

### Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi

Tülay Lağarlı<sup>a</sup>, Erhan Eser<sup>a</sup>, Mustafa Akdeniz<sup>b</sup>, Bahar Aydoğdu<sup>b</sup>, Ümit Baklaya<sup>b</sup>, Canan Fıra<sup>b</sup>, Adnan Saatçioğlu<sup>b</sup>, Burak Sönmez<sup>b</sup>, Eylül Taner<sup>b</sup>, Seval Tığlı<sup>b</sup>, Koray Topçu<sup>b</sup>, Başak Yıldız<sup>b</sup>, Nurcan Yılmaz<sup>b</sup>, Hülya Yorgun<sup>b</sup>

#### Özet

**Amaç:** 1 Ocak 2008'de başlayan Aile Hekimliği Manisa İli pilot uygulamasının yapısal ve işleyiş özelliklerini PCAS (Primary Care Assessment Survey) Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirmektir. **Yöntem:** Çalışma 20.8.2009 - 27.8.2009 tarihleri arasında Manisa merkez ilçede 6 aile sağlığı birimine bağlı bölgede yürütülmüştür. Araştırma bölgesindeki toplam hane sayısı 6900 dür. Küme örnekleme yöntemi ile 360 haneden birer kişiye ulaşılarak, 18 yaş üstü 381 bireye PCAS anketi yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Araştırmaya katılım oranı (327/360) %90'dır. **Bulgular:** Örneğin yaş ortalaması 41.2±13.9 dur. Araştırma kapsamındaki kişilerin %86.4'ü kadındır. Araştırma grubunun %16.5'i eğitimsiz, %17.0'ı ise sağlık güvencesi olmayanlar ve yeşil kart sahipleridir. Ölçek puanları, boyutlara göre: Ulaşılabilirlik:53.56±17.41; Süreklilik: 74.01±11.95; Kapsayıcılık: 49.04±20.51; Eşgüdüm: 43.13±43.3; Hizmet memnuniyeti :70.01±13.57; Hekimin kişisel yakınlığı :71.94±17.41 ve Güven :71.95±11.96 'dır. En başarılı özellik sürekliliktir. Ulaşılabilirlik: Hanede 5 yaş çocuk ve 0-12 aylık bebek varlığında, sağlık güvencesi ve yeşil kart sahibi olanlarda, hanede kronik hastalığı olan birey varlığında ve ailenin tüm bireyleri aynı aile hekimine kayıt olanlarda daha yüksektir. Süreklilik: Yaşlı ve kadınlarda ve eğitimsizlerde, beş yaş altı çocuk ve kronik hasta bulunmayan hanelerde daha yüksek bulunmuştur. Kapsayıcılık: Yaş ilerledikçe ve sağlık güvencesi olanlarda, hanede kronik hastalıklı ve engelli birey varlığında daha yüksektir. Çok değişkenli analizler sonucunda sağlık güvencesi, yaş, eğitim, aynı aile hekimine kayıtlı olma etkili bulunmuştur. Yapısal özet boyut, ilişki özet boyutuna göre daha düşük puan almıştır. **Sonuç:** Manisa Merkez İlçede Aile Hekimliği uygulamasında, kadın ve beş yaş altı çocuk risk gruplarına öncelikli yaklaşımın sürdüğü, yaşlılık sağlık sorunları ile ilgili yeni bir yaklaşımın oluşmakta olduğu görülmüştür.

**Anahtar kelimeler:** Birinci basamak sağlık hizmeti özellikleri, aile hekimliği, PCAS

### Assessing the structural and functional properties of family physician services by using the PCAS (Primary Care Assessment Survey: Primary Care Evaluation Scale) scale

#### Abstract

**Aim:** The objective of this cross-sectional study is to assess the structural and functional properties of the recently (in 2008) promoted Family Physician Services by using the PCAS (Primary Care Assessment Survey: Primary Care Evaluation Scale) scale.

---

<sup>a</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D, <sup>b</sup>Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi İtern Hek.

**Sorumlu Yazar:** Tülay Lağarlı, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağ.AD Manisa Cep Tlf: 0505 313 91 81, E-posta:tulay.as@gmail.com

**Methods:** The study was conducted between 20.08.2009 and 27.8.2009 in 6 Family Physician Units (FPU) of Manisa city. The household universe was 6900 and 381 persons living in 360 Households (sample size) were interviewed by a face to face approach. **Results:** The mean age of the study sample was  $41.2 \pm 13.9$  (min-max 18-77) and 86.4% of the sample was female. 16.5% of respondents were illiterate; 17.0% were green card holders; 85.6% were married and 72.7% were living in core families. 98.4% of the households had safe and clean tap water and 89.8% of the households had an inside toilet, the rest had outdoor toilets. The dimensional scores of the PCAS were as follows: Accessibility  $53.56 \pm 17.41$ ; Continuity  $74.01 \pm 11$ ; Comprehensiveness  $49.04 \pm 20.51$ ; Coordination  $43.13 \pm 43.3$ ; Service satisfaction  $70.01 \pm 13.57$ ; Trust  $71.94 \pm 17.41$  and Interpersonal treatment  $71.95 \pm 11, 96$ . Among the four structural dimensions of the PCAS, the highest score was obtained for the Continuity dimension whereas the Accessibility, Comprehensiveness and Coordination dimension scores were rather low. The results of the univariate analyses indicated that the Accessibility score was significantly higher when: neonate or children under five were in the household; health insurance and/or green card was available; a person with a chronic disease was present in the household, and when all of the household members were registered with the same family physician. The Continuity score was significantly higher for persons who were older, female, or had a low educational level and in those households with any children under five or presence of any person with a chronic disease in the household. The Comprehensiveness score was also significantly higher for older persons, those who had health insurance, those with a person with a chronic disease or a disabled person in the household. The Service satisfaction dimension was better for those with a low educational level and those aged over 65. The Personal relationships dimension score was only affected by an older age and the Trust score was found higher in older persons and those who are chronically ill or disabled. Service satisfaction, personal relationships and trust scores were higher if all of the household members were registered with the same family physician. As for the results of multivariate analysis, being covered by health insurance, age, level of education, and having the family registered with the same family physician, were the variables that affected the dimension scores mentioned above. **Conclusion:** In general, structural (four) dimension scores were found to be low whereas patient-physician relationship (three) domain scores were found in a normal range. In addition to these findings, the elements of the recently modified PHC system were found to be poor in general except for the continuity element.

**Key words:** Primary health care assessment, family physician services, PCAS

## Giriş

Ülkemizde kamu sağlık hizmetlerinin sunumu, birinci basamak sağlık kuruluşları; sağlık ocakları ve ana-çocuk sağlığı merkezleri; ikinci basamak sağlık kuruluşları; devlet hastaneleri, üçüncü basamak sağlık kuruluşları; Sağlık Bakanlığı'na ve üniversitelere bağlı hastanelerce yapılmaktadır. Özel sektöre ait sağlık kuruluşları da vardır. Türkiye'de son yıllarda ekip uygulamasına dayalı, coğrafi bölge temelli sosyalleştirilmiş birinci basamak sağlık örgütlenmesi yerine, nüfus tabanlı tek hekim uygulamasına (solo uygulama) dayalı aile hekimliği örgütlenme uygulaması denmektedir. Ancak bu uygulama ve yeni örgütlenme sistemi, Sağlık Bakanlığı ve Halk Sağlığı bilim çevrelerinde yeterince değerlendirilememiştir.

Toplumun gelecekteki sağlığını belirleyecek olan koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici hizmetlerin sağlığı geliştirmeye olan katkılarının açıklanması ve ortaya konması gerekir. Bu nedenle sağlık sistemlerinin yapısal ve sürece ilişkin özelliklerinin ölçülebilmesi önemlidir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilebilme durumunu çok boyutlu ölçmek ve değerlendirmek daha akılcı sağlık sistemleri geliştirmede gittikçe önem kazanmıştır.<sup>1</sup> Birinci basamağı değerlendirme ve ölçmede en büyük zorluk, ölçülebilir ve genellenebilir kavramlar üretmekte ortaya çıkmışsa da, zamanla temel sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin başlıca sunum yeri olarak kabul gören birinci basamak tanımı farklı kaynaklarca yapılmış, diğer basamaklardan ayırt edici

özellikleri ortaya çıkarılmıştır.<sup>2</sup> Çeşitli kaynaklardaki terminoloji farklılıklarına rağmen süreklilik özelliğiyle birlikte kişi merkezilik, kapsayıcılık, eşgüdüm, hizmet sürekliliği, hasta, aile ve toplum katılımı birinci basamağın temel özellikleri olarak kabul görmüştür.<sup>3</sup>

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 sunulur. Birinci basamak sağlık hizmeti bu temel özellikleri etkileşim içinde ve bir arada içermelidir.

Donebedian 1988'de sağlık hizmeti niteliği ölçümünün üç başlık altında sınıflandırılabileceğini ortaya koymuştur.<sup>4,5</sup> Bunlar yapı, faaliyet ve sonuç bileşenleridir. Starfield, Donabedian Model'den yola çıkarak bir sağlık sisteminin üç temel bileşeninin olduğunu, bunların da yapı, faaliyet ve sonuç bileşenleri olduğunu belirtmiştir.<sup>6</sup>

Birinci basamak sağlık hizmetinin başarısını "faaliyet" bileşeninin içerdiği 4 (dört) ana özelliği ölçerek değerlendirmek mümkündür. Bu özellikler: 1-İlk Başvuru Hizmeti (First contact care), 2-Kişi Odaklı Süreklilik (Continuity) 3-Kapsayıcılık (Comprehensiveness) ve 4-Eşgüdüm (Coordination) dır. Bu özelliklerin her birinin bir yapısal ve bir işleyiş bileşeni vardır. Bu özelliklerin kısa tanımları aşağıdaki gibidir:

**İlk başvuru:** Her yeni sağlık sorunu veya sağlık hizmeti gereksiniminde ilk olarak birinci basamak sağlık hizmetleri (BSH) sunan kişi ya da kuruma başvurulmasıdır. Çok acil sağlık sorunları dışında, sağlık hizmetlerine erişim için ilk giriş noktası olma özelliğidir. Kişilerin, danışmanlık ve destek hizmetleri dahil olmak üzere, gereksinim duyduğu sağlık hizmetlerine, sorunun aciliyetine uygun bir sürede, önceden belirlenmiş bir birinci basamak kurumunda erişebilmeleridir.<sup>7</sup>

**Süreklilik:** Hastalık veya tıbbi sorun varlığından bağımsız olarak düzenli ve

bütüncül bir sağlık hizmet kaynağının zaman içinde boylamsal (Longitudinal) kullanımı anlamına gelir.<sup>8</sup> Süreklilik, hizmet alan bireyin sağlık hizmeti sunan belirli bir hekim ya da ekip tarafından kesintisiz bir zaman boyunca izlenmesidir (Hekim veya ekip sürekliliği). Hastaya sağlığıyla ilgili tercihlerini belirlemede yol gösterebilecek önerilerin ve kapsamlı bir sağlık bilgisine erişiminin etkili biçimde ve zamanında sağlanmasıdır. Aynı zamanda hizmet sunan kaynakla diğer basamaklar arasındaki iletişimin sürekliliğidir (Kayıt sürekliliği).<sup>9</sup>

**Kapsayıcılık:** Birinci basamakta toplumun gereksinim duyduğu geniş bir sağlık hizmet yelpazesinin varlığıdır. Belirli bir birinci basamak hizmet sunucu tarafından, toplumun tüm sağlık gereksinimlerinin geniş dağılımına yanıt verebilen hizmet sunumu olarak tanımlanır. Hizmet yelpazesi, koruyucu hizmetler ve sağlığın geliştirilmesi, hastalık, sakatlık ve diğer sağlık sorunlarının bakımı ve tedavisi, yaralanma ve işlevsel kayıpların önlenmesini kapsamalıdır. Kapsayıcılık, temel sağlık hizmetleri yaklaşımı olan ülkeleri, diğerlerinden ayıran en belirgin özelliktir.<sup>10</sup>

Birinci basamak sağlık hizmetinin, bireylerle birlikte ailelerine ve yaşadıkları topluma yönelik sunulması aile hekimliği disiplininin 2005 'de yaptığı "aile hekimliği" tanımlarında öne çıkmaktadır.<sup>11</sup> Aynı yayında ilk başvuru noktası olma, bütüncül bir sağlık hizmeti yaklaşımı, diğer birinci basamak hizmet sunucuları ve uzmanlarla koordinasyonun sağlandığı sağlık hizmeti yönetimi, aile hekimliği uygulamalarının temel yaklaşımı olarak belirtilmiştir.

1990'lı yıllardan itibaren birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin süreç (faaliyet) özelliklerinin değerlendirildiği ölçekler geliştirilmiş ve saha uygulamalarında kullanılmaya başlanmıştır. Starfield ve arkadaşları tarafından geliştirilen, dört temel, iki türetilmiş özelliği ölçen PCAT (Primary Care Assessment Tool) ve bu çalışmada ölçüm aracı olarak kullanılan PCAS'ı (Primary Care Assessment Survey) bunlar arasında sayabiliriz.<sup>12,13</sup>

Hagerty ve arkadaşları<sup>7</sup> tarafından ilk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik, kültürel yaklaşım, hasta hekim ilişkisinin sürekliliği, karşılıklı saygı ve teknik yeterlilik gibi çeşitli özellikleri değerlendiren bir ölçüm aracı geliştirilmiştir.

Bu çalışmada ölçüm gerci olan PCAS, (BDÖ; Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği) çeşitli klinik ve saha çalışmalarında kullanılmakta olan bir ölçektir.<sup>14-23</sup>

Bizim bu çalışmada amacımız 1 Ocak 2008 tarihinde başlayan Aile Hekimliği Manisa pilot uygulaması birinci basamak sağlık hizmetlerini, 11 (onbir) alt boyut ve 7 (yedi) ana boyuta göre ölçen PCAS(BDÖ) kullanarak ölçmek ve değerlendirmektir.

## **Yöntem**

Çalışma 20.8.2009 -27.8.2009 tarihleri arasında yapılan bir kesitsel araştırmadır.

## **Örnek seçimi ve araştırmanın kapsayıcılığı**

Araştırma örneği, intörn hekimlerin Kırsal Hekimlik Stajı döneminde eğitim aldığı altı Aile Sağlığı Birimi (ASB) bölgesinde (toplam 20 933 kayıtlı kişi) yer alan hanelerden seçildi. Bu iki bölgede ortalama hanede yaşayan kişi sayısı üçtür (Gecekondu: 4; Kentsel: 2 ).<sup>24</sup> Buna göre evrenin 6900 haneden oluştuğu hesaplandı. Epi Info 2000 programında %40 prevalans %95 güven ve %5 sapma ile hesaplanarak ulaşılabilecek en küçük örnek büyüklüğü 350 hane olarak bulundu.<sup>25</sup>

Görüşmeyi kabul eden hanelerde en az bir kişiyle görüşme yapılacağı öngörülerek 360 haneye ulaşılabilecek hedeflendi. İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarından, altı ASB'ye bağlı adres listelerinden rastgele seçimle 36 küme başı hane belirlendi. Her bir kümenin büyüklüğü 10 hanedir.

Her biri iki intern hekimden oluşan altı veri toplama takımı oluşturuldu ve her takımın altı kümeye anket uygulaması planlandı. Küme başı haneden başlanarak ve üç ev atlanarak bir küme on haneye tamamlandı. Anket o anda evde bulunan

yetişkin (18-65 yaş) bireylerden yanıt vermeyi kabul edenlere uygulandı. Bölgede araştırmayı reddeden hane sayısı 33'tür. Araştırmaya katılım oranı (327/360) %90'dır. Görüşmeyi reddeden hanelerde yandaki haneye geçilerek anket uygulanmaya devam edilmiş, toplam 381 kişiye ulaşılmıştır (n=381).

## **Araştırmada kullanılan ölçüm gereçleri**

Araştırmada kullanılan ölçüm gereçleri, bağımsız değişkenlerden oluşan sosyodemografik anket ve PCAS anketidir.

PCAS, ABD'nin Boston eyaleti Massachusetts bölgesinde ikamet eden çalışanlarda, 6094 kişilik bir örnekte uygulanarak geliştirilmiş ve uluslararası geçerliliği yapılmış, birinci basamak ölçme ve değerlendirme ölçeğidir.<sup>13</sup> Ölçeğin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Manisa kent merkezinde yapılmıştır.<sup>26</sup>Hiçbir boyuta ait olmayan tarama amaçlı iki soru ile birlikte toplam 51 sorudan ve 11 alt boyuttan oluşan ölçek, uluslararası geçerlilik çalışmasında yedi boyuta indirgenmiştir. Ölçekle yapılmış olan bazı çalışmalarda ve bu çalışmada yapısal ve süreç özellikleri iki özet boyutta toplanmıştır.<sup>14,27</sup> Ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm "yapısal özet boyut"; kişisel yaklaşım, hizmet memnuniyeti ve güven ise "hekim-hasta ilişkisi özet boyutunu" oluşturmaktadır. PCAS alt boyut, boyut ve özet boyutları aşağıda gösterilmiştir (Tablo 1).

Bu boyutları oluşturan soruların özellikleri şöyledir:

1. Ulaşılabilirlik: Muayene ve tedavi ücretinin değerlendirilmesi, bir sağlık sorunu olduğunda; telefonla hekime ulaşarak bilgi ve randevu alma durumu, birinci basamak sağlık kurumunun yerleşim yerine yakınlığı ve kurumun hizmet verdiği saat /günlerin değerlendirilmesi.

2. Süreklilik: Hastanın hekime kayıtlı olduğu süre, birinci basamak sağlık kurumunda yapılan olağan sağlık kontrolleri ve sağlık sorunu için alınmış randevularda, düzenli hekimini hangi sıklıkta gördüğünün değerlendirilmesi.

Tablo 1. PCAS (BDÖ) Ölçek 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	
8	İletişim	5.Hizmet memnuniyeti	2.Hekim-hasta ilişkisi özet boyutu
9	Fiziksel bakı		
10	Kişisel yaklaşım	6.Kişisel yaklaşım	
11	Güven		

3. Kapsayıcılık: Hekimin hastanın tıbbi özgeçmişi, iş, ev ve okuldaki sorumlulukları, başlıca sağlık sorunları, bireysel inanç ve değerlerine olan yaklaşım tarzı ve sunduğu koruyucu sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi.

4. Eşgüdüm: Birinci basamak sağlık kurumundan sevk edilen hastanın ayaktan ya da yatarak tedavilerinde; uzman hekim/hekimlerce yapılan muayene ve laboratuvar sonuçlarının, birinci basamak kurumda kayıtlara işlenmesi ve bu bilginin koordinasyonunda birinci basamak hekiminin rolünün değerlendirilmesi.

5. Hizmet memnuniyeti: Hekimin hastanın sorularına gösterdiği dikkat, yaptığı açıklama ve önerilerin yeterince anlaşılır olması, hastanın sağlığı ile ilgili verilen kararlarda desteği ve fizik bakımın yeterliliğinin değerlendirilmesi.

6. Hekimin kişisel yaklaşımı: Hekimin sabrı, dostluğu, nazikliği, ilgisi, bakımı ve hastaya ayırdığı zamanın değerlendirilmesi,

7. Güven: Birinci basamak hekiminin dürüstlüğünün, yeterliliğinin ve tıbbi bakım sürecinde hasta adına karar verebilme yetkisinin değerlendirilmesi.

Ölçekte bazı sorularda (Soru no: 11b, 12b, s14a, s15a, s26, s23a, s23c, s23e, s23f, s24) geri çevrim yapıldıktan sonra boyut puanları hesaplanmıştır. Sorular altılı Likert tipindedir (En küçük=1, En yüksek=6). Puan arttıkça, özellik daha "iyi" olmaktadır. Yedi boyut puanı; bu boyutları oluşturan soruların ortalamalarının toplanmasıyla hesaplanmıştır. Boyut puanları 0-100 puan sistemine dönüştürülebilmektedir. Bu çalışmada analizler 0-100 ölçek puanına dönüştürülerek yapılmıştır. Puanlar yüzlük sisteme çevrilmeden önce olası en düşük ve en yüksek değerler şöyledir:

Tablo 2. Araştırmaya katılan kişilerin bazı temel özelliklerinin dağılımları (Manisa 2009)

Özellikler		n	%
Cinsiyet :	Kadın	329	86.4
	Erkek	52	13.6
Yaş grupları:	24 ve altı	45	11.8
	25-49	232	60.9
	50-64	77	20.2
	65 ve üstü	27	7.1
Hane reisinin sosyal sınıfı:	Üst *	9	2.4
	Orta**	262	68.8
	Alt***	110	28.9
Eğitim:	Lise/üniversite	74	19.4
	İlköğretim	244	64.0
	Eğitimsiz	63	16.5
Sağlık güvencesi:	Yeşil kart	49	12.9
	Sağlık güvencesi yok	12	3.1
	Sağlık güvencesi var	320	84.0
Ailede beş yaş altı çocuk varlığı:	Var	123	32.3
	Yok	258	67.7
Ailede 0-12 ay bebek varlığı:	Var	36	9.4
	Yok	345	90.6
Göç yılı†:	10 yılın altı	111	64
	10 yıl ve üstü	270	36
Hanede kronik hastalık varlığı:	Var	152	39.9
	Yok	229	60.1
Hanede engelli varlığı:	Var	16	4.2
	Yok	365	95.8
Aynı aile hekimine kayıt:	Hayır	36	9.4
	Evet	345	90.6

\*İşveren/yüksek eğitilmiş, \*\*Beyaz yakalı/mavi yakalı/küçük esnaf,

\*\*\*İş buldukça/niteliksiz işlerde çalışan, işsiz

†Göçle gelmiş olan 308 kişi analize alınmıştır

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 (uluslararası geçerlilik çalışmasında yüzlük sisteme dönüştürülmemiştir), eşgüdüm: (6-36); fizik muayenenin yeterliliği: (1-6); iletişim: (6-36); kişisel yaklaşım: (5-30); güven: 8-40'tır.

### Sosyodemografik anket

Cinsiyet, yaş, toplam çocuk sayısı, ailedeki toplam kişi sayısı, eğitim durumu, sosyal sınıf, sağlık algısı, geçen seneye göre sağlık algısı değişimi, ailenin sosyoekonomik durum algısı, hanede kronik hastalıklı birey bulunması, hanede toplam çocuk sayısı, hanede beş yaş altı çocuk sayısı, hanede sıfır yaş bebek sayısı, hane reisinin sağlık güvencesi, sınıf, hanede şebeke suyu durumu, hanede tuvaletin evin içinde/dışında olma durumu, yerleşim yerine göçle gelme durumu ve süresi, aile tipi, ailenin bütün bireylerinin aynı Aile

Sağlığı Birimine kayıtlı oluşudur. Hanenin işe dayalı sosyal sınıfı, Boratav kentsel sosyal sınıf şemasına göre düzenlenmiştir<sup>1</sup>.

### İstatistik çözümlenmeler

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi için SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. Parametrik dağılımlarda student's t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA), nonparametrik dağılımlarda Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Post Hoc karşılaştırmalarda Tukey's B, nonparametrik dağılımlarda Kruskal Wallis testi sonrası anlamlı fark görülen gruplar için ikili karşılaştırmalarda Student's t ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Oranlar arası farklılıklar ise Ki kare testi ile ölçülmüştür.

Çok değişkenli analizlerde, bağımlı değişken olan boyut puanları medyandan kesilerek kategorize edilmiş ve basamaklı lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 3. PCAS(BDÖ) ölçeği puanlarının tanımlayıcı özellikleri (Manisa 2009)

Boyutlar (n=381)	Soru sayısı	Min.	Maks.	Ort.	Ss.	Tabanda %*	Tavanda%
Ulaşılabilirlik	8	15.0	92.5	53.6	17.4	0.0	0.0
Süreklilik	3	42.8	100.0	74.0	11.9	0.0	0.8
Kapsayıcılık	12	5.0	100.0	49.0	20.5	0.0	0.3
Eşgüdüm **	6	0.0	100.0	43.1	19.0	0.5	0.8
Hizmet memnuniyeti	7	8.5	100.0	70.0	13.5	0.0	1.0
Kişisel yaklaşım	5	12.0	100.0	71.9	17.4	0.0	11.0
Güven	8	28.1	96.8	71.9	11.9	0.0	0.0
Yapısal özet boyut	29	27.6	87.9	57.7	11.6	0.0	0.0
İlişki özet boyut	20	21.9	96.6	71.3	12.3	0.0	0.0

\* Tabanda %, Tavanda %: Olası en düşük ve en yüksek puanı verenlerin yüzdesi

\*\*Uzman hekime sevk edilen 120 kişinin verisi değerlendirilmiştir

## Bulgular

Yaş ortalaması 41.2±13.9'dur. Araştırmaya katılan 381 kişinin bazı tanımlayıcı özellikleri Tablo 2'de görülmektedir. Katılımcıların %85.6'sı evlidir ve kişilerin %72.7'si çekirdek tip ailede yaşamaktadır. Araştırma kapsamındaki bireylerin yaşadıkları hanelerin %98.4'ünde kent şebeke suyu kullanılmaktadır ve %89.8'inde tuvalet evin içindedir.

Tablo 3'de PCAS(BDÖ) boyut puanları verilmektedir. Süreklilik boyutu en yüksek puan, eşgüdüm boyutu ise en düşük puana sahiptir. Taban ve tavan etkileri tüm boyutlarda % 20'nin altındadır. Yalnızca kişisel yaklaşım puanında dikkate değer bir tavan yüzdesi bulunmuştur.

Tablo 4'de görüldüğü gibi yaş gruplarına göre süreklilik ve kapsayıcılık boyutu için anlamlı fark varken, cinsiyet ve eğitim düzeyi farklılığından yalnızca süreklilik boyutu etkilenmektedir. Sağlık güvencesi varlığı ise ulaşılabilirlik ve kapsayıcılık boyutunu anlamlı düzeyde ( $p<0,05$ ) etkilemektedir. Hanede beş yaş altı çocuk varlığından yalnızca ulaşılabilirlik boyutu olumlu yönde etkilenirken, 0-12 yaş bebek varlığından; süreklilik boyutu olumlu, kapsayıcılık boyutu ise olumsuz yönde etkilenmektedir.

PCAS (BDÖ) "Hekim hasta ilişkisi" özet boyutunu oluşturan kişisel yakınlık ve güven boyutu, yaş ilerledikçe olumlu yönde ( $p=0,05$ ) etkilenirken, sosyal sınıfın etkisi görülmemektedir. Hanede beş yaş altı çocuk varlığı ise güven puanını olumsuz yönde etkilemektedir (Tablo 5).

## Tartışma

### Ölçeğin genel değerlendirilmesi

PCAS (BDÖ) puanları ölçeğin uluslararası geçerlilik çalışmasında gösterilen puanlardan genel olarak daha düşüktür.<sup>13</sup> Bu sonuç iki çalışmanın örnek grubunun cinsiyet oranı farklılığından kaynaklanabilir; uluslararası geçerlilik çalışmasında yanıt verenlerin %55.8'i kadın iken bu çalışmada yanıt verenlerin % 86.4'ü kadındır. Çalışmada süreklilik boyutu

dışında kadınlar bütün özelliklere daha düşük puan vermişlerdir.1996 ve1999 yılları arasında yapılmış olan bir çalışmada katılımcıların %45'i erkektir. Yaş ortalaması 50.2'dir.<sup>14</sup> Bizim çalışmamızda yaşla birlikte tüm puanlarda bir artış görülmektedir. Yaş ortalaması yüksek, erkek ve kadın oranları topluma benzer bir örnekte çalışılmış olsaydı, puan ortalamalarının daha yüksek çıkabilme olasılığı vardır.

ABD'nin bir eyaletinde yapılan, yaş ortalaması bu çalışmayla benzer (47.2 )ve %40 'ı erkeklerden oluşan bir grupta, hekimin çalışma saatlerine göre BSH özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada, tam gün çalışan hekimlere verilen puanların bu çalışmadan yüksek bulunduğu görülmüştür.<sup>22</sup> Bu çalışmada ulaşılabilirlik özelliğinin, sürekliliğe göre düşük puan alması aile hekimliği uygulamasında, çalışma saatleri ve günlerinin hizmeti alanlar tarafından yetersiz bulunduğunu düşündürebilir. Çalışmada en düşük puan kapsayıcılık boyutunda elde edilmiştir, bu bulgu yukarıda sözü edilen çalışmanın sonuçlarına benzerdir. Kapsayıcılık özelliğinin düşük puan alması aile hekimliği uygulamalarının 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, bu boyutun puanı dikkatle yorumlanmalıdır.

### Sağlık hizmet özellikleri

Ulaşılabilirlik: Tek değişkenli çözümlenelerde hanede 0-12 aylık bebek, beş yaş altı çocuk ve kronik hastalıklı birey varsa "Ulaşılabilirlik" puanları anlamlı olarak yükselmektedir. Süreklilik boyutunda ise bu iki grup daha düşük puan vermiştir. İki bulgu, bazı kaynaklarda ulaşılabilirlik arttıkça sürekliliğin azaldığı bulgusunu desteklemektedir.<sup>29</sup> Yani toplumdaki risk grupları (çocuk ve yaşlılar) hizmete daha kolay ulaşabilirken, aynı kurumun boylamsal kullanımında özellikle bu gruplar açısından bir sorun olduğu görülmektedir.



Tablo 4. PCAS (BDÖ) “Yapısal” sağlık hizmet özelliklerinin bazı sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı† (Manisa 2009)

Özellikler(n=381)	Kategori	Ulaşılabilirlik		Süreklilik		Kapsayıcılık		Yapısal özet boyut	
		ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
Cinsiyet	Erkek	54.95±17.49	0.53	70.87±12.71	<b>0.04</b>	52.96±21.22	0.155	59.02±11.07	0.37
	Kadın	53.34±17.41		74.51±11.77		48.42±20.36		57.50±11.67	
Yaş	24 ve altı	54.44±18.87	0.86	74.29±11.33	<b>0.04</b>	45.11±18.23	<b>0.068</b>	56.80±9.92	0.16
	25-49	53.70±16.68		<b>72.84±12.46*</b>		48.07±20.28		57.04±11.55	
	50-64	52.47±18.58		75.70±10.57		51.31±21.37		58.70±12.30	
	65 +	54.07±18.55		<b>78.84±10.94*</b>		<b>57.52±18.23</b>		62.12±11.86	
Eğitim	Lise+	56.96±16.07	0.16	72.88±11.82	<b>0.00</b>	49.68±20.15	0.735	58.92±10.48	0.25
	İlköğretim	52.93±17.08		73.24±12.25		48.46±20.88		56.97±11.64	
	Eğitimsiz	52.02±19.84		78.34±10.02*		50.57±19.74		59.15±12.51	
Sağlık güvencesi	Var	<b>53.12±16.64*</b>	<b>0.00</b>	73.61±11.83	0.16	49.47±20.27	<b>0.027</b>	<b>57.55±11.53*</b>	<b>0.00</b>
	Yeşil kart	<b>60.81±19.72*</b>		76.5±12.87		49.90±22.11		<b>61.35±10.63*</b>	
	Yok	<b>35.62±12.48*</b>		74.40±10.75		<b>34.17±15.47*</b>		<b>46.95±10.28*</b>	

Tablo 4 'ün devamı

Özellikler (n=381)	Kategori	Ulaşılabilirlik		Süreklilik		Kapsayıcılık		Yapısal özet boyut	
		ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
Hanede beş yaş altı çocuk	Yok	51.65±16.97	<b>0.00</b>	74.10±11.53	<b>0.03</b>	49,15±20,60	0.896	57,29±11.86	0.33
	Var	57.00±17.74		72.27±12.54		48,90±20,45		58,46±11.09	
0-12 ay bebek	Yok	52.92±16.98	<b>0.02</b>	74.03±11.83	0.91	49.85±20.33	<b>0.017</b>	57,71±11.52	0.97
	Var	59.72±20.31		73,81±13.23		41.30±20.98		57,65±12.39	
Hanede kronik hasta	Yok	55,03±17,10	<b>0.03</b>	73,05±12,59	<b>0.04</b>	46,63±19,82,1	<b>0.005</b>	57,42±11,48	0.55
	Var	51,35±16,30		75,47±10,80		52,68±21,08		58,14±11,78	
Hanede engelli	Yok	53,74±17,41	0.39	74,05±11,77	0.91	48,47±20,37	<b>0.010</b>	57,56±11,56	0.22
	Var	49,53±17,66		73,21±15,97		62,25±20,13		61,02±12,06	
Ailenin aynı aile hekimine kayıtlı	Evet	54,48±17,36	<b>0.00</b>	74,31±11,96	0.14	49,00±20,10	0.876	58,02±11,80	<b>0.04</b>
	Hayır	44,79±15,55		71,23±11,64		49,44±15,40		54,75±8,88	

†Yalnızca anlamlı farklılık görülen değişkenler sunulmuştur.

\* One way ANOVA testi posthoc analizde anlamlı fark görülen grup/gruplar.

Çocuk ve bebek olan hanelerde, birinci basamak kurumun ilk başvuru yer olduğunu söyleyebiliriz. 2009 yılında yayımlanan Türkiye’de Aile Hekimliği uygulamalarının başlatıldığı iki pilot ilin değerlendirildiği WHO (DSÖ Dünya Sağlık Örgütü) raporunda, aile planlaması ve gebelik ile ilgili başvurular en sık görülürken; en düşük başvuru sayısı diyabet ve hipertansiyon hasta grubundadır.<sup>30</sup> Üreme çağı kadınlarda ulaşılabilirlik bulgusu bu çalışmayla benzerdir. Bu bulguya göre çocuk ve bebek olan hanelerde, birinci basamağın sıklıkla ilk başvuru yer olduğu görülmektedir. Bunun nedeni sağlık ocağı uygulamasında bu yaklaşımın etkin hizmet anlayışı olması ve halen bu anlayışın sürmesi olabilir. Hanede kronik hasta varlığında, ulaşılabilirlik puanının anlamlı artışı kronik hastalık izleminin aynı hekim tarafından yapılmasının ulaşılabilirliği artırdığını göstermektedir. Bu sonucun kalıcı olduğunu görebilmek için belirli bir süre sonra yapılacak yeni ölçümlere gereksinim vardır. Yeşil kart güvencesi sahibi olmak diğer gruplara göre ulaşılabilirliği anlamlı olarak artırmaktadır. Yeşil kart sahibi olanların, sağlık güvencesi olmayan gruba göre daha iyi puan vermesi beklenen bir sonuçtur, ancak yeşil kart sahiplerinin ulaşılabilirlik puanının sağlık güvencesi olan gruptan yüksek çıkması bulgusu dikkatle yorumlanarak, daha ileri çalışmalarla desteklenmelidir. Aile bireylerinin aynı aile hekimine kayıt olması ulaşılabilirlik puanlarını artırmaktadır. Bu beklenen bir bulgudur. Aile bireylerinin aynı aile hekimine kayıtlı olması sonucunda, aile bir bütün olarak değerlendirilebilir, aile bazında risk faktörleri belirlenmesiyle, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliği artabilir, tanı ve tedavi maliyetleri düşebilir. Kültürel, coğrafi ve finansal ulaşılabilirlik olumlu yönde etkilenebilir. Çok değişkenli çözümlenmelerde, sağlık güvencesi olmayanlar ve aile bireyleri aynı aile hekimine kayıt olmayanlarda ulaşılabilirlik açısından risk olduğu ve diğer değişkenlerin etkisinin kaybolduğu gözlenmektedir. Sağlık güvencesi olmayanların, güvencesi olanlara göre daha az ulaşabildikleri gösterilmiştir.<sup>15</sup> **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.** Sosyal güvence varlığı hizmeti kullanımını olumlu yönde etkilediği

bulunmuştur.<sup>31,32</sup> Süreklilik: Bizim örneğimizde kadınlar çoğunlukta olduğundan, süreklilik puanının 25-49 yaş grubunda ve beş yaş altı çocuk bulunan hanelerde düşük olması, genç ve çocuk sahibi annelerin her bir yeni sağlık sorununda aynı hekime başvurduğunu fakat izlemin devamı için farklı hekim ya da basamaklara yöneldiğini gösterebilir. 65 yaş üstü kesimin en yüksek puanı alması daha çok yaşlı kadınların hizmet sürekliliğinden yararlandıklarını düşündürmektedir. Bu sonucu yorumlayabilmek için niteliksel araştırma tasarımına ihtiyaç olabilir. Süreklilik özelliği ayrıca cinsiyet ve eğitim düzeyinden de etkilenmektedir. Kadınlarda ve örgün eğitim almayanlarda daha yüksek bulunması bu risk gruplarına hizmet sunmada birinci basamaktaki uygulamaların doğru yönde etkili olduğunu düşündürmektedir. Benzer bulgu Türkiye’de yapılan bazı araştırmalarda da görülebilir. Bir araştırmada sağlık ocağına başvuranların %67,5’ini kadınların oluşturduğu saptanmıştır.<sup>33</sup> Çok değişkenli son modelde sadece düşük eğitim düzeyinin süreklilik açısından koruyucu olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, sosyalleştirme döneminde olduğu gibi birinci basamağı eğitimsiz kesimlerin daha düzenli ve sürekli kullandığını göstermektedir.

Kapsayıcılık: Bu çalışmada kapsayıcılık, yalnızca hekimin hastası hakkında “kapsamlı bilgi sahibi olması” alt boyutu ile değerlendirilmiştir. Yaşlılarla yapılan çalışmalarda en düşük puanlar kapsayıcılık özelliğinde görülmektedir.<sup>16,19</sup> Diyabetli hastaların takibinde hasta ile hekim arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada, hastanın kapsamlı bilgisine sahip olma puanı hizmet memnuniyeti, kişisel yaklaşım ve güven puanlarından düşük bulunmuştur.<sup>20</sup> Yaşlılarla yapılan bir başka çalışmada bu çalışmaya benzer sonuçlar elde edilmiştir.<sup>18</sup> Bu sonuç, hekimlerin hastaları ile iyi iletişim kurdukları, hastalarına ilgi ve nezaket gösterdikleri, güvenlerini kazandıkları, ancak, hastanın tıbbi özgeçmişi, iş, ev ve okuldaki sorumlulukları, temel sağlık sorunları, inanç ve değerleri ile ilgili yeterince bilgi sahibi olmadıkları bir hizmet modeli oluşturduğunu gösterebilir.

Tablo 5. Birinci basamak "hekim-hasta ilişkisi" özelliklerinin bazı sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı† (Manisa 2009)

Özellikler (n=381)	Kategori	Hizmet memnuniyeti		Kişisel yaklaşım		Güven		Hekim-hasta ilişkisi özet boyut	
		ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
Yaş	24 ve altı	66.48±15.94	<b>0.00</b>	70.13±19.42	<b>0.00</b>	70.90±13.29	<b>0.01</b>	69.17±14.61	<b>0.00</b>
	25-49	69.56±12.97		70.50±17.08		71.2150±11.08		70.42±11.58	
	50-64	70.76±13.77		73.92±17.88		72.61±13.16		72.42±12.93	
	65 ve üstü	<b>77.67±11.26*</b>		<b>81.78±11.49*</b>		<b>78.24±12.06*</b>		<b>79.23±8.98*</b>	
Sosyal sınıf	Üst	64.76±14.71	0.12	<b>62.22±15.63*</b>	<b>0.03</b>	65.62±15.31	0.35	64.20±13.72	0.08
	Orta	70.99±12.48		73.36±16.68		72.34±11.27		72.23±11.24	
	Alt	68.10±15.66		<b>69.38±18.83*</b>		71.56±13.19		69.68±14.18	
Eğitim	Lise+	66.99±11.61	<b>0.00</b>	69.95±16.40	0.10	72.12±10.19	0.44	69.69±10.44	<b>0.03</b>
	İlköğretim	69.63±13.74		71.51±17.92		71.48±12.23		70.87±12.64	
	Eğitimsiz	<b>75.06±13.90*</b>		76.00±16.19		73.61±12.86		<b>74.89±12.41*</b>	
Sağlık güvencesi	Var	69.79±12.94	0.30	71.36±17.05	0.11	71.62±11.71	0.08	70.93±11.83	0.05
	Yeşil kart	72.18±16.90		76.65±18.11		74.80±13.09		<b>74.55±14.30*</b>	
	Yok	66.90±14.89		68.33±22.26		69.27±13.04		68.17±14.30	

Tablo 5'in devamı

Özellikler(n=381)	Kategori	Hizmet memnuniyeti		Kişisel yaklaşım		Güven		Hekim-hasta ilişkisi özet boyut	
		ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p	ort±ss	p
Hanede beş yaş altı çocuk	Yok	70.57±13.20	0.28	73.18±17.74	0.06	<b>73.19±11.94</b>	<b>0.00</b>	<b>72.31±12.29</b>	<b>0.03</b>
	Var	69.01±14.22		69.74±16.67		<b>69.74±11.73</b>		<b>69.50±12.12</b>	
Hanede 0-12 ay bebek	Yok	70.18±13.19	0.43	72.16±17.05	0.45	72.30±11.56	0.16	71.55±11.84	0.35
	Var	68.33±16.91		69.88±20.76		68.66±15.04		68.96±15.97	
Hanede kronik hasta	Yok	69.46±13.99	0.32	70.91±18.50	0.14	70.43±11.62	<b>0.00</b>	<b>70.27±12.77</b>	<b>0.04</b>
	Var	70.85±12.93		73.50±15.59		74.26±12.15		<b>72.87±11.38</b>	
Hanede engelli	Yok	70.16±13.79	0.20	72.03±17.59	0.48	71.71±12.01	<b>0.05</b>	71.30±12.45	0.93
	Var	66.61±6.49		70.00±13.15		77.54±9.29		71.38±7.93	
Ailenin aynı aile hekimine kaydı	Evet	<b>71.01±13.00</b>	<b>0.00</b>	<b>73.17±16.97</b>	<b>0.00</b>	<b>72.63±11.75</b>	<b>0.00</b>	<b>72.27±11.88</b>	<b>0.00</b>
	Hayır	<b>60.40±15.23</b>		<b>60.22±17.58</b>		<b>65.54±12.22</b>		<b>62.05±12.46</b>	
Göç yılı	10 yıl+	70.27±13.30	0.29	72.53±18.13	0.13	72.75±11.60	<b>0.00</b>	71.85±12.28	<b>0.03</b>
	10 yıldan az	68.52±15.53		69.33±17.78		68.16±12.11		68.67±13.24	

†Yalnızca anlamlı fark görülen değişkenler sunulmuştur.

\* One way ANOVA testi posthoc analizde anlamlı fark gösteren grup/gruplar.

Tablo 6. Birinci basamak sağlık hizmet özelliklerini etkileyen değişkenlerin Lojistik Regresyon indirgenmiş son model gösterimleri (OR (% 95GA)†

	Ulaşılabilirlik	Süreklilik	Kapsayıcılık	Hizmet memnuniyeti	Kişisel yaklaşım	Güven	Özet yapısal boyut	Özet ilişki boyut
<b>Yaş</b>	AD	AD				AD	AD	
24 ve altı(referans)	-	-	Referans	Referans	Referans	-	-	Referans
25-49	-	-	0.98 (0.51-1.87)	0.76 (0.40-1.46)	1.21(0.62- 2.35)	-	-	1.10 (0.57-2.13)
50-64	-	-	0.11(0.44- 1.90)	0.52 (0.25-1.130)	0.83 (0.39-1.79)	-	-	0.63 (0.29-1.36)
65 +	-	-	<b>0.34</b> <b>(0.12-0.93)</b>	<b>0.10</b> <b>(0.03-0.39)</b>	<b>0.19</b> <b>(0.06-0.58)</b>	-	-	<b>0.13</b> <b>(0.03-0.46)</b>
<b>Eğitim</b>	AD		AD	AD	AD	AD	AD	AD
Lise+(referans)	-	Referans	-	-	-	-	-	-
İlköğretim	-	0.9(0.58-1.58)	-	-	-	-	-	-
Eğitimsiz	-	<b>0.43(0.21- 0.85)</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Sağlık güvencesi</b>		AD	AD	AD	AD	AD		AD
Var (referans)	Referans	-	-	-	-	-	Referans	-
Yeşil kart	0.56(0.30-1.04)	-	-	-	-	-	0.52 (0.28-0.98)	-
Yok	<b>9.08(1.16- 70.87)</b>	-	-	-	-	-	<b>4.66</b> <b>(0.99-21.78)</b>	-
<b>Aynı hekime kaydı</b>	AD	AD	AD					
Evet (referans)	-	-	-	Referans	Referans	Referans	Referans	Referans
Hayır	-	-	-	<b>3.50</b> <b>(1.61-7.56)</b>	<b>5.22</b> <b>(2.03-13.45)</b>	<b>6.40</b> <b>(2.57-15.94)</b>	<b>2.38</b> <b>(1.12-5.02)</b>	<b>4.00</b> <b>(1.67-9.60)</b>

† Tek değişkenli analizlerde anlamlı fark olmadığından Eşgüdüm boyutu çok değişkenli modellere alınmamıştır. AD: Modele alınan değişken regresyon modelinde anlamlı bulunmamıştır

Bu çalışmanın yürütüldüğü Aile Sağlığı Birim'lerinde kapsayıcılık puanları yaşla, sağlık güvencesi varlığı ile artmaktadır. Ayrıca hanede bebek olmaması, hanede kronik hastalık ve engelli varlığında kapsayıcılık puanı artmaktadır. DSÖ 2010 Türkiye Aile Hekimliği Pilot Uygulaması çalışmasında kent merkezinde bulunan ASB'lerinde, bekleme odasında eğitim materyali bulunan sağlık sorunlarında ilk üç sırayı kardiyovasküler hastalıklar, aşular, sağlıklı diyet almaktadır.<sup>30</sup> Bu çalışmada dolaylı olarak benzer bulgu elde edilmiştir; yaşlılar ve sosyal güvencesi olanlarda (yeşil kart dahil) iyi, çocuk ve kadın risk gruplarında ise yetersiz kapsayıcılıktan söz edilebilir. Ancak koruyucu sağlık hizmetleri alt boyutu puanları elde edilmediğinden, kapsayıcılığın bu alt boyutunun değerlendirildiği çalışmalarla bulguların karşılaştırılması daha net sonuçlar verecektir. Çok değişkenli analizlerde benzer şekilde 65 yaş üstü olmak kapsayıcılık açısından koruyucu çıkmıştır.

**Eşgüdüm:** Eşgüdüm özelliğinin bu çalışmada bağımsız değişkenlerden etkilenmediği görülmektedir. Ancak sevk uygulaması yapılmadığından, diğer basamaklardaki tanı, tedavi işlemlerinin bilgisine erişilebilen bir hasta takip ve kayıt sisteminin yokluğu nedeniyle bulguyu dikkatle yorumlamak gerekmektedir.

Araştırmaya katılanlardan yalnızca 120 kişi sağlık sorunu nedeniyle bir uzmana sevk edildiğini bildirmiş ve sevk işlemleri ile ilgili bilgi vermiştir, fakat resmi belge düzenlenmeden yapılan sevklerle ilgili değerlendirmeler aile hekimliği uygulamasından çok, hekimin bireysel tarzını yansıtıyor olacaktır, ayrıca Eşgüdüm özelliğini değerlendirebilmek için kurumsal verilerin de değerlendirilmesi gerekmektedir.

**Özet yapısal boyut:** Sağlık güvencesi olanlar ve yeşil kartlılarda, aile bireylerinin tümü aynı aile hekimine kayıt olanlarda puan artmaktadır. Aile bireylerinin tümünün sağlık sorunlarına yanıt verebilen bir aile hekimliği birinci basamak uygulamasının daha sürekli ve düzenli, ulaşılabilir, kapsayıcı olduğunu

söyleyebiliriz. Ülkemizde uygulanmakta olan Aile hekimliği pilot uygulamasında, aile bireylerinin aynı aile hekimine kayıt olma zorunluluğu yoktur.

**Hizmet memnuniyeti, kişisel yaklaşım, güven:** Hizmet memnuniyetinin eğitimsiz grupta daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitimsizliğin hizmet almada daha az beklenti yarattığını ve eğitimsiz bireylerin sağlık hizmetini teknik yönden değerlendirmede yetersiz kalabileceği söylenebilir.

Kişisel yaklaşım puanları 65 yaş üstü kişilerde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu orta yaş ve üstü bireylere hizmet sunmada toplumsal kültürün bir yansımasının sağlık hizmetinde de sürdüğünü düşündürmektedir. Bu bulguyu destekleyecek niteliksel araştırmalara gereksinim olabilir.

**Güven boyutu puanları** 65 yaş ve üstü grupta en yüksektir. Beş yaş altı çocuğu olmayanlarda da yüksek puanlar alınmıştır. Orta yaş ve üstü bireylerin doktora daha fazla güven duyuyor olması yukarıda sözünü ettiğimiz kültürel nedenlerden dolayı olabilir. Kronik hastalık ve engelli varlığında güvenin yüksek bulunması olumlu bir sonuçtur.

**Hekim-hasta ilişkisi özet boyutu:** Hekim-hasta ilişkisi özet boyutu, beş yaş altı çocuk bulunmayan hanelerde kronik hastalığı olanlarda, 65 yaş üstünde ve eğitimsizlerde yüksek olduğunu görüyoruz. Aile bireylerinin tümünün aynı aile hekimine kayıt olması puanları artırmaktadır. Yaşlı ve eğitimsizlerin birinci basamak hekimlerine daha çok güvendiklerini, daha iyi iletişim kurduklarını ve aldıkları hizmetten daha memnun olduklarını göstermektedir. Bu özet boyut için yapılan çoklu analizlerde indirgenmiş son modelde 65 yaş üstü olmak ve aile bireylerinin aynı aile hekimine kayıt olması kötü puan açısından koruyucu çıkmıştır.

**Kısıtlılıklar:** Bu araştırmanın en önemli kısıtlılığı erkek ve kadın oranlarının araştırmanın yapıldığı evrene benzememesidir. Erkek oranının topluma göre daha düşük olması gidilen hanelerde

erkeklerin çalışma saatleri nedeniyle evde bulunmayışından kaynaklanmaktadır.

### **Sonuç ve öneriler**

Ülkemizde sağlıkta sosyalizasyon uygulamasında, sağlık hizmetleri sunumunda giriş noktası olan sağlık ocaklarının yerine aile hekimliği uygulamalarının getirilmesi, daha ivedi değerlendirmelere gereksinim oluşturmuştur. Yeni uygulamalarda yapısal ve süreç değerlendirmesi yapmaya olanak sağlayacak ölçüm gereçlerine ihtiyaç vardır. PCAS (BDÖ) bunlardan birisi olabilir ve farklı uygulamalar için birinci basamak hizmet başarısının karşılaştırılmasında kullanılabilir. Sonuçların genellenebilmesi için bu tür araçların kullanıldığı daha kapsamlı ve ileri araştırmalara gereksinim vardır.

### **Kaynaklar**

1. Institute of Medicine. A Manpower Policy for Primary Health Care. IOM Publication 78-02. Washington, DC:National Academy of Sciences, 1978.
2. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press 1998
3. The World Health Report 2008.
4. Donabedian A. The Quality of Care: How can it be assessed? Journal of the American Medical Association 1988;260:743-1748.
5. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? Archives of Pathology & Laboratory Medicine 1997; 121(11):1145-50.
6. Starfield B. Primary Care Concept, Evaluation and Policy. Oxford University Press, 1992, New York, US.
7. Haggerty J, Martin CM. Evaluating Primary Health Care in Canada: The Right Questions to Ask! The National Evaluation Strategy for Primary Health Care. Ottawa, Ontario, Canada: Health Canada; 2005.

Araştırmanın sonuçlarından birisi de, Manisa merkez ilçe aile hekimliği uygulamasında, kadın ve beş yaş altı çocuk sahibi risk gruplarına öncelikli yaklaşımın olduğu, araştırmanın yapıldığı tarihlerde yaşlılık sağlık sorunlarına yeni bir yaklaşımın oluşmakta olduğu söylenebilir.

Kapsayıcılık ve eşgüdüm özellikleri araştırmanın yapıldığı bölgede aile hekimliği uygulamalarında şu an eksikliği olan iki boyuttur. Bulgular ve tartışma bölümünün ışığında bu çalışmadan pratik uygulamaya yönelik iki önemli ve güçlü öneri ortaya çıkmaktadır: 1) Bir an önce sevk zincirinin hayata geçirilmesi, 2) Tüm aile bireylerinin aynı hekimde yer almasını sağlayan/destekleyen bir yapılanmanın oluşturulmasına ihtiyaç vardır.

8. Institute of Medicine. Defining primary care: an interim report. Washington, DC; 1994.
9. Primary Care America's Health in a New Era Committee on the Future of Primary Care Division of Health Care Services Institute Of Medicine National Academy Press Washington, D.C.1996.
10. Starfield B. Comprehensiveness of Care: Concept and Importance, Presented at: RNZCGP Annual Quality Symposium Wellington, NZ February 14, 2009 Erişim tarihi Ocak 2010.
11. The European Definition Of General Practice / Family Medicine Wonca Europe 2005 Edition.
12. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract 2001;50(2).
13. Safran D G, Kosinski M, Tarlov AR. The Primary Care Assessment Survey Tests of Data Quality and Measurement Performance Medical Care, 1998;36(5):728-739.
14. Murphy J, Chang H, Montgomery JE, Rogers WH, Safran DG. The quality of physician-patient relationships. Patients' experiences 1996-1999. J Fam Pract. 2001;50;(2):123-9.



15. Hartley LA . Examination of Primary Care Characteristics in a Community-based Clinic. *Journal of Nursing Scholarship*, 2002; 34(4);377-382.
16. 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: 835-1842.
17. 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* 2006;54:330-34.
18. Boyd CM., Shadmi E, Conwell LJ, Griswold M, Leff B, Brager R, Sylvia M, and Boulton C. J. 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.
19. Fleming D A, Sheppard V B, Mangan P A, Taylor KL, Tallarico M, Adams I. 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* 2006;31(5):407-20.
20. Saitz R, Horton NJ, Cheng DM, Samet JH. Alcohol Counseling Reflects Higher Quality of Primary Care *J Gen Intern Med* 2008;23(9):1482-6.
21. Weia X, Barnsleyb J, Zakusc D, Cockerill R, Glazierg R, Sunh X. Assessing continuity of care in a community diabetes program: Initial questionnaire development and validation. *Journal of Clinical Epidemiology* 2008;61:925-31.
22. Murray A, Safran D G., Rogers W H, Inui T, Montgomery J E. Part-time Physicians :Physician Workload and Patient-Based Assessments of Primary Care Performance. *Arch Fam Med.* 2000;9:327-332.
23. Duberstein P, Meldrum S , Fiscella K, Shields CG , Epstein RM . Influences on patients' ratings of physicians: Physicians demographics and personality. *Patient Education and Counseling* 2007;65(2):270-4.
24. Dinç G ve arkadaşları. Manisa Nüfus Sağlık Araştırması. Celal Bayar Ün. Yayınları 2005.
25. Bambal Ö, Lağarlı T, Eser E. Manisa Kent Merkezinde Bir Aile Sağlığı Biriminde Birinci Basamak Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *TJPH*, 2010;3:176-190.
26. Eser E, Lağarlı T ve arkadaşları. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeğinin (Pcas; Primary Care Assessment Survey) Bazı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Birimlerine Ayaktan Tanı Tedavi İçin Başvuranlardaki Psikometrik Özellikleri. Yayınlanmamış makale, 6. Saykad Kongresi 2007.
27. Safran DA, Jana F , Montgomery At .All Predictors Of Voluntary Disenrollment .*The Journal of Family Practice* 2001;50:130-136.
28. Boratav K. Sınıfların ve grupların sosyoekonomik nitelikleri. 2.Baskı. Ankara. İmge Kitapevi Yayınları, 2004, s. 33-60.
29. 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.
30. Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey. *World Health Organization*, 2. Edition. 2009;38-39.
31. Crampton P, Dowell A, Woodward A, Salmond C. Utilization rates in capitated primary care centres serving low income populations. *N Z Med J* 2000;113(1120):436-8.
32. Brown CJ, Pagan JA, Rodriguez-Oreggia E. The decisionmaking process of health care utilization in Mexico. *HealthPolicy* 2005;72(1):81-91.
33. 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 2006;25(3);33-41.