

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

İbrahim Koruk^a, Zeynep Şimşek^a

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 yaptıran 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.

^a 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 aşılınmaları, doğum öncesi bakım hizmeti almaları ve sağlık personeli yardımı ile hijyenik koşullarda doğum yapmalarının sağlanmasıdır¹.

Dünyada 2006 yılı sonu itibarı ile 104 ülkede maternal ve neonatal tetanoz aşılama çalışmaları yapılmaktadır. Bu ülkelerde yenidoğanların yaklaşık %81.0'nin neonatal tetanoza karşı korunduğu tahmin edilmektedir². Türkiye'de ise, 1994 yılında Sağlık Bakanlığı neonatal tetanozu elimine etmek için Dünya Sağlık Örgütü rehberlerine uygun olarak gebe tetanoz aşılama çalışmaları 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^{1,3,4}.

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 beklenmektedir⁵. 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 edilememektedir³. 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 çıkarılabilmektedir⁶.

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^{7,8}.

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 il (ortalama 2 il) tarım işçisi olarak çalışmaya gittikleri ve sağlık hizmetine erişmede güçlük çektikleri belirtilmektedir^{9,10}.

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 işçilerinin 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^{11,12}.

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 Mahallesi yapılmıştır. Sağlık ocağı personeli ve mahalle muhtarı ile yapılan görüşme sonucunda Hayati Harrani Mahallesi içerisinde bulunan, göçebe mevsimlik tarım işçisi ailelerin en yoğun buldukları 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 ilde (ortalama 2 il) tarım işçisi olarak gitmekte ve Kasım ayının ilk haftasında da Şanlıurfa'daki kalıcı adreslerine dönmektedir¹⁰.

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 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 aşı 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 izlemdir.

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.

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).

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

	Göçebe mevsimlik tarım işçiliği				Ki kare	P
	Evet	%*	Hayır	%*		
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 ilkökul 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 yaptırmama göçebe mevsimlik işçilerde %33.4, tarım işçisi olmayanlarda %28.2, 2 ve üstü doz tetanoz

aşısı yaptırmama 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 aşısı dozları yapıldığı yere göre incelendiğinde, aşılama oranının 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).

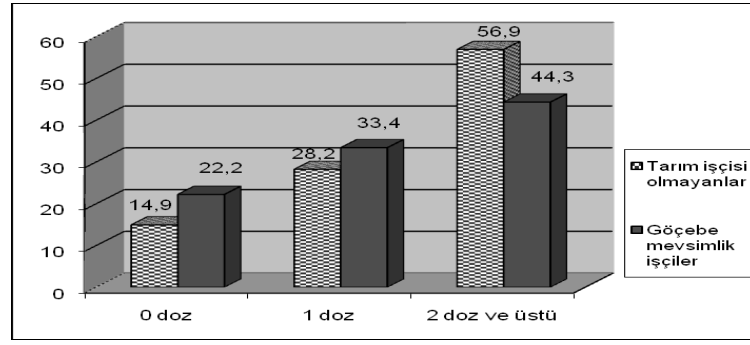
Tablo 2. Bazı özelliklere göre 2 ve üstü doz tetanoz aşısı yaptırma durumunun dağılımı

Özellik	2 ve üstü doz tetanoz aşısı yaptırma								
	Hayır	%*	Evet	%*	%**	χ^2	P	KOR [§]	%95 GA ^{§§}
Göçebe Mevsimlik Tarım İşçiliği									
Evet	323	55.7	257	44.3	70.0	10.45	0.001	1.65	1.22-2.23
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	19.66	0.000	1.85	1.43-2.50
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	37.09	0.000	2.76	1.98-3.83
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	0.002	1.63	1.20 - 2.22
Aşı kartı	1.008	<0.001	2.73	1.96 - 3.81
Sabit	-1.024	<0.001		

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 bölgedir¹³. 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 fazladır¹³.

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 çıkarılabilmektedir⁶. İkinci Tetanoz Aşı Günleri sonrası İnakçı 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 belirtilmiştir⁷. 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^{3,4,14}. Araştırmalar DÖB hizmetleri alanlarda tetanoz aşılama düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir¹⁵.

Tetanoz aşılama sırasında uyulması gereken zaman aralıkları ve aşılamanın birden fazla dozu gerektirmesi, düzenli sağlık hizmeti sunumu ya da kullanımını gerektirmektedir. Kadınların 5 doz tetanoz aşısını yaptıkları 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 farklılık 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 gözlemiştir.

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^{9,10,16}.

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^{9,10}.

Hem bu araştırmada (%25.2), hem de İnakçı'nın tüm Şanlıurfa'yı temsil eden araştırmasında (%31.7) kadınların aşı kartı bulundurma düzeyi oldukça düşük bulunmuştur¹⁵. Aşı kartının bulunması ise kişinin ve verilen sağlık hizmetinin kayıt altında olmasını ve takip edilmesini sağladığı için oldukça önemli bir unsurdur¹⁴. 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 önemlidir¹⁷.

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 beklenmektedir¹⁷. Nitekim, Önde ve arkadaşlarının Aydın İl Merkezi'nde yaptıkları araştırmada aşı kartı olanlarda tetanoz aşısı yönünden kaçırılmış fırsat durumu daha az bulunmuştur¹⁸.

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 düzeydedir¹³.

2008 TNSA'ya göre Türkiye'de sağlık kuruluşunda doğum yapanların oranı %89.7 iken, GAP bölgesi için bu oran %74.7'dir¹³. Bu araştırmaya göre ise %57.6 ile oldukça düşük bir düzeydedir. Benzer şekilde İnakçı'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 düşüktür¹⁵.

Araştırmalar, kadının öğrenim durumunun ve DÖB hizmeti almasının, birden fazla gebelik geçirmesinin iki doz tetanoz aşısı olmayı olumlu yönde etkilediğini göstermektedir^{15,20}. 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 olmaktadır¹⁹. 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^{13,21,22}.

Sağlık hizmeti kullanımında öğrenim durumunun, ekonomik durumun, sağlık algısının çok önemli belirleyiciler olduğu bilinmektedir. Tetanoz aşılama konusunda 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 rastlanmaktadır¹. 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 aşılmasının 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 gerekmektedir²³.

İnakçı tarafından Şanlıurfa'da yapılan araştırmada en sık karşılaşılan aşı başarısızlığı nedeni, bilgi eksikliği, sağlık hizmetine ulaşmada sınırlılıklar ve sağlık personeli yokluğu olarak belirlenmiştir¹⁵. 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 belirlenmiştir²⁴.

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 gerekir¹⁷.

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

1. WHO, UNICEF, World Bank. State of the world's vaccines and immunization(3rd ed). Geneva: World Health Organization, 2009
2. World Health Organization. Global Immunization Data 2009. http://www.who.int/immunization/newroom/Global_Immunization_Data.pdf. Erişim tarihi 20 Mart 2009.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Maternal ve Neonatal Tetanos Eliminasyon Programı Saha Rehberi. http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/TAG_saha_rehberi.pdf. Erişim tarihi 25 Ocak 2010.
4. TC Sağlık Bakanlığı. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009. <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF404F9755767D76FFEC9E8A7FA3AA308F>. Erişim tarihi 25 Ocak 2010.
5. 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.
6. TC Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılı. Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık, 2006.
7. Şimşek Z, İnakçı İH, Koruk İ, Sermatov K. Vaccination Status in Children Aged 12-23 Months and Predictors in Sanliurfa. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2010;19(1):20-9
8. 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.
9. Şimşek Z, Koruk İ. Çocuk İşçiliğinin En Kötü Biçimlerinden Biri; Mevsimlik Göçebe Tarım İşçiliği. Çalışma Ortamı 2009;105: 7-9.
10. 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
11. Arcury TA, Quandt SA. Delivery of health services to migrant and seasonal farmworkers. Annu Rev Public Health 2007; 28: 345-363.
12. 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.
13. 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.
14. 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/. Erişim tarihi 25 Ocak 2010
15. İnakçı İH. Şanlıurfa ilinde lot kalite tekniği ile aşılama oranlarının ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Şanlıurfa: Yüksek lisans tezi, 2007.
16. 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. Erişim tarihi 26 Kasım 2009
17. 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.

18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın İl Merkezinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri, Kor Hek 2007; 6: 137-141.
22. Omaç M, Güneş G, Karaoğlu L, Pehlivan E. Arapgir Devlet Hastanesine Basvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumları ve Etkileyen Faktorlerin Değerlendirilmesi (Haziran 2004-2005), Fırat Tıp Dergisi 2009; 14(2): 115-119.
23. Simsek Z, Koruk I, Yasar O. An intervention study: The effectiveness of sustainable mobile healthcare services for migratory and seasonal farmworkers. 12th World Congress on Public Health. İstanbul: 2009.
24. Johnson DR, Nichol KL, Lipczynski K. Barriers to Adult Immunization, The American Journal of Medicine 2008; 121: 28–35.