

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İSTATİSTİK BÖLÜMÜ

KONYA'DA TOPLUMUN AİLE SAĞLIĞI BİLGİ
DÜZEYİNİN ZAMAN İÇİNDEKİ DEĞİŞİMİNİN
İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Said BODUR

YÜKSEK LİSANS TEZİ
İSTATİSTİK ANABİLİM DALI

Konya, 2006

DANIŞMAN

Doç.Dr.Aşır GENÇ

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KONYA'DA TOPLUMUN AİLE SAĞLIĞI BİLGİ DÜZEYİNİN ZAMAN İÇİNDEKİ
DEĞİŞİMİNİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Said BODUR
YÜKSEK LİSANS TEZİ
İSTATİSTİK ANABİLİM DALI

Bu tez 12/07/2006 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği / oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

Yrd.Doç.Dr.M.Fedai KAYA Yrd.Doç.Dr.Mustafa SEMİZ
(Üye) (Üye)

Doç.Dr.Aşır GENÇ
(Danışman)

ÖZET
Yüksek Lisans Tezi

KONYA'DA TOPLUMUN AİLE SAĞLIĞI BİLGİ DÜZEYİNİN ZAMAN İÇİNDEKİ
DEĞİŞİMİNİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Said BODUR
Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü
İstatistik Anabilim Dalı
Danışman: Doç.Dr.Aşır GENÇ
2006, 66 Sayfa
Jüri: Doç.Dr.Aşır GENÇ
Yrd.Doç.Dr.M.Fedai KAYA
Yrd.Doç.Dr.Mustafa SEMİZ

Amaç: Bu çalışma, Konya ilinde toplumun aile sağlığı konusundaki bilgi düzeyinin zaman içindeki değişiminin irdelenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Kesitsel tipteki bu saha araştırmasının evreni, Konya ilinde yaşayan toplumdur. Toplumun heterojenitesi dikkate alınarak büyük hacimli (n=1000) bir küme örnekleme seçildi. Veriler, araştırmacı tarafından geliştirilen 41 soruluk bir anket aracılığıyla derlendi. Anketör olarak sağlık personelinin yararlanıldı. Cevaplar, hem oran hem de puana dönüştürülerek ortalama ve standart sapma şeklinde betimlendi.

Bulgular: Katılımcıların yarıdan çoğu kadın, yarıdan biraz fazlası 25-44 yaş grubunda, yine yarıdan fazlası ilköğrenim mezunu, beşte dördü evli ve hane halkı büyüklüğü ortalaması $4,5 \pm 1,8$ kişi idi. Aile sağlığı ile ilgili konularda doğru cevap alma oranı % 1,9 ile % 75,8 arasında değişmekteydi (ortalama % 38,4). Bilgi puanı ortalaması ise 48 ± 15 bulundu. Sağlık bilgi puanının kadınlarda ve evlilerde daha yüksek olduğu, öğrenim düzeyi yükseldikçe ve kırdan kente gidildikçe arttığı, buna karşılık yaş ilerledikçe azaldığı belirlendi. 2005 yılında 1998 yılına göre toplam bilgi puanı anlamlı bir artış gösterirken üç konuda bilgi düzeyinde azalma, 15 konuda ise bilgi düzeyinde artış olduğu saptandı.

Sonuç: Sağlık bilgi düzeyi bazı demografik özelliklerden etkilenmektedir. Konya ilinde toplumun aile sağlığı konularındaki bilgi düzeyi 1998–2005 döneminde artmıştır. Toplumdaki sağlık eğitimi çabaları belli aralıklarla değerlendirilmelidir. Etkili faktörlerle ilgili ileri araştırmalar yapılmalıdır.

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

ABSTRACT
McS Thesis

STATISTICAL ANALYSIS ON CHANGES IN THE COURSE OF TIME OF
PEOPLES' KNOWLEDGE LEVEL RELATED FAMILY HEALTH IN KONYA
PROVINCE

Said BODUR
Selçuk University
Post-Graduate School of Natural and Applied Sciences
Department of Statistics
Supervisor: Doç.Dr.Aşır GENÇ
2006, 66 Page
Jury: Doç.Dr.Aşır GENÇ
Yrd.Doç.Dr.M.Fedai KAYA
Yrd.Doç.Dr.Mustafa SEMİZ

Purpose: This study was performed to determine the changes in knowledge level of population about family health during a period in Konya.

Methods: 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. 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.

Results: More than half of the participants were female, slightly more than half of them were in the 25-44 age group, also most of them were graduated from primary school, 84% of them were married and average house population was 4.5 ± 1.8 people. 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 total knowledge point has a significant increase in 2005 compared to 1998. Knowledge level about three subjects were decreased whereas there was an increase in knowledge level of 15 subjects.

Conclusion: Health knowledge level is affected by some demographic properties. Knowledge level of Konya population about family health has increased in the 1998-2005 period. Health education efforts should be evaluated in certain periods. Further researches must be performed about effective factors on health education.

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

ÖNSÖZ

Sağlıklı yaşamın ve sağlığı geliştirmenin en temel koşullarından biri sağlıkla ilgili konularda doğru bilgi sahibi olmaktır. Bu sebeple sağlık eğitimi, toplum sağlığında önemli bir müdahale alanıdır. Sağlık alanında gelişme ihtiyacının sürekliliği gerçekliğinde sağlık eğitiminin sürekliliği de kaçınılmazdır.

Sağlık alanında toplumun bilgilendirilmesinden ve bilinçlendirilmesinden birinci derecede sorumlu olan Sağlık Bakanlığı doğrudan personelin çabalarıyla ya da diğer iletişim ve medya aracılığıyla toplumun sağlık bilgi düzeyini geliştirme çalışmalarını sürdürmektedir. Bu çalışmalar, sağlık bilgi düzeyini geliştirici genel amaçlı eğitim faaliyetleri şeklinde olabileceği gibi, çoğunlukla risk gruplarına yönelik olarak belirlenmiş konularda bilgi aktarımı ve uygulamalı eğitimler şeklinde olmaktadır.

Eğitim çabalarının verimliliği, öncelikle bilgi düzeyinin belirlenmesi, başka bir deyişle bilgi açığının saptanarak ihtiyaca göre eğitim planlamasının yapılmasına bağlıdır. Sonraki adım her faaliyette olduğu gibi yapılan eğitim faaliyetlerinin değerlendirilmesi, eğitim öncesi ya da belirli bir temel değerle karşılaştırılarak başarı durumunun ortaya konmasıdır. Asıl yapılması beklenen ise eğitimin sürekliliği gibi değerlendirme faaliyetinin de süreklilik kazanmasıdır.

Bu araştırmada Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nün bir proje dâhilinde 1998'de yaptığı bir bilgi düzeyi araştırmasının sonuçları temel alınıp aynı bilgi toplama araçları ve aynı yöntem kullanılarak yedi yıl sonra aynı toplumun bazı konulardaki sağlık bilgi düzeyinin gelişimi irdelenmiştir.

“Konya İli Aile Sağlığı Bilgi Düzeyi Araştırması” adı ile basılan rapordaki bilgilerin bu çalışmada karşılaştırma yapmak amacıyla kullanılmasına izin veren ve araştırmanın saha uygulaması aşamasında her türlü desteği sağlayan sıralı İl Sağlık Müdürleri Dr.Fatih Kara ve Dr.Hasan Küçükkendirci ile Sağlık Müdür Muavini Dr.H.Murat Kaya, AÇSAP Şube Müdürü Dr.Yasemin Durduran ve emeği geçen İl Sağlık Müdürlüğü personeline teşekkür ederim.

Dr.Said BODUR

Konya, 2006

TABLOLAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
TERİM VE SİMGELER	viii
1. GİRİŞ	1
2. KAYNAK ARAŞTIRMASI	3
2.1 Sağlık	3
2.2 Sağlık Bilgisi ve Bilinci	5
2.3 Davranış ve Sağlık İlişkisi	5
2.4 Sağlık Eğitimi	6
2.5 Temel sağlık bakımı için sağlık eğitiminin kapsamı.....	8
2.6 Sağlık Eğitiminin Planlanması.....	8
2.7 Sağlık Eğitiminin Değerlendirilmesi	9
2.8 Sağlık Bilgi Düzeyinin Ölçümü	9
2.9 Bilgi Düzeyi Ölçümünde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	10
3. MATERYAL VE METOT	14
3.1. Araştırma Düzeni Ve Evreni.....	14
3.2 Örnek Hacmi Ve Örnekleme Yöntemi.....	14
3.3 Araştırmanın Hipotezleri.....	15
3.4 Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları	16
3.5 Veri toplama aracı.....	16
3.6 Verilerin toplanması.....	17
3.7 İstatistiksel analiz	17

4. ARAŞTIRMA SONUÇLARI	19
4.1 Demografik Bulgular	19
4.2 Toplumun Aile Sağlığı Bilgi Düzeyi İle İlgili Bulgular	21
4.3 Aile Sağlığı Bilgi Düzeyinin Demografik Özelliklerle İlişkisi.....	23
4.4 Aile Sağlığı Bilgi Düzeyinin Zaman İçindeki Değişimi (1998-2005).....	37
5. TARTIŞMA	40
5.1 Demografik Bulgular Ve Örneklem Tartışması.....	40
5.2. Toplumun Aile Sağlığı Bilgi Düzeyinin İrdelenmesi	42
5.3 Sağlık Bilgi Düzeyinin Demografik Özelliklerde İlişkisi.....	43
5.4 Sağlık Bilgi Düzeyinin Zaman İçindeki Değişimi (Konya 1998–2005).....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	49
7. KAYNAKLAR	51
EKLER	54
EK 1: AİLE SAĞLIĞI BİLGİ DÜZEYİ ANKET FORMU	

Tablo 4.1 Konya İli Aile Sağlığı Bilgi Düzeyi Araştırma Örnekleminin Demografik Özellikleri (2005).....	20
Tablo 4.2 Toplumun Aile Sağlığı İle İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Yeterlilik Durumuna Göre Yüzde Dağılımı (Konya, 2005)	22
Tablo 4.3 Aile Sağlığı Bilgi Puanının Demografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	24
Tablo 4.4a Sağlıkla İlgili Bilgi Puanını Etkileyen Faktörler İçin Çoklu Doğrusal Regresyon Parametre Tahmin Sonuçları	30
Tablo 4.4b Regresyon analizi varyans tablosu.....	31
Tablo 4.5 Toplumun Aile Sağlığı İle İlgili Sorulara Doğru Cevap Verme Oranlarını Etkileyen Demografik Özellikler (Ki-Kare Analiz Sonuçlarının Özeti)	32
Tablo 4.6 Toplumun Aile Sağlığı Bilgi Düzeyi Yeterliliğini Etkileyen Faktörler (Lojistik Regresyon Sonuçları).....	34
Tablo 4.7 Toplumun Aile Sağlığı İle İlgili Soruları Bilme Durumunu Etkileyen Demografik Özellikler (Lojistik Regresyon Sonuçlarının Özeti)	35
Tablo 4.8 Bağımsız değişkenler arasındaki Spearman korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri.....	36
Tablo 4.9 Konya’da Toplumun 1998 Ve 2005 Yıllarında Aile Sağlık Sorularına Verilen <u>Doğru Cevap Oranları</u> (Artış Sırasına Göre).....	39

Şekil 4.1 Aile sağlığı bilgi puanının yaş gruplarına göre dağılımı (Konya, 2005)	25
Şekil 4.2. Aile sağlığı bilgi puanının cinsiyete göre dağılımı	25
Şekil 4.3. Aile sağlığı bilgi puanının öğrenim düzeyine göre dağılımı	26
Şekil 4.4. Aile sağlığı bilgi puanının cinsiyet ve öğrenim düzeyi ile ilişkisi.....	26
Şekil 4.5. Aile sağlığı bilgi puanının evlilik durumuna göre dağılımı.....	27
Şekil 4.6. Aile sağlığı bilgi puanının çocuk sayısına göre dağılımı.....	27
Şekil 4.7. Aile sağlığı bilgi puanının mesleğe göre dağılımı	28
Şekil 4.8. Aile sağlığı bilgi puanının yerleşim yerine göre dağılımı	28
Şekil 4.9. Aile sağlığı bilgi puanının hane halkı büyüklüğüne göre dağılımı.....	29
Şekil 4.10. Aile sağlığı bilgi puanının ekonomik duruma göre dağılımı	29

TERİM VE SİMGELER

TERİMLER:

Sağlık: Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumu.

Aile sağlığı: Sağlığın ve sağlık hizmetinin aile bütünlüğünü temel alarak değerlendirilmesini esas alan bilgi ve uygulama alanı (aile hekimliği, gibi).

Sağlık eğitimi: Sağlıkla ilgili olarak kişilerin kendi yaşantıları yoluyla olumlu davranış geliştirme süreci.

Temel sağlık bilgisi: Sağlıklı yaşam için herkese en gerekli bilgi alanı.

SİMGELER:

t : Student t istatistiği

U: Mann-Whitney istatistiği

μ_U : U istatistiğinin ortalaması

σ_U^2 : U istatistiğinin varyansı

K-W: Kruskal-Wallis H istatistiği

F: Varyans analizi ile elde edilen istatistik

χ^2 : Ki-kare istatistiği

β : Regresyon katsayısı

1. GİRİŞ

İnsanın en değerli hazinesinin sağlık olduğu ve her şeyin tabiatı gereği ilme bağlı olduğu düşünülürse bilgisiz insan ya da toplumun sağlıklı kalması ve sağlığını geliştirmesi olası değildir. Toplumların sağlığını geliştirmek için stratejiler üreten Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlıklı yaşam stratejilerinin birkaç temel ögesinden birini, sağlık konusunda bireylerin bilgilendirilmesi olarak açıklamıştır (WHO 1986).

Sağlıkla ilgili konularda doğru davranışları edinme ve idame ettirmenin temeli olan doğru bilgiler, topluma kazandırılmadan önce bireylerin sağlıkla ilgili temel konulardaki bilgi gereksiniminin saptanmasına ihtiyaç vardır. Özetle, sağlık eğitiminin ilk adımı, toplumun ya da riskli grupların bilgi/bilgisizlik düzeyinin belirlenmesi, başka bir ifade ile bilgi ile ilgili problemin araştırılmasıdır (WHO 1988, Tabak 2000).

Sağlık bilgi düzeyi araştırmalarının çoğunluğu belirli gruplarda ve sınırlı konularda yapılmıştır. Sağlıklı yaşam için gerekli olan bilgilerin birçoğunu birden dikkate almak üzere toplumun genelinin bilgi düzeyinin belirlenmesi, özellikle sağlık yöneticileri için, topluca ve çok yönlü değerlendirmelere ışık tutabilir.

Bu çalışmanın amacı, Konya ilinde toplumun aile sağlığı konusundaki bilgi düzeyini etkileyen demografik özelliklerin ve bilgi düzeyinin zaman içindeki değişiminin belirlenmesi için en uygun istatistiksel analizleri yapmaktır.

Çalışmada aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır:

- Toplumun sağlıkla ilgili olarak araştırma kapsamında belirlenen konulardaki bilgi düzeyi yeterli midir?
- Sağlık bilgi düzeyi, bireylerin temel demografik özelliklerinden etkilenmekte midir?
- Hedef toplumda zaman içinde sağlık bilgi düzeyinde değişme olmuş mudur?

Bu amaçlar doğrultusunda tez metninin kapsam ve organizasyonu şu akış

içinde ele alınmıştır:

Bu birinci bölümden sonra ikinci bölümde konu ile ilgili kaynak taramasının sonuçları aktarılacaktır. Kaynak taramasında ele alınacak konu başlıkları sağlık, sağlık bilgisi, sağlık bilgi düzeyini etkileyen faktörler, sağlık eğitimi, sağlık eğitiminin sonuçlarının değerlendirilmesi, bilgi düzeyi ölçümünde kullanılan istatistiksel yöntemler şeklinde organize edilmiştir.

Üçüncü bölümde Araştırma düzeni, Araştırmanın evreni ve Örneklemi, araştırmanın Hipotezleri, Varsayımları, Sınırlılıkları, Veri toplama aracı, Verilerin toplanması ve İstatistiksel analiz yöntemlerinden bahsedilecektir.

Dördüncü bölümde uygulama sonucunda elde edilen bulgular, yani araştırma sonuçları, metin, tablo ve grafikler halinde sunulacaktır. Yapılan istatistiksel analiz sonuçları da bu bölümde verilecektir.

Beşinci bölüm olan tartışma bölümü ise araştırmanın önemli bulgularının literatür ışığında yorumlanıp çıkarsamaların ortaya konacağı bölümdür.

2. KAYNAK ARAŞTIRMASI

2.1 Sağlık

Geleneksel olarak sağlık, hastalığın olmayışı gibi bir zıtlıkla tanımlana gelmiştir. Hastalık tanımlarında ise, insanın yalnızca fiziksel yönden yapı ve fonksiyonlarındaki normalden ayrılıklar dikkate alınmıştır (Fişek 1985). Yarım yüzyılı aşkın bir süredir, sağlık bağımsız bir değer olarak tanımlanmaya çalışılmaktadır. Bu konuda öncülük eden WHO'nun tanımına göre sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik durumudur (WHO 1988). Fakat bu üçlü tanım, sağlığı bütün yönleri ile içermemektedir.

Sağlığın bahsi geçen tanımının Türkçe çevirilerinin büyük çoğunluğunda zihinsel (aklen) iyilik yerine ruhsal iyilik denilmişse de (Aksu ve ark 1991, Tabak 2000) orijinalinde bu kavram yoktur. Sağlıklı olabilmek için, elbette moralman iyi karakterli olmak da gerekir (Yumuturuğ ve Sungur 1980). Ancak, bu çevirilerde sağlık tanımının aslında var olan akıl sağlığına değinilmemiş olmaktadır. Diğer taraftan, WHO'nun üçlü sağlık tanımını eksik bulan bazı bilim adamları, sağlığın manen iyilik durumunu da (düşünce sağlığı, ruh sağlığı) kapsamayı gerektiğini ileri sürmüşlerdir (Bodur 1995).

2.1.1 Aile sağlığı

Sağlığın tanımı ile birlikte sağlık hizmetinin kapsamı da değişmiştir. Klinik yaklaşımda hasta odaklı tıp hizmetleri esas alınırken, yirminci yüzyılın ortalarından itibaren bireyin öncelikle sağlığının korunması, bu amaçla da çevresiyle birlikte ele alınması öne çıkarılmıştır (Eren ve Öztekin 1995). Kişinin en yakın çevresi, yaşadığı ortam ve insanlar olarak da ailesidir. Bireyin sağlık ya da hastalığı yalnızca kendisini ilgilendirmez, aynı zamanda ailesini ve toplumunu da ilgilendirir ve kamusal

sorumluluk alanlar toplumun sağlığından da sorumludurlar, Şeklindeki g6r6Őler 19. yy'ın ortalarından itibaren Alman Virchow ve Grotjahn tarafından dile getirilmiŐtir (Porter 1994, Porter 1999). Bu g6r6Ő 6lkelerin sağlık politikalarında etkili olduğu gibi, klinik pratiklerde de kendisini aile hekimliği (family medicine, family practice) Şeklinde g6stermiŐtir.

Çocuk ve yaŐlıların sağlıklılarının korunması, gerektiğinde tedavisinin yaptırılmasından ailenin yetişkin bireylerinin sorumlu olacağı 6ng6r6Ős6 dikkate alınırsa yetişkin bir aile bireyi sadece kendisi ile ilgili değil, diğer aile bireyleri ile ilgili sağlık bilgilerine de sahip olması gerekmektedir. Bulaşıcı bir hastalığa yakalanan bir kişinin hastalığı ilk bulaŐtıracadı kişiler aile fertleri olduğu gibi, hastalık bulaşıcı olmasa da psikolojik ve ekonomik y6nden olumsuz etkilenecek kişiler yine aile bireyleridir.

Aile sağlığı, bireyin sağlığından daha soyuta kaçan bir kavram ise de, aile kavramı sağlık kavramından daha yaygın kabul g6ren bir değer olduğundan, sağlık bilincinin geliştirilmesi için iki değerin sinerjisinden yararlanılabilir. B6ylece kişi, kendi sağlığı için olmasa bile ailesinden birilerinin sağlığı için bilişsel ya da davranışsal olarak sağlıkla ilgilenebilir. 6rneğin, kendi sağlığını 6nemsemeyen bir anne, 6ocuğunun sağlığı için bir sağlık bilgisine ulaŐabilir, verilen bilgiyi alabilir ve uygulayabilir. Bu değişimi g6sterebilen bir kadın diğer bir adımda kendi sağlığı için de olumlu bir davranış kazanabilir.

2.1.2 Aile

Aile, en kısa s6zl6k karŐılıđı ile evlilik ve kan bağına bağlı olarak aynı çatı altında yaŐayanlar, Şeklinde tanımlanabilir. Aile kavramının sosyolojik, antropolojik ve demografik olarak 6eŐitli tanımları yapılmıŐsa da toplum sağlığı 6alıŐmalarında aile deyince hane halkı anlaşılır. Hane halkı, aralarında aile bağı bulunsun veya bulunmasın, aynı evde veya aynı evin bir b6l6m6nde yaşayan, aynı kazandan yiyen, gelir ve giderlerini ayırmayan ve hane halkı hizmet ve y6netimine katılan bir kişi veya birkaç kişinin oluŐturduđu topluluktur (DİE 2000).

2.2 Sağlık Bilgisi ve Bilinci

Sağlıklı olarak doğup sağlıklı olarak ömür süren bir kişinin yalnızca kendi deneyimlerine dayanarak sağlığı bilgiye dönüştürmesi hemen hemen mümkün değildir. Öte yandan sağlık konusunda bilgisi bulunan bir bireyin de sağlıklı olması ya da sağlıklı bir tutum sergilemesi her zaman geçerli bir sonuç değildir. Ancak hastalandıktan sonra, o da sadece o hastalıkla ilgili bilgi sahibi olmak sağlığa değer verme yönünden çok geç bir adımdır. Bu sebeple her bireyin iradesini sağlığını koruyup geliştirmek ya da sağlıkla ilgili güçlükleri aşmak yönünde kullanmak istediğinde gereksinimi olan bilgiye ulaşma hakkı vardır.

Toplumun sağlığından sorumlu mekanizmaların sağlık bilgisine gereksinimi olduğunu dahi bilmeyen ya da çocuklar gibi buna gücü yetmeyen kesimlere sağlıkla ilgili bilgileri en azından bilişsel düzeyde aktarmaları gerekir. Elbette bilgi aktarımı yeterli değildir. Fakat sağlığa değer vermek, sağlığı korumak ve sağlıklı tutum geliştirmek için bir bilinç temelini oluşmasında bilgilenme ya da bilgilendirme kaçınılmazdır (Tabak 2000).

2.3 Davranış ve Sağlık İlişkisi

Davranış ve çevre etkileşimi sağlığın en vazgeçilmez ve kapsamlı belirleyicisidir. İnsan davranışı ve çevre etkileşimi, kısaca yaşam tarzı, eğitimden önemli derecede etkilenen ve sağlığı etkileyen bir olgudur. Sağlık bilgi aktarımı ve eğitimi davranışları doğrudan etkilediği bilinen bir süreçtir. Örn. AIDS, hem teknolojik çözümü, hem de yaşam stilindeki müdahale ve değişimi bekleyen bir hastalık örneğidir. İnsanlar aşısı bulununcaya kadar davranışsal önlemlere bağımlıdır. Bu ise yasal düzenlemelerle olmaz, ancak eğitimle olabilir.

Davranış biçimleri ve hastalıkta nedensellik arasında önemli bir bağ vardır. Birçok hastalıkta bazı davranışlar hastalığın gelişimini arttırır ve önemli sebebi olabilir. Diğer bazı davranışlar da ömür uzatır, hastalık riskini ve nedensel bağlantıyı

azaltır. Koroner kalp hastalığı ile sigara, diyet ve fizik aktivite davranışları arasında ilişki kurulmuştur. Fazla kalori alımı ve az enerji harcama, şişmanlığın davranışsal belirleyicisidir. Kişinin sağlık hizmetinden yararlanma ve kendine sağlık bakımı yapma davranışı meme kanseri ve insüline bağımlı diyabet gibi bazı hastalıkların gidişatını etkiler (Tones 1997).

Sağlıkla ilgili bilgi sahibi olma, olumlu ya da olumsuz sağlık davranışların gelişmesinde ya hazırlayıcı, ya kuvvetlendirici ya da kolaylaştırıcı etkiye sahip olabilir. Nitekim sağlık eğitimi ile sağlık bilgi düzeyinde artış olduğu (van den Broek ve ark 1998, Bridge ve ark 2002) ve hastalıkların azaltılabileceği (Sarti ve ark 1997) gösterilmiştir.

2.4 Sağlık Eğitimi

Sağlık Eğitimi, birey ve toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi ile ilgili olarak kendi yaşantıları yoluyla istedik sağlık davranışları geliştirme sürecidir (Egemen 1986, Öztekin 1996). Davranışa dönüşmeyen bilgi, eğitimi yansıtmaz. Bu sebeple önceleri sadece bilgi aktarımı olarak ele alınan sağlık eğitimi anlayışı değişmiştir.

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 (WHO 1988). Sağlık eğitimi sağlık hizmetinin yerini alamaz ama sağlık hizmetini uygun kullanabilmek için gerekli bir alt yapı unsurudur.

2.4.1 Bireylerin eğitimi

Birey ve ailelere yardımcı olmak için en sık kullanılan yaklaşım danışmanlık şeklindeki sağlık eğitimidir. Danışma ya da danışmanlık kişiye emir ve

tavsiyeler vermek yerine seçenekler sunar ve birey kendi iradesiyle uygun bir davranışa yönelir.

Bireysel eğitim bireyin talep ettiği zamanlarda daha etkilidir. Eğitimin özel bir yeri yoktur. Evde, okulda, işyerinde, askerde fırsat eğitimleri yapılabilir. Bazı sağlık konularının eğitimi sırasında kişi, özellikle yüz yüze eğitimde yalnız olmak isteyebilir.

2.4.2 Grup eğitimi

Sağlık eğitiminde yaygın bir uygulama biçimi grup eğitimidir. Grup, konu ile ilgili iki veya daha fazla kişi olarak tanımlanabilir. Aile, komşular, gezi arkadaşları, gençlik kulüpleri, okul çocuklarının sınıfları, çiftçi kooperatifleri, kadın dernekleri, klinikteki hastalar, huzurevindeki yaşlılar, birer grup olabilir (WHO 1988).

2.4.3 Toplum eğitimi

Bazı sağlık sorunları yalnızca bireyler tarafından çözülebilir. Diğer bazı problemler ise toplumun katılımıyla çözülebilir. En yaygın olarak, sosyal etkinlikler, basılı ve görsel medya yayınları, toplumsal alanların eğitim için değerlendirilmesi gibi yollarla yapılır. Sağlık Bakanlığının (SB) çıkardığı bir yönetmeliğe göre halkın sağlık eğitimi şöyle tanımlanmıştır (SB 2000):

Halkın sağlık eğitimi: Kamu kurum ve kuruluşlarında, özel veya tüzel kişilere ait işyerlerinde çalışan personelin halkın sağlığı ile ilgili veya toplumu oluşturan kişilerin kişisel sağlık bilgi ve becerilerini geliştirerek, davranış değişikliği oluşturmak amacıyla yapılan eğitimidir. Eğitimin hedeflerden biri de halkın sağlık eğitiminde etkinliği sağlamak amacıyla basın yayın kuruluşlarını bilgilendirmek ve işbirliği yapmaktır.

2.5 Temel Sağlık Bakımı İçin Sağlık Eğitiminin Kapsamı

Öncelikleri gruplara, yerel gereksinimlere ve zamana göre değişmekle birlikte sağlık eğitiminin önde gelen konularından bir kısmı şöyle sıralanabilir (Egemen 1986, Tabak 2000):

- Sağlık kavramı, kişisel sağlık ve hijyen, diş-ağız sağlığı
- Yeterli ve dengeli beslenme
- Mikroorganizma, bulaşma, hastalıklarından korunma kavramları
- Sık görülen bulaşıcı hastalıklar
- Su, gıda ve çevre hijyeni
- Aşılama
- Egzersiz, spor, hava temizliği, güneşten yararlanma
- Kazalardan korunma, iş sağlığı ve ilk yardım.
- Koruyucu akıl sağlığı
- Aile hayatı ve sağlıklı cinsel yaşam
- Ana-çocuk sağlığı
- Zararlı alışkanlıklar
- Sağlık hizmetlerinden yararlanma ve erken başvuru
- Bebek ve çocuk beslenmesi, çocuk bakımı
- Evde ishal, ateş yönetimi ve hasta bakımı
- Bölgede sık görülen hastalıkların erken belirtileri ve korunma tedbirleri.

2.6 Sağlık Eğitiminin Planlanması

İyi bir sağlık eğitimi gerçek ihtiyaçlara dayanır. Bunun yolu toplumdan bilgi

toplamaştır. Bu alanda bilgi toplamanın üç ana yöntemi gözlem, görüşme (anket) ve kayıtlardan yararlanmadır (WHO 1988). Bu araştırmada anket yönteminden yararlanılmıştır.

Durum tespiti için araştırma yaparak toplumda bilgi açığını, yani eğitim ihtiyacını belirlemektir. Sağlık eğitimi yapılmadan önce planlama için araştırma yapıldığı gibi, eğitimin sürekli bir faaliyet olması sebebiyle ara ve son değerlendirmeler için de araştırmalar yapmak gerekmektedir.

Buna göre bu çalışmanın sonuçlarının toplumun sağlık eğitimine, dolayısıyla kamu sağlığına katkı sağlayacağı beklenmektedir.

2.7 Sağlık Eğitiminin Değerlendirilmesi

Toplumda her düzeyde, çeşitli yollarla yapılan sağlık eğitiminin 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 (WHO 1988). 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 (Tabak 2000). Sağlık eğitiminin etkilerinin uzun süre aralıklarıyla ölçülmesi, kalıcılığın belirlenmesi yönünden daha uygundur (Sarti ve ark 1997).

2.8 Sağlık Bilgi Düzeyinin Ölçümü

Sağlık eğitiminin sonuçlarını değerlendirmede çoğunlukla yarı deneysel ya da gözlemsel araştırma düzenleri kullanılmaktadır. Bunlardan en çok kullanılanı ön test-son test şeklinde uygulananıdır. Bu durumda kontrol grubu yoktur ve ilk ölçüm son ölçüm için bir karşılaştırma değeridir. Bu çalışmada olduğu gibi, tüm toplum araştırmaya dâhil edildiğinde kontrol grubu söz konusu olamaz.

2.8.1 Nitel ölçüm

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.

2.8.2 Nicel ölçüm

Bilginin puana dönüştürülmesi yoluyla sürekli veriler elde edilebilir. Bu da parametrik yöntemler kullanarak daha güçlü analizler yapmaya imkân verir.

2.8.3 Bilgi düzeyi değişiminin izlenmesi

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.

2.9 Bilgi Düzeyi Ölçümünde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Bu kısımda sadece bu çalışmada kullanılan istatistiksel yöntemlere değinilecektir.

Orantı: (a+b) hacmindeki bir toplumda (b) özelliğe sahip grubun kütleye (topluma oranını ifade eder.

$$Orantı = \frac{b}{a+b} \times k$$

Ortanca (M): Küçükten büyüğe dizilmiş veri setinde yüzde 50'nci sıradaki değerdir. Ordinal verilerde ve normal dağılmayan nümerik verilerde merkezi eğilim ölçüsü olarak kullanılır. Sınıflanmamış ve sınıflanmış verilerde sırasıyla aşağıdaki gibi hesaplanabilir (Akdeniz 2004).

$$M = \begin{cases} x_{\left(\frac{n+1}{2}\right)} & n \text{ tek ise} \\ \left(\frac{x_{\frac{n}{2}} + x_{\left(\frac{n}{2}\right)+1}}{2} \right) & n \text{ çift ise} \end{cases}$$

$$M = L_M + \frac{\left(\frac{n}{2} - n_M\right) \times h}{f_M}$$

n=Gözlem sayısı

L_M=Medyan sınıfın alt sınıf sınırı

h=Sınıf genişliği

f_M=Medyan sınıfın frekansı

n_M=Medyan sınıfından önceki sınıfların frekansları toplamı

Ortalama: Gözlenen değerlerin tümünün toplanarak gözlem sayısına bölünmesiyle elde edilen değerdir. Simetrik nümerik veriler için merkezi eğilim ölçüsüdür.

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}$$

Standart sapma: Örneklem varyansının (pozitif) kareköküne örneklem standart sapması denir. Sınıflanmamış verilerde şöyle hesaplanır (Akdeniz 2004):

$$S = \frac{1}{n-1} \sqrt{\left(\sum_{i=1}^n x_i^2 - \frac{\left(\sum_{i=1}^n x_i \right)^2}{n} \right)}$$

t testi: Varyansların bilinmediği durumlarda normal dağılımlı iki kitlenin ortalamaları farkı için kullanılan bir hipotez testidir. Varyansların eşit kabul edildiği veya edilemediği durumlarda aşağıdaki gibi hesaplanır (Akdeniz 2004):

$$t_{n+m-2} = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2 - (\mu_1 - \mu_2)}{S_p \cdot \sqrt{\frac{1}{n} + \frac{1}{m}}}$$

$$S_p^2 = \frac{(n-1)S_1^2 + (m-1)S_2^2}{n+m-2}$$

$$t_v = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2 - (\mu_1 - \mu_2)}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n} + \frac{S_2^2}{m}}}$$

Mann-Whitney U Testi: İki bağımsız gruptaki sürekli verilerin dağılımının karşılaştırılmasında kullanılan ve iki bağımsız grup için t testinin karşılığıdır (analoğu). Kütlenin dağılımı bilinmediğinde, sürekli veriler normal dağılmadığında ya da verilerin ordinal olması halinde kullanılır. Değerler yerine sıraları esas alır. U_1, U_2, μ_U ve σ_U^2 hesaplanır:

$$U_1 = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1+1)}{2} - R_1$$

$$U_2 = n_1 n_2 + \frac{n_2(n_2+1)}{2} - R_2 \text{ veya } U_2 = n_1 n_2 - U_1$$

$$\mu_U = \frac{n_1 n_2}{2}$$

$$\sigma_U^2 = \frac{n_1 n_2 (n_1 + n_2 + 1)}{12}$$

Küçük olan U değeri kullanılmak üzere Z hesaplanır ve olasılığı bulunur.

$$Z = \frac{U - \mu_U}{\sigma_U}$$

Mann-Whitney U testi Bonferroni düzeltmesi uygulanarak Kruskal-Wallis sonrası Post Hoc test olarak çoklu karşılaştırmalar için de kullanılır (Dawson-Saunders ve Trapp 1994).

Tek Yönlü Varyans Analizi: Normal dağılan kitle ortalamalarının eşitliği hipotezinin test edilmesinde kullanılan bir istatistiksel yöntemdir.

$$F = \frac{GAKO}{GIKO} = \frac{\sum n_k (\bar{X}_k - \bar{X})^2}{\frac{k-1}{\sum (n_k-1)S_k^2}} ; \bar{X} = \frac{\sum (n_k \bar{X}_k)}{\sum n_k}$$

Tukey HSD ve Tamhane T2 testleri: Sırasıyla Varyansların homojen olması ve olmaması durumunda tek yönlü varyans analizi sonrasında tercih edilen çoklu karşılaştırma testleridir. Bu araştırmada Post Hoc olarak bu testler kullanılmıştır.

Kruskal-Wallis H Testi: Normal dağılım koşulu sağlanmadığında tek yönlü varyans analizinin alternatifi olan nonparametrik bir hipotez testidir. Gözlem değerleri yerine sıralama puanları kullanılır (Alpar 2001).

$$KW = \frac{12}{N(N+1)} \left\{ \sum_{i=1}^k \frac{R_i^2}{n_i} \right\} - 3(N+1)$$

Lojistik Regresyon: Lojistik regresyon; bağımlı değişkenin kategorik olduğu durumlarda bağımlı değişkenin bağımsız değişkenlerle neden sonuç ilişkisini belirlemede yararlanılan bir yöntemdir. Lojistik regresyon analizinin amacı mümkün olduğunca en az değişkeni kullanarak bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak gösterecek en makul modeli kurmak olarak tanımlanabilir. Süreklilik ve normal dağılım varsayımı koşul değildir. Lineer olasılık modeli ile yapısal problemleri sebebiyle x ve $\pi(x)$ arasındaki körvilineer ilişkinin ifade edilmesinde daha yararlı olan lojistik regresyon kullanılır (Agresti 1990).

$$\pi(x) = \frac{\exp(\alpha + \beta x)}{1 + \exp(\alpha + \beta x)}$$

Ki-kare testi: Gözlenen ve beklenen frekanslar arasındaki uyumu test etmek için en çok kullanılan istatistik tekniklerden biri Pearson ki-kare testidir

(Agresti 1990).

$$\chi^2 = \sum \sum \frac{(n_{ij} - \hat{m}_{ij})^2}{\hat{m}_{ij}}$$

Çoklu doğrusal regresyon: Bir bağımsız ve bir bağımlı değişkeni olan doğrusal regresyonun çok sayıda bağımsız değişken için genişletilmiş halidir (Alpar 2001, Akdeniz 2004):

$$\hat{y} = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + \dots + b_k x_k$$

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırma 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 oldukça fazla (31 ilçe, 778 belde-köy) olan bir ildir.

Konya ilinin yüzölçümü 41,724 Km², 1997 nüfus sayımına göre toplam il nüfusu 1,931,773; 2000 sayımına göre de 2,192,166'dır. Bu nüfusun yaklaşık % 32'si il merkezinde (3 merkez ilçe), % 27'si il merkezi dışındaki 28 ilçe merkezinde, % 41'i de belde ve köylerde yaşamaktadır. Bu nüfusa 1997'de 197 sağlık ocağı ve 743 sağlık evi temel sağlık hizmeti vermekteydi. Bu kuruluşlarda 447 pratisyen hekim, 238 sağlık memuru, 223 hemşire ve 463 ebe görev yapmaktaydı. 2005 yılı itibariyle Konya ili toplumuna 22 hastane ve 202 sağlık ocağında toplam 399 uzman hekim, 785 pratisyen hekim, 1380 ebe-hemşire-sağlık memuru sağlık hizmeti vermektedir.

3.2 Örnek Hacmi Ve Örnekleme Yöntemi

Örnek büyüklüğü, hem değişken sayısının çok olması hem de bilgilerin geniş bir coğrafyada çok emek verilerek elde edilecek olması dikkate alınarak sonuçların güvenilirliğini artırmak amacıyla 1000 olarak belirlendi. Bu büyüklüğün belirlenmesinde elde edilecek sonuçların karşılaştırılacağı önceki çalışmada da 1000 kişilik örnek kullanılması 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.

1998 ve 2005 yıllarında aynı evrenden aynı yöntemle iki örneklem alınması

itibariyle büyük saha araştırmalarında kullanılan panel örnekleme (Aparasu ve Mort 2004) uygulandığı söylenebilir. Her bir panelde küme örnekleme uygulandı.

Araştırmada, geniş coğrafi alanlarda yapılan sağlıkla ilgili çalışmalarda WHO'nun da önerdiği büyüklüğe orantılı tabakalı küme örnekleme (cluster sampling) yöntemi kullanıldı (Bennett ve ark 1991). 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 ve önceki çalışmada olduğu gibi küme büyüklüğu 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. Sonuçta kümelerin % 38'i il merkezinden, % 30'u diğer ilçe merkezlerinden ve % 32'si köy ve beldelerden seçildi.

3.3 Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma, aşağıdaki hipotezleri sınamak üzere kurgulanmış ve uygulanmıştır:

Toplumun aile sağlığı (temel sağlık bakımı) ile ilgili bilgi düzeyi düşüktür.

Sağlık bilgi düzeyi demografik değişkenlerle ilişkilidir.

Toplumun aile sağlığı ile ilgili bilgi düzeyi zaman içinde değişmiştir.

3.4 Araştırmanın Varsayımları ve Sınırlılıkları

Bu araştırmada;
İki 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 (EK 1) aile sağlığı bilgi düzeyini ölçecek nitelikte olduğu ve

İki ölçüm arasında toplumun sağlık eğitimi için başta Sağlık Bakanlığının faaliyetleri olmak üzere çabaların sürdüğü varsayılmıştır.

Buna karşılık, çok geniş bir konu olan sağlık bilgi düzeyinin ölçümü önceki ve bu araştırma çerçevesinde hazırlanan sorulara alınan cevaplarla sınırlıdır.

3.5 Veri Toplama Aracı

Veriler, araştırmacı tarafından geliştirilen bir anket aracılığıyla derlendi. Anket, aile sağlığı ile ilgili konuların (bebek ve çocuk sağlığı, üreme sağlığı, ana sağlığı, geriatri gibi) tümünü kapsayacak kadar detaylı, uygulama süresi ve yoğunluk yönünden katılımcıları sıkmayacak kadar kısa tutuldu. Bu amaçla demografik bilgileri sorgulayan 9, sağlık bilgi düzeyi ile ilgili 32 olmak üzere toplam 41 soruluk anket hazırlandı (EK 1).

Sorular, kişisel hijyen-diş sağlığı, çocuk sağlığı, kadın sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, önemli kronik hastalıklar, beslenme, ilk yardım konularını kapsamaktaydı. 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.

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.

3.6 Verilerin toplanması

3.6.1 Anketör seçimi ve eğitimi

Anketörler, Konya İl Sağlık Müdürlüğünce il merkezi ve ilçelerden belirlenen sağlık personeli idi. Anketörlerin eğitimi Sağlık Eğitim Merkezinde bizzat araştırmacı tarafından yapıldı. Örneğe çıkan kümelere nasıl ulaşılacağı, sorularla ilgili olası cevapların nasıl kaydedileceği ve olası hata kaynakları ile ilgili açıklamalar yapıldı, anketörler uyarıldı.

3.6.2 Verilerin toplanması

Örneğe çıkan yerleşim birimindeki kümeye ulaşmak muhtarın evi veya bürosundan Doğu-Güney yönünde bir hane (ev/apartman) atlayarak ilk haneden başlandı. Bu sokakta kümenin tamamlanamaması halinde saat yönündeki sokaktan devam edilmek suretiyle küme hacmine ulaşıldı. Bu şekilde sıradan 7 (yedi) haneden birer yetişkinle yüz yüze görüşüldü. Her kümede görüşülen kişilerin cinsiyet oranının 1/3'den daha orantısız olmamasına dikkat edildi. Meskenlerin apartman olması halinde her apartmandan rasgele bir hane kümeye alındı.

3.7 İstatistiksel analiz

3.7.1 Analize hazırlık

Dolu anket formlarına sıra numarası verilerek kodlamaya geçildi. 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. Buna göre bir kişinin alabileceği toplam puan “0” ile “64” arasında değişmekteydi. Puanlar yüzdeler sisteme dönüştürülerek sürekli bir veri dizisi elde edildi. Formlar üzerinde kodlama yapıldıktan sonra kodlar bilgisayar ortamına aktarıldı. Rasgele örnekli kodlanmış veri denetimi ve min-max kontrolleri yapıldı.

3.7.2 Analiz işlemleri

Birinci aşamada, aile sağlığı ile ilgili sorulara doğru, kısmen doğru ve yanlış cevap oranları genel olarak belirlendi.

İkinci aşamada, bireylerden elde edilen bilgi puanlarıyla demografik özellikler arasındaki ilişki irdelendi.

Son aşamada 1998 ve 2005 bulguları karşılaştırıldı.

Veriler, SPSS for Windows 13.0 programı yardımıyla düzenlendi ve analiz edildi. Verilerin özetlenmesinde yüzde, ortalama±standart sapma, ortanca kullanıldı ve saplı kutu (boxplot) grafiğinden yararlanıldı. 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 düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanıldı. Ayrıca nümerik bağımlı değişkenin kestirimi için çoklu doğrusal regresyondan, kategorik (dikotom) bağımlı değişkenin kestirimi için de lojistik regresyon analizinden yararlanıldı.

4. ARAŞTIRMA SONUÇLARI

Araştırmanın bulguları, araştırmanın amaçları ve hipotezleri doğrultusunda aşağıdaki alt başlıkları içerecek şekilde sıralanmıştır:

- Demografik bulgular
- Toplumun aile sağlığı bilgi düzeyi
- Aile sağlığı bilgi düzeyinin demografik özelliklerle ilişkisi
- Sağlık bilgi düzeyinin zaman içindeki değişimi

4.1 Demografik Bulgular

Örneğe çıkan katılımcıların yarısından çoğunun kadın, yarısından biraz fazlasının 25-44 yaş erişkin grupta, yine yarısından fazlasının ilköğrenim mezunu, beşte dördünün evli ve hane halkı büyüklüğü ortalamasının $4,5\pm 1,8$ 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 4.1).

Tablo 4.1 Konya İli Aile Sağlığı Bilgi Düzeyi Araştırma Örnekleminin Demografik Özellikleri (2005)

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
Ekonomik durum (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	

Örneklem (2005 yılında seçilen) demografik özellikler yönünden 1998'deki örnekleme karşılaştırıldığında cinsiyet, evlilik oranı ve hane halkı büyüklüğü yönünden benzerlik gösterirken, katılımcılarda 25 yaş altında, köy yerleşimli, ekonomik düzeyi kötü olma 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).

4.2 Toplumun Aile Sağlığı Bilgi Düzeyi İle İlgili Bulgular

Aile sağlığı ile ilgili konularda sorulan sorulara doğru/yeterli cevap, eksik/kısmen doğru cevap ile yanlış cevap ya da cevap verememe oranları belirlendi. 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 (Tablo 4.2).

Sağlıkla ilgili temel konularda en yüksek oranda yeterli düzeyde doğru cevap alınan konular şunlardı (en iyi bilinen on konu):

- (Kendi cinsiyetinde) en çok görülen kanser
- Bebeklere tek başına sadece anne sütü verilme süresi
- Ev şartlarında ateşli çocuğa yaklaşım
- Boy uzunluğu ve vücut ağırlığını bilme
- Emziren annelerin diyeti
- (Genel olarak) Anemide diyet
- Bebekleri memeden ayırma süresi
- Doğumla ilk emzirme arasındaki süre
- İlk ve acil yardım için aranılacak telefon numarası
- Büyüme ve gelişmenin izlenmesi

Buna karşılık, en düşük oranda doğru cevap alınan, yani en az bilinen konular ise şunlardı (en az bilinen on konu):

- Kanserin erken belirtileri
- İçme suyu dezenfeksiyonu
- Hepatit B ve AIDS'in bulaşma yolları
- Koruyucu diş sağlığı
- Gebelikte tahlil ve ölçümlerin niçin yapıldığı
- Kalp ve damar hastalıklarından koruyucu diyet
- Bruselladan korunma
- Sakat doğumların sebebi
- Kemik gelişimi (Raşitizmden korunma)
- Çocuklara aşısı yapılan hastalıklar

Tablo 4.2 Toplumun Aile Sağlığı İle İlgili Sorulara Verdikleri Cevapların Yeterlilik Durumuna Göre Yüzde Dağılımı (Konya, 2005)

KONU	Yanlış/ Cevapsız	Eksik Cevap	Doğru/ Yeterli
El yıkama ile korunulabilen hastalıklar	42,7	35,2	22,1
Bruselladan korunma	46,0	44,9	9,1
İçme suyu dezenfeksiyonu	16,4	78,7	4,9
Koruyucu diş sağlığı	50,0	43,6	6,4
Sakat doğumların sebebi	18,1	68,0	13,9
Gebelik sırasında yapılacak tahlil ve ölçümler	37,0	27,6	35,4
Gebelikte tahlil ve ölçümlerin niçin yapıldığı	91,0	2,6	6,4
Emziren annelerin diyeti	17,1	12,7	70,2
Bebekleri memeden ayırma süresi	31,5	0,0	68,5
Bebeklere tek başına sadece anne sütü verilme süresi	28,0	0,1	71,9
Doğumla ilk emzirme arasındaki süre	34,5	0,1	65,4
Ev şartlarında ishal tedavisi	36,8	19,3	43,9
İshalli çocuğun hekime götürülme kriterleri	34,5	14,9	50,6
Ev şartlarında ateşli çocuğa yaklaşım	14,0	15,0	71,0
Kemik gelişimi (Raşitizmden korunma)	76,2	8,1	15,7
Büyüme ve gelişmenin izlenmesi	27,6	15,1	57,3
Yetişkinlerde hekim kontrolü için kritik yaş	58,0	0,1	41,9
Kadınların yaş dönümünde yapması gerekenler	54,6	11,7	33,7
Sağlık ocağı ve sağlık evi ebelerinin görevleri	35,0	13,4	51,6
Kanserin erken belirtileri	81,5	16,6	1,9
Hepatit B ve AIDS'in bulaşma yolları	77,2	17,0	5,8
Çocuklara aşısı yapılan hastalıklar	24,0	57,5	18,5
Kalp ve damar hastalıklarından koruyucu diyet	33,4	58,4	8,2
(Kendi cinsiyetinde) en çok görülen kanserler	24,2	0,0	75,8
Bel/bacak kemiği kırığında ilkyardım	64,3	2,3	33,4
İlk ve acil yardım için aranılacak telefon numarası	42,1	0,0	57,9
Burun kanamasında ilkyardım	68,5	3,0	28,5
İlaç zehirlenmesinde ilkyardım	53,9	1,5	44,6
Tüberkülozun (verem) belirtileri	40,5	9,8	49,7
Verem'den korunma	62,8	11,0	26,2
(Genel olarak) Anemide diyet	17,6	13,2	69,2
Boy uzunluğu ve vücut ağırlığını bilme	6,7	23,0	70,3
Genel Ortalama	42,1	19,5	38,4

4.3 Aile Sağlığı Bilgi Düzeyinin Demografik Özelliklerle İlişkisi

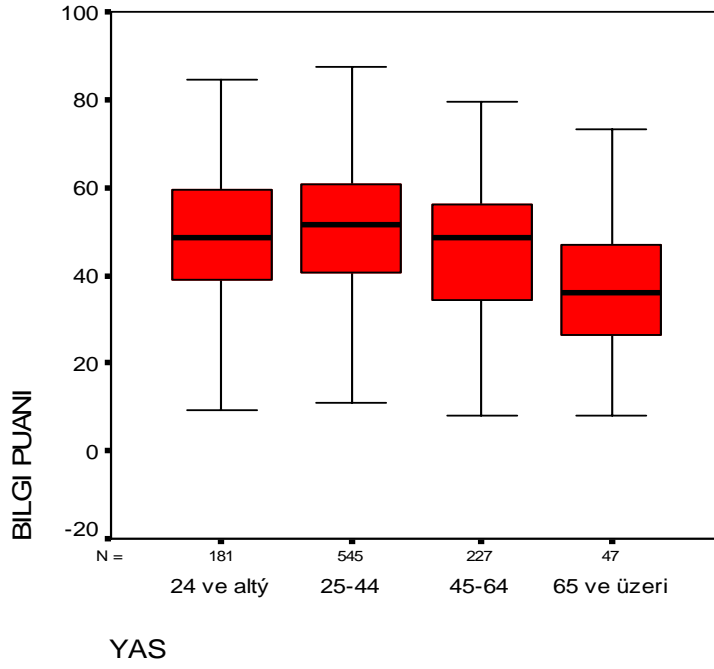
Boş cevap ya da yanlış cevaplar “0”, kısmen doğru cevaplar “1” ve yeterli düzeyde bilme durumları “2” puanla temsil edilerek her birey için bir toplam puan elde edildiğinde, toplumda temel sağlık konularındaki ortalama bilgi düzeyi yüz üzerinden ortalama ve standart sapma olarak $48,2 \pm 14,8$ puan 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 4.3, Şekil 4.1-4.10).

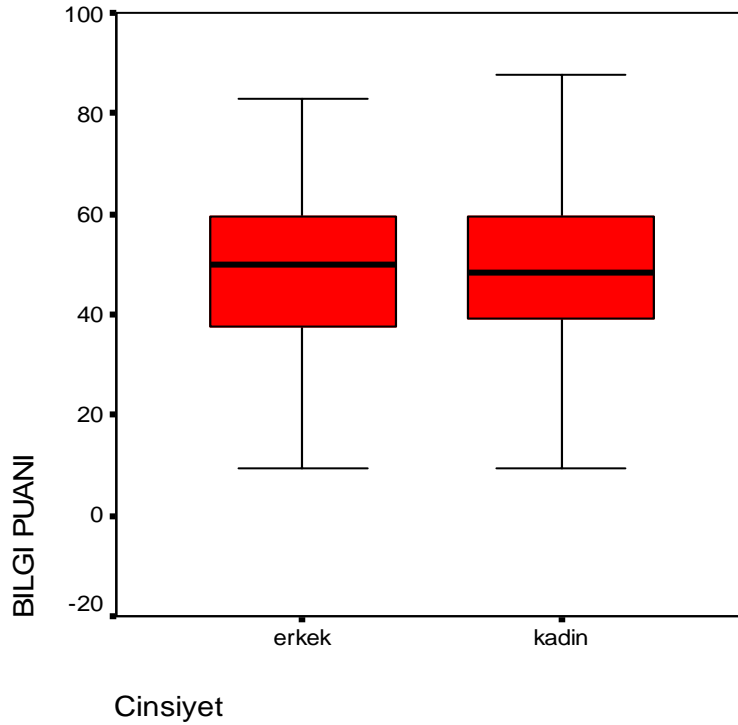
Tablo 4.3 Aile Sağlığı Bilgi Puanının Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik özellik	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		
Ekonomik durum (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		

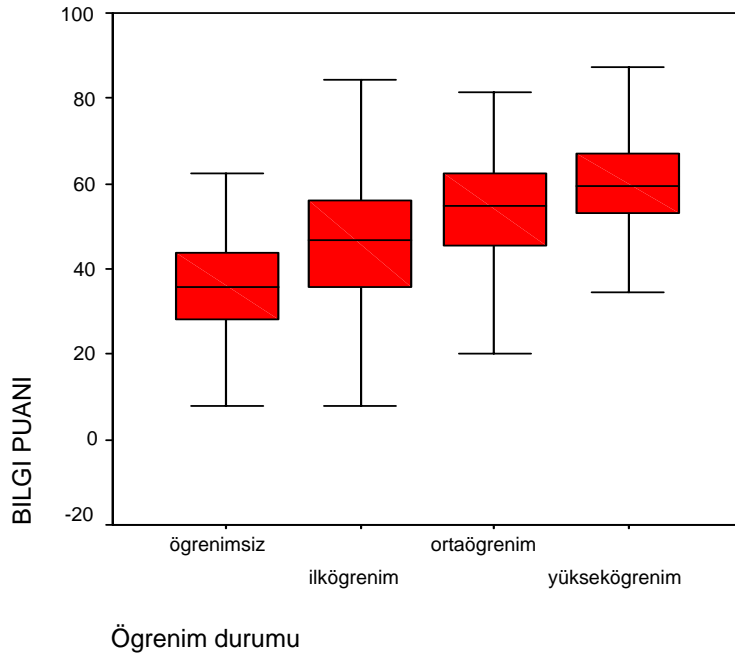
* Aynı harfli ortalamaların farkı önemsiz



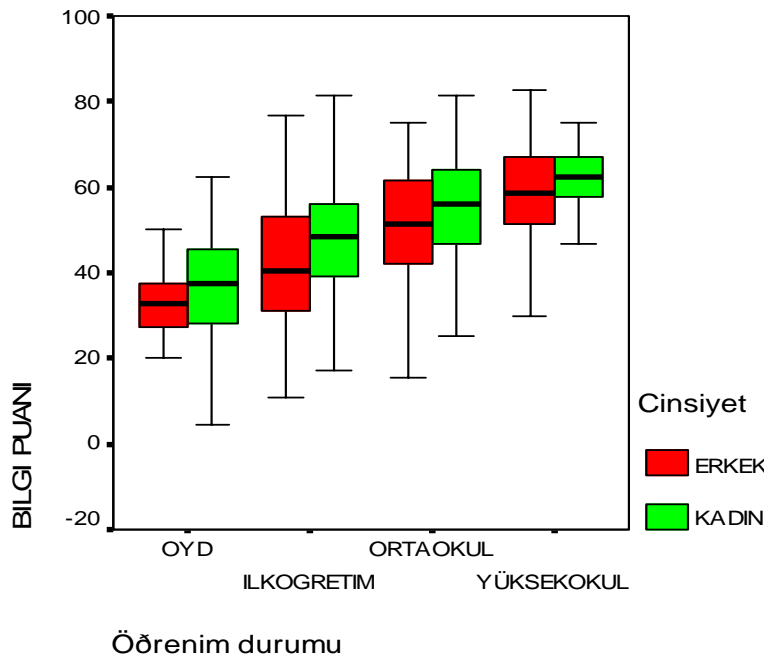
Şekil 4.1 Aile sağlığı bilgi puanının yaş gruplarına göre dağılımı (Konya, 2005)



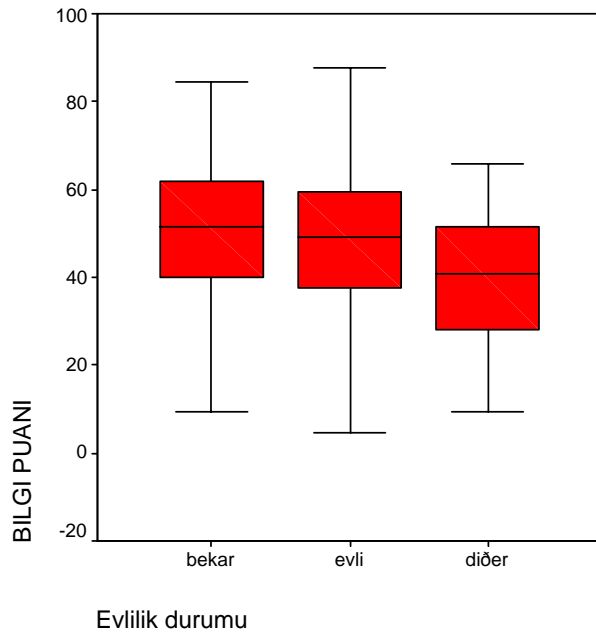
Şekil 4.2. Aile sağlığı bilgi puanının cinsiyete göre dağılımı



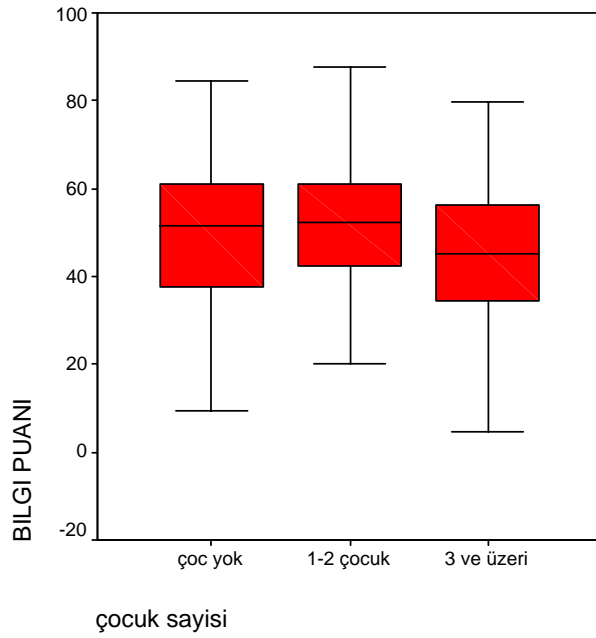
Şekil 4.3. Aile sağlığı bilgi puanının öğrenim düzeyine göre dağılımı



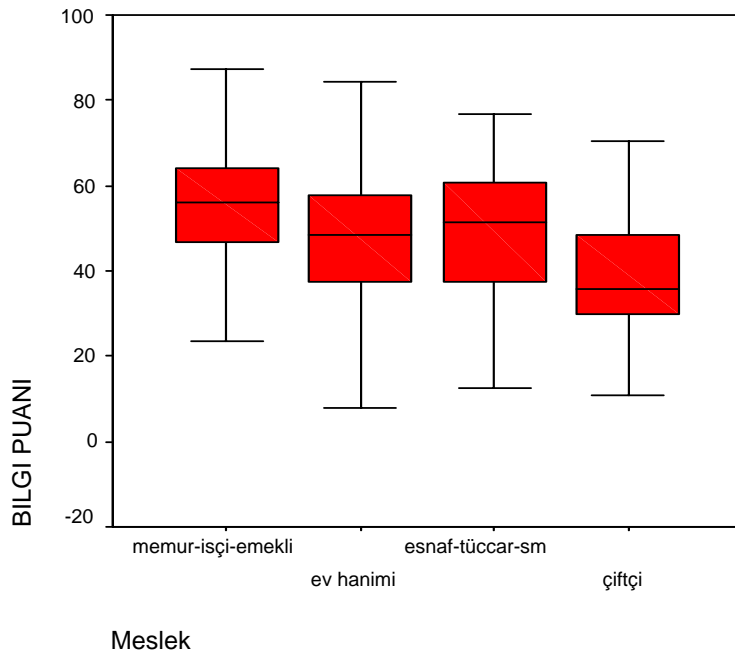
Şekil 4.4. Aile sağlığı bilgi puanının cinsiyet ve öğrenim düzeyi ile ilişkisi



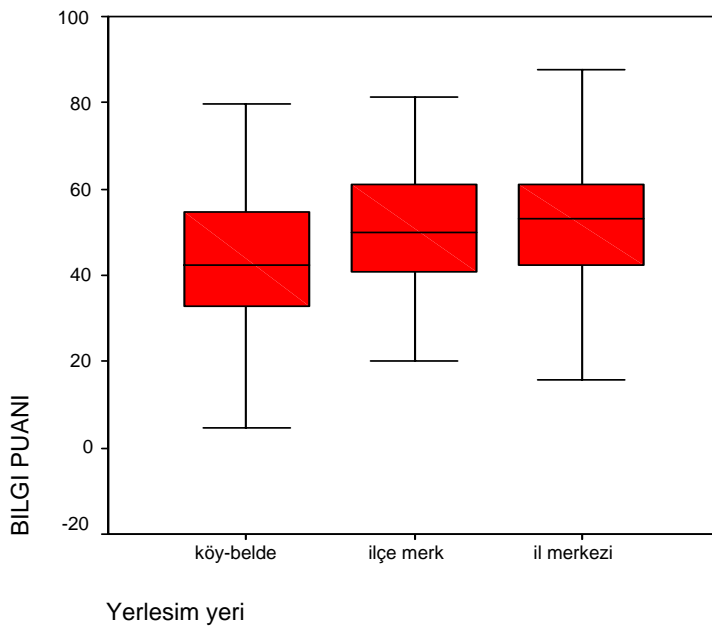
Şekil 4.5. Aile sağlığı bilgi puanının evlilik durumuna göre dağılımı



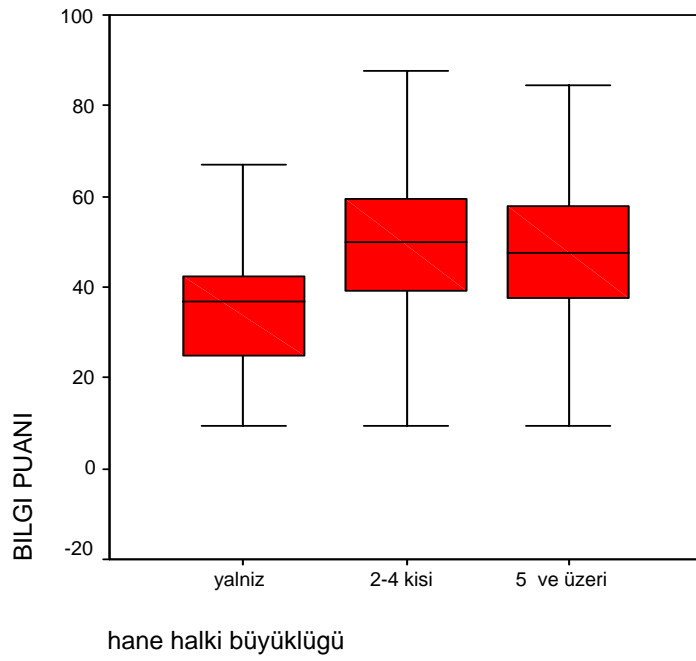
Şekil 4.6. Aile sağlığı bilgi puanının çocuk sayısına göre dağılımı



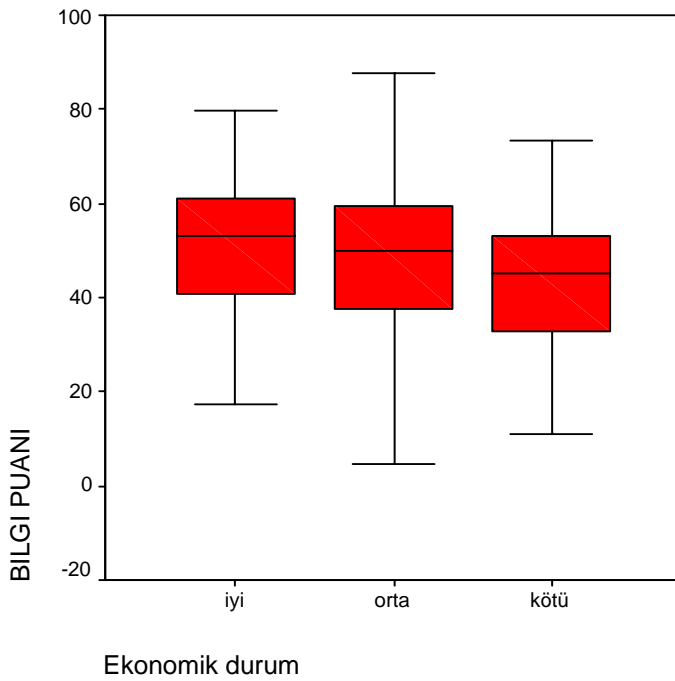
Şekil 4.7. Aile sağlığı bilgi puanının mesleğe göre dağılımı



Şekil 4.8. Aile sağlığı bilgi puanının yerleşim yerine göre dağılımı



Şekil 4.9. Aile sağlığı bilgi puanının hane halkı büyüklüğüne göre dağılımı



Şekil 4.10. Aile sağlığı bilgi puanının ekonomik duruma göre dağılımı

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. Buna göre puan toplamı ölçeğinde bilgi düzeyini etkileyen demografik özellikler şunlardı (Tablo 4.4a, Tablo 4.4b):

- Yaş
- Cinsiyet
- Evlilik durumu
- Öğrenim durumu
- Yerleşim yeri

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 4.4a 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 4.4b 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			

Konulara göre bilip bilmeme durumunun demografik değişkenlerle ilişkisi irdelendiğinde, birçok konuda doğru cevap verme oranının bağımsız değişkenlerden etkilendiği gözlemlendi. Her bilgi konusunda ayrı ayrı doğru cevap oranını etkileyen bağımsız değişkenler ki-kare analizi ile belirlenerek Tablo 4.5'te özetlendi. Buna göre en çok maddede pozitif etkisi olan değişkenler öğrenimli olma, kentte yaşama, memur-işçi mesleğinde olma iken yaş ve çocuk sayısı arttıkça bilme oranı olumsuz etkilenmekteydi. Cinsiyet, hane halkı büyüklüğü, evlilik durumu ve ekonomik düzeyin de etkili olduğu konular vardı (Tablo 4.5).

Tablo 4.5 için açıklama (Tablo sayfasında yer kalmadığı için öne alındı):

*: Ki-kare istatistiği önemli ($P < 0,05$), yerleşim yeri köyden il merkezine gittikçe ve öğrenim düzeyi arttıkça bilme oranı artmakta

-*: yaş ilerlemesi ve çocuk sayısı artışı bilme oranını negatif etkilemekte

Cinsiyet kolonunda *e: Bilme oranı erkeklerde yüksek

*k: Bilme oranı kadınlarda yüksek

Evlilik durumu kolonunda *b: Bilme oranı bekârlarda yüksek

*e: Bilme oranı evlilerde yüksek

Meslek kolonunda *m: Bilme oranı memur-işçi ve emeklilerinde yüksek

*t: Bilme oranı tüccar-esnafta yüksek

*eh: Bilme oranı ev hanımlarında yüksek

Tablo 4.5 Toplumun Aile Sağlığı İle İlgili Sorulara Doğru Cevap Verme Oranlarını Etkileyen Demografik Özellikler (Ki-Kare Analiz Sonuçlarının Özeti)

KONU	Cinsiyet	Yarışım yeri	Yaş grubu	Öğrenim	Evlilik durumu	Meslek	Çoc. Sayısı	Hane halkı büyüklüğü	Ekonomi
El yıkama ile korunulabilen hastalıklar	*e	*		*		*m	_*		
Bruselladan korunma	*k	*					_*		
İçme suyu dezenfeksiyonu				*					
Koruyucu diş sağlığı	*e	*		*	*b	*m			
Sakat doğumların sebebi			_*		*b			*	
Gebelik sırasında yapılacak tahlil ve ölçümler		*	_*	*		*m	_*		
Gebelikte tahlil ve ölçümlerin niçin yapıldığı		*			*b				
Emziren annelerin diyeti		*	_*	*		*m	_*	_*	*
Bebekleri memeden ayırma süresi	*k				*e				
Bebeklere sadece anne sütü verilme süresi		*	_*	*			_*		
Doğumla ilk emme arasındaki süre		*	_*	*		*m	_*		
Ev şartlarında ishal tedavisi			_*	*		*m	_*		
İshalli çocuğun hekime götürülme kriterleri			_*	*			_*		
Ev şartlarında ateşli çocuğa yaklaşım		*	*	*		*t	_*		
Kemik gelişimi (Raşitizmden korunma)		*	_*	*		*m			*
Büyüme ve gelişmenin izlenmesi		*	_*	*		*m	_*		*
Yetişkinlerde hekim kontrolü için kritik yaş		*	_*	*	*e				
Kadınların yaş dönümünde yapması gerekenler	*k	*	*	*		*m			*
Sağlık ocağı ve sağlık evi ebelerinin görevleri		*	_*	*		*m	_*		
Kanserin erken belirtileri	*e	*		*	*b	*m	_*	_*	*
Hepatit B ve AIDS'in bulaşma yolları	*e	*	*	*	*b	*m	_*	_*	
Çocuklara aşısı yapılan hastalıklar				*		*m	_*		
Kalp ve damar hastalıklarından koruyucu diyet	*e	*		*	*b	*m	_*	_*	
(Kendi cinsiyetinde) en çok görülen kanserler	*k	*	_*	*		*eh	_*		*
Bel/bacak kemiği kırığında ilkyardım	*e	*	_*	*	*b	*m	_*		*
İlk ve acil yardım için aranılacak telefon numarası	*e	*	_*	*	*b	*m	_*		*
Burun kanamasında ilkyardım	*e	*		*		*t	_*		
İlaç zehirlenmesinde ilkyardım		*		*		*m			
Tüberkülozun (verem) belirtileri	*e	*	*	*		*m	_*		
Verem'den korunma	*e	*		*		*m			
(Genel olarak) Anemide diyet		*			*e			_*	
Boy uzunluğu ve vücut ağırlığını bilme	*e	*	_*	*		*m	_*		*

Bilgi düzeyini etkileyen faktörleri açıklamaya çalışırken, bağımsız değişkenler arasında etkileşimler söz konusu olabileceğinden hem genel olarak hem de her madde için ikili lojistik regresyon çözümlemesi yaparak her konudaki sadece yeterli düzeyde bilme durumunu etkileyen demografik özellikler belirlenmeye çalışıldı. 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.

Tablo 4.6 ve 4.7’de lojistik regresyon analizine dâhil edilen değişkenler şu sıralar ile kullanıldı:

Cinsiyet:	Erkek
	Kadın
Yerleşim yeri:	Köy-Belde
	İlçe merkezi
	İl merkezi
Yaş grubu:	24 ve altı
	25-44
	45-64
	65 ve üzeri
Öğrenim durumu:	Öğrenim görmemiş
	İlköğrenim
	Ortaöğrenim
	Yükseköğrenim
Evlilik durumu:	Bekâr
	Evli
Çocuk sayısı:	Çocuğu olmayan
	1-2
	3 ve üzeri
Hane halkı büyüklüğü:	Yalnız yaşayan
	2-4 kişi
	5 ve üzeri
Ekonomik durum (kendi ifadeleri):	İyi
	Orta
	Kötü

Ancak önce bilgi puanını etkileyen faktörlerle ilgili çoklu regresyonun bir sınaması mahiyetinde, bilgi puanı, ortancanın üstünde olup olmamaya göre bilgi düzeyi yetersiz/yeterli olma durumuna göre lojistik regresyon yapıldı. Bilmeyi etkileyen demografik özellikler öğrenim, yerleşim ve evlilik durumu idi. Cinsiyetin de sınırdan bir anlamlılığa (0,068) sahip olduğu gözlemlendi (Tablo 4.6).

İkinci aşamada temel sağlık konularından her birinde bilme durumunu etkileyen faktörleri saptamak için ayrı ayrı lojistik regresyon yapıldı. Sonuçlar Tablo 4.5'e benzer şekilde lojistik regresyon sonuçları da Tablo 4.7'da özetlendi.

Lojistik regresyon sonuçlarına göre bilme durumunu etkileyen değişkenlerin başında öğrenim düzeyi gelmektedir. Öğrenim düzeyini yerleşim yeri, evlilik durumu ve cinsiyet izlemektedir. Öğrenim düzeyi, kentte yaşama ve evlilik, bilme oranını daima pozitif etkilemektedir. Cinsiyete gelince daha fazla konuda erkeklerde (-* işaretli konular) ve bazı konularda da kadınlarda bilme oranı daha yüksekti. Yaş ve çocuk sayısı bilme oranını olumsuz etkilemekteydi (Tablo 4.7).

Tablo 4.6 Toplumun Aile Sağlığı 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

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

Tablo 4.7 Toplumun Aile Sağlığı İle İlgili Soruları Bilme Durumunu Etkileyen Demografik Özellikler (Lojistik Regresyon Sonuçlarının Özeti)

KONU	Cinsiyet	Yerleşim yeri	Yaş grubu	Öğrenim	Evlilik durumu	Çoc. sayısı	Hane halkı büyüklüğü	Ekonomi
El yıkama ile korunulabilen hastalıklar		*		*	*			
Bruselladan korunma	*	*			*	-*		
İçme suyu dezenfeksiyonu				*				
Koruyucu diş sağlığı				*	*			
Sakat doğumların sebebi					*			
Gebelik sırasında yapılacak tahlil ve ölçümler		*		*	*			
Gebelikte tahlil ve ölçümlerin niçin yapıldığı		*						
Emziren annelerin diyeti	*			*				
Bebekleri memeden ayırma süresi								
Bebeklere sadece anne sütü verilme süresi	*			*	*	-*		
Doğumla ilk emme arasındaki süre				*	*			
Ev şartlarında ishal tedavisi	*			*				
İshalli çocuğun hekime götürülme kriterleri				*	*			
Ev şartlarında ateşli çocuğa yaklaşım				*	*			
Kemik gelişimi (Raşitizmden korunma)				*				
Büyüme ve gelişmenin izlenmesi		*		*	*			
Yetişkinlerde hekim kontrolü için kritik yaş		*		*				
Kadınların yaş dönümünde yapması gerekenler	*	*		*				
Sağlık ocağı ve sağlık evi ebelerinin görevleri		*	-*	*	*			
Kanserin erken belirtileri	-*	*		*				
Hepatit B ve AIDS'in bulaşma yolları	-*	*		*		-*		
Çocuklara aşısı yapılan hastalıklar				*				
Kalp ve damar hastalıklarından koruyucu diyet	-*	*						
(Kendi cinsiyetinde) en çok görülen kanserler	*	*		*	*	-*		
Bel/bacak kemiği kırığında ilkyardım	-*		-*	*				
İlk ve acil yardım için aranılacak telefon numarası	-*	*	-*	*			*	
Burun kanamasında ilkyardım	-*	*		*	*			
İlaç zehirlenmesinde ilkyardım		*		*				
Tüberkülozun (verem) belirtileri	-*	*	*	*				
Verem'den korunma		*		*	*			
(Genel olarak) Anemide diyet		*			*			
Boy uzunluğu ve vücut ağırlığını bilme	-*	*	-*	*				

*: Bilme oranını artıran olumlu etki (P en fazla 0.04)

-*: Bilme oranı üzerinde olumsuz etki (P en fazla 0.04)

Aynı bağımsız değişkenlerle ki-kare testi ile 144 önemli fark bulunurken lojistik regresyonda 89 önemli fark bulundu. Bu fark ki-kare analizinin bağımsız değişkenler arasındaki etkileşimleri dikkate almamasından kaynaklanabilir. Nitekim bağımsız değişkenler arasında 0.50'ye varan korelasyonlar bulunmaktadır (Tablo 4.8). Ayrı ayrı ki-kare yapıldığında anlamlı bulunan ilişkiler, bağımsız değişkenlerin birlikte ele alındığı lojistik regresyonda H_0 'ı ret edecek kadar belirgin hale gelememiş olabilir.

Tablo 4.8 Bağımsız değişkenler arasındaki Spearman korelasyon katsayıları ve önemlilik düzeyleri

Değişkenler	YAŞ	Cinsiyet	Evlilik durumu	Çocuk sayısı	Öğrenim durumu	Meslek	Yerleşim yeri	Hane halkı sayısı
Ekonomik durum	0,034	-0,024	0,119***	0,075	-0,180***	0,138***	-0,152***	0,017
Hane halkı sayısı	-0,093**	0,093**	-0,011	0,326***	-0,148***	0,107**	-0,108**	
Yerleşim yeri	0,004	0,084**	-0,122***	-0,109**	0,201***	-0,239***		
Meslek	0,064*	-0,154***	0,182***	0,139***	-0,191***			
Öğrenim durumu	-0,212***	-0,391***	-0,370***	-0,449***				
Çocuk sayısı	0,430***	0,245***	0,497***					
Evlilik durumu	0,490***	0,148***						
Cinsiyet	-0,169***							

* P<0,05

** P<0,01

*** P<0,001

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

1998 ve 2005 yıllarındaki toplam bilgi puanı ortalamaları (\pm stardart 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 görülse de 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 4.9).

Yedi yıl öncesine göre (1998-2005) doğru cevap oranlarında on puandan fazla artış gözlenen temel sağlık konuları şunlardı (Tablo 4.9):

- o Emziren annelerin diyeti
- o İlk ve acil yardım için aranılacak telefon numarası
- o Büyüme ve gelişmenin izlenmesi
- o Sağlık ocağı ve sağlık evi ebelerinin görevleri
- o Kadınların yaş dönümünde yapması gerekenler
- o İşhalli çocuğun hekime götürülme kriterleri
- o (Genel olarak) Anemide diyet
- o Verem'den korunma
- o El yıkama ile korunulabilen hastalıklar
- o Burun kanamasında ilkyardım
- o Ev şartlarında ateşli çocuğa yaklaşım
- o İlaç zehirlenmesinde ilkyardım

- o Bebeklere tek başına sadece anne sütü verilme süresi
- o (Kendi cinsiyetinde) en çok görülen kanserler
- o Ev şartlarında ishal tedavisi

Buna karşılık 1998 yılına göre doğru cevap oranlarında on puandan fazla azalma gözlenen temel sağlık konuları şunlardı (Tablo 4.9):

İçme suyu dezenfeksiyonu

Kemik gelişimi (Raşitizmden korunma)

Bebekleri memeden ayırma süresi

Tablo 4.9 Konya’da Toplumun 1998 Ve 2005 Yıllarında Aile Sağlık Sorularına Verilen Doğru Cevap Oranları (Artış Sırasına Göre)

KONU	1998 (n=1000)	2005 (n=1000)	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 diş 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.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma sonuçları bölümünde elde edilen bulgular aynı başlıklar altında tartışılacaktır. Bu çalışmada çok büyük bir örnekleme çalışılarak popülasyon hakkında genelleme yapmaya imkan sağlanmıştır. Aynı şekilde bu 2005 çalışması ile 1998 çalışmasının, özellikle cinsiyet, evlilik oranı ve hane halkı büyüklüğü yönünden, örneklemelerinin benzerliği sonuçlarının karşılaştırılmasını mümkün kılmaktadır.

Diğer değişkenler yönünden örneklemeler arası farklılıklar kabul edilebilir düzeydedir. Bazı yönlerden istatistiksel olarak farklılık bulunması örneklemin büyük olmasından kaynaklanabilir. Nitekim n=200 gibi makul bir örneklem büyüklüğü için 1998 ve 2005 örneklemelerinin demografik özellikleri arasında, yerleşim yerine göre dağılım dışında farklılık bulunmamaktadır.

Bu da gösteriyor ki 1300 dolayındaki yerleşim yerinden 143 küme alınarak Konya ili çapında her iki defada da iyi bir örneklem yapılmış ve toplumun aile sağlığı bilgi düzeyi hakkında genelleme yapılabilecek sonuçlar elde edilmiştir. Bunun yanında zaman içinde bilgi düzeyi değişikliği irdelenmiştir.

5.1 Demografik Bulgular Ve Örneklem Tartışması

Örneğe çıkan her aileden görüşülen birer yetişkinlerin çoğunluğu kadındır. Veri toplama aşamasında her küme için cinsiyet oranının 1/2den daha fazla bozulmamasına özen gösterildi 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 erkeklerinde makul bir düzeyde temsil edilmesine çalışılmıştır. Sonuçta düşük oranda olan erkek cinsiyetteki katılımcı sayısının 331'e ulaşması büyük bir örnek hacmi oluşturması sebebiyle evren 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. 1998 örneklemine göre 2005 örnekleminin kentsel ağırlık taşıması 7 yıllık süredeki kente göçlerle açıklanabilir.

Aile sağlığı bilgi anketi için örneğe çıkanların % 55'i 25-44 yaş grubunda, % 18'i 25 yaşın altındadır. Bu durum hala erken yaşta 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 (HÜNEE 2004) ile de ilişkili olabilir.

Örnekleme belirlenen hane halkı büyüklüğü Orta Anadolu ve Türkiye ortalamasıyla (4.1) uyumludur (HÜNEE 2004). Örnekleme ortaya çıkan evlilik oranının Türkiye'deki evlilik oranından yüksek olması (DİE 2000) 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 % 40 daha fazladır.

Çalışma grubunun % 60'ı ilkokul mezunudur. Bununla birlikte bir önceki döneme göre yüksek okul mezunu olanların oranı daha yüksektir. Bu durum son yıllarda öğrenimi artırma çabalarının bir sonucu olarak da görülebilir. 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. Ekonomik düzeyin kötü olarak tanımlanması oranı 1998'e göre daha düşük oranlıdır.

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 yönelme olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Görüşülenlerin yarısından 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.

5.2. Toplumun Aile Sağlığı Bilgi Düzeyinin İrdelenmesi

Bu çalışmada kullanılan anket sorularının aile sağlığı ile ilgili konuları yeterince kapsadığı varsayılırsa 48 puanlık bilgi puanı ortalamasının 100 üzerinde 50’yi geçmemesine bakılarak toplumun aile sağlığı bilgi düzeyinin orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Literatür bilgiler ışığında hazırlanan bilgi soruları kapsamına alınan konulardan üçte birine yakınına doğru cevap verme oranının % 20’nin altında olduğu dikkate alınır, bilgi düzeyi düşük olduğu fikrinin de yanlış olmadığı 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.

Bu noktada ileri irdeleme 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 sok görülen kanser adları, anne sütü, bazı beslenme konuları varsa da örneğin, çocuklara açısı yapılan hastalıkların ve kanser belirtilerinin az bilinen konular arasında bulunması bir çelişki oluşturmaktadır (Tablo 4.2). Şen ve ark.’nın (2002) 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 (Shakar ve ark 2005) 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 düşündürücüdür. Otel çalışanları ile kuaför ve güzellik salonu çalışanlarında yapılan araştırmalarda (Öztürk ve Kolutek 2003, Kişioğlu ve ark 2002) AIDS'in bulaşma yolları konusunda bilgi düzeyinin % 80'in üzerinde olduğu bildirilmişse de İstanbul'da erkek işçiler arasında yapılan bir çalışmada (Bulut ve Ortaylı 2004) cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı hiçbir önlemin alınmadığı saptanmıştır. Boztaş ve ark.'nın (2005) araştırmasının bulguları ise kuaför ve güzellik salonu çalışanlarının AIDS ve kan yoluyla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğu yönündedir.

5.3 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 aile sağlığı 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 mantiken beklenmedik değişkenlerin ilk analizde bilgi puanını etkilediği gibi sonuçlar elde edilmiştir (Tablo 4.3).

Ancak çoklu doğrusal regresyon yapıldığında görülmüştür ki ilk analizlerden 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 aile sağlığı 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 (Sohn ve Harada 2005) 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 daha çok hastalanmaları 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 (2004) üreme sağlığı konularında kadınların daha bilgili olduklarını ileri sürmüş, Bakar ve ark (2003) kadınların AIDS ile ilgili bilgi düzeylerinin yüksek olduğunu göstermiştir. Buna karşılık Öztürk ve Kolutekin çalışmasında (2003) 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 ile ilgili araştırmaların çoğunluğunun 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 4.3). Genç kuşakların daha öğrenimli, yaşam ve sağlıkla daha ilgili, bilgi kaynaklarını daha iyi kullanır olma özellikleri onları daha bilgili yapmış olabilir. Kanseri ve AIDS ile ilgili bilgi düzeyi araştırmalarında (Binswanger ve ark. 2005, Şen ve ark 2002, Öztürk ve Kolutek 2003) bu çalışmada olduğu gibi ilerleyen yaşın bilgi azlığıyla birlikte olduğu dikkat çekmiştir. Kanseri bilgi düzeyiyle ilgili başka bir çalışmada (Sahn and Harada 2005) orta yaşta kilerin 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 aile sağlığı bilgi düzeyini olumlu etkilemektedir (Tablo 4.3, Tablo 4.4). Bu etki evli kişilerin kendileri ve çocuklarıyla ilgili deneyimlerinden kaynaklanabilir. Evli olmanın kanserden koruyucu bilgiyi olumlu etkilediğini Sahn ve Harada (2005) da çalışmalarında vurgulamışlardır. Oğur ve ark (2001) evli olmanın beslenme bilgi puanı üzerinde etkili olduğu, Bakar ve ark. da (2003) medeni durumun AIDS'ten korunma bilgi 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 4.3, Tablo 4.4).

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 (Bozkurt ve ark 1998, Oğur ve ark 2001, Şen ve ark 2002, Bakar ve ark 2003, Bretkopf ve ark 2005, Ayrancı 2005) öğrenim düzeyinin bilgi düzeyin artırdığı saptanmıştır.

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 beldede oturanlara karşılık ilçe ve il merkezinde oturanların bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 4.3, Tablo 4.4). Oğur ve ark. da genç erişkinlerde yaptıkları bir araştırmada (2001) 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.

Sağlıkla ilgili çeşitli konularda ilgili hedef gruplara belirli konularda eğitim vermesi beklenen sağlık eğiticisi ve programcılara yardımcı olacak ileri irdeleme sonuçlarına da değinmek yararlı olur. Bu çalışmada sorgulanan temel sağlık bilgileriyle ilgili her bir konu için ayrı ayrı etkili faktörlerin belirlenmeye çalışıldığı ki-kare analizleri tartışılmayacaktır. Çünkü bağımsız değişkenler arasında etkileşim olabileceğinden lojistik regresyon sonuçlarının daha konservatif, yani α hatayı daha küçük tutarak, dolayısıyla H_0 'ı reddi zorlaştırarak daha güvenilir sonuçlar sunduğu düşünülerek lojistik regresyon sonuçlarından bahsedilecektir. Bu aynı zamanda lojistik regresyonun β hatayı artırdığı şeklinde de anlaşılabilir. Ancak α hatanın büyümesinden β hatanın büyümesi tercih edilebilir. Aynı sayıda değişkenle yapılan ki-kare analizlerinde 144 anlamlı etkileşim bulunurken lojistik regresyon analizlerinde 89 etkileşim bulunmuştur. Bu durum tekli analizlerin α hatayı artırabileceği kanaatini uyandırmıştır. Çünkü bağımsız değişkenlerin bazıları arasında 0,50'ye varan korelasyon bulunmaktadır (Tablo 4.8). Olasıdır ki aralarında korelasyon bulunan bağımsız değişkenler ki-kare analizi ile bazı bağımlı değişkenler üzerinde ayrı ayrı etkili görülürken lojistik regresyon analizinde bu etkilerden bir kısmı elimine edilmiş olabilir. Bu durumda birden çok bağımsız değişken varsa çoklu analiz yapılmasının daha doğru olacağı söylenebilir.

Öncelikle çoklu doğrusal regresyonla elde edilen sonuçlara benzer şekilde puanı üst yarıda olup olmamaya göre yapılan lojistik regresyon sonucunda da öğrenim düzeyinin, yerleşim yerinin ve evliliğin bilgi üzerinde etkili olduğu, kadın cinsiyetinde bulunmanın da bilgili olma konusunda sınırdaki bir etkiye sahip olduğu yeniden gözlenmiştir. Buna göre sağlık bilgi düzeyinin öğrenim düzeyi, yerleşim yeri ve evlilikten kesinlikle etkilendiği kanısı ortaya çıkmaktadır. Bu konular yukarıda tartışılmıştır.

Her konuyla ilgili olarak etkili faktörleri belirlemek için yapılan lojistik

regresyon analizinde sağlık bilgisi konularının % 81'inde öğrenim düzeyi, % 59'unda kentsel yaşam, % 47'sinde evlilik durumu pozitif yönde etkili olmuştur. Cinsiyete gelince ilk yardım, AIDS, tüberküloz gibi konularda erkekler daha bilgili iken, anne sütü, çocuk ishalleri, yaş dönümü konularında kadınların daha bilgili olması, cinsiyete göre ilgi alanlarının farklılığından kaynaklanabilir. Önceki tartışmalarda yer almayan çocuk sayısı birkaç konuda olumsuz etkiye sahiptir. Bu da yaşın ileriliği ya da öğrenimsizlik gibi bir faktörün etkisi altındaki bir sonuç olabilir. Ekonomik düzeyin hiçbir konuda olumlu ya da olumsuz etkisi gözlenmezken, hane halkı büyüklüğünün ilk yardım telefon numarasının bilinmesinde pozitif etkiye sahip olması dikkat çekmiştir. Bu durum aile bireylerinden birinin sahip olduğu bilgiyi eve taşıyarak diğer bireylerle paylaşmasından kaynaklanabilir. Her bir konudaki bilme oranını etkileyen faktörlerin ileri irdelemeleri (Tablo 4.5, Tablo 4.7) bu çalışmanın amaçlarını aşacak kadar detaylı hususlardır.

5.4 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 olarak sınırlandırmaksızın kendi ifadelerine dayalı biçimde elde edilmiş ve olabildiğince ölçülebilir hale dönüştürülmeye çalışılmıştır. Yedi yıl arayla (1998-2005) Konya ili toplumundan benzer örnekleme aynı sorularla bilgi düzeyi saptanmaya 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 4.9). Bilme oranındaki artış olarak en olumlu gelişme

emziren annelerin beslenmesi, acil yardım için 112 telefon numarasının öğrenilmesi, çocuk gelişiminin izlenmesi konularında olmuştur. Tekrar olmaması için bilinme oranı artan konuların tümü burada sıralanmayacaktır (bk. Bölüm 4.4). 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 (Bozkurt ve ark 1998) 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 (Yiğit ve ark 2003) bilgi düzeyinden daha küçüktür. Bunun da sebebi annelerin çocuğun 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 helâlarının yarısından fazlasında akarsu bulunmadığı (Özaltın ve Bumin 1993) 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. Daha önceden bir yıl emzirme bilgisi aktarılırken son yıllarda iki yıla kadar emzirme önerisi yapılmaktadır. Ancak bu bilgi yeni yeni yaygınlaşmaktadır. Oysa raşitizmden korunma ile ilgili olarak sağlık bakanlığının bebeklere yönelik D vitamini takviyesi, önerileri ve bu konudaki eğitimleri uzun yıllardan beri devam etmektedir. Bu sebeple kemik gelişimi ile ilgili bilgi düzeyindeki gerileme beklenmeyen bir bulgudur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Konya ilinde toplumun aile sağlığı konusundaki bilgi düzeyini, bilgi düzeyinin zaman içindeki değişimini ve bu değişimi 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 sağlık bilgi düzeyini olumlu etkilemektedir.
3. Yaş ilerledikçe sağlık bilgi düzeyi azalmaktadır.
4. Evli olma sağlık bilgi düzeyinin artışıyla pozitif ilişkilidir.
5. Öğrenim düzeyi arttıkça sağlık bilgi düzeyi artmaktadır.
6. Köyden kente gittikçe sağlık bilgi düzeyi artmaktadır.
7. Son yedi yılda toplumun sağlık bilgi düzeyi artış göstermiştir.
8. Temel sağlığı ilgilendiren birçok konuda bilgi düzeyi artarken bazı konularda toplumun bilgisi azalmıştır.
9. Saha çalışmalarında sık kullanılan ki-kare testinin tek başına kullanılması halinde Tip I hata artabilir.

Bu araştırmanın sonuçlarına dayanarak toplumun sağlıkla ilgili konularda temel bilgi düzeyini artırmaya ve daha sağlıklı bir toplum oluşturmaya yönelik olarak çeşitli öneriler geliştirilebilir. Geliştirilen önerilerden bazıları aşağıdaki gibi özetlenebilir:

1. Sağlık eğitimleri bu çalışmada olduğu gibi saha araştırmalarının sonuçlarına göre planlanmalıdır.
2. Toplumdaki sağlık eğitimi ile ilgili tüm çabaların kümülatif sonuçları belli aralıklarla (birkaç yılda bir) değerlendirilmelidir.
3. Sağlık bilgi düzeyi yönünden kır-kent, evli-bekâr farkı azaltılmalıdır.

4. Aile sağlığı bilgi düzeyini geliştirici faaliyetlere erkekler de dâhil edilmelidir.
5. Toplumda öğrenim düzeyinin arttırılması her kesimce desteklenmelidir.
6. Özellikle kronik hastalıklar yönünden orta ve ileri yaştakilerin eğitimi ihmal edilmemelidir.
7. Bilinme düzeyi artmayan ya da azalan konularda çözümleyici çalışmalar derinleştirilmelidir.

7. KAYNAKLAR

- Agresti, A. 1990 Categorical Data Analysis, John Wiley & Sons, New York.
- Akdeniz, F. 2004 Olasılık Ve İstatistik, Nobel Kitabevi, Adana.
- Aksu, B., Karna, G., Çelik, ve ark. 1991 Sağlık Bilgisi I (Liseler İçin), Devlet Kitapları, İstanbul.
- Alpar,R. 2001 Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Aparasu, R.R., Mort, J.R. 2004 Prevalence, Correlates, and Associated Outcomes of Potentially Inappropriate Psychotropic Use in the Community-Dwelling Elderly, *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 2:102-111.
- Ayranci, U. 2005 AIDS Knowledge and Attitudes in a Turkish Population: An Epidemiological Study, *BMC Public Health*, 5:95-104.
- 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.
- 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.
- Binswanger, I.A., White, M.C., Perez-Stable, E.J., Goldenson, J., Tulskey, J.P. 2005 Cancer Screening Among Jail Inmates: Frequency, Knowledge, and Willingness, *American Journal of Public Health*, 95:1781-1787.
- Bodur, S. 1995 Sağlık kavramı ve toplum sağlığının ölçüleri. *Türkiye Tıp Dergisi*, 2:115-118.
- Bozkurt, A.İ., Özgür, S., Özçırpıcı, B. 1998 Gaziantep'te Farklı Sosyoekonomik Bölgelerde Yaşayan Evli Kadınların İshal Konusunda Bilgi Düzeyleri, *Ç.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 23:49-54.
- 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.
- 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.

- Bridge, P.D., Berry-Bobovski, L., Bridge, T.J., Gallagher, R.E. 2002 Evaluation of a preparatory community-based prostate health education program, *Journal of Cancer Education*, 17:101-105.
- Bulut, A., Ortaylı, N. 2004 Bir Araştırmanın Düşündürdükleri: Cinsel Sağlık Ama Nasıl? *STED*, 13:6063.
- Dawson-Saunders, B., Trapp, R.G. 1994 *Basic and Clinical Biostatistics*, Second ed. Appleton & Lange, Connecticut.
- DİE, 2000 Türkiye İstatistik Yıllığı 1999, T.C.Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara.
- Egemen, A. 1986 Sağlık Eğitimi, H.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, Ankara.
- Eren, N., Öztekin, Z. 1995 Halk Sağlığının Gelişimi. İçinde: M. Bertan ve Ç. Güler, Editörler, Halk Sağlığı, Güney Kitapevi, İstanbul.
- Fişek, N.H. 1985 Halk Sağlığına Giriş, Çağ Matbaası, Ankara.
- HÜNEE (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü) 2004 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, HÜNEE, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Gn.Md., DPT ve AB, Ankara.
- 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.
- Koçoğlu, G., Sümer, H., Nur, N., Polat H. 2002 Gıda Maddesi Üreten Ve Satan Yerlerde Çalışanların Sanitasyon Konusunda Bilgi Düzeyleri, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Diyarbakır. 23-28 Eylül.
- Oğur, R., Tekbaş, Ö.F., Güleç, M., Hasde, M. 2001 Genç erişkin erkeklerin beslenme konusundaki bilgi düzeylerinin saptanması, *Medical Network Klinik Bilimler ve Doktor*, 7:293-296.
- Özaltın, S., Bumin, Ç. 1993 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.
- Öztekin, Z. 1996 Halk Sağlığı Sözlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Öztürk, A., Kolutek, R. 2003 Kapadokya Bölgesinde Bulunan Otellerde Çalışanların AIDS Konusundaki Bilgi Düzeyleri, *Erciyes Medical Journal*, 25: 61-72.

- Porter, D. 1994 *The History of Health and the Modern State*, Rodopi, Amsterdam.
- Porter, D. 1999 *Health Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*, Routledge, London.
- Sağlık Bakanlığı. 2000 Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği. 06.08.2000 tarih ve 24132 Sayılı Resmi Gazete, Ankara.
- Sarti, E., Flisser, A., Schantz, P.M., et al. 1997 Development and evaluation of a health education intervention against *Taenia solium* in a rural community in Mexico, *American Journal of Tropical Medicine And Hygiene*, 56:127-132.
- Şen, S., Öztürk, M., Kişioğlu, A.N. 2002 Isparta'da 25-65 Yaş Grubu Kadınların Meme Kanserinin Risk Faktörleri Ve Belirtilerine İlişkin Bilgi Düzeyleri, VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Diyarbakır. 23-28 Eylül.
- 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.
- 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.
- Tabak, R.S. 2000 *Sağlık Eğitimi*, Somgür Yayıncılık, Ankara.
- Tones, K., 1997 *Health Education, Behavior Change, and the Public Health*. In: R. Detels et al, eds. *Oxford Textbook of Public Health*, Oxford University Pres, New York.
- van den Broek, J., O'Donoghue, J., Ishengoma, A., Masao, H., Mbega, M. 1998 Evaluation of a sustained 7-year health education campaign on leprosy in Rufiji District, Tanzania. *Leprosy Review*, 69:57-74.
- WHO. 1986 *Herkes İçin Sağlık Hedefleri*, Dünya Sağlık Örgütü, İstanbul.
- WHO. 1988 *Basic Documents*, 37th ed, World Health organization, Geneva.
- WHO. 1988 *Education for Health*, World Health Organization, Geneva.
- Yiğit, R., Esenay, F., Şen, E., Serinol, Z. 2003 Annelerin Yüksek Ateş Konusunda Bilgi Ve Uygulamaları, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6:48-56.
- Yumuturuğ, S., Sungur, T. 1980 *Hijyen Koruyucu Hekimlik*, AÜ Tıp Fakültesi yayın no. 393, Ankara.

EK 1.

AİLE SAĞLIĞI BİLGİ DÜZEYİ ANKET FORMU

(Anketöre not: Sorular kişilere açık bir şekilde okunup, verilen cevaplar tarafınızdan yazılacak ya da uygun seçenek işaretlenecektir.)

KOD SIRA NO/ BİLGİ

Görüşülenin:

- [] 1. Yaşı:
- [] 2. Cinsiyeti: 1. Kadın 2. Erkek
- [] 3. Evlilik durumu: 1. Bekar 2. Evli 3. Diğer
- [] 4. Varsa çocuk sayısı: ...
- [] 5. Öğrenim durumu: 1. OYD 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Y.Okul
- [] 6. Mesleği: ...
- [] 7. Yerleşim yeri: 1. Köy 2. Belde 3. İlçe 4. İl merkezi
- [] 8. Evinizde kaç kişi yaşıyorsunuz? ...
- [] 9. Ekonomik durumunuz? 1. İyi 2. Orta, idare eder 3. Kötü, geçinemiyoruz

- [] 10. Bildiğiniz gibi el yıkama sağlıklı bir davranıştır. Ellerin temiz tutulması bizi hangi hastalıklardan korur, birkaç hastalık ismi söyleyebilir misiniz?
1- 2- 3-
- [] 11. Koyun ya da mal hastalığı da denilen Brusella hastalığından korunmak için neler yapıyorsunuz?
1- 2-
- [] 12. İçmek zorunda olduğunuz ve temizliğinden emin olmadığınız içme suyunu içilebilir hale getirmek için neler yaparsınız?
1- 2- 3-
- [] 13. Diş fırçası kullanma dışında, diş sağlığını korumak için neler yapılmalıdır?
1- 2-
- [] 14. Bazı bebekler sakat doğuyor. Sizce bunun sebebi neler olabilir?
1- 2-başka:
- [] 15. Hamile bir kadın, gebelik sırasında en azından hangi tahlil ve ölçümleri yaptırmalıdır?
1- 2- 3-
- [] 16. Sizce bu tahlil ve ölçümler hangi sakıncalardan korunmak için yapılır?
1- 2- 3-
- [] 17. Bebeğini emziren bir anne özellikle hangi tür gıdaları daha fazla yemelidir?
1- 2- 3-

- [] 18. Bir anne bebeğini kaç yaşında ya da kaç aylık olunca süttten kesmeli, memeden ayırmalıdır?
...
- [] 19. Bir bebeğe, tek başına *sadece anne sütü* kaçınıcı aya kadar yeterli olur?
...
- [] 20. Yeni doğan bir bebek, doğumundan ne kadar zaman sonra annesini emmelidir?
...
- [] 21. İshal olan bir çocuk, ev şartlarında nasıl tedavi edilir? (Söylenenleri yazınız):
...
- [] 22. Evde tedavi etmekte olduğunuz ishallerli bir çocuk hangi durumlarda mutlaka doktora götürülmelidir? :
1- 2- 3-
- [] 23. Ateşi yükselen bir çocuk için ev şartlarında ne yapabilirsiniz?
1- 2- 3-
- [] 24. Kış aylarında doğan bir bebeğin kemiklerinin gelişmesi için sizce ne yapılmalıdır?
1- 2-
- [] 25. Aileler, küçük çocuklarının büyüme ve gelişmesinin normal olup olmadığını takip etmek için ne yapmalılar?
1- 2-
- [] 26. Sizce, kaç yaşından sonra, sağlıklı görünseniz bile hekim kontrolünden geçmek gerekir?
...
- [] 27. Kadınlar, adet kesilme döneminde, yani yaş dönümüne girerken beslenmesinde nelere dikkat etmeli yada neler yapmalıdır?
1- 2- 3-
- [] 28. Sağlık ocağı ve sağlık evinde çalışan ebe hanımlar, doğum yaptırmaktan başka ne gibi işler yaparlar?
1- 2- 3-
- [] 29. Sizce hangi durumlarda kanserden şüphelenip hemen doktora gitmelidir?
1- 2- 3-
4- 5- 6-
7- 8-
- [] 30. Hepatit B, yani kan sarılığı ve AIDS çok önemli bulaşıcı hastalıklardır. Bu hastalıkların cinsel yol dışında nasıl bulaştığını biliyor musunuz; söyler misiniz?
1- 2- 3-
- [] 31. Çocuklara, bazı hastalıklardan korumak için ücretsiz olarak çeşitli aşılar yapılıyor. Bu hastalıkların neler olduğunu söyleyebilir misiniz? (Söylenenleri yazınız)
1- 2- 3-
4- 5- 6-

- [] 32. Ölümlerin yarısı kalp ve damar hastalıklarından oluyor. Bu hastalıkları azaltmak için hangi gıdaları daha az yemeliyiz?
1- 2- 3-
- [] 33. (Sizin cinsiyetinizde) en çok görülen kanser çeşidi hangisidir. Korunmak için neler yapılmalı?
... Kanseridir. Korunmak için ...
- [] 34. Bir kazada bel ya da bacak kemiğinin kırıldığından şüphelendiğiniz bir yaralıya nasıl ilkyardım yaparsınız? (Söylenenleri yazınız)
- [] 35. Bir kaza, yaralanma veya zehirlenme gördüğünüzde resmi kuruluşlara bildirmek istiyorsunuz. İlk önce hangi telefonu ararsınız?
...
- [] 36. Yanınızda bir yakınınızın burnu kanasa, ne yaparsınız ya da ne yapmasını önerirsiniz? (Söylenenleri yazınız):
- [] 37. Çocuğunuzun (ya da bir çocuğun) fazla miktarda ilaç yuttuğunu görseniz, o anda ne yaparsınız? (Söylenenleri yazınız):
- [] 38. Hangi durumlarda verem hastalığından şüphelenirsiniz?
1- 2- 3-
- [] 39. Verem'den nasıl korunursunuz?
1- 2- 3-
- [] 40. Kendisine kansız olduğu söylenen biri, daha çok ne tür gıdalar yemelidir?
1- 2- 3-
- [] 41. Boyunuzu ve ağırlığınızı biliyor musunuz?
Boyum: cm; Ağırlığım: kg

Teşekkür ederiz.

Anketör:

Anketin doldurulduğu adres:

Ek bilgi ve gözlemler: