

Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeğinin (Primary Care Assessment Tool) hizmetten yararlananlar için Türkçe erişkin sürümünün psikometrik özellikleri

Tülay Lağarlı^a, Erhan Eser^b, Hakan Baydur^c

Özet

Amaç: “Primary Care Assessment Tool (PCAT)” yetişkin ve çocuklar için Türkçe sürümünün (Birinci Basamak Değerlendirme Gereci – BDG) geçerlilik ve güvenilirliğinin ortaya konmasıdır. **Yöntem:** Bu yöntemsel araştırmanın evrenini Manisa Merkez İlçede bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) bağlı 79 Aile Sağlığı Birimi’ne (ASB) kayıtlı bireyler oluşturmaktadır (n=279.000). Toplam 80 kümeden oluşan 800 kişilik bir örnek grubuna ulaşılması hedeflenmiştir. Türkçe uyarlama geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde “doğrulayıcı yaklaşım” kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği için “iç tutarlılık analizleri” ve ayrıca “ölçek başarıları” kullanılmıştır. Yapısal geçerlilik analizlerinde ise Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ve Birleşim-ayrışım geçerliliği ve bilinen gruplar çözümlenmeleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılanların % 76.7’ si kadındır; yaş ortalaması 40.33±13.85’dir. 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. **Sonuç:** Bu çalışma, her ne kadar mükemmel geçerlilik sonuçlarına ulaşamamış olsa da BDG’nin ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti sunumunu değerlendirmede uygun bir araç olarak kullanılabileceğini göstermektedir. İlerleyen araştırmalar ölçeğin farklı birinci basamak sağlık hizmeti sunum koşullarındaki geçerlilik ve güvenilirliğine ışık tutacaktır.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmet değerlendirme, BDG, Türkçe.

Psychometric properties of the Turkish Adult Consumer version of the Primary Care Assessment Tool (PCAT-TR)

Abstract

Objective: To explore the psychometric properties of the Turkish version of the “Primary Care Assessment Tool (PCAT-TR). **Methods:** The results of this study represent 279,000 residents who were registered in 79 Family Health Centers of the Manisa city center. The sample selection used multistage cluster sampling from 80 clusters (n=800). A confirmatory approach and SEM modeling were used during both reliability (internal consistency) and validity (structural validity, such as known groups validity; convergent-divergent validity and confirmatory factor)

^aÜzm. Dr., Camikebir Mahallesi Valilik Binası D Blok Kat:1, Düzce.

^bProf. Dr., Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampusu, Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Manisa.

^cYrd. Doç. Dr., Celal Bayar Üniversitesi SYOSH Bölümü İstasyon mevkii, Manisa.

Sorumlu Yazar: Erhan Eser, Celal Bayar Üniversitesi Uncubozköy Kampusu, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Dekanlık binası, Manisa. Telefon: +90 236 233 19 20/0 533 486 0677, E-posta: erhanese@gmail.com

Geliş tarihi: 19.07.2013, Kabul tarihi: 22.07.2014

analyses. Data analyses were done by using SPSS 15.0 and Lisrell 8.05 softwares for univariate parametric and non-parametric tests; multivariate analyses and confirmatory factor analysis were employed during statistical analyses of this study. **Results:** Mean age was 40.33 ± 13.85 with a female percentage of 76.7. Chronbach alpha values were also found satisfactory (0.80-0.90) for all domains and subdomains of the PCAT except for three subdomains: Coordination (information system), First contact care (access) and Comprehensiveness (service provided). CFA revealed RMSEA :0.10, CFI:0.84 (full model); and for the derivative subdomains the CFA model generated RMSEA as 0.12, and CFI as 0.88. **Conclusion:** PCAT can be used to evaluate the performance of PHC services in Turkey. The results of the ongoing and following studies are expected to reach some more information about further reliability and validity of the Turkish PCAT.

Keywords: Primary care assessment, PCAT, Turkish.

Giriş

Sağlık hizmetinin yalnızca sağlık düzeyi göstergelerine dayanarak değerlendirilmesinin yeterli olmadığı, araçıktıların da değerlendirme sürecinde önemli yer tuttuğu görüşü doğrultusunda geliştirilen Donabedian modelinde, altyapı gereksinimleri, insan kaynakları yönetimi, hizmetlerin örgütlenmesi ve yönetimi, sistemin geliştirilmesi ve çeşitli protokollerin kullanımı, mali yönetim, bilgi sistemleri, ihtiyaç ve performans değerlendirmesi gibi başlıklar önerilir.¹ Sayılan bu sistem öğeleri, sonuç bileşenleri, yapısal ve süreç bileşenleri adı altında üç grupta sınıflandırılabilir.

Sonuç değerlendirmesi, kişinin işlevselliği (aktif yaşama), algıladığı sağlık düzeyi, hastalanma durumu, yaşam koşullarına karşı esnek ve uyumlu olabilme ve başarabilme becerisine dayanır. *Yapısal* değerlendirme, sağlık hizmetinin verilmesini sağlayan yapı ve kurumlar, donanım, kaynak dağılımı gibi maddi koşulların, personel sayısı ve niteliği gibi insan kaynakları dağılımının ve örgütlenme yapısının değerlendirilmesi temeline dayanır. Daha somut bir yaklaşımla yapı bileşenleri: hizmetin ulaşılabilir olması; hizmetin sunulacağı tanımlanmış bir nüfusun olması ve sunulan hizmetin çeşitliliğidir. *Süreç* değerlendirmesi ise sağlık sisteminin farklı basamaklarında sunulan ve toplumdaki bireyler tarafından alınan hizmetin değerlendirilmesidir. Hizmet sunumu sürecini belirleyen

özellikler, hizmetin toplum tarafından kullanılması ve hizmeti sunanların toplumun gereksinimlerinin farkında olmalarıdır.²

Alma Ata (1978) konferansında, temel sağlık hizmetlerinin bütüncül bir kavram olarak ifade edilen tanımında, süreklilik, kapsayıcılık, ulaşılabilirlik, katılım ve sevk zinciri gibi birçok özellik yer alır.³ Daha sonra da Amerikan Tıp Enstitüsü, Birinci Basamak Hizmetin beş temel özelliğini tanımlamıştır. Bunlar ulaşılabilirlik, kapsayıcılık, eşgüdüm, süreklilik ve belli bir nüfustan sorumluluktur.⁴ Bu hizmet özelliklerinin her birinin bir yapı, bir de işleyiş (faaliyet) bileşeni vardır ve söz konusu bu özellikler gerek yapısal gerekse işleyiş yönleriyle değerlendirilirler. Bu dört temel hizmet özelliğinin yapı ve faaliyet bileşenleri Tablo 1'de verilmiştir.⁵

Söz konusu bu sağlık hizmet özellikleri ile yapılan değerlendirmeler,⁶ niteliksel değerlendirmeye de olanak tanınması nedeniyle yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu özellikleri içinde barındıran bazı yapılandırılmış ölçeklere örnek olarak Primary Care Assessment Survey (PCAS),⁷ DSÖ tarafından geliştirilmiş olan Primary Care Evaluation Tool (PCET)⁸ ve Primary Care Assessment Tool (PCAT)⁹ verilebilir. Bu makalede Türkçe'ye Birinci Basamak Değerlendirme Geceri olarak çevirdiğimiz ve "BDG" kısaltmasıyla ifade ettiğimiz PCAT değerlendirmektedir. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda 2005 yılından

sonra uygulanmaya başlanan köklü model değişikliği nedeniyle, hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi kısa dönemdeki başarıyı sorgulayabilmek açısından önemlidir. Bu çalışmanın amacı, orijinal adı "Primary Care

Assessment Tool (PCAT)" olan "Birinci Basamak Değerlendirme Gereci "(BDG)" ni Türkçe'ye uyarlamak ve bu sürümün geçerlilik ve güvenilirliğinin ortaya koymaktır.

Tablo 1- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri ve bileşenleri

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

Barbara Starfield. Primary Care, Oxford Univ. Press, 1992, New York: değiştirerek: Eser E. 2008.⁵

Yöntem

Bu yöntemsel çalışmanın evrenini, Manisa Merkez İlçede bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) bağlı 79 Aile Sağlığı Birimi'ne (ASB) kayıtlı bireyler oluşturmaktadır. Bir ASB; bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanından oluşmaktadır. Araştırma için etik kurul onayı alınmamış; çalışma Celal Bayar Üniversitesi (CBÜ) araştırma fonu saymanlığı tarafından desteklenmiştir.

Örnek seçiminde, büyüklüğe orantılı çok aşamalı küme örneklem yöntemi kullanılmıştır. Manisa merkez ilçe nüfusuna (n=279.000) hizmet veren toplam 79 ASB, hizmet verdiği bölgenin kentleşme, coğrafi özellikleri ve hizmet verilen nüfusun sosyoekonomik dağılımı ve bölgelerin göç durumu ile ilgili bilgiler göz önüne alınarak, kentsel (60 ASB) ve yarı kentsel (19 ASB) bölgeler olarak tanımlanmıştır. Epi Info 2000 programında; %50 süreklilik prevalansı, %5 örneklem hatası ve %95 güven sınırı ile ulaşılması gereken en küçük örnek büyüklüğü 384 olarak hesaplanmıştır. Tasarım etkisi değeri 2.0 alınarak, ulaşılması gereken en küçük örnek büyüklüğü 768 olarak hesaplanmış, her bir kümenin on haneden oluşması planlanmıştır. Bu durumda toplam 80 kümeden oluşan 800 kişilik bir örnek grubuna ulaşılması hedeflenmiş

ve listelerden yarı-kentsel bölgelerden 20, kentsel bölgeden 60 olmak üzere rastgele 80 adet küme başı seçilmiştir.

Her ne kadar bu çalışmada sadece BDG erişkin sürümü verileri çözümlenmiş olsa da, çalışmada çocuk ve erişkin sürümlerinin her ikisi için de veri toplandığından, toplumu temsil eden oranlarda bir örnek grubuna ulaşmak amacıyla çocuk ve yetişkin sürümlerinin her biri için nüfusa orantılı olarak ayrı küme sayıları belirlenmiştir. Çocuk kümelerini tamamlamak için, gidilen hanelerde ise 0-18 yaş arası çocuklar arasında, öncelikle evde 0-12 aylık bebek varsa anket onun adına doldurulmuş; eğer 0-12 aylık bebek yoksa hanede o anda yaşayan çocuklar arasında, doğum günü anketin uygulandığı güne en yakın olan çocuk adına, evde bulunan yakınına (tercihen annesi) anket uygulanmıştır. Bu çalışmada kullanılan sosyodemografik değişkenler: yaş, cinsiyet, eğitim, gelir algısı, Boratav kentsel sosyal sınıf şemasına göre¹⁰ düzenlenmiş olan hanenin sosyal sınıfı, sağlık güvencesi, göç durumu, aile tipi, hanede toplam kişi ve çocuk sayısı, hanede beş yaş altı çocuk varlığı, kronik hastalıklı birey varlığı ve aynı ASB'ye kayıtlı olma durumudur.

Tablo 2. Birinci Basamak Değerlendirme Gereci (BDG-PCAT) boyutları

Alt Boyutlar (8)	Ana Boyutlar (4)
1. Hizmetten faydalanma 2. Erişim	Ulaşılabilirlik
3. Tıbbi bakımın sürekliliği 4. Hekimle olan bağlılık düzeyi	Süreklilik
5. Mevcut hizmetler 6. Sunulan hizmetler	Kapsayıcılık
7. Eşgüdüm 8. Eşgüdüm - Kayıt bilgi sistemleri	Eşgüdüm
Türetilmiş Boyutlar (3)	
9. Aile merkezli hizmet 10. Toplumsal kapsayıcılık ve katılım 11. Kültürel uyum	

Birinci Basamak Sağlık Hizmet Değerlendirme Gereci-BDG (PCAT -Primary Care Assessment Tool):⁹ ABD Johns Hopkins Üniversitesi Halk Sağlığı Okulunda Shi ve Starfield tarafından 1998 yılında ilk olarak çocuk sürümü geliştirilmiş ve geçerliliği yapılmıştır; ölçeğin yetişkin, çocuk ve sağlık hizmet sunucuları için oluşturulmuş farklı sürümleri bulunmaktadır. Ayrıca her sürümün kendi içinde genişletilmiş ve kısa formları mevcuttur.¹¹

Ölçek dört ana boyut ve üç adet türetilmiş boyut olmak üzere toplam yedi boyuttan oluşmaktadır (Tablo 2).

Bu geçerlilik çalışmasında BGD'nin "yetişkin uzun sürümü" (PCAT-AE) kullanılmıştır. Yanıt seçenekleri dördümlü Likert tipindedir; puan arttıkça ölçülen özellik iyileşmektedir.

Bu çalışmada cevaplama oranı çok düşük olan H2 (Duman dedektörleri veya ilaçları güvenli saklama gibi ev güvenliği), H3 (Emniyet kemeri veya çocuk koltuğu önerisi) ve H9 (Evde güvenli silah saklama) soruları değerlendirme kapsamı dışında bırakılmıştır.

Türkçe uyarlama aşamaları

PCAT Türkçe sürümü, PCAT çeviri rehberine¹¹ uyularak geliştirilmiştir. Uyarlama sürecinde ölçeğin geliştirildiği kurumdan izin alınmasından sonra ileri çeviri birbirlerinden habersiz iki ileri çevirmenin Türkçeleştirdiği metin, gerek İngilizce gerekse birinci basamak sağlık hizmetleri alanında uzman olan bağımsız bir hekim tarafından birleştirilerek bir konsensus sürüm hazırlanmıştır. Bunu izleyen aşamada ölçek iki anadilli bir kişi tarafından tekrara İngilizce'ye çevrilmiş ve ölçeği geliştiren merkezden sürümün onayı alınmıştır. Bir sonraki aşamada ise ölçeğin son Türkçe sürümünün beş erişkin üzerinde kavramsal değerlendirilmesi yapılmıştır. Gerek geri çeviri gerekse kavramsal sorgulama sürecinde bazı küçük değişiklikler yapılarak ölçeğin Türkçe alan sürümü hazırlanmış ve aşağıda ayrıntısı verilen yöntemle toplum düzeyinde ölçek bireylere uygulanmıştır.

Geçerlilik ve Güvenilirlik çözümlenmeleri

Geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinde "Doğrulamalı yaklaşım" kullanılmıştır. Yapısal Eşdeğerlik Modellemesi¹² olarak da bilinen bu yaklaşıma göre ölçeğin orijinal dildeki boyutsal yapısına sadık kalınır ve herhangi bir soru çıkarılmadan hedef dil (Türkçe) sürümünün bu orijinal yapıya uyumu sınanır.

Tablo 3/a. BDG (PCAT) ana boyutların iç tutarlılıkları (Cronbach alfa* değerleri)

	Ulaşılabilirlik				Süreklilik		Kapsayıcılık					Eşgüdüm				
	Hizmete erişim	Hizmetten faydalanma			Tıbbi Bakımın sürekliliği		Mevcut hizmetler			Sunulan hizmetler		Hizmetin koordinasyon		Kayıt/Bilgi koordinasyon		
	12 soru (n=610)	3 soru (n=610)			15 soru (n=609)		25 soru(n=609)			11 soru (n=506)		9 soru (n= 475)		3 soru(n=610)		
α^*	0.60	0.55			0.85		0.94			0.89		0.86		0.53		
	0.58			0.85		0.94					0.84					
Madde silinince Cronbach α değeri	C1	0.58	B1	0.18	D1	0.84	G1	0.94	G16	0.93	H1	0.88	E1	0.88	F1	0.79
	C2	0.58	B2	0.20	D2	0.84	G2	0.95	G17	0.93	H2		E6	0.86	F2	0.17
	C3	0.63	B3	0.86	D3	0.84	G3	0.94	G18	0.93	H3		E7	0.84	F3	0.35
	C4	0.52			D4	0.86	G4	0.94	G19	0.93	H4	0.88	E8	0.84		
	C5	0.53			D5	0.83	G5	0.94	G20	0.94	H5	0.84	E9	0.85		
	C6	0.51			D6	0.84	G6	0.95	G21	0.93	H6	0.88	E10	0.84		
	C7	0.52			D7	0.83	G7	0.94	G22	0.93	H7	0.88	E11	0.83		
	C8	0.60			D8	0.83	G8	0.94	G23	0.93	H8	0.87	E12	0.84		
	C9	0.58			D9	0.83	G9	0.94	G24	0.93	H9		E13	0.84		
	C10	0.60			D10	0.83	G10	0.94	G25	0.94	H10	0.87				
	C11	0.58			D11	0.83	G11	0.94			H11	0.87				
	C12	0.62			D12	0.84	G12	0.94								
					D13	0.84	G13	0.94								
					D14	0.87	G14	0.93								
				D15	0.86	G15	0.93									

Güvenilirlik: Ölçeğin güvenilirliği için “İç tutarlılık” ve ayrıca Madde/boyut korelasyonu temelinde üretilen “ölçek başarısı” çözümlenmeleri kullanılmıştır. İç tutarlılık çözümlenmelerinde Cronbach’ın alfa değeri kullanılmıştır. Alfa değerinin 0.70’e yakın olması beklenirken, her bir soru çıkarıldığında alfa değerleri ayrı ayrı tekrar hesaplanmıştır. Soru çıkarıldığında elde edilen alfa değerinin, soru çıkarılmadan elde

edilen değerden “daha büyük” olması o sorunun iç tutarlılığa “olumlu” katkısı olmadığı, bu durumda o sorunun “sorunlu soru” olabileceği anlamına gelmektedir. Ölçek başarısı yaklaşımında ise, içinde olduğu boyut ile diğer boyutlarla olduğundan daha yüksek korelasyon gösteren soruların yüzdesi belirlenir. Ölçek başarısının %100’e yakın olması istenir.

Tablo 3/b. BDG (PCAT) türetilmiş boyutların iç tutarlılıkları (Cronbach alfa değerleri)

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

Geçerlilik: Yapısal geçerlilik çözümlenmelerinde, araştırmada benimsenen doğrulayıcı yaklaşım nedeniyle, Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) (Lisrel 8.05 paket programı ile), bilinen gruplar geçerliliği ve daha önce Türkçe geçerliliği gösterilmiş olan PCAS ölçeği¹³ kullanılarak Birleşim-ayrışım geçerliliği çözümlenmeleri kullanılmıştır. Üçüncü yapı geçerliliği yaklaşımı olan DFA’inde ise sıklıkla kullanılan istatistik parametrelerden Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) ve Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (KUI) (Comparative Fit Index) (CFI) kullanılmıştır. RMSEA’in 0.10’ın altında, KUI’nin ise 0.90 ‘ın üstünde olması iyi bir uyum göstergesi olarak kabul edilmiştir.¹⁴

Bulgular

Araştırmaya katılanların %76.7’si kadındır; yaş ortalaması 40.33±13.85’dür. Katılımcıların %16.4’ü örgün eğitim almamıştır. Araştırma kapsamındaki kişilerin %82.3’ü sağlık güvencesi

kapsamındadır. Sağlık güvencesi yeşil kart olanların oranı kentsel bölgede %1.5 iken, yarı-kentsel bölgede bu oran %48.0’dır. Araştırma grubunun %6.5’inde (hane reisinin yaptığı işe göre) hanenin sosyal sınıfı üst sosyal sınıf iken, yarı-kentsel bölgedeki hiçbir hane üst sosyal sınıfa dahil değildir (%0.0). Ailede toplam kişi sayısı ortalaması 4.2±1.7; hanede yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.9±1.3’dür.

Birinci Basamak Değerlendirme gereci (BDG) Güvenilirlik ve Geçerlilik bulguları

Dağılım özellikleri

Ölçek puanları alt boyutlar şeklinde dağılım ölçütleri açısından incelendiğinde tüm alt boyutlarda çarpıklık ve basıklık değerlerinin (-1 ile +1) arasında yer almaktadır. Taban etkisi en yüksek boyut, toplumsal kapsayıcılık ve katılım boyutudur (%18.0). Tavan etkisi en yüksek boyutlar ise kültürel uyum (%31.8); aile merkezlilik boyutu (%19.5); ve kayıt ve bilgi koordinasyonu dur (%15.2). Diğer alt boyut puanları taban

ve tavan yüzdeleri açısından %0 - %10 arasında değişmektedir.

Kentsel ve yarı-kentsel bölgelerde hizmet puanları açısından genel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken, yalnızca toplumsal kapsayıcılık ve katılım boyut puanı yarı kentsel bölgede anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$) (data gösterilmemiştir).

Güvenilirlik Bulguları

En düşük Cronbach alfa değerleri “kayıt/bilgi koordinasyonu”, “hizmete erişim” ve “hizmetten faydalanma” alt boyutları için elde edilmiştir (sırasıyla 0.53, 0.59 ve 0.55). Yine Tablo 3/a-b’de ölçek alt boyutları ve türetilmiş boyutlarında yer alan

tüm sorular için “madde silindiğinde” elde edilen Cronbach alfa değerleri incelendiğinde: B3, C3, C12, D14 ve D15, E1, F1 ve G2, G6 kodlu soruların kendi boyutlarının iç tutarlılığına diğer sorulardan daha az katkıda buldukları, yani bu soruların “sorunlu” sorular olabileceği söylenebilir. Ancak bu sorular içinde soru çıkarıldığında en büyük iç tutarlılık sapmasına ($\alpha=0.55-0.86$) B3 kodlu soruda rastlanmıştır. Diğer soruların (Sevkiyat zorunluluğu) neden olduğu sapmalar kabul edilebilir sınırlar içindedir.

Ölçek başarı oranları, Hizmete erişim için %92, Tıbbi Bakımın sürekliliği için %87, Hizmetin koordinasyonu için %88, diğer boyutlar için %100 bulunmuştur.

Tablo 4/a. BDG (PCAT) yetişkin sürümü ana alt boyutlar ve Türetilmiş boyutlar için boyutlar arası korelasyon

	HF	HE	TBS	HK	BK	MH	SH	AM	TKK	KU*
Hizmetten faydalanma (HF)	1	0.07	0.06	0.12	0.21	0.22	0.18	0.30‡	-0.02	0.10
Hizmete erişim (HE)		1	0.28‡	0.15	0.07	0.23†	0.23†	0.23†	0.10	0.28†
Tıbbi bakım sürekliliği (TBS)			1	0.39‡	0.25†	-0.02	0.19	0.34‡	0.28†	0.46†
Hizmet koordinasyonu (HK)				1	0.29†	0.01	0.35‡	0.35‡	0.45‡	0.28†
Bilgi koordinasyonu (BK)					1	0.14	0.30†	0.39‡	0.07	0.25†
Mevcut hizmetler (MH)						1	0.52‡	0.36‡	0.07	0.20
Sunulan hizmetler (SH)							1	0.49‡	0.31‡	0.26†
Aile merkezlilik. (AM)								1	0.31‡	0.38‡
Toplumsal kapsayıcılık ve katılım (TKK)									1	0.26†

† $p<0.05$ ‡ $p<0.01$ * Kültürel uyum

Geçerlilik Bulguları

Birleşim-Ayrışım geçerliliği, 1-PCAT boyutlarının kendi aralarında ve 2- PCAT-PCAS ölçeklerinin boyutları arasındaki korelasyonlarla sınanmıştır. PCAT boyutlarının kendi aralarındaki korelasyonlar incelendiğinde: ulaşılabilirlik boyut skorunun sadece kapsayıcılık ve aile merkezlilik boyutu ile ilişkili olduğu; süreklilik boyutunun sadece türetilmiş 3 boyutla ilişkili olduğu; kapsayıcılık

boyutunun süreklilik dışındaki tüm boyutlara anlamlı ilişkisi olduğu; eşgüdüm boyutun ise ulaşılabilirlik ve süreklilik dışındaki boyutlarla anlamlı korelasyonlar verdiği gözlenmektedir. Türetilmiş boyutlar içinde yer alan aile merkezlilik boyutunun tüm diğer boyutlarla geri kalan 2 türetilmiş boyutun ise ulaşılabilirlik dışındaki tüm boyutlarla ilişkili olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 4/a ve 4/b).

Tablo 4/b. BDG (PCAT) yetişkin sürümü ana boyutlar ve türetilmiş boyutlar için boyutlar arası korelasyon

	U	S	K	E	AM	TKK	KU*
Ulaşılabilirlik (U)	1	0.16	0.26†	0.19	0.39‡	0.12	0.18
Süreklilik (S)		1	0.19	0.16	0.31†	0.37‡	0.36‡
Kapsayıcılık (K)			1	0.35‡	0.48‡	0.29†	0.40‡
Eşgüdüm (E)				1	0.35‡	0.30†	0.16
Aile merkezlilik (AM)					1	0.30†	0.40‡
Toplumsal kap. ve katılım (TKK)						1	0.25†

†p<0.05 ‡p<0.01* Kültürel uyum

Tablo 5/a-b PCAT yetişkin sürümü birleşim ayrışım geçerliliği için bu çalışmada birlikte uygulanmış olan PCAS (BDÖ) ile BDG yetişkin sürümünde yer alan, benzer hizmet boyutları arasındaki korelasyonu göstermektedir. Süreklilik ve kapsayıcılık boyutları arasında sırasıyla 0.18 (p<0.01) ve 0.10 (p<0.05) olan korelasyon katsayıları elde edilmiştir. Kapsayıcılık dışında her iki ölçüm gerecindeki ilgili ana boyutların birbirleriyle anlamlı korelasyon verdikleri gözlenmektedir.

“Bilinen Gruplar Geçerliliği” bulgularına bakıldığında: Ulaşılabilirlik boyutu puanları kentsel bölgede yaşayanlarda, üst sosyal sınıfta, kendi ve eşi lise üstü eğitim almış olanlarda ve sağlık güvencesi olmayan ve yeşil kartlılarda sağlık güvencesi olanlara göre ve ailenin tüm bireylerinin aynı aile hekimine kayıt olmadığı hanelerde anketi yanıtlayan bireylerde daha yüksek bulunmuştur. Süreklilik kadınlar, beş yaş altı çocuk ve

0-12 bebek bulunan hanelerde anketi yanıtlayan bireylerde, yarı-kentsel bölgede yaşayanlarda daha yüksektir. Kapsayıcılık boyutu, kadınlarda ve 0-12 bebek bulunan hanelerde anketi yanıtlayan bireylerde, daha yüksek puanlara sahiptir. Eşgüdüm boyutu puanları alt sosyal sınıfta ve yarı-kentsel bölgede ikamet edenlerde daha yüksek bulunmuştur. Türetilmiş boyut puanlarına bakıldığında Aile merkezlilik puanları, aile bireylerinin tümü aynı aile hekimine kayıt olanlarda, kronik hastalığı olan birey bulunmayan hanelerde, eşi lise ve üstü eğitim düzeyindeki bireylerde daha yüksek bulunmuştur. Toplumsal kapsayıcılık ve katılım boyutu puanları kadınlarda, beş yaş çocuk ve 0-12 ay bebek bulunan hanelerde ailenin tümü aynı aile hekimine kayıt olanlarda, yarı-kentsel bölgede yaşayanlarda, yeşil kart sahiplerinde, alt ve orta sınıfta daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 5/a. BDG (PCAT) ve BDÖ (PCAS) alt boyutları arasında korelasyon katsayıları

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

†p<0.05 ‡p<0.01

Tablo 5/b. BDG (PCAT) ve BDÖ (PCAS) ana boyutlar ve özet boyutlar arasında korelasyon

		(PCAS) BDÖ								
		Ulaşılabilirlik	Süreklilik	Kapsayıcılık	Eşgüdüm	Hizmet Memn.	Kişisel Yaklaşım	Güven	Yapısal Özet Boyut	İlişki Özet Boyutu
BDG (PCAT)	Ulaşılabilirlik	0.12	0.17	0.10	0.20‡	0.16	0.12	0.22	0.19	0.19
	Süreklilik	-0.00	0.29‡	0.32	0.01	0.13	0.16	0.21	0.28	0.20
	Kapsayıcılık	0.00	0.20‡	0.11	0.18	0.03	-0.01	0.17	0.16	0.06
	Eşgüdüm	0.05	0.18	0.27‡	0.08	0.13	0.10	0.17	0.23	0.16
	Aile merkezlilik	0.07	0.24	0.21	0.10	0.14	0.11	0.26‡	0.24	0.19
	Toplum kapsa. ve katılımı	-0.07	0.10	0.18‡	-0.01	-0.09	-0.10	0.09	0.09	-0.04
	Kültürel uyum	0.10	0.20	0.23	0.14	0.08	0.11	0.28‡	0.25	0.18
	Ana Boyutlar – Özet Skor	0.04	0.31†	0.27†	0.17	0.14	0.09	0.27†	0.30†	0.67‡
	Türetilmiş Boyutlar – Özet Skor	0.04	0.25	0.28	0.09	0.06	0.05	0.29‡	0.27	0.15

†p<0.05 ‡p<0.01

Kültürel uyum, kadınlarda hanede <5yaş çocuk ve 0-12 ay bebek bulunan hanelerde, göçle gelmemiş olanlarda ailenin tümü aynı aile hekimine kayıt olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Tek değişkenli çözümlene verileri yer kısıtlılığı nedeniyle tablolarda gösterilememiştir.

Çok değişkenli analizlerde indirgenmiş son modelde, cinsiyet, eş eğitimi, sağlık güvencesi, göç durumu, <5yaş çocuk ve hanede 0-12 ay bebek bulunma durumu ve yerleşim bölgesi değişkenleri ilgili boyut skorlarıyla anlamı ilişkiler göstermektedirler (Tablo 6).

“Doğrulamalı Faktör Analizinde”, güvenilirlik analizlerinde BDG’nin orijinal yapısına dokunulmamış, tüm sorular analize alınmıştır. PCAT ana boyutları için RMSEA değeri 0.10, KUI değeri ise 0.84 olarak hesaplanmıştır. PCAT “türetilmiş boyutları” için kurulan modelde ise RMSEA değeri 0.12, KUI değeri ise 0.88 olarak hesaplanmıştır.

Burada yine de vurgulamak gerekirse, sorunlu soruların çıkarıldığı modellerde: PCAT ana boyutları için RMSEA değeri 0.10, KUI değeri ise 0.81 olarak önemli ölçüde değişiklik göstermezken, “Türetilmiş boyutları” için kurulan modelde ise RMSEA değerinin 0.08, KUI değerinin ise 0.96’ya yükseldiği izlenmektedir.

Tartışma

Bu çalışmada değerlendirilen BDG ölçeğinin boyutları çok az sayıda sağlık hizmeti dışında (kurşun zehirlenmesi, sigmoidoskopi vb) aile hekimliği uygulamasında Türkiye’de sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Ölçeğin merkezi dağılım ve yayılım ölçütleri normal dağılıma uygundur; .boyutların dağılım özellikleri orijinal ölçek dağılım özelliklerinden daha iyidir.¹¹ Tabanda ve tavanda yüzdeler açısından özellikle tavan etkisi %20 değere yaklaşan veya geçen boyutlar “kültürel uyum” ve “aile merkezlilik” boyutlarıdır. Diğer tüm boyutlarda taban ve tavan etkileri istenen düzeydedir.

Güvenilirlik

Boyutların iç tutarlılıkları “ hizmete erişim” alt boyutu dışında oldukça iyi sonuçlar vermiştir. “Kayıt/bilgi koordinasyonu”, “hizmete erişim” ve “hizmetten faydalanma” alt boyutlarının iç tutarlılığı orijinal çalışmada elde edilen 0.64 – 0.88 arasında değişen değerlerden daha düşük bulunmuştur. Diğer alt boyutlarda ise bu değerler yeterli düzeydedir (0.80-0.90).¹¹ Ulaşılabilirlik boyutunun diğer alt boyutu olan “hizmetten faydalanma” boyutu da diğer boyutlara göre daha düşük iç tutarlılık göstermektedir. Ancak bu boyutun B3 sorusu (sevk alma zorunluluğu sorusu) silindiğinde iç tutarlılık oldukça iyi bir düzeye gelmektedir. Bu sorunun (B3) toplam madde korelasyonunun da 0.35’in altında olduğu görülmektedir. Ayrıca orijinal ölçeğin geçerlilik çalışmasında da B3 sorusu en düşük madde toplam korelasyona sahiptir.¹¹ Boyutların iç tutarlılıkları açısından, diğer bazı çalışmalarda da alfa değerleri 0.7’nin altında bulunmuştur.¹⁵ Mevcut sistemde sevk belgesi alma zorunluluğu bulunmaması bu sorunun iç tutarlılığı olumsuz yönde etkilemiş olabilir. Ancak zamanla sevk uygulamasındaki değişiklikleri ortaya çıkarmada belirleyici bir sorudur ve her uygulamada mutlaka sorulması gerekir.

Diğer boyutlar için bakıldığında, toplam madde korelasyonu 0.35’in altında ve madde silindiğinde Cronbach alfa katsayısı diğer sorulara göre yüksek olan sorular genel olarak sorunlu olarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre C3, C12 (bekleme süresi veya işten/okuldan kalma) ve D14, D15 (hekim değiştirme) soruları potansiyel sorunlu sorulardır. Bu durum, bekleme süresi ve hekim değiştirmenin sosyalleştirme döneminden gelen birinci basamak hizmet alışkanlıkları içinde Türkiye’de önemli yer tutmamasına atfedilebilir.

Tablo 6. BDG (PCAT) boyutlarını etkileyen değişkenlerin Lojistik Regresyon indirgenmiş son model gösterimleri*

	Ulaşılabilirlik	Süreklilik	Kapsayıcılık	Eşgüdüm	Aile merkezlik	Toplumsal kap. ve katılım	Kültürel uyum
Cinsiyet							
Kadın (ref: erkek)		0.56(0.39- 0.81)	0.58 (0.41-0.83)			0.67 (0.47- 0.95)	
Eş eğitimi							
İlköğretim	1.55(1.07- 2.24)						
(ref: Lise+)							
Eğitimsiz	3.55(1.77- 7.11)						
(ref: Lise+)							
Sağlık güvencesi							
Yok	0.37(0.15-0.92)						
(ref: Var)							
Aynı AH'ne kayıt							
Hayır	0.39 (0.20-0.75)		0.39(0.22- 0.69)		0.23 (0.11- 0.46)		
(ref: Evet)							
Bölge							
Yarıkentsel		0.63(0.45- 0.90)		0.54 (0.37- .077)			
(ref: Kentsel)							
0-12 ay bebek							
Var						0.55 (0.33-0.92)	0.53 (0.30-0.90)†
(ref: Yok)							
Göç							
(ref: Yok)							1.39 (1.05- 1.84)
Var							

*OR (%95 GA), † 2.modelde “yerleşim bölgesi” eklendiğinde anlamlı bulunan değişkenler

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

Geçerlilik

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

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

Bizim çalışmamızda boyutlar bazı iç tutarlılık sorunları olmasına rağmen orijinal ölçekte olduğu gibi korunmuştur. Ölçeğin Kore'de yapılan kültürel uyarlama geçerlilik çalışmasında BDG Kısa Form kullanılmıştır. Orijinal 4 boyutlu yapıya karşın Kore çalışmasında yedi temel boyut elde edilmiştir.¹⁶

DFA sonuçları değerlendirildiğinde soru çıkarılarak yeniden denenene (bu makalede yer kısıtlılığı nedeniyle sunulamayan) modellerde faktöriyel

yüklerin daha iyi dağıldığı gözlenmiştir. Soru çıkarıldığında RMSEA, CFI (KUI), daha iyi olmasına rağmen sonuçların bu çalışmada olduğu gibi toplumsal düzeyde sahada yapılan çalışmalarda üst düzeyde yüksek çıkması beklenmez. Nitekim ölçeğin orijinal geçerlilik çalışmasında da çok yüksek değerler elde edilememiştir.

Bu ölçekler psikometrik özellikleri değil nesnel durumları ölçtüğünden uyumluluk sonuçları birincil değerlendirme kriteri olarak düşünülmemelidir. Bu tip öznel özellikleri ölçen Hasta Bildirimine Dayalı (Patient report outcomes) ölçeklerin nesnel ölçütlere her zaman duyarlı olması beklenmez. Bu nedenle soru çıkarılarak uyumluluk sonuçlarını yükseltmek yerine; bizim yaklaşımımız daha çok; farklı uygulamalarda birçok kez ölçeğin orijinal haliyle sınanarak ülkemiz için uygunluğuna karar vermektir. Bu çalışmaya benzer şekilde yapılan geniş sürümün bir geçerlilik çalışmasında yetişkin genişletilmiş sürümünden 10 soruluk bir seçim yapılarak da temel sağlık hizmetleri değerlendirilmiştir. Aynı yayında ülkelerarası uygulama farklılıkları nedeniyle bazı sorularda içerik kaybı oluşmasının kaçınılmazlığından söz edilmektedir.¹⁷ BDG yetişkin sürümü ile 3000 kişilik bir örnek üzerinde, Brezilya'da yapılan bir geçerlilik çalışmasında ölçeğin karmaşık ve gelişmiş bir yapısı olduğu, ancak Birinci basamak hizmetin değerlendirilmesinde uygun bir araç olduğu belirtilmiştir.¹⁸

Bu çalışmada uygulanan ölçeklerden biri olan PCAT Çocuk sürümünün sosyodemografik değişkenlere duyarlılıkta kullanılması, ancak geçerlilik analizlerine alınmamasının nedeni; örnek sayısının yetersizliği nedeniyle çoklu analizlere olanak vermemesidir. Çocuk sürümü için uygulama sahasında verilen yanıtları hane bazlı verildiğinden; alınan hizmetin niteliğini yansıtır olduğu varsayımı ile örneğe alınmıştır. PCAT Çocuk sürümü kısa formu ile yapılan bir başka geçerlilik çalışmasında 2200 kişilik 0-14 yaş arası çocuk adına ebeveyne ulaşılmıştır.¹⁹ BDG çocuk sürümünün genişletilmiş formunun geçerliliğinin sınındığı bir başka çalışmada

ise, 450 kişilik bir ebeveyn grubunda¹⁸ ve altı yaş çocuklar adına anket yapılmıştır.²⁰ Bizim çalışmamızda kullanılan çocuk sürümünün geçerliliği için örnek büyüklüğünün daha büyük olduğu yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Ulaşılabilirlik; üst sosyal sınıfta, kendi eğitimi ve eşinin eğitim düzeyi lise ve üstü olanlarda, sağlık güvencesi olanlarda, bölgeye göçle gelmemiş kişilerde, kentsel bölgede yaşayanlarda daha yüksektir. İngiltere’de ulusal ölçekte yapılan bir çalışmada ulaşılabilirlikle ilgili göstergeler olarak; telefonla hekime ulaşabilmek, randevu sırası, önceden randevu alabilme, kendi istediği bir hekimden randevu alabilme, hizmet alınan sağlık kurumunun açık olduğu saatler gibi özellikler değerlendirilmiştir.²¹ İngiltere çalışmasında, bölgesel yoksunluğun ulaşılabilirlik üzerindeki etkisinin ise çok az olduğu bulunmuştur, ancak bizim çalışmamızda alt sosyal sınıfa dahil kişiler, eğitimsizler ve sağlık güvencesi olmayanlarda ve yarı-kentsel bölgede yaşayanlarda ulaşılabilirlik puanları daha kötüdür. İngiltere çalışmasında birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşılabilir açısından bölgesel farklılıkların olmaması, İngiliz birinci basamak hizmetlerin başarısına atfedilebilir. Bizim bulgularımız ise öngörülen yeni örgütlenme yapısının (Aile Hekimliği), en azından çalışmanın yapıldığı bölgede hizmete ulaşılabilirlik açısından henüz daha sosyoekonomik alt grup farklılıklarını ortadan kaldıramadığı sonucunu düşündürmektedir. Çin’de BDG ile yapılan bir çalışmada ise kadın, yaşlı, yoksul ve eğitimsiz olanların, genel pratisyenlerin sunduğu sağlık hizmetlerine özel muayenehanelerden daha sık başvurdukları bulunmuştur.²² Süreklilik boyutu kadınlarda, beş yaş çocuk ve bebek bulunan hanelerde, yarı-kentsel bölgede yaşayanlarda yüksek bulunmuştur. Yeni Zelanda’da PCAT ile yapılan bir çalışmada süreklilik düşük gelir grubunda, araştırma bölgesine göçmen olarak gelmiş olan etnik gruplarda ve bir veya daha çok kronik hastalığı olanlarda yüksek bulunmuştur.²³ Sağlık gereksinimleri daha fazla olan risk gruplarının süreklilik puanlarının daha

yüksek olması bu çalışmadan da elde edilen bulgu ile benzerdir.

Düşük gelir grubundaki kadınlarda, birinci basamak performansının hekim hasta ilişkisine olan etkisinin araştırıldığı bir çalışmada dört ana boyutun kadınların güven ve hekimi ile olan ilişkinin niteliğini etkilediği görülmektedir.²⁴ Kapsayıcılık puanı yüksek kadınlar hekimlerine 11 kat daha fazla güven duymaktadır. BDG ölçeği kapsayıcılık boyutu kadınlarda ve bebek bulunan hanelerde yaşayan kişilerde yüksek puan almıştır. Bu bulgu, üreme sağlığı ile ilgili danışmanlık hizmetlerinin yeterli düzeyde verilebildiğini gösterebilir. Aile hekimlerine ardışık olarak başvuran 3256 hasta üzerinde ABD’de yapılan bir kesitsel çalışmada aşılama, cinsiyete özel olmayan taramalar ve danışmanlık hizmetleri almada cinsiyetin bir fark yaratmadığı bulunmuştur.²⁵ Bu çalışmada hastaların yaşı ve sağlık güvencesi kontrol edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise, bu değişkenlerin birlikte modele alındığı regresyon analizleri sonucunda, cinsiyet değişkeni etkili bulunmuş ve kadın olmak hizmet kapsayıcılığı açısından avantajlı bulunmuştur. Bu farklılık bizim ülkemizde koruyucu danışmanlık ve aşılama hizmetlerinin daha çok kadınlara veriliyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. ABD’de yapılan bir araştırmada sağlık danışmanlığı ve sağlık taraması hizmetlerinin hekimin kişisel yaklaşımı ve hizmet koordinasyonunu olumlu yönde anlamlı olarak etkilediği bulunmuştur.²⁶ Bu çalışmada BDÖ (PCAS) ile ölçülen bir özellik olan hekimin kişisel yaklaşımı ile BDG (PCAT) ölçeğinde kapsayıcılık boyutu, benzer şekilde 0-12 ay bebek bulunan hanelerde yüksek bulunmuştur. PCAT ile PCAS eşgüdüm soruları tek tek değerlendirildiğinde PCAT boyutunun sorularının aynı ölçeğin (PCAT) Süreklilik sorularına kavramsal olarak çok benzediği gözlenmekte, bu soruların “F” grubunun daha çok “kayıt ve bilgi sürekliliği” ile ilgili sorular olduğu izlenmektedir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu araştırmanın en önemli kısıtlılığı erkek ve kadın oranlarının araştırmanın yapıldığı

evrene benzememesidir. Erkek oranının topluma göre daha düşük olması anket için gidilen hanelerde erkeklerin çalışma saatleri nedeniyle evde bulunmayışından kaynaklanmaktadır. Bu sorunu gidermek için hafta sonları; Cumartesi ve Pazar günleri çalışma sürdürülmüş yine de özellikle yetişkin yaş grubundaki erkeklere ulaşamamıştır. BDG ölçeğinde yer alan, ev güvenliği, silah saklama ve araçta emniyet kemeri gibi konularda alınan düşük yanıtlama oranları, kapsayıcılık alt boyutu olan sağlanan hizmetler alt boyutunda bu soruların katkısını önlemiştir. Dolayısıyla bu alt boyut skoru daha dikkatli yorumlanmalıdır.

Sonuç

Bu çalışmada, her ne kadar mükemmel geçerlilik sonuçlarına ulaşamamış olsa da BDG'nin ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti sunumunu değerlendirmede, özellikle ara çıktı olarak uygun bir araç olarak kullanılabileceğini göstermektedir. İlerleyen araştırmalar ölçeğin farklı birinci basamak sağlık hizmeti sunum koşullarındaki geçerlilik ve güvenilirliğine ışık tutacaktır.

Teşekkür

Bu araştırma Celal Bayar Üniversitesi Araştırma Fonu Saymanlığı tarafından desteklenmiştir.

Kaynaklar

1. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA 1988;260:743-1748.
2. Sibthorpe B, Gardner, KA. Conceptual Framework for Performance Assessment in Primary Health Care. Aust J Prim Health 2007; 13(2):96-103.
3. WHO, Alma Ata Deklerasyonu [online]. Available at: www.who.int/hpr/nph/docs/declaration_almaata.pdf. Accesed Sept 10, 2010.

4. Institute of Medicine. Defining primary care. An interim report. Washington, DC: National Academy Press, 1994.
5. Eser E. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan yaklaşım ve yöntemler. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2008;27(3):1-12.
6. Barbara Starfield. Primary Care. New York: Oxford Univ Press, 1992.
7. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, et al. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. Med Care 1998;36(5):728-739.
8. Flocke S. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. J Fam Pract 1997;45(1):64-74.
9. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. J Fam Pract 2001;50:161W,175W.
10. Boratav K. İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri. Ankara: İmge Kitapevi Yayınları, 2004.
11. Starfield B, Shi L. MANUAL for the PCAT. Baltimore: Jonh Hopking Univ, 2009.
12. Fayers PM, Machin D. Factor analysis and structural equation modelling. In: Fayers PM, Machin D editors. Quality of Life, 2nd ed. England: John Wiley & Sons, 2007. p: 158.
13. Lağarlı T, Eser E, Akdeniz M, et al. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeğinin (Pcas; Primary Care Assessment Survey) bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerine ayaktan tanı tedavi için başvuranlardaki psikometrik özellikleri. 6. Temel Sağlık Hizmetleri Buluşması, Manisa 2007. p.65.
14. Byrne BM. Structural Equation Modeling with LISREL, PIRELIS and SIMPLIS: Basic Concepts, Applications, and Programming, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ.1998. p. 412.
15. Yang H, Shi L, Lebrun LA, Shou X, Liu J, Wang H. Development of the Chinese primary care assessment tool: data quality and measurement properties. Int J Qual Health Care 2013; 25(1):92-105.

16. Jeon KY. Cross-cultural adaptation of the US consumer form of the short Primary Care Assessment Tool (PCAT): the Korean consumer form of the short PCAT (KC PCAT) and the Korean standard form of the short PCAT (KS PCAT) Qual Prim Care 2011;19(2):85-103.

17. Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Berra S, Gotsens M, Borrell C. Assessment of primary care in health surveys: a population perspective. Eur J Public Health 2012;22(1):14-19.

18. Harzheim E, Duncan B, Stein AT et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. BMC Health Serv Res 2006;6:156-172.

19. Berra S, Rocha KB, Rodriguez-Sanz M, et al. Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in a population survey. BMC Public Health 2011;11(1):285-300.

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

21. Kontopantelis E, Roland M, Reeves D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. BMC Fam Pract 2010;11:61-77.

22. Wong YS, Kung K, Griffith S M, Carthy T, et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. BMC Public Health 2010;10:397-416.

23. Jatrana S, Crampton P, Richardson K. Continuity of care with general practitioners in New Zealand: results from SoFIE-Primary Care. N Z Med J 2011;24(1329):16-25.

24. O'malley AS, Forrest CB. Primary care performance and Patient-Physician Relationship For Low-Income Women. J Gen Intern Med 2002;17:66-74.

25. Flocke SA, Gilchrist V. Physician and patient gender concordance and the

delivery of comprehensive clinical preventive services. Med Care 2005;43(5):486-492.

26. Flocke SA, Stange KC, Zyzanski SJ. The association of attributes of primary care with the delivery of clinical preventive services. Med Care 1998;36(8 Suppl):21-30.