

Araştırma Makalesi

Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2021;14(3):557-569

doi: 10.26559/mersinsbd.892481

Şanlıurfa'da birinci basamak sağlık hizmetlerinin çok boyutlu değerlendirilmesi

 İbrahim Koruk¹,  Burcu Beyazgül¹

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Öz

Amaç: Bu çalışmada, Şanlıurfa'da birinci basamak sağlık hizmetlerini çok boyutlu olarak değerlendirmek ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilişkili faktörleri belirlemek amaçlandı. **Yöntem:** Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırma örneği, 30 küme örnekleme yöntemi ile seçildi. Her kümede 10'ar kişi olmak üzere toplam 300 kişi çalışmaya alındı. Araştırma verisi yapılandırılmış bir sosyo-demografik durum anketi ve yetişkin birinci basamak sağlık hizmetleri değerlendirme gereci genişletilmiş sürümü kullanılarak toplandı. **Bulgular:** Alt ve türetilmiş boyutlarda en yüksek puan ortalamaları hekimle olan bağlılık düzeyi, kültürel yetkinlik, kayıt ve bilgi koordinasyonu ve tıbbi bakımın sürekliliği boyutlarında, sırasıyla 3.43 ± 1.00 , 2.89 ± 0.74 , 2.77 ± 0.84 ve 2.50 ± 0.51 olarak saptandı. Sadece hekime bağlılık düzeyi puan ortalaması 3'ün üzerinde idi. İlk başvuru boyutunu, mevsimlik tarım işçisi olmak 1.9 kat, evde kronik hastalığı olmayan birey bulunması 2.7 kat olumsuz yönde etkilemektedir. Süreklilik boyutu, kadınlarda 1.8 kat, evde Türkçe/Kürtçe konuşanlarda 2.0 kat olumsuz olarak etkilenmektedir. Kapsayıcılık boyutu, kadınlarda 2.8 kat, evde engelli birey varlığında 3.5 kat, orta/alt sosyal sınıftaki bireylerde 7.0 kat daha olumsuz etkilenmektedir. Eşgüdüm boyutu, sağlık güvencesi olmayanlarda 3.3 kat, ilköğretim altı eğitim düzeyinde olanlarda 2.4 kat daha fazla olumsuz yönde etkilenmektedir. **Sonuç:** Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için daha fazla çabaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmeti, çok boyutlu değerlendirme, PCAT

Geliş tarihi: 07.03.2021

Kabul Tarihi: 07.09.2021

Sorumlu yazar: İbrahim Koruk , Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Osmanbey Kampüsü Haliliye Şanlıurfa

Tel (iş): 0414 3181494 E-posta: ibrahimkoruk@yahoo.com

Not: 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde (Antalya, 2013) bildiri olarak sunulmuştur.

Multi-dimensional evaluation of primary health care services in Şanlıurfa

Abstract

Aim: In this study, it was aimed to evaluate the primary health care services in Şanlıurfa in a multidimensional way and to determine the factors associated with primary health care services. **Method:** The research was of cross-sectional type. The research sample was selected using the 30 cluster sampling method. A total of 300 people, 10 individuals in each cluster, were included in the study. Research data were collected using a structured socio-demographic status questionnaire and the Adult Primary Care Assessment Tool Extended Version. **Results:** The highest mean scores in sub and derived domains were seen in the extent of affiliation with a doctor, culturally competent, coordination (information systems) and ongoing care were found 3.43 ± 1.00 , 2.89 ± 0.74 , 2.77 ± 0.84 and 2.50 ± 0.51 , respectively. Only the mean score for the extent of affiliation with a doctor was above 3 points. First contact dimension was affected negatively by being a seasonal agricultural worker 1.9 times and having an individual without chronic diseases at home 2.7 times. Ongoing care dimension was adversely affected 1.8 times for women and 2.0 times for those who speak Turkish / Kurdish at home. Comprehensiveness dimension was negatively affected 2.8 times for women, 3.5 times for the presence of disabled individuals at home, and 7.0 times for individuals in the middle/lower social class. Coordination dimension was negatively affected 3.3 times more for those without health insurance and 2.4 times more for those with less than primary education level. **Conclusion:** This situation indicates that more efforts are needed to improve primary health care services.

Keywords: Primary health care, multidimensional assessment, PCAT

Giriş

Temel Sağlık Hizmetleri, tüm topluma sunulması gereken esas sağlık hizmetidir. Bu hizmetler birinci basamak seviyesinde toplum için en erişilebilir olduğu için Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BSH) diye adlandırılmaktadır. BSH ile sağlık seviyesini en üst düzeye çıkarmak için toplumdaki en genel problemler odağa alınarak önleyici, iyileştirici, rehabilite edici hizmetler sunulmaktadır. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin genelde sağlıklı yaşama pek çok katkısının olduğu, bebek-çocuk ölümlerini, düşük doğum ağırlıklı bebek sıklığını, acil servis sağlık harcamalarını azalttığı bilinmektedir.^{1,2} Ayrıca; nitelikli BSH ile sağlıkta olumsuz sonuçlara yol açan eşitsizliklerin de etkisi azaltılabilmektedir.³ BSH'nin nihai hedefi olan daha iyi sağlık düzeyinin oluşturulması için ayrımcılıktan uzak, bireylerin beklentilerine ve ihtiyaçlarına uygun hizmet sunulması gerekmektedir. Bu amaç doğrultusunda zaman zaman yeniden düzenlemelere gidilebilmesi için sağlık hizmetinin ölçülmesine ve izlenmesine ihtiyaç duyulmaktadır.³

Sağlık hizmetleri, yapı, faaliyet ve sonuç boyutları dikkate alınarak da değerlendirilebilmektedir.⁴ Bilindiği gibi sağlık düzeyi göstergeleri yani sonuç boyutu hizmetten uzun erimde etkilenirken, yapı ve süreç bileşenleri kısa erimde ölçülebilir ölçütler olarak öne çıkmaktadır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin 4 ana özelliği ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdümdür. 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.^{5,6} Süreklilik; hastalık veya tıbbi sorun varlığından bağımsız olarak düzenli ve bütüncül bir sağlık hizmet kaynağının zaman içinde boylamsal kullanımınıdır.⁷ Kapsayıcılık; birinci basamakta geniş bir hizmet yelpazesinin varlığıdır. Toplumun nadir görülen sorunlarını da içeren tüm sağlık gereksinimlerine uygun yanıt veren hizmet sunumu olarak tanımlanır. Eşgüdüm; birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu ile uzman hizmeti arasındaki karşılıklı iş birliği olup, hastaların tüm sağlık sorunları için almış oldukları sağlık hizmetlerinin birbiriyle olan bağlantısını tanımlar.⁸

Tanımlanan bu 4 temel özellik, sahip olduğu yapı ve faaliyet bileşenine göre değerlendirilebilmektedir. Bu çalışmada, Şanlıurfa’da BSH’nin çok boyutlu olarak değerlendirilmek ve etkileyen faktörleri ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma kesitsel tipte olup, 2013 yılının Mart ayı içerisinde yürütülmüştür. Araştırmanın evreni Şanlıurfa’da yaşayan 20 yaş ve üstü 861.853 yetişkin oluşturmuştur. Şanlıurfa’nın coğrafik olarak geniş olması, nüfusun önemli bir bölümünün kırsal alanda yaşıyor olması nedeniyle veri toplama sürecini kolaylaştırmak için örnek seçiminde küme örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. Araştırma örneği, 30 küme örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Her kümede 10’ar kişi olmak üzere toplam 300 kişi araştırmaya alınmıştır. Kümeler kentsel ve kırsal alandaki tüm yerleşim yerlerinden nüfusa orantılı olarak seçilmiştir. Listedeki sokak ve köyler seçilmiştir. Her kümedeki 10 kişi tamamlanana kadar görüşmeye devam edilmiştir. Seçilenlerin tümü araştırmaya katılmayı kabul etmiştir.

Araştırma verisi yapılandırılmış bir sosyo-demografik durum anketi, Yetişkin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Değerlendirme Geceri Genişletilmiş Sürümü (BDG) kullanılarak toplanmıştır. BDG, ABD John Hopkins Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu’nda Starfield ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.⁹ Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik-güvenilirlik çalışmaları Manisa’da Lağarlı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹⁰ Ölçek toplamda 7 boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutların ilk dört tanesi çekirdek boyutlar olup birinci basamak sağlık hizmeti değerlendirmede temel olarak kabul edilirler. Bu dört boyut ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdumdür. Bu dört çekirdek boyut kendi içinde hizmete erişim, hizmetten faydalanma, tıbbi bakımın sürekliliği, hekimle olan bağlılık düzeyi, mevcut hizmetler, sunulan hizmetler, hizmetin koordinasyonu, kayıt ve bilgi koordinasyonu olarak 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Diğer üç boyut ise türetilmiş boyutlar olarak tanımlanır ve birinci basamak sağlık hizmetinin aile ve toplum tabanlı kimi yönelimlerini ölçmeyi hedefler.

Bu boyutlar, aile merkezli hizmet, toplumsal yönelim ve kültürel uyumdur. Cronbach alfa değerleri “kayıt/bilgi koordinasyonu”, “hizmete erişim” ve “hizmetten faydalanma” alt boyutları dışında 0.80-0.90 arasındadır. Ölçek başarı oranları aralığı %86.7-%100 olarak bulunmuştur. Doğrulayıcı Faktör Analizinde, tüm sorular analize alınmıştır. Ana boyutlar için RMSEA: 0.10, CFI:0.84; türetilmiş boyutlar için RMSEA: 0.12, CFI: 0.88 ‘dir.

Yanıt seçenekleri dördümlük likert tipindedir; puan arttıkça ölçülen özellik iyileşmektedir. Her bir boyut ortalama puanı toplam boyut puanının soru sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. C9, C10, C11, C12, D15 kodlu soruların puan hesaplaması öncesi ters kodlanması gerekmektedir.

İlk başvuru-kullanım boyutu üç soru (B1-B3), ilk başvuru-erişim on iki soru (C1-C12), tıbbi bakımın sürekliliği on beş soru (D1-D15), hekimle olan bağlılık düzeyi üç soru (A1-A3), koordinasyon dokuz soru (E1, E6-E13), koordinasyon-bilgi sistemleri üç soru (F1-F3), kapsayıcılık-mevcut hizmetler yirmi beş soru (G1-G25), kapsayıcılık (sunulan koruyucu danışmanlık/sağlık eğitimi hizmetleri) erkekler için on bir soru (H1-H11), kadınlar için on üç soru (H1-H13), aile merkezli hizmet üç soru (I1-I3), toplumsal uyum altı soru (J1-J3, J11, J12, J18), kültürel yetkinlik üç soru (K1-K3) ile hesaplanmaktadır.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BSH) puanı dört çekirdek boyutun ortalama puanlarının toplanması ile elde edilir. Dört veya daha fazla alt boyutta %50 den fazla boş veri bulunması durumunda BSH hesaplanamaz. Üç veya daha az boyutta %50 den fazla boş veri bulunması durumunda diğer alanların ortalama puanı ile BSH hesaplanabilir.

Genişletilmiş Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (GBSH) puanı 11 alt boyutun ortalama puanlarının toplanması ile elde edilir. 6 veya daha fazla alt boyutta %50 den fazla boş veri bulunması durumunda GBSH hesaplanamaz. 5 veya daha az boyutta %50 den fazla boş veri bulunması durumunda diğer alanların ortalama puanı ile BSH hesaplanabilir.

Ölçek, katılımcı ile yüz yüze görüşülerek doldurulmuş, görüşmeler yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan 04.03.2013 tarih ve 04/03/01 sayı ile etik onay alınmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık, eşgüdüm, aile merkezlilik, toplumsal uyum ve kültürel yetkinlik puanlarıdır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sağlık güvencesi, sosyoekonomik durum algısı, mevsimlik tarım işçisi (MTİ) olma durumu, aile tipi, evde konuşulan dil, hanedeki bebek sayısı, beş yaş altı çocuk sayısı, toplam çocuk sayısı, kronik hastalıklı birey varlığı, engelli birey varlığı, aynı aile sağlığı birimine (ASB) kayıtlı olma durumu, birinci basamak sağlık hizmetinden memnuniyet durumudur.

İstatistik analizler SPSS 20.0 istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Tek değişkenli analizler t testi ve tek yönlü varyans analizi ile çok değişkenli analiz lojistik regresyon analizi ile yapılmıştır. Lojistik regresyon modele oluşturmak üzere, sürekli bağımlı değişkenler median değerinden bölünerek kategorik hale getirilmiş ve tek değişkenli analizlerde anlamlılık oluşturan bağımsız değişkenlerle birlikte analize alınmıştır. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet durumu ve boyutlar arasındaki ilişki tek değişkenli analizlerle incelenmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılanların %68.3’ü kadındır ve %49.2’si hiç örgün eğitim almamıştır. Katılımcıların %44.0’ı yeşil kartlı ve %12.3’ü sağlık güvencesinden yoksundur. Bireylerin, %42.0’ı ekonomik durumunu kötü/çok kötü olarak belirtmiştir. %74.0’ı alt ve işsiz sosyal sınıftadır ve %8.7’si mevsimlik tarım işçisidir. %24.7’si geniş ailede yaşamakta olup, %67.5’i aileleri içerisinde Kürtçe ve Arapça konuşmaktadır. Ailede engelli birey varlığı %8.3, kronik hastalıklı birey varlığı %28.0’dır. Katılımcıların yaş ortalaması 36.25±13.31, evdeki çocuk sayısı ortancası 4, hanedeki kişi sayısı ortancası ise 6’dır (Tablo 1). Katılımcıların %74.7’si kendi

birinci basamak kurumunu “Birkaç doktorun bir arada çalıştığı bir devlet sağlık kurulu (aile sağlığı merkezi /sağlık ocağı)” olarak tanımlamıştır.

Tablo 2’de BDG yetişkin sürümünün yerleşim bölgesine göre ana boyut ve türetilmiş boyut puanları gösterilmektedir. Alt ve türetilmiş boyutlarda en yüksek ortalamalar hekimle olan bağlılık düzeyi, kültürel yetkinlik, kayıt ve bilgi koordinasyonu ve tıbbi bakımın sürekliliği boyutlarında görülmekte olup, sırasıyla 3.43±1.00, 2.89±0.74, 2.77±0.84 ve 2.50±0.51 olarak saptanmıştır.

İlk başvuru puan ortalaması mevsimlik tarım işçilerinde, yeşil kartlılarda, alt sosyal sınıfta olanlarda daha düşük, evde kronik hastalığı olan kişi varlığında daha yüksektir (p<0.05) (Tablo 3). Lojistik regresyon modeline göre ilk başvuru boyutunu, mevsimlik tarım işçisi olma 1.9 (1.1-3.3) kat, evde kronik hastalığı olmayan birey bulunması 2.7 (1.5-4.6) kat olumsuz etkilemektedir. (Tablo 5). Süreklilik puan ortalaması erkeklerde, üst sosyal sınıfta, Arapça konuşanlarda, aynı ASB’ne kayıtlı olanlarda daha yüksektir (p<0.05) (Tablo 3). Lojistik regresyon modeline göre sürekliliği, kadın olmak 1.8 (1.09-3.2) kat, evde Türkçe/Kürtçe konuşulması 2.0 (1.1-3.7) kat olumsuz etkilemektedir (Tablo 5). Kapsayıcılık puan ortalaması, erkeklerde, evde kronik hastalığı olan kişi varlığında, geniş ailelerde daha yüksek olup mevsimlik tarım işçisi olanlarda, evde engelli birey varlığında, yeşil kartlılarda, alt sosyal sınıfta daha düşüktür (p<0.05) (Tablo 3). Lojistik regresyon modeline göre düşük kapsayıcılık, kadın cinsiyette 2.8 (1.6-5.0) kat, evde engelli birey varlığında 3.5 (1.3-9.2) kat, orta/alt sosyal sınıfta 7.0 (1.4-34.2) kat daha fazladır (Tablo 5). Eşgüdüm puan ortalaması kadın cinsiyette, mevsimlik tarım işçisi olanlarda, ilkokul altı eğitim düzeyinde olanlarda, sağlık güvencesi olmayanlarda, ekonomik durumu çok kötü olanlarda daha düşüktür (p<0.05) (Tablo 3). Lojistik regresyon modeline göre düşük eşgüdüm, sağlık güvencesi olmayanlarda 3.3 (1.3-8.5) kat, ilkokul altı eğitim düzeyinde olanlarda 2.4 (1.3-4.2) kat daha fazladır (Tablo 5).

Tablo 1. Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri

Sosyo-demografik özellikler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	95	31.7
	Kadın	205	68.3
Eğitim durumu	İlkokul altı	147	49.2
	İlk-orta	119	39.8
	Lise ve üzeri	33	11.0
Sağlık güvencesi	SGK-özel sigorta	131	43.2
	Yeşil kart	132	44.0
	Yok	37	12.3
Ekonomik durum	Çok kötü	16	5.3
	Kötü	110	36.7
	Çok iyi/ İyi	174	58.0
Sosyal sınıf	Üst	18	6.0
	Orta	60	20.0
	Alt	136	45.3
	İşsiz	86	28.7
MTİ olma durumu	MTİ	26	8.7
	MTİ değil	274	91.3
Aile tipi	Çekirdek aile	226	75.3
	Geniş aile	74	24.7
Evde konuşulan dil	Türkçe	95	32.5
	Kürtçe	119	40.8
	Arapça	78	26.7
Memnuniyet durumu	Memnun değil	34	11.4
	Memnun	245	82.5
	Çok memnun	18	6.1
Kronik hastalıklı birey varlığı	Var	84	28.0
	Yok	216	72.0
Engelli birey varlığı	Var	25	8.3
	Yok	275	91.7
Evde 5 yaş altı çocuk durumu	Yok	160	53.3
	Var	140	47.7
Evde 1 yaş altı bebek durumu	Yok	231	77.0
	Var	69	23.3
Aynı ASB'ye kayıt olma durumu	Evet	277	92.3
	Hayır	23	7.7

Aile merkezlilik puan ortalaması, engelli birey varlığında daha düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 4). Lojistik regresyon modeline göre aile merkezlilik puanı evde engelli birey bulunanlarda 3.8(1,4-9.9) kat daha azdır (Tablo 5). Toplumsal yönelim puan ortalaması, kadın cinsiyette daha düşük iken üst sosyal sınıfta, evde Arapça konuşanlarda daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4). Lojistik regresyon modeline göre toplumsal yönelim puanı Türkçe/Kürtçe konuşanlarda 2.5(1.3-4.6) kat daha düşüktür (Tablo 5). Kültürel yetkinlik puanı, kadın cinsiyette, evde engelli

birey varlığında daha düşük iken, ilk/orta eğitim düzeyinde, işsiz sosyal sınıfında ve Arapça konuşanlarda yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4). Lojistik regresyon modeline göre kültürel yetkinlik puanı kadın cinsiyette 2.3 (1.2-4.1) kat, Türkçe/Kürtçe konuşanlarda 2.7 (1.4-4.9) kat, evde engelli birey varlığında 2.9 (1.1-7.9) kat daha düşüktür (Tablo 5). Ana ve türetilmiş boyut puanlarının memnuniyet durumunun olumlu yönde değişmesine paralel olarak yükseldiği gözlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 6).

Tablo 2. BDG yetişkin sürümünün ana boyut, alt boyut ve türetilmiş boyut puanları

Alt ve türetilmiş boyutlar	$\bar{x} \pm s^*$
İlk başvuru	4.52 ± 0.94
Hizmete erişim	2.11 ± 0.37
Hizmetten faydalanma	2,40 ± 0.86
Süreklilik	5.93 ± 1.24
Tıbbi bakımın sürekliliği	2.50 ± 0.51
Hekimle olan bağlılık düzeyi	3.43 ± 1.00
Kapsayıcılık	3.56 ± 0.87
Mevcut hizmetler	1.88 ± 0.45
Sunulan hizmetler	1.68 ± 0.50
Eşgüdüm	4.77 ± 1.24
Hizmetin koordinasyonu	1.96 ± 0.69
Kayıt ve bilgi koordinasyonu	2.77 ± 0.84
Aile merkezlilik	2.38 ± 0.95
Toplumsal yönelim	1.50 ± 0.58
Kültürel yetkinlik	2.89 ± 0.74
BSH puanı	18.83 ± 2.82
GBSH puanı	25.67 ± 3.86

*ortalama ± standart sapma

Tartışma

Araştırma popülasyonunun çoğunluğu yoksul ve düşük eğitimli bireylerden oluşmaktadır. Toplumun, Kürtçe ve Arapça konuşan farklı etnik ve kültürel yapıları barındırdığı, geniş aile kurmak gibi geleneksel toplum özelliklerini sürdürdüğü söylenebilir. Bu toplumda, mevsimlik tarım işçiliği yapan, kronik hastalığı ve engeli olan incinebilir bireylerin önemli düzeyde olduğu gözlenmektedir. Bu sonuçlar bölgede yapılan diğer araştırma sonuçları ile de uyumludur.^{11,12}

Bu araştırmada ana boyutlar içinde en başarılı özellik sürekliliktir. Bu sonuçta hekime bağlılık alt boyutunun yüksek olması etkili olmuştur. Manisa'da Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği ile yapılan bir araştırmada da benzer şekilde süreklilik puanı yüksek bulunmuştur.¹³ Türkiye'de BDG'nin geliştirildiği Manisa sonuçları ile karşılaştırıldığında; hizmete erişim ve hizmetten faydalanma, tıbbi bakımda süreklilik, mevcut hizmetler ve sunulan hizmetler, hizmetin koordinasyonu ile kayıt ve bilgi koordinasyonu, aile merkezlilik, toplumsal yönelim, kültürel yetkinlik puanları Şanlıurfa'da daha düşüktür.¹⁴ Bu farklılıkta hizmet kullanıcısı, hizmet sağlayıcısı ve sistem alt yapısı ile ilgili pek çok faktör etkili olabilmektedir. Nitekim,

Dört il çalışmasında, Manisa'ya göre Şanlıurfa'da birinci basamakta çalışan sağlık personelinin daha çok kırsal alanda çalıştığı, iş yerlerinin ikamet adreslerine daha uzak olduğu, mobil sağlık hizmeti sunumunun daha fazla olduğu, iş yüklerinin daha fazla olduğu ve daha az isteyerek göreve başladıkları belirtilmektedir.¹⁵

Moe ve arkadaşlarının Kanada Alberta Eyaletinde yaptıkları çalışmada, tüm alt ve türetilmiş boyutlar için 3 puan ve üzeri yüksek kalite göstergesi olarak belirtilmektedir.¹⁶ Şanlıurfa'da yürütülen bu araştırmada ise sadece hekimle olan bağlılık düzeyi alt boyutu 3 puanın üzerine çıkabilmiştir. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için daha fazla çabaya ihtiyacı olduğunu ortaya koymaktadır.

Şanlıurfa'da en düşük puanlar sırası ile toplumsal yönelim, sunulan hizmetler, mevcut hizmetler, hizmetin koordinasyonu boyutlarındadır. Manisa'da da toplumsal yönelim, sunulan hizmetler, mevcut hizmetler, hizmete erişim en düşük puanları almıştır.¹⁴ Kanada Alberta'da ise, toplumsal yönelim, hizmete erişim, sunulan hizmetler ile kayıt ve bilgi koordinasyonu daha az puana sahiptir.¹⁶ Bu sonuçlar hangi toplumda olursa olsun kapsayıcılığın ve toplumun beklentilerinin paralel olması gerektiğini vurgulamaktadır.

Tablo 3. Ana boyut puanlarının sosyo-demografik faktörlerle ilişkisi

Sosyo-demografik değişkenler		İlk başvuru		Süreklilik		Kapsayıcılık		Eşgüdüm	
		$\bar{x} \pm s^*$	p	$\bar{x} \pm s$	p	$\bar{x} \pm s$	p	$\bar{x} \pm s$	p
Cinsiyet	Erkek	4.5±0.93	0.99	6.36±0.89	< 0.01	3.81±0.84	< 0.01	4.98±1.29	0.03
	Kadın	4.52±0.95		5.73±1.32		3.45±0.86		4.67±1.21	
Yaş	≤24 yaş	4.51±1.03	0.63	5.64±1.23	0.13	3.37±0.84	0.10	4.47±1.40	0.10
	25-49 yaş	4.49±0.91		5.96±1.23		3.57±0.84		4.78±1.14	
	50-64 yaş	4.68±0.91		6.06±1.14		3.80±0.96		5.05±1.33	
	≥65 yaş	4.48±1.24		6.46±1.50		3.63±1.19		5.36±1.54	
Eğitim durumu	İlkokul altı	4.52±0.95	0.83	5.80±1.28	0.09	3.44±0.78	0.11	4.48±1.25 ^s	< 0.01
	İlk-orta	4.48±0.95		6.09±1.17		3.70±0.92		5.09±1.10	
	Lise ve üzeri	6.61±0.94		5.91±1.24		3.55±0.91		4.79±1.40	
Sağlık güvencesi	SGK-özel	4.66±0.92	0.01	5.91±1.27	0.41	3.71±0.89	0.03	4.94±1.21	< 0.01
	Yeşil kart	4.35±0.95 ^s		5.95±1.28		3.44±0.84*		4.74±1.35	
	Yok	4.62±0.90		5.91±0.95		3.47±0.83		4.16±1.09 ^s	
Ekonomik durum	Çok kötü	4.82±0.70	0.05	6.38±0.44	0.13	3.81±0.85	0.08	4.16±1.04	< 0.01
	Kötü	4.34±1.03		5.77±1.29		3.42±0.86		4.48±1.34	
	Çok iyi/iyi	4.61±0.89		5.99±1.24		3.63±0.87		5.01±1.14 ^s	
Sosyal sınıf	Üst	5.03±0.78	0.02	6.67±0.81*	< 0.01	4.13±0.63*	< 0.01	5.07±1.25	0.17
	Orta	4.64±0.94		5.79±1.34		3.74±0.94		5.01±1.41	
	Alt	4.35±0.97 ^s		5.79±1.29		3.37±0.76*		4.75±1.19	
	İşsiz	4.59±0.88		6.08±1.08		3.62±0.94		4.58±1.17	
MTİ	MTİ	4.28±0.97	< 0.01	5.88±1.11	0.25	3.35±0.70	0.01	4.47±1.13	0.01
	MTİ değil	4.61±0.92		5.95±1.28		3.65±0.92		4.88±1.26	
Aile tipi	Çekirdek	4.48±0.92	0.19	5.87±1.27	0.19	3.49±0.85	0.01	4.69±1.19	0.13
	Geniş	4.64±1.01		6.09±1.12		3.78±0.91		5.04±1.36	
Dil	Türkçe	4.53±0.93	0.90	5.89±1.34	0.01	3.61±1.01	0.32	5.02±1.32	0.07
	Kürtçe	4.48±0.92		5.73±1.23		3.45±0.80		4.64±1.11	
	Arapça	4.49±0.99		6.19±1.09 ^s		3.57±0.76		4.58±1.22	
Kronik hastalık	Var	4.75±0.89	< 0.01	5.81±1.35	0.36	3.78±0.99	0.02	4.88±1.21	0.18
	Yok	4.43±0.95		5.97±1.19		3.47±0.80		4.72±1.25	
Engelli birey	Var	4.62±1.00	0.44	5.66±1.51	0.51	3.23±0.65	0.03	4.33±0.72	0.05
	Yok	4.51±0.94		5.95±1.21		3.59±0.88		4.81±1.27	
5 yaş altı çocuk	Yok	4.46±0.93	0.21	5.86±1.27	0.25	3.61±0.92	0.34	4.78±1.30	0.89
	Var	4.58±0.96		6.01±1.20		3.51±0.81		4.76±1.17	
Evde bebek	Yok	4.51±0.94	0.92	5.88±1.27	0.26	3.61±0.89	0.14	4.85±1.24	0.09
	Var	4.54±0.96		6.10±1.12		3.39±0.79		4.51±1.22	
Aynı ASB'ne kayıt	Evet	4.54±0.94	0.30	6.02±1.15	< 0.01	3.55±0.87	0.27	4.79±1.23	0.42
	Hayır	4.26±1.02		4.82±1.66		3.69±0.86		4.55±1.39	

*ortalama ± standart sapma, ^s fark yaratan grup

Tablo 4. Türetilmiş boyut puanlarının sosyo-demografik faktörlerle ilişkisi

Sosyo-demografik değişkenler		Aile merkezlilik		Toplumsal yönelim		Kültürel yetkinlik	
		$\bar{x} \pm s^*$	p	$\bar{x} \pm s$	p	$\bar{x} \pm s$	p
Cinsiyet	Erkek	2.52±1.03	0.10	1.67±0.65	0.002	3.04±0.78	0.02
	Kadın	2.32±0.91		1.42±0.52		2.82±0.72	
Yaş	≤24 yaş	2.36±0.96	0.64	1.49±0.50	0.27	2.76±0.72	0.07
	25-49 yaş	2.38±0.93		1.49±0.60		2.87±0.73	
	50-64 yaş	2.35±0.99		1.49±0.60		3.13±0.76	
	≥65 yaş	2.76±1.19		1.49±0.61		3.16±1.00	
Eğitim durumu	İlkokul altı	2.26±0.86	0.07	1.46±0.54	0.44	2.79±0.67	0.02
	İlk-orta	2.53±1.00		1.55±0.61		3.03±0.80 ^{\$}	
	Lise ve üzeri	2.36±1.11		1.50±0.65		2.78±0.76	
Sağlık güvencesi	SGK-özel	2.44±0.99	0.18	1.53±0.64	0.53	2.94±0.74	0.44
	Yeşil kart	2.40±0.92		1.50±0.55		2.87±0.74	
	Yok	2.11±0.92		1.40±0.44		2.77±0.76	
Ekonomik durum	Çok kötü	2.33±0.82	0.87	1.47±0.71	0.41	3.20±0.61	0.22
	Kötü	2.35±0.94		1.44±0.49		2.87±0.76	
	Çok iyi/iyi	2.41±0.98		1.54±0.62		2.87±0.74	
Sosyal sınıf	Üst	2.64±1.11	0.08	1.87±0.60 ^{\$}	0.02	2.98±0.62	0.02
	Orta	2.60±1.04		1.57±0.59		2.75±0.88	
	Alt	2.26±0.87		1.44±0.53		2.81±0.67	
	İşsiz	2.37±0.96		1.47±0.62		3.09±0.76 ^{\$}	
MTİ durumu	MTİ değil	2.44±0.99	0.07	1.54±0.61	0.05	2.90±0.76	0.70
	MTİ	2.24±0.85		1.41±0.47		2.86±0.70	
Aile tipi	Çekirdek	2.34±0.97	0.20	1.47±0.59	0.20	2.87±0.79	0.45
	Geniş	2.50±0.88		1.57±0.54		2.94±0.59	
Evde konuşulan dil	Türkçe	2.37±0.97	0.50	1.50±0.64	0.006	2.85±0.83	0.003
	Kürtçe	2.30±0.92		1.37±0.49		2.77±0.72	
	Arapça	2.45±0.99		1.65±0.58 ^{\$}		3.13±0.61 ^{\$}	
Kronik hastalık	Var	2.44±0.90	0.50	1.49±0.51	0.80	2.90±0.78	0.89
	Yok	2.36±0.97		1.51±0.60		2.89±0.73	
Engelli birey	Yok	2.41±0.96	0.02	1.51±0.58	0.23	2.93±0.73	0.007
	Var	2.02±0.78		1.36±0.50		2.49±0.79	
5 yaş altı çocuk	Yok	2.32±0.98	0.27	1.51±0.61	0.68	2.90±0.79	0.85
	Var	2.45±0.93		1.48±0.53		2.88±0.69	
Evde bebek	Yok	2.35±0.98	0.31	1.48±0.58	0.34	2.89±0.76	0.77
	Var	2.49±0.86		1.57±0.57		2.92±0.70	
Aynı ASB'ne kayıt olma	Evet	2.37±0.95	0.39	1.51±0.59	0.15	2.87±0.76	0.12
	Hayır	2.55±0.94		1.34±0.42		3.07±0.54	

*ortalama ± standart sapma, \$ fark yaratan grup

Tablo 5. Ana ve türetilmiş boyut puanlarını etkileyen değişkenlerin lojistik regresyon modeli sonuçları

Değişkenler	İlk başvuru	Süreklilik	Kapsayıcılık	Eşgüdüm	Aile merkezlilik	Toplumsal yönelim	Kültürel yetkinlik
Cinsiyet							
Erkek		1	1				1
Kadın		1.8 (1.09-3.2)	2.8(1.6-5.0)				2.3(1.2-4.1)
Eğitim durumu							
İlkokul				1			
İlkokul altı				2.4(1.3-4.2)			
Sosyal Sınıf							
Üst			1				
Orta/ Alt			7.0(1.4-34.2)				
Sağlık Güvencesi							
Var				1			
Yok				3.3(1.3-8.5)			
Aile tipi							
Geniş aile							
Çekirdek aile							
Evde konuşulan dil							
Arapça		1				1	1
Türkçe/Kürtçe		2.0(1.1-3.7)				2.5(1,3-4.6)	2.7(1.4-4.9)
MTİ olma durumu							
MTİ değil	1						
MTİ	1.9(1.1-3.3)						
Aynı ASB'ne Kayıt							
Kayıtlı		1					
Değil		11.1(2.5-49.2)					
Kronik hastalıklı birey							
Var	1						
Yok	2.7(1.5-4.6)						
Engelli birey varlığı							
Yok			1		1		1
Var			3.5(1.3-9.2)		3.8(1,4-9.9)		2.9(1.1-7.9)

Tablo 6. Memnuniyet durumuna göre ana ve türetilmiş boyut puanlarının durumu

	İlk başvuru	Süreklilik	Kapsayıcılık	Eşgüdüm	Aile merkezlilik	Toplumsal yönelim	Kültürel yetkinlik
	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$
Memnun değil	4.22±0.81	5.34±1.11	3.14±0.74	4.37±1.31	2.06±0.89	1.53±0.54	2.14±0.59*
Memnun	4.51±0.97	5.92±1.22*	3.55±0.80*	4.74±1.16	2.36±0.94	1.45±0.57	2.95±0.69*
Çok memnun	5.06±0.67*	7.08±0.86*	4.43±1.20*	5.75±1.47*	3.14±0.81*	2.00±0.63*	3.44±0.82*
p	0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01	0.001	< 0.01

*Fark yaratan grup

Hizmete erişim ve hizmetten faydalanma puanlarının düşük olduğu görülmektedir. Katılımcıların dörtte üçünün birinci basamak sağlık kuruluşu olarak aile sağlığı merkezlerini belirttiği dikkate alınır, bu sonuçlarda muhtemelen, soru formunda yer alan ancak aile hekimliği sistemi içerisinde olmayan üst sağlık kurumuna sevk yaptırma zorunluluğunun olmaması, Cumartesi/ Pazar günleri ve akşam mesai sonrası hizmet alma ile ilgili sorulardan kaynaklanmaktadır.

İlk başvuru, mevsimlik tarım işçilerinde önemli bir sorun olarak görülmektedir. Her ne kadar Lağarlı ve arkadaşları Manisa'da yaptıkları araştırmada alt sosyal sınıfta olanlarda ve yarı kentsel bölgede yaşayanlarda ulaşılabilirliğin daha yüksek olduğunu belirtse de¹⁴ mevsimlik tarım işçileri sürekli ikamet adreslerinden uzakta olmaları, işle ilgili çalışmalarını kırsal alanda yapmaları, sürekli yer değiştirmeleri ve günlük yevmiye karşılığı çalışmaları nedeniyle genel anlamda sağlık hizmetlerine erişim sorunu yaşayan dezavantajlı bir gruptur.^{17,18} Aile hekimleri ve toplum sağlığı merkezleri tarafından sunulan mobil sağlık hizmetlerinin bu dezavantajlı gruplar için oluşan sağlık eşitsizliklerini çözecek biçimde yeniden ele alınması gerekmektedir.

Bu araştırmada, kronik hastalığı olanlarda ilk başvuru daha yüksektir. Manisa'da yapılan bir çalışmada birinci basamak hekim tarafından uygun aralıklarla takibi yapılanların kronik hastalık kontrolünün daha başarılı olduğu, hasta memnuniyetinin ve tedaviye uyumunun daha yüksek olduğu belirtilmektedir.¹⁹

Starfield ve arkadaşları, kronik hastalığı olan yaşlılarda hastalık tanısının üçte birinin birinci basamak sağlık kurumlarında konulduğu ve ek hastalığı olanlarda birinci basamak sağlık hizmeti kullanımının yüksek olduğunu belirtmektedir.²⁰ Kronik hastalığı olanların çoğunlukla yaşlılar, emekliler gibi zaman baskısı altında olmayan kişilerden oluşması dolayısı ile randevu alma, randevu sırası bekleme gibi durumları önemsememeleri ve genel olarak birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet algılarının yüksek olması ilk başvuru puanını bu grupta yükseltmiş olabilir.

Hekime bağlılık düzeyinin yüksek olmasında muhtemelen, ailede aynı aile sağlığı birimine kayıtlı bireylerin çoğunlukta olması ve aile hekimini seçebilme gibi memnuniyet durumu yükselten faktörler etkili olmaktadır. Yine, Sağlık Ocağı döneminden itibaren başta ana çocuk sağlığı hizmetleri başta olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımına yönelik alışkanlıklar bu ilişkide etkili olmuş olabilir. Manisa araştırmasında da benzer sonuca vurgu yapılmaktadır.¹³ Ancak, süreklilik çekirdek boyutunun bir alt boyutu olan tıbbi bakımın sürekliliği beklenen düzeyde değildir. Muhtemelen, aile sağlığı birimlerinde çalışan personeldeki çok yoğun yer değiştirme bunda rol oynamaktadır.¹⁵ Çalışmalarda doğurgan çağdaki kadınlar gibi sağlık gereksinimi fazla olanların süreklilik puanının da yüksek olduğu belirtilmektedir.^{10,21} Şanlıurfa'da kadınlar yüksek doğurganlık nedeniyle ana ve çocuk sağlığı hizmetleri başta olmak üzere çok fazla

birinci basamak sağlık hizmeti kullanıyor olmalarına rağmen kadınların süreklilik puanı daha düşük bulunmuştur.

Bu durum çelişkili görünmekle birlikte, hizmeti çok yoğun kullandıkları için bölgede çok sık yaşanan sağlık insan gücü hareketliliğini kadınların erkeklerden daha fazla ve hızlı fark etmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Nitekim, Dört İl Çalışmasında, Şanlıurfa gibi illerde yüksek gezici sağlık hizmeti gereksinimlerinin, diğerlerine göre neredeyse üç katı aşan ana çocuk sağlığı hizmetleri gereksinimlerinin, düşük eğitim ve kültürel farklılıkların neden olduğu sağlık programlarına uyum sorunlarının sağlık kurumlarındaki iş yükünü de arttırdığını dolayısı ile bu bölgelerde sağlık çalışanların kendilerini geliştirme fırsatlarının daha az, iş memnuniyetlerinin daha düşük olduğu dolayısı ile sağlık insan gücü hareketliliğinin fazla olduğu belirtilmektedir.¹⁵ Bu durum özellikle birinci basamakta bütünsel ve sürekli sağlık hizmeti sunumunu zorlaştırmaktadır. Araştırma bölgesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi çalışmalarında hekime bağlılık boyutunun yüksek olması bu bölge için avantaj sağlayan bir durum olabilir. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetleri personelinin bu bölgede gönüllü olarak daha uzun süre çalışmalarının koşulları sağlanmalıdır.

Süreklilik, toplumsal uyum ve kültürel yetkinlik puanı Arapça konuşanlarda daha iyi düzeydedir. Ancak, araştırmada bu sonucu destekleyecek ya da açıklayacak başka bir bulgu bulunmamaktadır. Bu sonuçlar, kültürel nedenlere bağlı farklı beklentiler, eğitimsizlik gibi bireysel özelliklerden dolayı sağlık hizmetini teknik yönden değerlendirememeye ya da sağlık gereksinimlerinin çok fazla olması gibi farklı nedenlerden kaynaklanmış olabilir.²¹ Süreklilik, aynı ASB'ne kayıtlı olmayanlarda daha kötüdür. Aynı aile hekimine kayıtlı olmak tüm ailenin bütüncül ele alınması, kültürel olarak tanınması, risk değerlendirmelerinin doğru yapılması, tanıtedavi ve koruyucu sağlık hizmeti gereksinimlerinin doğru belirlenmesi açısından gereklidir.¹³

BDG ölçeğinde yer alan ev güvenliği, silah saklama, araçta emniyet kemeri takma gibi konularda eğitim ya da kurşun testi, allerji aşuları gibi hizmetlerle ilgili sağlık sistemi içerisinde sistematik bir çalışma yürütülmemesi muhtemelen kapsayıcılık puanının olduğundan daha düşük görünmesine neden olmaktadır. Kapsayıcılığın değerlendirilmesinde hizmet yelpazesinin genişliği kadar risk gruplarına yönelik danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin de önemli olduğu bir gerçektir. Bu yönü ile kadınlar, engelliler ve orta/alt/işsiz sosyal sınıfta bulunan dezavantajlı gruplara listede bulunan hizmetler yeterince sunulmamaktadır. Kadınlar ve engellilere sunulan hizmetlerin kapsayıcılık dışında kültürel yetkinlik ve aile merkezlilik açısından da yetersiz kaldığı görülmektedir.

Eğitilmişler ve sağlık güvencesi olanlarda eşgüdüm daha iyidir. Bu kişilerde diğer basamaklar ve birinci basamak sağlık kurumu arasında bilgilendirme ve hastayı yönlendirme diğer gruplara göre daha iyidir. Yani toplumun sosyoekonomik yönden daha avantajlı kesimleri daha koordine bir sağlık hizmeti almaktadırlar.¹³

Hizmete erişim ve faydalanma, tıbbi bakımın sürekliliği ve hizmetlerin kapsayıcılığı ve toplumsal katılım boyutlarında düşük puanlar elde edilmesine rağmen katılımcıların %88.6'sı sunulan hizmetlerden memnuniyet ya da çok memnuniyet bildirmeleri çelişkili görünmektedir. Toplumun beklentileri, sunulan hizmetler ve sağlık hizmetini teknik olarak değerlendirilmesi arasında önemli farklılıklar oluşmaktadır. Bu durum muhtemelen alt boyut soruları içinde yer alan ancak birinci basamak sağlık sistemi içerisinde karşılığı olmayan sorulardan kaynaklanmaktadır. Söz konusu bu uygulamalar ya da hizmetler hayata geçirilene kadar bu ölçekle yapılan çalışmaların dikkatle yorumlanması gerekmektedir.

Yazar katkıları: Her iki yazar da araştırmanın planlanması, veri toplanması, veri analizi ve yazılması aşamalarında görev almıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarların herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Mali destek: Bu çalışma için herhangi bir mali destek alınmamıştır.

Teşekkür: Araştırmanın veri toplama aşamasında Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü tarafından destek verilmiştir. Veri toplama aşamasında desteği olan ÇEKÜS Şube Müdürü Mesut Hamidanoğlu'na teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, et al The breadth of primary care: a systematic literature review of its ore dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010;10(1):1-13.
2. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012. Gac Sanit.* 2012;26 (suppl 1) :20-26.
3. WHO. Primary Health Care. Erişim yeri : [http://www.who.int/topics/primary_health_care /en/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/) 16 Aralık 2015'de erişildi.
4. Schoen C, Osborn R, Huynh Pt et al. Primary Care And Health System Performance: Adults' Experiences In Five Countries: Differing performance levels among countries highlight the potential for improvement and cross-national learning. *Health Affairs*, 2004; 23(Suppl1): 487-503.
5. Eser E. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yaklaşım ve Yöntemler. *Toplum Hekimliği Bülteni.* 2008; 3(27):1-12.
6. 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. https://www.researchgate.net/publication/234008197_EVALUATING_PRIMARY_HEALTH_CARE_IN_CANADA_THE_RIGHT_QUESTIONS_TO_ASK . 7 Mart 2021 tarihinde erişildi.
7. Institute of Medicine. Defining Primary Care. An İnterim Report. Washington, DC: National Academy Press, 1994. <https://www.nap.edu/catalog/9153/defining-primary-care-an-interim-report>. 07 Mart 2021 tarihinde erişildi.
8. Starfield, B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services And Technology. 1. Baskı. New York: Oxford University Press; 1998.
9. Leiyu S , Starfield B, Xu J.Validating The Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract.* 2001; 50(2):161.
10. Lağarlı T, Eser E, Baydur H. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeğinin (Primary Care Assessment Tool) hizmetten yararlananlar için Türkçe erişkin sürümünün psikometrik özellikleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi.* 2014; 12(3): 162-177.
11. Koruk I, Gökçeoğlu S, Allahverdi Ş, ve ark. Level of Exclusive Breastfeeding for the First 6 Months in 0-24 Month Infants and Children in A Family Health Center in Şanlıurfa and the Factors Affecting It. *Journal of Health Science Research.* 2019; 4(1): 21-31.
12. Koruk I, Beyazgül B, Allahverdi Ş, ve ark. The State of Disease-Related Awareness Regarding Cutaneous Leishmaniasis Cases in Sanliurfa, Delay Level in Treatment and Reasons for Delay. *Saudi J Med.* 2020; 5(9): 292-299. doi:10.36348/sjm.
13. Lağarlı T, Eser E, Akdeniz M ve ark. Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ)(Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health.* 2011; 9(1): 16-32.
14. Lağarlı T. Bir Kentsel Bölgede Bazı Yapılandırılmış Ölçüm Gereçleri İle Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi(Uzmanlık Tezi). Manisa, Türkiye: Celal Bayar Üniversitesi; 2010.
15. Koruk İ, Bakar C, Kur AÖ, ve ark. Dört ilde çalışan aile sağlığı merkezi

- personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi, sosyodemografik ve işyeri ile ilgili bazı değişkenlerin buna etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019; 12(2): 271-283.
16. Moe GC, Moe JE, Bailey AL. Evaluating the implementation of collaborative teams in community family practice using the Primary Care Assessment Tool. *Canadian Family Physician*. 2019; 65(12):515-522.
 17. Koruk İ. İhmal Edilen Bir Grup: Göçebe Mevsimlik Tarım İşçileri. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*. 2010; 10(38): 18-22.
 18. Koruk F, Koruk İ. İhmal Edilen Bir Grup: Tarım İşçisi Kadınlar. *Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği-Özel Konular*. 2018; 4(1): 40-45.
 19. Dede B, Sarı M, Gürsul A, ve ark. Kronik hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyen değişkenler. *TAF Prev Med Bull*. 2016; 5(3): 238-247.
 20. Starfield B, Lemke KW, Herbert R, et al. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *The Annals of Family Medicine*. 2005; 3(3): 215-222.
 21. Jatrana S, Crampton P, Richardson K. Continuity of care with general practitioners in New Zealand: results from SoFIE-Primary Care. *The New Zealand Medical Journal*. 2011; 124(1329):16-25.