

Manisa merkez yarı kentsel bölgede bir aile sağlığı birimine kayıtlı kadınlarda bazı birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi

Öznur Özkan Bambal^a, Tülay Lağarlı^a, Erhan Eser^a, Mert Filibeli^b, Tuğçe Bilecenoglu^b
Gökçe Çivi^b, Emine Taştekin^b, Şenay Güngör^b, Ozan Çetin^b, Melis Güngör^b,
Ezgi Ayhan^b, Tuğba Kara^b, Fatih Kahvecioğlu^b

Özet

Amaç: Birinci basamak sağlık hizmet özellikleri kaynakça doğrultusunda bilimsel olarak ölçülebilir niteliktedir ve ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık ve koordinasyon gibi temel hizmet özellikleri üzerinden değerlendirilir. **Yöntem:** Örnek seçiminde çok aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmış, veriler yüz yüze görüşme tekniğine göre yapılandırılmış anketle toplanmıştır. Araştırma bölgesindeki toplam hane sayısı 870'tir. Küme örnekleme yöntemi ile 376 haneden 318 kadına ulaşılmıştır. Araştırmanın ulaşılabilirlik oranı % 84.6'dır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri; İlk başvuru, Süreklilik, Kapsayıcılık ve OHS (Olağan Hizmet Sürekliliği) gibi hizmet özellikleridir. Bağımsız değişkenler ise kadının ve eşinin yaşı, kadın ve eşinin eğitimi, medeni hal, kadının çalışma durumu, sosyal sınıf (eşin işine göre), gelir algısı, bölgede yaşama yılı, göç edilen bölge, sağlık güvencesi, aile tipi, beş yaşından küçük çocuk varlığı ve hanedeki çocuk sayısı kullanılmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması 38.3±15.3'tür. Bir sağlık sorunu nedeniyle aile hekimine başvurma % 61.0, ondan bir önceki sağlık sorununda AH'ne (Aile Hekimi) başvuru %55,2 oranındadır. Bu soruların her ikisine de "aynı aile hekimine başvururum" cevabını verenlerin (OHS) oranı %40.1 olmuştur. Aile Sağlığı Birimini yakın, normal mesafe bulanların oranı %93.1'dir. Aile hekiminin ismini bilme %84, ebenin ismini bilme %36.2, her türlü sorununuzla sürekli ilgilenen bir hekim veya sağlık kuruluşuna kayıtlı olduğunu söyleyenlerin %74.5'tir. Son bir yılda evime ebe ziyareti aldım diyenler %40.6 oranındadır. **Sonuç:** Araştırmanın yapıldığı ASB'de geçen bir yıllık ilk AH uygulama döneminde sosyalleştirme dönemiyle karşılaştırıldığında, tedavi edici hizmet örüntüsünün değişmediği buna karşın gezici ebe hizmetlerinin azaldığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Aile sağlığı birimi, ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık, olağan hizmet sunucu sürekliliği

Assessment of the elements of the primary health care services for women, recorded in a family practice center in a suburban district of Manisa

Abstract

Aim: The capability of primary care services can be scientifically measured and assessed via basic elements of these services such as accessibility, longitudinality, comprehensiveness and coordination.

^a Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

^b Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 6 Öğrencileri

Sorumlu Yazar: Öznur Özkan Bambal, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Manisa. E-posta: oznurbambal@gmail.com

Methods: A multistage cluster sampling method was used and the data were collected by face to face interviews with a structured questionnaire. An overall 870 households which were recorded in a Family Practice Unit (FPU) consisted of the universe of this study and 318 women were identified from a sample of 376 households by cluster sampling method. The response rate was of 84.6%. The dependent variables in the study were, the First contact care, Continuity (Usual provider continuity), Comprehensiveness; whereas independent variables were, the women's and husband's age, the women's and husband's education, marital status, women's occupational status, family social class, perception of income, years of residency in the region, the area of emigration, health insurance status, family type, existence of children under five years of age. **Results:** The average age of participants was 38.3 ± 15.3 . The percentage of women who preferred FPU services for their most recent health problem was 61.0%, whereas this percentage was 55.2% for the previous experienced health problem. The Usual Provider Continuity (UPC) rate was 40.1%. 93.1 percent of women stated that FPU is quite close to their house. The proportion of the women who knew the name of their family physician was 84.0% and 36.2% them knew the name of their midwife. Of the respondents, 74.5% had been registered with a PHC facility or a primary care physician. Midwives visited 40.6% of the respondents at least once during the last year. **Conclusion:** This research indicates that, the pattern of therapeutic services was not changed in the new FPU system, compared to the previous socialized health organization in the Primary Care services. Besides this fact, mobile midwife services might be said to have decreased in the new FPU system.

Key Words: Family health unit, the first contact, continuity, comprehensiveness, usual provider continuity.

Giriş

Sağlık sistemlerinin amacı yaşam süresini uzatmak, sağlığı geliştirmek ve sürdürmek olduğundan sağlık hizmetlerinin başarısının değerlendirilmesi gereklidir. Bu nedenle sağlık sistemlerinin yapısal ve sürece ilişkin özelliklerinin ölçülebilmesi önemlidir. Donebedian sağlık hizmeti niteliğinin ölçümünün üç alt başlık altında sınıflandırılabilirliğini ortaya koymuştur^{1,2}. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesine olanak sağlayan bu sistematik yaklaşıma göre sistem öğeleri; hizmet verilecek bir kurumun olması, sağlık sisteminin finansal kaynağının olması gibi altyapısal, süreç (faaliyet) ve sonuç bileşenleri gibi gruplandırılarak değerlendirilebilir. Hizmetin başarısını toplumun sağlık çıktılarıyla, yani sonuç göstergeleriyle ölçmenin tek başına yeterli olmadığı ve bu sonuçların yapısal ve süreç bileşenlerini değerlendirmeye birlikte ele alınması gerektiği 1990'lı yıllardan itibaren bir eğilim olarak ortaya çıkmıştır³⁻⁶.

Birinci basamak sağlık hizmeti, çeşitli ülkelerde farklı şekillerde sunulmaktadır. Günümüzde sağlık hizmetleri sunumundaki başarı temel sağlık

hizmetleri yaklaşımının yeterliliğine göre değerlendirilmektir. Temel sağlık hizmetleri altyapısı iyi olan ülkeler daha sağlıklı toplumlara sahiptir, sağlıkla ilgili eşitsizlikleri daha azdır ve sağlık hizmeti harcamaları daha düşüktür.⁷ Temel sağlık hizmetleri tanımı 1978 Alma Ata konferansında yapılmış ve bütüncül bir yaklaşımla sunulmasının önemi vurgulanmıştır. Bu konferansta tanımlanan temel sağlık hizmetleri özelliklerine bakıldığında; süreklilik, kapsayıcılık, ulaşılabilirlik, toplum katılımı ve sevk zinciri gibi birçok özelliğin tanımın içinde yer aldığı görülür⁸.

Starfield ve arkadaşları tarafından yapılan sistematik bir derlemede 10.000 kişi başına düşen birinci basamak çalışanının % 15-20 artışıyla kaba ölüm hızında yıllık % 6 düşüş olabileceği gösterilmiştir, ayrıca İngiltere'de 15-64 yaş tüm nedenlere bağlı ölümler genel pratisyenlik uygulamasının yaygın olduğu bölgelerde daha düşük bulunmuştur⁶.

Sonuç olarak birinci basamak kurumlarının yapısal özelliklerinin mi yoksa yalnızca birinci basamakta çalışanlarının

varlığının mı sağlık sonuçlarının etkilediği bir tartışma konusu haline gelmiştir ⁶.

Ölçme ve değerlendirme yapılabilmesi için birinci basamak hizmet özellikleri iyi tanımlanmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmeti sorun değil kişi odaklıdır ve sürekli. Hizmet verilen nüfusun kültür yapılarına uygun biçimde planlanır ve uygulanır. Birinci basamak sağlık hizmetleri bu özelliklerin hepsini aynı anda içermelidir⁵.

Çeşitli kaynaklarda birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde yukarıda sözü edilen “yapı” ve “süreç (faaliyet)” bileşenlerini içeren bazı hizmet özelliklerinin ölçülmesi önerilmektedir⁴. Hatta bu özellikler temelinde PCAS (Primary Care Assessment Survey) ve PCAT (Primary Care Assessment Tool) gibi yapılandırılmış bazı ölçüm gereçleri de geliştirilmiştir ^{9,10}. Bu özellikler arasında temel dört özellik öne çıkmaktadır: Bunlar, ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcı hizmet ve eşgüdüm-koordinasyondur. Bunlar dışında diğer bazı özelliklerin ölçülmesi de önerilmiştir. Bunlar ise kültürel yetkinlik, aile merkezlik, toplumsal yönelimdir.^{5, 9}. Söz konusu olan temel özelliklere kısaca vurgu yapmak gerekirse:

İlk başvuru: Her yeni sağlık sorunu veya yeni ortaya çıkan sağlık hizmeti gereksiniminde ilk olarak birinci basamak sağlık hizmetleri sunan kişi ya da kuruma başvurulmasıdır. İlk başvuru özelliğinin yapı bileşeni ulaşılabilirlik, süreç (faaliyet) bileşeni hizmetin kullanımınıdır. Sağlık hizmetlerine erişim için ilk giriş noktası olma özelliğidir. İlk başvuru özelliğinin sağlanabilmesinin en önemli koşulu ise ulaşılabilirliktir. Sunulan hizmetlerin erişilebilir olması yani ulaşılabilirlik, yapısal bir özellik olarak tanımlanırken hizmeti alan kişilerin her bir yeni sağlık sorununda birinci basamağa başvurusu davranışsal özellik olarak tanımlanır ve bu iki bileşen birinci basamağın ölçülebilir bir özelliği olan “ilk başvuru” boyutunu oluşturur ^{4, 9, 11, 12}.

Süreklilik: Süreklilik özelliğinin yapı bileşeni uygun nüfus varlığı, süreç (faaliyet) bileşeni düzenli hizmet alınan kaynaktır. Hastalık veya tıbbi sorun olmaksızın düzenli ve bütüncül bir sağlık hizmet kaynağının

zaman içinde boylamsal kullanımı anlamına gelir. Burada en önemli nokta hizmeti alanlar ve hizmeti sunanlar tarafından ortak kabul gören bir sağlık hizmet ortamı oluşturulmasıdır ^{4, 13, 14}

Hizmet sunulan nüfus tanımlanmış olmalı, sağlık hizmeti; hastalık odaklı olmaktan çok zaman içinde sürmelidir. Hizmet sunanlarla, hizmeti alanların ilişkisi kurulmadan süreklilik özelliğinin yerine getirilemeyeceği söylenebilir ¹⁵.

Süreklilik özelliği: İlişki sürekliliği; belirli bir süre boyunca aynı sağlık hizmet sunucusu veya ekibi tarafından izlenmek ve kayıt sürekliliği; etkin ve zamanında iletişim ve bilgilendirme olarak tanımlanabilir¹⁶. Birinci basamak sağlık hizmeti kendisine bağlı nüfusla sürekli bir ilişki gerektirir. Ayrıca sağlık hizmetleri, kişileri yaşadıkları toplum ve aileleriyle beraber bir bütün olarak değerlendirecek şekilde planlanmalıdır. Bu güne kadar yapılan tanımlar tutarlı bir şekilde sürekliliği birinci basamağın temel özelliği olarak vurguluyor olmakla birlikte aslında burada sözü edilen karşılıklı bir paylaşımın devamlılığı yani kişi ile hekim arasındaki ilişkinin sürekliliğidir ⁹.

Kapsayıcılık: Kapsayıcılığın yapı bileşeni geniş hizmet yelpazesi, süreç (faaliyet) bileşeni sağlık hizmeti gereksinimin farkındalığıdır. Bir birinci basamak hizmet sunucusu tarafından toplumun nadir görülen sorunlarını da içeren tüm sağlık gereksinim türlerinin geniş dağılımına uygun yanıt veren hizmet sunumu olarak tanımlanır ^{4,9}. Literatürde birinci basamakta kapsayıcılığın ölçümü en çok görülen sağlık problemlerinin dağılımına göre yapılır. Bu sağlık problemleri her toplumun ihtiyaçlarına göre ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye değişebilir niteliktedir ve toplumda yaygın (yılda 1000 hasta başına en azından 1 kez rastlanan) görülmektedirler. Bu hizmetler birinci basamakta var olan hizmetler ve sunulan hizmetler olarak ayrılmaktadır. Var olan hizmetlere örnek vermek gerekirse mental sağlık hizmetleri, aile planlaması danışmanlık hizmetleri, sütür gibi basit cerrahi girişimler sayılabilir. Bireylere sunulan hizmetler ise koruma ve sağlığı geliştirme başlığında toplanan sağlıklı

beslenme, kişiye özel egzersiz önerileri, aile çatışmalarına çözüm ve öneriler, ilaç kullanımı ve tedavi önerileri gibi sağlık hizmetleridir¹⁷.

Manisa ili aile hekimliği pilot uygulamasına 2008 yılı ocak ayında başlamıştır. Sosyalleştirme döneminde hizmet bir ekip tarafından bölge tabanlı verilmekteyken aile hekimliği uygulamasında tek bir hekim tarafından nüfus tabanlı olarak verilmeye başlandı. Sosyalleştirme döneminde bireylere yönelik koruyucu sağlık hizmetinin yanında çevresel koruyucu hizmetler sunulmaktayken yeni uygulamada çevreye yönelik koruyucu hizmetler aile hekimlerinin sorumluluğundan çıkarılmıştır. Çalışmamız aile hekimliği uygulamasının çok yeni olduğu bir dönemde pilot uygulamanın 11. ayında yürütülmüştür.

Bu bilgiler ışığında birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin ölçülebilir olduğunu ve bu değerlendirmenin yapılmasının Halk Sağlıkçıların önceliklerinden biri olması gerektiğini düşünüyoruz. Biz de çalışmamızda gecekondü bölgesinde bulunan bir aile hekimliği birimine bağlı bölgede birinci basamak özelliklerinden olan ilk başvuru, süreklilik ve kapsayıcılığı tanımlamayı amaçladık. Eşgüdüm-koordinasyon özelliği tanımlanmamıştır. Süreklilik ayrıca ardışık iki başvuru üzerinden oluşturulan olağan hizmet sürekliliğiyle (OHS) ölçülmüştür.

Yöntem

Manisa'da gecekondü bölgesinde bulunan bir Aile Sağlığı Birimine (ASB) bağlı hanelerde oturan 15 yaş ve üzeri kadınlarda Aralık 2008'de yürütülmüş tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Bu ASB, Manisa ili merkez ilçe mahalleleri içinde Doğu Anadolu'dan gelen nüfusun yoğun yerleştiği ancak eski bir gecekondü bölgesinde yer almaktadır. Bu ASB, aynı bina çatısı altında görev yapan yedi ASB'nin bir arada olduğu bir Aile Sağlık Merkezinde (ASM) hizmet vermektedir.

Bir Aile Hekimi ve bir ebeden oluşan bu ASB kayıtlarından bölgenin nüfusu 3478 kişidir. Bu bölgede hanede yaşayan kişi sayısı ortalaması dördüttür¹⁸. Buna göre bölgede 870 hane bulunmaktadır. Bu

evrenden araştırılan konunun önceki araştırmalarda prevalans verisine ulaşamadığı için prevalans %50, örneklem hatası %5 ve güven sınırı %99 olarak alınarak EPİ İNFO 2000 programında örnek büyüklüğünün 376 haneden oluşacağı hesaplanmıştır. Gidilen hanelerde 15 yaş ve üzeri görüşmeyi kabul eden en az bir kadına anket uygulanması hedeflenmiştir. Araştırmada 318 kadına ulaşılmıştır (n=318). Araştırmanın ulaşma oranı (318/376) % 84.6'dır. Veri yarı yapılandırılmış 39 sorudan oluşan anket kullanılarak yüz yüze görüşme ile toplanmıştır. Kadın yaşının 15 yaştan başlamasının nedeni bölgede erken evlilikler ve adolesan gebeliklerin sıkça yaşanması ve birinci basamakta gebe ve bebek takiplerinin düzenli yapılmasıdır. Bu bağlamda hizmeti yoğun alan gruplar hedeflenmiştir.

Örnek seçiminde mahalle büyüklüğüne orantılı çok aşamalı küme örnekleme yöntemi uygulanmıştır. Her bir kümenin 10 haneden oluşmasına karar verilmiştir. Küme başları İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarından rasgele seçilmiştir. Her bir küme sağdan 4 ev atlayarak tamamlanmıştır.

Hizmetin özelliklerinin değerlendirilmesinde "ilk başvuru", "süreklilik" ve "kapsayıcılık" özellikleri *bağımlı değişkenler* olarak alınmıştır. Birinci basamak temel özelliklerinden olan "eşgüdüm-koordinasyon" yani sevk zinciri ile ilgili bir hizmet örgütlenmesi bulunmadığından bu özellik ölçülmemiştir.

Sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikler (kadının ve evliyse eşinin yaşı, kadının ve evliyse eşinin mesleği, medeni durum, kadının ve evliyse eşinin eğitim durumu, sosyal sınıf, gelir algısı, kaç yıldır bölgede yaşadığı, göç bölgesi, sağlık güvencesi, aile tipi ve ailede beş yaş altı çocuk varlığı) *bağımsız değişkenler* olarak kullanıldı. Hizmet alma durumu yönünden farklılık gösteren yaş bantlarını kullanmayı hedeflediğimizden kadınların yaş kategorizasyonunu doğurgan çağa göre yaptık. Evli kadınlara da eşlerinin yaşı sorulduğundan tanımlayıcı verilerimizde eşlerin yaşlarını genç, orta ve yaşlı olarak sunulmuştur

ve analizlerde de bu kategorizasyon kullanılmıştır. Okur-yazarlar ve okur-yazar olmayanlar örgün eğitim almamış, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite eğitimi almış kişiler örgün eğitim almış olarak kategorize edilmiştir.

Göç durumunda gecekondü bölgesi olması dolayısıyla örneğimize çıkan kadınların tamamı bölgeye göçle geldiklerini ifade etmişlerdi bunların sadece 156'sı (%49.1) Manisa ilinin herhangi bir yerinden bölgeye sonradan göç etmişlerdi. Bu nedenle analizler bölgede kalma süresine göre yapılmıştır. On yıl ve üzerinde bölgede yaşayan eski göçerler o bölgenin yerlisi olarak kabul edilmiştir. Aile hekiminizin bulunduğu bina evinize ne kadar uzaklıkta? Sorusunun seçenekleri çok yakın, yakın, normal, uzak ve çok uzak olarak algıya dayanmaktadır. Çok yakın, yakın ve normal olarak algılayanlar bir kategoride toplanırken uzak ve çok uzak birlikte alınmıştır.

Kaynakça ışığında anketteki sorular hizmet özelliklerine göre Tablo 1'de görüldüğü gibi ayrılmıştır. İlk başvuru özelliğinin yapı bileşeni olan ulaşılabilirlik için aile hekimliğinin bulunduğu binaya olan uzaklık algısı ve mesai saatleri içinde veya dışında kuruma başvurabilmeleri sorgulanmıştır.

Süreklilik özelliğinin yapısal bileşeni olan uygun nüfus varlığı araştırma evrenimiz olan aile hekimliği bölgemizde hali hazırda var olduğu kabul edildiğinden ankette sorgulanmamıştır. Bu sebeple süreklilik için sadece faaliyet bileşeni sorgulanmıştır. Bunlar sürekli bağlı bulunan kurum, hekim bulunması ve aile hekiminin, ebe ismini bilme sorularıdır. Kapsayıcılıkta geniş hizmet yelpazesi sorgulanmıştır. Bu özellik için, sağlığınıza ilgili danışmak istediğiniz ve merak ettiğiniz konular, kadın sağlığı, çocuk sağlığı, acil sağlık hizmetleri ile ilgili aile hekiminden alınan danışmanlık hizmetleri ve son bir yıldır ebe ziyareti alınması soruları sorulmuştur.

Kaynakça ışığında anket formunda uyguladığımız soruları ölçülmesi istenilen hizmet özelliklerine göre yukarıda tabloda

görüldüğü gibi ayırdık. Her bir soru 1 puan alacak şekilde puanlandırıldı. Bu durumda ilk başvuru ve süreklilik özelliği en az 0 puan en çok 3 puan alabilir. Kapsayıcılık özelliği ise en az 0 en çok 6 puan alabilir. Birçok sorunun birleşip tek bir özelliği göstermesi yoluyla bağımlı değişkenler için oluşturulan indeks puanları kategorize etmek yerine analizlerde sürekli değişken olarak kullanması tercih edilmiştir.

Çalışmamızda uluslararası geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir ölçek kullanılmamıştır. "Süreklilik" özelliği, "Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği (OHS)" (Usual Provider Continuity) olarak belirtilen bir diğer yaklaşımla da değerlendirilmiştir¹⁹. Özetle ardışık iki başvuruda aynı aile hekimine gidenlerin yüzdesi diyebileceğimiz Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği iki soruyla değerlendirildi. Bu sorular şunlardı: "Bir sağlık sorununuz nedeniyle en son kime gittiniz?" ve "Ondan bir önceki sorunuzda kime gittiniz?" Bu sorular için (son 1 yıl veya son 15 gün gibi) herhangi bir süre kısıtlaması konulmadı. Sorularının değerlendirmesinde her ikisinde de aynı aile hekimine gitmiş olanların yüzdesi Olağan

Hizmet Sunucu Sürekliliği olarak değerlendirildi. Sosyal sınıf hane reisinin mesleğine göre sınıflandırılmıştır. Memur, esnaf ve sanayi işçisi gibi düzenli geliri olanlar orta sosyal sınıfta kabul edilirken, alt sosyal sınıfa (düzenli geliri olmayan grup) işsiz ve düzenli işi olmayanlar kabul edilmiştir⁽¹⁸⁾

İstatistik çözümlenmelerde, parametrik koşullar sağlandığında Student's t testi, parametrik koşullar sağlanmadığında Mann Whitney-U testi ile yapılmıştır. Üç bağımsız grubun karşılaştırılmasında parametrik koşullar sağlandığında tek yönlü Varyans analizi, post hoc test olarak Tukey's b; parametrik koşullar sağlanmadığında ise Kruskal Wallis Varyans analizi kullanılmış, post hoc karşılaştırmada Bonferoni testi kullanılmıştır.

Kategorik değişkenlerin (yüzdelerin karşılaştırılmasında) değerlendirilmesinde Ki Kare testi kullanılmıştır.

Tablo 1. Ankette yer alan hizmet özelliklerini oluşturan sorular ve puan dağılımları

İlk Başvuru Soruları	Kategori	Puan
ASB'nin haneye uzaklığı	Yakın / normal mesafe	1
	Uzak	0
Mesai saatleri dışında ASB'ye başvurabilme	Evet	1
	Hayır	0
Herhangi bir sağlık sorununda ilk başvuru yeri	Kendi AH'ne	1
	Diğer kurum/ hekim	0
Toplam		3
Süreklilik Soruları		
Aile Hekiminin ismini bilme	Evet	1
	Hayır	0
Ebe/aile sağlığı elemanı ismini bilme	Evet	1
	Hayır	0
Her türlü sağlık sorunuyla sürekli ilgilenen kurum	Evet	1
	Hayır	0
Toplam		3
Kapsayıcılık Soruları		
Sağlıkla ilgili konularda ASB'den danışmanlık alabilme	Tümüne/ çoğuna	1
	Bir kısmına/ hiçbirine	0
Kadın sağlığı ve hastalıkları ile ilgili ASB'den danışmanlık alabilme	Tümüne/ çoğuna	1
	Bir kısmına/ hiçbirine	0
Çocuk sağlığı ve hastalıkları ile ilgili ASB'den danışmanlık alabilme	Tümüne/ çoğuna	1
	Bir kısmına/ hiçbirine	0
Acil bir sağlık sorununda ASB'den danışmanlık alabilme	Tümüne/ çoğuna	1
	Bir kısmına/ hiçbirine	0
Sağlıkla ilgili merak ettiğiniz konularda ASB'den cevap alabilme	Tümüne/ çoğuna	1
	Bir kısmına/ hiçbirine	0
Son bir yıldır ebe ziyareti	Evet	1
	Hayır	0
Toplam		6

Süreklilik özelliğinin yapısal bileşeni olan uygun nüfus varlığı araştırma evrenimiz olan aile hekimliği bölgemizde hali hazırda var olduğu kabul edildiğinden ankette sorgulanmamıştır. Bu sebeple süreklilik için sadece faaliyet bileşeni sorgulanmıştır. Bunlar sürekli bağlı bulunan kurum, hekim bulunması ve aile hekiminin, ebenin ismini bilme sorularıdır. Kapsayıcılıkta geniş hizmet yelpazesi sorgulanmıştır. Bu özellik için, sağlığınıza ilgili danışmak istediğiniz ve merak ettiğiniz konular, kadın sağlığı, çocuk sağlığı, acil sağlık hizmetleri ile ilgili aile hekiminden alınan danışmanlık hizmetleri ve son bir yıldır ebe ziyareti alınması soruları sorulmuştur.

Kaynakça ışığında anket formunda uyguladığımız soruları ölçülmesi istenilen

hizmet özelliklerine göre yukarıda tabloda görüldüğü gibi ayırdık. Her bir soru 1 puan alacak şekilde puanlandırıldı. Bu durumda ilk başvuru ve süreklilik özelliği en az 0 puan en çok 3 puan olabilir. Kapsayıcılık özelliği ise en az 0 en çok 6 puan olabilir. Birçok sorunun birleşip tek bir özelliği göstermesi yoluyla bağımlı değişkenler için oluşturulan indeks puanları kategorize etmek yerine analizlerde sürekli değişken olarak kullanması tercih edilmiştir. Çalışmamızda uluslararası geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir ölçek kullanılmamıştır.

“Süreklilik” özelliği, “Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği (OHS)” (Usual Provider Continuity) olarak belirtilen bir diğer yaklaşımla da değerlendirilmiştir¹⁹. Özetle ardışık iki başvuruda aynı aile hekimine

gidenlerin yüzdesi diyebileceğimiz Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği iki soruyla değerlendirildi. Bu sorular şunlardı: “Bir sağlık sorununuz nedeniyle en son kime gittiniz?” ve “Ondan bir önceki sorununuzda kime gittiniz?” Bu sorular için (son 1 yıl veya son 15 gün gibi) herhangi bir süre kısıtlaması konulmadı. Sorularının değerlendirmesinde her ikisinde de aynı aile hekimine gitmiş olanların yüzdesi Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği olarak değerlendirildi.

Sosyal sınıf hane reisinin mesleğine göre sınıflandırılmıştır. Memur, esnaf ve sanayi işçisi gibi düzenli geliri olanlar orta sosyal sınıfta kabul edilirken, alt sosyal sınıfa (düzenli geliri olmayan grup) işsiz ve düzenli işi olmayanlar kabul edilmiştir.¹⁸

İstatistik çözümlerinde, parametrik koşullar sağlandığında Student's t testi, parametrik koşullar sağlanmadığında Mann Whitney-U testi ile yapılmıştır. Üç bağımsız grubun karşılaştırılmasında parametrik koşullar sağlandığında tek yönlü Varyans analizi, post hoc test olarak Tukey's b; parametrik koşullar sağlanmadığında ise Kruskal Wallis Varyans analizi kullanılmış, post hoc karşılaştırmada Bonferoni testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin (yüzdelerin karşılaştırılmasında) değerlendirilmesinde Ki Kare testi kullanılmıştır.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 38.3±15.3. Katılımcıların %76.4'ü 15-49 yaş doğurgan çağ kadınlardan oluşmaktadır. Kadınların %76.7'si evli olup eşlerinin %9'u 65 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktaydı. Eşler arasında örgün bir eğitim kurumuna gitmeme oranı %9.9'ken kadınlarda bu oran %34.3'e çıkmaktaydı ve bunların % 21.1'i okur yazar olamayan kadınlardan oluşuyordu. Kadınların %93.9'u herhangi bir işte çalışmıyordu. Katılımcıların %68.3'ü alt sosyal sınıfta bulunuyordu. Katılımcıların yarıya yakını (%49.7) gelirlerini ortalamanın altı olarak algılıyorlardı. %53.8'i bölgeye göçle gelen kadınlardan oluşmaktaydı ve bunların %34'ü Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinden göç etmişlerdi. %62.3'ü çekirdek aileden oluşup

%86.5'inin bir ve daha fazla çocuğu vardı beş yaş altı çocuk sahibi olma yüzdesi 37.7'ydi. Katılımcıların kendileri (% 96.2) ve aile bireylerinin (%93.7) tamamına yakını aile hekimine kayıtlıdır. İlk başvuru özelliğini sorgulayan sorularımızın yanıt alma yüzdelerine bakıldığında: Aile Sağlığı Birimini yakın, normal mesafe bulanların oranı %93.1'dir. Mesai saatleri dışında bağlı bulunulan aile hekimine ya da ebeye başvuru oranı %16'dır. Her hangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk aile hekimime başvururum diyenlerin oranı %61.9 olarak belirtilmiştir.

Süreklilik özelliğinin faaliyet bileşeninin sorgulandığı sorulara bakıldığında aile hekiminin ismini bilme %84, ebenin ismini bilme %36.2, her türlü sorununuzla sürekli ilgilenen bir hekim veya sağlık kuruluşuna kayıtlı olduğunu söyleyenlerin %74.5'tir.

Kapsayıcılık için soruların cevaplanma yüzdeleri: Sağlığım ile ilgili danışmak istediğim konuların tümüne çoğuna ASB'den yardım alabiliyorum diyenler % 71.8'dir. Kadın sağlığı ile ilgili %58.3, çocuk sağlığı ile ilgili % 64.3, acil sağlık sorunuyla ilgili %61.4, merak ettiğim konularda yardım alabiliyorum diyenler %73.1 oranında bu sorunlarının tümüne çoğuna bağlı buldukları ASB'den yardım alabildiklerini belirtmişlerdir. Son bir yılda evime ebe ziyareti aldım diyenler %40.6 oranındadır. İlk başvuru özelliği için kadın ve eşinin yaşı, göç bölgesi, kadın ve eşinin eğitimi, sosyal sınıf, kadın çalışma durumu, medeni hal, sağlık güvencesi, çocuk sayısı ve gelir algısındaki kategorilerinin ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Beş yaş altı çocuğu olanlarda olmayanlara göre ilk başvuru puan ortalaması anlamlı derecede daha yüksektir (p<0.01). Yeni göçerlerde eski göçerlere göre ilkbaşvuru puanı anlamlı derecede yüksektir p<0.05).

Hizmetin sürekliliği için göç bölgesi, kadın ve eşinin eğitimi, sosyal sınıf, ve gelir algısındaki kategorilerinin ortalamaları arasında fark vardır ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo-2. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri Manisa, 2008

Sosyodemografik özellikler	Kategoriler	Sayı (%)
Kadının yaşı(min:15, maks:80)	49 yaş üstü	75 (23.6)
	15-49 yaş	243 (76.4)
Eşinin yaşı	35 yaş ve altı	97 (39.8)
	36 yaş ve üstü	147 (60.2)
Kadının Eğitim Durumu	Örgün eğitim almış	209 (65.7)
	Örgün eğitim almamış	109 (34.3)
Eşinin eğitim durumu	Örgün eğitim almış	219 (89.8)
	Örgün eğitim almamış	25 (10.2)
Medeni hal	Bekar	31 (9.8)
	Evli	244 (76.7)
	Dul ve boşanmış	43 (13.5)
Kadın Çalışma durumu	Ev kadını	295 (93.9)
	Çalışıyor/İş buldukça çalışıyor	19 (6.1)
Sosyal Sınıf	Orta sosyal sınıf	265 (83.3)
	Alt sosyal sınıt	53 (16.7)
Gelir Algısı	Ortalamanın üstü	20 (6.3)
	Ortalama	140 (44.0)
	Ortalamanın altı	158 (49.7)
Göç Durumu*	1-9 yıl (yeni göçer)	98 (30.8)
	10 yıl ve üstü(eski göçer/yerli)	220 (69.2)
Nereden göç ettiği	Ege ve diğer	210 (66.0)
	Doğu ve Güneydoğu Anadolu	108 (34.0)
Sağlık Güvencesi	Var	264 (83.0)
	Yok	19 (6.0)
	Yeşil kart	35 (11.0)
Aile Tipi	Çekirdek	198 (62.3)
	Geniş	107 (33.6)
	Parçalanmış (Boşanmış)	13 (4.1)
Hanede beş yaş altı çocuk varlığı	Var	120 (37.7)
	Yok	198 (62.3)
Hanedeki çocuk sayısı	1-2 çocuk	152 (47.8)
	3 ve daha fazla	123 (38.7)
	Yok	43 (13.5)
Toplam		318 (100)

Doğurgan çağ kadınlarda 49 yaş ve üstü olanlara göre, eşleri 36 yaş ve üstü olan kadınlarda 35 yaş ve altı olanlara göre, beş yaş altı çocuğu olan kadınlarda olamayanlara göre ve evli olan kadınlarda bekar, dul ve boşanmış kadınlara göre süreklilik puan ortalamaları anlamlı derecede daha yüksektir. Yeşil kartı olanlarda sağlık güvencesi olanlara göre süreklilik puanları anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). Çocuk sahibi

olmayanların çocuk sahibi olanlara göre süreklilik puanları anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Yeni göçerlerde eski göçerlere göre süreklilik puanı anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). Hizmetin kapsayıcılığı için kadının yaşı, göç bölgesi, kadın ve eşinin eğitimi, kadın çalışma durumu, medeni hal, sosyal sınıf ve gelir algısındaki kategorilerinin ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 3. Hizmet Özelliklerini Sorgulayan Soruların Cevaplanma Yüzdeleri Manisa, 2008

Sağlık hizmet özellikleri	Kategori	Sayı (%)
İlk başvuru(n=318)		
ASB'nin haneye uzaklığı	Yakın/normal mesafe	296 (93.1)
	Uzak	22 (6.9)
Mesai saatleri dışında ASB'ye başvurabilme	Evet	51 (16.0)
	Hayır	267 (84.0)
Herhangi bir sağlık sorununda ilk başvuru yeri	Kendi AH	197 (61.9)
	Diğer kurum/ hekim	121 (38.1)
Süreklilik(n=318)		
Aile Hekiminin ismini bilme	Evet	267 (84.0)
	Hayır	51 (16.0)
Ebe/aile sağlığı elemanı ismini bilme	Evet	115 (36.2)
	Hayır	203 (63.8)
Her türlü sağlık sorunuyla sürekli ilgilenen kurum	Evet	237 (74.5)
	Hayır / Bilmiyorum	81 (25.5)
Kapsayıcılık		
Sağlıkla ilgili konularda ASB'den danışmanlık alabilme(n=312)	Tümüne/ çoğuna	224 (71.8)
	Bir kısmına/ hiçbirine	88 (28.2)
Kadın sağlığı ve hastalıkları ile ilgili ASB'den danışmanlık alabilme(n=312)	Tümüne/ çoğuna	182 (58.3)
	Birkısmına/ hiçbirine	130 (41.7)
Çocuk sağlığı ve hastalıkları ile ilgili ASB'den danışmanlık alabilme(n=300)	Tümüne/ çoğuna	193 (64.3)
	Bir kısmına/ hiçbirine	107 (35.7)
Acil bir sağlık sorununda ASB'den danışmanlık alabilme(n=311)	Tümüne/ çoğuna	191 (61.4)
	Bir kısmına/hiçbirine	120 (38.6)
Sağlıkla ilgili merak ettiğiniz konularda ASB'den cevap alabilme(n=312)	Tümüne/ çoğuna	228 (73.1)
	Bir kısmına/hiçbirine	84 (26.9)
Son bir yıldır ebe ziyareti(n=318)	Evet	129 (40.6)
	Hayır	189 (59.4)
Toplam		318 (100)

Eşleri 36 yaş ve üstü olan kadınlarda 35 yaş ve altı olanlara göre, beş yaş altı çocuğu olan kadınlarda olamayanlara göre kapsayıcılık puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yeşil kartı olanlarda sağlık güvencesi olanlara göre kapsayıcılık puanları anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$). Çocuk sahibi olmayanların çocuk sahibi olanlara göre kapsayıcılık puanları anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0.01$). Eski göçerlerde yeni göçerlere göre kapsayıcılık puanları anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Bir sağlık sorunu nedeniyle AH'ne başvurma % 61.0, ondan bir önceki sağlık sorununda AH'ne başvuru

%55.2 oranındadır. Bu soruların her ikisine de "aynı aile hekimine başvururum" cevabını verenlerin Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği %40.1 bulunmuştur. Çalışmayan ve çok çocuklu kadınlarda olağan hizmet sunucu sürekliliği çalışan ve çocuk sayısı az olan kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca yeşil kartı olanlarda sağlık güvencesi olan ve olmayanlara göre OHS anlamlı olarak yüksektir. Yaş, eş yaş, beş yaş altı çocuk varlığı, göç varlığı ve göç bölgesi, kadın ve eşinin eğitimi, sosyal sınıf ve gelir algısındaki kategoriler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo- 4. Hizmet özelliklerinin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi Manisa, 2008

Sosyodemografik Değişkenler	Kategoriler	İlk başvuru (aralık= 0-3 puan)		Süreklilik (aralık= 0-3 puan)		Kapsayıcılık (aralık= 0-6 puan)	
		Ortalama ± SD	P	Ortalama± SD	P	Ortalama ± SD	P
İndeks skorlar		1.90 ± 0.62		1.94 ± 0.86		3.71 ± 1.99	
Yaş	15 – 49	1.90 ± 0.63	>0.05	2.05 ± 0.85	<0.01	3.72 ± 1.99	>0.05
	49 üstü	1.90 ± 0.58		1.58 ± 0.80		3.68 ± 1.99	
Eş yaş	36 yaş ve üstü	1.95 ± 0.67	>0.05	2.30 ± 0.85	<0.01	4.18 ± 2.01	<0.05
	35 yaş ve altı	1.86 ± 0.61		1.84 ± 0.80		3.50 ± 1.91	
Beş yaş altı çocuk varlığı	Yok	1.84 ± 0.62	<0.05	1.69 ± 0.84	<0.01	3.20 ± 1.97	<0.01
	Var	2.01 ± 0.61		2.36 ± 0.72		4.52 ± 1.74	
Göç yılı	1-9 yıl	3,04± 0.61	<0.05	3,21± 0.85	<0.01	4,08± 1.98	<0.05
	10 yıl ve üstü	2,84± 0.62		2,82± 0.84		4,54± 1.98	
Göç bölgesi	Diğer	1.88 ± 0.60	>0.05	1.92 ± 0.84	>0.05	3.71 ± 2.00	>0.05
	Doğu –Gd.	1.94 ± 0.66		1.98 ± 0.89		3.72 ± 1.98	
Kadın eğitim	İlkokul ve üstü	1.86 ± 0.62	>0.05	1.96 ± 0.89	>0.05	3.71 ± 1.95	>0.05
	Eğitimsiz	1.99 ± 0.62		1.90 ± 0.81		3.73 ± 2.08	
Eş eğitim	İlkokul ve üstü	1.92 ± 0.62	>0.05	2.03 ± 0.87	>0.05	3.70 ± 2.01	>0.05
	Eğitimsiz	1.82 ± 0.61		1.92 ± 0.75		4.39 ± 1.55	
Sosyal sınıf	Orta	2.00 ± 0.56	>0.05	1.95 ± 0.87	>0.05	3.71 ± 2.01	>0.05
	Alt	1.85 ± 0.69		1.90 ± 0.79		3.75 ± 1.91	
Kadın iş	Çalışan	1.73 ± 0.73	>0.05	1.21 ± 1.03	<0.01	3.10 ± 2.15	>0.05
	Ev kadını	1.91 ± 0.61		1.99 ± 0.83		3.74 ± 1.98	
Medeni hal	Evli olmak	1.90 ± 0.63	>0.05	2.02 ± 0.85	<0.05	3.78 ± 1.98	>0.05
	Diğer	1.93 ± 0.58		1.67 ± 0.82		3.46 ± 2.03	
Gelir algısı	Ortalamanın üstü	1.87 ± 0.65	>0.05	1.92 ± 0.88	>0.05	3.70 ± 1.95	>0.05
	Ort. ve ort.altı	1.93 ± 0.59		1.96 ± 0.84		3.73 ± 2.03	
Sağlık güvencesi	Var	1.88 ± 0.64	>0.05	1.87 ± 0.86	<0.01	3.54 ± 2.00	<0.01
	Yeşil kart	2.05 ± 0.54		2.51 ± 0.65*		4.75 ± 1.67*	
	Yok	2.00 ± 0.47		1.89 ± 0.86		4.40 ± 1.59	
Çocuk sayısı	Yok	1.79 ± 0.51	>0.05	1.53 ± 0.85*	<0.05	2.82 ± 2.06	<0.01
	1-2 çocuk	1.87 ± 0.63		1.96 ± 0.91		3.57 ± 2.00	
	3 ve daha fazla	1.99 ± 0.64		2.07 ± 0.74		4.16 ± 1.85	

Tablo-5. Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği sorularının cevaplanma yüzdeleri Manisa, 2008

	Kategoriler	Sayı (%)
Bir sağlık sorununuz nedeniyle en son kime gittiniz?	AH	194 (61.0)
	Diğer	124 (39.0)
Ondan bir önceki sorunuzda kime gittiniz?	AH	175 (55.2)
	Diğer	142 (44.8)
Toplam		318 (100)

*Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği

Tablo-6. Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliğinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi Manisa, 2008

Sosyodemografik değişkenler		Ardışık iki başvuruda tercih edilen kurum		P
		ASB Sayı (%)	Diğer kurumlar Sayı (%)	
Yaş	15 - 49	102 (42.1)	140(57.9)	>0.05
	50 üstü	25 (33.3)	50 (66.7)	
Eş yaş	36 yaş ve üstü	57 (39.0)	89 (61.0)	>0.05
	35 yaş ve altı	39 (40.2)	58 (59.8)	
Beş yaş altı çocuk varlığı	Var	51 (42.9)	68 (57.1)	>0.05
	Yok	76 (38.4)	122 (61.6)	
Göç yılı	1-9 yıl	45(45.9)	53(54.1)	>0.05
	10 yıl ve üstü	82 (37.4)	137(62.6)	
Göç bölgesi	Doğu -Gd.	38 (35.2)	70 (64.8)	>0.05
	Ege ve Diğer	89 (42.6)	120(57.4)	
Kadın eğitim	İlkokul ve üstü	82 (39.2)	127(60.8)	>0.05
	Eğitimsiz	45 (41.7)	63 (58.3)	
Eş eğitim	İlkokul ve üstü	88 (38.9)	138(61.1)	>0.05
	Eğitimsiz	13 (52.0)	12 (48.0)	
Sosyal sınıf	Orta	109 (41.3)	155(58.7)	>0.05
	Alt	18 (34.0)	35 (66.0)	
Kadın iş	Çalışan	3 (15.8)	16 (84.2)	<0.05
	Ev kadını	124 (41.6)	174(58.4)	
Medeni hal	Evli olmak	96(39.5)	147(60.5)	>0.05
	Diğer	31 (41.9)	43 (58.1)	
Gelir algısı	Ortalamanın üstü	64 (40.8)	93(59.2)	>0.05
	Ortalama ve ortalamanın altı	63 (39.4)	97 (60.6)	
Sağlık güvencesi	Var	99 (37.6)	164(62.4)	<0.05
	Yeşil kart	21 (60.0)	14 (40.0)	
	Yok	7 (36.8)	12 (63.2)	
Çocuk sayısı	Yok	14 (32.6)	29 (67.4)	<0.05
	1-2 çocuk	54 (35.5)	98 (64.5)	
	3 ve daha fazla	59 (48.4)	63 (51.6)	

Tartışma

Araştırmanın yapıldığı bölge, eski bir göç bölgesidir. Görüşülen kadınların çoğu doğurgan çağda, eğitim seviyeleri düşük, ev kadını ve alt sosyal sınıfa mensup kadınlardı. Bulgularımız da elde ettiğimiz kadınların sosyoekonomik özellikleri gecekondü kadın profilini yansıtmaktadır.

Görüşülecek kişilerin kadın olması, araştırmanın uygulandığı zaman diliminde kadınların hanelerde daha çok ulaşılabilir olması nedeniyledir. Kadınlarla görüşmenin diğer bir amacı da ailenin bireylerinin önemli bir çoğunluğunun birinci basamağa kadın eşliğinde ulaştığının bilinmesidir²⁰.

Yapılan bir çalışmada sağlık ocağına başvuranların %67.5'u kadınlardan oluşmaktadır, bu sağlık ocağında verilen birçok koruyucu sağlık hizmetlerini kadınların kullanmasının bir sonucu olabilir²¹.

Anketimizin bağımsız değişkenlerini sorgulayan sorularından olan medeni hal ile aile tipi sorularında önceden öngöremediğimiz uyumsuzluklar vardır. Aile tipi sorusunun medeni hal ile uyumlu olması beklenmekteydi. Dul ve boşanmışların çekirdek veya geniş ailenin parçası olabildiklerini ifade etmelerinden dolayı tanımlayıcı bulgularımızda bir tutarsızlık oluşmuştur. Sonuç olarak

ankette bulunan aile tipi sorusu iyi çalışmamıştır bu nedenle analizlerden çıkarılmıştır. Hanedeki çocuk sayısı sorusu katılımcıların hepsine sorulmuştur. Bekar kadınların bazılarının evinde çocuk (kardeşleri) olabilirken, evli, dul ve boşanmış kişilerin bazılarının evinde çocuk yoktur.

Dikkat çeken bir başka durum katılımcıların %96'sı aile hekimine kayıtlıdır bunların %84'ü aile hekiminin ismini bilmektedir %75'i her türlü sağlık sorununda başvurabileceği kayıtlı oldukları kurumun varlığından haberdardır. Buradan yola çıkarak hizmetin kurumsallığının farkında olmadıklarını sistemden sadece bir hekime bağlı olmayı anladıklarını söyleyebiliriz, zaten ebenin ismini bilenlerde çok düşük oranda kalmıştır. Hizmet ağırlıklı olarak hekim merkezli ve tedavi edici hizmetler tarzında sunulmaktadır. Kapsayıcılık sorularının yüzde dağılımlarına bakıldığında %73'ü geçen bir orana rastlanmamaktadır. Bu bulgu katılımcıların %75'inin bu kuruma kayıtlı olduğunun farkında olmalarıyla uyumlu olarak karşımıza çıkmaktadır. Aile hekiminizin bulunduğu bina evinize ne kadar uzaklıkta sorusunu katılımcıların tümü yanıtlamışlardır. Zaten katılımcıların tamamına yakını aile hekimine kayıtlı olduklarını belirtmişlerdir. Araştırma bölgesindeki ASM binası sosyalizasyon döneminde kullanılan sağlık ocağı binası olup mahallenin merkezi bir yerinde yer almaktadır ve buranın sağlık kuruluşu olduğu ve aile hekimlerinin tümünün burada hizmet verdiği bu bölgede yaşayan herkes tarafından bilinmektedir. Dolayısıyla ASB'ne olan uzaklık sorusunu katılımcıların hepsi yanıtlamışlardır.

“İlk başvuru” özelliği üç adet yapı bileşeni (ulaşılabilirlik) sorusu ile sorgulanmıştır. Herhangi bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvuru kurumun %61.9 ile aile hekimliği birimi olduğu belirtilmiştir. Bu oran Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırmasının (MNSA) sonuçlarıyla kıyaslandığında oldukça yüksektir. MNSA 2005'te genellikle başvuru kurumun %19.5, MNSA 2009'da %40.5 oranlarıyla kamu birinci basamaktır^{18,22}. Bulguların bu kadar farklı olmasının sebebi şüphesiz soruların

farklı şekillerde sorulmasından kaynaklıdır. Yapılan başka bir çalışmada ise 2005 yılı içinde yapılan sağlık başvurularının dağılımında %71.2'lik bir oranla sağlık ocakları en büyük paya sahiptir²¹. Sözü edilen bu çalışmayla benzer bulgular elde edilmiştir. İlk başvuru özelliğinin yapı bileşeni olan ulaşılabilirliği sorgularken mesafe ya da zamansal bir birim olarak tanımlamamız, bir kısıtlılık olmakla birlikte, kadınların tamamına yakını (%93) bağlı buldukları ASB'yi yaşadıkları yere yakın veya normal mesafede algıladıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada kurumu yakın bulanların oranı sosyalleştirme dönemi sonunda yapılan çalışmadaki orana (%87.6) benzerdir²¹. 1978 Alma Ata Bildirgesinde sağlık hizmetine ulaşılabilirlik vurgu yapılan önemli özelliklerden biridir ve araştırma yapılan bölgede bunun sağlandığını görmekteyiz⁸. Mesai saatleri dışında ASB'ne başvuru düzeyi %16'dır. Manisa kent merkezinde yapılmış olan bir çalışmada hafta içi bazı günler mesai bittikten sonra kurumunuz açık mı sorusuna evet diyenler %17.1, hafta sonları kurumunuz açık mı sorusuna evet diyenler %14.4 oranında olup çalışmamızla benzerdir⁵.

İlk başvuru için olası puan aralığı 0-3 olan indekste katılımcılar ortalama 1.90 puan almışlardır. Bu değer göreceli yüksek gibi değerlendirilebilir. Bu değer benzer yaklaşımlar kullanan yapılandırılmış ölçekler olan PCAS ölçeklerinin aynı bölgede elde edilen henüz yayımlanmamış diğer çalışmalarda elde edilen değerlerden daha yüksek olduğu izlenmektedir²³. Bunun ilk olası nedeni bu çalışmanın yalnızca bir ASB'ni temsil etmesi ve nüfusun önemli bir çoğunluğu %93'ü sağlık kuruluşunu oturdukları eve yakın olmasıdır. Yani ilk başvuru boyutunun önemli bir ön koşulunun (coğrafi ulaşılabilirlik) yerine getirilmiş olması sayılmalıdır. Öte yandan soru sayısının azlığı ve puan ağırlıklandırılması (eşit ağırlıklı) da bir yanılgıya yol açmış olabilir.

Sürekliliği değerlendirdiğimiz iki ardışık başvurunun aynı aile hekimine olması, yani olağan hizmet sürekliliği %40 ile sosyalleştirme dönemine ait çalışmalardan yüksekken aile hekimliği dönemiyle benzer bulunmuştur. 2005

MNSA'da son 15 gün içinde sağlık sorunu olması halinde kamu birinci basamağa olan başvurular %25.8'dir. 2009'da bu oran %40.5'tir^{18,22}. OHS kaynakçada UPC olarak geçmektedir ve kurumda ölçülen bir yaklaşımdır biz bunu biraz farklı bir şekilde ve sahada ölçtük^{4,19}. Burada akla gelen bir soru da OHS'nin sadece ardışık iki başvuru ile ölçülmesinin ne kadar doğru bir yaklaşım olduğudur. Nitekim kaynakçada OHS'yi çok daha fazla sayıda başvuru ile değerlendiren yöntemler de vardır^{4,19}. OHS değişkenimizin çok çocuklu ve çalışmayan kadınlarda, yeşil kartı olanlarda anlamlı yüksekliği sosyalleştirme geleneğinden gelen doğurgan çağ kadın ve çocuklara verilen sağlık önceliğinin sürdürüldüğünü gösterir niteliktedir.

Süreklilik puan ortalaması tüm katılımcılar için 1.94 bulunmuştur. Bu puan göreceli yüksek bir değer olarak kabul edilebilir. Evli, çocuklu, eşi orta yaş ve üzeri olan kadınlarda süreklilik puanının yüksek çıkması çocuğu olmayan kişilerin süreklilik puanlarının düşmesi doğurgan çağ kadınların hizmetten daha sürekli yararlandıklarını göstermektedir.

Ev kadınlarının 3 ve daha fazla çocuk sahibi olmaları anlamlı olarak daha yüksekti. Ev kadınlarında süreklilik puan ortalamasının ve OHS'nin yüksek olmasını ev kadınlarının anlamlı olarak daha fazla çocuğa sahip olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Kadınların dörtte biri her türlü sağlık sorununda kendisiyle "sürekli ilgilenen" bir kuruluşun var olduğundan haberdar değildir. Bu durum hizmetin sürekliliğini etkilemekle beraber bağlı bulunduğu sağlık kuruluşunu bilmemesi hizmetin her boyutunu etkilemektedir zira kişiler farkında olmadıkları bu hizmetleri kullanamazlar.

"Her yeni sağlık sorunu olduğunda ilk hangi sağlık kurumuna başvurursunuz?" sorusuna %62 oranında "aile hekimine" cevabı verilmesine rağmen OHS'nin %40'ta kalması ilk başvuru özelliği ile sürekliliğin uyumlu olmadığını ya da tutumun davranışa dönüşmediğini düşündürebilir.

Sürekliliğin ölçülmesinde kullandığımız aile hekimi ve ebenin ismini bilme sorusuna, sosyalleştirme döneminden farklı bir yanıt alınmıştır. Sosyalleştirme döneminde daha çok ebelerin isimleri bilinirken, bu çalışmada daha çok aile hekiminin (%84 oranında) isminin bilindiği saptanmıştır. Kadınların sadece %36'sı ebenin ismini bilmektedirler. Sosyalleştirme döneminde yapılan bir çalışmada katılımcıların %61.9'u ebenin ismini bilmektedir²⁴. Bu durum ebelerin aile hekimliği hizmet uygulamalarının ilk yılında ebelerin gezici hizmet sunmaması nedeniyle olabilir. Nitekim ebelerin son bir yıldaki ev ziyareti oranı, en az bir kez ziyaret için %40.6 oranında kalmıştır. Yani her 10 kadından 6 sı son bir yılda ebe tarafından evde hiç ziyaret edilmemişlerdir.

Kapsayıcılık özelliğinin ölçümü yazımızın giriş bölümünde bahsettiğimiz nedenlerle zordur. Birinci basamakta verilen hizmetlerin kapsayıcılığının yeterliliği açısından yapılan bir Kanada çalışmasında aile hekimlikleri (AH), toplum sağlığı merkezi (TSM) ve sağlık hizmet organizasyonlarını (Health Service Organization HSO: toplumun yoksul kesimlerine hizmet veren ücretli hekim çalıştırılan kamusal kurumlar) karşılaştırmışlar. Karşılaştırmalarını verilen hizmet listesinin dağılım yüzdelerini kıyaslayarak yapmışlar. Bu hizmet listesi kadın sağlığı danışmanlık hizmetleri, küçük cerrahi tıbbi prosedürler, tanısal testler, danışmanlık hizmetleridir. Sonuç olarak AH'lerine göre TSM'lerde hizmetin kapsayıcılığı anlamlı olarak yüksek bulunmuşlardır²⁵. Çalışmamızın bulgularına bakıldığında danışmanlık alabilme %72, acil sağlık hizmeti alabilme %61 olarak bulunmuştur.

Ülkemizde uygulanan sağlık sisteminde TSM'ler bu tip hizmetleri vermemektedirler. Bizde bu tip başvurular genellikle ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılmaktadır. ASB'de kadın ve çocuk sağlığıyla ilgili konularda başvuranların yarısından fazlasına danışmanlık hizmeti verildiği görülmektedir. Son bir yılda ebe ziyareti almadım diyenler %59'dur. Bir yaşından küçük çocuğu olan annelerde yapılan bir

çalışmada bu oran %51 olarak bulunmuştur²⁶. Ebe ziyaretlerinin düşük oranları sadece hizmetin kapsayıcılığını düşürmekle kalmayıp ebelerin iş doyumunu da azaltmaktadır.

Ebelerin ASB'lerinde asıl vermeleri gereken hizmetler yerine tek aile sağlığı elemanı (ASE) olarak çalıştıklarından AH'lerinin yoğun poliklinik yüküne destek olmaktadır. Bu bağlamda aile hekimi yardımcı elemanı olarak çalıştırılmaları ev ziyaretlerini aksatmalarına yol açmaktadır Hizmet kapsayıcılığı puanının da 3.71 olarak elde edilmiştir. Bu değer oldukça düşük bir değer olarak yorumlanabilir. Öznel değerlendirmeler her zaman yanıltıcı olabilir. Bu değerlendirmeye göre kapsayıcılık, beş yaş altında çocuğu olan, üç veya daha fazla çocuk sahibi olan, doğurgan çağda olan, yeşil kartlı ve eşi daha yaşlı olan ve üst-orta sosyal sınıfta olanlarda karşıtlarına göre daha iyi çıkmıştır. Hizmetin kapsayıcılığının da süreklilik ölçümünde olduğu gibi çocuklu, eşi orta yaş ve üzeri olanlarda yüksek olması ve çocuğu olamayanlarda düşmesi sosyalleştirme geleneğinden gelen doğurgan çağ kadın ve çocuklara verilen sağlık önceliğinin sürdürüldüğünü gösterir niteliktedir.

Kapsayıcılığın orta sosyal sınıfta yüksek olması ise yoksul ve yoksun ailelere yönelik bir sağlık eşitsizliğinin göstergesi olabilir. Kapsayıcılık özelliği çalışmamızda sağlık güvencesi yeşil kart olanlarda yüksek çıkmıştır. Başka bir çalışmada da

kapsayıcılık özelliği aynı şekilde yeşil kartlılarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur⁽²³⁾.

Sosyalleştirme döneminde sağlık güvencesi olmayan ve yeşil kartlılar birinci basamaktan faydalanıyordu yeni sağlık sisteminde de bu alışkanlığın sürdüğü söylenebilir. Sağlık güvencesi olan kişiler ise diğer sağlık kuruluşlarına başvurabilmektedir tıpkı sosyalleştirme döneminde olduğu gibi. Göç yılına göre yapılan analizlerde yeni göçerlerde (1-9 yıl) ilk başvuru ve süreklilik anlamlı olarak yüksekken, kapsayıcılık eski göçerlerde (10 yıl ve üzeri) anlamlı olarak yüksektir. PCAS çalışmasında göç yılı değişkeni anlamlı olmasa da ilk başvuru ve süreklilik eski göçerlerde süreklilik yeni göçerlerde yüksek bulunmuştur.²³ Bu haliyle ilk başvuru ve kapsayıcılık çalışmamızla uyumluysen süreklilik için tersi söz konusudur. Araştırmamızın en önemli kısıtlılığı evren olarak sadece bir aile hekimliği bölgesinin seçilmiş olması ve araştırma ulaşılabilirliğinin düşük olmasıdır.

Sonuç olarak araştırmanın yapıldığı ASB'de geçen bir yıllık ilk AH uygulama döneminde sosyalleştirme dönemiyle karşılaştırıldığında hizmet örüntüsünün değişmediği, buna karşın gezici ebe hizmetlerinin azaldığı görülmüştür. Aile Hekimliği uygulamalarında birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin PCAS ve PCAT gibi yapılandırılmış ölçeklerle değerlendirilmesine gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Donabedian A. The Quality of Care: How can it be assessed? Journal of the American Medical Association. 1988; 260: 743-1748.
2. Donabedian A. Archives of Pathology & Laboratory Medicine. Nov 1997; 121, 11.
3. Sibthorpe B. A Proposed Conceptual Framework for Performance Assessment in Primary Health Care A Tool for Policy and Practice. 2004; http://www.anu.edu.au/aphcri/Publications/conceptual_framework.pdf. Erişim tarihi 23.08.2010
4. Eser E. Toplum Hekimliği Bülteni. 2008; 3(27): Sf.1-12.
5. Lağarlı T. Kentsel Bir Bölgede Bazı Yapılandırılmış Ölçüm Gereçleriyle Birinci Basamak Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Celal Bayar Üniversitesi. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. Manisa; 2010.
6. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Quarterly, 2005; 83(3): 457-502.

- 7.WHO Primary Health Care: Now More Than Ever, 2008:Geneva, Switzerland World Health Organization.
- 8.www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, Erişim Tarihi 24.08.2010.
- 9.Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract 2001;50.
- 10.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.
- 11.Haggerty J, Martin CM. Evaluating Primary Health Care in Canada:The Right Questions to Ask! The National Evaluation Strategy for Primary Health Care. Health Canada; 2005.
- 12.Safran DG. Evaluating The Quality of Primary Care Relationships Under Managed Care. Presented at: Charting the Future of the Doctor-Patient Relationship. The Royal Society of Medicine Foundation, Washington, DC, April 1997.
- 13.Institute of Medicine. Defining Primary Care. An İnterim Report. Washington, DC: National Academy Press, 1994.
- 14.Institute of Medicine. A Manpower Policy for Primary Health Care. IOM Publication 78-02. Washington, DC: National Academy of Sciences, 1978.
- 15.Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Pres.1998.
- 16.Starfield B. Primary Care Concept, Evaluation and Policy. Oxford University Pres. New York, US. 1992
- 17.Starfield B. Comprehensiveness of Care: Concept and Importance Presented at: RNZCGP Annual Quality Symposium Wellington, NZ February 14, 2009. Erişim Tarihi Ocak 2010.
- 18.Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2005.
- 19.Breslau N, Reeb KG. J. Med Educ. Continuity of Care in a University-Based Practice. 1975;50(10):965-9.
- 20.Gündoğdu Z. Manisa İlinde Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Dönemi Sürecinde Birinci Basamak Ayaktan Tanı- Tedavi Başvurularının Değerlendirilmesi. 13.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı. 2010: sf.75
- 21.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. Eylül 2006; 3(25).
- 22.Çevik C. Manisa Kent Merkezinde Yaşayan Kişilerde Ayakta Tanı Ve Tedavi Hizmeti Kullanımının Ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek lisans tezi. CBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
- 23.Lağarlı T. Eser E. Bazı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Birimlerinde Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Celal Bayar Ün.v. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. Manisa, 2009.
- 24.Sönmez Y. Aksakoğlu G. Gebelikte Tetanoz Aşılanma Durumu ve Etkileyen Etmenler Gebelikte Tetanoz Aşılanma Durumu Ve Etkileyen Etmenler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED). 2005; (9)14: 212.
- 25.Russell G, Hogg WE, Tuna M, Dahrouge S, Gebremichael G, Geneau R. Comprehensiveness in Primary Care: Results from the Comparison of Models of Primary Care (COMPC)Studywww.familymedicine.uottawa.ca/.../ScholarlyAndResearchActivitiesAnnualReport-2007.pdf Erişim tarihi:03.12.2010
- 26.Kılıç M. Sağlık Ocaklarında Görevli Ebeler Tarafından Verilen Doğum Öncesi Bakımın Değerlendirilmesi Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences). 2009; 18(3):138-147.