

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı Anabilim dalı

**BİR KENTSEL BÖLGEDE BAZI YAPILANDIRILMIŞ ÖLÇÜM GEREÇLERİ
İLE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Araş.Gör.Dr.Tülay Lağarlı

Tez Danışmanı

Prof.Dr. Erhan ESER

MANİSA 2011

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı Anabilim dalı

**BİR KENTSEL BÖLGEDE BAZI YAPILANDIRILMIŞ ÖLÇÜM GEREÇLERİ
İLE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Araş.Gör.Dr.Tülay Lağarlı

Tez Danışmanı

Prof.Dr. Erhan ESER

MANİSA 2011

Önsöz

Bu tezin yapılmasında bilgi ve emeğini esirgemeyen, başta tez danışmanım Prof.Dr.Erhan ESER 'e olmak üzere, Halk Sağlığı AD Öğretim Üyelerine ve Araştırma Görevlisi arkadaşlarıma, yardımlarından dolayı diğer kişi, kurum ve kuruluşlara; özellikle CBÜ Proje Araştırmaları Birimi çalışanlarına teşekkür ederim.

İçindekiler

		Sayfa
I	GİRİŞ	1
II	GENEL BİLGİLER	2
2.1	Birinci basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesi	2
2.2	Temel sağlık hizmetleri yaklaşımı içinde BSH değerlendirmesi	4
2.3	Birinci Basamak Sağlık Hizmet Özellikleri	7
2.3.1	İlk başvuru	9
2.3.2	Süreklilik	11
2.3.3	Eşgüdüm	14
2.3.4	Kapsayıcılık	15
2.3.5	Aile Merkezlilik	16
2.3.6	Toplumsal kapsayıcılık ve katılım	16
2.3.7	Kültürel Uyum	16
2.4	Birinci basamak sağlık hizmeti ölçüm gereçleri	17
III	GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1	Araştırmanın Tipi	21
3.2	Araştırmanın Evreni ve Örnek seçimi	21
3.3	Araştırmanın uygulanması	25
3.4	Araştırmada kullanılan ölçüm gereçleri ve ölçümler	26
3.4.1	Birinci Basamak Sağlık Hizmet Değerlendirme Ölçeği-BDÖ	27
3.4.2	Birinci Basamak Sağlık Hizmet Değerlendirme Gereci-BDG	30
3.4.3	Bağımsız değişkenler	32
3.5	Veri çözümleme	33
3.5.1	BDÖ kullanılarak yapılan Birinci Basamak hizmet analizleri	33
3.5.2	BDG Geçerlilik ve Güvenilirlik analizleri	34
IV	BULGULAR	36
4.1	Sosyodemografik değişkenlerle ilgili bulgular	36
4.2	Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) Bulgular	40

4.3	Birinci Basamak Değerlendirme Gereci (PCAT) Bulgular	50
4.3.1	Birinci Basamak Değerlendirme Gereci güvenilirlik ve geçerlilik bulguları	58
4.3.1a	Birinci Basamak Değerlendirme Gereci güvenilirlik ve geçerlilik tanımlayıcı dağılım özellikleri	58
4.3.1b	Birinci Basamak Değerlendirme Gereci güvenilirlik bulguları	65
4.3.1c	Birinci Basamak Değerlendirme Gereci geçerlilik bulguları	66
V	TARTIŞMA	76
5.1	Birinci Basamak Değerlendirme lęeęi-Genel değerlendirilmesi	76
5.2	Her iki lęekten elde edilen sağlık hizmet boyut skorları	78
5.3	BDG yetişkin sürümünün geçerlilik ve güvenilirliği	93
5.4	Araştırmanın kısıtlılıkları	96
VI	SONUÇLAR VE NERİLER	97
VII	ZET	98
VIII	İNGİLİZCE ZET	100
IX	EKLER	103
Ek 4	Birinci basamak sağlık hizmetleri <u>yetişkin</u> değerlendirme gereci	114
Ek 5	Birinci basamak sağlık hizmetleri <u>ocuk</u> değerlendirme gereci	129
Ek 6	Birinci basamak değerlendirme anketi	142
X	KAYNAKLAR	153

Tablolar

		Sayfa
Tablo 1	Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri ve bileşenleri	8
Tablo 2	Araştırma evrenini oluşturan nüfusun yaşa göre dağılımı ve nüfusa orantılı küme sayıları	23
Tablo 3	Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) Boyutları	28
Tablo 4	Birinci Basamak Değerlendirme Gereci (PCAT) Boyutları	31
Tablo 5	Araştırmaya katılan kişilerin bazı sosyodemografik özellikleri	38
Tablo 6	Araştırmaya katılan kişilerin yaşadıkları hanelerin bazı özellikleri	39
Tablo 7	BDÖ (PCAS) puanlarının (0-100) merkezi dağılım özellikleri	40
Tablo 8	BDÖ 1.basamak <i>Yapısal</i> sağlık hizmet özelliklerinin sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı	44
Tablo 9	(BDÖ) PCAS " <i>hekim-hasta ilişkisi</i> " boyutları puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı	46
Tablo10/a	BDÖ (PCAS) <u>yapısal boyutların</u> Lojistik Regresyon indirgenmiş son model gösterimleri	48
Tablo10/b	BDÖ (PCAS) <u>hekim-hasta ilişkisi boyutlarının</u> Lojistik Regresyon indirgenmiş son model gösterimleri	49
Tablo11/a	BDG (PCAT) <u>Ana boyutlar</u> puanlarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı	52
Tablo11/b	BDG(PCAT) <u>türetilmiş boyutlar</u> puanlarının bazı sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı	54

Tablo 12	BDG (PCAT) boyutlarını etkileyen değişkenlerin Lojistik Regresyon indirgenmiş son model gösterimleri	56
Tablo 13	BDG (PCAT) yetişkin sürümünde yer alan sorular	59
Tablo 14	BDG (PCAT) yetişkin sürümünün yerleşim bölgesine göre ana boyut ve türetilmiş boyut puanları	63
Tablo 15	BDG (PCAT) Yetişkin Sürümü puanları tanımlayıcı ölçütleri	64
Tablo16/a	BDG (PCAT) yetişkin sürümü Cronbach Alfa Değerleri ve madde silindiğinde Cronbach alfa değerleri	67
Tablo16/b	BDG(PCAT) <i>türetilmiş boyutlar</i> Cronbach Alfa Değerleri ve madde silindiğinde Cronbach alfa değerleri	68
Tablo 17	BDG(PCAT) yetişkin sürümü <i>alt boyutlar</i> ve <u>türetilmiş boyutlar</u> ölçek başarısı	69
Tablo18/a	BDG (PCAT) yetişkin sürümü <i>alt boyutlar ve türetilmiş boyutlar</i> için boyutlararası korelasyon	70
Tablo18/b	BDG (PCAT) yetişkin sürümü <i>ana boyutlar ve türetilmiş boyutlar</i> için boyutlararası korelasyon	71
Tablo19/a	BDG(PCAT) veBDÖ(PCAS) alt boyutlar arasında korelasyon	72
Tablo19/b	BDG (PCAT) ve BDÖ (PCAS) ana boyutlar ve özet boyutlar arasında korelasyon	73
Ek tablo 1	Ölçek başarısını göstermek için yapılan Pearson korelasyon tablosu	104

Şekiller		Sayfa
Şekil 1	BDG alt boyutların birlikte gösterildiği DFA model	74
Şekil 2	BDG türetilmiş boyutların birlikte gösterildiği DFA model	75
Ek Şekil 1	DFA model 3	112
Ek Şekil 2	DFA model 4	113

I.GİRİŞ

Sağlık sistemlerinin nihai hedefi sağlığı geliştirmek olduğundan; toplumun gelecekteki sağlığını belirleyecek olan koruyucu hizmetler, tedavi edici hizmetler ve esenlendirici hizmetlerin sağlığı geliştirmeye olan katkılarının açıklanması ve ortaya konması gerekir. Bu nedenle sağlık sistemlerinin başarısının değerlendirilmesinde, ölüm ve hastalık gibi sonuç değerlendirmeleri kadar, yapısal ve sürece ilişkin hizmet özelliklerinin ölçülebilmesi de önemlidir.⁽¹⁾

Bizim bu çalışmada amacımız 2008 yılında başlayan Aile Hekimliği Manisa pilot uygulamasının işleyiş özelliklerini onbir alt boyut ve toplam yedi boyuta göre ölçen orijinal adı Primary Care Assessment Survey (PCAS) olan “Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) kullanarak ölçmek ve değerlendirmek ve yine benzer amaçla kullanılan ve orijinal adı “Primary Care Assessment Tool (PCAT)” olan “Birinci Basamak Değerlendirme Gereci “(BDG)” nin Manisa ilinde bir örnek üzerinde geçerlilik ve güvenilirliğinin ortaya konmasıdır.

II.GENEL BİLGİLER

2.1. Birinci basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesi

Sağlık hizmetinin değerlendirilme kriterlerinin yalnızca sonuç çıktılarıyla değerlendirilmesinin yeterli olmadığı düşüncesi 1980'li yılların başından itibaren ortaya çıkmaya başlamıştır. Donebedian 1988' de sağlık hizmetin niteliğinin ölçümünün üç alt başlık altında sınıflandırılabilceğini ortaya koymuştur⁽²⁾

Donabedian modele göre değerlendirmeyi sınıflandırarak yapmak, birinci basamak hizmet planlayıcılara; kuracakları yapı, sunacakları hizmet ve sistemin kesintisiz işlemesi için ihtiyaç duyulan yapı ve süreç elemanlarını tanımlama olanağı sağlayacaktır.

Bu elemanlar : Altyapı gereksinimleri, personel işgücü, eğitimi ve geliştirilmesi, insan kaynakları yönetimi, hizmetlerin örgütlenmesi ve yönetimi, sistemin geliştirilmesi ve çeşitli protokollerin kullanımı, mali yönetim, bilgi sistemleri, ihtiyaç ve performans değerlendirmesidir.Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesine olanak sağlayan bu sistematik yaklaşıma göre yukarda sayılan sistem öğeleri yapısal, süreç ve sonuç bileşenleri adı altında gruptandırılabilir.

Yapısal değerlendirme: Sağlık hizmetinin verilmesini sağlayan yapı ve kurumlar, donanım, kaynak dağılımı gibi maddi koşulların, personel sayısı ve niteliği gibi insan kaynakları dağılımının ve örgütlenme yapısının değerlendirilmesidir.

Süreç değerlendirmesi: Sağlık sisteminin farklı basamaklarında sunulan ve toplum bireyleri tarafından alınan hizmetin değerlendirilmesidir. Hizmet alma sürecinde hasta hareket ve davranışları olduğu kadar, hizmeti sunanların da tanı tedavi uygulamalarındaki tarz ve yaklaşımları

değerlendirilir. Donabedian tarafından yapılan süreç tanımlaması, hizmet sürecinde hizmet sunanlar ve hastaların eylemlerini kapsar ; WHO 1978 (Dünya Sağlık Örgütü) Alma Ata bildirgesi ve onu izleyen görüşmeler sonrasında ortaya konan bu konuyla ilgili politik literatürden türetilmiştir.⁽³⁾

Bu eylemler:

- Sağlığı koruma
- Hastalıkların önlenmesi
- Hasta bakım ve izlemi
- Danışmanlık
- Toplumsal gelişimdir

Süreç değerlendirmesi yapılırken, örgütsel süreci, hizmet sürecinden ayırmak yararlıdır, çünkü, hasta kayıt bilgileri ve izlemi yönlendiren birçok örgütsel süreç doğrudan hasta bakımını içermez. Bu ayrılma, aynı zamanda birinci basamak hizmet sunucuların, öncelikli sağlık konuları ve durumlarıyla bağlantılı izlem kriterleri belirledikten sonra buna en uygun örgütsel modeli oluşturmalarına olanak sağlar.

Örneğin: Diabet izleminde HbA1c düzeylerinin takibi gerekiyor ise; bu hizmetin örgütsel yapısı oluşturulurken, kronik hastalık izleminde kanıta dayalı tıp protokolünün kullanımı ile desteklenmesi gerekir. ⁽⁴⁾

Ayrıca birinci basamak hizmet sunumunda, hizmet sürecini örgütsel süreçten ayırmak modelin toplumsal gelişim ve hizmet sunulan kesime ulaşmadaki rolünü açığa çıkarır. Örgütsel süreçte yapılan çalışmaların da, sonuç olarak, hastaların, ailelerin yani toplumun sağlığını düzeltmek ve geliştirmekle ilgili olduğu hatırlanmalıdır.

Sonuç değerlendirmesi: Sağlık hizmetinin başarısını belirlemek için bir bütün olarak toplumun sağlığı, hastaların ve hastalıkların iyileşme durumları değerlendirilir.

Sağlık sistemlerinin performansını değerlendirmenin yani sağlığa yaptığı katkıların tam olarak ortaya çıkarılmasının kısıtlılıkları vardır. Hizmet başarısı için ölçülen özellik, sunulan hizmetin performansından etkilenmeli ve hizmetin sunum başarısı ile değişebilir olmalıdır.⁽⁵⁾ Bu nedenle performans amaçlı elde edilen sağlık çıktıları, sağlık sistemi içinde sunulan hizmet

aktivitelerine atfedilebilir sağlık durumu değişimlerini tanımlayabilmelidir. Birinci basamakta, bu değerlendirmeleri, sağlık göstergeleri ve kullanıcı değerlendirmeleri olarak iki temel alana ayırmak mümkündür ve değerlendirmede yararlı bir yaklaşımdır.

Sağlık göstergeleri: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık durumu üzerine olan etkilerini ara çıktılar üzerinden lme yaklaşımı bazı hedefler üzerinden yapılabilir:

1.Risk faktörlerine özel hedefler (Sigara, egzersiz, beslenme vs)

2.Klinik iyileşmeyi gösteren hedefler(Kan basıncı, HBA1C düzeyi vs)(⁶)

Kullanıcı değerlendirmeleri: Toplumun ve hastaların sağlık bilgisindeki iyileşmeler, hasta davranışlarındaki olumlu değişimler ve hastaların hizmetten memnuniyet derecesi, sonuç değerlendirmesi olarak kabul edilebilir.

Sonuç değerlendirmesi, bir toplumun genel sağlık göstergelerinin tümüdür, ülkeler -bölgeler arası- karşılaştırmalar ya da aynı sistem kapsamındaki gruplar arası değerlendirmeler yapılabilmesine olanak sağlayan mortalite ve morbidite verilerini içerir. (^{2,3})

2.2.Temel sağlık hizmetleri yaklaşımı içinde birinci basamak sağlık hizmeti değerlendirmesi

Temel sağlık hizmetleri tanımı ilk kez 1920'de İngiltere'de yayınlanan Dawson Raporu'nda kullanılmıştır. Bu rapor ülke çapında, bölge merkezli ve basamaklı bir hizmet sunum modelini önermektedir.(⁷)

Alma Ata (1978) konferansında temel sağlık hizmetleri tanımı yapılmış ve bütüncül bir kavram dile getirilmiştir. Bu toplantıda tanımlanan temel sağlık hizmetleri özelliklerine bakıldığında süreklilik, kapsayıcılık, ulaşılabilirlik, katılım ve sevk zinciri gibi birçok özelliğin tanımın kapsamı içinde yer aldığı görülür(⁸)

Aynı yıl IOM (Institute of Medicine) Amerikan Tıp Enstitüsü Birinci Basamak Hizmetin ilk resmi tanımlarından birini ortaya koymuştur ve beş temel özellik belirlemiştir. Bunlar ulaşılabilirlik, kapsayıcılık, eşgüdüm, süreklilik ve belli bir nüfustan sorumluluktur. 1994 de Tıp Enstitüsü bu tanımı yeniden ele alarak bazı değişiklikler yapmıştır. Yeniden yapılan gözden geçirmelerden sonra göre, birinci basamak sağlık hizmeti tanımı şöyle yapılmıştır:

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti: Hizmet verilen toplumun ulaşabildiği sağlık hizmetlerinin; sağlık gereksinimlerinin büyük bir kısmından sorumlu sağlık çalışanlarınca; hastalarla sürekli ve karşılıklı bir ilişki temelinde ve hizmeti sunan kurumlar ve basamaklar arasında eşgüdüm sağlanarak, aile ve toplum bağlamında sunulmasıdır.⁽⁹⁾

1996 yılında IOM önceki tanımları genişleterek ve gözden geçirerek klinisyen-hasta ilişkisi sürekliliğine ve tam kişisel bakıma yönelik hizmete vurgu yapan yeni bir tanım geliştirmiştir.

İngiltere’de Dawson raporuyla başlayan bu süreç kimi ülkelerde birinci basamağı temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu basamak olarak sağlık hizmetinin köşetaşlarından biri haline getirirken; ABD(Amerika Birleşik Devletleri) gibi kimi ülkelerde aynı eğilimin yerleştiğini söylemek mümkün değildir.⁽¹⁰⁾

ABD’de 1950’ li yıllara kadar “solo praktis” olarak adlandırılan; kendi muayenehanelerinde hizmet veren ve hizmet verdiği bireylerin sağlık gereksinimlerinin çoğuna yanıt veren hekimler, birinci basamak sağlık hizmeti sunmakta iken; 1960 ların ortalarından itibaren bu hekimlerin sayısında hızlı bir düşüş görülmüştür.

Sürmekte olan bu genel pratisyenlik uygulamasının yanısıra tıp alanındaki bilgi birikimi ve yeni teknolojilerin sağlık alanına girmesiyle birlikte bir uzmanlaşma eğilimi ortaya çıkmıştır. Bu iki ayrı pratiğin birbirinden farklılığı yeni tanımlar geliştirilmesi ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. ⁽¹¹⁾

1961 de Millis raporuyla birlikte birinci basamağın tanımlanması bu alana farklı yönlerden bakan bir dizi yeni tanımlar geliştirilmesiyle sürmüştür⁽¹²⁾

Örneğin hizmeti sunan klinisyene göre; sunulan hizmetin toplumdaki yaygınlığına göre; hizmetin basamağına göre; hizmetin belirli özelliklerine göre veya sağlık sisteminin örgütlenme politikasına göre gibi farklı bakış açılarıyla, birbirinden az da olsa, farklılıklar içeren birinci basamak tanımları geliştirilmiştir. Bu yaklaşımlar içinde hizmetin belirli bazı özelliklerine göre değerlendirilmesi daha yaygın kabul gören bir tanım olarak benimsenmiştir. Bu tanımlama Wonca 1991 ve WHO 1978 tanımlarıyla uyumludur. (8,13,14)

Sağlık sistemleri içinde birinci basamak hizmetlerin yeri ve hedefleri, ülkeler ve modellere göre farklılık gösterse de günümüzdeki eğilim, sağlık hizmetleri sunumundaki başarıyı, temel sağlık hizmetleri yaklaşımının yeterliliğine göre değerlendirmektir. Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sağlıktaki eşitsizliklerin giderilmesi için temel sağlık hizmetleri yaklaşımının vazgeçilemez bir zorunluluk olduğu, WHO 2008(Dünya Sağlık Örgütü) raporunda belirtilmektedir. Temel sağlık hizmetleri altyapısı güçlü ülkeler, daha sağlıklı toplumlara sahiptir, sağlıkla ilgili eşitsizlikler daha azdır ve sağlık hizmeti harcamaları daha düşüktür.⁽¹⁵⁾Alma Ata'da kabul gören temel sağlık hizmetleri yaklaşımına o günden bu yana değişen sağlık riskleri ve gelişen teknolojinin ışığında yeniden bakmak gerekirse uygulamaya dayalı araştırmalar ve hizmetin sürekliliğine her zamankinden daha çok ihtiyaç olduğu görülecektir.⁽¹⁶⁾

Ülkeler temel sağlık hizmetleri örgütlenmesini, dolayısıyla birinci basamağı güçlendirmek yolunda teşvik edilmelidir. Bu yönde gerçekleştirilecek reformlar tüm toplumun sağlığını düzeltmektenin yanısıra, öncelikle sağlık kaynakları dağılımını dengeleyecek, birinci basamağa özel sağlık çıktılarıyla ilgili maliyetleri de düşürecektir.⁽¹⁷⁾

Starfield ve arkadaşları tarafından yapılan bir derlemede 10.000 kişi başına düşen birinci basamak çalışan sayısında % 15-20 artışın, mortalitede yıllık % 6 düşüşle bağlantılı bulunduğu açıklanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada İngiltere' de 15 -64 yaş bireylerde tüm nedenlere bağlı ölümlerin, genel pratisyenlik uygulamasının yaygın olduğu bölgelerde daha düşük olduğu belirtilmiştir. Diğer bir çalışmada ise genel pratisyen oranı ile, akut myokard infarktüsüne bağlı önlenebilir ölümler, hastane başvuruları ve adolesan

gebeliklerle anlamlı bir ilişki bulunmuş, ancak sosyoekonomik değişkenler kontrol edildikten sonra bu ilişki anlamlı kalmamıştır. Sonuç olarak birinci basamak sağlık kurumlarının yapısal özelliklerinin ya da birinci basamak hizmet özelliklerinin sağlık sonuçlarını etkilediği bir tartışılabilir.⁽¹¹⁾

Birinci basamak sağlık hizmeti yalnızca belirli hastalıklara ya da sorunlara değil, çevresiyle birlikte bir bütün olarak bireye yöneliktir ve dolayısıyla bireylerin sağlık düzeylerine göre değil, toplumun sağlık durumuna göre planlanır. Aynı zamanda diğer basamaklarda sunulan sağlık hizmetleri için bir giriş noktası oluşturduğundan, koordinasyon rolü aracılığıyla sistemin diğer parçalarını da etkiler ve bu basamaklardaki hizmet sunumunu dolaylı da olsa yansıtır. Bu durumda birinci basamaktan düzenli veri toplanması ve yapılan periyodik değerlendirmeler hizmet sağlayıcılar, hizmeti alanlar ve sağlık güvence sistemlerini içeren bütün bir sağlık hizmet örgütlenmesinin denetimine ve kendini değerlendirmesine olanak sağlar.⁽¹⁸⁾

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilebilme durumunu çok boyutlu ölçmek ve değerlendirmek; akılcı sağlık sistemleri geliştirmede gittikçe önem kazanmış ve daha iyi anlaşılmaya başlanmıştır.⁽¹⁹⁾

Birinci basamağı değerlendirme ve ölçme noktasında en büyük zorluk ölçülebilir ve genellenebilir kavramlar üretmekte ortaya çıkmışsa da, zamanla, temel sağlık hizmetlerinin ve onun sunulma yeri olarak kabul gören birinci basamağın tanımı birçok farklı kaynakta ortaya konmuş ve diğer basamaklardan ayırtedici özellikleri ortaya çıkarılmıştır.⁽²⁰⁾

Donebedian modelde olduğu gibi çok bileşenli ölçme ve değerlendirmeler, sağlık yapılanmasının, süreç içinde önemli sağlık çıktılarını geliştirmeye katkıda bulunduğunu gösteren kanıtlar elde edilmesini sağlamıştır. Böylece birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ile sağlık hizmet sunum modelinin sonuçlardaki düzelmeye olan etkisi ortaya konabilmektedir. Hizmetin sürekliliğinin gözetildiği bu yöntemde sağlık çıktılarıyla birlikte hem yapısal hem de süreç özelliklerinin değerlendirilmesi önemlidir. ⁽¹¹⁾

2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmet Özellikleri

Birinci basamak sağlık hizmeti 4(dört) ana özellik altında sınıflandırılabilir. Bu 4(dört) temel özellik dışında bazı özellikler tanımlanmış olsa da günümüzde birinci basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçüm gereçleri bu dört özellik temel alınarak geliştirilmiştir.

Bu özellikler:

- 1-İlk Başvuru Hizmeti (First contact care)
- 2-Kişi Odaklı Süreklilik (Longitudinality)
- 3-Kapsayıcılık (Comprehensiveness)
- 4-Eşgüdüm (Coordination) dür.

Bu özelliklerin her birinin bir yapısal ve bir işleyiş bileşeni vardır.

(Tablo 1)

Tablo 1- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri ve bileşenleri

<i>Birinci Basamak Özelliği</i>	<i>Yapı Bileşeni</i>	<i>Faaliyet Bileşeni</i>
İlk başvuru	Ulaşabilme	Hizmetin kullanımı
Süreklilik (kişi odaklı)	Uygun nüfusun varlığı	Düzenli hizmet alınan kaynak
Kapsayıcılık	Geniş hizmet yelpazesi	Gereksinim farkındalığı
Koordinasyon	Süreklilik (sorun odaklı)	Soruna/çözüme dayalı bilgi aktarımı

Eser E. 2008⁽²¹⁾

Bu bölümde, birinci basamak sağlık hizmet özellikleri, herhangi bir ölçekte yer alan ölçüm şekline göre değil, IOM tanımlarından ve bu konuda üretilmiş olan ve bu yazının kaynakları içinde yer alan diğer literatürden yararlanılarak açıklanmıştır. (BDÖ) PCASölçeğinde, aile merkezlilik, kültürel

uyum ve toplum kapsayıcılığı ve katılımı boyutları yer almamaktadır, bu boyutlar (BDG) PCATölçeğinde “türetilmiş boyutlar” adı altında yer almaktadır. Ancak birinci basamak hizmet özellikleri içinde yer almış olduğundan, bu bölümde ayrı birer hizmet özelliği şeklinde tanımlanarak anlatılacaktır. (BDÖ)PCAS ölçeği içinde yer alan Kişisel Yaklaşım, Hizmet Memnuniyeti ve Güven boyutları ise daha çok hekimin tavır ve davranışları ile ilgili hastanın izlenim ve memnuniyetini yansıtan sorulardan oluşan boyutlardır ; gereç ve yöntem bölümünde ölçeğin boyutları altında söz edilecektir.

2.3.1. İlk başvuru:

Her yeni sağlık sorunu veya yeni ortaya çıkan sağlık hizmeti gereksiniminde, ilk olarak, birinci basamak sağlık hizmeti sunan kişi ya da kuruma başvurulmasıdır.Çok acil sağlık sorunları dışında sağlık hizmetlerine erişim için ilk giriş noktası olma özelliğidir. Birinci basamak hizmet sunan kişi ya da kurumların bu noktada gereksinim duyulan sağlık hizmetini doğrudan sunmak veya uygun zamanda,en uygun kaynaklara yönlendirmek sorumluluğu vardır.

Sunulan hizmetlerin erişilebilir olması yani “ulaşılabilirlik” yapısal bileşen, hizmeti alan kişilerin her bir yeni sağlık sorununda birinci basamağa başvurusu süreç (davranışsal) bileşeni olarak tanımlanır ve bu iki bileşen birinci basamağın ölçülebilir bir özelliği olan “ ilk başvuru”boyutunu oluşturur.

İlk başvuru özelliğinin “ulaşılabilirlik” olarak adlandırılan yapısal bileşeni; sisteme giriş, erişim, iletişim ve hizmet kullanımının kolay olmasıdır. Bireylerin her yeni sağlık sorununun çözümünde veya danışma ihtiyacında hizmete mümkün olabilen en kısa sürede ve en az kısıtlılıkla erişebilmesini kapsar.

Ulaşılabilirlik aynı zamanda topluma sağlık hizmetini sağlayabilme durumudur. Örneğin; varolan sağlık güvence sisteminin kapsamındaki

bireyleri kabul edecek hizmet sunucu kurum veya klinisyenlerin yokluğunda, sağlık güvence sisteminin varlığına rağmen ulaşılabilirlik özelliği yerine getirilemez. Bir sağlık sistemine kayıtlı bireylerin hafta sonu veya tatil günleri ya da mesai saatleri dışında sağlık gereksinimlerinin karşılanabilme durumu ulaşılabilirliğin değerlendirilmesinde kullanılır ve hizmetin ulaşılabilirlik düzeyini belirler.

Hiç bir hekim ya da sağlık hizmet sunucu, tüm hastalar için aynı anda ulaşılabilir değildir. Sağlık sistemi örgütlenmesi içinde kurumlar, hizmet sunucular ve basamaklar arası entegrasyon ve hizmet sunulan toplumun beklentileriyle uyumlu, doğru zamanlama ile güvenilir bir kaynaktan hizmetin sunulması, hizmetin ulaşılabilirliğini artırır. Bir bölge ya da ülke için sağlık politikaları belirlenirken, “ulaşılabilirlik” başarısını artırabilmek için; acil durumlarda randevu alabilme süresi, periyodik sağlık kontrollerinin düzenliliği, sağlık çalışanının kurum dışında geçirdiği sürenin uygunluğu, belirli hasta gruplarına hafta sonlarında uygulanan destek programlar gibi ulaşılabilirliği etkileyen koşullar düzenlenmesi planlanmalıdır.

Birinci basamak sağlık kurumları, sağlık hizmetine ulaşmada anahtar rol oynar, çünkü sisteme giriş noktasıdır. Tüm sağlık sorunları için ilk başvuru adresidir. Hastalar, rahatsızlık belirtilerinin biyolojik yönden sağlıklarını nasıl etkilediğinin, hastalıklarının ne olduğunun ve almaları gereken sağlık hizmetinin hangi eğitim ve tıp becerilerini gerektirdiğinin bilgisine sahip değildirler. İlk başvuru özelliği, birinci basamak hizmet sunucuların hizmete gereksinimi olanlara, hastaların farkında olmadıkları ihtiyaçları konusunda gerekli yakınlığı göstermesini de içerir.

Sistem içinde bireylerin uygun basamaklara yönlendirilmeleri için, birinci basamağın giriş kapısı olma özelliği yanında, bu basamakta çözülebilir acil sağlık sorunları için bilgi ve tıbbi destek vermek sorumluluğu da vardır. Sonuç olarak ilk başvuru özelliği değerlendirilirken, birinci basamakta bir tür yol göstericilik ve hastaların sistem içinde doğru yönlendirilmeleri için gereken yakınlık ve yaklaşımın yeterliliği de göz önüne alınır.

Sağlık hizmeti yeterli sunuluyor olsa bile, hizmeti almayı zorlaştıracak yönetimsel ulaşılabilirliğin önündeki engellerin kaldırılması için özel dikkat sarfedilmelidir. Örneğin sağlık örgütlenmesi, ruh ve akıl sağlığı sorunlarında kolay erişimi engelleyen bir yapılanmaya sahipse, bu hizmetin yalnızca sunuluyor olması ulaşılabilirliği sağlamayacaktır. Varolan sorunun yönetsel boyutunu açığa çıkarabilmek için hizmeti alan toplulukta bu konuyla ilgili araştırmalar yapılabilir.

Ulaşılabilirlik aynı zamanda iletişim ve bilgi teknolojilerinin de doğru ve zamanında kullanımını gerektirir. Örneğin kırsalda çalışan birinci basamak sağlık çalışanları iletişim teknolojilerini kullanarak uzman hekimlerle konsültasyon olanağını kullanabilir ve bilgisayar teknolojileri aracılığıyla hastanın çeşitli laboratuvar test sonuçlarını izleyerek, tedavi ve izlemin yönetimini ilk başvurunun yapıldığı birinci basamak kurumunda yapabilir. Basamaklar arası koordinasyon yani “eşgüdüm” özelliği yerine getirilmeksizin ulaşılabilirlik özelliğinin tam olarak yerine getirilmesi mümkün değildir.

“İlk başvuru “özelliğini kısaca şöyle tanımlayabiliriz:

Kişilerin gereksinim duyduğu tedavi, danışmanlık ve destek hizmetlerine, sorunun aciliyetine uygun bir zaman dilimi içinde, önceden belirlenmiş birinci basamak kurumunda erişebilmeleridir. (22)

2.3.2.Süreklilik

Hastalık veya tıbbi sorun varlığından bağımsız olarak düzenli ve bütüncül bir sağlık hizmet kaynağının, zaman içinde boylamsal kullanımı anlamına gelir. Burada en önemli nokta, hasta ve hizmet sunucu tarafından ortak kabul gören bir sağlık hizmet ortamı oluşturulmasıdır.

Süreklilik özelliğinin başarılabilmesi; hasta ve hizmet sunucu arasında her birinin beklenti ve gereksinimlerinin bilgisine dayalı karşılıklı anlayış temelinde uzun vadeli bir ilişki kurmak ve geliştirmektir. Bu özellik hizmet sunulan nüfusun kimden hizmet alacağını ve hizmet sunan kurum ya da kişinin kime hizmet sunacağını belirlenmesini gerektirir. Yani hizmet sunulan

nüfus tanımlanmadan ve hastalık odaklı olmayan ve zaman içinde sürecek bir hizmet sunucu- hasta ilişkisi kurulmadan süreklilik özelliğinin yerine getirilemeyeceği söylenebilir.

Amerikan Tıp Enstitüsü'nün (IOM) 1996 yılında yaptığı tanıma göre süreklilik özelliğinin üç farklı tipi vardır:

İlişki sürekliliği: Belli bir süre boyunca aynı sağlık hizmet sunucusu veya ekibi tarafından izlenmek,

Kayıt sürekliliği: Geçmişte olan sağlık olaylarını ve kişisel durumları da kapsayan, etkin ve zamanında bilgiye ulaşılabilen bir kayıt süreci,

Yönetimsel süreklilik: Zaman içinde değişen koşullara yanıt verebilen esnek fakat, tutarlı bir yönetim yaklaşımı olarak tanımlanabilir . (9,23,24)

İlişki sürekliliği, birden çok kez sağlık hizmeti ve danışmanlığı alınmış birinci basamak çalışanı tarafından, uygun birinci basamak ortamında, hastanın kişisel ve tıbbi özgeçmişinin birikmiş bilgisine sahip olunarak ve klinik sorumluluğunun üstlenilmesini gerektiren tıbbi bir ilişkinin zaman içinde devamlılığıdır. Hastalar kendi doktorlarına; kişisel durumları ve tıbbi özgeçmişleri bilgisine sahip olduğu ve klinik izlemin ötesinde kendilerinin genel olarak bütün sağlık durumlarıyla ilgili sorumluluk hissettiği konusunda güven duymalıdır.(24)

Farklı kurum ve basamaklarda çözümlenen sağlık durumlarının bilgisi tercihen kişinin yaşamı boyunca birinci basamak kurum kayıtlarında birleştirilmelidir. Kayıt sürekliliği hasta ve ailesi, hekim, diğer birinci basamak hizmet sunucular ve uzmanların birbirleriyle zamanında, etkili iletişimi ve karşılıklı bilgi aktarımını kapsar. Kayıt sürekliliği bir bakıma eşgüdüm özelliğinin sağlandığı sağlık sistemlerinin bir özelliğidir denebilir.

İlişki sürekliliği, birinci basamakta süreklilik özelliğinin başarısını sağlamakta temel unsur olarak kabul edilir. Kayıtların sürekliliği temel olmakla beraber ilişki sürekliliğinin yerine konamaz çünkü, aileye özel bazı bilgiler, cinsel ve duygusal sorunların bilgisi güvenlik nedeniyle çoğu zaman kayıt dışıdır. Ayrıca hasta ve hastalık öyküleri durağan değil, dinamik bir süreç olduğundan hastayı iyi tanıyan bir birinci basamak çalışanı tarafından ilgisiz, geçerliliğini yitirmiş veya yanlış bilgilerin zaman içinde ayıklanması

kayıtların sağlıklı saklanması olarak verir. IOM 1996 tanımlamasında, sürekliliğin hasta ve birinci basamak çalışanı arasındaki ilişkinin boylamsal devamlılığı ve toplumun büyük çoğunluğunun gereksinimlerini karşılama yönü vurgulanmıştır. Süreklilik aynı zamanda, sağlık gereksinimlerinin çoğu için uzun bir süre boyunca birinci basamak hizmet kaynağının kullanılması olarak da tanımlanabilir. (14)

Sağlık hizmeti sunumunda, uzun süre aynı hizmet kaynağının kullanılmasının yararı oldukça fazladır; ilaç tedavisinin etkinliğinin artması, randevulara uyum, daha gelişmiş bir hasta memnuniyeti, hizmet sunucunun hastanın gereksinimlerini daha iyi anlaması, daha hesaplı kaynak kullanımı, acil servisin ve yoğun bakım ünitelerinin daha az kullanımı bu yararlar içinde sayılabilir.(25)

Hasta ve sağlık hizmet sunucusunun karşılıklı iletişimi önemlidir, çünkü hasta memnuniyeti, yasal hekimlik uygulamalarının hukuki yanını ve sağlık durumunu etkileyen bir faktördür. Hasta ve hekim arasındaki ilişkinin tarzı, hastaların ayırıcı tanı yapılan veya yapılamayan farklı sağlık sorunları nedeniyle uzun bir zaman boyunca izlendikleri birinci basamakta özellikle çok önemlidir.(26)

Süreklilik birinci basamağın bir özelliği olmasına rağmen bu özelliğin yerine getirilmesi ancak doğru bilginin, bütün basamaklara uygun biçimde sağlanmasıyla başarılabilir.Yukarda açıklanan ilk başvuru özelliğinde olduğu gibi “eşgüdüm” özelliği yerine getirilmeden süreklilik özelliğinin başarılabilmesi mümkün görünmemektedir.

Sağlıkta gelişen bilgi teknolojileri her basamaktaki farklı sağlık kurumlarında, büyük bir veri yığınının elde edilmesine olanak sunmaktadır. Bu bilginin birinci basamak hizmetin sunulduğu yapılarda biriktirilerek yönetilmesi ise daha akılcı ve daha ekonomik bir yaklaşımdır.

Süreklilik bütüncül sağlık sistemlerinin bir özelliğidir. İdeal olan, kişinin yaptığı her sağlık başvurusunun ve düzenli izleminin birinci basamak kurumunda aynı hekim tarafından değerlendirilmesidir. Ancak bütüncül sağlık sistemlerinde çözülmesi gereken bir sorun, kurumda geçen sürenin artması

ile acil sorunlar, yaralanmalar, kurumdışı sağlık hizmetleri ve gereksinimler için yapılan ilk başvuruların azalmasının, süreklilik lehine tercihen ihmal edilmesidir. Bu gibi durumlar için sağlık sistemleri içinde farklı bakış açılarıyla yeni çözümler geliştirilmeye çalışılmaktadır. Süreklilik ile ulaşılabilirlik arasındaki bu ters ilişkiyi dengelemek birinci basamağın önüne koyduğu sorunlardan biridir ve ancak bütüncül sağlık sistemlerinde çözülebilir.

2.3.3.Eşgüdüm:

Eşgüdüm, Birinci Basamak hizmet sunucusu ile uzman hizmeti arasındaki “karşılıklı işbirliği”dir.

Hastaların mental ve fiziksel tüm sağlık sorunları için almış oldukları sağlık hizmetlerinin birbiriyle olan bağlantısını tanımlar. Eşgüdüm önceden beri var olan sağlık sorunlarının, alınan sağlık hizmetlerinin ve hasta her yeni sağlık hizmeti alırken gereksinim duyulan bilginin, sistemde varolmasıdır.Yapılan sevklerin koordinasyonu olarak da açıklanabilir. Bir klinisyenden diğere yapılan sevklerin eşgüdümü ileri bir değerlendirme ve tedavi için sevk edilmiş hastaya yeterli düzeyde öneri ve eğitimler verilmesi anlamına gelir. (9)

Eşgüdüm, birinci basamak ile diğere basamaklarda tutulan kayıtlar arasında devamlılık ve herhangi bir basamak veya kurumda saptanan sorunların hastanın izlem ve tedavisinin bütünü içine integrasyonunu gerektirir.(27)

Eşgüdüm özelliğinin başarılması, sağlık hizmetleri ile hasta gereksinimlerinin ne kadar örtüştüğü bilgisini sağlar. Sağlık yapı ve hizmetlerinin toplum kaynakları açısından, uygun ve hakça dağılım durumunu gösterir. Bu özellik, hastalar, aileleri ve sağlık sorunlarının karşılıklı etkileşimine odaklanmak, hasta ve ailelerine yataklı tanı tedavi kurumlarında tedavi önermek, hastalığın sosyal ve duygusal etkileriyle başa çıkmak konusunda yardımcı olmak gibi işlevleri yerine getirmeyi kapsar.(9)

Eşgüdüm, birinci basamak sağlık hizmetleri başarısının değerlendirilmesinde, diğer özellikleri doğrudan etkileyen en önemli nitelik göstergesidir. Birinci basamak hizmeti geliştirme çabaları eşgüdümün ne ölçüde başarılıyla ölçülmelidir.⁽²⁸⁾

2.3.4.Kapsayıcılık

Kapsayıcılık birinci basamakta geniş bir hizmet yelpazesinin varlığıdır. Bir birinci basamak hizmet sunucu tarafından toplumun nadir görülen sorunlarını da içeren tüm sağlık gereksinim türlerinin geniş dağılımına uygun yanıt veren hizmet sunumu olarak tanımlanır.

Bu hizmetler koruyucu hizmetler ve sağlığın geliştirilmesi, hastalıklar, yaralanma ve işlevsel kayıpların önlenmesi, hastalık, sakatlık ve diğer sağlık sorunlarının bakımı ve tedavisini kapsar. Birinci basamakta hizmet becerisini sürdürmek açısından bir sorunun hizmet sunulan toplulukta yılda 1/2000 görülme sıklığı yeterli kabul edilmektedir.⁽²⁹⁾

Hizmet yelpazesi birçok hizmet çeşidini içerebilir; örnek olarak sağlığı koruma, davranış eğitimi, gerektiğinde uygun danışmanlık, akut ve kronik hastalıkların ve yaralanmaların tedavisi, küçük cerrahi işlemler, eklemden sıvı çekilmesi,basit ortopedik redüksiyonlar, yaygın cilt sorunları, akıl ve ruh sağlığı sorunları, toplum sağlığıyla ilgili bilgi kaynaklarına ulaşılması gibi sağlık hizmet türlerini içerebilir. Hastaların tıbbi bakım evlerinde bakımlarının temel sağlık hizmetleri kapsayıcılığı içinde değerlendirildiği bir çalışmada bu hizmetin başarılabilirliği yüksekse (BDÖ)PCAT boyut puanları da yüksek bulunmuştur.⁽³⁰⁾ Kapsayıcılığın değerlendirilmesinde hizmet yelpazesinin genişliği kadar risk gruplarına yönelik danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin de önemli olduğu bir gerçektir.

Kapsayıcılık boyutu, Birinci Basamak Değerlendirme Gereci (BDG) (Primary Care Assessment Tool - PCAT) ölçeğinde iki alt alana ayrılarak değerlendirilmiştir

Bu alt alanlar:

1. Gereksinim duyulan hizmetleri sunma kapasitesini gösterir;

2. Davranışla ilgili alt alan ise ihtiyaç duyulduğunda hizmetin sağlandığını gösterir.(Özellikle danışmanlık hizmetleri bu alt boyuta aittir)

Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assesment Survey-PCAS)'inde ise danışmanlık hizmetlerinin sorgulandığı bir alt boyutla birlikte hastaya yaklaşımın bütüncüllüğü alt boyutu birlikte kapsayıcılık boyutunu değerlendirmekte kullanılmaktadır.

2.3.5.Aile Merkezilik

Bu özelliğe göre hastanın tedavisi ve değerlendirilmesinde ailenin temel katılımcı olduğu öngörülür. Ailelerin ve tek tek aile üyelerinin sağlık hizmet gereksinimlerini belirlemek ve karşılamakta, bireysel veya topluca katılım hakkı ve sorumlulukları vardır. Aile merkezli yaklaşım, aile bireylerinin sağlık, hastalık, sakatlık ve yaralanmalarının bir bütün olarak aileye üzerindeki etkisini, sağlık durumları üzerinde ailenin rolünü, açığa çıkarmaya çalışır. Ailenin hastalık geçmişinin olduğu kadar aile yapısının işlevsellik ve dinamiklerinin de hastalık, sağlık ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili risklere olan etkisinin dikkate alınmasını sağlar.

2.3.6.Toplumsal kapsayıcılık ve katılım:

Toplumsal bağlamda sunulan hizmet anlamına gelir. Toplumsal bağlamda sunulan birinci basamak hizmetinin ayırt edici yanı, sağlık hizmet gereksinimlerinin tanımlanmış bir toplum için belirlenmesidir. Toplumsal bağlamda hizmet sunumu, yalnızca hizmeti alan hastalar ve ailelerinin sağlık gereksinimleri ile değil, aynı zamanda hizmet gereksinimi karşılanmayan kesimin ve toplumda yer alan tüm bireylerin sağlık hizmet gereksinimlerini etkileyen toplumsal özelliklerle de ilgilidir.

2.3.7.Kültürel uyum

Kültürel yaklaşım ise hizmetin sunulduğu toplumda sağlığı etkileyen inançlara, kişiler arası iletişim tarzlarına, tutum ve davranışlara değer vermek ve saygı göstermek anlamına gelmektedir. Bu yaklaşımı temel alan bir sağlık

hizmeti sunumu, inanç, tutum ve yönelimleri sağlığı koruma ve geliştirmeye dönük eyleme ve davranışa yöneltme becerisi gerektirir.

2.4. Birinci basamak sağlık hizmeti ölçüm gereçleri

Bu çalışmada kullanılan ölçüm gereçlerinden biri olan Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assesment Survey-PCAS) Birinci Basamak ölçüm gerecini geliştirerek, ABD Massachusetts'te geçerliliğini gösteren Safran, 1994' de IOM raporuna atfen yazdığı makalede birinci basamak tanımlarında kimi zaman belirsizlik yaratan sözcüğün Türkçeye birincil-temel olarak çevrilen İngilizce "primary" sözcüğünden kaynaklandığını savunmuştur. Bu sözcüğün sağlık sistemine girişte, zaman ve sıra yönünden ilk başvuru noktası olma rolünü vurguladığını ve bu rolün yalnızca farklı basamaklara hasta yönlendirmekle sınırlı olmadığını, aynı zamanda, birinci basamağın sağlık sisteminin merkezinde yer alan temel(ana, başlıca) unsur olması gerektiğini ileri sürmüştür.⁽³¹⁾ Bu düşünce IOM komitesi tarafından 1996' da önerilen çok boyutlu yaklaşımı desteklemektedir.

Buraya kadar tarihsel olarak özetlenmeye çalışılan bu teorik çatı altında çocuk ve yetişkinlere sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık sistemine olan katkısını değerlendirmek için gereken bilgiyi toplamak ve analiz etmek üzere araçlar geliştirilmiştir.⁽³²⁾ Geliştirilen bu araçlar birinci basamak hizmetlerinin, kaynak dağılımı ve hizmet örgütlenmesi farklı olsa bile sağlık hizmeti göstergelerine olumlu etkisini ortaya koymakta yararlı olmuştur. ⁽³³⁾

Ölçme ve değerlendirme için, birinci basamak hizmet özelliklerinin iyi tanımlanmasına ihtiyaç vardır. Birinci basamak sağlık hizmeti sorun değil, kişi odaklıdır ve sürekli. Hizmet verilen nüfusu oluşturan aileler, topluluklar ve kültür yapılarına uygun biçimde planlanır ve uygulanır. Birinci basamak sağlık hizmetinin önkoşulu, bu özellikleri ve yaklaşımları birarada içerebilmesidir.

Birinci basamak sağlık hizmeti hastalarla s¼rekli bir ilişki gerektirir ve bu hizmetin aile ve toplum bağlamında sunulması gerekir. Bu g¼ne kadar yapılan tanımlar, tutarlı bir şekilde s¼rekliliđi “belirli bir zaman s¼resince aynı hizmet sunucudan sağlık hizmeti almak” olarak tanımlansa da aslında burada s¼z¼ edilen; karşılıklı bir paylaşımın devamlılığı ve hasta ile hekim arasındaki g¼ven ve iletişime dayalı bir ilişkinin boylamsal varlığıdır. Bu tanımda, aile ve toplum bağlamından s¼z edilmesi, bireyin ailesi ve yaşadığı toplumla birlikte bir b¼t¼n olarak ele alınmasının, birinci basamak hizmet sunumundaki ¼nemi ni aıkladmaktadır. 1990’ lı yıllardan itibaren birinci basamak sağlık hizmet niteliğinin değerlendirilmesi için çeşitli ¼zelliklerin birlikte ele alındığı ¼lekler geliştirilmiş ve saha uygulamalarında kullanılmaya başlanmıştır :

Primary Care Assessment Survey-PCAS: Safran ve arkadaşları tarafından geliştirilen ¼lek, yedi temel ¼zelliđi değerlendirmektedir. (34)

Primary Care Assessment Tool-PCAT: Starfield ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan ¼lek, d¼rt temel, ¼ t¼retilmiř ¼zelliđi değerlendirmektedir.(35)Bu ¼leđin yetişkin , ocuk ,hizmet sunucular ve hizmet sunulan kurumlar için farklı s¼r¼mleri vardır ancak sorular temel olarak benzer içeriklere sahiptir.

Flocke S. tarafından yine benzer yaklaşımla, The Components of Primary Care Index (CPCI) adında birinci basamağa atfedilebilir başarıyı değerlendirmek için hekimin hasta ile ilgili bilgi birikimi,hizmetin koordinasyonu gibi 7(yedi) ¼zelliđi değerlendiren bir ¼lek geliştirerek Northeast Ohio’da 2899 kişi ¼zerinde geçerlilik çalışmasını yapmıştır.(36)

D¼nya Sağlık ¼rg¼t¼(DS¼-WHO) tarafından geliştirilen PCET (Primary Care Evaluation Tool) ¼leđinde ise 4 (d¼rt) temel boyut altında değerlendirilmektedir. Bunlar: ulaşılabilirlik, s¼reklilik, kapsayıcılık ve eřg¼d¼md¼r. (37)

Bu çalışmada kullanılan BD¼ (PCAS) ¼leđi ise, çeşitli saha çalışmaları ve klinik çalışmalarda kullanılmakta olan bir ¼lektir. BD¼ (PCAS) ile yapılan bir çalışmada 2813 (ikibin sekiz y¼z on¼) kişilik bir ¼rnek te, ¼lekte yer alan yedi boyut “hasta hekim ilişkisi” ve “yapısal” ¼zellikleri g¼steren iki temel başlık altında toplanmıştır.(38,39)

Safran ve arkadaşları tarafından geliştirilen PCAS ölçeği ise ABD Massachusetts eyaletinde uluslar arası geçerliliği yapılmış olan birinci basamak ölçme ve değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe sürümünün geçerliliği ve güvenilirliği Manisa'da gösterilmiştir.⁽⁴⁰⁾

Ölçekte onbir alt boyut altında yer alan sorular sorular, yedi boyutta toplanarak birinci basamağın işleyiş özellikleri değerlendirilmektedir. Bu boyutlar süreklilik, ulaşılabilirlik, kapsayıcılık, eşgüdüm, hizmet memnuniyeti, güven ve kişisel yaklaşım boyutlarıdır.

ABD'de (Community Health Center) toplum sağlığı merkezinde 1996-1999 yılları arasında yürütülen bir çalışmada birinci basamak sağlık hizmet özellikleri BDÖ(PCAS) ölçeği kullanılarak ölçülmüştür.⁽⁴¹⁾ Brezilya'da yapılan bir çalışmada yeni getirilen Aile hekimliği uygulamalarının geleneksel uygulamaya olan üstünlük ya da farklarını değerlendirebilmek için Birinci Basamak Hizmet ölçekleri kullanılmıştır.⁽⁴²⁾ Bir başka çalışma PCAS ölçeğinin birçok ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerinde hizmetin kısa ve uzun dönem sonuçlarını değerlendirmede kullanılabileceğini ortaya koymuştur.⁽⁴³⁾ Birinci basamakta hastaların değişen sağlık çevresi ve hizmetlerine nasıl yanıt verdiklerinin incelendiği 1996-99 yılları arasında ABD'de yürütülen bu çalışmada birinci basamak hizmet özelliklerinin sağlık sistemi içinde gerçekleşen örgütsel ve finansal değişimlerden etkilendiği bulunmuş, bu etkinin hizmet boyut puanlarında artış ya da düşmeler oluşturduğu saptanmıştır.

Yaşlılarla yapılan çalışmalarda birinci basamak hizmet kalitesinin, işlevsel kaybı olan 65 yaş üstü bireylerde işlev kaybına olan etkisi incelenmiş, yaşlılarla ilgili bir başka çalışmada ise birinci basamak hizmet kalitesinin yaşlılığa eşlik eden morbiditeyi nasıl etkilediği gösterilmiştir.^(44,45)

Yaşlılarla ilgili bir müdahale çalışmasında, birden çok kronik hastalığı olan veya kronik hastalığına eşlik eden sağlık sorunları olan yaşlılarda, birinci basamak hizmet kalitesinin etkileri değerlendirilmiş, diğer bir çalışmada ise yaşamın son yıllarında verilen bakımın yaşam kalitesi ile ilişkisi PCAS ölçeği kullanılarak ortaya konmuştur.^(46,47) Toplumsal bir diyabet programında hizmet sürekliliğinin değerlendirilmesi PCAS ile yapılmış olan çalışmalar arasındadır.⁽⁴⁸⁾ Alkol

danışmanlığının birinci basamak hizmet kalitesini yansıttığı hipotezinin sınındığı bir çalışmayı da bu ölçekle yapılmış çalışmalar arasında sayabiliriz.⁽⁴⁹⁾

Hekimlerin çalışma sürelerinin birinci basamakta sağlık hizmeti niteliğine etkisini, hasta değerlendirmelerine göre ölçen bir çalışmada ve hekimin bazı sosyodemografik özelliklerinin birinci basamak hizmet kalitesine olan etkisini değerlendiren diğer çalışmada da aynı ölçek kullanılmıştır. ^(50,51)

III.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma 19.04.2010-19.05.2010 tarihleri arasında yürütülen kesitsel ve metodolojik bir araştırmadır.

3.2.Araştırmanın Evreni ve Örnek seçimi

Araştırmanın evrenini Manisa Merkez İlçede bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) bağlı 79 (yetmiş dokuz) adet Aile Sağlığı Birimi'ne(ASB) kayıtlı bireyler oluşturmaktadır . Bir ASB; bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanından oluşmaktadır.

Örnek seçiminde, büyüklüğe orantılı çok aşamalı küme örneklem yöntemi kullanılmıştır. Manisa merkez ilçe nüfusuna (n=279.000) hizmet veren toplam 79 (yetmiş dokuz) Aile Sağlığı Birimi (ASB) hizmet verdiği bölgenin, kentleşme, coğrafik özellikleri ve hizmet verilen nüfusun sosyoekonomik dağılımı ve bölgelerin göç durumu ile ilgili bilgiler göz önüne alınarak, İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarından ve bölgede yapılan önceki araştırma verilerinden yararlanılarak, kentsel ve yarı kentsel bölgeler olarak tanımlanmıştır. Toplam 79 ASB'nin 60 tanesi kentsel bölgede 19' u ise yarıkentsel bölgede hizmet vermektedir. Buna göre araştırma evreninde kentsel nüfus oranı % 76 ve yarı-kentsel nüfus oranı %24 olarak belirlenmiştir.

Epi İno Statcalc 2000 programında; % 50 süreklilik prevalansı, %5 örneklem hatası ve %95 güven sınırı ile ulaşılması gereken en küçük örnek büyüklüğü 384 (üçyüzseksendört) olarak elde edilmiştir. Olası en küçük desen etkisi değeri 2(iki) alınarak, ulaşılması gereken en az örnek büyüklüğü 768(yediyüz altmışsekiz) olarak hesaplanmış, her bir kümenin on

haneden oluşması planlanmıştır Bu durumda toplam 80 kümeden oluşan 800(sekizyüz) kişilik bir örnek grubunun tümüne ulaşılmıştır. (n=800).

Manisa İl Sağlık Müdürlüğü verilerinden elde edilen, ASB' lere kayıtlı nüfusun hane bazında oluşturulmuş listelerinden rasgele seçimle 80 adet küme başı seçilmiştir.(Yarıkentsel: 20, Kentsel:60)

Kentsel bölgede her ASB'den bir küme başı hane seçilmiş (60) adet; yarı kentsel bölgede ise yalnızca bir ASB'den iki küme başı hane belirlenmiş, diğer ASB' lerin her birinden birer küme başı hane seçilerek (20) adet küme başı hane adresi elde edilmiştir.

Araştırma evreninin yaş grupları dağılımı ve seçilen örneğin nüfusa orantılı küme sayıları gösterilmektedir. (Tablo 2)

Tablo 2.Araştırma evrenini oluşturan nüfusun yaşa göre dağılımı ve nüfusa orantılı küme sayıları*

Bölge	0-14 yaş			14-64 yaş			65+ yaş			Toplam		
	Sayı	%	Küme sayı	Sayı	%	Küme sayı	Sayı	%	Küme sayı	Sayı	Küme sayı	ASB sayı
Yarıkentsel	21.603	32.0	6	43.896	64.0	13	3156	4.3	1	69.655	20	19
Kentsel	46.774	21.9	13	150.249	71.4	43	13.747	6.2	4	210.040	60	60
Toplam	68.377	24.4	20	194.245	69.4	57	16.903	6.0	5	279.695	80	79

*Manisa İl Sağlık Müdürlüğü 2010

Araştırma kapsamındaki kişilerin, toplumdaki yaş gruplarına orantılı sayıda seçilmesinin temel nedeni; araştırmada veri toplama setini oluşturan anketlerden biri olan Birinci Basamak Değerlendirme Gereci (BDG) (Primary Care Assessment Tool - PCAT) anketinin çocuk ve yetişkin sürümlerinin farklı olmasıdır.

Araştırmada her iki sürüm de kullanıldığından, toplumu temsil eden oranlarda bir örnek grubuna ulaşmak amacıyla çocuk ve yetişkin sürümlerinin her biri için nüfusa orantılı sayıda ayrı küme sayıları belirlenmiş ve seçilen kümede çocuk ya da yetişkin sürümlerinden yalnızca biri uygulanarak kümeler tamamlanmıştır.

BDÖ (PCAS-Primary Care Assessment Survey) anketi ise yalnızca yetişkinlere uygulanmaktadır. PCAT anketi için 0-18 yaş çocuk anketini uygulamak üzere seçilen hanelere gidildiğinde; anket setinde bulunan PCAS anketi, BDG(PCAT) çocuk anketinin uygulandığı çocuk adına yanıt veren yetişkin bireye uygulanmıştır. PCAT yetişkin ve yaşlı anketinin uygulandığı hanelerde ise aynı yetişkine PCAS anketi uygulanmıştır.

Küme başı haneden sonra, sokakta küme başı hanenin bulunduğu taraftan devam edilerek sokak tamamlanmış ve sokak bittiğinde yazı tura atılarak girilen yeni sokakta, sağ taraftaki hanelerde anket uygulanmaya devam edilmiştir. Küme başı hanelere ulaşıldıktan sonra üç ev atlayarak küme tamamlanmıştır. Örneğe çıkan hanede, evde kimse bulunamamış veya görüşme reddedilmişse bir sonraki eve anket uygulanarak yedek seçimi yapılmıştır. Anket setini oluşturan her iki anket (PCAS ve PCAT) kişilere yüz yüze uygulanarak veri toplanmıştır. Anket setinin gidilen hanede bir bireye uygulanması 35-40 dakika süre almaktadır.

Örneğe çıkan hanelerde 18-65 yaş arası bireylerden yalnızca bir kişiye (öncelikle hanede bulunan erkek seçilerek) anket uygulanmıştır. Bu uygulamanın gerekçesi anketin deneme uygulamalarından ve Manisa kent merkezinde daha önce yapılmış olan anket uygulamalarından edinilen bilgi ve deneyimlerdir. İşgünleri ve mesai saatleri içinde, evde 18-65 yaş

erkeklerin, çoğunlukla evde bulunmadığı göz önüne alınarak, cinsiyet oranlarının toplumu temsiliyet sorunu bu seçim biası ile çözülmeye çalışılmıştır.

Hanede o anda yetişkin erkek yoksa veya görüşmeyi reddetti ise gönüllü olan yetişkin kadınla devam edilmiştir. Çocuk kümelerini tamamlamak için gidilen hanelerde ise 0-18 yaş arası çocuklar arasında, öncelikle evde 0-12 aylık bebek varsa anket onun adına doldurulmuş, eğer 0-12 aylık bebek yoksa hanede yaşayan çocuklar arasında, doğum günü, anketin uygulandığı güne en yakın olan çocuk adına, evde bulunan yakınına (tercihen annesi) anket uygulanmıştır.

Örnekte yaşlı olarak tanımlanan 65 yaş ve üstü kişiler için ayrı bir BDG(PCAT) sürümü bulunmamaktadır, ancak anket uygulanmak üzere gidilen hanelerde yaşlı bulma olasılığının azlığı dikkate alınarak, 65 yaş ve üstü bireylerin evrendeki oranına uygun sayıda küme başları belirlenmiş ve seçilen yaşlı kümelerinde örneğe çıkan hanelere, BDÖ(PCAS) birlikte yalnızca BDG(PCAT) yetişkin sürümü uygulanmıştır.

3.3. Araştırmanın uygulanması

Araştırma için Manisa kent merkezinde veri toplama işlemi CBÜ (Celal Bayar Üniversitesi) Hemşirelik Yüksek Okulu 2009-2010 öğretim yılı, 3. ve 4. Sınıfları arasından seçilen anketörler tarafından yapılmıştır.

Anketörler , CBÜ BAP (Bilimsel Araştırma Projeleri) Değerlendirme Komisyonu tarafından onaylanan araştırma bütçesinden ayrılan bir aylık asgari ücret karşılığı çalışmışlardır.

Araştırmanın sahada uygulanması öncesi anket ile ilgili bilgilendirme toplantıları ve sahada uygulama eğitimleri yapılmıştır.

Bu eğitimi alan anketörlerden ikişer kişilik veri toplama ekipleri oluşturulmuş ve 19.04.2010-19.05.2010 tarihleri arasında proje yürütücüsünün de her gruba belli günlerde katılımıyla, 30(otuz) gün boyunca

her gün sahaya çıkılarak, örneğe çıkan hanelerde toplam 800 kişiden veri toplanmıştır.

Veri toplama işlemi sırasında, her gün sonunda toplanan anketler veri girişi için eğitilmiş olan bir anketör tarafından, önceden hazırlanmış olan veri tabanına işlenmiş ve günlük veri kontrolü yapılarak yanlış ve eksik girilen bilgiler aynı gün içinde düzeltilmiştir.

Araştırma projesi Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik kurulu onayından geçtikten sonra, CBÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'nden 016/2010 no'lu proje olarak kabul edilmiş ve bütçe desteği alınmıştır .

3.4 Araştırmada kullanılan ölçüm gereçleri ve ölçümler

Araştırmada kullanılan ölçüm seti aşağıdaki anketlerden oluşmaktadır:

1. **PCAS**(Primary Care Assessment Survey): Birinci Basamak Sağlık Hizmet Değerlendirme Ölçeği (BDÖ)
2. **PCAT**(Primary Care Assessment Tool) **yetişkin sürümü** : Birinci Basamak Sağlık Hizmet Değerlendirme Gereci (BDG-Yetişkin sürümü)
3. **PCAT**(Primary Care Assessment Tool)**çocuk sürümü**: Birinci Basamak Sağlık Hizmet Değerlendirme Gereci (BDG-Çocuk sürümü)
4. Sosyodemografik anket

3.4.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmet Değerlendirme Ölçeği-BDÖ (PCAS-Primary Care Assessment Survey)

Safran ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 1998'de ABD(Amerika Birleşik Devletleri) Massacusetts eyaletinden seçilen bir örnek grupta, geçerlilik ve güvenilirliği çalışılan birinci basamak değerlendirme ölçeğidir. Birinci basamak sağlık hizmet özelliklerini değerlendiren bu ölçek, ikisi tarama amaçlı olup, hiçbir boyuta ait olmayan toplam 51 sorudan ve orijinali 11 alt boyuttan oluşan bir ölçektir.⁽³⁴⁾

Ölçek uluslararası geçerlilik çalışmasında yedi boyuta indirgenmiş ve yedi boyutlu bu yapının Türkçe sürümünün geçerliliği Eser ve arkadaşları tarafından Manisa kent merkezinde gösterilmiştir.⁽⁴⁰⁾

PCAS boyutları, *Ulaşılabilirlik* (finansal ve örgütsel), *Süreklilik* (boylamsal ve hekim temelli), *Kapsayıcılık* (koruyucu ve sağaltıcı hizmetler), *Eşgüdüm/Entegrasyon*, *Kişisel Yaklaşım*, *Hizmet Memnuniyeti* (fizik bakı ve iletişim) ve *Güven* boyutlarıdır.

Çalışmada ayrıca 7(yedi) boyutlu ölçeğin, ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm boyutları “yapısal özet boyut”; kişisel yaklaşım, hizmet memnuniyeti ve güven boyutları ise “hekim-hasta ilişkisi özet boyutu” adında iki özet boyut altında değerlendirilmiştir. (Tablo2)

Yapısal ve süreç özelliklerinin farklı iki alana toplanması bu ölçeğin daha önceki kullanımlarından yararlanılarak ve çeşitli kaynaklardan elde edilen bilgiler doğrultusunda yapılmıştır.⁽³⁸⁾

Tablo 3. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) Boyutları

	Alt Boyutlar(11)	Boyutlar(7)	Özet boyutlar(2)
1.	Finansal Ulaşılabilirlik	1.Ulaşılabilirlik	1.Yapısal özet boyut
2.	Örgütsel Ulaşılabilirlik		
3.	Boylamsal Süreklilik	2.Süreklilik	
4.	Hekim Temelli Süreklilik		
5.	Hastanın Bütüncül bilgisi	3.Kapsayıcılık	
6.	Koruyucu hizmetler ve danışmanlık		
7.	Eşgüdüm (Entegrasyon)	4.Eşgüdüm	2.Hekim- hasta ilişkisi özet boyutu
8.	İletişim	5.Hizmet memnuniyeti	
9.	Fiziksel bakı		
10.	Kişisel yaklaşım	6.Kişisel yaklaşım	
11.	Güven	7.Güven	

Bu boyutların ölçekte tanımlanan içerikleri aşağıda gösterildiği şekildedir:

1.Ulaşılabilirlik: Kişilerin önerilen tedaviler ve doktor muayenesi için ödemeleri gereken ücretin değerlendirilmesi, bir sağlık sorunu olduğunda telefonla hekime ulaşarak bilgi ve randevu alma durumu, birinci basamak kurumun yerleşim yerine yakınlığı ve sağlık kurumunun açık olduğu saatlerin uygunluğunun değerlendirilmesidir.

2.Süreklilik: Hastanın hekime kayıtlı olduğu süre, rutin kontrol muayeneleri ve hastalık randevularında kendi hekimini hangi sıklıkta gördüğü sorgulanır.

3.Kapsayıcılık: Hekimin hastanın tıbbi özgeçmişi iş, ev ve okuldaki sorumlulukları, temel sağlık problemleri, inanç ve değerlerine olan yaklaşım tarzı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesidir.

4.Eşgüdüm: Hekimin sevk ettiği hastanın yataklı tedavi kurumlarındaki izlemi ya da uzman hekimler tarafından görüldüğünde muayene ve laboratuvar bilgilerinin Birinci Basamak kurumda biriktirilmesi ve bu bilginin koordinasyonunda Birinci Basamak hekiminin rolünün değerlendirilmesidir.

5.Hizmet Memnuniyeti: Hekimin hastanın sorularına gösterdiği dikkat, açıklama ve önerilerinin yeterince anlaşılır olması, hastanın sağlığı ile ilgili vereceği kararlarda vereceği yardım ve fizik bakımının yeterliliğinin hasta tarafından değerlendirilmesidir.

6. Hekimin Kişisel Yaklaşımı: Hekimin sabrı, dostluğu, nazikliği, ilgisi ,tıbbi bakım için hastaya ayırdığı zamanın hasta tarafından değerlendirilmesidir.

7.Güven: Birinci basamak hekiminin dürüstlüğü, yeterliliğinin ve tıbbi bakım sürecinde hastanın temsilcisi olarak hasta tarafından rolünün değerlendirilmesidir.

Ölçekte bazı soru puanlarında (Soru no:11b, 12b, s14a, s15a, s26, s23a, s23c, s23e, s23f, s24) geri çevrim yapıldıktan sonra boyut skorları hesaplanmıştır. Sorular 6' lı Likert (min=1, maks=6 puan) tipindedir. Puanlar arttıkça özellik daha "iyi" olmaktadır. Yedi adet boyut; bu boyutları oluşturan soruların ortalamalarının toplanmasıyla hesaplanmıştır. Boyut skorları 0-100 'lük ölçeğe dönüştürülebilmektedir. Bu çalışmada 0-100 ölçek skoru kullanılmıştır. Skorlar yüzlük sisteme çevrilmeden önce olası en düşük ve en yüksek puanlar alt boyutlar için şöyledir:

Ekonomik ulaşılabilirlik: 2-12, örgütsel ulaşılabilirlik: 6-36, boylamsal süreklilik 1-5, muayene bazlı süreklilik: 2-12, hasta hakkında bütüncül bilgi: 5-30, danışmanlık hizmetleri (yüzlük sistem üzerinden dönüştürülmeden puan verilmiştir, eşgüdüm:6-36, fizik muayenenin yeterliliği:1-6 iletişim: 6-36, kişisel yaklaşım:5-30, güven:8-40. Skorlar yüzlük sisteme çevrildiğinde ise 0-100 arasında puan almaktadır.

3.4.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmet Değerlendirme Gereci-BDG (PCAT -Primary Care Assessment Tool)

1978 yılında IOM (Institute Of Medicine) tarafından birinci basamak hizmet özellikleri olarak tanımlanan ulaşılabilirlik, kapsayıcılık, eşgüdüm, süreklilik ve sorumluluk (Accountability) özellikleri ile ve ardından 1996 'da yayımlanan IOM raporunda belirtilen; birinci basamak tanımıyla örtüşecek şekilde, ABD John Hopkins Üniversitesi Halk Sağlığı Okulunda B.Starfield ve arkadaşları tarafından 1998 yılında ilk olarak çocuk sürümü geliştirilmiş ve geçerliliği yapılmıştır.

Ölçeğin yetişkin, çocuk ve sağlık hizmet sunucuları ve sağlık kurumu için oluşturulmuş farklı sürümleri bulunmaktadır. Ayrıca her sürümün kendi içinde genişletilmiş (expended form) ve kısa (short form) formları mevcuttur.

İlk geçerliliği yapılan sürüm, çocuk sürümüdür. 2000 yılında yetişkin sürümünün geçerlilik çalışması tamamlanmıştır.Yetişkin sürümü dört ana boyut (core domains) ve üç adet türetilmiş boyut (derivative domains) olmak üzere toplam yedi boyuttan oluşmaktadır. Ana boyutlar ilk başvuru, süreklilik, koordinasyon, kapsayıcılık; türetilmiş boyutlar ise aile merkezli hizmet, toplumsal kapsayıcılık ve katılım, kültürel uyumdur.(Tablo 4)

Tablo 4. Birinci Basamak Değerlendirme Gereci (PCAT) Boyutları

	Alt Boyutlar(8)	Ana Boyutlar(4)
1. 2.	Hizmetten faydalanma (Utilization) Erişim (Access)	Ulaşılabilirlik (First Contact)
3. 4.	Tıbbi bakımın sürekliliği (Ongoing Care) Hekimle olan bağlılık düzeyi (Extent of affiliation with a place/doctor)	Süreklilik (Longitudinality)
5. 6.	Mevcut hizmetler (Services Available) Sağlanan hizmetler (Services Provided)	Kapsayıcılık (Comprehensiveness)
7. 8.	Eşgüdüm(Coordination Services) Eşgüdüm - sağlık bilgi sistemleri (Information systems)	Eşgüdüm (Coordination)
	Türetilmiş Boyutlar(3)	
9. 10. 11.	Aile merkezli hizmet (Family Centeredness) Toplumsal kapsayıcılık ve katılım(Community Orientation) Kültürel uyum (Culturally Competancy)	

Yetişkin sürümünün iki sorusu tarama amaçlı olup, toplam 74 sorudan oluşmaktadır. Sorular dörtlü likert tipindedir. Bazı soruların (C9, C10, C11, C12, D15) puanlarında geriçevrim uygulandıktan sonra puan arttıkça ölçülen özellik iyileşmektedir. “Kapsayıcılık boyutu-sağlanan hizmetler altboyutu” dışında puanlar (1-4) arasındadır. Sözü edilen altboyutun puanları 0-4 arasında yer almaktadır. Hekim /birinci basamak sağlık kurumu ile olan bağlılık boyutu ise (Extent of affiliation with a place/doctor) ; genellikle gidilen belli bir sağlık kurumu/hekim varlığı(A1), bireyi kişisel olarak çok iyi bilen bir sağlık kurumu/hekim olma durumu (A2) ve bireye sağlık hizmeti sunmada esas sorumlu bir sağlık kurumu/hekim olması(A3) durumunu sorgulayan likert tipde olmayan üç sorudan oluşan bir alt boyuttur. Bu yüzden anaboyut puanlarında alt boyut olarak boyut puanına katkıda bulunduğu halde geçerlilik çalışmasında kullanılmamaktadır.

3.4.3 Bağımsız değişkenler (Sosyodemografik değişkenler):

Cinsiyet: Kadın/erkek şeklindedir.

Yaş: Sağlık hizmeti almada farklılık göstermesi beklenen yaş gruplarına ayrılarak; 24 ve altı, 25-44, 54-64, 65 ve üstü şeklinde kategorize edilmiştir.

Toplam çocuk sayısı: Anket yapılan hanede yaşayan toplam çocuk sayısı

Toplam kişi sayısı: Anket yapılan hanede yaşayan kişi sayısı.

Eğitim: Anket uygulanan kişinin eğitim durumu en son mezun olunan okula göre düzenlenmiştir. Okuryazar olan ve okuryazar olmayanlar örgün bir eğitim kurumundan mezun değilse, ”eğitimsiz” şeklinde kategorize edilmiştir.

Sosyal sınıf : Hanenin işe dayalı sosyal sınıfı, Boratav kentsel sosyal sınıf şemasına göre düzenlenmiştir. (52)

Üst sosyal sınıf : İşveren/yüksek eğitilmiş,

Orta sosyal sınıf : Beyaz yakalı / mavi yakalı/küçük esnaf,

Alt sosyal sınıf : İş buldukça çalışanlar /niteliksiz işlerde çalışan/ işsizler şeklinde kategorize edilmiştir.

Sağlık güvencesi : Araştırmanın yapıldığı tarihlerde yeşil kart sağlık güvencesi; zorunlu sevk zincirine tabi, ayaktan tanı hizmetlerini kapsayan,

ancak ilaçla tedavi giderlerini kapsamayan bir sağlık güvencesi şeklindeydi.Bu nedenle “sağlık güvencesine sahip olma”dan farklı bir kategoride değerlendirilmiştir.Buna göre değişken; sağlık güvencesi değişkeni var /yok/yeşil kart sahibi olarak kategorize edilmiştir.

Sağlık algısı : Anketin uygulandığı gün ve geçen seneye göre sağlık algısı olarak iki ayrı soru ile değerlendirilmiştir. Beşli likert tipinde sorulan soru analizler için; İyi/orta/kötü şeklinde yeniden kategorize edilmiştir.

Gelir algısı : Anket uygulanan kişinin hane halkıyla birlikte gelir durumunu yaşadığı topluma göre nasıl algıladığı sorulmuştur. Beşli likert tipinde sorulan soru analizler için İyi/orta/kötü şeklinde yeniden kategorize edilmiştir.

Kronik hastalık varlığı: Anket uygulanan hanede bir yıldan uzun süren ve halen geçmeyen hastalığı olan birey/bireyler bulunmasıdır.

Beş yaş altı çocuk sayısı: Anket yapılan hanede 0-59 aylık çocuk sayısı

Bebek varlığı : Anket yapılan hanede 0-12 aylık bebek bulunup/ bulunmadığı

Göç: İkamet bölgesine başka bir ilden/kasabadan göç ederek gelip gelmediği

Göç yılı : TÜİK tarafından kullanılan son beş yıldır adres değişikliğine göre beş yıl/beş yıldan uzun şeklinde kategorize edilmiştir.

Şebeke suyu:İkamet edilen hanenin içinde kent şebeke suyu donanımı bulunup bulunmadığıdır.

Tuvalet : Kullanılan tuvaletin yaşanılan hanenin içinde veya dışında olması

Aile tipi: Anketör, ankette yer alan aile bireyleri listesinden aşağıdaki gibi:

“Çekirdek aile: Anne, baba, çocuktan oluşan aile”,

“Geniş aile: Anne, baba, çocuğa ek olarak ebeveyn ve/veya diğer akrabalarından oluşan aile” şeklinde kategorize eder.

Aynı Aile Sağlığı Birimi'ne (ASB) kayıt: Ailenin yetişkin ve çocuk bireylerinin aynı aile hekimi listesinde kayıtlı oluşudur.

3.5. Veri çözümleme

3.5.1.BDÖ(PCAS) kullanılarak yapılan Birinci Basamak hizmet analizleri:

Araştırma sonucu elde edilen verilerin analizi için SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. Parametrik dağılımlarda Student's t-testi ve tek

yönlü varyans analizi (One Way ANOVA), non parametrik dağılımların söz konusu olduğu durumlarda Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Post Hoc karşılaştırmalarda Tukey's B, nonparametrik dağılımlarda Kruskal Wallis testi sonrası anlamlı derecede fark görüldüğünde farkı yaratan gruplar için ikili karşılaştırmalarda Student's t ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Oranlar arası farklılıkların değerlendirilmesinde ise Ki kare testinden yararlanılmıştır.

Çok değişkenli analizler için bağımlı değişken olan PCAT ve PCAS boyut puanları medyandan kesilerek kategorize edilmiş, ardından basamaklı (eksiltmeli - backward) lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

3.5.2.BDG (PCAT) Geçerlilik ve Güvenilirlik analizleri:

PCAT Türkçe uyarlama ve geçerlilik ve güvenilirlik analizleri için izlenen basamaklar şöyledir:

- 1- İngilizce'den Türkçe'ye iki bağımsız ileri çeviri
- 2- İleri çevirilerin bağımsız bir uzman tarafından birleştirilerek bir "uzlaşma sürümü" nün oluşturulması
- 3- Uzlaşma sürümünün (Türkçe) geri çevrilerek kavramsal ve içerik eşdeğerliğinin sağlanması
- 4- Son Türkçe sürümlerin (çocuk ve yetişkin) çeşitli yaş ve cinsiyetlerden 10'ar kişiye uygulanarak kavramsal eşdeğerliliğin son olarak sınanması ve gerekli değişikliklerin yapılması
- 5- Son Türkçe sürümlerin sahada örnek üzerinde uygulanması
- 6- Geçerlilik ve güvenilirlik analizleri

Geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde "Doğrulayıcı yaklaşım " kullanılmıştır .

Ölçeğin güvenilirliği için "İç tutarlılık analizleri" ve ayrıca Madde/boyut korelasyonu temelinde üretilen "Ölçek Başarısı" kullanılmıştır. Ölçek başarısı yaklaşımında kendi boyutu ile diğer boyutlarla olduğundan daha yüksek korelasyon gösteren soruların yüzdesi belirlenmiştir. Ölçek başarısının olabildiğince %100'e yakın olması istenir.

İç tutarlılık analizlerinde Cronbach 'ın alfa değeri kullanılmıştır.⁽⁵³⁾ Alfa değerinin 0.70 'e yakın olması beklenirken, her bir soru çıkarıldığında alfa değerleri ayrı ayrı tekrar hesaplandı. Soru çıkarıldığında elde edilen alfa değerinin , soru çıkarılmadan elde edilen değerden “daha küçük” olması o sorunun iç tutarlılığa “olumlu” katkısı olduğu anlamına gelmektedir. Tersine olduğunda (yani soru çıkarıldığında elde edilecek alfa değeri soru çıkarılmadan elde edilen değerden daha yüksek çıkarsa) bu durumda o soru “sorunlu soru” olarak değerlendirilmiştir.

Yapısal geçerlilik analizlerinde ise araştırmada benimsenen doğrulayıcı yaklaşım nedeniyle, Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) (Lisrel 8.05 programı ile), ve BDÖ(PCAS) ölçeği kullanılarak Birleşim-ayrışım geçerliliği çözümlenmeleri kullanılmıştır. DFA’inde sıklıkla kullanılan istatistik parametrelerden Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) ve Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (KUI) (Comparative Fit Index) (CFI) kullanılmıştır. RMSEA’in 0.10’a yakın, KUI’nin ise 0.90 ‘ın üstünde olması iyi bir uyum göstergesi olarak kabul edilmiştir.

IV. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik değişkenlerle ilgili bulgular

Araştırmaya katılanların %23.3 ü erkek % 76.7 si kadındır.Araştırma grubunun yaş ortalaması 40.33 ± 13.85 , yaş medyan değeri 37.00'dir. Kentsel bölgede yaş ortalaması $41,4\pm 14.1$, medyan değer 38.00; yarı kentsel bölgede ise bu değerler sırasıyla $36,9\pm 12,4$ ve 35.00 dir.(Tablo 5)

Katılımcıların %16.4'ü örgün eğitim almamıştır. Eğitimsizlik oranı yarı kentselde %53.0'dır.Hanelerin %98.0'ında evde şebeke suyu kullanılmaktadır.% 98.0 da tuvalet evin içindedir.Araştırma kapsamındaki kişilerin % 82.3 'ü sağlık güvencesi kapsamındadır.Sağlık güvencesi yeşil kart olanların oranı kentselde % 1.5 iken, yarı kentsel bölgede bu oran % 48.0'dır. (Tablo 5)

Araştırma grubunun % 6.5' inde (hane reisinin yaptığı işe göre) hanenin sosyal sınıfı üst sosyal sınıf iken, yarı kentsel bölgedeki hiçbir hane üst sosyal sınıfa dahil değildir (% 0.0) .(Tablo 5)

Ailede toplam kişi sayısı ortalaması 4.2 ± 1.7 , ortancası:4.0 ; kentsel bölgede bu değerler sırasıyla 3.7 ± 1.2 ve 4.0; yarıkentsel ise sırasıyla 5.7 ± 2.1 ve 5.0'dır. Hanede yaşayan toplam çocuk sayısı ortalaması 1.9 ± 1.3 , ortancası 2.0 dir. Kentsel bölgede bulunan hanelerde yaşayan çocuk sayısı ortalaması ve ortancası sırasıyla 1.7 ± 1.1 ve 2.0; Yarıkentsel bölgede ise 2.7 ± 1.8 ve 3.0 dir. (Tablo 5)

Araştırmaya katılan kişilerin yaşadıkları hanelerin özelliklerine bakıldığında(Tablo 6) %98.1 hanede evde Şebeke suyu ve %98.0 hanede evde tuvalet mevcuttur.

Araştırma kapsamındaki kişilerin 81.0' ı çekirdek aile üyesidir. Kentsel bölgede göçle gelenler %37.7 iken yarıkentsel bölgede bu oran %62.5'dir.G edenlerin kentselde % 47.8'i 10 yıl ve daha uzun süredir bulunduğu yerde ikamet ediyor olmasına karşın yarıkentselde bu oran %55.5' dir.

Sosyodemografik özelliklere göre kentsel ve yarıkentsel bölge arasındaki farklılıklara bakıldığında "kronik hastalık varlığı" dışındaki tüm değişkenler açısından anlamlı fark olduğu gözlenmektedir.(p<0.05)

Tablo 5. Araştırmaya katılan kişilerin bazı sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Kentsel		Yarıkentsel		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	%		
Cinsiyet							
Erkek	141	23.3	27	13.5	21	0.01	
Kadın	459	76.7	173	86.5	79		
Yaş							
≤24	51	8.5	26	13.0	9.5	0.00	
25-49	313	52.2	126	63.0	55.4		
50-64	196	32.5	38	17.5	28.8		
≥65	40	6.8	10	5.0	6.4		
Sosyal sınıf*							
Üst	52	8.7	0	0.0	6.5	0.00	
Orta	445	74.2	114	55.0	69.4		
Alt	103	17.2	106	45.0	24.1		
Sağlık güvencesi							
Var	558	93.0	100	50.0	82.3	0.00	
Yeşil kart	9	1.5	96	48.0	13.1		
Yok	33	5.5	4	2.0	4.6		
Gelir algısı							
Varlıklı	16	2.7	1	0.5	2.1	0.00	
Ortalamanın üstünde	80	13.3	25	12.5	13.1		
Ortalama	442	73.7	116	58.5	69.8		
Ortalamanın altında	60	10.0	52	26.0	14.0		
Yoksul	2	0.3	6	3.0	1.0		
Eğitim							
Üniversite	90	15.0	2	1.0	11.5	0.00	
Lise	118	19.7	5	2.5	15.4		
İlköğretim	358	59.7	96	48.0	56.8		
Eğitimsiz	34	5.6	97	48.5	16.4		
Eş eğitimi(n=742)							
Üniversite	85	14.2	2	1	11.4	0.00	
Lise	146	24.3	8	4.1	20.8		
İlköğretim	294	53.6	130	67.0	57.2		
Eğitimsiz	23	4.2	54	27.8	11.7		
Kronik hastalık							
Var	190	31.7	72	32.7	31.0	0.77	
Yok	410	68.3	148	67.3	68.4		
Aile hekimine kayıt							
Evet	540	90.0	193	96.5	91.6	0.00	
Hayır	60	10.0	7	3.5	8.4		

***Üst** : İşveren/yüksek eğitilmiş, **Orta** : Beyaz yakalı / mavi yakalı/küçük esnaf; **Alt** : İş buldukça/niteliksiz işlerde çalışan/ işsizler

Tablo 6. Araştırmaya katılan kişilerin yaşadıkları hanelerin bazı özellikleri

Özellikler	Kentsel		Yarıkentsel		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	%	p
Evde şebeke suyu						
Var	600	100.0	185	92.5	98.1	0.00
Yok	0	0.0	15	7.5	1.9	
Evin içinde tuvalet						
Var	600	100.0	184	92.0	98.0	0.00
Yok	0	0.0	16	8.0	2.0	
Medeni durum						
Evli	502	83.7	185	92.5	82.8	0.01
Bekar/boşanmış/dul	98	16.3	15	7.5	17.3	
Aile tipi						
Çekirdek	534	89.0	128	64.0	81.0	0.00
Geniş	48	8.0	72	36.0	16.8	
Parçalanmış	18	3.0	0	0.00	2.2	
Toplam kişi sayısı						
4 ve daha az	481	80.2	58	29.0	67.4	0.00
4 'den çok	119	19.8	142	71.0	32.6	
Toplam çocuk sayısı						
2 ve daha az	494	82.3	95	47.5	73.6	0.00
2'den çok	106	17.7	105	52.5	26.4	
Beş yaş altı çocuk						
Yok	478	79.7	82	41.0	70.0	0.00
Var	122	20.3	118	59.0	30.0	
Ailede 0-12 ay bebek varlığı						
Yok	570	95.0	166	83.0	92.0	0.00
Var	30	5.0	34	17.0	8.0	
Göçle gelmiş olma						
Evet	226	37.7	125	62.5	43.9	0.00
Hayır	374	62.3	75	37.5	56.1	
Göç yılı†						
5 yıl ve üstü	108	47.8	82	65.6	55.5	0.00
5 yıldan az	118	52.2	43	34.4	44.5	
Toplam		100.0		100.0	100.0	

†Araştırma bölgesine göçle geldiğini bildiren 362 kişi değerlendirmeye alınmıştır

4.2. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği - BDÖ (PCAS) bulgular

PCAS boyutları içinde en yüksek puan güven ve süreklilik boyutuna verilirken en düşük puanı ulaşılabilirlik boyutu almıştır. Taban ve tavanda yüzdelerin tümü % 5.0' dan az olup, oldukça iyidir. Ancak ulaşılabilirlik, kapsayıcılık ve hizmet memnuniyeti boyutlarında tavan değerine ulaşamaması; hizmet memnuniyeti ve güven boyutlarında da taban değerine ulaşamaması dikkat çekicidir.

Tablo 7. BDÖ (PCAS) puanlarının (0-100) merkezi dağılım özellikleri

Boyutlar (n=800)	Kentsel bölge		Yarıkentsel bölge		Toplam			
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	taban %*	tavan %*
Yapısal Boyutlar								
Ulaşılabilirlik	48.5	12.6	45.7	8.6	47.7	11.7	1.6	0.0
Süreklilik	67.2	16.4	75.5	13.2	69.4	16.0	0.4	1.3
Kapsayıcılık	47.0	13.2	56.3	14.9	49.5	14.3	0.0	0.0
Eşgüdüm **	52.1	12.4	45.5	13.9	49.4	13.4	3.4	4.1
<i>Yapısal özet boyut</i>	54.0	10.1	57.5	9.0	55.0	9.9	2.1	1.0
Hekim hasta ilişkisi Boyutları								
Hizmet memnuniyeti	63.8	11.0	62.9	14.6	63.5	12.1	0.0	0.0
Kişisel yaklaşım	64.7	14.2	63.5	17.2	64.3	15.1	0.1	1.2
Güven	69.8	12.2	67.5	12.3	69.2	12.3	0.0	4.7
<i>Hekim hasta ilişkisi özet boyutu</i>	66.1	10.3	64.6	13.0	65.7	11.1	1.3	2.4

* Tabanda % : Olası en düşük puan alanların yüzdesi

Tavanda % : Olası en yüksek puan alanların yüzdesi

** Eşgüdüm boyutunda uzman doktora sevk edildiğini bildiren 235 kişinin verisi kullanılmıştır.

Sosyodemografik özelliklere göre yapısal boyutların puan ortalamalarına bakıldığında (Tablo 8) :

Ulaşılabilirlik boyutu puanları erkeklerde, üst sosyal sınıfta ,kendi ve eşi lise üstü eğitim almış olanlarda ve sağlık güvencesi olanlarda daha yüksek bulunmuştur.

Süreklilik boyutu kadınlarda, eğitimsizlerde, sağlık güvencesi olmayanlarda yeşil kart sahibi olanlarda, bölgeye göçle gelmediğini bildirenlerde, yarıkentsel bölgede yaşayanlarda daha yüksektir.

Kapsayıcılık boyutu, kadınlarda, kendi ve eşi eğitimsiz olanlarda, sağlık güvencesi yeşil kart olanlarda, beş yaş altı çocuk ve 0-12 bebek bulunan hanelerde anketi yanıtlayan bireylerde, yarıkentsel bölgede yaşayanlarda daha yüksek puanlara sahiptir.

Eşgüdüm boyutu puanları; üst sosyal sınıfta, kendisi ve eşi lise ve üstü eğitim almış olanlarda, sağlık güvencesi olmayanlarda ,göçle gelmeyenlerde,beş yaş altı çocuk ve 0-12 aylık bebek bulunan hanelerde ve kentsel bölgede ikamet edenlerde daha yüksek bulunmuştur.

Yapısal özet boyut puanı; kadınlarda, beş yaş altı çocuk bulunan hanelerde, göçle gelmeyenlerde, yarıkentsel bölgede oturanlarda diğerlerine göre daha yüksektir.

Hekim –hasta ilişkisi özet boyutunu oluşturan boyutların puanlarına bakıldığında (Tablo 9):

Hizmet memnuniyeti puanları; eğitimsizlerde daha düşük bulunmuştur. Kişisel yaklaşım boyutu puanları da eğitimsizlerde daha düşük bulunmuştur. Her iki boyut, beş yaş altı çocuk ve 0-12 ay bulunan hanelerde,kronik hastalık bulunmayan hanelerde daha yüksek bulunmuştur.Güven boyutu puanları göç etmeyenlerde ve kentsel bölgede yaşayanlarda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 9).

Hekim hasta ilişkisi özet boyutu; eşi lise ve üstü eğitim almış olanlarda, beş yaş altı çocuk, 0-12 aylık bebek bulunan ve kronik hasta bulunmayan hanelerde daha yüksektir. (Tablo 9)

Yapılan çok değişkenli analizlerde kurulan basamaklı son modelde “ulaşılabilirlik” boyutunda hizmetin başarılması açısından kadın olmak ((OR:1.66) 1.15-2.37), örgün eğitim almamış olmak ((OR: 2.30)1.39-3.78), sağlık güvencesiz olmak ((OR: 3.95)1.74-8.90) bulunmuştur. Göç edenler etmeyenlere göre (OR:1.66(1.23-2.24)) “kötü” ulaşılabilirlik puanı açısından risk altındadırlar (Tablo 10/a)

Süreklilik boyutunda, eğitimsiz olma ve ilköğretim düzeyinde eğitim almış olma durumu, “kötü” süreklilik puanı açısından yüksek eğitimlilere göre koruyucu bulunmuştur(sırasıyla OR: 0.32, OR:0.55). Yerleşim bölgesinin dahil edildiği 2. modelde ise diğer değişkenlerin etkisi anlamlılığını kaybederken, yalnızca yarıkentsel bölgede oturuyor olmak” kötü” süreklilik açısından koruyucu bulunmuştur.(OR:0.33(0.20-0.53))

Kapsayıcılık boyutunda, eğitimsiz olmak (OR:0.43) ve beş yaş altı çocuk bulunan hanede yaşamak ((OR:0.52)0.38-0.70)) daha “kötü” kapsayıcı hizmet almak açısından koruyucu bulunmuştur. ”Yerleşim bölgesi “değişkeninin eklendiği ikinci modelde ise diğer değişkenler etkisiz bulunmuş, yalnızca yarıkentsel bölgede ikamet ediyor olmak “kötü” hizmet puanı açısından koruyucu bulunmuştur.(OR: 0.24(0.15-0.39))

Eşgüdüm boyutu için yapılan çok değişkenli analizlerde kurulan ilk modelde kadın olmak kötü hizmet puanı riski açısından koruyucu bulunmuştur(OR:0.59)0.38-0.70) İlköğretim düzeyinde eğitim almak, eğitimsiz olmak, sağlık güvencesi yeşil kart olmak “kötü” eşgüdüm puanı riskini artırmaktadır. (Sırasıyla OR:2.94, OR:3.62, OR:2.03)

Yerleşim bölgesi değişkeninin dahil edildiği 2. çok değişkenli modelde ise yarıkentsel bölgede oturuyor olmak kötü eşgüdüm puanı riskini 3.98 kat artırmaktadır. ((OR:2.94)2.5-6.20) "Bölge" değişkeninin eklenmesiyle modelde bulunan diğer değişkenlerin anlamlı etkisi kaybolmuştur.

Yapısal özet boyut için beş yaş altı çocuk bulunan hanede yaşamak kötü puan açısından koruyucudur (OR:0.62(0.45-0.83)). Yerleşim yeri değişkeni eklenerek oluşturulan 2. modelde bu boyut için bölgeye göçle gelmiş olmak kötü puan açısından 1.47 kat riskli bulunmuştur. (OR:1.47(1.10-1.96)) Yarıkentsel bölgede yaşamak ise bu özet boyut için kötü puan almak açısından koruyucu bulunmuştur. (OR:0.44(0.31-0.60))

Hekim hasta ilişkisi özet boyutuna bakıldığında (Tablo10/b) 0-12 ay bebek bulunan hanelerde yaşamak (OR :0.55(0.33-0.93) hizmetten memnun olmama açısından koruyucu bulunmuştur. Hekim-hasta ilişkisi özet puanı da aynı yönde etkilenmektedir (OR:0.57(0.31-0.97)). Yerleşim bölgesi eklenerek oluşturulan 2. modelde ise 0-12 ay bebek bulunması yine koruyucu bulunurken yarıkentsel bölgede oturuyor olmak hekimin kişisel yaklaşımının yeterliliğine kötü puan vermek açısından riskli bulunmuştur. (OR :1.47(1.04-2.07)

Tablo 8. BDÖ (PCAS) 1.basamak Yapısal boyutların (sağlık hizmet özelliklerinin) sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı

Özellikler		Ulaşılabilirlik		Süreklilik		Kapsayıcılık		Eşgüdüm†		Yapısal özet boyut	
		ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
Cinsiyet	Erkek	50.1±11.8	0.00	65.4±19.1	0.00	47.0±15.2	0.01	48.7±10.2	0.75	53.5±11.1	0.07
	Kadın	47.1±11.6		70.5±15.0		50.1±13.9		49.4±14.1		55.4±9.6	
Yaş	≤24	48.5±11.2		67.8±16.8	0.71	49.4±15.1	0.99	50.9±9.1	0.93	54.9±11.1	0.99
	25-49	47.9±11.6		69.3±15.9		49.5±14.4		49.0±13.7		54.9±9.8	
	50-64	47.3±12.1	0.78	69.9±16.2		49.3±13.9		49.5±14.9		55.1±9.9	
	≥65	46.9±11.5		70.6±15.8		49.8±13.7		48.4±11.1		55.0±9.6	
Sosyal sınıf	Üst	55.1±14.7*		68.1±20.3	0.73	50.6±16.9	0.15	57.2±12.6*	0.01	57.7±12.8	0.11
	Orta	47.9±11.4	0.00	69.4±15.2		48.8±13.7		50.0±13.3		54.9±9.4	
	Alt	45.3±10.8		70.0±17.0		51.0±14.8		45.9±13.0		54.6±10.5	
Eğitim	Lise+	51.3±13.6*		66.7±18.5	0.00	47.6±14.1	0.00	56.0±13.0*	0.00	55.0±11.3	0.19
	İlköğretim	47.1±10.9*	0.00	69.6±15.2		48.7±13.4		48.8±13.4		54.5±9.4	
	Eğitimsiz	44.4±9.58*		73.0±14.0*		54.6±15.6*		45.1±11.9		56.2±9.3	
Eş eğitim	Lise+	50.7±13.1*		69.1±16.9	0.57	48.9±13.5	0.01	52.6±12.3	0.08	55.9±10.2	0.38
	İlköğretim	46.6±10.9	0.00	70.4±14.6		49.5±14.0		48.6±13.6		54.8±9.4	
	Eğitimsiz	44.7±10.0		70.1±17.6		53.9±16.0*		45.8±12.7		55.2±10.4	
Sağlık güvencesi	Var	48.7±11.9*		69.1±16.0	0.03	48.6±13.8	0.00	50.2±13.2	0.01	55.0±9.7	0.12
	Yeşil kart	43.6±8.9	0.00	72.7±15.4*		55.5±15.6*		44.2±13.4*		56.0±10.5	
	Yok	42.7±11.7		65.6±18.4*		48.1±14.5		53.8±14.1*		52.1±11.3	

Tablo 8 .devamı

Özellikler		Ulaşılabilirlik		Süreklilik		Kapsayıcılık		Eşgüdüm†		Yapısal özet boyut	
		ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
Beş yaş altı çocuk	Yok	47.7±12.0	0.89	68.6±16.8	0.01	47.8±13.4	0.00	49.7±13.2	0.43	54.2±9.9	0.00
	Var	47.6±11.0		71.5±14.0		53.4±15.5		48.2±13.9		56.8±9.8	
0-12 ay bebek	Yok	47.8±11.8	0.64	69.3±16.2	0.51	49.1±14.0	0.00	49.2±13.6	0.87	54.8±9.8	0.10
	Var	47.1±10.9		70.7±13.8		54.1±16.7		49.8±10.7		56.9±10.7	
Kronik hastalık	Yok	48.1±11.8	0.14	69.1±16.8	0.44	49.5±14.0	0.89	49.3±14.6	0.90	55.0±10.1	0.81
	Var	46.8±11.3		70.1±14.3		49.4±14.8		49.1±11.4		54.9±9.6	
Göç	Yok	49.0±11.5	0.00	70.5±15.1	0.14	49.4±13.4	0.86	50.8±12.6	0.04	55.8±10.6	0.00
	Var	46.1±11.4		68.1±17.1		49.6±15.3		47.2±14.2		54.0±11.0	
Göç yılı	5 yıl≤	45.8±11.6	0.52	69.8±17.0	0.07	50.3±15.2	0.34	46.1±15.3	0.47	54.4±10.3	0.38
	5 yıl>	46.6±12.0		66.0±17.1		48.7±15.4		50.1±12.0		53.4±10.8	
AH kayıt **	Evet	47.8±11.4	0.32	69.6±15.7	0.28	49.6±14.0	0.31	49.2±13.4	0.96	55.1±9.6	0.25
	Hayır	46.4±14.4		67.4±19.7		47.8±16.8		50.7±13.7		53.6±13.2	
Yerleşim yeri	kentsel	48.5±12.6	0.00	67.2±16.4	0.00	47.0±13.2	0.00	52.1±12.4	0.00	54.1±10.1	0.00
	yarı	45.7±8.5		75.5±13.2		56.3±14.9		45.57±13.8		57.59±9.05	
	kentsel										

* One way ANOVA testi post hoc analizde anlamlı farkı oluşturan grup. ** Ailenin bireylerinin aynı aile hekimine kayıtlı olması † Uzman doktora sevk edildiğini bildiren 233 kişi analize alınmıştır

Tablo 9. BDÖ (PCAS) "hekim-hasta ilişkisi" özet boyutu puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı

Özellikler	Kategori	Hizmet memnuniyeti		Kişisel yaklaşım		Güven		Hekim hasta ilişkisi özet boyutu	
		ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
Cinsiyet	Erkek	62.3±11.4	0.13	63.6±14.9	0.44	67.6±13.3	0.06	64.5±11.1	0.12
	Kadın	63.9±12.2		64.5±15.1		69.6±11.9		66.0±11.1	
Yaş	24 ve altı	64.3±12.5	0.48	65.7±15.5	0.20	68.5±11.5	0.06	66.2±11.1	0.16
	25-49	63.6±12.2		64.4±14.9		68.6±12.1		65.5±11.0	
	50-64	63.8±11.5		64.8±14.5		70.9±12.7		66.5±10.7	
	65 +	61.5±12.3		60.9±17.4		67.1±11.9		63.2±12.7	
Sosyal sınıf	Üst	65.4±13.5	0.49	68.6±17.0	0.07	72.3±14.0	0.13	68.8±12.7	0.10
	Orta	63.4±11.7		64.3±14.2		68.8±12.1		65.5±10.6	
	Alt	63.3±12.7		63.3±16.6		69.3±12.2		65.3±11.9	
Eğitim	Lise+	63.9±11.4	0.85	65.6±14.5	0.38	69.8±13.4	0.42	66.4±10.7	0.48
	İlköğretim	63.3±11.9		64.0±14.5		69.2±11.7		65.5±10.6	
	Eğitimsiz	63.6±13.4		63.7±17.3		68.1±12.3		65.1±12.8	
Eşin eğitimi	Lise+	64.4±11.5*	0.06	65.8±13.8	0.01	69.9±12.8	0.33	66.7±10.4	0.02
	İlköğretim	63.9±12.4		64.3±14.8		69.3±12.0		65.9±11.0	
	Eğitimsiz	60.9±13.2*		60.5±18.9		67.7±12.6		63.0±13.5*	
Sağlık güvence	Var	63.4±11.8	0.79	64.4±14.7	0.95	69.3±12.5	0.27	65.7±10.9	0.95
	Yeşil kart	64.2±14.1		64.3±17.5		67.6±11.5		65.4±12.8	
	Yok	63.2±10.9		63.6±15.2		70.8±9.9		65.9±9.20	

Tablo 9. devamı

Özellikler	Kategori	Hizmet memnuniyeti		Kişisel yaklaşım		Güven		Hekim hasta ilişkisi özet boyutu	
		ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
5> yaş çocuk	Yok	62.9±11.5	0.02	63.4±14.8	0.00	69.0±12.3	0.48	65.1±10.9	0.02
	Var	65.1±13.2		66.5±15.6		69.6±12.1		67.0±11.5	
0-12 ay bebek	Yok	63.2±11.9	0.00	63.9±15.0	0.00	69.0±12.3	0.22	65.4±11.0	0.00
	Var	67.7±13.4		69.6±15.3		71.0±11.8		69.4±11.2	
Kronik hastalık	Yok	64.4±11.3	0.00	65.4±14.2	0.00	69.3±11.7	0.52	66.4±10.3	0.01
	Var	61.6±13.3		62.0±16.7		68.8±13.4		64.1±12.5	
Göç	Yok	63.3±12.1	0.50	63.8±15.3	0.25	70.7±12.5	0.03	65.6±11.3	0.79
	Var	63.9±12.0		65.0±14.7		68.5±12.0		65.8±10.8	
Göç yılı	5≤	63.7±11.6	0.81	65.5±14.2	0.44	69.1±12.1	0.24	66.1±10.5	0.49
	5>	64.0±12.5		64.4±15.4		67.7±11.7		65.3±11.1	
AH kayıt	Evet	63.3±12.1	0.08	64.4±15.0	0.75	69.0±12.3	0.29	65.6±11.0	0.38
	Hayır	66.0±10.8		63.8±16.4		70.7±12.2		66.8±11.8	
Yerleşim bölgesi	Kentsel	63.8±11.0	0.38	64.7±14.2	0.31	69.8±12.2	0.01	66.1±10.3	0.09
	Yarıkentsel	62.9±14.6		63.5±17.2		67.4±12.3		64.6±13.0	

Tablo 10/a. BDÖ (PCAS) yapısal boyutlarını etkileyen değişkenler: Lojistik Regresyon indirgenmiş son model gösterimleri

	Ulaşılabilirlik	Süreklilik	Kapsayıcılık	Eşgüdüm	Yapısal özet Boyut
	OR (% 95GA)	OR (% 95GA)	OR (% 95GA)	OR (% 95GA)	OR (% 95GA)
Cinsiyet					
Erkek	1.0*			1.0	
Kadın	1.66 (1.15-2.37)			0.59(0.35-0.98)	
Eğitim					
Lise+	1.0	1.0		1.0	
İlköğretim	1.88(1.33-2.66)	0.55(0.33-0.92)	1.0	2.94(1.29-4.79)	
Eğitimsiz	2.30(1.39-3.78)	0.32(0.17-0.58)	0.43(0.27-0.66)	3.62(1.65-7.93)	
Sağlık Güvencesi					
Var	1.0			1.0	
Yeşil kart	1.94(1.16-2.66)			2.03(1.14-3.57)	
Yok	3.95(1.74-8.90)				
Beş yaş altı çocuk					
Yok			1.0		1.0
Var			0.52 (0.38-0.70)		0.62(0.45-0.83)
Göç					
Yok	1.0				1.0
Var	1.66(1.23-2.24)				1.33(1.0-1.76) ; 1.47(1.10-1.96) [†]
Yerleşim bölgesi[†]					
Kentsel		1.0	1.0	1.0	1.0
Yarıkentsel		0.33(0.20-0.53) †	0.24(0.15-0.39) [†]	3.98(2.5-6.20) [†]	0.44(0.31-0.60) [†]

* Referans kategori † "Yerleşim bölgesi" değişkeni modele eklendiğinde anlamlı bulunan değişkenler

Tablo 10/b. BDÖ (PCAS) hekim-hasta ilişkisi boyutlarını etkileyen değişkenler: Lojistik Regresyon indirgenmiş son model gösterimleri

	Hizmet memnuniyeti	Kişisel yaklaşım	Hekim- hasta ilişkisi Özet boyut	Güven †
0-12 ay bebek				-
Yok	1.0	1.0	1.0	-
Var	0.55(0.33-0.92)	0.53(0.30-0.90) [†]	0.57(0.31-0.97)	-
Yerleşim bölgesi				-
Kentsel		1.0		-
Yarıkentsel		1.47(1.04-2.07) [†]		-

† Güven boyutu için çok değişkenli analizlerde kurulan modellerde bağımsız değişkenlerle anlamlı ilişki bulunmamıştır

4.3. Birinci Basamak Değerlendirme Gereci (BDG)-PCAT bulgular

Birinci Basamak Değerlendirme Gereci (BDG)-PCAT ölçeği yapısal boyutların puanlarına bakıldığında (Tablo 11/a) :

Ulaşılabilirlik boyutu puanları kentsel bölgede yaşayanlarda, üst sosyal sınıfta, kendi ve eşi lise üstü eğitim almış olanlarda ve sağlık güvencesi olmayan ve yeşil kartlılarda sağlık güvencesi olanlara göre ve ailenin tüm bireylerinin aynı aile hekimine kayıt olmadığı hanelerde anketi yanıtlayan bireylerde daha yüksek bulunmuştur.

Süreklilik kadınlarda, beş yaş altı çocuk ve 0-12 bebek bulunan hanelerde anketi yanıtlayan bireylerde, yarıkentsel bölgede yaşayanlarda daha yüksektir.

Kapsayıcılık boyutu, kadınlarda ve 0-12 bebek bulunan hanelerde anketi yanıtlayan bireylerde, daha yüksek puanlara sahiptir.

Eşgüdüm boyutu puanları alt sosyal sınıfta ve yarıkentsel bölgede ikamet edenlerde daha yüksek bulunmuştur.

Türetilmiş boyut puanlarına bakıldığında Aile merkezlilik puanları, aile bireylerinin tümü aynı aile hekimine kayıt olmayanlarda, kronik hastalığı olan birey bulunmayan hanelerde, eşi lise ve üstü eğitim düzeyindeki bireylerde daha yüksek bulunmuştur.(Tablo11/b)

Toplumsal kapsayıcılık ve katılım boyutu puanları kadınlarda, beş yaş çocuk ve 0-12 ay bebek bulunan hanelerde, ailenin tümü aynı aile hekimine kayıt olanlarda, yarıkentsel bölgede yaşayanlarda, yeşil kart sahiplerinde, alt ve orta sınıfta daha yüksek bulunmuştur. Kültürel uyum boyutu kadınlarda hanede beş yaş altı çocuk ve 0-12 ay bebek bulunan hanelerde, göçle gelmemiş olanlarda ailenin tümü aynı aile hekimine kayıt olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan çok değişkenli analizlerde kurulan basamaklı son modelde, cinsiyet, eş eğitimi, sağlık güvencesi, göç durumu, beş yaş altı çocuk ve hanede 0-12 ay bebek bulunma durumu ve yerleşim bölgesi anlamı değişkenler olarak belirlenmiştir.(Tablo 12/a ve Tablo 12/b)

Tablo 11/a. BDG (PCAT) Ana boyutlar puanlarının bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Özellikler n=800		Ulaşılabilirlik		Süreklilik		Kapsayıcılık		Eşgüdüm†	
		ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
Cinsiyet	Erkek	5.1±0.8	0.24	6.4±1.0	0.00	4.1±1.2	0.26	5.8±1.3	0.04
	Kadın	5.2±0.7		6.7±0.8		4.2±1.1		6.1±1.6	
Yaş	24 ve altı	5.1±0.8	0.28	6.7±0.9	0.40	4.4±1.4	0.51	5.8±1.4	0.85
	25-49	5.0±0.7		6.7±0.8		4.2±1.1		6.0±1.5	
	50-64	4.9±0.7		6.7±0.9		4.2±1.2		6.0±1.5	
	65 +	4.8±0.7		6.5±1.0		4.0±1.1		6.1±1.9	
Sosyal sınıf	Üst	5.5±0.7*	0.02	6.5±0.4	0.25	4.4±1.5	0.56	5.3±0.9*	0.03
	Orta	5.2±0.7		6.6±0.8		4.2±1.1		5.4±1.0	
	Alt	5.2±0.8		6.7±0.8		4.2±1.1		5.6±1.0*	
Eğitim	Lise+	5.3±0.7		6.6±0.9		4.2±1.2		6.0±1.4	
	İlköğretim	5.2±0.7	0.00	6.7±0.8	0.35	4.2±1.2	0.97	6.1±1.6	0.64
	Eğitimsiz	5.0±0.7		6.7±0.8		4.2±1.0		5.9±1.5	
Eşin eğitimi	Lise+	5.4±0.73*	0.00	6.7±0.7	0.14	4.3±1.2	0.47	6.1±1.5	0.63
	İlköğretim	5.2±0.76*		6.7±0.8		4.2±1.1		6.0±1.5	
	Eğitimsiz	4.9±0.84*		6.5±0.9		4.2±1.1		6.1±1.6	
Sağlık güvencesi	Var	5.2±0.77*	0.00	6.6±0.8	0.45	4.2±1.2	0.51	6.1±1.5	0.03
	Yeşil kart	4.9±0.76*		6.8±0.8		4.1±1.1		5.6±1.4	
	Yok	5.5±0.69*		6.6±0.9		4.4±1.0		6.2±1.6	

Tablo 11/a. Devamı

		Ulaşılabilirlik		Süreklilik		Kapsayıcılık		Eşgüdüm [†]	
		ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
5> yaş çocuk	Yok	4.9±0.7	0.23	6.6±0.9	0.00	4.2±1.2	0.23	6.2±1.6	0.00
	Var	5.1±0.8		6.8±0.7		4.3±1.1		5.7±1.3	
0-12 ay bebek	Yok	4.9±0.7	0.34	6.6±0.9	0.00	4.2±1.1	0.00	6.0±1.5	0.14
	Var	5.2±0.9		6.9±0.6		4.7±1.2		5.7±1.4	
Kronik hastalık	Yok	5.0±0.7	0.24	6.7±0.8	0.26	4.1±1.1	0.46	6.0±1.5	0.15
	Var	4.9±0.7		6.6±0.9		4.2±1.2		6.1±1.6	
Göçle gelme	Yok	4.9±0.7	0.43	6.7±0.8	0.13	4.2±1.1	0.99	6.1±1.6	0.09
	Var	5.0±0.7		6.6±0.9		4.2±1.2		5.9±1.4	
Göç yılı	5 yıl≤	5.0±0.7	0.56	6.6±0.9	0.32	4.2±1.2	0.80	5.9±1.4	0.89
	5 yıl>	4.9±0.8		6.7±0.9		4.2±1.3		5.9±1.4	
AH kayıt	Evet	5.2±0.7	0.06	6.7±0.8	0.00	4.2±1.1	0.20	6.0±1.5	0.74
	Hayır	5.5±0.5		6.3±1.2		4.4±1.1		5.9±1.7	
Yerleşim bölgesi	Kentsel	5.3±0.7	0.00	6.6±0.8	0.02	4.1±1.2	0.21	5.4±1.6	0.01
	Yarı Kentsel	5.1±0.8		6.8±0.9		4.3±1.0		5.6±1.4	

†Uzman doktora sevk edildiğini bildiren 474 kişi analize alınmıştır

Tablo 11/b. BDG(PCAT) türetilmiş boyutlar puanlarının bazı sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı

Özellikler	Kategori	Aile merkezlilik		Toplumsal kapsayıcılık ve katılımı		Kültürel uyum	
		ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
Cinsiyet	Erkek	3.4±1.5	0.81	1.8±0.6	0.04	3.1±0.7	0.03
	Kadın	3.4±1.7		2.0±0.6		3.2±0.7	
Yaş	24 ve altı	3.6±1.7	0.48	2.0±0.7	0.27	3.1±0.6	0.65
	25-44	3.3±1.8		2.0±0.6		3.2±0.7	
	45-64	3.4±1.3		1.9±0.6		3.2±0.7	
	65 +	3.1±1.5		2.0±0.6		3.1±0.7	
Sosyal sınıf	Üst	3.3±1.0	0.80	1.7±0.6*	0.00	3.4±0.6	0.11
	Orta	3.4±1.8		2.0±0.6		3.1±0.7	
	Alt	3.3±1.2		2.9±0.7		3.1±0.7	
Eğitim	Lise+	3.4±1.1	0.93	1.9±0.6	0.10	3.2±0.7	0.86
	İlköğretim	3.4±1.4		2.0±0.6		3.1±0.6	
	Eğitimsiz	3.3±2.9		2.0±0.6		3.2±0.7	
Eşin eğitimi	Lise+	3.0±0.7	0.03	1.9±0.6	0.17	3.2±0.7	0.60
	İlköğretim	2.8±0.8		2.0±0.6		3.2±0.7	
	Eğitimsiz	2.8±0.7*		2.1±0.6*		3.1±0.7	
Sağlık güvencesi	Var	3.4±1.8	0.34	1.9±0.7	0.00	3.2±0.6	0.23
	Yeşil kart	3.1±1.0		2.3±0.6*		3.1±0.8	
	Yok	3.5±1.3		2.0±0.7		3.1±0.6	

Tablo 11/b. Devamı

		Aile merkezlilik		Toplumsal kapsayıcılık ve katılım		Kültürel uyum	
		ortss	p	ortss	p	ortss	p
Beş yaş altı çocuk	Yok	3.4±1.4	0.66	1.9±0.6	0.00	3.1±0.7	0.37
	Var	3.4±2.2		2.2±0.7		3.2±0.6	
0-12 ay bebek	Yok	3.4±1.3	0.25	2.0±0.4	0.00	3.2±0.7	0.04
	Var	3.6±3.9		2.4±0.6		3.4±0.6	
Kronik hastalık	Yok	3.0±0.7	0.00	2.0±0.6	0.54	3.2±0.7	0.58
	Var	2.7±0.8		1.9±0.6		3.2±0.7	
Göç	Yok	3.4±1.3	0.94	2.0±0.6	0.59	3.2±0.7	0.01
	Var	3.4±2.0		2.0±0.6		3.1±0.7	
Göç yılı	5≤	3.3±1.3	0.45	1.9±0.6	0.22	3.1±0.7	0.67
	5>	3.5±2.7		2.0±0.6		3.1±0.6	
AH kayıt	Evet	2.9±0.8	0.00	2.0±0.6	0.43	3.1±0.7	0.04
	Hayır	3.2±0.7		2.0±0.7		3.3±0.7	
Yerleşim bölgesi	Kentsel	2.9±1.3	0.40	1.9±0.6	0.00	3.2±0.6	0.84
	Yarıkentsel	2.9±2.4		2.2±0.6		3.1±0.8	

Tablo 12. BDG (PCAT) boyutlarını etkileyen değişkenlerin Lojistik Regresyon indirgenmiş son model gösterimleri *

	Ulaşılabilirlik	Süreklilik	Kapsayıcılık	Toplumsal kapsayıcılıkve katılım	Aile merkezlilik
Cinsiyet					
Erkek		1.0**		1.0	
Kadın		0.56(0.39- 0.81)	0.58(0.41- 0.83)	0.67(0.47- 0.95)	
Eş eğitimi					
Lise+	1.0				
İlköğretim	1.55(1.07- 2.24)				
Eğitimsiz	3.55(1.77- 7.11)				
Sağlık güvencesi					
Var	1.0				
Yeşil kart					
Yok	0.37(0.15-0.92)				
AH kayıt					
Evet	1.0		1.0		1.0
Hayır	0.39(0.20-0.75)		0.39(.022- 0.69)		0.23(0.11- 0.46)

*(OR(%95 GA))

** Referans kategori

† 2.modelde “yerleşim bölgesi” eklendiğinde anlamlı bulunan değişkenler

Tablo 12. devamı

	Süreklilik	Eşgüdüm	Toplum kapsayıcılığı ve katılımı	Kültürel uyum
Beş yaş altı çocuk				
Yok			1.0	
Var			0.65(0.46- 0.92)	
0-12 ay bebek				
Yok			1.0	1.0
Var			0.55(0.33-0.92)	0.53(0.30-0.90) [†]
Göç				
Yok				1.0
Var				1.39(1.05- 1.84)
Bölge				
Kentsel	1.0			
Yarıkentsel	0.63(0.45- 0.90)	0.54(0.37- .077)		

4.3.1 Birinci Basamak Değerlendirme gereci(BDG)-PCAT güvenilirlik ve geçerlilik bulguları

4.3.1a Birinci Basamak Değerlendirme gereci(BDG)-PCAT, tanımlayıcı dağılım özellikleri

Tablo13'de Birinci Basamak Değerlendirme gereci((BDG)-PCAT) yetişkin sürümü alt boyutlarının içerdiği soru sayıları ve kısaltılmış halleriyle sorular gösterilmiştir.Bu bölümde yapılan iç tutarlılık ve geçerlilik çözümlerinde sorunlu sorular Tablo 13 üzerinden izlenebilir.

PCAT ölçeği yetişkin sürümünün boyut puanlarına bakıldığında en yüksek puanları süreklilik ve eşgüdüm boyutlarının aldığı görülmektedir.En düşük puan toplum kapsayıcılığı ve katılımı boyutuna verilmiştir.Kentsel ve yarıkentsel bölgelerde hizmet puanları açısından anlamlı bir farklılık genel olarak görülmezken,yalnızca toplum kapsayıcılığı ve katılımı boyut puanı yarı kentsel bölgede anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur($p=0.00$)(Tablo 14)

Ölçek puanları alt boyutlar şeklinde merkezi dağılım ölçütleri açısından incelendiğinde tüm alt boyutlarda çarpıklık ve basıklık değerlerinin (-1ile +1) arasında yer aldığı ve bu gözlenmektedir. Taban etkisi en yüksek boyut toplumsal kapsayıcılık ve katılım boyutudur.(%18.0)Tavan etkisi en yüksek boyut ise kültürel uyum(%31.8) ve Aile merkezlilik boyutu(%19.5), kayıt ve bilgi koordinasyonu dur(%15.2) .Diğer alt boyut puanları taban ve tavanda yüzdeler açısından %0-%10 arasında değişen değerler almaktadırlar.(Tablo 15)

Tablo 13. BDG (PCAT) yetişkin sürümünde yer alan sorular

Soru No	Sorular	Alt boyutlar	Boyutlar
B1	Genel kontrol için önce BSK* ya başvuru	Hizmetten Faydalanma	Ulaşılabilirlik
B2	Her yeni sağlık sorunu için BSK* ya başvuru		
B3	Uzman için sevk zorunluluğu		
C1	BSK hafta sonu açık olması	Hizmete	
C2	BSK hafta içi en az 18.00 a kadar açık olması	Erişim	
C3	Doktordan anlaşılır tarzda yanıt almak		
C4	Doktordan telefonla öneri almak		
C5	BSK kapalıyken telefonla ulaşım		
C6	Hafta sonu BSK' ya ulaşılabilirlik		
C7	Geceleri BSK'ya ulaşılabilirlik		
C8	Kontrol için randevu süresi		
C9	Muayene için bekleme süresi		
C10	Randevu için bekleme süresi		
C11	İhtiyaç olduğunda tıbbi bakım alabilme		
C12	Tıbbi bakım için işten/okuldan kalma		
D1	Hastanın aynı doktoru görmesi	Tıbbi bakımın sürekliliği	Süreklilik **
D2	Hastayı anlamak		
D3	Hastaya anlaşılır cevap verme		
D4	Hastayı en iyi bilen doktora ulaşım		
D5	Hastaya yeterli zaman ayırma		
D6	Doktorun yanında kendini rahat hissetme		
D7	Hastayı bir birey olarak kabul etme		

*BSK: Birinci Basamak Sağlık Kurumu

** Süreklilik (Longitudinality) boyutunun iki alt boyutundan biri olan hekime olan bağlılık (Extent of affiliation with a place/doctor) alt boyutu likert tipi sorular içermediğinden güvenilirlik ve geçerlilik analizlerine alınmamıştır.

Tablo 13. Devamı

Soru No	Sorular	Alt boyutlar	Boyutlar
D8	Hastanın kiminle yaşadığını bilme		
D9	Hastanın en önemli sorununu bilme		
D10	Hastanın tıbbi öyküsünü bilme		
D11	Hastanın iş koşullarını bilme		
D12	Hastanın ilaç alım gücünü bilme		
D13	Hastanın diğer tedavilerini bilme		
D14	Doktoru değiştirebilme hakkı		
D15	Doktoru değiştirme isteği		
E1	Uzmandan laboratuvar sonucu alabilme	Hizmet koordinasyon	Eşgüdüm
E6	Uzmana gitmesini önerme		
E7	Uzmana gittiğini bilme		
E8	Sevk edilecek yer önerme		
E9	Uzmandan randevu almaya yardım		
E10	Uzman için yazılı bilgi verme		
E11	Uzman muayene sonucunu bilme		
E12	Uzman muayenesini konuşma.		
E13	Uzman hizmetinin sorgulanması		
F1	Doktora rapor/belge götürme	Kayıt/bilgi koordinasyonu	
F2	Doktorda tahlillerini görebilme		
F3	Tıbbi kayıtlar ulaşılabilir mi		
G1	Beslenme ve diyet sorularına yanıt	Mevcut hizmetler	Kapsayıcılık
G2	Aşılama hizmetleri		
G3	Aileye sosyal yardım için öneri		
G4	Ağız ve diş sağlığı kontrolü		
G5	BSK'da diş hekimi tarafından tedavi		
G6	Aile planlaması hizmetleri		

Tablo 13. devamı

Soru No	Sorular	Alt boyutlar	Boyutlar		
G7	Madde ve ilaç bağımlılığı danışmanlığı	Mevcut hizmetler	Kapsayıcılık		
G8	Psikolojik danışmanlık				
G9	Kurşun zehirlenmesi testi				
G10	Cilt/ciltaltı kesileri için dikiş atılması				
G11	CYBH danışmanlığı				
G12	İşitme tarama testleri				
G13	Görme taraması				
G14	Alerji aşıları				
G15	Burkulma incinmelerde atelleme				
G16	Siğil çıkarma girişimi				
G17	Serviks kan. erken tanı testi (papsmear)				
G18	Bağırsak kan. erken tanı testi(sigmoidoskopi)				
G19	Sigara danışmanlığı.				
G20	Doğum öncesi bakım hizmetleri				
G21	Batık tırnağa cerrahi girişimi				
G22	Engelliye öneri verme				
G23	Yaşlanma hakkında öneri verme				
G24	Bakım evi için öneri verme				
G25	Gıda/süt desteği programlarını uygulama				
H1	Sağlıklı beslenme uyku düzeni ile ilgili öneri			Sağlanan Hizmetler	
H4	Aile içi çatışmaya çözüm önerisi				
H5	Egzersiz öneri verme				
H6	Kolesterol düzeyi testi önerisi				
H7	İlaç tedavilerini bilme ve kontrol				
H8	Sağlığa zararlı maruziyet bilgisi verme				

Tablo 13.devamı

Soru No	Sorular	Alt boyutlar
H10	Sıcak su yanıklarını önleme ve müdahale	
H11	Evde düşmelerin önlenmesi	
H12	Osteoporoz önlenmesi	
H13	menstürasyon-menapoz sorunlarına öneri	
I1	Tedavi ve izlem için hastanın fikrini alma	Aile merkezlilik
I2	Geçirilen hastalık v.s ile ilgili soru sorma	
I3	Sağlıkla ilgili aile üyeleri ile görüşme	
J1	BSK' dan ev ziyaretine gelme	Toplum kapsayıcılığı ve katılımı
J2	Bölgenin sağlık sorunları bilgisi	
J3	Hizmet için bölge sakinlerinden öneri alma	
J11	Hizmet için saha çalışması yapma	
J12	Sağlık sorunları için saha çalışması	
J18	Aileye yerel yönetimlerde yer alma önerisi	
K1	Doktoru bir yakınına tavsiye etme	Kültürel uyum
K2	Doktoru Türkçe bilmeyen birine tavsiye etme	
K3	Doktoru geleneksel tıp ile ilgili tavsiye etme	

Tablo 14. BDG (PCAT) yetişkin sürümünün yerleşim bölgesine göre ana boyut ve türetilmiş boyut puanları

Ana Boyutlar ve Türetilmiş boyutlar	Kentsel bölge(n=470)		Yarıkentsel bölge(n=140)		p	Toplam (n=610)	
	Ort.	Ss	Ort.	Ss		Ort.	Ss
1. Ulaşılabilirlik	4.86	0.74	4.95	0.79	0.18	4.67	0.75
2. Süreklilik	6.64	0.91	6.78	1.03	0.12	5.80	0.94
3. Kapsayıcılık	4.25	1.25	4.08	0.99	0.16	6.92	1.69
4. Eşgüdüm*	6.25	1.73	6.12	1.58	0.47	9.56	1.19
5. Aile merkezlilik	2.88	0.81	2.95	0.88	0.34	2.88	0.82
6. Toplumsal kapsayıcılık ve katılım	1.90	0.66	2.21	0.69	0.00	1.96	0.68
7. Kültürel uyum	3.21	0.67	3.16	0.88	0.47	3.20	0.73

* Uzman doktora sevk edildiğini bildiren 474 kişi analize alınmıştır

Tablo 15. BDG (PCAT) Yetişkin Sürümü puanları tanımlayıcı ölçütleri

Boyutlar	Ortalama±ss	Median	Dağılım aralığı	Çarpıklık	Basıklık	Taban%*	Tavan%*
1. Hizmete erişim	2.35±0.43	2.33	1.08-3.92	0.39	0.04	0.00	0.00
2. Hizmetten faydalanma	2,84±0.66	3.00	1.00-4.00	-0.42	0.23	2.50	7.90
3. Tıbbi bakımın sürekliliği	3,06±0.52	3,13	1.20-4.00	-0.75	0.56	0.00	1.50
4. Mevcut hizmetler	2.12±0.63	2.08	1.00-4.00	0.50	0.65	6.20	1.00
5. Sunulan hizmetler	2.04±0.80	2.11	0.00-4.00	-0.18	0.03	2.00	1.00
6. Hizmetin koordinasyonu*	2.49±0.63	2.44	1.11-4.00	-0.47	0.65	0.00	1.30
7 Kayıt ve bilgi koordinasyonu	2.95±0.67	3.00	1.00-4.00	-0.24	0.02	1.50	15.20
8. Aile merkezlilik	2.88±0.82	3.00	1.00-4.00	-0.40	-0.46	4.60	19.50
9. Toplumsal kapsayıcılık ve katılım	1.95±0.68	2.00	1.00-3.83	0.22	0.20	18.00	0.00
10. Kültürel uyum	3.19±0.73	3.33	1-4	-0.62	-0.23	1.5	31.8

*En yüksek ve en düşük puanı verenlerin yüzdesi

4.3.1b Birinci Basamak Değerlendirme gereci(BDG)-PCAT, Güvenilirlik Bulguları

Tablo 16/a'da PCAT alt boyutlarının güvenilirlik analizleri sonucu elde edilen Cronbach alfa değerleri görülmektedir.

En düşük Cronbach alfa değeri “kayıt/bilgi koordinasyonu”, “hizmete erişim” ve “hizmetten faydalanma” alt boyutları için elde edilmiştir. (Sırasıyla 0.53, 0.59, 0.55) Diğer alt boyutlarda ise bu değerler 0.80-0.90 arasında yer almaktadır.

Yine tablo 16/a ve tablo 16/b 'de ölçek alt boyutları ve türetilmiş boyutlarında yer alan tüm sorular için “ madde silindiğinde” elde edilen Cronbach alfa değerleri incelendiğinde ;

Hizmete erişim alt boyutunda C3, C10, C12 ; “hizmetten faydalanma” alt boyutunda B3; Tıbbi bakımın sürekliliğinde D14 ve D15; Mevcut hizmetler alt boyutunda G2, G6; “Hizmetin koordinasyonu alt boyutunda E6; ”Kayıt/ bilgi koordinasyonu alt boyutunda F1; ve “ Toplum kapsayıcılığı ve katılımı” alt boyutunda J1 soruları yüksek değerler göstermektedir. Yani silindiğinde yüksek alfa değeri veren bu soruların iç tutarlılığa, ölçeğin bütünündeki diğer sorulardan daha az katkıda buldukları söylenebilir

Tablo 17/a ve 17/b'de PCAT(BDG) yetişkin sürümü alt boyutlar ve türetilmiş boyutlar için hesaplanan madde- boyut korelasyon katsayılarına dayanarak üretilen “Ölçek Başarısı” gösterilmektedir. Hizmetten faydalanma, Hizmete erişim, Tıbbi Bakımın sürekliliği, Mevcut hizmetler , Sunulan hizmetler, Hizmetin koordinasyonu , Kayıt koordinasyonu, Aile merkezlilik, Toplum kapsayıcılığı ve katılımı ve Kültürel uyum boyutları için ölçek başarı oranları sırasıyla %100, %91.7, %86.7 ,%100,%100,%87.5, %100,%100,%100,%100 olarak hesaplanmıştır.

4.3.1c Birinci Basamak Değerlendirme gereci(BDG)-PCAT, Geçerlilik Bulguları

PCAT yetişkin sürümü alt ve türetilmiş boyutların boyutlararası korelasyon değerleri Tablo 18/a'da görölmektedir. Korelasyon değerleri 0.01-0.47 arasında değişmektedir. PCAT yetişkin sürümü ana boyutlar ve türetilmiş boyutların boyutlararası korelasyon değerlerine bakıldığında ise 0.12-0.48 arasında değişen değerlerde korelasyon görölmektedir.(Tablo 18/b)

Tablo 20/a PCAT yetişkin sürümü birleşim ayrışım geğerliliği için bu çalışmada birlikte uygulanmış olan PCAS (BDÖ) ile geçerlilik çalışması yapılan PCAT(BDG) yetişkin sürümünde yer alan, benzer birinci basamak hizmet boyutları arasındaki korelasyonu göstermektedir.Sürekli ve kapsayıcılık boyutları arasında sırasıyla 0.18 ($p<0.01$) ve 0.10 ($p<0.05$)olan korelasyon katsayıları elde edilmiştir.

Tablo 19/b ise bu iki ölçek arasında alt boyutlar ve türetilmiş boyutların korelasyonunu göstermektedir.

Geçerlilik analizlerinde PCAT “yapı geğerliliği” ortaya konmuştur. Bu amaçla Doğrulatoryıcı faktör analizi ve birleşim ayrışım geğerliliği yaklaşımları kullanılmıştır:

Doğrulatoryıcı Faktör Analizinde , güvenilirlik analizlerinde - her ne kadar bazı soruların sorunlu oldukları saptanmış olsa da, ölçekte kullanılan bazı hizmetlerin Manisa'daki uygulamada henüz yeri olmasa da - PCAT'ın orijinal yapısına dokunulmamış, tüm sorular analize alınmıştır. Şekil 1 (MODEL 1)de izlendiği gibi PCAT ana boyutları için RMSEA değeri 0.10 , CFI (KUİ: karşılaştırmalı uyum indeksi) değeri ise 0.84 olarak hesaplanmıştır. PCAT “türetilmiş boyutları” için kurulan modelde (Şekil 2)ise RMSEA değeri 0.12 , KUİ değeri ise 0.88 olarak hesaplanmıştır.

Burada yine de vurgulamak gerekirse, sorunlu soruların çıkarıldığı modellerde: PCAT ana boyutları için RMSEA değeri 0.10 , KUİ değeri ise 0.81 olarak önemli ölçüde değişiklik göstermezken (ek şekil1 - Model 3), “Türetilmiş boyutları” için kurulan modelde (ek şekil2 - model 4) ise RMSEA değerinin 0.08 , KUİ değerinin ise 0.96'ya yükseldiği izlenmektedir.

Tablo 16/a – BDG (PCAT) yetişkin sürümü Cronbach Alfa Değerleri ve madde silindiğinde Cronbach alfa değerleri

	Ulaşılabilirlik				Süreklilik		Kapsayıcılık						Eşgüdüm		Kayıt/Bilgi koordinasyon	
	Hizmete erişim		Hizmetten faydalanma		Tıbbi Bakımın sürekliliği		Mevcut hizmetler			Sağlanan hizmetler			Hizmetin koordinasyon		Kayıt/Bilgi koordinasyon	
	12 soru (n=610)		3 soru (n=610)		15 soru (n=609)		25 soru(n=609)			10 soru (n=506)			8 soru (n= 475)		3soru(n=610)	
Cronbach α	0.60		0.55		0.85		0.94			0.89			0.86		0.53	
	0.58				0.85		0.94						0.84			
Madde silindiğinde Cronbach α değeri	C1	0.58	B1	0.18	D1	0.84	G1	0.94	G16	0.93	H1	0.88	E1	0.88	F1	0.79
	C2	0.58	B2	0.20	D2	0.84	G2	0.95	G17	0.93	H4	0.88	E6	0.86	F2	0.17
	C3	0.63	B3	0.86	D3	0.84	G3	0.94	G18	0.93	H5	0.84	E7	0.84	F3	0.35
	C4	0.52			D4	0.86	G4	0.94	G19	0.93	H6	0.88	E8	0.84		
	C5	0.53			D5	0.83	G5	0.94	G20	0.94	H7	0.88	E9	0.85		
	C6	0.51			D6	0.84	G6	0.95	G21	0.93	H8	0.87	E10	0.84		
	C7	0.52			D7	0.83	G7	0.94	G22	0.93	H10	0.87	E11	0.83		
	C8	0.60			D8	0.83	G8	0.94	G23	0.93	H11	0.87	E12	0.84		
	C9	0.58			D9	0.83	G9	0.94	G24	0.93			E13	0.84		
	C10	0.60			D10	0.83	G10	0.94	G25	0.94						
	C11	0.58			D11	0.83	G11	0.94								
	C12	0.62			D12	0.84	G12	0.94								
					D13	0.84	G13	0.94								
					D14	0.87	G14	0.93								
					D15	0.86	G15	0.93								

Tablo 16/b- BDG(PCAT) türetilmiş boyutlar Cronbach Alfa Değerleri ve madde silindiğinde Cronbach alfa değerleri

	Aile merkezlilik		Toplum kapsayıcılığı ve katılımı		Kültürel uyum	
	3 soru (n=609)		6 soru (n=610)		3 soru (n=610)	
Cronbach α değeri	0.86		0.90		0.82	
Madde silindiğinde Cronbach α değeri	I1	0.81	J1	0.93	K1	0.80
	I2	0.81	J2	0.86	K2	0.72
	I3	0.76	J3	0.86	K3	0.71
			J11	0.86		
			J12	0.86		
			J18	0.88		

Tablo 17. BDG(PCAT) yetişkin sürümü alt boyutlar ve türetilmiş boyutlar ölçek başarıları *

Ulaşılabilirlik		Süreklilik	Kapsayıcılık		Eşgüdüm		Aile merkezli hizmet	Toplum kapsayıcılığı ve katılımı	Kültürel uyum	
Hizmetten faydalanma	Hizmete erişim	Tıbbi Bakım sürekliliği	Mevcut Hizmetler	Sağlanan hizmetler	Hizmet koordinasyon	Kayıt/bilgi koordinas				
3/3	11/12	13/15	25/25	13/13	7/8	3/3	3/3	6/6	3/3	
B1	C1	D1	G1	G16	H1**	E1**	F1	I1	J1	K1
B2	C2	D2	G2	G17	H4	E6	F2	I2	J2	K2
B3	C3	D3	G3	G18	H5	E7	F3	I3	J3	K3
	C4	D4**	G4	G19	H6	E8			J11	
	C5	D5	G5	G20	H7	E9			J12	
	C6	D6	G6	G21	H8	E10			J18	
	C7	D7	G7	G22	H10	E11				
	C8	D8	G8	G23	H11	E12				
	C9	D9	G9	G24	H12	E13				
	C10	D10	G10	G25	H13					
	C11	D11	G11							
	C12**	D12	G12							
		D13	G13							
		D14**	G14							
		D15	G15							

*Her bir alt boyuta ait soruların kendi boyut puanının, diğer boyut puanlarıyla korelasyonlarının karşılaştırılması ile elde edilmiştir.Kesrin payında kendi boyutuyla korelasyonu anlamlı olarak yüksek olan soru sayısı;paydada o alt boyuta ait toplam soru sayısı yer almaktadır

** Diğer altboyutlardan bir ve/veya daha fazlasıyla korelasyonu kendi altboyutundan anlamlı olarak yüksek ($p<0.05$)

Tablo 18/a. BDG (PCAT) yetişkin sürümü alt boyutlar ve türetilmiş boyutlar için boyutlararası korelasyon

	Hizmetten faydalanm	Hizmete erişim	T. bakım sürekliliği	Hizmet koord.	Bilgi koord.	Mevcut hizmetler	Sunulan hizmetler	Aile merkezlilik	Toplum kapsayıcılığı ve katılımı	Kültürel uyum
Hizmetten faydalanma	1	0.07	0.06	0.12	0.21	0.22	0.18	0.30**	-0.02	0.10
Hizmete erişim		1	0.28**	0.15	0.07	0.23	0.23	0.23	0.10	0.28
Tıbbi bakım sürekliliği			1	0.39**	0.25	-0.02	0.19	0.34	0.28	0.46
Hizmet koordinasyonu				1	0.29	0.01	0.35	0.35	0.45**	0.28
Bilgi koordinasyonu					1	0.14	0.30	0.39**	0.07	0.25
Mevcut hizmetler						1	0.52	0.36	0.07	0.20
Sunulan hizmetler							1	0.49	0.31	0.26
Aile merkezlilik								1	0.31	0.38
Toplum kapsayıcılığı ve katılımı									1	0.26

*p<0.05 **p<0.01

Tablo 18/b. BDG (PCAT) yetişkin sürümü *ana boyutlar ve türetilmiş boyutlar* için boyutlararası korelasyon

	Ulaşılabilirlik	Süreklilik	Kapsayıcılık	Eşgüdüm	Aile merkezlilik	Toplum kapsayıcılığı ve katılımı	Kültürel uyum
Ulaşılabilirlik	1	0.16	0.26	0.19	0.39**	0.12	0.18
Süreklilik		1	0.19	0.16	0.31	0.37**	0.36
Kapsayıcılık			1	0.35	0.48**	0.29	0.40
Eşgüdüm				1	0.35**	0.30	0.16
Aile merkezlilik					1	0.30	0.40**
Toplum kapsayıcılığı ve katılımı						1	0.25**
Kültürel uyum							1

*p<0.05 * *p<0.01

Tablo 19/a .BDG(PCAT) veBDÖ(PCAS) alt boyutlar arasında korelasyon katsayıları

		PCAS(BDÖ)									
		Finansal ulaşılabilirlik	Örgütsel Ulaşılabilirlik	Boylamsal Süreklilik	Hekim Temelli Süreklilik	Hastanın Bütüncül bilgisi	Eşgüdüm	Fiziksel bakım	İletişim	Kişisel yaklaşım	Güven
PCAT(BDG)	Hizmetten faydalanma	-0.00	0.08	0.06	0.16	0.06	0.02	0.17**	0.16	0.15	0.11
	Hizmete Erişim	-0.16	0.26**	0.10	0.02	0.11	0.13	0.04	0.05	0.01	0.25
	Tıbbi bakım sürekliliği	-0.04	0.26	0.16	0.29	0.36**	0.08	0.15	0.17	0.26	0.32
	Mevcut hizmetler	0.10	0.04	0.14	0.06	0.04	0.13	0.09	0.04	0.02	0.16**
	Sağlanan hizmetler	-0.06	-0.04	0.13	0.20**	0.14	0.19	0.10	-0.00	-0.05	0.14
	Hizmetin koordinasyonu	-0.06	0.07	0.02	0.12	0.26	0.21	-0.02	0.07	0.05	0.15
	Bilgi/kayıt koordinasyonu	0.06	0.04	0.12	0.11	0.15	-0.04	0.11	0.10	0.09	0.13

*p<0.05

** p<0.01

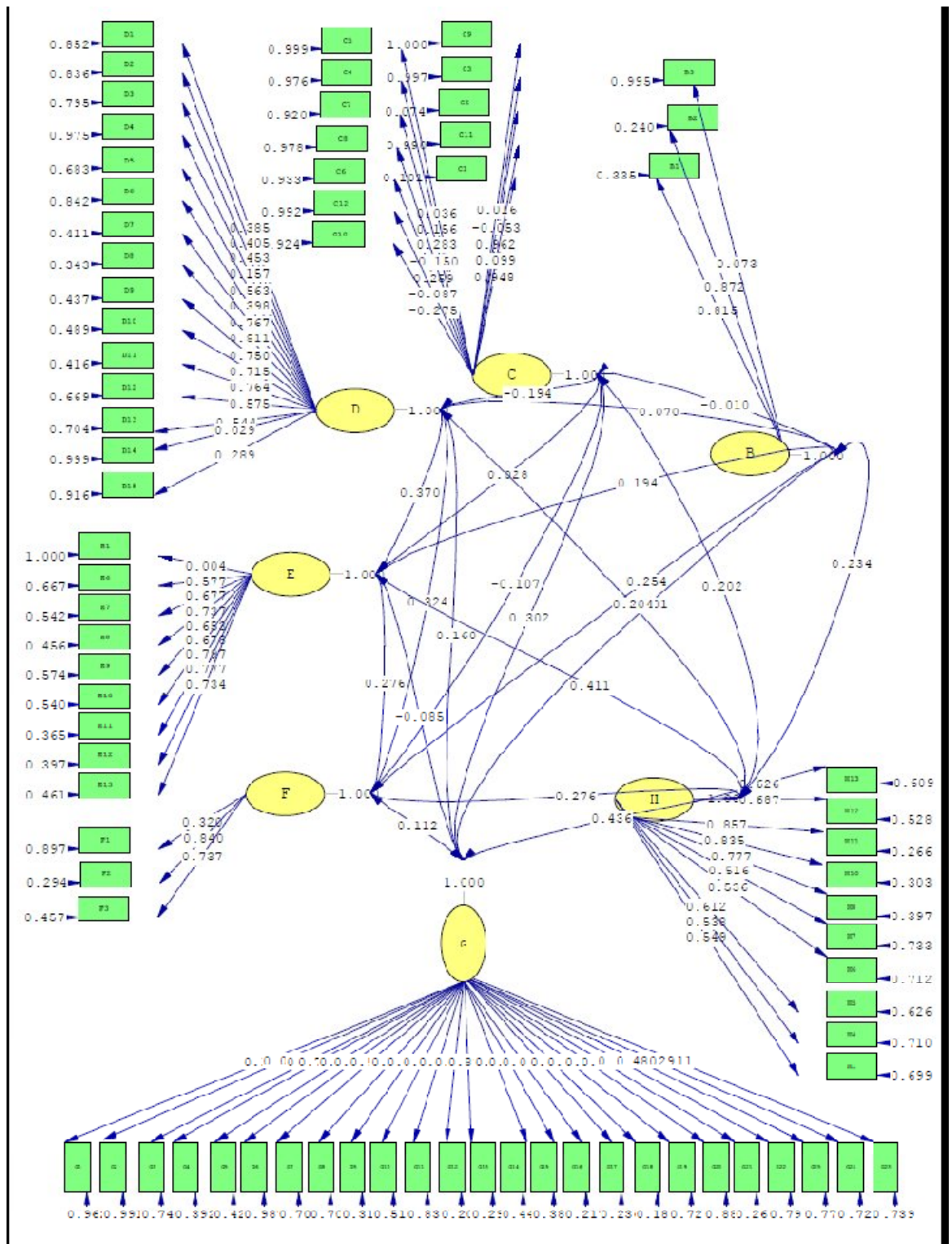
Tablo 19/b. BDG (PCAT) ve BDÖ (PCAS) ana boyutlar ve özet boyutlar arasında korelasyon

		BDÖ(PCAS)								
		Ulaşılabilirlik	Süreklilik	Kapsayıcılık	Eşgüdüm	Hizmet Memn.	Kişisel yaklaşım	Güven	Yapısal özet boyut	İlişki özet boyutu
BDG(PCAT)	Ulaşılabilirlik	0.12	0.17	0.10	0.20**	0.16	0.12	0.22	0.19	0.19
	Süreklilik	-0.00	0.29**	0.32	0.01	0.13	0.16	0.21	0.28	0.20
	Kapsayıcılık	0.00	0.20**	0.11	0.18	0.03	-0.01	0.17	0.16	0.06
	Eşgüdüm	0.05	0.18	0.27**	0.08	0.13	0.10	0.17	0.23	0.16
	Aile merkezlilik	0.07	0.24	0.21	0.10	0.14	0.11	0.26**	0.24	0.19
	Toplum katılımı	-0.07	0.10	0.18**	-0.01	-0.09	-0.10	0.09	0.09	-0.04
	Kültürel uyum	0.10	0.20	0.23	0.14	0.08	0.11	0.28**	0.25	0.18
	Ana boyutlar – özet skor	0.04	0.31*	0.27*	0.17	0.14	0.09	0.27*	0.30*	0.67**
	Türetilmiş boyutlar – özet skor	0.04	0.25	0.28	0.09	0.06	0.05	0.29**	0.27	0.15

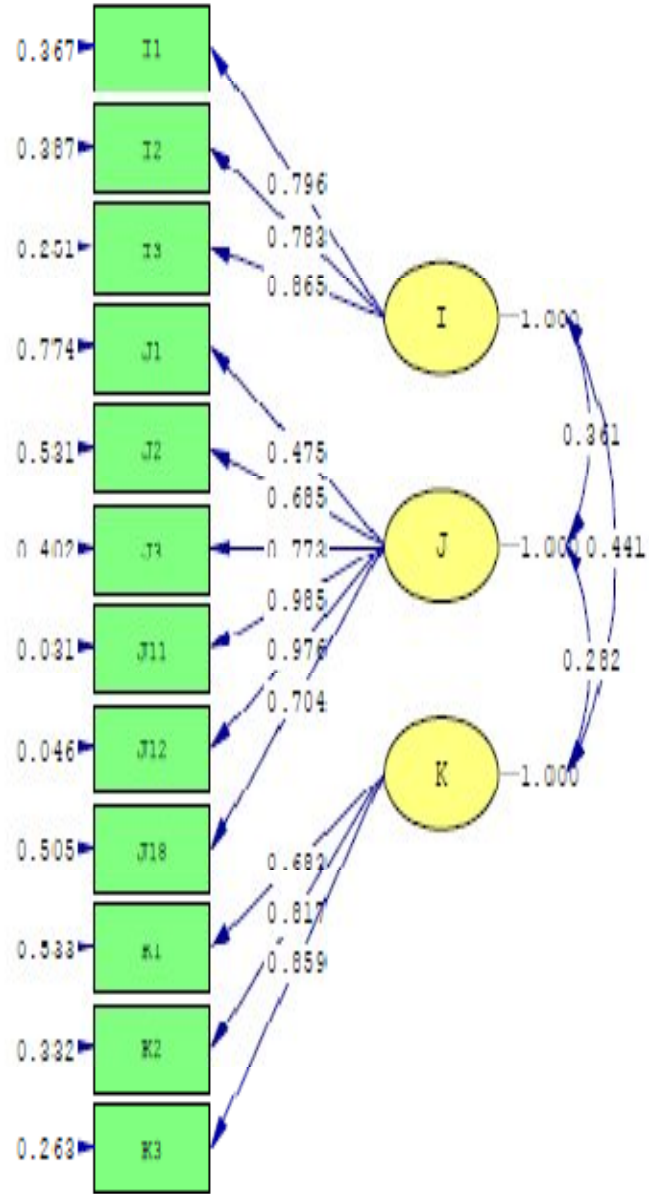
*p<0.05

** p<0.01

Şekil 1. BDG (PCAT) alt boyutların birlikte gösterildiği DFA modeli



Şekil 2. BDG(PCAT) yetişkin sürümü türetilmiş boyutların gösterildiği DFA modeli



Chi-square=517.5, df=51, P-value=0.00000, RMSA=0.123, CFI :0.93

V.TARTIŞMA

5.1. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği- BDÖ (PCAS) ölçek skorlarının genel değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen PCAS (BDÖ) puanları ölçeğin uluslararası geçerlilik çalışmasında gösterilen puanlardan genel olarak daha düşüktür.⁽³⁴⁾ Hemen tüm boyutlarda 10-20 puan arasında farklılıklar gözlenmektedir. Bu uluslararası geçerlilik çalışması ABD 'de devlet memurları üzerinde yürütölmüş bir çalışmadır. Bu nedenle bizim bulgularımızla ABD çalışması bulguları arasındaki temel fark sosyoekonomik farklılıktan kaynaklanabilir. Ayrıca iki çalışmanın örnek grubunun cinsiyet oranı farklılığı da bir etken olarak sayılabilir. Uluslararası geçerlilik çalışmasında yanıt verenlerin %55.8 i kadın iken bu çalışmada yanıt verenlerin % 79.0'ı kadındır.

1996 yılında yine ABD 'de farklı birinci basamak hekim profillerinin karşılaştırıldığı Murray'in çalışmasında ve 1996-99 yılları arasında yine ABD'de yapılan Murphy'nin çalışmasında elde edilen puanlar da bu çalışmada elde edilenlerden 10-20 puan daha yüksek bulunmuştur.^(38,50)

Bu çalışmada ulaşılabilirlik özelliğinin, sürekliliğe göre düşük puan alması, aile hekimliği uygulamasında, çalışma saatleri ve günlerinin hizmeti alanlar tarafından yetersiz bulunduğunu düşündürebilir ancak ABD 'de yarı zamanlı, tam zamanlı ve tam zamandan daha uzun süre çalışan birinci basamak hizmetlerinin karşılaştırıldığı çalışmada çalışma sürelerinin kişilerin birinci basamak özellikleri ve ulaşılabilirlik üzerine anlamlı etkisi olmadığı gösterimiştir.⁽⁵⁰⁾

Çalışmada en düşük puan kapsayıcılık boyutunda elde edilmiştir, bu bulgu ABD 'de yapılmış olan çalışmaların sonuçlarına benzerdir.^(38,43,50)

Kapsayıcılık özelliğinin düşük puan alması, aile hekimliği uygulamalarında, toplumda yaygın görülen sağlık sorunlarına yönelik tanı ve tedavileri kapsayan bir sağlık hizmeti yelpazesinin henüz oluşmadığının ilk bulgularından biri olabilir.

Çalışmanın yapıldığı ilde hastaların istediği basamağa doğrudan başvurusunu yapabilmesi ve henüz basamaklar arasında zorunlu sevk uygulaması olmadığı için, eşgüdüm boyutu puanları ise dikkatle yorumlanmalıdır.

Boylamsal bir izlem çalışmasında boyutlar bu makalede olduğu gibi yapısal/örgütsel ve hasta hekim ilişkisi adı verilen iki temel alana toplanarak değerlendirilmiş, ancak bu alanlar için ayrıca puan hesaplaması yapılmamıştır. Sözü edilen çalışmada PCAS(BDÖ) yıllar içinde hizmet sunumunda oluşabilecek olası değişimleri ölçmekte kullanılmıştır.⁽³⁹⁾

ABD'de bazı eyaletlerde yapılmış olan bir çalışmada Medicare sağlık güvencesi kapsamında olan 65 ve üzeri yaşlıların 1998-2000 yılları arasında almış oldukları birinci basamak hizmet özellikleri değişimleri PCAS kullanılarak ölçülmüştür. İletişim, kişisel yaklaşım ve iletişim boyutlarında araştırmanın yürütüldüğü periyodun sonunda, anlamlı düşüşler görülürken, hekimin hasta hakkında kapsamlı bilgi puanı iki yıllık periyotta anlamlı düzeyde artış göstermiştir. Güven boyutunda zamanla bir değişiklik görülmemiş ancak yapısal boyutlar olan, finansal ulaşılabilirlik, süreklilik, eşgüdüm özelliğinde düşme görülürken, örgütsel ulaşılabilirlik puanları artmıştır.⁽⁴⁷⁾ Bu çalışmada olduğu gibi sağlık örgütlenmesinde zaman içinde oluşan değişimlerin hizmetin niteliği ve hizmeti alanlar üzerindeki etkilerini PCAS ölçeği ile yorumlayabilmek mümkündür .

5.2 Her iki ölçekten (BDÖ ve BDG) elde edilen Sağlık hizmet boyut skorları:

Ulaşılabilirlik- BDÖ (PCAS):

Tek ve çok değişkenli çözümlenelerde cinsiyet, sosyal sınıf ,eğitim, eşin eğitimi, sağlık güvencesi, göçle gelme durumu ve yerleşim bölgesi “Ulaşılabilirlik” puanlarını anlamlı olarak etkilemektedir.

Ulaşılabilirlik; erkeklerde; üst sosyal sınıfta; kendi eğitimi ve eşinin eğitim düzeyi lise ve üstü olanlarda, sağlık güvencesi olanlarda; bölgeye göçle gelmemiş kişilerde; kentsel bölgede yaşayanlarda diğerlerine göre daha yüksektir. Bu bulgular, toplumda daha avantajlı grupların birinci basamak sağlık hizmetine ulaşmada da avantajlı olduğunu göstermektedir. 2009 yılında yayımlanan Türkiye’de Aile Hekimliği uygulamalarının başlatıldığı iki pilot ilin değerlendirildiği bir çalışmada araştırma kapsamındaki kişilerin %9’u aile hekimine %17 ‘si ise bir uzman hekime görünmek için maddi nedenlerden dolayı çekindiğini belirtmiştir⁽⁵⁴⁾. Bu sonuç, bizim çalışmamızdaki bulguyu destekler nitelikte görünmektedir. Toplumsal olarak alt sosyal sınıfın hizmete “daha kötü” ulaşıyor olması, aile hekimliği uygulamalarının sağlıkta eşitsizlikler açısından yeniden gözden geçirilmesini gerektirebilir.

Daha önce yapılmış olan kimi çalışmalarda, sağlık güvencesi olmayanların, güvencesi olanlara göre sağlık hizmetine daha az ulaşabildikleri gösterilmiştir.^(Error! Bookmark not defined.41) Bu çalışmada elde edilen ;sosyal güvence varlığının sağlık hizmeti kullanımını olumlu yönde etkilediği bulgusu diğer çalışmalarda da elde edilen benzer bir bulgudur.^(55,56,57)

Ulaşılabilirlik- BDG (PCAT):

(BDG)PCAT ile elde edilen hizmet özellik puanlarına bakıldığında ulaşılabilirlik puanlarının PCAS ile aynı yönde ve aynı değişkenlerden

etkilendiği gözlenmektedir. Her iki ölçeğin aynı yönde benzer sonuçlar sonuçlar vermesi (BDG)PCAT ölçeğinin, ülkemizde sahada ilk kez uygulanıyor olması nedeniyle oldukça önemlidir ve ölçeğin güvenilirliği ile ilgili olumlu bir bulgu olarak değerlendirilmelidir.

PCAS anketinde olduğu gibi (BDG)PCAT anketinde de tek değişkenli çözümlenelerde, sosyal sınıf ,eğitim,eşin eğitimi, sağlık güvencesi ve yerleşim bölgesi “Ulaşılabilirlik” puanlarını anlamlı olarak etkilemektedir. Ulaşılabilirlik; üst sosyal sınıfta, kendi eğitimi ve eşinin eğitim düzeyi lise ve üstü olanlarda,sağlık güvencesi olanlarda,bölgeye göçle gelmemiş kişilerde,kentsel bölgede yaşıyanlarda daha yüksektir.

İngiltere’de ulusal ölçekte yapılan bir çalışmada ulaşılabilirlik bir boyut olarak özet bir puanla değerlendirilmemiş, ancak ulaşılabilirlik göstergelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Sözü edilen çalışmada ulaşılabilirlikle ilgili göstergeler olarak; telefonla hekime ulaşabilmek, randevu sırası, önceden randevu alabilme, kendi istediği bir hekimden randevu alabilme, hizmet alınan sağlık kurumunun açık olduğu saatler gibi özellikler değerlendirilmiştir (58) Çalışmanın sonuçlarına göre tam zamanlı işte çalışanlar, evle iş arası ulaşımı zor olanlarda ulaşılabilirlik düzeyleri düşük bulunmuştur. İngiltere çalışmasında, yoksunluk bölgelerinin ulaşılabilirlik üzerindeki etkisinin ise çok az olduğu bulunmuştur, ancak bizim çalışmamızda alt sosyal sınıfa dahil kişiler, eğitimsizler ve sağlık güvencesi olmayanlarda ve yarıkentsel bölgede yaşıyanlarda ulaşılabilirlik puanları daha kötüdür. İngiltere çalışmasında birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşılabilir açısından bölgesel farklılıkların olmaması, İngiliz birinci basamak hizmetlerin başarısına atfedilebilir. Bizim bulgularımız ise öngörülen yeni örgütlenme yapısının (Aile Hekimliği), en azından çalışmanın yapıldığı bölgede hizmete ulaşılabilirlik açısından henüz daha sosyoekonomik alt grup farklılıklarını ortadan kaldıramadığı sonucunu düşündürmektedir. Çin’de (BDG)PCAT ile yapılan bir çalışmada ise kadın, yaşı, yoksul ve eğitimsiz olanların, genel pratisyenlerin sunduğu sağlık hizmetlerine özel muayenehanelerden daha sık başvurdukları bulunmuştur.(59)

Bu çalışmada ulaşılabilirliğin düşük olması, coğrafi, ekonomik, kültürel ve örgütsel ulaşılabilirlik açısından değerlendirildiğinde aile hekimliği uygulamasında , aile sağlığı merkezlerinde görevli hekimlerin bölgede ikamet etmemesi, acil, yaşlılık ve süregen sağlık sorunları iel ilgili hizmetlerin etkin olarak sunulmaması olumsuz özelliklerdir.

Süreklilik- BDÖ (PCAS):

PCAS Süreklilik puanı, kadınlarda, eğitimsizlerde, sağlık güvencesi olmayanlar ve yeşil kartlılarda, yarı kentsel bölgelerde yaşayanlarda ve beş yaş altı çocuk bulunan hanelerde yaşayanlarda daha yüksektir. Bu gruplarda, yukarıda görüldüğü gibi çoğunlukla birinci basamak hizmete ulaşılabilirlik “daha kötü” bulunmasına rağmen, süreklilik puanlarına bakıldığında; bir kez ulaşıldıktan sonra hizmetin süresi ve izlemlerin devamında sorun olmadığı düşünülebilir. Çok değişkenli son modelde de düşük eğitim düzeyinin ve yarıkentsel bölgede yaşamının süreklilik açısından koruyucu olduğu bulunmuştur. Yarıkentsel bölgede yaşama bütün alt sosyal sınıf özelliklerini içinde barındırma açısından çok kapsamlı bir özelliktir.(Tablo 5)

Bulgularımıza göre sağlık hizmeti almada, risk altında olduğu kabul edilen toplumsal gruplar, hizmet aldığı sağlık kaynağını daha uzun süre kullanmakta ve sağlık sorunlarının çözümü için diğer gruplara göre daha düzenli izlem almaktadırlar. Bazı kaynaklarda ulaşılabilirlik ve sürekliliğin birbirlerini ters yönde etkilediği, ulaşılabilirliğin çok arttığı durumlarda sürekliliğin düşebileceği belirtilmektedir.⁽⁶⁰⁾ Bu durum bizim çalışmamıza uyarlanamaz çünkü bizim bulgularımıza göre tersine ulaşılabilirlik süreklilikten daha yetersizdir.

Süreklilik özelliğinin kadınlarda ve örgün eğitim almayanlarda daha yüksek bulunması; Türkiye’de hizmet sunumunda bu risk gruplarının periyodik izleme yapısının sosyalleştirme döneminden sonra Aile hekimliği uygulamasında da sürdürülmesine bağlı olabilir. Benzer bulguyu Türkiye’de yapılmış olan bazı araştırmalarda da görmek mümkündür. Bir araştırmada

sağlık ocağına başvuranların %67,5'ini kadınların oluşturduğu saptanmıştır.⁽⁵⁵⁾

Hekimlerin çalışma saatlerinin süresi ile birinci basamak hizmet özelliklerin değerlendirildiği bir başka çalışmada, hastalık bazlı süreklilik dışındaki boyutların hekimin yarı zamanlı ya da tam zamanlı çalışmasından etkilenmediği görülmüştür. Bu çalışmada birinci basamak kurumda çalışma süresinin tek başına sürekliliği artırmadığı, ancak iyi bir örgütlenme modeli yaratılarak acil tıbbi gereksinimler ve süreklilik arasında bir denge kurulması gerektiği sonucuna varılmıştır.⁽⁵⁰⁾ Bizim çalışmamızda uluslar arası çalışmalarda elde edilenlerden daha düşük süreklilik puanları elde edildiği göz önüne alındığında sürekliliğin geliştirilmesi için hekim çalışması sürelerinin uzatılmasından (esnek çalışma olarak önerilen) çok hizmet çeşitliliğinin artırılmasının gerektiği düşünülebilir.

Süreklilik- BDG (PCAT):

Bu boyut kadınlarda, beş yaş çocuk ve bebek bulunan hanelerde, yarıkentsel bölgede yaşayanlarda yüksek bulunmuştur. PCAS ölçeğiyle aynı yönde bulgular elde edilmiştir. Ancak sağlık güvencesinin PCAS'in aksine bu ölçekte sürekliliği etkilemeyen bir değişken olması dikkat çekici bir bulgudur. Yeni Zelanda'da PCAT ile yapılan bir çalışmada süreklilik düşük gelir grubunda, araştırma bölgesine göçmen olarak gelmiş olan etnik gruplarda ve bir veya daha çok kronik hastalığı olanlarda yüksek bulunmuştur.⁽⁶¹⁾ Sağlık gereksinimleri daha fazla olan risk gruplarının süreklilik puanlarının daha yüksek olması bu çalışmadan da elde edilen bulgu ile benzerdir.

PCAT çocuk sürümü ile yapılan bir çalışmada ebeveyn/bakıcıların %77 si ,çocukları için sağlık hizmeti aldıkları birinci basamak hizmet sunucuya ihtiyaç duyduklarında ulaşabildiklerini ,%77.0'ı hizmet sunucunun çocukları ile ilgili soru ve sorunlarını anladığını,%73.8'i ise hizmet sunucu ile aralarındaki iletişimden memnun olduğunu belirtmiştir.⁽⁶²⁾Bu sorular "hizmetin sürekliliği" alt boyutuna ait sorulardır.Bu çalışmada beş yaş altı çocuk ve 0-12

ay bebek bulunan hanelerde süreklilik puanının yüksek olması bu bulguları destekler niteliktedir.

Tayvan'da PCAT kullanılarak yapılan bir çalışmada ayakta tanı ve tedavi hizmetleri için düzenli sağlık hizmet kaynağı kullanımının ulaşılabilirlik ,süreklilik, eşgüdüm özelliklerinin başarılabilirliğini artırdığını, aile merkezlik ve kültürel yönden hastaya uyumlu hizmet vermeyi etkilediği ve artırdığı bulunmuştur.⁽⁶³⁾ Bizim çalışmamızda sürekliliğin yüksek bulunduğu kadınlarda eşgüdüm puanı da yüksek bulunmuş ve yine aynı grupta kültürel uyum puanları süreklilik puanlarına benzer yönde yüksek bulunmuştur.Bu çalışmada anket uygulanan bireylerin tümü düzenli bir hizmet kaynağından hizmet almaktadırlar.

Düşük gelir grubundaki kadınlarda, birinci basamak performansının hekim hasta ilişkisine olan etkisinin araştırıldığı bir çalışmada dört ana boyutun kadınların güven ve hekimi ile olan ilişkinin niteliğini etkilediği görülmektedir.⁽⁶⁴⁾ Kapsayıcılık puanı yüksek kadınlar hekimlerine 11 kat daha fazla güven duymaktadır,hekimle olan iletişim puanı ise kapsayıcılığı az olan gruba göre 6 kat daha fazladır.

Kapsayıcılık - BDÖ (PCAS):

PCAS ölçeğinde Kapsayıcılık boyutu, "Hasta hakkında bilgi birikimi" ve "koruyucu sağlık hizmetleri danışmanlık hizmetleri" olarak iki alt boyutta değerlendirilmiştir. Biz bu çalışmada kapsayıcılık boyutunun orijinal skorunu "kapsamlı bilgi sahibi olması" alt boyutu için verilen algoritmayla hesapladık ancak orijinal ölçeğin ölçek puan algoritmasında "koruyucu danışmanlık hizmetleri" alt boyutunun verilmemiş olması nedeniyle bu alt boyutun skorunu toplam skoru 0-100 ölçeğe dönüştürerek hesapladık.Ancak kapsayıcılık boyutu puanı hesaplamak için bu alt boyutu kullanmadık. Yalnızca bazı karşılaştırmalarda "koruyucu sağlık hizmetleri" alt boyutu şeklinde kullanıldı. Kapsayıcılık, kadınlarda, kendisi ve eşi eğitimsiz olanlarda,yeşil kart sahiplerinde, beş yaş altı çocuk ve 0-12 ay bebek bulunan hanelerde diğer

gruplara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Bu bulgu süreklilik puanlarıyla aynı yönde benzerlik göstermektedir.

Kapsayıcılığın “kapsamlı bilgi sahibi olunması” alt boyutu açısından değerlendirildiğinde; özellikle bebek,çocuk ve kadınlar için hastaya yeterli zaman ayrıldığı ,tıbbi özgeçmiş ,ev ve işyerindeki sorumlulukları ve aile yapılarıyla ilgili yeterince bilgi sahibi olunduğunu söyleyebiliriz. Kapsayıcılığın diğer alt boyutu olan “koruyucu danışmanlık hizmetleri” skoru da ilk boyuttakine benze şekilde 25 yaşının altında olanlarda 65 yaş ve üstündekilere göre; kadınlarda erkeklere göre; bebeği veya 5 yaş altında çocuğu olanlarda olmayanlara göre; göçle gelenlerde yerlilere göre; alt sosyal sınıfta olanır ise orta ve üst sosyal sınıfta olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır (p<0.05). Süreklilik boyutunda olduğu gibi kapsayıcılık skorunun da genel olarak düşük olmakla birlikte toplumdaki öncelikli risk gruplar olan alt sosyal sınıf mensuplarında daha yüksek olması bu risk gruplarının Türkiye’de hizmet sunumunda risk gruplarının periyodik izleme yapısının sosyalleştirme döneminden sonra Aile hekimliği uygulamasında da sürdürülmesine bağlı olabilir.

Çok değişkenli analizlerde ise eğitimsizlik, yarı kentsel bölgede yaşamak ve beş yaş çocuk sahibi olmak, “iyi” kapsayıcılık puanı için koruyucu çıkmıştır. Çok değişkenli analizlerde sağlık güvencesinin etkisinin kaybolması, sağlık güvencesinin diğer sosyoekonomik göstergelerin tersi yönünde etkili görünmesinin tutarlı görünen sonuçlar üzerinde karıştırıcı etkisi olduğunu düşündürebilir. Güvencesi olmayanlar ve sağlık güvencesi olanların kapsayıcılık boyutu için aynı yönde puan vermeleri çelişkili görünmektedir.

Aynı ölçekle yapılmış olan bir çalışmada aynı hekimden alkol danışmanlığı alanlarda, “kişi hakkında kapsamlı bilgi sahibi olunması” alt boyut puanının, anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur.⁽⁴⁹⁾ Engelliler üzerinde yapılan diğer bir çalışmada günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilirken birinci basamak hizmetin bazı boyutları ile ilişkisi araştırılmıştır. Hastanın kapsamlı bilgisi,eşgüdüm,hizmet memnuniyeti

puanlarının yıllara göre değişimleri incelenerek engellilikte aktivite düzeyiyle birinci basamak hizmet özellikleri arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.⁽⁴⁴⁾ Bu bulgu çalışmamızdaki bulguyu destekler niteliktedir. Bizim çalışmamızda da risk gruplarında birinci basamak sağlık hizmetinin daha “kapsayıcı” olduğunu gösteren bulgular elde edilmiştir.

Benzer şekilde yapılmış olan bir diğer çalışmada kronik hastalığı olan 65 yaş üstü kişilerde yapılan bir çalışmada, kronik hastalık kontrol programı uygulamalarından önce ve sonra yapılan ölçümlerde, güven, kişisel yaklaşım, hastanın kapsamlı bilgisi ve eşgüdüm boyut puanlarında değişim olup olmadığı incelenerek programın başarısı değerlendirilmeye çalışılmıştır.Sonuçlar bu kontrol programlarının sonuçlarının birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin başarılabilirliğinden olumlu yönde etkilendiğini göstermektedir.⁽⁴⁶⁾

Minör astımlı çocuklarla yapılan diğer bir çalışmada “hizmet sürekliliği” puanları,steroid inhalasyonuna bağımlı çocuklarda daha iyiyken; hekimin çocukla ilgili kapsamlı bilgisi, kişisel yaklaşım ve ebeveynin hekime güveninin yüksekliği ise, bu çocuklarda gribe karşı aşılamanın daha iyi olmasıyla ilişkili bulunmuştur.⁽⁶⁵⁾ Bu çalışmadan elde edilen kapsayıcılık puanları benzer şekilde, beş yaş altı çocuk ve 0-12 aylık bebek bulunan hanelerde daha yüksektir.

Alkol ve madde kötüye kullanımı ile birinci basamak hizmet özelliklerinin ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, hastanın kapsamlı bilgisine sahip olma puanları artıkça kötüye kullanma oranlarında anlamlı düşmeler saptanmıştır.Tam kişisel bilgi, örgütsel ulaşılabilirlik ve hastalık bazlı süreklilik kötüye kullanım puanlarında düşüşü etkilemektedir.Güven ve hastanın kapsamlı bilgisine sahip olma, sonradan madde kullanma oranlarını anlamlı şekilde düşürmektedir.⁽⁶⁶⁾

Bu çalışmada PCAS ölçeği ile danışmanlık hizmetleri alt boyutu değerlendirilememiştir.Bu nedenle kapsayıcılık boyutunun bu alt boyutu danışmanlık hizmetleri düzeyinde tartışılmayacaktır.

Kapsayıcılık - BDG (PCAT):

BDG(PCAT) ölçeği kapsayıcılık boyutu kadınlarda ve bebek bulunan hanelerde yaşayan kişilerde yüksek puan almıştır.BDÖ(PCAS) ile aynı yönde ve aynı değişkenlerin kapsayıcılık puanlarını etkiliyor olması önemli bir bulgudur. Bu sonuç üreme sağlığı ile ilgili danışmanlık hizmetlerinin yeterli düzeyde verilebildiğini gösterebilir. Aile hekimlerine ardışık olarak başvuran 3256 hasta üzerinde ABD'de yapılan bir kesitsel çalışmada aşılama, cinsiyete özel olmayan taramalar ve danışmanlık hizmetleri almada cinsiyetin bir fark yaratmadığı bulunmuştur.⁽⁶⁷⁾ Bu çalışmada hastaların yaşı ve sağlık güvencesi kontrol edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise, bu değişkenlerin birlikte modele alındığı regresyon analizleri sonucunda,cinsiyet değişkeni etkili bulunmuş ve kadın olmak hizmet kapsayıcılığı açısından anatajlı bulunmuştur. Bu farklılık bizim ülkemizde koruyucu danışmanlık ve aşılama hizmetlerinin daha çok kadınlara veriliyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Toplum sağlığı merkezlerinde görev yapan 138 doktora kayıtlı 2398 hasta üzerinde, ABD Cleveland'da yapılan bir araştırmada sağlık danışmanlığı ve sağlık taraması hizmetlerinin hekimin kişisel yaklaşımı ve hizmet koordinasyonunu olumlu yönde anlamlı olarak etkilediği bulunmuştur.⁽⁶⁸⁾Bu çalışmada BDÖ(PCAS) ile ölçülen bir özellik olan hekimin kişisel yaklaşımı ile BDG(PCAT) ölçeğinde kapsayıcılık boyutu, benzer şekilde 0-12 ay bebek bulunan hanelerde yüksek bulunmuştur.

Eşgüdüm - BDÖ (PCAS):

Eşgüdüm özelliği genel olarak düşük bulunmakla birlikte, üst sosyal sınıfta, lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olanlarda, bölgeye göçle gelmeyenlerde ve kentsel bölgede yaşayanlarda daha yüksek bulunmuştur.

Eşgüdüm özelliğinin başarılabilirliğinin, bu çalışmada ulaşılabilirlik özelliğiyle aynı yönde benzerlik göstermesi, bu iki özellik birlikte değerlendirildiğinde şöyle bir sonuç ortaya çıkarmaktadır: Birinci basamağa

ulaşılabilirliği “daha iyi” olan gruplar, her yeni sağlık sorunlarında önce bu basamağa başvurmakta ve diğer basamaklara yönlendirme sırasında gerekli bilgi alışverişi yapılarak sevk edilmektedirler. Bu kişilerde diğer basamaklar ve birinci basamak sağlık kurumu arasında bilgilendirme ve hastayı yönlendirme diğer gruplara göre daha iyidir. Yani toplumun sosyoekonomik yönden daha avantajlı kesimleri daha koordine bir sağlık hizmeti almaktadırlar.

Aile hekimliği uygulamaları başladığından beri bu çalışmanın yapıldığı tarihlerde, gerek pilot uygulamanın başladığı illerde, gerekse sosyalleştirme uygulamalarının halen sürdüğü illerde basamaklar arası zorunlu sevk uygulamaları kaldırılmış olduğundan ve halen bu uygulama hali hazırda sürmekte olduğundan eşgüdüm özelliği ile ilgili bulgular yorumlanırken bu durum akılda tutulmalıdır.

Elde edilen bulgulara göre sağlık güvencesi varlığı çelişkili görünse de eşgüdüm boyutunu olumsuz yönde etkilemektedir. Yeşil kart sahipleri eşgüdüm özelliğine en düşük puanı vermiştir. Yeşil kart için zorunlu sevk uygulaması; bu hastaların farklı basamaklara başvurmak için birinci basamağı yalnızca zorunlu oldukları için kullandıklarını, bu durumda hekimin diğer basamaklardaki hekimlere ve hastaya gerekli bilgiyi sağlama koşulunun ortadan kalktığını, hastayı zorunlu bir prosedür gereçi sevk ettiğini gösteriyor olabilir. Diğer boyutlarla çelişkili gibi görünen kimi sonuçlar bu soruları yanıtlayan bireylerin standart bir sevk uygulaması yerine hekimin kişisel yaklaşımını yansıtan yanıtlar vermelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Ayrıca eşgüdüm özelliğinin daha sağlıklı ve bütüncül değerlendirilebilmesi için hastaların sevk edilme gerekçeleri ve sevk edildikleri hekim ile ilgili bilgilendirme yeterliliğinin yanı sıra, basamaklar arası koordinasyonun “kurumsal düzeyde” değerlendirilebilmesine olanak sağlayan nesnel verilerin de elde edilmesine gereksinim vardır. Nitekim kapsayıcılık ve eşgüdümün hane düzeyinde elde edilen bireysel verilerden çok kurum kaynaklı verilerle daha başarılı bir şekilde ortaya konuğu bildirilmektedir.^(11,14) 65 yaş üstü kişilerde morbidite düzeyi ile birinci

basamak hizmet niteliği arasındaki ilişkiye bakılan bir araştırmada yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi kontrol edildikten sonra hizmet özelliklerinden hizmetin koordinasyonu, iletişim, kişisel yaklaşım ve güven puanlarının düşüklüğü yüksek morbidite düzeyi ile ilişkili bulunmuştur.⁽⁴⁵⁾

Yaşlılara sunulan birinci basamak sağlık hizmetleri açısından elde ettiğimiz bulgular, yaşlıların gerek hizmet kapsayıcılığı gerekse koordinasyon açısından yetişkin ve gençlere göre daha düşük puan aldıklarını göstermektedir. Bu bulgular aile hekimliği uygulamasının da yaşlılık sorunlarına yaklaşımda yeterince etkin olmadığını düşündürmektedir. Sosyalleştirme döneminde yapılan bir çalışmada Ankara merkez ilçede bir bölgede yaşayan yaşlıların sadece %50'sinin bir sorunları olduğunda sağlık ocağına başvurdukları bildirilmişti;bu oranın aile hekimliği döneminde ne kadar farklılaştığı ise bilinmemektedir.⁽⁶⁹⁾

Eşgüdüm - BDG (PCAT):

Eşgüdüm özelliği puanları,alt sosyal sınıfta ve yarıkentsel bölgede yaşayanlarda diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu iki ölçek arasında farklılık göstermektedir. Ölçekler sahada aynı anda, aynı kişilere uygulandığı için yorum yapabilmek zordur. PCAT çocuk sürümü ve yetişkin sürümü aynı anda uygulanarak bu sonuçlar elde edildiğinden çocuklarla ilgili sorulan soruların puanları değerlendirme dışı bırakıldığında da durum değişmemektedir. Yani süreklilik boyutundaki ilişki burada da aynı yöndedir. PCAT ile PCAS eşgüdüm soruları tek tek değerlendirildiğinde PCAT buyutunun sorularının aynı ölçeğin (PCAT) Süreklilik sorularına kavramsal olarak çok benzediği gözlenmekte, bu soruların "F" grubunun daha çok "kayıt ve bilgi sürekliliği" ile ilgili sorular olduğu izlenmektedir.(Tablo 13)

Hizmet memnuniyeti, Kişisel yaklaşım,Güven- BDÖ (PCAS):

Bu üç boyut daha önce söz edildiği gibi, hekim-hasta ilişkisi adı altında tek bir üst boyuta toplanabilmektedir.

Bu boyutlarla ilgili elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, hizmet memnuniyeti ve kişisel yaklaşım boyutlarının aynı değişkenlerden ve benzer yönde etkilendiğini görüyoruz.Evde beş yaş altı çocuk ve 0-12 aylık bebek varlığı ve hanede kronik hastalıklı birey bulunmaması hizmet memnuniyetini ve hekimin kişisel yaklaşım puanını artırmaktadır.

Bu bulgu bebek ve çocuk izlemi konusunda birinci basamağın ülkemizde sosyalleştirmeden beri süregelen olumlu yaklaşımının halen sürdüğü yönünde izlenim yaratmaktadır.Bu sonuç çok değişkenli modelde de bebek varlığında aynı yönde etkili görülmektedir.

Kronik hastalığı olan birey bulunmayan hanelerin bu üç özellik açısından daha düşük puan vermesi hizmet sunumunda bu yönde eksiklik olduğunu düşündürmektedir.Yaşlı sağlığı hizmetlerinin kronik hastalık bakımını da içerdiği göz önüne alınırsa uygulamaların bu yönde geliştirilmesi gerektiğini söyleyebiliriz.Bir çalışmada kentsel alandan uzakta yer alan yerleşim bölgelerinde kronik hastalık sıklığı fazla olmasına rağmen kolesterol ölçüm ve kontrolleri kentsel bölgeden daha düşük bulunmuştur.⁽⁷⁰⁾Bu bulgu çalışmadan elde edilen bulguyu destekler niteliktedir.

Yapılmış bir çalışmada ölçeğin boyutlarından birisi olan hizmet memnuniyeti boyutu başka ölçeklerle birlikte uygulanarak hekimin bazı özelliklerinin hastanın hizmet memnuniyetini nasıl etkilediği araştırılmıştır. Hekimin cinsiyeti, açıklık, özdenetim, bir yıldan uzun süre aynı hekime bağlı olma gibi özellikler hizmet memnuniyetini etkilemektedir.⁽⁵¹⁾Bu çalışmada değerlendirilmemiş olsa da;hizmet memnuniyeti değerlendirilirken hekimlerin bazı sosyodemografik özelliklerinin bilinmesi gerekebilir .

PCAS ölçeğiyle yapılan bir başka çalışmada cinsiyet ve gelir değişkenleri bu boyutlar için anlamlı farklılıklar göstermezken, boyut puanları ile ilişkili sosyoekonomik faktör yalnızca eğitim olarak saptanmıştır. Eğitim düzeyi yükseldikçe hizmet memnuniyeti ve kişisel yaklaşım puanları artmıştır.⁽⁴¹⁾

Bizim çalışmamızda eğitim düzeyi bu boyutlar üzerinde etkili bulunmamıştır. Ancak bu çalışmanın yürütüldüğü grup bizim çalışmamıza göre sosyoekonomik düzeyi daha düşük, kronik hastalık sıklığı daha yüksek bir gruptur .

Kesitsel bir çalışmada hastanın memnuniyeti ile ulaşılabilirlik ve hizmetin sürekliliği arasında olumlu bir ilişki bulunmuştur.⁽⁷¹⁾Biz çalışmamızda;bu ölçekte her bir boyut, aynı yapının farkı alanlarını ölçen bir bütünün altında yer alan boyutlar olduğundan ve karşılıklı etkileşim gösterebileceği göz önüne alınarak bu boyutları birbirleri ile karşılaştırmadık

PCAS ile yapılan başka bir çalışmada “hekim hasta ilişkisi” belli boyutların bir özet alanı olarak ele alınmış(iletişim,güven,kapsayıcılık,kişisel yakınlık),daha sonra yapılan analizlerde hasta hekim ilişkisindeki kötü puanların diğer faktörlerle birlikte tedavide aksamayı ve bazı önerilen tedavileri atlamayı artırdığı bulunmuştur.⁽⁷²⁾

Çocuklarda madde kullanımı ile ebeveyn ilişkisi ; PCAS ölçeğinde yer alan birinci basamak hizmet özellikleri modifiye edilerek oluşturulan ebeveyn-hekim ilişkisi boyutu ile değerlendirilmiş ve bu boyutun puanı arttıkça madde kullanımı ile ilgili doktor ebeveyn iletişiminin arttığı bulgusu elde edilmiştir.⁽⁷³⁾

Bu iki çalışma belli risk gruplarından seçilen örnekler üzerinde bu yalnızca bu boyutların değerlendirilmesinin farklı bir yaklaşım biçimi olduğunu göstermektedir.

Güven boyutunda ise; kentsel bölgede yaşayanlar ve göçle gelmemiş olanların hekimlerine daha çok güvendikleri ortaya çıkmıştır. Bu durumun sosyokültürel farklı nedenlerden kaynaklanıyor olabileceği gerçeğinin araştırılması gerekir. Ancak birinci basamakta sağlık hizmet sunumunun,

öncelikle risk gruplarına yönelik planlanması öngörüldüğünden hizmetin niteliğinin yanı sıra güven boyutunun ulaşılabilirliği etkileyebilecek önemli bir özellik olduğu düşünülebilir.

Bu iki bulgu birlikte değerlendirildiğinde, ulaşılabilirlik puanları da aynı sosyal gruplarda düşük olduğundan, hastanın doktora güveninin birinci basamakta başvuruyu dolayısıyla ulaşılabilirliği etkileyebileceği öngörüsünde bulunabiliriz.

Hastanın güveninin birinci basamak hekimin davranışsal özellikleriyle ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada görüşme süresinde her bir dakikalık artışa karşılık,güven puanında 0.01 lik bir artış olduğu bulunmuştur.⁽⁷⁴⁾

Bir başka çalışmada ise, bizim çalışmamızda olduğu gibi, hekimin hastaya ayırdığı süre ile ilgili hastanın değerlendirmeleri sorulmuş,ancak hekimin hastaya ayırdığı zaman ölçülmemiştir.⁽⁷⁵⁾Birinci basamak sağlık hizmeti başarısının, sağlık çıktılarıyla ilişkisinin araştırıldığı bu çalışmada hastanın kapsamlı bilgisine sahip olma ve hastanın hekime olan güveni tedaviye uyumla güçlü derecede ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmaya göre güven boyutu hasta memnuniyeti ile en güçlü ilişkisi olan özelliktir.

Bu çalışmada PCAS ölçeğinin hekim davranışları memnuniyeti ile ilgili soruların tek tek 5 li Likert seçeneklerinin “iyi ve üstü” oranlarına bakıldığında bu oranların % 81 – 88 arasında olduğu görülmektedir. Yani hekim davranışlarından memnuniyet bu düzeyde ifade edilmiştir. Öte yandan sağlık hizmeti memnuniyeti için de bu oranların benzer şekilde % 85 olduğu görülmektedir. Bu bulgular, Sağlık Bakanlığı tarafından yeni yapılan memnuniyet araştırmasının ilgili sorularından elde edilen oranlarla uyum içinde olduğunu göstermektedir.⁽⁷⁶⁾

Aile Merkezlilik, Toplumsal kapsayıcılık ve katılım, Kültürel Uyum - BDG (PCAT):

PCAT türetilmiş boyutlar, PCAS ölçeğinde ayrı bir boyut halinde olmadıklarından bu üç boyutu PCAS boyutları ile karşılaştırma olanağı yoktur.

Tüm bağımsız değişkenler açısından Toplum kapsayıcılığı ve katılımı, Kültürel uyum boyutlarında anlamlı bir etki saptanmazken, Aile merkezlilik boyutu;eşin eğitimi lise ve üstü olanlarda ve kronik hastalığı bulunmayanlarda yüksek bulunmuştur.Bu bulguların farklı çalışmalarla yeniden değerlendirilmesi gerekir.

5.3. Birinci Basamak Değerlendirme Gereci-BDG (PCAT) yetişkin sürümünün Güvenilirlik ve Geçerliliği

PCAT ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması için Manisa merkez bölgesinden seçilen örneğin sayısı ve dağılımı açısından evreni temsil etme sorunu yoktur. Kentsel ve yarıkentsel bölgelere ve yaş gruplarına göre büyüklüğe orantılı örnek seçimi, ayrıca her bir aile hekimliği listesinden eşit sayıda küme alınması, temsiliyet sorununu önemli ölçüde çözmektedir.Araştırmanın yapıldığı bölgelerde sağlık hizmetleri aile hekimliği uygulamaları ile sunulmaktadır, farklı bir hizmet sunum yaklaşımı olmadığından karşılaştırma yapmak mümkün olmamıştır.Ölçek boyutları çok az sayıda sağlık hizmeti dışında(kurşun zehirlenmesi,sigmoidoskopi vb)aile hekimliği uygulamasında sunulan hizmetleri kapsamaktadır.

Ölçeğin merkezi dağılım ve yayılım ölçütlerine bakıldığında çarpıklık ve basıklığın normal sınırlarda(-1 ile +1 arasında) olduğu görülmektedir.Tabanda ve tavanda yüzdeler açısından sorunlu olabilecek boyutlar sırasıyla kültürel uyum, aile merkezlilik, kayıt ve bilgi koordinasyonudur. Bu boyutlar arasında özellikle tavan etkisi %20 değere yaklaşan veya geçen boyutlar kültürel uyum ve aile merkezlilik boyutlarıdır. Diğer tüm boyutlarda taban ve tavan etkileri istenen düzeylerde dir.

Güvenilirlik:

Boyutların iç tutarlılıkları “ hizmete erişim” alt boyutu dışında oldukça iyi sonuçlar vermiştir. Ulaşılabilirlik boyutunun diğer alt boyutu olan “hizmetten faydalanma” boyutu da diğer boyutlara göre daha düşük iç tutarlılık göstermektedir. Ancak bu boyutun B3 sorusu (*sevk alma zorunluluğu sorusu*) silindiğinde (tablo 13) iç tutarlılık oldukça iyi bir düzeye gelmektedir. Bu sorunun (B3) toplam madde korelasyonunun da 0.35'in altında olduğu görülmektedir. Sağlık sisteminde çalışmanın yapılmış olduğu dönemde sevk kağıdı alma zorunluluğu bulunmaması bu sorunun iç tutarlılığı olumsuz yönde etkilemesine neden olabilir. Ancak zamanla sevk uygulamasındaki değişiklikleri ortaya çıkarmada belirleyici bir sorudur ve her uygulamada mutlaka sorulması gerekir kanısındayız.

Diğer boyutlar için bakıldığında, toplam madde korelasyonu 0.35'in altında ve madde silindiğinde Cronbach alfa katsayısı diğer sorulara göre yüksek olan sorular genel olarak sorunlu olarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre C3 ,C10, C12 (*bekleme süresi veya işten/okuldan kalma*) ve D14, D15 (*hekim değiştirme*) sorularının toplam madde korelasyonu düşük ve madde silindiğinde Cronbach katsayısı ise yüksektir.

Madde boyut korelasyonlarına bakıldığında hizmete erişim alt boyutu ve mevcut hizmetler alt boyutu diğer boyutlardan daha düşük değerler almışlardır. Bu bulgu, bu boyutlarda elde edilen iç tutarlılık bulgularıyla uyumludur ve boyutu oluşturan soruların çalışmanın uygulandığı bölgede hizmet sunumu modeli açısından yeniden gözden geçirilmesini gerektirebilir. Ancak genel olarak ölçeğin bütünü ile ilgili bir güvenilirlik veya tutarlılık sorunu olduğu sonucu çıkarılamaz.

Geçerlilik:

Geçerlilik çalışmalarında genellikle Ölçüt (kriter) ve Yapı geçerliliği çözümlenmeleri yapılmaktadır.

Ölçeğin geçerliliği için bakılması gereken dışsal kriterlerden biri de ölçek boyutlarının başarıyla uygulandığı bilinen bireyler üzerinde sınanmasıdır. Fakat ölçek çok yeni olduğundan ve Türkiye’de BSH

ortamında bu hizmetten yararlanma açısından toplumun farklı kesimlerinin, hizmetin farklı boyutlarından eşit olmayan düzeyde yararlanma deneyimi nedeniyle bu dışsal ölçüt kullanılamamıştır. Örneğin ulaşılabilirlik erkeklerde daha iyi iken, sürekliliğin kadınlarda daha iyi olması gibi.(Tablo 8)Bu durumda bulgular bölümünün başında verilen tanımlayıcı verilerin sonuçlarının burada da tekrar gösterilmesi gerekirdi.

PCAT'in yapısal geçerliliği ,

1.Birleşim-ayrışım geçerliliği

2. Faktör yapısı

ile ortaya konmaya çalışılmıştır.

1.Birleşim-ayrışım geçerliliği:daha önce bu bölgede uygulanmış olan PCAS(BDÖ) ile korelasyonlarına bakıldığında benzer boyutların birbiriyle yüksek korelasyon; farklı kavramları sorgulayan boyutların ise düşük korelasyon göstermesi beklenirdi. Fakat birinci basamak hizmet özellikleri birbirini etkilediğinden çok büyük bir ayrışım gözlenmedi. Yine de bu yöntem PCAT(BDG) ve PCAS(BDÖ)'nin kendi boyutlarının birbiriyle olan ilişkilerinde daha iyi sonuçlar vermiştir.

PCAT Boyutlararası korelasyonlar ölçeğin orijinal geçerlilik çalışmasına benzer sonuçlar vermiştir. Ölçeğin kapsayıcılık alt boyutlarının birbiriyle korelasyonları en yüksek değerlerde iken, ulaşılabilirlik boyutu alt boyutları daha düşük korelasyon göstermektedir.Türetilmiş boyutların ana boyutlarla korelasyonu ise daha yüksektir.Orijinal ölçekte de benzer sonuçlar elde edilmiştir.Bu sonuçların sağlık hizmetinin çok yönlü ve karmaşık yapısını ölçmede yeterli düzeyde olduğu kabul edilebilir.

2.Yapısal geçerlilik:

Bizim çalışmamızda boyutlar bazı içtutarlılık sorunları olmasına rağmen orijinal ölçekte olduğu gibi korunmuştur. Ölçeğin Kore'de yapılan kültürel uyarlama geçerlilik çalışmasında PCAT Kısa Form kullanılmıştır.Bu çalışma sonucunda yedi temel boyut elde edilmiştir.⁽⁷⁷⁾

Doğrulayıcı faktör analizleri yapıldığında elde edilen bulgular değerlendirildiğinde soru çıkarılarak yeniden denenen modellerde faktöriyel yüklerin daha iyi dağıldığı gözlenmiştir. Soru çıkarıldığında RMSA,CFI(KUİ), daha iyi olmasına rağmen sonuçların bu çalışmada olduğu gibi toplumsal düzeyde sahada yapılan çalışmalarda üst düzeyde yüksek çıkması beklenmez. Nitekim ölçeğin orijinal geçerlilik çalışmasında da çok yüksek değerler elde edilememiştir. Yine de ek şeklerde (ek şekil 1,ek şekil 2) soru çıkarılarak kurulan modeller verilmiştir.

Bu ölçekler psikometrik özellikleri değil nesnel durumları ölçtüğünden uyumluluk sonuçları birincil değerlendirme kriteri olarak düşünülmemelidir. Bu tip öznel özellikleri ölçen PRO (Patient report outcomes-hasta bildirimine dayalı) ölçeklerin nesnel kriterlere her zaman duyarlı olması beklenmez. Bu nedenle soru çıkarılarak uyumluluk sonuçlarını yükseltmek yerine; bizim yaklaşımımız daha çok; farklı uygulamalarda bir çok kez ölçeğin orijinal haliyle sınanarak ülkemiz için uygunluğuna karar vermektir. Bu çalışmaya benzer şekilde yapılan geniş sürümün bir geçerlilik çalışmasında yetişkin genişletilmiş sürümünden 10 soruluk bir seçim yapılarak da temel sağlık hizmetleri değerlendirilmiştir. Aynı yayında ülkelerarası uygulama farklılıkları nedeniyle bazı sorularda içerik kaybı oluşmasının kaçınılmazlığından sözedilmektedir.⁽⁷⁸⁾ PCAT yetişkin sürümü ile 3000 kişilik bir örnek üzerinde, Brezilya da yapılan bir geçerlilik çalışmasında ölçeğin karmaşık ve gelişmiş bir yapısı olduğu,ancak Birinci basamak hizmetin değerlendirilmesinde uygun bir araç olduğu belirtilmiştir.⁽⁷⁹⁾

Bu çalışmada uygulanan ölçeklerden biri olan PCAT Çocuk sürümünün sosyodemografik değişkenlere duyarlılıkta kullanılması, ancak geçerlilik analizlerine alınmamasının nedeni; örnek sayısının yetersizliği nedeniyle çoklu analizlere olanak vermemesidir.Çocuk sürümü için uygulama sahasında verilen yanıtları hane bazlı verildiğinden; alınan hizmetin niteliğini yansıtıyor olduğu varsayımı ile örneğe alınmıştır. PCAT Çocuk sürümü kısa formu ile yapılan bir başka geçerlilik çalışmasında 2200 kişilik 0-14 yaş arası çocuk adına ebeveyne ulaşılmıştır.⁽⁸⁰⁾ PCAT Çocuk

sürümünün genişletilmiş formunun geçerliliğinin sınındığı bir başka çalışmada ise 450 kişilik bir ebeveyn grubunda 18 ve altı yaş çocuklar adına anket yapılmıştır.⁽⁸¹⁾ Bizim çalışmamızda kullanılan çocuk sürümün geçerliliği için örnek büyüklüğünün daha fazla olduğu yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları:

Bu araştırmanın en önemli kısıtlılığı erkek ve kadın oranlarının araştırmanın yapıldığı evrene benzememesidir. Erkek oranının topluma göre daha düşük olması anket için gidilen hanelerde erkeklerin çalışma saatleri nedeniyle evde bulunmayışından kaynaklanmaktadır. Bu sorunu gidermek için hafta sonları; Cumartesi ve Pazar günleri çalışma sürdürülmüştür. Ancak yine de özellikle yetişkin yaş grubundaki erkeklerin evde bulunmayışı araştırmanın en önemli kısıtlılığı olarak kalmıştır.

Diğer kısıtlılık ise, anket görüşme süresinin beklenenden uzun olması ve bunun sonuçları etkileme olasılığı olarak sayılabilir.

Öte yandan bu çalışmada BDG (PCAT) ölçeğinin Hizmet sunucu ve Kurum sürümlerinin geçerliliği çalışılmamıştır. Bunun temel nedeni araştırma örneğinin olabildiğince Manisa kent merkezini temsil edebilmesi için tabakalı küme örnekleme yönteminin tercih edilmesi yani örneğin büyük olması ve kaynakların bununla sınırlı kalmasıdır.

VI. Sonuçlar ve neriler

BDÖ (PCAS) ile elde edilen bulgulara göre;genel olarak toplumun daha avantajlı kesimlerinin birinci basamak sağlık hizmetine daha fazla ulaştığını ancak sürekliliğin risk gruplarında daha iyi olduğunu söyleyebiliriz.Kapsayıcılık yetersiz görünmekte , eşgüdüm ise sevk uygulamasının zorunlu olmayışı nedeniyle dikkatli yorumlanmalıdır.Sevk uygulaması değiştiğinde yeniden yapılacak bir değerlendirme hizmetin koordinasyonu açısından karşılaştırma olanağı verecektir.

BDG (PCAT) leği ise Birinci basamak sağlık hizmetini değerlendirmede, ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti başarılabilirliğini değerlendirmede uygun bir araç olarak kullanılabilir.Bu tür çok boyutlu ölçümlerle elde edilen sağlık hizmet niteliği algısının yalnızca klinisyenin ya da kurumun sonuç çıktılarıyla değerlendirilmesi gibi tek boyutlu değerlendirme yaklaşımından daha kapsayıcı ve bütüncül sonuçlar vereceğini söyleyebiliriz.

Bu lekler sağlık sistemi içinde zamanla geliştirilen farklı uygulama süreçlerinin ara çıktılar üzerinden çok yönlü değerlendirilmesine olanak sağlayacak, ayrıca, eş zamanlı pilot uygulamaların hizmet başarılabilirliğinin değerlendirilmesi yapılarak eksikleri ortaya çıkarmak mümkün olacaktır.Ayrıca sağlıkta eşitsizlikleri değerlendirmede iyi bir ölçüm gereci olduğu söylenebilir.

VII. ÖZET

Bir Kentsel Bölgede Bazı Yapılandırılmış Ölçüm Gereçleri İle Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

Amaç:Aile Hekimliği Manisa pilot uygulamasının işleyiş özelliklerini Primary Care Assessment Survey (PCAS) kullanarak ölçmek ve değerlendirmek ve “Primary Care Assessment Tool (PCAT)” yetişkin sürümünün Manisa ilinde seçilen bir örnek üzerinde geçerlilik ve güvenilirliğinin ortaya konmasıdır.

Gereç ve yöntem:Bu yöntemsel araştırmanın evrenini Manisa Merkez İlçede bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) bağlı 79 (yetmiş dokuz) adet Aile Sağlığı Birimi'ne(ASB) kayıtlı bireyler oluşturmaktadır .(n=279.000) Örnek seçimi çok aşamalı küme örnekleme yöntemi ile yapılmış, toplam 80 kümeden oluşan 800(sekizyüz) kişilik bir örnek grubuna ulaşılmıştır. (n=800)

Ölçüm araçları olan PCAS(Primary Care Assessment Survey) PCAT(Primary Care Assessment Tool) yetişkin sürümü , yüz yüze uygulanarak veri toplanmıştır. Elde edilen verilerin analizi için SPSS 15.0 programı kullanılmıştır. Parametrik dağılımlarda Student's t-testi ve tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA), non parametrik dağılımlarda ise Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi, oranlar arası farklılıkları ölçmede Ki kare testi kullanılmıştır. Çok değişkenli analizler için PCAT ve PCAS boyut puanları medyandan kesilerek kategorize edilmiş ve basamaklı (eksiltmeli - backward) lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.PCAT yetişkin Türkçe uyarlama geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde “Doğrulayıcı yaklaşım “ kullanılmıştır Ölçeğin güvenilirliği için “İç tutarlılık analizleri” ve ayrıca “Ölçek Başarısı” kullanılmıştır. Geçerlilik analizlerinde ise Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) (Lisrel 8.05 programı ile) ve Birleşim-Ayrışım geçerliliği çözümlenmeleri kullanılmıştır.

Bulgular : Araştırmaya katılanların %23.3 ü erkek % 76.7 si kadındır.Araştırma grubunun yaş ortalaması 40.33 ± 13.85 'dir. PSAC boyut puanları ortalamalarına bakıldığında: *Ulaşılabilirlik* boyutu puanları erkeklerde, üst sosyal sınıfta ,kendi ve eşi lise üstü eğitim almış olanlarda ve

sağlık güvencesi olanlarda daha yüksek bulunmuştur. *Süreklilik* boyutu kadınlarda, eğitimsizlerde, sağlık güvencesi olmayanlarda yeşil kart sahibi olanlarda, bölgeye göçle gelmediğini bildirenlerde, yarıkentsel bölgede yaşayanlarda daha yüksektir. *Kapsayıcılık* boyutu, kadınlarda, kendi ve eşi eğitimsiz olanlarda, sağlık güvencesi yeşil kart olanlarda, beş yaş altı çocuk ve 0-12 bebek bulunan hanelerde anketi yanıtlayan bireylerde, yarıkentsel bölgede yaşayanlarda daha yüksek puanlara sahiptir. *Eşgüdüm* boyutu puanları; üst sosyal sınıfta, kendisi ve eşi lise ve üstü eğitim almış olanlarda, sağlık güvencesi olmayanlarda ,göçle gelmeyenlerde,beş yaş altı çocuk ve 0-12 aylık bebek bulunan hanelerde ve kentsel bölgede ikamet edenlerde daha yüksek bulunmuştur. PCAT ölçeği puanları alt boyutlar şeklinde merkezi dağılım ölçütleri açısından incelendiğinde tüm alt boyutlarda çarpıklık ve basıklık değerlerinin (-1ile +1) arasında yer aldığı ve bu gözlenmektedir. Ölçek başarı oranları sırasıyla (%86.7- %100)arasında yer almaktadır. Cronbach alfa değerleri“kayıt/bilgi koordinasyonu”,“hizmete erişim” ve “hizmetten faydalanma” alt boyutları dışında (0.80-0.90) arasında yer almaktadır. Doğrulayıcı Faktör Analizinde, tüm sorular analize alınmıştır. Ana boyutlar için RMSEA :0.10, CFI:0.84; türetilmiş boyutlar(Aile Merkezlilik,Toplumsal kapsayıcılık ve katılım,kültürel uyum) için RMSEA :0.12, CFI: 0.88 'dir.

Sonuç: BDÖ (PCAS) ile elde edilen bulgular genel olarak toplumun daha avantajlı kesimlerinin birinci basamak sağlık hizmetine daha fazla ulaştığını ancak sürekliliğin risk gruplarında daha iyi olduğunu söyleyebiliriz. Süreklilik boyutundaki bu farklılığın olası nedeni aile hekimliği sisteminin önceden olduğu gibi toplumdaki öncelikli risk gruplarına (doğurgan çağ kadın, gebe, bebek ve çocuk) sürekli izlem hizmeti verilmesidir. BDG (PCAT) ölçeği ise ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti başarılabilirliğini değerlendirmede uygun bir araç olarak kullanılabilir. Ayrıca sağlıkta eşitsizlikleri değerlendirmede iyi bir ölçüm gereci olduğu söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak, performans değerlendirme, PCAT,PCAS

VIII. Summary

Assessment of Primary Care Services in an urban district by using structured PHC measuring instruments (PCAS & PCAT) .

Objective: There two main objectives: (1)To measure and assess the operational characteristics of the primary care (Family Medicine) practices in Manisa by using Primary Care Assessment Survey (PCAS) and (2) to test the reliability and validity of the "Primary Care Assessment Tool (PCAT)" adult version on a representative sample in the city centre of Manisa province.

Methods:

The target population (universe) of this crosssectional & methodological study is Manisa city centre population .(n=279.000). The study sample was calculated as 800 and multistage cluster sampling method were applied with at least one cluster (n=10) for each of the 79 Family Physical Unit (FPU) district.

PCAS and PCAT were applied with face to face interviews and only one subject were interviewed for each of the households that was systematically selected. Univariate parametric (Student's t test & One Way ANOVA, Chi Square) and non parametric tests (Kruskal Wallis ve Mann Whitney U) and Multivariate (backward stepwise logistic regression) analyses were used during the statistical analyses.

Confirmatory approach were used during the cultural adaptation and psychometric analyses of the PCAT adult version. Descriptive distribution characteristics (mean values, skewness, kurtosis, floor & ceiling effects, item analyses) ; reliability analyses (internai consistency with Cronbach's alpha & item-scale correlaiton matrix for scale success) and conctruct validity analyses (Confirmatory factor analyses and Convergent-divergent validity) were applied.

Results: The mean age of the participants was 40.33 ± 13.85 ; 23.3% male and 76.7% female.

Low PSAC dimension scores were obtained in general compared to the western (mainly US) countries figures. These dimension scores were affected by a number of sociodemographic variables such as: *Accessibility* and *Comprehensiveness* dimension scores were higher in man than women; among higher social class community than lower classes; among those who were well educated and who were insured and those who were living in suburban settlements. In contrary with accessibility and comprehensiveness dimensions, higher *Longitudinality* dimension scores were obtained among low socioeconomic classes compared to advantaged populations. For example *Longitudinality* dimension scores were higher in people who were living in suburban areas compared to those living in urban areas.

Coordination dimension score differs from the other 3 dimensions in that it was sensitive to a more heterogeneous socioeconomic variables.

Coordination dimension score was found higher among well educated people; those who belong to higher social classes living in urban areas; those who currently have a neonate (baby) at home; and those who are uninsured. PCAT scale showed acceptable distribution properties (Skewness, Kurtosis, floor and ceiling percentages) Scale success showed a range between (%86.7- %100) for the dimensions of the PCAT. Cronbach alpha values were satisfactory in general (0.80-0.90) All of the scale items were included in the Confirmatory Factor Analyses and the results of CFA revealed RMSEA :0.10, CFI:0.84 for main (*Accessibility*, *Longitudinality*, *Comprehensiveness* & *Coordination*) dimensions and RMSEA :0.12, CFI: 0.88 for derived dimensions (*Family Centeredness*, *Community Orientation*, *Culturally Competency*)

Conclusion: Cross sectional findings for PCAS revealed that advantaged groups in the community have more access and get more comprehensive primary health care services, but disadvantaged groups get PHC more

continuously that advantaged groups most probably because of the structure of the PHC system based on the monitoring of the high risk population (reproductive aged women, pregnant women, neonates and children) of the community.

As for the PCAT: The psychometric findings of the PCAT Turkish version showed that this instrument may be used to evaluate the primary care performance and in the health inequalities research in Turkey although some modifications are needed.

Anahtar kelimeler: Primary Care, performance assessment, PCAT,PCAS

X.Ekler

Ek tablo1. Ölçek başarını göstermek için yapılan Pearson korelasyon tablosu

Soru no		İlk başvuru		Süreklilik	Eşgüdüm		Kapsayıcılık		Aile Merkez.	Toplum yönelim	Kültürel uyum
		Kullanım	Erişim	Tıbbi bakım	Hizmet	Kayıt/b ilgi	Mevcut hizmet	Sunulan hizmet			
B1	r	0.805	0.076	0.076	0.088	0.214	0.283	0.239	0.317	-0.029	0.124
	p	0.000	0.060	0.060	0.055	0.000	0.000	0.000	0.000	0.473	0.002
B2	r	0.796	0.064	0.078	0.159	0.176	0.263	0.250	0.309	0.088	0.118
	p	0.000	0.117	0.053	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.029	0.003
B3	r	0.612	0.019	-0.015	0.023	0.081	-0.021	-0.057	0.069	-0.085	-0.003
	p	0.000	0.642	0.705	0.614	0.046	0.609	0.164	0.089	0.036	0.943
C1	r	-0.013	0.389	-0.161	0.000	0.002	0.242	0.168	0.132	-0.033	-0.039
	p	0.741	0.000	0.000	0.999	0.957	0.000	0.000	0.001	0.414	0.336
C2	r	0.003	0.365	-0.179	0.008	-0.023	0.240	0.168	0.117	-0.014	-0.034
	p	0.931	0.000	0.000	0.857	0.579	0.000	0.000	0.004	0.724	0.405
C3	r	-0.078	0.133	0.035	-0.090	0.067	0.055	-0.094	-0.042	-0.127	0.067
	p	0.055	0.001	0.387	0.049	0.100	0.177	0.021	0.302	0.002	0.099
C4	r	0.041	0.613	0.352	0.317	0.165	0.106	0.211	0.227	0.268	0.199
	p	0.310	0.000	0.000	0.000	0.000	0.009	0.000	0.000	0.000	0.000
C5	r	0.066	0.601	0.291	0.059	0.180	0.144	0.081	0.164	0.166	0.132
	p	0.105	0.000	0.000	0.145	0.000	0.000	0.047	0.000	0.000	0.001
C6	r	-0.035	0.662	0.223	0.191	0.212	0.045	0.077	0.211	0.187	0.307
	p	0.388	0.000	0.000	0.000	0.000	0.266	0.058	0.000	0.000	0.000
C7	r	-0.060	0.628	0.188	0.186	0.202	0.032	0.089	0.208	0.173	0.313
	p	0.142	0.000	0.000	0.000	0.000	0.436	0.029	0.000	0.000	0.000

Ek Tablo 1.devamı

Soru no		İlk başvuru		Süreklilik	Eşgüdüm		Kapsayıcılık		Aile Merkez.	Toplum yönelim	Kültürel uyum
		Kullanım	Erişim	Tıbbi bakım	Hizmet	Kayıt/bilgi	Mevcut hizmet	Sunulan hizmet			
C8	r	0.011	0.311	0.267	0.089	0.254	0.159	0.042	0.135	0.204	0.238
	p	0.791	0.000	0.000	0.028	0.000	0.000	0.305	0.001	0.000	0.000
C9	r	0.062	0.444	0.092	-0.079	-0.111	-0.098	-0.058	-0.170	-0.020	-0.169
	p	0.125	0.000	0.023	0.050	0.016	0.015	0.153	0.000	0.620	0.000
C10	r	-0.040	0.270	0.235	0.061	-0.017	0.040	-0.095	-0.115	-0.018	-0.017
	p	0.320	0.000	0.000	0.131	0.706	0.328	0.019	0.004	0.666	0.671
C11	r	0.166	0.471	0.004	-0.045	-0.036	-0.116	0.192	0.111	0.070	-0.150
	p	0.000	0.000	0.925	0.267	0.436	0.004	0.000	0.006	0.085	0.000
C12	r	0.152	0.228	0.053	0.047	-0.079	-0.001	0.256	0.212	0.052	-0.127
	p	0.000	0.000	0.193	0.243	0.087	0.983	0.000	0.000	0.203	0.002
D1	r	0.047	0.139	0.565	0.217	0.069	0.117	-0.173	-0.052	0.094	0.051
	p	0.246	0.001	0.000	0.000	0.133	0.004	0.000	0.198	0.020	0.212
D2	r	0.121	0.204	0.546	0.093	0.251	0.275	0.072	0.159	0.316	0.123
	p	0.003	0.000	0.000	0.022	0.000	0.000	0.075	0.000	0.000	0.002
D3	r	0.189	0.225	0.582	0.127	0.192	0.316	0.078	0.153	0.333	0.107
	p	0.000	0.000	0.000	0.002	0.000	0.000	0.054	0.000	0.000	0.008
D4	r	0.106	0.363*	0.338	-0.165	0.037	0.141	0.092	-0.055	0.096	-0.057
	p	0.009	0.000	0.000	0.000	0.424	0.000	0.023	0.176	0.018	0.158
D5	r	0.149	0.227	0.675	0.184	0.247	0.265	0.030	0.097	0.348	0.126
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.466	0.016	0.000	0.002
D6	r	0.164	0.272	0.539	0.065	0.241	0.262	0.163	0.205	0.382	0.144
	p	0.000	0.000	0.000	0.109	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

Ek tablo1 devamı

Soru no		İlk başvuru		Süreklilik	Eşgüdüm		Kapsayıcılık		Aile Merkez.	Toplum yönelim	Kültürel uyum
		Kullanım	Erişim	Tıbbi bakım	Hizmet	Kayıt/bilgi	Mevcut hizmet	Sunulan hizmet			
D7	r	0.052	0.106	0.738	0.319	0.203	0.086	-0.041	0.089	0.134	0.120
	p	0.202	0.009	0.000	0.000	0.000	0.033	0.310	0.028	0.001	0.003
D8	r	-0.018	0.163	0.785	0.278	0.224	0.110	-0.061	0.089	0.156	0.183
	p	0.657	0.000	0.000	0.000	0.000	0.007	0.130	0.029	0.000	0.000
D9	r	-0.040	0.146	0.736	0.306	0.202	0.069	-0.064	0.071	0.102	0.163
	p	0.330	0.000	0.000	0.000	0.000	0.088	0.112	0.083	0.012	0.000
D10	r	-0.034	0.114	0.737	0.273	0.248	0.133	-0.031	0.162	0.223	0.186
	p	0.399	0.005	0.000	0.000	0.000	0.001	0.442	0.000	0.000	0.000
D11	r	-0.028	0.066	0.733	0.278	0.391	0.175	-0.052	0.203	0.242	0.287
	p	0.494	0.104	0.000	0.000	0.000	0.000	0.199	0.000	0.000	0.000
D12	r	-0.055	0.069	0.619	0.310	0.244	0.059	-0.109	0.141	0.129	0.250
	p	0.173	0.088	0.000	0.000	0.000	0.145	0.007	0.000	0.001	0.000
D13	r	0.054	0.156	0.635	0.252	0.263	0.206	0.057	0.286	0.311	0.177
	p	0.182	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.159	0.000	0.000	0.000
D14	r	-0.079	0.037	0.177	0.073	0.270	0.077	-0.040	0.107	0.131	0.290
	p	0.050	0.367	0.000	0.072	0.000	0.056	0.326	0.009	0.001	0.000
D15	r	0.026	0.195	0.344	0.123	0.252	0.066	-0.026	0.104	0.207	0.274
	p	0.526	0.000	0.000	0.002	0.000	0.105	0.526	0.011	0.000	0.000
E1	r	-0.024	0.116	0.041	0.067	0.090	0.013	-0.029	0.011	-0.167	0.065
	p	0.554	0.004	0.315	0.143	0.027	0.748	0.470	0.795	0.000	0.109
E6	r	0.161	-0.100	0.247	0.680	0.242	-0.111	0.166	0.166	0.197	0.117
	p	0.000	0.029	0.000	0.000	0.000	0.015	0.000	0.000	0.000	0.011

Ek tablo 1 devamı

Soru no		İlk başvuru		Süreklilik	Eşgüdüm		Kapsayıcılık		Aile Merkez.	Toplum yönelim	Kültürel uyum
		Kullanım	Erişim	Tıbbi bakım	Hizmet	Kayıt/bilgi	Mevcut hizmet	Sunulan hizmet			
E7	r	0.028	0.001	0.333	0.757	0.251	-0.036	0.205	0.214	0.322	0.176
	p	0.546	0.983	0.000	0.000	0.000	0.432	0.000	0.000	0.000	0.000
E8	r	0.041	0.196	0.360	0.776	0.164	-0.003	0.279	0.241	0.354	0.214
	p	0.368	0.000	0.000	0.000	0.000	0.950	0.000	0.000	0.000	0.000
E9	r	0.034	0.236	0.277	0.699	0.059	0.040	0.275	0.243	0.396	0.189
	p	0.457	0.000	0.000	0.000	0.197	0.380	0.000	0.000	0.000	0.000
E10	r	0.115	0.060	0.210	0.728	0.213	0.020	0.265	0.278	0.348	0.203
	p	0.012	0.194	0.000	0.000	0.000	0.668	0.000	0.000	0.000	0.000
E11	r	0.076	0.253	0.296	0.806	0.220	0.038	0.371	0.307	0.388	0.258
	p	0.098	0.000	0.000	0.000	0.000	0.404	0.000	0.000	0.000	0.000
E12	r	0.168	0.097	0.301	0.786	0.349	0.066	0.305	0.354	0.348	0.252
	p	0.000	0.035	0.000	0.000	0.000	0.149	0.000	0.000	0.000	0.000
E13	r	0.058	0.187	0.311	0.715	0.224	0.094	0.286	0.288	0.428	0.271
	p	0.210	0.000	0.000	0.000	0.000	0.040	0.000	0.000	0.000	0.000
F1	r	0.142	-0.034	0.056	0.052	0.704	0.030	0.225	0.170	0.108	0.046
	p	0.000	0.398	0.166	0.199	0.000	0.458	0.000	0.000	0.008	0.256
F2	r	0.166	0.122	0.218	-0.038	0.788	0.149	0.207	0.363	0.004	0.269
	p	0.000	0.002	0.000	0.349	0.000	0.000	0.000	0.000	0.916	0.000
F3	r	0.153	0.112	0.338	0.048	0.707	0.169	0.229	0.371	0.031	0.292
	p	0.000	0.006	0.000	0.240	0.000	0.000	0.000	0.000	0.449	0.000
G1	r	0.057	0.151	0.153	0.054	0.198	0.417	0.347	0.323	0.161	0.234
	p	0.158	0.000	0.000	0.181	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

Ek tablo 1 devamı

Soru no		İlk başvuru		Süreklilik	Eğüdüm		Kapsayıcılık		Aile Merkez.	Toplum yönelim	Kültürel uyum
		Kullanım	Erişim	Tıbbi b.	Hizmet	Kayıt	Mevcut	Sunulan			
G2	r	0.034	0.135	0.234	0.183	0.071	0.397	0.373	0.321	0.285	0.191
	p	0.399	0.001	0.000	0.000	0.080	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
G3	r	0.202	0.123	0.079	-0.101	0.120	0.662	0.374	0.194	0.023	0.210
	p	0.000	0.002	0.051	0.012	0.003	0.000	0.000	0.000	0.570	0.000
G4	r	0.152	0.189	-0.088	-0.188	0.028	0.727	0.279	0.125	-0.173	0.112
	p	0.000	0.000	0.031	0.000	0.483	0.000	0.000	0.002	0.000	0.005
G5	r	0.148	0.201	-0.071	-0.193	0.057	0.713	0.280	0.157	-0.147	0.118
	p	0.000	0.000	0.078	0.000	0.161	0.000	0.000	0.000	0.000	0.003
G6	r	0.005	0.070	0.228	0.177	0.132	0.370	0.292	0.292	0.337	0.225
	p	0.905	0.085	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
G7	r	-0.010	0.188	0.022	-0.100	0.078	0.626	0.271	0.228	0.036	0.150
	p	0.810	0.000	0.587	0.013	0.053	0.000	0.000	0.000	0.374	0.000
G8	r	0.085	0.185	-0.034	-0.107	0.072	0.633	0.286	0.242	0.012	0.130
	p	0.037	0.000	0.400	0.008	0.077	0.000	0.000	0.000	0.765	0.001
G9	r	0.151	0.132	-0.159	-0.183	0.030	0.791	0.285	0.150	-0.106	0.029
	p	0.000	0.001	0.000	0.000	0.462	0.000	0.000	0.000	0.009	0.482
G10	r	0.167	0.038	-0.147	-0.174	0.092	0.701	0.276	0.168	-0.004	0.031
	p	0.000	0.355	0.000	0.000	0.023	0.000	0.000	0.000	0.912	0.444
G 11	r	0.049	0.205	0.022	-0.071	0.079	0.572	0.261	0.174	0.107	0.198
	p	0.226	0.000	0.588	0.079	0.050	0.000	0.000	0.000	0.008	0.000
G12	r	0.162	0.147	-0.162	-0.229	0.046	0.791	0.287	0.133	-0.124	0.059
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.261	0.000	0.000	0.001	0.002	0.142
G13	r	0.151	0.162	-0.122	-0.195	0.013	0.755	0.329	0.179	-0.069	0.071
	p	0.000	0.000	0.003	0.000	0.757	0.000	0.000	0.000	0.089	0.078

Ek tablo1 devamı

Soru no		İlk başvuru		Süreklilik	Eşgüdüm		Kapsayıcılık		Aile Merkez.	Toplum kapsayıcılık	Kültürel uyum
		Kullanım	Erişim	Tıbbi bak.	Hizmet	Kayıt	Mevcut	Sunulan			
G14	r	0.218	0.133	-0.095	-0.045	0.074	0.721	0.337	0.232	0.031	0.112
	p	0.000	0.001	0.019	0.265	0.068	0.000	0.000	0.000	0.445	0.005
G15	r	0.180	0.177	-0.129	-0.144	0.116	0.769	0.437	0.266	0.065	0.084
	p	0.000	0.000	0.001	0.000	0.004	0.000	0.000	0.000	0.107	0.037
G16	r	0.199	0.084	-0.237	-0.241	0.060	0.786	0.293	0.161	-0.185	0.024
	p	0.000	0.039	0.000	0.000	0.141	0.000	0.000	0.000	0.000	0.547
G17	r	0.215	0.132	-0.219	-0.222	0.036	0.786	0.282	0.146	-0.129	0.021
	p	0.000	0.001	0.000	0.000	0.375	0.000	0.000	0.000	0.001	0.611
G18	r	0.222	0.131	-0.223	-0.225	0.009	0.795	0.254	0.166	-0.133	0.026
	p	0.000	0.001	0.000	0.000	0.826	0.000	0.000	0.000	0.001	0.517
G19	r	0.085	0.230	-0.029	-0.089	0.013	0.605	0.401	0.248	-0.057	0.129
	p	0.035	0.000	0.474	0.028	0.751	0.000	0.000	0.000	0.161	0.001
G20	r	0.087	0.102	0.150	0.138	0.140	0.542	0.493	0.334	0.256	0.200
	p	0.031	0.011	0.000	0.001	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
G21	r	0.208	0.152	-0.129	-0.157	0.080	0.812	0.310	0.202	0.003	0.082
	p	0.000	0.000	0.001	0.000	0.048	0.000	0.000	0.000	0.937	0.043
G22	r	0.236	0.258	0.177	-0.026	0.222	0.622	0.541	0.421	0.244	0.285
	p	0.000	0.000	0.000	0.515	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
G23	r	0.234	0.215	0.124	-0.036	0.235	0.642	0.503	0.422	0.254	0.242
	p	0.000	0.000	0.002	0.378	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
G24	r	0.234	0.244	0.156	-0.050	0.187	0.659	0.403	0.386	0.188	0.239
	p	0.000	0.000	0.000	0.215	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
G25	r	0.202	0.108	0.055	-0.161	0.139	0.575	0.332	0.253	0.092	0.165
	p	0.000	0.008	0.176	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.023	0.000

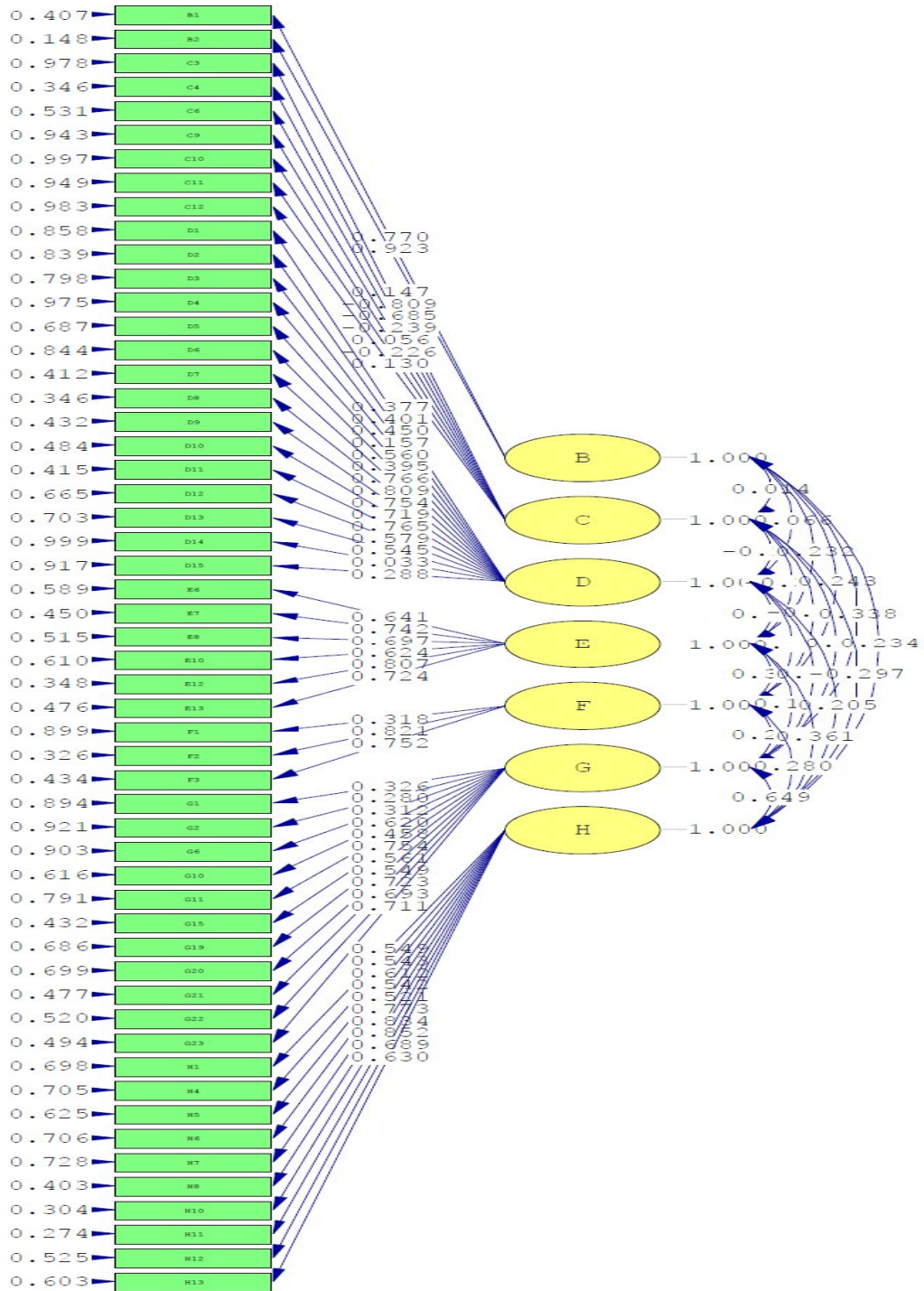
Ek tablo1 devamı

Soru no		İlk başvuru		Süreklilik	Eşgüdüm		Kapsayıcılık		Aile Merkez.	Toplum yönelim	Kültürel uyum
		Kullanım	Erişim	Tıbbi bak.	Hizmet	Kayıt	Mevcut	Sunulan			
H1	r	0.247	0.176	0.049	0.026	0.256	0.411	0.618	0.396	0.103	0.201
	p	0.000	0.000	0.227	0.525	0.000	0.000	0.000	0.000	0.011	0.000
H4	r	0.126	0.149	0.127	-0.025	0.144	0.444	0.592	0.293	0.099	0.215
	p	0.002	0.000	0.002	0.536	0.000	0.000	0.000	0.000	0.014	0.000
H5	r	0.186	0.134	0.122	0.057	0.260	0.360	0.731	0.383	0.108	0.115
	p	0.000	0.001	0.003	0.164	0.000	0.000	0.000	0.000	0.008	0.005
H6	r	0.092	0.093	0.112	0.111	0.226	0.339	0.718	0.337	0.277	0.167
	p	0.023	0.021	0.006	0.006	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
H 7	r	0.117	0.104	0.158	0.137	0.217	0.320	0.712	0.339	0.249	0.182
	p	0.004	0.010	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
H 8	r	0.119	0.136	0.181	0.031	0.224	0.392	0.730	0.283	0.245	0.183
	p	0.003	0.001	0.000	0.440	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
H9	r	0.075	0.218	0.173	0.160	0.179	0.406	0.778	0.350	0.322	0.216
	p	0.064	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
H10	r	0.076	0.277	0.164	0.128	0.191	0.013	0.781	0.338	0.314	0.212
	p	0.061	0.000	0.000	0.002	0.000	0.748	0.000	0.000	0.000	0.000
H 11	r	0.086	0.181	0.157	0.103	0.182	-0.111	0.750	0.367	0.255	0.195
	p	0.053	0.000	0.000	0.020	0.000	0.015	0.000	0.000	0.000	0.000
H13	r	0.127	0.180	0.203	0.105	0.220	-0.036	0.717	0.393	0.264	0.222
	p	0.004	0.000	0.000	0.018	0.000	0.432	0.000	0.000	0.000	0.000

Ek tablo 1 devamı

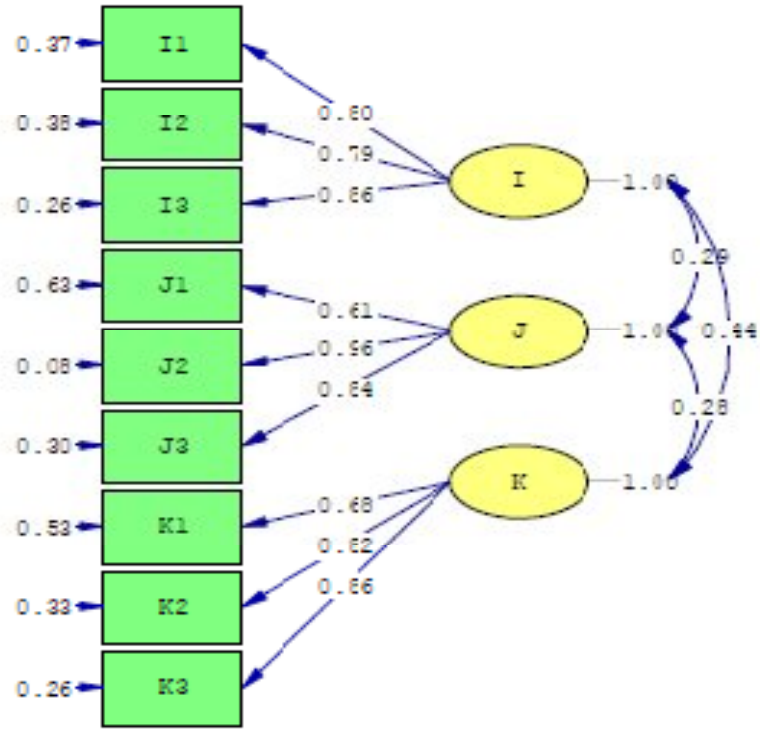
Soru no		İlk başvuru		Süreklilik	Eşgüdüm		Kapsayıcılık		Aile Merkez.	Toplum yönelim	Kültürel uyum
		Kullanım	Erişim	Tıbbi bak.	Hizmet	Kayıt	Mevcut	Sunulan			
I1	r	0.279	0.203	0.311	0.151	0.326	-0.003	0.403	0.884	0.294	0.337
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.950	0.000	0.000	0.000	0.000
I2	r	0.182	0.229	0.373	0.150	0.330	0.040	0.431	0.865	0.259	0.351
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.380	0.000	0.000	0.000	0.000
I3	r	0.334	0.199	0.235	0.162	0.375	0.020	0.469	0.898	0.275	0.335
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.668	0.000	0.000	0.000	0.000
J1	r	-0.069	0.034	0.299	0.273	-0.029	0.038	0.151	0.131	0.708	0.248
	p	0.088	0.402	0.000	0.000	0.468	0.404	0.000	0.001	0.000	0.000
J2	r	-0.056	0.066	0.269	0.321	0.017	0.066	0.261	0.246	0.862	0.224
	p	0.169	0.104	0.000	0.000	0.669	0.149	0.000	0.000	0.000	0.000
J3	r	-0.029	0.094	0.218	0.285	0.103	0.094	0.314	0.299	0.877	0.221
	p	0.469	0.020	0.000	0.000	0.011	0.040	0.000	0.000	0.000	0.000
J11	r	0.020	0.105	0.215	0.222	0.108	0.030	0.299	0.314	0.896	0.230
	p	0.619	0.010	0.000	0.000	0.007	0.458	0.000	0.000	0.000	0.000
J12	r	0.009	0.100	0.205	0.225	0.100	0.149	0.300	0.315	0.885	0.229
	p	0.820	0.013	0.000	0.000	0.014	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
J18	r	0.063	0.151	0.147	0.155	0.127	0.169	0.267	0.312	0.758	0.158
	p	0.121	0.000	0.000	0.000	0.002	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
K1	r	0.188	0.215	0.472	0.168	0.261	0.417	0.188	0.361	0.184	0.813
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
K2	r	-0.005	0.214	0.367	0.131	0.213	0.397	0.220	0.307	0.246	0.872
	p	0.903	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
K3	r	0.088	0.293	0.360	0.160	0.172	0.662	0.263	0.329	0.256	0.882
	p	0.030	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

Ek Şekil 1.BDG bazı sorular çıkarılarak kurulan yapısal boyutlar DFA modeli



Chi-Square=7716,75,df=1356, p-value=0.00000,RMSA=0.107 CFI=0.86

Ek Şekil 2.BDG türetilmiş boyutlar soru çıkarılarak oluşturulan türetilmiş boyutlar DFA modeli



Chi-Square=126,99 ,df=24 , p-value=0.00000,RMSA=0.084 CFI=0.970

Ek .4

**1.BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ YETİŞKİN DEĞERLENDİRME
GERECİ
(BDG)**

**PRİMARY CARE ASSESSMENT TOOL
(PCAT)**

(Genişletilmiş Sürüm)

Primary Care Policy Center
Johns Hopkins University
School of Hygiene and Public Health
Developed by
Barbara Starfield, MD, MPH

ARAŞTIRMA YÖNETİMİ İÇİN BİLGİLER			
Küme no:	Görüşme tarihi		
<input type="checkbox"/> Yetişkin <input type="checkbox"/> Çocuk	<input type="checkbox"/> Yaşlı/...../.....	
ANKET NO	ANKETÖRÜN ADI		

GİRİŞ / TARAMA SORULARI	
ARAŞTIRMANIN AMACI	
Görüşmeci : Merhaba benim adım Yaşadığımız bölgede aldığımız sağlık hizmeti ile ilgili düşünceleriniz öğrenmek amacıyla bir araştırma yapıyoruz.	
4.Bizimle konuşmak için şu anda uygun musunuz?	
1 <input type="checkbox"/> Evet (Bilgilendirmiş onaya gidiniz)	2 <input type="checkbox"/> Hayır (Aşağıdaki soruyu sorunuz)
Peki daha sonra ne zaman görüşmek istersiniz?	
Yanıtı kaydedin _____ve şöyle söyleyin Zaman ayırdığımız için teşekkür ederim; sizinle konuşmak için tekrar arayacağım	
ONAY İÇİN ÖNERİLEN İÇERİK (Cevap veren kişi araştırmayla ilgilendiğini belirtmişse)	
<p>Araştırma hakkında biraz daha bilgi vermeme izin veriniz. Araştırmanın amacı insanların aldıkları sağlık hizmeti ile ilgili iyi ya da kötü deneyimlerini karşılıklı konuşmaktır.Bu görüşmeler hizmetlerin geliştirilmesi açısından yardımcı olacaktır.Benimle veya başka bir anketörle görüşeceksiniz. Anketi yanıtlamak toplam 30 dakikanızı alacak.Sorulara verdiğiniz yanıtların size doğrudan bir yararı olmayacak ancak bu araştırmanın sonuçları sağlık hizmetini geliştirmeye olan katkısı yönünden çok önemlidir.(Yerel,bölgesel ve ulusal düzeyde)</p> <p>Bu çalışma tarzı sizin açınızdan hiçbir risk taşımamaktadır ancak yalnızca zaman gerektirmektedir.Bazı insanlar bu görüşmelerin özel yaşantıya müdahale olduğunu düşünebilir. Fakat yasalar dahilinde bu görüşmelerdeki tüm yanıtlarınız gizli tutulacaktır. Araştırmadan elde edilen bilgiler yalnızca sağlık hizmetleri alanında kullanılacaktır. Ad ve adres bilgileriniz kaydedilmediği için verdiğiniz yanıtların kime ait olduğu saklı kalacaktır. Verilen yanıtlar kişisel ve özel olduğundan yalnızca araştırma ekibi tarafından okunacaktır.</p> <p>Bu araştırmaya katılımınız tümüyle gönüllülük esasında olacaktır. Bazı soruları yanıt vermek istemediğiniz için atlayabilir dilediğiniz bir anda görüşmeye ara verebilir ya da sonlandırabilirsiniz. Kararınız ne olursa olsun almakta olduğunuz sağlık hizmeti veya işinizle ilgili bir değişiklik olmayacaktır.</p>	
5.Aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili sorularımıza yanıt verir misiniz?	
1 <input type="checkbox"/> Evet (A1 sorusuna gidiniz)	2 <input type="checkbox"/> Hayır (Görüşmeyi sonlandırınız) Teşekkür ederim. Herhangi bir rahatsızlık verdiysem özür dilerim. Hoşçakalın .

A. BİR SAĞLIK KURUMUNA VEYA BİR DOKTORA BAĞLI OLMA DERECEŚİ				
A1. Hasta olduğunuzda veya sağlığımızla ilgili tavsiye almak istediğinizde genellikle gittiğiniz belirli bir sağlık kurumu veya doktor var mı?				
<input type="checkbox"/> Hayır yok		<input type="checkbox"/> Evet var (Lütfen adını ve adresini söyleyiniz)		
Sağlık kuruluşunun veya doktorun adı :				
Adresi				
A2. Sizi kişisel olarak çok iyi bilen bir sağlık kurumu veya doktor var mı?				
Hayır yok	Evet, yukarıdakinin aynısı		Evet ,daha başka bir sağlık kuruluşu veya doktor (lütfen adını ve adresini söyleyiniz)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sağlık kuruluşunun veya doktorun adı				
Adresi				
A3. Size sağlık hizmeti vermekten esas sorumlu olan bir sağlık kurumu veya doktor var mı?				
Hayır yok	Evet var yukarıdakinin aynısı A1 ve A2	Evet var yukarıdakinin aynısı yalnızca A1	Evet var yukarıdakinin aynısı yalnızca A2	Evet var fakat A1 ve A2 den farklı(Lütfen ad ve adresi verir misiniz)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sağlık kuruluşunun veya doktorun adı				
Adresi				
Her üç sağlık kuruluşu veya doktor aynı ise soruların kalanında cevaplarınızı bu sağlık kuruluşu veya doktor için veriniz. (Diğer sayfaya geçiniz.)				
İki sağlık kuruluşu veya doktor aynı ise soruların kalanında cevaplarınızı bu sağlık kuruluşu veya doktor için veriniz (Diğer sayfaya geçiniz)				
Her üç sağlık kuruluşu veya doktor farklı ise soruların kalanında cevaplarınızı A1 cevabında verilen sağlık kuruluşu veya doktor için veriniz. (Diğer sayfaya geçiniz.)				
İki soru için hayır cevabı verdiyseniz soruların kalanında cevaplarınızı evet cevabı verdiğiniz sağlık kuruluşu veya doktor için veriniz (Diğer sayfaya geçiniz)				
Her üç soruya da hayır cevabı verdiyseniz lütfen en son gitmiş olduğunuz sağlık kuruluşu veya doktorun adını veriniz.				
Sağlık kuruluşunun veya doktorun adı				
Adresi(ASM ADI):				

Soruların geri kalanında bu kuruluşu veya doktorunuzu, sizin Birinci Basamak Sağlık Kurumunuz veya Doktorunuz anlamına gelmek üzere BSK kısaltmasını kullanacağız				
A6 nolu sorudan başlayarak BSK yerine, A5 sorusuna verilen cevabın yanındaki parantez içinde verilen sözcük kullanılacaktır.				
A4. Size göre BSK aşağıdakilerden hangisidir?				
<input type="checkbox"/> bir sağlık kuruluşu	<input type="checkbox"/> belirli bir doktor	<input type="checkbox"/> belirli bir ebe/ hemşire	<input type="checkbox"/> Bunların hiçbirini değil	
A5. Sizin BSK'nuz nasıl bir yer?				
<input type="checkbox"/>	Bir hastane acil servisi (<u>hastane</u>)			
<input type="checkbox"/>	Klinik ya da hastane (<u>hastane</u>)			
<input type="checkbox"/>	Hastane dışında belirli bir doktorun muayenehanesi (<u>doktor/muayenehane</u>)			

4 <input type="checkbox"/>	Hastane içinde belirli bir doktorun muayenehanesi (<u>doktor/muayenehane</u>)
5 <input type="checkbox"/>	Birkaç doktorun bir arada çalıştığı bir devlet sağlık kuruluşu (<u>Sağlık Ocağı veya Aile Sağlığı Merkezi</u>)
6 <input type="checkbox"/>	Bir mahalle özel polikliniği (<u>poliklinik</u>)

7 <input type="checkbox"/>	İşyeri veya okul reviri (<u>revir</u>)
8 <input type="checkbox"/>	Bunlardan farklı bir sağlık kuruluşu veya doktor(Lütfen belirtiniz)
9 <input type="checkbox"/>	Emin değilim/hatırlamıyorum

A6. Bu BSK'da kimlere sağlık hizmeti veriliyor?

1 <input type="checkbox"/> Yalnız yetişkinlere	2 <input type="checkbox"/> Hem yetişkinlere hem de çocuklara	9 <input type="checkbox"/> Emin değilim / hatırlamıyorum
--	--	--

A7. Bu BSK toplumun temel olarak hangi sorunlarıyla ilgilenmektedir?

1 <input type="checkbox"/> Yalnızca belirli sağlık sorunlarına	2 <input type="checkbox"/> Sorunların önemli bir çoğunluğuna	9 <input type="checkbox"/> Emin değilim/hatırlamıyorum
--	--	--

A8. Buraya yaklaşık kaç kez gittiniz?kez (sayılamayacak kadar çok sayıda başvuru/ziyaret yapılmışsa 99 kodunu giriniz)

A9. Buraya/doktora ne kadar süredir gitmekteisin?

1 <input type="checkbox"/>	6 aydan kısa süredir
2 <input type="checkbox"/>	6 ay -1 yıl
3 <input type="checkbox"/>	1 - 2 yıl
4 <input type="checkbox"/>	3 - 4 yıl
5 <input type="checkbox"/>	5 veya daha fazla yıl
6 <input type="checkbox"/>	Çok değişken, bir şey söylemek zor
9 <input type="checkbox"/>	Emin değilim/hatırlamıyorum

A10. Bu sağlık kuruluşu veya doktoru siz mi seçtiniz yoksa siz istemeseniz de buraya kayıt mı edildiniz?

1 <input type="checkbox"/> Siz veya ailenizden birisi seçti	2 <input type="checkbox"/> Bu doktora kayıt edildim	3 <input type="checkbox"/> Diğer	9 <input type="checkbox"/> Emin değilim hatırlamıyorum
---	---	----------------------------------	--

A11. Buraya yalnızca bazı özel sağlık sorunlarınız için mi gidersiniz?

1 <input type="checkbox"/> Evet	2 <input type="checkbox"/> Hayır	9 <input type="checkbox"/> Emin değilim
---------------------------------	----------------------------------	---

B. İLK BAŞVURU- KULLANIM					
Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz					
	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
B1. Genel bir sağlık kontrolünden geçmek istediğinizde başka yere gitmeden önce bu BSK'na mı gidirsiniz?	4□	3□	2□	1□	9□
B2. Yeni bir sağlık sorununuz olduğunda başka yere gitmeden önce bu BSK'na mı gidirsiniz?	4□	3□	2□	1□	9□
B3. Bir uzman doktora gitmek BSK'dan sevk kağıdı almak zorunda mısınız?	4□	3□	2□	1□	9□

C. İLK BAŞVURU -ULAŞILABİLİRLİK					
Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz					
	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
C1. Sizin BSK'nuz Cumartesi veya Pazar günleri açık olur mu?	4□	3□	2□	1□	9□
C2. Sizin BSK'nuz en azından bazı hafta içi günlerinde akşam 20.00 a kadar açık olur mu?	4□	3□	2□	1□	9□
C3. Sizin BSK'nuzun açık olduğu zamanlarda hastalandığınızda aynı gün içinde bu kurumda birisine muayene olabilir misiniz?	4□	3□	2□	1□	9□
C4. Sizin BSK'nuzun açık	4□	3□	2□	1□	9□

olduğu zamanlarda bir öneriye ihtiyacınız olursa telefonla onlara ulaşip çabucak cevap alabilir misiniz?					
C5. BSK'nuz kapalıyken hastalandığınızda bu kuruma ulaşabileceğiniz bir telefon numarası var mı?	4□	3□	2□	1□	9□
C6. BSK'nuz cumartesi ve Pazar kapalıyken hastalanırsanız aynı gün oradan birisi gelip sizi evde ziyaret eder mi?	4□	3□	2□	1□	9□
C7. BSK'nuz gece kapalıyken hastalanırsanız aynı gece içinde BSK'dan birisi gelip sizi evde ziyaret eder mi?	4□	3□	2□	1□	9□
C8. Genel sağlık kontrolünden geçmek için BSK'nuzdan randevu almak kolay mı?	4□	3□	2□	1□	9□
C9. BSK'uzda gittiğinizde bir doktor ya da hemşireye muayene olmadan önce 30 dakikadan fazla beklemek zorunda kalır mısınız?	4□	3□	2□	1□	9□
C10. BSK'uzdan randevu alabilmek için bir çok kişiyle görüşmek, ya da uzun bir süre beklemek zorunda kalıyor musunuz?	4□	3□	2□	1□	9□
C11. İhtiyacınız olduğunda BSK'dan tıbbi bakım alabilmeniz zor oluyor mu?	4□	3□	2□	1□	9□
C12. BSK'uzda gitmek zorunda kaldığınızda işten ya da okuldan kalıyor musunuz?	4□	3□	2□	1□	9□

D. HİZMETİN SÜREKLİLİĞİ					
Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz					
	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
D1. BSK'nuzaya gittiğiniz zaman her seferinde aynı doktor yada hemşireden mi hizmet alabiliyorsunuz?	4□	3□	2□	1□	9□
D2. Doktorunuzun, söylediklerinizi veya sorularınızı anladığını düşünüyor musun?	4□	3□	2□	1□	9□
D3. Doktorunuza sorduğunuz sorulara sizin anlayabileceğiniz şekilde cevap veriliyor mu?	4□	3□	2□	1□	9□
D4. Bir sorunuz olduğunda sizi en iyi tanıyan doktor veya hemşireyi telefonla arayarak ya da karşılıklı olarak soru sorabiliyor musunuz?	4□	3□	2□	1□	9□
D5. Doktorunuz endişeleriniz ve sorunlarınız hakkında konuşabilmeniz için yeterli zaman ayırır mı?	4□	3□	2□	1□	9□
D6. Doktorunuza endişe ve sorunlarınızdan söz ederken kendinizi rahat hissediyor musunuz?	4□	3□	2□	1□	9□
D7. Doktorunuz sizi herhangi bir hasta olarak görmekten çok, bir kişi olarak çok iyi tanıyor mu?	4□	3□	2□	1□	9□
D8. Doktorunuz evde kiminle birlikte yaşadığınızı biliyor mu?	4□	3□	2□	1□	9□
D9. Doktorunuz	4□	3□	2□	1□	9□

sizin için en önemli sorunların neler olduğunu biliyor mu?					
D10. Doktorun geçirdiğin hastalıkların ve sorunların tümünü biliyor mu?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D11. Doktorunuz ne işle uğraştığımızı biliyor mu?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D12. İhtiyaç duyduğunuz ilaçları elde etmekte veya ödemekte sıkıntı çekerseniz doktorunuz bunu bilir miydi?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D13. Doktorunuz kullandığımız bütün ilaçların neler olduğunu bilir mi?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D14. İsteseniz doktorunuzu değiştirebilir misiniz?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
D15. Eğer kolay olsaydı düzenli olarak gittiğiniz kuruluşu başka bir yerdeki sağlık kuruluşu ile değiştirmek ister miydiniz?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

E. KOORDİNASYON				
E1. Bir uzman hekime veya hastaneye başvurduğunuzda yapılan Laboratuvar sonuçlarınızı kendiniz alabiliyor musunuz?				
4 <input type="checkbox"/> Kesinlikle evet	3 <input type="checkbox"/> Muhtemelen evet	2 <input type="checkbox"/> Muhtemelen hayır	1 <input type="checkbox"/> Kesinlikle hayır	9 <input type="checkbox"/> Emin değilim/hatırlamıyorum
E2. Hiç bir uzman doktor tarafından muayene edildiniz mi?				
1 <input type="checkbox"/> Evet	2 <input type="checkbox"/> Hayır (F1 sorusuna geçiniz)		9 <input type="checkbox"/> Emin değilim/Hatırlamıyorum (F1 sorusuna geçiniz)	
E3. En son ne zaman (hangi tarihte) bir uzman doktor tarafından muayene edildiniz?		Ay.....Yıl.....		
E4. Herhangi bir nedenle uzman doktora gitmenizi gerektiren durum, iyileşmeyen veya bir yıldan uzun süren bir rahatsızlık mıydı?				
1 <input type="checkbox"/> Evet		2 <input type="checkbox"/> Hayır		

E5. Bu son gittiğiniz muayeneden bir önceki muayeneniz için de aynı uzman hekime mi gittiniz?					
1 <input type="checkbox"/> Evet		2 <input type="checkbox"/> Hayır			
	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyo
E6. Sağlık kurumunuz ya da doktorunuz size bir uzman hekime gitme tavsiyesinde bulundu mu?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7. Sağlık kurumunuz ya da doktorunuzun uzman hekime gittiğinizi biliyor mu	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8. Sağlık kurumunuz ya da doktorunuz sizin sorununuzla ilgili olarak gidebileceğiniz (sevk edileceğiniz) farklı uzmanlar ya da hastaneler hakkında sizinle görüş alışverişinde bulunur mu?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9. Sağlık kurumunuz/ doktorunuz ya da onunla birlikte çalışan kişi (hemşire/ebe/sekreter) uzman doktordan randevu alabilmeniz için size yardımcı olur mu?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10. Sağlık kurumunuz ya da doktorunuz sizi uzman hekime gönderirken, uzmana hitaben, sizi neden sevk ettiği hakkında elinize yazılı bir belge/rapor verir mi?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11. Sağlık kurumunuz ya da doktorunuz, uzman doktorun size uyguladığı veya sizden elde ettiği tetkik, tanı ve tedavilerle ilgili sonuçları (siz ona bilgi vermeseniz de) bilir mi?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12. Sağlık kurumunuz ya da doktorunuz size uzmana gittiğinizde neler olduğunu sorar, sizden bilgi alır mı?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13. Sağlık kurumunuz ya da doktorunuz, sevk edildiğiniz uzman doktor tarafından size verilen hizmetin kaliteli olup olmadığı ile ilgilenir mi?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

F. KOORDİNASYON (BİLGİ SİSTEMLERİ)					
Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz					
	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
F1. Doktorunuza gittiğinizde hastalık raporlarınız veya geçmişte size yapılan tedavilerle ilgili tahlil sonuçları ve raporlar gibi belgeleri ona göstermek üzere yanınızda götürür müsünüz ?	4□	3□	2□	1□	9□
F2. BSK'nin sizin hakkınızda tuttuğu veya bilgisayara kaydettiği size yapılan teşhis, tedavi ve tahliller gibi kayıtları dilediğinizde görebilir misiniz?	4□	3□	2□	1□	9□
F3. BSK'nin sizin hakkınızdaki tıbbi kayıtları her zaman düzenli olarak tutar mı? Yani doktorunuza gittiğinizde tıbbi kayıtlarınız her zaman hazır ve ulaşılabilir durumda mıdır?	4□	3□	2□	1□	9□

G. KAPSAYICILIK (MEVCUT HİZMETLER)					
Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz					
Aşağıdaki listede ailenizin ve sizin zaman zaman gereksinim duyabileceğiniz hizmetler sıralanmıştır. Her bir hizmetin, devamlı gittiğiniz BSK 'da verilir verilmediğini belirleyiniz.					
	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
G1. Beslenmeniz veya diyetinizle ilgili sorularınıza cevap verme	4□	3□	2□	1□	9□
G2. Aşılama	4□	3□	2□	1□	9□
G3. Ailenizden birinin sosyal yardım programlarından biri için uygun (aday) olup olmadığını görmek için kontrol etmek (engelli maaşı, yoksulluk maaşı, yeşil kart gibi)	4□	3□	2□	1□	9□

G4.Diş taraması	4□	3□	2□	1□	9□
G5.Diş hekimi tarafından tedavi	4□	3□	2□	1□	9□

G6. Aile planlaması veya doğum kontrol yöntemlerinin uygulanması	4□	3□	2□	1□	9□
G7. Madde ve ilaç bağımlılığı danışmanlığı ve tedavisi	4□	3□	2□	1□	9□
G8. Psikolojik danışmanlık	4□	3□	2□	1□	9□
G9. Kurşun zehirlenmesi tahlillerinin yapılması	4□	3□	2□	1□	9□
G10. Yaralara dikiş atılması (küçük cerrahi girişim)	4□	3□	2□	1□	9□
G11.Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (HIV/AIDS , hepatit bel soğukluğu gibi) danışmanlığı ve tarama testleri	4□	3□	2□	1□	9□
G12.İşitme taraması	4□	3□	2□	1□	9□
G13.Görme taraması	4□	3□	2□	1□	9□
G14.Allerji aşılı	4□	3□	2□	1□	9□
G15.Ayak/el bileği burkulması için eklemi sabitlemek (sarmak, alçıya almak vb.)	4□	3□	2□	1□	9□
G16.Siğil almak	4□	3□	2□	1□	9□
G17.Rahim ağzı kanseri erken tanısı için sürüntü almak	4□	3□	2□	1□	9□
G18.Bağırsak kanseri için tanı amaçlı makattan elle muayene veya sigmoidoskopi uygulamak	4□	3□	2□	1□	9□
G19.Sigara danışmanlığı	4□	3□	2□	1□	9□
G20.Doğum öncesi takip ve bakım	4□	3□	2□	1□	9□
G21. Batık ayak tırnağına müdahale	4□	3□	2□	1□	9□
G22.Ailenizden birisi karar veremeyecek durumda ileri hasta veya engelli ise ne yapmanız gerektiği hakkında size önerilerde bulunmak	4□	3□	2□	1□	9□
G23.Yaşlanmayla ilgili normal fiziksel ve ruhsal becerilerdeki değişim hakkında bilgilendirme ve başa çıkma yöntemleri	4□	3□	2□	1□	9□
G24.Ailenizden biri için size bakımevi için önerilerde bulunma	4□	3□	2□	1□	9□
G25.İhtiyacı olanlara gıda ve süt desteği programlarını uygulama	4□	3□	2□	1□	9□

H. KAPSAYICILIK (SUNULAN KORUYUCU DANIŞMANLIK/SAĞLIK EĞİTİMİ HİZMETLERİ)					
Bu sorular bazen almış olduğunuz farklı sağlık hizmetleri tipleri ile ilgilidir. Lütfen en uygun olan bir tanesini işaretleyiniz					
	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/h.
H1.Sağlıklı ve sağlıksız gıdalar ve uyku düzeni hakkında tavsiyelerde bulunma	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H4.Zaman zaman ortaya çıkan aile çatışmalarına çözüm tarzları	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H5.Size uygun egzersiz konusunda tavsiye	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H6.Kolestrol düzeyinizi ölçmek için testler	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H7.Almakta olduğunuz ilaç tedavileri ile ilgili sizinle görüşme ve kontrol	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H8.Evde işyerinde ve yakın çevrenizde maruz kalma olasılığınız olan zararlı maddelerle ilgili bilgi verme	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
[REDACTED]	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H10.Sıcak su yanıklarında korunma ve ilk müdahale	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H11.Düşmeler nasıl önlenir	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H12.Kadınlar için:Osteoporoz ve kırılabilir kemikler nasıl önlenir	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H13.Kadınlar	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

 için: Genel menstrüel ve menapoz sorunlarının bakımı					
--	--	--	--	--	--

I. AİLE MERKEZLİ HİZMET					
Bu sorular ailenizle ilgili sağlık hizmet sunan kişilerle ilişkilidir					
	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
11. Sağlık kuruluşunuz ya da doktorunuz size veya ailenizden birine tedavi ve izlem planlarken sizin düşünce ve önerilerinizi alır mı?	4□	3□	2□	1□	9□
12. Sağlık kuruluşunuz ya da doktorunuz aile bireylerinizde eskiden beri süregelen bazı hastalıklar veya sorunlarla ilgilenir mi?	4□	3□	2□	1□	9□
13. Sağlık kuruluşunuz ya da doktorunuz, yararlı olacağına inandığınızda ve istediğinizde aile üyelerinden birisiyle görüşme yapar mı?	4□	3□	2□	1□	9□

J. TOPLUMSAL KAPSAYICILIK VE KATILIM					
Lütfen en uygun yanıtı işaretleyiniz					
	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
J1. BSK dan birisi hiç ev ziyaretleri yapar mı?	4□	3□	2□	1□	9□
J2. BSK, yaşadığımız çevrede sağlığı etkileyebilecek önemli sorunları ile ilgili bilgisi var mıdır, bununla ilgilenir mi?	4□	3□	2□	1□	9□
J3. BSK, sunduğu sağlık hizmetinin daha iyi olmasını sağlamak için o bölgede yaşayan insanların düşüncelerini ve önerileri alıp hizmeti ona göre düzenlemeye çalışır mı?	4□	3□	2□	1□	9□
Sağlık kuruluşunuz veya doktorunuz sunduğu hizmetin veya uyguladığı programların etkinliğini (başarısını) belirlemek için aşağıda yazılı olan maddelerden herhangi birini uygular mı?					
	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
J11. BSK'nuz hizmeti alan insanların ihtiyaçlarını karşılayıp	4□	3□	2□	1□	9□

karşılamağını görmek için saha çalışmaları yapar mı?					
J12.BSK, toplumdaki sağlık sorunlarını öğrenmek için saha çalışmaları yapar mı?	4□	3□	2□	1□	9□
J18.Doktorunuz aile üyelerine bölge sağlık yönetimi kurulları gibi (sağlık ocağı kurulu, belediye sağlık kurulu vb.) yönetimsel oluşumlarda yer almaları hakkında önerilerde bulunur mu?	4□	3□	2□	1□	9□

K. KÜLTÜREL UYUM					
Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz					
	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
K1. Doktorunuzu bir arkadaşımıza veya akrabamıza tavsiye eder miydiniz?	4□	3□	2□	1□	9□
K2. Doktorunuzu iyi Türkçe bilmeyen birine önerir miydiniz?	4□	3□	2□	1□	9□
K3. Doktorunuzu geleneksel tıp uygulamaları kullanan (rneğin bitkiler, ev yapımı kocakarı ilaçları veya sağlık bakımı ile ilgili özel birtakım inanışları olan) birine önerir miydiniz ?	4□	3□	2□	1□	9□

M. SAĞLIĞIN DEĞERLENDİRİLMESİ				
M1.Sağlık durumunuzla ilgili ne söyleyebilirsiniz?				
1 <input type="checkbox"/> Mükemmel	2 <input type="checkbox"/> Çok iyi	3 <input type="checkbox"/> İyi	4 <input type="checkbox"/> Orta	5 <input type="checkbox"/> Kötü
M2.Geçen seneye göre bu sene sağlığınız nasıldır?				
1 <input type="checkbox"/> Mükemmel	2 <input type="checkbox"/> Çok iyi	3 <input type="checkbox"/> İyi	4 <input type="checkbox"/> Orta	5 <input type="checkbox"/> Kötü
M3.Bir yıldan daha uzun süren veya geçmeyen bir duygusal ruhsal veya fiziksel sorunuz oldu mu ?				
1 <input type="checkbox"/> Evet	2 <input type="checkbox"/> Hayır	9 <input type="checkbox"/> Emin değilim/hatırlamıyorum		

**1. BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ (ÇOCUK)
DEĞERLENDİRME GEREÇİ**

**(BDG)
PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL
(PCAT)**

(Genişletilmiş Sürüm)

ARAşTIRMA YÖNETİMİ İÇİN BİLGİLER			
Küme no:	Görüşme tarihi		
<input type="checkbox"/> Yetişkin <input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Yaşlı/...../.....		
ANKET NO	ANKETÖRÜN ADI		

GİRİŞ / TARAMA SORULARI		
ARAŞTIRMANIN AMACI		
Görüşmeci : Merhaba benim adım _____ . _____ dan geliyorum _____ . Yaşadığımız çevrede aldığımız sağlık hizmeti ile ilgili düşünceleriniz öğrenmek amacıyla bir araştırma yapıyoruz.		
1.bu evde yaşayan 18 yaş ve altı bir çocuk veya genç varmı?	Evet (devam ediniz)	Hayır (teşekkür ederek görüşmeyi sonlandırınız)
2.Zamanınızı çok fazla almamak için yalnızca bir çocukla ilgili sorular soracağız.Lütfen bize doğum günü bugünkü tarihe en yakın olan çocuğun veya gencin adını ve yaşını söylemişsiniz?.		
Adı		Yaşı.....
3.Adını aldığımız bu çocuğun aldığı sağlık hizmeti ile ilgili sorulara en iyi cevap verecek kişi siz misiniz?		
<input type="checkbox"/> Evet (4.soruya gidiniz)	<input type="checkbox"/> Hayır (bu konuda konuşabileceğim en uygun kişi kimdir?)	
Benimle konuşacak olan kişi şu anda burada mı?		
EĞER BU KİŞİ UYGUNSA GİRİŞ KISMINI TEKRARLAYINIZ		
Görüşmeci : Merhaba benim adım _____ . _____ dan geliyorum _____ . Yaşadığımız çevrede çocuğunuzun aldığı sağlık hizmeti ile ilgili düşünceleriniz öğrenmek amacıyla bir araştırma yapıyoruz. Bana yalnızca adınızı söylemişsiniz lütfen?		
Adını kaydedin.....		
EĞER KİŞİ ORDA DEĞİLSE SORUNUZ:		
Sizi tekrar aramam için bana uygun bir zaman söyler misiniz?		
Yanıtı kaydedin _____ ve şöyle söyleyin		
Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim. Sizinle konuşmak için tekrar arayacağım		
4.benimle konuşmak için zamanınız uygun mu?		
<input type="checkbox"/> Evet (bilgilendirilmiş onaya gidiniz)	<input type="checkbox"/> Hayır (aşağıdaki soruyu sorunuz)	
Sizi geri aramak için uygun bir zaman verebilir misiniz?		
Yanıtı kaydedin..... ve şöyle söyleyin		
Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim. Sizinle konuşmak için geri döneceğim.		
Onay için önerilen içerik(Cevap veren kişi araştırma ile ilgilenmişse)		
Araştırma hakkında biraz daha bilgi vermeme izin veriniz. Araştırmanın amacı insanların aldıkları sağlık hizmeti ile ilgili iyi ya da kötü deneyimlerini karşılıklı konuşmaktır.bu görüşmeler hizmetlerin geliştirilmesi açısından yardımcı olacaktır.benimle veya başka bir anketörle görüşeceksiniz. Anketi yanıtlamak toplam 30 dakikanızı alacak.Sorulara verdiğiniz yanıtların size doğrudan bir yararı olmayacak ancak bu araştırmanın sonuçları sağlık hizmetini geliştirmeye olan katkısı yönünden çok önemlidir.(Yerel,bölgesel ve ulusal düzeyde)		
Bu çalışma tarzı sizin açısından hiçbir risk taşımamaktadır ancak yalnızca zaman gerektirmektedir.Bazı insanlar bu görüşmelerin özel yaşantıya müdahale olduğunu düşünebilir. Fakat yasalar dahilinde bu görüşmelerdeki tüm yanıtlarınız gizli tutulacaktır. Araştırmadan elde edilen bilgiler yalnızca sağlık hizmetleri alanında kullanılacaktır. Ad ve adres bilgileriniz kaydedilmediği için verdiğiniz yanıtların kime ait olduğu saklı kalacaktır. Verilen yanıtlar kişisel ve özel olduğundan yalnızca araştırma ekibi tarafından okunacaktır.		
Bu araştırmaya katılımınız tümüyle gönüllülük bağlamında olacaktır bazı soruları yanıt vermek istemediğiniz için atlayabilir dilediğiniz bir anda görüşmeye ara verebilir ya da sonlandırabilirsiniz. Kararınız ne olursa olsun almakta olduğunuz sağlık hizmeti veya işinizde bir değişiklik olmayacaktır.		
5. Adını aldığımız bu çocukla ilgili sağlık hizmeti ile ilgili sorularımıza yanıt vermişsiniz?		

6. Bu çocukla olan yakınlığınız aşağıdakilerden hangisidir:	
1 <input type="checkbox"/>	Anne
2 <input type="checkbox"/>	Baba
3 <input type="checkbox"/>	Üvey anne
4 <input type="checkbox"/>	Üvey baba
5 <input type="checkbox"/>	Bakıcı
6 <input type="checkbox"/>	Büyükanne-büyükbaba
7 <input type="checkbox"/>	Kardeş
8 <input type="checkbox"/>	Diğer ilişki şekillerinden biri
9 <input type="checkbox"/>	Yasal vasi
10 <input type="checkbox"/>	Arkadaş
11 <input type="checkbox"/>	Diğer (belirtiniz).....
1 <input type="checkbox"/> Evet (6. soruya git.)	2 <input type="checkbox"/> Hayır (görüşmeyi sonlandır) Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim. Herhangi bir rahatsızlık verdiysem özür dilerim hoşçakalın

A. BİR SAĞLIK KURUMUNA VEYA BİR DOKTORA BAĞLI OLMA DERECEŚİ					
A1. Çocuğunuz hasta olduğunuzda veya sağlığıyla ilgili tavsiye almak istediğinizde genellikle gittiğiniz belirli bir sağlık kurumu veya doktor var mı?					
1 <input type="checkbox"/> Hayır yok			2 <input type="checkbox"/> Evet Var (lütfeñ adını ve adresini söyleyiniz)		
Sağlık kuruluşunun veya doktorun adı : _____ Adresi _____					
A2. Çocuğunuzu kişisel olarak çok iyi bilen bir sağlık kurumu veya doktor var mı?					
a <input type="checkbox"/> Hayır yok		b <input type="checkbox"/> Evet yukarıdakiñin aynısı		c <input type="checkbox"/> Evet, Daha başka bir sağlık kuruluşu veya doktor (lütfeñ adını ve adresini söyleyiniz)	
Sağlık kuruluşunun veya doktorun adı _____					
Adresi _____					
A3. Çocuğunuza sağlık hizmeti vermektē esas sorumlu olan bir sağlık kurumu veya doktor var mı?					
Hayır	Evet var yukarıdakiñin aynısı A1 ve A2	Evet var yukarıdakiñin aynısı yalnızca A1	Evet var yukarıdakiñin aynısı yalnızca A2	Evet fakat A1 ve A2 den farklı (Lütfeñ ad ve adresi verir misiniz)	Hayır yok
a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	c <input type="checkbox"/>	d <input type="checkbox"/>	e <input type="checkbox"/>	f <input type="checkbox"/>
Sağlık kuruluşunun veya doktorun adı _____					
Adresi _____					
Her üç sağlık kuruluşu veya doktor aynı ise soruların kalanında cevaplarınızı bu sağlık kuruluşu veya doktor için veriniz. (Diğer sayfaya geçiniz.)					
İki sağlık kuruluşu veya doktor aynı ise soruların kalanında cevaplarınızı bu sağlık kuruluşu veya doktor için veriniz (Diğer sayfaya geçiniz)					
Her üç sağlık kuruluşu veya doktor farklı ise ise soruların kalanında cevaplarınızı A1 cevabında verilen sağlık kuruluşu veya doktor için veriniz. (Diğer sayfaya geçiniz.)					
İki soru için hayır cevabı verdiyseniz soruların kalanında cevaplarınızı evet cevabı verdiğiniz sağlık kuruluşu veya doktor için veriniz (Diğer sayfaya geçiniz)					
Her üç soruya da hayır cevabı verdiyseniz lütfeñ en son gitmiş olduğunuz sağlık kuruluşu veya doktorun adını veriniz.					
Sağlık kuruluşunun veya doktorun ASM no _____					
Soruların geri kalanında bu kuruluşu veya doktorunuzu, sizin Birinci Basamak Sağlık Kurumunuz veya					

Doktorunuz anlamına gelmek üzere kısaca BSK olarak adlandıracağız			
A4. Size göre BSK hangisidir?			
1 <input type="checkbox"/> Bu bir sağlık kuruluşu	2 <input type="checkbox"/> Bu belirli bir doktor	3 <input type="checkbox"/> Bu belirli bir ebe ya da hemşire	4 <input type="checkbox"/> Bunların hiçbiri değil
A5. Sizin BSK'nuz nasıl bir yer?			
1 <input type="checkbox"/>	Bir hastane acil servisi (<u>hastane</u>)		
2 <input type="checkbox"/>	Klinik ya da hastane (<u>hastane</u>)		
3 <input type="checkbox"/>	Hastane dışında belirli bir doktorun muayenehanesi (<u>doktor/muayenehane</u>)		
4 <input type="checkbox"/>	Hastane içinde belirli bir doktorun muayenehanesi (<u>doktor/muayenehane</u>)		
5 <input type="checkbox"/>	Birkaç doktorun bir arada çalıştığı bir devlet sağlık kuruluşu (<u>Sağlık Ocağı veya Aile Sağlığı Merkezi</u>)		
6 <input type="checkbox"/>	Bir mahalle özel polikliniği (<u>poliklinik</u>)		
7 <input type="checkbox"/>	İşyeri veya okul reviri (<u>revir</u>)		
8 <input type="checkbox"/>	Bunlardan farklı bir sağlık kuruluşu veya doktor(Lütfen belirtiniz)		
9 <input type="checkbox"/>	Emindeğilim/hatırlamıyorum		
A6.Bu BSK kimlere sağlık hizmeti veriliyor?			
Yalnız çocuklara	Hem çocuklara hem de yetişkinlere	Emin değilim / hatırlamıyorum	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
A7. Bu BSK çocukların temel olarak hangi sorunlarıyla ilgilenmektedir?			
Yalnızca belirli sağlık sorunlarına	Sorunların önemli bir çoğunluğuna	Emin değilim/hatırlamıyorum	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
A8. Çocuğunuzu buraya yaklaşık kaç kez götürdünüz.....kez			
A9. Çocuğunuzu bu sağlık kuruluşu ya da doktora ne kadar süredir götürmektесiniz?			
1 <input type="checkbox"/>	6 aydan kısa süredir		
2 <input type="checkbox"/>	6 ay -1 yıl		
3 <input type="checkbox"/>	1 - 2 yıl		
4 <input type="checkbox"/>	3 - 4 yıl		
5 <input type="checkbox"/>	5 ve daha fazla yıl		
6 <input type="checkbox"/>	Çok değişken, bir şey söylemek zor		
7 <input type="checkbox"/>	Emin değilim/hatırlamıyorum		
A10. Bu sağlık kuruluşu veya doktoru siz mi seçtiniz yoksa siz istemeseniz de buraya kayıt mı edildiniz?			
Siz veya ailenizden birisi seçti	Bu doktora kayıt edildim	Diğer	Emin değilim hatırlamıyorum
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

A11.Çocuğunuzu buraya yalnızca bazı özel sağlık sorunlarınız için mi götürürsünüz?		
Evet	Hayır	Emin değilim
1□	2□	9□

B. İLK BAŞVURU- KULLANIM					
	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
B1. Çocuğunuzun düzenli olarak genel bir sağlık kontrolleri için başka yere gitmeden önce bu BSK'na mı gidirsiniz?	4□	3□	2□	1□	9□
B2. Çocuğunuzun yeni bir sağlık sorunu olduğunda başka yere gitmeden önce bu BSK'na mı gidirsiniz?	4□	3□	2□	1□	9□
B3. Çocuğunuzu bir uzman doktora götürmek zorunda kaldığımızda BSK sizi sevk etmek zorunda mı?	4□	3□	2□	1□	9□
B4. Çocuğunuzun aşılı için başka hiçbir yere gitmeden önce BSK' a mı götürürsünüz?	4□	3□	2□	1□	9□

C. İLK BAŞVURU -ULAŞILABİLİRLİK					
Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz					
	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
C1. Sizin BSK'nuz Cumartesi veya Pazar günleri açık olur mu?	4□	3□	2□	1□	9□
C2. Sizin BSK'nuz en azından bazı hafta içi günlerinde akşam 20.00 a kadar açık olur mu?	4□	3□	2□	1□	9□
C3. Sizin BSK'nuzun açık olduğu zamanlarda çocuğunuz hastalandığında aynı gün içinde bu kurumda birisine muayene olabilir misiniz?	4□	3□	2□	1□	9□
C4. Sizin BSK'nuzun açık olduğu zamanlarda çocuğunuzla ilgili bir öneriye ihtiyacınız olursa telefonla onlara ulaşip çabucak cevap alabilir misiniz?	4□	3□	2□	1□	9□
C5. BSK'nız kapalıyken çocuğunuz hastalandığında bu kuruma ulaşabileceğiniz bir telefon numarası var mı?	4□	3□	2□	1□	9□

C6. BSK'nız cumartesi ve Pazar kapalıyken çocuğunuz hastalanırsa aynı gün oradan birisi gelip sizi evde ziyaret eder mi?	4□	3□	2□	1□	9□
C7. BSK'nız gece kapalıyken çocuğunuz hastalanırsa aynı gece içinde BSK'dan birisi gelip onu evde ziyaret eder mi?	4□	3□	2□	1□	9□
C8. Çocuğunuz genel sağlık kontrolünden geçmek için BSK'uzdan randevu almak kolay mı?	4□	3□	2□	1□	9□
C9. BSK'uzda gittiğinizde çocuğunuzla bir doktor ya da hemşire ilgilenmesi 30 dakikadan daha uzun sürüyor mu?	4□	3□	2□	1□	9□
C10. BSK'uzdan randevu alabilmek için bir çok kişiyle görüşmek, ya da uzun bir süre beklemek zorunda kalıyor musunuz?	4□	3□	2□	1□	9□
C11. Çocuğunuzun ihtiyacı olduğunda BSK'dan tıbbi bakım alabilmeniz zor oluyor mu?	4□	3□	2□	1□	9□
C12. Çocuğunuz BSK'uzda gitmek/götürülmek zorunda kaldığınızda işinden ya da okulundan kalıyor mu?	4□	3□	2□	1□	9□

D. HİZMETİN SÜREKLİLİĞİ

Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz

	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
D1. Çocuğunuz BSK'nuzda götürdüğünüz zaman her seferinde aynı doktor yada hemşireden hizmet alabiliyor musunuz?	4□	3□	2□	1□	9□
D2. Doktorunuzun, çocuğunuzla ilgili söylediklerinizi veya sorularınızı anladığını düşünüyor musunuz?	4□	3□	2□	1□	9□
D3. Doktorunuza sorduğunuz sorulara sizin anlayabileceğiniz şekilde cevap veriliyor mu?	4□	3□	2□	1□	9□
D4. Bir sorunuz olduğunda çocuğunuz en iyi tanıyan doktor veya hemşireyi telefonla arayarak ya da karşılıklı olarak soru sorabiliyor musunuz?	4□	3□	2□	1□	9□
D5. Doktorunuz endişeleriniz ve sorunlarınız hakkında konuşabilmeniz	4□	3□	2□	1□	9□

için yeterli zaman ayırır mı?					
D6. Doktorunuza çocuğunuzla ilgili endişe ve sorunlarınızdan söz ederken kendinizi rahat hissediyor musunuz?	4□	3□	2□	1□	9□
D7. Doktorunuz çocuğunuzu herhangi bir hasta olarak görmekten çok, bir kişi olarak çok iyi tanıyor mu?	4□	3□	2□	1□	9□
D8. Doktorunuz çocuğunuzun evde kiminle birlikte yaşadığını biliyor mu?	4□	3□	2□	1□	9□
D9. Doktorunuz sizin ve aileniz için en önemli sorunların neler olduğunu biliyor mu?	4□	3□	2□	1□	9□
D10. Doktorunuz çocuğunuzun geçirdiği hastalıkların ve sorunların tümünü biliyor mu?	4□	3□	2□	1□	9□
D11. Doktorunuz çocuğunuzun ailesindeki yetişkin bireylerin ne işle uğraştığını biliyor mu?	4□	3□	2□	1□	9□
D12. Aileniz çocuğunuzun ihtiyaç duyduğu ilaçları elde etmekte veya ödemekte sıkıntı çekse doktorunuz bunu bilir miydi?	4□	3□	2□	1□	9□
D13. Doktorunuz çocuğunuzun kullandığı bütün ilaçların neler olduğunu bilir mi?	4□	3□	2□	1□	9□
D14. İsteseniz çocuğunuzun doktorunu değiştirebilir misiniz?	4□	3□	2□	1□	9□
D15. Eğer kolay olsaydı düzenli olarak gittiğiniz kuruluşu başka bir yerdeki sağlık kuruluşu ile değiştirmek ister miydiniz?	4□	3□	2□	1□	9□

E. KOORDİNASYON (HİZMETLER)				
Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz				
E1. Çocuğunuzun laboratuvar testlerinin sonuçlarını alıyor musunuz?				
Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen evet	Kesinlikle evet	Emin değilim/hatırlamıyorum
4□	3□	2□	1□	9□
E2. Çocuğunuz herhangi bir uzman doktor tarafından muayene edildi mi?				
1□ Evet	2□ Hayır(F1 sorusuna geçiniz)		9□ Emindeğilim/Hatırlamıyorum (F1 sorusuna geçiniz)	

E3. Çocuğunuz en son ne zaman bir uzman doktor tarafından görüldü?					
Ay..... Yıl.....					
E4. Çocuğunuzun uzman doktora gitmesini gerektiren durum geçmeyen veya bir yıldan uzun süren bir rahatsızlık mıydı?					
1 <input type="checkbox"/> Evet			2 <input type="checkbox"/> Hayır		
E5.Çocuğunuzun bu son gittiği muayeneden bir önceki muayenesi de bir uzman hekim tarafından mı yapıldı?					
1 <input type="checkbox"/> Evet			2 <input type="checkbox"/> Hayır		
	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
E6.Çocuğunuzun sağlık kurumu ya da doktoru tarafından bir uzman doktora görünmesi önerildi mi?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E7. Çocuğunuzun sağlık kurumu ya da doktorunun onun uzman hekime olduğu muayeneler hakkında bilgisi var mı	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E8. Çocuğunuzun sağlık kurumu ya da doktorunun çocuğunuzun sorunuyla ilgili gidebileceğiniz farklı sağlık kuruluşlarıyla ilgili olarak sizinle konuşur mu?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E9. Çocuğunuzun sağlık kurumunda çalışan birisi ya da doktoru uzman doktor muayenesi için çocuğunuzun götürüleceğiniz yerden randevu alır mı?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E10. Sağlık kurumunuz ya da doktorunuz uzman hekime gönderirken elinize yazılı bir bilgi kağıdı/rapor verir mi?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E11. Sağlık kurumunuz ya da doktorunuz uzman doktorun muayene sonuçlarını bilir mi?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E12.Çocuğunuz uzman doktora gittikten sonra onun sağlık kuruluşu ya da doktoru çocuğunuzun muayenesi ve sonuçları ile ilgili sizinle ve çocuğunuzla konuşur mu?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
E13.Çocuğunuzun sağlık kuruluşu ya da doktoru çocuğunuzun uzman doktor tarafından verilen hizmetin niteliğiyle ilgili(nasıl olduğuyula) ilgilenmiş görünür mü?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

F. KOORDİNASYON (BİLGİ SİSTEMLERİ)

Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz

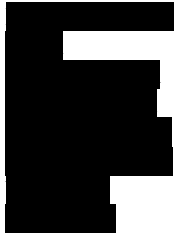
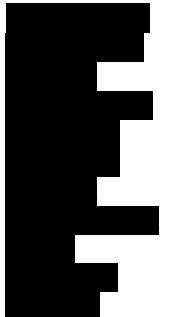

	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
--	-----------------	-----------------	------------------	------------------	-----------------------------

F1.Çocuğunuzu sağlık kuruluşu ya da doktora götürdüğünüzde aşı kayıtları veya geçmişte çocuğunuza yapılan tedavilerle ilgili raporlar gibi tıbbi kayıtlarınızı götürür müsünüz ?	4□	3□	2□	1□	9□
F2.Çocuğunuzun tıbbi kayıtlarını istediğinizde görebilir misiniz?	4□	3□	2□	1□	9□
F3.Çocuğunuzu sağlık kuruluşu ya da doktora götürdüğünüzde onun tıbbi kayıtları her zaman hazır ve ulaşılabilir durumda mıdır?	4□	3□	2□	1□	9□

G. KAPSAYICILIK (MEVCUT HİZMETLER)

Aşağıdaki liste çocuğunuzun veya ailenizin zaman zaman gereksinim duyabileceğiniz hizmetlerdir. Lütfen bu hizmetlerden her birinin sağlık kuruluşunuz veya doktorunuz tarafından verilir vermediğini belirtiniz.

	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
G1.Beslenme ve diyetle ilgili sorularınıza yanıt	4□	3□	2□	1□	9□
G2.Aşılar	4□	3□	2□	1□	9□
G3. Ailenizden birisinin sosyal yardım programlarından biri için uygun olup olmadığını görmek için kontrol etmek	4□	3□	2□	1□	9□
G4.Diş sağlığı kontrolü	4□	3□	2□	1□	9□
G5.Diş hekimi tarafından tedavi	4□	3□	2□	1□	9□
G6. Aile planlaması veya doğum kontrol yöntemleri	4□	3□	2□	1□	9□
G7.Madde ve ilaç bağımlılığı danışmanlığı ve tedavisi	4□	3□	2□	1□	9□
G8. Ruh sağlığı sorunları danışmanlığı	4□	3□	2□	1□	9□
G9.Kurşun zehirlenmesi için testler	4□	3□	2□	1□	9□
G10.Kesiler için dikiş atılması	4□	3□	2□	1□	9□
G11.Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (HIV/AIDS) danışmanlığı ve testleri	4□	3□	2□	1□	9□
G12.İşitme testleri	4□	3□	2□	1□	9□
G13.Görme taraması	4□	3□	2□	1□	9□
G14.Allerji aşıları	4□	3□	2□	1□	9□
G15.Ayak ve el bileği burkulması için atelet alma	4□	3□	2□	1□	9□
G25.Gıda ve süt desteği programları	4□	3□	2□	1□	9□

H. KAPSAYICILIK (SUNULAN HİZMETLER)					
Bu sorular çocuğunuzun bazen almış olduğu farklı sağlık hizmetleri tipleri ile ilgilidir.Lütfen her soruda size en uygun olan bir seçeneği işaretleyiniz					
	Kesinlikle evet	Muhtemele n evet	Muhtemele n hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
H1.Doktorunuz ya daBSK'nuz çocuğunuzun sağlığını koruyacak besleyici gıdalar ve yeterli uyku gibi konularda yaklaşımlar sunar mı	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
H14.Doktorunuz ya daBSK'nuz çocuğunuzun davranış sorunlarıyla ilgili çözümler üretir mi?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
H15. Doktorunuz ya daBSK'nuz belirli yaşlara ait beklenen gelişim ve davranış değişiklikleri hakkında bilgi verir mi	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

H18.12 yaş üstü çocuklar için güvenlik konuları: Güvenli seks hakkında bilgi vermek, ilaç, içki ve araba kullanımı konusunda doğru yaklaşım önerir mi?	4□	3□	2□	1□	9□

I. AİLE MERKEZLİ HİZMET					
Bu sorular ailenizle ilgili sağlık hizmet sunan kişilerle ilişkilidir					
	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
11. Sağlık kuruluşunuz ya da doktorunuz çocuğunuza tedavi ve izlem planlarken sizin düşünce ve önerilerinizi alır mı?	4□	3□	2□	1□	9□
12. Sağlık kuruluşunuz ya da doktorunuz çocuğunuzun ailesinin geçirdiği hastalıklar veya sorunlarla ilgili soru sorar mı?	4□	3□	2□	1□	9□
13. Sağlık kuruluşunuz ya da doktorunuz yardımcı olabileceğini düşündüğünüz için aile üyelerinden birisiyle görüşür mü?	4□	3□	2□	1□	9□

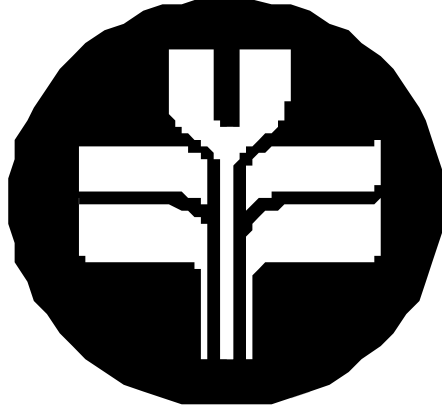
J. TOPLUMSAL KAPSAYICILIK VE KATILIM					
	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
J1. Sağlık kuruluşu ya da doktorunuzun çalıştığı yerden birisi size ev ziyaretleri de yapar mı	4□	3□	2□	1□	9□
J2. Çocuğunuzun sağlık kuruluşu ya da doktoru yaşadığınız bölgenin önemli sağlık sorunları hakkında bilgi sahibi midir	4□	3□	2□	1□	9□

?					
J3. Sağlık kuruluşunuz ya da doktorunuz sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasına yardımcı olacak insanlardan fikir ve öneriler alır mı?	4□	3□	2□	1□	9□
Sağlık kuruluşunuz veya doktorunuz sunduğu hizmetin veya uyguladığı programların etkinliğini belirlemek için aşağıda yazılı maddelerden herhangi birini uygular mı?					
	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
J11 Çocuğunuzun sağlık kuruluşu ya da doktoru hizmetlerin insanların gereksinimlerini karşılayıp karşılamadığını görmek için düzenlenmiş saha çalışmaları yapar mı	4□	3□	2□	1□	9□
J12. Çocuğunuzun sağlık kuruluşu ya da doktoru bilinmesi gereken sağlık sorunlarını bulmak için toplumsal olarak yürütülen saha çalışmaları yapar mı?	4□	3□	2□	1□	9□
J18. Çocuğunuzun sağlık kuruluşu ya da doktoru aile üyelerine yönetsel oluşumlarda ve öneri komisyonlarında yer alma önerilerinde bulunur mu?(sağlık ocağı kurulları)	4□	3□	2□	1□	9□

K. KÜLTÜREL YETKİNLİK					
Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz					
	Kesinlikle evet	Muhtemelen evet	Muhtemelen hayır	Kesinlikle hayır	Emin değilim/hatırlamıyorum
K1. Çocuğunuzun sağlık kuruluşu ya da doktorunu bir arkadaşınıza veya akrabanızın çocuğuna önerir miydiniz?	4□	3□	2□	1□	9□
K2. Çocuğunuzun sağlık kuruluşu ya da doktorunu iyi Türkçe bilmeyen birine önerir miydiniz?	4□	3□	2□	1□	9□
K3. Çocuğunuzun sağlık kuruluşu ya da doktorunu geleneksel tıp uygulamaları kullanan; örneğin bitkiler ev yapımı ilaçlar veya sağlık bakımı ile ilgili özel birtakım inanışları olan birine önerir miydiniz ?	4□	3□	2□	1□	9□

M. SAĞLIĞIN DEĞERLENDİRİLMESİ				
Lütfen size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz				
M1.Çocuğunuzun şu anki sağlık durumuyla ilgili ne söyleyebilirsiniz?				
1□ Mükemmel	2□ Çok iyi	3□ İyi	4□ Orta	5□ Kötü
M2.çocuğunuzun geçen yılki sağlık durumuyla ilgili ne söyleyebilirsiniz?				
1□ Mükemmel	2□ Çok iyi	3□ İyi	4□ Orta	5□ Kötü
M3.Çocuğunuzun bir yıldan daha uzun süren veya geçmeyen bir duygusal ruhsal veya fiziksel sorunu oldu mu ?				
Evet	Hayır		Emin değilim	
1□	2□		3□	

Birinci Basamak Değerlendirme
Anketi
(PCAS)



The Health Institute
New England Medical Center

NOT: Bu anket 29 soru içerir .

AÇIKLAMALAR

Her bir soru için kutucuğu doldurun ya da ayrılan çizgi _____ içine uygun cevabı yazın.

Cevapların doğrusu ya da yanlışı yoktur. Lütfen bütün soruları (soru atlamamız istenmedikçe) cevaplayın. Anketi bir seferde doldurmak zorunda değilsiniz, derseniz anketi doldururken ara verebilirsiniz.

Bazı soruları çok özel veya kişisel bulursanız soruyu atlayıp diğer soruya geçiniz. Her koşulda verdiğiniz cevapları kimse bilmeyecek gizli kalacaktır.

Sorularınız olursa bilgi almak için lütfen _2391319_____ nolu telefonu arayınız.

Anketi bitirdiğinizde gerektiğinde size verilmiş olan zarfla anketi postalayınız.

Katıldığımız için teşekkür ederiz.

ARAŞTIRMA YÖNETİMİ İÇİN BİLGİLER		
Küme no:	Görüşme tarihi	ASM adı:
<input type="checkbox"/> Yetişkin <input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Yaşlı/...../.....	
ANKET NO	ANKETÖRÜN ADI	

Düzenli olarak sizi takip eden Doktorunuzla ilgili sorular

*1 .Düzenli olarak sağlık hizmeti aldığımız bir doktorunuz var mı?

Evet Hayır) → (en son gittiği doktorla ilgili sorunuz)
[1] [2]

*2. Bu doktorun ne zamandan beri sizin doktorunuz olduğunu belirtir misiniz?

6 aydan daha az 6ay-1yıl arası 1-2 yıl arası 3 – 5 yıl arası 5 yıldan çok
[1] [2] [3] [4] [5]

3. Bir sağlık sorunuz ya da sağlığınızla ilgili öğrenmek istediğiniz bir konu olduğunda bu doktoru mu ararsınız?

Evet

Hayır *Emin değilim*
[2] [3]

4.Doktorunuz sizin ve ailenizin sağlığıyla ilgili ihtiyaçlarınızın ne kadarına çare/ çözüm bulabiliyor?

Her türlü sorunumuza

	<i>Sorunlarımızın çoğuna</i>	<i>Sorunlarımızın bazalarına</i>	<i>Sorunlarımızın çok azına</i>	<i>Hemen hemen hiç birine</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Aşağıdaki sorular **düzenli olarak sağlık hizmeti aldığımız doktorla** ilgili sorulardır.

5a. Evinizden doktorunuzun muayenehanesine ulaşmak genellikle kaç dakikanızı alır?

[1] 15 dakikadan az
[2] 16 – 30 dakika
[3] 31- 60
[4] 60 dakikadan uzun

→ →

5*b. Evinizden doktorunuzun çalıştığı yere ulaşabilme kolaylığınızı nasıl değerlendirirsiniz

Çok kötü [1] Kötü [2] Orta [3] İyi [4] Çok iyi [5] Mükemmel [6]

6a. Doktorunuzun çalışma saatlerinin şu anki çalışma saatlerine ek olarak hangi zamanlarda da devam etmesini isterdiniz

- [1] Sabahları erkenden
[2] Akşamları ve geceleri
[3] Hafta sonları
[4] Çalışma saatlerinden memnunum

→ →

6*b. Sağlık gereksinimleriniz açısından doktorunuzun sağlık hizmeti verdiği saatleri nasıl değerlendirirsiniz ?

- Çok kötü [1] Kötü [2] Orta [3] İyi [4] Çok iyi [5] Mükemmel [6]

7a. Hastalandığınızda genellikle doktorunuzdan telefonla kaç gün sonrası için muayene randevusu alabiliyorsunuz?

- (0) Telefonla randevu alamıyorum
[1] aynı gün içinde
[2] ertesi gün için
[3] 2 veya 3 gün içinde
[4] 4-5 gün içinde
[5] 5 günden daha çok

→ →

7*b. Bu randevu alabilme sürenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Çok kötü [1] Kötü [2] Orta [3] İyi [4] Çok iyi [5] Mükemmel [6]

8a. Size verilen randevu saatinde doktorunuza → gittiğinizde muayeneniz genellikle randevu saatinden ne kadar sonra başlıyor
(randevu almadıysanız sağlık ocağına/aile hekimine ulaştıktan sonra muayene için ne kadar bekliyorsunuz?)

- [1] zamanında başlıyor
[2] beş dakikadan daha az
[3] 6-10 dakika
[4] 11-20 dakika
[5] 21-30 dakika
[6] 31-45 dakika
[7] 45 dakikadan daha fazla

8*b. Bu bekleme süresini nasıl değerlendirirsiniz?

- Çok kötü [1] Kötü [2] Orta [3] İyi [4] Çok iyi [5] Mükemmel [6]

9a. Pahalı olacağını düşündüğünüz için hiç doktora gitmeyi ertelediğiniz oldu mu?
→

0) hiç para ödemiyorum (10a sorusuna geçiniz)
evet evet hayır
Çoğu kez bazen kesinlikle

[1] [2] [3]

10 a. Size oldukça pahalı geldiği için için hiç ilaçlarınızı almadığınız veya tedavinizi aksattığınız oldu mu?
→

evet evet hayır
çoğu kez bazen kesinlikle
[1] [2] [3]

9*b. Muayene için doktora ödediğiniz parayı nasıl değerlendirirsiniz?

Çok kötü kötü Orta iyi Çok iyi Mükemmel

[1] [2] [3] [4] [5] [6]

10*b. İlaç tedavisi ve önerilen diğer tedaviler için harcadığınız para miktarını (tedavi maliyetini) nasıl değerlendirirsiniz ?

Çok kötü kötü Orta İyi Çok iyi Mükemmel
[1] [2] [3] [4] [5] [6]

11. Doktorunuzu görmek veya konuşmak ihtiyacı duyduğunuzda aşağıdaki durumlara göre değerlendirir misiniz?

11*a. Telefon aracılığıyla ulaşabilmek konusunda nasıldır?

Çok kötü Kötü Orta İyi Çok iyi Mükemmel
[1] [2] [3] [4] [5] [6]

11*b. Bir probleminiz veya öğrenmek istediğiniz bir sağlık durumu olduğunda olduğunda telefonla doktorunuzdan tıbbi öneri alabilmek konusunda nasıldır?

Çok kötü Kötü Orta İyi Çok iyi Mükemmel
[1] [2] [3] [4] [5] [6]

12*a. Düzenli kontrolleriniz veya Genel muayene (Çekap) için gittiğinizde kendi doktorunuzu görebiliyor musunuz ?

→

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

12b. Bu durumu sizce nasıl değerlendirirsiniz ?

→

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

13 *a. Hastalandığınız zaman gittiğinizde kendi doktorunuza muayene olabiliyor musunuz ? (yardımcı sağlık personeli ya da yerine bakan başka bir doktora değil)

→

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

13b. Bu durumu nasıl değerlendiriyorsunuz?

→

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

14. Aşağıdaki sorularda aldığımız sağlık hizmetini doktorun yaptığı muayene açısından değerlendirilmeniz istenmektedir:

14*a. Sağlık sorununuzu tanımlayabilmek için doktorunuzun yaptığı fizik muayene nasıldır?

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

14b. Sağlık sorunlarınıza doğru teşhisler koyabiliyor mu?

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

15. Düzenli olarak doktorunuzla konuştuğunuz zamanlarla ilgili olarak aşağıdaki durumları nasıl değerlendirirsiniz?

Çok kötü	Kötü	Orta	Iyi	Çok iyi	Mükemmel
----------	------	------	-----	---------	----------

15*a. Şikayet ve belirtilerinizle ilgili sorular sormakta yeterliliği (tamlığı)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
15*b. Anlattıklarınızla ilgili dikkati	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
15c. Sağlık sorunlarınız ve tedavilerinizle ilgili olarak yaptığı açıklamalar	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
15*d. Sizi bir hastaneye uzman doktora yönlendirdiğinde verdiği (sevk) raporları	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
15*e. Sağlığınızla ilgili kararlar vermek konusunda yardım ve önerileri	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

***16.** Doktorunuzun yanından sorularınıza cevap alamadan ayrıldığınız olur mu?

Her zaman	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

17.Doktorunuzdan aldığımız sağlık hizmetini aşağıda sıralanan maddelere göre kişisel olarak nasıl değerlendirirsiniz ?

	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
*17a. Size ayırdığı zaman	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
*17b. Sorularınız ve endişelerinize karşı size gösterdiği sabır	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
*17c. Size karşı olan dostluk ve yakınlığı	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
*17d. İlgisi ve bakımı	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
*17e. Size karşı saygısı	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

18.Doktorunuzun sağlığını korumak ve hastalıkları önlemek konusunda verdiği önerileri nasıl değerlendirirsiniz

Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

19. Doktorunuz bugüne kadar aşağıdakilerden hangisi/hangileriyle ilgili sizinle konuştu

Her şikkı ayrı yanıtlayınız	Evet üç yıl içinde	Evet 3 yıldan daha uzun	Evet zamanını hatırlamıyorum	Hayır
*19a. Sigara içme	[1]	[2]	[3]	[4]
*19b. Alkol kullanımı	[1]	[2]	[3]	[4]
*19c. Aile planlaması	[1]	[2]	[3]	[4]
*19d. Beslenme (gebe,bebek beslenmesi) ve şişmanlık gibi.	[1]	[2]	[3]	[4]
*19e. Egzersiz ve spor yapma	[1]	[2]	[3]	[4]
*19f. Kişisel temizlik (eller,diş)	[1]	[2]	[3]	[4]
*19g. Güvenli, sağlıklı cinsel ilişki	[1]	[2]	[3]	[4]

20. Aşağıdakilerden hangilerini doktorunuzun önerilerine uyarak gerçekleştirdiniz ?

(Her bir şikkı cevaplayınız)	Evet	Hayır
20 a. Sigarayı bırakmaya çalışmak/bırakmak	[1]	[2]
20 b. Alkolü bırakmaya çalışmak/bırakmak	[1]	[2]
20 c. Aile planlaması yöntemi kullanmak	[1]	[2]
20 d. Beslenme alışkanlıklarını değiştirmek	[1]	[2]
20 e. Egzersiz ve spora başlamak	[1]	[2]
20 f. Kişisel temizliğe (el yıkama, diş fırçalama) özen göstermek	[1]	[2]
20g. Güvenli cinsel ilişkide bulunmak (örneğin cinsel ilişkide gerektiğinde kondom kullanmak gibi)	[1]	[2]

21. Doktorunuza olan **güveninizle** ilgili olarak aşağıdaki durumları değerlendirir misiniz ?

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Emin Değilim	katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
*21a. Başka kimseye söyleyemeyeceğim bir şeyi doktoruma söyleyebilirim	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
*21b. Doktorum bazen tam olarak emin olmadığı şeyleri biliyormuş gibi yapar	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

*21c. Tıbbi bakımım konusunda doktorumun vereceği kararlara tam olarak güvenirim	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
*21d. Doktorum benim sağlığım için gerekenleri yapmak yerine maliyeti düşük tutmaya daha çok dikkat eder	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
*21e. Sağlığım ile ilgili kötü bile olsa her zaman gerçeği söyler	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
*21f. Sağlığıma benim kadar dikkat eder	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
*21g. Tedavimde bir hata yapılmışsa benden saklamaya çalışır	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

*22. Tüm bunları dikkate aldığımızda doktorunuza olan güveninizi aşağıda yazılı rakamlara göre nasıl değerlendirirsiniz

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç güvenmiyorum

Tam güven

23. Doktorunuzun sizinle ilgili bilgisini nasıl değerlendirirsiniz?

	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
*23a. Tıbbi özgeçmişinizle ilgili bilgisi	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
*23b. Evde ve işyerindeki sorumluluklarınızla ilgili bilgisi	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
*23c. Sağlığınızla ilgili sizi en çok endişelendiren durumlarla ilgili bilgisi	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
*23d. Bir kişi olarak inanç ve değerlerinizle ilgili bilgisi	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

*24. Komaya girer ya da bilinç kaybı yaşarsam doktorum benim için tıbbi olarak ne yapılmasını isteyeceğimi bilir.

Kesinlikle katılıyorum

Katılıyorum

Emin değilim

Katılmıyorum

Kesinlikle katılmıyorum

[1]

[2]

[3]

[4]

[5]

25. Doktorunuzun çalıştığı sağlık biriminde diğer doktorlar veya hemşireler sizinle ilgileniyorlar mı?

[1]

Evet



[2]

Hayır



27. Soruya geçiniz

26. Kendi doktorunuz sizin diğer doktor veya ebe/hemşire den aldığınız hizmet hakkında bilgi sahibi mi?

[1] [2] [3]
Evet **Hayır** **Emin değilim**

*27. Doktorunuz size özel bir sağlık sorununuz için farklı bir doktoru önerdi mi ?

[1] [2]
Evet ↓ **Hayır** → 29.soruya geçiniz

28. Bir sağlık sorununuz nedeniyle doktorunuz size farklı bir hekim önerdi ise aşağıdaki maddeleri değerlendiriniz:

	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Mükemmel
*28 a .Gideceğin uzman hekimi seçmene yardımı	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
*28 b. Uzman hekimden gerekli randevuyu almana yardımı	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
*28 c. Bir uzman tarafından tedavi olurken ya da hastaneye yatırılarak tedavi edilirken doktorunun ilgisi	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
*28 d. Düzenli doktorunun seni gören diğer doktorlar ya da uzmanlarla olan iletişimi	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
*28 e. Diğer pratisyen veya uzman hekimlerin sana söylediklerini anlayabilmen konusunda yardımı	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
*29 f. Sizi gönderdiği diğer doktor ve uzmanların kalitesi	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

29. Bunların hepsini dikkate aldığınızda düzenli hekiminizden memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz?

[1] **Fazlasıyla memnunum daha iyisi olamazdı**
[2] **Çok memnunum**
[3] **Biraz memnunum**
[4] Ne memnun ne de değilim
[5] Biraz memnun değilim
[6] Hiç memnun değilim
[7] Tamamen memnuniyetsizim daha kötüsü olamazdı

X- KAYNAKLAR

- ¹ Schoen C, Osborn R, Huynh Pt, et al. Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries. Health aff millwood). 2004;jul-dec;suppl web exclusives, w4:487-503
- ² Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? Journal of the American Medical Association 1988; 260: 743-1748.
- ³ Sibthorpe B .A Proposed Conceptual Framework For Performance Assessment İn Primary Health Care A Tool For Policy And Practice 2004 http://www.anu.edu.au/aphcri/publications/conceptual_framework.pdf
- ⁴ Campbell Sm, Roland Mo, Buetow Sa. Defining quality of care. Social Science And Medicine 2000; 51(11): 1611-25.
- ⁵ Hurst, J. Performance measurement and improvement in oecd health systems: overview of issues and challenges. OECD conference: measuring up: improving health systems in oecd countries. 2001. Ottawa, Kanada
- ⁶ Van Norren B, Boerma Jt, Sempebwa Ek. Simplifying the evaluation of primary health care programmes. Social Science And Medicine 1989; 28(10): 1091-7.
- ⁷ The İnterim Report On The Future Provision of Medical And Allied Services. Socialist Health Association 26 April, 2011 erişim tarihi 10.09.2010
- ⁸ www.who.int/hpr/nph/docs/declaration_almaata.pdf erişim tarihi 10.09.2010
- ⁹ Institute of Medicine. Defining primary care. An interim report. Washington, dc: national academy press, 1994.
- ¹⁰ Starfield B. Primary And Specialty Care .Medical Education 2003;37:756–757
- ¹¹ Starfield B Contribution Of Primary Care To Health Systems And Health .The Milbank Quarterly, vol. 83, no. 3, 2005 pp. 457–502
- ¹² Millis Js. The Millis Commission Report. Chicago,American medical association; 1966.

-
- ¹³ World Organization of Family Doctors. The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems: A Statement from WONCA, 1991, p. 2;
- ¹⁴ Starfield B. Primary care: Concept, Evaluation, Policy. Oxford, England: oxford university Press; 1992
- ¹⁵ The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now more than ever. Geneva (Switzerland) erişim tarihi 10.09.2010
- ¹⁶ Greenhalgh T. Thirty years on from Alma-Ata: Where have we come from? Where are we going. British Journal of General Practice, November 2008:798-803
- ¹⁷ Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health policy 2002;60:201-18
- ¹⁸ Flocke Sa. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. J fam Pract 1997;45:64-74
- ¹⁹ Institute of Medicine. A Manpower Policy For Primary Health Care. IOM publication 78-02. Washington, dc: national academy of sciences, 1978
- ²⁰ Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press 1998
- ²¹ Eser E. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan yaklaşım ve yöntemler, Toplum Hekimliği Bülteni. 27;3; 2008
- ²² Haggerty J, Martin Cm. Evaluating primary health care in Canada: the right questions to ask The national evaluation strategy for primary Health care. 2005 pg 9
- ²³ Continuity of Care. Jay Biem H, The Canadian Journal of CME / November 2004 , 105
- ²⁴ Haggerty J, Reid Rj, Freeman G, Starfield B, Adair C, Continuity Of Care: A Multidisciplinary Review *Bmj*. 2003;327(7425):1219-1221.
- ²⁵ Forrest C , Starfield B, Entry Into Primary Care And Continuity: The effects of access 1998, vol. 88, no. 9 American Journal Of Public Health 1330-1336

-
- ²⁶Flocke Sa, Miller W L. , Crabtree B F. Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *The Journal Of Family Practise* october 2002 · vol. 51, no. 10;835–840
- ²⁷ L shi, Starfield B, Xu j, Politzer R, Primary Care Quality: Community Health Center And Maintenance Organization. *Southern Medical Journal*. volume 96, number 8, august 2003
- ²⁸ Starfield B, Donald W. Continuity And Coordination In Primary Care: Their Achievement And Utility. *Utility Medical Care* 1976 volüm 14 p 234-246
- ²⁹ B Starfield Comprehensiveness of Care: Concept and Importance, RNZCGP Annual Quality Symposium Wellington, NZ February 14, 2009
- ³⁰ Malouin RA, Starfield B, Sepulveda MJ. Evaluating the tools used to assess the medical home. *Manag Care*. 2009 Jun;18(6):44-8.
- ³¹ Safran D. Evaluating the quality of primary care relationships under managed care. Presented at: charting the future of the doctor-patient relation-ship. The royal society of medicine foundation, washington, dc, april 1997.
- ³² Cassady C, Starfield B, Hurtado Mp, Berk R, Nanda Jp, Measuring Consumer Experiences with primary care. *J ambulatory pediatric assoc* 2000;105:998–1003.
- ³³ Starfield B, Cassady C, Nanda J, Forrest Cb, Berk R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *J fam pract* 1998;46:216-228
- ³⁴ Safran D G, Kosinski M, Tarlov A. The primary care assessment survey tests of data quality and measurement performance. *Medical Care*, vol. 36, no. 5 (may, 1998), pp. 728-739
- ³⁵ Leiyu S , Starfield B, Xu J. Validating The Adult Primary Care Assessment Tool *j fam pract* 2001; 50:161
- ³⁶ Flocke S. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. *J Fam Pract*. 1997 Jul;45(1):64-74.

-
- ³⁷ World Health Organization 2009, 2. edition. Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey sy:32
- ³⁸ Murphy J, Chang H, Montgomery J E, Rogers W H, Safran D G. The quality of physician-patient relationships. *Journal Of Family Practice*, feb, 2001
- ³⁹ Safran DA, Jana F , Montgomery At .All Predictors Of Voluntary Disenrollment .*The Journal of Family Practice* 2001: 50:130-136)
- ⁴⁰ Eser E, Lağarlı T ve arkadaşları. Birinci basamak değerlendirme ölçeğinin bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerine ayaktan tanı tedavi için başvuranlardaki psikometrik özellikleri. 6.saykad kongresi kitabı 2007 syf
- ⁴¹ Hartley La . Examination of primary care characteristics in a community-based clinic. *Journal of Nursing Scholarship*, 2002; 34:4, 377-382
- ⁴² Macinko J, Almeida C, dos SE, de Sá PK. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage.* 2004 Oct-Dec;19(4):303-17.
- ⁴³ Hartley LA Using the primary care assessment survey in an ambulatory setting. *Nurs Econ.*2002 Sep-Oct;20(5):235-6, 248.
- ⁴⁴ Hsiao CJ, Roche KB, Marsteller JA, Leff BA .The Effect Of Disability On Personal Quality Of Primary Care Received By Older Adults. *Disability and rehabilitation*, 2009; 31(22): 1835–1842
- ⁴⁵ Shadmi E, Boyd C M, , Hsiao Cj, Sylvia M, Schuster A, Boulton C. Morbidity and older persons' perceptions of the quality of their primary care.*The American Geriatrics Society* 54:330–334, 2006.
- ⁴⁶ Boyd Cm, Shadmi E, Conwell Lj et al. A pilot test of the effect of guided care on the quality of primary care experiences for multimorbid older adults.*Gen Intern Med* 23(5):536–42
- ⁴⁷ Fleming D A, Sheppard V B, Mangan P A, et al. Caregiving at the end of life: perceptions of health care quality and quality of life among patients and caregivers. *Journal of pain and symptom management* . 31: 2006
- ⁴⁸ Weia X, Barnsleyb J, Zakusc D,et al. Assessing continuity of care in a community diabetes program: Initial questionnaire development and validation. *Journal of Clinical Epidemiology* 61 (2008) 925-931

-
- ⁴⁹ Saitz R, Nj Horton, Cheng Dm, Samet Jh. Alcohol Counseling Reflects Higher Quality Of Primary Care J Gen Intern Med 23(9):1482–6
- ⁵⁰ Murray A, Safran D G, Rogers W H, et al. Part-time physicians :physician workload and patient-based assessments of primary care performance. Arch Fam Med. 2000;9:327-332
- ⁵¹ Duberstein P, Meldrum S , Fiscella K, Shields Cg , Epstein Rm . Influences On Patients' Ratings Of Physicians: Physicians Demographics And Personality. patient education and counseling 65 (2007) 270–274
- ⁵² Boratav K. Sınıfların ve grupların sosyoekonomik nitelikleri. 2.Baskı. Ankara. İmge Kitapevi Yayınları, 2004, s. 33-60
- ⁵³ Cronbach, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 1951, 16, 297-335
- ⁵⁴ Kringos S, Boerma W, Spaan E, et all. A snapshot of the organization and provision of primary care in Turkey, BMC Health Services Research 2011, 11:90
- ⁵⁵ İlhan M, Tüzün H ,Aycan S, Aksakal FN , Özkan S, Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar Toplum Hekimliği Bülteni • Cilt 25, Sayı 3, Eylül 2006
- ⁵⁶ Crampton P, Dowell A, Woodward A, Salmond C. Utilization rates in capitated primary care centres serving low income populations. N Z Med J 2000 Oct 27;113(1120):4368.
- ⁵⁷ Brown CJ, Pagan JA, Rodriguez-Oreggia E. The decisionmaking process of health care utilization in Mexico. HealthPolicy 2005 Apr;72(1):81-91.
- ⁵⁸ Kontopantelis E ,Roland M , Reeves D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. BMC Family Practice 2010, 11:61
- ⁵⁹ YS Wong¹, Kung K, Griffith S M, Carthy T et al Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health* 2010, **10**:397

-
- ⁶⁰ Jeannie L, Haggerty, Pineault R, at all. Practice Features Associated With Patient-Reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care *Ann Fam Med* 2008;6:116-123
- ⁶¹ Jatrana S, Crampton P, Richardson K. Continuity of care with general practitioners in New Zealand: results from SoFIE-Primary Care. *N Z Med J*. 2011 Feb 11;124(1329):16-25.
- ⁶² Ribeiro Lda C, Rocha RL, Ramos-Jorge ML. Reception of children in primary health care: a study on attitudes by family health team members. *Cad Saude Publica*. 2010 Dec;26(12):2316-22.
- ⁶³ Tsai J, Shi L, Yu WL, Lebrun LA. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community. *Med Care*. 2010 Jul;48(7):628-34.
- ⁶⁴ O'malley AS, Forrest CB. Primary care performance and Patient-Physician Relationship For Low –Income Women .*J Gen Intern Med* 2002;17:66-74
- ⁶⁵ Moseley KL, Hudson EJ. Steroid inhaler adherence, flu vaccine receipt, and race: associations with the quality of the parent-physician relationship for asthmatic children. *J Natl Med Assoc*. 2009 May;101(5):407-13.
- ⁶⁶ Kim T W, Samet J H, Cheng D M, Winter M R, DG Safran. Substance Abuse Primary Care Quality and Addiction Severity: A Prospective Cohort Study. *HSR: Health Services Research* 42:2 (April 2007)
- ⁶⁷ Flocke SA, Gilchrist V. Physician and patient gender concordance and the delivery of comprehensive clinical preventive services. *Med Care*. 2005 May;43(5):486-92.
- ⁶⁸ Flocke SA, Stange KC, Zyzanski SJ. The association of attributes of primary care with the delivery of clinical preventive services. *Med Care*. 1998 Aug;36(8 Suppl):AS21-30.
- ⁶⁹ Özcebe H ,Sönmez R ve arkadaşları. Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi Anadolu Sağlık ocağı Bölgesinde 65 yaş ve Üzeri nüfusun sağlık durumu ve sağlık hizmeti kullanımının değerlendirilmesi. 7. Halk sağlığı Günleri Eskişehir bildiri kitabı

-
- ⁷⁰ Gary McLean, Bruce Guthrie, Matt Sutton. Differences in the quality of primary medical care services by remoteness from urban settlements. *Qual Saf Health Care* 2007;16:446–449
- ⁷¹ Corrales MS, Ribera EP, Badiá J G et al . Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Family Practice* 2006; 23: 308–316.
- ⁷² Wilson IB, MD, Rogers WH, Chang H, Safran DG . Cost-related Skipping of Medications and Other Treatments Among Medicare beneficiaries Between 1998 and 2000 Results of a National Study. *ScD1 J Gen Intern Med* 2005; 20:715–720.
- ⁷³ Garg A, Nelson CS, Burrell L, Duggan AK, Association of substance use discussion by pediatric providers with the parent-provider relationship and maternal behavior change. *Clin Pediatr* . 2010 Apr;49(3):240-8.
- ⁷⁴ Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, Epstein RM. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians *Med Care*. 2004 Nov;42(11):1049-55.
- ⁷⁵ Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract*. 1998 Sep;47(3):213-20.
- ⁷⁶ Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, Refik saydam Hıfzısıhha Başkanlığı Sağlık bakanlığı, Yayın no:806/ 2010
- ⁷⁷ Jeon KY. Cross-cultural adaptation of the US consumer form of the short Primary Care Assessment Tool (PCAT): the Korean consumer form of the short PCAT (KC PCAT) and the Korean standard form of the short PCAT (KS PCAT) *Qual Prim Care*. 2011;19(2):85-103
- ⁷⁸ Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Berra S, Gotsens M, Borrell C. Assessment of primary care in health surveys: a population perspective. *Eur J Public Health*. 2011 Apr 5.
- ⁷⁹ Harzheim E, Duncan B, Stein AT et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. *BMC Health Services Research* 2006, **6**:156

⁸⁰ Berra S, Rocha KB, Rodriguez-Sanz M, Pasarin MI, Rajmil L, Borrell C, Starfield B. Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health*. 2011 May 9;11(1):285.

⁸¹ Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, Berk RA, Nanda JP, Friedenber LA. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000 Apr;105(4 Pt 2):998-1003.