



Validity and Reliability of Turkish Version of Deprivation in Primary Care Questionnaire (DiPCare-Q)

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yoksunluk Anketinin (DiPCare-Q) Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Fikriye Yılmaz^{*1}, Burcu Yılmaz¹

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yoksunluk Anketinin (DiPCare-Q) Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini test etmektir. **Yöntem:** Araştırmada sosyo-demografik bilgiler, yaşam standardı göstergeleri ve DiPCare-Q Türkçe formundan oluşan anket Ankara ili Akyurt ilçesinde Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18 yaş ve üstü toplam 160 kişiye yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Ölçeğin geçerliği; kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve yordama geçerliği ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin güvenilirliğini test etmek için iç tutarlılık ve düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu katsayıları hesaplanmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan 160 kişinin %61,3'ü kadın, %74,4'ü evli, %62,5'i lise altı eğitimlidir. Ölçeğin kapsam geçerliği değerlendirmesinde uzman görüşleri arasındaki uyum için yapılan Kendall's W sayısı 0,441 ve $p < 0,05$ olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği için yapılan temel bileşenler faktör analizi sonuçları DiPCare-Q'nun 3 faktör ile toplam varyansın %68,49'unu açıkladığını göstermektedir. Yordama geçerliği için yoksulluğun nesnel göstergelerine göre DiPCare-Q toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmış; DiPCare-Q'nun maddi yoksunluk boyutu, sosyal yoksunluk boyutu ve toplam puan ortalamaları yoksulluğun nesnel göstergelerine istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0,05$). Ölçeğin güvenilirliğinin değerlendirilmesinde incelenen Kuder-Richardson 20 katsayısı 0,80 olarak hesaplanmış, ölçeğin güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca maddelerin toplam puanla korelasyonları da standart değer 0,40'ın üzerinde belirlenmiştir. **Sonuç:** Çalışma sonucunda DiPCare-Q Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiş ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanımı önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Yoksulluk, sağlık hizmetleri, geçerlik güvenilirlik, kültürel uyarlama

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to test the validity and reliability of Turkish version of Deprivation in Primary Care Questionnaire (DiPCare-Q). **Method:** In the study, a survey, consisting of socio-demographic information, living standard indicators and DiPCare-Q Turkish form, was applied with face to face interviews to 160 people who are literate, older than 18 years age and applied to Family Health Center in Akyurt district of Ankara. The validity of the scale was assessed by content validity, construct validity and discriminant validity. To test the reliability of the scale, internal consistency and item total correlation coefficients were calculated. **Results:** 61.3% of the participants were women, 74.4% were married and 62.5% were under high school. In the content validity, Kendall's Coefficient of Concordance W was calculated as 0,441 and $p < 0,05$. In construct validity, the results of Principal component analysis showed that the model explained 68.49% of the total variance with 3 factors. For discriminant validity, DiPCare-Q total and subscale scores of participants were compared according to objective indicators of poverty. And it was determined that there were statistically significant differences in scores of social deprivation dimension, material deprivation dimension and total DiPCare-Q according to objective indicators of poverty DiPCare-Q. In the evaluation of reliability of scale, the Kuder-Richardson 20 coefficient was calculated as 0,80 which is the result that the scale is reliable. In addition, correlations of the items with the total score were determined above the standard value of 0.40. **Conclusion:** The results of the study showed that Turkish version of DiPCare-Q is valid and reliable, so its usage was recommended in primary care services.

Keywords: Poverty, health services, validity reliability, cultural adaptation.

Received / Geliş tarihi: 14.02.2017, Accepted / Kabul tarihi: 29.03.2017

¹Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Fikriye Yılmaz, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Bağlıca Kampüsü, Ankara-TÜRKİYE-mail: fyilmaz@baskent.edu.tr

Yılmaz F, Yılmaz B. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yoksunluk Anketinin (DiPCare-Q) Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. TJFMPC, 2017;11(2): 79-87.

DOI: 10.21763/tjfm.317738

GİRİŞ

Ekonomik ya da sosyal boyutlu gelişmelere paralel olarak ortaya çıkan yoksulluk olgusu, 1990'lı yıllardan itibaren küresel bir tehdit olarak görülmektedir. İki bin on beş yılı itibariyle dünya nüfusunun %15'i günlük sadece bir dolarlık bir gelire sahip iken; her üç kişiden biri günde iki dolar ve altında bir gelirle yaşamını sürdürmek durumundadır. Dünya Sağlık Örgütüne göre yoksulluk günümüzde birçok hastalık ve ölümün en büyük nedenidir. İlk kez 1820'lerde kaleme alınan "yoksulluğun sağlık üzerinde çok ciddi etkileri olduğu" düşüncesi¹ geçen yüzyılda yoksulluk - sağlık etkileşimini irdeleyen çok sayıda bilimsel araştırma²⁻⁵ ile de kanıtlanmış durumdadır. Dünyada yoksulluk yüzünden her gün 22 bin çocuk hayatını kaybetmektedir. İki bin on iki yılı itibariyle, hala 748 milyon insan içme suyu kaynaklarına, 855 milyon insan da temel sağlık hizmetlerine ulaşmamaktadır.⁶

Yoksulluk genel olarak, insanların refahı için ekonomik, sosyal ve diğer standartları karşılayamaması olarak tanımlansa da düşük sağlık düzeyi, eğitim düzeyinin yetersizliği, kötü beslenme, güçsüzlük ve sosyal dışlanma gibi unsurlarla etkileşim içerisinde olan karmaşık ve çok boyutlu bir olgudur.³ Ekonomistler ve politikacılar 1960'lı yıllarda, "bir kişinin maddi yaşam standardının büyük ölçüde refahını belirlediği" varsayımına dayanan yoksulluğun parametrik ölçümüne odaklanmışlardır.⁷ Bu yaklaşım doğrultusunda yoksul kişileri; yoksulluk sınırı olarak adlandırılan belirli bir sınırın altında gelir veya harcama şeklinde ölçülen maddi yaşam standartlı ailelerde yaşayan kişiler olarak tanımlamışlardır.⁷ Gelir yetersizliği, sosyal dışlanma, eğitim durumu, çevre koşulları, fiziki engeller vb. gibi unsurları da kapsayan yoksulluk tanımları ve ölçümleri 1970'li yılların sonlarında geliştirilmeye başlanmıştır. Amartya Sen, 1980'li yıllarda yayımladığı bir dizi yazısındaki geliştirilen kapasite yaklaşımıyla⁸⁻⁹ yoksulluğu, ekonomik olarak değerlendirmenin ötesinde sağlık ve eğitim hizmetlerine ulaşımı ve daha kapsamlı olarak yaşam kalitesini de içeren "kapasite yoksunluğu" olarak değerlendirmektedir.¹⁰ Bin dokuz yüz doksanlı yılların başlarında Townsend, yoksulluk kavramını kaynaklardan ziyade koşullara uygulamış ve yoksulluk ve yoksulluk arasında bir ayırım yapmıştır. Yoksulluk kavramını; "birey, hane ya da grupların genel toplum veya ülke seviyesine göre gözlenebilir ve kanıtlanabilir dezavantajlı durumda olmaları" olarak tanımlamış ve yoksunluğu maddi ve sosyal olarak ikiye ayırmıştır. Aynı zamanda yoksunluğun sağlıkta eşitsizliklerin temel nedeni olduğunu ifade etmiş ve belli bir coğrafik alanda yoksunluğu ölçmek için bir indeks geliştirmiştir. Townsend yoksulluk indeksinin ardından bu amaçla geliştirilen bazı indeksler;

Jarman Az Gelişmiş Bölge Skoru, Carstairs Yoksunluk İndeksi, MATDEP (açılımı) ve SOCDEP (açılımı yazılmalı), Çoklu Yoksunluk İndeksi ve İtalyan Önerisi olarak sayılabilir. Yoksunluk indekslerinde, yoksunluk ile düşük sağlık statüsü arasındaki ilişkinin araştırılmasında ve sağlık programları ve hizmetleri için yapılacak kaynak tahsisinin belirlenmesinde kullanılmaktadır.¹¹

Son yıllarda sağlık alanında yapılan araştırmalarda yoksulluğun ölçülmesi ile ilgili çeşitli araçlar önerilmektedir. Çoğu tıbbi araştırmada gelir, mesleki durum ve eğitim düzeyini içeren yoksulluğun nesnel göstergelerine (geleneksel ekonomik göstergeler olarak da adlandırılır) odaklanılmıştır. Ancak bu geleneksel ekonomik göstergeler sadece yoksulluğun tek bir yönünü ifade eden maddi yoksunluğu değerlendirmesi, objektif sosyoekonomik durumun her zaman subjektif sosyoekonomik duruma eşit olmaması ve bu göstergelerin sadece "kaynaklara" odaklanarak bireylerin kaynakları değere dönüştürme becerilerini yok sayması gibi nedenlerle eleştirilmektedir.¹² Bu nedenle dünyada sağlık alanında kullanılan yoksulluk ölçümlerinde gelinen son noktada toplumsal düzeyde yoksunluğun ele alınmasından ziyade bireysel düzeyde maddi ve sosyal yoksunluklara odaklanılmaktadır. Bu alanda yapılan araştırmalarda da yoksulluğun çok boyutlu yönlerini tespit etmek üzere bazı ölçekler geliştirilmiştir. Yeni Zelanda'da geliştirilen NZiDep (New Zealand Index of Socioeconomic Deprivation for Individuals), Fransa'da Sağlık Değerlendirme Merkezlerinde kullanılmak üzere geliştirilen EPICES (Evaluation of Deprivation and Inequalities in Health Examination Centres) skor, Eroğlu tarafından geliştirilen Ağırlıklandırılmış Yoksunluk İndeksi, İsviçre'de geliştirilen DiPCare-Q (Deprivation in Primary Care Questionnaire) ve Fransa'da acil servislerde kullanılmak üzere geliştirilen PQoL-Q (Poverty Related Quality of Life-Questionnaire/Yoksulluğa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği) yoksulluğun çok boyutlu bir olgu olduğunu dikkate alarak tasarlanmış en güncel yoksunluk ölçekleridir. Yeni Zelanda'da geliştirilen NZiDep Yeni Zelanda'ya özgü kültürel öğeler içermesi ve yoksunluğun daha çok maddi boyutuna odaklanması nedeniyle, Eroğlu tarafından geliştirilen indeks sadece maddi yoksunluğa odaklanması nedeniyle, EPICES skor ise ağırlıklı olarak sosyal yoksunluk ile ilgili maddeler içermesi ve diğer araçlarla kıyaslandığında iç tutarlılığı daha düşük olması nedeniyle eleştirilmektedir.¹³ Yoksulluğa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ise yoksulluğu tek başına belirlemekten ziyade parametrik göstergelerle birlikte kullanılarak yoksul bireylerin yaşam kalitesini belirlemeyi hedefleyen bir ölçektir.¹² Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde maddi ve sosyal yoksunluğu belirlemek üzere geliştirilmiş çok boyutlu DiPCare-Q'nun Türkçe

geçerliğini ve güvenilirliğini test etmek amaçlanmıştır. Hastaların mutlak ve göreceli yoksunluk durumlarının belirlenmesi sağlıkta eşitsizliklere yönelik sosyal müdahaleler geliştirmenin ilk adımı olarak değerlendirilebilir. Geçerli bir bireysel yoksunluk indeksinin, sağlığın sosyal özelliklerle ilişkisini belirleyebilmeleri için sağlık çalışanları, yöneticileri ve sosyal hizmet uzmanları için temel bir araç olacağı düşünülmektedir.

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Metodolojik araştırma olarak planlanan bu çalışmanın evrenini Ankara ili Akyurt ilçesinde 2 no.lu Aile Sağlığı Merkezinden (ASM) sağlık hizmeti alan 18 yaş ve üstü kişiler oluşturmaktadır. Akyurt ilçesinin seçilmesinin nedeni; Ankara Kalkınma Ajansı desteğiyle 2012 yılında gerçekleştirilen “Ankara'nın Kentsel Yoksulluk Haritası” projesi sonuçlarına göre Ankara’da göreceli yoksulluğun %36,5 ile en yüksek olduğu ilçe olması ve yoksulluk riskinin en yüksek olduğu ilçeler arasında olmasıdır.¹⁴ Çalışmanın örneklem büyüklüğü, literatürde ölçeklerin psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesinde örneklem büyüklüğünün madde sayısının 10 katı olması önerisi¹⁵ dikkate alınarak toplam 160 kişi olarak belirlenmiştir. Örneklem dahil edilen 160 kişi, 15 Mart-30 Mart 2016 tarihleri arasında ASM’ye başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerden kolayda örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; üç bölümden oluşan anket formu ile toplanmıştır. Anket formunun birinci bölümünde katılımcıların sosyo-demografik bilgilerini belirlemeye yönelik 12 soru yer almaktadır. İkinci bölümde Türkiye İstatistik Kurumunun (2015) Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırmasında maddi yoksunluğu belirlemek üzere kullandığı yaşam koşulu göstergeleri yer almaktadır. Bu maddeler; konut masrafları, borç ve taksit ödemeleri, beklenmedik harcamalar, evden uzakta bir hafta tatil, evin ısınma ihtiyacı, iki günde bir et, tavuk, balık içeren yemek masrafı, yıpranmış veya eskimiş mobilyaları yenileyebilme, yeni giysiler alabilmedir. Maddi yoksunluk; sayılan maddelerden en az 4 tanesini ekonomik nedenlerle karşılayamayan/mahrum olan insanların oranı olarak tanımlanmıştır.¹⁶ Anket formunun son bölümünde Vaucher ve arkadaşları (2012) tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde yoksunluğun belirlenmesi amacıyla geliştirilen DiPCare-Q yer almaktadır. DiPCare-Q; maddi, sosyal ve sağlık yoksunluğu boyutları ile ilgili toplam 16 sorudan

oluşan ve evet/hayır şeklinde cevaplanan bir ölçektir. Ölçekte maddi yoksunluk boyutunda sekiz (1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 13. maddeler), sosyal yoksunluk boyutunda beş (7, 8, 9, 11 ve 12. maddeler) ve sağlık yoksunluğu boyutunda üç (14, 15 ve 16. maddeler) soru bulunmaktadır. Ölçekte yer alan maddelere verilen yanıtlar evet 1, hayır 0 olarak puanlanmıştır. 7, 8, 9, 11 ve 12. maddeler ters kodlanmıştır. Her bir alt boyut puanı, boyutta yer alan maddelerin toplam puanı ile hesaplanmıştır. Toplam indeks puanını hesaplamak için alt boyutlar aşağıdaki kategorilere ayrılmıştır:¹³

Maddi yoksunluk kategorileri: 1-2 puan: 1, 3-6 puan: 2, 7-8 puan: 3

Sosyal yoksunluk kategorileri: Sosyal yoksunluk indeksi

Sağlık yoksunluğu kategorileri: 0-1 puan: 0, 2-3 puan: 1

Doğrusal regresyon yöntemiyle belirlenen aşağıdaki formül kullanılarak her katılımcı için toplam yoksunluk indeksi hesaplanmış ve en yakın tam sayıya yuvarlanmıştır;

DiPCare İndeksi =

0.810*(Maddi Yoksunluk Kategorisi)

+0.455*(Sosyal Yoksunluk Kategorisi)

+0.711*(Sağlık Yoksunluğu Kategorisi)

Ölçeğin toplamından ve alt boyutlarından alınan yüksek puan yoksunluğun arttığını göstermektedir. Vaucher ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmada DiPCare-Q İndeksinin test-tekrar test iç tutarlılık katsayısı 0,847 olarak hesaplanmış, kapsam geçerliğinde uzman görüşleri ölçeğin alt boyutlarında uygunluğunu ortalamanın üstünde değerlendirmiş ve uyum geçerliğinde tüm alt boyutların özellikle subjektif sosyal durumla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Orijinal çalışmada ölçeğin İngilizce, Fransızca, Almanca ve İtalyanca versiyonları kullanılmış ve ölçeğin kullanıma açık olduğu ifade edilmiştir.¹³

2.3. Veri Toplama Süreci

Çalışmada veri toplama sürecinde ilk olarak Akyurt ilçesinde 2 nolu ASM'nin sorumlu hekimi ile görüşülmüş, çalışmanın amacı ve yöntemi açıklanmış, araştırmanın gerçekleştirilmesi için izin alınmıştır. Gerekli izinlerin alınmasının ardından 15 Mart-30 Mart 2016 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Anket formu, Akyurt ilçesinde 2 no.lu ASM'ye başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üstü, okuryazar 160 kişiye yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Katılımcılara anketler dağıtıldıktan sonra, katılımın gönüllü olduğu ifade edilmiş ve çalışmanın amacı hakkında

bilgi verilmiştir. Anketlerin tamamlanması 10–15 dakika arasında zaman almaktadır.

Bu araştırma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje No: KA16/129) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

2.4. Verilerin Analizi

Ölçeğin geçerliği; kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve yordama geçerliği ile değerlendirilmiştir. Kapsam geçerliği için uzman görüşü değerlendirmesi yapılmıştır. Yapı geçerliğini belirlemek için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılmıştır. Yordama geçerliği için ise parametrik yoksulluk ölçümlerine göre DiPCare–Q ölçeğinin toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini test etmek için Kuder-Richardson 20 ve düzeltilmiş madde-toplam korelasyonu yöntemleri kullanılmıştır. Tüm analizlerde $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. Verilerin analizinde PASW 18.0 programı kullanılmıştır.

2.5. Geçerlik Çalışması

DiPCare-Q'nun Türkçeye uyarlama çalışması için öncelikle ölçeğin İngilizce versiyonu üç profesyonel tercüman tarafından Türkçeye çevrilmiştir. İkinci aşamada elde edilen Türkçe formlar farklı tercümanlar tarafından tekrar İngilizceye çevrilerek iki form arasındaki tutarlılık incelenmiştir. Elde edilen Türkçe formlar anlam ve dilbilgisi açısından değerlendirilerek tek bir form elde edilmiştir. Ölçeğin Türkçe formu 48 kişiye (ölçekteki soru sayısının 3 katı) uygulanarak net olmayan ifadeler belirlenmiş ve Ek'de yer alan ölçeğin son hali oluşturulmuştur.¹⁷

Ölçeğin kapsam (içerik) geçerliği uzman görüşü ile değerlendirilmiştir. Sağlık yönetimi, aile hekimliği ve sosyal hizmet alanlarında çalışan uzman beş öğretim üyesi tarafından ölçek maddeleri amaca uygunluk açısından incelenmiş ve üçlü derecelendirme sisteminde (1=madde gerekli, 2=madde yararlı ancak yeterli değil 3=madde gereksiz) değerlendirilmiştir. Uzmanların görüşlerine göre düzeltilmesi istenilen maddeler yeniden gözden geçirilmiş ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Uzman görüşleri arasındaki uyum için Kendall's W analizi yapılmıştır.

Ölçeğin yapı geçerliği AFA ile değerlendirilmiştir. Faktör analizi için örneklem büyüklüğünün yeterliliği Kaiser–Meyer Olkin (KMO) ve Barlett testi ile analiz edilmiştir. Açıklayıcı Faktör Analizi Temel Bileşenler Analizi ve varimax rotasyon yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.

Ölçeğin yordama geçerliği yoksulluğun objektif göstergeleri (gelir, meslek, eğitim ve maddi yoksulluk) ile ölçek toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin toplam ve alt boyut puanlarının normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov–Smirnov testi ile analiz edilmiştir ve normal dağılıma uygun olmadıkları belirlenmiştir ($p < 0,05$). İki gruplu değişkenlerde ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ortalamalarını karşılaştırmak için Mann–Whitney U testi, ikiden fazla gruplu değişkenlerde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

2.6. Güvenirlik Çalışması

Ölçeğin güvenilirliği iç tutarlılık ve madde toplam korelasyon katsayıları ile değerlendirilmiştir. Ölçekte yer alan maddeler iki değerli (0 ve 1) ölçümlendiği için Kuder Richardson–20 güvenirlilik katsayısı kullanılmıştır. Güvenirlilik katsayısı 0,40'dan küçükse ölçeğin güvenilir olmadığı, 0,40–0,60 arasında düşük, 0,60–0,80 arasında yüksek ve 0,80'in üzerinde olduğunda çok yüksek derecede güvenilir olduğu kabul edilmektedir. Madde toplam korelasyon katsayılarında ise maddelerin toplam puan ile korelasyonunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde 0,40'dan yüksek olması beklenir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 160 kişinin yaşları 18 ile 65 arasında dağılım göstermekte olup yaş ortalaması $39,51 \pm 13,43$ yıl olarak belirlenmiştir. Katılımcılardan %71,9'u tedavi amacıyla, %28,1'i ise kontrol, ilaç yazdırma, rapor alma gibi diğer nedenlerle ASM'ye geldiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan 160 kişinin bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmektedir.

3.1. Geçerlik Sonuçları

Araştırmaya katılan 160 kişinin DiPCare–Q Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

Kapsam geçerliği: Uzman görüşleri arasındaki uyum için yapılan Kendall's W sayısı 0,441 ve $p < 0,05$ olarak hesaplanmıştır. Uzman görüşleri arasında uyum olduğu saptanmıştır.

Yapı geçerliği: Ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla AFA yapılmıştır. Örneklem büyüklüğünün yeterliliğini gösteren KMO katsayısı 0,76 olarak bulunmuş ve Barlett test sonucunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2 = 787,80$, $p = 0,000$). Bu sonuçlar Temel Bileşenler Analizi için korelasyon matrisinin yeterli olduğunu göstermektedir. Tablo 3'de Temel Bileşenler Faktör Analizi'nin sonuçları yer

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri		
Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Cinsiyet</i>		
Kadın	98	61,3
Erkek	62	38,8
<i>Medeni durum</i>		
Evli	119	74,4
Bekâr/ Boşanmış/Ayrı yaşıyor	41	25,6
<i>Eğitim</i>		
Lise altı eğitilmiş	100	62,5
Lise mezunu	51	31,9
Yükseköğretim mezunu	16	10,0
<i>Meslek</i>		
Profesyonel meslek çalışanları	4	2,5
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	77	48,1
Ev hanımı/çalışmıyor	79	49,4
<i>Sosyal Güvence</i>		
SGK	148	92,5
Yeşil kart	3	1,9
Sigortasız/İşsiz	9	5,6
<i>Aylık Hane Halkı Geliri</i>		
1.300 TL ve altı	39	24,4
1.301–2.780 TL	74	46,3
2.780–4.260 TL	40	25,0
4.261 TL ve üstü	7	4,4
<i>Konut Mülkiyeti</i>		
Ev sahibi	71	44,4
Kiracı/Diğer	89	55,6
<i>Herhangi Bir Kurum/ Kişiden Yardım Alma</i>		
Evet	49	30,6
Hayır	111	69,4
<i>Maddi yoksunluk</i>		
Evet	40	25,0
Hayır	120	75,0
TOPLAM	160	100

Tablo 2. DiPCare–Q Ölçeği ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı Özellikleri					
Boyut	Mínimum	Maksimum	1. çeyrek	Medyan	3. çeyrek
Maddi Yoksunluk	0	8	1	4	5
Sosyal Yoksunluk	0	5	2	3	3
Sağlık Yoksunluğu	0	2	0	0	1
DiPCare–Q Toplam	1	5	2	3	3

almaktadır. Faktör analizi sonucunda ölçeğin toplam varyansın %68,49'unu açıklayan toplam 3 faktörden oluştuğu belirlenmiştir. Tablonun son sütununda her bir faktörün DiPCare–Q'nun toplam puanı ile

korelasyon katsayıları yer almaktadır ($p < 0.05$). Analiz sonuçları, ölçeğin yapı geçerliğinin kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir.

Tablo 3. DiPCare-Q'nun Yapı Geçerliği				
	AFA			Boyut
	F1	F2	F3	
Madde 1	,775			Maddi yoksunluk (r=0,798*)
Madde 2	,609			
Madde 3	,600			
Madde 4	,696			
Madde 5	,654			
Madde 6	,451			
Madde 10	,621			
Madde 13	,801			Sosyal yoksunluk (r=0,716*)
Madde 7		,560		
Madde 8		,484		
Madde 9		,751		
Madde 11		,672		
Madde 12		,647		Sağlık yoksunluğu (r=0,489*)
Madde 14			,432	
Madde 15			,526	
Madde 16			,653	

**p<0,05, r Alt boyut ile toplam puan arasındaki korelasyon katsayısı

Yordama Geçerliği: Ölçeğin yordama geçerliğini değerlendirmek amacıyla yoksulluğun parametrik

ölçümlerine göre ölçeğin toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tablo 4'de analiz sonuçları özetlenmektedir. Tablo 4'de görüldüğü gibi DiPCare-Q'nun maddi yoksunluk boyutu, sosyal yoksunluk boyutu ve toplam puan ortalamaları yoksulluğun nesnel göstergelerine istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Aylık hane halkı geliri azaldıkça yoksunluk artmaktadır. Ayrıca lise altı eğitimliler, çalışmayanlar ya da ev hanımları, ev sahibi olmayanlar, bir kurum ya da kişiden yardım alanlar ve Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) yaşam standardı göstergelerine göre "maddi yoksun" olarak tanımlananlar arasında yoksulluğun daha fazla olduğu belirlenmiştir.

3.2. Güvenirlik Sonuçları

Ölçeğin güvenirliliği Kuder Richardson-20 güvenirlilik katsayısı ile değerlendirilmiş olup 0,80 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin alt boyutları için Kuder-Richardson korelasyon katsayıları ise maddi yoksunluk boyutu için 0,83, sosyal yoksunluk boyutu için 0,79 ve sağlık yoksunluğu boyutu için 0,73 olarak hesaplanmıştır. Ölçekte yer alan her madde için düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyonları 0,40 ile 0,72 arasında hesaplanmıştır (p<0,05; Tablo 5). Ölçeğin güvenirliliği ile ilgili bulgular ölçeğin iç tutarlılığının tatmin edici düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir.

TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, yoksulluğun çok boyutluluğunu dikkate alarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde maddi ve sosyal yoksunluğu belirlemek ve ölçmek üzere hazırlanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yoksunluk Anketinin (DiPCare-Q) Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştirmektir. Çalışma sonuçları DiPCare-Q'nun sağlık kurumlarında yoksul hastaları belirlemek amacıyla Türkiye popülasyonunda kullanımının geçerli ve güvenilir olacağını göstermiştir. Psikometrik sonuçlar büyük ölçüde DiPCare-Q'nun geliştirildiği çalışmada bulunan sonuçlarla uyumludur.¹³ Kapsam geçerliğinin değerlendirilmesinde uzman görüşleri arasında uyum olduğu belirlenmiştir ve uzman görüşleri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği için yapılan temel bileşenler faktör analizi sonuçları DiPCare-Q'nun 3 faktör ile toplam varyansın %68,49'unu açıkladığını göstermektedir. Yordama geçerliği için yoksulluğun nesnel göstergelerine göre DiPCare-Q toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonuçları DiPCare-Q'nun yoksulluğu belirlemede nesnel göstergelerin yerine kullanılabileceğini göstermiştir. Ölçeğin güvenirliliğinin değerlendirilmesinde incelenen Kuder-Richardson 20 katsayısı 0,80 olarak hesaplanmış, ölçeğin güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca maddelerin toplam puanla korelasyonları da standart değer 0,40'ın üzerinde belirlenmiştir.

Türkçe yazılı kaynaklarda, sağlık hizmetlerinde yoksul bireyleri belirlemeye yönelik DiPCare-Q ya da benzer bir ölçeğin geçerlik-güvenirlilik çalışmasına rastlanmamıştır. Bu nedenle ölçeğin geçerlik ve güvenirlilik sonuçlarının karşılaştırılması mümkün olmamıştır.

DiPCare-Q'nun Türkçe uyarlaması yapılmadan önce, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde yoksul bireyleri belirlemek üzere nesnel göstergeler dışında kullanılabilecek bir araç olup olmadığı araştırılmıştır. Ancak TÜİK'in gelir ve yaşam koşulları araştırmasında kullandığı maddi yoksunluğu belirlemeye yönelik yaşam standartları göstergelerinden farklı bir araca rastlanmamıştır. Çalışmanın giriş bölümünde de açıklandığı gibi yoksulluğu sadece maddi yoksunluk olarak görmek mümkün değildir. Sosyal eşitsizliklerle tanımlanan sosyal yoksulluğun özellikle dışlanma, izolasyon ve endişe gibi yarattığı sonuçların sağlık üzerindeki etkileri birçok çalışma ile ortaya konulmuştur.^{13,18,19} Bu bakış açısıyla sosyal yoksunluk, yoksulluğun önemli bir boyutudur ve maddi yoksunluktan ayrılması gerekmektedir. DiPCare-Q'nun geleneksel yoksulluk ve maddi yoksunluk ölçümleri

Tablo 4. Yoksulluğun Bazı Göstergelerine Göre DiPCare-Q'nun Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları (Ortalama ±Standart Sapma)

	DiPCare-Q Maddi Yoksunluk Boyutu	DiPCare-Q Sosyal Yoksunluk Boyutu	DiPCare-Q Sağlık Yoksunluğu Boyutu	DiPCare-Q Toplam
TOPLAM	3,55±2,42	2,51±1,20	0,51±0,59	2,66±0,91
<i>Aylık hane halkı geliri</i>				
1.300 TL ve altı	5,51±2,50	3,26±0,99	1,00±0,30	3,44±0,85
1.301-2.780 TL	3,80±1,95	2,74±0,93	0,64±0,16	2,77±0,60
2.780-4.260 TL	1,68±1,26	1,60±1,15	0,46±0,15	1,90±0,70
4.261 TL ve üstü	0,71±0,75	1,00±0,81	0,40±0,37	1,43±0,53
<i>p</i>	0,000*	0,000*	0,183	0,000*
<i>Eğitim düzeyi</i>				
Lise altı eğitilmiş	3,90±2,47	3,02±0,90	0,58±0,61	2,91±0,77
Lise mezunu	3,33±2,39	1,94±1,20	0,45±0,57	2,45±1,00
Yükseköğretim mezunu	2,19±1,60	1,31±1,13	0,31±0,47	1,81±0,75
<i>p</i>	0,039*	0,000*	0,504	0,000*
<i>Çalışma durumu</i>				
Çalışıyor	2,85±2,37	2,28±1,32	0,48±0,61	2,44±0,94
Çalışmıyor/ev hanımı	4,27±2,27	2,73±1,03	0,54±0,57	2,87±0,83
<i>p</i>	0,001*	0,019*	0,492	0,001*
<i>Konut mülkiyeti</i>				
Ev sahibi	1,93±1,61	2,17±1,21	0,42±0,16	2,20±0,72
Kiracı/Diğer	4,84±2,17	2,78±1,13	0,58±0,25	3,02±0,89
<i>p</i>	0,000*	0,001*	0,259	0,000*
<i>Bir kurum ya da kişiden yardım alma</i>				
Evet	5,86±1,67	3,12±1,00	0,74±0,65	3,33±0,80
Hayır	2,70±2,08	2,28±1,20	0,43±0,54	2,41±0,83
<i>p</i>	0,000*	0,000*	0,020*	0,000*
<i>Maddi yoksunluk</i>				
Evet	1,20±1,26	1,50±1,21	0,40±0,15	1,78±0,66
Hayır	4,33±2,20	2,84±1,00	0,55±0,23	2,95±0,79
<i>p</i>	0,000*	0,000*	0,404	0,000*

*p<0,05

Tablo 5. Ölçeğin Madde Toplam Puan Korelasyonu (r)

	DiPCare-Q Maddi Yoksunluk Boyutu	DiPCare-Q Sosyal Yoksunluk Boyutu	DiPCare-Q Sağlık Yoksunluğu Boyutu	DiPCare-Q Toplam
Madde 1	,800*			,666*
Madde 2	,549*			,472*
Madde 3	,578*			,537*
Madde 4	,628*			,582*
Madde 5	,575*			,582*
Madde 6	,473*			,413*
Madde 10	,546*			,483*
Madde 13	,843*			,719*
Madde 7		,574*		,529*
Madde 8		,470*		,438*
Madde 9		,648*		,559*
Madde 11		,714*		,460*
Madde 12		,407*		,458*
Madde 14			,504*	,453*
Madde 15			,408*	,426*
Madde 16			,477*	,408*

*p<0.05

ile kıyaslandığında sübjektif sosyal durum ve yoksunluk durumu ile ilgili de önemli bilgiler sağladığını söylemek mümkündür.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yoksul bireylerin belirlenmesi, sağlıkta eşitsizliklerinin giderilmesine yönelik çalışmalar geliştirmenin ilk adımındır. Ancak hastanın yaşadığı ekonomik zorlukları bilmenin hekimin hasta ile kurduğu ile iletişimi de değiştirebileceğini ifade eden çalışmalar da mevcuttur. Eğer hekimler mevcut eşitsizliklere karşı hastanın lehine bir tavır sergiliyorsa, hastanın yoksulluk-yoksunluk durumunu belirlemek yararlı olacaktır.^{20,21} Diğer taraftan hekimlerin yoksunluktan hoşlanmama eğilimi varsa sağlık eşitsizlikleri artabilir. Yoksulluğa verilecek uygun olmayan tepkilerin, yoksulluğun sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini önlemek yerine önemli bir bariyer oluşturduğu kabul edilmektedir.²² Bu durum hekimlerin bu tür bilgileri doğru olarak ele alma sorumluluğunu vurgulamaktadır. Bu nedenle, yoksunluğun belirlenmesi hekimlerin empati kurmalarını ve hastalarının faydasına davranışları benimsemelerini gerektirir.²⁰

DiPCare-Q, yoksul bireylerin belirlenmesinde geçerli ve güvenilir bir veri toplama aracı olarak birçok çalışmada kullanılmıştır.^{23,24} Ancak Boyer ve arkadaşları (2014) internet erişiminin (madde 12) veya sinemaya gitmenin (madde 9) yoksulluğun işareti olmadığını, kişisel tercihi yansıtabileceğini belirtmektedir.¹² Bahsedilen maddelerin DiPCare-Q'da sosyal yoksunluk boyutunda değerlendirildiği ve sosyal yoksunluğun daha önce bahsedilen nedenlerle sağlık çıktıları üzerindeki kanıtlanmış etkisi düşünülürse bu eleştiriyi haklı olarak değerlendirmek mümkün değildir.

Çalışmanın bir takım sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak katılımcılardan tekrar ulaşmayı sağlayacak doğrultuda isim, adres vb. bilgilerin istenmesi veri toplamayı zorlaştırabileceği için çalışmada test-tekrar test güvenilirliği yapılamamıştır. Çalışmanın bir diğer sınırlılığı ise ASM'de verilerin toplanma sürecinde kişilerin hekimi ne zaman ziyaret ettiklerine dikkat edilmemiş, kişiler hizmet aldıktan sonra ya da almadan önce anket formunu doldurmuşlardır. Bu nedenle DiPCare-Q'nun sağlık yoksunluğu boyutunun hekimi ziyaret etmeden önceki yoksunluğu mu yoksa sonraki durumu mu yansıttığı

belirlenmemiştir. Son olarak faktör analizi için "madde sayısının 10 katı kuralı" sağlanmış olsa da, örneklem büyüklüğünün görece olarak küçük olması bir diğer sınırlılıktır. Gelecek araştırmalarda bu sınırlılıkların dikkate alınması ve AFA ile ortaya konulan yapının doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmesi yararlı olabilir. DiPCare-Q'nun kullanımı ile ilgili önemli bir nokta da teknolojiye yaşanan hızlı gelişmeler internet erişiminin sosyoekonomik durumdan bağımsız olarak kolaylaşmasını sağlayabilir. Bu doğrultuda ölçekte yer alan 12. maddenin (Son 1 ay içerisinde internet erişiminiz oldu mu?) zaman içerisinde güncellenmesi gerekebilir.

SONUÇ

Yoksulluğun ekonomik olarak önlenmesi mümkün olmasa da sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini gidermek, sağlıkta eşitsizlikleri önleyebilmek, kalkınma perspektifinden birçok uluslararası kuruluşun ciddi olarak gündeminde yer almaktadır. Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde yoksul bireylerin hızlı ve kolay bir şekilde belirlenmesi amacıyla geliştirilen Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yoksunluk Anketinin Türkçe geçerlik güvenilirliğini değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışmanın sonuçları, gelecekte klinik ve araştırma amaçlı olarak sağlık kurumlarında yoksul bireylerin belirlenmesine yönelik DiPCare-Q'nun kullanılabilirliğini göstermiştir. Ayrıca sonuçların odak noktası yoksulluğun sadece maddi yoksunluk olarak değerlendirilmemesi gerekliliğini de vurgulamaktadır. Bu doğrultuda genel olarak yoksulluk ölçümlerinde daha spesifik olarak da sağlık hizmetlerinde yoksulları belirlemede sosyal yoksunluk ve sağlık yoksunluğunu da içerecek araçların, göstergelerin, ölçüklerin kullanılması önerilmektedir. DiPCare-Q ve benzeri ölçüklerin yoksulluğun nesnel göstergeleri ile belirlenebilen maddi yoksunluğun ötesinde sosyal yoksunluğu ve sağlık yoksunluğunu da belirleyebildiği görülmektedir. Bu çalışmada geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan DiPCare-Q'nun Türkçe formu, ülkemizde sağlık hizmetlerinde yoksul bireylerin belirlenmesi, yoksul bireylerinin sağlık ihtiyaçlarının karşılanması ve sonuç olarak sağlıkta eşitsizlikleri azaltmaya yönelik girişimlerin hayata geçirilmesi açısından önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Institute of Medicine Study Committee. The Future of Public Health. 88(2). Washington, DC: National Academy Press; 1988. p.37.
2. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social

- Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. p.7.
3. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Development Co-operation Report 2013: Ending Poverty. OECD Publishing; 2013. p.19. DOI: 10.1787/dcr-2013-en.

4. World Health Organization (WHO) and World Bank. *Dying for Change: Poor People's Experience of Health and Ill-Health*. Washington DC: WHO/World Bank; 2002. p.6.
5. OECD and WHO. *Poverty and Health. DAC Guidelines and Reference Series*. France: OECD Publishing; 2003. p.20.
6. WHO. *World Health Statistics 2015*. Geneva: WHO; 2015. p.23.
7. Falkingham J, Namazie C. *Measuring Health and Poverty: A Review of Approaches to Identifying the Poor*. London: DFID Health Systems Resource Centre; 2002. p.7.
8. Sen A. Poor, relatively speaking. *Oxford Econ Pap* 1983; 35(2): 153-169. DOI: 10.1093/oxfordjournals.oep.a041587.
9. Sen A. Capability and well-being. In: Hausman DM, editor. *The Philosophy of Economics*. New York: Cambridge University Press; 1993. p. 270-293.
10. Zeumo VK, Tsoukiàs A, Somé B. A new methodology for multidimensional poverty measurement based on the capability approach. *Socioecon Plann Sci* 2014; 48: 273-289. DOI: 10.1016/j.seps.2014.04.002.
11. Barlas C, Şantaş FC, Kar AC. Türkiye'de bölgesel bebek ölüm hızlarının sağlık ekonomisi perspektifinden karşılaştırma analizi. *International Conference On Eurasian Economies 2014*. p. 1-10.
12. Boyer L, Baumstarck K, Iordanova T, Fernandez J, Jean P, Auquier P. A poverty-related quality of life questionnaire can help to detect health inequalities in emergency departments. *J Clin Epidemiol* 2014; 67 (3): 285-295. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2013.07.021.
13. Vaucher P, Bischoff T, Diserens EA, Herzig L, Meystre-Agustoni G, Panese F. et al. Detecting and measuring deprivation in primary care: development, reliability and validity of a self-reported questionnaire: the DiPCare-Q. *BMJ Open* 2012; e000692. DOI: 10.1136/bmjopen-2011-000692.
14. Taş R, editör. *Ankara'nın Kentsel Yoksulluk Haritası*. Ankara: Turgut Özal Üniversitesi Yayınları; 2012. p.44.
15. Field A. *Discovering Statistics Using SPSS*. London: SAGE Publications; 2009. p.647.
16. Türkiye İstatistik Kurumu. *Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2014*. 18633 sayılı Haber Bülteni; 2015.
17. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber 1: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 2002; 4 (1):9-14.
18. Pantell M, Rehkopf D, Jutte D, Syme SL, Balmes J, Adler N. Social isolation: a predictor of mortality comparable to traditional clinical risk factors. *Am J Public Health* 2013; 103(11): 2056-2062. DOI: 10.2105/AJPH.2013.301261.
19. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart* 2016; 0:1-8. DOI: 10.1136/heartjnl-2015-308790.
20. Alexander GC, Casalino LP, Tseng CW, McFadden D, Meltzer DO. Barriers to patient physician communication about out-of-pocket costs. *J Gen Intern Med* 2004; 19:856e60. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2004.30249.x.
21. Franks P, Fiscella K. Reducing disparities downstream: prospects and challenges. *J Gen Intern Med* 2008; 23:5: 672-677. DOI: 10.1007/s11606-008-0509-0.
22. Bloch G, Rozmovits L, Giambrone B. Barriers to primary care responsiveness to poverty as a risk factor for health. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 62-67. DOI: 10.1186/1471-2296-12-62.
23. Bodenmann P, Favrat B, Wolff H, Guessous I, Panese F, Herzig L. et al. Screening primary-care patients forgoing health care for economic reasons. *PLoS one* 2014; 9(4): e94006. DOI: 10.1371/journal.pone.0094006.
24. Chatelard S, Bodenmann P, Vaucher P, Herzig L, Bischoff T, Burnand B. General practitioners can evaluate the material, social and health dimensions of patient social status. *PloS one* 2014; 9(1): e84828. DOI:10.1371/journal.pone.0084828.