

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK
PERSONELİNİN SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ
UYGULAMALARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ**

**Esmâ KABASAKAL
Halk Sağlığı Hemşireliği Programı**

Yüksek Lisans Tezi

**ANKARA
2013**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK
PERSONELİNİN SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ
UYGULAMALARINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ**

**Esmâ KABASAKAL
Halk Sağlığı Hemşireliği Programı**

Yüksek Lisans Tezi

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Gülümser KUBLAY**

**ANKARA
2013**

Anabilim Dalı :Halk Sağlığı Hemşireliği
 Program Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
 Tez Başlığı :Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlığın
 Geliştirilmesi Uygulamalarına İlişkin Görüşleri

Öğrenci Adı-Soyadı :Esmâ Kabasakal
 Savunma Sınavı Tarihi :12.09.2013

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Doç.Dr. Yeter Kitiş 
 (Gazi Üniversitesi)

Tez danışmanı: Prof.Dr. Gülümser Kublay 
 (Hacettepe Üniversitesi)


Üye: Prof. Dr. Oya Nuran Emiroğlu 
 (Hacettepe Üniversitesi)

Üye: Yard.Doç.Dr. Sergül Duygulu 
 (Hacettepe Üniversitesi)

Üye: Yard. Doç Dr. Deniz Koçoğlu 
 (Selçuk Üniversitesi)

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.


 Prof.Dr. Ersin FADILLIOĞLU
 Müdür Y.

TEŞEKKÜR

Tez danışmanım olarak çalışmam ve yüksek lisans eğitimim süresince yardımlarını, hoşgörü ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli hocam Prof. Dr. Gülümser KUBLAY'a,

Çalışmama her aşamasında gösterdiği duyarlılık ve yardımlarından dolayı Halk Sağlığı Uzmanı Dr. Hakan TÜZÜN'e,

Tez çalışmam boyunca desteğini ve sabrını benden esirgemeyen aileme ve arkadaşlarıma,

TEŞEKKÜR EDERİM.

Esmâ KABASAKAL

2013

ÖZET

KABASAKAL, E., Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlığın Geliştirilmesi Uygulamalarına İlişkin Görüşleri, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013. Araştırma, aile sağlığı merkezinde çalışan sağlık personelinin sağlığın geliştirilmesi uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Ankara ili Yenimahalle ilçesindeki tüm aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelleri oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen soru formu kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 16.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık personelinin %47,2'sinin sağlığın geliştirilmesine yönelik eğitim aldıkları belirlenmiştir. Eğitim alan personelin %21,5'i yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanmakta olan Ulusal Kontrol Programları hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade edenler %14,7 olarak bulunmuştur. Sağlığı geliştirici uygulamalar içerisinde Ulusal Obeziteyle Mücadele Programı öncelikli program olarak ifade edilmiştir. Sağlığın geliştirilmesinde öncelikli hedef grup olarak okul çağı çocukları ifade edilmiştir. Sağlığın geliştirilmesi kapsamında kendilerine engel faktör yoğunluklu olarak zaman kısıtlılığı gösterilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, birinci basamak sağlık personeline sağlığın geliştirilmesi ve ulusal kontrol programlarına yönelik kapsamlı ve tekrarlı eğitimlerin yapılması, aile sağlığı elemanları içerisinde özellikle hemşirelerin ulusal kontrol programlarında danışmanlık ve eğitici rollerini etkin kullanabilmeleri yönünde aktif ve sorumlu tutulmaları, sağlık personelinin sağlığı geliştirici uygulamalar ve sağlık eğitim becerilerinin kayıt altına alınması gereken bir uygulama haline getirilmesi ve eğitim becerilerinin artırılması, çalışmamızdaki sonuçlar araştırmaya katılanların beyanlarına dayandığı için uygulamaların somut olarak değerlendirebileceği kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: aile sağlığı merkezi, sağlığın geliştirilmesi, sağlık personeli

ABSTRACT

KABASAKAL, E., Opinions Of Health Workers Working In Family Health Centers On Health Promotion Practices, Hacettepe University, Institute of Health Sciences, Graduate Thesis, Ankara, 2013. The research is made definitively to specify the opinions of healthcare personnel working in family health centers on health promotion practices. The healthcare personnel working in all family health centers in Yenimahalle county of city of Ankara constitutes the sampling of the research. The questionnaire developed by the researcher is used as the data collecting tool. The data obtained in the research is analyzed using SPSS 16.0 packaged software. It was identified that 47,2% of the healthcare personnel participating in the research were educated on health promotion and 21,5% of the trained personnel think they have sufficient knowledge. Those who express that they have sufficient knowledge on National Control Programs performed in primary healthcare organizations are identified to be 14,7%. National Obesity Fighting Program is stated to have the priority among health promotion practices. School-age children are the top priority target group in health promotion. Time limitation is stated to be the most prominent complication in the aspect of health promotion. In the light of findings of this research, it is recommended to give comprehensive and repetitive trainings to the primary healthcare personnel on health promotion and national control programs, to hold especially nurses among family health personnel active and responsible for taking consultancy and training roles in national control programs, to make the health development practices and healthcare training skills of healthcare personnel recorded and to improve the training skills of the personnel, to do comprehensive research in which the practices can be physically evaluated since the results of our research are based on the statements of the participants.

Key words: family health center, health promotion, health workers

SİMGE VE KISALTMALAR

ANA	Amerikan Hemşireler Derneği
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
SİMGE VE KISALTMALAR	vii
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problem Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlık	4
2.2. Sağlığın Geliştirilmesi	5
2.2.1. Kavramın Ortaya Çıkışı	5
2.2.2. Tanımlar	7
2.2.3. Tarihsel Süreç	9
2.2.5. Sağlığı Geliştirme Programları	15
2.3. Sağlık Eğitimi	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Şekli	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihler	18
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	18
3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması	19
3.4.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması	19
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	20
3.6. Araştırmanın Güçlükleri	20
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
KAYNAKLAR	67
ÖZGEÇMİŞ	75

EKLER

Ek.1. Anket Formu

Ek 2. Etik Kurul İzni

Ek 3. Kurum İzni

TABLOLAR DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Sağlığın Geliştirilmesi Tanımları	7
Tablo 2.2. Milano Bildirgesi Stratejileri	11
Tablo 4.1. Sağlık Personelinin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı	22
Tablo 4.2. Sağlık Personelinin Sağlığın Geliştirilmesine İlişkin Eğitim Alma ve Bilgi Durumlarının Dağılımı	24
Tablo 4.3. Sağlık Personelinin Sağlığın Geliştirilmesi Tanımı ve Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Görüşleri	26
Tablo 4.4. Sağlık Personelinin Ulusal Kontrol Programlarına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı	28
Tablo 4.5. Sağlık Personelinin Ulusal Kontrol Programlarını Uygulamada Engel Faktörler ve Katılımı Artırıcı İletişim Araçlarına İlişkin Görüşleri	30
Tablo 4.6. Sağlık Personelinin Ulusal Kontrol Programları Kapsamında Sağlığı Geliştirici Uygulamalarına İlişkin Görüşleri	32
Tablo 4.7. Sağlık Personelinin Ulusal Kanser Kontrol Programı Kapsamında Sağlığı Geliştirici Uygulamalarına İlişkin Görüşleri	33
Tablo 4.8. Sağlık Personelinin Ulusal Obezite Kontrol Programı Kapsamında Sağlığı Geliştirici Uygulamalarına İlişkin Görüşleri	35
Tablo 4.9. Sağlık Personelinin Ulusal Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Kapsamında Sağlığı Geliştirici Uygulamalarına İlişkin Görüşleri	37
Tablo 4.10. Sağlık Personelinin Bireylerin Sağlığını Geliştirici Uygulamalarına İlişkin Görüşleri	39
Tablo 4.11. Sağlık Personelinin Sağlığın Geliştirilmesi Müdahale Yöntemi Kapsamında Eğitim Planlamaya İlişkin Görüşleri	42
Tablo 4.12. Sağlık Personelinin Sağlığın Geliştirilmesi Müdahale Yöntemi Kapsamında Sağlık Eğitim Becerilerine İlişkin Görüşleri	44

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problem Tanımı

19. yüzyılın başından günümüze kadar halk sağlığı alanında özellikle gelişmiş ülkelerin; sağlık, sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi kavramlarına odaklı sosyal ve çevresel koşulları geniş ölçüde kapsayan kamu politikaları oluşturduğu görülmektedir (86). Hastalıkların çoğunun bireylerin yaşam tarzıyla ilişkili olduğunun anlaşılması, dünya genelinde kronik hastalıklarda görülen artışlar ve yaşam kalitesine olan ilginin giderek artmasıyla ülkelerin sağlığın geliştirilmesine gösterdikleri önem de artmaktadır (58).

Sağlığın geliştirilmesi genel anlamda bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmaları ve optimal düzeyde sağlıklı olabilmelerini sağlama süreci olarak tanımlanmıştır (14,44). 1986 yılı Ottawa Konferansından itibaren gerçekleştirilen sağlığı geliştirme konferans ve çalışmalarında; bireysel güçlendirme (sağlık okuryazarlığı ve davranışı), toplumu güçlendirme, sağlık sistemini güçlendirme, sağlıklı toplum politikaları inşa etmek için sektörler arası işbirliği ve sağlığı geliştirmede kapasiteyi artırma” olmak üzere beş temel konu üzerinde strateji oluşturulmuştur. Bu başlıklardan da anlaşılacağı gibi sağlığı geliştirme, sadece bireylerin bilgi ve davranışlarını değil, toplumsal kapasiteyi güçlendirmeyi ve politika değişimlerini de kapsamaktadır. Bireylerin süreç içerisinde desteklenmeleri, sağlıklı davranışlara yönelik kişisel seçim yapmalarını ve sosyal sorumluluklarını geliştirerek yaşam davranışlarında olumlu değişiklikler yapmalarını sağlar (79).

Birey ve topluma yönelik sağlık hizmetlerinin sunulduğu en temel birim birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır. Ülkemizde 2008 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanmasıyla birlikte, birinci basamak sağlık hizmeti; Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri tarafından verilmektedir. Aile sağlığı merkezi; bireylere yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetleri bir arada sunan aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşan aile hekimliği birimlerinin birlikteliklerinden oluşmaktadır. Aile hekimliği hizmeti ise; bireyleri biyo-psiko-sosyal çevreleri ile birlikte doğumdan ölüme kadar bütüncül bir yaklaşımla ele alan, henüz doğmamış anne karnındaki bebekten, ailenin en yaşlı bireyine kadar ailedeki bütün fertlerin sağlık ve sağlık problemlerinden sorumludur.

Aile hekimliği birimi çalışanlarından beklenti; hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanınması, aile, evre ve iş ilişkilerini değerlendirerek ailedeki tüm bireyelerinin sağlık durumlarını, hayat şartlarını, koruyucu sağlık hizmetlerini ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi şekilde bilmeleri ynindedir (1,17). Bireylerin yalnızca bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla değerlendirildiği düşünüldüğünde aile hekimliği sistemi sağlığın geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir. (2,74).

Günümüzde hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önem kazanmasına paralel olarak, hemşirenin rolü değermiş ve gelişmiştir. Dünya Sağlık rgt hemşirenin, sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarında anahtar rol oynadığını belirtmiştir. Amerikan Hemşireler Derneği (ANA), hemşirenin sağlığın geliştirilmesindeki rolünü söyle belirlemiştir; “Hemşire, bireyelerin ve grupların gerçek ve olası sağlık problemlerine uyumlarını, bireyelerin sağlığını etkileyen çevreyi anlama ve sağlığı geliştiren hemşirelik müdahalelerini yapmakla ilgilenir. Tüm hemşireler uzmanlık gerektirmeksizin sağlığı geliştirir, sürdürür ve yeniden yapılandırır (10). Gelişmiş ülkelerde sağlığın geliştirilmesi ile ilgili politikaların oluşturulması ve uygulanmasında halk sağlığı hemşireleri önemli bir rol oynarken, ülkemizde, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitiminden özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeli sorumlu tutulmuştur (15). Hemşirelerin görev odaklı bakımdan hasta odaklı bakıma geçmeleri ve sağlık bakım sistemi içerisindeki etkileşim becerileri üzerinde durmaları toplum bireyelerinin sağlık durumlarını ele alma ve bireye özgü sağlığı geliştirici uygulamalar yapabilmekte daha etkin olmalarını sağlamaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi üzerine ülkemizde birinci basamak sağlık personeli de dahil olmak üzere çeşitli gruplar arasında araştırmalar yapılmıştır (3,9,15,21,29,59,70,73). Araştırmalar daha çok bireyelerin sağlığı geliştirici davranışlarını belirlemeye yönelik olup aile sağlığı merkezindeki sağlık personelinin sağlığın geliştirilmesine ilişkin görüşleri ve bireylere yönelik sağlığı geliştirici uygulamalarını içeren kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin, sağlığı geliştirme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda toplumun bilgilendirilmesi, topluma danışmanlık yapılması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının topluma kazandırılmasında sağlığın geliştirilmesine yönelik bilgi sahibi olmaları önemlidir (20,45). Sağlığı geliştirme çabalarının bireyi dolayısıyla toplumu güçlendirme olarak ele alındığı düşünüldüğünde bireyin sağlık sistemi içerisinde ilk karşılaştığı yer olan ASM'lerdeki hizmet sunucuların sağlığın geliştirilmesine ilişkin görüşlerini ve bireylerin sağlığını geliştirmeye yönelik yapmış oldukları uygulamalarının araştırılmasının gerekliliği açıktır.

Bu araştırma ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlığın geliştirilmesi uygulamalarına yönelik görüşlerinin araştırılması sonucunda elde edilecek verilerin birinci basamak sağlık personeline yapılacak eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde yol göstermesi ve bir sonraki çalışmalara ışık tutması beklenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu alışma aile sağlığı merkezinde çalışan sağlık personelinin sağlığın geliştirilmesi uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- 1) Sağlık personelinin sağlığın geliştirilmesi hakkında bilgi sahibi olma durumlarına yönelik görüşleri nelerdir?
- 2) Sağlık personelinin sağlığı geliştirici uygulamalara yönelik görüşleri nelerdir?
- 3) Sağlığın geliştirilmesi kapsamında yapılan uygulamalara ilişkin görüşler arasında hekim ve aile sağlığı elemanları arasında farklılık var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık

Sağlığın geliştirilmesi için ön koşul sağlıktır. Sağlık; insan hayatının vazgeçilmez ve devredilmez temel haklarından birisidir (30). 20.yy' a kadar iş yapabilme kapasitesi ve fiziksel açıdan iyi olma durumu şeklinde tanımlanan sağlık; Dünya Sağlık Örgütü tarafından (DSÖ) 1947'de "sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hali" şeklinde tanımlanarak ilk defa bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmıştır. Zaman içerisinde bu tanımlama da yeterli bulunmayarak 1977 yılı Dünya Sağlık Asemlesinde, DSÖ' ye üye ülkelerin ana hedefinde "2000 yılında insanların ekonomik ve sosyal olarak üretken bir hayatı yaşayabilmelerine olanak tanıyacak olan bir sağlık düzeyine ulaşma olarak yeniden düzenlenmiştir (80).

Sağlık kavramı bünyesinde optimal düzeyde fiziksel, sosyal ve mental fonksiyonları yerine getirebilme potansiyelini barındırdığı gibi yetersizlik ya da ölüme kadar uzanan birçok sağlık derecelerini de barındırır. Sağlık hangi düzeyde olursa olsun devamlılık arz eden bir durumdur (5). Sağlık tanımından yola çıkarak, iyilik haline ulaşmış üretken bir hayatı yaşayabilmek için kişi ya da grupların isteklerinin farkına varabilmesi ve gereksinimlerini giderebilmesi gerekir. Aynı zamanda çevresini de değiştirebilmeli veya çevresindeki mevcut durumla baş edebilmelidir. Dolayısıyla sağlık yaşam için bir amaç olarak ele alınmayıp, günlük yaşantıda bir kaynak, fiziksel yetenek, sosyal ve bireysel kaynaklar şeklinde vurgulamaktadır (31).

Sağlığın iyi olması durumunda sağlık hizmetlerine erişim ve kalıtsal özellikler önemli faktörler olsa da tek başına yeterli değildir. Kişilerin beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri tütüne maruziyet, sosyal etkileşimleri, yaşadığı çevre ve diğer pek çok faktör sağlığı veya sağlıksızlığı etkilemektedir. Birey ve toplumların biyolojik, psikolojik, sosyal, entelektüel, ve ruhsal bileşenlerinin beraberinde kültürel, ekonomik ve siyasi çevrenin kombinasyonu da önemlidir (50).

2.2. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi tanımını en iyi şekilde açıklamak için ilk olarak ortaya çıkışını, tarihçesini, bu konuda önerilen çeşitli tanımları ve uygulamada neyi içerdiğini ele almak gerekir.

2.2.1. Kavramın Ortaya Çıkışı

Sağlığın geliştirilmesi kavramı ilk olarak 19.yüzyılda toplum sağlığı anlayışının benimsenmesiyle birlikte temelleri atılmıştır. 1974 yılında “Kanadalıların sağlığına yeni bir bakış” başlıklı Lalonde raporunun yayınlamasıyla sağlık politikası alanında ve uygulamada özel bir alan olarak ele alınmıştır (5,31).

Sağlığın geliştirilmesinin kilit bir strateji olarak belirlendiği, ilk ulusal hükümet politikası özelliğini taşıyan bu belge daha sonra İsveç ve ABD gibi diğer ülkeler için belgelerini oluşturmada temel alınmıştır. Sağlığın geliştirilmesi kavramına verilen önemin giderek artmasıyla birlikte 1986 yılında Birinci Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı’nda Ottawa Sözleşmesi onaylanmıştır. Bunun sonucunda, sağlığın geliştirilmesi tüm dünyada gelişmeye başlamıştır (5). Sağlığın geliştirilmesi konusunda yapılan çeşitli sınıflandırmalar incelendiğinde kavramın Anderson tarafından 5 başlık altında topladığı görülmektedir (49).

1. Pozitif (olumlu hale getirme) sağlık ve yaşam kalitesine verilen önemin artması,
2. Bireylerin, tüketicilik eğilimlerine bağlı olarak yaşamları üzerindeki kontrolü artırmak istemeleri,
3. Sağlık eğitimi ile ilişkilendirilen geleneksel stratejilerin etkililiğinin sınırlı olması,
4. Sağlık sorunlarının çoğunun kişisel yaşam tarzıyla ilişkili olduğunun kabul edilmesi,
5. Sunulan sağlık hizmeti ile sağlık durumu arasındaki zayıf ilişki olması ve yüksek maliyetli kaynak yatırımlarının getirisinin düşük olduğunun kanıtlanması,

Halk sağlığına yönelik yapılan epidemiyolojik çalışmalar sağlığın daha geniş belirleyicilerinin olduğunu belgelemektedir. Bunlar, genetik ve davranışsal özelliklerden farklı olarak sosyoekonomik şartlar, ulusal refah, hakkaniyet, sosyal destek gibi faktörlerle yakından ilişkilidirler. Bu faktörler yeni halk sağlığı olarak ta adlandırılan sağlığın geliştirilmesi anlayışı ile sonuçlanmıştır (77).

Yeni halk sağlığı, sağlığın korunmasından daha ziyade sağlığın güçlendirilmesi, bireye ait ve kolektif sağlık konularında g ve kontrolün yeniden dağıtılması, ekolojik yaklaşımın göz ardı edilmemesi, sosyal, ekonomik ve politik ortamla ilişkilendirilen sağlık belirleyicilerinin olumsuz etkisinin azaltılması, fiziksel sağlığın ötesinde zihinsel, ruhsal ve sosyal boyutlara gerekli önemin verilmesi, kaynakların yukarı doğru tahsisinden öte sorunların ortaya çıkmadan üzülmesi gibi başlıkları içermektedir (8).

Bu özelliklerden bazıları, yeni halk sağlığının amaçlarını açıklarken diğerleri bu amaçlara ulaşmadaki yolları göstermektedir. Sağlığın geliştirilmesi kavramına yapılan çeşitli tanımlamalar yukarıdaki özellikleri yansıtmaktadır.

2.2.2. Tanımlar

Sağlığın geliştirilmesi üzerine son yirmi yılda çok çeşitli tanımlamaları yapılmıştır.

Tablo 2.1. Sağlığın Geliştirilmesi Tanımları

Kaynak ve tarih	Tanım
Lalonde, 1974	“Bireylerin ve kurumların fiziksel ve ruh sağlığını etkileyen konularda daha aktif rol ve sorumluluk almalarını sağlayacak şekilde bilgilendirme, etkileme ve yardımcı olmayı hedefleyen <i>stratejiler</i> ”
ABD Sağlık, Eğitim ve Refah Bakanlığı, 1979	“ Sağlığı geliştirmeye yönelik çevresel ve davranış değişikliklerini destekleyen sağlık eğitimi ve politik, ekonomik ve örgütsel <i>programların birleşimi</i> ”
Green, 1980	“Sağlığı geliştirecek davranış ve çevre değişikliklerini kolaylaştırmak için tasarlanmış kurumsal, politika ve ekonomik <i>müdahaleler</i> ile sağlık eğitiminin birleşimi”
Green & Iverson,1982	“Sağlık eğitimi ve sağlığa yardımcı davranışlara yönelik ekonomik ve çevresel <i>destekler</i> birleşimi”
Perry & Jessor,1985	“Sağlığın 4 alanında da (fiziksel, sosyal, psikolojik ve kişisel) iyileştirme ve refahı artırmak için <i>girişimler</i> uygulanması
WHO, 1984, 1986 ve Epp, 1986	“İnsanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrolü artırmalarını ve böylece sağlıklarını geliştirmelerini sağlama <i>süreci</i> ”
Goodstadt ve ark.,1987	“Etkili <i>programlar, hizmetler ve politikalar</i> uygulanmasıyla sağlığın mevcut düzeyinin artırılması ve sürdürülmesi”
O'Donnell, 1989	“İnsanların optimal sağlık durumuna erişmek için yaşam stillerini seçmelerine yardımcı olma <i>bilimi ve sanatı</i> ”
Labonté & Little,1992	“İnsanların refah içinde yaşaması için sosyal ve çevresel yaşam koşullarını iyileştirmek amacıyla tasarlanmış <i>faaliyet veya program</i>

Rootman, I. (Ed.). (2001). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives* (No. 92). World Health Organization.

Tablo 2.1'deki tanımlar incelendiğinde kavramlar arasında bakış açısından kaynaklanan farklılıklar olduğu görülmektedir. Sağlığın geliştirilmesi tanımlarının çoğu, sağlığın veya refahın artırılması açısından istenen sonucu anlatmaktadır. Sağlığın geliştirilmesinin kavramları değişiklik göstermekle birlikte, ortak bir takım unsurları da içermektedir. Bireye veya çevreye odaklanarak bunlar üzerindeki kontrolü artırmanın sonucunda sağlık veya refahın geliştiği belirtilmektedir (51)

Sağlığın geliştirilmesi üzerine yapılan tanımlamalar arasında DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından ilk kez önerilen (82) ve I. Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı'nda onaylanıp Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi'nde yayımlanan tanımın üstünlüğü kabul edilmektedir (52).

Ottawa sözleşmesi tanımında, sağlığın geliştirilmesi "*insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrolü artırmalarını ve böylece sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci*" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımın Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Terimler Sözlüğünde kullanılan genişletilmiş hali "*insanların sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrolü artırmalarını ve böylece sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir.*" şeklindedir (53). Bu tanım, bireylerin ve toplumların kontrol edemeyeceği, ancak negatif etkilerini azaltmada sağlığın geliştirilmesinin yardımcı olabileceği bazı sağlık belirleyicileri olduğunu işaret etmektedir.

Bir girişimin sağlığı geliştirici olup olmadığına karar vermek için birincil kriter, bireyler veya toplumları yetkilendirme veya etkin kılma sürecini ne kadar içerdiğidir. Halkın katılımını teşvik eden girişimler süreç açısından çok önemlidir. Sağlığın geliştirilmesini ayırt edici bir diğer kriter ise sağlığa geniş açıdan bakılması, sosyal adalet ve sektörler arası iş birliğinin vurgulamasıdır (64).

2.2.3. Tarihsel Sürec

Sağlığın geliştirilmesi üzerine yapılan konferanslar sırasıyla ilk kez yılında 1986 Ottawa’da, 1988 yılında Adelaide’de, 1990 yılında Milano’da, 1991 yılında Sundsvall’da, 1997 yılında Jakarta’da, 2000 yılında Mexico’da, 2005 yılında Bangkok’da, 2009 yılında ise Nairobi’de düzenlenmiştir.

2.2.3.1. Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi(1986)

1986 yılı Kasım ayında Kanada’nın Ottawa kentinde yapılan konferans sonucunda “Ottawa Bildirgesi” yayınlanmıştır. Bildirgede sağlığı geliştirme kavramının tanımı yapılmıştır. Bu tanıma göre; *sağlığı geliştirme; kişilerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini olanaklı hale getirmektir.*” (82). Bu tanım kapsamında yapılacak ilk girişimlerin, güçlendirici, toplum katılımlı, eşitlik ve hakkaniyet sağlayıcı, sektörler arası, ulaşılabilir ve çok stratejili olmasını gerektirmektedir. Bildirgede sağlığı geliştirmede öncelikli beş eylem alanı belirtilmiştir.

- 1) Sağlıklı Kamu politikası oluşturmak
- 2) Destekleyici bir çevrenin yaratılması
- 3) Toplum katılımının güçlendirilmesi ve işbirliği
- 4) Bireylerin yaşam becerilerinin geliştirilmesi
- 5) Sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi ve yeni gereksinimlere uyumun sağlanması

2.2.3.1.1. Sağlıklı Kamu Politikaları

Toplum sağlığını önceleyen kamu politikalarının oluşturulmasını ifade etmektedir. Ottawa Bildirgesi’ne kadar halk sağlığı politikalarının oluşturulması gündemdeyken; Bildirge’de; sağlığı geliştirmek için politik koordinasyonun sağlanmasını ifade eden sağlıklı kamu politikaları gündeme gelmiştir. Temel amacı kişilerin sağlıklı yaşam sürdürmelerine olanak sağlayacak destekleyici bir çevre yaratmak ve politika yapıcılar için daha kolay ve daha sağlıklı seçimler yapılmasıdır.

Sağlığa yaklaşımda yakın çevre kavramının önem kazandığı “sağlıklı şehirler, sağlıkta öncü okullar, belediyeler, hastaneler, işyerleri vb.” kavramlar ön plana

çıkıştır. Sağlığı önceleyen bu tür politikalar kişilerin sağlıklı seçimler yapmasını kolaylaştırmaktadır (18).

2.2.3.1.2. Sağlık İçin Destekleyici Çevre

Destekleyici çevre, fiziksel, ekonomik, sosyal ve politik çevreyi içerir. İnsanların yaşadığı, çalıştığı, oynadığı her yeri kapsar. Kişilerin sağlığa gelebilecek tehditlerden korunmasını, sağlık kapasitelerini ve sağlık konusunda kendilerine güvenlerini olanaklı hale getirerek sağlığı geliştirme de “ortam yaklaşımı” ile planlama amaçlanmaktadır (83). Doğal ve sonradan yapılmış çevrelerin korunması, doğal kaynakların muhafaza edilmesi sağlığın geliştirilmesi stratejilerinde ele alınması gereken konulardır.

2.2.3.1.3. Toplum Katılımı ve İşbirliği

Ortak sağlık çıktılarına ulaşmak için iki veya daha fazla tarafın gönüllü olarak işbirliği içinde çalışması gerekir (83).

2.2.3.1.4. Bireylerin Yaşam Becerilerinin Geliştirilmesi

Yaşam becerileri kişilerin günlük yaşamlarına uyum göstermelerini ve tehditlerle başa çıkabilmelerini sağlayan, uyarlanabilen uyumlu davranışlar olarak tanımlanmaktadır (84).

2.2.3.1.5. Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Düzenlenmesi

Sağlığın geliştirilmesi, önceliklerin belirlenmesi, karar alınması, stratejilerin planlanması ve uygulanması konusunda toplumun somut ve etkili adım atması ile gerçekleşir. Kişinin ihtiyaçlarına odaklanmış yaklaşım yerine, toplumların ihtiyaçlarını gözetilen yaklaşım ve değişim gerekmektedir (83).

2.2.3.2. Adelaide Sağlığı Geliştirme Konferansı (1988)

1988 yılında yapılan “Sağlıklı Toplum Politikaları Konferansı” sağlığın bir insan hakkı ve sosyal sorumluluk olduğu gerçeğinden yola çıkarak ekonomik, sosyal ve sağlık politikalarını geliştirmesini vurgulamıştır. Kadın sağlığının geliştirilmesi, herkes için yeterli ve uygun gıda ve beslenme, tütün ve alkol, sağlığı yönelik hesap

verebilirlik ile destekleyici çevrelerin sağlanması öncelikli alanlar olarak belirtilmiştir (84).

2.2.3.3. Milano Bildirgesi (5-6 Nisan 1990)

Milano’da 5-6 Nisan 1990 tarihinde yapılan toplantıda stratejiler ve bunları gerçekleştirmek için yapılması gerekenler sıralanmıştır (81).

Tablo 2.2. Milano Bildirgesi Stratejileri

STRATEJİLER	YAPILMASI GEREKENLER
Herkes İçin Sağlık Politikası	Toplum katılımı, uygun şartlarda, yerel düzeyde kaynakların ve karar vericilerin desentralizasyonu
Sürdürülebilirlik	Çevre kalitesinin artırılması, doğal kaynakların korunması
Eşitlik ve Hakkaniyet	Sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesi(eğitim, sosyal alanlar)
Sektörlerarası Olma ve Toplum Sorumluluğu	İşbirliğinin geliştirilmesi,kent planlaması politika ve programlarında sağlığın geliştirilmesine destek
Uluslar arası Boyutluluk	Yeni halk sağlığı hareketinin geliştirilmesi, ulusal ve uluslar arası işbirliği

World Health Organization (1990), The Milan Declaration on Healthy Cities.

2.2.3.4. Sundswall Sağlığı Geliştirme Konferansı (1991)

Bu konferansta sağlık ve fiziki çevre arasındaki ilişkiye açıklık getirilmiştir. Çevre yalnızca kişileri çevreleyen yapılardan değil sosyal, kültürel, ekonomik, ruhsal, politik ve ideolojik boyutlardan da oluşmaktadır. Sağlığı geliştirme çabalarının sağlığın belirleyicileri ile olan ilişkisi nedeniyle özellikle altı alan üzerinde durulmaktadır (81,83).

- 1) Eğitim
- 2) Gıda ve Beslenme
- 3) Konut ve Yakın Çevre
- 4) İş
- 5) Ulaşım
- 6) Sosyal Destek ve Bakım

Konferansta sađlđın desteklenmesi için oluşturulacak çevresel değişiklikleri yedi ana başlık altında toplanmıştır. Sağlık alanında eşitliğin sağlanması ve destekleyici evre için başlıklar řu şekildedir;

- 1) Politika Geliştirilmesi Yapılması
- 2) Düzenlemelerin Yapılması
- 3) rgtlerin Yeniden Yönlendirilmesi
- 4) Savunuculuk Yapılması
- 5) Farkındalık Oluşturulması
- 6) Olanakların Genişletilmesi
- 7) Birey ve Toplumun Harekete Geçirilmesi/Güçlendirilmesi

Sundswall Konferansı, sağlık, evre ve insan konularının birbirinden ayrı dşnlemeyeceğini bir kez daha göstermiştir. Yaşam kalitesi ve sağlıkta iyileşme sağlanırken çevrenin sürdürülebilirliğinin de korunması gerekir.

2.2.3.5. Jakarta Sağlığı Geliştirme Bildirgesi(1997)

Konferans ‘‘Yeni Bir Alanda Yeni Oyuncular; Sağlığı Geliştirmeyi 21.Yüzyıla Taşımak’’ adıyla Endonezya’nın Jakarta kentinde 21-25 Temmuz 1997’de yapılmıştır. Konferansta sağlık için uluslar arası stratejiler geliştirilmesinin önemi vurgulanmıştır. Kapsamlı yaklaşımların sağlığı geliştirmede en etkili yaklaşımlar olduğu ve bu kapsamda beş stratejinin birlikte kullanıldığı yaklaşımlar üzerinde durulmuştur;

1. Sağlık için sosyal sorumluluğun artırılması
2. Sağlık müdahalelerinin artırılması
3. Sağlığı geliştirmede işbirliği alanlarının genişletilmesi
4. Toplum kapasitesinin artırılması ve bireylerin güçlendirilmesi
5. Sağlığı geliştirmek için alt yapının oluşturulması

Konferansta ülkelerin kendi ülkelerinde ve ülkeler arası sağlının geliştirilmesine yönelik ağların güçlendirilmesi ve finans edilmesi için çağrıda bulunulmuştur (68).

2.2.3.6. Mexico City Sağlığı Geliştirme Konferansı (2000)

“Sağlığı Geliştirme: Eşitlik Boşluğuna Köprü Kurmak” adıyla yapılan konferansta; ülkeler arasında ve ülkelerin bölgeleri arasında eşitsizlikleri gidermenin gerekliliği üzerinde durulmuştur. Konferansta ele alınan ana temalar şunlardır; (67)

- 1) Sağlığı Geliştirmenin Kanıtı Dayalı Olarak Güçlendirilmesi
- 2) Sağlık İçin Yatırımların Artırılması
- 3) Sağlık İçin Sosyal Sorumluluğun Teşvik Edilmesi
- 4) Toplum Kapasitesinin Artırılması, Toplum ve Bireylerin Güçlendirilmesi
- 5) Alt Yapının Güvence Altına Alınması
- 6) Sağlık Sistemlerinin Yeniden Gözden Geçirilmesi

2.2.3.7. Bangkok Sağlığı Geliştirme Konferansı ve Bildirgesi (2005)

7-11 Ağustos 2005 Tayland’da yapılan konferansta ”Küreselleşmiş Bir Dünyada Bangkok Sağlığı Geliştirme Bildirgesi” kabul edilmiştir. Bildirgede küreselleşmiş bir dünyada sağlının belirleyicilerini saptamak için gerekli eylemler ve öneriler tanımlanmıştır (66). Bu eylemler;

- 1) İnsan haklarını gözeterek sağlık savunuculuğu yapmak
- 2) Sağlının belirleyicilerini tanımlamak için gerekli alt yapı, planlama, ve yatırım yapmak
- 3) Sağlık bilgisi, araştırma, bilginin paylaşımı, sağlığı geliştirme ve uygulamaları, liderlik ve politika konusunda kapasite geliştirme
- 4) Eşit sağlık koşullarına ulaşabilmeyi sağlayan gerekli yasal düzenlemeleri yapmak
- 5) Yerel, özel ve uluslar arası örgütlerle işbirliği yapmak

2.2.3.8. Nairobi Sağlığı Geliştirme Konferansı (2009)

2009'da 100 ũlke temsilcisinin katılımıyla Nairobi'de yapılmıştır. Ekonomik kriz, kũresel ısınma, iklim değişikliği ve evre sorunları açısından tehdit altında olan dũnya ũlkeleri (özellikle yoksul ũlkelerin etkilenme durumu vurgulanarak) arasındaki ve ũlkelerde de bölgeler arasında sağlıktaki uçurumların yok edilmesi için hemen harekete geçilmesi konusunda ağırıda bulunulmuştur (85).

Nairobi Sağlığı Geliştirme Konferansında; Toplumun gũlendirilmesi, sağlık okuryazarlığının artırılması ve olumlu davranışının kazandırılması, sağlık sistemlerinin gũlendirilmesi, iş birliği ve sektörlere arası eylemin gũlendirilmesi, sağlığı geliştirme konusunda kapasite geliştirilmesi temalarının ũzerinde durulmuştur. Alma Ata'dan bu yana yapılan toplantıların vurguları genel itibariyle aynı noktalar ũzerinde olmuştur.

2.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Uygulamaları

Sağlığın geliştirilmesi uygulayıcıları için geniş ölçüde uygulama alanları bulunmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi başlığı altında 7 farklı türde faaliyet belirtilmiştir; (51)

1. Koruyucu hizmetler (bağışıklama, servikal tarama, hipertansiyon vakası saptama ve nikotin sakızı tedarik etme),
2. Koruyucu hizmetlere yönelik sağlık eğitimi (yaşam tarzını etkileme ve koruyucu hizmetlerin kullanımını artırmak amaçlı çabalar),
3. Önleyici sağlık hizmetleri (suyun florlanması),
4. Önleyici sağlığı korumaya yönelik sağlık eğitimi (emniyet kemeri yasaı için lobi oluşturma),
5. Pozitif sağlık eğitimi (boş vakitlerin verimli kullanılmasını teşvik etmeyi ve insanların sağlıkla ilgili yaşam becerileri geliştirmelerine yardımcı olmayı içeren pozitif sağlık temelinde davranışı etkileme),
6. Pozitif sağlığı koruma (iş yerinde sigara karşıtı politikaların uygulanması ve boş zaman olanaklarının sunulması),
7. Pozitif sağlığın korunmasına yönelik sağlık eğitimi (pozitif sağlığın geliştirilmesi önlemleri için destek olma)

Birçok ülkede sağlığın geliştirilmesi adı altında faaliyetler yapılmaktadır. Örneğin Kanada’da, sağlığın geliştirilmesi kapsamında: sigara içme ve alkollü araç kullanmanın tehlikeleri hakkında farkındalığı artırmak için kitle iletişim araçları ile yapılan kampanyalar; okullarda sağlık eğitim programları; kalp sağlığı, düşük doğum ağırlığı ve diğer koruyucu sağlık alanlarına ilişkin toplumun dikkatini çekmeye yönelik çabalar; dezavantajlı annelerin ebeveynlik becerilerini güçlendirmek için toplumsal kalkınma projeleri; işyerlerinde yaşam tarzı ve çevresel konuların değerlendirilmesi ve ele alınmasına yönelik çabalar, hekim ve diğer sağlık personelinin koruyucu uygulamalarını güçlendirme çabaları yapılmaktadır (24).

2.2.5. Sağlığı Geliştirme Programları

Sağlığı geliştirme programları; sağlık sorunlarının önlenmesi, sağlıklı yaşam biçiminin teşvik edilmesi, hasta bireyin hastalığa uyumunun artırılması, sağlık hizmetleri ile sağlık bakımına erişimin hızlandırılması gibi konulara vurgu yaparak bireylerin fiziksel, psikolojik, eğitim ve iş hayatı ile ilgili faaliyetleri iyileştirmeyi, genel sağlık harcamalarını kontrol altına almayı veya azaltılmayı sağlamada yardımcı uygulamalardır (22).

Sağlığı geliştirme programları, daha sağlıklı birey, aile, toplum, okul, üniversite, işyerleri ve hastanelerin oluşturulması açısından önemli rol oynamaktadır. Bu uygulamalar, bireylerin ve genel anlamda toplumun sağlığını geliştiren bir çevrenin oluşturulmasına katkı sağlamaktadır. Sağlığı geliştirme programlarının oluşturulmasında, üç uluslararası yayın dönüm noktasıdır. Bunlardan ilki, 1974’te Kanada’daki Lalonde Raporudur (38).

Lalonde raporuna göre “sağlık alanında” uluslararası politikanın gündeminde sağlığın “yaşam tarzı” belirleyicileri bulunmaktadır ve bunlar sağlığa; tıbbi bakım, genetik, fiziksel ve çevresel belirleyicilerden daha fazla katkı göstermiştir. İkinci dönüm noktası, 1986 Ottawa Bildirgesi’dir. Üçüncüsü ise; sağlığı geliştirme programlarının etkili şekilde planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi için mesleki yeterliliklere ve kilit beceri alanlarına odaklanan 2009 Galway Konsensüs Konferans Bildirgesi’dir (71).

2.2.5.1. Ülkemizde Sağlığı Geliştirme Kapsamında Yapılan Sağlık Kontrol ve Tarama Programları

Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşlarında yürütülen kontrol ve tarama programlarından dört tanesi aşağıda verilmiştir (37).

1. Ulusal Tütün Kontrol Programı
2. Ulusal Kanser Kontrol Programı
3. Türkiye Obezite (Şişmanlık) İle Mücadele ve Kontrol Programı
4. Türkiye Diyabet Kontrol Programı

2.2.5.1.1. Ulusal Tütün Kontrol Programı

Türkiye’de başlatılan tütün kontrolüne yönelik çalışmalar sonucunda “Ulusal Tütün Kontrol Programı” 07 Ekim 2006 tarihinde Başbakanlık Genelgesi olarak yayımlanmıştır. Bu kapsamda sağlık kurum ve kuruluşları, kendilerine başvuran hastaların tütün kullanım durumunu belirleme, tütün kullananlara etkili bırakma tavsiyesinde bulunma, her poliklinik başvurusunda kişilerin tütün kullanım durumlarını sorgulama, tütün bağımlılığı olan hastaların tütünü bırakmaları için tavsiyede bulunma, sigarayı bırakmaya hazır olan kişiler için doğrudan tedaviye başlama ya da Sigara Bırakma Polikliniklerine sevkini yapma, tütün bağımlılarına bireysel sağlık eğitimi verme sorumlulukları vardır (57).

2.2.5.1.2. Ulusal Kanser Kontrol Programı

Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarından kendilerine kayıtlı kanser tanısı almış ve risk altındaki bireylere gerekli durumlarda eğitim ve danışmanlık hizmeti sunmaları, şüpheli gördükleri vakaları ilgili kurumlara yönlendirmeleri beklenmektedir (56).

2.2.5.1.3. Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı

Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarından obezite gelişme riski bulunan bireyleri kişinin kuruma başvurusunda, ev ziyaretinde, periyodik sağlık muayenesinde belirleyerek erken dönemde saptaması, eğitim vermesi, yaşam tarzı değişikliği için önerilerde bulunması, ilaçla koruma yapması, risk altındaki toplum bireyelerine beslenme ve fiziksel aktiviteye yönelik planlama yapması beklenmektedir.

Bunlarla birlikte Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile kamu kurum ve kuruluşlarının bilgi sistemlerinden gelen verileri değerlendirmesi, bölgesindeki sağlığın geliştirilmesi aktiviteleri ile ilgili raporlar hazırlaması beklenmektedir (55).

2.2.5.1.4. Türkiye Diyabeti Önleme ve Kontrol Programı

Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarından; DM gelişme riski bulunan bireylerin erken dönemde saptanması, Risk altındaki kişilerde DM gelişimini önlemek veya geciktirmeye yönelik eğitim verme, yaşam tarzı değişikliği önerilerde bulunma, ilaçla koruma, DM için Risk altındaki toplum için değiştirilebilir risk faktörleri olan beslenme ve fiziksel aktiviteye yönelik planlamalar yapmaları beklenmektedir.(54)

2.3. Sağlık Eğitimi

Sağlığı geliştirmenin kökleri sağlık eğitime dayanmaktadır. “Alma Ata Bildirgesi’nde; Temel Sağlık Hizmetlerinde vazgeçilmez olarak “ bir toplumda yaygın olarak görülen sağlık sorunları, bunların önlenmesi ve denetimi ile ilgili konularda halkın eğitilmesi” yer almıştır. DSÖ Avrupa Bölge Temsilciliği tarafından 21.yüzyılda “Herkes İçin Sağlık” temel hedeflerinin hemen hemen hepsinde bireylerin yaşamları boyunca sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde sorumluluk almaları konusunda eğitilmeleri” yer almaktadır. Sağlık eğitimi öğrenmeye yönelik bilinçli olarak yapılandırılmış fırsatlardan oluşmaktadır. Bilginin artırılması, birey ve toplum sağlığına yardımcı yaşam becerilerinin geliştirilmesi gibi sağlık okuryazarlığını iyileştirmek için tasarlanmış iletişim şeklini kapsamaktadır. Sağlık eğitimi sadece bilginin paylaşımı yoluyla değil sağlığı iyileştirmek için gerekli beceri, motivasyon ve öz faydanın (güven) teşvik edilmesi ile ilgilidir (4,37).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Ankara Yenimahalle ilçesinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan sağlık personelinin sağlığın geliştirilmesine ilişkin görüş ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihler

Araştırma verileri Ankara ili Yenimahalle ilçesinde bulunan 37 Aile Sağlığı Merkezi arasından çalışmaya katılmayı kabul edenlerin bulunduğu 33 Aile Sağlığı Merkezinden toplanmıştır. Veriler 1 Mart ile 15 Mayıs 2013 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Ankara Büyükşehir Belediye Sınırları içerisinde bulunan metropol ilçeler Altındağ, Çankaya, Etimesgut, Keçiören, Mamak, Yenimahalle, Gölbaşı ve Sincan ilçeleridir. Bu ilçeler arasında kuruluş tarihi açısından en eski ilçe olma özelliğine sahip ilçeler arasından ASM sayısının fazlalığı ve ulaşım kolaylığı açısından Yenimahalle ilçesi seçilmiştir. Yenimahalle ilçesinde bulunan tüm Aile Sağlığı Merkezleri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Yenimahalle ilçesine bağlı Aile Sağlığı Merkez adları ve merkezlerde kayıtlı bulunan sağlık personel sayısına Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne yapılan başvuru sonucunda ulaşılmıştır. Yenimahalle'de 37 tane Aile Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. Bu merkezlerde kayıtlı gözüken sağlık personeli sayısı 338'dir. Aile sağlığı merkezlerindeki hekim ve aile sağlığı çalışanlarının tamamı örneklem kapsamına alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerin bulunduğu ASM sayısı 33'tür. 33 ASM'de toplam hekim ve aile sağlığı elemanı sayısı 300'dür. ASM'lerde araştırmaya katılmayı kabul edenlerin sayısı 144 kişidir. Bu kişilerin 50'si hekim 94'ü aile sağlığı elemanıdır.

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Araştırmacı tarafından sağlığın geliştirilmesi konusuna ilişkin geniş bir literatür taraması yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak oluşturulan anket formu üç ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; yaş, cinsiyet, meslek, mesleki deneyim yılı, kurumda deneyim yılı gibi sosyo-demografik verileri içeren sorular yer almaktadır. İkinci bölümde; sağlığın geliştirilmesine ilişkin görüş ve uygulamaları içeren 4 bölüm yer almaktadır. Bu kapsamda birinci bölümde; sağlığın geliştirilmesinin kavramsal çerçevesine yönelik sorular yer almaktadır. Bu kapsamda sağlığın geliştirilmesi kavramı, uluslararası konferans bildirgeleri, sağlığın geliştirilmesi kavram bileşenleri, sağlık eğitimi ve sağlık okuryazarlığı hakkında bilgi ve görüşlerini içeren sorular yer almaktadır. İkinci bölümde sağlığın geliştirilmesi uygulama alanlarına ilişkin sorular üçüncü bölümde ise birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanmak üzere sağlığın geliştirilmesi kapsamında ülkemizdeki mevcut ulusal kontrol programlarından dört tanesine yönelik sorular yer almaktadır. Bu programlar; Ulusal Tütün Kontrol Programı, Ulusal Kanser Kontrol programı, Türkiye Obezite İle Mücadele Programı, Türkiye Diyabet Kontrol Programı'dır. Programlara ilişkin görüşleri ve program kapsamında sağlığı geliştirici uygulamalarını kapsayan sorular yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise sağlık personelinin hasta/bireyi ele alırken yapmış oldukları sağlığı geliştirici uygulamaları içeren sorular yer almaktadır. Dördüncü bölümde ise sağlık eğitimi yapma ve eğitim becerilerine yönelik uygulamaları içeren sorular yer almaktadır (Bkz. Ek 1). Soru tipleri farklı olduğu için anketin güvenilirliğine bakılmamıştır.

3.4.2. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması için Yenimahalle ilçesine kayıtlı bir aile sağlığı merkezinde çalışan 10 hekim ve 10 aile sağlığı elemanı olmak üzere toplam 20 kişiye ulaşılmıştır. Ön uygulama sonrasında anket formunda anlaşılması güç bulunan sorularda gerekli düzenlemeler yapılarak anket formu yeniden oluşturulmuştur. Araştırma anketine son şekli verildikten sonra araştırmaya geçilmiştir. Ön uygulama yapılan grup araştırma örnekleminin dışında tutulmuştur.

3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

3.4.3.1. Uygulama İçin İzinlerin Alınması

Araştırma verilerinin toplanması için Anakara İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne çalışmanın amaç ve kapsamını içeren bir bilgi formu ile başvuruldu ve izin alındı. Örnekleme oluşturan sağlık personeline çalışmanın amaç ve yararları açıklandı, veri toplama formları üzerine isim yazmamaları söylendi, araştırmaya katılmaya gönüllülük ilkesine özen gösterilerek sözlü onam/onayları alındı.

3.4.3.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler 1 Mart ile 15 Mayıs 2013 tarihleri arasında toplanmıştır. Formların doldurulması ortalama 10-12 dakika sürmüştür. Soru formu araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık personeline gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra araştırmacı tarafından dağıtılmış, formları sağlık personelinin kendi kendine doldurması sağlanmıştır. Formların doldurma işlemleri bittikten sonra araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Biyoistatistiksel analizlerde SPSS (Sürüm: 16.0) paket programı kullanılmıştır. Çalışmada, alanda yapılan anket uygulaması sonucunda elde edilen veriler sayı ve yüzde değerleri olarak özetlenmiştir. Biyoistatistiksel çözümlemede; tanıtıcı istatistikler, değişkenler arasında ki kare testi yapılmış, tanımlama ve kıyaslama sonuçları tablo olarak sunulmuştur. Yorumlamalarda anlamlılık sınırı $p=0.05$ alınmıştır. 4'lü likert tipi ölçek kullanılan sorulara verilen yanıtlar arasında her zaman ve çoğu zaman "sıklıkla" başlığı altında, ara sıra ve hiçbir zaman ise "nadiren" başlığı altında birleştirilerek istatistiksel hesaplamalar yapılmıştır.

3.6. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmaya dahil edilen sağlık kuruluşlarının birbirlerinden uzak olmaları, sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanlarına izin durumlarına bağlı olarak zaman zaman ulaşılammış olması, çalışmaya katılmayı kabul etmelerine rağmen iş yoğunluğuna bağlı olarak bir ya da birkaç gün sonra anketleri dolduracaklarını belirtip tekrarlı gidişlerle zaman kayıplarının olması çalışmanın güçlükleri arasındadır.

4. BULGULAR

Bu bölümde yer alan bulgular;

- I. Sağlık personelinin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular
- II. Sağlık personelinin sağlığın geliştirilmesi, sağlık okuryazarlığı, ulusal kontrol programlarına ilişkin bulgular
- III. Sağlık personelinin mesleklerine göre ulusal kontrol programları içerisinde sağlığı geliştirici uygulamalarını içeren bulgular
- IV. Sağlık personelinin mesleklerine göre bireylere yönelik sağlığın geliştirilmesi kapsamındaki uygulamalarını içeren bulgular
- V. Sağlık personelinin mesleklerine göre bireylere yönelik sağlık eğitimi düzenlemelerine ilişkin bulgular
- VI. Sağlık personelinin mesleklerine göre sağlık eğitim becerilerine ilişkin bulgular

Tablo 4.1. Sağlık Personelinin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	n	Yüzde
Yaş		
20-25	2	1,4
26-31	12	8,3
32-37	38	26,5
38-43	46	31,9
44-49	36	25,0
50-55	10	6,9
Cinsiyet		
Kadın	122	84,7
Erkek	22	15,3
Meslek		
Hekim	50	34,7
Aile Sağlığı Elemanı	94	65,3
Öğrenim Düzeyi		
Sağlık Meslek Lisesi	18	12,5
Ön Lisans	45	31,3
Lisans	30	20,8
Tıp Fakültesi	47	32,6
Lisans Üstü	4	2,8
Mesleki Deneyim Yılı		
1-7 yıl	9	6,2
8-14 yıl	27	18,8
15-21 yıl	55	38,2
22-36 yıl	49	36,8
Kurumda Çalışma Süresi		
1 yıldan az	23	16,0
1-4 yıl	84	58,3
5-8 yıl	11	7,6
9-12 yıl	13	9,0
13-22 yıl	13	9,1
Toplam	144	100

Tablo 4.1’de sağlık personelinin sosyo-demografik 6zelliklerine ilişkin tanıtıcı bulgular yer almaktadır. Araştırmaya 94 aile sağlığı elemanı ve 50 hekim katılmıştır. Katılımcıların %65,3’ünü aile sağlığı elemanı oluşturmaktadır.

Katılımcıların yaş ortalamaları $X=40 \pm 6,9$ olarak bulunmuştur. Eğitim durumları açısından ele alındığında %43,8’inin lisans eğitiminin altında bir eğitim aldığı g6r6lmektedir. Katılımcılar mesleki deneyim yılları açısından değerlendirildiğinde, %66,7’sinin 17-36 yıl arasında g6rev yaptığı, buldukları kurumda ise yoğunluklu olarak 1-4 yıl arasında çalıştıkları saptanmıştır. Mesleki deneyim yılı ortalaması $X=18,5 \pm 6,4$ olarak bulunmuştur. Bulunduğu kurumda çalışma s6resi ortalama $X=4 \pm 4,4$ bulunmuştur.

Tablo 4.2. Sağlık Personelinin Sağlık Geliştirilmesine İlişkin Eğitim Alma ve Bilgi Durumlarının Dağılımı

Özellikler	Hekim		Aile Sağlığı Elemanı		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Daha Önce Sağlık Geliştirilmesi Eğitimi Alma Durumu							
Evet	24	48,0	44	46,8	68	47,2	$\chi^2 = 0,019$ $p = 0,892$
Hayır	26	52,0	50	53,2	76	52,8	
Toplam	50	100,0	94	100,0	144	100,0	
Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Nerde Aldınız (n=90*) **							
Temel Eğitim Sırasında	13	9,0	21	14,6	34	23,6	
Yüksek Lisans	-	-	1	0,7	1	0,7	
Seminer Konferans	14	9,7	27	18,8	41	28,5	
Makale-Araştırma Örnekleri	7	4,9	7	4,9	14	9,7	
Sağlığın Geliştirilmesi Konusunda Sahip Olduğu Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu							
Evet	14	28,0	17	18,1	31	21,5	$\chi^2 = 2,069$ $p = 0,355$
Hayır	13	26,0	31	33,0	44	30,6	
Kısmen Yeterli	23	46,0	46	48,9	69	47,9	
Toplam	50	100,0	94	100,0	144	100,0	
Çalıştığı Kurumda Sağlık Geliştirilmesi Eğitimi Yapılma Durumu							
Evet	24	48,0	42	44,7	66	45,8	$\chi^2 = 0,145$ $p = 0,704$
Hayır	26	52,0	52	55,3	78	54,2	
Toplam	50	100,0	94	100,0	144	100,0	
Sağlığın Geliştirilmesi Bildirgelerini Bilme Durumu							
Bilmeyen	31	38,0	80	85,1	111	77,1	$\chi^2 = 9,865$ $p = 0,002$
1-4 tane Bildirge Bilen	19	62,0	14	14,9	33	22,9	
Toplam	50	100,0	94	100,0	144	100,0	
Sağlığın Geliştirilmesi Bileşenlerini Bilme Durumu							
Bilmeyen	31	62,0	62	66,0	93	64,6	$\chi^2 = 0,223$ $p = 0,636$
Bilen	19	38,0	32	34,0	51	35,4	
Toplam	50	100,0	94	100,0	144	100,0	

*:Yüzdeler n değeri üzerinden hesaplanmıştır.

** :Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

***: Kopenhag Müzakere Belgesi, Ottawa Sözleşmesi, Adelaide Tavsiyeleri, Bangkok Şartı, Sundsvall Bildirgesi, Jakarta Bildirgesi, Meksika Bakanlık Bildirgesi, Tallin Şartı

****: Sağlıkla Yaşam Biçimleri, Olumlu Davranış Biçimleri, Sağlıklı Çevre, Sağlık Eğitimi, Yasal Düzenlemeler, Toplumsal Katılım

Tablo 4.2’de sağlık personelinin sağliğın geliştirilmesine y6nelik eğitim alma ve bilgi durumlarının dağılımları verilmektedir. Daha 6nce sağliğın geliştirilmesi eğitimi alanların oranı %47,2 iken eğitim almayanlarda bu oran %52,8’dir. Katılımcıların meslekleri arasında daha 6nce sağliğın geliştirilmesi eğitimi alma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağliğın geliştirilmesi eğitimini sağlık personelinin %28,5’inin eğitimi seminer/konferans sırasında aldıkları g6r6lmektedir. Daha 6nce sağliğın geliştirilmesi eğitimini aldığını belirtenlerin yalnızca %21,5’i sahip olduğu bilgiyi yeterli bulmaktadır. Çalıştığı kurumda sağliğın geliştirilmesi kapsamında eğitim yapılma durumuna %54,2’sinin hayır yanıtını verdiği saptanmıştır. Katılımcıların meslekleri arasında sahip oldukları sağliğın geliştirilmesi bilgilerini yeterli bulma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcılara çalıştığı kurumda sağliğın geliştirilmesi eğitim yapılma sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde %54,2’sinin hayır yanıtını verdiği bulunmuştur. Katılımcıların meslekleri arasında çalıştıkları kurumda sağliğın geliştirilmesi eğitimi yapılma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların %77,1’inin uluslar arası sağliğın geliştirilmesi kongre ve konferanslarında yayınlanan bildirgelerden hiçbirisini bilmediği saptanmıştır. Bildirgelerin hepsini bilen bulunmamıştır. Katılımcıların meslekleri arasında sağliğın geliştirilmesi bildirgelerini bilme bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$). Aile sağliğı çalışanları hekimlere g6re uluslar arası bildirgeler hakkında bilgi sahibi olma sıklığı daha d6ř6kt6r.

Katılımcıların %35,4’6 sağliğın geliştirilmesi kavramının bileşenlerini bilmektedir. Katılımcıların meslekleri arasında sağliğın geliştirilmesi bileşenlerine verdikleri yanıtlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.3. Sağlık Personelinin Sağlığın Geliştirilmesi Tanımı ve Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Görüşleri

Özellikler							
Sağlığın Geliştirilmesi Kavramını Yanıtlama Durumu (n=135)	Hekim		Aile Sağlığı Elemanı		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Daha Uzun Ömürlü Olmayı Sağlama	8	5,9	8	5,9	16	11,9	$\chi^2 = 2,446$ $p = 0,294$
Kendi Sağlık ve Belirleyicileri Üzerinde Kontrolü Artırma	31	23,0	66	48,9	97	71,9	
Sosyo Kültürel Yaşantıya Destek olma	6	4,4	16	11,9	22	16,3	
Toplam	45	33,3	90	66,7	135	100,0	
Sağlık Eğitimi ve Sağlığın Geliştirilmesi Arasında Fark Durumu (n=142)							
Fark Vardır	20	14,1	26	18,3	46	32,4	$\chi^2 = 4,976$ $p = 0,083$
Fark Yoktur	12	8,5	40	28,2	52	36,6	
Emin Değilim	17	12,0	27	19,0	44	31,0	
Toplam	49	34,5	93	65,5	142	100,0	
Sağlık Okuryazarlığı Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip Olma Durumu (n=142)							
Yeterli	22	15,5	26	18,3	48	33,8	$\chi^2 = 4,116$ $p = 0,042$
Yetersiz	27	19,0	67	47,2	94	66,2	
Toplam	49	34,5	93	65,5	142	100,0	
Sağlık Okuryazarlığına Ülkemizde Önem Verilme Durumu (n=77)							
Önem Veriliyor	6	7,8	8	10,4	14	18,2	$\chi^2 = 0,109$ $p = 0,741$
Önem Verilmiyor	24	31,2	39	50,6	63	81,8	
Toplam	30	39,0	47	61,0	77	100,0	

*: Yüzdeler n değerleri üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.3'te sağlık personelinin sağlığın geliştirilmesi tanımı ve sağlık okuryazarlığına ilişkin görüşlerinin dağılımı verilmiştir.

Sağlığın geliştirilmesi kavramının kendisi için; bireylerin kendi sağlık ve belirleyicileri üzerinde kontrolü artırmayı ifade ettiğini belirtenlerin oranı %71,9 ile çoğunlukta bulunmuştur. Sosyo kültürel yaşantıya destek olmayı ifade ettiğini düşünenler ise %16,3'tür. Katılımcıların meslekleri arasında sağlığın geliştirilmesi kavramına verdikleri yanıtlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların %32,4'ü sağlığın geliştirilmesi ile sağlık eğitimi kavramları arasında fark olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların meslekleri arasında sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi arasında fark olup olmadığına verdikleri yanıtlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık okuryazarlığı konusunda yeterli bilgisi olmadığını düşünenlerin oranı %66,2'dir. Katılımcıların meslekleri arasında sağlık okuryazarlığı konusunda yeterli bilgiye sahip olma durumuna verdikleri yanıtlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Ülkemizde sağlık okuryazarlığı konusuna yeterince önem verilme sorusuna yanıt verenlerin %81'i ise yeterince önem verilmediğini düşünmektedir. Katılımcıların meslekleri arasında sağlık okuryazarlığına ülkemizde önem verilme durumuna verdikleri yanıtlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.4. Sağlık Personelinin Ulusal Kontrol Programlarına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Hedef Gruplar **							
Okul çağı çocuklar	35	24,3	53	36,8	88	61,1	
İşyeri Çalışanları	9	6,3	23	16,0	32	22,2	
Adölesan	13	9,0	29	20,1	42	29,2	
Yaşlı	7	4,9	11	7,6	18	12,5	
Gebe	14	9,7	28	19,4	42	29,2	
Bebek	9	6,3	18	12,5	27	18,8	
Evsiz	6	4,2	13	9,0	19	13,2	
Yetişkin Erkek	17	11,8	23	16,0	40	27,8	
Yetişkin Kadın	25	17,4	36	25,0	61	42,4	
Suistimal /Tacize Uğramış Bireyler	5	3,5	15	10,4	20	13,9	
Şiddet Mağduru Kadınlar	6	4,2	23	16,0	29	20,1	
Öncelikli Ulusal Kontrol Programı (n=117)*							
Tütün Kontrol Programı	10	23,8	13	17,3	23	18,0	$\chi^2 = 2,133$ $p = 0,711$
Kanser Kontrol Programı	10	23,8	19	25,3	29	22,7	
Diyabet Kontrol Programı	3	7,1	6	8	9	7,0	
Obeziteyle Mücadele Programı	19	45,2	37	49,3	56	43,8	
Ulusal Kontrol Programları Hakkında Bilgi Durumu (n=143)*							
Yeterli	9	18,4	12	12,8	21	14,7	$\chi^2 = 1,112$ $p = 0,573$
Kısmen Yeterli	26	53,1	49	52,1	75	52,4	
Yetersiz	14	28,6	33	35,1	47	32,9	
Toplam	49	100	94	100	143	100	
Ulusal Kontrol Programları Kapsamında Sunulan Hizmetler (n=75)*							
Yeterli	4	13,3	15	33,3	19	25,3	$\chi^2 = 6,625$ $p = 0,036$
Kısmen Yeterli	19	63,3	27	60	46	61,3	
Yetersiz	7	23,3	3	6,7	10	13,3	
Toplam	30	100	45	100	75	100	
Özellikler	Hekim		Aile Sağlığı Elemanı		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Öncelikli Uygulama Alanı (n=126)*							
Okul	11	27,5	16	18,6	27	21,4	$\chi^2 = 5,204$ $p = 0,267$
İşyeri	0	,0	3	3,5	3	2,4	
Kentler	0	,0	3	3,5	3	2,4	
Hastaneler	0	,0	3	3,5	3	2,4	
Toplum	29	72,5	61	70,9	90	71,4	

*: Yüzdeler n değerleri üzerinden hesaplanmıştır.

**: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.4'te sağlık personelinin sağliğın geliştirilmesi kapsamında öncelikli uygulama alanı, öncelikli hedef grubu ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında mevcut ulusal kontrol programlara ilişkin görüşlerinin dağılımı verilmektedir.

Katılımcıların %71,4'ünün sağliğın geliştirilmesi kapsamında öncelikli uygulama alanının toplum olduğunu, %21,4'ünün ise okulu öncelikli uygulama alanı gördüğü saptanmıştır. Meslekler arasında öncelikli sağliğın geliştirilmesi uygulama alanına yanıt verme bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağliğın geliştirilmesi kapsamında hedef grup olarak %61,1 ile okul çağı çocukları gösterilmektedir. Okul çağı çocuklarını %42,4 ile yetişkin kadınların takip ettiği görülmektedir.

Mevcut ulusal kontrol programları içerisinde öncelikli olarak Ulusal Obeziteyle Mücadele Programının görüldüğü (%43,8), katılımcıların %22,7'sine göre ise Ulusal Kanser Kontrol Programının öncelikli program olarak görüldüğü bulunmuştur. Meslekler arasında öncelikli ulusal kontrol programlarına ilişkin verilen yanıtlar bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Mevcut kontrol programlar hakkında yeterli bilgiye sahip olanların oranının %14,7 olduğu saptanmıştır. Meslekler arasında ulusal kontrol programlarına ilişkin yeterli bilgiye sahip olma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ulusal kontrol programları kapsamında yeterli veya kısmen yeterli bilgiye sahip olanların %61,3'ü sunulan hizmetleri kısmen yeterli bulmaktadır. Meslekler arasında ulusal kontrol kapsamında sunulan hizmetleri yeterli bulma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.5 Sağlık Personelinin Ulusal Kontrol Programlarını Uygulamada Engel Faktörler ve Katılımı Artırıcı İletişim Araçlarına İlişkin Görüşleri

Özellikler	Hekim		Aile Sağlığı Elemanı		Toplam*	
	n	%	n	%	n	%
Kurumda Engel Olduğunu Düşünme						
Evet	44	88,0	70	74,5	114	79,2
Hayır	6	12,0	24	25,5	30	20,8
Toplam	50	100,0	94	100,0	144	100,0
Personelin Uygulamadaki Engelleri**						
Yorgunluk/Bıkkınlık	16	11,1	16	11,1	32	22,2
Finans yetersizliği	10	8,3	14	15,7	24	16,7
Personel Sıkıntısı	24	16,7	33	22,9	57	39,6
Zaman Kısıtlılığı	38	26,4	56	38,9	94	65,3
Bilgi Eksikliği	4	2,8	8	5,6	12	8,3
Hastayla İletişim Problemleri	17	11,8	13	9,0	30	20,8
Kurumlar Arası İletişimsizlik	19	13,2	13	9,0	32	22,2
Birey Katılımının Artması*						
Kamu spotları/Medya	35	24,3	73	50,7	108	75,0
Konferans/Panel/Eğitim	20	13,9	29	20,1	49	34,0
Yüz yüze Görüşme	12	8,3	11	7,6	23	16,0
Toplumsal Katılma Engeller*						
Çalışma koşulları	20	13,9	42	29,2	62	43,1
Gelir Yetersizliği	28	19,4	48	33,3	76	52,8
Sağlık Okuryazarlığı Düşüklüğü	30	20,8	46	31,9	76	52,8
Olumsuz Fiziki Koşullar	19	13,2	34	23,6	53	36,8
Yetersiz Sağlık Politikaları	28	19,4	39	27,1	67	46,5
Sektörler arası İşbirliği	20	13,9	28	19,4	48	33,3

*: Yüzdeler n değerleri üzerinden hesaplanmıştır.

** : Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.5'te sağlık personelinin ulusal kontrol programlarını uygulamaya yönelik engel faktörler ve katılımı artırıcı faktörlere ilişkin görüşlerinin dağılımı verilmektedir.

Çalıştığı kurumda mevcut ulusal kontrol programları kapsamında kurumda kendisine engeller olduğunu düşünenlerin oranı %79,2 olarak saptanmıştır. Kendilerine engel olarak gördükleri en önemli sorun ise zaman kısıtlılığı (%65,3) olarak bulunmuştur. Diğer engeller arasında personel ve finans yetersizliği %39,6 ile ikinci sıradadır. Meslekler arasında kurumda engel faktörler olduğunu düşünme bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.($p>0,05$)

Bireylerin sağlıklarını geliştirmede ulusal kontrol programlarına katılımını artırıcı faktörler değerlendirildiğinde katılımcıların %75'ine göre kamu spotları/medya, %34'üne göre ise eğitim/konferans/panel etkileyici olarak saptanmıştır.

Katılımcılara göre mevcut kontrol programlarına toplumsal katılımın sağlanmasında engel olabilecek faktörlerin en önemlileri gelir yetersizliği ve sağlık okuryazarlığının düşük olması olarak saptanmıştır (%52,8). Bir diğer önemli sorunun ise %46,5 oranında sağlık politikalarının yetersizliği olarak bulunmuştur.

Tablo 4.6. Sağlık Personelinin Ulusal Kontrol Programları Kapsamında Sağlığı Geliştirici Uygulamalarına İlişkin Görüşleri

	Sigara Kullanan Bireylere Tütün Bırakma/Azaltma Danışmanlığı Yapma (n=122*)						$\chi^2=7,368$ $p = 0,007$
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	11	23,9	35	76,1	46	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	37	48,7	39	51,3	74	100	
	Sigara Kullanan Bireyleri Sigara Bırakma Merkezlerine Yönlendirme (n=126*)						$\chi^2 = 2,053$ $p = 0,152$
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	12	25,5	35	74,5	47	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	30	38,0	49	62,0	79	100	

*: Yüzdeler n değerleri üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.6’da sağlık personelinin Ulusal Tütün Kontrol Programı kapsamında sağlığı geliştirici uygulamalarının dağılımına yer verilmiştir.

Sigara kullanan bireylere tütün bırakma/azaltma danışmanlığı yapar mısınız sorusunu yanıtlayan hekimlerin % 76,1’i aile sağlığı çalışanlarının ise % 51,3’ü sıklıkla danışmanlık yaptıklarını belirtmiştir. Meslekler arasında danışmanlık yapma oranları bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$).

Sigara kullanan bireyleri sigara bırakma merkezine yönlendirir misiniz sorusuna yanıt veren hekimlerin % 74,5’inin sıklıkla yönlendirme yaptıklarını ifade ettikleri görülmektedir. Meslekler arasında soruya verilen yanıtlar bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.7. Sağlık Personelinin Ulusal Kanser Kontrol Programı Kapsamında Sağlığı Geliştirici Uygulamalarına İlişkin Görüşleri

	Kanser Hastasını Düzenli Olarak Takip Etme (n=111*)						$\chi^2 = 9,376$ $p = 0,002$
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	12	26,7	33	73,3	45	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	37	56,1	29	43,9	66	100	
	Kanser Hastasına Gerekli Eğitimleri Yapma (n=117*)						$\chi^2 = 1,097$ $p = 0,295$
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	15	33,3	30	66,7	45	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	31	43,1	41	56,9	72	100	
	Kanser Riski Taşıyan Bireylere Yönelik Eğitimler Yapma (n=113*)						$\chi^2 = 1,254$ $p = 0,263$
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	12	26,7	33	73,3	45	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	25	36,8	43	63,2	68	100	
	Sağlam Bireylere Yönelik Kanser Eğitimleri Yapma (n=122*)						$\chi^2 = 0,789$ $p = 0,374$
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	25	54,3	21	45,7	46	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	35	46,1	41	53,9	76	100	

*: Yüzdeler n değerleri üzerinden hesaplanmıştır.

Kanser hastasını düzenli olarak takip eder misiniz sorusuna yanıt verenler değerlendirildiğinde hekimlerin %73,3 oranında sıklıkla, aile sağlığı çalışanlarının ise %43,9 oranında sıklıkla kanser hastasını düzenli olarak takip ettiklerini ifade etmişlerdir. Meslekleri arasında kanser hastasını düzenli olarak takip etme bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$).

Kanser hastasına gerekli eğitimi yapar mısınız sorusuna yanıt verenler değerlendirildiğinde hekimlerin %66,7 oranında, aile sağlığı çalışanlarının %56,9 oranında sıklıkla kanser hastasına gerekli eğitimleri yaptıklarını ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında kanser hastasını düzenli olarak takip etme bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kanser riski taşıyan bireylere gerekli eğitimleri yapar mısınız sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde hekimlerin % 73,3'ünün aile sağlığı çalışanlarının ise %63,2'sinin sıklıkla kanser riski bulunan bireylere eğitim yaptıklarını ifade ettikleri bulunmuştur.. Meslekler arasında kanser hastasını düzenli olarak takip etme bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlam bireylere kanser eğitimi yapar mısınız sorusuna yanıt verenler içerisinde hekimlerin %54,3'ünün nadiren, aile sağlığı çalışanlarının %53,9'unun sıklıkla sağlam bireylere kanser eğitimi yaptıklarını ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında kanser hastasını düzenli olarak takip etme bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Sağlık Personelinin Ulusal Obezite Kontrol Programı Kapsamında Sağlığı Geliştirici Uygulamalarına İlişkin Görüşleri

	Obezite Hastasını Düzenli Olarak Takip Etme (n=121*)						$\chi^2 = 0,937$ $p = 0,333$
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	19	42,2	26	57,8	45	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	39	51,3	37	48,7	76	100	
	Obezite Riski Bulunan Bireyleri Düzenli Olarak Takip Etme (n=118*)						$\chi^2 = 0,514$ $p = 0,473$
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	19	43,2	25	56,8	44	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	37	50,0	37	50,0	74	100	
	Obezite Hastasına Gerekli Eğitimleri Yapma (n=122*)						$\chi^2 = 2,795$ $p = 0,095$
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	13	28,9	32	71,1	45	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	34	44,2	43	57,3	77	100	
	Sağlam Bireylere Yönelik Obezite Eğitimleri Yapma (n=121*)						$\chi^2 = 2,201$ $p = 0,138$
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	27	60,0	18	40,0	45	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	35	46,1	41	53,9	76	100	

*: Yüzdeler n değerleri üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.8’de sağlık personelinin ulusal obeziteyle m¼cadele ve kontrol programına ilişkin uygulamalarının dağılımları verilmektedir.

Obezite hastasını d¼zenli olarak takip eder misiniz sorusunu yanıtlayan hekimlerin %57,8’inin obezite hastalarını sıklıkla d¼zenli olarak takip ettiğini, aile sağlığı çalışanlarının ise %51,3’¼n¼n nadiren takip ettiğini ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında soruya verilen yanıtlar bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Obezite riski bulunan bireylerin takibini d¼zenli olarak yapar mısınız sorusuna yanıt verenler değerlendirildiğinde hekimlerin %56,8’inin aile sağlığı çalışanlarının %50’sinin sıklıkla obezite riski bulunan bireyleri d¼zenli olarak takip ettiklerini ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında obezite riski bulunan bireyleri d¼zenli takip etme bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Obezite hastasına gerekli eğitimleri verir misiniz sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde soruyu yanıtlayan hekimlerin %71,1’inin aile sağlığı çalışanlarının %57,3’¼n¼n sıklıkla obezite hastalarına gerekli eğitimleri yaptıklarını ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında obezite hastasına gerekli eğitimleri yapma bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlam bireylere y¼nelik obezite eğitimleri d¼zenler misiniz sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde hekimlerin %60’ının nadiren aile sağlığı çalışanlarının ise %53,9’unun sıklıkla sağlam bireylere obezite eğitimi d¼zenlediklerini ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında sağlam bireylere obezite eğitim yapma bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Sağlık Personelinin Ulusal Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Kapsamında Sağlığı Geliştirici Uygulamalarına İlişkin Görüşleri

	Diyabet Hastasını Düzenli Olarak Takip Etme (n=116)						$\chi^2 = 27,712$ $p < 0,001$
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	3	6,5	43	93,5	46	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	38	54,3	32	45,7	70	100	
	Diyabet Hastasına Gerekli Eğitimleri Yapma (n=118)						$\chi^2 = 17,985$ $p < 0,001$
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	4	8,7	42	91,3	46	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	33	45,8	39	54,2	72	100	
	Diyabetli Hasta Yakınına Gerekli Eğitimleri Yapma (n=117)						$\chi^2 = 5,549$ $p = 0,018$
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	12	26,7	33	73,3	45	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	35	48,6	37	51,4	72	100	
	Sağlam Bireylere Yönelik Diyabet Eğitimleri Yapma (n=115)						$\chi^2 = 23,690$ $p < 0,001$
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	26	57,8	19	42,2	45	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	47	67,1	23	32,9	70	100	

*: Yüzdeler n değerleri üzerinden hesaplanmıştır.

Diyabet hastasını düzenli olarak takip eder misiniz sorusunu yanıtlayanlar değerlendirildiğinde hekimlerin %93,5'inin sıklıkla aile sağlığı çalışanlarının %54,3'ünün nadiren diyabet hastasını düzenli olarak takip ettiklerini ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında diyabet hastasını düzenli takip etme durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Diyabet hastasına gerekli eğitimleri verir misiniz sorusunu yanıtlayanlar değerlendirildiğinde hekimlerin %91,3'ünün aile sağlığı çalışanlarının ise %54,2'sinin sıklıkla diyabet hastasına gerekli eğitimleri verdiklerini ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında diyabetli hastaya gerekli eğitimleri yapma durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Diyabetli hasta yakınına gerekli eğitimleri yapar mısınız sorusuna yanıt verenler değerlendirildiğinde hekimlerin %73,3'ünün aile sağlığı çalışanlarının %51,4'ünün sıklıkla diyabetli hasta yakınına gerekli eğitimleri verdiklerini ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında diyabetli hasta yakınına gerekli eğitimleri yapma durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Sağlam bireylere yönelik diyabet eğitimi düzenler misiniz sorusunu yanıtlayanlar değerlendirildiğinde hekimlerin %57,8'inin aile sağlığı çalışanlarının %67,1'inin nadiren sağlam bireylere diyabet eğitimi düzenlediklerini ifade ettikleri görülmektedir. Meslekler arasında soruya verilen yanıtlar bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Sağlık Personelinin Bireylerin Sağlığını Geliştirici Uygulamalarına İlişkin Görüşleri

	Sağlık Risklerini Belirleyebilme (n=140)						$\chi^2=2,062$ $p = 0,151$
	<u>Nadiren</u>		<u>Sıklıkla</u>		<u>Toplam</u>		
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	
HEKİM	21	43,8	27	56,3	48	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	52	56,5	40	43,5	92	100	
	Davranış Değişikliğine Hazır Olma Durumunu Saptayabilme (n=140)						$\chi^2 = 1,417$ $p = 0,234$
	<u>Nadiren</u>		<u>Sıklıkla</u>		<u>Toplam</u>		
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	
HEKİM	21	43,8	27	56,3	48	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	50	54,3	42	45,7	92	100	
	Tedavi Planına Katılımını Sağlayabilme (n=140)						
	<u>Nadiren</u>		<u>Sıklıkla</u>		<u>Toplam</u>		
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	
HEKİM	13	27,1	35	72,9	48	100	
	Yetişkin Davranış Değişikliği Uygulayabilme (n=140)						$\chi^2=1,849$ $p = 0,174$
	<u>Nadiren</u>		<u>Sıklıkla</u>		<u>Toplam</u>		
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	
HEKİM	24	50,0	24	50,0	48	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	57	62,0	35	38,0	92	100	

*: Yüzdeler n değerleri üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.10. (Devam) Sağlık Personelinin Bireylerin Sağlığını Geliştirici Uygulamalarına İlişkin Görüşleri

	Muayene Harici Sorularına Yanıt Verebilme (n=140)						
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	24	50,0	24	50,0	48	100	$\chi^2=3,043$ $p = 0,081$
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	60	66,2	32	34,8	92	100	
	Anlaşılır Eğitim Mesajlarına Sahip Olabilme(n=139)						
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	19	40,4	28	59,6	47	100	$\chi^2 = 1,145$ $p = 0,284$
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	46	50,0	46	50,0	92	100	
	Sağlık Ekibi İle Etkili İletişim İçinde Olma (n=133)						
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	25	54,3	21	45,7	46	100	$\chi^2=0,08$ $p = 0,928$
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	48	55,2	39	44,8	87	100	

*: Yüzdeler n değerleri üzerinden hesaplanmıştır.

Sağlık personelinin kendilerine başvuran bireylerin *sağlık risklerini belirleyebilme* sorusuna verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde hekimlerin %56,3'ünün sıklıkla sağlık risklerini belirleyebildiğini, aile sağlığı çalışanlarının %56,5'inin nadiren sağlık risklerini belirleyebildiğini ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında sağlık risklerini belirleyebilme bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bireylerin davranış değişikliğine hazır olma durumunu saptayabilme sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde hekimlerin %56,3'ünün sıklıkla aile sağlığı çalışanlarının %54,3'ünün ise nadiren hastaların davranış değişikliğine hazır olma durumlarını saptayabildiğini ifade ettikleri bulunmuştur.

Meslekler arasında davranış değişikliğine hazır olma durumunu saptayabilme bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastanın tedavi planına katılımını sağlayabilme sorusunu yanıtlayanlar içerisinde hekimlerin %72,9'unun sıklıkla hastanın tedavi planına katılımı sağladıklarını ifade ettikleri bulunmuştur.

Yetişkin davranış değişikliğini uygulayabilme durumlarına yanıt verenler içerisinde hekimlerin %50'sinin aile sağlığı çalışanlarının %62'sinin nadiren yetişkin davranış değişikliğini uygulayabildiğini ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında yetişkin davranış değişikliğini uygulayabilme bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Muayene harici konulardaki sorularına yanıt verebilme durumları değerlendirildiğinde hekimlerin % 50'sinin aile sağlığı çalışanlarının %66,2'sinin nadiren muayene harici sorulara yanıt verebildiğini ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında muayene harici konulardaki sorularına yanıt verebilme bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Anlaşılır eğitim mesajlarına sahip olma durumları değerlendirildiğinde hekimlerin %59,6'sı aile sağlığı çalışanlarının %50'si sıklıkla anlaşılır eğitim mesajına sahip olduğunu düşünmektedir. Meslekler arasında anlaşılır eğitim mesajlarına sahip olma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlığın geliştirilmesi kapsamında yapılacak faaliyetlerde *sağlık ekibi ile etkili iletişim içinde bulunma* durumları değerlendirildiğinde hekimlerin %54,3'ünün aile sağlığı çalışanlarının %55,2'sinin sağlık ekibi ile nadiren etkili iletişim içerisinde olduğunu ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında sağlık ekibi ile etkili iletişim içinde bulunma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.11 Sağlık Personelinin Sağlığın Geliştirilmesi Müdahale Yöntemi Kapsamında Eğitim Planlamaya İlişkin Görüşleri

Özellikler(n=141)	Hekim		Aile Sağlığı Elemanı		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	13	27,1	34	36,6	47	33,3
Hayır	16	33,3	32	34,4	48	34,0
Ara Sıra	19	39,6	27	29	46	32,6
Toplam	48	100	93	100	141	100
Eğitim**						
Ağız ve Diş sağlığı Eğitim	9	6,3	27	18,8	36	25,0
Akıllı İlaç Kullanımı Eğitimi	15	10,4	22	15,3	37	25,7
Beslenme Eğitimi	14	9,7	53	36,8	67	46,5
Bulaşıcı Hastalıklar Eğitimi	8	5,6	35	24,3	43	29,9
Cinsel Sağlık Eğitimi	11	7,6	36	25,0	47	32,6
Çevre Sağlığı Eğitimi	4	2,8	18	12,5	22	15,3
Çalışan Sağlığı Eğitimi	8	5,6	10	6,9	18	12,5
Dejeneratif Hastalıklardan Korunma Eğitimi	3	2,1	5	3,5	8	5,6
Fiziksel Aktivite Eğitimi	14	9,7	19	13,2	33	22,9
Güvenli Davranış Kazandırma Eğitimi	3	2,1	7	4,9	10	6,9
İlk Yardım ve Kaza Eğitimi	12	8,3	24	16,7	36	25,0
Kişisel Hijyen Eğitimi	16	11,1	41	28,5	57	39,6
Kronik Hastalıklar Eğitimi	6	4,2	15	10,4	21	14,6
Ruh Sağlığı Eğitimi	9	6,3	12	8,3	21	14,6
Sağlık Okuryazarlığı Eğitimi	3	2,1	5	3,5	8	5,6
Temel Afet Eğitimi	2	1,4	3	2,1	5	3,5
Tütün, alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanımı Karşı Eğitim	19	13,2	29	20,1	48	33,3
Risk Gruplarına Yönelik Eğitimler (Gebe, Adölesan,Engelli,Bebek,Yaşlı)	16	11,1	37	25,7	53	36,8

*: Yüzdeler n değerleri üzerinden hesaplanmıştır.

** : Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablodan 4.11'den anlaşılacağı üzere katılımcıların % 34'ünün eğitim planlamadığı, %33,3'ünün eğitim planladığını ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında sağlık eğitimi planlama bakımından istatistiksel açıdan bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Planlanan eğitimlerin ise çoğunlukla beslenme (%46,5), kişisel hijyen (%39,6), risk gruplarına yönelik eğitimler (%36,8), tütün, alkol gibi maddelere yönelik eğitimler (%33,3) olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 4.12. Sağlık Personelinin Sağlığın Geliştirilmesi Müdahale Yöntemi Kapsamında Sağlık Eğitim Becerilerine İlişkin Görüşleri

	Hastanın Gereksinim ve Önceliklerini Belirleme (n=130*)						$\chi^2=0,280$ $p = 0,597$
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	18	40,0	27	60,0	45	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	30	35,3	55	64,7	85	100	
	Hasta/Hasta Yakınını Tanı, Tedavi, Yan Etkilere Yönelik Aydınlatılabilme (n=129*)						$\chi^2 = 3,316$ $p = 0,069$
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	11	24,4	34	75,6	45	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	34	40,5	50	59,5	84	100	
	Akut Hastalıklarda Kısa Süre İçinde Bilgilendirebilme (n=128*)						$\chi^2=5,570$ $p = 0,018$
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	11	25,0	33	75	44	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	39	46,4	45	53,6	84	100	
	Kronik Hastalıklarda Uzun Dönemli Planlama Yapabilme (n=128*)						$\chi^2=1,064$ $p = 0,302$
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	22	50,0	22	50,0	44	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	50	59,5	34	40,5	84	100	

*: Yüzdeler n değerleri üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.12. (Devam) Sağlık Personelinin Sağlığın Geliştirilmesi Müdahale Yöntemi Kapsamında Sağlık Eğitim Becerilerine İlişkin Görüşleri

	Eğitim Düzeyi ve Kültürel Özelliklere Göre Hastaya Özgü Biçimlendirebilme (n=127*)						
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		$\chi^2=0,657$ $p = 0,418$
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	18	41,9	25	58,1	43	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	29	34,5	55	65,5	84	100	
	Soru Sorması İçin Hastayı Cesaretlendirebilme (n=130*)						
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		$\chi^2 = 0,028$ $p = 0,866$
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	10	22,2	35	77,8	45	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	20	23,5	65	76,5	85	100	
	Görsel-İşitsel Eğitim Materyallerini Kullanabilme (n=128*)						
	Nadiren		Sıklıkla		Toplam		$\chi^2=0,076$ $p = 0,783$
	n	%	n	%	n	%	
HEKİM	25	55,6	20	44,4	45	100	
AİLE SAĞLIĞI ELEMANI	44	53	39	47	83	100	

*: Yüzdeler n değerleri üzerinden hesaplanmıştır.

Sağlık personelinin sağlık eğitimlerinde *hastanın gereksinim ve önceliklerini belirleyebilme* durumları değerlendirildiğinde hekimlerin %60'ının aile sağlığı çalışanlarının %64,7'sinin sıklıkla hastanın gereksinim ve önceliklerini belirleyebildiğini ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında hastanın gereksinimini belirleyebilme bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık personelinin sağlık eğitimlerinde *hasta/hasta yakınıni tanı, tedavi ve yan etkiler konusunda açık bir şekilde aydınlatabilme* durumları değerlendirildiğinde hekimlerin %75,6'sının aile sağlığı elemanlarının %59,5'inin sıklıkla hasta/hasta yakınıni açık bir şekilde aydınlatabildiğini ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında hastayı açık bir şekilde aydınlatabilme bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık personelinin *akut bir hastalık durumunda hastayı kısa sürede bilgilendirebilme* durumları değerlendirildiğinde hekimlerin %75'inin aile sağlığı çalışanlarının %53,6'sının sıklıkla akut hastalıklarda hastayı kısa sürede bilgilendirebildiğini ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında akut bir hastalık durumunda hastayı kısa sürede bilgilendirebilme bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Sağlık personelinin *kronik hastalık durumunda aşamalı ve uzun dönemli planlama yapabilme* durumları değerlendirildiğinde hekimlerin %50'sinin aile sağlığı çalışanlarının %59,5'inin nadiren kronik hastalıklarda aşamalı ve uzun dönemli planlama yapabildiklerini ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında kronik hastalık durumunda aşamalı ve uzun dönemli planlama yapabilme bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık personelinin *eğitimi hastanın eğitim düzeyi ve kültürel özelliklerine göre hastaya özgü biçimlendirebilme* durumları değerlendirildiğinde hekimlerin %58,1'inin aile sağlığı çalışanlarının %65,5'inin sıklıkla eğitimi hastaya özgü biçimlendirebildiğini ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında eğitimi hastaya göre biçimlendirebilme bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık personelinin *soru sorması için hastayı cesaretlendirme* durumları değerlendirildiğinde hekimlerin %77,8'inin aile sağlığı çalışanlarının %76,5'inin sıklıkla hastayı soru sorması için cesaretlendirebildiğini ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında hastayı soru sorması için hastayı cesaretlendirebilme bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık personelinin *sağlık eğitimlerinde görsel-işitsel eğitim materyallerini kullanabilme* durumları değerlendirildiğinde hekimlerin %55,6'sının aile sağlığı çalışanlarının % 53'ünün nadiren görsel ve işitsel eğitim materyali kullanabildiğini ifade ettikleri bulunmuştur. Meslekler arasında sağlık eğitimlerinde görsel-işitsel eğitim materyallerini kullanabilme bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$)

5. TARTIŞMA

5.1. Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Alma Durumları

Sağlık personelinin daha önce sağlığın geliştirilmesi eğitimini alma durumları açısından değerlendirildiğine katılımcıların yaklaşık yarısının (%52,8) daha önce hiçbir eğitim almadığı bulundu. Şahin ve diğerlerinin Denizli ilindeki TSM'lerde çalışan sağlık personeli üzerinde yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %100'ünün daha önce sağlığın geliştirilmesi üzerine eğitim almadıkları bulunmuştur (63). Birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan personelin hizmet yılları gözönünde bulundurulduğunda çoğunluğunun 15-21 yıl arasında çalışan personel olmaları ve sağlığın geliştirilmesi kavramının ülkemizde son yıllarda gündemde olmasına bağlı olarak daha önce sağlığın geliştirilmesi eğitimini almamış olabileceklerinin bir gerekçesi olarak düşünülmektedir.

Daha önce sağlığın geliştirilmesi eğitimi aldığını belirtenler içerisinde yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtenler yalnızca %21,5 bulunmuştur. Şahin ve diğerlerinin çalışmasında eğitim alanların %43'ünün yeterli bilgiye sahip olmadıkları bulunmuştur (63). Sağlığın geliştirilmesi eğitimi alan sağlık personelinin sahip olduğu bilgiyi yeterli bulmamaları; sahip olunan bilginin kapsamlı olmaması, sürekli ve güncel eğitimlerle geliştirilmemesine bağlı olabilir.

Çalıştığı kurumda sağlığın geliştirilmesine yönelik eğitim yapılmadığını belirtenlerin oranı %54,2 bulunmuştur. Aile sağlığı merkezinde çalışan sağlık personelinin yaklaşık yarısına yakını hizmet içi eğitim içerisinde sağlığın geliştirilmesine yönelik eğitim almamaktadır. Ülkemizde sağlığın geliştirilmesi üzerine kapsamlı çalışmaların son yıllarda giderek arttığı bilinmekle birlikte bu kapsamda yeterli politikaların oluşmasının zaman alması bu durumun bir gerekçesi olabilir.

5.2. Sağlığın Geliştirilmesi Uluslararası Bildirgeleri ve Bileşenlerini Bilme Durumları

Katılımcıların %77,1'inin uluslar arası sağlığı geliştirme bildirgelerinden hiçbirisini bilmediği, %22,9'unun ise 1-4 tane bildirge hakkında bilgi sahibi olduğu

bulunmuştur. Aile sağlığı elemanlarının (%14,9) hekimlere göre (%62) daha az bildiği hakkında bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir ($p<0,05$).

Peltzer'in hemşireler üzerinde yapmış olduğu çalışmasında; hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi üzerine bilgi düzeyleri ölçülmüş ve hemşirelerin %66,6 oranında yetersiz bilgiye sahip oldukları bulunmuştur (47). Hekimlerin temel eğitim sırasında daha kapsamlı eğitim almaları, seminer ve konferanslara katılmalarının daha fazla olması bu durumun bir gerekçesi olarak düşünülebilir.

5.3. Sağlığın Geliştirilmesi Kavramına İlişkin Görüşleri

Sağlık personelinin sağlığı geliştirme kavramının kendileri için neyi ifade ettiğine dair verilen yanıtlar değerlendirildiğinde %71,9'unun "*bireylerin kendi sağlık ve belirleyicileri üzerinde kontrolü artırmak*" yönünde yanıt verdiği belirlenmiştir. Bu sonuç çalışmamıza katılan personelinin sağlığı geliştirmeyi kabul gören en doğru şekliyle algıladıklarını göstermektedir. Çalışmamızla benzer şekilde Verhaghe ve diğerlerinin ruh sağlığı hemşirelerinde yaptığı çalışmada hemşireler sağlığı geliştirme kavramını, bireyleri karar almada desteklemek, kendi seçimlerini yapmalarına yardımcı olmak olarak algılamışlardır (75). Jormfeldt ve diğerlerinin yaptığı çalışmada hemşirelerin geleneksel rolleri nedeniyle sağlığı geliştirmeyi hastalık odaklı uygulamalar olarak algıladıkları bulunmuştur (33). Casey'in hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi algısı üzerine yapmış olduğu çalışmasında ise hemşireler sağlığı geliştirmeyi yaşam tarzında değişiklik oluşturma olarak algılamakta ve sağlığın geliştirilmesini geleneksel sağlık eğitimiyle benzer görmektedirler (13).

Ülkemizde yapılan bir çalışma olarak Şahin ve diğerlerinin yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %63,3'ünün sağlığın geliştirilmesi kavramını en doğru kabul gören ifadeyle yanıtladıkları görülmektedir. (63). Çalışmamızdaki sonuç sağlığı geliştirme kavramını ifade etme açısından katılımcıların çoğunluğunun beklenen yanıtı verdiği yönündedir.

Sağlığın geliştirilmesi kavramını sosyo-kültürel yaşantıya destek olmak ve daha uzun ömürlü olmayı sağlamak şeklinde belirtenler %28,1'dir. Bu kavramlar sağlığın geliştirilmesinde bir nihai sonucu ifade etmektedir. Sağlığın geliştirilmesi

kapsamında bireylerin kendi sağlık ve belitleyicileri üzerindeki kontrollerini artırarak daha sağlıklı ve uzun bir hayat sürdürmelerini sağlamaya yardımcı olunabilir.

5.4. Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlık Eğitimi Arasında Fark Olup Olmadığına İlişkin Görüşleri

Sağlık eğitimi ile sağlığı geliştirme arasında fark olup olmadığına verilen yanıtlar değerlendirildiğinde katılımcıların %32,4'ü iki kavram arasında fark olduğunu düşündüğü bulunmuştur. Richard ve diğerlerinin çalışmasında elde edilen bulgularda sağlık eğitiminin sağlığın geliştirmenin merkezinde olduğu bulunmuştur (48). Çalışmamıza benzer olarak Whithead ve diğerlerinin çalışmasında ise hemşirelerin uygulamalarının sağlığın geliştirilmesinden öte sağlık eğitimi üzerine odaklı olduğunu ve sağlığın geliştirilmesi kavramıyla sağlık eğitimi kavramını aynı algıladıkları bulunmuştur (76). Çalışmamızda katılımcıların %36,6'sı ise iki kavram arasında fark olmadığını düşündüğü bulunmuştur. Sağlık eğitiminin sağlığın geliştirilmesiyle aynı algılanması her iki kavrama yönelik kavramsal açıdan yeterli bilgiye sahip olunmadığını düşündürmektedir.

5.5. Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Görüşleri

Sağlık personelinin yarısından fazlasının (%66,2) sağlık okuryazarlığı konusunda yeterli bilgi sahibi olmadığını bulunmuştur. Knight'ın hemşireler üzerinde yapmış olduğu sağlık okuryazarlığı düzeylerini içeren çalışmasında hemşireleri kısıtlı sağlık okuryazarı bulmuş ve bu durumun eğitim, yaş, sosyo-ekonomik durumla ilişkisi olduğu düşünülmektedir. (35). Cafiero'nın hemşireler üzerinde yapmış olduğu sağlık okuryazarlığı çalışmasında ise düşük sağlık okuryazarlığının hasta eğitim ve stratejilerinde yetersiz sonuçlar verdiği bulunmuştur (12). Sağlık okuryazarlığı üzerinde henüz kapsamlı bir ülke politikasının oluşturulmaması ve bu alanda kısıtlı çalışmaların bulunması personelin bu alana yönelik bilgi sahibi olmamalarının gerekçesi olabilir.

Çalışmamıza katılan kişilerden ülkemizde sağlık okuryazarlığı kavramına verilen önem değerlendirildiğinde %81,8'i önem verilmediğini düşünmesi dikkate

değer bir durum olarak ülkemizde yeterli okuryazarlık çalışmalarının bulunmamasından kaynaklı olabileceği söylenebilir.

5.6. Ulusal Kontrol Programlarına İlişkin Görüşleri

Sağlık personelinin ulusal kontrol programları hakkında bilgi sahibi olmaları açısından değerlendirildiğinde %14,7'si yeterli bilgiye sahip olduklarını bulunmuştur. Program uygulayıcılarının yeterli bilgiye sahip olmaları istenen çıktılara ulaşabilmede oldukça önemlidir. Çalışmamızda görüldüğü üzere yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtenlerin katılımcıların yaklaşık beşte birini oluşturduğu bulunmuştur. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanmakta olan ulusal kontrol programlarının içeriğinin ASM personeline yeterince açıklanmadığını düşündürmektedir.

Ulusal kontrol programları içerisinde öncelikli program olarak obeziteyle mücadele kontrol programı bulunmuştur. Çalışmamızda birinci sırada gösterilen obezite Kok ve diğerlerinin yapmış olduğu çalışmada ikinci sırada yapılan sağlığın geliştirilmesi girişimleri arasında bulunmuştur. Birinci sırada yapılan uygulamada sigaraya yönelik girişimlerin yer aldığı bulunmuştur (36). Türkiye'de 15 ve daha yukarı yaştaki nüfusun %17,2'sinin obez ve %34,8'inin fazla kilolu olduğunu düşünüldüğünde öncelikli alan olarak görülmesi sağlığı geliştirici uygulamalarda etkin hizmet sunumuna yol açabilir.(72).

Sağlık personelinin ulusal kontrol programları çerçevesinde sağlığı geliştirme açısından hedef kitle olarak gördükleri grup okul çağı çocukları olarak bulunmuştur. Okul çağı çocukları davranış değişikliği oluşturabilme ve buldukları gelişimsel dönem açısından öncelikli gruplar arasında tanımlandığı düşünüldüğünde sağlığı geliştirme kapsamında, beslenme ve fiziksel aktivite de okul ortamları önemli olduğu söylenebilir.

Sağlığın geliştirilmesi kapsamında öncelikli müdahale alanı olarak %71,4 oranında toplumun seçildiği bulunmuştur. Richard ve diğerlerinin yapmış olduğu çalışmada benzer olarak hemşirelerin daha çok topluma yönelik sağlığı geliştirici eylemlerde buldukları bulunmuştur (50). Katılımcıların hizmet verdikleri grupların toplum olması göz önünde bulundurulduğunda sağlığın geliştirilmesinde öncelikli alanı toplum olarak görmelerinin beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

5.7. Sağlığı Geliştirmede Engel Faktörlere İlişkin Görüşleri

Çalışmamızda ulusal kontrol programları çerçevesinde sağlığı geliştirici faaliyetlerde bulunmanın önünde engel faktörler olduğunu düşünenlerin oranı %79,2 bulunmuştur. Bu düşüneyi savunanların %65,3'ü zaman kısıtlılığını, %39,6'sı ise personel ve finans yetersizliğini engel faktörler olarak belirttiği bulunmuştur. Casey'in hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi algısı üzerine yapmış olduğu çalışmasında, sağlığın geliştirilmesi önünde engel faktörler olarak zaman kısıtlılığı, hemşirelerin eğitim ve kabiliyetlerinin yeterli olmaması, yoğun iş yükü bulunmuştur (13). Wood ve diğerlerinin yapmış olduğu uğraşı terapistlerinin birincil sağlığı geliştirme algıları konulu çalışmada benzer şekilde sağlığın geliştirilmesinde engel olarak zaman kısıtlılığı ve yetersiz finansman öncelikli faktörler olarak belirtilmiştir (78). Sims ve diğerlerinin yapmış olduğu yaşlı bireylerde sağlığın geliştirilmesinde hekimlerin rolü konulu çalışmada engel faktörler arasında finansman yatırımlarının önleyici uygulamaları motive etmediği, hekimlerdeki donanım eksikliği, politik düzenlemelerin yetersizliği ve zaman kısıtlılığı gösterilmiştir (60). Keleher ve diğerlerinin birinci basamakta çalışan hemşireler üzerinde yapmış olduğu çalışmada hemşireler önünde engel olarak, zaman kısıtlılığı ve hemşirelerin gelişen rollerine gösterilen dirençler önemli sorunlar olarak ele alınmıştır (34). Peltzer'in birinci basamakta çalışan hemşire ve ebeler üzerinde yapmış olduğu çalışmasında %55,3'ünün hastaların sağlık eğitimini sıkıcı ve gereksiz bulduğu, %95'inin hükümetin daha fazla sorumluluk alması gerektiği, %56,5'inin ise zaman kısıtlılığının engel oluşturduğunu belirttiği görölmektedir (47). Whitehead ve diğerlerinin hemşirelikte sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi arasındaki farkları içeren çalışmasında, sağlığın geliştirilmesinde etkili hemşirelik hizmeti sunumunun önündeki en büyük engel hemşirelerin sağlığı geliştirme okuryazarlıklarının yetersiz olması ve sağlığın geliştirilmesi kavramının anlaşılmasından kaynaklı bulunmuştur (76). Bizim çalışmamızda olduğu gibi diğer çalışmalarda da zaman kısıtlılığı sağlığı geliştirmenin önünde önemli engel olarak gösterilmektedir. Sağlık personelinin iş yüküne bağlı olarak zaman kısıtlılığının hasta değerlendirmesi ve hasta bakımını olumsuz etkileyeceği düşünölebilir.

Çalışmamızda uygulamalarda kendisine engel faktör olarak bilgi eksikliğini belirtenler %8,3 bulunmuştur. Kalımcılar içeresinde sağlığın geliştirilmesi konusunda

sahip oldukları bilgiyi yeterli bulanlar %21,5, ulusal kontrol programlarına ilişkin bilgisini yeterli bulanlar ise %14,7'dir. Görüldüğü üzere sahip oldukları bilgiyi yeterli bulma yüzdeleri oldukça düşük olmasına rağmen bilgi eksikliğini kendilerine engel olarak görmemelerinin çelişkili olduğu söylenebilir.

5.8. Bireylerin Ulusal Kontrol Programlarına Katılımı Artırıcı İletişim Araçlarına İlişkin Görüşleri

Çalışmamızda katılımcıların %75'inin kamu spotları ve medyanın bireysel katılımı artırmada en etkili yol olduğunu, %34'ünün ise konferans/panel ve eğitimin etkili olduğunu belirttikleri bulunmuştur. Son zamanlarda kamu spotları ile sağlığın geliştirilmesi faaliyetlerinde medya ve kitle iletişim araçlarının aktif tutulmasının sağlığı geliştirici faaliyetlere ilgiyi arttırdığı bilinmektedir (65).

5.9. Toplumsal Katılıma Engel Faktörlere İlişkin Görüşleri

Çalışmamızda katılımcıların % 52,8'inin toplumsal katılıma engel olarak toplumun sağlık okuryazarlığının düşük olması ve gelir yetersizliğini gösterdikleri bulunmuştur. Bireylerin sağlık hizmetlerini etkin kullanabilmesi, tedavi planlarını anlayabilmeleri ve sağlıklarıyla ilgili durumların farkında olabilmeleri açısından sağlık okuryazarlığının üzerinde durulması gereken sağlığı geliştirme kavramının alt başlıklarından biri olduğu söylenebilir.

5.10. Sağlık Personelinin Ulusal Kontrol Programları Kapsamında Sağlığı Geliştirici Uygulamaları

5.10.1. Ulusal Tütün Kontrol Programı Kapsamında Sağlığı Geliştirici Uygulamaları

Ulusal Tütün kontrol Programına yönelik sağlığı geliştirici uygulamalarda sigara/tütün kullanan bireylere danışmanlık hizmeti yapan hekimlerin %76,1'inin aile sağlığı elemanlarının ise %51,3'ünün sıklıkla danışmanlık hizmeti yaptığı bulunmuştur. Puska ve diğerlerinin yapmış olduğu sigara azaltma programı içerisinde bulunan sağlık profesyonellerinin hastalara sigara bıraktırmadaki

etkinliğini ele alan çalışmada katılımcıların %36,6'sının sigarayı bırakmak isteyenlere danışmanlık yaptığı, tavsiyede bulunma eyleminin ise %22,4 oranında her zaman yapıldığı bulunmuştur (48). Bizim çalışmamızda danışmanlık yapma sıklığı daha yüksek bulunmuştur.

İngiltere ve Wales'te genel hekimlik yapanların %50'sinin hastalara çoğu zaman veya her zaman sigara bırakma danışmanlığı yaptığı bulunmuştur. Finlandiya'da hekime başvuran hastaların %21'inde sigarayı bırakmaları için hekim tarafından tavsiyede bulunulduğu saptanmıştır (46). Her iki çalışmada da sonuçlar araştırmamızdan düşüktür. Çalışmamızda hekim ve aile sağlığı elemanı arasında danışmanlık yapma bakımından istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0,05$). Hekimlerde danışmanlık yapma sıklığı aile sağlığı elemanlarına göre daha yüksektir. Aile sağlığı elemanlarının yaklaşık yarısının danışmanlık rollerini yerine getirdiği bulunmuştur. Bu durumun iş yoğunluğundan kaynaklı olabileceği söylenebilir (40).

Sigara kullanan bireyleri sigara bırakma merkezlerine yönlendirme oranlarına bakıldığında hekimlerin %74,5'inin aile sağlığı elemanlarının %62'sinin sıklıkla yönlendirme yaptığı bulunmuştur. ASM çalışanlarından beklentinin sigara kullanan bireylerde farkındalık sağlayarak daha etkili sonuçlara ulaşılması için bırakmak isteyen bireyleri sigara bıraktırma merkezlerine yönlendirmeleri yönünde olduğu düşünüldüğünde katılımcıların çoğunluğunun bu doğrultuda hizmet verdiği söylenebilir.

5.10.2. Ulusal Kanser Kontrol Programı Kapsamında Sağlığı Geliştirici Uygulamaları

Çalışmamızda hekimlerin %73,3'ünün aile sağlığı elemanlarının %43,9'unun sıklıkla kanser hastasını düzenli takip ettiği bulunmuştur. Hekimler ve aile sağlığı elemanları arasında takip etme açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,01$). Aile sağlığı elemanları hekimlere göre daha az sıklıkta kanser hastasını düzenli takip etmeleri, aile sağlığı elemanlarının kendilerini hasta takibinde sorumlu görmemelerinden kaynaklı olabileceği düşünülebilir. Sisler ve diğerlerinin aile hekimliğinin kanser hastaları için önemini içeren bir çalışmada takip dönemindeki hastaların %39,8' inin aile hekimleriyle her zaman veya çoğunlukla görüştüğü bulunmuştur (61). Barnes'in yapmış olduğu aile hekimlerinin kanser hastalarına

radoterapi programı kapsamında tarama yapma durumlarını içeren çalışmasında hastaların %28'inin düzenli olarak takip edildiği bulunmuştur (10). Benzer şekilde McWhinney ve diğerlerinin çalışmasında kanser hastalarının %43'ü aile hekimleri tarafından takip edildiklerini belirttiği bulunmuştur (43). Çalışma sonuçlarımızda takip edilme sıklığı diğer çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamız hekim ve aile sağlığı elemanlarının kendi beyanlarına dayandığı için hastalara yönelik başka çalışmalar yapılarak uygulamaların karşılaştırılmasının daha gerçekçi sonuçlara ulaşmada etkili olabileceği düşünülebilir.

Kanser hastasına eğitim verme durumlarına bakıldığında hekimlerin %66,7'sinin aile sağlığı elemanlarının %56,9'unun sıklıkla kanser hastasına gerekli eğitimi yaptığı bulunmuştur. Aubin ve diğerlerinin kanser hastaları üzerinde yapmış olduğu çalışmada %83,1'inin aile hekimleri tarafından bilgilendirildiği ve %93'ünün aile hekimlerinin yapmış olduğu bilgilendirmenin ihtiyaçlarını karşıladığını belirttiği görülmektedir (7). Kanser hastalarına yapılan eğitim bizim çalışmamızda daha düşük bulunmuştur. Araştırmamızda kanser hastasına sıklıkla gerekli eğitimin verildiği, düzenli takibinin yapıldığı, kanser riski taşıyan bireylere eğitim verildiği bulunmuştur fakat sağlam bireylere yönelik kanser eğitiminin ise yoğunluklu olarak nadiren yapıldığı bulunmuştur. Bu durumun zaman kısıtlılığı, iş yoğunluğu gibi faktörlerden kaynaklı olabileceği ve bu nedenle çoğunlukla hastalık merkezli çalışmalarından dolayı kaynaklanabileceği düşünülebilir.

5.10.3. Türkiye Obeziteyle Mücadele Programı Kapsamında Sağlığı Geliştirici Uygulamaları

Obezite hastasının düzenli olarak takip edilme durumlarına bakıldığında hekimlerin %57,8'inin aile sağlığı elemanlarının %48,7'sinin sıklıkla obezite hastalarını düzenli takip ettiklerini belirttikleri bulunmuştur. Araştırmamızda katılımcılar Obeziteyle Mücadele Programını öncelikli program olarak belirtmelerine rağmen obezite hastalarını düzenli takip etme sıklığı yüksek değildir (42).

Obezite hastasına sıklıkla eğitim verme durumları hekimlerde %71,1, aile sağlığı elemanlarında %57,3'tür. Galuska ve diğerlerinin yapmış olduğu çalışmada aile hekimlerinin yalnızca %40'ının obez hastalarına tavsiyelerde bulunduğu görülmektedir (23). Obezite hastasına eğitim verme sıklığı çalışmamızda daha

yüksek bulunmuştur. Hastaların sağlık çalışanlarının önerileri doğrultusunda sağlıklı davranışlarda bulunma eğiliminde oldukları düşünüldüğünde aile sağlığı elemanlarının çoğunluğunun bu yönde yanıt verdiği söylenebilir.

5.10.4. Diyabet Kontrol Programı Kapsamında Sağlığı Geliştirici Uygulamaları

Çalışmamızda hekimlerin %93,5'i aile sağlığı elemanlarının %45,7'si diyabet hastasını düzenli olarak takip etmektedir. Hekimlerle aile sağlığı elemanlarının arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,01$). Bu durum hasta takibinden hekimin sorumlu görülmesinden kaynaklı olabileceği söylenebilir.

Diyabet hastasına ve diyabetli hasta yakınına eğitim verme durumlarına bakıldığında hekimlerin aile sağlığı elemanlarına göre eğitim yapma sıklığı yüksektir. Sağlam bireylere yönelik diyabet eğitimi verme sıklığına bakıldığında diğer programlara göre daha düşük bulunmuştur. Kontrol programları kapsamında yoğunluklu olarak obezite ve tütün kontrol programlarının kamu spotlarıyla desteklenmesi ve gündemde daha fazla yer alması bu kontrol programlarına ilgiyi daha fazla artırdığı söylenebilir.

Hekim ve aile sağlığı elemanlarının hasta birey ve yakınlarına eğitim verme oranları sağlam bireylere eğitim verme oranından daha fazladır. Sağlığı geliştirme anlayışında sadece hasta bireylere yönelik değil sağlam bireylere de eğitim verilmesi, farkındalıklarının artırılması ve risk faktörlerinin ortadan kaldırılması önemi bilinmektedir. Bu durumun iş yüküne bağlı olarak hastalık odaklı çalışma ve koruyucu hizmetlerden daha ziyade tedavi edici hizmetlere yönelmeden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.11. Sağlık Personelinin Hastalara Yönelik Sağlığı Geliştirici Uygulamaları

5.11.1. Sağlık Risklerini Belirleyebilme Durumları

Hastaların *sağlık risklerini ele alıp belirleyebilme* durumlarına bakıldığında hekimlerin %56,3'ü aile sağlığı elemanlarının %43,5'i sıklıkla hastaların sağlık risklerini belirleyebildiği saptanmıştır. Buradan sonuçla hastaların sağlık riskleri belirleyebilme durumlarının yüksek olmadığı söylenebilir. Personelin yaklaşık

yarısının koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında hastaların sağlık risklerini belirlememesi bu bağlamda hastaya bütüncül yaklaşılmadığını düşündürmektedir. Haley ve diğerlerinin yapmış olduğu çalışmada aile hekimlerinin hastaların sağlık risklerini belirlemede katılımcıların yaklaşık %40'ının almış olduğu tıbbi eğitiminin hastalarda risk değerlendirmesi yapmaya yeterli olduğunu belirtmiştir (26). Eğitim yetersizliğinin de sağlık risklerini belirlemede bir neden olabileceği düşünülebilir.

5.11.2 Hastanın Davranış Değişikliğine Hazır Olma Durumun Saptayabilme Durumları

Çalışmamızda hekimlerin %56,3'ü aile sağlığı elemanlarının %45,7'si hastanın davranış değişikliğine hazır olma durumunu sıklıkla saptayabildiğini belirtmiştir. Hollanda'da evde bakım servislerinde çalışan hekimlerle yapmış olduğu çalışmada genel hekimlerin sigara kullanımı, diyet ve fiziksel aktivite konularında ortalama olarak %24 oranında hastaların davranış değişikliğine hazır olup olmadığını saptayabildiği bulunmuştur (28). Sağlık personelinin hastaların yaşam tarzlarında değişiklik oluşturabilmek için davranış değişikliğine hazır olmalarını saptayabilmelerinin önemli olduğu bilinmektedir.

Yetişkinlerde davranış değişikliğini uygulayabilme açısından bakıldığında hekimlerin %50'si aile sağlığı elemanlarının %38'i sıklıkla yetişkin davranış değişikliği uygulayabildiğini belirtmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısı nadiren yetişkin davranış değişikliği uyguladığını belirtmiştir. Katılımcıların davranış değişikliğine hazır olma durumunu saptayabilmeleri ile yetişkinlerde davranış değişikliği uygulayabilmeleri açısından sonuçlar benzeşmektedir. Hastada davranış değişikliğine hazır olma durumunu saptayabilme hastanın mevcut davranışlarına yönelik algılarını ve geleceğe yönelik davranış değişikliği motivasyonunu daha iyi anlamayı mümkün kıldığı düşünüldüğünde hizmet sunucularının yaşam tarzı değişikliği oluşturmada bilgi aktarımı ve motivasyonel rollerini artırılmaları önerilebilir. Zaman kısıtlılığı ise sağlık çalışanlarının bu rolleri yerine getirmede en büyük engel olarak ele alınabilir. Mevcut prosedürlerin yeterliliği de tartışılması gereken bir diğer durumdur. Sağlık personelinin bireylerin davranış değişikliğine hazır olma durumlarını saptayabilmelerinin kayıt altına alınması gereken bir

uygulama haline getirilmesi sağlığı geliştirme çıktılarına pozitif yönde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.11.3. Hastanın Tedavi Planına Katılımı Sağlayabilme Durumları

Araştırmamızda hekimlerin %72,9'unun hastaların tedavi planına katılımını sağlayabildikleri bulunmuştur. Ashbury ve diğerlerinin çalışmasında tedavisiyle ilgili karar almada hekimlerin %93,8'i hastayı aktif tuttuğunu, %76,3' ise hastayı tedavi ve seçenekleri konusunda aydınlattığını belirtmiştir (6). Bizim araştırmamızdaki sonuçlar daha düşük bulunmuştur. Joint Commission tarafından 2009 yılından itibaren hasta güvenliği uygulamalarına dahil edilen hastanın temel haklarından birisi de tedavisinde karar alma sürecine katılımının sağlanması olduğudur (32).

Olumlu sağlık ıktıları hastaların tedaviye bağlı kalmasıyla mümkün olabilmektedir. Hasta uyumsuzluğu ise sağlık ve refah için bir tehdit ve kayda değer ekonomik sorunlar yaratabilmektedir. Hastayla etkili bir iletişime her zaman ulaşmak mümkün olmasa da yetişkin işbirliğini ve çeşitli tedavi seçeneklerini birlikte ele almak hastayla saygılı ve güvenli ilişkilerin temelinde önemli olabilir (27). Hastayla terapötik ilişki içerisinde olunarak mevcut sağlık durumları ve tedavi planının tartişılması önemli olduğu göz önünde bulundurulması gereken bir durumdur (25).

5.11.4. Muayene Amacı Dışında Sorularına Yanıt Verebilme Durumları

Çalışmamızda hekimlerin %50'si aile sağlığı elemanlarının %34,8'inin hastaların muayene harici sorularına yanıt verebildiği saptanmıştır. Sonuçların düşük olmasının zaman kısıtlılığı ve iş yoğunluğundan kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

5.11.5. Açık Anlaşılır Eğitim Mesajlarına Sahip Olabilme Durumları

Çalışmamızda hekimlerin %59,6'sı aile sağlığı elemanlarının %50'sinin anlaşılır eğitim mesajlarına sahip olduğunu ifade ettikleri görülmektedir. Katılımcıların nerdeyse yarısına yakın bir oranda yeterince anlaşılır şekilde eğitim mesajları veremediğini görülmektedir. Hasta eğitiminin hedefinde eğitimin önemini anlatacak kısa mesajlar verilmesi önemlidir. Eğitimlerde hastanın anlama düzeyi,

okuryazarlık durumu hasta eğitiminde göz önünde bulundurulması gereken diğer önemli hususlar arasında olduğu söylenebilir. Nitekim çalışmamızda sağlığın geliştirilmesi kapsamında toplumsal katılıma engel faktörlerden birisi sağlık okuryazarlığının düşük olması olarak gösterilmiştir fakat sağlık personelinin uygulamalarında bu durumu göz önünde bulundurma oranları yeterli değildir.

5.11.6. Diğer Sağlık Ekibi Üyeleriyle İle Etkileşim İçinde Olabilme Durumları

Çalışmamızda hekimlerin %45,7'si aile sağlığı elemanlarının %44,8'i diyetisyen, eğitim hemşiresi gibi sağlık ekibi üyeleriyle sıklıkla etkili iletişim içinde olduğunu belirtmiştir. Eğitimde ekip çalışmasının başarıyı artırıp sağlık personeline zaman kazandırdığı düşünüldüğünde sağlık ekibi üyeleriyle etkili iletişimin üzerinde yeterli koordinasyonun sağlanmadığı söylenebilir.

5.13. Sağlığın Geliştirilmesi Kapsamında Sağlık Eğitimi Planlama Durumları

Çalışmamız kapsamında sağlık eğitimi planlıyor musunuz sorusuna evet yanıtını verenler %33,3'tür. Görüldüğü üzere eğitim verme sıklığı oldukça düşüktür. Sağlığın geliştirilmesi eğitim alma durumlarıyla eğitim verme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Oysaki sağlığın geliştirilmesi eğitimi alan bireylerden beklenti daha fazla eğitim planlamaları yönündedir. Bu durumun sağlığın geliştirilmesi uygulamalarında belirtilen engel faktörlerden kaynaklı olacağı düşünülebilir. Sağlık eğitimi planlayanların %46,5'i beslenme eğitimi, %39,6'sı kişisel hijyen, %36,8'i risk gruplarına yönelik eğitimler planlamaktadır. Tomasik ve diğerlerinin aile hekimlerinin sağlığı geliştirmede eğitim gereksinim ve deneyimlerini araştırdıkları çalışmada hekimlerin eğitim alanında en fazla çocuk ve anne sağlığı, yaşam tarzı ve çevre üzerinde eğitim yaptıkları görülmektedir (69) Whitehead ve diğerlerinin hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi algıları üzerine yapmış oldukları çalışmada eğitimlerin genellikle egzersiz, beslenme ve ruh sağlığı temelli oldukları görülmektedir. Araştırmamızda ruh sağlığı eğitimi yapılma sıklığı %14,6 ile oldukça düşüktür. Fiziksel aktivite yapılma sıklığı ise %22,9'dur. Obezitenin öncelikli programlar kapsamında belirtildiği düşünüldüğünde

sağlık personelinin daha fazla beslenme ve fiziksel aktivite eğitiminin yapılması beklenmektedir.

5.14. Sağlık Personelinin Sağlık Eğitim Becerileri

5.14.1. Hastanın Gereksinim ve Önceliklerini Belirleyebilme

Aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekim ve aile sağlığı elemanlarının yapmış oldukları sağlık eğitimlerinde hasta merkezli yaklaşımlarda bulunmaları beklenmektedir. Çalışmamızda hekimlerin %60'ı aile sağlığı elemanlarının %64,7'si hastanın gereksinim ve önceliklerini sıklıkla belirleyebilmektedir. Ashbury'in yapmış olduğu çalışmada hastanın psikolojik, ruhsal ve sosyal gereksinimlerini değerlendirilmesi %52,5 oranında bulunmuştur (6). Çalışma sonuçları bizim çalışmamıza benzerdir. Bulunan sonuç doğrultusunda sağlık personeli tarafından bireysel gereksinim ve öncelikleri göz önünde bulundurulamayan hastaların azımsanmayacak oranda olduğu söylenebilir.

5.14.2. Hasta ve/veya Yakınlarını Tanı, Tedavi Seçenekleri, Yan Etkiler Konularında Aydınlatabilme

Çalışmamızda hekimlerin %75,6'sı aile sağlığı elemanlarının %59,5'i hastayı sıklıkla açık bir şekilde aydınlatabildiğini belirtmiştir. Ashbury'in yapmış olduğu çalışmada tedavi planını anlaşılır bir tarzda anlattığından emin olan hekimlerin oranı %99,6'dır. Hastaya endişeleriyle başa çıkmada mevcut sağlık problemini kolaylaştırıcı ve anlaşılır bir tarzda yardımcı olabildiğinden emin olanların oranı %98,8'dir (6). Görüldüğü üzere araştırmamızda hastayı tanı, tedavi ve yan etkiler konusunda aydınlatılma oranı daha düşüktür. Tıp etiğinin temel ilkelerinden birisi olan özerkliğe saygı ilkesinin en önemli koşullarından ilki hastayı anlaşılır ve kendisiyle ilgili seçeneklere katılır biçimde aydınlatma olduğu düşünüldüğünde sağlık personelinin eğitilmesi ve yönlendirilmesi gerekmektedir. (62).

5.14.3. Akut Hastalık Durumunda Hastayı Kısa Süre İçinde Bilgilendirilme

Çalışmamızda hekimlerin %75'i aile sağlığı elemanlarının %53,6'sı hastayı akut hastalık durumunda sıklıkla kısa sürede bilgilendirebildiğini belirtmiştir. Hekimler ve aile sağlığı elemanları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$). Aile sağlığı elemanlarının yaklaşık yarısı nadiren bilgilendirme yapabildiğini belirtmiştir. Bu durumun sağlığın geliştirilmesinde engel faktörlerden kaynaklı olabileceği düşünülebilir. Akut hastalıklar durumunda; bireylerin bilgi sahibi olabilmesi ve mevcut durumla baş edebilmesinde (19) aile sağlığı elemanlarının daha fazla girişimde bulunmasının geekliliği açıktır.

5.14.4. Kronik Hastalıklarda Aşamalı ve Uzun Dönemli Planlama Yapabilme

Çalışmamızda hekimlerin %50'si aile sağlığı elemanlarının %40,5'i kronik hastalıklarda sıklıkla aşamalı ve uzun dönemli planlama yapabildiğini belirtmiştir. Uzun dönemli ve aşamalı planlama yapabilmenin kısa sürede bilgilendirmeye göre daha az oranda yapıldığı görülmektedir. Buradan sonuçla önemli oranda yeterli sayıda hekim ve aile sağlığı elemanının kronik hastalıklara yönelik aşamalı ve uzun dönemli planlama yapamadığı görülmektedir.

5.14.5. Verilecek Eğitimi Eğitim Düzeyi ve Kültürel Özelliklerini Dikkate Alarak Hastaya Göre Biçimlendirebilme

Çalışmamızda hekimlerin %58,1'i aile sağlığı elemanlarının %65,5'i eğitimi hastaya özgü biçimlendirebildiğini belirtmiştir. Etkili bir tedavi planına katılımı için kişilerarası ilişki ve bilgi alışverişi önemlidir. Öğrenme ihtiyaçlarını ve öğrenmeye hazır olup olmadığını değerlendirmek hastanın bireyselliğinin farkında olunmasını sağlayabilir. Hastaların bilgi, anlayış ve inançlarını gerçekçi bir değerlendirme yapmak sağlıklı ilgili yanlış tutum ve algılarını değiştirmede daha etkin bir hedefe varım sağlayacağı söylenebilir.

5.14.6. Muayene Haricindeki Sağlık Konularına İlişkin Soru Sorması Konusunda Hastayı Cesaretlendirebilme

Çalışmamızda hekimlerin % 77,8'i aile sağlığı elemanlarının %76,5'i hastaları sıklıkla soru sormaları için cesaretlendirebildiklerini belirtmiştir. Hastanın soru sormak için sağlık personeli tarafından cesaretlendirilmesiyle hastanın soru sorma düzeyi arasında ilişki olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir (24). Bu durumun hekimin bilgilendirici davranışlarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Hastanın ihtiyacının sadece hastalığının tanı ve tedavisiyle sınırlı olmayıp; bilgi edinme, sorularına yanıt bulma, teselli alma, semptomlarından kurtulma gibi talep ve beklentilerinin de olduğunu göz önünde bulundurma açısından katılımcıların çoğunluğunun bu yönde yanıt verdiği görülmektedir.

5.14.7. Görsel ve İşitsel Eğitim Materyallerini Kullanabilme

Hekimlerin %44,4'ü aile sağlığı elemanlarının ise %47'si sıklıkla görsel ve işitsel eğitimi materyallerini kullanabilmektedir. Katılımcıların yarısından azının nadiren eğitim materyali kullanmasının iş yoğunluğu ve zaman kısıtlılığından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Aile Sağlığı Merkezinde çalışan hekim ve aile sağlığı elemanlarının sağlığın geliştirilmesi uygulamalarına yönelik görüşlerinin belirlenmesini içeren bu çalışmada sağlık personelinin;

- %52,8'inin sağlığın geliştirilmesi konusunda daha önce eğitim almadığı (Tablo 4.2),
- Daha önce sağlığın geliştirilmesi eğitimi aldığını belirtenlerin %21,5'inin yeterli bilgiye sahip olduğunu düşündüğü (Tablo 4.2),
- %54,2'sinin çalıştığı kurumda sağlığın geliştirilmesine yönelik eğitim yapılmadığını belirttiği (Tablo 4.2),
- %77,1'inin uluslar arası sağlığı geliştirme bildirelerinden hiçbirisini bilmediği (Tablo 4.2),
- Uluslar arası bildireleri bilme bakımından aralarında anlamlı fark bulunduğu (Tablo 4.2),
- %71,9'unun sağlığın geliştirilmesi kavramının "*bireylerin kendi sağlık ve belirleyicileri üzerinde kontrolü artırmak*" olduğu yönünde yanıt verdiği (Tablo 4.3),
- %66,2'sinin sağlık okuryazarlığı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını düşündüğü, (Tablo 4.3),
- %81,8'inin ülkemizde sağlık okuryazarlığı konusuna yeterince önem verilmediğini düşündüğü (Tablo 4.3),
- %14,7'si'nin ulusal kontrol programlarına ilişkin yeterli bilgiye sahip olduğunu düşündüğü (Tablo 4.4),
- Ulusal Obeziteyle Mücadele Kontrol Programını öncelikli program olarak gösterdiği (Tablo 4.4),
- %74,5'inin kurumda ulusal kontrol programlarını uygulamada kendilerine engel faktörlerin olduğunu düşündüğü (Tablo 4.5),
- %65,3'ünün sağlığı geliştirmede zaman kısıtlılığını uygulamadaki en önemli engel faktör olarak belirttiği (Tablo 4.5),

- %75'inin Ulusal Kontrol Programlarına bireylerin katılımını artırıcı faktörün kamu spotları/medya olduğunu belirttiği (Tablo 4.5),
- %52,8'inin Ulusal Kontrol Programlarına toplumsal katılıma engel olarak gelir yetersizliği ve sağlık okuryazarlığı düşüklüğünü gösterdiği (Tablo 4.5),
- %33,3'ünün düzenli sağlık eğitimi planladığı %32,6'sının ara sıra sağlık eğitimi planladığı (Tablo 4.11),
- Sağlık eğitimi kapsamında en fazla beslenme eğitimi yaptığı bulunmuştur (Tablo 4.11)

Sağlık personelinin bireylerin sağlığını geliştirici uygulamaları sıklıkla yapabileme durumlarına ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde (Tablo 4.10);

- Hekimlerin %56,3'ünün, aile sağlığı elemanlarının %43,5'inin bireylerin sağlık risklerini belirleyebildiğini,
- Hekimlerin %56,3'ünün, aile sağlığı elemanlarının %45,7'sinin bireylerin davranış değişikliğine hazır olma durumunu saptayabildiği,
- Hekimlerin %72,9'u'nun, bireylerin tedavi planına katılımı sağlayabildiği,
- Hekimlerin %50,0'sinin, aile sağlığı elemanlarının %38,0'inin bireylerde yetişkin davranış değişikliği uygulayabildiği,
- Hekimlerin %50,0'sinin, aile sağlığı elemanlarının %34,8'inin muayene harici sorularına yanıt verebildiği,
- Hekimlerin %59,6'sının, aile sağlığı elemanlarının %50,0'sinin anlaşılır eğitim mesajlarına sahip olabildiği,
- Hekimlerin %45,7'sinin, aile sağlığı elemanlarının %44,8'inin sağlık ekibi ile etkili iletişim içinde olabildiği bulunmuştur.

Sağlık personelinin sağlığın geliştirilmesi müdahale yöntemi kapsamında sağlık eğitim becerilerini sıklıkla uygulayabilme durumlarına ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde (Tablo 4.12);

- Hekimlerin %60,0'ının, aile sağlığı elemanlarının %64,7'sinin hastanın gereksinim ve önceliklerini belirleyebildiği,
- Hekimlerin %75,6'sının, aile sağlığı elemanlarının %59,5'inin hasta/hasta yakınına tanı, tedavi, yan etkilere yönelik aydınlatabildiği,

- Hekimlerin %75,0'ünün, aile sağlığı elemanlarının %53,6'sının akut hastalıklarda kısa süre içinde bilgilendirebildiği,
- Hekimlerin %50,0'sinin, aile sağlığı elemanlarının %40,5'inin kronik hastalıklarda uzun dönemli planlama yapabildiği,
- Hekimlerin %58,1'inin, aile sağlığı elemanların %65,5'inin eğitim düzeyi ve kültürel özelliklere göre hastaya özgü biçimlendirebildiği,
- Hekimlerin %77,8'inin, aile sağlığı elemanlarının %76,5'inin soru sorması için hastayı cesaretlendirebildiği,
- Hekimlerin %44,4'ünün, aile sağlığı elemanlarının %47,0'sinin görsel-işitsel eğitim materyallerini kullanabildiği bulunmuştur.

6.2.Öneriler

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ASM çalışanlarına kapsamlı ve tekrarlı sağlığın geliştirilmesi eğitimlerinin yapılması,
- Sağlık personeli ve topluma yönelik sağlık okuryazarlığı farkındalık ve stratejilerinin artırılması,
- Ulusal kontrol programları hakkında sağlık personeline yönelik bilgilendirmelerin yapılması ve uygulama çıktılarının değerlendirilebilmesi,
- Hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi eylem planları ve uygulamalarında birey odaklı bakım, kanıta dayalı uygulamalar ve etkili iletişim becerilerini kullanarak danışmanlık ve eğitim hizmetleri bakımından aktif tutulması ve daha fazla sorumluluk almalarının sağlanması,
- Sağlık personelinin bireylere yönelik yapmış oldukları sağlığı geliştirici uygulamalar kapsamında:
 - ✓ Sağlık risklerini belirleyebilme,
 - ✓ Davranış değişikliğine hazır olma durumunu saptayabilme,
 - ✓ Tedavi planına katılımı sağlayabilme,
 - ✓ Yetişkin davranış değişikliği stratejilerini uygulayabilme,
 - ✓ Muayene harici sorulara yanıt verebilme,
 - ✓ Anlaşılır eğitim mesajlarına sahip olabilme,

- ✓ Sağlık ekibi ile etkili iletişim içinde olabilme becerilerinin artırılması ve sağlığın geliştirilmesi kapsamında yapılacak faaliyetlerde bu becerilerin göz önünde bulundurulması,
- Sağlık personelinin sağlığı geliştirici eğitim becerilerine yönelik:
 - ✓ Hastanın gereksinim ve önceliklerini belirlemeleri,
 - ✓ Hasta/hasta yakınını tanı, tedavi ve yan etkilere yönelik aydınlatmaları,
 - ✓ Akut hastalıklarda hastayı kısa süre içinde bilgilendirmeleri,
 - ✓ Kronik hastalıklarda uzun dönemli planlama yapmaları,
 - ✓ Eğitim düzeyi ve kültürel özellikleri dikkate alarak eğitimleri hastaya özgü biçimlendirmeleri,
 - ✓ Soru sorması için hastayı cesaretlendirmeleri,
 - ✓ Görsel-işitsel eğitim materyallerini etkin olarak kullanmalarına yönelik teşvik edilmesi ve bu becerilerinin değerlendirilebilir olması,
- Çalışmamızdaki sonuçlar hekim ve aile sağlığı elemanlarının beyanlarına dayandığı için uygulamaların somut olarak değerlendirilebileceği kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aile Sağlığı Merkezi, Erişim:12 Haziran 2013.http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=314&Itemid=248
2. Akdağ, R. (2011). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2010. *Sağlık Bakanlığı, Türkiye.*
3. AKGL, N. (2008). *Sivas İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve z-Etkililik -Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi.* Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Sivas
4. Allegrante, J. P., Barry, M. M., Airhihenbuwa, C. O., Auld, M. E., Collins, J. L., Lamarre, M. C., ... & Mittelmark, M. B. (2009). Domains of core competency, standards, and quality assurance for building global capacity in health promotion: The Galway Consensus Conference Statement. *Health Education & Behavior, 36(3), 476-482.*
5. Arnold, J. Janssen, B. L. (2006). *Images of health in Health Promotion in Practice*, Ed: Sheinfeld Gorin S, Arnold J, San Francisco, *John Wiley and Sons, Inc;* 3-30
6. Ashbury, F. (2001). Physician Communication Skills: Results of a Survey of General/Family Practitioners in Newfoundland. *Med Educ Online, 6(1)1-11*
7. Aubin, M. Vzina, L. Verreault, R. Fillion, L. Hudon, E. ve diğerleri (2010). Family Physician Involvement in Cancer Care Follow-up: The Experience of a Cohort of Patients With Lung Cancer, *Annals Of Family Medicine. 8(6), 525-232*
8. Awofeso, N. (2004). What's new about the new public health ?, *American Journal of Public Health, 94(5)*
9. Aydoğdu, N. G. (2011). *Sağlığı Geliştirme Modelleri İle Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Yoksul Kadınların Meme ve Serviks Kanserine Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi.* Dokuz Eylül Üniversitesi. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi. İzmır

10. Barnes, A. E. (2007), Involvement of family physicians in the care of cancer patients seen in the palliative rapid response radiotherapy program, *Journal Of Clinical Oncology* 25(36) 5758-5762
11. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.Erişim: 10 Mayıs 2013.
<http://thsk.saglik.gov.tr/birimler/Birinci-Basamak-Saglik-Hizmetleri>
12. Cafiero, R. M. (2012), **Nurse Practitioners' Knowledge, Experience, And Intention To Use Health Literacy Strategies In Practice**, Submitted in partial fulfillment of the requirement for the Degree of Doctor of Education in Teachers College, Columbia University
13. Casey, D. (2007). Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical nursing*, 16(6), 1039-1049.
14. Çetin, M. (2012), Sağlıklı Yaşama ve Hastalıklardan Korunma, Aile Eğitimi Programı, İkinci baskı, İstanbul, s:174
15. Çövener, Ç. (2011), **Tip 1 Diyabet Yönetiminde Sağlığı Geliştirme Modeli ve Tam Öğrenme Kuramına Dayalı Eğitimin Etkisi**. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul
16. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, Erşim: 12 Mayıs 2013, http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
17. Dikici, M. Fevzi, K. Alptekin, S. Çubukçu, M. (2007). Aile hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. *Medical education, Türkiye Klinikleri*, 27:412-418
18. DSÖ Dünya Sağlık Raporu (1998). Çeviri: Metin B, Akın A ve Güngör İ, Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Müdürlüğü, Ankara
19. Er, M. (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49(2), 155-168.
20. Eren, N. (1985). Alma Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayın No:18, Ankara
21. Esin N, (1997), **Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davraşlarının Saptanması ve Geliştirilmesi**. Doktora Tezi. İstanbul

22. Fertman C.I, Allensworth D,D, (2012), **Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe**, T.C.Sağlık Bakanlığı
23. Galuska D, Will J., Serdula M, Ford E, (1999) Are health workers advising obese patients to lose weight? *Jama*, 282(16) 1576-1578
24. Global School Health Initiative, School and Youth Health, Erişim: 18 Haziran 2013, http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en
25. Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner Journal*, 10(1), 38-43.
26. Haley, N., Maheux, B., Rivard, M., & Gervais, A. (2000). Lifestyle health risk assessment. Do recently trained family physicians do it better?. *Canadian Family Physician*, 46(8), 1609-1616.
27. Harrington, J., Noble, L. M., & Newman, S. P. (2004). Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies. *Patient Education and Counseling*, 52(1), 7-16.
28. Helakorpi, S., Patja, K., Prättälä, R., Aro, A., & Uutela, A. (2001). Health behaviour and health among Finnish adult population. *Helsinki, Finland: National Public Health Institute*.
29. Hisar F, (2007), **Tüberküloz Hastalarının Sağlıkının Geliştirilmesinde Sağlık İnanç Modeli ve Eylem Teorisinin Uygulanması**. Doktora Tezi, Ankara
30. İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi, Erişim: 15 Haziran 2013, <http://www.ombudsman.gov.tr/contents/files/688B1--Insan-Haklari-Evrensel-Beyanamesi.pdf>
31. Johansson, H., Weinehall, L., & Emmelin, M. (2009). " It depends on what you mean": a qualitative study of Swedish health professionals' views on health and health promotion. *BMC health services research*, 9(1), 1-12.
32. Joint Commission. (2009). **National patient safety goals**. Erişim: **08 Temmuz 2013**, [.http://www.unchealthcare.org/site/Nursing/ servicelines/ aircare/ additionaldocuments/2009npsg](http://www.unchealthcare.org/site/Nursing/ servicelines/ aircare/ additionaldocuments/2009npsg)
33. Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Arvidsson, B. (2003). Nurses' conceptions of how health processes are promoted in mental health nursing. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 10(5), 608-615.

34. Keleher, H., & Parker, R. (2012). Health promotion by primary care nurses in Australian general practice. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing Australia*.
35. Knight, G. D. (2011). *An Evaluation of the Health Literacy Knowledge and Experience of Registered Nurses in Georgia* (Doctoral dissertation, Auburn University).
36. Kok, G., van den Borne, B., & Mullen, P. D. (1997). Effectiveness of health education and health promotion: meta-analyses of effect studies and determinants of effectiveness. *Patient education and counseling*, 30(1), 19-27.
37. Koop, C. E. (2006). Health and health care for the 21st century: for all the people. *American journal of public health*, 96(12), 2090.
38. Lalonde, M. (1975). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. TRI-graphic printing.
39. Mayagah K, M, Mitic W, (2009), 7th Global Conference on Health Promotion, Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap", Nairobi, Kenya, World Health Organization.
40. McEwen, A., & West, R. (2001). Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. *Tobacco Control*, 10(1), 27-32.
41. McManus, A. (2013). Health promotion innovation in primary health care, *Australias Med Journey*, 6(1), 15–18.
42. McTigue, K. M., Harris, R., Hemphill, B., Lux, L., Sutton, S., Bunton, A. J., & Lohr, K. N. (2003). Screening and interventions for obesity in adults: summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 139(11), 933-949.
43. McWhinney, I. R., Hoddinott, S. N., Bass, M. J., Gay, K., & Shearer, R. (1990). Role of the family physician in the care of cancer patients. *Canadian Family Physician*, 36, 2183.
44. Nugent R, (2008), Chronic diseases in developing countries health and economic burdens, s:5-7
45. Öztekin, Z. **Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı, & Hizmetleri**, T. S. (1992). Ankara, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, 2. Baskı, Yayın, (92/2), 13-18.

46. atelarou, E., Vardavas, C. I., Ntzilepi, P., Warren, C. W., Barbouni, A., Kremastinou, J., ... & Behrakis, P. (2011). Nursing education and beliefs towards tobacco cessation and control: a cross-sectional national survey (GHPSS) among nursing students in Greece. *Tobacco induced diseases*, 9(4), 1-6.
47. Peltzer, K. (2001). Knowledge and attitudes of primary care nurses and midwives towards health promotion in rural South Africa. *Curationis*, 24(4), 46-51.
48. Puska, P. M. J., Barrueco, M., Roussos, C., Hider, A., & Hogue, S. (2005). The participation of health professionals in a smoking-cessation programme positively influences the smoking cessation advice given to patients. *International Journal Of Clinical Practice*, 59(4), 447-452.
49. Richard, L., & Gauvin, L. (2012). Building and implementing ecological health promotion interventions. *Health Promotion in Canada: Critical Perspectives on Practice*, 67.
50. Richard, L., Gendron, S., Beaudet, N., Boisvert, N., Sauve, M. S., & Garceau-Brodeur, M. H. (2010). Health promotion and disease prevention among nurses working in local public health organizations in Montreal, Quebec. *Public Health Nursing*, 27(5), 450-458.
51. Rootman, I. (Ed.). (2001). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives* (No. 92). World Health Organization.
52. Sağlık Bakanlığı. **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi** (2013), Temel Sağlık Hizmetleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Ankara
53. Sağlık Bakanlığı. **Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü** (2011), TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara
54. Sağlık Bakanlığı. **Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı** (2011) Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
55. Sağlık Bakanlığı. **Türkiye Obezite (Şişmanlık) İle Mücadele ve Kontrol Programı** (2010-2014) T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
56. Sağlık Bakanlığı. **Ulusal Kanser Programı 2009-2015**, Ed: Tuncer M, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Bakanlık Yayın No: 760,2009

57. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı 2008 – 2012, Ankara
58. Sassi, F., & Hurst, J. (2008). The prevention of lifestyle-related chronic diseases: an economic framework.
59. Seçginli S, (2007), **Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Sağlık Geliştirme Programının Tarama Davranışlarına Etkisi**, Halk Sağlığı Hemşireliği, Doktora Tezi, İstanbul
60. Sevinç S, (2012), **Pender'in Sağlık Geliştirme Modelinin Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Uygulanması**, Ege Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi. ;zmir
61. Sims J, Kerse N, M, Naccarella L, Long H, (2000), Health promotion and older people: the role of the general practitioner in Australia in promoting healthy ageing. *Australian And New Zealand Journal Of Public Health* 4, 356-359
62. Stewart, M. (2003). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Radcliffe Pub.
63. Şahin A, (2012), **Denizli İlinde Toplum Sağlık Merkezi Çalışanlarının Sağlık Geliştirme Bilgi Düzeyleri**, 15.Halk Sağlığı Kongresi (poster Bildiri)
64. Tannahill, A. (2008). Beyond evidence—to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement†. *Health Promotion International*, 23(4), 380-390.
65. Tekbaş, Ö.F. Ceylan, S. Oğur, R. Açikel C. Göçgeldi, E. (2005). Sağlık eğitiminde Kullanılan Materyaller ve Etkin Kullanımı, Gata Halk Sağlığı AD. Grup Loj. Başkanlığı, Sağlık Şube Müdürlüğü, Ankara
66. The Bangkok charter for health promotion in a globalized world. *Health Promotion International*, 21, 10-14. Erişim: 18 Haziran 2013, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf
67. The Fifth Global Conference on Health Promotion Health Promotion: Bridging the Equity Gap 5-9th June 2000, Mexico City, Erişim: 18 Haziran2013.http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_en.pdf

68. *The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century.* World Health Organization, 1997. Erişim: 18 Haziran 2013, <http://healthydocuments.org/public/healthydocuments-doc13.pdf>
69. Tomasik, T., Windak, A., Domagala, A., Dubas, K., Sumskas, L., & Rosinski, J. (2011). An evaluation of family physicians' educational needs and experiences in health promotion and disease prevention in Poland and Lithuania-a qualitative study. *BMC family practice*, 12(1), 13.
70. Topçu S, (2006), *Göç eden ve göç etmeyen kadınların Sağlığı geliştirme davranışlarının Değerlendirilmesi*, Halk Sağlığı Hemşireliği, Yüksek lisans Tezi, İzmir
71. Toward Domains of Core Competency for Building Global Capacity in Health Promotion (2008), The Galway Consensus Conference Statement, Erişim:20 Haziran 2013,
72. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) (2013), Haber Bülteni, Sayı:13490, Erişim:25 Haziran 2013, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13490>.
73. Türker, F, (2006), *Yetişkin Eğitimi Sağlık Davranış Modelleri ve Sağlığı Geliştirme Kavramları Arasındaki İlişkilerin Tanımlanması*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara
74. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel sağlık hizmetleri (2008) T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 770
75. Verhaeghe, N. De Meseneer, J. Maes, L. Van Heeringen, C. & Annemans, L. (2011). Perceptions of mental health nurses and patients about health promotion in mental health care: a literature review *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 487–492
76. Whitehead, D., Wang, Y., Wang, J., Zhang, J., Sun, Z., & Xie, C. (2008). Health promotion and health education practice: nurses' perceptions. *Journal of advanced nursing*, 61(2), 181-187.
77. Wilkinson, R. G., & Marmot, M. G. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. World Health Organization.
78. Wood, R., Fortune, T., & McKinstry, C. (2013). Perspectives of occupational therapists working in primary health promotion. *Australian occupational therapy journal*.

79. World Health Organization (1998) European Working Group on Health Promotion Evaluation. *Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers*. Regional Office for Europe.
80. World Health Organization (1947) Constitution Health Organization. Chronicle of The World Health Organization, 1(1-2), 29-43
81. World Health Organization (1990), The Milan Declaration on Healthy Cities. Erişim: 18 Haziran 2013, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>
82. World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. Erişim: 12 Mayıs 2013, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index3.html>
83. World Health Organization. (1998). Health Promotion: milestones on the road to a global alliance. *Author, Geneva*. Erişim: 17 Haziran 2013, <https://apps.who.int/inf-fs/en/fact171.html>
84. World Health Organization. (2002). *World Health Report 2002: World Health Report: Reducing Risks to Health Noncommunicable Diseases*. World Health Organization. Erişim: 17 Haziran 2013. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/#>
85. World Health Organization. (2009). Nairobi call to action for closing the implementation gap in health promotion. *Geneva: WHO*. Erişim: 18 Haziran 2013, http://javeriana.edu.co/redcups/Nairobi_Call_for_Action.pdf
86. Yardım, N., Gögen, S., & Mollahaliloğlu, S. (2009). Sağlık geliştirilmesi (Health Promotion): Dünyada ve Türkiye'de mevcut durum. *İÜ İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 72(1), 29-35

ÖZGEÇMİŞ

Esmâ KABASAKAL, 1984 yılında doğmuştur. Lise öğrenimini Anadolu lisesinde tamamlayan araştırmacı 2003-2007 dönemi Atatürk Üniversitesi'nden bölüm birincisi olarak mezun olmuştur. Aynı yıl hemşire olarak göreve başlamıştır. 2010 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans programına başlamıştır.

EKLER

Ek.1. Anket Formu

Bu çalışma; Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Geliştirilmesine İlişkin Görüş ve Uygulamalarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Çalışmanın yararlı olması ve gerçeği yansıtması için **lütfen soruları içtenlikle yanıtlayınız.** Elde edilen bilgiler yalnızca araştırma amaçları doğrultusunda kullanılacaktır.

Esmâ KABASAKAL

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Anket formu 2 bölümden oluşmaktadır.

1. Bölümde kişisel ve meslek alanına ait bilgileri içeren sorular, 2. bölümde sağlığın geliştirilmesi ile ilgili görüş ve uygulamaları içeren sorular bulunmaktadır.

1. Bölüm: Kişisel ve Meslek Alanına Ait Sorular

1) Yaşınız:..... (lütfen belirtiniz).

2) Cinsiyetiniz;

() Kadın () Erkek

3) Mesleğiniz;

() Hekim () Aile Sağlığı Elemanı

4) Mezun olduğunuz okul ;

() Sağlık meslek lisesi

() Tıp Fakültesi

() Önlisans

() Lisans üstü eğitim

() Lisans

() Doktora

5) Kaç yıldır bu mesleği yapmaktasınız ?.....(lütfen belirtiniz)

6) Halen bulunduğunuz kurumda kaç yıldır çalışmaktasınız ?.....(lütfen belirtiniz)

7) Sağlığın geliştirilmesi konusunda daha önce eğitim aldınız mı?

Evet Hayır

8) 7' inci soruya yanıtınız evet ise bu eğitimi nerede aldınız?

Temel eğitim sırasında (lisans dönemi)

Yüksek lisans

Doktora

Seminer _konferans

makale - araştırma makaleleri

Diğer kaynaklar:..... (Medya, TV, Dergi vb. Lütfen belirtiniz).

9) Sağlığın geliştirilmesine yönelik sahip olduğunuz bilgiyi yeterli buluyor musunuz?

Evet Hayır Kısmen Yeterli

10) Halen çalıştığınız kurumunuzda sağlığın geliştirilmesine yönelik sizlere eğitimler yapılmakta mıdır?

Evet Hayır

2. Bölüm: Sağlık Personelinin Sağlığın Geliştirilmesine İlişkin Bilgi ve Uygulama Durumları

A) Sağlığın Geliştirilmesi Kavramsal Çerçevesi

1) Size göre sağlığın geliştirilmesi kavramı aşağıdaki seçeneklerden hangisiyle ifade edilir? **Lütfen tek seçenek** işaretleyiniz.

Bireylerin daha uzun ömürlü olmalarını sağlamak

Bireylerin kendi sağlık ve belirleyicileri üzerindeki kontrollerini arttırmak

Bireylerin sosyo-kültürel yaşantılarına destek olmak

Diğer.....
(lütfen kendi ifadenizi yazınız)

2) Aşağıda yer alan sağlığın geliştirilmesi konferans bildirelerinin **hangisi/hangileri** hakkında bilgi sahibi olduğunuzu düşünüyorsunuz?

- Kopenhag Müzakere Belgesi
- Ottawa Sözleşmesi
- Adelaide Tavsiyeleri
- Bangkok Şartı
- Sundsvall Bidirgesi
- Jakarta Bildirgesi,
- Meksika Bakanlık Bildirgesi
- Tallin Şartı
- Hiçbiri

3) Aşağıdakilerden **hangisi/hangileri** sağlığı geliştirme kavramının bileşenleri arasında yer alır?

- Sağlıklı Yaşam Biçimleri
- Olumlu Davranış Biçimleri
- Sağlıklı Çevre
- Sağlık Eğitimi
- Yasal düzenlemeler
- Toplumsal Katılım
- Hiçbiri

4) Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlık Eğitimi kavramları arasında fark olduğunu düşünüyor musunuz?

Fark vardır Fark yoktur Emin değilim

5) 4.soruya yanıtınız evetse farklılığın ne olduğu hakkındaki görüşleriniz nelerdir, bir cümleyle açıklayınız?

6) Sağlığın geliştirilmesi alt başlıklarından **sağlık okuryazarlığı** konusunda sahip olduğunuz bilgiyi yeterlilik açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?

Yeterli Yetersiz

7) 6.soruya yanıtınız evetse; size gore; sağlığın geliştirilmesi kapsamında ülkemizde **sağlık okuryazarlığına** gereken önemin verilmesine ilişkin düşünceniz nedir?

nem veriliyor önem verilmiyor

B)Sağlığın Geliştirilmesi Uygulama Alanları

1) lkemizdeki mevcut sağlık durumunu göz önünde bulundurarak, sağlığın geliştirilmesi kapsamında aşağıdaki **uygulama alanlarından hangisi** sizin için **ncelikli alandır?**

(Lütfen tek seçenek işaretleyiniz)

Okullarda Sağlığın
Geliştirilmesi

İşyerlerinde Sağlığın
Geliştirilmesi

Toplu Yaşam Alanlarında
Sağlığın Geliştirilmesi (Cezaevi,
Huzurevi)

Hastanelerde Sağlığın
Geliştirilmesi

Toplumda Sağlığın
Geliştirilmesi

Kentlerde Sağlığın Geliştirilmesi

C)Sağlığın Geliştirilmesi Uygulama Programları

1) Aşağıda birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan sağlığın geliştirilmesi programlarına yer verilmiştir. Bu programlardan hangileri size göre **öncelikli** sağlığın geliştirilmesi programıdır? (Lütfen tek seçenek işaretleyiniz.)

Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı

Türkiye Obeziteyle Mücadele ve Kontrol Programı

Ulusal Tütün Kontrol Programı

Türkiye Diyabet Kontrol Programı

Ulusal Kanser Kontrol Programı

2) Sağlığın geliştirilmesi kapsamında ülkemizde gündemde olan programlar hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Evet Hayır Kısmen

3) 2.soruya cevabınız evet veya kısmen isen sağlığı geliştirme kapsamındaki bu hizmetleri yeterli buluyor musunuz?

a) Yeterli

b)Kısmen Yeterli

c) Yetersiz (lütfen nedenini kısaca açıklayınız)

4) Ulusal Tütün Kontrol Programı kapsamında kurumunuzda aşağıdakilerden hangisini uygulamaktasınız?

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Sigara/tütün kullanan kişilere tütün bırakma/azaltma danışmanlığı yapar mısınız?				
Sigara kullanan kişileri sigara bırakma merkezlerine yönlendirir misiniz?				

5) Ulusal Kanser Kontrol Programı kapsamında kurumunuzda aşağıdakilerden hangisini uygulamaktasınız?

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Kanser hastasını düzenli olarak takip eder misiniz?				
Risk altındaki bireylerin kontrollerini düzenli olarak yapar mısınız?				
Kanser hastasına gerekli eğitimleri yapar mısınız?				
Kanserli hasta yakınına gerekli eğitimleri yapar mısınız?				
Sağlam bireylere yönelik kanser eğitimleri yapar mısınız?				

6) Türkiye Obeziteyle Mücadele ve Kontrol Programı kapsamında kurumunuzda aşağıdakilerden hangisini uygulamaktasınız?

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Obezite hastasını düzenli olarak takip eder misiniz?				
Risk altındaki bireylerin kontrollerini düzenli olarak yapar mısınız?				
Obezite hastasına gerekli eğitimleri yapar mısınız?				
Obezite hastası yakınına gerekli eğitimleri yapar mısınız?				
Sağlam bireylere yönelik obezite eğitimleri yapar mısınız?				

7) Türkiye Diyabet Kontrol Programı kapsamında kurumunuzda aşağıdakilerden hangisini uygulamaktasınız?

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Diyabet hastasını düzenli olarak takip ederim?				
Risk altındaki bireylerin kontrollerini düzenli olarak yapar mısınız?				
Diyabet hastasına gerekli eğitimleri yapar mısınız?				
Diyabet hastası yakınına gerekli eğitimleri yapar mısınız?				
Sağlam bireylere yönelik diyabet eğitimleri yapar mısınız?				

8) Size başvuran bireylerin sağlıklarını geliştirmede engel olan herhangi bir faktör var mıdır?

a) () **EVET (lütfeñ belirtiniz)**

() Yorgunluk/ Bıkkınlık

() İlgi duymuyorum

() Finans yetersizliği

() Personel yetersizliği

() Bilgi eksikliği

() Zaman kısıtlılığı

() İletişim problemleri,

() Ulaşım sıkıntısı

() Kurumlar arası iletişimsizlik

() İş yoğunluğu

() Diğer.....(Lütfeñ belirtiniz)

b) () **HAYIR**

9) Bireylerin sağlığını geliştirilmede programlara katılımını artırıcı bir takım faktörler vardır. Aşağıdaki yöntemlerden hangisi bireylerin katılımını sağlamada daha etkilidir?

a) Sertifika programları

e) Ev Ziyaretleri

b) Kamu spotları

f) Medya yayınları

c) Konferans/panel/seminer/eğitim programları

h) Diğer.....

d) Afiş, Tişört, kalem (reklam malzemeleri)

10) Size göre; mevcut kontrol programlarına **toplumsal katılımın** sağlanmasında engel olabilecek faktörler hangisi/leridir?

- () Olumsuz Çalışma Koşulları
 () Gelir ve Sosyal Durum
 Dengesizliği
 () Eğitim/Sağlık Okuryazarlığı
 Düşüklüğü
 () Fiziki Koşulların Yetersizliği
 () Sosyal Destek Eksikliği
 () Sağlık Politikaları yetersizliği
 () Sektörler Arası İşbirliği Eksikliği
 () Hiçbiri

11) Bölgenizdeki sağlık hizmetlerini planlamaktan sorumlu sağlık personeli olsaydınız; bölgenizde görülen sağlık sorunlarını dikkate alarak öncelikli hizmet verilmesi gereken **hedef grubunuzu** kimler oluştururdu?

- ()Okul çağı çocuklar
 ()İşyeri çalışanları
 ()Adölesan
 ()Yaşlı
 ()Gebe
 ()Evsiz
 ()Bebek
 () Şiddet mağduru kadınlar
 () Suistimal/taciz/tecavüze uğramış bireyler
 ()Yetişkin erkek
 ()Yetişkin kadın
 ()Sokak çocukları
 ()Diğer (lütfen belirtiniz).....

D) Bireysel Sağlığı Geliştirici Uygulamaları

(Bu bölümde bireysel olarak yapmış olduğunuz bazı sağlığı geliştirici uygulamalara yönelik sorular yer almaktadır.)

- 1) Hastanın **sağlık risklerini** ele alıp belirleyebildiğinizi düşünüyor musunuz?
 Her zaman Genellikle Bazen Hiçbir zaman
- 2) Hastanın gereksinimi, öncelikleri ve davranış değişikliği konusunda **hazır olup olmadığını** saptayabildiğinizi düşünüyor musunuz?
 Her zaman Genellikle Bazen Hiçbir zaman
- 3) Hastanın **tedavi planına katılımını** sağlayabildiğinizi düşünüyor musunuz? (Bu soruya yalnız hekimler cevap vermelidir.)
 Her zaman Genellikle Bazen Hiçbir zaman
- 4) Yetişkinin davranış değişikliği aşamalarını **bildiğinizi ve uygulayabildiğinizi** düşünüyor musunuz?
 Her zaman Genellikle Bazen Hiçbir zaman
- 5) Hastanın **muayene amacı dışında**, egzersiz programı oluşturma önerisi gibi isteklerine yanıt verebildiğinizi düşünüyor musunuz?
 Her zaman Genellikle Bazen Hiçbir zaman
- 6) Açık, anlaşılır ve üzerinde çalışılmış **eğitim mesajlarına** sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?
 Her zaman Genellikle Bazen Hiçbir zaman
- 7) Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili çalışmalarda görev yapan, diyetisyen, hemşire, sağlık eğitimcisi ve diğer ekipler ile **etkileşim içinde** olduğunuzu düşünüyor musunuz?
 Her zaman Genellikle Bazen Hiçbir zaman

E) Sağlık Eğitimi

(Bu bölümde sağlığın geliştirilmesi kapsamında yapmış olduğunuz sağlık eğitimlerinin içerik ve uygulama biçimlerini içeren sorular yer almaktadır.)

1) Halen çalışmakta olduğunuz kurumunuzda sağlığın geliştirilmesi müdahale yöntemi kapsamında birey/aile ve topluma yönelik sağlık eğitimleri planlıyor musunuz?

() Evet () Hayır () Arasıra

2) 1.soruya cevabınız evet veya bazen ise, bu eğitimler aşağıdakilerden hangi alanları kapsamaktadır? Lütfen işaretleyiniz.

- | | |
|---|--|
| () Ağız ve Diş sağlığı Eğitim | () Cinsel Sağlık Eğitimi |
| () Akıllı İlaç Kullanımı Eğitimi | () Çevre Sağlığı Eğitimi |
| () Beslenme Eğitimi | () Çalışan Sağlığı Eğitimi |
| () Bulaşıcı Hastalıklar Eğitimi | |
| () Dejeneratif Hastalıklardan Korunma Eğitimi | () Kişisel Hijyen Eğitimi |
| () Fiziksel Aktivite Eğitimi | () Kronik Hastalıklar Eğitimi |
| () Güvenli Davranış Kazandırma Eğitimi | () Ruh Sağlığı Eğitimi |
| () İlk Yardım Eğitimi | () Sağlık Okuryazarlığı Eğitimi |
| () Kazalardan Korunma Eğitimi | () Temel Afet Eğitimi |
| () Risk gruplarına yönelik eğitimler(gebe,adölesan,engelli,bebe k,yaşlı) | () Tütün, Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanımı Eğitimi |

3) Sađlđın geliştirilmesi kapsamında yaptđđınız sağlık eğitimlerinde en çok hangi yöntemleri kullanmaktasınız?

- broşur/dergi/bülten
- Video/slayt sunusu
- Uzman konuşması
- e –mail
- Konferans/seminer
- Kurs /sınıf eğitimi
- Ev ziyaretleri(Diğer.....

4) Yapmış olduğunuz eğitim veya uygulamaların sonuçlarını değerlendirebiliyor musunuz?*a) EVET* (Lütfen nasıl değerlendirdiğinizi işaretleyiniz.)

a.1) Değerlendirme amaçlı form/anket kullanıyorum.

a.2) Diğer (lütfen belirtiniz).....

b) HAYIR

5) Sağlık eğitimlerinizde *hastanın gereksinim ve önceliklerini* belirleyebildiğinizi düşünüyor musunuz?

Her zaman Genellikle Bazen Hiçbir zaman

6) Hasta ve/veya yakınlarını tanı, tedavi seçenekleri, yan etkiler v.b. konularda açık ve duyarlı bir biçimde *aydınlatabildiğinizi* düşünüyor musunuz?

Her zaman Genellikle Bazen Hiçbir zaman

7) Akut hastalık durumunda hastanın **kısa süre içinde bilgilendirilmesini** sağlayabildiğinizi düşünüyor musunuz?

Her zaman Genellikle Bazen Hiçbir zaman

8) Kronik hastalıklar durumunda hastanın bilgilendirilmesi için **aşamalı ve uzun dönemli** planlama yapabildiğinizi düşünüyor musunuz?

() Her zaman () Genellikle () Bazen () Hiçbir zaman

9) Verilecek eğitimi, eğitim düzeyi ve kültürel özelliklerini dikkate alarak **hastaya göre** biçimlendirebildiğinizi düşünüyor musunuz?

() Her zaman () Genellikle () Bazen () Hiçbir zaman

10) **Soru sorması** konusunda hastayı yüreklendirebildiğinizi ve soruları uygun biçimde yanıtlatabildiğinizi düşünüyor musunuz?

() Her zaman () Genellikle () Bazen () Hiçbir zaman

11) Görsel-işitsel ve bilgisayar destekli **eğitim materyalini** etkin biçimde kullanabildiğinizi düşünüyor musunuz?

() Her zaman () Genellikle () Bazen () Hiçbir zaman

Teşekkür Ederim

Ek 2. Etik Kurul İzni

US 20 507 40-404 n
Tic Sicil No: 2012 205 1052 Fikri: 211213 310580
E-posta: yse@hacettepe.edu.tr

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SİRİŞİMSİZ OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: 16969557... 332

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 13.03.2013 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2013/05
Proje No : GO 13/103 (Değerlendirme Tarihi 13.02.2013)
Karar No : GO 13/103 - 3

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi, öğretim üyelerinden Prof. Dr. Gülümser Kubiay'ın sorumlu araştırmacı olduğu Arş. Gör. Esma Kabasaka'nın tezi olan GO 13/103 sayılı numaralı ve *"Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşamalarına Sağlıklı Çalışma Ortamına İlişkin Görüş ve Önerilerinin İncelenmesi"* başlıklı proje önerisi Kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Nuzen Akarın (Başkan)	8. Prof. Dr. Canan Şakraboş (Üye)
İZİNLI	
2. Prof. Dr. Nüket Örnek Bukun (Üye)	9. Prof. Dr. Melahat Gördüysus (Üye)
3. Prof. Dr. Songül Vainoğlu (Üye)	10. Doç. Dr. R. Köksal Özgül (Üye)
4. Prof. Dr. Seyda M. Müftüoğlu (Üye)	11. Doç. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye)
Prof. Dr. Cenik Söktümsüer (Üye)	İZİNLI
6. Prof. Dr. Yılmaz Selim Ercaal (Üye)	12. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye)
	KATILMADI
7. Prof. Dr. Vülgü Bayrakçı Tunas (Üye)	13. Yrd. Doç. Dr. H. Hüseyin Turungö (Üye)
	14. Av. Meltem Onurlu (Üye)

