

17773

T. C.  
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**KIRSAL ALANDA İLKOKULLARDA OKUL SAĞLIĞI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Necdet AYTAÇ

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Ahmet TUNCER

**Y. G.**  
**Yükseköğretim Kurulu**  
**Dokümantasyon Merkezi**

ADANA — 1990

## TEŞEKKÜR

Araştırmanın her safhasında değerli fikirlerinden yararlandığım ve her türlü desteğini esirgemeyen, tez danışmanım sayın hocam Prof.Dr.Ahmet TUNÇER'e, her zaman istatistik ve diğer konularda bana yardımcı olan Doç.Dr.H.Refik BURGUT'a, Halk Sağlığı A.B.D. diğer öğretim üyeleri Doç.Dr.Muhsin AKBABA, Doç.Dr.Nazan ALPARSLAN, Yrd.Doç. Dr.Nafiz BOZDEMİR ve Uz.Dr.Önder KARAÖMERLİOĞLU'na, verilerin toplanmasında yardımcı olan Doğankent Sağlık O. personeline, Araştırma Görevlilerine ve tezin yazımında yardımcı olan Halk Sağlığı Anabilim Dalı Sekreteri Melahat EFE'ye teşekkürü bir borç bilirim.

Dr.Necdet AYTAÇ

## İ Ç İ N D E K İ L E R

GİRİŞ.....	1
a) Okul Sağlığı Çalışmalarının Tarihçesi ve Genel Bilgiler.....	4
b) Okul Sağlığı Hizmetleri.....	9
Okullarda Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	9
.Kişiyeye Yönelik " " "	9
.Çevreye " " " "	13
Okullarda tedavi edici Sağlık Hizmetleri.....	17
c) Sağlıkla İlgili Haftalar.....	18
AMAÇ.....	21
MATERYAL ve METOD.....	22
BULGULAR.....	26-66
TARTIŞMA.....	67-83
SONUÇLAR.....	84-85
ÖZET.....	86-87
ÖNERİLER.....	88-89
KAYNAKLAR.....	90-94
EKLER.....	
I- Anket Formu	95-96
II- Harita	97

TABLO DİZİLİMİ

1. Deneklerin yerleşim yeri ve cinse göre dağılımı.....	26
2. Deneklerin Yaş grubu ve cinse göre dağılımı.....	27
3. Deneklerin köylere göre kardeş sayıları dağılımı.....	27
4. Araştırılan öğrencilerin sınıflara ve cinse göre dağılımı.....	28
5. Deneklerin köylere göre görme yakınmaları dağılımı.....	29
6. Deneklerde cinslere göre " " " .....	29
7. Yaş gruplarına göre " " " .....	30
8. Köylere göre halsizlik yakınması dağılımı.....	31
9. Cinse göre " " " .....	31
10. Yaş gruplarına göre " " .....	32
11. Köylere göre barsak parazitleri yakınması dağılımı.....	33
12. Cinse " " " " " .....	33
13. Yaş gruplarına " " " " .....	34
14. Köylere göre idrar yakınmaları dağılımı.....	35
15. Cinse " " " " .....	35
16. Yaş grubuna " " " .....	36
17. Geçirilen önemli bazı hastalıkların dağılımı.....	36
18. Köylere göre geçirilen önemli bazı hastalıklar dağılımı.....	37
19. Cinse " " " " " " .....	37
20. Yaş grubuna " " " " " .....	38
21. Köylere göre başarı durumu dağılımı.....	39
22. Cinse " " " " .....	39
23. Yaş grubuna " " " .....	40
24. Kardeş sayısına " " " .....	40
25. Yaşlara Göre Erkeklerde ağırlık ortalaması.....	41
26. " " Kızlarda " " .....	42
27. " " Erkeklerde boy ortalaması .....	43
28. " " Kızlarda " " .....	44
29. K.B.B. Hastalıkları Dağılımı.....	45
30. Köylere göre K.B.B. Hastalıkları Dağılımı.....	45
31. Cinse " " " " .....	46
32. Yaş grubuna " " " .....	46
33. Köylere Göre diş hastalıkları dağılımı .....	47
34. Yaş gruplarına " " " .....	47
35. Cilt Hastalıkları Dağılımı.....	48
36. Köylere göre deri hastalıkları dağılımı.....	49

37. Cinse göre deri hastalıkları dağılımı.....	49
38. Yaş grubuna " " " .....	50
39. Köylere göre solunum sistemi hastalıkları dağılımı.....	51
40. Cinse " " " " " .....	51
41. Yaş grubuna " " " " .....	52
42. Köylere göre göz hastalıkları dağılımı.....	52
43. Cinse " " " " .....	53
44. Yaş grubuna " " " .....	53
45. Köylere göre kırma kusuru dağılımı.....	54
46. Cinse " " " " .....	54
47. Yaş grubuna " " " .....	55
48. Köylere göre erkeklerde sünnet durumu.....	56
49. Yaş grubuna " " " .....	56
50. Köylere göre anemik olanların dağılımı.....	57
51. Cinse " " " " .....	58
52. Yaş grubuna göre " " " .....	58
53. Parazit çeşidine göre deneklerin dağılımı.....	59
54. Köylere göre parazitoz dağılımı.....	60
55. Cinse " " " " .....	60
56. Yaş grubuna " " " .....	61
57. Köylere göre idrar patolojisi dağılımı.....	61
58. Cinse " " " " .....	62
59. Yaş grubuna " " " .....	62
60. İdrar yakınması olanların idrar patolojisine göre dağılımı.....	63
61. Yaşlara ve Cinslere göre boy ve ağırlık ortalamaları araştırma.... bulguları.....	66

## G İ R İ Ő

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) "Sağlık sadece hastalığın bulunmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir" şeklinde tanımlamaktadır. Ülkemizde ve gelişmekte olan ülkelerde okul sağlığı genelde ihmal edilmektedir. Ülkemizde yaklaşık 11 milyon öğrenci, ilk ve ortaokullarda öğrenim görmekte, sadece ilkokullarda (49718 ilkokulda) 216.889 öğretmen ve 6.500.000 öğrenci bulunmaktadır (23).

Okul sağlığı denince genelde öğrencilerin sağlığını olumlu veya olumsuz etkileyen fizik, sosyal ve biyolojik çevre faktörleri anlaşılmalıdır. Bunların düzeltilmesi için alınması gereken önlemler okul sağlığının uğraşlarıdır (34).

Okul çağı; 6-7 yaşlarından başlayarak tüm öğrenim yıllarını kapsamaktadır. Ana ve ilkokul çağı okul sağlığı genel olarak pediatriyi ilgilendiren özel bir dönemdir (8).

İlkokul çağındaki çocuklar ve özellikleri:

1) Sürekli ve hızlı büyüme ve gelişme içindedir. Bu dönemde alınacak önlemler, birçok hastalıkları önleyebilmekte, kazandırılan iyi tutum ve davranışlar ömür boyu etkisini gösterebilmektedir.

2) Okul, çocuğun, evi dışında katıldığı ilk sosyal kurumdur. İlkokul çocuğu bu yeni sosyal çevre içinde, dayanışma, engelleme, destek ve bunun gibi çeşitli olaylarla karşılaşacak ve kişiliğini geliştireceğinden, çocuğa yardımcı olmak gerekmektedir.

3) Öğrenciler, okulda toplu halde bulunduğundan bulaşıcı hastalıkların kontrolü zordur. Fakat bulaşıcı

hastalıklar hakkında eğitim vererek, öğrenciye bazı alışkanlıklar kazandırarak (el yıkama, kişisel hijyen gibi) aşilar yaparak, bulaşıcı hastalıkların kontrolu kısmen mümkündür.

4) Okula öğrenmek için gelen çocuk, başarabilmek için, sağlıklı olmak zorundadır. Çocukların iyi öğrenebilmeleri için; sağlıklı olmaları şarttır. Bilhassa zekâ durumu, görme ve işitme bozuklukları öğrenimi güçleştirebilir. Okul sağlığında: erken tanı, sağlık eğitimi, ana, babaların uyarılmaları, eğitilmeleri ve okul sağlığı çalışmaları asla ihmal edilmemelidir. Okul sağlığı çalışmaları ; bulaşıcı hastalıklarla mücadele, beslenme, hastalıkların erken tanısı, tedavisi gerekirse rehabilitasyon hizmetlerini içermelidir(28).

DSÖ'nün okul sağlığı raporuna göre; ilkokul sağlığında öğrencilerin sağlık kontrolleri, çocuk hekimi tarafından, tam sistematik muayene ile, en az üç yılda bir yapılması en idealidir(10). Fakat ülkemizde tüm ilkokul çocuklarına, üç yılda bir, tam sistematik muayene yapacak kadar pediatrist yoktur. Bu nedenle ilkokul sağlığı çalışmaları, sağlık ocağı hekimleri tarafından yapılmalı, ileri tetkik isteyenler, uzman muayenesi gerektiren vakaları, pediatriste veya diğer uzmanlara sevk etmelidir. Hatta işitme ve görme kusurları önceden eğitilmiş hemşireler tarafından yapılabilir. Değişik hastalıkları olduğu düşünülen ilkokul öğrencileri, köyde, sağlık ocağı hekimi tarafından muayene edilerek gereken vakalar uzmana gönderilebilir. Böylece uzman hekim iş gücü, aşırı harcanmamış olacaktır.

Eğitim: kişiye, belli bilgi ve becerileri aktarıp, değer yargıları aşilayarak, onda istenen davranışları geliştirme sürecidir. Diğer bir deyimle eğitim; öğretilenlerin uygulama safhasına geçişidir. Eğitimde ilk

basamak, bilgi aktarımıdır. Bir üst basamakta da bu bilginin, nerde ve nasıl kullanılacağı öğretilir. Eğitimde önemli olan, öğrencilere verilen bilgilerin niteliğidir. Eğitimin başarılı olması için; öğrencinin sağlıklı ve eğitici ile aralarında olumlu ilişki şarttır(40).

Türkiye'de okullarda genellikle yapılanlar, eğitimden ziyade öğretimdir. Öğretim öğrenciye bilgi aktarımıdır. Bu da ancak sağlıklı öğrencilere uygulanabilir. Öğrenci, yalnız bilgi aktırılması ile, çoğu kez eğitilemez. beceri kazanamaz, öğrendiklerini uygulayamaz, hatta öğrendiklerini uygulayamayanların bir kısmı, öğrendiklerini zamanla, tümden unutabilir. ilkokulu bitirmiş bazı kişiler okumayı terkettiğinden, yıllar sonra okuma-yazmayı bile unuttukları görülmüştür.

1927 yılındaki, ilk genel nüfus sayımında nüfusumuz 13.5 milyonu ve bunların 1 milyonu okur yazardı. Yani okur yazarlık hızı % 7.4 idi. 1928 harf devriminden sonra, bütün yurttan Ulu önder Atatürk tarafından eğitim seferberliği başlatıldı; 1935 yılında yeni harflerle okur yazarlık hızı: % 20.0(2.5 milyon), 1945 de 4.6 milyon, 1950 de % 33.0 ve 1970 de % 55.0 (16 milyon)ye yükseldi. O zamanlar 4601 köyde okul yoktu. 1973 de Cumhuriyetin 50. yılında, okul yüzü görmeyen çocukların sayısı bir milyondan fazla idi(%12.6). 1985 yılında yapılan genel nüfus sayımında, Türkiye'nin nüfusu 50.7 milyon idi, 6 ve yukarı yaştaki nüfus ise 43.1 milyon(genel nüfusun %85.51'i)idi. Bu tarihte erkeklerin % 13.45 ve kadınların % 31.77 si ve genel olarak nüfusumuzun %22.51'i okur yazar değildi. Okur-yazar olmayanlar, il ve ilçe merkezlerinde; erkeklerde % 8.78. kadınlarda % 23.82 toplam olarak % 15.58 iken köy ve bucaklarda ise okur yazar olmayanlar erkeklerde % 19.32, kadınlarda % 40.38 toplam olarak % 30.15 idi(14). 1944-45 öğretim yılında, öğretmen başına



düŖen öğrenci sayısı, Ŗehirlerde 50, köylerde 60 iken 1971-1972 öğretim yılında bu sayı sırası ile, Ŗehirlerde 39, köylerde 35 öğrenci idi (26). öğretmen başına düŖen öğrenci sayısı genel olarak 31 öğrenci idi (25). İleri ülkeler kriterlerine göre öğretmen başına düŖen öğrenci sayısının en ideali, en fazla 25 öğrencidir, fakat genel olarak ülkemizde, öğretmen başına bu sayıdan çok daha fazla öğrenci düŖmektedir.

#### OKUL SAğLIğI ALIŖMALARININ TARİHÇESİ ve GENEL BİLGİLER

Dünya toplumlarının geleceğini oluŖturan okul çocuklarının sağlığı ile ilgilenme zorunluluğu, 19.yüzyılın başlarında başlamıŖtır. I. Dünya SavaŖında, askere aliŖ muayenelerinde, çürüğe çıkanların çok olması ve bunların çoğunun, okul çağında, tedavi edileceklerinin görölmesi, savaŖ sonrasında, birçok ülke okullarında okul sağlığı hizmetlerinin, hız kazanmasına neden oldu. 1954 yılında, DSÖ okul sağlığı uzmanlar komitesince, bir konferans düzenlendi. Avrupa'dan 22 devletin katıldığı bu konferans, 1963 de yeniden toplandı. Okul sağlığı hizmetlerinin ,temel olarak; koruyucu sağlık hizmetleri olması, öğrencileri yılda bir kez muayene yapan, tam gün alıŖan, bir hekimin 4200 öğrenciye bakabileceği ve okul ziyaretleri için, 1.000-1.500 öğrenciye 1 hemŖire verilmesi öngürüldü. Günümüzde okul sağlığı hizmetleri, toplum sağlığı hizmetlerinin bir bölümü olarak ele alınmakta ve okul sağlığı hizmetleri toplum sağlığı hizmetlerinin devamı olarak görölmektedir. Okul sağlığı hizmetlerinin yürütölmesinde, bazı ülkelerde yalnız eğitim kurumları, bazı ülkelerde ise, her iki kurum, yani eğitim ve sağlık kurumları birlikte sorumluluk taŖımaktadır.

#### I- A.B.D.DE OKUL SAĞLIĞI:

1843 yılında okullarda hijyen dersleri verilmeye başlandı. 1880 yılında öğretmenlerin okullarda, havalandırma ve ısıtmaya dikkat etmeleri istendi. Aynı yıllarda okullarda alkol ve uyuşturucu maddelerin zararlarının öğretilmesi için yasa çıkarıldı. Bundan birkaç yıl sonra da, okullarda beden eğitimi dersleri konuldu. 1894 yılında okul çocukları arasında ortaya çıkan bir salgın serisinden sonra, Houston Sağlık Müdürü Dr.Samuel Durgin, A.B.D.'de okulların, sağlık yönünden denetlenmesi konusunda, ilk düzenli sistemi kurdu. Daha sonra, diğer kentlerde, aynı uygulamalar başlatıldı. Başlangıçta, okulda, hekimin başlıca görevi; bulaşıcı hastalıklarla uğraşmak olmuştur. Daha sonraları, okul sağlığı hizmetleri, yavaş yavaş hekimleri, hemşireleri, öğretmenleri ve diğer görevlileri ilgilendiren, bir ekip çalışması durumuna getirilmiş ve çalışmaların kapsamı da giderek genişlemiştir. 1899 yılında Connecticut eyaletinde, parasız devlet okullarındaki öğretmenlerin, öğrencilerin görme kusurlarını saptaması yükümlülüğünü getiren, bir yasa çıkarıldı.

1902 yılında, A.B.D. nin doğu bölgesinde, ziyaretçi hemşire çalışmaları ile tanınan Mc lillian Vold, New York kentindeki sağlık merkezine, bedensel sakatlığı, yada bulaşıcı hastalığı nedeni ile okuldan çıkarılmış ve kontrol dışı kalmış, çocuklarla ilgili olarak topladığı verileri sundu. Bu verilere dayanarak, ziyaretçi hemşire birliğinin, ücretsiz halk okullarına, 1 ay süre ile, bir hemşire görevlendirilmesine izin verildi. Daha sonra bu başarılı deneyim sonucunda, New York kentine 25 okul hemşiresi ve 1903 yılında Readin Pennsylvania'da ilk kez bir okula, bir diş hekimi atandı. 1904 yılında, Vermont

eyaletinde, okullarda zorunlu K.B.B. ve göz muayenelerine başlandı. 1905 yılında, New York şehrindeki okullardaki çocukların, bedensel sakatlıkları yönünden, taranmasına başlandı. 1906 yılında, Massachucetac'de parasız halk okullarında, zorunlu sağlık muayenelerini öngören, bir yasa çıkarıldı. 1910 yılında öğrencilerin sağlık muayeneleri A.B.D.nin 337 kentinde, zorunlu hale getirildi. Okul birliği tarafından, 1194 hekim,371 hemşire ve 48 diş hekimi bu işte görevlendirildi. 1914 yılında, bu hareketin babası sayılan Dr.Dinen Fones tarafından, Bridge Post. Connesticut okullarına, 10 diş hekimi, atandı. II.Dünya savaşından sonra ABD'de tüm dünyadaki gelişmelere paralel çalışmalar yürütülmüştür.

## 2. FRANSA'DA OKUL SAĞLIĞI

1833 yılında, Fransa'da; sağlıklı bir okul yaşamının sağlanması ile ilgili, ilk yasa çıkarıldı. Bu yasa tıp görevlilerinin okulları çevre sağlığı yönünden denetleyebilmeleri ile ilgili idi. 1842-1843 yıllarında Paris'te okulların hekim tarafından ziyaret edilerek, hem bina ve hemde öğrencilerin sağlığı yönünden, denetlenmesi için, bir yasa çıkarıldı.

## 3. BELÇİKA'DA OKUL SAĞLIĞI

1874 yılında, Brüksel'de hekimler, okullara, ayda 3 kez ziyaret etmekle zorunlu kılındı. Ayrıca, göz ve diş hekimlerinin, okullarda, belli aralıklarla, görev yapmaları öngörüldü.Aynı yıllarda, öğrenciler, okula girişlerde, 3., 5. ve 8. sınıflarda, sistematik muayenelerden geçirilmeye başlandı.

## 4. İSVEÇ'TE OKUL SAĞLIĞI

1840 yılında, İsveç'te okullara hekim atanmaya başlandı.

## 5. İNGİLTERE'DE OKUL SAĞLIĞI

1882'DE İngiltere'de okul sağlığı kitabı

yayınlandı.

#### 6. ALMANYA'DA OKUL SAĞLIĞI

1883'te Almanya'da ilkokullara okul hekimleri atanmaya başlandı.

#### 7. ROMANYA'DA OKUL SAĞLIĞI TARİHÇESİ

1899'da Romanya'da bütün okul çocuklarının, yılda en az 1 kez muayene edilmesi zorunluluğu kabul edildi.

#### 8. HOLLANDA'DA OKUL SAĞLIĞI

1918 yılında, Hollanda'da okullarda, okul hekimleri çalıştırılmaya başlandı. 1942 yılında, okul sağlığı kurumu kuruldu her 5-10 bin öğrenciye 1 okul hekimi verilmesi planlandı.

#### 9. TÜRKİYE'DE OKUL SAĞLIĞI TARİHÇESİ:

Ülkemizde okul sağlığına ait en eski belge, 10.2.1913 de yayınlanan "Bilumum Mekâtipte Emraz-ı Sariye'nin .men-i tavasuu ve intizarı hakkındaki Nizamname"dir (33). Bu nizamnamede bulaşıcı hastalıklarla mücaadele konusunda görev, eğitim kurumlarına yüklenmiş olup, sağlık müfettişleri ile işbirliği önerilmektedir. Bu nizamnameden 6 ay sonra "Tedrisat-ı iptidaiye kanunu muvakkatı" adlı yasa ile, ilkokul eğitimi zorunlu kılındı(24). Bu yasa ile eğitim ilgilileri okullarda, sağlıklı bir çevre sağlanması konusunda görevlendirdi.

3 Ocak 1927 de yayınlanan "İl tedrisat müfettişleri talimatnamesi"nde, müfettişlerin okul denetimleri sırasında, okul sağlığına dikkat edilmesi gereken konular saptandı(9). Bu yönetmelikte: "Çocukların ahvali ruhiyeleri" konularında, önemli sağlık sorunlarına değinilmekte ve bunların yerine getirilmesinde, öğretmenler görevlendirilmektedir.

24 Nisan 1930'da, "Umumi hıfzısıhha kanunu" çıkarıldı(30). Bu yasanın 163. maddesinde: okul

binalarının sağlık koşulları ile bulaşıcı hastalıkların önlenmesi konularının, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının denetimi altında olduğu, 164.maddesinde: devlet okullarında uygun aralıklarla, öğrencinin beden, ruh, göz ve K.B.B. hastalıkları taramalarının okul hekimince yapılması ve özel öğrenci kayıt formlarına kaydedilmesi gerektiği yer almaktaydı.

1946 yılında yapılan, III. Milli Eğitim Őurasında: Okullarda her yüz öğrenci için on helâ bulunması, okula sağlıklı su getirilmesi, çocukların kişisel temizliği, diş, göz, kulak sağlığı, bulaşıcı hastalıklar üzerinde duruluyor ve her çocuğun sağlık durumunun "Kişisel Sağlık Fişlerine"işlenmesinin yararlı olacağı belirtiliyordu(33).

1948 yılında hazırlanan, "İlk mektepler talimatnamesi"nde, okul sağlığı konusuna geniş yer verilmele birlikte, yılda bir kez hekim muayenesi ve yılda dört kez, diş muayenesi v.b. gibi yapılması oldukça güç işler istenmekteydi(24).

1949 yılında "IV.Milli Eğitim Őurasında" okul hekimliğinin nitelikleri, görev ve sorumlulukları konusunda önemli kararlar alındı ve okul hemşireliği üzerine tartışma açıldı(33).

1952 yılında "V. Milli Eğitim Őurasında"ise, ilköğretim yasası çıkarılması önerildi. Okul hijyeni ve öğrenci sağlığı konusunda, uzman elemanlar kullanılması, bu gerekçe ile, ilköğretim müfettişleri, okul hekimleri ve bölge okullarına hekimlerin atanması, bunların hizmetine, yardımcı olması için, sağlık memuru ve hemşire verilmesi konusunda kararlar alındı(33).

1958 yılında Milli Eğitim Bakanlığı(MEB) yapısı içindeki,"Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü" kuruldu. MEB ile SSBYB arasında bir eř güdümlü sağlanmaya çalışıldı.

1961 yılında kabul edilen 222 sayılı "İlköğretim

Yasası'nda okul sağlığı ile ilgili isteklerin kapsamı, biraz daha genişletildi. Bu yasanın 29.maddesinde: "ilköğretim kurumlarının sağlık işlerinin görölmesi, öğrenci, öğretmen ve hizmetlilerin sağlıklarının korunması için il ve ilçelerde, Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık Merkezleri ve geçici sağlık ekipleri kurulur ve buralara ilköğretim müfettişleri, okul hekimleri, sağlık memuru ve hemşireler atanır" diyordu(19). Öte yandan 1963 yılında, sağlık hizmetleri sosyalleştirildi. 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasası ile okul hekimliği görevi ve okul sağlığı hizmetleri, sağlık ocağı hekimine bırakıldı.

#### OKUL SAĞLIĞI HİZMETLERİ(34)

##### I- OKULLARDA KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ:

##### I- A) KİŞİYE YÖNELİK KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

##### I- A) 1. OKULA GİRİŞ MUAYENELERİ:

Okula başlayacak olan tüm öğrenciler, hekim tarafından, tam sistematik muayeneden geçirilmeli, bulaşıcı ve diğer hastalıkları olup olmadığı aranmalı, hastalığı olanlar tedavi edilmeli, görme, işitme, konuşma kusuru olup olmadığı incelenmeli, bulaşıcı göz hastalıkları ve özellikle trahom aranmalıdır. Çocukta gözle görünebilen bir sakatlığın olup olmadığı aranmalıdır. Çocuğun büyüme ve gelişme durumu incelenmeli, mental durumu ile okumayı engelleyebilecek herhangi bir sağlık sorununun olup olmadığı araştırılmalıdır.

##### I- A) 2. OKULDA AŞI UYGULAMALARI:

İlkokula alınacak öğrenciler, 0-6 yaş grubunda iken yapılması gerekli olan (BCG, DBT, kızamık, polio) tüm aşuların tamamlanmış olması gerekir. Önceki aşularını tamamlanmış olan ilkokula gidecek öğrenciye, rutin olarak, PPD kontrolünde BCG, ile DT,

polio aşıları yapılır. Okul öncesi aşıları hiç yapılmamış öğrenciye, PPD kontrolü ile gerekenlere BCG ,ayrıca birer ay ara ile 3 kez DT + Polio ve 1 yıl sonra (yani 2. sınıfta) DT ve Polio Rapeli yapılır. Ara sınıflarda aşısı olan bir hastalık görülürse (ör. difteri, polio): bu hastalığın aşısı tüm öğrencilere, tekrar verilmelidir. 10 yaş kadar olanlara: DT karması, 10 yaştan büyük olanlara ise d.T. yani erişkin tip difteri tetanoz aşısı tekrarı yapılmalıdır. Bu karma(d.T) aşısı halen Türkiye'de yoktur. 10 yaş ve üstü öğrenciye, d.T.temin edilemezse depopenisillinle kemoproflaksiye alınır. Polio aşısı her yaşta uygulanabildiğinden, sorun yoktur. Okulda Tbc vakası görüldüğünde, en az o sınıftaki öğrenciler, PPD ve diğer kontrollerden geçirilmeli gerekenlere BCG yapılmalıdır. Yaralanmalarda, yanıklarda, şüpheli ısırıklarda diğer koruyucu önlemlerle birlikte, tetanoz aşısı uygulanmalıdır, kuduz aşısı ve serum uygulamaları talimatnameye uygun olarak yapılmalıdır. İlkokul son sınıfta: Tetanoz aşısı rapeli uygulanmalı ve öğrencilere ömürboyu 5-10 yılda bir ve gerektiğinde, tetanoz aşısı yaptırması gerektiği anlatılmalıdır. Orta ve yüksek okula girişte PPD kontrolü ile gerekenlere BCG aşısı uygulanmalıdır. Çok sık hepatit salgını olan okula devam eden öğrenciye, diğer önlemler yanında, kontrolle hepatit aşısı önerilebilir.

#### I- A) 3. OKULLARDA KEMOPROFLAKSİ

Sıtma olan yörelerde; okullarda, sıtma geçirmeyen öğrencilere, 15 günde 1 tablet olmak üzere primakin verilmelidir. özellikle sıtma olmayan yörelerden, sıtmalı yöredeki okula gelen öğrenci, kemoproflaksiye alınmalıdır. Boğaz kültürü alınamayan yörelerdeki okullarda, kızıl salgını olursa, tüm öğrencilere: kışın 21 günde 1, yazın ayda 1, 1-2 ay süre ile depopenisilin yapılarak korunmaya alınır. Okulda difteri çıkarsa, dif-

terilinin yaşı 10 yaştan küçük ise bu yaşa kadar olan öğrencilere DT, veya difteri aşısı uygulanması yeterlidir. Difterilinin yaşı 10 yaş ve üstü ise, bu yaşlardaki öğrenciye dT aşısı, yani erişkin tip difteri tetanoz aşısı gerekir. Bu aşı yoksa (Ülkemizde halen yoktur) o zaman, başta difterili olan çocukla temas eden arkadaşlarına olmak üzere, hatta tüm sınıftaki öğrencilere, Depopenisilinle kemoproflaksi yapılmalıdır. Daha önce romatizmal ateş geçiren öğrenciye en az 5 yıl süre ile, romatizmal kalp hastalığı geçirene ise; ömürboyu, kışın 21 günde 1, yazın ayda 1 kez depo-penisilin yapılmalıdır. Ayrıca akut glomerulonefrit geçirenlere de, en az 1 yıl süre ile, ayda 1 depo-penisilin yapılmalıdır. Sınıfta Tbc li öğrenci saptanırsa: en yakın arkadaşlarını, PPD (-) ise, BCG ile beraber, 2-6 ay süre ile INH ile korumaya alınması uygundur. PPD(+) olanlarda buna gerek yoktur. Kolera veya tifo salgınlarında, öğrenciler, tetrasiklin ile korumaya alınır (3 gün süre ile günde 3 gr tetrasiklin). Yeni saptanan lepralıların ilkokuldaki çocuklarına 1-2 yıl süre ile, Dapson ile korunmaya alınır. Okulda menengokoksik menenjit görülürse, en az 24 saat süre ile öğrencilere Rifampisin kemoproflaksisi yapılmalıdır.

#### I- A) 4. OKULLARDA SEROPROFLAKSI

Okulda enfeksiyöz hepatit görülürse, en az hasta öğrenci ile, aynı sırada oturan veya çok yakın ilişkisi olan öğrenciye, koruyucu olarak, gamma-globulin yapılmalıdır. Derin kesici ve delici yaralanmalarda öğrencinin tetanoz aşısı yoksa, pansumandan sonra tetanoz aşısı ile birlikte, hekim kontrolünde tetanoz serumu yapılmalıdır. Su çiçeği salgısında; su çiçeği çıkarmayan, 15 yaştan büyük öğrencilerle, immün defektli öğrenciye, kabakulakta; tek testisli erkek öğrenciye ve tek overli



kız aöğrenciye gamma-globulin uygulanabilir. Şüpheli ısırıklarda, ısırık beyne yakın ise veya aşırı derecede parçalı yaralanma varsa, talimatnameye göre kuduz aşısı ile, kuduz serumu uygulanabilir. Kızamık aşısı uygulanamayan, kızamık geçirmeyen, direnci aşırı kırık olan veya aktif Tbc geçirmekte olan öğrenciye, gamma-globulin uygulanabilir. Yılan, akrep sokmalarında da koruma ve tedavi amacı ile yılan veya akrep serumu uygulanır.

#### I- A) 5. HASTALANAN ÖĞRENCİLERİN MUAYENE ve TEDAVİLERİ

Hastalanan öğrenciler, bulaşıcı hastalığı varsa evine veya gerekiyorsa hastaneye gönderilir. Bulaşıcı hastalığı olmayan, iş ve gücüne mani olmayan bir hastalığı varsa, ayakta tedavi edilir. Bulaşmayı ve salgınları önlemek için, Umumi Hıfzısıhha Kanunu'na göre kızamıkta 18 gün, kabakulakta 21 gün, amipli ve basilli dizanteride şifadan sonra 20 gün, kızılta 28 gün, boğmaca-tifo-polio-difteri-enfeksiyöz hepatitide 30 gün istirahat verilir (34)

#### I- A) 6. ÖĞRENCİLERİN PERİYODİK MUAYENELERİ

Erken tanı için, öğrencilerde periyodik olarak büyüme-gelişme, görme ve işitme kusurları, dışkıda parazit, kan hastalıkları, Tbc, romatizmal ateş, bu yaşlarda sık görülen önemli hastalıklar v.b. gibi araştırmalar yapılabilir. Öğrencilerin her yıl boy, ağırlık, diş sağlığı durumları değerlendirilmelidir öğrencilerin başarısını engelleyebilecek, sağlık sorunları üzerinde durulmalıdır. Görme bozuklukları, snallen eşeli kullanılarak, işitme kaybı ise, fısıltı sesi ile ölçülebilir.

#### I- A) 7. İLKOKUL SON SINIFTA YAPILACAKLAR

Çocuklar mezun olmadan önce, tam bir muayeneden geçirilmelidir. Özellikle Tbc, romatizmal ateş romatizmal kalp hastalığı, anemi, parazitöz üzerinde durulmalı. Ayrıca büyüme-gelişme ve zeka durumları değerlendirilmelidir. 1 doz tetanoz aşısı uygulanmalı ve ömür boyu 5-10 yılda 1 kez tekrarlanması gerektiği hatırlatılmalı, kız öğrencilere de, gebelikte yapılan tetanoz aşısının önemi anlatılmalıdır. Tüm öğrencilere: kişisel hijyen, aile planlaması, cinsel eğitim, iş kazaları, meslek hastalıkları, ana-çocuk sağlığı, çevre sağlığı, ağız ve diş sağlığı, zararlı alışkanlıklar, kazalar ve ilkyardım, bulaşıcı hastalıklardan korunma, zehirlenmeler (v.b.gibi) hakkında eğitim yapılmalıdır.

#### I- A) 8. OKULLARDA İLK ve ACIL YARDIM HİZMETLERİ

Her okulda, ilkyardım ve acil durumlarda gerekebilecek araç, gereç, bu konuda bilgili öğrenci veya personel bulunmalıdır. Kızılay kolu başkanı olan öğrenciye, ilkyardım ve acil yardım bilgisi verilmeli, ilkyardım dolabı, bu öğrencinin denetiminde ve sorumluluğunda olmalıdır. Hangi durumlarda öğrencinin, acil ve ilkyardım için hekime veya sağlık personeline gönderilmesi gerektiği öğretilmelidir.

#### I-B) OKUL ÇEVRESİNE YÖNELİK KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

##### I-B) 1. OKUL FİZİK ÇEVRESİNE YÖNELİK, KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

##### I-B) 1. (a) OKUL BİNASI (39)

Okulun bulunduğu yer: anayoldan ve tren yolundan uzak ve trafik işareti bulunmalı, gürültü ve fabrikalardan uzak olmalı, kahvehane-birahane-hapishaneden uzak olmalı, öğrencinin kolayca gidip gelebileceği yerde olmalı,

heyelan bölgesinde olmamalı, su basmamalı, havası çok kirli olmamalıdır.

Okul binası:her yönden, iyi ışık alabilecek şekilde, yandaki binalardan yeterli uzaklıkta olmalıdır. Okul binası depreme dayanıklı, betonarme veya tuğladan yapılmış olmalı, döşemesi pürüzsüz olmalıdır.

#### I-B) 1. (b) DERSLİKLER

- Her öğrenciye 1.5 m<sup>2</sup> alan, 5 m<sup>3</sup> hava hacmi düşmelidir. Havalandırması, güneş görmesi ve aydınlatması sağlıklı olmalıdır.
- Yükseklik: 2.5 m, uzunluk: (en fazla) 10 m, eni: 6 m olmalıdır.
- Kapılar: 90 cm genişlikte ve dışarı açılmalıdır.
- Duvarlar: mat ve açık renkli boyalı olmalı, ses geçirmeyecek kalınlıkta olmalıdır.
- Isıtma: en ideali kaloriferdir, ondan sonra odun ve kömür sobası olmalıdır. Dersliklerin ısısı: 18-19°C olmalıdır.
- İçme-kullanma suyu temiz olmalı, akarsuyu olmalı, helalarda yeterli su bulunmalıdır.
- Aydınlatma: Her sınıf gün ışığını, bol miktarda alabilmeli, aydınlık şiddeti: 80-100 lüks olmalıdır.

#### I- B) 1. (c) Okulun Diğer Fizik Çevreleri (Okul Bahçesi, hela, çöp v.b. gibi):

- Okul Bahçesi: Her öğrenciye 5 m<sup>2</sup> yer düşmeli, uygulama bahçesi olmalı, bahçe çamurlu ve tozlu olmamalı, ihata duvarı ile çevrili olmalı, fazla meyilli olmamalı, ağaçlandırılmalıdır.
- Okul tuvaleti: 25 kız öğrenciye 1, 40 erkek öğrenciye 1 hela 2 pisuar, her 60 öğrenciye 1 lavabo olmalıdır. Tuvalet içinde su ve sabun bulunmalı, tuvalet çukuru ise kapalı olmalıdır.
- Okul çöpleri: Sınıflar ıslatılarak süpürülmeli, çöpler

yakılarak imha edilmelidir.

- Merdivenlerde korkuluk olmalı, okul içinde ve dışında eşik olmamalı. Kapılar dışarı açılmalı, okul içi ve bahçede zeminler kaygan olmaları, bahçe içinde çakıl olmamalıdır.

I- B) 2. OKUL BİYOLOJİK ÇEVRESİNE YÖNELİK, KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ (13)

I- B) 2. (a) Okullarda Vektörlerle Savaş:

Vektörler (sivrisinek, karasinek, bit, pire, fare), birçok hastalığı kişilere taşıdıklarından, onlarla savaşmak gerekir. Okulun etrafında jir varsa, yok edilmeli veya azaltılmalıdır. Gübrelik, çöplük, atıklar açıkta ise onlar ıslah edilmelidir. Yetişkin vektörlerle savaş ise insektisitlerle yapılmalıdır.

I-B)2.(b) Okullarda Patojen Mikroorganizmalarla Savaş: Bulaşıcı hastalıklarla yayılmasını önlemek için besinler, hastaların atıkları veya bunlarla bulaşmış eşya ve odalar dezenfekte edilmelidir. Mikrop öldürme yöntemleri (suda kaynatma, pastörizasyon, yakma, sıcak hava, kimyasal dezenfektanlar, mor ötesi ışınlar hakkında, öğrencilere bilgi verilmelidir.

Bulaşıcı Hastalıklarla Savaşta;

1. Kaynağa yönelik önlemler: Kesin tanı, bildirim, hastaların tedavisi, portör arama, filiasyon arama v.b. gibi.

2. Bulaşma yollarına yönelik önlemler; Tecrit, karantina, dezenfeksiyon, vektör kontrolü, pastörizasyon, kaynatma, pişirme, fizik çevrenin düzeltilmesi, sterilizasyon, meslekten men etme v.b. gibi.

3. Sağlam kişiye yönelik önlemler: Aşılama, kemoproflaksi, seroplaksi, yeterli ve dengeli beslenme, içme-kullanma sularının ıslahı, sağlık eğitimi v.b. gibi

konularında eğitim yapılmalı.

I- B)2.(c) Okullarda Paraziter Hastalıklarla Mücadele: öğrencilerde bit olmaması için; erkeklerin saçları kısa kesilmeli, kızlar saçlarını hergün taramalı, sık sık yıkamalı, öğretmenler sık,sık bit kontrolü yapmalıdır. Pire olmaması için gereken eğitim ve kontroller yapılmalı,uyuzun bulaşma yolları ve bulguları hakkında eğitim yapılmalıdır. Tenyalar(şerit) bulaşmaması için çiğ et ve köfte yenmemesi gerektiği, H.Nana bulaşmaması için: açıkta satılan gıda maddeleri yıkamadan yenmemeli, oksiyür,ascarit için: her yemekten önce ve sonra, her helaya girip-çıktıktan sonra eller, sabunlu su ile yıkanması gerektiği anlatılmalıdır..

I- B) 2. (d) Okullarda Besin Hijyeni

Besin hijyeninin iki temel kuralı vardır: 1-Besin maddelerinin üretiminin başlangıç aşamasından tüketimine kadar, enfekte maddelerle, parazit veya zehirlerle bulaşmasını önlemek, 2- Bütün çabalara rağmen, bulaşma olmuşsa, hastalık yapmasını önlemek. Besin hijyeni hakkında öğrencilere bilgi verilmeli, korunma yolları öğretilmeli(yemeklerin buzdolabında saklanması, sebze-meyvelerin yıkandıktan sonra kullanılması v.b. gibi, okul kantinleri, kafateryaları, yemekhaneleri, çevresindeki satıcılar, bakkal, meşrubatçılar ve beslenme saatleri hakkında bilgi verilmelidir.

I- B) 2. (e) Okullarda Su Hijyeni:

Okulda, evde ve yerleşim yerlerinde yeter miktarda, devamlı akan, temiz su bulunmalıdır. Merkezi klorlama yapılmıyorsa, ferdi klorlama ve önemi hakkında öğrencilere bilgi verilmelidir. Bahçede öğrencilerin, ders aralarında su içebileceği çeşmelerin olması, her öğrenci, su içeceği kabı getirmesi, heladaki sudan içilmemesi.

- Helalarda, sürekli akan su(çeşme) olması

- Sifonların bulunması ve çalışır vaziyette olması
- Temizlemek için, su ve sabun yanında, tuvalet kağıdı bulundurulması
- Okuldaki suyun; içme , genel temizlik ve bahçe sulamasına yeterli olması.
- Suların sık,sık kesilmemesi konularında, öğrencilere bilgi verilmelidir.

### I- B) 3. OKULLARDA SOSYAL ÇEVREYE YÖNELİK KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

Sosyal çevreyi: aile, ev halkı, sosyal kurum, okullardaki öğretmen, öğrenci ve diğer hizmetliler ve sosyal sınıflar teşkil eder. Sosyal çevrenin iyi bilinmesi ve düzeltilmesi için eğitim yapılması gerekir. Öğrenci-aile fertleri, öğrenci-öğretmen, öğrenci-öğrenci, öğretmen-öğretmen ilişkileri iyi olmalıdır. Bu ilişkilerin sağlam temellere oturtulması için; geziler, spor karşılaşmaları, balolar düzenlenmeli, ekip çalışmaları, bilgi yarışması, resim sergisi v.b. gibi sosyal etkinlikler yapılmalıdır. Tüm ilişkiler karşılıklı saygı-sevgiye dayanmalı ve öğrenciler birbirleri ile kavga etmemeleri, alay etmemeleri, arkadaşlarını hor görmemeli, iyi tutum ve davranışlara sahip olmalı, sakatlara nasıl davranılacağı öğretilmelidir. Okul- aile birliği sık,sık geziler düzenlemeli, muhtaç çocuklar için kermesler yapılmalı, öğrencilerin birbirine yardım etmesi gerektiğini öğretilmelidir.

### II- OKULLARDA TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ

Hastalanan öğrenci hekime gelebiliyorsa, sağlık ocağı veya sağlık merkezinde, gelemiyorsa, evinde muayene edilir. Muayene sonucunda bulaşıcı hastalığı olmayıp, ayakta tedavi edilebilecek bir rahatsızlığı varsa, reçetesi yazılıp, okuluna gönderilir. Bir uzman hekimin

görmesi gereken veya ileri tetkik ve tedavi gerektiren hastalığı varsa, sevk edilir. Bulaşıcı bir hastalığı varsa; tedavi ile beraber koruyucu önlemler (kişiye yönelik, kaynağa yönelik, bulaşma yollarına yönelik) alınır. Yatmasını gerektiren veya tecrit edilmesini gerektiren bir hastalığı olan öğrenciye, istirahat raporu verilir. Okulda hastalanan öğrenci, sağlık ocağına hasta sevk kağıdı ile gönderilir. Muayene sonucu bu kağıda yazılarak okula geri gönderilir.

### III- OKULLARDA REHABİLİTASYON HİZMETLERİ

Rehabilitasyon Hizmetleri: Herhangi bir bedensel kusuru olan öğrenciye, normal öğrenimini devam ettirmesi için, gereken önlemlerin alınması, rehabilitasyon hizmetlerini içerir. Mental yönden geri olanlar için, ayrı bir sınıfın açılması, görme, işitme kusuru olanların, cihaz veya ayrı okullara gönderilmesi, ortopedik kusurlular için, özel yolların ve sınıfların yapılmasını sağlamak v.b. gibi hizmetlerdir.

### SAĞLIKLA İLGİLİ HAFTALAR ve OKULLARDAKİ UYGULAMALAR (15)

Okullarda, sağlıkla ilgili haftalarda o konuyla ilgili eğitim (afiş ve broşür v.s.ile) sağlık personeli tarafından yapılmaktadır.

1. Dünya Besin Günü (16 Ekim): Dünya Besin Günü'nde okulda: yeterli ve dengeli beslenme hakkında bilgi verilmeli, besin hijyeni, besinlerin ısrafı konusunda uyarılarda bulunulmalıdır.

2. Kızılay Haftası (29 Ekim - 4 Kasım): Kızılayın görevleri, kan vermenin gerekliliği, kimlerin kan verebileceği (v.b.gibi) hakkında bilgi verilmelidir.

3. Diş Hekimliği Günü (22 Kasım): Ağız ve diş hijyeninin önemi, diş hekimlerinin görevleri hakkında

bilgi verilmelidir.

4. Öğretmenler Günü (24 Kasım): Öğretmenlerin görevleri hakkında bilgi verilir.

5. Veteriner Hekimler Günü (23 Aralık): Veteriner hekimlerin görevleri, zootetik hastalıklar ve korunma hakkında bilgi verilir.

6. Verem Haftası (1-7 Ocak): Veremin bulaşma yolları, korunma ve tedavisi hakkında bilgi verilmeli, afiş-slide gösterilmelidir.

7. Körler Haftası (7-14 Ocak): Körlük nedenleri Trahom, sifiliz, konjenital anomali yapabilen etkenler, görmeyenlere yardım hakkında ve rehabilitasyonu konularında eğitim yapılmalıdır.

8. Cüzzam Haftası (25-31 Ocak): Lepranın bulaşma yolları, tedavisi korunma ve rehabilitasyonu hakkında bilgi verilmelidir.

9. Yeşilay Haftası (1-7 Mart): İçki, sigara, uyuşturucu kullanma alışkanlıkları, zararları konularında eğitim yapılmalıdır.

10. Tıp Bayramı (14 Mart): Sağlık personelinin sorunları, ülkenin sağlık problemleri ve çözüm yolları hakkında toplantı, panel, konferans ve balolar düzenlenmelidir.

11. Kanser Haftası (1-7 Nisan): Kanser hakkında genel bilgiler anlatılmalı, erken tanı, kanserden korunma için yapılması gerekenler ve kanserojenler hakkında bilgi verilmelidir.

12. Dünya Sağlık Günü (7 Nisan): DSÖ amaçları, yaptıkları, yapmak istedikleri ve sağlık konusunda genel bilgiler verilir, Sağlığın korunması için yapılması gerekenler anlatılır.

13. Sağlık Haftası (8-14 Nisan): Sağlıklı olmanın önemi, sağlıklı yaşam ve diğer konularda eğitim yapılır.



14. Ebeler Haftası (21-28 Nisan): Ebelerin görevleri ve yaptıkları işin önemi hakkında eğitim yapılır.

15. Sakatlar Günü (5 Mayıs): Konjenital ve akkız sakatlık nedenleri, nasıl korunulacağı, en sık görülen, en çok sakat bırakan hastalıklar hakkında eğitim yapılmalı, korunma ve rehabilitasyon hakkında bilgi verilmelidir.

16. Hemşirelik Haftası (12-18 Mayıs): Hemşirelik mesleğinin önemi, yasal sorumlulukları hakkında bilgi verilmelidir.

17. Eczacılık Günü (14 Mayıs): ilaç bağımlılığı, hatalı ilaç kullanmanın sakıncaları, gelişigüzel ilaç satın alınmanın, günü geçmiş ilaçları kullanmanın ve satmanın zararları hakkında bilgi verilmelidir.

18. Anneler Günü (Mayıs ayının 2. Pazar'ı): Anneliğin kutsallığı, görevleri, ana-çocuk sağlığı hakkında eğitim yapılmalıdır..

19. Babalar Günü (Haziran ayının 2. pazar günü): Babaların görevleri, herediter hastalıklar hakkında bilgi verilir.

20. Dünya Çevre Günü ve Haftası (1-5 Haziran): Doğanın korunması ve çevre sağlığı hakkında bilgi verilmelidir.

21. Dünya Nüfus Günü (11 Temmuz): Dünyadaki nüfus patlamaları, bunun getireceği sorunlar ve aile planlaması hakkında bilgi verilir.

## A M A Ç

Araştırmamız;

- ilkokul çocuklarını tam sistematik muayeneden geçirerek, sağlık durumları ile okul sağlığı düzeyini saptamak,

- Bulaşıcı bir hastalığı olanları tedaviye almak, salgınları önlemek,

- Erken tanı ile ilkokul çağındaki çocuklarda görülebilen bazı hastalıkları aramak ve mümkünse tedaviye almak,

- öğrencilerin büyüme ve gelişme durumlarını saptamak,

- Parazit sıklığını saptamak ve tedavi etmek,

- öğrencilerin sağlığını olumsuz etkileyebilen okul çevre faktörlerini saptayarak, bu konularda öğrencilere, velilere ve öğretmenlere eğitim yapmak.

- Hekimi, ebesi olan ve sağlık personeli bulunmayan 3.tip yerleşim yerinde: öğrencilerin sağlık durumlarını saptamak, aralarında fark olup-olmadığını ve diğer bölgelerde yapılan benzer araştırma bulguları ile karşılaştırmak, kırsal alanda okul sağlığı hakkında da bir durum saptama yaparak ve ileride yapılacak benzer çalışmalara ışık tutmak amacı ile araştırmamız planlandı.

## M A T E R Y A L   v e   M E T O D

### MATERYAL

Araştırmamız; Ç.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doğankent S.E.A. Bölgesi Doğankent Sağlık Ocağı Bölgesinde: hekimi olan bir köyde (Doğankent), ebesi olan bir köy (Kumurlu) ve Sağlık personeli bulunmayan bir köy (Taşçıl), toplam: 3 köyde oturan ilkokul öğrencilerinde yapıldı.

### ARAŞTIRMA BÖLGESİ (6)

Köylerin tarihçeleri: Araştırma yapılan köylerin kuruluş tarihleri tesbit edilemedi. 3 köyümüzün sakinlerinin büyük bir kısmı, 75-100 yıl önce, Doğu ve Güneydoğu Anadolu'dan, Çukurova'ya göç etmişlerdir. Daha sonraları memleketlerindeki akrabaları, tek-tük gelip yerleşmeye başlamışlardır. Bu göçler bugüne kadar devam etmiştir.

Coğrafi Durumu: Doğankent Sağlık Ocağının bulunduğu Doğankent Köyü; Adana Karataş karayolu üzerinde, Adana'dan 17 km uzaklıktadır. Çukurova'nın ortasında olup, Sağlık ocağı bölgesi, kuzeyde Adana il merkez ve köyleri, Doğuda Seyhan nehri, batıda Ceyhan nehri, Güneyde: Karataş ilçesi ile çevrilidir. Yeraltı suyu yüzeye yakın, toprağın geçirgenliği yetersiz olduğundan, yağın yağmur suları, su birikintilerine neden olmaktadır. Ayrıca DSİ 6.bölgenin yaptırdığı sulama projesi ile, 1960 yılından beri düzenli olarak, sulu tarım yapılmaktadır. 1989 yılında seyhan ovasında 137 bin hektar alan sulanmıştır. Sulu tarıma başlandıktan sonra, verim artmış ve bölgede, iki hatta üç

kez ürün alınmağa başlanmıştır. Bölgede sulanarak yetişen başlıca bitkilerin dağılımı: hububat % 18.0, pamuk % 38.0, mısır % 22.0, narenciye % 50.0, sebze % 10.0, diğer % 27.0 dir(7) (ikinci ürün sulaması olduğundan sulama alanları %100'ü geçmektedir). Su birikintileri ve atıkların gelişigüzel yerlerde toplanmasından dolayı başta sivrisinek, karasinek ve hertürlü vektör çevrede bol olarak bulunmaktadır.

İdari Yapı: Araştırma yaptığımız 3 köyümüz de ayrı birer muhtarlık olup, Adana ili, Yüreğir ilçesine bağlıdır.

Nüfus: Doğankent: 4824, Kumurlu: 242, Taşçı: 305 nüfusu olup 3 köyün toplamı 5371'dir. Doğankent Sağlık Ocağına bağlı 25 köyün, toplam nüfusu ise :17.062'dir.

İklim: Bölgemizde; Akdeniz iklimi hakim olup, yazlar sıcak ve kurak, kışlar ılık ve yağışlı geçer. Günlük sıcaklığın 30°C'yi geçtiği bir yıldaki gün sayısı: 136 dır. Günlük ısının 0°'nin altında olduğu gün sayısı, yok denecek kadar azdır. Yıllık yağış miktarı ortalama metrekareye 64.68 cm<sup>3</sup> 'dür.

Sağlık Örgütü: Doğankent'te; Ç.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığına bağlı, Doğankent S.E.A. Bölgesi grup başkanlığı ve buna bağlı Doğankent Sağlık Ocağı ve 5 Sağlık evi bulunmaktadır. Kumurlu'da ebesi olan sağlık evi vardır. Taşçı'da Sağlık personeli yoktur.

Kültürel ve Sosyo - Ekonomik Durum: Araştırma yaptığımız 3 köyün, bağlı bulunduğu Doğankent Sağlık Ocağı bölgesinde, okur-yazarlık hızı; erkeklerde: % 68.0, kadınlarda % 29.1 idi (36). Ailelerin %50.0 sinin gelir düzeyi, normalin altında, % 50.0'sinin ise normal ve normalin üstünde idi.

Aile Yapısı: Hane başına düşen ortalama nüfus: 6.7'dir. 3 köyümüzde de çekirdek aile yapısı hakimdir. Ev-

lenmeler, genelde görücü usulü ile yapılmakta, akraba evliliğine sık rastlanmaktadır.

Meslek Durumu: Erkeklerin % 43.3'ü işçi, % 29.9'u serbest meslek, % 15.5'i çiftçi, % 9.5'i memur ve % 1.8'i işsiz idi ve kadınların: % 99.0'u ev hanımı idi (38).

Mesken Durumu: Bölgemizdeki evlerin inşaat şekli: % 70.0 kerpiç, %25.0 taş, %5.0 diğer idi. Evlerin % 60.0'ında şebeke suyu, % 40.0 inde kuyu suyu bulunmaktadır, % 78.0'de tek çukurlu hela, % 20'sinde forseptik hela, % 2.0 'sinde hela yoktur (3

#### METOD

Denekler, Doğankent Sağlık Ocağı bölgesinde, Sağlık Ocağı olan, Sağlık Evi olan ve Sağlık örgütü olmayan olmak üzere 3 yerleşim yerinden seçildi. Bunlar Sağlık Ocağının bulunduğu, Doğankent ilkokulunda okuyan, 660 öğrenciden, basit örnekleme yöntemi ile, temsil eden sayıda, tüm sınıflardan olmak üzere, 330 öğrenci seçildi. Ebe'nin oturduğu Kumurlu köyü ilkokulunda okuyan, 39 öğrencinin tümü ve hiçbir sağlık personeli bulunmayan Taşçı köyü ilkokulunda okuyan, 38 öğrencinin tümü olmak üzere, toplam 407 öğrenci araştırmaya alındı. öğrencilere uygulanmak üzere, tanımlayıcı bilgiler ve yakınmaları içeren anket formu hazırlandı. Bu formlara antropometrik ölçümler, fizik muayene ve laboratuvar muayene bulguları eklendi. Anket formları, mülakatla dolduruldu. Antropometrik ölçümler: intörn doktorlar tarafından, fizik ve laboratuvar muayeneleri ise: bizzat araştırmacı tarafından yapıldı.

Deneklerin boyları ve ağırlıkları "NAN" marka sağlık ocağında bulunan, basKül ile ölçüldü. Ağırlık ve boylar ölçülürken; erkeklerin üst giysileri ve ayakkabıları çıkartıldı. Kızlar da ise mümkün olduğunca, üstte tek giysi bırakıldı ve ayakkabıları çıkartıldı. Görme

keskinliği 5 m uzaklıktan « Snallen » okuma levhası ile, her iki göz ayrı ayrı, tesbit edildi. İşitme durumlarına: fısıltı sesi ile bakıldı. Deneklerin fizik muayeneleri: araştırıcı tarafından, sistematik bir Şekilde, kapalı bir yerde, üst giysiler çıkarılarak ve laboratuvar tetkiklerinde: hematokrit, tam idrar tahlili ve gaitada parazit araştırması, bizzat araştırıcı tarafından yapıldı. Hematokrit'e, sağlık ocağında bulunan, " Nüvetokrit" marka alet ile, 5 dakika çevrilerek bakıldı. Tam idrar tahlili laboratuvar ayrağları ile ve santrifüj edilerek, idrar sedimine bakıldı. Gaitada parazite: direk yayma yöntemiyle bakıldı. Tahlillere "Olympus" marka, bioküler mikroskopla bakıldı. Sonuçlar araştırma formunda ilgili kısma işlendi. Toplanan veriler IBM bilgisayar'da değerlendirildi.

## BULGULAR

### -ANKET FORMU BULGULARI

#### -A.DENEKLERİN TANITICI BİLGİLERİ

-A.1) DENEKLERİN YERLEŞİM YERİ VE CİNSE GÖRE DAĞILIMI: Deneklerin; %81.1'i Doğankent'te, %9.6'sı Kumurluda, %9.3'ü Taşçı'da oturuyordu, %60'ı (244 olgu) erkek, %40'ı (163 olgu) kız idi (Tablo 1). Kız denekler, en az Doğankent'te, en fazla Kumurluda idi ve aradaki fark önemli idi ( $p < 0.05$ ).

ABLO 1: Deneklerin Yerleşim Yeri ve Cinslere Göre Dağılımı

Yerler	Erkek		Kız		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
Doğankent	208	63.0	122	37.0	330	81.1
Kumurlu	18	46.2	21	53.8	39	9.6
Taşçı	18	47.4	20	52.6	38	9.3
Total	244	60.0	163	40.0	407	100.0

x: Satır %,  
xx: Kolan %  
2  
X=6.9 SD=2 p<0.05 Fark önemli.

#### -A.2) DENEKLERİN YAŞ GRUPLARINA VE CİNSE GÖRE DAĞILIMI:

Deneklerin; %15.2'si (62 olgu) 6-7 yaş grubundan, %35.9 (146 olgu) 8-9 yaşta, %33.9 (138 olgu) 10-11 yaşta ve %15.0 (61 olgu) 12 - + yaş grubundan olup, yaş ortalaması  $9.5 \pm 1.8$  idi (Tablo 2).

ABLO 2-Deneklerin Yaş Grupları ve Cinslere Göre Dağılımı

Yaş Grubu	Erkek		Kız		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
6-7	37	59.7	25	40.3	62	15.2
8-9	77	52.7	69	47.3	146	35.9
10-11	78	56.5	60	43.5	138	33.9
12-+	52	85.2	9	14.8	61	15.0
Total	244	60.0	163	40.0	407	100.0

x : Satır %

xx: Kolon %

Yaş ortalaması:  $9.5 \pm 1.8$ , Yaş aralığı: (6-15) **YAŞ**.

### -A.3) DENEKLERİN KÖYLERE GÖRE, KARDEŞ SAYILARININ DAĞILIMI:

Doğankent'te %31.2, Kumurluda %35.9 ve Taşçıda %50.0'nin kardeş sayısı 0-4 idi. Doğankent'teki öğrencilerin kardeş sayıları, diğer iki köyden farklı değildi ( $p > 0.05$ ) (Tablo 3).

ABLO 3: Deneklerin Köylere Göre, Kardeş Sayılarının Dağılımı

Köyler	0-4 kardeş S.		5-+ kardeş S.		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
Doğankent	103	31.2	227	66.8	330	81.1
Kumurlu	14	35.9	25	64.1	39	9.6
Taşçı	19	50.0	19	50.0	38	9.3
Total	136	33.4	271	66.6	407	100.0

x : Satır %

2

xx: Kolon %

$X = 5.526$  SD=2  $p > 0.05$  fark önemsiz.

Kardeş Sayısı Ortalaması =  $5.5 \pm 2.3$

### I-A.4) DENEKLERİN EBEBEVEYNLERİN DURUMU: %2.7 (11 öğrencinin)

babası vefat etmişti, annelerin, hepsi sağ idi.

### I-A.5) ARAŞTIRILAN ÖĞRENCİLERİN SINIFLARA VE CİNSLERE GÖRE

DAĞILIMI: Erkekler: 1. sınıfta %59.3, 2. sınıfta %52.1, 3. sınıfta %58.0, 4. sınıfta %58.6 ve 5. sınıfta %69.6 idi. Genel olarak ise, erkekler: %60.0, kızlar: %40.0 idi (Tablo 4).



TABLO 4:Araştırılan Öğrencilerin Sınıflara ve Cinse Göre Dağılımı

Sınıflar	Erkek Sayı H.%(x)	Kız Sayı H.%(x)	Total Sayı H.%(xx)
1.	51 59.3	35 40.7	86 21.1
2.	38 52.1	35 47.9	73 17.9
3.	40 58.0	29 42.0	69 17.0
4.	51 58.6	36 41.4	87 21.4
5.	64 69.6	28 30.4	92 22.6
Total	244 60.0	163 40.0	407 100.0

x :Satır %

2

xx:Kolon %

X =5.629

S.D.=4

p>0.05

Fark önemsiz

#### I-B.GÖRME YAKINMALARININ DAĞILIMI

##### I-B.1)DENEKLERİN KÖYLERE GÖRE,GÖRME YAKINMALARININ DAĞILIMI:

Doğankent'te %7.6 (25 olgu), Kumurlu'da %5.1(2 olgu), Taşçı'da %13.2(5 olgu)ve genel olarak deneklerin %7.9(32 olgu) görme yakınması vardı. Köyler arasında görme yakınması yönünden bir fark yoktu( $p>0.05$ )(Tablo 5).

Görme yakınmaları,sırası ile;okurken sulanma(15 olgu), gözde ağrı(10 olgu),bulanık görme(4 olgu),okumada zorluk 3 olgu)olmak üzere,total 32 olguda vardı.

TABLO 5:Deneklerin Köylere Göre, Görme Yakınmaları Dağılımı

Köyler	Gör.Yak.Var Sayı H.%(x)	Gör.Yak.Yok Sayı H.%(x)	Total Sayı H.%(xx)
Doğankent	25 7.6	305 92.4	330 81.1
Kumurlu	2 5.1	37 94.9	39 9.6
Paşçı	5 13.2	33 86.8	38 9.3
Total	32 7.9	375 92.1	407 100.0

x :Sadır % 2  
 xx:Kolon % X = 1.911 SD=2 p>0.05 Fark önemsiz.

I-B.2)CİNSLERE GÖRE, GÖRME YAKINMALARININ DAĞILIMI: Görme yakınması erkeklerde %5.7(14 olgu), kızlarda %11.0(18 olgu) idi. Görme yakınması kızlarda, biraz fazla görülmüş isede, aradaki fark önemli değildir(p>0.05)(Tablo 6).

TABLO 6:Cinslere Göre, Görme Yakınmalarının Dağılımı:

Cinsler	Gör.Yak.Var Sayı H.%(x)	Gör.Yak.Yok Sayı H.%(x)	Total Sayı H.%(xx)
Erkek	14 5.7	230 93.3	244 60.0
Kız	18 11.0	145 89.0	163 40.0
Total	32 7.9	375 92.1	407 100.0

x :Sadır % 2  
 xx:Kolon % X =3.1 SD=1 p>0.05 Fark önemsiz

I-B.3)YAŞ GRUPLARINA GÖRE, GÖRME YAKINMALARININ DAĞILIMI:

Deneklerin görme yakınmalarının 6-7 yaş grubunda %1.6, 8-9 yaş grubunda %5.5, 10-11 yaş grubunda %13.0 ve 12-+ yaş grubunda %8.2 idi. Görme yakınmaları, 6-9 yaş grubunda %4.3, 10-+ yaş grubunda ise %11.7 olup, aradaki fark önemli idi(Tablo 7) (p<0.05).

#### Tablo 7: Yaş Gruplarına Göre Görme, Yakınmalarının Dağılımı

Grubu	Gör.Yak.Var		Gör.Yak.Yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
3	9	4.3	199	95.7	201	51.1
4	23	11.7	176	88.4	199	48.9
Toplam	32	7.9	375	92.1	407	100.0

Satır % 2

Kolon % X =7.340 SD=1 p<0.05 Fark önemli.

**İŞİTME YAKINMALARININ DAĞILIMI:** Erkeklerde %1.2 (244 ekte 3), kızlarda ise %1.8 (163 kızda 3) idi, toplam değerlerin %1.5'inde, işitme yakınması vardı ve aradaki fark anlamlı değildi. İşitme yakınması; 6-7 yaş grubunda 1 olgu, 8-9 yaş grubunda 1 olgu, 10-11 yaşta 1 olgu ve 12-+ yaşta ise 1 olgu idi. 12-+ yaşta işitme yakınması en fazla (%4.9) olarak görülmüştür. Yaşlara göre dağılımda görülen işitme yakınması farkı önemli değildi ( $p > 0,05$ ).

#### 1. HALSİZLİK YAKINMASI DAĞILIMI:

1.1) **KÖYLERE GÖRE HALSİZLİK YAKINMASI DAĞILIMI:** Deneklerin %6.4'ünde (23 olgu) halsizlik yakınması vardı, köyler arasında en çok Doğankent'te %6.4 olmasına rağmen, aradaki fark anlamlı değildi ( $p > 0.05$ ) (Tablo 8). Doktor olan ve doktor olmayan köyler şeklinde dönüştürülerek yapılan önemlilik testinde de bir fark yoktu.

BL0 8: Köylere Göre, Halsizlik Yakınmalarının Dağılımı:

Köyler	Hal.Yak.Var Sayı H.%(x)	Hal.Yak.Yok Sayı H.%(x)	Total Sayı H.%(xx)
Şankent	21 6.4	309 93.6	330 81.1
Şurlu	1 2.6	38 97.4	39 9.6
Şçı	1 2.6	37 97.4	38 9.3
Topal	23 5.7	384 94.3	407 100.0

Şatır % 2  
Şolon % X =1.661 SD=2 p>0.05 fark önemsiz.

D.2) CİNSLERE GÖRE, HALSİZLİK YAKINMALARI DAĞILIMI: Erkerlerde 1(10 olgu), kadınlarda %8.0(13 olgu) idi, kadınlarda halsizlik yakınması erkerlerden bir miktar fazla ise de aradaki fark önemli değildi( p>0.05)(Tablo 9).

BLA 9: Cinslere Göre, Halsizlik Yakınması Dağılımı:

Cinsler	Hal.Yak.Var Sayı H.%(x)	Hal.Yak.Yok Sayı H.%(x)	Total Sayı H.%(xx)
Erker	10 4.1	234 95.9	244 60.0
Kadın	13 8.0	150 92.0	163 40.0
Topal	23 5.7	384 94.3	407 100.0

Şatır % 2  
Şolon % X =2.076 SD=1 p>0.05 Fark Önemsiz

D.3) YAŞ GRUPLARINA GÖRE, HALSİZLİK YAKINMALARIN DAĞILIMI: 6-7 yaş grubunda %1.6(1 olgu), 8-9 yaş grubunda %4.1(6 olgu), 10-11 yaş grubunda %7.2 (10 olgu) ve 12-+ yaş grubunda %9.8 (6 olgu) idi. Yaş grupları arasında en fazla halsizlik yakınması 12 yaş ve üstünde ise de fark önemsizdi. Fakat yaş

ipları 9 ve öncesi ile, 10 ve sonrası diye ikiye ayrılarak  
ılan önemlilik testinde fark <sup>önemli bulundu</sup> vardı ( $p < 0.05$ ) (Tab.10).

LO 10:Yaş Gruplarına Göre, Halsizlik Yakınması Dağılımı:

Grubu	Hal.Yak.Var		Hal.Yak.Yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
1	7	3.4	201	96.6	208	51.1
+	16	8.0	183	92.0	199	48.9
al	23	5.7	384	94.3	407	100.0

:Satır % 2

:Kolon % X =5.209 SD=1  $p < 0.05$  fark önemli.

#### E.BARSAK PARAZİTLERİ YAKINMASININ DAĞILIMI:

E.1)BARSAK PARAZİTLERİ YAKINMALARININ DAĞILIMI: Deneklerin  
rsak parazitleri yakınmalarının dağılımı; gece salya akması  
6.2(66 olgu), Karın ağrısı %27.5(112 olgu), Makatta kaşıntı  
1.1(45 olgu) ve dış gıcırdatma %10.3'ünde (42 olgu) *idi.*

#### -E.2)KÖYLERE GÖRE, BARSAK PARAZİTLERİ YAKINMALARI DAĞILIMI:

Deneklerin, barsak parazitleri yakınmaları, Doğankent'te %40,0  
132 olgu), Kumurlu'da %30.8 (12 olgu), Taşçı'da %34.8 (14  
lgü) ve total öğrencilerin %38.8(158 olgu) vardı. Doğankent'  
e barsak parazitleri yakınmaları en fazla isede, aradaki fark  
nemli değildi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 11). Doktor olan ve olmayan köy-  
er şeklinde dönüştürülerek yapılan önemlilik testinde de,  
rada bir fark yoktu ( $p > 0,05$ ).

**TABLO 11: Köylere Göre, Barsak Parazitleri Yakınmaları Dağılımı**

Öyler	Par.Yak.Var		Par.Yak.Yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
oğankent	132	40.0	198	60.0	330	81.1
umurlu	12	30.8	27	69.2	39	9.6
aşçı	14	36.8	24	63.2	38	9.3
total	158	38.8	249	61.2	407	100.0

x :Satır % 2  
 xx:Kolon % X =1.320 SD=2 p>0.05 fark önemsiz.

**-E.3)CİNSLERE GÖRE, BARSAK PARAZİTLERİ YAKINMALARI DAĞILIMI:**

Erkeklerde %36.9 (90 olgu), Kızlarda %41.7'sinde (68 olgu) barsak parazitleri yakınması vardı. Kızlarda bu yakınmalar biraz fazla isede, aradaki fark önemli değildi(p>0.05) (Tablo 12).

**TABLO 12:Cinslere Göre, Barsak Parazitleri Yakınması Dağılımı:**

Cinsler	Par.Yak.Var		Par.Yak.Yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
Erkek	90	36.9	154	63.1	244	60.0
Kız	68	41.7	95	58.3	163	40.0
Total	158	38.8	249	61.2	407	100.0

x :Satır % 2  
 xx:Kolon % X =0.361 SD=1 p>0.05 fark önemsiz.

**I-E.4)YAŞ GRUPLARINA GÖRE, BARSAK PARAZİTLERİ YAKINMALARI**

**DAĞILIMI:** Deneklerin, 9 ve öncesi yaşta %42.3 (90 olgu), 10-+ yaşta ise %34.2(68 olgu)'sinde barsak parazit yakınması vardı ve aradaki önemli değildi (Tablo 13).

TABLO 13:Yaş Gruplarına Göre, Barsak Paraziti Yakınmaları

Dağılımı:

YAŞ GRUBU	Par.Yak.Var		Par.Yak.Yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
3-9	90	42.3	118	57.7	208	51.1
10-+	68	34.2	131	65.8	199	48.9
TOTAL	158	38.8	249	61.2	407	100.0

x:satır % 2

xx:kolon %  $X = 3.172$  S.D.=1  $p > 0.05$  Fark önemsiz.

**-F. İDRAR YAPARKEN YAKINMA DURUMU:**

**-F.1)İDRAR YAKINMALARININ DAĞILIMI:** Deneklerin %4.7'sinde(19 olgu) idrar yaparken yakınmadan, %4.5'i(18 olgu) gece idrara çıkmadan ve %1.7'si (7 olgu) sık sık idrara çıkmadan yakınması vardı.

**-F.2)KÖYLERE GÖRE,İDRAR YAKINMALARIN DAĞILIMI:** Doğankent'te %11.8(39 olgu),Kumurlu'da %7.7(3 olgu), Taşçı'da %5.3(2 olgu) ve genel olarak deneklerin %10.2'sinde (44 olgu) idrar yakınması vardı. İdrar yakınmaları en fazla Doğankent'te olup, köyler arasındaki fark önemli değildi( $p > 0.05$ )(Tablo 14). Doktor olan ve olmayan köyler şeklinde dönüştürülerek yapılan önemlilik testinde de bir fark yoktu. ( $p > 0.05$ )

ABLO 14: Köylere Göre İdrar Yakınlarının Dağılımı:

öyler	id.Yak.Var Sayı H.%(x)	id.Yak.Yok Sayı H.%(x)	Total Sayı H.%(xx)
oğankent	39 11.8	291 88.2	330 81.1
umurlu	3 7.7	36 92.3	39 9.6
aşçı	2 5.3	36 94.7	38 9.3
otal	44 10.2	363 89.2	407 100.0

x :Satır % 2  
xx:Kolon % X =1.954 SD=2 p>0.05 fark önemsiz.

-F.3)CİNSLERE GÖRE İDRAR YAKINMALARIN DAĞILIMI: Deneklerin, erkeklerin %13.1(32 olgu), kızların %7.3'ünde (12 olgu) idrar akınması vardı. Erkeklerdeki idrar yakınmaları, kızlardan bir miktar fazla isede, arasındaki fark önemsiz idi(p>0.05)(Tablo 15)  
TABLO 15:Cinslere Göre İdrar Yakınmalarının Dağılımı:

Cinsler	id.Şik Var Sayı H.%(x)	id.Şik.Yok Sayı H.%(x)	Total Sayı H.%(xx)
Erkek	32 13.1	212 86.9	244 60.0
Kız	12 7.3	151 92.7	163 40.0
Total	44 10.8	363 89.2	407 100.0

x :Satır % 2  
xx:Kolon % X =2.784 SD=1 p>0.05 fark önemsizdir.

I-F.4)YAŞ GRUPLARINA GÖRE İDRAR YAKINMALARIN DAĞILIMI: idrar yakınmaları, 6-7 yaşta %6.5(4 olgu), 8-9 yaşta %11.0(16 olgu) 10-11 yaşta %14.5(20 olgu) ve 12 ve üzeri yaşta ise %6.6 (4 olgu) idi. idrar yakınmaları en fazla 10-11 yaş grubunda isede, arasındaki fark önemsiz idi, Yaş grupları 9 ve öncesi ile, 10 ve sonrası şeklinde dönüştürülerek yapılan önemlilik testinde de bir fark yoktu(p>0.05) (Tablo 16).



TABLO 16:Yaş Gruplarına Göre, idrar Şikayetlerin Dağılımı:

Yaş Grubu	id.Yak.Var Sayı H.%(x)	id.Yak.Yok Sayı H.%(x)	Total Sayı H.%(xx)
6-7	4 6.5	58 93.5	62 15.2
8-9	16 11.0	130 89.0	146 35.9
10-11	20 14.5	118 85.5	138 33.9
12- +	4 6.6	57 93.4	61 15.0
Total	44 10.8	363 89.2	407 100.0

x :Satır % 2  
xx:Kolon % X =3.004 SD=3 p>0.05 Fark önemlidir.

#### I-G.GEÇİRİLEN ÖNEMLİ BAZI HASTALIKLARIN DURUMU:

I-G.1) GEÇİRİLEN BAZI HASTALIKLAR: Deneklerin %5.6'sı (23 olgu) sıtma, %1.5'i (6 olgu) otit, %1.2'si (5 olgu) pnömoni %0.5'i (2 olgu) menenjit, %0.5'i (2 olgu) infeksiyöz hepatit geçirmişti. Doğankent'te sıtma, diğer köylere göre fazla idi. Taşçı'da sıtma öyküsü olan denek yoktu (Tablo 17).

TABLO 17:Geçirilen Önemli Bazı Hastalıkların Dağılımı:

Hastalık Adı	Sayı	H.%	n=407
Sıtma	23	5.6	
Otit	6	1.5	
Pnömoni	5	1.2	
inf.Hepatit	2	0.5	
Menenjit	2	0.5	
Diğer	3	0.7	
Total	41	10.1	

#### I-G.2)KÖYLERE GÖRE, GEÇİRİLEN BAZI HASTALIKLARIN DAĞILIMI:

Doğankent'te %9.1 (30 olgu), Kumurlu'da %25.6 (10 olgu), Taş-

ı'nda %2.6 (1 olgu) ve tüm deneklerin %10.1 (41 olgu) geçirilen hastalık öyküsü vardı. Geçirilen bazı önemli hastalık umurlu'da en fazla olup, aradaki fark önemli idi, fakat oktor olan ve olmayan köyler şeklinde dönüştürülerek yapılan nemlilik testinde de, bir fark yoktu ( $p>0.05$ ) (Tablo 18).

TABLO 18: Köylere Göre, Geçirilen Bazı Önemli Hast. Dağılımı

Köyler	Hast.Öyk.var		Hast.Öyk.yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
Doğankent	30	9.1	300	90.9	330	81.1
Diğer Köyler	11	14.3	66	85.7	77	18.9
Total	41	10.1	366	89.9	407	100.0

x : Satır % 2  
 xx : Kolon % X =1.860 SD=1  $p>0.05$  Fark önemsizdir.

**I-G.3) CİNSLERE GÖRE, GEÇİRİLEN BAZI ÖNEMLİ HAST. DAĞILIMI:** Erkeklerde %11.1 (27 olgu), Kızlarda %8.6 (14 olgu) geçirilen bazı önemli hastalık öyküsü vardı, erkeklerde biraz fazla olmasına karşılık, aradaki fark önemli değildi ( $p>0.05$ ) (Tablo 19).

TABLO 19: Cinslere Göre, Geçirilen Bazı Hast. Dağılımı

CİNS	G.Has.Var		G.Has.Yok		TOTAL	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
Erkek	27	11.1	217	88.9	244	60.0
Kız	14	8.6	149	91.4	163	40.0
TOTAL	41	10.1	366	89.9	407	100.0

x: satır % 2  
 xx: kolon % X =0.416 S.D.=1  $p > 0.05$  Fark önemsiz.

I-G.4) YAŞ GRUPLARINA GÖRE, GEÇİRİLEN BAZI ÖNEMLİ HASTALIK DAĞILIMI:Deneklerin, 6-7yaşta %4.8(2 olgu), 8-9 yaşta %8.9(13 olgu),10-11 yaşta %13.0 (18 olgu)ve 12-+ yaşta %11.5(7 olgu) sinde bazı önemli hastalık öyküsü vardı. Geçirilen bazı önemli hastalık öyküsü,10. yaşından sonra bir artma gösteriyordu, fakat anada önemli bir fark yoktu ( $p>0.05$ ) (Tablo 20). Yaş grupları,9 ve öncesi ile 10 ve üstü şekline dönüştürülerek yapılan önemlilik testinde de bir fark yoktu.

TABLO 20:Yaş Gruplarına Göre,Geçirilen Bazı Önemli Hastalık Dağılımı:

Yaş Grupları	G.Hst.Var		G.Hst.Yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
6-7	3	4.9	59	95.2	62	15.2
8-9	13	8.9	133	91.1	146	35.9
10-11	18	13.0	120	87.0	138	33.9
12-+	7	11.5	54	88.5	62	19.0
Total	41	10.1	366	89.9	407	100.0

x :Satır % 2  
xx:Kolon % X =3.572 SD=3  $p>0.05$  fark önemsiz.

#### I-H.BAŞARI DURUMU

I-H.1)Köylere Göre Başarı Durumu:Öğretmenlerden alınan bilgiye göre,Doğankent'te başarısız öğrenci hızı %18.8 (62 olgu), Kumurlu'da %7.7(3 olgu), Taşçı'da %2.7(1 olgu) ve genel olarak deneklerin %16.6'sı (66 olgu) başarısız idi. Köylere göre başarısız öğrenci hızı en fazla Doğankent'te olup, köyler arasında başarısızlık hızı yönünden istatistiksel olarak fark çok önemli idi ( $p<0,001$ ) (Tablo 21).

TABLO 21: Köylere Göre, Başarı Durumu Dağılımı:

Köyler	Baş.Zayıf Sayı H.%(x)	Baş Orta Sayı H.%(x)	Baş iyi Sayı H.%(x)	Total S.H.%(xx)
Doğankent	62 18.8	136 41.2	132 40.0	330 81.1
Kumurlu	3 7.7	9 23.1	27 69.2	39 9.6
Taşcı	1 2.7	8 21.1	29 73.3	38 9.3
Total	66 16.2	153 37.6	188 46.2	407 100.0

x: Satır % 2

xx: Kolon % X =28.307 SD=4 p<0.001 fark çok önemli

**I-H.2) CİNSE GÖRE, BAŞARI DURUMU DAĞILIMI:** Deneklerin

%16.2'si başarısız, %45.2'sinin başarısızının iyi olduğu, bu başarısızlık hızı erkeklerde %18.4, kızlarda ise %12.9 olup aradaki fark önemli idi (Tablo 22) (p<0.05).

TABLO 22: Cinsine Göre Başarı Durumu Dağılımı:

CİNS	Baş.zayıf S.Hız%(x)	Baş.orta S.Hız%(x)	Baş. iyi S.Hız%(x)	TOTAL S.Hız%(xx)
ERKER	45 18.4	101 41.4	98 40.2	244 60.0
KIZ	21 12.9	52 31.9	90 55.2	163 40.0
TOTAL	66 16.2	153 37.6	188 45.2	407 100.0

x: satır % 2

xx: kolon % X =8.996 S.D.=2 p<0.05 Fark önemli.

**I-H.3) YAŞ GRUPLARINA GÖRE, BAŞARI DURUMU DAĞILIMI:**

Deneklerin, 9 ve daha küçük yaşta olan öğrencilerin başarısızlık hızı daha az (%13.4'e karşılık %17.1), başarıda ise daha çok (52.4'e karşılık %39.7) oldukları ve aradaki farkın önemli olduğu tesbit edildi (Tablo 23) (p<0.05).

TABLO:23 Yaş Gruplarına Göre, Başarı Durumu Dağılımı

YAŞ GRUBU	Baş zayıf S.Hız%(x)		Baş orta S.Hız(x)		Baş iyi S.Hız(x)		TOTAL S.Hız(xx)	
6-9	32	15.4	67	32.7	109	52.4	208	51.1
10-+	34	17.1	86	43.2	79	39.7	199	48.9
Total	66	16.2	153	37.6	188	45.2	407	100.0

x:satır % 2  
 xx:kolon % X =7.612 S.D.=2 p<0.05 Fark önemli.

**I-H.4) KARDEŞ SAYILARINA GÖRE, BAŞARI DURUMU DAĞILIMI:** Kardeş sayısı 4 ve daha az olan öğrencilerde başarı durumu zayıf olanlar %19.9, 5-8 kardeşi olanlar %15.3, 9 ve daha fazla kardeşi olanlarda ise %8.9 başarısızlık hızı vardı. Deneklerde başarısızlık hızı, kardeş sayısı arttıkça azalıyordu. Yaş gruplarına göre bu başarısızlık hızı, kardeş sayısı 4'ten az olan deneklerde en yüksek, kardeş sayısı 9 ve daha fazla olan deneklerde en azdı. Aradaki fark önemiye yakındı. (p=0.07) (Tablo 24).

TABLO 24: Kardeş Sayılarına Göre, Başarı Durumu Dağılımı:

Kardeş Sayısı	Baş.Zay. S.H.%(x)		Baş.Orta S.H.%(x)		Baş.iyi S.H.%(x)		Total S.H.%(xx)	
0-4	27	19.9	39	28.7	70	51.5	136	33.4
5-8	35	15.5	93	41.2	98	43.4	226	55.5
9-+	4	8.9	21	46.7	20	44.4	45	11.1
Total	66	16.2	153	37.6	188	46.2	407	100.0

x :Satır % 2  
 xx:Kolon % X =8.538 SD=4 p=0.0798 fark önemsiz.

## II-ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

II-A.1) YAŞLARA GÖRE, ERKEKLERDE AĞIRLIK ORTALAMASI: 6 yaşta 20.3 Kg., 7 yaşta 21.9 Kg., 8 yaşta 22.5 Kg., 9 yaşta 27.1 Kg. 10 yaşta 28.9 Kg., 11 yaşta 30.8 Kg., 12 yaşta 32.2 Kg., 13 yaşta 38.5 Kg idi (Tablo 25) (Grafik 1).

TABLO 25: Yaşlara Göre Erkeklerde Ağırlık Ortalaması (Kg)

Yaş	Sayı	Ort.Ağ. (x)	(Min. (xx)	Maks. ) (xxx)
6	3	20.3	19	21
7	34	21.9	17	32
8	35	22.5	19	28
9	42	27.1	20	38
10	44	28.9	22	35
11	34	30.8	22	47
12	30	32.2	25	40
13	15	38.5	22	50
Total		244		

x : Araştırmamızın bulgusu  
xx: Minimum Ağırlık  
xxx: Maksimum ağırlık

II-A.2) YAŞLARA GÖRE, KIZLARDA AĞIRLIK ORTALAMASI: 6 yaşta 17.0 Kg., 7 yaşta 19.4 Kg., 8 yaşta 22.6 Kg., 9 yaşta 25.4 Kg., 10 yaşta 27.2 Kg., 11 yaşta 31.9 Kg., 12 yaşta 24.5 Kg., 13 yaşta 33.0 Kg. idi (Tablo 26) (Grafik 2).

TABLO 26: Yaşlara Göre, Kızlarda Ağırlık Ortalaması (Kg).

Yaş	Sayı	Ort.Ağ. (x)	(Min.ağ. (xx)	Maks.ağ.) (xxx)
6	2	17.0	16	18
7	23	19.4	15	27
8	34	22.6	18	27
9	35	25.4	21	34
10	33	27.2	21	33
11	27	31.9	24	47
12	6	24.5	21	38
13	1	33.0	-	-

Total 163

x: Araştırmamızın Bulgusu  
xx: Minimum Ağırlık  
xxx: Maksimum Ağırlık

**II-B.1) YAŞLARA GÖRE, ERKEKLERDE BOY ORTALAMASI: 6 yaşta**

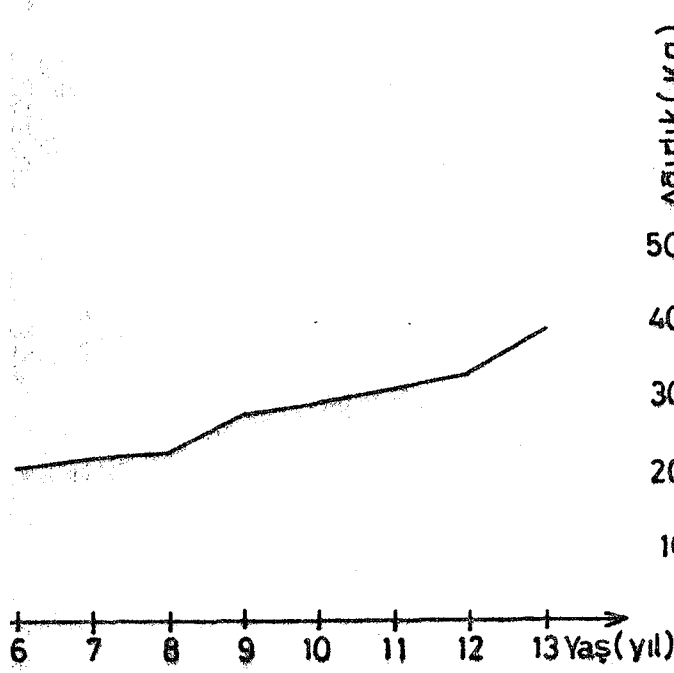
118.7cm, 7 yaşta 115.6 cm, 8 yaşta 122.4 cm, 9 yaşta 129.3 cm, 10 yaşta 128.4 cm, 11 yaşta 136.4 cm, 12 yaşta 137.6 cm, 13 yaşta 149.5 cm, 14 yaşta 147.4 cm ve 15 yaşta 158.5 cm idi (Tablo 27) (Grafik 3).

TABLO 27: Yaşlara Göre, Erkeklerde Boy Ortalaması (cm) .

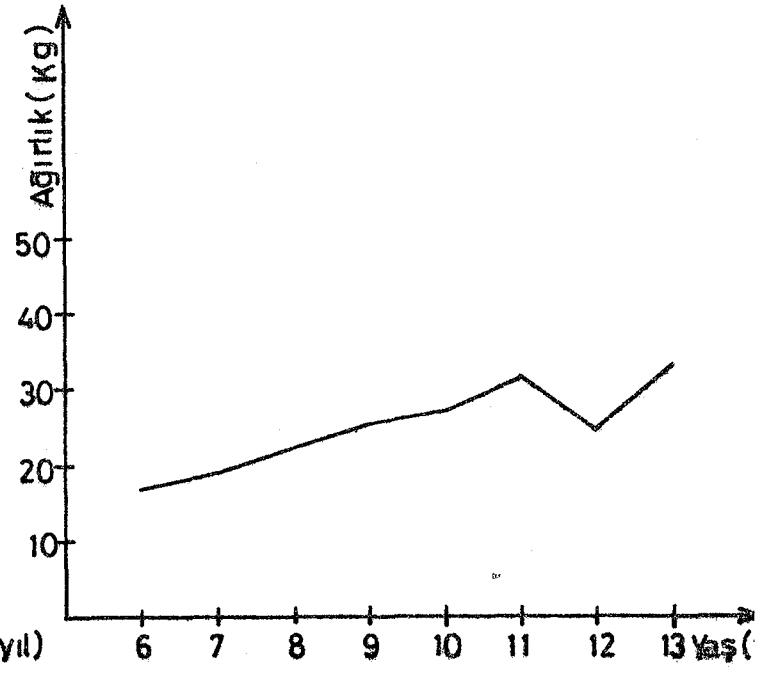
Yaş	Sayı	Boy.Ort. (x)	(Min.Boy (xx)	Maks.Boy) (xxx)
6	3	118.7	115	122
7	34	115.6	108	126
8	35	122.4	113	136
9	42	129.3	116	142
10	44	128.4	123	159
11	34	136.4	125	146
12	30	137.6	130	147
13	15	149.5	137	163
14	5	147.4	135	146
15	2	158.5	156	161

Total 244

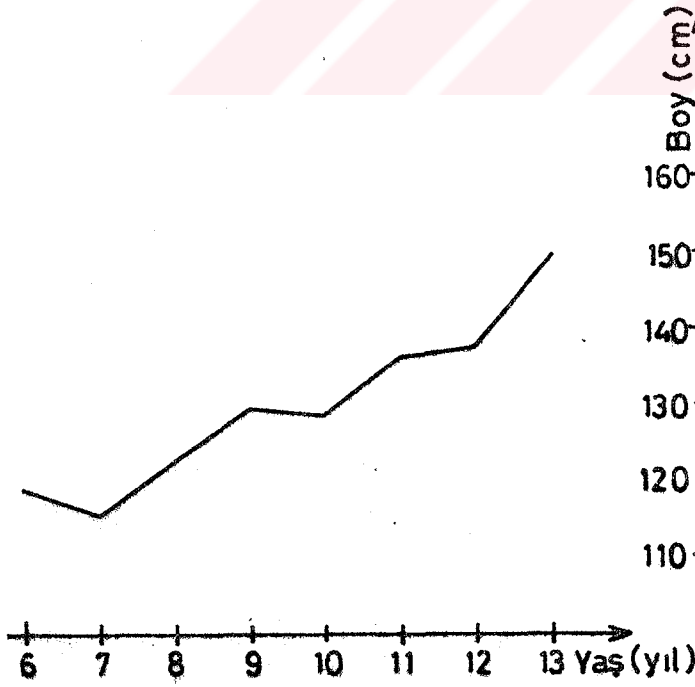
x: Araştırmamızın Bulgusu  
xx: Minimum Boy  
xxx: Maksimum Boy Standardı



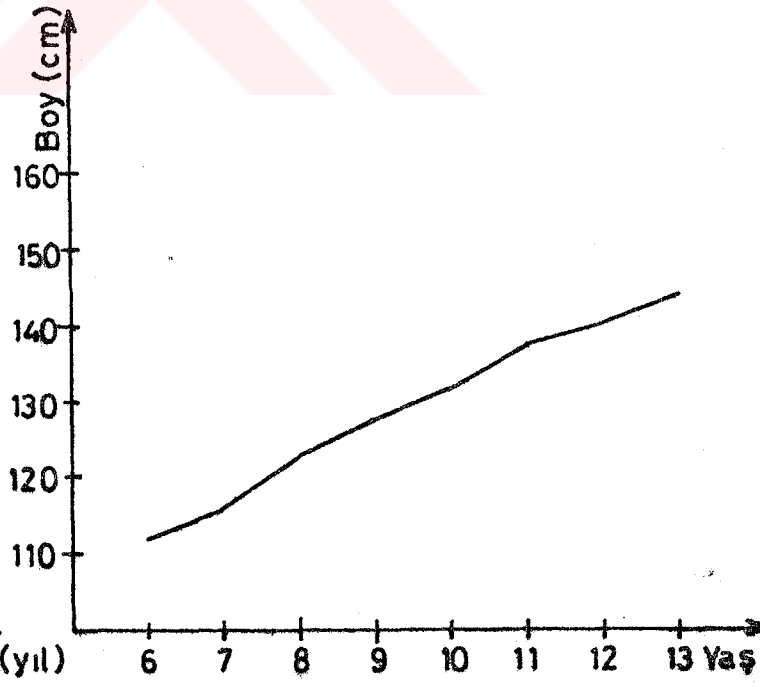
ERKEK-AĞIRLIK  
ŞEKİL : 1



KIZ-AĞIRLIK  
ŞEKİL : 2



ERKEK-BOY  
ŞEKİL : 3



KIZ-BOY  
ŞEKİL : 4



II-B.2) YAŞLARA GÖRE, KIZLARDA BOY ORTALAMASI: 6 yaşta 112.0 cm, 7 yaşta 115.9 cm, 8 yaşta 122.4 cm, 9. yaşta 127.2 cm, 10 yaşta 131.4 cm, 11 yaşta 137.3 cm, 12 yaşta 140.0 cm ve 13 yaşta 144.0 cm idi (Tablo 28) (Grafik 4).

TABLO 28: Yaşlara Göre, Kızlarda Boy Ortalaması (cm)

YAŞLAR	Sayı	Ort. (x)	(Min.Boy (xx)	Maks.Boy) (xxx)
6	2	112.0	110	114
7	23	115.9	110	127
8	34	122.4	113	136
9	35	127.2	118	144
10	33	131.4	121	142
11	27	137.3	125	147
12	6	140.0	126	153
13	1	144.0	-	-
14	1	148.0	-	-
15	1	135.0	-	-
Total	163			

x: Araştırmamız bulgusu  
xx: Minimum boy  
xxx: Maksimum boy

### III-FİZİK MUAYENE BULGULARI

#### III-A.K.B.B. HASTALIKLARI BULGULARI:

III-A.1) K.B.B. HASTALIKLARI DAĞILIMI: Deneklerin yapılan muayenesinde; Hipertrofik tonsil %35.4 (144 olgu), Buşon %16.4 (68 olgu), Otit %7.6 (31 olgu), rinit %5.4 (22 olgu), septum deviasyonu %1.7 (7 olgu), perforate kulak zarı %0.7 (3 olgu), otomikoz %0.5 (2 olgu), tesbit edildi. Diğerleri; yarık damak kulakta yabancı cisim, immatür kulak (Tablo 29). Yaptığımız araştırmada, öğrencilerin %61.4'ünde K.B.B. Hastalığı olduğu tesbit edildi. Yapılan fısıltı testinde, deneklerin %1.4'ünde

(7 olgu) işitme azlığı, 1 olguda işitme yoktu.

TABLO 29:K.B.B.Hastalıkları Dağılımı:

Hastalık Adı	Sayı	Hız%	n=407
Hipertrofik tonsil	144	35.4	
Buşon	68	16.7	
Otit	31	7.6	
Rinit	22	5.4	
Septum Deviasyonu	7	1.7	
Perfore zar	3	0.7	
Otomikoz	2	0.5	
Diğer	3	0.7	
Total	250	61.4	

**III-A.2) KÖYLERE GÖRE, K.B.B. HASTALIKLARI DAĞILIMI:**

Doğankent'te %59.4 (196 olgu), Kumurlu'da %76.9 (30 olgu), Taşcı'da %63.2 (24 olgu) ve genel olarak deneklerin %61.4 (250 olgu)'sında K.B.B.Hastalığı vardı. Köyler arasında en fazla Kumurlu'da olup, aradaki fark önemli değildi ( $p>0.05$ ) (Tablo 30).

TABLO 30: Köylere Göre, K.B.B.Hastalığı Dağılımı:

Köyler	K.B.B.H.Var		K.B.B.H.Yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
Doğankent	196	59.4	134	40.6	330	81.1
Kumurlu	30	76.9	8	23.1	39	9.6
Taşcı	24	63.2	14	36.8	38	9.3
Total	250	61.4	157	38.6	407	100.0

x :Satır % 2 -  
xx:Kolon % X =4.576 SD=2 p>0.05 Fark önemsiz.

**III-A.3) CİNSLERE GÖRE, K.B.B. HASTALIKLARI DAĞILIMI:** Erkeklerde %61.1 (149 olgu), kızlarda ise %62.0 (101 olgu) olduğu tesbit edildi. *Kızlarda* biraz fazla olmasına karşılık,

aradaki fark önemli değildi ( $p>0.05$ ) (Tablo 31).

TABLO 31:Cinslere Göre,K.B.B.Hastalıkları Dağılımı:

Cinsler	K.B.B.H.Var		K.B.B.H.Yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
Erkek	149	61.1	95	38.9	244	60.0
Kız	101	62.0	62	38.0	163	40.0
Total	250	61.4	157	38.6	407	100.0

x :Sadır % 2

xx:Kolon % X =0.006 SD=1  $p> 0.05$  Fark önemsiz

### III-A.4)YAŞ GRUPLARINA GÖRE,K.B.B.HASTALIKLARI DAĞILIMI:

6-7 yaş grubunda %64.5(40 olgu), 8-9 yaş grubunda %63.0(92 olgu), 10-11 yaş grubunda %58.7 (81 olgu) ve 12-+ yaş grubun %32.8 (20 olgu) K.B.B.Hastalığı vardı. Yaş arttıkça K.B.B. Hastalıkları azaldığı görülüyordu fakat aradaki fark önemli değildi (Tablo 32),( $p > 0.05$ ).

TABLO 32:Yaş Gruplarına Göre,K.B.B.Hastalıkları Dağılımı:

Yaş Grubu	K.B.B.Has.Var		K.B.B.Has.Yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
6-7	40	64.5	22	35.5	62	15.2
8-9	92	63.0	54	37.0	146	35.9
10-11	81	58.7	57	41.3	138	33.9
12-+	37	60.7	24	39.3	61	15.0
Total	250	61.4	157	38.4	407	100.0

x :Sadır % 2

xx:Kolon % X =0.85 SD=3  $p>0.05$  Fark önemsiz

III-B.1)KÖYLERE GÖRE,DIŞ HASTALIKLARI DAĞILIMI: Deneklerin, %49.9'unda (203 olgu), Diş hastalığı vardı. Bunların köylere göre dağılımı; Doğankent'te %49.1 (162 olgu), Kumurlu'da

%53.8 (21 olgu), Taşcı'da ise %52.6 (20 olgu) idi. Köyler arasında diş hastalıkları yönünden önemli bir fark yoktu. ( $p>0.05$ ) (Tablo 33).

TABLO 33: Köylere Göre, Diş Hastalıkları Dağılımı:

Köyler	Diş Has.Var		Diş Has.Yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
Doğankent	162	49.1	168	50.9	330	81.1
Kumurlu	21	53.8	18	46.2	39	9.6
Taşcı	20	52.6	18	47.4	38	9.3
Total	203	49.9	204	50.1	407	100.0

x : Satır % 2

xx: Kolon %  $X = 0.8014$  SD=2  $p>0.05$  Fark önemsiz.

**III-B.2) YAŞ GRUPLARINA GÖRE, DIŞ HASTALIKLARI DAĞILIMI:** Deneklerin, 6-7 yaş grubunda %43.5(27 olgu), 8-9 yaş grubunda %65.1(95 olgu), 10-11 yaş grubunda %44.2 (61 olgu) 12-+ yaş grubunda ise %32.8(20 olgu) diş hastalığı vardı. Deneklerin diş hastalığı yönünden en az, 12 ve üstü yaşta, en fazla ise, süt dişlerinin değiştirildiği 8-9 yaş grubunda olduğu ve arasındaki farkın önemli olduğu tesbit edildi ( $p<0.001$ ) (Tablo 34).

TABLO 34: Yaş Gruplarına Göre, Diş Hastalıkları Dağılımı:

Yaş Grubu	Diş Has.Var.		Diş.Has.Yok.		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
6-7	27	43.5	35	56.5	62	15.2
8-9	95	65.1	51	34.9	146	35.9
10-11	61	44.2	71	55.8	138	33.9
12-+	20	32.8	41	67.4	61	15.0
Total	203	49.9	204	50.1	407	100.0

x : Satır % 2

xx: Kolon %  $X = 23.375$  SD=3  $p<0.001$  Fark çok önemli.

### III-C.CİLT HASTALIKLARI BULGULARI:

III-C.1)CİLT HASTALIKLARI DAĞILIMI: Muayene edilen 407 denekten 86'sında (%21.1) cilt hastalığı saptandı. Bunların, %71.2 (29 olgu) pitriazis alba, %61.4'ü (25 olgu) pedikülozis, %17.2 (7 olgu) atopik dermatit, %14.7 (6 olgu) impetigo, %7.4 (3<sup>er</sup> olgu)'su verru, fronkül ve su çiçeği, %4.9(2<sup>şer</sup> olgu) gale, perleç ve herpes simpleks idi (Tablo 35).

Tablo 35:Cilt Hastalıkları Dağılımı:

Hastalık Adı	Sayı	%	(n=407)
Pitriazis alba	29	7.1	
pedikülozis	25	6.1	
atopik dermatit	7	1.7	
impetigo	6	1.5	
verru	3	0.7	
fronkül	3	0.7	
su çiçeği	3	0.7	
gale	2	0.5	
herpes simpleks	2	0.5	
perleç	2	0.5	
diğerleri.	4	1.0	
Total	86	21.1	

Diğerleri: Nevüs, Xserozis, T.vercicalor, Fistürize Disapsesi.

III-C.2)KÖYLERE GÖRE,CİLT HASTALIKLARI DAĞILIMI: Doğan kent'te %17.9(59 olgu), Kumurlu'da %30.8(12 olgu) ve Taşcı'da %39.5 (15 olgu) cilt hastalığı vardı. Cilt hastalığı en fazla Taşcıda olup, diğer köylerle aradaki fark önemli idi ( $p<0.05$ ) (Tablo 36).

TABLO 36: Köylere Göre, Cilt hastalıkları Dağılımı:

Köyler	Cilt Has.Var		Cilt Has.Yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
Doğankent	59	17.9	271	82.1	330	81.1
Kumurlu	12	30.8	27	69.2	39	9.6
Taşçı	15	39.5	23	60.5	38	9.3
Total	86	21.1	321	78.9	407	100.0

x :Satır % 2  
xx:Kolon % X =11.94 SD=2 p<0.05 Fark önemli.

**III-C.3)CİNSLERE GÖRE, CİLT HASTALIKLARI DAĞILIMI:** Cilt

hastalığı erkeklerde %18.0(44 olgu), kızlarda ise %25.8(42 olgu) idi. Kızlarda saptanan cilt hastalığı, erkeklerden fazla olup, aradaki fark istatistik yönünden önemli idi (p<0.05) (Tablo 37).Deri hastalıklarına dahil edilen bit yalnız kız öğrencilerde görülmüştür.Bit vakaları çıkarıldıktan sonra yapılan önemlilik testinde deri hastalıkları anlamlı bir şekilde erkeklerde daha fazla idi (P<0.05).

TABLO 37:Cinse Göre, Cilt Hastalığı Dağılımı:

Cinsler	Cilt. Has.Var		Cilt.Has.Yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
Erkek	44	18.0	200	82.0	244	60.0
Kız	42	25.8	121	74.2	163	40.0
Total	86	21.1	321	78.9	407	100.0

x :Satır % 2  
xx:Kolon % X =3.95 SD=1 p<0.05 Fark önemli.

**III-C.4)YAŞ GRUPLARINA GÖRE,CİLT HASTALIGI DAĞILIMI:** Denek-

lerin, 6-7 yaşta %27.4 (12 olgu), 8-9 yaşta %19.1 (28 olgu)

10-11 yaşta %24.5 (34 olgu) ve 12-+ yaşta %11.4(7 olgu) idi. 6-7 yaş grubunda cilt hastalığı, diğer yaş gruplarındaki öğrencilerden bir miktar fazla isede aradaki fark önemsizdi. ( $p>0.05$ ) (Tablo 38).Yaş grupları 11 ve öncesi ile 12 ve sonrası şeklinde ayrılarak yapılan önemlilik testinde arada önemli bir vardı ( $P<0.05$ ).

TABLO 38:Yaş Gruplarına Göre,Cilt Hastalığı Dağılımı:

Yaş Grubu	Cilt H.Var		Cilt H.Yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
6-7	17	27.4	45	72.6	62	15.2
8-9	28	19.1	118	80.9	146	35.9
10-11	34	24.5	104	75.5	138	33.9
12-+	7	11.4	54	88.6	61	15.0
Total	86	21.1	321	78.9	407	100.0

x :Satır % 2

xx:Kolon % X =4.04 SD=3  $p>0.05$  Fark önemsiz.

### III-D.SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARI BULGULARI

III-D.KÖYLERE GÖRE,SOLUNUM SİST.HAST.DAĞILIMI: Deneklerin, %13.5'inde(55 olgu) üst solunum yolu enfeksiyonu ve %6.4'ünde (26 olgu) bronşit vardı. Bunların köylere göre dağılımı: Doğkent'te %20.0 (66 olgu), Kumurlu'da %11.3 (4 olgu), Taşçı'da ise %28.9 (11 olgu) ve genel olarak %19.9 (81 olgu) de sol. sist. hastalığı olup, köyler arasında önemli bir fark yoktu (Tablo 39)( $p>0.05$ ).

TABLO 39: Köylere Göre, Sol. Sist. Hast. Dağılımı:

KÖYLER	Sol. Hst. Var		Sol. Hst. Yok		TOTAL	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
DOĞANKENT	66	20.0	264	80.0	330	81.1
KUMURLU	4	10.3	35	89.7	39	9.6
TAŞCI	11	28.9	27	71.1	38	9.3
TOTAL	81	19.9	326	80.1	407	100.0

x: satır % 2  
xx: kolon % X =4.229 S.D.=2 p>0.05 Fark önemsiz.

**III-D.2) CİNSLERE GÖRE, SOLUNUM HAST. DAĞILIMI:** Erkeklerde %17.2 kızlarda ise %23.9 hızında solunum hastalığı olup cinsler arasında önemli bir fark yoktu (Tablo 40) (p>0.05).

TABLO 40: Cinslere Göre, Solunum hast. Dağılımı

CİNS	Sol. Hst. Var		Sol. Hst. Yok		TOTAL	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
Erkek	42	17.2	202	82.8	244	60.0
Kız	39	23.9	124	76.1	163	40.0
TOTAL	81	19.9	326	80.1	407	100.0

x: satır % 2  
xx: kolon % X =2.358 S.D.=1 p 0.05 Fark önemsiz.

**III-D.3) YAŞ GRUPLARINA GÖRE, SOLUNUM HAST. DAĞILIMI:** DENEKLERİN, 9 ve öncesi yaşta %18.7 (39 olgu) ile 10 ve sonrası yaşta %21.1 (42 olgu) solunum hast. olup yaş grupları arasında önemli bir fark yoktu (Tablo 41) (p>0.05).



TABLO 41:Yaş Gruplarına Göre, Sol.Hast. Dağılımı

YAŞ GRUBU	Sol.Has.Var Sayı H.%(x)	Sol.Has.Yok Sayı H.%(x)	TOTAL Sayı H.%(xx)
6-9	39 18.7	169 81.3	208 51.1
10-+	42 21.1	157 78.9	199 48.9
TOTAL	81 19.9	326 80.1	407 100.0
x: satır %	2		
xx: kolon %	X =0.222	S.D.=1	p>0.05 Fark önemsiz.

## III-E.GÖZ HASTALIKLARI BULGULARI:

III-E.1)KÖYLERE GÖRE,GÖZ HASTALIKLARI DAĞILIMI: Doğankent'te %7.9(26 olgu), Kumurlu'da %15.4(6 olgu), Taşcı'da %18.4 (7 olgu) ve genel olarak deneklerin %9.6'sinde (39 olgu)göz hastalığı vardı.Doğankent'teki öğrencilerde, göz hastalıkları hızı, diğer 2 köydeki öğrencilerden daha düşük olup, aradaki fark önemli idi ( $p<0.001$ ) (Tablo 42).

TABLO 42:Köylere Göre Göz,Hastalıkları Dağılımı:

Köyler	Göz.Has.Var Sayı H.%(x)	Göz.Has.Yok Sayı H.%(x)	Total Sayı H.%(xx)
Doğankent	26 7.9	304 92.1	330 81.1
Kumurlu	6 15.4	33 84.6	39 9.6
Taşcı	7 18.4	31 81.9	38 9.3
Total	39 9.6	368 90.4	407 100.0
x :Satır %	2		
xx:Kolon %	X =6.047	SD=2	p<0.001 Fark önemli.

III-E.2)CİNSLERE GÖRE,GÖZ HASTALIKLARI DAĞILIMI: Erkeklerde göz hastalığı %10.7(26 olgu), kızlarda ise %8.0(13 olgu) idi. erkeklerde göz hastalığı hızı kızlardan fazla olup, aradaki fark önemsiz idi ( $p>0.05$ ) (Tablo 43).

TABLO 43:Cinslere Göre,Göz Hastalıkları Dağılımı:

Cinsler	Göz Has.Var		Göz Has.Yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
Erkek	26	10.7	208	89.3	244	60.0
Kız	13	8.0	150	92.0	163	40.0
Total	39	9.6	368	90.4	407	100.0

x :Satır % 2  
 xx:Kolon % X =0.536 SD=1 p 0.05 Fark önemsiz.

III-E.3) YAŞ GRUPLARINA GÖRE,GÖZ HASTALIĞI DAĞILIMI: Deneklerin, 6-9 yaşta %10.1 (21 olgu), 10-+ yaşta %9.0 (18 olgu), göz hastalığı vardı, yaş grupları arasındaki fark önemsizdi (P 0.05) (Tablo 44).

TABLO 44: Yaş Gruplarına Göre,Göz Hastalığı Dağılımı:

Yaş Grubu	Göz Has.var		Göz Has.yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
6-9	21	10.1	187	89.9	208	51.1
10-+	18	9.0	181	91.0	199	48.9
Total	39	9.6	368	90.4	407	100.0

x :Satır % 2  
 xx:Kolon % X =0.037 SD=1 p>0.05 Fark önemsiz.

### III-F.GÖRME DURUMU:

III-C.1)KÖYLERE GÖRE,REFRAKSİYON KUSURU DAĞILIMI: Doğankent'te %6.7(22 olgu), Kumurlu'da %5.1(2 olgu), Taşcı'da %13.2 (5 olgu) ve genel olarak deneklerin %7.1'i(29 olgu)kırma kusuru vardı. Kırma kusuru köyler arasında en fazla Taşcı'da olup, aradaki fark önemli değildi.Doktor olan ve olmayan köyler şeklinde düzenlenerek yapılan önemlilik testinde de,bir fark yoktu (p>0.05) (Tablo 45).

TABLO 45: Köylere Göre, Kirma Kusuru Dağılımı:

Köyler	Kır.Kus.Var Sayı H.%(x)	Kır.Kus.Yok Sayı H.%(x)	Total Sayı H.%(xx)
Doğankent	22 6.7	308 93.3	330 81.1
Kumurlu	2 5.1	37 94.9	39 9.6
Taşçı	5 13.1	33 86.8	38 9.3
Total	29 7.1	378 92.9	407 100.0
x :Sadır %	2		
xx:Kolon %	X =2.4296	SD=2	p>0.05 Fark önemsiz.

**III-F.2) CİNSLERE GÖRE, KIRMA KUSURU DAĞILIMI:** Deneklerin, erkeklerde %7.4 (18 olgu), kızlarda %6.7(11 olgu) kirma kusuru vardı. Erkeklerde kirma kusuru, kızlardan bir miktar fazla bulunmuş isede, aradaki fark önemli değildi ( $p>0.05$ )(Tablo 46)

TABLO 46: Cinslere Göre, Kirma Kusuru Dağılımı:

Cinsler	Kır.Kus.Var Sayı H.%(x)	Kır.Kus.Yok Sayı H.%(x)	Total Sayı H.%(xx)
Erkek	18 7.4	226 92.6	244 60.0
Kız	11 6.7	152 93.3	163 40.0
Total	29 7.1	378 92.9	407 100.0
x :Sadır %	2		
xx:Kolon %	X =0.002	SD=1	p>0.05 Fark önemsiz

**III-F.3) YAŞ GRUPLARINA GÖRE, KIRMA KUSURU DAĞILIMI:** Deneklerin, 6-7 yaş grubunda %4.8 (3 olgu), 8-9 yaş grubunda %5.9 (10 olgu), 10-11 yaş grubunda %7.3 (10 olgu) ve 12 ve üstü yaşta %9.9(6 olgu) kirma kusuru vardı. Yaş arttıkça kirma kusuru artıyordu. Fakat aradaki fark önemli değildi ( $p>0.05$ ) (Tablo 47). Yaş grupları 9 ve öncesi ile 10 ve sonrası şeklinde düzenlenerek yapılan önemlilik testinde de bir fark yoktu.

TABLO 47:Yaş Gruplarına Göre, Kıırma Kusuru Dağılımı

Yaş Grubu	Kır.Kus.Var Sayı H.%(x)	Kır.Kus.Yok Sayı H.%(x)	Total Sayı H.%(xx)
6-7	3 4.8	59 95.2	62 15.2
8-9	10 5.9	136 94.1	146 35.9
10-11	10 7.3	128 92.7	138 33.9
12-+	6 9.9	55 90.1	61 15.0
Total	29 7.1	378 92.9	407 100.0

x :Satır % 2  
xx:Kolon % X =1.188 SD=3 p>0.05 Fark önemsiz

### III-G.ÜROGENİTAL SİSTEM HASTALIKLARI BULGULARI:

#### III-G.1)ERKEKLERDE SÜNNET DURUMU:

III-G.1)a:KÖYLERE GÖRE,SÜNNET DURUMUNUN DAĞILIMI: Deneklerin Doğankent'te %54.8 (114 olgu), Kumurlu'da %66.7 (12 olgu), Taşcı'da %27.8 (8 olgu) ve genel olarak erkek öğrencilerin %53.7'sinin (131 olgu) sünnetsiz olduğu tesbit edildi. Köyler arasında Kumurlu'da sünnetsizler en fazla isede,aradaki fark önemsizdi (p>0.05) (Tablo 48). Sağlık personeli olan (Doğankent ile Kumurlu) ile olmayan (Taşcı) köyler ayrılarak yapılan önemlilik testinde fark önemli idi (P<0.05),

TABLO 48:Köylere Göre,Erkeklerin Sünnet Durumu Dağılımı:

Köyler	Sünnetsiz Sayı H.%(x)	Sünnetli Sayı H.%(x)	Total Sayı H.%(xx)
Doğankent	114 54.8	94 45.2	208 85.2
Kumurlu	12 66.7	6 33.3	18 7.4
Taşcı	5 27.8	13 72.2	18 7.4
Total	131 53.7	113 46.3	244 100.0

x :Satır % 2  
xx:Kolon % X =3.352 SD:2 p>0.05 Fark önemsiz.

### III-G.1)b: YAŞ GRUPLARINA GÖRE, SÜNNET DURUMU DAĞILIMI:

6-7 yaş grubunda %67.6 (25 olgu), 8-9 yaş grubunda %57.1 (44 olgu), 10-11 yaş grubunda %56.4(44 olgu), 12-+ yaşta ise %34.6 (18 olgu) hızında erkekler sünnetsiz idi. Yaş arttıkça sünnetsiz erkeklerin sayısı azalıyordu ve aradaki fark önemli idi ( $p < 0.05$ ) (Tablo 49).

TABLO 49:Yaş Gruplarına Göre,Sünnet Durumu Dağılımı:

Yaş Grubu	Sünnetsiz Sayı H.%(x)	Sünnetli Sayı H.%(x)	Total Sayı H.%(xx)
6-7	25 67.6	12 32.4	37 15.2
8-9	44 57.1	33 42.9	77 31.6
10-11	44 56.4	34 43.6	78 32.0
12-+	18 34.6	34 65.4	52 21.3
Total	131 53.7	113 46.3	244 100.0

x :Satır % 2  
xx:Kolon % X =11.077 SD=3 P<0.05 Fark önemli.

III-G.2)KIZLARDA SEKONDER SEKS KAREKTER GELİŞİMİ: Kızların, %5.5'inde (9 olgu), Sekonder Seks karakterleri gelişmiş durumda idi. Bunlardan 1 olgu 15 yaşında, 1 olgu 14 yaşında, 2 olgu 12 yaşında ve 3 olgu 11 yaşında idi.

III-G.3)ERKEKLERDE TESTİS DURUMU: Erkeklerin %1.6'sında (4 olgu) ektopik testis vardı.

III-H.DOLAŞIM SİSTEMİ HASTALIKLARI BULGULARI: Deneklerin yapılan muayenesinde, bir öğrencide üfürüm tesbit edildi, ek ses ve başka kalp patolojisi yoktu.

III-ı. KARIN BÖLGESİ HASTALIKLARI BULGULARI: Deneklerin %0.7'sinde (3 olgu), Karaciğer palpabl, %0.5'inde (2 olgu)

umbilikal herni, %0.25'inde (1 olgu) dalak palpabl idi.

**III-K.KONJENİTAL VEYA AKKİZ DEFORMİTE BULGULARI:** Deneklerin %2'sinde (8 olgu) deformite vardı. Deformitelerin 6'sı konjenital, 2'si akkiz idi. Konjenital olanların 5'i konjenital göğüs deformitesi, 1 olgu kule kafa, akkiz olanlar; 1 olgu Harrison oluğu, 1 olgu travmatik göğüs deformitesi idi.

#### IV-LABORATUVAR BULGULARI

**IV-A.HEMATOKRİT BULGULARI:** Deneklerin hematokrit (Htc) ortalama değeri %38.1+2.47 idi.Halsizlik şikayeti olanların Htc. Ortalama değeri ise %37.4+2.84 idi. Anemik olarak kabul edilen %34.0 ve daha düşük Htc. değeri olan deneklerin %6.4'sini (26 olgu) teşkil ediyordu.

**IV-A.1)KÖYLERE GÖRE, ANEMİK OLANLARIN DAĞILIMI:** Anemi hızı Doğankent'te %5.8(19 olgu), Kumurlu'da %7.7 (3 olgu) ve Taşcı da %10.5(4 olgu) idi. Taşcıdaki öğrencilerde anemi hızı en yüksek isede,diğer 2 köydekilerle arasında önemli bir fark yoktu(p<0.05)(Tablo 50).Doktor olan ve olmayan köyler arasında da bir fark yoktu.

TABLO 50:Köylere Göre,Anemik Olanların Dağılımı:

Köyler	Anemik olan Sayı H.%(x)	Normal olan Sayı H.%(x)	Total Sayı H.%(xx)
Doğankent	19 5.8	311 94.2	330 81.1
Kumurlu	3 7.7	36 92.7	39 9.6
Taşcı	4 10.5	34 89.5	38 9.3
Total	26 6.4	381 93.6	407 100.0

x :Satır % 2  
xx:Kolon % X =1.418 SD=2 p>0.05 Fark önemsiz.

**IV-A.2)CİNSLERE GÖRE,ANEMİK OLANLARIN DAĞILIMI:** Erkeklerde %8.2 (20 olgu) Kızlarda ise %3.6 (6 olgu) hızında anemi vardı erkek öğrencilerde anemi hızı,kız öğrencilerden bir miktar fazla isede,istatistiksel yönden önemli değildi ( $p>0.05$ ) (Tablo 51).

TABLO 51:Cinslere Göre,Anemik Olanların Dağılımı:

Cinsler	Anemik Olan		Normal Olan		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
Erkek	20	8.2	224	91.8	244	60.0
Kız	6	3.7	157	96.3	163	49.0
Total	26	6.4	381	93.6	407	100.0

x :Satır % 2  
xx:Kolon % X =2.62 SD=1  $p>0.05$  Fark önemsiz.

**IV-A.3)YAS GRUPLARINA GÖRE,ANEMİK OLANLARIN DAĞILIMI:** 6-7 yaşta %1.6(1 olgu),8-9 yaşta %5.5 (8 olgu), 10-11 yaşta %6.5 (9 olgu), 12 ++ yaşta %13.1(8 olgu)'inde anemi vardı. Anemi hızı 12 yaş ve üzerindeki öğrencilerde, diğer yaş gruplarındaki öğrencilerden fazla idi. Yates düzeltmesi ile yapılan önemlilik testinde,bu farkın önemliye yakın olduğu saptandı ( $P=0.0662$ ) (Tablo 52).

TABLO 52:Yaş Gruplarına Göre,Anemik Olanların Dağılımı:

Yaş Grupları	Anemik olan		Normal olan		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
6-7	1	1.6	61	98.4	62	15.2
8-9	8	5.5	138	94.5	146	35.9
10-11	9	6.5	129	93.5	138	33.9
12++	8	13.1	53	86.9	61	15.0
Total	26	6.4	381	93.6	407	100.0

x :Satır % 2  
xx:Kolon % X =7.185 SD=3  $p>0.05$  Fark önemsiz

Anemik olanlardan 4 olguda, gaitada parazit vardı.

#### IV-B.GAİTADA PARAZİT DAĞILIMI:

IV-B.1)GAİTADA BULUNAN PARAZİTLERİN TÜRLERİ: Deneklerin %17.7 sinde (72 olgu) parazit tesbit edildi. Bunlardan %6.6' inde (27 olgu) askaris lumbrikrides, %5.6 (23 olgu), H.Nana, %3.9 (16 olgu), oksiyür, %1.0(4 olgu) Tenia Saginata ve %0.5 (2 olgu) T.Trisura idi (Tablo 53).

TABLO 53:Parazit Çeşidine Göre, Deneklerin Dağılımı:

Parazit Adı	Sayı	%H	(n=407)
Askaris	27	6.6	
U.Nana	23	5.6	
Oksiyür	16	3.9	
T.seginata	4	1.0	
T.Trisura	2	0.5	
Total	72	17.7	

IV.B-2)KÖYLERE GÖRE, PARAZİTOZ DAĞILIMI: Doğan kent'te %16.4 (54 olgu), Kumurlu'da %25.6 (10 olgu), Taşçı'da %21.1(8 olgu) gaitada parazitoz vardı (Tablo 48). Parazit en fazla Kumurluda oturan öğrencilerde, en az Doğan kent'te olduğu saptandı ise de, köylerde, ilkokul öğrencilerde barsak parazitleri görülme hızı birbirine yakındı ve aralarında istatistiksel fark yoktu ( $p>0.05$ ) (Tablo 54).Doktor olan ve olmayan köyler arasında da bir fark yoktu.



**TABLO 54: Köylere Göre, Parazitoz Dağılımı:**

Köyler	Parazit Var		Parazit Yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
Doğankent	54	16.4	276	83.6	330	81.1
Kumurlu	10	25.6	29	74.4	39	9.6
Taşcı	8	21.1	30	78.9	38	9.3
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>17.7</b>	<b>335</b>	<b>82.3</b>	<b>407</b>	<b>100.0</b>

x :Satır % 2  
xx:Kolon % X =2.387 SD=2 p>0.05 Fark önemsiz.

**IV-B.3) CİNSLERE GÖRE, PARAZİTOZ DAĞILIMI:** Erkeklerde %18.8, Kadınlarda %15.9 parazit tesbit edildi (Tablo 55). Erkek erkek öğrencilerde parazit görülme hızı, kız öğrencilerden bir miktar fazla bulundu isede, aradaki fark önemli değildi (p>0.05).

**TABLO 55: Cinslere Göre, Parazitoz Dağılımı:**

Cinsler	Parazit Var		Parazit Yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
Erkek	46	18.8	198	81.2	244	60.0
Kız	26	15.9	137	84.1	163	40.0
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>17.7</b>	<b>335</b>	<b>82.3</b>	<b>407</b>	<b>100.0</b>

x :Satır % 2  
xx:Kolon % X =0.565 SD=1 p>0.05 Fark önemsiz.

**IV-B.4) YAŞ GRUPLARINA GÖRE, PARAZİTOZ DAĞILIMI:** 6-7 yaş grubunda %12.9 (8 olgu), 8-9 yaş grubunda %20.5 (30 olgu), 10-11 yaş grubunda %15.9 (22 olgu), 12 yaş ve üstünde ise %19.7 (12 olgu), hızında gaitada parazit vardı (Tablo 56). Parazitoz yaş grupları arasında en fazla 8-9 yaşta olmasına rağmen, aradaki fark istatistiksel olarak önemsizdi (p>0.05).

Yaş grupları 9 ve öncesi ile 10 ve sonrası şeklinde düzenlenerek yapılan önemlilik testinde de bir fark yoktu.

TABLO 56:Yaş Gruplarına Göre,Parazitoz Dağılımı:

Yaş Grupları	Par.Has Var		Par.Has.Yok		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
6-7	8	12.9	54	87.1	62	15.2
8-9	30	20.5	116	79.5	146	35.9
10-11	22	15.9	116	84.1	138	33.9
12-+	12	19.7	49	80.3	61	15.0
Total	72	17.7	335	82.3	407	100.0

x :Satır % 2  
xx:Kolon % X =2.249 SD=3 p>0.05 Fark önemsiz.

**IV-C.ıDRAR BULGULARI DAĞILIMI:** Tüm deneklerin yapılan idrar tetkikinde albümin ve şeker tesbit edilemedi.

**IV-C.1)KÖYLERE GÖRE,ıDRAR PATOLOJİSİ DAĞILIMI:** Doğan kent'te %21.5 (71 olgu), Kumurlu ve Taşççı'da toplam %6.5 (5 olgu) ve genel olarak deneklerin %18.7 (76 olgu)'inde idrarda patoloji vardı. idrarda patolojik bulgu en fazla Doğan kent'te ve aradaki fark istatistiksel olarak çok önemli idi (p<0.01) (Tablo 57).

TABLO 57:Köylere Göre,ıdrar Patolojisinin Dağılımı:

Köyler	ıd.Patolojik		ıd.Normal		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
Doğan kent	71	21.5	259	78.5	330	81.1
Diğer köy.	5	6.5	72	93.5	77	18.9
Total	76	18.7	331	81.3	407	100.0

x :Satır % 2  
xx:Kolon % X =9.351 SD=2 p<0.01 Fark önemli.

**IV-C.2)CİNSLERE GÖRE,İDRAR PATOLOJİSİ DAĞILIMI:** Erkeklerde %15.6 (38 olgu), Kızlarda ise %23.3 (38 olgu) hızında idrar patolojisi vardı. Kızlarda, idrar patolojisi erkeklerden bir miktar fazla olup aradaki fark önemli değildi ( $p>0.05$ ) (Tablo 58).

**TABLO 58:Cinslere Göre,İdrar Patolojisi Dağılımı:**

Cinsler	İd.Patolojik		İd.Normal		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
Erkek	38	15.6	206	84.4	244	60.0
Kız	38	23.3	125	76.7	163	40.0
Total	76	18.7	331	81.3	407	100.0

x :Satır % 2  
xx:Kolon % X =3.361 SD=1  $p>0.05$  Fark önemsiz.

**IV-C.3)YAŞ GRUPLARINA GÖRE,İDRAR PATOLOJİSİ DAĞILIMI:** 6-9 yaş grubunda %9.6 (20 olgu), 10-+ yaş grubunda %28.1 (56 olgu) idrar patolojisi vardı. idrar patolojisi,yaş arttıkça artıyordu ve en fazla 10-+ yaş grubunda olup, aradaki fark çok önemli idi ( $p<0.001$ ) (Tablo 59).

**TABLO 59:Yaş Gruplarına Göre,İdrar Patolojisi Dağılımı:**

Yaş Grubu	İd.Patolojik		İd.Normal		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
6-9	20	9.6	188	90.4	208	51.1
10-+	56	28.1	143	71.9	199	48.9
Total	76	18.7	331	81.3	407	100.0

x :Satır % 2  
xx:Kolon % X =21.77 SD=1  $p<0.001$  Fark çok önemli.

#### IV-C.4) İDRAR ŞİKAYETİ OLANLARIN, MİKROSKOPİK BULGULARINA GÖRE

**DAĞILIMI:** İdrarda Patoloji Tesbit edilen 76 öğrenciden

56'sında hiç bir yakınmaları yoktu, idrar yaparken yakınmaları olan 44 öğrenciden %54.5'inin idrar patolojisi yoktu. (Tablo 60).

TABLO 60: İdrar Yakınması Olanların, İdrar Patolojisine Göre Dağılımı:

İdrar Yakınması	İd.Patolojik		İd.Normal		Total	
	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(x)	Sayı	H.%(xx)
Var	20	45.5	24	54.5	44	10.8
Yok	56	15.4	307	84.6	363	89.2
Total	76	18.7	331	81.3	407	100.0

x : Satır % 2

xx: Kolon % X =21.364 SD=1 p<0.001 Fark çok önemli.

#### İlkokul Öğrencilerinde En Sık Görülen Hastalıklar:

1-K.B.B.Hastalıkları:	%64.1	250 öğrencide
2-Dişte Patoloji	: %49.9	203 öğrencide
3-Cilt Hastalığı	: %21.1	86 öğrencide
4-Solunum Sistemi H.:	%19.9	81 öğrencide
5-İdrarda Patoloji	: %18.7	76 öğrencide
6-Gaitada Parazit	: %17.7	72 öğrencide
7-Gözde Patoloji	: %9.6	39 öğrencide

## V- FİZİK ÇEVRE İLE İLGİLİ BULGULAR

### V- A) OKUL BİNALARI

Çalışmanın yapıldığı 3 köyün ilkokulları, anacaddeden en az 100 m.uzak ve 200 m.yakınına kadar da kiraathane yoktur. Okulların bahçeleri dahil total alanları: Doğankent ilkokulu 10.000 m<sup>2</sup>, Kumurlu ilkokulu 1500 m<sup>2</sup>, Taşçı ilkokulu 1500 m<sup>2</sup> idi. Öğrenci başına Doğankent'te 13 m<sup>2</sup>, Kumurlu ve Taşçı'da 70 m<sup>2</sup> alan düşmekte idi. Tüm binalar betonarme idi. Bütün okullarda ikili tetrisad yapılmaktadır.

### V- B) SINIFLAR

Doğankent ilkokulunda, sınıfların uzunluğu 7.5 m. genişlik 7.2 m, yükseklik 3 m. olan, 8 adet derslik vardı. Taşçı ve Kumurlu ilkokulları projeleri aynı olup uzunluk 7 m, genişlik 6 m, yükseklik 2.8 m ve tek derslik idi, standartlara uygundu. Öğrenci başına düşen alan: Doğankent'te 1.4 m<sup>2</sup>, Kumurlu ve Taşçı'da 2.4 m<sup>2</sup> idi. Ayrıca hava hacmi, öğrenci başına, Doğankent'te 4.4 m<sup>3</sup>, Kumurlu ve Taşçı'da 6 m<sup>3</sup> hava düşmekteydi. 3 okulun dersliklerinin duvarları açık ve mat renkte boyalı, ses geçirmeyecek kalınlıkta idi. Pencereleer usulüne uygun olarak, yerden 80 cm yükseklikte ve tavana yakın idi.

Aydınlatma: 3 ilkokulda da yeterince gün ışığından yararlanıyor ve floresan elektrik lambaları mevcuttu.

Isınma: 3 ilkokulda da odun sobası vardı.

3 ilkokulun zemini betondan ve ıslatılarak süpürülüyor veya paspas yapılıyordu..

Hela Durumu: Doğankent'te 35 öğrenciye 1 tuvalet, 50 erkek öğrenciye 1 pisuvar, 2 bayan öğretmene 1, 3 erkek öğretmene 1 tuvalet vardı. Kumurlu ve Taşçı'da 1 öğretmene 1, 3 kız öğrenciye 1, 5 erkek öğrenciye 1 tuvalet, 9 erkek öğrenciye 1 pisuvar vardı.

#### V- C) İÇME - KULLANMA SU DURUMU

3 ilkokulun su depoları vardı. Doğankent'te Şebeke suyu, diğer iki köyde artezyen kuyu suyu kullanılıyordu. İçme kullanma suyu, 3 ilkokuldan alınan numuneler bakteriyolojik olarak incelenmiŐ ve içilebilir raporu gelmiŐtir.



TABLO- 61: Yaşlara ve Cinslere Göre Boy ve Ağırlık Ortalamaları Araştırma Bulguları

YAŞLAR	Ortalama Ağırlık (kg)				Ortalama Boy (cm)			
	ADANA araş.* E	araş.* K	O.Köksal araş** E	araş** K	Adana araş.* E	araş.* K	O.Köksal Araş** E	Araş** K
6	-	-	20.7	20.4	-	-	112.7	112.3
7	22.0	21.0	23.0	22.3	117.5	117.7	119.6	117.3
8	24.0	23.5	25.6	25.1	123.0	123.0	125.0	124.6
9	26.0	26.0	28.1	27.8	129.0	128.0	129.0	129.0
10	29.5	29.5	30.8	30.4	133.5	134.0	135.0	134.5
11	32.0	33.0	33.9	34.4	139.0	139.2	138.8	138.9
12	-	-	38.5	39.9	-	-	145.6	146.5
13	-	-	44.4	45.1	-	-	152.7	150.6

\* : Adana şehir merkezini temsil eden araştırma (9)

\*\* : 1974 Türkiye beslenme-sağlık ve gıda tüketimi araştırması (22)

## TARTIŞMA

Araştırmamız: Ç.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma bölgesine bağlı, Doğankent Sağlık Ocağının üç yerleşim yerinde (Sağlık Ocağının bulunduğu Doğankent köyünde, sağlık evinin bulunduğu Kumurlu köyünde ve sağlık personeli bulunmayan Taşçı köyünde) yapılması planlandı.

### ANKET FORMU BULGULARI İLE İLGİLİ TARTIŞMA

#### 1. DENEKLERİN TANITICI BİLGİLERİ İLE İLGİLİ TARTIŞMA

Deneklerin, % 81.1'i Doğankent'ten, % 9.6'sı Kumurlu'dan ve % 9.3'ü Taşçı köyünden olup, genel olarak Deneklerin % 6.0'ı erkek, % 40.0'ı kızdı. Cinsiyetin köylere göre dağılımında; Doğankent'te kızların hızı, % 37.0 olmasına karşılık, diğer iki yerleşim yerinden Kumurlu'da % 53.8 ve Taşçı'da ise % 52.6 idi (Tablo 1). Araştırılan üç köyden Doğankent'te kız öğrenci hızı, erkek öğrencilere göre en azdı ve aradaki fark önemli idi ( $p < 0.05$ ). Bu farkın Doğankent halkının çoğunluğunun Doğu ve Güneydoğu Anadolu'dan gelmiş olması, eğitim düzeyinin düşük olması, kız çocuklarının okula gönderilmemesine neden olduğu kanısındayız. Yaş gruplarına bakıldığında 11 ve daha az yaşlarda kızların hızı % 40.0 ve daha çok olmasına karşılık 12 ve üstü yaşta % 14.8 olduğu tesbit edildi (Tablo 2). Bu da bize kırsal alanda, başlangıçta kızlar, erkekler kadar okula gönderildiğini, fakat yaş ilerledikçe, yani kızlar büyüdükçe, okula gitmeleri engellendiğini göstermektedir. Belki de 5 yıl önce, kızların okula gönderilme alışkanlığı, son yıllara göre çok daha azdı. Ayrıca ilkokul son sınıfa varmadan kız



çocuklarının bir kısmının evlendirilmesi ve okula gitmeleri engellendiği kanısındayız. Ülkemizde Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da kız çocukları çok erken yaşta evlendirilmeleri doğal sayılmaktadır. Daha önce aynı bölgede yapılan bir çalışmada, ortalama evlenme yaşı:  $16.9 \pm 2.7$  (12-25) olup, bunların % 15.7'si 14 yaşından önce evlenmişlerdi (36). Bu bulgularda, yukarıdaki düşüncelerimizi, doğruladığı kanısındayız. Kardeş sayılarına bakıldığında: köyler arasında bir fark olmamasına rağmen, nüfusun yoğun olduğu Doğan kent'te 5 ve daha çok kardeşi olanlar % 66.8 iken, Adana'ya 35 km uzaklıktaki Kumurlu'da bu hız %64.1, buna karşılık, Adana'ya daha yakın olan, dolayısı ile sosyo-kültürel açıdan, diğer 2 köyden biraz daha iyi olan Taşçı köyünde ise, bu hız %50.0 idi. Doğan kent'te kardeş sayısının fazla oluş nedeni, halkın çoğunun, Doğu ve Güneydoğu Anadolu'dan gelmiş olması, bu yörelerde aile planlaması yöntemleri uygulamalarının yeterli olmamasından kaynaklanabileceği kanısındayız. Türkiye'de tamamlanmış doğurganlık sayısı: 4 çocuktur. 1974 Türkiye'de beslenme araştırmasında: ailede kişi sayısı 7 olan Türkiye ortalaması % 23.5'in, batı Anadolu'da bu hız % 10.8, Orta Anadolu'da % 24.7, Karadeniz Bölgesinde % 29.0, Akdeniz Bölgesinde %29.9, Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da % 37.6k, aynı hız şehirlerde % 10.7, köylerde ise % 37.9 idi (22).

Sınıflara göre cinsiyetin dağılımına bakıldığında: Sınıflar arasında bir fark olmamasına rağmen, kızlar ilk 4 sınıfta % 40.0' in üzerinde iken, 5. sınıfta % 30.0'lara düşmüştür (Tablo 4) ( $p > 0.05$ ). Kızlar tüm sınıflarda erkeklerden az idi. Doğumda erkek-kız oranı eşit olmasına rağmen araştırmamızda 1. sınıfta kızlar erkeklerden % 18.6, son sınıfta ise % 39.2 daha az gönderilmektedir.

## 2. GÖRME YAKINMALARI İLE İLGİLİ TARTIŞMA

Görme yakınmaları köylere göre incelendiğinde; Doğan kent'te % 7.6, Kumurlu'da % 5.1, Taşçı'da % 13.2 ve genel olarak deneklerin % 7.9'unda görme yakınması vardı (Tablo 5). Görme yakınmaları bakımından köyler arasında bir fark yoktu, bu da beklenen bir bulgudur ( $p > 0.05$ ).

Görme yakınmaları cinse göre incelendiğinde; erkeklerde % 5.7, kızlarda % 11.0 olup aradaki fark önemliye yakındı (Tablo 6) ( $p > 0.05$ ). Araştırılan populasyon arttırılırsa, belki de, kızlardaki görme yakınmaları erkeklerden istatistiksel olarak fazla olabilirdi. Kızlarda görme yakınmalarının fazla olması, kızların sürekli dikiş-nakiş yapması, evde oturup uzun süre TV seyretmeleri ve belki de erkeklere göre daha az A vitaminli besin almalarına bağlı olabileceği kanısındayız.

Görme yakınmalarının yaş gruplarına göre dağılımında; en fazla 10-11 yaş grubunda (% 13.0) olarak görme yakınması olduğu tesbit edildi. Yaş grupları; 9 ve öncesi ile 10 ve üstü olarak ikiye ayrılarak yapılan önemlilik testinde 10 yaş ve üstünde anlamlı bir artış olduğu tesbit edildi (Tablo 7) ( $p < 0.05$ ). Yaş ilerledikçe görme yakınmaları artıyordu. Bu da beklenen bir bulgu olduğu kanısındayız.

Göz hastalığı yakınmalarıyla ilgili bir kaynak bulunamadığından, bulgularımız diğer araştırma bulguları ile karşılaştırılmadı.

## 3. İŞİTME YAKINMALARI İLE İLGİLİ TARTIŞMA

3'ü erkek, 3'ü kız toplam 6 öğrencide (% 1.5) işitmede azalma şeklinde yakınmaları vardı. İşitme yakınmaları bakımından, köyler, cinsler ve yaş grupları arasında önemli bir fark yoktu. Bu da beklenen bulgu olduğu kanısındayız.

#### 4. HALSİZLİK YAKINMALARI İLE İLGİLİ TARTIŞMA

Halsizlik yakınmaları yönünden köyler, cinsler ve yaş grupları arasında önemli bir fark bulunamadı. Çünkü halsizlik yakınmaları, genellikle kalabalık ailelerde beslenme yetersizliğine bağlı olabileceği gibi, anemili olanlarda, paraziti olanlarda ve hemolitik kan hastalığında, sık görülen bir semptomdur. Ayrıca bakteriyel ve viral enfeksiyonlar esnasında, nekahat dönemlerinde, vitamin eksikliğinde(v.b.gibi) de halsizlik yakınması olabilir. Genel olarak deneklerin % 5.7 sinde (23 olgu)yerleşim yeri olarakta en çok % 6.4 ile Doğankent'te , cinsler arasında % 8.0 ile kızlarda, yaş gruplarında %9.8 ile 12 ve üstü yaşta halsizlik yakınması vardı (Tablo 8,9,10). Bu konuda başka araştırma bulunamadığından karşılaştırma yapılamadı.

#### 5. BARSAK PARAZİTİ YAKINMALARI İLE İLGİLİ TARTIŞMA

Parazitozda olabilen yakınmaların dağılımına bakıldığında: Karın ağrısı, % 27.5 ile, ilk sırayı almaktadır. Bu yakınmaların köylere göre dağılımında, arada anlamlı bir fark olmamasına rağmen % 40.0 ile Doğankent en fazla ve ilk sırayı almaktadır(Tablo 11). Barsak paraziti yakınmaları, kızlarda bir miktar fazla olmasına rağmen, arada bir fark yoktu (Tablo 12). Yaş gruplarında ise, 9 ve küçük yaşta biraz yüksek bulundu ise de, genelde anlamlı bir fark yoktu (Tablo 13). Genel olarak deneklerin % 38.8 inde parazit yakınması vardı. Araştırmamızda parazit insidans hızı, tüm köylerde, birbirine yakın bulunmuştur. Doğankent'te, sağlık ocağı bulunması nedeni ile, parazitte bulunabilen yakınmaların az olması , parazit insidansının, diğer iki köyden farklı bir şekilde düşük olması beklenirdi. Fakat bu durum saptanamadı. Bu nedenle, sağlık ocağı personelinin,

parazitozla ilgili eğitimlerinin yetersiz olduğu kanısındayız.

#### 6. İDRAR YAPARKEN YAKINMA DURUMU İLE İLGİLİ TARTIŞMA

İdrar yaparken en sık görülen yakınma; idrarda yanma ile % 4.7, sonra sırası ile gece idrara çıkma % 4.2, sık-sık idrara çıkma % 1.7 idi. Köyler ve cinsler arasında idrar yaparken yakınma yönünden, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (Tablo 14,15). İdrar yakınmaları, köyler arasında en fazla Doğan kent'te (%11.8), cinsler arasında erkeklerde (%13.1) idi. Genel olarak deneklerin % 10.8 inde idrar yaparken yanma yakınması vardı. Erkeklerde fazla olmasının nedeni, sünnetsizlerin % 53.7 gibi yüksek bir hızda bulunmasından kaynaklanabileceği kanısındayız. Çünkü sünnetsiz çocuklarda fimozis ve bunun sonucu olarakta idrar yolu enfeksiyonu ve dolayısı ile idrar yaparken yakınmalar çok olmaktadır. Yaş gruplarında 9 ve öncesi ile 10 ve üstü yaşlara ayrılarak yapılan  $\chi^2$  testinde, de bir fark yoktu (Tablo 16).

#### 7. GEÇİRİLEN BAZI ÖNEMLİ HASTALIKLARLA İLGİLİ TARTIŞMA

Çukurova bölgesinin önemli sağlık sorunlarından olan sıtmanın, geçirilen bazı önemli hastalık öyküsünde, ilk sırayı alması, beklenen bulgudur (Tablo 17). Deneklerin % 10.1'inde (41 olgu), geçirilmiş hastalık öyküsü vardı. Sıtmanın da, sağlık ocağının bulunduğu köyde fazla olması beklenen bulgudur. Çünkü sağlık ocağının bulunduğu köyde oturan vatandaşlar, en ufak bir ateşlenmede sağlık ocağına başvurmakta, ince ve kalın damla alınarak sıtma paraziti aranmaktadır. Dolayısı ile alınan kan sayısı çok artmakta ve sıtma olgusu atlanmamış olmaktadır.

Köylere göre geçirilen bazı önemli hastalıkların dağılımına bakıldığında: köyler, doktor olan ve olmayan diye ayrılıp yapılan incelemede, istatistiksel olarak bir fark yoktu (Tablo 18). Sağlık ocağının bulunduğu köyde hastalık öyküsü % 9.1, diğer köylerde ise % 14.3 olup aradaki fark önemsizdi ( $p > 0.05$ ). Sağlık ocağının sunduğu hizmetten en çok, o köyde oturanların yararlandığı, mesafenin artması ile bu hizmetten yararlanmanın azaldığı kanıtlanmıştır.

Geçirilen hastalıklar: Cinsler arasında, erkeklerde % 11.1 iken kızlarda % 8.0 olup aradaki fark önemsizdi (Tablo 19).

Yaş gruplarında geçirilen bazı önemli hastalıkların dağılımına bakıldığında, denekler 9 ve öncesi ile, 10 yaş ve üstü diye ikiye bölünerek yapılan  $\chi^2$  testinde, bir fark yoktu. Ayrıca yaş grupları arasındada, anlamlı bir ilişki yoktu (Tablo 26).

#### B. BAŞARI DURUMU İLE İLGİLİ TARTIŞMA

Yapılan çalışmada; öğretmenlerden alınan bilgiye göre, öğrencilerin % 16.2'sinin başarısız olduğu tesbit edildi. Başarısızlık hızı, köyler arasında en çok % 18.8 ile Doğankent'te olup, aradaki fark çok önemli idi (Tablo 21) ( $p < 0.001$ ). 1986-1987 öğretim yılında Türkiye'de 6.7 milyon ilkokul öğrencisi okuyordu ve bunların % 8.04'ü başarısızdı (23). Araştırmamızda Doğankent'te bu hız % 18.8, Kumurlu'da % 7.7, Taşçı'da % 2.7 idi. Doğankent'te başarısızlığın fazla olması, sınıfların kalabalıklığı, ailelerin eğitim düzeyinin düşüklüğü, ebeveynlerin çocuklarına yardımcı olmamaları ve öğretmenlerin yetersiz olmasından kaynaklanabileceği kanısındayız.

Başarı durumunun cinse göre dağılımına bakıldığında: erkeklerde % 18.4, kızlarda % 12.9 başarısızlık

olup aradaki fark istatistiksel olarak önemli idi (Tablo 22) ( $p < 0.05$ ). Erkeklerde, başarısızlığın fazla oluş nedeni; desri dinlemede, kızların biraz daha dikkatli olmalarına, sokakta erkeklerin daha çok oynamaları ve haylazlığın erkeklerde fazla olmasından ve derse daha az zaman ayırmalarından kaynaklanmış olabileceği kanısındayız.

Yaş gruplarına göre başarı durumu dağılımına bakıldığında; başarısızlığın 9 yaş ve öncesinde % 15.4, 10 yaş ve üstünde ise % 17.1 olduğu ve aradaki farkın önemli olduğu görüldü (Tablo 23) ( $p < 0.05$ ). Bu da bize yaş ilerledikçe, öğrencilerde okula ilginin azaldığı ve başarısızlığın arttığını göstermektedir.

Başarı durumunun kardeş sayılarına göre dağılımına bakıldığında; kardeş sayısı arttıkça başarısızlığın azaldığı görülmüyordu, fakat aradaki fark, istatistiksel olarak önemli bulunmadı ise de, aradaki fark önemliye yakındı (Tablo-24). Daha büyük bir araştırmada, kardeş sayısı arttıkça, öğrencilerin başarısının artabileceği kanısındayız, bu da ailede büyük kardeşlerin, küçük kardeşlerini eğittiği fikrini akla getirmektedir.

#### B) ANDROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Büyüme ve gelişme yönünden yapılan ölçümler Tablo 25,26,27 ve 28 de gösterilmiştir. Yapılan ölçümler, erkek ve kızlarda boy ve ağırlık yönünden 1987 yılında Adana ilini temsil eden sayıda, Dr. özen ve Burgut'un 7-11 yaş grubunda yaptığı bir araştırmanın bulguları ile karşılaştırıldı (Tablo 61)(9). Bu araştırmanın bulguları ile bizim çalışmanın bulguları bir paralellik göstermektedir. Kız ve erkek öğrencilerin boyları Adana ortalamasından bir miktar düşük olduğu bulundu ise de önemli bir fark yoktu ve bizim çalışmamızın sadece kırsal

alanda yapılmış olmasına bağlı olabileceği kanısındayız.

Ayrıca Orhan Köksal'ın 1974 Türkiye Beslenme, Sağlık ve Gıda Tüketiminin araştırılması bulguları ile araştırmamız bulguları karşılaştırıldı (Tablo 61) (22). Yapılan karşılaştırmada, erkek ve kızlarda boy ve ağırlık yönünden tüm yaşlarda belirgin bir düşüklük saptandı. Orhan Köksal'ın yaptığı çalışma, Türkiye'yi temsil ettiğinden, bizim çalışmamız ise, yalnız kırsal alanda yapılmış olup deneklerin ailelerinin çoğunun maddi durumu kötü, kalabalık ailelelerden geldiği sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyleri iyi olmadığından bulaşıcı hastalıkların sık görülmesi ve malnütrisyon hızı yüksek olmasından bulunan bulgular düşük olarak tesbit edilmiştir.

#### C- 1. FİZİK MUAYENE BULGULARI

##### 1- K.B.B. HASTALIKLARI İLE İLGİLİ TARTIŞMA

. Araştırmamız K.B.B. Hastalıklarından en sık % 35.4 ile hipertrofik tonsil olarak tesbit edildi, toplam olarak ise % 61.4 K.B.B. hastalığı tesbit edildi (Tablo 29). Köyler arasında K.B.B. hastalığı en sık Kumurlu'da % 76.9, sonra Taşçı'da % 63.2, Doğankent'te % 59.4 olarak bulundu, fakat köyler arasında istatistiksel olarak bir fark yoktu (Tablo 30). Cinsler ve yaş grupları arasında da K.B.B. hastalıkları görülme yönünden önemli bir fark yoktu (Tablo 31, 32). Yaş grupları arasındaki ilişki, yaş arttıkça, K.B.B. hastalığı görülme sıklığı artıyordu. Daha önce, aynı bölgede daha geniş kapsamlı olarak Dr. Tuncer ve arkadaşlarının, 0-6 yaş grubu çocukların sağlık durumu araştırmasında, K.B.B. hastalıkları morbidite hızı binde 347 ile, en sık rastlanan hastalık grubunu teşkil ediyordu (37). Bizim yaptığımız çalışmada K.B.B. hastalıklarının hızı % 61.4 gibi yüksek bir hızda görülmesinin nedeni, hipertrofik tonsil hastalık olarak

dahil etmemizden kaynaklanmaktadır. Hipertrofik yapılan tonsil,K.B.B. hastalıklarından çıkarılınca, K.B.B. hastalık hızı % 26 ya düşmektedir. Eskişehir'de Dr.Çekik ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada bu hız; % 26.7, İzmir'de Dr.Ergin ve arkadaşları % 32.0, Hacettepe'de ise % 32.4 olarak bulunmuştur(33,11,21). Araştırmamız bulguları, hipertrofik tonsil hariç, bu araştırmaların sonuçlarına uymaktadır.

### 2- DIŞ PATOLOJİSİ İLE İLGİLİ TARTIŞMA

Diş patolojisinin görülme hızı % 49.9 idi. Bu da bize kırsal kesimde iyi bir diş bakımının olmadığını, yaklaşık her iki öğrenciden birinin diş problemi olduğunu göstermektedir. Diş problemi yönünden köyler ve cinsler arasında bir fark yoktu(Tablo 33). Yaş gruplarında ise 9 yaş ve öncesinde % 58.6 iken 10 yaş ve üstünde % 40.7 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (Tablo 34) ( $p < 0.001$ ). A.B.D.de 1979-1980 Ulusal diş sorunları prevalans araştırmasında 5-17 yaştaki çocukların % 25'inde diş problemi vardı(5). Değişik yer ve zamanlarda yapılan çalışmalarda diş patolojisi görülme hızı: İzmit'te % 67.1, Etimesgut'ta % 60.3, İzmir'de % 59.0 olarak bulunmuştur (16,33,11). Araştırmamızdaki bulgular bu çalışmalara benzerdir.

### 3- CİLT HASTALIKLARI İLE İLGİLİ TARTIŞMA

407 ilkokul öğrencisinden 86'sında (% 21.1) deri hastalığı vardı (Tablo 35). Deri hastalıklarında ilk sırayı % 7.1 ile Pitriazis Alba, daha sonra % 6.1 ile de pedikülozis almakta idi. İzmir'de yapılan bir çalışmada deri hastalığı görülme hızı % 34.5 idi(11). Kumurlu Köyümüzdeki deri hastalığı hızı bu hıza yakındı, Taşçı'da bir miktar yüksek, Doğan kent'te ise düşük olup köyler



arasında deri hastalıkları yönünden önemli bir fark vardı (Tablo 36) ( $p < 0.05$ ). Bu durumu doğal olarak sağlık ocağının bulunduğu köyde yaşayanların sağlık ocağına daha sık başvurmalarından ve yapılan eğitimlerden kaynaklanmaktadır.

Deri hastalıklarının cinse göre dağılımına bakıldığında; erkeklerde % 18.0, kızlarda ise % 25.8 olup aradaki fark istatistiksel olarak önemli idi (Tablo 37) ( $p < 0.05$ ). Kızlarda, deri hastalıklarının fazla görülmesinin nedeni pedikülozis tanısı konan 25 olgunun, tamamının kız öğrencilerde olması idi. Pedikülozis vakaları çıkarıldıktan sonra yapılan ki kare testinde, deri hastalıkları, anlamlı bir şekilde, erkeklerde fazla görüldüğü tesbit edildi.

Yaş gruplarına göre, deri hastalıklarının dağılımına bakıldığında, 6-7 yaşta % 27.4, 8-9 yaşta % 19.1, 10-11 yaşta % 24.5 ve 12 ve üstü yaşta % 11.4 olup yaş grupları arasında önemli bir fark yoktur (Tablo 38). Yaş grupları 11 ve öncesi ile, 12 ve üstü diye 2 gruba ayrılarak yapılan önemlilik testinde de, önemli bir fark vardı. Yaş arttıkça temizliğe dikkat artmakta ve dolayısı ile, deri hastalıkları azalmaktadır. Karataş ve Tuzla sağlık ocakları bölgelerinde yapılan araştırmalarda 10-14 yaş gruplarında deri hastalıkları görülme hızı sırası ile % 24.8 ve % 39.4 bulunmuştur (1,2). Ankara Ergazi Sağlık Ocağı bölgesinde yapılan bir çalışmada 7-9 yaş grubunda % 27.1 ve 10-14 yaş grubunda % 33.3 olarak saptandı (32), aynı bölgede daha geniş kapsamlı 0-6 yaş grubunda yapılan bir araştırmada deri hastalıkları prevalansı % 21.6 ve en sık rastlanan ilk beş deri hastalığı sırası ile pitriazis alba % 29.2, seboreik dermatit % 16.4, Perleç % 11.2, impetigo % 10.1, ve kontakt dermatit % 9.3 idi (36). Araştırmamızda en sık rastlanan deri hastalıkları sırası

ile pitriazis alba, pedikulozis, atopik dermatit, impetigo idi. Araştırmamız bulguları bu araştırma bulgularına uymakta idi.

#### 4- SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARI İLE İLGİLİ TARTIŞMA

Yaptığımız araştırmada; deneklerin % 13.5 inde üst solunum yolu enfeksiyonu, % 6.4 bronşit ve toplam olarak solunum sistemi hastalıkları görülme hızı % 19.9 idi. Köyler arasında en sık % 28.9 ile Taşçı köyünde, % 20.0 Doğankent, % 10.3 ile Kumurlu da solunum sistemi hastalığı vardı (Tablo 39). Köyler arasında önemli bir fark yoktu. Cinsler arasında ise erkeklerde % 17.2, kızlarda % 23.9 olup istatistiksel olarak bir fark yoktu (Tablo 40). Yaş gruplarında da 9 yaş ve öncesinde % 18.7, 10 yaş ve üstünde % 21.1 olup, arada önemli bir fark yoktu (Tablo 41). Dr.özcebe'nin 1986-1987 öğretim yılında Ankara'nın Etimesgut Sağlık Ocağı bölgesinde 5 ilkokulun 1. sınıfında yaptığı çalışmada solunum sistemi hastalıkları hızını (Üst Sol Yol Enf+ Ac.Enf.) %21.1 olarak bulmuştur (27). Doğankent SEA bölgesinde 0-6 yaş grubu çocukların sağlık durumunu araştırmasında sol sistemik hastalıkları hızı % 20.1 olarak bulundu (37). Araştırmamız bu araştırmalarla uyum göstermektedir.

#### 5- GÖZ HASTALIKLARI İLE İLGİLİ TARTIŞMA

Yaptığımız araştırmada, 407 öğrenciden 39'unda (% 9.6) göz hastalığı vardı. Göz hastalığının % 2.5 nin konjiktivit, % 7.1'i refraksiyon kusuru idi. Göz hastalığının köylere göre dağılımına bakıldığında, Doğankent'te % 7.9 Kumurlu'da % 15.4, Taşlı'da %18.4 olup, köyler arasında sağlık ocağının bulunduğu Doğankent köyünde, diğer iki köye göre, önemli derecede az göz hastalığı olduğu tesbit edildi (Tablo 42) (p < 0.05).

Cinslere göre göz hastalıklarının dağılımına bakıldığında; erkeklerde % 10.7, kızlarda % 8.0 olup aradaki fark önemsizdi (Tablo 43). Yaş gruplarında ise 9 yaş ve öncesinde % 10.1, 10 yaş ve üstünde % 9.0 olup aradaki fark önemsizdi (Tablo 44).

Refraksiyon kusuru olan 29 öğrencenin (% 7.1), yerleşim yerlerine, cinslere ve yaş gruplarına göre dağılımını incelendiğinde, aradaki farkın, önemsiz olduğu görüldü (Tablo 45,46,47).

Göz hastalıklarından Trahoma hiç rastlanmamış olması, bir tesadüf değilse, bizim için önemlidir veya okul öğrencileri, her yıl düzenli olarak sağlık personeli tarafından, sağlık taramasından geçirilmekte ve bulunan hastalar, tedavi ediliyor olmasının büyük rolü olabilir. Dr. Engin ve arkadaşları, refraksiyon kusuru görülme hızını, İzmir'de, % 8.2 tesbit ettiler(11). Aynı hız Etimesgut sağlık bölgesinde, Dr Topçu % 9.7, Eskişehir'de Dr.Ergin %7.1, Dr. Kaynak ve arkadaşları 1986'da İzmir Narlıdere yaptıkları çalışmada % 11.6 olarak tesbit etmişlerdi (33,12,20). Dr. Özcebe İzmit'te yaptığı çalışma göz hastalıkları hızını % 5.8 bulmuştu(27). Araştırmamız bulguları bu çalışmaların bulgularına uymaktadır. Refraksiyon kusuru tesbit edilen öğrencilerin % 75 inde hiçbir şikayeti olmaması, bu konuda yapılan okul sağlığı çalışmalarının önemini bir kat daha arttırmaktadır. Bu nedenle her yıl, yakınması olsun veya olmasın tüm öğrencilerin görme kusuru yönünden taranması isabetli olacaktır.

#### 6. ÜROGENİTAL SİSTEM BULGULARI İLE İLGİLİ TARTIŞMA:

Erkeklerde Sünnet Durumu: Genel olarak erkeklerin 53.7'sinin sünnetsiz olduğu tesbit edildi. Sünnetsiz olan erkek öğrencilerin köylere göre dağılımı incelendiğinde; şehre en yakın Taşçı köyünde en az olup % 27.8, sağlık

yaşının bulunduğu Dogankent'te %54.8 ve sünnetsiz öğrenci sayısı en yüksek olan ise, Şehre 35 km uzaklıkta bulunan Kumurlu'da % 66.7 olduğu görüldü (Tablo 48). Köyler arasında önemli bir fark yoktu. Fakat taşçı'da anlamlı bir azalma gösteriyordu.

Sünnetsiz olanların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde 6-7 yaş grubunda % 67.6, 12 ve üstü yaşta ise % 34.6 olup aradaki fark önemli idi (Tablo 49) ( $p < .05$ ). Bu da beklenen bulgudur. Görüldüğü gibi okula başlarken, öğrencilerin yarısından fazlasının, okulu bitirirken bile üçte biri sünnetsiz idi. Bu da sağlık personelinin, çok önemli bir sosyal sorun olan, enürezise neden olan, sünnetsizlikle yeterince uğraşmadıklarını göstermektedir. Daha önce, aynı bölgede, 5-14 yaşta, enürezis ile ilgili bir çalışmada, (Dr. Karaömerlioğlu), erkeklerde % 10.88 hızında enürezis tesbit etti ve bunun sünnetsiz erkeklerde daha fazla olduğu görüldü (18).

Erkeklerde % 1.4 (4 öğrencide) tek testis inmemiş olarak tesbit edildi. İnmemiş testislerde, öğretmenlerine ve ailelerine, hastaneye gitmeleri gerektiği, ileri tetkik ve tedavisinin ergenlik çağından önce yapılmasının şart olduğu anlatıldı. Benzer çalışmalarda, Etimesgut Sağlık bölgesinde, % 1.5, Doğankent S.E.A. bölgesinde ise % 1.0 hızında inmemiş testis tesbit edildi (33,18). Kuzey Sifordichine bölgesinde 5 yıllık okul tıp kayıtları incelendiğinde % 1.0 hızında inmemiş testis vardı (5). Araştırmamız bu bulgularla uyumlu idi.

Kızlarda % 5.5 (9 kız) inde sekonderseks karakterinin gelişmiş olduğu tesbit edildi. Güney bölgesinde herhalde sıcak iklimin etkisi ile ergenlik çağıının erken başladığı düşünülebilir, bu konuda araştırma yapılması gerektiği kanısındayız. Başka kaynak bulamadığımızdan karşılaştırma yapılamadı.

#### 7. DOLAŞIM SİSTEMİ BULGULARI İLE İLGİLİ TARTIŞMA

407 öğrenciden sadece %0.25(1 öğrenci) de kalpte patolojik ses duyuldu, o da romatizmal kalp hastalığı nedeni ile açık kalp ameliyatı olan bir öğrenci idi. Etimesgut Sağlık bölgesinde Dr.Topçu % 1.4 hızında kalpte patoloji tesbit etmişti (33). Doğan kent S.E.A. bölgesinde, 0-6 yaşta % 3.9 hızında kalp hastalığı tesbit edilmişti (38). Bu araştırmada yaş grubu 0-6 olanlarda fonksiyonel üfürümle ilgili kalp hastalığı yüksekti.

#### 8. KARIN BÖLGESİ BULGULARI İLE İLGİLİ TARTIŞMA

K.C.palpabl olan %0.7 (3 kişi), dalak palpabl olan %0.25(1 kişi), umbilikal herni %0.5(2 kişi) idi. Daha önce aynı bölgede yapılan çalışmada 0-6 yaş grubunda umbilikal herni %5.3 (38), Etimesgut sağlık bölgesinde umbilikal herni % 0.45, ve KC palpabl % 0.7 bulundu (33). Araştırmamız bulguları bu çalışmalarla uygunluk göstermektedir.

#### 9. KONJENİTAL ve AKKIZ DEFORMİTELERLE İLGİLİ TARTIŞMA

Deneklerin % 2.0'ında(8 denekte) deformite vardı. Bunların 3'ü konjenital göğüs deformitesi, 1 olgu Harrison hastalığı, 1 olgu kule kafa, 1 olgu travmatik göğüs deformitesi idi. Dr. Topçu postur bozukluğu hızını % 4.1 olarak bulmuştu (33). Araştırmamız bu araştırmaya yakınlık göstermektedir.

#### D- LABORATUAR BULGULARI İLE İLGİLİ TARTIŞMA

##### 1. HEMATOKRİT BULGULARI İLE İLGİLİ TARTIŞMA

Okul çağı döneminde hematokrit(Htc) değerinin anemi sınırı konusunda görüş birliği yoktur. Değişik

yayınlarında, değişik sınırlar kabul edilmektedir. Bu çalışmada, anemi sınırı olarak, Htc değeri, % 34 mgr ve altı değerler kabul edildi.

Deneklerin ortalama Htc değeri % 38 ± 2.84 mgr idi. Anemi sınırı olarak kabul edilen % 34 mgr ve daha az Htc değeri olan denek hızı % 6.4 idi. Bu anemik olarak kabul edilen 26 olgunun köyler'e göre dağılımına bakıldığında; Doğankent'te % 5.6, Kumurlu'da % 7.7, Taşçı'da % 10.5 olup köyler arasında önemli bir fark yoktu (Tablo 50). Cinsler arasında önemli bir fark olmamasına rağmen erkeklerde % 8.2, kızlarda % 3.7 idi (Tablo 51). Erkeklerde daha sık görülmesinin nedeni, kızların adet kanamalarının başlamamış olmasına bağlı olabileceği kanısındayız.

Yaş gruplarına bakıldığında; aneminin dağılımında önemli bir fark olmadığı görüldü(Tablo 52). Anemik olanların en çok 4 olgusunda parasitoz vardı. Benzer alışmalarda, Dr.Topçu Etimesgut sağlık bölgesinde (hemoglobinin değeri 11.0 gr.ın altında olanları) % 33.6, izmit'te anemi % 64.2, Dr.Beyazova % 63.3, izmir'de' % 20.1 hızında anemi tesbit edilmişti (33,28,8,11).

Öğrencilerin büyüme ve gelişmesini, hastalıklara kolay yakalanmasını, başarı durumunu, yakından ilgilen-diren aneminin, ülkemizde halen büyük bir sorun olduğu grlmektedir. Bunun düzeltilmesi için, okullarda dengeli ve sağlıklı beslenmenin önemi, sağlık personeli ve öğretmenler tarafından devamlı anlatılmalı, zm yolları gösterilmelidir.

## 2. GAITADA PARAZIT BULGULARI İLE İLGİLİ TARTIşMA

Deneklerin %17.7 sinde(72 olgu) gaitada parazit vardı. Bunlar sıklık sırasına göre; Askaris % 6,6, H.Nana % 5.6, Oksiyur % 3.9, T.Saginata % 1.0, Trişuris Trişura %0.5 idi (Tablo 53).

Gaitada parazit sıklığının köyler arasında bir fark olmamasına karşılık, sağlık ocağının bulunduğu Doğan kent'te % 16.4 ile en az, Kumurlu'da % 25.5 ile en çok ve Taşçı'da ise % 21.1 hızında parazitoz vardı (Tablo 54).

Cinsler arasında erkeklerde % 18.8, kızlarda % 15.9 hızında gaitada parazit olup aradaki fark istatistiksel olarak önemsizdi (Tablo 55). Bu da beklenen bir bulgudur. Yaş grupları arasında da bir fark yoktu (Tablo 56). Dr. Ak-sungur 1985 yılında Doğan kent ilkokulunda parazitoz görülme sıklığını % 39.1, Dr. Karaömerlioğlu'nun enürezis araştırmasında % 52.9 olarak bulmuşlardı (4,18). Benzer çalışmalarda bu hız İzmit'te % 33.5, Etimesgut sağlık bölgesinde % 39.0, Dr. İlgün Diyarbakır'da kırsal bölgede % 62.26 olarak bulmuştur (16,33,17).

Bulduğumuz parazit prevalansının düşük olmasının nedeni, aynı bölgede, gaitada parazite bakılan 3-4 çalışmanın yapılmış olması ve bulunan hastaların tedaviye alınmasına bağlı olabileceği kanısındayız. Ayrıca gaitada parazit muayene sırasında, öğrenciden hemen gaita vermesi istenerek bakıldığından ve bir kez bakıldığından, parazitoz hızının düşük olmasına neden olabilir.

### 3. İDRAR BULGULARI İLE İLGİLİ TARTIŞMA

Tüm öğrencilerden, onar-onar gruplar halinde, eşit miktarda (1 cc) idrarları bir tüpte toplanarak idrarda şekere ve albumine bakıldı, fakat müsbet bulunamadı.

Yapılan idrar mikroskopisinde, deneklerin % 18.7 sinde idrarda patoloji vardı. İdrar patolojisinin köylere göre dağılımına bakıldığında; Doğan kent'te % 21.5, diğer köyler % 6.5 olup aradaki fark önemli idi (Tablo 57). Doğan kent'te fazla olmasının nedeni, sosyoekonomik ve

kültürel durumun iyi olmaması, ailelerin kalabalık olması, temizlik kurallarına dikkat edilmemesi, yeterli ve dengeli beslenmenin olmamasından, kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

İdrar patolojisinin cinslere göre dağılımı erkeklerde % 15.6, kızlarda ise % 23.3 olup, arada önemli bir fark yoktu (Tablo 58). Kızlarda, idrar patolojisinin bir miktar fazla olmasının, üretranın kısa olması nedeni ile kolay enfekte olabileceğini ve belki de kızların adet görmeye başladığından veya başlamak üzere olduğundan, daha fazla enfeksiyona meyilli olabileceği düşünülmektedir.

Yaş gruplarına bakıldığında 9 yaş ve öncesi ile 10 yaş ve üstünde idrar patolojisinin anlamlı bir şekilde yaş ilerledikçe, idrar patolojisi artıyordu (Tablo 59) ( $p < 0.001$ ). İdrar şikayeti olmayanlarda % 15.4 düzeyinde idrar patolojisi vardı (Tablo 60).



## S O N U Ç L A R

1. Deneklerin çoğunluğu erkek öğrenci idi. Doğan kent köyünde kız öğrenci sayısı, erkek öğrencilerden, anlamlı bir şekilde az idi. Tüm köylerde, yaş ilerledikçe (sınıflar yükseldikçe) kız öğrenci sayıları daha da azalıyordu.

2. Deneklerin ortalama kardeş sayıları  $5.5 \pm 2.3$  idi, Deneklerin % 66.6'sının 5 - + kardeşi vardı.

3. 1. sınıflarda kız öğrenci sayısı, son sınıflara göre daha yüksekti, yani sınıflar yükseldikçe kız öğrenci sayısı azalıyordu.

4. Görme yakınmaları yaş ilerledikçe anlamlı bir şekilde artıyordu.

5. Öğrenciler arasında en sık geçirilen hastalık sıtma idi.

6. Öğrencilerde başarısızlık durumu Türkiye standartlarından yüksek idi. Yaş ilerledikçe erkek öğrencilerin başarısızlığının arttığı gözlemlendi.

7. Ağırlık ve boy ölçümleri Türkiye standartlarından bir miktar düşük, Adana merkezde yapılan bir başka araştırmaya benzer idi.

8. Fizik muayenede, öğrencilerde en sık rastlanan ilk 5 hastalık sırası ile; K.B.B. (% 64.1), diş hastalığı (% 49.9), deri hastalıkları (% 21.1), solunum sistemi hastalıkları (% 19.9) ve ürogenital sistem hastalıkları (% 18.7) idi. Dışkıda parazit görülme sıklığı (% 17.7), göz hastalıkları ise (% 9.6) idi.

9. 9 yaş ve öncesi öğrencilerde diş hastalıkları (% 58.6), 10 yaş ve üzeri öğrencilerden (% 40.7) anlamlı bir şekilde fazla idi.

10. Sağlık personeli olmayan (Taşçı) köydeki öğrencilerde cilt hastalıkları (% 39.5), sağlık personeli olan köylerden anlamlı bir şekilde yüksek idi.

11. Cilt hastalıkları pedikulozis dikkate alındığı zaman, kız öğrencilerde, erkeklerden anlamlı bir şekilde fazla iken, pedikulozis hesaba katılmadan, cilt hastalıkları erkeklerde, kızlardan fazla olduğu görüldü.

12. Göz hastalıkları görülme sıklığı, Doğankent'te (% 18.4) anlamlı bir şekilde, diğer köylerden fazla idi.

13. Erkek öğrencilerin % 53.7'si sünnetsizdi. Yaş ilerledikçe sünnetsiz erkek öğrenci hızı azalıyordu.

14. Kız öğrencilerin % 5.5'inde sekonder sex karakterinin gelişmiş olduğu,

15. öğrencilerde % 2 konjenital deformite olduğu,

16. öğrenciler arasında, anemi görülme hızı % 6.4 olduğu, köyler, cinsler ve yaş grupları arasında bir fark olmadığı,

17. öğrenciler arasında, dışkıda parazit görülme hızı % 17.7 olduğu,

18. öğrencilerin % 18.7'sinde ürogenital sistem hastalığı olduğu, Doğankent'teki öğrencilerde (% 21.5), diğer köylerdeki öğrencilerden, anlamlı bir şekilde yüksek olduğu, ürogenital sistem hastalıkları, cinsler arasında, ilkokul çağında farklı olmadığı, genelde yaş ilerledikçe ürogenital sistem hastalıklarının arttığı tesbit edildi.

## Ö Z E T

Araştırmamız; Dığankent S.E.A. Bölgesine bağlı Doğankent Sağlık Ocağının 3 yerleşim yerinde (Sağlık ocağının bulunduğu Doğankent Köyü, Sağlık evinin olduğu Kumurlu köyü ve Sağlık personeli bulunmayan Taşçı köyü) bulunan köylerdeki ilkokullarda 1988-1989 öğretim yılında, toplam 407 öğrencide yapıldı.

Deneklere uygulanmak üzere tanıtıcı bilgiler ve yakınmaları içeren anket formu intörn doktorlar tarafından uygulandı. Fizik muayene araştırmacı tarafından tam sistematik yapıldı. İşitme fısıltı sesi ile, görme keskinliği "snellen" okuma levhası ile usulüne uygun olarak yapıldı. Laboratuar tetkiki olarak; Hematokrit, tam idrar tahlili ve gaitada parazit bakıldı.

Bulgular: Deneklerin, % 60.0'ı erkek, % 40.0'ı kız olup, erkekler tüm sınıflarda kız öğrencilerden fazla idi.

.Deneklerin ortalama kardeş sayıları  $5.5 \pm 2.3$  idi.

.Deneklerin % 66.6'sının 5 - + kardeşi vardı

.Deneklerin; % 7.9'unda görme yakınması, % 5.7'sinde halsizlik yakınması, % 38.8 inde barsak parazitleri yakınması, % 10.1'inde geçirilen önemli bazı hastalıklar vardı ve ilk sırayı sıtma alıyordu.

.öğrencilerin başarı hızı % 16.2 idi.

Boy ve ağırlık ölçümleri Türkiye standartlarından düşük, Adana şehir merkezi ortalaması ile uyumlu idi.

Fizik muayene bulguları: ilk 5 hasta sırası ile K.B.B. hastalıkları (% 64.1), diğ hastalıkları (% 49.9),

cilt hastalıkları (% 21.1), solunum sistemi hastalıkları (% 19.9), Ürogenital sistem hastalıkları (% 18.7) idi. Gaitada parazit (% 17.7), gözde patoloji (% 9.7)k, anemi (% 6.4) tesbit edildi. Tüm bulgular yerleşim yeri, cinsler ve yaş grupları arasında birbiri ile karşılaştırıldı.



## ÖNERİLER

1. ilkokula, kız çocuklarının da gönderilmelerini sağlama için öğretmen, muhtar, ihtiyar heyeti ve ilgililerin, resmi görevlerini yerine getirmeleri gerektiğinin hatırlatılması,

2. Ailelerin kalabalıklığı arttırmamak için bölgede yoğun ve sürekli aile planlaması eğitimi ve uygulamalarının yapılması,

3. Öğrencilerin başarısız olmasında en büyük etken olan, sınıflardaki kalabalığın, azaltılması için, gerekli önlemlerin alınması,

4. Öğrencilerin görme ve işitme kusurlarını erken saptayabilmek için, öğrencinin yakınması olsun veya olmasın, her yıl, bu konuda muayene edilmesi,

5. Öğrencilerde erken tanı çalışması yapılması, tüm öğrencilere, her yıl, tam sistematik muayene yapılmalı,

6. Öğretmen ve velilere, öğrencilerin hangi durumda hekime gönderilmesi gerektiğinin öğretilmesi,

7. Bölgenin özelliği dolayısı ile öğrenciler, her ateş geçirişte, mutlaka sıtma araştırılmalı, öğrencilere, öğretmenlere ve velilere, sık görülen hastalıklardan korunma hakkında, özgün ve yaygın eğitim yapılması,

8. En hızlı büyüme-gelişme çağında olan öğrencilerin, büyüme ve gelişmelerinin daha iyi olabilmesi için, velilere, öğretmenlere ve öğrencilere dengeli ve yeterli beslenmek hakkında sürekli bilgi verilmesi,

9. Öğrencilerde diş sorunlarını halledecek önlemler alınması, bu konuda , sürekli eğitim yapılması,

10. ilkokullarda sık görülen diğer hastalıklar (örneğin; anemi, parazitoz, üst solunum yolu enfeksiyonu) hakkında öğrencilere sürekli eğitim yapılması,

11. ilkokula başlamadan, erkek öğrencilerin tümünün sünnet sorununu ortadan kaldırmak için, tüm sağlık ocaklarında, sıhhi sünnet hizmetlerinin getirilmesi için gerekli önlemlerin alınması,

12. öğrenciler, toplu halde yaşanan topluluklarda sık görülen hastalıklar (ör. ÜSY, hepatit, oksiyür, gale v.b. gibi) hakkında eğitim yapılması,

13. ilkokul çağında sık görülen, sakat bırakabilen hastalıklar (ör. Polio, menenjit, tetanoz v.b. gibi) hakkında eğitim yapılmasının uygun olduğu kanısındayız.

## KAYNAKLAR

- Akbaba, M.: Çukurova Bölgesinde Deri Hastalıklarının Yaygınlığı, Ç.U.T.F. Dergisi.Cilt:7, Sayfa:2 Sayfa 159, Adana, 1982.
- Akbaba,M.,Özpoyraz,M.,Özpoyraz,N.:Tuzla Sağlık Ocağı Bölgesinde Deri Hastalıkları Prevalansı. Ç.U.T.F.Dergisi Cilt:2,Sayı:2,Sayfa 128. Adana,1986.
- Akbaba, M.-Aytaç, N.:Doğankent S.E.A.Bölgesi 1986 Yılı çalışmaları, Mimograf. Adana, 1987.
- Aksungur, P.: Doğankent Köyünde ilk ve Ortaokul öğrencilerinde Barsak Pârazitleri Araştırması. Ç.U.T.F.Dergisi Sayı:1. S:65-70. 1986.
- Alan,W.,Cross,M.D.:Health Screening in schools, Part.II. Journal of Pediatrics V:107.N:5. 1985.
- i-Aytaç,N.:Doğankent Sağlık Ocağı 1989 Yılı Faaliyet Raporu, Mimograf 1990,Adana.
- 7-Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, DSİ Genel Müdürlüğü, 1989 Sulama Sonuçları Değerlendirme Raporu,Ankara,1990.
- 3-Beyazova, U., Egemen, A.: Okul Sağlığı, Hacettepe Pediatri Anabilim Dalı, Başasistanlık bülteni C:6,5:6 sayfa :464-471 1985.
- 9-Burgut, H.R., Özer, G.: Adana'da 7-14 yaş grubu çocuklarda Beslenme Durumu: Doğa. TU. TIP ve Ecz. D. C:11.S:3. Ankara,1987.

- Donalt E. Cook: School Health Examinations: Pediatrics  
Vol:67, No:4 S:576-577. 1981.
- Ergin,S., Terzioğlu,O-Bilgin.:Köy İlkokullarında Okul  
Sağlığı. XXXI. Milli Pediatri Kongresi Bildiri Özetleri.  
22-25 Mayıs yzmir 1988.
- Ergin, S.- Yurdakul, S.-Ergin, M.: Göz Hastalıkları Yönün-  
den ilkokul çocukların taranması. Türk Oftalmoloji  
Gazetisinden Sayfa:197-203.
- 1-Fişek,H.N.:Halk Sağlığına Giriş, Çağ Matbaası, Ankara,1983
- 1-Genel Nüfus Sayımı,20.10.1985, D.İ.E. Ankara,1989.
- 5-Güler,C.:Sağlık Eğitim Haftaları,Hacettepe Toplum  
Hekimliği Bülteni,Sayı:1, Sayfa:4,9 Ocak 1988, Ankara.
- 3-Hayran, O., Minasyanöz, A., Akdüzgün, M.:İlkokul çocuk-  
larında Sağlık sorunları. Hacettepe Toplum Hekimliği.  
Bülteni. Sayı:14 ,Sayfa:2, 7 Ekim. 1986.
- 7-İlçin, E-Toksöz, P-Mete, M.-Balıkçı, E.: Diyarbakır İli  
Kırsal Bölgede Barsak parazitlerinin Dağılımı. Ulusal  
Halk Sağlığı Kongresi- 1988. Bildiri Özetleri. Sayfa:21.  
7-12 Kasım 1988. Antalya.
- 8-Karaömerlioğlu, Ö.: Doğankent Sağlık Ocağı Bölgesinde 5-14  
yaş grubu çocuklarda Enürezis prevalans hızı araştırması.  
yayılanmamış Uzmanlık tezi. C.U.T.F.Adana-1989.
- 9-Kars, B-Kars, M.N: Milli Eğitimle İlgili Kanunlar III:  
1-11.1958-31.10.1967, Milli Eğitim Basımevi, 1970.



- 3-Kaynak, S ve Arkadaşları: İlkokul çağı çocuklarında refraksiyon kusurları ve şaşılık araştırması. Dokuz Eylül Ü.T.F. Dergisinde yayınlanması kabul edilmiş.
- 1-Kekiç, M.C., Ergin, S., şen, M.-Toker, S.: 7-12 yaş grubu çocukların Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları Yönünden Taranması. Türk Oto-Rino-Larengoloji Derneği XV. Milli Kongresi. İstanbul- 1982.
- 2-Köksal, O.: Türkiye 1974 Beslenme-Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması. Ankara, 1977.
- 23-Milli Eğitim İstatistikleri, 1986-1987: Devlet İstatistik Enstitüsü. ANKARA -EKİM 1988.
- 24-Milli Eğitimle İlgili Kanunlar.I: 23-4.1920-10.6.1946 Milli Eğitim Basımevi, Ankara, 1953.
- 25-Milli Eğitimde 50 Yıl 1923-1973: Devlet İstatistik Enstitüsü Yayını, Ankara, 1973.
- 26-Milli Eğitim Hareketleri: 1942-1972: Devlet İstatistik Enstitüsü, S:11 Ankara, 1973.
- 27-Özcebe, H.: Okul Sağlığı:Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, Sayı:2, Sayfa:1, 9 Nisan 1988, Ankara.
- 28-Özdemir, A.: Ocak Hekiminin Okul Sağlığı Çalışmaları: Türk Toplum Hekimliği II. Sempozyumu. 25-28 Haziran 1980 ystanbul.
- 29-Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi ile ilgili Yönerge No:154. S.S.Y.B. Yayınları Akın Matbaası, Ankara, 1965.

- 1)-Sağlık Ocağı Hekiminin Hukuk Rehberi: Hacettepe Yayın Birliği. S:149, Ankara, 1985.
- 2-Smith, G,C Tand at all: The five year school medical-Time for change, The journal of the British Pediatrics Assosiacian, 4. September 1989.
- 3-Tamer, N.: Ergazi Sağlık Ocağı Bölgesinde Deri Hastalıkları prevalansı ve bununla ilgili faktörler. Uzmanlık Tezi. H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Enstitüsü. Sayfa:9 Ankara. 1971.
- 4-Topçu, T.:Etimesgut Sağlık Bölgesinde Bir Okul Sağlığı Çalışması, Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bilim Dalı. Ankara, 1978.
- 5-Tuncer, A.:Okul Sağlığı ve Hizmetleri Ders Notları.C.Ü.Tıp Fak.Mimograf.1987 (Yayınlanmamı )
- 6-Tuncer, A.: Toplum Sağlığında Enfeksiyon Hastalıkları ve Korunma: Hacettepe Üniversite Yayınları: A-43. S:84-87. Ankara,1982.
- 7-Tuncer, A, Akbaba, M-Burgut, H.R: Doğan kent S.E.A. Bölgesinde 0-6 ya grubunda Deri Hastalıkları Prevalansı. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi-88.Bildiri özetleri.S:59. 7-11 Kasım 1988 - Antalya.
- 8-Tuncer,A,-Akbaba, M., Burgut,H.R.: Doğan kent S.E.A. Bölgesinde 0-6 yaş grubu çocukların sağlık Durumu.: Ulusal Halk Sağlığı Günleri-I. Bildiri Özetleri. S:100-101. 20-22 Haziran 1989. Sivas.

3-Tuncer, A., Aytaç, N.: Doğan kent S.O. Bölgesinde Yaşayan Fertil Yaştaki Kadınların A.P. Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Halk Sağlığı Günleri-1. Bildiri Özetleri Sayfa:52-53, 20-22 Haziran 1989, Sivas.

8-Velicangil, S.: Koruyucu Hekimlik ve Okul Sağlığı.

2. baskı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları S:303-318. İstanbul, 1973.

0-Yörükoğlu, A.: Aile ve Çocuk: 1.Baskı. S:100-137. Ankara, Aydın Kitabevi Yayınları. 1983.

1-Yörükoğlu, A.: Çocuk Ruh Sağlığı :5.Baskı. Ankara:İş bankası kültür Yayınları. S:54-66. 1983.

Ç.Ü.T.F.HALK SAĞLIĞI A.B.D.  
DOĞANKENT S.E.A.B. DOĞANKENT SAĞLIK OCAĞI  
OKUL SAĞLIĞI ÖĞRENCİ MUAYENE FORMU

No  
Denek Sayısı

.....








1. Okulun Adı : .....
2. sınıfı : .....
3. Adı Soyadı : .....
4. Baba Adı : .....
5. Yaşı : .....
6. Cinsi : a) E  b) K
7. Kardeş sayısı : E  K
8. Baba : a) Sağ  b) Ölü
9. Anne : a) Sağ  b) Ölü
10. Görme şikayeti : a) Var  b) Yok   
Varsa: .....
11. İşitme şikayeti : a) Var  b) Yok   
Varsa: .....
12. Halsizlik, çabuk yorulma, çok hastalanma: a) Var  b) Yok   
Varsa: .....
13. Kurt, solucan düşürme:
  - a) Gece uyurken salya akıyormu: Evet  Hayır
  - b) Diş gıcırdatma var mı : Evet  Hayır
  - c) Karın ağrısı var mı : Evet  Hayır
  - d) Makatta kaşıntı var mı : Evet  Hayır
14. İdrar yaparken şikayeti var mı : Var  Yok   
Varsa: *başka* a) Yanma b) Sık sık idrar  
c) Gece idrara çıkma d) Çok idrar yapma e) Diğer .....
15. Geçirdiği önemli hastalık var mı: Var  Yok   
(Meningit, otit, polio, zütürre, verem, diğerleri) *işitilemiyor*
16. Başka bir şikayet var mı : Var  Yok   
Varsa: .....
17. Mental durumu: (Gözlemci ve öğretmenin düşüncelerine göre)
  - a) İyi  b) Orta  c) Zayıf

## FİZİK MUAYENE

18. Ağırlık (kg) :..... a) Zayıf  b) Normal  c) Şişman
19. Boy (cm) :..... a) Kısa  b) Normal  c) Uzun
20. Kol çevresi (cm) :.....
21. Cilt bulguları :.....
22. Göz bulguları :.....
23. Görme durumu : a) Sağ..../10 b) Sol..../10
24. İşitme durumu : Fısıltı testi  
a) Sağ 1-Normal  2-Az  3-Yok   
b) Sol 1-Normal  2-Az  3-Yok
25. K.B.B. : a) Burun bulguları.....  
b) Kulak bulguları.....  
c) Tonsiller.....  
d) Diğer.....
26. Solunum sistemi: .....
27. Dolaşım sistemi: .....
28. Karın bölgesi : a) Karaciğer  b) Dalak  c) Diğer
29. Ürogenital sistem:.....  
a) Erkekler: 1. Sünnetli  2. Sünnetsiz   
3. Sünnetli olma yaşı  
4. Konjenital sünnetli  
b) Kızlar 1. Sekonder sex karakterlerinde gelişme  
Var  Yok   
c) Testisler : 1. İnmiş  2. Tek inmiş  3. İnmemiş   
4. Diğer
30. Ekstremitte bulguları:.....
31. Deformiteler: a) Var  b) Yok
32. Diğer Bulgular.....

## LABORATUVAR BULGULARI

33. Hematokrit : .....
34. Gaitada parazit: Var  Yok   
Varsa ismi:.....
35. İdrar bulguları: a) Albumin  b) Şeker   
c) Mikroskobi

-  Sağlık Ocağı Bul. Köy.
-  Sağlık Eyeri Bul. Köy.
-  Köyler
-  Küçük Birimler
-  Sağlık Ocakları Böl Sın.
-  Asfalt Yollar
-  Stabilize Yollar
-  Ana Yol
-  Arastırılan Köyler



HAVUTLU SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİ

TUZLA SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİ

YÜZBAŞI SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİ

