



# BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMET KAPSAYICILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK YENİ BİR ÖLÇEĞİN GELİŞTİRİLMESİ VE ÖN GEÇERLİLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Developing and preliminary validating a new scale to evaluate primary care comprehensiveness in Turkey

Burak TUNÇ<sup>1</sup>, Erhan ESER<sup>1</sup>

## Özet

Çalışmada ülkemizdeki aile hekimliği birimlerinin hizmet kapsayıcılık düzeylerini değerlendirebilecek geçerli ve güvenilir yeni bir ölçeğin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu araştırma, metodolojik tipte bir ölçek geliştirme çalışmasıdır. Araştırmanın örneklemini Manisa ilinde görevli 252 aile hekimi oluşturmuştur. Çalışma iki aşamada yürütülmüştür: (1) ölçeğin madde ve boyutlarının geliştirilmesi (kapsamlı literatür taraması, uzman görüşleri, bir pilot çalışma) ve (2) ölçek geçerliliğinin doğrulanması (içerik geçerliliği, iç tutarlılık, doğrulayıcı faktör analizi ve güvenilirlik testi). Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsayıcılık ölçeği, 170 madde ve 6 alt boyuttan (risk grubu izlemleri, sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi, sağlık taramaları, rehabilite edici hizmetler, teknik donanım ve hastalıkların yönetimi) oluşmaktadır. Ölçek geçerlilik ve güvenilirlik analizleri kapsamında kapsam geçerliliği, doğrulayıcı faktör analizi, bilinen gruplar geçerliliği ve güvenilirlik analizleri gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan elde edilen veriler IBM SPSS ve IBM AMOS programları kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,810 ve 5 alt boyut için 0,730-0,840 aralığında bulunmuştur. Madde- boyut korelasyonları (ölçekten çıkarılmasına karar verilen maddeler dışında) 0,388 ile 0,875 arasında değişmektedir. Analizler sonucunda, ölçekten sorunlu olarak belirlenen 39 madde ile 1 alt boyut çıkarılmıştır. Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda 5 alt boyuttan ve 98 maddeden oluşan ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi göstergeleri [Yaklaşık hataların ortalama karekökü (YOK; RMSEA)=0,053 ve karşılaştırmalı uyum indeksi (KUI; CFI)=0,889] yapı geçerliliğini desteklemektedir. Çalışmada, ülkemiz birinci basamak sağlık hizmet kapsayıcılığını değerlendirebilecek genel olarak iyi ve kabul edilebilir düzeyde bir ölçüm aracı geliştirilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Birinci basamak sağlık hizmetleri, kapsayıcılık, ölçek geliştirme.

## Abstract

In this study, it was aimed to develop a new valid and reliable scale that can evaluate the service comprehensiveness levels of family medicine units in our country. This study was a methodological type scale development study. The study sample consisted of 252 family physicians who worked in Manisa Province. The study was conducted in two phases: (1) development of items and dimensions of the scale (extensive literature review, expert views, a pilot study); (2) confirming scale validation (content validity, internal consistency, confirmatory factor analysis and reliability test). The primary care comprehensiveness scale consists of 170 items and 6 sub-dimensions (routin risk-groups monitoring, health promotion services, health screening, rehabilitation services and acute and chronic health conditions management). The validity and reliability of the scale were verified performing content validity, confirmatory factor analysis, known-groups validity and reliability analysis. The data obtained from the participants were evaluated using IBM SPSS and IBM AMOS programs. Cronbach alpha coefficient of scale calculated for the internal consistency was 0.810, while the subscales ranged from 0.730 to 0.840. Item-total item correlations (except for the items that were decided to be removed from the scale) ranged from 0.388 to 0.875. According to the results of the analysis, 39 items and 1 sub-dimension that were determined as problematic were removed from the scale. As a result of confirmatory factor analysis, final scale that comprised 98-item and five dimensions' fit indices results (RMSEA=0.053, CFI=0.889) were within acceptable ranges. It has been determined that the primary care comprehensiveness scale has adequate reliability and validity and can be used to assess comprehensiveness of primary care in Turkey.

**Keywords:** Primary care, scale development, comprehensiveness.

1-Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara, Türkiye

2-Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Dr. Burak TUNÇ

e-posta / e-mail: btunc84@gmail.com

**Geliş Tarihi / Received:** 27.04.2022, **Kabul Tarihi / Accepted:** 27.07.2022

**ORCID:** Burak TUNÇ: 0000-0001-7892-0497, Erhan ESER: 0000-0002-2514-0056

**Nasıl Atıf Yapırım / How to Cite:** Tunç B, Eser E. Birinci Basamak Sağlık Hizmet Kapsayıcılığının Değerlendirilmesine Yönelik Yeni Bir Ölçeğin Geliştirilmesi ve Ön Geçerliliğinin Değerlendirilmesi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2022;7(3):476-96.

## Giriş

Birinci basamak sağlık hizmetleri toplumda yaygın görülen (çok nadir ve olağandışı sağlık sorunları hariç) sağlık gereksinimlerine yönelik ulaşılabilir ve kapsayıcı sağlık hizmetlerinin sunulduğu ve koordinasyon rolü ile sağlık sisteminin diğer birimleri arasındaki bağlantının sağlandığı, sağlık hizmetlerine erişimin ilk giriş noktası olarak tanımlanmaktadır (1-3). Birinci basamak sağlık hizmetleri tüm sağlık sistemi kalitesinin geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (4). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülke verilerinden elde edilen kanıtlar iyi kurgulanmış birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili (daha iyi sağlık sonuçları), verimli (daha düşük maliyet) ve adil sağlık sistemlerinin temelini oluşturduğunu göstermektedir (5). Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilebilirlik durumunu çok boyutlu ölçmek ve değerlendirmek güçlü sağlık sistemlerinin inşasında önemlidir (6, 7).

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesine yönelik ilk ve önemli yaklaşımlardan birisi 1966 yılında Donabedian A. tarafından geliştirilen Donabedian Modelidir. Bu modelde sağlık hizmet sistemi 3 temel bileşen (sağlık hizmet sisteminin yapısı, sağlık hizmet sisteminin işleyişi ve sağlık hizmet sisteminin çıktısı) açısından değerlendirilmektedir (8, 9). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesine yönelik yoğun çalışmaları olan Starfield ise teorik olarak tanımlamış olduğu ve olmazsa olmaz olarak değerlendirdiği birinci basamağın 4 temel bileşenini (ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık ve koordinasyon) Donabedian Modeli'nin yapı, işleyiş ve çıktı modellemesi üzerinden yeniden ele almıştır. Starfield'a göre birinci basamak sağlık hizmetleri temel özelliklerinin her birinin bir "yapı", bir de "faaliyet" bileşeni vardır ve söz konusu bu özellikler gerek yapısal gerekse faaliyet/işleyiş yönleriyle değerlendirilebilirler (3, 9-10).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsayıcılık özelliği geniş bir sağlık hizmet yelpazesinin varlığı yani belirli bir birinci basamak hizmet sunucusu tarafından

toplumun tüm sağlık gereksinim türlerinin geniş dağılımına uygun yanıt verebilen hizmet sunumu olarak tanımlanmaktadır (11). Bu hizmetler içerisinde, koruyucu, sağlığı geliştirici, sık görülen sağlık sorunlarının tanısı, tedavisi, gerektiğinde uzman hekime sevk, kronik sağlık sorunlarının izlenmesi, rehabilitasyon ve palyatif bakım ve sosyal hizmetler yer almaktadır (10). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsayıcılık düzeyinin artırılmasının daha düşük sağlık harcamaları (daha az tanı testi kullanımı, tedavi giderleri ve müdahaleler) ve daha iyi hasta sonuçları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (12, 13).

Kapsayıcılığın değerlendirilmesi daha çok kurum düzeyinde yapılmakta ve yapı bileşeni olarak "geniş hizmet yelpazesi" ve faaliyet bileşeni olarak ise "sağlık hizmet gereksiniminin farkındalığı"nın kullanılması önerilmektedir (10). Birinci basamak sağlık hizmet kapsayıcılığının değerlendirilmesinin diğer basamaklara göre karmaşık olmasının nedeni birinci basamakta yer alan sağlık sorunlarının çeşitliliğinin fazla olması, koruyucu hizmetlerin payı ve koruyucu hizmetlerin hasta olmayan kişileri de kapsamasındandır (9).

Yapı bileşeni olan hizmet yelpazesinin daha çok kurum düzeyinde ölçülmesi (sunulan hizmetin ve kullanılan teknolojinin çeşitliliği ve uygunluğu ve sağlık insan gücünün beceri ve donanımı) önerilmektedir. Faaliyet bileşeni olan gereksinim farkındalığı ise kurum ve toplum düzeyinde çeşitli yaklaşımlar ile değerlendirilebilir. Bunlar içerisinde en çok kullanılanı toplumun öncelikli sağlık sorunlarının, risk gruplarının ve gereksinimlerinin belirlenmesidir (10).

Literatürde birinci basamak sağlık hizmetlerini morbidite ve mortalite gibi sonuç değerlendirmeleri dışında temel özellikleri ile değerlendiren çok sayıda ölçüm gereci bulunmaktadır ve bu gereçlerin diğer ülke sağlık sistemlerine uygun olup olmadıkları (geçerlilik-güvenilirlik) çeşitli çalışmalarla değerlendirilmiştir (14-17).

2012 yılında Haggerty J. ve

arkadaşlarının literatürde yer alan geçerlilikleri yapılmış 11 farklı birinci basamak sağlık hizmet ölçeğini değerlendirdikleri çalışmada bu ölçeklerin en az değerlendirdikleri kısımların kapsayıcılık, kültürel duyarlılık, aile merkezli hizmet, bütüncül bakım, toplum katılımı, eşitsizlikler ve sektörler arası iş birliği olduğunu belirtmiştir (18).

Ülkemizde Eser E. ve arkadaşları tarafından geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış iki birinci basamak sağlık hizmeti değerlendirme ölçeği (Birinci Basamak Değerlendirme Gereci (BDG), Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (BDÖ)) bulunmaktadır (7, 19). Kapsayıcılık özelliği, BDG içerisinde “mevcut hizmetler-25 madde” ve “sağlanan hizmetler-10 madde” olmak üzere iki alt boyutta toplam 35 soru ile BDÖ içerisinde ise “hastanın bütüncül bilgisi-5 madde” ve “koruyucu hizmetler ve danışmanlık-7 madde” alt boyutları olmak

üzere toplam 12 soru ile ölçülmektedir. Bu ölçeklerin kapsayıcılığı değerlendirme boyutları incelendiğinde ülkemiz birinci basamak sağlık hizmetleri öncelikleri ile uyumsuzluklarının olduğu gözlenmektedir. Örneğin rutin risk grubu izlemleri, doğum öncesi ve sonrası bakım, yaygın ve kronik hastalıkların yönetilme durumu, teknik donanım ve ayrıca kapsayıcılığın faaliyet bileşeni olan sağlık sorunlarının farkındalığını değerlendirmeye yönelik değerlendirmelerin yer almadığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada ülkemizde kişiye yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu Aile Hekimliği Birimlerinin (AHB) hizmet kapsayıcılık düzeylerinin kurum düzeyinde değerlendirilebilmesine yönelik ülkemiz birinci basamak hizmetlerine uygun, geçerliliği ve güvenilirliği yüksek yeni bir kapsayıcılık ölçüm gerecinin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Bu araştırma, metodolojik tipte yeni bir ölçek geliştirme çalışmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsayıcılık ölçeğinin geliştirilmesi ve geçerliliğinin değerlendirilmesinde temel olarak iki aşama

belirlenmiştir: Kavramsal yapının geliştirilmesi, ölçek başarısının artırılması ve yapının istatistiksel doğruluğunun sınanması (Şekil 1).

### Teorik önem ve yapının varlığı

- 1- Ölçek boyutlarının belirlenmesi
- 2- Boyutlara ait soru havuzunun oluşturulması (literatür taraması)
- 3- İçerik geçerliliğinin değerlendirilmesi (Uzman paneli ve pilot değerlendime)
- 4- Ölçeğin pilot sürümünün oluşturulması
- 5- Ölçeğin alanda uygulanması

### Ölçek Yapı geçerliliğinin değerlendirilmesi

- 1- Doğrulayıcı faktör analizi
- 2- Bilinen gruplar analizleri
- 3- Birleşme/ayrışma geçerliliği analizleri

**Şekil 1:** Birinci Basamak Hizmet Kapsayıcılık Ölçeğinin geliştirilme aşamaları.

## Ölçeğin Kavramsal Yapısının Oluşturulması

Ölçeğin kavramsal yapısının oluşturulmasında Lynn'in önerdiği iki aşamalı yapı (geliştirme aşaması ve karar verme aşaması) kullanılmıştır (Şekil 2) (20). Bu amaçla ilk olarak ölçeğin kuramsal olarak hangi alt boyutlardan oluşması gerektiği ve bu alt boyutların içerisinde yer alacak soru

havuzları belirlenmiştir. Bu süreçte diğer birinci basamak sağlık hizmetleri değerlendirme ölçekleri (BDÖ, BDG, CPCI, PCET, GPAS, GPAQ,), kapsayıcılık ile ilgili yurt içi ve yurt dışı yayınlar ve birinci basamak sağlık hizmetleri çerçevesinde sunulan hizmetlerin kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır (7, 19, 21-24).

### Geliştirme Aşaması

Ölçek boyutlarının tanımlanması  
Soru havuzunun oluşturulması (Literatür taraması)  
Soruların uygun formatlara dönüştürülmesi



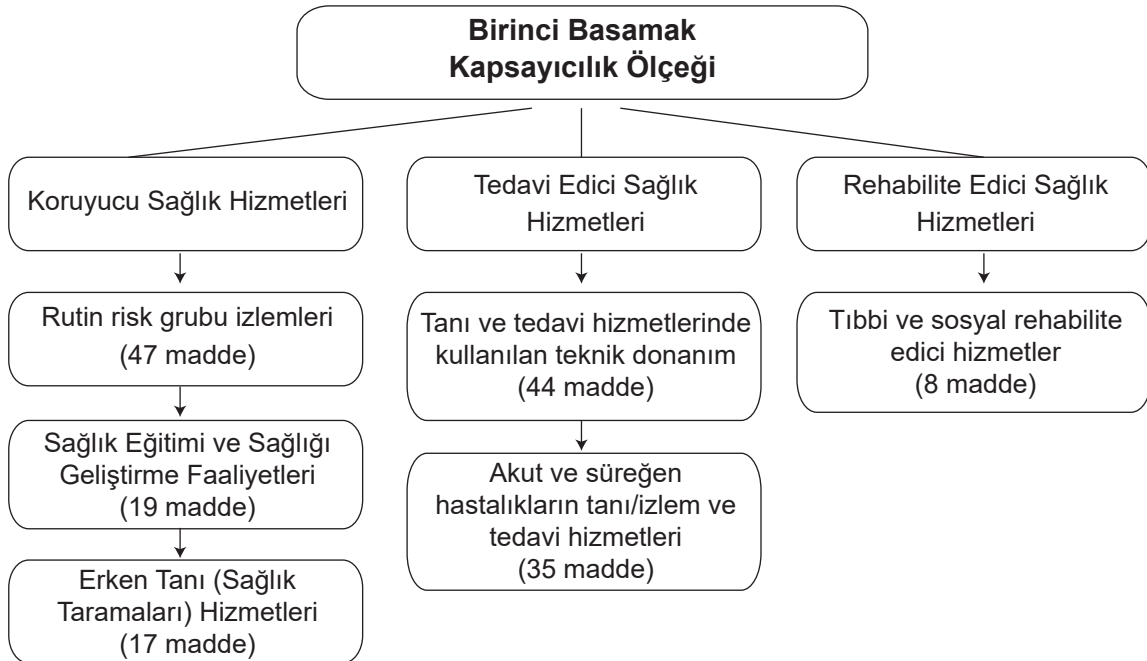
### Karar Verme Aşaması (Uzman Görüşleri Sonrası Revizyonlar)

Soruların gerekliliği ve uygunluğuna karar verme  
Soruların anlaşılabilirliğine karar verme  
Soruların kapsayıcılığına karar verme

Şekil 2: Kavramsal yapının oluşturulması.

Literatür değerlendirilmesi sonrasında ölçeğin 6 ayrı boyuttan ve toplam 170 sorudan oluşmasına karar verilmiştir (Şekil 3). Ölçek alt boyutlarının ilk belirlenme aşamasında, sağlık hizmetlerinin genel sınıflandırılması (koruyucu sağlık hizmetleri,

tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri) temel alınmıştır. Sonrasında her bir sağlık hizmet sınıfı kendi içerisinde alt boyutlara ayrılmaya çalışılmıştır (Şekil 3).



Şekil 3: Birinci Basamak Kapsayıcılık Ölçeğinin kuramsal alt boyutları ve soru sayıları.

Ölçekteki maddeler için 5'li Likert tipte yanıt setleri hazırlanmıştır. "Her zaman katılıyorum/olanaklarım yeterli/hizmeti gereken yeterlilikte ve sıklıkta sunarım =5, hiç fırsatım olmuyor/olanaklarım yetersiz/hizmeti sunma fırsatım hiç olmuyor =1" şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekteki her alt boyutun toplam puanı ve genel ölçek puanı 100'e dönüştürülmüştür [(Alt boyuttan elde edilen toplam puan/alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan) x 100]. Ölçekten alınan puanın artması sağlık kurumunun hizmet kapsayıcılığının arttığını göstermektedir.

### **İçerik Geçerliliğinin Değerlendirilmesi**

Ülkemizde akademik olarak birinci basamak sağlık hizmetleriyle ilgilenen ve sahada birinci basamakta görevli olmak üzere toplam 18 uzman bu amaçla belirlenmiştir. Uzmanlara, literatür taraması sonrası belirlenen soruların ülkemizde sunulan birinci basamak sağlık hizmetleri kapsayıcılığına olan uygunluğunu ve belirlenen kuramsal alt boyutlara olan uygunluğunu ayrı ayrı değerlendirmeleri amacıyla oluşturulan bir anket gönderilmiştir.

Uzman görüşlerinin istatistiksel olarak analizinde en yaygın kullanılan teknik olan orantısal uyuşma (proportional agreement) yaklaşımı olan Davis yöntemi çalışmamızda uzman görüşlerinin değerlendirilmesi için seçilmiştir. Bu yöntemde her bir soru için kapsam geçerlilik indeksleri hesaplanmıştır (I-CVI). Kapsam geçerlilik indeksinde uzman her bir madde için "madde hedeflenen yapıyı ölçüyor/gerekli", "madde yapı ile ilişkili ama düzenlenmeli" veya "madde hedeflenen yapıyla ilişkisiz/gereksiz" şeklinde üçlü değerlendirmede bulunmuştur. Çalışmamızda madde kapsam geçerlilik indeksi için 0.80 sınır değer olarak kabul edilmiştir (25).

$$\text{Kapsam Geçerlilik İndeksi} = \frac{N(G)}{N/2} - 1$$

N(G)= Her bir maddeye gerekli diyen uzmanların sayısı

N=Araştırmaya katılan toplam uzman sayısı

Ayrıca soruların anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi ve daha da yükseltilmesi amacıyla 7 aile hekiminden oluşan bir grup

üzerinde pilot değerlendirme yapılmıştır. Her bir soru için soruların anlaşılabilirliği/anlaşılmalı sorular, soruların mantıksal sırası, soruların cevaplanabilirliğinin kolaylığı, anketi tamamlama süresi ve eksik kalan konu başlıkları ile ilgili geri bildirimler alınmıştır.

### **Ölçeğin Uygulanması**

#### **Çalışmanın Yeri Ve Zamanı**

Bu araştırma bir uzmanlık tezi çalışmasıdır. Veriler, Manisa İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı 400 Aile Hekimliği Biriminden (AHB) elde edilmiştir. Örnek seçiminde herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış olup tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir. Bu uzmanlık tezi, 17.07.2014 tarihinde Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Akademik Kurulu'nca kabul edilmiştir.

#### **Veri Toplama Formu ve Değişkenler**

Bu çalışmada aile hekimlerinin sosyodemografik ve hizmet sunumu ile ilgili bilgi formu ve çalışmada geliştirilen hedef ölçek (Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kapsayıcılık Ölçeği) yanında, 2014 yılında Lağarlı T. ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği gerçekleştirilmiş olan Birinci Basamak Değerlendirme Gereci -BDG (Primary Care Assessment Tool-PCAT) uygulanmıştır (19, 26).

Birinci Basamak Değerlendirme Gerecinin iki ayrı sürümü (yetişkin ve çocuk) bulunmakta olup yetişkin sürümü 4 ana boyut (core domains) ve 3 adet türetilmiş boyut (derivate domains) olmak üzere 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Çalışmamızda yetişkin sürümü içerisinde yer alan ilk başvuru-ulaşılabilirlik, süreklilik ve eşgüdüm boyutlarına ait sorular kullanılmıştır.

Hazırlanan ölçek web tabanlı bir site yardımıyla online anket haline dönüştürülmüş ve Manisa İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinlerin alınması sonrası aile hekimliği bilgi sistemi (AHBS) üzerinden yayımlanmıştır. Çalışmaya katılım öncesinde katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Çalışma sürecinde çalışmaya katılmayan aile hekimlerine ulaşılarak istekleri doğrultusunda yazılı veya mail yoluyla çalışmaya dâhil olmaları talep edilmiştir.

Çalışmamıza 252 aile hekimi katılmıştır ve katılım oranı %63'dür. Araştırma projesi Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu onayından (10.09.2014 tarih ve 313 sayılı) sonra Manisa İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırmalar Kurulu onayı da alınmıştır.

## **Yapının İstatistiksel Doğruluğunun Sınanması (Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizleri)**

### **Güvenilirlik Analizleri**

Ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesinde %27'lik alt-üst grup karşılaştırması, Cronbach alfa ve madde çıkarıldığında Cronbach alfa değişimi, maddeler ile toplam boyut korelasyonları ve maaddeler arası korelasyonlar yöntemleri kullanılmıştır.

### **%27' lik Alt-Üst Grup Karşılaştırması Yöntemi**

Ölçek içerisinde madde (soru) ayırt edicilik gücünü belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Bu yöntemde her bir madde için aile hekimlerinden elde edilen puanlara göre iki karşılaştırma grubu (%27'lik alt ve üst gruplar) oluşturulmuştur. Bu grupların oluşturulmasında her bir alt boyut için elde edilen toplam puanlar en yüksekten düşüğe doğru sıralanarak %27'lik üst ve %27'lik alt kesim noktaları belirlenmiştir. Bu iki karşılaştırma grubunun o maddeye verdikleri tepkilerin ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farkın elde edilmesi o maddenin ayırt etme gücünün yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Bu yöntemde bağımsız gruplarda t testine göre fark yaratamayan sorular "sorunlu soru" olarak değerlendirilmiş ve çıkartılmasına karar verilmiştir (27).

### **Madde (Soru) Çıkarıldığında Cronbach Alfa Değişimi**

Ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı kullanılmıştır. Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan k maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Hesaplanan katsayı için genel

Kabul en az 0,70 değerinin elde edilmesidir (28).

Ayrıca çalışmamızda soru çıkarıldığında elde edilen Cronbach alfa değerinin, soru çıkarılmadan elde edilen değerden "daha küçük" olması o sorunun iç tutarlılığa "olumlu" katkısı olduğu anlamına gelmektedir. Tersini olduğunda (yani soru çıkarıldığında elde edilecek Cronbach alfa değeri soru çıkarılmadan elde edilen değerden daha yüksek çıkarsa) bu durumda o soru "sorunlu soru" olarak değerlendirilmiş ve çıkartılmasına karar verilmiştir (29).

### **Madde-Toplam Korelasyonu**

Ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerden biri madde-toplam korelasyonudur. Bu yöntemde madde-toplam korelasyonunun 0,35'den yüksek olması yeterli olarak kabul edilmiştir. 0,35'den düşük korelasyona sahip sorular "sorunlu soru" olarak kabul edilmiş ve çıkartılmasına karar verilmiştir (30).

### **Maddeler Arası Korelasyon**

Bu yöntemde alt boyutlar içerisindeki soruların birbirleriyle olan korelasyonları değerlendirilmiştir. Korelasyon katsayı değeri 0,75'den yüksek olan sorular ve diğer sorularla çok düşük korelasyon gösteren soruların ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir.

### **Yapı Geçerliliğinin Değerlendirilmesi**

Bu çalışmada geliştirilen ölçeğin yapı geçerliliği, doğrulayıcı faktör analizi, Bilinen gruplar geçerliliği ve Birleşme/Ayrışma geçerliliği analizleri ile değerlendirilmiştir.

### **Doğrulayıcı Faktör Analizi**

Kapsayıcılık ölçeğinin faktör yapısını incelemek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiş olup çıkarım tekniği olarak Maksimum olasılık (Maksimum Likelihood-ML) tekniği kullanılmıştır. Bu amaçla ölçeğe ait kavramsallaştırılmış 6 örtük değişkenden (rutin risk grubu izlemleri, sağlığı geliştirme hizmetleri, sağlık taramaları hizmetleri, rehabilite edici hizmetler, tanı ve tedavi hizmetlerinde kullanılan teknik donanım ve akut-kronik

hastalıkların yönetimi) ve 120 gözlenen değişkenden oluşan modele doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

Önerilen modelin model uyum indekslerinin değerlendirilmesi amacıyla  $\chi^2/df$  (Ki kare/ Serbestlik derecesi), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (YOK) (Root Mean Square Error of Approximation; RMSEA), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (KUI) (Comparative Fit Index; CFI) ve Ortalama Hataların Karekökü Standart RMR indeksleri kullanılmıştır. Ki kare istatistiği için  $\chi^2/df < 3$  için kabul edilebilir uyumu, KUI için 0,90'dan yüksek değerler, YOK değerinin 0,10'dan, Standart RMR değerinin ise 0,08'den düşük olması iyi bir uyum göstergesi olarak kabul edilmiştir (31). Analizler için Statistical Package of Analysis of Moment Structures (AMOS 22) paket programı kullanılmıştır.

### **Bilinen Gruplar Geçerliliği**

Ölçeğin ölçüt (kriter) geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla bilinen grup karşılaştırma yöntemi uygulanmıştır. Bilinen grup karşılaştırılması için 3 değişken kavramsal olarak kapsayıcılığı ayırt edebileceği düşünülerek belirlenmiştir. Bu

yaklaşımında "A grubu ASM'de görev yapmak", "aile hekimi uzmanı olmak" ve "kentsel yerleşkede bulunan bir ASM'de görev yapmak" kapsayıcılık ölçek puanlarını artırır hipotezleri sınanmıştır. Analizler için bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

### **Birleşim-Ayrışım Geçerliliği**

Yapı geçerliliğinin sınanmasında faktör çözümlenmeleri dışında kullanılan diğer bir yaklaşımda, birleşim-ayrışım geçerliliğidir. Bu yaklaşımda gerek kapsayıcılık ölçeğinin kendi boyut puanları arasındaki korelasyonlara, gerekse kapsayıcılık ölçeğinin uygun boyutlarıyla Birinci Basamak Değerlendirme Gereci (BDG)'ye ait ilk başvuru-ulaşılabilirlik, süreklilik ve eşgüdüm boyutları arasındaki korelasyonlar değerlendirilmiştir.

Ayrıca geçerlilik çalışmalarında dağılımla ilgili değerlendirmelerin başında gelen taban-tavan etkisi tüm ölçek ve alt boyutların her birisi için hesaplanmıştır. Taban ve tavan etki yüzdelerinin alttan ve üstten %20'den düşük olması istenilmektedir. Bunun tersi durumda, ölçeğin istenen boyutu yeterince ölçemediğinden söz edilir (32).

## **Bulgular**

Araştırmamıza katılan aile hekimlerinin yaş ortalaması  $46,3 \pm 1,9$ 'dur (min 25-maks 64). Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %70,2'si erkek ve %29,8'i kadındır. Mesleki özellikleri incelendiğinde %97,6'sı pratisyen hekim, %2,0 aile hekimi uzmanı ve %0,4'ü diğer branşlarda uzman

hekimdir. Ortalama aile hekimi olarak çalışma süresi  $5,7 \pm 1,6$  yıldır. Aile sağlığı merkezlerinin %63'ü il/ilçe merkezinde, %37'si ise dışındadır. Aile sağlığı merkezlerinin %29,8'i A tipi, %24,2'si D tipi, %20,6'sı B tipi, %11,9'u C tipi ve %13,5'i grupsuzdur (Tablo 1).

**Tablo 1:** Araştırma grubunun sosyodemografik ve hizmet özelliklerinin dağılımı.

Değişkenler	n	%
<b>Yaş</b>		
44 yaş ve altı	80	31,7
45-49 yaş	95	37,7
50 yaş ve üzeri	77	30,6
Ort. $\pm$ std= $46.4 \pm 5.3$ , En düşük: 25 En yüksek:64		

<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	177	70,2
Kadın	75	29,8
<b>Mesleki ünvan</b>		
Pratisyen hekim	240	95,3
Aile hekimi uzmanı	11	4,3
Diğer branşlarda uzman hekim	1	0,4
<b>Aile hekimi olarak görev yapma süresi</b>		
3 yıl ve altı	25	9,9
4-6 yıl	109	43,3
7 yıl	118	46,8
Ort. $\pm$ std= 5.7 $\pm$ 1.6		
<b>Gezici (mobil) hizmetin sunumu</b>		
Evet	108	42,8
Hayır	144	57,2
<b>ASM'nin coğrafik yerleşimi</b>		
İl/İlçe merkezi	159	63,0
İl/İlçe merkezi dışı	93	37,0
<b>ASM grubu</b>		
A grubu	75	29,8
B grubu	52	20,6
C grubu	30	11,9
D grubu	61	24,2
Grupsuz	34	13,5
<b>Entegre ASM</b>		
Evet	12	4,8
Hayır	240	95,2
<b>Aile sağlığı çalışanlarının mesleki ünvanı</b>		
Ebe	170	67,5
Hemşire	68	27,0
ATT	3	1,2
Sağlık memuru	4	1,6
Yok/geçici görevli	7	2,7
<b>Hizmet sunulan kayıtlı kişi sayısı</b>		
2000 ve altı	1	0,4
2001-2500	25	9,9
2501-3000	36	14,3
3001 ve üzeri	190	75,4
Ort. $\pm$ std= 3391 $\pm$ 566,6, En düşük: 1700, En yüksek: 4810		

### Kapsam (İçerik) Geçerliliği ile İlgili Bulgular

Ölçeğin kapsam geçerlilik değerlendirmesi sonrasında ölçek içerisinden 31 madde çıkarılmış ve toplam madde sayısı 139 olarak belirlenmiştir. 7 aile hekiminden oluşan ekip tarafından ölçek maddelerinin anlaşılabilirliğinin yüksek

olduğu, anlaşılamayan maddelerin olmadığı, cevaplanabilme kolaylığı ve maddelerin sıra uyumunun da yeterli olduğu değerlendirilmiştir.

Katılımcılar tarafından anket tamamlanma süresinin ortalama 1 saat olduğu ve soru sayısının daha da azaltılarak anket süresinin kısaltılması gerektiği belirtilmiştir.



## Güvenilirlik

Ölçeğin güvenilirlik değerlendirmesi için boyutların Cronbach alfa değeri, madde çıkarıldığında Cronbach alfa değeri ve madde-toplam korelasyonları incelenmiştir. Boyutlara göre iç tutarlılığı bozan ve düşük düzeyde madde-toplam korelasyonu elde edilen maddeler ölçekten çıkarılarak ölçeğin son şekli oluşturulmuştur. Bu süreçler sonucunda 8 soru eksiltme yapılarak son madde sayısı 131'e indirilmiştir (Ek 1).

Ölçeğin genel Cronbach alfa değeri 0,810, alt boyutların ise 0,734 ile 0,844 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu bulgulara göre ölçeğin iç tutarlılığının yeterli

düzeyde olduğu düşünülmektedir. Madde-toplam korelasyonlarının ise (ölçekten çıkarılmasına karar verilen maddeler dışında) 0,388 ile 0,875 arasında olduğu gözlenmiştir. Kapsayıcılık ölçeğine ait puanların dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur.

Ölçüm aracının alt boyutlarının tavan ve taban etkisi analizleri değerlendirildiğinde tıbbi ve sosyal rehabilite edici hizmetler alt boyutunda (%11.2-%0) ve diğer alt boyutlar için ise (%0.0-0.0) olarak bulunmuştur. Bu bulgular, belirtilen sınırların (%20) altında olduğundan, ölçüm aracında tavan ve taban etkisi olmadığı söylenebilir.

**Tablo 2:** İstatistiksel analizler sonrası ölçek soru sayıları, puan dağılımları ve Cronbach alfa değerleri.

	Rutin Risk Grubu İzlemleri	Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme	Sağlık taramaları	Tıbbi ve Sosyal Rehabilite Edici Hizmetler	Tanı ve tedavi hizmetlerinde kullanılan teknik donanım	Akut ve Süregen Hastalıkların Tanı/İzlem ve Tedavi Hizmetleri	Toplam
Madde sayısı	37	15	14	4	33	28	131
Ortalama puan*	68,3± 15,0	66,3±17,3	56,0±16,4	52,8±22,5	56,7±9,0	63,2±18,3	62,3±12,9
Minimum	27,6	21,3	25,7	20	32,7	28,6	33,9
Maksimum	100	98,7	97,1	100	82,0	98,6	87,0
Taban, %	%0,0	%0,0	%0,0	%11,6	%0,0	%0,0	%0,0
Tavan, %	%0,0	%0,0	%0,0	%1,2	%0,0	%0,0	%0,0
Çarpıklık (Skewness)	-0,36	-0,33	0,31	0,23	-0,06	-0,19	-0,19
Basıklık (Kurtosis)	-0,70	-0,70	-0,59	-1,10	-0,21	-1,06	-0,82
Cronbach alfa	0,844	0,828	0,758	0,843	0,744	0,808	0,810

\*Ölçek alt boyut puanları 100'e dönüştürülmüştür,

## Doğrulayıcı Faktör Analizi Bulguları

Çalışmamızda doğrulayıcı faktör analizi yöntemi olarak Maksimum olasılık (Maksimum Likelihood-ML) tekniği kullanılmıştır, 6 örtük değişken ile 131 sorudan oluşan başlangıç modelimize ait model uyum indeks değerleri  $X^2/df$  değeri 2,208, YOK değeri ise 0,071 olarak bulunmuştur, KUI=0,731 ve Standart RMR ise 0,094 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

İkinci bir model olarak "Tanı ve Tedavi Hizmetlerinde Kullanılan Teknik Donanım Boyutu" ölçek dışarısında bırakılarak geri kalan 5 örtük değişken ve 98 gözlenen değişken ile ikinci model kurulmuştur, 5 boyuttan oluşturduğumuz ikinci modelin uyum indeks değerleri incelendiğinde:  $X^2/df=1,684$ , YOK=0,053, KUI=0,889 ve Standart RMR=0,068 olduğu görülmüştür.

**Tablo 3:** Doğrulayıcı faktör analizi ile test edilen Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kapsayıcılık Ölçeği modellerine ait uyum ölçüleri.

Uyum Ölçüleri	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Model 1 (6 faktörlü)	Model 2 (5 faktörlü)
$X^2/df$	$0 \leq X^2 \leq 2$	$2 \leq X^2 \leq 3$	<b>2,208</b>	<b>1,684</b>
YOK*	$0,00 \leq YOK \leq 0,05$	$0,05 \leq YOK \leq 0,08$	<b>0,071</b>	<b>0,053</b>
KUİ**	$0,95 \leq KUİ \leq 1,00$	$0,90 \leq KUİ \leq 0,95$	<b>0,731</b>	<b>0,889</b>
Standart RMR	$0 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,10$	<b>0,094</b>	<b>0,068</b>

\*YOK: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation; RMSEA)

\*\*KUİ: Karşılaştırmalı uyum indeksi (Comparative Fit Index; CFI)

### Bilinen Gruplar Karşılaştırmasına Ait Bulgular

Kapsayıcılığı etkileyebileceği ve farklılıkların görülebileceği 3 ayrı bilinen grup (aile hekiminin mesleki ünvanı, ASM grubu ve ASM yerleşke tipi) içerisindeki ölçek alt boyutlarının ve toplam kapsayıcılık puanının değişimine ait bulgular Tablo 4'de sunulmuştur. Bu sonuçlara göre aile

hekiminin mesleki ünvanının aile hekimi uzmanı olduğu birimlerin, A grubu ASM'lerin ve kentsel yerleşkede bulunan ASM'lerin rehabilite edici hizmetler boyutu dışındaki diğer boyutlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan ortalaması aldıkları yani kapsayıcılıklarının daha iyi olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4:** Bilinen gruplar karşılaştırması bulguları.

Değişkenler	Rutin Risk Grubu Boyutu		Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme Boyutu		Sağlık Taramaları/ Erken Tanı Boyutu		Rehabilite Edici Hizmetler Boyutu		Akut ve Kronik Hastalıkların Yönetimi Boyutu		Toplam Kapsayıcılık Puanı	
	n	Puan Ort, p	Puan Ort, p	Puan Ort, p	Puan Ort, p	Puan Ort, p	Puan Ort, p	Puan Ort, p	Puan Ort, p	Puan Ort, p		
<b>Aile hekimi mesleki ünvan</b>												
Pratisyen Hekim	240	126,1	49,8	39,3	10,6	88,7	314,2					
Aile Hekimi Uzmanı	11	141,5	59,8	49,8	11,6	106,2	369,0					
		<b>0,046*</b>		<b>0,007*</b>		<b>0,005*</b>		0,527*		<b>0,014*</b>		<b>0,011*</b>
<b>ASM yerleşkesi</b>												
Kentsel	156	127,7	50,9	40,2	10,8	90,8	320,0					
Kırsal	93	125,5	49,0	39,1	10,4	87,4	311,6					
		<b>0,042**</b>		<b>0,020**</b>		<b>0,012**</b>		0,454**		<b>0,008**</b>		<b>0,024**</b>
<b>ASM grubu</b>												
A grubu	74	129,3	51,5	41,8	10,8	91,3	323,3					
Diğer	177	124,5	49,7	38,3	30,4	88,8	312,2					
		<b>0,012**</b>		<b>0,029**</b>		<b>0,044**</b>		0,756**		<b>0,023**</b>		<b>0,045**</b>

\*Mann-Whitney U testi,

\*\* Bağımsız gruplarda t testi,

### Birleşim-Ayrışım Geçerliliği

Kapsayıcılık ölçeğinin kendi alt boyutları arasındaki korelasyonlar değerlendirildiğinde tüm alt boyutların birbirleriyle orta-iyi düzeyde korelasyonlar gösterdikleri ( $r=0,38-0,84$ ,  $p<0,05$ ) izlenmektedir, Birleşim-Ayrışım geçerliliği

yaklaşımı ayrıca ölçek ile BDG ölçeği boyutları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi ile de yapılmıştır (Tablo 5). BDG ölçeği alt boyutları ile ölçeğin tüm alt boyutları arasında anlamlı korelasyonlar gözlenmektedir ( $p<0,05$ ) (Tablo 6).

**Tablo 5:** Kapsayıcılık ölçeği alt boyutlarının korelasyonu.

Ölçek alt boyutları	Rutin Risk Grubu Hizmetleri	Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme Hizmetleri	Sağlık Taramaları/ Erken Tanı Hizmetleri	Rehabilite Edici Hizmetler	Akut ve Kronik Hastalıkların Yönetimi	Tanı ve Tedavi Hizmetlerinde Kullanılan Teknik Donanım
Rutin Risk Grubu Hizmetleri	1					
Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme Hizmetleri	0,844*	1				
Sağlık Taramaları/ Erken Tanı Hizmetleri	0,775*	0,734*	1			
Rehabilite Edici Hizmetler	0,666*	0,610*	0,619*	1		
Akut ve Kronik Hastalıkların Yönetimi	0,807*	0,809*	0,766*	0,647	1	
Tanı ve Tedavi Hizmetlerinde Kullanılan Teknik Donanım	0,426**	0,442*	0,415**	0,381**	0,489**	1

Pearson korelasyon analizi: \* $p<0,05$

**Tablo 6:** Kapsayıcılık Ölçeğinin alt boyutlarının BDG ölçeği alt boyutları ile korelasyonu.

BDG alt boyutları	Ölçek alt boyutları					
	Rutin Risk Grubu Hizmetleri	Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme Hizmetleri	Sağlık Taramaları/ Erken Tanı Hizmetleri	Rehabilite Edici Hizmetler	Akut ve Kronik Hastalıkların Yönetimi	Tanı ve Tedavi Hizmetlerinde Kullanılan Teknik Donanım
İlk Başvuru	0,317*	0,298*	0,262*	0,184*	0,314*	0,259*
Süreklilik	0,447*	0,369*	0,352*	0,235*	0,430*	0,362*
Eşgüdüm	0,436*	0,411*	0,382*	0,270*	0,430*	0,383*

Pearson korelasyon analizi: \* $p<0,05$

## Tartışma

Ülkemizde sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsayıcılık düzeyinin kurum düzeyinde ölçülebilmesi için yapılan ölçek geliştirme çalışmasında, birinci basamak kapsayıcılık ölçeği rutin risk grubu izlemleri, sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme faaliyetleri, sağlık taramaları, rehabilite edici hizmetler ve akut-kronik hastalıkların yönetimi olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmuştur. Aile sağlığı birimlerinde aile hekimi ve aile sağlığı elemanı tarafından sunulan hizmetler ölçek içerisinde bir bütün olarak değerlendirilmeye çalışılmış; sadece hizmetin sunulup sunulmadığını ölçen maddeler yanında aile hekimlerinin bu hizmetlere katılma durumlarını da belirleyen sorulara yer verilmiştir. Ölçekten alınan puan arttıkça kapsayıcılık düzeyi artmaktadır.

Literatürde doğrudan ülkemize yönelik geliştirilmiş bir kapsayıcılık ölçeğine rastlanılmasa da birinci basamak sağlık hizmetlerini temel özellikleri olan ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm düzeyiyle değerlendiren çeşitli ölçüm gereçleri bulunmakta ve ülkemiz birinci basamak sağlık hizmetleri de bu ölçeklerin kullanıldığı farklı çalışmalarla değerlendirilmiş ve sonuçları yayımlanmıştır (7, 10, 11, 19, 22).

Her ne kadar çalışmamızda elde edilen ölçek alt boyut puanlarının yorumlanmasında (100'lük dönüştürmeye kıyasla) daha standart değerlere ihtiyaç duyulsa da aile hekimlerince en düşük puanlar ölçeğin tıbbi ve sosyal rehabilite edici hizmetler, erken tanı-sağlık taramaları ile teknik donanım alt boyutlarından; en yüksek puan ise rutin risk grubu izlem boyutundan elde edilmiştir. Bu bulgular, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2008 yılında Bolu ve Eskişehir'de gerçekleştirmiş olduğu birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi çalışmasına benzerlikler göstermektedir (22).

DSÖ çalışmasında, aile hekimliği birimlerinin makul düzeyde teknik donanıma sahip olduğu (görüntüleme hizmetleri dışında), çocuklar ve kadınların sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında ilk başvuru noktası olarak güçlü bir konumunun

bulunduğu (psikiyatrik, cinsel problemler ve ilişki problemleri dışında) fakat aile hekimlerinin hastalık tedavi süreçlerine katılımlarının artırılması gerektiği belirtilmiştir (22). Bizim çalışmamızda rehabilite edici hizmetler ve erken tanı hizmetlerinin göreceli olarak daha düşük puanları alması, ülkemiz birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında bazı hizmetlerin (örn, kanser taramaları, evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri, okul çağı ve adölesanlara yönelik riskli davranış danışmanlıkları, bağışıklama hizmetleri gibi) farklı hizmet birimlerince (aile hekimliği birimleri, toplum sağlığı merkezleri, sağlıklı hayat merkezleri vs.) ortak olarak sunulması ile açıklanabilir iken rutin risk grubu izlem puan yüksekliği ise ülkemizde uygulanan birinci basamak performans kriterlerinin daha çok bu boyutla ilişkisinin olması ile açıklanabilir.

Kapsayıcılık ölçeğinin geliştirilmesinde ilk olarak kapsam geçerliliği ortaya koyulmaya çalışılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmet yelpazesi ile ilgili kuramsal bir yapı genel sağlık hizmetlerinin bilinen üç özelliği (koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri) temel alınarak oluşturulmuştur. Ulusal ve uluslararası çok sayıda yayın incelenerek hazırlanan geniş bir madde havuzu içerik geçerliliğinin sağlanması amacıyla birinci basamak sağlık hizmetleriyle akademik olarak ilgilenen 18 uzmana iletilmiştir. Ölçek geliştirme çalışmalarında uzman sayısının yeterli olmaması soruların değerlendirilmesindeki şansa bağlı tutarlılık olasılığını artırabilmektedir, Lynn, içerik geçerliliğinin değerlendirilmesi için ideal uzman sayısının ise 5-15 arasında olmasını önermektedir (20). Bizim çalışmamızda içerik geçerliliği sonrasında ölçeğin birinci basamak sağlık hizmet sunum çeşitliliğini güçlü bir şekilde yansıttığı düşünülmektedir.

Ölçeklerin güvenilirliklerinin değerlendirilmesinde çeşitli yöntemler kullanılsa da en çok tercih edilen yöntemler madde analizi ve iç tutarlılıktır. İç tutarlılığın değerlendirilmesinde kullanılan Cronbach alfa değerinin 0,80-1,00 arasında olması

ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu desteklemektedir (27). Bu çalışmada ölçeğin genel Cronbach alfa katsayısı 0,810, alt boyutların ise 0,734 ile 0,844 arasında değiştiği hesaplanmıştır. Sonuçta, ölçeğin iç tutarlılığının kabul edilebilir düzeyde olduğu saptanmıştır.

Ölçeğin yapı geçerliliği çözümlenmelerinde doğrulayıcı faktör çözümlenmeleri ve bilinen-gruplar geçerliliği gösterilmiştir. Altı alt boyuttan oluşan başlangıç modelinin model uyum indeksi değerlerinin yeterli düzeyde olmadığı görülmüş, tanı ve tedavi hizmetlerinde kullanılan teknik donanım boyutu çıkarılarak 5 boyuttan ve 98 maddeden oluşan ikinci bir model kurulmuştur. Beş boyutlu ikinci modelde, model uyum değerlerinin ( $X^2/df$  değeri;1,684, YOK=0,053, KUI=0,889) yeterli olduğu görülmüştür.

Ülkemizde aile hekimi birimlerinde sunulan laboratuvar hizmetlerinde farklılıkların (halk sağlığı laboratuvarına taşınmalı sistem, hastanelerden hizmet alımı vs,) olduğu görülmektedir. Ayrıca DSÖ'nün yukarıda değinilen çalışmasında da aile hekimlerinin laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerine ulaşımlarında kısıtlılıkların olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle ölçeğimizin son halinde tanı ve tedavi hizmetlerinde teknik donanım boyutu olmasa da laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri sunumunu değerlendiren soruların kapsayıcılığı değerlendiren bir ölçek içerisinde yer almasının bu açıdan uygun olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda aile sağlığı merkezinin A grubunda olmasının, aile hekimi uzmanı olmanın ve kentsel yerleşkede bulunan bir ASM olmanın rehabilite edici hizmetler boyutu dışındaki tüm boyutlarda kapsayıcılığı arttırdığı görülmüştür. A grubu ve kentsel ASM'lerin fiziki özelliklerinin daha yeterli düzeyde olması, personel ve donanımsal iyileştirmelerden faydalanmaları

ve aile hekimi uzmanlığının tedavi yönetim farklılığının (ilaç raporu düzenleyebilme vs,) olmasının kapsayıcılığı artırdığı düşünülebilir. Bilinen grup karşılaştırmalarında kapsayıcılığın daha net olarak ayrıştırılabildiği nesnel belirleyicilerin (kronik hastalık takipleri, rutin risk grubu izlem verileri gibi) olmaması nedeniyle çalışmamızda bu yönde bilinen bir grup belirlenmemiştir.

### Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Literatürde ölçek geliştirme çalışmaları için gerekli örneklem büyüklüğü konusunda net bir kriter (ölçek madde sayısının 2-20 katı; yetersiz $\leq$ 100, orta 200-300 ve 300 $\geq$ iyi) bulunmamaktadır (33, 34). Bu çalışmanın örneklem büyüklüğü farklı öneriler doğrultusunda ele alındığında orta düzeyde yeterli olarak düşünülse de çok değişkenli analizlere izin vermemesi ve bunun sonucunda kapsayıcılığı etkileyen değişkenlerin çalışmamızda net olarak ortaya koyulamaması göz önünde bulundurulması gereken bir sınırlılıktır.

Ayrıca kapsayıcılık ölçeği her ne kadar bir sağlık kurum değerlendirme ölçeği olarak planlansa da ölçek içerisindeki madde sayısının fazlalığının ölçek sorularının doldurulmasındaki ilgiyi azaltabileceği de bir sınırlılık olarak düşünülebilir.

Ölçeğin yapı geçerliliğini ortaya koymak amacıyla ölçüt (kriter) geçerliliğinin değerlendirilmesinde kullanılan bilinen-grup karşılaştırmasında altın standart (referans), dışsal, nesnel bir ölçütün kullanılmamış olması da çalışmanın kısıtlılıkları içerisinde yer almaktadır. Ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesinde önemli bir uygulama olan test-tekrar test uygulaması da çalışmamızdaki zaman kısıtlılığı nedeniyle yapılamamıştır. Bu nedenlerle ölçek için ileride yapılacak kapsamlı çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

## Sonuç

5 boyut ve 98 maddeden oluşan Birinci Basamak Kapsayıcılık Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları ülkemizde kişiye yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu aile hekimleri birimlerinin kapsayıcılıklarının değerlendirilmesinde genel olarak iyi ve

kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir.

Ancak ileride gerçekleştirilecek daha kapsamlı çalışmalarla geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirmelerinin geliştirilmesi ve ölçek alt boyutlarına ait puanlamanın dikkatle yorumlanması önerilmektedir.

## Kaynaklar

1. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*, 1994;344(8930):1129-33. DOI: 10,1016/s0140-6736(94)90634-3, PMID: 7934497.
2. Pinto LF, Quesada LA, D'Avila OP, Hauser L, Gonçaves MR, Harzheim E. Primary care assessment tool: regional differences based on the National Health Survey from Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, *Cien Saude Colet*. 2021;26(9):3965-79, Portuguese, English, DOI: 10,1590/1413-81232021269,10112021, PMID: 34586252.
3. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. Revised ed, New York: Oxford University Press;1998.
4. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health, *Milbank Q*, 2005;83(3):457-502, DOI: 10,1111/j,1468-0009,2005,00409,x, PMID: 16202000; PMCID: PMC2690145.
5. Dullie L, Meland E, Hetlevik Ø, Mildestved T, Gjesdal S. Development and validation of a Malawian version of the primary care assessment tool. *BMC Fam Pract*, 2018;19(1):63, DOI: 10,1186/s12875-018-0763-0, PMID: 29769022; PMCID: PMC5956555.
6. Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA. *Primary care: America's health in a new era*, Washington (DC): National Academies Press (US); 1996. DOI:10,17226/5152, PMID: 25121221.
7. Lağarlı T, Eser E, Akdeniz M, Aydoğdu B, Baklaya Ü, Fıra C, Saatçioğlu A, Sönmez B, Taner E. 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. DOI: 10,20518/tjph,173052.
8. Starfield, B. Health services research: a working model *N Engl J Med*.1973;289(3):132-6. DOI: 10,1056/NEJM197307192890305.
9. Çiçeklioğlu M. Sağlık hizmet araştırmalarında farklı bir yaklaşım: Birinci basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim Dergisi [Internet]*.1998 [cited 2022 Jan 10];13(5), Available from: [https://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/kayit\\_goster.php?Id=1334](https://www.belgelik.dr.tr/ToplumHekim/kayit_goster.php?Id=1334).
10. Eser E. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan yaklaşım ve yöntemler. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2008;3(27):1-12.
11. Bambal Ö , Lağarlı T, Eser E, Filibel M, Bilecenoğlu T, Çivi G, ve ark. Manisa merkez yarı kentsel bölgede bir aile sağlığı birimine kayıtlı kadınlarda bazı birinci basamak sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health [Internet]*. 2011 [cited 2022 Jan 4];8(3):176-190. Available from: <https://dergipark.org.tr/pub/tjph/issue/16578/173110>.
12. Starfield B, Comprehensiveness of care: Concept and importance. In: *RNZCGP Annual Quality Symposium [Internet]*; 2009; Wellington, NZ, Available from: <https://www.globalfamilydoctor.com/starfield>.
13. O'Malley AS, Rich EC, Shang L, Rose T, Ghosh A, Poznyak D, Peikes D. New approaches to measuring the comprehensiveness of primary care physicians. *Health Serv Res*. 2019;54(2):356-66, DOI: 10,1111/1475-6773,13101, PMID: 30613955; PMCID: PMC6407349.
14. Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, Kim SY, Chung SH, Kim J, Jeon TH, Park HK. Korean Primary Care Research Group, Development of the Korean primary care assessment tool--measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(2):103-11, DOI: 10,1093/intqhc/mzp007, PMID: 19286829.
15. Wang W, Shi L, Yin A, Lai Y, Maitland E. Development and validation of the Tibetan Primary Care Assessment Tool,

- BioMed Research International. 2014;1(1):1-7. DOI:0,1155/2014/308739.
16. Mead N, Bower P, Roland M. The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) - development and psychometric characteristics. *BMC Fam Pract.* 2008; 20;9:13. DOI: 10,1186/1471-2296-9-13. PMID: 18289385; PMCID: PMC2277420.
  17. Macinko J, Almeida C, de Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan.* 2007;22(3):167-77. DOI: 10,1093/heapol/czm008, PMID: 17400576.
  18. Haggerty J, Lévesque JF, Beninguissé G. Mapping the coverage of attributes in validated instruments that evaluate primary healthcare from the patient perspective. *BMC Fam Pract.* 2012;13(20);13. <https://doi.org/10,1186/1471-2296-13-20>.
  19. Lağarlı T, Eser E , Baydur H. Birinci basamak değerlendirme ölçeğinin (Primary Care Assessment Tool) hizmetten yararlananlar için Türkçe erişkin sürümünün psikometrik özellikleri. *Turkish Journal of Public Health.* 2014;12(3):162-77. DOI: 10,20518/thsd,74625.
  20. Lynn M R. Determination and quantification of content validity, *Nursing Research.*1986;35(6): 382–85, DOI:10, 1097/00006199-198611000-00017.
  21. Flocke SA. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument, *J Fam Pract [Internet].* 1997 [cited 2022 Jan 12];45(1):64-74, PMID: 9228916, Available from: [https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archive-d-issues/1997-volume\\_44-45/JFP\\_1997-07\\_v45\\_i1\\_measuring-attributes-of-primary-care-dev.pdf](https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archive-d-issues/1997-volume_44-45/JFP_1997-07_v45_i1_measuring-attributes-of-primary-care-dev.pdf).
  22. Kringos DS, Boerma WG, Spaan E. A snapshot of the organization and provision of primary care in Turkey. *BMC Health Serv Res.* 2011;11:90. DOI:10,1186/1472-6963-11-90.
  23. Ramsay J, Campbell JL, Schroter S, Green J, Roland M. The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. *Fam Pract.* 2000;17(5):372-9. DOI: 10,1093/fampra/17,5,372, PMID: 11021894.
  24. Mead N, Bower P, Roland M, The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) - development and psychometric characteristics. *BMC Fam Pract.* 2008;(9):13-21. DOI: 10,1186/1471-2296-9-13, PMID: 18289385; PMCID: PMC2277420.
  25. Davis LL, Grant JS. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health.* 1997;20(3):269-74. DOI: 10,1002/(sici)1098-240x(199706)20:3<269::aid-nur9>3,0,co;2-g, PMID: 9179180.
  26. Shi L, Starfield B. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool, *Journal of Family Practice [Internet],* 2001 [cited 2022 Feb 3];50;161-161. Available from: <https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PCAT%20pubs/Shi%202001.pdf>.
  27. Baştürk S, Dönmez G, Dicle AN. Bilimsel araştırma yöntemleri [Internet], Ankara: Vize Yayıncılık;2013, Chapter 6, Geçerlik ve Güvenirlik; [cited 2022 Jan 4]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/348381438>. Erişim Tarihi: 08,04,2022.
  28. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler, *Tıp Eğitimi Dünyası,* 2014;13(40): 39-49. DOI: 10,25282/ted,228738.
  29. Alpar R. Geçerlik ve Güvenirlik, *Spor Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik Güvenirlik.* 7th edition, Detay Anatolia Akademik Yayıncılık, Ankara 2020, pp:527-50.
  30. Yuksekdağ BB, Barlas GU, The Attitude Scale Towards Distance Nursing Education (astDNE). *Turkish Online Journal of Distance Education.* 2005;16(1):52-61, DOI: 10,17718/tojde, 94776.
  31. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling.* 1999;6(1):1–55. <https://doi.org/>



10,1080/10705519909540118  
32. Terwee CB, Bot SD, De Boer MR. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* 2007;60(1):34-42. DOI: 10,1016/j.jclinepi,2006,03,012, PMID: 17161752.

33. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate Data Analysis with Readings.* 2006, 6th edition, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.  
34. Comrey AL, Lee HB. *A First Course in Factor Analysis,* 2nd edition, 1992, Lawrence Erlbaum Associates, NJ: Hillsdale.

**Ek 1: Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsayıcılık ölçeği soru formu**

<b>utin Risk Grubu İzlem Faaliyetleri</b> Aşağıdaki sorular ASM hizmet bölgenizde, siz ve aile sağlığı elemanınızca birlikte Yürütülen hizmetlerin sunulma düzeyini değerlendirmek amacıyla sorulmaktadır, <i>Lütfen her soru için yalnız bir seçenek işaretleyiniz.</i>	Her zaman Katılım/sunarium				Hiç fırsatım Olmuyor
Yeni doğan izlemine aktif olarak katılım	5	4	3	2	1
(2-12 ay) bebek izlemine aktif olarak katılım	5	4	3	2	1
(1-3 yaş) çocuk izlemine aktif olarak katılım	5	4	3	2	1
(4-6 yaş) çocuk izlemine aktif olarak katılım	5	4	3	2	1
<i>Sağlık biriminizde ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerine ayırdığınız süreyi de dikkate alarak, rutin bebek ve çocuk izlemleri sırasında aile sağlığı elemanınızla birlikte veya tek başınıza aşağıda listelenen hizmetleri ne ölçüde sunabilme fırsatınız oluyor?</i>					
Antropometrik ölçümlerin (boy/kilo/baş çevresi) yapılması ve takibi	5	4	3	2	1
Kan basıncı ölçümü (3 yaş)	5	4	3	2	1
Üreme organlarının muayenesi	5	4	3	2	1
Solunum-kalp sistemi muayenesi	5	4	3	2	1
İşitme-görme taraması (3, aydan itibaren her izlemde)	5	4	3	2	1
Bebek ve çocukluk dönemi bağışıklama uygulamaları	5	4	3	2	1
Anemi değerlendirmesi	5	4	3	2	1
Ayına uygun nörofizyolojik (mental, oral, fiziksel) gelişim değerlendirmesi için "Gelişimi izleme ve destekleme rehberinin" kullanılması	5	4	3	2	1
Beslenme (emzirme), bebek hijyeni, diş sağlığı, kazalardan korunma, önemli hastalık bulguları açısından anneye danışmanlık verilmesi	5	4	3	2	1
Gebe 1. izlemi (0-14 hft) aktif olarak katılım	5	4	3	2	1
Diğer gebe izlemlerine aktif olarak katılım	5	4	3	2	1
Lohusa 1. izlemi (2-5 gün) aktif olarak katılım	5	4	3	2	1
<i>Sağlık biriminizde ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerine ayırdığınız süreyi de dikkate alarak, rutin gebe ve lohusa izlemleri sırasında aile sağlığı elemanınızla birlikte veya tek başınıza aşağıda listelenen hizmetleri ne ölçüde sunabilme fırsatınız oluyor?</i>					
Gebenin antropometrik (boy/kilo) ölçümler ve takipleri	5	4	3	2	1
Kan basıncı ölçümü	5	4	3	2	1
Yaygın ödem muayenesi	5	4	3	2	1
Göğüs ve kalp muayeneleri	5	4	3	2	1
İdrar tahlili	5	4	3	2	1
Anemi açısından değerlendirme (hemoglobin ölçümü)	5	4	3	2	1
Rh uygunsuzluğu açısından değerlendirme	5	4	3	2	1
Obstetrik usg'nin yapılmasını sağlamak (18-24 hft)	5	4	3	2	1
24-28 gebelik haftası arası glikoz tarama testi	5	4	3	2	1
Fetal kalp seslerinin el-doppleri ile değerlendirilmesi (10-12 hft arası)	5	4	3	2	1
Gebelikte tetanoz bağışıklaması	5	4	3	2	1
Vitamin d ve demir desteğinin sağlanması	5	4	3	2	1
Beslenme-emzirme, gebelikte ilaç kullanımı, cinsel yaşam, hijyen, gebelikte tehlike işaretleri ve doğum konusunda danışmanlık	5	4	3	2	1
Lohusanın kan basıncı, nabız, solunum sayısı, ateş ölçümü	5	4	3	2	1
Vajinal kanama ve akıntının değerlendirilmesi	5	4	3	2	1
Lohusanın bacaklarında ağrı, şişlik, kızarıklık varlığının değerlendirilmesi	5	4	3	2	1
Lohusanın psikolojik durumunun depresyon açısından değerlendirilmesi	5	4	3	2	1
Lohusaya aile planlaması danışmanlığının sunulması	5	4	3	2	1
<i>Sağlık biriminizde ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerine ayırdığınız süreyi de dikkate alarak, 15-49 yaş kadın izlemleri sırasında aile sağlığı elemanınızla birlikte veya tek başınıza aşağıda listelenen hizmetleri ne ölçüde sunabilme fırsatınız oluyor?</i>					
Genel ve yönetime özel aile planlaması danışmanlığı	5	4	3	2	1
Kendi kendine meme muayenesi danışmanlığı	5	4	3	2	1
Menapoz danışmanlığı	5	4	3	2	1

<b>2, Tıbbi ve sosyal rehabilite edici hizmetler</b> <i>Aşağıdaki sorular size kayıtlı nüfus içerisindeki tıbbi veya sosyal rehabilite edici hizmetlere gereksinimi olan bireylerin bu yöndeki hizmetlerinin sağlanmasında sizin veya aile sağlığı elemanınızın bu hizmetlere aktif olarak ne ölçüde katıldığınızı değerlendirmek amacıyla sorulmuştur,</i>	<table border="1"> <tr> <td>Tamamıyla katılmıyorum</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Tamamıyla katılmıyorum						<table border="1"> <tr> <td>Katılmıyorum</td> </tr> </table>	Katılmıyorum
Tamamıyla katılmıyorum													
Katılmıyorum													
Size kayıtlı zihinsel engelliliği (doğumsal veya edinsel (serebral palsi, doğumsal defektler, metabolik bozukluklar, kronik hastalıklar, psikiyatrik bozukluklar, kazalar, afetler vs,) olan çocuklara yönelik	5	4	3	2	1								
Size kayıtlı bedensel engelliliği (doğumsal veya edinsel) (doğumsal defektler, metabolik bozukluklar, kronik hastalıklar, kazalar, afetler) olan çocuklara yönelik	5	4	3	2	1								
Size kayıtlı zihinsel engelliliği olan erişkinlere (inme, felç, görme ve işitme problemleri, psikiyatrik bozukluklar, alzheimer vs,) yönelik	5	4	3	2	1								
Size kayıtlı bedensel engelliliği olan erişkinlere (Kronik böbrek yetmezliği, diyabet, hipertansiyon, kanserler, inme, felç, kazalar, afetler, vs) yönelik	5	4	3	2	1								
<b>3, Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme Faaliyetleri</b> <i>Aşağıdaki sorular; aile sağlığı elemanınızla birlikte veya tek başınıza kayıtlı nüfusunuza yönelik olarak yürüttüğünüz sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme hizmetlerini ne ölçüde sunabildiğiniz ile ilgilidir,</i>	<table border="1"> <tr> <td>Tamamıyla Sunabiliyorum</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Tamamıyla Sunabiliyorum						<table border="1"> <tr> <td>Olanaklarım Yetersiz</td> </tr> </table>	Olanaklarım Yetersiz
Tamamıyla Sunabiliyorum													
Olanaklarım Yetersiz													
Size kayıtlı annelere yönelik bebek-çocuk beslenmesi, emzirme, hijyen, bebek bakımı ve önemli çocukluk çağı hastalıkları hakkında eğitim veriyor öneriler sunuyor musunuz?	5	4	3	2	1								
Size kayıtlı ailelere bebek ve çocuklarla ilgili ev kazaları, sıcak su yanıkları, düşmeler, güvenli araç içi seyahat, ilaçların saklanması vb, konularında eğitim veriyor öneriler sunuyor musunuz?	5	4	3	2	1								
Size kayıtlı bebek ve çocuklara yönelik ağız-diş bakım konularında eğitim veriyor öneriler sunuyor musunuz?	5	4	3	2	1								
Size kayıtlı çocukluk döneminde fazla kilolu veya obez olarak değerlendirdiğiniz çocuklara yönelik beslenme ve egzersiz önerilerinde bulunuyor musunuz?	5	4	3	2	1								
Size kayıtlı adölesanlara yönelik riskli cinsel davranışlar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve aile planlaması konularında danışmanlık veriyor musunuz?	5	4	3	2	1								
Size kayıtlı yetişkin bireylere (mevut sağlık durumlarıyla ilişkili olacak şekilde) dengeli ve yeterli beslenme danışmanlığı sunar mısınız?	5	4	3	2	1								
Size kayıtlı yetişkin bireyler fiziksel aktivite durumlarını değerlendirip, uygun egzersiz önerilerinde bulunur musunuz?	5	4	3	2	1								
Size kayıtlı yetişkin bireylerin sigara kullanma durumlarını sorgulayıp, sigarayı bırakmaya yönelik danışmanlık verir misiniz?	5	4	3	2	1								
Size kayıtlı post menopozal kadınlara (50 yaş üzeri) yönelik osteoporoz ve kemik kırılabilirliğinin önlenmesi konusunda egzersiz, beslenme, tedavi konusunda danışmanlık yapar mısınız?	5	4	3	2	1								
Size kayıtlı bireylerde yetişkinlik dönemine girildiğinde bireyin en az bir kez kan basıncını, kan lipitlerini ve kan şekeri ölçtürmesi gerektiği konusunda bilgilendirilmesi yapar mısınız?	5	4	3	2	1								
Size kayıtlı ailesinde kronik hastalık (kalp hastalığı, diyabet, kanser gibi) öyküsü olanların erken tanı konusunda farkındalıklarının artırılması konusunda eğitimlerini yapar mısınız?	5	4	3	2	1								
Size kayıtlı 65 yaş üstü bireylere yönelik ev kazaları, düşmeler, ev içi güvenlik, vb, hakkında önerilerde bulunur musunuz?	5	4	3	2	1								
Size kayıtlı 65 yaş üstü bireylere yönelik yaşlılık dönemine özgü fiziksel- mental değişimler ve sağlık problemleri hakkında danışmanlık sunar mısınız?	5	4	3	2	1								
Size kayıtlı 65 yaş üstü bireylere yönelik beslenme (dengeli beslenme, yeterli su içme vb,) ve kişisel hijyen (ayak, tırnak bakımı vb,) konularında öneriler sunar mısınız?	5	4	3	2	1								
Size kayıtlı 65 yaş üstü bireylere grip ve zatürre aşısı yaptırımlarına yönelik önerilerde bulunuyor musunuz?	5	4	3	2	1								
<b>4, Erken Tanı-Sağlık Taramaları Faaliyetleri</b> <i>Aşağıdaki sorular sizin veya aile sağlığı elemanınızın birlikte yürüttüğü erken tanı (sağlık taramaları) hizmetlerini ne ölçüde gerçekleştirebildiğiniz ile ilgilidir,</i>	<table border="1"> <tr> <td>Olanaklarım Yeterli</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Olanaklarım Yeterli						<table border="1"> <tr> <td>Yetersiz</td> </tr> </table>	Yetersiz
Olanaklarım Yeterli													
Yetersiz													
Size kayıtlı 3-5 yaş arası çocuklar için en az bir kez görme keskinliği muayenesi yapıyor musunuz? (ambliyopi ve diğer risk faktörlerini değerlendirmek amacıyla)	5	4	3	2	1								

Size kayıtlı 6 yaş ve üzeri çocuklar için boy/kilo ölçümü yapıp obezite açısından değerlendiriyor musunuz?	5	4	3	2	1
Size kayıtlı adölesanlara (12-18 yaş) ve yetişkinleri depresyon varlığını gösteren semptomlar açısından değerlendirir misiniz?	5	4	3	2	1
Size kayıtlı sağlık biriminizde bulaşıcı hastalıklar yönünden riskli olan bireylere yönelik hepatit b, hepatit c, HIV, yönünden taramaları yapıyor musunuz?	5	4	3	2	1
Size kayıtlı hastalarınızın periyodik olarak (boy, kilo, bel ve kalça çevresi) ölçümlerini yapıyor musunuz?					
Size kayıtlı hedef nüfusunuzdaki (30 yaş üzeri kadınlar) kadınlar için 3 yılda bir rahim ağzı sürüntüsü (pap smear) alıyorsa ya da yaptırmalarını istiyor, bunların takibini yapıyor musunuz?	5	4	3	2	1
Size kayıtlı hedef nüfusunuzdaki (40 yaş üzeri) kadınlar için 2 yılda bir mamografi taraması yapıyor ve bunların takibini ne kadar yapıyorsunuz?	5	4	3	2	1
Size kayıtlı hedef nüfusunuzdaki (50 yaş üzeri) kadınlar ve erkekler için 2 yılda bir gaitada gizli kan taraması ne kadar yapıyorsunuz?	5	4	3	2	1
Size kayıtlı hedef nüfusunuzdaki (50 yaş üzeri) kadınlar ve erkekler için 10 yılda bir kolonoskopi taraması yapıyor ve bunları takibini ne ölçüde yapıyorsunuz?	5	4	3	2	1
Size kayıtlı 35 yaş ve üzeri erkek, 45 yaş üzeri kadınların en az bir kez kan basıncını, kan lipitlerini ve kan şekerini ölçtürmelerini ne kadar sağlayabiliyorsunuz?	5	4	3	2	1
Size kayıtlı olan yüksek riskli yetişkin bireylerin (aile öyküsü ve diğer riskleri olan) en az bir kez kan basıncını, kan lipitlerini ve kan şekerini ölçtürmelerini, ne kadar sağlayabiliyorsunuz?	5	4	3	2	1
Size kayıtlı olan yüksek riskli (aile öyküsü ve diğer riskleri olan) yetişkin bireylerin meme kanseri, rahim ağzı kanseri ve kolon kanseri taramalarını ne kadar sağlayabiliyorsunuz?	5	4	3	2	1
Size kayıtlı 65 yaş üzeri kadınlar için kemik dansitesi ölçümü yapıyor musunuz?	5	4	3	2	1
Size kayıtlı 65 yaş üzeri bireyler için depresif duygu-durum değerlendirmesi yapıyor musunuz?	5	4	3	2	1
<b>5, Akut ve Süregen Hastalıkların Yönetimi</b> <i>Kurumunuzun olanakları göz önüne alındığında aşağıda sıralanmış akut ve kronik hastalıkların tanı/izlem ve tedavisini yönetebilme (gerektiğinde 2,ve 3, basamakla iş birliği yaparak) açısından biriminizin yeterliliğini değerlendiriniz,</i>	Tamamıyla Yönetebiliyorum				Olanakları Yetersiz
Anafilaksi (akut anjioödem)	5	4	3	2	1
Akut miyokard enfarktüsü	5	4	3	2	1
Astım atağı	5	4	3	2	1
Akciğer ödemi atağı	5	4	3	2	1
Acil doğum eylemi yönetimi	5	4	3	2	1
Hipertansiyon atağı	5	4	3	2	1
Konvülsiyonlar	5	4	3	2	1
Yüksek ateşli çocuk/bebek	5	4	3	2	1
Renal kolik	5	4	3	2	1
Çocukluk çağı döküntülü hastalıkları	5	4	3	2	1
Gastroenteritler	5	4	3	2	1
Alerjik rinit	5	4	3	2	1
Orta kulak enfeksiyonları	5	4	3	2	1
Akut bakteriyel rinosinüzit	5	4	3	2	1
Tonsil ve boğaz enfeksiyonları	5	4	3	2	1
Diyabetes mellitus	5	4	3	2	1
Sigarayı bırakma tedavisi	5	4	3	2	1
Hipertansiyon	5	4	3	2	1
Çocuklarda idrar yolu enfeksiyonu	5	4	3	2	1
Çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonları	5	4	3	2	1
Erişkin psikiyatrik morbiditeleri	5	4	3	2	1
Uyku bozuklukları	5	4	3	2	1
Demir eksikliği anemisi	5	4	3	2	1
Lumbal disk hernisi	5	4	3	2	1
Peptik ülser	5	4	3	2	1
Menapoz dönemi ve ilişkili sağlık sorunları	5	4	3	2	1
Osteoporoz	5	4	3	2	1
Toplum kökenli pnömoniler	5	4	3	2	1

**Ek 2: Ölçek içerisinde çıkarılan teknik donanım/ tanı hizmetleri ve küçük cerrahi müdahaleler boyut soruları**

Aşağıdaki sorular sağlık hizmetlerini yürüttüğünüz Aile Sağlığı Merkezinin teknik donanım ve tanı hizmetleri araçlarının kullanım düzeyini değerlendirmek amacıyla sorulmuştur,	Yeterli düzeyde kullanılıyor					Kullanılmıyor
	5	4	3	2	1	
EKG	5	4	3	2	1	
Primer sütür seti	5	4	3	2	1	
El doppleri	5	4	3	2	1	
Jinekolojik masa	5	4	3	2	1	
Snellen eşeli	5	4	3	2	1	
Diyapazon	5	4	3	2	1	
Refleks çekici	5	4	3	2	1	
Yabancı cisim seti	5	4	3	2	1	
Atel/Bandaj seti	5	4	3	2	1	
Oftalmoskop	5	4	3	2	1	
Otoskop	5	4	3	2	1	
Kan şekeri ölçüm cihazı	5	4	3	2	1	
Rahim içi araç (RİA)	5	4	3	2	1	
Erişkin kan basıncı ölçer	5	4	3	2	1	
Çocuk kan basıncı ölçer	5	4	3	2	1	
Erişkin tipiambu	5	4	3	2	1	
Bebek/çocuk tipiambu	5	4	3	2	1	
Sterilizatör	5	4	3	2	1	
Hemogram	5	4	3	2	1	
Kan (periferik) yayma	5	4	3	2	1	
HbA1C	5	4	3	2	1	
Demir/Demir bağlama	5	4	3	2	1	
Üre/kreatinin	5	4	3	2	1	
Kan glukoz düzeyi	5	4	3	2	1	
Ast/Alt	5	4	3	2	1	
Lipit profili	5	4	3	2	1	
Gaitada direk bakı	5	4	3	2	1	
Gaitada parazit	5	4	3	2	1	
Hazır durumda steril cerrahi seti biriminizde her zaman ulaşılabilir	5	4	3	2	1	
Primer sütür atma	5	4	3	2	1	
Eklem stabilizasyonu (atel, bandajlama)	5	4	3	2	1	
Yabancı cisim çıkarma	5	4	3	2	1	
Yanıklara müdahale	5	4	3	2	1	