



T.C
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TOPLUMUN HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİNDEN MEMNUNİYET
DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

BÜŞRA BİRDAĞ ERGENE

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi NİHAL SUNAL

İSTANBUL 2020

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Büşra BİRDAĞ ERGENE
Tez Başlığı : Toplumun Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet
Düzeyinin Belirlenmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi GüneyYerleşkesi
Sınav Tarihi : 24.12.2020

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

<u>Danışman</u>	<u>Kurumu</u>	<u>İmza</u>
Dr.Öğr.Üyesi Nihal SUNAL	İstanbul Medipol Üniversitesi	
<u>Sınav Jüri Üyeleri</u>		
Dr.Öğr.Üyesi Nüvit ATAY	İstanbul Medipol Üniversitesi	
Prof.Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN	İstanbul Üniversitesi	

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../ tarih ve/..... - sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

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 içerisinde elde ettiğimi ve bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Büşra BİRDAĞ ERGENE

İTHAF

Yakın zamanda COVID 19 sebebiyle kaybettiğim ve çok özlediğim Anneanneme ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Çalışma sürecim boyunca her türlü desteği ve akademik katkıyı sağlayan, yol göstericiliğiyle, sabrıyla araştırmama katkıda bulunan, değerli danışmanım Dr.Öğr. Üyesi Nihal SUNAL'a;

Bu zamana kadar eğitim hayatımda desteğini hiç esirgemeyen değerli eşim Ömer Faruk ERGENE'ye, varlığına şükrettiğim canım kızım Zeynep Sare ERGENE'ye, hayatım boyunca desteklerini her an hissettiğim Canım Aileme,

Emeğini, sabrını, çabasını, desteğini asla esirgemedi her gün aynı güler yüzü ile sorularımı yanıtlayan sevgili arkadaşım Uzm. Hemşire Zekiye PANGAL ÇALIŞKAN'a,

Ayrıca araştırmaya katılarak, bu araştırmanın gerçekleşmesini sağlayan tüm hastalara, Lüleburgaz Sağlıklı Hayat Merkezi'ndeki çalışma arkadaşlarıma ve desteğini esirgemeyen Lüleburgaz İlçe Sağlık Müdürü Dr. Önder PORSUK'a

Sonsuz TEŞEKKÜRLER...

KISALTMALAR VE SEMBOLLER LİSTESİ

ANA: American Nurse Association (Amerikan Hemşireler Derneği)

HSHMÖ: Halk Sağlığı Hemşireliği Memnuniyet Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HSH: Halk Sağlığı Hemşiresi

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

STSH: Seçici Temel Sağlık Hizmetleri

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

WHO: World Health Organisation

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı (TCSSİB)

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1 : Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=321)	30
Tablo 2 : Katılımcıların Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamaları (N=321).....	31
Tablo 3 : Katılımcıların Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği İfadelerine Yönelik Puan Ortalamaları (N=321).....	32
Tablo 4 : Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=321)	33
Tablo 5 : Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği Genel Memnuniyet Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=321)	35
Tablo 6 : Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği İletişim Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=321)	37
Tablo 7 : Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği Planlama Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=321).....	39

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU	i
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR	iv
KISALTMALAR VE SEMBOLLER LİSTESİ	v
TABLolar LİSTESİ	vi
1.ÖZET	1
2.ABSTRACT	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ	3
4.GENEL BİLGİLER	5
4.1. Sağlık Ve Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış.....	5
4.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	5
4.2.1. Yapısal Özellikleri	7
4.2.2. Uygulama Özellikleri	10
4.3. Türkiye’ de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi	12
4.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı	16
4.4. Halk Sağlığı Hemşireliği	17
4.4.1. Halk Sağlığı Hemşireliği’nin Tanımı	17
4.4.2. Halk Sağlığı Uygulamalarının Temeli.....	19
4.4.3. Halk Sağlığı Hemşireliğinin Tarihsel Gelişimi.....	20
4.4.4. Halk Sağlığı Hemşiresinin Rollerini.....	22
4.4.5. Halk Sağlığı Hemşiresinin Görevleri	23
4.5. Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet.....	24
4.5.1. Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet.....	24
5.METOT VE MATERYAL	26
5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	26
5.2. Araştırma Soruları	26
5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	26
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemini.....	26
5.5. Veri Toplama Araçları	27
5.5.1. Görüşme Veri Formu	27
5.5.2. Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği	27
5.6. Uygulama.....	28
5.7. Araştırmanın Değişkenleri	28

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
5.9. Araştırmanın Etik Yönu	28
5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
6.BULGULAR	30
7.TARTIşMA	42
8.SONUÇ	51
9.KAYNAKLAR	57
10.EKLER	67
11.ETİK KURUL ONAYI	74
12.ÖZGEÇMİş	77



1. ÖZET

TOPLUMUN HALK SAĞLIĞI HEMŞİRESİNDE MEMNUNİYET DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Bu araştırma halkın sağlığını korumak ve geliştirmek hedefiyle verilen halk sağlığı hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek ve Sağlıklı Hayat Merkezi'nden hizmet alan bireylerin sağlık bakım hizmetlerinden memnuniyet düzeyini ölçmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Lüleburgaz Sağlıklı Hayat Merkezi'nde Haziran 2020 Kasım 2020 tarihleri arasında başvuru yapan 862 hastadan araştırmayı kabul eden 321 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın verilerini sağlık çalışanlarına ait "Görüşme Veri Formu" ve "Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Katılımcıların bireysel özellikleri, hemşirelik hizmetleri algı ve deneyimleri, hemşirelik hizmetleri ve bakım uygulamalarından memnuniyetleri için kullanılan yöntemler sayı, yüzde ve aritmetik ortalamadır. Elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda Halk Sağlığı Hemşiresinden memnuniyet ölçeğinin ve alt boyutlarının normal olmayan dağılım gösterdiği belirlendi ($p < 0,05$). Katılımcıların aile sağlığı merkezindeki hemşirelerden ortalama memnuniyet düzeyi, $7,3 \pm 2,2$ (1-10 aralığında) olup %58,3'ünün memnuniyeti 7 puan ve üzerinde değerlendirdiği belirlendi. Katılımcıların Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği puan ortalaması, $106,06 \pm 23,61$ olarak belirlendi. Alt boyut puan ortalamalarının yüksekten düşüğe doğru planlama, iletişim ve genel memnuniyet şeklinde sıralandığı saptandı. Cronbach's alfa kat sayısının, Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği için 0,98 olduğu ve alt boyutlarda 0,90-0,98 arasında değiştiği bulundu. Katılımcıların memnuniyete ilişkin en yüksek puan ortalamalarının aile sağlığı merkezlerinde rahat muayene olmaları ve hastanede muayene olmaktan daha kolay olduğuna yönelik olduğu belirlendi. En düşük puan ortalamalarının ise hemşirelerin ev ziyaretleri ve bilgilendirme konusuna yönelik olduğu saptandı. Hemşirelik hizmetleri kalitesi açısından önemli bir gösterge olan hasta memnuniyetinin bütün hastaları kapsayacak şekilde geliştirilmesi ve bunun için memnuniyetsizlik kaynaklarının incelenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Halk Sağlığı Hemşireliği Hemşirelik Memnuniyeti

2. ABSTRACT

DETERMINATION OF THE COMMUNITY SATISFACTION LEVEL ON THE PUBLIC HEALTH NURSE

This research was carried out as complementary in order to evaluate the quality of public health services provided with the aim of protecting and improving the health of the public and to measure the satisfaction level of the individuals who receive service from the Healthy Life Center. The sample of the study consists of 321 patients who accepted the study among 862 patients who applied to Lüleburgaz Healthy Life Center between 1 June 2020 and 1 November 2020. The data of the study were collected by using the "Interview Data Form" belonging to healthcare workers and the "Public Health Nurse Satisfaction Scale". The methods used for the participants' individual characteristics, perceptions and experiences of nursing services, satisfaction with nursing services and care practices are number, percentage and arithmetic average. The acquired data were analyzed using the SPSS 22.0 packaged software. As a result of the Kolmogorov-Smirnov test, it was determined that the Public Health Nurse Satisfaction Scale and its sub-dimensions showed an abnormal distribution ($p < 0.05$). It was found the average satisfaction level of the participants with the nurses in the family health center was 7.3 ± 2.2 (in the range of 1-10), and 58.3% of them rated the satisfaction on 7 points and above. The average score of Participants' Public Health Nurse Satisfaction Scale was found as 106.06 ± 23.61 . It was assessed that the sub-dimension score averages were ranked from high to low as planning, communication and general satisfaction. Cronbach's alpha coefficient was found to be 0.98 for the Public Health Nurse Satisfaction Scale and varied between 0.90-0.98 in the sub-dimensions. It was determined that the highest score averages of the participants regarding satisfaction were related to the fact that being examined easily in family health centers is easier than being examined at hospitals. It was found that the lowest score averages were related to nurses' home visits and informings. It is considered that patient satisfaction which is an important indicator for the quality of nursing services should be developed in a way to cover all patients and for this reason, the sources of dissatisfaction should also be researched.

Keywords: Nursing, Public Health Nursing, Primary Health Care, Satisfaction

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Halk sağlığı hemşireleri (HSH); hizmet verdikleri nüfusta, sağlıktaki eşitsizlikleri azaltan ilk toplum sağlığı profesyonelleri arasındadır. (1) Dünya çapında hastaların akut bakım ortamından daha erken ayrılması, evde ve toplumda yoğun bakım gerekmesi nedeniyle; toplumun halk sağlığı hemşirelerinden iş beklentileri hızla ve çarpıcı bir biçimde değişmektedir. Halk sağlığı hemşireleri akut düzeyde hastaların karmaşık ihtiyaçlarını karşılamak için birtakım hizmetler sunmaktadır. Halk sağlığı hemşiresi yöneticileri, nitelikli bir halk sağlığı personelini işe alma ve elde tutma konusunda çok yönlü davranmalıdır. (2)

Bireyler, sağlıklarını geliştiren/ sürdürren, onları iyi tutan, devam eden bakımlarını teşvik etmeleri ve koordine etmeleri kolay olan yakındaki temel sağlık bakım hizmetlerinin bir parçası olurlar. Birinci basamak sağlık hizmetleri, bir nüfus için üstün refah üzerine odaklanır ve farklı gruplar arasındaki refah dengesizliklerini azaltmak için etkili bir şekilde çalışırlar. Bu vizyon, toplumun refahına ve toplumun bir kısmına, sağlığın teşviki ve önleyici bakımın aktarılması konusunda, çok sayıda profesyonelin dahil edilmesi gerekliliğine ve halkın ihtiyaçlarına dayalı sübvansiyonun ilgi noktalarına daha fazla vurgu yapar. (3)

Kötü sağlık durumu göstergeleri, düşük kaliteli bakım, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlik ve parçalanmış sağlık finansmanı ve sunumundan kaynaklanan verimsizlik, Türkiye'nin sağlık sisteminde uzun süredir sorun olmuştur. Bu sorunları çözmek için 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak bilinen radikal bir reform süreci başlatılmıştır. (4)

Sağlık finansman sistemi, dört ayrı sigorta planı ve yoksullar için her biri farklı yardım paketleri ve erişim kuralları içeren bir “Yeşil Kart” programıyla ayrılmıştır. Hem alışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı hem de Sağlık Bakanlığı (SB) sağlık sisteminin sağlayıcıları ve finansörleriydi ve dört farklı bakanlık, halk sağlığı hizmetlerinin sunumuna doğrudan dâhil olmuştur. (5)

Türkiye'deki sağlık sektörü reformlarının, reform geçiren orta gelirli ülkeler arasında en başarılı olanlarından biri olduğu düşünülmektedir. Bu reformları çeşitli şekillerde finansal sürdürülebilirlik, verimlilik, eşitlik ve kalite açısından gözden geçiren çok sayıda makale yayımlanmıştır. Kanıtlar, Türkiye'nin gerçekten önemli ilerleme kaydettiğini, ancak bu başarıların Türkiye'nin bölgeleri arasında eşitsizlik olduğu ve istihdamdaki yapısal sorunlar nedeniyle uzun vadeli finansal sürdürülebilirliklerinin çözülmediğini göstermektedir. (4)

Halk sağlığı hemşireliği, özellikle sağlık reformu karşısında halk sağlığı misyonunu ilerletmek için en iyi nasıl kullanılabilir? Bu tek başına hemşireler için bir soru değil. Daha ziyade, hızla değişen, öngörülemeyen bir sağlık hizmetleri sisteminde insanların sağlığını sağlamaya çalışan sağlık departmanları, kamu politikası uzmanları ve topluluklar için bir sorudur. (6)

Araştırmacılar, halk sağlığı hemşirelerinden olan memnuniyeti ölçmek için halk sağlığı hemşirelerinin çalışma ortamında çeşitli çalışmalar yapmıştır. Genel vurgu, hemşirelik pozisyonlarının olumsuz yönleri üzerinde olmuştur. Halk sağlığı hemşiresi için en az arzu edilen yönler üzerine odaklanılmıştır. (7)

Hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet hakkındaki bilgilerin çoğu, hastane tabanlı tanımlayıcı araştırmalardan gelmektedir. Araştırmacılar, çalışma ortamının bileşenlerini veya özelliklerini derecelendirmekte ya da iş tatmini ile ciro, devamsızlık ve performans arasında ilişki kurmaktadır. (8)

Bu araştırmanın amacı, 'Toplumun Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi' dir. Çalışma; yeni bulgular sağlanarak mevcut literatüre özgün bir yayın sağlamayı, literatürde eksikliklere ışık tutacak olmasından dolayı güncel ve gerekli olmayı, sağlık çalışanları için yol gösterici ve işlevsel olmayı amaçlanmaktadır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Sağlık Ve Sağlık Hizmetlerine Genel Bakış

Ülkemizde her geçen gün artan popülasyona yetecek sağlık hizmetleri değişmekte ve gelişmektedir. Bir yandan sağlık hizmeti verecek kurumlar artarken doğru orantılı olarak hastalar da artmaktadır. Ülkemizde devlet adına koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi T.C. Sağlık Bakanlığı'nın görevidir. Sağlık koşullarının iyileştirilmesi, sağlığı bozacak faktörlerin yok edilmesi ve çeşitli koruyucu sağlık hizmetlerini kapsayan ve toplum bütününe yönelik olan koruyucu sağlık hizmetlerini, devlet eliyle T.C. Sağlık Bakanlığı karşılıksız olarak gerçekleştirmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise, kişilerin sağlığı bozulduğunda onlara verilen muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleridir. Sağlık kurumları yönetiminin en önemli görevlerinden ikisi, topluma verimli ve kaliteli sağlık hizmetleri verebilmektir. (9)

Sağlık hizmetleri, kişinin fiziksel, ruhsal ve toplumsal açıdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu vaziyetin sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah seviyesinin ve huzurunun geliştirilmesi amacı ile sunulan hizmetlerdir. (10) Sağlık hizmetleri, yanılma ve hata kabul etmeyen, hayati öneme sahip doğrudan kişinin yaşamıyla ilgili bir hizmet alanıdır. Diğer kamu hizmetlerine nazaran sağlık hizmetlerinin üzerinde daha hassas durulması gerekmektedir ve olabildiğince yüksek kalitede hazırlanması kaçınılmaz bir sorumluluk olmaktadır. (11,12)

4.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Bireylerin çeşitli sağlık ihtiyaçları için ilk başvurdukları ve yararlandıkları sağlık kurumu ve bu kurumda verilen sağlık hizmeti birinci basamak sağlık hizmetleri olarak tanınır. (13) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde temelden bir değişim sürdürülmektedir. Bu değişim sürecinde, birinci basamak tabanlı bir sağlık sistemi kurulacağı gerekçesi ile kamusal alanda ekiplerin çalışması, hizmetin sunulması, coğrafi bölgelerin temel aldığı örgütlenme ilkesi vb. devletin sosyalleştirme yasasında tanımlana gelen birinci basamak sağlık sistemine ait tüm maddeler kaldırılmaktadır. Getirilmek istenilen yeni model, çok uzun yıllardır, bilimsel bilgi birikimiyle harmanlanan en temel özellikleri dışlamaktadır.

Bu durumun temel sebebi halkın sağlığı ile ilgili olmayan reformlara gerekçe olarak sunulabilmesidir. Kavramların kötüye kullanıldığı, sağlık sistemine ve sağlık hakkına yönelik darbelerin üzerinin genel geçer ifadelerle süslenerek örtüldüğü bu ortamda, eşitlikçi ve etkin bir birinci basamağın özelliklerinin neler olduğu tekrar netleştirilmesi gereken bir konu haline gelmiştir. Nedir birinci basamak sağlık hizmetleri? En yalın olarak, “vatandaşın”, çeşitli nedenlerle başvurduğu ilk sağlık kurumu ve bu kurumda üretilen sağlık hizmeti “birinci basamak sağlık hizmeti” olarak tanımlanabilir. Bu hizmet, dünyada farklı ülkelerde, farklı şekillerde sunulmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti, ülkelerin sağlık sistemlerinin olmazsa olmaz parçasıdır. (14)

Birinci basamak sağlık hizmetleri iki ana başlık altında toplanabilir. İlk başlık ülke çapındaki politika öncelikleri ile paralel olan ve ülkenin birinci basamak yönelimli olmasını destekleyen sistem özellikleri ya da bir diğer ifade ile yapısal özellikleridir. Bu başlık altında yer alan özellikler birinci basamağın alt yapı ve insan gücü olanaklarının dağılımı, finansman tipi, hizmetlerin verildiği yer ve birinci basamak sağlık hizmetinden sorumlu olan sağlık çalışanı tipidir. İkinci başlık ise birinci basamağın bu sistem özellikleri üzerine kurulu olanların işlevlerini tanımlar: İlk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik ve eşgüdüm. Birinci basamağın bireylerin sağlık sistemine ilk giriş aşaması olması ilk başvuru, az rastlanan ve alışılmadık durumlar dışında herkese koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunması kapsayıcılık, hasta ile uzun erişimli bir ilişki içinde bulunması süreklilik, sistemin diğer aşamaları ile arasında bilgi aktarımı gerçekleşmesi ise eşgüdüm özelliğini açıklar. (15)

Yapısal Özellikler

1. Alt yapı ve insan gücü dağılımı
2. Finansman
3. Birinci basamak hizmetini sunan sağlık çalışanı

Uygulama Özellikleri

1. İlk başvuru
2. Kapsayıcılık
3. Süreklilik
4. Eşgüdüm

Temel sağlık/refah bakımı için altı temel dayanak bu vizyonu gerçekleştirecektir: (3)

- Mahalle toplulukları ve seçili nüfus ile çalışmak
- Refah eşitsizliklerini ayırt etmek
- İnsanların sağlığını korumak ve eski haline getirmek için kapsamlı yönetimlere teklif vermek
- Faydadan ziyade temel bakımı koordine etmek
- Temel refah bakımının iş gücünü yaratmak
- Bireyler arasında etki yaratarak kaliteyi durmaksızın geliştirmektir.

Birincil sağlık hizmetlerinin vizyonu ve modern başlıkları, yönetimlerin karakterize edilmiş bir grup insanın istekleri etrafında sıralandığı bir çerçeveye geçmeyi içerecektir. Birincil sağlık hizmetleri, bunu gerçekleştirecek yakın yapılar olacaktır. Bu derneklerle ilgili temel odak noktalarından bazıları aşağıdaki gibidir. (3)

- Birincil sağlık hizmetleri, kayıtlı olan kişilere bir dizi temel sağlık bakımı idaresinin düzenlenmesi için gerekli belgeleri tahsis edecektir.
- En azından bu yönetimler, adımlar atma ve halkın refahını korumaya yönelik eşgüdümlü yaklaşımları ve ayrıca sağlıksız olduklarında insanların refahını yeniden tesis etmek için birinci basamak yönetimleri birleştirecektir. (3)

4.2.1. Yapısal Özellikleri

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin maddeleri: Altyapı ve insan gücü dağılımı, finansman ve birinci basamak hizmetini sunan sağlık çalışanıdır.

Kaynağın dağılımı açısından Alt Yapı ve İnsan Gücü Dağılımı sağlık sistemlerinin düzenlenmesi açısından iki gruba ayrılır. İlk grupta; sağlık sistemleri içinde, birinci basamak alt yapısının, eşit ve coğrafik olarak insan gücünün ve diğer kaynakların tüm toplumda dengeli dağılımını amaçlayan örgütlenme politikalarının bulunduğu sağlık sistemleri yer alır. Bu sağlık sistemlerinde eşit ve dengeli kaynak dağılımına yönelik politikalar sağlık eşitliklerini geliştirirken, birinci basamak ekibinin coğrafik olarak

tanımlanmış nüfus temelinde toplumun sorunları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmasını, toplumun sorunlarının çözümlenmesine dolayısıyla da topluma daha fazla katılmasını sağlar. (14) Finlandiya, İsveç, İspanya sağlık sistemleri eşit ve dengeli kaynak dağılımına yönelik politikaların uygulandığı başlıca örnekler arasındadır. (15)

Dengeli ve eşit kaynakların dağılımına yönelik bir politikaya sahip olunmaması, bu kaynakların gereksinimi en az olan bölgelere ve genellikle şehirlere aktarılmasına neden olabilir, çünkü bu bölgelerin ödeme gücü daha yüksektir. Bu durumda toplumda bir eşitsizlik meydana gelerek, toplumun bir bölümünün kaynaklara erişememesine diğer bölümünün ise kaynakları gereğinden fazla kullanmasına ve sonuç olarak da sağlık eşitsizliklerine neden olur. Bu durum toplumsal refahı temelden etkiler. Toplumun sadece belli bir kesimi üzerine çalışan sağlık çalışanları, diğer hasta gruplarıyla çalışmadığından, topluma yabancı duruma gelirler. (14) Kaynakların politikalar aracılığıyla düzenlenmediği sistemler grubunda ABD, Fransa, Almanya ve Belçika gibi kamu veya özel sigorta modeli uygulanan ülkeler yer alır. (15)

Finansman Güçlü bir birinci basamak finansman açısından iki özellik gerektirmektedir: Vergi ile finansman ve cepten ödeme olmaması. (15) Buna karşın bugün sağlık reformu adı altında pek çok ülkede sigorta + cepten ödeme uygulaması getirilmektedir. Çünkü bu kombinasyon işverenleri sağlık harcamalarından kurtarabilmek için en elverişli seçenektir. Riskin bireyselleştirilmesi açısından, cepten ödeme paylaşımcı finansman ve yardımlaşma ilkelerine tamamen aykırıdır. (16) Cepten ödeme hizmet kullanımı, ödeme gücü yetersiz olanların gerekli ve yeterli hizmetlere ulaşımı üzerinedir. Gelişmekte olan ülkeler, cepten ödeme uygulamalarının en kötü sonuçlarının yaşandığı ülkelerdir. Çin'de verem vakalarının sayısında milyonlarca artış meydana gelmiş, Gana'da çocuk ölümleri katlanarak artmış, beslenme yetersizlikleri ve enfeksiyon hastalıkları Filipinler'de hiç olmadığı kadar artmıştır. Endüstrileşmiş ülkeler için de cepten ödeme ciddi bir sorundur, hizmet kullanma oranları zaten düşük olan, hizmetlere erişimlerinin önünde zaten çok sayıda engel bulunan göçmenler, marjinaler, eğitimsizler gibi grupların daha da yoksullaşmasına ve sağlıklı olmamalarına neden olur. (17) Cepten ödeme uygulamasını savunanlar, mağdur grupların ve yoksulların bu durumdan etkilenmeyeceğini iddia etmektedir; ama yaşanan deneyimler sonucu toplumdaki dezavantajlı gruplarını oluşturan

kişilerin haklarından yararlanamadıklarını ve uygulamaları onur kırıcı buldukları gösterilmiştir. (18)

Birinci Basamak Hizmetini Sunan Sağlık Çalışanı İstihdam Tipi, Birinci basamak hizmetlerinin sunumu ile ilgili iki temel model vardır. Birinci modelde hizmet, hiçbir yere bağlı olmaksızın kendine ait özel muayenehanesinde çalışan ve istediği sayı ve nitelikte çalışanı istihdam eden hekimler tarafından sunulur. İtalya ve İngiltere’ de, Ulusal Sağlık Sistemi uygulanır ve kamu/özel sağlık sigortasından beslenir. İkinci modelde ise hizmet, maaş karşılığında kamuda çalışan sağlık çalışanları tarafından kamu sağlık merkezlerinde sunulur. (19) Birinci basamak sağlık çalışanlarının eğitimi birinci basamağın işlevselliğini etkiler. Çünkü birinci basamak hizmetleri, toplumun ihtiyaçlarına yönelik toplumsal ve çevresel bilgileri kullanarak toplumu sağıaltmak için özel bir sorumluluk taşıyan bilinçte sağlık çalışanları gerektirir. Bu nedenle birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının aldığı eğitim birinci basamağa uygun şekilde organize edilip işlenmelidir. (14)

Sağlık çalışanlarının yetersiz eğitimi, toplumsal ve çevresel olguları sağılıklı bir şekilde değerlendirme yetisinin eksikliği çeşitli grupların promosyon çalışmalarının ve rantına hizmet eder, bu bakımdan hastalara gereksiz nitelikte tanılama, sağıaltım işlemleri yapılmasına sebep olur. Bu nedenle herhangi başka bir alandan çalışan bir sağlık çalışanının bu alanda çalışması uygun değildir. Çünkü, uzmanlık eğitiminin ve rotasyonların birinci basamağa uygun bir şekilde alınmış olması, onu hizmet alanlar için yararlı kılar. (14)

Sağılam bir birinci basamak, gelir düzeyi ve statüsü diğer hekimler kadar yüksek sağlık çalışanlarını gerektirir. Birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının diğer uzmanlık alanlarından daha az gelire sahip olması onları uzmanlık almaya yönelterek birinci basamağın zayıflamasına neden olur. Ulusal Sağlık Sisteminin uygulandığı ülkelerde birinci basamağın başarısında birinci basamak hekimlerinin statülerinin ve gelir düzeyinin önemli rolü vardır. (14) Kamu sağlık merkezlerinde doktor multidisipliner bir ekibin sadece bir üyesidir. Bu ekibi hemşire, ebe, sosyolog, dil ve konuşma terapisti, çevre sağılığı teknisyeni, tıbbi sekreter, sosyal çalışmacı, psikolog, diş hekimi, eczacı ve

fizyoterapist gibi diğer sağlık çalışanları da yer alır. Birinci basamak ekibinde farklı alanlardan sağlık çalışanları eklenilerek multidisipliner ve interdisipliner bir bakış açısıyla biyo-psiko-sosyal ve tıbbi bilgi ve becerilerinin ortak bir konsültasyonla yapılması hizmet alanların memnuniyetini ve maliyetini doğrudan etkiler. Ayrıca konsültasyon yoluyla dışarıya olan sevklerin azalmasına büyük katkıda bulunulur. Ekip çalışması sağlık çalışanları arasındaki iş yükünü azaltır ve hasta bakımına daha fazla zaman ayırabilmelerine, iletişim kurabilmelerine ve sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilmelerine imkan sağlar. Ayrıca, ekip içindeki sağlık çalışanlarının meslek memnuniyetleri daha yüksek, işe yabancılaşma düzeyleri ise çok daha düşüktür. (20) Avrupa’da disiplinler arası ekip çalışmasına büyük önem kazanmakta ve ülke politikaları bu yöne doğru evrilmektedir. İspanya, Birleşik Krallık, Finlandiya, İspanya ve Portekiz’de ekip çalışması ülke çapındaki politikalar aracılığıyla desteklenmektedir. Bu durumda ekip çalışmasının ne olup ne olmadığını açıklığa kavuşturmak önemlidir. Sağlık çalışanlarının birlikte çalışmaları ekip çalışması yaptıkları anlamına gelmez. Ortak bir amaç etrafında toplanıldığını, her kesime kendine ait rolü ve ekipteki diğer kişilerin rollerini ve donanımlarını iyi anlaması gerekir. Meslek içi eğitim programları birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına göre özel olarak düzenlenmelidir. Ekipteki her üyenin istihdamı aynı şekilde yapılmadığı için; kadrolu, sözleşmeli, taşeron vb. ortak bir çalışmanın yapılmasını güçleştirebilir. (20) Özel hekim muayenehanelerinde verilen hizmetler hekim çevresinde oluşturularak, hekim ön planda olup geri kalan sağlık çalışanları yardımcı statüsünde kalır. Hekim ile diğer sağlık çalışanları arasında istihdam tipi ve gelir düzeyi bakımından önemli farklar bulunur. Çok fazla sayıda hekim bir araya gelerek oluşturduğu kliniklerde diğer meslektaşlarıyla grup pratiği yapmaktadır ve bu durum hekimlere önemli bir esneklik kazandırmaktadır. Grup pratiği ve çok disiplinli ekip çalışması aynı anlama gelmemektedir ve hizmet çerçevesinde grup pratiğinin bir farklılık yaratmadığı göz önünde bulundurulmalıdır. (19)

4.2.2. Uygulama Özellikleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri uygulama özellikleri; İlk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik ve eşgüdümünden oluşmaktadır.

Hizmet alıcıların bir sağlık problemiyle karşılaştıklarında hizmet almak için sağlık sistemiyle yüz yüze geldiği süreçtir. (14)

İlk başvuru,

Birinci basamak hizmetlerine ilgili hekim aracılığıyla ulaşılabilir ve ilgili hekim bütün sürecin bir parçası olur. (14) İlgili uzman hem belirli bir coğrafi popülasyonuna hem de kendi üzerine kayıtlanan hastalara hizmet verir. (19) Hizmet alıcıların ilk başvuruları esnasında ziyaretlerinin engellenmediği ve ilgili hizmete erişimin kontrolünün sağlanmadığı sisteme “açık sistem” denir. Günümüzde, Avrupa sistemi, özellikle de Doğu Avrupa'da ilgili hekimin bütün bir sağlık sürecinin parçası olma eğilimi vardır. (21) Türkiye’ de de benzer bir durum söz konusudur.

Kapsayıcılık,

Hizmet alıcıların aldığı hizmet kapsamı ile ilişkili; süreç neyi kapsarsa kapsasın hizmet alıcıların ilk hizmeti birinci basamak hizmetinden alması gerekir. Bununla birlikte, hizmeti veren kurumun verdiği hizmetin kapsayıcılığı değerlendirilirken, kurumun altyapısı göz önünde bulundurulur. Koruyucu sağlık hizmetleri; aşı, bilinçlendirme programları ve sağlık taramaları gibi programlar kapsayıcılığı ifade eder. (14)

Süreklilik,

Süreklilik, sağlık sorunundan bağımsız olarak hizmet alanın birinci basamak hizmeti veren kurumla arasındaki uzun vadeli ilişkisini ifade eder. Toplumdaki hizmet alıcıların açısından süreklilik, birinci basamak hizmetini almasını ifade eder. Hizmet veren kurum açısından süreklilik, hizmet verdiği toplumu tanıma, ihtiyaçlarını bilme ve arasındaki ilişkiyi analiz etmeyi ifade eder. (14)

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde belirli bir gruba hizmet verilmesi ve bu hizmet alıcılara dair bilgilerin kayıt altına alınıp hizmet verilmesi sürekliliğin korunmasının önemlidir. Kayıt altına alınan bu verilerin sağlık çalışanları tarafından kullanılmaları ve ileride yapılacak sağlık hizmetlerinin planlanmasında veri olarak kullanılması da önemlidir. (14) Belli bir bölgede görevli olarak tanımlanmamış sağlık hizmeti, hekimlerin sadece kendi üzerine aldığı inceleme listesi olarak tanımlanır (14) Bu listesi sistemi

birinci basamak hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarının toplumu tanımına olanak vermez. Bu sistemde hizmet alıcılar hekimleri değiştirebilmektedir. (19)

Eşgüdüm,

Eşgüdüm aşamalar arasında bilgi geçişinin tanımlanmasını sağlar. Eşgüdüm için üç koşul vardır. İlki kapı tutmadır. Diğer aşamalarla geçişin sağlanması ve resmi olarak bütün bilgilerin kaydedilme sürecidir, süreç arasındaki eşgüdüm resmi talimatlarla zorunludur. (14)

Sağlık hizmetlerini değerlendiren pek çok çalışma da, diğer basamaklar arasındaki özellikler başarılı olsa bile eşgüdümünün yeterli miktarda olmadığı görülmüştür. Eşgüdüm, diğer özelliklerle kıyaslandığında başarılması daha zordur. (15)

4.3. Türkiye' de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Türkiye, 85 milyonluk popülasyona sahip, Avrupa'nın Asya ile bulunduğu yerde, iki kıta arasında bir köprü oluşturuyor. Türkiye, sosyoekonomik gelişimi ve etnik yapısı açısından büyük farklılıklar gösteren 81 ile ayrılmıştır. Türkiye'de sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı ve özel sektör tarafından verilmektedir. İllerde sağlık hizmetlerinin koordinasyonundan sağlık müdürü sorumludur.

1920- 29

1920: T.B.M.M.'nin (3 no'lu kanunıyla), Türkiye Cumhuriyeti Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı (TCSSİB), halk sağlığı odaklı olarak kurulmuştur.

1930- 49

1945: Sosyal sağlık sigortası (Sosyal Sigorta Kurumu) mavi yakalı çalışanlar için kuruldu

1946: Ülke çapına ilk 10 yıllık sağlık planı geliştirildi

1949: Emekli memurlar için sosyal sağlık sigortası

1950- 59

1952: Anne Çocuk Sağlığı Dairesi, Sağlık Bakanlığı tarafından kuruldu

1953: Anne ve Çocuk Sağlığı Geliştirme Merkezi, WHO ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu'nun desteğiyle kuruldu

1953: Türk Tabipleri Birliği kuruldu

1954: TCSSİB, iyileştirici hizmetlerin sağlanması konusunda önemli bir rol üstlenir ve başta TCSSİB tarafından kurulmuş model hastanelerde olmak üzere sağlık işgücünün eğitimine başlar

1954: İl ve belediye idaresine ait sağlık tesisleri, iller tarafından yönetilen TCSSİB idaresine yerleştirildi

1954: İlk ulusal 10 yıllık sağlık programı ilan edildi (bu, Türk ulusal sağlık hizmetinin planlanması, geliştirilmesi ve organizasyonu için mihenk taşıdır)

1960- 79

1961: Entegre edilen bir sağlık programını teşvik eden ve üç aşamalı bir sağlık sistemini kuran Sağlığın Sosyalleştirilmesi Yasası kabul edildi ve TCSSİB tarafından yönetildi.

1965: Doğumu destekleyici politikalarla Nüfus Planlaması Yasası kabul edildi

1971: Bağ-Kur (Serbest meslek erbabı, esnaf ve örgütlü gruplar için sosyal sağlık sigortası) kuruldu.

1980- 89

1982: Yapılan yeni anayasayla, devlet eliyle nüfusun sağlığını korumadaki ve birleşik bir sosyal sağlık sigortası sistemi de dahil olmak üzere evrensel bir sağlık sigortası sağlamadaki önemini ortaya koyuyor.

1987: Temel Sağlık Kanunu çıkarıldı, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumuna daha az yetkili olarak odaklanıldı, ancak Anayasa Mahkemesi tarafından kanunun kısmen reddedilmesi nedeniyle tam olarak uygulanamadı.

1990- 99

1992: Ulusal Politika Forumu, geniş paydaşların katılımıyla düzenlendi

1992: Yeşil Kart programı (resmi sağlık sigortası programları dışındaki haneler için sağlık sigortası), birleşik bir sağlık sigortası planı oluşturulana kadar geçici bir önlem olarak tanıtıldı.

1993: Sağlık Kanunu, Genel Sağlık Sigortası, Sağlık Bakanlığı yapısı ve sorumlulukları ve İl Sağlık İdaresi geliştirildi

1996: Sağlık için finansman kurumunun kurulması ve süreci, birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, hastaneler ve sağlık kurumları ile ilgili kanunlar geliştirildi

1998: Kişisel sağlık sigortası sistemi ve sağlık sigortası idari başkanlığı kanunu geliştirildi

1999: Sağlık fonu kurumu yasa tasarısı geliştirildi.

Ancak yukarıdaki kanunlar Türkiye Büyük Millet Meclisi'ndeki siyasi bir çıkmaz nedeniyle çıkarılmamıştır.

2000- 10

2002: Adalet ve Kalkınma Partisi, seçim platformunda “sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirme” (acil eylem planı) içeriyor.

2002: Adalet ve Kalkınma Partisi, Büyük Millet Meclisi'nde oy çokluğuyla seçildi.

2002: Sağlık giderlerini karşılayamayan hastaların hastanelerde istem dışı tutuklanmasını ortadan kaldıran Sağlık Bakanlığı Kararı (yeni hükümetin ilk gününde). Kararname, hastanelerin, ailelerin hastane masraflarını karşılayamadığı durumlarda ölen hastaların cesetlerini alıkoymasını yasaklıyor.

2003: Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), önceki on yıl temel alınarak Temel Sağlık Yasasının unsurları tasarlandı. SDP'nin uygulanması başlar.

2003: Hastane çalışanları için daha yüksek maaş ve performans teşviklerinin getirilmesi.

2005 yılında gönüllü geçişin büyük ölçüde genişletilmesi.

2003–04: Özel hastaneleri, aktif ve emekli memurların izin verildi. Ambulans hizmetlerinin ücretsiz verileceği açıklandı.

2003–04: Yeşil Kart'ın desteklediği kapsam, ayakta tedavi yardımlarını ve ilaçları içerecek şekilde genişletildi. Anne, yenidoğan ve çocuk sağlığı hizmetlerinin kullanımını teşvik etmek için nüfusun %6'sını kapsayan (en dezavantajlı hanelerden hamile kadınlar ve çocuklar için) şartlı nakit transferleri başlatıldı.

2004: Sözleşmeye dayalı istihdam, kırsal ve az gelişmiş bölgelerdeki sağlık personeli için başlatıldı. Performansa dayalı ödemeler, Sağlık Bakanlığı'nın hastanelerinde denenmiştir.

2004: Bakanlığın ilaç politikasında, fiyatlandırma ve katma değer vergisi açısından önemli değişiklikler olmuştur. İlaç fiyatını düşürmek için uluslararası referans fiyat sistemi getirildi.

2004: Hasta Hakları Direktifi, 2003 yılında uygulanmaya başlandı. Hasta Hakları Birimleri' nin kurulmasının yanı sıra hasta şikayetleri ve önerileri için elektronik sistemler kuruldu ve tanıtıldı.

- 2004: Kullanıcıların sağlık hizmeti sağlayıcıları (hastaneler, birinci basamak sağlık merkezleri ve doktorlar) tercihi sunuldu.
- 2005: Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile entegre Sosyal Sigortalar Kurumu'na (146 hastane) ait hastaneler. Sağlık Bakanlığı'nın yönettiği toplam hastane sayısı 2011 yılında 840'a ulaştı.
- 2005: Düzce ilinde performansa dayalı sözleşmeli sözleşmeye dayalı aile hekimliği pilot uygulaması yapıldı.
- 2006: Genel sağlık sigortası, daha kapsamlı sosyal güvenlik reformlarının bir parçası olarak yasal olarak kabul edildi. Sağlık harcamaları büyümeye başlar ve karşılanmamış ihtiyacı karşılamak için hizmetlerde büyümeyi hafifletmek için Sağlık Bakanlığı tesislerine küresel bütçeler (bütçe tavanları) getirilir.
- 2006–10: Sözleşmeye dayalı aile hekimliği Türkiye'nin 81 ilinin tamamında büyütüldü.
- 2007: Temel sağlık hizmetleri için maliyet paylaşımı kaldırıldı. Temel sağlık hizmetleri, teslimat anında tüm vatandaşlar için ücretsiz.
- 2008: Sosyal Güvenlik Kurumu, finansal havuzlama ve satın alma için tek bir olarak kuruldu. Sosyal Sigortalar Kurumu; Bağ-Kur, Genel İşçi Emekli Sandığı, Sosyal Güvenlik Kurumu'na katıldı.
- 2008: Sosyal Güvenlik Kurumu sözleşmeli ve sözleşmesiz özel hastaneler de dahil olmak üzere, kamu hastanelerinden tüm hastanelere uzanan tüm nüfus için acil servislerin ve yoğun bakım hizmetlerinin (yenidoğan yoğun bakım dahil) ücretsiz erişilebilirliği.
- 2008: Ulusal hava ambulans hizmeti başlatıldı ve tüm nüfus için ücretsiz olarak sunuldu.
- 2010'da bütün Türkiye'ye genişletildi.
- 2008: Özel hastanelerde karmaşık koşullar için (örn. Yanıklar, böbrek diyalizi, konjenital anomaliler, kanser, kardiyovasküler cerrahi ve transplant cerrahisi) maliyet paylaşımı kaldırıldı.
- 2009: Kırsal alanlarda erişimi iyileştirmek için mobil eczane hizmetleri başlatıldı.
- 2009: İlaç takibi sistemi başlatıldı.
- 2009: Merkezi hastane hasta randevu sistemi başlatıldı. 2011'de MHRS bütün Türkiye'ye yayıldı.
- 2010- 20
- 2010: Aktif memurlar Sosyal Güvenlik Kurumuna katıldı.
- 2010: Sağlık Bakanlığı'nın 2010–14 stratejik planı geliştirildi.

2010–11: Sigara ve alkol vergileri artırıldı.

2010–12: Hastane Özerkliği ve Sağlık Bakanlığının idari işlevselliği artırılması için Yeniden Yapılandırılmasına ilişkin Kanunlar kabul edildi. Kamu Hastane Kurumu ve Halk Sağlığı Kurumu kuruldu; Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Zamanlı Çalışma ve Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun kabul edilerek yasal açıdan tam zamanlı uygulamanın önü açılmıştır.

2012: Yeşil Kart programı Sosyal Güvenlik Kurumuna katıldı ve birleşik sosyal sağlık sigortası tam olarak uygulandı.

2013: Sağlık Bakanlığının 2013–17 stratejik planı geliştirildi. (22)

4.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı

2003'ten başlayarak, Türkiye Cumhuriyeti, çeşitli hizmet sunum, organizasyon ve sağlık hizmetlerini değiştirmek suretiyle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin üzerinde durmuştur ve önemli sağlık sistemi reformları olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı (SDP) uygulamıştır. Türkiye' de eşit olmayan sağlık sistemi yerine daha adil bir sistemin olması göz önünde bulundurulmuştur. Nüfusun büyük bir oranının sağlık sigortasının olmaması, bölgelere göre verilen- alınan sağlık hizmeti kapsamı ve hizmet çıktılarında önemli farklar vardı. (22)

Aile Hekimliği hizmeti, SDP' nin bir parçası olarak, Türkiye, 2005 yılında Düzce ilinde ilk pilot uygulaması başlatıldı. (22) AH modeli, önceki BBSH sistemini, aşılar, çocukların ve hamile kadınların izlenmesi, aile planlaması, ev ziyaretleri ve düzenli yıllık sağlık kontrolleri dahil olmak üzere ücretsiz olarak daha fazla hizmet sunan AH ekipleriyle değiştirdi. (23) 2011 yılı itibarıyla, Türkiye'nin tüm nüfusu (81 ilde 74 milyonun tamamı), 6463 aile sağlığı merkezinde çalışan 20 243 AH doktoru ile AH programı kapsamına alınmıştır. (24)

4.4. Halk Sağlığı Hemşireliği

4.4.1. Halk Sağlığı Hemşireliği'nin Tanımı

Halk sağlığı hemşireliği, Amerikan Halk Sağlığı Derneği, "hemşirelik, sosyal ve halk sağlığı bilimlerinden elde edilen bilgileri kullanarak toplumların sağlığını geliştirme ve koruma uygulaması" olarak tanımlamaktadır. Sık temas yoluyla, hemşireler topluluklarda yaşam tarzı değişikliklerini teşvik etmek ve sağlıklı yaşam konusunda eğitim vermek için en iyi konumdadır. (25)

Halk sağlığı hemşireleri afet zamanlarında belirli becerilere katkıda bulunur. Sadece bazı olaylara ilk müdahale etmekle kalmazlar, aynı zamanda nüfus temelli bir vizyonu benimserler ve politikalar ve kapsamlı planlar geliştirmek, afet müdahale tatbikatları, tatbikatları ve eğitimleri yürütmek ve değerlendirmek için gerekli beceri ve yetkinliklere sahiptirler. Halk sağlığı hemşireleri, acil durum operasyonlarında ve komuta merkezlerinde, liderlik ve yönetim rollerinde ve ön saflarda afet sağlığı ve temel halk sağlığı hizmetlerini sağladıkları alanda ayrılmaz üyelerdir. Halk sağlığı hemşireleri, çevreciler, epidemiyologlar, laboratuvar çalışanları, biyoistatistikçiler, doktorlar, sosyal hizmet uzmanları ve diğerleri dahil olmak üzere diğer uzmanlarla iş birliği yapar. (26)

Halk sağlığı hemşireleri, oldukça somut bir girişimin belki de en esnek unsurudur. Halk sağlığı hemşirelerinin değerlendirme, iletişim ve yönetim becerileri, gerektiğinde rollerini genişletmelerine veya daraltmalarına izin verir. Halk sağlığı hemşireleri ortamlar ve roller arasında kolaylıkla hareket eder; onlar topluluklar için ve disiplinler arasında tercümanlardır. Pek çok halk sağlığı hemşiresinin sağlık departmanı yöneticisi olması şaşırtıcı değildir. (6)

Hemşireler kolektif bir şekilde çalışarak halk sağlığı üzerinde büyük bir etki yaratabilir. Amerikan Hemşireler Derneği (ANA) politika, savunuculuk ve eğitimi en üst düzeyde destekleyerek halk sağlığına bireysel hemşirelerin katkılarına dayanmaktadır. Bu ilgi alanları aşağıdakileri içerir, ancak bunlarla sınırlı değildir: (25)

- Aşılar;
- Enfeksiyon önleme;
- Çevresel Sağlık ve
- Opioid kriz yanıtı

Halk Sağlığı Hemşireliği eğitim programları (lise, lisans ve lisansüstü vb.), nüfus odaklı bakımda uygulamayı içerecek şekilde öğrenme deneyimleri sunar. (25) Halk sağlığındaki uygulama, sağlığın tedavisi ve hastalıkların önlenmesine (koruyucu sağlık) vurgu yapar, hasta olarak nüfusa bakım sağlanması ve savunmasız nüfusların sağlığına bağlılık dahil olmak üzere bu profesyonel standartların birçok unsuruyla ilgili olsa da, bu kılavuzlar birçok farklı şekilde uygulanabilir hale getirilebilir. Geleneksel olarak, hemşirelik eğitimi programları genel olarak akut bakım odaklıdır ve toplum / halk sağlığı deneyimini üçüncü veya dördüncü yıla sınırlandırır. Ders içerikleri, öğrenciye halk sağlığı hemşireliğinin temel kavramlarını tanımlama, toplum sağlığını etkileyen ve toplumda görülen önemli hastalıkların önlenmesinde halk sağlığı hemşireliğinin rolünü kavrama, birey aile ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik halk sağlığı hemşireliğinde sistematik hemşirelik süreci yaklaşımının kullanılması bilgi ve becerilerini kazandırmaktır. (27) Uygulama merkezlerine öğrenci atamaları zamanla sınırlıdır, genellikle bir dönemdir ve birden fazla hemşirelik eğitimi programı, dönemden yarıyla değişebilen çeşitli öğretim fakültelerini içeren, eşzamanlı veya dönüşümlü olarak merkezleri uygulama için kullanabilir. Tek bir program grubundan küçük öğrenci grupları, birkaç farklı halk sağlığı birimine atanabilir.

Hemşireler, salgın hastalıklardan doğal afetlere, halk sağlığı krizlerine doğrudan yanıt verebilmeye hazırlıklı olmalıdır. Amerikan Hemşireler Birliği, hemşirelerin en bilinçli tedavi kararlarını vermelerine yardımcı olmak için hemşireleri ortaya çıkan halk sağlığı sorunları konusunda güncel tutar. (25)

AHB, hemşirelerin aşağıdaki kaynaklarla çalışmalarını destekler: (25)

- Ebola
- Genel su içme sistemlerinin florlanması
- Sigarayı bırakmak
- İklim değişikliği

4.4.2. Halk Sağlığı Uygulamalarının Temeli

Yeni yüzyıl- yeni milenyum- halk sağlığı mesleği, başarıları ve gelecekte karşılaşacağı zorluklar üzerine düşünme fırsatı sunuyor. Mesleğin halkın sağlığını iyileştirmek için teknolojiden ve bilimsel gelişmelerden yararlanmasına rağmen, herhangi bir çabada olduğu gibi halk sağlığında liderliğin de esas olarak değerlere dayandığı açıktır. Halk sağlığının altında yatan değerler, insan haklarının değerleridir. Bireysel haklar, insan onuru ve insanlık durumu arasında yadsınamaz bir ilişki olduğu için, insan hakları öğretilerini her halk sağlığı okulu ve programının müfredatına entegre edilmelidir. (28) Halk sağlığı uygulamalarını insan hakları temeli üzerine temellendirmek hem sağlık çalışanı hem de hizmet alanın lehine olacaktır. Halk sağlığı uzmanlarının misyonlarını gerçekleştirmelerine yardımcı olmakla kalmaz, onları uzmanlık alanları ve ulusal sınırlar boyunca birleştirir.

Beaglehole tarafından önerilen halk sağlığı tanımı. "toplum çapında sürdürülebilir sağlık gelişimi için toplu eylem", popülasyonların sağlığını ölçme ve izleme yeteneğini gerektirir. Epidemiyoloji, demografi ve biyoistatistik, halk sağlığının temel disiplinleridir. (29)

Dünya nüfusunun yaklaşık üçte birini kapsayan 78 ülkede, bir buçuk yüzyıl sonra kapsamlı ölümler ve nedenleri kayıt altına alınmaktadır. Kapsamlı sicilleri olan ülkeler genellikle Amerika, Asya ve Avrupa'nın bazı bölgelerindeki daha gelişmiş ülkelerdir. Düşük gelirli ülkelerde, temel demografik olayları daha iyi belgeleme ve sayma çabaları son yirmi yılda artmıştır. şu anda yaklaşık 150 ülke, önceki 5 yılda toplanan ampirik verilere dayanarak çocuk ölümleri tahminleri üretiyor. Bilgi teknolojisindeki gelişmeler, büyük hacimli verilerin daha kısa sürede işlenmesini ve analiz edilmesini sağlar. Nüfus temelli anketler, sağlıkla ilgili veri toplamada en yaygın yöntem haline geldi ve ilerleme, anketlerle ölçülebilen göstergeler kullanılarak izleniyor. Örnekler arasında Genişletilmiş Aşılama Programının (GAP) 30 küme örneklem araştırması ve aile planlaması ile anne ve çocuk sağlığı odaklı Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (NSA) bulunmaktadır. Yine de, özellikle yetişkin ölümleri, ölüm nedenleri

ve ölümcül olmayan sağlık sonuçlarına bağlı acıların yükü hakkında bilinmeyen çok şey var. (30)

Herhangi bir sağlık programının temel bir ön koşulu, kaç ölümü uyaracağını ve küresel hastalık yükünün ne kadarını ele alacağını kesin olarak belirtme yeteneğidir. Eksik veri boşluklarını doldurmak için, küresel, bölgesel ve ulusal mortalite, morbidite ve hastalık yükü tahminleri üretmeye yönelik model tabanlı yaklaşımlar çoğalmıştır. Bu modellerden bazıları nispeten basittir, diğerleri karmaşıktır ve tartışmalı varsayımlara ve temel felsefi çerçevelere dayanmaktadır. Bu tür modellerin karmaşıklığı çoğu kez katı bir gerçeği maskeliyor: çoğu insan sayılmadan doğar ve ölür, ölümlerinin nedenleri bilinmemektedir. (30)

Mevcut sağlık okuryazarlığı hareketi, iyileştirilmiş sağlık iletişim sistemleri ve sağlık eğitimi programları yoluyla sağlık sonuçlarını iyileştirmeyi ve sağlık eşitsizliklerini azaltmayı amaçlamaktadır. Bu hareket, bilinen tedavi, önleme ve sağlığı geliştirme stratejileri ile bireylerin sağlık davranışları ve sonuçları arasındaki boşlukları vurgulayarak son on yılda ivme kazanmıştır. (31) Bununla birlikte, hareketin mevcut amaçlarına tam olarak ulaşamamaktadır. Küresel iklim değişikliği, küreselleşme ve yoksulluk gibi sağlık üzerindeki çok çeşitli etkilerin hesaba katılması gerekmektedir.

4.4.3. Halk Sağlığı Hemşireliğinin Tarihsel Gelişimi

1925 yılında, Kızılay Hemşirelik Okulu'nda Hemşirelik eğitimleri ilk defa başladı. Kabul koşulları arasında okur- yazar olmak, fiziksel durumunun iyi olması ve ahlaki eğitimdi ve programın süresi iki yıl üç ay olarak belirlenmişti.1946 sonrasında Türkiye' de açılan hemşirelik okullarına eğitimci ve yönetici pozisyonlarına Kızılay Hemşirelik Okulu mezunları aday gösterildi. Ardından gelen okullar oldukça yavaş gelişti. (32)

Hemşirelik yasası, diğer düzenlemeler ve direktifler ile hemşirelik işlevleri tanımlanmıştır. (33) 1954 Hemşirelik Yasası, hemşirelerin işlevlerini ve rollerini yasal olarak ortaya koymuştur. Bu yasaya göre; yaşamsal belirtileri izleme, pansuman

değişiklikleri, aşılama, enjeksiyonları uygulama gibi işlevleri vardır. Hemşirelik Kanunu, şu anki sağlık sistemi ve hemşirelik pratiğiyle uyumlu değildir.

Halk sağlığı hemşireliği alanındaki ilk girişimler 1934 yılında, Dr. Refik Saydam aracılığıyla sosyal hekimlik konusunda çalışmalar yaparak bir grup hekim ve iki hemşireyi Amerikan Rockefeller Vakfı bursuyla Amerika'ya gönderilmesiyle başlamıştır. Fatma Acar, ilk halk sağlığı hemşiresidir. Ziyaretçi hemşire kavramı ilk kez Türkiye'de 1943 yılında gündeme gelmiş ve Trahom Savaş Talimatnamesi'nde geniş bir şekilde yer almıştır. Bu yönetmeliğin pek çok maddesinde Trahom bölgelerinde ziyaretçi hemşirelerin nasıl görev yapacakları ayrıntı ile tanımlanmaktadır. 1943 yılında Verem Savaş Dispanserine bağlı olarak açılmış olan Erenköy Sosyal Hemşire Okulu da, halk sağlığı alanında çalışacak hemşireler yetiştirmeyi amaçlayan bir okuldur. Nitekim buradan mezun olanlar "sosyal hemşire" diploması alarak, Verem Savaş Dispanserleri, Ruh ve Akıl Sağlığı Dispanserleri, Ana Çocuk Sağlığı (AÇS) Merkezleri ve diğer sosyal hemşirelik alanlarında görevlendirilmişlerdir. (34)

Hemşireliği hükümet sorumluluğu haline gelmesi, 1946 yılında bazı sağlık kurumlarının kadro ihtiyacını karşılamak için ortaokul eğitimi düzeyinde hemşirelik okulları açılması başladı. Bu meslek liseleri, öğrencilere uygulamalı ve teorik hemşirelik bilgi ve pratiği kazandırmak için açılmıştır. 1957'de ise kadınlar için "hemşire yardımcıları" adıyla bir program oluşturuldu ve teorik/ pratik eğitim aldılar. (23,32)

Hemşirelik alanında ilk lisans eğitimi 1955 yılında Ege Üniversitesi'nde açıldı. Hemşirelik programına giriş, üniversite eğitimi için seçim, yerleştirme sınavlarına bağlıdır. Hemşirelik programları çeşitli sağlık hizmetleri verebilen ve hastalara kaliteli sağlık hizmeti verebilen mezunlar yetiştirmeyi amaçlamaktadır. Bazı hemşirelik programları teorik ve pratik eğitimlerinin geliştirilmesini amaçlayarak çeşitli müfredat düzenlemeleri yaptı. Hemşireler için iki yıllık lisansüstü eğitim programları, hemşirelere daha özel bilgi sağlamak için 1968'de başladı. (27)

1972'de başlatılan, şu anda 6 doktora programı (Doktora/ Ph.D.) bulunmaktadır. Hemşirelik alanında doktora eğitiminin dokuz alt alanı vardır: Temel hemşirelik, tıbbi

hemşirelik, cerrahi hemşirelik, kadın sağlığı ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, ruh sağlığı ve psikiyatri, halk sağlığı, eğitim hemşiresi ve yönetim hemşiresidir. Hemşirelik alanında çeşitli lisansüstü eğitim programlarının açılmasıyla yeni akademisyenler ve araştırmacılar yetişti. 1975'ten itibaren, hemşirelerin altı hemşirelik uzmanlığında doçentlik rütbesine başvurmalarına izin verildi; hemşirelik bir bilim dalı olarak görülmeye başlandı. (9)

Hemşire öğretim üyeleri, hemşirelik okullarındaki eğitim kadrosunu oluşturur ve bütün teorik/ pratik süreçten sorumludurlar. Öğretim üyeleri teorik/ pratik düzeyde yeterli eğitime sahiptirler. Öğretim üyelerinin büyük bir çoğunluğu, Türkiye'deki okullardan hemşirelik alanında yüksek lisans derecesine sahiptir. Doktorasını almış pek çok eğitmen vardır ve bunlar çeşitli kurumlarda öğretim üyesi olarak çalışabilmektedir. (32)

4.4.4. Halk Sağlığı Hemşiresinin Roller

Genel ve ileri veya uzman düzeydeki halk sağlığı hemşireliği uygulaması, yetkinlik temellidir. Halk sağlığı hemşireliği temel yeterlikleri, Council on Linkages (COL) tarafından geliştirilen temel halk sağlığı işgücü yeterliklerinden elde edilen bilgi ve becerileri içerir. Bu HSH temel yetkinlikleri, COL yetkinliklerinde kullanılan üç uygulama kademesini, yani Aşama 1 – HSH genel uzmanı; Aşama 2 - HSH uzmanı veya yöneticisi ve Aşama 3 - HSH organizasyon lideri veya yönetici düzeyinde yönetici. (35) Bu temel yetkinlikler, topluma katılan sağlığı geliştirme rollerini uygulamak için gereklidir. Buna ek olarak, çağdaş HSH rolleri Sağlıklı İnsanlar 2020, Hasta Koruma Uygun Bakım Yasası (ACA) ve Ulusal Önleme, Sağlığı Geliştirme ve Halk Sağlığı Konseyi. (36) Bu ulusal girişimler, toplum sağlığını geliştirme ve önleme uygulamalarına odaklanan HSH'de ortaya çıkan roller için yeni fırsatlar sağlar.

Toplum katılımı ve etnografik model, uzun süredir devam eden önemli HSH süreçlerinin yanı sıra halk sağlığı hemşirelerinin toplum değerlendirmesi ve önleme programı geliştirmede kullanabileceği yenilikçi stratejileri içerir. Halk sağlığı hemşireleri, HSH temel yetkinliklerini kullanarak ve toplum katılımı ve etnografik modelin rehberliğinde, toplum sağlığının geliştirilmesi ve önlenmesine daha fazla dahil olmaları için toplulukları

ve nüfusu güçlendirebilir. Bu güçlendirme, sağlık tehditlerini azaltabilir ve sağlıkta eşitliği artırabilir. (35)

Halk sağlığı hemşirelerinin savunucular, işbirlikçiler, eğitimciler, ortaklar, politika yapıcılar ve araştırmacılar olarak rolleri toplum sağlığının teşviki ve önlenmesi alanında geliştikçe, HSH eğitiminde topluluğa katılımcı ve etnografik yaklaşımlara daha fazla vurgu yapılması, öğrencilere fayda sağlayacaktır. Genel ve ileri düzey uygulama seviyeleri. (37) Dahası, meslekler arası iş birliğini, topluluk katılım stratejilerini ve yerel bilginin toplum sağlığı sorunlarını ele almadaki önemini vurgulayan temel ve gelişmiş halk sağlığı hemşireliği uygulama rolleri, iyileştirilmiş toplum ve nüfus sağlığı sonuçlarına katkıda bulunmaya devam edecektir.

4.4.5. Halk Sağlığı Hemşiresinin Görevleri

“Halk Sağlığı Hemşiresi” görev ünvanı, ilk defa 1963 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı yasaya dayalı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge” de yer almıştır. (33)

Bu yönergede halk sağlığı hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları şu şekilde açıklanmıştır;

- Anne çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri köy ebelerinin yardımıyla halk sağlığı hemşiresi tarafından planlanır, organize edilir ve gerçekleştirilir.
- Halk sağlığı hemşiresi hizmet için eğitim kapsamında köy ebelerine eğitim verir onları denetler.
- Halk sağlığı hemşiresi köy ebelerinin gerçekleştiremediği doğumlara müdahale eder,
- Topluma ve bireylere halk sağlığı ve toplum kalkınması konularında bilinçlenmeleri için eğitimler düzenler,
- Halk sağlığı hemşiresi gezi programları içinde gittiği köylerde evde hasta izleme ve bakımında köy ebelerinin yapamadığı hizmetleri sağlar,
- Halk sağlığı hemşiresi düzenlediği programlarla gıda desteklerinin dağıtımında rol alır,

- Kronik ve bulaşıcı hastalıkların bakımını sağlar, bu duruma ilişkin koruyucu sağlık hizmetleri yürütür,
- Gerekli durumlarda ilk ve acil yardım müdahalelerini yapar. (33)

4.5. Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet

4.5.1. Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet

Memnuniyet literatürü psikoloji, işletme, yönetim, hemşirelik, sosyoloji, örgütsel davranış ve insan kaynakları yönetimi alanlarını kapsar. Memnuniyet, doğası gereği öznel; birçok değişkenden etkilenen göreceli bir durumdur. Memnuniyet kişiden kişiye ve zaman zaman herhangi bir kişi için de değişiklik göstermekle birlikte, ortak bir standardı yoktur. Araştırmacılar genel olarak işi memnuniyetin ölçümüyle tanımlamışlardır. İş memnuniyetinin en yaygın tanımları, kişisel ihtiyaçlara, değerlere veya memnuniyetin kişisel bileşeni olarak algılara odaklananlardır. Farklı biçimlerde ihtiyaçların varlığını varsayarken, teorisyenler memnuniyeti, bireyin ihtiyaçları ile iş ve çalışma ortamı arasındaki uygunluk olarak görürler. (38) Bir bireyin işi, bu değerler bireyinki ile uyumluysa önemli iş değerlerini yerine getirir. (39) Bazı yazarlar ihtiyaç fikrini reddettiler ve bireysel değerlere ve / veya algılara odaklandılar. Bu bakış açısına göre, bir bireyin değer ve algılarının aldığı hizmet ile etkileşim sonucunda memnuniyet belirlenir.

Memnuniyet, bir bireyin bir işle ilgili sahip olduğu duygudur ve iş durumundaki olayların veya fırsatların refah hissi veren bir işlevidir. Alternatif bir yaklaşım, bir iş pozisyonunun bileşenlerine (iş tutumları, iş ortamı, iş görevleri ve kişisel değerler) bakar ve farklı örgütsel davranışları açıklamak için en önemli boyutları belirlemeye çalışır. Sorun, farklı ortamlarda bileşenlerin ilişkisinin belirlenmesinde ortaya çıkar. (41) Yöneticiler ihtiyaçlar, değerler veya algılar kavramlarını kullansınlar, bu yaklaşımlar, bir bireyin içindeki bir şeyin işe tepki vermesi görüşünde tutarlıdır. Hakim görüş, bireyin, işin ve iş organizasyonunun özelliklerinin iş tatminini birlikte belirlediğidir.

Hemşirelik mesleği, 1930'ların sonlarından beri memnuniyet ile ilgilenmektedir. 1940'ta Nahm, Minnesota Üniversitesi'nde hemşireler arasındaki memnuniyeti keşfetmek için bir

araştırma yaptı. (41) Memnun olan hemşireleri memnun olmayan hemşirelerden ayıran faktörler, işe ilgi, genel uyum, amirlerle ilişkiler, aile ve sosyal ilişkiler, çalışma saatleri, gelir ve ilerleme fırsatlarıdır. Őimdi, 50 yıldan fazla bir süre sonra, hemşirelik hala aynı faktörleri inceliyor. Hemşirelikte memnuniyet kapsamlı bir Şekilde incelenmiş olsa da iyi anlaşılmamıştır ve işletme, yönetim ve sosyal bilimlerde memnuniyet araştırmalarıyla aynı teorik ve metodolojik sorunlardan muzdariptir. Bölgede yapılan kapsamlı araştırmalardan sonra bile sonuçların hemşireler tarafından ifade edilen ve çalışmalar, anketler ve yayınlarda bildirilen memnuniyetsizliği etkilediğine dair çok az kanıt vardır. (41)



5. METOT VE MATERYAL

5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırmanın amacı, halkın sağlığını korumak ve geliştirmek hedefiyle verilen halk sağlığı hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek ve Sağlıklı Hayat Merkezi'nden hizmet alan bireylerin sağlık bakım hizmetlerinden memnuniyet düzeyini ölçmektir. Bu bağlamda yapılan çalışmada elde edilecek analiz sonuçlarına göre toplumun halk sağlığı hemşiresinden memnuniyet düzeyi belirlenerek hizmet alanların görüşleri üzerinden öneriler sunmak ulaşılmaya hedeflenen unsurlar arasındadır.

5.2. Araştırma Soruları

1. Halk sağlığı hemşiresinin bilgi düzeyi Sağlıklı Hayat Merkezi'nden hizmet alan danışanların memnuniyetini etkiler mi?
2. Halk sağlığı hemşiresinin tutum ve davranışları sağlık hizmet kalitesini etkiler mi?
3. Hekim tutum ve davranışları halk sağlığı hemşiresinden memnuniyet düzeyini etkiler mi?

5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Lüleburgaz Sağlıklı Hayat Merkezi'nde Haziran 2020 ile Kasım 2020 tarihleri arasında anket uygulaması ile 321 gönüllü katılımcıya ulaşılarak saha çalışması tamamlanmıştır.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini T.C Sağlık Bakanlığı Lüleburgaz Sağlıklı Hayat Merkezi'ne başvuran bireyler oluşturmaktadır. Haziran 2020 ile Kasım 2020 tarihleri arasında Sağlıklı Hayat Merkezi'ne başvuran 862 kişi evreni belirlerken örneklemi araştırmaya katılmayı kabul eden 321 kişi oluşturmaktadır.

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket katılımcıların sosyo-demografik özellikleriyle ilgili 11 soruluk görüşme formu ve 28 soruluk Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği'nden oluşmaktadır.

5.5.1. Görüşme Veri Formu

Yapılan benzer diğer çalışmalar doğrultusunda araştırmanın amacına uygun olarak demografik bilgiler, evlilik bilgileri, aile içi yaşayan kişi sayısı, eğitim durumu, aile sağlığı merkezine başvuru sayısı, genel olarak hemşireden memnuniyet puanlandırılması, kronik hastalık içeren sorularla bilgi formu oluşturulmuştur.

5.5.2. Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği

Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği (HSHMÖ), sağlık merkezine başvuran hastalarda hemşire memnuniyetini ölçmek için PROF. DR. Semra Erdoğan danışmanlığında Manay (2016) tarafından “Nurse Practitioner Satisfaction Survey (NPSS)” aracını “Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği (HSHMÖ)” adıyla Türk diline ve kültürüne uyumlaştırarak, geçerlik ve güvenilirliğini test ederek literatüre kazandırmışlardır. Ölçeğin 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. Bu araştırma ölçeğin orijinal yapısını doğruladı ve Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir araç olarak, Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran kişilerin kurumdan memnuniyetlerini ölçmek için kullanılabilceğini gösterdi.

5.6. Uygulama

Araştırma ekte sunulan veri toplama formları ile Lüleburgaz Sağlıklı Hayat Merkezi'nde Haziran 2020 ile Kasım 2020 tarihleri arasında yüz yüze görüşme sağlanarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın amacı açıklandıktan sonra hastaların doldurduğu anketler araştırmacı tarafından toplanmıştır.

5.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği

Bağımsız Değişkenler: Hastaların sosyo-demografik özellikleri.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 04.03.2020 tarih ve 244 sayılı kararı ile çalışma için gerekli izin alınmıştır. Çalışmaya başlamadan önce anket uygulaması yapılacak olan Lüleburgaz Sağlıklı Hayat Merkezi adına Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı olarak gerekli izinler alınmıştır (Ek 1). Anket uygulaması ile toplanan verilerin analizi SPSS 22.0 programı ile yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov-Smirnov testi ile analiz edilmiştir. Verilerin karşılaştırılması için nonparametrik bir test olan Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. İki bağımsız grubun puan ortalamalarının karşılaştırılması için de Man Whitney U testinden yararlanılmıştır.

5.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır. Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurul izni alınmıştır. Çalışma, araştırmaya katılmaya gönüllü hastalara, bilgilendirmeler

yapıldıktan sonra sürdürüldü. Hastaların çalışmaya dair bilgileri yapılan bu çalışma için kullanılmıştır ve gizlilik ilkesi gözetilmiştir

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Tüm dünyayı olduğu gibi ülkemizi de etkisi altına alan COVID-19 pandemisi araştırmanın başlıca kısıtlılığıdır. Pandemi sebebiyle araştırma tek merkezi kapsayarak Lüleburgaz Sağlıklı Hayat Merkezinde yapılmıştır. Hastaların halk sağlığı hemşiresinden memnuniyet düzeyleri, HSHMÖ'ndeki maddelerle sınırlı kalmıştır.



6. BULGULAR

Tablo 1 : Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=321)

Bireysel Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş Grupları		
30 yaş ve altı	52	16,2
31-40 yaş	51	15,9
41-50 yaş	90	28,0
51-60 yaş	98	30,5
61 yaş ve üzeri	38	9,4
Cinsiyet		
Kadın	201	62,6
Erkek	120	37,4
Medeni Durum		
Evli	245	76,3
Bekar	76	23,7
Eğitim Durumu		
İlköğretim	59	18,4
Ortaöğretim	41	12,8
Lise	143	44,5
Üniversite	78	24,3
Çalışma Durumu		
Emekli	31	9,7
Çalışıyor	128	39,9
Çalışmıyor	162	50,5
Sosyal Güvence		
Var	283	88,2
Yok	38	11,8
Hane Halkı Sayısı		
Tek kişi	38	11,8
2-4 kişi	268	83,5
5 kişi ve üzeri	15	4,7
Kronik Hastalık Varlığı		
Var	153	47,7
Yok	168	52,3
Sağlık Algısı		
Çok sağlıklı	60	18,7
Sağlıklı	188	58,6
Kısmen sağlıksız	73	22,7
Aile Sağlığı Merkezine Başvuru Sayısı		
1-3 başvuru	176	54,8
4-6 başvuru	105	32,7
7 ve üzeri başvuru	40	12,5
Hemşire Memnuniyeti		

Bireysel Özellikler	Sayı	Yüzde
7 puan ve altı	134	41,7
7 puan üzeri	187	58,3

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri Tablo 1’de gösterilmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması, $45,7 \pm 12,4$ (19-90 aralığında) olup, %30,5’i 51-60 yaş grubunda yer aldı. %62,6’sının kadın cinsiyette, dörtte üçünden fazlasının evli (%76,3) ve yaklaşık yarısının eğitim durumunun lise düzeyinde (%44,5) olduğu belirlendi. Yarısından fazlası çalışmadığını belirten katılımcıların (%50,5), büyük çoğunluğu sosyal güvencesinin olduğunu (%88,2) ve hane halkında 2-4 kişi bulunduğunu (%83,5) belirtti. Yaklaşık yarısının kronik hastalığı olduğu belirlendi (%47,7). Katılımcıların %18,4’ünün hipertansiyon (n=59), %15’inin diyabet (n=48), %9’unun hipertiroidi (n=29), %8,4’ünün astım (n=27), %6,2’sinin yüksek kolesterol (n=20), %3,7’sinin depresyon (n=12), %2,8’inin kanser (n=9) ve %2,2’sinin enfeksiyon (n=7) hastalıklarına sahip olduğu saptandı. Katılımcıların %58,6’sı kendisini sağlıklı olarak nitelendirdi. Katılımcıların son bir yıl içindeki aile sağlığı merkezine ortalama başvuru sayısı, $3,8 \pm 2,5$ (1-15 aralığında) olup, %54,8’inin 1-3 başvurusunun olduğu saptandı. Katılımcıların aile sağlığı merkezindeki hemşirelerden ortalama memnuniyet düzeyi, $7,3 \pm 2,2$ (1-10 aralığında) olup %58,3’ünün memnuniyeti 7 puan ve üzerinde değerlendirdiği belirlendi.

Tablo 2 : Katılımcıların Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamaları (N=321)

Ölçek ve Alt Boyutları	Ort. \pm S.S.	Min.-Max.	İç Tutarlılık Kat Sayısı
Genel Memnuniyet	$67,43 \pm 16,17$	19-90	0,98
İletişim	$22,72 \pm 5,43$	6-30	0,96
Planlama	$15,90 \pm 3,00$	4-20	0,90
TOPLAM	$106,06 \pm 23,61$	29-140	0,98

Ölçek ve alt boyutlarına yönelik puan ortalamaları ve iç tutarlılık katsayıları, Tablo 2’de sunulmaktadır. Katılımcıların Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği puan ortalaması, $106,06 \pm 23,61$ olarak belirlendi. Alt boyut puan ortalamalarının yüksekten düşüğe doğru planlama ($15,90 \pm 3,00$), iletişim ($22,72 \pm 5,43$) ve genel memnuniyet ($67,43 \pm 16,17$) şeklinde sıralandığı saptandı. Cronbach’s alfa kat sayısının, Halk Sağlığı

Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği için 0,98 olduğu ve alt boyutlarda 0,90-0,98 arasında değiştiği bulundu.

Tablo 3 : Katılımcıların Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği İfadelerine Yönelik Puan Ortalamaları (N=321)

Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği İfadeleri	Ort. ± S.S.
Hemşirenin ev ziyaretlerinden memnun kaldım.	3,41 ± 1,04
Hemşireyi başkalarına önerebilirim.	3,80 ± 1,11
Hemşire ile olan görüşmelerimi devam ettirmeyi düşünüyorum.	3,75 ± 1,09
Hemşire bana yeterince zaman ayırıyor.	3,70 ± 1,05
Hastaneye gitmektense Aile Sağlığı Merkezine gitmeyi tercih ederim.	3,96 ± 0,88
İhtiyaç duyduğum zaman hemşireye rahatlıkla ulaşabiliyorum.	3,81 ± 0,87
Aile Sağlığı Merkezi'nde, rahatlıkla muayene olabiliyorum.	4,07 ± 0,82
Bu Aile Sağlığı Merkezine ulaşım kolaydır.	4,01 ± 0,82
Aile Sağlığı Merkezinde muayene olmak hastanede muayene olmaktan daha kolaydır.	4,02 ± 0,87
Benimle ilgilenen hemşire yetenekli ve iyi yetişmiş bir sağlık personelidir.	3,69 ± 0,94
Hemşire bana ilaç tedavisi dışında sağlığım ile ilgili diğer konularda da bilgi veriyor.	3,55 ± 0,96
Hemşirenin, bana yaptığı tedaviyi uygulama şeklinden memnunum.	3,67 ± 0,92
Hemşirenin bana ayırdığı süreden memnunum.	3,74 ± 1,19
Hemşire bana gereken ilgiyi gösteriyor.	3,75 ± 1,20
Hemşire sağlık problemlerim hakkında bilgilidir.	3,71 ± 1,03
Hemşireye güveniyorum.	3,84 ± 1,05
Hemşire beni hekime ne zaman yönlendirmesi gerektiğini biliyor.	3,73 ± 0,98
Hemşire beni can kulağıyla dinliyor.	3,80 ± 1,04
Hemşire sağlıkla ilgili endişelerimle ilgileniyor.	3,81 ± 0,91
Hemşire bana saygı duyuyor.	3,81 ± 0,98
Sağlıkla ilgili endişelerimi hemşireyle rahatlıkla konuşabiliyorum.	3,87 ± 0,94
Hemşirenin bana açıkladığı konuları rahatlıkla anlayabiliyorum.	3,90 ± 0,83
Hemşirenin bana öğrettiklerini anlayabiliyorum.	3,89 ± 0,92
Hemşire sağlıkla ilgili konuları anlaşılır bir biçimde açıklıyor.	3,82 ± 0,93
Hemşireye rahatlıkla soru sorabiliyorum.	3,88 ± 1,01
Hekime rahatlıkla soru sorabiliyorum.	3,71 ± 1,03
Hemşireyle olan görüşmelerimden bütün sorularım cevaplanmış olarak ayrılıyorum.	3,73 ± 0,94
Hekim ile olan görüşmelerimden bütün sorularım cevaplanmış olarak ayrılıyorum.	3,64 ± 1,04

Halk Sağlığı Hemşireliğinden Memnuniyet Ölçeği ifadelerine yönelik puan ortalamaları, Tablo 3'te sunulmaktadır. Katılımcıların memnuniyete ilişkin en yüksek puan

ortalamalarının, ‘‘Aile Sağlığı Merkezi’nde, rahatlıkla muayene olabiliyorum (4,07 ± 0,82)’’ ve ‘‘Aile Sağlığı Merkezinde muayene olmak hastanede muayene olmaktan daha kolaydır (4,02 ± 0,87)’’ ifadelerine yönelik olduğu belirlendi. En düşük puan ortalamalarının ise ‘‘Hemşirenin ev ziyaretlerinden memnun kaldım (3,41 ± 1,04)’’ ve ‘‘Hemşire bana ilaç tedavisi dışında sağlığımla ilgili diğer konularda da bilgi veriyor (3,55 ± 0,96)’’ ifadelerine yönelik olduğu saptandı.

Tablo 4 : Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=321)

Tanıtıcı Özellikler	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri
Yaş Grupları		
30 yaş ve altı ^a	116,01 ± 15,98	KW=25,886 p=0,000 a,e>b,c,d
31-40 yaş ^b	107,76 ± 27,39	
41-50 yaş ^c	103,38 ± 21,12	
51-60 yaş ^d	99,20 ± 26,52	
61 yaş ve üzeri ^e	116,33 ± 14,64	
Cinsiyet		
Kadın	108,43 ± 22,91	Z=-1,773 p=0,076
Erkek	102,08 ± 24,31	
Medeni Durum		
Evli	105,68 ± 23,87	Z=-0,728 p=0,466
Bekar	107,28 ± 22,87	
Eğitim Düzeyleri		
İlköğretim ^a	112,98 ± 16,68	KW=48,783 p=0,000 a,b,d>c
Ortaöğretim ^b	118,51 ± 23,37	
Lise ^c	96,51 ± 23,16	
Üniversite ^d	111,79 ± 22,64	
Çalışma Durumu		
Emekli ^a	116,64 ± 11,82	KW=14,688 p=0,001 a>b,c
Çalışmıyor ^b	100,14 ± 26,23	
Çalışıyor ^c	108,71 ± 21,97	
Sosyal Güvence		
Var	107,71 ± 22,17	Z=-1,863 p=0,062
Yok	93,76 ± 29,98	
Hane Halkı Sayısı		
Tek kişi	112,65 ± 10,19	KW=1,719 p=0,423
2-4 kişi	105,16 ± 24,93	
5 kişi ve üzeri	105,46 ± 23,61	
Kronik Hastalık Varlığı		
Var	106,10 ± 23,44	Z=-0,157 p=0,875
Yok	106,02 ± 23,83	
Sağlık Algısı		
Çok sağlıklı ^a	96,55 ± 24,99	KW=8,773 p=0,012 b,c>a
Sağlıklı ^b	108,74 ± 22,12	
Kısmen sağlıksız ^c	106,97 ± 24,49	

Aile Sağlığı Merkezine Başvuru Sayısı		
1-3 başvuru	104,79 ± 23,43	KW=3,383 p=0,184
4-6 başvuru	105,78 ± 24,77	
7 ve üzeri başvuru	112,37 ± 20,66	
Hemşire Memnuniyeti Algısı		
7 puan ve altı	90,97 ± 24,01	Z=-8,957 p=0,000
7 puan üzeri	116,87 ± 16,28	

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular, Tablo 4'te gösterilmektedir.

Katılımcıların yaş grupları ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). 30 yaş altı ve 61 yaş ve üzeri yaş gruplarında olan katılımcıların puan ortalamasının, diğer yaş gruplarındaki katılımcılara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). Lise düzeyinde eğitime sahip olan katılımcıların puan ortalamasının, diğer eğitim düzeylerindeki katılımcılara göre düşük olduğu saptandı.

Katılımcıların çalışma durumu ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,01$). Emekli olan katılımcıların puan ortalamasının, çalışan ve çalışmayanlara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların sağlık algıları ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Kendisini çok sağlıklı olarak nitelendiren katılımcıların puan ortalamasının, sağlıklı ve kısmen sağlıklı nitelendirenlere göre düşük olduğu saptandı.

Katılımcıların hemşire memnuniyeti algısı ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). Memnuniyetini 7 puan üzerinde algılayan katılımcıların puan ortalamasının, 7 puan ve altında nitelendirenlere göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların diğer tanıtıcı özellikleri ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Tablo 5 : Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği Genel Memnuniyet Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=321)

Tanıtıcı Özellikler	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri
Yaş Grupları		
30 yaş ve altı ^a	74,25 ± 10,46	KW=22,325 p=0,000 a,e>b,c,d
31-40 yaş ^b	68,41 ± 19,01	
41-50 yaş ^c	65,82 ± 14,12	
51-60 yaş ^d	62,67 ± 18,36	
61 yaş ve üzeri ^e	74,33 ± 10,55	
Cinsiyet		
Kadın	69,18 ± 15,78	Z=-2,118 p=0,034
Erkek	64,50 ± 16,44	
Medeni Durum		
Evli	67,34 ± 16,22	Z=-0,330 p=0,741
Bekar	67,72 ± 16,11	
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim ^a	73,42 ± 11,35	KW=53,685 p=0,000 a,b,d>c
Ortaöğretim ^b	75,97 ± 14,82	
Lise ^c	60,51 ± 16,19	
Üniversite ^d	71,10 ± 14,92	
Çalışma Durumu		
Emekli ^a	74,19 ± 7,60	KW=11,021 p=0,004 a>b,c
Çalışmıyor ^b	63,59 ± 18,52	
Çalışıyor ^c	69,17 ± 14,65	
Sosyal Güvence		
Var	68,62 ± 15,19	Z=-2,000 p=0,046
Yok	58,55 ± 20,28	
Hane Halkı Sayısı		
Tek kişi	72,18 ± 6,11	KW=1,834 p=0,400
2-4 kişi	66,88 ± 17,08	
5 kişi ve üzeri	65,26 ± 15,62	
Kronik Hastalık Varlığı		
Var	67,67 ± 16,11	Z=-0,471 p=0,638
Yok	67,21 ± 16,27	
Sağlık Algısı		
Çok sağlıklı	61,45 ± 17,09	KW=5,872 p=0,053
Sağlıklı	69,18 ± 15,08	
Kısmen sağlıksız	67,84 ± 17,14	
Aile Sağlığı Merkezine Başvuru Sayısı		
1-3 başvuru	66,18 ± 16,02	KW=5,642 p=0,060
4-6 başvuru	67,64 ± 17,14	
7 ve üzeri başvuru	72,35 ± 13,35	
Hemşire Memnuniyeti		
7 puan ve altı	56,67 ± 16,33	Z=-9,464 p=0,000
7 puan üzeri	75,13 ± 10,78	

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği Genel Memnuniyet Alt Boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular, Tablo 5’te gösterilmektedir.

Katılımcıların yaş grupları ile Genel Memnuniyet Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). 30 yaş altı ve 61 yaş ve üzeri yaş gruplarında olan katılımcıların puan ortalamasının, diğer yaş gruplarındaki katılımcılara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların cinsiyetleri ile Genel Memnuniyet Alt Boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Kadın cinsiyette olan katılımcıların puan ortalamasının, erkek katılımcılara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile Genel Memnuniyet Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). Lise düzeyinde eğitime sahip olan katılımcıların puan ortalamasının, diğer eğitim düzeylerindeki katılımcılara göre düşük olduğu saptandı.

Katılımcıların çalışma durumu ile Genel Memnuniyet Alt Boyutu puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,01$). Emekli olan katılımcıların puan ortalamasının, çalışan ve çalışmayanlara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların sosyal güvence durumları ile Genel Memnuniyet Alt Boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olan katılımcıların puan ortalamasının, olmayanlara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların hemşire memnuniyeti algısı ile Genel Memnuniyet Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). Memnuniyetini 7 puan üzerinde algılayan katılımcıların puan ortalamasının, 7 puan ve altında nitelendirenlere göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların diğer tanıtıcı özellikleri ile Genel Memnuniyet Alt Boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Tablo 6 : Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği İletişim Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=321)

Tanıtıcı Özellikler	Ort. \pm S.S.	Test ve p Değeri
Yaş Grupları		
30 yaş ve altı ^a	24,88 \pm 3,99	KW=22,337 p=0,000 a,e>c,d
31-40 yaş ^b	23,25 \pm 6,39	
41-50 yaş ^c	22,23 \pm 5,23	
51-60 yaş ^d	21,19 \pm 5,78	
61 yaş ve üzeri ^e	24,56 \pm 3,30	
Cinsiyet		
Kadın	23,13 \pm 5,43	Z=-1,607 p=0,108
Erkek	22,03 \pm 5,39	
Medeni Durum		
Evli	22,72 \pm 5,50	Z=-0,116 p=0,908
Bekar	22,72 \pm 5,25	
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim ^a	23,57 \pm 3,54	KW=43,020 p=0,000 a,b,d>c
Ortaöğretim ^b	25,41 \pm 5,54	
Lise ^c	20,69 \pm 5,30	
Üniversite ^d	24,39 \pm 5,53	
Çalışma Durumu		
Emekli ^a	24,74 \pm 3,20	KW=21,462 p=0,000 a,c>b
Çalışmıyor ^b	21,00 \pm 5,71	
Çalışıyor ^c	23,69 \pm 5,19	
Sosyal Güvence		
Var	23,08 \pm 5,15	Z=-2,001 p=0,045
Yok	20,05 \pm 6,71	
Hane Halkı Sayısı		
Tek kişi	23,92 \pm 2,52	KW=1,105 p=0,576
2-4 kişi	22,50 \pm 5,73	
5 kişi ve üzeri	23,73 \pm 5,16	
Kronik Hastalık Varlığı		
Var	22,59 \pm 5,06	Z=-1,022 p=0,307
Yok	22,84 \pm 5,77	
Sağlık Algısı		
Çok sağlıklı ^a	20,50 \pm 5,78	KW=11,591 p=0,003 b>a
Sağlıklı ^b	23,53 \pm 5,33	
Kısmen sağlıksız ^c	22,46 \pm 4,90	
Aile Sağlığı Merkezine Başvuru Sayısı		
1-3 başvuru	22,93 \pm 5,47	KW=3,257 p=0,196
4-6 başvuru	21,94 \pm 5,54	
7 ve üzeri başvuru	23,87 \pm 4,78	
Hemşire Memnuniyeti		
7 puan ve altı	19,12 \pm 5,31	Z=-9,666 p=0,000
7 puan üzeri	25,30 \pm 3,83	

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği İletişim Alt Boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular, Tablo 6'da gösterilmektedir.

Katılımcıların yaş grupları ile İletişim Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). 30 yaş altı ve 61 yaş ve üzeri yaş gruplarında olan katılımcıların puan ortalamasının, 41-50 ve 51-60 yaş gruplarındaki katılımcılara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile İletişim Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). Lise düzeyinde eğitime sahip olan katılımcıların puan ortalamasının, diğer eğitim düzeylerindeki katılımcılara göre düşük olduğu saptandı.

Katılımcıların çalışma durumu ile İletişim Alt Boyutu puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,01$). Çalışmayan katılımcıların puan ortalamasının, emekli olan ve çalışanlara göre düşük olduğu saptandı.

Katılımcıların sosyal güvence durumları ile İletişim Alt Boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olan katılımcıların puan ortalamasının, olmayanlara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların sağlık algıları ile İletişim Alt Boyutu puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,01$). Kendisini sağlıklı olarak nitelendiren katılımcıların puan ortalamasının, çok sağlıklı nitelendirenlere göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların hemşire memnuniyeti algısı ile İletişim Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). Memnuniyetini 7 puan üzerinde algılayan katılımcıların puan ortalamasının, 7 puan ve altında nitelendirenlere göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların diğer tanıtıcı özellikleri ile İletişim Alt Boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Tablo 7 : Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği Planlama Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=321)

Tanıtıcı Özellikler	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri
Yaş Grupları		
30 yaş ve altı ^a	16,88 ± 2,46	KW=19,322 p=0,001 a,e>c,d
31-40 yaş ^b	16,09 ± 2,86	
41-50 yaş ^c	15,33 ± 3,00	
51-60 yaş ^d	15,33 ± 3,31	
61 yaş ve üzeri ^e	17,43 ± 1,95	
Cinsiyet		
Kadın	16,11 ± 2,79	Z=-1,352 p=0,176
Erkek	15,55 ± 3,30	
Medeni Durum		
Evli	15,61 ± 3,12	Z=-2,841 p=0,004
Bekar	16,84 ± 2,35	
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim ^a	15,98 ± 3,02	KW=20,060 p=0,000 b>c
Ortaöğretim ^b	17,12 ± 3,45	
Lise ^c	15,30 ± 2,73	
Üniversite ^d	16,29 ± 2,99	
Çalışma Durumu		
Emekli ^a	17,70 ± 2,17	KW=15,945 p=0,000 a>b,c
Çalışmıyor ^b	15,53 ± 2,78	
Çalışıyor ^c	15,84 ± 3,19	
Sosyal Güvence		
Var	16,00 ± 2,97	Z=-1,955 p=0,051
Yok	15,15 ± 3,12	
Hane Halkı Sayısı		
Tek kişi	16,55 ± 3,21	KW=2,909 p=0,234
2-4 kişi	15,77 ± 2,97	
5 kişi ve üzeri	16,46 ± 2,85	
Kronik Hastalık Varlığı		
Var	15,83 ± 3,23	Z=-0,063 p=0,950
Yok	15,96 ± 2,78	
Sağlık Algısı		
Çok sağlıklı ^a	14,60 ± 2,91	KW=23,387 p=0,000 b,c>a
Sağlıklı ^b	16,02 ± 2,77	
Kısmen sağlıksız ^c	16,65 ± 3,33	
Aile Sağlığı Merkezine Başvuru Sayı		
1-3 başvuru	15,67 ± 2,97	KW=2,305 p=0,316
4-6 başvuru	16,19 ± 2,77	
7 ve üzeri başvuru	16,15 ± 3,64	
Hemşire Memnuniyeti		
7 puan ve altı	15,16 ± 3,21	Z=-3,559 p=0,000
7 puan üzeri	16,43 ± 2,72	

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği Planlama Alt Boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular, Tablo 7’de gösterilmektedir.

Katılımcıların yaş grupları ile Planlama Alt Boyutu puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,01$). 30 yaş altı ve 61 yaş ve üzeri yaş gruplarında olan katılımcıların puan ortalamasının, 41-50 ve 51-60 yaş gruplarındaki katılımcılara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların medeni durumları ile Planlama Alt Boyutu puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,01$). Bekar olan katılımcıların puan ortalamasının, evli katılımcılara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile Planlama Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). Lise düzeyinde eğitime sahip olan katılımcıların puan ortalamasının, eğitim düzeyi ortaöğretim olan katılımcılara göre düşük olduğu saptandı.

Katılımcıların çalışma durumu ile Planlama Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). Emekli katılımcıların puan ortalamasının, çalışmayan ve çalışanlara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların sağlık algıları ile Planlama Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). Kendisini çok sağlıklı olarak nitelendiren katılımcıların puan ortalamasının, sağlıklı ve kısmen sağlıklı nitelendirenlere göre düşük olduğu saptandı.

Katılımcıların hemşire memnuniyeti algısı ile Planlama Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). Memnuniyetini 7 puan üzerinde algılayan katılımcıların puan ortalamasının, 7 puan ve altında nitelendirenlere göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların diğer tanıtıcı özellikleri ile Planlama Alt Boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, SPSS 22 paket programı kullanılarak analiz edildi. 2,33

Aşağıdaki tabloda verilerin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler sunuldu. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde kabul edildi.

İncelenen Özellikler	İstatistiksel Yöntem
Tanıtıcı Özellikler Ölçek ve Alt Boyutların Puanları	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma
Ölçek iç tutarlılığı	Cronbach's alfa kat sayısı
Normal Dağılım	KolmogorovSmirnov testi
İki bağımsız grubun puan ortalamasının karşılaştırılması	Mann Whitney-U testi
İkiden fazla bağımsız grubun puan ortalamasının karşılaştırılması	Kruskal Wallis Analizi

7. TARTIŞMA

2003 yılında uygulamaya geçen Sağlıkta Dönüşüm programları ile ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri yaygınlaşmıştır. (42) Hemşirelerin öncelikli görevleri arasında, hastaların ihtiyaçları ve beklentileri doğrultusunda sağlık hizmeti sunmak gelmektedir. (43,40) Diğer sağlık çalışanlarına nazaran hemşireler, sağlık hizmeti verdikleri hastalarla daha çok zaman geçirmekte ve daha hızlı iletişime geçmektedirler. (44,45) Bununla birlikte, hemşirelerin hasta haklarını biliyor olması, hizmet standardını sağlaması ve hasta güvenliği rollerinin olması hastaların hemşireden memnuniyetlerini etkilemektedir. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri; hemşirelerin hastaya göstermiş olduğu ilgi, güler yüz, şefkat, yaptığı uygulamalardaki bilgi ve deneyimlerinden etkilenmektedir. (46)

Çalışmamızda, %62,6'sının kadın cinsiyette, dörtte üçünden fazlasının evli (%76,3) ve yaklaşık yarısının eğitim durumunun lise düzeyinde (%44,5) olduğu belirlendi. Yarısından fazlası çalışmadığını belirten katılımcıların (%50,5), büyük çoğunluğu sosyal güvencesinin olduğunu (%88,2) bildirmiştir. Katılımcıların cinsiyetleri ile Genel Memnuniyet Alt Boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Kadın cinsiyette olan katılımcıların puan ortalamasının, erkek katılımcılara göre yüksek olduğu saptandı. Ünalın ve ark.,(2008) yaptıkları çalışmada evli olan hastaların memnuniyet seviyelerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptamışlardır. (47) Ardahan ve arkadaşları (2018) bir aile sağlığı merkezine başvuran hastaların memnuniyet düzeylerini ve etkileyen faktörleri incelemiş, araştırmaya katılan hastalardan %60,8'inin kadın %39,2 sinin erkek olduğu, %65,7'sinin evli, %42,0'ının ilkokul-ortaokul mezunu olduğu belirlenmiştir. (48) Hastaların %51,7'sinin geliri giderine denk bulunmuştur. Bu veriler çalışmamızla paralellik göstermektedir. Araştırmadaki araştırma sonuçları ülkemizde sağlık konusunda yapılan çalışmalara önem verildiğini ve toplumun aile sağlık merkezlerini daha rahat kullandığını göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık yarısının kronik hastalığı olduğu belirlendi (%47,7). Katılımcıların %18,4'ünün hipertansiyon (n=59), %15'i nin diyabet (n=48),

%9'unun hipertiroidi (n=29), %8,4'ünün astım (n=27), %6,2'sinin yüksek kolesterol (n=20), %3,7'sinin depresyon (n=12), %2,8'inin kanser (n=9) ve %2,2'sinin enfeksiyon (n=7) hastalıklarına sahip olduğu saptandı. Katılımcıların %58,6'sı kendisini sağlıklı olarak nitelendirdi. Gümüş ve Güngörmüş' ün (2020 yaptığı çalışmasında; Kronik hastalık oranı %54 ve daha çok diyabet (%12,9), astım (%10,3) ve depresyon/anksiyete (%11,9) görülmektedir. (49) Bu araştırmalar araştırmamızı desteklemektedir. Katılımcıların yaklaşık yarısı kronik bir hastalığı olduğunu belirttiği halde katılımcıların yarısından fazlası kendini sağlıklı olarak ifade etmektedir.

Alfa katsayısı, cevaplar 1 ile 3, 1 ile 4, 1 ile 5 aralığında puan verildiğinde kullanılabilirliği uygun olan güvenilirlik ölçme şeklidir. (50) Bu metot yanıtların tutarlı olup olmadığını gösterir. (51) Çalışmamızda; katılımcıların Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği puan ortalaması, $106,06 \pm 23,61$ olarak belirlendi. Alt boyut puan ortalamalarının yüksekten düşüğe doğru planlama ($15,90 \pm 3,00$), iletişim ($22,72 \pm 5,43$) ve genel memnuniyet ($67,43 \pm 16,17$) şeklinde sıralandığı saptandı. Cronbach alfa kat sayısının, Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği için 0,98 olduğu ve alt boyutlarda 0,90-0,98 arasında olduğu belirlendi. Söylemez 'in (2016) Acil Servis hastalarının hemşirelik bakımına İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirdiği araştırmasında hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeğinin Chronbach alfa katsayısı 0,94 olarak belirlenmiştir. (52) Özyürek' in (2016) çalışmasında hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeği güvenilirlik düzeyi 0,879 olarak buldu. (53) Karaca' nın (2018) çalışmasında ise cronbach alfa katsayısı 0,945 olarak bulunmuştur. (54) Karaokur 'un (2019) çalışmasında durumluk Anksiyete Ölçeğinin güvenilirliği cronbach's alpha= 0,845; Sürekli Anksiyete Ölçeğinin güvenilirliği ise cronbach's alpha = 0,857 olarak yüksek bulunmuştur. (55) Hemşirelerin verdiği sağlık hizmeti sonucunda, hemşirenin terapötik iletişim kurması ve hastalara güler yüzlü davranması hemşire memnuniyetlerini pozitif düzeyde artırdığı kanısına ulaşılmıştır. Bundan dolayı hastaların hemşireden memnuniyet düzeyini artırmak veya azaltmak hemşirenin etkileşimine bağlıdır (56). Memnuniyet, subjektif bir hasta/hasta yakını algısı olmakla birlikte, sağlık hizmeti kalitesinin en önemli göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Hastalara sunulmuş olan sağlık hizmeti, kişinin ihtiyaçlarına yönelik olduğu sürece memnuniyeti artırmakta ve kişiye özel bakımın ve hizmetin önemini ortaya koymaktadır. Kişiyeye özel hizmetin sağlanması ve sürdürülmesi, gelen her hastanın farklı teşhis ve tedavi özellikleri olduğu, bireyin tüm yönleriyle değerlendirilmesi, bireye uygulanacak tüm girişimlerin hizmete özgü birey katılımıyla birlikte planlanması ile olmaktadır (57). Sağlık hizmetlerinde kalite, hastanın hizmetten beklediği kalite düzeyi ile algıladığı düzey arasındaki farktır. Sağlık hizmetlerinin temel taşlarından biri olan hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesinde yer alan önemli göstergelerden biridir. Hasta memnuniyetinin hizmetin verildiği yerin fizik özellikleri, sağlık personellerinin hastaya karşı ilgi, tutum ve davranışları, hastaların sosyo-demografik ve ekonomik özellikleri ile ilgili olduğu görülmektedir (58). Dolayısıyla, bireyin daha önceki deneyimleri, beklentileri, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı, yaşı, cinsiyeti, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkileyen etmenler arasındadır. (59)

Çalışmamızda Halk Sağlığı Hemşireliğinden Memnuniyet Ölçeği ifadelerine yönelik puan ortalamaları, Tablo 3'te sunulmaktadır. Katılımcıların memnuniyete ilişkin en yüksek puan ortalamalarının "Aile Sağlığı Merkezi'nde, rahatlıkla muayene olabiliyorum" ve "Aile Sağlığı Merkezinde muayene olmak hastanede muayene olmaktan daha kolaydır" ifadelerine yönelik olduğu belirlenmiştir. Hemşire memnuniyeti açısından en düşük puan ortalamalarının ise "Hemşirenin ev ziyaretlerinden memnun kaldım" ve "Hemşire bana ilaç tedavisi dışında sağlığımla ilgili diğer konularda da bilgi veriyor" ifadelerine yönelik olduğu saptandı. Manay'ın (2014) Aile Sağlığı Merkezlerinde Memnuniyetlerle İlgili Yaptığı bir çalışmada katılımcıların en fazla memnun olduğu ifade %43,4 ile 8. Madde (Bu aile sağlığı merkezine ulaşım kolaydır) ve %40,3 ile 26. madde (Hekime rahatlıkla soru sorabilirim) idi. (60) Katılımcıların 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. Yılmaz'ın (2001) yaptığı çalışmada hastaya sunulan hizmetin, bireyselleştirilmiş bakım sürecinin, hastanın kendisini daha iyi hissetmesine ve diğer kişilerle olan ilişkilerinin daha güvenli oldukları görülmüştür.

Bu durumun hemşirelere duyulan memnuniyet düzeyini pozitif etkilediği belirtilmiştir. (46) Sünter ve ark. (2006) Samsun il bazında yaptığı çalışmasında birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini incelemiş ve şöyle bir sonuca ulaşmışlardır. Katılımcıların büyük çoğunluğu aile sağlığı merkezinin evlerine yakın ve ulaşımının kolay olmasına yüksek puan vermişlerdir. (61) Çalışmamızda Halk Sağlığı Hemşireliğinden Memnuniyet Ölçeği ifadelerine yönelik puan ortalamaları, Tablo 3'te sunulmaktadır. Çalışmamız literatürü destekler niteliktedir. Aile Sağlığı Merkezlerinde hastaların hemşirelerden memnun olsalar da hekime güven duyduğunu ve hekim odaklı çalışmanın ön planda olduğunu görmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların memnuniyete ilişkin en yüksek puan ortalamalarının, *'Aile Sağlığı Merkezi'nde, rahatlıkla muayene olabiliyorum* ve *'Aile Sağlığı Merkezinde muayene olmak hastanede muayene olmaktan daha kolaydır'* ifadelerine yönelik olduğu belirlenmiştir. Şahin ve ark. (2005) yaptığı çalışmada incelenen hizmet bileşenlerinden memnuniyet oranlarının genel olarak %80'in üzerinde çıkmış olması, hizmet alanların memnun olduklarını ve hastaneden memnun ayrıldıklarını göstermektedir. Bu çalışmada ve bu konuda yapılan diğer çalışmalarda memnuniyet düzeyi için bir kritik sınır değeri (kesme noktası) belirlenmemiştir, ancak literatürde %70 ve üzerindeki memnuniyet oranının hizmetlerden memnuniyeti yansıttığı, bunun da hizmetlerin nitelik ve nicelik olarak yeterli kalitede olduğunu gösterdiği genel ifadelerde yer bulmuştur. (62) Ardahan ve ark. (2018) yaptığı çalışmada hastaların ortalama memnuniyet düzeyi 5 üzerinden $4,06 \pm 0,72$ olarak bulunmuştur. (48) Hastaların yaş, eğitim durumu, sosyal güvence varlığı ve ilk başvurduğu sağlık birimi değişkenlerinin ölçekten aldıkları memnuniyet puanını doğrusal olarak arttırdığı belirlenmiştir.

Demir ve ark. (2011) çalışmasında araştırmaya katılan hastaların meslek gruplarına göre memnuniyet puanları incelendiğinde; emekli olan grubun puan ortalamasının diğer gruplardaki (emekli, ev hanımı, serbest meslek) hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu; buna karşın ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. (58) Özbaşaran'ın (2000) çalışmasında da meslek durumunun hasta memnuniyeti ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir. Nitekim yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, meslek, deneyimlerin yanı sıra psiko-sosyal etmenler ve tedavi yöntemleri, kültürel

etmenler, hemşirelik bakımı, hastaların hemşirelik bakımını algılamaları da hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir. (63) Bunun yanında memnuniyet herkese göre farklı olabilen ve hasta deneyimleri, bireysel ve toplumsal değerler yaşam tarzı, ile hizmet beklentileri ile ilişkili bir durumdur. (64)

Çalışmamızda Katılımcıların yaş grupları ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). 30 yaş altı ve 61 yaş ve üzeri yaş gruplarında olan katılımcıların puan ortalamasının, diğer yaş gruplarındaki katılımcılara göre yüksek olduğu saptandı. Uzun'un (2003) ve Thomas ve ark. (1996) yaptığı çalışmada hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri yaş ve cinsiyetlerine göre istatistiksel anlamlı bir fark görülmemiştir. (65,66) Potiriadis ve ark. (2008) Avustralya'da, Haas ve ark. (2000) Boston'da birinci basamakta yaptıkları çalışmalarda da yaşlı hastaların aile hekimlerine daha sık başvuruda bulduklarını ve daha yüksek memnuniyette olduklarını saptamışlardır. (67,88) Çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda Katılımcıların eğitim düzeyleri ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlenmiştir. Geçkil ve ark. (2008) yaptığı çalışmada hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ile eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında üniversite mezunu olanların memnuniyet düzeyinin diğer gruplardan önemli ölçüde düşük olduğu saptamıştır. (69) Literatürde kişilerin eğitim seviyesi yükseldikçe hizmet aldığı kişilerin yapması gerekenler hakkındaki bilgi ve beklentilerin arttığı ve beklentileri gerçekleşemediğinde memnuniyet oranının düştüğü bildirilmektedir. Akın ve Erdoğan'ın (2007) çalışmalarında hastaların memnuniyet düzeyleri ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirilmiştir. (70) Ayrıca literatüre bakıldığında, memnuniyet ile eğitim düzeyi arasında ilişki olup olmadığına dair tutarlı olmayan sonuçlar da bulunmaktadır. Johansson ve ark'nın (2002) yapmış oldukları araştırmaya göre eğitim düzeyi arttıkça memnuniyet düzeyi azalma göstermiştir. (71) Uz'un (1995) araştırmasında eğitim düzeyi yüksek hastaların daha az memnun oldukları belirlenmiştir. (72) Hastaoğlu' nun (2007) ve Yurt' un (1999) yapmış oldukları çalışmalarda, eğitim düzeyinin memnuniyeti etkilemediği görülmüştür.

(73,74) ($p<0,001$). Çalışmamızda lise düzeyinde eğitime sahip olan katılımcıların puan ortalamasının, diğer eğitim düzeylerindeki katılımcılara göre düşük olduğu saptandı. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile Genel Memnuniyet Alt Boyutu ve Planlama Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). Lise düzeyinde eğitime sahip olan katılımcıların puan ortalamasının, diğer eğitim düzeylerindeki katılımcılara göre düşük olduğu saptandı. Çalışma sonuçlarımız literatürün bir kısmı ile benzerlik göstermektedir. Hastanın eğitim durumu ve beklentileri, memnuniyete yüklediği yorum, algı ve değerlendirme, ortaya koyduğu tepkileri belirleyebilmektedir. Bu nedenle her eğitim düzeyinden olan hastaların memnuniyeti algılaması ve farklı anlam yüklemesi memnuniyet düzeyinde farklı sonuçlar çıkmasına sebep olmaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların son bir yıl içindeki aile sağlığı merkezine ortalama başvuru sayısı, $3,8 \pm 2,5$ (1-15 aralığında) olup, %54,8'inin 1-3 başvurusunun olduğu saptandı. Turgu ve arkadaşlarının (2018) yılında yaptığı araştırmada çalışmaya katılan hastaların son 1 yılda aile sağlığı merkezlerine yaptığı başvuru sayıları 1 ile 50 arasında değişmekteydi, ortalaması ise $7,22 \pm 5,32$ bulmuşlardır. (75). Literatür bizim çalışmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Literatürde hasta memnuniyetini sağlayan en önemli faktörün iletişim ve bilgi verme olduğu bildirilmektedir. (76) Çalışmamızda bulduğumuz veriler şunlardır "Hemşire bana ilaç tedavisi dışında sağlığımla ilgili diğer konularda da bilgi veriyor" ($3,55 \pm 0,96$). "Hemşire sağlık problemlerim hakkında bilgilidir" ($3,71 \pm 1,03$). "Hemşire beni can kulağıyla dinliyor" ($3,80 \pm 1,04$). "Sağlıkla ilgili endişelerimi hemşireyle rahatlıkla konuşabiliyorum" ($3,87 \pm 0,94$). "Hemşirenin bana açıkladığı konuları rahatlıkla anlayabiliyorum" ($3,90 \pm 0,83$). Hemşirenin bana öğrettiklerini anlayabiliyorum" ($3,89 \pm 0,92$). "Hemşire sağlıkla ilgili konuları anlaşılır bir biçimde açıklıyor" ($3,82 \pm 0,93$). "Hemşireye rahatlıkla soru sorabiliyorum" ($3,88 \pm 1,01$). Önsüz ve ark. (2008) çalışmasında da "hemşirenin hastayı bilgilendirmesinden memnun değilim" yanıtının büyük oranda verildiği belirlemiştir. (77) Çalışmamızın analiz sonuçlarına göre katılımcıların aile sağlığı merkezinde rahatlıkla muayene olabilmeleri en çok memnun olunan konu olduğu belirlenmiştir. Aile sağlığı

merkezine ulaşımın kolaylığı ve hastaneden daha kolay muayene olunması konularında da memnuniyetin yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların hemşirelerin açık ve anlaşılır iletişimi, bilgilendirme ve güvenilirlik gibi konularda memnun oldukları saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların hemşire memnuniyeti algısı ile Genel Memnuniyet Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). Memnuniyetini 7 puan üzerinde algılayan katılımcıların puan ortalamasının, 7 puan ve altında nitelendirenlere göre yüksek olduğu saptandı. Katılımcıların hemşire memnuniyeti algısı ile İletişim Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). Memnuniyetini 7 puan üzerinde algılayan katılımcıların puan ortalamasının, 7 puan ve altında nitelendirenlere göre yüksek olduğu saptandı. Katılımcıların hemşire memnuniyeti algısı ile Planlama Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). Memnuniyetini 7 puan üzerinde algılayan katılımcıların puan ortalamasının, 7 puan ve altında nitelendirenlere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Şişe' nin (2013) çalışmasında hastaların hemşirelik hizmetlerini algılayışları incelenmiş ve memnuniyet düzeyleri belirlemiştir. Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği' nden (HBAÖ) aldıkları ortalama puan $86,4\pm 16,6$ olup memnuniyet düzeyleri yüksek bulunmuştur. (78) İçyeroğlu ve ark. (2011) tarafından yapılan çalışmada hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi $92,59\pm 9,55$ olarak bildirilmiştir. (79) Araştırmaların bulguları çalışmamızla benzerdir.

Aile hekimleri; sağlığı iyileştirici, hastalıklardan koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve destekleyici sağlık hizmetlerini hepsini bir arada sunar. Bu hizmetler sayesinde hastanelerde sunulan hizmetler iş yükü ve kalite açısından pozitif yönde etkilenecek, temel sağlık hizmetlerinin etkili ve yüksek kaliteyle verilmesine katkıda bulunurlar. (80) Çalışmamızda ‘*Hekime rahatlıkla soru sorabiliyorum* $3,71 \pm 1,03$ ’ ve ‘*Hekim ile olan görüşmelerimden bütün sorularım cevaplanmış olarak ayrılıyorum* $3,64 \pm 1,04$ ’ yanıtları alınmıştır Mollahaliloğlu ve ark. (2010) yaptığı araştırmaya göre görüşmeler sırasında hekimin yeterli zaman ayırdığını hissettirmesinden hastaların %79,69'u memnun olduğunu, Baltacı ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada hekimlerin hastalara

görüşmeler sırasında yeterli zamanı olduğunun hissettirilmesi sorusuna hastaların %40,4'u çok iyi, %35,9'i ise iyi cevabını verdiğini belirtmiştir. (81-82). Çalışma sonucumuz literatür ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda anketlerin hemşirelik bakımı kısımlarına verilen cevaplar şu şekilde olmuştur; "Benimle ilgilenen hemşire yetenekli ve iyi yetişmiş bir sağlık personeli" (3,69 ± 0,94) "Hemşire bana ilaç tedavisi dışında sağlığımla ilgili diğer konularda da bilgi veriyor" (3,55 ± 0,96) "Hemşirenin, bana yaptığı tedaviyi uygulama şeklinden memnunum" (3,67 ± 0,92). Geçkil ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeğine göre hemşirelik bakımından "tamamen memnun" olanlar %19,4, "çok memnun" %24,9 ve "memnun" olanlar %38,0 olarak belirlenmiştir. (69)

Araştırmaların bulguları çalışmamızla benzerdir.

Chae YM. ve arkadaşlarının Amerika'da 1999-2001 yıllarını kapsayan hasta memnuniyeti araştırmalarının sonuçlarına göre, hemşirelerin hastaların ihtiyaçlarına karşı gösterdikleri tutum ve davranışlarının memnuniyeti etkileyen en önemli faktör olduğu saptanmıştır. (83) Çalışmamızda, Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet ölçeğinde hemşirenin tutum ve davranışlarıyla ilgili sorularda alınan yanıt hepsinde 3,5 üzerinde olmuştur.

Aksaraylı'nın (2003) çalışmasında hemşirelerin güven sağlama ve empati kabiliyetlerinin memnuniyette önemli bir faktör olduğu saptanmıştır. (84) Yurt ve ark. (1993) yaptığı çalışmalarda yine hemşirelerin empati kurma nitelikleri hastaların daha çok önem verdikleri bildirilmiştir. (74) Çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar diğer çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

Johansson ve ark.'nın (2002) yapmış olduğu araştırmada hasta memnuniyetini etkileyen sekiz etmenden yarısının hemşirelerle ilgili olduğu saptanmıştır. (71) Arslan ve ark.'nın da yaptığı çalışmada bulduğu sonuçlarda da bu bilgiler ile paralellik göstermektedir. (85) Hastaoğlu'nun (2007) ve Yurt'un (1999) yaptıkları araştırmada da bu sonuçlara paralel sonuçlar elde edilmiştir. (73,74) Halk sağlığı hemşiresinden memnuniyetin genel

sağlık hizmetlerinden memnuniyetine oldukça fazla katkı yaptığı bu çalışmalarla desteklenmiştir. (87,88)

Türkiye İstatistik Kurumunun yaptığı çalışmalarda sağlık hizmetlerinden memnuniyet ile ilgili yapılan çalışmada şu veriler görülmüştür; Yaşam Memnuniyet Anketleri (2003- 2018), yıllara göre sağlık hizmetlerinden memnuniyet, 2003 yılında %39,5' tir. Bu oran 2014 yılın sonrasında %70 üzerinde kalmıştır. 2018 yılında ise 70,4 olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, 2003 yılında memnun olmayanların oranı %21,2' ydi. Bu oran 2014 yılında 16,7 ve 2018 yılında 15,1 olarak kalmıştır. Sağlık hizmetlerinden orta düzey memnuniyetse 2003 yılında %39,3' ken 2018 yılında 13,9 oranına gerilemiştir. Yıllara ve sektörlere göre sağlık kuruluşlarının hizmetlerinden memnuniyet oranı; Devlet Hastanesi, Üniversite Hastanesi ve Özel Hastane kapsamında, 2009 yılında 65,1' ken, bu memnuniyet oranı her yıl yükselerek artmış ve 2018 yılında 70,4 olarak bulunmuştur. 2018 yılında sağlık kuruluşlarından, hastaneler olarak memnuniyet oranı; Devlet Hastaneleri %72,6 , Üniversite Hastaneleri 63,7, Özel Hastaneler 57,5; Aile Sağlığı Merkezleri 72,0, Özel Poliklinik Tıp Merkezleri 59,6, Kurum Doktoru 48,7, Özel Muayenehane için 38,7 olarak bulunmuştur. Memnuniyetsizlik oranıysa; Devlet Hastaneleri %14,4 , Üniversiteler 17,4, Özel 22,2, Aile Sağlığı Merkezleri 13,4, Özel Polinik Tıp Merkezleri 23,8, Kurum Doktoru 28,2, Özel Muayenehane için 17,7 olarak bulunmuştur.(89) Yapılan çalışmalar araştırmamız ile paralellik göstermiştir.

8. SONUÇ

Toplumun Halk Sağlığı Hemşiresinden memnuniyetinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması, $45,7 \pm 12,4$ (19-90 aralığında) olup, %30,5'i 51-60 yaş grubunda yer aldı. %62,6'sının kadın cinsiyette, dörtte üçünden fazlasının evli (%76,3) ve yaklaşık yarısının eğitim durumunun lise düzeyinde (%44,5) olduğu belirlendi. Yarısından fazlası çalışmadığını belirten katılımcıların (%50,5), büyük çoğunluğu sosyal güvencesinin olduğunu (%88,2) ve hane halkında 2-4 kişi bulunduğunu (%83,5) belirtti. Yaklaşık yarısının kronik hastalığı olduğu belirlendi (%47,7). Katılımcıların %18,4'ünün hipertansiyon (n=59), %15'i nin diyabet (n=48), %9'unun hipertirodi (n=29), %8,4'ünün astım (n=27), %6,2'sinin yüksek kolesterol (n=20), %3,7'sinin depresyon (n=12), %2,8'inin kanser (n=9) ve %2,2'sinin enfeksiyon (n=7) hastalıklarına sahip olduğu saptandı.

Katılımcıların %58,6'sı kendisini sağlıklı olarak nitelendirdi. Katılımcıların son bir yıl içindeki aile sağlığı merkezine ortalama başvuru sayısı, $3,8 \pm 2,5$ (1-15 aralığında) olup, %54,8'inin 1-3 başvurusunun olduğu saptandı. Katılımcıların aile sağlığı merkezindeki hemşirelerden ortalama memnuniyet düzeyi, $7,3 \pm 2,2$ (1-10 aralığında) olup %58,3'ünün memnuniyeti 7 puan ve üzerinde değerlendirdiği belirlendi.

Katılımcıların Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği puan ortalaması, $106,06 \pm 23,61$ olarak belirlendi. Alt boyut puan ortalamalarının yüksekten düşüğe doğru planlama ($15,90 \pm 3,00$), iletişim ($22,72 \pm 5,43$) ve genel memnuniyet ($67,43 \pm 16,17$) şeklinde sıralandığı saptandı. Cronbach's alfa kat sayısının, Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği için 0,98 olduğu ve alt boyutlarda 0,90-0,98 arasında değiştiği bulundu.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Lise

düzeyinde eğitime sahip olan katılımcıların puan ortalamasının, diğer eğitim düzeylerindeki katılımcılara göre düşük olduğu saptandı.

Katılımcıların çalışma durumu ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Emekli olan katılımcıların puan ortalamasının, çalışan ve çalışmayanlara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların sağlık algıları ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Kendisini çok sağlıklı olarak nitelendiren katılımcıların puan ortalamasının, sağlıklı ve kısmen sağlıksız nitelendirenlere göre düşük olduğu saptandı.

Katılımcıların hemşire memnuniyeti algısı ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Memnuniyetini 7 puan üzerinde algılayan katılımcıların puan ortalamasının, 7 puan ve altında nitelendirenlere göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların diğer tanıtıcı özellikleri ile Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olmadığı saptandı.

Katılımcıların yaş grupları ile Genel Memnuniyet Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. 30 yaş altı ve 61 yaş ve üzeri yaş gruplarında olan katılımcıların puan ortalamasının, diğer yaş gruplarındaki katılımcılara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların cinsiyetleri ile Genel Memnuniyet Alt Boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Kadın cinsiyette olan katılımcıların puan ortalamasının, erkek katılımcılara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile Genel Memnuniyet Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Lise düzeyinde eğitime sahip olan katılımcıların puan ortalamasının, diğer eğitim düzeylerindeki katılımcılara göre düşük olduğu saptandı.

Katılımcıların çalışma durumu ile Genel Memnuniyet Alt Boyutu puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Emekli olan katılımcıların puan ortalamasının, çalışan ve çalışmayanlara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların sosyal güvence durumları ile Genel Memnuniyet Alt Boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Sosyal güvencesi olan katılımcıların puan ortalamasının, olmayanlara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile İletişim Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Lise düzeyinde eğitime sahip olan katılımcıların puan ortalamasının, diğer eğitim düzeylerindeki katılımcılara göre düşük olduğu saptandı.

Katılımcıların çalışma durumu ile İletişim Alt Boyutu puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Çalışmayan katılımcıların puan ortalamasının, emekli olan ve çalışanlara göre düşük olduğu saptandı.

Katılımcıların sosyal güvence durumları ile İletişim Alt Boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Sosyal güvencesi olan katılımcıların puan ortalamasının, olmayanlara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların sağlık algıları ile İletişim Alt Boyutu puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Kendisini sağlıklı olarak nitelendiren katılımcıların puan ortalamasının, çok sağlıklı nitelendirenlere göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların hemşire memnuniyeti algısı ile İletişim Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Memnuniyetini 7 puan üzerinde algılayan katılımcıların puan ortalamasının, 7 puan ve altında nitelendirenlere göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların diğer tanıtıcı özellikleri ile İletişim Alt Boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olmadığı saptandı.

Katılımcıların yaş grupları ile Planlama Alt Boyutu puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. 30 yaş altı ve 61 yaş ve üzeri yaş gruplarında olan katılımcıların puan ortalamasının, 41-50 ve 51-60 yaş gruplarındaki katılımcılara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların medeni durumları ile Planlama Alt Boyutu puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Bekar olan katılımcıların puan ortalamasının, evli katılımcılara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile Planlama Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Lise düzeyinde eğitime sahip olan katılımcıların puan ortalamasının, eğitim düzeyi ortaöğretim olan katılımcılara göre düşük olduğu saptandı.

Katılımcıların çalışma durumu ile Planlama Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Emekli katılımcıların puan ortalamasının, çalışmayan ve çalışanlara göre yüksek olduğu saptandı.

Katılımcıların sağlık algıları ile Planlama Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Kendisini çok sağlıklı olarak nitelendiren katılımcıların puan ortalamasının, sağlıklı ve kısmen sağlıklı nitelendirenlere göre düşük olduğu saptandı.

Katılımcıların hemşire memnuniyeti algısı ile Planlama Alt Boyutu puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi. Memnuniyetini 7 puan üzerinde algılayan katılımcıların puan ortalamasının, 7 puan ve altında nitelendirenlere göre yüksek olduğu saptandı. Katılımcıların diğer tanıtıcı özellikleri ile Planlama Alt Boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olmadığı saptandı.

Tüm bu veriler ışığında, yapılan çalışmada Halk sağlığı hemşiresinden memnuniyetin birçok değişkene bağlı olduğu görüldü. Cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sağlık algısı, aile sağlık merkezlerini seçme nedenleri açısından hastaların memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirlendi. Hastaların en çok önem verdiği alanlar ise aile sağlığı merkezlerine ulaşımın kolay olması ve rahat muayene olmaları diğer bir alanda hemşirelerin verdikleri bakım ve eğitimleri doğru ve güvenilir yapma yetenekleri olduğunu söyleyebiliriz.

ÖNERİLER

1. Erişilebilecek en üst düzeyde ve insan odaklı kaliteli hemşirelik hizmeti sunmak.
2. Hastaların halk sağlığı hemşiresinden memnuniyeti artırmak için, başta memnuniyetin düşük olduğu konular olmak üzere tüm memnuniyet konularının hemşirelerle tartışılmasının ve hemşirelerin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitim programlarının planlanması sağlanabilir.
3. Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetlerini geliştirmeye yönelik araştırmalar yapılması sağlanmalıdır.
4. Kurumların Sağlık hizmetindeki eksikliklerin en kısa sürede tamamlanabilmesi, olumlu sonuçların pekiştirilmesi, hasta memnuniyetini değerlendirmek amacıyla kendi koşullarına uygun çalışmalar planlamaları ve bu çalışmaları belli aralıklarla düzenli olarak tekrarlamaları, hastalarda memnuniyetsizliğe neden olan etkenleri inceleyip çözüme dayalı çalışmalar yapmaları önerilir.
5. Hasta memnuniyetini artırmak için, halk sağlığı hemşirelerinin memnuniyet, motivasyon, iş doyum ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesine yönelik araştırmaların yapılması, sonuçların hemşireler ve yöneticiler tarafından incelenmesi ve elde edilecek sonuçlara göre düzenlemelerin yapılması önerilir.

9. KAYNAKLAR

1. Edgcombe G. *Public Health Nursing: Past and Future. A Review of the Literature.* World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, Copenhagen, 2001.
2. Dorothy A, RN; Alexander, Judith W. *The Relationship of Job Satisfaction with Organizational Variables in Public Health Nursing.* *The Journal of Nursing*, 1998.
3. King H.A. (2001). *The Primary Health Strategy.* <http://www.executive.govt.nz/minister/king>.
4. Ökem Z.G. & Çakar M. (2015). *What have health care reforms achieved in Turkey? An appraisal of the "Health Transformation Programme" Health Policy Volume 119, Issue 9, September 2015, Pages 1153-1163.*
5. Bump J. Sparkes S. Tatar M. & Çelik Y. (2014). *Turkey on the way of universal health coverage through the health transformation program. Health, Nutrition, and Population (HNP) Discussion Paper. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.*
6. Marla E. (1993). *Public Health Nursing The Opportunity of a Century.* *American Journal of Public Health. Public Health Policy Forum.* December 1993, Vol. 83, No. 12
7. Everly GS, III, Falcione RL. *Perceived dimensions of job satisfaction for staff registered nurses.* *NursRes.* 1976;25(5):346-348.
8. Irvine DM, Evans MG. *Job satisfaction and turn over among nurses: Integrating research findings across studies.* *NursRes.* 1995;44(4):246-253.
9. Akgün HS, Öztürk A. *Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini, Modern Hastane Yönetimi.* 6(2), 2002.

10. Kitapçı, M. ISO, Akreditasyon, Toplam Kalite Yönetimi ve Beklentiler, Gazi Kalite Günleri II. Sempozyum Kitabı, 1999.
11. Aslantekin F, Göktaş B, Uluşen M, Erdem R. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği
12. Yüksel F, Sadaklıoğlu H. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Yerel Yönetimler, Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi, Yakın Doğu Üniversitesi Lefkoşa Kıbrıs, 01-03 Haziran 2007
13. Öcek Z, Soyer A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 11-22, 2007
14. Starfield B. 1998. Primary Care: Balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press.
15. Macinko J, Starfield B, Shi L. (2003). The contribution of primary care systems to health out comes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. Health Services Research 38: 3.
16. Deppe HU. (2005). Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland. 3. aktualisierte Auflage. Verlag für akademische Schriften. Frankfurt.
17. Pannarunothai S, Mills A. (1997). The poor pay more: health-related inequality in Thailand. SocSciMed 44 (12): 1781-90
18. Werner D. (1995). Who killed primary health care? The New Internationalist, http://www.healthwrights.org/articles/who_killed.htm. Ulaşım Tarihi: 05.05.2004.
19. Boerma, W. (2003). Profiles of General Practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Utrecht Netherlands: NIVEL.

20. BMA Health Policy and Economic Research Unit. (1999). *Team work in primary care*. <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Teamwork+in+primary+care>. Ulaşım Tarihi: 05.07.2020
21. European Observatory on Health Systems and Policies. *Health Care Systems in Transition (HiT). HiTcountryprofiles*. http://www.euro.who.int/observatory/Hits/20020525_1 Ulaşım Tarihi: 01.08.2020
22. Atun R, Aydın S, Chakraborty S ve ark. 2013 Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *TheLancet*. 382: 65–99
23. Tuncel N, Şanlı T, Müeyyet P (1996). *Halk sağlığı hemşireliği, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No:568, Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, No:266, Eskişehir, 8-73*. (<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/836036>)
24. Tatar M, Mollahaliloglu S, Sahin B ve ark. (2011). *Turkey: Health system review. HealthSystems in Transition 13: 1–186*.
25. World Bank. (2013). *Turkey – Performance Based Contracting Scheme in Family Medicine: Design and Achievements* Washington DC: World Bank.
26. American Public Health Association, Public Health Nursing Section. (2013). *The definition and practice of public health nursing: a statement of the public health nursing section*. Washington, DC: American Public Health Association.
27. Sapçı E. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi*. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2017.
28. Consortium for Health and Human Rights. *A call to action on the 50th anniversary of the Universal Declaration of Human Rights*. *JAMA*. 1998;280:462–464.
29. Baegelhole R. ve Bonita R. (1999). *Public Health of the Cross-roads*, Cambridge

30. C. Abouzahr (2005). *Health information systems: the foundations of public health. Bull World Health Organ*
31. S. Ratzan (2001). *Health literacy: communication for the public good*
32. Kukulcu, K. (2005). *Nursing in Turkey. Nurse Educator: May-June 2005- Volume 30- Issue 3- p 101-103*
33. Öztekin Z, Kubilay G. *Toplum Sağlığı ve Hemşireliği*, Somgür Yayıncılık, Ankara, 1994. (<https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/836036>)
34. Quad Council of Public Health Nursing Organizations. (2011). *Core competencies for public health nurses. Washington, DC: Quad Council of Public Health Nursing Organizations*
35. U.S. House of Representatives. (2010). *Patient protection and affordable care act. Retrieved from <http://docs.house.gov/energycommerce/ppacacon.pdf>*
36. Zandee G, Bossenbroek D, Friesen M, Blech K, & Engber R. (2010). *Effectiveness of community health worker/nursing student teams as a strategy for public health nursing education. Public Health Nursing, 27(3), 277-284.*
37. Blegen, MA. *Nurse job satisfaction: A meta-analysis of related variables. NursRes. 1993;42:36-40.*
38. Acorn S, Ratner PA, Crawford M. *Decentralization as a determinant of autonomy, job satisfaction, and organizational commitment among nurse managers. NursRes. 1997;46:52-58*
39. Lyon H, Ivancevich JM. *An exploratory investigation of organizational climate and job satisfaction in a hospital. AcadManag J. 1985; 28:635-648*
40. Nahm H. *Jobsatisfaction in nursing. Am J Nurs. 1940;40(12):1389-1392*

41. Büyüköztürk Ş. *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem Akademi; 2018:133-153.

42. American Public Health Association, Public Health Nursing Section. (2013). *The definition and practice of public health nursing: a statement of the public health nursing section*. Washington, DC: American Public Health Association.

43. Arslan S, Nazik E, Tanrıverdi D, Gürdil S. *Hastaların Sağlık Hizmetlerinden ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyetlerinin Belirlenmesi*. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 11(6), 717-724, 2012.

44. Aksakal T, Bilgili N. *Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinekoloji Servisi Örneği*. *Erciyes Tıp Dergisi*, 30(4), 242- 249, 2008.

45. Yılmaz M. *Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti*. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 69-74, 2001.

46. Köşgeroğlu N, Acat BM, Karatepe Ö. *Kemoterapi Hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(2), 75- 83, 2005.

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

48. Savaş E, Bahar A. *Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi*. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 17(1), 24-28, 2011.

49. Yılmaz M. *Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti*. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 52-61, 2001

50. Acaroğlu R, Őendir M, Kaya H, Sosyal E. Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımının Hasta Memnuniyeti ve Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesine Etkisi. *İstanbul Üniversitesi FlorenceNightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(59), 61-67, 2007.
51. Demir Y, Gürol Arslan G, EŐer İ, Khorshid L. Bir eğitim hastanesinde hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 19(2), 68 – 76, 2011.
52. Emhan A, Bez Y. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 37(3), 241-247, 2010
53. Şahin TK, Bakıcı H, Bilban S, Dinđer Ő, Yurtçu M, Günel E. Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin AraŐtırılması. *Genel Tıp Dergisi*, 15(4), 137-142, 2005.
54. Ardahan M, Arabacı Z, Saka MC. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Sosyal Politikalar Çalışma Dergisi*, 18(40), 53-70, 2018.
55. Sünter TA, Canbaz S, Tuncel EK, Çetinoğlu EÇ, Peksen Y. Bir tıp fakültesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. *Hastane Yönetimi*, 10(2), 46- 50, 2006.
56. Carole C. Jakeway Glynnis La Rosa, Ann Cary & Sandra Schoenfisch (2008). *The Role of Public Health Nurses in Emergency Preparedness and Response: A Position Paper of the Association of State and Territorial Directors of Nursing. Public Health Nursing*. 11 July 2008. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00716.x>
57. AkbaŐ, E. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, (Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, 2014.
58. Özbaşaran UF. Özbaşaran, U. F. Hastanede Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnun Olma Durumlarının İncelenmesi. *I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı*, Antalya, 22-23, 2000.

59. Akgün S. Hasta memnuniyeti değişimleri. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 6(3), 12-18, 2002.

60. Çiçek Gümüş E, Güngörmüş Z. İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuru Yapan Hastaların Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Kullanma Durumlarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 119-126, 2020.

62. Thomas LH, McColl E, Priest J, Bond S, Boys JR. New castle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care*, 5, 67-72, 1996.

61. Uzun Ö. Hemşirelik bakım kalitesi ile ilgili Newcastle Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin saptanması. *Türk Hemşireler Dergisi*, 2(54), 16-24, 2003.

63. Geçkil E, Dünder Ö, Şahin T. Adıyaman İl Merkezindeki Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 15(2), 41-51, 2008.

64. Akın S, Erdoğan S. The Turkish version of the New castle satisfaction with nursing care used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 646-53, 2007.

65. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient Satisfaction of Nursing Care in the Context of Health Care: A Literature Study. *Scand Journal of Caring Sciences*, 16, 337-344, 2002.

66. Uz MH. Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirme Tecrübeleri, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Yeri. *Haberal Eğitim Vakfı Yayınları*, Ankara, 1995.

67. *Hastaoğlu S. Dahili Bilimler Bölümünde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Doyum ve Memnuniyeti. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007*
68. *Yurt AS. Hemşirelik Hizmetlerinin Hasta Doyumu Üzerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999*
69. *Baltacı D, Kara Hİ, Bahçebaşı T, Sayın S, Yılmaz A, Celer A. Düzce ilinde birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi: Pilot çalışma. Konuralp Tıp Dergisi, 3(2), 9-15, 2011*
70. *Önsüz MF, Topuzoğlu A, Cöbek UC, Ertürk S, Yılmaz F, Birol S. İstanbul'da bir Tıp Fakültesi Hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 21(1), 33-49, 2008.*
71. *Tükel B, Acuner AM, Önder ÖR, Üzgöl A. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 57(4), 205 – 214, 2004.*
72. *Şişe Ş. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti. Kocatepe Tıp Dergisi, 14, 69-75, 2013*
73. *İçyeroğlu G, Karabulutlu E. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6(17): 67-81, 2011.*
74. *Chae YM, Lee JH, Ho SH, Kim HJ, Jun KH, Won JU. Patient Satisfaction with Telemedicine in Home Health Services for The Elderly. International Journal of Medical Informatics, 61(2):167-173, 2001.*
75. *Aksaraylı M, Devebakan N. Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servqual Skorlarının Kullanımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1, 40-42, 2003.*

76. Arslan Ç, Kelleci M. *Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyleri ve İlişkili Bazı Faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 14(1), 1-8, 2011.*
77. Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Sanisoğlu Y, Boz D, Demirok AB. *Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını, Opus Basın, Yayın ve Ambalaj Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti., 2010.*
78. Ercan İ, Kan İ, Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlilik. *Uludağ Üniv Tıp Fak Dergisi, 30(3):211-216,2004.*
79. Ergin DY, Ölçeklerde Geçerlilik ve Güvenirlik. *Atatürk Eğitim Fak Eğitim Bil Dergisi, 125-148,1995.*
80. Söylemez G, *Acil Servis Hastalarının Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2016.*
81. Özyürek H, *Acil ve Efektif Cerrahide Hastaların Anksiyete Düzeylerinin ve Hemşirelik Bakım Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2016.*
82. Karaca. E, *Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyetinin Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2018.*
83. Karaokur G, *Lomber Disk Hernisi Ameliyatı Olan Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Kaygı Düzeyine, Ameliyat Sonrası Ağrı ve Memnuniyete Etkisi, Yüksek Lisans Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2019.*

84. Turgu S, Öztora S, Çaylan ., Dağdeviren, HN. Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumunu ile ilişkisi, Türk Aile Hek. Derg, 22 (2): 78-91,2018.

85. Mutlupoyraz F, Adana'daki Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri ve Bu Kurumlarda Çalışan Hekimlerin İş Doyumunun Saptanması, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Adana Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2010.

86. Ünalın D. Öztürk. Tolga Y, Tasdelen C, Yazlak Z, Ögüt E, Kayseri Devlet Hastanesi'nden poliklinik hizmeti alan SSK mensubu erişkin hastalarda memnuniyet durumu, Fırat Sağlık Hizmetleri Derg 3(8):85-98,2008.

87. Potiriadis M, Chondros P, Gilchrist G, Hegarty K, Blashki G, Gunn, JM. How do Australian patients rate their general practitioner? A descriptive study using the general practice assessment questionnaire, Med J Aust, 189(4):215-9,2008.

88. Haas JS, Cook EF, Puapolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan, TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? J Gen Intern Med, 15:122-8,2000.

89. Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2018). T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> Erişim tarihi: 20 Ekim 2020.

10. EKLER

Ek 1. Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü Kurum Onayı



T.C.
KIRKLARELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 50992381/605.99
Konu : Büşra BİRDAĞ ERGENE'nin
Araştırma Başvurusu

LÜLEBURGAZ İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlçe Sağlık Müdürlüğünüzde Hemşire olarak görev yapan Büşra BİRDAĞ ERGENE'nin "Toplumun Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Düzeyi" konulu araştırma başvurusunun uygun görüldüğüne dair 21/07/2020 tarihli 41 Nolu Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Başvuruları İnceleme ve Değerlendirme Komisyon Kararı, Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü ve Araştırmada kullanılacak Anket örneği ilişikte gönderilmiştir.

Komisyon Kararının ve Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü'nün adı geçene teslim edilmesi ayrıca araştırma çalışmasını kendi imkanlarıyla yapacağı hususunda; Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Çiğdem CERİT
İl Sağlık Müdürü

Ek: Komisyon Kararı, Protokol ve Anket

Karakaş mah. Sungur bey cad. No:2 MERKEZ/KIRKLARELİ

Telefon: Faks No: 0288 212 12 02

e-Posta: fatma.altinova@saglik.gov.tr İnternet Adresi: fatma.altinova@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7cac7fee-4feb-426c-871b-5dcb1733679e kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: FATMA ALTINOVA

HEMŞİRE

Telefon No: (0 288) 214 10 76



SAGLIK
MUDURLUGU

KIRKLARELI İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ARAŞTIRMA BAŞVURULARI
İNCELEME VE DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

ARAŞTIRMA SAHİBİNİNİ	
Adı Soyadı	Büşra BİRDACI ERGENE
Kurumu	Lüleburgaz İlçe Sağlık Müdürlüğü
Araştırma Yapılacak İller	Kırklareli
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Lüleburgaz Sağlıklı Hayat Merkezi
Araştırmanın Konusu	"Toplumun Halk Sağlığı İlemlerinden Memnuniyet Düzeyi"
Araştırmanın Statüsü	Yüksek Lisans Tezi
Başvuru Belgeleri	Araştırma Başvuru Formu (x) Var / () Yok
	Araştırma Sağlık Tesisi İzin Formu (x) Var / () Yok
	Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü (x) Var / () Yok
	Araştırma İzin Taahhünamesi (x) Var / () Yok
	Kurum-Kişi Talebi (x) Var / () Yok
	Étik Kurul Kararı (x) Var / () Yok
	Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay Formu (x) Var / () Yok
Veri Toplama Araçları	Anket
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	26/06/2020 - 26/06/2021
KOMİSYON KARARI	
Araştırma Başvurusu; Komisyon tarafından oybirliği ile uygun görülmüştür.	
KARAR TARİHİ :	21/07/2020
KARAR NO :	41

Komisyon Başkanı

Dr. Şenay MANDACI
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Dr. Ayhan BİROK
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Selçuk ÖZTÜRK
Eğitim ve Tescil Birim Sor.

OLUR.
21.07.2020

Dr. Çiğdem ÇERİT
İl Sağlık Müdürü



T.C.
KIRKLARELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protokol Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü ve Büşra Birdağ Ergene Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Lülcüburgaz Sağlıkli Yaşam Merkezi Çalışmanın Adı: Toplumun Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Bu protokol ilimiz sınırları içinde Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmetleri çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında İl Sağlık Müdürlüğü personelinin de yararlanılacaksa ayrıca İl Sağlık Müdürlüğünden de onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce İl Sağlık Müdürlüğünün ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma (üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitançık halinde Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi e maddesini yerine getirmedeği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (hastane, İl Sağlık Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 1 yıl süre ile çalışmasını yürütecektir. Bitiş: 26.06.2021
- Başlangıç: 26.06.2020
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İl Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü onayı ile mümkün olabilecektir, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokole imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğünce; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhüfların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Kırklareli ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir. İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim. 21/07/2020

Araştırmacı
Adı Soyadı: Büşra BİRDAĞ ERGENE
İmza: M.
U 1

İl Sağlık Müdürlüğü Yetkilisi
Adı Soyadı:
İmza:
Dr. Şenay MANDACI
Müdür a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

V

Ek 2. Görüşme Veri Formu

GÖRÜŞME FORMU

Değerli katılımcı,

Bu çalışmada, Sağlık Hayaat Merkezi'ndeki hemşirelik uygulamalarından memnuniyeti ölçmek için hazırlanmıştır. 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 Büşra Birdağ Ergene

1. Yaşınızı belirtiniz.....

2. Cinsiyetinizi işaretleyiniz

Kadın

Erkek

3. Medeni durumunuz?

Evlü

Bekar

4. Son bir yıl içerisinde Aile Sağlığı Merkezi'ne kaç kez başvurduunuz?

Sayı ile belirtiniz.

.....kez

5. Önceki gelişmelerinizde, 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

Ek 3. Halk Sağlığı Hemşiresi'nden Memnuniyet Ölçeği

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 Sağlıklı Hayat 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.

Büşra BİRDAĞ ERGENE

Özel Medipol 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 yeteince 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 sağlığım ile 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 gerçeken 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()

11. ETİK KURUL ONAYI



E-İmzalıdır

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 10840098-604.01.01-E.12082
Konu : Etik Kurulu Kararı

09/03/2020

Sayın Büşra BİRDAĞ ERGENE

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Toplumun Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 09.03.2020 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 226AC1E0X0 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacık Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSİZ ÖLMİYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Toplumun Halk Sağlığı Hemşiresinden Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Büşra BİRDAĞ ERGENE			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	KIRKLARELİ			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL ÖLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 244		Tarih: 04/03//2020			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmacının etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL ÖLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İlnur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma