

Şanlıurfa'da mevsimlik tarım işçilerinin yoğun olarak yaşadıkları bir aile sağlığı merkezi bölgesinde gebelerde HbsAg pozitifliği düzeyi ve etkileyen faktörler

İbrahim Koruk^a, Süda Tekin Koruk^b, Canan Demir^c, Azize Sezin Şeyhanoglu^d, Burcu Kara^e

Özet

Amaç: Bu çalışmada, mevsimlik tarım işçilerinin yoğun olarak yaşadıkları bir aile sağlığı merkezi bölgesinde gebelerde HbsAg pozitifliği düzeyini ve etkileyen faktörleri ortaya koymak amaçlanmıştır. **Yöntem:** Kesitsel tipteki bu çalışma, Şanlıurfa Zeliha Öncel Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesinde Ekim 2011-Ocak 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmaya kayıtlı ve takipli olan tüm gebeler(N=261) dahil edilmiştir. Gebelere yapılandırılmış soru formu uygulanmıştır. HBSAg ve anti-HBS sonuçları ASM kayıtlarından alınmıştır. **Bulgular:** Tüm gebelerde Hepatit B sıklığı %3.2' dir. HBSAg pozitifliği mevsimlik tarım işçilerinde 5.1 kat, ailesinde hepatit B hastalığı bulunan gebelerde 18.9 kat daha fazla görülmektedir (P<0.05). **Sonuç:** Mevsimlik tarım işçileri hepatit B açısından önemli bir risk grubudur. Temel sağlık hizmetleri mevsimlik tarım işçileri için erişilebilir hale getirilmeli ve hizmet taleplerini arttırmak için sağlık eğitimleri yapılmalıdır. Tüm gebelere doğum öncesi bakım hizmeti sağlanmalı ve hepatit B'ye karşı duyarlı olanlara aşı önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gebe, hepatit B sıklığı, mevsimlik tarım işçiliği

HbsAg seropositivity and other related factors among pregnant women in crowded living conditions in a health district where seasonal farmworkers live in Şanlıurfa

Abstract

Objective: This study determined the HbsAg seropositivity and other related factors among women living in the Sanliurfa district among seasonal farm workers. **Methods:** This cross-sectional study was carried out within the service area of the Zeliha Öncel Family Health Center between October 2011-January 2012 in the Sanliurfa district. All pregnant women (N=261) enrolled by a family health center were included in the study. A structured questionnaire was applied. The levels of HBSAg and anti-HBS measures were taken from family health centers records. **Results:** HbsAg seropositivity was 3.2% in pregnant women. HBSAg seropositivity was 5.1 times in seasonal farmworker and 18.9 times greater in families with a history of hepatitis B (p<0.05).

^a Doç. Dr., Harran Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Şanlıurfa

^b Doç. Dr., Harran Ü. Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları AD, Şanlıurfa

^c Dr., Harran Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Şanlıurfa

^d Dr., Harran Ü. Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları AD, Şanlıurfa

^e Dr., Harran Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Sorumlu Yazar: İbrahim Koruk, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yenişehir Yerleşkesi, 63100, ŞANLIURFA. Tlf: 0414-3183120; Faks: 0414-3183192; E-mail: ibrahimkoruk@yahoo.com

Geliş tarihi: 22.04.2013, Kabul tarihi: 22.08.2013

Conclusions: Seasonal farworkers are an important risk group for hepatitis B. Primary health care should be made accessible to seasonal farmworkers and the demands for health care should be increased through health education. Antenatal care should be provided to all pregnant women and hepatitis B vaccine should be advised for those who are susceptible to HBV.

Key Words: Seasonal farmworker, primary health care, Hepatitis B risk factors

Giriş

Dünyada viral hepatitler karaciğer hastalıklarının önemli nedenlerinden biridir. Halen yaklaşık 2 milyar insanın hepatit B virüsü (HBV) ile enfekte olduğu ve 350 milyon insanın kronik hepatitli olduğu bildirilmektedir.^{1,2}

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bildirilen yıllık akut viral hepatit sayısı 15-20 bin dolaylarındadır. Hastalık bildiriminin az yapıldığına dikkat çekilerek gerçek sayının daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.³ Türkiye'deki HBsAg seroprevalansı, bölgeden bölgeye değişmek üzere %3.9 ile %12.5 arasında belirtilmektedir ki bu sonuçlara göre tahminen 4 milyon civarında taşıyıcı bulunmaktadır.⁴ Şanlıurfa'da yapılan araştırmalarda HBsAg seropozitifliği %3.6 ile %4.2 arasında olduğu belirtilmektedir.^{5,6} Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yürütülen toplum tabanlı bir araştırmaya göre ise HBsAg seroprevalansı kırsal alanda %8.2, kentsel alanda %6.2'dir.⁷

HBV, akut ve kronik hepatit, karaciğer sirozu ve hepatosellüler kanser gibi ciddi durumlara neden olmaktadır.^{8,9} Dünyada tahminen 600 000 kişi hepatit B'nin akut veya kronik sonuçları nedeniyle her yıl ölmektedir. Bir yaş altında enfekte olan bebeklerde enfeksiyonun kronikleşmesi %90'lara yaklaşmaktadır. Çocukluk döneminde kronik enfeksiyona yakalananların yaklaşık %25'i yetişkinlik döneminde karaciğer kanseri veya siroz nedeniyle ölmektedir.¹

HBV bulaşma yolları olarak, enfekte bir insanın kan ve vücut sıvıları ile mukozal temas, kan transfüzyonu, güvenli olmayan cinsel ilişki ve anneden bebeğine vertikal geçiş, nozokomial geçiş belirtilmektedir.¹⁰⁻¹³

Dünyada 1982 yılı itibarı ile hepatit B'ye karşı aşılama yapılmaya başlanmıştır. Hepatit B aşısı HBV enfeksiyonunu ve kronik sonuçlarını önlemede %95 etkili olup, önemli bir kansere karşı geliştirilmiş ilk aşıdır.¹

Türkiye'de ise, 1998 yılında Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü rehberlerine uygun olarak hepatit B aşısını Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) içine almıştır.¹⁴ Hepatit B aşısı doğumdan sonra en geç ilk 72 saat (tercihen ilk 24 saat) içinde uygulanması önerilmektedir.¹

Hepatit B taşıyıcısı annelerden bebeğe geçişin önlenmesi bulaşın önlenmesindeki en önemli yöntemlerden birisidir. Bu amaçla, Hastalıklardan Koruma ve Kontrol Merkezi (CDC) 1988 yılından beri tüm gebelere HBsAg testi yapılmasını önermektedir.^{15,16} Türkiye'de ise; 2010 yılında Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi yayınlanmış ve HBsAg açısından tarama yapılması gerekliliği belirtilerek, tüm gebelere test yapılması önerilmiştir.¹⁷ Taşıyıcı olduğu bilinen anneden doğan bebeklere doğumdan sonraki ilk 12 saat içinde Hepatit B aşısı uygulanmalı, ayrıca doğumda aşı ile birlikte Hepatit B hiperimmunglobulini de yapılmalıdır.¹⁸ Ancak, Şanlıurfa'da, bir kadın hastalıkları ve doğum hastanesinde gebe kadınların sadece %16.5'ine HBsAg testi yapıldığı ve HBsAg pozitif anneden doğan bebeklerin ancak %28.2'sine HBIG (Hepatit B Hiperimmunglobulini) uygulandığı saptanmıştır.¹⁹

Hepatit B hastalığına karşı koruyucu ve tedavi edici önlemlerin başarılı bir şekilde yürütülebilmesi için gebeliğin tespiti ile birlikte doğum öncesi bakım hizmetlerinin verilmesi önem arz

etmektedir. Ancak, bakım hizmetlerine erişimi ve kullanmayı etkileyen birçok faktör vardır. Kişilerin gelir sağladıkları iş kolu ise çok önemli bir sosyal belirleyicidir. Şanlıurfa'da, kadınlarda özellikle tetanoz aşısı, doğum öncesi bakım hizmeti alma ve doğumunu bir sağlık kuruluşunda yapma durumlarının Mevsimlik Tarım İşçiliğinden (MT İşçiliği) olumsuz etkilendiği belirtilmektedir.²⁰ Şanlıurfa'da kent merkezinin %14.8'i gibi önemli bir bölümü geçimini MT İşçiliği ve göçebe mevsimlik tarım işçiliğinden sağlamaktadır.^{5,21}

Araştırmalarda göçebe yaşam tarzı, ekonomik faktörler, dil ve kültürel faktörler, kayıt altında olmamak ve çalışılan bölgede sınırlı sayıda sağlık kuruluşunun olması, coğrafi ve sosyal izolasyon, ulaşım aracı yetersizliği ve sağlık algısının Mevsimlik Tarım İşçilerinin (MTİ) sağlık hizmeti kullanımını sınırladığı gösterilmiştir. Özellikle, 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.^{22,23}

Bu araştırmada, Mevsimlik Tarım İşçilerinin (MTİ) yoğun olarak yaşadıkları bir aile sağlığı merkezi bölgesinde HbsAg pozitifliği düzeyini ve etkileyen faktörleri ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, kesitsel tiptedir. Şanlıurfa Zeliha Öncel Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesinde Ekim 2011-Ocak 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırma bölgesi: Düşük sosyo-ekonomik düzeyde olan ve geçimlerinin önemli bir kısmını MT İşçiliği ile sağlayan insanların yaşadığı bir bölgedir.

Araştırmanın evreni: Araştırma, Zeliha Öncel ASM'de kayıtlı ve takipte olan tüm gebeler üzerinde yürütülmüştür.

Araştırma Örnekleme: Şanlıurfa Zeliha Öncel ASM'de görev yapan 5 aile hekimine kayıtlı olarak takip edilen toplam 261 gebenin tümü araştırmaya dahil edilmiştir. Gebelerin 8'ine değişik nedenlerle ulaşamadığı için katılım %97 olmuştur.

Araştırmaya Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 10.01.2012 tarih 01 No'lu oturumu 06 nolu kararınca onay verilmiştir.

Veri toplama: Gebelerin doğurganlık durumunu, kendisinde ve ailesinde hepatit B hastalığı durumunu ve bazı sosyo-demografik özellikleri içeren yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır. Soru formu yüz-yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Türkçe bilmeyenlerle iletişim, kişinin ailesinden ya da komşusundan Türkçe bilen birisinin yardımı ile sağlanmıştır. Gebelere ait HBsAg ve anti-HBs sonuçları ASM kayıtlarından alınmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni: HBsAg durumu

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Yaş, kadının çalışma durumu, sosyal sınıf, ailenin MT İşçiliği durumu, sağlık güvence durumu, öğrenim durumu, mevcut çocuk sayısı, gebelik sayısı, son doğumun yapıldığı yer, son doğumun şekli, bir önceki gebelikte doğum öncesi bakım (DÖB) hizmeti alma durumu, ailede hepatit B hastalığı durumu, gebede hepatit B hastalığı durumu, bir önceki gebelikte HBsAg tarama testi yapılma durumu, hepatit B aşılama durumudur.

Tanımlamalar: Tarımda mevsimlik ve geçici olarak istihdam edilen tarım işçileri "Mevsimlik Tarım İşçisi" olarak tanımlanmıştır. Daha önceki yıllara yönelik MT İşçiliği yapıp yapmadığı sorgulanmamıştır. MTİ'nde göçen-göçmeyen ayrımı yapılmamıştır.

Araştırmanın yapıldığı son bir yıl içerisinde bu işi yapmayanlar "Mevsimlik Tarım İşçisi Olmayan" olarak ifade edilmiştir.

Hanenin işe/mesleğe dayalı sosyal sınıfı, Prof. Dr. Korkut Boratav'ın kentsel ve kırsal sosyal sınıf şemasına göre belirlenmiştir. Sosyal sınıf, hane reisinin mesleğine göre sınıflandırılmıştır. Esnaf, memur, emekli ve

kendi hesabına çalışanlar (avukat, mühendis) orta ve üst sınıf olarak gruplandırılırken, niteliksiz hizmet işçileri, şoför, MTİ ve kendi hesabına çalışan küçük çiftçiler alt sosyal sınıfa, işsizlerde işsiz sosyal sınıfına alınmışlardır.²⁴ İstatistik analizlerinde sosyal sınıf değişkeni üst-orta ve alt-işsiz olarak ikili kategorik değişkene dönüştürülmüştür.

Ailede hepatit B hastalığı durumu, gebenin birinci derecede akrabalarında hepatit B hastalığı durumunu sorgulamaktadır.

DÖB hizmeti alma durumu, HBsAg durumu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan analizlerde sağlık kurumunda takip durumu (var/yok) olarak kategorik hale dönüştürülmüştür.

İstatistik Analiz: Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler, t-testi, ki-kare testi, mann whitney u testi kullanılmıştır. İkili analizlerde anlamlı bulunanlar lojistik regresyon analizine alınmıştır. Analizler SPSS 11.5 paket programı ile yapılmıştır.

Lojistik regresyon modeline alınan bağımsız değişkenler; ailenin MT İşçiliği durumu (evet/hayır), ailede hepatit B hastalığı öyküsü (var/yok) olup bu değişkenler, kategorik değişken niteliğindedir.

Bulgular

Araştırmaya katılan gebelerin %26.1'inin ailesi mevsimlik tarım işçisidir. Hepatit B sıklığı tüm gebelerde %3.2'dir.

Yaş ortancası MTİ'nde 28, Mevsimlik Tarım İşçisi Olmayanlarda (MTİO) 26'dır (MW U:5791.0 P:0.456). Gebelik sayısı, çocuk sayısı ortancaları MTİ'nde sırası ile 4.5 ve 3 iken MTİO'da sırası ile 3 ve 2 olarak saptanmıştır (MW U: 4993.5 P:0.020, MW U: 4805.0 P:0.007). MTİ'nde gebelik sayısı ve çocuk sayısı daha fazladır.

Tablo 1'de sağlık güvencesi, öğrenim durumu, sosyal sınıf durumu, kadının çalışma durumunun MT işçiliği durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. Yeşil kart, MTİ'nde (%80.3) MTİO'dan (%38.5) daha yüksek bulunmuştur (P<0.05). İlkokul altı öğrenim durumu MTİ'nde (%77.3)

MTİO'dan (%43.3) daha yüksek bulunmuştur (P<0.05). Alt-işsiz sosyal sınıfta olma, MTİ'nde (%100.0) MTİO'dan (%42.8) daha yüksek bulunmuştur (P<0.05).

Kadının çalışma durumu açısından MTİ ve MTİO arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (P>0.05).

Tablo 2'de son doğumun yapıldığı yer, doğum şekli, bir önceki gebelikte DÖB alma durumu, ailede hepatit B hastalığı bulunma durumu, bir önceki gebelikte hepatit B tarama testi yapılma durumu ve hepatit B aşılama durumunun MT İşçiliği durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. Bir önceki gebeliklerinde DÖB almama MTİ'nde (%42.1), MTİO'dan (%21.6) daha yüksek bulunmuştur (P<0.05). Bir ve daha fazla hepatit B aşısı yaptırmama MTİ'nde (%1.5), MTİO'dan (%10.7) daha düşük bulunmuştur (P<0.05).

Son doğumun yapıldığı yer, doğum şekli, ailede hepatit B hastalığı bulunma durumu, bir önceki gebelikte hepatit B tarama testi yapılma durumu ve anti-HBs pozitifliğine göre MTİ ve MTİO arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (P>0.05).

Tablo 3'te MTİ olma durumu, sosyal sınıf, eğitim durumu, doğumun yapıldığı yer ve şekli, bir önceki gebelikte DÖB alma durumu, hepatit B varlığı değişkenlerinin HBsAg durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. HBsAg pozitifliği, MTİ'nde (%7.6) MTİO'dan (%1.6) daha yüksek bulunmuştur (P<0.05). HBsAg pozitifliğinin, ailesinde hepatit B hastalığı bulunanlarda (%20.0), bulunmayanlardan (%1.3) daha yüksek olduğu saptanmıştır (P<0.05). HBsAg pozitifliği ile sosyal sınıf, eğitim durumu, doğumun yapıldığı yer, doğumun şekli, bir önceki gebelikte DÖB alma durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (P>0.05).

Tablo 4'te gebenin yaşı, mevcut çocuk sayısı, toplam gebelik sayısının HBsAg durumuna göre düzeyi gösterilmiştir. Gebenin yaşı, mevcut çocuk sayısı, toplam gebelik sayısı açısından HBsAg pozitifliği ve negatifliği arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (P>0.05).

Tablo 5'te tek değişkenli analizlerde HBsAg pozitifliği üzerine etkisi olan "ailede

hepatit B varlığı" ve MT İşçiliği durumu değişkenlerinin birlikte değerlendirildiği lojistik regresyon modeli sonuçları

gösterilmiştir. MT İşçiliğinde, HBsAg pozitifliği pozitifliği 5.1 kat daha fazla

Tablo 1. Mevsimlik tarım işçiliği durumuna göre gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

	Mevsimlik Tarım İşçiliği Durumu				χ^2	P
	MTİ	%*	MTİO	%*		
Sağlık Güvencesi						
Yok	7	9.1	22	11.8	37.9	<0.0001
Yeşil Kart	53	80.3	72	38.5		
SGK**	6	10.6	93	49.7		
Öğrenim Durumu						
İlkokul Altı	51	77.3	81	43.3	21.2	<0.0001
İlkokul ve Üstü	15	22.7	106	56.7		
Sosyal Sınıf						
Üst-Orta	0	0.0	107	57.2	***	<0.0001
Alt-İşsiz	66	100.0	80	42.8		
Kadının Sürekli Bir İşte Çalışma Durumu						
Çalışıyor	1	1.5	5	2.7	***	1.00
Ev Hanımı	65	98.5	182	97.3		
Toplam	66	100.0	187	100.0		

*Sütun yüzdesi, ** Fark yaratan grup, ***Fisher's Exact Test

görüldürken (P<0.05), ailesinde hepatit B hastalığı bulunan gebelerde 18.9 kat daha fazla görülmektedir (P<0.05).

Tartışma

Araştırmanın yapıldığı bölge MTİ'nin yoğun olarak yaşadıkları bir yerdir. Araştırmanın yapıldığı bölgede MTİ ve MTİO'nun büyük bir bölümü işsiz ve alt sosyal

sınıftadır, sağlık güvenceleri yeşil kart kapsamındadır, temel eğitim alamamıştır ve gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. Araştırma bölgesinin sosyoekonomik düzeyi kötüdür.

MTİO'da sağlık güvencesi durumu 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008 TNSA)'na göre Güneydoğu Anadolu Bölgesi için belirlenen yeşil kart kullanımına

(%37.7) benzerlik gösterirken, MTİ'nde yeşil kart kullanımı daha yüksektir.²⁵

TNSA'da Güneydoğu Anadolu Bölgesi için belirlenen %52.9 değerlerinden çok daha yüksek iken MTİO'da daha düşüktür.²⁵

Okula gitmemiş ya da ilkokulu bitirmemiş kadınların düzeyi MTİ'nde, 2008

Tablo 2. Mevsimlik tarım işçiliği durumuna göre gebelerin doğurganlık ve hepatit B hastalığına yönelik bazı özelliklerinin dağılımı

	Mevsimlik Tarım İşçiliği Durumu				χ^2	P
	MTİ	%*	MTİO	%*		
Son Doğumun Yapıldığı Yer**						
Sağlık Kurumu	50	87.7	139	90.8	0.2	0.67
Ev	7	12.3	14	9.2		
Son Doğum Şekli**						
Vajinal	47	82.5	114	74.5	1.0	0.30
Sezaryen	10	17.5	39	25.5		
Bir Önceki Gebeliğinde DÖB Alma Durumu **						
Hastane ve BSK'dan	21	36.8	59	38.6	16.0	0.001
BSK'dan	2	3.5	10	6.5		
Hastaneden	10	17.5	51	33.3		
DÖB Almamış***	24	42.1	33	21.6		
Ailede Hepatit B Hastalığı						
Var	8	12.1	17	9.1	0.2	0.63
Yok	58	87.9	170	90.9		
Önceki Gebelikte Hepatit B Tarama Testi Yapılma Durumu**						
Evet	11	19.3	47	30.7	2.2	0.14
Hayır	46	80.7	106	69.3		
Hepatit B Aşı Durumu						
Evet	1	1.5	20	10.7	4.3	0.039
Hayır	65	98.5	167	89.3		
Anti-HBs						
Negatif	52	78.8	144	77.0	0.0	0.89
Pozitif	14	21.2	43	23.0		
Toplam	66	100	187	100		

*Sütun yüzdesi, **N= En az bir kez doğum yapan 210 kişi üzerinden analiz yapılmıştır. ***Fark yaratan grup

Havlioğlu Şanlıurfa'da yaptığı bir çalışmada, eğitim yönünden erişkinlerdeki bu olumsuz tablonun çocukluk ve ergenlik dönemine dayandığını belirtmektedir. Aynı çalışmada; mevsimlik tarım işçisi ergenlerin %39.4'ünün ilkokul altı eğitim düzeyinde olduğu ve %58.1'inin halen okula devam etmediği belirtilmiştir. Ailelerin Mart-Ekim ayları arasında tarım alanlarına giderken

çocuklarını da beraberlerinde götürmeleri bu sonuca neden olmaktadır.²⁶ Ekonomik düzeyleri kötü de olsa göçe bağlı yaşamı olmayanlar daha fazla okullaşmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınlar arasında halen çalışıyor olanlar 2008 TNSA'da Güneydoğu Anadolu Bölgesi için belirlenen düzeyden (%21.0) daha düşüktür.²⁵

Özellikle eğitim düzeylerinin çok düşük olması nedeniyle kadınların nitelikli iş bulmaları ve çalışma yönünde karar almaları da son derece güçtür

Tablo 3. Gebelerin bazı özelliklerinin HBsAg durumuna göre dağılımı

	HBsAg Durumu				KOO	GA	χ^2	P
	Negatif	%*	Pozitif	%*				
MTİ Durumu								
Evet	61	92.4	5	7.6	5.0	1.2-21.6	**	0.03
Hayır	184	98.4	3	1.6				
Sosyal Sınıf								
Üst-Orta	106	99.1	1	0.9	6.6	0.80-54.54	**	0.14
Alt- İşsiz	139	95.2	7	4.8				
Eğitim Durumu								
Okuryazar ve Altı	127	96.2	5	3.8	0.6	0.15-2.76	**	0.72
İlkokul ve Üstü	118	97.5	3	2.5				
Son Doğum Yapılan Yer***								
Sağlık Kurumu	184	97.4	5	2.6	1.8	0.20-16.54	**	0.47
Evde	20	95.2	1	4.8				
Son Doğum Şekli***								
Vajinal	156	96.9	5	3.1	0.6	0.07-5.70	**	1.00
Sezaryen	48	98.0	1	2.0				
Bir Önceki Gebeliğinde DÖB Alma Durumu***								
Sağlık Kuruluşunda Takip Var	148	96.7	5	3.3	0.5	0.06-4.62	**	1.00
Sağlık Kuruluşunda Takip Yok	56	98.2	1	1.8				
Ailede Hepatit B Varlığı								
Var	20	80.0	5	20.0	18.7	4.2-84.2	**	<0.001
Yok	225	98.7	3	1.3				
Toplam	245	96.8	8	3.2				

*Satır yüzdesi, **Fisher's Exact Test, KOO: Kaba Odds Oranı, GA: Güven Aralığı

*** N= En az bir kez doğum yapan 210 kişi üzerinden analiz yapılmıştır.

Tablo 4. HBsAg durumuna göre gebelerin bazı özelliklerinin düzeyi

	N	Ortanca	En az	En fazla	MW U	P
Gebenin Yaşı						
HBsAg Negatif	245	27	15	47	641.5	0.09
HBsAg Pozitif	8	23	18	30		
Mevcut Çocuk Sayısı						
HBsAg Negatif	245	2	0	15	690.5	0.14
HBsAg Pozitif	8	1	0	3		
Toplam Gebelik Sayısı						
HBsAg Negatif	245	3	1	18	755.5	0.26
HBsAg Pozitif	8	2.5	1	5		

Tablo 5. HBsAg pozitifliğine etkisi olan değişkenlerin lojistik regresyon modeli

Değişkenler	B	P	OR	%95 GA
Mevsimlik Tarım İşçiliği Durumu (evet)	1.63	0.041	5.1	1.07-24.26
Ailede Hepatit B Hastalığı Durumu (var)	2.94	<0.0001	18.9	4.01-89.20
Sabit	-5.02	<0.0001		

MTİ'nde doğurganlık daha fazladır. Şanlıurfa'da bir çalışmada, ortanca çocuk sayısı MTİ'nde 5 ve MTİO'da 3 olarak belirtilmektedir.²⁷ Bu yüksekliğin nedeni muhtemelen araştırmaya alınan kadınların yaş ortalamasının bu çalışmadaki gebelerin yaş ortalamasından daha yüksek olmasıdır.

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011 (SBİY 2011)'e göre, doğumların %94'ünün sağlık kuruluşunda gerçekleştiği belirtilse de, bu çalışmada MTİ ve MTİO bu düzeyin altında kalmıştır.²⁸ Misafir Anne Projesi gibi çalışmalarla sağlık kuruluşlarında doğumların payı artırılmak

istenmişse de hedeflenen sonuçlara henüz ulaşamamıştır.²⁹ Tarım alanlarındaki çalışma yaşamı ve araştırma bölgesine bağlı köyler hizmete ulaşımı güçleştirmektedir.

Türkiye'de sezaryenli doğumların tüm doğumlar içerisindeki payının 2002'de %21 iken 2011'de %47'ye, Güneydoğu Anadolu'da da %9'dan %32'ye yükselmiş olup, bu çalışmada bulunan değerlerden daha yüksektir.²⁸ Beklenildiği gibi sezaryenli doğumlar, batıdan doğudan gittikçe ve eğitim düzeyi düştükçe azalmaktadır.²⁵

SBİY 2011'e göre DÖB hizmeti almayanlar, Türkiye genelinde 2002'de

%30'dan 2011'de %5'lere, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde %44'ten %15'lere inmiştir.²⁸ Bu çalışmada DÖB hizmeti almama MTİ'nde daha fazla olmak üzere her iki grupta da hem Türkiye genelinden hem de Güneydoğu Anadolu Bölgesi ortalamasından daha yüksektir.

Tüm gebelerde hepatit B düzeyi Şanlıurfa'yı temsil eden 4.2 düzeyine yakın bir değerde iken, MTİ'nde daha yüksektir.⁵ MT İşçiliği HBsAg pozitifliğini 5 kat arttırmaktadır. Ailede hepatit B varlığının yüksek olması anti-HBs pozitifliğinin ve hepatit B aşılama düzeyinin düşük olması riskin yüksek olması koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşımında ya da hizmetin kullanımda sorunlar olduğunu düşündürmektedir. Benzer şekilde, Amerika Birleşik Devletlerinde göçmen tarım işçisi kadınlar sırt ağrısı gibi meslekle ilgili akut sorunlarını ilk sırada cinsel yolla bulaşan hastalıkları sağlık sorunları içinde en sonda belirtmişlerdir.³⁰

Yine, Şanlıurfa'da MTİ'nin yoğun olarak yaşadığı bir mahallede mevsimlik tarım işçisi kadınların tetanoz aşılarının %80'den fazlasının sağlık ocağına bağlı gezici ekipler tarafından yapıldığı, DÖB hizmeti almanın %47 düzeyinde olduğu dolayısı ile MTİ'nin koruyucu sağlık hizmetlerine olan taleplerinin toplumun diğer kesimlerinden daha düşük olduğu belirtilmektedir.²⁰

DÖB hizmetlerinin düşük olması ve bu sonuçla çok ilişkili olarak gebelik döneminde yapılması gereken HBsAg tarama testinin düşük olması sorunun sadece yetişkinlik döneminde kalmadığını perinatal ve çocukluk dönemine de kaydığına işaret etmektedir.

Dünya'da mevsimlik tarım işçisi olan kadınlar coğrafi ve sosyal izolasyon, sık yer değiştirme, sağlık sigortası yokluğu, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi eksiklikleri, yetersiz kaynaklar, kendileri ve sağlık personeli arasındaki dil farklılıkları gibi sağlık engelleri nedeniyle yeterli DÖB hizmetleri alamamakta ve gebeliğin olumsuz sonuçları ile sıklıkla karşılaşmaktadır.³¹ Ayrıca, sürekli adreslerinde ortalama 4 ay gibi kısa

sürelerle kaldıkları için sağlık personeli tarafından kayıt altına alınma ve gezici ekipler yoluyla sağlık hizmeti ulaştırılma olanağı da olmamaktadır.³² Türkiye'de 2010 yılından itibaren, tüm gebelere HBsAg açısından tarama yapılması önerilmiş olsa da, DÖB hizmetlerinin yeterince ulaştırılmadığı bir ortamda HBsAg tarama testi düşük düzeylerde kalmakta perinatal geçişi önleyebilecek çok önemli bir fırsat kaçırılmaktadır.¹⁷

Ailesinde hepatit B hastalığı bulunan gebelerde HBsAg pozitifliği yaklaşık 19 kat daha fazla görülmektedir. Tokat'ta annesi ve/veya babası HBsAg pozitif olan bireylerin %14.4'ünün akut olarak enfekte olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, annesi HBsAg pozitif olanların, babası HBsAg pozitif olanlara göre HBV ile enfekte olma risklerinin yaklaşık üç kat arttığı hesaplanmıştır.³³ Şanlıurfa'da yapılan iki çalışmada da ailede sarılık ya da hepatit hastalığı öyküsü olanlarda olmayanlara göre daha fazla HBsAg pozitifliği olduğu bildirilmiştir.^{5,6} Eşler arasında cinsel ve mukozal temasa bağlı geçiş olabilirken, ailenin diğer fertlerine cinsel ilişki dışı kişiler arası temas ile gerçekleştiği düşünülen horizontal geçiş olabilmektedir.³⁴ Bu yollarla bulaşın önlenmesi için, ailelerinde hepatit B hastalığı öyküsü olanların ve DÖB sırasında hastalığı saptananların tüm ailesinin incelenmesi ve duyarlı olanların aşılama gerekmektedir.

Sonuç olarak;

- 1.** MTİ hepatit B açısından önemli bir risk grubudur. İhtiyaçları olan temel sağlık hizmetleri her yerde kendilerine erişilebilir hale getirilmeli ve hizmetleri kullanmalarına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- 2.** Hepatit B virüsünün bulaşmasında horizontal geçiş önemli bir yoldur. Hastalık öyküsü bulunan aileler bulaş yolları konusunda bilgilendirilmeli ve duyarlı olanlar aşılmalıdır.
- 3.** HBsAg pozitif gebeden doğan bebeğin bu hastalıktan korunabilmesi için mutlaka tüm gebelerin DÖB hizmeti alması sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. DSÖ. Hepatitis B. Fact sheet N°204. Erişim adresi:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/index.html>. Erişim tarihi: 10/01/2013.
2. Lemon SM, Walker C, Alter MJ, Yi M. Hepatitis virus. In: Knipe DM, Howley PM, editors. Fields Virology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2007. p. 1253-304.
3. Akçam Z. HBV İnfeksiyonu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2003;12(6):211-214.
4. Yenen OŞ. Hepatit B. İçinde: Wilke Topçu AW, Söyletir G, Doganay M, editörler. İnfeksiyon Hastalıkları. 1. baskı. İstanbul: Nöbet Tıp Kitabevleri; 1996. 664-91.
5. Tekin Koruk S, Koruk İ, Gürsoy B, Çalıcı C, Yüksel F, Yıldız Zeyrek F, Şimşek Z. Hepatitis B and Hepatitis C Seroprevalence in the Center of Sanliurfa Province From Southeastern Anatolia Region and Related Risk Factors. Trakya Univ Tıp Fak Derg 2010;27(4):367-372.
6. Tekin Koruk S, Koruk İ, Şahin M, Duygu F. Evaluation of HBsAg, Anti-HBs and Anti-HCV Positivity and Risk Factors Among Oral and Dental Health Workers in Şanlıurfa. Klimik Dergisi 2009;22(2):55-61.
7. Dursun M, Ertem M, Yılmaz S, Saka G, Özekinci T, Şimşek Z. Prevalence of Hepatitis B İnfeksiyon in the Southeastern Region of Turkey: Comparison of Risk Factors for HBV İnfeksiyon in Rural and Urban Areas. Jpn J Infect Dis 2005;58(1):15-19.
8. Dienstag JL. Chronic viral hepatitis. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, editors. Principles and practice of infectious diseases. 6th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2005. p. 1441-64.
9. Quer J, Esteban J. Epidemiology. In: Thomas HC, Lemon S, Zuckerman AJ, editors. Viral hepatitis. Third Edition. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2005. p. 407-25.
10. Lauer GM, Walker BD. Hepatitis C virus infection. N Engl J Med 2001;345(1):41-52.
11. Haley RW, Fischer RP. Commercial tattooing as a potentially important source of hepatitis C infection. Clinical epidemiology of 626 consecutive patients unaware of their hepatitis C serologic status. Medicine 2001;80(2):134-51.
12. CDC. Notes from the Field: Deaths from Acute Hepatitis B Virus Infection Associated with Assisted Blood Glucose Monitoring in an Assisted-Living Facility – North Carolina, August-October 2010. MMWR 2011; 60: 182.
13. Thompson ND, Perz JF. Eliminating the Blood: Ongoing Outbreaks of Hepatitis B Virus Infection and the Need for Innovative Glucose Monitoring Techniques. J Diabetes Sci Technol 2009;3(2):283-288.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hepatit B Genelgesi. Erişim adresi: http://www.ism.gov.tr/indir/mevzuat/genelgeler/G_04061998_1. Erişim tarihi: 05/03/2013.
15. CDC. Hepatitis B virus: A comprehensive strategy for eliminating transmission in the United States through universal childhood vaccination. Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee MMWR 1991;40(No. RR-13):1-25.
16. CDC. A comprehensive strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP); Part 1: Immunization of infants, children and adolescents. MMWR 2005; 54(No. RR-16).
17. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi Genelgesi 2010. Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10162/dogum-oncesi-bakim-yonetim->

- [rehberi-genelgesi-2010--13.html](#).
Erişim tarihi: 05/03/2013.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi 2009. Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3929/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi.html>.
Erişim tarihi: 05/03/2013
 19. Koruk İ, Tekin Koruk S, Çiçek Çopur A, Şimşek Z. Bir Doğum Hastanesinde HBsAg testi ve Hepatit B'yi Önleme Uygulamalarının Geliştirilmesine Yönelik Bir Müdahale Araştırması. TAF Prev Med Bull 2011;10(3):287-292.
 20. Koruk İ, Şimşek Z. Göçebe mevsimlik tarım işçisi olan ve olmayan kadınlarda tetanoz aşılama durumu ve ilişkili diğer faktörler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2010;8(3):165-175.
 21. Hamidanoğlu M. Şanlıurfa'da Aile Planlaması Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AD. Şanlıurfa: Yüksek lisans tezi, 2011.
 22. Arcury TA, Quandt SA. Delivery of health services to migrant and seasonal farmworkers. Annu Rev Public Health 2007;28:345-363.
 23. 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.
 24. Boratav K. İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları, 2004.
 25. 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.
 26. Havlioğlu, S. Göçebe Mevsimlik Tarım İşçisi Ergenlerde Yaşam Kalitesi Düzeyi Ve Sorun Davranışları Sıklığı. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AD. Şanlıurfa: Yüksek lisans tezi, 2010.
 27. Şimşek Z, Koruk İ. The Effects of migratory seasonal farmwork on psychomotor development and growth among children ages 0-5 years in Southeastern Anatolia. Turkish Journal of Public Health 2011;9(3):157-165.
 28. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-16345/saglik-istatistikleri-yilligi-2011.html/>. Erişim tarihi: 29/01/2013.
 29. T.C. Sağlık Bakanlığı. Misafir Anne Projesi. Erişim adresi: http://www.mersinsaglik.gov.tr/Download%5C55_8_misafir%20anne%20genelgesi%20ek%20yaz%20C4%B1lar.pdf.
Erişim tarihi: 05/03/2013.
 30. Anthony M, Williams JM, Avery AM. Health Needs of Migrant and Seasonal Farmworkers. J Community Health Nurs 2008;25(3):153-160.
 31. Bircher H. Prenatal Care Disparities and the Migrant Farm Worker Community. MCN Am J Matern Child Nurs 2009;34(5):303-307.
 32. Şimşek Z, Koruk İ. Çocuk İşçiliğinin En Kötü Biçimlerinden Biri; Mevsimlik Göçebe Tarım İşçiliği. Çalışma Ortamı Dergisi 2009;(Temmuz- Ağustos):7-9.
 33. Barut Ş.E, Günal Ö, Göral A, Etikan İ. HBsAg Pozitif Ebeveynlerin Çocuklarında Hepatit B Virus Enfeksiyonu Prevalansı. Mikrobiyoloji Bülteni 2011;45(2):359-365.
 34. CDC. Surveillance for Acute Viral Hepatitis -United States. 2006. MMWR 2008;57-SS2.