



T.C.  
BAŞBAKANLIK  
DEVLET İSTATİSTİK ENSTİTÜSÜ  
BAŞKANLIĞI



T.C.  
BAŞBAKANLIK  
ÖZÜRLÜLER İDARESİ  
BAŞKANLIĞI

# TÜRKİYE ÖZÜRLÜLER ARAŞTIRMASI 2002 HANEHALKI SORU KAĞIDI

İL : .....

İLÇE : .....

BUCAK : .....

KÖY : .....

## DİKKAT!

Bu soru kağıdı ile derlenecek bilgiler yalnız istatistik yapmak amacıyla toplanmakta olup TAMAMEN GİZLİDİR ve herhangi bir mükellefiyetin doğmasında ve tahkikatın yapılmasında delil olarak kullanılamaz. Soru kağıdındaki sorulara tam ve doğru cevap vermeyenler 219 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve bu Kararnamenin 36. maddesinin atıfta bulunduğu 53 sayılı Kanun Hükümlerine göre cezalandırılır.





## **SÜRE EN HASTALIK TÜRLER**

Talasemi (Akdeniz anemisi), hemofili, dalak hastalığı, kemik iliği hastalığı, ağırlık kansızlık (anemi), doğuştan kalp hastalığı, kalp yetmezliği, kalp ameliyatı ( baypas, balon, kalp pili, protez, kalp nakli), enfaktüs, ağırlık kan hastalığı ( polistemia vera), trombosit hastalıkları, damarla ilgili hastalıklar, lenfödemi (filbacak), ileri derecede varis ve anevrizmaları, solunum yetmezliği, astım, amfizem, broniyektazi, akciğer tüberkülozu(verem), pnömokolyoz (daha çok kömür ve maden işçilerinde görülen meslek hastalığı), göğüs kafesine ait ekil bozuklukları, alt solunum yolları ( akciğer, nefes borusu, bronşlar) ve üst solunum yolları (burun, boğaz, larenks) hastalıkları, yemek borusu, mide, karaciğer, safra kesesi, pankreas, bağırsaklarla ilgili tüm hastalıklar (hepatitler), ameliyatlar, nakiller, ülseratif kolit, crohn, siroz, böbrek ve idrar yolu ile ilgili hastalıklar, ameliyatlar, nakiller (dialize girenler), kadın ve erkek üreme organları ile ilgili hastalıklar, ameliyatlar ve organların yokluğu, sedef, egzema, ileri derecede yanıklar, lupus, dermatit, kanserler, tiroid bezi, hipofiz bezi, böbrek üstü bezleri, hormonal bozukluklar, diyabet ( seker-insülin kullananlar), fenilketonüri, kistik fibrozis, amiloidoz, beslenme eksikliği, ağırlık manlık, romatizma, tansiyon, göz tansiyonu, glokom, sara(epilepsi), parkinson, nöropatiler(sinir iltihabı), denge ile ilgili bozukluklar, tikler, titremeler ve HIV enfeksiyonu (AIDS)

## **RUHSAL DAVRANI BOZUKLUKLU ÜRÜRLER**

Otizm, hiperaktivite, yaygın gelişimsel bozukluklar, izofreni, ağırlık depresyon, kişilik bozuklukları, alzheimer, bunama, cinsel kimlik bozuklukları, nevrozlar, obsessif-kompulsif (ileri derecede takıntı), fobiler (ileri derecede korkular), madde bağımlılığı

## **BEDENSEL, DUYUSAL VEYA ZEHİNSEL ÖZÜR TÜRLER**

**Ortopedik özür** : Hareket kısıtlılığı, parmak el kol ayak bacak eksikliği, fazlalığı, yokluğu, kısıtlılığı, güçsüzlüğü veya ekil bozukluğu olanlar, kemik ve romatizmal hastalığı olanlar, kas güçsüzlüğü veya felçli olanlar bu gruba girer. Kifoskolyoz ( kamburluk ayağ açar), serebral Palsi ( CP yazılımı olabilir), multiple skleroz (MS-emes okunur), doğuştan kalça çıkıklığı, spastikler (kas katılığı), çarpık ayak, çarpık bacak, çarpık diz, çocuk felci (polio) geçirenler, omirilik felci geçirenler, sipina bifida, hemipleji-parapleji-tetrapleji-quadropleji, eklem kısıtlılığı olanlar, romatoidartrit, cücelik veya devlik.

**Görme özür** : Tek veya iki gözünde görme bozukluğu olanlar, göz protezi kullananlar, renk körlüğü, afaki, amliyopi, optik nöropati, katarakt, gece körlüğü ( tavuk karası)

**İtme özür** : Tek veya iki kulakta duyma kaybı olanlar, itme cihazı kullananlar

**Dil ve konuşma özür** : Konuşmasında bozukluk olanlar, iletişimi halde konuşamayanlar, gırtlak alınlar, konuşmak için alet kullananlar, kekemeler, afazi, dil dudak damak çene yapısında bozukluk olanlar

**Zihinsel özür** : Zeka geriliği olanlar ( mental retardasyon), down sendromu, fenilketonüri (zeka geriliğine yol açmısa) bu gruba girer.



T.C.  
BAŞBAKANLIK  
DEVLET İSTATİSTİK ENSTİTÜSÜ  
BAŞKANLIĞI



T.C.  
BAŞBAKANLIK  
ÖZÜRLÜLER İDARESİ  
BAŞKANLIĞI

# TÜRKİYE

## ÖZÜRLÜLER ARAŞTIRMASI

### 2002

## ÖZÜRLÜ BİREY SORU KAĞIDI

İL :.....  
İLÇE :.....  
BUCAK :.....  
KÖY :.....

#### DİKKAT!

Bu soru kağıdı ile derlenecek bilgiler yalnız istatistik yapmak amacıyla toplanmakta olup TAMAMEN GİZLİDİR ve herhangi bir mükellefiyetin doğmasında ve tahkikatın yapılmasında delil olarak kullanılamaz. Soru kağıdındaki sorulara tam ve doğru cevap vermeyenler 219 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve bu Kararnamenin 36. maddesinin atıfta bulunduğu 53 sayılı Kanun Hükümlerine göre cezalandırılır.





## ÖZÜRLÜ BİREYE İLİŞKİN SORULAR

**220** Medyanın (Televizyon, radyo, gazete, vb.) özürülerin sorunlarını ele alışını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Evet Hayır

- |   |                                                  |   |                          |   |                          |
|---|--------------------------------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|
| 1 | Özürülerin sorunlarını gündeme getiriyorlar      | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Konuyu istismar ediyorlar                        | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Konuyu ele alış şekilleri çözüme yönelik olmuyor | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Konuyu en çok izlenen saatlerde yayınlamıyorlar  | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Fikri yok                                        | 1 | <input type="checkbox"/> |   |                          |

**DİKKATI 221. SORU ANKETÖR TARAFINDAN HANEHALKI SORU KAĞIDINDAN YARARLANARAK DOLDURULACAKTIR. İŞARETLENEN HER ÖZÜR GRUBU İÇİN BELİRTİLMİŞ SORU İLE BAŞLAYAN BÖLÜMDEKİ SORULAR SORULACAKTIR.**

**221** Özür türünüz nedir ?

- 1  Ortopedik özür için Soru 222'e geçiniz.  
*(Hanehalkı Soru Kağıdı'nda 122.Soru "EVET" ise işaretleyiniz)*
- 2  Görme özürü için Soru 235'e geçiniz.  
*(Hanehalkı Soru Kağıdı'nda 123.Soru "EVET" ise işaretleyiniz)*
- 3  İşitme özürü için Soru 247'e geçiniz.  
*(Hanehalkı Soru Kağıdı'nda 124.Soru "EVET" ise işaretleyiniz)*
- 4  Dil ve konuşma özürü için Soru 259'a geçiniz.  
*(Hanehalkı Soru Kağıdı'nda 125.Soru "EVET" ise işaretleyiniz)*
- 5  Zihinsel özürü için Soru 270'e geçiniz.  
*(Hanehalkı Soru Kağıdı'nda 126.Soru "EVET" ise işaretleyiniz)*

### ORTOPEDİK ÖZÜRLÜ BİREYE İLİŞKİN SORULAR

**222** Ortopedik özürünüz ne zaman ortaya çıktı?

- 1  Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında → **Soru 224'e geçiniz**
- 2  Sonradan

**223** Ortopedik özürünüz kaç yaşında iken ortaya çıktı?  
(Bitirilen yaş yazılacaktır)

→ **Soru 225'e geçiniz**

**224** Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında meydana gelen ortopedik özürünüzün nedeni nedir?

- 1  Genetik veya kalıtsal bozukluk
- 2  Kan uyumsuzluğu
- 3  Doğum travması ( doğum anındaki kazalar)
- 4  Doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması
- 5  Annenin hamileliği sırasında kullandığı ilaçlar
- 6  Annenin hamileliğinde geçirdiği hastalıklar
- 7  Annenin hamileliğinde yetersiz/kötü beslenmesi
- 8  Bilmiyor

**Soru 228 'e geçiniz.**

**225** Sonradan meydana gelen ortopedik özürünüzün nedeni nedir?

- 1  Kaza
- 2  Hastalık → **Soru 227'ye geçiniz**
- 3  İlaç kullanımı
- 4  Zehirlenme
- 5  Beslenme bozukluğu → **Soru 228'e geçiniz**
- 6  Madde bağımlılığı
- 7  Diğer (Belirtiniz)
- 8  Bilmiyor

**226** Ortopedik özürünüze neden olan kazanın türü nedir?

- 1  Trafik kazası
- 2  Ev kazası
- 3  İş kazası
- 4  Oyun kazası
- 5  Spor kazası
- 6  Silahlı yaralanma
- 7  Deprem
- 8  Diğer doğal afetler ( sel, toprak kayması, yıldırım çarpması)
- 9  Diğer (Belirtiniz)

**Soru 228'e geçiniz.**

**227** Çocuk felci (polio) geçirdiniz mi ?

- 1  Evet
- 2  Hayır
- 3  Bilmiyor

**228** Ortopedik özürünüzün türü nedir ?  
(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1  Şekil bozukluğu (deformite)
  - 1.1  Omurgada
  - 1.2  El ve kollarda
  - 1.3  Ayak ve bacaklarda
  - 1.4  Eklemlerde
- 2  Fonksiyon (güç) kaybı(kas hastalığı,felçler)
  - 2.1  Omurgada
  - 2.2  El ve kollarda
  - 2.3  Ayak ve bacaklarda
- 3  Organ yokluğu
  - 3.1  Parmak, el ve kollarda
  - 3.1  Parmak, ayak ve bacaklarda

**229** Ortopedik özürünüz ile ilgili herhangi bir tedavi yapıldı ya da yapıyor muydu?

- 1  Evet, yapılıyor
- 2  Yapıldı, tamamlandı
- 3  Hayır, yapılmıyor

**230** Ortopedik özürünüze yönelik herhangi bir alet yada cihaz kullanıyor musunuz?

- 1  Evet
- 2  Hayır → **Soru 233'e geçiniz**

**231** Ortopedik özürünüze yönelik ne tür bir alet yada cihaz kullanıyorsunuz?  
(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1  Protez kullanıyor
- 2  Tekerlekli sandalye kullanıyor
- 3  Ortez (yürüme cihazı) kullanıyor
- 4  Koltuk değneği kullanıyor
- 5  Diğer (Belirtiniz)

**232** Kullandığınız alet ya da cihazın parası aşağıdakilerden hangisi tarafından karşılandı?  
(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1  Bağı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan
- 2  Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfından
- 3  Yardımsözer kişilerden
- 4  Kendi imkanları ile
- 5  Gönüllü kuruluşlardan
- 6  Özürülere yönelik hizmet veren dernek, vakıf, federasyon veya Türkiye Sakatlar Konfederasyonu'ndan
- 7  Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumundan
- 8  Diğer (Belirtiniz)

**Soru 234'e geçiniz**

**233** Ortopedik özürünüze yönelik alet ya da cihaz neden almadınız?

- 1  İhtiyaç görülmedi
- 2  Maddi imkanımız yok
- 3  Yararına inanmıyorum
- 4  Nereden alınacağını bilmiyorum
- 5  Diğer (Belirtiniz)

## ÖZÜRLÜ BİREYE İLİŞKİN SORULAR

**234** Ortopedik özrünüz nedeniyle aşağıdaki sorunlardan hangileri günlük yaşantınızı etkiliyor?

- |                                                                                     | Evet                       | Hayır                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 Özüme uygun fiziksel çevre düzenlemeleri olmadığından sokağa çıkamıyorum          | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2 Kamuya açık binalara/alanlara giremiyorum                                         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Toplu taşıma araçlarına binmekte güçlük çekiyorum                                 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 4 Sosyal, kültürel (sinema, tiyatro, spor, tatil, v.b.) etkinliklere katılmıyorum   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 5 Evlilik yaşamımı olumsuz etkiliyor                                                | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 6 Toplum bana nasıl yardımcı olacağını bilmiyorum                                   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 7 Devletin sağladığı imkanlar (vergi indrimi, sakatlık aylığı, indirimler) yetersiz | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 Özüme ilgili teknolojiye uygun aletleri alamıyorum                                | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 9 Diğer (Belirtiniz)                                                                | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

Kişinin başka bir özü yoksa soru 285'e, varsa diğer özü türüne geçiniz.

### GÖRME ÖZÜRLÜ BİREYE İLİŞKİN SORULAR

**235** Görme özrünüz ne zaman ortaya çıktı?

- 1  Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında → Soru 237'ye geçiniz.
- 2  Sonradan

**236** Görme özrünüz kaç yaşında iken ortaya çıktı? (Bitirilen yaş yazılacaktır.)

1  2  → Soru 238'e geçiniz.

**237** Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında meydana gelen görme özrünüzün nedeni nedir?

- 1  Genetik veya kalıtsal bozukluk
- 2  Kan uyumsuzluğu
- 3  Doğum travması (doğum anındaki kazalar)
- 4  Doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması
- 5  Annenin hamileliği sırasında kullandığı ilaçlar
- 6  Annenin hamileliğinde geçirdiği hastalıklar
- 7  Annenin hamileliğinde yetersiz/ kötü beslenmesi
- 8  Bilmiyorum

Soru 240'a geçiniz

**238** Sonradan meydana gelen görme özrünüzün nedeni nedir?

- 1  Kaza
- 2  Hastalık → Soru 240'a geçiniz.
- 3  İlaç kullanımı
- 4  Zehirlenme
- 5  Beslenme bozukluğu
- 6  Madde bağımlılığı
- 7  Diğer (Belirtiniz)
- 8  Bilmiyorum

**239** Görme özrünüze neden olan kazanın türü nedir?

- 1  Trafik kazası
- 2  Ev kazası
- 3  İş kazası
- 4  Oyun kazası
- 5  Spor kazası
- 6  Silahlı yaralanma
- 7  Deprem
- 8  Diğer doğal afetler (sel, toprak kayması, yıldırım çarpması,
- 9  Diğer (Belirtiniz)

**240** Görme özrünüzün derecesi nedir?

- 1  Her iki gözün de hiç görmemesi
- 2  Bir gözün az görmesi, bir gözün hiç görmemesi
- 3  Her iki gözün de az görmesi
- 4  Bir gözün hiç görmemesi
- 5  Şaşılık
- 6  Diğer (Belirtiniz)

**241** Görme özrünüz ile ilgili herhangi bir tedavi yapıldı ya da yapılıyor mu?

- 1  Evet, yapılıyor
- 2  Yapıldı, tamamlandı
- 3  Hayır, yapılmıyor

**242** Görme özrünüze yönelik herhangi bir alet ya da cihaz kullanıyor musunuz?

- 1  Evet → Soru 245'e geçiniz.
- 2  Hayır

**243** Görme özrünüze yönelik ne tür bir alet ya da cihaz kullanıyorsunuz?

- [Birden fazla seçenek işaretlenebilir.]
- 1  Göz protezi kullanıyor
- 2  Gözlük/lens kullanıyor
- 3  Diğer (Belirtiniz)

**244** Kullandığınız alet ya da cihazın parası aşağıdakilerden hangisi tarafından karşılandı? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1  Bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kuruluşundan
- 2  Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfından
- 3  Yardımsever kişilerden
- 4  Kendi imkanları ile
- 5  Gönüllü kuruluşlardan
- 6  Özürlülere yönelik hizmet veren dernek, vakıf, federasyon veya Türkiye Sakatlar Konfederasyonu'ndan
- 7  Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'ndan
- 8  Diğer (Belirtiniz)

Soru 246'ya geçiniz

**245** Görme özrünüze yönelik alet ya da cihaz neden almadınız?

- 1  İhtiyaç görülmedi
- 2  Maddi imkanımız yok
- 3  Yararına inanmıyorum
- 4  Nereden alınacağını bilmiyorum
- 5  Diğer (Belirtiniz)

**246** Görme özrünüz nedeniyle aşağıdaki sorunlardan hangileri günlük yaşantınızı etkiliyor?

- |                                                                                           | Evet                       | Hayır                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 Kamuya açık alanlarda sesli uyarı işaretleri ve çevre düzenlemeleri yeterli değil       | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2 Toplu taşıma araçlarına binmekte güçlük çekiyorum                                       | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 Sosyal, kültürel (sinema, tiyatro, tiyatro, spor, tatil v.b.) etkinliklere katılmıyorum | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 4 Evlilik yaşamımı olumsuz etkiliyor                                                      | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 5 Toplum bana nasıl yardımcı olacağını bilmiyorum                                         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 6 Devletin sağladığı imkanlar (vergi indrimi, sakatlık aylığı, indirimler) yetersiz       | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 7 Braille (kabartma yazı), sesli yayınlar (TV, radyo v.b.) yeterli ve yaygın değil        | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 Özüme ilgili teknolojiye uygun aletleri alamıyorum                                      | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

Kişinin başka bir özü yoksa soru 285'e, varsa diğer özü türüne geçiniz.

### İŞİTME ÖZÜRLÜ BİREYE İLİŞKİN SORULAR

**247** İşitme özrünüz ne zaman ortaya çıktı?

- 1  Annenin hamileliği döneminde doğum sırasında → Soru 249'a geçiniz.
- 2  Sonradan

**248** İşitme özrünüz kaç yaşında iken ortaya çıktı? (Bitirilen yaş yazılacaktır.)

1  2  → Soru 250'ye geçiniz.

**249** Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında meydana gelen işitme özrünüzün nedeni nedir?

- 1  Genetik veya kalıtsal bozukluk
- 2  Kan uyumsuzluğu
- 3  Doğum travması (doğum anındaki kazalar)
- 4  Doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması
- 5  Annenin hamileliği sırasında kullandığı ilaçlar
- 6  Annenin hamileliğinde geçirdiği hastalıklar
- 7  Annenin hamileliğinde yetersiz / kötü beslenmesi
- 8  Bilmiyorum

Soru 251'e geçiniz

## ÖZÜRLÜ BİREYE İLİŞKİN SORULAR

**250** Sonradan meydana gelen işitme özrününüzün nedeni nedir?

- 1  Kaza
- 2  Hastalık
- 3  İlaç kullanımı
- 4  Zehirlenme
- 5  Beslenme bozukluğu
- 6  Madde bağımlılığı
- 7  Diğer (Belirtiniz)
- 8  Bilmiyor

Soru 252'ye geçiniz

**251** İşitme özrünüze neden olan kazanın türü nedir?

- 1  Trafik kazası
- 2  Ev kazası
- 3  İş kazası
- 4  Oyun kazası
- 5  Spor kazası
- 6  Silahlı yaralanma
- 7  Deprem
- 8  Diğer doğal afetler (sel, toprak kayması, yıldırım çarpması)
- 9  Diğer (Belirtiniz)

**252** İşitme kaybınızın derecesi nedir?

- 1  Her iki kulak da hiç duymuyor
- 2  Bir kulak az duymuyor, diğeri hiç duymuyor
- 3  Her iki kulak da az duymuyor
- 4  Bir kulak hiç duymuyor
- 5  Diğer (Belirtiniz)

**253** İşitme özrünüze ile ilgili herhangi bir tedavi yapıldı ya da yapılıyor mu?

- 1  Evet, yapılıyor
- 2  Yapıldı, tamamlandı
- 3  Hayır, yapılmıyor

**254** İşitme cihazı kullanıyor musunuz?

- 1  Evet
- 2  Hayır

Soru 256'ya geçiniz

**255** Kullandığınız işitme cihazının parası aşağıdakilerden hangisi tarafından karşılandı?

- 1  Bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kuruluşundan
- 2  Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfından
- 3  Yardımsever kişilerden
- 4  Kendi imkanları ile
- 5  Gönüllü kuruluşlardan
- 6  Özürlülere yönelik hizmet veren dernek, vakıf, federasyon veya Türkiye Sakatlar Konfederasyonu'ndan
- 7  Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'ndan
- 8  Diğer (Belirtiniz)

Soru 257'ye geçiniz

**256** İşitme özrünüze yönelik cihazı neden almadınız?

- 1  İhtiyaç görülmedi
- 2  Maddi imkanımız yok
- 3  Yararına inanmıyorum
- 4  Nereden alınacağını bilmiyorum
- 5  Diğer (Belirtiniz)

**257** Çevreniz ile nasıl iletişim kuruyorsunuz?

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1  İletişim kuramıyorum
- 2  Konuşarak
- 3  Yazarak
- 4  İşaret dili ile
- 5  İşaretle
- 6  Dudaktan okuma ile
- 7  Diğer (Belirtiniz)

**258** İşitme özrünüze nedeniyle aşağıdaki sorunlardan hangileri günlük yaşantınızı etkiliyor?

- |                                                                                                               | Evet                     | Hayır                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Kamuya açık alanlarda görsel uyarı işaretleri yeterli değil                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Toplum bana nasıl yardımcı olacağını bilmiyorum                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Devletin sağladığı imkanlar (vergi indirim, sakatlık aylığı, indirimler) yetersiz                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Özürümle ilgili teknolojiye uygun aletleri alamıyorum                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Eğitim olanaklarından yararlanamıyorum                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Günlük yaşamda karşılaştığım sorunları (hastane, alışveriş gibi) tercüman bulunmaması nedeniyle çözemiyorum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Haberleşme olanağım yok (ışıklı zil, uygun telefon, faks vb.)                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Görsel yayın organlarından yararlanamıyorum (TV gibi)                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kişinin başka bir özürü yoksa soru 285'e, varsa diğer özür türüne geçiniz.

### DİL VE KONUŞMA ÖZÜRLÜ BİREYE İLİŞKİN SORULAR

**259** Dil ve konuşma özrünüz ne zaman ortaya çıktı?

- 1  Annenin hamileliği döneminde doğum sırasında
- 2  Sonradan

**260** Dil ve konuşma özrünüze kaç yaşında iken ortaya çıktı?

(Bitirilen yaş yazılacaktır)

**261** Dil ve konuşma özrünüze nedenidir?

- 1  Genetik veya kalıtsal bozukluk
- 2  İşitme engeli
- 3  Zeka geriliği
- 4  Dudak-damak yarıklığı, tavşan dudak, çene bozuklukları
- 5  Beyin kanaması, beyin zedelenmesi, felç
- 6  Gırtlığın tamamen alınması
- 7  Ses tellerinde felç
- 8  Ses tellerinden birinin ya da ikisinin alınmış olması
- 9  Serebral Palsi (CP)
- 10  Duygusal problemler
- 11  Kaza
- 12  Hastalık
- 13  Diğer (Belirtiniz)

Soru 261'e "Kaza" yanıtı verenlere soru 262 sorulacaktır. Aksi halde soru 263'e geçiniz

**262** Dil ve konuşma özrünüze neden olan kazanın türü nedir?

- 1  Trafik kazası
- 2  Ev kazası
- 3  İş kazası
- 4  Oyun kazası
- 5  Spor kazası
- 6  Silahlı yaralanma
- 7  Deprem
- 8  Diğer doğal afetler (sel, toprak kayması, yıldırım çarpması)
- 9  Diğer (Belirtiniz)

**263** Dil ve konuşma özrünüze türü aşağıdakilerden hangisidir?

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1  Aşırı hızlı konuşuyor (anlaşılmıyor)
- 2  Tutuk konuşuyor (kekeme)
- 3  Yarım konuşuyor (harferi/sesleri söylemiyor, yanlış söylüyor)
- 4  Ses bozukluğu var (ince, kalın, hişirtli, boğuk, hiç ses çıkaramama)
- 5  Burundan-genizden konuşuyor
- 6  Hiç konuşmıyor (Dilsiz)

**264** Çevrenizle nasıl iletişim kuruyorsunuz?

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1  İletişim kuramıyorum
- 2  Konuşarak
- 3  Yazarak
- 4  İşaretle
- 5  İşaret dili ile
- 6  Diğer (Belirtiniz)

**265** Dil ve konuşma özrünüze ile ilgili herhangi bir tedavi yapıldı ya da yapılıyor mu?

- 1  Evet, yapılıyor
- 2  Yapıldı, tamamlandı
- 3  Hayır, yapılmıyor





## ÖZÜRLÜ BİREYE İLİŞKİN SORULAR

**295** Çocuğunuzun özürli olduğunu anladığınızda çocuğunuz kaç yaşını bitirmiştir?

( Bitirilen yaş yazılacaktır )

Aylıktı

Yaşındaydı

**296** Çocuğunuzun farklı olduğunu nasıl anladınız?

	Evet	Hayır
1 Görünüşü yaşlılarından farklıydı	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
2 Sese tepkisi yoktu	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
3 İşığa tepkisi yoktu	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
4 Hareketleri yaşlılarından daha ağırdı	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
5 Yerinde duramıyordu, aşırı hareketliydi	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
6 Geç yürüdü	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
7 Geç konuştu	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
8 Beslenme problemi vardı	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
9 Diğer (Belirtiniz)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**297** Çocuğunuzun farklı olduğunu anladığınızda ilk olarak ne yaptınız?

1  Hiçbir şey yapmadık

2  Doktora götürdük

3  Yakınlarımıza danıştık

4  Hocalara, yatırlara gittik

5 Diğer (Belirtiniz)

**298** Çocuğunuzun farklı olduğunu anladığınızda onu çevrenizden sakladınız mı?

1  Evet

2  Hayır → Soru 300'e geçiniz

**299** Çocuğunuzun saklamak için neler yaptınız?

	Evet	Hayır
1 Evden dışarı çıkarmadık	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
2 Okula göndermedik	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
3 Kimseyle görüşmedik	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
4 Kimseyle görüştük	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
5 Diğer (Belirtiniz)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**300** Çocuğunuza sorumluluk veriyor musunuz?

1  Hayır

2  Ev içinde bazı işlerde sorumluluk veriyoruz

3  Ev dışında bazı işlerde sorumluluk veriyoruz

4  Hem ev içinde hem de ev dışında sorumluluk veriyoruz

5  Sorumluluk verilecek yaşta veya durumda değil

**301** Çocuğunuzun çevredeki arkadaşlarıyla oyun oynamasına / beraber olmasına izin veriyor musunuz?

1  Evet → Soru 303'e geçiniz

2  Hayır

**302** Çocuğunuzun çevredeki arkadaşlarıyla oyun oynamasına / beraber olmasına izin vermemenizin en önemli nedeni aşağıdakilerden hangisidir?

1  Diğer çocukların onu kabul etmeyeceklerini düşünüyorum

2  Onunla alay edeceklerini düşünüyorum

3  Oyun oynarken fiziksel zarar göreceğini düşünüyorum

4  Onun sürekli korunmak zorunda olduğunu düşünüyorum

5  Oyun oynayacak fiziksel koşullara sahip olmadığını düşünüyorum

6 Diğer (Belirtiniz)

**Soru 303 çocuk sayısı birden fazla ise cevaplandırılacaktır**

**303** Kardeşlerinin çocuğunuza olan davranışları nasıldır?

1  Genelde iyi geçinirler

2  Genelde kavgalı ederler

3  Onu korur,yardımcı olurlar

4  Onunla birlikte olmak istemezler

5 Diğer (Belirtiniz)

**304** Çocuğunuzun yapması gereken bir davranışta bulunduğunda genelde ne yaparsınız?

1  Görmezden gelirim

2  Sözle cezalandırırım

3  Fiziksel olarak cezalandırırım

4  Davranışlarını neden uygun bulmadığımı açıklamaya çalışırım

5  Onunla konuşur, aynı hatayı tekrarlamaması için ikna etmeye çalışırım

6  Hoşlandığı şeyleri yasaklarım

7 Diğer (Belirtiniz)





REPUBLIC OF TURKEY  
PRIME MINISTRY  
STATE INSTITUTE OF STATISTICS



REPUBLIC OF TURKEY  
PRIME MINISTRY THE PRESIDENCY  
OF ADMINISTRATION ON DISABLED PEOPLE

# TURKEY

## DISABILITY SURVEY

### 2002

# HOUSEHOLD QUESTIONNAIRE

PROVINCE :.....

DISTRICT:.....

SUB-DISTRICT.....

VILLAGE :.....

#### ATTENTION !

The information obtained by this questionnaire is collected only for statistical purposes and COMPLETELY CONFIDENTIAL . That's why this information can not be used as grounds for any legal liability and the investigations that may arise thereby. Those who do not give correct and complete answers to the questions will be punished according to the terms of Law No. 53, which is referred to by the Decree (with law force) No. 219 and the Decree (with law force) No. 36.

SUPPLEMENTARY HOUSEHOLD QUESTIONNAIRE

DISABILITY SURVEY  
2002

Code  
(Don't write anything to this column)

PROVINCE NAME	<input type="text"/>	STREET NAME	<input type="text"/>
DISTRICT NAME	<input type="text"/>	BUILDING NUMBER	<input type="text"/>
SUB-DISTRICT NAME	<input type="text"/>	FLAT NUMBER	<input type="text"/>
VILLAGE NAME	<input type="text"/>	BLOCK NUMBER	<input type="text"/>
QUARTER NAME	<input type="text"/>	HOUSE NUMBER	<input type="text"/>

DATE OF VISIT DAY / MONTH	1 ...../.....	2 ...../.....	3 ...../.....	Please list the names and surnames of persons who are living permanently in this house, starting with the head of household .  Individual Rank Number : <b>Name and Surname</b>  1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. .... 6. .... 7. .... 8. .... 9. ....
Result of interview with the household				
1 Completed				
2 Household was not found at home				
3 Household rejected the interview	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 No one stays in the sampling address (house is empty)				
5 Address was not found				
6 Other (Specify)	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			

**IF THE HOUSEHOLD QUESTIONNAIRE  
IS MORE THAN ONE, WRITE  
THE NUMBER OF FIRST HOUSEHOLD  
QUESTIONNAIRE**

	NAME AND SURNAME	SIGNATURE	HOUSEHOLD LISTING
INTERVIEWER	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TOTAL NUMBER OF PERSONS <input type="text"/>
SUPERVISER	<input type="text"/>	<input type="text"/>	TOTAL NUMBER OF DISABLED PERSONS <input type="text"/>
ORGANISER	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

-



## CHRONIC ILLNESSES

Thalassemia (Mediterranean Anemia, Cooley's Anemia), Hemophilia, Spleen Disease, Bone marrow Disease, Anemia, Hereditary or Congenital Heart Disease, Heart Failure (Cardiac Failure), Coronary Bypass Surgery, Cardiac Angioplasty, Cardiac Pacemaker, Prosthesis, Cardiac Transplantation, Infarction, Polycythemia vera, Platelet Disorder (Thrombocyte Disorder), Vascular Diseases, Elephantiasis (Lymphatic Filariasis), Varices and Aneurysms, Respiratory Failure, Asthma, Emphysema, Bronchiectasis, Pulmonary Tuberculosis, Pneumoconiosis, Rib Cage Malformation, Lower Respiratory Tract Disease, Upper Respiratory Tract Disease, Gastrointestinal Disorders, Hepatitis, Gastrointestinal Surgery, Transplantation, Ulcerative Colitis, Crohn's Disease, Cirrhosis, Renal and Urinary Tract Disease, the chronic dialysis patient, Female and Male Reproductive Disorders, Psoriasis, Eczema, Burn, Lupus, Dermatitis, Dermatologic Cancer, Thyroid gland, Hypophysis gland (Pituitary gland), Adrenal gland, Endocrine Disorder, Diabetes Mellitus, Phenylketonuria, Cystic Fibrosis, Amyloidosis, Malnutrition, Obesity, Rheumatism, Hypertension, Glaucoma, Epilepsy, Parkinsonism, Neuropathy, Ataxia, Vertigo, Tics, Shivering, HIV/AIDS Infection.

## PSYCHOLOGICAL BEHAVIOR DISORDERS

Autism, Hyperactivity, Schizophrenia, Major Depression, Personality Disorder, Alzheimer, Dementia, Psychosexual Disorder, Neurosis, Obsessive-Compulsive Neurosis, Phobia, Drug Dependence

## ORTHOPEDICAL, HEARING, SPEAKING, SEEING AND MENTAL DISABILITY

**Orthopedical Disability :** Activity-limited, lack of shortness and excess of hands, arms, feet, legs, fingers, backbones ( Musculoskeletal Defects), Kyphosis, Scoliosis, Cerebral Palsy, Multiple Sclerosis, Congenital Dislocation of The Hip, Spasticity, Clubfoot, Poliomyelitis, Spina Bifida, Hemiplegia, Paraplegia, Tetraplegia, Quadriplegia, Rheumatoid Arthritis, Dwarfism, Gigantism

**Seeing Disability :** Person who have partial or no vision in one or both eyes, loss of visual activity, Ocular prosthesis, Colour blindness, Aphakia, Amblyopia, Optic neuropathy, Cataract, Night blindness

**Hearing Disability :** Person who is completely deaf or has partial hearing in one or both ears and who are using hearing apparatus.

**Speaking Disability :** Person not speaking but hearing, who lack of throat, who use apparatus, who stammer, and who have deficiency in tongue-lip-palate-chin are all included in this group.

**Mental Disability :** Persons having mental retardation, down's syndrome, phenylketonuria are included in this group.



REPUBLIC OF TURKEY  
PRIME MINISTRY  
STATE INSTITUTE OF STATISTICS



REPUBLIC OF TURKEY  
PRIME MINISTRY  
THE PRESIDENCY OF ADMINISTRATION ON  
DISABLED PEOPLE

# TURKEY DISABILITY SURVEY 2002

## DISABLED PERSON QUESTIONNAIRE

PROVINCE : .....

DISTRICT : .....

SUB-DISTRICT : .....

VILLAGE : .....

### ATTENTION !

The information obtained by this questionnaire is only collected for statistical purposes and COMPLETELY CONFIDENTIAL. That's why this information can not be used as grounds for any legal liability and the investigations that may arise thereby. Those who do not give correct and complete answers to the questions will be punished according to the terms of Law No. 53, which is referred to by the Decree (with law force) No. 219 and the Decree ( with law force) No. 36.







## QUESTIONS ABOUT DISABLED PERSON

**234** Which of the following problems, affect your daily life because of your orthopedical disability ?

- |                                                                                                              | Yes                        | No                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 I can not go out because of not suitable physical environmental arrangements for my disability             | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2 I can not enter the open public buildings or other public places                                           | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 I suffer to get on mass transportation vehicle                                                             | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 4 I can not participate to social and cultural activities (cinema, theatre, sport, holiday, etc.)            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 5 It negatively affects my marriage life                                                                     | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 6 The community doesn't know how to help me                                                                  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 7 Opportunities provided by the State are insufficient (tax discount, disability allowance, other discounts) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 I can not buy technological apparatus for my disability                                                    | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 9 Other (Specify)                                                                                            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

If the person doesn't have any other disability, Go to question 285, otherwise go to next type of disability

### QUESTIONS FOR THE SEEING DISABLED PERSON

**235** When did your seeing disability first appear ?

- 1  During the mother's pregnancy or during delivery Go to question 237.
- 2  Subsequently

**236** How old were you when your seeing disability first appeared? ( Write completed age )

Go to question 238.

**237** What is the cause of your seeing disability, appearing during mother's pregnancy or during delivery ?

- 1  Genetic or hereditary deformity
- 2  Blood discordance
- 3  Birth trauma (accident's during delivery)
- 4  Baby lacking oxygen during delivery
- 5  Medicine used by mother during pregnancy
- 6  Mother's illnesses during pregnancy
- 7  Mother's insufficient nutrition during pregnancy
- 8  Don't know

Go to question 240

**238** What is the cause of your seeing disability appeared subsequently ?

- 1  Accident
  - 2  Illness
  - 3  Using medicine
  - 4  Poisoning
  - 5  Malnutrition
  - 6  Drug addict
  - 7  Other(Specify)
- Go to question 240.
- 8  Don't know

**239** What is the type of accident caused your seeing disability?

- 1  Traffic accident
- 2  Home accident
- 3  Work accident
- 4  Game accident
- 5  Sport accident
- 6  Weapon injury
- 7  Earthquake
- 8  Other natural disasters( flood, thunderbolt slump)
- 9  Other(Specify)

**240** What is the degree of your seeing disability?

- 1  Blind in both eyes
- 2  Total loss of sight in one eye, mild loss in other
- 3  Mild loss in both eyes
- 4  One eye is blind
- 5  Cross-eye
- 6  Other (specify)

**241** Do/Did you have any treatment for your seeing disability?

- 1  Yes, it is going on
- 2  Yes, it was completed
- 3  No

**242** Do you use any apparatus for your seeing disability?

- 1  Yes Go to question 245.
- 2  No

**243** What kind of apparatus do you use for your seeing disability?  
( More than one choice can be marked )

- 1  Using eye prosthesis
- 2  Using glasses/lens
- 3  Other(Specify)

**244** From which of the following organizations was your apparatus paid

(More than one choice can be marked)

- 1  Social security organization of person registered
- 2  Social Helping and Solidarity Foundation
- 3  Philanthropic persons
- 4  Personal resources
- 5  Non-governmental organizations
- 6  Foundations, associations, federations or Turkish Confederation of Handicapped providing services for disabled people
- 7  Social Services and Child Protection Agency
- 8  Other(Specify)

Go to question 246

**245** Why didn't you buy any apparatus for your seeing disability ?

- 1  Didn't need
- 2  Economic problems
- 3  Do not believe to be useful
- 4  Do not know from where to buy
- 5  Other (Specify)

**246** Which of the following problems affect your daily life because of your seeing disability?

- |                                                                                                            | Yes                        | No                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 Audio warning signals and environmental arrangements in open public places are insufficient              | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2 I suffer to get on mass transportation vehicle                                                           | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 I can not participate to social and cultural activities (cinema, theatre, sport, holiday etc.)           | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 4 It negatively affects my marriage life                                                                   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 5 The community does not know how to help me                                                               | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 6 Opportunities provided by State are not sufficient (tax discount, disability allowance, other discounts) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 7 Braille, broadcast(television, radio etc) are not adequate and widespread                                | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 I can not buy technological apparatus for my disability                                                  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

If the person doesn't have any other disability go to question 285, otherwise go to next type of disability

### QUESTIONS FOR THE HEARING DISABLED PERSON

**247** When did your hearing disability first appear ?

- 1  During the mother's pregnancy or during delivery Go to question 249.
- 2  Subsequently

**248** How old were you when your hearing disability first appeared ?

(Write completed age)

Go to question 250.

**249** What is the cause of hearing disability appearing during mother's pregnancy or during delivery?

- 1  Genetic or hereditary deformity
- 2  Blood discordance
- 3  Birth trauma (accidents during delivery)
- 4  Baby lacking oxygen during delivery
- 5  Medicine used by mother during pregnancy
- 6  Mother's illnesses during pregnancy
- 7  Mother's insufficient nutrition during pregnancy
- 8  Don't know

Go to question 252





## QUESTIONS ABOUT DISABLED PERSONS

**284** Which of the following problems affect your daily life because of your mental disability ?

- |                                                                                                          | Yes                        | No                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 I am anxious about my care if my family does not exist                                                 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 2 My mother ( or father or sister/ brother) can not work to take care of me                              | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 3 I have no monetary support                                                                             | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 4 There is no organisation to stay temporarily residence                                                 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 5 I feel different when I go out                                                                         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 6 The community does not accept me because of my disability                                              | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 7 Opportunities provided by State are insufficient (tax discount, disability allowance, other discounts) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 8 I can not participate to social and cultural activities (cinema, theatre, sport, holiday, etc.)        | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

### Questions Related to Mother

These questions will be answered by the mother or responsible person of the disabled person aged less than 18. It will not be answered by the disabled person, definitely.

**285** Who answers in this section's questions?

- 1  Mother
- 2  Responsible person
- 3  No appropriate person to reply
- End of interview for this person. If any, pass to the next disabled person.

**286** How old were you when your child was born ? (Write completed age)

**287** Did you have any health check during pregnancy?

- 1  Yes, regularly
- 2  Yes, but not regularly
- 3  Never

**288** Which of the following occurred during your pregnancy ?

- |                                                                                 | Yes                                                                                                                                                                                                                                                       | No                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 I had fevery illness                                                          | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                |
| 2 I had measles, german measles, chicken pox, toxoplasma (pregnancy toxication) | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                |
| 3 I had hepatitis                                                               | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                |
| 4 I was exposed to x-ray                                                        | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                |
| 5 I had medicine wrong and unconsciously                                        | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                |
| 6 I had important trauma (accident, beating etc.)                               | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                |
| 7 I used to drugs                                                               | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                |
| 8 I continuously drunk alcohol or smoked                                        | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                |
| 9 I have permanent disease (heart, diabetes, infection etc.)                    | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                |
| 10 Other (Specify)                                                              | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 11 Don't know                                                                   | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                           |

If disabled person is 3 years of age and over, ask question 289 otherwise go to question 290.

**289** Did you take your disabled child to the health control up to 3 years old ?

- 1  Yes, for vaccination
- 2  Only when he/she was ill
- 3  No

**290** Where did you give birth ?

- 1  University hospital
- 2  Government/insurance hospital
- 3  Health center
- 4  Health clinic / health home
- 5  Private hospital
- 6  Private clinic
- 7  At home
- 8 Other (Specify)
- 
- 9  Don't know

**291** Who assisted with the delivery?

- 1  Doctor
- 2  Nursery
- 3  Midwife
- 4  Traditional midwife
- 5  Relative/Neighbour
- 6  By yourself
- 7 Other (Specify)
- 
- 8  Don't know

**292** Did you give birth on time ?

- 1  Yes
- 2  Early delivery
- 3  Late delivery
- 4  Don't know

**293** How was your baby delivered ?

- 1  Ordinary
- 2  Cesarean
- 3  Vacuum
- 4  Forceps
- 5  Don't know

**294** Were there any problems during delivery?

- |                                        | Yes                                                                                                                                                                                                                                                       | No                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Lack of oxygen                       | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                |
| 2 Inverton birth                       | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                |
| 3 Cordon winding                       | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                |
| 4 Trauma/accident                      | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                |
| 5 Giving plural births (twins or more) | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                | 2 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                |
| 6 Other (Specify)                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7 Don't know                           | 1 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                           |

