

# TURKISH JOURNAL OF PUBLIC HEALTH TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI DERGİSİ

December 2010  
Aralık 2010

Published three times a year  
Yılda üç kez yayınlanır

Volume 8 Number 3  
Cilt 8 Sayı 3

## CONTENTS

**From the Editor** i-iii

*Sibel Kalaca*

## ORIGINAL RESEARCH ARTICLES

- ☐ A Comparison of job selection by students with and without hearing impairment 127-135

*Oya Kanyılmaz, Deniz Caliskan, Aysun Idil*

- ☐ EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri 136-152

*Erhan Eser, Tülay Lağarlı, Hakan Baydur, Veli Akkurt, Hülya Akkuş, Emine Arslan, Emrah Cengiz, Gülşah Çiftçioğlu, Halit Işık, Hatice Karabacak, Tuğçe Özkapu, Ercan Özyıldırım, Havva Soybaş, Orhan Vural*

- ☐ Yaşa özel kanser insidans hızları ileri yaşlarda neden düşüyor? 153-164  
Kohort etkisi mi, sağkalım yanılgısı mı, yoksa yaşlıların uygun sağlık hizmetine ulaşmasındaki sorunun göstergesi mi?

*Sultan Eser, Hülya Karakılınç, Raziye Ozdemir*

- ☐ Göçebe mevsimlik tarım işçisi olan ve olmayan kadınlarda tetanoz aşılama durumu ve ilişkili diğer faktörler 165-175

*İbrahim Koruk, Zeynep Şimşek*

- ☐ Manisa merkez yarı kentsel bölgede bir aile sağlığı birimine kayıtlı kadınlarda bazı birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi 176-190

*Öznur Özkan Bambal, Tülay Lağarlı, Erhan Eser, Mert Filibeli, Tuğçe Bilecenoğlu, Gökçe Çivi, Emine Taştekin, Şenay Güngör, Ozan Çetin, Melis Güngör, Ezgi Ayhan, Tuğba Kara, Fatih Kahvecioğlu*

## LETTER TO THE EDITOR

- ☐ Halk Sağlığı Etiği 191-192

*Tacettin İnandı*

## From the editor

Dear Readers,

In this issue of the Journal you will find five research reports. In each issue, we aim to cover various topics of public health from many risk groups. Two of the articles in the current issue deal with the capability of primary health care services for women from different settings. The first article is from Sanliurfa, and discusses whether the migratory status of seasonal farm workers presents a barrier to women's access to tetanus vaccination. The other article deals with elements of the primary health care services for women, recorded in a family practice center in a suburban district of Manisa. The article from Sanliurfa shows that migratory farm worker families are an important risk group for health care delivery; therefore primary health services must be regulated to meet this group's needs. In the other study a total of 318 women were investigated; and it was found that, the pattern of therapeutic services was not changed in the new Family Physician Unit system, compared to the previous socialized health organization in the Primary Care services. Besides this fact, mobile midwife services might be said to have decreased in the new FPU system.

Sultan et al., in their article, try to find an answer to the declining age specific cancer incidence rates among the elderly. They suggest three main reasons for these decreases: underdiagnosis due to a lack of

access to appropriate health services for the elderly; a cohort effect and survival bias. They conclude that, the recent developments in cancer registration in Turkey are promising to provide more clear answers to these questions as well as to many others.

One of the other article deals with the psychometric properties of the Turkish version of the EUROHIS - Europe Health Impact Scale (WHOQOL-8.Tr) that is used in the evaluation of a community's health status and in the health inequalities studies.

The last article of this issue deals with an interesting topic: job selection by students with and without hearing impairment. In their article, the authors aim to underline the importance of career training and counseling that may benefit young people, especially those who are having hearing deficiency.

We hope you enjoy this issue of the Turkish Journal of Public Health and we would like to thank all the authors and reviewers who have contributed to this issue of the journal.

Sibel Kalaca  
Editor

## Editörden

Sevgili okurlar,

Dergimizin bu sayısında beş araştırma makalesi bulacaksınız. Her bir sayıda çeşitli risk gruplarına yönelik olmak üzere, halk sağlığının farklı konularına yer vermeyi amaçlıyoruz. Derginin bu sayısındaki iki makale, farklı iki grup kadın için birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterliğini farklı açılardan değerlendiriyor. Şanlıurfa’da yapılan birinci çalışmada, mevsimlik tarım işçisi olmanın kadınların tetanoz aşısına erişiminde bir engel olup olmadığı tartışılıyor. Diğer makale ise Manisa merkez yarı kentsel bölgede bir aile sağlığı birimine kayıtlı bulunan kadınlarda bazı birinci basamak sağlık hizmet özelliklerini ele alıyor. Şanlıurfa’da yapılan çalışmada göçebe mevsimlik tarım işçilerinin önemli bir risk grubu olduğu ve bu gruba yönelik temel sağlık hizmetleri sunumunun yeniden düzenlenmesi gerektiği belirtiliyor. Diğer çalışmada ise 318 kadın değerlendiriliyor ve geçen bir yıllık ilk Aile Hekimliği uygulama döneminde sosyalleştirme dönemiyle karşılaştırıldığında, tedavi edici hizmet örüntüsünün değişmediği buna karşın gezici ebe hizmetlerinin azaldığı belirtiliyor.

Sultan ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada yaşlılarda yaşa özel kanser insidans hızlarında görülen azalmaya yanıt bulmaya çalışıyorlar. Yazarlar bu azalış için üç neden öne sürüyorlar: yaşlıların uygun sağlık hizmetlerine ulaşmalarındaki eksiklik (tanı konmasındaki azlık), kohort etkisi ve

sağkalım yanılığı. Türkiye’de kanser kayıtçılığındaki gelişmelerin bu soruyu ilerde daha açık yanıtlayabilecek olanaklar sağlayacağını belirtiyorlar.

Bu sayıdaki bir başka makale, bir toplumun sağlık durumunu değerlendirmede ve sağlıktaki eşitsizlikleri göstermede kullanılan Avrupa Sağlık Etki Skalası ölçeğinin Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerini değerlendiriyor.

Son makale ise ilginç bir konuyu ele alıyor: işitme engelli olan ve olmayan öğrencilerin meslek seçim tercihleri. Bu çalışmada yazarlar, gençler ve özellikle işitme engelli öğrenciler için kariyer eğitimi ve danışmanlık hizmetinin öneminin altını çiziyorlar.

Dergimizin bu sayısını beğenerek okuyacağınızı umuyor, bu sayıya katkıda bulunan yazarlara ve hakemlere teşekkür ediyoruz.

Sibel Kalaca  
Editor

## Editorial Board

Sibel Kalaca  
Nilay Etiler  
Nur Aksakal  
Osman Gunay  
Yucel Demiral  
Murat Topbas  
Muzaffer Eskiocak  
Ebru Turhan  
Tayyar Sasmaz

## Contributors to this issue

Turkan Gunay- Izmir  
Muzaffer Eskiocak- Edirne  
Isil Irem Budakoglu- Ankara  
Cem Turaman- Ankara  
Gulseren Agrıdag- Adana  
Sarp Uner- Ankara  
Ahmet Ozturk- Kayseri  
Caner Fidaner- Izmir  
Ali Ceylan- Diyarbakir  
T.Kemal Sahin-Konya

## English edition

Prof R W Guillery

## A Comparison of job selection by students with and without hearing impairment

Oya Kanyilmaz<sup>a</sup>, Deniz Caliskan<sup>b</sup>, Aysun Idil<sup>c</sup>

### Abstract

**Objectives:** Hearing loss can significantly affect an individual's life, particularly in communication, education, social life and work life. The objective of the present study was to determine the required educational levels for the preferred jobs by the students with and without hearing impairment. **Methods:** This study, based on surveys made in two different schools, was performed in Ankara in May 2004. Surveys were made in Yahya Özsoy Primary School for the Deaf (n=119) with students having a hearing loss over 70 dB, and in a National Primary School (n=119) with students without a hearing impairment. The study, conducted by trained staff on both groups was done by filling up questionnaires focused on the job and educational level preferences of students. The required education levels for preferred jobs were considered as two groups: the first group required an education of a minimum of 11 years in order to become doctors, nurses, teachers etc. The second group did not require any education or required an education of less than 11 years in order to become shoe painters, drivers, ironers, grocers etc. Logistic regression analyses were used for the statistical analyses. **Results:** It was found that several factors influence the required education levels for the preferred jobs: students who were attending the hearing impaired school and were male were more likely to prefer less than 11 years educational level job compared to the other group. There was no association between the required educational levels for the preferred jobs of the students and the class, maternal age, employment status or education, or of the paternal age, employment status or education. Considering only the students with hearing impairment, male students more frequently prefer less than 11 years educational jobs than females. Similar results were also seen in the group of students without hearing impairment. **Conclusions:** The importance of career training and counseling that may benefit young people, especially those who are hard of hearing was seen. In order to meet these needs, specialized instructional programs for dormitory counselors in schools for the deaf should be implemented.

**Key Words:** Preferred job, hearing-impaired students, career counseling

**Note:** This study was presented as a poster at 11<sup>th</sup> World Public Health Congress, Rio De Janeiro, 21-25 August 2006.

---

<sup>a</sup>Public Health Specialist, Private Sector, Ankara

<sup>b</sup>Associate Professor, Ankara University School of Medicine, Public Health Department

<sup>c</sup>Professor, Ankara University School of Medicine, Public Health Department

**Correspondence:** Deniz Caliskan, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Münzeviler Sokak No:1 Akdere, Ankara, Tlf: 0 312 363 89 90, GSM: 0 532 362 33 58  
E-mail: caliskan@medicine.ankara.edu.tr

## İşitme engeli olan ve olmayan öğrencilerin mesleki tercihlerinin karşılaştırılması

### Özet

**Amaç:** Bu çalışma ile sağlıklı ve işitme engelli öğrencilerin mesleki tercihlerinin karşılaştırılması, olası farklılıklar ile bunu etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışma Mayıs 2004'te Ankara'da, 70 dB üzerinde işitme kaybı olanların devam ettiği Yahya Özsoy İşitme Engelliler İlköğretim Okulu öğrencileri (n=119) ile belirlenmiş engeli olmayanların devam ettiği bir İlköğretim Okulu öğrencileri (n=119) üzerinde yürütülmüştür. Öğrencilere uygulanan anket formlarında, sosyodemografik bilgilerin yanı sıra ileride kendileri için hangi mesleği düşündükleri ve bu meslek için gereken eğitim seviyesi sorgulanmıştır. Seçilen meslek için gereken eğitim seviyesi kriteri olarak 11 yıl alınmıştır. Ayakkabı boyacılığı, terzilik, demircilik, marangozluk, boyacılık, tır şoförlüğü gibi meslekler 11 yıldan az süre eğitim gerektiren meslekler grubuna dahil edilmiş olup; öğretmen, pilot, doktor, hemşire gibi meslekler 11 yıl ve üzerinde bir süre eğitim gerektiren meslekler grubunda ele alınmıştır. İstatistiksel analiz yöntemi olarak lojistik regresyon kullanılmıştır. **Bulgular:** Seçilen meslek için gereken eğitim seviyesini etkileyen faktörlere bakıldığında, işitme engelli okuluna devam eden öğrenciler ile erkek öğrencilerin diğer gruplara göre daha fazla oranda 11 yıldan az eğitim gerektiren meslek tercihinde bulundukları saptanmıştır. Halen devam edilen sınıf, annenin yaşı, çalışma durumu ve eğitimi ile, babanın yaşı, çalışma durumu ve eğitiminin tercih edilen meslek için gereken eğitim seviyesi ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Yalnızca işitme engelli öğrenciler ele alındığında, erkek öğrencilerin kızlara göre daha fazla oranda 11 yıldan az eğitim gerektiren meslek tercihinde bulundukları saptanmıştır. Benzer fark normal okula devam eden öğrenciler arasında da gözlenmiştir. **Sonuç:** Bu bulgular ışığında, kariyer ve meslek tercihi, konusunda özellikle ağır işitme engeli olan çocukların daha hayatlarının başında beklentilerini düşük tuttukları görülmektedir. Bununla birlikte, diğer ülkelerde bu konuda yapılan çalışmaların sonuçları da göz önüne alınarak yapılan değerlendirmelerde bu grup çocuklar ve genç erişkinlerin ülkemizde yakalayamadıkları kariyer yönlendirme, geliştirme gibi sosyal desteklerle oldukça önemli mesleklerde başarılı oldukları da görülmektedir. Ülkemizde de bu anlamda geliştirici çalışmalar yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Meslek tercihi, işitme engelli çocuklar, kariyer danışmanlığı

### Introduction

Hearing impairment has different outcomes from a medical and social point of view. If the neuropsychiatric impact of deafness on children were to be investigated by researchers from a variety of different fields and backgrounds, their conclusion would be that children with hearing impairment might follow many different developmental pathways.<sup>1</sup> Hearing loss can significantly affect an individual's life, particularly in communication, education, social life and work life.<sup>2</sup> A child with hearing impairment needs assistance not only to grow intellectually and achieve academically but to develop emotionally and socially as well.<sup>3</sup> There have been a number of important publications on attitudes toward people with hearing loss in many countries<sup>4</sup>. The

family may feel isolated by an atmosphere of stigmatization, whether real or perceived, or by real or perceived social exclusion or rejection by friends and family.<sup>5</sup>

Deafness has been reported to be a "low-prevalence disability" with about 200 students out of 100 000 people with hearing impairment in the whole American population.<sup>6,7</sup> The prevalence of hearing loss among elderly people is more than 400 per 100 000 people older than 75 years. Every year, 1 in 1000 children is born with severe to profound hearing loss, and 4 to 5 children per 1000 have a hearing impairment significant enough to affect language acquisition.<sup>6</sup> In Turkey, total hearing disability in proportion to the overall population is 12.3%. The proportion with a disability in hearing (76.1%) is higher.

Among people having hearing disabilities, the proportion with deafness is the highest proportion with 32.5%.<sup>8</sup>

In Turkey's total population, approximately one person in ten is illiterate. This number increases to four in ten among disabled people; the rate of illiteracy is 36.37% and rate of graduation from primary school is 40.9% among all disabled group.<sup>8</sup> There are some special schools for students with hearing impairment such as segregated (institutional), mixed (a new facility housing those from the previously segregated school for the deaf in a hearing secondary school), resource programs (in mainstream schools, providing both special class instruction and opportunities for integration).<sup>9</sup> In most countries the great majority of students with significant sensorineural hearing loss, attend regular schools. In Australia, approximately 85% of students who are deaf or have a hearing impairment attend regular classes, with support from itinerant teachers for the deaf. These proportions are higher than those in the United States and the United Kingdom.<sup>10</sup> The number of students with hearing impairment attending universities and colleges has increased dramatically over the past two decades.<sup>11</sup> Today more than 25 000 students with hearing impairment are enrolled in higher education programs in the United States.<sup>12</sup> Many schools provide routine and qualified backup as a part of the job application process.<sup>3</sup>

For people with disabilities in general, and for young people with hearing impairment in particular, the transition to work is likely to be problematic.<sup>10</sup> It is quite as hard to start work for the young who have a hearing impairment as it is for disabled people in general.

Advanced industrial societies usually demand a well-educated and technically skilled workforce. However, there is also an increase of poor wages and low-skilled work with minimal prospects, often comprising part-time and casual employment.

### Methods

This descriptive study was performed in Ankara in May 2004, and was based on a

survey of primary school students with a hearing loss of over 70 dB from the Yahya Özsoy Primary School for the Deaf (YOPSD) (n=119) and on students without any hearing problems from a National Primary School (n=119). Firstly the study was applied at the YOPSD. There were 208 students at the YOPSD and, 140 of them stated their preferred job when they grew up. Secondly, a National Primary School (NPS) of moderate to low socioeconomic status like the YOPSD was selected from the Ankara University Medical School, Public Health Department Training Area. 317 students were surveyed by taking a class. After that the two groups were matched for some of the factors associated with the preferred job. The student group without any hearing problem was matched one-to-one on gender, children's classroom and father's educational levels. All these factors in terms of responses to the survey matched the 119 students from each school for a total of 238 students whose data were evaluated.

The study was conducted on two groups of students through an interview by trained staff and by filling up a questionnaire focused on job and educational level preferences of the students. The study plan was reviewed by the Surveys Consent Procedure of the Institutional Review Board of our Institution and was also carried out by the management of each of the two schools

The objective of the study was to investigate the preferred job and required education levels for the preferred jobs of the students with and without hearing impairments, to determine the factors that influence the choice of these jobs, and to compare these results for with students without hearing impairments. The required education levels for the preferred jobs were considered as two groups: the first group required an education of at least 11 years in order to become doctors, nurses, teachers etc. The second group did not require any education or required less than 11 years in order to become shoe painters, drivers, ironers, grocer ?? etc.

The following were included in a logistic regression model as independent variables and a backward conditional

method was used: study groups (students with hearing impairment and students without hearing impairment), sex (male and female), classroom (1<sup>st</sup> -5<sup>th</sup> class of primary school and 6<sup>th</sup> to 8<sup>th</sup> class of primary school), age of mother (≤ 34 years and ≥ 35 years), employment status of mother (working and not working), education of mother (no education, completed 5 or 8 years and completed more than 8 years), age of father (≤ 38 years and ≥ 39 years), education of father (no education, completed 5 or 8 years and completed more than 8 years) and required education for father's job (required 11 years and over and not required).

Table 1. Some characteristics of students with and without hearing impairments

| Variable                                                   | Students with hearing impairment |      | Students without hearing impairment |      | χ <sup>2</sup> and p value |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------|------|-------------------------------------|------|----------------------------|
|                                                            | n                                | %    | n                                   | %    |                            |
| <b>Classroom</b>                                           |                                  |      |                                     |      |                            |
| 1 <sup>st</sup> to 5 <sup>th</sup> class of primary school | 75                               | 63.0 | 75                                  | 63.0 | x <sup>2</sup> =0.00       |
| 6 <sup>th</sup> to 8 <sup>th</sup> class of primary school | 44                               | 37.0 | 44                                  | 37.0 | p=1.00                     |
| <b>Sex</b>                                                 |                                  |      |                                     |      |                            |
| Male                                                       | 60                               | 50.4 | 60                                  | 50.4 | x <sup>2</sup> =0.00       |
| Female                                                     | 59                               | 49.6 | 59                                  | 49.6 | p=1.00                     |
| <b>Age of mother</b>                                       |                                  |      |                                     |      |                            |
| ≤ 34 years                                                 | 45                               | 37.8 | 63                                  | 52.9 | x <sup>2</sup> =2.89       |
| ≥ 35 years                                                 | 59                               | 49.6 | 52                                  | 43.7 | p=0.08                     |
| <b>Education level of mother</b>                           |                                  |      |                                     |      |                            |
| No education                                               | 23                               | 19.3 | 12                                  | 10.1 | x <sup>2</sup> =8.22       |
| Completed 5 or 8 years                                     | 88                               | 73.9 | 89                                  | 74.8 | p=0.001                    |
| Completed more than 8 years                                | 4                                | 3.4  | 13                                  | 10.9 |                            |
| <b>Employment status of mother</b>                         |                                  |      |                                     |      |                            |
| Working                                                    | 4                                | 3.4  | 15                                  | 12.6 | x <sup>2</sup> =6.92       |
| Not working                                                | 115                              | 96.6 | 104                                 | 87.4 | p=0.008                    |
| <b>Age of father</b>                                       |                                  |      |                                     |      |                            |
| ≤ 38 years                                                 | 50                               | 42.0 | 51                                  | 42.9 | x <sup>2</sup> =0.09       |
| ≥ 39 years                                                 | 56                               | 47.1 | 62                                  | 52.1 | p=0.76                     |
| <b>Father's educational levels</b>                         |                                  |      |                                     |      |                            |
| No education                                               | 6                                | 5.0  | 6                                   | 5.0  | x <sup>2</sup> =0.00       |
| Completed 5 or 8 years                                     | 101                              | 84.9 | 101                                 | 84.9 | p=1.00                     |
| Completed more than 8 years                                | 12                               | 10.1 | 12                                  | 10.1 |                            |
| <b>Required education of father's job</b>                  |                                  |      |                                     |      |                            |
| 11 years or over                                           | 5                                | 4.2  | 19                                  | 16.0 | x <sup>2</sup> =9.27       |
| 8 years or less                                            | 109                              | 91.6 | 94                                  | 79.0 | p=0.002                    |
| <b>Required education of preferred job of student</b>      |                                  |      |                                     |      |                            |
| ≥11 years                                                  | 50                               | 42.0 | 102                                 | 85.7 | x <sup>2</sup> =49.23      |
| < 11 years                                                 | 69                               | 58.0 | 17                                  | 14.3 | p=0.000                    |

Results

The ages of the all participants ranged from 7 to 19 years with a mean age of 11.5±2.9 years. For students without a hearing

impairment, this value was 10.5±2.5 (7-16) and for those with hearing impairment, the value was 12.5±3.0 (7-19).

As shown in Table 1, socioeconomic characteristics except classroom, gender, age of mother, age of father and father's educational level were different for the students with and those without hearing impairment. The required education for the preferred job was significantly related to

study groups and gender for all students. It was seen that students with hearing impairment (58%) were more likely to prefer low-level educational jobs when compared to the students without hearing impairment (14.3%) (p<0.05).

Table 2. Some characteristics of students with and without hearing impairments according to required education levels of preferred job of students

| Variable                                    | Student with hearing impairment              |      |            |       | Student without hearing impairment           |       |            |      |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|------|------------|-------|----------------------------------------------|-------|------------|------|
|                                             | Required educational levels of preferred job |      |            |       | Required educational levels of preferred job |       |            |      |
|                                             | ≥ 11 years                                   |      | < 11 years |       | ≥ 11 years                                   |       | < 11 years |      |
|                                             | n                                            | %    | n          | %     | n                                            | %     | n          | %    |
| <b>Sex**</b>                                |                                              |      |            |       |                                              |       |            |      |
| Male                                        | 16                                           | 26.7 | 44         | 73.3  | 45                                           | 75.0  | 15         | 25.0 |
| Female                                      | 34                                           | 57.6 | 25         | 42.4  | 57                                           | 96.6  | 2          | 3.4  |
| <b>Classroom</b>                            |                                              |      |            |       |                                              |       |            |      |
| 1-5 class                                   | 26                                           | 34.7 | 49         | 65.3  | 65                                           | 86.7  | 10         | 13.3 |
| 6-8 class                                   | 24                                           | 54.5 | 20         | 45.5  | 37                                           | 84.1  | 7          | 15.9 |
| <b>Age of mother</b>                        |                                              |      |            |       |                                              |       |            |      |
| ≤ 34 years                                  | 18                                           | 40.0 | 27         | 60.0  | 50                                           | 79.4  | 13         | 20.6 |
| ≥ 35 years                                  | 27                                           | 45.8 | 32         | 54.2  | 48                                           | 92.3  | 4          | 7.7  |
| <b>Employment status of mother</b>          |                                              |      |            |       |                                              |       |            |      |
| Working                                     | 0                                            | 0.0  | 4          | 100.0 | 15                                           | 100.0 | 0          | 0.0  |
| Not working                                 | 50                                           | 43.5 | 65         | 56.5  | 87                                           | 83.7  | 17         | 16.3 |
| <b>Education of mother*</b>                 |                                              |      |            |       |                                              |       |            |      |
| No education                                | 13                                           | 56.5 | 10         | 43.5  | 11                                           | 91.7  | 1          | 8.3  |
| Completed ≤ 8 years                         | 35                                           | 39.8 | 53         | 60.2  | 73                                           | 82.0  | 16         | 18.0 |
| Completed > 8 years                         | 2                                            | 50.0 | 2          | 50.0  | 13                                           | 100.0 | 0          | 0.0  |
| <b>Age of father*</b>                       |                                              |      |            |       |                                              |       |            |      |
| ≤ 38 years                                  | 21                                           | 42.0 | 29         | 58.0  | 42                                           | 82.4  | 9          | 17.6 |
| ≥ 39 years                                  | 25                                           | 44.6 | 31         | 55.4  | 54                                           | 87.1  | 8          | 12.9 |
| <b>Education of father</b>                  |                                              |      |            |       |                                              |       |            |      |
| No education                                | 4                                            | 66.7 | 2          | 33.3  | 6                                            | 100.0 | 0          | 0.0  |
| Completed ≤ 8 years                         | 41                                           | 40.6 | 60         | 59.4  | 85                                           | 84.2  | 16         | 15.8 |
| Completed > 8 years                         | 5                                            | 41.7 | 7          | 58.3  | 11                                           | 91.7  | 1          | 8.3  |
| <b>Required education for father's job*</b> |                                              |      |            |       |                                              |       |            |      |
| Required ≥ 11 years                         | 4                                            | 80.0 | 1          | 20.0  | 17                                           | 89.5  | 2          | 10.5 |
| Not required                                | 46                                           | 42.2 | 63         | 57.8  | 80                                           | 85.1  | 14         | 14.9 |
| Total                                       | 50                                           | 42.0 | 69         | 58.0  | 102                                          | 85.7  | 17         | 14.3 |

\*The percentages were calculated according to the giving answer, missing data were excluded  
\*\*p<0.001 in both groups

Students with and without hearing impairment were investigated separately in order to determine factors associated with the required level of education for the preferred job in these groups (Table 2). We found that for students with a hearing impairment, male students were more likely to prefer low-level educational jobs (73.3%) than were female students (42.4%) (p=0.007). Similar results were also seen for students without a hearing impairment (Males: 25.0% vs. Females: 3.4%, p=0.001).

In order to identify factors affecting the required educational level of the preferred job, logistic regression analysis was applied. According to the results, male students (49.2%) were more likely to prefer low-level educational jobs compared to female students (22.9%) (OR=3.3 (1.9-5.7) (p<0.05). In addition, students with hearing impairment, preferred a lower educational level job (OR=8.3 (95% CI 4.4-15.5) compared to students with no hearing loss. (Table 3).

The other variables such as mother's and the father's age, education and work status did not have any effect on the preferred jobs.

Discussion

The required education for the preferred job was significantly related to the groups with and without a hearing impairment. It was seen that students with a hearing impairment tend to prefer low-level educational jobs compared to students without a hearing impairment. According to the 2002 Disability Survey for Turkey, the rate of primary school graduation is 40.9% and for secondary school graduation is 6.9% among all people with disabilities.<sup>8</sup> Although the number of students with hearing impairment enrolled in postsecondary education has increased in both Australia and the United States, this

participation rates of these country still do not match with those without hearing.<sup>13</sup>

The educational achievement and literacy levels of children with a hearing impairment have been reported as considerably below those of their hearing peers. Many studies measuring reading comprehension levels report that, average reading ages were many years below chronological age.<sup>10,14</sup> Low levels of literacy and educational achievement continue to contribute to the transition difficulties of many school-leavers with a hearing impairment. However, these conditions may now pose fewer barriers to career achievement for this population than they did in the past.

Socioeconomic conditions in many countries are such that families depend on incomes from all members of the family. One study reported that one third of 116 hearing parents of children with a hearing impairment reported negative changes in relationships with their own parents, family members and friends when their child with a hearing impairment was born.<sup>15</sup> In a Canadian study of youths who were hard of hearing, one fifth of respondents reported that the career options suggested by their parents' were limited by concerns about their son's or daughter's hearing loss.<sup>16</sup> Generally, the expressed advice to a person without hearing impairment was consistently more encouraging than the advice given to a person with a hearing loss across a range of occupations, based in part upon considerations of communication and safety factors.<sup>17</sup> Workers with disabilities, especially sensory impairments, appear to have an elevated risk for occupational injury.<sup>18</sup> In Turkey, of the population that has disabilities, whether orthopedic, in seeing, hearing, speaking or in mental capacities, only 21.7% participate in the labor force and the other 78.2% are not in the labor force.

Table 3. Factors affecting the required education level of the preferred job (Logistic regression analysis result)

| Some characteristics                                       | Required education levels for the-preferred job |      |           |      | OR   | 95 % CI  | p value       |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------|-----------|------|------|----------|---------------|
|                                                            | ≥ 11 years                                      |      | <11 years |      |      |          |               |
|                                                            | n                                               |      |           | %    |      |          |               |
| <b>Study Groups</b>                                        |                                                 |      |           |      |      |          | <b>0.0001</b> |
| Students with hearing impairment                           | 50                                              | 42.0 | 69        | 58.0 | 8.3  | 4.4-15.5 |               |
| Students without hearing impairment                        | 102                                             | 85.7 | 17        | 14.3 | 1.0  |          |               |
| <b>Sex</b>                                                 |                                                 |      |           |      |      |          | <b>0.0001</b> |
| Male                                                       | 61                                              | 50.8 | 59        | 49.2 | 3.3  | 1.9-5.7  |               |
| Female                                                     | 91                                              | 77.1 | 27        | 22.9 | 1.0  |          |               |
| <b>Classroom</b>                                           |                                                 |      |           |      |      |          | 0.4           |
| 1 <sup>st</sup> to 5 <sup>th</sup> class of primary school | 91                                              | 60.7 | 59        | 39.3 | 1.5  | 0.8-2.6  |               |
| 6 <sup>th</sup> to 8 <sup>th</sup> class of primary school | 61                                              | 69.3 | 27        | 30.7 | 1.0  |          |               |
| <b>Age of mother</b>                                       |                                                 |      |           |      |      |          | 0.1           |
| ≤ 34 years                                                 | 68                                              | 63.0 | 40        | 37.0 | 1.2  | 0.7-2.1  |               |
| ≥ 35 years                                                 | 75                                              | 67.6 | 36        | 32.4 | 1.0  |          |               |
| <b>Employment status of mother</b>                         |                                                 |      |           |      |      |          | 0.6           |
| Working                                                    | 15                                              | 78.9 | 4         | 21.1 | 0.44 | 0.1-1.4  |               |
| Not working                                                | 137                                             | 62.6 | 82        | 37.4 | 1.0  |          |               |
| <b>Education of mother</b>                                 |                                                 |      |           |      |      |          | 0.5           |
| No education                                               | 24                                              | 68.6 | 11        | 31.4 | 2.3  | 0.2-28.9 |               |
| Completed ≤ 8 years                                        | 108                                             | 61.0 | 69        | 39.0 | 4.1  | 0.4-41.3 |               |
| Completed > 8 years                                        | 15                                              | 88.2 | 2         | 11.8 | 1.0  |          |               |
| <b>Age of father</b>                                       |                                                 |      |           |      |      |          | 0.3           |
| ≤ 38 years                                                 | 63                                              | 62.4 | 38        | 37.6 | 1.2  | 0.7-2.1  |               |
| ≥ 39 years                                                 | 79                                              | 66.9 | 39        | 33.1 | 1.0  |          |               |
| <b>Education of father</b>                                 |                                                 |      |           |      |      |          | 0.5           |
| No education                                               | 10                                              | 83.3 | 2         | 16.7 | 0.4  | 0.1-5.5  |               |
| Completed ≤ 8 years                                        | 126                                             | 62.4 | 76        | 37.6 | 1.3  | 0.3-4.7  |               |
| Completed > 8 years                                        | 16                                              | 66.7 | 8         | 33.3 | 1.0  |          |               |
| <b>Required education for father's job</b>                 |                                                 |      |           |      |      |          | 0.4           |
| Required ≥ 11 years                                        | 21                                              | 87.5 | 3         | 12.5 | 0.23 | 0.1-0.8  |               |
| Not required                                               | 126                                             | 62.1 | 77        | 37.9 | 1.0  |          |               |

In our study, according to the logistic regression analysis, there was a significant difference between students with and those without hearing impairments. The students with a hearing impairment showed an 8.3 times greater preference for a lower educational job. Additionally, there was a significant difference between male and female

students about the educational status of their preferred job, and this applied for both students with and those without a hearing impairment. Male students with or without hearing impairment showed a 3.3 times greater preference for a low-level educational jobs than did the female students. In fact in Turkey, the labor force participation rate in the orthopedically,

seeing, hearing, speaking or mentally disabled population is higher for males, the unemployment rate is higher for females.<sup>8</sup> The job preference expressed was influenced by environmental and familial factors. Recently, girls have started to prefer women's occupations less (lower effect from the role of their motherhood), boys prefer their fathers' job.<sup>19,20</sup> Because of the gender roles of men, the boys are expected to choose a job as soon as possible. For this reason they prefer jobs that require less education.

According to one study, girls with hearing impairments who were confident and frequently asked for clarifications or who were comfortable playing alone, tended to achieve good relationships with hearing peers. In contrast, the relationships of boys with hearing impairment with hearing peers benefited mostly from the boys' ability to perform well in sports.<sup>21</sup> Schroedel and Watson<sup>22</sup> reviewed seven surveys of college graduates who were primarily deaf and showed that the men earned on average, 30% a year more than women. These inequities continued even though higher percentages of women acquired bachelors and masters degrees, whereas higher percentages of men earned vocational and associates degrees. There were also gender differences in the occupations in which these alumni were employed: A plurality of men were concentrated in machine-operative and crafts jobs, whereas a plurality of women were clustered in clerical jobs.

According to one study, discrepancies in labor force, occupation, and earnings outcomes were observed between men and women in a follow-up study of 4,900 high school graduates with hearing impairment who had responded to annual surveys conducted from 1982 to 1989. It was reported that, despite efforts to expand career awareness and postsecondary programs for people with a hearing impairment, women with a hearing impairment continue to pursue a relatively narrow range of programs, leading to stereotypical female careers. Moreover, when women earn less than a bachelor's degree, they experience high underemployment and unemployment

relative to men with a hearing impairment and hearing peers.<sup>23</sup>

### Conclusion

The importance of the context of career education and counseling interventions that may benefit young people, especially who are hard of hearing was seen. There is still a great need for specialized instructional programs for dormitory counselors in schools for the deaf if the schools are to meet these responsibilities. Environmental drawbacks can be reduced by altering workplace conditions through the provision of accommodations. More attention must be paid to accommodation of people with disabilities in the workplace, especially those with impairments of hearing.

### References

1. Bailly D, Dechoulydelencave MB, Lauwerier L. Hearing impairment and psychopathological disorders in children and adolescents. review of the recent literature. *Encephale* 2003; 29(4 Pt 1): 329-37.
2. Bonds B.G. School-to-work experiences: curriculum as a bridge. *Am Ann Deaf* 2003; 148(1): 38-48.
3. Strassman BK, Hall PM. Hiring criteria, duties and professional growth opportunities for residential staff at schools for the deaf: a survey. *Am Ann Deaf* 1999; 144(5): 379-385.
4. Stephens D, Stephens R, von Eisenhart-Rothe A. Attitudes toward hearing-impaired children in less developed countries: a pilot study. *Audiology* 2000; 39: 184-191.
5. Morton DD. Beyond parent education: the impact of extended family dynamics in deaf education. *Am Ann Deaf* 2000; 145(4): 359-365.
6. Lotke M. She won't look at me. *Annals of internal Medicine* 1995; 123(1): 54-57.
7. Mandelstam M. Equipment for older or disabled people and the law HMSO, London, 1986.

8. Turkey Disability Survey, 2002.

[http://www.ozida.gov.tr/arastirma/tr\\_ozur\\_luler\\_arastirmasi/ek.pdf](http://www.ozida.gov.tr/arastirma/tr_ozur_luler_arastirmasi/ek.pdf) (erişim tarihi: 10.05.2006)

9. Van Gorp S. Self-concept of deaf secondary school students in different educational settings. *J Deaf Stud Deaf Educ* 2001; Winter; 6(1): 54-69.

10. Punch R, Hyde M, Creed PA. Issues in the school-to-work transition of hard of hearing adolescents. *Am Ann Deaf* 2004; Spring; 149(1): 28-38.

11. Lang HG. Higher education for deaf students: research priorities in the new millennium. *J Deaf Stud Deaf Educ* 2002; 7(4): 267-280.

12. National Center for Education Statistics, Integrated Postsecondary Education Data System, Fall Enrollment Data File, Fall 1997 (Data File). Available from the National Center for Education Statistics, 1999, <http://nces.ed.gov/ipeds/ef9798/>. (erişim tarihi: 10.05.2006)

13. Bullis M., Bull B., Peters D. The school-to-community transition experiences of hearing young adults and young adults who are deaf. *SED* 1995; 28(4): 405-423.

14. Welsh W.A. Factors influencing career mobility of deaf adults. *Volta Review* 1993; 95(4): 329-339.

15. Rawlings BW, King SJ, Skilton JC, Rose DB. Gallaudet University, Research Institute and Office of Institutional Research, 1996. <http://www.pepnet.org/confpast/1996/pdf/schroedel.pdf> (erişim tarihi: 10.05.2006)

16. Warick R. A Profile of Canadian hard-of-hearing youth. *CASLPA* 1994; 18(4): 253-259.

17. DeCaro JJ, Mudgett-DeCaro PA, Dowaliby F. Attitudes toward occupations for deaf youth in Sweden. *Am Ann Deaf* 2001; 146(1): 51-59.

18. Zwerling C, Whitten PS, Davis CS, Sprince NL. Occupational injuries among

workers with disabilities: the National Health Interview Survey, 1985-1994. *JAMA* 1997; Dec 24-31; 278(24): 2163-6.

19. Martin D, Bat-Chava Y. Negotiating deaf-hearing friendships: coping strategies of deaf boys and girls in mainstream schools. *Child Care Health Dev* 2003; Nov; 29(6): 511-21.

20. Kuzgun Y. Meslek Danışmanlığı, Kuramlar ve Uygulamalar, (in Turkish) Nobel Yayınları, Ankara 2000.

21. Correll SJ. Gender and career choice process: The role of biased self-assessment. *AJS* 2001; May; 106; 6: 1691-1730.

22. Schroedel JG, Watson D, Ashmore DH. A national research agenda for the postsecondary education of deaf and hard of hearing students: a road map for the future. *Am Ann Deaf* 2003; 148(2): 67-73.

23. MacLeod-Gallinger JE. The career status of deaf women. A comparative look. *Am Ann Deaf* 1992

## Orijinal Çalışma

**EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri**

Erhan Eser<sup>a</sup>, Tülay Lağarlı<sup>b</sup>, Hakan Baydur<sup>c</sup>, Veli Akkurt<sup>d</sup>, Hülya Akkuş<sup>d</sup>, Emine Arslan<sup>d</sup>, Emrah Cengiz<sup>d</sup>, Gülşah Çiftçioğlu<sup>d</sup>, Halit Işık<sup>d</sup>, Hatice Karabacak<sup>d</sup>, Tuğçe Özkapu<sup>d</sup>, Ercan Özyıldırım<sup>d</sup>, Havva Soybaş<sup>d</sup>, Orhan Vural<sup>d</sup>

**Özet**

**Amaç:** EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki Psikometrik özelliklerinin gösterilmesi. **Yöntem:** EUROHIS (Avrupa Sağlık Etki Ölçeği) WHOQOL ölçeğinden belirli maddelerin seçilmesiyle oluşturulmuş 8 maddelik bir indeks yaşam kalitesi ölçeğidir. Toplam skor maddelerin toplamı ya da ortalaması alınarak hesaplanır. Psikometrik değerlendirmeler Manisa kent merkezinde yarı kentsel bölgede toplumu temsil eden 616 kişilik bir örnek üzerinde yapılmıştır. Tanımlayıcı göstergelerde tavan ve taban etkileri, güvenilirlik çözümlemelerinde iç tutarlılık (Cronbach alfa ile) kullanılmıştır. Geçerlilik çözümlemelerinde yapısal geçerlilik ve ölçüt (kriter) geçerliliği yaklaşımı uygulanmıştır. Yapısal geçerlilik, Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA), Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA), Birleşim Ayrışım Geçerliliği ve Bilinen Gruplar yöntemi ile sınanmıştır. Birleşim Ayrışım geçerliliği için WHO5 (D.S.Ö. genel duygudurum kısa formu) ve EQ-5D kullanılmıştır. Bilinen grup değişkenleri yaş, cinsiyet, gelir algısı, sosyal sınıf ve yaşanan bölgedir. Ölçüt geçerliliği için geçen yıla göre sağlık durumu değişikliği, kronik hastalık varlığı ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırma örneğinin %54.5'i kadın, (yaş 38.3±12.3, ortancası 36.0) %61.3'ü gecekonduda yaşamakta, %59.3'ü okuryazar ya da ilkokul mezunu, %39.3'ünün geliri giderinden azdır. Yanıtlayıcıların %26.5'i sağlık durumları geçen yıla göre daha kötü, %17.4'ü ise daha iyidir. EUROHIS indeks ortalama skoru 3.46±1.60'dir. Ölçek skorunun taban ve tavan etkisi çok düşük (<%1), iç tutarlılığı çok iyidir ( $\alpha=0.85$ ). Kronik hastalığı olmayanlar; geçen yıla göre sağlık durumunu daha iyi olarak algılayanlar ve sağlık hizmetlerine ulaşabilenler "anlamli olarak daha yüksek" skorlar almışlardır ( $p<0.001$ ). DFA'ne göre tek faktörlü çözümlemede CFI=0.90 ve RMSEA=0.18 olduğu; İki faktörlü (birinci faktör: soru no 1, 7, 8 – ikinci faktör: soru no 2, 3, 4, 5, 6) çözümlemede ise uyum göstergelerinin CFI=0.95 ve RMSEA=0.13 olduğu saptanmıştır. EUROHIS ile WHO5 ( $r=0.64$ ) ve EQ5D ( $r=0.44$ ) arasında anlamlı korelasyonlar saptanmıştır.

<sup>a</sup>Prof. Dr., Celal Bayar ÜTF. Halk Sağlığı AD.

<sup>b</sup> Araştırma görevlisi Dr. Celal Bayar ÜTF. Halk Sağlığı AD.

<sup>c</sup>PhD Halk Sağlığı, Dokuz Eylül ÜTF. Halk Sağlığı AD.

<sup>d</sup>Celal Bayar ÜTF. Halk Sağlığı AD, Kırsal Hekimlik Stajı İntern Hekim

**İletişim:** Erhan Eser, Celal Bayar Üniversitesi TF. Halk Sağlığı AD, 35040 Manisa,

Tlf: 0 532 486 06 77, E-posta: e.eser@bayar.edu.tr

Daha yaşlı olanlar, kadınlar, eğitimsiz bireyler, gelir algısı daha kötü olanlar, yoksullar, işsiz ve alt sosyal sınıfa mensup olduğunu düşünen bireyler daha üst sınıfta olduğunu düşünenlere göre anlamlı düzeyde daha düşük ( $p<0.01$ ) skor almışlardır. Bu değişkenler içinde Cohen'in Etki Büyüklüğü (EB) en büyük olan yaşanan bölgenin gelişmişlik düzeyidir (EB=0.85). Bunu Boratav Sosyal Sınıflaması (EB=0.51) ve kronik hastalık varlığı (EB=0.41) izlemektedir. **Sonuç:** EUROHIS (WHOQOL-8.Tr), Türk toplumunda sağlık düzeyinin değerlendirilmesinde ve sağlıkta eşitsizlik araştırmalarında uygulanabilir olmakla birlikte, ölçeğin toplumdaki psikometrik değerlendirme sürecinin izleyen çalışmalarda da sürdürülmesi gerekir.

**Anahtar kelimeler:** Yaşam Kalitesi, Geçerlilik güvenilirlik, toplum

**Psychometric properties of The Turkish version of the EUROHIS-Tr (WHOQOL-8-Tr) in a Turkish population****Abstract**

**Objectives:** To explore the psychometric properties of the Turkish version of the EUROHIS (WHOQOL-8.Tr). **Methods:** EUROHIS (Europe Health Impact Scale) is an index measure formed by selecting 8 items from the core WHOQOL scale. The total score of the scale is calculated by summing the item scores or by calculating mean scores. Psychometric analyses were carried out on an urban sample of 616 subjects in Manisa, Turkey. Floor and Ceiling effects were used as distribution criteria, and Cronbach's alpha values were calculated as a reliability criterion. Construct and criterion validity approaches were used for validity analyses. The construct validity was assessed by applying both Exploratory and Confirmatory Factor analyses, Convergent-divergent validity (by WHO5, and EQ5D) and Known groups validity (by age, gender, income, social class and residential area). Criterion validity was assessed by using the presence of any chronic condition, annual health transition and accessibility to the health services. **Results:** Of the study sample, 54.5% was female (mean age=38.3±12.3, median age=36.0); 59.3% was just literate and/or primary school graduates; 61.3% was living in a suburban area; 39.3% stated their income was less than their expenses. Of the respondents, 26.5% stated that they perceived their health as worse than the previous year and 17.4% as better than what they had experienced in the previous year. The mean EUROHIS index score of the study sample was 3.46±1.60. Both floor and ceiling percentages were very low (<%1) and the internal consistency ( $\alpha=0.85$ ) was acceptable as well. Significantly higher scores were recorded for those who had not any chronic illness, who gave a positive response to health transition question and who had good access to the health care services got significantly higher score than for their counterparts ( $p<0.001$ ). Comparative Fit Index (CFI) and Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) values were 0.90 and 0.18 in the one factor model; 0.95 and 0.13 in the two factor model (first factor includes items 1, 7 and 8 – second factor includes items 2, 3, 4, 5 and 6). There were significant correlations between EUROHIS and WHO5 ( $r=0.64$ ); EUROHIS and EQ5D ( $r=0.44$ ). The respondents who were female, older, poor, unemployed and had a perception of belonging to a low social class obtained lower scores compared to the remainder. The highest Cohen's Effect size was obtained for levels of the development of the residential area (ES=0.85) followed by Boratav's Social Class (ES=0.51) and the presence of any chronic condition (ES=0.41). **Conclusions:** EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) can be regarded as a useful tool for use in the evaluation of a community's health status and in the health inequalities studies in the Turkish population. Further research is needed for the evaluation of the psychometric properties of the Turkish EUROHIS (WHOQOL-8.Tr).

**Key words:** Quality of life, validity and reliability, population

## Giriş

Sağlık algısının değerlendirilmesi, sağlıkta eşitsizlik metodolojisinde yaygın olarak kullanılan bir yaklaşımdır.<sup>1-8</sup> Toplumun sağlığı ile ilgili epidemiyolojik çalışmalarda değerlendirme araçları olarak çeşitli göstergeler kullanılagelmıştır. Bilindiği gibi toplumun mortalite, morbidite düzeyi ve risk davranışı bunlardan ilk akla gelendir.<sup>9,10</sup> Ancak toplum sağlık düzeyi söz konusu olduğunda, daha kapsayıcı ve kısa dönemdeki değişimlere daha duyarlı olan daha özet göstergelere gereksinim olduğu ortaya çıkmıştır.<sup>11</sup> Ordinal seçenekli tek bir soruyla değerlendirilen bireyin kendi sağlığını bildirmesi anlamına gelen “Algılanan sağlık “ kavramı ile başlayan süreç, daha sonra sağlık ve iyilik hali tanımı kapsamında kavramsallaştırılan çok boyutlu anketlerin geliştirilmesiyle devam etmiştir. Bunlar, genel amaçlı ve soruna odaklı özel amaçlı algılanan sağlık ya da son zamanlarda yaygın kullanılan ismiyle Sağlıkta Yaşam Kalitesi (SYK) ölçekleridir. Bu ölçeklerin sınıflaması ve tiplendirilmesi başka bir yazının konusudur. Bu çalışmada, dünya’da 50’den fazla dil ve kültür için geçerli ve uygulanabilir olan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden (WHOQOL) üretilmiş olan en kısa genel amaçlı indeks SYK ölçeği olan EUROHIS-QOL.8 (WHOQOL- 8) ölçeğinin Türkçe sürümü hakkında veriler sunulacaktır.<sup>12,14</sup> 1988 yılında başlamış olan EUROHIS projesi, Avrupa’da 8 temel gösterge için (*kronik bedensel sağlık sorunları, mental sağlık, alkol tüketimi, fiziksel aktivite, tedavi edici hizmetlerin kullanımı, ilaç kullanımı, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı ve yaşam kalitesi*) sahada kullanılmaya uygun bir yaşam kalitesi anketleri geliştirmeyi amaçlayan bir projedir.<sup>15</sup> Bu çalışmaya konu olan EUROHIS-QOL.8 (WHOQOL- 8) anketi de bu projenin ürünüdür.

WHOQOL ölçekleri çok merkezli bir çalışmada eş zamanlı olarak geliştirilmiş ölçeklerdir. WHOQOL-100 ve kısa formu olan WHOQOL-BREF geliştirilmiştir. WHOQOL-BREF 26 soru ve 4 boyuttan (bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler, çevresel iyilik) oluşan kısa sürümdür. Ölçeğin Türkçe sürümünün geçerliliği gösterilmiştir.<sup>16</sup>

EUROHIS-QOL.8 (WHOQOL- 8) WHOQOL’den belirli bir metodolojiye dayanarak seçilmiş olan 8 sorudan oluşmaktadır.<sup>17,18</sup> Bu sorulardan iki tanesi WHOQOL’ün genel sağlık ve genel yaşam kalitesi soruları, geri kalan 6 soru da bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel boyutlardan alınan sorulardır (Bkz Ek-1).

Bu çalışmanın amacı, çok merkezli bir çalışmayla geliştirilmiş olan WHOQOL sürümleri içinde toplum düzeyinde sağlık düzeyini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan tek boyutlu (indeks) EUROHIS-QOL.8 (WHOQOL- 8) ölçeğinin Türkçe sürümünün Türk toplumu ve kültürü için geçerliliğini ve güvenilirliğini göstermektir.

## Yöntem

Bu araştırma, metodolojik tipte bir geçerlilik-güvenilirlik çalışmasıdır.

*Araştırmanın örneği:* Bu çalışma, Manisa merkez ilçedeki 1 nolu Toplum Sağlığı Merkezi bölgesinde yer alan, yarı kentsel ve kırsal özellikler taşıyan ve toplam 13 Aile Sağlığı Birimini (ASB) kapsayan, üç Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesinden rastgele seçilmiş olan beş ASB bölgesinde yürütülmüştür. Bu beş ASB bölgesinde 20 yaş ve üstü evrenini oluşturan 10 958 kişiden toplumu temsil eden 642 erişkin araştırmanın örneğini oluşturmuştur. Örnek büyüklüğü hesabı, %50 sıklık (olası en büyük örnek büyüklüğü için) %5 sapma ve %95 güven (tip 1 hata %5) ve desen etkisi 2 alınarak yapılmıştır. Araştırma örneği, çok aşamalı küme örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Kümeler 10 haneden oluşmuştur. Buna göre 65 kümeye ulaşılması hedeflenmiştir. Kümeler ASB nüfuslarına orantılı olarak seçilmiştir. Gidilen hanelerde yetişkin erkek bulunması halinde rastgele bir erkekle görüşülmüş, kadınla görüşülmemiş, sadece kadınların bulunduğu hanelerde rastgele bir kadınla görüşülmüştür. Araştırmada 616 yetişkin bireye ulaşılmış, katılım oranı %95.8 olmuştur. Katılanların yaş ortalaması 38.27±12.26, ortancası 36.0’dır. Bireylerin %54.5’i kadındır.

*Veri toplama yöntemi ve araçları:* Anketler, önceden eğitilmiş tıp fakültesi son sınıf öğrencileri aracılığıyla bir pilot uygulama sonunda hanelerde yüz yüze görüşme yöntemiyle Ocak-Şubat 2009 tarihinde toplanmıştır.

*EUROHIS-QOL.8 (WHOQOL- 8):* WHOQOL-Bref ölçeğinden belirli soruların seçilmesiyle üretilmiş olan genel amaçlı indeks SYK ölçeğidir. İki genel soru olmak üzere 8 sorudan oluşmaktadır. Yanıt seçenekleri 5’li Likert tipindedir. Yanıt seçeneklerinin uç sözcükleri “hiç” ve “tamamen”dir. Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir. Ölçek, soruların ortalaması alınarak, sorular toplanarak ya da bu toplamın 100’e dönüştürülmesi gibi alternatif yöntemlerle puanlanabilmektedir. Ölçeğin ilk sorusu genel yaşam kalitesi algısı, ikinci sorusu ise genel sağlık algısı sorularıdır. Bu nedenle Türkçe sürümde bu iki sorunun hiçbirinin yanıtı olmaması istenmektedir. Bu iki sorudan birisi cevapsız bırakılırsa skorun hesaplanması önerilmez. Ancak geri kalan 6 sorudan en çok birisinin cevapsız bırakılmasına izin verilebilir. Diğer soruların ortalaması cevapsız soru yerine konularak hesaplama yapılır. Bu 6 soru: enerji (s3), günlük yaşam becerilerinden hoşnut olmak (s4), kendinden hoşnut olmak (s5), diğer kişilerle olan ilişkiden hoşnut olmak (s6), para (s7) ve yaşanan evin koşulları (s8) ile ilgili sorulardır.

*EQ 5-D:* Bu ölçek, EUROQOL Grup tarafından geliştirilmiş olan (EUROQOL, 1990) 3 seçenekli 5 sorudan oluşan bir tercih temelli indekstir. Bu 5 sorudan yararlanılarak her bir birey için 0-1 arasında yarar (utility) skoru hesaplanır. Bu çalışmada ölçeğin yarar skoru hesabı İngiliz tarifine göre yapılmıştır<sup>19</sup>. Bunun nedeni EQ 5-D Türkiye ulusal tarifinin henüz geliştirilmemiş olmasıdır. Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir.

*WHO-5:* Bu, D.S.Ö. Mental Sağlık Departmanı tarafından geliştirilmiş olan bir Depresyon tarama ölçeğidir<sup>20</sup>. 5 sorudan oluşan ölçek 6 seçenekli Likert tipi yanıt ölçeğine sahiptir. Olası puan aralığı 0-25 arasındadır. Puanlama 0-100 ölçeğe dönüştürülür. Puan arttıkça depresyon riski azalmaktadır. Ölçekten elde edilen ham

puan 13’den düşükse veya 5 sorudan herhangi birine 0 veya 1 yanıt verilmişse bu kötü yaşam kalitesine işaret eder ve bu kişilere Majör Depresyon envanterinin (ICD-10) uygulanması önerilir. Yüzdelik skorda %10’luk bir değişim, depresyon açısından anlamlı değişim olarak yorumlanır.

*Sosyodemografik anket:* Araştırmada diğer ölçeklere ek olarak katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini içeren bir hane soru kağıdı ve birey soru kağıdı uygulanmıştır. Birey anketinde yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, sosyal güvence durumu, hanenin göreceli maddi durumu, geçen yıla göre sağlık durumundaki algılanan değişim, kişide süregelen hastalık varlığı, sağlık hizmetine ulaşılabilirlik algısı; hane anketinde ise hanedeki birey sayısı, oda sayısı, tuvalet durumu, şebeke suyunun ulaşım, hanede beş yaş altında çocuk varlığı, hane gelir düzeyi algısı ve hane reisinin işi referans alınarak hane bireylerinin sosyal sınıfı yer almıştır.

*Psikometrik çözümlemeler:* Ölçeğin Türkçe sürümü daha önceden kullanılmakta olan WHOQOL-BREF ölçeğinden çekilerek oluşturulmuş ve alan uygulama verisi üzerinde güvenilirlik ve geçerlilik çözümlemeleri yapılmıştır. Verilerin hem güvenilirlik hem de geçerlilik çözümlemesinde doğrulayıcı yaklaşım kullanılmıştır. Bireysel sorularının ve toplam indeks skorunun merkez (ortalama ve ortanca) ve dağılım göstergeleri (standart sapma ve çarpıklık) ve ölçekten alınabilecek olası en düşük (taban) ve en yüksek (tavan) puanı alan bireylerin yüzdesi olarak ifade edilen taban ve tavan yüzdeleri ölçeğin tanımlayıcı göstergeleri olarak sunulmuştur. Tavan etkisi ve taban etkisi, boyut skorlarında sırasıyla, mümkün olan en iyi ve en kötü puan alanların yüzdesinin toplam bireylerin yüzde 20’sinden fazlasını oluşturması anlamına gelmektedir<sup>21</sup>.

Güvenilirlik çözümlemesi “madde analizi” ve “iç tutarlılık” yaklaşımı ile gösterilmiştir. Madde analizinde her bir soru skoru ile toplam skor arasındaki örtüşmeye göre düzeltilmiş (corrected overlap) korelasyon değerleri elde edilerek soruların ölçeğe olan katkıları incelenmiştir. İç tutarlılık ise, Cronbach alfa iç tutarlılık

katsayısı ile gösterilmiştir. Alfa, gerek bütün soruları içerdiği gerekse her bir soru çıkarıldığı durumlar için hesaplanmıştır. Alfa değerinin 0.7 'den büyük olması yeterli bir iç tutarlılık göstergesi olarak değerlendirilmiştir. Her bir soru tek tek çıkarılarak hesaplanan alfa değerinin, bütün soruların dahil edilerek hesaplandığı alfa değerinden “daha düşük” çıkması, ölçeğin iç tutarlılığının “iyi” olduğunu göstermektedir.

Geçerlilik çözümlemelerinde ölçüt (kriter) geçerliliği ve yapısal geçerlilik yaklaşımları kullanılmıştır. Ölçüt geçerliliği çözümlemelerinde kişide bir süregen hastalığın varlığı, sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik WHO-5 ve EQ 5-D skorları kullanılmıştır.

Yapısal geçerlilikte ise Bilinen Gruplar geçerliliği ve Açıklayıcı ve Doğrulamalı Faktör çözümlemesi yaklaşımları kullanılmıştır. Bilinen gruplar yaklaşımında “daha yaşlı olmak, kadın olmak, sağlık güvencesinin olmaması, alt eğitim kategorisinde ve alt sosyal sınıfta yer almak ve gelir algısının kötü olması WHOQOL-8 skorlarının da kötü çıkmasına yol açar” hipotezleri sınanmıştır. Geçerlilik çözümlemesinde ölçüt ve bilinen gruplarda ölçümün geçerliliğinin belirlemek için bağımsız gruplarda t-testi uygulanmıştır. Ayrıca ölçüm aracının ayırt edici geçerliliği alt gruplar arasındaki ortalama farklılığı ile test edilirken, farklılığın boyutu “etkinin büyüklüğü, EB” (Effect Size, ES) istatistiği ile sunulmuştur.<sup>22</sup> Etki büyüklüğü (EB) bağımsız gruplarda t testi sınaması için şöyle hesaplanır:  $EB = (\text{Grup 1 ortalama} - \text{Grup 2 ortalama}) / \text{ortak standart sapma}$ .

Elde edilen değer 0.20'ye yakınsa küçük, 0.50'ye yakınsa orta, 0.80'ne yakınsa büyük EB'nden söz edilir. Parametrik test varsayımlarının geçerli olduğu üç ve daha fazla sayıdaki grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi kullanılmış, post hoc karşılaştırmalarda ise Tukey's b kullanılmıştır.

Aracın yapısal geçerliği, Açıklayıcı Faktör Analizi (Ana bileşenler analizi, Varimax çevrimi ile) ve Doğrulamalı Faktör Analizi ile test edilmiştir. Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (KUI) (Comperative Fit Index: CFI), ve Yaklaşıklık hataları ortalamasının karekökü (YHOK) (Root Mean Square Error of Approximation: RMSEA) değerleri hesaplanmıştır. KUI'nin 1.0'e yakın olması YHOK 'nün ise 0.10'a eşit ya da daha küçük olması iyi bir uyum göstergesi olarak yorumlanır. Veriler SPSS 11.0, LISREL 8.54 ve MAP istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Araştırma örneğinin yaş ortalaması  $38.3 \pm 12.3$ 'dür (min.=18, maks.=65). Katılımcıların yarısından biraz fazlası kadın (%54.5), %21.7'sinin herhangi bir örgün eğitim diploması yoktur. Bireylerin %38.5'i ailelerini genel toplum ortalamasından daha yoksul olarak algılamaktadırlar (Tablo 1).

EUROHIS indeks ortalama skoru  $3.46 \pm 1.60$ 'dir. Katılımcılar en yüksek skoru “diğer kişilerle ilişkileri”ni sorgulayan 6. sorudan almışlardır ( $4.01 \pm 0.82$ ). Soruların ve toplam skorun tek tek dağılımına bakıldığında hiçbirinde dağılımın çarpık olmadığı (<1.0) ancak dağılımı en çarpık olan sorunun yine 6. soru olduğu anlaşılmaktadır (-0.86). Benzer şekilde hiçbir soru için basıklık sorunu olmadığı izlenmektedir (değerler -1.0 - 1.0 aralığındadır). Ölçekten alınabilecek olası en düşük puanı alanların yüzdesi olarak ifade edilen taban yüzdesi tüm sorular ve toplam skor için çok iyidir (0.30 - 4.70). Ölçekten alınabilecek olası en yüksek puanı alanların yüzdesi olarak ifade edilen tavan yüzdesi toplam indeks skor için çok iyi bulunurken (%0.20), bu değerler 3, 4, 5 sorular için yüksek olmakla birlikte özellikle %20'nin altında, 6. soru için kabul edilebilir sınır olan %20'nin üstünde bulunmuştur (%27.3) (Tablo 2).

Tablo 1. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri (n= 616)

| Değişken                    | Kategori            | %    |
|-----------------------------|---------------------|------|
| Yaş                         | <26                 | 14.6 |
|                             | 26-35               | 34.7 |
|                             | 36-45               | 22.5 |
|                             | 46-55               | 15.6 |
|                             | 56+                 | 12.6 |
| Cinsiyet                    | Erkek               | 45.5 |
|                             | Kadın               | 54.5 |
| Eğitim                      | Okuryazar değil     | 10.2 |
|                             | Okuryazar           | 11.5 |
|                             | İlkokul (5 yıl)     | 47.8 |
|                             | Ortaokul            | 12.4 |
|                             | Lise                | 14.6 |
|                             | Yüksek              | 3.4  |
| Ailenin maddi durumu algısı | Yoksul              | 10.1 |
|                             | Ortalamanın altında | 28.4 |
|                             | Ortalama            | 53.2 |
|                             | Varsıl              | 8.3  |

Tablo 3'de ölçek sorularının kendi aralarında ve indeks skorla olan korelasyonları gösterilmektedir. Ölçeğin soruları arasındaki korelasyon katsayılarının önemli bir çoğunluğu bir indeks gerekte bulunması istenen sınırlardadır ( $r=0.35$ 'in üzerinde). Sadece 1

ve 6. sorular (0.25); 8, 3 ve 4. sorular arasında beklenenin altında korelasyonlar saptanmıştır ( $r=0.24-0.25$ ). Ölçek toplam skoruyla bireysel sorular arasında örtüşmeye göre düzeltilmiş korelasyonlar mükemmele yakındır ( $r=0.47-0.68$ ).

Tablo 2. EUROHIS-QOL ölçeğinin 8 soru ve toplam puan için bazı tanımlayıcı özellikleri (n=616)

| Soru no | EUROHIS-QOL 8 soru                                                 | Ort.± ss  | Çarpıklık | Basıklık | Taban % | Tavan % | Alfa değeri |
|---------|--------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|----------|---------|---------|-------------|
| 1       | Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?                               | 3.03±0.74 | -0.42     | 0.44     | 3.10    | 0.70    | 0.84†       |
| 2       | Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?                                | 3.43±0.86 | -0.45     | 0.06     | 2.00    | 7.20    | 0.82†       |
| 3       | Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?    | 3.69±0.82 | -0.27     | -0.22    | 0.30    | 14.80   | 0.82†       |
| 4       | Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizde ne kadar hoşnutsunuz? | 3.75±0.82 | -0.48     | 0.19     | 0.70    | 16.30   | 0.82†       |
| 5       | Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?                                  | 3.72±0.87 | -0.36     | -0.60    | 1.00    | 18.20   | 0.82†       |
| 6       | Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?             | 4.01±0.82 | -0.86     | 0.92     | 0.70    | 27.30   | 0.84†       |
| 7       | Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?         | 2.82±0.89 | 0.28      | -0.09    | 4.70    | 3.70    | 0.83†       |
| 8       | Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?               | 3.25±1.02 | -0.26     | -0.63    | 4.40    | 8.90    | 0.85†       |
| Toplam  |                                                                    | 3.46±0.60 | -0.33     | -0.35    | 0.20    | 0.30    | 0.85        |

† Soru çıkarıldığında

EUROHIS ölçüt geçerliliği açısından değerlendirildiğinde, kronik hastalığı olmayan, sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşabilen ve geçen yıla göre bu yıl kendini daha iyi hissedenlerin ölçek skorları anlamlı ölçüde daha iyi bulunmuştur. Alt gruplar arasındaki etkinin büyüklüğü kronik hastalık için orta düzeydeyken (0.5'e yakın), Sağlık Hizmetine ulaşabilirlik ve Geçen yıla göre sağlık durumu değişimi için yüksek

düzeydedir (0.8'e yakın veya üstünde) (tablo 4).

Ölçüt geçerliliğinin bir diğer gösteriminde araştırmada kullanılan paralel ölçekler olan WHO-5 (r=0.64) ve EQ 5-D (r=0.44) skorlarıyla EUROHIS-8 skoru arasında tatmin edici korelasyonlar elde edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 3. EUROHIS-QOL 8 ölçeğinin maddeler arası korelasyon† değerleri (n=616)

| Soru no               | 1. Y.Kalite | 2 Sağlık | 3. Enerji | 4. Beceri | 5. Kendinden hoşnutluk | 6. İlişkiler | 7. Para | 8. Ev koşul. |
|-----------------------|-------------|----------|-----------|-----------|------------------------|--------------|---------|--------------|
| 1.Y.Kalite††          | 1.00        |          |           |           |                        |              |         |              |
| 2.Sağlık††            | 0.45        | 1.00     |           |           |                        |              |         |              |
| 3.Enerji‡‡            | 0.39        | 0.64     | 1.00      |           |                        |              |         |              |
| 4.Beceri              | 0.37        | 0.61     | 0.78      | 1.00      |                        |              |         |              |
| 5.Kendinden hoşnutluk | 0.35        | 0.52     | 0.57      | 0.60      | 1.00                   |              |         |              |
| 6.İlişkiler           | 0.25        | 0.37     | 0.39      | 0.40      | 0.51                   | 1.00         |         |              |
| 7. Para               | 0.45        | 0.41     | 0.33      | 0.33      | 0.37                   | 0.31         | 1.00    |              |
| 8. Ev koşulları       | 0.40        | 0.32     | 0.24      | 0.25      | 0.33                   | 0.35         | 0.48    | 1.00         |
| Toplam skor           | 0.54‡       | 0.68‡    | 0.68‡     | 0.68‡     | 0.66‡                  | 0.52‡        | 0.55‡   | 0.47‡        |

† Pearson r

††1: Genel Yaşam kalitesi algısı; 2: Genel sağlık algısı

‡Örtüşmeye göre düzeltilmiş

‡‡Günlük uğraşları yürütebilme becerisi

Tablo 4- EUROHIS-QOL 8 için Ölçüt (Kriter) geçerliliği

|                                        | Var / İyi Ort (sd) | Yok / Kötü Ort (sd) | p     | Etki büyüklüğü† |
|----------------------------------------|--------------------|---------------------|-------|-----------------|
| Kronik hastalık                        | 3.30± 0.61         | 3.56± 0.58          | <0.05 | 0.43            |
| Sağlık Hizmetine ulaşabilirlik         | 3.50± 0.58         | 3.04 ± 0.68         | <0.05 | 0.77            |
| Geçen yıla göre sağlık durumu değişimi | 3.71± 0.58         | 3.10 ± 0.68         | <0.05 | 1.02            |

† Etki büyüklüğü (Effect size) = (ortalama 1 – ortalama 2) / ortak standart sapma).

Etkinin Büyüklüğü değerlendirme ölçütü: 0.20 = küçük; 0.50 = orta; 0.80 = büyük

Tablo 5 – EUROHIS-QOL 8 ile WHO-5 ve EQ 5-D skorları arasındaki korelasyonlar†

|         | EUROHIS | WHO-5 | EQ 5-D |
|---------|---------|-------|--------|
| EUROHIS | 1.00    |       |        |
| WHO-5   | 0.64    | 1.00  |        |
| EQ 5-D  | 0.44    | 0.39  | 1.00   |

†Pearson r

Tablo 6’da kimi yazarlarca ölçüt geçerliliği olarak da gösterilen “bilinen gruplar” geçerliliği ile ilgili bulgulara yer verilmiştir. Buna göre, yaşlı olmak, kadın olmak, düşük eğitim, alt sosyal sınıf ve gelir düzeyine mensup olmak ve sağlık güvencesinden yoksun olmak ölçek

skorlarını anlamlı ölçüde düşürmektedir. Ancak en büyük etki, sırasıyla, ailenin maddi durumu, eğitim düzeyi, sosyal güvence ve sosyal sınıf farklılıklarına aittir (Etki büyüklüğü = 0.53 – 2.16). Yaş ve cinsiyetin etkisi göreceli olarak daha düşük bulunmuştur.

Tablo 6 - EUROHIS-QOL 8 için Bilinen Gruplar geçerliliği

| Değişken                    | Kategoriler arası ilişki (>)††  | Etki büyüklüğü† |
|-----------------------------|---------------------------------|-----------------|
| Yaş                         | ‡ 24 > 25-44                    | 0.14            |
|                             | ‡ 24 > 45+                      | 0.32            |
| Cinsiyet                    | ‡Erkek > Kadın                  | 0.20            |
| Eğitim                      | ‡Orta ve üstü > 5 yıllık dipoma | 0.92            |
|                             | ‡Orta ve üstü > OY değil        | 1.96            |
| Sağlık güvencesi (SG)       | ‡SG Var > Yeşil kart            | 0.62            |
|                             | ‡SG Var > SG Yok                | 0.78            |
| Sosyal sınıf‡‡              | ‡Üst > Alt                      | 0.53            |
| Ailenin maddi durumu algısı | ‡Varsıl > Ortalama              | 0.57            |
|                             | ‡Varsıl > Ortalamanın Altında   | 0.63            |
|                             | ‡Varsıl > Yoksul                | 2.16            |

† Etki büyüklüğü (Effect size) = (ortalama 1 – ortalama 2) / ortak standart sapma).

Etkinin Büyüklüğü değerlendirme ölçütü: 0.20 = küçük; 0.50 = orta; 0.80 = büyük

†† &gt; işareti, ölçek puan ortalaması daha büyük anlamında

‡ p&lt;0.05

‡‡ Boratav sınıflamasında hane resinin işine göre alt sosyal sınıf: mavi yakalı, işsiz, marjinal

Ölçeğin yapısal geçerliliği AFA ve DFA çözümlmeleri ile araştırılmıştır. Her ne kadar ölçeğin hipotetik yapısı değiştirilemese de yapılan AFA’inde 1., 7. ve

8. soruların diğer sorulardan ayrılarak birlikte ayrı bir faktörde yer aldıkları gözlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. EUROHIS-QOL 8 ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizinin† (AFA) sonuçları (n= 616 )

| Soru no | EUROHIS-QOL 8 soru                                                 | 1. Faktör | 2. Faktör |
|---------|--------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| 1       | Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?                               | 0.323     | 0.648     |
| 2       | Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?                                  | 0.734     | 0.327     |
| 3       | Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?    | 0.884     | 0.138     |
| 4       | Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizde ne kadar hoşnutsunuz? | 0.888     | 0.132     |
| 5       | Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?                                  | 0.733     | 0.301     |
| 6       | Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?             | 0.501     | 0.381     |
| 7       | Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?         | 0.231     | 0.776     |
| 8       | Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?               | 0.099     | 0.834     |

†Ana Bileşenler analizi, Varimax çevrim sonucu

Tablo 8. EUROHIS-QOL 8 ölçeğinin açıklanan varyans dağılımı

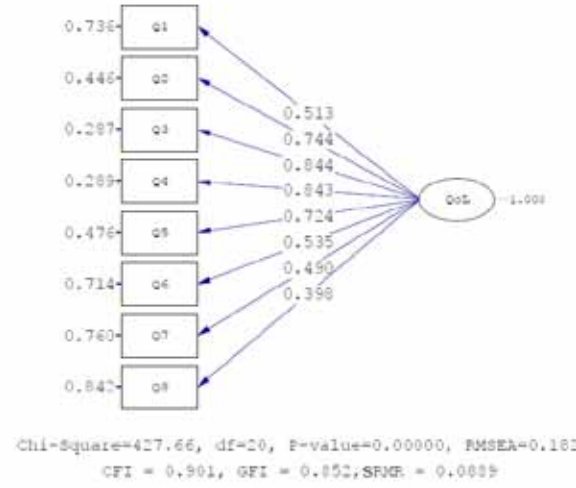
| Faktörler | Özdeğer | Varyansın %’si | Varyansın Yığılımlı %’si |
|-----------|---------|----------------|--------------------------|
| 1         | 4.028   | 50.353         | 50.353                   |
| 2         | 1.134   | 14.181         | 64.534                   |
| 3         | .799    | 9.987          | 74.521                   |
| 4         | .527    | 6.585          | 81.106                   |
| 5         | .489    | 6.118          | 87.224                   |
| 6         | .427    | 5.333          | 92.557                   |
| 7         | .385    | 4.808          | 97.365                   |
| 8         | .211    | 2.635          | 100.000                  |

Ana bileşenler analizi uygulanmıştır.

Ancak açıklanan varyans dağılımı tablosu incelendiğinde, özdeğer 1 kabul edildiği durumda birinci faktörün açıkladığı varyans %50.4'tür (Tablo 8).

Buraya kadar elde edilen çözümleme bulguları ışığında DFA iki ayrı doğrulayıcı

faktör modeliyle sınanmıştır. İlk modelde (Şekil 1) tek faktörlü yapı sınanmış ve Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) 0.90 ve Yaklaşıklık hataları ortalamasının karekökü (RMSEA) 0.18 olarak bulunmuştur.



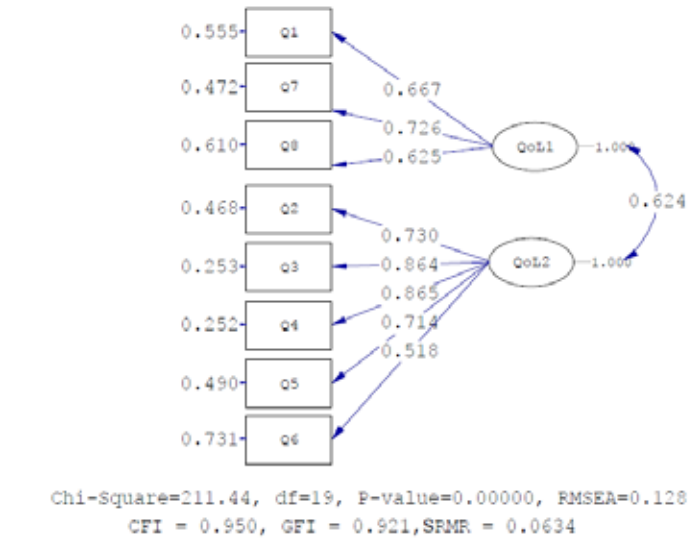
Şekil 1. EUROHIS-QOL 8 Ölçeği'nin Tek Faktörlü yapısının Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonuçları (n= 616 )

Sınırdan uyuma yakın bulunan bu değerlerin yanı sıra modelin standartlaştırılmış hatalarını dikkate alan (standardized root mean residual - SRMR) değeri ise kabul edilebilir bir uyumu göstermektedir. İkinci modelde (Şekil 2) 1.7 ve 8. sorular ikinci bir boyutta gösterilerek iki faktörlü yapı sınanmış ve CFI = 0.95, RMSEA = 0.13 bulunmuştur.

Her ne kadar RMSEA değeri beklenen en küçük uyum değerinden düşük de bulunsa, karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI), uyum iyiliği (GFI=0.921) ve SRMR=0.0634 değerleri kabul edilebilir uyumun göstergesi olarak değerlendirilmektedir<sup>23-26</sup>. Bu sonuç tek boyutlu modele kıyasla biraz daha uygun olarak bulunmuştur.

## Tartışma

Araştırma örneğinin sosyoekonomik özellikleri Türk toplumunun geneli ile uyumlu sayılabilir. Öğrenim düzeyleri ve maddi durum ile ilgili göstergeler Türkiye göstergelerine yakın bulunmuştur. Araştırma örneğinin kadın oranındaki fazlalığın geçerlilik sonuçlarında yaratacağı olası yanılsamaları en aza indirebilmek için anketlerin uygulandığı gündüz saatlerinde hanelerdeki kadın oranlarının fazlalığı bunun nedenidir. Verinin toplandığı sırada örnekleme yönteminde erkek bulunan hanelerde erkeklerin tercihi ile kadın oranındaki yükseklik dengelenmeye çalışılmıştır.



Şekil 2. EUROHIS-QOL 8 Ölçeği'nin İki Faktörlü yapısının Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonuçları (n= 616 )

Bu araştırmada elde edilen EUROHIS-QoL-8 indeks skoru (3.46) çok merkezli Avrupa çalışmasında elde edilen skordan (3.68) daha düşüktür.<sup>18</sup> Aynı çok merkezli çalışmadaki ülke skorları tek değerlendirildiğinde ise bizim skorlarımızın sadece Letonya (3.44) ve Romanya (3.47) skorlarına yakın olduğu, diğer ülke skorlarından ise daha düşük olduğu görülmektedir. Gelişmişlik düzeyinin (sosyoekonomik göstergelerin) algılanan sağlık göstergeleri üzerindeki etkisi dikkate alındığında bu bulgular sürpriz değildir, dahası bu iki ülke ile elde edilen bu denli yakın skorlar EUROHIS QoL-8 Türkçe sürümünün ölçme duyarlılığı açısından ümit vericidir, çünkü bilindiği gibi araştırmanın yapıldığı Batı bölgesi (veriler her ne kadar kent merkezinin kırsal ve yarı-kentsel bölgelerinden toplandıysa da) gelişmişlik düzeyi açısından bu iki ülke toplumlarıyla benzeşmektedir.<sup>27</sup> Almanya'da ağırlıklı olarak doğu toplumlarından gelen sığınmacılar üzerinde yapılan bir araştırmada elde edilen EUROHIS-8 ölçek skorunun (3.13) ise bizim çalışmamızda elde edilen değerden daha düşük bulunması da ölçeğin ölçüm duyarlılığının dolaylı bir göstergesi sayılabilir.<sup>28</sup>

Sorulara verilen puanlar tek tek değerlendirildiğinde ise bizim örneğimizde 4. sorudan (*Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerisi*) alınan puanlar birbirine çok yakinken, 5. *Kendinden hoşnutluk* ) ve 6. sorudan (*Diğer kişilerle ilişkiler*) elde edilen skorlar Avrupa örneğinden daha yüksektir. Ayrıca diğer kişilerle ilişkiler sorusu (6. soru) yüksek bir tavan yüzdesine sahiptir, yani her 4 katılımcıdan birisi bu soruya tam puan vermiştir. Avrupa örneği ile karşılaştırıldığında Türk örneğinde elde edilen en kötü skor ise 7. soruya (*para durumu*) aittir. Türkiye'deki ekonomik durumun Avrupa'dan farklı olması nedeniyle bu bulgu beklenen bir bulgudur ve ölçeğin duyarlılığını göstermesi açısından olumludur. Öte yandan, kendinden hoşnutluk ve diğer kişilerle ilişkiler açısından bizim örneğimizle Avrupa çalışmasının arasındaki farklılık Türk toplumunun kimi doğu toplumlarına özgü kültürel özelliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Bu araştırmada elde edilen güvenilirlik (iç tutarlılık) göstergeleri oldukça olumludur. Cronbach alfa değerinin 0.70'in üzerinde olması ve soru çıkarıldığında elde edilen alfa değerlerinin 8 sorunun tümünü kapsayan alfa sonucundan (0.85) yüksek bulunmaması genel olarak

ölçek sorularının her biri için olumlu bir sonuçtur. Yani ölçek soruların her birinin iç tutarlılığa katkısı vardır. Bu bulgu, soruların her biriyle toplam skor arasında elde edilen yüksek korelasyon katsayıları ile de desteklenmektedir.

Ölçeğin geçerliliği ölçüt ve bilinen gruplar geçerliliği yöntemleri ile sınanmıştır. Ölçüt olarak kullanılan süregen hastalığı olmak, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve geçen yıla göre karşılaştırıldığında bu yıl algılanan sağlık durumu ölçek skorlarına son derecede duyarlı bulunmuştur. Hasta olmanın yaşam kalitesini bozması en önemli ölçütlerden biridir ve yaygın olarak kullanılır.<sup>12,16</sup> Geçen yılki sağlık durumunun şu andaki sağlık algısı üzerinde etkili olması ise beklenen bir durumdur. Nitekim yine Türk toplumu üzerinde yürütülen diğer bir çalışmamızda geçen yıla göre sağlık değişiminin şimdiki sağlık algısını etkilediğini ortaya koymuştur.<sup>29</sup> Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin yaşam kalitesine olan etkisi ile ilgili kanıtlar sınırlıdır. Genellikle sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik diğer sosyoekonomik değişkenlerden etkilendiğinden, bu tip kesitsel çalışmalarda sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin yaşam kalitesi üzerine doğrudan mı yoksa diğer sosyoekonomik değişkenler üzerinden mi etkili olduğunu bazen kestirilemez. Söz konusu bu sosyoekonomik değişkenleri kontrol etmek suretiyle, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin yaşam kalitesi üzerinde diğer değişkenlerden bağımsız olarak etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.<sup>1,6,8</sup>

Bu çalışmada EUROHIS-8 Türkçe sürümünün Dünya Sağlık Örgütü mental durum tarama formu olan WHO-5 ile ( $r=0.64$ ), daha çok işlevsel durumu gösteren EQ-5D den daha yüksek korelasyon ( $r=0.44$ ) vermesi ise EUROHIS-8'in fonksiyonel değişikliklere olmaktan çok mental algılara daha duyarlı olduğuna işaret edebilir. Bunun olası bir nedeni EQ-5D'nin bir yaşam kalitesi ölçeği gibi davranmaktan çok bir fonksiyonel ölçek olarak davranmasıdır. Diyabetli hastalarda Türkiye'de yapılan bir çalışmada diyabetin nesnel metabolik göstergelerine bir yaşam kalitesi ölçeği

olmaktan çok bir fonksiyonel ölçek olarak kabul edilen SF-36 ölçeğinin daha duyarlı olduğu, buna karşın EUROHIS-8'in üretildiği WHOQOL ölçeğinin ise daha çok uyum gibi psikolojik değişkenlere duyarlı olduğu gösterilmiştir. EUROHIS-8 Türkçe sürümünü ile EQ-5D arasındaki göreceli bu zayıf korelasyonun diğer bir olası nedeni de EQ-5D skorunun Türk toplum standartları henüz geliştirilmemiş olduğundan İngiliz standartlarıyla hesaplanmasıdır.<sup>19</sup>

Bu çalışmada yapısal geçerliliğin bir türü olan bilinen gruplar geçerliliği açısından yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir durumu ve sosyal sınıfın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Beklenebileceği gibi daha yaşlı olan, kadın olan, düşük eğitilmiş, alt sosyal sınıf ve gelir düzeylerindeki bireylerin yaşam kalitesi skorlarının daha düşük bulunmasıdır. Nitekim bu varsayımların tümü doğrulanmıştır. Algılanan sağlık ve yaşam kalitesinin, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve gelir düzeyinden etkilendiği birçok araştırmada kanıtlanmıştır.<sup>2-5,7</sup>

Eurohis QoL-8 Türkçe sürümünün yapısal geçerliliğini araştırmak amacıyla faktör çözümlemeleri yapılmıştır. Başka bir dil veya kültür için geliştirilmiş bir ölçeğin hedef dile çevrilmesinden sonra alan uygulamasında yapılması gereken faktör çözümlemesi Doğrulayıcı Faktör çözümlemesidir. Çünkü ortada kuramsal bir yapı vardır ve bu yapının doğru olduğunu kanıtlanmaya çalışılmaktadır. Yani açıklayıcı faktör çözümlemesi bir kuramsal yapı söz konusu olduğunda gerekli değildir. Ancak kuramsal yapı üzerinde (örneğin bu çalışmada tek faktörlü bir kuramsal yapı vardır) yapılan doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) bazen açıklayıcı faktör çözümlemesinin ışığında farklı modeller kurarak sınama yapmak gerekebilir. Nitekim bu ölçekte de tek faktörlü model üzerinde yapılan DFA yeterince doyurucu sonuçlar vermemiş bazı maddeler (sorular) arasındaki ilişkilere bağlı olarak farklı bir model olup olmadığını araştırmak gerekmiştir. Bu amaçla yapılan AFA'de birinci (genel yaşam kalitesi algısı), 7. (para durumu) ve 8. (yaşanılan evin koşulları) soruların ayrı bir faktörde toplandığı ortaya

çıkış ve DFA bu iki faktörlü yapı için tekrarlanmıştır. Yani ekonomik durumun genel yaşam kalitesi ile özel bir ilişkisi vardır. İlginç olan EUROHIS'in Avrupa çalışmasında Romanya, Slovakya ve İsrail merkezlerinde de aynı ilişki ve dolayısıyla aynı iki faktörlü yapının gözlenmesidir.<sup>18</sup> Gerek bu merkezlerden özellikle Romanya'da gerekse bizim çalışmamızda bu iki faktörlü yapı tek faktörlü yapıya göre daha iyi sonuçlar vermiştir. Romanya'da genel yaşam kalitesi sorusuyla para ve yaşam koşullarının özel ilişkisi, yoksul toplumlarda yaşam kalitesinin nesnel (ekonomik) ve öznel ölçümleri arasında bir ilinti olduğu ile açıklanmıştır. Yani yoksul olan birey için asıl olan yoksulluktur. Daha sonra yaşamın diğer boyutları gelmektedir. Aynı gerekçeleri yoksulluğun baskın olduğu Türkiye toplumu için de söylemek olasıdır. Diğer taraftan AFA'nde açıklanan varyans %50.4'tür. Bu durum ölçeğin tek boyutlu yapıda bile değişkenliğin yarından fazlasını açıklayabilme özelliği olduğunu göstermektedir.

Türkiye WHOQOL merkezi tarafından veri havuzunda birikmiş olan 16 910 kadar verinin ayıklanmasıyla oluşturulmuş olan EurohisQoL-8 yayınlanmamış verileri, bu çalışmada

sunulandan daha iyi DFA sonuçları vermiştir.<sup>18</sup> Tek faktörlü model 0.93 CFI ve 0.12 RMSEA vermiştir.<sup>18</sup> Ancak bu büyük veri setinde de bizim çalışmamızda olduğu gibi birinci, 7inci ve 8inci sorular arasındaki ilişkinin var olduğu bulunmuştur. Buna göre kurulan iki faktörlü modelde CFI değeri 0.94 ve RMSEA değeri 0.10 olarak elde edilmiştir.

Sonuç olarak, yapısal açıdan yapılan değerlendirmede elde edilen bulgular, ölçeğin (ilk faktördeki büyük yığılma yüzdesi nedeniyle) tek boyutlu (indeks ölçüt) olarak kullanılabileceği gibi, doğrulayıcı çözümlemelerde iki faktörlü yapının daha iyi sonuçlar vermesi nedeniyle iki faktörlü yapının da kullanılabileceği sonucuna varılmıştır. Bu çalışmayı izleyen araştırmalarda ölçeğin yapısal ileri analizlerinin sürdürülmesi önerilmekle birlikte, EurohisQoL-8 indeks ölçeğinin Türkçe sürümünün tıbbi ve sosyoekonomik değişkenlere istatistiksel açıdan duyarlı olduğu ve bu bulgular ışığında bu indeks ölçeğin Türk toplumunda özellikle topluma dayalı örneklerde politika geliştirmek, sağlık hizmetlerinde önceliklerin ve öncelikli grupların belirlenmesi ve sağlıkta eşitsizlik çalışmalarında kullanılabilir olduğu ortaya çıkmıştır.

## Kaynaklar

1. Baron-Epel O, Garty N, Green MS. Inequalities in use of health services among Jews and Arabs in Israel. Health Serv. Res. 2007;42(3 Pt 1):1008-1019.
2. Liu H, Hummer RA. Are educational differences in U.S. self-rated health increasing?: an examination by gender and race. Soc. Sci. Med. 2008;67(11):1898-1906.
3. Mansyur C, Amick BC, Harrist RB, Franzini L. Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries. Soc. Sci. Med. 2008;66(1):43-56.
4. Molarius A, Molarius A, Berglund K, Eriksson C, et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. Eur. J. Public Health 2007;17(2):125-133.

5. Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL, Iburg KM. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. In Summary Measures of Population Health. C.J.L. Murray, J.A. Salomon, C.D. Mathers & A.D. Lopez (eds.) World Health Organization: Geneva, 2002.

6. Schoen C, Davis K, DesRoches C, Donelan K, Blendon R. Health insurance markets and income inequality: findings from an international health policy survey. Health Policy 2000;51(2):67-85.

7. Unden AL, Elofsson S. Do different factors explain self-rated health in men and women? Gend. Med. 2006;3(4):295-308.

8. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by

income in developed countries. CMAJ 2006;174(2):177-183.

9. Bullinger M. International comparability of health interview surveys: An overview of methods and approaches. In EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. A. Nosikov & C. Gudex (eds.), pp. 1-11 IOS Press: Amsterdam, 2003.

10. Young TK. Population Health-Concepts and Methods. Oxford University Press: New York, 1998.

11. Andrews FM. Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality / Frank M. Andrews and Stephen B. Withey. Plenum Press: New York, 1976.

12. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. Psychol. Med. 1998;28(3):551-558.

13. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc. Sci. Med. 1998;46(12):1569-1585.

14. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Qual. Life Res. 2004;13(2):299-310.

15. EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. IOS Press: Amsterdam, 2003.

16. Eser, E. et al.: WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref 'in Psikometrik Özellikleri. 3P (Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji) Dergisi 1999;7(ek 2):23-41.

17. Power M. Development of a common instrument for quality of life. In EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. A. Nosikov & C. Gudex (eds.), pp. 145-163 IOS Press: Amsterdam, 2003.

18. Schmidt S, Muhlan H, Power M. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. Eur. J. Public Health 2006; 16(4):420-428.

19. Dolan P, Gudex C, Kind P, Williams A. A social tariff for EuroQol: results from a UK general population survey. Discussion paper 138. Centre for Health Economics, University of York. Centre for Health Economics, University of York, Working Papers 1995. Ref Type: Report

20. Bonsignore M, Barkow K, Jessen F, Heun R. Validity of the five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2001;251 Suppl 2:1127-31.

21. Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. Health Technol. Assess. 1998;2(14):i-iv, 1-74.

22. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioural Sciences. Lawrence Erlbaum Associates: New York, 1988.

23. Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H. Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. Methods of Psychological Research Online 2003;8(2):23-74.

24. Yılmaz V, Çelik EH. LISREL ile Yapısal Eşitlik Modellemesi - 1. Pegem Akademi, Ankara, 2009.

25. Loehlin JC. Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural equation analysis. Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah, NJ, 2004.

26. Schumacker RE, Lomax RG. A beginner's guide to structural equation modeling. Lawrence Erlbaum Associates: New Jersey, 2004.

27. Haan MN, Kaplan GA, Syme SL. Socioeconomic Status and Health: Old Observations and New Thoughts. In Pathways to Health: The Role of Social

Factors. J. Bunker, D. Gomby & B. Keh (eds.), pp. 76-135 Henry J Kaiser Family Foundation: Menlo Park,CA, 1989.

28. von Lersner U, Wiens U, Elbert T, Neuner F. Mental health of returnees: refugees in Germany prior to their state-sponsored repatriation. BMC. Int. Health Hum. Rights 2008;8:8.

29. Eser E, Serifhan M, Baysan P, Dünder P, Yasli G. Annual health perception variation value: A different approach to inequalities in health. 12.Word Congress on Public Health. 2009. Istanbul. 27-4-2009. Ref Type: Conference Proceeding

## EK 1- EUROHIS-QOL- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı, yapabildiğinizi, iyi ya da doyurucu bulduğunuzu ve ne sıklıkta hissettiğinizi soruşturmaktadır.

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

|   |                                                                    | Çok kötü         | Biraz kötü    | Ne iyi, ne kötü        | Oldukça iyi   | Çok iyi    |
|---|--------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|------------------------|---------------|------------|
| 1 | Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?                               | 1                | 2             | 3                      | 4             | 5          |
|   |                                                                    | Hiç hoşnut değil | Çok az Hoşnut | Ne hoşnut, ne de değil | Epeyce hoşnut | Çok hoşnut |
| 2 | Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?                                | 1                | 2             | 3                      | 4             | 5          |
|   |                                                                    | Hiç              | Çok az        | Orta Derecede          | Çokça         | Tamamen    |
| 3 | Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?    | 1                | 2             | 3                      | 4             | 5          |
|   |                                                                    | Hiç hoşnut değil | Çok az Hoşnut | Ne hoşnut, ne de değil | Epeyce hoşnut | Çok hoşnut |
| 4 | Günlük işleri yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?       | 1                | 2             | 3                      | 4             | 5          |
| 5 | Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?                                  | 1                | 2             | 3                      | 4             | 5          |
| 6 | Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz? | 1                | 2             | 3                      | 4             | 5          |
|   |                                                                    | Hiç              | Çok az        | Orta Derecede          | Çokça         | Tamamen    |
| 7 | İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?                | 1                | 2             | 3                      | 4             | 5          |
|   |                                                                    | Hiç hoşnut değil | Çok az Hoşnut | Ne hoşnut, ne de değil | Epeyce hoşnut | Çok hoşnut |
| 8 | Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?               | 1                | 2             | 3                      | 4             | 5          |

## Orijinal Çalışma

## Yaşa özel kanser insidans hızları ileri yaşlarda neden düşüyor? Kohort etkisi mi, sağkalım yanılgısı mı, yoksa yaşlıların uygun sağlık hizmetine ulaşmasındaki sorunun göstergesi mi?

Sultan Eser<sup>a</sup>, Hülya Karakılınç<sup>b</sup>, Raziye Ozdemir<sup>a</sup>

## Özet

**Amaç:** Çalışmanın amacı Türkiye’de yaşlı nüfusta gözlenen kanser insidans hızlarındaki düşüşü irdelemektir. **Yöntem:** Bu çalışmada Beş Kıtada Kanser Görülüşü, IX (Cancer Incidence in Five Continents, IX)’da yayımlanmış olan İzmir ve Antalya illerinde 1998-2002 yıllarında saptanan yaşa özel kanser insidans hızları değerlendirildi.**Bulgular:**İzmir ve Antalya illerinde tüm kanserler için ve hemen her kanser için 64 yaş üzerindeki gruplarda her iki cinsiyette de yaşa özel insidans hızlarında belirgin düşüş eğimi görülmektedir. **Sonuç:** Türkiye’de yaşlı grupların insidans hızlarında, pek çok kanser için belirgin düşüşler söz konusudur. Oysa gerçekte pek çok epitelyal kanserde insidans hızı yaşla birlikte artar. İzmir ve Antalya’da gelişmekte olan diğer ülkelerdekine benzer şekilde gözlenen bu örüntüyü açıklamak için üç varsayımdan sözedebiliriz: 1. Yaşlıların uygun sağlık hizmetlerine ulaşmalarındaki eksiklik (tanı konmasındaki azlık), 2. Kohort etkisi, 3. Sağkalım yanılgısı. Türkiye’de kanser kayıtçılığındaki gelişmeler bu soruyu ilerde daha açık yanıtlayabilecek olanakları sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser insidansı, yaşlılık, Türkiye

## Decline in the age specific cancer incidence rates-among the elderly in Turkey (Izmir and Antalya): Is it a cohort effect, survival bias or an indicator of lack of accesibility to health care for older adults?

## Abstract

**Aim:** Our purpose was to evaluate the decline in cancer incidence rates-in the elderly in Turkey. **Methods:** Age specific cancer incidence rates for Izmir and Antalya in 1998-2002, which have been published in Cancer Incidence in Five Continents, IX were evaluated. **Results:** In both Izmir and Antalya, for both sexes, age specific incidence rates are decreasing with age significantly after the age of 64. **Conclusion:** Despite the fact that the incidences of most of the epithelial cancers increase with age, there are obvious decreases in cancer incidence rates in the oldest age groups in most sites in Turkey. Three main reasons may be suggested for these decreases: 1, Underdiagnosis due to a lack of access to appropriate health services for the elderly; 2, A Cohort Effect and 3, Survival bias. The recent developments in cancer registration in Turkey are promising to provide more clear answers to these questions as well as to many others.

**Key Words:** Cancer incidence, elderly, Turkey

<sup>a</sup> İzmir Kanser Kayıt Merkezi

<sup>b</sup> Antalya Kanser Kayıt Merkezi

**Sorumlu Yazar: Sultan Eser,** İzmir Kanser Kayıt Merkezi. KIDEM, Zubeyde Hanım cad. No 100 Karşıyaka/İzmir . Tlf: 0 (232) 3830085, E-posta: sultan.eser@gmail.com

## Giriş

Sosyal yaşam ve tıptaki gelişmelerle dünyada ortalama yaşam beklentisi ve nüfus içindeki yaşlı sayısı gittikçe artmaktadır. Bunun sonucunda yaşlanan nüfusun gereksinimleri değişmekte, toplumsal ve sağlık sorunları artmaktadır. Yaşlılıkta önde gelen mortalite ve morbidite nedenlerinden biri kanserlerdir ve yaş ilerledikçe kanser riskinde artış meydana gelmektedir.

Kanser etiyolojisinde ortaya atılan iki temel hipotez, risk faktörlerine yığılımlı maruz kalım (bir organizmanın, herhangi bir risk faktörüne zaman içindeki toplam maruz kaldığı miktar) ve başlıbaşına yaşlanmanın organlardaki etkisidir.<sup>1,2</sup> Etiyoloji hangisi olursa olsun kanser bir yaşlılık dönemi sorunu olarak tanımlanır. Bu gerçekler ışığında kanserin insidansı her toplumda yaşla artar<sup>3</sup> ve toplum yaşlandıkça kanserden etkilenen yaşlı nüfus oranının da artması beklenir.<sup>4,5</sup> Bu beklenti özellikle epitelial kökenli kanserler için söz konusudur.<sup>6,7</sup>

Yaşa özel kanser insidans eğrileri gerçekte yalnızca yaştan değil, doğum kohordu ve dönem (periyod) etkilerinden de etkilenir.<sup>7</sup> Pek çok kanserin epidemiyolojisindeki en dikkat çekici özellik, insidans ve mortalitenin yaşla birlikte hızlı artışı ve genellikle aynı toplum içinde yaş grupları arasındaki insidans farklılıklarının toplumlar arası insidans farklılıklarından daha büyük olmasıdır.<sup>8,9</sup>

Ancak toplumların gelişmişlik düzeyine göre ileri yaş gruplarında kanser insidansları farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş toplumlarda yaşlılardaki kanser insidansları gelişmekte olan toplumlarda görülenden çok daha yüksektir.<sup>10</sup> Kanser insidanslarında gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda gözlenen farklılık genel olarak her yaş grubunda beklenir ve yaşla birlikte paralel gelişim gösterirken, 65 yaş üstündeki yaş gruplarında bu eğilim bozulur. Gelişmekte olan toplumlarda yaşla birlikte doğrusal bir eğilimle artan kanser sıklığı yaşlılık döneminde birden ters eğim gösterir.<sup>11</sup> Kanser sürveyansının son yıllarda batılı gelişmiş ülkeler yanında

gelişmekte olan ülkelerde de evrensel olarak kabul edilen standartlara göre ve “kanser kayıtçılığı” adı altında izlenmeye başlanmasından sonra gelişmekte olan ülkelerdeki veya toplumlardaki bu ters eğim dikkati çekmeye başlamıştır.<sup>12-15</sup> Böylesi beklenmeyen epidemiyolojik bulgularla doğal olarak ilk akla gelen biyolojik ve çevresel faktörlerden çok, kayıt-bildirim ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik; yani tanı konabilirlik düzeyidir. Yaşlılardaki kanser gelişme sıklıklarındaki değişimin yorumlanabilmesinde bir çok kanserin, özellikle kolon ve beyin kanserleri ile multipl miyelom gibi hastalıkların tanı ve kaydedilmelerindeki farklılıkların güçlük yarattığı bilinmektedir.<sup>16</sup> Yalnız kanserlere değil diğer bazı sağlık sorunlarına da yaşlılarda daha az tanı konduğu bildirilmektedir.<sup>17</sup> Yaşlılarda kanser tanısındaki toplumlar arasındaki farklılıkların nedenlerinin başında toplum tarama programlarında görülen farklılıklar gelir.<sup>18</sup> Bir toplumdaki sağlık sisteminin başarısı burada kilit önemdedir. Kişi başına sağlık hizmet kullanımı sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin en kaba göstergelerinden biridir ve hizmete erişimin düşük olması yukarıda tartışılan tanı biasına yol açıyor olabilir.

Bu çalışmanın amacı Türkiye’nin ilk ve verileri en eskiye dayanan, uluslararası kanser kayıtçılığı standartlarına uygun veri toplayan ve işleyen İzmir Kanser İzlem ve Denetim Merkezi ile Antalya Kanser Kayıt Merkezi verileri kullanılarak yaşlılardaki kanser sıklığının nasıl bir eğim gösterdiğinin ortaya konması ve bu eğimin nedenlerinin tartışılmasıdır.

## Yöntem

Bu çalışmada Uluslararası Kanser Kayıt Merkezleri Birliği (International Association of Cancer Registries, IARC) tarafından periyodik olarak yayımlanan, yeterli geçerlilik ve güvenilirlikteki kayıt merkezlerinin verilerinin yer aldığı Beş Kıtada Kanser İnsidansı’nın son cildindeki (Cancer Incidence in Five Continents, Vol IX) İzmir ve Antalya kayıt merkezlerinin 1998-2002 yılları arasında erkek ve kadınlarda

bütün kanserler ve sık görülen kanserler için 65 yaş ve üzeri nüfusta yaşa özel insidans hızları incelenmiştir.<sup>1</sup> Yaşa özel kanser insidansları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere bazı örneklerle karşılaştırılarak yaşa göre kanser riski eğimindeki farklılıklar belirlenmiştir.

## Bulgular

İzmir ve Antalya’daki 65 yaş ve üzeri erkeklerde sık görülen kanserin yaşa özel

insidans hızları Tablo 1’de görülmektedir. İzmir’de tüm yerleşim yerleri için yaşa özel insidans hızı 65-69 yaş grubunda yüzbinde 1230 iken, 75-79 yaş grubunda 1648’e yükselmekte ve bu yaş grubundan sonra düşerek 80-84 yaş grubunda 1277.8’e, 85+ yaş grubunda 1041.8 düzeyine inmektedir. Akciğer, mide, prostat ve mesane kanserlerinde benzer bir eğim izlenirken, kolorektal kanserlerde en yüksek hız 80-84 yaş grubunda görülmektedir.

**Tablo1:** İzmir ve Antalya’da 65 yaş ve üzerinde yaşa özel kanser insidans hızları (yüzbinde), Erkek, 1998-2002

| Yerleşim yeri                   | 65-69  | 70-74  | 75-79  | 80-84  | 85+    |
|---------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Trakea, bronş ve akciğer        | 487.4  | 576.5  | 514.3  | 301.2  | 156.5  |
| Prostat                         | 96.1   | 171.6  | 215.3  | 183.9  | 145.7  |
| Mesane                          | 116.3  | 149.5  | 178.6  | 149.0  | 135.0  |
| Kolorektal                      | 75.3   | 116.1  | 111.5  | 117.4  | 102.6  |
| Mide                            | 62.6   | 78.2   | 114.0  | 50.7   | 48.6   |
| Tüm yerleşim yerleri            | 1230.0 | 1609.0 | 1648.0 | 1277.8 | 1041.8 |
| Deri hariç tüm yerleşim yerleri | 1159.5 | 1498.6 | 1510.0 | 1071.7 | 836.7  |
| Yerleşim yeri                   | 65-69  | 70-74  | 75-79  | 80-84  | 85+    |
| Trakea, bronş ve akciğer        | 226.2  | 240.1  | 235.8  | 191.4  | 81.1   |
| Prostat                         | 154.3  | 215.4  | 288.1  | 264.4  | 243.4  |
| Mesane                          | 109.6  | 139.5  | 157.2  | 118.5  | 81.1   |
| Kolorektal                      | 31.8   | 51.2   | 54.6   | 27.3   | 25.4   |
| Mide                            | 73.0   | 68.8   | 96.0   | 63.8   | 81.1   |
| Tüm yerleşim yerleri            | 1046.2 | 1267.5 | 1449.5 | 1139.5 | 1014.2 |
| Deri hariç tüm yerleşim yerleri | 914.2  | 1105.1 | 1244.3 | 1002.7 | 791.1  |

Antalya’da yaşa özel kanser insidanslarının İzmir’e göre daha düşük olduğu görülmektedir. Tüm yerleşim yerleri için yaşa özel insidans hızı 65-69 yaş grubunda yüzbinde 1046.2, 75-79 yaş grubunda 1449.5 ve 85 yaş ve üzerinde 1014.2’dir. Hızlar İzmir verilerine benzer şekilde 75-79 yaş grubunda en yüksek düzeye ulaşmakta ve bu yaş grubundan sonra düşmektedir. Ancak mide kanseri yaşa özel insidansı 85 ve üzeri yaş grubunda bir

miktar yükseliş göstermektedir. Tüm yerleşim yerleri için kadınlardaki yaşa özel kanser hızları İzmir ilinde 65-69 yaş grubunda 488.7, 75-79 yaş grubunda 128.9 ve 85 yaş ve üzerinde 585.4’dür. Aynı yaş grupları için Antalya’daki hızların sırasıyla 534.7, 779.8 ve 528 olduğu görülmektedir. Her iki ilde de en sık görülen kanser türü meme kanseridir ve en yüksek düzeyine 75-79 yaş grubunda ulaşmaktadır (Tablo 2).

**Tablo 2:** İzmir ve Antalya'da 65 yaş ve üzerinde yaşa özel kanser insidans hızları (yüzbinde), Kadın, 1998-2002

| Yerleşim yeri                   | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85+   |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Meme                            | 99.8  | 129.8 | 128.9 | 91.1  | 75.8  |
| Kolorektal                      | 41.8  | 74.6  | 76.5  | 65.4  | 65.4  |
| Mide                            | 22.4  | 37.3  | 46.1  | 35.0  | 27.5  |
| Diğer deri                      | 51.9  | 97.3  | 115.3 | 114.4 | 141.2 |
| Tüm yerleşim yerleri            | 488.7 | 691.5 | 752.5 | 569.7 | 585.4 |
| Deri hariç tüm yerleşim yerleri | 436.8 | 594.2 | 637.2 | 455.3 | 444.2 |
| Yerleşim yeri                   | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85+   |
| Meme                            | 86.5  | 90.9  | 110.3 | 69.9  | 48.0  |
| Kolorektal                      | 42.6  | 69.1  | 82.7  | 35.0  | 64.0  |
| Mide                            | 28.0  | 30.3  | 39.4  | 55.9  | 32.0  |
| Diğer deri                      | 80.4  | 128.0 | 153.6 | 125.8 | 184.0 |
| Tüm yerleşim yerleri            | 534.7 | 673.7 | 779.8 | 573.0 | 528.0 |
| Deri hariç tüm yerleşim yerleri | 454.3 | 545.7 | 626.2 | 447.2 | 344.0 |

**Tablo 3:** Bazı ülkelerde 65 yaş ve üzerinde tüm kanserler\* için yaşa özel kanser insidans hızı\*\*, Erkek, 1998-2002\*\*\* (Kaynak no 10)

| Toplum                | 65-69  | 70-74  | 75-79**** | 80-84  | 85+    |
|-----------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|
| İsviçre, Cenevre      | 2240.1 | 2660.5 | 2784.7    | 3501.4 | 3543.7 |
| Almanya, Saarland     | 1941.2 | 2530.8 | 2976.7    | 3250.4 | 3420.2 |
| ABD, SEER-14          | 2301.7 | 2894.1 | 3252.5    | 3310.3 | 3247.9 |
| Japonya, Aichi        | 1467.3 | 2002.5 | 2439.5    | 2813.4 | 3025.7 |
| Çin, Wuhan            | 1138.9 | 1468.0 | 1670.0    | 1389.4 | 833.8  |
| Çin, Guangzhou        | 1384.3 | 1980.3 | 2251.8    | 4037.6 | 2629.1 |
| Pakistan, GüneyKaraçi | 1024.5 | 860.2  | 696.0     |        |        |

\*Malign melanom dışı deri kanserleri hariç \*\*Yüzbinde \*\*\*Pakistan için 1993-1997  
\*\*\*\*Pakistan için 75+ yaş grubu

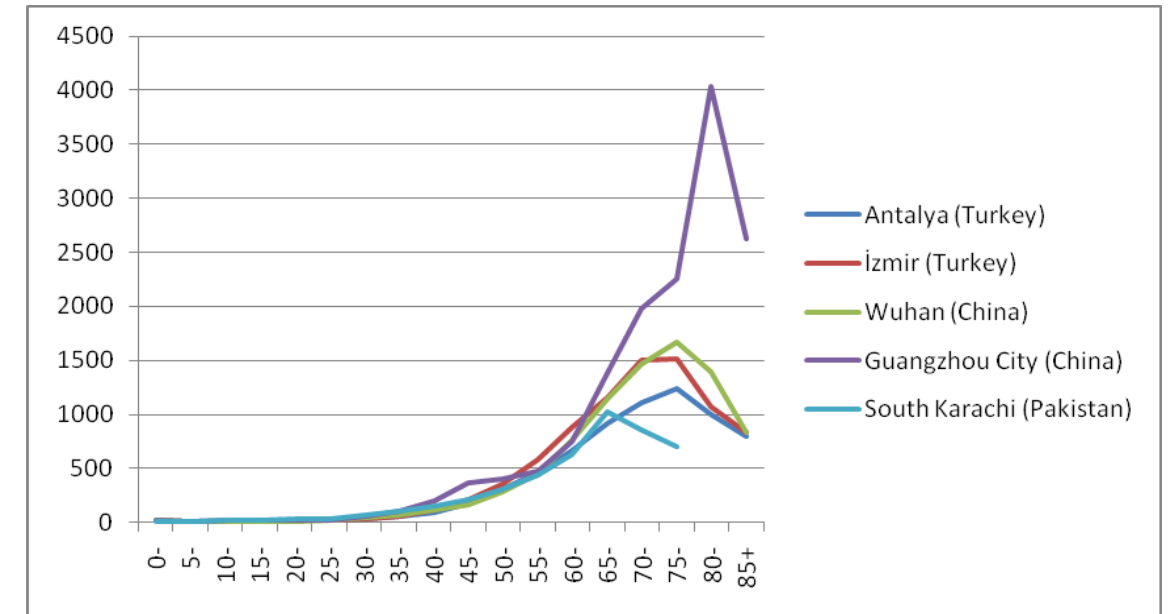
Gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığında, hem erkek hem de kadınlarda ülkemizdeki 65 yaş sonrası yaşa özel kanser hızlarının oldukça düşük olduğu görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde yaşla birlikte insidans

hızlarında sürekli bir artış görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelere ise hem erkekler hem de kadınlarda İzmir ve Antalya'dakine benzer olarak ileri yaşlarda kanser insidans hızlarında düşüş görülmektedir (Tablo 3, 4)

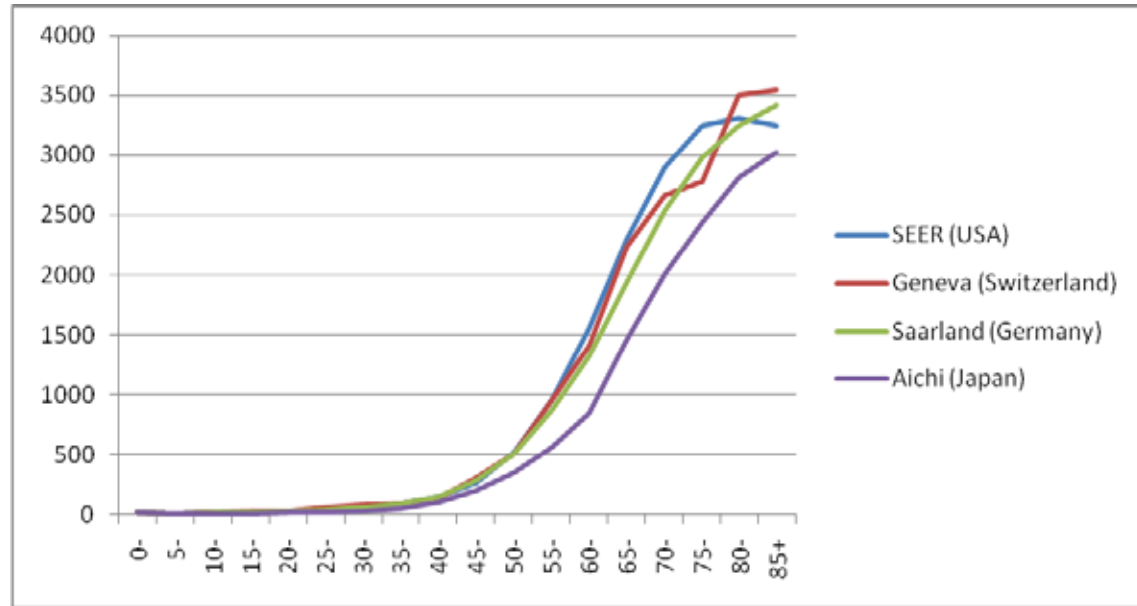
**Tablo 4:** Bazı ülkelerde 65 yaş ve üzerinde tüm kanserler\* için yaşa özel kanser insidans hızı\*\*, Kadın, 1998-2002\*\*\* (Kaynak no 10)

| Toplum                | 65-69  | 70-74  | 75-79**** | 80-84  | 85+    |
|-----------------------|--------|--------|-----------|--------|--------|
| İsviçre, Cenevre      | 1121.9 | 1283.4 | 1601.3    | 1698.3 | 1887.9 |
| Almanya, Saarland     | 1060.4 | 1284.8 | 1545.5    | 1814.3 | 1922.8 |
| ABD, SEER-14          | 1364.1 | 1620.8 | 1856.8    | 1968.5 | 1884.8 |
| Japonya, Aichi        | 722.7  | 916.9  | 1111.2    | 1256.8 | 1447.4 |
| Çin, Wuhan            | 563.6  | 673.9  | 672.9     | 558.8  | 380.4  |
| Çin, Guangzhou        | 710.6  | 815.3  | 783.1     | 1399.0 | 850.1  |
| Pakistan, GüneyKaraçi | 870.1  | 446.3  | 397.8     |        |        |

\*Malign melanom dışı deri kanserleri hariç \*\*Yüzbinde \*\*\*Pakistan için 1993-1997  
\*\*\*\*Pakistan için 75+ yaş grubu

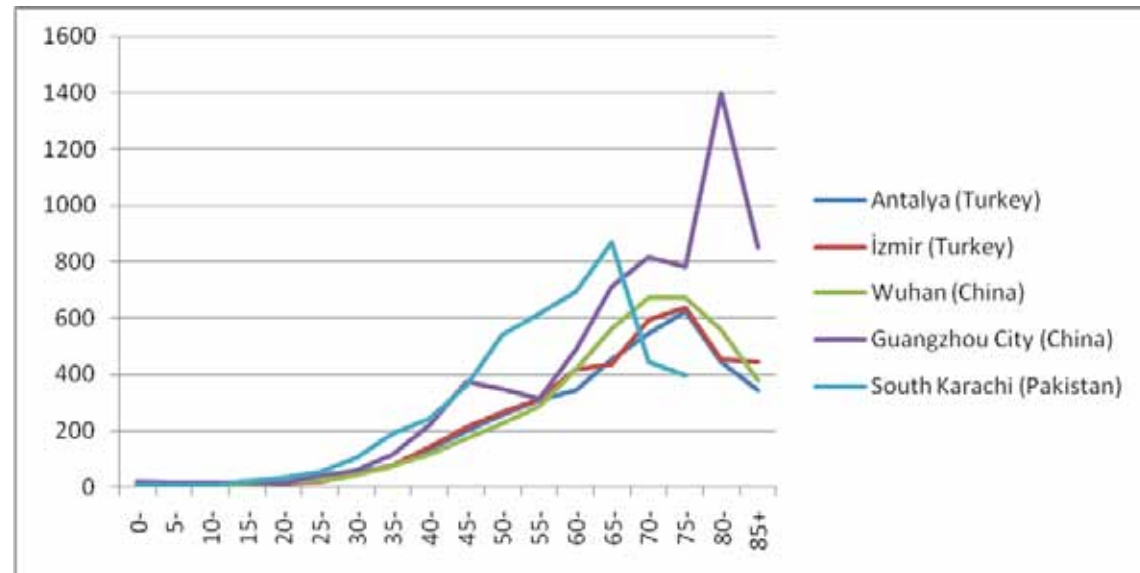
**Şekil 1:** Gelişmekte olan ülkelere erkeklerde yaşa özel kanser insidans hızları\*, bütün kanserler\*\* (Kaynak no 10)

\*Yüzbinde, Pakistan için 1993-97, 75+yaş grubu, diğerleri 1998-2002, \*\*Malign melanom dışında deri kanseri hariç



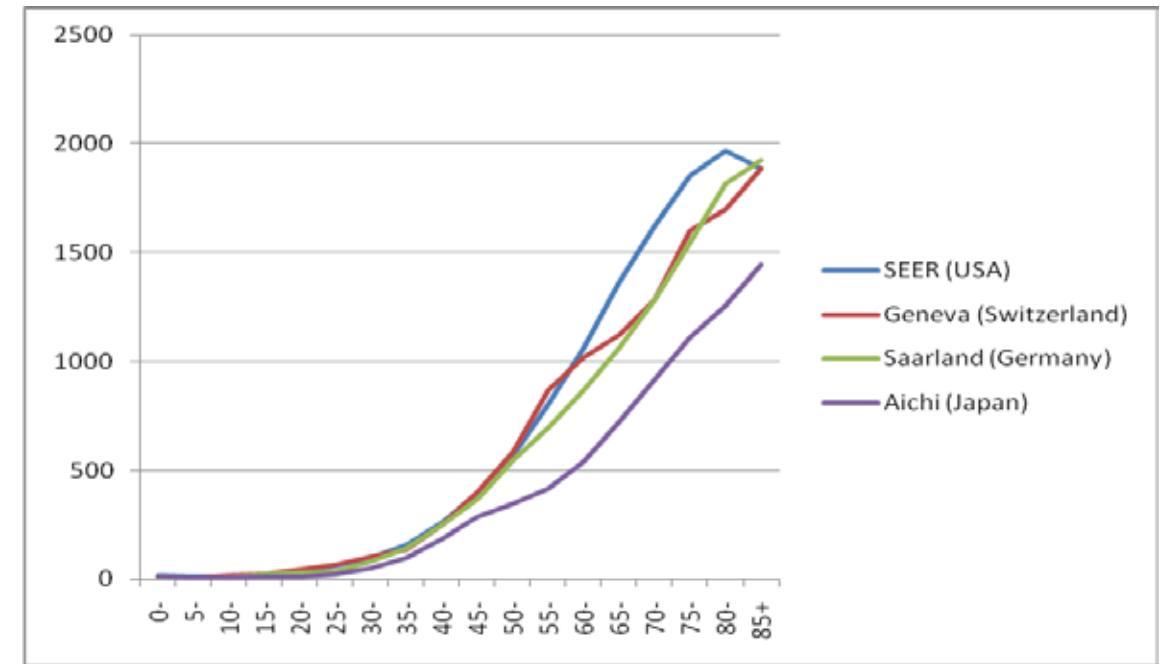
**Şekil 2:** Gelişmiş ülkelerde erkeklerde yaşa özel kanser insidans hızları\*, bütün kanserler\*\* (Kaynak no 10)

\*Yüzbinde , \*\*Malign melanom dışında deri kanseri hariç



**Şekil 3:** Gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda yaşa özel kanser insidans hızları\*, bütün kanserler\*\* (Kaynak no 10)

\*Yüzbinde, Pakistan için 1993-97, 75+yaş grubu, diğerleri 1998-2002, \*\*Malign melanom dışında deri kanseri hariç



**Şekil 2:** Gelişmiş ülkelerde kadınlarda yaşa özel kanser insidans hızları\*, bütün kanserler\*\* (Kaynak no 10)

\*Yüzbinde , \*\*Malign melanom dışında deri kanseri hariç

**Tablo 5:** Bazı ülkelerde tüm yerleşim yerleri için 0-64 yaş ve 65 yaş ve üzeri yaş gruplarında saptanan kanser\* olgu sayısı\*\* ve yüzdeleri, 1998-2002\*\*\* (Kaynak no 10)

| Toplum                 | <65         |      | ≥65         |      | Toplam Olgu Sayısı* |
|------------------------|-------------|------|-------------|------|---------------------|
|                        | Olgu Sayısı | %    | Olgu Sayısı | %    |                     |
| İsviçre, Cenevre       | 4633        | 44.4 | 5770        | 55.3 | 10433               |
| Almanya, Saarland      | 11643       | 39.4 | 17917       | 60.6 | 29560               |
| ABD, SEER-14           | 695600      | 46.3 | 920352      | 53.7 | 1615952             |
| Japonya, Aichi         | 7180        | 43.0 | 9094        | 55.9 | 16274               |
| Çin, Wuhan             | 18337       | 58.9 | 12812       | 41.1 | 31149               |
| Çin, Guangzhou City    | 13413       | 54.8 | 11082       | 45.2 | 24495               |
| Pakistan, GüneyKarachi | 6803        | 79.7 | 1736        | 20.3 | 8539                |
| Türkiye, İzmir         | 15951       | 61.9 | 9817        | 38.1 | 25768               |
| Türkiye, Antalya       | 5341        | 65.3 | 2838        | 34.6 | 8179                |

\* Malign melanom dışında deri kanseri hariç bütün kanserler

\*\*Yaşı bilinmeyen olgular dahil edilmemiştir

\*\*\*Pakistan için 1993-97

Tablo 5’de izlendiği gibi gelişmiş ülkelerde olguların yarısından fazlası 65 yaş ve üzerinde ortaya çıkarken, ülkemizde bu yaş grubunda kanserlerin yaklaşık üçte biri meydana gelmektedir.

### Tartışma

Bu çalışmada elde edilen bulgular İzmir ve Antalya illerinde özellikle 80 yaş üzerinde kanser insidanslarındaki artış eğiminin durduğu, hatta bir düşüş eğiminin başladığını göstermektedir. Bu durumun salt birkaç kanser türü ile sınırlı kalmadığı, her iki cinsiyette de görülen tüm kanser türleri için de geçerli olduğu saptanmıştır. İnsidans artışıındaki azalmanın her iki kanser kayıt merkezi verilerinde, her iki cinsiyette ve tüm kanser tiplerinde görülmesi bu düşüşün rastlantısal olmadığını önemli bir göstergesi olarak sayılabilir. Veri güvenilirliği bir sorun olsaydı bu eğimin yaygın ve tutarlı bir seyir izlemesi beklenmezdi.

Olgu sayılarına bakıldığında, İzmir’de olguların % 38.1’i, Antalya’da % 34.6’sı 65 yaş ve üzerinde ortaya çıkmaktadır. Gelişmiş ülkelerde ise olguların yarısından fazlası bu yaş grubunda görülmektedir. 65 yaş ve üzeri kanserlerin en yüksek yüzdeye sahip olduğu ülke Almanyadır (% 60.6). Gelişmekte olan ülkelere aynı oran %50’nin oldukça altındadır ve en düşük oran % 20 ile Pakistan Güney Karaçi’de gözlenmektedir (Tablo 5). 65 yaş ve sonrası kanser olgularının bütün kanserler içindeki oranının gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere oranla belirgin şekilde yüksek oluşu, öncelikle bu toplumlardaki yaşlı nüfus oranının fazlalığıyla açıklanabilir. Ancak bu yaş grubundaki erkek ve kadınlardaki kanser riskinin daha genç yaştakilere göre 11 kat kadar daha yüksek olduğu da bilinmektedir<sup>19</sup>.

Çalışmamızda elde edilen bulgulara göre İzmir ve Antalya’da yaşa özel kanser insidansında 79 yaşından sonra keskin bir düşüş görülmektedir. Malign melanom dışı deri kanserleri dışında tüm kanserler için erkeklerde yaşa özel insidans hızı İzmir’de 65-69 yaş grubunda yüzbinde 1159.5 iken,

75-79 yaş grubunda 1510’a yükselmekte ve daha sonra 80-84 yaş grubunda 1071.7, 85+ yaş grubunda ise 836.7 düzeyine inmektedir. Antalya’da ise aynı yaş grupları için yaşa özel insidans hızları sırasıyla 914.2, 1244.3, 1002.7 ve 791.1’dir. Kadınlarda da benzer bir eğim izlenmektedir. Malign melanom dışı deri kanserleri dışındaki tüm kanserler için yaşa özel insidans hızı 75-79 yaş grubunda en yüksek düzeye ulaşp (İzmir’de 637.2, Antalyada 626.2) bu yaş grubundan sonra düşüş görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelere yaşlı gruplardaki kanser insidans hızları her iki cinsiyet için de İzmir ve Antalya’da olduğu gibi yaşla birlikte düşme eğilimi gösterirken, gelişmiş ülkelerde 65 yaş ve üzerindeki yaşa özel kanser insidansı çalışmamızda elde edilen bulgularla farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde malign melanom dışı deri kanserleri dışındaki tüm kanserler için yaşa özel hızlar yaşla birlikte sürekli bir artış göstermektedir (Tablo 3 ve 4, Şekil 1, 2, 3, 4)

İzmir ve Antalya illerinde ileri yaşlarda kanser insidans hızlarındaki düşüş genellikle gelişmekte olan ülkelere göre örüntüyle örtüşmektedir.<sup>1,13,14,20</sup> Bu düşüş eğiliminin olası nedenleri arasında, yaşlı kanserleri ile ilgili kanser kayıt verilerindeki yetersizlik, kohort etkisi, sağkalım yanılıgısı ve bu illerde yaşlıların uygun sağlık hizmetlerine ulaşamaması sayılabilir.

Kayıt merkezlerindeki veri toplama eksikliklerinin salt yaşlılarla sınırlı olması beklenemez ve “kanser kayıt verilerinin kalitesindeki yetersizlik olasılığı” tezi bu örüntüyü açıklayamaz. “Kohort etkisi” de düşüş eğilimini açıklaması olası bir nedendir. Kanser bir süregen çevresel maruz kalım sonucu gelişen bir hastalık olarak kabul edildiğinde araştırmanın yapıldığı tarihte 80’li yaş kohordunda (1920-1925 doğumlu) olan yaşlı bireylerin halen daha genç yaş kohortlarında olan bireylere göre olasılıkla daha farklı ve hatta daha kırsal bir yaşam sürdürdükleri düşünülebilir. 1927 nüfus sayımında %24.2 olarak saptanan kentsel nüfus oranı<sup>21</sup>, 2009 yılı sayım sonuçlarında %75.4 olarak saptanmıştır.<sup>22</sup> Bu değişim, yaşam biçimi ve

çevresel olumsuz etkenlerle karşılaşmada hızlı artış nedeniyle kanser görülüşünde olası bir kohort etkisine işaret edebilir. İzmir ve Antalya illerinde ileri yaşlarda görülen kanser insidans hızlarındaki düşüşün bir miktarının kohort etkisi ile açıklanması olasıdır. Bu konuda daha iyi fikir sahibi olmak için tek tek kanser türlerini incelemek gerekir. Örneğin erkeklerde akciğer kanseri insidans hızında ileri yaşlarda çok keskin bir düşüş gözlenmektedir.<sup>1</sup> Sigara ve tütünle karşılaşmanın yirmili yıllarını doldurmasıyla akciğer kanserine yakalanma riskinin büyük ölçüde artırdığı bilinmektedir. 20-30 yıl öncesinde de ülkemizde erkeklerdeki sigara içme prevalanslarının yüksek olduğunu göz önüne aldığımızda, akciğer kanseri insidansında 65 yaş ve üzeri grupta görülen düşüşü kohort etkisi ile açıklayamayız.

Öte yandan yine bu düşüşün olası diğer önemli bir epidemiyolojik açıklayıcı nedeni de “sağkalım yanılıgısı (bias)” olabilir. Sağkalım yanılıgısı, özellikle birincil ve ikincil (erken tanıya dayalı) koruma ile ilgili sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirici davranışların kurumsallaşmadığı toplumlarda genetik avantajı olmayan bireylerin dışındaki kişilerin erken ölümü nedeniyle sağ kalan yaşlı toplumunda beklenenden daha düşük insidansın gözlenmesidir. Sağkalım yanılıgısının, 70’li yaşlardan başlayarak gözlenen bu düşüş eğilimini açıklamakta en akla yakın neden olduğu düşünülebilir.

Düşüş eğilimi nedenselliğindeki olası diğer seçenek ve bu araştırmanın en önemli hipotezi olan “yaşlıların uygun sağlık hizmetlerine ulaşamaması” irdelenmeye değer bir argümandır. Fallah ve arkadaşları, özellikle gelişmekte olan ülkelere yaşlılarda kanser insidansının azalmasını inceleyen yayınlarında yaşlılarda tanı koymanın eksik olduğu ve ileri yaşlardaki insidans hızlarındaki düşmenin gerçek olmadığı kabulüne dayanarak, bu hatanın genel kanser insidans hızlarında da eksik tahmine neden olacağını ileri sürmüşler ve tahminleri düzeltmek için yöntemler önermişlerdir.<sup>15,23</sup>

Ülkemizde 1935 yılından 2000 yılına kadar % 3.3-4.7 arasında seyreden 65 yaş ve üzerindeki kişilerin oranı 2000 yılında % 5.7’ye,<sup>24</sup> 2009 yılında ise % 7’ye yükselmiştir.<sup>22</sup> 2050’de ise bu grubun nüfus içindeki yüzdesinin 20’ye ulaşacağı öngörülmektedir.<sup>24</sup> Yaşlı nüfusun artması ile bu grubun sağlık ve sosyal sorunları daha fazla önem kazanmaktadır. Ancak ülkemizde yaşlı sağlığına yönelik bir örgütlenme olmadığından sorunların çözümü daha da güçleşmektedir. Yaşlılarda birçok hastalığın erken tanınması mümkün olmamaktadır. Yaşlıların tıbbi sorunlarını ortaya çıkarmak amacıyla yapılan taramalar sonucunda bu yaş gruplarında bildirim yapılmamış hastalık sayısının çok yüksek olduğu görülmüştür. Yaşlılardaki birçok hastalığın tanısının konulmadığı ve tedavi edilmediği bilinmektedir. Yaşlılar normal yaşlanma ile hastalığı karıştırmakta, sorunlarının yaşlılık için normal bir durum olduğunu varsaymakta ve yapılacak bir şey olmadığına inanarak çoğu zaman hastalık bildiriminde bulunmamaktadırlar.<sup>25</sup>

Günümüzde, özellikle gelişmekte olan ülkelere göre toplumsal ve sosyal yapıda hızlı değişimler yaşanmaktadır. Kentleşme, göç, geleneksel aile yapısının terk edilmesi, değer sistemlerinin farklılaşması gibi pek çok faktörün, yaşlı insanların diğer gruplardan daha fazla etkilemesi beklenir. Yaşlıların yalnızlığı ve bağımlılıkları arttıkça, temel gereksinimlerini karşılayabilmeleri önündeki fiziksel, sosyal ve ekonomik engeller de çoğalmaktadır. Ülkemizde ileri yaşlarda kanser insidansında görülen düşüşün nedenlerinden biri hizmet kullanımından kaynaklanan nedenlerle olguların saptanma oranının düşük olmasına bağlanabilir. Bir çok gelişmekte olan ülke gibi Türkiye’de de sağlık sektörü örgütlenme, finansman, yönetim, enformasyon, insan kaynakları ve hizmet sunumu ile ilgili pek çok sorunla karşı karşıyadır. Türkiye kişi başına sağlık harcaması bakımından tüm OECD ülkeleri içinde en son sırada yer almaktadır (kişi başına 580 dolar). OECD ortalaması kişi başına 2550 dolar iken bu değer ABD’de 6102 dolar, Lüksemburg’da 5089 dolar ve

İsviçre’de 4077 dolardır.<sup>26</sup> Ülkemizde sağlık sistemini iyileştirme gerekçesiyle uygulanan yeniden yapılandırma çalışmaları ise, temelde hizmet sunumu ve finansmanında özel sektörün payını artırmaya yönelik düzenlemeleri içermekte, bunun sonucunda dezavantajlı gruplar başta olmak üzere hizmete erişimin daha da kısıtlanacağı beklenmektedir.

Bireylerin sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörler sosyal belirleyiciler, sağlık sistemleri ve bireysel belirleyiciler olarak üç grupta incelenmektedir. Yaş, cinsiyet, medeni durum gibi bireysel belirleyiciler değiştirilemezken, kişilerin hizmetlere erişimini engelleyen sosyal sorunlar ve sağlık sisteminin özelliğinden kaynaklanan faktörler kontrol edilebilir. İzmir ilinde bir sağlık ocağı bölgesinde yapılan araştırmada koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımını kişinin yüksek statülü bir işinin olması 2.91 kat, gelirin yüksek olması 1.91 kat ve sosyal güvencesinin olması 2.0 kat; tedavi edici hizmetlerin kullanımını ise yüksek statülü işin 0.51 kat ve sosyal güvencesinin olmasının 2.31 kat artırdığı tespit edilmiştir<sup>27</sup>. Ankara’da yapılan bir çalışmada ise 65 yaş ve üzerindeki kişilerin son hastalandıkları zaman sadece % 48’inin bir sağlık kuruluşuna başvurduğu, başvuru yüzdesinin 65-74 yaş grubunda % 53.6 iken, 75 yaş ve üzerinde ise %33.9’a düştüğü tespit edilmiştir. Sosyal güvenceye sahip olan kişilerin % 52.4’ünün, sosyal güvencesi olmayan kişilerin ise %25’inin sağlık kuruluşuna başvurduğu bulunmuştur. Kişilerin yarısının (% 50) sağlık ocağına başvurduğu, bunun nedenlerinin başında ise, sağlık ocağının ücretsiz ve evlerine yakın olmasının geldiği bulunmuştur.<sup>28</sup>

Gelişmiş ülkelerde, ülkemizdeki durumun tersine, yaşlı nüfusun değişen gereksinimlerine paralel olarak sağlık hizmeti kullanımları yaşla birlikte artış göstermektedir. ABD’de Medicare harcamaları 1966’da Gayri Safi Yurtiçi

Hasılanın %0.6’si iken 1999’da %2.5’e yükselmiştir. 2025 yılında ise %4’e ulaşması beklenmektedir. 1965-1998 yılları arasında yaşlıların sağlık hizmeti kullanımının değerlendirildiği bir çalışmada 65 yaş ve üzeri grupta Medicare tarafından yapılan ortalama kişi başı sağlık harcamalarının 1967’de 217 dolardan 1998 yılında 5439 dolara yükseldiği saptanmıştır. En büyük artış ise 85 yaş ve üzerindeki grupta gerçekleşmiştir. Bu kişilerin sağlık harcaması 65-74 yaş grubundaki kişilerle karşılaştırıldığında 1966 yılında 1.67 kat, 1997 yılında ise 1.98 kat fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu artış Medicare kapsamındaki hizmetlerden evde bakım, vasıflı hemşire bakımı ve palyatif bakım merkezlerinin kullanımının artmasına atfedilmiştir.<sup>29</sup>

Gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırıldığında, gelişmiş ülkelerde yaşam standardı yüksek ve sağlık hizmetlerine ulaşım oldukça iyi olmasına karşın, bu ülkelerde yaşayan dezavantajlı gruplar için de bazı eşitsizlikler söz konusudur. ABD’de yaşlılarda mammografi, pap test ve kolorektal kanser tarama testlerinin kullanımının belli bir ırka ve etnik azınlığa mensup kişilerde, düşük eğitimlilerde, yoksulluk seviyesinin altındaki kişilerde ve kırsal kesimde daha az sıklıkla kullanıldığı tespit edilmiştir. Örneğin 75 yaş ve üzerindeki Meksika kökenli Amerikalı kadınların % 40’ının hiç mamografi yaptırmadığı, yaklaşık yarısının ise hiç pap test yaptırmadığı tespit edilmiştir.<sup>30</sup>

Sonuç olarak yaşlılarda kanser sıklığındaki düşüşün önemli ölçüde sağkalım yanılıgına bağlanabileceği düşünülmekle birlikte diğer olası nedenler olan yaşlıların uygun sağlık hizmetine ulaşımındaki sınırlılıklar, yaşlıların örgütlü ve nitelikli sağlık hizmetinden yararlandırılmasındaki kültürel engeller ve kohort etkisi de dikkate alınmalıdır. Bu konuda düzenlenecek ileri araştırmalarda bu faktörlerin irdelenmesi gereklidir.

## Kaynaklar

1. Douglas D, The role of aging in cancer incidence: An epidemiological study. *Journals of Gerontology* 1989; 44 (6): 10-18.
2. Cutler RG, Semsei I, Development, cancer and aging: Possible common mechanisms of action and regulation. *Journals of Gerontology* 1989; 44 (6): 25-34.
3. de Souza Fêde AB, da Costa Miranda V, Pecoroni PG et al, Importance of cancer among the Brazilian elderly population from 2000 to 2005. *Einstein*. 2009; 7(2 Pt 1):141-6.
4. Monfardini S, Yancik R , Cancer in the elderly: Meeting the challenge of an aging population. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85 (7): 532-8.
5. Yancik R, Population aging and cancer: a cross-national concern. *Cancer J*. 2005; 11(6):437-41.
6. Day NE, Brown CC, Multistage models in primary prevention of cancer. *J Natl Cancer Inst* 1980; 64:977-89.
7. Kaldor JM, Day NE, Mathematical models in cancer epidemiology. In: Schottenfeld D, Clayton D, Schifflers E, editors. *Models for temporal variation in cancer rates. II: Age-period-cohort models*. *Stat Med* 1987; 6:469-8.
8. Mezzanotte G, Cislighi C, Decarli A, La Vecchia C, Cancer mortality in broad Italian geographical areas, 1975-1977. *Tumori* 1986; 72:145-52.
9. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J, Cancer incidence in five continents. Vol. VII. IARC Scientific Publications No. 143. Lyon: IARC; 1997.
10. Curado M P, Edwards B, Shin HR et al, Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX IARC Scientific Publications No. 160, Lyon: IARC; 2007.
11. Schottenfeld D, Fraumeni JF Jr, editors. *Cancer Epidemiology and Prevention*. New York: Oxford University Press; 1996:127-37.
12. Freedman LS, Barchana M, Al-Kayed S, et al. A comparison of population-based cancer incidence rates in Israel and Jordan. *Eur . J. Cancer Prev*. 2003; 12 (5): 359-65.
13. Fallah M, Kharazmi E, Global cancer incidences are substantially underestimated due to under-ascertainment in elderly cancer cases. *Asian Pac J Cancer Prev* 2009; 10: 223-6.
14. Fallah M, Kharazmi E. Substantial under-estimation in cancer incidence estimates for developing countries due to under-ascertainment in elderly cancer cases. *Cancer Letters* 2008; 264: 250-5.
15. Fallah M, Kharazmi E. Iran cancer incidence should be corrected for under-ascertainment in cancer cases in the elderly (aged 65+). *Asian Pac J Cancer Prev* 2007 Jul-Sep;8(3):348-52.
16. Franceschi S. Cancer epidemiology in the elderly. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2001; 39(3): 219-26.
17. Vincent A, Clover L, Buckley C, Grimley Evans J, Rothwell P. Evidence of underdiagnosis of myasthenia gravis in older people. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 2003;74:1105-8.
18. Lambert R, Sauvaet C, Sankaranarayanan R. Mass screening for colorectal cancer is not justified in most developing countries. *Int J Cancer*. 2009 15;125(2):253-6.
19. Ershler WB. Cancer: A disease of the elderly. *The Journal of Supportive Oncology* 2003;1(suppl 2):5-10.
20. Parkin DM, Chen W, Ferlay J, Galceran J, Whelan SL. Comparability and quality control in cancer registration. Lyon: IARC Press: 1994. S 38-39

21. Nüfus istatistikleri. Türkiye İstatistik Kurumu. [www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb\\_id=39&ust\\_id=11](http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11). Erişim Haziran 15, 2010.
22. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2009. Türkiye İstatistik Kurumu. [www.turkstat.gov.tr/jsp/duyuru/upload/vt\\_en/vt.htm](http://www.turkstat.gov.tr/jsp/duyuru/upload/vt_en/vt.htm). Erişim Haziran 15, 2010.
23. Fallah M, Kharazmi E. Correction for under-ascertainment in cancer cases in the very elderly (aged 75+): external reference method. *Cancer Causes Control* 2008; 19:739-49.
24. Devlet Planlama Teşkilatı, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı, Yayın No DPT: 2741, 2007.
25. Terakye G, Güner P. Kriz potansiyeli taşıyan bir dönem: Yaşlılık. *Kriz Dergisi* 1997; 5 (2): 95-101. S 6-7
26. Ersöz F. Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi. *İstatistikçiler Dergisi* 2008; (2): 95-104.
27. Aydoğdu NG. Sağlık Hizmeti Kullanımına etki eden faktörlerin incelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Halk sağlığı hemşireliği yüksek lisans tezi, İzmir; 2007. S 1
28. Özcebe H, Sönmez R, Atasoy A, et al. Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi Anadolu Mahallesinde 65 yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Hizmeti Kullanımının Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2003; 6 (1): 22-6.
29. Lubitz J, Greenberg LG, Gorina Y, Wartzman L, Gibson D, Three decades of health care use by the elderly 1965–1998, *Health Affairs* 2001; 20(2): 19-32.
30. Intercultural cancer council (ICC). Elderly and cancer. Available at: <http://iccnetwork.org/cancerfacts/ICC-CFS10.pdf>. Accessed June 20.

## Göçebe mevsimlik tarım işçisi olan ve olmayan kadınlarda tetanoz aşılama durumu ve ilişkili diğer faktörler

İbrahim Koruk<sup>a</sup>, Zeynep Şimşek<sup>a</sup>

### Özet

**Amaç:** Bu araştırma, göçebe mevsimlik tarım işçiliğinin 15-49 yaş kadın tetanoz aşılama hizmetlerine ulaşmada bir engel olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırma, kesitsel tiptedir ve Şanlıurfa Ertuğrulgazi Sağlık Ocağı bölgesinde yürütülmüştür. Araştırma, Kasım 2007-Şubat 2008 tarihleri arasında yürütülmüştür. 15-49 yaş grubundaki evli ya da bekar toplam 828 kadın araştırmaya alınmıştır. Veri toplamada, kadın tetanoz aşılama durumu ve aşılama başarısızlığı nedenleri ile bazı sosyo-demografik değişkenleri içeren yapılandırılmış anket kullanılmıştır. Soru formu yüz-yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. **Bulgular:** İki ve üstü doz tetanoz aşısı yaptırma göçebe mevsimlik tarım işçilerinde %44.3, tarım işçisi olmayanlarda %56.9’dur. Lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre 2 ve üstü doz tetanoz aşısı yaptırmayı, göçebe mevsimlik tarım işçiliği 1.6 kat, aşı kartı bulunmaması 2.7 kat olumsuz etkilemektedir. **Sonuç:** Göçebe mevsimlik tarım işçileri önemli bir risk grubudur ve bu gruba yönelik temel sağlık hizmetleri sunumunun yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Göçebe mevsimlik tarım işçiliği, tetanoz aşısı, 15-49 yaş kadın, doğum öncesi bakım.

## Tetanus vaccination status among female migratory and non-migratory seasonal farmworkers and other related factors

### Abstract

**Aim:** The objective of this cross-sectional study was to investigate whether the migratory status of seasonal farm workers presents a barrier to women’s access to tetanus vaccination. **Methods:** This cross-sectional survey was carried out within the service area of the Ertugrulgazi Primary Healthcare Center (PHC) in the Sanliurfa district. The study was conducted between November 2007 and February 2008. In the study a total of 828 (married and single) women, ranging in age from 15 to 49, was studied. The questionnaire, applied with face to face interviews, covered questions about the women’s socio-demographic situation, their tetanus status and the reasons for vaccination failure. **Results:** 44.3% of the women in migratory farm worker families received at least two doses of tetanus vaccination while 56.9% of women in non-migratory farm worker families received at least two doses. According to a logistic regression analysis, the vaccination status was negatively affected by migratory status of seasonal farm workers (1.6 times), and by the loss of their vaccination card (2.7 times). **Conclusion:** Migratory farmworker families are an important risk group for health care delivery. Primary health services must be regulated to meet this group’s needs.

**Key Words:** Migratory seasonal farm workers, tetanus vaccination, 15-49 age women, prenatal care.

<sup>a</sup> Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Şanlıurfa

**Sorumlu Yazar:** İbrahim Koruk , Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Yenişehir Yerleşkesi, Şanlıurfa. Tlf:0(414) 3183120, Fax:0(414) 3139615 E-posta: ibrahimkoruk@yahoo.com

## Giriş

Tetanoz hastalığı aşı ile önlenabilir bir hastalık olmasına rağmen her yıl yaklaşık 200.000 tetanoz olgusuna bağlı ölüm olmaktadır. Bunlardan 15.000 ile 30.000'inin gebelik boyunca ya da doğum sonrası ölen kadınlardan oluştuğu tahmin edilmektedir. Maternal ve neonatal tetanozu elimine etmede temel strateji ise gebelik öncesi ve gebelik sürecinde kadınların tetanoz toksoidi (TT/Td) ile aşılanmaları, doğum öncesi bakım hizmeti almaları ve sağlık personeli yardımı ile hijyenik koşullarda doğum yapmalarının sağlanmasıdır<sup>1</sup>.

Dünyada 2006 yılı sonu itibarı ile 104 ülkede maternal ve neonatal tetanoz aşılama yapılmaktadır. Bu ülkelerde yenidoğanların yaklaşık %81.0'nun neonatal tetanoza karşı korunduğu tahmin edilmektedir<sup>2</sup>. Türkiye'de ise, 1994 yılında Sağlık Bakanlığı neonatal tetanozu elimine etmek için Dünya Sağlık Örgütü rehberlerine uygun olarak gebe tetanoz aşılmasını Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) içine almıştır. GBP içinde, hiç aşılanmamış gebeler için gebelik süresince en az iki doz ve doğurganlık çağındaki tüm kadınlara beş doz tetanoz aşısı planlanmıştır. Tetanoz aşısı birinci basamak sağlık kuruluşlarında ücretsiz yapılmaktadır. Diğer özel ve kamu sağlık kuruluşları da kayıt tutmak ve ücretsiz yapmak koşulu ile sağlık müdürlüklerinden aşı sağlayarak uygulayabilmektedir. Tüm bu çabalara rağmen 2008 yılı itibarı ile Türkiye maternal ve neonatal tetanoz (MNT) eliminasyonunu sağlayamayan 46 ülke içinde yer almaktadır<sup>1,3,4</sup>.

Tetanoz aşılması için çok önemli aktivitelerden biri de 1994 yılında Türkiye'de pilot uygulamalar şeklinde başlatılan Güvenli Annelik Programı'dır. Bu programda, aile planlaması, anne ve yenidoğan için doğum öncesi bakım, temiz ve güvenli doğum, doğum sonrası bakım, komplikasyonlar için temel obstetrik bakım ve özel yenidoğan bakımı gibi müdahaleler yer almaktadır. Bu müdahaleler uygulandığında tetanoza bağlı ölümlerde

%80 azalma beklenmektedir<sup>5</sup>. Ancak, hala gebelerin tespiti sağlanamamakta, nitelikli doğum öncesi bakım hizmeti verilememekte, takvimine uygun tetanoz aşılması ve temiz doğum aktiviteleri tam olarak sağlanamamakta, neonatal ölümler de tam olarak tespit edilememektedir<sup>3</sup>. Bu nedenle, Maternal ve Neonatal Tetanos Eliminasyon Programı çerçevesinde, 2006 yılında maternal ve neonatal tetanoz açısından yüksek riskli kabul edilen bölgelerde Tetanoz Aşı Günleri (TAG) yapılmıştır. 2006 yılında tespit edilen 18 neonatal tetanoz vakasının 7'sini bildiren Şanlıurfa yüksek riskli 18 il içinde TAG uygulamasını gerçekleştirmiştir. Birinci ve ikinci TAG sonunda tüm illerde tetanoz aşılama düzeyi ancak %81.0 ve %70.0'a çıkarılabilmektedir<sup>6</sup>.

İkinci TAG sonrası tüm Şanlıurfa'yı temsil eden bir araştırmada da 15-49 yaş grubu kadınlarda en az 2 doz tetanoz aşısı yaptırma %70.5 olarak belirtilmiş, 14.05.2007- 08.06.2007 tarihlerinde yapılan üçüncü TAG sonrası aşı yapılmayanların %38.8'ini evde bulunamayanlar oluşturmuştur<sup>7,8</sup>.

Bölgede yapılan araştırmalarda, Şanlıurfa il merkezinde 33 mahallede yaşayanların %44'ünü (124.630) göçebe mevsimlik tarım işçisi ailelerin oluşturduğu ve Mart ayından başlamak üzere Kasım ayına kadar Türkiye'de 21 farklı ile (ortalama 2 il) tarım işçisi olarak çalışmaya gittikleri ve sağlık hizmetine erişmede güçlük çektikleri belirtilmektedir<sup>9,10</sup>.

Araştırmalarda göçebe yaşam tarzı, ekonomik yetersizlik, dil ve kültürel farklılık, kayıt altında olmamak ve çalışılan bölgede sınırlı sayıda sağlık kuruluşunun olması, coğrafi ve sosyal izolasyon, ulaşım aracı yetersizliği ve sağlık algısı düşüklüğünün göçebe mevsimlik tarım işçilerin sağlık hizmeti kullanımını sınırladığı gösterilmiştir. Göçebe yaşamın, izleme dayalı ve uzun süreli tedavi hizmetlerine (büyüme ve gelişmenin izlenmesi, bağışıklama, tüberküloz tedavisi, vb.) ulaşımı güçleştirdiği, hatta pek çok

göçebe mevsimlik tarım işçisinin sağlık hizmeti kullanmayı sürekli adreslerine dönene kadar ertelediği bilinmektedir<sup>11,12</sup>.

Bu araştırmada, Şanlıurfa'da temel geçim kaynaklarından biri olan göçebe mevsimlik tarım işçiliğinin 15- 49 yaş kadın tetanoz aşılama hizmetlerine ulaşmada bir engel olup olmadığını ortaya koymak amaçlanmıştır.

## Yöntem

Araştırma, kesitsel tiptedir. Şanlıurfa Ertuğrulgazi Sağlık Ocağı bölgesinde Kasım 2007-Şubat 2008 tarihleri arasında yürütülmüştür.

**Araştırma bölgesi:** Araştırma, düşük sosyo-ekonomik düzeyde olan ve geçimlerinin önemli bir kısmını göçebe mevsimlik tarım işçiliği ile sağlayan insanların yaşadığı Hayati Harrani Mahallesinde yapılmıştır. Sağlık ocağı personeli ve mahalle muhtarı ile yapılan görüşme sonucunda Hayati Harrani Mahallesi içerisinde bulunan, göçebe mevsimlik tarım işçisi ailelerin en yoğun bulundukları iki büyük cadde arasında kalan, sağlık ocağı kayıtlarına göre 4669 kişinin yaşadığı 22 sokak araştırma bölgesi olarak seçilmiştir.

**Araştırma popülasyonu:** Şanlıurfa İl merkezinde toplam 282.936 kişinin yaşadığı 33 mahallede ikamet eden ve nüfusun %44'ünü (124.630) oluşturan göçebe mevsimlik tarım işçisi ailelerdir. Göçebe mevsimlik tarım işçileri, Mart ayından başlamak üzere Türkiye'de 21 farklı ile (ortalama 2 il) tarım işçisi olarak gitmekte ve Kasım ayının ilk haftasında da Şanlıurfa'daki kalıcı adreslerine dönmektedir<sup>10</sup>.

**Araştırma Örnekleme:** Araştırma bölgesindeki toplam 341 hane ziyaret edilerek evde bulunan 15-49 yaş grubundaki evli ya da bekar toplam 828 kadın araştırma örneklemini oluşturmuştur. Araştırmaya katılım % 96.0 olmuştur. Araştırmaya katılmama nedeni ziyaret sırasında evde bulunmamaktır.

Bu seçim yöntemi, daha çok göçebe mevsimlik tarım işçisi ile karşılaşmak ve bu

risk grubuyla daha fazla derinlemesine görüşmeler yapabilmek amacıyla tercih edilmiştir.

**Veri toplamada:** Kadın tetanoz toxoid aşılama durumu durumu ve aşılama başarısızlığı Nedenleri ile bazı sosyo-demografik değişkenleri içeren yapılandırılmış anket kullanılmıştır. Soru formu yüz-yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Türkçe bilmeyenlerle iletişim, kişinin ailesinden ya da komşusundan Türkçe bilen birisi yardımı ile sağlanmıştır.

Aşılama başarısızlığı nedenleri, kadınların kendi bildirimlerine göre aşı yaptırmama ya da aşı takvimine uymama nedenlerini sorgulamaktadır.

**Araştırmanın bağımlı değişkenleri:** Tetanoz aşılama durumu.

**Araştırmanın bağımsız değişkenleri:** Yaş, hanedeki kişi sayısı, göçebe mevsimlik tarım işçiliği durumu, sağlık güvence durumu, öğrenim durumu, Türkçe bilme, aşı kartı durumu, son gebeliğinde doğum öncesi bakım (DÖB) alma ve doğum yapılan yerdir.

**Tanımlamalar:** Araştırmanın yapıldığı yıl içerisinde mevsimlik, göçebe olarak tarım alanında çalışanlar "göçebe mevsimlik tarım işçisi" olarak tanımlanmıştır. Daha önceki yıllara yönelik göçebe mevsimlik tarım işçiliği yapıp yapmadığı sorgulanmamıştır. Göçebe mevsimlik tarım işçileri metin içinde bu cümleden itibaren "göçebe mevsimlik işçiler" olarak ifade edilmiştir.

Göçebe mevsimlik tarım işçisi olmayanlar kapsamında araştırmanın yapıldığı son yıl içerisinde bu işi yapmayanlar alınmıştır. Göçebe mevsimlik tarım işçisi olmayanlar metin içinde bu cümleden itibaren "tarım işçisi olmayanlar" olarak ifade edilmiştir.

Tetanoz aşısı durumu, bağımsız değişkenlerin etkisinin değerlendirildiği ikili analizlerde 5 doz aşı (tam aşıllık dozu) yaptıranlar çok az olduğu için neonatal tetanoza karşı da koruma dozu olan 2 ve üstü doz aşı yaptırma durumu kullanılmıştır.

Son gebeliğinde izlem, sağlık personeli tarafından yapılan ilk kez gebe kalanları ve birden fazla olanların ise son gebeliğindeki izlemidir.

Doğum yapılan yer, son canlı doğumun yapıldığı yerdir.

Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler, t-testi, ki-kare testi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Analizler SPSS 11.5 paket programı ile yapılmıştır.

Lojistik regresyon modeline alınan bağımsız değişkenler göçebe mevsimlik tarım işçiliği (evet/hayır), sağlık güvencesi (var/yok), öğrenim durumu(ilkokul altı/üstü), yaş (25 altı/üstü), dil(Türkçe biliyor/bilmiyor), hanedeki kişi sayısı(6 ve üstü/5 ve altı), son gebeliğinde DÖB alma (evet/hayır), doğum yapılan yer(ev/sağlık kuruluşu) dir ve tümü kategorik değişken niteliğindedir.

Tablo 1. Göçebe mevsimlik tarım işçiliği durumuna göre bazı özelliklerin dağılımı

|                                       | Göçebe mevsimlik tarım işçiliği |       |       |       |         |       |
|---------------------------------------|---------------------------------|-------|-------|-------|---------|-------|
|                                       | Evet                            | %*    | Hayır | %*    | Ki kare | P     |
| Sağlık Güvencesi                      |                                 |       |       |       |         |       |
| Yok                                   | 126                             | 21.7  | 46    | 18.5  | 18.47   | 0.000 |
| Yeşil kart                            | 426                             | 73.5  | 169   | 68.2  |         |       |
| Sosyal güvenlik kurumu+özel sigorta** | 28                              | 4.8   | 33    | 13.3  |         |       |
| Öğrenim Durumu                        |                                 |       |       |       |         |       |
| Okur yazar değil                      | 444                             | 76.6  | 183   | 73.8  | 0.72    | 0.86  |
| Okur yazar                            | 58                              | 10.0  | 28    | 11.3  |         |       |
| İlkokul ve üstü                       | 78                              | 13.4  | 37    | 14.9  |         |       |
| Toplam                                | 580                             | 100.0 | 248   | 100.0 |         |       |

\*Sütun yüzdesi

\*\* Fark yaratan grup

Göçebe mevsimlik işçi kadınlarda ve tarım işçisi olmayan kadınlarda ilkokul üstü eğitimi tamamlamış olanlar sırası ile %13.4 ve %14.9'dur (P>0.05, Tablo 1).

Göçebe mevsimlik işçiliğinin tetanoz aşılama durumuna etkisi incelendiğinde; hiç aşı yaptırmama göçebe mevsimlik işçilerde %22.2, tarım işçisi olmayanlarda %14.9, 1 doz tetanoz aşısı yaptıрма göçebe mevsimlik işçilerde %33.4, tarım işçisi olmayanlarda %28.2, 2 ve üstü doz tetanoz

### Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların %70.0'i göçebe mevsimlik işçidir. Göçebe mevsimlik işçilerde ortalama hanehalkı sayısı 9.2±3.2 iken tarım işçisi olmayanlarda 8.2±2.8 olarak saptanmıştır(t=4.0, P=0.000).

Göçebe mevsimlik işçi kadınlarda yaş ortalaması 27.0±9.6 iken tarım işçisi olmayanlarda 28.8±8.4 olarak saptanmıştır (t= 2.5, P=0.01).

Hem göçebe mevsimlik işçilerin hem de tarım işçisi olmayanların çoğunluğu (sırası ile %73.4 ve %68.1) yeşil kart kapsamında sağlık hizmeti kullanmaktadır. Ancak, göçebe mevsimlik işçilerde “sosyal güvenlik kurumu kapsamında+özel sigortası olanlar” daha azdır (P<0.05).

aşısı yaptıрма göçebe mevsimlik işçilerde %44.3, tarım işçisi olmayanlarda %56.9 olarak bulunmuştur. Göçebe mevsimlik işçilerde 2 ve üstü doz aşılama daha düşüktür ( $\chi^2=11.8$ , P=0.003) (Şekil 1).

Tetanoz aşı dozları yapıldığı yere göre incelendiğinde, aşılamaların çoğunluğunun sağlık ocağına bağlı gezici ekipler tarafından, geri kalanının da sağlık ocağında yapıldığı görülmüştür. Buna göre, 1. dozun % 91.1'ini, 2. dozun %85.8'ini, 3.

dozun % 80.9'unu, 4. dozun %85.3'ünü, 5. dozun %80'ini sağlık ocağına bağlı gezici ekipler yapmıştır.

Kadınların%53'ü son gebeliğinde DÖB aldığını belirtirken, %57.6'sı son canlı doğumunu bir sağlık kuruluşunda yaptığını belirtmiştir. Tablo 2'de gösterildiği gibi

göçebe mevsimlik işçilerde, aşı kartı olmayanlarda, 25 yaş altında 2 doz tetanoz aşısını yaptırmayanlar daha yüksek bulunmuşken (P<0.05), sağlık güvencesi, öğrenim durumu, Türkçe bilme durumu ve hanede yaşayan kişi sayısının etkisi saptanmamıştır(P>0.05).

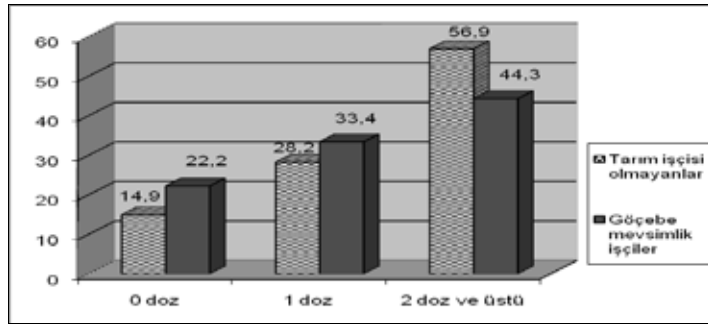
Tablo 2. Bazı özelliklere göre 2 ve üstü doz tetanoz aşısı yaptıрма durumunun dağılımı

|                                      | 2 ve üstü doz tetanoz aşısı yaptıрма |      |      |      |      |              |              |             |                  |
|--------------------------------------|--------------------------------------|------|------|------|------|--------------|--------------|-------------|------------------|
| Özellik                              | Hayır                                | %*   | Evet | %*   | %**  | $\chi^2$     | P            | KOR\$       | %95 GA\$\$       |
| Göçebe Mevsimlik Tarım İşçiliği      |                                      |      |      |      |      |              |              |             |                  |
| Evet                                 | 323                                  | 55.7 | 257  | 44.3 | 70.0 | <b>10.45</b> | <b>0.001</b> | <b>1.65</b> | <b>1.22-2.23</b> |
| Hayır                                | 107                                  | 43.1 | 141  | 56.9 | 30.0 |              |              |             |                  |
| Sağlık Güvencesi                     |                                      |      |      |      |      |              |              |             |                  |
| Yok                                  | 79                                   | 45.9 | 93   | 54.1 | 20.7 | 2.83         | 0.09         | 0.73        | 0.52-1.03        |
| Var                                  | 351                                  | 53.5 | 305  | 46.5 | 79.3 |              |              |             |                  |
| Öğrenim Durumu                       |                                      |      |      |      |      |              |              |             |                  |
| İlkokul altı                         | 371                                  | 52.0 | 342  | 48.0 | 86.1 | 0.00         | 0.96         | 1.03        | 0.69-1.52        |
| İlkokul ve üstü                      | 59                                   | 51.3 | 56   | 48.7 | 13.9 |              |              |             |                  |
| Yaş                                  |                                      |      |      |      |      |              |              |             |                  |
| 25 altı                              | 218                                  | 60.9 | 140  | 39.1 | 43.2 | <b>19.66</b> | <b>0.000</b> | <b>1.85</b> | <b>1.43-2.50</b> |
| 25 ve üstü                           | 212                                  | 45.1 | 258  | 54.9 | 56.8 |              |              |             |                  |
| Dil                                  |                                      |      |      |      |      |              |              |             |                  |
| Türkçe bilmiyor                      | 404                                  | 51.6 | 379  | 48.4 | 94.6 | 0.42         | 0.51         | 1.28        | 0.69-2.35        |
| Türkçe biliyor                       | 26                                   | 57.8 | 19   | 42.2 | 5.4  |              |              |             |                  |
| Hane kişi sayısı                     |                                      |      |      |      |      |              |              |             |                  |
| 6 ve üstü                            | 310                                  | 51.6 | 291  | 48.4 | 72.6 | 0.06         | 0.79         | 1.09        | 0.69-1.71        |
| 5 ve altı                            | 42                                   | 49.4 | 43   | 50.6 | 27.4 |              |              |             |                  |
| Aşı Kartı                            |                                      |      |      |      |      |              |              |             |                  |
| Yok                                  | 360                                  | 58.2 | 259  | 41.8 | 74.8 | <b>37.09</b> | <b>0.000</b> | <b>2.76</b> | <b>1.98-3.83</b> |
| Var                                  | 70                                   | 33.5 | 139  | 66.5 | 25.2 |              |              |             |                  |
| Son gebeliğinde doğum öncesi bakım** |                                      |      |      |      |      |              |              |             |                  |
| Hayır                                | 121                                  | 49.6 | 123  | 50.4 | 47.0 | 1.21         | 0.27         | 1.23        | 0.87-1.74        |
| Evet                                 | 122                                  | 44.4 | 153  | 55.6 | 53.0 |              |              |             |                  |
| Doğum yapılan yer***                 |                                      |      |      |      |      |              |              |             |                  |
| Ev                                   | 101                                  | 46.8 | 115  | 53.2 | 42.4 | 0.01         | 0.88         | 1.04        | 0.73-1.48        |
| Sağlık Kuruluşu                      | 134                                  | 45.7 | 159  | 54.3 | 57.6 |              |              |             |                  |

\* Satır yüzdesi \$ Kaba odds oranı \$ Kaba odds oranı

\*\* En az bir kez gebe kalanlar ve son gebelikleri alınmıştır(n=519)

\*\*\*En az bir kez canlı doğum yapanlar ve son doğumları alınmıştır(n=509) \$\$ Güven aralığı



Şekil 1. Göçebe mevsimlik tarım işçiliği durumuna göre yapılan tetanoz aşı dozlarının dağılımı

İkili analizleri yapılan tüm bağımsız değişkenlerin dahil edildiği regresyon modeli oluşturulmuştur. Bu modelde istatistiksel olarak anlamlı fark yaratan göçebe mevsimlik işçilik durumu ve aşı kartı durumu ile yeniden bir lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Bu modelin

sonuçları Tablo 3'te gösterilmiştir. Bu sonuçlara göre; 2 ve üstü doz tetanoz aşısı yaptırmayı, göçebe mevsimlik tarım işçiliği 1.6 kat, aşı kartı bulunmaması 2.7 kat olumsuz etkilemektedir. Kadınlar tarafından bildirilen aşı başarısızlık nedenleri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 3. İki doz tetanoz aşı durumunu etkileyen faktörlerle oluşturulmuş lojistik regresyon modeli

|                                 | B      | p                | OR          | %95 CI             |
|---------------------------------|--------|------------------|-------------|--------------------|
| Göçebe Mevsimlik Tarım İşçiliği | 0.491  | <b>0.002</b>     | <b>1.63</b> | <b>1.20 - 2.22</b> |
| Aşı kartı                       | 1.008  | <b>&lt;0.001</b> | <b>2.73</b> | <b>1.96 - 3.81</b> |
| Sabit                           | -1.024 | <b>&lt;0.001</b> |             |                    |

Tablo 4. Kadınlar tarafından belirtilen aşı başarısızlığı nedenlerinin dağılımı

| Aşı başarısızlık nedeni                  | Göçebe Mevsimlik İşçiler (%) | Tarım İşçisi Olmayanlar (%) |
|------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| • Aşının gerekliliğinden habersiz olmak  | 37.6                         | 29.8                        |
| • Yan etkilerinden korkmak               | 17.2                         | 25.0                        |
| • Tarlada çalışmaya gitmek               | 16.4                         | 0.0                         |
| • Zamansızlık                            | 12.2                         | 9.3                         |
| • Tekrar dozlarının gerektiğini bilmemek | 11.0                         | 10.1                        |
| • İhmal etmek                            | 9.1                          | 6.9                         |

## Tartışma

Bu çalışmada göçebe mevsimlik işçilerin en yoğun olduğu (%70) mahallelerden birine ulaşılmıştır. Araştırma bölgesindeki kadınların öğrenim durumu değerlendirildiğinde, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'nda Güneydoğu Anadolu Bölgesi için belirtilen okula gitmemiş ya da ilkokul bitirmemiş kadın oranı %57 iken, bu bölgede yaklaşık %85'dir. Araştırma bölgesi, 2008 TNSA'ya göre Güneydoğu Anadolu Bölgesi için belirlenen yeşil kart kullanımından (%37.7) daha yüksek bir yeşil kart kullanımının olduğu, yaklaşık beş kişiden birinin sağlık güvencesinin olmadığı yoksul bir bölgedir<sup>13</sup>. Göçebe mevsimlik işçiler ve tarım işçisi olmayanlar oldukça kalabalık ailelerdir. Araştırma bölgesinde yaşayanların ortalama hane halkı büyüklüğü 2008 TNSA'da belirtilen Türkiye ortalaması olan 3.9 kişinin iki katından daha fazladır<sup>13</sup>.

Öğrenim durumunun bu kadar düşük olduğu bir toplumda doğurganlığın bu kadar yüksek olması ise beklenen bir durumdur. Bununla birlikte, göçebe mevsimlik işçi ailelerin daha genç bir ev halkına sahip olmaları da muhtemelen doğurganlığın bu grupta biraz daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Her iki grup sosyo-demografik değişkenler yönü ile birbirine oldukça benzemektedir.

2006 yılında maternal ve neonatal tetanoz açısından yüksek riskli kabul edilen Şanlıurfa'nın da içinde bulunduğu 18 ilde Tetanoz Aşı Günleri (TAG) yapılmış, birinci ve ikinci aşı günlerinde tetanoz aşılama düzeyi ancak sırasıyla %81.0 ve %70.0'a çıkarılabilmektedir<sup>6</sup>. İkinci Tetanoz Aşı Günleri sonrası İnalcık tarafından yürütülen ve tüm Şanlıurfa'yı temsil eden bir araştırmada, 15-49 yaş grubu kadınlarda en az 2 doz tetanoz aşısı yaptırma oranı %70.5 olarak belirtilmiştir<sup>7</sup>. Bu aşılama düzeyleri %20-30 arasında bir gruba ulaşamadığını göstermektedir. Bu araştırmada, göçebe mevsimlik işçi kadınlarda daha düşük olmak üzere her iki grupta da (göçebe mevsimlik işçi kadınlarda %44.3 ve tarım işçisi olmayan kadınlarda %56.9) 2. doz tetanoz aşısı düzeyleri il geneline göre oldukça düşüktür.

Gebe ve doğurgan yaş grubu kadın tetanoz aşılama düzeyi, DÖB ve 15-49 yaş kadın izlemi hizmetlerinin niteliğini ve maternal ve neonatal tetanoz eliminasyon programının başarısını ölçen göstergelerden biridir<sup>3,4,14</sup>. Araştırmalar DÖB hizmetleri alanlarda tetanoz aşılama düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir<sup>15</sup>.

Tetanoz aşılama sürecinde uyulması gereken zaman aralıkları ve aşılamanın birden fazla dozu gerektirmesi, düzenli sağlık hizmeti sunumu ya da kullanımını gerektirmektedir. Kadınların 5 doz tetanoz aşısını yaptırdıkları yer incelendiğinde tüm dozların %80'den fazlasının sağlık ocağına bağlı gezici ekipler tarafından yapılmış olması kadınların bu hizmeti kullanmak için sağlık kuruluşuna gitmedikleri, dolayısı ile de çok fazla talep etmedikleri anlamına gelmektedir. Nitekim kadınların ilkokul ve üstü öğrenim düzeyinin % 13.4 ile %14.9 arasında değişiyor olması, kadınların öz bakım sorumluluğunu da olumsuz olarak etkilemektedir.

Göçebe mevsimlik işçiliği 2 doz ve üstü tetanoz aşısı olmayı 1.6 kat olumsuz etkilemektedir. Bu duruma bakarak göçebe mevsimlik işçilerin sağlık hizmetine ulaşmada sorun yaşadıklarını söylemek de mümkündür. Bu araştırmada, göçebe mevsimlik işçi kadınlar tarafından aşı başarısızlık nedeni olarak tarlada çalışma üçüncü neden olarak rapor edilmiştir. 2006-2007 yılları arasında Şanlıurfa'da yapılan 3 tur TAG'ye rağmen, oluşan farklılıkta kampanya döneminde göçebe mevsimlik işçi ailelerin başka şehirlere çalışmaya gitmesinin önemli rolü vardır. Bu araştırmada, aşı kampanyaları aşılama düzeyi üzerine göçebe mevsimlik işçiliğin olumsuz etkisini gözlenebilir hale getirirken, kitle aşılmasına bağlı olarak diğer olası belirleyicilerin etkisini de gözlemlemiştir.

Nitekim, araştırmalarda da geçici konaklamaların, iş nedeniyle sürekli göçlerin aşı takviminin tamamlanmasını engellediği belirtilmektedir. Bununla birlikte yapılan işe bağlı olarak kırsal alanda

bulunmak, ulaşım ve sağlık kuruluşu ile karşılaşma olanağını da azaltmaktadır<sup>9,10,16</sup>.

Araştırmalarda, Şanlıurfa Merkez’de yaşayan 124 bin kişiden oluşan göçebe mevsimlik işçi ailelerin 21 farklı ile yaklaşık 7 aylık göçler yaptığı gösterilmiştir. Bu çalışmalarda, göçebe yaşam tarzının göçebe mevsimlik işçilerin kayıt altına alınmasını, sağlık, eğitim, sosyal hizmetler gibi en temel insan hakkı olan hizmetlere ulaşmasını da engellediği ileri sürülmektedir<sup>9,10</sup>.

Hem bu araştırmada (%25.2), hem de İnâkçı’nın tüm Şanlıurfa’yı temsil eden araştırmasında (%31.7) kadınların aşı kartı bulundurma düzeyi oldukça düşük bulunmuştur<sup>15</sup>. Aşı kartının bulunması ise kişinin ve verilen sağlık hizmetinin kayıt altında olmasını ve takip edilmesini sağladığı için oldukça önemli bir unsurdur<sup>14</sup>. Nitekim bu araştırmada 2 doz ve üstü tetanoz aşısı olma aşı kartı bulunanlarda 2.7 kat daha fazladır.

Aşılama düzeyinin yükseltilebilmesi için özellikle saha ekiplerinin ev ziyaretleri esnasında aşının amacını ve aşı takvimini de içeren nitelikli bir hizmet vermeleri ve kadınların aşı kartını saklama konusunda bilgilendirilmeleri önemlidir<sup>17</sup>.

Bu araştırmada saptandığı gibi araştırma bölgesindeki kadınların tetanoz aşısı hizmetini sıklıkla gezici sağlık ekiplerinden alıyor olması ev ziyaretlerinin önemini daha da arttırmaktadır. Aksi taktirde düşük öğrenim düzeyindeki bu kadınların aşı kartını saklama konusunda titiz davranmaması muhtemeldir.

Sağlık ekibi ile karşılaşmanın daha nitelikli ya da daha sık olmasına bağlı olarak tetanoz ile aşılamanın ve aşı kartı bulundurmanın daha sık olması beklenmektedir<sup>17</sup>. Nitekim, Önde ve arkadaşlarının Aydın İl Merkezi’nde yaptıkları araştırmada aşı kartı olanlarda tetanoz aşısı yönünden kaçırılmış fırsat durumu daha az bulunmuştur<sup>18</sup>.

2008 TNSA’ya göre DÖB hizmeti alma durumu Türkiye için % 92.0, GAP bölgesi için %82.2 iken bu araştırmaya göre Şanlıurfa’da göçebe mevsimlik tarım işçilerinin de yaşadığı sosyo-ekonomik

düzeyi düşük bir mahalledeki kadınların DÖB hizmetlerini kullanımı %53.0 ile oldukça düşük düzeydedir<sup>13</sup>.

2008 TNSA’ya göre Türkiye’de sağlık kuruluşunda doğum yapanların oranı %89.7 iken, GAP bölgesi için bu oran %74.7’dir<sup>13</sup>. Bu araştırmaya göre ise %57.6 ile oldukça düşük bir düzeydedir. Benzer şekilde İnâkçı’nın 2006 yılında yaptığı tüm Şanlıurfa’yı temsil eden araştırmada da DÖB hizmeti alma oranı %59.3 ve sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı %37.6 ile oldukça düşüktür<sup>15</sup>.

Araştırmalar, kadının öğrenim durumunun ve DÖB hizmeti almasının, birden fazla gebelik geçirmesinin iki doz tetanoz aşısı olmayı olumlu yönde etkilediğini göstermektedir<sup>15,20</sup>. Maral ve arkadaşlarının belirlediği gibi 2 doz ve üstünde TT alma DÖB sayısı artışına bağlı olarak 1.1 kat, DÖB hizmetini birinci basamak sağlık kuruluşlarından alanlarda 3.0 kat daha fazla olmaktadır<sup>19</sup>. Muhtemelen kampanya aşılama çalışmalarının etkisine bağlı olarak bu araştırmada bu değişkenlerin etkisi gösterilmemiştir. Ancak, ana ve çocuk sağlığı açısından son derece önemli olan doğum öncesi bakım hizmetlerine ulaşmayı ve kullanmayı olumsuz etkileyen yoksulluk, gebenin ve eşinin düşük öğrenim durumu, dil problemleri, annenin yaşı, doğum sırası, kırsal alanda yaşama, sosyal güvence yokluğu, istenmeyen gebelik, gebenin gelir getiren bir işte çalışmaması gibi faktörlerin etkisini azaltacak nitelikli ve kapsamlı sağlık hizmeti sunulmalıdır<sup>13,21,22</sup>.

Sağlık hizmeti kullanımında öğrenim durumunun, ekonomik durumun, sağlık algısının çok önemli belirleyiciler olduğu bilinmektedir. Tetanoz aşılamasında çok fazla etkisi olmasına rağmen bu araştırmada ilkökul bitirenlerin oranının çok düşük olması nedeniyle eğitimin etkisi gösterilememektedir. Ancak, hizmeti kullanamayanlara hizmetin ulaştırılması ve sürekliliğin sağlanması asıl önemli unsurdur.

Maternal ve neonatal tetanoza yoksul ve yeterli sağlık hizmeti kullanamayan riskli gruplarda çok sık rastlanmaktadır<sup>1</sup>. Şanlıurfa, doğum öncesi

bakım hizmetinin en az kullanıldığı ve evde doğumların en sık olduğu, maternal ve neonatal tetanoz açısından en riskli bölgelerden biridir. Ancak tetanoz aşılama oranının da en az olduğu bölgelerden biridir. Yüksek riskli kabul edilen bu bölgeler için TAG aktivitesi uygulanmasına rağmen asıl risk gruplarına ulaşamamıştır.

Bunun nedenlerinden biri yapılan TAG aktivitelerinin göçebe mevsimlik tarım işçiliği durumu göz önüne alınmadan planlanmış olmasıdır.

UNICEF ve DSÖ yüksek riskli bölgeler için kitle aşılama önermektedir. Ancak, bu tür faaliyetlerde de ulaşamayan risk grupları olmaktadır. Bu nedenle, daha iyi sonuç alabilmek için Türkiye’deki gibi eksikleri olmakla birlikte taşra örgütlenmesini tamamlamış bir sağlık sisteminde rutin çalışma içinde ve topluma uyumlu çalışmaların gerekliliği bu sonuçlarla tekrar tecrübe edilmiş olmaktadır. Şimşek ve ark. tarafından özellikle göçebe mevsimlik tarım işçilerine yönelik uyumlu hale getirilen ve denenen daha sonra da Şanlıurfa’da sağlık sistemine entegre edilen gezici sağlık hizmeti modelinin ülke genelinde bu risk gruplarının göç ettiği kentlerde de yaygınlaştırılması gerekmektedir<sup>23</sup>.

İnâkçı tarafından Şanlıurfa’da yapılan araştırmada en sık karşılaşılan aşı başarısızlığı nedeni, bilgi eksikliği, sağlık hizmetine ulaşmada sınırlılıklar ve sağlık personeli yokluğu olarak belirlenmiştir<sup>15</sup>. Benzer şekilde bu araştırmada da göçebe mevsimlik işçilerde ve tarım işçisi olmayanlarda bilgi eksikliği (gerekliliğinden habersiz, yan etkilerinden korkmak, tekrar dozların gerekliliğini bilmemek) en sık rapor edilen nedendir. Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir araştırmada tetanoz aşısı olmama ile ilgili en sık ilk dört neden bilgi eksikliğine (sadece yaralandığımda yaptırmam gerekir, sağlıklıyım ihtiyacım yok, doktorum bana söylemedi gerekli olduğunu bilmiyordum, ne zaman yaptıracığımı bilmiyorum) bağlıdır. Aynı araştırmada tüm sağlık çalışanları (hekim, hemşire ve hekim

asistanı) rutin hasta bakımı sırasında yetişkin aşılması ile ilgili olarak hasta ile konuşulması gerektiğini belirtmişlerdir. Ancak hekimlerin %29’unun, hekim dışı personelin %42’sinin yetişkin aşılması konusunda hastalarına bu konuyu hatırlattıkları belirlenmiştir<sup>24</sup>.

Farklı araştırma sonuçlarından da anlaşıldığı gibi aşı başarısızlığında en önemli nedenlerden biri bilgi eksikliği ve bunun nitelikli sağlık hizmeti ile giderilmesi gerektiğidir. Bunu sağlamak için, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu ve kullanımında sağlık personelinin davranışları ve kullanıcı ile kurduğu ilişkide son derece dikkatli ve özenli olunması gerekir<sup>17</sup>.

Sonuç olarak; toplum sağlığı sorunlarını önlemenin iki yöntemi sağlık eğitimi ve sağlık yönetimidir. Bu kapsamda;

1. Göçebe mevsimlik tarım işçileri önemli bir risk grubudur. Bu risk grubuna yönelik Temel Sağlık Hizmetleri sunumunun yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.

2. Aşılama durumunun takibi açısından sağlık hizmeti sunanların uygulama sonrası mutlaka aşı kartı sağlamaları ve kartları saklamaları konusunda kadınları bilgilendirmeleri gerekmektedir.

3. Göçebe mevsimlik tarım işçilerinin öğrenim düzeyi çok düşüktür. Öz bakım sorumluluğunun gelişmesi için en az temel eğitim almaları sağlanmalı ve birinci basamak sağlık personelinin öncelikli sorumluluğu olan ve bir temel sağlık hizmeti olan sağlık eğitimi çalışmaları yaygınlaştırılmalıdır.

### Teşekkür

Birleşmiş Milletler Kadınların ve Kız Çocuklarının İnsan Haklarının Korunması ve Geliştirilmesi Ortak Programı kapsamında yürütülen “Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların ve Kız Çocuklarının Gezici Sağlık Hizmeti Yoluyla Sağlık Hakkının Korunması Projesi” çerçevesinde yapılmış olan bu araştırmaya desteklerinden dolayı Sabancı Vakfı’na teşekkür ederiz.

## Kaynaklar

- WHO, UNICEF, World Bank. State of the world's vaccines and immunization(3rd ed). Geneva: World Health Organization, 2009
- World Health Organization. Global Immunization Data 2009. [http://www.who.int/immunization/newroom/Global\\_Immunization\\_Data.pdf](http://www.who.int/immunization/newroom/Global_Immunization_Data.pdf). Erişim tarihi 20 Mart 2009.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Maternal ve Neonatal Tetanos Eliminasyon Programı Saha Rehberi. [http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/TAG\\_saha\\_rehberi.pdf](http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/TAG_saha_rehberi.pdf). Erişim tarihi 25 Ocak 2010.
- TC Sağlık Bakanlığı. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009. <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF404F9755767D76FFEC9E8A7FA3AA308F>. Erişim tarihi 25 Ocak 2010.
- Akın A, Özvarış ŞB. Güvenli Annelik. İçinde: Güler Ç, Akın L, editörler. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 2.Basım. Ankara: Hacettepe Yayınları; 2006. sf. 220-223.
- TC Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı. Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık, 2006.
- Şimşek Z, İnəkçi İH, Koruk İ, Shermatov K. Vaccination Status in Children Aged 12-23 Months and Predictors in Sanliurfa. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2010;19(1):20-9
- Alpua Z, Yetkin HN, Yaşar Ö, Koruk İ. Şanlıurfa Tetanos Aşı Günleri 3. Turunda Yapılan Denetimlerin Değerlendirilmesi. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Denizli: 2007.
- Şimşek Z, Koruk İ. Çocuk İşçiliğinin En Kötü Biçimlerinden Biri; Mevsimlik Göçebe Tarım İşçiliği. Çalışma Ortamı 2009;105: 7-9.
- Koruk İ, Simsek Z, Tekin Koruk S, Gürses G, Doni N. Intestinal Parasites, Nutritional Status and Psychomotor Development Delay in Migratory Farmworker's Children. Child: Care, Health and Development 2010; 36(6): 888-894
- Arcury TA, Quandt SA. Delivery of health services to migrant and seasonal farmworkers. Annu Rev Public Health 2007; 28: 345-363.
- Weathers AC, Garrison HG. Children of migratory agricultural workers: the ecological context of acute care for a mobile population of immigrant children. Clin Ped Emerg Med 2004; 5: 120-129.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, 2009.
- WHO. Maternal Immunization Against Tetanus. Integrated Management Of Pregnancy And Childbirth. Standards For Maternal And Neonatal Care Developed By The Department Of Making Pregnancy Safer. Geneva: World Health Organization, 2006. [www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/publications/en/](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/en/). Erişim tarihi 25 Ocak 2010
- İnakçı İH. Şanlıurfa ilinde lot kalite tekniği ile aşılama oranlarının ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Şanlıurfa: Yüksek lisans tezi, 2007.
- Carr JE, Clements CJ, Martin RM, Pierre L, Ritchie J. Behavioural factors in immunization. Geneva: World Health Organization, 2009. [www.who.int/mental\\_health/media/en/28.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/28.pdf). Erişim tarihi 26 Kasım 2009
- Perry H, Weierbach R, Hossain I, Islam R. Tetanus toxoid immunization coverage among women in Zone 3 of Dhaka City: the challenge of reaching all women of reproductive age in urban Bangladesh. Bulletin of the World Health Organization 1998; 76: 449-457.
- Önde M, Ergin F, Atasoylu G, Çıbık A. Aydın'da 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Tetanoz Bağışıklamasında Kaçırılmış Fırsatlar. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 8: 12 - 18.
- Maral I, Baykan I, Aksakal FN, Kayıkcıoğlu F, Bumin MA. Tetanus immunization in pregnant women: evaluation of maternal tetanus vaccination status and factors affecting rate of vaccination coverage, Public Health 2001, 115: 359-364.
- Masuno K, Xaysomphoo D, Phengsavanh A, Douangmala S, Kuroiwa C. Scaling up interventions to eliminate neonatal tetanus: Factors associated with the coverage of tetanus toxoid and clean deliveries among women in Vientiane, Lao PDR. Vaccine 2009; 27: 4284-4288.
- Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın İl Merkezinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri, Kor Hek 2007; 6: 137-141.
- Omaç M, Güneş G, Karaoğlu L, Pehlivan E. Arapgir Devlet Hastanesine Basvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi (Haziran 2004-2005), Fırat Tıp Dergisi 2009; 14(2): 115-119.
- Simsek Z, Koruk İ, Yasar O. An intervention study: The effectiveness of sustainable mobile healthcare services for migratory and seasonal farmworkers. 12<sup>th</sup> World Congress on Public Health. İstanbul: 2009.
- Johnson DR, Nichol KL, Lipczynski K. Barriers to Adult Immunization. The American Journal of Medicine 2008; 121: 28-35.

## Manisa merkez yarı kentsel bölgede bir aile sağlığı birimine kayıtlı kadınlarda bazı birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi

Öznur Özkan Bambal<sup>a</sup>, Tülay Lağarlı<sup>a</sup>, Erhan Eser<sup>a</sup>, Mert Filibeli<sup>b</sup>, Tuğçe Bilecenoğlu<sup>b</sup>  
Gökçe Çivi<sup>b</sup>, Emine Taştekin<sup>b</sup>, Şenay Güngör<sup>b</sup>, Ozan Çetin<sup>b</sup>, Melis Güngör<sup>b</sup>,  
Ezgi Ayhan<sup>b</sup>, Tuğba Karab<sup>b</sup>, Fatih Kahvecioğlu<sup>b</sup>

### Özet

**Amaç:** Birinci basamak sağlık hizmet özellikleri kaynakça doğrultusunda bilimsel olarak ölçülebilir niteliktedir ve ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık ve koordinasyon gibi temel hizmet özellikleri üzerinden değerlendirilir. **Yöntem:** Örnek seçiminde çok aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmış, veriler yüz yüze görüşme tekniğine göre yapılandırılmış anketle toplanmıştır. Araştırma bölgesindeki toplam hane sayısı 870'tir. Küme örnekleme yöntemi ile 376 haneden 318 kadına ulaşılmıştır. Araştırmanın ulaşılabilirlik oranı % 84.6'dır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri; İlk başvuru, Süreklilik, Kapsayıcılık ve OHS (Olağan Hizmet Sürekliliği) gibi hizmet özellikleridir. Bağımsız değişkenler ise kadının ve eşinin yaşı, kadın ve eşinin eğitimi, medeni hal, kadının çalışma durumu, sosyal sınıf (eşin işine göre), gelir algısı, bölgede yaşama yılı, göç edilen bölge, sağlık güvencesi, aile tipi, beş yaşından küçük çocuk varlığı ve hanedeki çocuk sayısı kullanılmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması 38.3±15.3'tür. Bir sağlık sorunu nedeniyle aile hekimine başvurma % 61.0, ondan bir önceki sağlık sorununda AH'ne (Aile Hekimi) başvuru %55,2 oranındadır. Bu soruların her ikisine de "aynı aile hekimine başvururum" cevabını verenlerin (OHS) oranı %40.1 olmuştur. Aile Sağlığı Birimini yakın, normal mesafe bulanların oranı %93.1'dir. Aile hekiminin ismini bilme %84, ebenin ismini bilme %36.2, her türlü sorununuzla sürekli ilgilenen bir hekim veya sağlık kuruluşuna kayıtlı olduğunu söyleyenlerin %74.5'tir. Son bir yılda evime ebe ziyareti aldım diyenler %40.6 oranındadır. **Sonuç:** Araştırmanın yapıldığı ASB'de geçen bir yıllık ilk AH uygulama döneminde sosyalleştirme dönemiyle karşılaştırıldığında, tedavi edici hizmet örüntüsünün değişmediği buna karşın gezici ebe hizmetlerinin azaldığı görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Aile sağlığı birimi, ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık, olağan hizmet sunucu sürekliliği

## Assessment of the elements of the primary health care services for women, recorded in a family practice center in a suburban district of Manisa

### Abstract

**Aim:** The capability of primary care services can be scientifically measured and assessed via basic elements of these services such as accessibility, longitudinality, comprehensiveness and coordination.

<sup>a</sup> Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

<sup>b</sup> Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 6 Öğrencileri

**Sorumlu Yazar:** Öznur Özkan Bambal, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Manisa. E-posta: oznurbambal@gmail.com

**Methods:** A multistage cluster sampling method was used and the data were collected by face to face interviews with a structured questionnaire. An overall 870 households which were recorded in a Family Practice Unit (FPU) consisted of the universe of this study and 318 women were identified from a sample of 376 households by cluster sampling method. The response rate was of 84.6%. The dependent variables in the study were, the First contact care, Continuity (Usual provider continuity), Comprehensiveness; whereas independent variables were, the women's and husband's age, the women's and husband's education, marital status, women's occupational status, family social class, perception of income, years of residency in the region, the area of emigration, health insurance status, family type, existence of children under five years of age. **Results:** The average age of participants was 38.3 ± 15.3. The percentage of women who preferred FPU services for their most recent health problem was 61.0%, whereas this percentage was 55.2% for the previous experienced health problem. The Usual Provider Continuity (UPC) rate was 40.1%. 93.1 percent of women stated that FPU is quite close to their house. The proportion of the women who knew the name of their family physician was 84.0% and 36.2% them knew the name of their midwife. Of the respondents, 74.5% had been registered with a PHC facility or a primary care physician. Midwives visited 40.6% of the respondents at least once during the last year. **Conclusion:** This research indicates that, the pattern of therapeutic services was not changed in the new FPU system, compared to the previous socialized health organization in the Primary Care services. Besides this fact, mobile midwife services might be said to have decreased in the new FPU system.

**Key Words:** Family health unit, the first contact, continuity, comprehensiveness, usual provider continuity.

### Giriş

Sağlık sistemlerinin amacı yaşam süresini uzatmak, sağlığı geliştirmek ve sürdürmek olduğundan sağlık hizmetlerinin başarısının değerlendirilmesi gereklidir. Bu nedenle sağlık sistemlerinin yapısal ve sürece ilişkin özelliklerinin ölçülebilmesi önemlidir. Donebedian sağlık hizmeti niteliğinin ölçümünün üç alt başlık altında sınıflandırılabilceğini ortaya koymuştur<sup>1,2</sup>. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesine olanak sağlayan bu sistematik yaklaşıma göre sistem öğeleri; hizmet verilecek bir kurumun olması, sağlık sisteminin finansal kaynağının olması gibi altyapısal, süreç (faaliyet) ve sonuç bileşenleri gibi gruplandırılarak değerlendirilebilir. Hizmetin başarısını toplumun sağlık çıktılarıyla, yani sonuç göstergeleriyle ölçmenin tek başına yeterli olmadığı ve bu sonuçların yapısal ve süreç bileşenlerini değerlendirmeye birlikte ele alınması gerektiği 1990'lı yıllardan itibaren bir eğilim olarak ortaya çıkmıştır<sup>3-6</sup>.

Birinci basamak sağlık hizmeti, çeşitli ülkelerde farklı şekillerde sunulmaktadır. Günümüzde sağlık hizmetleri sunumundaki başarı temel sağlık

hizmetleri yaklaşımının yeterliliğine göre değerlendirilmektir. Temel sağlık hizmetleri altyapısı iyi olan ülkeler daha sağlıklı toplumlara sahiptir, sağlıkla ilgili eşitsizlikleri daha azdır ve sağlık hizmeti harcamaları daha düşüktür.<sup>7</sup> Temel sağlık hizmetleri tanımı 1978 Alma Ata konferansında yapılmış ve bütüncül bir yaklaşımla sunulmasının önemi vurgulanmıştır. Bu konferansta tanımlanan temel sağlık hizmetleri özelliklerine bakıldığında; süreklilik, kapsayıcılık, ulaşılabilirlik, toplum katılımı ve sevk zinciri gibi birçok özelliğin tanımın içinde yer aldığı görülür<sup>8</sup>.

Starfield ve arkadaşları tarafından yapılan sistematik bir derlemede 10.000 kişi başına düşen birinci basamak çalışanının % 15-20 artışıyla kaba ölüm hızında yıllık % 6 düşüş olabileceği gösterilmiştir, ayrıca İngiltere'de 15-64 yaş tüm nedenlere bağlı ölümler genel pratisyenlik uygulamasının yaygın olduğu bölgelerde daha düşük bulunmuştur<sup>6</sup>.

Sonuç olarak birinci basamak kurumlarının yapısal özelliklerinin mi yoksa yalnızca birinci basamakta çalışanlarının

varlığının mı sağlık sonuçlarının etkilediği bir tartışma konusu haline gelmiştir <sup>6</sup>.

Ölçme ve değerlendirme yapılabilmesi için birinci basamak hizmet özellikleri iyi tanımlanmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmeti sorun değil kişi odaklıdır ve sürekli. Hizmet verilen nüfusun kültür yapılarına uygun biçimde planlanır ve uygulanır. Birinci basamak sağlık hizmetleri bu özelliklerin hepsini aynı anda içermelidir<sup>5</sup>.

Çeşitli kaynaklarda birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde yukarıda sözü edilen “yapı” ve “süreç (faaliyet)” bileşenlerini içeren bazı hizmet özelliklerinin ölçülmesi önerilmektedir<sup>4</sup>. Hatta bu özellikler temelinde PCAS (Primary Care Assessment Survey) ve PCAT (Primary Care Assessment Tool) gibi yapılandırılmış bazı ölçüm gereçleri de geliştirilmiştir <sup>9,10</sup>. Bu özellikler arasında temel dört özellik öne çıkmaktadır: Bunlar, ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcı hizmet ve eşgüdüm-koordinasyondur. Bunlar dışında diğer bazı özelliklerin ölçülmesi de önerilmiştir. Bunlar ise kültürel yetkinlik, aile merkezlilik, toplumsal yönelimdir.<sup>5</sup> 9. Söz konusu olan temel özelliklere kısaca vurgu yapmak gerekirse:

**İlk başvuru:** Her yeni sağlık sorunu veya yeni ortaya çıkan sağlık hizmeti gereksiniminde ilk olarak birinci basamak sağlık hizmetleri sunan kişi ya da kuruma başvurulmasıdır. İlk başvuru özelliğinin yapı bileşeni ulaşılabilirlik, süreç (faaliyet) bileşeni hizmetin kullanımıdır. Sağlık hizmetlerine erişim için ilk giriş noktası olma özelliğidir. İlk başvuru özelliğinin sağlanabilmesinin en önemli koşulu ise ulaşılabilirliktir. Sunulan hizmetlerin erişilebilir olması yani ulaşılabilirlik, yapısal bir özellik olarak tanımlanırken hizmeti alan kişilerin her bir yeni sağlık sorununda birinci basamağa başvurusu davranışsal özellik olarak tanımlanır ve bu iki bileşen birinci basamağın ölçülebilir bir özelliği olan “ ilk başvuru” boyutunu oluşturur <sup>4,9,11,12</sup>.

**Süreklilik:** Süreklilik özelliğinin yapı bileşeni uygun nüfus varlığı, süreç (faaliyet) bileşeni düzenli hizmet alınan kaynaktır. Hastalık veya tıbbi sorun olmaksızın düzenli ve bütüncül bir sağlık hizmet kaynağının

zaman içinde boylamsal kullanımı anlamına gelir. Burada en önemli nokta hizmeti alanlar ve hizmeti sunanlar tarafından ortak kabul gören bir sağlık hizmet ortamı oluşturulmasıdır <sup>4, 13,14</sup>

Hizmet sunulan nüfus tanımlanmış olmalı, sağlık hizmeti; hastalık odaklı olmaktan çok zaman içinde sürmelidir. Hizmet sunanlarla, hizmeti alanların ilişkisi kurulmadan süreklilik özelliğinin yerine getirilemeyeceği söylenebilir <sup>15</sup>.

**Süreklilik özelliği:** İlişki sürekliliği; belirli bir süre boyunca aynı sağlık hizmet sunucusu veya ekibi tarafından izlenmek ve kayıt sürekliliği; etkin ve zamanında iletişim ve bilgilendirme olarak tanımlanabilir<sup>16</sup>. Birinci basamak sağlık hizmeti kendisine bağlı nüfusla sürekli bir ilişki gerektirir. Ayrıca sağlık hizmetleri, kişileri yaşadıkları toplum ve aileleriyle beraber bir bütün olarak değerlendirecek şekilde planlanmalıdır. Bu güne kadar yapılan tanımlar tutarlı bir şekilde sürekliliği birinci basamağın temel özelliği olarak vurguluyor olmakla birlikte aslında burada sözü edilen karşılıklı bir paylaşımın devamlılığı yani kişi ile hekim arasındaki ilişkinin sürekliliğidir <sup>9</sup>.

**Kapsayıcılık:** Kapsayıcılığın yapı bileşeni geniş hizmet yelpazesi, süreç (faaliyet) bileşeni sağlık hizmet gereksinimin farkındalığıdır. Bir birinci basamak hizmet sunucu tarafından toplumun nadir görülen sorunlarını da içeren tüm sağlık gereksinim türlerinin geniş dağılımına uygun yanıt veren hizmet sunumu olarak tanımlanır <sup>4,9</sup>. Literatürde birinci basamakta kapsayıcılığın ölçümü en çok görülen sağlık problemlerinin dağılımına göre yapılır. Bu sağlık problemleri her toplumun ihtiyaçlarına göre ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye değişebilir niteliktedir ve toplumda yaygın (yılda 1000 hasta başına en azından 1 kez rastlanan) görülmektedirler. Bu hizmetler birinci basamakta var olan hizmetler ve sunulan hizmetler olarak ayrılmaktadır. Var olan hizmetlere örnek vermek gerekirse mental sağlık hizmetleri, aile planlaması danışmanlık hizmetleri, sütür gibi basit cerrahi girişimler sayılabilir. Bireylere sunulan hizmetler ise koruma ve sağlığı geliştirme başlığında toplanan sağlıklı

beslenme, kişiye özel egzersiz önerileri, aile çatışmalarına çözüm ve öneriler, ilaç kullanımı ve tedavi önerileri gibi sağlık hizmetleridir <sup>17</sup>.

Manisa ili aile hekimliği pilot uygulamasına 2008 yılı ocak ayında başlamıştır. Sosyalleştirme döneminde hizmet bir ekip tarafından bölge tabanlı verilmekteyken aile hekimliği uygulamasında tek bir hekim tarafından nüfus tabanlı olarak verilmeye başlandı. Sosyalleştirme döneminde bireylere yönelik koruyucu sağlık hizmetinin yanında çevresel koruyucu hizmetler sunulmaktayken yeni uygulamada çevreye yönelik koruyucu hizmetler aile hekimlerinin sorumluluğundan çıkarılmıştır. Çalışmamız aile hekimliği uygulamasının çok yeni olduğu bir dönemde pilot uygulamanın 11. ayında yürütülmüştür.

Bu bilgiler ışığında birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin ölçülebilir olduğunu ve bu değerlendirmenin yapılmasının Halk Sağlığı Hizmetlerinin önceliklerinden biri olması gerektiğini düşünüyoruz. Biz de çalışmamızda gecekondü bölgesinde bulunan bir aile hekimliği birimine bağlı bölgede birinci basamak özelliklerinden olan ilk başvuru, süreklilik ve kapsayıcılığı tanımlamayı amaçladık. Eşgüdüm-koordinasyon özelliği tanımlanmamıştır. Süreklilik ayrıca ardışık iki başvuru üzerinden oluşturulan olağan hizmet sürekliliğiyle (OHS) ölçülmüştür.

## Yöntem

Manisa’da gecekondü bölgesinde bulunan bir Aile Sağlığı Birimine (ASB) bağlı hanelerde oturan 15 yaş ve üzeri kadınlarda Aralık 2008’de yürütülmüş tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Bu ASB, Manisa ili merkez ilçe mahalleleri içinde Doğu Anadolu’dan gelen nüfusun yoğun yerleştiği ancak eski bir gecekondü bölgesinde yer almaktadır. Bu ASB, aynı bina çatısı altında görev yapan yedi ASB’nin bir arada olduğu bir Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) hizmet vermektedir.

Bir Aile Hekimi ve bir ebeden oluşan bu ASB kayıtlarından bölgenin nüfusu 3478 kişidir. Bu bölgede hanede yaşayan kişi sayısı ortalaması dördttür<sup>18</sup>. Buna göre bölgede 870 hane bulunmaktadır. Bu

evrenden araştırılan konunun önceki araştırmalarda prevalans verisine ulaşamadığı için prevalans %50, örneklem hatası %5 ve güven sınırı %99 olarak alınarak EPİ İNFO 2000 programında örnek büyüklüğünün 376 haneden oluşacağı hesaplanmıştır. Gidilen hanelerde 15 yaş ve üzeri görüşmeyi kabul eden en az bir kadına anket uygulanması hedeflenmiştir. Araştırmada 318 kadına ulaşılmıştır (n=318). Araştırmanın ulaşma oranı (318 /376) % 84.6’dır. Veri yarı yapılandırılmış 39 sorudan oluşan anket kullanılarak yüz yüze görüşme ile toplanmıştır. Kadın yaşının 15 yaştan başlamasının nedeni bölgede erken evlilikler ve adolesan gebeliklerin sıkça yaşanması ve birinci basamakta gebe ve bebek takiplerinin düzenli yapılmasıdır. Bu bağlamda hizmeti yoğun alan gruplar hedeflenmiştir.

Örnek seçiminde mahalle büyüklüğüne orantılı çok aşamalı küme örnekleme yöntemi uygulanmıştır. Her bir kümenin 10 haneden oluşmasına karar verilmiştir. Küme başları İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarından rasgele seçilmiştir. Her bir küme sağdan 4 ev atlayarak tamamlanmıştır.

Hizmetin özelliklerinin değerlendirilmesinde “ilk başvuru”, “süreklilik” ve “kapsayıcılık” özellikleri *bağımlı değişkenler* olarak alınmıştır. Birinci basamak temel özelliklerinden olan “*eşgüdüm-koordinasyon*” yani sevk zinciri ile ilgili bir hizmet örgütlenmesi bulunmadığından bu özellik ölçülmemiştir.

Sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikler (kadının ve evliyse eşinin yaşı, kadının ve evliyse eşinin mesleği, medeni durum, kadının ve evliyse eşinin eğitim durumu, sosyal sınıf, gelir algısı, kaç yıldır bölgede yaşadığı, göç bölgesi, sağlık güvencesi, aile tipi ve ailede beş yaş altı çocuk varlığı) *bağımsız değişkenler* olarak kullanıldı. Hizmet alma durumu yönünden farklılık gösteren yaş bantlarını kullanmayı hedeflediğimizden kadınların yaş kategorizasyonunu doğurgan çağa göre yaptık. Evli kadınlara da eşlerinin yaşı sorulduğundan tanımlayıcı verilerimizde eşlerin yaşlarını genç, orta ve yaşlı olarak sunulmuştur

ve analizlerde de bu kategorizasyon kullanılmıştır. Okur-yazarlar ve okur-yazar olmayanlar örgün eğitim almamış, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite eğitimi almış kişiler örgün eğitim almış olarak kategorize edilmiştir.

Göç durumunda gecekondü bölgesi olması dolayısıyla örneğimize çıkan kadınların tamamı bölgeye göçle geldiklerini ifade etmişlerdi bunların sadece 156'sı (%49.1) Manisa ilinin herhangi bir yerinden bölgeye sonradan göç etmişlerdi. Bu nedenle analizler bölgede kalma süresine göre yapılmıştır. On yıl ve üzerinde bölgede yaşayan eski göçerler o bölgenin yerlisi olarak kabul edilmiştir. Aile hekiminizin bulunduğu bina evinize ne kadar uzaklıkta? Sorusunun seçenekleri çok yakın, yakın, normal, uzak ve çok uzak olarak algıya dayanmaktadır. Çok yakın, yakın ve normal olarak algılayanlar bir kategoride toplanırken uzak ve çok uzak birlikte alınmıştır.

Kaynakça ışığında anketteki sorular hizmet özelliklerine göre Tablo 1'de görüldüğü gibi ayrılmıştır. İlk başvuru özelliğinin yapı bileşeni olan ulaşılabilirlik için aile hekimliğinin bulunduğu binaya olan uzaklık algısı ve mesai saatleri içinde veya dışında kuruma başvurabilmeleri sorgulanmıştır.

Süreklilik özelliğinin yapısal bileşeni olan uygun nüfus varlığı araştırma evrenimiz olan aile hekimliği bölgemizde hali hazırda var olduğu kabul edildiğinden ankette sorgulanmamıştır. Bu sebeple süreklilik için sadece faaliyet bileşeni sorgulanmıştır. Bunlar sürekli bağlı bulunan kurum, hekim bulunması ve aile hekiminin, ebenin ismini bilme sorularıdır. Kapsayıcılıkta geniş hizmet yelpazesi sorgulanmıştır. Bu özellik için, sağlığınıza ilgili danışmak istediğiniz ve merak ettiğiniz konular, kadın sağlığı, çocuk sağlığı, acil sağlık hizmetleri ile ilgili aile hekiminden alınan danışmanlık hizmetleri ve son bir yıldır ebe ziyareti alınması soruları sorulmuştur.

Kaynakça ışığında anket formunda uyguladığımız soruları ölçülmesi istenilen hizmet özelliklerine göre yukarıda tabloda

görüldüğü gibi ayırdık. Her bir soru 1 puan alacak şekilde puanlandırıldı. Bu durumda ilk başvuru ve süreklilik özelliği en az 0 puan en çok 3 puan alabilir. Kapsayıcılık özelliği ise en az 0 en çok 6 puan alabilir. Birçok sorunun birleşip tek bir özelliği göstermesi yoluyla bağımlı değişkenler için oluşturulan indeks puanları kategorize etmek yerine analizlerde sürekli değişken olarak kullanması tercih edilmiştir.

Çalışmamızda uluslararası geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir ölçek kullanılmamıştır. "Süreklilik" özelliği, "Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği (OHS)" (Usual Provider Continuity) olarak belirtilen bir diğer yaklaşımla da değerlendirilmiştir<sup>19</sup>. Özetle ardışık iki başvuruda aynı aile hekimine gidenlerin yüzdesi diyebileceğimiz Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği iki soruyla değerlendirildi. Bu sorular şunlardı: "Bir sağlık sorununuz nedeniyle en son kime gittiniz?" ve "Ondan bir önceki sorunuzda kime gittiniz?" Bu sorular için (son 1 yıl veya son 15 gün gibi) herhangi bir süre kısıtlaması konulmadı. Sorularının değerlendirmesinde her ikisinde de aynı aile hekimine gitmiş olanların yüzdesi Olağan

Hizmet Sunucu Sürekliliği olarak değerlendirildi. Sosyal sınıf hane reisinin mesleğine göre sınıflandırılmıştır. Memur, esnaf ve sanayi işçisi gibi düzenli geliri olanlar orta sosyal sınıfta kabul edilirken, alt sosyal sınıfa (düzenli geliri olmayan grup) işsiz ve düzenli işi olmayanlar kabul edilmiştir<sup>(18)</sup>

İstatistik çözümlemelerde, parametrik koşullar sağlandığında Student's t testi, parametrik koşullar sağlanmadığında Mann Whitney-U testi ile yapılmıştır. Üç bağımsız grubun karşılaştırılmasında parametrik koşullar sağlandığında tek yönlü Varyans analizi, post hoc test olarak Tukey's b; parametrik koşullar sağlanmadığında ise Kruskal Wallis Varyans analizi kullanılmış, post hoc karşılaştırmada Bonferoni testi kullanılmıştır.

Kategorik değişkenlerin (yüzdelerin karşılaştırmasında) değerlendirilmesinde Ki Kare testi kullanılmıştır.

Tablo 1. Ankette yer alan hizmet özelliklerini oluşturan sorular ve puan dağılımları

| İlk Başvuru Soruları                                                  | Kategori               | Puan |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------|------|
| ASB'nin haneye uzaklığı                                               | Yakın / normal mesafe  | 1    |
|                                                                       | Uzak                   | 0    |
| Mesai saatleri dışında ASB'ye başvurabilme                            | Evet                   | 1    |
|                                                                       | Hayır                  | 0    |
| Herhangi bir sağlık sorununda ilk başvuru yeri                        | Kendi AH'ne            | 1    |
|                                                                       | Diğer kurum/ hekim     | 0    |
| Toplam                                                                |                        | 3    |
| Süreklilik Soruları                                                   |                        |      |
| Aile Hekiminin ismini bilme                                           | Evet                   | 1    |
|                                                                       | Hayır                  | 0    |
| Ebe/aile sağlığı elemanı ismini bilme                                 | Evet                   | 1    |
|                                                                       | Hayır                  | 0    |
| Her türlü sağlık sorunuyla sürekli ilgilenen kurum                    | Evet                   | 1    |
|                                                                       | Hayır                  | 0    |
| Toplam                                                                |                        | 3    |
| Kapsayıcılık Soruları                                                 |                        |      |
| Sağlıkla ilgili konularda ASB'den danışmanlık alabilme                | Tümüne/ çoğuna         | 1    |
|                                                                       | Bir kısmına/ hiçbirine | 0    |
| Kadın sağlığı ve hastalıkları ile ilgili ASB'den danışmanlık alabilme | Tümüne/ çoğuna         | 1    |
|                                                                       | Bir kısmına/ hiçbirine | 0    |
| Çocuk sağlığı ve hastalıkları ile ilgili ASB'den danışmanlık alabilme | Tümüne/ çoğuna         | 1    |
|                                                                       | Bir kısmına/ hiçbirine | 0    |
| Acil bir sağlık sorununda ASB'den danışmanlık alabilme                | Tümüne/ çoğuna         | 1    |
|                                                                       | Bir kısmına/ hiçbirine | 0    |
| Sağlıkla ilgili merak ettiğiniz konularda ASB'den cevap alabilme      | Tümüne/ çoğuna         | 1    |
|                                                                       | Bir kısmına/ hiçbirine | 0    |
| Son bir yıldır ebe ziyareti                                           | Evet                   | 1    |
|                                                                       | Hayır                  | 0    |
| Toplam                                                                |                        | 6    |

Süreklilik özelliğinin yapısal bileşeni olan uygun nüfus varlığı araştırma evrenimiz olan aile hekimliği bölgemizde hali hazırda var olduğu kabul edildiğinden ankette sorgulanmamıştır. Bu sebeple süreklilik için sadece faaliyet bileşeni sorgulanmıştır. Bunlar sürekli bağlı bulunan kurum, hekim bulunması ve aile hekiminin, ebenin ismini bilme sorularıdır. Kapsayıcılıkta geniş hizmet yelpazesi sorgulanmıştır. Bu özellik için, sağlığınıza ilgili danışmak istediğiniz ve merak ettiğiniz konular, kadın sağlığı, çocuk sağlığı, acil sağlık hizmetleri ile ilgili aile hekiminden alınan danışmanlık hizmetleri ve son bir yıldır ebe ziyareti alınması soruları sorulmuştur.

Kaynakça ışığında anket formunda uyguladığımız soruları ölçülmesi istenilen

hizmet özelliklerine göre yukarıda tabloda görüldüğü gibi ayırdık. Her bir soru 1 puan alacak şekilde puanlandırıldı. Bu durumda ilk başvuru ve süreklilik özelliği en az 0 puan en çok 3 puan alabilir. Kapsayıcılık özelliği ise en az 0 en çok 6 puan alabilir. Birçok sorunun birleşip tek bir özelliği göstermesi yoluyla bağımlı değişkenler için oluşturulan indeks puanları kategorize etmek yerine analizlerde sürekli değişken olarak kullanması tercih edilmiştir. Çalışmamızda uluslararası geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir ölçek kullanılmamıştır.

"Süreklilik" özelliği, "Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği (OHS)" (Usual Provider Continuity) olarak belirtilen bir diğer yaklaşımla da değerlendirilmiştir<sup>19</sup>. Özetle ardışık iki başvuruda aynı aile hekimine

gidenlerin yüzdesi diyebileceğimiz Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği iki soruyla değerlendirildi. Bu sorular şunlardı: “Bir sağlık sorununuz nedeniyle en son kime gittiniz? ” ve “Ondan bir önceki sorunuzda kime gittiniz?” Bu sorular için (son 1 yıl veya son 15 gün gibi) herhangi bir süre kısıtlaması konulmadı. Sorularının değerlendirmesinde her ikisinde de aynı aile hekimine gitmiş olanların yüzdesi Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği olarak değerlendirildi.

Sosyal sınıf hane reisinin mesleğine göre sınıflandırılmıştır. Memur, esnaf ve sanayi işçisi gibi düzenli geliri olanlar orta sosyal sınıfta kabul edilirken, alt sosyal sınıfa (düzenli geliri olmayan grup) işsiz ve düzenli işi olmayanlar kabul edilmiştir.<sup>18</sup>

İstatistik çözümlemelerde, parametrik koşullar sağlandığında Student’s t testi, parametrik koşullar sağlanmadığında Mann Whitney-U testi ile yapılmıştır. Üç bağımsız grubun karşılaştırılmasında parametrik koşullar sağlandığında tek yönlü Varyans analizi, post hoc test olarak Tukey’s b; parametrik koşullar sağlanmadığında ise Kruskall Wallis Varyans analizi kullanılmış, post hoc karşılaştırmada Bonferoni testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin (yüzdelerin karşılaştırmasında) değerlendirilmesinde Ki Kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 38.3±15.3. Katılımcıların %76.4’ü 15–49 yaş doğurgan çağ kadınlardan oluşmaktadır. Kadınların %76.7’si evli olup eşlerinin %9’u 65 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktaydı. Eşler arasında örgün bir eğitim kurumuna gitmeme oranı %9.9’ken kadınlarda bu oran %34.3’e çıkmaktaydı ve bunların % 21.1’i okur yazar olamayan kadınlardan oluşuyordu. Kadınların %93.9’u herhangi bir işte çalışmıyordu. Katılımcıların %68.3’ü alt sosyal sınıfta bulunuyordu. Katılımcıların yarıya yakını (%49.7) gelirlerini ortalamanın altı olarak algılıyorlardı. %53.8’i bölgeye göçle gelen kadınlardan oluşmaktaydı ve bunların %34’ü Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinden göç etmişlerdi. %62.3’ü çekirdek aileden oluşup

%86.5’inin bir ve daha fazla çocuğu vardı beş yaş altı çocuk sahibi olma yüzdesi 37.7’ydi. Katılımcıların kendileri (% 96.2) ve aile bireylerinin (%93.7) tamamına yakını aile hekimine kayıtlıdır. İlk başvuru özelliğini sorgulayan sorularımızın yanıt alma yüzdelere bakıldığında: Aile Sağlığı Birimini yakın, normal mesafe bulanların oranı %93.1’dir. Mesai saatleri dışında bağlı bulunan aile hekimine ya da ebeye başvuru oranı %16’dır. Her hangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk aile hekimime başvururum diyenlerin oranı %61.9 olarak belirtilmiştir.

Süreklilik özelliğinin faaliyet bileşeninin sorgulandığı sorulara bakıldığında aile hekiminin ismini bilme %84, ebenin ismini bilme %36.2, her türlü sorunuzla sürekli ilgilenen bir hekim veya sağlık kuruluşuna kayıtlı olduğunu söyleyenlerin %74.5’tir.

Kapsayıcılık için soruların cevaplanma yüzdeleri: Sağlığım ile ilgili danışmak istediğim konuların tümüne çoğuna ASB’den yardım alabiliyorum diyenler % 71.8’dir. Kadın sağlığı ile ilgili %58.3, çocuk sağlığı ile ilgili % 64.3, acil sağlık sorunuyla ilgili %61.4, merak ettiğim konularda yardım alabiliyorum diyenler %73.1 oranında bu sorunlarının tümüne çoğuna bağlı bulundukları ASB’den yardım alabildiklerini belirtmişlerdir. Son bir yılda evime ebe ziyareti aldım diyenler %40.6 oranındadır. İlk başvuru özelliği için kadın ve eşinin yaşı, göç bölgesi, kadın ve eşinin eğitimi, sosyal sınıf, kadın çalışma durumu, medeni hal, sağlık güvencesi, çocuk sayısı ve gelir algısındaki kategorilerinin ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Beş yaş altı çocuğu olanlarda olmayanlara göre ilk başvuru puan ortalaması anlamlı derecede daha yüksektir (p<0.01). Yeni göçerlerde eski göçerlere göre ilkbaşvuru puanı anlamlı derecede yüksektir p<0.05).

Hizmetin sürekliliği için göç bölgesi, kadın ve eşinin eğitimi, sosyal sınıf, ve gelir algısındaki kategorilerinin ortalamaları arasında fark vardır ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo-2. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri Manisa, 2008

| Sosyodemografik özellikler        | Kategoriler                     | Sayı (%)   |
|-----------------------------------|---------------------------------|------------|
| Kadının yaşı(min:15, maks:80)     | 49 yaş üstü                     | 75 (23.6)  |
|                                   | 15-49 yaş                       | 243 (76.4) |
| Eşinin yaşı                       | 35 yaş ve altı                  | 97 (39.8)  |
|                                   | 36 yaş ve üstü                  | 147 (60.2) |
| Kadının Eğitim Durumu             | Örgün eğitim almış              | 209 (65.7) |
|                                   | Örgün eğitim almamış            | 109 (34.3) |
| Eşinin eğitim durumu              | Örgün eğitim almış              | 219 (89.8) |
|                                   | Örgün eğitim almamış            | 25 (10.2)  |
| Medeni hal                        | Bekar                           | 31 (9.8)   |
|                                   | Evli                            | 244 (76.7) |
|                                   | Dul ve boşanmış                 | 43 (13.5)  |
| Kadın Çalışma durumu              | Ev kadını                       | 295 (93.9) |
|                                   | Çalışıyor/İş buldukça çalışıyor | 19 (6.1)   |
| Sosyal Sınıf                      | Orta sosyal sınıf               | 265 (83.3) |
|                                   | Alt sosyal sınıt                | 53 (16.7)  |
| Gelir Algısı                      | Ortalamanın üstü                | 20 (6.3)   |
|                                   | Ortalama                        | 140 (44.0) |
|                                   | Ortalamanın altı                | 158 (49.7) |
| Göç Durumu*                       | 1-9 yıl (yeni göçer)            | 98 (30.8)  |
|                                   | 10 yıl ve üstü(eski göçer/yerli | 220 (69.2) |
| Nereden göç ettiği                | Ege ve diğer                    | 210 (66.0) |
|                                   | Doğu ve Güneydoğu Anadolu       | 108 (34.0) |
| Sağlık Güvencesi                  | Var                             | 264 (83.0) |
|                                   | Yok                             | 19 (6.0)   |
|                                   | Yeşil kart                      | 35 (11.0)  |
| Aile Tipi                         | Çekirdek                        | 198 (62.3) |
|                                   | Geniş                           | 107 (33.6) |
|                                   | Parçalanmış (Boşanmış)          | 13 (4.1)   |
| Hanede beş yaş altı çocuk varlığı | Var                             | 120 (37.7) |
|                                   | Yok                             | 198 (62.3) |
| Hanedeki çocuk sayısı             | 1-2 çocuk                       | 152 (47.8) |
|                                   | 3 ve daha fazla                 | 123 (38.7) |
|                                   | Yok                             | 43 (13.5)  |
| Toplam                            |                                 | 318 (100)  |

Doğurgan çağ kadınlarda 49 yaş ve üstü olanlara göre, eşleri 36 yaş ve üstü olan kadınlarda 35 yaş ve altı olanlara göre, beş yaş altı çocuğu olan kadınlarda olamayanlara göre ve evli olan kadınlarda bekar, dul ve boşanmış kadınlara göre süreklilik puan ortalamaları anlamlı derecede daha yüksektir. Yeşil kartı olanlarda sağlık güvencesi olanlara göre süreklilik puanları anlamlı derecede yüksektir (p<0.01). Çocuk sahibi

olmayanların çocuk sahibi olanlara göre süreklilik puanları anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p<0.05). Yeni göçerlerde eski göçerlere göre süreklilik puanı anlamlı derecede yüksektir (p<0.01). Hizmetin kapsayıcılığı için kadının yaşı, göç bölgesi, kadın ve eşinin eğitimi, kadın çalışma durumu, medeni hal, sosyal sınıf ve gelir algısındaki kategorilerinin ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 3. Hizmet Özelliklerini Sorgulayan Soruların Cevaplanma Yüzdeleri Manisa, 2008

| Sağlık hizmet özellikleri                                                    | Kategori               | Sayı (%)         |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------|
| <b>İlk başvuru(n=318)</b>                                                    |                        |                  |
| ASB'nin haneye uzaklığı                                                      | Yakın/normal mesafe    | 296 (93.1)       |
|                                                                              | Uzak                   | 22 (6.9)         |
| Mesai saatleri dışında ASB'ye başvurabilme                                   | Evet                   | 51 (16.0)        |
|                                                                              | Hayır                  | 267 (84.0)       |
| Herhangi bir sağlık sorununda ilk başvurulacak yer                           | Kendi AH               | 197 (61.9)       |
|                                                                              | Diğer kurum/ hekim     | 121 (38.1)       |
| <b>Süreklilik(n=318)</b>                                                     |                        |                  |
| Aile Hekiminin ismini bilme                                                  | Evet                   | 267 (84.0)       |
|                                                                              | Hayır                  | 51 (16.0)        |
| Ebe/aile sağlığı elemanı ismini bilme                                        | Evet                   | 115 (36.2)       |
|                                                                              | Hayır                  | 203 (63.8)       |
| Her türlü sağlık sorunuyla sürekli ilgilenen kurum                           | Evet                   | 237 (74.5)       |
|                                                                              | Hayır / Bilmiyorum     | 81 (25.5)        |
| <b>Kapsayıcılık</b>                                                          |                        |                  |
| Sağlıkla ilgili konularda ASB'den danışmanlık alabilme(n=312)                | Tümüne/ çoğuna         | 224 (71.8)       |
|                                                                              | Bir kısmına/ hiçbirine | 88 (28.2)        |
| Kadın sağlığı ve hastalıkları ile ilgili ASB'den danışmanlık alabilme(n=312) | Tümüne/ çoğuna         | 182 (58.3)       |
|                                                                              | Birkısmına/ hiçbirine  | 130 (41.7)       |
| Çocuk sağlığı ve hastalıkları ile ilgili ASB'den danışmanlık alabilme(n=300) | Tümüne/ çoğuna         | 193 (64.3)       |
|                                                                              | Bir kısmına/ hiçbirine | 107 (35.7)       |
| Acil bir sağlık sorununda ASB'den danışmanlık alabilme(n=311)                | Tümüne/ çoğuna         | 191 (61.4)       |
|                                                                              | Bir kısmına/hiçbirine  | 120 (38.6)       |
| Sağlıkla ilgili merak ettiğiniz konularda ASB'den cevap alabilme(n=312)      | Tümüne/ çoğuna         | 228 (73.1)       |
|                                                                              | Bir kısmına/hiçbirine  | 84 (26.9)        |
| Son bir yıldır ebe ziyareti(n=318)                                           | Evet                   | 129 (40.6)       |
|                                                                              | Hayır                  | 189 (59.4)       |
| <b>Toplam</b>                                                                |                        | <b>318 (100)</b> |

Eşleri 36 yaş ve üstü olan kadınlarda 35 yaş ve altı olanlara göre, beş yaş altı çocuğu olan kadınlarda olamayanlara göre kapsayıcılık puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.Yeşil kartı olanlarda sağlık güvencesi olanlara göre kapsayıcılık puanları anlamlı derecede yüksektir (p<0.01). Çocuk sahibi olmayanların çocuk sahibi olanlara göre kapsayıcılık puanları anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p<0.01). Eski göçerlerde yeni göçerlere göre kapsayıcılık puanları anlamlı derecede yüksektir (p<0.05). Bir sağlık sorunu nedeniyle AH'ne başvurma % 61.0, ondan bir önceki sağlık sorununda AH'ne başvuru

%55.2 oranındadır. Bu soruların her ikisine de “aynı aile hekimine başvururum” cevabını verenlerin Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği %40.1 bulunmuştur. Çalışmayan ve çok çocuklu kadınlarda olağan hizmet sunucu sürekliliği çalışan ve çocuk sayısı az olan kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca yeşil kartı olanlarda sağlık güvencesi olan ve olmayanlara göre OHS anlamlı olarak yüksektir. Yaş, eş yaş, beş yaş altı çocuk varlığı, göç varlığı ve göç bölgesi, kadın ve eşinin eğitimi, sosyal sınıf ve gelir algısındaki kategoriler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo- 4. Hizmet özelliklerinin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi Manisa, 2008

| Sosyodemografik Değişkenler       | Kategoriler      | İlk başvuru (aralık= 0-3 puan) |       | Süreklilik (aralık= 0-3 puan) |       | Kapsayıcılık (aralık= 0-6 puan) |       |
|-----------------------------------|------------------|--------------------------------|-------|-------------------------------|-------|---------------------------------|-------|
|                                   |                  | Ortalama ± SD                  | P     | Ortalama± SD                  | P     | Ortalama ± SD                   | P     |
| <b>İndeks skorlar</b>             |                  | 1.90 ± 0.62                    |       | 1.94 ± 0.86                   |       | 3.71 ± 1.99                     |       |
| <b>Yaş</b>                        | 15 – 49          | 1.90 ± 0.63                    | >0.05 | 2.05 ± 0.85                   | <0.01 | 3.72 ± 1.99                     | >0.05 |
|                                   | 49 üstü          | 1.90 ± 0.58                    |       | 1.58 ± 0.80                   |       | 3.68 ± 1.99                     |       |
| <b>Eş yaş</b>                     | 36 yaş ve üstü   | 1.95 ± 0.67                    | >0.05 | 2.30 ± 0.85                   | <0.01 | 4.18 ± 2.01                     | <0.05 |
|                                   | 35 yaş ve altı   | 1.86 ± 0.61                    |       | 1.84 ± 0.80                   |       | 3.50 ± 1.91                     |       |
| <b>Beş yaş altı çocuk varlığı</b> | Yok              | 1.84 ± 0.62                    | <0.05 | 1.69 ± 0.84                   | <0.01 | 3.20 ± 1.97                     | <0.01 |
|                                   | Var              | 2.01 ± 0.61                    |       | 2.36 ± 0.72                   |       | 4.52 ± 1.74                     |       |
| <b>Göç yılı</b>                   | 1-9 yıl          | 3.04± 0.61                     | <0.05 | 3.21± 0.85                    | <0.01 | 4.08± 1.98                      | <0.05 |
|                                   | 10 yıl ve üstü   | 2.84± 0.62                     |       | 2.82± 0.84                    |       | 4.54± 1.98                      |       |
| <b>Göç bölgesi</b>                | Diğer            | 1.88 ± 0.60                    | >0.05 | 1.92 ± 0.84                   | >0.05 | 3.71 ± 2.00                     | >0.05 |
|                                   | Doğu -Gd.        | 1.94 ± 0.66                    |       | 1.98 ± 0.89                   |       | 3.72 ± 1.98                     |       |
| <b>Kadın eğitim</b>               | İlkokul ve üstü  | 1.86 ± 0.62                    | >0.05 | 1.96 ± 0.89                   | >0.05 | 3.71 ± 1.95                     | >0.05 |
|                                   | Eğitimsiz        | 1.99 ± 0.62                    |       | 1.90 ± 0.81                   |       | 3.73 ± 2.08                     |       |
| <b>Eş eğitim</b>                  | İlkokul ve üstü  | 1.92 ± 0.62                    | >0.05 | 2.03 ± 0.87                   | >0.05 | 3.70 ± 2.01                     | >0.05 |
|                                   | Eğitimsiz        | 1.82 ± 0.61                    |       | 1.92 ± 0.75                   |       | 4.39 ± 1.55                     |       |
| <b>Sosyal sınıf</b>               | Orta             | 2.00 ± 0.56                    | >0.05 | 1.95 ± 0.87                   | >0.05 | 3.71 ± 2.01                     | >0.05 |
|                                   | Alt              | 1.85 ± 0.69                    |       | 1.90 ± 0.79                   |       | 3.75 ± 1.91                     |       |
| <b>Kadın iş</b>                   | Çalışan          | 1.73 ± 0.73                    | >0.05 | 1.21 ± 1.03                   | <0.01 | 3.10 ± 2.15                     | >0.05 |
|                                   | Ev kadını        | 1.91 ± 0.61                    |       | 1.99 ± 0.83                   |       | 3.74 ± 1.98                     |       |
| <b>Medeni hal</b>                 | Evli olmak       | 1.90 ± 0.63                    | >0.05 | 2.02 ± 0.85                   | <0.05 | 3.78 ± 1.98                     | >0.05 |
|                                   | Diğer            | 1.93 ± 0.58                    |       | 1.67 ± 0.82                   |       | 3.46 ± 2.03                     |       |
| <b>Gelir algısı</b>               | Ortalamanın üstü | 1.87 ± 0.65                    | >0.05 | 1.92 ± 0.88                   | >0.05 | 3.70 ± 1.95                     | >0.05 |
|                                   | Ort. ve ort.altı | 1.93 ± 0.59                    |       | 1.96 ± 0.84                   |       | 3.73 ± 2.03                     |       |
| <b>Sağlık güvencesi</b>           | Var              | 1.88 ± 0.64                    | >0.05 | 1.87 ± 0.86                   | <0.01 | 3.54 ± 2.00                     | <0.01 |
|                                   | Yeşil kart       | 2.05 ± 0.54                    |       | 2.51 ± 0.65*                  |       | 4.75 ± 1.67*                    |       |
|                                   | Yok              | 2.00 ± 0.47                    |       | 1.89 ± 0.86                   |       | 4.40 ± 1.59                     |       |
| <b>Çocuk sayısı</b>               | Yok              | 1.79 ± 0.51                    | >0.05 | 1.53 ± 0.85*                  | <0.05 | 2.82 ± 2.06                     | <0.01 |
|                                   | 1-2 çocuk        | 1.87 ± 0.63                    |       | 1.96 ± 0.91                   |       | 3.57 ± 2.00                     |       |
|                                   | 3 ve daha fazla  | 1.99 ± 0.64                    |       | 2.07 ± 0.74                   |       | 4.16 ± 1.85                     |       |

Tablo-5. Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği sorularının cevaplanma yüzdeleri Manisa, 2008

|                                                      | Kategoriler | Sayı (%)   |
|------------------------------------------------------|-------------|------------|
| Bir sağlık sorununuz nedeniyle en son kime gittiniz? | AH          | 194 (61.0) |
|                                                      | Diğer       | 124 (39.0) |
| Ondan bir önceki sorunuzda kime gittiniz?            | AH          | 175 (55.2) |
|                                                      | Diğer       | 142 (44.8) |
| Toplam                                               |             | 318 (100)  |

\*Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği

Tablo-6. Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliğinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi Manisa, 2008

| Sosyodemografik değişkenler |                              | Ardışık iki başvuruda tercih edilen kurum |                         | P     |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------|-------|
|                             |                              | ASB Sayı (%)                              | Diğer kurumlar Sayı (%) |       |
| Yaş                         | 15 – 49                      | 102 (42.1)                                | 140(57.9)               | >0.05 |
|                             | 50 üstü                      | 25 (33.3)                                 | 50 (66.7)               |       |
| Eş yaş                      | 36 yaş ve üstü               | 57 (39.0)                                 | 89 (61.0)               | >0.05 |
|                             | 35 yaş ve altı               | 39 (40.2)                                 | 58 (59.8)               |       |
| Beş yaş altı çocuk varlığı  | Var                          | 51 (42.9)                                 | 68 (57.1)               | >0.05 |
|                             | Yok                          | 76 (38.4)                                 | 122 (61.6)              |       |
| Göç yılı                    | 1-9 yıl                      | 45(45.9)                                  | 53(54.1)                | >0.05 |
|                             | 10 yıl ve üstü               | 82 (37.4)                                 | 137(62.6)               |       |
| Göç bölgesi                 | Doğu –Gd.                    | 38 (35.2)                                 | 70 (64.8)               | >0.05 |
|                             | Ege ve Diğer                 | 89 (42.6)                                 | 120(57.4)               |       |
| Kadın eğitim                | İlkokul ve üstü              | 82 (39.2)                                 | 127(60.8)               | >0.05 |
|                             | Eğitimsiz                    | 45 (41.7)                                 | 63 (58.3)               |       |
| Eş eğitim                   | İlkokul ve üstü              | 88 (38.9)                                 | 138(61.1)               | >0.05 |
|                             | Eğitimsiz                    | 13 (52.0)                                 | 12 (48.0)               |       |
| Sosyal sınıf                | Orta                         | 109 (41.3)                                | 155(58.7)               | >0.05 |
|                             | Alt                          | 18 (34.0)                                 | 35 (66.0)               |       |
| Kadın iş                    | Çalışan                      | 3 (15.8)                                  | 16 (84.2)               | <0.05 |
|                             | Ev kadını                    | 124 (41.6)                                | 174(58.4)               |       |
| Medeni hal                  | Evli olmak                   | 96(39.5)                                  | 147(60.5)               | >0.05 |
|                             | Diğer                        | 31 (41.9)                                 | 43 (58.1)               |       |
| Gelir algısı                | Ortalamanın üstü             | 64 (40.8)                                 | 93(59.2)                | >0.05 |
|                             | Ortalama ve ortalamanın altı | 63 (39.4)                                 | 97 (60.6)               |       |
| Sağlık güvencesi            | Var                          | 99 (37.6)                                 | 164(62.4)               | <0.05 |
|                             | Yeşil kart                   | 21 (60.0)                                 | 14 (40.0)               |       |
|                             | Yok                          | 7 (36.8)                                  | 12 (63.2)               |       |
| Çocuk sayısı                | Yok                          | 14 (32.6)                                 | 29 (67.4)               | <0.05 |
|                             | 1-2 çocuk                    | 54 (35.5)                                 | 98 (64.5)               |       |
|                             | 3 ve daha fazla              | 59 (48.4)                                 | 63 (51.6)               |       |

## Tartışma

Araştırmanın yapıldığı bölge, eski bir göç bölgesidir. Görüşülen kadınların çoğu doğurgan çağda, eğitim seviyeleri düşük, ev kadını ve alt sosyal sınıfa mensup kadınlardı. Bulgularımız da elde ettiğimiz kadınların sosyoekonomik özellikleri gecekondü kadın profilini yansıtmaktadır.

Görüşülecek kişilerin kadın olması, araştırmanın uygulandığı zaman diliminde kadınların hanelerde daha çok ulaşılabilir olması nedeniyledir. Kadınlarla görüşmenin diğer bir amacı da ailenin bireylerinin önemli bir çoğunluğunun birinci basamağa kadın eşliğinde ulaştığının bilinmesidir<sup>20</sup>.

Yapılan bir çalışmada sağlık ocağına başvuranların %67.5'u kadınlardan oluşmaktadır, bu sağlık ocağında verilen birçok koruyucu sağlık hizmetlerini kadınların kullanmasının bir sonucu olabilir<sup>21</sup>.

Anketimizin bağımsız değişkenlerini sorgulayan sorularından olan medeni hal ile aile tipi sorularında önceden öngöremediğimiz uyumsuzluklar vardır. Aile tipi sorusunun medeni hal ile uyumlu olması beklenmekteydi. Dul ve boşanmışların çekirdek veya geniş ailenin parçası olabildiklerini ifade etmelerinden dolayı tanımlayıcı bulgularımızda bir tutarsızlık oluşmuştur. Sonuç olarak

ankette bulunan aile tipi sorusu iyi çalışmamıştır bu nedenle analizlerden çıkarılmıştır. Hanedeki çocuk sayısı sorusu katılımcıların hepsine sorulmuştur. Bekar kadınların bazılarının evinde çocuk (kardeşleri) olabilirken, evli, dul ve boşanmış kişilerin bazılarının evinde çocuk yoktur.

Dikkat çeken bir başka durum katılımcıların %96'sı aile hekimine kayıtlıdır bunların %84'ü aile hekiminin ismini bilmektedir %75'i her türlü sağlık sorununda başvurabileceği kayıtlı oldukları kurumun varlığından haberdardır. Buradan yola çıkarak hizmetin kurumsallığının farkında olmadıklarını sistemden sadece bir hekime bağlı olmayı anladıklarını söyleyebiliriz, zaten ebenin ismini bilenlerde çok düşük oranda kalmıştır. Hizmet ağırlıklı olarak hekim merkezli ve tedavi edici hizmetler tarzında sunulmaktadır. Kapsayıcılık sorularının yüzde dağılımlarına bakıldığında %73'ü geçen bir orana rastlanmamaktadır. Bu bulgu katılımcıların %75'inin bu kuruma kayıtlı olduğunun farkında olmalarıyla uyumlu olarak karşımıza çıkmaktadır. Aile hekiminizin bulunduğu bina evinize ne kadar uzaklıkta sorusunu katılımcıların tümü yanıtlamışlardır. Zaten katılımcıların tamamına yakını aile hekimine kayıtlı olduklarını belirtmişlerdir. Araştırma bölgesindeki ASM binası sosyalizasyon döneminde kullanılan sağlık ocağı binası olup mahallenin merkezi bir yerinde yer almaktadır ve buranın sağlık kuruluşu olduğu ve aile hekimlerinin tümünün burada hizmet verdiği bu bölgede yaşayan herkes tarafından bilinmektedir. Dolayısıyla ASB'ne olan uzaklık sorusunu katılımcıların hepsi yanıtlamışlardır.

“İlk başvuru” özelliği üç adet yapı bileşeni (ulaşılabilirlik) sorusu ile sorgulanmıştır. Herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvurulacak kurumun %61.9 ile aile hekimliği birimi olduğu belirtilmiştir. Bu oran Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırmasının (MNSA) sonuçlarıyla kıyaslandığında oldukça yüksektir. MNSA 2005'te genellikle başvurulacak kurum %19.5, MNSA 2009'da %40.5 oranlarıyla kamu birinci basamaktır<sup>18,22</sup>. Bulguların bu kadar farklı olmasının sebebi şüphesiz soruların

farklı şekillerde sorulmasından kaynaklıdır. Yapılan başka bir çalışmada ise 2005 yılı içinde yapılan sağlık başvurularının dağılımında %71.2'lik bir oranla sağlık ocakları en büyük paya sahiptir<sup>21</sup>. Sözü edilen bu çalışmayla benzer bulgular elde edilmiştir. İlk başvuru özelliğinin yapı bileşeni olan ulaşılabilirliği sorgularken mesafe ya da zamansal bir birim olarak tanımlamamız, bir kısıtlılık olmakla birlikte, kadınların tamamına yakını (%93) bağlı bulundukları ASB'yi yaşadıkları yere yakın veya normal mesafede algıladıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada kurumu yakın bulanların oranı sosyalleştirme dönemi sonunda yapılan çalışmadaki orana (%87.6) benzerdir<sup>21</sup>.1978 Alma Ata Bildirgesinde sağlık hizmetine ulaşılabilirlik vurgu yapılan önemli özelliklerden biridir ve araştırma yapılan bölgede bunun sağlandığını görmekteyiz<sup>8</sup>. Mesai saatleri dışında ASB'ne başvuru düzeyi %16'dır. Manisa kent merkezinde yapılmış olan bir çalışmada hafta içi bazı günler mesai bittikten sonra kurumunuz açık mı sorusuna evet diyenler %17.1, hafta sonları kurumunuz açık mı sorusuna evet diyenler %14.4 oranında olup çalışmamızla benzerdir<sup>5</sup>.

İlk başvuru için olası puan aralığı 0-3 olan indekste katılımcılar ortalama 1.90 puan almışlardır. Bu değer göreceli yüksek gibi değerlendirilebilir. Bu değer benzer yaklaşımlar kullanan yapılandırılmış ölçekler olan PCAS ölçeklerinin aynı bölgede elde edilen henüz yayımlanmamış diğer çalışmalarda elde edilen değerlerden daha yüksek olduğu izlenmektedir<sup>23</sup>. Bunun ilk olası nedeni bu çalışmanın yalnızca bir ASB'ni temsil etmesi ve nüfusun önemli bir çoğunluğu %93'ü sağlık kuruluşunu oturdukları eve yakın olmasıdır. Yani ilk başvuru boyutunun önemli bir ön koşulunun (coğrafi ulaşılabilirlik) yerine getirilmiş olması sayılmalıdır. Öte yandan soru sayısının azlığı ve puan ağırlıklandırılması (eşit ağırlıklı) da bir yanılgıya yol açmış olabilir.

Sürekliliği değerlendirdiğimiz iki ardışık başvurunun aynı aile hekimine olması, yani olağan hizmet sürekliliği %40 ile sosyalleştirme dönemine ait çalışmalardan yüksekken aile hekimliği dönemiyle benzer bulunmuştur. 2005

MNSA'da son 15 gün içinde sağlık sorunu olması halinde kamu birinci basamağa olan başvurular %25.8'dir. 2009'da bu oran %40.5'tir<sup>18,22</sup>. OHS kaynakçada UPC olarak geçmektedir ve kurumda ölçülen bir yaklaşımdır biz bunu biraz farklı bir şekilde ve sahada ölçtük<sup>4,19</sup>. Burada akla gelen bir soru da OHS'nin sadece ardışık iki başvuru ile ölçülmesinin ne kadar doğru bir yaklaşım olduğudur. Nitekim kaynakçada OHS'yi çok daha fazla sayıda başvuru ile değerlendiren yöntemler de vardır<sup>4,19</sup>. OHS değişkenimizin çok çocuklu ve çalışmayan kadınlarda, yeşil kartı olanlarda anlamlı yüksekliği sosyalleştirme geleneğinden gelen doğurgan çağ kadın ve çocuklara verilen sağlık önceliğinin sürdürüldüğünü gösterir niteliktedir.

Süreklilik puan ortalaması tüm katılımcılar için 1.94 bulunmuştur. Bu puan göreceli yüksek bir değer olarak kabul edilebilir. Evli, çocuklu, eşi orta yaş ve üzeri olan kadınlarda süreklilik puanının yüksek çıkması çocuğu olmayan kişilerin süreklilik puanlarının düşmesi doğurgan çağ kadınların hizmetten daha sürekli yararlandıklarını göstermektedir.

Ev kadınlarının 3 ve daha fazla çocuk sahibi olmaları anlamlı olarak daha yüksekti. Ev kadınlarında süreklilik puan ortalamasının ve OHS'nin yüksek olmasını ev kadınlarının anlamlı olarak daha fazla çocuğa sahip olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Kadınların dörtte biri her türlü sağlık sorununda kendisiyle "sürekli ilgilenen" bir kuruluşun var olduğundan haberdar değildir. Bu durum hizmetin sürekliliğini etkilemekle beraber bağlı bulunduğu sağlık kuruluşunu bilmemesi hizmetin her boyutunu etkilemektedir zira kişiler farkında olmadıkları bu hizmetleri kullanamazlar.

Her yeni sağlık sorunu olduğunda ilk hangi sağlık kurumuna başvurursunuz?" sorusuna %62 oranında "aile hekimine" cevabı verilmesine rağmen OHS'nin %40'ta kalması ilk başvuru özelliği ile sürekliliğin uyumlu olmadığını ya da tutumun davranışa dönüşmediğini düşündürebilir.

Sürekliliğin ölçülmesinde kullandığımız aile hekimi ve ebenin ismini bilme sorusuna, sosyalleştirme döneminden farklı bir yanıt alınmıştır. Sosyalleştirme döneminde daha çok ebelerin isimleri bilinirken, bu çalışmada daha çok aile hekiminin (%84 oranında) isminin bilindiği saptanmıştır. Kadınların sadece %36'sı ebenin ismini bilmektedirler. Sosyalleştirme döneminde yapılan bir çalışmada katılımcıların %61.9'u ebenin ismini bilmektedir<sup>24</sup>. Bu durum ebelerin aile hekimliği hizmet uygulamalarının ilk yılında ebelerin gezici hizmet sunmaması nedeniyle olabilir. Nitekim ebelerin son bir yıldaki ev ziyareti oranı, en az bir kez ziyaret için %40.6 oranında kalmıştır. Yani her 10 kadından 6 sı son bir yılda ebe tarafından evde hiç ziyaret edilmemişlerdir.

Kapsayıcılık özelliğinin ölçümü yazımızın giriş bölümünde bahsettiğimiz nedenlerle zordur. Birinci basamakta verilen hizmetlerin kapsayıcılığının yeterliliği açısından yapılan bir Kanada çalışmasında aile hekimlikleri (AH), toplum sağlığı merkezi (TSM) ve sağlık hizmet organizasyonlarını (Health Service Organization HSO: toplumun yoksul kesimlerine hizmet veren ücretli hekim çalıştırılan kamusal kurumlar) karşılaştırmışlar. Karşılaştırmalarını verilen hizmet listesinin dağılım yüzdelerini kıyaslayarak yapmışlar. Bu hizmet listesi kadın sağlığı danışmanlık hizmetleri, küçük cerrahi tıbbi prosedürler, tanısal testler, danışmanlık hizmetleridir. Sonuç olarak AH'lerine göre TSM'lerde hizmetin kapsayıcılığı anlamlı olarak yüksek bulmuşlardır<sup>25</sup>. Çalışmamızın bulgularına bakıldığında danışmanlık alabilme %72, acil sağlık hizmeti alabilme %61 olarak bulunmuştur.

Ülkemizde uygulanan sağlık sisteminde TSM'ler bu tip hizmetleri vermemektedirler. Bizde bu tip başvurular genellikle ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılmaktadır.ASB'de kadın ve çocuk sağlığıyla ilgili konularda başvuranların yarısından fazlasına danışmanlık hizmeti verildiği görülmektedir. Son bir yılda ebe ziyareti almadım diyenler %59'dur. Bir yaşından küçük çocuğu olan annelerde yapılan bir

çalışmada bu oran %51 olarak bulunmuştur<sup>26</sup>. Ebe ziyaretlerinin düşük oranları sadece hizmetin kapsayıcılığını düşürmekle kalmayıp ebelerin iş doyumunu da azaltmaktadır.

Ebelerin ASB'lerinde asıl vermeleri gereken hizmetler yerine tek aile sağlığı elemanı (ASE) olarak çalıştıklarından AH'lerinin yoğun poliklinik yüküne destek olmaktadırlar. Bu bağlamda aile hekimi yardımcı elemanı olarak çalıştırılmaları ev ziyaretlerini aksatmalarına yol açmaktadır Hizmet kapsayıcılığı puanın da 3.71 olarak elde edilmiştir. Bu değer oldukça düşük bir değer olarak yorumlanabilir. Öznel değerlendirmeler her zaman yanıltıcı olabilir.Bu değerlendirmeye göre kapsayıcılık, beş yaş altında çocuğu olan, üç veya daha fazla çocuk sahibi olan, doğurgan çağda olan, yeşil kartlı ve eşi daha yaşlı olan ve üst-orta sosyal sınıfta olanlarda karşıtlarına göre daha iyi çıkmıştır. Hizmetin kapsayıcılığının da süreklilik ölçümünde olduğu gibi çocuklu, eşi orta yaş ve üzeri olanlarda yüksek olması ve çocuğu olmayanlarda düşmesi sosyalleştirme geleneğinden gelen doğurgan çağ kadın ve çocuklara verilen sağlık önceliğinin sürdürüldüğünü gösterir niteliktedir.

Kapsayıcılığın orta sosyal sınıfta yüksek olması ise yoksul ve yoksun ailelere yönelik bir sağlık eşitsizliğinin göstergesi olabilir. Kapsayıcılık özelliği çalışmamızda sağlık güvencesi yeşil kart olanlarda yüksek çıkmıştır. Başka bir çalışmada da

kapsayıcılık özelliği aynı şekilde yeşil kartlılarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur<sup>(23)</sup>.

Sosyalleştirme döneminde sağlık güvencesi olmayan ve yeşil kartlılar birinci basamaktan faydalanıyordu yeni sağlık sisteminde de bu alışkanlığın sürdüğü söylenebilir. Sağlık güvencesi olan kişiler ise diğer sağlık kuruluşlarına başvurabilmektedir tıpkı sosyalleştirme döneminde olduğu gibi. Göç yılına göre yapılan analizlerde yeni göçerlerde (1-9 yıl) ilk başvuru ve süreklilik anlamlı olarak yüksekken, kapsayıcılık eski göçerlerde (10 yıl ve üzeri) anlamlı olarak yüksektir. PCAS çalışmasında göç yılı değişkeni anlamlı olmasa da ilk başvuru ve süreklilik eski göçerlerde süreklilik yeni göçerlerde yüksek bulunmuştur.<sup>23</sup> Bu haliyle ilk başvuru ve kapsayıcılık çalışmamızla uyumluyken süreklilik için tersi söz konusudur. Araştırmamızın en önemli kısıtlılığı evren olarak sadece bir aile hekimliği bölgesinin seçilmiş olması ve araştırma ulaşılabilirliğinin düşük olmasıdır.

Sonuç olarak araştırmanın yapıldığı ASB'de geçen bir yıllık ilk AH uygulama döneminde sosyalleştirme dönemiyle karşılaştırıldığında hizmet örüntüsünün değişmediği, buna karşın gezici ebe hizmetlerinin azaldığı görülmüştür. Aile Hekimliği uygulamalarında birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin PCAS ve PCAT gibi yapılandırılmış ölçeklerle değerlendirilmesine gereksinim vardır.

## Kaynaklar

1. Donabedian A. The Quality of Care: How can it be assessed? Journal of the American Medical Association. 1988; 260: 743-1748.
- 2.Donabedian A. Archives of Pathology & Laboratory Medicine. Nov 1997; 121, 11.
- 3.Sibthorpe B. A Proposed Conceptual Framework for Performance Assessment in Primary Health Care A Tool for Policy and Practice. 2004; [http://www.anu.edu.au/aphcri/Publications/conceptual\\_framework.pdf](http://www.anu.edu.au/aphcri/Publications/conceptual_framework.pdf). Erişim tarihi 23.08.2010

- 4.Eser E. Toplum Hekimliği Bülteni. 2008; 3(27): Sf.1-12.
- 5.Lağarlı T. Kentsel Bir Bölgede Bazı Yapılandırılmış Ölçüm Gereçleriyle Birinci Basamak Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Celal Bayar Üniversitesi. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Manisa; 2010.
- 6.Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Quarterly, 2005; 83(3): 457-502.

- 7.WHO Primary Health Care: Now More Than Ever, 2008:Geneva, Switzerland World Health Organization.
- 8.www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\_almaata.pdf, Erişim Tarihi 24.08.2010.
- 9.Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract 2001;50.
- 10.Safran D G, Kosinski M, Tarlov AR.The Primary Care Assessment Survey Tests of Data Quality and Measurement Performance Medical Care. 1998; 36(5): 728-739.
- 11.Haggerty J, Martin CM. Evaluating Primary Health Care in Canada:The Right Questions to Ask! The National Evaluation Strategy for Primary Health Care. Health Canada; 2005.
- 12.Safran DG. Evaluating The Quality of Primary Care Relationships Under Managed Care. Presented at: Charting the Future of the Doctor-Patient Relationship. The Royal Society of Medicine Foundation, Washington, DC, April 1997.
- 13.Institute of Medicine. Defining Primary Care. An Interim Report. Washington, DC: National Academy Press, 1994.
- 14.Institute of Medicine. A Manpower Policy for Primary Health Care. IOM Publication 78-02. Washington, DC: National Academy of Sciences, 1978.
- 15.Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Pres.1998.
- 16.Starfield B. Primary Care Concept, Evaluation and Policy. Oxford University Pres. New York, US. 1992
- 17.Starfield B. Comprehensiveness of Care: Concept and Importance Presented at: RNZCGP Annual Quality Symposium Wellington, NZ February 14, 2009. Erişim Tarihi Ocak 2010.
- 18.Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2005.
- 19.Breslau N, Reeb KG. J. Med Educ. Continuity of Care in a University-Based Practice. 1975;50(10):965-9.
- 20.Gündoğdu Z. Manisa İlinde Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Dönemi Sürecinde Birinci Basamak Ayaktan Tanı- Tedavi Başvurularının Değerlendirilmesi. 13.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı. 2010: sf.75
- 21.İlhan M, Tüzün H , Aycan S, Aksakal FN , Özkan S. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar Toplum Hekimliği Bülteni. Eylül 2006; 3(25).
- 22.Çevik C. Manisa Kent Merkezinde Yaşayan Kişilerde Ayakta Tanı Ve Tedavi Hizmeti Kullanımının Ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek lisans tezi. CBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
- 23.Lağarlı T. Eser E. Bazı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Birimlerinde Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. Manisa, 2009.
- 24.Sönmez Y. Aksakoğlu G. Gebelikte Tetanoz Aşılama Durumu ve Etkileyen Etmenler Gebelikte Tetanoz Aşılama Durumu Ve Etkileyen Etmenler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED). 2005; (9)14: 212.
- 25.Russell G, Hogg WE, Tuna M, Dahrouge S, Gebremichael G, Geneau R. Comprehensiveness in Primary Care: Results from the Comparison of Models of Primary Care (COMPC)Studywww.familymedicine.uottawa.ca/.../ScholarlyAndResearchActivitiesAnnualReport-2007.pdf Erişim tarihi:03.12.2010
- 26.Kılıç M. Sağlık Ocaklarında Görevli Ebeler Tarafından Verilen Doğum Öncesi Bakımın Değerlendirilmesi Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences). 2009; 18(3):138-147.

## Editöre Mektup

### Halk Sağlığı Etiği

#### Tacettin İnandı<sup>a</sup>

Sayın Editör,

Halk Sağlığı Etiği; en yalın anlamı ile etik töre bilimi olarak tanımlanmaktadır. Felsefenin temel alanlarından biri olan etik batıda ahlak felsefesi olarak da adlandırılmıştır. Etiğin temel amacı yanlış doğrudan ayırt etmektir. Meslek etiği ise mesleki uygulamalarda doğru (iyi) ve yanlışın (kötünün) ne olduğunu anlamaya çalışır. Meslek etiği iş hayatındaki davranışlara yön veren temel ilkeleri belirlemeye çalışır. Böylelikle mesleğin gelişimi ve saygınlığına katkı sağlar.

Halk sağlığının bir bilim ve sanat dalı olduğunu çoğumuz kabul ederiz sanırım. Bu işi uygulayanlar açısından ise halk sağlığı bir meslek ve iş alanıdır. Hem bilim dallarının, hem de mesleklerin felsefe ve meslek etiği ile ilgili olduğunu da biliriz. Halk sağlığı çalışanlarının da doğal olarak bu alana ilgi duyması ve geliştirmesi gereklidir.

Halk sağlığı etiği ise, halk sağlığı alanında çalışanların davranışları bakımından önem taşır. Araştırmalarda, müdahalelerde, farklı kurum ve kişilerle olan ilişkilerde halk sağlığı çalışanı nasıl davranmalıdır? Doğru olan nedir? Yanlış olan nedir? Halk sağlığı çalışanının politika ve politikacı ile ilişkisi nasıl olmalıdır? Halk sağlığı uzmanı bir teknokrat gibi mi hareket etmelidir, politikacı gibi mi? Yoksa bir meslek sahibi gibi mi? Meslek sahibi gibi davranmaktan ne anlaşılmalıdır? Bunlardan biri değil ise nedir? Sağlık kimin

sorumluluğundadır? Kişilerin mi? Devletin mi? Yoksa her ikisinin mi? Sorumluluğun güçle ilgisi olmalı mıdır?

Bunlara benzer tartışmaları ülkemizde uzun yıllar yapıyoruz. Ancak bunları halk sağlığı zemininde bütünleştirme gereği vardır. Halk sağlığı etiğinin temel ilkelerini belirlemek ve tartışmalarımızı bu zeminde yapmak gerektiğini düşünüyorum. Bir halk sağlığı uzmanının etik açıdan hangi becerileri edinmesi gerekir? Etik karar alma süreci nasıl olmalıdır? Bunların eğitimleri nasıl gerçekleşmelidir? gibi sorular sormalı ve yanıtlar üretmeliyiz.

Halk sağlığı etiği tıp etiği ile yakından ilişkilidir, ancak bununla sınırlı değildir. Tıp etiği, halk sağlığı çalışanlarının gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalabilir. Tıp etiği daha çok bireysel açıdan bakarken, halk sağlığı etiği sosyal bakış açısını da gerektirir. Tıp etiğinde temel ilkelere biri yarar ve zararla ilgilidir. Yararlı olmak ve zarar vermemektir. Bu sanırım bizim için de geçerlidir. Halk sağlığı uzmanı uygulama alanlarında halka yararlı olmalı, zarar vermemelidir. Diğer bir ilke eşitlik ilkesidir. Halk sağlığı uzmanı herkesin eşit temel hak ve özgürlüklere sahip olduğunu kabul eder. Başta insan olmak üzere tüm canlılara, hatta cansız varlıklara, çevreye de saygı duyar.

<sup>a</sup>Doç.Dr., Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Hatay

**İletişim: Tacettin İnandı**, Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD , Hatay. GSM: 0 506 545 00 95, E-posta: inandit@gmail.com

Bunlar tartışmaya, geliştirmeye açık düşünce ve ilkelerdir. Ancak ülkemizde halk sağlığı etiğinin geliştirilmesi gerekmektedir. Mesleğimizi geliştirmek ve politika dahil diğer alanlara daha çok katkı yapabilmek açısından da bunların gerekli olduğu kanısındayım.

### **Kaynaklar**

1. A Code of Ethics for Public Health. American Journal of Public Health July 2002;92(7):1057-1060. Erişim yeri:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447186/pdf/0921057.pdf>, Erişim tarihi: 15.02.2011

2. Public Health Leadership Society. Principles of the Ethical Practice of Public Health Version 2.2. 2002. Erişim yeri: <http://phls.org/CMSuploads/PHLSposter-68526.pdf>, Erişim tarihi: 15.02.2011

3. Public Health Leadership Society. Skills in Public Health Ethics. Erişim yeri: <http://phls.org/CMSuploads/Skills-for-the-Ethical-Practice-of-Public-Health-68547.pdf>, Erişim tarihi: 15.02.2011