dönemi yaşatma gayretinin başlangıcı olmuştur (Uçkaç, 2010). Bu dönemde DB ve IMF, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörünün yeniden şekillenmesinde de etkili olacak yapısal uyum programlarını gündeme getirmişlerdir. Bu bağlamda; DB 1987 yılında "Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı", 1990 yılında "Gelişmekte Olan Ülkelerde Özel Sektör Aracılığıyla Sağlık

Hizmetlerinin Güçlendirilmesi" raporlarını yayınlayarak, gelişmekte olan ülkelere ne yapacaklarını belirtmiştir. Bu öneriler şunlardır: (Yıldırım, 2000; Soyer, 1998):

- Sağlık hizmetlerinin, özellikle hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi,
- Bu şekilde, devletin kısıtlı kaynaklarının kırsal yörelere ve koruyucu sağlık hizmetlerine yöneltilmesi,
- Genel sağlık sigortasına geçilmesi.

DB'nın önerileri; kamunun sağlık hizmetlerinin en pahalı bölümü olan hastanecilik hizmetlerinden çekilmesi ve bu alanı piyasa mekanizmalarına bırakması, özel sektöre bırakılamayacak kadar önemli olan ve kâr getirmeyen koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunulmasıdır. Diğer bir öneri ise sosyal güvenlik programlarının emeklilik sigortası ve sağlık sigortası şeklinde ikiye ayrılarak sağlık hizmetlerinin finansmanının, piyasanın ağırlıklı rol alabileceği şekilde değiştirilmesidir. Sonuç olarak, yeni liberal paradigma çerçevesinde, kamu sağlık sektörünün verimsiz ve niteliksiz olarak etiketlenmesi, hizmet sunumu ve finansmanının ayrıştırılarak devletin hizmet sunumundan çekilmesinin sağlanması, hizmet satın alma ve hastanelerin özerkleştirilmesi gibi politikaların hayata geçirilmesi ile sağlık alanı tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açılmış, böylece mevcut sorunlara çözüm getirileceği öne sürülmüştür (Elbek ve Adaş, 2009; Ağartan, 2007). Ancak gelişmekte olan ülkelerde alınan sonuçlar, IMF'nin önerdiği geleneksel istikrar programlarının bu ülkelerin yapılarına uygun düşmediğini, dış ödeme sorunlarını hafifletmediğini ortaya koymaktadır (Öztürk, 2002). Sonuç olarak SDP'nin uygulanması ülkeden ülkeye değişmekle birlikte temel hedef, sağlığın anayasal güvence altında bir vatandaşlık hakkı ve sağlık hizmetinin üretim, finansman ve uygulama olarak bir kamusal hizmet olmaktan çıkarılması, en azından bu niteliğin ciddi ölçüde azaltılmasıdır (Terzi, 2016).

Dünyada 1980'lerden sonra başlayan neoliberal politikaların rüzgârı hızla Türkiye'yi de içine almıştır. Ülkemizde de "24 Ocak 1980 Kararları"yla uygulanmak istenen ekonomi politikaları 12 Eylül Askeri Darbesi sonucu daha rahat bir şekilde uygulanabilmiştir. Bu politikalara göre sağlık alınan-satılan meta olarak görülerek, sağlığı bir insan hakkı olarak gören sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi sistemi, ortadan kaldırılması gereken bir sistem olarak düşünülmüştür (Akın, 2009)

Ülkemizde 1980 sonrası dönemde sağlık politikalarını etkileyen ilk önemli değişiklik, 1982 Anayasası ile devletin sağlık alanında üstlendiği görevlerin yeniden

tanımlanması olmuştur. Bu politikalara uygun olarak 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde;

> Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir ifadesi bulunmaktadır.

1982 Anayasası'nda devletin sosyal boyutu 1960 Anayasası'ndan farklı bir şekilde biçimlendirilmiştir. Sağlık hizmetleri 1960 Anayasa'sında olduğu gibi, devletçe sağlanan temel sosyal ve ekonomik bir hak olmaktan çok devletçe planlanan ve denetlenen bir hizmete dönüşmüştür. Bu anlayışın uygulamadaki görünümü ise, sağlık hizmetlerinin üretimi, sunumu ve tüketiminin piyasa ekonomisi koşullarında daha ağırlıklı olarak yer alması ve rekabetçi bir ortamın yaratılarak hizmetlerin etkinliğinin ve kalitesinin artırılmasının hedeflenmesi idi (Altay, 2007; Yenimahalleli Yaşar, 2008; Görmüş, 2013).

1980 sonrasında benimsenen yeni liberal politikalar sağlıkta sosyalleştirmenin gerektirdiği makroekonomik ortamı tamamen bozmuş, kırla kent arasındaki gelir dağılımı eşitsizlikleri, yoksulluk sınırı altında yaşayanların sayısı, işsizlik oranı artmış, sosyalleştirme yerine özelleştirme politikası benimsenmiştir. 224 sayılı kanunda sağlık ocaklarına başvuranların yararlanacakları hizmetlerin parasız olduğu belirtilmiş olmasına rağmen birinci basamak sağlık kurumlarının hizmetlerinin paralı olarak sunulmaya başlaması da özellikle birinci basamak hizmetlerine daha çok gereksinimi olan dar gelirli grupların hizmet kullanımını engelleyici ve eşitsizlikleri artırıcı etki yaratmıştır (Ö. Yıldız, 2008). 1980'li yılların başlarında sağlık yatırımları teşvik kapsamına sokulmuş, kamuda çalışan hekimlere muayene açma izni verilmiş ve ilaç katkı payları uygulamaya konulmuştur (Ergun ve Dericioğulları Ergun, 2010). Etiler'e (2011) göre Türkiye'deki sağlık reformunun başlangıcını 1986 yılında DB'nin yaptığı "Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması" oluşturmaktadır. 2000'lerin ilk yarısına kadar olan dönem, bir "kuralsızlaştırma dönemi"dir. Sağlıktaki bu kuralsızlaştırma döneminde, bir yandan kamu sağlık kuruluşları desteklenmemiş, tam tersine bütçeleri

azaltılmış, kamu sağlık hizmeti kötülenmiş, diğer yandan da özel sağlık sektörü çok çeşitli biçimlerde desteklenmiştir.

1987'de kabul edilen Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, sağlık politikamızın belirleyici yapısal dönüşümünün ifadesidir. Kamu sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve piyasaya açılması, devletin bu alandaki sorumluluğuna son verilmesi, sağlık personeli üzerinde piyasa mantığı ile oluşturulan baskının meşrulaştırılması ile kanun, kendisinden sonraki tüm yasa girişimlerinin öncüsü olmuştur. Yasayla birlikte, kamu ve özel sağlık kuruluşları aynı yaklaşımla ele alınmış, devletin her iki sağlık kuruluşuna aynı mesafede yaklaşması anlayışı egemen kılınmıştır. Kamu sağlık kuruluşları statü olarak işletme haline getirilmiş, gerek özel gerekse kamu kuruluşlarının hizmetleri fiyatlandırılmış, sosyal güvenceye sahip olan herkesin kamu ya da özel, istediği sağlık kuruluşundan yararlanabilmesinin yolu açılmıştır (Soyer, 2003). Ancak, bu kanunun kritik maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiş, yürürlükte olmakla birlikte uygulamaya girememiştir (Bulut, 2015).

1992 ve 1993 yıllarında Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılmış ve sağlık reformu çalışmaları hızlanmıştır. 1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılarak sağlık hizmetlerine erişmek için yeterli ekonomik düzeyi olmayan kişiler sağlık sigortası kapsamına alınmıştır (Karar, 2013). Son olarak, 22 Eylül 1997 tarihinde yine DB ile imzalanan bir anlaşmayla "Temel Sağlık Hizmetleri Projesi" uygulamaya konulmuştur. Kısaca, 1990 sonrası sağlık reformları bu projelerde somutlaşmış, reform çalışmalarının adı "Sağlık Projeleri" olmuştur (Özdemir, 2001).

Bu dönemde sağlıkla ilgili önemli gelişmelerden birisi de 1986 yılında yayınlanan Ottawa Şartı'dir. Ottowa Şartı ile sağlık hizmetlerinin sorumluluklarının sadece sağlık sektörüne yüklenmemesi gerektiği ve bu konuda ortaya çıkan ihtiyaçlarla ilgili olarak diğer sektörlerin de sorumlu olduğu kabul edilmiştir. Sözleşmeye göre sağlığı geliştirme eylemindeki araçlar; sağlıklı halk politikası oluşturma, destekleyici çevreler oluşturma, topluluk eylemlerinin güçlendirilmesi, kişisel yeteneklerin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi olarak sıralanmıştır (Aktan ve Işık, 2007).

2.5. Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği Sistemi

2.5.1. Sağlıkta Dönüşüm

SDP ilk defa 1991-1993 yıllarında sağlık reformları olarak ele alınmış ancak dönüşüm olarak tanımlanması Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) hükümeti döneminde olmakla birlikte sağlık reformu ile sağlıkta dönüşüm arasında yapılması planlanan uygulamalar açısından herhangi bir farklılık bulunmamaktadır (Belek, 2012). SDP; sağlık alanında DB ve IMF gibi uluslararası kuruluşların program ve ilkeleri ile uyumlu olarak yeni liberal anlayış temelinde yapılmak istenen düzenlemelerin genel adıdır (Özdemir ve Yücesan Özdemir, 2006; Hamzaoğlu, 2006; Akkaya ve Demircioğlu, 2007).

2002 yılı genel seçimlerinin ardında iş başına gelen 58. Hükümet, 3 Ocak 2003 tarihinde "Acil Eylem Planı" adı altında öncelikli yapacaklarını açıklamıştır. Kısa bir süre sonra kurulan ve 58. Hükümetin devamı olan 59. Hükümet Programı'nda bu acil eylem planına sadık kalınarak Kamu Yönetimi Reformu kapsamında; "Herkese Sağlık" başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler olarak aşağıdaki başlıklar sayılmıştır:

- Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- Sağlık alanında da e- dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve

sunulması olarak belirlenmiştir (SDP, 2003). SDP'nın temel ilkeleri dokuz başlıkta sıralanmıştır:

- İnsan Merkezlilik
- Sürdürülebilirlik
- Sürekli Kalite Gelişimi
- Katılımcılık
- Uzlaşmacılık
- Gönüllülük
- Güçler Ayrılığı
- Desantralizasyon
- Hizmette Rekabet

Bu ilkeler, SDP'de şu şekilde açıklanmıştır (Sağlıkta Dönüşüm Konsept Notu, 2003):

İnsan Merkezlilik: Sistemin planlanması ve hizmetin sunumunda, hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almaktır. Bu ilkeye göre sağlığın aile ortamında oluştuğu gerçeğinden yola çıkılarak birey, aile sağlığı kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır.

Sürdürülebilirlik: Geliştirilecek olan sistemin, ülkemiz koşulları ve kaynaklarıyla uyumlu olmasını ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesini ifade etmektedir.

Sürekli Kalite Gelişimi: Sunulan hizmetleri ve elde edilen sonuçları yeterli görmeyerek, daha iyiyi aramak, sistemin hatalarını öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını belirtmektedir.

Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanmasında ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı oluşturulmasını ifade etmektedir.

Uzlaşmacılık: Demokratik bir yöntemin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine yöntem, standart ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması amaçlanmaktadır.

Gönüllülük: Hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayrımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik

davranmalarını sağlama yöntemidir. Sisteme hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları gerekmektedir.

Güçler Ayrılığı: Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimini üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde çıkar çatışması olmaması, daha verimli ve kaliteli hizmet sunumunun sağlanması hedeflenmiştir.

Desantralizasyon: Kurumların, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılarak, değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir.

Hizmette Rekabet: Sağlık hizmeti sunumunu tekel olmaktan çıkarıp, belli standartlara uygun, farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylece sürekli kalite artırımına ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

Birçok bileşeni bulunan SDP temelde dört bileşenden hareketle sağlık alanındaki liberalizasyonun gerçekleştirilmesinin anahtarı olmuştur. SDP'nin ilk bileşeni Sağlık Bakanlığının sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkartılarak, sağlık piyasasının denetim ve düzenlenmesinden sorumlu bir kuruma dönüştürülmesidir. İkinci bileşen, Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK gibi sosyal güvenlik kurumlarının GSS çatısı altında birleştirilmesi ve GSS sisteminin sağlık hizmeti satın alınması temelinde kurumlaştırılmasıdır. Üçüncü bileşen, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği uygulaması çerçevesinde önemli değişikliklere uğratılmasıdır (Ataay, 2006). Sağlık hizmetleri alanının piyasa aktörlerine açılmasına olanak sağlayan dördüncü bileşen ise Kamu Hastane Birliklerinin kurulmasıdır. Bu düzenlemelerle, sağlık hizmetinin, "sosyal" niteliği büyük ölçüde ortadan kaldırılarak "metalaştırıldığı" son derece açıktır. Taslaklar, bunun dışında, sağlık işletmelerine klinik hizmetlerini özel şirketlere gördürme, sağlık işletmesinde çalışan hekimlere mesai saatleri dışında kendi adına ücretli sağlık hizmeti verme ve özel kuruluşlardan hizmet satın alma imkânını da tanımaktadır (Ataay, 2005). Tablo1 de yıllara göre SDP için yapılan uygulamalar verilmiştir.

Tablo 1

SDP Programı (Tatar, 2011: 128)

TARİH	DEĞİŞİKLİK
2003	SDP açıklandı. Performansa dayalı ek ödeme pilot çalışması başladı. Devlet memurları özel hastanelerden yararlanmaya başladı.
2004	Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ek ödemeye geçildi. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası TBMM'ye gönderildi İlaç fiyatlarının belirlenmesinde ülkeler arası referans fiyatlamaya geçildi. İlaçta geri ödeme referans fiyatlama yöntemine geçildi. İlaçta KDV oranı %8'e indirildi.
2005	SSK sağlık kurumları ve bazı kamu sağlık kurumları Sağlık Bakanlığına devredildi. SSK üyeleri ilaçlarını serbest eczanelerden almaya başladı. Yeşil kart sahiplerinin ayakta sağlık harcamaları ve ilaçları ödenmeye başlandı. Yeşil kart sahiplerinden ilaçta % 20 katılım payı alınmaya başlandı.
2006	Sağlık bakanlığı hastanelerine global bütçe uygulamasına geçildi. Daha önceden ödenen bazı ilaçlar pozitif listeden çıkarıldı. Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu çıkarıldı. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun bazı maddeleri iptal edildi.
2007	Ayakta ve yatan hastalarda paket fiyat uygulamasına geçildi. Sosyal Güvenlik Kurumunda MEDULA sistemi devreye girdi. Özel sağlık kurumlarının kuruluşu ile ilgili kapsamlı düzenlemeler yapıldı.
2008	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası ile ilgili Kanunlar yürürlüğe girdi. 18 yaş altında tüm nüfus güvence altına alındı.
2009	İlaçta geri ödeme bandı, eşdeğer gruptaki en ucuz +%15 olarak değiştirildi. Ödeme Komisyonunun çalışma esas ve usulleri yönergesi yayımlandı. Ayakta bakım hizmetleri için katkı payları getirildi. İlaçta Global bütçe uygulamasına geçildi. İlaç fiyatlarının belirlenmesinde yeni indirim oranları getirildi.
2010	Aile hekimliği tüm yurtta yaygınlaştı. Özel hastaneler sınıflandırılarak alabilecekleri ilave ücretler belirlendi. Aktif kamu çalışanları ve bağımlıları SGK 'ya devredildi. Tüm Gün Yasası ile ilgili düzenlemeler yapıldı.
2011	Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde teşhisle ilişkili gruplara geçildi. Tam Gün Yasası üniversitelerde uygulanmaya başladı. 02.11.2011 tarihinde 28103 sayılı Resmi Gazetede "663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" yayınlandı.

SDP hızla yaşama geçirilirken sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında hekim odaklı tedavi hizmetleri ve performansa dayalı ödeme modeli ile ilaç ve teknoloji kullanımı, hastanecilik hizmetleri, uzmanlaşma ve rekabet teşvik edilirken, ekip

çalışması yok edilmiştir. Üniversitelerde döner sermaye uygulaması ile başlayan süreç, sağlık ocaklarına yazar kasanın yerleştirilmesi, hastanelerde ve sağlık ocaklarında döner sermaye ve performans ödemesi, taşeronlaştırma ve sözleşmeli personel uygulamaları ile işletmeleştirilmiş, sağlık ocakları aile hekimliği ile muayenehanelere dönüştürülmüştür (Demirdizen, 2012)

2.5.2. Aile Hekimliği Sistemi

2.5.2.1. Aile Hekimliğinin Dünyada Gelişimi

Aile Hekimliğinin ilk teorisyenlerinden biri olan Dr. Francis Peabody, tıp bilimlerinde ortaya çıkan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını ve insanları bütün olarak ele alacak bir uzmanlık dalının gerekliliğini savunarak, toplumda sık karşılaşılan sağlık sorunlarına genel olarak etkin yaklaşımı olan hekimlere gereksinim duyulduğunu ifade etmiştir. Bu amaçla ilk olarak 1952 yılında İngiltere'de Royal College of General Practitioners kurulmuştur (Özcan Paycı ve Ünlüoğlu, 2004).

1960'ların başlarında birinci basamakta çalışmaya uygun hekimlerin oluşturacağı yeni bir tıp disiplini kurulması fikri ortaya atılmıştır. Yine 1969 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde "Aile Hekimliği Kurulu" (Board of Family Practice) kurularak aile hekimliği uzmanlığı oluşmuştur (Burak ve Karataş, 2011). 1963 yılında Edinburg'ta ilk aile hekimliği bölümü açılmakla birlikte Kraliyetçe kabul edilmesi 1967 yılında olmuştur (Ergüder, Esin, Kutlu ve Kanyılmaz, 2000). AHS ilk olarak 1966 yılında American Tıp birliği tarafından yayınlanan Millis ve Willard raporları ile tanınmıştır (Aktürk ve Dağdeviren, 2004).

1978 yılında yapılan Alma Ata Konferansı AHS'nin gelişmesi bakımından önemli bir yere sahiptir. Bu konferansın sonucunda, BBSH sunumunun kendine özgü bilgi ve koşullar içerdiği ve bu alanda uzmanlaşmış hekimlerce sunulması gerektiği vurgulanmış, bu amaçla tüm dünyada bu konu üzerine çalışmalar başlatılmıştır (Özcan Paycı ve Ünlüoğlu, 2004). Günümüzde uygulamada ve adlandırmada farklılıklar olsa da birçok ülkede aile hekimliği, BBSH'nin temelini oluşturmaktadır.

2.5.2.2. Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi

AH kavramı ülkemizde seksenli yıllarda gündeme gelmiş ve 1983 yılında aile hekimliği "Tababet Uzmanlık Tüzüğünde" yer almıştır. 1984 yılında ilk kez Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde kurulmuştur. 1985 yılından itibaren Ankara, İstanbul ve İzmir'de eğitim veren devlet hastanelerinde aile hekimliği uzmanları yetiştirilmeye başlanmıştır (Ergüder ve ark. 2000).

16 Temmuz 1993 tarihinde Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde Aile Hekimliği Anabilim Dallarının kurulmasını uygun görmüştür. Bu kararın AH'nin akademik gelişiminde önemli bir yeri olmuştur. 17 Eylül 1993'te Trakya Üniversitesi'nde Aile Hekimliği Anabilim Dalı kurularak üniversitelerde AH asistan eğitimi başlamıştır. AH uzmanları akademik kadrolarda 1994 yılında yer almaya başlamıştır (Özcan Paycı ve Ünlüoğlu, 2004). 1990 yılında Ankara'da Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) kurulmuştur. AHUD'un adı 1998 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) olarak değiştirilmiştir (Hazine Müsteşarlığı, 2011).

AHS'nin uygulanması amacıyla, DB ile imzalanan "Temel Sağlık Hizmetleri Projesi", 17 Aralık 1997 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Projenin alt başlıklarında; AH ve sevk sisteminin oluşturulması için teknik danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin sağlanması, eğitim ihtiyaçları ve programlarının saptanması, aile hekimliği uygulamalarına destek sağlamak için proje illerinde seçilen kamu sağlığı merkezlerinin iyileştirilmesi yer almaktadır. Ayrıca bu merkezlerde bilgisayar sisteminin kurulması da projenin temel amaçlarından biri olarak belirlenmiştir (Kutbay, 2002).

2004 yılında çıkarılan "5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ile 1961 yılında kabul edilen "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile öngörülen sağlık sistemi yerine "Aile Hekimliği Modeli"ne geçiş süreci başlamıştır (Sönmez ve Sevindik, 2013). Kanun, AH'yi birinci basamak tedavi edici hekimlik hizmetlerinden sorumlu kılmaktadır. Ayrıca, birinci basamak sağlık kuruluşlarının sorumlu oldukları "koruyucu hekimlik hizmetleri" "topluma yönelik" ve "kişiye yönelik" olarak ikiye bölünerek koruyucu sağlık hizmetlerinden bireye yönelik olanlar AH tarafından, çevreye ve topluma yönelik olanlar ise toplum sağlığı merkezlerince yürütülecektir (Elbek ve Adaş, 2009; Ataay,

2008). Aile Hekimliği uygulamasına yönelik olarak çıkartılan yönetmelik/ yönergelerin ana hatları şu şekilde sıralanabilir (Öztek, 2006):

1. Sistemin temel birimi ASM'dir; bu birim bir AH ile bir ASE'den oluşmaktadır; ülkede yaşayan herkes, bir AH'yi seçecektir; ailedeki her birey farklı bir hekimi seçebilir.
2. Kent merkezinde yaşayanların hekim seçme özgürlükleri olacaktır, fakat kırsal bölgelerde oturanlar hekimlerini seçemeyeceklerdir. İl Sağlık Müdürlüğü, her köyü en yakın ve listesinde yeterli kişi kayıtlı olmayan bir AH'ye bağlayacak ve köy halkı o hekimden hizmet alacaktır.
3. Bir AH'ye en az 1000, en çok 4000 kişi kayıt olabilecektir.
4. Kişilerin hekim seçme özgürlüklerine karşılık hekimlerin hasta seçme özgürlükleri olacaktır. Yani bir hekim listesine girmek isteyen bir kişiyi kabul etmeme hakkına sahip olacaktır.
5. Hem özel statüde çalışan hekimler hem de kamu hekimleri AH olabilecektir.
6. Özel statüdeki AH, uygun bir yer bulamazsa, sağlık ocağı içinde de hizmet verebilecektir. Bu durumda hekimler kira ödeyecektir.
7. AH olarak çalışmak isteyen pratisyen hekimlere, aile hekimliği uyum eğitim verilecek ve bu kişilere AH denilecektir.
8. Her ilçede bir toplum sağlığı merkezi kurulacaktır. Bu merkez, ilçe sağlık idaresi gibi çalışacak, ayrıca çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile gıda kontrol hizmetlerini yerine getirecek, merkezi laboratuvar görevini üstlenecek ve bölge dışından gelen hastaların muayenelerini yapacaktır.
9. AH'ler, BBSH'den sorumlu olacaktır ve yalnızca kendi listelerinde kayıtlı bulunan kişilere hizmet vereceklerdir. Sisteme yönelik olarak yapılan ilk açıklamalarda; "AH'lerden sevk edilmeden doğrudan hastanelere başvuran hastaların (aciller hariç) masraflarının sigortalar tarafından karşılanmayacağı" ifadesi kullanılmıştır. Ancak daha sonra yapılan açıklama ve uygulamalarda bu ilkeden vazgeçildiği görülmektedir. AH'lerin sevk etmediği hastalar da ikinci basamağa (özel ya da kamu) doğrudan başvurabilmektedirler. Bir diğer ifade ile sevk zinciri uygulaması henüz hayata geçirilmemiştir.
10. AH'lerin hastalara yapacakları müdahaleler kendi eğitimlerine göre farklı olacaktır. Yani AH'lerin görevleri standart değildir ve kendi eğitimlerine göre farklılık gösterir. AH olarak çalışan bir pratisyen hekim ile aile

hekimliği uzmanı ya da başka dalda uzman olduğu halde AH olarak çalışmayı tercih eden hekimlerin tıbbi yetkileri farklı olacaktır.

11. AH ecza dolabı çalıştırabilecek, ev ziyaretleri yapacak ve kendilerine bağlı köylerde mobil hizmet verecektir.
12. İkinci basamak olarak kabul edilen kuruluşlar; her türlü hastaneler olabileceği gibi tıp merkezi, özel hastane ve özel uzman hekim muayenehanesi gibi yerler de olabilecektir. Bu yerlerin standartları Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecektir. Bu koşullara uyan yerler il yetkilileri ile sözleşme imzalayacaktır. Standartları koruyamayan yerlerin sözleşmelerine son verilecektir.
13. Pilot kanuna bağlı olarak çıkartılan yönetmeliklere göre bir AH'ye çalıştığı bölgeye, uzmanlık dalına ve kendisine bağlı kişi sayısına bağlı olarak 3500-11.000 TL arasında aylık ödenecektir

2005 yılında pilot olarak seçilen Düzce ilinden başlanan AHS, 2006 yılında Eskişehir, Bolu, Edirne, Adıyaman, Denizli ve Gümüşhane, 2007 yılında Elazığ, Isparta, Samsun, İzmir, Bartın, Sinop, Amasya, 2008 yılında Bayburt, Çorum, Manisa, Osmaniye, Karaman, Karabük, Adana, Burdur, Kırıkkale, Yalova, Çankırı, Tunceli, Kastamonu, Kırşehir, Bilecik ve Erzurum, 2009 yılında Trabzon, Rize, Uşak ve Bursa illerinde uygulamaya konmuştur (Özdemir, 2012). Kalan illerin de 2010 yılında aile hekimliği uygulamasına geçmesiyle birlikte ülkemizin tamamında AHS uygulanmaya başlamıştır.

2.5.2.3. Aile Hekimi (AH)

AH kişilerin kendileri tarafından seçilen, seçen kişiyi ailesi ve içinde yaşadığı toplum ile birlikte bir bütün olarak ele alarak koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerini bir arada sunan; kendi sorumluluğu altındaki kişilerin hem biyolojik, hem ruhsal, hem de sosyal yönleriyle ilgili olan hekimdir (Sağlık Bakanlığı, 2004). AH genel olarak tüm klinik bilimlerde bilgi sahibi olan ve hastalıklar konusunda deneyimli hekim grubudur. AH'den beklenen, hastanın önceki bilgilerinden yararlanarak psiko-sosyal, kültürel bütünlüğünü göz önünde bulundurmak, yakınmalarını kısa sürede azaltmak veya gidermek ve hastanın rahatsızlığına ilişkin bir tanı koymaktır (Saatçi, İnan ve Akpınar, 2006).

The World Organization of Family Doctors (WONCA) AH'yi araştırması kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve "birinci basamak hizmeti" (hastanın ilk başvurduğu hekim tarafından verilen sağlık hizmeti) yönelimli klinik bir uzmanlık olarak tanımlamaktadır.

Aile Hekimliği Uygulamasının kanuni dayanağı 24.11.2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanunun 8. maddesinin 1. fıkrası ve bu kanuna dayanılarak çıkarılan 25 Mayıs 2010 tarihli ve 27591 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğidir. Yönetmeliğin İkinci Bölüm Çalışma Usul ve Esasları başlıklı kısmında 4. maddede AH'nin görev, yetki ve sorumlulukları söyle sıralanır:

1. AH, ASM'yi yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.
2. AH, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.
3. AH, Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde;

   a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapar,
   b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirir,
   c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer,
   ç) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,
   d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir,
   e) Periyodik sağlık muayenesi yapar,

f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yeni doğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan, erişkin, yaslı sağlığı ve benzeri) yapar,

g) Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,

ğ) ASM şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar,

h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar ya da bu hizmetleri verir,

ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutar ve gerekli bildirimleri yapar,

i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını günceller,

j) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapar,

k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar,

l) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenler,

m) Bakanlıkça belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılır,

n) Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar.

2.5.2.4. Aile Hekimliğinde Çekirdek Yeterlilikler

Aile hekimliği uzmanının sahip olması gereken altı çekirdek yeterlilik vardır. 2002 yılında WONCA- AVRUPA bölgesi Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik disiplini ve uzmanlık tanımında disiplinin özellikleri, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken yetenekler bildirilmiştir (WONCA, 2002). Bunlar:

1. **Birinci basamak yönetimi (Primary care management):** Hastalarla ilk karşılaşmayı yönetme, birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının vermekte oldukları sağlık hizmetlerini koordine edebilme, etkin ve amacına uygun sağlık bakımı sunumunu ve sağlık hizmeti kullanımını sağlayabilme, hastanın savunuculuğunu yapma.
2. **Kişi merkezli bakım (Person centered care):** Hastalara hizmet sunarken, kişi merkezli bir yaklaşım benimseme. Hastalarla görüşme yaparken, hastaya saygı göstererek etkin bir hekim hasta ilişkisi oluşturma, iletişim kurma ve hasta ile işbirliği sağlama.
3. **Özgün problem çözme becerileri (Specific problem solving skills):** Öykü, fizik muayene ve laboratuvar incelemelerinden bilgi elde etme ve yorumlamada seçici davranma ve elde ettiği bilgileri hasta ile işbirliği halinde kullanma, laboratuvar incelemelerini gerektikçe isteme gibi aile hekimliğine uygun çalışma ilkelerini benimseyerek, gerektiğinde acil girişimde bulunma.
4. **Kapsamlı yaklaşım (Comprehensive approach):** Kişide ayı anda olan çok sayıda şikâyet ve hastalığı, ani veya kronik sağlık sorunlarını birlikte yönetme, sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme stratejilerini uygun bir şekilde kullanarak kişinin sağlık durumunu iyileştirme, sağlığı geliştirme, koruma, tedavi, bakım, hastalık belirtilerinin azaltılması ve rehabilitasyon hizmetlerini yönetme ve koordine etmek.
5. **Toplum yönelimli olma (Community orientation):** Elindeki kaynakları dengeli bir şekilde kullanarak, başvuran kişilerin bireysel sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamak.
6. **Bütüncül yaklaşım (Holistic approach):** Biyo-psikososyal yaklaşım modelini uygulamak.

2.5.2.5. Aile Sağlığı Elemanı (ASE)

AH ile birlikte, sözleşmeli olarak veya Türkiye Halk Sağlığı Kurumu veya eğitim kurumunca görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenleri ASE olarak çalışmaktadır. 2013 yılında yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine göre ASE'nin görevleri şu şekilde sıralanmıştır:

1. ASE, AH ile birlikte ekip anlayışı içinde kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve görevinin gerektirdiği hizmetler ile ilgili sağlık kayıt ve istatistiklerini tutmakla yükümlüdür. 4. maddede sayılan görevlerin yerine getirilmesinde AH ile birlikte çalışır.
2. ASE'nin kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.
   a) Kişilerin hayati bulgularını ölçmek ve kaydetmek.
   b) AH'nin gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygulamak.
   c) Yara bakım hizmetlerini yürütmek.
   ç) Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulmasını sağlamak.
   d) Poliklinik hizmetlerine yardımcı olmak, tıbbi sekreter bulunmadığı hallerde sevk edilen hastaların sevk edildiği kurumla koordinasyonunu sağlamak.
   e) Gereken tetkikler için numune almak, eğitimini aldığı basit laboratuvar tetkiklerini yapmak veya aldığı numunelerin ilgili laboratuvar tarafından teslim alınmasını sağlamak.
   f) Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek, evde sağlık hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olmak.
   g) Kurumca belirlenen hizmet içi eğitimlere katılmak.
   ğ) Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili olarak görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında AH'nin verdiği diğer görevleri yerine getirmek.
   h) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

2.5.2.6. Toplum Sağlığı Merkezi (TSM)

Bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, toplumun koruyucu hekimlik hizmetlerini sunan, BBSH veren kurumların kendi arasında ve diğer kurumlar arasında eşgüdümünü sağlayan, idari hizmetler ile sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezini ifade etmektedir (Söyleyici, 2010).

2.5.2.7. Aile Hekimliği Sistemine Yönelik Eleştiriler

1963 yılında uygulanmaya başlanan sağlık ocağı uygulaması ile 2005 yılında uygulanmaya başlanan ve 2010 yılı sonunda tüm Türkiye'de uygulamaya geçen AHS uygulaması arasında hizmetin sunuluş şekli, finansmanı gibi özellikler açısından önemli farklılıklar bulunmaktadır. AHS ile sağlık örgütlenme anlayışının temelinde yatan nüfusa dayalı, bölge ve aile bütünlüğü temelinde değil; AH'nin kendisini seçen ve kaydolan kişilere hizmet vereceği, ailenin değil bireyin hekimine dayalı bir örgütlenme modeli oluşturulmaktadır. AHS ile sağlık ocağı sistemi arasındaki temel farklılıklar Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2

Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması (Çevik, 2013: 10)

Sağlık Ocağı	**Aile hekimliği**
Bölge/ nüfus tabanlı hizmet	Hasta listesi uygulaması
Bölgedeki herkese hizmet	Sadece kayıtlı olana ve gelene hizmet
Koruyucu hizmetlerin birey ve topluma yönelik olarak tek elden yürütülmesi	Koruyucu hizmetlerin birey ve topluma yönelik olarak ayrılması (ASM, TSM)
Gezici hizmet yaygın	Gezici hizmet sınırlı
Ekip hizmeti gelişkin	Ekip hizmeti zayıf (2 kişi ile ekip)
Kırsal ağırlıklı örgütlenme	Kentsel ağırlıklı örgütlenme
Toplum yönelimli hizmet sunumu	Birey yönelimli hizmet sunumu
Koruyucu sağlık hizmetine öncelik	Tedavi ağırlıklı hizmet
Sektörler arası işbirliği	Sektörler arası işbirliğinin olmaması
Basamaklı hizmet ve sevk sistemi	Sevk sistemi yok
Toplum katılımı esas	Birey katılımı
Devlet memurluğu ağırlıklı	Sözleşmeli çalışma ağırlıklı
Hekimler arası dayanışma temelli	Hekimler arasında rekabete dayalı çalışma
Sistematik sürekli eğitim var	Sürekli eğitim sistematik değil
Maaşa dayalı çalışma	Performansa dayalı çalışma
Düşük ücretle çalışma	Yüksek ücretle çalışma
Ücretsiz hizmet temelli	Katılım payı temelli (ilaç katılım payı)
Vergiye dayalı finansman	Prime dayalı finansman
Hizmet sunumu ve finansmanın tek elden yürütülmesi	Hizmet sunan ve finanse eden kurumların ayrılması
Fiziksel alt yapının yetersiz olması	Fiziksel altyapının yeterli olması
Teknolojik olanakların yeterli olmaması	Teknolojik olanakların yeterli olması

AHS'nin uygulama sürecinde mevcut sağlık ocağı altyapısının kullanılacağı ve sağlık ocaklarına ek olarak özellikle kentlerde serbest hekimlik ve özel poliklinik uygulamalarından da yararlanılacağı belirtilmektedir. Ayrıca standartları ve fiziksel özellikleri Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek AH'lere muayenehanelerinin

kurulabilmesi için devletin düşük faizli ve uygun ödeme koşullarına sahip kredi vereceğinin üzerinde durulmaktadır. Bu uygulamalar AHS'nin "serbest hekimlik" ve özel sektör yönelimli olacağının sinyallerini vermektedir (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2009).

Aile hekimliği uygulaması; hizmet sunanların değil hizmet alanların merkezi konumda olduğu bir uygulamadır. Hekim seçme özgürlüğü olarak da tanıtılan uygulama, hastalara hekim konusunda tercih yapma hakkını vermektedir. Sisteme göre hekimin listesindeki hasta sayısına göre geliri artacaktır. AH'nin listesindeki kişi sayısının belli bir sınırın altına düştüğü durumlarda ve gebelik ya da askerlik izinlerinde, hekim yerine başka bir AH'nin görevlendirilmesi örneğinde olduğu gibi, sağlık çalışanlarının özlük haklarını olumsuz etkilemektedir. Performansa dayalı ödeme modeline göre ücretlendirilen aile hekimleri, hastalar tarafından tercih edilebilirliklerini arttırmak için rekabet etmektedirler. Fakat hekimler arasında rekabetin olması ve hastaların bir müşteri olarak tercih ve seçme hakkının bulunması yeni liberalizmin temel argümanlarını çağrıştırmaktadır ve bu durum etik olmayan tıbbi uygulamaların yapılmasına, hastanın talep ettiği her türlü sağlık hizmetini sağlayarak sağlık harcamalarının artmasına, gereksiz ilaç tüketiminin ortaya çıkmasına ve yakın bir zamanda kâr için her yolun kabul edildiği bir sağlık ortamına neden olabilecektir (Elbek, 2015).

AH'nin kendisi bireysel çalışmakta ve yanında çalıştıracağı hemşire ya da ebenin işvereni konumundadır. Model, hekim dışı sağlık personelini hekimin yardımcısı ve sekreteri konumuna getirmektedir. Yine sisteme göre, ASE olarak tanımlanan sağlık çalışanının işlevleri teknik becerilerle sınırlı ve sadece hekimin işlerini yardımcı olma konumu ile tanımlanmış ve başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının, hekimin isteğine bağlı olarak istihdam edilmesinin önünü açmıştır (Özkan ve Çatıker, 2007).

Türk Tabipler Birliği (TTB), aile hekimliğini; BBSH'nin özelleştirilmesi olarak görmekte ve bu uygulamayı, AH'nin kendi kirasını ödediği muayenehanesinde işveren olarak sağlık personeliyle hizmet sunan, sigorta kurumlarıyla yapacağı sözleşmelerle finansmanını sağlayan bir model olarak tanımlamıştır. Bu modelin muayenehane hekimliğini ön planda tuttuğunu, bunun da hekimin yalnızlaşmasını ve işletmeciye dönüşmesini beraberinde getireceğini belirtmektedir (TTB, 2007).

2.6. İlgili Araştırmalar

Yapılan literatür taramasında, sağlık eğitimlerinin eğitim verilen gruplar üzerindeki etkisini ortaya koyan araştırmalara rastlanmıştır. Bu araştırmaları kadınlara yönelik olarak düzenlenen eğitimler, kronik hastalığa sahip bireylere yönelik düzenlenen eğitimler ve örgün eğitimde yer alan öğrencilere yönelik olarak düzenlenen eğitimler olarak ayırabiliriz. İlgili araştırmalardan bazılarına bu bölümde yer verilmiştir.

Kadınlara yönelik olarak düzenlenen eğitimlerden ilki Güler'in (1987), lohusalıkta anneye verilen sağlık eğitiminin annenin doğum sonrası döneme ilişkin bilgi düzeyine etkisini incelediği çalışmasıdır. Örneklem grubu, Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi ve Sivas Doğumevi Aseptik Doğum Servisinde 16 Temmuz ile 16 Ağustos 1986 tarihleri arsında doğum yapmış lohusalardan (30 deney ve 30 kontrol) oluşmaktadır. Deney grubuna, doğum sonrası bakım konusunda planlı bir sağlık eğitimi yapılarak doğum sonrası bakıma ilişkin bilgi düzeylerini saptamaya çalışmıştır. Çalışmada lohusaların doğum sonrası bakıma ilişkin yetersiz bilgi sahibi oldukları varsayılarak bir eğitim programı geliştirilmiştir. Programda lohusaların beslenme, dinlenme ve uyku, banyo ve perine bakımı, göğüslerin bakımı, loşianın değerlendirilmesi, pet değişimi, doğum sonrası erken hareket, boşaltım ihtiyacının karşılanması ve temizliği, doğum sonrası egzersizler, cinsel ilişki, lohusalıkta ateş, giyim ve aile planlamasına ilişkin bilgiler kazanma eğitim hedefleri olarak saptanmıştır. Araştırma sonucunda, annelerin doğum sonrası döneme ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmış ve planlı bir eğitim uygulandığında genel bilgi ortalamalarında önemli bir artış sağlandığı görülmüştür (Güler, 1987).

Kişioğlu (1996), "Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 yaş Evli Kadınlara Verilen Sağlık Eğitiminin Anemi Prevelans ve İnsidansına Etkisi" adlı araştırmasını kadınlarla gerçekleştirmiştir. Kayseri ili Melikgazi Sağlık Grup Başkanlığına bağlı Latif Başkal Sağlık Ocağı Bölgesinde basit rastlantısal örnekleme ile tespit edilen 15-49 yaş grubu 300 evli kadın araştırmanın çalışma grubunu oluşturmuştur. Araştırmada, grubun yarısı araştırma grubu, diğer yarısı kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan tüm kadınlara anket formu uygulanmış ve laboratuvar tetkikleri yapılmıştır. Daha sonra kontrol grubuna sadece sağlık ocağına başvuran kişiye yapılan işlemler uygulanmış, araştırma grubuna bu işlemlere ilaveten demir eksikliği anemisiyle ilgili eğitim broşürleri ve iki ay arayla da iki kez demir eksikliği anemisi eğitimi verilmiştir. Eğitimden sonra kadınlara altı ay herhangi bir şey yapılmamış, sonrasında her iki gruba

yeniden anket uygulanmış, fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri yapılmıştır. Yapılan eğitim sonucunda araştırma grubundakilerin anemiye yönelik bilgi düzeyinde ve sağlık ocağına başvuru ortalamasında artış olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise anemi tedavisine bağlı olarak anemi görülme oranı düşmekle birlikte istatiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Kişioğlu, 1996).

Kadınlara yönelik hazırlanan diğer bir çalışma Ertem'in (1998) "Menopoz Polikliniğine Başvuran Kadınların Menopoza İlişkin Yakınmalarına verilen Planlı Eğitim Etkililiğinin İncelenmesi" adlı araştırmasıdır. Araştırmada tanımlayıcı, kesitsel ve deneysel yöntem kullanmıştır. Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Menopoz Polikliniğinde 1 Ekim 1996- 29 Şubat 1997 tarihleri arasında polikliniğe başvuran ve hormon replasman tedavisi kullanmayan 140 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Örneklem grubu, yaş ve eğitim düzeyi göz önünde tutularak deney ve kontrol grubu olacak şekilde ikiye ayrılmıştır. Deney ve kontrol grubu kadınların ön test bilgi puan ortalamalarında istatiksel düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Daha sonra deney grubundaki kadınlara hazırlanan eğitim kitapçığı yardımıyla eğitim verilmiştir. İki hafta sonra son test uygulandığında deney ve kontrol grubundaki kadınların son test puan ortalamalarında anlamlı düzeyde fark bulunmuştur (Ertem, 1998).

Turan (2002), "2001-2002 Öğretim Yılında Mamak Halk Eğitim Merkezi'ne Devam Eden Kadın Kursiyerlere Yönelik Kadın Sağlığı Konusunda Program Geliştirme" adlı çalışmasında, Mamak Halk Eğitim Merkezi'ne devam eden kadın kursiyerlerin kadın sağlığı ile ilgili eğitim ihtiyaçlarını belirlemiş ve bu konuyla ilgili bir program geliştirmiştir. Müdahale niteliğinde olan eğitim programının değerlendirilmesi bölümünde, hazırlanan eğitim programı Mamak Halk Eğitim Merkezi'ne bağlı iki çevre kursunda, 3 grupta toplam 51 kişiye uygulanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; Kadın kursiyerlerin %79,3'ü kadın sağlığı ile ilgili bir kursa katılmak istediklerini belirtmişlerdir. Bu kursta yer alması istenen konulara en fazla kadın hastalıkları, daha sonra menopoz, adet dönemi, gebelik, meme kanseri, aile planlaması, doğum, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar yanıtı verilmiştir. Kadın kursiyerlerin yaş gruplarına göre toplam kadın sağlığı puanları ve tüm alt bölüm puanları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık saptanmıştır. Toplam kadın sağlığı puanında 25-34 yaş grubundaki kadın kursiyerlerin puan ortalaması diğer yaş gruplarından daha yüksek bulunmuştur (Turan, 2002).

Bilgin Konokman (2004), "Kadınlara Verilen Beslenme Eğitiminin Besin Tüketim Düzeyleri Beslenme Alışkanlıkları İle Beslenme Ve Osteoporoz (Kemik Erimesi) Hakkındaki Bilgilerine Etkisinin Saptanması" adlı araştırmasını Ankara Valiliği Çubuk Halk Eğitim Merkezinde kursa devam eden 90 kadınla gerçekleştirmiştir. Araştırmada bir grup kadına (30) sadece yüz yüze eğitim, diğer grup kadına (30) araştırmacı tarafından hazırlanan beslenme ve osteoporoza ait bilgiler içeren el kitabı verilmiştir. Geri kalan kadınlara ise (30) hiçbir eğitim verilmeyerek bu grup kontrol grubu olarak seçilmiştir. Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formları, ön test olarak uygulanarak, kadınların konu hakkındaki mevcut bilgi düzeyleri saptanmıştır. Ön test olarak kullanılan formlar eğitimden sonra son test olarak tekrar kullanılmıştır. Eğitimler sonrasında kadınların beslenme ve osteoporoz hakkında bilgi düzeyleri bakımından anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiş, verilen el kitabının da eğitimde etkisinin bulunduğu saptanmıştır (Bilgin Konokman, 2004).

Elik (2006), sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamalarına etkisini araştırdığı çalışmasında 20-60 yaş grubu, 42 deney ve 48 kontrol olmak üzere toplam 90 ev hanımı ile gerçekleştirmiştir. Araştırmada, yarı deneysel tasarımlardan benzer gruplarda ön test/son test düzeni kullanılmıştır. Deney grubundaki katılımcılara Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda yapılandırılmış eğitim ile kendi kendine meme muayenesi ve meme kanseri konusunda eğitim verilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre; kadınlara verilen eğitimle deney grubunda kontrol grubuna göre, kendi kendine meme muayenesi ve meme kanserine ilişkin bilgi konusunda bir artış olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca görsel olarak yapılan kendi kendine meme muayenesi uygulama basamaklarını doğru şekilde uygulayanların sayısında artış olmuştur (Elik, 2006).

Duran'ın (2008) "Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Verilen Planlı Eğitimin Kadınların Sağlık İnançları ve Algılanan Sağlık Durumlarına Etkisi" adlı çalışmasında, kadınlara kendi kendine meme muayenesi ile ilgili verilen planlı eğitimin ve kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin, sağlık inançlarına ve algılanan sağlık durumlarına etkisi belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırma grubunu, Sivas Yarı Açık Kadın Cezaevi'ndeki kadınlar (31), Halk Eğitim Merkezi ve Akşam Sanat Okulu'ndan seçilen kadınlar (36) ve Emek Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki Kur'an kursuna devam eden (41), toplam 108 kadın oluşturmuştur. Araştırmada, kontrol grubu kullanılmayarak, kadınlar eğitimden önce ve sonra değerlendirilmişlerdir. Araştırma sonuçlarına göre; eğitim faaliyeti sonrasında, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarından olan

duyarlılık, ciddiyet, yarar, güven ve sağlık motivasyonu algılarında olumlu yönde anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır (Duran, 2008).

Kocatürk (2010), ceza infaz kurumunda bulunan kadınlara verilen meme sağlığı beceri eğitiminin değerlendirilmesi amacıyla yaptığı araştırmada, 1 Mayıs 2009 – 1 Mayıs 2010 tarihleri arasında İstanbul Bakırköy Kadın Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda araştırmaya katılmayı kabul eden 211 kadını randomize olarak çalışma ve kontrol gruplarına ayırmıştır. Kadın hükümlü ve tutuklulara, sosyo-demografik bilgilerini, kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamalarını değerlendiren bir anket formu ile meme kanseri Sağlık İnanç Model ölçeği vermiştir. Çalışma grubundaki kadınlara, 13 oturumda meme sağlığı beceri eğitimi verilmiş ve eğitim broşürü dağıtılmıştır. 3 ay sonra, kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulama durumları tekrar değerlendirilmiştir. Kontrol grubuna eğitim verilmeyip, 3 ay sonra kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulama durumları değerlendirilmiştir. Çalışma grubundaki kadınların program öncesinde kendi kendine meme muayenesi bilgi puanları düşük, uygulama davranışları yetersiz bulunmuştur. Kontrol grubunda da yeterli bilgi puanlarının olmadığı, doğru uygulama davranışlarına sahip olmadıkları anlaşılmıştır. Kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı eğitim öncesi %5.98 iken üç ay sonra %32.91 oranında bulunmuştur. Kontrol grubunda kendine meme muayenesi yapma sıklığının %7.45 oranında, üç ay sonra, %7.14 olduğu görülmüş ve gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Kocatürk, 2010).

Ülkü (2010), Kütahya İli Yenidoğan Sağlık Ocağı Bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubundaki kadınların vajinal duş uygulamalarına sağlık eğitiminin etkisini araştırdığı çalışmasını, 23 Aralık 2008−23 Nisan 2009 tarihleri arasında, 15-49 yaş aralığında olup evli olan 5495 kadından, tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen 591 kadınla yürütmüştür. Veri toplanmasında; kadınların sosyo-demografik, obstetrik-jinekolojik ve vajinal duş uygulamasıyla ilgili özelliklerini sorgulayan anket formu kullanılmıştır. Veriler araştırma kapsamına alınan kadınların evlerine gidilerek yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anket formu uygulandıktan sonra vajinal duş uygulayan kadınlara, vajinal duş uygulaması ile ilgili hazırlanan eğitim broşürü kullanılarak 10 dk. süren bireysel eğitim verilmiştir. Evlere yapılan ilk ziyaret ve verilen eğitimden sonra, vajinal duş ile ilgili davranış değişikliğinin olup olmadığını belirlemek için 3 ay sonra ikinci kez evler ziyaret edilmiştir. Bu ziyarette, kadınların eğitim sonrasında vajinal duş uygulamaya devam edip etmedikleri sorgulanmıştır. Araştırmada eğitim öncesi ve eğitim sonrası vajinal duş yapanlarda ileri derecede önemli farklılık

saptanmıştır. Kadınların eğitim sonrası davranış değişikliği oluşturma durumları ile öğrenim ve eş öğrenim durumları ile çalışma durumları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Ülkü, 2010).

Kıran Yılmaz (2011), "Anneden-Kızına Evde Cinsel Sağlık Eğitimi Programının Etkililiğinin İncelenmesi" adlı araştırmasını, 2009-2010 eğitim ve öğretim yılında, Zonguldak il merkezinde bulunan MEB'na bağlı Zonguldak Kız Teknik ve Meslek Lisesi 9.sınıfa devam eden, 30 öğrenci ve annesi olmak üzere toplam 60 kişiyle yapmıştır. Araştırmada ön test, son test ve kontrol gruplu araştırma deseni kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan cinsel sağlık eğitim programı deney grubundaki anne-kız çiftine 10 hafta sürdürülmüştür. Program konuları "Yetişkinliğe Aralanan Kapı! Ergenlik, Bedenimi Bilmeliyim, En Tehlikeli Virüs! Bilgisizlik ve Korunmayı Öğreniyorum" olmak üzere dört bölümde ele alınmıştır. Program; her bir eğitim bölümünün içeriğine uygun olarak araştırmacı tarafından tasarlanmış eğitim materyalleri ile desteklenmiştir. Kontrol grubu anne-kız çiftine ise eğitim verilmemiştir. Deney grubu annelerin son test sonuçlarında, çocuklarının cinsel konularla ilgili soruları karşısında olumsuz tutum gösterme oranlarında anlamlı bir düşüş, olumlu tutum gösterme oranlarında ise anlamlı bir yükseliş görülmüştür. Kontrol grubu annelerin çocuklarının cinsel konularla ilgili soruları karşısında, olumlu ve olumsuz tutum oranları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Deney grubu kızların son test bulgularına göre ise, annelerinden cinsel konularla ilgili bilgi alırken, olumsuz tutum gösterme oranlarında anlamlı bir düşüş, olumlu tutum gösterme oranlarında ise anlamlı bir artış olduğu görülmüştür (Kıran Yılmaz, 2011).

Altıntuğ (2011), "Gebe Kadınlara Verilen Eğitimin Doğum Sonu Taburculuğa Hazır Oluşluk Ve Yaşam Kalitesine Etkisi"ni adlı araştırmasında, Selçuk Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde yatıp, gebeliğin son trimestırında olan 40 müdahale ve 40 kontrol grubu olacak şekilde 80 gebe ile çalışmıştır. Çalışmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Anne- Bebek Formu, "Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk Ölçeği - Yeni Doğum Yapmış Anne Formu (HTHÖ-YDAF)"ve "Doğum Sonu Yasam Kalitesi Ölçeği (MAPP-QOL)" ile toplanmıştır. Müdahale grubuna doğum ve doğum sonrası ile ilgili 3 aşama olacak şekilde eğitim verilmiş, kontrol grubuna eğitim verilmemiş, bu kişiler hastanenin rutin hizmetlerinden yararlanmışlardır. Müdahale grubunda kadınların taburculuğa hazır oluşluk puan ortalaması ve doğum sonu yaşam kalitesi puan ortalaması kontrol grubuyla karşılaştırıldığında daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sonuç olarak; eğitimin

taburculuğa hazır oluşluğu etkilediği ve doğum sonu yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır (Altıntuğ, 2011).

Güçlü (2011), "halk sağlığı" konulu bir programın kırsal bölgelerde yaşayan kadınların sağlık davranışlarına etkisini incelediği araştırmasında, çalışma grubunu, Kütahya İli Köprüören Köyü Halk Eğitim Merkezi'nde düzenlenen kurslara katılan, 15 yaşından büyük, okur-yazar olan kadın kursiyerler oluşturmuştur. Çalışmanın verileri, anket, görüşme ve odak grup görüşmeleriyle elde edilmiştir. Kursiyerlere uygulanan yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ve odak grup görüşmesi sonrasında analiz edilen verilerin sonuçlarına göre, halk sağlığı konusunda bir eğitim programı hazırlanmıştır. Eğitim öncesi katılımcılara, araştırmacı tarafından hazırlanmış olan halk sağlığı konulu ön test soruları uygulanmıştır. Daha sonra 20 günlük bir eğitim programının ardından katılımcılara ön test olarak uygulanan testler, on gün sonra son test olarak tekrar uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda, 20 gün süren programlı bir eğitim çalışmasının etkili olduğu görülmüştür (Güçlü, 2011).

Çiçek (2012), sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınların bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanımı üzerine etkisini değerlendirdiği araştırmasını ön test, son test, kontrol gruplu yarı deneysel olarak iki aşamada gerçekleştirmiştir. Erzincan İl Merkezinde bulunan Karaağaç Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı kadınlardan güç analizi ile saptanan 210 kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Ön test uygulanmadan önce "Bilinçli ve Reçeteli İlaç Kullanımı Formu" uygulanarak bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullandığı tespit edilen kadınlar listelere basit rastgele örnekleme yöntemiyle deney ve kontrol grubuna sıralı olarak alınmış ve 105'ideney, 105'i de kontrol grubunu oluşturmuştur. Ön test verilerinin toplanmasından sonra deney grubuna iki aşamalı olarak eğitim verilmiş; sözlü olarak verilen bilgiyi desteklemek için de "Eğitim Kitapçığı" verilmiştir. Ölçeğin deney ve kontrol grubundaki kadınlara uygulanması sonucunda; deney grubundaki kadınlara iki aşamalı olarak verilen eğitimin etkili olduğu, ölçeğin toplam puan ortalamasında eğitim öncesine göre artış olduğu görülmüştür (Çiçek, 2012).

Sis Çelik (2013), "Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Eğitimin Sıcak Basmasına İlişkin İnançlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı çalışmasını, kontrol gruplu ön test-son test yarı deneme modelinde yapmıştır. Araştırmanın evrenini, Erzurum il merkezindeki Yenişehir Aile Sağlığı Merkezinde kaydı bulunan klimakterik dönemdeki kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, belirtilen evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen, araştırma kriterlerine uyan 121

deney ve 126 kontrol grubu olacak şekilde toplam 247 kadın oluşturmuştur. Verilerin elde edilmesinde "Anket Formu", "Sıcak Basması İnanç Ölçeği" ve "Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanılmıştır. Deney grubundaki kadınlara ikişer hafta ara ile 3 kez eğitim verilmiş ve bu eğitim araştırmacı tarafından hazırlanan bir eğitim kitapçığı ile desteklenmiştir. Kontrol grubundaki kadınlara herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Deney grubunun eğitimleri bittikten sonra hem deney hem de kontrol grubundaki kadınlara veri toplama araçları tekrar uygulanarak son test verileri toplanmıştır. Araştırmanın sonunda; klimakterik dönem ile ilgili verilen planlı sağlık eğitiminin kadınların sıcak basmasına yönelik olumsuz inançlarını azalttığı ve yaşam kalitesini yükselttiği belirlenmiştir (Sis Çelik, 2013).

Öztürk (2014), "Bir Fabrikada Çalışan Kadınlara Verilen Eğitimin Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin Sağlık İnanç Ve Davranışlarına Etkisi" adlı araştırmasını bir fabrikada çalışan kadınlara verilen eğitimin kendi kendine meme muayenesine ilişkin sağlık inanç ve davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla Şubat-Mayıs 2012 tarihleri arasında yürütmüştür. Araştırmanın örneklemini, Manisa'da bulunan bir fabrikada çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden 86 kadın oluşturmuştur. Veri toplamada birey tanıtım formu ve Champion'un Sağlık İnançModeli Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; meme kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili daha önce eğitimalma, erken tanı davranışlarını önceden duymanın, kadınların erken davranışını daha çok yapmalarını sağladığı saptanmıştır (Öztürk, 2014)

Adıbelli (2014), "Kadınlara Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörlerini Azaltmaya Etkisi" adlı araştırmasında kadınlara Sağlığı Geliştirme Modeline göre verilen eğitimin kadınların kardiyovasküler risk faktörlerine, kardiyovasküler hastalık bilgisine, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve öz-etkililik/yeterlilik düzeylerine etkisini belirlemeyi amaçlamıştır. Araştırma, ön test-son test kontrol gruplu deneme modeli olarak yapılmıştır. Sarıkamış İlçe Merkezi'nde yaşayan 20-75 yaşları arasındaki 572 kadına yapılan risk taramasına göre bir ve daha fazla risk faktörü taşıdığı belirlenen ve risk puanı %5 ve üzerinde olan 61 kişi girişim, 60 kişi kontrol grubu olacak şekilde toplam 121 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmada üç ay süre ile kardiyovasküler risk faktörlerini azaltma amacıyla, yapılandırılan sağlığı geliştirme eğitimi verilmiş ve eğitimi sonrasında altı aylık izlem yapılmıştır. Araştırma bulguları, sağlığı geliştirmek için yapılan eğitimin kadınların kardiyovasküler hastalık riskinin düşmesinde, bilgi

düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile bu davranışları sürdürmede öz-etkililik/yeterlilik düzeylerinin artırdığını göstermiştir (Adıbelli, 2014).

Bu araştırmalarda genel olarak kadınlara yönelik olarak düzenlenen sağlık eğitimlerinin başarılı olduğu saptanmış, eğitimlerin kişilerde istendik davranış değişiklikleri yarattığı ortaya konulmuştur. Ancak yapılan literatür taramasında erkeklere yönelik düzenlenmiş herhangi bir sağlık eğitimine rastlanmamıştır.

Kronik hastalığa sahip bireylere yönelik olarak hazırlanan sağlık eğitimini, Arslan'ın (2004), Tip II diyabet hastaları için bir sağlık eğitimi programı geliştirilmesi ve etkisinin değerlendirdiği çalışmasında görmekteyiz. Bu çalışmada araştırmacı, hastalara yönelik sekiz haftalık bir sağlık eğitimi programı hazırlamış ve programı yine kendisi tarafından hazırladığı "Diyabet Bilgi Testi"nin ön test ve son test şeklinde uygulamasıyla değerlendirmiştir. Çalışma Nisan- Mayıs 2003 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalında diyabet eğitimlerine gönüllü olarak katılan, 55 Tip II diyabet hastasıyla gerçekleştirilmiştir. Hastaların eğitim sonrası bilgi düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığı ve verilen eğitimlerin etkili olduğu görülmüştür (Arslan, 2004).

Sağlık eğitimi genel olarak yetişkin eğitimi faaliyeti olarak değerlendirilmekle birlikte örgün eğitim kurumlarında da verilmektedir. Bu konuda iki araştırmaya rastlanmıştır:

Bunlardan birincisi, Yılmaz'ın (2014), obez lise öğrencilerine sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisini araştırdığı çalışmasıdır. Çalışma grubu Rize ilinde 14 liseden yapılan obezite taraması ile en fazla obez öğrenci belirlenen dört lisedeki 136 öğrenciden oluşturulmuştur. Araştırma ön test-son test kontrol gruplu ve yarı deneysel olarak, Eylül 2012 ile Ocak 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma, çalışmaya katılmak isteyen ve seçim kriterlerini karşılayan 55 deney, 59 kontrol olmak üzere toplam 114 öğrenci ile tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında "Öğrencilere İlişkin Tanıtıcı Özellikler Formu", "Obeziteye İlişkin Risk Faktörleri Formu", "Adölesan Yaşam Biçimi Ölçeği" ve "Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırmada deney grubuna üç ay süre ile obeziteye ilişkin risk faktörlerini azaltmaya yönelik, Sağlığı Geliştirme Modeline göre yapılandırılan eğitim, okulların içerisinde yer alan eğitim amaçlı hazırlanan salonlarda, grup eğitimi olarak verilmiştir. Eğitim sonrasında üç aylık izlem ve danışmanlık yapılmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Obez öğrencilere verilen sağlığı geliştirme eğitiminin öğrencilerin,

Beden Kitle İndeksi değerini önemli derecede azalttığı, katılımcıların beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını düzenlendiği, sedanter yaşam sürelerini kısalttığı saptanmıştır (Yılmaz, 2014).

Örgün eğitimde düzenlenen sağlık eğitimine yönelik diğer bir araştırma da Esen (2015), "Lise Öğrencilerine Yönelik Cinsel Sağlık Eğitimi Programının Geliştirilmesi, Uygulanması Ve Değerlendirilmesi" adlı araştırmadır. Araştırmada lise öğrencilerine yönelik olarak geliştirilen cinsel sağlık eğitimi programının 9., 10. ve 11.sınıf öğrencilerinin cinsel sağlık bilgi düzeyleri ve cinsel sağlıkla ilgili tutumları üzerindeki etkisini incelemiştir. Araştırma kapsamında öncelikli olarak lise öğrencilerinin cinsel bilgi düzeylerini ve cinsel sağlıkla ilgili tutumlarını ölçmek üzere Cinsel Sağlık Bilgi ve Tutum Envanteri geliştirilmiştir. Araştırmada ön test – son test – izleme testi, kontrol gruplu yarı deneysel desen kullanılmıştır. Araştırmanın deney grupları, 2013-2014 eğitim öğretim yılında İzmir ili Çeşme ilçesinde bulunan Yahya Kerim Onart Kız Teknik ve Meslek Lisesi'nde öğrenim gören 9., 10. ve 11.sınıf öğrencilerinden oluşturulmuştur. Kontrol grupları ise İzmir ili Bornova ilçesinde bulunan Bornova Altay Ticaret Meslek, Anadolu Ticaret Meslek ve Adalet Meslek Lisesi'nde öğrenim gören 9., 10. ve 11.sınıf öğrencilerinden oluşturulmuştur. Lise öğrencilerine yönelik cinsel sağlık eğitim programı on dört oturumdan oluşturulmuş, her oturum haftada bir kez 60 dakika şeklinde yürütülmüştür. Deney grubuna cinsel sağlık eğitimi programı uygulanırken kontrol grubuna herhangi bir işlem yapılmamıştır. Bulgular deney gruplarına uygulanan lise öğrencilerine yönelik cinsel sağlık eğitimi programının 9., 10. ve 11.sınıf öğrencilerinin cinsel sağlık bilgi düzeyleri ve cinsel sağlıkla ilgili tutumları üzerinde olumlu yönde bir etkisi olduğunu göstermiştir (Esen, 2015).

İlgili literatür taramasında kişilere yönelik düzenlenen sağlık eğitimleri dışında bu eğitimleri düzenleyenlerle yapılan araştırmalara da rastlanmıştır. Bu araştırmalar BBSH hizmeti verilen kurumlarda veya hastanelerde, sağlık eğitimlerinin düzenlenmesinde görev alan kişilerle gerçekleştirilmiştir.

Saçar (1996), Diyarbakır ili merkez sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirelerin sağlık eğitimi konusunda bilgi, tutum ve uygulamalarını araştırdığı çalışmasında Diyarbakır il merkezinde yer alan Dağkapı, Bağlar 1 nolu ve Bağlar 2 nolu, Şehitlik, Mardinkapı ve Yenikapı sağlık ocaklarında çalışan yüz hemşire, ebe ve ebe-hemşireye anket uygulamıştır. Araştırma bulguları olarak; Ebe-hemşirelerin, sağlık eğitiminin amacının belirlenmesinde, uygun eğitim dilinin kullanılmasında ve uygun yöntem seçiminde en yüksek oranda istendik cevabı verdikleri görülmüştür. Sağlık

eğitimi konusunda meslekte çalışma süresinin uzunluğu, buna bağlı olarak kazanılan deneyim de olumlu sonuçlar çıkarmıştır (Saçar, 1996).

Yılmaz (2007), "Bozkır'da Çalışan Sağlık Görevlilerinin Sağlık Eğitimi Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirmesi" adlı araştırmasını 01 Mart-01 Mayıs 2007 tarihleri arasında yürütmüştür. Çalışma grubunu Bozkır merkezde bulunan 1 Devlet Hastanesi, biri Merkez Sağlık Ocağı olmak üzere toplam 10 Sağlık Ocağı ve 2 Sağlık Evi'nde görev yapan, sağlık eğitimi verebilecek konumda olan sağlık personeli oluşturmuştur. Veriler, gözlem altında anket uygulama yöntemiyle toplanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, hekimlerin %66,7'si okuldayken sağlık eğitimi dersi almazken, diğer sağlık personellerinin aldığı saptanmıştır. Ebelerin mesai saatlerinde sağlık eğitimi yapmaktadırlar, hekimler ise günlük mesailerinde sağlık eğitimi yapmadıklarını belirtmiştir. Ebe ve hekimlerin sağlık eğitimi kurslarına katılma oranları, hemşire ve sağlık memurlarınınkinden daha yüksektir. Sağlık personelinin büyük çoğunluğu sağlık eğitiminin amacını doğru belirtmiştir (Yılmaz, 2007).

Babacan (2008), "Hemşirelerin Hasta Eğitimi Rol Ve Faaliyetlerine İlişkin Düşünceleri" adlı araştırmasında hemşirelerin, hasta eğitimi rolü ve faaliyetleri ile ilgili düşünce ve uygulamalarını belirlemek, hasta eğitimi yaparken karşılaştıkları güçlükleri saptamak ve bu doğrultuda öneriler geliştirmek istemiştir. Araştırmanın örneklemini Trabzon ilindeki 5 devlet hastanesinde çalışan 352 hemşire oluşturmuştur. Veriler, literatür bilgisi, araştırmacının deneyim ve gözlemleri ve uzman görüşü doğrultusunda hazırlanan anket formu ile elde edilmiştir. Anket formu 94 sorudan oluşmuştur. Araştırma sonucunda; %73'ünün hasta eğitimi konusunda hemşirelik öğrenimleri sırasında bilgi aldığı, günlük işlerinde ilk sırada ilaç tedavisi (% 67,3) gelirken, beşinci sırada hasta eğitimi (%25,9) geldiği belirlenmiştir. Hemşirelerin hasta eğitimi uygulamalarının, planlı bir şekilde ve istenilen düzeyde olmadığı saptanmıştır. Eğitim düzeyi ile hasta eğitimi uygulamaları arasında ön lisans mezunları lehine anlamlı fark bulunmuştur. Mesleğini sevme ve çalışma koşullarından memnun olma hasta eğitimi uygulamalarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Hasta eğitimi yaparken; iş yoğunluğu, zaman kısıtlılığı, kurum koşullarının uygun olmaması ve bilgi eksikliği gibi sıkıntılar yaşadıkları saptanmıştır (Babacan, 2008).

Ayyıldız (2013), birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin özürlü bireylere yönelik tutumunun sağlık eğitimi faaliyetlerine etkisini araştırdığı çalışmada, örneklemi İstanbul ilindeki 8 sağlık grup başkanlığı ve 120 sağlık ocağında çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 181 hemşire oluşturmuştur. Veriler, 18

sorudan oluşan anket formu ve 43 ifadeden oluşan Özürlülere Yönelik Tutum Ölçeği ile elde edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre; hemşirelerin özürlülere yönelik tutumu olumlu yöndedir. Hemşirelerin, %87,3'ü özürlü bireylerle nadiren karşılaştığını, yarıdan fazlası özürlü bireylere yönelik herhangi bir eğitim almadığını ifade etmiştir. Hemşirelerin %95,6'sı kurumlarında özürlü bireylere yönelik eğitim materyallerinin bulunmadığını, eğitim verirken en çok zihinsel özürlü bireylerde güçlük çektiklerini (%58,7), zihinsel özürlü bireylere sağlık eğitimi vermek istemediklerini (%45.9) belirtmişlerdir (Ayyıldız, 2013).

Bu araştırmalarda sağlık çalışanlarının sağlık eğitimi ile ilgili düzenli bir eğitim almadıkları ve iş yoğunluğu, zaman kısıtlılığı gibi nedenlerle eğitim hizmetlerini ikinci plana iterek, tedavi hizmetlerine daha çok zaman ayırdıkları saptanmıştır. Katılımcılar, özel durumu olan kişilere nasıl eğitim verecekleri konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıkları için sorun yaşadıklarını ve bu kişilere eğitim vermek istemediklerini belirtmişlerdir.

Sağlık eğitimleri ile ilgili araştırmalar incelendiğinde, ASM'lerde verilen eğitimlere yönelik herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Oysa bu merkezlerde ana-çocuk sağlığı, aşılama, aile planlaması, ilaç eğitimi gibi pek çok konuda sağlık eğitimleri düzenlenmektedir. Bu nedenle, bu merkezlerde düzenlenen sağlık eğitimlerinin mevcut durumunun ortaya konulması önemlidir. Bu araştırmada ASM'lerde düzenlenen sağlık eğitimlerinin mevcut durumu, ilgili eğitimleri düzenleyen kişilerin görüş ve deneyimlerine dayalı olarak ortaya konulmaya çalışılmıştır. Araştırmanın bulgularının ileriki dönemlerde ASM'lerde yapılacak sağlık eğitimi faaliyetlerinin planlanmasında ve düzenlenmesinde yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmada kullanılan araştırma modeli, çalışma grubu, veri toplama yöntemi ve toplanan verilerin analizi hakkında bilgi verilecektir.

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma, amacı bakımından tarama modelindedir. Tarama modeli, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımıdır. Tarama araştırmalarında, araştırmaya konu olan birey, nesne, olay kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Araştırma yapılırken, nesne ya da durum olduğu gibi gözlemlenebileceği gibi, önceden tutulmuş çeşitli kayıtlara, kaynak kişilere de başvurulabilir (Karasar, 2003). ASM'lerde düzenlenen sağlık eğitimi faaliyetlerinin mevcut durumu, bu eğitimleri veren kişilerin görüş ve deneyimlerine dayalı olarak ortaya konulmaya çalışıldığı araştırmada veri toplamak için en uygun yöntem olarak nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırmada gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir süreç izlenir" (Yıldırım ve Şimşek, 2005: 39).

3.2. Çalışma Grubu

Çalışma grubunun seçiminde Mamak ve Çankaya ilçelerine odaklanılmıştır. Bu ilçelere odaklanılmasında, belirtilen bölgelerde sağlık personelinin farklı sosyo-kültürel gruplarla çalışmaları nedeniyle farklı deneyim ve görüş aktarabilecekleri düşüncesi etkili olmuştur. Çalışma grubunun seçilmesinde, çalışmanın amacına bağlı olarak bilgi açısından zengin durumların derinlemesine araştırma yapılamasına olanak sağladığı için (Büyüköztürk, Kılıç Çakmak, Akgün, Şirin ve Demirel, 2014) amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada her meslek grubundan eşit sayıda kişiye ulaşmak hedeflenmiş ve bu kişilerin hem sağlık ocağı döneminde hem de AHS'de çalışmış, her iki sistemi biliyor olmalarına dikkat edilmiştir. Görüşmeler altısı AH, sekizi ASE'dir.

ASE'lerin dördü hemşire, üçü ebe, biri sağlık memuru olmak üzere toplam 14 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir.

3.3. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması amacıyla, öncelikle literatür taraması yapılmıştır. Literatür taramasının ardından görüşme formu hazırlanmıştır. Görüşme formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerini içeren soru kâğıdı şeklindeyken, ikinci bölüm ise AHS'ye, vermekte oldukları sağlık eğitimlerine ve eğitsel süreçlere ilişkin görüşlerini, eğitim vermekte güçlük çektikleri konuları ve bu eğitimler sırasında yetişkin eğitimi ilkelerini uygulama durumlarını içeren sorulardan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu biçimindedir. Yarı yapılandırılmış görüşmeler, görüşme soruları önceden belirlenen görüşme durumlarını kapsamaktadır (Balcı, 2004). Bu yöntem ne tam yapılandırılmış görüşmeler kadar katı ne de yapılandırılmamış görüşmeler kadar esnektir; iki uç arasında yer almaktadır (Karasar, 1995, 165). Görüşme sorularının hazırlanmasında alanda çalışan uzman kişilerin görüşleri alınmış, önce üç kişiyle ön görüşme yapılmış daha sonra alınan geribildirimler doğrultusunda görüşme formuna son hali verilmiştir.

Görüşmeler Mart 2016-Temmuz 2016 tarihleri arasında araştırmaya katılanların hepsi ile yüz yüze olarak yapılmıştır. Hafta içi, ilgili merkezlere hasta başvurularının yoğun olduğu göz önünde bulundurularak, daha sakin oldukları düşünülen nöbet günlerinde görüşmeler yapılmıştır. Böylece sağlık çalışanları, görüşme çok fazla bölünmeden, kendilerini rahat hissettikleri bir ortamda araştırma sorularını cevaplayabilmişlerdir.

Yönetmeliğe göre, her ASM ayda bir Cumartesi günleri nöbet tutmaktadır. Görüşme yapılması planlanan ASM'nin nöbet günleri, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nün internet sayfasından takip edilmiş ve nöbetçi oldukları günlerde bu merkezlere gidilmiştir. Ancak, bazı ASM'lerin hafta sonu nöbet olduğunu vatandaşların bilmesini istemedikleri gözlemlenmiş ve belirtilen merkezlerde "Bizim bugün açık olduğumuzu nereden biliyorsunuz?" gibi tepkilerle karşılaşılmıştır. Kendilerine Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nün internet sayfasından öğrenildiği ve özellikle gelindiği söylendiği halde bazı sağlık çalışanları araştırmaya katılmayı kabul etmemişlerdir.

Görüşmeler sırasında, görüşmenin anketle değil de, yarı yapılandırılmış görüşme formuyla yapılması bazı sağlık çalışanlarında kafa karışıklığına neden olmuş, bu

kişilere, görüşmenin yarı yapılandırılmış görüşme formuyla yapılacağı belirtildiğinde; "Biz nasıl cevap vereceğiz, ne dememiz gerekiyor?" gibi sorularla karşılaşılmıştır. Bu durum araştırmaya katılan kişilerin anket tekniğine daha yatkın olduklarını, şıklardan seçmenin onlara daha kolay geldiğini, konuyla ilgili kendi düşüncülerini paylaşmada tereddüt yaşamalarını göstermesi açısından önemlidir. Kendilerine bu araştırma için en uygun yöntemin görüşme formu olduğu, sahadaki deneyimlerinin araştırma için büyük önem taşıdığı belirtilmiş, soruları kendilerine göre cevaplayabilecekleri, herhangi bir sonuç amacı güdülmediği, sadece ASM'de halka yönelik olarak düzenlenen sağlık eğitimlerinin onların değerlendirmelerine göre ortaya konulmaya çalışıldığı belirtilmiştir. Bu cevaplar sonrasında çalışanlar, konuyla ilgili düşünce ve deneyimlerini daha rahat bir şekilde ortaya koymuşlardır.

Görüşmelerde karşılaşılan diğer bir sorun ise çalışanların çalışmaya yönelik tedirginlik yaşamasıdır. Bu durumu "Seni kim gönderdi buraya?", "Niye bize sorular soracaksın?", "Bakanlıktan mı geliyorsun?", "Bugün açık olduğumuzu nereden bilip de geldin?" vb. ifadelerle belirtmişlerdir. Hatta bir AH'nin "Ben zaten mimliyim, sana cevap verip daha fazla sorun yaşamayım" dediği görülmüş, çalışmanın herhangi bir siyasal amacı olmadığı, sadece düzenledikleri sağlık eğitimleri üzerine yapıldığının belirtilmesine ve soru formunun gösterilmesine rağmen aynı hekim, çalışmayı kabul etmemiştir. Bu durum, özellikle iş yerlerinde yapılan görüşmelerde kişilerin kendilerini güvende hissetmediklerini, verdikleri bilgilerin ve kimliklerinin bağlı oldukları kurumla paylaşılacağı korkusu yaşadıklarını destekler nitelikte bulunmuştur. İki sağlık çalışanı da kendilerine gizlilikle ilgili bütün şartların belirtilmesine rağmen, görüşmenin ses kayıt cihazıyla kayıt altına alınmasına karşı çıkarak, söylediklerinin not alınmasını istemiştir. Bazen de, öğrenci kimlik kartının gösterilmesi ve araştırmacının sağlık çalışanı olduğunu belirtmesiyle birlikte kişilerin araştırmacıya karşı güven kazandıkları ve soruları cevapladıkları görülmüştür

Sağlık çalışanlarının bir kısmı ise, çalışmaya katılmayı büyük bir memnuniyetle kabul ederek seslerini duyurmak istediklerini, yapılan çalışmanın sadece tez olarak kalmaması gerektiğini ve ilgili mercilere yol göstermesini istediklerini belirtmişlerdir.

Araştırma süreci ile ilgili bir diğer nokta da, bazı hafta sonları birkaç merkeze gidilmesine rağmen görüşmenin yapılamadığı durumlar ortaya çıkmıştır. Tüm bunların sonucunda veri toplama süreci zaman zaman sıkıntılı, zaman zaman da keyifli bir sürece dönüşmüştür. Bir günde en fazla 3 kişiyle görüşme yapılabilmiştir.

3.4. Verilerin Analizi

Verilerin analiz aşamasında sosyo-demografik bulgular analiz edilip, sayısallaştırılarak sunulmuştur. Yarı yapılandırılmış sorular ve görüşme yöntemi ile elde edilen nitel veriler ise herhangi bir sayısallaştırma kaygısı güdülmeksizin, araştırma amaçları doğrultusunda betimsel analize tabi tutulmuştur. Ses kaydına alınan ve Temmuz ayında tamamlanan görüşmeler Ağustos ve Eylül ayında yazılı metin haline getirilmiştir.

Betimsel analizle özetlenen veriler daha sonra içerik analizine tabi tutulmuştur. İçerik analizinde temel amaç, toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2005: 227). Sosyal bilimlerde kullanılan en önemli tekniklerden biri olan içerik analizi, belirli kurallara dayalı kodlamalarla bir metindeki bazı sözcüklerin daha küçük içerik kategorileri ile özetlendiği sistematik ve yinelenebilir bir tekniktir (Büyüköztürk ve ark., 2014). İçerik analizi sonucu görüşme soruları çerçevesinde elde edilen veriler kodlama süreci ile sınıflandırılmış ve isimler verilmiştir. Bulgular, bu doğrultuda yorumlanmış ve yorumlanma aşamasında sağlık çalışanlarının alıntılarına sık sık yer verilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR ve YORUM

Bu bölümde, araştırmanın bulguları ve bulgulara yönelik yorumlar yer almaktadır.

4.1. Sosyodemografik Bulgular

4.1.1.Meslek

Araştırmaya katılanların mesleklerine göre dağılımı Çizelge 1'de verilmiştir.

Çizelge 1

Araştırmaya Katılanların Mesleklerine Göre Dağılımı

Meslek	**(f)**
Aile Hekimi (Pratisyen Hekim)	6
Aile Hekimi (Aile Hekimi Uzmanı)	-
Hemşire	4
Ebe	3
Sağlık Memuru	1
Toplam	**14**

AHS'nin ülkemizde uygulanması planlanırken, BBSH'de çalışacak, çok sayıda AH uzmanına ihtiyaç duyulmuştur. Ancak bu ihtiyacı karşılayacak yeterli sayıda AH uzmanı bulunmadığından, tıp fakültesi mezunu olmak, sistemde yer almak için yeterli kabul edilmiştir. Yeni sistemdeki koşulların mevcut çalıştıkları koşullara göre daha iyi olduğunu düşünen pratisyen hekimler, AHS'de yer almak için başvurmuşlardır.

SDP çerçevesinde AH modeli planlanırken, meslek örgütleri ve akademisyenlerin katılımı ile Aile Hekimliği Danışma Kurulu oluşturulmuştur. Bu kurul aile hekimliği uygulamasında görev alacak pratisyen hekimlerin eğitim müfredatını hazırlamış ve gerekli eğitimleri AHS'de çalışmak isteyen pratisyen hekimlere vermiştir. Bu nedenle sahada, AH uzmanından çok pratisyen hekimlikten aile hekimliğine geçen hekimler bulunmaktadır. Nitekim bu çalışmada da hiç bir AH uzmanına rastlanmamış, bütün görüşmeler daha önce pratisyen olan hekimlerle yapılmıştır.

AHS'de hekimlerle birlikte hemşire, sağlık memuru, ebe gibi sağlık personelleri bulunmakla birlikte hekim dışı sağlık çalışanları ASE olarak tek bir grupta toplanmıştır. Bu nedenle araştırmada hekim dışı ASM çalışanları ASE olarak nitelendirilecektir.

4.1.2. Cinsiyet

Araştırmaya katılanların cinsiyete göre dağılımı Çizelge 2'de verilmiştir.

Çizelge 2

Araştırmaya Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	**AH**	**ASE**	**Toplam**
Kadın (f)	2	7	9
Erkek (f)	4	1	5
Toplam	**6**	**8**	**14**

Çizelge 2'de görüldüğü üzere, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının dokuzu kadın, beşi erkektir. Araştırmaya katılan ASE'lerden yalnızca birinin erkek olması, toplumsal cinsiyet rollerinin meslek seçimi üzerine olan etkisini göstermektedir. Hemşirelik, ebelik gibi mesleklerin daha çok kadın mesleği olarak algılanmasına bağlı olarak bu alanları erkekler daha az tercih etmektedir.

4.1.3. Yaş

Araştırmaya katılanların yaşa göre dağılım Çizelge 2'de verilmiştir.

Çizelge 3

Araştırmaya Katılanların Yaşa Göre Dağılımı

Yaş	**AH**	**ASE**	**Toplam**
25 yaş ve altı (f)	-	-	-
26-35 (f)	-	1	1
36-45 (f)	-	6	6
46-55 (f)	6	1	7
55-65 (f)	-	-	-
Toplam	**6**	**8**	**14**

Araştırmaya katılanların yaşlarına bakıldığında 25 yaş ve altı sağlık çalışanı bulunmazken, ASE'lerin daha çok 34-45 yaş aralığında olduğu, aile hekimlerinin ise 50 yaş ve üstü olduğu görülmektedir.

4.1.4. Medeni Durum

Araştırmaya katılanların medeni durumları Çizelge 3'de verilmiştir.

Çizelge 4

Araştırmaya Katılanların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	**AH**	**ASE**	**Toplam**
Evli (f)	4	8	12
Bekâr (f)	2	-	2
Diğer (Belirtiniz) (f)	-	-	-
Toplam	**6**	**8**	**14**

Araştırmaya katılanların 12'si evlidir. AHS'de gece nöbeti olmaması, evli ve çocuk sahibi olan sağlık çalışanlarının, bu sistemde çalışmayı tercih etme sebepleri arasında yer almaktadır.

4.1.5.Eğitim Durumu

Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre dağılımı Çizelge 5'te verilmiştir.

Çizelge 5

Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	**AH**	**ASE**	**Toplam**
Lise (f)	-	1	1
Ön lisans (f)	-	4	4
Lisans (f)	-	3	3
Yüksek Lisans (f)	-	-	-
Doktora (f)	-	-	-
Tıp Fakültesi (f)	6	-	6
Toplam	**6**	**8**	**14**

Eğitim durumu açısından bakıldığında araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından sadece biri lise mezunu, diğerleri üniversite mezunudur.

4.1.6. Sendika Üyeliği

Araştırmaya katılanların sendika üyeliklerine göre dağılımı Çizelge 6'da verilmiştir.

Çizelge 6

Araştırmaya Katılanların Sendika Üyeliğine Göre Dağılımı

Sendikalar	**AH**	**ASE**	**Toplam**
Türk Sağlık Sen (f)	2	1	3
Sağlık Sen (f)	-	4	4
SES (f)	1	-	1
Hayır (f)	3	3	6
Toplam	**6**	**8**	**14**

Sağlık çalışanları, sendika üyeliği açısından değerlendirildiğinde, en çok Sağlık Sen'e kayıtlı oldukları görülmektedir. Sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının sendika üyeliğinin bulunması dikkat çekicidir. Sağlık çalışanları, AHS'de net bir düzenlemenin olmaması, nöbet tutmak zorunluluğu gibi düzenlemelere karşı birlik sağlamak ve kendilerini daha güçlü bir şekilde ortaya koymak amacıyla sendikalara üye olduklarını belirtmişlerdir.

4.1.7. Çalışma Süresi

Araştırmaya katılanların çalışma sürelerine göre dağılımı Çizelge 7'de verilmiştir.

Çizelge 7

Araştırmaya Katılanların Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

Meslekte Çalışma Süresi (yıl)	**AH**	**ASE**
0-5 (f)	-	-
6-10 (f)	-	3
11-15 (f)	-	2
16-20 (f)	-	1
21-25 (f)	4	1
26 ve üzeri (f)	2	1
Toplam	**6**	**8**

Çalışma süreleri açısından bakıldığında, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarında, işe yeni başlayan veya 5 yılın altında çalışma süresine sahip olan kişi bulunmamaktadır. Çalışmada yer alan hekimlerin tamamı 25 yıl ve üzeri çalışmaktadır.

4.1.8. Aile Sağlığı Merkezinde Çalışma Süresi

Araştırmaya katılanların ASM'de çalışma sürelerine göre dağılımı Çizelge 8'de verilmiştir.

Çizelge 8

Araştırmaya Katılanların Aile Sağlığı Merkezindeki Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

ASM'de Çalışma Süresi (yıl)	**AH**	**ASE**	**Toplam**
1-2 (f)	1	-	1
3-4 (f)	-	-	-
4-5 (f)	1	1	2
6 (f)	4	7	11
Toplam	**6**	**8**	**14**

ASM'de çalışma durumları açısından değerlendirildiğinde, 11 sağlık çalışanı AHS uygulanmaya başladığından beri sistemde yer alırken, bir sağlık çalışanı iki yıldır sistemde çalışmaktadır.

4.1.9. Araştırmaya Katılanların Hizmet Vermekle Yükümlü Olduğu Kişi Sayısı ve Sağlık Çalışanlarına Verdikleri Hizmet Karşılığı Yapılan Ödeme Şekli

Araştırmaya katılanların hizmet vermekle yükümlü oldukları kişi sayısı Çizelge 9'da verilmiştir.

Çizelge 9

Araştırmaya Katılanların Hizmet Vermekle Yükümlü Olduğu Kişi Sayısına Göre Dağılımı

Kayıtlı Kişi Sayısı	**AH**	**ASE**	**Toplam**
3000-3300 (f)	2	1	3
3301-3600 (f)	-	1	1
3601-3900 (f)	-	1	1
3901-4200 (f)	1	3	4
4201-4500 (f)	3	2	5
Toplam	**6**	**8**	**14**

Çizelgeden de anlaşılacağı üzere, sağlık çalışanlarının hizmet vermekle yükümlü oldukları kişi sayısı 3000'in üzerindeyken, sekiz sağlık çalışanında 4000'in üzerindedir. Ancak Aile Hekimliği Ödeme Ve Sözleşme Yönetmeliği'ne göre kayıtlı kişiler için ödeme yapılırken standart bir ödeme bulunmamakta, kayıt olan kişinin özelliğine göre ödemeler değişmektedir. Kayıtlı kişiler için ödenecek ücret şu şekilde belirlenmiştir: Sözleşmeyle çalıştırılan AH'ye yapılacak ödemelerin hesaplanmasında, görev tanımlarında verilen hizmetler için aşağıdaki esaslara göre ödeme yapılır. Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda yapılacak hizmetler için ayrıca bir ödeme yapılmaz. Kayıtlı kişiler için;

1) Gebeler için (3) katsayısı,

2) Cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlüler için (2,25) katsayısı,

3) 0-59 ay grubu için (1,6) katsayısı,

4) 65 yaş üstü için (1,6) katsayısı,

5) Diğer kişiler için (0,79) katsayısı, esas alınır.

Çalışanlara 4000 kişiye kadar ödeme yapılmakta, bunun üzerindeki sayılar için hiçbir ödeme yapılmamaktadır. Bu nedenle hekimler, yeni kayıtları kabul etmekten kaçınmakta ve katsayısı yüksek olan kişileri takip etmek istemektedirler. İki sağlık çalışanı bu durumu şöyle açıklamaktadır:

> Hasta bize kayıt olmak istiyor ama alamıyoruz. Bu sefer de hasta uzaktaki bir AH'ye kayıt oluyor. Devlet şöyle bir şey diyebilirdi: Aile hekimliğini bölgelere ayırdım. Bölgelere pozisyonlar verdim. Atıyorum Mamak bölgesine 200 tane pozisyon verdim. Noktalar bunlar, bu noktalara talip olanlar girebilir. Hasta talep ettiği doktora gidebilir. Çünkü hasta sizi talep ediyor ama siz çok dolu olduğunuz için almıyorsunuz. Neden almıyorsunuz? Hasta ile ilgili her şey masraf oluşturuyor. Enjeksiyonundan pansumanına kadar, elektriğinden suyuna kadar hepsi bir maliyet oluşturuyor. Bana devlet diyor ki ben sana 4000 hastaya kadar belli bir ödeme yapabilirim ancak bundan sonrasına ödeme yapmam. Sizi talep eden 6000 hasta var. 2500 misafir hastam var ama onlar bana maliyet olarak yansıyor. Isınma giderine kadar masraf yapıyoruz. O, devletin verdiği paradan gidiyor. Devlet bana diyor ki alma (SÇ 2).

> Tabi başlangıçta çok iyi bir planlama yapılmadan bu işe girişildiği için aslında olması gerekenden çok fazla nüfus bir aile hekimine kayıtlı. Bu da verilen hizmetin kalitesini çok düşürüyor. Bir hastaya ayırmamız gereken süre çok kısalıyor. Amacımız sadece hastayı şikâyeti ile

> değerlendirmek, ilacını yazıp yollamak değil, burada amaç, koruyucu hekimlik hizmetlerini ve sağlık eğitimi hizmetlerini de verebilmek. Bunlar nereden bakarsanız her hasta için 10–15 dakikalık süre gerektirmektedir. Bunu yapmamız mümkün değil. İyi planlanmadığı, iyi düşünülmediği için iş yükümüz çok fazla. Çünkü sadece hastayla ilgilenmek değil, yazı işimiz çok fazla. İdari tarafı da var. Sonuçta biz orada özel bir işletmeyi idare ediyoruz. ASM'nin her türlü işi bize ait, tamirattan tut da personel çalıştırmaya kadar hepsi bizimle ilgili. Dolayısıyla bu tür işlere çok kısıtlı bir vakit kalıyor (SÇ 3)

Sağlık çalışanları AHS'nin iyi planlanmadan uygulanmaya geçtiğini ifade etmişlerdir. Bakanlığın çalışanlara ödemeyi 4000 kişiyle sınırlandırması ve ASM'lerin giderlerini hekimlere verilen maaştan ödemesini istemesi nedeniyle AH'ler kendilerine kayıtlı olmayan kişilere bakmak veya yeni kayıt almak istememektedirler. Ayrıca sağlık çalışanları sağlık hizmetleriyle ilgilenmekle kalmayıp, ASM'nin işleriyle de ilgilenmek durumundadırlar ve ASM'yi işletme olarak görmektedirler.

4.1.10. Araştırmaya Katılanların Hizmet Verdiği Günlük Hasta Sayısı

Araştırmada yer alan sağlık çalışanlarının hizmet verdikleri günlük hasta sayısı Çizelge 10'da verilmiştir.

Çizelge 10

Araştırmaya Katılanların Hizmet Verdikleri Günlük Hasta Sayısına Göre Dağılımı

Günlük Hasta Sayısı	**AH**	**ASE**	**Toplam**
10-20	-	1	1
21-30	-	3	3
31-40	-	3	3
41-50	2	1	3
51-60	1	-	1
61-70	-	-	-
71-80	1	-	1
81-90	-	-	-
91-100	-	-	-
101-110	1	-	1
111-120	1	-	1
Toplam	**6**	**8**	**14**

AH'ler, günlük en az 40-60 kişiye hizmet vermektedir. İki AH'nin günlük hizmet verdiği kişi sayısı 100'ün üzerine çıkmaktadır. Günlük çalışma saatleri başvuran kişi sayısına bölündüğünde, yaklaşık olarak hekimin bir kişiye ayıracağı süre 5 dakika civarında olmaktadır. Bu 5 dakikalık süre hastanın şikâyetlerini anlamak için yeterli

olmamakta, hekimler hastaları istedikleri gibi muayene edememektedirler. Görüşülen AH'ler ASM'lere başvuran kişilerin kısıtlı süre nedeniyle sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamadıklarını belirtmişlerdir. Bir AH (SÇ 4) konu hakkındaki görüşlerini şu şekilde dile getirmektedir: "Hasta muayene sayıları bakımından kötü oldu. Muayene sayısı arttı ama kalitesi düştü. Muayene süresi az olduğundan birçok şeyi atlıyoruz. Böyle soymak, her tarafına fizik muayene olarak bakmak lazım, biz de o zaman yok."

ASE'ler, hekimlere göre daha az hastaya hizmet vermektedir. Performans sistemi doğrultusunda daha çok gebe, bebek takibi ve aşılar üzerine yoğunlaşan ASE'ler, bu hizmetler dışında başvuran kişilere, hasta talep etmedikçe zaman ayıramadıklarını belirtmişlerdir.

4.1.11. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Sisteminde Çalışma Biçimi

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tamamı AHS'de çalışmayı kendileri talep etmişlerdir. Sağlık çalışanlarının, AHS'ye geçmelerinde, daha önce sağlık ocağında çalışmaktan kaynaklı olarak sisteme aşina olma, toplum sağlığı merkezinde ne iş yapacağını bilememe, sabit bir yerde çalışma arzusu, ücretlerin yüksek olması, gece nöbetinin olmaması, yatan hastayla uğraşmanın daha zor olarak algılanması, ASE'ler için belirtilen nedenlerin yanı sıra tek hekimle çalışma gibi faktörler etkili olmuştur.

AHS'de çalışan tüm kişiler sözleşmelidir. Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğine göre; AH'ne kayıtlı kişi sayısının aralıksız iki aydan fazla (aylık yapılan üçüncü bildirimde) 1000'in altına düşmesi, sağlık sebebiyle bir sözleşme döneminde 180 günü aşan süreyle görevin ifa edilememesi durumunda sözleşme fesih edilir. Ayrıca sağlık sebebiyle 90 günü aşan görevin ifa edilememesi durumu söz konusu ise alınan sağlık raporlarının Bakanlığın belirlediği hakem hastane tarafından onaylanması gereklidir. Bir sözleşme dönemi içinde, verilen ihtar puanlarının iki yüz puana ulaşması hâlinde sözleşme vali tarafından sona erdirilir. Bu da beraberinde güvencesiz çalışmayı getirmektedir. AH'ler kendilerine kayıtlı kişi sayısını kaybetmemek için, istemedikleri bazı uygulamaları yapmak zorunda kalmaktadır. İki sağlık çalışanı konu hakkındaki görüşlerini şu şekilde belirtmişlerdir.

> Hastalar her şeyi şikâyet edebiliyorlar. Bütün şikâyetler dikkate alındığı için uğraşmak istemiyorsunuz ve dediğini yapmak durumunda kalıyorsunuz. Yıllık yüz puanı geçince sözleşmeniz fesih oluyor ama

> dava edip geri dönebiliyorsunuz. Tüm bunlarla uğraşmamak için hastanın dediklerini yapıyorsunuz (SÇ 2).

> Bazen çok zorbalıklar oluyor, zorbalık derken performans. Hepimizi etkiliyor. Aile Hekimliğinin net bir maaşı yok. Puan ve para cezası var. Bir nüfus veriliyor. Performans üzerinden gebe, çocuk, yaşlı nüfus veriliyor. Onun üzerinden bir maaş belirleniyor. Maaş kesintiler haricinde ödeniyor. Bir çocuğun aşısı yapılmadı, bir gebenin izlemi yapılmadıysa onun parası kesilip, hem puan olarak hem para olarak kesiliyor hesabımızdan (SÇ 8).

SÇ 8'in performans sistemini zorbalık olarak nitelendirmesi dikkat çekicidir. Performans sistemi, ASM çalışanlarına hizmet verirken baskı oluşturmakta, bazen ceza almamak adına hasta için gerekli olmayan işlemleri yapmalarına neden olmaktadır.

4.2. Araştırmaya Katılanların Aile Hekimliği Sistemi Hakkındaki Görüşleri

Sağlık çalışanlarına genel olarak AHS hakkındaki görüşleri sorulduğunda, büyük bir kısmı memnun olduklarını, sağlık ocağı sistemine göre daha iyi bir sistem olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Neredeyse tüm çalışanlar, performans sisteminin etkisiyle bebek, gebe, aşı takiplerinin sağlık ocağına göre daha başarılı uygulandığını ifade etmişlerdir.

> 91 yılından beri birinci basamakta çalışan bir hekim olarak, aile hekimliğinin daha efektif olduğunu düşünüyorum. Hakikaten kendimi daha yararlı hissediyorum, birinci basamak doktorluğuna. O zamankine göre şimdi hastamı tanıyorum. Bebek ve çocuk aşı takiplerinde daha başarılı olduğumuzu düşünüyorum. O zaman kesinlikle çok fazla aşı kaçırıyorduk. Bu kadar takibe rağmen zorla çeke çeke hastaları getiriyoruz ki o zaman hiç öyle bir takip yoktu. O zaman zorunluluk yoktu. Siz istediğiniz kadar çağırın gelmezse. Zaten telefon filan insanlara ulaşılması bu kadar kolay değildi. Şimdi cezası var size. Mecburen peşine düşüyorsunuz (SÇ 1).

> Bence güzel bir sistem. Ben sağlık ocağında da çalıştım. Aşılama dersek, gebe izlem dersek şimdiki sistem çok iyi. Gözlemim sıfır hata. Eskiden gözden kaçabilecek bebekler, gebe izlemler olabiliyordu ama şimdi olacağını pek sanmıyorum (SÇ 12).

> Vallahi önceki sağlık ocağı sisteminden daha iyi olduğunu düşünüyorum. Aşılar, gebe açısından daha iyi. Burada hastayı biliyorsun. Her şey belli, o anlamda memnunum (SÇ 14).

Yukarıdaki ifadelerden gebe, bebek ve aşı takiplerinde performans sisteminin etkisi olduğu açıkça anlaşılmaktadır. Ayrıca yeni sistemle birlikte, kendilerine kayıtlı

olan kişilere hizmet veriyor olmaları başvuran kişiyi tanımalarına, gelen kişilerin sağlıkla ilgili gereksinimlerini net olarak ortaya koymalarına yardımcı olmaktadır.

Sistemde hekimlere daha önce çalıştıkları döneme göre daha fazla ücret verilmesi, hekimlerin uygulanan sisteme daha olumlu bakmalarına neden olurken, ASE'lere hekimler gibi ödeme yapılmaması, bazı ASE'lerin haksızlık yapıldığını düşünmelerine ve sistemi bu anlamda eleştirmelerine neden olmaktadır. Bir ASE konu hakkındaki görüşlerini şu şekilde belirtmektedir.

> AHS hekim odaklı oluşturulmuş bir sistem. Maddi açıdan hekimi tam doyuma ulaştırıyor ama aile sağlığı çalışanlarını, yani çalışan diye geçiyor ama hemşire, ebe arkadaşlarımıza sadece onlara hiç bir hakkınızı gözetmeden, maddi açıdan doyum sağlamayan ve elinde olmayan sebeplerden dolayı mağdur edilen bir sistem (SÇ 5).

4.2. 1. Araştırmaya Katılanlara Göre Sistemin Olumlu Yönleri

Gebe, bebek ve aşı takiplerinin daha düzenli olması: Sağlık çalışanlarına, AH'nin kendilerine göre en olumlu yanı nedir diye sorulduğunda, büyük bir kısmı gebe, bebek ve aşı takiplerinin çok başarılı olduğunu belirtmiştir. Bu hizmetleri alması gereken her bir kişi için Bakanlık, ayrı bir tarih aralığı vermektedir. Bakanlığın belirlediği bu tarih aralığında işlemlerin yapılması gerekmekte, sistem belirtilen tarihlerden farklı dönemlerde yapılan işlemleri kabul etmemektedir. Dolayısıyla belirtilen aralıkta yapılmayan işlemler için Bakanlık çalışanlara ceza uygulamakta ve performans kesintisine gitmektedir. Sağlık çalışanlarına göre bu durum, çalışanların belirtilen takipleri daha düzenli olarak yapmalarına neden olmaktadır. Sağlık çalışanları, bu şartlarda da olsa takiplerin zamanında yapılmasını memnuniyet verici bulmuşlardır.

> Bebek ve gebe takibinde sistem çok güzel oturmuş. Aşı kaçmıyor gibi bir şey. Gelişim takibi yapılıyor. Ben sağlık ocağında çalıştım. Şimdi bir bebeğin gelişim takvimini çıkarıyorsunuz. Bebeğin büyüme ve gelişmesinde bir sıkıntı olduğu zaman çıkartıyorsunuz. Bunun bir izlem takvimi var. Sizin belli aralıklarla görmeniz gerekiyor. Bir gün öncesini bir gün sonrasını kabul etmiyor. Mesela geliyor. 2. ay aşısına 3. ay ne zaman geleceğini kâğıdına yazıyoruz. Ona göre geliyor (SÇ 1).

> Bu şekilde gebe takibi, aşı takibi biraz daha düzen kazandı. Gelmeyen hastalara ulaşıyoruz. Gelmeyen gebeler için defalarca arıyoruz. Hani hizmetin ulaşması açısından, özellikle koruyucu hizmetin ulaşması açından avantajlar var (SÇ 3).

> Sağlık ocağı sisteminde aşılar aileye bırakılıyordu. Aile getiriyordu, aile takip ediyordu. Aşıları aile yaptırırdı. Şu anki aile hekimliği gibi takip

> yoktu. Bizim aşılarımız en fazla bir ayda yapılıyor. Ama sağlık ocağında bu iki, üç, dört aya çıkabiliyordu (SÇ 8).

> İnsanlar bazı konularda bilinçli oldu biz de bilinçli olduk. Aşı olayları biraz daha iyi, gebe takipleri arttı. Çok iyi tarafları var. İnsanlar biliyorsunuz biraz daha bilinçlendi. Kamu spotu çok yapıldı. Bir de bu işe Avrupa Birliğinden çok fazla paralar, kaynaklar yatırıldı (SÇ 9).

Yukarıda görüldüğü üzere sağlık çalışanları, AHS'de gebe, bebek ve aşı takiplerinin sağlık ocağı sistemine göre daha başarılı olduğunu ifade etmişlerdir. Takipler için kişiler başvurmasa bile sağlık çalışanları ilgili kişilere ulaşmakta, takiplerin ve aşıların yapılmasını sağlamaktadırlar.

Kendilerine kayıtlı kişilere hizmet verme: Sağlık çalışanları, sağlık ocağı sisteminde kişilere coğrafi temelli hizmet verirken, AHS'de, kendilerine kayıtlı kişilere hizmet vermektedirler. Sağlık çalışanları bu durumu sistemin olumlu yönü olarak görmüşlerdir.

> Hastalar kayıtlı, yaşlısına, gebesine kadar. Sistem de kaç gebem var, bebem var biliyorum. Buna göre aşı istiyorum. Bunlar güzel geliyor. Takibi kolay (SÇ 7).

> Bildiğin, tanıdığın, hastalıklarını not ettiğim hastaları muayene etmek daha iyi (SÇ 10).

> Belirli kişilerle çalıştığımız için aile gibi, aile yakını gibi oluyorsunuz. Hastalıklarını, takiplerini çok rahat izleyebiliyorsunuz. Güvene dayalı hizmet veriyorsunuz (SÇ 13).

> Bana göre en olumlu yanı hastalarla birebir olmamız. Sağlı ocağı sisteminde çok fazla ulaşamıyorsunuz hastaya. Ama burada hastalar size kayıtlı olduğu için daha rahat ulaşıyorsunuz. Geri dönüşümleri de çok fazla (SÇ 14).

Araştırmada yer alan sağlık çalışanları hep aynı kişileri takip ettikleri için, kişilerin sağlık durumlarında ortaya çıkan değişimleri ve ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini daha kolay saptadıklarını belirtmişlerdir. Bu sistemle birlikte, çalışanlarla hizmet verdikleri kişiler birbirlerini tanıdıkları için aralarında güvene dayalı bir ilişki oluştuğunu da düşündüklerini ifade etmişlerdir.

Çalışanların, kendisine kayıtlı kişilere hizmet vermekten sorumlu olması ve sistemin her hekimin bir ASE ile çalışmayı getirmesinin, herkesin eşit çalışmasını sağladığını, görevden kaçmaların önüne geçtiğini ve çalışanların yapmadığı davranışlar için sadece kendisinin ceza almasının olumlu olduğunu düşünen kişilerde bulunmaktadır.

> Herkes iş yapıyor mu herkes iş yapıyor. Sağlık ocağında bir kesim vardı, çalışmıyordu. Herkesin bir işi var az ya da çok. Şimdi herkesin hastası ayrı. Bugün az çalışırım yarın çok. Herkesin kendi sorumluluğu var (SÇ 11).

Yukarıdaki ifadeden sağlık çalışanının, sistemle birlikte herkesin kendi yaptığı işten sorumlu tutulmasından memnun olduğunu anlamaktayız ancak bu şekilde bir yandan ekip çalışması da yok edilmiştir. Sağlık çalışanlarının ifadelerine göre, ASM'de çalışanlar sadece kendilerine kayıtlı olan kişilerden sorumlu tutulmakta, diğer kişilere istemedikleri takdirde hizmet vermemektedirler.

AHS'de gece nöbetinin olmaması: Aile hekimliğinde nöbet uygulamasının olmaması, özellikle ASE'ler açısından memnuniyet verici karşılanmaktadır. Ancak uygulamanın başında hiç nöbet olmamasına rağmen, daha sonra ayda bir cumartesi günleri 08:00-16:00 saatleri arasında, sistemde yer alan tüm sağlık çalışanları nöbet tutmak durumunda kalmışlardır. Yine de ASE'ler gece nöbetinin olmamasını sistemin olumlu yönü olarak değerlendirmişlerdir.

> Tek iyi şeyi nöbet yok ama zaten birinci basamakta nöbet yoktur. Bizim işimiz birinci basamak. Karşıdan bakıldığında boş oturuyoruz gibi görünüyor. Aslında hiç öyle değil. Birçok kişi evine yakın diye, çocuğu küçük diye sosyal sorunlarından dolayı aile hekimliğini tercih etti. Nöbet tutmamak olumlu yanı ancak o da terazinin öbür kefesine koyduğunuzda o kadar dengeyi bozuyor ki anlatamam (SÇ 5).

> Bizde nöbet yok. Benim çocuğum güvende olsun benim için önemli olan o. Gece nöbeti benim için avantaj. Ben daha önce küçük hastanelerde de çalıştım ama buradan daha çok yoruluyordum ve sağlık problemi yaşıyordum (SÇ 11).

Yukarıdaki ifadelerden sağlık çalışanlarının sistemin bazı olumsuz yönlerinin bulunduğunu düşünmelerine rağmen çocuklarına daha fazla zaman ayırabilmek ve hastane koşullarından daha iyi olduğunu düşündükleri için AHS'de çalışmayı tercih ettiklerini anlamaktayız.

Amirlerle iyi geçinme: Bir ASE'nin sistemin olumlu yönü olarak, "Bizim burada memnuniyetimizin en büyük sebebi amirlerimizle iyi geçinmemiz, en başta onu söyleyim. Amirlerimizle iyi geçinmediğimiz zaman, bu silsile şeklinde hastalara yansır. Ben kendi şahsım adına doktorumla çok iyi anlaştığım için bu sistemden memnunum" demesi önemlidir.

ASE'nin, AH tarafından belirleniyor olması ister istemez işçi-işveren durumu yaratmaktadır. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'una göre; ASE, AH

tarafından belirlenen ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülen, kurumlarınca da muvafakati verilen Bakanlık veya diğer kamu kurum ve kuruluşları personeli arasından seçilir ve bunlar sözleşmeli olarak çalıştırılır. Aynı kanuna göre, "AH ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi kişiler "sağlık elemanı" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, temel sağlık hizmetleri ekip üyelerinin lisans eğitimi sonunda edindikleri mesleki unvanlarını yok saymaktadır. Bu yaklaşım bir yandan hekim dışı sağlık çalışanlarını değersizleştirmekte; diğer yanda sosyalleştirme sırasında her birinin görev tanımlarının ayrıntılı olarak yapılan ebe, sağlık memuru gibi tıp mesleklerini görünmez kılmakta ve hepsini tek tanıma sığdıran bu anlayış, birinci basamakta ekip anlayışını yok etmektedir (Pala, 2007).

ASE'nin, hekimi amiri olarak görmesi ve amiriyle anlaşmasını sistemin olumlu yanı olarak ASE'lerin bazılarının bu durumu kabullendiğini ve içselleştirdiğini göstermektedir. Ancak bazı ASE'ler, hekimin işveren olmasından, eşitsiz görev dağılımından, kendilerine ASE denilmesinden rahatsız olduklarını, bu konuda sendika düzeyinde çalışma başlattıklarını ifade etmişlerdir.

> Ama tabii eksik olan tarafları, tam oturmamış olan tarafları, Türkiye koşullarında çalışmayı düşünmemiz gereken tarafları olduğu için tabi daha çok eksiklikleri var. Bir de iş yükü çok fazla, bir de bir tarafa iş yükünün daha çok bindiği. Sistem olarak ASM'leri biliyorsunuz. Doktorları biliyorsunuz, bazı doktorların yetişemediği yerlere, fazla olarak, gelirinin olmayıp iş yükünün olduğu. Bazı konularda eksiklikler çok fazla. Mesela doktora performansı veriyor, ekstra ücretlendirme yapıyor, hemşire olarak, hemşireye o işin sorumluluğunu verip, hemşireye o işle ilgili herhangi bir ücret ödemiyor. Yönetmelikte ama hep gerekirse deyip ama hep doktora yönelik (SÇ 8).

Örnekte de belirtildiği gibi ASE'ler ödeme sisteminde kendilerine adil davranılmadığını, görev tanımlarının net olarak yapılmadığını ve giderek iş yüklerinin arttığını düşünmektedirler.

4.2.2. Araştırmaya Katılanlara Göre Sistemin Olumsuz Yönleri

AHS'nin hizmeti alan kişiler tarafından anlaşılmamış olması: Araştırmaya katılan kişilere sistemin olumsuz yönleri sorulduğunda, AHS'yi vatandaşın tam olarak anlamamasına bağlı olarak, vatandaşların kendilerinden "her şeyi talep etmeleri"nden rahatsız olduklarını belirtmişlerdir. Zaman zaman bu taleplerin baskıya dönüştüğünü ve şiddete maruz kalabildiklerini ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanlarını şikâyet etmek için

"Alo 184 şikâyet hattı" bulunmaktadır. "Alo 184 şikâyet hattı"na gelen tüm şikâyetler için, öncesinde herhangi bir inceleme yapmadan kendilerinden savunma istendiğini söyleyen çalışanlar, bazen bu şikâyetler sonucunda puanlarının kesilerek ceza ödediklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca hekimler, kendilerine kayıtlı kişi sayısının 1000 kişinin altına düşmesi halinde performans kaybı yaşamaktadırlar. Hekimler, tüm bunları yaşamamak için başvuran kişilerin isteklerini yapmak zorunda kalabildikleri durumlar olduğunu belirtmişlerdir.

> Normalde hasta tetkik istemez. Tetkik tek başına istenmez, hastanın muayene edilmesi lazım. Televizyon çok fazla uyaran veriyor… Birde bizim gibi gelişmesini tamamlamamış toplumlarda herkes her şeyi bilir. Bir diktatörler her şeyi bilir. Oysa herkes her şeyi bilemez. Ama bize gelip bana şunu yaz bunu yaz diye çok geliyorlar. Yorgunluk, şikayetler yüzünden hastaların dediklerini yapmak zorunda kalıyoruz.….. Şikâyet edilebilmeli ama hasta her şeyi şikâyet edebiliyorlar. Bütün şikâyetler dikkate alındığı için uğraşmak istemiyorsunuz ve dediğini yapmak durumunda kalıyorsunuz. Yıllık yüz puanı geçince sözleşmeniz fesih oluyor ama dava edip geri dönebiliyorsunuz. Tüm bunlarla uğraşmamak için hastanın dediklerini yapıyorsunuz (SÇ 2).

> Sistem öyle bir sistem ki hekimlerin değil, popülâsyonun tarafında yer alıyor. 184 gibi bir şikâyet hattı var. Son derece haksız şikâyetler dikkate alınıp soruşturma geçirmek durumunda kalıyorsunuz. Zaten şiddete meyilli bir halk var, şiddet prim yaptığı için ve şiddete prim verildiği için biz genelde burada mağduruz (SÇ 3).

Yukarıdaki ifadelere göre sağlık çalışanları şikâyet edilmekten büyük bir rahatsızlık duymaktadırlar. Son zamanlarda sağlık çalışanlarına şiddette de artış görüldüğünü ifade eden sağlık çalışanları, kendilerini şikâyetlerle ilgili mağdur olarak görmekte, hasta sayısının fazla olması, yorgunluk gibi faktörler de eklenince sorun çıkmasın diye ister istemez kendilerine başvuran kişilerin taleplerini yerine getirdiklerini belirtmişlerdir.

> Şu dezavantajı var. Mesela son zamanlarda ehliyet. Adamın şeker, tansiyon, kalp hastalığı var, 65 yaşında. Bana ehliyeti sen ver, hastaneye gönderme diyor. Kendi veteriner, bilmesi lazım. Vermen lazım diyor. Ama yaşlı nüfus buna uymuyor. Bunları niye bize yolluyorsun. Üç kişi bu yüzden aile hekimini değiştirdi. Bunun bir kuralı yok. İşine gelmediği zaman aile hekimini değiştiriyor. Kurallarıyla uygulamak isteyen zor durumda kalıyor. Benim yakınım doktor, Kızılay'da çalışıyor. O buraya gel dedi ama ben buraya geldim dedi. Her şeyi açıkladığım halde adam ben hastaneye gidemem diyor. Kaydını bizden aldı. Bunlar insanı sinir yapıyor. Adama kanun nizam öğretiyorsun (SÇ 10).

> Sistem tam oturmadığı için aile hekiminin ne olduğunu vatandaş da tam olarak bilmiyor. Her şeyi talep ediyor. Burayı reçete yazdırma, rapor alma yeri gibi görüyor. Bizi doktor olarak görmüyor. Hastalandığı zaman hastaneye gitmek istiyor ama diğer işler için buraya geliyor. Sekreter olarak düşünüyor sizi. Bana ağrı kesici yaz diyor. Hekim olarak görmüyor (SÇ 13).

Hekimin kendisini hekim olarak değil sekreter olarak görüldüğünü düşünmesi dikkat çekicidir. Sistemde hekim değiştirme hakkının olması, başvuran kişilerin talepleri karşılanmadığı takdirde hekim değiştirmelerine neden olmaktadır. Halkın bu durumu hekimlere karşı tehdit olarak kullandığını düşünen sağlık çalışanları, performans sistemi nedeniyle böyle bir durumla karşılaştıklarında kendilerini çaresiz hissettiklerini belirtmişlerdir.

Gebe, bebek ve aşı takiplerinin sorumluğunun ASM çalışanlarına verilmesi: Bakanlığın gebe, bebek, aşı vb. takipleri bütünüyle ASM çalışanlarının sorumluluğuna verdiğini belirten sağlık çalışanları, bu durumun sitemin olumsuz yönü olduğunu ifade etmişlerdir.

> Olumsuz yanı şu: Bütün sorumluluk ve yükümlülük bize ait. Anneye babaya yani çocuğunu aşıya getirmeyen halka ya da gebelik kontrolüne gelmeyen halka bir ceza yok. Adam yaptırmak istemiyorum dediği zaman onun o kadar çok kâğıdı var ki. Yazıyorsunuz da yazıyorsunuz. Ben imzalamıyorum dediği zaman bir sürü sıkıntı çıkıyor ama devlet, ona kardeşim sen bunu yaptırmıyorsan 300 TL-500 TL cezası var diyemiyor. 3. basamağa gitseler bile gebelerin bize 4 defa gelmesi gerekiyor (SÇ 1).

> En olumsuz yanı göç durumunda yani adres değişikliği durumunda kişinin kendi rızasıyla aile hekimini değiştirdiği için başka bir yere gittiğinde hastayı bulmakta sorun yaşıyoruz. Bu il dışı olsun, yurt dışına bile gitse böyle. En çok zorluk yaşadığımız sıkıntı bu. Atıyorum evlenmiş, başka bir ile taşınmış, orada çocuğu olmuş. Kendisini atıyorlar, çocuğunu atıyorlar. Takip etmek zorunda kalıyorsun. Devlet, adres değişikliği otomatik olarak yapılırken, aile hekimini değiştirmeyi bireye bırakıyor. Bizim şehir dışındaki hastaya ulaşıp aile hekimini değiştir demek zorunda kalıyoruz (SÇ 11).

Sağlık çalışanlarının ifade ettiği üzere; AHS'de kişiler AH'yi değiştirmedikçe AH takip ettiği kişiyi listesinden çıkaramamaktadır. Kayıt coğrafi temelli olmadığı için başka bir şehre taşınsa bile kişi değiştirmedikçe aynı AH'ye kayıtlı kalmaktadır. Taşınan kişi gebeyse veya bebeği varsa başka bir şehre gitse bile AH ve ASE'den, bu kişileri takip etmeye devam etmeleri beklenmektedir. Ancak çoğu zaman kişiler adres ve telefon değişikliklerini kendilerini takip eden ASM'ye haber vermemektedir. ASM bu kişilere ulaşamadığında, belirli aralıkta yapılması gereken hizmetleri yerine

getirememektedir. Bakanlık, bu durumda bildirim yapmayan kişilere herhangi bir yaptırım uygulamazken, sağlık çalışanlarına performans cezası verilmektedir. Sağlık çalışanları bu koşullar sonucu ulaşamadıkları kişiler için kendilerine yaptırım uygulanmasını, sistemin olumsuz yönü olarak değerlendirmişlerdir.

İş yükünün fazla olması: ASE'ler, işin yükünün fazla olmasından ve her geçen gün kendilerine yeni bir görev tanımının yapılmasından rahatsızlık duyduklarını belirtmişlerdir.

> Çok bindirme iş var. Bir kişiden 10 tane, 20 tane iş beklerseniz ya da bir hekimden günde 100 tane hasta bakmasını isterseniz burada sağlıksız bir ortam doğuyor ister istemez. Burada aile planlaması hizmetleri verilecek, gebelere çocuklara bakılacak, artı ekstra tetkikler yapılacak, gaitada gizli kan, smear alınacak, şu yapılacak bu yapılacak ama benim iki tane elim var. Bir de artı aşıları sisteme giriyoruz. Marketçilik oynuyoruz. Barkot okutuyoruz. İş yükü fazla. Biz bunu sisteme de girmek durumundayız. Bizim çalışmalar var, aylık çalışmalar. Atıyorum kanser taramasında kaç hasta var. Sonuçları ne çıktı. Bebek ölüm hızı ne oldu. Bunları hep biz yapıyoruz. Aşı istemlerini yapıyoruz. İşte kargaşalık var, yoğunluk var ama her şey düzenli görünsün deniyor. Bir yerde illaki çıkacak. Bir insandan 10-15 iş isterseniz patlama olur ama nerede olur bilmiyorum (SÇ 7).

> İş yükümüz çok arttı. Tamam, sağlık ocağındayken de bir takım iş yükümüz vardı ama biraz daha dağılım da vardı. Daha çok şey istenip daha az vakit sınırlandırmamız çok fazla....Buranın enjeksiyonu, pansumanı, ondan sonra size anlattığım gibi koridorda yakalayıp sizi sömürüne kadar sizin bilginizden her şeyinizden. Doğaüstü bir şey. Bazen diyorum motor takmamız lazım bize ancak o şekilde daha iyi hizmet veririz. Bir arada gidiyorsunuz orada enjeksiyon yaparken biz burada bekliyoruz diye aşı için sıkıntı çıkarıyorlar. Yani çok şey istenip her şey mükemmel istenip tam istenip ama mümkün en az personelle bu iş yapılmak istendiği zaman bu tabii bizim bir takım sıkıntılarımız oluyor. Bu tarz kurumlarda personelin biraz daha fazla olması ya da bu işe uygun personellerin biraz daha fazla olması ya da iş yükünün biraz daha az olması (SÇ 9).

Araştırmaya katılanlar iş yükünün çok fazla olduğunu, işleri yetiştirme konusunda sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Sağlık çalışanının "marketçilik oynuyoruz" demesi kendisinin sağlık hizmetleri dışındaki işlere bakışını göstermektedir. Verdikleri hizmetleri sisteme girmeyi sağlık hizmeti olarak görmeyen sağlık çalışanı, bu konuda tepkilidir. Az sayıda kişiden çok fazla iş beklendiğini söyleyen sağlık çalışanları, eleman sayısının arttırılması gerektiğini düşünmektedirler.

Ücret ödeme, ceza ve performans sitemi: Ücret ödeme, performans ve ceza sistemi konusu sağlık çalışanlarının olumsuz olarak değerlendirdikleri bir durumdur. İki ASE bu konudaki görüşlerini şu şekilde dile getirmiştir.

> Maddi konularda dengesizlik. Mesela AHS maddi mobinge dayalı ve hekim odaklı. İzin alacaksın, parayı öne sürüyor. Aşıda ceza kesiliyor. Hasta sayısı eksildikçe 1 TL ceza kesiyor. Maddi mobingle bizi çalıştırıyor. Biz arkadaşlarla karşılaşıyoruz, hiç bir yerdeki memnun değil (SÇ 6).

> Aile hekimliği sistemi, hekim odaklı oluşturulmuş bir sistem. Maddi açıdan hekimi tam doyuma ulaştırıyor ama aile sağlığı çalışanlarını, yani çalışan diye geçiyor ama hemşire, ebe arkadaşlarımıza sadece onlara hiç bir hakkınızı gözetmeden, maddi açıdan doyum sağlamayan ve elinde olmayan sebeplerden dolayı mağdur edilen bir sistem. Şöyle anlatayım: Buraya bir doktor gelmesiyle ilgili. Fikrim sorulmamışken başka bir yere bir aile sağlığı merkezi açılıyor, benim hastalarım oraya kaydırılıyor ve ben bu durumdan maddi olarak etkileniyorum. Hekiminde kayıyor ama ona soruluyor. O artı ve eksilerini hesaplıyor, buraya gelmesin diyor. Onun maaşından çok fazla kesinti olmadığı halde buna o karar veriyor ama ben veremiyorum. Benim karar verme hakkım yok ama maaşım kesiliyor (SÇ 5).

ASE'ler sistemin hekim odaklı oluşturulduğunu düşündüklerini ve kendilerini ilgilendiren konularda bile söz sahibi olmadıklarını ifade etmişlerdir. ASE'ler, ASM'ye kendilerine verilen ücretin azalmasına neden olduğu halde yeni hekim alma konusunda sadece hekimlerin görüşünün alınıp, kendi görüşlerinin alınmaması gibi durumlarla karşılaşabildiklerini belirtmişlerdir. Bu ve benzeri nedenlerle ASE'ler, AHS'nin hekim odaklı bir sistem olduğunu düşünmektedirler.

Özlük haklar: ASE'ler, senelik ve mazeret izinleri konusunda bir takım sıkıntılar yaşadıklarını, istedikleri gibi izinlerini kullanamadıklarını, bu dönemlerde birbirlerini idare ettiklerini iş yükleri artsa da hizmeti aksatmamaya dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir.

> Olumsuzlukları daha fazla aslında. İzin konusunda sorun yaşıyoruz. Türkiye'de hiçbir çalışan ücretli izin kullanmıyor. SSK'lılar bile 15 gün izin kullanabiliyor. Ama bizim öyle bir hakkımız yok. Eğer ben yerime eleman bulmazsam toplum sağlığına dilekçe verirsem, onlar yerime eleman bulursa benim maşımdan kesiliyor. Bizde arkadaşımla dönüşümlü olarak 10'ar gün gidiyoruz. Bu durumda performans kesilmiyor. Ama kalan kişi senin 4000 nüfusun varsa, o 4000 kişiye hizmet veriyor ve bütün işlerini yapıyor. Kalanın canına okuyor. Biz doğurmayacak yaştayız, çocuklarımız var amma genç arkadaşlar çocuk doğurmak için aile hekimliklerini feshettiler. Yerine bakacak eleman olmadığı için toplum sağlığı merkezlerine geri dönüyorlar. Ameliyat olacaksınız,

> örneğin bir bademcik ameliyatı olacaksınız ne zaman olacaksınız bilmiyorsunuz. Böyle bir şey yok yani. Diyeceksiniz ki bütün kurumlarda birisi yerine bakar. Aynı değil, bunun sorumluluğu sende değildir. Mesela hastanede böyle bir sorun olduğunda başhemşire yerine birini bulur ya da nöbetler paylaştırılır. Sen yerine birini bulmak zorunda değilsindir (SÇ 5).

Yukarıdaki ifadelere göre; ASE'ler hastalık ya da izin durumunda iki kişilik işi tek başına yapmaktadırlar. Hatta doğum yapmak için kişilerin ASE'den ayrılmak zorunda kaldığını, ameliyat olmaları gerektiğinde bile ameliyat stresi yaşmaktan ziyade yerine birini bulma derdine düştüklerini ancak aynı duruma hekimlerde rastlamadıklarını, bir hekim izindeyken diğer hekimin izinli hekimin hastasına bakmayı ret edebildiğini belirtmişlerdir.

> Hekimler arasında bir sıkıntı olduğu zaman ben senin hastana bakmam deniliyor ve hasta ortada kalıyor. Aile hekimliğinde en büyük sıkıntı bu. Atıyorum kişi rahatsızlanıp geliyor A doktoruna muayene olacak ama A doktoru yok B doktoru var. B doktorunun bakmama hakkı var (SÇ 14).

AH'lere devlet tarafından yapılan ücretlendirme sistemi: Ülkemizde neoliberal politikalar uygulamaya konulduktan sonra, devletin küçülmesi, pek çok alandaki işlevinin sorgulanması ve yeniden yapılanması ile ilgili tartışmalar gündeme gelmiştir. Devletin yeniden yapılanma sürecinin bir parçası olarak sağlık hizmetleri de etkilenmiş ve sağlık hizmetleri piyasaya açılmıştır (Karasaç Gezen, 2015). AHS kurulurken bazı AH'ler eskiden sağlık ocağı olan binaları kullanırken, bazıları da kendi kiraladıkları binalarda hizmet vermeye başlamışlardır. Sağlık ocağında görev yapanlar kira ödememektedirler. AH'ler, kiralık merkezlerde hizmet veren AH'lere ödeme yapılırken bu durumun göz önüne alınmadığını söyleyerek, bu anlamda haksızlığa uğradıklarını düşünmektedirler.

> Sağlık pahalı bir sistemdir. Sağlık sisteminde belli bir bütçe ayırmazsanız her zaman eksik kalır. Bu aile hekimliği için de böyle. Bizim aile hekimliğindeki en büyük sorun aile hekimliği sisteminin işletme haline getirilmesi. İşletme haline getirilebilir ancak onun maddi alt yapı desteğini çok iyi kurmak gerekir. Biz burada mesela bina ve alt yapı hizmetleri, personelde dâhil kendi başımıza çözmeye çalışıyoruz. 8–10 bin liralık bir masraf çıkıyor ama devletin bize verdiği bunun çok altında. Diğer yandan devletin binasında çalışanlarda onların giderleri gelirin çok altında. Eşitsizlik var (SÇ 2).

> Sadece hastayla ilgilenmek değil, yazı işimiz çok fazla. İdari tarafı da var. Sonuçta biz orada özel bir işletmeyi idare ediyoruz. ASM'nin her türlü işi bize ait, tamirattan tut da personel çalıştırmaya kadar hepsi bizimle ilgili. Dolayısıyla bu tür işlere çok kısıtlı bir vakit kalıyor (SÇ 3).

SÇ 3'ün "biz orada özel bir işletmeyi idare ediyoruz" sözleri sağlığın ticarileşmesini özetlemektedir. Hekimin sağlık merkezini işletme olarak görmesi ve bundan kâr sağlamaya çalışması neoliberal politikaların sağlığa yansımasıdır. Ayrıca AHS'de kişiler AH'yi değiştirme hakkına sahiplerdir. Uygunsuz rapor isteme, kendi belirledikleri ilaçları yazdırma veya tetkikleri yaptırma gibi talepleri karşılanmadığında kişiler AH'yi değiştirme yoluna gidebildiklerini ifade etmişlerdir.

> Bu sistem ticaret gibi olmuş ticaret. Hastane öyle midir? O da aslında ticaret. Ama sağlığın ticari olması kötü bir şey, istenirse ticaretten çıkarılabilir. Burada hizmetin daha kaliteli olması için yapılmasını anlarım ama buradaki öyle değil farklı bir durum. Teyzenin bir tanesi başka bir ASM'ye gitmiş kanı sabah alıyoruz demişler. Diyor ki: kızım kapıyı çarptım geldim. Dedim ki burada bize de kızacaksın teyze alırız seni ama yarın bize de kızarsın. Ama canın sağ olsun (SÇ 11).

AHS ticari bir sitem olduğunu ifade eden sağlık çalışanı, hastaların da müşteri gibi davrandığını, talebi karşılanmadığında başka bir merkezi tercih edebildiğini belirtmiş, sağlığın ticarileşmesinin kötü bir şey olduğunu, müşteri memnuniyeti denilen şeyin başka boyutlara çekilebileceğini ve çalışanları zor durumda bırakabildiğini ifade etmiştir.

Yurt dışında AHS ile ilgili gözlemlerde bulunan bir sağlık çalışanı (SÇ 2) sağlığın işletmeye dönüştürülmesinin iyi bir şey olduğunu, Türkiye'de de ticarileşmesi gerektiğini belirtmiş ve konu hakkındaki görüşlerini. "…İşletmeye dönüştürülmesi iyi bir şey. Kötü bir şey değil. Şimdi bütün hizmetler için geçerli bir durum, ticari anlam kazanması ve rekabete açık olması, gelişmesi açısından iyi bir şey. Ama bunun hakkaniyete uygun olması gerekiyor…" sözleriyle ifade etmiştir.

ASM'lerin amaç dışı kullanımı: Araştırmaya katılanlar ASM'leri kadınların sosyalleşme amacıyla kullandıklarını, özellikle geniş ailelerde yaşayan kadınların, evden çıkabilmek için sağlığı bahane ettiklerini ve gereksiz yere ASM'ye başvurabildiklerini belirtmişlerdir. Hem iş yüklerinin artmasına hem de diğer hastalara yeterince vakit ayıramamalarına neden olarak gördükleri bu durum, çalışanları rahatsız etmektedir.

> Kadınlar burayı AVM olarak görüyorlar. Evden kaçmak için gelinlerin evden çıkacağı tek yer oluyor burası. Kaynanam gelip sorarsa söyleyin buraya geldiğimi diyor (SÇ 1).

> Çoğunluğu kadın. Sosyal aktivite amaçlı kullanım çok fazla. Kadınlar evden dışarı çıkamadıkları için ASM'ler gidebildikleri tek yer durumunda. Birinci sebep olarak, hava almaya, kapıda oturup sohbet

> etmeye geliyorlar. En ufak bir şeyde başvuruyorlar. Örneğin gece çocuğu bir kez öksürdü diye ya da doktor ayağımızın altında diye gelenler var. Ciddi sağlık sorunları için gelenler olmakla birlikte bu grup poliklinik başvuru sayısının ancak yarısını oluşturmaktadır (SÇ 3).

Geleneksel aile yapısında kadın genellikle aile büyükleriyle aynı evde yaşamakta, onların izinleri dışında çok fazla dışarı çıkamamaktadır. Ancak sağlık söz konusu olduğunda daha rahat dışarı çıkabilmektedirler. Gelinin "kaynanam sorarsa buraya geldiğimi söyleyin" demesi ASM' ye gitmesine ailesinin izin verdiğini göstermektedir. ASM'ler kadınlar güçlendirilmediği, geleneksel kalıplar devam ettiği sürece kadınların sosyalleşme amaçlı kullandığı yerler olmaya devam edecektir.

> Sosyalleşme için geliyorlar, kızından oğlundan, eşinden ilgi görmüyor. Bizden bekliyor. Mesela gebeyi 40 haftada dört kez aramamız gerekiyor. Bir kere aramışım. Sonra aradığımda bana niye beni her ay aramıyorsun diye kızıp 184'e şikâyet etti. Ona üç kere aramam gerektiğini söylediğimde her ay arasan ne var dedi. Buradakiler paraya doymuş, eşi yurt dışında çalışıyor ama ilgi bekliyorlar. Yani sosyoekonomik durumu iyi olanların bu tür sorunları var. Mutsuzlar, ilgi bekliyorlar (SÇ 5).

Yukarıdaki örnek ise sosyokültürel durumları iyi olmasına rağmen, yakınlarından görmedikleri ilgiyi kişilerin sağlık çalışanlarından beklediklerini ve beklentileri karşılanmayınca, çalışanları şikâyet edebildiklerini göstermektedir.

4.3. Araştırmaya Katılanların Hizmet Vermekle Yükümlü Oldukları Kişilerin Eğitsel Süreçlerine İlişkin Görüşleri Nelerdir?

4.3.1. Araştırmaya Katılanların Kendilerine Kayıtlı Kişilere Verdikleri Sağlık Eğitimi Konuları

Sağlık çalışanları, kendilerine kayıtlı olan kişilere sağlıkla ilgili pek çok konuda eğitim verdiklerini belirtmişlerdir. Aile planlaması, gebe takip, bebek bakımı ve aşı bütün sağlık çalışanlarının önemle üstünde durdukları konular olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun dışındaki konular için genellikle eğitimi hastanın talep etmesini beklemektedirler. Çalışanların en sık verdikleri sağlık eğitimi konuları şunlardır:

Aile planlaması: Aile planlaması, ailelerin istedikleri sayıda, istedikleri zamanda ve sağlıklı aralıklarla, bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmaları demektir. Aile planlamasında amaçlanan; ailelerin kendi istekleri doğrultusunda, istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarını sağlamak, bireyleri ve aileleri üreme sağlığı konusunda

eğitmek, anne ölümlerini önlemek ve sağlığını korumak, yüksek riskli ve istenilmeyen gebelikleri önlemek, çocuk sahibi olmak isteyenlere tıbbi yardım sağlamak ve bireyleri aile planlaması yöntemleri konusunda eğitmektir (MEB, 2012).

Gebe takip: Anne adayının sağlıklı bir gebelik geçirebilmesi, kendi ve bebeğinin sağlığını koruyabilmesi, riskli durumların erken dönemde fark edilebilmesi için gebelik süresince en az 4 kez sağlık kontrolüne gitmesi önemlidir. Gebe izlemleri; gebeliğin ilk 14 haftası içinde, 18-24. haftalar arasında, 30-32. haftalar arasında ve 36-38. haftalar arasında yapılmalıdır (SB, 2013).

Aşı: Aşılama hizmetlerinde temel amaç; toplumda, özellikle bebek ve çocuklarda aşı ile korunulabilir hastalıkların ortaya çıkışını engelleyerek, bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin ve sakatlıkların önüne geçmektir (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, 2008).

Yenidoğan, bebek bakımı: Bebeğin doğduktan sonraki ilk 28 günlük süre yenidoğan, iki yaşa kadar olan süre ise bebeklik dönemidir. Yenidoğan dönemi bebeğin dış dünyaya uyum sağlaması açısından önemlidir. Yenidoğan-bebek eğitimi, bebek bakımı emzirme, göbek bağı bakımı, bebeğin temizlik gereksinimlerinin nasıl karşılanacağını, alt temizliğinin nasıl yapılacağını, ek gıdaya geçiş aşamalarını ve bebeğin gelişimsel değerlendirilmesi için hangi sıklıkta sağlık kurumuna başvurulacağı bilgilerini içermelidir. Bu bilgiler verilirken tüm bilgilerin tek seferde verilmesinden ziyade bebeğin gelişim aşamalarına ve ihtiyaçlarına uygun olarak verilmesine dikkat edilmelidir.

Bebek beslenmesi: Anne sütü bebeklerin gelişiminde çok önemli bir yere sahiptir. Özellikle bebeklerin ilk altı ay eğer herhangi bir engel yoksa sadece anne sütüyle beslenmesi gerekmektedir. Coşkun'a (2003) göre anne sütü, bebeğin gereksinimine göre ayarlanan, besleyiciliği çok yüksek olan, kolay ulaşılabilen, ekonomik olan tek besindir. Emzirme işlemi, anne ve bebek arasında duygusal bir bağ oluşumunu da sağlamaktadır.

Kişisel hijyen: Bireyin kendi sağlığını devam ettirmesi için yaptığı öz bakım uygulamalarını içerir. Bireyin vücudunu ve giyeceklerini temiz tutması ve temizlemesi kişisel hijyenin amacıdır ve bireyin günlük yaşamı içinde uygulaması gereken sağlık davranışlarıdır (MEB, 2013).

Obezite: Obezite DSÖ tarafından "sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi" olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde obezitenin görülme sıklığında artış

görülmektedir. Obezite diyabetten, hipertansiyona pek çok hastalığa sebep olmakta ve kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Obezitenin önlenmesi ve tedavisinde sağlık eğitimlerinin önemli bir yeri bulunmaktadır. Özellikle BBSH sunan sağlık çalışanları obez bireylerin saptanmasından, onların eğitim ve tedavisinden sorumludur.

Akılcı ilaç kullanımı: DSÖ 1985 yılında yapılan Nairobi Konferansında akılcı ilaç kullanımını, hastadaki tıbbi sorunun doğru tanısı, o anda var olan ilaçlardan tabloya özgül, etkili ve en az yan etkili (güvenilir) olanının seçilmesi, hastanın ve hastalığın özelliklerine göre uygun doz, veriş biçimi ve sürede uygulanması, sonuçları değerlendirilerek ve olayın ekonomik yanını da dikkate alarak uygulanmasını kapsayan sistematik bir yaklaşım biçimi olarak tanımlamıştır. Ülkemizde akılcı ilaç uygulamaları istenilen seviyede değildir. Kişiler bazen reçete dışı ilaç kullanırken bazen de hekimin yazdığı ilaçları kullanmak istememektedirler. Kişilerin doğru ilaçları, doğru şekilde kullanmaları, ilaçların yol açacağı sağlık sorunlarının önüne geçilmesini sağlayacaktır. Bu nedenle sağlık çalışanları, kişilerin akılcı ilaç kullanmalarında yol gösterici olmalıdır.

Kronik hastalıklar: Kronik hastalıklar, normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici bir sapmaya, geri dönüşümsüz değişikliklere neden olan, yaşamın uzun bir dönemini kapsayan, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır (Özpancar ve Fesci, 2008). Kronik hastalıklarda düzenli takip ve tedavi gerekmektedir. Kronik hatalıkların takip ve tedavisinde hem sağlık personeline hem de hastaya önemli sorumluluklar düşmektedir. Hastalara, hastalıklarıyla ilgili takip ve tedavilerini düzenli yapabilmeleri için gerekli eğitimin verilerek uygun davranış değişikliğinin kazandırılması kişinin hastalıkla baş etmesini ve yaşam kalitesini sürdürebilmesini sağlamaktadır.

4.3.2. Araştırmaya Katılanların Kendilerine Başvuran Kişilerin Sağlık Eğitim İhtiyaçlarını Belirleme Durumu

Daha önce belirtildiği üzere, yetişkin eğitiminde katılımcıların eğitim ihtiyacının saptanması verilen eğitimlerin başarıyla gerçekleşmesi açısından önemlidir. Çünkü eğitim süreci bu doğrultuda şekillenmektedir. Araştırmaya katılanlara kendilerine kayıtlı olan kişilerin eğitim ihtiyaçlarını neye göre saptadıkları sorulduğunda, herhangi bir sistematik yöntem izlemediklerini, yetişkin eğitimi konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıklarını, eğitim sürecini oluştururken herhangi bir pedagojik/androgojik yöntem

kullanmadıklarını görmekteyiz. Sağlık çalışanlarının eğitim ihtiyacı saptamada kullandıkları yöntemler şunlardır:

Başvuran kişinin eğitim talebini dikkate alma: Sağlık çalışanları ihtiyaç saptarken başvuran kişinin taleplerini dikkate almaktadırlar. Ancak yetişkinler bazı durumlarda sağlık çalışanlarına soru sormaktan çekinmekte, ihtiyaç duydukları sağlık eğitimi konusunu söylemekte zorlanabilmektedirler. Bu nedenle sağlık çalışanlarının karşı tarafı doğru olarak algılaması ve onlarla iyi bir iletişim kurması, sağlık eğitim ihtiyacının saptanmasında önemli bir role sahiptir.

> Kişinin ihtiyacına göre, eksikliklerine göre, talebine göre veriyoruz. Bunları dikkate alıyoruz (SÇ 5).

> Kişilerin bize başvurmalarına göre eğitimi veriyoruz. Onların bize sorduklarına göre. Bazen bize sordukları bir sorudaki ipucu bize başka konularda eksik olduğunu hissettiriyor. Gözlemlerimize göre bazen. Çocuğa yaklaşımı, üstü başı ona göre eğitim ihtiyacı beliriliyoruz (SÇ 9).

> Kişinin başvurma sebebine ve benim saptadığım ihtiyaçlara göre eğitim veriyorum (SÇ 13).

Araştırmaya katılanlara göre, başvuran kişiler genellikle kendilerinin eğitim ihtiyaçlarını belirleyerek gelmekte ve ihtiyaçlarına yönelik olarak eğitim almak istemektedirler. Bu durum yetişkin eğitimi ilkeleriyle örtüşmektedir. Çünkü yetişkinler, kendi gerçek-yaşam durumları ile etkili olarak başa çıkabilmek için bilmeye ve yapabilmeye gereksinim duydukları şeyleri öğrenmeye hazır olurlar (Knowles, 1996).

Mesleki deneyimlerden faydalanma: Sağlık çalışanlarının ihtiyaç saptamada kullandıkları diğer bir yöntemde mesleki deneyimlerden faydalanmadır. Bu konuda gelen kişinin konuşmaları, fiziksel görünümü, sahip olduğu hastalıklar yol gösterici olmaktadır.

> Hasta zaten geldiğinde konuşmalardan, şikâyetlerinden, yaşam tarzından, ilaç kullanım şeklinden ve tanıdıkça hastayı neleri öğrenmeye gereksinimi olduğunu hissediyorsunuz. Bunlar bizim birebir fark edip verdiğimiz eğitimler, bir de belirli aralıklarla kronik hastalıklarla ilgili toplum sağlığı merkezi eğitim konusu veriyor ama zaten bunu her hastada her reçetede yapıyorsunuz (SÇ 3).

> Konuşurken saptıyorum. Sağlıkla ilgili bilmediği konu, kendisiyle ilgili bilmediği bir konuda eksiklik hissedersem o konuda eğitim veriyorum veya onun konuşurken sorduğu bir şey varsa o konuda bilgi veriyorum. Örneğin Karatay diyeti var, onu uyguluyorum, kırmızı et yiyorum, kolesterol 300, ilacımı kullanayım mı diyor. Kafamı duvara vurasım geliyor. İnsanlar konusuyla ilgili konuşmalı (SÇ 10).

Yukarıdaki ifadelerden, araştırmaya katılanların öncelikle gelen kişiyi dinlediklerini, sordukları sorulara veya eksik olduklarını düşündükleri konulara göre eğitim ihtiyacını saptadıklarını anlamaktayız. Bazen sağlık çalışanları, başvuran kişileri dinlerken sağlıklarıyla ilgili konularda yanlış yönlendirildiklerini gördüklerinde kızgınlık duyduklarını ifade etmişlerdir. SÇ 10'un "Kafamı duvara vurasım geliyor. İnsanlar konusuyla ilgili konuşmalı." demesi bu durumu net bir şekilde ortaya koymaktadır.

> İhtiyacı fark ediyoruz biz. Bir tane küçük çocuk geldiği zaman; annesi kısa bir giysi giydirdiği zaman bu çocuk üşütür, tulum giydirmesini istiyoruz. Biz kendimiz gözlemleyebiliyoruz (SÇ 4).

> Zaten girer girmez belli oluyor. Çocuk zayıf olabilir ama bakışları canlıdır, temizdir. Duruşundan konuşmasından belli oluyor. Aşı yapıyorsun, baş ölçümü yapıyorsun, başa bir bakıyorsun kocaman bir konak, aşı yapıyorsun mesela çocuğun gözünde yüzünde lekeler var. Elbisesine bakıyorsun. Bayanlar geliyor. 1–1,5 yaşında kız çocuğu ya da tuvalet eğitimini kazanmış kız çocuğu külot giydirmiyor. Bir pantolon, bir pijama ya da üstünde ne varsa onunla geliyor. Sonra çocuğun vajen temizliği yok. Çıkartıyorsun, bakıyorsun, bacaklarda renk değişikliği veya kuruluk var. Bir temizliği açık açık görebiliyorsunuz. Ben çocuklarda külot alışkanlığını ısrarla söylüyorum. Kadın olsun, kız olsun ya da erkek olsun. Bu çocuğuna bir daha geldiğinde külot giydireceksin, banyosunu yaptıracaksın. Kimisi korkudan yapıyor buraya gelirken ya da öğrenip yapıyor (SÇ 8).

> Kadın enjeksiyona geldiğinde neticede kalça bölgesine yaklaşıyorsun. Enjeksiyon yaparken farklı kokular alabiliyorsun. Enfeksiyon kokusu. Çok ağır bir koku aldıysam kadına soruyorum. Akıntın şu renk mi, ağrın var mı diye soruyorum, direkt evet cevabı alıyorum. Akıntının rengini tarif ettiriyorum sonra da hastaneye tedaviye yolluyorum. Yani her şey olabiliyor, kadın normal bir vitamin iğnesi yaptırmaya geliyor, buradan kadın doğuma gidiyor (SÇ 9).

> Kilo mesela göze çarpan bir şey. Yine onun konuşmalarından anlıyorum (SÇ 11).

Sağlık çalışanları bazen de gelen kişinin fiziksel görünümüne göre ihtiyacı saptamaktadırlar. Gelen kişi obezse, obezite eğitimi verilirken, hijyenle ilgili sorun saptandığında hijyen eğitimi verilmektedir. SÇ 9'un enjeksiyon yaparken başka bir sağlık sorunu saptayıp kişiyi hastaneye yönlendirmesi, mesleki deneyimlerinin etkisini göstermektedir.

Başvuran kişinin gelişimsel dönemlerini dikkate alma: Gelen kişinin gelişimsel dönemleri de ihtiyaç saptamada göz önünde bulundurulmaktadır.

Yetişkinlerin öğrenmeye hazır oluşları daha çok toplumsal rolleri ile ilgili sorunları ve ihtiyaçlarıyla ilgilidir. Sağlık çalışanları her ne kadar yetişkin eğitimi hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtseler de bazı ilkeleri farkında olmadan uygulamaktadırlar.

> Karşıdaki kişinin ihtiyaçlarına göre eğitim veriyorum. Atıyorum gebe geliyorsa gebelik eğitimi, yeni doğum yapmışsa emzirme eğitimi, aşılama ile ilgili eğitim veriyorum (SÇ 12).

> Zaten buraya ihtiyaca göre geliyor. Mesela kucağında bebeğiyle geldiyse anne sütünün önemi, hijyen, bebek bakımı ile ilgili bilgi veriyorum. Sorduğu soruya göre spontane gelişiyor(SÇ 6).

Sağlık çalışanlarının başvuran kişinin gelişimsel dönemlerine göre eğitim verdiklerini, yeni doğum yapmış anneye emzirme eğitimi ve aşı eğitimi verirken, ek besine geçişle ilgili eğitimi daha sonra verdiklerini, bebek bakımı ile ilgili bütün eğitimi tek seferde vermeyip uygun zamanda vermeye dikkat ettiklerini görmekteyiz.

İçinde bulunulan durum: Sağlık eğitimi ihtiyacının saptanmasında eğitimi hem veren kişinin hem de alacak kişinin o an içimde bulunduğu durum etkili olabilmektedir. Başvuru sayısının fazla olması, gergin ortamda çalışma gibi faktörler, ihtiyacın belirlenmesini olumsuz olarak etkilemektedir.

> Gelenlerin eğitim ihtiyacını kişiye ve o anki ruh durumumuza göre veriyoruz. Bazen yakalıyorsunuz bazen de es geçebiliyorsunuz. Bu biraz da kendi performansınıza bağlı. Gerçekten kritik bir şeyde bir anda çıkabiliyor. Bazen istekli oluyorsun ya da gününde oluyorsunuz onun söylediği bir kelimeyle yakalayabiliyorsunuz (SÇ 1).

ASE'ler, daha çok gebe, bebek ve aşı takibinde yoğunlaştıkları için diğer hastalarla çok fazla görüşmemektedirler. Bu durum, ASE'lerin AH'ne göre daha az hastayla iletişime geçmelerine ve diğer konularda hasta talep etmedikçe çok fazla eğitim verememelerine neden olmaktadır. SÇ 14 bu durumu şu şekilde ifade etmektedir: "Kendisi ne istiyorsa ona göre bilgi veriyoruz. Kişi buraya gelmezse biz normal hastalarla çok fazla görüşmüyoruz. Daha çok gebe ve bebekle uğraşıyoruz."

Sağlık çalışanları, bazen eğitim ihtiyaçlarını net olarak saptayamadıklarını ve bazı önemli konuları atlayabildiklerini, ya da hasta gittikten sonra fark edebildiklerini, zaman kısıtlılığının eğitim ihtiyaçlarının saptanmasında olumsuz etkisi olduğunu ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanları ihtiyaç saptama ve eğitim programı planlama konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanlarına sağlık eğitiminin yetişkin eğitimi faaliyeti olduğu ve eğitimlerde yetişkin eğitimi ilkelerinin göz önde bulundurulması gerektiği ve bu şekilde eğitimlerin etkililiğinin artacağı söylendiğinde,

daha önce bu konuda düzenli bir eğitim almadıklarını ve kendilerinin bu eğitimleri almaya ihtiyaçlarının olduğunu belirtmişlerdir.

Sağlık çalışanları kişinin eğitim ihtiyacını saptadıktan sonra, eğitimi alacak kişiye hangi konuda eğitim vereceğini ve neden bu eğitimi alması gerektiğini açıkça anlatmalıdır. Eğer yetişkin, kendisine verilecek sağlık eğitimine ihtiyacı olduğunu düşünmezse, eğitime direnç gösterebilir ve verilen eğitim istenilen amaca ulaşmayabilir.

4.4. Araştırmaya Katılanların Sağlık Eğitimi Verirken Güçlük Çektiği Konular

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tamamı eğitimlerde zaman zaman zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle hedef kitlenin eğitim seviyesi düştükçe bu kişilere ulaşmak daha zor hale gelmektedir.

İlaç eğitimi: Eğitim verirken güçlük çekilen konuların başında ilaç eğitimi gelmektedir. Ülkemizde, bilinçsiz ilaç kullanımı sık görülmektedir. Bilinçsiz ilaç kullanımının çok ciddi zararları olmasına rağmen, hekim dışı kişilerin önerdiği ilaçlar rahatlıkla kullanılabilmektedir. Yine uygunsuz veya reçetesiz antibiyotik kullanımı ya da hekimin yazdığı tedaviyi yarım bırakma gibi durumlar da olabilmektedir. Reçetesiz antibiyotik kullanımının önüne geçebilmek için Sağlık Bakanlığı, antibiyotiklerin reçetesiz satılmasını yasaklamış, kanuna uymayan eczacılar için işlem yapılacağını açıklamıştır. Ancak ağrı kesiciler, tansiyon ilaçları reçetesiz satılmaya devam etmektedir. Sağlık çalışanlarının uygunsuz ilaç kullanımı hakkındaki görüşlerinden bazıları şunlardır.

> Gereksiz ilaç kullanımı. Bu konuda biz de eğitim veremiyoruz. Komşularından, arkadaşlarından, internetten duydukları ilaçları kullanıyorlar. O nedenle sıkıntı var. Ben öyle hastalar gördüm ki bir tabakta değişik ağrı kesicileri misafirlerine ikram ediyorlar. Bu örnekleri çoğaltılabiliriz, o kadar çok tehlikeli ilaçları ikram ediyorlar ki diğer tarafta bu ilaçları o kadar güvenle alıyor ki. Komşunun statüsü sertifikası yok (SÇ 2).

> İlaç kullanımı konusunda. Kafalarına göre kontrolsüz bir şekilde ilaç kullanıyorlar. 5 yıldır antibiyotik kullanımı konusunda eğitim vermeye çalışıyoruz. Hala bir yere ulaştım diyemiyorum. Çok az kazanım var. Gerçekten kafasına sokabildiğim çok az hasta var (SÇ 3).

> Mesela hasta gidiyor eczacının lafına inanıyor, bitkisel ilaç alıyor, onu kullanıyor. Belki bizim zamanımız yeterli olmuyor biz mi anlatamıyoruz, onların vakti biraz daha bol onlar mı anlatıyor. 70 liralık ilacı veriyor

> alıyor. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatı verilmemiş, ruhsatlandırılmamış ilacı kullanıyor. Burada bir terslik var (SÇ 4).

Yukarıda belirtildiği gibi reçetesiz ilaç kullanımı sağlık çalışanlarının, çok fazla üzerinde durmalarına rağmen önüne geçemedikleri bir durumdur. Özellikle kendilerinin uygun gördükleri ilaçlar yerine başvuran kişilerin bir başkasının önerdiği ilacı içmeleri sağlık çalışanlarının bu konudaki eğitimlerini sorgulamalarına neden olmaktadır.

Aile planlaması: Araştırmaya katılanların eğitim verirken güçlük çektikleri diğer bir konu aile planlamasıdır. Özellikle küçük yaşta evlenen, ev içinde çok fazla söz sahibi olamayan, okuma yazması olmayan kadınlarda doğurganlık oranlarının yüksek olduğunu belirten sağlık çalışanları, eğitim vermelerine rağmen bu grupta çok fazla başarılı olamadıklarını belirtmişlerdir.

> Aile planlaması eğitiminde güçlük çekiyorum… Doğumdan önce doktora gitmek istemiyorlar. Ya da ben RİA' mı (Rahim içi araç) çıkartmak istiyorum diyor. Düşünüyor musun bebek diyorum, vücudun buna uygun mu diyorum. Yanında kayınvalidesi var, çıkmak istemiyor. Onlar karar veriyor. Dışarı çıkarıyorum. Çocuğun var mı diyorum. Var, iki tane diyor. Peki, üçüncüsü için kendini hazır hissediyor musun diyorum. Aslında hissetmiyor. Peki, neden böyle bir şey için geldin diyorum. Etraf istedi, yok eşim istedi, kayınvalidem istedi diyor. Peki, hastaneye gittin mi diyorum. Eşinizle oturun karar verin diyorum. Bu gebeliği taşıyacak sensin, bebeğe bakacak sensin. Kendini hazır hissetmiyorsan o bebeğe ne faydan olacak. Öbürlerinin yaş aralığı nasıl. Öbürlerini bırak kendine ne faydan olacak. Anlatabiliyor muyum burada öyle bir sıkıntı var. Aileler de karışıyor. Evlilik yaşı burada 20'nin altında çok fazla o yüzden. 20nin altında okuma yazma bilmeyenler var. Kırsal kesimlerden gelmişler. Hastaneye gidebilir misin diyorum, gidemem diyor. İlkokula giden çocukları var onun dersleriyle ilgilenebilir misin diyorum, mümkün değil. Okula başlamış, onun yazdıklarını yazsan, sen bir şeyler öğrenebilirsin diyorum. Durumlarını bir kabulleniş var. Bu yaşantı böyle olmuş. Gidin diyorum buralarda kadınlar için açılmış yerler var bilgi evleri gibi. Buralara giderek, ben okuma yazma öğrenmek istiyorum deyin. Eğer bulamazsanız lütfen öğlen arası gelin ben veriyim dedim. Ya ben üzülüyorum okuma yazma bilmeyen bir anne evladına ne verebilir? Düşünün o çocuk ödevimi yaptım diyecek boş sayfayı gösterecek (SÇ 7).

> Aile planlamasında mesela üç aylık çocuğu var. Korunma yöntemlerini anlattığım halde, bütün eğitimleri verdiğim halde hamile geliyor. Bu benim çok zorlandığım konu deyim size. Eğitimi tam vermeye çalıştığım halde, işte dediğim gibi bu konuda kıramıyorum bazı şeyleri (SÇ 9).

SÇ 7 aile planlaması eğitiminde güçlük çekme nedeni olarak kadının kendi kararını vermek yerine çevrenin etkisinde kalmasını görmektedir. 20 yaş altı evliliklerin

yaygın olması, kadınların okuma yazma bilmemesi ve eğitimsiz olmaları aile planlaması hizmetlerinin amacına ulaşmasında engel olarak karşımıza çıkmaktadır.

Beslenme eğitimi: Beslenme eğitimi de, araştırmaya katılanların eğitim verirken güçlük çektiği konulardan biridir. Bebekler için en önemli besin anne sütüdür. Anne sütü bebeğin sağlıklı gelişimini sağlar. Özellikle ilk altı ay, bebek beslenmesinde anne sütünün önemi büyüktür. Hiçbir mama anne sütünün yerini tutamaz. Sağlık çalışanları, ailelerin, ekonomik durumları ne olursa olsun, anne sütü yerine mamayı tercih edebildiklerini, bu konuda aileleri eğitmekte sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

> Anne sütü eğitiminde güçlük çekiyoruz. Bebek bakımı, anne sütü, aile planlaması. Çünkü burada anneanne ve babaanneler baskın olduğu ve yanlış bilinen şeyleri de kırmak çok zor olduğu için zorlanıyoruz. Kayınvalidesiyle yaşayan, onlara söz geçiremeyen çok fazla. Sosyo ekonomik durumun yüksek olması, Türkiye gerçeğini değiştirmiyor (SÇ 5).

> Anne sütü çok şey. Direk mamaya entegre olmuş durumdalar. Bu konularda bence medyanın daha etkili çalışması lazım. İnsanlar mamayla, anne sütünün aynı olduğunu düşünüyorlar. Anne sütünün bebeğini doyuramayacağını düşünüyor, bebeğin midesinin yetişkininkiyle aynı olduğunu sanıyor. Bunun böyle olmadığını doyurabileceğini söylediğimde çok şaşırdı. Bunu yapan Yüksek lisans mezunuydu. Aile planlamasında da geleneksel yöntemleri kullanmaya devam ediyorlar (SÇ 6).

> Kişiyle alakalı. Farz edelim, bebeği emzirirken şu şekilde tutacaksın, sana paralel olacak. Ben on kişiye söylesem onu aynı şekilde algılamıyor. Geri dönüşü yaptığımda, hemşire hanım ben nasıl tutacaktım diyenler çok oluyor. Kişiyle, kişinin anlama seviyesiyle alakalı. Kişi bizi ne kadar anlıyorsa o kadar kolay oluyor. Biri anlamıyorsa, birine anlatıyorum. Gelin anlamıyorsa kayınvalideye anlatıyorum. Bir keresinde hem gelin hem de kayınvalide ısrarla anlamak istemiyor, gelin ısrarla çocuğunu emzirmek istemiyor, kayınvalide ısrarla boş ver, emzirme, mama alırız diyor. İki çocuğu oldu ve bunları altı aylıkken emzirmeyi bıraktı. Ek gıdası mama oldu. Üçüncü çocuğuna hamile geldi. Diyalogumuz da iyi hani……abla diye geldiler. Artık ben seninle …..hemşire olarak konuşmuyorum……..abla olarak konuşuyorum. Bu çocuğu iki yaşına kadar emzirmezsen bana ….abla deme dedim. Kayınvalidesi de ev olarak ayrıldı şükür. Çocuk iki yaşını geçti. Bin kere maşallah bir kere hastalanmadı. Topaç gibi bir çocuk, bir kere hastalanmadı. Sütü yeterli, beslenmesi iyi ama neymiş emzirmeyi sevmiyormuş (SÇ 8).

Yukarıda ifadelere göre kişiler ekonomik durumları yetersiz olmasına rağmen bebek beslenmesinde anne sütü yerine mamayı tercih edebilmektedirler. SÇ 8 hizmet verdiği kişileri tanıdığı ve güvene dayalı bir ilişki oluşturduğu için anneyi tehdit etmek suretiyle bebeğini emzirtebildiğini belirtmiştir.

Sağlık çalışanlarına göre aileler, kendilerinin ve çocuklarının beslenmelerine çok fazla dikkat etmemektedirler. Buna bağlı olarak beslenme yetersizliği veya obezite görülmektedir. Araştırmaya katılanlar, verdikleri eğitimlerde beslenme eğitimine büyük önem vermelerine rağmen, kendilerine kayıtlı kişilerin yeme davranışı kalıplarında ciddi değişimlere yol açamamaktan şikâyet etmişlerdir.

> Kahvaltı burada yok kahvaltı kültürü. Çünkü çok geç saatte kalkıyorlar 11–12 gibi kalkıyorlar ve hemen çocuğu okula hazırlayıp gönderiyorlar, yoldan hemen bir poğaça alıyorlar. Gelir şeyleri çok düşük olmasına rağmen hazır gıda çok kullanıyorlar. Mesela hazır çorba. Bebeğe hazır çorba. Mesela ben otuz seneklik evliyim. İki çocuk büyüttüm, hazır çorbayı hiç almadım hiç. Hazır çorba içiriyorlar. Paso bunu yapıyorlar. Daha mı ekonomik oluyor bilmiyorum. Bir mercimek çorbasının içine patates havuç daha mı pahalı, çorba 1 TL. Mesela danone çok yediriyorlar. Herobabynin hazır mamalarını çok yediriyorlar. Bu o kadar yaygın ki hepsi bunu yapıyor. Söylediğim zamanda böyle bakıyor yani. Ya diyorum çocuğuna peynir, zeytin, tost yap, bir ekmek arası bir şey koy ya da ne biliyim akşamdan kalan yemek koy kaba çocuk onu götürsün. Ben kendi kızıma öyle vallahi. evden akşamdan kalan yemeği koyuyorum yanına da bir meyve veriyorum. Onu yiyor çocuk. Valla bir doktor çocuğu olarak öyle diyorum Ama bizimkiler onu yemez diyor. Ne yiyor sizinkiler diye soruyorum? Ekmek arasına cipsi boşaltıyorlar, ben şurada görüyorum, ekmek arasına cipsi boşaltıyorlar, onu yiyorlar (SÇ 1).

Bulunulan bölgede kahvaltı kültürünün olmadığını, insanların hazır gıdaları tercih ettiklerini ve bu konuda bölge halkına eğitim vermesine rağmen eğitimlerin istenilen hedeflere ulaşmadığını belirten sağlık çalışanının, bölge halkına beslenme eğitimi verme konusunda kendisini çaresiz hissettiği görülmektedir.

Hijyen eğitimi: Hijyen eğitimi de, araştırmaya katılanların eğitim verirken zorlandıkları konular arasında yer almaktadır. Özellikle hizmet verilen bölgenin sosyokültürel seviyesi düştükçe kişisel hijyenlerine ve çocuklarının hijyenlerine daha az dikkat ettiklerini söyleyen sağlık çalışanları, bu konuda eğitim verdiklerinde dirençle karşılaşabildiklerini belirtmektedirler. Oysa kişisel hijyen pek çok hastalığın önlenmesinde önemli bir role sahiptir.

> Birkaç tane kadına çoluğunu çocuğunu temiz tut dediğimde, hemen aşağıdaki sekretere beni bu doktordan al diyen kadın oldu (SÇ 1).

> Hijyen eğitimi, aşılara gelen bebeklerde sıkıntımız. İşte saç bakımı, başın yıkanmasını, bebeğin banyosunu, özellikle yaz geldi artık. Lohusa annelerimizde süt kokusu, kan kokusu… (SÇ 8).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına göre aileler, bebek ve çocuklarının hijyenlerine gereken özeni göstermemektedirler. Bu konuda eğitim vermek

istediklerinde kişilerin AH'yi değiştirmek istemeleri, ailelerin hijyen eğitimine ne kadar dirençli olduklarını göstermesi açısından önemlidir.

Aşılama: Sağlık çalışanlarının eğitim verirken güçlük çektiği bir konu da aşılamadır. Kişilerin başkasının etkisinde kalarak çocuklarını aşılatmak istemediği durumlarla karşılaşan sağlık çalışanları, bu durumun önemli bir sorun olduğunu ve devletin bu konuda halkı daha fazla bilinçlendirmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

Yukarıda sözü edilen konularda sağlık eğitimi verirken zorlanmaları, sağlık çalışanlarının ilgili gruplara ulaşmada sorun yaşadıklarını göstermektedir. Sözü edilen sorunlar bu konuda "eğitici eğitimleri"ni gerekli kılmaktadır.

4.5. Araştırmaya Katılanların Verdikleri Sağlık Eğitimlerinin Etkililiği Hakkındaki Görüşleri

Araştırmaya katılanlara verdikleri eğitimlerin hedef kitleye ulaşıp ulaşmadığı sorulduğunda, üç sağlık çalışanı verdikleri eğitimlerin hedef kitleye ulaştığını belirtirken, iki sağlık çalışanı bazen ulaşabildiğini, bazen ulaşamadığını, dokuz sağlık çalışanı ise ya hiç ulaşmadığını ya da sınırlı bir şekilde ulaştığını belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının verilen eğitimler hakkında bu şekilde düşünmesi dikkat çekicidir. Bu kadar yüksek bir oran, verilen eğitimlerin hedef kitleye ulaşmasında bir sorun olduğunu göstermektedir. Eğitimlerde ulaşılmak istenen amaçlar düşünüldüğünde, bu durumun çözülmesi ve eğitim hedeflerine ulaşılması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının konu hakkındaki düşünceleri aşağıda verilmiştir.

> Yararlı olduğu durumlar var. Bazen bir cümle yetiyor. Bazen yaramıyor. Nefes almada zorlanıyor, KOAH sigara içiyor ya da obez, diyabet. Ya da bizim kitabi olarak menopozdan sonra kadınlarda kalp damar hastalıkları artar diyabet artar. Burada daha çok diyabet, tansiyonlu hastalar var. Bunlar hep beslenme alışkanlığından, hareketsizlikten. Mesela güneş görmüyorlar çok kapalı yaşıyorlar. Onlara az çok söylüyoruz hiç olmazsa balkonda otur, göster. Bunu bilmiyorlar. Mesela geliyorlar krampım oluyor, gece kasılmam oluyor. Anlatıyorsun sadece elini bile pencereden çıkartsan yeter diyorsun onu kabul ediyorlar. Çok bir reaksiyon yok. Çünkü hakikaten bir hafta on gün içinde o krampların azaldığını görünce doğru diyorlar, ben hiç evden çıkmıyorum. İletişimle ilgili (SÇ 1).

> Sınırlı ölçüde. Genç nesilde bebek beslenmesi konusunda başarılı olduğumuzu düşünüyorum. Yaşlılar bu konuda çok inatçılar. Korunma yöntemleri konusunda da genç nesilde daha başarılıyız. Onun dışında çok büyük bir başarı sağladığımızı düşünmüyorum (SÇ 3).

Yetişkinler, günlük yaşam pratiklerinde işlerine yarayacak bilgiyi öğrenmek istemektedirler. Kadınların ağrıları azalınca hekimi onaylaması, genç nesilde bebek beslenmesi ve korunma yöntemlerinin başarılı olmasında yetişkinlerin ihtiyaç yönelimli öğrenmeleri etkili olmaktadır. Bu nedenle eğitimlerin istenilen hedeflere ulaşması için, eğitimlerden önce verilen eğitimin yetişkinin yaşamında nasıl bir öneme sahip olduğunun net olarak ortaya konulması gerekmektedir.

> Yani düşünmüyoruz ama vicdani sorumlulukla devam ediyoruz. Bir anlatıyorum, iki anlatıyorum kimin ne kadar aldığına bağlı olarak bırakıyorsunuz. Antipatik olmamak için. Sonradan ya gelmiyorlar ya da telefonlarını açmıyorlar. Bu da sizin performans cezası almanıza neden oluyor. Ceza almamak için devam ediyorum (SÇ 5).

Yukarıdaki ifadeye sahip olan sağlık çalışanı eğitimler konusunda önyargılı davranmakta, eğitimin yararlı olmadığını düşünmekte, ceza almamak adına eğitimlere devam etmekte ve bir yerde bırakmaktadır. Bazen kişinin verilen eğitimi anlaması için birkaç kere tekrar edilmesi gerekir. Ayrıca uygun eğitim yönteminin seçilmesi başarı şansını arttırmaktadır.

Sağlık çalışanları bazen de çaba harcadıkları halde verilen eğitimlere karşı dirençle karşılaştıklarında eğitime devam etmek istememektedirler. SÇ 8'in konu hakkındaki görüşleri durumu ortaya koymaktadır.

> Algıladıklarını düşünüyorum. Ama anlamadıkları oluyor. Emzirme konusunda, aile planlaması konusunda çok sıkıntı yaşıyoruz, özellikle hap ve iğne konusunda. Yan etkileri çok fazla olduğu için işte hemşire hanım yine kanamam oluyor diye geliyor. Yeter artık bunları sana tekrar etmek istemiyorum diyorum, geçiyorum (SÇ 8).

Düzenlenen eğitimlerin başarısız olduğunu düşünen sağlık çalışanlarının yanı sıra başarılı olduğunu düşünen sağlık çalışanları da bulunmaktadır. Sağlık çalışanları, eğitim hedeflerine ulaşmalarında, belirli bir nüfusa hizmet vermenin etkili olduğunu belirtmişlerdir.

> Çoğu konuda başarılı olduğumu düşünüyorum (SÇ 10).

> Hasta sayımız ve kimler olduğu belli olduğu için hastalara rahat ulaşabiliyorum. Hedef kitlenin % 80'ine ulaşabildiğimi düşünüyorum. Zaten çünkü sisteme göre geldikleri için eğitimler rahat oluyor (SÇ 12).

> Çoğunlukla başarılı geri dönüşümler oluyor. Kendi hastalarınız olduğu için telefon numaralarınızı da kaydediyorlar. Gece gündüz arıyorlar. Aslında işi burayla sınırlamak gerekiyor ama gebe ve çocuk söz konusu olunca işi burayla sınırlayamıyorum (SÇ 14).

Sağlık çalışanının hizmet verdiği kişilere telefon numarasını vermesi, mesai saatleri dışında da hizmet verdiği kişilerin sorularını cevaplaması, eğitime önem verdiğini göstermektedir.

4.5.1. Araştırmaya Katılanlara Göre Sağlık Eğitimi Hedeflerine Ulaşamama Sebepleri

Eğitim seviyesinin düşük olması: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına kendilerine göre verilen eğitimlere ulaşamama nedenleri sorulduğunda, neredeyse bütün sağlık çalışanları, eğitim seviyesinin önemli bir neden olduğunu söylemişlerdir. Kendilerine başvuran kişilerin büyük bir çoğunluğunun ya ilkokul mezunu olduğunu ya da okuryazar olmadığını belirten sağlık çalışanları, dolayısıyla bu kişilere eğitim vermekte zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle eğitim seviyesinin düşük olmasına bir de ekonomik güçlükler eklendiğinde eğitim hedeflerine ulaşmak daha zor olmaktadır.

> Bunun sebebi bir eğitimsizlik. 20'li 30'lu yaşlarda okuma yazma bilmeyenler var. Bir de ekonomik sıkıntılar eklenince bazı şeyleri istediğiniz kadar söyleyin, çaresiz kalıyorsunuz. Diyorsun ekmek yeme hamur işi yeme yok yani meyve, sebze, et alabilecek durumu yok. Mecburen çorbanın içine ekmek doğrayacak. Çaresiz kalıyorsunuz o zaman, yapacak bir şey olmuyor (SÇ 1).

> Verimlilik direkt eğitim seviyesi ile ilgili. Belli bir yaş grubunun özellikle 40 üzeri yaş grubunun okuma yazması yok. Gençlerde de okuma yazma bilmeyenler var. Bilenler genelde ilkokul mezunu. Ortaokul ve lise mezunu kadın oldukça az. Bir ara sekiz yıllık zorunlu eğitim vardı. Oradan bir okuryazar grubu var. Erkekler okuryazarlar. Ancak okuryazar olmaları onların eğitimli olduğunu göstermiyor (SÇ 3).

> Bilgisizlik. Hiçbir kitap okumadan, bilmediği bir konu hakkında karar veriyor. Karşılaştırma yapamıyor. Dünyada böyle uygulanıyor, kendi kafamızdan uydurmuyoruz diyorum. Okumadan fikir sahibiler. Türkiye'nin genel sorunu (SÇ 10).

Okuma yazma bilmeyen kişilere eğitim vermek, okuma yazma bilen kişilere göre daha zordur. Sağlık çalışanının da belirttiği gibi genelde düşük eğitim seviyesi beraberinde düşük sosyo-ekonomik düzeyi de getirmektedir. Bu durumda kişiler eğitilse bile maddi yetersizliklerden dolayı günlük yaşam aktivitelerine uygulamakta sorun yaşamaktadırlar.

Okuma yazma bilen kişilerin bazen eğitim materyallerinden faydalanmak yerine direkt sağlık çalışanının kendisini bilgilendirmesini tercih etiklerini söyleyen sağlık çalışanları, kişilerin interneti eğitim amaçlı kullanmak yerine oyun oynamak için kullanmalarının kendilerini rahatsız ettiğini belirtilmişlerdir.

> Yanlış düşünceler. Bunların doğru olduğuna inanıyor. Birazda şey var kulaktan dolma. Okumayı sevmiyorlar mesela broşür veriyorum. Hem görsel hem yazılı. Kadın ilkokul, ortaokul, lise mezunu ama okumayı sevmiyor. Okuma yazman var mı diyorum var diyor peki internete bakmıyor musun diyorum oyun oynuyorum diyor. Bunların yerine gir bir şeye mesela çocuğuma nasıl mama yaparım diye. Benden bunu duymak şu kâğıttan okumaktan daha kolayına geliyor. Açıkçası bölgenin okuryazarlık oranı çok yüksek değil. Eğitim düzeyi çok yüksek olan mastır yapanda var ama aynı zamanda ilkokulu bitirmemiş, 20 yaşında hiç okuma yazma bilmeyen, 16-17 yaşında anneler var. 4-5 çocuğu olan var. Soruyorum hepsi senin mi diye, evet hemşire hanım diyor ve yaş aralıkları bir yaş. Ciddi mi söylüyorsun diyorum evet diyor. Yaşı 40 bile yok 35 filan. Hatta 35 bile fazla deyim sana (SÇ 9).

SÇ 9 bölgede erken yaşta evliliklerin olduğunu, 35 yaşın altında kadınların çok sayıda çocuk sahibi olduklarını ve kadınların okuryazar olsa bile internette sağlık hakkında bilgi edinmek yerine oyun oynamayı tercih ettiklerini belirtmiştir.

Medya yoluyla halkın yanlış yönlendirilmesi: Sağlık çalışanları, medya kanalıyla halkın sağlık konusunda yanlış yönlendirilmesinin eğitim hedeflerine ulaşamamalarında önemli bir faktör olduğunu belirtmişlerdir. Televizyon kanallarında sağlık alanında pek çok program yer almaktadır. Özellikle ev hanımları bu programları büyük bir merakla izlemektedirler. Bu nedenle bu programlarda herkesin anlayabileceği doğru mesajların verilmesi gerekir.

> Bizden de kaynaklanıyor sistemden de kaynaklanıyor. Medya kanalıyla topluma mesaj veriliyor. Bu mesajların yanlış olmasından kaynaklanıyor. Bizim toplumumuzda kâğıt üzerinde okuryazar oranı yüksek görünse de medyatik bir toplum (SÇ 2).

> Tabii bu sistemden de kaynaklanıyor: Ta basın yayın kuruluşlarından, televizyondan sistemin çarpıklığı var. Devletin o kanalları kapatması lazım. Bizimle alakalı bir şey değil (SÇ 4).

> Önyargı ya da bilgiyi alma kapasitesinin az olması. Okumuşların önyargısını kırmak çok zor. Her şeyi kendilerinin iyi bildiğini düşünüyorlar. Sadece bizim eğitim vermemiz yeterli olmuyor. Bence eğitici programlar televizyonda daha çok olmalı. İnsanlar dizilerden öğreniyorlar. Bitkisel ürünleri insanlar seyrediyor ve alıyor. Onu söyleyene kadar anne sütünün şu kadar faydası vardır denilse daha iyi

> olur. Dizin ağrıyorsa ardıç kremi sür diyene kadar mama tercih etme anne sütü böyledir, daha iyidir deseler daha iyi olur (SÇ 6).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanları, medyanın kişilerin eğitimleri üzerinde etkisi olduğu konusunda hemfikirdirler. Bu nedenle medyanın halkı, sağlık konusunda doğru yönlendirmesini, devletinde medyaya bu konuda gerekli müdahalelerde bulunmasını istemişlerdir.

Çevrenin etkisi: Kişilerin, özellikle ilaç kullanımı konusunda çevresindeki kişilerin veya eczacının etkisinde kalmalarının da eğitimin hedefine ulaşılamamasında etkili olduğunu belirten sağlık çalışanları, kontrolsüz ilaç kullanımının ciddi sonuçları olabileceğinin üzerinde durmuşlardır. Hatta bazen hastaların, doktorun kendisine verdiği ilacı kullanmak yerine komşusunun önerdiği ilacı kullanabildiğini belirtmişlerdir.

> Kadın tansiyon ilacını komşudan alır mı? Bu bana iyi geldi sen kullan diyor. Allah korusun beyin kanaması geçirir (SÇ 4).

> Kadının ayağında kireçlenme var. İlaç kullanması lazım. Eczacı onu kandırıyor mu nedir? 60–70 Tl'lik ilacı veriyor. Bizim verdiğimiz ilacı kullanmıyor, onu kullanıyor. Pazarlama stratejisi sanırım (SÇ 7).

AH'ler, kendilerine başvuran kişilere tedavi amaçlı reçete verdikleri halde kendi başladıkları ilaçlar yerine komşunun veya eczacının önerdiği ilaçların kullanılmasının yaratabileceği olumsuz sonuçlar yaratabileceği üzerinde durmuşlardır. Eczacıların ilaç önerme yetkisi olmamasına rağmen, eczacılar bu konuda bazen kendilerine düşen sorumlulukları yerine getirmemekte, kişilere ilaç tavsiye edebilmektedir.

Kişiye özel faktörler: Sağlık çalışanları, kadınların kendilerine güveninin olmaması, geleneksel aile yapısının devam etmesi, kadınların kendisiyle ilgili kararları tek başına alamaması, evdeki sorumluluklarının çok fazla olması gibi faktörlerin, kadınlara verilen sağlık eğitimlerinin istenilen amaca ulaşmasında engel olduğunu ifade etmişlerdir.

> Geleneksel konuların baskın olması, işte anneanne babaanne, çevresel etkenlerin bizim söylediğimizden baskın olması. Onların söylediği daha değerli daha kıymetli (SÇ 5).

> Dinlemiyorlar, kafaları dağınık, geçim sıkıntıları var, kayınvalideyle tartışıp geliyorlar. Gelin şurada duruyor. Bebeğin annesi kimse çocuğunu o tutsun dedim. Çocuk bizim dedi öfkeyle kayınvalide. Tamam, sizin, değil demedim, dedim. Çocuğun annesi kimse o tutsun eğitim vereceğim, diğeri dışarı çıksın dedim. Aslında ben kalabalık ailelerin çocuk üzerinde olumlu etkisi olduğuna inanıyorum. Siz bu işi yapmışsınız, evlenmişsin, çocuğun olmuş, büyütmüşsün siz artık kenara çekilin de bunlar baksın.

> Bunlar bakamaz dedi. Allah buna annelik yetisini vermişse dedim çocuğuna bakabilir dedim. Baksın dedim, sorumluluğunu alsın. Sen ne kadar bunun yanında olacaksın, sorumluğunu alacaksın dedim. Gelin tutamam dedi. Gösteriyorum böyle tutacaksın diye. Daha nasıl tutacaksın. Çocuk 2 yaş aşısına gemli, nasıl tutması gerektiğini bilmiyor anne. Kimi korkuyor, kimi çekiniyor, kimi korkuyor. Çocukta anneden çok babaanneye anne gibi davranıyor. Çalışmadıkları için mecbur kendilerini bağımlı hissediyorlar (SÇ 7).

> Kalıplaşmış düşünceler. Burada kadının hiç kendine güveni yok. Kadın hiçbir zaman çocuğumu aşıya götürüyorum deyip gelmiyor. Hep yanında biri ya kocası… Bazen geç geliyor niye geç geldin diye soruyorum kocamı bekledim diyor. Bunları kıramıyoruz. Bunlar bizi zorluyor açıkçası Kayınvalidelerin geldiği, bazen kayınpederle geliyorlar. Kayınpeder veya kayınvalideyle geldikleri zaman onların dediği oluyor. Soru soruyorsunuz, gelin size cevap vermiyor, kayınvalide cevap veriyor. Hemen atıveriyorum kapıya. Diyorum sen kapıda bekle, biraz git otur orada. Bu tür şeyler bizi zorluyor. Çünkü onların bir takım kalıpları var. Senin onu kırman çok zor oluyor. Burada anlıyor seni ama bir sonra tekrar geldiğinde bunu böyle yapmamanı söyledim dediğinizde bunu kayınvalidem söyledi diyor. Senden daha etkili oluyor. Aile büyüklerinin olması birtakım kalıplaşmış düşüncelerin kırılmasını da zorlaştırıyor (SÇ 9).

> Karşı taraf bazen huzursuz olabiliyor. Özellikle anneler her zaman huzursuz. Aşı yapmışsın bebeği ağlatmışsın ya da evde sıkıntı yaşıyor. Yeni doğum yapmış loğusa için kanaması var, ağrısı var ya da loğusa olduğu için evde başkaları var. Anneydi, kayınvalideydi. Zaten ilk iki ay çok huzursuz oluyorlar. Hem de evde olan kalabalıktan hem de yeni gelen bebekten kaynaklı. Dinlemek istemediği anlar, bir an önce gideyim dedikleri anlar oluyor (SÇ 8).

Sağlık çalışanları yukarıdaki ifadelerde belirtildiği üzere kadınların aile içi sorumluluklarının fazla olması, geleneksel aile kalıplarının devam ediyor olması, aile içinde söz sahibi olamama, ekonomik özgürlüklerinin olmaması gibi nedenlerle, kadınlara verilen eğitimlerin başarılı olmadığını belirtmişlerdir.

4.5.2. Araştırmaya Katılanların Sağlık Eğitimi Hedeflerine Ulaşabilmek İçin Önerileri

Eğitim seviyesinin yükseltilmesi: Araştırmaya katılanlara sağlık eğitimi hedeflerine ulaşamama nedenlerine yönelik çözüm önerileri sorulduğunda, eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerektiği üzerinde durmuşlardır. Özellikle kadınların eğitim seviyesinin düşük olmasının çocukların sağlığını ve genel olarak eğitimlerini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Günümüzde eğitim seviyesi ile ekonomik seviyenin paralel

gittiği düşünüldüğünde, özellikle çok çocuklu ailelerde eğitim seviyesinin yükseltilmesi zor olmaktadır.

> Her şeyin başı insanları eğitmek, bilgilendirmek lazım. İlkokuldan itibaren. Öğretmenlere de iş düşüyor. (SÇ 10).

> Çözüm; eğitimde bir yol kat etmek lazım. Sağlıkta bir reform yapıldı. Ben bunu destekliyorum. Bunun devamının getirilmesine taraftarım. Fakat eğitim gerçekten çok kötüye gidiyor çok kötü, inanılmaz kötü. Okullarda verilen eğitim düzeyinin hepimiz farkındayızdır. Çok düştü. Tabii bu eğitimsiz kesime verilen bu özgürlüğü çok kötüye kullanıyorlar. Hani buraya geliyor ve pervasızca konuşuyor. Bana bir rapor ver ve biz okuldan gelen çocuklara velisi olmadan hiçbir rapor vermiyoruz. Muayene de etmiyoruz. Ondan sonra kadın geliyor, diyor ki "beni buraya niye getirttin, verseydin" diyor. Ben diyorum ki senin çocuğun okuldan çıkmış geziyor, bundan haberdar ol diye seni çağırdım diyorum böyle bakıyor. Ne yapabilirsiniz ki o kadar rahat bezmiş mi artık deyim. Onların koşulların da bakmak lazım. Bir kişinin hakkında karar verebilmek için kırk gün onun ayakkabısını giymek diye bir şey vardır ya şimdi o pozisyondaki bir insanı da bilemiyorsunuz. Zaten başında çok küçük paralar 500-600 gibi bir para var. Düşünün asgari ücret alıyorlar, ev kredileri var. Kalan parayla ev geçindiriyorlar. Hani bu benim aklımın alacağı bir şey değil. Şimdi böyle modda kalmak çok büyük bir sıkıntı. Şimdi böyle bir sıkıntıdaki, ağır depresyondaki kadına da şey yapamıyorsunuz. Onun için 3-5 gün okula gitmesi yetecek gibi geliyor. O bile onun için yeterli. Hedef koyacak durumda değil. Hani benim çocuğum ben bu durumdayım, bunun üstüne çıksın çabası yok. Çünkü o çaba içinde bire ekonomik durum lazım. Dershaneye göndermesi, okula daha çok para harcaması lazım, yok ki o şartları, onları yapabilmesi için, zaten açlık sınırında yaşıyorlar (SÇ 1).

Burada sağlık çalışanı hizmet verdiği kişilerin içinde bulunduğu durumu anlamaya çalışmaktadır. Eğitim ve ekonomik durum arasındaki bağlantıya dikkat çeken sağlık çalışanı, ailelerin istese bile ekonomik yetersizliklerden dolayı çocuklarının eğitim hayatlarını devam ettiremediklerini belirtmiştir. Gerçekten de sosyoekonomik durum ile eğitim arasında güçlü bir bağ bulunmaktadır ve genellikle eğitimde dezavantajlı grup dediğimiz kesim yoksul aile çocuklarıdır.

> Çözüm biraz zor aslında. Eğitim önemli. Evlilik öncesi eğitim bu konuda dikkate alınmalı. Mesela cinsellik konusunda bir şey bilmiyor. Evleniyor, şok, birden bire. Hiç araba sürmesini bilmeyen birini direksiyona oturursanız her şeye hazır olacaksınız. Bu onun gibi bir şey oluyor. Okulda cinsel eğitim verilmeli. Bunun üstüne eğilmeli. Cinsel eğitim daha aşağı çekilmeli. Adet dönemi kız çocuğa başlanmalı. Bu evlilik öncesi başvuru yapıldığında çift bir ay- iki ay önceden kursa alınmalı. Bir sertifika verilmeli. Ama bu iş kâğıt üzerinde olmamalı. Gerçekten verilmeli ne yapması gerektiği (SÇ 7).

> Bana göre çözümü; eğitim öğretim olaylarını ailede özellikle kadınların, kızların bu konuda eğitilmesi lazım. Diyorum ki annelerin çünkü o erkeğe yetiştirenlerin, bütün evlatları yetiştirenler anneler olduğu için annelerin bu konuda gerçekten…. Bir de özgüven eksikliği olduğunu düşünüyorum. Yani gittikçe özgüven eksikliğinin daha da arttığını düşünüyorum. Yani bu konuda biraz daha onları motive edecek, kendilerini çok geri çekecek değil de adım olarak öne atacak şeylerle, birey olarak kendilerini kabul etmeliler. Çünkü çoğu şey. Bir şey söylüyorsunuz kocasına bakıyor. Kayınvalide varsa kayınvalideye bakıyor. Bana direk cevap vermeye korkuyor. Daha çok kadının eğitilmesi, erkeklerin değil. Kadını eğitirsek, kadın iyi bir şekilde sağlam bir şekilde eğitilirse bu kadından onun çocuğuna onun çocuğundan onun çocuğuna bir şekilde eğitim devam eder. Eğitim çok önemli. Bir kadının eğitimi gerçekten çok önemli. Çoğu çalışmıyor ve kocasının verdiği paraya bakıyor. Kocasının eline bakıyor. Niye çalışmıyorsun diyorum kocam izin vermiyor. Yani o halde yaşamak istemiyor aslında çalışmak istiyor ama ortam mı bakış açısı mı bilmiyorum. Çalışmak istemiyor. İsteyen de çalışamıyor. Burada Bilgi Evleri var. Daha önce hiç duymamıştım. Burada duydum. İşte Kuran okuma var, öğrenme isteği olanlar oraya çok gidiyorlar. Çözüm önerisi dediniz ya oralarda okuma yazma öğretseler. Koşarak gidiyorlar oraya. Ben hiç öyle gidilen bir yer görmedim. Mutlular. Ne anlatıldığını bilmiyorum ama Kuran öğreniyorlar, sohbet ediyorlar. Hani onlar açısından çok güzel. Okuma yazma öğretilse keşke orada (SÇ 9).

SÇ 9 bölgedeki kadınlarda ciddi özgüven eksikliği olduğunu, tek başına karar veremediklerini, çalışmak isteseler bile eşleri izin vermediği için çalışamadıklarını ve içinde bulundukları koşulları değiştiremediklerini ifade etmiştir. SÇ 9'a göre kadının eğitilmesi çok önemli çünkü kadın eğitilirse o da yetiştireceği çocukları daha iyi eğitilebilecektir. Ayrıca eğitilen kadının kendisine olan güveni de artacaktır.

Medyanın sağlık eğitimlerinde kullanılması: Daha önce, medyanın sağlık eğitimlerinde önemli bir yere sahip olduğunu belirtmiştik. Medya, verilen sağlık eğitimlerinin daha fazla kişiye ulaşılmasını da sağlamaktadır. Devlet tarafından denetlenen, gerçekten sağlık alanında uzman kişilerle ve herkesin anlayabileceği bir dille yapılan sağlık programları, halkın sağlık alanında bilinçlenmesinde ve dolayısıyla toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde önemli bir role sahip olacaktır. Sağlık çalışanları, sağlık eğitimlerinin istenilen seviyeye ulaşmasında medyaya büyük sorumluluklar düştüğünü düşünmektedirler.

> Çözüm olarak daha eğitici programların yapılması gerekiyor. Bu konudaki eğitimlerin bizim dışımızda, radyo televizyon programlarıyla daha etkin kullanılması. Billboardların asılması. Mama reklamlarından çok anne sütü reklamlarının yapılmasını istiyorum. Emzirmeyle alakalı aşıyla alakalı reklamların daha çok yapılması (SÇ 5).

> Medya etkili bir faktör. Mesela televizyondan duyuyor, aşıyı ret etmek istiyorum diyor. Neden diyorsun. Sansasyon olmuş, sadece bu kadar nedenini bilmiyor. Şimdi başlıyorsun anlatmaya. Ben genelde biz bir şeyi iyi olduğu için yapıyoruz. Bu zamana kadar komplikasyon da oluşmadı. En önemlisi. Bilimsel bazı şeyleri de söylüyorum. Medya üstüne düşen sorumlulukları yerine getirmeli (SÇ 11).

Sağlık çalışanlarına göre medya, sağlık eğitimleri konusunda üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmelidir. Medya aynı anda birçok kişiye ulaşabilmekte ve insanlar üzerinde güçlü bir etki yaratmaktadır. Doğru hazırlanmış sağlık programları medya yoluyla halka sunulursa, kişilerin doğru sağlık davranışı kazanmaları sağlanabilir.

Bakanlığın sağlık eğitimleri ile ilgili gerekli düzenlemelerde bulunması: ASM'lere başvuran kişi sayısının çok fazla olmasına bağlı olarak, sağlık çalışanları sağlık eğitimlerine yeterince zaman ayıramamaktadırlar. Ayrıca ASM'lerde eğitim için ayrı bir odanın bulunmaması, birkaç ASE'nin aynı odayı kullanıyor olması sağlık eğitimini olumsuz etkilemektedir. Sağlık çalışanları, Bakanlığın sağlık eğitimi faaliyetlerine daha fazla önem vermesini, bazı eğitimlerin Bakanlık tarafından gönderilen kişilerce düzenlenmesini ve ASM'lerin fiziki yapılarının planlanmasında, eğitim odalarının göz önünde bulundurulması gerektiğini belirtmişlerdir.

> Vallaha, Bakanlık bunun üzerine daha iyi eğilmeli, belki kendisi direkt olarak personel vermesi, onların eğitimleri vermesi lazım. Bizim bu kadar iş yoğunluğu arasında biz bayağı zorlanıyoruz ve dediğim gibi kalite düşüyor tabii. Personel olması lazım. Bakanlığın bu eğitimleri verecek kişileri direkt atayacak. Toplum sağlığı merkezinden veya il sağlık müdürlüğünden eğiticilerin gelmesi lazım. Personel eksikliği var (SÇ 4).

SÇ 4 diğer sağlık hizmetlerinden eğitime zaman ayıramadığını, eğitimlerin kalitesinin düştüğünü belirtmiştir. Çözüm olarak ise eğitimleri Bakanlığın görevlendireceği kişiler tarafından verilmesini sunmuştur. Bu yaklaşım bazı açılardan sorunludur. Çünkü eğitim ve sağlık hizmetleri birlikte verilmesi gerekir. Örneğin hekim ilaç eğitimini kendisi verirse hastanın doğru anlayıp anlamadığını daha rahat kontrol edebilir, hastanın anlamadığı yerleri tekrar etme imkânı bulabilir. Başkasının verdiği eğitimleri değerlendirmek daha zor olacaktır.

ASM'lerin fiziksel koşullarının yetersiz olması, bir odada birkaç ASE'nin bir arada olması, aynı odada hem sağlıkla ilgili işlemlerin yapılması hem de eğitim verilmesi gibi nedenler eğitimlerin veriliş aşamasında bölünmesine neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının konu hakkındaki görüşleri aşağıda verilmiştir:

> Özellikle hastayı tek almaya çalışıyoruz. Ama sorun oluyor. Diyorlar ki dört kişi oturuyorsunuz. Arkadaş çağırdı geçen birini. Peki, siz bizden ne bekliyorsunuz dedi. Boş oturmuyorum benim bilgisayarda işim var. Onu diyorum, biz bilgisayarda veri girerken hastalar bizi boş oturuyoruz sanıyor. Diyor ki arkadaş, eğitim veriyorum cinsel, sen bu eğitimi alırken bir beyin burada tansiyon ölçtürmesi, enjeksiyon yaptırması hoşuna gider mi diye soruyor. Gitmez ama ne biliyim bir an önce yapın gidelim (SÇ 7).

> Çözüm; birebir o kişiyle başka bir şeyle uğraşmadan konuşmak. Maalesef bizim öyle bir şansımız olmuyor. Ancak eğitim yarıda kesiliyor. Öyle oluyor ki burada topuk kanı alıyoruz. Anne gelmiş bir haftalık, biz daha önce nasıl emzirmesi gerektiğini anlatmışız ama bak soruyoruz, sorguluyoruz, sorun yaşadığını söylüyor. Onu yeniden eğitmek zorunda kalıyoruz. Ona o durumu izah ederken kapıdan hemşire hanım sıra bizde biz bekliyoruz, hemşire hanım iğnem var, hemşire hanım ocakta yemeğim var diyen bile oluyor. Öyle olunca da sıkıntılar oluyor. Bazen kısıtlı zamanlarda, zamansızlık sorun oluyor (SÇ 8).

> Çözüm olarak, politikanın değişmesi. Daha büyük aile sağlığı merkezi açarak diyetisyen, dişçi de dâhil edilmeli. Aile hekimliklerini güçlendirmemiz lazım. Toplumla da ilgili. Belki bir nesil sonra her şey daha iyi olabilir (SÇ 13).

ASM'lere başvuran kişi sayısının fazla, hizmet veren kişi sayısının az olmasına bağlı olarak işlerde zaman zaman aksamalar olmaktadır. Başvuran kişiler eğitim hizmetlerinden ziyade diğer hizmetleri alıp gitmek istemektedir. Eğitimler için özel odanın bulunmaması, eğitimlerin göz önünde verilmesine neden olmaktadır. Bu durum beraberinde eğitimlerin sık sık bölünmesi sorununu getirmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanları, ASM'lerin fiziksel özellikleri dikkate alındığında daha büyük ASM'lere ihtiyaç duyulduğunu belirtmişlerdir.

4.6. Sağlık Eğitimlerinde Eğiticilerin Yetişkin Eğitimi Alanındaki Yeterlilik Durumları

Sağlık eğitimleri, kişilerde davranış değişikliği gerektirir. Davranış değiştirmenin ne kadar zor olduğu düşünüldüğünde, tek taraflı bilgi aktarımına dayalı, kişinin deneyim ve yaşantılarına dokunmayan eğitimlerin başarı şansı düşüktür. Öğrenenler öğrenme ortamlarına belirli bir deneyim ile birlikte katıldıkları için hedef grubun yaşam deneyimleri ve bu deneyimleri nasıl algıladıkları uygulanacak programa uygun bir başlangıç noktası oluşturabilir ve öğrenenlerin deneyimlerinin göz önünde bulundurulması, zengin bir öğrenme ortamı yaratmayı sağlar (A.Yıldız, 2008). Sağlık

eğitimlerinin hedef kitlesi genellikle yetişkinlerdir. Bu nedenle, eğitimleri verecek kişilerin yetişkin öğrenmesinin özellikleri konusunda bilgi sahibi olması önemlidir ve eğitim ihtiyaçlarının saptanmasından, verilen eğitimin değerlendirilmesine kadar bütün aşamalarda bu bilgiler kullanılmalıdır. Verilen eğitimlerde yetişkinlerin deneyimleri dikkate alınmalı, eğitim yetişkinin yaşam durumunu geliştirmeye izin verecek şekilde, yetişkinin ilgi, yetenek ve ihtiyaçlarına uygun olmalı ve öğrenme için uygun fiziki ortam sağlanmalıdır (Güneş, 1996). Yetişkinlerin öğrenme özellikleri şunlardır (Geray, 2002):

- Gelişmelerinden ilk önce kendileri sorumluluk duyarlar. Edinmek istedikleri eğitimin amaçlarını, kendi bilgi ve gereksinimlerine dayanarak kendileri belirtmelidirler. Uzmanlar, yetişkine bu konuda ancak yol göstericilik yapabilir.
- Yaşantısında başarılı olmaya yarayacak bir öğrenim isterler. Gerçek sorunlarını çözmeye, işine yarayacak yeni amaçlara yönelmeye yardımcı nitelikte bir eğitim edinme eğilimindedirler.
- Hemen ya da yakın gelecekte uygulayabileceği bilgi ve becerileri öğrenmek isterler.
- Öğrenme sürecine etkin bir biçimde katılmak, kendi deneyimlerine dayalı olarak görüşlerini, tartışmak isterler.
- Bilgi, beceri, alışkanlık ve hareketlerini geliştirecek, sorunlarını kendi başına çözebilecek duruma getirecek yöntemleri kazanmak isterler.
- Çevrelerini tanıma, denetim altına alma ve ondan zevk alma isteğine ağırlık verirler.

Üniversitelerin sağlıkla ilgili bölümlerinde öğrencilere, yetişkin öğrenmesi konusunda herhangi bir ders verilmemektedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tamamı da örgün eğitimde yetişkin eğitimi konusunda herhangi bir ders almadıklarını, verdikleri eğitimlerde mesleki deneyimlerinden faydalandıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına, sağlık eğitimi verirken nelere dikkat ediyorsunuz diye sorulduğunda, tamamı hastanın anlayabileceği bir dilde anlatmaya çalıştıklarını belirtmişlerdir. Sağlık alanında pek çok tıbbi terim olduğu düşünüldüğünde, anlaşılır bir dil kullanmak, verilen eğitimlerin anlaşılır olması açısından önemlidir.

> Hastanın anlayabileceği şekilde anlatmaya çalışıyoruz (SÇ 2).
>
> Yetişkin eğitimi konusunda bir eğitim almadım. Uyguladığımız ilke; karşımızdakinin anlayabileceği seviyede anlatma. Onun dışında bir ilkemiz yok. İhtiyaç doğrultusunda eğitim veriyoruz (SÇ 3).
>
> Eğitim verirken, hastanın ihtiyacına göre, anlayabileceği bir dilde, genel tıbbi çerçevelerde vermeye dikkat ediyorum. Bilgilerin doğru ve güncel olmasına dikkat ediyorum (SÇ 10).

Eğitimi alacak kişinin öğrenmeye istekli olması, sağlık çalışanlarının dikkat ettiği diğer bir konudur. Eğer verilen eğitim uygulamalı bir eğitim ise, sadece işlemi göstermek yerine, aynı işlemi karşı tarafın da yapması sağlanmaktadır.

> Eğitim verirken dilin açık olmasına, yalın olmasına, tıbbi terim kullanmamaya, daha yalın ve kısa kelimelerle anlaşılır olmasına dikkat ediyoruz ve uygulamalı olarak da gösteriyoruz (SÇ 4):
>
> Eğitim verirken bir kere bunu istiyor mu diye dikkat ederim. Biz bir açılış yaparız, devamında karşı tarafın duyarlılığına bakıyoruz. Bazen karşı tarafın elinde olmayan şartlar oluşuyor. O zaman kalıyorsun (SÇ 11).
>
> Eğitim verirken kişinin ne istediği, ne öğrenmek istediğine göre eğitim veriyorum. Ayrıca anlama düzeyine göre kelimeleri seçiyorum (SÇ 14).

Eğitimi alacak kişinin eğitim konusunda istekli olup olması önemlidir Çünkü eğitimi alacak kişi eğitimi almak konusunda isteksizse verilen eğitimlerin istenilen hedeflere ulaşması mümkün olmamaktadır. Bu nedenle eğitimi alacak kişinin eğitim almak konusundaki istek düzeyi, eğitim verilirken göz önünde bulundurulmalıdır. SÇ 11'de eğitimden önce karşı tarafın duyarlılığına bakarak verilecek eğitime hazır olup olmadığını anlamaya çalışmakta ve vereceği eğitimi bu doğrultuda şekillendirmektedir.

Uygun öğrenme atmosferinin sağlanması, yetişkinlere eğitim verilirken önemlidir. Yetişkinler kendilerini değerli hissetmedikleri ya da fiziksel şartların yetersiz olduğu durumlarda öğrenmede sorun yaşarlar. Kişisel mahremiyetin sağlanabileceği, uygun aydınlatma ve fiziksel şartların sağlandığı eğitim ortamları gerekmektedir. Ancak ASM'lerde eğitimler için özel bir oda ayrılmamaktadır. Bu durum eğitimi alanlarda ve verenlerde sıkıntıya neden olmaktadır. Özellikle birkaç ASE'nin bir odayı kullandığı düşünüldüğünde, kişilerin eğitimine istenilen zaman ayrılamamaktadır. Bir ASE kendisine başvuran kişiye eğitim verirken, diğer ASE başka bir kişiyi kabul edebilmektedir.

> Anlayabileceği kelimeler kullanmaya dikkat ediyorum. Onları yargılamamaya çalışıyorum (SÇ 1)

> Kişiyi ilk etapta kırmamaya dikkat ediyorum. Etkin eğitim olmasına dikkat ediyorum. Yüz yüze karşılıklı, aynı seviyede olmaya, gizlilik, sır saklama, kapının kapalı olmasına dikkat ediyorum (SÇ 5).

> Eğitim verirken sakin ve yüz yüze olacak şekilde veriyorum. Mesela aşı odasını kilitliyorum eğitim verirken. Onun anlayabileceği şekilde veriyorum (SÇ 6).

> Eğitim verirken birebir göz teması kuruyoruz. Bazen böyle bakıyor. Biz konuşuyoruz böyle. Kadın bir geliyor ki, böyle savaştan düşmüş gibi. Anladın mı bir şey diyorum. Yooo diyor. Biraz algılamaları zor oluyor. Kafaları çok kalabalık ekonomik olarak zor durumdalar, kayınvalide-kayınpederle oturuyorlar. Biraz onları anlamaya çalışıyorum. Otur biraz diyorum, biraz dinlen. Sakinleşiyor. Beni anlayabilecek durumda mısın diyorum evet dediği an eğitime başlıyorum (SÇ 9).

SÇ 1 "onları yargılamamaya çalışıyorum" demiştir. Yargılamanın eğitimde olumsuz etkisi vardır. Yetişkinler yargılanmadıkları, oldukları gibi kabul edildikleri, bireysel özelliklerinin dikkate alındığı eğitim ortamları isterler.

Bazı sağlık çalışanları, eğitimi alacak kişiyi korkutarak sağlık eğitimi verdiklerini ve eğitimde işe yaradığını düşündüklerini belirtmişlerdir. Ancak bu tür iletiler, kişinin duygularını anlaşılmadığını ve kabul edilmediğini gösterir ve eğitimi alacak kişide kırgınlık ve dirence sebep olur (Gordon ve Edwards, 1995).

> Şimdi gebe, hastaneye gittiğinde, oradaki doktor siz buradaki kontrole gelin diyor. Onlar sadece tetkik ve muayene işlemlerini yapıyorlar. Biz burada eğitim veriyoruz. O eğitim çok önemli aslında. Biz eğitim verirken söylüyoruz. İşte beslenmene dikkat et. Sağlıklı bir bebek olursa, hayat şartlarını düşün, hasta bir bebeğin olursa uzun süre kuvözde kalır, birçok hastalıkları olur. O zaman yetiştireceğin bebeği düşün. Beslenmesi konusunda böyle oluyor (SÇ 7).

> Vereceğim eğitimde daha önce saptadığım durumlar varsa onların üstüne yoğunlaşıyorum. Biraz da korkutuyorum. Karşı tarafın anlama seviyesine dikkat ediyorum. Hastalıkla korkutuyorum (SÇ 8):

Düzenlenen eğitimler sırasında karşı tarafı korkutmadan, eğitim vermeye çalışan sağlık çalışanları da bulunmaktadır.

> Sağlık durumuna, sosyoekonomik durumuna göre veriyorum. Net anlayacağı şeyleri söylüyorum. Korkutmadan şunu şöyle yaparsan daha iyi olabilir diyorum (SÇ 13).

Sağlık çalışanları, kendisine kayıtlı olan kişileri düzenli olarak takip ettikleri için kişilerin gelişimsel dönemlerine göre ihtiyaç duydukları eğitimi verebildiklerini belirtmişlerdir.

> Aşama aşama anlatıyoruz. Gebeliğin son dönemlerinde, artık bundan sonra sen doğuma yaklaşıyorsun. Doğum zamanı hastaneye git. Hemen emzir hiç korkma. Emmez karnı doymaz diye hiç korkma. Örneklerle açıklıyoruz. Kilona dikkat et. Bunları söylüyoruz. Bunlar çok mu basit geliyor. Onların anlayabileceği şekilde açıklamaya çalışıyoruz (SÇ 7).

> Sağlık Bakanlığının bize önerdiği şey standart. Eğitim verirken aynı şeyleri söylediğimizi düşünüyorum ama 5 aylık bebek annesinin eğitimiyle 9 aylık bebek annesinin eğitimleri farklı oluyor. Bazen annelerin isteklerine göre. Kişiler sürekli geldiği için: Evlenince geliyor, aile planlaması eğitimi alıyor. Bebek doğunca ona göre eğitim veriyoruz, çocuk büyüdükçe farklı eğitimler veriyoruz. Kademe kademe eğitim veriyoruz. Bir de 7 yıldır burada olduğum için bölgeyi tanıyorum (SÇ 12)

Eğitimleri aşamalı olarak vermek önemlidir. Yeni evli birine aile planlaması eğitimi, bebeği olan birine bebeğin gelişimsel dönemlerine uygun olarak eğitim vermek, eğitimin başarısını arttıracaktır. Çünkü bu şekilde karşı tarafın hazır bulunuşluk düzeyine göre eğitim verilmektedir.

Eğitimin veriliş aşamasında, hem eğitimi verecek hem de alacak kişinin içinde bulunduğu ruh hali verilen eğitimleri etkilemektedir. Sağlık çalışanları, karşı tarafın kendisini dikkatle dinlediğini ve eğitim almaya istekli olduğunu düşündüklerinde, eğitime daha fazla zaman ayırırlarken, isteksiz olduğu, dinlemediği düşünülen kişilere daha az zaman ayırmaktadırlar. Bu durumda çoğu zaman tek taraflı bilgi aktarımına dayalı bir eğitim gerçekleşmektedir.

> Eğitim verirken samimiyete dikkat ediyorum. Eğer karşı tarafla olumlu iletişim kurarsam karşımdakine daha iyi eğitim veriyorum ama samimiyetsiz gelirse daha yüzeysel geçiyorum (SÇ 12).

Eğitimi alacak kişinin o an eğitimi almaya hazır olmaması veya isteksiz davranması eğitimi verecek kişileri etkilemektedir. Böyle zamanlarda sağlık çalışanının da belirttiği gibi daha yüzeysel bir eğitim verilebilmektedir. Eğitimlerin iki tarafında kendisini rahat hissedeceği bir zamanda verilmesi, verilen eğitimin daha etkili olmasını sağlayacaktır.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın amaçları doğrultusunda tespit edilen problemlere ilişkin elde edilen bulgulardan ulaşılan sonuçlara ve önerilere yer verilmiştir.

5.1. Sonuç

Sağlık eğitiminin, doğru sağlık davranışları kazanma ve hastalıklardan korunmada önemli bir yeri bulunmaktadır. 1978 yılında toplanan Alma Ata Konferansı'nda ülkelerin sağlık politikalarında sağlık eğitimi hizmetlerine önem vermesi gereği üzerinde durulmuş ve özellikle BBSH veren merkezler, sağlık eğitimi alanında sorumlu görülmüştür. Ancak neoliberal politikalar, eğitimle birlikte yetişkin eğitimi faaliyeti olan sağlık eğitim hizmetlerini geri plana itmiş, tedavi hizmetlerini ön plana çıkarmıştır. Nitekim araştırma sırasında sağlık çalışanlarıyla yapılan görüşmelerde, sağlık çalışanlarının yetişkin eğitimi hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıkları, eğitim hizmetlerinden ziyade tedavi hizmetlerine odaklandıkları görülmüştür. Oysa yapılan çalışmalar, doğru programlanmış ve düzenli verilen sağlık eğitimlerinin hedef kitleye ulaştığını ve ilgili kişilerde istenilen davranış değişikliklerini sağladığını göstermektedir (Güçlü, 2011; Turan, 2002; Öztürk, 2014, Çiçek, 2012). Sağlık eğitimlerinin planlanmasında ve doğru şekilde karşı tarafa aktarılmasında sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası eğitimlerinde sağlık eğitimi ve yetişkin eğitimi hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Ancak araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sağlık eğitimi ve yetişkin eğitimi ile ilgili yeterli bilgi almadıkları saptanmıştır.

ASM'lerde halka yönelik olarak verilen sağlık eğitimlerinin mevcut durumunun, bu eğitimleri veren sağlık çalışanlarının görüş ve deneyimlerine dayalı olarak ortaya konulmasının amaçlandığı araştırma altı AH, dört hemşire, üç ebe ve bir sağlık memuru olmak üzere toplam 14 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Hekim dışı ASM çalışanları bakanlık tarafından ASE olarak kabul edilmektedir. Bu durum, ilgili kişileri ASE olarak tek bir grup altında toplamakta ve aldıkları lisans diplomasını mesleki anlamda göz ardı

etmektedir. Görüşme yapılan bazı ASE'ler bu durumdan rahatsız olduklarını ve konu ile ilgili olarak sendikal düzeyde mücadele edeceklerini belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının dokuzu kadın, beşi erkektir. Görüşme yapılan ASE'lerden yalnızca birinin erkek olması toplumsal cinsiyetle meslek seçimi arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Ebelik, hemşirelik gibi meslekler, kadınlara daha çok yakıştırılmakta, erkekler bu meslekleri daha az tercih etmektedirler.

Tüm sağlık çalışanları AHS'de sözleşmeli olarak çalışmaktadır. Bu durum güvencesiz çalışmayı da beraberinde getirmektedir. Nitekim performans kriterlerini yerine getirmeyenlerin veya sağlık sebebiyle bir sözleşme döneminde 180 günü aşan süreyle görevini ifa edemeyenlerin sözleşmeleri feshedilmektedir.

Araştırmaya katılan AH'ler günlük en az 40-60 kişiye, en çok 100-120 kişiye hizmet verirken, ASE'ler en az 10-20, en çok 40-50 kişiye hizmet vermektedirler. Bu kadar başvurunun olmasına bağlı olarak AH'ler, kendilerine başvuran kişilere yeterince zaman ayıramadıklarını ve bazı önemli konuları atlayabildiklerini belirtmişlerdir. Özellikle tedavi hizmetlerine daha çok zaman ayıran sağlık çalışanları, yoğun oldukları zamanlarda sağlık eğitimi faaliyetlerine yeterince zaman ayıramadıklarını belirtmişlerdir.

Sağlık çalışanları tarafından sistemin olumlu yönleri olarak, gebe, bebek ve aşı takiplerinin daha düzenli olması, belirli kişilere hizmet vermeleri, çalışanların kendi sorumluluklarını alması, nöbet uygulamasının olmaması gösterilmiştir. Olumsuz yönleri olarak ise, AHS'nin vatandaşa tam olarak anlatılmamasına bağlı olarak, başvuran kişilerin ASM'nin verebileceği hizmetler dışında farklı beklentilerle gelmeleri, beklentileri karşılanmadığı durumda sağlık çalışanlarını Bakanlığa şikâyet etmeleri, Bakanlığın bütün takiplerin sorumluluğunu çalışanlara yüklemesi belirtilmiştir. Sağlık eğitimlerinin amaçları arasında bireylerin sağlıkla ilgili karar vermelerini ve sorumluluk almalarını sağlamak bulunmaktadır. Kişilere kendi sağlıkları konusunda yeterli bilgilendirme yapılırsa, kendilerinde sağlıkları ile ilgili sorumluluğu alma bilinci oluşacaktır. Kişilerde kendi sağlıkları konusunda gerekli bilinç düzeyinin sağlanmasında sağlık eğitimleri başat rol oynamaktadır.

ASE'ler ayrıca iş yükünün fazla olmasını, ücret ödeme, performans ve ceza sisteminde sorunlar olmasını ve senelik izin ve mazeret izinleri konusunda sıkıntı yaşamalarını sistemin olumsuz yönü olarak belirtmişlerdir.

Araştırmada ASM'lerden genellikle kadınların hizmet aldıkları saptanmıştır. Ancak sağlık çalışanları, bazen kadınların sosyalleşmek için ASM'leri kullandıklarını,

buna bağlı olarak diğer hastalara yeteri kadar zaman ayıramadıklarını belirtmişlerdir. Eğitim seviyesinin düşük olduğu, kalabalık ailelerde yaşayan kadınların bazen dışarıya çıkabilecekleri tek yer ASM'ler olmaktadır. Kadınların güçlendirilmeleri ve özgürce kendilerini ifade etmeleri sağlanırsa, bu durum çözülebilecektir.

Neoliberal politikalar, eğitim ve sağlık hizmetlerinden devletin elini çekerek piyasalaşmasını gündeme getirmiştir. Sağlığın işletmeye dönüşmesini bir sağlık çalışanı olumlu bulurken üç sağlık çalışanı olumsuz olarak değerlendirmiştir. Sağlık çalışanlarına kayıtlı kişilerin özelliklerine göre ödeme yapılmasının ve ödeme yapılan kişi sayısının 4000 ile sınırlandırılmasının, AH'lerin katsayısı düşük olan kişileri ve kendilerine kayıtlı olmayan kişileri takip etmek istememelerine neden olduğu görülmüştür.

Sağlık eğitiminde eğitsel süreçlerin planlanması ve uygulanmasında ihtiyaçların doğru olarak saptanması çok önemlidir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ihtiyaç saptama konusunda herhangi bir eğitim almadıkları, daha çok mesleki deneyimlerinden faydalandıkları ve karşıdaki kişinin bireysel farklılıkların çok fazla dikkate alınmadığı görülmüştür. Sağlık çalışanları ihtiyaç saptarken, başvuran kişinin taleplerini, başvuru sebebini, fiziki görünümünü, gelişimsel süreçlerini göz önünde bulundurduklarını ifade etmişlerdir. Bununla birlikte, başvuran kişinin eğitim ihtiyacını saptarken bazı önemli konuları atladıkları durumlar olduğunu belirten sağlık çalışanları, zaman kısıtlılığının önemli faktör olduğu konusunda hemfikirlerdir.

Toplumun sağlık seviyesini yükseltmede sağlık eğitimleri önemli bir rol üstlenmektedir. Kişiler sağlık konusunda bilinçlendikleri takdirde, doğru sağlık davranışları geliştirme ve kendi sağlıklarını takip etme konusunda daha fazla sorumluluk alacaklardır. Aksi takdirde kişinin ihtiyacını fark etmediği, dışarıdan tek yönlü aktarıma dayalı olarak verilen eğitimler istenilen amaca ulaşamayacak ve eğitim verilen kişide herhangi bir davranış değişikliği yaratmayacaktır. Bu nedenle üniversitelerin sağlıkla ilgili bölümlerinde sağlık eğitimi ve yetişkin eğitimi konusunda yeteli bilgilendirmelerin yapılması gerekmektedir. Böylece sağlık çalışanları kendilerine başvuran kişilerin eğitim ihtiyacını saptama, saptanan ihtiyaç için gerekli program planı yapma, yapılan planı uygulama ve değerlendirme ve eğitim programlarını geliştirme konusunda daha başarılı olacaklardır.

Sağlık çalışanları hizmet vermekle yükümlü oldukları kişilere pek çok konuda sağlık eğitimi vermekle birlikte, en çok aile planlaması, gebe takip, aşı, yenidoğan-bebek bakımı, bebek beslenmesi, kişisel hijyen, obezite, akılcı ilaç kullanımı ve kronik

hastalıklar konusunda sağlık eğitimi vermektedirler. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının eğitim verirken en çok güçlük çektiği konuların, en sık eğitim verdikleri konular olduğu görülmüştür.

Sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı verilen eğitimlerin hedef kitleye istenilen düzeyde ulaşmadığını belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarına göre verilen eğitimlere ulaşılmamasının sebepleri; eğitim seviyesinin düşük olması, medyanın halkı sağlık konusunda yanlış bilgilendirmesi-yönlendirmesi, kişilerin gerekli olduğu durumlarda bir sağlık kuruluşuna gitmek yerine çevrenin önerilerini uygulaması, kadınların kendilerine güvenlerinin olması, kendisiyle ilgili kararlarda söz sahibi olamaması, sorumluluklarının fazla olması nedeniyle verilen eğitimlere yeterli ilgi göstermeyerek, bir an önce eve dönmek istemeleridir.

Sağlık çalışanları verilen eğitimlerin istenilen hedeflere ulaşması için çözüm önerileri olarak; eğitim seviyesinin yükseltilmesi, medyanın sağlıkla ilgili konularda halkı doğru bilinçlendirmesi, eğitici programlara daha fazla yer vermesi, ASM'lerde sağlık eğitimleri için özel bir odanın olması, ASM'nin fiziki ortamının bu doğrultuda şekillenmesi gerektiğini sunmuşlardır.

Sağlık eğitimlerinin hedef grubu genellikle yetişkinlerdir. Sağlık eğitimi verecek kişiler, yetişkin eğitimi konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olmalıdır. Sağlık çalışanlarıyla yapılan görüşmelerde, sağlık çalışanlarının eğitici eğitimlerine gereksinim duydukları saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının sağlık eğitimi verirken; tıbbi terim kullanmamaya, halkın anlayabileceği bir dille anlatmaya, uygun öğrenme atmosferini sağlamaya, eğitimi alacak kişinin verilecek eğitimi almaya istekli olma durumunu ve gelişimsel dönemlerini dikkate almaya çalıştıkları saptanmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının eğitim programı planlama ve verilen eğitimi değerlendirme konusunda da yeterli bilgi sahibi olmadıkları saptanmıştır.

5.2. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda ortaya çıkan öneriler, uygulamaya yönelik ve araştırmalara yönelik öneriler olmak üzere iki başlık altında ele alınmıştır.

5.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Sağlık eğitimleri, yetişkinlerin öğrenme özellikleri, ilgileri, ihtiyaçları ve beklentileri doğrultusunda planlanmalı ve sürdürülmelidir.
- Üniversitelerin sağlıkla ilgili bölümlerinde yetişkin eğitimine yönelik dersler verilmelidir.
- Sağlık çalışanlarına sundukları ve hazırladıkları sağlık eğitimlerinin yetişkin eğitimi ilkelerine uygun olup, olmadığı ve bunu nasıl değerlendirebilecekleri hakkında bilgi verecek hizmet içi eğitim programları veya seminerler düzenlenmelidir.
- ASM'lerin fiziksel koşulları planlanırken sağlık eğitimleri verilebilecek odaların düzenlenmesi gerekmektedir.
- Verilen eğitimlerin hedef kitleye istenilen düzeyde ulaşmaması, eğitimlerin yeteri kadar başarılı olmadığını göstermektedir. Sağlık eğitimlerinin hastalıklardan korunma ve hastalıkların tedavisinde çok önemli bir yeri vardır. Bu nedenle çalışanlar ve Bakanlık birlikte hareket ederek, eğitimlerin istenilen amaçlara ulaşamamasının sebeplerini ortaya koymalı ve çözüm önerilerini hayata geçirmelidirler.
- Bakanlık, sağlık çalışanlarının eğitimlere yeterli zaman ayırabilmesi için günlük takip edilen hasta sayısının azaltılmasına yönelik çalışmalarda bulunmalıdır.
- Medya sağlıkla ilgili konularda üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmelidir.
- Kadınların kendilerinin ve çocuklarının sağlıklarıyla ilgili kararları verebilmeleri için güçlendirilmeleri gerekmektedir.

5.2.2. Araştırmacılara Yönelik Öneriler

- Bu çalışma Ankara'da Mamak ve Çankaya ilçelerinde bulunan ASM'lerde çalışan 14 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Daha fazla merkezde, daha fazla kişi ile yapılan görüşmeler sağlık eğitimlerinin durumunun genel bir tablosunu çizmek açısından yararlı olacaktır.
- Sağlık personeli dışında eğitimi alan kişilerle görüşmeler yapılması, onların da eğitime bakışını ortaya koyması açısından önemlidir. Sadece eğitim verenlerle değil aynı zamanda sağlık eğitimi alanlarla daha geniş çapta yapılacak çalışmalar yararlı olacaktır.
- Hem nitel hem nicel araştırma desenlerinin kullanıldığı çalışmalar mevcut durumun daha iyi saptanmasını sağlayabilir.
- ASM'lerde düzenlenen sağlık eğitimleri ile ilgili boylamsal çalışmaların yapılması, eğitimlerin zaman içindeki gelişim sürecini göstermesi açısından yararlı olacaktır.

KAYNAKÇA

Adıbelli, D. (2014). *Kadınlara Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörlerini Azaltmaya Etkisi* (Doktora tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Ağartan, T. (2015). Sağlıkta Reform Salgını. Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan ve Ç. Yoltar (Der.). *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları* (s.37-54). İstanbul: İletişim Yayınları.

Akalın, M. A. (2012). Sosyalleştirmenin İdeolojisi.*Soyalleştirmenin 50 Yılı. Füsun Sayek TTB Raporları/ Kitapları* (s. 19-27). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Akdur, R. (1999). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Akdur, R (2008). Cumhuriyetten Günümüze Türkiye' de Sağlık. http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/12_ulusalhalksagligikongresi2008.pdf adresinden alınmıştır.

Akın A. (2009). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Uygulamalarının İlk Döneminde Yönetim (1963–1980) Başarılı Oldu Mu? Türkkan, A. (Ed.), *Sağlık Reformlarının Sağlık Yönetimine Etkileri Sempozyumu içinde* (s. 4-11). Bursa.

Aktürk Z. ve Dağdeviren, N. (2004). *Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları*. İstanbul: Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları.

Akyıldız, N. (2001). Türkiye'de Temel Sağlık Hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi (YTD), Sağlık Özel Sayısı*, 39 (3), 183-187.

Aktan, C. C. ve Işık, A. K. (2007). Sağlığın Korunması Ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış. http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin-korunmasi.pdf adresinden alınmıştır.

Altay A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi,* 64, 33-56.

Altıntuğ, K. (2011). *Gebe Kadınlara Verilen Eğitimin Doğum Sonu Taburculuğa Hazır Oluşluk ve Yaşam Kalitesine Etkisi* (Doktora tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Arslan, Ü. (2004). *Tip II Diyabet Hastaları İçin Bir Sağlık Eğitimi Programı Geliştirilmesi Ve Etkisinin Değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Ataay, F. (2005). Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıktaki Yansımaları. *Toplum ve Hekim,* 20 (1), 65-71.

Ataay, F. (2006). *Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, Türkiye'de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler*. Ankara: De Ki Basım Yayınları.

Ataay, F. (2008). Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları. *Amme İdaresi Dergis*i, 41 (3), 169-184.

Atalay, A. S. (2015). Sağlıkta Piyasalaşma ve Kamu-Özel Ortaklığı. Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel ve Ömür Birler (der.) *Türkiye'de Sağlık Siyaset Piyasa* (s. 57-83). Ankara: Notabene.

Aydın, M. (2010). *Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Düşünceleri* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Aydın, S. (2010). Sosyalizasyondan Aile Hekimliğine. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 15, 8-11.

Ayyıldız, N. (2013. *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Özürlü Bireylere Yönelik Tutumunun Sağlık Eğitimi Faaliyetlerine Etkisi* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Avcı, Y. T. (2005). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Hedeflenen Nedir?. *TMMOB Maden Mühendisleri Odası, Madencilik Bülteni, 73*, 54-56.

Babacan, E. (2008.) *Hemşirelerin Hasta Eğitimi Rol Ve Faaliyetlerine İlişkin Düşünceleri* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Balcı, A. (2004). Sosyal *Bilimlerde Araştırma, Yöntem, Teknik ve İlkleler*. Ankara: PegemA

Başak, O. (2012). Türkiye'de Aile Hekimliği Uzmanlığı Süreci ve Sosyalleştirme. *Soyalleştirmenin 50 Yılı*. *Füsun Sayek TTB Raporları/ Kitapları* (s. 149-156). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Belek, İ. (2012). *Sağlıkta Dönüşüm: Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı*. İstanbul: Yazılama Yayınevi.

Bilgin Konokman, G. (2004). *Kadınlara Verilen Beslenme Eğitiminin Besin Tüketim Düzeyleri Beslenme Alışkanlıkları İle Beslenme Ve Osteoporoz (Kemik Erimesi) Hakkındaki Bilgilerine Etkisinin Saptanması* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Bilir, M. (2007). Nonformal Education İmplamentations in Turkey: İssues and Latest Challenges. *İnternational Journal of Lifelong Education,* 6 (26), 621-633.

Bostan, S. (2009). *Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi)* (Doktora tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Buğdaycı, R., Şaşmaz, T. ve Aydın, S. (2001). Temel Sağlık Hizmetlerinin Anlamı ve Bütünlüğü. *Yeni Türkiye Dergisi (YTD), Sağlık Özel Sayısı*, 39 (3), *174-182.*

Bulut, A.(2015). Türkiye'de Sağlık Reformunun Tarihçesi. Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan ve Ç. Yoltar (Der.). *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları* (s.111-124). İstanbul: İletişim Yayınları.

Burak, E., Karataş, İ. (2011). Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliğinin Gelişimi. *Bozok Tıp Dergisi*, 3, 29-33.

Bülbül, S.A. (1991). *Halk Eğitimine Giriş*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi

Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak E., Akgün, Ö.E., Şirin, K. ve Demirel, F. (2014). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.

Coşkun, T. (2003). Anne Sütü İle Beslenme. *Katkı Pediatri Dergisi*, 2, 168-83.

Çakıcı, S. (2006). *Yönetimin Yeniden Yapılandırılması Bağlamında Genel Sağlık Sigortası Uygulaması.* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Çevik, C. (2013). *Manisa İline Ait Sağlık Düzeyi Göstergeleri*: *Yıllara Göre Sağlık Ocağı Ve Aile Hekimliği Dönemlerinin Karşılaştırılması (2003-2012)* (Doktora tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Çiçek, Z. (2012). *Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Bilinçsiz Ve Reçetesiz İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi* (Doktora tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Demirdizen, H. (2012). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi, Genel Pratisyenlik ve Pratisyen Hekimlerin Mücadelesi. *Soyalleştirmenin 50 Yılı. Füsun Sayek TTB Raporları/ Kitapları* (s. 127-136). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

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

Dirican, R. (1997). Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları–1: Sağlık Yönetimi. http://nusret.fisek.org.tr/wp-content/kitaplasmamis_yazilari/kitap_1/ adresinden edinilmiştir.

Demirel, Ö. (2015). *Eğitimde Program Geliştirme Kuramdan Uygulamaya*. Ankara: Pegem Akademi.

Dumenil, G. ve Levy, D. (2014). Neoliberal (Karşı) Devrim. A. Saad-Filho ve D.Johnston. (Haz.). *Neoliberalizm Muhalif Bir Seçki* (s. 26-41) (Ş. Başlı, T. Öncel, Çev.). İstanbul: Yordam Kitap.

Duran, Ö. (2008). *Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Verilen Planlı Eğitimin Kadınların Sağlık İnançları Ve algılanan Sağlık Durumlarına Etkisi* (Doktora tezi) https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Elbek, O. ve Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni,*12 (1), 33-43.

Elbek, O. (2015). "Herşey Sermaye İçin Sevgilim". Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel ve Ömür Birler (der.) *Türkiye'de Sağlık Siyaset Piyasa* (s. 21-56). Ankara: Notabene.

Elik, Z. (2006). *Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamalarına Etkisi* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Ercan, F. (2000). Kapitalizm, Küreselleşme ve Kalkınma Tartışmaları Açısından Devlet: Eleştirel Önermeler-I. *İktisat Dergisi,* 404, 3-6.

Erdoğan, H. (2014*). Türkiye'de Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003–2010)* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Erol, H. ve Özdemir, A. (2014). Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi,* 4 (1), 9-34.

Ergun, C. ve Dericioğulları Ergun, A. (2010). Dönüşüm mü, Piyasalaştırma mı? Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma. *Toplum ve Demokrasi*, 4 (8-9-10), 33-54.

Ergüder, T., Esin, S. Kutlu, L. ve Kanyılmaz, D. (2000). Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunumunda Aile Hekimliği/ Genel Pratisyenlik. *Amme İdaresi Dergisi,* 33 (4), 103-111.

Ertem, G. K. (1998). *Menopoz Polikliniğine Başvuran Kadınların Menopoza İlişkin Yakınmalarına verilen Planlı Eğitim Etkililiğinin İncelenmesi* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Ertürk Atabey, S. (2012). *Ulusal Sağlık Sistemleri ve 1980 Sonrasında Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının İncelenmesi ve Değerlendirilmesi* (Doktora tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Esen, E. (2015). *Lise Öğrencilerine Yönelik Cinsel Sağlık Eğitimi Programının Geliştirilmesi, Uygulanması ve Değerlendirilmesi* (Doktora tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Eskiocak M. ve Saltık, A. (1997). 2000'e Dek Herkese Sağlık: Hepimiz Sorumluyuz! *Toplum ve Hekim,* 12 (81), 53-58.

Etiler, N. (2011). Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emek Gücü Üzerindeki Etkileri. *TBB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 2-11.

Faydalı, M. C. (2000). Özelleştirme Bir Yıkım Politikasıdır. *Toplum ve Hekim*, 15 (6), 432-444.

Fişek, A. G. (2001). Sosyal Barışıklığın Tutkalı: Sağlık. *Yeni Türkiye Dergisi (YTD), Sağlık Özel Sayısı*, 39 (3), 312-320.

Fişek, N. H. (1963). Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları.Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Üzerinde Çalışmalar http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/20.html adresinden edinilmiştir.

Fişek, N. H. (1985). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırıcı Yetiştirme Merkezi Yayını.

Fişek, N. H. (1991). T. C. Hükümetlerinde Sağlık Politikaları. *Toplum ve Hekim*, 4, 2-4.

Geray, C. (2002). *Halk Eğitimi*. Ankara: İmaj Yayınları.

Gordon, T. ve Edwards, W. Sterling. (1997*). Doktor Hasta İşbirliği Hastanın Bakımıyla İlgilenen Herkes İçin Gerekli İletişim Becerileri*. (E. Aksay, Çev.). İstanbul: Sistem Yayıncılık.

Gökbayrak, Ş. (2003). *Belediyeler, Özelleştirme ve Çalışma İlişkileri*. Ankara: Mülkiyeliler Birliği Vakfı Yayınları No: 28.

Görgün, H. (2009). *Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Sağlıkta Dönüşüm Programının Çanakkale Yerelindeki Etkileri* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Görmüş A. (2013). *Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Güçlü, S. (2011). *"Halk Sağlığı" Konulu Bir Programın Kırsal Bölgelerde Yaşayan Kadınların Sağlık Davranışlarına Etkisi* (Doktora tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Güler, H. (1987). *Lohusalıkta Anneye Verilen Sağlık Eğitiminin Annenin Doğum Sonrası Döneme İlişkin Bilgi Düzeyine Etkisinin İncelenmesi* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Güler, B. A., (2005). *Yeni Sağ ve Devletin Değişimi-Yapısal Uyarlama Politikaları 1980-1995*. Ankara: İmge Kitapevi.

Gülöz Şahin, S. (2006). *Türkiye'de Yeni Kamu yönetimi Anlayışı ve Sağlık Hizmeti* (Yüksek lisans tezi) https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Günaydın, D. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları. *Sosyal Siyaset Konferansları*, 1 (60), 323–365.

Güneş, F. (1996). *Yetişkin Eğitimi (Halk Eğitimi*). Ankara: Ocak Yayınları

Gümüş, T. (2009).Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti. U. Kerman, Y. Altan, S. Kanat, H. Kiriş,Y. Ural ve R. Dağ *(*Haz.), *Uluslararası Davraz Kongresi* içinde (s.157-158). Isparta Üniversitesi.

Güzelsarı, S. (2012). Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları. *Amme İdaresi Dergisi, 45 (3),* 29-57.

Harvey, D. (2012). Yaratıcı Yıkım Olarak Neoliberalizm. E. Çamuroğlu Çığ ve Ü. Çığ (Çev.). *Atılım Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 67-88.

Hamzaoğlu, O. (2006). Kapitalizmin Depresyonu ve Sağlık: Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı. *İktisat Dergisi,* 479, 58-65.

Hamzaoğlu, O. ve Yavuz, C. I. (2009). Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine. İ. Uzgel ve B. Duru (Der). *AKP Kitabı Bir Dönüşümün Bilançosu* (s: 633-659). Ankara: Phoenix Yayınevi.

Hazine Müsteşarlığı (2011). Politika Analizi Raporu: Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması. https://www.sgb.gov.tr/IPA%20Projesi/1.%20Bile%C5%9Fen%20-%20E%C5%9Fle%C5%9Ftirme/E%C4%9Fitim/5.%20Kamu%20De%C4%9Feri%20-%20Politika%20Analizi%20ve%20De%C4%9Ferlendirme/T%C3%BCrk%C3%A7e%20Dok%C3%BCmanlar/Politika%20Analizi%20Grup%20%C3%87al%C4%B1%C5%9Fmas%C4%B1/3.%C3%87al%C4%B1%C5%9Fma%20ve%20Nihai%20Raporlar%20(27%20May%C4%B1s%202011)/TR080206-Akt%201%202%203-Politika%20Anz%20Rap-Hazine%20%C3%96%C4%9Fle.pdf adresinden edinilmiştir.

Illich, Ivan (2014). *Sağlığın Gaspı*. S. Sertabiboğlu (Çev). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi http://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html adresinden edinilmiştir.

Karabulut, U. (2007). Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1925-1937). ÇITAD, 6 (15), 151-160.

Karabulut, K. ve Yapraklı, Ş. (2001). Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi - Erzurum'da Bir Uygulama. http://e-dergi.atauni.edu.tr/atauniiibd/article/view/1025003512/1025003342 adresinden edinilmiştir.

Karakuş, F. (2014). *Sağlıkta Dönüşüm Programının Hizmetin Yapısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi (Kahramanmaraş İli Örneği*) (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Karar, Ş. (2013). *Türkiye'de Sağlık Sistemi ve 2003 Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Karasar, N. (1995). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık.

Karasaç Gezen, A. (2015). Sağlık Haberciliği Örneği Olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Gazetelerdeki Sunumu. Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, Asuman Göksel ve Ömür Birler (der.) *Türkiye'de Sağlık Siyaset Piyasa* (s. 173-200). Ankara: Notabene.

Karasar, N. (2003). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Kartal, F. (2009). Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye'de Sağlık Politikalarında Dönüşüm. *Amme idaresi Dergisi*, 42 (2), 23-43.

Kıran Yılmaz, F. (2011). *Anneden-Kızına Evde Cinsel Sağlık Eğitimi Programının Etkililiğinin İncelenmesi* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Kişioğlu, A. N. (1996*). Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Evli Kadınlara verilen Sağlık Eğitiminin Anemi Prevelans ve İnsidansına Etkisi* (Doktora tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Knowless, M. (1996). *Yetişkin Öğrenenler*. S. Ayhan (Çev). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Kocatürk, A. (2010). *Ceza İnfaz Kurumunda Bulunan Kadınlara Verilen Meme Sağlığı Beceri Eğitiminin Değerlendirilmesi* (Doktora tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Koçak, O. ve Tiryaki, D. (2011). Sosyal Devlet Anlayışında Sağlık Politikalarını Önemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi: Yalova Örneği. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10 (19), 51-84.

Kumcuoğlu, E. (2001). Türkiye'nin Sağlık Sorunları Üzerine. *Yeni Türkiye Dergisi (YTD), Sağlık Özel Sayısı*, 39 (3), 188-193.

Kurt, A. Ö., Şaşmaz, T. (2012). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961–2003. *Lokman Hekim Journal*, 2 (1), 21-30.

Kutbay, E. (2002). Sağlık Reformları Ekseninde Dünya Bankası ve Türkiye. *Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi*, 3 (11-12), 33-35.

Küçüktepe, C. (2014). Program Geliştirme Süreci, Program Geliştirmede Çalışma Grupları Ve Çalışma Planı Hazırlama-İhtiyaç Belirleme Yaklaşım Ve Teknikleri. H. Şeker (Ed.). *Eğitimde Program Geliştirme Kavramlar Yaklaşımlar* (S. 89-126). Ankara: Anı Yayınları.

Lister, J., (2008). *Sağlık Politikası Reformu: Yanlış Yolda mı Gidiyoruz?*. M. İnan ve A.Kılıçaslan (Çev.). İstanbul: İnsev Yayınları.

Mandel, E. (1995). Neo Liberalizm ve Dünya Ekonomik Bunalımı. *Mülkiyeliler Birliği Dergisi*, 19 (182), 2-10.

MEB. (2012). Aile Planlaması. http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Aile%20Planlamas%C4%B1%20(hem%C5%9Firelik).pdf adresinden edinilmiştir

MEB. (2013). *Sağlık Eğitimi Kavramı İlke, Faktörleri ve Sınıflandırılması*. http://www.megep.meb.gov.tr/?page=moduller adresinden edinilmiştir.

Oberg, A. A. (1991). *Curriculum Decissions, International Encyclopedia of Curriculum*. New York: Oxford.

Öcek, Z. ve Soyer, A. (2007). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz*: *2000–2004 Türkiye Fotoğrafı***.** Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.

Özcan Paycı, S., Ünlüoğlu, İ. (2004). Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği. S. Görpelioğlu (Ed.). *Aile Doktorları İçin Kurs Notları Birinci Aşama* (s: 23-29). Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Özkan, Ö., Çatıker, A: (2007). Aile Sağlığı Hemşireliği: Sağlık Hizmetlerindeki Özelleştirmenin Hemşirelik Mesleğindeki Görünümü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(4), 91-104.

Özen, M. (2002). GATS ve Sağlık Sektörü. Kamu *Yönetimi Dünyası Dergis*i. 11-12, 43.

Özdemir, A. M. ve Yücesan Özdemir, G. (2006). Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Derin Dönüşümü: Farklı Birey Tahayyülleri. *İktisat Dergisi*, 478, 48-54.

Özdemir, A. R. (2012). *Sağlıkta Dönüşüm Programının Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Memnuniyet Düzeyi: Kilis İli Örneği* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Özdemir, Y. E.(2001). Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları-Cumhuriyetin Kuruluşundan 1980'li Yıllara Sağlık Politikaları-. *Yeni Türkiye Dergisi (YTD)*, *Sağlık Özel Sayısı*, 39 (3), 257-274.

Özpancar, N. ve Fesci, H. (2008) Hipertansiyon ve Yaşam Kalitesi http://www.universite-toplum.org/pdf/pdf_UT_381.pdf adresinden edinilmiştir.

Öztek, Z., 1986**,** *Temel Sağlık Hizmetleri*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını.

Öztek, Z. (2001). Sağlıkta Kavramlar. *Yeni Türkiye Dergisi (YTD)*, *Sağlık Özel Sayısı*, 39 (3), 294-299.

Öztek, Z. (2006). Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25 (2), 1-6.

Öztürk, M. (1999). Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetleri. http://edergi.sdu.edu.tr/index.php/sdutfd/article/viewFile/651/755 adresinden edinilmiştir.

Öztürk, N. (2002). İMF'nin Değişen Rolü ve Gelişmekte Olan Ülke Ekonomilerine Etkileri. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 57 (4), 95-125.

Öztürk, Ş. (2014). Bir Fabrikada Çalışan Kadınlara Verilen Eğitimin Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin Sağlık İnanç Ve Davranışlarına Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

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

Pala, K. (2002). Temel Sağlık Hizmetleriyle İlgili Uluslararası Alma Ata Toplantısı. *Toplum ve Hekim*, 17 (2), 101-106.

Pala, K. (2007). Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu? https://www.researchgate.net/profile/Kayihan_Pala/publication/280230044_Trkiye_iin_nasl_bir_salk_reformu/links/55ae1bb308aee079921e6f53.pdf adresinden edinilmiştir.

Saatçi, E., İnan, M. ve Akpınar, E. (2006). Adana'dan Bir Aile Hekimliği Örneği. *Türk Aile Hekimliği Dergisi,* 10 (1), 20-24.

Saçar, N. (1996). *Diyarbakır İli Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Sağlık Eğitimi Konusunda Bilgi, Tutum Ve Uygulamaları* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. (1973). *Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl*. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı. (2004), *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*, S. Aydın (Ed.). Ankara: Mavi Ofset.

Sağlık Bakanlığı. (2013). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın Ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitimci Kitabı. http://edirne.hsm.saglik.gov.tr/hsm/dosyalar/BULASICI_OLMAYAN_HASTALIKLAR_PROG._VE_KANSER/CEKUS_BIRIMI/KITAPLAR/Evlilik%20%C3%96ncesi%20ve%20Gebe%20bilgilendirme%20s%C4%B1n%C4%B1f%C4%B1/GEBE%20B%C4%B0LG%C4%B0LEND%C4%B0RME%20SINIFI%20E%C4%9E%C4%B0T%C4%B0MC%C4%B0%20K%C4%B0TABI.pdf adresinden edinilmiştir.

Saraçlı, T., S. (2010). *Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık hizmetlerinde Aile Hekimliği Modeli Değerlendirmesi: İzmir İli Pilot Uygulaması* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Sargutan, E. (2006). *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları

Sayılan, F. (2013). Küreselleşme ve Yetişkin Eğitimi. Yıldız, A. ve Uysal, M. (Der.). *Yetişkin Eğitimi Kuramdan Uygulamaya* (s: 255-271). İstanbul: Kalkedon.

Sis Çelik, A. (2013). *Klimakterik Dönemdeki Kadınlara Verilen Eğitimin Sıcak Basmasına İlişkin İnançlarına ve Yaşam Kalitesine Etkisi* (Doktora tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Somel, C. (2004). Dünyada ve Türkiye'de Neoliberal Politikaların Topluma Yansıması. *Toplum ve Hekim,* 19(6), 448-451.

Soyer, A. (1998). *Kapitalizm, Sosyalizm ve Sağlık*. Ankara: Öteki Yayınevi.

Soyer, A. (2003). 1980'den Günümüze Sağlık Politikaları. *Praksis,* 9, 301-319.

Sönmez, M. (2011). *Paran Kadar Sağlık Türkiye'de Sağlığın Ticarileşmesi***.** İstanbul: Yordam Kitap.

Sönmez, F. ve Sevindik, M., O. (2013). Sağlıkta Dönüşümün Sağlık Personeli Üzerine Etkisi: Aile Sağlığı Elemanı Olmak. *TAF Preventive Medicine Bulletin,* 12(1), 43-48.

Söyleyici, T. (2010). *Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Sözen, C. (2003). *Sağlık Eğitimi.* Ankara: Palme Yayıncılık.

Şemin, S. (1993). Ülkemiz Sağlık Mevzuatı ve Sağlıkla İlgili Politikaların Genel Değişim Dinamikleri. *Toplum ve Hekim,* 8(53), 2-10.

Tabak, R.S. (2000). *Sağlık Eğitimi*. Ankara: Somgür.

Taşocak, G. (2003). *Hasta Eğitimi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi.

Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.

TTB. (2007). *Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi*: *Çok Sektörlü Yaklaşım.* Ankara: TTB Yayınları.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003). Sağlıkta Dönüşüm. http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html adresinden edinilmiştir.

T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı (2003). http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/EylemVeDigerPlanlar/Attachments/13/58.H%C3%BCk%C3%BCmetAcilEylemPlan%C4%B1.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011) http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/453 adresinden edinilmiştir.

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M., (2012), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi* .Ankara: Nobel Yayınları.

Terzi, C. (2016).Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık Piyasalaşırken Hekimler İşçileşiyor. http://saglikilkesen.org/haber/saglikta-donusum-programi-saglik-piyasalasirken-hekimler-iscilesiyor/ adresinden edinilmiştir.

TTB (2013). *Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü*?. Z. Öcek ve M. Çiçeklioğlu (Ed.). Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.

Tuaç, P. (2009). *Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Aile Hekimliği: Hukuki Bir Değerlendirme* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Türkcan Özşuca, Ş. (2001). Yapısal Uyum, Küresel Bütünleşme ve Refah Devleti. *Toplum ve Hekim,* 16(1), 9-13.

Ulusoy Gökkoca, F. Z. (2001). Sağlık Eğitimi Açısından Temel İlkeler. *STED*, 10(10), 371-374.

Uysal, M. (2013). Yetişkin Eğitiminde Program Planlama. Yıldız, A. ve Uysal, M. (Der.). *Yetişkin Eğitimi Kuramdan Uygulamaya* (s: 199-228). İstanbul: Kalkedon.

Ülkü, S. (2010). *Kütahya İli Yenidoğan Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Vajinal Duş Uygulamalarına Sağlık Eğitiminin Etkisi*(Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Ünal, E. ve Ateş, M. (2002). *Sağlık ve Piyasa*. İstanbul: M.Ü. Sağlık Eğitim Fakültesi Yayını.

Uçkaç, A. (2010). Türkiye'de Neoliberal Ekonomi Politikaları ve Sosyo-Ekonomik Yansımaları. *Maliye Dergisi,* 15, .422-430.

Ünlütürk Ulutaş, Ç. (2011). *Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*. Ankara: Notabene.

Venediktov, D. (1998). Alma- Ata ve Sonrası. F. Z. Gökkoca (Çev.). *Toplum ve Hekim*, 13(6), 450-453.

Who Expert Consultation (2004). Appropriate Body-Mass Index for Asian Populations and its Implications for Policy and Intervention Strategies. *The Lancet,* 157-163 http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(03)15268-3/abstract adresinden edinilmiştir.

World Health Organization (1985). The rational use of drugs. Report of the Conference of Experts, Nairobi, http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf adresinden edinilmiştir.

Wonca World Family Doctors Caring For People Europe, Wonca Aile Hekimliği Avrupa Tanımı (2002). http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf adresinden edinilmiştir.

Yavuz, N. (2011). Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık Sistemleri ve Karşılaştırması. (Tezsiz yüksek lisans bitirme projesi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Yavuz, C. I. (2012). Sevk Sistemi ve Sosyalleştirme. *Soyalleştirmenin 50 Yılı. Füsun Sayek TTB Raporları/ Kitapları* (s. 117-125). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Yenimahalleli Yaşar, G. (2008). Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler. *Mülkiye Dergisi*, 32 (260), 157-191.

Yıldırım, A. (1994). 1961 Anayasasında "Sosyal Devlet ve Sağlık Hakkı". *Toplum ve Hekim,* 9 (60), 46-48.

Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2005). *Sosyal Bilimlerde Nitel AraştırmaYöntemleri.* Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yıldırım, H.H. (2000). Yapısal Uyum Programları Ve Sağlık Reformları. *Sağlık İdaresi Dergisi*, 5 (1), 63-87.

Yıldız, A. (2008).Sözlü Kültür Bağlamında Yetişkin Okuryazarlığını Yeniden Düşünmek. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi,* 41(1), 51-67.

Yıldız, Ö. (2008). Küreselleşme, Sağlık ve Toplum. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 30-34.

Yılmaz, A. (2007). *Bozkır'da Çalışan Sağlık Görevlilerinin Sağlık Eğitimi Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

Yılmaz, A. (2014). *Obez Lise Öğrencilerine Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesine Etkisi* (Doktora tezi). https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/ adresinden edinilmiştir.

1928 Tarihli 1219 Sayılı Tababet ve Şuabat Sanatlarının İcrasına Dair Kanun http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pd adresinden edinilmiştir.

1930 Tarihli 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf adresinden edinilmiştir

1961 Tarihli 224 Sayılı Sağlık hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html adresinden edinilmiştir.

1961 Anayasası https://anayasa.tbmm.gov.tr/docs/1961/1961-ilkhali/1961-ilkhali.pdf adresinden edinilmiştir.

1982 Anayasası https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm adresinden edinilmiştir.

2004 Tarihli 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilpt Uygulaması Hakkında Kanun http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/kanunlar/3289-aile-hekimlii-kanunu-.html adresinden edinilmiştir.

2008 Tarihli B100TSH0110005 sayılı T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi file:///C:/Users/user/Documents/Downloads/gbpgenelge2008%20(1).pdf adresinden edinilmiştir.

2010 Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği http://www.bal-def.gov.tr/guncel/20100525-10.htm adresinden edinilmiştir.

2010 Tarihli Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20101237.pdf adresinden edinilmiştir.

2013 Tarihli 28539 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeligi.html adresinden edinilmiştir.

EKLER

Ek1: Görüşme Formu

1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz: □ Kadın □ Erkek
2. Yaşınız: □ 25 yaş altı □ 26-35 □ 36-45 □ 46-55 □55-65
3. Medeni Durumunuz: □Evli □ Bekâr □ Diğer (belirtiniz)…….
4. Eğitim Durumunuz: □ Lise□ Ön lisans □ Lisans □ Yüksek lisans □ Doktora
5. Mesleğiniz: □ Aile Hekimi (Pratisyen Hekim) □ Aile Hekimi (Aile Hekimi Uzmanı)
   □ Hemşire □ Ebe □ Sağlık Memuru
6. Herhangi bir sendikaya üye misiniz?:□Evet (Belirtiniz)…… □ Hayır
7. Kaç yıldır çalışıyorsunuz ?:□0-5 □ 6-10 □11-15
   □ 16-20 □ 21-25 □ 26 yıl ve üzeri
8. Kaç yıldır Aile Sağlığı Merkezinde çalışıyorsunuz?.....
9. Aile Hekimliği sisteminde çalışmayı isteyerek mi seçtiniz? □ Evet □ Hayır
10. Kadro Durumunuz nedir? □ Sözleşmeli □ Görevlendirme
11. Size kayıtlı olan hasta sayısı:……
12. Günde kaç hastaya kaç saat süreyle hizmet vermektesiniz?□.....Hasta □…….Süre

2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

1. Uygulanmakta olan aile hekimliği sistemi hakkında genel olarak ne düşünüyorsunuz?
2. Size göre sistemin en olumlu yanı nedir?
3. Size göre sistemin en olumsuz yönü nedir?
4. Daha çok hangi konularda eğitim veriyorsunuz?
5. Eğitim vermekte güçlük çektiğiniz konular nelerdir?
6. Bu eğitimlerin etkililiği hakkında ne düşünüyor musunuz?
7. Eğitim hedeflerinize ulaşamıyorsanız bunun sebepleri neler olabilir? Çözüm olarak ne öneriyorsunuz?
8. Sağlık eğitimleri daha çok yetişkin gruba verilmektedir, peki yetişkinlere yönelik sağlık eğitimlerinde yetişkin eğitimi ilkelerini uygulama durumunuz nedir?

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı : Şengül ERDEN

Doğum Tarihi : 12.09.1976

İletişim Bilgileri : Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Mesleksel ve İletişim Becerileri Laboratuvarı

E-Posta Adresi :sengulerden@hotmail.com

Öğrenim Durumu : Üniversite

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Atatürk Üniversitesi	2011
Lisans	Dilbilim	Ankara Üniversitesi	2003
Ön lisans	Hemşirelik	Hacettepe Üniversitesi	1996

İş Deneyimi :

Unvan	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Mesleksel ve İletişim Becerileri Laboratuvarı	2013-
Hemşire	Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi	1994-2013

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

Erden Şengül, Ateş Ayşe, Başkal Nilgün, Öztuna Derya. Obez Bireylerin Obezite eğitimi Ve Hastalıkları İle İlgili Sorunlarının Değerlendirilmesi. 42. Ulusal Diyabet Kongresi, 10-14 Mayıs 2006- Antalya, Özet Kitabı; sayfa: 67. (Poster)

Özgür Demir, Şengül Erden, Ayşe Ateş, Birgül Yurdakul, Ahmet Nuri Kamel, Zeynep Bıyıklı. Klinikte Yatan Diyabetli Hastaların Değerlendirilmesi. 44. Ulusal Diyabet Kongresi, 28 Mayıs- 1 Haziran 2008- Antalya, Bildiri Kitabı; sayfa: 51. (Poster)