

DERLEME

GENİŞLETİLMİŞ BAĞIŞIKLAMA PROGRAMININ İZLENMESİNDE LOT KALİTE TEKNİĞİ

Serap ŞENER*, Meral DEMİRÖREN*

ÖZET

Lot Kalite Tekniği (LKT), her düzeyde yöneticinin kullanabileceği basit, kolay uygulanabilir ve ucuz bir izlem yöntemidir ve 1980'li yılların sonunda sağlık programlarının kapsayıcılığını ve kalitesini ölçmek üzere adapte edilerek kullanılmaya başlanmıştır. LKT, belirlenen yerleşim ya da hizmet birimleri bazında rastgele ulaşılan küçük bir örneklemeden toplanan verilerle, yönetimde kullanılacak önemde bilgiye ulaşma esasına dayanır. Ağızdan sıvı tedavisi, aile planlaması, sağlık eğitimi, kayıt sistemi gibi programların izlenmesinde kullanımını gösteren çeşitli örnekler vardır ve son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü'nün öncülüğünde Genişletilmiş Bağışıklama Programlarının (GBP) izlenmesinde kullanımı artmıştır.

LKT'nin GBP'da kullanımında, lot olarak yerleşim birimi (il, ilçe, köy vb.) veya sağlık birimi (sağlık ocağı, sağlık evi vb) bölgesi seçilebilir. Seçilen her lotta rastgele yöntemle seçilen az sayıda örneğe (12-23 ay yaş grubu çocuk) ulaşılarak, lotun önceden belirlenen olasılık düzeyleri ve performans standartlarına uygun olup olmadığı hesaplanır ve lottaki aşılama çalışmalarının kabul edilebilir ya da edilemez olduğuna karar verilir.

Sağlık yöneticileri mevcut kısıtlı kaynakların dağılımını gerçeğe yansıtırken sıklıkla uygulamalardaki uç noktaları bilmeye ihtiyaç duyarlar; Hizmetin en iyi verildiği yerler ve en kötü verildiği yerler nelerdir? Nereelerde hizmetin kalitesi kabul edilebilirin altında? Bu ve benzeri soruların yanıtları bu teknikte yapılan çalışmalarda hiç bir komplike işleme ihtiyaç duyulmadan anında yanıtlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Lot Kalite Tekniği, Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Sağlık Programlarının İzlenmesi.

* Halk Sağlığı Dr., SB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

SUMMARY

Lot Quality Technique (LQT) is a simple, easy to implement and cheap monitoring method that can be used by managers at any level. At the end of 1980s, the method has been adopted to measure the quality and coverage of the health programs. LQT is based on the data collected from the random sample that is identified from the residency or health facility and accessing to the relevant information that will be used in management. There are examples of the techniques that are used in monitoring programs such as Oral Rehydration Therapy, Family Planning, Health Education and Recording Systems. Recently, the World Health Organization has used the technique increasingly in the monitoring of Expanded Programme on Immunization (EPI).

Residential area (Province, District, Village, etc) or health facility (health center, health house, etc) can be selected as lot in the used of LQT for the EPI. In each lot, randomly selected minimum number of sample (12-23 months old children) should be attained and measured whether the lot is meeting the performance standards and previously identified probability levels. Based on these measurements, it would be decided if the immunization applications in the lot are acceptable or not.

Health managers often need to know the extreme points of the implementation while using scarcely distributed resources: Where are the services provided with good quality or badly? Where are the services provided that is below the acceptable quality measures? Questions such as these can be answered without any complicated study by using the LQT technique.

Key Words: Lot Quality Technique, Expanded Programme on Immunization, Monitoring of Health Programmes.

GİRİŞ

Günümüzde, Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) yaklaşımı doğrultusunda güçlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi tüm dünya ülkeleri tarafından benimsenmiştir. 1978 yılında ALMA-ATA Deklerasyonu ile, ülkelerin bu yaklaşım doğrultusunda sağlık hizmetlerini örgütleme taahhütlerine rağmen, bu konuda pek çoğunun yeterli düzeye ulaşmamış olmasının nedenleri ise çeşitlidir. Bu nedenlerin önemli bir tanesi, yapılan planlamaların doğru bilgiye dayandırılmamasıdır. İhtiyaçların tanımlanması, önceliklendirilmesi, mevcut hizmetlerin verimliliğinin ve hastalık morbidite ve mortalitesi üzerindeki etkilerinin belirlenmesi gibi pek çok konuda veriye ve bu verilerin bilgiye dönüştürülmesine gereksinim vardır. Yani, uygulama ve programların süreç ve etkilerinin sürekli olarak gözden geçirildiği ve veri toplanarak ölçüldüğü izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Bu çalışmalar rutin veri toplama sistemi kapsamında yapılabileceği gibi, toplanan verilerin güvenilirliği ve ulaşılabilirliğinin tam olmadığı durumlarda araştırmalara ya da hızlı değerlendirme tekniklerine de başvurulabilir. Lot Kalite Tekniği (LKT), her düzeyde yöneticinin kullanabileceği hızlı ve kolay bir izlem yöntemidir.

LOT KALİTE TEKNİĞİNİN GENEL TANIMI

İngilizce olan lot kelimesinin sözlükteki karşılığı kısım, pay, grup, küme olmakla birlikte, dilimizde aynen kullanılmaktadır. LKT ilk olarak İkinci Dünya Savaşı sonrasında, kalite güvencesini sağlamak amacıyla endüstride kullanılmıştır. Halen de kullanılan bu yöntemde, yeni üretilen mallar piyasaya sürülmeden önce lotlara ayrılır ve her lotta rastgele yöntemler kullanılarak seçilen miktarda ürünün, önceden belirlenen kalite standartlarına uyup uymadığına bakılır. Lotta bulunan bozuk ürünün sayısı, bazı istatistiksel yöntemler kullanılarak önceden belirlenmiş sabit sayıdan fazla ise, tüm lotun kalitesi bozuk olarak nitelenir. Endüstride kullanılan diğer örneklem yöntemleri gibi bu yöntem de uygulamaya yöneliktir ve küçük bir örneklem kullanarak, önemli yönetim bilgisine ulaşma esasına dayandırılmaktadır (Reinke WA.; 1991: 1222-32, Valadez JJ.; 1991, WHO; 1995:261-4).

LKT, 1980'li yılların sonunda sağlık programlarının kapsayıcılığını ve kalitesini ölçmek üzere adapte edilmiş ve kullanılmaya başlanmıştır. Bu teknik kullanılarak yapılan en detaylı çalışmalardan biri 1986 yılında Costa Rica'da sağlık programlarının izlenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla Joseph Valadez tarafından yapılmış ve bu konuda ki en önemli yazılı dökümanlardan biri ortaya çıkarılmıştır (Valadez JJ.; 1991). 90'lı yılların başında İshalli Hastalıkların Kontrolü, Aile Planlaması, Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) alanındaki pratik kullanımı artmış ve bu yöntemin özellikle, istenilen başarı düzeyinin altında yürüyen çalışmaların tesbit edilmesinde yararlı olduğu ortaya konmuştur. Uygulaması hızlı, basit, güvenilir ve ucuz bir yöntem olduğu ifade edilmektedir (Valadez JJ.;

1991, Sandiford P.; 1993:217-23, Turner AG.; 1996: 198-203, Tabard P.; 1993).

Bir sağlık programının kapsayıcılığının ve kalitesinin ölçülmesi pahalı ve komplike bir bilgi sistemi ile sürekli ve eğitilmiş sağlık personeli gerektirir. Böyle sistemlerin olmadığı ya da işlemediği ülkelerde çeşitli araştırmalarla bilgiye ulaşma yoluna gidilir. Bu tür araştırmalar genelde pahalıdır ve sonuçları geç ortaya çıkar. Temel olarak LKT, sağlık hizmetlerinin ne kadar kapsayıcı olduğunu ya da ne kadar kaliteli olduğunu ölçmekten daha çok, yöneticinin istediği kapsayıcılık ve kalitede olup olmadığı gibi net soruların cevaplarını kısa bir süre içinde ortaya koymaya yöneliktir. Yöneticiler mevcut kısıtlı kaynakların dağılımını gerçekleştirirken sıklıkla uygulamalardaki uç noktaları bilmeye ihtiyaç duyarlar; Hizmetin en iyi verildiği yerler ve en kötü verildiği yerler nereler? Nerelerde hizmetin kalitesi kabul edilebilirin altında? Bu ve benzeri soruların yanıtları bu teknikle yapılan çalışmalarda hiç bir komplike işleme ihtiyaç duyulmadan anında yanıtlanabilir. LKT kullanılarak uygun ya da uygun olmayan durumlara karar verilmesinin, ortada kalan gruplar açısından araştırma yönteminin bir kısıtlılığı olduğu düşünülebilir. Ancak bu sonuç, kısıtlı kaynakların etkili kullanımı açısından iki önemli avantaj getirmektedir. 1) Kaynaklar doğrudan toplumun olumsuz sağlık riskini yükseltecek kabul edilemez sınırlardaki düşük kaliteli hizmetlere yönlendirilebilir. 2) Kısıtlı kaynaklar gereksiz yere kabul edilir uygunlukta hizmet sunan birimlere yönlendirilmez.

GBP'NDA İZLEME-DEĞERLENDİRME

Dünya Sağlık Örgütü, çocukluk çağında en fazla ölüm ve sakatlıklara yol açan aşı önlenemez hastalıkları kontrol altına almak amacıyla, 1974 yılından itibaren GBP'ni başlatmıştır. GBP'nin temel ilkesi, doğan her çocuğu, aşı etkinliğinin sağlanabileceği mümkün olan en küçük yaşta aşılamaaktır. Program dahilinde birçok ülkede difteri, boğmaca, tetanoz, tüberküloz, poliomyelit, kızamık ve hepatite karşı aşılama ve sürveyans çalışmaları sürdürülmektedir. GBP, Türkiye'de de 1979 yılında başlatılmıştır (Şener S.; 1997).

GBP'nin başarısı, planlamada kullanılan bilgilerin doğruluğu ve izleme-değerlendirme çalışmaları ile yakından ilintilidir. Bu çalışmaların rutin sistem içinde toplanan doğru ve zamanlı verilerin bilgiye dönüştürülmesi üzerine oturtulması ise idealdir. Ancak, daha önce de belirtildiği gibi, bilgi sistemleri yeterli olmayan ülkelerde bu amaçla araştırmalar düzenlenmesi kaçınılmazdır. Bu nedenle DSÖ, her ülkede kullanılacak şekilde 'GBP 30-küme örneklem araştırma yöntemi'ni geliştirmiş ve standardize etmiştir. Bu yöntem dünyanın pek çok ülkesinde son 20 yıldır aynı amaçla kullanılmaktadır. Küme örneklem tekniği, 30 küme ve her küme içinde rastgele seçilen 7 örnek üzerinden, yapılmak istenen değerlendirme doğrultusunda toplanan bilgilerin analizine dayanır. Yöntemin güvenilirliği %95 ve güven aralığı±10'dur.

Bu yöntem basit, saha koşullarında uygulanması kolay ve aşılama hizmetlerinin kapsayıcılığının ölçülmesinde yararlıdır. Ancak, uygulama açısından önemli olan küçük yerleşim veya hizmet birimlerine yönelik bilgi veremez ve ilk örneklemin bulunduğu yerin özelliğine bağlı olarak gerçek oranların altında ya da üzerinde tesbitlere neden olabilir (Singh JJ; 1996:269-74, WHO; 1991).

Bu yöntemin bazı sınırlılıkları ve dezavantajları nedeniyle yeni araştıma yöntemlerinin geliştirilmesi arayışları başlamıştır. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü, 1990'lı yılların başından itibaren sağlık programlarının izlenmesinde kullanılmaya başlayan 'Lot Kalite Tekniği'ni, GBP'ni izleyebilmek amacıyla basit ve kolay uygulanabilir hale getirme çalışmalarını başlatmış ve bu çalışmalar 1996 yılı içinde tamamlanmıştır.

LOT KALİTE TEKNIĞİNİN UYGULAMASI

Dünya Sağlık Örgütü, "GBP'nin izlenmesinde Lot Kalite Tekniği" yönteminin kullanımını kolaylaştırmak için bir modül hazırlamıştır. GBP 30-küme örneklem araştırmasına göre bazı avantajları olduğu öne sürülen ve henüz az ülkede denenilen bu yöntemin amacı, hedeflenen düzeyde ve belirlenen standartlarda aşılama hizmeti vermeyen, tanımlanmış birimleri ya da bölgeleri (il, sağlık ocağı bölgesi, ilçe, köy vb.) tesbit etmektir. Bu yolla en çok kaynak ve ilgiye gereksinim duyan birimlerin tesbit edilmesi sağlanacaktır. DSÖ'nün geliştirdiği modül, aşılama hizmetlerinde lot kalite tekniğinin iki kullanımı üzerine yoğunlaşmıştır (Lemeshow S.; 1985:65-75, WHO; 1996).

1. Bir bölgede bulunan farklı birimlerin (İdari ya da hizmet birimleri) sorumluluk alanlarından toplanan verileri bir araya getirerek, aşılama oranlarının ölçülmesi: Lot Kalite Aşılama Oranı Araştırması,

Örnek: Bir ilin aşılama oranlarını tesbit etmek için tüm sağlık ocağı bölgelerinden toplanacak verilerin bir araya getirilerek analiz edilmesi.

2. Belirlenen birim ya da birimlerin verdikleri hizmetin kalitesinin istenilen standartlara uyup uymadığının ölçülmesi: Lot Kalite Değerlendirmesi.

Örnek: Bir ilçede ya da bir sağlık ocağı ya da sağlık evi bölgesinde incelenen örnekleme bulunan kaçırılmış fırsat sayısının önceden belirlenen bir standart ile karşılaştırılması.

LKT kullanılarak yapılan çalışmalarda yukarıdaki iki ana başlık altında bilgi edinmenin yanı sıra, araştırmanın uygulandığı birim ya da birimlerin lojistik, planlama, eğitim gibi yönetim girdileri belirlenerek, birim ya da birimlerde çalışan kişilerle ve hizmet verilen toplum içinde odak grup çalışmaları yapılarak bu bilgilerin yorumlanması ve etkili müdahale çalışmalarının başlatılması sağlanabilir.

LKT İle Aşılama Çalışmalarının İzlenmesi

Bu bölüm DSÖ'nün geliştirdiği 'Lot Kalite Tekniği Kullanılarak Aşılama Hizmetlerinin İzlenmesi' el kitabından ve 1997 yılında Kars ve Kahramanmaraş illerinde yapılan iki uygulamadan yararlanılarak hazırlanmıştır (WHO; 1996, Şener S.; 1997).

A. Ön Hazırlıklar

LKT çalışması öncesinde ilk yapılması gereken hedef nüfusun tanımlanmasıdır. Çalışmanın hangi yaş gruplarını kapsayacağı araştırma öncesinde belirlenmelidir. Örneğin GBP'nda hedef nüfus 12-23 aylık çocuklardır.

İkinci olarak değerlendirme kriterleri belirlenmelidir. Bu kriterler ülkenin araştırılmak istenen konuda belirlediği politikalar doğrultusunda saptanmış standartlara göre belirlenir. Aşı oranı değerlendirme çalışmasında bu kriterler; tam aşılı çocuklar, eksik aşılı çocuklar, şeklinde belirlenebilir. Aşılama hizmetlerinin kalite değerlendirme çalışması yapılıyor ise, aşının uygun yaşta uygulanıp uygulanmadığı, dozların uygun aralıklarla verilip verilmediği aşı kartı verilip verilmediği gibi kriterlere bakılabilir.

B. Planlama

1. Araştırma İçin Güven Aralığının Belirlenmesi

LKT araştırmacıya $\pm 1-10$ arasında, istenilen bir düzeyde güven aralığı seçme olanağı verir. Yüksek güven aralığı daha fazla sayıda örnek üzerinde çalışmayı gerektirmektedir.

2. Araştırma Sonuçlarının Güvenilirlik Düzeyinin Belirlenmesi

LKT'nde %90, %95 veya %99 şeklinde, üç güvenilirlik düzeyinden biri seçilebilir. Bu düzey yukarıda tanımlanan güven aralığı ile birlikte anlamlıdır.

3. Genel Örnekleme Seçilecek Kişi Sayısının Belirlenmesi (Örneklem Büyüklüğü)

Seçilen güven aralığı ve güvenilirlik düzeyi örneklem büyüklüğünü belirler. Daha yüksek düzeyler daha büyük örnekler gerektirir. Örneklem büyüklüğü Tablo 1 kullanılarak belirlenir (WHO;1996).

4. Örneklemin Seçileceği Hedef Nüfusun Belirlenmesi

Bu aşamada yapılması gereken, araştırma bölgesinde belirlenen hedef nüfusta kaç kişinin bulunduğu tesbit edilmesidir. Tesbit için, güvenilirse mevcut doğum ve benzeri istatistik kayıtlar kullanılır değilse projeksiyonlarla hesaplanır.

Tablo 1: Lot Kalite Tekniğinde Örneklem Büyüklüğü Belirleme Tablosu

İstenilen Güven Aralığı	İstenilen Güvenirlik Düzeyi		
	%90	%95	%99
±1%	6718	9512	16317
±2%	1688	2395	4130
±3%	751	1066	1840
±4%	423	600	1036
±5%	270	384	663
±6%	188	267	461
±7%	138	196	338
±8%	106	150	259
±9%	83	119	205
±10%	68	96	166

Kaynak: WHO, Monitoring immunization services using the Lot Quality Technique, 1996.

5. Örneklem Oranının Hesaplanması

Örneklem oranı hedef nüfus ile örneklem büyüklüğünün karşılaştırılmasıdır. Bu oran, örneklem büyüklüğünün hedef nüfusa göre çok büyük olup olmadığı hakkında karara ulaşılmaması sağlar. LKT'nde, %10'un üzerinde bir oran kabul edilemez büyüklüktür ve böyle bir durumda örneklem büyüklüğünün azaltılması gerekir.

Örneklem büyüklüğünün yeniden belirlenmesi için hesaplanan örneklem oranına bir tam sayı eklenir ve ilk belirlenen örneklem bu değere bölünür. Ulaşılan rakam yeni örneklem büyüklüğüdür. Bu sayının da örneklem oranı %10'un üstünde olabilir ancak bu durumda yeniden düzeltme yapılmaz. Hata olasılığı göze alınarak yeni bulunan rakam üzerinden çalışma yürütülür.

6. Çalışılacak Lot Sayısının Belirlenmesi

Bu çalışma yönteminde hedef grubun yaşadığı ve belirli kriterler kullanılarak sınırlandırılabilen her bölge bir lot oluşturur. Lot, bir il, ilçe ya da köy olabileceği gibi, sağlık ocağı, sağlık evi bölgeleri veya bir ebenin izlediği mahalle de olabilir. Araştırmanın yapılacağı bölgede belirli kriterler oluşturularak lotlara karar verildikten sonra lotların nüfuslarının (sağlık ocağı nüfusu, ilçe nüfusu vb.) ve hedef nüfuslarının bilinmesine ihtiyaç vardır.

7. Minimum Lot Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Lot örneklem büyüklüğü, her lotta ulaşılması gereken kişi sayısıdır. Genel örneklem büyüklüğünün (Basamak

5), araştırma kapsamına alınması kararlaştırılan lot sayısına (Basamak 6) bölünmesi ile bulunur. Bu sayı, lotların nüfusları ne kadar olursa olsun hepsi için aynıdır. Arttırılabilir ancak azaltılamaz.

8. Düşük Eşik Değer Düzeyinin Belirlenmesi

LKT'nde eşik değer, çalışılan lotların her birinin performansını ölçmek için kullanılan bir yüzde oranıdır. Bir LKT çalışması için yüksek ve düşük eşik değer düzeyleri belirlenir: Lotların kabul 'edilebilir' (yüksek eşik değer) ve 'kabul edilemez' (düşük eşik değer) hizmet standardı düzeyleri (GBP'de lotların kabul edilebilir ya da edilemez aşılama yüzde düzeyleri gibi).

LKT aşılama araştırmalarında düşük eşik değer aşılama yüzdesi, rutin kayıtlarla ya da araştırmalar ile tesbit edilen aşılama oranları üzerinde temellendirilir. Genelde ortalama aşılama oranlarının altında, en düşük aşılama oranının ise üzerinde bir değerdir ve yöneticilerce kabul edilemez aşılama düzeyini ifade eder. Bu değer altındaki bulunan lotlar iyileştirme çalışmalarında öncelik alırlar.

Düşük eşik değer aşılama yüzdesi yüksek tutuldukça, bunun altında kalan lot sayısı artacaktır. Bu nedenle iyileştirme çalışmaları için (Denetleme, eğitim ve diğer hizmetler) elde mevcut kaynakların bilinmesi, kaynakların kısıtlılığı doğrultusunda düşük eşik değerlerin daha düşük tutulması gereklidir.

9. Yüksek Eşik Değer Düzeyinin Belirlenmesi

Aşılama oranı tesbit etme çalışmalarında yüksek eşik değer düzeyi genelde, ülkenin aşılama oranı hedefi ile aynı konur. Eğer ulusal hedefe ulaşan birim sayısı azsa, yüksek performanslı birimlerin düzeyleri dikkate alınır. Bu orana eşit ya da üzerinde bulunan gruplar kabul edilebilir olarak değerlendirilirler. Bunlar müdahale anlamında düşük önceliğe sahiptirler.

10. Karar Değerinin Seçilmesi

Bir karar değeri, lottaki hizmetlerin geçerli sayılabildiği, hizmet almayan en yüksek kişi sayısıdır. Karar değerinden bir fazla kişi bulunduğu, lotta verilen hizmetlerin düzeyi kabul edilemez olarak nitelenir. Karar değeri ile aynı ya da daha az sayıda hizmet almayan kişi bulunduğu hizmet kalitesi kabul edilebilir.

Karar değerini seçmek için; lot örneklem büyüklüğü (7. basamak) ve eşik değerler (8. ve 9. basamaklar) belirlendikten sonra standart karar değer tabloları kullanılır (10). Örneğin; eğer araştırmanın lot örneklem büyüklüğü 12, belirlenen düşük eşik değer %45 ve yüksek eşik değer %80 ise, örneklem büyüklüğü 12 için hazırlanan standart tabloda (Tablo 2) düşük ve yüksek eşik değerlerin çakıştıkları yerdeki değer olan 3, karar değeridir.

Tablo 2: Karar Değerleri Seçim Tablosu
Lot Örneklem Büyüklüğü = 12

Düşük Eşik Değer	Yüksek Eşik Değer							
	60%	65%	70%	75%	80%	85%	90%	95%
30%	6	5	5	5	4	4	4	3
35%	5	5	5	4	4	4	3	2
40%	5	5	4	4	4	3	3	2
45%		5	4	4	3	3	2	2
50%			4	3	3	3	2	2
55%				3	3	2	2	2
60%						2	2	1
65%						2	2	1

Şöyle ki, bir lotta 3'ün üzerinde örnek istenilen standartlara uymuyorsa o lottaki hizmetler kabul edilemez olarak nitelendirilir. Öyleki, eğer araştırmancının bir amacı da oran tesbit etmek değil ise araştırma o noktada durdurulabilir.

LKT'nin Avantajları

1. Küçük nüfuslarda uygulanabilir olması (GBP küme araştırma yöntemi 30 binin altındaki nüfusa uygulanamaz),

2. Tek başına sağlık birimleri hakkında değerlendirme yapılabilmesi ve araştırma yapılan tüm popülasyon içindeki farklı birimlerin veya lotların karşılaştırılmasına imkan tanınması (GBP küme araştırma yönteminde ise sadece 30 kümenin bütünü değerlendirilebilir),

3. Bir sağlık biriminden veri toplanır toplanmaz yorum yapılabilmesi (GBP küme araştırma yönteminde olduğu gibi tüm bölgenin tamamlanmasına gerek yoktur),

4. Yöneticilere daha küçük örneklemle çalışarak, kendi belirledikleri bir güven aralığında (± 1 ile ± 10 arası) çalışma imkanı vermesi (GBP küme araştırma yönteminde bu düzey sabittir ve ± 10 'dur),

5. Benzer olarak, LKT'nde %90-99 arasında bir güvenilirlik düzeyi seçilebilir (GBP küme araştırma yönteminde bu düzey %95'dir) (Valadez JJ.;1991, WHO; 1996).

LKT'nin Dezavantajları

1. Hizmet birimlerine ilişkin aşılama oranları yalnızca kabul edilebilir ya da edilemez şeklinde değerlendirilebilir. Bölge düzeyinde ulaşılan aşılama oranı, çalışma kapsamındaki bütün birimlerin verileri birleştirilerek hesaplanabilir.

2. Örneklem büyüklüğü ya da verilen hizmetin kabul edilebilirlik düzeyine ilişkin bir değer seçmek, risk içerir. Hizmet sunucular için risk, izleme çalışması sonucunda hata sonucu 'kabul edilemez' olarak tanımlanan lottalara öncelik verilmesi ve böylece kaynakların yanlış kullanılmasıdır. Tüketici açısından risk ise, gerçekte var olan sorunlar hata sonucu 'kabul edilebilir' olarak tanımlandığında, çözümleri için hiç bir önlem alınmamış olmasıdır (Valadez JJ.;1991, WHO;1996).

SONUÇ

İzleme-değerlendirme çalışmalarının önemi ve performans ya da süreç değerlendirmeyi de kapsamalarının gerekliliği son yıllarda üzerinde önemle durulan olgulardır. Konuya atfedilen önemin artmış olmasının nedenleri içinde başlıcaları şöyle özetlenebilir (Şener S.;1997).

- Kaynakların kısıtlı olması ve sağlık programlarının yüksek maliyeti,

- Sağlık programlarının hedeflerine ulaşılmakta güçlük çekilmesi ya da ulaşıp ulaşılmadığının bilinmemesi,

- Sağlık programlarının karmaşık yapılarının artması,

- Programlarının kalitesinin ya da planlandığı gibi uygulanıp uygulanmadığının takip edilememesi,

- Mevcut programların yaygınlaştırılıp yaygınlaştırılmamasının ya da daha etkili programlarla yer değiştirilmesinin gerekip gerekmediğinin bilinmesine ihtiyaç duyulması,

- Maliyetlerin yönetilmesinin gerekliliği.

GBP, sahada uygulanan sağlık programları içinde gerek sağlık personeli ve gerekse toplum tarafından etkililiği en

fazla bilinen, en fazla talep edilen ve en fazla kabul gören sağlık programıdır. Bu nedenle GBP aynı zamanda, sağlık personelinin hizmet verdiği topluma ulaşmasının en önemli araçlarından biridir. Örneğin, 1995 yılı içinde Türkiye genelinde beklenen bebek sayısı 1.358.001 olarak tesbit edilmiş ve rutin aşılama çalışmaları kapsamında bu çocukların 1.064.624 tanesine ulaşılarak en az bir aşı yapılmıştır (Birinci doz polio aşısı uygulanan çocuk sayısı, 1995 Sağlık Bakanlığı kayıtları). Bu rakam tüm bebeklerin en az %78'ine ve dolayısı ile ailelerine ulaşıldığını göstermektedir ki bu, Türkiye gibi büyük bir nüfus ve coğrafik alana sahip ülkede önemli bir kapsayıcılıktır. Ailelerin en az %78'ine sağlık personeli tarafından doğrudan ulaşılan bir ülkede, neden aynı oranda çocuğun tam aşı hali getirilemediğinin bilinmesi, diğer hizmetlerin de aynı kapsayıcılıkla verilir verilmediğinin anlaşılması, verilen GBP veya diğer hizmetlerin niteliğinin ölçülmesi, hizmetleri verdikleri yere en yakın yerde planlamadan ve uygulamadan sorumlu olan kişilerin bazı yönetim becerilerine sahip olmasını gerektirir ki, bunların başında izleme ve değerlendirme çalışmaları gelmektedir.

İl sağlık müdürlüğü yöneticilerinin izleme ve değerlendirme çalışmalarına yönelik bilgi ve becerisini artıracak çalışmalar ve bilgisayar, teknik insangücü gibi gerekli alt yapının kurulması, çağdaş sağlık hizmet sunumunun gereği olarak ülkemizde müdahale edilmesi gereken öncelikli alanlardır. Ancak hızlı personel sirkülasyonu ve kaynakların kısıtlılığı, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de basit, kolay uygulanabilir ve ucuz yöntemlerin geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Lot kalite tekniği bu özelliklere sahip bir izleme tekniği olduğu iddiasıyla son yıllarda sağlık programlarının izlenmesinde kullanılmaya başlanmıştır. Önceki bölümlerde anlatıldığı gibi LKT'nin kullandığı örneklem yöntemi, her lotta rastgele seçilen az sayıda örneğin kullanılması esasına dayanır. Bu örneklerle bakılarak, önceden belirlenen olasılık düzeylerine göre, yine önceden belirlenen belli performans standartlarına lotun uyup uymadığı hesaplanır ve bu lottaki çalışmaların kabul edilebilir ya da kabul edilemez kalitede olduğuna karar verilir. Uygulaması ve veri analizi açısından hızlı ve kolay uygulanabilir, her düzeyde yönetici tarafından kullanılabilir bir izleme yöntemidir. Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalar, tekniğin en uçtaki sağlık personelinin basit ve kısa bir eğitimiyle uygulanabileceğini göstermiştir. GBP dışı sağlık programlarının izlenmesinde de kullanılabilir gibi, bir kaç program birarada izlenebilir. Ancak yöneticilere, merkeziyetçilikten uzak bir sistem içinde, planlama, uygulama ve izleme-değerlendirme alanlarında yetki, sorumluluk, bilgi ve beceri kazandırmak, sorunlarını öğrenme, ihtiyaçlarını belirleme ve önceliklendirerek çözüm yolları geliştirmeye yönlenmeleri açısından ön koşuldur.

KAYNAKLAR

Lemeshow S., Robinson D., (1985), Surveys to Measures Programme Coverage and Impact: a Review of the Methodology Used by the Expanded Programme for Immunization, World Health Statistics Quarterly, 38 (1):65-75.

Reinke WA., (1991), Applicability of Industrial Sampling Techniques to Epidemiologic Investigations: Examination of an Underutilized Resource, American Journal of Epidemiology, Vol. 134, No:10 pp.1222-1232.

Sandiford P., (1993), Lot Quality Assurance Sampling for Monitoring Immunization Programmes: Cost-efficient or Quick and Dirty?, Health Policy and Planning, Sep; 8(3): 217-223.

Singh J, Jain DC, Sharma RS, Verghese T., (1996), Evaluation of Immunization Coverage by Lot Quality Assurance Sampling Compared with 30-Cluster Sampling in a Primary Health Centre in India, Bulletin of the World Health Organization, Vol.74(3):269-274.

Şener S., (1997), Kahramanmaraş ve Kars illerinde Genişletilmiş Bağışıklama Programının LOT Kalite Tekniği ile Değerlendirilmesi, Halk Sağlığı Programı Doktora Tezi, Ankara.

Tabard P, Santos C, Sabada, (1993), Evaluation of the Expanded Programme on Immunization and Some Aspects of the Maternal-Child Health Through the Lot Quality Assurance Sampling Technique, Research Report, Mozambique.

Turner AG, Magnani RJ, Shuaib M., (1996), A not Quite as Quick but Much Cleaner Alternative to the Expanded Programme on Immunization (EPI) Cluster Survey Design, International Journal of Epidemiology, Vol.25, No.1, pp.198-203.

Valadez JJ., (1991), Assessing Child Survival Programs in Developing Countries, Testing Lot Quality Assurance Sampling, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts.

WHO, (1995), Expanded Program on Immunization. Lot Quality Assurance Survey to Assess Immunization Coverage, Burkina Faso, Weekly Epidemiological Record 70, No: 37, pp. 261-264.

WHO, (1991), The EPI Coverage Survey, Training for Mid Level Managers, Expanded Program for Immunization, Geneva.

WHO, (1996), Monitoring Immunization Services Using the Lot Quality Technique, Geneva.