

FERDANUR MANAY

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2016



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİ'NDEN MEMNUNİYET
ÖLÇEĞİ (HSHMÖ)' NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE
GÜVENİRLİĞİ**

FERDANUR MANAY

**DANIŞMAN
PROF. DR. SEMRA ERDOĞAN**

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2016

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Ferdanur Manay tarafından hazırlanan "Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği'nin (HSHMÖ)Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği" başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

07 / 03 / 2016

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası
1.Prof.Dr.Semra Erdoğan (Danışman) / İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi /
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

2.Doç.Dr.Ayşe Ergun Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / Hemşirelik Bölümü
Öğretim Üyesi

3.Yard.Doç.Dr.Aysun Ardıç İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Halk Sağlığı
Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

FERDANUR MANAY

İTHAF

*Yakın zamanda kaybettiğim ve çok özlediğim **Babaannem'e** ve **Dedem'e**
ithaf ediyorum.*

TEŞEKKÜR

Araştırmamı büyük bir ilgi ve titizlikle inceleyip ilgilenen, bana rehberlik eden, “Tezimi onun sayesinde bitirdim.” diyebileceğim çok değerli hocam Prof. Dr. Semra Erdoğan’ a,

Sevgili hocalarım Prof. Dr. Nursen Nahcivan ve Prof. Dr. Nihal Esin’e,

İstatistik analizlerime yaptığı katkıları ve emekleri için Yard. Doç. Dr. Aysun Ardıç’ a,

Veri toplama sürecinde bana destek olan Yard. Doç. Dr. Gülhan Coşansu’ ya,

Varlığıyla hayatımı güzelleştiren Eşim’e, hayatımda olduğu için şükrettiğim Kardeşim’e, her zaman yanımda olan Ailem’ e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	ii
BEYAN.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
SEMBOLLER/ KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAPSAMI VE ÖZELLİKLERİ.....	4
2.1.1. Yapısal Özellikler.....	4
2.1.2. Uygulama Özellikleri.....	5
2.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ.....	6
2.2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	8
2.2.2. Aile Sağlığı Elemanı.....	11
2.2.3. Halk Sağlığı Hemşireliği.....	11
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEMNUNİYET.....	12
2.3.1. Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetinden Memnuniyeti Ölçen Araçlar...14	
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	15
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ, EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	15
3.3. VERİLERİN TOPLANMASI.....	16
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	18
3.4.1. Görüşme Formu (Ek 1).....	18
3.4.2. Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği- HSHMÖ (Ek 2) (Nurse Practitioner Satisfaction Survey- NPSS) (Ek 3).....	18

3.5. HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİ'NDEN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMA AŞAMALARI.....	19
3.5.1. Ölçeğin Dil ve Kapsam Geçerliği.....	19
3.5.2. Ölçeğin Yapı Geçerliği.....	20
3.5.3. Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliği.....	20
3.5.4. Ölçeğin Güvenirliği.....	20
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	21
3.7. ETİK KONULAR.....	23
4. BULGULAR.....	24
4.1. KATILIMCILARIN ÖZELLİKLERİ.....	24
4.1.1. Sosyodemografik Özellikler.....	24
4.1.2. Hastalık- Sağlık Durumu.....	26
4.1.3. Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezine Başvuru Sayısı.....	28
4.2. HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİ'NDEN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK BULGULARI.....	28
4.2.1. Kapsam Geçerliği.....	28
4.2.2. Yapı Geçerliği.....	28
4.2.3. Eş Zamanlı Ölçek Geçerliği.....	34
4.3. HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİ'NDEN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ'NİN GÜVENİRLİĞİ İLE İLGİLİ BULGULAR.....	34
4.3.1. İç Tutarlılık.....	34
4.3.2. Zamana Karşı Değişmezlik.....	37
4.4. KATILIMCILARIN GENEL MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN DAĞILIMI....	37
4.5. KATILIMCILARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİNE GÖRE MEMNUNİYET DURUMLARI.....	39
5. TARTIŞMA.....	41
5.1. GÜVENİRLİK BULGULARI.....	41
5.2. GEÇERLİK BULGULARI.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
6.1. SONUÇLAR.....	45
6.2. ÖNERİLER.....	46
KAYNAKLAR.....	47
FORMLAR.....	54

ÖZGEÇMİŞ.....66



TABLULAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Uyum İyiliği Değerleri.....	22
Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=226).....	25
Tablo 4.2. Katılımcıların Sağlık Algısı ve Hastalık Öyküsü (N=226).....	27
Tablo 4.3. Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuru Sayısı (N=226).....	28
Tablo 4.4. Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği Faktör Yükleri.....	30-31
Tablo 4.5. Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği'nin Uyum İyiliği Göstergeleri.....	32
Tablo 4.6.Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği'nin İç Tutarlılığı ve Madde Analizi (N=226).....	35-36
Tablo 4.7. Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği'nin Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyonlar.....	37
Tablo 4.8. Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği'nin Test- Tekrar Test Güvenirliği.....	37
Tablo 4.9. Katılımcıların En Yüksek, En Düşük ve Kararsız Kaldıkları Memnuniyet Maddelerinin Dağılımı (N=226).....	39
Tablo 4.10. Katılımcıların Bireysel Özelliklerine göre Memnuniyet Durumları.....	40

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde ve Öncesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren Kurumlar (Bahçebaşı ve ark).....	9
Şekil 3.1. Araştırma Süreci.....	17
Şekil 4.1. Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği' nin Diyagramı ve Standardize Çözümleme Değerleri.....	33
Şekil 4.2. Katılımcıların Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği' nin Her Bir Maddesine Verdiği Puanların Yüzde Olarak Dağılımı.....	38

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

- AÇSAP: Ana Çocuk Sağlığı Planlaması
ANA: American Nurse Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
ASM: Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
GSS: Genel Sağlık Sigortası
HSHMÖ: Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği
IMF: International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu)
NPSS: Nurse Practitioner Satisfaction Survey
OHS: Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği (Usual Provider Continuity)
SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı
STSH: Seçici Temel Sağlık Hizmetleri
TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCSB: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı
THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TSM: Toplum Sağlığı Merkezi
UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund
WB: World Bank (Dünya Bankası)
WHO: World Health Organisation

ÖZET

Manay, F. (2016). Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği (HSHMÖ)'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği A.B.D. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireylerin kurumdan aldıkları hemşirelik hizmetinden memnuniyeti ölçen bir aracın Türkçe literatüre kazandırılması amacıyla, tanımlayıcı ve metodolojik tipte planlandı.

Araştırmanın örneklemini, İstanbul ili Kâğıthane ilçesinde bulunan dört Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'e başvuran, 18-65 yaş arasında 226 birey oluşturdu. Araştırmanın verileri Görüşme Formu ve Lucie J. Agosta tarafından geliştirilen (2005) ve Türkçeye uyarlanan HSHMÖ ile toplandı.

Çalışma ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılığını, geçerliğini ve güvenirliliğini tanımladı. Ölçeğin Türkçe uyarlaması için çeviri-geri çeviri işlemi yapıldı. Kapsam geçerliği için uzman görüşü alındı. Eş zamanlı ölçek geçerliği ve yapı geçerliği için Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanıldı. Ölçeğin güvenirliliği madde toplam puan korelasyonu, iç tutarlılık (Cronbach alpha) ve test-tekrar test analizleri ile değerlendirildi.

Katılımcıların yaş ortalaması 38,5 ($\pm 12,59$), çoğu kadın (%76,5) ve %58,9'u lise ve üzerinde eğitilmiş idi. Bireylerin yaklaşık yarısının (%48,7) en az bir kronik hastalığı vardı ve son bir yılda kuruma 1-5 kez başvuranlardan (%62,8) oluşuyordu. Ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi $r=0.95$; Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısı $\alpha=0.98$; 28 maddenin madde-toplam puan korelasyonları $r=0.52$ ve 0.88 arasında; iki haftalık test-retest korelasyonu $r=0.71$ bulundu. Açımlayıcı faktör analizinde üç faktör ile açıklanan toplam varyans % 74.224 bulundu ve ölçek faktör yüklerinin tümü 0,44 ve üzerinde idi. Doğrulayıcı Faktör Analizi ile $\chi^2: 93,1$ $p>0.05$; RMSEA= 0,091, SRMR= 0,053; GFI= 0,97; AGFI= 0,91; CFI= 0,92 bulundu ve iyi uyum modeli sergiledi. Sonuç olarak, bu araştırma ölçeğin orijinal yapısını doğruladı ve Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir araç olarak, Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran kişilerin kurumdan memnuniyetlerini ölçmek için kullanılabilmesini gösterdi.

Ölçeğin ASM'lere başvuran geniş örneklemler üzerinde ve birinci basamak sağlık hizmeti veren farklı kurumlarda ve gruplarda kullanılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Memnuniyet, Hemşirelik, Halk Sağlığı Hemşireliği, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Aile Sağlığı Elemanı

ABSTRACT

Manay, F. (2016). Turkish Validity and Reliability of Satisfaction Survey with Public Health Nurse. Istanbul University Institute of Health Sciences. Department of Public Health Nursing, Master's Thesis. Istanbul.

This study was designed in a descriptive and a methodological way to create a tool which scales the nursing services' satisfaction of the individuals who consult to the primary healthcare and for the services they have been getting from the institutions in order to be used in the literature.

The sample of this study was formed with 226 participants ranging in age from 18 – 65 and who consulted the four Family Health Center located in Istanbul province, Kağıthane borough. The data of this study was collected from the Satisfaction Survey with Public Health Nurse (HSHMÖ) which was adapted to Turkish and was originally developed by Lucie J. Agosta (2005) and the Interview Form.

The study defined the reliability, the validity and the internal consistency of the survey's Turkish form. For the survey's adaptation to Turkish, the translation-back translation method was executed. It was advised to the expertise opinion for the content validity. Exploratory Factor Analysis (EFA), and Confirmatory Factor Analysis (CFA) were utilized for the simultaneous survey validity and the construct validity. The reliability of the survey was evaluated with item-total correlation, internal consistency (Cronbach's Alpha Coefficient) and test-retest analysis.

The average age of 226 participants was 38.5 (± 12.59). A great majority of the participants were female (76.5%) and 58.9% of them were in the high school education level or over. Approximately half of the participants (48.7%) had, at least, one disease and this composed the ones who consulted to the institutions between 1-5 times (62.8%). It was found out that the Content Validity Index was $r=0.95$; the Cronbach's Alpha reliability coefficient was $\alpha=0.98$, the item-total correlation of 28 item was between $r=0.52$ and 0.88 and the biweekly test-retest correlation was $r=0.71$ of the survey. The total variance, defined with three factors in exploratory factor analysis, was 74.224% and the total survey factor load was 0.44 and over. The results of Confirmatory Factor Analysis were as follows: $\chi^2: 93.1$ $p>0.05$; RMSEA= 0.091, SRMR= 0.053; GFI= 0.97; AGFI= 0.91; CFI= 0.92. According to the results, it showed a good fit modeling. In conclusion, this study verified the survey's original form and it showed that as a valid and a reliable tool, Turkish form of this survey could be used to scale the satisfaction of the individuals consulting to Family Health Center.

The survey is advised to be used in a wider number of participants who consult to Family Health Center (ASM) and in the institutions and with the different groups which give primary health care service.

Keywords: Satisfaction, Nursing, Public Health Nursing, Primary Healthcare, Family Health Staff

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Türkiye Cumhuriyeti döneminde uygulanan sağlık politikaları temel değişim dönemleri geçirmiştir. Refik Saydam Dönemi (1923), Behçet Uz Dönemi (1946), Prof. Dr. Nusret Fişek'in öncülüğünde Sağlıkın Sosyalizasyon Dönemi (1961) önemli dönüm noktalarıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003) bu dönüm noktalarında son halkayı oluşturmaktadır (Akdağ, 2010).

Sosyalizasyon Yasası (1961) ile birlikte yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık gurup başkanlıkları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. Koruyucu, yetmezse tedavi edici, o da yetmezse rehabilite edici hizmetleri bir bütünsellik içerisinde sunarak herkese sağlık hizmeti götürmek esas alınmıştır (Fişek, 1985). Ancak zamanla sağlık ocakları işlevselliklerini sürdürememiş ya da sürdürmesi için yeterli destek bulamamış ve birçok kişi birinci basamak sağlık birimleri yerine, doğrudan ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmuştur. İlhan ve ark. (2006) çalışmasında, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurma nedenleri arasında ilk sırayı % 39.8 ile poliklinik ve tedavi hizmetleri olduğunu, koruyucu sağlık hizmetlerinden aşılama (%15.3), aile planlaması (%6.8) ve gebelik- lohusalık takibi (%3.7) başvuru nedenleri arasında alt sıralarda yer aldığını göstermiştir. Benzer başka bir çalışmada ise, sağlık ocaklarına başvuran bireylerin % 62.7'si ulaşılabilir olma, %31.7'si hemşirelik hizmetleri, %34.3' ü hekim hizmetleri konularında memnun olmadığını belirtmiştir (Akıllı ve Metin, 2007). Hizmet alıcıların reçete yazdırmak; gebe ve çocuk izlemi; aşılama hizmetleri; kronik hastalıkların yönetimi için ikinci basamak sağlık hizmetlerini kullanmaları, bu birimlerde kapasite ve personel yetersizliğine yol açmıştır. Bu gelişmeler Sağlık Reformu çalışmaları kapsamında "Sağlıkta Dönüşüm" düzenlemelerini hızlandırmıştır (Mollahaliloğlu ve ark., 2010). Diğer taraftan, Bambal ve ark., (2010)' nın Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerini kullanan kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, kadınların %67.4' ü ulaşım kolaylığını ve %86.9'u başvurdukları sağlık biriminden memnun olduklarını, memnun olmayan kadınların %38.3'ü personelden şikayetçi olduğu belirtmiştir. Ancak o dönemdeki birinci basamak hizmetlerin niteliği konusunda araştırma sonuçlarına ulaşamamıştır.

Türkiye'de "Sağlıkta Dönüşüm" programıyla başlayan yeni sistem, hizmet standartlarının iyileştirilmesini ve kalitenin artırılmasını amaçlamıştır. Bu kapsamda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, etkin ve ulaşılabilir hizmet verilebilmesi için Aile Hekimliği uygulaması başlatılmıştır. İlk olarak, 2005 yılında Düzce ilinde pilot çalışma olarak başlayan bu uygulama, ülke düzeyinde yaygınlaşmıştır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre halen 6 bin 768 Aile Sağlığı Merkezi ve 971 Toplum Sağlığı Merkezi bulunmakta ve toplam 20 bin 127 aile hekimi ve 19.527 Aile Sağlığı Elemanı görev yapmaktadır. Bu uygulamada 3 bin nüfus için bir aile hekimliği birimi tasarlanmıştır (Mollahaliloğlu ve ark., 2010).

Sağlıkta Dönüşüm' ün uygulamaya geçirilmesiyle birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerini değerlendiren araştırmalar artmıştır. Baykan ve ark.(2004) tarafından yapılan bir çalışmada, hizmet alanların %71.8'i sağlığı ile ilgili danışmak istediği konuların tümüne aile sağlığı biriminden yanıt bulabildiklerini, %40.6'sı son bir yılda ev ziyareti yapıldığını, %84'ü aile hekiminin ismini bildiğini ve %36.2'si aile sağlığı elemanının ismini bildiğini belirtmiştir. Genellikle Aile Hekimini değerlendirmeyi amaçlayan bu bilgiler (Baltacı ve ark., 2011; Eser, 2011; Lağarlı ve ark., 2011), Aile Sağlığı Merkezlerinin beklenen işlevleri büyük ölçüde karşıladığına, aile hekiminin diğer sağlık çalışanlarına göre daha çok tanındığına işaret etmiştir. Ancak, literatür taraması sırasında birinci basamak sağlık hizmetlerinde "Aile Sağlığı Elemanı" adı ile çalışan hemşire, ebe ya da sağlık memurlarının hizmetlerinin değerlendirilmesine yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bir sağlık sisteminin işleyişi hakkında bilgi edinmek için, uygulamaların, aksaklıkların ya da varsa problemlerin düzenli olarak değerlendirilmesi gerekir (Mollahaliloğlu ve ark., 2010). Ayrıca, günümüzde "kalite" anlayışı yaşamın tüm alanlarında bir talep haline gelmiştir. Amerika Ulusal Kalite Derneği, kaliteyi "hasta bakım sürecinde mümkün olabilecek en iyi bilgi ve kayıtlara geçirilmiş mükemmel bir ürün", Amerika Hemşireler Birliği (ANA) ise "hastaya mümkün olabilecek en iyi hemşirelik bakımını sağlamada yer alan aktivitelerin bir özeti" olarak tanımlar (Ovayolu ve Bahar, 2006). Sağlık hizmetlerinde kalitenin temel basamaklarından biri hizmeti alan kişinin memnuniyetidir. Hasta/birey memnuniyeti, verilen hizmetin, hizmeti alanların beklentilerini karşılama düzeyine ve hastanın verilen hizmeti algılamasına dayalıdır (Hogston, 1995). Sağlık bakım uygulamaları, hizmeti veren sağlık çalışanı ile hizmeti

alan birey arasındaki profesyonel bir etkileşimi içerir. Bu etkileşim sırasında bireylerden, uygulamalardan, hizmet sunumundan, iletişimden ya da fiziksel ortamdan kaynaklanan memnuniyet ya da memnuniyetsizlik durumları ortaya çıkar. Hasta/birey memnuniyeti kaliteli hizmetin önemli parçasıdır. Bireyin memnuniyeti üzerinde hasta-hemşire birlikteliği ve iletişimi önemli rol oynar. Amerika Hemşireler Birliği (ANA) tarafından yapılan tanımlamaya göre, hasta/birey memnuniyeti, sağlık bakım organizasyonlarının kalitesini belirleyen yedi gösterge arasında 3. sırada yer almaktadır (Meisenheimer, 1998). Sağlık hizmetinden memnun olan birey(ler) daha sonra ihtiyaç duyduğunda bu hizmeti tekrar aynı kurumdan almak ister (Özer ve Çakıl, 2007).

Topluma dayalı sağlık hizmetleri de, hizmet alan bireylerin memnuniyetini ölçen geçerli ve güvenilir araçlar ile değerlendirilebilir. Türkiye'de hasta merkezli birimlerden hizmet alanların genel ve hemşirelik bakımı memnuniyetlerini ölçen çok sayıda araç bulunmaktadır (Akın ve Erdoğan, 2007; Aksakal ve Bilgili, 2008) Ancak birinci basamak sağlık hizmetlerindeki hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti değerlendiren Türkçe araca ulaşamamıştır. Nurse Practitioner Satisfaction Survey (NPSS), Lucie J. AGOSTA (2005), tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde hemşirelik bakımından memnuniyeti ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Bireyin öz-değerlendirme yoluyla yanıtlayabildiği, kısa ve öz ifadelerden oluşan bir araçtır. Nurse Practitioner Satisfaction Survey'in Türk diline uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması, Aile Sağlığı Merkezlerinden sağlık hizmeti alan bireylerin hemşirelik bakımından memnuniyetlerini değerlendirme fırsatı sağlayacaktır.

Bu araştırmanın amacı, "Nurse Practitioner Satisfaction Survey (NPSS)" aracını "Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği (HSHMÖ)" adıyla Türk diline ve kültürüne uyumlaştırmak, geçerlilik ve güvenilirliğini test etmektir. Böylece, topluma dayalı sağlık birimlerinde çalışan hemşirelerin bakıma ve bakımın kalitesine katkılarını değerlendirmek ve hemşirelik bakımını geliştirmek için güvenilir bir araç olarak kullanılması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

Sağlık hizmetleri sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümünü tanımlar. Bu nedenle sağlık sistemleri (1) Birinci basamak / koruyucu sağlık hizmetleri, (2) İkinci basamak / tedavi edici sağlık hizmetleri ve (3) Üçüncü basamak / rehabilitasyon hizmetleri üzerine temellenir.

2.1. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN KAPSAMI VE ÖZELLİKLERİ

Bireylerin çeşitli sağlık gereksinimleri için ilk başvurdukları sağlık kurumu ve bu kurumda üretilen sağlık hizmeti birinci basamak sağlık hizmetleri olarak tanınır. Bu hizmet her ülkede farklı şekillerle sunuluyor ise de, tek bir ortak noktası vardır, “birinci basamak sağlık hizmetleri ülkelerin sağlık sistemlerinin olmazsa olmaz bir parçasıdır.” (Öcek ve Soyer, 2007).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri iki başlık altında açıklanabilir. Bunlar (1)Yapısal özellikleri; alt yapı, finansman ve hizmeti sunan sağlık çalışanını kapsar. (2) Uygulama özellikleri; ilk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik ve eşgüdümdür (Öcek ve Soyer, 2007; Eser 2011).

2.1.1.Yapısal Özellikler

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde alt yapı, insan gücü ve diğer kaynakları ile toplumlara eşit ve dengeli dağılmasını sağlayan politikaları gerektirir. Aksi halde, toplumun bir bölümü sağlık kaynaklarına ulaşamaz iken diğer bölümü gereksiz kullanır ve sağlık sisteminde eşitsizliklere neden olur (Öcek ve Soyer, 2007).

Dünyada, birinci basamak hizmet sunumu ile ilgili iki temel model vardır. Birinde hizmet özel muayenehanede çalışan ve yanında istediği sayıda personel bulunduran hekimler tarafından verilir. Diğerinde hizmet kamu sağlık merkezlerinde maaş karşılığında çalışan hekim ve sağlık çalışanları tarafından verilir. Örneğin bazı ülkelerde hizmet pratisyen hekimler tarafından verilirken, ABD’de uzmanlar özel muayenehane açarak birinci basamak sağlık hizmeti verebilmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çok disiplinli ekip yaklaşımını gerektirir. Kamu sağlığı merkezlerinde hekimin yanında ebe, hemşire, tıbbi sekreter, psikolog, çevre sağlığı teknisyeni ve sosyal çalışmacı gibi diğer sağlık çalışanları da yer alır. Birinci basamak ekibinde farklı sağlık çalışanlarının olması hastalara verilen hizmetin kapsamının genişletilmesine, hastanın bütüncül değerlendirilmesine, sevklerin azalmasına olanak sağlar. Özel muayenehanelerde verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinde hizmet hekim merkezlidir ve sağlık çalışanları yardımcı personel niteliğindedir. (Öcek ve Soyer, 2007)

2.1.2. Uygulama Özellikleri

Sağlık sistemleri birinci basamak yönelimli olan ülkelerde uzmanlık hizmetlerine ancak birinci basamak hizmetindeki hekimin sevki ile ulaşılabilir. Buna “kapı tutuculuk (gatekeeping)” adı verilir. Kapı tutuculuk, gereksiz girişimleri, acil servislerin ve hastanedeki uzmanlık hizmetlerinin gereksiz yere aşırı kullanılmasını ve gereksiz ilaç kullanımını engeller, hastanede yatış süresini kısaltır. Hastaların ilk başvuru sırasında bir uzmana gitmesinin engellenmediği uygulamaya ise “açık sistem” adı verilir. Ancak bu uygulama sağlık sistemine özgürlük değil tam bir karmaşa getirir. (Bambal ve ark., 2010; Öcek ve Soyer, 2007) İlk başvuruda soğuk algınlığı gibi basit durumlarda bile birinci basamak sağlık hizmetleri yerine hastalar hastanelerdeki uzman hekimlere muayene olmayı tercih etmektedir. Bunun sonucunda hastanede uzman hekim başına düşen hasta sayısında artış olmakta, hekimlerin hasta başına ayırdığı süre kısalmakta, hastanelerin yataklı servisleri dolup taşmakta ve hastanelerdeki sağlık personeli iş yükünün artması nedeni ile hiçbir zaman yeterli olamamaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en temel ilkesi toplumda görülen tüm sağlık sorunlarını tanımlayabilecek ve müdahale edebilecek düzeyde olmasıdır. Personel eğitimi, sayısı, kurum olanakları, donanım, bağışıklama hizmetleri, sağlık eğitimi ve tarama birinci basamak sağlık hizmetlerinde kapsayıcılığı gösterir (Bambal ve ark., 2010). Sevk oranlarının yüksek olması ise birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı açısından olumsuz bir veridir. Ancak, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) “herkes için kapsamlı hizmet” ilkesinden pahalı olduğu için vazgeçmiştir. Örgüt halkların sağlığını korumayı ve sadece en sık görülen hastalıkları tedavi etmeyi amaçlayan maliyet etkin “herkes için eşit kapsayıcılık, fakat her şeyi kapsamama” yaklaşımını benimsemektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün önerisine göre hükümetler

kaynaklarını bağışıklama, güvenli annelik ve tütün kontrolü gibi temel alanlara ayırabilirler. Temel sağlık hizmetlerinin sterilize edilmiş bu yaklaşımına “Seçici Temel Sağlık Hizmetleri (STSH)” adı verilir. Temel sağlık hizmetlerinin savunucusu olan UNICEF artık seçici temel sağlık hizmetlerini daha gerçekçi bulmakta ve kapsamını çocuk sağ kalımı oranının arttırılmasına yönelik olarak emzirme ve bağışıklama ile sınırlandırmıştır. (Öcek ve Soyer, 2007)

Toplum açısından sürekliliğin tanımı, düzenli bir birinci basamak sağlık hizmetinin kaynağı ve bu hizmeti kullanmayı kapsar. Hizmet veren açısından bakıldığında süreklilik, hizmet verdiği toplumu tanıma, toplumun gereksinimlerini bilme ve bu gereksinimlerin karşılanmasını izlemeyi kapsar. (Bambal ve ark., 2010). Belirlenmiş bir coğrafik bölgeye hizmet veren birinci basamak sağlık kurumlarında, süreklilik daha kolay sağlanırken liste sisteminde hastalar kurumlarını kendileri seçip değiştirebilirler. Farklı bölgelerden hastalar bir kurumun listesinde olduğunda o bölgedeki toplumun özellikleri net olarak anlaşılıp takip edilemez. Bu da sürekliliği kesintiye uğratan bir sistemdir (Öcek ve Soyer, 2007).

Birinci basamak ile sistemin diğer aşamaları arasında bilgi aktarımının gerçekleşmesi eşgüdüm olarak tanımlanır. Bu da kapı tutuculuk ile yani, tüm basamaklarda hasta bilgilerinin kaydedilmesi ve bu bilgilerin birinci basamağa aktarılmasıyla olur. Ancak en gelişmiş birinci basamak sağlık hizmeti veren ülkelerde bile eşgüdümün yetersiz kaldığı bazı araştırmalarla gösterilmiştir (Öcek ve Soyer, 2007).

2.2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

Osmanlı Döneminde hekim ve diğer sağlık çalışanlarının atamasını yapan Reisul Etıbbı (Hekim başı) isimli bir sağlık kuruluşu vardı, ancak o da yalnızca saraya ve orduya hizmet vermekteydi. Halk serbest çalışan hekim ve cerrahlardan ücret karşılığı hizmet almaktaydı. Bazı büyük şehirlerde devletin yardımıyla oluşturulan hastane ve şifa evleri bulunmaktaydı. Sağlık hizmeti zor ulaşılan ve paralı bir sistemde verilmekteydi. Bu da halkın büyük çoğunluğunun sağlık hizmeti alamaması demektir. Devlet içme suyu, kanalizasyon, besin denetimi gibi konularda da hizmet vermekteydi ancak bu hizmet de birkaç büyük kent ile sınırlı kalmıştı. 19. yy başlarında her alanda olduğu gibi sağlık alanında da batı toplumları örnek alınmaya başlanmasıyla sağlık sisteminde yenilikler yapılmaya başlanmıştır. Hekimbaşı kurumu 1850 yılında Tıbbiye

Nezareti'ne devredilmiştir. 1870 yılında Nezareti Tıbbiye-i Mülkiye'nin kurulmasıyla sağlık hizmetinin yaygın kitlelere ulaştırılması planlanmıştır. 1908 yılında kurulan Meclis-i Umuru Tıbbiye-i Umumiye ile bugünkü genel müdürlük statüsünde bir kurum oluşturulmuştur. Bu kurum 1914 yılında Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti'ne bağlanarak sağlık hizmetlerinin yaygın kitlelere götürülen, işlerine bağlı bir devlet görevi olma yolunda ilk adımı olmuştur (Akdur, 1999).

Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) 3 nolu yasa ile 1920'de Sıhhiye ve Muavenatı İcraiye Vekaleti'ni kurarak sağlık hizmetlerini devletin bakanlıkça yürütülen asıl görevleri arasına almıştır. TBMM hükümeti'nin ilk sağlık bakanı Dr. Adnan Adıvar olmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın alt yapısı bu dönemde kurulmuştur. Ardından bakanlık görevine atanan Refik Saydam sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, yapılandırılması ve yayılması alanında başarılı çalışmalar yapmıştır. İllerde Sağlık Müdürlükleri, ilçelerde Hükümet Tabiplikleri kurulmuş ve birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmiştir. 1928 yılında Tababet ve Şuabatı kanunuyla sağlık personelinin yetki ve görevleri belirlenmiştir. 1930 yılında sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" çıkarılmıştır. 1946 yılında Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanan ve 9. Milli Tıp Kongresi'nde sunulmuş yürürlüğe giren "Birinci on yıllık sağlık planı" ile sağlık hizmetleri daha da yaygınlaştırılıp tamamen devlet görev ve sorumluluğu haline gelmiştir. 1961 yılında Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 sayılı kanun)" un kabul edilmesiyle her 5000 kişiye bir sağlık ocağının kurulması hedeflenmişti. Bu yasa sağlık bakımını doğuştan getirilen en temel hak olarak tanımlıyor ve sağlık hizmetini devletin yerine getirmesi gerektiğini açıkça tanımlıyordu. 1982 anayasasıyla birlikte "insan haklarına dayalı devlet" yerine "insan haklarına saygılı devlet" tanımı benimsenmiş ve sağlık hizmetleri kapsamı devletin görevi olmaktan çıkarılıp devletin düzenleyip gözeteceği hizmetler olarak değiştirilmiştir (Akdur, 1999).

1980'lerden sonra dünyada ve ülkemizde giderek artan nüfus ve buna bağlı olarak artan sağlık hizmeti giderlerinin finansmanı ve sağlık örgütlerinin yapılanmaları sürekli olarak tartışmaya açılmış ve reformlar üzerinde düşünölmeye başlanmıştır. Sağlık alanındaki önemli politika değişiklikleri yalnızca Türkiye'de değil tüm dünyada uygulamaya konulmuştur. Türkiye de 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile

sağlıktaki dünya eğilimlerini takip etmeye başlamıştır. Bu politikaların bilgi ve finansal açıdan oluşumunda Dünya Bankası (WB), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi güçlü yapıdaki organizasyonlar belirleyici rol oynamaktadır. Dünya üzerinde geniş coğrafyada uygulamaya konulan bu politikaların temel hedefi vatandaşların sağlığa erişiminde kısıtlamaya yol açmadan sağlık alanında artan harcamaları azaltarak verimliliği arttırmaktır. (Elbek ve Adaş, 2009).

Gelinen nokta şu maddelerle özetlenebilir:

- Sağlık Ocakları yerine Aile Hekimliği Sistemi'nin oluşturulması,
- Devlet hastanelerinin önce özerkleştirilip zamanla özelleştirilmesi,
- Ücretsiz verilen sağlık hizmeti yerine katkı payı ödemeli bir Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi,
- Ayrıca özel sağlık sigortalarının yaygınlaştırılması ve cepten ödeme seçenekleridir (Akdur, 1999).

Özetle, Türkiye Cumhuriyeti döneminde uygulanan sağlık politikaları temel değişim dönemleri geçirmiştir. Refik Saydam Dönemi (1923), Behçet Uz Dönemi (1946), Prof. Dr. Nusret Fişek'in öncülüğünde Sağlıkın Sosyalizasyon Dönemi (1961) önemli dönüm noktalarıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003) bu dönümlerin son halkasını oluşturmaktadır (Akdağ, 2010).

2.2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Alma Ata (1978) Konferansı sonrası tüm dünyada yayılan çağdaş tıp anlayışı sonucu “2000 Yılında Herkese Sağlık” başlığında bazı hedef ve stratejiler oluşturulmuştur. 2001-2006 yılları arasında Avrupa Birliği halk sağlığının iyileştirilmesi hastalıkların önlenmesi ve sağlığı tehdit eden risk kaynaklarının ortadan kaldırılması için “Halk Sağlığı” programı hazırlamıştır (Aktürk, 2011). Böylece hastalığın korunması ve geliştirilmesinin önemi gündeme gelmiş ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması öngörülmüştür.

Türkiye’de 2003 yılında açıklanan ve uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulma sistemi yeniden yapılandırılmıştır. Hizmetin kurumları ortadan kaldırılmış ve benzer hizmetlerin aynı kurumda verilmesi amaçlanarak kurum sayısı azaltılmıştır (Bahçebaşı ve ark., 2011).



Şekil 2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde ve Öncesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren Kurumlar (Bahçebaşı ve ark., 2011)

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın teması 8 madde ile belirlenmiştir. Bunlar:

- 1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı
- 2- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası
- 3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
- 4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
- 5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
- 6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
- 7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
- 8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi (Aydın ve Buzgan, 2008).

Bu kapsamda, 2002 yılında birinci basamak sağlık hizmeti veren birim sayısı 5055 iken Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası 2008 yılında bu sayı 7122 olmuştur (Aydın ve Buzgan, 2008). Sağlıkta dönüşümün ana maddeleri bireylerin sağlıkları için olan

programlara erişimlerinin sağlanması, anne-bebek ölümlerinin azaltılması, bulaşıcı hastalık ve kronik hastalıkların risk faktörleriyle erken mücadele edilmesi, kişinin kendi sağlığını koruma yetilerini geliştirilmesi (öz-yeterlilik) ve koruyucu hekimlik anlayışını sağlığın merkezine yerleştirmektir. Bu anlayıştan yola çıkılarak 2004 yılında “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” kabul edilmiştir ve 2005 yılında “Aile Hekimliği” uygulaması pilot bölge seçilen Düzce ilinde uygulamaya konulmuştur (Aktürk, 2011).

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu’nun 5. Maddesinde aile hekimliği hizmetlerinin ücretsiz olduğu, acil sebepler dışında aile hekiminin sevki olmadan başka bir sağlık kurum ya da kuruluşuna başvuran kişilerden katkı payı alınacağı ifadeleri yer almaktadır (Aile Hekimliği Kanunu, 2004). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması yoksul kişilerin de sağlık hizmetlerinden faydalanmasına imkân sağlayıp sağlık eşitsizliklerini bir miktar da olsa azaltabilir. Katkı payı ve sevk sistemi sayesinde halkın büyük çoğunluğunun öncelikli olarak birinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilmesine yardımcı olarak kapı tutuculuk (gatekeeping) görevini yerine getirir. Her bölgede bir ASM olması ve her vatandaşa sistem ile otomatik olarak bir aile hekimi atanması birinci basamak sağlık hizmetlerinin ülke genelinde bütün coğrafyada kapsayıcı olduğunu gösterir. Bütün bu bilgiler ışığında Elbek ve Adaş’ın (2009) altı yıl önce yayınladıkları makalede değişen sağlık sistemi ile ilgili aşağıdaki sonuca ulaşılmıştır:

“Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bugün için en temel sonucu kişi başına sağlık hizmet başvurularını çeşitli yollarla (SSK hastalarının özel hastanelere başvurma hakkı, yeşil kartın ayaktan ilaç gereksinimini karşılaması, vs) arttırmış olmasıdır. Gerçekten de, resmi veriler dikkate alındığında kişi başına sağlık başvurusu 1999-2000’de 4,2’ye, 2006’da 5’in üzerine çıkmıştır. Ancak bu artış basamaklandırılmış sağlık hizmet sunumunu sağlayamamıştır. Halen bir sağlık ocağına düşen kişi başı yıllık ziyaret 1,46’dır. Veriler Türkiye’deki sağlık sisteminin yapısal sorununun devam ettiğini göstermektedir. İşte aile hekimliği sistemi bu yapısal sorunu çözmek amacıyla gündeme getirilmiştir. Kimi illerde uygulamaya konulan aile hekimliği sisteminin sonuçları irdelendiğinde ise birinci basamaktaki sevk oranlarının düştüğü ve “kapı tutuculuk” faaliyetinin uygulamaya geçtiği yönündedir”.

2.2.2. Aile Sağlığı Elemanı

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu'nda "Aile Sağlığı Elemanı: aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanıdır." şeklinde tanımlanmıştır. (Aile Hekimliği Kanunu, 2004).

Diğer taraftan, 6283 sayılı kanunda 2007 yılında yapılan düzenleme ile hemşirelerin görev tanımlarına ek olarak, Aile Hekimliği uygulaması ile ilgili aşağıdaki görev tanım eklenmiştir.

"Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir. *Ayrıca aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu Kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparlar*" (Hemşirelik Kanunu, 2007).

Aile Hekimliği Kanununa göre hekimler, Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşma yaparken; birinci basamakta görev yapan hemşire, ebe gibi "Aile Sağlığı Elemanları" aile hekimi ile sözleşme yapan, hekim yardımcıları konumuna indirgenmiştir. Buna göre, hekimin işveren olduğu, hemşire, ebe gibi sağlık personelinin işçi olduğu bu sistemde aile sağlığı elemanları, hekimin her dediğini yapan, meslek özerkliğini kazanamamış sağlık personelleri konumundadır (Eser, 2011).

2.2.3. Halk Sağlığı Hemşireliği

Diğer taraftan, 1964 yılında yayınlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelikte, Halk Sağlığı Hemşiresi'nin görev yetki ve sorumlulukları belirtilmiştir. Ancak Sağlıkta Dönüşüm Programının ulusal düzeyde uygulandığı günümüzde, bu kapsamda tanımlanan işlevlerin uygulaması söz konusu değildir.

Halk Sağlığı Hemşiresi'nin görev ve tanımlarının 1964 yılında belirlenmiş olması ne kadar sevindirici bir adım ise, 2000'li yıllarda oluşturulan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda halk sağlığı hemşiresi adının geçmemesi, sadece Aile Sağlığı Elemanı"

olarak tanımlanması o kadar üzücü bir durum yaratmıştır. Aile Hekimliği sistemine geçiş ile birlikte, ASM’lerde çalışacak sağlık personeli ihtiyacının artması ve mevcut hemşire sayısıyla bu ihtiyacın karşılanamaması bu sorunun temelini oluşturmuştur.

Bu bilgiler, Halk Sağlığı Hemşireliği’nin gelişmiş rol ve işlevlerini sergileyen uluslar arası bazı örnekler ile büyük çelişki göstermektedir. Örneğin, Amerikan sağlık sisteminde ileri hemşirelik uygulamalarında yüksek lisans derecesine sahip sertifikalı hemşireler “nurse practitioner” (pratisyen hemşire) olarak isimlendirilmektedir. Bu hemşirelerin yetki ve görevleri içerisinde;

- Hastanın sağlık öyküsünü almak, hastaya fizik muayene yapmak, hastadan laboratuvar testleri ve diğer testleri istemek,
- Tanı koymak, muayene etmek ve hastalık yönetimi yapmak,
- Reçete yazmak, konsültasyon istemek,
- Sağlıklı yaşam biçimleri ve hastalığı önleyici uygulamalar yapmak,
- Kemik iliği biyopsisi, lomber ponksiyon gibi bazı uygulamalar yapmak yer alır. (Vorvick ve Zieve, 2014).

Bu pratisyen hemşireler kardiyoloji, acil servis, onkoloji, nefroloji, yenidoğan, geriatri, aile hekimliği, okul sağlığı, kadın sağlığı ve birinci basamak sağlık hizmetleri alanlarında protokol ile belirlenmiş çerçevede kapsamında bağımsız ya da hekimlerle aynı birimde ekip üyeleri olarak çalışırlar (Vorvick ve Zieve, 2014).

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MEMNUNİYET

Memnuniyet araştırmaları kalite sisteminin vazgeçilmez bir parçasıdır. Günümüzde birçok sektörde bulunan kalite birimleri, sunulan hizmetin tüketici açısından nasıl görüldüğünü açıklamak ve hizmetin aksaklıklarını görüp geliştirmek için memnuniyet araştırmaları yapmaktadır.

Amerika Hemşireler Birliği (ANA) kaliteyi “hastaya mümkün olabilecek en iyi hemşirelik bakımını sağlamada yer alan aktivitelerin bir özeti” olarak tanımlar (Alcan 2001). Sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyeti önemli bir sağlık çıktısıdır. Memnuniyet ve bakımın kalitesi arasındaki ilişki karmaşık olmakta birlikte hasta, doktor ve diğer fiziki koşullardan etkilenmektedir (Mollahaliloğlu ve ark., 2010).

Uygulamalı bir bilim olan sağlık bilimlerinde, hizmeti veren sağlık çalışanı ile hizmeti alan hasta/birey arasında profesyonel bir etkileşim olur. Bu etkileşim sırasında bireylerden, uygulamadan, hizmet sunumundan, iletişimden ya da fiziksel ortamdaki kaynaklanan memnuniyet ya da memnuniyetsizlik durumları ortaya çıkabilir. Bu anlamda, tüketici pozisyonunda olan bireyler / hastalar, hizmetlerin iyileştirilmesinde de yer alır. Hasta memnuniyeti kaliteli hizmetin önemli bir parçasıdır. Sağlık hizmetinden memnun olanlar, daha sonra ihtiyaç duyduklarında yine aynı kurumdan hizmet almak ister (Ercan ve ark., 2004).

Sağlık hizmetlerinin başlıca hedefleri: sunulan sağlık hizmetinin kalitesini arttırmak, toplumun her yerine ve tüm bireylere eşit, adil, etkili ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak, hasta memnuniyetini yükseltmek ve sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve etkinliğini daha yüksek seviyelere ulaştırmaktır (Mollahaliloğlu ve ark., 2010). Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, yerleşim yeri, hastalığının tanısı, tedavisi, kişilerarası iletişim, bilgilendirilme, personel davranışı, sağlık biriminin aydınlatma, ısıtma, havalandırma gibi fiziksel özellikleri hastanın o sağlık biriminden memnuniyetini etkilemektedir (Özer ve Çakıl, 2007)

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nin etkinliği birçok yöntemle değerlendirilmektedir. Bu yöntemler arasında, (1) sağlık düzeyini belirleyen göstergeler (düşük doğum ağırlıklı bebek yüzdesi, anne- bebek ölüm hızı gibi); (2) sağlık insan-gücü sayısı (nüfus başına düşen hekim-hemşire oranı gibi); (3) Birinci basamaktaki hekimin izlemine giren bireylerin sayısı; (4) birinci basamak kapsamına giren sağlık hizmetlerinde başarıya ulaşılabilirlik düzeyi sayılabilir.

Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetleri iki kategori altında incelenir. Bunlar “esas hizmet” özellikleri ve “türetilmiş hizmet” özellikleridir. Esas hizmet özellikleri kapsamında “ulaşılabilirlik”, “süreklilik”, “kapsayıcılık”, “entegrasyon” ve diğer sağlık hizmetleriyle “eşgüdümlülük” değerlendirilir. Türetilmiş hizmet özellikleri kapsamında ise, “memnuniyet”, “güven”, “toplum katılımı”, “toplumun gereksinimlerini bilmek” ve “aile merkezli olmak” değişkenleri incelenir (Eser, 2011). Bu araştırmada geçerliği ve güvenilirliği yapılan ölçekte (HSHMÖ) birinci basamak sağlık hizmetlerinin esas hizmet özellikleri ve bazı türetilmiş hizmet özelliklerine ait sorular yer almaktadır.

2.3.1. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetinden Memnuniyeti Ölçen Araçlar

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerini değerlendirmek amacıyla, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aktürk ve ark. (2002) tarafından yapılan EUROPEP ölçeği Aile Hekimliği Sisteminden alınan hizmetten memnuniyetin ölçülmesi için kullanılmıştır. Bu ölçeğin maddeleri aile hekimini ve ASM’nin fiziksel koşullarını değerlendirmeye yöneliktir ve hemşirelik hizmetinden memnuniyeti ölçen maddeler bulunmamaktadır.

Bambal ve ark. (2010)’nın Manisa’da bir ASM’de yaptıkları birinci basamak sağlık hizmetlerini değerlendirme araştırmasında, veriler “Olağan Hizmet Sunucu Sürekliliği (OHS)” (Usual Provider Continuity) isimli bir araç kullanılarak değerlendirilmiştir. Anket soruları arasında “Son bir yıldır ebe ziyareti”, “Ebe/aile sağlığı elemanı ismini bilme” konusunda sadece iki soru yer almıştır. Ayrıca bu aracın geçerlik ve güvenilirliği ile ilgili bilgiye ulaşılamamıştır (Bambal ve ark., 2010).

Baykan, Özkan ve Maral (2004)’in “Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine Başvuran Kadınların Hizmetten Memnuniyet Durumları” isimli çalışmasında, veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan anket ile toplanmıştır. İçerisinde bireylerin demografik bilgileri, AÇSAP merkezine başvuru nedenleri ve memnuniyet durumlarını içeren soruların bulunduğu bu anket formunda da, hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti içeren ifadeler yer almamıştır.

İlhan ve ark., (2006)’nın “Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi:Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar” isimli araştırmasında anket uygulanarak “bireylerin sosyo-demografik özellikleri, başvuru nedenleri, kendilerine yönelik sağlık algıları, başvuru sayıları ve kronik hastalık” ile ilgili veriler toplanmıştır. Bu çalışmada kullanılan aracın geçerlik ve güvenilirliği ile ilgili bilgiye ulaşılamamıştır.

Akıllı ve Genç (2007)’in “Şanlıurfa İli Bozova İlçesi Merkez Sağlık Ocağına Başvuran Hastaların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler” isimli araştırmasında veriler anket formu ile toplanmıştır. Bu formda hemşirelik hizmetinden memnuniyet “Ebe-Hemşirenin Davranışları”, “Hemşirenin Verdiği Tıbbi

Bilgi” ve “Hemşirenin Verdiği Hizmet” soruları ile ölçülmüştür. Anketin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına ulaşlamamıştır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırmanın amacı, “Nurse Practitioner Satisfaction Survey (NPSS)” aracını “Halk Sağlığı Hemşiresi’nden Memnuniyet Ölçeği (HSHMÖ)” adıyla Türk diline ve kültürüne uyumlaştırmak, geçerlilik ve güvenilirliğini test etmektir. Böylece, topluma dayalı sağlık birimlerinde çalışan hemşirelerin bakıma katkılarını ölçen güvenilir bir aracı literatüre kazandırmak hedeflenmiştir. Bu araştırma metodolojik ve tanımlayıcı tipte tasarlanmıştır.

Araştırma kapsamında yanıt aranan başlıca sorular şunlardır:

- Türkçe’ye uyarlanan ölçek maddeleri orijinal ölçekteki maddelerin anlamını veriyor mu?
- Ölçek maddelerinin güvenilirliği (iç tutarlığı) yeterince yüksek mi?
- Maddelere verilen yanıtların zamana ve eş zamanlı ölçüte göre değişmezliği beklenen düzeyde mi?
- Maddelerin faktör yükü yeterince yüksek ve anlamlı mı?
- Orijinal ölçek uyarlanan ölçeğin faktör yapısına benziyor mu?
- Uyarlanan ölçeğin faktör yapısı orijinal ölçeği doğruluyor mu?

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ, EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, T.C. Sağlık Bakanlığı Kağıthane ilçesine bağlı, aşağıda adı geçen dört Aile Sağlığı Merkezine başvuran bireyler oluşturmuştur. Kağıthane’de yaşayan nüfusun %48’i sanayi ve ulaşım kesiminde, %15’i hizmet sektöründe, %12’si ticarete, %13’ü idari personel olarak ve %12’si de bilim adamı, serbest meslek, teknik eleman, tarım işçisi, müteşebbis ve yönetici olarak çalışmaktadır. Ayrıca, bölge Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nden önemli ölçüde göç almıştır (Kağıthane Rehberi, 2008). Bu anlamda, araştırmanın örneklemini Türkiye’de yaşayan sosyo demografik nüfus çeşitliliğine uygunluk göstermiştir. Veri toplanılan ASM’ler:

- 1) Hamidiye Semt ASM
- 2) Seyrantepe ASM
- 3) Hamidiye ASM
- 4) Kağıthane 4 nolu ASM

Örneklem Seçim Kriterleri

Araştırmanın örneklemini yukarıda belirtilen birimlerden;

- * 18- 65 yaş aralığında bulunan,
- * Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- * İletişim güçlüğü bulunmayan,
- * Türkçe okuyup yazabilen,
- * Aile Sağlığı Merkezinden en az bir kez sağlık hizmeti alan bireyler oluşturmuştur.

Örneklem Büyüklüğü

Metodolojik araştırmalarda örneklem hacminin hesaplanmasında, ölçek madde sayısının 5-10 kat büyüklüğünün dikkate alınması gerektiği hesaba katıldığında (Burns ve Grove 1997; Talbot 1995; Yurdugül 2005), 28 sorudan oluşan bu ölçek çalışmasının en az 140, en fazla 280 kişi ile yapılabileceği hesaplanmıştır. Bu çalışmanın örneklem büyüklüğü, yukarıdaki seçim kriterlerine uyan bireyler arasından olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilen 226 bireyden oluşmuştur.

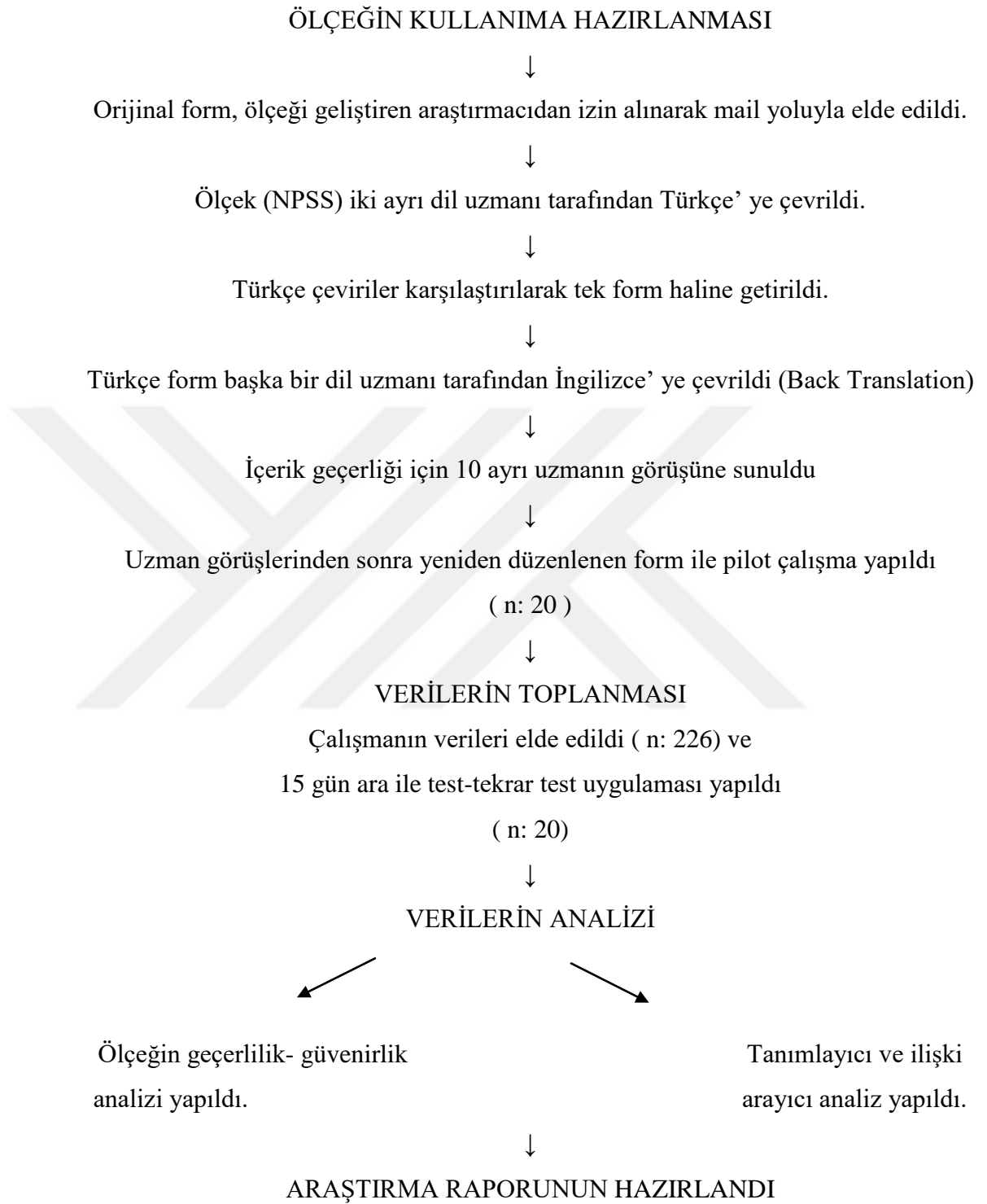
3.3. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri iki form kullanılarak toplanmıştır.

- 1- Görüşme Formu
- 2- Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği (HSHMÖ)
(Nurse Practitioner Satisfaction Survey- NPSS)

Veriler, 1 Mart- 1 Nisan 2013 tarihleri arasında dört Aile Sağlığı Merkezine başvuran, örneklem kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden toplanmıştır. Veri toplama araçları word dokümanları halinde, boş bir zarf ile birlikte bireylere dağıtılmıştır. Ölçek ve Görüşme Formu öz-bildirim (self-report) yöntemi ile doldurulduktan sonra kapalı zarf içerisinde araştırmacıya teslim edilmiştir. Formların doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmüştür ve bu aşamada sorun yaşayan kişilere gerekli açıklamalar yapılmıştır.

Ölçeğin güvenilirlik analizi olan test- retest analizini yapmak için, Kağıthane 4 nolu Aile Sağlığı Merkezine başvuran bireylerden oluşan 20 kişiye, 15 gün ara ile aynı form iki kez uygulanmış ve eksiksiz doldurmaları sağlanmıştır. Araştırma sürecinin aşamaları Şekil 3.1' de gösterilmiştir.



Şekil 3-1. Araştırma Süreci

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.4.1. Görüşme Formu (Ek 1)

Görüşme formu, araştırmacı tarafından memnuniyet ölçekleri ile ilgili literatür taranarak hazırlandı. Bu formda Aile Sağlığı Merkezine başvuran bireylerin sosyo-demografik özellikleri, sağlık durumu, memnuniyet derecesine ilişkin toplam 11 soru bulunmaktadır.

- **Sosyo-demografik özellikler:** Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, sağlık güvencesi, çalışma ve gelir durumu, hane halkı sayısına ilişkin 7 soru,
- **Sağlık durumu:** Bireyin tedavi görmekte olduğu kronik hastalıkları ve o gün kendilerini ne kadar sağlıklı hissettikleri ile ilgili (2 soru) ve son bir yıl içerisinde kuruma başvuru sayısı (1 soru),
- **Genel Memnuniyet derecesi:** Katılımcının kurumdan genel memnuniyetine ilişkin 1 soru vardır. Bu soru eş zamanlı ölçek geçerliğini test etmek için hazırlandı. Katılımcıdan kurumdan memnuniyetini 10 cm uzunluğunda bir çizgi üzerinde işaretlemesi istendi. İşaretlenen yer cetvelle ölçülerek veri tabanına cm cinsinden puan olarak girildi. Küsuratlı ölçümler tam sayıya yuvarlandı. Katılımcılara hizmet aldıkları ASM'den memnuniyet dereceleri 1-10 puan arasında değerlendirildi.

3.4.2. Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği – HSHMÖ (Ek 2)

(Nurse Practitioner Satisfaction Survey- NPSS) (Ek 3)

Nurse Practitioner Satisfaction Survey, Lucie J. Agosta tarafından 2005 yılında doktora araştırma tezi olarak geliştirilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireylerin hizmet aldıkları birimden ve birimin hemşiresinden (Nurse practitioner) ne kadar memnun olduklarını ölçmek amaçlanmıştır. Ölçek, 39 kişi ile yapılan nitel bir çalışma ile geliştirilmiş ve 300 katılımcıya uygulanmıştır. Ölçeğin orijinal formatı 5'li likert tipi 28 soru ve çoktan seçmeli 19 soru olmak üzere toplam 47 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin son 19 sorusu katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir seviyesi, sağlık durumları gibi sosyo-demografik verileri toplamaya yöneliktir.

28 maddeden oluşan ve üç faktör yapısına sahip ölçeğin alt boyutları “Genel Memnuniyet”, “İletişim” ve “Planlama” düzeyindeki memnuniyeti ölçmektedir

Genel memnuniyet alt boyutu, bireylerin gittikleri merkezin fiziki koşulları, personeli gibi etmenlerden ne kadar memnun olduklarını ölçen 18 maddeden (13, 15, 3, 12, 14, 20, 16, 1, 2, 11, 4, 17, 22, 19, 5, 18, 10, 24) oluşmaktadır.

İletişim alt boyutu merkeze başvuran bireyler ile merkezde çalışan personel arasındaki sözel iletişimi ölçen 6 maddeden (25, 26, 21, 27, 23, 28) oluşmaktadır.

Planlama alt boyutu ise, bireylerin merkeze ulaşım kolaylığını ve muayene olma kolaylığını ölçen dört maddeden (7, 8, 6, 9) oluşmaktadır.

Ölçekte her soru için 5 ayrı seçenek vardır. “Kesinlikle Katılmıyorum” için 1, “Katılmıyorum” için 2, “Kararsızım” için 3, “Katılıyorum için 4 ve “Kesinlikle Katılıyorum” için 5 puan verilir. Buna göre ölçeğin en düşük puanı 28, en yüksek puanı 140’tır. Ölçeğin bir kesme noktası yoktur, toplam puan arttıkça memnuniyet düzeyi de artar.

3.5. HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİ’NDEN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ’NİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMA AŞAMALARI

3.5.1. Ölçeğin Dil ve Kapsam Geçerliği

Bu çalışma ile NPSS Türk Diline uyarlanmıştır. Ölçek çeviri-geri çeviri yöntemine uygun olarak iki ayrı bağımsız uzman tarafından Türkçe’ye çevirilmiş, daha sonra her iki uzmanın ortak kararı ile oluşturulan Türkçe form başka bir uzman tarafından tekrar İngilizce’ye çevirilmiştir. Orjinal İngilizce form ile geri çevirisi yapılan form arasındaki uyum gözden geçirilerek küçük düzeltmeler yapılmıştır.

Elde edilen Türkçe form içerik geçerliliği için Halk Sağlığı Hemşireliği alanında çalışan dokuz akademisyen hemşire ve bir klinisyen hemşire olmak üzere 10 kişinin görüşüne sunulmuştur. Görüş alınan uzmanların listesi Ek 4’de gösterilmiştir. Uzmanlardan her bir ölçek maddesinin uygunluğunu ve anlaşılabilirliğini kapsam geçerlik indeksine (KGI) [Content Validity Index] göre 1-4 puan arasında [*1 puan: Uygun değil, 2 puan: Biraz uygun (maddenin/ifadenin revizyonu gerekli), 3 puan: Oldukça uygun (uygun ancak ufak değişiklikler gerekli), 4 puan: Çok uygun*] değerlendirmeleri

istenmiştir (Talbot,1995; Burns ve Grove,1997). Değerlendirmede ölçek maddelerinin %80'inin 3 ve üzerinde puan değeri alması beklenmiş, 3 puandan daha düşük alan birkaç madde öneriler doğrultusunda, tekrar düzenlenmiştir.

3.5.2. Ölçeğin Yapı Geçerliliği

Ölçeğin yapı geçerliliği faktör analizi tekniği kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin faktör yapısı açımlayıcı faktör analizi (AFA), madde faktör ilişkileri ve maddeler arası ilişkiler doğrulayıcı faktör analizi ile değerlendirilmiştir.

Açımlayıcı Faktör Analizi: Ölçeğin açımlayıcı faktör yapısının ve örneklem sayısının uygunluğu Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) değeri ve Barletts testi kullanılarak yapılmıştır.

Doğrulayıcı Faktör Analizi: Doğrulayıcı faktör analizi, eldeki verinin ölçmek istenilen değişkenleri ne derece yordadığı hakkında fikir verir. Bu analizlerin sonucunu değerlendirebilmek için bağımsız değerlendirme ölçütlerine başvurulur. Uyum İyiği İstatistikleri (Goodness of Fit Index) olarak adlandırılan bu ölçütler her bir modelin bir bütün olarak, kabul edilebilir bir düzeyde desteklenip desteklenmediğine ilişkin yargıya ulaşmamıza olanak sağlar (Şimşek 2007).

Bu çalışmada, ölçeğin yapısal uygunluğunu kuvvetlendirmek için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır.

3.5.3. Eş Zamanlı Ölçüt Geçerliliği

Ölçeğin eş zamanlı ölçüt geçerliliği hipotez kurularak sınanmıştır.

3.5.4. Ölçeğin Güvenirliği

Güvenirlik için üç yöntem kullanılmıştır. Bu kapsamda iç tutarlık analizlerinden; madde güvenilirliği için madde toplam puan korelasyonları, homojenliğin belirlenmesi için Cronbach's Alpha değerlendirmesi, ölçeğin zamana karşı değişmezliği ise test tekrar test korelasyonları ile ölçülmüştür.

Madde toplam puan korelasyonları

Ölçeğin güvenilirlik çalışması için 28 maddenin madde-toplam puan korelasyonlarına Pearson korelasyonu (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu) ile bakılmıştır.

Zamana Karşı Değişmezlik (test-tekrar test)

Bu çalışmada 20 hasta üzerinde 2 hafta ara ile yapılan test tekrar test korelasyonları Spearman korelasyon analizi ve Wilcoxon analizi ile yapılmıştır.

İç Tutarlık

Madde analizleri pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı kullanılarak değerlendirilmiştir. Madde toplam puan korelasyon katsayısı ölçütü olarak 0,30'un üstü alınmıştır.

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada toplanan verilerin analizi SPSS Statistics 21 programı ve Lisrel 8.50 programları kullanılarak yapılmıştır.

Çalışmanın tanımlayıcı analizleri için SPSS programında veri tabanı oluşturulup veriler elle girildikten sonra frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma ile test edilmiştir.

Ölçeğin kavram geçerliği için Content Validity Index–CVI analiz yöntemi kullanılmıştır. Değerlendirmede ölçek maddelerinin % 80' inin 3 ve üzerinde puan değeri alması beklenmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri; Chronbach alfa, test-tekrar test korelasyonu, maddeler arası korelasyon, madde toplam puan korelasyonu ve LISREL programı ile doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi ile birlikte uyum iyiliği değerlerine bakılmıştır (Tablo 3.1). Araştırmanın ilişki arayıcı analizleri için non-parametrik analizlerden Kruskal Wallis testi, parametrik analizlerden t testi ve Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır.

SPSS ile sonuçlar %95'lik güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde çift yönlü değerlendirilmiştir.

İstatistik	Açıklama ve Değerlendirme Kriteri
χ^2	Evren kovaryans matrisi ile örneklem kovaryans matrisinin birbiri ile uyumuna bakar ve söz konusu değer anlamlı çıkması iki kovaryans matrisinin birbirinden farklı olduğunu gösterir. Ancak burada beklenen sonuç bu değer anlamlı çıkmamasıdır. Yani her iki kovaryans matrisinin birbirine benzer olduğunun ortaya konmasıdır.
χ^2 / df	χ^2 değerinin serbestlik derecesine bölünmesi ile elde edilen değerdir. Bu oranın 2 veya altında olması modelin iyi bir model olduğunu, 5'in altında bir değer alması ise modelin kabul edilebilir olduğunu göstermektedir.
Goodness of Fit Index (GFI)	0,85' e eşit yada üstünde olması iyi bir uyum iyiliği göstergesi
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0,80'e eşit yada büyük olması iyi bir uyum iyiliği göstergesidir.
Comperative Fit Index (CFI)	0,90'a eşit yada büyük olması kabul edilebilir uyum iyiliği göstergesidir.
Root Mean Square Error Approximation (RMSEA)	0,08'e eşit yada küçük olması iyi bir uyum iyiliği göstergesidir.
Standardized Root Mean Square Residual (SMRA)	0,1'in altında olması kabul edilebilir uyum iyiliği göstergesidir.

Tablo 3.1. Uyum İyiliği Değerleri

3.7. ETİK KONULAR

Araştırmaya başlamadan önce, aracın Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılabilmesi için ilgili kişiden e-posta yolu ile yazılı izin alınmıştır (Ek 5).

Araştırma verilerinin Hamidiye Semt ASM, Seyrantepe ASM, Hamidiye ASM ve Kağıthane 4 nolu ASM’de toplanabilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’ndan yazılı izin alınmıştır (Ek 6).

Katılımcılara, çalışmanın amacı, veri toplama işlemi ve süresi konularında açıklama yapıldıktan sonra çalışmaya katılıp katılmayacakları sorulmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul edenlere ilave açıklamalar yapılarak, bilgilendirilmiş sözlü onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışma bulguları 5 bölümde sunulmuştur:

1. Katılımcıların özellikleri ile ilgili bulgular,
2. Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği'nin geçerliği ile ilgili bulgular,
3. Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği'nin güvenilirliği ile ilgili bulgular,
4. Katılımcıların genel memnuniyet düzeylerinin dağılımı
5. Katılımcıların bireysel özellikleri ile memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkiler

4.1. KATILIMCILARIN ÖZELLİKLERİ

4.1.1. Sosyo-demografik Özellikler

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, sağlık güvencesi, çalışma durumu, hane halkı sayısını içerdi. Araştırmaya katılan 226 kişinin yaş ortalaması 38,5 ($\pm 12,59$), birimden en fazla hizmet alanların yaş aralığı sırasıyla 30-39 yaş arası (%31.4); 18-29 yaş arası (%27.4) ve 40-49 yaş arası (%18.6) idi.

Büyük çoğunluğu evli (%68,1; n:154) ve kadınlardan (%76,5; n:173) oluşan örneklemin %39,3'ü (n:93) ilkökul eğitimidir. Katılımcıların %89,4' nün (n:202) Genel Sağlık Sigortası vardır ve sadece %38,5'i gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Araştırma grubunun %74,3 ünün (n:168) hanehalkı sayısı 2 -4 arasında değişmektedir. (Tablo 4.1.)

Tablo 4.1: Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=226)

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	173	76,5
Erkek	53	23,5
Yaş		
18-29 Arası	62	27,4
30-39 Arası	71	31,4
40-49 Arası	42	18,6
50-59 Arası	35	15,5
60 ve Üstü	16	7,1
Medeni Durum		
Evli	154	68,1
Bekar	72	31,9
Hanehalkı Sayısı		
1 kişi	9	4
2-4 kişi	168	74,3
5-7 kişi	45	19,9
8 ve üzeri	4	1,8
Eğitim Durumu		
İlköğretim	93	39,3
Lise	58	27,5
Üniversite	75	33,2
Çalışma Durumu		
Evet	87	38,5
Hayır	114	50,4
Emekli	25	11,1
Sağlık Güvencesi		
Yok	13	5,8
GSS	202	89,4
Yeşil kart	3	1,3
Özel Sağlık Sigortası	8	3,5

4.1.2. Hastalık- Sağlık Durumu

Tablo 4.2’de, ASM’ye başvuran katılımcıların kendilerini ne kadar sağlıklı hissettikleri ve akut ya da kronik hastalık durumları ile ilgili veriler gösterilmiştir.

Bulgulara göre, katılımcıların %32,7’si (n:74) kendisini sağlıklı ve %8,9’u (n:20) çok sağlıklı olduğunu belirtti. Buna karşın, kendisini sağlıksız olarak algılayanların oranı%42,9 (n:97) ve kısmen sağlıklı olarak belirtenler %15,5 (n:35) bulundu (Tablo 4.2.).

Araştırmaya katılan bireylerin yaklaşık yarısının (%48,7; n:110) bir veya birden fazla akut ve/veya kronik hastalık öyküsü vardı. Katılımcılarda en yüksek oranda görülen kronik hastalık yüksek tansiyon (%16,8, n:38) idi. Yüksek tansiyonu %15,9 (n:36) ile diğer hastalıklar izledi. (Tablo 4.2.)

Tablo 4.2: Katılımcıların Sağlık Algısı ve Hastalık Öyküsü (N=226)

Özellikler	Sayı	%
Hastalık Öyküsü		
Yok	116	51.3
Var	110	48.7
Yüksek Tansiyon		
Yok	188	83.2
Var	38	16.8
Yüksek Kolesterol		
Yok	209	92.5
Var	17	7.5
Kalp Hastalığı		
Yok	211	93.4
Var	15	6.6
Depresyon		
Yok	214	94.7
Var	12	5.3
Astım		
Yok	217	96
Var	9	4
Enfeksiyon		
Yok	220	97.3
Var	6	2,7
Diyabet		
Yok	208	92
Var	18	8
Kanser		
Yok	223	98.7
Var	3	1.3
Tiroid Hastalıkları		
Yok	204	90.3
Var	22	9.7
Diğer		
Yok	190	84.1
Var	36	15.9
Sağlık Derecesi		
Sağlıklı değil	35	15.5
Kısmen sağlıklı	97	42.9
Sağlıklı	74	32.7
Çok sağlıklı	20	8.9

4.1.3. Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezine Başvuru Sayısı

Araştırmaya katılan bireylerin son bir yılda kuruma başvuru sayısı en az 1 en fazla 30'dur. Başvuru sayısı 1-5 arası olan katılımcılar %62.8 (n:142) ile büyük çoğunluğu oluşturdu (Tablo 4.3.)

Tablo 4.3: Katılımcıların Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuru Sayısı (N=226)

Özellikler	Sayı	%
Başvuru Sayısı		
1-5 kez	142	62.8
6-10 kez	56	24.8
11-15 kez	14	6.2
16 ve üstü	14	6.2

4.2. HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİ'NDEN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK BULGULARI

4.2.1.Kapsam Geçerliği

Ölçek Türkçe'ye çevrildikten sonra dil ve içerik geçerliğini belirlemek için uzman görüşlerine sunuldu. Uzman görüşlerine göre maddelerin büyük çoğunluğu (%75) “oldukça uygun” ve “çok uygun” şeklinde değerlendirmişti. Ölçek metninde, anlam bütünlüğünü ve dilde sadeliği sağlamak için, “3” puanın altındaki az sayıdaki maddelerin ifadeleri uzman görüşleri ve önerileri doğrultusunda düzenlendi.

Bu ölçeğin uzman görüşlerine göre görekapsam geçerlik indeksi (**KGI** / Content Validity Index / CVI): **0.95** bulundu.

4.2.2.Yapı Geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliği için Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapıldı.

Açımlayıcı Faktör Analizi

Ölçeğin faktör yapısının uygunluğu için Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) değeri ile Barlett's testi kullanıldı ve KMO=0.960; Barlett's testi p=0.00 anlamlılık düzeyinde bulundu.

Açımlayıcı Faktör Analizi/ Temel Bileşenler Analizi sonuçları, ölçeği 3 faktörlü bir yapıda gösterdi. Üç faktör ile açıklanan toplam varyans % 76,224 bulundu. Buna göre Faktör 1 toplam varyansın % 64,018’ni; Faktör 2 % 7,749’unu; Faktör 3 % 4,457’ sini açıkladı. Ölçek faktör yüklerinin tümü 0,44 ve üzerinde idi. Diğer bir ifade ile maddelerin faktör yükleri yüksek bulundu. Buna karşın, “Genel Memnuniyet”, “İletişim” ve “Planlama” alt boyutlarını oluşturan bazı maddelerin faktör yükü, orijinal ölçeğin faktör yapısından farklı bir dağılım gösterdi. Bununla birlikte ölçek orijinal faktör yapısına sadık kalınarak değerlendirildi (Tablo 4.4).



Tablo 4.4: Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği Faktör Yükleri (N=226)

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
Genel Memnuniyet			
1-Hemşirenin ev ziyaretlerinden memnun kaldım.	,27	,19	,73
2-Hemşireyi başkalarına önerebilirim.	,38	,29	,74
3-Hemşireyle olan görüşmelerimi devam ettirmeyi düşünüyorum.	,50	,25	,67
4-Hemşire bana yeterince zaman ayırıyor.	,73	,15	,49
5-Hastaneye gitmektense aile sağlığı merkezine gitmeyi tercih ederim.	,44	,403	,36
10-Benimle ilgilenen hemşire yetenekli ve iyi yetişmiş bir sağlık personelidir.	,81	,22	,32
11-Hemşire bana ilaç tedavisi dışında sağlığımla ilgili diğer konularda da bilgi veriyor.	,74	,23	,27
12-Hemşirenin bana yaptığı tedaviyi uygulama seklinden memnunum.	,79	,16	,35
13-Hemşirenin bana ayırdığı süreden memnunum.	,80	,17	,39
14-Hemşire bana gereken ilgiyi gösteriyor.	,80	,20	,34
15-Hemşire sağlık problemlerim hakkında bilgilidir.	,83	,11	,31
16-Hemşireye güveniyorum	,79	,17	,34
17-Hemşire beni hekime ne zaman yönlendirmesi gerektiğini biliyor.	,76	,27	,31
18-Hemşire beni can kulağıyla dinliyor.	,83	,24	,27
19-Hemşire sağlıkla ilgili endişelerimle ilgileniyor.	,85	,23	,15
20- Hemşire bana saygı duyuyor.	,83	,20	,28
22-Hemşirenin bana açıkladığı konuları rahatlıkla anlayabiliyorum.	,86	,26	,08
24-Hemşire sağlıkla ilgili konuları anlaşılır biçimde açıklıyor.	,86	,24	,17
İletişim			
21-Sağlıkla ilgili endişelerimi hemşireyle rahatlıkla konuşabiliyorum.	,81	,27	,23

Tablo 4.4: Devamı			
23-Hemşirenin bana öğrettiklerini anlayabiliyorum.	,83	,25	,12
25-Hemşireye rahatlıkla soru sorabiliyorum.	,84	,33	,12
26-Hekime rahatlıkla soru sorabiliyorum.	,33	,802	-,087
27-Hemşireyle olan görüşmelerimden bütün sorularım cevaplanmış olarak ayrılıyorum.	,83	,32	,178
28-Hekim ile olan görüşmelerimden bütün sorularım cevaplanmış olarak ayrılıyorum.	,336	,80	,060
Planlama			
6-İhtiyaç duyduğum zaman hemşireye rahatlıkla ulaşabiliyorum.	,61	,39	,41
7-Aile sağlığı merkezinde rahatlıkla muayene olabiliyorum.	,12	,73	,44
8-Bu aile sağlığı merkezine ulaşım kolaydır.	,12	,66	,36
9-Aile Sağlığı Merkezinde muayene olmak hastanede muayene olmaktan daha kolaydır.	,19	,65	,34
Eigen Value	17,9	7,7	4,4
% of Variance	64,018	7,749	4,457

Doğrulayıcı Faktör Analizi

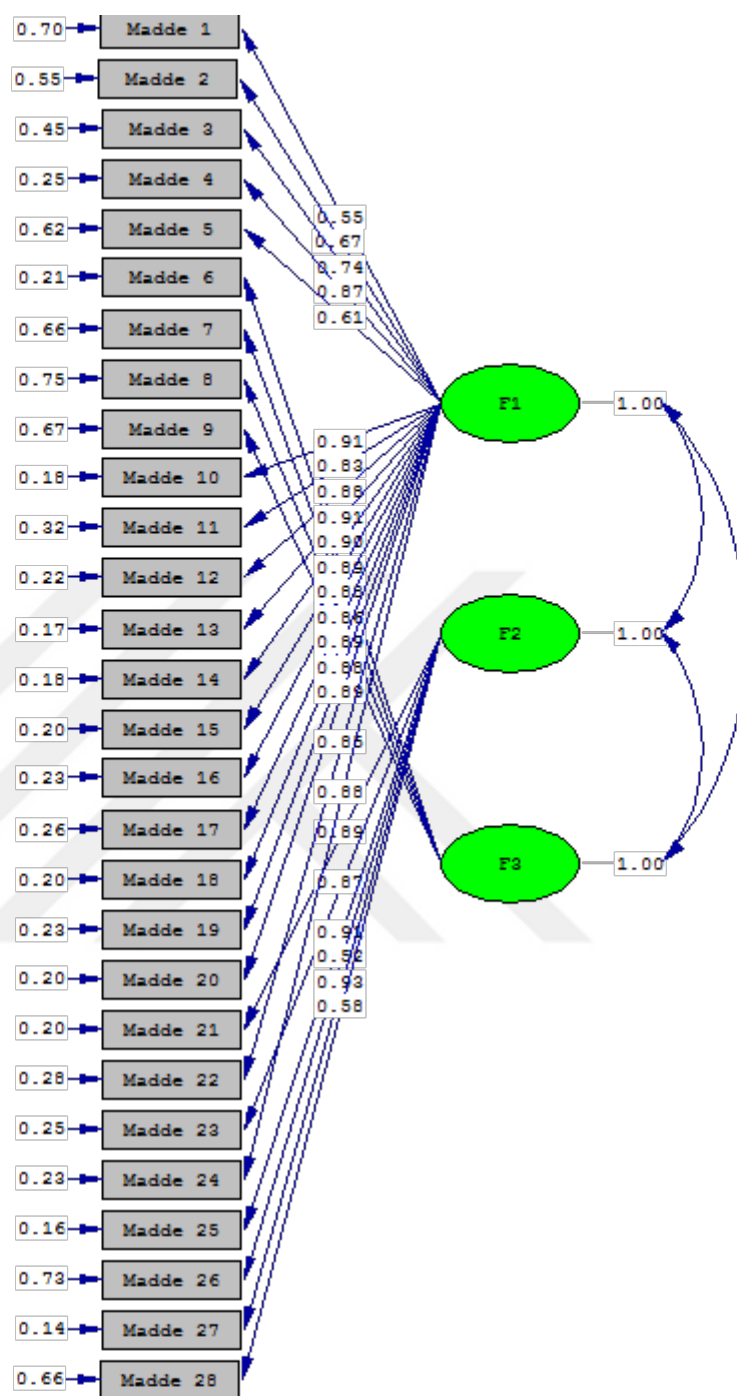
Türkçe HSHMÖ' nin yapı geçerliğini doğrulamak amacıyla “Doğrulayıcı Faktör Analizi” yapıldı ve uyum değerleri Tablo 4.5.'de gösterildi. χ^2 değerinin anlamsız bulunması açımlayıcı faktör analizi ile bulunan modelin uyumunun iyi olduğunu gösterdi. Yanı sıra, **GFI** değerinin 0.95'den, **CFI** ve **AGFI**' nin 0.90 dan büyük olması sırasıyla, iyi ve kabul edilebilir uyum iyiliği, **SRMR** değerinin 0.05-0.08 arasında olması kabul edilebilir uyum iyiliği, χ^2/df değerinin 5'in oldukça altında olması iyi uyum iyiliği göstergesi olarak değerlendirildi (**Tablo 4.5**).

Tablo 4.5: Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği'nin Uyum İyiliği Göstergeleri

N	χ^2	df	p	χ^2/df	GFI	AGFI	CFI	RMSEA	SRMR
226	933,08	325	.00	2.85	0,97	0,91	0,92	0,091	0,053

*GFI: $\geq 0,85$ AGFI: $\geq 0,80$ CFI: $\geq 0,90$ RMSEA: $\leq 0,080$ SRMR: $<0,1$ (Şimşek 2007; Harrington 2009)

Ayrıca, Şekil 4.1'de Memnuniyet ölçeğinin path diyagramı ve standardize çözümlene değerleri görölmektedir.



Chi-Square=933.08, df=325, P-value=0.00000, RMSEA=0.091

4.2.3. Eş Zamanlı Ölçek Geçerliliği

Bu çalışmada eş zamanlı ölçek geçerliliği için Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği'nin toplam puan ortalaması ($103,91 \pm 25,58$) ile katılımcıların kurumdan memnuniyet derecesi puanı ortalaması ($7,32 \pm 17,2,90$) karşılaştırıldı. Bu iki ölçüm arasındaki korelasyon pozitif yönde, ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulundu ($r: .616; p < .001$).

4.3. HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİ'NDEN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ'NİN GÜVENİRLİĞİ İLE İLGİLİ BULGULAR

4.3.1. İç tutarlılık

Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği 'nin iç tutarlılığı, madde toplam puan korelasyonu ve Cronbach's Alpha analizleri yapılmıştır. Ölçeğin 28 maddesinin madde-toplam puan korelasyonlarına Pearson korelasyonu (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu) ile bakıldığında, maddelerin güvenirlik katsayılarının **$r=0.522$ ile 0.888 arasında**, pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeğinin İç Tutarlılığı ve Madde Analizi (N= 226)

Ölçek maddeleri	Ort±SS	item-total
1. Hemşirenin ev ziyaretlerinden memnun kaldım	3,39±1,17	0,603
2.Hemşireyi başkalarına önerebilirim.	3,57±1,11	0,739
3. Hemşire ile olan görüşmelerimi devam ettirmeyi düşünüyorum.	3,56±1,17	0,783
4.Hemşire bana yeterince zaman ayırıyor.	3,60±1,17	0,861
5. Hastaneye gitmektense Aile Sağlığı Merkezine gitmeyi tercih ederim.	3,41±1,34	0,680
6.İhtiyaç duyduğum zaman hemşireye rahatlıkla ulaşabiliyorum.	3,36±1,34	0,835
7.Aile Sağlığı Merkezi'nde, rahatlıkla muayene olabiliyorum.	4,01±1,12	0,590
8. Bu Aile Sağlığı Merkezine ulaşım kolaydır.	4,17±1,01	0,522
9.Aile Sağlığı Merkezinde muayene olmak hastanede muayene olmaktan daha kolaydır.	3,94±1,11	0,576
10. Benimle ilgilenen hemşire yetenekli ve iyi yetişmiş bir sağlık personelidir.	3,80±1,10	0,886
11. Hemşire bana ilaç tedavisi dışında sağlığım ile ilgili diğer konularda da bilgi veriyor.	3,51±1,28	0,818
12.Hemşirenin, bana yaptığı tedaviyi uygulama şeklinden memnunum.	3,66±1,17	0,861
13.Hemşirenin bana ayırdığı süreden memnunum.	3,63±1,17	0,885
14.Hemşire bana gereken ilgiyi gösteriyor.	3,72±1,17	0,881
15. Hemşire sağlık problemlerim hakkında bilgilidir.	3,63±1,16	0,857
16.Hemşireye güveniyorum.	3,72±1,17	0,863
17. Hemşire beni hekime ne zaman yönlendirmesi gerektiğini biliyor.	3,65±1,15	0,863

Tablo 4.6: Devamı		
18.Hemşire beni can kulağıyla dinliyor.	3,67±1,19	0,886
19.Hemşire sağlıkla ilgili endişelerimle ilgileniyor.	3,60±1,21	0,856
20.Hemşire bana saygı duyuyor.	3,79±1,10	0,881
21.Sağlıkla ilgili endişelerimi hemşireyle rahatlıkla konuşabiliyorum.	3,73±1,16	0,871
22.Hemşirenin bana açıkladığı konuları rahatlıkla anlayabiliyorum.	3,81±1,05	0,849
23.Hemşirenin bana öğrettiklerini anlayabiliyorum.	3,80±1,05	0,841
24.Hemşire sağlıkla ilgili konuları anlaşılır bir biçimde açıklıyor.	3,77±1,09	0,878
25.Hemşire sağlıkla ilgili konuları anlaşılır bir biçimde açıklıyor.	3,79±1,10	0,873
26. Hekime rahatlıkla soru sorabiliyorum.	4,09±1,04	0,568
27. Hemşireyle olan görüşmelerimden bütün sorularım cevaplanmış olarak ayrılıyorum.	3,69±1,19	0,888
28.Hekim ile olan görüşmelerimden bütün sorularım cevaplanmış olarak ayrılıyorum.	4,00±1,09	0,634

Halk Sağlığı Hemşiresi Memnuniyet Ölçeği'nin iç tutarlılığı için ayrıca, ölçek alt boyutları puanı ve toplam puanarasındaki ilişkiye bakıldı ve Tablo 4.7.'de gösterildi. Ölçeğin toplam **Cronbach Alfa** güvenilirlik katsayısı $\alpha = 0,978$ bulundu. Ölçeğin üç alt boyutunda da cronbach alpha katsayısı tabloda görüldüğü gibi +1' e çok yakın idi. Diğer bir ifade ile ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliği yüksek bulundu.

Tablo 4.7: Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği'nin Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyonlar

Alt gruplar	Madde sayısı	r katsayısı	(α) katsayısı
Genel memnuniyet	18	0,986	0,975
İletişim	6	0,925	0,920
Planlama	4	0,784	0,833
Ölçek Toplam	28		0,978

4.3.2. Zamana karşı değişmezlik

Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği'nin güvenilirlik analizi olarak test-retest korelasyonu yapıldı (Tablo 4.8). İki hafta ara ile yapılan iki ölçüm puanları arasında istatistik olarak pozitif yönde ve ileri düzeyde anlamlı korelasyon değeri saptandı ($r=0,709$, $p=0,00$).

Tablo 4.8: Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Güvenirliği

HSHM Ölçeğinin Uygulama Zamanı	$\bar{x} \pm SS$	r_s	P
İlk Uygulama	99,75 \pm 20,95	0,709	,000
İkinci Uygulama	102,80 \pm 18,91		

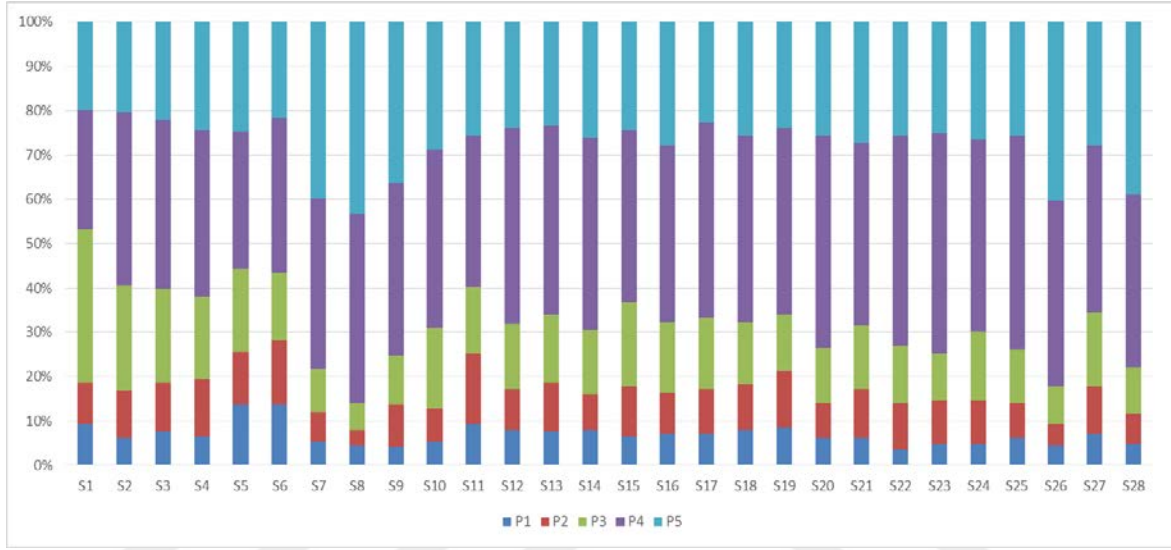
r_s : Pearson Korelasyon analizi

4.4. KATILIMCILARIN GENEL MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN DAĞILIMI

Geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabilirliği saptanan HSHM Ölçeği maddelerine göre katılımcıların memnuniyeti Şekil 4.2.'de, en yüksek, en düşük ve kararsız kaldıkları memnuniyet maddelerinin dağılımı ise Tablo 4.9.'da gösterildi.

Tabloda görüldüğü gibi, katılımcıların en çok memnun oldukları maddeler (5 puan / kesinlikle katılıyorum) %43.4 ile 8. Madde (*Bu aile sağlığı merkezine ulaşım kolaydır*) ve %40.3 ile 26. madde (*Hekime rahatlıkla soru sorabilirim*) idi. Katılımcıların en en az memnun oldukları madde (1 puan / kesinlikle katılmıyorum)

%13.7 ile 5. soru (*Hastaneye gitmektense aile sağlığı merkezine gitmeyi tercih ederim*) ve %13.7 ile 6. madde (*Hemşireye ihtiyaç duyduğumda rahatlıkla ulaşabiliyorum*) dir. Katılımcıların en çok kararsız kaldığı (3 puan / kararsızım) maddeler ise %34,5 ile 1. madde (*Hemşirenin ev ziyaretlerinden memnun kaldım*) ve %23.9 ile 2. madde (*Hemşireyi başkalarına önerebilirim*) oldu.



P1: Kesinlikle Katılmıyorum P2: Katılmıyorum P3: Kararsızım P4: Katılıyorum
P5: Kesinlikle Katılıyorum (N=226)

şekil 4.2: Katılımcıların Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği' nin Her Bir Maddesine Verdiği Puanların Yüzde olarak Dağılımı

Tablo 4.9: Katılımcıların En Yüksek, En Düşük ve Kararsız Kaldıkları Maddelerin

Dağılımı (N=226)

Ölçek Puanları ve Maddeleri	Yüzdelerik %
Puan 1 (Kesinlikle Katılmıyorum)	
5) Hastaneye gitmektense Aile Sağlığı Merkezine gitmeyi tercih ederim.	13.7
6) Hemşireye ihtiyaç duyduğumda rahatlıkla ulaşabiliyorum.	13.7
Puan 2 (Katılmıyorum)	
11) Hemşire bana ilaç tedavisi dışındaki konularda da bilgi veriyor.	15.9
6) Hemşireye ihtiyaç duyduğumda rahatlıkla ulaşabiliyorum.	14.6
Puan 3 (Kararsızım)	
1) Hemşirenin ev ziyaretlerinden memnun kaldım.	34.5
2) Hemşireyi başkalarına önerebilirim.	23.9
Puan 4 (Katılıyorum)	
23) Hemşirenin bana öğrettiklerini anlayabilirim.	49.6
25) Hemşireye rahatlıkla soru sorabilirim.	48.2
Puan 5 (Kesinlikle Katılıyorum)	
8) Bu Aile Sağlığı Merkezine ulaşım kolaydır.	43.4
26) Hekime rahatlıkla soru sorabilirim.	40.3

4.5. KATILIMCILARIN BİREYSEL ÖZELLİKLERİNE GÖRE MEMNUNİYET DURUMLARI

Araştırmaya katılanların ASM'den memnuniyet puanı ortalamaları, bireysel özelliklerine göre karşılaştırıldı ve Tablo 4.9'da gösterildi. Bu değerlendirmeye göre, katılımcıların memnuniyet puanları cinsiyete, medeni duruma, çalışma durumuna, yaşa, sağlık algısına, eğitim durumuna ve kronik hastalık öyküsüne göre değişmedi ($p>0.05$). Buna karşın, katılımcıların Aile Sağlığı Merkezine başvuru sayısı ile memnuniyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Aile Sağlığı Merkezine daha sık başvuranların memnuniyet puanları anlamlı olarak arttı ($p<0,05$).

Tablo 4.10: Katılımcıların Bireysel Özelliklerine Göre Memnuniyet Durumları

Hasta Özellikleri	Sayı	%	Ort+SS	İstatistik p
Cinsiyet				
Kadın	173	76,5	102,2+25,8	t: -1,747 ,081
Erkek	53	23,5	109,1+24,3	
Eğitim Durumu				
Düşük	93	39,3	105,7+28,6	KWx ² : 4,762 ,092
Orta	58	27,5	104,8+25,5	
Yüksek	75	33,2	100,9+21,4	
Medeni Durum				
Evli	54	68,1	104,7+26,5	t: -1,25 ,211
Bekâr	72	31,9	102+22,5	
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	87	38,5	101,5+23,1	KWx ² : 3,877,144
Çalışmıyor	114	50,4	106,5+25,6	
Emekli	25	11,1	100,2+32,2	
Sağlık Algısı				
Çok iyi	20	8,9	109,8+27,8	KWx ² : 6,781 ,079
İyi	74	32,7	98,4+26,6	
Kötü	97	42,9	105,1+24,3	
Çok kötü	35	15,5	108,8+24,4	
Kronik Hastalık				
Var	110	48,7	104,3+28,4	t: -896 ,370
Yok	116	51,3	103,5+22,7	
Yaş grubu				
18-29 yaş	62	27,4	101,5+20,7	KWx ² :4,592 ,332
30-39 yaş	71	31,4	102,4+26,7	
40-49 yaş	42	18,6	105,6+27,9	
50-59 yaş	35	15,5	109,7+25,7	
60 ve üstü	16	7,1	102,7+31,4	
Başvuru Sayısı				
1-5 arası	142	62,8	98+25,9	KWx ² : 29,033 ,016
6-10 arası	56	24,8	110,6+23,9	
11-15 arası	14	6,2	113,2+21,6	
16 ve üstü	14	6,2	120,9+23,5	

5. TARTIŞMA

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri, Sağlıkta Dönüşüm programı kapsamında 2003 yılında uygulamaya geçmiş ve günümüzde çeşitli düzenlemelerle ülke düzeyinde yaygınlaşmıştır (Akdağ, 2010). Bu sistemin toplum ile doğrudan ilişkili olan Aile Sağlığı Hizmetleri birimi kapsamında yürütülmektedir. Aile Sağlığı Hizmetleri, temel olarak aile hekimi ve aile sağlığı elemanı olmak üzere iki sağlık çalışanı ile yürütülmektedir. Ancak, toplumda, basın ve medyada “Aile Hekimliği” olarak tanınmakta, övgüler, eleştiriler ya da memnuniyet algıları hekimlere odaklı olarak değerlendirilmektedir. Hemşirelik hizmetlerinin görünürlüğü ile ilgili bilgiler yok denecek düzeydedir. Bu çalışma, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)’den hizmet alan bireylerin hemşirelik hizmetlerine yönelik algılarını ölçen bir aracın Türkçe formunu literatüre kazandırmayı amaçlamıştır.

Bir ölçüm aracının iyi olduğunu gösteren en önemli kriterler o aracın geçerlik ve güvenilirlik bulgularıdır. Geçerlik, ölçümün kurallarına uygun olarak doğru şekilde yapılıp yapılmadığı ve ölçüm sonucu çıkan verilerin gerçekten ölçülmek istenilen şeyi yansıtmaya durumunu ortaya koymaktadır. Güvenirlik ise katılımcıların ölçek maddelerine verdiği cevapların tutarlılığıdır (Büyüköztürk, 2012; Erefe, 2002; Gözüm ve Aksayan, 2003).

Bir ölçeğin başka bir topluma uyarlanması için, ölçek madde sayısının 5-10 katı örneklem ile çalışılması önerilir (Akgül, 2005; Yurdugül 2005). Bu çalışmada, 28 maddelik ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği, 226 (140<226<280) katılımcıdan toplanan verinin analizleri ile elde edilmiştir. Aynı ölçeğin orijinal yapısı, nitel bir çalışmayı izleyerek, 300 katılımcı ile yürütülen araştırma sonucunda geliştirilmiştir (Agosta, 2005).

5.1. GÜVENİRLİK BULGULARI

Madde güvenirligi, ölçek maddelerinin ölçek toplam puanına etkisini değerlendirerek maddelerin ölçek bütünüyle olan ilişkisini ortaya koyar. Madde toplam puan korelasyonuna bakabilmek için 100-200 arası örneklem büyüklüğü yeterli

görülmektedir (Şencan 2005). Bu araştırmaya katılan 226 katılımcı, verilerin madde güvenilirliğinin değerlendirilebilmesi için yeterli sayıyı içermiştir.

Madde toplam puan korelasyonu için güvenilir olan katsayı değerleri kaynaklara göre farklılık göstermektedir. Bazı kaynaklarda korelasyon alt sınırı: ,50, bazılarında ,30, çoğunda ise ,20 olarak belirtilmiş ise de, genel olarak bu değerlerin üzerinde olan katsayı değerleri güvenilir olarak kabul edilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003). Bu araştırmada maddelerin güvenilirlik katsayıları **r=0,52 ile 0,88** arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulundu. Ayrıca ölçeğin alt boyutlarının toplam puanı ile korelasyonları **r=,78 ve ,98** arasında değişti. Bu veriler ölçeğin maddelerinin ve alt boyutlarının güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğunu gösterdi.

Ölçeği oluşturan ifadelerin kendi aralarında tutarlı olup olmadığını değerlendirmek için iç tutarlılık analizinin yapılması gerekmektedir (Ural ve Kılıç, 2011). İç tutarlılık analizinde maddelerin belli bir kavramsal yapıyı ölçüp ölçmediğine bakılır. Maddeler arası tutarlılığı yüksek olan ölçek güvenilir bir ölçek olarak kabul edilir (Şencan, 2005). Literatürde iç tutarlılık katsayısı ,00-,40 arası ölçek güvenilir değil; ,40-,60 arası düşük düzeyde güvenilir; ,60-,80 arası oldukça güvenilir ve ,80-1,00 arası yüksek derecede güvenilir olarak kabul edilir (Bayram, 2009; Büyüköztürk, 2012). Ölçeğin orjinal çalışması olan NPSS’de alt boyutların iç tutarlılık katsayıları sırasıyla; “genel memnuniyet” için ,978; “iletişim” için ,828 ve planlama için ,759’dur. Bu çalışmada ise, HSHMÖ’nin iç tutarlılık katsayıları aynı alt boyut sırasına göre değerlendirildiği zaman ,975, ,920 ,833 ve toplam iç tutarlılık ,978 bulundu. Bu sonuçlar Türkçe ölçek maddelerinin, orijinal ölçekte olduğu gibi, tutarlı ve yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu gösterdi.

Test- retest analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunması, katsayının pozitif yönde ve yüksek olması ve alt sınırın en az ,70 olması beklenir. İki ölçüm arasında iki-üç hafta ile dört-altı hafta arasında bir süre geçmesi yeterlidir (Büyüköztürk, 2008; Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2007; Tavşancıl, 2006). Bu araştırmada 20 kişi ile iki hafta ara ile yapılan iki ölçüm puanları arasında istatistik olarak pozitif yönde ve ileri düzeyde anlamlı korelasyon değeri saptandı ($r = 0,709$, $p=0,00$). Test- retest puan ortalamaları arasındaki uyumluluğun pozitif yönde ve güçlü olması ölçeğin zamana karşı değişmezlik güvenilirliğinin yüksek olduğunu gösterdi.

5.2. GEÇERLİK BULGULARI

Ölçüm aracındaki maddelerin ölçülmek istenilen durum ya da davranışı temsil edip etmediği uzman bir grup tarafından incelenir ve uzmanların görüşleri doğrultusunda ölçek maddeleri yeniden yapılandırılır. En az 3 en fazla 20 uzmanın ölçek maddelerine 1 ile 4 arasında puan vermesi istenir (Yurdugül, 2005). Kapsam Geçerlik İndeksinin (KGİ) ,80'in üzerinde çıkması ölçek maddelerinin kapsam açısından yeterli olduğunu gösterir (Büyüköztürk, 2012; Karasar, 2000). Bu araştırmada 10 uzmanın görüşü ile elde edilen KGİ ,95 idi. Bu bulgu, ölçek maddelerinin kapsam geçerliğinin yeterli olduğunu gösterdi. Yanı sıra, katılımcıların eş zamanlı olarak HSHMÖ'ne verdikleri yanıt ile genel memnuniyet algıları arasındaki ilişkinin anlamlı bulunması ($r: .616$; $p < .001$) eş zamanlı ölçek geçerliğini destekledi.

Bir ölçeğin neleri ölçtüğü, katılımcıların ölçekten aldıkları puanların ne anlama geldiğini araştırmak için ölçeğin yapı geçerliğine bakılır (Çam ve Arabacı, 2010). Bu kapsamda, birbiriyle bağlantılı değişkenleri bir kümede toplamak için faktör analizi yapılır (Aksayan ve Emiroğlu, 2002). Bir ölçeğe faktör analizi uygulanabilmesi için yeterli örneklem büyüklüğüne sahip olup olmadığı Kaiser Mayer Olkin (KMO) ile test edilir. Kaiser Mayer Olkin değerinin ,90' ın üzerinde olması faktör analizi yapılabilmesi için örneklem sayısının çok iyi düzeyde olduğunu gösterir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Şencan, 2005). Barlett' s testi ise ölçeğin faktör modelinin uygunluğunu gösterir (Akgül, 2005). Bu çalışmada, HSHMÖ'nin KMO değeri, orjinal ölçeğin bulguları ile aynı değerde idi (KMO=0.96; Barlett's testi $p=0.00$). Diğer bir deyişle, Türkçe ölçeğin faktör analizi için uygun yapıda ve yeterli örnekleme sahip olduğunu gösterdi.

Literatür bilgisine göre, tek faktörlü ölçeklerde açıklanan varyansın %30 ve üzerinde; çok faktörlü ölçeklerde ise daha yüksek olması beklenir (Büyüköztürk, 2002). Nitekim, ölçeğin orijinal çalışmasında üçlü faktör yapısı varyansın %74.6'sını, HSHMÖ' ise üç faktör yapısında ve varyansın %74.224' ünü açıkladı.

Ayrıca, faktör yükleri de örneklem büyüklüğü ile ilişkilidir (Şencan, 2005). Örneğin, 200 örnekleme olan bir ölçeğin maddelerinin faktör yükünün ,40 ve üzerinde olması beklenir. Bu bağlamda, faktör yüklerinin tümü ,44 ve üzerinde olan HSHMÖ'nin faktör yapısı orijinal formun üç faktörlü yapısını doğruladı. Ancak, "Genel Memnuniyet", "İletişim" ve "Planlama" alt boyutlarını oluşturan bazı maddelerin faktör

yükü, orijinal ölçeğin faktör yapısından farklı bir dağılım gösterdi. Bununla birlikte ölçek orijinal faktör yapısına sadık kalınarak değerlendirildi ve doğrulayıcı faktör analizi yapıldı.

Doğrulayıcı faktör analizi, kuramsal yapı doğrultusunda geliştirilen ölçme aracından elde edilen verilerle söz konusu yapının doğrulanıp doğrulanmadığını test eder. Ölçek geliştirme çalışmalarında literatürde önce açıklayıcı faktör analizi, ardından doğrulayıcı faktör analizinin yapılması tercih edilir (Jöreskog ve Sörbom, 2001). Bu çalışma ölçek geliştirmeyi değil, ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini test ettiği için, doğrulayıcı faktör analizi sonuçları öncelikle dikkate alındı. Nitekim, doğrulayıcı faktör analizinde uyum iyiliği indeksleri istenilen düzeyde bulundu.

Bu araştırmada, doğrulayıcı analize göre, $\chi^2 /df= 2.85$ bulundu. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine bölünmesi ile ortaya çıkan bu değer 5' in altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterdi (Bryne, 1998). Ayrıca, SRMR değerinin 0.05-0.08 arasında olması, GFI= 0,97; AGFI= 0,91 ve CFI= 0,92 değerleri 1' e oldukça yakın olması uyum değerlerinin iyi ve kabul edilebilir düzeylerde olduğunu doğruladı (Harrington, 2009; Şimşek, 2007).

Türkiye’de yataklı tedavi kurumlarında verilen hemşirelik bakımından memnuniyeti ölçen sayısız araç bulunmaktadır. Buna karşın birinci basamak sağlık hizmetlerinde hemşirelik bakımından memnuniyeti ölçen geçerli ve güvenilir bir araca ulaşılamamıştır. Aile Hekimliği sisteminin kuruluş aşamasında, sistemden alınan hizmetten memnuniyeti ölçmek için EUROPEP ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Aktürk ve ark. 2002). Ancak, bu ölçeğin maddeleri aile hekimini ve ASM’nin fiziksel koşullarını değerlendirmeye yöneliktir.

Bu çalışmanın doğrudan amacı olmamakla birlikte, elde edilen katılımcı verileri dikkat çeken bulgulara işaret etmiştir. Aile Sağlığı merkezine başvuran, çoğu kadın ve eğitilmiş katılımcılar “*aile sağlığı merkezine ulaşımın kolay olması*” ve “*hekime rahatlıkla soru sorabilme*” konusunda memnun olduklarını, buna karşın “*hemşireye rahatlıkla ulaşamadıkları*” ve “*hemşireyi başkalarına önerme*” konusunda kararsız olduklarını belirtmiştir. Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği, büyük örneklemelerde bu algıların irdelenmesine fırsat sağlayacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

“Nurse Practitioner Satisfaction Survey (NPSS)” aracını “Halk Sağlığı Hemşiresi’nden Memnuniyet Ölçeği (HSHMÖ)” adıyla Türk diline ve kültürüne uyumlaştırmak, geçerlik ve güvenilirliğini test ederek literatüre kazandırmak, böylece birinci basamak sağlık kurumlarında hemşirelik bakım hizmetlerine rehber olacak bilgi sağlamak amacı ile planlanan ve uygulanan bu çalışmanın sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

- Çalışmanın örneklemini yaş ortalaması 38,5 ($\pm 12,59$), %76,5’i kadın, %58,9’u orta ve üzeri eğitim düzeyinde, %48,7’si en az bir kronik hastalığı olan ve %62,8’i son bir yılda kuruma 1-5 kez başvuran katılımcılar oluşturdu.
- Ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi $r=0.95$; Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha= 0,98$; 28 maddenin madde-toplam puan korelasyonları $r=0.52$ ve 0.88 arasında; iki haftalık test-retest korelasyonu $r=0.71$ bulundu.
- Açımlayıcı faktör analizinde üç faktör ile açıklanan toplam varyans % 99,99 bulundu ve ölçek faktör yüklerinin tümü ,44 ve üzerinde idi.
- Doğrulayıcı Faktör Analizi ile: $\chi^2:93,1$ $p>0.05$; RMSEA= 0,091, SRMR= 0,053; GFI= 0,97; AGFI= 0,91; CFI= 0,92 bulundu ve iyi uyum modeli sergiledi.

Sonuç olarak, çalışma bulguları ölçeğin orijinal yapısını doğruladı. Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir araç olarak, Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran kişilerin kurumdan memnuniyetlerini ölçmek için kullanılabileceğini gösterdi.

Ayrıca, çalışmanın örneklemini ASM’den memnuniyet konusunda bazı ipuçları verdi.

- Katılımcıların HSHMÖ ortalama puanı $\bar{x}=103,9\pm 25,5$ (min: 28-max: 140) bulundu.
- ASM’ye başvuru sayısı fazla olanların memnuniyet düzeyi arttı.
- Katılımcıların en fazla memnun oldukları iki madde; ASM’ye ulaşımın kolay olması ve hekime rahatlıkla soru sorabilmeleri idi.
- Katılımcıların en az memnun oldukları iki madde ise, “aile sağlığı merkezi yerine, hastaneyi tercih ederim” ve “hemşireye ihtiyaç duyduğumda rahatlıkla ulaşamıyorum” şeklinde ifade buldu.

6.2. ÖNERİLER

Gelecek araştırmalarda,

- Ölçeğın ASM'lere başvuran büyük örneklem gruplarında kullanılması,
- Birinci basamak sağlık hizmeti veren farklı kurumlarda ve gruplarda kullanılması,
- Kullanılan her örnekleme ölççeğın, değişmezliğinin test edilmesi önerilir.
- Örneklem sayısı küçük olmakla birlikte, bu çalışmada memnuniyetin alt boyutlarına göre elde edilen sonuçlar hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesi ile ilgili çalışmalarda yol gösterici olabilir.



KAYNAKLAR

1. Agosta, L.J. (2005). Patient Satisfaction with Nurse Practitioner Delivered Primary Health Care Services, University of Teksas, Doctorate Dissertation; 34, 37, 60, 72, 156-158.
2. Aile Hekimliği Kanunu (2004). Kanun No:5258, Ankara:T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim Tarihi: 16.01.2016 <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258-20140102.pdf>.
3. Akdağ, R. (2010). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010). İçinde R. Akdağ (Ed.), 15.
4. Akdur, R. (1999). Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması, Ankara, 4-20.
5. Akgül, A. (2005). Faktör Analizi, Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Araştırma Teknikleri SPSS Uygulamaları. (2. Baskı, s:441). Ankara: Emek Ofset.
6. Akıllı, A., Genç, M. (2007). Şanlıurfa İli Bozova İlçesi Merkez Sağlık Ocağına Başvuran Hastaların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2); 95- 99.
7. Akın, S., Erdoğan, S. (2007). The Turkish Version Of The Newcastle Satisfaction With Nursing Care Scale Used On Medical And Surgical Patients, Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Nursing*, 16, 646–653.
8. Aksakal, T., Bilgili, N. (2008). Hemşirelik Hizmetinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi, *Erciyes Tıp Dergisi*, 30(4); 243.
9. Aksayan, S., Emiroğlu, N. (2002). Araştırma Tasarımı, Hemşirelikte Araştırma İlke süreç ve Yöntemleri. İçinde İ. Erefe (Ed) (1. Baskı, s:78). İstanbul: Odak Ofset.

10. Aktürk, Z.(2011). Toplum Sağlığı Merkezleri ve Aile Sağlığı Merkezlerinin İlişkileri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 28, Erişim Tarihi: 12.01.2016, http://www.muglahsm.gov.tr/files/hsbs_rehber_son.pdf
11. Aktürk, Z., Dağdeviren, N., Şahin, M. (2002). Hastalar Hekimleri Değerlendiriyor: Europep Ölçeği, *DEU Tıp Fakültesi Dergisi*, Eylül 153-160.
12. Alcan, Z. (2001). Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 5(4-5): 57-60.
13. Aydın, S., Buzgan, T. (2008). 2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, 21.
14. Bahçebaşı, T., Alkan, L., Ayberk, O., Şerifi, B., Ceyhan, M., Coşar, Ç., ve diğerleri. (2011). Giriş, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 19 Erişim Tarihi: 12.01.2016 http://www.muglahsm.gov.tr/files/hsbs_rehber_son.pdf.
15. Baltacı, D., Kara, İ., H., Bahçebaşı, T. (2011). Düzce ilinde Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Aile Hekimi ve Muayenehanesi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma, *Konuralp Tıp Dergisi*, 3(2); 9- 15.
16. Bambal, Ö.Ö., Lağarlı, T., Filibeli, M. (2010), Manisa Merkez Yarı Kentsel Bölgede Bir Aile Sağlığı Birimine Kayıtlı Kadınlarda Bazı Birinci Basamak Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 8(3); 176- 190.
17. Baykan, Z., Özkan, S., Maral, I. (2004). Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine Başvuran Kadınların Hizmetten Memnuniyet Durumları, *Erciyes Tıp Dergisi*, 26(3); 98- 104.

18. Bayram, N. (2009). Güvenirlik Analizi- Faktör Analizi, Sosyal Bilimlerde SPSS ile Veri Analizi, (2. Baskı, s:193-206). İstanbul: Güven Mücellit Matbaacılık Ltd. Şti.
19. Bryne, B.M. (1998). Structural Equation Modelling With Lisrel, PRELIS and SIMPLIS: Basic Concepts, Applications and Programming, (1. Baskı, s: 3-37). London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
20. Burns, N., Grove, S.K. (1997). The Practice of Nursing Research Conduct, Critique & Utilization. Third Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 327- 382.
21. Büyüköztürk, Ş. (2012). Testlerin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerinde Kullanılan Bazı İstatistikler, Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı, (16. Baskı, s:167-171). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
22. Büyüköztürk, Ş. (2008). Veri Analizi El Kitabı, (9. Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
23. Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı, *Eğitim Yönetimi Dergisi*, 32, 470- 483.
24. Çam, M., Arabacı, L., (2010). Tutum Ölçeği Hazırlamada Nitel ve Nicel Adımlar, *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 2, 65-68.
25. Elbek, O., Adaş, B.,E. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme, *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12(1); 33-43.
26. Ercan, İ., Ediz, B., Kan, İ. (2004). Hastaların Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerinin İncelenmesi, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(3), 161-167.

27. Erefe, İ. (2002). Veri Toplama Araçlarının Niteliği, Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. İçinde İ. Erefe (Ed.) (1. Baskı, s: 169-188). İstanbul: Odak Ofset.
28. Eser, E. (2011). Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü'nün "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti" Araştırması Hakkında Bir Değerlendirme Yazısı, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2011;9(2); 123-126.
29. Fişek, N.H. (1985). Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayın No:2, Ankara.
30. Gözüm, S., Aksayan, S. (2003). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 5(1), 3-14.
31. Harrington, D. (2009). Confirmatory Factor Analysis. USA, New York: Oxford University Press.
32. Hemşirelik Kanunu (2007). Kanun No: 6283. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Erişim tarihi: 16.01.2016, <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/hemsirelik-kanunu.aspx>.
33. Hogston R. (1995). Quality Nursing Care: A Qualitative Enquiry, *Journal Of Advanced Nursing*. 21(1);116-124.
34. İlhan, M., N., Tüzün, H., Aycan, S. (2006), Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri ve Bazı Sosyoekonomik Belirteçlerle Değişimi: Sağlık Reformu Öncesi Son Saptamalar, *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3); 33- 41.
35. Jöreskog, K., Sörbom, D. (2001). LISREL 8: User's Reference Guide, Scientific Software International Inc.

36. Kağıthane Rehberi. (2008). Kağıthane Belediyesi Plan ve Proje Müdürlüğü ve Basın Danışmanlığı, İstanbul: Mart Matbaacılık; 22-26.
37. Karasar, N. (2000). Bilimsel Araştırma Yöntemi, (10. Baskı). Ankara: Nobel Yayınları.
38. Lağarlı, T., Eser, E., Akdeniz, M. (2011). Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi, 9(1); 16-32.
39. Meisenheimer C.G. Quality Management: Process and Outcome. 5.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, İzmir. Dokuz Eylül Üniversitesi Matbaası. 1998:4-25.
40. Mollahaliloğlu, S., Kosdak, M., Sanisoğlu, Y., Boz, D., Demirok, A. B. (2010). Bulgular. İçinde R, Akdağ (ed), Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı 13-34.
41. Ovayolu, N., Bahar, A. (2006), Hemşirelik ve Kalite, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1); 104- 110.
42. Öcek, Z., Soyer, A. (2007). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 11-22, Erişim tarihi: 12.01.2016, www.ttb.org.tr/kutuphane/birincibasamaksh.pdf
43. Özer, A., Çakıl, E. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3), s: 140-143.
44. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik (1964). Sayı No:11802, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Erişim tarihi: 16.01.2016, http://www.ihs.gov.tr/indir/mevzuat/yonetmelikler/13052005_y_25.pdf.

45. Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V. (2007). Biyoistatistik, (12. Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
46. Şencan, H. (2005). Sosyal ve DavranıŐsal lmlerde Güvenirlik ve Geçerlik, (1. Baskı, s: 112). Ankara: Seğkin Yayıncılık.
47. Şimşek, . F. (2007). Yapısal EŐitlik Modellemesine Giriş. Temel lkeler Ve LISREL Uygulamaları, Ankara, Ekinoks Eğitim ve DanıŐmanlık Hizmetleri ve Basım Yayın ve Dağıtım.
48. Talbot, L.A. (1995). Principles And Practice Of Nursing Research. Mosby Year Book, St.Louis. 268-291.
49. Tavşancıl, E. (2006). Tutumların llmesi ve SPSS ile Veri Analizi, (3. Baskı). İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım.
50. Ural, A., Kılıç, . (2011). Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi, (3. Baskı, s: 281-286). Ankara: Detay Yayıncılık.
51. Vorvick, J., L., Zieve, D. (2014). Nurse Practitioner, Medline Plus Online Dictionary, Erişim tarihi: 16.01.2016
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001934.htm>.
52. Yurdugül, H. (2005). DavranıŐ Bilimlerinde lek Geliştirme alıŐmaları in Bazı Ayrıntılar, Erişim tarihi: 16.01.2016
http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/FA_OrneklemGenislikleri.pdf.

FORMLAR

Ek 1. Görüşme Formu

GÖRÜŞME FORMU

Değerli katılımcı,

Bu çalışmada, Aile Sağlığı Merkezlerindeki hemşirelik uygulamalarından memnuniyeti ölçen bir aracın geliştirilmesi amaçlanmıştır. Aşağıdaki soruları lütfen dikkatle okuduktan sonra size en uygun olan cevabı işaretleyiniz. Her sorunun cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Verdiğiniz bilgiler araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır.

Katıldığınız için teşekkür ederim.

Hemşire Ferdanur Manay

1. Yaşınızı belirtiniz.....
2. Cinsiyetinizi işaretleyiniz
 Kadın Erkek
3. Medeni durumunuz?
 Evli Bekar
4. Son bir yıl içerisinde Aile Sağlığı Merkezi'ne kaç kez başvurduunuz? Sayı ile belirtiniz
.....kez
5. Önceki gelişlerinizde, **genel olarak**, hemşireden memnuniyetinizi 1-10 arasındaki çizgi üzerinde işaretleyiniz.

1 ----- 10

6. Eğitim seviyenize uygun olan kutuyu işaretleyiniz.

- İlköğretim Ortaöğretim Lise Üniversite Yüksek lisans ve üzeri

7. Sağlık güvenceniz var mı? Uygun olan kutuyu işaretleyiniz

- Yok Genel Sağlık Sigortası (BAĞ-KUR, SSK, Emekli Sandığı)
 Yeşil Kart Özel Sağlık Sigortası

8. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

- Emekli Hayır Evet

(Belirtiniz.....)

9. Şu anda tedavi gördüğünüz bir rahatsızlığınız var mı? Lütfen olanların hepsini işaretleyiniz.

- Yüksek Tansiyon (Hipertansiyon) Depresyon/Anksiyete
 Enfeksiyon Hastalıkları
 Astım/ Akciğer Hastalıkları/ Nefes Darlığı Kalp Hastalıkları
 Şeker Hastalığı (Diyabet) Yüksek Kolesterol
 Kanser
 Tiroid Hastalıkları Diğer

10. Bugün kendinizi ne kadar sağlıklı hissediyorsunuz?

- Çok sağlıklı Sağlıklı Biraz sağlıklı Sağlıklı değil

11. Hane halkı kaç kişiden oluşmaktadır?

- 1 kişi 2-4 kişi 5-7 kişi 8 kişi ve üzeri

Ek 2. Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği (HSHMÖ)

Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği (HSHMÖ)

Halk sağlığı hizmetleri sağlığı koruyan ve geliştiren faaliyetleri ile tüm toplumlarda büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle verilen hizmetin kalitesini değerlendirmek ve arttırmak kaçınılmazdır. **Bu ölçek Aile Sağlığı Merkezinden hizmet alan bireylerin hemşirelik bakımından memnuniyetini ölçmek amacıyla tasarlanmıştır.**

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz yanıtlar yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Bu araştırmaya yapacağınız katkılar için teşekkür ederim.

Ferdanur MANAY

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Enstitüsü

Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Lütfen sizin için en uygun olan seçeneği dairenin içine çarpı (X) koyarak işaretleyiniz.

1. Hemşirenin ev ziyaretlerinden memnun kaldım.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

2. Hemşireyi başkalarına önerebilirim.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

3. Hemşire ile olan görüşmelerimi devam ettirmeyi düşünüyorum.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

4. Hemşire bana yeterince zaman ayırıyor.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

5. Hastaneye gitmektense Aile Sağlığı Merkezine gitmeyi tercih ederim.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

6. İhtiyaç duyduğum zaman hemşireye rahatlıkla ulaşabiliyorum.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

7. Aile Sağlığı Merkezi'nde, rahatlıkla muayene olabiliyorum.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

8. Bu Aile Sağlığı Merkezine ulaşım kolaydır.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

9. Aile Sağlığı Merkezinde muayene olmak hastanede muayene olmaktan daha kolaydır.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

10. Benimle ilgilenen hemşire yetenekli ve iyi yetişmiş bir sağlık personelidir.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

11. Hemşire bana ilaç tedavisi dışında sağlığımla ilgili diğer konularda da bilgi veriyor.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

12. Hemşirenin, bana yaptığı tedaviyi uygulama şeklinden memnunum.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

13. Hemşirenin bana ayırdığı süreden memnunum.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

14. Hemşire bana gereken ilgiyi gösteriyor.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

15. Hemşire sağlık problemlerim hakkında bilgilidir.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

16. Hemşireye güveniyorum.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

17. Hemşire beni hekime ne zaman yönlendirmesi gerektiğini biliyor.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

18. Hemşire beni can kulağıyla dinliyor.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

19. Hemşire sağlıkla ilgili endişelerimle ilgileniyor.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

20. Hemşire bana saygı duyuyor.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

21. Sağlıkla ilgili endişelerimi hemşireyle rahatlıkla konuşabiliyorum.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

22. Hemşirenin bana açıkladığı konuları rahatlıkla anlayabiliyorum.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

23. Hemşirenin bana öğrettiklerini anlayabiliyorum.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

24. Hemşire sağlıkla ilgili konuları anlaşılır bir biçimde açıklıyor.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

25. Hemşireye rahatlıkla soru sorabiliyorum.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

26. Hekime rahatlıkla soru sorabiliyorum.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

27. Hemşireyle olan görüşmelerimden bütün sorularım cevaplanmış olarak ayrılıyorum.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

28. Hekim ile olan görüşmelerimden bütün sorularım cevaplanmış olarak ayrılıyorum.

Kesinlikle Katılmıyorum() Katılmıyorum() Kararsızım() Katılıyorum() Kesinlikle Katılıyorum()

Ek 3 Nurse Practitioner Satisfaction Survey (NPSS)

APPENDIX: NURSE PRACTITIONER SATISFACTION SURVEY

We are conducting a study of patient satisfaction regarding the use of nurse practitioners. The survey is completely confidential and only summary information will be reported in the study results. Thank you in advance for your help with this survey.

Please indicate your degree of satisfaction with the following statements:

SD = Strongly Disagree D = Disagree A = Agree SA = Strongly Agree

U = Uncertain

	<i>Fill in the bubbles like this: O</i>				
	SD	D	A	SA	U
1. Overall I was satisfied with my visit with the nurse practitioner(NP)._____	O	O	O	O	O
2. I am likely to recommend the NP to others.____	O	O	O	O	O
3. I am likely to schedule appointments with the NP in the future._____	O	O	O	O	O
4. The NP was not rushed._____	O	O	O	O	O
5. I would rather see the NP than my regular physician._____	O	O	O	O	O
6. I was able to schedule a convenient appointment with the NP._____	O	O	O	O	O
7. When I feel the need to see a healthcare provider, I can get an appointment with the NP without a problem._____	O	O	O	O	O
8. The Woman's Hospital Employee Health clinic is easy to access._____	O	O	O	O	O
9. Scheduling an appointment with the Woman's Hospital Employee Health Clinic NP is easier than scheduling with my usual physician._____	O	O	O	O	O
10. My NP is a skilled healthcare provider._____	O	O	O	O	O
11. My NP discusses methods other than medication to treat my problem._____	O	O	O	O	O
12. I am satisfied with how the NP treated me.____	O	O	O	O	O
13. I was satisfied with the amount of time the NP spent with me._____	O	O	O	O	O
14. My NP is caring._____	O	O	O	O	O
15. My NP is knowledgeable about health problems._____	O	O	O	O	O
16. I trust my NP._____	O	O	O	O	O
17. My NP knows when to refer to or consult with a physician._____	O	O	O	O	O
18. The NP listened to what I had to say._____	O	O	O	O	O
19. The NP was interested in my health concerns.____	O	O	O	O	O
20. The NP respected me._____	O	O	O	O	O
21. I can easily talk to the NP about my health concerns._____	O	O	O	O	O

Ek 3. Nurse Practitioner Satisfaction Survey (NPSS)- devamı

	SD	D	A	SA	U
22. I understood what the NP explained to me.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. I understood what the NP taught me.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. The NP explained things in an understandable manner.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. I feel comfortable asking the NP questions.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. I feel comfortable asking my personal physician questions.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. I left the NP visit with all questions answered.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. I usually leave my personal physician's visits with all questions answered.-----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ek 4. Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği Kavram Geçerliği İçin Görüş Alınan Uzmanların Listesi

Prof. Dr. Nihal Esin (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği A.B.D. Öğretim Üyesi)

Do. Dr. Selda Seçginli (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği A.B.D. Öğretim Üyesi)

Yard. Doç. Dr. Aysun Ardıç (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği A.B.D. Öğretim Üyesi)

Yard. Doç. Dr. Nilgün Göktepe (Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelikte Yönetim A.B.D. Öğretim Üyesi)

Yard. Doç. Dr. Gülhan Coşansu (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği A.B.D. Öğretim Üyesi)

Yard. Doç. Dr. Zeynep Dörtbudak (Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı / Epidemiyoloji /evre Sağlığı Öğretim Üyesi)

Yard. Doç. Dr. Işıl Işık (Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği A.B.D. Öğretim Üyesi)

Dr. Aylin Yalçın (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği A.B.D. Öğretim Üyesi)

Arş. Gör. Şerife Koç (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği A.B.D. Öğretim Üyesi)

Uzm. Hemş. Kübra Erenel (Eyüp Devlet Hastanesi Yoğun Bakım Hemşiresi)

Ek 5. Nurse Practitioner Satisfaction Survey Kullanım İzni

Nurse Practitioner Satisfaction Survey

Kimden: **ferdanur manay** (ferda_krn@hotmail.com)
Gönderme tarihi: 26 Şubat 2014 Çarşamba 09:18:17
Kime: etikkurul@okmeydani.gov.tr (etikkurul@okmeydani.gov.tr)

Kimden: **ferda_krn@hotmail.com**
Gönderme tarihi: 25 Şubat 2014 Salı 14:17:05
Kime: etikkurul@okmeydani.gov.tr (etikkurul@okmeydani.gov.tr)
1 ek
NPSS C Lucie Agosta, PhD, RNC.pdf (25,0 KB)

Merhabalar, tez çalışmam için kullanacağım ölçeğin İngilizce orijinalinin sahibinden aldığım onay mailini gönderiyorum.
İyi çalışmalar

Ferdanur Manay
İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Flornance Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Ek 5. Nurse Practitioner Satisfaction Survey Kullanım İzni- devam

Kimden: Lucie Agosta (lucie.agosta@seu.edu)
 Gönderme tarihi: 12 Kasım 2012 Pazartesi 14:17:49
 Kime: ferdanur manay (ferda_km@hotmail.com)
 1 ek
 NPSS C Lucie Agosta, PhD, RNC.pdf (25,0 KB)

Ferdanur

Thank you for your interest in my study. I have attached a PDF copy of the NPSS. Please consider this email as my approval to use the instrument in your research.

A copy of my dissertation, including instructions for use of the NPSS can be found at <http://etd.lsu.edu/docs/available/etd-07012005-130406/>

Please let me know if I can be of further assistance.

Thanks,

Lucie

On Sat, Nov 10, 2012 at 8:01 PM, ferdanur manay <ferda_km@hotmail.com> wrote:

Hello,

Let me introduce myself. My name is Ferdanur Manay. I'm a graduate student at Istanbul University, Nursing Faculty of Public Health Nursing Programme in Turkey. This year I've started to research my thesis. I would like to measure the satisfaction of the people who apply to the family health centers. So I

<https://dub109.mail.live.com/ol/mail.msc/PrintMessages?mkt=tr-tr>

1/2

16/4/2014

Outlook.com İletiyi Yazdır

need the instrument named Nurse Practitioner Satisfaction Survey that you've developed. The survey will be translated in Turkish and validity and reliability tests will be made on it. I found your Phd thesis but I couldn't find the instructions of the NPSS. Would you let me the NPSS to use in my thesis and would you send me the instructions of the survey? Thanks for your time assistance.

Ferdanur MANAY

Ek 6. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı Onayı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı



Sayı : 67350377
Konu: Araştırma izin talebi

.../.../2013

İSTANBUL VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

İliniz İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi yüksek lisans öğrencisi Ferdamur MANAY tarafından yapılması planlanan "Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği" konulu ekte yer alan araştırma izin talebi hususunda Kurumumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır. Bu kapsamda Kurumumuz Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu ilgede kayıtlı izin talebini değerlendirmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda da ayrıca bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verileri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılmaması, yapılacak çalışmalar da aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından çalışmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Söz konusu araştırmanın komisyonumuz tarafından yapılan değerlendirilmesinde; ölçekte belirtilen "Halk Sağlığı Hemşiresi" unvanının aile sağlığı merkezlerinde kullanılan bir unvan olmadığı, bunun aile sağlığı elemanı (ebe, hemşire, ATT ve sağlık memuru) olarak değerlendirilmesi gerektiği ayrıca, araştırmanın etik kurul onayının olmadığı, kurumumuzca araştırma izin talebin uygun görülmesinin, etik kurul onayı yerine geçmeyeceğinden çalışmanın başlamasından önce etik kurul onayının alınması gerekmektedir. Bununla beraber araştırmanın en az doktora düzeyinde bir araştırmacı sorumluluğunda yapılması gerektiği kararlaştırılmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ükelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Halil EKİNCİ
Bakan a.
Kurum Başkan Yardımcısı

Ek: Araştırma İzin Talebi (14 sayfa)

Ek 7. Etik Kurul Kararı

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Prof. Dr. Semra ERDOĞAN

I.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD

"Primer Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği"
simli çalışmanız Hastanemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 25.02.2014 tarihli ve 172 sayılı
kararına göre etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Sembol YILDIRMAK

Okmeydanı E.A.H Klinik Araştırmalar
Etik kurulu Başkan Yardımcısı

TC Sağlık Bakanlığı
Okmeydanı Eğt. ve Araştırma Hast.
Doç. Dr. Hakan GÜVEN
Başhekim

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı
Genel Sekreterliği
Genel Pazar Birimi



BE6LMAMB

08/04/2014 - 2957

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ferdanur	Soyadı	Manay
Doğ. Yeri	Bursa	Doğ. Tarihi	25.09.1987
Uyruğu	TC	TC Kim No	37183083148
E mail	ferdanurmanay@gmail.com	Tel	05392867010

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Lisans	Koç Üniversitesi/ Hemşirelik	2009
Lise	Ertuğrulgazi Anadolu Lisesi	

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hasta Eğitim Hemşiresi	Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri	Ekim 2015- devam ediyor-
2.	Eğitim Hemşiresi	Medipol	Eylül 2014- Mayıs 2015-
3.	Kardiyoloji Hemşiresi	Amerikan Hastanesi	Temmuz 2009- Haziran 2013

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	TOEFL Puanı (2010)
İngilizce	Çok iyi	iyi	iyi	YOK	61

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı (2009)	77	78	82
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Windows Office programları Word, Excel, Power point	iyi
SPSS	orta

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Fotoğrafçılık, gitar çalmak, yemek yapmak, kitap okumak.