

22435

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

HİSARCIK AHMET KARAMANCI SAĞLIK OCAĞINA BAĞLI
KIRANARDI KASABASINDA SAĞLIK OCAĞINA HIÇ
BAŞVURMAMIŞ AİLELER İLE SAĞLIK OCAĞINI
KULLANMAKTA OLAN AİLELERİN SAĞLIK
DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

TEZ YÖNETİCİSİ
Prof. Dr. Yusuf ÖZTÜRK

Dr. İskender GÜN

UZMANLIK TEZİ

KAYSERİ — 1992

İÇİNDEKİLER

H

Sayfa No

1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Temel Sağlık Hizmetleri	5
2.1.1. Tarihçe	5
2.1.2. Kapsam	6
2.2. Sağlık Kuruluşları	9
2.3. Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi	10
2.3.1. 1920-1937 Dönemi	10
2.3.2. 1937-1949 Dönemi	11
2.3.3. 1950-1960 Dönemi	12
2.3.4. 1960 ve Sonrası	12
3. MATERYAL VE METOD	16
3.1. Bölge Hakkında Kısa Bilgi	16
3.2. Araştırma Yöntemi	17
4. BULGULAR	20
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	20
4.2. Soruşturmayla Elde Edilen Bulgular	23
4.3. Muayene ile Elde Edilen Bulgular	44
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇLAR	66
7. ÖZET	72
8. SUMMARY	73
9. KAYNAKLAR	74
10. EK-I	77

TABLO, ŞEKİL VE GRAFİKLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo I: Araştırma Kapsamına Alınan Bireylerin Yas ve Cins Gruplarına Göre Dağılımları	20
Tablo II: İncelenen Ailelerin Reişlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	21
Tablo III: İncelenen Ailelerin Evlerindeki Cöpün Durumu	24
Tablo IV: İncelenen Ailelerin Evlerindeki Tuvaletin Bulunduğu Yer	24
Tablo V: Aile Reişlerinin "Hasta Olunca Ne Yaparsınız ?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı	27
Tablo VI: Ailelerin Hastalık Durumunda Kullanmayı Tercih Ettikleri Sağlık Kuruluşlarının Dağılımı	28
Tablo VII: Ailelerin Sağlık Ocağını Kullanmama Nedenleri	29
Tablo VIII: Araştırma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Doğurganlık Özellikleri	30
Tablo IX: Annelerin Son Doğumlarını Yaptıkları Yerlere Göre Dağılımları	31
Tablo X: Kadınların Kullanmakta Oldukları Gebelikten Korunma Yöntemlerine Göre Dağılımları	37
Tablo XI: Gebelikten Korunmayan Kadınların Korunmama Nedenlerine Göre Dağılımları	38
Tablo XII: Gebelikten Korunan Kadınların Bu Yöntemi Elde Ettiği Yerlere Göre Dağılımları	38
Tablo XIII: Annelerin Emzirme Süreleri Konusundaki Bilgilerinin Dağılımı	39
Tablo XIV: Annelerin Ek Gıdalara Başlama Zamanı Konusundaki Bilgilerinin Dağılımları	40
Tablo XV: Annelerin Beslenme Konusunda Bilgi Alma Durumlarının Dağılımları	41
Tablo XVI: Ailelerin Sağlıkla İlgili Bilgileri Edinme Yerlerine Göre Dağılımları	42
Tablo XVII: Annelerin Çocuklarına Aşı Yaptırdıkları Yerlere Göre Dağılımları	42
Tablo XVIII: Annelerin Çocuklarına Okulda Yapılan Aşılarda Bilme Durumlarına Göre Dağılımları	43
Tablo XIX: Yaş Gruplarına Göre Sık Olarak Saptanan Hastalıkların Dağılımı	45
Tablo XX: Muayene Edilen Kişilere Reçete Verilme Durumu	47
Şekil 1: Temel Sağlık Bakımının Komponentleri	7
Grafik 1: Araştırma ve Kontrol Gruplarında Annelerin Gebelikleri Sırasında İzlenme Durumları	33
Grafik 2: Araştırma ve Kontrol Grubundaki Annelere Gebelikleri Sırasında Tetanoz Aşısı Yapılma Durumu	34
Grafik 3: Araştırma Grubundaki Kadınların Gebelikten Korunma Durumu ve Korunmada Kullanılan Yöntemler	36
Grafik 4: Kontrol Grubundaki Kadınların Gebelikten Korunma Durumu ve Korunmada Kullanılan Yöntemler	36

1. GİRİŞ VE AMAC

Sağlık, yani kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olma durumu, insan hakları evrensel beyannamesinde de bir hak olarak yerini almış bir olgudur (6, 32). Bu hakkı sağlayabilmek için, başta Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve pek çok ülke, bu konuda çeşitli çalışmalar yapmaktadır. Bu amaçla, 1977 yılında toplanan Dünya Sağlık Assamblesinde, 2000 yılında herkes için sağlık ilkesi üzerinde önemle durulmuş ve 1978 yılında Alma Ata'da düzenlenen konferansta da bu ilkeye ulaşmada araç olarak, temel sağlık bakımı kavramı kabul edilmiştir (10,37,38).

Temel sağlık bakımının verilmiş biçimi ve dozu konusunda evrensel olarak kabul edilmiş bir ilke yoktur (18,19). Bunun nedenleri de sağlığın dinamik yapısı, değişen gereksinimler ve bu gereksinimleri karşılamada kullanılacak kaynaklardır. Bundan bir süre önce, artan tıp bilgileri nedeniyle artık genel pratisyenliğin demode hale geldiği, bunun yerini daha dar alanlarla uğraşan uzmanların alması gerektiği görüşü yaygın-

dı (18). Hastaneler, karmaşık araç gereçleriyle, hastalıktan korunma göz önüne alınmaksızın, kişilerin hastalanmaları halinde gidebilecekleri tek ve en mantıklı yer haline gelmişlerdi (18,36). Bunun yanısıra, tedavi hizmetlerinin daha gösterişli, halk tarafından daima aranılan hizmetler olması da yöneticiler tarafından tedavi edici hizmetlere önem verilmesine yol açmıştır. Ancak, pahalı ve yeni teknolojiye dayalı olan bu hizmetler, özellikle gelişmekte olan ülkelerde istenilen düzeye erişememiştir (20,21,36).

Temel sağlık bakımı kavramı, gelişmekte olan ülkelerin özellikle kırsal kesimdeki insanların sorunlarını çözmeye yönelik olarak geliştirilmiş bir yanıt olarak ortaya çıkmıştır. Sağlık ocaklarının, temel sağlık hizmetlerine dayalı geniş spektrumlu sağlık hizmetlerinin gelişmesi sürecinde önemli rol oynadıkları kabul edilmektedir (19,30). Sağlık ocakları örgütlenmesinin olmadığı yerlerde ise daha çok genel pratisyenler, temel sağlık hizmetlerinin verilmesiyle uğraşmaktadırlar (13,19).

Dünya'da temel sağlık hizmetleri kavramının gelişmesinden yaklaşık 17 yıl önce, 1961'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanun ile, ülkemiz, pratikte temel sağlık hizmetleri kavramını uygulamaya geçirmiş bulunmaktadır (6,11,20). Gerek ülkemizde sağlık hizmetlerini sosyalleştiren 224 sayılı kanun, gerekse 1978'deki Alma Ata kon-

feransı ve deklarasyonu içeriğinin temel amacı, iyileştirici ve koruyucu (Sağlık eğitimi, yiyecek ve beslenme, su ve sanitasyon, aña ve çocuk sağlığı, bağışıklama, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, hastalık ve yaralanmaların tedavisi, elzem ilaçların bulundurulması) sağlık hizmetlerini birlikte yürütmekti (6,9,31,37). Ancak, ülkemizde sosyalleştirme modelinin beklenen başarıyı gösteremediği gibi, bunun yerine konabilecek daha iyi bir modelin de geliştirilemediği görülmüştür. Sosyalleştirmede beklenen başarıya ulaşılmanın nedenleri, hizmetin sunulması ile olduğu kadar, hizmetin kullanılması ile de ilgilidir (11,35).

Sistemde meydana gelen bir aksaklık, kuşkusuz en önemli sonuçlarını o sistemin uygulandığı toplumun bireyleri üzerinde gösterecektir. Bu nedenle, sosyalleştirme modelinin halen uygulanmakta olduğu bölgelerden biri olan, Kayseri Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı (KEASGB) bölgesindeki, Hisarcık Ahmet Karamancı Sağlık ocağına bağlı Kıranardı kasabasında bir araştırma planlanmıştır. Bu araştırmanın amaçları:

- Hizmetin yürütülmesinde sistemin işleyişini değerlendirmek,
- Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetinden yararlanan ve yararlanmayan ailelerin bireylerinin sağlık durumlarını karşılaştırmak,

- Her iki grubun temel sağlık bakımından yararlanma oranlarını değerlendirmek.
- Ailelerin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını olumlu veya olumsuz yönde etkileyen faktörleri saptamak ve çözüm önerileri üretmektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Temel Sağlık Hizmetleri

2.1.1. Tarihçe:

Mayıs 1977'de 30. Dünya Sağlık Asamblesinde DSÖ'nün üye ülkelerince "2000 yılında herkes için sağlık" olarak bilinen, "insanların 2000 yılında ekonomik ve sosyal olarak üretken bir yaşam sürmesini sağlayacak sağlık düzeyine ulaşması" amacıyla gelecek seksen ve doksanlı yıllarda yapılması gereken çabaları içeren bir karar alındı (19,30,36,37).

Bir yıl sonra, Alma-Ata'da yapılan Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Kongresinde bu karar bir kez daha onaylandı ve temel sağlık hizmetleri, bu amaca ulaşmada anahtar olarak nitelendi. Toplantıda temel sağlık hizmetleri, "toplum içindeki yararları ile ailelere ve bireylere evrensel olarak sunulmuş ve pratik, bilimsel olarak uygun ve sosyal yönden yeterli yöntem ve teknoloji üzerine kurulmuş gerekli sağlık hizmetleri" olarak tanımlanmıştır. "Kişi ve toplumun bu hiz-

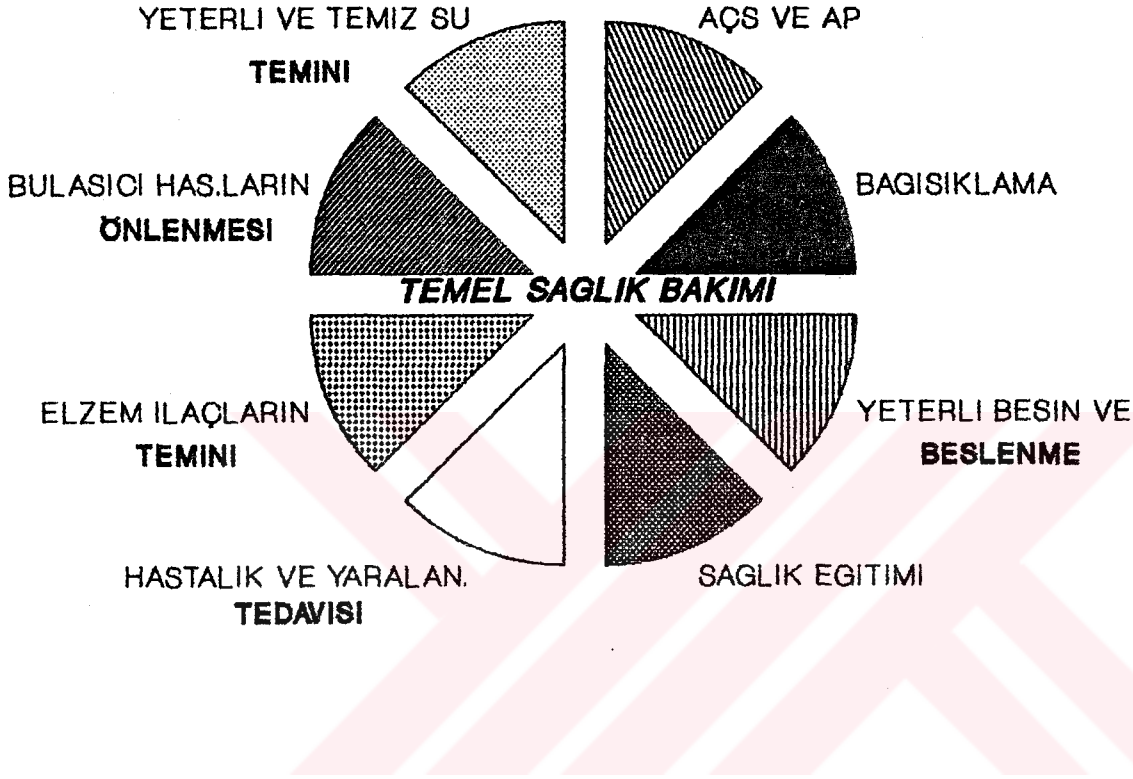
metleri, bu işlerle ilgili etkinliklere tam katılması ve toplum ile ülke kalkınmasının her düzeyinde yalnız kendi kendine yeterlilik ve kendi geleceğini kendisinin tayin etme ruhu içinde hareket etmesiyle sürdürülebileceği" vurgulanmıştır (10,16,20,37).

"Herkes için sağlık", ulaşılması gereken bir amaçtır ve bu amaca ulaşmak için temel sağlık hizmetleri bir kılavuzdur. Bu felsefenin ortaya çıkışı, kuşkusuz bir şans eseri değildir. Hareket noktası, 1960'lardaki yüksek teknolojinin hataları ve 1970'lerde kimi gelişmiş ülkelerde sağlık bakımı için ortaya çıkan yükselen uzmanlaşma, hatta süper uzmanlaşma dayatıyordu. Aynı dönemde genel pratisyenler genellikle ikinci sınıf hekim olarak değerlendirilmiş, iyi bir tıbbi bakım, kalifiye uzmanlarla eşdeğer görülmüştür (18,20).

2.1.2. Kapsam:

Alma-Ata konferansında temel sağlık bakımının kapsamı şöyle belirlenmiştir (Şekil 1) (10,37):

- Önemli sağlık problemleri, bunların önlenmesi ve kontrolü için eğitim,
- Yeterli besin ve uygun beslenmenin sağlanması,
- Temel sanitasyon ve yeterli, güvenilir su sağlanması,
- Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması,
- Başlıca enfeksiyon hastalıklarına karşı bağışıklama,



Sekil 1: Temel Sağlık Bakımının Komponentleri

- Yerel endemik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü,
- Sık görülen hastalık ve yaralanmaların uygun tedavisi,
- Elzem ilaçların temini

Ekim 1984'de Kopenhag'da toplanan DSÖ Avrupa Bölgesel Komite'si, Herkes için Sağlık bölgesel hedeflerini belirlemişlerdir. Bu hedefler arasında, her ülkenin Alma-Ata Konferansında sınırları belirlenen sekonder ve tersiyer bakım ile

desteklenmiş primer sağlık bakımını verecek sağlık bakım sistemlerini kurması öngörölmüştür (37).

Başarılı bir Temel Sağlık Hizmetleri organizasyonu için kabul edilmiş bazı ilkeler vardır. Bunlar (5):

1. Temel Sağlık Hizmeti Örgütü hizmet vereceği toplumun yaşam biçimine göre biçimlendirilmiş olmalı ve toplumun gereksinimlerini karşılayabilmelidir.
2. Temel Sağlık Hizmeti Örgütü Ulusal Sağlık Sistemi ile diğer kademeler arasında bir "geçiş alanı oluşturmalı" ve en uçta teknik malzeme sağlanıp, yönetilip denetlenerek desteklenmelidir.
3. Temel Sağlık Hizmetleri toplumun kalkınması için çaba harcayan tarım, eğitim, iskan, haberleşme ve benzeri kesimlerin çalışmaları ile tam olarak iç içe girmiş olmalıdır.
4. Halk, sağlık hizmetlerinin planlanıp uygulanmasına etkin olarak katılmalıdır. Böylece sağlık hizmetlerinin yerel gereksinim ve öncelikleri karşılanması sağlanmalıdır. Topluluğun gereksinimleri ile ilgili kararlar, kuruluşla halk arasında kurulacak sürekli diyalogla alınmalıdır.
5. Sağlık hizmeti sunumu toplumun sağlayacağı kaynaklara dayandırılmalıdır.

6. Temel Sağlık Hizmetleri birey, aile ve toplum için koruyucu, sağlık düzeyini yükseltici, tedavi ve rehabilite edici hizmetler arasında entegre bir hizmet alanı oluşturmalıdır. Bu hizmetlere verilecek öncelikle toplumun gereksinimlerine göre, zamanla değişebilecek bir denge kurulmalıdır.
7. Sağlıkla ilgili girişim ve çalışmaların en önemlileri en uçta yapılmalı, buralarda görevlendirilecek personelin uygun eğitim görmesi sağlanmalıdır.

2. 2. Sağlık kuruluşları:

Sağlık kuruluşları, 1970 yılı başlarında Roemer tarafından başlıca 5 kategoride toplanmışlardır (18,27):

1. Yalnızca koruyucu hizmet veren kuruluşlar.
2. Yalnızca veya asıl olarak tedavi edici hekimlik hizmeti veren kuruluşlar.
3. Entegre olarak hem koruyucu hem de tedavi edici hekimlik hizmeti veren kuruluşlar.
4. Özel hastalık grupları (tüberküloz, venereal hastalıklar gibi) veya özel toplum gruplarına (okul çocukları, işçiler gibi) yönelik hizmet veren özel servisler.

5. Temel sağlık bakımı ile birlikte ileri veya uzmanlaşmış bakım hizmetinin de birlikte verildiği kapsamlı poliklinikler.

Bu sınıflandırma, basit ve kullanışlı bir sınıflandırma olmakla birlikte, çoğunlukla insan gereksinimlerinin dinamik yapısı ve toplumun sağlığa bakışına bağlı olarak gruplar arasındaki sınırlarda karışıklıklar görölmektedir. Hatta bazen, değil ölkeler arasında, aynı öлке içinde bile kurumların verdikleri hizmetler, birbirinden çok büyük farklılıklar gösterebilmektedir (16,18).

Temel sağlık bakımı servislerinin hastanelerden bağımsız olarak planlanması sağlık bakımının etkinliğine zarar verebileceği gibi, toplumun temel sağlık bakım servislerine olan gereksinimleri ve toplumun kaynakları gözönüne alınmadan hastanelere dayalı olarak hizmetin planlanması da yararsız sonuç verecektir. Pek çok sağlık Problemleri, sağlık servislerinin sürekliliğine gereksinim göstermektedir (18,19).

2.3. Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

2.3.1. 1920-1937 Dönemi:

3 Mayıs 1920'de o zamanki adıyla Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti, daha sonraki adıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurulmuştur. Üлке çapında sağlık hizmetlerini yü-

rütmek görevi bu bakanlığa verilmiştir. İlk Sağlık Bakanı olan Dr. Adnan Adıvar, 10 Mart 1921'e kadar bu görevi yürütmüştür. Bu dönemde bakanlığın en önemli uygulamaları, fiili bir savaş durumunda olan ülkede salgın hastalıkları önleme yönündeki çalışmalar ve sağlık kuruluşlarının düzenlenmesi olmuştur. Daha sonra Sağlık Bakanı olan ve Cumhuriyet döneminin de ilk Sağlık Bakanı olan Refik Saydam, tedavi edici hizmetlerden çok koruyucu sağlık hizmetleri üzerinde durmuştur. Ancak bu dönemin en önemli eksikliği; hekim ve sağlık memuru yetiştirilmesine önem verilirken, hemşire ve ebe gibi bayan personel yetiştirilmesine yeterince önem verilmemesi olmuştur. Bu dönemde kamuda çalışan tüm sağlık personelinin atama, terfi ve cezalandırılması işi tek elde, sağlık bakanlığında toplanmıştır (6,26,28).

Refik Saydam döneminde örgütlenme modeli olarak Hükümet Tabipliği-Sağlık Müdürlüğü örgütü temel birim olarak kabul edilmiştir. Hükümet tabiplerinin başlıca görevleri bulaşıcı hastalıklarla savaş, adli hekimlik, genel idare ile ilgili işler ve fakir hastaların ücretsiz muayenesidir (6,26).

2.3.2. 1937-1949 Dönemi:

Bu dönemde İkinci Dünya Savaşı ile birlikte ülkenin genel sağlık durumu bozulmuştur. Sıtma, epidemik tifüs ve çiçek büyük salgınlar yapmıştır. Yine bu dönemde, 1945 yılında işçi

Sigortaları Kurumu kurulmuş ve zaman içerisinde sigortalı işçiler için sağlık örgütü kurma, işletme, sağlık personeli atama ve çalıştırmaya başlamıştır (6,28).

1946-1947 yıllarında, Dr. Behçet Uz'un sağlık bakanlığı döneminde koruyucu ve tedavi edici görevleri birlikte üstlenecek olan sağlık merkezlerinin açılması planlanmıştır. Bu plana göre her 40 köy için bir sağlık merkezi kurulacak, bu merkezde acil vakalar için 10 hasta yatağı bulunacak, 2 hekimle birlikte 11 yardımcı sağlık personeli çalıştırılacaktır. Ancak Behçet Uz'dan sonra gelen hükümetler bu planı uygulayamamışlardır (6).

2.3.3. 1950-1960 Dönemi:

Bu dönemde hastaneciliğin gelişmesine büyük önem verilmiştir. Koruyucu hizmetler bu dönemde gerilemese bile ikinci planda kalmıştır. Hastaneciliğin gelişmesine paralel olarak yeter sayıda hemşire, ebe, laboratuvar teknisyeni gibi sağlık personeli yetiştirilmediği için hasta bakım hizmetleri de yeterince ilerleyememiştir (6).

2.3.4. 1960 ve Sonrası:

Bu dönemde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun kabul edilmiştir. Bu kanunla; Türkiye'de tüm

sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğu, ilk basamak tedavi hizmetini köylere kadar yayarak herkesin sağlık hizmetinden yararlandırılmasını, koruyucu ve iyileştirici hekimlik hizmetlerinin bir arada yürütülmesini, kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin bir elden yönetimi, halk ile bütünleşme, kamu sektöründe hekimlerin tam süre çalışma ilkesi öngörülmüştür (6,9).

Bu yasaya göre sağlık örgütlenmesinin özellikleri şunlardır (6,9,28):

1. Sağlık örgütlerinde temel ünite ilk basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocaklarıdır. Sağlık ocakları bölgelerinin nüfusu 5000-10000 kişi olacaktır. Her ocakta bir hekim, bir sağlık memuru, bir hemşire, 2-4 köy ebeşi ve bir tıbbi sekreter hizmet verecektir. Ocak hekimi; hastaları tedavi ve adli hekimlik hizmetini yürütmek, yardımcıları ile beraber kendi bölgesinde yaşayan halkın evde ve ayakta tedavisini takip, onları hastalıklardan korumak ve sosyoekonomik düzeylerini yükseltmek için isteklendirmek ile görevlidir.
2. Ebeler hizmet ettikleri köyler ile ulaşımı yakın olan köylerde kurulan sağlık evlerinde oturacak, köyleri ve evleri gezerek hizmet yapacaklardır.

3. Sağlık ocaklarının hasta tedavisi hizmetleri devlet hastaneleri tarafından desteklenir. Tedavi hekimliği yönünden ocak, hastanelerin polikliniği ve evde-ayakta tedaviyi yürüten örgütleri olarak düşünülecektir.
4. Sağlık ocaklarının koruyucu hizmetleri sağlık müdürlüğünün halk sağlığı örgütleri tarafından desteklenecek ve tamamlanacaktır.
5. Sağlık örgütleri il içinde bir bütündür. Sağlık müdürü sağlık örgütünün amiridir.

Bu yasa 1963 yılında Mus ilinde uygulamaya başlanmıştır. 1963-1965 yıllarında başarı ile uygulanan sosyalleştirme, 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulama şekline dönüşmüştür. Başarısızlığın temel nedenleri (6):

- * Bazı üst düzey yöneticiler bu yasanın uygulanmasının gereğine inanmamışlar ve personelin güvenini sarsmışlardır.
- * Hastane ve sağlık ocaklarına yeter sayıda hekim atanmamıştır.
- * Hekim ve diğer sağlık personeli fakülte ve okullarda hizmetin gerektirdiği şekilde yetistirilmemiştir.
- * Sağlık ocakları ile hastaneler arası işbirliği kurulmamıştır.

- * İl düzeyinde sağlık yönetimi yetersizdir. Sağlık ocaklarını denetleyen grup başkanlıkları kurulmamıştır.
- * Hizmet için, verilmesi kanun gereği olan denekler hiçbir zaman yeter düzeyde verilmemiştir. Arac, gereç ve ilaç sıkıntısı daima büyük sorun olmuştur.

Bu başarısızlığa rağmen, ülkemizde, bu sistemin yerine konabilecek bir sistem geliştirilememiştir. Özellikle son yıllarda genel sağlık sigortası ve aile hekimliği uygulamalarına geçis yönünde çalışmalar yapılmakta ise de, henüz uygulamaya girmiş bir değişiklik yoktur. Yani, aksayan yönlerine rağmen sosyalleştirme, halen ülkemizin fiili sağlık sistemidir.

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Bölge Hakkında Kısa Bilgi

Hisarcık, Kayseri'nin güneyinde ve Kayseri'ye 11 km mesafededir. Hisarcık Ahmet Karamancı Sağlık Ocağı'na Hisarcık kasabasının yanı sıra 500 m. uzaklıktaki Kıranardı kasabası ile 3 km uzaklıktaki Endürlük Köyü'de bağlı bulunmaktadır.

Hisarcık Sağlık Ocağı hizmet binası, 1985 yılında Ahmet Karamancı tarafından hastane olarak yaptırılıp Erciyes Üniversitesi'ne bağışlanmıştır. Bina, başlangıçta hastane olarak hizmet vermeye başlamıştır. Ancak gerek araç gereç ve sağlık insan gücünün yetersizliği, gerekse hizmet verdiği toplumun nüfusundan dolayı hastane bakımına gereksinim duyan kişi sayısının azlığı nedeniyle 1987 yılından sonra binanın zemin katı sağlık ocağı olarak hizmet vermeye devam etmiştir.

Bölgedeki sağlık hizmetleri, Hisarcık Belediyesi tarafından sağlanan bir binada; Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinden gelen hekimlerle başlatılmıştır. Daha sonra 1987 yılına

kadar Caferbey Sağlık Ocağı'na bağlı Hisarcık ve Kıranardı Sağlık Evleri ve buralarda çalışan ebeler aracılığıyla yürütülmüştür. 1987 yılından sonra ise Hisarcık Sağlık Ocağı kurulmuş; hekim ve diğer sağlık personeli ataması yapılarak hizmet vermeye başlamıştır.

Hisarcık Sağlık Ocağı Bölgesinde 1991 yılı yıl ortası nüfus sayımına göre 1260 hanede 6391 kişi olup yaklaşık hane başına 5.1 kişi düşmektedir. Araştırmanın yapıldığı Kıranardı kasabasında ise 434 hanede toplam 1891 kişi olup hane başına 4.4 kişi düşmektedir. Kıranardı kasabasında bir sağlık evi bulunmakta ve burada bir ebe hizmet vermektedir. Kasabada yaşayan halkın sağlık ocağına ulaşımı, saatte bir kalkan ve kasabadan yaklaşık olarak 5 dakikada ocağa ulaşımı sağlayan belediye otobüsleriyle yapılmaktadır.

3.2. Araştırma Yöntemi:

Araştırma, Kayseri Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Hisarcık Ahmet Karamancı Sağlık Ocağı'na bağlı Kıranardı kasabasında 1 Mayıs-30 Haziran 1991 tarihleri arasında yapılmıştır. Sağlık ocağında bulundurulmakta olan tüm aile zarfları taranmış ve aile bireylerine ait kişisel sağlık fişleri (form 004) üzerinde hiçbir işlem yapılmamış aileler saptanarak, bu kişiler sağlık ocağını kullanmayan aileler olarak kabul edilmiştir. Bu aileler çıkartıldıktan

sonra geriye kalan aile zarfları arasından % 10 sistematik örnekleme ile kontrol grubu seçilmiştir.

Buna göre araştırma grubuna toplam 43 aile seçilmiştir. Bunlardan 4 aile göç nedeniyle, 1 ailede ölüm nedeniyle araştırma kapsamı dışında kalmışlardır. Geriye kalan 38 aileden (148 kişi), ulaşılabilen 30 aile (113 kişi) araştırmaya alınmışlardır. Araştırma grubundaki ailelerin % 78.9'una, kişilerin ise % 76.4'üne ulaşılmıştır.

Bölgede, araştırma grubu dışında kalan ailelerin toplam sayısı 391'dir. Bunlardan % 10 örnekleme ile 39 aile seçilmiş (183 kişi) ve bunlardan da 36 aileye (161 kişi) ulaşılmıştır. Kontrol grubundaki ailelerin % 92.0'sine, kişilerin ise % 87.9'una ulaşılmıştır.

Gerek araştırma grubundaki gerekse kontrol grubundaki aileler, görevli sağlık evi ebesi ve belediye elemanları aracılığıyla sağlık evine çağırılmışlardır.

Her iki grupta da aile reisleri ve annelere, toplam 53 sorudan oluşan bir anket formu uygulanmıştır (Ek I). Daha sonra her iki gruptaki aile bireylerinin fizik muayeneleri yapılmış, elde edilen bulgular, anket formundaki ilgili yere kaydedilmiştir. Fizik muayene sonucunda gerek görülenlere mikroskopla gaitada parazit araştırması ve sahli hemoglobinometre ile hemoglobin seviyesi ölçümü yapılmıştır.

Laboratuvar incelemeleri, daha önce laboratuvar yöntemleri konusunda eğitilmiş olan bir hemşire tarafından yapılmıştır.

Elde edilen veriler, veri kodlama kağıtlarına geçirilmiş ve bilgisayar yardımıyla değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve Khi kare testi kullanılmıştır (29).

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular:

Araştırma kapsamına, araştırma grubundan 30, kontrol grubundan 36 olmak üzere toplam 66 aileden, 274 aile bireyi alınmıştır.

Araştırmaya alınan bireylerin yaş ve cinsiyetlerine göre dağılımları Tablo I'de verilmiştir.

Tablo I: Araştırma Kapsamına Alınan Bireylerin Yaş ve Cins Gruplarına Göre Dağılımları

Yaş grupları	ARASTIRMA				KONTROL				Toplam	
	Erkek Sayı	Kadın Sayı	Erkek %	Kadın %	Erkek Sayı	Kadın Sayı	Erkek %	Kadın %	Sayı	%
0-6	5	6	10.4	12.5	11	26	22.9	54.2	48	100.0
7-14	11	9	26.8	22.0	10	11	24.4	26.8	41	100.0
15-44	16	27	11.9	20.2	41	50	30.6	37.3	134	100.0
45 +	22	17	43.2	33.3	8	4	15.7	7.8	51	100.0
Toplam	54	59	19.7	21.5	70	91	25.6	33.2	274	100.0

$\chi^2 = 47.55$

$p < 0.01$

Araştırma ve kontrol gruplarındaki cinsiyetler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştır ($X^2=0.498$ $SD=1$ $p > 0.05$). Her iki gruptaki bireylerin yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında ise 45 + yaş grubu istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde araştırma grubunda daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma grubundaki ailelerin birey sayısı ortalaması 3.14 ± 0.33 , kontrol grubunda ise 4.1 ± 0.21 olarak bulunmuştur. Aradaki fark, istatistiksel olarak önemlidir ($t=2.35$ $p < 0.05$).

İncelenen 66 ailenin, aile reislerinin eğitim durumları Tablo II'de verilmiştir.

Tablo II: İncelenen Ailelerin Reislerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Eğitim Durumu	ARAŞTIRMA		KONTROL		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okuryazar değil	4	13.3	1	2.8	5	7.6
Okuryazar	4	13.3	3	8.3	7	10.6
İlkokul	17	55.7	25	69.4	42	63.6
Ortaokul	2	6.7	1	2.8	3	4.6
Lise ve üzeri	3	10.0	6	16.7	9	13.6
Toplam	30	100.0	36	100.0	66	100.0

$$X^2=4.29$$

$$p > 0.05$$

Araştırma ve kontrol gruplarındaki aile reislerinin

egitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Araştırma grubundaki aile reislerinin % 90.0'ı evli, % 10.0'unun eşi ölmüştür. Kontrol grubundaki aile reislerinin ise % 97.2'si evli, % 2.8'inin eşi ölmüştür. Her iki grup arasındaki fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($X^2=1.5$ SD-1 $p > 0.05$).

Aile reislerinden, kendi görüşlerine göre ekonomik durumlarını değerlendirmeleri istenmiştir. Buna göre araştırma grubundaki aile reislerinin % 23.3'ü ekonomik durumlarını iyi, % 73.4'ü orta, % 3.3'ü de kötü olarak tanımlarken; kontrol grubundaki aile reislerinin % 22.2'si ekonomik durumlarını iyi, % 69.5'i orta ve % 8.3'ü kötü olarak belirtmişlerdir. Gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($X^2=0.719$ SD-2 $p > 0.05$).

Araştırma grubundaki ailelerin % 13.3'ünün, kontrol grubundaki ailelerin ise % 22.2'sinin herhangi bir sosyal güvencesi yoktur. SSK'luların oranı, araştırma grubunda % 66.7, kontrol grubunda % 58.3'; Bağ-Kur'luların oranı araştırma grubunda % 10.0, kontrol grubunda % 16.7; emekli sandığına bağlı olanların oranı araştırma grubunda % 10.0, kontrol grubunda % 2.8 olarak bulunmuştur. Sosyal güvence

durumu bakımından gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak önemli değildir ($X^2=2.84$ SD=3 $p > 0.05$).

4.2. Soruşturmayla Elde Edilen Bulgular:

Araştırma grubundaki ailelerin % 30.0'nin evlerinde 2 ve daha az sayıda oda bulunmaktadır. % 33.3'ünde 3 oda, % 36.7'sinin evlerinde 4 ve daha fazla sayıda oda bulunmaktadır. Kontrol grubunda ise 2 ve daha az oda bulunanların oranı % 33.4, 3 oda bulunanların oranı % 22.2, 4 ve daha fazla oda bulunanların oranı % 44.4'tür. Evlerde bulunan oda sayıları arasındaki fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($X^2=1.84$ SD=2 $p > 0.05$).

Araştırma grubundaki ailelerin % 6.7'si, kontrol grubundaki ailelerin % 22.2'si oturdukları eve kira ödemektedirler. Aradaki fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($X^2=3.08$ SD=1 $p > 0.05$).

İncelenen ailelerin % 15.2'sinin evinde ayrı bir mutfak bulunmamaktadır. Bu oran, araştırma grubunda % 23.3, kontrol grubunda ise % 8.3 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($X^2=2.864$ SD=1 $p > 0.05$).

İncelenen ailelerin evlerindeki çöpün sağlıklı olma durumlarına göre dağılımları Tablo III'de verilmiştir.

Tablo III: İncelenen Ailelerin Evlerindeki Cöpün Durumu

Cöpün Durumu	ARAŞTIRMA		KONTROL		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlıklı	14	46.7	24	66.7	38	57.1
Sağlıklı değil	16	53.3	12	33.3	28	42.4
Toplam	30	100.0	36	100.0	66	100.0

$X^2 = 2.68$ $p > 0.05$

Evlerindeki çöpün saklanma şartları sağlıksız olanların oranı araştırma grubunda, kontrol grubuna göre biraz daha yüksek olmakla birlikte, gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

İncelenen ailelerin evlerindeki tuvaletlerin bulunduğu yere göre dağılımları Tablo IV'de verilmiştir.

Tablo IV: İncelenen Ailelerin Evlerindeki Tuvaletin Bulunduğu Yer

Tuvaletin Bulunduğu yer	ARAŞTIRMA		KONTROL		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ev içinde	13	43.3	21	58.3	34	57.1
Ev dışında	17	56.7	15	41.7	32	42.4
Toplam	30	100.0	36	100.0	66	100.0

$X^2 = 1.474$ $p > 0.05$

Araştırma grubundaki ailelerin çoğunluğunun evlerindeki tuvalet, evin dışında iken, kontrol grubundaki ailelerin

coğunlugunda tuvalet ev içerisindedir. Ancak aradaki fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır.

Araştırma grubundaki ailelerin % 80.0'ünün tuvaletleri tek çukurlu, % 20.0'ünün ise çukursuzdur. Kontrol grubundaki ailelerin ise % 94.4'ünün tuvaletleri tek çukurlu, % 5.6'sı ise çukursuzdur. Gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak önemli değildir ($X^2=3.205$ SD-1 $p > 0.05$). Bölgede kanalizasyon bulunmamaktadır ve incelenen ailelerin hiçbirinin evinde foseptik bulunmamaktadır.

Araştırma grubundaki ailelerin % 20.0'ünün, kontrol grubundaki ailelerin ise % 27.8'inin evlerinde sağlıklı koşullarda gübre bulunmaktadır. Araştırma grubunun % 10.0'ünün, kontrol grubunun ise % 2.8'inin evinde sağlıklı koşullarda gübre bulunduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak önemsizdir ($X^2=1.82$ SD-2 $p > 0.05$).

incelenen ailelerin evlerinde kullanılan yakıt türlerine göre dağılımları gözden geçirildiğinde; araştırma grubundaki ailelerin % 60.0'ünün odun-kömür, % 13.3'ünün tezek, % 6.7'sinin talaş ve % 20.0'ünün birden fazla tür yakıt kullandıkları görülmüştür. Kontrol grubundaki ailelerin ise % 55.5'i odun-kömür, % 2.8'i talaş, % 41.7'si ise birden fazla tür yakacak kullanmaktadır. Gruplar arasındaki fark,

istatistiksel olarak önemli değildir ($X^2=7.815$ $SD=3$ $p > 0.05$).

Araştırma grubundaki ailelerin % 10.0'ünün evlerinde sebeke suyu bulunmamaktadır. Kontrol grubundaki ailelerin ise tamamının evlerinde sebeke suyu bulunmaktadır. Ancak aradaki fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($X^2=3.771$ $SD=1$ $p > 0.05$).

Araştırma grubundaki ailelerin % 90'ünün evinde buzdolabı, % 66.7'sinin evinde televizyon bulunmaktadır. Aynı oranlar, kontrol grubunda sırasıyla % 80.6 ve % 88.9'dur.

Aile reislerine sularının klorlanıp klorlanmadığı sorulmuştur. Araştırma grubundaki aile reislerinin % 70.0'ı, kontrol grubundaki aile reislerinin ise % 94.4'ü klorlanıyor yanıtı vermişlerdir. Araştırma grubundaki ailelerin % 20.0'ı sularının klorlanmadığını söylemişlerdir. Yine araştırma grubundaki aile reislerinin % 10.0'ı, kontrol grubundaki aile reislerinin ise % 5.6'sının, sularının klorlanıp klorlanmadığı konusunda fikirleri yoktur. Sularının klorlandığını bilme durumu açısından gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($X^2=8.8$ $SD=2$ $p < 0.05$).

Araştırma grubundaki aile reislerinin % 83.3'ü ve kontrol grubundaki aile reislerinin % 94.4'ü suları klorlamanın

belediyenin görevi olduğunu belirtmişlerdir. Araştırma grubundakilerin % 16.7'sinin ve kontrol grubundakilerin % 5.6'sının suları klorlamanın kimin görevi olduğu konusunda fikirleri yoktur ($X^2=2.131$ SD=1 $p > 0.05$). Her iki grupta da sağlık ocağının da suların klorlanmasıyla ilgili görevleri bulunduğunu söyleyen çıkmamıştır.

Aile reislerinin, "hasta olunca ne yaparsınız ?" sorusuna verdikleri yanıtlar Tablo V'de verilmiştir.

Tablo V: Aile Reislerinin "Hasta Olunca Ne Yaparsınız ?" Sorusuna Verdikleri Yanıtların Dağılımı

Verilen yanıtlar	ARASTIRMA		KONTROL		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eczaneden ilaç alırım	2	6.7	1	2.8	3	4.6
Sağlık kuruluşuna başvururum	21	70.0	32	88.8	53	80.3
Beklerim	4	13.3	2	5.6	6	9.1
Geleneksel hekime giderim	1	3.3	0	0.0	1	1.5
Diğer	2	6.7	1	2.8	3	4.5
Toplam	30	100.0	36	100.0	66	100.0

$$X^2=4.105$$

$$p > 0.05$$

Hastalandığında sağlık kuruluşuna başvuracaklarını söyleyenlerin oranı kontrol grubunda daha yüksek oranda bulunmuştur. Ancak aradaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Ailelerin hastalık durumunda kullanmayı tercih ettikleri sağlık kuruluslari, Tablo VI'da verilmiştir.

Tablo VI: Ailelerin Hastalık Durumunda Kullanmayı Tercih Ettikleri Sağlık Kuruluslarının Dağılımı

Sağlık Kuruluslari	ARASTIRMA		KONTROL		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
SSK hastanesi	17	56.7	17	47.2	34	51.5
Sağlık Ocağı	7	23.3	14	38.9	21	31.8
Devlet hastanesi	2	6.7	1	2.8	3	4.6
Özel doktor	3	10.0	4	11.1	7	10.6
Diğer	1	3.3	0	0.0	1	1.5
Toplam	30	100.0	36	100.0	66	100.0

$$X^2 = 3.291$$

$$p > 0.05$$

Tablodan da görülebileceği gibi, her iki grupta da hastalık durumunda öncelikle SSK hastanesini tercih edeceklerini söyleyenlerin oranı en yüksektir. Yine hastalık durumunda sağlık ocağını tercih edeceklerini söyleyenlerin oranı, kontrol grubunda biraz daha yüksek olarak bulunmuştur. Ancak gruplar arasındaki bu farklılık, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır.

Ailelerin sağlık ocağını kullanmama nedenleri Tablo VII'de verilmiştir.

Tablo VII: Ailelerin Sağlık Ocağını Kullanmama Nedenleri

Sağlık ocağını Kullanmama nedenleri	ARAŞTIRMA		KONTROL		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık ocağına güvenmiyor	2	6.7	2	5.6	4	6.1
Sağlık ocağında her türlü işlem yapılamıyor	0	0.0	1	2.8	1	1.5
Sağlık ocağında yazılan reçeteler kurumumuzda kabul edilmiyor	14	46.7	18	50.0	32	48.5
Diğer	7	23.3	1	2.8	8	12.1
Gereksiz	7	23.3	14	38.9	21	31.8
Toplam	30	100.0	36	100.0	66	100.0

$$X^2 = 7.853$$

$$p > 0.05$$

Görüldüğü gibi sağlık ocağının tercih edilmemesindeki en önemli neden, sağlık ocağında yazılan reçeteleri kendi kurumlarından ücretsiz olarak alamamalarıdır. Daha az oranlarda olmakla birlikte bunu sağlık ocağına güvensizlik ve sağlık ocağında her türlü işlemin yapılamaması izlemektedir. Ancak gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Sağlık ocağında daha iyi hizmet için neler yapılmalı sorusuna her iki gruptan alınan başlıca yanıtlar şunlardır:

- Sağlık ocağında yazılan reçeteleri SSK'lıların ücretsiz olarak almalarının sağlanması,

- Sağlık ocağı personeline sağlık konusunda daha fazla eğitim yapılması,
- Sağlık ocağında daha iyi muayene yapılması,
- Sağlık ocağında, gereken her türlü işlem yapılabilmesi,
- Sağlık ocağında uzman doktor bulunması.

Gerek araştırma grubunda, gerekse kontrol grubunda SSK'lı ailelerin reisleri, sağlık ocağında yazılan reçetelerin kendi kurumlarınca ödenmemesi dışında sağlık ocağını kullanmalarını engelleyecek bir faktör olmadığını belirtmişlerdir.

Araştırma ve kontrol grubundaki annelerin çeşitli doğurganlık özellikleri Tablo VIII'de verilmiştir.

Tablo VIII: Araştırma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Doğurganlık Özellikleri

	ARAŞTIRMA Ortalama \pm Sx	KONTROL Ortalama \pm Sx	t	p
Canlı doğum sayısı	3.71 \pm 0.34	3.04 \pm 0.30	1.49	> 0.05
Ölü doğum sayısı	0.14 \pm 0.08	0.04 \pm 0.04	1.27	> 0.05
Kürtaj sayısı	0.33 \pm 0.13	0.15 \pm 0.11	1.09	> 0.05
İsteyerek düşük sayısı	0.57 \pm 0.24	0.04 \pm 0.04	2.48	< 0.01
Spontan düşük sayısı	0.05 \pm 0.05	0.08 \pm 0.05	0.40	> 0.05
Toplam gebelik sayısı	4.95 \pm 0.47	3.35 \pm 0.33	2.86	< 0.01
İstenmeyen gebelik sayısı	1.48 \pm 0.38	0.69 \pm 0.17	1.99	< 0.05
Ölen çocuk sayısı	0.62 \pm 0.15	0.23 \pm 0.10	2.25	< 0.05

Annelerin doğurganlık ölçütleri karşılaştırıldığında, araştırma grubundaki annelerde isteyerek düşük sayısı, toplam gebelik sayısı, istenmeyen gebelik sayısı ve ölen çocuk sayısı, istatistiksel olarak önemli bir biçimde araştırma grubunda daha yüksek olarak bulunmuştur.

Canlı doğup ölen bebekler değerlendirildiğinde, araştırma grubundaki annelerin % 46.6'sının, kontrol grubundaki annelerin ise % 19.4'ünün canlı doğup sonradan ölen bebeği vardır. Ölüm nedenlerine bakıldığında ise, araştırma grubundaki ölümlerin % 7.1'i prematürite, % 7.1'i enterit, % 21.4'ü pnömoniden olmuştur. % 64.4 ölümün nedeni ise bilinmemektedir. Kontrol grubundaki ölümlerin ise % 57.1'inin nedeni enterit, % 42.9'unun nedeni ise bilinmeyen nedenlerdir.

Annelerin son doğumlarını yaptıkları yere göre dağılımları Tablo IX'da verilmiştir.

Tablo IX: Annelerin Son Doğumlarını Yaptıkları Yerlere Göre Dağılımları

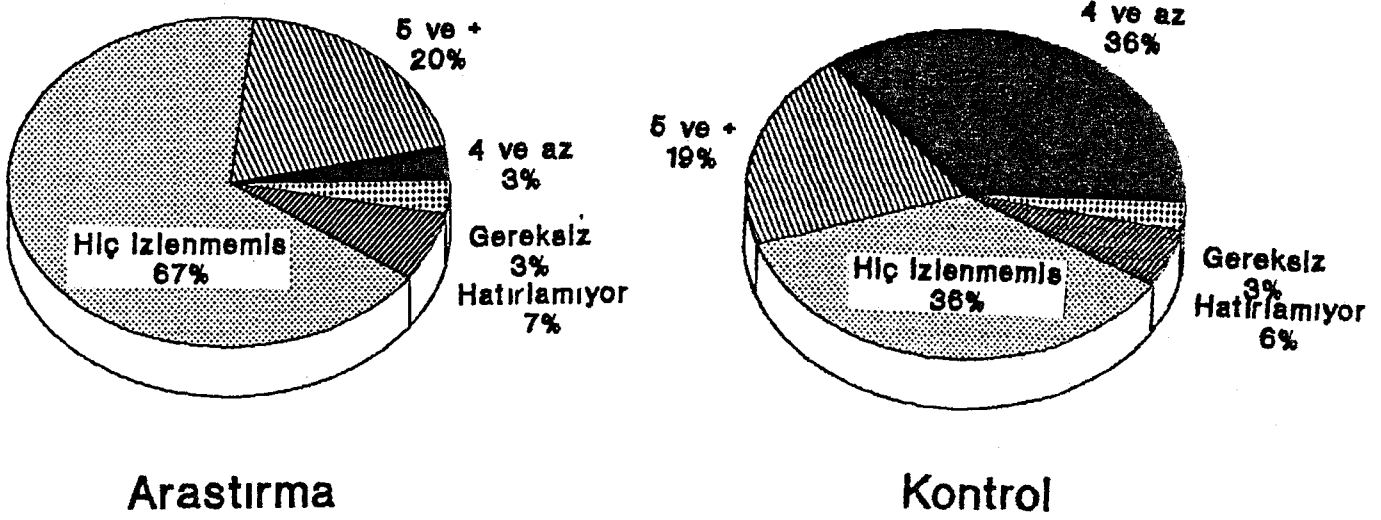
Son Doğumunu yaptığı yer	ARAŞTIRMA		KONTROL		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evde kendi kendine	14	46.7	4	11.1	18	27.3
Evde ebe ile	9	30.0	15	41.7	24	36.4
Hastanede	6	20.0	16	44.4	22	33.3
Gereksiz ^r	1	3.3	1	2.8	2	3.0
Toplam	30	100.0	36	100.0	66	100.0

$$X^2 = 11.148$$

$$p < 0.05$$

Evde kendi kendine yapılan doğumların oranı, araştırma grubunda, istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde kontrol grubundan daha yüksek olarak bulunmuştur.

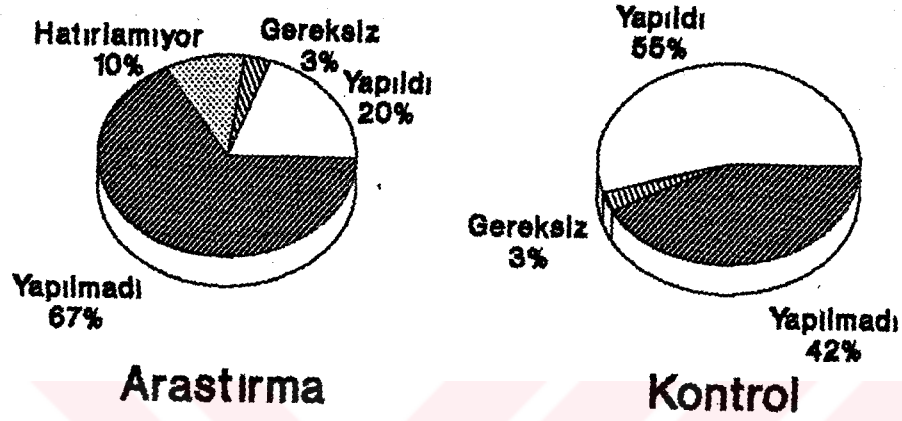
Annelere, son gebelikleri sırasında ebe tarafından kaç kez izlendikleri sorulmuştur. Araştırma grubundaki annelerin % 3.3'ü 4 ve daha az sayıda, % 20.0'ı 5 ve daha fazla sayıda izlendiklerini belirtirken, % 66.7'si hiç izlenmediklerini söylemişler, % 6.7'si ise kaç kez izlendiklerini hatırlamadıklarını söylemişlerdir. % 3.3 kadın ise gebe kalmamıştır. Kontrol grubundaki annelerin % 36.1'i 4 ve daha az sayıda, % 19.4'ü 5 ve daha fazla kez izlenmişlerdir. Kontrol grubundan hiç izlenmediğini söyleyenlerin oranı % 36.1'dir. % 5.6 anne kaç kez izlendiğini hatırlayamamıştır ve % 2.8 kadın gebe kalmamıştır (Grafik 1). Gruplar arasındaki izlem sayısındaki farklılık, istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($X^2=11.396$ $SD=4$ $p < 0.05$).



Grafik 1: Arastırma ve Kontrol Gruplarında Annelerin Gebelikleri Sırasında İzlenme Durumları

Arastırma grubundaki annelerin % 20.0'ı son gebelikleri sırasında kendilerine tetanoz aşısı yapıldığını, % 66.7'si yapılmadığını, % 10.0'ı ise hatırlamadıklarını söylemişlerdir. % 3.3 kadın ise hiç gebe kalmamıştır. Kontrol grubunda tetanoz aşısı yapıma oranı ise % 55.5'tir. % 41.7 anneye tetanoz aşısı yapılmamıştır ve % 2.8 kadın ise gebe kalmadığı için tetanoz aşısı yapılmasına gerek olmamıştır (Grafik 2). Gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($X^2=10.797$ SD=3 $p < 0.05$).

Arastırma grubunda % 30.0, kontrol grubunda ise % 30.5 oranında zor doğum olduğu belirtilmiştir. Ayrıca kontrol



Grafik 2: Arastırma ve Kontrol Grubundaki Annelere Gebelikleri Sırasında Tetanoz Aşısı Yapılma Durumu

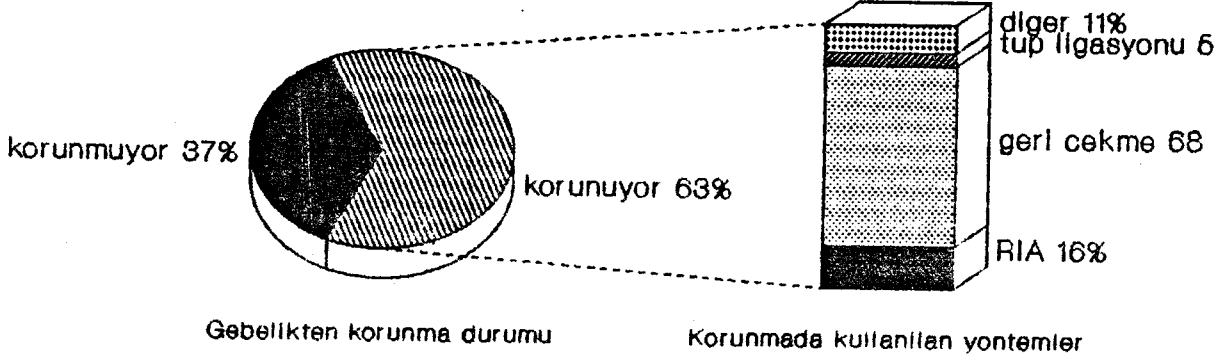
grubunda komplikasyonlu doğum olarak % 2.8 oranında aşırı kanama olduğu belirtilmiştir. Arastırma grubunun % 66.7'si, kontrol grubunun ise % 63.9'unun herhangi bir komplikasyonlu doğumu olmamıştır. Gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($X^2=0.871$ SD=3 $p > 0.05$).

Kontrol grubundan 1 anne (% 2.8) doğumsal sakatlığı bulunan çocuk doğurmuştur. Arastırma grubunda ise doğumsal sakatlığı bulunan bebek doğurmuş anne yoktur. Ancak gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($X^2=0.858$ SD=2 $p > 0.05$).

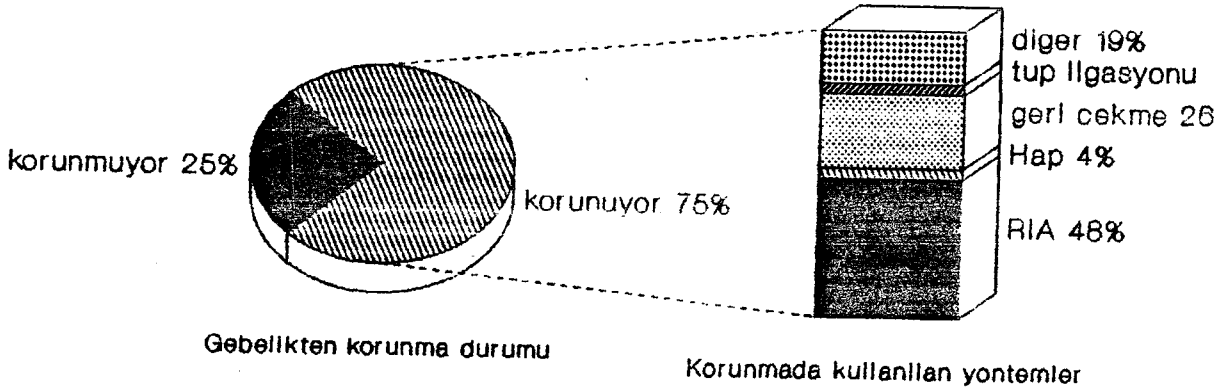
Araştırma grubundaki annelerin ilk evlilik yas ortalamaları 17.24 ± 0.50 , kontrol grubunda ise 18.35 ± 0.45 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($t=1.66$ $p > 0.05$).

Araştırma grubundaki annelerin % 6.7'si, kontrol grubundaki annelerin ise % 19.4'ü başka çocuk istememektedir. Başka çocuk istememe açısından heriki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($X^2=2.27$ $SD=1$ $p > 0.05$).

Araştırma grubundaki kadınların % 63.4'ü (Grafik 3), kontrol grubundaki kadınların ise % 75.0'ı gebelikten korunmaktadır (Grafik 4). İki grubun gebelikten korunma oranları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1.055$ $SD=1$ $p > 0.05$).



Grafik 3: Araştırma Grubundaki Kadınların Gebelikten Korunma Durumu ve Korunmada Kullanılan Yöntemler



Grafik 4: Kontrol Grubundaki Kadınların Gebelikten Korunma Durumu ve Korunmada Kullanılan Yöntemler

Kadınların kullanmakta oldukları gebelikten korunma yöntemi türlerine göre dağılımları Tablo X'da verilmiştir.

Tablo X: Kadınların Kullanmakta Oldukları Gebelikten Korunma Yöntemlerine Göre Dağılımları

Kullanılan yöntem	ARAŞTIRMA		KONTROL		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Rahim içi araç	3	10.0	13	36.1	16	24.2
Hap	0	0.0	1	2.8	1	1.5
Geri çekme	13	43.3	7	19.4	20	30.3
Tüp ligasyonu	1	3.3	1	2.8	2	3.1
Diğer	2	6.7	5	13.9	7	10.6
Korunmuyor	11	36.7	9	25.0	20	30.3
Toplam	30	100.0	36	100.0	66	100.0

$$X^2 = 10.074$$

$$p > 0.05$$

Araştırma grubunda geri çekme yönteminin kullanılma oranı, önemli bir biçimde daha yüksektir. Rahim içi araç ve hap gibi etkili yöntemlerin kullanılma oranı ise kontrol grubunda daha yüksek olarak bulunmuştur. Ancak, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Gebelikten korunmayanların gebelikten korunmama nedenleri Tablo XI'de verilmiştir.

Tablo XI: Gebelikten Korunmayan Kadınların Korunmama Nedenlerine Göre Dağılımları

Korunmama nedeni	ARAŞTIRMA		KONTROL		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gebe ve emzikli	1	3.3	2	5.5	3	4.5
infertil	0	0.0	1	2.8	1	1.5
Kocasından ayrı veya dul	3	10.0	1	2.8	4	6.1
Menapozda	7	23.3	4	11.1	11	16.7
Diğer	0	0.0	1	2.8	1	1.5
Korunuyor	19	63.4	27	75.0	46	69.7
Toplam	30	100.0	36	100.0	66	100.0

$$X^2 = 5.039$$

$$p > 0.05$$

Tablodan da görüldüğü gibi araştırma grubunda, menopozdaki kadın sayısı, kontrol grubuna oranla biraz daha yüksek olarak bulunmuştur. Ancak gruplar arasındaki farklılık, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Gebelikten korunanlara, bu yöntemin kimin tarafından önerildiği Tablo XII'de verilmiştir.

Tablo XII: Gebelikten Korunan Kadınların Bu Yöntemi Elde Ettiği Yerlere Göre Dağılımları

Yöntem konusunda bilginin elde edildiği yer	ARAŞTIRMA		KONTROL		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık ocağı hekimi	1	3.3	14	38.9	15	22.7
Doğumevi, özel dr. vs.	2	6.7	2	5.6	4	6.0
Komsu vb.	16	53.3	7	19.4	23	35.0
Diğer	0	0.0	4	11.1	4	6.0
Korunmuyor	11	36.7	9	25.0	20	30.3
Toplam	30	100.0	36	100.0	66	100.0

$$X^2 = 18.597$$

$$p < 0.01$$

Gebelikten korunma yöntemini sağlık ocağından öğrenen kadınların oranı istatistiksel olarak önemli bir biçimde kontrol grubunda daha yüksek olarak bulunmuştur. Kullandığı doğum kontrol yöntemi konusunda komsu ve benzeri yollarla bilgi edinmiş olan kadınların oranı, kontrol grubuna göre araştırma grubunda daha yüksek olarak bulunmuştur. Ancak bu fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($X^2=6.890$ SD=3 $p > 0.05$).

Annelere çocuklarını kaç ay emzirmeleri gerektiği sorulmuş ve alınan yanıtlar araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Alınan yanıtların dağılımı Tablo XIII'de verilmiştir.

Tablo XIII: Annelerin Emzirme Süreleri Konusundaki Bilgilerinin Dağılımı

Emzirme süresi konusundaki bilgisi	ARAŞTIRMA		KONTROL		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doğru	21	70.0	29	80.6	50	75.8
Yanlış	6	20.0	6	16.7	12	18.2
Görüş belirtmeyen	3	10.0	1	2.7	4	6.0
Toplam	30	100.0	36	100.0	66	100.0

$$X^2=1.749$$

$$p > 0.05$$

Tablodan görülebileceği gibi emzirme süresi konusunda doğru yanıt verenlerin oranı, her iki grupta da birbirine yakın olarak oldukça yüksektir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Annelerin ek gıdalara başlama zamanı konusundaki bilgilerinin dağılımı Tablo XIV'de verilmıştır.

Tablo XIV: Annelerin Ek Gıdalara Başlama Zamanı Konusundaki Bilgilerinin Dağılımları

Ek gıdalara başlama zamanı konusundaki bilgisi	ARASTIRMA		KONTROL		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doğru	13	43.3	18	50.0	31	47.0
Yanlış	13	43.3	16	44.4	29	43.9
Görüşü yok	4	13.4	2	5.6	6	9.1
Toplam	30	100.0	36	100.0	66	100.0

$$X^2 = 1.248$$

$$p > 0.05$$

Ek gıdalara başlama zamanı konusunda yanlış bilgisi olanların oranı her iki grupta da oldukça yüksek olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Annelere ek gıda olarak ne verecekleri sorulmuştur. Araştırma grubundaki annelerin % 56.7'si yanlış yanıt verirken, % 13.3'ü bu konuda görüşleri olmadığını belirtmiştir. Kontrol grubunda yanlış yanıt verenlerin oranı % 30.6 iken görüş belirtmeyenlerin oranı % 11.1 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($X^2 = 5.586$ SD=3 $p > 0.05$).

Annelerin beslenme konusunda bilgi alıp almama durumları ve nereden bilgi aldıklarının dağılımı Tablo XV'de verilmiştir.

Tablo XV: Annelerin Beslenme Konusunda Bilgi Alma Durumlarının Dağılımları

Beslenme konusunda bilgi	ARAŞTIRMA		KONTROL		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Almamış	23	76.7	16	44.4	39	59.1
Sağlık ocağından almış	6	20.0	15	41.7	21	31.9
Diğer sağlık kuruluşlarından almış	0	0.0	4	11.1	4	6.0
Akraba, komşu ve diğer yollardan almış	1	3.3	1	2.8	2	3.0
Toplam	30	100.0	36	100.0	66	100.0

$$X^2 = 8.639$$

$$p < 0.05$$

Kontrol grubunda beslenme konusunda bilgi alma oranı, istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksek bulunmuştur ($X^2 = 7.028$ SD= 1 $p < 0.01$). Yine her iki grup arasında bilgilerin elde edilme yerleri, istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde farklı olarak bulunmuştur.

Ailelerin, sağlıkla ilgili bilgileri elde etme yerlerine göre dağılımları Tablo XVI'da verilmiştir.

Tablo XVI: Ailelerin Sağlıkla ilgili Bilgileri Edinme Yerlerine Göre Dağılımları

Sağlıkla ilgili bilgileri elde etme yeri	Araştırma		Kontrol		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Radyo-televizyon	6	20.0	15	41.7	21	31.8
Sağlık ocağı personeli	4	13.3	15	41.7	19	28.8
Aile büyükleri	13	43.4	3	8.3	16	24.2
Diğer	7	23.3	3	8.3	10	15.2
Toplam	30	100.0	36	100.0	66	100.0

$$X^2 = 17.676$$

$$p < 0.01$$

Araştırma grubunda aile büyüklerinden bilgi edinme oranı, istatistiksel olarak önemli bir biçimde daha yüksek olarak bulunmuştur. Ayrıca diğer yollardan sağlıkla ilgili bilgi edinme oranı da araştırma grubunda istatistiksel olarak önemli biçimde daha yüksektir ($X^2 = 7.471$ SD=2 $p < 0.05$).

Annelerin çocuklarının aşılarını yaptırdıkları yerlere göre dağılımları Tablo XVII'de verilmistir.

Tablo XVII: Annelerin Çocuklarına Aşı Yaptırdıkları Yerlere Göre Dağılımları

Aşının yapıldığı yer	ARAŞTIRMA		KONTROL		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık ocağı	23	76.7	33	91.7	56	84.9
Diğer sağlık kuruluşu	1	3.3	0	0.0	1	1.5
Gereksiz	6	20.0	3	8.3	9	13.6
Toplam	30	100.0	36	100.0	66	100.0

$$X^2 = 3.267$$

$$p > 0.05$$

Tablodan görüldüğü gibi aşılama konusunda hizmetin alındığı en önemli kurum, her iki grupta da sağlık ocağıdır. Bu açıdan her iki grup arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştır.

Annelerin, çocuklarına okulda hangi aşuların yapıldığını bilip bilmeme durumları Tablo XVIII'de verilmiştir.

Tablo XVIII: Annelerin Çocuklarına Okulda Yapılan Aşuların Bilme Durumlarına Göre Dağılımları

Okulda yapılan aşuların bilme durumu	ARAŞTIRMA		KONTROL		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Biliyor	17	56.7	24	66.7	41	62.1
Bilmiyor	9	30.0	0	0.0	9	13.6
Gereksiz	4	13.3	12	33.3	16	24.3
Toplam	30	100.0	36	100.0	66	100.0

$$X^2 = 13.763$$

$$p < 0.05$$

Cocuğuna okulda hangi aşuların yapıldığını bilmeyen annelerin oranı, araştırma grubunda anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Gerek araştırma, gerekse kontrol grubundaki annelerin % 66.7'si çocuklarına okuldan herhangi bir hastalığın bulaşmadığını söylemişlerdir. Araştırma grubundaki % 10.0 annenin ise çocuğuna okuldan bulaşan hastalık olmuştur. Gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak önemli

bulunmamıştır ($X^2=6.53$ $SD=2$ $p > 0.05$).

Arastırma grubundaki 0-14 yaş grubu çocukların % 16.1'i (5 kişi) su çiçeği, % 9.7'si (3 kişi) kabakulak, % 6.5'i hepatit (2 kişi) ve % 6.5'i (2 kişi) konvülzyon geçirmişlerdir. % 19.4 oranında çocuk (6 kişi) ise birden fazla hastalık geçirmişlerdir. Kontrol grubunda ise, çocukların % 14.0'ı (8 kişi) su çiçeği, % 10.5'i (6 kişi) kabakulak, % 8.8'i (5 kişi) kızamık, % 3.5'i (2 kişi) konvülzyon ve % 3.5'i (2 kişi) pnömoni geçirmişlerdir. Kontrol grubunda birden fazla hastalık geçirenlerin oranı % 19.3 (11 kişi)'dir.

Gerek araştırma grubunda, gerekse kontrol grubundaki çocukların hepsinin aşılı tamamdır. Her iki grupta da aşısı eksik çocuk bulunmamıştır.

4.3. Muayene ile Elde Edilen Bulgular:

Fizik muayene sonucunda konulan tanıları Tablo XIX'da verilmiştir.

Tablo XIX: Yaş Gruplarına Göre Sık Olarak Saptanan Hastalıkların Dağılımı

Yaş Grubu	ARAŞTIRMA				KONTROL				
	Hastalık kodu *	Hastalık	Sayı	%	Hastalık kodu *	Hastalık	Sayı	%	
0-14	A 043	Parazitöz	6	19.4	A 043	Parazitöz	9	15.5	
	A 078	Orta kulak iltihabı	3	9.7	A 078	Orta kulak ilt.	5	8.6	
	A 120	Derinin diğer hastalıkları	2	6.4	A 089	Akut sol. yolu enf.	4	6.9	
	A 089	Akut sol. yolu enfeksiyonu	1	3.2	A 137	Semp. ve iyi bel. dur.	2	3.5	
				A 130	Doğumsal anomaliler	1	1.7		
		Birden çok hastalık saptanan	4	12.9			4	6.9	
		Hastalık saptanmayan	15	48.4			33	56.9	
		Toplam	31	100.0			58	100.0	
15-44	A 122	Ekleme ilgili olmayan rom.	11	25.6	A 099	Gastrit ve duodenit	7	7.7	
	A 067	Anemiler	3	7.0	A 062	Toksik olmayan gastr	6	6.6	
	A 099	Gastrit ve duodenit	2	4.7	A 067	Anemiler	6	6.6	
	A 096	Sol. sis. 'nin diğer hast.	1	2.3	A 122	Ekleme ilgili ola. rom.	3	3.3	
	A 063	Tirotoksikoz	1	2.3	A 069	Psikozlar	2	2.2	
			Diger hastalıklar				8	8.8	
		Birden çok hastalık saptanan	8	18.6			18	19.8	
		Hastalık saptanmayan	17	39.5			41	45.0	
		Toplam	43	100.0			91	100.0	
45 +	A 082	Hipertansiyon	7	17.9	A 096	Sol. sis. diğer hast.	2	16.7	
	A 122	Ekleme ilgili olmayan rom.	5	12.8	A 099	Gastrit ve duodenit	2	16.7	
	A 067	Anemiler	4	10.3	A 082	Hipertansiyon	2	16.7	
	A 043	Parazitözler	4	10.3					
	A 137	Semp. ve iyi bel. durumlar	2	5.1					
		Birden çok hastalık saptananlar	6	15.4			4	33.2	
		Hastalık saptanmayan	11	28.2			2	16.7	
		Toplam	39	100.0			12	100.0	
		Hastalık tanısı alanlar toplamı	69	61.1			85	52.8	
		Hastalık saptanmayanların toplamı	44	38.9			76	47.2	
		Genel toplam	113	100.0			161	100.0	

* Hastalık ve ölüm nedenlerine ait 150 başlıklı A listesine göre sınıflandırılmıştır.

Herhangi bir hastalık saptanamayanların oranları, araştırma grubunda % 38.9, kontrol grubunda % 47.2 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($X^2=1.844$ SD=1 p > 0.05).

Fizik muayene bulgularından ayrı olarak diş patolojileri (çürük, eksik, total protez gibi) değerlendirildiğinde, araştırma grubunda % 98.2, kontrol grubunda ise % 91.9 oranında diş patolojisi tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki % 3.7 kişi ise henüz dişlerinin tamamı çıkmamış olan bebeklerdir.

Araştırma grubunda % 17.7 oranında laboratuvar incelemeleri yapılmıştır. Gaita incelemesi yapılanların % 55.6'sında *Entamoeba histolytica*, % 22.2'sinde *Ascaris lumbricoides* görülmüş, % 22.2 incelemede ise herhangi bir parazit görülememiştir. Ayrıca araştırma grubunun % 9.7'sinde sahli hemoglobinometre ile kan hemoglobin düzeyine bakılmıştır.

Kontrol grubunda laboratuvar incelemesi oranı % 21.1'dir. Gaita incelemesi yapılanların % 39.3'ünde *Entamoeba histolytica*, % 10.7'sinde *Ascaris lumbricoides*, % 3.6'sında ise *Entamoeba coli* görülmüştür. Gaitada parazit görülemeyenlerin oranı ise % 46.4'tür. Kontrol grubunun % 3.7'sine hemoglobin bakılmıştır.

Araştırma ve kontrol grubunda fizik muayene ve laboratuvar incelemelerinden sonra reçete yazılma durumu Tablo XX'de verilmiştir.

Tablo XX: Muayene Edilen Kişilere Reçete Verilme Durumu

Reçete verilme durumu	ARAŞTIRMA		KONTROL		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Verildi	62	54.9	76	47.2	138	50.4
Verilmedi	51	45.1	85	52.8	136	49.6
Toplam	113	100.0	161	100.0	274	100.0

$$X^2 = 1.559$$

$$p > 0.05$$

5. TARTIŞMA:

İncelenen ailelerden, araştırma grubunda olanların yaş ortalamalarının kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo I). Aradaki fark, istatistiksel olarak önemli olmamakla birlikte, 0-6 yaş grubundaki çocukların oranı kontrol grubunda daha yüksektir. Burada sağlık ocağını kullanmayan aileler olarak tanımlanan ailelerin daha yaşlı aileler olduğu görülmektedir. Yaşlı kişilerin diğer yaş gruplarına göre sağlık kuruluşlarını 3-4 kat daha fazla kullandıkları ve 65 yaşın üzerindeki kişilerin % 90'ında en az bir kronik hastalığın bulunduğu çeşitli çalışmalarda belirtilmektedir (4,12). Hastalık oranı bu kadar yüksek olan bir grubun evlerine en yakın sağlık kuruluşu olan sağlık ocağını kullanmalarını, bunların başka sağlık kuruluşlarını öncelikle tercih ettiklerini düşündürmektedir.

Ailelerin birey sayısı ortalaması, istatistiksel olarak önemli bir biçimde kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur. Bir çalışmada, aile büyüklüğünün başvurulacak sağlık kuruluşunun seçiminde etkili olmadığı; ayrıca çocuk yaş grubunda olan kişilerin diğer yaş gruplarına göre çok daha

fazla oranda sağlık ocağından yararlandıkları bildirilmektedir (1). Kontrol grubunda 0-6 yaş grubu çocukların daha fazla olması, bunu doğrulamakla birlikte, araştırma grubunda da 0-6 yaş grubu çocuklar olması ve daha yoğun sağlık bakımına gereksinim gösteren 45 üzeri yaştakilerin araştırma grubunda daha yüksek oranda bulunmasına rağmen bu grubun sağlık ocağı hizmetlerini kullanmamaları, sağlık ocağından yararlanmanın yaşla ilişkili olduğunun ne sürülmesinin yanlış olacağını göstermektedir.

Gerek araştırma, gerekse kontrol grubundaki birey sayısı ortalaması, KEASGB bölgesindeki 5.1'den, aynı bölgede yapılan bir araştırmada bulunan 5.5'den ve Hisarcık Sağlık Ocağı Bölgesinde 1991 yılında tespit edilen 5.2'lik aile büyüklüğü sayısından daha kcktr (14,24,25). Bunun en önemli nedeni incelenen ailelerdeki bireylerin tamamına ulaşılamamış olmasıdır. Ülkemizde ise ailelerdeki birey sayısı ortalaması 4.8 olarak bildirilmiştir (33).

Aksakoğlu'nun çalışmasında, aile reisinin eğitim düzeyinin yükselmesi ile sağlık ocağını kullanma oranının yükseldiği belirtilmektedir (1). Bununla birlikte, bazı çalışmalarda da eğitim düzeyi ile sağlık ocağını kullanma arasında ilişki bulunamadığı belirtilmiştir (11,15). Bu çalışmada da, herhangi bir okul bitirmemiş aile reislerinin oranı, araştırma grubunda, kontrol grubuna oranla daha yüksek bulunmuştur.

Ancak aradaki fark, istatistiksel olarak önemli değildir.

Ekonomik durumu iyi olanların, sağlık ocağı dışındaki sağlık kuruluşlarından daha fazla yararlandıkları belirtilmektedir (1). Ancak bu çalışmada, ekonomik durumun, sağlık ocağını kullanmayı etkilediği yönünde bir ilişki gösterilememiştir. Ekonomik durumunu kötü olarak belirten aile reislerinin oranı, KEASGB bölgesinde yapılmış olan bir çalışmaya benzerlik göstermektedir (25). Bölgedeki aile reislerinin önemli bir kısmının Kayseri il merkezinde çalışıyor olması ve kadınların da halı dokuma ile aile bütçesine katkıda bulunmaları nedeniyle her iki gruptaki ailelerin önemli bir kısmı ekonomik durumlarını orta olarak belirtmişlerdir (14). Aile reislerinden, ekonomik durumlarını değerlendirmeleri istendiğinde, kendilerini olduklarından daha alt seviyede gösterdikleri bildirilmektedir (1). Ancak bu çalışmada ekonomik durumu kötü olanların oranınının gerek araştırma, gerekse kontrol grubunda fazla olmaması, bunu doğrular nitelikte değildir.

Araştırmanın yapıldığı bölgenin nispeten küçük bir yerleşim birimi ve kapalı bir toplum olması nedeniyle, oturdukları eve kira ödeyenlerin oranları araştırma grubunda % 6.7, kontrol grubunda % 22.2 oranında bulunmuştur.

Sağlık açısından herhangi bir sosyal güvencesi olmayanların oranı Türkiye çapında % 37.4, Çeşitli çalışmalarda ise

% 34, % 26.9 gibi rakamlar belirtilmektedir (15,17,33). Bu çalışmada ise sosyal güvencesi olmayanların oranı araştırma grubunda % 13.3, kontrol grubunda ise % 22.2 olarak bulunmuştur. Sosyal güvence açısından en dikkat çekici özellik, gerek araştırma gerekse kontrol gruplarındaki sosyal sigortalıların oranının benzer çalışmalara göre iki kata varan oranda yüksek olmasıdır (15,17). Bunun en önemli nedeni ise yerleşim yerinin şehir merkezine yakın olması ve bölgedeki aile reislerinin çoğunluğunun Kayseri merkezindeki işyerlerinde sigortalı işçi olarak çalışmalarıdır (14).

Araştırma ve kontrol gruplarının evlerinin çevre özelliklerinin karşılaştırılmasında, gruplar arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır. Bu özellikler teker teker incelendiğinde, 3 ve daha fazla odalı evde oturan ailelerin oranı, gerek araştırma, gerekse kontrol grubunda KEASGB bölgesi rakamlarından daha yüksektir (25). Aynı oranlar, Hisarcık Sağlık Ocağı Bölgesi rakamlarıyla da benzerlik göstermektedir (14).

Evlerindeki çöpün sağlıklı şartlarda saklanma durumu, kontrol grubunda daha yüksek olmakla birlikte aradaki fark, istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (Tablo III). Yine de bu bulgu ile, sağlık ocağını kullanma alışkanlığı olanların, çöplerini daha sağlıklı şartlarda sakladıkları söylenebilir. Çöplerin sağlıklı şartlarda saklanma oranları, Hisarcık Sağlık Ocağı Bölgesi rakamlarına göre biraz daha düşük

olarak bulunmuştur.

Tablo IV'de görüldüğü gibi tuvaletleri evlerinin dışında bulunan ailelerin oranı, araştırma grubunda biraz daha yüksektir. Bunun nedenini daha çok evlerdeki tuvaletin tipinde aramak yanlış olmayacaktır. Çünkü, araştırma grubundaki ailelerin % 20'sinin evlerindeki tuvalet çukursuzdur. Çukursuz tip tuvaletin gerek koku yayması, gerekse vektör üremesini kolaylaştırması nedeniyle evden dışarıya inşa edilmesi yönünde eğilim olduğu düşünülebilir. Tek çukurlu tuvaletlerin oranı ise hem araştırma hem de kontrol grubunda KEASGB bölgesi ve Hisarcık Sağlık Ocağı Bölgesi rakamlarına göre daha yüksek bulunmuştur (14,25).

Bölgenin kırsal bir yerleşim birimi olması, ayrıca hayvan dışkısının bir yakacak çeşidi olarak da kullanılması nedeniyle her iki grupta da, evlerde sağlıklı koşullarda hayvan dışkısı bulunmaktadır. Dikkati çeken bir diğer nokta, hayvan dışkısını yakacak olarak kullananların, araştırma grubunda daha yüksek olmasıdır. Kontrol grubunda ise yakıt olarak tek başına hayvan dışkısı kullanan aile tespit edilmemiştir. Araştırma ve kontrol grupları birlikte ele alındığında, yakıt olarak hayvan dışkısı kullananların oranı, KEASGB bölgesi ile yaklaşık olarak aynı düzeydedir (25).

Evlerde şebeke suyunun kullanılma oranı, hem KEASGB bölgesi, hem de Hisarcık Sağlık Ocağı bölgesinden daha yüksek

olarak bulunmuştur (14,25). Bölgede, sebeye suyundan yararlanma oranı, yaklaşık olarak ülkemizin kentsel kesimindeki oranlar düzeyindedir (34).

Araştırma grubunda, evlerinde televizyon bulunan ailelerin oranı, KEASGB bölgesine oranla biraz daha düşük olarak bulunmuştur. Bununla birlikte evlerinde buzdolabı bulunma oranları ve kontrol grubunda evde televizyon bulunma oranı, KEASGB bölgesi verileri ile benzerlik göstermektedir (25). Aksakoğlu'nun çalışmasına oranla bu rakamların biraz daha yüksek bulunmuş olmasına rağmen, iki çalışma arasında on yılı aşkın bir sürenin bulunması ve bu süre içerisinde ülkenin göstermiş olduğu ekonomik gelişme nedeniyle iki çalışma arasında kıyaslama yapmak yanlış olabilir (1).

Aile reislerinin, suların klorlanıp klorlanmadığını bilme oranları, istatistiksel olarak önemli bir biçimde kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur. Buna rağmen her iki grupta da suların klorlanıp klorlanmadığını bilenlerin oranı, KEASGB bölgesinden daha yüksek olarak bulunmuştur (25). Suları klorlamanın kimin görevi olduğu sorulduğunda, her iki grupta da, aile reislerinin çoğunluğu belediyenin görevi olduğunu söylemişlerdir. Bu konuda sağlık ocağının da bazı görevleri olduğunu bilen kimse çıkmamıştır. Bunun en önemli nedeni, suları klorlama konusunda sağlık ocağı personelinin daha çok danışmanlık görevi yapması ve şu anda fiilen klorlama

işlemini belediye elemanlarının yapması olabilir (14).

Aile reislerine hastalandıklarında ne yapacakları sorulduğunda, araştırma grubundakilerin % 70'i, kontrol grubundakilerin ise % 88.8'i sağlık kuruluşlarına başvuracaklarını söylemişlerdir (Tablo V). Görüldüğü gibi sağlık ocağını kullanma alışkanlığı olmayan grubun, hastalandıklarında sağlık kuruluşlarını kullanma alışkanlıkları da daha düşüktür.

Ailelerin hastalık durumunda ilk başvurmayı düşündükleri sağlık kuruluşları incelendiğinde, her iki grupta da sigorta hastanesinin ilk sırayı aldığı görülmüştür (Tablo VI). Bunun en önemli nedeni ise her iki grupta da SSK'lıların oranının yaklaşık % 60'larda olmasıdır. Sosyal güvencesi olanların, sağlık ocağı yerine, bağlı buldukları kuruluşu ilk olarak tercih ettikleri, bazı çalışmalarda bildirilmiştir (15). Bu arada dikkat çekici bir diğer nokta, sağlık ocağını kullanmıyor olarak bilinen araştırma grubundaki ailelerin % 23.3'ünün hastalık durumunda sağlık ocağını tercih edeceklerini belirtmiş olmalarıdır. Bu da muhtemelen, bu ailelerin sağlık ocağını kullandıklarını, ancak ocak kayıtlarının yetersizliği nedeniyle sağlık ocağını kullanmıyormuş gibi görünmelerinden kaynaklanmaktadır.

Hastalık durumunda ilk olarak sağlık ocağını tercih edeceklerini bildirenlerin oranı bazı çalışmalara göre daha yüksek bulunurken (3,7,15), bazı çalışmalara oranla daha düşük

bulunmuştur (1,25).

Tablo VII'de de görüldüğü gibi, ailelerin sağlık ocağını kullanmama nedenleri arasında ilk sırayı her iki grupta da sağlık ocağında yazılan reçetelerin kendi kurumlarında kabul edilmemesi almaktadır. Burada kurum olarak sözedilen, Sosyal Sigortalar Kurumu'dur. Sağlık ocaklarında yazılan reçeteler, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) tarafından kabul edilmemekte ve hastaların, ilaçlarını alabilmeleri için mutlaka bir de SSK'ya ait sağlık kuruluşlarına başvurmaları gerekmektedir. Tüm bu işlemlerin uzun ve zahmetli olması nedeniyle yaklaşık % 60'lık kısmı SSK mensubu olan ailelerin, öncelikle sigorta hastanesine başvurmayı tercih etmeleri doğaldır. Daha önce yapılmış çalışmalara oranla sağlık ocağını kullanmama nedenlerinin oldukça farklılık göstermesinin en önemli nedeni (7,11), incelenen aileler arasındaki SSK mensubu ailelerin oranının oldukça yüksek olmasıdır. Nitekim ailelere sağlık ocağında daha iyi hizmet için beklentileri sorulduğunda, ilk alınan yanıt, sağlık ocağında yazılan reçetelerin SSK'lılar tarafından ücretsiz alınabilmesinin sağlanması olmuştur.

Araştırma grubundaki annelerde isteyerek düşük sayısı, toplam gebelik sayısı, istenmeyen gebelik sayısı ve ölen çocuk sayısı ortalamaları; kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak önemli bir biçimde yüksek bulunmuştur (Tablo VIII). Bunun en önemli nedeni, araştırma grubundakilerin yas ortala-

malarının, kontrol grubuna oranla biraz daha yüksek olması, bu kadınların doğurganlık bakımından aktif oldukları dönemde yeterli aile planlaması hizmeti alamamalarının bir sonucu olabileceği gibi; halen sağlık ocağını yeterince kullanmalarının bir sonucu olarak, aynı hizmeti halen de alamamalarından dolayı da olabilir.

Çalışmaya alınan annelerin canlı doğum sayısı ortalamaları, araştırma grubunda KEASGB bölgesi verilerine göre daha yüksek bulunurken, kontrol grubunda KEASGB bölgesi verilerine göre düşük bulunmuştur (24,25). Ülkemiz verileri ile karşılaştırıldığında ise, her iki gruptaki canlı doğum sayısı ortalamalarının ülkemiz verilerinden daha yüksek olduğu görülmüştür (8,33).

Benzer şekilde, ölü doğum sayısı ortalaması da araştırma grubunda KEASGB bölge verilerine göre yüksek bulunurken, kontrol grubunda daha düşük olarak bulunmuştur (24). Ülkemizde ise bütün doğumların % 1'i ölü doğumla sonlanmaktadır (8). Kontrol grubunda ölü doğum oranı ülke rakamlarından daha yüksek bulunurken; araştırma grubunda, ülke rakamlarına yakın bir rakam bulunmuştur.

İsteyerek düşük sayısı ortalaması, hem araştırma hem de kontrol grubunda, KEASGB bölgesi'ne göre daha düşük olarak bulunmuştur (24). Araştırma grubunda düşük oranı ülke oranlarından düşük, kontrol grubunda ise daha yüksek bulunmuştur (8).

Spontan düşüklerin oranı araştırma ve kontrol gruplarında birbirine yakın oranlarda iken, isteyerek düşüklerin ortalaması araştırma grubunda daha yüksektir. KEASGB bölgesine göre ise her iki grupta da düşük ortalaması daha düşük olarak bulunmuştur (24).

Gebelik sayısı ortalaması, araştırma grubunda istatistiksel açıdan önemli olarak daha yüksektir. Araştırma grubundaki bu oran, KEASGB bölgesi rakamlarından da yüksek olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun gebelik ortalamaları ise KEASGB bölgesi ortalamasından düşüktür (24). Türkiye çapında ortalama gebelik sayıları ile ilgili veriler bulunmamakla birlikte, toplam doğurganlık oranları ile karşılaştırıldığında, araştırma grubunun gebelik ortalamasının ülke rakamlarının da üstünde olduğu görülmüştür (33). Kontrol grubunun gebelik ortalaması ise ülke rakamlarından daha düşüktür.

İstenmeyen gebeliklerin ortalaması, araştırma grubunda kontrol grubunun yaklaşık iki katı oranındadır. Bu konuda KEASGB bölgesinde tespit edilmiş rakamlar yoktur. İstenmeyen gebeliklerin ortalamasının toplam gebelik ortalamasına oranları hesaplandığında araştırma grubundaki gebeliklerin % 29.9'unun, kontrol grubundaki gebeliklerin ise % 20.6'sının istenmeyen gebelik olduğu görülmüştür. Bu rakamlar ülke çapında tespit edilen % 37'lik rakama oranla düşük olarak

görülmüştür (33).

Ölen çocuk sayısı ortalamaları, araştırma grubunda kontrol grubunun yaklaşık üç katı oranda bulunmuştur. Araştırma grubunun ortalaması, KEASGB bölgesi rakamlarından yüksek iken, kontrol grubunun ortalaması daha düşüktür (24).

Canlı doğup ölen bebekler incelendiğinde, araştırma grubunda biraz daha fazla olmak üzere her iki gruptaki annelerin de yaklaşık yarısı bebeklerinin ölüm nedenlerini bilmemektedir. Bilinen ölüm nedenleri ise çeşitli Eğitim ve Araştırma Grup Başkanlıkları ve ülke verileri ile benzerlik göstermektedir (3,22,25,33).

Annelerin son doğumlarını yaptıkları yere göre dağılımları incelendiğinde (Tablo IX), araştırma grubunda son doğumunu evde kendi kendine yapan annelerin oranının istatistiksel olarak önemli bir biçimde kontrol grubundan daha yüksek olduğu görülmüştür. Buna göre kontrol grubundaki annelerin doğum sırasında sağlık personelinin yararlanmaları daha yüksektir. Kendi kendine doğum oranının, araştırma grubunda yüksek bulunmasında, bu grubun yaş ortalamasının kontrol grubuna oranla daha yüksek olması ve bu gruptaki kadınların son doğumlarını, yeterli sağlık hizmeti alamadıkları dönemlerde yapmış olmalarından dolayı olabilir. Kendi kendine olan doğumların oranı, gerek araştırma gerekse kontrol grubunda KEASGB verilerinden daha yüksek olarak bulunmuştur (19).

Kontrol grubundaki kendi kendine doğum oranı Etimesgut bölgesi ile benzerlik gösterirken, araştırma grubundaki kendi kendine doğum oranı Etimesgut bölgesinden daha yüksek bulunmuştur (3). Araştırma grubundaki kendi kendine doğum oranı, yaklaşık olarak 10 yıl önceki Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi rakamlarına benzemektedir (22). Yine kontrol grubundaki kendi kendine doğum oranı, ülke çapındaki % 33'lük kendi kendine doğum oranına göre düşük iken, araştırma grubundaki kendi kendine doğum oranı ülke rakamlarının üzerinde bulunmuştur (33).

Araştırma grubunda doğum öncesi bakım hizmeti almayan annelerin oranı daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni, bu grubun sağlık ocağı hizmetlerini kullanmamaları olabileceği gibi, yine bu grubun yaş ortalamasının yüksek olması ve bu kişilerin doğurgan oldukları çağda iken doğum öncesi bakım hizmetlerinin yeterince gelişmemiş olması olabilir. Annelerin son gebelikleri sırasındaki izlem sayısı ortalaması araştırma grubunda 1.2, kontrol grubunda 2.3 olarak bulunmuştur. Gerek araştırma, gerekse kontrol grubundan elde edilen izlem ortalamaları, çeşitli Eğitim ve Araştırma Bölgelerine göre daha düşük bulunmuştur (3,22,25). Doğum öncesi bakım alma oranı, araştırma grubunda ülke oranlarının altında iken, kontrol grubunda ülke oranlarının üstünde bulunmuştur (33).

Annelere, son gebeliklerinde tetanoz aşısı yapılma

oranı, kontrol grubunda daha yüksektir. Kuşkusuz sağlık ocağını kullanmayanların bu hizmetten yararlanma şansı da düşük olacaktır. Çeşitli Eğitim ve araştırma bölgelerinden gebelerde tetanoz bağışıklama oranları ile ilgili rakamlar elde edilememiştir. Ancak hem araştırma hem de kontrol grubunda tetanoz bağışıklama oranı, ülke rakamlarına göre daha yüksek bulunmuştur (34).

Annelerin ilk evlenme yaş ortalamaları, araştırma grubunda ülke ortalaması olan 18.2'nin altında bulunurken, kontrol grubunda ülke ortalamasının üstünde bulunmuştur. Ancak gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak önemli değildir. İlk evlenme yaş ortalamasının, ülkemizde son zamanlarda bir miktar arttığı bildirilmektedir (33). Kontrol grubundaki kadınların, araştırma grubundakilere oranla biraz daha genç olması, ilk evlenme yaş ortalamaları arasındaki farkın nedeni olabilir.

Başka çocuk istemeyen annelerin oranı, kontrol grubunda biraz daha yüksektir. Ancak unutulmaması gereken nokta, çeşitli nedenlerle başka çocuk yapması mümkün olmayan annelerin oranı, araştırma grubunda daha yüksektir.

Gebelikten korunma oranı, kontrol grubunda daha yüksektir. Ancak aradaki fark, istatistiksel olarak önemli değildir. Gebelikten korunma oranları araştırma grubunda, KEASGB bölgesine yakın iken, kontrol grubunda KEASGB bölgesinden

daha yüksektir. Etimesgut bölgesindeki korunma oranları ise araştırma grubundan daha yüksek ve kontrol grubundaki oranlara benzer seviyededir. Ülke çapında ise % 77'lik bir korunma oranı bildirilmektedir. Bu rakam hem kontrol, hem de araştırma grubundan daha yüksektir. Eğitim ve Araştırma Bölgelerinde korunma oranlarının ülke rakamlarına göre daha düşük görülmesinin nedeni, bu bölgelerden elde edilen verilerin, birkaç yıl öncesine ait veriler olması olabilir (3,24, 25,33).

Etkili yöntemle korunma oranı, kontrol grubunda, araştırma grubuna göre çok yüksektir (Tablo X). Araştırma grubunda ise etkili olmayan yöntemlerden geri çekme ile korunma oranı daha yüksektir. Gerek çeşitli eğitim ve araştırma bölgelerinde, gerekse ülke çapındaki verilere bakıldığında, gebelikten korunma yöntemleri kullananlar arasında geri çekme ve rahim içi aracın birinci ve ikinci sırada olduğu görülmüştür (3,22,23,24). Araştırma grubunda aynı özellikler mevcut iken, kontrol grubunda bunlardan farklı olarak rahim içi araç kullanım oranının birinci sırada olduğu görülmüştür. Bu grubun, sağlık ocağı hizmetlerinden yararlanmakta olan grup olması, bu yöntemi kullanma oranının yüksekliğini açıklayabilir. Nitekim korunma yöntemlerinin elde edildiği yerler incelendiğinde, bu grupta korunma yöntemlerinin sağlık ocağından elde edilme oranı en yüksektir ve aradaki fark da istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Araştırma grubunda

ise korunma yöntemlerinin elde edilme yerleri konusunda kom-
su ve bunun gibi yerler birinci sırayı almıştır (Tablo XII).

Emzirme süresi, ek gıdalara başlama zamanı ve ek gıda olarak verilecek besinler konularında, annelerin doğru bilgi oranları, kontrol grubunda biraz daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo XIII, XIV). Emzirme ve ek gıdalara başlama gibi konulardaki annelerin bilgi düzeyleri daha önce yapılmış bir araştırmaya göre daha yüksek bulunmuştur (2). Beslenme konusunda bilgi almış olan annelerin oranı, istatistiksel olarak önemli bir biçimde kontrol grubunda daha yüksektir (Tablo XV). Beslenme konusunda bilgi edinme yerlerine bakıldığında ise, her iki grupta da sağlık ocağı ilk sırayı almıştır. Ancak araştırma grubunda, beslenme konusunda bilgi almış olanların oranı oldukça düşük olduğundan, kontrol grubunda sağlık ocağından beslenme konusunda bilgi edinme oranı istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo XVI'da görüldüğü gibi, sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarında, araştırma grubunda aile büyükleri ilk sırada iken, kontrol grubunda sağlık ocağı ile birlikte radyo ve televizyon ilk sırayı almıştır. Aile büyüklerinden bilgi edinme oranı, istatistiksel olarak önemli bulunmuştur.

Aşılama hizmetlerinin elde edildiği yerler arasında, sağlık ocağı her iki grupta da birinci sıradadır (Tablo XVII). Aşılama hizmetlerinin ücretsiz ve kolay bir şekilde sağlık

ocağından elde edilebilecek bir hizmet olması, bu yüksek rakamın nedeni olabilir. Her iki gruptaki çocukların aşılarının tam olması da bunun bir göstergesi olabilir.

Çocuklarına okulda hangi aşıların yapıldığını bilen annelerin oranı, kontrol grubunda daha yüksektir (Tablo XVIII). Bu fark, istatistiksel olarak da önemli bulunmuştur. Yine kontrol grubundaki % 33.3 annenin ise çocuklarına okulda aşı yapılması gerekmemiştir. Bu durumu da kontrol grubundaki annelerin daha genç olması ile açıklamak mümkündür. % 33.3 annenin henüz okula gitme çağına gelmiş çocuğu bulunmamaktadır.

Araştırma grubundaki 0-14 yaş grubu çocukların % 58.2'si daha önce herhangi bir hastalık geçirmişlerdir. Bu hastalıkların önemli bir kısmını ise su çiçeği, kabakulak, hepatit gibi bulaşıcı hastalıklar oluşturmıştır. Kontrol grubunda en az bir hastalık geçirme oranı ise % 59.6'dır. Geçirilen hastalıklar ise araştırma grubu ile benzerlik göstermektedir. Halk arasında enterit ve akut solunum yolu enfeksiyonu gibi hastalıkların "hastalık" olarak görülmemesi, muhtemelen daha önce geçirilmiş hastalıklar arasında bunların sayılmamasına ve dolayısıyla hastalık geçirme oranının düşük çıkmasına yol açmaktadır.

Fizik muayene sonucunda, her iki grubun da yarısından fazlasına herhangi bir hastalık tanısı konmuştur. Gruplar arasında, hastalık görülme oranı açısından bir fark bulun-

mamıştır.

Yaş gruplarına göre sık görülen hastalıklar gözden geçirildiğinde (Tablo XIX); 0-14 yaş grubunda, çeşitli eğitim araştırma bölgelerinde ilk sırada akut solunum yolu enfeksiyonları bulunduğu bildirilmektedir (3,22,25). Ancak bu çalışmada, araştırma grubunda dördüncü, kontrol grubunda ise üçüncü sırayı akut solunum yolu enfeksiyonu almıştır. Bunun en önemli nedeni, çalışmanın yaz başında yapılması olabilir. Nitekim, henüz havaların fazla ısınmadığı bir dönemde yapıldığından, enterit de fazla bulunmamıştır. Her iki grupta da ilk iki sıradaki hastalıklar aynıdır ve bu hastalıklar, çeşitli eğitim ve araştırma bölgelerinde en sık görülen hastalıklar arasında yer almaktadırlar (3,22,25).

15-44 yaş grubunda da akut solunum yolları enfeksiyonları, eğitim ve araştırma bölgelerinden farklı olarak, sık görülen hastalıklar arasında bulunmamıştır (3,22,25). Bu yaş grubunda sık görülen hastalıklardan anemi ve eklemle ilgili olmayan romatizma, eğitim ve araştırma bölgelerinde de sık görülen 5 hastalık içerisinde bulunmaktadır (3,22,25). Farklı olarak, kontrol grubunda toksik olmayan guatr sık görülen hastalıklar arasında yer almıştır. Bunun nedeni, bölgenin endemik guatr bölgesi olması olabilir (14).

45 yaşın üzerinde, en dikkat çekici özellik, birden fazla hastalık saptananların oranının artmasıdır. Ayrıca bu

yaş grubunda herhangi bir hastalık saptananların oranı da diğer yaş gruplarına göre biraz daha yüksektir. Bunun nedeni, yaş ilerledikçe kronik hastalık görülme sıklığının artmasına bağlı olabilir (4,12). Bu yaş grubundaki sık görülen hastalıklar da eğitim ve araştırma bölgeleri ile benzerdir (3, 22,25).

Her iki grupta da diş patolojisi oldukça yüksek oranda bulunmuştur. Muayeneyi yapan hekimin, diş hekimi olmadığı düşünülecek olursa, diş sağlığı problemlerinin daha da yüksek oranda olması mümkündür.

Laboratuvar olanaklarının kullanılma oranı, her iki grupta da birbirlerine yakın düzeydedir. Tüm yöntemlerin kullanılma oranı istenilen düzeyde olmamakla birlikte, aynı bölgede 1991 yılı içerisinde poliklinik muayenelerinde laboratuvar kullanım oranı olan % 6.8'den daha yüksektir (14).

Muayeneler sonucunda, araştırma grubunda biraz daha yüksek olmak üzere her iki grubun da yaklaşık yarısına reçete verilmiştir (Tablo XX). Ancak, sağlık ocağını kullanmıyor olarak bilinen grubun en önemli yakınmasının zaten sağlık ocağından yazılan reçeteleri ücretsiz alamamaları olduğu düşünülürse, verilen reçetelerin önemli kısmının boşa gideceği açıktır.

6. SONUÇLAR

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanabilir:

1. Sağlık ocağını kullanmayan grupta, 45 ve üzeri yaş grubundaki kişi sayısı anlamlı bir şekilde daha yüksektir.
2. Araştırma grubundaki ailelerin birey sayısı ortalaması 3.14, kontrol grubundaki ailelerin birey sayısı ortalaması 4.1 ve gruplar arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlıdır.
3. Araştırma ve kontrol grubundaki bireylerin cinsiyetleri arasında fark bulunmamıştır.
4. Aile reislerinin eğitim durumları, evlilik durumları gibi bazı sosyal özellikleri, iki grupta farklı değildir.
5. Ailelerin ekonomik durumları birbirlerinden farklı değildir.

6. Araştırma grubundaki ailelerin % 86.7'si, kontrol grubundaki ailelerin % 77.2'sinin herhangi bir sosyal güvencesi vardır. Her iki grupta da ilk sıradaki sosyal güvence, sosyal sigortalar kurumudur.
7. Ailelerin evlerindeki oda sayısı, eve kira ödeme durumu, evde ayrı mutfak bulunma durumu, evlerdeki çöp ve tuvaletin bulunduğu yer ve durumu, evde gübre bulunma durumu, evde ısınma için kullanılan yakıt durumu, evde şebeke suyu, buzdolabı ve televizyon bulunma durumu gibi çeşitli çevre özellikleri bakımından iki grup arasında fark bulunmamıştır.
8. Sularının klorlandığını bilenlerin oranı, kontrol grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
9. Suları klorlama konusunda sağlık ocağının görevi olduğunu söyleyen olmamıştır.
10. Araştırma grubundakilerin % 70.0'ı, kontrol grubundaki ailelerin % 88.8'i hastalandıklarında herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuracaklarını söylemişlerdir.
11. Hastalık durumunda tercih edilen sağlık kuruluşları arasında SSK hastanesi her iki grupta da ilk sırada yer almıştır. İkinci sırada bulunan sağlık ocağını tercih etme, kontrol grubunda biraz daha yüksek orandadır.

12. En önemli sağlık ocağını kullanmama nedeni, her iki grupta da sağlık ocağında yazılan reçetelerin kurumları tarafından ödenmemesidir.
13. Sağlık ocağında daha iyi hizmet için ilk sırada yapılması istenen, sağlık ocağında yazılan reçeteleri SSK'lıların ücretsiz olarak almalarının sağlanmasıdır.
14. Annelerin isteyerek düşük sayısı, toplam gebelik sayısı, istenmeyen gebelik sayısı ve ölen çocuk sayısı ortalamaları, araştırma grubunda daha yüksek olarak bulunmuştur.
15. İncelenen annelerden, son doğumlarını sağlıklı koşullarda gerçekleştirenlerin oranı, kontrol grubunda daha yüksektir.
16. Son gebeliklerinde izlenme ve tetanoz aşısı yaptırma oranı, kontrol grubunda daha yüksektir.
17. Annelerin ilk evlilik yaş ortalaması, kontrol grubunda biraz daha yüksektir.
18. Annelerin başka çocuk istememe ve gebelikten korunma gibi özellikleri açısından iki grup arasında fark yoktur.
19. Araştırma grubunda en sık kullanılan korunma yöntemi geri çekme, kontrol grubunda ise rahim içi araç olarak bulunmuştur.

20. Her iki grupta da en önemli korunmama nedeni menapozdur.
21. Gebelikten korunma yöntemi konusunda en önemli bilgi edinme yeri araştırma grubunda komşu vb, kontrol grubunda ise sağlık ocağıdır.
22. Annelerin emzirme süresi, ek gıdalara başlama zamanı, ek gıda olarak verilecek besinler gibi beslenme konusundaki bilgi düzeyleri arasında fark bulunmamıştır.
23. Beslenme konusunda sağlık ocağından bilgi almış annelerin oranı, kontrol grubunda daha yüksektir.
24. Sağlık konusunda bilgi edinme yerleri, araştırma grubunda aile büyükleri, kontrol grubunda ise sağlık ocağı personeli ve radyo, televizyon gibi kaynaklardır.
25. Her iki grupta da aşılama hizmetini elde etme yeri sağlık ocağıdır.
26. 0-14 yaş grubundaki çocukların araştırma grubu kapsamına girenlerin % 58.2'si, kontrol grubuna girenlerin ise % 59.6'sı daha önce herhangi bir hastalık geçirmişlerdir.
27. Her iki grupta da, daha önce geçirilmiş olan hastalıklar içerisinde, bulaşıcı hastalıklar önemli bir miktar oluşturmaktadır.

28. Fizik muayene sonucunda, her iki grubun da yarısından fazlasına herhangi bir hastalık tanısı konulmuştur.
29. En sık görülen hastalıklar, 0-14 yaşta her iki grupta da parazitoz, 15-44 yaşta araştırma grubunda eklemle ilgili olmayan romatizma, kontrol grubunda gastrit ve duodenit, 45 ve üzeri yaşta her iki grupta da hipertansiyon olarak tespit edilmiştir.
30. Her iki grupta da dış patolojileri oldukça yüksek olarak görülmüştür.
31. Muayeneler sonucunda her iki grubunda yaklaşık yarısına reçete verilmiştir.

Bu sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunabiliriz:

- Halkın temel sağlık bakımını aldıkları en önemli kurumun sağlık ocağı olduğu görülmüştür. Sağlık ocağında yazılan reçetelerin Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından ücretsiz olarak verilmemesi ise, sigortalıların sağlık ocağından yararlanmasını engelleyen en önemli faktördür. Bu durumun değiştirilmesi, özellikle tedavi edici hekimlik hizmetlerinin verilmesi konusunda sağlık ocağından yararlanmayı artıracaktır.
- Hisarcık Sağlık Ocağında fiilen çalışmakta olan bir dış hekimi bulunmasına rağmen, bölgede dış sağlığı sorunları

önemli bir sağlık sorunu durumundadır. Diş hekimliği hizmetlerinin de, aşı, aile planlaması gibi koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmesi ve bu hizmetin de ücretsiz hale gelmesi yararlı olacaktır.

- Sağlık ocagında diş hekimliği uygulaması olarak sadece çekim hizmeti verilebilmektedir. Bunun yanı sıra cerrahi tedavi ve protez gibi diğer diş hekimliği uygulamalarının da verilmesi için gerekli olanakların sağlanması ve özellikle diş sağlığı konusunda sağlık eğitimi çalışmalarının arttırılması yararlı olacaktır.
- Ocak kayıtlarına göre ocaktan yararlanmıyor gibi görünen ailelerin aslında sağlık ocagını kullanmakta oldukları görülmüştür. Etkili ve sağlıklı bir hizmet için ocak kayıtları yeniden gözden geçirilmeli ve daha sağlıklı hale getirilmelidir.

7. ÖZET

Bu çalışma, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden yararlanan ve yararlanmayan ailelerin sağlık düzeylerini karşılaştırmak ve hizmetin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Ocak kayıtlarından, sağlık ocağını kullanmadıkları tespit edilen 43 aile araştırma grubuna alınmış, geri kalan ailelerden % 10 örnekleme ile 41 aile kontrol grubu olarak seçilmiştir. Araştırma grubundaki ailelerin % 78.9'una, kontrol grubundaki ailelerin ise % 87.8'ine ulaşılmıştır.

Araştırma grubunun yaş ortalaması daha yüksek bulunmuştur. İki grup arasında sosyal, ekonomik ve çevresel özellikler bakımından önemli bir fark bulunmamıştır.

Her iki grupta da ailelerin yarısından fazlası sigortalıdır. Sağlık ocağını kullanmamanın en önemli nedeni olarak, sağlık ocağından yazılan reçeteleri kurumlarından ücretsiz olarak alamamaları gösterilmiştir.

Her iki grup da sağlık ocağını özellikle koruyucu hizmetler için kullanmaktadır. Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinden yararlanma oranı kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur.

Fizik muayene sonuçları her iki grupta benzerdir. İncelenen ailelerdeki en önemli sağlık sorunu ise diş sağlığı problemidir.

Sonuç olarak sağlık ocağını kullanmayan kişilerin de en az sağlık ocağını kullanan kişiler kadar sağlık problemlerinin bulunduğu ve sağlık ocağı kayıtlarının yeniden gözden geçirilmesinin yararlı olacağı kanısına varılmıştır.

8. SUMMARY

This research has been carried out in order to evaluate the health level of the families who comes health centre and not. In addition to this, to evaluate of the socialized health service utilization.

43 family, which determined to have not come health centre according to registers have been taken into research group and from the others 41 families with 10% sampling have been taken into control group. 78.9% of research group and 87.8% of control group could reached.

The mean age of research group were found more higher. There were no important differences between two groups for social, economic and environmental characteristics.

More than half of these families in two groups were in coverage of social insurance. The cause of not coming health centre were found as prescriptions given from health centre not paying by their social insurance.

Both groups were coming health centre especially for preventive care. Using of mother and child health and family planning services were found more higher in control group.

Physical examination results were the same in both groups. The most important health problem in the study group were dental health problems.

As a result, the families who is not coming health centre has health problem at least the families who come health centre, and reviewing of health centre registers would be necessary.

9. KAYNAKLAR

1. Aksakoğlu G: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bir Bölgede Halkın İyileştirici Hizmetler İçin Setiği Sağlık Kuruluşları ve Bu Seimi Etkileyen Etmenler Üzerine Bir İnceleme. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, Ankara, 1979.
2. Aykut M, ztrk Y, Ceyhan O ve ark: Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 3-36 Aylık ocuklarda Malnutrisyon Durumu. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 45:223-239, 1987.
3. Benli D, Erdal R, Bulut A: Etimesgut Sağlık Bölgesi 1980-1984 Yılları alışmalarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı yayın no:85/29. Ankara, 1985.
4. Benli D: Yaşlının Sağlık Sorunları. İstanbul Halk Sağlığı Bülteni 3(7):27-32, 1989.
5. Eren N: Temel Sağlık Hizmetlerinin Yedi İlkesi. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 5(2):6, 1984.
6. Fişek NH: Halk Sağlığına Giriş. ağ Matbaası, Ankara, 1983, ss:157-166.
7. Gün İ, etinkaya F, Atalay A, ve ark: Kayseri Devlet Hastanesi ocuk Polikliniğine Başvuran 0-6 Yaş Grubu ocukların Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumları. II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bildiri zetleri, Bursa, 1991.
8. Hacettepe University Institute of Population Studies: 1988 Turkish Population and Health Survey. Ankara, 1989. pp:112-114.
9. Hacettepe Yayın Birliği: Sağlık Ocağı Hekiminin Hukuk Rehberi. Yargıoğlu Matbaası, Ankara, 1985. ss:1-11.
10. Hart RH, Belsey MA, Tarimo E: Integrating maternal and child health services with primary health care. WHO publications, Geneva 1990, pp:9-10.
11. Hayran O, Nuhodđlu A, İnan A: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmayı Etkileyen Etkenler. Toplum ve Hekim 46:17-21, 1988.
12. Hoşgein K: Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı'na Bağlı Caferbey Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 65 ve Üzeri Yaş Grubundaki Popülasyonun Medikososyal Sorunlarının Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Kayseri, 1991.

13. Hubrich W: Alma-Ata'dan on yıl sonra temel sağlık hizmetlerine genel bir bakıs (Çev. Dr. Umit Kartoglu). *Sağlık ve Toplum* 4:72-73, 1990.
14. Incetan R: Hisarcık Sağlık Ocağı 1991 Yılı Faaliyet Raporu. (Yayınlanmamıs) Kayseri, 1992.
15. Karababa AO: Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Oturanların Basvurdukları Sağlık Kuruluşlarının Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi* 28(5):2317-2325, 1989.
16. Kleczkowski BM, Nilsson NO: Health Care Facility Projects in Developing Areas: Planning, Implementation and Operation. Public Health Papers Nr:79, World Health Organization, Geneva, 1984.
17. Kocaman G: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinden Önce Bornova Bölgesinde Anne ve Çocukların Koruyucu Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumları. *Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi* 22(1):135-152, 1983.
18. Kohn R: The Health Centre Concept In Primary Health Care. World Health Organization, Belgium, 1983. pp:1-30.
19. Newell K: The Way Ahead for District Health Systems. *World Health Forum* 10:80-87.
20. Öztekin Z: Temel sağlık hizmetleri ve Türkiye, *Toplum ve Hekim* 38:7-12, 1985.
21. Öztekin Z: Sağlık Hizmetlerine Bakıs. *Sağlık Hizmetleri ve Belediyeler*, Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu, Workshop raporu, Ankara, 1990. ss:5-14.
22. Öztürk Y: Çubuk Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi 1977-1983 Yılları Çalışmalarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayın no:85/28, Ankara 1985. ss:53-89.
23. Öztürk Y: Organize Sağlık Hizmetleri ve Aile Planlaması. *Sağlık Dergisi* 59(1-3):27-39, 1985.
24. Öztürk Y, Aykut M, Günay O, ve ark: Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi Aile Planlamasına İlişkin Temel Çalışma. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi* 44(1):131-145, 1987.
25. Öztürk Y: Kayseri Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi Kuruluş Çalışmalarının Değerlendirilmesi (1985-1988). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dekanlığı Yayın No:1, Kayseri, 1989.

26. Öztürk Y, Günay O: Atatürk Döneminin Sağlık Politikası. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı. Yayın No:2, Kayseri, 1991. ss:8-17.
27. Roemer MI: Evaluation of Community Health Centres. World Health Organization, Public Health Papers Nr:48, Geneva, 1972. pp:11-20
28. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı: Sağlık Hizmetlerinde 50 yıl. Yayın no:442, Ayyıldız Matbaası, Ankara, 1973. ss:29-45
29. Saracbaşı O, Karaağaoğlu E, Saka O: Basic Programlama ve İstatistiksel Yöntemler. Unalan Ofset Basımevi, Ankara, 1986. ss:215-218.
30. Tarimo E, Fowkes FGR: Strengthening the Backbone of Primary Health Care. World Health Forum 10:74-79, 1990.
31. Tarimo E: Towards a Healthy District. World Health Organization, Geneva, 1991, pp:1-25.
32. Türk Tabipleri Birliği: Nusret Fişek ve Hekimlik. Tisamat Basım Sanayii, Ankara 1991, pp:25-28.
33. UNICEF: Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi. Yenicag matbaası, Ankara, 1991.
34. UNICEF: Dünya Çocuklarının Durumu 1992. Ajans Türk Matbaacılık, Ankara, 1992, s:76.
35. World Health Organization: Health Programme Evaluation Guiding Principles. "Health For All" Series, Nr:6, Geneva, 1981. pp:18-25.
36. World Health Organization: Primary Health Care In Industrialized Countries. EURO Reports and Studies, Report on a WHO Meeting. Denmark, 1985. pp:10-13
37. World Health Organization Regional Office for Europe: Evaluation of the strategy for health for all by the year 2000. Seventh report on the world health situation, Copenhagen 1986. pp:1-12,76-78.
38. World Health Organization: From Alma-Ata to the year 2000: Reflections at the midpoint. Geneva, 1988. pp:7-49.

EK-I: HISARCIK AHMET KARAMANCI SAĞLIK OCAĞINA BAĞLI KIRANARDI KASABASINDA SAĞLIK OCAĞINA HIÇ BAŞVURMAMIŞ AİLELER İLE SAĞLIK OCAĞINI KULLANMAKTA OLAN AİLELERİN SAĞLIK DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

Aile reisinin Adı Soyadı:
Ailenin adresi:

Denek sıra no:

Grubu: 1.Araştırma 2.Kontrol

Kolon Kod
1-3
4

A.Tanımlayıcı Bilgiler (Aile reisine sorulacak)

- 1.Aile reisinin yaşı: 5-6
2.Aile reisinin eğitim düzeyi: 1.OYD 2.OY 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise ve üzeri
3.Aile reisinin medeni durumu: 1.Bekar 2.Evli 3.Eşi ölmüş 4.Boşanmış 7
4.Ailenin ekonomik durumu: 1.İyi 2.Orta 3.Kötü 4.Bilgi alınamadı 8
5.Ailenin bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kuruluşu: 9
1.Yok 2.SSK 3.Bağ-kur 4.Emekli sandığı 5.Diğer

B.Çevreye İlişkin Bilgiler (Ocak kayıtlarından çıkartılacak)

- 6.Evdeki oda sayısı: 10
7.Eve kira ödeme durumu: 1.Ödüyor 2.Ödmiyor 11
8.Evde ayrı mutfak: 1.Var 2.Yok 12
9.Çöp.....: 1.Sağlıklı 2.Sağlıksız 13
10.Tuvalet.....: 1.İçerde 2.Dışarda 14
11.Tuvaletin tipi: 1.Tek çukurlu 2.Fosseptiğe bağlı 3.Çukursuz 15
4.Tuvalet yok
12.Evde gübre: 1.Yok 2.Sağlıklı 3.Sağlıksız 16
13.Kullanılan yakıt: 1.Odun kömür 2.Talaş 3.Tezek 17
4.Bu yakacak türlerinin birkaçını birden
14.Evde içme suyu: 1.Yok 2.Sebeke suyu 3.Kuyu suyu 4.Diğer 18
15.Evde buzdolabı...: 1.Yok 2.Var 19
16.Evde televizyon : 1.Yok 2.Var 20

C.Ailelerin Çeşitli Sağlık Konularındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları (Aile reisine sorulacak)

- 17.Suyunuz klorlanıyormu ? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyorum 21
18.Suları klorlamak kimin görevidir ? 1.Belediye 2.Sağlık ocağı 22
3.Diğer 4.Fikrim yok
19.Hasta olunca ne yaparsınız ? 1.Eczaneden ilaç alırsız 23
2.Sağlık kuruluşuna başvururuz 3.Bekleriz
4.Geleneksel hekime gideriz 5.Diğer.....
20.Ailenin hastalık durumunda kullanmayı tercih ettiği sağlık kuruluşu: 24
1.SSK hastanesi 2.Sağlık ocağı 3.Devlet hastanesi 4.Özel dr.
5.Fakülte hastanesi 6.Diğer
21.Sağlık ocağını kullanmıyorsanız nedeni nedir ? 25
1.Sağlık ocağına güvenmiyoruz 2.Sağlık ocağın ulaşım güç
3.Sağlık ocağında yeterli ilgi gösterilmiyor
4.Malzeme yetersizliğinden her türlü işlem yapılamıyor
5.Sağlık ocağında yazılan reçeteler kurumumuzca kabul edilmiyor
6.Diğer 9.Gereksiz
22.Sağlık ocağında daha iyi hizmet için size göre neler yapılmalı ? 26
.....

23. (SSK'lılara sorulacak) Ücretsiz muayene ve tedavi hizmetleri dışında sağlık ocağını kullanmamanıza yol açabilecek başka faktörler var mı? 27
1.Yok 2.Var(.....) 9.Gereksiz

D. AÇS, AP ve Anne ile ilgili Bilgiler (Anneye sorulacak)

24.Canlı doğum sayısı:	28
25.Ölü doğum sayısı :	29
26.Kürtaj sayısı :	30
27.İsteyerek düşük sayısı:	31
28.Spontan düşük sayısı :	32
29.Toplam gebelik sayısı :	33
30.Bu gebeliklerin kaçını istenmeyen gebelikti ?	34
31.Ölen çocuk sayısı:	35
32.Annenin canlı doğup ölen çocuğu varsa ölüm nedeni nedir ?	36
1.Prematürite 2.Doğum travması 3.Pnömoni	
4.Enterit 5.Annedeki enfeksiyon 6.Bilinmiyor	
7.Diğer(.....) 9.Gereksiz	
33.Annenin ilk evlenme yaşı:....	37-38
34.Baska çocuk istiyormu? 1.Evet 2.Hayır	39
35.Halen gebelikten korunuyormu? 1.Evet 2.Hayır	40
36.Hangi yöntemle korunuyor? 1.RIA 2.Hap 3.Kondom 4.Geri çekme	41
5.Fitil, yıkama 6.Tüp ligasyonu 7.Diğer 8.Korunmuyor 9.Gereksiz	
37.Korunmuyorsa nedeni: 1.Gebe 2.Emzikli 3.Kısır	42
4.Kocasından ayrı veya dul 5.Çocuk istiyor 6.Menapozda	
7.Aile planlamasına karşı 8.Diğer 9.Gereksiz	
38.Korunuyorsa bu yöntem kimin tarafından önerildi?	43
1.SO hekimi 2.Doğumevi hekimi 3.Özel hekim	
4.Geleneksel hekim, komşu vb. 5.Diğer 9.Gereksiz	
39.En son doğumunu yaptığı yer: 1.Evde kendi kendine	44
2.Evde ebe ile 3.Hastanede 9.Gereksiz	
40.Anne son doğumundan önce ebe tarafından kaç kez izlendi?	45
1.1 2.2 3.3 4.4 5.5 ve üzeri 6.Hiç izlenmedi	
7.Hatırlamıyor 9.Gereksiz	
41.En son doğumunda tetanoz aşısı yapıldımı? 1.Evet 2.Hayır	46
3.Gerek görülmedi 4.Hatırlamıyor 9.Gereksiz	
42.Annenin komplikasyonlu doğumu oldumu? 1.Hayır 2.Aşırı kanama	47
3.Toksemi 4.Enfeksiyon 5.Zor doğum 6.DDA'lı bebek	
7.Erken doğum 8.Diğer 9.Gereksiz	
43.Anne daha önce doğumsal sakatlığı olan bir bebek doğurdumu?	48
1. Hayır 2. Evet	
44.Çocuğunuzu kaç ay emzirirsiniz? 1.Doğru 2.Yanlış 3.Görüş yok	49
45.Ek gıdalara ne zaman başlarsınız? 1.Doğru 2.Yanlış 3.Görüş yok	50
46.Ek gıda olarak ne verirsiniz? 1.Doğru 2.Yanlış 3.Görüş yok	51
47.Beslenme konusunda bilgi aldınız mı? 1.Evet 2.Hayır	52
48.Almışsanız nereden aldınız? 1.Sağlık ocağı 2.Özel doktor	53
3.SSK hastanesi 4.Devlet hastanesi 5.Fakülte hastanesi	
6.Akraba, komşu vb. 7.Diğer 9.Gereksiz	

	<u>Kolon</u>	<u>Kod</u>
49. Sağlıkla ilgili bilgileri nereden alırsınız? 1.Gazete, dergi 2.Radyo-TV 3.Sağlık ocağı personeli 4.Diğer sağlık personeli 5.Aile büyükleri ve komşular 6.Diğer 9.Gereksiz	54	
50. Çocuklarınızın aşılarını nerede yaptırdınız? 1.Sağlık ocağı 2.Devlet hastanesi 3.Fakülte hastanesi 4.Diğer 9.Gereksiz	55	
51. Çocuğunuza okulda hangi aşilar yapıldı? 1.BCG 2.DT 3.İkisi birden 4.Diğer 5.Aşı hiç yapılmadı 9.Gereksiz	56	
52. Bugüne kadar çocuğunuza okuldan bulaşan bir hastalık oldumu? 1.Hayır 2.Evet	57	

E. Baba ile ilgili Bilgiler:

53. Adı Soyadı:	
54. Yaşı:	58-59
55. Medeni durumu: 1.Evli 2.Eşi ölmüş 3.Bosanmış	60
56. Öğrenim durumu: 1.OYD 2.OY 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise ve üzeri	61
57. Özgeçmişi: 1.Özellik yok 2.	62
58. Soygeçmişi: 1.Özellik yok 2.	63
59. Yakınma: 1.Yok 2.	64
60. Cilt: 1.Normal 2.	65
61. Baş-boyun: 1.Normal 2.	66
62. Göz: 1.Normal 2.Kırma kusuru 3.Presbiyopi 4.Diğer	67
63. KBB: 1.Normal 2.	68
64. Ağızda çürük diş sayısı:	69
65. Ağızda eksik diş sayısı: 0.Total protez	70
66. Toraks: 1.Normal 2.	71
67. Batın: 1.Normal 2.	72
68. GÜS: 1.Normal 2.	73
69. Ekstremiteler ve nörolojik muayene: 1.Normal 2.	74
70. Laboratuvar incelemesi: 1.Yapılmadı 2.	75
71. Sonuç:	76
72. Tedavi: 1.Verilmedi 2.Verildi	77

F. Anne ile ilgili Bilgiler:

73. Adı Soyadı:	
74. Yaşı:	78-79
75. Medeni durumu: 1.Evli 2.Eşi ölmüş 3.Bosanmış	80
76. Öğrenim durumu: 1.OYD 2.OY 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise ve üzeri	81
77. Özgeçmişi: 1.Özellik yok 2.	82
78. Soygeçmişi: 1.Özellik yok 2.	83
79. Yakınma: 1.Yok 2.	84
80. Cilt: 1.Normal 2.	85
81. Baş-boyun: 1.Normal 2.	86
82. Göz: 1.Normal 2.Kırma kusuru 3.Presbiyopi 4.Diğer	87
83. KBB: 1.Normal 2.	88
84. Ağızda çürük diş sayısı:	89
85. Ağızda eksik diş sayısı: 0.Total protez	90
86. Toraks: 1.Normal 2.	91
87. Batın: 1.Normal 2.	92
88. GÜS: 1.Normal 2.	93

		<u>Kolon</u>	<u>Kod</u>
89. Ekstremiteler ve nörolojik muayene:	1. Normal	2.	94
90. Laboratuvar incelemesi:	1. Yapılmadı	2.	95
91. Sonuç:			96
92. Tedavi:	1. Verilmedi	2. Verildi	97

G. Çocuklarla İlgili Bilgiler:

	1. Çocuk		2. Çocuk	
	<u>Kolon</u>	<u>Kod</u>	<u>Kolon</u>	<u>Kod</u>
93. Adı Soyadı:				
94. Yaşı:	98-99		118-119	
95. Medeni durumu:	100		120	
	1. Evli			
	2. Eşi ölmüş			
	3. Boşanmış			
96. Öğrenim durumu:	101		121	
	1. OYD			
	2. OY			
	3. İlkokul			
	4. Ortaokul			
	5. Lise ve üzeri			
	9. Gereksiz			
97. Özgeçmişi:	102		122	
	1. Özellik yok			
98. Aşılıarı:	103		123	
	1. Eksik			
	2. Tam			
	3. Bilinmiyor			
	9. Gereksiz			
99. Yakınma:	104		124	
	1. Yok			
	2.			
100. Cilt:	105		125	
	1. Normal			
	2.			
101. Baş-boyun:	106		126	
	1. Normal			
	2.			
102. Göz:	107		127	
	1. Normal			
	2. Kıırma kusuru			
	3. Diğer			
103. KBB:	108		128	
	1. Normal			
	2.			
104. Çürük diş sayısı: ... adet.	109		129	
	9. Gereksiz			
105. Eksik diş sayısı: ... adet.	110		130	
	9. Gereksiz			
106. Toraks:	111		131	
	1. Normal			
	2.			
107. Batın:	112		132	
	1. Normal			
	2.			
108. GUS:	113		133	
	1. Normal			
	2.			
109. Ekst. ve nörolojik muay.:	114		134	
	1. Normal			
	2.			
110. Laboratuvar incelemesi:	115		135	
	1. Yapılmadı			
	2.			
111. Sonuç:	116		136	
112. Tedavi:	117		137	
	1. Verilmedi			
	2. Verildi			