

Konya İlinde Toplumun Temel Sağlık Konularındaki Bilgi Düzeyinin Zaman İçindeki Değişimi (1998–2005)*

Said BODUR^{1†}, Aşır GENÇ², Fatih KARA³

¹Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Tıbbi İstatistik Bilim Dalı, Konya

²Selçuk Üniversitesi Fen Fakültesi İstatistik Bölümü, Konya

³İl Sağlık Eski Müdürü, Konya

Özet: Sağlık eğitiminin etkilerinin uzun süre aralıklarıyla ölçülmesi, kalıcılığın belirlenmesi yönünden önemlidir. Bu çalışma, Konya ilinde toplumun temel sağlık konularındaki bilgi düzeyinin zaman içindeki değişimini irdelemek amacıyla yapıldı. Bu saha araştırmasının evreni, Konya ilinde yaşayan toplumdur. Toplumun heterojenitesi dikkate alınarak büyük hacimli (n=1000) bir örneklem seçildi. Örneklem, yerleşim yerlerinin kümülatif nüfusundan sistematik olarak büyüklüğe orantılı küme örnekleme yöntemiyle belirlendi. Veriler, 41 soruluk bir anket aracılığıyla derlendi. Anketör olarak sağlık personelinin yararlanıldı. Cevaplar, hem oran hem de puana dönüştürülerek ortalama ve standart sapma şeklinde betimlendi. Katılımcılardan çoğu kadınlar, 25-44 yaş grubundakiler ve ilköğrenim mezunlarıydı. Görüşülenlerin % 84'ü evliydi. Bilgi puanı ortalaması 1998 yılında 44.0±15.0 iken 2005 yılında 48.2±14.8 puan olarak saptandı. Puan artışı istatistiksel olarak anlamlı idi. 32 konudan üçünde bilme oranında azalma, 15 konuda ise artış olduğu saptandı. Konya ilinde toplumun aile sağlığı konularındaki bilgi düzeyi 1998–2005 döneminde artmıştır. Toplumdaki sağlık eğitimi çabaları belli aralıklarla değerlendirilmelidir. Bilgi düzeyi düşük olan konularda eğitim çabaları artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, bilgi, sağlık eğitimi, hijyen, demografi, Koruyucu Hekimlik, Halk Sağlığı.

The Changes In Knowledge Level Of Population About Primary Health Care During A Period In Konya (1998-2005)

Abstract: The effect of health education on the people in the long time interval is important to evaluate in the point of determining of continuance. This study was performed to determine the changes in knowledge level of the population about primary health care during a period in Konya. The target population of this cross-sectional study is the people living in Konya province. A large sized sample group (n=1000) was chosen considering the heterogeneity of the population. The sample was determined through the cluster survey methodology, involving systematic sampling from a cumulative population. Data was collected by a 41-question survey. Health staff carried out the survey. Data were converted to both ratios and points and were represented as mean value and standard deviation. More than half of the participants were female, slightly more than half of them in the 25-44 age group, also most of them graduated from primary school and 84% of them married. Average knowledge point was 44.0±15.0 in 1998, but 48.2±14.8 in 2005. Increasing of the point was significant. Knowledge level regarding to three subjects were decreased whereas there was an increasing in the knowledge level of 15 subjects. Knowledge level of population in Konya about primary health care is seen to be increased in the 1998-2005 period. Health education efforts should be evaluated in certain periods. Efforts of the health education should be increased on subjects, in which is about low knowledge level status.

* Yüksek Lisans tezinin bir bölümüdür.

† E-mail: sbodur@myway.com

Key Words: Health, knowledge, health education, hygiene, demography, preventive medicine, public health

Giriş

Toplumların sağlığını geliştirmek için stratejiler üreten Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlıklı yaşam stratejilerinin birkaç temel ögesinden birini, sağlık konusunda bireylerin bilgilendirilmesi olarak açıklamıştır [1]. Sağlık eğitiminin ilk adımı, toplumun ya da riskli grupların bilgi/bilgisizlik düzeyinin belirlenmesi, başka bir ifade ile bilgi ile ilgili problemin araştırılmasıdır [2].

Sağlıkla ilgili bilgi sahibi olma, olumlu ya da olumsuz sağlık davranışlarının gelişmesinde ya hazırlayıcı, ya kuvvetlendirici ya da kolaylaştırıcı etkiye sahip olabilir. Nitekim sağlık eğitimi ile sağlık bilgi düzeyinde artış olduğu [3,4] ve hastalıkların azaltılabileceği [5] gösterilmiştir.

Sağlık eğitimi, sağlık bakımının sağlıklı davranış geliştirme ile ilgili bir parçasıdır. Doğru bir sağlık bilgisi kesinlikle sağlık eğitiminin temel bir ögesi olmakla birlikte sağlık eğitimi sağlık kaynaklarına ulaşabilme, aile üyelerinden destek alabilme, kendine yardım edebilme gibi davranışların adresidir [2].

Sağlık eğitimi yapılmadan önce planlama için araştırma yapılması gerektiği gibi, eğitimin sürekli bir faaliyet olması sebebiyle ara ve son değerlendirmeler için de araştırmalar yapmak gereklidir. Sağlık eğitiminin etkilerinin uzun süre aralıklarıyla ölçülmesi, kalıcılığın belirlenmesi yönünden daha uygundur [5].

Bilgi düzeyi ile ilgili ilk ve son ölçüm aynı toplumda, aynı soruları sorarak ve puanlamada aynı kıstasları kullanarak yapılması halinde iki ölçüm arasındaki değişim test edilebilir. Bilgi düzeyi değişimi genel olarak belli konuda, sınırlı bir grupta yapılan sağlık bilgilendirmelerinin önünde ve sonunda ölçülür. Oysa toplumda tüm etkilerin, algıların, inançların, tepkilerin ve hizmetlerin sonucu olarak gelişen bilgi düzeyinin ve onun değişiminin ölçülmesi pratik yönden çok daha değerli sonuçlar elde etmeye yardımcı olur.

Bu çalışmanın amacı, Konya ilinde toplumun aile sağlığı ile ilgili temel sağlık konularındaki bilgi düzeyinin zaman içindeki değişiminin istatistiksel olarak belirlenmesidir.

Materyal ve Metot

Araştırma düzeni ve evreni: Araştırma kesitsel düzende bir saha araştırmasıdır. Araştırmanın evreni, Konya ilinde yaşayan toplumdur. Konya, Türkiye'nin ortasında yer alan, yüzölçümü en geniş, yerleşim yeri sayısı da fazla (31 ilçe, 778 belde-köy) olan bir ildir. Yüzölçümü 41,724 km², toplam il nüfusu 1997'de 1,931,773; 2000 sayımına göre de 2,192,166'dır. Araştırmanın hipotezi, toplumun aile sağlığı ile ilgili bilgi düzeyi zaman içinde değişmiş olduğudur.

Örnek hacmi ve örnekleme yöntemi: Örnek büyüklüğü, hem değişken sayısının çok olması hem de bilgilerin geniş ve heterojen bir coğrafyadan elde edilecek olması dikkate alınarak sonuçların güvenilirliğini artırmak amacıyla hem 1998 çalışmasında [6] hem de 2005 çalışmasında n=1000 olarak belirlendi. Bu büyüklükteki bir örnekleme göre standart sapması 15 olan bilgi puanı ortalamasındaki üç puanlık bir değişimi 0,90 güçte gösterecek bir hipotezin sınanabileceği hesaplandı. 1998 ve 2005 yıllarında aynı evrenden aynı yöntemle iki örneklem alınması itibarıyla büyük saha araştırmalarında kullanılan panel örnekleme [7] uygulandığı

söylenbilir. Önceki ve bu araştırmada, yani her bir panelde, geniş coğrafi alanlarda yapılan sağlıkla ilgili çalışmalarda WHO'nun da önerdiği büyüklüğe orantılı sistematik küme örnekleme yöntemi kullanıldı [8]. 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, yanlılığı önlemek için, 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. Anlamlılık düzeyi 0.05 alındı.

Araştırmanın varsayımları ve sınırlılıkları: Bu araştırmada, iki farklı zamanda seçilen örneklemin toplumu aynı düzeyde temsil ettiği, katılımcıların anket sorularına doğru cevap verdiği, toplumun demografik yapısının önemli düzeyde değişmediği, ankette yer alan soruların aile sağlığı bilgi düzeyini ölçecek nitelikte olduğu ve iki ölçüm arasında başta Sağlık Bakanlığının faaliyetleri olmak üzere toplumun sağlık eğitimi için çabaların sürdüğü varsayılmıştır. Buna karşılık, çok geniş bir konu olan sağlık bilgi düzeyinin ölçümü önceki ve bu araştırma çerçevesinde hazırlanan sorulara alınan cevaplarla sınırlıdır.

Veri Toplama Aracı: Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen bir anket aracılığıyla derlendi. Anket, aile sağlığı ile ilgili konuların (kişisel hijyen-diş sağlığı, çocuk sağlığı, kadın sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, önemli kronik hastalıklar, beslenme, ilk yardım) tümünü kapsayacak kadar detaylı, uygulama süresi ve yoğunluk yönünden katılımcıları sıkımayacak kadar kısa tutuldu. Bu amaçla demografik bilgileri sorgulayan 9, sağlık bilgi düzeyi ile ilgili 32 olmak üzere toplam 41 soruluk anket hazırlandı. Demografik bilgiler dışındaki anket soruları halkın aile sağlığı ile ilgili konulardaki bilgi düzeyini ve görüşünü detayıyla ve olduğu gibi öğrenebilmek için açık uçlu olarak düzenlendi. Her soruda bir konu soruldu. Araştırma örneklemine çıkmayan iki kümede anketin ön denemesi yapıldı.

Verilerin toplanması: Verileri toplayan anketörler, il merkezi ve ilçelerden belirlenen sağlık personeli idi. Anketörlerin eğitimi Sağlık Eğitim Merkezinde bir araştırmacı (S.B.) tarafından yapıldı. Örneğe çıkan yerleşim birimindeki kümenin başlangıcı rasgele belirlendi. Her kümede yedi haneden birer yetişkinle yüz yüze görüşüldü. 1998 yılında aynı araştırmacı (S.B.) tarafından İl Sağlık Müdürlüğü adına aynı yöntemle toplanan veriler, Sağlık Müdürlüğü'nün izniyle 2005 verileri le karşılaştırılmak amacıyla kullanılmıştır.

İstatistiksel analiz: 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 bir puan oluşturuldu. Puanlar yüzdelik sisteme dönüştürüldüğünde bir kişinin alabileceği toplam puan "0" ile "100" arasında değişmekteydi. 1998 ve 2005 bulguları karşılaştırıldı. Ayrıca her bilgi konusu için bilen ve bilmeyen oranları belirlendi. Veriler, SPSS for Windows 13.0 programı yardımıyla düzenlendi ve analiz edildi. Verilerin özetlenmesinde yüzde, ortalama±standart sapma kullanıldı. Normallik varsayımı Lillifors testi ve Q-Q detrended grafiği ile değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizinde kategorik veriler için ki-kare, normal dağılım bağımsız iki grubun karşılaştırılması için Student's *t* testi kullanıldı.

Bulgular

Örneğe çıkan katılımcıların yarısından çoğunun kadın ve 25-44 yaş grubunda olduğu, yine yarısından fazlasının ilköğrenim mezunu, beşte dördünün evli olduğu belirlendi. Araştırma örnekleminin

demografik özellikleri değerlendirme kolaylığı amacıyla tek bir tabloda özetlendi. Bazı bilgiler hane bazında olduğu için cinsiyete göre dağılımı verilmedi. 2005 yılında seçilen örneklem demografik özellikler yönünden 1998'deki örneklemele karşılaştırıldığında cinsiyet, evlilik durumu, ve hane halkı büyüklüğü yönünden benzerlik gösterirken ($P>0.05$), katılımcılarda 25 yaş altında, köy yerleşimli, ekonomik düzeyi kötü olma ve işsizlik oranlarının 1998'e göre daha düşük, 1-2 çocuk sahibi olanların ve yükseköğrenimli olanların oranının ise daha yüksek olduğu belirlendi (P her biri için en fazla 0.04) (Tablo 1).

Tablo 1. Konya İli aile sağlığı bilgi düzeyi araştırması 1998 ve 2005 örnekleminin demografik özellikleri

Demografik özellik		1998	2005	Ki-kare	P
Cinsiyet	Erkek	372	331	3.69	0.055
	Kadın	628	669		
Yerleşim yeri	Köy-Belde	413	322*	17.74	0.000
	İlçe merkezi	266	302		
	İl merkezi	321	375		
Yaş grubu	24 ve altı	234	181*	12.74	0.005
	25-44	499	545		
	45-64	203	227		
	65 ve üzeri	64	47		
Öğrenim durumu	Öğrenim görmemiş	99	77	12.05	0.007
	İlköğrenim	622	604		
	Ortaöğrenim	218	220		
	Yükseköğrenim	61	99*		
Evlilik durumu	Bekâr	140	111	5.82	0.055
	Evli	825	840		
	Diğer	35	49		
Meslek	Memur-işçi-emekli	154	148	22.78	0.000
	Tüccar-esnaf	114	120		
	Çiftçi	92	77		
	İşsiz	60	21*		
	Ev hanımı	580	634		
Çocuk sayısı	0	182	158	21.80	0.000
	1-2	325	426*		
	3 ve üzeri	493	416		
Hane halkı sayısı	Yalnız yaşayan	21	22	3.55	0.170
	2-4 kişi	473	514		
	5 ve üzeri	506	464		
Ekonomi (kendi ifadeleri)	İyi	188	169	7.10	0.029
	Orta	651	704		
	Kötü	161	127*		

*Farkı oluşturan grup

Aile Sağlığı Bilgi Düzeyinin Zaman İçindeki Değişimi (Konya, 1998-2005)

1998 ve 2005 yıllarındaki toplam bilgi puanı ortalamaları (\pm standart sapma) $44,0 \pm 15,0$ ve $48,2 \pm 14,8$ olup iki ortalama karşılaştırıldığında 2005 yılında 1998'e göre anlamlı bir artış olduğu saptandı ($t= 6,28$; $P=0,000$).

Araştırmanın aynı evrende yapılması sebebiyle bağımlı grup verileri gibi yorumlamak mümkün gibi görülsede bireyler bire bir aynı olmadığından iki bağımsız grup oranları için ki-kare analizleri yapılarak doğru cevap oranları karşılaştırıldı. Her konu ayrı ayrı 1998 ve 2005 yıllarında doğru cevap oranları karşılaştırılarak irdelendiğinde, dört konuda bilme düzeyi değişmezken on konuda bilgi düzeyinde yüz üzerinden 3,4 ila 24,5 puan arasında azalma; 18 konuda ise 4,5 ila 49,4 puan arasında artış olduğu belirlendi. Yüz üzerinden on puanlık değişim esas alındığında üç konuda bilgi düzeyinde azalma olurken 15 konuda bilgi düzeyi artışı olduğu saptandı (Tablo 2):

- Emziren annelerin diyeti
- İlk ve acil yardım için aranılacak telefon numarası
- Büyüme ve gelişmenin izlenmesi
- Sağlık ocağı ve sağlık evi ebelerinin görevleri
- Kadınların yaş dönümünde yapması gerekenler
- İshalli çocuğun hekime götürülme kriterleri
- (Genel olarak) anemide diyet
- Verem'den korunma
- El yıkama ile korunulabilen hastalıklar
- Burun kanamasında ilkyardım
- Ev şartlarında ateşli çocuğa yaklaşım
- İlaç zehirlenmesinde ilkyardım
- Bebeklere tek başına sadece anne sütü verilme süresi
- (Kendi cinsiyetinde) en çok görülen kanserler
- Ev şartlarında ishal tedavisi

Buna karşılık 1998 yılına göre doğru cevap oranlarında on puandan fazla azalma gözlenen temel sağlık konuları şunlardır: İçme suyu dezenfeksiyonu, Kemik gelişimi (Raşitizmden korunma), Bebekleri memeden ayırma süresi (Tablo 2).

Tablo 2. Konya'da toplumun 1998 ve 2005 yıllarında aile sağlığı ile ilgili sorulara verdikleri doğru cevap oranları (artış sırasına göre)

KONU	1998	2005	Fark	* χ^2	P
Emziren annelerin diyeti	20,8	70,2	49,4	492,0	0,000
İlk ve acil yardım için aranılacak telefon numarası	15,1	57,9	42,8	395,1	0,000
Büyüme ve gelişmenin izlenmesi	27,2	57,2	30,0	186,0	0,000
Sağlık ocağı ve sağlık evi ebelerinin görevleri	25,8	51,6	25,8	140,2	0,000
Kadınların yaş dönümünde yapması gerekenler	8,5	33,7	25,2	190,7	0,000
İshalli çocuğun hekime götürülme kriterleri	28,3	50,6	22,3	104,0	0,000
(Genel olarak) anemide diyet	47,3	69,2	21,9	98,6	0,000
Verem'den korunma	9,4	26,2	16,8	96,4	0,000
El yıkama ile korunulabilen hastalıklar	7,9	22,1	14,2	79,0	0,000
Burun kanamasında ilkyardım	15,4	28,5	13,1	50,0	0,000
Ev şartlarında ateşli çocuğa yaklaşım	58,0	71,0	13,0	36,9	0,000
İlaç zehirlenmesinde ilkyardım	32,2	44,6	12,4	32,5	0,000
Bebeklere tek başına sadece anne sütü verilme süresi	60,7	71,9	11,2	28,0	0,000
(Kendi cinsiyetinde) en çok görülen kanserler	64,7	75,8	11,1	29,4	0,000
Ev şartlarında ishal tedavisi	33,3	43,9	10,6	23,7	0,000
Gebelikte tahlil ve ölçümlerin niçin yapıldığı	0,1	6,4	6,3	63,1	0,000
Çocuklara aşısı yapılan hastalıklar	13,5	18,5	5,0	9,3	0,002
Yetişkinlerde hekim kontrolü için kritik yaş	37,4	41,9	4,5	4,2	0,040
Sakat doğumların sebebi	12,9	13,9	1,0	0,3	0,512
Tüberkülozun (verem) belirtileri	49,9	49,7	-0,2	0,0	0,929
Bruselladan korunma	11,0	9,1	-1,9	2,0	0,158
Gebelik sırasında yapılacak tahlil ve ölçümler	37,6	35,4	-2,2	1,0	0,307
Kalp ve damar hastalıklarından koruyucu diyet	11,6	8,2	-3,4	6,4	0,011
Koruyucu dış sağlığı	11,4	6,4	-5,0	15,4	0,000
Doğumla ilk emme arasındaki süre	71,0	65,4	-5,6	7,2	0,007
Hepatit B ve AIDS'in bulaşma yolları	11,5	5,8	-5,7	20,5	0,000
Kanserin erken belirtileri	8,2	1,9	-6,3	41,3	0,000
Bel/bacak kemiği kırığında ilkyardım	39,9	33,4	-6,5	9,1	0,003
Boy uzunluğu ve vücut ağırlığını bilme	79,6	70,3	-9,3	23,0	0,000
Bebekleri memeden ayırma süresi	81,8	68,5	-13,3	47,3	0,000
Kemik gelişimi (Raşitizmden korunma)	33,4	15,7	-17,7	84,5	0,000
İçme suyu dezenfeksiyonu	29,4	4,9	-24,5	211,2	0,000

* χ^2 analizi, her iki yıl için bilen ve bilmeyen sayılarına göre 2x2'lik tablodan hesaplandı.

Tartışma

Bu araştırmada çok büyük bir örnekleme çalışılarak popülasyon hakkında genelleme yapmaya imkan sağlanmıştır. Aynı şekilde 1998 ve 2005 çalışmasının cinsiyet, evlilik oranı ve hane halkı büyüklüğü yönünden benzerliği, sonuçlarının karşılaştırılmasını mümkün kılmaktadır. Bazı değişkenler yönünden örneklem arası farklılık kabul edilebilir düzeydedir.

Demografik Bulgular Ve Örneklem Tartışması

Örneğe çıkan her aileden görüşülen birer yetişkinin çoğunluğu kadındır. Anketlerin gündüz saatlerinde uygulanması sebebiyle evde erkeklerin bulunmamasından dolayı katılımcıların çoğunun kadın olması beklenen bir sonuçtur. ½ oranının korunabilmesi için birçok kümede mesai saatinden sonra ve tatil günlerinde de veri toplanarak erkeklerin de yeterli düzeyde temsil edilmesine çalışılmıştır. Sonuçta düşük oranda olan erkek cinsiyetteki katılımcı sayısının üç yüzün üzerinde bir sayıya ulaşarak 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 büyüklüğü orantılı (nüfusa ağırlıklı) tabakalı örnekleme yöntemi uygulanmıştır. 1998 örneklemine göre 2005 örnekleminin kentsel ağırlık taşıması 7 yıllık süredeki kente göçlerle açıklanabilir.

Aile sağlığı bilgi düzeyi anketi için örneğe çıkanların beşte biri 25 yaşın altındadır. Bu durum hala erken yaşta ailevi sorumluluk alındığı şeklinde yorumlanabilir. Bununla birlikte 1998 örneklemine göre genç katılımcıların oranında düşüş vardır. Bu da öğrenimin artışı ile ilişkili olabileceği gibi evlenme yaşının giderek büyümesi [9] ile de ilişkili olabilir.

Örnekleme belirlenen hane halkı büyüklüğü Orta Anadolu ve Türkiye ortalamasıyla (4.1) uyumludur [9]. Örnekleme ortaya çıkan evlilik oranının Türkiye'deki evlilik oranından yüksek olması [10] 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. İstatistiksel olarak önemli olmamakla birlikte 2005 örnekleminde boşanmışların sayısı 1998 örneklemine göre biraz fazladır.

Çalışma grubunun % 60'ı ilköğretim mezunudur. Bununla birlikte bir önceki döneme göre yükseköğretim mezunu olanların oranı daha yüksektir. Bu durum son yıllarda öğrenimi artırma çabalarının olumlu bir sonucu olarak görülebilir. Ancak ilköğretimden sonraki okullaşma oranı hala çok düşük düzeydedir.

Hane halklarını temsilen görüşülenlerin üçte ikisi ekonomik yönden durumları "orta" olarak değerlendirmiş ancak, kötü olarak tanımlama oranı 2005'te 1998'e göre daha düşük bulunmuştur.

Çocuk sayısı yönünden ele alındığında görüşülenlerin beşte ikisi (% 43) bir veya iki çocuk sahibidir ve bu oran bir önceki örnekleme göre yüksek bulunmuştur. Bu da çocuk sayısı tercihinde çok çocuktan bir-iki çocuğa doğru bir yönelme olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Görüşülenlerin yarıdan çoğu ev hanımıdır. Toplamda kadınların örneklemedeki oranının % 70 olduğu ve Türkiye'de kadınların çalışma hayatına katılma düzeyinin düşük olduğu hatırlanırsa bu durumun beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir.

Sağlık Bilgi Düzeyinin Zaman İçindeki Değişimi (Konya 1998–2005)

Toplum sağlığının geliştirilmesi için sağlık eğitiminin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi, yeniden planlama ve uygulama şeklindeki döngüsel süreklilik dikkate alındığında toplumda sağlık bilgi düzeyinin belli aralıklarla aynı ya da benzer yöntemlerle değerlendirilmesi kaçınılmazdır. Bu çalışmanın en önemli amacının iki ayrı zaman diliminde aynı toplumda temel sağlık konularındaki toplumun bilgi düzeyinin değişiminin incelenmesine bir örneklik teşkil etme olduğu söylenebilir. Buna göre bu araştırmada toplumdaki yetişkin insanların temel sağlık konularında doğru bilgiye sahip olup olmadıkları, açık uçlu sorularla, sınırlandırmaksızın kendi ifadelerine dayalı biçimde elde edilmiş ve olabildiğince ölçülebilir hale dönüştürülmeye çalışılmıştır.

Sağlık bilgi düzeyi puana dönüştürülmüş ve Konya ili toplumunda 2005 yılında 1998 yılına göre bilgi puanı ortalamasında anlamlı bir artış görülmüştür. Genel sağlık bilgi düzeyindeki bu artışı sağlayan bilgi konularının hangileri olduğu tek tek irdelenmiştir (Tablo 2). Bilme oranındaki artış olarak en olumlu gelişme emziren annelerin beslenmesi, acil yardım için 112 telefon numarasının öğrenilmesi, çocuk gelişiminin izlenmesi konularında olmuştur. Toplumda sağlıkla ilgili bilinme oranı artan on beş konunun içinde anne sütü, anemi, çocuk gelişimi, çocuk ishallerinin bulunması sağlık bakanlığının sağlık eğitiminde öncelik verdiği konularla paralellik göstermektedir. Çocuk ishalleriyle ilgili doğru bilgi düzeyinde artış olmakla birlikte Antep il merkezinde yapılan bir çalışmada [11] bulunan bilgi düzeyinden düşüktür. Bu fark adı geçen çalışmanın yalnızca il merkezinde yapılmış olmasından kaynaklanabilir. Benzer şekilde ev şartlarında ateşli çocuğa yaklaşım konusundaki bilgi düzeyi de ortanın üzerinde olmakla birlikte Mersin il merkezinde yalnızca çocuğu olan anneler üzerinde yapılan bir araştırmadaki [12] bilgi düzeyinden daha küçüktür. Bunun da sebebi annelerin çocuğunun ateşlenmesi konusundaki duyarlılığı ve sunulan bu çalışmada erkeklerin ve bekârların bu konudaki bilgi puanı ortalamasını düşürmesi olabilir.

Buna karşılık bilme oranında gerileme olan konuların başında içme suyu dezenfeksiyonu, raşitizmden korunma ve toplam emzirme süresi gelmektedir. İçme suyunun kişisel dezenfeksiyonu konusunun, suların topluca dezenfeksiyonunun belediyelerce yaygın olarak uygulanması sebebiyle giderek üzerinde durulmayan ve az bilinen bir konu haline geldiği görülmektedir. Hâlbuki köy evlerinin azımsanmayacak bir bölümünde mutfaklarda ve helârlarının yarısından fazlasında akarsu bulunmadığı [13] dikkate alınırsa su hijyeninin önemi açıktır. Emzirme süresi ile ilgili eksik bilginin kaynağı, iki yıla kadar bebeklerin emzirilmesi bilgisinin topluma yeni yeni aktarılıyor olması, olabilir. Önceki çalışmada bir yıl emzirme bilgisi doğru cevap olarak kabul edilirken, 2000 yılından itibaren iki yıla kadar emzirme önerisi yapılmakta, dolayısıyla iki yıla kadar emzirme bilgisi doğru cevap olarak kabul edilmektedir. Oysa raşitizmden korunma ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığının bebeklere yönelik D vitamini takviyesi önerileri ve bu konudaki eğitimleri yıllardan beri devam etmektedir. Bu sebeple kemik gelişimi ile ilgili bilgi düzeyindeki gerileme beklenmeyen bir bulgudur.

Sonuç olarak, Konya ili toplumunda son yedi yılda sağlık bilgi düzeyi artış göstermiştir. Temel sağlığı ilgilendiren birçok konuda bilgi düzeyi artarken bazı konularda toplumun bilgisi azalmıştır. Bu bulgulara dayanarak;

- Toplumda sağlık eğitimi ile ilgili tüm çabaların kümülatif sonuçlarının belli aralıklarla değerlendirilmesinin,
- Sağlık eğitimlerinin saha araştırmalarının sonuçlarına göre planlanmasının,
- Sağlık bilgi düzeyi yönünden artı çabalarla kır-kent, evli-bekâr farkının azaltılmasının,
- Aile sağlığı bilgi düzeyini geliştirici faaliyetlere erkeklerin de dâhil edilmesinin,
- Özellikle kronik hastalıklar yönünden orta ve ileri yaştakilerin eğitiminin ihmal

edilmemesinin,

- Bilinme düzeyi artmayan ya da azalan konularda çözümleyici çalışmaların derinleştirilmesinin, gerekliliği kanaatine varılmıştır.

Teşekkür

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

Kaynaklar

1. WHO. **Herkes İçin Sağlık Hedefleri**, Dünya Sağlık Örgütü, İstanbul, (1986).
2. WHO. **Education for Health**, World Health Organization, Geneva, (1988).
3. van den Broek, J., O'Donoghue, J., Ishengoma, A., Masao, H., Mbega, M. **Evaluation of a sustained 7-year health education campaign on leprosy in Rufiji District, Tanzania**. Leprosy Review, 69, 57-74, (1998).
4. Bridge, P.D., Berry-Bobovski, L., Bridge, T.J., Gallagher, R.E. **Evaluation of a preparatory community-based prostate health education program**, J Cancer Educ, 17, 101-105, (2002).
5. Sarti, E., Flisser, A., Schantz, P.M., et al. **Development and evaluation of a health education intervention against Taenia solium in a rural community in Mexico**, Am J Tropical Med Hygiene, 56, 127-132, (1997).
6. Sağlık Bakanlığı GTZ İşbirliği. **Aile Sağlığı Bilgi Düzeyi Araştırması**, Konya, (1998).
7. Aparasu, R.R., Mort, J.R. **Prevalence, Correlates, and Associated Outcomes of Potentially Inappropriate Psychotropic Use in the Community-Dwelling Elderly**, Am J Geriatr Pharmacother, 2, 102-111, (2004).
8. Bennett S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL: **A Simplified General Method for Cluster-Sample Surveys of Health in Developing Countries**, World Health Stat Quart, 44, 98-106, 1991.
9. HÜNEE (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü) **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003**, HÜNEE, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Gn.Md., DPT ve AB, Ankara, (2004).
10. DİE, **Türkiye İstatistik Yıllığı 1999**, T.C.Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara, (2000).
11. Bozkurt, A.İ., Özgür, S., Özçırpıcı, B. **Gaziantep'te Farklı Sosyoekonomik Bölgelerde Yaşayan Evli Kadınların İshal Konusunda Bilgi Düzeyleri**, Ç.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 23, 49-54, (1998).
12. Yiğit, R., Esenay, F., Şen, E., Serinol, Z. **Annelerin Yüksek Ateş Konusunda Bilgi Ve Uygulamaları**, Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6, 48-56, (2003).
13. Özalın, S., Bumin, Ç. **0-6 Yaş Çocuğu Olan Ailelerin Yaşadıkları Hanelerin Sağlığa Uygunluk Durumlarının Saptanması Ve Annelerin Hijyen Tedbirleri Konusunda Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi**, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, 3, 40-44, (1993).

