

# PRATİSYEN HEKİMLERİN HİZMET İÇİ EĞİTİM İHTİYACI



T.C. Sağlık Bakanlığı  
SAĞLIK PROJESİ  
GENEL KOORDİNATÖRLÜĞÜ

# PRATİSYEN HEKİMLERİN HİZMETİÇİ EĞİTİM İHTİYACI

Dr. M. Hulki UZ

Ankara 1993

---

ISBN: 975-7572-09-8

---

# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TABLolar VE ŞEKİLLER LİSTESİ .....	5
GİRİŞ VE AMAÇLAR.....	9
GENEL BİLGİLER .....	10
1. Eğitim .....	10
1.1. Örgün Eğitim .....	10
1.2. Yaygın Eğitim .....	10
2. Tıp Eğitimi ve Hekimlik .....	10
2.1. Türkiye'de Tıp Eğitimi ve Hekimlik .....	12
2.1.1. Tarihçe .....	12
2.1.2. Bugünkü Durumu .....	12
2.1.3. Türkiye'de Tıp Eğitimi ve Hekimlerin Bilgi Düzeyi Üzerine Araştırmalar .....	13
3. Sürekli Tıp Eğitimi .....	16
3.1- Sürekli Tıp Eğitimin Gerekliliği .....	16
3.2. Sürekli Tıp Eğitimin Aşamaları .....	17
3.3. Sürekli Tıp Eğitimin Yöntemleri .....	17
3.4. Sürekli Tıp Eğitimin Güçlükleri .....	17
3.5- Çeşitli Ülkelerdeki Sürekli Tıp Eğitim Uygulamaları .....	17
4. Hizmetiçi Eğitim .....	19
4.1. Hizmetiçi Eğitimin Gerekliliği .....	19
4.2. Hizmetiçi Eğitim Türleri .....	19
4.3. Türkiye'de Hizmetiçi Eğitim İle İlgili Mevzuat .....	19
5- Hizmetiçi Eğitim ihtiyacının Belirlenmesi .....	20
5.1. Hizmetiçi Eğitim İhtiyacını Belirlemenin Gerekliliği .....	21
5.2. Hizmetiçi Eğitim İhtiyacını Belirleme Yöntemleri .....	21
GEREÇ VE YÖNTEM	
1. Araştırmanın Evreni .....	22
1.1. Araştırma İllerine Ait Genel Bilgiler .....	22
1.2. Örneklem Seçimi .....	24
2. Araştırmanın Tipi .....	25
3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	25
4. Anket Formu .....	25
4.1. Anket Formunun Hazırlanması .....	25
4.2. Ön Test Uygulaması .....	25
4.3. Anket Formunun Bölümleri ve Doldurma Süresi .....	25
4.4. Sağlık Programları Planında Genel Bilgiler .....	26
4.5. Somların Sağlık Programlarına Dağılımı .....	28
5. Anket Uygulaması .....	28
6. Anket Formlarının Geri Gönderilmesi .....	28
7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	28
8. Puanlama Sistemi .....	29
9. Araştırmanın Süresi .....	29
10. Araştırmanın Güçlükleri .....	29

**BULGULAR**

1. Tanımlayıcı Bilgiler .....	30
2. Hizmetiçi Eğitim İhtiyacına Ait Bilgiler .....	33
3. Bilgi Düzeyi .....	38
3-1. Cevapların Sağlık Programlarına Göre İllere Dağılımı .....	38
3-2. Ortalama Toplam Puanların Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı.....	45

**TARTIŞMA**

1. Tanımlayıcı Bilgiler .....	49
2. Hizmetiçi Eğitim İhtiyacına Ait Bilgiler .....	51
3. Bilgi Düzeyi .....	53
3.1. Cevapların Sağlık Programlarına Göre illere Dağılımı .....	53
3-2. Ortalama Toplam Puanların Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı .....	53

SONUÇ .....	55
-------------	----

ÖNERİLER .....	56
----------------	----

ÖZET .....	57
------------	----

KAYNAKLAR .....	59
-----------------	----

EKLER .....	62
-------------	----

# TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

## 1) Tanımlayıcı Bilgiler

Tablo 1:	<b>Araştırmaya</b> Katılan Hekimlerin Yaş Gruplarına ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımı .....	30
Tablo 2:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin illere Göre Dağılımı .....	30
Tablo 3:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yaş Gruplarının İllere Göre Dağılımı .....	31
Tablo 4:	<b>Araştırmaya</b> Katılan Hekimlerin Mezun Oldukları Tıp Fakültelerine Göre Dağılımı .....	31
Tablo 5:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Mezun Oldukları Yıllara Göre Dağılımı .....	32
Tablo 6:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Çalıştıkları Sağlık Kumlusuna Göre Dağılımı .....	32
Tablo 7:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Kendi ifadelerine Göre En Önemli Mesleki Sorunlarına Dağılımı .....	32
2) Hizmetiçi Eğitim İhtiyacına Dair Bilgiler		
Tablo 8:	<b>Araştırmaya</b> Katılan Hekimlerin Almak İstedikleri Öncelikli Üç Hizmetiçi Eğitim Konusuna Göre Dağılımı .....	33
Tablo 9:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Son Bir Yılda Hizmetiçi Eğitim Alıp <b>Almamalarına</b> Göre Dağılımı .....	33
Tablo 10:	<b>Araştırmaya</b> Katılan Hekimlerin Çalıştıkları Sağlık Kuruluşuna Göre Son Bir Yıl İçinde Hizmetiçi Eğitim Alıp Almamalarının Dağılımı .....	34
Tablo 11:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Kendi İfadelerine Göre Aldıkları Hizmetiçi Eğitimden Yararlanıp Yararlanmama durumlarının Dağılımı .....	34
Tablo 12:	<b>Araştırmaya</b> Katılan Hekimlerin Aldıkları Hizmetiçi Eğitimden Yararlanmama Nedenlerine Göre Dağılımı .....	34
Tablo 13:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hizmetiçi Eğitimi Düzenleyen Kurum veya <b>Kuruluşa</b> Göre Dağılımı .....	35
Tablo 14:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hizmetiçi Eğitim Uygulamalarının <b>Zorunlu</b> veya İsteğe Bağlı Olmasını İstemelerine Göre Dağılımı .....	35
Tablo 15:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hizmetiçi Eğitimi Planlamasını ve Uygulamasını İstedikleri Kurum veya Kuruluşa Göre Dağılımı .....	35
Tablo 16-a:	<b>Araştırmaya</b> Katılan Hekimlerin Tercih Ettikleri Hizmetiçi Eğitim Metodlarına Göre Dağılımı .....	36
Tablo 16-b:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tercih Ettikleri Hizmetiçi Eğitim Metodlarına Göre Dağılımı (Özet) .....	37
Tablo 17:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hizmetiçi Eğitim Uygulamalarının <b>Yapılmasını</b> İstedikleri Yere Göre Dağılımı .....	37

3. Bilgi Düzeyleri

3.1. Cevapların Sağlık Programlarına Göre İllere Dağılımı

Tablo 18:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin <b>ishal</b> Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların illere Göre Dağılımı .....	38
Tablo 19:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Bağışıklama Konusundaki Sorulara Verdikleri <b>Cevapların</b> İllere Göre Dağılımı .....	38
Tablo 20:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Enfeksiyon Hastalıkları Konusundaki Somlara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı .....	39
Tablo 21:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Aile Planlaması Konusundaki Somlara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı .....	39
Tablo 22:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Gebelerin izlenmesi Konusundaki Somlara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı .....	40
Tablo 23:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Doğum Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı .....	40
Tablo 24:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Güvenceli Annelik ve Yenidoğan Bakımı Konusundaki Somlara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı .....	41
Tablo 25:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Büyüme ve Gelişmenin İzlenmesi ve Beslenme Konusundaki Somlara Verdikleri Cevapların tiplere Göre Dağılımı ...	41
Tablo 26:	Araştırmaya Katılan <b>Hekimlerin</b> Tüberküloz Konusundaki Somlara Verdikleri Cevapların illere Göre Dağılımı .....	42
Tablo 27:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Koruyucu Ruh Sağlığı Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı .....	42
Tablo 28:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Koruyucu Göz Sağlığı Konusundaki Somlara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı .....	42
Tablo 29:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların <b>illere</b> Göre Dağılımı .....	43
Tablo 30:	Araştırmaya Katılan <b>Hekimlerin</b> Okul Sağlığı Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı .....	43
Tablo 31:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Sıtma Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların illere Göre Dağılım .....	44
Tablo 32:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Halkın Sağlık Eğitimi Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı .....	44
Tablo 33:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı .....	45
3.2. Ortalama Toplam Puanların Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı		
Tablo 34:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Aldıkları Ortalama Toplam Puanların Yaş Gruplarına ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımı .....	45
Tablo 35:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Aldıkları Ortalama Toplam Puanların İllere Göre Dağılımı .....	46

Tablo 36:	<b>Araştırmaya</b> Katılan Hekimlerin Aldıkları Ortalama Toplam Puanların Mezun Oldukları Tıp Fakültesine Göre Dağılımı .....	46
Tablo 37:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Aldıkları Ortalama Toplam Puanların Mezuniyet Yıllarına Göre Dağılımı .....	47
Tablo 38:	Araştırmaya Katılan Hekimlerin Aldıkları Ortalama Toplam Puanların <b>Çalıştıkları</b> Sağlık Kuruluşuna Göre Dağılımı .....	47
Tablo 39:	<b>Araştırmaya</b> Katılan Hekimlerin Aldıkları Ortalama Toplam Puanların Son Bir Yılda Hizmetiçi Eğitim Alıp Almama Durumlarına Göre Dağılımı .....	47

## **ŞEKİLLER LİSTESİ**

Şekil 1:	Bazı Avrupa Ülkelerinde Sürekli Eğitim Sistemlerinin Karşılaştırılması .....	18
Şekil 2:	Hizmetiçi Eğitim ihtiyacının Belirlenmesi .....	21





*"Türk vatandaşının sağlığı ve sağlamlığı üzerinde dikkatle durulacak milli meselemizdir" (15)  
M.Kemal ATATÜRK*

## GİRİŞ ve AMAÇLAR

Hızla gelişen ve değişen sosyal hayatın, ekonominin, teknolojinin ve bilgi birikiminin yanı sıra toplumun artan ihtiyaçlarına karşılık kaynakların kısıtlı olması nedeniyle bir çok gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkede mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası tıp eğitiminin yetersiz kaldığı günümüzde tartışılan bir konu olmaya devam etmektedir.

Tıp fakültelerinde teorik ağırlıklı ve yetersiz pratik programlar ile yapılan eğitime, mezuniyet sonrasında sınırlı sayı ve kalitede hizmet içi veya adaptasyon eğitimi programları ile destek olunmaya çalışılmaktadır.

Ülkemizde de pratisyen hekimler, sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaşı dispanserleri ile bazı devlet hastanelerinin çeşitli şemalarında (özellikle acil servis) görev yapmaktadırlar. Halkın en çok sağlık hizmeti talep ettiği ve kullandığı bu sağlık kuruluşlarındaki hizmetlerin niteliği çok önemlidir. Bu nedenle hizmetlerin niteliğini artırmak için hizmetleri veren personelin sürekli olarak eğitilmesi gerekmektedir.

Sürekli eğitimin amacı, sağlık personelinin halkın sağlığını koruma ve iyileştirme yeteneklerinin geliştirilmesidir. Sürekli eğitim, yeniliklerin sağlık hizmetine girmesi ve sağlık personelinin yeni teknik, yöntem ve yetenekleri öğrenmesi için de önemli bir yoldur.

Hizmet içi eğitim ise sürekli eğitimin ayrılmaz bir parçası ve önemli bir unsurdur.

Hekimlere çalışmalarını toplumun sağlık ihtiyaçlarına göre daha iyi ayarlayabilme ve niteliklerini geliştirme fırsatı veren mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim programlarının nitelik ve nicelik olarak tatmin edici düzeyde olmadığı kanısı herkesçe paylaşılmaktadır. Değişen ulusal sağlık ihtiyaçları ve politikalarını dikkate alan ve temel sağlık hizmetlerine ağırlık veren sürekli hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması gerekmektedir. Ancak hazırlanacak hizmet içi programının başarısını artırması ve programa rehberlik yapması açısından öncelikle hekimlerin hizmet içi eğitim ihtiyaçlarının **boyut** ve kapsamlarının belirlenmesinde yarar vardır.

Hizmet içi eğitim ihtiyacının belirlenmesi, gelecekte yapılacak eğitim aktivitelerinin planlanabilmesi için gerekli olan bilgilerin toplanması için yapılan ve eğitim programının başarıya ulaşması için mutlaka bulunması gereken faktörlerden olan bir durum saptama araştırmasıdır.

### Araştırmanın Amaçları

Bu araştırmada; evrene dahil illerde sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaşı dispanserleri ve devlet hastanelerinde görev yapmakta olan pratisyen hekimlerin Sağlık Bakanlığı'nda yürütülmekte olan bazı temel sağlık hizmetleri programları ile ilgili olmak üzere:

-yakın amaç olarak bilgi düzeylerini tespit etmek ve buna bağlı hizmetiçi eğitim ihtiyaçlarının olup olmadığını saptamak,

-uzak amaç olarak da, gelecekte yapılacak bir hizmetiçi eğitim uygulamasının değerlendirilmesinde kullanılmak üzere bu konudaki mevcut durumu gözden geçirmek hedeflenmektedir.

# GENEL BİLGİLER

Dünyada, bilim ve teknolojiye insanın bir zamanlar hayal bile edemeyeceği değişiklikler ve gelişmeler olmaktadır. Bireyin bu değişim ve gelişimlerin içinde yer alabilmesi ve kendini bunlara uydurabilmesi gerekmektedir. Bu uyumu sağlamanın en uygun ve kolay yolu ise eğitimidir.

## 1. Eğitim

Yeniden-inşacı (reconstructionist) görüşe göre eğitim şöyle tanımlanmaktadır (1):

"Eğitim, daha ileri ve varlıklı bir toplumu desteklemek amacı ile yeni fikir, bilgi ve becerilerin kazandırılması, benimsetilmesi ve uygulatılması için okul içinde ve dışında belirli bir plan ve program çerçevesinde bilinçli olarak yürütülen çalışmaların tümüdür".

İnsanın çevresi ile etkileşimi beşikten mezara kadar sürer ve bu duruma "Kültürlerime" denir. Eğitimciler eğitimi en geniş anlamı ile ele aldıklarında aslında kültürlenmeden söz etmektedirler. Ancak genel anlamı ile eğitim, İnsanda "İstendik" davranış değişikliği olarak anlaşılmaktadır, istendik davranışı oluşturmak, belirlenen amaca varmak için önceden planlanan, programlanan bir dizi aşamalardan geçilerek ortaya çıkar. O nedenle eğitim denince ilk akla varılmak istenen sonuca ulaşmanın sağlanmasıdır (2).

Çeşitli sınıflamaları bulunmasına rağmen eğitim en çok, örgün eğitim ve yaygın eğitim ikiye ayrılmaktadır.

1.1. Örgün Eğitim: Okul dönemi boyunca okul çağındaki çocuk ve gençlere yönelik yapılan çalışmaların bütünüdür ve ilk amaç bireylere temel eğitimin verilmesidir. Bütün toplumlar mümkün olduğunca bireylerin tümünün bu temel eğitimden geçmesini isterler. Temel eğitimin niteliği ve süresi, ülkelerin sosyal ve ekonomik düzey ve gereksinimlerine göre belirlenir (4).

Bir başka deyişle, kişilerin iş ve meslek kollarında çalışmaya başlanmadan önce okul ya da okul niteliği taşıyan yerlerde genel ve özel bilgiler bakımından yetişmelerini sağlamak amacıyla belli kurallara göre düzenlenen eğitimidir (3).

1.2. Yaygın Eğitim: Örgün eğitim olanaklarından hiç yararlanmamış olanlara, okulu terk edenlere, örgün eğitim kurumlarında okumakta olanlara ya da mesleklerinde daha yeterli duruma gelmek isteyenlere okul dışında belli bir programa göre uygulanan eğitim şeklidir (2,3).

Yaygın eğitimin kapsamında olan yetişkin eğitimi (halk eğitimi) ise; temel eğitimini tamamlamış yetişkinlere toplumun ekonomik ve sosyal gereksinimlerine göre belirlenmiş konularda, bilgi ve beceri kazandırmak üzere yapılan eğitim çabalarıdır. Yetişkin eğitiminde yaygın ve örgün eğitim olanaklarından yararlanılır (4).

Yetişkin eğitimi aynı zamanda resmi ya da özel kuruluşların yetişkinlere türlü alanlarda bilgi kazandırmak, anlayışlarını geliştirmek ve davranışlarını değiştirmek için düzenleyip, bir plan ve program çerçevesinde yürüttüğü eğitim çalışmalarıdır (3).

*"Tabip, hastalıkların bertaraf edilmesinde oynadığı rolden ziyade sıhhatte oluların bu hallerini muhafaza etmesi için emek sarfedecektir." (1)*

*Dr.Refik SAYDAM*

## 2. Tıp Eğitimi ve Hekimlik

Tıp tarihinden alınan sayısız örneğin de gösterdiği gibi hekimlik sanatı ve rolü hemen her zaman ustacırlık ilişkisi içinde öğrenilip kazanılmaktadır. Tıp eğitimi bu nedenle, öğrencilere mesleki bilgi ve klinik beceri kadar hekimlik meslek ve rolüne uygun değer ve tutumların da kazandırılmasının beklendiği uzun ve formal bir eğitimidir (5).

Prof.Dr. Nusret Fişek, hekimliğin amacını şöyle açıklamaktadır (1):

"Tüm kişilerin sağlık düzeyini yükseltme. İşverimini artırma, hastalıklardan koruma, hastalananları tedavi etme veya hastalığın gidişini yavaşlatarak hayatı uzatma, hastalık veya kaza sonucu sakat kalanları işe alıştırmak için bilgi üretme ve bu bilgileri uygulamadır":

Edinburgh Bildirisi<sup>1</sup> nde "tıp eğitiminin amacı bütün toplumun sağlığını yükseltecek hekimler yetiştirmektir" denilmektedir (6).

Hekimlik; iyi bir tıp bilgisi ve becerisi ile birlikte kişinin insan sevgisi, alçak gönüllülük, moralde tutarlılık, soğukkanlılık gibi İnsani özellikleri de taşımasını gerektiren bir meslektir.

Bu nitelikleri taşıyan hekimi yetiştirmek için en uygun tıp **eğitiminin** nasıl olacağı tüm dünyada tartışılan bir konudur. Örneğin Avrupa Topluluğu'na üye ülkelerde Avrupa tıp eğitimini standardize etmek için yürütülmekte olan çalışmalar tıp eğitiminin istenilen düzeyde olmadığını göstermiştir.

Çünkü;

- Tıp çok dinamik bir bilim dalı olup bu alandaki bilgi ve teknoloji hızla ilerlemektedir.
- Bu teknolojiyi kullanabilmek için uzmanlaşmaya gerek duyulmaktadır.
- Ülkelerin sağlık sistemlerinde değişiklikler nedeniyle hekimin çalışma alanları farklılaşmaktadır (4).

Çağımızdaki bu ve buna benzer değişiklikler hekimlerin görev, yetki ve sorumlulukların da etkilemektedir. Maalesef geleneksel tıp eğitimi hekimleri bu değişikliklere hazırlamakta yetersiz kalmaktadır. Bu da geleneksel tıp eğitimine alternatif olabilecek yeni model arayışı çalışmalarını hızlandırmaktadır (7).

Her ne kadar Öğrencilerin pratik ve araştırma yaparken ders ve seminerlere göre daha fazla şey Öğrendikleri bir gerçekse de müfredat programlarında bu tür aktivitelere yeterince zaman ayrılmamaktadır. Okuldan okula-veya ülkeden ülkeye farklılık bulunsa da tıp eğitiminde temel ilkeler değişmemektedir. Temel bilimler (fizik, kimya ve biyoloji) İle başlayan tıp eğitimi vücudun yapısı ve fonksiyonlarını tanıma (anatomi, fizyoloji ve biyokimya), patoloji ve mikrobiyoloji gibi hastalıkların incelenmesi ile devam etmekte ve de eğitim hastanelerindeki seçilmiş bazı hastalar üzerinde klinik eğitimle sonlanmaktadır (8).

Tıp fakültelerinin programlarında;

- temel tıp eğitimine klinik eğitimden fazla ağırlık vermek,
  - çağdaş eğitim yöntemlerinden tıp eğitiminde çok az yararlanmak,
  - koruyucu hekimlik alanında uygulamalı eğitim yapmamak,
  - öğrencilere hekimliğin toplumsal yönünü öğretmemek
- en çok eleştirilen hususlardır.

Ne yazık ki az gelişmiş ülkelerin çoğunda; "**tıp** eğitimi bütün ülkelerde standart olmalı ve öğrenciler en yüksek tıp teknolojisini kullanmak üzere yetiştirilmelidir" şeklindeki tıp eğitimi görüşü hakimdir ve bu ülkeler uluslararası standart! tutmaya özendirilir. İngiliz halk sağlığıcısı **Lee son'a** göre bu çabalar "yeni sömürgecilik" modelidir (1).

Tıp fakültelerinde eğitim sırasında biyolojik bilimler yanısıra davranış bilimlerinin de öğretilmesinin öğrencinin uygulamalı tıp bilimlerini anlamasına ve pratikte uygulamasına yardımcı olacağı fikri giderek ağırlık kazanmaktadır.

Tıp eğitimi, klinik öncesi ve klinik programlarla oturmuş sistemler olup sürekli ve yaşam boyu devam eden bir eğitim sürecidir (9).

Edinburgh Bildirgesi<sup>1</sup> nde tıp eğitimi konusunda bazı tavsiyelerde bulunmaktadır. (6):

- Eğitim programları ulusal sağlık sorunlarını ve mevcut olanakları yansıtacak biçimde düzenlenmelidir.
- Program ve sınavlar yalnızca bilginin saklanması ve anımsanması değil, mesleki beceri ve sosyal değerleri de geliştirecek biçimde hazırlanmalıdır,
- Öğitmenler yalnızca belli bir konuda uzman olarak değil eğiticiler olarak da yetiştirilmelidir.
- Eğitimin yaşam boyu sürmesi sağlanmalıdır.
- Sürekli tıp eğitimi için sorumluluklar ve kaynaklar belirlenmelidir.

Ülkemizdeki tıp eğitimi ile ilgili bir komisyonun hazırladığı raporda (1); diğer ülkelerle karşılaştırıldığında, Türkiye'deki hekim sayısının genel nüfusa oranının çok düşük olmadığı belirtilmekte bu nedenle

"İleriye dönük planlamaların hekim sayısını artırmaktan çok, eğitimin kalitesini yükseltmeye yönelik olması gereklidir" denilmektedir.

Tıp öğrencilerinin klinik eğitiminde üniversite dışı sağlık kuruluşlarından da yararlanma imkanları araştırılması önerilen raporda, tıp eğitiminde fakülteye girişten başlayıp mesleğin icra edildiği süre içerisinde bütünlüğünün korunması gerektiği vurgulanmaktadır (10).

Tıp eğitimi sırasında esas olarak öğrencilere bilgiye ulaşma yöntemlerinin öğretilmesi gerekir. Çünkü, çoğunlukla didaktik ders anlatma yönteminin uygulandığı geleneksel tıp eğitimi ile bilgilerin bir iki yıl içinde hızla unutulduğu kabul edilmektedir. Ayrıca geleneksel tıp eğitimi, idealist genç öğrencileri farkına varmadan primer koruyucu hekimlikten çeşitli uzmanlık dallanna doğru kaydınca niteliktedir. Bu nedenle sürekli tıp eğitimi giderek önem kazanmaktadır (9).

## 2.1. Türkiye'de Tıp Eğitimi

### 2.1.1. Tarihçe

Eski Türkler'in (Ortaasya Türkleri) hekimlik ve hasta bakımı hizmetlerini aynı zamanda din adamı da olan "kamlar" (şamanlar) yürütürdü.

Orta çağda Avrupa çüzzam, tifüs, çiçek gibi büyük salgınlara sahne olurken doğuda İslam uygarlığı sağlık konusuna önem vermiş ve felsefe biliminden ayrılan İlk bilim dalı tıp olmuştur, islam ülkelerindeki hekimliğin geliştirilip yaratılmasında Türk asıllı hekimlerin de büyük katkısı olmuştur.

13. asırdan itibaren Ebu Bekir Razi, Ibn-i Sina ve İbn-i Rüşd gibi Türk bilim adamları Bağdat, Kahire ve Kordoba okullarını üne kavuşturmuştur. Özellikle Ibn-i Sina'nın "Kanun" isimli tıp eseri yüzyıllarca ders kitabı olarak okutulmuştur.

Türklerde tıp yüzyıllar boyunca çeşitli kaynaklardan etkilenmiştir. Selçuklular 1206 yılında Anadolu'da ilk sağlık tesisi olan Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesi'ni kurmuşlardır. Selçuklular döneminde tıp eğitimi Avrupa'da olduğu gibi usta çırak ilişkisi düzeninde olmuş ve hastane olarak kurulan vakıflarda yapılmıştır.

Osmanlı İmparatorluğu döneminde tıp eğitimi, medrese dönemi, yüksekokul dönemi ve fakülte dönemi olmak üzere üç aşamada gelişme göstermiştir. Medresede tıp eğitimi, ilk kez Fatih Sultan Mehmet döneminde 1470 yılında Darüşşifa'nın açılması ile başlamıştır.

II. Mahmut tıp eğitimini geliştirmek için Avrupa'dan hekimler getirterek 14 Mart 1827 tarihinde askeri hekim yetiştirmek amacıyla bilimsel ve sistemli tıp eğitimi vermek üzere ilk modern tıp okulu olan Tıphane-i Amire'yi açmıştır. Bir kaynağa göre 1847 (9) diğer bir kaynağa göre ise 1839 (11) tarihinde batıdaki emsalleri gibi yeniden organize edilen bu tıp okulu Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane adı ile Fransızca eğitim vermeye başlamıştır. Daha sonra 24 Ocak 1867'de bu okulun bir bölümünde öğretim dili Türkçe olan sivil tıp okulu (Mekteb-i Tıbbiye-İ Mülkiye-İ Şahane) kurulmuştur.

1909 yılında ise askeri ve sivil tıp okulları birleşerek Darülfünun-ı Osman Mektebi-i Tıbbiye adını almıştır (9, 11, 12).

### 2.1.2. Bugünkü Durum

1986 yılında Dünya Bankası tarafından kapsamlı bir çalışmanın ardından hazırlanan raporun "Tıp Fakülteleri" bölümünde eğitimin mevcut durumu ve hekim politikaları bütün çıplaklığı ile ortaya konmaktadır.

"... Ülkenin resmi bir insan gücü planlaması ve politikası bulunmadığından üniversiteler ve bağlı tıp fakülteleri eğitilecek öğrenci sayısı, eğitim programı, süresi ve standartlarına ilişkin bağımsız kararlar vermektedirler."

"... Ankara ve İstanbul'daki üç tıp fakültesi hükümetin baskısına rağmen yıllarca kısıtlayıcı politika izlemiş, kalite standartlarını ve hekimlerin gelirlerini korumak için öğrenci sayısını sınırlamıştır; bu fakülteler yeni kurulan üniversitelerde tıp fakülteleri açılmasına da direnmişlerdir.

"1970 yıllarında hekim açığı ile her tip ve düzeyde eğitim için artan sosyal talep, sonuç olarak tıp kuruluşlarının direncini kırmış ve tıp fakültelerinin sayısı hızla artmıştır.<sup>11</sup>

"... Korkulduğu gibi bu hızlı çoğalma bir çok fakültede yeterli öğretim kadrosu bulunmadığından akademik standartlarda bir gerilemeyi de beraberinde getirmiştir. Bu fakültelerin bir çoğunun eğitim hastaneleri bulunmamaktadır."

"... çok sayıda düşük nitelikli hekim mezuniyetiyle sonuçlanacak olan öğrenci kayıtlarında görülen aşırı **hızdaki** artış, Türkiye'nin sağlık sorunlarına açık bir çözüm getirmemektedir" (14).

Yukarıda çizilen tablo günümüzde de bazı değişikliklere rağmen aynı şekilde varlığını korumakta, öğretim üyesi eksikliği ve tıp fakültelerinin uygulama hastanelerinin yokluğu ya da yetersizliği sorun olmaya devam etmektedir.

I. Ulusal Sağlık Kongresi'ndeki çalışma gruplarından biri olan Sağlık İnsangücü-Hekimler Grubunun hazırladığı raporda ülkemizdeki tıp eğitimi ile ilgili olarak özetle şu noktalara değinilmektedir (16):

"Ülkemizde tıp eğitimi Edinburgh Bildirgesi'nin Öngördüğü prensipler çerçevesinde düzenlenmelidir. Bu çerçevede fakültelerin toplumla entegrasyonunun sağlanması bununla bağlantılı olarak hekimlerin toplumu her yönüyle tanıma olanağı bulmaları, fakülte müfredat ve uygulamalarının temel sağlık hizmetlerine uygun hekim yetiştirmeye özen göstermeleri ilke olarak benimsenmektedir.

Bu dokümanın ışığında hazırlanan "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanında ise konu ile ilgili olarak; "Tüm sağlık personeli ülke ihtiyaçları doğrultusunda yetiştirilmeli, eğitimleri temel sağlık hizmetlerine yönelik olarak planlanmalıdır. ... Değişen koşullar ve bilim doğrultusunda sürekli eğitimleri sağlanmalıdır" denmektedir (17).

Türk Tabipleri Birliği ülkemizdeki tıp eğitimi ile ilgili şu tcsbitleri yapmıştır (18):

- Son yıllarda kontenjanların artırılması nedeniyle tıp eğitiminde ilgili herkesin paylaştığı bir nitelik azalması vardır.
- Tıp eğitimi ile ülkenin sağlık ihtiyaçları arasındaki ilişki yetersizdir. Tıp eğitiminin sağlık sistemi ile bağlantısını ve uzun dönemli planlar yapılmasını sağlayacak yapılar ya da kurumlar yoktur (18).

Ülkemizde planlı döneme geçildiği 1963 yılından itibaren VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı dışında hiçbir kalkınma planında mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi ile ilgili herhangi bir tedbir, ilke ya da hedef bulunmamaktadır.

VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Sağlık Sektörü başlığı altında 794. tedbirde "Tıp eğitimi müfredat programlarında ve hekim İstihdam politikalarının pratisyen özendirici düzenlemeler yapılacaktır..." denmektedir (13).

### **2.1.3. Türkiye'de Tıp Eğitimi ve Hekimlerin Bilgi Düzeyi Üzerine Araştırmalar**

Hekimlerin yalnız hastaların iyileştirilmesi ile uğraşmalarının yetersizliğini belirten görüş İnsanı, doğumundan ölümüne kadar çevresiyle ve çevresinde sağlığını etkileyen fizik, biyolojik ve toplumsal etkenlerle bir bütün olarak ele almak gereğini temel kavram olarak kabul etmektedir. Tıp eğitiminin ülke gereksinmelerine uygun nitelikte olmayan ve genel pratisyenlik bilgi ve becerileri eksik olan hekimler yetiştirdiği konularında literatüre geçen ilk tartışma ve çalışmalar 1950'li yıllarda başlamıştır.

Bu konuda İlk bilimsel çalışmayı yapan Rahmi DİRİCAN'ın 1964'de yaptığı araştırmanın sonuçlarına göre;

- Hekimler, yetersiz gelir, örgütlenme ve yönetim, öğrenim ve eğitim kusurları nedeniyle meslekte tutunmanın ve iyi bir gelir sağlamanın yolunu uzmanlaşmakta aramaktadırlar.
- Hekimlerin % 52'si fakültelerini bitirdiklerinde kendilerini bir hastanın tanı ve tedavisinde sorumluluk yüklenen nitelikte görmemektedirler.

Yine Rahmi DİRİCAN'ın 1976'da yaptığı bir çalışmada hekimlerin uzmanlaşma nedenleri olarak sıralanan sebepler arasında gerçek pratisyen yetişmemesi (% 8.4) de yer almaktadır.

1977 yılında Akar ve arkadaşlarının Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri arasında yaptı-

gı araştırmada da; öğrencilerin % **47.8'inin** aldıkları tıp eğitiminin genel pratisyenlik hizmeti verebilmeleri için kendilerini hazırlamadığını belirtmişlerdir. Ayrıca araştırmaya katılan öğrencilerin % 89.1'i mezuniyeti takiben en kısa zamanda İhtisas yapmak istemektedirler. Akar ve arkadaşları bu eğilimi tıp eğitimindeki aksaklığa bağlamaktadırlar. Araştırmacılara göre "en büyük gereksinimi genel pratisyen hekimler olan bir ülkede öğrencilerin önemli bir bölümüne, uzmanlığı bir amaç hem de fakülte eğitimi biter bitmez ulaşılması gereken bir amaç olarak vermek tıp eğitimi için kesin bir yanılıdır."

Enis Balkan ve arkadaşlarının 1975-1976 döneminde İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinde yaptıkları araştırmada öğrenciler uzmanlaşma eğilimlerine gerekçe olarak iyi bir pratisyen hekim olarak yetişmelerini ileri sürmektedirler.

1978 yılında Ankara Tabip Odası Eğitim Bürosu tarafından Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin tüm öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmanın verilerine göre mezuniyetten hemen sonra ihtisas yapmak isteyen öğrencilerin (% 55) % 38.3'ü pratisyen hekim olarak bilgi ve beceri düzeylerini yetersiz bulmaktadırlar (19). Bir başka araştırmada ise bilgi ve becerilerinin yetersiz olduğunu düşünen hekimlerin oranı % 52 olarak saptanmıştır (20).

Yine 1978 yılında Çiğdem Aşkın ve arkadaşları tarafından yapılan ve hekimlerin ülke çapında pratisyen olarak neden başarılı olamadıklarının sorulduğu Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin tüm öğrencilerinin katıldığı bir araştırmada temel olarak İki neden elde edilmiştir: Öğrenim ve eğitim ile sağlık Örgütlenme ve yönetimine ait hatalar (19).

Nejat Akar ve arkadaşlarının 1979'da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerine uyguladıkları anketin bazı sonuçlarına göre öğrencilerin; % 75-2'si hiç burun tamponu yapmamış, % 51.3'ü hiç aşı yapmamış. % **39.3'ii** hiç apse açmamış, % 27'si hiç **normal** doğum yaptırmamış, % 26.5'i hiç dikiş atmamış, % 10.3'ü İse hiç damar içi enjeksiyon yapmamıştır.

Bu sonuçlar Mart 1979'da İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinden elde edilen verilerle benzerlik göstermektedir. Bu araştırmaya göre ise öğrencilerin; % 90'ı hiç burun tamponadı **yapmamış**, % 84'ü hiç aşı yapmamış, % **76'sı** hiç apse açmamış. % 33'ü hiç normal doğum yaptırmamış, % 33'ü ise hiç damar içi enjeksiyon yapmamıştır (19).

Nusret Fişek ve Uğur Cilasun'un 1987 yılında 510 sağlık ocağı hekiminin katıldığı bir araştırmada hekimlerin tıp fakültelerindeki eğitim konusundaki düşünceleri sorulmuştur. Buna göre; hekimlerin % 42'si gördükleri eğitimi yeterli, % **53'ü** kısmen yeterli ve % 5'i ise yetersiz olarak değerlendirmektedir. Her ne kadar hekimler ocak çalışmalarına uyum sağlayabilme konusunda büyük çoğunlukla oldukça yeterli eğitim görmüş oldukları görüşünde olsalar da şu üç konu en sıklıkla dile getirilen eleştiri konularıdır;

- Teorik eğitime çok, pratik eğitime az yer verilmektedir (% 81).
- Ocaklarda sık görülen hastalıklara az. görülmesi olası olmayan hastalık ve sendromlara çok ağırlık verilmektedir (% 48).
- Fakültede öğretilen tanı ve tedavi yöntemleri ocak koşullarına uygun değildir (% 35).

Fişek ve Cilasun, hekimlerin tıp fakültesinde mezuniyetten sonra kendilerine verilen göreve kolayca uyum sağlayacak biçimde eğitilmediklerini saptamışlardır. Araştırmacılar hekimlerin sağlık ocağı hekimi olmalarını sağlayan mecburi hizmet kanununun kabul edilmesinden sonra böyle bir sorunun ortaya çıktığını belirtmektedirler (21).

1990 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi Araştırma Komisyonu'nun yaptığı araştırmanın amacı, tıp fakültelerinden mezun olan öğrencilerin mesleki rollerini başarıyla yapabilmeleri için gerekli bilgi, beceri, tutum ve alışkanlıklara sahip olup olmadıklarını **tespit** etmek, varsa yetersizliklerin sebeplerini bulmak ve bunların giderilmesi için gereken önlemlere ilişkin önerilerde bulunmaktır (9).

Araştırmanın öğrencilerle ilgili bölümünden elde edilen bazı sonuçlar şunlardır (9):

- Sem sınıf öğrencileri, tıp fakültelerinde okutulan dersleri genel olarak "ORTA" derecede öğrenmektedirler.

- Bazı derslerin öğrenilme dereceleri ise şöyledir:

- ◆Biyostatistik "az" ile "orta" arasında.
- Genel cerrahi "orta" ile "çok" arasında.

- Dahiliye "orta" ile "çok" arasında,
- Kadın hastalıkları ve doğum "orta" ile "çok" arasında,
- Çocuk hastalıkları "orta",
- Halk sağlığı "orta" ile "çok" arasında,
- Kırsal hekimlik "orta"nın üzerinde.
- Acil tıp hekimliği "orta".

- Öğrencilerin % 40'ı otopsi, % 39'u trakeostomi, % 19'u rahimiçi araç takılması ve doğum kontrol metodları, % 12'si mide lavajı, % 11'i ise sağlık ocağı hekimliği uygulamasını "HIÇ" izlemediklerini,

- Öğrencilerin % 92'si trakeostomi, % 81'i otopsi, % 56'si rahimiçi araç takılması ve doğum kontrol metodları, % 55'i kırığı atelet alma ve alçı uygulamasını "HIÇ" yapmadıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmanın öneriler kısmında şu noktalara yer verilmiştir (9):

- Kendine güven duygusunu geliştirecek eğitim tedbirleri alınmalı,
- Kendini yenileme davranışını, daha yeterli biçimde kazandıracak bir etkileşim ortamı kurulmalı,
- Pratik derslerin süreleri artırılmalı,
- Aşırı düzeyde olan ihtisas yapma isteği normale indirilmelidir.

1990 yılında II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'ne, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi 5- sınıf Öğrencilerinin halk sağlığı dersinin final sınavında verdikleri cevapların değerlendirildiği bir araştırma sunulmuştur. Söz konusu sınavda 121 öğrenciden 56 öğrenci (% 46.3) başarılı olmuştur. Araştırmaya göre öğrencilerin % 16.5'i aşılama kavramları, % 30'u kızamık ve % 9'u tifo bilgisine sahipken % 10'u ORS ve % 29'u etkin olmayan kontraseptif konusunda doğru cevap vermişlerdir.

Araştırmada bazı cevaplar ise oldukça "ilginç" ve "düşündürücü" bulunmuştur (22):

- Diyareli çocuğa sıvı verme endikasyonlan; Dili ince bir tabaka haline gelirse ve dudakları kalmıyorsa.
- GÖZ kapakları kapalı ise diyareli çocuğu sevk ederim.
- ORS parenteral verilir.
- Aşılama kişi enfekte olduktan sonra yapılır, koruyuculuğu yoktur.
- Antikor titresini azalttığı için çağdaş hekimlikte anne ve bebeğin lohusalıkta su içmesi kontrendikedir.

Araştırmacılar bu sonuçları göz önünde tutarak uygulanmakta olan tıp eğitiminin her yönü ile gözden geçirilmesi için "geç kalınmakta" olduğunu bildirmişlerdir (22).

Yine aynı Kongre'de sunulan bir diğer bildirinin sonuçları hekimlerin bilgi düzeyi hakkında bazı gerçekleri oruya koymaktadır. Hekim ve hekim dışı sağlık personelinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası aşılama ve soğuk zincir konusundaki bilgileri araştırılmış, 100 üzerinden yapılan değerlendirmede hekimler 54.20-77.39 puan alırken sağlık memurları 63-92-81.04 ve hemşireler 46.12-69.00 puan almışlardır.

Araştırmanın sonucu olarak; sağlık personelinin soğuk zincir ve aşılama konusunda bilgilerinin yetersiz olduğu, sağlık memurlarının diğer personele göre daha iyi durumda olduğu vurgulanmıştır (23).

Hekimleri uzmanlaşmaya yönelten sebeplerin tesbitine yönelik yapılan bazı araştırmalarda sebepler arasında, tıp fakültesinde ve mezuniyet sonrası verilen sürekli hizmetiçi eğitimin yeterli olmaması da sayılmaktadır (24).

Yukarıdaki araştırmalar tıp fakültelerindeki mezuniyet öncesi tıp eğitiminin ülkemiz şartlarına ve önceliklerine uygun hekim yetiştirmekten uzak olduğu yolundaki görüşleri desteklemektedir.

Ülkemiz gerçeklerine ve ihtiyaçlarına cevap vermekten uzak yetişen hekimlere mezuniyet öncesi almaları gereken ve sahada kullanacakları bilgiler ya hiç verilmemekte ya da bu bilgiler yetersiz düzeyde kalmaktadır. Tıp fakültesinde kendisine verilen, gerçek dünya ile çok az ilgisi olan ve sadece akademik çalışmalar için gerekli olabilecek bilgilerle mezun olan hekimler koruyucu ve birinci basamak tedavi hizmetleri ile ilgili çok basit sorunlarla karşılaştıklarında bile bocalamakta, zaten yetersiz olan kendilerine güven duygusunu bu şekilde iyice kaybetmektedirler (9, 19, 20, 21). Böylece kısır döngünün halkaları tamamlanmakta kendine güvenini yitiren hekim gerek halktan gerekse mesleğinden uzaklaşmaktadır.

Mesleğini hoşnutsuzlukla ve bazen de istemeyerek yapan bir pratisyen hekim ile sağlık hizmetine en çok ihtiyacı olan ve ona ulaşmakta toplumun diğer kesimlerine göre daha çok güçlük çeken halk kesimi karşı karşıya kalmaktadır.



Yapılan bir çalışmada pratisyen hekimlerin ortalama İş doyumu puanları 66.036 olup bu puan nötr doyum **puanı** olan 60'a oldukça yakın bulunmuştur. Ülkemiz için sağlık hizmetlerinde kilit personel olan pratisyen hekimin İnsani yönü gözardı edilmekte ve pratisyen hekimlerin bugün bir kimlik bunalımı yaşamakta olduğu dikkati çekmektedir (25).

Bununla birlikte günümüzde pratisyen hekimlerin % 85'i sürekli olarak hizmetiçi eğitim verilmesinden yana olduğu halde (25) mezuniyet sonrası bilgi tazeleme kursları veya hizmetiçi eğitimin hizmetin gerisinde kalması düşündürücüdür (26). Nitekim herhangi bir plan veya programa dayanmayan ve sadece kişisel gayretlerle yapılabilen mezuniyet sonrası bu tür eğitim faaliyetleri istenilen amaca ulaşmakta yetersiz kalmaktadır.

Bir yandan çok sayıda pratisyen hekim mesleğini yürütememekten yakınırken öte yandan ilk basamak sağlık hizmeti gereksiniminin ancak çok küçük bir kısmının karşılanabiliyor olması, günümüzde ülkemiz ihtiyaçlarına ve önceliklerine uygun ve gerçekçi bir sağlık hizmeti olmadığını düşündürmektedir. Bu durum da pratisyen hekimlerin ilk basamak hizmeti sunabilecek biçimde eğitim ve diğer olanaklarla desteklenmesini gerektirmektedir (16).

*"Mezun olan hekim  
eğitimi sürdürmez ise  
8-10 yıl içinde çağ dışı kalır." (1)  
Prof.Dr. Nusrei H.FİŞEK*

### 3. Sürekli Tıp Eğitimi

Tıpta en Önemli konulardan biri fakülteyi bitiren veya uzman olan bir hekimin eğitimini sürdürmesidir. Yapılan incelemeler göstermiştir ki, tıp bilgilerinin yan ömrü 7 yıldır (1).

Dünya Sağlık Teşkilatı Sürekli Eğitim Uzmanlar Komitesi hekimlerin sürekli eğitimini şöyle tanımlamaktadır (27):

"Bir hekimin temel tıp eğitimi ve genel pratisyenlik ya da uzmanlıkta ek eğitiminden sonra lisans ya da diploma amacı olmaksızın uygulamadaki yeterliliğini artırmak için aldığı her tür eğitimidir." Bir başka ifade ile sürekli eğitim genel pratisyen veya uzman olarak çalışan hekimlerin hizmetiçi eğitimleridir.

Sürekli tıp eğitimi hekimlerin hastaları, toplum ve meslekleri için hizmet verirken kullandıkları bilgi, beceri ve mesleki yetenekleri ile ilişkilerini sürdürmeyi, geliştirmeyi veya pekiştirmeyi amaçlayan eğitim aktiviteleridir (18).

Sürekli eğitim amaç değil, araçtır. Asıl amaç halkın, sağlık hizmetlerinden ve tıbbın son gelişmelerinden en **iyi** biçimde yararlanmasını sağlamaktır. Bu nedenle hekimlerin sürekli eğitimi, kendilerinin meslekte ilerlemeleri sorunu değil, toplumsal bir sorundur (27).

Sürekli eğitime olan ilginin nedenleri şöyle sıralanabilir (27):

1. Sağlık bilimlerinin tüm dalları sürekli değişme ve gelişme içindedirler, bilgiler gittikçe artmakta, sağlık hizmetlerini sunma yöntemleri hızla değişmektedir. Fakat uygulamada gelişmeler hizmet alanına yansımakta ve tıbbın verebileceği en iyi hizmet ile halk kitlelerine ulaşan hizmet arasındaki fark büyümektedir.
2. Toplumların sağlık durumu, çalışma ve çevre koşulları ve sağlık ihtiyaçları hızla değişmektedir.
3. Temel öğrenim süresince kazanılan bilgiler zamanla unutulmakta ve bir bölümü de kullanılamaz hale gelmektedir.
4. Tıbbın kapsamının genişlemesi tüm bilgilerin temel tıp eğitimi döneminde verilmesini olanaksız kılmaktadır. Bazı bilgilerin mezuniyetten sonraki dönemde verilmesi gerekmektedir.

#### 3.1. Sürekli Eğitimin Gerekliliği

Hekimin kendisini sürekli olarak eğitmemesi hekime değil hastalara, halka zarar verir. Bu nedenle hekimlerin sürekli eğitimi toplumsal bir sorun ve Devlet görevidir (1).

William OSLER 1900 yılında Londra'da sunduğu "Mezuniyet Sonrası Eğitimin Önemi" konulu bildiride, eğitimin ömür boyu sürdüğünü, tıp fakültesinde öğrenilen bilgilerin hekimlik uygulamasında sadece yetersiz bir taslak olduğunu belirtmiştir. Dönemin tıp eğitimi koşullarını tartışan Osler, hekimleri "akılcı ve rutinci" olarak iki gruba ayırmıştır. Rutinci hekimlerin zamanla körelerek "entellektüel tembellik" içine girdiklerini, akılcı hekimlerin ise her hastayı çözümlenmesi gereken bir sorun olarak değerlendirdiklerini ve mezuniyet sonrası eğitim kurslarının bu grup için yararlı olduğunu belirtmiştir (18).

Hekimlik sürekli eğitime ihtiyaç duyan nadir mesleklerden biridir. Hekimlerin büyük kısmı günlük uğraşlarından fırsat bulup da kendilerini geliştirecek eğitim faaliyetlerine katılmamaktadır. Bu konudaki diğer bir problem ise, hekimler mezun olduktan sonra tıp fakülteleri ile bağlantılarını koparmaktadırlar. Böylece hem kendileri son gelişmeleri takip edememekte hem de fakülte'deki öğretim üyeleri pratisyen hekimliğin problemleri veya **uygulamaları** konusunda herhangi bir bilgiye sahip olamamaktadırlar (28).

Sürekli eğitim, sadece hekimlerin değil tüm sağlık personelinin çalışma performanslarını geliştirirken aynı zamanda da mesleki doyumu artırır (29).

Günümüzde ülkenin şartları da dikkate alındığında sürekli eğitime duyulan ihtiyaç giderek artmaktadır ve bu alanda tüm kuruluşlar işbirliği yapmak zorundadır (16, 28, 30).

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan bir dokümanda sürekli eğitimin önemine yer verilmekte ve "... Bu amaçla, her **grup** sağlık personelinin göreve aştıkları ilde hizmete uyum eğitiminden geçirilmeleri ve eğitimin sürekliliğinin sağlanması için gereken programlar ve materyal hazırlanmalı, öncelikle eldeki fizik yapılardan faydalanarak her sağlık bölgesinde bir sağlık eğitim merkezi kurulmalıdır" denilmektedir

Ayrıca sürekli eğitimin değerlendirilmesi de bir zorunluluk haline gelmiştir. Bunun için kredilendirme sisteminin geliştirilmesi ve uygulamaya konulması gerekmektedir (16).

### 3.2. Sürekli Eğitimin Aşamaları

Sürekli eğitimin ilke olarak başlıca aşamalarından biri olan elemanın kendi alanıyla ilgili eğitiminde, onu yapmakta olduğu hizmetten soyutlayarak bir kurs şeklinde eğitim uygulaması söz konusu olmamalıdır. Burada eğitim devamlı olarak hizmetin yürütülüşü sırasında denetim ve değerlendirmelere paralel olarak yürütülmelidir.

Sürekli eğitimin ikinci aşamasında birbirine en yakın ve destek sağlayan hizmetleri birlikte ele alan eğitim uygulamaları gelir. Üçüncü ve en önemli aşama ise, sağlık hizmetlerinin bütün olarak ele alınmasını ve uygulanmasını içeren ekip çalışması düzeyindeki eğitimidir (31).

### 3.3- Sürekli Eğitim Yöntemleri

Değişik ülkelerde uygulanan sürekli eğitim yöntemlerinden bazıları şunlardır (18, 27): Sürekli^veya aralıklı kurslar, seminerler, workshoplar, grup çalışma ve tartışmaları, proje çalışmaları, vaka incelemeleri, mektupla sürekli eğitim (broşür, bibliyografya ve periyodik yayınlar).

Bu yöntemlere ek olarak, iş başında eğitimin önemi vurgulanmaktadır. Bu eğitim yöntemi sayesinde sağlık problemlerine hakim olabilme ve toplumun gerçek ihtiyaçlarını kavrayabilme yetisinin kazandırıldığı ileri sürülmektedir (29).

### 3-4. Sürekli Eğitimin Güçlüklere

Bugün her gelişmiş ülke hekimlerin sürekli eğitimi için yaptırım getirmektedir. Bununla birlikte sürekli eğitimi gerçekleştirmede çeşitli zorluklar ile karşılaşmaktadır. Hekimin bilgi açığını saptamanın güçlüğü, hekimin günlük çalışmasının yoğun olması, örgütlenme ve yöntem seçimi gibi sorunlar örnek olarak gösterilebilir (1, 27).

### 3-5. Çeşitli Ülkelerdeki Sürekli Eğitim Uygulamaları

Gelişmiş ülkelerde sürekli eğitimin önemi son 20 yıldır kavranmaya başlanmış ve ancak son 10 yılda önemli gelişmeler olmuştur. Önceleri kişisel isteğe ve güdülemeye bırakılmış olan sürekli eğitimin zamanla önemi anlaşılmış ve bu ülkelerin pek çoğunda planlı deneme çalışmaları başlatılmıştır. Bugün ge-

**[işmiş** bir çok batılı ülkede zorunlu sürekli eğitime doğal bir eğilim belirlemiştir. Bu zorunluluk yasal yoldan veya meslek **kuruluşlarının** denetimi ile sağlanmakta, ülke çapında yaygın yasal yaptırımlar olmakla birlikte değişik uygulamalar hekimlere sürekli eğitimi **zorunlu** kılmayı amaçlamaktadır. Örneğin; İngiltere'de pratisyenlerin ücretine belirli bir süre sürekli eğitime katılırlarsa zam yapılacağı bildirilmiştir. Amerika'da ise Hekimler Birliği tüm hekimler için sürekli eğitimi zorunlu .saydığını açıklamıştır.

İstatistikler İyi örgütlenmiş sürekli eğitim uygulayan ülkelerde, zorunluluğun sağlık hizmetlerinin niteliğinin yükselmesinde faydalı olduğunu göstermektedir. Yapılan bir araştırmaya göre sürekli eğitimin hekimin isteğine bırakıldığı durumlarda, % 20-50'sinin (daha çok % 20'si) eğitime gönüllü katıldığını, % 10-20'sinin (daha çok % 20'si) ise gereksinimleri aşkar olduğu halde hiç katılmadığını göstermiştir. Bununla birlikte sadece zorunluluk yeterli değildir, hekimleri eğitime güdülmeyici ve özendirici önlemler ile öğrenme isteğinin yaratılması gerekmektedir (8).

Az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde İse sürekli eğitim henüz bireysel istek aşamasındadır (27).

Sürekli eğitimin yönetim ve planlamasına hekimlerin temsilcilerinin katılımı son yıllarda en önemli gelişmelerden biridir ve birçok ülkede uygulanmaktadır (18, 27).

**Şekil 1: Bazı Avrupa Ülkelerindeki Sürekli Eğitim Sistemlerinin Karşılaştırılması (18, 27, 28)**

Ülke	Eğitimi düzenleyen veya sorumlu olan kurumlar/ kuruluşlar	Hedef kitle	Değerlendirme
<b>FRANSA</b>	Sürekli Tıp Eğitimi Ulusal temel sağlık hizmetlerinde çalışan diğer personel (Haç üreten firmalar sürekli eğitim ile ilgili aktiviteleri finanse	Pratisyen hekim, Kurumları aile hekimi ve Birliği (UNAFORMEC)	Bazı bölgelerde hizmet kalitesi araştırılarak etmektedir)
<b>İNGİLTERE</b>	Ulusal Sağlık Hizmeti (İlaç üreten firmalar sürekli eğitim ile ilgili aktiviteleri finanse	Temel sağlık hizmetleri ekibinin tüm elemanları	etmektedir)
<b>İSPANYA</b>	Meslek kuruluşları, bilimsel kurumlar, sağlık kurumları ve Sağlık Bakanlığı	Temel sağlık hizmetleri ekibinin tüm elemanları	Katılımcıların görüşü alınarak
<b>İTALYA</b>	Bölge Sağlık İdareleri	Temel sağlık hizmetleri ekibinin tüm elemanları	Katılımcıların görüşü alınarak
<b>NORVEÇ</b>	Tıp fakülteleri, sağlık yöneticileri ve tabip odası temsilcilerinden oluşan bir komite		
<b>MACARİSTAN</b>	Mezuniyet Sonrası Tıp Okulu	Hekim, eczacı, klinik psikolog	Eğitim sonrası test
<b>SSCB (eski)</b>	Bölge İleri Tıp Çalışmaları Kurumu ve Tıp Fakülteleri	Temel sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler	Ön ve son test yaparak, rapor hazırlayarak, hizmet kalitesindeki etkileri araştırılarak
<b>YUGOSLAVYA (eski)</b>		Temel sağlık hizmetleri ekibinin tüm elemanları	

Değişik ülkelerdeki sürekli eğitim faaliyetlerine bakıldığında iki ortak nokta dikkati çekmektedir (28):

Hekimlere yönelik eğitim ve mesleki standartlar hükümet tarafından denetlenmektedir. Üniversiteler mezuniyet sonrası eğitimin organizasyonunda önemli bir rol oynamaktadır.

#### 4. Hizmet İçi Eğitim

Hizmet içi eğitim, belirli iş ve meslekte çalışanların hizmetteki verimliliğini artırmak amacı ile yapılan ek-sik bilgileri tamamlayıcı ve yeni gelişmeleri kazandırıcı bir eğitim uygulamasıdır (3)-

Hizmet İçi eğitim, 1739 sayılı Milli Eğitim Temel Kanunu'nun 40. maddesinin 8. bendinde: "Çeşitli mes-leklerde çalışanların hizmet içinde ve mesleklerinde gelişmeleri için gerekli bilgi ve becerileri kazandır-maktır." şeklinde tanımlanmıştır. Hizmet İçi eğitimin söz konusu kanunun "YAYGIN EĞİTİM" başlığı altın-da yer almış olması bu eğitimin, yaygın eğitimin bir alt parçası olarak ele alındığını göstermektedir.

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı Hazırlık Çalışmaları Yaygın Eğitim Özel İhtisas Komisyonu Rapoai'nda "hizmet içi eğitim, herhangi bir sektör ayırımı yapmaksızın bir işyerine aday veya asil olarak dahil olanla-ra yapılan ve üretilen mal, hizmet veya emek faktörüne düşen payın produktif değerini artırmaya yöne-len, başka bir deyimle tutum, bilgi, davranış ve beceride kazanç ve gelişimi sağlayan bir eğitim şeklidir" denilmektedir.

Türk Dil Kurumu'nca yayımlanan "Eğitim Terimleri Sözlüğü"ne göre hizmet içi eğitim, kişilerin görevdeki verim ve etkinliklerinin artırılmasını, gelişmeye yol açan bilgi, beceri ve anlayışların zenginleştirilmesini amaç edinen ve kurumların genel çalışma düzenini sürekli olarak etkileyen eğitimidir."

UNESCO tarafından hazırlanan "Yetişkinler Eğitimi Terimleri Sözlüğü"nde İşe çalışan kimselere işleri ile ilgili beceri ve yeterliliklerini geliştirmeye yarayacak yeni bilgileri sürekli bir program çerçevesinde ka-zanma fırsatı sağlayan eğitim" şeklinde tanımlanmaktadır.

Millî Eğitim Bakanlığı Hizmet içi Eğitim Dairesi Başkanlığının "Hizmet içi Eğitim" adlı yayımında ise şöyle bir tanımlama vardır: "Kamu veya özel kurum ve kuruluşlarında çalışan her seviyede personele işe başladıktan emekli oluncaya kadar işe intibak, işte verimliliği artırmak, bilgi ve görgüyü tazelemek, yeni durumlara intibak ve ileri görevlere hazırlamayı sağlamak amacıyla yaptırılan eğitimidir" (32).

##### 4.1. Hizmet içi Eğitimin Gerekliliği

Bilimsel nitelik taşıyan gelişmeler, öğretim kurumlarında yapılan eğitimin ilerisinde değişik amaçlı prog-ramları gerektirmektedir. Hızla değişen toplumun ve mesleğin ihtiyaç ve şartlarını, aldığı öğrenim ile karşılamakta güçlük çeken personelin hizmet içinde yetiştirilmesinin zorunluluğu gün geçtikçe artmakta-dır. Aslında eğitimin amaçlarından biri eğitimin sürekliliğini sağlamaktır (33).

Bu açıdan bakıldığında hizmet içi eğitimin gereklikleri şu şekilde sıralanabilir (33):

- Örgün eğitimde değil de çalışma hayatında ortaya çıkan bazı kişisel yetenekler hizmet içi eğitim ile ge-liştirilebilir.
- Toplum her yönüyle sürekli değişim gösterdiğinden çalışan kişi bu değişimlere ancak hizmetiçi eğitim yolu ile ayak uydurabilir.
- Bilimsel ve teknik gelişmeler her meslek alanına yeni bilgi, teknik ve araç gereç getirmekte ve çalışan ları hizmet içi eğitim ile öğrenmeye ve yetişmeye zorlamaktadır.

##### 4.2. Hizmet içi Eğitimin Türleri

Bu konuda personelin istihdam durumu veya eğitimin uygulandığı yere göre gibi çeşitli sınıflandırmalar vardır. Personelin istihdam durumuna göre olan sınıflama şöyledir (33):

- Çalışmaya yeni başlayan personel için hizmet içi eğitim.
- Halen çalışmakta olan personel için hizmet içi eğitim.
- Görev değişikliği yapacak olan personel için hizmet içi eğitim.
- Üst kademelere yükselecek personel için hizmet içi eğitim.

##### 4.3- Türkiye'de Hizmet İçi Eğitim İle İlgili Mevzuat

Sağlık personelinin ve bunun içinde yer alan pratisyen hekimlerin mezuniyet sonrası sürekli eğitimleri ile ilgili çeşitli kanuni düzenlemeler şu şekilde sıralanabilir (34).

- 151 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,
- 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu,
- 3959 sayılı Merkez Hıfzısıhha Müessesesi Teşkiline Dair Kanun,
- 1Ş4 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Sağlık **Bakanlığı'nın** Hizmetiçi Eğitim Yönetmeliği

Türkiye'de hekimlerin sürekli eğitimine yönelik çalışmaların başlangıcı 2.1.1941 tarih ve 3959 sayılı Merkez Hıfzısıhha Müessesesi Teşkiline Dair Kanunu'na dayanmaktadır. Bu kanuna göre hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sürekli eğitiminin **sorumluluğu** Hıfzısıhha Okulu'nundur. Okul, Sağlık Bakanlığının hazırlayacağı program dahilinde kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan tüm personelin genel sağlık ve hıfzısıhha konularında eğitim ve konferanslar düzenlemek ve yayımlar yapmakla görevlendirilmektedir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı ve İlgili diğer bakanlıkların ortak olarak düzenleyecekleri kurslara tüm sağlık personelinin saptanacak zaman ve sıralarla katılmalarının zorunlu olduğu da belirtilmektedir (27).

193Ğ yılında açılan Hıfzısıhha Okulu bu tarihten başlayarak hekimlere halk sağlığı konularını içeren çeşitli kurslar düzenlemiştir.

Türkiye'de hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sürekli eğitimine ilişkin önemli **bir** adım da Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında çıkarılan 224 sayılı kanundur. Bu kanunun 154 sayılı Yönergesinde sürekli eğitim ile ilgili şu pasajlar yer almaktadır (27):

"Hastaneler sağlık ocaklarındaki hekimlerin meslek yönünden yetişmelerini sağlarlar... Hastane uzmanlarının herbiri kendi dalında sağlık ocağı hekimlerinin ve öteki ocak personelinin öğretmeni **durumundadır**."

Hastane uzmanları, denetim gezilerinde meslek yönünden yetersiz gördükleri sağlık ocağı hekimlerinin hastanelerde eğitilmeleri için sağlık grup başkanlığına öneride bulunurlar.

İlgili uzmanlar gerek hastane, gerekse sağlık ocağı personeline ilk ve acil yardım konusunda özenli bir eğitim uygularlar".

Söz konusu yönergede, sürekli eğitim için sistemli bir yöntem önerilmemiş, sağlık ocağı **hekimlerinin** hastane eğitim **programlarına** katılımı zorunlu sayılmamış ve uzmanların kendi eğitimleri denetimden uzak kalmıştır.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 214. maddesine bağlı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından 5 Kasım 1986 yılında çıkarılan Hizmetimi Eğitim Yönetmeliği<sup>1</sup> de (35) hizmetimi eğitimin hedefleri (Madde 4);

- Sağlık **Bakanlığında** görevli personelin bilgilerini, verimliliklerini artırma ve yetişmelerini sağlamak su rejiyle hizmete İlgisini en yüksek düzeye çıkarmak, daha yukarı göreve ve kadrolara hazırlamak,
- Yönetimde ve uygulamada etkinliğin **artırılmasını** sağlamak olarak saptanmıştır. Bu yönetmeliğe göre hizmetimi eğitimin ilkeleri ise (Madde 5):
- Eğitimin sürekli olması,
- Bakanlığın şimdiki ve gelecekteki amaçları ve ihtiyaçları dikkate alınarak düzenlenecek plan ve programlara dayandırılması olarak belirlenmiştir.

26. maddede ise personelin, bakanlık tarafından düzenlenen hizmetiçi eğitim programlarına katılması zorunlu hale getirilmiştir (35).

## 5. Hizmetiçi Eğitim İhtiyacının Belirlenmesi

Günden güne değişen dünyamızda insanların yıllarca önce kazandıkları yeterliliklerle başarılı olmaları güçtür. Ayrıca, eğitim sistemindeki gelişmeler, teknik yenilikler kadar hızlı olmadığından, eğitim ile kazandırılan bilgi, beceri ve alışkanlıklar ile İhtiyaç duyulanlar arasındaki fark gün geçtikçe artmaktadır (33).

Hizmetiçi eğitim ihtiyacının belirlenmesi iletişime dönük, bilgi ve veri toplanması için çok sayıda kaynaktan yararlanılarak eğitim aktivitelerinin planlanmasını sağlayacak temeli **oluşturan** ve devamlılığı olan bir süreçtir. Yapılacak eğitim çalışmasının dinamik olması için eğitime katılan hekimlerin ihtiyaçlarına cevap vermesi ve ilgilerini çekmesi gerekmektedir (18),

İhtiyacın belirlenmesi; hekimin bilgi tutum ve davranışının gözlenmesi, tıp bilimi ve tıbbi hizmetlerdeki gelişmelerin araştırılması; bunların sonucu olarak da hekimin varolan ve varolması gereken "öğrenim açığının ortaya çıkarılmasıdır. Hekimlerin bilgi, beceri ve tutumlarını yeni değişimleri izleyecek biçimde geliştirmeye ihtiyaçları vardır. Bu ihtiyaçlar, verilerle somutlaştırılmış gerçek ihtiyaçlar olabildiği gibi he-

kimler ya da eğitimciler tarafından varolduğuna inanılan, hissedilen ihtiyaçlar da olabilir. Bazen bu iki ihtiyaç birbirini İle çakışır, çakışmadığı durumlarda gerçek ihtiyacı belirlemek bir zorunluluktur.

**İhtiyaç** belirlemesi yapılırken mutlaka göz önünde tutulması gereken en önemli amaç, yapılacak etkinliğin halkın sağlığına katkıda bulunması olmalıdır (36).

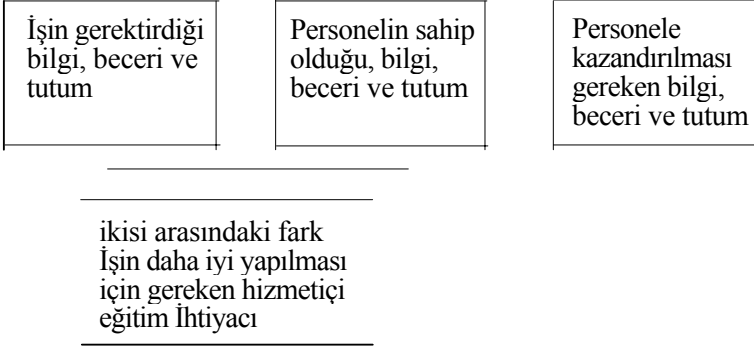
İhtiyaçların iyi belirlenmesi, yalnız hekim katılımını artırmakla kalmaz, aynı zamanda sağlık hizmeti sunulmasının kalitesini de artırma şansı yaratır (18).

Yalnızca program planlaması için değil, denetim ve değerlendirme için de gerekli olan ihtiyaç belirlemesi yaparken şunlar unutulmamalıdır (36):

- Eğitim alacak kişi kendi ihtiyacını en **iyi bilir**, her fırsatta görüşü alınmalıdır. Onun algılama ve değerlendirmeleri eğitimcinkilerle dikkatlice birleştirildiğinde en İyi sonuç alındığı unutulmamalıdır.
- Her toplum kesimi, grup ve kişi için farklı bir yaklaşım gereklidir. Kullanılan yöntemler ve uygulamalar buna göre değiştirilmelidir.

Hizmetiçi eğitim. İhtiyacının belirlenmesi için görev veya İşin gerektirdiği ve bireyin taşıdığı niteliklerin belirlenmesi ve aradaki farkın ortaya konulması gerekir (Şekil 2) (33)-

### Şekil 2: Hizmetiçi Eğitim İhtiyacının Belirlenmesi



### 5.1. İhtiyaç Belirlemenin Gerekliliği

Hizmetiçi eğitim ihtiyacının saptanması, programlı bir eğitim faaliyetinin ilk ve önemli bir kademesidir. Bu nedenle planlamanın zorunlu bir aşamasıdır (33)-

iyi bir eğitim programı için ihtiyaçların belirlenmesi aşaması şarttır. Bazı ülkeler bu değerlendirmeyi mevzuatlarına dahi almışlardır. Örneğin ABD'de bir sürekli eğitim programının onaylanabilmesi için yalnızca ihtiyaçların belirlenmesi yeterli görülmemekte, bu belirlemelerin hangi yöntemler kullanılarak yapıldığına dair somut veri istenmektedir (36).

### Ş.2. Hizmetiçi Eğitim İhtiyacını Belirleme Yöntemleri

Bu konuda çeşitli yöntemler uygulanabilir (33):

- Görüşme (Mülakat)
- Sınav
- Grup toplantıları İle problem çözümü
- Görev analizi ve performans ölçümü
- Kayıt ve raporların gözden geçirilmesi
- Anket Formu

Anket formu, bir konu veya sorun hakkında kişilerin bildiklerini, kanılarını, inançlarını, tepkilerini, gereksinimlerini, dileklerini ve yakınmalarını saptamak üzere hazırlanır ve uygulanır.

Ucuz olan bu yöntemle çok sayıda kişiye kısa sürede ulaşılabilir. Kişiler etki altında kalmadan rahatça yanıt verebilirler, veriler kolaylıkla sayılara dönüştürülebilir ve istatistik işlemlerle anlaşılır hale getirilebilir ve **yorumlanabilir**.

Ancak hazırlanması düşünüldüğü kadar kolay olmayıp, özel bilgisi olan kişileri gerektirir. Ayrıca sorunun nedenine ulaşamaz ve çözüm önerileri de getirilemez. Önceden belirlenemeyen bazı tepkiler, cevaplan etkileyebilir. Zamanında cevap alma oranının posta ile gönderildiğinde genelde düşük olması anket uygulamalarının bir diğer sakıncalı yönüdür (18, 33, 36).

# GEREÇ ve YÖNTEM

## 1. Araştırmanın Evreni

Diyarbakır, Muğla, Sivas, Tokat ve Yozgat illerindeki ve İstanbul'un Bakırköy, Eyüp, Pendik ve Ümraniye ilçelerindeki sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaşı dispanserlerinde ve geçici görevli olarak devlet hastanelerinde çalışan tüm pratisyen hekimler ile Ankara'da aynı sağlık kuruluşlarından seçilen bir Örnekleme giren pratisyen hekimler araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Araştırmanın planlandığı dönemde Mardin ili araştırma yapılacak İller kapsamında bulunmasına **rağmen**, **bu** ilde araştırmanın sağlıklı yapılamayacağı anlaşıldığından araştırma evreninden çıkarılmıştır.

Araştırmanın evrenini oluşturan bu 7 il,

Ankara ve İstanbul (sadece dört ilçesi) ülkemizde sayıları gün geçtikçe artan metropol illeri, Muğla turizm ve çevre sağlığı açısından duyarlı bir il, Sivas, Tokat ve Yozgat İç Anadolu'da Kalkınmada Öncelikli İller ve Diyarbakır İse diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de öncelikli olarak hizmete ihtiyacı olan halkın yaşadığı ile olduğu için seçilmiştir.

Bu illerin seçilmesindeki diğer bir kriter de, bu illerde veya bu illere komşu olan illerde gelecekte düzenlenecek bir eğitim faaliyetinde yararlanmak üzere bir tıp fakültesi hastanesinin bulunmasıdır.

Kriterlerden bir diğeri de, bu illerin gerek Sağlık Bakanlığı gerekse ilgili diğer kurum ve kuruluşların (Sosyal Sigortalar Kurumu, Milli Savunma Bakanlığı, Devlet Demiryolları Genel Müdürlüğü vb.) sağlık hizmeti verdiği en az bir tesisine sahip olmalarıdır.

### 1.1. Araştırma İllerine Ait Genel Bilgiler:

Araştırma kapsamındaki 7 İlin 1990 yılına ait bazı özet bilgileri şu şekilde sıralanabilir (37):

#### 1.1.1. ANKARA

Nüfusu	: 3.236.626 (1990)
Yüzölçümü	: 25.706 km <sup>2</sup>
İlçe sayısı	: 23 (6 tanesi merkez ilçedir)

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısı:

Sağlık Ocağı	: 106
AÇSAP	: 21
Verem Savaşı Dispanseri	: 13

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan pratisyen hekim sayısı:

Sağlık Ocağı	: 577
AÇSAP	: 237
Verem Savaşı Dispanseri	: 35
TOPLAM	: 849

#### 1.1.2. DİYARBAKIR

Nüfusu	: 1.094.996 (1990)
Yüzölçümü	: 15-355 km <sup>2</sup>
İlçe sayısı	: 14 (1 tanesi merkez ilçedir)

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısı:

Sağlık Ocağı	: 53
AÇSAP	: 2
Verem Savaşı Dispanseri	: 4

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan pratisyen hekim sayısı:  
Sağlık Ocağı : 126  
AÇSAP : 17  
Verem Savaşı Dispanseri : 9  
TOPLAM : 152

### 1.1.3. İSTANBUL (BAKIRKÖY, EYÜP, ÜMRANIYE ve PENDİK ilçeleri)

Nüfusu (toplam) : 2.137.170 (1990)  
Yüzölçümü : km<sup>2</sup>

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısı:  
Sağlık Ocağı : 24  
AÇSAP : 8  
Verem Savaşı Dispanseri : 2

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan pratisyen hekim sayısı:  
Sağlık Ocağı : 134  
AÇSAP : 17  
Verem Savaşı Dispanseri : 8  
TOPLAM : 159

### 1.1.4. MUĞLA

Nüfusu : 562.809 (1990)  
Yüzölçümü : 13.338 km<sup>2</sup>  
İlçe sayısı : 12 (1 tanesi merkez ilçedir)

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısı:  
Sağlık Ocağı : 58  
AÇSAP : 1  
Verem Savaşı Dispanseri : 3

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan pratisyen hekim sayısı:  
Sağlık Ocağı : 126  
AÇSAP : 17  
Verem Savaşı Dispanseri : 9  
TOPLAM : 152

### 1.1.5. SİVAS

Nüfusu : 690.964 (1990)  
Yüzölçümü : 28.288 km<sup>2</sup>  
İlçe sayısı : 12 (1 tanesi merkez ilçedir)

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısı:  
Sağlık Ocağı : 69  
AÇSAP : 1  
Verem Savaşı Dispanseri : 3

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan pratisyen hekim sayısı:

Sağlık Ocağı AÇSAP : 104 :  
Verem Savaşı Dispanseri : 6 : 6  
TOPLAM : 116

### 1.1.6. TOKAT

Nüfusu : 699.427(1990)  
Yüzölçümü : 9-955 km<sup>2</sup>



Sağlık Ocağı	: 7
AÇSAP	:
Verem Savaşı Dispanseri	: 5
Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan pratisyen hekim sayısı:	
Sağlık Ocağı	: 96
AÇSAP	: 2
Verem Savaşı Dispanseri	: 6
TOPLAM	: 104

## 1.2. Örneklem Seçimi

TOPLAM	: 118
--------	-------

### 1.1.7. YOZGAT

Nüfusu	: 579.150 (1990)
Yüzölçümü	: 14.123 km <sup>2</sup>
İlçe sayısı	: 14 (1 tanesi merkez ilçedir)

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısı:

$\frac{6}{2}$

Ankara'da diğer illerden farklı olarak toplam 849 pratisyen hekimin çalışması ve bu hekimlerin tümünün araştırmaya dahil edilmesi araştırmanın kaynaklarını zorlayacağı düşünüldüğünden Ankara ilinden örneklem seçilmiştir.

Her pratisyen hekimin seçilme şansının eşit olacağı bir örneklem yöntemi belirlenmiştir (38, 39, 40). İlde pratisyen hekimlerin çalıştığı ilçeler Başbakanlık Nüfus Etüdleri Enstitüsü'nün kullandığı ilçe kodlarına göre sıralanmıştır. Daha sonra bu ilçelerdeki sağlık kuruluşlarının (sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, verem savaşı dispanseri) herbirinde çalışan pratisyen hekimlerin sayılarının yer aldığı kümülatif bir liste hazırlanmıştır.

$$\text{Örneklem büyüklüğünü tesbit etmek için; } n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N-1) + t^2 pq}$$

förmülü kullanılmıştır.

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (1-p)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen +/- sapma.

Buna göre; N= 894, p= 0.35, t= 1.96 ve d= 0.05 olarak alınmış ve bu değerler formülde yerine konmuştur. Ortalama bilgi düzeyi % 35 kabul edildiğinde, % 95 güvenirlilik aralığında ve d= 0.05 sapma ile örneklem büyüklüğü 232 olarak hesaplanmıştır.

Önceden hazırlanan listeden rastgele sayılar tablosundan bulunan başlangıç sayısından başlayarak, (894/232 = 3.85) her 4 sağlık kuruluşundan birinde çalışan pratisyen hekimlerin sayıları toplanarak 232 sayısının bulunduğu tüm sağlık kuruluşları belirlenmiş (EK: 1) ve bu kuruluşlarda çalışan tüm pratisyen hekimler araştırmanın Ankara evrenini oluşturmuştur.

## 2. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir durum saptaması araştırmasıdır.

## 3. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

### Bağımsız Değişkenler

- İI
- Yaş
- Cinsiyet
- Mezun olunan tıp fakültesi
- Mezun olunan yıl
- Çalışılan **sağlık** kuruluşu
- Son bir yılda hizmetiçi eğitim alıp almama
- Son bir yılda hizmetiçi eğitim düzenleyen kurumlar ya da **kuruluşlar**

### Bağımlı Değişken

- Bilgi Düzeyi **Durumu**

## 4. Anket Formu

### 4.1. Anket Formunun Hazırlanması

Anket formundaki soruların hazırlanması sırasında konuyla ilgili olarak gerek mezuniyet öncesi, gerekse mezuniyet sonrası eğitimlerde kullanılan çeşitli yazılı kaynaklardan ve Sağlık Bakanlığı'nın ilgili birimleriyle yapılan kişisel görüşmelerden faydalanılmıştır (4. 41, 42, 43, 44, 45. 46. 47, 48, 49, 50, 51. 52. 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63).

Anket formu hazırlanırken Sağlık Bakanlığı'nın ilgili Genel Müdürlük ve Daire Başkanlıkları ile temasa geçirerek, soru ve cevapların içerik ve kapsam olarak Bakanlığın halen sahadaki uygulamaları ve programları ile daha önce uygulanan hizmetiçi eğitimlerde verilen mesajlarla uyumlu olması sağlanmıştır.

Anket hazırlık çalışmaları devam ederken araştırma evrenine dahil illerin sağlık müdürlükleri ile temasa geçilerek araştırmanın amaçları, yöntemi vb. konularda bilgi aktarılmış ve onların bu konudaki görüş ve önerileri alınmıştır. Alınan bilgiler anket formunun oluşturulmasında oldukça yararlı olmuştur.

Hazırlanan iki anket formundaki toplam 94 som, tekrar gözden geçirilmiş ve formdaki som sayısı 60'a indirilmiştir.

### 4.2. Ön Test Uygulaması

Anket formu, Ankara evrenindeki pratisyen hekimler için taraf tutmaya neden olmayacak şekilde seçilen 20 pratisyen hekime ön test uygulanarak tekrar değerlendirilmiş ve yeniden düzenlenmiştir.

### 4.3- Anket Formunun Bölümleri ve Doldurma Süresi

Son şekli verilerek yaklaşık 1100 adet bastırılan, toplam 8 sayfa olan ve yaklaşık 35 dakikada doldurulabilen anket formu üç bölümden oluşmaktadır (Ek: 2):

Birinci bölümde, ki bu bölümde toplam yedi som vardır, hekimlere ait kişisel bilgilerin yanısıra çalıştıkları kurum ve en önemli mesleki sorunlarının tesbitine yönelik sorular bulunmaktadır.

Anketin ikinci bölümünde hizmetiçi eğitim konusunda 10 adet soru olup bunlar; hekimlerin almak istedikleri hizmetiçi eğitim konuları, son bir yılda hizmetiçi eğitim alıp almadıkları, aldılar ise yararını görüp görmedikleri, eğitimi veren kurum ya da kuruluşlar, eğitimin kimin tarafından planlanmasını ve uygulanmasını istedikleri, nasıl bir eğitim metodu ve eğitimin düzenleme yeri olarak nereyi tercih ettikleri ile ilgili sorulardır.

Bilgi düzeyini ölçmek için hazırlanan soruların yer aldığı üçüncü bölüm ise halen Sağlık Bakanlığının çeşitli birimleri tarafından sahada yürütülmekte olan sağlık programlarından 16 tanesinin amaç ve hedefleri doğrultusunda belirlenmiştir.

#### 4.4. Sağlık Programları Hakkında Genel Bilgiler

Anket formundaki bilgi düzeyini ölçmek için hazırlanan 43 sorunun kaynağı olan 16 sağlık programının ana hatları şöyledir (46, 64):

##### 4.4.1. İshalli Hastaların Kontrolü:

Bu program Sağlık Bakanlığı'nı bir çok ilde uygulanmakta olduğu rutin programdır. Programın hedefleri şunlardır:

- Beslenme bozuklukları ve tekrarlayan ishal vakalarının tespiti.
- Ağızdan sıvı tedavisinin yaygınlaştırılması ve Oral Rehidrasyon Sıvısı (ORS) paketlerinin kullanımının sağlanması,
- Komplikasyonlarda sağlık ocağı ve hastanelerdeki tedavi ünitelerine şevkin sağlanması ve ulaşımın kolaylaştırılması.
- Kırsal alanda evlerin koşullarının iyileştirilmesi.

##### 4.4.2. Bağışıklama:

Bu program çocuk sağlığı programları ile bütünleşmeye meyilli olmakla birlikte sadece teknik ve lojistik nedenlerden dolayı ayrı olarak ele alınmıştır. Ana hedef, bağışıklama kampanya kavramından yerel sağlık hizmetlerinin rutin faaliyetlerine geçiş sağlamaktır. Aşı naklinde soğuk zincir uygulamasının pekiştirilerek kaçırılmış fırsatları en aza indirecek entegrasyonun sağlanmasıdır.

##### 4.4.3. Enfeksiyon Hastalıklarının Kontrolü:

Amaç, enfeksiyon hastalıklarına bağlı morbidite ve mortalite hızlarını azaltmaktır. Bu amaçlara ulaşmak için;

- Kayıt ve bildirim sisteminin güçlendirilmesi, tüm sağlık kurumlarından zamanında ve tam olarak enfeksiyon hastalık bildirimlerinin yapılması ve sonuçlarının aylık ve yıllık olarak değerlendirilmesi.
- Vakalar ortaya çıktığında teşhis koyma yöntemlerinin geliştirilmesi, bu amaçla laboratuvarlardan daha fazla yararlanılması, hastanın izlenmesi ve tedavisi, vakaların görülme sıklığı, bulaşma yolları gibi epidemiyolojik bilgilerin toplanarak değerlendirilmesi ve kaynağa yönelik araştırmalar yapılarak hastalık kontrol önlemlerinin alınması.

##### 4.4.4. Aile Planlaması:

Bu programda;

- Doğum kontrolünün kabulünü ve sağlık eğitimini sağlamak.
- Aile planlaması ve doğum kontrol yöntemlerinin kullanımının yaygınlaştırılması,
- **Modern** doğum kontrolü yöntemlerinin kullanımını artırmak.
- Doğum kontrolü metodu olarak düşüklerin azaltılmasını sağlamak.
- Rahimiçi araç uygulaması için sağlık ocaklarına, tüp ligasyonu için hastanelere başvuru ve şevkin yaygınlaştırılması amaçlanmaktadır.

##### 4.4.5. Gebelerin İzlenmesi ve Beslenmesi:

Programın amaçları;

- Etkili izleme, laboratuvar testleri ve bağışıklanmayı sağlamak için gebe ziyaret sayısının artırılması.
- Yüksek riskli gebeliklerin tespiti, takibi ve hastaneye yatırılması,
- Düşük riskli gebeliklerde ev doğumlarının planlanması.

##### 4.4.6. Doğum:

Hedefler;

- Evde sağlık personeli olmaksızın yapılan doğumları azaltmak veya tamamen ortadan kaldırmak.
- Düşük- riskli gebelikler için güvenli ve hijyenik koşullarda ebe yardımıyla ev doğumlarını artırmak ve iyileştirmek, komplikasyon **durumunda** ulaşım şartlarını iyileştirmek.
- Sağlık evleri ve ocaklarını ev doğumlarını azaltmaya yarayacak şekilde güçlendirmek.
- Yüksek riskli gebeliklerde hastaneye etkili sevkı sağlamak.

#### 4.4.7. Güvenceli Annelik ve Yeni doğan Bakimi:

Bu programın hedefleri şöyle tesbit **edilmiştir**;

- Perinatal ve neonatal ölümleri azaltmak.
- Beslenme ve güvenceli annelik konusunda gebe kadınları eğitmek.
- Doğum sonrası loluşa ve yenidoğanın uygun sayıda takibinin sağlanması.
- Doğumların eğitilmiş personel tarafından yapılmasını sağlamak.
- Yenidoğan bakım üniteleri kurarak buralarda görevlendirilecek personelin eğitimlerini yapmak.
- Kayıt bildirim sistemini güçlendirmek.

#### 4.4.8. Büyüme ve Gelişmenin İzlenmesi ve Beslenme:

- Beslenme bozukluğu olan çocukların aileleri öncelikli olmak üzere tüm ailelere beslenme eğitim verilmek.
- Doğumdan itibaren ilk 4-6 ayda çocuklara yeterli anne sütünün verilmesini sağlamak.
- Ek gıdalara zamanında ve uygun miktarda geçilmesini sağlamak hedeflenmektedir.

#### 4.4.9- Tüberküloz Kontrolü:

- Ülkenin bazı bölgelerinde tüberküloz görülme sıklığının yüksekliği nedeniyle aşağıdaki konulara önem verilecektir.
- Özellikle fakir ve beslenme bozukluğu olan riskli grupların hedeflenmesi.
- **BCG** aşısının uygulamasının yaygınlaştırılması.
- Sağlık ocağı personelinin klinik ve radyolojik teşhis becerilerinin geliştirilmesi.
- Tedavide Standardizasyonun sağlanması.

#### 4.4.10. Ruh Sağlığı:

Özellikle koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine ağırlık verilerek;

- Ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi.
- Psikososyal faktörlerle ilgili araştırma ve eğitim faaliyetlerine özen gösterilmesi.
- Hizmetin iyileştirilmesi konusunda özellikle risk gruplarına yönelik eğitim öncelikli uygulamalar yapılması amaçlanmaktadır.

#### 4.4.11. Koruyucu GÖZ Sağlığı:

Göz ve görme kusurlarının tüm ülkede yaygınlığının yanısıra Güneydoğu'da trahom endemik olarak devam etmektedir. Bu **durum** güçlü bir körlüğü önleme programının başlatılması zorunluluğunu desteklemektedir.

**tık** aşamada, program bîr prevalans çalışmasını ve sağlık personelinin eğitimini kapsayacaktır. İkinci aşamada doğumsal kusurlar ve erken dönem şaşılık taranacak, kronik konjonktivit, trahom ve yaşlılığa bağlı göz bozuklukları standart olarak tedavi edilecektir.

#### 4.4.12. Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü:

Hedefler:

- Evde sağlık personeli denetimi altında hijyen ve uygun beslenme koşullarının sağlanması.
- Sağlık ocağı düzeyinde antibiyotik kullanımının sağlanması.
- Hastaneye sevkın kolaylaştırılması.

#### 4.4.13- Okul Sağlığı:

Okul sağlığı programı çerçevesinde Sağlık Bakanlığı İle **Milli** Eğitim Bakanlığı arasında koordinasyon, tüm okullarda teşhis ve tedavi için yeterli hizmeti ve şevki sağlayacak şekilde kurulacaktır. Buna bağlı olarak sağlık evi ebisi ve sağlık ocağı personeli de konuyla ilgili olarak eğitilecektir.

#### 4.4.14. Sıtma Kontrolü:

Aktif ve pasif suiveyansı kapsayacak şekilde faaliyetlere devam edilecektir.

#### 4.4.15. Halkın Sağlık Eğitimi:

Her sağlık programına ait halkın konuyla ilgili eğitiminin yanı sıra topluma götürülecek değişik konulardaki çalışmaların diğer hizmetlerle entegre edilebilmesi için halkın sağlık eğitimi özel bir program olarak ele alınmaktadır.

#### 4.4.16. Çevre Sağlığı:

Bu programda aşağıdaki konulara ağırlık verilecektir;

- Mevcut mevzuatın uygulanmasında ilgili kurum ve kuruluşlara tavsiyelerde bulunmak.
- Belediyelerle işbirliğinin iyileştirilmesi ve ek müdahaleler konusunda **araştırmalar** yapılması.

#### 4.5. Soruların Sağlık Programlarına Dağılımı

Anket formunun bu üçüncü bölümünde yukarıdaki programlarla ilgili olarak yaralan toplam 43 **sorunun** sağlık programlarına göre dağılımı ise şu şekildedir;

- İshalli hastalıkların epidemiyolojisi, tedavisi ve beslenmesi ile ilgili üç soru,
- Bağışıklama (takvim, soğuk zincir ve aylık doz hesaplama) ile ilgili dört soru,
- Enfeksiyon hastalıklarının tanı ve tedavisi ile ilgili iki soru,
- Aile planlaması tanımı, endikasyonları ve kullanımı ile ilgili üç soru.
- Gebelerin izlenmesi konusunda tahmini doğum tarihi, aşılama, risk faktörleri ve gebelikteki kanamalar ile ilgili dört soru,
- Doğum ile ilgili olarak normal doğum kriterleri ve doğumun I. ve III. dönemi hakkında üç **soru**,
- Güvenceli annelik ve yenidoğan bakımında yenidoğan beslenmesi ve preeklampsi ile ilgili üç soru,
- Büyüme ve gelişmenin izlenmesi konusunda göbük kanaması. APGAR skoru, takip formu ve fontanel ile ilgili dört soru,
- Tüberküloz (korunma ve tedavi) ile ilgili üç soru,
- Ruh sağlığında tanı ve ayırıcı tanı ile ilgili **iki** soru,
- Koruyucu göz sağlığı konusunda trahom ve acil durumlarda yaklaşım ile ilgili iki soru,
- Okul sağlığında epidemiyoloji ve eğitim ile ilgili **iki** soru,
- Sıtmada mücadele ve tarama konusunda iki soru,
- Halkın sağlık eğitimi konusunda toplum liderleri ve işbirliği yapılacak kuruluşlar ile ilgili **iki** soru.
- Çevre sağlığında atıklar ve su klorlamasıyla ilgili iki soru.

### 5. Anketin Uygulanması

Anket formlarının basımını takiben 8 ilde daha önce görüşülüp bilgi aktarılan kişilere, ki bunlar il sağlık müdürü veya müdür yardımcısı konumundaki hekimlerdir, anket formundaki sorularla ilgili açıklayıcı bilgi verilmiştir. Anket formlarının mümkün olduğunca herhangi bir kaynaktan faydalanılmadan ve hekimlerin birbirinden etkilenmelerinin önlenmesi sağlanarak doldurulmasına dikkat edilmesi istenmiştir. Bu kişiler anketin uygulanması sırasında aynı zamanda denetimci olarak da görev almışlardır.

Araştırma kapsamındaki illerde anket; ya araştırma evrenine dahil pratisyen hekimler grupları halinde bir salonda toplanarak, ya ildeki denetleyicinin kontrolü altında evrendeki hekimlerin çalıştıkları **kurumda** uygun ortam hazırlanarak veya her iki yöntem kullanılarak uygulanmıştır.

### 6. Anket Formlarının Geri Gönderilmesi

tiler gönderilen anket formlarını (24 Temmuz 1992), belirtilen tarihten (3 Ağustos 1992) en geç 10 gün sonraya kadar Ankara'ya posta veya kurye ile göndermişlerdir.

### 7- Verilerin Değerlendirilmesi

Anket formlarına sıra numaraları formlar illerden geldikçe verilmiştir. Bunun nedeni; hem illerde hatalı sıra numarası verilmesini hem de illere pratisyen hekim sayıları göz önünde tutularak gönderilen anket formlarının, tümünün dönüşü sağlanamadığı takdirde kayıp anket numaralarının ortaya çıkmasının önlenmesi istenmesidir.

Anket formlarındaki ham veriler ayrıca bir veri kodlama kağıdına geçirilmeden direkt olarak DBASE IV (Data Base. Versiön IV) bilgisayar paket programında hazırlanan ve Ek 3'de bir örneği bulunan kodlama formatına, anket kodlama talimatına (EK 4) göre bir kişi (araştırmacı) tarafından aktarılmıştır. Sadece bir kişinin verileri bilgisayara girmesinin nedeni, özellikle anket formundaki açık uçlu sorulara (53, 54, 57 ve 58. sorular) verilen cevapların, değerlendirilmesi sırasında standardizasyon sağlanmaya çalışılmasıdır.

DBASE IV programında yaratılan veri formatı aracılığı ile sınıflanan veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) istatistik paket programına aktarılmış ve burada analiz edilmiştir. Analiz sırasında önce tanımlayıcı tablolar oluşturulmuş, daha sonra bu tabloların ışığında analitik tablolar ve önemlilik testleri yapılmıştır (39, 40). Önemlilik testi olarak; ki-kare testi, varyans analizleri ve t testi kullanılmıştır.

## 8. Puanlama Sistemi

Araştırmanın üçüncü bölümünü oluşturan ve araştırmaya katılan hekimlerin bilgi düzeylerini saptamaya çalışan bölümdeki soruların puanlaması şu şekilde yapılmıştır:

- Anket formunda bilgi düzeyi ile ilgili toplam 43 soru bulunmaktadır. Pratisyen hekimlere, her **sorunun** doğru cevabı için 1 puan verilmiştir.
- Anket formundaki 53, 54, 57 ve 58 numaralı açık uçlu sormalara verilen cevaplara göre ise;
- 4 doğru cevap verenlere 1 puan,
- 3 doğru ve 1 yanlış cevap veren veya 1 boş bırakana 0.75 puan.
- 2 doğru 2 yanlış cevap veren veya 2 boş bırakana 0.50 puan,
- 1 doğru 3 yanlış cevap veren veya 3 boş bırakana 0.25 puan,
- hiç doğru cevap veremeyen veya 4'ünü de boş bırakana 0 puan verilmiştir.

Bu puanlama sistemi ile pratisyen hekimlerin 43 tam puan üzerinden aldıkları ortalama toplam puanlar, daha sonra puanların yorumlanmasını kolaylaştırmak amacıyla 100 üzerinden değerlendirilecek şekilde standardize edilmiştir.

## 9- Araştırmanın Süresi

Araştırmanın hazırlıkları, literatürün taranması ve anket formunun geliştirilmesi için yapılan ön çalışmalar 1991 yılının Ekim ayında başlamıştır.

Bu tarihten itibaren illerin tesbiti çalışmalarına, İllerle ilgili temel verilerin toplanması, İllerdeki sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ve verem savaşı dispanserlerinde çalışan hekimlerin sayılarının bulunması **çalışmaları** devam ederken diğer yandan da anket formunun geliştirilme çalışmalarına başlanmıştır.

Tüm bu çalışmalar Temmuz 1992 tarihinde tamamlanmış ve ortaya çıkan anket fonunun ön uygulaması Ankara'da yapılmıştır. Buradan elde edilen verilerin ışığında formlara .son şekilleri verilmiştir. Bu arada illerde araştırmayı yürütecek olan ekiplerin araştırma ve anket **formlarının** doldurulması konusunda bilgilendirilmeleri tamamlanmıştır. **Temmuz** ] 992'de de anket formları basılmış ve araştırmanın yapılacağı illere gönderilmiştir.

24 Temmuz 1992 tarihinden itibaren iki gün içinde anket formları illere gönderilmiş ve illerden de doldurulan formların en geç 3 Ağustos 1992 tarihine kadar ulaştırmaları istenmiştir.

Ankara'ya ulaşan anket formlarındaki verilerin bilgisayar paket programında dizgelenmesi 23 Ağustos

1992 tarihinde ve bu verilerin değerlendirilmesi çalışmaları da Eylül ayının sonunda bitirilmiştir.

**Araştırmanın** rapor yazımı aşaması ise Ekim ayının ortasında tamamlanmıştır.

## 10. Araştırmanın Güçlükleri

- Araştırmanın hazırlık aşamasında araştırmacıya rehberlik edecek nitelikteki bilgilerin kısıtlı olması.
- Anket uygulama tarihinin yıllık izinlerin en çok kullanıldığı döneme rastlaması nedeniyle araştırmaya katılan hekim sayısının düşük olması.
- Araştırma evrenindeki bazı illerin araştırmaya yeterli özeni göstermemeleri ve bunun bir sonucu olarak da anket formlarının illerden gönderilmesinin gecikmesi nedeniyle araştırmacının zaman kaybetmesi.

# BULGULAR

Araştırma Ankara, Diyarbakır, İstanbul (Bakırköy, Eyüp, Ümraniye ve Pendik ilçeleri), Muğla, Sivas, Tokat ve Yozgat illerinde yapılmıştır. Tablolarda bu illerin isimleri tek tek yazılmamış, sadece "7 İl" olarak belirtilmiştir.

Araştırma bulgularının daha kolay anlaşılması için;

- 1) Tanımlayıcı Bilgiler (Tablo 1-Tablo 7)
- 2) Hizmetçi Eğitim ihtiyacına Ait Bilgiler (Tablo 8-Tablo 17)
- 3) Bilgi Düzeyleri
  - 3.1.) Cevapların Sağlık Programlarına Göre illere Dağılımı (Tablo 18-Tablo 33)
  - 3.2.) Ortalama Toplam Puanların Bazı Değişkenlere Döre Dağılımı (Tablo 34-Tablo 39) şeklinde sınıflandırılmıştır.

## 1) Tanımlayıcı Bilgiler

**Tablo 1: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yaş Gruplarına ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

YAŞ GRUPLARI	CİNSİYET				TOPLAM	YÜZDE(1)
	ERKEK		KADIN			
	Sayı	Yüzde(1)	Sayı	Yüzde(1)		
23-26	92	26.5	78	50.4	170	33.9
27-30	148	42.7	52	33.5	200	39.8
31-34	48	13.8	18	11.6	66	13.1
35-38	36	10.4	7	4.5	43	8.6
39-42	13	3.7	0	0.0	13	2.6
43-46	7	2.0	0	0.0	7	1.4
47-50	3	0.9	0	0.0	3	0.6
TOPLAM	347	100.0	155	100.0	502	100.0

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

Araştırmanın evrenini oluşturan pratisyen hekimlerin % 69.7'si erkek, % 30.3'u ise kadındır. Hekimlerin yaklaşık % 74'ü 23-30 yaşları arasındadır ve yaş ortalaması 29.04 (S=4.73)'dür. Bununla birlikte erkeklerin çoğunluğu (% 42.7) 27-30 yaş grubunda, kadınların ise (% 50.4) 23-26 yaş grubundadır.

Tablo 2'ye göre araştırmaya evrenindeki hekimlerin büyük çoğunluğunu (% 39.2) Ankara'da çalışan hekimler oluşturmuştur. Ankara'yı, % 51,1 ile İstanbul ve % 11,2 ile Muğla izlemektedir. En düşük hekim katılımı ise % 5-8 ile Yozgat iline aittir.

**Tablo 2: Araştırmaya Katılan Hekimlerin İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

İLLER	Mevcut Hekim Sayısı	Örneklem Sayısı	Araştırmaya Katılan Hekim	
			Sayı	Yüzde(1)
Ankara	849	232	197	39.2
Diyarbakır	152	-	50	10.0
İstanbul	159	-	76	15.1
Muğla	152	-	56	11.2
Sivas	116	-	52	10.4
Tokat	118	-	42	8.4
Yozgat	104	-	29	5.8
TOPLAM	1650	232	502	100.0

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

Tablo 2'den de anlaşılacağı üzere illerdeki pratisyen hekimlerin araştırmaya katılma oranları şu şekildedir.

Ankara % 23.2'si, Diyarbakır % 32.0, İstanbul (dört ilçe) % 47.8, Muğla % 36.8, Sivas % 44.8, Tokat % 35.6, Yozgat % 27.9.

**Tablo 3: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yaş Gruplarının İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

YAŞ GRUPLARI	ANKARA		D. BAKIR		İSTANBUL				İLLER MUĞLA		SIVAS		TOKAT		YOZGAT		TOPLAM
	S	(D)	S	(D)	S	(D)	S	(D)	S	(D)	S	(D)	S	(D)	S	(D)	
23-26	58	29.4	23	46.0	25	32.9	7	12.5	20	38.5	19	45.2	1.8	62.1			170
27-30	87	44.3	13	26.0	32	42.1	22	39.3	22	42.3	13	31.0	11	37.9			200
31-34	28	14.2	7	14.0	12	15.8	10	17.8	5	9.6	4	9.5	0	0.0			66
35-38	15	7.6	6	12.0	7	9.2	10	17.8	3	5.8	2	4.8	0	0.0			43
39 ve üzeri*	9	4,5	1	2.0	0	0.0	4	10.8	2	3.8	4	9.5	0	0.0			23
<b>TOPLAM</b>	197		50		76		56		52		42		29				502
<b>YÜZDE</b>	100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0		100.0				100.0

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

\* 39-42, 43-46 ve 47-50 yaş gruplarına ait veriler az olduğundan bu üç grup birleştirilmiştir.

Tablo 3'den de anlaşılacağı üzere araştırmaya katılan ve 23-26 yaş grubunda olan hekimlerin % 62.1'i Yozgat'da, % 46.0'si Diyarbakır'da ve % 45.2'si Tokat'da çalışmakta iken, yaşları 39 ve üzerinde en çok pratisyen hekime sahip olan il ise Muğla'dır (% 10.8).

**Tablo 4: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Mezun Oldukları Tıp Fakültelerine Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

TIP FAKÜLTESİ	Sayı	Yüzde(1)
Ankara	86	17.1
Cerrahpaşa	55	10.9
Dicle	47	9.3
Gazi	37	7.4
Kge	31	6.2
Çapa	29	5.8
Cumhuriyet	20	4.0
Hacettepe	20	4.0
Karadeniz Teknik	20	4.0
Uludağ	20	4.0
Anadolu	18	3.6
Çukurova	17	3.4
Atatürk	15	3.0
Ondokuz Mayıs	15	3.0
Erciye <sup>1*</sup>	14	2.8
Trakya	14	2.8
Dokuz Eylül	13	2.6
Akdeniz	11	2.2
Selçuk	9	1.8
Marmara	3	0.6
Fırat	2	0.4
Gülhane	1	0.2
Yabancı"	5	1.0
<b>TOPLAM</b>	502	100.0

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

\* Bulgaristan (3 hekim), Romanva (1 Hekim). Irak (1 hekim)



Tablo 4'de araştırmaya katılan toplam 502 hekimin mezun oldukları tıp fakóltesine göre dağılımları yapılırken yüzdelerinin büyüklük sırası göz önünde tutulmuştur. Buna göre hekimlerin % 17.1'i Ankara, % 10.9'u Cerrahpaşa, % 9-3'ü ise Dicle Üniversitesi Tıp Fakóltesi'nden mezun olmuşlardır. Ayrıca beş hekimin mezun olduğu tıp fakóltesi diğer ölkelerdedir.

**Tablo 5: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Mezun Oldukları Yıllara Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

YILLAR	Sayı	Yüzde(1)
1980 ve öncesi	19	3.8
1981-1985	85	17.1
1986-1990	287	57.8
1991 ve sonrası	106	21.3
TOPLAM	497	100.0

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

Tablo 5'de, n= 497 olmasının sebebi toplam beş hekimin bu bölümle ilgili herhangi bir bilgi vermemesidir. Tabloya göre; hekimlerin % 57.8'i 1986-1990 yılları arasında, % 21.3'ü 1991 ve sonrasında, % 17.1'i 1981-1985 yılları arasında % 3-8'i ise 1980 ve öncesi yıllarda tıp fakóltesinden mezun olduklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 6: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Çalıştıkları Sağlık Kuruluşuna Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

SAĞLIK KURULUŞU	Sayı	Yüzde(1)
Sağlık Ocağı	362	72.4
AÇSAP Merkezi	62	12.4
Verem Savaşı Disp.	18	3.6
Devlet Hastanesi	58	11.6
TOPLAM	500	100.0

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

Her ne kadar araştırmaya katılan hekimlerin sayısı toplam 502 olsa da iki hekime ait anket formlarında çalıştıkları sağlık kuruluşuna ait herhangi bir bilgi olmadığı için bu tabloda toplam hekim sayısı 500'dür.

Tablo 6'ya göre araştırma evrenindeki sağlık ocakları en çok hekime (% 72.4) sahip olan sağlık kuruluşlarıdır. Hekimlerin % 12.4'ü ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde, % 11.6'sı devlet hastanelerinde ve % 3.6'sı ise verem savaşı dispanserlerinde çalışmaktadır.

**Tablo 7: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Kendi İfadelerine Göre En Önemli Mesleki Sorunlarına Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

SORUNLAR	Sayı	Yüzde(1)
Ekonomik koşulların yetersizliği	130	29.1
İhtisas yapma imkanının kısıtlı olması	123	27.5
Mesleğin toplumdaki saygınlığının istenilen düzeyde olmaması	74	16.6
Mesleğin adaptasyon eğitiminin olmaması	51	11.4
Mesleki bilgilerin güncelleştirilme imkanının kısıtlı olması	30	6.8
Fakólte eğitiminin yetersizliği	26	5.9
Diğer	12	2.7
TOPLAM	446	100.0

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

Anket formunda en önemli mesleki sorun ile ilgili yedinci sorya 502 hekimden sadece 446'sı cevap verdiği için Tablo 7'de de n değeri değişmiştir. Toplam 446 hekimin % 29-1'i ekonomik koşulların yetersizliğini, % 27.5'i ihtisas yapma imkanının kısıtlı olmasını, % 16.6.'sı İse hekimlik mesleğinin toplumdaki saygınlığının istenilen düzeyde olmamasını en önemli sorun olarak **kabul** ederken araştırmaya katılan pratisyen hekimlerin % 5.9'u tıp fakültesindeki eğitimin yetersizliğini **sorun** olarak vurgulamışlardır.

## 2) Hizmetiçi Eğitim İhtiyacına Ait Bilgiler

**Tablo 8: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Almak İstedikleri Öncelikli Hizmetiçi Eğitim Konularına Göre Ağırlıklı Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

KONULAR	Sayı	Yüzde(1)
Aile Planlaması	213	42.4
Enfeksiyon Hastalıklarının Kontrolü	184	36.7
Bağışıklama	183	36.5
Halkın Sağlık Eğitimi	180	35.9
Çevre Sağlığı	163	32.5
Büyüme ve Gelişmenin İzlenmesi ve Beslenme	140	27.9
İshalli Hastalıkların Kontrolü	85	16.9
Güvenceli Annelik ve Yenidoğan Bakımı	67	13.3
Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü	61	12.2
Koruyucu Ruh Sağlığı	37	7.4
Doğum	33	6.6
Gebelerin İzlenmesi	29	5.8
Beslenme	28	5.6
Ağız ve Diş Sağlığı	27	5.4
Okul Sağlığı	23	4.4
Tuberküloz Kontrolü	13	2.6
Koruyucu Göz Sağlığı	10	2.0
Sıtma Kontrolü	3	0.6
Diğer	15	3.0
n=502		

(1) Yüzdeler n=502'ye göre hesaplanmıştır ve satır yüzdelerini göstermektedir.

Tablo 8'de araştırma evrenine dahil toplam 502 hekimin en çok almak istedikleri hizmetiçi eğitim konuları yüzde sırasına göre verilmiştir. Bu tabloya göre hekimlerin istedikleri ilk üç konu şöyle sıralanmaktadır: '-**Aile** planlaması (% 42.4),

- Enfeksiyon hastalıklarının kontrolü (% 36.7),
- Bağışıklama (% 36.5).

Bununla birlikte yine 502 hekimin % 35.9'u "halkın sağlık eğitimi" ve % 32.5'i de "çevre sağlığı" konularında hizmetiçi eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 9: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Son Bir Yılda Hizmetiçi Eğitim Alıp Almamalarına Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

HİZMETİÇİ EĞİTİM	Sayı	Yüzde(1)
Almış	134	26.8
Almamış	366	73.2
TOPLAM	500	100.0

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

Tablo 9'da da yine araştırma evrenine dahil 502 hekimden İki tanesi bu soruya cevap vermemiştir. Toplam 500 hekimden % 26.8'i son bir yıl içinde herhangi bir kurum ya da kumlusun düzenlediği bir hizmetiçi eğitim programına katıldığı belirtilirken araştırmaya katılan hekimlerin büyük bir bölümü (% 73-2) son bir yılda hiç hizmetiçi eğitim programı almamıştır.

**Tablo 10: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Son Bir Yıl İçinde Hizmetiçi Eğitim Alıp Almamaları- nın Çalıştıkları Sağlık Kuruluşuna Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

SAĞLIK KURULUŞU	HİZMETİÇİ EĞİTİM				TOPLAM	
	ALMIS		ALMAMIS		Sayı	Yüzde(1)
	Sayı	Yüzde(1)	Sayı	Yüzde(1)	Sayı	Yüzde(1)
Sağlık Ocağı	86	24.4	266	75.6	352	100.0
AÇSAP Merkezi	30	48.4	32	51.6	62	100.0
Verem Savaş Dispanseri	7	38.8	11	61.2	18	100.0
Devlet Hastanesi	11	19.0	57	81.0	58	100.0
TOPLAM	134	26.8	366	73.2	500	100.0

(1) Yüzdeler satır yüzdesidir.

Tablo 10'da da, diğer bazı tablolarda olduğu gibi, konuyla ilgili soruyu cevaplayan hekim sayısı 502 değil, 500'dür. Tabloya göre araştırma evrenindeki pratisyen hekimlerden son bir yıl içinde hizmetiçi eğitim programlarına en çok ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde çalışan hekimler (% 48.4) katılmıştır. Evreninin büyük bir kısmını (% 72.4) oluşturan sağlık ocağı hekimlerinin ise sadece % 24.4'ü son bir yılda hizmetiçi eğitim almıştır. Bunları sırasıyla verem savaşı dispanserlerinde (% 38.8) ve Devlet Hastanelerinde (% 19-0) çalışan hekimler izlemektedir.

**Tablo 11: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Kendi İfadelerine Göre Aldıkları Hizmetiçi Eğitimden Yararlanıp Yararlanmama durumlarına Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

HİZMETİÇİ EĞİTİMDEN	Sayı	Yüzde(17)
Yararlananlar	109	81.3
Yararlanmayanlar	25	18.7
TOPLAM	134	100.0

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

Tablo 11'e göre, son bir yıl içinde bir kuram ya da kuruluş tarafından herhangi bir konuda hizmetiçi eğitim programına katılan toplam 134 hekimin kendi İfadelerine göre % 81.3'ü bu eğitim uygulamasından yararlandıklarını, % 18.7'si ise yararlanamadıklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 12: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Aldıkları Hizmetiçi Eğitimden Yararlanmama Nedenlerine Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

NEDENLER	Sayı	Yüzde(1)
İhtiyaçlarıma ve beklentilerime cevap vermedi	12	48.0
İhtiyaçlarıma ve beklentilerime cevap vermedi + Eğitim Metodu Yanlış + Eğitim Ortamı Uygun Değildi	4	16.0
Eğitmenler Yetersizdi	3	12.0
Eğitim Metodu Yanlış	2	8.0
Eğitim Ortamı Uygun Değildi	1	4.0
Eğitim Süresi Yetersizdi	1	4.0
İhtiyaçlarıma ve Beklentilerime Cevap Vermedi+ Eğitim Süresi Yetersizdi	1	4.0
İhtiyaçlarıma ve Beklentilerime Cevap Vermedi+ Eğitim Süresi Yetersizdi	1	4.0
TOPLAM	25	100.0

(1) Yüzdeler Kolon Yüzdesidir.

Tablo 12'cde son bir yıl içinde aldıkları hizmetiçi eğitimden yararlanmadığını belirten 25 hekim (% 18.7), bunun en çok nedeni olarak (% 48) eğitim programının ihtiyaç ve beklentilerine cevap vermemesini ileri sürmektedirler, ikinci sırada, birinci nedene ek olarak yanlış eğitim metodu ve eğitim ortamının uygun-suzluğu (% 16) belirtilirken, üçüncü sırada ise hizmetiçi eğitimi veren eğitmenlerin yetersizliği (% 12) yer almaktadır.

Tablo 13 ise, araştırmaya katılan hekimlerin son bir yıl içinde aldıkları hizmetiçi eğitimin hangi kurum veya kuruluş tarafından düzenlendiğinin tesbit edilmesini amaçlayan ve anket formunda 10. sırada yer alan soruya verilen cevaplardan oluşturulmuştur. Tablonun n değeri, bu soruyu cevaplayan hekim sayısı daha az olduğundan 121'dir.

Bu tabloda, Sağlık Bakanlığı ve Müdürlüğü İle tabloda isimleri olan diğer kurum ve kuruluşların ortaklaşa düzenledikleri hizmetiçi eğitim uygulamalarının sayısı düşük olduğundan birleştirilmiştir.

Tablo 13'e göre hekimlere son bir yıl içinde en çok hizmetiçi eğitimi düzenleyen Sağlık Bakanlığı - Sağlık Müdürlüğü (% 62.0), birden fazla kurum ya da kumusun işbirliği (% 16.6) ve meslek odaları (% 14.1)'dir.

**Tablo 13: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hizmetiçi Eğitimi Düzenleyen Kurum veya Kuruluşa Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

KURUMLAR	Sayı	Yüzde (1)
Sağlık Bakanlığı-Müdürlüğü	75	62.0
Meslek Odaları	17	14.1
Gönüllü Kuruluşlar	2	1.6
Yabancı Kuruluşlar*	2	1.6
Hastaneler	2	1.6
Üniversiteler	2	1.6
İlaç Firmaları	1	0.8
Sağlık Bakanlığı-Müdürlüğü ve Diğer Kuruluşların Ortaklaşa Yürüttüğü Programlar	20	16.6
TOPLAM	121	100.0

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

• UNICEF, Dünya Sağlık Teşkilatı vb.

**Tablo 14: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hizmetiçi Eğitim Uygulamalarının Zorunlu veya İsteğe Bağlı Olmasını İstemelerine Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

HİZMETİÇİ EĞİTİM	Sayı	Yüzde (1)
Zorunlu Olmalıdır	255	50.7
İsteğe Bağlı Olmalıdır	247	49.3
TOPLAM	502	100.0

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

Tablo 14'de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan toplam 502 pratisyen hekimin % 50.7'si hizmetiçi eğitim uygulamalarının zorunlu olmasını, % 49.3'ü ise bu tür eğitim faaliyetlerine katılımın isteğe bırakılmasını tercih etmektedirler.

**Tablo 15: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hizmetiçi Eğitimi Planlamasını ve Uygulamasını İstedikleri Kurum veya Kuruluşa Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

KURUMLAR	Planlama		Uygulama	
	Sayı	Yüzde(1)	Sayı	Yüzde(1)
Sağlık Bakanlığı-Müdürlüğü	84	53.9	73	48.3
Üniversiteler	27	17.3	39	25.8
Meslek Odaları	27	17.3	19	12.7
Diğer*	18	11.5	20	13.2
TOPLAM	156	100.0	151	100.0

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

\* Verilerin az olması nedeniyle gönüllü ve yabancı kuruluşlar. Devlet Hastaneleri ve ilaç firmaları "Diğer" başlığı altında toplanmıştır.

Tablo 15'deki verilere göre, araştırmaya katılan hekimler hizmetiçi eğitimi en çok Sağlık Bakanlığı - Müdürlüğü'nün planlamasını (% 53-9) ve uygulamasını (% 48.3) istemektedirler. Sağlık Bakanlığı - Müdürlüğü'nü planlamada meslek odaları ile üniversiteler (% 17,3), uygulamada ise 25.8 ile üniversiteler ve % 12.7 ile meslek odaları izlemektedir.

Tablo 16-a ve 16-b araştırmaya katılan pratisyen hekimlerin düzenlenecek bir hizmetiçi eğitim uygulamasında tercih ettikleri eğitim metodunu tesbit etmeyi amaçlayan ve birden fazla şıkkın işaretlenebildiği anket formundaki 16. soruya verilen cevaplara göre düzenlenmiştir. Buna göre Tablo 16-a ham verilerin sınıflaması ile ortaya çıkan ve hekimlerin seçilen eğitim metoduna göre dağılımlarını gösterirken. Tablo 16-b, Tablo 16-a'daki verilerin özetlenmiş şeklini vermektedir.

**Tablo 16-a: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tercih Ettikleri Hizmetiçi Eğitim Metodlarına Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

EĞİTİM METODU	Sayı	Yüzde (1)
Konferans	7	1.5
Açık Oturum	9	2.0
Grup Tartışmaları	17	3.8
Periyodik Yayınlar	20	4.4
Görev Başında Eğitim	18	4.0
Uzmanla Bir Süre Çalışmak	25	5.5
Konferans + Grup Tartışmaları	5	1.0
Konferans + Periyodik Yayınlar	32	7.1
Konferans + Görev Başında Eğitim	12	2.8
Konferans + Uzmanla Bir Süre Çalışmak	9	2.0
Açık Oturum + Grup Tartışmaları	7	1.5
Açık Oturum + Periyodik Yayınlar	4	0.9
Grup Tartışmaları + Periyodik Yayınlar	29	6.4
Grup Tartışmaları + Görev Başında Eğitim	17	3.8
Grup Tartışmaları + Uzmanla Bir Süre Çalışmak	22	4.9
Periyodik Yayınlar + Görev Başında Eğitim	21	4.7
Periyodik Yayınlar + Uzmanla Bir Süre Çalışmak	15	3.3
Görev Başında Eğitim + Uzmanla Bir Süre Çalışmak	27	6.1
Konferans + Açık Oturum + Periyodik Yayınlar	6	1.3
Konferans + Grup Tartışmaları + Periyodik Yayınlar	9	2.0
Konferans + Periyodik Yayınlar + Görev Başında Eğitim	14	3.1
Konferans + Periyodik Yayınlar + Uzmanla Bir Süre Çalışma	16	3.5
Konferans + Görev Başında Eğitim + Uzmanla Bir Süre Çalışma	9	2.0
Açık Oturum + Grup Tartışmaları + Periyodik Yayınlar	4	0.9
Grup Tartışmaları + Periyodik Yayınlar + Görev Başında Eğitim	22	4.9
Grup Tartışmaları + Periyodik Yayınlar + Uzmanla Bir Süre Çalışma	15	3.3
Grup Tartışmaları + Görev Başında Eğitim + Uzmanla Bir Süre Çalışma	14	3.1
Periyodik Yayınlar + Görev Başında Eğitim + Uzmanla Bir Süre Çalışma	22	4.9
Konferans + Açık Oturum + Grup Tartışmaları + Periyodik Yayınlar	4	0.9
Konferans + Grup Tartışmaları + Periyodik Yayınlar + Görev Başında Eğitim	6	1.3
Konferans + Periyodik Yayınlar + Görev Başında Eğitim + Uzmanla Bir Süre Çalışma	4	0.9
Açık Oturum + Grup Tartışmaları + Periyodik Yayınlar + Görev Başında Eğitim	5	1.1
Grup Tartışmaları + Periyodik Yayınlar + Görev Başında Eğitim + Uzmanla Bir Süre Çalışma	5	1.1
TOPLAM	451	100.0

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

Tablo 16-a ve b'nin oluşturulmasında kullanılan anket formundaki 16. soruyu sadece 451 hekim işaretlemiştir. Buna göre en çok tercih edilen İlk altı hizmetiçi eğitim metodu şöyle sıralanmaktadır:

- % 7.1 İle konferans + grup tartışmaları
- % 6.5 ile grup tartışmaları + periyodik yayınlar
- % 6.1 ile görev başında eğitim + uzmanla bir süre çalışmak
- % 5.5. ile uzmanla bir süre çalışmak
- % 4.9 ile grup tartışmaları + uzmanla bir süre çalışmak
- % 4.9 ile **grup** tartışmaları + periyodik yayınlar + **uzmanla** bir süre çalışmak
- % 4.7 ile periyodik yayınlar + görev başında eğitim

**Tablo 16-b: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tercih Ettikleri Hizmetiçi Eğitim Metodlarına Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

EĞİTİM METODU	Sayı	Yüzde (1)
Periyodik Yayınlar	253	56.1
Görev Başında Eğitim	196	43.5
Uzmanla Bir Süre Çalışma	183	40.6
Grup Tartışmaları	181	40.1
Konferans	133	29.5
Açık Oturum	30	6.7

n=451

(1) Yüzdeler n- 451'e göre hesaplanmıştır ve satır yüzdelerini göstermektedir.

Tablo 16-b'nin incelenmesinden de anlaşılacağı üzere araştırmaya katılan yedi ildeki pratisyen hekimler tarafından çeşitli kombinasyonlarda da yer alsa, periyodik yayınlarla eğitim (% 56.1), görev başında eğitim (% 43.5), bir uzmanla bir süre çalışmak (% 40.6) ve grup tanışmaları (% 40.1) en çok tercih edilen eğitim metodlarıdır.

Tablo 17 ile ilgili soruya da araştırmaya katılan toplam 502 hekimden 476'sı cevap vermiştir. Pratisyen hekimler hizmetiçi eğitimin en çok; çalıştığı kuruma en yakın üniversite hastanesinde (% 22.1), çalıştığı kurumda (% 16.0) ve çalıştığı kurum ile çalıştığı kuruma en yakın üniversite hastanesinde (% 12.7) düzenlenmesini istemektedirler.

**Tablo 17: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hizmetiçi Eğitim Uygulamalarının Yapılmasını İstedikleri Yere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

KURUM/KURULUŞ	Sayı	Yüzde (1)
Çalıştığı Kurumda*	76	16.0
Çalıştığı Kuruma En Yakın Hastanede	40	8.4
Çalıştığı Kuruma En Yakın Üniversite Hastanesinde	105	22.1
Çalıştığı Kuruma Yakın Herhangi Bir Sağlık Kurumu	25	5.2
Bir Eğitim Tesisinde	43	9.0
Çalıştığı Kurumda + Çalıştığı Kuruma En Yakın Hastanede	17	3.5
Çalıştığı Kurumda + Çalıştığı Kuruma En Yakın Üniversite Hastanesinde	60	12.7
Çalıştığı Kurumda + Çalıştığı Kuruma En Yakın Herhangi Bir Sağlık Kurumunda	10	2.1
Çalıştığı Kurumda + Bir Eğitim Tesisinde	20	4.2
Çalıştığı Kuruma En Yakın Hastanede + Çalıştığı Kuruma En Yakın Üniversite Hastanesi	23	4.9
Çalıştığı Kuruma En Yakın Hastanede + Bir Eğitim Tesisinde	12	2.5
Çalıştığı Kuruma En Yakın Üniversite Hastanesinde + Bir Eğitim Tesisinde	20	4.2
Çalıştığı Kurumda + Çalıştığı Kuruma En Yakın Hastanede + Çalıştığı Kuruma En Yakın Üniversite Hastanesinde	12	2.5
Çalıştığı Kurumda + Çalıştığı Kuruma En Yakın Üniversite Hastanesinde + Bir Eğitim Tesisinde	13	2.7
TOPLAM	476	100.0

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

\* Sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, verem savaşı dispanseri ve devlet hastanesi

### 3. Bilgi Düzeyi

Araştırmaya katılan pratisyen hekimlerin toplam 43 tane olan ve **bilgi** düzeylerini tesbit etmeyi amaçlayan sorulara verdikleri cevaplar iki ayrı bölümde İncelenmektedir.

Birinci bölümde hekimlerin, 16 sağlık programının konu başlıklarına göre verdikleri cevapların, illere göre dağılımı yer almaktadır.

Pratisyen hekimlerin aldıkları ortalama toplam puanların 100 üzerinden standardize edilerek bazı bağımsız değişkenlere göre **dağılımları** ise İkinci bölümde bulunmaktadır.

#### 3-1. Cevapların Sağlık Programlarına Göre İllere Dağılımı

**Tablo 18: Araştırmaya Katılan Hekimlerin İshal Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

Cevaplar	İLLER							TOPLAM	
	Ankara	D.Bakır	İstanbul	Muğla	Sivas	Tokat	Yozgat	Sayı	Yüzde (1)
3 Yanlış ve 1 Doğru	45	10	14	13	11	10	13	116	23.1
2 Doğru	92	33	46	25	32	24	16	268	53.4
3 Doğru	60	7	16	18	9	8	0	118	23.5
TOPLAM	197	50	76	56	52	42	29	502	100.0
Yüzde (2)	39.2	10.0	15.1	11.2	10.4	8.4	5.8	100.0	

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

(2) Yüzdeler satır yüzdesidir.

$$X^2 = 6.62 \text{ p} > 0.05$$

Tablo 18'de "3 Yanlış" ve "1 Doğru" cevap veren hekimlere ait gözlerde beklenen frekansların % 20'den fazlasının (% 25.0) 5'in altında olması nedeniyle bu gözlerdeki **veriler** birleştirilmiş ve böylece 5'in altında hiç beklenen frekans kalmamıştır.

Bu tabloya göre; bu sağlık programı ile ilgili toplam üç soruya verilen cevapların yarısından çoğu (% 53-4) iki doğru cevaptır.

Düzeltilmenin ardından tekrarlanan ki-kare testinde de, "İshalli Hastalıkların Kontrolü" ile İlgili sorulara pratisyen hekimler tarafından verilen cevaplar konusunda iller arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır. Bu tabloda serbestlik derecesi (SD) 6 iken  $X^2 = 5.62$  ve  $p = 0.4070$  hesaplanmıştır.

**Tablo 19: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Bağışıklama Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

Cevaplar	Ankara	D. Bakır	İstanbul	İLLER				TOPLAM	
				Muğla	Sivas	Tokat	Yoz sat	Sayı	Yüzde (1)
4 yanlış.	6	4	4	3	5	2	1	25	5-0
1 Doğru	34	12	24	6	9	7	2	94	18.7
2 Doğru	50	16	17	13	15	11	7	129	25.7
3 Doğru	65	12	19	18	15	16	16	161	32.1
4 Doğru	42	6	12	16	8	6	3	93	18.5
TOPLAM	197	50	76	56	52	42	29	502	100.0
Yüzde (2)	39.2	10.0	15.1	11.2	10.4	8.4	5-8	100.0	

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir

(2) Yüzdeler satır yüzdesidir.

$$X^2 = 32.98 \text{ p} > 0.05$$

Tablo 19'da İse "Bağışıklarm" konusundaki cevaplar yeralmaktadır. Bu konuda evrendeki pratisyen hekimlerin verdikleri cevapların yüzde dağılımları birbirine yakın olmakla birlikte en çok (% 32.1) "3 Doğru" cevap göze çarpmaktadır. Bunu % 25.7 ile "2 Doğru" izlemektedir. "4 Yanlış" cevap verenlerin oranı ise % 5.0'dir.

Bu tablonun serbestlik derecesi 24 iken,  $X^2 = 32.98$  ve  $p = 0.1444$ 'dür. **Bağışıklama** konusunda hekimlerin verdikleri cevaplara göre iller arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

**Tablo 20: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Enfeksiyon Hastalıkları Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

Cevaplar	İLLER							TOPLAM	
	Ankara	D.Bakır	İstanbul	Muğla	Sivas	Tokat	Yozgat	Sayı	Yüzde (1)
2 Yanlış ve 1 Doğru	120	39	33	31	38	29	27	317	63.1
2 Doğru	77	11	43	25	14	13	2	185	36.9
TOPLAM	197	50	76	56	52	42	29	502	100.0
Yüzde (2)	39.2	10.0	15.1	11.2	10.4	8.4	5.8	100.0	

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

(2) Yüzdeler satır yüzdesidir.

$$X^2 = 33-34 \quad p < 0.05$$

Tablo 20'de de. Tablo 18'de olduğu gibi bir düzeltme yapılmıştır. Çünkü iki somya da "2 Yanlış" cevap veren hekimlere ait gözlerde beklenen frekansların % 20'den fazlası (% 33-3), 5'in altında olduğundan ki-kare testinin güvenilirliğini artırmak amacıyla sözkonusu gözlerdeki veriler birleştirilmiştir.

Tablo 20'ye göre, İki sorudan bir tanesine doğru veya her İkisine de yanlış cevap veren hekimlerin oranı % 63.1, iki tane doğru cevap verenlerin oranı ise % 36.9'dur.

Tablodaki düzeltmenin ardından tekrarlanan ki-kare testinde "Enfeksiyon Hastalıklarının Kontrolü" ile ilgili sorulara pratisyen hekimler tarafından verilen cevaplar konusunda iller arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunan farklılık devam etmiştir ( $X^2 = 33-34$ ,  $SD = 6$ ,  $p = 0.0000$ ).

**Tablo 21: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Aile Planlaması Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

Cevaplar	İLLER							TOPLAM	
	Ankara	D. Bakır	İstanbul	Muğla	Sivas	Tokat	Yozgat	Şayı_	Yüzde (1)
3 yanlış	12	8	10	6	3	2	1	42	8.4
1 Doğru	87	29	43	15	19	9	8	210	41.8
2 Doğru	70	7	18	24	21	15	13	165	33.5
3 Doğru	28	6	5	11	9	16	7	82	16.3
TOPLAM	197	50	76	56	52	42	29	502	100.0
Yüzde (2)	39.2	10.0	15.1	11.2	10.4	8.4	5.8	100.0	

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

(2) Yüzdeler satır yüzdesidir.

$$X^2 = 56.05 \quad p < 0.05$$

Tablo 21, pratisyen hekimlerin "Aile Planlaması" konusundaki cevaplarını göstermektedir. Tabloya göre; hekimlerin çoğunluğu bu konudaki toplam üç soruya tek doğru cevap (% 41.8) vermiştir. Üç sorunun hepsine de yanlış cevap veren hekimlerin oranı % 8.4'dür.

Tablo 21'deki verilere uygulanan ki-kare testinin sonucuna göre, araştırmaya katılan pratisyen hekimlerin aile planlaması ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar bazında iller arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2 = 56.05$   $SD = 18$  ve  $p = 0.0000$ ).



Tablo 22'de de Tablo. 18 ve 20'deki gibi bir düzeltme yapılmıştır. Dört sorunun hepsine yanlış cevap veren hekimlere ait gözlerde beklenen frekansların % 20'den fazlası (% 37.1), **5'in** altındadır. Bu durum da ki-kare testinin güvenilirliğini azaltacağından "4 Yanlış" gözü ile "1 Doğru" gözü birleştirilmiş ve test tekrarlanmıştır.

**Tablo 22: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Gebelerin İzlenmesi Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

Cevaplar	İLLER							TOPLAM	
	Ankara	D.Bakır	İstanbul	Muğla	Sivas	Tokat	Yozgat	Sayı	Yüzde (1)
4 yanlış ve 1 Doğru	14	9	7	4	3	3	1	41	8.1
2 Doğru	31	10	27	16	14	12	5	115	23.0
3 Doğru	84	23	23	22	16	16	9	193	38.4
4 Doğru	68	8	19	14	19	11	14	153	30.5
TOPLAM	197	50	76	56	52	42	29	502	100.0
Yüzde (2)	39.2	10.0	15.1	11.2	10.4	8.4	5.8	100.0	

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

(2) Yüzdeler satır yüzdesidir.

$$X^2 = 33.48 \text{ p} < 0.05$$

Tablo 22'de araştırmaya katılan hekimlerin "Gebelerin İzlenmesi" konusundaki dört soruya verdikleri cevaplara bakıldığında, pratisyen hekimlerin en çok üç doğru (% 38.4) ve dört doğru (% 30.5) cevap verdikleri görülmektedir. Bunları % 23.0 ile "2 Doğru" cevaplar takip etmektedir.

Bu sonuçlara göre 18 serbestlik derecesinde  $X^2 = 33-48$  iken  $p = 0.0146$  bulunmuştur. İller arasında "Gebelerin izlenmesi" konusundaki sorulara verilen cevaplar arasında İstatistiksel olarak bir farklılık vardır.

**Tablo 23: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Doğum Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

Cevaplar	İLLER							TOPLAM	
	Ankara	D.Bakır	İstanbul	Muğla	Sivas	Tokat	Yozgat	Sayı	Yüzde (1)
3 yanlış	26	9	9	16	13	6	4	83	16.5
1 Doğru	53	28	18	17	17	9	7	149	29.7
2 Doğru	89	9	40	16	16	21	11	202	40.2
3 Doğru	29	4	9	7	6	6	7	68	13.6
TOPLAM	197	50	76	56	52	42	29	502	100.0
Yüzde (2)	39.2	10.0	15.1	11.2	10.4	8.4	5.8	100.0	

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

(2) Yüzdeler satır yüzdesidir.

$$X^2 = 42.80 \text{ p} < 0.05$$

Tablo 23'de İse, araştırma evrenine dahil hekimlerin "Doğum" ile ilgili sağlık programı konusunda hazırlanan üç soruya verdikleri cevapların illere dağılımı verilmiştir. Hekimlerin çoğu (% 40.2)'si üç sorudan ikisine doğru cevap verirken, % 16.5'i üç soruya da yanlış cevap vermiştir.

Araştırmaya katılan pratisyen hekimlerin doğum konusundaki bilgi düzeyleri iller arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $X = 42.80$ ,  $SD = 18$  ve  $p = 0.0009$ ).

**Tablo 24: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Güvenceli Annelik ve Yenidoğan Bakımı Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

Cevaplar	İLLER							TOPLAM	
	Ankara	D.Bakır	İstanbul	Muğla	Sivas	Tokat	Yozgat	Sayı	Yüzde (1)
3 yanlış	7	5	7	4	6	4	5	38	7.6
1 Doğru	20	9	18	6	8	8	4	73	14.5
2 Doğru	114	20	40	22	19	24	11	250	49.8
3 Doğru	56	16	11	24	19	6	9	141	28.1
TOPLAM	197	50	76	56	52	42	29	502	100.0
Yüzde (2)	39.2	10.0	15.1	11.2	10.4	8.4	5.8	100.0	

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

(2) Yüzdeler satır yüzdesidir.

$$X^2 = 40.15 \text{ p} < 0.05$$

Tablo 24'de, araştırmaya katılan pratisyen hekimler tarafından "Güvenceli Annelik ve Yenidoğan Bakımı" konusundaki sorulara verilen cevapların yedi ile göre dağılımları incelenmiştir. Buna göre; en çok yığılma % 49.8 oranı ile iki doğru cevap veren grupta olmuştur. Konuyla ilgili üç sorunun hepsine yanlış cevap verenlerin oranı ise % 7.6'dır.

iller arasında bu konudaki cevaplara göre anlamlı, bir farklılık bulunmuştur ( $X^2 = 40.15$ ,  $SD = 18$  ve  $p = 0.0020$ ).

**Tablo 25: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Büyüme ve Gelişmenin İzlenmesi ve Beslenme Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

Cevaplar	İLLER							TOPLAM	
	Ankara	D.Bakır	İstanbul	Muğla	Sivas	Tokat	Yozgat	Sayı	Yüzde (1)
4 yanlış ve 1 Doğru	9	7	5	5	6	6	4	42	8.4
2 Doğru	28	9	17	7	8	10	8	87	17.3
3 Doğru	109	19	43	22	27	21	8	249	49.6
4 Doğru	51	15	11	22	11	5	9	124	24.7
TOPLAM	197	50	76	56	52	42	29	502	100.0
Yüzde (2)	39.2	10.0	15.1	11.2	10.4	8.4	5.8	100.0	

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

(2) Yüzdeler satır yüzdesidir.

$$X^2 = 30.04 \text{ p} < 0.05$$

Tablo 25'de araştırmaya katılan hekimler tarafından "4 Yanlış" ve "1 Doğru" cevap verilen gözlerde beklenen frekansların % 20'den fazlası (% 33-3), 5'in altında olduğundan ki-kare testi yapılmadan önce birinci ve ikinci gözlerdeki veriler birleştirilmiştir.

Bu tablodaki verilerin ışığında, konuyla ilgili cevaplarda üç tane doğrunun bulunması ilk sırayı (% 49.6), dört doğru ikinci (% 24.7) ve iki doğru ise % 17.3 ile üçüncü sırayı almıştır.

Yapılan ki-kare testinin ardından bu tablo ile ilgili olarak iller arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ( $X^2 = 30.04$ ,  $SD = 18$ ,  $p = 0.0370$ ).

**Tablo 26: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tüberküloz Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

Cevaplar	İLLER							TOPLAM	
	Ankara	D.Bakır	İstanbul	Muğla	Sivas	Tokat	Yozgat	Sayı	Yüzde (1)
3 yanlış	21	3	7	3	5	5	2	46	2.8
1 Doğru	61	26	39	10	10	15	9	170	14.3
2 Doğru	62	15	24	34	24	14	10	183	53.4
3 Doğru	53	6	6	9	13	8	8	103	29.5
TOPLAM	197	50	76	56	52	42	29	502	100.0
Yüzde (2)	39.2	10.0	15.1	11.2	10.4	8.4	5.8	100.0	

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

(2) Yüzdeler satır yüzdesidir.

$$X^2 = 48.56 \text{ p} < 0.05$$

Tablo 26, araştırmaya katılan hekimlerin "Tüberküloz Kontrolü" konusundaki sorulara verdikleri cevapların, hekimlerin çalıştıkları illere göre dağılımını göstermektedir. Ru tabloya göre pratisyen hekimlerin yarısı (% 53.4) tüberküloz ile ilgili üç sorudan iki tanesine, % 29.5'i ise üç sorunun hepsine **doğru** cevap vermiştir. Bu sonuçlara göre iller arasında pratisyen hekimlerin bilgi düzeyleri bakımından anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $X^2 = 48.56$ . SD = 18, p = 0.0001).

Tablo 27'de ise araştırma evrenine dahil olan pratisyen hekimlerin "**Koruyucu Ruh Sağlığı**" programı konusundaki sorulardan birisine % 45.6. ikisine % 21.9 oranında doğru cevap vermiştir. Fakat hekimlerin. % 32.5'i bu iki sorunun ikisini de yanlış cevaplamıştır.

Tabloda  $X^2 = 21.6i$ , serbestlik derecesi 12 iken p = 0.0421 bulunmuştur. Bu sonuçların ışığında koruyucu ruh sağlığı konusunda hekimlerin bilgi düzeyleri açısından istatistiksel olarak **anlamlı** farklılık vardır.

**Tablo 27: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Koruyucu Ruh Sağlığı Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

Cevaplar	İLLER							TOPLAM	
	Ankara	D.Bakır	İstanbul	Muğla	Sivas	Tokat	Yozgat	Sayı	Yüzde (1)
2 yanlış	52	25	32	15	15	13	11	163	32.5
1 Doğru	95	15	33	25	24	21	16	229	45.6
2 Doğru	50	10	11	16	13	8	2	110	21.9
TOPLAM	197	50	76	56	52	42	29	502	100.0
Yüzde (2)	39.2	10.0	15.1	11.2	10.4	8.4	5.8	100.0	

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

(2) Yüzdeler satır yüzdesidir.

$$X^2 = 21.61 \text{ p} < 0.05$$

**Tablo 28: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Koruyucu Göz Sağlığı Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

Cevaplar	İLLER							TOPLAM	
	Ankara	D.Bakır	İstanbul	Muğla	Sivas	Tokat	Yozgat	Sayı	Yüzde (1)
2 yanlış ve									
1 Doğru	104	29	22	24	24	26	22	251	50.0
2 Doğru	93	21	54	32	28	16	7	251	50.0
TOPLAM	197	50	76	56	52	42	29	502	100.0
Yüzde (2)	39.2	10.0	15.1	11.2	10.4	8.4	5.8	100.0	

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir

(2) Yüzdeler satır yüzdesidir.

$$X^2 = 32.88 \text{ p} < 0.05$$

Tablo 28'de de pratisyen hekimlerin "2 Yanlış" cevap verdikleri gözlerde beklenen frekansların % 20'den fazlası (% 28.6), 5'in altında olduğundan ki-kare testinden önce "2 Yanlış" ve "1 Doğru" gözleri birleştirilmiştir.

Bu birleştirmeden sonra "Koruyucu Göz Sağlığı" programı ile ilgili hazırlanan iki soruya araştırmaya katılan hekimlerin yansı (% 50) yanlış ye da bir doğru, diğer yarısı ise (% 50) ikisine de doğru cevap vermiştir.

Araştırma evrenine dahil yedi il arasında bu sağlık programı ile ilgili cevaplara göre istatistiksel bir farklılık olduğu saptanmıştır ( $X^2 = 32.88$ ;  $sd = 12$ ;  $p = 0.0010$ ).

**Tablo 29: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

Cevaplar	İLLER							TOPLAM	
	Ankara	D.Bakır	İstanbul	Muğla	Sivas	Tokat	Yozgat	Sayı	Yüzde (1)
2 yanlış	35	15	17	15	17	8	7	114	22.7
1 Doğru	98	24	33	25	17	21	5	223	44.4
2 Doğru	64	11	26	16	18	13	17	165	32.9
TOPLAM	197	50	76	56	52	42	29	502	100.0
Yüzde (2)	39.2	10.0	15.1	11.2	10.4	8.4	5.8	100.0	

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

(2) Yüzdeler satır yüzdesidir.

$$X^2 = 22.51 \quad p < 0.05$$

Tablo 29'da araştırmaya katılan pratisyen hekimlerin "Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü" konusundaki iki soruya verdiği cevaplar bulunmaktadır. Evreninin % 44.4'ü tek ve % 32.9'lu iki doğru, % 22.7'si ise iki yanlış cevap vermişlerdir. Diğer tablolarda olduğu gibi Tablo 29'daki verilere göre, bu sağlık programı konusunda hekimlerin bilgi düzeyleri bazında iller arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $X^2 = 22.51$ ;  $SD = 12$ ;  $p = 0.0321$ ).

Tablo 30'da İki ayrı düzeltme yapılmıştır. Çünkü gerek "8 Yanlış", "1 Doğru", "2 Doğru" ve "3 Doğru" cevaplara ait gözlerde, gerekse "7 Doğru" ve "8 Doğru" cevaplarının bulunduğu gözlerde beklenen frekansların % 20'den fazlasının (% 61.9), 5'in altında olması nedeniyle ki-kare testinin güvenilirliğini arttırmak için bu gözlerdeki veriler birleştirilmiştir.

**Tablo 30: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Okul Sağlığı Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

Cevaplar	İLLER							TOPLAM	
	Ankara	D.Bakır	İstanbul	Muğla	Sivas	Tokat	Yozgat	Sayı	Yüzde (1)
8 yanlış ve 1,2,3,4 Doğru	10	7	10	5	8	7	9	56	11.2
5 Doğru	31	12	8	9	15	4	9	88	17.5
6 Doğru 7 ve 8 Doğru	68	9	20	19	12	16	8	152	30.3
TOPLAM	197	50	76	56	52	42	29	502	100.0
Yüzde (2)	39.2	10.0	15.1	11.2	10.4	8.4	5.8	100.0	

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

(2) Yüzdeler satır yüzdesidir.

$$X^2 - 103.95 \quad p < 0.05$$

Tablo 30, araştırma evrenindeki 7 ilde çalışan pratisyen hekimlerin "Okul Sağlığı" programı konusunda hazırlanan iki açık uçlu soruya (her bir sorudan tam puan alabilmek için dört doğru cevap olması gerekmektedir) verdikleri cevapların dağılımını göstermektedir. Bu tabloya göre; hekimlerin % 11.2'si dört ve

daha az **doğru** ve sekiz yanlış cevap vermiştir. % 17.5'inin beş, % 30.3'ünün altı ve çoğunluğunun (% 41.0) ise yedi ve sekiz doğru cevap verdikleri anlaşılmaktadır.

"Okul Sağlığı" konusunda da araştırma evrenindeki iller arasında pratisyen hekimlerin cevaplarında bulunan farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $X^2 = 103.95$ ,  $SD = 48$ ,  $p = 0.0000$ ).

Tablo 31'de de görülmektedir ki, "Sıtma Kontrolü" başlıklı program çerçevesinde hazırlanan iki soruya araştırma evrenindeki hekimlerin cevaplarından % 48.8'inin bir tanesi doğru iken, "2 Doğru" ve "2 Yanlış" cevap veren hekimlerin oranları birbirine yakındır (sırasıyla % 25.5. ve % 25.7).

Sıtma kontrolü konusundaki sorulara verilen cevaplara göre araştırmaya katılan pratisyen hekimlerin bilgi düzeyleri yönünden iller arasında farklılık yoktur ( $X^2 = 15.78$ ,  $SD = 12$  ve  $p = 0.2011$ ).

**Tablo 31: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Sıtma Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

Cevaplar	İLLER							TOPLAM	
	Ankara	D.Bakır	İstanbul	Muğla	Sivas	Tokat	Yozgat	Sayı	Yüzde (1)
2 yanlış	52	9	21	14	12	15	5	128	25.5
1 Doğru	84	30	38	28	24	22	19	245	48.8
2 Doğru	61	11	17	14	16	5	5	129	25.7
TOPLAM	197	50	76	56	52	42	29	502	100.0
Yüzde (2)	39.2	10.0	15.1	11.2	10.4	8.4	5.8	100.0	

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

(2) Yüzdeler satır yüzdesidir.

$X^2 = 15.78$   $p > 0.05$

Tablo 32'de, Tablo 30 gibi "8 Yanlış", "1 Doğru", "2 Doğru", "3 Doğru", "4 Doğru", "7 Doğru" ve "8 Doğru" cevaba ait gözlerde beklenen frekansların % 49-2'si, 5'in altında olduğundan gözlerdeki veriler aynı şekilde gruplandırılmıştır.

Tablo 32'nin hazırlanmasında kullanılan iki soru da açık uçlu olup her birinin dört cevabı bulunmaktadır. Buna göre araştırmaya katılan pratisyen hekimlerin % 33-3'ü dört ve daha az doğru ve sekiz yanlış, % 24.5'i beş, % 22.5'i yedi ve sekiz doğru ve % 19-7'si altı soruya doğru cevap vermiştir.

Tüm bu sonuçlara uygulanan ki-kare testine göre "Halkın Sağlık Eğitimi" konulu sağlık programına verilen cevaplar bakımından iller arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır) ( $X^2 = 71.43$ ,  $SD = 48$  ve  $p = 0.0000$ ).

**Tablo 32: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Halkın Sağlık Eğitimi Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

Cevaplar	İLLER							TOPLAM	
	Ankara	D.Bakır	İstanbul	Muğla	Sivas	Tokat	Yozgat	Sayı	Yüzde (1)
8 yanlış ve 1,2,3,4 Doğru	53	28	30	9	17	11	19	167	33.3
5 Doğru	61	9	20	13	8	7	5	123	24.5
6 Doğru	50	6	6	16	9	10	2	99	19.7
7 ve 8 Doğru	33	7	20	18	18	14	3	113	22.5
TOPLAM	197	50	76	56	52	42	29	502	100.0
Yüzde (2)	39.2	10.0	15.1	11.2	10.4	8.4	5.8	100.0	

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

(2) Yüzdeler satır yüzdesidir.

$X^2 = 71.43$   $p < 0.05$

**Tablo 33: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Konusundaki Sorulara Verdikleri Cevapların İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

Cevaplar	İLLER							TOPLAM	
	Ankara	D.Bakır	İstanbul	Muğla	Sivas	Tokat	Yozgat	Sayı	Yüzde (1)
2 yanlış	104	32	41	25	33	16	9	260	51.8
1 ve 2 Doğru	93	18	35	31	19	26	20	242	48.2
TOPLAM	197	50	76	56	52	42	29	502	100.0
Yüzde (2)	39.2	10.0	15.1	11.2	10.4	8.4	5.8	100.0	

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

(2) Yüzdeler satır yüzdesidir.

$$X^2 = 15.34 \text{ p} < 0.05$$

Tablo 33'deki verilerle ilgili oluşturulan iki tabloda doğru cevap gruplarına ait gözlerde beklenen frekansların % 20'den fazlasının (% 28.6), 5'in altında bulunması nedeniyle bir ve iki doğru cevap verenlerin bulunduğu gözler birleştirilmiştir.

Tablo 33 anket formundaki son iki soruya verilen cevaplarla oluşturulmuştur. Araştırma evrenindeki pratisyen hekimlerin yarısı (% 51.8) "Çevre Sağlığı" ile ilgili soruların ikisini de yanlış cevaplarırken % 48.2'si bir veya iki doğru cevap vermiştir.

Bu tablonun ait olduğu sağlık programı ile ilgili cevaplara göre iller arasında istatistiksel bir farklılık bulunmuştur ( $X^2 = 15.34$ ,  $SD = 6$ ,  $p = 0.017$ ).

### 3.2. Ortalama Toplam Puanların Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı

Anket formunda, araştırmaya katılan pratisyen hekimlerin bilgi düzeyini ölçmeyi amaçlayan toplam 43 soru bulunmaktadır ve her sorunun doğru cevabı için hekimlere bir puan verilmiştir. Dolayısıyla tüm sorulara doğru cevap veren hekimlerin 43 puan almaları planlanmıştır. Fakat araştırmanın bu bölümünden elde edilecek sonuçların daha kolay anlaşılır ve kullanılabilir olmasını sağlamak için hekimlerin aldıkları ortalama puanlar, daha sonra 100 üzerinden standardize edilerek yeniden düzenlenmiştir.

**Tablo 34: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Aldıkları Ortalama Toplam Puanların Yaş Grupları ve Cinsiyetlerine Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

YAŞ GRUPLARI	ERKEK				KADIN			
	Sayı	Yüzde (1)	Ortalama	Standart Sapma	Sayı	Yüzde (1)	Ortalama	Standart Sapma
23-26	92	26.5	53.8064	9.4545	78	50.4	56.5935	10.5807
27-30	148	42.7	58.7221	9.8898	52	33.5	59.2163	8.7668
31-34	48	13.8	58.0804	11.4397	18	11.6	61.4422	7.4007
35-38	36	10.4	56.5989	8.9115	7	4.5	60.2486	12.0309
39-42	13	3.7	53.0985	9.8745	0	0.0	0.0000	0.0000
43-46	7	2.0	49.7043	10.2682	0	0.0	0.0000	0.0000
47-50	3	0.9	49.9433	18.3426	0	0.0	0.0000	0.0000
TOPLAM	347	100.0	56.6413	10.2049	155	100.0	58.2015	9.8076

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

$$F = 2.56 \text{ p} > 0.05$$

Tablo 34'ün incelenmesinden de anlaşılacağı üzere; araştırmaya katılan pratisyen hekimlerden erkeklerde en yüksek ilk iki ortalama puan (58.7221 ve 58.0804) 27-30 ve 31-34, kadınlarda ise en yüksek ilk iki ortalama puan (61.4422 ve 60.2486) 31-34 ve 35-38 yaş gruplarına aittir.

Hekimler arasında yaş ve cinsiyet farklılıkları, aldıkları ortalama toplam puanları etkilememektedir ( $F = 2.56$ ,  $p = 0.1102$ )

Tablo 35'de ise araştırma evrenindeki iller arasında hekimlerin anket formundaki sorulara verdikleri cevaplardan aldıkları ortalama toplam puanları karşılaştırılmaktadır. Buna göre; en yüksek ortalama toplam

puanı 591179 ile Ankara'da, en **düşük** ortalama toplam puanı ise 51.3830 ile Diyarbakır'da çalışan, pratisyen hekimler almışlardır.

**Tablo 35: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Aldıkları Ortalama Toplam Puanların İllere Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

İLLER	Sayı	Yüzde	Ortalama	Standart
Ankara	197	39.2	59.1179	9.3852
Diyarbakır	50	10.0	51.3830	9.6830
İstanbul	76	15.1	55.3375	9.6772
Muğla	56	11.2	58.8800	10.4326
Sivas	52	10.4	56.2702	10.8169
Tokat	42	8.4	57.1279	10.0050
Yozgat	29	5.8	56.2769	10.7926
TOPLAM	502	100.0	57.1230	9.8679

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir..

F= 4.97 p < 0.05

Bu değerler İncelendiğinde, çalıştıkları iller pratisyen hekimlerin aldıkları ortalama toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilemektedir (F = 4.97 ve p = 0.0001).

**Tablo 36: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Aldıkları Ortalama Toplam Puanların Mezun Oldukları Tıp Fakültesine Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

TIP FAKÜLTESİ	Sayı	Yüzde (1)	Ortalama	Standart Sapma
Akdeniz	11	2.2	59.8282	7.4210
Anadolu	18	3.6	55.0289	12.6110
Ankara	86	17.1	58.5867	10.5422
Atatürk	15	3.0	57.1547	8.9767
Cerrahpaşa	55	10.9	56.7716	10.3354
Cumhuriyet	20	4.0	59.3205	6.1955
Çapa	29	5.8	52.8483	11.1759
Çukurova	17	3.4	57.1906	10.4148
Dicle	47	9.3	50.6957	10.6362
9 Eylül	13	2.6	54.2962	6.4791
Ege	31	6.2	56.5829	11.2633
Erciyes	14	2.8	56.1250	7.7053
Fırat	2	0.4	58.2650	0.0071
Gazi	37	7.4	59.3454	9.0797
Gülhane	1	0.2	73.8000	0.0000
Hacettepe	20	4.0	63.4825	9.2558
Karadeniz Teknik	20	4.0	57.9315	8.9021
Marmara	3	0.6	60.8167	8.3967
Öndokuz Mayıs	15	3.0	59.0027	9.4741
Selçuk	9	1.8	59.9900	6.4538
Trakya	14	2.8	55.5746	7.6549
Uludağ	20	4.0	60.5985	8.6873
Yabancı*	5	1.0	51.9061	11.1986
TOPLAM	502	100.0	57.0095	9.8109

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

\* Bulgaristan (3 hekim). Romanya (1 hekim), Irak (1 hekim)

F= 3.61 p < 0.05

Tablo 36'da ise araştırmaya katılan pratisyen hekimlerin, aldıkları ortalama toplam puanların mezun oldukları tıp fakültelerine göre dağılımları verilmiştir. Buna göre; fakülteler **arasında** hekimlerin **bilgi** düzeyini etkilemek bakımından istatistiksel olarak farklılık ( $F = 3,61$  ve  $p = 0.000$ ) bulunmaktadır. En düşük ortalama puan (50.6957) Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu hekimlere (tüm hekimlerin % 9-3'ü), en yüksek ortalama puan ise **Gülhane** Askeri Tıp Akademisi (73.8000) mezunu **bir** hekime (tüm hekimlerin % **0.2'si**) aittir. İkinci ortalama en yüksek puanı ise (63-4825) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu hekimler (tüm hekimlerin % 4.0'ı) almıştır.

Tablo 36'dan elde edilen verilen Tıpta Uzmanlık Sınavında hekimlerin aldıkları puanların fakültelere göre dağılımı ile ilgili verilerle karşılaştırılmak istenmiştir. Bu amaçla başvuru Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi Eğitim ve Araştırma Dairesi Başkanlığından bu tür verilerin ancak "Hizmete Özel" olarak belirli kurum ve kuruluşlara gönderildiği ve bu nedenle kişilere verilemediği öğrenilmiştir.

**Tablo 37: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Aldıkları Ortalama Toplam Puanların Mezuniyet Yıllarına Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

YILLAR	Sayı	Yüzde (1)	Ortalama	Standart Sapma
1980 ve öncesi	19	3.9	52.2489	12.8170
1981-1985	85	17.1	58.5391	9.5364
1986-1990	287	57.7	57.7099	10.1582
1991 ve sonrası	106	21.3	55.3021	9.4829
TOPLAM	497	100.0	57.1294	10.1025

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

$F = 3.55$   $p < 0.05$

Araştırmaya katılan pratisyen hekimlerin mezun oldukları yıllar ile aldıkları ortalama toplam puanların yer aldığı Tablo 37'de en yüksek ortalama toplam puan (58.5391) 1981-1985 yıllarına ait iken en düşük ortalama toplam puanı (52.2489) 1980 ve öncesi yıllarda mezun olan hekimler almışlardır.

Bu sonuçlara göre de mezun oldukları yıllar, pratisyen hekimlerin bilgi düzeylerini etkilemektedir ( $F = 3.55$  ve  $p = 0.0143$ ).

**Tablo 38: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Aldıkları Ortalama Toplam Puanların Çalıştıkları Sağlık Kuruluşuna Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

$F = 7.18$   $p < 0.05$

Tablo 38, araştırma evrenine dahil olan pratisyen hekimlerin aldıkları ortalama toplam puanların çalıştıkları sağlık kuruluşuna göre dağılımını göstermektedir. Tabloya bakıldığında ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde çalışan hekimlerin aldıkları ortalama puanların diğer hekimlerin puanına göre daha yüksek olduğu görülmektedir (61.9266). Bunu, sağlık ocaklarında (56.8255) ve hastanelerde çalışan pratisyen hekimlerin ortalama toplam puanları (55.5005) izlemektedir.

Pratisyen hekimlerin çalıştıkları sağlık kuruluşu, alınan ortalama toplam puanları etkilemektedir ( $F = 7.18$   $p = 0.000$ ).

**Tablo 39: Araştırmaya Katılan Hekimlerin Aldıkları Ortalama Toplam Puanların Son Bir Yılda**

HİZMETİÇİ EĞİTİM	Sayı	Yüzde (1)	Ortalama	Standart Sapma
Almış	134	26.8	58.2660	10.1660
Almamış	366	73.2	56.7068	10.0570
TOPLAM	500	100.0	56.5184	10.1182

(1) Yüzdeler kolon yüzdesidir.

$t = 1.53$   $p > 0.05$

**Hizmetiçi Eğitim Alıp Almama Durumlarına Göre Dağılımı (7 İl, Ağustos 1992)**



Tablo 39'da son bir yıl içinde düzenlenen herhangi bir hizmetiçi eğitim programına katılan pratisyen hekimlerin (araştırmanın evrenindeki tüm hekimlerin % 26.8'i) aldıkları ortalama toplam puanlar (58.2660) ve bu tür bir hizmetiçi eğitim programına katılmayan pratisyen hekimlerin (araştırma evrenini oluşturan tüm hekimlerin % 73.2'si) aldıkları ortalama toplam puanlar (56.7068) yer almaktadır.

Tablo 39'daki **gruplar** iki tane olduğundan bu tabloya ait verilere varyans analizi yerine t testi uygulanmış ve değerler arasında istatistiksel bir farklılık bulunmamıştır ( $t = 1.53$ ,  $SD = 500$ ,  $p = 0.1265$ ).

# TARTIŞMA

Bu araştırmaya Diyarbakır, İstanbul (sadece Bakırköy, Eyüp, Ümraniye ve Pendik ilçeleri), Muğla, Sivas, Tokat ve Yozgat illerinde ve Ankara'dan seçilen bir örneklemede sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaşı dispanserleri ve geçici görevle devlet hastanesinde çalışmakta olan pratisyen hekimlerin bazı temel sağlık **hizmetleri** konularındaki bilgi düzeylerinin tespit edilerek hizmetiçi eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

Araştırmanın sonucunda elde edilen bulgular araştırma popülasyonu hakkında genel tanımlayıcı bilgiler, hizmetiçi eğitim ihtiyacına ait bilgiler ve bilgi düzeyleri **başlıkları** altında ele alınmıştır.

## 1. Tanımlayıcı Bilgiler

Araştırmanın hazırlık döneminde evrene dahil 7 İilde ve bu illerdeki yine evreni oluşturan sağlık **kuruluşlarında** yaklaşık 1100 tane pratisyen hekim çalıştığı saptanmıştır. Ancak araştırmaya katılan hekim sayısı toplam 502 olarak gerçekleşmiştir. Bunun sebepleri şunlar olabilir:

Araştırmanın anket çalışmasının yapıldığı tarihler, hekimler de dahil olmak üzere memurların genelde yıllık izinlerini kullandıkları döneme rastlaması,

Anket formunda, hekimlerin kimliğini belirleyecek herhangi bir kayıt (ad, soyadı, sicil numarası, sağlık kuruluşunun adı vb.) olmadığından araştırmaya katılmayan hekimlere tekrar anket formu gönderilmesi ve cevaplamalarını istemenin olanaksız olması.

Tablo 3'e göre araştırma evrenindeki genç hekimler Yozgat, Diyarbakır ve Tokat'da çalışmaktadır. Buna karşın yaşlan 42 ve üzerinde olan hekimlerin en çok bulunduğu il ise Muğla'dır. Bu sonuç hekimlerden yaşları ilerlemiş olan ve daha sakin bir hayat sürmek isteyenlerin diğer sahil şeridindeki iller gibi Muğla'da da çoğunlukta olduğu yönündeki **görüşleri** desteklemektedir. Diğer illerde, daha genç yaddaki hekimlerin çalışmasının nedeni ise mecburi hizmet uygulaması olup, mecburi hizmeti biten hekimler ilden hemen ayrılmakta ve yerine yeni mezun genç pratisyen hekimler gelmektedir. Özellikle Yozgat ilinde hekim hareketliliği oldukça yüksek (% 80 - 90/yıl) oranlardadır (37).

Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları illere göre dağılımlarının verildiği Tablo 2 İle evrene dahil hekimlerin mezun oldukları tıp fakültelerine göre dağılımlarının bulunduğu Tablo 4 karşılaştırıldığında görülmektedir ki, hekimlerin çoğunluğu Ankara'da çalışmakta (% 39-2) ve yine çoğunluğu (% 17.1) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olduklarını belirtmektedirler. Benzer şekilde tüm hekimlerin % 10.0'u Diyarbakır'da çalışmakta ve yine tüm hekimlerin % 9-3'ü Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olmuştur. Bu da hekimlerin bitirdikleri tıp fakültesinin bulunduğu il ile şu anda çalıştıkları ilin aynı il veya komşu iller olabileceği sonucunu düşündürmektedir.

Hekimlerin mezuniyet yıllarına göre dağılımlarının verildiği Tablo 5'de 1980 ve Öncesi ile 1981-1985 yılı mezunlarının sayısının düşük olması (sırasıyla % 3-9 ve % 17.1), o dönemlerde mezun olan hekim sayısının az olmasına veya o dönemlerde mezun olanların günümüze kadar ihtisas yapmalarına, ile veya kurum değiştirmelerine ya da özel muayenehanelerinde çalışmalarına bağlı olabilir.

Bununla birlikte 1991 ve sonrasında mezun olanların, araştırmaya katılan tüm hekimlerin % 21.3'ünü oluşturması bu gruba ait sınıf aralığının sadece iki yıl olmasına bağlı olabilir.

Araştırma evrenindeki İllerde sağlık ocağı sayısının, diğer kuruluşlara göre daha fazla olması (444 adet (3)) Tablo o'daki sağlık ocağında çalışan hekimlerin çokluğunu (% 72.4) açıklamaktadır.

Günümüz koşullarında hekimlerin ekonomik yönden tatmin olamamaları bu araştırmaya da yansımış ve hekimlerin en önemli mesleki sorun olarak (diğer seçeneklere göre daha az tercih edileceği talimin edilmesine rağmen) "ekonomik koşulların yetersizliğini (% 29.1) öne sürmelerine neden olmuştur (**Tablo 7**). Başka bir araştırmanın sonuçlarına göre; pratisyen hekimlerin % 13'ü daha fazla para kazanmak için ihtisas yapmak istediklerini belirtmektedirler (25).

Bu araştırmada da hekimlerin ikinci sıradaki (% 27.5) en önemli sorununun ihtisaslaşma ile ilgili "kısıtlı İhtisas yapma imkanı" olması, benzer araştırmalardan (2, 9, 19, 20, 21, 24, 25, 65) elde edilen hekimlerin

ihstiaslaşmaya yönelme oranları olan % 90.3, % 81.8, % 77.9, % 61.7, % 30.4, % 28.3 oranındaki sonuçları destekler tarzıdır (Tablo 7). Oranların değışmesine karşın aynı sonucun yıllar içinde devamlılık göstermesi, hala temel sağlık hizmetleri konusundaki bazı problemlerini çözemeyen ve çözmek için de uzman hekimden çok pratisyen hekime olan ihtiyacı gün geçtikçe artan ülkemiz açısından oldukça **düşündürücü** ve üzücü bir duamı olarak değerlendirilmektedir.

1960-1990 yılları arasındaki pratisyen/uzman hekim sayılarındaki oran 1990 yılında pratisyen hekimler lehine (% 51) değışmiş gözükmeıdır (66, 69, 70). Son yıllarda tıp fakültelerinden mezun olan hekimlerin sayısı giderek artmıştır. Buna karşın hekimlerin ihtisas olan yönelimlerinde herhangi bir değışiklik olmadığından ihtisas sınavına başvuran hekim sayısı da gün geçtikçe artmaktadır. İhtisas kadrolarında ki artış, mezun olan hekimlerin artışından daha az olduğu için sınavlarda başarılı olma. her yıl biraz daha zorlaşmaktadır.

İşte bir yanda tıp fakültelerinden sürekli aynı sayıda hekim mezun olması ve bu hekimlerin de çeşitli oranlarda uzmanlaşmaya olan eğilimleri diğer taraftan artan talepten dolayı gün geçtikçe zorlaşan ihtisas yapma imkanı pratisyen hekimlerin sayısını **artırmıştır**, Bu artış, ihtisas yapamayan pratisyen hekim sayısını artırarak pratisyen/uzman hekim oranını değışirmiştir.

iler ne kadar Kalkınma Planlarında "pratisyen hekimliği özendirici tedbirler alınacaktır" denilmekteyse de (13,67) tıp eğitim program ve hekim istihdam politikasında pratisyen hekimliği teşvik düzenlemeleri yetersiz kaldığından uzman hekimliğe olan talep devanı etmektedir (67).

Günümüzde hekimler ve toplumun bir kesimi tarafından hekimlik mesleğinin çeşitli yönlerden **hakemediği** bir yerde bulunduğu tartışılmaktadır. Toplumun saygı duyduğu insanlar tarafından her zaman güvenilen hekimlik mesleği, bugün bu özelliklerini yitirmekte, bazı çevreler tarafından kamuoyunun önünde yıpratılmaya çalışılmaktadır. Bu araştırmaya katılan hekimlerin % 16.6'sı. mesleğin toplumdaki saygınlığının istenilen düzeyde olmamasını, en önemli mesleki sorun olarak **göstermektedir** (Tablo 7).

Bu durumun nedenlerinin incelenmesi bu araştırmannın konusu olmamakla birlikte ilk olarak akla gelenler şu şekilde sıralanabilir:

#### a) Hekim Üretim Plan ve Politikaları

Hekim İnsan gücü planlaması yapanların son 10 yılda diğer faktörleri gözardı ederek sadece sayısal esaslara dayalı hesaplamalarla ürettikleri politika ve planların bir projeksiyonu olarak hekim sayısı her yıl artmaktadır. Pratisyen hekimlerin sayılarındaki değışim yıllara göre şu şekildedir:

1986 yılında 16/119 hekim  
1987 yılında 17.418 hekim  
1988 yılında 20.184 hekim  
1989 yılında 22.958 hekim  
1990 yılında 25.739 hekim (66, 69- 70).

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planına göre 2000 yılına kadar 1000 kişiye 1 hekim düşeceği hesaplanmaktadır. Ancak bugün 1200 kişiye bir hekim düşmekte, bir pratisyen hekim günde sadece 7 kişiye bakmaktadır (68).

#### b) Mezuniyet Öncesi ve Sonrası Tıp Eğitimi

Yukarıda açıklandığı şekilde geliştirilen politikalar nedeniyle tıp fakültesine giriş kontenjanları sürekli olarak artırılmıştır. Böylece zaten kaynakları (bina, araç gereç, öğretim üyesi vb.) yetersiz olan tıp fakültelerindeki eğitimin kalitesi gün geçtikçe daha da düşmekte ve ülke çapında standart tıp eğitimini yakalama şansı giderek zorlaşmaktadır. Bununla birlikte, hekime mezuniyet öncesi ülke ihtiyaç ve önceliklerine göre bilgi ve beceri kazandırılmamakta, buna karşın mezuniyet sonrası hizmetiçi eğitim uygulamaları ise yetersiz kalmaktadır.

Bu araştırmannın değerlendirme aşamasında anket formları kontrol edilirken Sivas ilinden gelen anket formlarından birisinde hiçbir sortimin cevaplandırılmadığı ve formun üzerine bir not eklendiği görülmüştür. Bu not, mezuniyet Öncesi tıp eğitiminin yetersiz olduğunun sahada çalışan pratisyen hekimlerce de dile getirilmesi açısından önemli bir veri olarak değerlendirilmektedir (Ek 5).

### c) Sağlık Politikaları ve Uygulamaları

Sağlıktaki bazı yetersiz politikalar ve uygulamalar yüzünden halkla doğrudan temasla olduklarından özellikle pratisyen hekimler çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadırlar (**Sağlık taramaları, sünnet kampanyaları** (42)).

Uygulanan sağlık politikalarının tedavi hizmetlerine oriyante **olması** ve kaynakların bu kesime kaydırılmasına bağlı olan pratisyen hekimlerin sağlık hizmetlerinde daha az kullanılır hale gelmesi veya getirilmesi ve buna benzer sebeplerden dolayı toplumun uzman hekimleri daha fazla talep etmeye başlaması hekimleri pratisyen hekimlikten uzaklaşmaya yöneltmektedir.

Sağlık Bakanlığı bütçesinin 1989 yılında % 6'sı Temel Sağlık Hizmetleri, % 8.6'sı Tedavi Hizmetleri Genel **Müdürlüğü'ne** tahsis edilirken 1992'de bu oran sırasıyla % 27.38 ve % 51-39 olmuştur (69, 70).

### d) Hekimler

Hekimler, kendilerine, hekimliğin bir dalında basan kazanmak ve hastalara daha fazla yararlı olmak gibi ülkenin mevcut durumu ile bağdaşmayan hedefler seçmektedirler (19)

Ekonomik sebeplerden dolayı sayıları az da olsa bazı hekimler giderek deontolojiden ve meslek ahlakından uzaklaşarak her hastayı bir maddi kazanç kaynağı olarak görmektedirler. Bu da toplumun tepkisini çekmekte ve bazı durumlarda da mesleğin diğer üyelerine haksız suçlamalar yöneltilmesine neden **olmaktadır**.

Bugün sağlık hizmetlerinde kilit görev yapması gereken pratisyen hekimler için ülkenin şartlarına ve **ihtiyaçlarına** göre hazırlanan görev analizlerinin (41) çeşitli sebeplerden dolayı hayata geçirilememesi hekimlerin görevlerini yapmalarında sıkıntılara ve bunun sonucunda da bir kimlik bunalımı yaşamalarına neden olmaktadır (25).

Benzer bazı araştırmalarda (19,21) saptanan sonuçlarla aynı oranda olmamakla birlikte hekimlerin % 5.9'u tıp fakültesinde aldıkları mezuniyet öncesi eğitimin yetersizliğinden şikayet etmektedirler. Bu sonuç mevcut müfredatın ülke koşullarına uygun hekim tipi yetiştirmek yerine sadece akademik çalışma yapacak hekim insangücü yetiştirdiği yönündeki savları **desteklemektedir** (Tablo 7).

Bu ve buna benzer nedenlerle tıp fakültesinde ülke ihtiyaçlarına göre yeterli bilgiye sahip olamadan mezun olan pratisyen hekimin sahada hizmet verirken bilgi ve beceri eksiği ortaya çıkmaktadır. İşte **bu** nedenlerdir ki hizmetiçi eğitim giderek Önem kazanmaktadır.

## 2- Hizmetiçi Eğitim İhtiyacına Ait Bilgiler

Hizmetiçi eğitim ihtiyacının belirlenmesinin sebebi İleride düzenlenecek bir eğitim programının planlanması için gerekli olan mevcut durumun tespit edilmesidir. Bu araştırmada hem de bazı sağlık **programlarına** yönelik hazırlanmış sorularla bilgi düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır. İşte birinci amaca yönelik olarak anket formunun 8. sorusunda hekimlerin öncelikle almak istedikleri 3 hizmetiçi eğitim konusunu seçmeleri istenmiştir.

Seçeneklerin topluca verildiği Tablo 8'e bakıldığında aile planlaması, enfeksiyon hastalıkları ve bağışıklama konularının ilk 3 sırayı alması oldukça İlginçtir. Çünkü bu konular gerek Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Müdürlüğü gerekse diğer **kurum** ve kuruluşların düzenledikleri hizmetiçi eğitim programlarında en çok işlenen konulardır (63,66). Hekimlerin, hala bu konularda eğitim almak istemelerinin nedenleri;

- Düzenlenen hizmetiçi eğitim programları ile personelin daha iyi hizmet vermesine rağmen sahadaki problemlerin devam etmesinin gerektirdiği ek bilgi İhtiyaçları veya hekimlerin konuyu kavradıktan sonra daha detaylı bilgiye ulaşma **çabalan**,
- Hekimlerin düzenlenen bu eğitim programına katılmamış olmaları,
- Herhangi bir nedenden dolayı katıldıkları **bu** eğitim programından faydalanamamaları olabilir.

Aynı tabloda "halkın sağlık eğitimi" (% 12.0) ile "çevre sağlığı" (% 11.0) konularının 4 ve 5. sırayı alması sahadaki uygulamada bu konularla ilgili sorunların ve hekimlerin bilgi eksikliğinin bulunduğunu göstermektedir. Sağlık, sadece Sağlık **Bakanlığı'nın** sorumluluğunda olmayıp, bütün sektörlerin ve bu arada da halkın kendisinin de katkı ve katılımını gerektirmektedir. Ancak halk sorumluluğunu bu konuda eğitildi-

gi. bilinçlendirildiği takdirde taşımaya başlayacaktır, işte bu sebeple de hekimler, halkla iletişim kurma ve halkın sağlık konusunda eğitilmesi ile ilgili teknik ve uygulamaları öğrenmesi ve kullanması **gerekmektedir**.

Çağımızda insanın çevresi ile bir bütün olduğu ve çevresinden soyutlanarak yaşayamayacağı artık herkesçe kabul edilen bir gerçektir. Bunun yanısıra dünyamızın çağın getirdiği gelişme ve değişimlerden de olumsuz yönde payını aldığı diğer bir gerçektir. Bu nedenledir ki; hekimler hizmetici eğitim almak istedikleri öncelikli konular arasında çevre sağlığını da (% 11) saymışlardır (Tablo 8).

Araştırmanın konusu ile ilgili tüm kaynaklarda, sürekli eğitim ve hizmetçi eğitimin çalışanlara olduğu kadar mal ve hizmet üreten kurumlara da ne kadar gerekli olduğu görüşü hakimdir. Buna rağmen hekimlere "Son bir yıl içinde hizmetici eğitim aldınız mı?" **sorusu sorulduğunda**, araştırma evrenine dahil toplam 500 hekimin % 73.2'si "HAYİR" cevabını vermiştir. Son bir yılda hizmetici eğitim alan hekimlerin bir kaç ilde yoğunlukta olmasına rağmen bu sonuç araştırma evrenine genellenirse kabaca denilebilir ki, 7 ildeki her 4 pratisyen hekimden sadece 1 tanesi son bir yıl içinde mezuniyet sonrası düzenlenen bir eğitim programına katılmıştır (Tablo 9). Benzer bir araştırmada, hekimlerin % 31.8'i mezuniyet sonrasında herhangi bir dönemde hizmetici eğitim almıştır (25).

Pratisyen hekimlerin çalıştıkları sağlık kuruluşu ile son bir yıl içinde herhangi bir şekilde hizmetici eğitim alıp almamaları arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 10) ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde çalışan hekimler diğer hekimlere göre daha şanslı görülmektedir. Gerçekten de Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü yürüttüğü çeşitli projeler aracılığıyla sadece ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde çalışan değil, ulaşabildiği tüm hekimlere ve diğer sağlık personeline her fırsatta hizmetici eğitim düzenlenmektedir (63, 66).

Fakat Tablo 9'da görüldüğü gibi bu eğitim çalışmaları nadiren olmakta ve araştırma evrenindeki ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde çalışan pratisyen hekimlerin ancak % 48.4'ünü kapsamaktadır. Buna karşın, araştırma evreninin büyük bölümünü (% 72.4) oluşturan sağlık ocağı hekimlerinin ise sadece % 24.4 gibi küçük bir bölümünün son bir yılda hizmetici eğitim almış olması, araştırma evrenindeki 7 ilde hizmetici eğitim konusunda ciddi boyutlarda problemler olduğunu göstermektedir.

Ancak son bir yıl içinde hizmetici eğitim programına katılan fakat çeşitli sebeplerden (ihtisas yapma, il veya kurum değiştirme, askerlik, özel muayenehanede çalışma vb) dolayı araştırma evreni dışına çıkan hekimlerin bu araştırmaya katılmadıkları için bunlara ait verilerin kayıp olduğu da unutulmamalıdır.

Son bir yıl içinde herhangi bir hizmetici eğitim programına katıldığını belirten hekimlerin % 18.7'sinin çeşitli nedenlerden dolayı bu eğitimden yararlanamadıklarını belirtmeleri bu eğitimler sırasında bazı şeylerin yanlış yapıldığının göstergesi olarak değerlendirilmiştir (Tablo 11).

Nitekim bu eğitimden yararlanmama nedenlerine göre hekimlerin dağılımı yapıldığında (Tablo 12) her ne kadar denek sayısı düşük ise de (n = 25) hekimlerin % 48.1 gibi yarıya yakın bölümünün düzenlenen eğitimin ihtiyaç ve beklentilerine cevap vermediğini belirtmesi yanlış eğitim metodu veya hedef kitle seçimini düşündürmektedir.

Tablo 14'e göre; hekimlerin yarısının (% 50.7) hizmetçi eğitim uygulamalarının zorunlu olmasını istemeleri bu konudaki hedef kitlenin düşünce ve beklentilerini yansıtmaya açısından önemli bir bulgudur. Hekimler sürekli hizmetçi eğitimin gerekliliğine inanmakta eksiklik hissettikleri konularda bir eğitim faaliyetine ihtiyaçlarını dile getirmektedirler. Benzer bir araştırmada bu ihtiyaç, hekimlerin % 85'i tarafından belirtilmiştir (25).

Yürürlükteki sağlık mevzuatı (3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Ilakkında Kanun'a bağlı çıkarılan 154 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Sağlık Bakanlığı Hizmetçi Eğitim Yönetmeliği) gereği sağlık personelinin hizmetçi eğitim programlarını planlama ve uygulama görevi Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir (34, 35).

Araştırma evrenindeki illerde son bir yılda düzenlenen hizmetçi' eğitim uygulamalarının çoğunluğunu (% 54.3) Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Müdürlüğü yapmış olması, bu kurumun üzerine düşen görevi yeter- siz de olsa yapmaya çalıştığını göstermektedir (Tablo 13).

Araştırmaya katılan hekimlerin yaklaşık yarısı da hizmetiçi eğitimin hem planlama hem de uygulama çalışmalarını Sağlık Bakanlığı'nın yürütmesini istemektedirler (Tablo 15). Bu da sağlık hizmetlerinin tek elden planlanması gerektiği yolundaki tezleri ve çalışmalarını desteklemektedir. Bir diğer olasılık ise Sağlık Bakanlığı'nın diğer kurum ve kuruluşlara göre daha fazla eğitim düzenlemesi, hekimlerin bu şekilde düşünmelerini sağlamıştır. Başka bir araştırmada, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, tabip odaları ve toplumun temsilcilerinden oluşan bir kurulun planlama ve uygulama yapmasının daha uygun olacağı ileri sürülmektedir (27).

Bazı ülkelerde sürekli eğitim konusunda uygulanmakta olan metodlarla bu araştırmaya katılan hekimlerin **uygulanmasını** istedikleri eğitim metodlarının birbiri ile benzerlik göstermesi bir avantajdır (Tablo 16a ve b). Böylece hizmetiçi eğitim programlarının planlanması ve uygulanmasını yapacak olan kurum veya kuruluşlar bu ülkelerdeki uygulamalar ve sonuçlarından hareketle ülkenin Öncelikli sağlık problemleri ve kaynaklarını da gözönünde tutarak bir hizmetiçi eğitim programı geliştirebilirler.

1978'de yapılan bir araştırmada da benzer metodlarının (aralıklı kurslar ve periyodik yayınlar) faydalarından bahsedilmektedir (27).

Tablo 17'nin incelenmesi sonucu: hekimlerin hizmetiçi eğitimin en çok çalıştıkları kurumda ve/veya buraya en yakın üniversite hastanesinde düzenlenmesini; çalıştıkları çevreden (bina, araç gereç, çalışma arkadaşları, hizmet verdikleri toplum kesimi vb.) soyutlanmadan, aynı şartları yaşayarak sorunlara nasıl çözüm bulabilecekleri konusunda eğitilmek amacıyla tercih ettikleri düşünülmektedir.

Üniversite hastanesini ise; buralarda düzenli ve formal bir eğitim ortamının bulunması, devlet hastaneleri ile karşılaştırıldığında eğitim imkanlarının bu hastanelerde daha fazla olması nedeniyle alacakları eğitimin daha yararlı olacağını düşünmelerinden dolayı istiyor olabilirler. Bununla birlikte üniversite hastanelerinde tıptaki .son gelişmeleri izleyebilecekleri bir ortamda eğitilerek ihtisas İmtihanlarında ek bir avantaj elde edebilme arzusu da nedenlerden birisi olabilir.

### 3. Bilgi Düzeyi

#### 3.1- Cevapların Sağlık Programlarına Göre İllere Dağılım

Araştırmaya katılan pratisyen hekimlere ait doğru cevapların bazı sağlık programlarına ve illere göre dağılımlarının verildiği Tablo 18'den 33'e kadar olan tablolar değerlendirildiğinde;

- "Enfeksiyon Hastalıklarının Kontrolü" (p= 0.0000),
- "Aile Planlaması" (p= 0.0000)
- "Gebelerin izlenmesi" (p= 0.0146)
- "Doğum" (p= 0.0009)
- "Büyüme ve Gelişmenin İzlenmesi ve Beslenme" (p= 0.0370)
- "Tüberküloz" (p= 0.0001)
- "Koruyucu Ruh Sağlığı" (p= 0.0421)
- "Koruyucu Göz Sağlığı" (p= 0.0001)
- "Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü" (p= 0.0321)
- "Okul Sağlığı" (p= 0.0007)
- "Halkın Sağlık Eğitimi" (p= 0.0000)
- "Çevre Sağlığı" (p= 0.0177)

konularında iller arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Bunun sebepleri şunlar olabilir: Farklılığı yaratan il ve da illerde;

- Bu konularda daha önce hizmetiçi eğitimler düzenlenmiştir.
- Söz konusu programlarla ilgili problemlerin yoğun yaşanması nedeniyle hekimler kendi kendilerini eğitmişlerdir
- Ortalama toplam puanlarda olduğu gibi pratisyen hekimlerin mezun oldukları tıp fakültesi veya çalıştıkları sağlık kumlusundan kaynaklanan bilgi düzeyi farklılığı, bu tabloları da etkilemiştir.

#### 3.2. Ortalama Toplam Puanların Bazı Değişkenlere Göre Dağılımı

Tablo 34'deki verilere göre alınan ortalama toplam puanlarda, pratisyen hekimlerin yaşlarına ve cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak farklılık bulunmaması (p= 0.1102), hekimlerin bilgi düzeyleri arasındaki farkın bu iki değişken tarafından etkilenmediğini göstermektedir.

Alınan ortalama toplam puanlar ile çalıştıkları iller arasında bulunan istatistiksel anlamlı farklılık ( $p=0.0001$ ) (Tablo 35), hekimlerin genellikle mezun oldukları tıp fakültesinin bulunduğu İlde çalışmalarına **bağlı** olabilir Yüksek puan alan. hekimlerin yetiştiği tıp fakültesinin bulunduğu iller diğer illere göre farklılık yaratıyor olabilir. Çünkü bu araştırmada elde edilen diğer **bir** sonuca göre, mezun olunan tıp fakültesi hekimlerin ortalama toplam puanlarını etkilemektedir ( $p=0.0000$ ) C (Tablo 36).

Bununla birlikte yapılan bir başka araştırmada İse fakülteler arasında Öğrenciye verilen eğitim konusunda anlamlı bir fark bulunamamıştır (21). Araştırmacılara göre fakülteler arasında eğitim kalitesinde farklılığın olmamasının nedeni batıdaki büyük şehirlerde bulunan eski ve yerleşmiş düzene sahip tıp fakültelerine de diğerleri gibi eğitim kapasitesinin üzerinde öğrenci alınmasıdır.

Mezuniyet yıllarına göre hekimlerin **bilgi** düzeyleri arasında (Tablo 37) anlamlı bir farkın ( $p=0.0143$ ) bulunmasının iki nedeni olabilir: Birincisi, mezuniyet yılları 1980 ve öncesi olan hekimler mezuniyeti takiben yıllarda tıp bilgilerini sürekli olarak yenilememelerine bağlı olarak çağ dışı kalmış olabilirler (1). Bu durumun benzeri sonuç bir başka çalışmada da saptanmıştır. Düzenlenen bir hizmetiçi eğitimin öncesinde ve sonrasında yapılan testlerde, grubun yaş ortalamasından daha ileri yadda bulunan 6 hekimin bilgi düzeyleri daha düşük bulunmuştur (71). İkincisi ise mezuniyet yılları 1991 ve sonrası olan hekimler için eğitim kalitesinin yıllar itibarıyla giderek düşmesi ya da bilgi düzeyi yüksek olan hekimlerin ihtisas yapmaya başlamalarıdır.

**Araştırmaya** katılan hekimlerin **çalıştıkları** sağlık kurumlarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 38), kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p=0.0001$ ). Bu farklılık, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde çalışan hekimlerin diğer **kuruluşlarda** çalışanlara göre son bir yılda daha çok (% 48.4) hizmetiçi eğitim almış olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Bu araştırmanın en ilginç sonucu Tablo 39'dadır. Son bir yıl içinde hizmetiçi eğitim alma pratisyen hekimlerle, almayanların bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0.1265$ ).

Bunun açıklaması şu şekilde yapılabilir: Araştırmada kullanılan anket formundaki soruların kapsadığı konular ile hekimlerin gerek mezuniyet öncesi eğitimden gerekse sahadaki uygulama ve hizmetiçi eğitimlerden elde ettikleri bilgiler uyumsuz olabilir. Fakat, anket formu hazırlanırken en çok hizmetiçi eğitimi düzenleyen kurum olan Sağlık Bakanlığı'nın ilgili birimleri ile temasa geçilmiş ve bilgi düzeyini ölçmek için kullanılacak somların ve cevapların mevcut uygulamalara ve daha önce yapılmış olan hizmetiçi eğitim programlarında verilen mesajlara ters düşmemesine özen gösterilmiştir.

Anket formundaki soruların ait olduğu konular ile hekimlerin son bir yılda katıldıklarını ifade ettikleri hizmetiçi eğitim programının konusunun farklı olması da bir diğer olasılıktır.

Araştırmaya katılan ve son bir yıl içinde hizmetiçi eğitim almış olan hekimlerin ifadelerinin aksine, ki % **81.3'ü** böyle düşünmektedir, uygulanan eğitim programının hekimlerin bilgi düzeylerini etkilemediği, onlara faydalı olmadığı akla gelen başka bir olasılıktır. Bu, yanlış hedef kitle seçimi, yanlış eğitim metodu, uygun olmayan eğitim ortamı, eğitmenlerin yetersizliği vb. gibi çok geniş bir nedenler yelpazesi içinde değerlendirilebilir.

Bununla birlikte son bir yıl içinde hizmetiçi eğitim alıp da bölge dışına veya farklı bir hizmet alanına ayrılan hekimlerin olabileceği göz ardı edilmemesi gereken bir başka olasılıktır.

Ayrıca bu sonuç Tablo 38'deki sağlık **kurumları** arasında bilgi düzeyi açısından anlamlı bir farklılık olması ile çelişiyor gibi gözükebilir. Ancak, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde çalışan ve tüm evrenin sadece % 12.4'ünü oluşturan pratisyen hekimlerin aldıkları ortalama toplam puanlar, genel ortalama puanı etkilememiş olabilir.

# SONUÇ

Türkiye'de bugün mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitimi ile ilgili bazı tesbitler şöyle özetlenebilir:

\* Hekimler tıp fakültelerinden ülkenin ihtiyaç duyduğu nitelikte yetişmemektedir. Bunun nedenleri arasında:

- Tıp fakültesi kontenjanlarının artırılmasına bağlı olarak eğitim kaynaklarının (bina, araç gereç, öğretim üyesi vb) gün geçtikçe yetersiz kalması,
- Ülke genelinde eğitim standardının yakalanamaması,
- Hekim üreticisi tıp fakülteleri ile kullanıcı konumundaki kurum ve **kuruluşlar** arasında işbirliğinin kurulamaması,
- Tıp fakültelerinin toplum ile iletişiminin sağlanamaması sayılabilir.

\* Mezuniyet sonrası sürekli eğitim ise:

- İlgili mevzuata rağmen kurum ve kuruluşların konuya gereken özeni **göstermemesi**,
- Hekimlerin sürekli eğitim uygulaması için bu kuruluşları harekete geçirecek herhangi bir talepde bulunmaması nedeniyle yetersiz kalmaktadır.

Böyle bir ortamda, pratisyen hekimlerin mezuniyet sonrası hizmetiçi eğitim ihtiyaçlarının saptanmasına yönelik yapılan bu araştırmanın sonuçları da yukarıdaki tesbitleri destekler niteliktedir.

Araştırmada elde edilen başlıca sonuçlar şunlardır:

\* Pratisyen hekimlerin kendi ifadelerine göre en önemli mesleki sorunları "Ekonomik Koşulların Yetersizliği" (% 29.1). "İhtisas Yapma İmkânının Kısıtlı Olması"<sup>11</sup> (% 27.5) ve "Mesleğin Toplumdaki Saygınlığının İstenilen Düzeyde Olmaması" (% 16.6)'dır.

\* Hekimler en çok "Aile Planlaması" (% 42.4), "Enfeksiyon Hastalıklarının Kontrolü" (36.7) ve "Bağışıklama" (% 36.5) konularında hizmetiçi eğitim programının düzenlenmesini istemektedirler.

\* Hekimlerin % 73.2'si son bir yılda hizmetiçi eğitim almadığını belirtirken, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde çalışan ve son **bir** yılda hizmetiçi eğitime katılan pratisyen hekimlerin sayısı (% 48.4'ü) diğerlerine göre daha fazladır.

\* Son bir yılda en fazla Sağlık Bakanlığı - Müdürlüğü hizmetiçi eğitim düzenlemiştir (% 62.0). Pratisyen hekimlerin yaklaşık % 50'si hizmetiçi eğitimin planlama ve uygulamasını Sağlık Bakanlığı - Müdürlüğü'nün yapmasını istemektedir.

\* Pratisyen hekimlerin hizmetiçi eğitimin **sorunlu** veya isteğe bağlı olması arasındaki tercihleri % 50 oranında eşittir.

\* Hizmetiçi eğitim metodu olarak "Pediyodik Yayınları" (% 56.1) ve "Görev Başında Eğitim" (% 43.5)'i tercih eden hekimler en çok "Çalıştığı Kuruma En Yakın Üniversite Hastanesi" (% 22.1) ve "Çalıştığı Kurum" (%16.0)'da hizmetiçi eğitim düzenlenmesini istemektedirler.

\* Hekimlerin bilgi düzeyini,

- "İller" (p= 0.0001)
- "Mezun **Oldukları Tıp** Fakültesi" (p= 0.0000)
- "Mezuniyet Yılları"<sup>11</sup> (p- 0.0143)
- "Çalıştıkları Sağlık Kumlusu" (p= 0.0000) etkilerken,
- "Yaş ve Cinsiyetleri" (p= 0.1102)
- "Son Bir Yılda Hizmetiçi Eğitim Alıp Almamaları" (p= 0.1265) etkilememektedir.

\* En çok doğru cevap verilen beş konu;

- **Koruyucu** Göz Sağlığı (% 50.0)
- Çevre Sağlığı (% 48.2)
- Okul Sağlığı (% 41.0)
- Akut Solunum **Yolu** Enfeksiyonlarının Kontrolü (% 32.9)
- Gebelerin İzlenmesi (% 30.5)'dir.



# ÖNERİLER

Bu ve benzer diğerk araştırmaların sonuçlarının ışığında denilebilir ki; öncelikle tıp fakültesindeki eğitim programının hekimleri istihdam eden kurum ve kuruluşlarla da işbirliğı yapılarak, ülkenin ihtiyaçlarına ve önceliklerine göre tekrar gözden geçirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte fakültelere giriş kontenjanlarının düşürülmesi, kaynakların artırılması vb. düzenlemelerle tıp fakültelerindeki eğitimin kalitesi **yükseltilmelidir.**

Kısa vadede ise daha kapsamlı ve daha büyük evrende yapılacak **araştırmalarla** pratisyen hekimlerin temel sağılık konularındaki bilgi, **tutum ve** davranışları saptanmalı, buradan çıkan sonuçlara göre ilgili kurum ve kuruluşların işbirliğı ile hizmetiçi **eğitim** programları hazırlanarak sürekli ve belli periodlarla uygulanmalıdır. Programlara katılım pratisyen ve uzman tüm hekimler için zorunlu olmalı, hekimleri maddi ve manevi olarak teşvik edecek şekilde kredilendirilmelidir.

Hizmetiçi eğitim uygulamalarının ihtiyaç **duyulan** konuda, doğru hedef kitleye, uygun bir ortam ve metotla yapılması eğitimin başarısını **artıracaktır.**

# ÖZET

Sağlık ocağı, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, verem savaşı dispanseri ve geçici görevle devlet hastanesinde çalışmakta olan pratisyen hekimlerin bazı temel sağlık hizmetleri konularındaki hizmetiçi eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla Diyarbakır, İstanbul'un Bakırköy, Eyüp, Ümraniye ve Pendik ilçeleri, Muğla, Sivas, Tokat ve Yozgat illerinde ve Ankara'dan seçilen bir Ömeklem grupta **yürütülen** bu araştırmanın **bulguları** tanımlayıcı bilgiler, hizmetiçi eğitim ihtiyacına ait bilgiler ve bilgi düzeyleri başlıkları altında toplanmıştır.

Tanımlayıcı bilgiler bölümünde şu bulgular tespit edilmiştir:

- Genç hekim popülasyonu Yozgat (% 62.1), Diyarbakır (% 46.0) ve Tokat'da (% 45.2) yoğun iken, Muğla'da görev yapan pratisyen hekimlerin çoğunluğu (% 46.4) 31 yaş ve üzerindedir.
- Pratisyen hekimlerin % **17.1'i** Ankara, % **10.9'u** Cerrahpaşa ve % 9-3'ü Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden, tüm evrenin % 57.8'i 1986-1990 ve % 21.3'ü 1991 ve sonrasında mezun olmuşlardır.
- Hekimler, en önemli mesleki sorunlarını şu şekilde sıralamışlardır.- % 29-1 yetersiz ekonomik koşullar. % 27.5 kısıtlı ihtisas yapma imkanı, % 16.6 istenilen düzeyde mesleki saygınlığın olmaması.

ikinci bölümde İse;

- Hekimlerin en çok ihtiyaç duyduklarını ifade ettikleri beş konu; aile planlaması (% 42.4), enfeksiyon hastalıklarının kontrolü (% 36.7), bağışıklama (% 36.5), halkın sağlık eğitimi (% 35.9) ve çevre sağlığı (% 32.5)'dir.
- Pratisyen hekimlerin % 73-2'si son bir yılda herhangi bir hizmetiçi eğitim aktivitesine katılmamıştır. Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezinde çalışan hekimler (% 48.4), diğer kuruluşlardaki meslektaşlarına göre daha fazla hizmetiçi eğitim programına katılmıştır.
- Son bir yılda düzenlenen hizmetiçi eğitimlere katılan ve bunlardan yararlanamadıklarını belirten hekimler (% 18.7), düzenlenen bu eğitimde konuların ihtiyaç ve beklentilerine cevap vermediğini, metodu yanlış olduğunu ve ortamın uygun olmadığını belirtmişlerdir.
- Düzenlenen hizmetiçi eğitimlerin % 62.0'si Sağlık Bakanlığı Müdürlüğü'ne, % 14.1'i ise meslek odalarına aittir. Bunun yanı sıra, hekimler gerek planlamanın gerekse uygulamanın Sağlık Bakanlığı - Müdürlüğü tarafından yapılmasını istemektedirler (% 53-9 ve % 48.3).
- Evrenin % 50.7'si hizmetiçi eğitimin zorunlu olmasını, % 49.3'ü ise isteğe bağlı olmasını istemektedir.
- En çok tercih edilen hizmetiçi eğitim metodları; % 56.1 ile periyodik yayınlar, % 43-5 ile görev başında eğitim ve % 40.6 ile bir uzmanla bir süre çalışmak iken, çoğunlukla eğitim yapılması arzu edilen yer en yakın üniversite hastanesi (% 22.1) ve çalışılan kurum (% 16.0)'dur.

Bilgi Düzeyleri ile ilgili olarak da;

Anket formunda yer alan ve en çok doğru cevap verilen konuların, Koruyucu Göz Sağlığı (% 50.0), Çevre Sağlığı (% 48.2), Okul Sağlığı (% 41.0), Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Kontrolü (% 32.9) ve Gebelerin izlenmesi (% 30.5) olduğu,

Pratisyen hekimlerin çalıştığı ilin ( $p= 0.0001$ ), mezun olduğu tıp fakültesinin ( $p= 0.0000$ ), mezuniyet yılının ( $p= 0.0143$ ), çalıştığı sağlık kuruluşunun ( $p= 0.0000$ ) aldığı ortalama toplam puanları etkilediği, yaş ve cinsiyetinin ( $p= 0.1102$ ) ve son bir yılda hizmetiçi eğitim alıp almamasının ( $p= 0.1265$ ) ise etkilemediği sonucu elde edilmiştir.

# SUMMARY

**This** study assesses the in-service training needs of 502 physicians working in first level **health** care facilities in seven provinces (Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Muğla, Sivas, Tokat, Yozgat). The findings are as follows:

- The physicians identified the first five subjects in in-service training that they need as; family planning (42.4 %), **prevention** of infectious diseases (36.7 %), immunization (36.5 %), community health education (35.9 %) and environmental health (32.5 %).

- 73.2 % of **the** physicians have not attended to any in-service training activities during the **previous** one-year **period**.

- 62.0 % of these **in-service** training activities have been organized by Ministry of Health and Provincial Health Directorate and 14.1 % by Turkish Medical Associations.

- 50.7 % of physicians asked for in-service training activities, to be compulsory and 49.3 % to be **voluntary**.

- The most **accurately** responded subjects are; preventive eye care, environmental health, school health, acute upper respiratory diseases, monitoring of pregnancies.

- The **results obtained** from this study indicate that average total score is affected by province, school **graduated**, graduation year and place of work, **whereas** age - sex, and whether in-service training is received within the past year did not differ the results.

- 29.1 % of the physicians stated insufficient economical conditions, 27.5 % limited opportunity for specialization and 16.6 % lack of occupational **prestige** as the most **important** occupational problems.

# KAYNAKLAR

1. Fişek, A<sup>1</sup>.- *Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi - Dünya Sağlık Teşkilatı Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No: 2, Ankara, 1983.*
2. Eren, N.: *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, 100-105, Hatlıboğlu Yayınevi, Ankara, 1987.*
- 3- Özgen, M.: *Sağlık Eğitimi Seminer Notları, HÜTF Halk Sağlığı Anahlim Dalı Sağlık Hizmetlerinde Yönetim Dersi, Ankara, 1990.*
4. Güler Ç.: *Sağlık Eğitimi, Hatlıboğlu Yayınevi, 3- Baskı, Ankara, 1987.*
5. Güleç, C: *Hekimlerin Psikososyal Sorunları, Sürekli Tıp Eğitimi Seminerleri-II, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezunlar Derneği Yayınlan No: 2. Ankara, 1991.*
6. *Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu - Dünya Tıp Eğitimi Toplantısı: Edinburgh Deklarasyonu, Edinburgh, 1988.*
7. *World Health Organisation Education of Managers In Health Services Report on Working Group, Düsseldorf, 1977.*
8. McKeoum, T.: *The Role of Medicine, 143-155, Billing and Son's Ltd., Worcester. 1989-*
9. *Türkiye Büyük Millet Meclisi Araştırma Komisyonu: Türkiye'de Tıp Eğitimi, Öğrenci Boyutu, Cilt No: 1, Ankara, 1991.*
10. *21. Yüzyıl Hekiminin Taşınması Gereken Özelliklere Yönelik Tıp Eğitimi Komisyonu: Komisyon Raporu, Ankara, 1985.*
11. *Yıldırım, N.: Türkiye'de Tıp Öğretiminde Halk Sağlığı 1827-1923, II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 22 Mayıs 1990 İstanbul, Bildiri Özet Kitabı, İstanbul, 1990.*
12. Eren, N., Uyer, G.: *Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı, 4. Baskı, Hatlıboğlu Yayınevi, Ankara, 1991-*
- 13- *TC. Başbakanlık, Devlet Planlama Teşkilatı: Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı Yayın No: DPT-2174, Başbakanlık Basımevi, Ankara, 1989.*
14. *Dünya Bankası: Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması, Dünya Bankası Nüfus Sağlık ve Beslenme Bölümü, Ankara, 1986.*
15. *Sağlık Bakanlığı: "2000 Yılında Herkese Sağlık" Türkiye Milli Sağlık Politikası - 1. Taslak Doküman. Ankara, 1989.*
16. *Sağlık Bakanlığı: Sağlık İnsan Gücü - Hekimler Çalışma Grubu Raporu, I. Ulusal Sağlık Kongresi Çalışma Grupları Raporları, Ankara, 1992.*
17. *Sağlık Bakanlığı: Sağlık İnsan Gücü Hedef-17, Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne Sunulmak Üzere Hazırlanan Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı, Ankara, 1992.*
18. *Türk Tabipleri Birliği Tıp Eğitimi Kolu: Sürekli Tıp Eğitimi, Perspektifler, Ankara, 1991.*
19. Eren, N.: *Dünyada ve Türkiye'de Hekimlik Eğitimi, Türk Tabipleri Birliği, Ankara Tabip Odası Yayını No: 3, Ankara, 1981.*
20. Tokgöz, M., Sarmaşık, N, Çavuş, S., Mas, Ş.: *Hekimleri Uzmanlaşmaya Yönelten Nedenlerle İlgili Bir Araştırmaya, Türk Toplum Hekimliği II. Sempozyumu, İstanbul, 1980.*
21. Fişek, N, Cilasun, U: *Hekimlerin Tıp Eğitimi, Toplum ve Hekim Dergisi, 28-37, Ankara, 1987.*
22. Saltık, A., Yorulmaz, E.: *Bir Halk Sağlığı Final Sınavı ve Düşündürdükleri, İL Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, İstanbul, 1990.*

- 23- Bostancı, M.: Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personelinin Eğitim Öncesi ve So?jrası Aşılama ve Soğuk Zin-cir Bilgileri, II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi İstanbul, 1990.
24. Balkan, E., Bildirici, M., Gökçay, /.. Sakçak, B.: Tıp Fakültesi Mezunlarını Uzmanlaşmaya iten Ne denler, Türk Toplum Hekimliği II. Sempozyumu, istanbul, 1980.
25. Hayran. O., Aksayan, S.: Pratisyen Hekimlerde İş Doyumu, Toplum ve Hekim Dergisi, Sayı: 47 (1). Ankara, ekim 1991.
26. Bilgin, Y., Kantaroğlu, t.: Türkiye'de Temel Sağlık Hizmetleri, Türk Toplum Hekimliği II. Sempozyumu, istanbul, 1980.
27. Arat, Ö.: Hekimlikte Sürekli Eğitim ve Türkiye'de Hekimlerin Sürekli Eğitim için Yöntem Geliştirme, Uzmanlık Tez, Ankara, 1978.
28. Uğur, D.A.: Methods and Evaluation in the Continous of The Practitioner, Symposia on Medical and Nursing Education, İstanbul Medical Convention, İstanbul, 1977.
29. World Health Organisation-. Systems of Continuing Education: Priority to District Health Personnel, WHO Technical Report Series No: 803, Geneva, 1990.
30. World Health Organisation: Training of The Physician For Family Practice, WHO Technical Repon Series No: 257, Geneva, 1963-
- 31- Akyol, M.- Temel Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Eğitim, Türkiye'de Primer Sağlık Hizmeti Uygulamala-rı, Personel Eğitimi Semineri, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara, 1979.
32. Milli Eğitim Bakanlığı, XIII. Milli Eğilim Şurası - Yaygın Eğitim Hazırlık Dokümanı, Ankara, 1990.
- 33- Taymaz, H.: Hizmetiçi Eğitim - Kavramlar, İlkeler, Yöntemler, Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları, Ankara, 1981.
34. Hacettepe Yayın Birliği: Sağlık Mevzuatı, Ankara, 1987.
35. Sağlık Bakanlığı, Hizmetiçi Eğitim Yönetmeliği, Ankara, 1986.
36. Sayek, F.: İhtiyaçların Belirlenmesi Sürekli Tıp Eğitimi, Sağlık ve Toplum, Ankara, 1990.
37. Kişisel Görüşmeler ve Kayıtlar: Ankara, Diyarbakır. İstanbul, Muğla, Sivas, Tokat ve Yozgat Sağlık Müdürlüğü, Eylül 1991 -Eylül 1992.
38. Vaughan, f.T, Morrow, R.H.: Bölge Sağlık Yönetiminde Epidemiyoloji El Kitabı (Çeviri: Bertan. M, Enünlü T.), Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara. 1990.
39. Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu. V.: Biyoistatistik, 2. Bası, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1989-
40. Kirkwood, B.R.: Essentials of Medical Statistics, Oxford, 1991.
41. Sağlık Bakanlığı: Sağlık Ocağı Hekiminin Görev Analizi, Ankara, 1988.
42. Sağlık Bakanlığı - UNICEF: Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi, Ülke Programı 1991-1995. Ankara, 1991.
43. Sağlık Bakanlığı: Türkiye'de Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Çalışmaları, Ankara, 1991.
44. Sağlık Bakanlığı: Çocuk Sağlığı El Kitabı, 4. Baskı, Ankara, 1991-
45. Sağlık Bakanlığı-. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı, 4. Baskı, Ankara, 1991.
46. Sağlık Bakanlığı.- Çocuk Sağlığı Programı - Çocuk Büyüme ve Gelişmesinin İzlenmesi, Çocukların Sağlıklı Beslenmesi, Anne Sütününün Teşviki, Çocukların Aşı ile Korunması, İshalli Hastalıkların Kontrolü, İstanbul, 1986.

47. Ehrahim, G.J., Ahmed, A.M., **Khan, A.A.**: **Maternal and Child Health in Practice-Training Modules for Middle Level Workers**, Hong Kong, 1988.
48. Sağlık Bakanlığı: **Sağlığa Ulaştıran Gerçekler**, Ankara, 1992.
49. Dervişoğlu, AA.: **Rahim İçi Araç Uygulama El Kitabı**, Ankara, 1986.
50. Sağlık Bakanlığı: **İshalin Tedavisi-Denetim Becerileri, Dünya Sağlık Teşkilatı İşhali Hastalıkların Kontrolü Programı**, Ankara, 1987.
52. Sağlık Bakanlığı: **öksürüklü Çocuk Koruma-Tam-Tedavi-Hastaneye Sevk-Veri Kaydı Eğitim ve Denetim Becerileri Serisi, Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları Programı**, Ankara, 1987.
- 53- Sağlık Bakanlığı: **Ulusal Bağışıklama Programına Bir Bakış - Hekim Dışı Sağlık Personeli İçin Kılavuz**, Ankara, 1990.
54. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü: **Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler**, Ankara, 1992.
55. Tezcan, S.: **Türkiye'de Bebek ve Çocuk Ölümleri**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anahilim Dalı Yayın No: 85/26, Ankara, 1985.
56. Sağlık Bakanlığı: **Aşı Uygulama Rehberi**. Ankara, 1987.
57. Sağlık Bakanlığı: **Türkiye Aşı Kampanyası 1985**, Ankara, 1986.
58. Sağlık Bakanlığı: **Hizmetiçi Eğitim Metodolojisi ve Teknolojisi El Kitabı**, Ankara, 1987.
59. Dervişoğlu, A.A.-, Bulut, A.: **Aile Planlaması Hizmetlerinde Hekim Eğitim Rehberi**, Ankara, 1986.
60. **The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, Fourteen Edition**, 1982.
61. Koçoğlu, P.: **Verem Savaşı**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını No: 86-36 Kası dizi No: 4, Ankara, 1986.
62. **Kişisel Görüşme: Doç.Dr. Ferit Koçoğlu, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anahilim Dalı Öğretim Üyesi**, 1992.
- 63- **Kişisel Görüşmeler: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ana ve Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Çevre Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı, Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığı, Göz Sağlığı Şube Müdürlüğü**, Ankara, 1991-1992.
64. Sağlık Bakanlığı: **Sağlık Projesi Tanıtım Dosyası**, Ankara, 1992.
65. **İzmir Tabip Odası Pratisyen Hekimler Komisyonu: Pratisyen Hekimlerin Tıpta Uzmanlık Sınavı ve Uzmanlaşma Konusundaki Eğilimleri, Toplum ve Hekim Dergisi, Soy 47 (1)**, Ankara, Ekim 1991.
66. Sağlık Bakanlığı: **Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum, 1. Ulusal Sağlık Kongresi**, Ankara, 1992,
67. **T.C. Başbakanlık, Devlet Planlama Teşkilatı: Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı Öncesinde Gelişmeler 1984-1988, Başbakanlık Basımevi**, Ankara, 1989-
68. Sağlık Bakanlığı: **Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı Üzerine Görüş ve Öneriler**. Ankara, 1992.
- 69- Sağlık Bakanlığı: **Özel İstatistik Bilgiler**, Ankara, Nisan 1989-
70. Sağlık Bakanlığı: **Sağlık İstatistikleri**, Ankara, Mart 1992.
71. **Sriram, T.G., Chandrashekar. C.R., Isaac, M.K., Srinivasa, M.R., Shanmugham, V.**: **Evaluate the Mental Health Knowledge of Primary Care Medical Officer's**, *Açta Psychiatr. Scand.* 81 (5): 414-7, May 1990.

# EKLER

## EK 1: ANKARA İLİNDE ÖRNEKLEME GİREN SAĞLIK KURULUŞLARININ LİSTESİ

1. Altındağ Sağlık Ocağı
2. Yunus Emre Sağlık Ocağı
3. Çankaya Merkez Sağlık Ocağı
4. Hilal Sağlık Ocağı
5. Etimesgut Sağlık Ocağı
6. Ortabereket Sağlık Ocağı
7. Kuşcağız Sağlık Ocağı
8. Saray Sağlık Ocağı
- 9- Gülveren Sağlık Ocağı
10. Abidinpaşa Sağlık Ocağı
11. 60. Yıl Sağlık Ocağı
12. Kutludüğün Sağlık Ocağı
- 13- Köstence Sağlık Ocağı
14. Sincan **1 Nolu** Sağlık Ocağı
15. Yenimahalle Sağlık Ocağı
16. Yahyalar Sağlık Ocağı
- 17- Karşıyaka Sağlık Ocağı
18. Ayaş Sağlık **Ocağı**
19. Ayaş AÇSAP
20. Kesikköprü Sağlık Ocağı
21. Beypazarı Merkez Sağlık Ocağı
22. **Uruş** Sağlık Ocağı
23. Beypazarı Verem Savaşı Dispanseri
24. Çubuk 2 Nolu AÇSAP
25. Yenice Sağlık Ocağı
26. Kışlacık Sağlık Ocağı
27. Elmadağ Deliller Sağlık Ocağı
28. Elmadağ AÇSAP
29. Gölbaşı Merkez Sağlık Ocağı
30. Gökçehöyük Sağlık Ocağı
31. Gündül Yeşilöz Sağlık Ocağı
32. Haymana Oyaca Sağlık Ocağı
- 33- Burunsuz Sağlık Ocağı
34. Haymana Verem Savaşı Dispanseri
35. Kalecik Hasayaz Sağlık Ocağı
36. Kızılcahamam AÇSAP
37. Güvem Sağlık Ocağı
38. Nallıhan Merkez Sağlık Ocağı
- 39- Sarıyer Sağlık Ocağı
40. Polatlı Yenime hme ti i Sağlık Ocağı
41. DÜÇ Sağlık Ocağı
42. Ş.Koçhisar Merkez Sağlık Ocağı
43. Gülhöyük Sağlık Ocağı
44. 3 NOLU Çankaya AÇSAP
45. 6 NOLU Demetevler AÇSAP
46. 9 NOLU İncirli AÇSAP
47. 12 NOLU Balgat AÇSAP
48. 15 NOLU Etlik AÇSAJ'
49. İS NOLU AÇSAP
50. 1 Nolu Verem Savaşı Dispanseri
51. 5 Nolu Verem Savaşı Dispanseri
52. 7 Nolu Verem Savaşı Dispanseri

## EK 2: ANKET FORMU ORNEGI

DEĞERLİ MESLEKDAŞIM,

DOLDURACAĞINIZ BU ANKET FORMU İLE SİZLERİN BİLGİ DÜZEYLERİNİZ ÖLÇÜLMEMEYE ÇALIŞILMAKTA, EKSİKLERİNİZ ARANMAMAKTADIR.

PRATİSYEN HEKİMLERİN HİZMETİÇİ EĞİTİM İHTİYACININ OLUP OLMADIĞININ SAPTANMASI VE İLERİDE YAPILACAK BİR HİZMETİÇİ EĞİTİMİN HEM KONULARININ TESBİT EDİLMESİ HEM DE UYGULANACAK EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILMAK ÜZERE BU KONUDAKİ MEVCUT DURUMUN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ AMAÇLANMAKTADIR.

BU NEDENLE ANKET FORMUNU HERHANGİ BİR KAYNAKTAN FAYDALANMADAN DOLDURMANIZ, ARAŞTIRMANIN SONUCUNU ETKİLEMEMESİ VE SONUCUN OBJEKTİF OLMASI BAKIMINDAN ÖNEM TAŞIMAKTADIR.

ARAŞTIRMAYA GÖSTERDİĞİNİZ İLGIYE TEŞEKKÜR EDER, BU VESİLE İLE ÇALIŞMALARINIZDA BAŞARILAR DİLERİM.

Dr. MEHMET HULKİ UZ

.../... /1992

Bu bölüm boş kalacaktır SIRA NO:

**(AKSİ BELİRTİLENLER DIŞINDA, HER SORUNUN SADECE TEK DOĞRU CEVABI VARDIR, CEVABINI BİLMEDİĞİNİZ SORULAR İÇİN "9 BİLMİYORUM" ŞIKKINI İŞARETLEYİNİZ)**

1. İÜ:.....

2. Yaş: .....

3. Cinsiyet:.....

4. Mezun olduğunuz tıp fakültesi:.....

5. Mezuniyet yılınız:.....

6. Şu anda çalıştığınız sağlık kuruluşu;

- 1) Sağlık ocağı,
- 2) Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi.
- 3) Verem savaşı dispanseri,
- 4) Diğer.....

7. Hekimlik mesleğinizi yaparken sizin ve/veya aynı bölgede çalışan hekimlerin karşılaştığı ve öncelikle çözülmesi gerektiğini düşündüğünüz en Önemli mesleki probleminiz hangisidir?

- 1) Tıp fakültelerindeki eğitimin yetersiz olması
- 2) Mesleğe başlarken adaptasyon eğitiminin olmaması
- 3) Ekonomik koşulların yetersiz olması
- 4) Mesleğin toplumdaki saygınlığının istenilen düzeyde olmaması
- 5) İhtisas yapma imkanının kısıtlı olması
- 6) Mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi İmkanının kısıtlı olması
- 7) Diğer .....

8. Bölgenizdeki hekimlerin almasında yarar gördüğünüz hizmetiçi eğitim konularından size göre en öncelikli olan 3 programı İşaretleyiniz.

- 1) İshalli hastalıkların kontrolü



- 2) Başışıklama
- 3) Enfeksiyon hastalıklarının kontrolü
- 4) Aile planlaması
- 5) Gebelerin izlenmesi ve beslenmesi
- 6) Doğumların .sağlıklı şartlarda yapılması
- 7) Güvenceli annelik ve yenidoğan bakımı
- 8) Büyüme ve gelişmenin izlenmesi ve beslenme
- 9) Akut solunum yolu enfeksiyonları
- 10) Okul sağlığı
- 11) Çevre sağlığı
- 12) Koruyucu göz sağlığı
- 13) Tüberküloz kontrolü
- 14) Sıtma kontrolü
- 15) Halkın sağlık eğitimi
- 16) Koruyucu ruh sağlığı
- 17) Beslenme
- 18) Ağız ve diş sağlığı
- 19) Diğer.....

### 9. HİZMETİÇİ EĞİTİM,

Kişilerin hizmetteki verim ve etkinliklerinin **artırılması** ve bilgi, beceri ve tutumlarının geliştirilmesi için. **kurumların** genel çalışma düzenini sürekli olarak etkileyen ve kurum politikalarının yanısıra teorik bilgileri de içeren programı önceden hazırlanmış eğitim uygulamaları olarak tanımlanmaktadır.

### Son 1 yıl içinde bu anlamda bir hizmetiçi eğitim aldınız mı?

- 1) EVET
- 2) HAYIR

CEVABINIZ "HAYIR" İSE 15 NOLU SORUYA GEÇİNİZ.

CEVABINIZ "EVET" İSE;

### 10. Bu hizmetiçi eğitimi aşağıdakilerden hangisi düzenledi Obirden fazla cevap verebilirsiniz)?

- 1) Sağlık Bakanlığı - Sağlık Müdürlüğü
- 2) Meslek Odaları
- 3) Gönüllü Kuruluşlar
- 4) Yabancı Kuruluşlar (UNICEF, Dünya Sağlık Teşkilatı vb)
- 5) Hastaneler
- 6) Üniversiteler
- 7) İlaç firmaları
- 8) Diğer.....

### 11. Aldığınız hizmetiçi eğitimin yararını gördünüz mü?

- 1) EVET
- 2) HAYIR

### 12. Cevabınız HAYIR ise nedeni aşağıdakilerden hangisidir (birden fazla cevap verebilirsiniz)?

- 1) İhtiyaçlarıma ve beklentilerime cevap vermedi
- 2) Eğitim metodu yanlıştı
- 3) Eğitim ortamı uygun değildi
- 4) Eğitim materyali yetersizdi
- 5) Eğitim süresi yetersizdi
- 6) Eğitimci yetersizdi
- 7) Diğer.....

### 13. Sizce hizmetiçi eğitimi kim PLANLAMALIDIR?

- 1) Sağlık Bakanlığı - Sağlık Müdürlüğü
- 2) Meslek Odaları
- 3) Gönüllü Kuruluşlar
- 4) Yabancı kuruluşlar (UNICEF, Dünya Sağlık Teşkilatı vb)
- 5) Hastaneler
- 6) Üniversiteler
- 7) İlaç firmaları
- 8) Diğer .....

**14. Sizce hizmetiçi eğitimi kim UYGULAMALIDIR?**

- 1) Sağlık Bakanlığı - Sağlık Müdürlüğü
- 2) Meslek Odaları
- 3) Gönüllü Kuruluşlar
- 4) Yabancı kuruluşlar (UNICEF, Dünya Sağlık Teşkilatı vb)
- 5) Hastaneler
- 6) Üniversiteler
- 7) Haç firmaları
- 8) Diğer.....

**15. Sizce sürekli eğitim;**

- 1) Zorunlu olmalıdır
- 2) isteğe bağlı olmalıdır

**16. Yukarıdaki 8 ve 9- sorulara verdiğiniz cevapları da göz önünde tutarak NASIL BİR EĞİTİM METODU isterdiniz (birden fazla cevap verebilirsiniz)?**

- 1) Konferans
- 2) Açık oturum
- 3) Grup tartışmaları
- 4) Periyodik yayınlar
- 5) Görev başında eğitim
- 6) Bir uzmanla bir süre çalışarak
- 7) Kendi kendine çalışarak
- 8) Diğer .....

**17. Hekimlere yönelik hizmetiçi eğitim uygulamaları nerede yapılmalıdır (birden fazla cevap verebilirsiniz) ?**

- 1) Çalıştığı kuamda (sağlık ocağı, açsıp merkezi, verem savaşı dispanseri vb)
- 2) Çalıştığı kuruma en yakın hastanede
- 3) Çalıştığı kuruma en yakın üniversite hastanesinde
- 4) Çalıştığı kuruma yakın herhangi bir sağlık kurumunda
- 5) Bir eğitim tesisinde
- 6) Diğer.....

**18. Ailenin tüm fertleri ishal ise bu hastalığın kontrolünde en önemli bulgu aşağıdakilerden hangisidir?**

- 1) Babanın mesleği
- 2) Ailedeki fert sayısı
- 3) Ailenin su kaynağı
- 4) Ailede okula giden fert sayısı
- 5) Hiçbiri
- 9) Bilmiyorum

**19- İshalli bir çocuğun beslenmesinde aşağıdaki besinlerden hangisi yer almalıdır?**

- 1) Yoğurt, haşlanmış patates
- 2) Pilav veya makarna (yağsız)
- 3) Çiğ sebze ve meyvalar
- 4) 1 ve 2 doğru
- 5) 1, 2 ve 3 doğru
- 9) Bilmiyorum

**20. 5 aylık bir çocuk 2 gündür kusma ve ishal şikayeti, fontanel çöküklüğü ve turgor-tonüsün azalması bulguları ile geldiğinde aşağıdakilerden hangisinin yapılması en uygundur?**

- 1) ORS ve anne sütüne devam edilmesi
- 2) Antibiyotik verilmesi
- 3) İV sıvı verilmesi
- 4) ORS ve laktozdan yoksun mama verilmesi
- 5) İV sıvı, Antibiyotik ve ORS verilmesi
- 9) Bilmiyorum

**21. Aralık ayında doğan bir bebeğe Şubat ayında birinci DBT + Polio yapılmıştır. Size Mayıs ayında gelen bu bebeğe hangi aşığı yaparsınız?**

- 1) PPD kontrollü sadece BCG
- 2) PPD kontrollü BCG+DBT
- 3) PPD kontrollü BCG+DBT+polio
- i) PPD kontrollü BCG+DBT+kızamık
- 5) Hiçbiri
- 9) Bilmiyorum

**22. Polfo, Kızamık ve BCG aşısı açıldıktan sonra sırasıyla;**

- 1) 6 saat, 2 saat ve 3 gün içinde kullanılmalıdır
- 2) 8 saat, 4 saat ve 1 gün içinde kullanılmalıdır
- 3) 2 saat, 6 saat ve 1 gün içinde kullanılmalıdır
- 4) 4 saat, 8 saat ve 3 gün içinde kullanılmalıdır
- 5) Hiçbiri
- 9) Bilmiyorum

**23. Soğuk zincirin herhangi bir yerindeki hatadan dolayı aşağıdaki aşılarından hangisi İLK ÖNCE bozulur?**

- 1) DBCG
- 2) Polio
- 3) Tetanoz
- 4) DBT
- 5) Kızamık
- 9) Bilmiyorum

**24. Nüfusu 10.000 ve kaba doğum hızı binde 36 olan bölgede bir ayda kaç doz KIZAMIK aşısı yaparsınız?**

- 1) 18 doz
- 2) 30 doz
- 3) 36 doz
- 4) 40 doz
- 5) 45 doz
- 9) Bilmiyorum

**25- Papilloveziküler döküntü aşağıdaki hastalıklardan hangisinde görülür?**

- 1) Su çiçeği
- 2) Kızamık
- 3) Kızıl
- 4) Kabakulak
- 5) Kızamıkçık
- 9) Bilmiyorum

**26. 4 yaşında aşısız bir çocuk, kızamıklı bir çocukla temas ettikten sonra aşağıdakilerden hangisinin yapılması en uygundur?**

- 1) ilk 72 saat içinde aşı yapılması
- 2) Gözlem ve kontrol altında tutulması
- 3) Gama globülin + aşı yapılması
- 4) **interferon**
- 5) Hiçbirşey yapılmassa da olur
- 9) **Bilmiyorum**

**27. Bir kadına ilk defa RIA uygulayacaksınız. Aşağıdaki durumlardan hangisinde uygulama yapılabilir?**

- 1) Doğumdan hemen sonra 5- güne kadar
- 2) Komplikasyonsuz kürtajdan hemen sonra
- 3) Son adet başlangıcından sonra 10 gün içinde
- 4) Muayenede uterusun normalden büyük, düzgün ve yumuşak olması
- 5) 1 ve 3 doğru
- ö) 2 ve 4 doğru
- 7) 1, 2 ve 3 doğru
- 9) Bilmiyorum

**28. Aile planlamasının tanımı aşağıdakilerden hangisidir?**

- 1) 2'den fazla çocuk sahibi olunmasını **Önlemek**
- 2) Belirli aralarla istenildiği zaman istenildiği kadar çocuk sahibi olmak
- 3) Risk altındaki nüfusun doğum yapmasını Önlemek
- 4) Nüfus artış hızını durdurmak
- 5) Hepsi
- 9) **Bilmiyorum**

**29- Oral kontraseptif kullanan bir kadın 2 gün boyunca hap almayı unuttuğunu söylüyor. Ne tavsiye edersiniz?**

- 1) Hatırladığı anda 2 hap ve ertesi gün de 2 hap daha almalı
- 2) Kaldığı yerden devam etmeli
- 3) Adet görene kadar hap almamalı
- 4) Adet görene kadar cinsel ilişkiye girmemeli
- 5) Hiçbiri
- 9) Bilmiyorum

**30. Hamile bir kadın son adetini 19-4.1991 tarihinde gördüğünü söylüyor. Bu anne adayının talimini doğum tarihi hangisidir?**

- 1) 12.1.1992
- 2) 16.1.1992
- 3) 20.1.1992
- 4) 22.1.1992
- 5) 26.1.1992
- 6) 20.7.1992
- 7) 22.7.1992
- 8) 26.7.1992
- 9) Bilmiyorum

**31. Bağışık olup olmadığı bilinmeyen 2 aylık bir gebede neonatal tetanozu önlemek için uygun layacağınız aşı programı hangisidir?**

- 1) Tek doz aşı
- 2) Birer ay ara ile İki doz aşı
- 3) İki ay ara ile iki doz aşı
- 4) Birer ay ara ile 3 doz
- 5) Hiçbiri
- 9) Bilmiyorum

**32. Aşağıdakilerden hangisi gebelikteki risk faktörüdür?**

- 1) 15 yaş altı ve 35 yaş üzeri
- 2) tki gebelik arasında 2 yıldan daha az süre olması
- 3) 5 ve daha fazla gebelik
- 4) 1 ve 2 doğru
- 5) 2 ve 3 doğru
- 6) 1 ve 3 **doğru**
- 7) 1, 2 ve 3 doğru
- 8) Hiçbiri
- 9) **Bilmiyorum**

**33- Gebeliğin ilk yarısında görülen kanamaların nedeni hangisidir?**

- 1) Düşük
- 2) Molhidatiform
- 3) Dış gebelik
- 4) Hepsi
- 5) Hiçbiri
- 9) Bilmiyorum

**34. Aşağıdakilerden hangisi normal doğum eylemine UYMAMAKTADIR?**

- 1) Miyadında 40 haftalık tek fetus
- 2) Doğum sırasında forceps kullanımı
- 3) Serviks tam açıldığında uterus kontraksiyonlarının azalması
- 4) Doğumun hiçbir döneminde ateş, kan basıncı ve nabzın değişmemesi
- 5) Hiçbiri
- 9) Bilmiyorum

**35- Doğumun I. dönemi ile ilgili olarak hangisi YANLIŞTIR?**

- 1) Mesane boşaltılır ve lavman yapılır
- 2) Gebe tuşe sırasında hafif ıkındırılır
- 3) Vajinal tuşe enfeksiyon riski bakımından sık yapılmaz
- 4) 1 ve 2 doğru
- 5) 1 ve 3 doğru
- 9) Bilmiyorum

**36. Doğumun III. dönemi ile ilgili olarak şunlardan hangisi YANLIŞTIR?**

- 1) Doğumdan hemen sonra 2 ampul meterjin yapılır
- 2) Diyastolik kan basıncı 85 mm Hg'nın altında ise 5-10 Ünite Sympitan yapılır
- 3) Kustner manevrası ile plasentanın ayrılması kontrol edilir
- 4) Kanama 400 cc'den fazla ise doğum sonu kanamasından bahsedilir
- 5) Hiçbiri
- 9) Bilmiyorum

**37. Dört aylık bir bebeğe hangisinin verilmesi uygun OLMAZ?**

- 1) Vitamin şurubu
- 2) Tarhana çorbası
- 3) Sebze çorbası
- 4) Baklagiller
- 5) Yoğurt
- 9) Bilmiyorum

**38. 6 aylık bir çocuk sadece anne sütü ile besleniyorsa hangi vitamin verilmesi yararlı olabilir?**

- 1) A vitamini
- 2) B vitamini
- 3) C vitamini
- 4) D vitamini
- 5) K vitamini
- 9) Bilmiyorum

**39. Preeklempsi aşağıdaki durumlardan hangisinde daha sık görülür?**

- 1) Primiparlarda
- 2) Hidroamniosda
- 3) Çoğul gebelikte
- 4) Diabetes Mellitusda
- 5) Hepsi
- 6) Hiçbiri
- 9) Biliniyorum

**40. Göbek kanaması olan bebek için aşağıdakilerden hangisi yapılır?**

- 1) 1 ml K vitamini
- 2) 1 ml K vitamini + 1 ml serum fizyolojik karışımından 1 ml,
- 3) 1 ml K vitamini + 5 ml serum fizyolojik karışımından 1 ml,
- 4) 1 ml K vitamini + 9 ml serum fizyolojik karışımından 1 ml verilir
- 5) K vitamini vermeye gerek yoktur
- 9) Biliniyorum

**41. Yenidoğanın APGAR değerlendirmesine aşağıdakilerden hangisi GİRMEZ?**

- 1) Renk
- 2) Kalp atımları
- 3) Uyanlara cevap
- 4) Fontanei büyüklüğü
- 5) Solunum
- 6) Hareketlilik
- 9) Bilmiyorum

**42. Yenidoğan bir bebeğin kaydı aşağıdaki formlardan hangisine YAPILMAZ?**

- 1) Doğum fişi
- 2) Form 014
- 3) Form 001
- 4) Form 005
- 5) Form 012 A
- 9) Bilmiyorum

**43. Ön fontanei kaçınıcı aylarda kapanır?**

- 1) İlk 2-3. ayda
- 2) ilk 4-6. ayda
- 3) İlk 6-8. ayda
- 4) İlk 7-8. ayda
- 5) tik 9-18. ayda
- 9) Bilmiyorum

**44. Türkiye'de BCG aşısı rutin olarak hangi yaşlarda uygulanmaktadır?**

- 1) PPD kontrolü ile 5-6 yaşlarında uygulanır
- 2) Sadece 0 yaşında uygulanır
- 3) **tiki** 0 yaşında olmak üzere 5 yılda bir uygulanır
- 4) 0 yaşında ve 11-12 yaşlarında uygulanır
- 5) Hiçbiri
- 9) Bilmiyorum

**45. Bulaşıcılık açısından tehlikeli olan tbc şekli hangisidir?**

- 1) Intestinal tbc
- 2) Milier tbc
- 3) Adenoid tbc
- 4) KaviteJi tbc
- 5) Hepsi
- 9) Bilmiyorum

**46. Tbc tedavisinin ana prensiplerini yazınız.**

- 1) Düzenli tedavi
- 2) Sürekli tedavi
- 3) Kombine ilaç tedavisi
- 4) Sefalosporinlerle tedavi
- 5) 1 ve 3 doğru
- 6) 1, 2 ve 3 doğru
- 7) 2 ve 4 doğru
- 9) Bilmiyorum

**47. 45 yaşında kadın hasta, eşini 1 ay önce aniden kaybetmiş. Uykusuzluk, iştahsızlık, korku ve endişeler, çaresizlik ve umutsuzluk hisleri vardır. Dikkatini toplayamıyormuş. Bu hastaya yaklaşımlarınız ne olmalıdır?**

- 1) Kendisine ve yakınlarına tavsiyelerde bulunmak
- 2) Haç tedavisi + kontrole çağırarak
- 3) ilaç tedavisi + kendisine ve yakınlarına tavsiyelerde bulunmak + kontrole çağırarak
- 4) Bir psikiyatriste sevk etmek
- 5) Hiçbiri
- 9) Bilmiyorum

**48. Tek bir soru hakkınız olsa idi, bu hastadan başka hangi bilgileri almak isterdiniz?**

- 1) Daha Önceden psikiyatrik bir tedavi görüp görmediği
- 2) **Ölüm** düşüncelerinin olup olmadığı
- 3) **Halüsinasyon** ve hezeyanlarının olup olmadığı
- 4) Adetlerinin düzenli olup olmadığı
- 5) Kimlerle birlikte yaşadığı
- 9) **Bilmiyorum**

**49. Trahonda en önemli profilaktik önlem aşağıdakilerden hangisidir?**

- 1) Günde en az İki defa el ve yüz yıkanması
- 2) Periyodik olarak oral antibiyotik uygulaması
- 3) Penisilinli göz damlası uygulaması
- 4) Hepsi
- 5) Hiçbiri
- 9) Bilmiyorum

**50. Kimyasal göz yanığının acil tedavisinde en Önemli ve ilk yapılacak aşağıdakilerden hangisi dir?**

- 1) Gözlere antibiyotikli pomad uygulanması
- 2) Gözlerin bol temiz su ile **10-15** dakika yıkanması
- 3) Gözlere antibiyotikli damla uygulanması
- 4) **Hiçbirşey** yapmadan ikinci basamak tedavi kurumlarına sevk
- 5) Hepsi
- 9) Bilmiyorum

**51. Hastaneye sevkedümesi gereken vaka aşağıdakilerden hangisidir?**

- 1) Solunumu normalden hızlı ve öksürüğü olan
- 2) Retraksiyonları olan ve herhangi bir sıvı alamayan
- 3) **Hırıltılı** solunumu ve ateşi olan
- 4) Hepsi
- 5) Hiçbiri
- 9) Bilmiyorum

**52. Sağlık evi ebesi akut solunum yolu enfeksiyonu olan bir çocuğu aşağıdaki durumlardan hangisinde hekime sevk etmelidir?**

- 1) Solunum sayısı dakikada 50 ve üzeri ise
- 2) **Burun** akıntısı ve öksürük varsa
- 3) Ağrılı LAP olmadan boğazda kızarıklık ve öksürük varsa
- 4) Hepsi
- 5) Hiçbiri
- 9) Bilmiyorum

**53- Okul çağı çocuklarında görülen sağlık sorunlarından 4 tanesini yazınız.**

- 1) .....
- 2) .....
- 3).....
- 4).....

**54. Bölgenizde düzenleyeceğiniz "okul sağlığı" konusunda bir halk eğitimi faaliyetinde hedef kitleniz kimler olurdu?**

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4).....

**55. Sıtma ile mücadelede aşağıdakilerden hangisi daha önemlidir?**

- 1) **Jit** ile mücadele
- 2) Vektör ile mücadele
- 3) Parazit ile mücadele
- 4) 1 ve 2 doğru
- 5) 1, 2 ve 3 doğru
- 9) Bilmiyorum

**56. Sıtmanın yoğun olduğu bölgede çalışmaktasınız. Aşağıdakilerden hangisinden yılda iki kez kan alırsınız?**

- 1) Tüm yüksek ateşli hastalardan
- 2) Sıtma tedavisi görmüş ve iyileşmiş olanlar
- 3) Halen sıtma tedavisi altında bulunanlar
- 4) Hastanın yakın çevresi
- 5) 1 ve 2 **doğru**
- 6) 3 ve 4 doğru
- 7) 3 ve 2 **doğru**
- 9) Bilmiyorum

**57. Halk eğitiminde toplum liderleri küçümsenmeyecek derecede önem taşırlar. "Toplum Liderlerinden 4 tanesini yazınız.**

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....

**58. Bölgenizdeki halka herhangi bir sağlık konusunda eğitim düzenlemek İstedığınızde hangi kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparsınız? 4 tanesini yazınız.**

- 1) .....
- 2).....
- 3) .....
- 4).....

**59- Katı atıkların (çöplerin) ülkemiz için halen en uygun yokedilme yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?**

- 1) Yeniden kullanma
- 2) Gömme
- 3) Yakma
- 4) Komposto
- 5) Hiçbiri
- 9) Bilmiyorum

**60. Su kaynağı veya depoları için kabul edilebilir minimum klor miktarı hangisidir?**

- 1) 0.01 ppm/lt
- 2) 0.1 **ppm/lt**
- 3) 1 ppm/lt
- 4) 10 ppm/lt
- 5) 100 ppm/lt
- 9) Bilmiyorum

**EK 3: ANKET FORMUNDAKİ VERİLERİN DBASE IV PROGRAMINA GİRİLMESİNDE KULLANILAN FORMAT ÖRNEĞİ**

SIRA NO : .....

İLİ : .....

(ANKARA=06, **DIYARBAKIRLI**, İSTANBUL=34, MUÖLA=48., StVAS=58, TOKAT=6-, YOZGAT=66)

YAŞ: .....

CİNSİYET: ..... (**EEKEK-1**, KADIN=2)

MEZUN OLDUĞU FAKÜLTE: ..... (İLK KELİME)

MEZUNİYET YILI: ..... (SON İKİ RAKAMI)

6:- 7:- **8A:- 8B:- 8C:- 9> 10:-----**

**11:- 12:----- 13:- 14:- 15:- 16:-----**

**17: ---- 18:- 19.- 20.- 21.-**

**22:- 23> 24:- 25:- 26:- 27:- 28:-**



29:-30:-31:-32:-33:-34-35:-  
36:-37:-38:-39:-40:-41:-42:-  
43:- 44:- 45:- 46:- 47:- 48:- 49:-  
50:- 51:- 52-, 53:- 54:- 55:- 56:-  
57:- 58:- 59> 60:-

#### EK 4: VERİ KODLAMA TALİMATNAMESİ

Sıra NoAnket formunun illerden geliş sırasına göre üç basamaklı olacak şekilde verilecektir.

##### SORULAR

1. İli: O İlin trafik kodu yazılacaktır (Ankara için 06, Diyarbakır için 21, İstanbul için 34, Muğla için 48, Sivas için 58, Tokat için 60 ve Yozgat için <S6).
2. Cinsiyet: Erkekler için 1, kadınlar için 2 rakamı yazılacaktır.
3. Yaş: Hekimlerin yazdıkları yaşları kodlanacaktır.
4. Mezun Olduğu Tıp Fakültesi: Sadece ilk kelimesi yazılacaktır.
- 5- Mezuniyet Yılı: Yazılan yılın son iki rakamı girilecektir.
- 6-52 İşaretlenen şıkların rakamları yazılacaktır. 55, 56 ve 8, 12, 16 ve 17. sorulara birden fazla cevap 59, 60 verilebileceği halde, diğer soruların sadece tek doğru cevapları olduğundan bu sorularda birden fazla şık işaretlenirse "0" kodu girilecektir.
- 53, 54, 57, 58: Aşağıdakiler doğru cevap olarak kabul edilecek ve kaç doğru cevap varsa o rakam yazılacaktır.
- 53.--Ağız ve Diş Sağlığı Görme Kusurları Beslenme Bozukluğu Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları Ruhsal Uyum Bozuklukları Parazitoz 54...öğrenciler Öğretmenler Okulun Hizmetli Personeli Veliler 57...Öğretmen İmam Muhtar Şeyh Ağa Sözü Geçen Yaşlı Kadın veya Erkek 58...Kaymakam veya Vali Milli Eğitim Müdürlüğü Belediye Müftülük Askeri Birlikler Sendikalar Gönüllü Kuruluşlar

#### EK 5: SİVAS İLİNDE GÖREV YAPAN BİR PRATİSYEN HEKİMİN ANKET FORMUNA EKLEDİĞİ NOTU

"Pratisyen hekimlerin hizmetiçi eğitim ihtiyacının olmasının anlaşılması, yani böyle bir İhtiyacın mevcudu, hekimlerin tıp fakültelerinden yetersiz eğitimle mezun olması demektir. Böyle bir eksiklik hizmetiçi eğitim ile değil üniversite sırasında giderilir. Bu eğitimin hekimleri sağUk ocaklarına göndermeden yapılması gerektiğini düşünüyorum. Bu nedenle araştırmanıza ilgi göstermiyor ancak samimi girişim ve çalışmalarınızda başarılar diliyorum.