

176537

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

**HASKÖY SAĞLIK OCAĞININ VERDİĞİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ VE BU HİZMETLERLE İLGİLİ HALKIN
TUTUM VE DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI**

**AİLE SAĞLIĞI PROGRAMI
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ**

Dr. SAMİR BEİDER

ANKARA - 1981

TEŞEKKÜR

Araştırma sırasında olumlu öneri ve katkılarını esirgemiyen
rehber öğretim üyesi Prof. Dr. ERGÜL TUNÇBILEK'e teşekkür ederim.

İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>Sayfa</u>
I. GİRİŞ	1
ARAŞTIRMANIN AMACI	2
GENEL BİLGİLER	3
NÜFUS	4
ANA ÇOCUK SAĞLIĞI	8
BESLENME	11
ÇEVRE SORUNU	13
BULAŞICI HASTALIKLAR	14
SOSYO - EKONOMİK DURUM	15
KAZALAR	16
SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK PERSONELİ	16
II. MATERYAL VE METOD	18
III. BULGULAR	21
IV. TARTIŞMA VE SONUÇ	38
V. ÖZET	41
YARARLANILAN KAYNAKLAR	42
EKLER	46

TABLOLAR LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
TABLO 1. Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Bazı Ülkelerdeki Nüfus Artış Hızı	6
TABLO 2. Ülkeler Arasında Ana ve Çocuk Ölüm Oranları .	9
TABLO 3. Çeşitli Ülkelerdeki Bebek Ölüm Hızı	10
TABLO 4. Çeşitli Ülkelerdeki Bebek Ölüm Hedenleri . .	11
TABLO 5. Hasköy Bölgesi Eğitim Durumu	18
TABLO 6. Kadın - Erkek Eğitim Durumu	19
TABLO 7. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	21
TABLO 8. Sağlık Ocağına Müracaat Eden Kadınların Yaşlarına Göre Dağılımları	22
TABLO 9. Erkeklerin Mesleklerine Göre Dağılımları . . .	22
TABLO 10. Erkeklerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	23
TABLO 11. Ailelerin Gelir Durumlarının Gruplara Göre Dağılımları	23
TABLO 12. Ailelerin Kişi Sayısına Göre Dağılımları . .	24
TABLO 13. Aile Fertlerinden Başka Evde Oturan Kişilerin Sayısına Göre Ailelerin Dağılımları	24
TABLO 14. Kadınların Sağlık Ocağına Gelme Sayısına Göre Dağılımları	25
TABLO 15. Kadınların Sağlık Ocağı Olduğunu Öğrendikleri Kaynaklara Göre Dağılımları	25
TABLO 16. Kadınların Sağlık Ocağına Gelme Nedenlerine Göre Dağılımları	26
TABLO 17. Ailelerin Çocukları Hastalandıkları Zaman Götürdükleri Yerlere Göre Dağılımları	26
TABLO 18. Kadınların Bildikleri Korunma Yöntemlerine Göre Dağılımları	27

TABLO 19.	Kadınların Korunmak İsteyip İstemedikleri ve İstedikleri Takdirde Başvuracakları Yerlere Göre Dağılımları	27
TABLO 20.	Korunmak İstemeyen Kadınların İstememe Nedenlerine Göre Dağılımları	28
TABLO 21.	Ebe Tarafından Yapılan Ziyaretlerin Sayılarına Göre Kadınların Dağılımları	29
TABLO 22.	Kadınların Ocakta Ebe Tarafından Düzenlenen Eğitim Toplantılarına Katılıp Katılmamaları ve Katılmama Nedenlerine Göre Dağılımları	29
TABLO 23.	Ebe Tarafından Evde veya Sağlık Ocağında Kadınlara Bahsedilen Konulara Göre Kadınların Dağılımları	30
TABLO 24.	Kadınların Çocuklarına Aşı Yaptırma, Aşığı Bilme Durumu ve Yaptırmamış Olanların Yaptırmama Nedenlerine Göre Dağılımları	30
TABLO 25.	Kadınların Ebe veya Sağlık Personeli Ziyareti Hakkında Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımları	31
TABLO 26.	Kadınların Sağlık Ocağına Geldikleri Zaman Duygularına Göre Dağılımları	31
TABLO 27.	Kadınların Sağlık Ocağında Olmasını İstedikleri Başka Hizmetlere Göre Dağılımları	32
TABLO 28.	Kadınların Çocuk Sayısı ve Eğitim Durumuna Göre Dağılımları	33
TABLO 29.	Erkeklerin Eğitim Durumuna Göre Ailedeki Çocuk Sayısı Dağılımları	34
TABLO 30.	Kadınların Sağlık Ocağına Gelme Nedenleri ve Eğitim Durumuna Göre Dağılımları	34
TABLO 31.	Kadınların Korunma Yöntemlerini Bilme Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	35
TABLO 32.	Kadınların Bildikleri Üç Etkili Yöntem, Aile Tipine Göre Dağılımları	35

TABLO 33. Kadınların Hâlen Korunma Durumlarının Eğitimlerine Göre Dağılımları	36
TABLO 34. Kadınların Çocuklarına Aşı Yaptırma Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	36
TABLO 35. Ebe Tarafından Ziyaret Edilen ve Edilmeyen Kadınların Çocuklarına Aşı Yaptırma Durumuna Göre Dağılımları	37

B Ö L Ü M I

G İ R İ Ő

Sağlığa zararlı, tehlikeli, bulağıcı hastalıkların epidemileri, beslenme bozuklukları, doğum riskleri ve çocuk bakım yetersizliği nedeni ile çeşitli hastalıklar ve ölümler yüzlerce yıldan beri hüküm sürmektedir. Bebek ve çocuk hastalıkları büyük sayıda ölümlere neden olduğundan, Roma'da ve Yunanistan'da yaşama şansları çok az olduğu için bebeklere bir haftalık olmadan isim konmazdı¹. Bununla beraber uzun bir süreden beri sağlık hizmetlerine önem verilmiş ve bu hizmetleri daha iyiye götürmek için çeşitli uygulamalar yapılmıştır. Fakat ondokuzuncu yüzyıldan önceki devirlerde hastaları birbirinden ayırt etmek ve onları sınıflandırmak olanağı olmadığından doğum ve ölümlerin kayıtları tutulmadığından, sağlık hizmetlerinin etkinliği hakkında kesin bir fikir ileri sürmek imkanı yoktur.

Eski uygarlık hamleleri ile edinilen bazı sosyal ve tıbbi bilgiler toplum sağlığını korumada beliren bir çeşit halk sağlığı uygulamaları olagelmıştir. Örneğin, Roma'da halk hamamları kurulmuştur. Hindistan ve Çin'de çiçeğe karşı bir çeşit aşılama Hristiyanlıktan önceki zamanlardan beri uygulanıyordu. Büyük dinlerin bazı telkinleri bir çeşit halk sağlığı eğitimi olarak kabul olunabilir. Bunlar, itidal, temizlik, bulağıcı hastalıklara yakalananların izolasyonu gibi kurallardır.

Onaltıncı yüzyıl başlangıcında Avrupa'da halk sağlığı konusunda bir takım yeni fikirler filizlenmeğe başlamıştır. Ölüm ve doğum gibi hayati olaylarla ilgili kayıt sistemleri uygulanmaya başlanmış ve halk sağlığı için çeşitli ihtiyağları karşılayacak hizmetlerin kurulmaları için gay-

retler sarf edilmiştir. Chadwick'ın 1848 de ortaya attığı "Toplum Sağlığı Kanunu" dünya halk sağlığı tarihinde bir dönüm noktasıdır. Kişisel hijyen kaidelerinden ziyade çevre sağlığına büyük önem veren ve hastane bakımını ikinci plâna alan Chadwick'ın halk sağlığı anlayışı Kuzey Amerika ile İngiltereyi etkilemiştir¹. 1882 de Robert Koch tüberküloz basilini bulmuş ve bunu diğer hastalık etkenlerinin bulunmaları izlemiştir². Daha sonraları aşular ve antibiyotikler bulunmuş ve sağlık hizmetlerinde çok büyük aşamalar yapılmıştır. 1948 sonunda faaliyete geçen Dünya Sağlık Örgütü'nünde (DSÖ) yardımı ve üyesi olan bütün ülkelerle elele çalışması ile sağlık hizmetleri faaliyetleri hemen her tarafta genelleşmiştir.

Osmanlı İmparatorluğu devrinde bazı toplum sağlığı hizmetleri yerine getiriliyor ise de, bu hizmetler basit ve ilkel idi. Bulaşıcı, tehlikeli ve salgın yapan hastalıkların önlenmesi için aşı ve karantina tedbirleri uygulanırdı, tedavi olanakları azdı. 1920 de kurulan ilk Milli Hükümet bünyesinde müstakil olarak Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına da yer verilmesi ileri bir görüş ifadesidir. 1961 tarih ve 334 sayılı kanun, sağlık hizmetini bir anayasa gereği görmekte ve sağlık hakkı ile ilgili 49. Maddesi: "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir" demektedir. 5 Ocak 1961 tarih ve 224 sayılı kanunla da sağlık hizmetleri plânlı bir şekilde sosyalleştirilmeye başlanmıştır³.

ARAŞTIRMANIN AMACI

Çeşitli sağlık sorunları karşısında toplumun sağlığını korumak, sağlam ve güçlü bir kuşağın yetişmesini temin etmek, bilhassa ana ve çocuk sağlığı için çaba göstermek, kaçınılmaz bir istek olmaktadır. Türkiye de bu sağlık problemlerini çözmek için çeşitli sağlık kuruluşları hizmet sunmaktadır. Bunlar arasında primer sağlık hizmeti verenler: Sağlık

Ocakları, Sağlık Evleri ve Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleridir.

Hasköy Sağlık Ocağı Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının işbirliği ile 1980 yılında Hasköy'de primer sağlık hizmeti vermek, bu konuda eğitim ve araştırmalar yapmak için açılmıştır. Kısa bir süre önce açılan bu sağlık ocağında sunulan sağlık hizmetleri: Poliklinik çalışmaları, aşılama ve hastalıklardan koruma, gebe ve lohusa takibi, laboratuvar hizmeti, aile planlaması, beslenme ve çocuk bakımı eğitimi ile okul sağlığı hizmeti olarak sayılabilir.

Çalışmamızın amacı bu bölgede verilen hizmetle ilgili halkın bilgi, tutum ve davranışlarını saptamaktır. Çalışma sonuçlarına göre hizmetin etkinliği ve halkla bütünleşmesini temin için ilgililere gerekli değişiklikleri önermek düşünülmüştür.

GENEL BİLGİLER

Dünyanın her tarafında ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri bütün olarak verilememektedir. Son yıllarda sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların, nüfus artışı, milli gelir, hastalık ve ölüm üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesi yapılmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin etkinliği, diğer sosyal ve ekonomik kuvvetlerin yarattığı sonuçlarla karşılaştırıldığında istenilen amaçlara erişmede yeterli olmadığı görülmektedir. Milli gelirin sağlık hizmetlerine ayrılan kısmı çoğu kez çok az olmakta ve ağırlık daha çok hastalıklar ve sakatlıkların tedavisine verilmekte, koruyucu hizmetler geri planda kalmaktadır⁴. Halbuki insan sağlığında önemli olan hastalığı tedavi etmekten çok hastalıktan korumaktır.

Sağlık hizmetlerinin bütün olarak verilmeyişi karmaşık bir olaydır. Bu konuda etkin faktörler şöyle sıralanabilir:

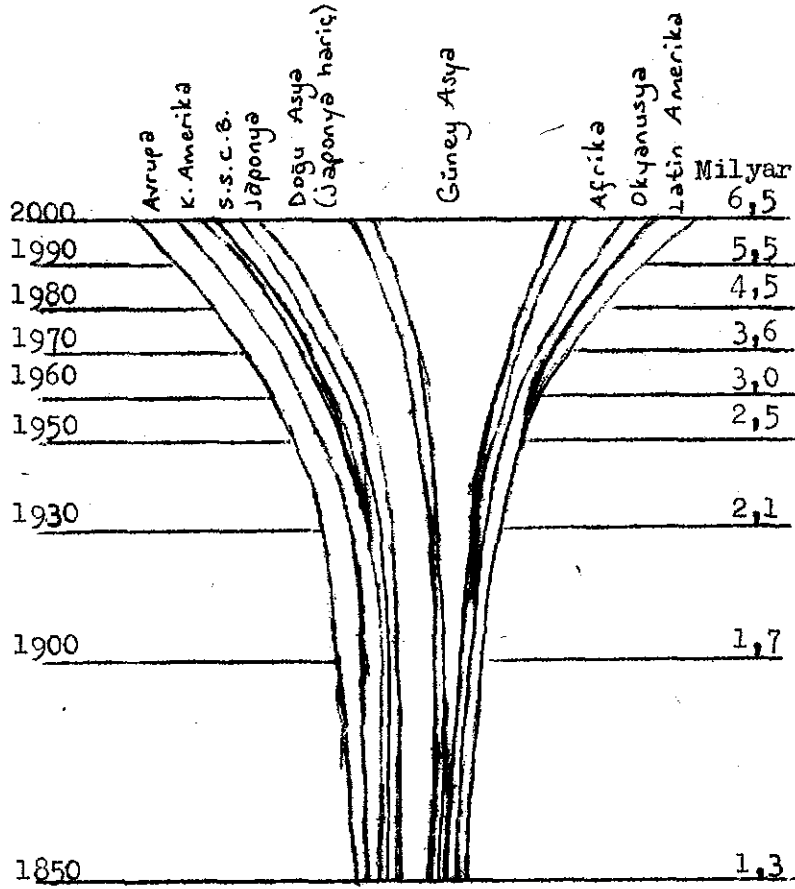
1. Nüfus
2. Ana - Çocuk Sağlığı
3. Beslenme
4. Eğitim Eksikliği ve Kültürel Etkinliğin Yokluğu
5. Çevre
6. Bulaşıcı Hastalıklar ve Aşılama
7. Sosyo - Ekonomik Durum
8. Kazalar
9. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Personeli

NÜFUS

Ondokuzuncu yüzyılın başında 750 milyon olan dünya nüfusu 20. Yüzyılın başında 1,5 milyara yükselmiş, 20. Yüzyılın ikinci yarısında ise 3 milyara ulaşmıştır⁵. Dünya çapında bu büyük tehlikeye nüfus patlaması denilmektedir. Eğer nüfusun hızlı artışı bu şekilde sürerse şimdilik 4,5 milyar olan dünya nüfusu yirminci yüzyılın sonunda ve yirmibirinci yüzyılın başında 6,5 - 7 milyara çıkmış olacaktır⁶.

Dünyada ortalama nüfus artış hızı % 2 civarındadır. Bu oran az gelişmiş ülkelerde % 2 - 3,5 arasındadır. Gelişmiş ülkelerde ise % 1 in altında seyretmektedir⁵⁻⁶.

1850- 2000 yılları arasında Dünya Nüfusunun Bölgesel
Dağılımı ve Tahmini Artışı



ŞEKİL I

KAYNAK : Nüfus Etütleri Enstitüsü Bülteni, 1973.
Cilt 1, Sayı 1.

Türkiye'de Nüfus:

1927 de 13,6 milyon olarak saptanan nüfusun artış hızı binde 21,1 idi. 1970 sayımı sonuçlarına göre nüfus 35,6 milyona ulaşmış ve nüfus artış hızı binde 25,2 olmuştur⁷. 1980 sayımında ise 45 milyon 200 bine ulaşmıştır. Türkiye'de nüfus artış nedeni araştırıldığında gelişmenin bilhassa doğumlardaki fazlalıktan ileri geldiği görülmektedir. Araştırmalara göre doğum oranı binde 40 ölüm oranı binde 14 olduğuna göre yıllık nüfus artışı binde 26 olarak hesaplanmaktadır ve bu artış hızı gelişmekte olan Türkiye için fazla bulunmaktadır⁵. Aşağıdaki tabloda gelişmiş ve gelişmekte olan bazı ülkelerdeki nüfus artış hızı görülmektedir: (Yüzde)⁸.

TABLO 1.

Gelişmiş Ülkeler		Az Gelişmekte Olan Ülkeler	
İngiltere	0,1	Mısır	2,3
Belçika	0,0	Irak	3,2
Fransa	0,4	Pakistan	2,9
Bulgaristan	0,6	İran	2,8
Yunanistan	0,7	Türkiye	2,7

Gelişmekte olan ülkelerde nüfusun yaş yapısı, tabanı geniş ve yükseldikçe daralan basık bir piramit görünümündedir. Doğal nüfus artışına bağlanan bu olguyu etkileyen en önemli iki faktör doğumlar ve ölümlerdir. 1973 araştırmasına göre Türkiye nüfusu genç yaşlarda toplanmaktadır. Toplam nüfus içinde 0-14 yaş grubunun oranı % 40 ı geçmektedir⁹. Verimli uğraşlarda çalışmayan bu yaş grubunun büyük olması kaynakların artan oranlarda tüketim harcamalarına gitmesi sonucunu doğurmaktadır.

Hızlı nüfus artışının toplumun esas ünitesi olan aileyi kötü bir şekilde etkilediği görülmüştür. Çok doğum yapan anneler için gebelik sırasında, doğumda ve lohusalıkta artan ölüm riski vardır. Bugüne kadar istenmeyen çocuk yüzünden binlerce annenin ilkel metodlarla düşük yaptığı

saptanmıştır. Bu düşüklerin de anne sağlığını tehlikeye soktuğu bilinen bir gerçektir. İstenmeyen gebelikler ve düşüklerden başka ana ve çocuk sağlığı yönünden bir başka sakınca da sık doğumlar veya doğumlar arası zaman kısalığıdır. Aile sağlığını tehdit eden bu ciddi sorunlar karşısında ve nüfusun hızlı olarak artması ile birlikte sosyal ve ekonomik hayatta meydana gelen problemlere engel olmak için nüfus planlaması görüşüne büyük değer verilmektedir.

Başarılı bir aile planlaması ile gerektiği şekilde komuya önem verilirse kaba doğum hızının düşürülmesi mümkündür. Bu şekilde ailelerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları için olanaklar sağlandığı gibi kadınların gebeliğe bağlı ölümleri ve bebek ölüm hızı düşürülmüş olur. Aile planlamasından amaç; Anne sağlığını korumak, sağlıklı çocuk yetiştirmek, kadınlara sağlıklı gebelik ve doğum konusunda bilgi vermek, anne ve babaya aile planlaması eğitimi yapmak, yöntemler hakkında bilgi vermek ve hızlı nüfus artışını azaltmaktır. Dünya ülkelerinde nüfus konusunda yoğun çalışmalar yapıldığını ve bütün dikkatlerin nüfus artışı üzerine çevrildiğini görmekteyiz. Türkiye'de de 1965 yılı Nisan ayında 557 sayılı kanunla artan nüfus hızına duraklatmak ve aile sağlığını korumak için "Nüfus Planlaması Kanunu" kabul edilmiştir³⁻⁵. Bu kanunla önceleri gebelikten koruyucu tüm araç ve gereçler, ilaçlar yasak iken, serbest bırakılmış, devlet vatandaşa istediği zaman ve istediği sayıda çocuk sahibi olması için yardımcı olmayı kendisine görev olarak kabul etmiştir. 1963 yılında yapılan bir araştırma, Türk halkının bu konuda bilgi edinmek istediği ve bu bilgiyi özellikle sağlık personelinin öğrenmek arzusunda olduğu ortaya koymuştur³. Türkiye'de nüfusun büyük çoğunluğunun köylük bölgelerde (% 70) yaşaması ve bu yörelerde okur - yazar oranının düşük olması aile planlaması programlarının uygulamasını sınırlamaktadır. Halkı bu konuda eğitmek, broşür ve afiş dağıtmak, sağlık personeline sürekli eğitim yapmak ve yeterli sayıda ebe ve hemşire yetiştirmek aile planlaması hizmetinin esas temelleridir.

ANA ÇOCUK SAĞLIĞI

Ana ve çocuk sağlığı toplumun sağlığı demektir. Çünkü doğurganlığın yüksek olduğu gelişmekte olan ülkelerde nüfusun ortalama % 20 sini 0 - 6 yaş grubu, % 20 sini 7 - 14 yaş grubu oluşturur. Bu çocukların anaları olan 15 - 44 yaş grubundaki kadınlar ise nüfusun % 20 sidir. Görüldüğü gibi gelişmekte olan ülkelerde ana ve çocuklar nüfusun üçte ikisini oluştururlar¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³. Bu nedenle ana ve çocuk sağlığı, toplumun sağlığı açısından çok önemlidir. Sadece çok az ülkede ana ve çocuk sağlığının durumu hakkında doğru veriler vardır. Dünya ülkelerinin çoğunda ise gerçek durumu yansıtan yeterli mortalite ve morbidite tahminleri bulunmamaktadır. Ölüm bildireleri genellikle eksiktir ve ölüm nedenleri ya işlenmemekte veya eksik işlenmektedir. Bir ülkenin mortalite ve morbidite istatistikleri dikkatli bir şekilde toplanır ve güvenilir veriler elde edilirse ancak o zaman ülkenin gerçek sağlık durumunu yansıtabilirler.

Gelişmiş ülkelerde yaşam koşullarının iyileşmesi ve sağlık hizmetlerinin gelişmesi ile doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımın etkinleşmesi sonucu anne ölümlerinde gözle görülebilir bir düşüş olmuştur. Bazı ülkeler anne ölüm oranını 100.000 canlı doğumda 10'un altında bildirirken, gelişmekte olan ülkelerde durum daha farklıdır. Birçok ülkede doğurganlık çağındaki 15 - 45 yaş kadınların en büyük ölüm sebeplerinden biri hâlâ anne ölümüdür¹⁴.

Gelişmiş ülkelerde anne ölümünün en büyük nedenleri: Toksemi, kanama, abortus, sepsis ve diğer komplikasyonlardır. Gelişmekte olan ülkelerde bunlara ilâveten anne sağlığını etkileyen çeşitli faktörler vardır. Bunlar çeşitli akut ve kronik hastalıklar, infeksiyon, malnütrisyon, anemi, doğumlar arası zaman kısalığı, sık gebelik olarak sayılabilir. Yapılan çalışmalara göre gelişmekte olan ülkelerde anne ölüm oranının ilk gebelikte yüksek, ikinci ve üçüncü gebeliklerde az, dördüncü gebelikte daha yüksek ve beşinci gebelikten sonra ise çok yüksek olduğu görülmektedir. Yakla-

şık olarak tüm ölümlerin % 40 ı dördünü ve daha sonraki gebeliklerdedir. O halde çok çocuk doğurma ve doğumlar arasındaki zaman kısalığı ana ölüm oranında önemli bir rol oynamaktadır¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶. Gelişmekte olan ülkelerde, gebe kadınlardaki anemi sıklığının % 20 - 63 gibi yüksek oranda görüldüğü ve aneminin anne ölümlerine yol açtığı belirtilmektedir¹⁷.

Türkiye'de de anne sağlığı ile ilgili problemler henüz halledilmemiştir. İstenmeyen çocuklar yüzünden ana sağlığı bozulmakta her yıl yapılan 500 bin kadar düşük nedeni ile 15 bin annenin hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir¹⁸. Diğer bir araştırmaya göre kırsal bölgelerde gebelik nedeniyle olan ölümler bin canlı doğumda 5,2 dir. Düşük ve doğum sebebiyle ölen anne sayısının yılda 12.000 civarında bulunduğu tahmin edilmektedir¹⁹.

Çocuklarda Mortalite ve Morbidite:

Dünya Sağlık Örgütü'nün araştırmalarına göre 1978 yılında 125 milyon çocuk doğmuştur. Bunların 12 milyonu hayatta kalıp birinci yaş gününü görmemiştir²⁰. Son 20 yılda bebek ölüm yüzdelerindeki düşüş oranı gelişmiş ülkelerde, gelişmekte olan ülkelere oranla daha fazladır. En iyimser tahminlere göre dünya ortalaması alındığında, bebek ölümleri 1000 canlı doğumda 98 (10 - 200) olarak saptanmaktadır. Yani her on bebekten biri yaşamının ilk yılında ölmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise bebek ölüm hızı, gelişmiş birçok ülkenin 10 - 20 kat üstüne çıkmaktadır¹²⁻¹⁴⁻¹⁵.

Ülkeler arasında ana ve çocuk ölüm oranlarının büyük farkları aşağıda gösterilmiştir.

TABLO 2.

	Ulusal anne ve çocuk ölüm oranı		
	Yüksek Düzey (1)	Düşük Düzey (2)	1/2 (Oran)
Perinatal mortalite	120	12 - 15	8 - 10:1
Infant mortalitesi	200	8 - 10	20 - 25:1
Çocuk mortalitesi	45	0,4 - 1	45 - 75:1
Anne mortalitesi	1000 (100.000 canlı doğuma)	5 - 10	100 - 200:1

Kaynak: WHO Çeşitli kaynaklardan sixth report on the world health situation. WHO Geneve 1980

Bir toplumun bebek ölüm hızının artması veya azalması o toplumun en güzel sağlık göstergesidir. Aşağıdaki tabloda çeşitli ülkelerde bebek ölüm hızı görülmektedir.

TABLO 3.

Mısır	108	Irak	104
Pakistan	139	Türkiye	119
Nijerya	157	İngiltere	14
İran	104	Bulgaristan	23
Tanzanya	167	İsveç	9

Kaynak: 1978 World Data Sheet- tahmini değerler.

Türkiye'de bebek ölüm oranı, dünyadaki en yüksek oranlardan birisidir. 1966 - 1968 yıllarında devlet istatistikleri bebek ölüm oranını binde 153 olarak bildirmiştir. Bu oran kentsel bölgelerde binde 113, kırsal bölgelerde binde 168 dir²¹. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsünün 1978 araştırmasına göre ise bu oran binde 134 e düşmüştür²². 0 - 4 yaş arası çocuk ölümleri oranı Türkiye'de ölümlerin % 59 unu oluşturur. Oysa bu oran İsveç'de % 1,4, Kanada'da % 5,5, Bulgaristan'da % 6,2, Yunanistan'da % 7,6, Şili'de % 29,1, Meksika'da % 44,2 olmaktadır. 0 - 4 yaş arasında ölen çocukların % 34 ü pnömoniden, % 18 i enteritten ölmektedir²³. Çocuk ölümlerinin bu kadar çok oluşunun başlıca nedenleri: Çevre koşullarının bozukluğu, ekonomik güçsüzlük, eğitimsizlik, yetersiz ve dengelessiz beslenme ve sağlık hizmetlerinin yetersizliğidir. Çocukluk çağında bilhassa gelişmekte olan ülkelerde infeksiyon hastalıklar öldürücü nedenlerin başında gelmektedir. Kızamık, boğmaca, difteri, pnömoni, ishalier gibi hastalıklar çocuk mortalitesini yükseltmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bebek ve çocukluk çağında yalnız ölüm oranları değil ayrıca ölüm nedenleri de farklıdır.

TABLO 4.

<u>Yaş Grubu</u>	<u>Gelişmiş Ülkeler</u>	<u>Gelişmekte Olan Ülkeler</u>
Infant	Doğum Travması Konjenital Anomaliler Influenza, Pnömoni Gastroenteritler	Gastroenteritler Influenza, Pnömoni Bronşitler, vs. Boğmaca
1 - 4	Kazalar Konjenital anomaliler Malign - Neoplasmlar Influenza, Pnömoni	Gastroenteritler Influenza, Pnömoni Bronşitler, vs. Kızamık
5 - 9	Kazalar Malign - Neoplasmlar Konjenital Anomaliler Kalp Hastalıkları	Gastroenteritler Influenza, Pnömoni Kazalar Kızamık
10 - 14	Kazalar Malign - Neoplasmlar Konjenital Anomaliler Kalp Hastalıkları	Influenza, Pnömoni Kazalar Enteritler ve İshal Hast. Kızamık

Kaynak: WHO seri raporlarından özetlenmiştir¹⁵⁻²⁰.

BESLENME

Bebekler ve çocuklar sürekli bir büyüme ve gelişme içinde olduklarından beslenme yetersizliğinden en çok zarar gören gruplardır. Gelişmekte olan ülkelerin çoğundaki beslenme yetersizliği bütün yaş gruplarını etkiler. Beş yaşın altındaki çocuklarda ölümler ve hastalıkların çoğu yetersiz ve dengesiz beslenmeden ileri gelmektedir. Bunun yanında infeksiyon

ve bozuk çevre önemli rol oynamaktadır. Bugün dünyada 500 milyon insan yetersiz beslenmenin yarattığı sorunlarla karşı karşıyadır. 1961 - 1971 yılları arasında 59 geri kalmış ülkede yapılan 101 çalışmada 5 yaşından küçük 100 milyon çocukta orta ve ağır derecede protein - kalori malnütrisyonu olduğu saptanmıştır¹³⁻²⁴.

Türkiye'de 1974 yılında yapılan bir araştırmaya göre okul öncesi çağıdaki çocuklar arasında % 20 oranında ağırlık yönünden büyüme geriliği, aynı yaş grubunda % 6,24 riboflavin yetersizliği, % 4,39 raşitizm, % 17,3 anemi bulunmuştur¹⁰. Diğer bir araştırmaya göre ise 0 - 6 yaş grubu çocuklar arasında % 20 oranında protein - enerji malnütrisyonu (1,5 milyon çocuk) % 15 - 20 oranında raşitizm (1,2 - 1,5 milyon) ve % 25 oranında kansızlık (1,8 - 2 milyon çocuk) şeklinde beslenme yetersizlikleri saptanmıştır. Gebe annelerin % 50 sinde ise (1 milyon) kansızlık bulunmuştur²⁵.

Türkiye'nin bazı bölgelerinde malnütrisyon prevalansı % 40 a kadar ulaşmaktadır²⁶. Yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu canlı doğan bin çocuğun 218 i beş yaşına kadar ölmektedir. Bu oran köysel bölgelerde 232 ye kadar yükselmektedir²⁷.

Beslenme yetersizliği ve dengesizliği nedenleri arasında: Hızlı nüfus artışı, bozuk çevre koşulları, toplumun ekonomik durumu, üretim ve tüketimin eğitsiz dağıtımı ve tarımsal üretim azlığı, eğitim eksikliği ve kültürel etkinliğin yokluğu, enfeksiyon ve enfestasyonlar sayılabilir.

Çeşitli nedenlerle anne sütünün kullanılmayışı da beslenme yetersizliğine yol açan önemli faktörler arasındadır.

EĞİTİM EKSİKLİĞİ VE KÜLTÜREL ETKİNLİĞİN YOKLUĞU

DSÖ- Sağlık Eğitimi Komitesi 1954 de sağlık eğitiminin birinci genel amacının, sağlığın toplumun değerli bir varlığı olarak kabul etti-

rilmesi olduğunu belirtmiştir. Sağlık eğitiminde sağlık durumunun yükselmesinde başarı elde etmek için halkın çalışmalara katılması gerekir. Buda onun bilgi, tutum ve davranışı ile ilgilidir. Kişisel ilgi öğretimde güçlü bir faktördür¹. Eğitilmiş birey ve topluma yapılacak sağlık hizmetleri daha kolay, ekonomik ve başarılı olmaktadır. Çünkü eğitilen kimse veya toplum bu hizmetlerden yararlanacağını çabuk anlar ve çalışmalara katılarak yardımcı olur. Her ülkenin sağlık sorunları ve toplumun psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik durumları ayrıdır. Dolayısıyla eğitim metod ve araçları da değişecektir.

Türkiye'de eğitimsizlik önemli bir sorundur. 1975 sayımına göre tüm nüfusun % 38 i, kadınların ise % 64,5 i okuma yazma bilmemektedir. Annenin eğitim düzeyi ise çocuk ölümü ile yakından ilişkilidir. Bir ve daha fazla çocuğu ölen kadınlar arasında okur - yazar olmayan kadınların oranı % 42 yüksek okul bitirmiş olan kadınların oranı % 8 olarak bulunmuştur^{10 - 23}.

ÇEVRE SORUNU

İnsan çevresiyle bir bütündür. Çevresi insanın tüm davranışlarını etkilediği gibi sağlığını da etkiler. Hemen tüm hastalıkların doğrudan ya da dolaylı nedeni olan fizik, biyolojik ve sosyal çevre, bulaşıcı hastalıkların da bulaşma yollarının en büyük ve en önemli grubunu oluşturur. Bozuk çevre koşullarında insan sağlığını etkileyen çeşitli nedenler vardır. Kirli su, sağlıksız konut, gıdaların kirlenmesi, çöpler, sanayileşme, kentleşme ve eğitim eksikliği ve sağlık hizmetlerinin tam verilmeyişi bu nedenler arasında sayılabilir.

Şehirlerde sanayi artıkları, trafik kazaları, gürültü, sağlık hizmetleri eksikliği, hava kirlenmesi ve su temini de önemli ve ciddi sorunlardır. Nüfusun hızla artışı ve yerleşimin kentlerde yoğunlaşması, büyük kent çevresinde düzensiz bir biçimde büyüyen gecekondu mahallelerinde

kötü konut ve çevre koşullarında yaşayan insanların sağlık sorunlarının çözümlenmesini giderek güçleştirmektedir.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 1973 araştırmasına göre konutların alt yapı ve hane halkı kolaylıkları dağılımı şöyle bulunmuştur. Hanelerin sadece % 37,2 sinde musluk suyu, % 49,3 ünde elektrik, % 94,7 sinde tuvalet, % 47 sinde banyo olduğu saptanmıştır²⁸.

Her ülkede olduğu gibi Türkiye'de de çevre koşullarının bozulması, toplum sağlığını tehdit edecek boyutlara ulaşmaktadır. Bu koşulları düzeltmek için ülke olanaklarını seferber etmek, çevre sorunlarına ilişkin kültür düzeyini yükseltmek ve çevre kirlenmesinin toplum sağlığına yansıyan tehlikeleri konusunda halkı bilinçlendirmek gerekmektedir.

BULAŞICI HASTALIKLAR

Bulaşıcı hastalıklar insanlığın var oluşundan bugüne kadar, toplumlara büyük zararlar verdirmiştir. Hâlen insanlığı tehdit eden bu hastalıklardan kurtulabilmek tıbbın en başta gelen uğraşlarından biridir. Bugün Türkiye'nin en ciddi sağlık sorunlarından biri infeksiyon ve paraziter hastalıklardır. Başarılı bir mücadele sonucu, 1970 de 1000 vak'aya kadar düşen sıtma 1976 da tekrar yükselerek 37.000 vak'aya ulaşmıştır²⁶. Gene başarılı bir savaş verilen tüberkülozda da rakamlar oldukça iyidir. İl ve ilçe merkezlerinde tüberküloza bağlı ölümler 1945 de yüzbinde 300 iken 1976 da yüzbinde 9 a inmiştir². Rakamlar güvenilir olmamakla birlikte bulaşıcı hastalıklar içerisinde bildirilen vak'a sayısı en fazla olan hastalık kızamıktır. Kızamıktan sonra boğmaca ve tifo gelmektedir. Poliyomyelit vak'aları ise bunlardan sonra yer almaktadır. Türkiye'de çocukların ölümünün başlıca nedenleri ishallen, pnömoniler ve kızamıktır.

Bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması, yeterli ve temiz su temini, gıda kontrolü, çöplerin yok edilmesi, kanalizasyon, hava kirlen-

mesinin önüne geçilmesi gibi insan sağlığına zarar veren çevre sağlığı faktörlerinin düzeltilmesine bağlıdır.

Bulaşıcı hastalıklardan korunmanın en ucuz ve kolay yollarından biri olan aşılama üzerinde de önemle durulmalı ve bu konuda halka eğitim yapılmalıdır. Dünyada her yıl gelişmekte olan ülkelerde 80 milyon çocuk doğmakta, bunların ancak % 10 u aşılanmaktadır. Çocuk doğumun ilk haftasında BCG ile aşılanır ve standart aşılama sistemine göre diğer aşular zamanında yapılırsa 6 tehlikeli hastalıktan korunmuş olmaktadır: (Difteri, Tetanoz, Boğmaca, Tbc, Kızamık ve Poliyomiyelit). Bugün ABD'de bu 6 aşılama masrafı ancak 3 dolardır ve bazı ülkelerde ise bunun yarısına kadar mülolmaktadır²⁹. Halbuki çocuk hastalandığı zaman (ölmezse veya sakat kalmazsa) tedavisi için daha çok para harcanacaktır. Ayrıca aile huzursuzluğu da buna eklenecektir. Bu nedenle aşular hakkında halka eğitim yapılmalı, aşı istasyonları kurulmalı ve bilhassa kırsal alanda uygulanan aşı takvimi üzerinde önemle durulmalıdır.

SOSYO - EKONOMİK DURUM

Sağlık hizmetlerinin dayanacağı maddi temelleri ve bunların genişliğini ekonomik faktörler tayin eder. Tarımdan sanayileşmeye yönelik erkek ile kadın, ana-baba ile çocuklar, kişi ile işi arasındaki ilişkileri değiştirmiştir. Aile toprağı, artan aile fertlerine iyi bir yaşam sağlamağa imkân vermemekte ve babanın ölümü ile bölünen topraklar giderek küçülmektedir. Sonuçta çocuklar kente göç etmekte ve kentin alt sosyal tabakasını oluşturmaktadır. Bu yeni hayata ayak uyduramayan insanlar çeşitli hastalıklara yakalanmaktadırlar. Ekonomik durumun bir göstergesi olan aile geliri, bireylerin sağlığında önemli rol oynar. Zengin toplumlardaki çocuk ölümü oranları, fakir toplumlardakinden daha azdır¹⁰⁻¹²⁻¹³. Türkiye'de 1976 da İzmir'de yapılan bir araştırmada, kişi başına aylık gelir 250 TL. dan az olan kesimde bebek ölüm hızı binde 200 iken, 3000 TL. olan kesimde binde 11 olarak bulunmuştur¹⁰.

KAZALAR

Kazalar bütün yaşlar için ölümün önde gelen 3 nedeni arasındadır (Kalp hastalıkları, Kanser, Kazalar). Gelişmiş ülkelerde 1 - 14 yaş grubundaki çocukların ölümüne ve sakatlığına sebep olan hastalıklar arasında ilk sırada kazalar yer almaktadır (Tablo 4.). Gelişmekte olan ülkelerde ise kazalar daha alt sıralarda yer almakla birlikte en çok yangınlar, travmalar, ev kazaları ve trafik kazaları görülmektedir. DSÖ çalışmasına göre 15 - 24 yaş grubundaki trafik kazalarına bağlı mortalite 1955 - 1959 ve 1970 - 1974 yılları arasında Meksika'da % 600, Tayland'da % 450, Venezuela'da % 250 ve Şili'de % 210 olarak bulunmuştur³⁰. Türkiye'de ise 1974 de trafik kazalarından 2003 kişi, diğer kazalardan 3014 kişi ölmüştür⁷. 1974 de kazalardan 1256 çocuk hayatını kaybetmiştir. Bunun toplam çocuk ölümlerine oranı % 3,08 dir³¹. Kazaların önlenmesinde aile bireylerinin kültür seviyesinin düzeltilmesi, sosyo-ekonomik durumun ve çevrenin de çeşitli olumsuz etkenlerinin ortadan kaldırılması gerekmektedir.

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK PERSONELİ

İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi, birey ve toplumun bu faktörlerin etkinliğinden korunması, hastaların tedavi edilmesi ve rehabilitasyonu için yapılan her çeşit faaliyet sağlık hizmetidir. Türkiye'de toplumun büyük bir kesimini kapsamak gayesiyle Cumhuriyetin kuruluşundan beri önemli girişimler olmuş ve ülkenin en uzak köşelerine kadar sağlık kuruluşlarının inşası bir ölçüde başarılmıştır. 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı "Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun" ile sağlık hizmetlerinin yurdun her tarafına götürülmesini hedef tutan, yeni bir hizmet uygulaması getirilmiştir. Fakat, bu konuda istenilen amaçlara ulaşıldığı henüz

söylenemez. Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılında bütün dünyada sağlık hizmetlerinin gitmediği yer kalmamasını bir slogan haline getirmiş ve bu amaç tüm ülkelere hedef alınmıştır. Türkiye'de bu hedefe 1990 yılında ulaşmayı programlamış bulunmaktadır³². Kazak Sovyet Sosyalist Cumhuriyeti başkenti Alma-Ata'da 6 - 12 Eylül 1978 tarihleri arasında yapılan konferansta sağlık sisteminin ekseni olan temel sağlık hizmetlerinin ideal ilkeleri geliştirilmiştir. Temel veya primer sağlık hizmetlerinden sağlanan hizmetler ülkeye ve topluma göre değişmekle beraber aşağıdaki hizmetlerin hiç değilse bazılarını içerecektir: Sağlıklı beslenme, yeterli ve temiz su sağlama, temel hijyen kuralları, aile plânlaması dahil anne-çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklık, yerel endemik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, güncel sağlık sorunlarını önleme ve kontrol yöntemleri ile ilgili eğitim ve hastalıklara uygun tedavi. Primer sağlık hizmetinde halkın katkısı ve diğer sektörlerle işbirliği kurulması, hizmetin temel unsurlarını oluşturur. Primer sağlık hizmetlerinde bütün ülkeler için en önemli kaynak halktır. Her ferde sağlık hizmeti götürmek ancak birey ve ailelerin sağlıkları için büyük sorumluluk almaları koşulu ile mümkündür.

B Ö L Ü M I I

M A T E R Y A L V E M E T O D

Çalışmamız tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma kapsamı içinde Hasköy Sağlık Ocağına müracaat eden halkın sağlık hizmetlerine ilişkin bilgi düzeyleri, tutum ve davranışlarının saptanması planlanmıştır.

Araştırmanın yapıldığı yer Hasköy bölgesi. Hasköy, Ankara il merkezi sınırında, gecekondü niteliği taşıyan ve şehrin güney doğusunda olan bir bölgedir. Bu bölgede oturanlar daha çok Çankırı ili, Kızılcahamam ve Çubuk köylerinden göç etmişlerdir. Gelir düzeyi düşük olan aileler (20.000 TL. altında) büyük oranı oluşturur. Hasköy bölgesinin sosyalleştirilmiş 3 mahallesindeki eğitim durumu şöyledir.

TABLO 5.

Eğitim Durumu	Sayı	%
Okur - Yazar Değil	1395	15,3
Okur - Yazar	858	9,4
İlk Okulu Bitirmiş	5302	58,1
Orta Okulu Bitirmiş	886	10,0
Lise Bitirmiş	565	6,0
Yüksek Tahsilli	111	1,2
TOPLAM	9117	100,0

Kaynak: Hasköy Sağlık Ocağının kayıtlarından alınmıştır.

Tabloda görüldüğü gibi birinci sırada ilk okulu bitirmiş olanlar (% 58,1), ikinci sırada okur-yazar olmayanlar (% 15,3) yer almaktadır.

Erkek - Kadın eğitim durumu Tablo 6 da görülmektedir.

TABLO 6.

Eğitim Durumu	Kadın	Erkek
Okur - Yazar Değil	25,1	6,0
Okur - Yazar	10,0	9,0
İlk Okulu Bitirmiş	53,0	63,0
Orta Okulu Bitirmiş	7,5	12,0
Lise Bitirmiş	4,0	8,0
Yüksek Tahsilli	0,4	2,0
TOPLAM	100,0	100,0

Kaynak: Hasköy Sağlık Ocağı kayıtlarından alınmıştır.

Kadın - erkek eğitim durumu incelendiğinde kadınların % 25,1 i okur - yazar olmadığı halde, erkeklerde bu oranın % 6 ya kadar düştüğü görülmektedir.

Hasköy Sağlık Ocağı Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının işbirliği ile 1980 yılı Temmuz ayında Hasköy'de primer sağlık hizmeti vermek, bu konuda eğitim ve araştırmalar yapmak için açılmıştır. Çalışmamız 1981 yılı Mart ve Haziran ayları arasında yapıldı. Çalışma yaptığımız sırada sağlık ocağında 3 ebe, 2 doktor, 2 hemşire, 2 sağlık memuru, 1 sağlık eğitimsi, 2 hizmetli, 1 şoför ve 1 tıbbi sekreter çalışmaktaydı. Sağlık ocağında poliklinik çalışmalarını, laboratuvar hizmeti, gebe ve lohusa takibi, aşılama ve hastalıklardan koruma ve aile plânlaması hizmetleri verilmektedir. Sağlık eğitimi olarak da çocuk bakımı ve gelişimi, aile plânlaması, aşılama, AÇS, beslenme, okul sağlığı, hijyen, kazalardan korunma ve ilk yardım gibi konularda eğitim yapılmaktadır. Sağlık ocağı sağlık hizmetlerini üç mahallede sunmaktadır. Hizmet sunulan Ali Ersoy, Yunus Emre ve Yıldız Tepe Mahallelerinin toplam nüfusu 15.200 kişidir. Ayrıca sağlık ocağında Hasköy'ün

diğer mahallelerinden müracaat edenlere de sağlık hizmetleri verilmektedir.

Hasköy Sağlık Ocağında verilen primer sağlık hizmetlerini değerlendirmek için 1981 de yapılan ve ekte bulunan anket uygulanmıştır. Çalışma anket araştırmalarından toplanan verilere dayanmıştır. Bahsedilen sağlık ocağından hizmet alan ve sağlık ocağına müracaat eden 500 kişiye anket verilmiştir. Soru kağıtlarından elde edilen veriler elle değerlendirildikten sonra kodlandırılmış ve Hacettepe Üniversitesi Bilgi İşlem Merkezinde Bilgisayarlar tarafından değerlendirilmiştir.

B Ö L Ü M I I I

B U L G U L A R

Ocağa müracaat eden kadınların eğitim durumuna göre dağılımları Tablo 7 de görülmektedir.

TABLO 7. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Eğitim Durumu	Sayı	%
Okur - Yazar Değil	136	27,2
Okur - Yazar	40	8,0
İlk Okul Bitirmiş	298	59,6
Orta Okul Bitirmiş	15	3,0
Lise Bitirmiş	9	1,8
Yüksek Tahsilli	2	0,4
TOPLAM	500	100,0

Eğitim durumlarına göre kadınların dağılımları incelendiğinde ilk okul mezunu olanların çoğunluğu (% 59,6) oluşturduğu görülmektedir. Okur - yazar olmayanları ise % 27 lik bir sayı ile ikinci sırayı almaktadır.

TABLO 8. Sağlık Ocağına Müracaat Eden Kadınların Yaşlarına Göre Dağılımları

Yaş Grupları	Sayı	%
15 - 19	45	9,0
20 - 24	188	37,6
25 - 29	121	24,2
30 - 34	75	15,0
35 +	71	14,2
TOPLAM	500	100,0

Yukarıdaki topluya göre sağlık ocağına müracaat eden kadınların % 37,6 sını 20 - 24 yaş grubu, % 24,2 sini de 25 - 29 yaş grubu oluşturmaktadır.

TABLO 9. Erkeklerin Mesleklerine Göre Dağılımları

Meslek	Sayı	%
Serbest	171	34,5
Memur	80	16,1
Esnaf	66	13,3
Kalifiye	2	0,4
Düz İşçi	167	33,7
İşsiz	9	2,0
TOPLAM	495*	100,0

* Not: 5 kadının kocası ölmüş.

Sağlık ocağına müracaat eden kadınların kocalarının büyük çoğunluğunun serbest olarak kendi işinde çalıştığı, buna eşit bir miktarının da vasıfsız işçi olduğu görülmektedir.

TABLO 10. Erkeklerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Eğitim Durumu	Sayı	%
Okur - Yazar Değil	36	7,2
Okur - Yazar	32	6,4
İlk Okul Bitirmiş	339	68,4
Orta Okul Bitirmiş	41	8,2
Lise Bitirmiş	39	7,8
Yüksek Tahsilli	8	2,0
TOPLAM	495*	100,0

* Not: 5 kadının kocası ölmüş.

Erkeklerin yarısından fazlası (% 68,4) ilk okul mezunudur. Yüksek tahsilli olanlar çok azdır (% 2). Diğer gruplar ise eşit olarak dağılmışlardır.

TABLO 11. Ailelerin Gelir Durumlarının Gruplara Göre Dağılımı

Aylık Gelir (1000)	Sayı	%
0 - 10	220	44,0
11 - 20	222	44,4
21 - 30	46	9,2
30 +	12	2,4
TOPLAM	500	100,0

Aylık geliri 20.000 TL. sına kadar olanlar, ailelerin % 88,4 ünü oluşturmaktadır.

TABLO 12. Ailelerin Kişi Sayısına Göre Dağılımları

Aile Kişi Sayısı	Sayı	%
2	4	0,8
3	141	28,2
4	135	27,0
5	109	21,8
6	68	13,6
7+	43	8,6
TOPLAM	500	100,0

Tabloda görüldüğü gibi çocuğu olmayan aileler çok azdır (% 0,8). Çocuk sayısı 1 - 3 olan aileler ise çoğunluğu (% 77,0) teşkil etmektedir. Altı ve yedi çocuklu aileler ise nisbeten azdır.

TABLO 13. Aile Fertlerinden Başka Evde Oturan Kişilerin Sayısına Göre Ailelerin Dağılımları

Aile Fertlerinden Başka Kişilerin Sayısı	Sayı	%
0 (Çekirdek Aile)	323	64,6
1	54	10,8
2	35	7,0
3	30	6,0
4	16	3,2
5	11	2,2
6	10	2,0
7+	21	4,2
TOPLAM	500	100,0

Çekirdek aile tipi (% 64,6) ailelerin 2/3 sini oluşturmaktadır.

TABLO 14. Kadınların Sağlık Ocağına Geliş Sayısına Göre Dağılımları

Geliş Sayısı	Sayı	%
1	130	26,0
2	95	19,0
3	78	15,6
4	47	9,4
5	43	8,6
6	45	9,0
7 +	62	12,4
TOPLAM	500	100,0

Tabloda görüldüğü gibi halkın çoğunluğu sağlık ocağı olduğunu yeni öğrenmektedir. Sağlık ocağına ilk defa gelenler kadınların % 26 sını teşkil etmektedir.

TABLO 15. Kadınların Sağlık Ocağı Olduğunu Öğrendikleri Kaynaklara Göre Dağılımları

Kaynak	Sayı	%
Ebe	13	2,6
Hemşire	4	0,8
Sağlık Memuru	181	36,2
Komşu	223	44,6
Akraba	35	7,0
Diğer (Kendi)	44	8,8
TOPLAM	500	100,0

Aileler sağlık ocağı olduğunu en çok kendi komşularından öğrenmiştir (% 44,6). Sağlık memurundan öğrenenler ise (% 36,2) dir.

TABLO 16. Kadınların Sağlık Ocağına Gelme Nedenlerine Göre Dağılımları

Gelme Nedeni	Sayı	%
Kadın Hasta	30	6,0
Kadın İçin Aile Plânlaması veya Ebeye Ziyaret	17	3,4
Çocuk Hasta	312	62,4
Çocuk İçin Aşı	106	21,2
Çocuk İçin Kontrol veya Diyetisyen	35	7,0
TOPLAM	500	100,0

Tabloda gördüğümüz gibi kadınların sağlık ocağına gelişlerinin en büyük nedeni çocukların hastalığıdır (% 62,4). İkinci neden ise çocuğa aşı yaptırmaktır (% 21,2). Aile plânlaması, kendi hastalığı veya çocuğun kontrolü için ise gelenler çok azdır.

TABLO 17. Ailelerin Çocukları Hastalandıkları Zaman Götürdükleri Yerlere Göre Dağılımları

Götürdüğü Yer	Sayı	%
Hasköy Sağlık Ocağı	366	73,2
Başka Sağlık Ocağı	28	5,6
Hastane	69	13,8
Özel Doktor	14	2,8
Diğer (Sosyal Sigorta)	23	4,6
TOPLAM	500	100,0

Tablo 17 de ailelerin çocukları hastalandıkları zaman en çok Hasköy Sağlık Ocağına (% 73,2) götürdükleri görülmektedir.

Kadınların gebelikten korunma yöntemleri bilip bilmedikleri incelendiğinde kadınların % 11,8 inin (59 kadın) korunma yöntemlerini bilmediği bulunmuştur. Kadınların % 88,2 si (441 kadın) ise korunma yöntemlerinin bir kısmını veya çoğunu bilmektedir.

TABLO 18. Kadınların Bildikleri Korunma Yöntemlerine Göre Dağılımları

Bildikleri Yöntem	Biliyor	%	Bilmiyor	%
Hap (Oral Kontraseptif)	426	85,2	74	14,8
Alet (R.İ.A.)	418	83,6	82	16,4
Kılıf (Kondom)	68	13,6	432	86,4
Geri Çekme (Coitus Interreptus)	147	29,4	353	70,6
Yıkama (Lavaaj)	45	9,0	455	91,0
Fitil, Köpük, Krem	87	17,4	413	82,6
Takvim (Cycalus)	35	7,0	465	93,0
Tüp Bağlama (Tubal-ligation)	22	4,4	478	95,6

Tablo 18 e bakıldığı zaman kadınların % 85,2 si hapi, % 83,6 sı da R.İ.A. yı bilmektedirler. Bu da etkili yöntemleri kadınların çoğunun bildiklerini göstermektedir. Üçüncü sırada ise geri çekme gelmektedir (% 29,4). Diğer yöntemleri ise kadınların çoğu bilmemektedirler.

Kadınların hâlen korunup korunmadıkları da incelenmiş ve kadınların % 63,6 sının korunmadığı görülmüştür.

TABLO 19. Kadınların Korunmak İsteyip İstemedikleri ve İstedikleri Takdirde Başvuracakları Yerlere Göre Dağılımları

Korunma Durumu ve Başvuracağı Yer	Sayı	%
Korunuyor	182	36,4
Korunmak İstemiyor	101	20,2
Hasköy Sağlık Ocağına Başvuracak	201	40,2
Başka Yerlere Başvuracak*	16	3,2
TOPLAM	500	100,0

* Başka Yer: Hasköy AÇS Merkezi, Hastane, Sosyal Sigorta Hastaneleri, Eczane ve Kadın - Doğum Mütahassısı.

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi kadınların % 36,4 ü hâlen korunduğunu, % 20,2 si korunmak istemediğini, % 40,2 si korunmak isteyip ilerde Hasköy Sağlık Ocağına başvuracağını, % 3,2 si ise korunmak istediğini fakat korunmak için başka yerlere müracaat edeceklerini bildirmişlerdir.

TABLO 20. Korunmak İstemiyen Kadınların İstememe Nedenlerine Göre Dağılımları

İstememe Nedenleri	Sayı	%
Kocası İzin Vermiyor	25	24,5
Yöntemlerin Yan Etkisinden	14	14,0
Çocuk İstiyor	22	21,5
Adetten Kesilme (Menopoz)	12	12,0
Kısır (Sterility)	10	10,0
Diğer *	18	18,0
TOPLAM	101	100,0

* Diğer: Kocası asker, kocası ölü, kocası yurtdışında ve kendi istemiyor.

Kadınların korunma istememelerinin en büyük nedeni kocalarının izin vermemesidir (% 24,5). İkinci büyük neden kadınların çocuk doğurmak istemesidir (% 21,5). Üçüncü sırada yöntemlerin yan etkisinden yakınan kadınlar gelmektedir (% 14). Dördüncü grup ise adetten kesilen kadın grubudur (% 12). Kısır olanlar ise % 10 u ve diğer nedenler de % 18 i oluşturmaktadır.

Hâlen korunmayan fakat ileride korunmak isteyen kadınlar ise toplamın % 43,4 ünü teşkil etmektedir. Bunların şimdiki korunmama nedenleri incelendiğinde çoğu, çocuğunu emzirdiğini, gebe kaldığını, hasta olduğunu yöntemleri kavrayamadığını ve nereye başvuracağını bilmediğini söylemiştir. Kadınların sağlık ocağında aile plânlaması uygulandığını bilme durumlarını gözden geçirildiğinde kadınların % 54,4 ü biliyor ve % 45,6 sı da bilmiyor şeklinde bulunmuştur. Ebe tarafından ziyaret edilen kadınların dağılımı incelendiğinde 71 kadının (% 14,2) ziyaret edildiği, 429 kadının ise (% 85,8) ise ebe tarafından ziyaret edilmediği görülmüştür.

TABLO 21. Ebe Tarafından Yapılan Ziyaretlerin Sayılarına Göre Kadınların Dağılımları

Ziyaret Sayıları	Sayı	%
Ziyaret Edilmeyen	429	85,8
1 Kere	44	8,8
2 Kere	17	3,4
3 Kere +	10	2,0
TOPLAM	500	100,0

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi kadınların % 8,8 i bir defa ziyaret edilmiş, % 3,4 ü iki defa, % 2 si de üç ve daha fazla ziyaret edilmiştir.

TABLO 22. Kadınların Ocakta Ebe Tarafından Düzenlenen Eğitim Toplantılarına Katılıp Katılmamaları ve Katılmama Nedenlerine Göre Dağılımları

Katılma Durumu ve Nedeni	Sayı	%
Katılmış	46	9,2
Katılmamış - Bilmiyor	377	75,4
Katılmamış - Vakti Yok	77	15,4
TOPLAM	500	100,0

Kadınların % 75,4 ünün bilmediği, % 15,4 ünün ise vakti olmadığı için eğitim toplantılarına katılmadığı, sadece % 9,2 sinin ocakta yapılan toplantılara katıldığı görülmüştür.

TABLO 23. Ebe Tarafından Evde veya Sağlık Ocağında Kadınlara Bahsedilen Konulara Göre Kadınların Dağılımı

Konular	Sayı	%
Ziyaret Edilmemiş, Toplantılara Katılmamış Kadınlar	413	82,6
Gebelik, Doğum, Çocuk Bakımı	8	1,6
Çocuk Bakımı, Gelişimi, Beslenmesi	54	10,8
Diğer	25	5,0
TOPLAM	500	100,0

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi ebe ziyareti sırasında evde ve ocakta kadınların % 82,6 sına sağlık eğitimi yapılmamıştır. % 10,8 ine çocuk bakımı, gelişimi ve beslenmesi hakkında eğitim yapılmış, % 1,6 sına gebelik ve doğum, % 5 ine de diğer konularda (temizlik ve sağlık kuralları gibi konularda) eğitim yapıldığını tesbit edilmiştir.

TABLO 24. Kadınların Çocuklarına Aşı Yaptırma, Aşığı Bilme Durumu ve Yaptırmamış Olanların Yaptırmama Nedenlerine Göre Dağılımları

Aşı Yaptırma, Bilme ve Yaptırmama Nedeni	Sayı	%
Yaptırmaş Biliyor	85	17,0
Yaptırmaş Bilmiyor	124	24,8
Çocuğu Küçük	82	16,4
İhmal	47	9,4
Başka Yerde Yaptırmaş	86	17,2
Küçük Çocuğu Yok	44	8,8
Diğer*	32	6,4

TOPLAM *Diğer: Çocuğu yok, çocuk hastaydı ve aşı yoktu şeklinde sınıflandırılmıştır.

Tabloda kadınların % 17 sinin çocuklarına Hasköy Sağlık Ocağında aşı yaptırdığı ve aşının ne olduğunu bildiği, % 24,8 inin ise aşı yaptırdığı fakat ne işe yaradığını bilmediği görülmektedir. Daha sonraki sıralarda % 17,2 ile başka yerde aşı yaptıranlar, % 16,4 ile çocuğu küçük olanlar gelmektedir. Aşı yaptırmayı ihmal edenler % 9,4, küçük çocuğu olmayanlar % 8,8, diğer nedenler ise % 6,4 lük bir oran oluşturmaktadır. Sağlık ocağının hizmetlerinden biri olan beslenmeyi tarif eden diyetisyen bulunduğunu bilip bilmedikleri incelendiğinde kadınların % 21,4 ü bu hizmeti bildiklerini, % 78,6 sı ise bilmediğini ifade etmişlerdir. Diyetisyen bulunduğunu bilenlerin % 88,8 kadın diyetisyene çocuk beslenmesi konusunda danıştığını, % 11,2 si ise diyetisyene danışmadığını bildirmiştir.

TABLO 25. Kadınların Ebe veya Sağlık Personeli Ziyareti Hakkında Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımları

Yanıt	Sayı	%
Sıkıcı Oluyor	1	0,2
Öğretici Oluyor	26	5,2
Faydalı Oluyor	429	85,8
Faydalı Olmuyor	4	0,8
Faydalı Fakat Vakit Yok	19	3,8
Vakit Bulamıyoruz	21	4,2
TOPLAM	500	100,0

Kadınların % 91 i sağlık personelinin ziyaretini faydalı, öğretici bulduğunu, % 8 i vakit bulamadığını, % 1 i ise ziyareti sıkıcı ve faydasız bulduğunu belirtmiştir.

Kadınların sağlık sorunları için ebe veya sağlık personeli ile buluşmak için tercih ettikleri yerler incelendiğinde, kendi evlerini tercih edenler kadınların % 67,8 ini, sağlık ocağını tercih edenler ise kadınların % 32,2 sini oluşturmaktadır.

TABLO 26. Kadınların Sağlık Ocağına Geldikleri Zaman Duygularına Göre Dağılımları

Yanıtlar	Sayı	%
Çok Bekletiyorlar	27	5,4
Hiç Bekletmiyorlar	50	10,0
İlgi Gösteriyorlar	411	82,2
İlgi Göstermiyorlar veya Kayıt İşlemi Çok Zor	12	2,4
TOPLAM	500	100,0

Kadınların % 82,2 si ocağa çalışan personelin kendilerine ilgi gösterdiklerini, % 10 u hiç bekletilmediklerini, % 5 i çok bekletildikleri ve % 2,4 ü ise kayıt işleminin çok zor olduğunu ve ilgi göstermediklerini belirtmişlerdir.

TABLO 27. Kadınların Sağlık Ocağında Olmasını İstedikleri
Başka Hizmetlere Göre Dağılımları

İstekler	Sayı	%
Bilmiyor	46	9,2
Yok (İstemiyor)	309	61,8
Kadın-Doğum Müth. - Diş Doktoru - K.B.B. - Göz Müth. vs.	99	19,8
Diğer [*]	46	9,2
TOPLAM	500	100,0

^{*}Diğer: Eksik Hizmetler, ısıtma tertibatı, ilaç, ilgi, aşı ve beslenme hakkında broşür dağıtmak gebelik testi ve oturmak için salonda yeterli sandalye.

Kadınların istekleri incelendiğinde % 61,8 i başka hiçbir hizmet istemediğini, % 9,2 si de nasıl bir hizmet isteyeceğini bilmediğini, % 19,8 i çeşitli mütehasıs doktor istediklerini ve % 9,2 si de açık olmayarak bazı istekleri olduğu görülmüştür.

TABLO 28. Kadınların Çocuk Sayısı ve Eğitim Durumuna Göre Dağılımları

Kadının Eğitim Durumu	Aile Çocuk Sayısı						Top.	%
	0 - 1		2 - 3		4 +			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Okur - Yazar Değil	20	14,7	63	46,3	53	39,0	136	100,0
Okur - Yazar	6	15,0	19	47,5	15	37,5	40	100,0
İlk Okul	102	34,2	155	52,0	41	13,8	298	100,0
Orta ve Yüksek	17	65,4	7	26,9	2	7,7	26	100,0
TOPLAM	145		244		111		500	100,0

$$X^2 = 62,462 \quad P < 0,05, \quad X^2 = 28,444 \quad P < 0,05, \quad X^2 = 11,595 \quad P > 0,05$$

Yukarıdaki tabloda aile kalabalığı ve kadınların eğitim dağılımı incelendiğinde okur - yazar olmayanların % 14,7 si ya çocuğu yok yada tek çocuklu ailelerdir. % 46,3 ü iki ve üç çocuklu, % 39 u altı ve daha fazla çocuklu ailelerdir. Okur - yazar kadınların % 15 i 2 - 3 kişiden olduğu halde % 37,5 i altı ve daha fazla kişiden ibarettir. Orta ve yüksek tahsilli kadınların % 65,4 ü 2 - 3 kişilik aileyi oluştururken, % 7,7 si altı ve daha fazla kişilik aileyi oluşturmaktadır. Aile kişi sayısı ile kadınların eğitim düzeyleri arasındaki fark istatistik yönden araştırıldığında 4 ve daha fazla çocuğu olan grupta ilk okul ve daha yüksek eğitimi olanların çocuk sayısının, diğerlerinden istatistik olarak önemli bir seviyede az olduğu görüldü.

TABLO 29. Erkeklerin Eğitim Durumuna Göre Ailedeki Çocuk Sayısı Dağılımları

Erkeklerin Eğitim Durumu	Ailede Çocuk Sayısı						Top.	%
	0 - 1		2 - 3		4 +			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Okur Yazar Değil	4	11,1	11	30,6	21	58,3	36	100,0
Okur Yazar	6	18,8	9	28,1	17	53,1	32	100,0
İlk Okul	98	29,0	183	53,9	58	17,1	339	100,0
Orta ve Yüksek	36	41,0	40	54,4	12	13,6	88	100,0
TOPLAM	144		243		108		495	100,0

* Not: 5 Erkek ölü.

$$X^2 = 57,636 \quad P < 0,05, \quad X^2 = 31,498 \quad P < 0,05, \quad X^2 = 4,229 \quad P > 0,05$$

Okur - yazar olmayan ve sadece okur - yazar olanların % 58,3 ünün ailede çocuk sayısı 4 ve daha fazla iken, ilk okul mezunu olanlarda bu sayı % 17,1 ve orta ve yüksek tahsilli olanlarda % 13,6 ya kadar düşmektedir. İstatistik yönden araştırıldığında okur - yazar ve okur - yazar olmayan gruplar ile diğer gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Erkeklerin de eğitim düzeyi yükseldikçe ailedeki çocuk sayısı azalmaktadır.

TABLO 30. Kadınların Sağlık Ocağına Gelme Nedenleri ve Eğitim Durumuna Göre Dağılımları

Kadının Eğitim Durumu	Gelme Nedeni								Top.
	Kadın Hasta		Aile Plân. Ebe ziy.		Çocuk Hasta		Çocuk için aşı Kont.diyetisyen		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İlk Okulu Bitirmemiş	19	63,3	4	23,5	124	39,7	29	20,5	176
İlk Okul ve Üstü Eğitim	11	36,7	13	76,5	188	60,3	112	79,5	324
TOPLAM	30	100,0	17	100,0	312	100,0	141	100,0	500

$$X^2 = 25,476 \quad P < 0,05$$

Kadınların sağlık ocağına gelme nedenleri ile eğitim durumları arasındaki ilişki araştırıldığında ilk okul ve daha üstü eğitim görenlerin aile plânlaması, ebe ziyareti, çocukların hastalığı veya aşısını yaptırmak gibi nedenlerle sağlık ocağına gelmelerinin, ilk okulu bitirmemiş olanlardan istatistik olarak anlamlı bir farklılık gösterecek kadar fazla olduğu görülmüştür.

TABLO 31. Kadınların Korunma Yöntemlerini Bilme Eğitim Durumuna/göre Dağılımları

Kadının Eğitim Durumu	Bilme Durumu				Toplam
	Biliyor		Bilmiyor		
	Sayı	%	Sayı	%	
İlk Okul Bitirmemiş	135	30,6	41	69,5	176
İlk Okul ve üstü Eğitim	306	69,4	18	30,5	324
TOPLAM	441	100,0	59	100,0	500

$$X^2 = 33,551 \quad P < 0,05$$

Korunma yöntemlerinin bir kısmını veya çoğunu bilen kadınların % 30,6 sı ilk okulu bitirmemiş, % 69,4 ü ilk okul ve üstü eğitilmiş olanlardır. Korunma yöntemlerini bilmeyenlerin ise çoğunluğunun % 69,5 i ilk okulu bitirmediği görülmüştür. Kadınların korunma yöntemleri bilmeleri ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel yönden önemli bulunmuştur. Kadının eğitimi yükseldikçe korunma yöntemlerini daha iyi bildiği görülmüştür.

TABLO 32. Kadınların Bildikleri Üç Etkili Yöntem, Aile Tipine Göre Dağılımları

Aile Tipi	Etkili Yöntem					
	HAP		R.İ.A.		KONDOM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çekirdek	271	63,6	265	63,4	46	67,6
Geniş	155	36,4	153	36,6	22	32,4
TOPLAM	426	100,0	418	100,0	68	100,0

Tabloda görüldüğü gibi korunma yöntemi olarak Hapı bilenler kadınların % 63,6 sı çekirdek, % 36,4 ü geniş; R.İ.A. yı bilenler kadınların % 63,4 sı çekirdek, % 36,6 ü geniş; Kondomu bilenler kadınların % 67,6 çekirdek, % 32,4 ü geniş aile tipini oluşturan kadınlardır. Bu tablodan anlaşılacağı gibi çekirdek ailelerde yaşayan kadınlar korunma yöntemlerini daha çok bilmektedirler.

TABLO 33. Kadınların Halen Korunma Durumlarının Eğitimlerine Göre Dağılımları

KORUNMA DURUMU	Kadının Eğitim Durumu								Toplam
	Okur-Yazar		Okur-Yazar		İlk Okul		Orta ve Yüksek		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Korunuyor	36	26,5	16	40,0	120	40,3	10	38,5	182
Korunmuyor	100	73,5	24	60,0	178	59,7	16	61,5	318
TOPLAM	136	100,0	40	100,0	298	100,0	26	100,0	500

$$X^2 = 8,564 \quad P < 0,05$$

Kadınların eğitim durumları ile korunmaları arasındaki ilişki incelendiğinde okur-yazar olmayan grupta korunanların % 26,5 i kadar olduğu ve bu grupla diğer üç grup arasında istatistik yönden önemli bir farklılık olduğu ve eğitim seviyesi yükseldikçe kadınların daha çok korunduğu görüldü.

TABLO 34. Kadınların Çocuklarına Aşı Yaptırma Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Kadının Eğitim Durumu	Aşı Yaptırma Durumu					
	Yaptırmış		Yaptırmamış		Top.	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Okur - Yazar Değil	67	49,3	69	50,7	136	100,0
Okur - Yazar	27	67,5	13	32,5	40	100,0
İlk Okul	184	61,7	114	38,3	298	100,0
Orta ve Yüksek	17	65,4	9	34,6	26	100,0
TOPLAM	295		205		500	100,0

$$X^2 = 7,855 \quad P < 0,05 \quad X^2 = 0,644 \quad P > 0,05$$

Kadınların çocuklarına aşı yaptırmaları ile eğitim düzeyleri arasındaki fark istatistik yönden incelendiğinde okur-yazar olmayanlar ile diğer eğitim düzeyleri arasında fark bulunmuştur ($X^2 = 7,855$ $p < 0,05$). Okur yazarlar ve daha fazla eğitim görenler okur-yazar olmayanlardan, istatistik olarak anlamlı bir farklılıkta daha fazla aşı yaptırmaktadırlar.

TABLO 35. Ebe Tarafından Ziyaret Edilen ve Edilmeyen Kadınların Çocuklarına Aşı Yaptırma Durumuna Göre Dağılımları

Aşı Yaptırma Durumu	Ziyaret Durumu				Top.
	Ziyaret Edilen		Ziyaret Edilmeyen		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaptırmış	59	83,0	236	55,0	295
Yaptırmamış	12	17,0	193	45,0	205
TOPLAM	71	100,0	429	100,0	500

$$X^2 = 19,630$$

$$P < 0,05$$

Ebe tarafından ziyaret edilen kadınların % 83 ü çocuklarına aşı yaptırmış, % 17 si ise aşı yaptırmamışlardır. Buna karşı ziyaret edilmeyen kadınların sadece % 55 i aşı yaptırmıştır. Kadınların ebe tarafından ziyaret edilme durumu ile çocuklarına aşı yaptırma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($X^2 = 19,630$ $P < 0,05$). Ebe tarafından ziyaret edilen anneler daha çok aşı yaptırmaktadır.

Şimdiye kadar saydıklarımızdan başka; kadınların sağlık ocağına gelme nedenleri ile geliş sayıları, hâlen korunmaları durumu ile eşlerinin eğitimleri, ocakta tertiplenen eğitim toplantılarına katılmaları ile aile tipi ve kadının eğitim seviyesi; ocakta verilen hizmetleri bilme ve korunma durumları ile ebe tarafından evde ziyaret edilmeleri arasındaki ilişkiler de araştırılmıştır. Yapılan X^2 testlerinde bütün bu durumlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

B Ö L Ü M I V

P A R T İ Ő M A V E S O N U Ç

Çalışma evrenimizin genel özellikleri gözden geçirildiğinde kadınların büyük çoğunluğunun 20 - 35 yaş arasında ve okur - yazar olmıyanların oranının (% 27,2) 1975 Türkiye ortalamasına (% 64,5) göre çok düşük olduğu görölmektedir. Kadının eğitim durumuna paralel olarak kocaların da büyük çoğunluğu ilk okul mezunudur. Kendi işinde, yada vasıfsız işçi olarak çalışmakta ve aylık geliri 20.000 TL. na kadar olanlar toplumun 4/5 ini oluşturmaktadır. Özet olarak, incelediğimiz toplum genç, okuma - yazma oranı oldukça yüksek ve ekonomik durumu çok iyi olmıyan bir toplum olduğunu söyleyebiliriz.

Çocuk sayısı ve aile tipine göre incelediğimizde 2 - 3 çocuklu ailelerin toplamının % 48,8 kadar ve büyük çoğunluğunun çekirdek aile olduğu görölmektedir. Bu sayı Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsünün 1978 çalışmasında saptanan ideal çocuk sayısına (3,03) yakındır. Fakat kadınların çoğunun genç yaşta oluşu doğurganlık döneminin sonuna kadar bu sayının çok aşılacağını düşündürmektedir.

Kadınların büyük çoğunluğu korunma yöntemlerini ve özellikle etkili yöntemleri bilmektedirler. Buna rağmen hâlen korunan kadınların sayısı oldukça düşüktür. Korunmak istemiyen kadınların 1/4 ünün bunn kocalarının izin vermemeleri nedeni ile uygulamadıklarını görmekteyiz. Bu durum bize aile planlaması çalışmalarında erkeğin bu konuda eğitim ve bilinçlendirilmesinin ne denli önemli olduğunu göstermektedir. Ayrıca hem kadın, hem erkeğin eğitimi ile çocuk sayısı arasında yakın ilişki bulunmuştur. Aynı şekilde ilk okul ve daha üstü eğitim görenlerin aile planlaması ve sağlık ocağının verdiği diğer hizmetler nedeni ile sağlık

ocasına daha çok başvurdukları saptanmıştır. Yine çalışmamız sonuçlarına göre korunma yöntemlerini bilme ve hâlen korunma durumu ile de eğitim arasında yakın ilişki saptanmış eğitim yükseldikçe korunma yöntemlerini bilme ve korunma durumunun arttığı gösterilmiştir. Bütün bunlar genel olarak eğitim seviyesini yükseltilmesinin aile plânlaması çalışmalarından başarı oranını arttıracığına hiç kuşku olmadığına bir kere daha göstermektedir. Sağlık Ocağının açılış tarihi çok yeni olduğu için kadınların büyük çoğunluğu böyle bir hizmeti yeni öğrendiklerini ve çalışma yapıldığı sırada ocağa ilk yada ikinci defa miracaat etmiş olduklarını belirtmişlerdir. Çoğu da hizmetten komşuları nedeni ile haberdar olmuşlardır.

Ocağın ebe sayısının az oluşu nedeni ile ev ziyaretlerinin yeteri kadar yapılmadığı ve hizmetten halkın yeteri kadar haberdar edilmediği açıktır. Bu konu üzerinde daha fazla durulması gerektiği kanısındayız.

Sağlık ocağına en sık geliş nedeni çocuk hastalığı ve aşıdır. Şüphesiz bunda ocakta devamlı olarak Hacettepe Çocuk Hastanesinden gelen bir çocuk doktorunun bulunuşunun büyük rolü vardır. Bunun yanında ocağın esas görevlerinden olan ana sağlığı ve aile plânlaması hizmetlerine de ağırlık verilmeli ve uygun kadrolar oluşturulmalıdır.

Ebe ziyareti ile annelerin çocuklarına aşı yaptırmaları arasında önemli ilişki bulunuşu gerekli bilgi verildiğinde ve faydaları anlatıldığında toplumun bundan yararlanmak isteyeceğini, tutucu bir toplum olmadığını göstermektedir. Ebe tarafından ziyaret edilen kadınların % 54,2 si korundukları halde, ziyaret edilmeyenlerin % 37,4 ünün korundukları saptanmış olmakla birlikte bu iki durum arasındaki ilişkinin istatistik olarak önemli olmadığı bulunmuştur. Ebe ziyaretleri sırasında ebelerin bu konuda daha önemli durmalarının sonucu etki edeceğine inanıyoruz. Ayrıca ebelerin kadının sorularını ve şüphelerini yanıtlayacak kadar konuyu bilmeleri gerekmektedir. Bu nedenle hizmet için eğitim programla-

rında bunun üzerinde ısrarla durulması gerekmektedir.

Kadınların büyük çoğunluğunun ebe veya sağlık personelinin ev ziyaretlerinin faydalı olduğunu belirtmesi, yeterli miktarda ziyaret yapıldığında yada sağlık ocağındaki eğitim toplantılarına kadınların daha çok katılmaları sağlandığında, sağlık konularında aktarılmak istenilen bilgiyi halka kolayca iletmesi mümkün olacağını göstermektedir. Bu konuda bölgedeki lider kadınları saptamak ve onlarla iyi ilişkiler kurarak özellikle ocaktaki toplantılara ilgiyi arttırmanın faydalı bir yol olacağı inancındayız.

Ocağa olmasını istedikleri hizmet konusu sorulduğunda kadınların % 20 i kadarı uzman hekim istekleri olduğunu belirtmişlerdir. Daha önce belirttiğimiz gibi çocuklara yönelik hizmetlerin yanında diğer sağlık hizmetlerine de ağırlık verilmesi ve iyi bir referans sistemi kurulması ile bölgenin sağlık hizmetlerini arzu edilen seviyeye getirmek mümkündür.

Ocağın, çevre ile olan ilişkilerinin iyi olduğunu da TABLO 26 da görmekteyiz. Hizmetin daha iyi duyurulması, ebe ziyaretlerinin araştırılması ve bu iyi ilişkinin devam ettirilmesi ile bir süre sonra arzu edilen amaçlara ulaşılacağını düşünüyoruz. Durum tesbiti gibi de düşünülebilecek olan bu çalışmanın uygun bir süre geçtikten sonra tekrarlanması ile bu konuda daha doğru bir karar verilebileceğine inanıyorum.

B Ö L Ü M V

Ö Z E T

Hasköy Sağlık Ocağının verdiği sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ve bu hizmetlerle ilgili halkın bilgi düzeyleri, tutum ve davranışlarının saptanması amacıyla plânlanan bu araştırma tanımlayıcı araştırma niteliğindedir. Bu amaç ile Mart, 1981 ve Haziran, 1981 tarihleri arasında Hasköy Sağlık Ocağına başvuranlardan 500 kadına ait ekte bulunan anketin uygulaması ile elde edilen bazı veriler değerlendirilerek inceleme yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre Hasköy bölgesindeki oturan halkın çoğu on ay kadar önce hizmete açılan sağlık ocağını yeni öğrenmektedir. Sağlık ocağında verilen bazı önemli sağlık hizmetlerinden (Aile Plânlaması, Beslenme, Çocuk Bakımı ve Gelişimi ile diğer sağlık eğitimindeki konular) halkın haberdar olmadığını saptanmıştır. Çocuk sayısı çoğunlukla 2 - 3 olan bölgenin genç kadınlardan oluşması, doğurganlık döneminin sonuna kadar bu sayının artacağını düşündürmüştür.

Eğitim durumu Türkiye ortalamasına göre oldukça yüksek olan bölgede yöntemleri bildikleri halde kullanan kadın sayısının az olduğu ve bunda kocalarının istememesinin büyük rolü olduğu görülmüştür.

Sağlık ocağının halkla ilişkilerinin iyi olmakla birlikte, hizmetin halka yeteri kadar duyurulmadığı, ebelerin ev ziyaretlerinin yetersiz olduğu ve bu ziyaretlerde çocuk sağlığı yanında aile plânlaması bilgilerinin de verilmesi gerektiği görülmüştür.

Y A R A R L A N I L A N K A Y N A K L A R

1. HODSON, W. Halk Sağlığı Bilimi ve Uygulaması. Çev: Hıfzıssıhha Okulu Öğretim Üyeleri, C. I, 2. bs., S.S.Y.B., 45, Ankara, Gürsoy Basımevi, 1970. s. 1,7.
2. YURDAKÖK, M. "Tüberkülozun Öyküsü", KATKI, Hacettepe Pediatri Başasistanlığı Bülteni. No.9, Ankara, Çağ Matbaası, (Eylül,1980). s. 11.
3. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl. 422, Ankara, Ayyıldız Matbaası, 1973. s. 5, 43. 198.
4. KIŞNIŞCI, H. "Gelişmekte Olan Ülkelerde Hızla Nüfus Artışı ve Ortaya Çıkardığı Sağlık Sorunları", Nüfus Etütleri Enstitüsü Bülteni. C. VI, 1-2, Ankara, H.Ü. Basımevi, 1974. s. 30.
5. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Aile Planlaması. Ankara, 1981. s. 9,17.
6. Nüfus Etütleri Enstitüsü Bülteni. "Dünya Nüfus Artışı", C. I, No.1, Ankara, 1973.
7. Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1973 - 1974. 456, Ankara, Başbakanlık Basımevi, S.S.Y.B., 1977. s. 16.
8. World Population Data Sheet Of The Population Reference Bureau Inc, Washington, March 1977.

9. PEKER, M. Türkiye'de Nüfus Yapısı ve Nüfus Sorunları, 1973 Araştırması. H.Ü, Yayınları D-25, Ankara, Ayyıldız Matbaası, 1978. s. 15.
10. ÖZCAN, C. "Türkiye'de Çocuk Sağlığı", KATKI, Hacettepe Pediatri Başasistanlığı Bülteni. C. I, No. 10, Ankara, Çağ Matbaası, (Ekim 1980), s. 7.
11. BİLİR, Ş. Ana ve Çocuk Sağlığı. 3.bs, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, A 14, Ankara, İleri Matbaası, 1979. s. 2.
12. Sixth Report On The World Health Situation, 1973 - 1977. I, Global Analysis, Geneva, WHO, 1980. s. 126.
13. Towards A Better Future Maternal And Child Health. Geneva, WHO, 1980. s. 14.
14. New Trends And Approaches In The Delivery Of Maternal And Child Care In Health Services. No. 600, Geneva, WHO, 1976. s. 86.
15. Harfouche, J.K. "Health Care Problems Of The Young Child In A Developing Ecological Contest", Bulletin Of The World Health Organization No. 57, Geneva, 1979. s. 387 - 403.
16. LEIF, H. and STIE, J. The Mother/ Child Dyad, Nutritional Aspects. Geneva, WHO, 1979.
17. BAYSAL, A. Beslenme. 3.bs., Hacettepe Üniversitesi Yayınları, A 13, Ankara, İleri Matbaası, 1980. s. 356.

18. CILLOV, H. "Türkiye Nüfusundaki Gelişmeler ve Bu Gelişmeye Etkin Olan Amiller", Nüfus Etütleri Enstitüsü Bülteni. C.VI, 1-2, Ankara, H.Ü. Basımevi, 1974. s. 13.
19. ÜNER, R. ve FİŞEK, N. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar. S.S.Y.B. Yayınları. No. 256, Ankara, 1961. s. 71.
20. WHO, World Health Day 1979. "A Healthy Child, A Sure Future", Chronicle. No. 33 Geneva, (April 1979). s. 119.
21. NEYZİ, O. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul, Yeni Gün Matbaası, 1971. S,23.
22. Turkish Fertility Survey, 1978. Methodology Finding, First Report, Vol. 1, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Haziran 1980. s,105.
23. ATABEK, E. "Çocuk Ölümleri", Toplum ve Hekim. No.24 (Aralık 1979). s,5.
24. İstanbul Tabip Odası Ana - Çocuk Sağlığı Komisyonu. "İstanbul Kentinde Ana ve 0 - 6 Yaş Arası Çocuklarda Süt Tüketimi Üzerine Bir Araştırma", Toplum ve Hekim. No. 31-32, (Tem-Ağs 1980). s. 14.
25. KÖKSAL, O. "Türkiye'de Beslenme Durumunun Genel Değerlendirilmesi ve Çözüm İçin Öneriler", Toplum ve Hekim. No. 29, (Mayıs 1980). s. 8.

26. Sixth Report On The World Health Situation, 1973 - 1977. II, Review by Country And Area, Geneva, WHO, 1980. s. 250.
27. BAYSAL, A. Beslenme. 3. bs, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, A 13, Ankara, İleri Matbaası, 1980. s.3.
28. PEKER, M. Türkiye'de Nüfus Yapısı ve Nüfus Sorunları 1973 Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Yayınları D-25, Ankara, Ayyıldız Matbaası, 1978. s. 156.
29. WHO. "Saving Lives by Immunization", Chronicle, Vol. 33, Geneva, (April 1979). s. 128 - 130.
30. International Children's Centre Paris. ed., Children in The Tropics. No. 123, Paris, 1980. s. 18.
31. KAÇAR, M. ve ERALP, Ö. "Bursa ve Yöresinde Çocukluk Çağı Kazaları Üzerine Bir Araştırma", Toplum ve Hekim. No. 24 (Aralık 1979). s. 67.
32. TAN, M. Türkiye'de Primer Sağlık Hizmeti Uygulamaları, Personel Eğitim Semineri, 11 - 14 Haziran 1979. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Çağ Matbaası, 1981. s.18.

E K L E R

HASKÖY SAĞLIK OCAĞININ VERDİĞİ SAĞLIK HİZMETLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ VE BU HİZMETLERLE İLGİLİ HALKIN
BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI

	<u>Kolon</u>
Denek No.	1 - 3
1. Oturduğu Semt	4
2. Kadın Mesleği	5
1- Ev Kadını	
2- Memur	
3- İşçi	
4- Diğer	
3. Kadın Eğitimi	6
1- Okur Yazar Değil	
2- Okur Yazar	
3- İlk Okulu Bitirmiş	
4- Orta Okulu Bitirmiş	
5- Lise Bitirmiş	
6- Yüksek Tahsilli	
4. Kadın Yaşı	7 - 8
5. Eşinin Yaşı	9 - 10
6. Eşinin Mesleği	11
1- Serbest	
2- Memur	
3- Esnaf	
4- Kalifiye	
5- Düz İşçi	
6- İşsiz	

7. Eşinin Eğitimi 12
- 1- Okur Yazar Değil
 - 2- Okur Yazar
 - 3- İlk Okulu Bitirmiş
 - 4- Orta Okulu Bitirmiş
 - 5- Lise Bitirmiş
 - 6- Yüksek Tahsilli
8. Ailenin Aylık Geliri 13
- 1- 0 - 10 (Bin)
 - 2- 11 - 20
 - 3- 21 - 30
 - 4- 30 +
9. Ailenin Kişi Sayısı 14 - 15
10. Aile Fertlerinden Başka Kişiler Sayısı 16
11. Sağlık Ocağı Açıldığından Buyana Kaçınıcı Gelişi 17 - 18
12. Sağlık Ocağı Olduğunu Nereden Öğrendiniz? 19
- 1- Ebe
 - 2- Hemşire
 - 3- Sağlık Memuru
 - 4- Öğretmen
 - 5- Komşu
 - 6- Akraba
 - 7- Diğer
13. Buraya Gelmenizin Nedeni? 20
- 1- Kendim İçin Hastalık
 - 2- Aile Plânlaması
 - 3- Ebeye Ziyaret
 - 4- Kendim İçin Başka
 - 5- Çocuk İçin Hastalık
 - 6- Çocuk İçin Hastalık
 - 7- Çocuk İçin Aşı
 - 8- Çocuk İçin Diyetisyen
 - 9- Başka ...

14. Çocuğunuz Hastalandığı Zaman Nereye Götürüyorsunuz? 21
- 1- Buraya
 - 2- Başka Sağlık Ocağına
 - 3- Hastaneye
 - 4- Eczaneden İlaç Alırım
 - 5- Ev İlaacı Kullanırım
 - 6- Özel Doktora
 - 7- Diğer
15. Gebelikten Korunmak İçin Herhangi Bir Yöntem Biliyor Musunuz ? 1- Evet 2- Hayır 22
16. Evet İse Hangilerini Biliyorsunuz ? 23 - 30
17. Hâlen Korunuyor Musunuz ? 31
- 1- Evet
 - 2- Hayır
18. Korunmak İster Misiniz ? 32
- 1- Evet İse Nereye Başvurursunuz ?
 - 2- Hayır
19. Ocakta Aile Plânlaması Uygulandığını Biliyor Musunuz ? 33
- 1- Evet
 - 2- Hayır
20. Ebe Evinizde Sizi Ziyaret Etti Mi ? 34
- 1- Evet
 - 2- Hayır
21. Ebe Ziyaret Etti İse Kaç Kere ? 35
22. Ebe Size Sağlık Ocağının Verdiği Sağlık Hizmetlerini Anlattı Mı ? 36
- 1- Evet
 - 2- Hayır
23. Ebe Tarafından Düzenlenen Eğitim Toplantılarına Katıldınız Mı ? 37
- 1- Evet
 - 2- Hayır- ise neden ?

24. Ebeinin bahsettiği konular nelerdir. 38- 39
- 1- Gebeliği anlattı
 - 2- Gebelikte beslenme
 - 3- Doğumu anlattı
 - 4- Çocuk bakımı
 - 5- Çocuğun beslenmesi
 - 6- Temizlik kuralları
 - 7- Başka (Belirtiniz)
25. Çocuğunuza burada aşı yaptırdınız mı ? 40
- 1- Evet - ise ne aşısı olduğunu biliyormusunuz
 - 2- Hayır - ise neden
26. Burada beslenme öğretimi için diyetisyen bulunduğunu biliyormusunuz 41
- 1- Evet
 - 2- Hayır
27. Evet ise diyetisyene danıştınız mı? 42
- 1- Evet
 - 2- Hayır - (Soru 29)
28. Diyetisyene hangi konuda danıştınız ? 43
29. Diyetisyene neden danışmadınız ? 44
30. Ebe, diyetisyen veya sağlık personeli evinize geldiği zaman ziyareti 45
- 1- Sıkıcı oluyor
 - 2- Öğretici oluyor
 - 3- Faydalı oluyor
 - 4- Faydalı olmuyor
 - 5- Faydalı fakat vakit bulamıyoruz
 - 6- Zamansız oluyor
 - 7- Vakit bulamıyoruz
 - 8- İstedigimizi konuşamıyoruz.