

Konya İlinde Yetişkinlerin Temel Sağlık Konularındaki Bilgi Düzeyi

Said BODUR¹, Aşır GENÇ², Fatih KARA³, H.Murat KAYA³, Yasemin DURDURAN³

¹ Selçuk Üniv. Meram Tıp Fak., Halk Sağlığı ABD, Tıbbi İstatistik Bilim Dalı, Meram / KONYA

² Selçuk Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi İstatistik Bölümü, KONYA

³ İl Sağlık Müdürlüğü, KONYA

Özet: Toplumda yapılacak sağlık eğitimi gerçek ihtiyaçlara dayanmalıdır. Bunun yolu toplumdaki bilgi toplama çalışmasıdır. Bu çalışma, Konya ilinde yetişkin toplumun temel sağlık konularındaki bilgi düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapıldı. 2005 yılında yapılan kesitsel tipteki bu saha araştırmasının evreni, Konya ilinde yaşayan toplumdur. Örneklem, büyüklüğe orantılı küme örnekleme yöntemiyle seçildi. Toplumun heterojenitesi dikkate alınarak örnek hacmi büyük (n=1000) tutuldu. Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen 41 soruluk bir anket aracılığıyla derlendi. Anketör olarak sağlık personelinin yararlanıldı. Bilgi düzeyi, hem bilme oranı hem de puana dönüştürülerek ortalama ve standart sapma şeklinde betimlendi. Katılımcıların % 67'si kadın, %77'si 25-64 yaş arasında, % 60'ı ilköğrenim mezunu, % 84'ü evli ve % 63'ü ev hanımı idi. Temel sağlık konularında doğru cevap alma oranı % 1,9 ile % 75,8 arasında değişmekteydi (ortalama % 38,4). Bilgi puanı ortalaması ise 100 üzerinden 48,2±14,8 bulundu. Sağlık bilgi puanının kadınlarda ve evlilerde daha yüksek olduğu, öğrenim düzeyi yükseldikçe ve kırdan kente gidildikçe arttığı, buna karşılık yaş ilerledikçe azaldığı belirlendi. Toplumun temel sağlık konularında bilgi düzeyi orta derecededir ve bazı demografik özelliklerden etkilenmektedir. Sağlık bilgi düzeyi yönünden kadın-erkek, kır-kent, evli-bekâr farkı azaltılmalı, toplumun öğrenim düzeyi yükseltilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, bilgi, hijyen, sağlık eğitimi, demografi.

Knowledge Level of Adult People Related Primary Health Care in Konya Province

Abstract: Health education should be based on real needs in community. This study was performed to determine the knowledge level of population about family health in Konya. The target population of this cross-sectional study applied in 2005 is the people living in Konya province. A large sized sample group (n=1000) was chosen considering the heterogeneity of the population. Data was collected by a 41-question survey which was developed by the researcher. Health staff was used to carry out the survey. Answers were converted to both ratios and points and were represented as mean value and standard deviation. 67% of the participants were female, 77% of them were in the 25-64 ages, 60% of them were graduated from primary school, 84% of them were married and 63% of them was housewife. The ratio of correct answers about family health was changing from 1,9% to 75.8% (average 38.4%). Average knowledge point was found 48±15. Women and married people had higher health knowledge points. Health knowledge points increased as education level increased. Urban population has more knowledge about health than rural people. Health knowledge points decreased as age of participants increased. The knowledge level of population is moderate on primary health care. Health knowledge level is affected by some demographic properties. Educational level of population should increase. Also, it should be decreased differences between male-female, rural-urban, and single-married related knowledge level on primary care.

Key Words: Health, knowledge, hygiene, health education, demography

¹ E-mail: sbodur@myway.com

Giriş

Sağlıklı yaşam stratejilerinin birkaç temel ögesinden biri sağlık konusunda bireylerin bilgilendirilmesidir [1]. Sağlık eğitiminin ilk adımı, toplumun ya da riskli grupların bilgi/bilgisizlik düzeyinin belirlenmesi, başka bir ifade ile sağlık bilgisi ile ilgili problemin araştırılmasıdır [2,3]. İyi bir sağlık eğitimi gerçek ihtiyaçlara dayanır. Bunun yolu toplumdan bilgi toplamaktır. Bu alanda bilgi toplamanın üç ana yöntemi gözlem, görüşme (anket) ve kayıtlardan yararlanmadır [2].

Toplumda her düzeyde, çeşitli yollarla yapılan sağlık eğitimin amacı sağlıklı davranışların kazandırılması, desteklenmesi ve sürdürülmesi olduğuna göre, yapılan bilgilendirme ve davranış eğitimlerinin başarılı olup olmadığının irdelenmesi gerekmektedir. "Eğitim başarılı oldu" demek yetmez, başarının miktarını belirleyecek özel ölçülerin geliştirilmesine ihtiyaç vardır [2]. Örneğin, sağlıklı davranışlara zemin hazırlayan sağlıkla ilgili bilgi ve inançların olumlu yönde değiştirilmesi ile ilgili çabaların değerlendirilmesi için uygun bir ölçüt "sağlık bilgi düzeyi"dir [3].

Sağlık eğitimi değerlendirmelerinde doğru bilgi sahibi olan-olmayan (bilen-bilmeyen) ya da doğru davranış gösteren-göstermeyen şeklindeki değerlendirmeler yaygındır. Bu durumda tekli ve çoklu analizler tamamen parametrik olmayan yöntemlerle yapılır. Bilginin puana dönüştürülmesi yoluyla sürekli veriler elde edilebilir. Bu da parametrik yöntemler kullanarak daha güçlü analizler yapmaya imkân verir. Bilgi düzeyi ile bağımsız değişkenlerin ilişkisinin incelenmesinde ise çoklu analizlerden yararlanılabilir.

Bu çalışma, Konya ilinde yaşayan yetişkinlerin temel sağlık bakımı konularındaki bilgi düzeyini ve onu etkileyen demografik özellikleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve metot

Araştırmanın Düzeni Ve Evreni: Araştırma kesitsel düzende (cross-sectional) bir saha araştırmasıdır. Araştırmanın evreni, Konya ili içerisindeki tüm yerleşim yerlerinde yaşayan toplumdur. Konya, Türkiye'nin orta bölgesinde (İç Anadolu) yer alan, yüzölçümü en geniş, yerleşim yeri sayısı da epey fazla (31 ilçe, 778 belde-köy) olan bir ildir.

Konya ilinin yüzölçümü 41.724 Km², 2000 yılı nüfus sayımına göre toplam il nüfusu 2.192.166'dır. Bu nüfusun yaklaşık % 34'ü il merkezinde (3 merkez ilçe), % 25'i il merkezi dışındaki 28 ilçe merkezinde, % 41'i de belde ve köylerde yaşamaktadır. Bu nüfusa 2005 yılı itibarıyla 22 hastane ve 202 sağlık ocağında toplam 399 uzman hekim, 785 pratisyen hekim, 1380 ebe-hemşire-sağlık memuru sağlık hizmeti vermektedir.

Örnek Hacmi: Örnek büyüklüğü, hem değişken sayısının çok olması hem de bilgilerin geniş ve heterojen bir coğrafyada elde edilecek olması dikkate alınarak sonuçların güvenilirliğini artırmak amacıyla 1000 olarak belirlendi. Bu büyüklüğün belirlenmesinde daha önce yapılan benzer bir çalışmanın örnek büyüklüğüne ulaşılması da etkili oldu. Bu büyüklükteki bir örnekleme göre standart sapması 15 olan bilgi puanı ortalamasındaki üç puanlık bir değişimi ya da bilinmeyen bir oran (p=0,50) için 100 üzerinden 10 puanlık bir değişimi 0,90 güçte gösterecek bir hipotezin sınanabileceği hesaplandı.

Örnekleme Yöntemi: Araştırmada, geniş coğrafi alanlarda yapılan sağlıkla ilgili çalışmalarda WHO'nun da önerdiği büyüklüğe orantılı tabakalı küme örnekleme (cluster sampling) yöntemi kullanıldı [4]. Bunun için önce il düzeyindeki tüm yerleşim birimleri mahalle ve köy temelinde nüfuslarıyla beraber belirlendi. İl merkezi, ilçe merkezleri ve köyler olarak üç tabakadaki yerleşim birimleri, kendi içinde alfabetik olarak sıralandı. Oluşturulan listede artan birikimli nüfuslar hesaplandı. Bölgenin heterojenitesi dikkate alınarak küme hacmi küçük (n=7) alınıp 143 kümeye (1000/7) ulaşılması planlandı. Her tabakadan alınacak küme sayısı nüfusa ağırlıklandırıldı. Kümelerin alınacağı yerleşim birimleri her tabaka için nüfusa ağırlıklı sistematik yöntemle saptandı. Bunun için toplam nüfus küme sayısına bölünerek örnekleme aralığı bulundu. İlk kümenin bulunduğu yerleşim birimi, ilk örnekleme aralığından basit rasgele yöntem ile tespit edildi. İlk kümenin yer aldığı yerleşim yerinin kümülatif nüfusuna örnekleme aralığı eklenerek 2., tekrar eklenerek 3., ..., ve 143. kümenin alınacağı yerleşim yeri saptandı. Örnekleme çalışması İl Sağlık Müdürlüğü'nün ETF sonuçları üzerinde yapıldı. Sonuçta kümelerin % 38'i il merkezinden, % 30'u diğer ilçe merkezlerinden ve % 32'si köy ve beldelerden seçildi.

Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları: Bu çalışmada seçilen örneklemin toplumu temsil ettiği, katılımcıların anket sorularına doğru cevap verdiği, ankette yer alan soruların temel sağlık konularındaki bilgi düzeyini ölçecek nitelikte olduğu varsayılmıştır. Buna karşılık, çok geniş bir konu olan sağlık bilgi düzeyinin ölçümü anketteki sorulara alınan cevaplarla sınırlıdır.

Veri Toplama Aracı: Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen bir anket aracılığıyla derlendi. Anket, temel sağlık (aile sağlığı) ile ilgili konuların tümünü (kişisel hijyen-diş sağlığı, çocuk sağlığı, kadın sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, önemli kronik hastalıklar, beslenme, ilk yardım) olabildiğince kapsayacak kadar detaylı, uygulama süresi ve yoğunluk yönünden katılımcıları sıkmayacak kadar kısa tutuldu [3,5]. Bu amaçla demografik bilgileri sorgulayan 9, sağlık bilgi düzeyi ile ilgili 32 olmak üzere toplam 41 soruluk anket hazırlandı. Demografik bilgiler dışındaki anket soruları bilgi kaybını en aza indirebilmek için açık uçlu olarak düzenlendi. Her soruda bir konu soruldu.

Pilot uygulama: Araştırma örneklemine çıkmayan iki kümede anketin ön denemesi yapıldı. Anketin uygulanma hızı, soruların anlaşılabilirliği ve cevap şıklarının dağılımı dikkate alınarak gerekli düzeltmeler yapıldı.

Verilerin toplanması: Anketörler, Konya İl Sağlık Müdürlüğüne il merkezi ve ilçelerden belirlenen sağlık personeli idi. Anketörlerin eğitimi Sağlık Eğitim Merkezinde bizzat araştırmacı (S.B.) tarafından yapıldı. Her haneden birer yetişkinle yüz yüze görüşüldü. Her kümede görüşülen kişilerin cinsiyet oranının 1/2'den daha orantısız olmamasına dikkat edildi.

İstatistiksel analiz: Soruların çoğu açık uçlu olduğundan doğru cevapların belirlenebilmesi için bir kodlama rehberi oluşturuldu. Toplam 32 adet bilgi sorusuna verilen açık cevaplardan; yanlış veya cevapsız durumlar için "0", eksik cevap veya kısmen doğru durumlar için "1", yeterli düzeyde ve doğru kabul edilebilen cevaplar için "2" puan verilmek suretiyle her birey için hesaplanabilen bir toplam puan oluşturuldu. Kodlama yapıldıktan sonra kodlar bilgisayar ortamına aktarıldı. Rasgele örnekli kodlanmış veri denetimi ve min-max kontrolleri yapıldı. Birinci aşamada, sağlıkla ilgili sorulara doğru, kısmen doğru ve yanlış cevap oranları genel olarak belirlendi. İkinci aşamada, puanlar yüzdelik sisteme dönüştürüldü. Buna göre bir kişinin alabileceği toplam puan "0" ile "100" arasında değişmekteydi. Bireylerden elde edilen bilgi puanlarıyla demografik özellikler arasındaki ilişki irdelendi. Veriler, SPSS for Windows 13.0 programı yardımıyla düzenlendi ve analiz edildi. Verilerin özetlenmesinde yüzde, ortalama±standart sapma, ortanca kullanıldı. Normallik varsayımı Lillifors testi ve Q-Q detrended grafiği ile değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizinde kategorik veriler için ki-kare, normal dağılan bağımsız iki grubun karşılaştırılması için Student's t testi, normallik varsayımının karşılanmadığı iki bağımsız grubun karşılaştırılması için Mann-Whitney U testi, normal dağılan ikiden çok grup için tek yönlü varyans analizi ve Tukey HSD/Tamhane T2 testi, normal dağılmayan üç ve daha fazla grup için Kruskal-Wallis H testi ve Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi kullanıldı. Ayrıca nümerik bağımlı değişkenin kestirimi için çoklu doğrusal regresyondan, kategorik (dikotom) bağımlı değişkenin kestirimi için de lojistik regresyon analizinden yararlandı. 0.05'ten küçük P değerleri anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Örneğe çıkan katılımcıların yarıdan çoğunun kadın, 25-44 yaş grubunda ve ilköğrenim mezunu, beşte dördünün evli ve hane halkı büyüklüğü ortalamasının 4.5 ± 1.8 kişi (ortancası 5) olduğu belirlendi. Araştırma örnekleminin demografik özellikleri değerlendirme kolaylığı amacıyla tek bir tabloda özetlendi. Bazı bilgiler hane bazında olduğu için cinsiyete göre dağılımı verilmedi (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırma örnekleminin Demografik Özellikleri

Demografik özellik	n	Erkek		Kadın		
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Yerleşim yeri	Köy-belde	322	127	38,5	195	29,1
	İlçe merkezi	302	91	27,6	211	31,5
	İl merkezi	375	112	33,9	263	39,3
Yaş grubu	24 ve altı	181	40	12,1	141	21,1
	25-44	545	169	51,1	376	56,2
	45-64	227	96	29,0	131	19,6
	65 ve üzeri	47	26	7,9	21	3,1
Öğrenim durumu	Öğrenim görmemiş	77	15	4,5	62	9,3
	İlköğrenim	604	122	36,9	482	72,0
	Ortaöğrenim	220	120	36,3	100	14,9
	Yükseköğrenim	99	74	22,4	25	3,7
Evlilik durumu	Bekâr	111	57	17,2	54	8,1
	Evli	840	265	80,1	575	86,1
	Diğer	49	9	2,7	40	6,0
Meslek	Memur-işçi-emekli	169	141	42,6	28	4,2
	Tüccar-esnaf	120	113	34,1	7	1,0
	Çiftçi	77	77	23,3	-	-
	Ev hanımı	634	-	-	634	94,8
Çocuk sayısı	0	158	77	23,3	81	12,1
	1-2	426	172	52,0	254	38,0
	3 ve üzeri	416	82	24,8	334	49,9
Hane halkı büyüklüğü	Yalnız yaşayan	22	9	2,7	13	1,9
	2-4 kişi	514	190	57,4	324	48,4
	5 ve üzeri	464	132	39,9	332	49,6
Ekonomi (kendi ifadeleri)	İyi	169	50	15,1	119	17,8
	Orta	704	239	72,2	465	69,5
	Kötü	127	42	12,7	85	12,7
	GENEL	1000	331	33,1	669	66,9

Toplumun Temel Sağlık Konularındaki Bilgi Düzeyi

Soru yöneltilen konularda yeterli doğrulukta cevap alma oranının % 1,9 ile % 75,8 arasında değişmekle birlikte ortalama % 38,4 olduğu ve yanlış cevap oranının ortalama % 42,1 olduğu saptandı. % 19,5 oranında cevap ise kısmen doğru kabul edilebilecek düzeydeki eksik cevaplardan oluşuyordu. Sağlıkla ilgili temel konularda en yüksek oranda doğru cevap alınan konular şunlardı: (Kendi cinsiyetinde) en çok görülen kanser, sadece anne sütü verilme süresi, ev şartlarında ateşli çocuğa yaklaşım, boy uzunluğu ve vücut ağırlığını bilme, emziren annelerin diyeti. Kanserin erken belirtileri, içme suyu dezenfeksiyonu, hepatit B ve AIDS'in bulaşma yolları, koruyucu diş sağlığı, gebelikte tahlil ve ölçümlerin niçin yapıldığı konuları ise doğru cevap oranı en az olan konulardı (Tablo 2).

Temel Sağlık Bilgi Düzeyinin Demografik Özelliklerle İlişkisi

Toplumda temel sağlık konularındaki ortalama bilgi düzeyi yüz üzerinden ortalama ve standart sapma olarak $48,2 \pm 14,8$ puan hesaplandı.

Toplam bilgi puanı bağımsız değişkenlere göre irdelendiğinde, cinsiyet dışındaki tüm bağımsız değişkenlerin bilgi puanı ortalamasını etkilediği gözlemlendi. Buna göre öğrenim düzeyi, kentleşme, memur-işçi olma ve ekonomik düzeyin iyi olması sağlık bilgi puanını olumlu etkilerken yaşın ilerlemesi, çocuk sayısının fazlalığı, çiftçi bulunma ve yalnız yaşama olumsuz etkilemekteydi (Tablo 3).

Demografik özelliklerle bilgi puanı ortalamaları arasındaki ilişkiyi bağımsız değişkenler arasındaki etkileşimlerden arındırmak için çoklu doğrusal regresyon analizi ile gerçekten etkili olan faktörler ortaya konulmaya çalışıldı. Re-kare düşük ($R^2=0,187$) bulundu. Sonuçta puan toplamı ölçeğinde bilgi düzeyini etkileyen demografik özellikler şunlardı: Yaş, cinsiyet, evlilik durumu, öğrenim durumu ve yerleşim yeri (Tablo 4a, Tablo 4b):

Buna göre bilgi puanını tahminde şu regresyon modeli yazılabilir:

Bilgi puanı = Sabit-(1,9 yaş grubu + 2,9 cinsiyet skoru + 6,8 evlilik skoru + 7,6 öğrenim skoru + 2,8 yerleşim skoru)

Tablo 2. Sağlıkla İlgili Temel Sorulara Alınan Cevapların Yeterlilik Durumu (Yüzde)

KONU	Yanlış/ Cevapsız	Eksik Cevap	Doğru/ Yeterli
(Kendi cinsiyetinde) en çok görülen kanserler	24.2	0.0	75.8
Bebeklere tek başına sadece anne sütü verilme süresi	28.0	0.1	71.9
Boy uzunluğu ve vücut ağırlığını bilme	6.7	23.0	70.3
Bebekleri memeden ayırma süresi	31.5	0.0	68.5
Emziren annelerin diyeti	17.1	12.7	70.2
Ev şartlarında ateşli çocuğa yaklaşım	14.0	15.0	71.0
(Genel olarak) Anemide diyet	17.6	13.2	69.2
Doğumla ilk emzirme arasındaki süre	34.5	0.1	65.4
İlk ve acil yardım için aranılacak telefon numarası	42.1	0.0	57.9
Büyüme ve gelişmenin izlenmesi	27.6	15.1	57.3
Sağlık ocağı ve sağlık evi ebelerinin görevleri	35.0	13.4	51.6
İshalli çocuğun hekime götürülme kriterleri	34.5	14.9	50.6
Tüberkülozun (verem) belirtileri	40.5	9.8	49.7
Ev şartlarında ishal tedavisi	36.8	19.3	43.9
İlaç zehirlenmesinde ilkyardım	53.9	1.5	44.6
Yetişkinlerde hekim kontrolü için kritik yaş	58.0	0.1	41.9
Kadınların yaş dönümünde yapması gerekenler	54.6	11.7	33.7
Gebelik sırasında yapılacak tahlil ve ölçümler	37.0	27.6	35.4
Bel/bacak kemiği kırığında ilkyardım	64.3	2.3	33.4
Burun kanamasında ilkyardım	68.5	3.0	28.5
Verem'den korunma	62.8	11.0	26.2
El yıkama ile korunulabilen hastalıklar	42.7	35.2	22.1
Çocuklara aşısı yapılan hastalıklar	24.0	57.5	18.5
Kemik gelişimi (Raşitizmden korunma)	76.2	8.1	15.7
Sakat doğumların sebebi	18.1	68.0	13.9
Hepatit B ve AIDS'in bulaşma yolları	77.2	17.0	5.8
İçme suyu dezenfeksiyonu	16.4	78.7	4.9
Bruselladan korunma	46.0	44.9	9.1
Kalp ve damar hastalıklarından koruyucu diyet	33.4	58.4	8.2
Koruyucu diş sağlığı	50.0	43.6	6.4
Gebelikte tahlil ve ölçümlerin niçin yapıldığı	91.0	2.6	6.4
Kanserin erken belirtileri	81.5	16.6	1.9
Genel Ortalama	42.1	19.5	38.4

Tablo 3. Temel Sağlık Bilgi Puanının Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Değişken		n	Ortalama	St. Sapma	Test İstatistiği	P
Cinsiyet:	Erkek	669	48,1	14,6	t=0,503	0,613
	Kadın	331	48,6	15,2		
Yerleşim yeri:	Köy-Belde	323	42,7 ^a	15,1	F=55,49	0,000
	İlçe merkezi	302	50,3 ^b	13,4		
	İl merkezi	375	51,3 ^b	14,2		
Yaş grubu:	24 ve altı	181	48,7 ^a	14,8	K-W=36,13	0,000
	25-44	545	49,9 ^{ac}	14,0		
	45-64	227	46,1 ^{ad}	15,4		
	65 ve üzeri	47	36,8 ^b	14,4		
Öğrenim durumu:	Öğrenim görmemiş	77	35,9 ^a	12,7	F=36,34	0,000
	İlköğrenim	604	46,2 ^b	14,4		
	Ortaöğrenim	220	53,2 ^c	12,4		
	Yükseköğrenim	99	59,0 ^d	12,8		
Evlilik durumu:	Bekâr	109	50,5 ^a	15,3	K-W=15,69	0,000
	Evli	841	48,4 ^a	14,5		
	Diğer	50	40,0 ^b	14,8		
Meslek:	Memur-işçi-emekli	169	54,6 ^a	13,4	K-W=62,37	0,000
	Tüccar-esnaf	120	49,2 ^b	14,2		
	Çiftçi	77	38,8 ^c	15,4		
	Ev hanımı	634	47,5 ^b	14,4		
Çocuk sayısı:	0	158	49,1 ^a	15,8	K-W=36,26	0,000
	1-2	426	51,1 ^a	12,9		
	3 ve üzeri	416	44,9 ^b	15,5		
Hane halkı büyüklüğü:	Yalnız yaşayan	21	36,9 ^a	17,8	F=10,37	0,000
	2-4 kişi	473	49,7 ^b	14,4		
	5 ve üzeri	506	47,2 ^c	14,7		
Ekonomi (kendi ifadeleri):	İyi	169	50,8 ^a	13,7	K-W=14,92	0,001
	Orta	704	48,4 ^a	15,0		
	Kötü	127	44,1 ^b	13,8		
GENEL		1000	48,2	14,8		

Her değişken için aynı harfli ortalamaların farkı önemsiz

Tablo 4a. Sağlıkla İlgili Bilgi Puanını Etkileyen Faktörler İçin Çoklu Doğrusal Regresyon Parametre Tahmin Sonuçları

Değişken	β_i	St.Hata	t	P
Yaş grubu	-1,882	0,706	-2,665	0,008
Cinsiyet	2,798	1,074	2,606	0,009
Evlilik durumu	6,771	1,735	3,903	0,000
Çocuk sayısı	-0,342	0,857	-0,400	0,690
Öğrenim durumu	7,608	0,697	10,923	0,000
Yerleşim yeri	2,846	0,535	5,315	0,000
Evde yaşayan kişi sayısı	0,266	0,860	0,309	0,757
Ekonomik durum	-0,772	0,801	-0,963	0,336
Sabit	12,420	5,394	2,302	0,022

Tablo 4b. Regresyon Analizi Varyans Tablosu

Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Regresyon	40568,0	8	5071,0	28,47	0,000
Artık	176309,1	990	178,1		
Toplam	216877,1	998			

Bilgi düzeyini etkileyen faktörleri açıklamaya çalışırken, bağımsız değişkenler arasında etkileşimler söz konusu olabileceğinden lojistik regresyon çözümlemesi yapıldı. Bağımsız değişkenlerin çoğu dikotom ya da sıralı kategorik veri olduğu için aynen, evlilik durumu başından evlilik geçen/geçmeyen şeklinde dikotom, meslek nominal olduğu için hariç tutularak lojistik regresyon uygulandı. Bilgi puanını etkileyen faktörlerle ilgili çoklu regresyonun bir sınaması mahiyetinde, bilgi puanının yeterli olma durumuna göre (bilgi puanının ortancanın üstünde olması) lojistik regresyon yapıldı. Bilmeyi etkileyen demografik özellikler öğrenim düzeyi, yerleşim yeri ve evlilik durumu idi (Tablo 5).

Tablo 5. Toplumun Temel Sağlık Bilgi Düzeyi Yeterliliğini Etkileyen Faktörler (Lojistik Regresyon Sonuçları)

Değişken	Beta	St.Hata	Wald	P	Odds Oranı	% 95 GA
Yaş grubu	-0,092	0,115	0,642	0,423	0,912	0,728-1,143
Cinsiyet	0,328	0,180	3,319	0,068	1,388	0,975-1,974
Evlilik durumu (Bekâra göre)	0,877	0,286	9,376	0,002	2,404	1,371-4,214
Çocuk sayısı	-0,214	0,138	2,403	0,121	0,807	0,616-1,058
Öğrenim düzeyi (Artıkça)	0,985	0,127	60,483	0,000	2,678	2,089-3,433
Yerleşim yeri (Köyden kente)	0,420	0,086	23,701	0,000	1,521	1,285-1,801
Hane halkı büyüklüğü	0,112	0,141	0,624	0,429	1,118	0,848-1,474
Ekonomi	-0,109	0,130	0,705	0,401	0,897	0,696-1,156
Sabit	-4,944	0,925	28,598	0,000	0,007	0,728-1,143

$$R^2 = 0,186; \chi^2 = 150,62; P=0,000$$

Tartışma

Demografik Bulgular Ve Örneklem Tartışması

Bu araştırmada çok büyük bir örnekleme çalışılarak popülasyon hakkında genelleme yapmaya imkan sağlanmıştır.

Örneğe çıkan her aileden görüşülen yetişkinlerin çoğunluğu kadındır. Anketlerin gündüz saatlerinde uygulanması sebebiyle evde erkeklerin bulunmamasından dolayı katılımcıların çoğunun kadın olması beklenen bir sonuçtur. Birçok kümede mesai saatinden sonra ve tatil günlerinde de veri toplanarak erkeklerin de makul bir düzeyde temsil edilmesine çalışılmıştır. Sonuçta erkek cinsiyetteki katılımcı sayısının 331'e ulaşması büyük bir örnek hacmi oluşturması sebebiyle evreni temsilde sorun oluşturmayacağı kanısına varılmıştır.

Örneklemin köy-belde, ilçe merkezi ve il merkezi şeklindeki yerleşim yerlerindeki dağılımı evren gerçeğiyle aynı oranlara sahiptir. Bunun sağlanması için baştan önlem alınmış ve büyüklüğe orantılı (nüfusa ağırlıklı) örnekleme yöntemi uygulanmıştır.

Temel sağlık bilgi düzeyi anketi için örneğe çıkarılanların % 55'i 25–44 yaş grubunda, % 18'i 25 yaşın altındadır. Bu durum hala erken yaşta sorumluluk alındığı şeklinde yorumlanabilir. Örnekleme belirlenen hane halkı büyüklüğü Orta Anadolu ve Türkiye ortalamasıyla (4.1) uyumludur [6]. Örnekleme ortaya çıkan evlilik oranının Türkiye'deki evlilik oranından yüksek olması [7] hane halkını temsilen görüşmeye katılan kişilerle ilgili olabilir. Olasıdır ki yaşı ne olursa olsun aileyi temsilen anket görüşmesine katılmada öne çıkan kişiler daha çok anne ya da baba rolünde olan evli bireylerdir. Aynı hanelerde yetişkinler arasında evlilik yönünden tüm sayım yapılsaydı muhtemelen evlilik oranı daha düşük çıkabilirdi.

Çalışma grubunun % 60'ı ilkokul mezunudur. Ancak ilkokuldan sonraki okullaşma oranı yetişkinler için söylenecek olursa hala çok düşük düzeydedir. Hane halklarını temsilen görüşülenlerin % 70'i ekonomik yönden durumları orta olarak değerlendirilmiş, % 17'si de aile ekonomilerinin iyi olduğunu ifade etmiştir.

Çocuk sayısı yönünden ele alındığında görüşülenlerin beşte ikisi (% 43) bir veya iki çocuk sahibidir ve bu çocuk sayısı tercihinde çok çocuktan bir iki çocuğa yönelme olduğu şeklinde yorumlanabilir. Görüşülenlerin yarıdan çoğu ev hanımıdır. Toplamda kadınların örnekleme oranının % 70 olduğu ve Türkiye'de kadınların çalışma hayatına katılma düzeyinin düşük olduğu hatırlanırsa bu durumun beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Toplumun Temel Sağlık Bilgi Düzeyinin İrdelenmesi

Bu çalışmada kullanılan anket sorularının temel sağlık ile ilgili konuları yeterince kapsadığı varsayılırsa 48 puanlık bilgi puanı ortalamasının 100 üzerinde 50'yi geçmemesine bakılarak toplumun temel sağlık bilgi düzeyinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Diğer taraftan "eksik cevap" ya da "kısmen doğru" kapsamında değerlendirilen cevap oranı % 20 dolayında olduğu, bunların doğru kabul edilmesi halinde sağlık bilgi düzeyinin ortadan iyiye doğru bir düzeye çıkabileceği de göz ardı edilmemelidir. İleri irdeme ile üzerinde durulması gereken bir konu da cevapsız sorulardan ziyade birçok konuda yanlış verilen cevaplardır. Çünkü bilmemek öğrenmekle giderilebilirse de yanlış bilgi, bilgi gereksinimini gölgeleyeceği için yanlış uygulamalara, dolayısıyla sağlıksızlığa sebep olmaya devam edecektir.

Toplum tarafından nispeten yüksek oranda doğru bilinen sağlık konuları arasında sık görülen kanser adları, anne sütü, bazı beslenme konuları varsa da örneğin, çocuklara aşısı yapılan hastalıkların ve kanser belirtilerinin az bilinen konular arasında bulunması bir çelişki oluşturmaktadır (Tablo 2). Şen ve ark.'nın [8] Isparta'da yaptığı bir çalışmada kadınların meme kanseriyle ilgili bilgi düzeylerinin bu çalışmadaki toplam bilgi puanı düzeyinde (% 48) olduğu bildirilmiştir. Birleşik devletlerde yapılan bir çalışmada [9] da 50 yaş üstü yetişkinlerde kanserle ilgili bilgi düzeyinin yetersiz bulunduğu bildirilmiştir. Yine toplum sağlığı yönünden hayati önemi bulunan AIDS ve hepatit B'nin bulaşma yolları ve kalp damar hastalıklarından koruyucu diyetin en az bilinen konular arasında bulunması toplum sağlığı açısından düşündürücüdür. Bu duruma paralel olarak İstanbul'da erkek işçiler arasında yapılan bir çalışmada [10] cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı hiçbir önlemin alınmadığı saptanmıştır. Otel çalışanları ile kuaför ve güzellik salonu çalışanlarında yapılan bazı araştırmalarda [11,12] AIDS'in bulaşma yolları konusunda bilgi düzeyinin % 80'in üzerinde olduğu bildirilmişse de Boztaş ve ark.'nın [13] bulguları kuaför ve güzellik salonu çalışanlarının AIDS ve kan yoluyla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğu yönündedir.

Sağlık Bilgi Düzeyinin Demografik Özelliklerde İlişkisi

Her ne kadar yetişkin toplumda bilgi puanı ortalaması orta düzeyde ise de sağlık eğitimiyle ilgili genel geçer beklentiler doğrultusunda bilgi düzeyi bazı demografik özelliklerin etkisiyle artmakta ya da azalmaktadır.

Tek tek analiz edildiğinde bu çalışmada sorgulanan demografik özelliklerden cinsiyet dışındaki bütün değişkenlerin bilgi düzeyini etkilediği görülmüştür. Ancak temel sağlık ile ilgili bilgilerin annelik özelliğinden dolayı kadınlarda daha yüksek olması beklenirken buna karşılık bilgi düzeyini olumlu etkileyen öğrenim düzeyinin erkeklerde yüksek olması sebebiyle bir dengelenme olmuş ve ilk analizde erkeklerle kadınların bilgi düzeyi arasında fark bulunamamıştır. Buna karşılık evde yaşayan kişi sayısı ve çocuk sayısı gibi değişkenlerin ilk analizde bilgi puanını etkilediği gibi sonuçlar elde edilmiştir (Tablo 3).

Ancak çoklu doğrusal regresyon yapıldığında görülmüştür ki ilk analizden farklı olarak kadın cinsiyette olma, yaşın genç olması, evli bulunma, öğrenim düzeyinin ileri olması ve kentte yaşıyor olma, sağlık bilgi düzeyini artıran faktörlerdir. Nitekim bu bilgiler ışığında kentte yaşayan, en az ortaokul bitirmiş, 45 yaşın altındaki, evli kadınlarda temel sağlık bilgi düzeyi ortalaması (\pm SS) belirgin şekilde daha yüksek olarak $58,1\pm 12,3$ bulunmuştur.

Bağımsız demografik değişkenlerin beşinin sağlık bilgi düzeyini belirleme katsayısının düşük olduğu ($R^2 = 0,187$) söylenebilir. Bunda bağımsız değişkenlerin kategorik olmasının rolü olabilir. Sağlık bilgi düzeyini etkileyen faktörlerin bu tür bir analizle ele alındığı bir çalışmaya rastlanmadığından bu konuda re-karenin hangi değerlerde tahmin edileceği konusunda bir fikir yürütülememiştir. Lojistik regresyon modeli uygulanan bir araştırmada da [14] R^2 verilmemiştir.

Kadın cinsiyette bulunmanın sağlık bilgi düzeyini olumlu etkilemesi, kadınların yaşam ve sağlıkla daha ilgili oldukları şeklinde yorumlanabilir. Bu durumun bir sebebi de kadınların kendilerinin ve çocuklarının hastalanmaları sebebiyle sağlık kuruluşlarına daha çok başvuru yapmaları, evdeki hastalara bakmaları, dolayısıyla sağlık personeli ile etkileşim sonucu sağlık bilgilerinin artması olabilir. Bulut ve Ortaylı [10] üreme sağlığı konularında kadınların daha bilgili olduklarını belirtmiş, Bakar ve ark [15] kadınların AIDS ile ilgili bilgi düzeylerinin yüksek olduğunu göstermiştir. Buna karşılık Öztürk ve Kolutekin [12] otel çalışanlarında AIDS'le ilgili bilgi düzeyinin kadınlarda düşük olduğunu ileri sürmüşlerdir. Temel sağlık bilgilerinin önemli bir kısmı çocuk ve kadın sağlığı ile ilgili olup, bu konulardaki bilgi düzeyi araştırmalarının çoğunun yalnızca kadınlarda yapılmış olması, genelde bilgi düzeyi karşılaştırması yaparken cinsiyet faktörünün tartışılmasını güçleştirmektedir.

Genç ve genç erişkinlerde sağlık bilgi düzeyi benzerken erişkin ve yaşlılığa doğru gittikçe bilgi puanı ortalaması düşmektedir (Tablo 3). Genç kuşakların daha öğrenimli, yaşam ve sağlıkla daha ilgili, bilgi kaynaklarını daha iyi kullanır olma özellikleri onları daha bilgili yapmış olabilir. Kanser ve AIDS ile ilgili bilgi düzeyi araştırmalarında [8,12,16] bu çalışmada olduğu gibi ilerleyen yaşın bilgi azlığıyla birlikte olduğu dikkat çekmiştir. Kanser bilgi düzeyiyle ilgili başka bir çalışmada [14] orta yaşta kişilerin hem genç hem de yaşlılardan daha fazla bilgi sahibi olduğu da görülmüştür.

Bu çalışmada cinsiyette olduğu gibi evli ve bekârların toplam bilgi puanı arasında ilk bakışta fark görülmesi de, evlilik temel sağlık bilgi düzeyini olumlu etkilemektedir (Tablo 3, Tablo 4a). Bu etki evli kişilerin kendileri ve çocuklarıyla ilgili deneyimlerinden kaynaklanabilir. Evli olmanın kanserden koruyucu bilgiyi olumlu etkilediğini Sohn ve Harada [14] da çalışmalarında vurgulamışlardır. Oğur ve ark [17] evli olmanın beslenme bilgi puanı üzerinde etkili olduğu, Bakar ve ark. [15] da medeni durumun AIDS'ten korunma bilgisi üzerinde olumlu etki yaptığını göstermişlerdir.

Sağlık eğitimi ve bilgi düzeyi araştırmalarının hemen hepsinde gözlemlendiği ve beklendiği gibi bu çalışmada da öğrenim düzeyi arttıkça ortalama bilgi puanı anlamlı derecede artış göstermiştir. Yüksek öğrenimlilerin ortalama sağlık bilgi puanı, okuma-yazma bilmeyenlerin ortalama bilgi puanından % 65 daha fazladır (Tablo 3, Tablo 4a). Öğrenim düzeyinin yaşamın her alanında olduğu gibi sağlık alanında da bireylerin bilgisini artırdığı, olumlu tutumlarını geliştirdiği bir gerçektir. Öğrenim düzeyi sağlıkla ilgili konuların bazılarında değil hemen hemen hepsinde bilgi dağarcığını geliştirmektedir. Yapılan diğer araştırmalarda da [8,15,17,18,19,20] öğrenim düzeyinin bilgi düzeyin artırdığı vurgulanmıştır.

Kentsel yaşam, yaşamsal etkinliklerin çeşitliliğini artırmakta, öğrenim düzeyinin yükselmesini kolaylaştırmakta, bilgi kaynaklarının çeşitliliğini ve kişilerarası etkileşimi artırmaktadır. Böylece bireylerin sağlık bilgi havuzundan yararlanmaları artmaktadır. Bu çalışmada köy ve belde oturanlara

karşılık ilçe ve il merkezinde oturanların bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 3, Tablo 4a). Oğur ve ark. [17] da genç erişkinlerde yaptıkları bir araştırmada yerleşim yerinin sağlık bilgi düzeyini etkilediğini vurgulamışlardır.

Demografik değişkenlerden çocuk sayısı, evde yaşayan kişi sayısı ve ailenin ekonomik durumunun sağlık bilgi puanını etkilemediği görülmektedir. Buna karşılık çoklu regresyona dâhil edilmeyen meslek değişkeninin bilgi puanı üzerinde etkili olduğu gözlenmiştir. Meslekle ilgili olarak bilgi puanının farklılığı, memur ve işçilerde genel ortalamadan yüksek, çiftçilerde ise genel ortalamadan düşük şeklindedir. Memur ve işçilerin bilgi puanı yüksekliği onların öğrenim düzeyiyle ilgili olabilir. Nitekim yapılan ileri irdelemede memur ve işçilerin diğer gruplara göre öğrenim düzeyi daha yüksektir ($\chi^2 = 391.1$; $P=0.000$). Çiftçilere gelince bilgi puanı düşüklüğü hem ilgi alanlarının farklılığından, hem öğrenim düzeyinin düşüklüğü hem de kentsel yaşamdan uzak bulunmaktan kaynaklanabilir.

Sonuç ve öneriler

Konya ilinde toplumun sağlıkla ilgili temel konulardaki bilgi düzeyini ve bu düzeyi etkileyen demografik özelliklerin belirlenmesi için yapılan bu çalışmada şu sonuçlara ulaşılmıştır:

1. Konya ili toplumunda temel sağlık bilgileriyle ilgili doğru bilgi düzeyi orta derecededir.
2. Kadın cinsiyette olma, evli olma, öğrenim düzeyinin artışı ve kentte yaşama sağlık bilgi düzeyini olumlu etkilemektedir.
3. İleri yaştakilerde sağlık bilgi düzeyi düşüktür.

Bu araştırmanın sonuçlarına dayanarak toplumun temel sağlıkla ilgili konularda bilgi düzeyini artırmaya ve daha sağlıklı bir toplum oluşturmaya yönelik olarak çeşitli öneriler geliştirilebilir:

1. Sağlık eğitimleri saha araştırmalarının sonuçlarına göre planlanmalıdır.
2. Sağlık bilgi düzeyi yönünden kır-kent, evli-bekâr farkı azaltılmalıdır.
3. Sağlık bilgi düzeyini geliştirici faaliyetlere erkekler de dâhil edilmelidir.
4. Toplumda öğrenim düzeyinin artırılması her kesimce desteklenmelidir.
5. Özellikle kronik hastalıklar yönünden orta ve ileri yaştakilerin eğitimi ihmal edilmemelidir.

Teşekkür

Yazarlar, veri toplama aşamasında anketör olarak katkı sağlayan sağlık personeline teşekkür ederler.

Kaynaklar

1. Ayrancı, U. 2005 AIDS Knowledge and Attitudes in a Turkish Population: An Epidemiological Study, BMC Public Health, 5:95-104.
2. Bakar, C., Maral, I., Özkan, S., Aygün, R. 2003 Ankara ili'nde beş ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezine başvuran 15 yaş ve üzeri kadınlarda AIDS konusundaki bilgi düzeyleri, Sağlık ve Toplum, 13:87-93.
3. Bennett S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL: A Simplified General Method for Cluster-Sample Surveys of Health in Developing Countries, World Health Statistics Quarterly, 44, 98-106, 1991.
4. Binswanger, I.A., White, M.C., Perez-Stable, E.J., Goldenson, J., Tulsy, J.P. 2005 Cancer Screening Among Jail Inmates: Frequency, Knowledge, and Willingness, American Journal of Public Health, 95:1781-1787.
5. Bozkurt, A.İ., Özgür, S., Özçirpıcı, B. 1998 Gaziantep'te Farklı Sosyoekonomik Bölgelerde Yaşayan Evli Kadınların İshal Konusunda Bilgi Düzeyleri, Ç.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 23:49-54.
6. Boztaş, G., Çilingiroğlu, N., Özvarış, Ş.B. ve ark 2005 Ankara ilinin bir semtinde bulunan kuaför ve güzellik salonlarında çalışan kişilerin kan yoluyla bulaşan hastalıklar konusunda bazı bilgi ve uygulamaları, 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı, Ankara. 28 Eylül-01 Ekim.
7. Breitkopf, C.R., Pearson, H.C., Breitkopf, D.M. 2005 Poor Knowledge Regarding the Pap Test Among Low-Income Women Undergoing Routine Screening, Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 37:78-84.
8. Bulut, A., Ortaylı, N. 2004 Bir Araştırmanın Düşündürdükleri: Cinsel Sağlık Ama Nasıl? STED, 13:6063.
9. DİE, 2000 Türkiye İstatistik Yılığ 1999, T.C.Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara.
10. Egemen, A. 1986 Sağlık Eğitimi, H.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, Ankara.
11. HÜNEE (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü) 2004 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, HÜNEE, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Gn.Md., DPT ve AB, Ankara.
12. Kişioğlu, A.N., Öztürk, M., Uskun, E., Doğan M. 2002 Isparta'da Kuaför Ve Güzellik Salonlarında Çalışanların HIV/AIDS Konusunda Bilgi Ve Tutumları, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Diyarbakır. 23-28 Eylül.
13. Oğur, R., Tekbaş, Ö.F., Güleç, M., Hasde, M. 2001Genç erişkin erkeklerin beslenme konusundaki bilgi düzeylerinin saptanması, Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor, 7:293-296.
14. Öztürk, A., Kolutek, R. 2003 Kapadokya Bölgesinde Bulunan Otellerde Çalışanların AIDS Konusundaki Bilgi Düzeyleri, Erciyes Medical Journal, 25: 61-72.
15. Shokar, N.K., Vernon, S.W., Weller, S.C. 2005 Cancer and Colorectal Cancer: Knowledge, Beliefs, and Screening Preferences of a Diverse Patient Population, Family Medicine, 37:341-347.
16. Sohn, L., Harada, N.D. 2005 Knowledge and Use of Preventive Health Practices Among Korean Women in Los Angeles County, Preventive Medicine 41:167-178.
17. Şen, S., Öztürk, M., Kişioğlu, A.N. 2002 Isparta'da 25-65 Yaş Grubu Kadınların Meme Kanserin Risk Faktörleri Ve Belirtilerine İlişkin Bilgi Düzeyleri, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Diyarbakır. 23-28 Eylül.
18. Tabak, R.S. 2000 Sağlık Eğitimi, Somgür Yayıncılık, Ankara.
19. WHO. 1986 Herkes İçin Sağlık Hedefleri, Dünya Sağlık Örgütü, İstanbul.
20. WHO. 1988 Education for Health, World Health Organization, Geneva.