

157278

T.C
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İHSAN DOĞRAMACI ÇOCUK HASTANESİNDEN HİZMET
ALAN EBEVEYNLERİN MEMNUNİYET DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Bahire ULUS

Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yönetmeliğinin
Halk Sağlığı Hemşireliği Programı İçin Öngördüğü
DOKTORA TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Gülümser Kubilay

ANKARA

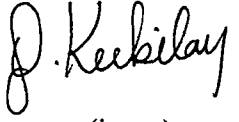
2004

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne:

Bu çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Hemşireliği Programında Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.


Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Gülümser Kubilay
(Hacettepe Üniversitesi)


(imza)


Üye:

Prof. Dr. Hicran Çavuşoğlu
(Hacettepe Üniversitesi)


(imza)


Üye:

Prof. Dr. Fatma Öz
(Hacettepe Üniversitesi)


(imza)

Üye:

Doç. Dr. Oya Nuran Emiroğlu
(Hacettepe Üniversitesi)


(imza)


Üye:

Doç. Dr. Yurdagül Erdem
(Ankara Üniversitesi)


(imza)

ONAY:

Bu tez Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.


(imza)

Prof. Dr. Hakan S. Örer
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Araştırmacı, bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Gülümser Kubilay bu çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde danışmanlık sağlamıştır.

Prof Dr. Hicran Çavuşoğlu ve Doç.Dr.Oya Nuran Emiroğlu ölçek seçiminde ve araştırmanın yürütülmesinde yardımcı olmuştur.

Dr.İlker Etikan, çalışmanın istatistiksel olarak planlamasını, Dr.Erdem Karabulut sonuçların analiz edilmesinde yardımcı olmuştur.

Prof.Dr. Seçil Aksayan, Kocaeli Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulunda öğretim üyesi

Prof.Dr. Nimet Karataş, Erciyes Üniversitesi, Nevşehir Sağlık Yüksek Okulunda öğretim üyesi

Prof.Dr. Ayla Bayık Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulunda öğretim üyesi

Prof. Dr. Nalan Akbayrak, GATA Hemşirelik Yüksek Okulunda öğretim üyesi

Prof..Dr. Güler Çimete, Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulunda öğretim Üyesi

Yard.Doç.Dr. Ömer Kutlu, A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesinde öğretim üyesi, ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmalarının planlanması ve bulguların değerlendirilmesinde uzman görüşü bildirmişlerdir.

Hacettepe Üniversitesi İngilizce Birimi Öğretim Elemanları ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmesinde yardımcı olmuşlardır.

Dr. Şafak Uğur, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Öğretim Elemanı ölçeğin Türkçe'den İngilizce'ye çevrilmesinde yardımcı olmuştur.

H.Ü. İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Başhekimliği çalışmanın yürütülmesi için gerekli izni vermiştir.

ÖZET

Ulus, B., İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nden Hizmet Alan Ebeveynlerin Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ankara, 2004. Araştırma, iki bölümde planlanmış ve uygulanmıştır. Birinci bölümde, PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği'nin geçerlik, güvenirlik çalışması metodolojik olarak yapılmış, ikinci bölümde ise, aynı ölçek kullanarak, ebeveynlerin memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi tanımlayıcı gerçekleştirilmiştir. Araştırma 20 Aralık 2002–13 Şubat 2004 tarihleri arasında H.Ü. İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi kliniklerinden hizmet alan toplam 420 ebeveyn ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak J.W.Varni'nin geliştirdiği "PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği" ve araştırmacı tarafından hazırlanan ebeveynlerin ve hastaların tanıtıcı özelliklerini toplamayı sağlayan Genel Bilgi Formu kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından ebeveynlerle görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde faktör analizi, Kruskal Wallis varyans analizi, Cronbach's alpha iç tutarlık testi, yüzdeler ve gruplar arası farkın önemlilik testi, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen sonuçlara göre "PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği"nin çocuk hastanesinden hizmet alan ebeveynlerin memnuniyet durumlarını ölçmede geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin aldıkları hizmetlerden genel memnuniyet düzeyinin beklenen düzeyde olduğu ancak, duygusal destek alabilme, iletişim ve bilgilendirme alanlarında memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Ebeveyn memnuniyetini hastanede kalış süresi, ebeveynlerin yaşı, eğitim durumu ve çalışma durumu etkilemektedir. Çocuğun hastalık tanısı, hastaneye yatış sayısı, sosyal güvence durumu ve yerleşim yerinin ebeveyn memnuniyetini etkileyici bir faktör olmadığı saptanmıştır. Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda ebeveyn memnuniyet düzeyini yükseltebilecek hemşirelik çalışmalarının yapılmasına yönelik ve "PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği"nin kullanılması yönünde önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ebeveyn memnuniyeti, geçerlik, güvenirlik, hasta bakım kalitesi,

ABSTRACT

Ulus,B., Evaluation of Parent Satisfaction Who had Taken Health Care Services from İhsan Doğramacı Children Hospital, Hacettepe University, Health Science Institute, Public Health Nursing Programme, Doctoral Thesis, Ankara, 2004. The research was done two part. First part was done methodologically in order to show validity and reliability of PedsQL Healthcare Satisfaction Scale and second part to evaluate in parents' satisfaction state by using the same scale. In this study, 420 parents who had taken health care services from İhsan Doğramacı Children Hospital Clinics between 20 December 2002 and 13 February 2004 were included. The data were collected by using PedsQL Healthcare Satisfaction Scale which was improved by J.W.Varni and the general knowledge form that included patients' and parents' recognized features which was prepared by the researcher. Data were collected by personel communication with the parents by the researcher. Factor analysis, Kruskal Wallis variance analysis, percentage calculation, Mann Whitney U test, Wilcoxon and the difference test between the groups have been used for statistical evaluation. The results showed that PedsQL Healthcare Satisfaction Scale was valid and reliable for measuring the parents' satisfaction who had taken healthcare services from children's hospital. Satisfaction level demonstrated that the general satisfaction was high, but emotional support, communication and information were low. Parent satisfaction was affected by period of hospital stay, parent's age, education and working situation and living place. Parent satisfaction was not affected by the diagnosis of patient, number of hospitalizations, of parents and social security situation. In the view of the results obtained from the research has been making studies to rise level of the parent satisfaction and has been employed "PedsQL Healthcare Satisfaction" for lasting suggestions were made.

Key Words: Parent satisfaction, Validity and Reliability, Child Patient, Quality of Care.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
TABLolar	x
I.GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7
II. KONU İLE İLGİLİ TEORİK BİLGİLER	8
II.1. Hasta Memnuniyeti.....	8
II.1.1. Hasta Memnuniyetinin Boyutları.....	8
II.1.2. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	9
II.2. Kalite Kavramı.....	12
II.2.1. Toplam Kalite Yönetimi Felsefesi	13
II.3. Ülkemizde Kalite ile ilgili Çalışmalar.....	14
II.4. Dünyada Kalite İle İlgili Gelişmeler.....	15
II.4.1. Kalite Kontrol Çalışmaları	15
II.4.2.Kalite Güvencesi İle İlgili Çalışmalar	15
II.4.3. Toplam Kalite Kontrolü ile İlgili Çalışmalar	16
II.4.4. Avrupa Ülkelerinde Sağlık Hizmeti Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları	17
II.4.5. Diğer Ülkelerde Sağlık Hizmeti Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları	17
II.4.6. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Kalite Uygulamaları	17
II.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı	19
II.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Temel Öğeleri	21
II.6.Çocuk Hastanelerinde Ebeveyn Memnuniyeti ve Aile Merkezli Bakım	22
II.6.1. Aile Merkezli Bakımın Yararları	23

II.7. Ebeveyn Memnuniyeti Ölçümünde Kullanılan Kavramlar ve Ebeveyn Memnuniyetinin Önemi	24
II.7.1. Bilgilendirme	24
II.7.2. Ailenin Katılımı.....	25
II.7.3. İletişim	26
II.7.4. Teknik Beceri	27
II.7.5. Duygusal Gereksinimler	28
II.7.6. Genel Memnuniyet ve Çevre	28
II.7.7. Bakımın Devamı	28
II.9. Ölçek Seçme Kriterleri	29
II.9.1. Standardizasyon	29
II.9.2. Nesnellik	30
II.9.3. Güvenirlik.....	30
II.9.3.1. Zamana göre Değişmezlik (Stability).....	30
II.9.3.2. Bağımsız gözlemciler arası uyum (equivalence).....	30
II.9.3.3. İç tutarlık (internal consistancy).....	30
II.9.3.3.1. Madde istatistikleri.....	31
II.9.3.3.2. Bölünmüş test çözümlenmeleri	31
II.9.3.3.3. Eş formlu araçlar	31
II.9.4. Geçerlik.....	31
II.9.4.1. Kapsam geçerliği.....	31
II.9.4.2. Ölçüte bağlı geçerlik	32
II.9.4.2.1. Eş zamanlı ölçek geçerliği	32
II.9.4.2.2. Yordama geçerliği.....	32
II.9.4.3. Yapı Geçerliği	32
II.9.4.3.1. Çok değişkenli / çok yöntemli matris yaklaşımı	32
II.9.4.3.2. Bilinen gruplar yaklaşımı.....	32
II.9.4.3.3. Bileşen çözümlenmeleri (Faktör analizi)	33
II.9.4.3.4. Duyarlık ve özgüllük.....	33
II.10. Likert Tipi Ölçekleme Tekniği.....	33
II.10.1.Ölçeklerin Türkçe'ye Uyarlanması.....	33
III. GEREÇ VE YÖNTEM	35

I.KISIM	35
III.1.Geçerlik ve güvenilirlik çalışması	35
III.1.1. Araştırmanın Şekli	35
III.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	35
III. 1.3. Araştırmanın Evreni.....	35
III.1. 4. Örneklem Seçimi	35
III.1. 5. Örneklem Kriterleri.....	36
III.1.6. Araştırmanın Etik Yönü	36
III.1.7. PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği 'nin Puanlaması	36
III.1.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	37
III.1.9. Verilerin Toplanması	37
III.1.9.1 Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	37
III.1.9.2. Genel Bilgi Formu	37
III.1.9.3. Ön Uygulama	37
III.1.9.4. Varni'nin (PedsQL) Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği	37
III.1.9.5. Ölçeğin Türkçe'ye Çevrilmesi	38
III.1.9.6. Pilot Uygulama	38
III.1.9.7. Ölçeğin Geçerlik Çalışması	38
III.1.9.7.1. Kapsam Geçerliği	39
III.1.9.7.2. Yapı Geçerliği	39
III.1.9.7.2.1 Faktör Analizi	39
III.1.9.7.2.2.Bilinen Gruplar Yaklaşımı	44
III.1.9.8. Ölçeğin Güvenirlik Çalışması	45
II.KISIM	48
III.3.Ebeveynlerin memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi	48
III.3.1. Araştırmanın Şekli	48
III.3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	48
III.3.3. Araştırmanın Evreni	48
III.3.4. Örneklem Seçimi	49
III.3.5. Verilerin Toplanması	49
III.3.6.Verilerin Değerlendirilmesi	50
IV. BULGULAR VE TARTIŞMA	51

V. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	80
V.1. SONUÇLAR.....	80
V.2.ÖNERİLER	83
KAYNAKLAR	84
ÖZGEÇMİŞ	94
EKLER	95
EK 1:Genel Bilgi Formu	95
EK 2:PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği	96
EK 3:PedsQL HealthCare Satisfaction Module (English Version)	97
EK 4:İzin Formları	100



SİMGELER KISALTMALAR

DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
SSK	:Sosyal Sigortalar Kurumu
JCAHO	:Joint Commission on Akreditation of Healthcare Organizations
TKY	:Toplam Kalite Yönetimi
ISO	:International Organization for Standardization
TSE	:Türk Standartları Enstitüsü
HÜ	:Hacettepe Üniversitesi
ACS	:American College of Surgeons
NCQA	:The National Commission for Quality Assurance
HEDİS	:Health Employer Data Information Set
AHCPR	:The Agency of Health Care Policy and Research
ANDEM	:National Agency for the Promotion of Medical Evaluation
AAP	:American Academy of Pediatrics
AHA	:American Hospital Association
UY	:Uygulama Yok

TABLolar

Tablo	Sayfa
Tablo III.1. Varni'nin PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği'nin Faktör Yükleri ve Cronbach's Alpha İç Geçerlik Bulguları (ABD).....	40
Tablo III.2. Varni'nin PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği'nin Faktör Yükleri Ve Cronbach's Alpha İç Tutarlık Bulguları (Türkiye)	41
Tablo III.3. Geçerlik Güvenirlik çalışmasına alınan ebeveynlerin eğitim durumlarına göre ölçek ortalama puanları dağılımı	44
Tablo III.4.. Geçerlik Güvenirlik Çalışması Kapsamına Alınan Çocuk ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri	46
Tablo IV.1. Çocukların ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri.	52
Tablo IV.2.. Ebeveynlerin Ölçekte Yer Alan Sorulardan ve Alt Ölçeklerden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı.....	54
Tablo IV.3.Çocuklarının Tanılarına Göre Ebeveynlerin Memnuniyet Ölçeği Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı.....	58
Tablo IV.4. Hastanede Kalış Sürelerine Göre Ebeveynlerin Memnuniyet Ölçeği Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	61
Tablo IV.5. Çocuklarının Hastaneye Yatış Sayısına Göre Ebeveynlerin Memnuniyet Ölçeği Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlarının Dağılımı	63
Tablo IV.6.Ebeveynlerin Yaşına Göre Memnuniyet Ölçeği Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlarının Dağılımı	65
Tablo IV.7. Ebeveynlerin Eğitim Durumuna Göre Memnuniyet Ölçeği Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	67
Tablo IV.8.. Ebeveynlerin Çalışma Durumuna Göre Memnuniyet Ölçeği Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	69
Tablo IV.9. Sosyal Güvence Durumuna Göre Ebeveynlerin Memnuniyet Ölçeği Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	72
Tablo IV.10. Yerleşim Yeri Göre Ebeveynlerin Memnuniyet Ölçeği Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	74
Tablo IV.11. PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği ve Alt ölçek Alanlarına Göre Ebeveynlerin Memnuniyet Düzeylerinin Dağılımı.....	76

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık hizmetleri, kişilerin ve toplumun sağlığını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri için rehabilitasyon sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmekle yükümlüdür (1).

Dünyada olduğu gibi, ülkemizde de, sosyal ve ekonomik kalkınmanın temel göstergelerinden olan sağlık hizmetleri, giderek artan bir önem kazanmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetleri talebini karşılama, herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamasını, sağlık hizmetlerinden eşit ve en iyi şekilde faydalanmasını sağlama görevi, Anayasa ile devletin yükümlülüğüne verilmiş ve sağlık kuruluşlarının planlanmasının tek elden ve devlet tarafından yürütülmesi öngörülmüştür. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin temel amacını; toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini, bireyin istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmak olarak açıklamaktadır (2). Ancak, sağlık sektörünün, başta finansman yetersizliği, kaynakların verimli ve etkin kullanılamaması, istihdam ve sağlık insan gücünün bölgeler arası dengesiz dağılımı ile kurumlar arası koordinasyon ve işbirliğinin yetersizliği ve ulusal bir sağlık politikası oluşturamama gibi önemli sorunları vardır (3).

Türkiye’de yapılan sağlık harcamalarının tamamına yakını tedavi hizmetlerine aktarılıyor olmasına rağmen hastaneler hala yeterli sağlık hizmeti sağlayamamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), genel bütçeden sağlık harcamalarına en az % 10 oranında bir pay ayrılmasını öneriyor olsa da, ülkemiz sağlığa 2002 yılında sadece % 2,6 oranında pay ayırabilmiştir (1). Sağlık sisteminde yaşanan bu sorunlar hastanelerden hizmet alan bireylerin memnuniyetini sağlamada bazı sorunların yaşanmasına neden olmaktadır.

Hastanelerde bakım kalitesinin iyileştirilmesi yaklaşımı; tüm hastalara gereksinim duydukları bakımı, hastaneye başvurmalarından itibaren vermeyi temin etmelidir. Bu hizmetler teknik yeterlilik, kaynakların verimli kullanılması, hastanın gereksinimleri ve beklentileri doğrultusunda mümkün olduğunca fazla memnun edilmesi amacıyla sunulan hastane içi ve dışı hizmetleri içermektedir (5,6).

Türk Dil Kurumu sözlüğünde memnuniyet; herhangi bir olay yada durum nedeniyle sevinç duyma olarak tanımlanmaktadır (7).

Hall ve Dornan memnuniyeti; uygunluk, uzaklık ve ulaşılabilirliği de içeren kalite hedefine ulaşmak için bir yol olarak özetlemektedir. Memnuniyet; merhamet, insancılık, dinleme, naziklik, sıcaklık, ve kişiler arası ilişkileri de içermektedir. Memnuniyet, teknik performansı ve maliyeti de yansıtır. Memnuniyet; aynı zamanda sağlık hizmeti sunanların hastaları bilgilendirmesi, burokratik işlemlerdeki bekleme suresi, park hizmetleri, genel fiziksel olanaklar, laboratuvar ve ekipmanları hakkındaki bilgileri de kapsar (8).

Carr ve arkadaşlarının belirttiğine gore; Herzberg hasta memnuniyeti ile ilgili grüşlerini şoyle açıklamaktadır.” Hastaların kişiler arası ilişkiler, birey olarak kabul gorme ve karar vermeye katılma gibi gereksinimleri karşılandığında memnuniyetleri artmaktadır. Çevresel faktörler ve rahatlıkları dikkate alınmadığında ise memnuniyetsizlik oluşmaktadır“ (9).

Linder hasta memnuniyetini ”sağlık bakımının farklı boyutlarının olumlu yönde değerlendirilmesi” olarak açıklamaktadır. Memnuniyeti tanımlamada on ögeden söz etmiştir Bunlar; kolay erişebilme ve konfor, kaynakların kullanılabilirliği, bakımın devamlılığı, bakımın ıktıları (yararlılık), maliyet, insancılık, bilgi toplama, bilgi verme, hoşa gitme, kalite ve yeterlilik (10).

Esatoğlu'nun belirttiğine gore;Donabedian, hasta memnuniyetini, sağlık bakım hizmetleri çıktılarının arzu edilen bir düzeye gelebilmesi için, göz önünde tutulması gereken temel ögeler olarak ele almaktadır (11).

Jones ve arkadaşları ise 1993 yılında yaptıkları hasta memnuniyeti ile ilgili araştırmaların sonucunda “bakım hizmetinin kalitesinin ölçülmesinde, memnuniyet verilerinden faydalanmanın çok önemli olduğu, çünkü artık sağlık bakım hizmeti sağlanmasında kaliteyi sürekli göz önünde tutmanın zorunluluk haline geldiği ve memnuniyet verilerinin kaliteyi değerlendirecek önemli bir gösterge olduğu“ vurgulanmıştır (12).

Memnuniyet, klinik yeterlilik ve uygulamaların teknik yönüyle ilgili gibi görünse de aslında hizmet alanların hizmetleri doyurucu bulması ve o kliniğe tekrar gelmeye istekli olması ile ilgilidir. Memnuniyeti sağlayan koşullar kişiden kişiye değişmekle birlikte, genellikle kuruluşun düzgün görünümü, güler yzly ve nazik personel, kullanılan malzemenin kalitesi, hastaya sunulan rahatlık, ortamın temizliği ve hastanın mahremiyetine sayđı gösterilmesi ile yakından ilgilidir.

Hasta memnuniyeti bireyin kültürel, sosyal ve psikolojik özelliklerinden etkilenmektedir. Sağlık hizmeti alan bireyin; kişiliği, algıları, geçmiş hastane deneyimleri, hizmet alma motivasyonu, tutumları, ait olduğu sosyal çevre ve sosyal ilişkileri aldığı sağlık hizmeti karşısındaki memnuniyetini belirlemektedir (13).

Sağlık hizmeti sunan bireylerin hastalara gösterdikleri ilgi ve hastalıkları hakkında verdikleri bilgilerin memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. Bununla beraber hastanelerin fizik koşulları, güvenirlik, ulaşılabilirlik, profesyonel yeterlik, hijyen ve teknolojik olanaklar memnuniyetin önemli belirleyicileridir (14).

Hastaların, özellikle yakından ilişki kurdukları kişilerle ilgili yargıları, memnuniyetin oluşumunda önemli noktaları oluşturmaktadır (15).

Esatoğlu'nun belirttiğine göre hasta memnuniyeti değerlendirmelerinde en çok şu boyutlar incelenmektedir; hasta doktor ilişkisi, hasta hemşire ilişkisi, hasta diğer personel ilişkisi, bilgilendirme, beslenme hizmetleri, fiziksel ve çevresel koşullar, bürokrasi, güven ve ücret (11).

Ülkemizde yapılan hasta memnuniyeti araştırmalarında en çok hastanenin fizik koşulları, hastaneye ulaşım, beslenme hizmetleri, sağlık çalışanlarının hastalara karşı tutum ve davranışları değerlendirilmiştir (11,14,16,17,18,19). Hastanın hastanede yattığı süre içerisinde en çok beraber olduğu meslek grubu hemşirelerdir. Hemşirelerin profesyonel tutumları hastaların hastaneden memnun ayrılmalarını sağlayan en önemli faktördür (20,21). Ancak ülkemizde hemşirelik bakımını değerlendiren hasta memnuniyeti araştırmalarının oldukça az olduğu gözlenmiştir (22,23,24).

Lima'nın belirttiğine göre;Greeneich ve arkadaşları tarafından geliştirilen hemşireliğe özel hasta memnuniyeti modelinde. memnuniyet üç farklı alanı kapsamaktadır. Birincisi; Hemşire alanı, hemşirenin kişilik özellikleri, verilen hemşirelik bakımı özellikleri, hemşirelik becerileri ve hemşirenin işine yansıttığı tutum ve davranışları içermektedir. İkincisi; hasta alanı, hasta beklentilerini içermektedir. Üçüncüsü; kurum alanı, hemşirelik bakımının yer aldığı fiziksel ve organizasyonel ortamı içerir (25).

Hasta memnuniyeti araştırmalarında bakımı değerlendirmede en çok kullanılan faktör "hemşirelik bakımı"alanıdır. Çünkü sağlık hizmetlerinde yüksek kalitede bakımı sağlayan en önemli faktör olarak hemşirelik bakımı saptanmıştır (26).

Yapılan araştırmalarda, hastaların ve ailelerin duygusal sorunlarını özellikle hemşirelere ilettiği ve hemşirelerin yalnızca bilgi vererek, insanların sıkıntılarını belirgin bir şekilde azalttıkları ortaya çıkarılmıştır (16).

Sağlık bakım hizmetlerinin kalitesiyle ilgili ilk çalışmaların hemşire-hasta üzerine yoğunlaşması ve 1900 yıllardan bu yana konuyla ilgili çok sayıda araştırma yapılması ilişkinin derinlemesine incelenmesini sağlamıştır (27).

Hastaların aldıkları hemşirelik bakımı hakkındaki görüşlerinin araştırıldığı ülkemizde yapılan bir araştırmada; hastalar daha fazla kişisel bakım, insancılık ve uzman hemşireler istediklerini belirtmişlerdir (28).

Hemşirelik hizmetleri süreci; hasta gereksinimlerinin belirlenmesi, bakımın planlanması ve planlanan bakımın uygulanmasında hasta ve ailesinin katılımını sağlayarak bakımın iyileştirilmesi ve yenilenmesi olarak özetlenebilir. Hemşirelik hizmetlerinin bağımlı yönünü hekimlerin belirledikleri istemler oluşturur, bağımsız yönünü ise tanı ve tedavide hijyenin sağlanması, iletişim, hastanın bilgilendirilmesi, bakıma katılımının sağlanması, danışmanlık ve hastanın konfor ve güvenliği oluşturmaktadır. Hemşire –hasta iletişiminin özellikle hemşirenin bağımsız fonksiyonlarını yerine getirirken kurulduğu ve hastaların bu süreçten etkilendiği çeşitli araştırmalarla desteklenmiştir (29,30).

Sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin artması için hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesi önemlidir. Hastaların hastanede yattıkları süre içinde verilen hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet, tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktördür (21, 31).

Bu konuda yapılan çalışmalarda, hastaların hastane deneyimleri ile ilgili memnuniyet ve memnuniyetsizliklerinde hemşirelik hizmetinin çok önemli bir faktör olduğu ve bu nedenle hemşirelerin hasta ile etkileşimleri ve davranışlarının hasta memnuniyetinde temel unsurlar olduğu belirtilmektedir (20,21,32).

Hasta memnuniyeti, hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bundan dolayı, hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle bakım kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (32,33,34,35,36,37,38,39). Hasta memnuniyeti araştırma sonuçları aynı zamanda hemşirelik bakımının değerlendirilmesi ve kalitenin belirlenmesinde

bir geri bildirim (feed-back) sağlamaktadır. Bu nedenle hasta memnuniyetinin ölçülmesi yararlı ve gereklidir.

Çocuk hastanelerinde müşteriler, hasta çocuklar ve onların ebeveynleridir. Çocuklar ve ebeveynler sağlık hizmetinin önemli bir parçasıdır ve bu noktada ebeveyn görüşleri önem taşımaktadır (40). Çocuğu hastanede yatan ailelerin çoğunda korku, anksiyete, stres ve kendini suçlama gibi duyguların yaşandığı bilinmektedir (41).

Çocuğu hastanede yatan ebeveynlerin gereksinimleri farklı araştırmalarda şu şekilde belirlenmiştir. Bilgilendirme, çocuğun yanında kalabilme ve ona bakabilme, güven ortamında olma, sağlık çalışanlarına güvenebilme, desteklenme, insani ve fiziksel gereksinimlerin giderilmesi, parasal ihtiyaçların giderilmesi, diğer aile üyeleri ile iletişim, umut etme, çocuğun eğitim ve gelişiminin desteklenmesi, bakımın koordinasyonudur (42).

Esatoğlu'nun belirttiğine göre;Barbarin 1984 yılında geliştirdiği ölçekte, çocuğu onkolojik tanı almış ailelerin, sağlık çalışanları hakkındaki görüşlerini incelemiştir. Bu ölçekle sağlık çalışanlarının 7 boyutta değerlendirilmesi mümkün olmaktadır. Bunlar; bilginin aktarılması, iletişimde dürüstlük ve anlaşılabilirlik, ailenin bakım vermesini sağlamak, zıtlaşmaların çözümlenmesi, ebeveynler ile bireysel iletişim, çocukla empati, çalışanların becerileridir (11).

Kristjanson, çocuğu onkolojik tedavi gören ailelerin memnuniyetini incelediği çalışmasında, ebeveyn memnuniyetini 4 önemli faktörün etkilediğini vurgulamıştır. Bunlar; Bilgilendirme, bakımın sürdürülmesi, psikososyal destek, fiziksel bakımdır (43).

Price 1993 yılında yaptığı çalışmada ebeveynlerin hemşirelik bakımı ile ilgili görüşlerini incelemiş ve ebeveynlerin 4 önemli noktayı vurguladıklarını belirtmiştir. Bunlar; ebeveyne yada çocuğa müdahale şekli, ebeveyni yada çocuğu bilgilendirme şekli, pozitif iletişim, fizyolojik gereksinimlerin karşılanmasıdır (42).

Homer ve arkadaşları 1991 yılında bir yıl süre ile çocuk hastanesinden taburcu olan 3622 ebeveyn ile yaptıkları çalışmada, ebeveyn memnuniyetinde 6 önemli boyutun öne çıktığını vurgulanmışlardır. Bu boyutlar; doktorun ilgi ve yardım severliği, hemşirenin ilgi ve yardım severliği, doktorun ve hemşirenin ulaşılabilirliği, bakımın koordinasyonu ve genel memnuniyettir (44).

Seid ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ebeveynlerin primer bakım konusundaki görüşleri toplanmıştır. Buna göre ebeveynler, sağlık çalışanlarından hem hastaların hem de kendilerinin ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmesini, bakımın ve kendilerinin koordinasyonunu, eksiksiz bir bakımın sürdürülmesini ve iyi bir iletişim beklemektedir (45).

Çocuk hastanelerinden hizmet alan ebeveynler hastanede kaldıkları süre içerisinde baş edilmesi zor olan pek çok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmalarda, ebeveynlerin hastanede kaldıklarında kendi gereksinimlerine yeterince zaman ayıramadıkları, çocuklarına yapılan ağırlı işlemlere tanık olmak zorunda kaldıkları ve sağlık personeli ile iletişim güçlüğü yaşadıkları saptanmıştır (46,47,48).

Hastanede çocukları ile birlikte kalan ebeveynlerin duygusal ve fiziksel olarak tükendikleri yapılan araştırmalar sonunda saptanmıştır (49,50). Lima ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise, ebeveynlerin çocuklarının bakımında hemşireler tarafından desteklenmedikleri, çocuğun bakımı konusunda danışmanlık almadıkları ve annelerin verdiği bakımın denetlenmediği belirlenmiştir (25).

Oktay'ın 2004 yılında yaptığı bir araştırmada hemşirelerin, anneleri çocuğun bakımı konusunda bilgilendirme, uygulanan tedavi ve bakıma ilişkin soru sorma fırsatı verme ve ulaşılabilir olma konusunda yetersiz kaldıkları belirlenmiştir (51).

Çocuğa verilen bakım ve tedavi konusunda hemşirelerin, yeterli bilgiye sahip olmaları ve bu bilgileri ebeveynlerle paylaşmaya istekli olmaları gerekir. Ayrıca çocuğa ilişkin bilgilerin ebeveynlerle paylaşılması ebeveyn hemşire arasındaki açık iletişimle mümkün olabilir. Hemşirelerin uygun iletişim tekniklerini kullanarak ebeveynlerle arasındaki iletişimi açık tutması, ebeveynlerle geçirdiği zamanı etkin bir şekilde kullanması ve çocukla ilgili konularda daha rahat soru sorabileceği ortamların oluşturulması gerekmektedir. Tüm bunların sağlanmasıyla çocuğun gereksinimi olan bakım kalitesinin yükseltilebileceği düşünülmektedir.

Çocuk hastanelerinde hemşirelik hizmetlerinin daha iyi bir düzeye getirilmesi için, ebeveyn memnuniyetinin düzenli olarak geçerliği ve güvenilirliği saptanmış standart ölçüm araçları ile değerlendirilmesi gereklidir. Ebeveyn memnuniyeti araştırma verilerine göre hemşirelik uygulamalarının iyileştirilmesine yönelik gerekli

düzenlemelerin yapılmasının, hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesinde önemli etkilerinin olacağı düşünülmektedir.

I.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma;

- 1.“PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği (Ebeveyn Raporu)” nin geçerlik, güvenirlik çalışmasının yapılması,
- 2.“PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği (Ebeveyn Raporu)”ni uygulayarak, ebeveynlerin memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.



II. KONU İLE İLGİLİ TEORİK BİLGİLER

II.1. Hasta Memnuniyeti

Altmışlı yıllardan sonra kişinin “hasta” olmaktan çok sağlık bakımının bir “tüketicisi” olarak algılanma düşüncesi giderek önem kazanmaya başlamıştır. Sağlık işletmelerinden hizmet alanların müşteri olarak tanımlanmaları, aynı zamanda bu müşteri grubunun memnuniyeti kavramına yönelik araştırmaların giderek yaygınlaşmasına neden olmaktadır. Bu yönü ile hasta memnuniyeti sonuçları, sağlık durumu göstergesi ve arzu edilen tedavi sonuçları olarak kabul görmektedir (52).

Hasta memnuniyeti çıktılarının sistematik kullanımı durumunda, sağlık bakım organizasyonu ve sunumunda, değişik alternatiflerin seçiminde geri bildirim sağlar. Hasta memnuniyeti çıktıları, hizmet kalitesini de etkileyebilen önemli bir özelliğe sahiptir. Çünkü hastanın hizmet üretim sürecinde memnun olması, sürece (tedavi planına) uyumunu artıracak ve kalite yükselecektir. Ayrıca, bir önceki hizmet sürecinde memnun olmuş hastalar, sonraki hizmet gereksinimini daha tereddütsüz talebe dönüştürerek, erken teşhis ve tedavi olanağına sahip olacaktır (53).

II.1.1. Hasta Memnuniyetinin Boyutları

Hasta memnuniyeti hastanın bakımına uyumunu, bakımın teknik ve fonksiyonel yönünü ve bakımın maliyetini içeren, çok boyutlu bir kavramdır. Sağlık hizmeti sunanların, hastaların memnuniyet düzeylerini yükseltebilmek için nasıl bir hizmet sunmaları gerektiğini bilmeleri gerekmektedir.

Bragadottir'in belirttiğine göre, Vuori hasta memnuniyetinde 3 önemli noktanın altını çizmiştir:

- 1-Hasta memnuniyeti olmadıkça yüksek bakım kalitesi çıktılarına ulaşamaz.
- 2-Bakım alanların görüşlerinin alınması, hasta memnuniyeti çıktılarına temel oluşturur.
- 3- Memnun olan hastalar daha etkili işbirliği yapar ve tedavide olumlu sonuçlar elde ederek aynı sağlık hizmetlerini yeniden kullanır (40).

Steiber ve Krowinski yaptıkları hasta memnuniyeti araştırması sonucunda, hastaların belirttikleri bakım elementlerini 11 başlık altında, tatmin ortalaması en yüksek olandan düşük olana doğru şöyle sıralamışlardır “Temizlik, ziyaretçi politikası, doktor bakımı, hemşire bakımı, oda hizmetleri, personel hizmetleri, genel bakım, giriş ve

taburculuk hizmetleri, park hizmetleri, beslenme hizmetleri ve bakımın maliyeti.” dir (15).

Esatoğlu'nun belirttiğine göre, Haya, hasta memnuniyetinin boyutlarını şöyle açıklamıştır;Haya ve arkadaşları hasta memnuniyetini 6 boyutta incelemiştir. Bunlar; hemşirenin verdiği günlük bakım, hastane çevresi ve diğer hizmetler, tıbbi bakım ve tedavi, bilgilendirme, giriş işlemleri, taburculuk ve maliyettir.

Ware ise hasta deneyimlerine dayandırdığı hasta memnuniyeti boyutlarını başlıca 8 madde ile tanımlamıştır (11).

- 1 Kişiler arası iletişim ve tutumlar
- 2 Bakımın teknik kalitesi
- 3 Ulaşılabilirlik ve rahatlık
- 4 Finansal rahatlık
- 5 Olumlu fizik çevre
- 6 Daima hizmete hazır oluş
- 7 Bakımın devamı
- 8 Bakımın yararı.

Hastanelerde yapılan hasta memnuniyeti araştırmaları; hasta hayal kırıklıklarının belirlenmesini, sistematik olarak irdelenmesini ve iyileştirilmesini amaçlamalıdır. Bu amaçla; memnuniyet araştırmaları, hasta görüşlerini yansıtmalı ve sonuçlar çalışanlara iyileştirme sürecine katkı sağlayacak geri bildirim olarak sunulmalıdır. Yönetim, bu süreçte rehber olmalı ve çalışanları mevcut olanakları ile desteklemelidir .

Geniş anlamda etkin planlanmış, uygulanmış, değerlendirilmiş ve tarafsız olarak ölçümlenmiş hasta memnuniyeti araştırmaları, hastaların fiziksel, duygusal ve en önemlisi teknik gereksinimlerini etik kurallar içinde yanıtlamayı temel felsefe edinen örgütlerde, kalitenin iyileştirilmesinde oldukça önemli katkılar sağlar (54).

II.1.2. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyetini etkileyen 3 ana faktör bulunmaktadır.Bunlar

- 1 Hizmet alanların özelliklerine ait faktörler
- 2 Hizmet sunanların özelliklerine ait faktörler
- 3 Kurumun özelliklerine ait faktörler.

1.Hizmet alanların özelliklerine ait faktörler:Hasta memnuniyetini bireyin deneyimleri, yaşam tarzı, kişisel ve toplumsal değerleri, sağlık hizmetinden beklentileri etki-

lemektedir. Sağlık hizmeti alan hasta ve ailelerinin psikolojik ve sosyo-kültürel özellikleri incelendiğinde dört temel psikolojik ve üç temel sosyo-kültürel öğenin memnuniyeti etkilediği görülmüştür.

Psikolojik öğeler; kişilik, algılama, motivasyon ve sağlık hizmetlerine karşı geliştirmiş olduğu tutumlardır. Sosyo-kültürel öğeler ise; Bireylerin sosyal konumu, kültürel yapısı, aile yapısıdır (13).

2.Hizmet sunanların özelliklerine ait faktörler: Sağlık hizmetleri sunumunda çalışan herkes memnuniyeti olumlu yada olumsuz etkileyebilmektedir. Bakımın hastaya hizmeti verenler tarafından sunulma biçimi (bilgilendirme, açıklık, nezaket) hem memnuniyeti hem de hasta sadakatini etkilemektedir. Hastaların hastaneleri tercihlerinde onları en çok etkileyen faktörün sağlık hizmetini sunuş biçimi olduğu, çeşitli araştırmalar tarafından ortaya çıkarılmıştır (11,16,55).

3.Kurumun özelliklerine ait faktörler: Hastanenin fizik koşulları temizlik, yemek, ulaşım, bürokratik işlemler gibi faktörlerin memnuniyette önemli olduğu, örneğin hastanenin katı kuralları olmasının ve aranan yerin bulunamamasının hasta memnuniyetini olumsuz etkilediği rapor edilmiştir (56).

Yukarıdaki faktörlerin yanında hasta memnuniyeti araştırmaları da hasta davranışlarını ve memnuniyeti etkilemektedir. Car'ın belirttiğine göre, Lengnick-Hall'ın geliştirdikleri müşteri odaklı modelde iyi iletişim ve alınan kaliteli sağlık hizmeti, memnuniyeti ve motivasyonu artırarak sağlık davranışı değişikliğine neden olmaktadır (9).

Hall ve Dornan'ın 1988 yılında yaptıkları çalışma sonuçlarına göre hasta memnuniyetini etkileyen bazı faktörler şunlardır (57).

- Ulaşılabilirlik (dil,etnik grup, gelenekler)
- Bürokratik işlemler
- Hizmetin devamlılığı
- Yeterlilik
- Yaşam tarzı
- Maliyet
- İnsancılık
- Kalite
- Fizik koşullar

➤ Hizmet sonunda elde edilen sonuçlar

Taşdemir'in yaptığı literetür taramasının sonuçlarına göre şu faktörler sağlık hizmetlerinden memnuniyeti etkilemektedir (58):

- Bilgilendirme
- Mesleki bilgi ve yeterlilik
- Personelin kişisel nitelikleri tavrı tutum ve davranışları
- Hizmetin bulunabilirliği, uygunluğu, maliyeti, sürekliliği, ulaşılabilirliği
- İletişim
- Bakımın niteliği
- Personele güven duyulması
- Psikososyal yeterlilik
- Hasta haklarına saygı
- Tedaviden yarar görme

Hasta memnuniyeti, yukarıda sayılanların yanında ayrıca tedaviden yarar görme, bireyin yaşam tarzı, geçmiş deneyimleri, eğitim düzeyi, yaşı, cinsiyeti, gelecekte beklenenleri, bireysel ve toplumsal değerleri, hizmet veren kuruluşun türü, laboratuvar hizmetleri, kuruluşun uzaklığı, kuruluşun fiziki şartları gibi bir çok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavramdır. Memnuniyet kültürden kültüre farklılık gösterdiği gibi aynı toplum içinde kişiden kişiye göre de farklılık göstermektedir (59).

Kaliteli sağlık bakımının önemli bileşenleri, hasta ve aileleri, hizmet verenler ve yöneticilerdir. Kalite gelişiminde anahtar bunların seslerine kulak vermektir. Sağlık hizmeti sunanlar, hastaların ve ailelerinin deneyimlerini dinlemelidir (42). Problemleri alanlara yapılan müdahalelerin ve ortaya çıkan ya da çıkması beklenen yeni kalite düzeyinin eski standart ve kriterlere göre belirlenmesinin ardından mevcut standart ve kriterlerin gözden geçirilerek yeni kalite düzeyine göre daha da geliştirilerek yeniden belirlenmesi gerekmektedir. Böylece sürekli bir şekilde hizmetin kalitesi iyileştirilmiş olacaktır (56).

Sağlık hizmetlerinde kalite uygulamaları uluslararası kuruluşlar tarafından da desteklenmektedir. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü'nün insan sağlığının geliştirilmesi için başlattığı Herkes İçin Sağlık Programının devamı olarak sunulan Sağlık 21 (Health 21) programında yer alan 16.hedef "Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Yöne-

timi” ile ilgilidir. Buna göre; “2010 yılına kadar üye ülkeler, topluma dayalı sağlık hizmet programlarından klinik düzeyde kişisel sağlık bakımı hizmetine kadar bütün sağlık sektörünün yönetimini sağlıkla ilgili çıktılara göre yönlendirmelidir.” Bu yönlendirme sırasında sağlığa etkisi bakımından maliyet etkililiğinin yanı sıra hasta memnuniyeti konusunu da içeren hizmet kalitesinin sürekli izlenmesi ve geliştirilmesi için ülke çapında mekanizmaların kurulması önerilmektedir (60).

Toplam Kalite Yönetimi felsefesine göre sunulan bir sağlık hizmetini bir çok faktör etkilemektedir. Bu nedenle başarılı bir kalite programının oluşturulması için karşılanması gereken bir çok farklı önkoşul hastane hizmetlerinde kalite yaklaşımlarının uygulanmasında akılda tutulmalıdır. Bir hizmetin kalite düzeyinin belirlenebilmesi için çeşitli yöntemlere başvurulabilir. Mevcut kayıt ve raporların incelenmesi, özel değerlendirme çalışmalarının yapılması, kişiye ve topluma yönelik araştırmalar bunlardan bazılarıdır. Hizmet kalitesinin ölçülebilmesi için öncelikli olarak o hizmetin amacının, standartların ve bunların kriterlerinin ortaya konması gerekir. Çünkü bu kriterler doğrultusunda hizmetin mevcut kalite düzeyi belirlenebilecektir (5).

Günümüzde artık yaşantımızın bütün alanlarında ön plana çıkmış olan kalite, her yerde ve her konuda önü alınamaz bir talep haline gelmiştir. Kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında eşitliğe özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir (61).

II.2. Kalite Kavramı

Zorlutuna'nın belirttiğine göre Juran kaliteyi;“Kullanıma Uygunluk” olarak tanımlamakta ve “üretilen mal veya hizmetlerin tüketicilerin beklentilerine uygunluğu veya isteklerini karşılama derecesi” olduğunu belirtmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalite; mevcut bilimsel bilgi düzeyi temel alınarak, tasarlanan hizmet sunum sürecinin, müşterinin talep nedeni olan hastalığı veya sağlığı ile ilgili istenmeyen sonuçların azalmasına ne ölçüde katkı sağladığıdır .

Ishikawa ise Kaliteyi; kontrol uygulayarak, en ekonomik, en kullanışlı ve müşteriye daima memnun eden ürünü geliştirmek, tasarımını yapmak, üretmek ve satış sonrası sonuçları toplamak olarak tanımlamıştır (61).

Uz'un belirttiğine göre, Crosby kaliteyi şartlara uygunluk olarak açıklamaktadır. Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu EOQC'nin tanımına göre kalite, bir malın yada hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir. Amerikan Ulusal Kalite Temini Derneği kaliteyi; hasta bakım sürecinde mümkün olabilecek en iyi bilgi ve kayıtlarla dökümanite edilmiş mükemmel bir ürün olarak tanımlar (5).

Yılmaz'ın belirttiğine göre Joint Commission on Akreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ise, kaliteyi; arzu edilmeyen sonuçların mümkün olabildiğince azaltıldığı ve arzu edilen sonuçların mümkün olduğunca artırıldığı, hasta bakım hizmetlerinin seviyesi olarak tanımlamaktadır (22).

Deming, Juran, Crosby, Ishikawa gibi araştırmacılar Endüstride 1950'li yıllardan sonra Toplam Kalite Yönetimi (TKY) adı verilen yeni bir felsefenin temelini atmışlardır. Sağlık alanında da yukarıda belirtilen araştırmacıların görüşleri benimsenmektedir (62).

Sağlık hizmetlerinde genel anlamda kalitenin üç ögesinden söz edilmektedir.

1. Teknik Boyut : Tıp bilim ve teknolojisi ile diğer sağlık bilimlerinin ortaya koyduğu mevcut bilgi birikiminin uygulanma sonuçlarını kapsar.
2. Kişiler arası ilişkiler: Hizmeti üreten ve sunanlar ile müşteri ve yakınlarının sosyolojik etkileşim (iletişim) sonuçlarını kapsar.
3. Fiziksel Ortamlar: Müşterinin hizmeti alırken bulunduğu ortama yönelik yargı sonuçlarını kapsar.

TKY felsefesine göre müşteri tarafından algılanan kalite; Bir hastanenin mevcut ve potansiyel müşteri veya yakınlarının, tüketilen veya tüketilecek hizmetlere yönelik kanı, düşünce, yargı ve önyargılar anlamına gelmektedir (63).

II.2.1. Toplam Kalite Yönetimi Felsefesi

Bir yönetim felsefesi ve örgütsel yaşam biçimi olan TKY, ortaya koyduğu güçlü esnek yapı ile kökeninde insan olan bir yaklaşımdır. Bu bağlamda bir yönetim felsefesi olarak TKY'nin temel ilkeleri aşağıdaki ana başlıklar altında kısaca özetlenebilir. TKY, insan odaklı bir yaklaşımdır, gerek müşteri, gerekse de çalışanların beklenti ve gereksinimlerine odaklanılmasını temel görüş olarak ele alan bir yaklaşımdır. TKY, kalitenin sürekli iyileştirilmesine odaklanan bir yaklaşımdır. Hataları ayıklamak yerine ilk seferinde, her seferinde hatasız işler yapmayı temel öngörü ola-

rak ortaya koyar. Sonuçlar yerine süreçlere odaklanma; süreçleri sürekli iyileştirerek, sonuçları da iyileştirmeyi temel yaklaşım olarak ele alır (59).

TKY, verilerle düşünme odaklı bir yaklaşımdır. Süreçlerin iyileştirilebilmesi, ancak süreçlerin ölçülebilir hale getirilebilmesi ile olasıdır. Bu nedenle ölçümleme ve istatistiksel odaklılık (verilerle düşünme, irdeleme alışkanlığı) TKY' nin vazgeçilmez parçalarındandır. Kalitenin tüm boyutları tanımlanmalı, istatistiksel olarak izlenmeli ve sürekli iyileştirilmelidir (53).

II.3. Ülkemizde Kalite ile ilgili Çalışmalar

Ülkemizde sağlık alanında toplam Kalite Yönetimi anlayışı seksenli yılların sonunda tartışılmaya başlamıştır. Bireyin değişen değer yargıları ve beklentileri, sağlık hizmetlerinde daha kaliteli hizmet talebini arttırmıştır.

Toplumdaki değişimlere paralel olarak Türk Standartları Enstitüsü de (TSE) bu yıllarda, standartlara uygun ve kaliteli üretimi teşvik edecek çalışmalara kılavuz olabilecek bir seri rehber kitap yayınlamıştır. ISO 9000 standart serisi ilk olarak 1987 yılında ISO tarafından uluslararası standart olarak yayınlanmıştır. ISO 9001 standardının 15 Aralık 2000'de yayınlanan son versiyonu aşağıda verilen 8 kalite prensibine dayanmaktadır.

1. Müşteri Odaklılık

Kuruluşlar müşterilerine bağlıdırlar, bu nedenle müşterinin şimdiki ve gelecekteki ihtiyaçlarını anlamalı müşteri şartlarını yerine getirmeli ve müşteri beklentilerini de aşmaya istekli olmalıdırlar.

2.Liderlik

Liderler, kuruluşun amaç ve idare birliğini sağlar. Bunlar, kişilerin, kuruluşun hedeflerinin başarılmasına tam olarak katılımı olduğu iç ortamı oluşturmalı ve sürdürmelidir.

3.Kişilerin katılımı

Her seviyedeki kişiler bir kuruluşun özüdür ve bunların tam katılımı yeteneklerinin kuruluşun yararına kullanılmasını sağlar.

4.Süreç yaklaşımı

Arzulanan sonuç, faaliyetler ve ilgili kaynaklar bir süreç olarak yönetildiği zaman daha verimli olarak elde edilir.

5.Yönetim sistem yaklaşımı

Birbirleri ile ilgili süreçlerin bir sistem olarak tanımlanması, anlaşılması ve yönetilmesi, hedeflerin başarılmasında kuruluşun etkinliğine ve verimliliğine katkı yapar.

6.Sürekli iyileştirme

Kuruluşun toplam performansının sürekli iyileştirilmesi, kuruluşun kalıcı hedefi olmalıdır.

7.Karar vermede gerçekçi yaklaşım

Etkin kararlar, verilerin analizine ve bilgiye dayanır.

8.Karşılıklı yarara dayalı tedarikçi ilişkileri (64).

Ülkemizde sağlık alanında TKY anlayışı seksenli yılların sonunda tartışılmaya başlamıştır. Değişen toplumsal değer yargılar sağlık hizmetlerinden talebin artmasına neden olmuştur. Ülkemizde 1996 yılında JCAHO ve TSE'nin standartları temel alınarak hastanelerde Akreditasyon hazırlıkları başlatılmıştır. İlk pilot uygulama Bayındır Tıp Merkezi'nde yapılmış ve sonraki yıllarda bazı devlet hastaneleri ve Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı hastaneler ISO 9000 belgesiyle akredite edilmiştir. 1998 yılında hasta hakları yönetmeliği hazırlanarak uygulamaya konmuştur (65). 1999 yılında Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK) laboratuvar , belgelendirme ve muayene hizmetlerinin standartlarını oluşturmak amacıyla kurulmuştur (66).

II.4. Dünyada Kalite İle İlgili Gelişmeler

II.4.1. Kalite Kontrol Çalışmaları

ABD'de Kalite Kontrolü ile ilgili çalışmalara ilk kez 1913 yılında başlanmıştır.

1913 American College of Surgeons (ACS) hastanelerdeki hasta bakım kalitesinin ve güvenliğinin izlenmesi ve denetlenmesi

1951 Hastane Akreditasyon komitesinin kurulması ACS+American Medical Association + American Hospital Association

1960 Yaşam güvenliği ve tıbbi kadro standartları ile kalite güvencesi odaklı yaklaşımlar

II.4.2.Kalite Güvencesi İle İlgili Çalışmalar

1965 ABD'de sosyal güvenlik programı çerçevesinde özellikle düşük gelirli ve yaşlılar için sağlık hizmeti uygulaması .

1970 Spesifik tanı ve prosedürlerle ilgili standartlar .

1980 Maliyet kontrolüne odaklı standartlar .

1982 Hastalık türüne göre standartlar oluşturularak protokoller ve yatış süreleri ile ilgili bilgiler ışığı altında federal hükümetin paket fiyat belirlemesi ve maliyetlerin kontrol altına alınması

1984 Sağlık kuruluşlarına sunulan hizmet kalitesinin değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi amacı ile kurulan PRO (Peer Review Organizations) kuruluşların yaygınlaştırılması, hizmet standartlarının denetlenmesi ve gerekli alanlarda danışmanlık hizmetlerinin verilmesinin sağlanması .

II.4.3. Toplam Kalite Kontrolü ile İlgili Çalışmalar

1987 Agenda for Change Sağlık hizmetleri kalitesinin sürekli iyileştirilmesine odaklı akreditasyon uygulamaları

1989 Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) Hastanelerde ve sağlık bakımı verilen diğer kuruluşlarda hizmet kalitesi standartlarını oluşturmak, izlemek ve denetlemek .

ABD’de ülke çapında hastanelerde denetim yapan ACS, 1987 yılında “Sağlık Hizmeti Organizasyonları Birleşik Komisyonu “ olarak yeniden oluşturulmuştur. ABD’de bulunan hastanelerin yaklaşık % 80’ini akredite eden kuruluş denetlediği hastanelere “saygınlık puanı” vermektedir .

JCAHO akreditasyon sürecinde 1998’de ORYX’in verilerini kullanarak uzun süre bakım veren kurumlar ile sağlık bakım çıktılarını bir ağ ile entegre ederek çalışmaya başlamıştır. NCQA (The National Commission for Quality Assurance) hastanelerde performansın artırılması ve akreditasyon çalışmalarında hizmetten memnuniyeti sorgulayan çalışmalar yaparak sağlık çalışanlarına bilgi vermiştir.

HEDİS (Health Employer Data İnformation Set) altmışa yakın kalite ölçüm standartları listesi oluşturmuştur. (hasta memnuniyeti, başarı, finansman)

Amerika’da bakım kalitesini yükseltmek amacıyla yapılan araştırmaları destekleyen servisler kurulmuştur. AHCPR (The Agency of Health Care Policy and Research) bilimsel bilgilerin yanı sıra teorik ve pratik uygulama bilgileri müşteri ve çalışanların araştırma bulgularını bünyesinde toplamaktadır (67).

II.4.4. Avrupa Ülkelerinde Sağlık Hizmeti Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları

Fransa: 1994 yılında kurulan ANDEM (National Agency for the Promotion of Medical Evaluation) Fransız hükümetinin de desteği ile hastanelerde TKY 'nin başarı ile uygulanabilmesi amacı ile sürekli gelişmeyi hedefleyen projeler uygulamaya koymuştur. Hastanelerde Deming döngüsü ve kalite çemberleri, süreçlerin iyileştirilmesi; iç-dış müşteri memnuniyetini sağlamak amacıyla başlatılan çalışmalar başarıyla sürdürülmektedir.

Almanya: Sağlık alanında yapılan son yasal düzenlemeler kuruluşlara rekabet ortamı yaratmıştır. 1970'li yıllarda kalite güvencesi sistemi yaklaşımı yerini performans standartlarının iyileştirmesi çalışmalarına bırakmıştır .

İsveç: 1994 yılında İsveç parlamentosu sağlık kuruluşlarının kalite güvencesi ve kalite iyileştirme çabalarını destekleyen 1997'de de sistemli kalite uygulamalarını zorunlu kılan bir yasa çıkarmıştır .

Finlandiya: 1993 yılında Helsinki Sağlık Organizasyonu tarafından kalitenin iyileştirilmesini ve sürekli gelişmeyi hedefleyen 150 proje başlatılmıştır. Bu projelerde çok çeşitli ve spesifik süreçler yer almaktadır. Proje çalışmaları hastane üst yönetimi tarafından tam destek görmekte buna rağmen ülke çapında TKY felsefesine dayanan önemli gelişmeler gerçekleşmemektedir (61).

II.4.5. Diğer Ülkelerde Sağlık Hizmeti Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları

Japonya: Hasta hekim ilişkisindeki geleneksel, kapalı yapıya rağmen Sağlık Bakanlığı ve Japon Tıp Birliği'nin ortak çalışması sonucu 1987 yılında "Hastane Fonksiyonları Değerlendirme Kriteri" oluşturulmuştur. Amaç kalite çemberleri ve kalitede sürekli iyileştirmenin desteklenmesidir .

Brezilya: Sağlık reformları 1988 yılında başlamıştır. Sağlık Bakanlığı hastaneleri kalite iyileştirme ve ISO – 9000 serisi sistem belgeleri konusunda desteklemektedir. Brezilya'da TKY, verimlilik ve hasta memnuniyeti çok önemlidir (61).

II.4.6. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Kalite Uygulamaları

Ülkemizde, ne hastaneler ne de sağlık personeli, hastalara verdikleri hasta bakım kalitesi yönünden denetlenmemektedir. Bugün hala hastanelerde sunulan hizmetin kalitesini denetlemek ve değerlendirmek için ölçü ve standartlar geliştirilememiş-

tır. Sağlık Bakanlığı, hastanelerden yıllık olarak hesaplanan net ölüm hızı, anestezi ölüm hızı, ameliyat sonrası ölüm hızı, hastane bebek ölüm hızı, net enfeksiyon hızı gibi verileri düzenli olarak istemektedir (68).

Ülkemizde 1997 yılında TSE tarafından hastane hizmetleri ile ilgili kriterlerin belirlendiği kitapçık yayınlanmıştır. Bu kitapçıkta hastanelerde sunulan hemşirelik hizmetlerinin planlanması, yürütülmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesi ile ilgili kriterler açıklanmaktadır. T.S.E'ne göre hemşirelik hizmetleri tanımı şöyledir; Hekimin tedavi planı ile hemşirelik bakım planına uygun olarak, bir hemşire tarafından yerine getirilen ve denetlenen tedavi edici, rehabilite edici ve koruyucu hasta bakım hizmetlerinin hemşirelik yönünden ele alınmasıdır şeklinde açıklamaktadır. Bu standart hastanede sunulan hemşirelik hizmetlerinin planlanması, organize edilmesi, yürütülmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi ile ilgili kriterleri kapsamaktadır.

Bu standart, kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve tüzel kişilere ait hastanelerde hemşirelik hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde sunulması için gerekli olan planlama, organizasyon, yürütme, değerlendirme ve denetleme ile ilgili düzenlemele-
rin yapılması amacıyla oluşturulmuştur. TSE'nin hemşirelik hizmetleri planlanmasında Kalite Güvencesi ile ilgili önerdiği kriterler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır.

1-Hastalara verilen hemşirelik bakımını, yapıyı, işlemi ve faydaları değerlendirmek üzere çeşitli metotları kullanacak bir kalite güvencesi programı geliştirilmelidir.

2-Kalite güvencesi programı için, hastanenin hemşirelik hizmetleri bakım standardı olmalıdır.

3-Değerlendirme en az aşağıdaki hususları ihtiva etmelidir.

- Hedef ve amaçların gözden geçirilmesi
- Hizmetlerin organizasyonunun gözden geçirilmesi
- Kadro teşkilinin gözden geçirilmesi
- Multidisipliner komitelere katılımın gözden geçirilmesi
- Uygulanan tedavinin gözden geçirilmesi
- Kazaların ve enfeksiyonların rapor edilmesi
- Hemşirelik bakımının denetlenmesi
- Klinik veri çalışmaları
- Personel performans değerlendirmesi

- Hemşirelerin birbirlerini denetlemesi
- Hasta bazında denetim
- Şemaların denetlenmesi

4. Hemşirelere, bu değerlendirmenin sonuçları hakkında bilgi verilmelidir.

5. Hemşireler herhangi bir yetersizliğin giderilmesi ile ilgili planlamalara katılmalıdır.

6. Kalite güvencesi faaliyetleri ile ilgili raporlar, daha önceden belirlenmiş rapor verme kanalları kullanılarak yönetim kurulu ile idareye sunulmalıdır (64).

Bugün birçok ülke, sağlık hizmetlerinin kalitesini sağlık kurumlarında ve ülke çapında gözden geçirmek için kalite güvenliği programları geliştirmektedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesi söz konusu olduğunda, hasta memnuniyeti temel basamaklardan birini oluşturmaktadır. Memnuniyet çeşitli durumlara ve faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir. Memnuniyetin ölçümü ve memnuniyet düzeyini belirleyen faktörlerin belirlenmesi; durumun saptanması, önceliklerin belirlenmesi ve doğru planlamanın yapılabilmesi aşamaları kalite ilkelerinin bilimsel doğrularıdır. Bu tür araştırmalar hizmet alanların beklentilerini daha iyi karşılayabilecek sağlık sistemlerini oluşturmada yardımcı olacaktır (69).

Sağlık sistemine başvuran bireyler aldıkları hizmetten memnun kalırlarsa sağlık çalışanları ile daha iyi işbirliği yaparak önerilere uyarlar. Hasta ve ailelerin memnuniyeti hizmet sunanlara daha yeterli danışmanlık, etkili ve sürekli hizmet verme fırsatı sağlamaktadır (70).

II.5. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı

Sağlık Hizmetlerinde Kalite için hizmet sunanların sahip olduğu teknik beceriler ve hizmet alanların gereksinimleri göz önüne alındığında tek bir tanım bulunmamaktadır. En eski ve klasik tanım şudur: “ hizmet verenin herhangi bir zarar vermezsiniz, tıbbi bilgisini kullanarak belirlenmiş standartlara göre, hizmet alanın ihtiyaçlarını doğru zamanda, doğru uygulamalarla ve doğru maliyetle karşılamasıdır”(59).

Sağlık hizmetlerinin amacı, insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu durumun sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesi olarak belirtilmektedir (11).

Uz'a göre ise, kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için, gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde ve-

rilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir (59).

Toplam Kalite Yönetimi kavramı; Dr.Armand V. Feigenbaum tarafından ortaya atılmıştır. Feigenbaum'a göre toplam kalite yönetimi, bir organizasyondaki değişik grupların kalite geliştirme, kaliteyi koruma ve kalite iyileştirme çabalarını hasta memnuniyetini de göz önünde tutarak üretim ve hizmeti en ekonomik düzeyde gerçekleştirebilmek için birleştiren etkili bir sistem olarak tanımlanmaktadır (54).

Toplam Kalite Yönetimi felsefesinin dünya çapında tanınıp yaygınlaşmasını sağlayan Deming, Juran, Crosby ve Ishikawa sistemin şu özelliklere sahip olması gerektiğini savunmaktadırlar:

- Sistem uygulanabilecek kadar basit,
- Herkesin katılımına ihtiyaç olduğunu kabul edecek kadar gerçekçi,
- Değişim taleplerinin farkına varabilecek kadar hassas,
- Tüm çalışanları motive edebilecek kadar ilginç,
- Kazançları tanımlayabilecek ve yeni kazançları belirleyebilecek kadar güçlü,
- Eski geleneklerin yerini alabilecek kadar ileriye yönelik olmalıdır.

Kalite iyileştirme çalışmalarında kullanılan farklı modeller bulunmaktadır. Tüm modellerde, organizasyonun büyümesine ve iyileşmesine katkıda bulunacak, bilimsel araştırma ve bulgulara temellendirilmiş müşteri ve çalışan memnuniyetine odaklanmış çalışmalara yol gösterecek ilkeler bulunmaktadır.

Japonya'da Deming, Avrupa'da Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM), ABD'de Malcolm Baldrige modelleri en sık kullanılan kalite modelleridir. Ülkemizde EFQM kriterlerini esas alan model benimsenmiştir (23).

Sunulan bir sağlık hizmetini, politikalar, kaynak kullanımı, sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliği, halkın sağlık konusundaki bilgi tutum ve uygulamaları gibi pek çok etken etkilemektedir.

Son yıllarda kalite kavramlarının tartışılmaya başlanması ile birlikte hastanelerin ürettiği hizmetleri talep edenler "müşteri" olarak tanımlanmaya başlamıştır. Bu tanımlama ile birlikte daha önce beklenti ve gereksinimleri sağlık profesyonellerince tasarlanıp belirlenen hastane müşterilerinin kaliteye yönelik beklentileri ön plana çıkmıştır. Bu yaklaşım sonucu 1990' lı yıllarla birlikte hastane işletmeciliği

sektöründe en fazla yapılan araştırmalardan biri olarak hasta memnuniyeti araştırmaları ön plana çıkmıştır (67).

II.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Temel Öğeleri

Sağlık hizmetlerinde kalitenin temel ilkeleri Sağlık Bakanlığının yayınladığı rehberde aşağıda olduğu gibi açıklanmıştır (71).

Teknik Yeterlilik:Sağlık kuruluşunun her basamağında çalışan idari, teknik, klinik ve hizmetli personelin, işinin gerektirdiği bilgi ve beceriye sahip olması, bu bilgi ve beceriyi de önceden belirlenmiş standartlara göre doğru ve güvenilir biçimde ve sırası ile uygulamasıdır. Bu yeterlilik bütün personel için geçerlidir.

Ulaşılabilirlik:Sunulan hizmete ulaşmada bireyin yaşadığı yer, ekonomik, sosyal ve kültürel durumu, konuştuğu dil veya sağlık kuruluşunun koşulları engel oluşturmalıdır. Sağlık kuruluşunun hizmet sunduğu saatler, randevu sistemi, bekleme zamanı, hizmet sunum şekli gibi koşulları hizmete ulaşmayı etkiler. Verilen hizmet sosyal ve kültürel koşullarla çelişmemelidir.

Etkililik:Sağlık hizmetinin kalitesi, kullanılan hizmet standartları ve klinik rehberlerin doğruluğuna bağlıdır. Etkililiği değerlendirmek için sorulması gereken soru;"İşlem ve tedavi doğru uygulandığında istenen sonuç alınıyor mu?" olmalıdır. Etkililik kalitenin önemli bir parçasıdır.

Kişiler arası ilişkiler:Hizmette kalitenin sağlanabilmesi için, hizmet sunanlarla sağlık hizmeti alanlar arasında iyi ilişkilerin olması gerekir. Kişiler arası iyi ilişkilerde saygı, güven, nezaket, duyarlılık ve empati vardır.

Verimlilik:Verim alma kalitenin önemli ilkelerinden biridir. Sınırlı kaynaklar hizmet sunumunu etkiler. Etkisiz, yanlış uygulamaların en aza indirilmesi hatta yok edilmesi. kaliteyi geliştirir ve maliyeti azaltır.

Sürekliлик:Hizmet alanların, hizmetin bütün aşamalarından, kesintisiz olarak faydalanmasıdır. Süreklilik sağlanmazsa verim azalır, kişiler arası ilişkiler zedelenir.

Güvenli Hizmet:Kalitenin bu ilkesi; kullanıcıya zarar vermeyi, yaralanmaları, hastane enfeksiyonlarını, yan etkileri ve hizmet sunumu ile ilgili diğer tehlikeleri en aza indirmeyi içerir. Güvenli hizmet hem hizmet alanları hem de hizmet verenleri kapsar. Temiz tuvaletler ve mahremiyeti sağlayan perdelerin olması hizmette kalitenin vazgeçilmez koşullarındandır.

JCAHO, hasta bakım kalitesine karar vermede 12 faktör belirlemiştir. Bunlar; bakımın ulaşılabilirliği, uygun bakım zamanı, bakımın yeterliliği, bakımın etkililiği, bakımın uygunluğu, bakımın verimliliği, bakımın sürekliliği, bakımın mahremiyeti, bakımın gizliliği, hasta ailesinin ve hastanın bakıma katılması ve bakım verilen çevrenin güvenliğidir (72).

II.6.Çocuk Hastanelerinde Ebeveyn Memnuniyeti ve Aile Merkezli Bakım

Hastane ortamı hem ebeveynler için hem de çocuklar için yeni bir kriz nedenidir. Çocuğun hastaneye yatması ile ailenin günlük yaşantısı ve aile içindeki rolleri değişir. Hastane ortamının yabancı olması, tanımadıkları tıbbi araçlarla karşılaşmaları, ebeveynlerin çocuğun bakımındaki rollerinin değişmesi, çocuklarını nasıl destekleyecekleri konusunda bilgi eksikliklerinin olması ebeveynlerin anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır (73,74,75).

Hastanın bakımını planlarken ailenin ve çocuğun bakım hakkındaki deneyimleri, görüşleri, doğuştan gelen güçlü yanları, destek sistemleri, sosyal ve ekonomik durumu göz önüne alınmalıdır. Aile merkezli bakımın sağlık çalışanlarınca benimsenmesi, çocuğu ve ailesini güçlü ve zayıf yönlerini de ele alarak eğitim vermeyi ve klinik planın yapılmasını sağlar (76).

Çocuk hastanelerinde verilen sağlık hizmetlerinde son yüzyılda büyük değişimler yaşanmıştır. Önceki yıllarda, enfeksiyonlardan korunmak amacıyla çocuk annesinden tamamen ayrı kabul edilir ve ebeveynler hastaneye yatan çocuklarının yanına alınmazlardı. Çocukların iyileşmesinde ebeveyn eğitiminin önemi araştırmalarla kanıtlandıkça günümüzde bu görüş terk edilmiştir. Fizyolojik ve patolojik faktörlerin yanı sıra sosyal ve psikolojik etkenlerin de hastalığın iyileşmesinde son derece önemli olduğu herkes tarafından kabul edilmektedir (25).

Çocuk Hastanelerindeki bakım kalitesini yükseltmek amacıyla Avrupa ve Amerika'da 90'lı yıllarda "aile merkezli bakım" çalışmaları başlatılmıştır. American Academy of Pediatrics (AAP)'e göre aile merkezli bakım prensipleri şöyle sıralanmaktadır:

- Her bir çocuğu ve ailesini ayrı ayrı ele alıp değerlendirmek.
- Bireyin bakım hakkındaki görüşlerini etkileyen kültürel, sosyoekonomik ve etnik özellikleri ve ailenin tıbbi deneyimlerini göz önünde tutmak.

- Ortaya çıkan yeni ve zor duruma uyumunu kolaylaştırmak için çocuk ve aileyi güçlendirmek
- Sağlanacak bakımı seçmeden, önce aile ve çocuğun bakım hakkındaki tutumunu bilmek ve destek alınabilecek olanakları gözden geçirmek.
- Uygulamaları, bakım hizmetlerini çocuk ve ailenin inançları, gereksinimleri, kültürel değerleri doğrultusunda organize etmek.
- Hastanın ve ailesinin bilgilendirilmesinde dürüst, adil ve tarafsız ilkelere bağlı en doğru ve en faydalı yolu bulmak.
- Doğum, bebeklik, çocukluk, adolesan dönemde çocuk ve aileyi destekleyen resmi veya resmi olmayan destek mekanizmalarını sağlamak.
- Bakımın her aşamasında aile ile işbirliği yaparak, çocuğun profesyonel sağlık eğitimi almasını sağlayarak yeni eğitim ve hizmet planlama programları geliştirmek.
- Ailenin ve çocuğun kendi gücünün farkındalığını sağlayarak, bu güç sayesinde sağlıklarını sürdürme ve karar verme becerisini geliştirmek

1993 yılında "aile merkezli bakım" stratejilerini uygulamaya başlayan Georgia Çocuk Hastanesi, çalışanların eğitimi ve amaca uygun planlamalar sayesinde memnuniyet puanlarını yükselttiklerini rapor etmişlerdir (76).

II.6.1. Aile Merkezli Bakımın Yararları

Amerika'da pek çok sağlık kuruluşu hizmet programlarının içine aile merkezli bakımı koyarak bakım kalitesini yükseltmeyi hedeflemiştir.

Aile merkezli bakımın yararları şöyle sıralanmaktadır:

- Sağlığın geliştirilmesi çalışmalarında hem aileyi hem de çocuğu daha güçlü hale getirir.
- Aile ile işbirliği ve bilgilendirme süreçlerinin daha iyi sürdürülmesi için alınacak kararların geliştirilmesinde ipuçları verir.
- Bakımın aile ile işbirliği içinde yürütülüp geliştirilmesini sağlar.
- Bakım verenlerin kapasitesini arttırarak ailenin güçlü yanlarının daha iyi tanımlanmasını sağlar.
- Sağlık bakım hizmetlerinin ve profesyonellerin zamanının daha etkili kullanılmasını sağlar.(Ör:Daha iyi evde bakım hizmeti organizasyonu, gereksiz yatışlarda azalma, daha etkili koruyucu bakım).

- Sağlık ekibi üyeleri arasında iletişimi geliştirir.
- Sağlık hizmetleri pazarlamasında rekabet gücünü yükseltir.
- Gelecekte sağlık profesyonellerinin çalışma ve araştırmalarına önemli zemin hazırlar.
- Uygulamalar sonunda çalışan memnuniyetinin yükselmesini sağlar.
- Aldıkları bakımın geliştirilmesi sonucunda çocuk ve ailenin memnuniyetini sağlar (76).

Aile merkezli bakım ayrıca, ebeveynlerin çocuğun bakımına katılımı ile kaybettiği kontrol duygusunu tekrar kazanmasını sağlar ve ebeveyn sağlık personeli arasındaki iletişimi güçlendirir (77).

II.7. Ebeveyn Memnuniyeti Ölçümünde Kullanılan Kavramlar ve Ebeveyn Memnuniyetinin Önemi

Ebeveyn memnuniyetinin ölçülmesinde pek çok yöntem kullanılmaktadır. En sık kullanılan yöntem anket uygulama yöntemidir. Ebeveyn memnuniyetini ölçebilecek ölçek yada anketler, yüz yüze görüşme tekniği, telefonla görüşme tekniği yada posta yolu ile gönderme şeklinde uygulanabilmektedir. Bunun dışında odak grup görüşmeleri, direk gözlemler ve ebeveyn raporları biriktirilerek arşiv çalışması yöntemi ile uygulanabilir.

Ebeveyn memnuniyeti anket ve/veya ölçeklerinde en sık şu kavramlar kullanılmaktadır; Bilgilendirme, Ailenin Katılımı, İletişim, Teknik Beceri, Duygusal Gereksinimler, Genel Memnuniyet, Çevre, Bakımın sürekliliği (78).

II.7.1. Bilgilendirme

Hastalık durumu ile karşı karşıya gelmenin en güç tarafının “şimdiye kadar hiç bilgi sahibi olunmayan bir durum ile yüz yüze gelmek, belki bir süre, belki de sürekli bu şekilde yaşamak zorunda kalınması” olduğu belirtilir . Özellikle acil bir durum ile karşılaşan hastalar ve aileleri için, ortak yaşanan kriz durumu söz konusudur (79).

Hasta ve yakınlarının, hastalık durumunu daha anlayışla kabullenerek karşılayabilmelerinin en mantıklı yolunun sağlık çalışanları tarafından bilgilendirmeden geçtiği belirtilmektedir. Hasta ve ailesinin gereksinimi olan bilgilendirme, aynı zamanda Dünya Tıp Derneği'nin (American Hospital Association AHA) hasta hakları bildirgesinde belirtilen temel haklardan birisi olarak belirtilmiştir. Hastanın hastalık tanısı, tedavisi, kendisine uy-

gulanacak işlemler ve tedaviden sorumlu bireyler hakkında bilgi alma hakkının mutlaka hastaya sunulması gerekmektedir.

Ebeveynlerin çocuğun durumu, tanı, tedavi ve testler konusunda bilgilendirilmek istedikleri ve bu bilgilendirmenin de ebeveynlerin anksiyetesini azalttığı araştırmalarla kanıtlanmıştır (80). Ebeveynler sağlık çalışanları tarafından endişelerinin ve sorunlarının dinlenilmesini, sorularının cevaplanmasını istemektedir. Bununla beraber çocuklarının bakımında kendilerinden ne beklendiğini bilmek, kliniğe uyum sağlamak ve çocuklarının bakımına katılmak istedikleri yapılan araştırmalarla saptanmıştır (81,82).

Hastaneye yatan çocuğun ve ebeveynin; bulunduğu ortama ve hastalığa uyumunu sağlamak, çocuk ve ebeveynlerin korku ve endişelerini en aza indirmek, bakım ve tedavi için sağlık çalışanları ile işbirliğini en üst düzeye çıkarmak için hasta ve ebeveynlerin bilgilendirilmesi gerekmektedir. Klinik hakkındaki bilgilerin yanında, hastalığın teşhisi, tedavisi, tedavinin yan etkileri, çocuğun durumu ile ilgili gelişmeler konusunda yapılan bilgilendirmenin memnuniyeti arttırdığı belirtilmektedir (81).

Hasta ve ailesinin hastaneden ayrıldıktan sonraki süreçte, hasta için gerekli hizmetlerden ve sağlık çalışanlarından nasıl yararlanacağına dair bilgilendirilmenin yapılması hastalığa uyumu ve çalışanlara güveni sağlamaktadır. Hastaneden taburcu olan çocuğun evde bakımı için geliştirilmesi gereken beceriler ve ev ortamında yapılması gereken değişiklikler konusunda ebeveynlere yapılan bilgilendirmenin, hastanın tedaviye uyumunu ve ailenin kuruma bağlılığını arttırdığı yapılan araştırmalarda vurgulanmaktadır (83,84,85,86).

Ülkemizde, hastanede yatan hastalara ve onların ailelerine istenilen niteliklerde bilgilendirme hizmetlerinin verilmediği düşünülmektedir. Oktay'ın yaptığı çalışmada annelerin çocuğun bakımı konusunda hemşireler tarafından bilgilendirilme durumları incelenmiş ve annelerin yarısının hemşireler tarafından bilgilendirildiği ancak verilen bilgilerin tam anlayamadığı saptanmıştır (51).

II.7.2. Ailenin Katılımı

Çocuğun tedavi ve bakımının kesintisiz ve istenilen düzeyde yürütülebilmesi için tedavi ve bakımla ilgili kararlara ailenin katılımının sağlanması gerekmektedir. Sağlık çalışanları, ebeveynlere çocuğun sağlık durumunu ve tedavisi konusunda rahatlıkla soru sorabileceği ortamlar sağlamalıdır. Ailedeki sağlık alışkanlıklarının açığa çıkarılması, gereksinimlerin saptanması için ebeveynlerin görüşleri alınmalı ve

onların önerileri önemsenmelidir (78,81). Farklılıkların (kültürel, etnik ekonomik ve sosyal) en aza indirilmesi için ebeveynlerin soru sorabilmelerine fırsat verilmesi ve soruların yanıtlanmasına zaman ayrılması gerektiği yapılan araştırmalar sonunda belirlenmiştir (85,88). Elde edilen bilgilere göre çocuğun bakımı planlanmalı ve uygulanmalıdır (87).

Yapılan araştırmalar ebeveynlerin çocuklarına yapılacak tedavi ve bakım ile ilgili kararlara katılmak istediklerini göstermektedir (88,89). Ülkemizde yapılan çalışmada ise ebeveynlerin, çocukların tedavi ve bakımla ilgili kararlara katılmadıkları belirlenmiştir. Karar verme sürecine katılmama nedenlerine bakıldığında ebeveynlerin hastalıklar ve tedavi konusunda bilgilendirilmedikleri bu nedenle de kararları hekimlere bıraktıkları saptanmıştır (51).

Hemşire, yirmi dört saat hasta çocuğu ile birlikte olan ebeveynlerle ilk iletişimi başlatmalı ve çocuğun bakımına onları da katmalıdır. Çocuğun bakımı için gereken bilgi ve becerilerin kazanılmasında ebeveynlere düzenli, sürekli, anlaşılabilir bilgilerin aktarılması, onların üzüntü ve gerginliklerini azaltarak daha iyi bakım verme motivasyonunu arttırmaktadır(90). Ebeveynlerin çocuğun bakımına katılmaları sağlık çalışanlarına güveni arttırmakta ve bakım kalitesini yükseltmektedir (84).

II.7.3. İletişim

Çocukları hastaneye yatan ebeveynler korku ve endişe yaşarlar. Alışık olmadıkları hastane rutinleri, tanımadıkları cihazlar hem çocuk hem de ebeveyn için büyük bir stres kaynağıdır. Hemşireler, ebeveynlere ve çocuklara hastalığın gidişi, tedavisi ve tedavinin yan etkileri hakkındaki bilgileri anlayabilecekleri şekilde vermelidir. Testlere hazırlık aşamasında yapılması gerekenler çocuklara ve ebeveynlere anlayabilecekleri bir dille anlatılmalıdır (78). Test sırasında ve sonrasında olabilecekler konusunda verilecek bilgi, onların korku ve endişelerinin azalmasını sağlar. Ebeveynlere ve çocuklara korkularını dile getirebilmeleri ve soru sormaları için zaman verilmelidir.

Ebeveynler hemşirelerden genellikle iyi bir iletişimin başlangıcı olan güler yüzlü bir yaklaşım beklemektedir (91). Hemşirelerin ebeveynlerle profesyonel iletişimi başlatmaları ve sürdürmeleri çocuğun ve ailenin sosyal, kültürel yapısının tanınması ve sağlık çalışanları tarafından kabul görmesini sağlamaktadır.

Conner'ın yaptığı literatür taramasında ebeveyn memnuniyeti araştırmalarında en çok sorgulanan boyutun iletişim olduğu belirlenmiştir. Ebeveynler sağlık personelinen dürüst ve açık bir iletişim şekli beklemektedir. Ebeveynler ayrıca hemşirelerden, olabilecek olumsuzluklara karşı bilgilendirme ve tıbbi bilgilerin anlaşılabilir bir şekilde açıklanmasını beklemektedir (92).

Hemşire – hasta iletişiminin, hasta bakımında, özellikle hasta yararına sonuçlar doğurduğu bilinmektedir. Hastaneden taburcu olan hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada, aldıkları hizmetlerden %95 oranında memnun olan hastaların bu memnuniyetlerinin içerisinde, hemşire bakımına büyük oranda yer verdikleri izlenmiştir (11).

Hastane ortamında bulunan çocukların ve ebeveynlerin endişelerinin en aza indirilmesi, bakım ve tedaviye uyum sağlanması açısından önem taşımaktadır. Ülkemizde yapılan bir araştırmada annelerin hemşirelerle endişelerini paylaşamadıkları saptanmıştır. Paylaşamama nedenleri ise sırası ile; hemşirelerin yoğun olmaları, hemşirelerin kendilerini anlamayacaklarını düşünmeleri, kendilerine sert davranılması, endişelerine çözüm getirememeleri olarak saptanmıştır (51). Endişelerini paylaşamayan ebeveynlerin kaygı düzeylerinin yükseleceği ve bakımın kalitesini olumsuz etkileyeceği düşünölmektedir.

Etkili bir iletişimin ebeveyn memnuniyeti üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu ve sağlık hizmeti veren organizasyonlarda sürekli irdelenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (83,84).

II.7.4. Teknik Beceri

Sağlık alışanlarının teknik becerilerinin değerlendirilmesinde ebeveynler çok doğru kararlar veremeyebilir. Sağlık alışanlarının gerçekleştirdikleri uygulamalar (enjeksiyon yapma gibi) sırasında hemşirelerin çocuğun gereksinimlerini karşılama biçimi, rahat ettirme çabaları, gereksinimlerin karşılanma hızı gibi özellikleri göz önünde tutulmaktadır. Ağrılı girişimlerden önce çocuğun ve ebeveynlerin korkularının giderilmesi, endişelerinin paylaşılması önemlidir. Çünkü ebeveynler işlemlerin teknik boyutundan çok bu boyutunu algılamaktadır. Varni, bakım kalitesinin değerlendirildiği ebeveyn memnuniyeti araştırmalarında kullanılacak ölçeklerde teknik beceri ile ilgili soruların mutlaka yer alması gerektiğini vurgulamaktadır (78).

II.7.5. Duygusal Gereksinimler

Hastaneye yatan çocuğun korku ve endişeleri ile baş etmesine yardımcı olmak amacıyla duygularını ifade edebileceği, eğitim ve oynama gereksinimlerini karşılayabileceği uygun ortamların sağlanması gerekmektedir. Hastanede çocuğu ile birlikte kalan ebeveynler genellikle üzgün ve yorgundurlar. Özellikle çocuğuna tedavisi zor bir hastalık (lösemi gibi) tanısı konan ebeveynler ilk aylarda duygusal çökkünlük yaşamaktadır. Bu yoğun anksiyete ebeveynlerin, hemşirelerle ve diğer sağlık çalışanları ile etkili iletişim kurmasını engellemektedir. Hemşireler, ebeveynlerin bu zor durum ile baş edebilmeleri için kendilerini ifade etmelerini sağlamalı, destek için onlara zaman ayırmalı ve gerekli durumlarda farklı disiplinlerle işbirliği yapabilmelidir (78).

II.7.6. Genel Memnuniyet ve Çevre

Hastanenin fiziki koşulları (ısı, ışık, gürültü), yemek hizmetleri (yemeklerin tazeliği, lezzeti, görünümü, temizliği, çeşidi, sunumu), otelcilik hizmetleri (çarşaf ve çamaşırların değiştirilme sıklığı, gazete dağıtımı), çalışanların hasta ve ailesine karşı olan tutumu, bakım ve tedavi ediliş şekli hakkındaki hasta ve ebeveynlerin yargı ve düşünceleri genel memnuniyeti oluşturmaktadır (78,93).

II.7.7. Bakımın Devamı

Hastanede tedavi ve bakımı tamamlanan çocuğun, evde bakımının sürdürülebilmesi için ebeveynlere, hastaneye yatışın hemen sonrasında başlayarak planlı, düzenli, gereksinimlere yönelik, anlaşılır eğitim verilmeye başlanmalıdır. Bakımın istenen kalitede sürdürülmesini sağlamak amacıyla ebeveynlerin değişiklikler hakkında hemşireleri ve diğer sağlık çalışanlarını bilgilendirmesi evde bakımın planlanmasında önemli yer tutmaktadır. Bakımın devamının sağlanması ebeveyn memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkilemektedir (78).

Çocuk hastanelerinden hizmet alan çocukların ve ebeveynlerin hastanede kaldıkları sürede nasıl bir deneyim kazandıkları ve hastaneden ayrılırken hangi görüş ve düşüncelere sahip oldukları hastane yöneticilerinin ilgisini çekmektedir (94). Hastaneler ve bakımı organize eden şirketler, çocuklar için bakım kalitesinin iyileştirilmesinde, pediatrik bakımın en önemli çıktısı olan ebeveyn memnuniyeti verilerine odaklanmaktadır. Hastanelerde düzenli elde edilen ebeveyn memnuniyeti raporları, bakım sürecinin diğer tıbbi kayıtlarla karşılaştırılmasını sağlar. Ancak, bu gün hala

pediatrik bakımı tanımlayan, ebeveyn görüşlerini ölçebilecek standart bir ölçüm aracı belirlenmemiştir (44).

Her ülke hatta her sağlık kuruluşu kendi memnuniyet ölçeğini geliştirip uygulamaya koymuştur. Ör: McPherson yeni doğan ünitesinden hizmet alan ebeveynlere yönelik memnuniyet ölçeğini, Varni, özel bakıma ihtiyacı olan çocuklara yönelik memnuniyet ölçeğini ve onkoloji hastalarının ebeveynlerine yönelik memnuniyet ölçeklerini geliştirmiştir (78,93).

Yapılan literatür taramasında ülkemizde ebeveyn memnuniyet ölçeği kullanan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Pediatrik bakımın tüm boyutlarını ölçebilen standart bir ölçüm aracının seçilmesi doğru verilere ulaşma açısından önemlidir. Bireylerin tutumlarını ölçmek için değişik yöntemler (görüşme, rapor etme) kullanılmıştır. Son yıllarda sıkça kullanılan tutum ölçekleri bireyin kendisi hakkında bilgi vermesi temeline dayanır. Likert tipi olarak hazırlanan bu ölçekler bireyin belirli bir durum karşısında nasıl davranış göstereceğinin yazılı yada sözlü olarak sunulması ilkesine dayanmaktadır (95).

II.9. Ölçek Seçme Kriterleri

Ölçeğin seçiminde önemsenmesi gereken ölçeğe ait bazı özellikler vardır. Araştırmada neyin amaçlandığı bu amaca erişmek için seçilecek ölçeğin çalışılan grubun özelliklerine uygun olup olmadığı, istenilen bilgiyi sağlayıp sağlamayacağı, araştırılan değişimleri verip vermeyeceği göz önünde bulundurulmalıdır (96). Hangi amaçla olursa olsun bir ölçeğin kullanılması için, onun belirli özelliklere sahip olması gerekir. En önemli özellikler standardizasyon, normlar, geçerlik ve güvenirliktir (97).

II.9.1. Standardizasyon

Bir ölçeğin en önemli öğelerinden biri olan standardizasyon, yorum hatasının en aza indirgenmesini ve ölçeğe ilişkin normların oluşmasını sağlar. Standardizasyon, ölçeğin uygulama ve puanlama işlemlerinin aynılığını değişmezliğini belirler. Öyle ki ölçeğin uygulama ve ortam koşulları, puanlama ölçütleri ve standartlarının tam benzerliği söz konusudur. Uygulayıcı ve denekler değişse de ölçek işlemleri çoğunlukla değişmezliğini korur. Standardizasyon sürecinde kullanılan örneklem grubu ve bilhassa sayısal büyüklüğü önemlidir. Örneklem grubu ölçeğin hedeflediği kitleyi temsil etmeyi sağlayan bir yöntemle oluşturulmalı ve bu yöntemin ayrıntıları açıklanmalıdır (96).

II.9.2.Nesnellik

Bireysel hatalardan kurtulması amacıyla derecelendirme ölçeğinin açık uçlu sorular yerine çoktan seçmeli sorulardan oluşması gerekmektedir. Nesnellik ölçeğinin güvenilirliği içinde yer alır (96).

II.9.3. Güvenirlik

Bir ölçeğin farklı zamanlarda, aynı kişilerde uygulandığında aynı sonuçları vermesi demektir. Bir ölçeğin güvenilirliği, onun diğer bir ölçekten ayrıldığı konularla uygunluğunun bir ölçüsüdür. Ölçmenin tesadüfi yanılgılardan arınık olmasıdır (97). Güvenirlik en iyi şekilde 0'dan 1'e kadar değişen (r) korelasyon katsayısı ile ifade edilir. Güvenirlik katsayısı, bir testin aynı kişilere uygulandığında aynı sonuçları verme olasılığını belirtir. 1 rakamı tam uygun bir ilişkiyi gösterirken ; 0 rakamı tesadüfi bir ilişkiyi gösterir. Literatürde bildirildiği gibi 0,7'den daha küçük bir korelasyon katsayısı gösteren ölçeklerinin kullanılması önerilmez (96).

Güvenirlik sınamaları üç şekilde yapılabilir.

- 1- Zamana göre değişmezlik (Stability)
- 2- Bağımsız gözlemciler arası uyum (equivalence)
- 3- İç tutarlık (internal consistancy)

II.9.3.1.Zamana göre Değişmezlik (Stability)

Aracın değişik zamanlardaki yinelemeli ölçümlerde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliği ile ilgilenir. Bu özellik test- tekrar test ölçümleri ile değerlendirilir. Bu yöntem oldukça kolaydır ve ileriye doğru güvenilirliği denetler (98).

II.9.3.2.Bağımsız gözlemciler arası uyum (equivalence)

Araştırmacının bağımsız ölçümler arasında eşitlik aradığı durumlar için uygulanır. İki koşulda uygulanabilir. a) Değişik gözlemciler tarafından aynı aracın aynı anda aynı olguyu ölçmesi durumu, b) Birbirine koşut iki aracın aynı zamanda deneklere uygulanması durumu (98).

II.9.3.3.İç tutarlık (internal consistancy)

Çok sık başvurulan bir güvenilirlik ölçütüdür. İç tutarlığın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının, belli bir amacı gerçekleştirmek (bütünü oluşturmak) üzere birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerinden (test maddelerinden, anket sorularından) oluştuğu ve bunların, bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip

olduğu varsayımdır. Bunu sayısal olarak saptayabilmek için belli başlı üç teknik geliştirilmiştir (98).

- a) Madde istatistikleri
- b) Bölünmüş test çözümlenmeleri
- c) Eş (paralel) formlu araçlar

II.9.3.3.1.Madde istatistikleri

Ölçme aracındaki her maddenin aldığı değer ile ölçme aracının tümünden alınan toplam değer arasındaki ilişkiyi ifade eder. Araçtaki maddeler eşit ağırlıkta ve bağımsız üniteler şeklinde ise her madde değeri ile toplam değerler arasındaki ilişkinin (korelasyon katsayısı) yüksek olması beklenir. Genellikle korelasyon katsayısı 0.5 den düşük olan maddelerin güvenilirliğinden kuşkulunup iyi birer madde olmadığı söylenebilir (99).

II.9.3.3.2.Bölünmüş test çözümlenmeleri

Bu teknikle yapılan güvenilirlik ölçümlerinde ölçü aracında bulunan maddeler yansız (genellikle tekler çiftler) olarak iki eşit gruba ayrılır. Her gruptaki toplam puanlar, testin uygulandığı her kes için ayrı ayrı bulunur. Bölünmüş test puanları arasındaki ilişki (korelasyon katsayısı) hesaplanır (98).

II.9.3.3.3. Eş formlu araçlar

Aynı amacı gerçekleştirmek üzere iki ayrı ölçü aracı hazırlanır. Her iki araç ile, aynı grupta gerekli ölçmeler, ayrı ayrı yapılır. Her iki araçtan elde edilen puanlar, bütün grup için ayrı ayrı hesaplanarak aralarındaki ilişki bulunur (98).

II.9.4. Geçerlik

Bir ölçeğin ölçmeyi amaçladığı özelliği ne denli “doğru” ölçtüğünü ifade eder. Yani incelemeyi amaçladığımız kuram, kavram yada değişkenle ilgili bileşenleri ne derecede kapsadığını yada yansıttığını yargıladığımız ikinci önemli niteliktir. En çok kullanılan geçerlik yöntemleri; (97)

- a) Kapsam (içerik) geçerliği (Content validity)
- b) Ölçüte bağlı geçerlik (criterion-related validity)
- c) Yapı geçerliği (construct validity)

II.9.4.1.Kapsam geçerliği

Ölçüm aracının, ölçülmek istenen yapının temel elementlerini ne ölçüde kapsadığını incelemekle ilgilenir. Araştırmacı ölçülen kavrama tanımını, sınırlarını, boyutlarını bütünleyen tüm kavramları içerecek şekilde ayrıntıya dökerek, bunun geçerli-

ğini inceler. Kapsam geçerliğini sağlamada, öncelikle incelenecek değişkenin özgül boyutlarını kapsayan bir ayrıntılı taslak en az üç kişiden oluşan bir uzmanlar grubunun görüşüne sunulur .

II.9.4.2.Ölçüte bağlı geçerlik

Geçerliği bir ölçüte göre belirleme yaklaşımıdır. Ölçüt geçerliğini sınamada iki yaklaşım bulunmaktadır;

- a) Eş zamanlı ölçek geçerliği
- b) Yordama geçerliği.

II.9.4.2.1. Eş zamanlı ölçek geçerliği

Bu yaklaşımda, aynı kavramın iki ayrı ölçümünün aynı zaman noktasında karşılaştırılması sağlanır. Eğer aracımızın ölçüm değeri ile diğer ölçüt arasında yüksek korelasyon kurulursa, sınıadığımız aracın geçerli ölçüm yaptığı kabul edilir (97).

II.9.4.2.2.Yordama geçerliği

Bu geçerlik sınamasında, geliştirilmiş olan aracın ileriye dönük bir ölçüte göre bireylerin başarımlarını yada davranışlarını ayırt edebilme yeterliği kanıtlanır (97).

II.9.4.3.Yapı Geçerliği

Bir ölçeğin ölçmek istediği kavramı ne ölçüde doğru ölçtüğünü gösterir. Bir testin yapı geçerliğini oluşturmak için, değişkenler arasındaki ilişkinin iyi tanımlanması gerekmektedir (96).

Yapı geçerliğini belirlemede kullanılan başlıca çözümlenmeler;

- a) Çok değişkenli- çok yöntemli matris yaklaşımı
- b) Bilinen gruplar yaklaşımı
- c) Bileşen çözümlenmeleri
- d) Duyarlık ve özgüllüktür

II.9.4.3.1.Çok değişkenli / çok yöntemli matris yaklaşımı

Yapı geçerliğini kanıtlamada önemli ilerlemeler sağlayan bir sınamadır. Bu yöntemde bir yapıyı değişik yöntemlerle ölçerek benzer sonuçlar elde etmek yoluyla yakınlaşım bulgusu sağlanır (98).

II.9.4.3.2. Bilinen gruplar yaklaşımı

Bu yöntemde, ölçmeyi istediğimiz özellik açısından birbirine benzemediği düşünülen iki ayrı gruba geliştirilen araç uygulanır ve sonuçlar karşılaştırılır. Bu yaklaşıma zıt gruplar geçerliği de denilmektedir (98).

II.9.4.3.3. Bileşen çözümlenmeleri (Faktör analizi)

Temelde birbiri ile bağlantılı değişkenleri belli kümelerde bir araya getirmeye yarayan bir yöntemdir. Faktör adı verilen bu kümeler, benzeşik özellikleri temsil eder. Başka bir anlatımla faktör çözümlenme, çok sayıda değişkenin birkaç başlık altında toplanmasıdır (98).

II.9.4.3.4. Duyarlık ve Özgüllük

Bir ölçme aracının yaklaşım/ayrışım geçerliğini belirlemede kullanılır. Deneklerde incelenen olayın gerçekten varolma durumunu, yani gerçek olumluları saptama yeteneğini belirler (99).

II.10. Likert Tipi Ölçekleme Tekniği

Hedef grubun belli bir konudaki tutumlarının ölçülmesinde bir çok tekniğin geliştirildiği bilinmektedir. Tutum ölçme tekniklerini ilk kez Boardus 1925 yılında geliştirmiştir. Likert tipi bir ölçekte elde edilen puanın, genel olarak cevap veren kişilerin ölçeğin içeriğindeki maddelere verdikleri tepkilere göre aldıkları puanların toplamından oluştuğu belirtilmektedir .

Bu tekniğin uygulanmasında, belirli bir durum karşısında bireyin nasıl bir davranış biçimi geliştireceği kendisine yazılı veya sözlü olarak sorulur yada davranışının gözleneceği deneysel bir ortam yaratılarak gözlem yapılır. Kişilerden sorulan her ifade için önceden belirlenmiş kalıplara göre tepkilerini belirtmeleri istenir. Bu kalıplar orijinal Likert ölçeğinde beşli bir gruptur ve “tamamen katılıyorum”, “katılıyorum”, “ kararsızım”, “katılmıyorum”, “kesinlikle katılmıyorum” biçiminde sıralanmıştır Daha sonra Likert tip ölçeklerde uygulanacak toplumun sosyo-kültürel özelliklerine göre değişen üçlü ve yedili ölçeklerde kullanılmıştır.

Likert tipi ölçek geliştirmek için üç ana adımın uygulanması gerekmektedir. Bunlar ; a)ölçülecek tutumun özelliğinin tanımlanması b)Deneme ölçeğinin düzenlenmesi ve deneme uygulaması c) Deneme ölçeğinden elde edilen verilerin analizi. Yapılan analizler sonunda korelasyon katsayısı eksi veya sifıra yakınsa ölçekte yer alan bu maddenin ölçülmek istene tutumu ölçmede yetersiz kaldığı kanısına varılır. Bu durumda da korelasyon katsayısına göre sıralana maddeler listesinde düşük katsayıya sahip olanlar ölçekten çıkarılmalıdır (100).

II.11. Ölçeklerin Türkçe'ye Uyarlanması

Ölçek uyarlamada izlenmesi gereken adımlar:

- 1- Öncelikle aracı geliştiren araştırmacı ile yazılı iletişim kurularak, özgün aracın ülkede kullanılma izni alınmalı, yazar hakları ile ilgili kurallara uyulacağı, araç sahibinin özel istekleri varsa (ücret ödeme, yazarlar içinde adına yer verme vb.) bunların yerine getirileceği belirtilmelidir. Aracın tam metni ve varsa kullanım ve değerlendirme protokolü istenmelidir. Ayrıca ülke toplumuna uyarlamada gerekebilecek ufak değişiklikler için izin istenmelidir.
- 2- Aracın yazıldığı dilin uzmanı iki dilbilimci tarafından, birbirlerinden bağımsız olarak Türkçe'ye çevrilmesi sağlanmalı, daha sonra araçla ilgili alanda uzman olan bir öğretim üyesi ve bir Türk dili ve edebiyatı uzmanı tarafından incelenerek, her madde için en uygun olan çeviri benimsenmelidir.
- 3- Yabancı dili ve ilgili kültürü, aynı zamanda Türkçe'yi iyi bilen bir başka kişinin, Türkçeleştirilen aracı özgün diline çevirmesi sağlanmalı; bu çeviri, özgün dildeki aslı ile karşılaştırılarak, tam aslına uymayan maddelerin Türkçe'leri yeniden gözden geçirilmeli ve düzeltilmelidir.
- 4- Türkçe'ye uyarlandıktan sonra aracın , kapsam geçerliğini sağlamak için ilgili başlık altındaki değişik hemşirelik alanından uzmanların görüşlerine sunulmalı, gerekirse uzman eleştirileri doğrultusunda maddelerde ufak uyarlamalar yapılmalı, iyi anlaşılmadığı belirtilenler yeniden düzeltilmelidir.
- 5- Araç bu son şekliyle değişik eğitim düzeyinde 10-15 bireye verilerek okunabilirlik ve anlaşılabilirlik yönünden denek görüşleri alınmalıdır.

Dil ve kapsam geçerliği sağlanan bir aracın planlanan bir araştırmada kullanılmasından sonra, Türkçe yada yurt dışı dergide yayınlanmış bir kopyasının; eğer tez ise yabancı dilde bir özetinin, aracın ilk yazarına gönderilmesi uygun olur. Yazının yöntem bölümünde, aracın uygun tanıtımının yapılması, özgün adının belirtilmesi ve kaynakça bölümünde yazarın adına yer verilmesi vazgeçilmemesi gereken etik kurallardır (98).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma iki bölümde planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. 1.Bölüm ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması, 2.Bölüm ebeveynlerin memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi.

I.BÖLÜM

III.1.GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

III.1.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği '(Ebeveyn Raporu) nin geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması amacıyla metodolojik olarak planlanmıştır.

III.1.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Ankara Büyükşehir belediyesi sınırları içerisinde yer alan ve yaklaşık 200 yataklı bir üniversite hastanesidir. Araştırmanın bu kısmı bölüm 22 (Pediatrik Dahiliye- Okul Çağı), bölüm 23 (Pediatrik Dahiliye-Adölesan), bölüm 35 (Pediatrik Dahiliye- Okul Öncesi), bölüm 37 (pediatrik dahiliye – süt çocuğu), bölüm 38 (bebek enfeksiyon) servislerinde yapılmıştır. Bu kliniklere 0-18 yaş grubunda, akut ve kronik hastalık tanısı konmuş çocuklar yatırılmaktadır.

III.1.3.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 2000 yılında H.Ü İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesine yatırılan çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır. Bu bölümün örneklem sayısı 100 olarak belirlenmiştir. Ölçek geçerlik güvenilirlik çalışmalarında, genellikle ölçeğin içerdiği soru sayısının 4 katı birey sayısına ulaşmanın yeterli olacağı kabul edilmiştir (101).

III.1.4.Örneklem Seçimi

Araştırma yapılacak kliniklere yatırılan hastaların yanında refakatçi olarak kalan ve araştırmayı kabul eden ebeveynlerle gerçekleştirilmiştir. Belirlenen örneklem sayısına ulaşıncaya dek tüm ebeveynlerle görüşülmüştür.

III.1.5. Örneklem Kriterleri

Araştırma;

1. Hastanede en az iki gün veya daha fazla süreden beri kalan anne yada babalar
1. En az ilkokul mezunu olan ebeveynler.
2. Çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynler.
3. Türkçe konuşabilen ebeveynler ile sınırlıdır.

III.1.6. Araştırmanın Etik Yönü

Ölçeğin kullanılabilmesi için yazarın kendisinden (J.W.Varni) ve ölçeğin tanıtım ve dağıtım hakkını elinde tutan Mapi Araştırma Enstitüsünden, araştırmanın uygulanabilmesi için hastane yönetiminden gerekli izinler alınmıştır(78). Araştırmaya katılan ebeveynlere araştırmanın amacı hakkında açıklama yapılmış ve kabul eden ebeveynlere ölçek dağıtılmıştır. Ebeveynler ile ilgili elde edilen bilgilerin gizliliğine özen gösterilmiştir.

III.1.7. PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği 'nin Puanlaması

Ölçekte yer alan sorular 5'li düzeyde dereceleme göre değerlendirilmiştir.

- | | |
|---|------------------------|
| 0 | Asla hoşnut değil |
| 1 | Bazen hoşnut |
| 2 | Çoğu zaman hoşnut |
| 3 | Hemen her zaman hoşnut |
| 4 | Her zaman hoşnut |

U/Y Uygulama yok (Çocuğun yaşına bağlı olarak alınamayan hizmetleri ifade eder.)

Ölçek pozitif olarak değerlendirilmiştir. Ölçek puanlarının hesaplanmasında;

0 = 0 puan , 1 = 25 puan, 2 = 50 puan, 3 = 75 puan, 4 = 100 puan olarak değerlendirilmiştir. Bir ölçekte U/Y (uygulama yok) seçeneğinin tercih edilmesi durumunda, o ölçek çalışma grubuna alınmayacaktır. Bu seçeneğin daha az bulunduğu anketlerde elde edilen puanlar toplandıktan sonra U/Y seçeneği tercih edilen sorular hesaplama alınmayarak ortalamaları elde edilecektir. Ör: Ölçekte yer alan 25 sorudan 4'üne U/Y yanıtı verilmiş olsun, ölçekten elde edilen toplam puan 1575 olsun, ortalama hesabı için 25 'e değil 21'e bölünerek (73) ortalama puan elde edilmiş olur. Puanlar yükseldikçe memnuniyetin de yükseldiği şeklinde bir değerlendirme yapılır (41).

Araştırmada bağımlı değişken olarak; ebeveynlerin ölçekte yer alan sorular doğrultusunda elde ettikleri memnuniyet ortalama puanları, bağımsız değişken olarak

da; hastalığın akut yada kronik oluşu, hastanede yatış süresi, ebeveynlerin yaşı. eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, yerleşim yeri kabul edilmiştir.

III.1.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi için SPSS 11.5 programı kullanılmıştır. Verilerin, yapı geçerliğini test etmek için faktör analizi, temel bileşenler analizi ve Varimax rotasyonu tekniği, Kruskal Wallis varyans analizi, güvenilirlik için Cronbach's alpha iç tutarlık testi ve bireylerin demografik özelliklerini belirlemek amacıyla yüzdelik testleri yapılmıştır.

III.1.9 Verilerin Toplanması

III.1.9.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Araştırmaya katılan ebeveynlerin demografik özellikleri ile ilgili verilerin toplanması amacıyla "Genel Bilgi Formu" hazırlanmış ve PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği (Ebeveyn Raporu)"nin ile birlikte kullanılarak araştırmanın geçerlik güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir.

III.1.9.2. Genel Bilgi Formu

Genel Bilgi Formu araştırma grubuna alınan hasta ve ebeveynleri tanımlamak amacıyla düzenlenmiştir. Bu formda çocuğun hastalığı (tanı), hastanede kalış süresi, yaşı, cinsiyeti ile ebeveynin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu ve yerleşim yerine ilişkin, literatür taraması sonunda memnuniyeti etkilediği saptanan sorular yer almaktadır. Veriler araştırmacı tarafından toplanmıştır.

III.1.9.3. Ön Uygulama

Hazırlanan Genel Bilgi Formu'nun işlerliğini belirlemek amacıyla araç 20Aralık2002 30cank 2003 tarihleri arasında 15 ebeveyne uygulanmıştır. Ön uygulamadan sonra Genel Bilgi Formu'nda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

III.1.9.4. PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği

Bu araştırmada, James W.Varni tarafından geliştirilen (PedsQL) Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği kullanılmıştır. California Üniversitesi San-Diego Çocuk Hastanesi'nde 1999 yılında geliştirilerek, geçerlik güvenilirlik çalışması yapılan Ölçekte; bilgilendirme, ailenin katılımı, iletişim, teknik beceri, duygusal gereksinimler ve genel memnuniyet ile ilgili 6 alt başlıkta 25 soru bulunmaktadır. Ölçekte her bir soru için 6 seçenek yer almaktadır. Bu seçenekler;"asla hoşnut

değilim”, “bazen hoşnutum”, “sıklıkla hoşnutum”, “hemen her zaman hoşnutum”, “her zaman hoşnutum”.”uygulama yok” şeklindedir.

Varni, (PedsQL) Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği’ nin Cronbach alpha iç tutarlık katsayısını en düşük .70, en yüksek .96 olarak rapor etmiştir. Kullanılan bu ölçek daha önce Türkçe’ye uyarlanmamıştır.

III.1.9.5. Ölçeğin Türkçe’ye Çevrilmesi

Yurt dışında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi kliniklerinde (Bölüm 22, 23, 35,37,38) 1 Temmuz 2003 15 Ağustos 2003 tarihleri arasında 100 ebeveyn ile yapılmıştır. Orijinali elde edilen ölçeğin Türkçe’ye çevrilmesi, üniversitelerde görev yapan konuya ve lisana hakim 3 uzman kişi tarafından yapılmıştır. Türkçe’ye çevrilen ölçeklerden en uygun olan cümleler seçildikten sonra bir öğretim üyesi tarafından tekrar İngilizce’ye çevrilmiştir.

Türkçe’ye çeviren uzman kişiler;

Hacettepe Üniversitesi Yabancı Diller Yüksek Okulundan 1 öğretim elemanı

Kocaeli Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulundan 1 öğretim Üyesi

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulundan 1 öğretim Üyesi

İngilizce’ye çeviren uzman kişi;

Orta Doğu Teknik Üniversitesi Yabancı Diller Yüksek Okulundan 1 öğretim elemanıdır.

III.1.9.6. Pilot Uygulama

PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği (ebeveyn raporu)nin anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla 16-27 Haziran 2003 tarihleri arasında pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulamaya Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi kliniklerinde (bölüm 22,23,35,37,38) çocuğu yatan ve her bir eğitim seviyesini temsil edecek 35 ebeveyn alınmıştır. Pilot uygulama sonunda ölçeğin sorular arası iç geçerlik katsayısı yeterli bulunmuştur ($\alpha= 0.98$).

III.1.9.7. Ölçeğin Geçerlik Çalışması

Geçerlik, ölçülmek istenen şeyin ölçülebilmüş olma derecesidir (96). Bir ölçekten elde edilen puanların geçerliği, bu puanların kullanım amacı ile ilgilidir. Bir ölçme aracı ile ölçülmek istenen özelliğin ölçülerini, başka ölçümlerin ölçüleri ile karşı-

tırmadan elde edebilme derecesidir. Yani elde edilen verilerin, elde edilmesi gereken verileri temsil edebilme derecesidir (99).

PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği (ebeveyn raporu)nin geçerlik çalışması; kapsam geçerliği ve yapı geçerliği ile test edilmiştir.

III.1.9.7.1 Kapsam Geçerliği

Ölçekte bulunan soruların ölçme amacına uygun olup olmadığını, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini, benimsenen sorun ile ilgili olup olmadığını ve alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını belirlemek amacı ile uzman görüşüne başvurulmuştur.

Uzman Kişiler;

1. Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu 1 Öğretim Üyesi
2. Erciyes Üniversitesi, Nevşehir Sağlık Yüksek Okulu 1 Öğretim Üyesi
3. Marmara Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu 1 Öğretim Üyesi
4. G.A.T.A Hemşirelik Yüksek Okulu 1 Öğretim Üyesi
5. Ankara Üniversitesi, Cebeci Sağlık Yüksek Okulu 1 Öğretim Üyesi dir.

Uzmanların PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin bütünü ile ilgili incelemeleri sonucu, ölçeğin ebeveyn memnuniyetini ölçebilecek nitelikte olduğu yönünde görüş bildirilmiştir.

III.1.9.7.2 Yapı Geçerliği

Ölçeğin ilgili kavram yada kavramsal yapının tümünün ölçme yeteneğini gösterir. Ölçekten elde edilen puanın gerçekten ne anlama geldiğini araştırma sürecidir. Yapı geçerliğini sınamak amacı ile faktör analizi ve bilinen grup karşılaştırması teknikleri kullanılmıştır.

III.1.9.7.2.1 Faktör Analizi

Temelde birbiri ile bağıntılı değişkenleri belli kümelerde bir araya getirmeye yarayan faktör analizi yöntemi bir yapıyı diğer yapılarla karıştırmadan ölçebilecek maddeleri seçerek kendi içinde tutarlı bir ölçek oluşturur (98).

Bir ölçekte ölçülmek istenen yapının kaç boyutlu olduğunun araştırılması gerekebilir ve bunun için başvurulmuş geleneksel yol faktör analizidir. Faktör analizinde maddelerin taşıdığı faktör yükleri doğrultusunda birbiriyle olan ilişki düzeylerine dayalı olarak faktörler belirlenir. Bu faktörler adlandırılır ve yorumlanır (99).

PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği'nin faktör yapısını belirlemek amacıyla SPSS 11,5 paket programında faktör analizi yapılmıştır. Temel bileşenler analizi sonuçları ölçeğin faktör yapısının ağırlıklı olarak tek bir faktörde yoğunlaştığını göstermiştir. (Tablo 1) Buna göre faktör 1, toplam varyansın % 41,61'ini , faktör 2, % 8,53'ünü faktör 3, %7,03'ünü faktör 4, %5,78'ini açıklamaktadır. Birinci faktörün varyansının oldukça yüksek olması yapı geçerliğinin kanıtı olarak kabul edilmiştir

Tablo III.1.PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği'nin Faktör Yükleri ve Cronbach's Alpha İç Tutarlık Bulguları (ABD)

Soru No	Soruların Faktör Yükleri			
	Faktör I Genel Memnuniyet	Faktör II İletişim	Faktör III Bilgilendirme	Faktör IV Duygusal Destek
6	.667			
7	.586			
11	.624			
15	.636			
16	.538			
18	.579			
23	.752			
24	.819			
25	.754			
8		.502		
9		.651		
10		.667		
12		.680		
13		.778		
14		.743		
1			.788	
2			.789	
3			.669	
4			.813	
5			.613	
19				.723
20				.793
21				.808
22				.827
Özdeğer	5.34	4..56	4.41	3.66
Varyans %	21.34	18.22	17.65	14.64
α	.93	.91	.89	.91

Tüm ölçek için $\alpha = .96$, Kümülatif varyans % 72

17. sorunun hiçbir gruba yerleştiremediği için çıkarıldığı bildirilmiştir (Kaynak:78).

Tablo III.2. PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği'nin Faktör Yükleri Ve Cronbach's Alpha İç Tutarlık Bulguları (Türkiye)

Soru No	Soruların Faktör Yükleri			
	Faktör I Duygusal Destek	Faktör II Bilgilendirme	Faktör III Genel Memnuniyet	Faktör IV İletişim
15	.730			
16	.596			
17	.611			
19	.547			
20	.587			
21	.686			
22	.715			
1		.716		
2		.714		
3		.565		
4		.690		
5		.759		
10		.483		
11		.511		
6			.560	
7			.687	
23			.757	
24			.724	
25			.581	
8				.519
9				.616
12				.510
13				.814
14				.750
18				.594
Özdeğer	10.40	2.13	1.76	1.21
Varyans %	41.61	8.53	7.03	5.78
α	.87.64	.84.58	.80.20	80.83

Tüm ölçek için $\alpha = .93$ Kumülatif varyans % 68

Tablo.III.1 ve 2’de PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği’nin faktör yükleri ve Cronbach Alpha iç tutarlık bulguları ABD ve Türkiye sonuçları verilmiştir.

Tablo.III.1’de PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği’nin ABD bulguları görülmektedir. Varni tarafından geliştirilen ölçeğin ilk geçerlik ve güvenilirlik çalışması da aynı kişi tarafından ABD’de yapılmıştır. Yapılan çalışmalar sonunda ölçeğin kuvvetli güvenilirlik geçerlik değerlerine sahip olduğu bildirilmiştir. Varni ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısını .96 ve kümülatif varyansını ise % 72 olarak rapor etmiştir (Tablo 1)(78).

Varni, yapı geçerliğine ilişkin kanıtları faktör analizi çalışmalarından sağlamıştır. Temel Bileşenler Analizi sonuçları ölçeğin faktör yapısının ağırlıklı olarak 4 faktörde toplandığını göstermiştir. Buna göre; faktör 1, toplam varyansın % 21’ini, faktör 2, toplam varyansın %18’ini, faktör 3 toplam varyansın %18’ini, faktör 4 toplam varyansın %15’ini açıklamaktadır. Yapılan analiz sonunda 17. soru hiçbir faktöre yerleştirilememiştir (Tablo.III.1) (78).

Tablo 2’de PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği’nin yapı geçerliği çalışmasından elde edilen Türkiye bulguları görülmektedir. Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı $\alpha = .93$, kümülatif varyans ise % 68 olarak saptanmıştır (Tablo.III.2)

PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği’nin Türkiye’ye uyarlama çalışması sonuçlarının, Varni’nin geçerlik, güvenilirlik sonuçlarına oldukça benzer olduğu görülmüştür. Ölçeğin yapı geçerliğini kanıtlamaya yönelik faktör analizi çalışması yapılmıştır.

Temel Bileşenler Analizi sonuçları ölçeğin ağırlıklı olarak toplam 4 faktörde toplandığını göstermiştir. Elde edilen varyans yüzdelerine Principal Component analizinden sonra Varimax with Kaiser Normalization (döndürme) tekniği ile yeniden faktör analizi uygulanmıştır. Buna göre 4 faktör toplam varyansın %62,95’ini açıklamaktadır. Faktörlere ait maddeler incelendiğinde; faktör 1, “duygusal destek” toplam varyansın % 42’sini, faktör 2 “bilgilendirme” toplam varyansın %9’unu, faktör 3 “genel memnuniyet” toplam varyansın %7’sini, faktör 4 “iletişim” toplam varyansın %6’sını açıklamaktadır. Varni’nin çalışmasında 1. faktörün “genel memnuniyet”, bizim çalışmamızda ise birinci faktörün “ duygusal destek” olarak belirlenmesi üzerine uzman görüşüne başvurulmuştur. Yapılan

görüşme sonunda faktör sıralamasındaki değişikliğin toplumsal farklılıklardan kaynaklanabileceğine çünkü ölçek güvenilirliği ve geçerliği bulgularının oldukça tatmin edici olduğuna karar verilmiştir. Faktörlerin isimlendirilmesi aynı grupta toplanan soruların ölçtüğü alanlar göz önüne alınarak yapılmıştır (Tablo2) (100).

Tablo 1 ve 2'deki yer alan maddelerin faktör yükleri dikkatle incelendiğinde Varni'nin elde ettiği veriler ile bizim çalışmamızdan elde edilen veriler arasında yakın benzerlikler olduğu görülebilir. Örneğin bizim çalışmamızda faktör 1'de yer alan "duygusal destek" maddeleri 15,16,17,19,20,21,22 dir. Varni'nin çalışmasında "Duygusal Destek" faktör 4'de yer almakta ve bu gruba giren maddeler 19,20,21,22 dir. Her iki çalışmada toplam 4 madde (19,20,21,22,) aynı faktör adı altında toplanmıştır.

Faktör 2'de "bilgilendirme" ile ilgili 1,2,3,4,5,10,11. sorular yer almaktadır. Bilgilendirme alt ölçeğinde yer alan 10. ve 11. sorular dışındaki sorular orijinal ölçekte olduğu gibi sıralanmıştır.

Bizim çalışmamızda 3. faktörde yer alan "genel memnuniyet" soruları (6,7,23,24,25) Varni'nin çalışmasında 1. faktörde (6,7,11,15,16,18,23,24,25) yer almıştır. Her iki çalışmada da benzer toplam 5 madde aynı faktör adı altında toplanmıştır. Varni'nin çalışmasından elde edilen sonuçlara göre faktör 1 e giren madde sayısının ülkemizde yapılan çalışma sonuçlarına göre daha fazla olduğu görülmüştür.

Bizim çalışmamızda 4. faktörde yer alan "iletişim" soruları (9,12,13,14,18), Varni'nin çalışmasında 2. faktörde (8,9,10,12,13,14,) yer almıştır. Her iki çalışmanın bulguları birbirine benzemektedir (78).

PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği'nin ABD ve Türkiye'de yapılan çalışmaların sonunda elde edilen korelasyon katsayıları incelenmiştir. Buna göre tüm sorular için hesaplanan korelasyon katsayıları anlamlı çıkmıştır. Elde edilen sorular arası en düşük korelasyon $r = .39$ (18.soru), en yüksek korelasyon $r = .72$ (11.soru) dir.

PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin her iki çalışma sonrası elde edilen alt ölçek puanları birbiriyle karşılaştırılmış ve elde edilen sonuçların birbirine benzer olduğu gözlenmiştir. Örneğin "bilgilendirme" alt ölçeğinin bizim araştırmamızdaki değeri $\alpha = .84$, Varni'nin araştırmasındaki değeri $\alpha = .89$ dur.

III.1.9.7.2.2.Bilinen Gruplar Yaklaşımı

Bu yöntemle, ölçmeyi istediğimiz özellik açısından birbirine benzemediği düşünülen iki ayrı gruba geliştirilen araç uygulanır. Bu yaklaşıma zıt gruplar geçerliği de denilmektedir (98). Ebeveyn memnuniyet düzeyinin eğitim düzeyi düşük olan ebeveynlerde yüksek, eğitim düzeyi yüksek olan ebeveynlerde ise düşük olacağı varsayılmıştır. İlkokul mezunu ebeveynlerin ölçek ortalama puanları ile yüksek okul mezunu ebeveynlerin ölçek ortalama puanları karşılaştırılmış ve iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. $P= 0.030$ (Tablo III.3). Bu bulgular, ölçme aracının bu çalışmada kullanılabilmesi için yeterli bulunmuştur.

TabloIII.3. Geçerlik Güvenirlik Çalışması Kapsamına Alınan Ebeveynlerin Eğitim Durumlarına Göre Ölçek Ortalama Puanları Dağılımı (n:100)

Eğitim Durumu	Ölçek ortalama puanları		
	ortanca	minumum	maximum
İlkokul mezunu	58.00 _a	11.00	100.00
Ortaokul mezunu	46.00	15.00	74.00
Lise mezunu	64.00	15.00	100.00
Yüksekokul mezunu	43.75 _a	18.00	92.39
p	0.030		

a:Mann Whitney _U testi ile gruplararası karşılaştırma yapılmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo III.3.'te Geçerlik ve güvenirlik çalışması kapsamına alınan ebeveynlerin eğitim durumlarına göre ölçek ortalama puanları dağılımı görülmektedir. Lise mezunu ebeveynlerin ölçek ortalama puanlarının, diğer eğitim grubunda yer alan ebeveynlerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Yüksek okul mezunu ebeveynlerin tüm gruplara göre en düşük memnuniyet seviyesine sahip olduğu dikkat çekmektedir. Ebeveyn eğitim düzeyinin memnuniyeti belirleyen önemli bir faktör olduğu yapılan araştırmalarda kanıtlanmıştır (78, 92,16). Ebeveynlerin eğitim düzeylerinin artması sağlık personelinde daha yüksek beklenti içinde olmasına neden olmaktadır (40,78). Bu nedenle eğitim düzeyi yüksek ebeveynlerin, sağlık hizmetleri kalite geliştirilme

çalışmalarında önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Eğitim düzeyi düşük olan ebeveynlerin memnuniyet düzeylerinin yüksek olarak belirlenmesinde bireysel algılamalar, kültürel farklılar ve buna benzer bir çok faktör önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle bu grupta yer alan ebeveynlerin gereksinimlerinin daha titizlikle incelenip, bakımın planlanması gerekmektedir. Eğitim düzeyi düşük olan ebeveynlerin, gereksinimlerini farkına varma, sağlık personeli ile iletişim kurma, yardım isteme, problemlerine çözüm arama gibi konularda sorun yaşayabileceği düşünülmektedir.

III.1.9.8. Ölçeğin Güvenirlik Çalışması

Güvenirlik, bir ölçme aracının duyarlı, birbiriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilme gücüdür (100).

Aynı süreçlerin izlenmesi ve ölçümlerin kullanılması ile aynı sonuçların alınmasıdır. En genel anlamı ile herhangi bir gözlem aracının uygulanması ile elde edilen sonuçların kararlılık ve yinelenme derecesi ile ilişkilidir. Kısacası bir ölçme aracının tutarlı sonuçlar verme yeteneğidir (97).

Ölçeğin güvenilirliğinin test edilmesi için iç tutarlık analizi yapılmıştır. Bu amaca yönelik olarak ölçeğin Cronbach alpha değerlerine bakılmıştır. Cronbach Alpha güvenilirlik sayısının 1' e yakınlığı ölçekteki her bir maddenin aynı tutumu ölçtüğü anlamına gelmektedir. Bu katsayı homojenlik ve iç tutarlığın bir ölçüsüdür. Yapılan literatür incelemesinde ölçek güvenilirliği için en az $\alpha = .70$ yada üzerinde katsayı elde edilmesinin yeterli olduğunun vurgulandığı görülmüştür (95,96,97).

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda; ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlık katsayısı $\alpha=.93$ olarak bulunmuştur.

Ölçeğin güvenilirlik kapsamında her alt grubun maddelerinin birbiri ile karşılıklı korelasyonuna bakılmış ve bir soru (soru 18) dışında tüm maddelerin korelasyonunun .40 üzerinde olduğu saptanmıştır. PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği'nin güvenilirliğini belirlemek amacıyla yürütülen çalışmalar sonunda ölçeğin güvenilirlik düzeyinin tatminkar olduğuna karar verilmiştir (101).

Yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sonunda J.W. Varni'nin PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği (ebeveyn Raporu)'nin çocuğu, hastanede yatan ebeveynlerin memnuniyet durumlarını değerlendirebilecek uygun bir ölçme aracı olduğuna karar verilmiştir.

Tablo III.4.Geçerlik Güvenirlik Çalışması Kapsamına Alınan Çocuk ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri (n:100)

Çocuğun Yatış Nedeni (tanı)	Sayı	Yüzde (%)
Hemofili, lenfoma, ca. türleri	50	50.0
Enfeksiyon, yüksek ateş, ishal	21	21.0
Lenfadenopati, derin boyun enf	5	5.0
Diabet, kronik böbr. yetmezli.	11	11.0
Ümmün yetm., genetik hast.	13	13.0
Yatış Süresi		
2/10 gün	35	35.0
11/20 gün	30	30.0
21/30 gün	14	14.0
1aydan fazla	21	21.0
Çocuğun Yaşı		
0-12 ay	30	30.0
13ay- 4 yaş	27	27.0
5-8 yaş	15	15.0
9-12yaş	13	13.0
13-18 yaş	15	15.0
Çocuğun cinsiyeti		
Erkek	59	59.0
Kız	41	41.0
Yatış sayısı		
İlk	43	43.0
ikinci	21	21.0
üç veya daha fazla	36	36.0
Ebeveyn Yakınlık Durumu		
Anne	81	81.0
Baba	19	19.0
Ebeveyn Yaşı		
20-30 yaş	44	44.0
31-40 yaş	35	35.0
41-50yaş	19	19.0
51 + yaş	2	2.0
Ebeveyn Eğitim durumu		
İlkokul mezunu	45	45.0
Ortaokul mezunu	10	10.0
Lise mezunu	23	23.0
Yüksekokul mezunu	22	22.0
Çalışma durumu		
Ev hanımı	65	65.0
Devlet memuru	21	21.0
Özel kurum çalışanı	5	5.0
İşçi	5	5.0
Serbest	4	4.0
Sosyal güvence durumu		
Emekli sandığı	55	55.0
SSK	33	33.0
Bağ-kur	4	4.0
Yeşil Kart	6	6.0
Sosyal güvence yok	2	2.0
Yerleşim Yeri		
Kent	69	69.0
Kır	31	31.0
Toplam	100	100.0

Tablo III.4'de Geçerlik güvenirlilik çalışması kapsamına alınan çocukların ve ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri görülmektedir. Tablo incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan çocukların yarısının hemofili, lenfoma ve diğer onkolojik hastalıklar nedeniyle hastaneye yatırıldığı, yatış yapılan hastaların % 65'inin 2-20 gün arasında hastanede kaldığı, bu çocuklarının yarıdan fazlasının (%57) 0-4 yaş grubunda yer aldığı, %59'unun erkek olduğu ve bu hastaların %57'sinin hastaneye yatış deneyiminin olduğu belirlenmiştir. Aynı ölçeğin uygulandığı San-Diego Çocuk Hastanesinde yapılan araştırmada çocukların ortalama 2 hafta hastanede kaldıkları saptanmıştır (78).

Ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan ebeveynlerin büyük çoğunluğunun anne olduğu, ebeveynlerin % 79'unun genç yaş grubunda yer aldığı (20-40 yaş), ebeveynlerin yarıya yakın (% 45) kısmının sadece ilkokul mezunu olduğu, ebeveynlerin çoğunun (%65 ev hanımı) herhangi bir işte çalışmadığı, hastaların tamamına yakın (%98) bir kısmının sosyal güvencesinin bulunduğu ve ebeveynlerin çoğunun kentsel bölgede yaşadığı gözlenmiştir. Bu bulgular Öztaş'ın 1996 yılında üç çocuk hastanesi polikliniklerinde yaptığı çalışma bulguları ile benzeşmektedir (16).

Araştırmanın bu kısmında yer alan hastaların tanıları incelendiğinde, hastaneye yatırılan çocukların yarısının tedavisi zor kronik hastalıklar nedeniyle yatırıldığı saptanmıştır. Yeni tanı konmuş hasta ve ebeveynlerin akut dönemdeki stres düzeyleri göz önüne alınarak hemşirelik yaklaşımlarının planlanması gerektiği düşünülmektedir.

Ebeveynlerin çoğu ilkokul mezunu, genç yaşta ve ev hanımıdır. Bu özelliklere sahip ebeveynlerin bilgilendirme, duygusal destek alma gereksinimlerinin daha fazla olabileceği düşünülmektedir.

II.BÖLÜM

III.3. EBEVEYNLERİN MEMNUNİYET DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

III.3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nden hizmet alan ebeveynlerin memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında, birinci bölümde geçerlik ve güvenilirliği saptanan PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği (Ebeveyn Raporu) kullanılmıştır.

III.3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'ne yılda ortalama 5000 hasta yatırılmaktadır. Çalışmanın yapıldığı bölümlere 2000 yılında 3035 hasta yatışı yapılmıştır. İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi bünyesinde pediatrik dahiliye kliniklerinden başka, (22,23,35,37,38) beyin cerrahisi ve kulak- burun boğaz kliniği (Bl.31), üroloji ve ortopedi kliniği (Bl.32), kalp damar cerrahisi (Bl.33), cerrahi kliniği (Bl.34) yenidoğan cerrahisi (Bl. 36), prematüre yoğun bakım kliniği (Bl.39), Enfeksiyon Kliniği(Bl.24), Pediatri Yoğun Bakım ve Kemik iliği Transplantasyon üniteleri bulunmaktadır.

Araştırma pediatrik dahiliye klinikleri olarak bilinen ve kliniklere ebeveynlerin kabul edildiği yerlerde yapılmıştır (22,23,35,37,38). Bu kliniklere genellikle hemofili, akut lenfoblastik lösemi, lenfoma gibi onkoloji/ hematoloji hastalarının yanı sıra diabet, böbrek yetmezlikleri, akciğer enfeksiyonları, kalıtsal ve metabolik hastalığı olan çocuklar yatırılmaktadır.

III.3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Hacettepe Üniversitesi, İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, bölüm 22 (Pediatrik Dahiliye- Okul Çağı), bölüm 23 (Pediatrik Dahiliye- Adölesan), bölüm 35 (Pediatrik Dahiliye- Okul Öncesi), bölüm 37 (pediatrik dahiliye – süt çocuğu), bölüm 38 (bebek enfeksiyon) ünitelerine 2000 yılında yatırılan 3035 hasta oluşturmaktadır.

III.3.4. Örneklem Seçimi

Araştırmanın örneklem hacmi, Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi' ndeki belirlenen kliniklere 2000 yılı boyunca yatırılan hasta sayısına (3035 hasta) göre hesaplanmıştır.

Örneklem Hacminin Belirlenmesi Formülü

Evrendeki birey sayısı biliniyorsa;

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

$$d^2(N-1) + t^2pq$$

p = İncelenen olayın görülüş sıklığı (0,61)

n = Örneklem alınacak birey sayısı

N = Evrendeki birey sayısı (3035)

q = İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı (0,39)

t = Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan saptanan teorik değer (1,96)

d = Olayın görülüş sıklığına göre istenen \pm sapma (0,05)

$$n = \frac{(3035 \times 1.96)^2 \cdot (0.61 \times 0.39)}{(0.05)^2 \cdot (3035 - 1) + (1.96)^2 \cdot (0.61 \times 0.39)}$$

$$(0.05)^2 \cdot (3035 - 1) + (1.96)^2 \cdot (0.61 \times 0.39)$$

n = 325 kişi

Örneklem oluşturulurken aşağıda belirtilen durumlar dikkate alınmıştır.

1-Ebeveynlerin hastanın yanında olmasına izin verilmeyen yeni doğan ünitesi, enfeksiyon yoğun bakım ve kemik iliği üniteleri çalışma kapsamına alınmamıştır.

2-Cerrahi servislerinde refakatçi kalınmasına izin verilmediği için bu üniteler çalışma kapsamına alınmamıştır.

3-Endoskopi, bronkoskopi ve kateterizasyon uygulaması sonrası gözlem amacı ile yatırılan hastalar kısa süreli yatış planı yapıldığından çalışma grubuna alınmamıştır.

III.3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma grubuna 325 ebeveyn alınmış ancak, 5 kişi ölçeği yanıtlamayı yarım bıraktığı için 320 kişi ile çalışmaya devam edilmiştir. PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği, Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nde 13 Eylül 2003 - 13 Şubat 2004 tarihleri arasında araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Araştırmaya, haftanın her günü, 320 ebeveyne ulaşıncaya devam edilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçek; ebeveynlere hastaneye yatışının 2. gününden sonra verilmiştir. Ölçeğin yanıtlanması süresince ebeveyn odada yalnız bırakılmış, sorulabilecek soruların yanıtlanabilmesi için araştırmacı klinikten ayrılmamıştır.

III.3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma grubundaki bireylerin demografik özellikleri dağılımlarını değerlendirmek için yüzdelik ve gruplar arası farkın önemlilik testleri, farkın anlamlı bulunduğu durumlarda, hangi grupların farklı olduğunun belirlenmesi için Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi ve eşleştirilmiş örnekler için Wilcoxon testi kullanılmıştır.



IV. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmanın II.bölümüne alınan 320 ebeveyne ilişkin tanıtıcı özellikler, çocukların hastalık çeşidi, hastanede kalış süresi, ebeveynlerin yaşı, eğitim durumu, hastane deneyimi, çalışma durumu, sosyal güvence durumu ve yerleşim yerine göre memnuniyet ortalama puanlarının değerlendirilmesi ile ilgili bulgular ve tartışmalar yer almaktadır.



Tablo IV.1. Çocukların ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri (n:320)

Çocuğun Yatış Nedeni (tanı)	Sayı	Yüzde (%)
Enfeksiyon,yüksek ateş,ishal	118	36.9
Hemofili, lenfoma,ca.türleri	76	23.8
Diabet, kronik böbr. yetmezli.	75	23.4
Ümmün yetm., genetik hast	41	12.8
Lenfadenopati, derin boyun enf	10	3.1
Yatış Süresi		
2/10 gün	239	74.7
2 11/20 gün	35	10.9
21/30 gün	14	4.4
1aydan fazla	32	10.0
Çocuğun Yaşı		
0-12 ay	106	33.1
13ay- 4 yaş	84	26.3
5-8 yaş	45	14.1
9-12yaş	45	14.1
13-18 yaş	40	12.5
Çocuğun cinsiyeti		
Erkek	184	57.5
Kız	136	42.5
Yatış sayısı		
İlk	197	61.6
ikinci	46	14.4
üçüncü ve +	77	24.1
Ebeveyn Yakınlık Durumu		
Anne	272	85.0
Baba	48	15.0
Ebeveyn Yaşı		
20-30 yaş	152	47.0
31-40 yaş	125	39.0
41-50yaş	34	10.6
51 + yaş	9	2.8
Ebeveyn Eğitim durumu		
İlkokul mezunu	139	43.4
Ortaokul mezunu	38	11.9
Lise mezunu	81	25.3
Yüksekokul mezunu	62	19.4
Çalışma durumu		
Ev hanımı	204	63.8
Devlet memuru	79	24.7
Özel kurum çalışanı	9	2.8
İşçi	15	4.7
Serbest	13	4.1
Sosyal güvence durumu		
Emekli sandığı	188	58.8
SSK	74	23.1
Bağkur	20	6.3
Yeşil Kart	28	8.8
Sosyal güvence yok	10	3.1
Yerleşim Yeri		
Kent	252	78.8
Kır	68	21.2
Toplam	320	100.0

Tablo IV.1’de araştırmanın ikinci kısmına alınan çocukların ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Tablo IV.1’de görüldüğü gibi çocukların hastaneye yatış nedenleri incelendiğinde enfeksiyon ve yüksek ateş gibi nedenlerin birinci sırada yer aldığı gözlenmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %74.7’si 10 gün veya daha az süreden beri hastanede yatmaktadır. 1994 yılı verilerine göre üniversite hastanelerinde ortalama yatış süresi 10.3 gün olarak belirlenmiştir (102). Hastaneye yatırılan çocukların yarısından fazlası (%59.4) 0-4 yaş grubundadır. Araştırma grubuna alınan çocukların % 38.5’inin hastane deneyiminin olduğu belirlenmiştir.

Ebeveynlerin özellikleri incelendiğinde araştırma grubuna alınan ebeveynlerin %85’inin anne olduğu, % 47.5’inin 20-30 yaş grubunda olduğu, annelerin çoğunun ev hanımı olduğu ve sadece %21’inin herhangi bir işte çalıştığı, ebeveynlerin %43’ünün ilkokul mezunu olduğu ve sosyal güvencesi olmayan ailelerin oranının %3 olduğu saptanmıştır.

Tablo IV.1 dikkatle incelendiğinde, araştırma grubuna alınan ebeveynlerin çoğunun kadın olduğu görülmektedir. Bu grupta yar alan bireylerin yarısına yakın bir kısmının ilkokul mezunu olduğu ve herhangi bir işte çalışmadığı, %21’ den fazlasının kırsal kesimde yaşadığı belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan araştırmaların çoğunda kadınların eğitim düzeyinin düşük olduğu gözlenmektedir (16,24,59).

Kültürel olarak bir değişim içinde olan ülkemizde özellikle kırsal kesimde henüz ekonomik ve sosyal kimliğini yeterince kazanamayan kadınlarımızın bilgi ve desteğe daha fazla ihtiyacı olduğu bilinmektedir. Özellikle 0-4 yaş grubu çocukların hastalıklardan korunması, beslenme ve taburculuk sonrası evde bakımı gibi konularda ebeveynlerin gereksinimlerinin belirlenmesi ve bakımın planlanması aşamasında elde edilen verilerin yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Tablo IV.2. Ebeveynlerin Ölçekte Yer Alan Sorulardan ve Alt Ölçeklerden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı (n=320)

Sorular	Ortalama Puan	Ss*
Bilgilendirme		
1.Çocuğun tanısına ilişkin verilen bilgi	62.03	33.473
2.Çocuğun tedavisine ilişkin verilen bilgi	61.52	35.068
3. Tedavi yan etkileri konusunda verilen bilgi	50.08	37.896
4. Test sonuçlarına ilişkin bilgi	53.75	38.200
5.Çocuğun hastalığı ile ilgili verilen bilgi	59.69	35.354
Ailenin Katılımı		
6. Aileye gösterilen duyarlılık	62.23	34.119
7.Soruları yanıtlamada çalışanların istekliliği	63.91	35.603
8.Ailenin katılımı için gösterilen çaba	65.53	35.289
9.Soruların yanıtlanması için ayrılan süre	61.02	36.201
İletişim		
10.Çocuğun durumunu ebeveyne açıklama biçimi	63.67	35.336
11. Aileyi dinleme biçimi	69.14	33.577
12.Çocuğa anlayabileceği şekilde açıklama yapma	62.74	37.031
13.Aileyi çıkabilecek test sonuçlarına hazırlama	59.22	35.919
14. Çocuğu test sonuçlarına hazırlama biçimi	59.69	37.348
Teknik Beceri		
15.Gereksinimlerin karşılanma biçimi	70.00	34.091
16.Çocuğu rahatlatma çabaları	72.66	34.206
17.Gereksinimlerin çabuk karşılanabilmesi	68.67	35.369
18.Evde bakım için bilgi vermeye ayrılan zaman	60.23	40.067
Duygusal Gereksinimler		
19. Çocuğa oyun oynaması için ayrılan zaman	48.28	41.534
20.Eğitim gereksinimlerin karşılanması desteği	47.27	42.019
21.Ebeveynin duygusal gereksinimlerinin karşılanması	52.27	39.202
22.Çocuğun duygusal gereksinimlerinin karşılanması	55.86	39.078
Genel Memnuniyet		
23. Hastanede alınan bakımdan memnuniyet	76.88	29.962
24.Çalışanların tutum ve davranışlarından memnuniyet	74.92	32.376
25.Yapılan tedaviden memnuniyet	79.53	27.977
Tüm Ölçek ortalama memnuniyet puanı	62.55	26.640
Alt Ölçek	Ortalama Puan	Ss
Duygusal Destek (Faktör I)	59.2857	30.74393
Bilgilendirme (Faktör II)	59.9821	28.89256
Genel Memnuniyet (Faktör III)	72.0938	26.50470
İletişim (Faktör IV)	61.4047	28.97276

* Ss: Standart sapma

Tablo IV.2.'de ebeveynlerin ölçekte yer alan sorulardan ve alt ölçeklerden aldıkları ortalama puanların dağılımı görülmektedir. Ebeveynlerin ölçekte yer alan sorulara verdikleri cevaplara göre aldıkları ortalama puanları incelendiğinde, en yüksek memnuniyet ortalama puanının “tedaviden memnuniyet” te (79.53), en düşük memnuniyet ortalama puanının ise “çocuğun eğitim gereksinimlerinin karşılanmasında aileye verilen destek” (47.27) puanlarında olduğu gözlenmiştir.

Varni'nin yaptığı çalışmada memnuniyet puanlarının tüm alanlarda yüksek olduğu rapor edilmiştir. Amerika'da yapılan araştırma bulguları ile bizim araştırma (duygusal destek ve bilgilendirme alt ölçek) bulgularımız arasında farklılıklar görülmektedir (78). Bu farklıların beklenen farklılar olduğu ve ülkemizin sağlık hizmetleri kalite düzeyi ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir

Ebeveynlerin alt ölçeklerden aldıkları ortalama puanları incelendiğinde, **duygusal destek** ortalama puanlarının oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. Hastanede, çocuğu yatan ebeveynler kendilerini üzgün, çaresiz ve yorgun hissetmektedir(78,90,92). Testler için çocuktan alınmaya çalışılan kan ve idrar örnekleri, tanı koymaya yönelik yapılan işlemler hem çocuğu, hem de anneyi yormaktadır. Bu dönemde kriz yaşayan ebeveyn ve çocuklar, sağlık çalışanlarından gereksinimleri olan desteği almakta zorluk yaşamaktadır (51).

Bu olumsuz koşullar içinde kalan ebeveynler hasta çocuklarına destek olabilmek ve onların bakım ihtiyacını karşılamak için bazen haftalarca hastanede bulunmak zorunda kalmaktadır. Çocukları tedavisi zor bir hastalık tanısı alan ve hastanede uzun zamandan beri kalan annelerin duygusal çöküntü yaşadığı araştırma sırasında gözlenmiştir. Ebeveynler, hemşirelerin kendileri ile konuşmalarının, problemlere beraber çözüm arama çabalarının, çocuğu sevmelerinin kendilerini çok rahatlattığını ifade etmişlerdir.

Ölçeğin **bilgilendirme** alanından elde edilen memnuniyet ortalama puanlarının düşük olduğu gözlenmiştir. Ebeveynlere yapılacak olan bilgilendirme hem tedavinin hem de bakımın başarısını etkilemektedir. Bakım konusunda ebeveynlerin bilgi eksikliklerinin belirlenmesi, bilgilendirme gereksinimlerinin tanımlanması ve bilgilendirmenin planlı bir şekilde yürütülmesi gerekmektedir (92). Bilgilendirme ebeveynlerin kaygı ve endişelerini azaltarak, bakıma katılımını ve sağlık personeline güveni sağlayacaktır. Ygge'nin İsveç'te yaptığı araştırmaya göre

ebeveyn memnuniyetini etkileyen önemli faktörlerden birinin ebeveynlerin bilgilendirilmesi olduğu ve bilgilendirme hizmetlerinin geliştirilmesi gerektiği belirlenmiştir (103).

Varni, ebeveyn memnuniyetini değerlendiren ölçeklerde bilgilendirme alanını değerlendirecek soruların mutlaka olması gerektiğini vurgulamaktadır (78,83).

Araştırmaya katılan ebeveynlerin **genel memnuniyet** alanı ile ilgili ortalama puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu puanların geneli değerlendirdiği için yükseldiği düşünülmektedir.

Ebeveynlerin **iletişim** alt ölçeğinden aldıkları memnuniyet ortalama puanları incelendiğinde beklenen düzeyde olduğu görülmüştür (73,104). Yurtdışında yapılan memnuniyet araştırmalarında iletişim memnuniyet puanı ortalamalarının benzer düzeyde olduğu gözlenmiştir (43,55,).

Hastaneye yatışla beraber ailenin ve çocuğun yaşam kalitesi, çocuğun fonksiyonları bozulur, hastalığın şiddeti artar ve ailenin yaşam stili değişir. Hastaneye yatış, günlük aktivite ve sorumlulukların yerine getirilmesini engeller (51). Ebeveynler çocuğun bakımında kontrolü kaybettiklerini düşünür. Çocuğun sağlık durumunun gelecekte nasıl olacağına yönelik belirsizlikler ebeveynlerin endişelerini arttırmaktadır. Kronik hastalığı olan çocukların tedavi giderleri, transplantasyon gereksinimi gibi çok önemli gereksinimlerini yerine getirebilmede ebeveynlerin pek çok sıkıntı yaşadığı bilinmektedir (104,105).

Hastanedeki ebeveynlerin stres boyutlarının tanımlanması ve hemşirelerin ebeveynlere destek olması gerekmektedir. Çünkü hemşireler klinikte, okulda ve evde ebeveynlerle birlikte dirler. Ailede strese neden olan faktörler tanımlanmalı, ebeveynlerin iletişimi engelleyen durumları araştırılmalı ve hemşire diğer sağlık çalışanları ile birlikte sağlıklı iletişim ve aileye desteği sürdürmelidir (105).

Bilgilendirme aktiviteleri ebeveynlerin gereksinimlerini karşılayabilecek nitelikte ve olası problemlerle baş etmeye yönelik olarak gerçekleştirilmelidir. Ebeveynlere planlanan müdahaleler 4 ana başlık altında yapılmalıdır. Bunlar a) Hastalığa özel eğitim b) Stres odaklı eğitim c)Problem çözme becerilerine yönelik eğitim d) eğitim sonrası davranış değişikliğine yönelik müdahale (105).

Hastalığa özel eğitimde, hastalığın tedavisi ve yan etkileri ile tedavinin ne kadar süreceğine ilişkin bilgiler verilir. Stres odaklı eğitimde hastaneye yatış

süresince çocukta oluşabilecek duygusal değişiklikler ve stresle baş etme yolları hakkında ebeveynlere bilgi verilir. Problem çözme becerilerine yönelik eğitimde gelişen yeni bir durum karşısında nasıl davranılacağı problem çözme teknikleri (tanılama, karar verme, değerlendirme, harekete geçme) hakkında bilgi verilmelidir.

Bu müdahaleler gerçekleştirilirken; çocuğun durumu, bakımın rutinleri, ebeveynlerin kapasitesi göz önüne alınarak, ekibinin diğer üyeleri ile koordinasyon içinde çalışılmalıdır. Sosyal hizmet uzmanı, okul müdürü, öğretmen ve okul hemşiresi ile işbirliği yapılarak çocuğun hastalığına özgü gereksinimleri açıklanmalıdır. Kronik hastalığı olan çocukların ve ebeveynlerinin psikososyal desteğe sürekli gereksinimleri olduğu, kardiyak hastalıklar, kistik fibrozis ve lösemi gibi hastalıklarda çok farklı disiplinlerin bir arada çalışması gerektiği bu durumun da ebeveynlerde yoğun strese neden olduğu unutulmamalıdır. Melnyk ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, yeni doğan ve prematüre ünitelerinde ebeveynlere verilen bilgilendirmenin stresi azalttığı ve kalite çıktılarını yükselttiği rapor edilmiştir (105).

Varni çocuğu onkolojik tanı almış ebeveynlere problem çözme tekniklerini öğretmiş ve ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin azaldığını, tedaviye uyum ve memnuniyet düzeylerinin ise arttığını belirlemiştir (83).

Hemşire, öncelikle ebeveynlerin geçmişte yaşamış olduğu olumsuz hastane deneyimlerini ortadan kaldırmalıdır. Ebeveynlerin inançları, çocuğun korkusu ve ailenin üzüntülü oluşu bilgilendirmeyi olumsuz yönde etkileyen faktörlerdir. Hemşire teorik temele dayalı bilimsel yaklaşımı ile, olumsuz hasta sonuçlarını olumlu bulgulara çevirir (105).

Tablo IV. 3. Çocukların Hastalıklarına Göre Ebeveynlerin Memnuniyet Ölçeği Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı (n=320)

Hastalıklar	Memnuniyet Alt Ölçek Alanları										
	Duygusal Destek			Bilgilendirme		Genel Memnuniyet			İletişim		
	Ortanca	Min.	Max	Ortalama	Ss	Ortanca	Min.	Max	Ortanca	Min.	Max
Kronik hastalıklar n:192	55.71	2.14	87.86	61.98	± 2.06	80.00	00	100	70.83	00	100
Akut Hastalıklar n:128	55.71	2.14	87.86	56.97	± 2.56	80.00	00	100	58.33	00	100
* P	0.111			0.029		0.153			0.076		

Min:minimum

Max:maksimum

*Mann Whitney U testi ile gruplar arası karşılaştırmalar yapılmış ve $p = 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak fark saptanmamıştır.

Tablo IV.3 de çocukların hastalıklarına göre, ebeveynlerin memnuniyet ölçeği alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı görülmektedir. Puanlar alt ölçek alanlarına göre incelendiğinde, kronik hastalık tanısı almış olan ebeveynlerin memnuniyet ortalama puanlarının en düşük olduğu alanın **duygusal destek** alma alanı olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda çocuğu akut hastalık tanısı almış olan ebeveynlerin de ölçek ortalama puanlarının duygusal destek alma alanında düşük olduğu gözlenmiştir. Hastanede kalan ebeveynlerin, çocukların hastalıkları nedeniyle üzüntü, kaygı ve stres yaşadıkları ve çoğunlukla uyku uyuma, banyo yapma, dinlenme gibi kendi temel gereksinimlerini karşılayamadıkları bilinmektedir (51).

Melnyk'in yaptığı literatür çalışmasında kronik hastalığa sahip çocukları olan ebeveynler, strese neden olan etkenleri şöyle sıralamışlardır; çocuklarını kaybetme korkusu, anne baba rolünü kaybetme korkusu, hastalığına uygun bakım verememe korkusu, çocuğun çevresindeki yüksek teknoloji cihazları, çocuğun durumu ile ilgili bilgiyi kimden alması gerektiğini bilememe. Ebeveynler genellikle çocuklarını

hastaneye götürdükleri ilk günden itibaren stres yaşamaktadırlar. Özellikle kronik bir hastalığın tanılama sürecinde ebeveynler, şok, inanmama, inkar ve öfke duygularını yoğun bir şekilde yaşamaktadır. Bu duygular sonucunda ebeveynler depresyon, hüsrana ve şaşkınlık yaşarlar. Ebeveynler kendilerini değersiz hissederek, suçluluk duyguları artmıştır ve geleceğe güvenle bakabilme duyguları azalmıştır. Literatür çalışmalarında, kronik hastalık tanısı konmuş çocuğu olan ebeveynlerin yaşadıkları duyguları tanımlamaya yönelik modeller geliştirilmiştir.

Ebeveynlerin yaşadıkları duyguları tanımlamada yararlı olan Clubb'un önerdiği Hybrid modelinde çocuğun içinde bulunduğu gelişimsel dönemin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Yenidoğan döneminde, tanımlanan genetik hastalıklar, konjenital anomali ve buna benzer tanılar ebeveynlerin yukarıda sözü edilen durumu çok daha yoğun yaşamasına neden olduğu belirtilmektedir (105).

Kronik hastalık tanısı almış olan çocuğun içinde bulunduğu yaş dönemi (yeni doğan, okul çağı, adolesan.), hatalığın şiddeti, ebeveynlerin sosyo kültürel düzeyi, bu dönemde yaşanan stresin büyüklüğünü belirleyen önemli faktörlerdir.

Ebeveynlerin hastanede kaldıkları süre içinde duygusal ve fiziksel tükenmişlik yaşamaları çocuğa verdiği bakımın etkinliğini azaltacağından son derece önemlidir. Oktay'ın yaptığı çalışmada, ebeveynlere destek olabilecek kişilerin, hemşireler tarafından bilinmediği ve hemşirelerin, ebeveynlerin duygusal destek gereksinimlerinin farkında olmadıkları belirlenmiştir (51).

Yapılan Kruskal-Wallis testinde, çocuklarının kronik yada akut bir hastalığa sahip olmasının, ebeveynlerin duygusal destek alanından aldıkları memnuniyet puanlarını etkilemediği saptanmıştır ($P > 0.05$).

Çocuğu kronik hastalık tanısı almış olan ebeveynlerin **bilgilendirme** alanından aldıkları ortalama puanlarının, çocuğu akut hastalık tanısı almış olan ebeveynlerin bilgilendirme alanından aldıkları ortalama puanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p = 0.029$).

Uluslar arası bildirgelerde sağlık personelinin ebeveynlerle çocuğa ilişkin her türlü bilgiyi paylaşması öngörülmektedir. Gerçeği söyleme etik ilkesi altında çocukların ve ebeveynlerin herhangi bir tedavi yada cerrahi işlemi bilme ve sonuçlarını anlama hakkı vardır. Bu nedenle, ebeveynlere ve çocuğa ne yapılacağı,

tedavinin yada işlemin yararları ve sağlık üzerindeki olası yan etkileri ayrıntılı bir şekilde açıklanmalıdır (106).

Varni'nin A.B.D'de yaptığı araştırmada, bilgilendirme alanında elde edilen puanların yüksek olduğu ve ebeveyn memnuniyetini olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (78,85). Bu bulguların bizim araştırma bulgularımızla farklılık gösterdiği görülmektedir. İsveç'te yapılan araştırma bulgularına göre ise bilgilendirme hizmetlerinin geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (90,103). Ülkemizde yapılan araştırmalarda ise hemşirelerin ebeveynleri bilgilendirmede yetersiz kaldıkları, ebeveynlerin bilgi kaynağı olarak hekimleri gördükleri saptanmıştır(51). Bu bulgular bizim araştırma bulgularımızı desteklemektedir. Ebeveynlerin çocuğun bakımı ve tedavisi konusunda bilgilendirilmesi onların üzüntü ve kaygılarını azaltacak ve bakıma daha etkin katılımını sağlayacaktır.

Çocuğu kronik hastalık tanısı almış olan ebeveynlerin **genel memnuniyet** alanından aldıkları ortalama puanlarının,. çocuğu akut hastalık tanısı almış olan ebeveynlerin genel memnuniyet alanından aldıkları ortalama puanları ile aynı olduğu belirlenmiştir. Çocukların hastalıklarının akut yada kronik oluşunun genel memnuniyet puanlarını etkilemediği söylenebilir.

Çocuğu akut hastalık tanısı almış olan ebeveynlerin **iletişim** alanından aldıkları ortalama puanlarının, çocuğu kronik hastalık tanısı almış olan ebeveynlerin iletişim alanından aldıkları ortalama puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Çocuğu akut bir hastalık tanısı almış olan ebeveynler, aniden gelişen duruma uyum sağlamaya çalışmaktadır.Bu nedenle üzgün, telaşlı ve kaygılıdır. Hemşireler ebeveynlerle dürüst ve açık iletişimi sağlamalı ve sürdürmelidir.

Hastanede kalan ebeveynlerin sağlık personeli ile yaşadıkları iletişim sorunlarının anksiyetelerini arttırdığı bilinmektedir. Oktay'ın yaptığı çalışmada anneler ile hemşireler arasında yeterli ve etkili bir iletişim kurulamadığı annelerin hemşirelerle endişelerini paylaşamadıkları bildirilmiştir (51). Varni'nin yaptığı çalışmada ise iletişim alanından elde edilen puanların oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir. Kronik hastalığa sahip çocukları olan ebeveynlerin gereksinimlerinin incelendiği araştırmada en önemli ebeveyn gereksiniminin çocuğun bakımının koordinasyonu olduğu saptanmıştır (78).

Tablo IV.4. Hastanede Kalış Sürelerine Göre Ebeveynlerin Memnuniyet Ölçeği Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlarının Dağılımı

Hastanede Kalış Süresi	Memnuniyet Alt Ölçek Alanları											
	Duygusal Destek			Bilgilendirme			Genel Memnuniyet			İletişim		
	Ortanca	Min.	Max.	Ortanca	Min.	Max	Ortanca	Min.	Max	Ortanca	Min.	Max
2-10 gün n :239	64.28	00	100	60.71	00	100	80.00	00	100 _b	66.66	00	100
11-20 gün n : 35	71.42	3.57	100	78.57	10.71	100 _a	85.00	0.0	100	70.83	4.17	100
21-30 gün n: 14	78.57	7.14	100	64.28	14.29	100	80.00	35	100	67.50	29.17	100
30 gün + n :32	44.64	00	100	42.85	00	100 _a	65.00	00	100 _b	47.91	00	100
*p	0.053			0.025			0.026			0.086		

Min:Minumum

Max:Maksimum

*Mann Whitney U testi Bonferroni düzeltmesi kullanılarak grup karşılaştırmaları yapılmış, ($p < 0,05$) düzeyinde fark anlamlı bulunmuştur

a,b: Aynı stunda aynı harfi taşıyan gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur.

Tablo IV.4'de hastanede kalış sürelerine göre ebeveynlerin memnuniyet ölçeği alanlarından aldıkları ortalama puanlarının dağılımı görülmektedir. Ebeveynlerin hastanede kalış süreleri uzadıkça memnuniyet ortalama puanlarında düşüş olduğu gözlenmektedir. Hastanede 11-20 gündür kalmakta olan ebeveynlerin bilgilendirme alanından elde ettikleri memnuniyet ortalama puanları ile, bir ay ve daha uzun süreden beri kalmakta olan ebeveynlerin bilgilendirme alanından elde ettikleri

memnuniyet ortalama puanları karşılaştırılmıştır. Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi analizine göre gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,025$).

Genel memnuniyet alanında, hastanede 2-10 gündür kalan ebeveynlerin aldıkları puanlar ile, 30 gün ve daha uzun süreden beri hastanede kalan ebeveynlerin aldıkları puanlar istatistiksel olarak karşılaştırılmış ve gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur ($p = 0,026$). Bu bulgulara göre hastanede kalış süresi arttıkça genel memnuniyet düzeyinin azaldığı söylenebilir.

Oktay'ın yaptığı çalışmada bir aydan daha kısa bir süreden beri hastanede kalan ebeveynlerin endişelerini hemşirelerle paylaşamadıkları saptanmıştır. Ebeveynlerin endişelerini hemşirelerle paylaşmada, hastanede kalış süresinin uzamasının, iletişimi olumlu yönde etkilediği vurgulanmaktadır (51). Ancak bizim araştırmamızda hastanede kalış süresi uzadıkça duygusal destek alabilme, bilgilendirme, genel memnuniyet ve iletişim alanlarından elde edilen ortalama memnuniyet puanlarının düştüğü gözlenmiştir. Bu araştırma bulgusu ile bizim araştırma bulgularımız farklılık göstermektedir.

Tablo IV.5. Çocuklarının Hastaneye Yatış Sayısına Göre Ebeveynlerin Memnuniyet Ölçeği Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlarının Dağılımı

YATIŞ SAYISI	Memnuniyet Alt Ölçek Alanları											
	Duygusal Destek			Bilgilendirme			Genel Memnuniyet			İletişim		
	Ort	anca	Min. Max	Ortanca	Min. Max	Ortanca	Min. Max	Ort	anca	Min. Max	Ort	anca
Birinci Yatış n =197	55.71	2.14	87.86	64.28	00	100	80.00	00	100	66.66	00	100
İkinci + Yatış n :123	52.14	2.14	87.86	57.14	3.57	100	75.00	00	100	62.50	00	100
*p	0.401			0.156			0.028			0.144		

Min:minimum

Max:maksimum

*Mann Whitney U testi ile Testi ile gruplar arası karşılaştırmalar yapılmış ve ($p>0,05$) düzeyinde istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır.

TabloIV.5’de çocukların hastaneye yatış sayısına göre ebeveynlerin memnuniyet ölçeği alanlarından aldıkları ortalama puanlarının dağılımı görülmektedir. Daha önce aynı hastanede yatış deneyimi olan ebeveynlerin ölçek ortalama puanları ile, hastaneye ilk kez gelen ebeveynlerin ölçek ortalama puanlarının birbirine oldukça yakın olduğu gözlenmektedir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında fark anlamlı bulunmamıştır. ($p>0.05$) Bu bulgular ışığında hastane deneyiminin, ebeveyn memnuniyetini etkilemediği söylenebilir.

Yapılan araştırmalarda daha önce hastane deneyimi olan bireylerin, hiç deneyimi olmayanlara göre hastane hizmetleri hakkında daha olumlu düşündükleri

belirlenmiştir. Bu bireylerin sağlık çalışanlarına karşı daha anlayışlı oldukları ve çalışanların daha fazla zamanını almama eğiliminde oldukları gözlenmiştir (109).

İsveç'te yapılan araştırmaya göre hastane deneyimi olan ebeveynlerin bilgilendirme ve bakıma katılım alanlarındaki memnuniyet düzeylerinin, hastane deneyimi olmayan ebeveynlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (90).

Becker'in kronik hastalarla yaptığı çalışmada daha önceki hastane deneyiminin ve bilgilendirmenin, tedaviye devam etmede önemli bir faktör olduğu saptanmıştır (109).



Tablo IV.6. Ebeveynlerin Yaşına Göre Memnuniyet Ölçeği Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlarının Dağılımı

Ebeveyn Yaşı	Memnuniyet Alt Ölçek Alanları			
	Duygusal Destek	Bilgilendirme	Genel Memnuniyet	İletişim
	Ortanca Min. Max	Ort anca Min. Max	Ort anca Min. Max	Ortanca Min. Max
20-30 yaş n =152	50.00 00 100 _{a,b}	53.57 00 100 _b	70.00 00 100 _{a,b}	54.16 00 100 _{a,b}
31-40 yaş n = 125	67.85 00 100 _a	60.71 00 100 _c	80.00 00 100 _a	70.83 00 100 _a
41-50 yaş n = 34	78.57 00 100 _b	87.50 10.70 100 _{b,c}	90.00 00 100 _b	83.33 00 100 _b
50 + yaş n = 9	82.14 7.14 100	64.28 3.57 100	80.00 00 100	66.66 8.33 100
*p	< 0.001	<0.001	0.001	<0.001

Min:minimum Max:maksimum

*Mann Whitney U testi Bonferroni düzeltmesi kullanılarak grup karşılaştırmaları yapılmış, ($p < 0,05$) düzeyinde fark anlamlı bulunmuştur.a,b,c. Aynı stunda aynı harfi taşıyan gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur

Tablo IV.6'da ebeveynlerin yaşına göre memnuniyet ölçeği alanlarından aldıkları ortalama puanlarının dağılımı görülmektedir. 20-30 yaş grubunda bulunan ebeveynlerin puanları, duygusal destek, bilgilendirme, genel memnuniyet ve iletişim alt ölçek alanlarından elde ettikleri puanlar ile karşılaştırılmıştır. Bu yaş grubunda yer alan ebeveynlerin genel memnuniyet alt ölçek alanı dışında kalan alanlardan elde ettikleri ortalama puanlarının oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Bu bulgulara göre 20-30 yaş grubunda yer alan ebeveynlerin daha fazla bilgilendirme, duygusal destek ve iyi iletişime ihtiyaç duydukları söylenebilir.

Ebeveynlerin bilgilendirme alanındaki memnuniyet ortalama puanları incelendiğinde; 31-40 yaş ve 41-50 yaş grubunda bulunan ebeveynlerin ortalama puanlarının, 20-30 yaş grubunda yer alan ebeveynlerin ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. MannWhitney-U testi Bonferroni düzeltmesi kullanılarak yapılan grup karşılaştırmaları sonunda fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Görge'nin yaptığı araştırmada çocuk, servisinde yatan hastaların memnuniyetini yaş faktörünün etkilediği vurgulanmıştır (24). Bu bulgulara göre ebeveynlerin yaşının, memnuniyet düzeyini belirleyen bir faktör olduğu söylenebilir. Yunanistan'da yapılan ebeveyn memnuniyeti araştırmasında ise ebeveyn yaşının memnuniyeti etkilemediği saptanmıştır (55). Hasta memnuniyeti araştırmalarının bir çoğunda yaşın belirleyici faktör olduğu gözlenmiştir. Nquyen ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hasta memnuniyetinin en kuvvetli belirleyicisinin "ileri yaş" olduğu belirlenmiştir (109).

Ülkemizde Baş ve arkadaşlarının yaptığı memnuniyet araştırmasında hasta yaşının memnuniyeti etkilediği belirlenmiştir (63). Şimşek'in yaptığı hasta memnuniyeti araştırmasında; hasta yaşının ilerledikçe memnuniyetin arttığı rapor edilmiştir (23).

Esatoğlu'nun erişkin hastalarla yapmış olduğu araştırmada ise; hastaların yaşlarının ilerledikçe hastane hizmetleri konusundaki değerlendirmelerinin daha olumsuz olduğu saptanmıştır (11).

Bizim araştırmamızda da en yüksek memnuniyet ortalama puanının 41-50 yaş grubunda yer alan ebeveynlere ait olduğu gözlenmiştir.

Literatürdeki araştırmalar, sağlık hizmetini kullananların yaşının memnuniyet üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir. Genel olarak yaşlıların aldıkları sağlık hizmetlerinden daha memnun oldukları, buna karşın gençlerin daha eleştirel oldukları bulunmuştur. Uz 'un yaptığı çalışmada da sağlık hizmeti kullananların yaşının yükseldikçe, aldığı sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin de yükseldiği saptanmıştır (59).

Tablo IV.7. Ebeveynlerin Eğitim Durumuna Göre Memnuniyet Alt Ölçeği Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlarının Dağılımı

Eğitim Durumu	Memnuniyet Alt Ölçek Alanları											
	Duygusal Destek			Bilgilendirme			Genel Memnuniyet			İletişim		
	Ortanca	Min.	Max	Ortanca	Min.	Max	Ortanca	Min.	Max	Ortanca	Min.	Max
İlkokul mezunu n=139	60.71	00	100	64.28	00	100	80.00	00	100	70.83	00	100 _a
Ortaokul mezunu n=38	80.35	7.14	100 _{ab}	69.64	17.86	100	82.50	10	100	75.00	8.33	100 _b
Lise mezunu n= 81	64.28	00	100 _a	57.14	00	100	80.00	5.0	100	62.50	00	100
Yüksek okul mezunu n = 62	53.57	00	100 _b	53.57	00	100	75.00	00	100	52.08	00	100 _{ab}
*p	0.007			0.281			0.279			0.020		

Min:minimum

Max:maksimu

*Mann Whitney U testi Bonferroni düzeltmesi kullanılarak grup karşılaştırmaları yapılmıştır (p<0,05)

a,b Aynı stunda aynı harfi taşıyan gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur

Tablo IV.7'de ebeveynlerin eğitim durumuna göre, memnuniyet alt ölçeği alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı görülmektedir. İlkokul mezunu ebeveynlerin, duygusal destek, bilgilendirme, genel memnuniyet ve iletişim alanı ortalama puanları ile yüksek okul mezunu ebeveynlerin alt ölçek ortalama puanları karşılaştırılmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Ortaokul mezunu ebeveynlerin duygusal destek alanı ortalama puanları, lise ve yüksek okul mezunu ebeveynlerin ortalama puanları ile karşılaştırılmıştır. Lise ve yüksekokul mezunu olan ebeveynlerin duygusal destek alanı ortalama puanlarının ortaokul mezunu ebeveynlerden oldukça düşük olduğu gözlenmiştir.

Ebeveynlerin iletişim alanından elde ettikleri ortalama puanlarının incelenmesi amacıyla, ilkokul ve ortaokul mezunu ebeveynlerin memnuniyet ortalama puanları, yüksekokul mezunu ebeveynlerin ortalama puanları ile karşılaştırılmıştır. Yüksekokul mezunu ebeveynlerin iletişim alt ölçeği ortalama puanlarının, diğer eğitim düzeyindeki ebeveynlerin elde ettiği ortalama puanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgulara göre ebeveyn eğitim düzeyi yükseldikçe memnuniyet düzeyinin düştüğü söylenebilir. Yapılan hasta memnuniyeti ve ebeveyn memnuniyeti araştırmalarının hepsinde eğitim düzeyinin memnuniyeti etkileyici bir faktör olduğu bildirilmiştir (11,17,18,19,22,23,24,93).

Lewis, hasta memnuniyeti ile ilgili 221 adet araştırma sonucunu sunduğu literatür çalışmasında; hasta memnuniyetinde eğitimin önemli bir değişken olduğunu vurgulamıştır. Araştırmacı incelediği araştırmaların büyük çoğunluğunda, eğitim düzeyi daha yüksek olan hastaların memnuniyet düzeylerinin, eğitim düzeyi daha düşük olanlara göre, belirgin olarak düşük bulunduğunun vurgulandığını belirtmiştir (108). Bu araştırma sonuçları, bizim araştırma bulgularımızı desteklemektedir.

Eğitim düzeyi yüksek olan ebeveynlerin sağlık hizmetlerinden beklentilerinin daha fazla olduğu bilinmektedir. Bu ebeveynlerin dikkatlerinin ve algılamalarının daha yüksek olduğu, kişiler arası ilişkilere dikkat ettikleri, sağlıklarını daha fazla önemsedikleri düşünülmektedir. Eğitim düzeyinin artmasıyla kişilerde bilinçliliğin ve eleştirel bakma yeteneğinin artacağı yönündeki genel doğrudan hareketle eğitim düzeyi yükseldikçe memnuniyet düzeyinin düşeceği öngörülebilmektedir.

Tablo IV.8. Ebeveynlerin Çalışma Durumuna Göre Memnuniyet Ölçeği Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlarının Dağılımı

Çalışma Durumu	Memnuniyet Alt Ölçek Alanları											
	Duygusal Destek			Bilgilendirme			Genel Memnuniyet			İletişim		
	Ortanca	Min.	Max	Ort anca	Min.	Max	Ortanca	Min.	Max	Ortanca	Min.	Max
Ev hanımı n = 204	57.14	00	100	58.92	00	100	77.50	00	100 _a	62.50	00	100
Devlet mem. n = 79	67.85	00	100	71.42	00	100	80.00	00	100	68.33	00	100
Özel kurum n = 9	25.00	00	96.43	50.00	25	71.43	65.00	25	80 _b	41.66	12	83.33
İşçi n = 15	64.28	7.14	100	57.14	3.57	100	80.00	15	100	75	4.17	100
Serbest n = 13	89.28	3.57	100	82.14	14.29	100	100	25	100 _{a,b}	87.50	20.83	100
*p	0.182			0.221			0.009			0.187		

Ort:Ortanca

Min:minimum

Max:maksimum

*Mann Whitney U testi Bonferroni düzeltmesi kullanılarak grup karşılaştırmaları yapılmıştır (p>0,05)

a,b Aynı stunda aynı harfi taşıyan gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur (P< 0.05).

Tablo IV.8'de ebeveynlerin çalışma durumuna göre memnuniyet ölçeği alanlarından aldıkları ortalama puanlarının dağılımı görülmektedir. Ebeveynlerin çalışma durumuna göre ölçek ortalama puanları incelendiğinde özel kurumlarda çalışan ebeveynlerin ölçek ortalama puanlarının diğer kurumlarda çalışan ebeveynlerin ortalama puanlarına göre oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Ev hanımı olan ebeveynlerin genel memnuniyet ortalama puanlarının, serbest çalışan ebeveynlerin ortalama puanlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Özel kurumda çalışan ebeveynlerin genel memnuniyet ortalama puanlarının, serbest çalışan ebeveynlerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arası farkın anlamlı saptanmıştır ($P < 0.05$).

Bireyin çalışma durumu sosyal statüsünü belirlemede önemli bir etkidir. Özel kurumda çalışan ebeveynlerin gelir düzeyinin yüksek olduğu düşünüldüğünde, hastaneden daha kaliteli hizmet beklentisi içinde oldukları ve bu hizmeti alamadıklarında memnuniyet düzeylerinin düştüğü söylenebilir.

Lewis, Hall ve Dornan ailenin sosyal statüsü ve ekonomik gelirinin memnuniyeti etkileyen bir faktör olmadığını rapor etmiştir. Esatoğlu'nun yaptığı çalışmada ise ekonomik geliri yüksek olan hastaların hastane hizmetlerini değerlendirirken daha olumsuz düşünceye sahip oldukları rapor edilmiştir (11).

Ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmadığı ve ev hanımı olduğu belirlenmiştir (%63,8). Bu grupta yer alan ebeveynlerin duygusal destek, bilgilendirme ve iletişim alanlarındaki ortalama puanlarının düşük olduğu gözlenmektedir. Ev hanımı olan ebeveynlerin yarıya yakın kısmının ilkökul mezunu olduğu bu araştırmada belirlenmiştir. Hemşirelerin çocuğa bakım verirken ebeveynlerin bu özelliklerini göz önünde tutmaları ve hemşirelik yaklaşımlarını bu bilgiler doğrultusunda yapmaları önem taşımaktadır.

Ev hanımı olan ebeveynlerin duygusal destek, bilgilendirme ve iletişim alanlarındaki ortalama puanlarının düşük olması sonucuna bakılarak, ev hanımı ebeveynlerin, devlet memuru ebeveynlere göre daha fazla duygusal destek ve bilgilendirmeye gereksinim duydukları söylenebilir. Hemşirelerin, çocuğu ve ebeveynleri, hastalık sonrası gelişebilecek yeni duruma uyumu, tedavinin etkileri ve oluşabilecek istenmeyen durumlar konusunda hazırlaması gerekmektedir.

Ebeveynlere hastalığın gidiş, testlerin sonuçları ve bakım ile ilgili bilgilerin, verilmesi ile bireyin hem duygusal destek hem de iyi iletişim gereksinimlerinin giderilebileceği düşünülmektedir. Bu gereksinimleri karşılanan ebeveynlerin bakıma ve çocuğu ile ilgili kararlara daha etkin katılacağı, aldığı sağlık hizmetinden daha memnun olacağı ve bu durumun bakım kalitesini yükselteceği düşünülmektedir.



Tablo IV.9. Sosyal Güvence Durumuna Göre Ebeveynlerin Memnuniyet Alt Ölçeği Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlarının Dağılımı

Sosyal Güvence	Memnuniyet Alt Ölçek Alanları											
	Duygusal Destek			Bilgilendirme			Genel Memnuniyet			İletişim		
	Ortanca	Min.	Max	Ort anca	Min.	Max	Ort anca	Min.	Max	Ortanca	Min.	Max
Emekli Sand. n =188	60.71	00	100	57.14	00	100	80.00	00	100	62.50	00	100
SSK n= 74	66.07	00	100	62.50	00	100	85.00	85	100	69.58	29.17	100
Bağ-Kur n= 20	78.57	17.86	100	62.50	17.86	100	85.00	25	100	69.58	29.17	100
Yeşil Kart n = 28	60.71	10.71	100	71.42	17.86	100	85.00	35	100	79.16	8.33	100
SosyalGüv.(-) n =10	51.78	7.14	100	69.64	10.71	100	85.00	00	100	66.66	8.33	100
*p	0.404			0.602			0.452			0.282		

Ort:Ortanca

Min:minimum

Max:maksimum

*.Mann Whitney U testi ile gruplar arası karşılaştırma yapılmıştır, gruplar arasındaki fark ($p>0,05$)düzeyinde anlamlı değildir.

Tablo IV.9'de sosyal güvence durumuna göre ebeveynlerin memnuniyet ölçeği alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı görülmektedir. Araştırma grubuna alınan ebeveynlerin memnuniyet ölçeği alanlarından aldıkları ortalama puanları incelendiğinde; emekli sandığından sosyal güvence hizmeti alan

ebeveynlerin alt ölçek ortalama puanlarının, diğer kurumlardan sosyal güvence hizmeti alan ebeveynlerin ortalama puanlarına göre, düşük olduğu gözlenmiştir. Bilgilendirme alanından elde edilen ortalama puanları incelendiğinde; emekli sandığına bağlı olan geniş bir ebeveyn grubunun memnuniyet ortalama puanlarının, SSK, Bağ-Kur, Yeşil Kart tan sosyal güvence hizmeti alan ebeveynlerin memnuniyet ortalama puanlarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bunun bulgulara göre emekli sandığına bağlı ebeveynlerin daha fazla bilgilendirme beklentisi içinde olduğu düşünülmektedir.

İletişim alanından elde edilen puanlar incelendiğinde ise; emekli sandığına bağlı ebeveynlerin ortalama puanlarının, diğer gruplarda yer alan ebeveynlerin ortalama puanlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda ebeveyn gruplarının tüm alt ölçek alanlarından aldıkları karşılaştırılmış ve ortalama puanlar arasındaki fark anlamlı bulunamamıştır ($p>0.05$).

Bu bulgulara göre ebeveynlerin sosyal güvence durumlarının, ebeveyn memnuniyetini etkileyici bir faktör olmadığı söylenebilir.

Öztaş'ın Ankara'da üç çocuk hastanesinde yaptığı memnuniyet araştırmasında ise, ebeveynlerin sosyal güvence durumunun, memnuniyeti etkilediği rapor edilmiştir. Hiçbir sosyal güvencesi olmayanların kalite beklenti düzeylerinin de düşük olduğu belirtilmiştir (16). Bu bulgu bizim araştırma bulgularımızı desteklememektedir.

Tablo IV.10. Yerleşim Yerine Göre Ebeveynlerin Memnuniyet Ölçeği Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanlarının Dağılımı

Yerleşim Yeri	Memnuniyet Alt Ölçek Alanları										
	Duygusal Destek			Bilgilendirme		Genel Memnuniyet			İletişim		
	Ortanca	Min.	Max	Ortalama	Ss	Ortanca	Min.	Max	Ortanca	Min.	Max
Kent n = 252	52.14	2.14	87.86	57.86 ±	29.01	80.00	00	100	62.50	00	100
Kır n = 68	57.50	5.71	87.86	67.86 ±	27.22	82.50	15	100	66.66	00	100
*p	0.079			0.011		0.052			0.012		

*Mann Whitney U testi ile gruplar arası karşılaştırma yapılmıştır ($p>0.05$).

Tablo IV.10'de yerleşim yerine göre ebeveynlerin memnuniyet ölçeği alanlarından aldıkları ortalama puanlarının dağılımı görülmektedir. Kentsel bölgede yaşayan ebeveynlerin memnuniyet ölçeği alanlarından aldıkları ortalama puanlarının kırsal bölgede yaşayan ebeveynlerin memnuniyet ölçeği alanlarından aldıkları puanlardan daha düşük olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel analiz sonrasında iki grupta yer alan ebeveynlerin memnuniyet ölçeği alanlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Bilgilendirme alanı ile ilgili elde edilen memnuniyet ortalama puanları incelendiğinde; Kentsel bölgede yaşayan ebeveynlerin memnuniyet ortalama puanlarının, kırsal bölgede yaşayan ebeveynlerin ortalama puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Araştırmaya alınan ebeveynlerin büyük bir kısmı kentsel bölgede yaşamaktadır (%78.8) ve aldıkları bilgilendirme hizmetlerinden memnun olmadıkları söylenebilir.

Kırsal alanda yaşayan ebeveynlerin sağlık hizmetlerinden beklentilerinin düşük olduğu ve bilgi eksikliklerinin farkında olmadıkları bu nedenle bilgilendirme

alanındaki memnuniyet ortalama puanlarının yüksek olarak elde edildiği düşünülmektedir.

Ebeveynlerin diğer memnuniyet alt ölçeği alanlarından aldıkları ortalama puanlarına bakıldığında; duygusal destek, genel memnuniyet ve iletişim alanlarındaki puanların birbiriyle karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış olsa bile kentsel bölgede yaşayan ebeveynlerin her üç alanda da memnuniyet ortalama puanlarının, kırsal bölgede yaşayan ebeveynlerin ortalama puanlarından daha düşük olduğu görülmektedir. Hemşirelik uygulamalarında bu noktanın önemli olduğu düşünülmektedir.

Kırsal bölgede yaşayan ebeveynlerin alt ölçek ortalama puanları incelendiğinde; duygusal destek ortalama puanlarının, bilgilendirme, genel memnuniyet, iletişim alanlarından elde edilen ortalama puanlara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Kırsal alandan gelen ebeveynlerin daha çekingen bir davranış içinde oldukları ve çevrelerinden yardım isteyemedikleri bilinmektedir. Bu grupta yer alan ebeveynler hastane ortamına yabancıdır ve genellikle kendilerine destek olacak diğer aile üyelerinden uzaktadır. Bu nedenle, ebeveynlerin daha fazla duygusal destek gereksiniminde oldukları düşünülmektedir.

Hemşirelerin kırsal alandan gelen ebeveynlerin kültürel ve sosyal farklılıklarını bilerek ve onların gereksinimleri doğrultusunda iletişimi başlatarak ebeveyni ve çocuğu bilgilendirmeleri gerekmektedir. Kırsal alandan gelen bazı ebeveynlerin dil bariyeri nedeni ile büyük sıkıntılar çektiği araştırma sırasında gözlenmiştir. Hemşire farklı iletişim yollarını deneyerek ebeveynlerin yalnız olmadıklarını hissettirmelidir.

Tablo IV.11. PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği ve Alt ölçek Alanlarına Göre Ebeveynlerin Memnuniyet Düzeylerinin Dağılımı

Memnuniyet Alt Ölçek Alanları	Ebeveynlerin Memnuniyet Düzeyleri											
	Asla Hoşnut değil		Bazen hoşnut		Çoğu zaman hoşnut		Hemen her zaman hoşnut		Her zaman hoşnut		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Duygusal Destek	56	17.5	55	17.2	80	25.0	57	17.8	72	22.5	320	100.0
Bilgilendirme	34	10.6	55	17.2	64	20.0	77	24.1	90	28.1	320	100.0
Genel Memnuniyet	14	4.4	32	10.0	36	11.3	73	22.8	165	51.6	320	100.0
İletişim	35	10.9	44	13.8	67	20.9	74	23.1	100	31.3	320	100.0
Genel ölçek	23	7.2	46	14.4	68	21.3	84	26.3	99	30.9	320	100.0

Tablo IV.11’de PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği, alt ölçek alanlarına göre, ebeveynlerin memnuniyet düzeylerinin dağılımı görülmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 5’li likert tekniği kullanılmıştır.

Ebeveynlerin ölçeğin tümüne verdiği yanıtlar incelendiğinde, ebeveynlerin aldıkları hizmetlerden memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu gözlenmektedir. Her zaman hoşnutum ve hemen her zaman hoşnutum yanıtlarının olumlu memnuniyet bulgusu olarak düşündüğümüzde toplam memnuniyet oranının %57,2 olduğu görülmektedir. Bu oranın oldukça düşük olduğu düşünülmektedir.

Yeni Zelanda’da bir çocuk hastanesinde yapılan ebeveyn memnuniyeti araştırmasında ise genel memnuniyet oranı %86 olarak saptanmıştır (110). Varni’nin ABD’de yaptığı araştırma bulgularına göre ebeveyn memnuniyet düzeyi oldukça yüksek olarak saptanmıştır (78). Yunanistan’da yapılan araştırma bulgularına göre ise bakım ile ilgili ebeveyn memnuniyet düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir (55).

Öztaş yaptığı araştırmada ise ebeveynlerin, hastanenin fizik koşulları, hemşire ve hekimin ilgisi gibi alanlardaki memnuniyet oranlarını %65 ve daha üzeri olarak rapor etmiştir.

Ebeveynlerin memnuniyet durumları duygusal destek, bilgilendirme, iletişim alanlarına göre incelendiğinde; duygusal destek alanındaki memnuniyet durumunun diğer alanlara göre oldukça düşük olduğu görülmektedir. Duygusal destek alanındaki elde edilen her zaman hoşnutum ve hemen her zaman hoşnutum yüzdelerinin olumlu memnuniyet bulgusu olduğu düşünüldüğünde bu oranın sadece %40,3 olduğu görülmektedir.

İsveç’ te yapılan ebeveyn memnuniyeti araştırmasına göre duygusal destek ve bilgilendirme alanlarının geliştirilmesi gereken alanlar olduğu saptanmıştır (103).

Cleary, ABD’de hastaneden taburcu olan hastalarla yaptığı araştırmada, hastaların hastane hizmetlerinin kalitesi hakkındaki görüşlerini toplamış ve özellikle duygusal destek alma ve zamanında bilgilendirme konusunda memnuniyetsizliklerin olduğunu saptamıştır (111)

Britner ebeveyn memnuniyeti araştırması sonunda çocuğa bakım verme kadar ebeveynlere sosyal duygusal desteğin, bakıma ebeveynleri katmanın önemini vurgulamıştır. Bakımın başarıya ulaşmasında ebeveynlerle bakım verenlerin aynı fikirde olmalarının çok önemli olduğunu ve beraber seçilecek olan bakımın iyi kalite bulguları verdiğini belirtmiştir (87).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda ise; hemşirelerin görevlerini yerine getirirken doktor istemine bağlı kaldıkları, hemşirelik bağımsız fonksiyonlarından olan bilgilendirme, iyi iletişim ve duygusal destek alanlarında yetersiz kaldıkları Yılmaz’ın yaptığı çalışma sonunda da belirlenmiştir (22).

Çavuşoğlu’nun yaptığı araştırmaya göre, çocuğu kronik bir hastalığa sahip ebeveynlerin yaşadıkları güçlükler şöyle sıralanmaktadır; çocuğun bakımında maddi ve psikolojik yetersizlik, hastalıkla baş edememe, çocuğun hastalığı nedeniyle bozulan iş ve sosyal yaşam, aile üyelerinin birbirleriyle ilişkilerinin bozulması (112).

Hastaneye yatan çocuğun ve ailesinin; güvenceye, desteğe, yönlendirilmeye gereksinimleri vardır. Öncelikle çocuğun değişen fiziksel gereksinimlerinin karşılanması gereklidir. Çocuğun ağrı ve acılarını hafifletici düzenlemeler zamanında yapılmalıdır. Sağlık çalışanları ve ebeveynlerin çocuğa; “senin kendini olabildiğince

rahat hissetmen için elimizden geleni yapacağız” mesajını vermelidir. Bu çocuğun yetişkinlere olan güvenini tazeler.

Çocuklar sağlıkları hakkında gelişim dönemlerine uygun açıklamalarla ürkütmeden kaçınılarak bilgilendirilmelidir. Açıklamalar yapılırken çocuğun umudu korunmalı, zamana ilişkin somut bilgiler verilmelidir.” Bir süre bu ilacı kullanacaksın “ yerine “bu ilacın uygulama süresi bir haftadır, eve izinli gidebilmek için bu süreyi beklemelisin” ve benzeri açıklamalar daha uygun olur .

Çocuklar hastalıklarına kendi hatalarının sebep olduğunu düşünebilirler. Bu hastalığın, hiçbir çocuğun suçu olmadığı konusunda açıklama yapılmalıdır. Oyun oynama, resim yapma, hikaye oluşturma gibi yöntemler kullanılarak çocuğun kaygıları ile başa çıkmasına yardımcı olunmalıdır. Hastaların tedaviye katılımını sağlamak ve kontrolün kendilerinde olduğu hissini vermek amacıyla; Serumun elden mi yoksa koldan mı takılmasını istersin? gibi sorular çocuklara sorulmalı ve isteklerine uyulmalıdır .

Çocuk için hastalıktan önce önemli olan her şey, günlük düzen ve rutinler olabildiğince korunmalı ve en az kesintiyle sürdürülmelidir. Okula gitmeleri, gezintiye çıkmaları, oynamaları desteklenmelidir. Sıkıntı ve stres verici durumlarda pek çok çocuk gerileme davranışı gösterebilir. Bu davranışlar, çocuğun duyguları paylaşılarak, destekleyici ve kararlı bir biçimde ele alınarak aile ile birlikte çözümlenmelidir .

Anne ve babalar, çocuklarının tedavilerine ilişkin kararlar hakkında olabildiğince bilgilendirilmeli ve görüşleri alınarak etkin olmaları sağlanmalıdır. Açık öneriler ve seçenekler aile ile mutlaka tartışılmalıdır. Sağlık çalışanları, ailelerin farklı başa çıkma yollarını anlayabilmeli ve onlarla birlikte olmalıdır (113).

Bilgilendirme ile ilgili ebeveyn memnuniyet oranları incelendiğinde bu alandaki memnuniyet düzeyinin de düşük olduğu belirlenmiştir. Varni'nin ve Kristjanson'ın yaptığı araştırmalarda ebeveynlerin bu alandaki memnuniyet bulgularının oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir (43,78).

Avustralya'da çocuk acilde yapılan bir araştırmaya göre ebeveynler çocukların gereksinimlerinin yeterince hızlı karşılanmadığını ve bakımın devamı için gerekli bilgilendirmenin yapılmadığını ifade etmişlerdir. Araştırma sonunda

ebeveynlerin, çalışanların ilgisinden ve iletişiminden, bekleme süresinden düşük memnuniyet düzeyinin saptandığı bildirilmiştir (114).

Oktay'ın yaptığı çalışmada ise hemşirelerin rutin işleri yetiştirmekten ebeveynlerin bilgilendirilmesine zaman ayırmadıkları saptanmıştır(51). Oktay'ın araştırmasından elde edilen bulgu, bizim araştırma bulgularımızı desteklemektedir. Ancak bu durum hemşirelik hizmetleri bakımından istendik bir durum değildir.

Araştırmamızda ebeveynlerin iletişimle ilgili memnuniyet düzeylerinin de düşük olduğu saptanmıştır (%54,4). Hemşirelik hizmetlerinde bakım kalitesinin artırılması için hemşirelerin, hasta ve ailesine ilgili, nazik ve anlayış içinde bir tutum ile yaklaşması iyi iletişim yolunu açık tutması gerekmektedir. Bireyin korku ve endişeleri, kültürel ve sosyal yapısı göz önünde tutularak, yaş, eğitim ve hastane deneyimleri göz ardı edilmeden, empatik bir yaklaşımla giderilmeye çalışılmalıdır.

Conner yenidoğan ünitesindeki ebeveynlerle yaptığı çalışmada; memnuniyeti belirleyen en önemli faktörün iletişim olduğunu belirlemiştir. Ebeveynler iyi iletişim beklentilerini, açık ve dürüst diyalog, kendilerini olumsuzluklara hazırlama ve bilgilendirme olarak açıklamışlardır. Bunun dışında ebeveynler sempatik bir iletişim ve yazılı bilgilendirme rehberleri istemektedirler (92).

Margaret'in Oregon'da yaptığı memnuniyet araştırması bulgularına göre; ebeveyn memnuniyetinin en önemli göstergesinin hekim ile ebeveyn arasındaki iyi iletişim olduğu saptanmıştır. Tedavi ve bakım süreci ile ilgili bilgilerin ebeveynlerin anlayabileceği şekilde verilmesinin memnuniyeti arttırdığı belirtilmiştir (115).

Yapılan ebeveyn memnuniyeti araştırmalarının tümünde hemşirelik bakımı ve hemşirelik yaklaşımlarının memnuniyeti belirleyen en önemli faktör olduğu saptanmıştır (80,86,93,103,109).

V. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

V.1. SONUÇLAR

Araştırma İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesinde yapılmış ve iki kısımda gerçekleştirilmiştir. Birinci bölümde PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik çalışması yapılmış, İkinci bölümde ise geçerlik ve güvenilirliği sınanan ölçek ile, ebeveynlerin memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi yapılmıştır.

V.1.1. PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği, çocuk hastanesinden hizmet alan ebeveynlerin memnuniyetini değerlendirmede, ülkemiz koşullarında geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

V.1.2. PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği'nin Güvenirlik Bulguları: Ölçeğin güvenilirliğinin sınanması amacıyla iç tutarlık analizi yapılmıştır. Cronbach Alpha değeri $\alpha = .93$ olarak belirlenmiştir. ABD'de geçerlik güvenilirliği yapılan ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı $\alpha = .96$ olarak tespit edilmiştir.

(Tablo III.1 ,2).

V.I.3.PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği'nin Geçerlik Bulguları : Ölçeğin geçerliğinin sınanması için kapsam geçerliği, yapı geçerliği ve bilinen gruplar yaklaşımı teknikleri kullanılmıştır. Kapsam geçerliği için uzman görüşüne başvurulmuş ve ölçeğin ebeveyn memnuniyetini ölçebilecek nitelikte olduğu bildirilmiştir. Yapı geçerliği için yapılan Faktör analizinde soruların 4 grupta toplandığı ve birinci faktörün varyansın %62.95'ini açıkladığı saptanmıştır. Bilinen Gruplar Yaklaşımı Tekniği ile düşük eğitim düzeyindeki ebeveynlerin ölçek ortalama puanları, yüksek eğitim düzeyindeki ebeveynlerin ölçek ortalama puanları ile karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonunda gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo III.3.).

V.I.4. Geçerlik Güvenirlik Çalışması Kapsamına Alınan Çocukların ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri: Geçerlik, güvenilirlik kapsamına alınan çocukların yarısının onkolojik hastalıklar nedeni ile hastaneye yatırıldığı, hastaların yarısına yakın bir kısmının 10 günden daha az bir süredir hastanede yatmakta olduğu, hastaların çoğunun bir yaşından küçük ve hastaneye ilk kez yatan çocuklardan oluştuğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin büyük bir çoğunluğunun (%81) anne, 20-30 yaş grubunda (%44), ilkokul

mezunu (%45), ev hanımı (%65), emekli sandığına mensup (%55), kentte yaşayan (%69) bireyler olduğu belirlenmiştir (TabloIII.4).

V.1.5. Araştırmanın İkinci Kısımına Alınan Çocukların ve Ebeveynlerin Tanıtıcı Özellikleri:Uygulama kapsamına alınan çocukların %36,9'sinin enfeksiyon ve yüksek ateş nedeni ile hastaneye yatırıldığı, %74,7'inin 10 günden daha kısa bir süreden beri hastanede kaldığı, %33'ünün 1 yaş altında yer aldığı, %57,5'inin erkek çocuk olduğu ve %61,6'sinin hastaneye ilk kez yatırıldığı belirlenmiştir. Örneklem grubuna alınan ebeveynlerin % 85'inin anne olduğu, yarıya yakın bir kısmının (%47) 20-30 yaş grubunda olduğu, %43'ünün ilkokul mezunu olduğu, ebeveynlerin % 64'ünün ev hanımı olduğu, %59'unun emekli sandığına bağlı olduğu ve %79'unun kentsel bölgede yaşadığı belirlenmiştir (Tablo IV.1).

V.1.6. Ebeveynlerin Ölçekten Aldıkları Ortalama Puanları:Duygusal destek memnuniyet ortalama puanının 59, bilgilendirme memnuniyet ortalama puanının 60, genel memnuniyet ortalama puanının 72, iletişimden memnuniyet ortalama puanının 61 olduğu saptanmıştır (Tablo IV.2).

V.1.7. Hastanın tanısının ebeveyn memnuniyetine etkisi:Çocuğu kronik hastalık tanısı almış ebeveynlerin ölçek ortalama puanları ile çocuğu akut hastalık tanısı almış ebeveynlerin ölçek ortalama puanları karşılaştırılmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo IV.3).

V.1.8. Hastanede Kalış Süresinin Ebeveyn Memnuniyetine etkisi: Hastanede kalış süresi uzadıkça ebeveyn memnuniyeti ortalama puanı düşmektedir. Hastanede kalış süresinin ebeveyn memnuniyeti üzerinde etkileyici faktör olduğu istatistiksel olarak belirlenmiştir (Tablo IV.4).

V.1.9. Hastaneye Yatış Sayısının Ebeveyn Memnuniyetine Etkisi: Çocuğu hastaneye ilk kez yatırılan ebeveynlerin memnuniyet ortalama puanları ile , hastaneye iki veya daha çok kez yatırılan hastaların ebeveynlerinin memnuniyet ortalama puanları karşılaştırılmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, gruplar arası fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo IV.5).

V.1.10. Ebeveyn Yaşının Memnuniyete Etkisi: Genç yaş grubunda yer alan ebeveynlerin memnuniyet ortalama puanları, diğer yaş gruplarında yer alan ebeveynlerden daha düşük olarak belirlenmiştir. Ebeveyn yaşının memnuniyeti etkileyici bir faktör olduğu istatistiksel analiz sonucunda belirlenmiştir (Tablo IV.6).

V.1.11.Eğitim Durumunun Ebeveyn Memnuniyetine Etkisi:Her bir eğitim düzeyinde yer alan ebeveynlerin ölçek ortalama puanları birbirleriyle karşılaştırılmış ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo IV.7).

V.1.12.Çalışma Durumunun Ebeveyn Memnuniyetine Etkisi: Özel kurumda çalışan ebeveynlerin memnuniyet ortalama puanlarının, serbest çalışan ebeveynlerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arası farkın anlamlı saptanmıştır ($P < 0.05$). Çalışma durumunun ebeveyn memnuniyetini etkileyici bir faktör olduğu belirlenmiştir(Tablo IV.8).

V.1.13.Sosyal Güvence Durumunun Ebeveyn Memnuniyetine Etkisi:Emekli sandığından sosyal güvence desteği alan ebeveynlerin memnuniyet ortalama puanları diğer kurumlardan sosyal güvence hizmeti alan ebeveynlerin ortalama puanları ile karşılaştırılmış ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır(Tablo IV.9).

V.1.14.Yerleşim yerinin Ebeveyn Memnuniyetine Etkisi: Kentsel bölgede yaşayan ebeveynlerin memnuniyet ortalama puanları, kırsal bölgede yaşayan ebeveynlerin memnuniyet ortalama puanları karşılaştırılmış ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo IV.10).

IV.15.PedsQL Ölçek Alanlarına Göre Ebeveynlerin Memnuniyet Durumları: Ebeveynlerin **duygusal destek** alanında; asla hoşnut değil %17.5 bazen hoşnut %17.2, çoğu zaman hoşnut %25, hemen her zaman hoşnut %17.8, her zaman hoşnut %22.5 **bilgilendirme** alanında; asla hoşnut değil %10.6, bazen hoşnut %17.2, çoğu zaman hoşnut %20, hemen her zaman hoşnut %24.1, her zaman hoşnut %28.1, **iletişim** alanında ise; asla hoşnut değil %10.9, bazen hoşnut %13.8, çoğu zaman hoşnut %20.9, hemen her zaman hoşnut %23.1, her zaman hoşnut %31.3, olduğu belirlenmiştir. Genel memnuniyet durumunun beklenen düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu alanlardan elde edilen puanların düşük olduğu, genel memnuniyet ortalama puanlarının beklenen düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo IV.11).

V.2. ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

V.2.1. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması ve uygulamasının yapıldığı HÜ İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nde, "PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği"nin ebeveyn memnuniyeti ölçme aracı olarak kullanılması,

V.2.2. Bu araştırmanın sonunda, çocuk hastanesinden hizmet alan ebeveynlerin duygusal destek, iletişim ve bilgilendirme alanlarındaki memnuniyet düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Hizmet içi eğitim programlarının planlanmasında bu noktaların göz önünde tutulması ve hemşirelerin bu alanlardaki eksikliklerinin giderilmesi,

V.2.3. Uzun süre hastanede (1 aydan fazla) refakatçi olarak kalan ebeveynlerin ruhsal çöküntü yaşadıkları gözlenmiştir. Bu durumu yaşayan ebeveynlere destek olunması amacıyla yönelik destek programlarının geliştirilmesi, hemşirelerin bu alanda becerilerini geliştirecek çalışmaların başlatılması,

V.2.4. Hastaneden taburcu olması planlanan çocukların, evde bakımının sağlanmasına yönelik, ebeveynlere (ebeveynlerin yaşı, eğitim düzeyi, kültürel farklılıkları göz önüne alarak) bilgi ve becerilerini geliştirecek eğitimlerin planlanması ve uygulanması,

V.2.5. H.Ü İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi'nde verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi amacıyla, ebeveyn beklentilerini belirlemeye yönelik çeşitli çalışmaların yapılması .

V.2.6. Hastanede verilen bakım kalitesinin yükseltilmesi amacıyla yönelik ebeveyn memnuniyeti araştırmalarında "PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği"nin kullanılması.

V.2.7. PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği genel memnuniyet alanındaki soruların yeterli olmadığı araştırmanın sonucunda belirlenmiştir. Daha sonra yapılacak çalışmalarda bu alanla ilgili soruların eklenmesi

KAYNAKLAR

1. ----- (2002)., "Türkiye'de Sağlık Sektörünün Durumu" Türk Tabipler Birliği Yayını, Mart. www.ttb.org.tr/ Erişim Tarihi: 11-11-2003
2. Can N.(2002)" Avrupa Birliği ile Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu" www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi:3-8-2004
3. Tanrıtanır N.(1997)"Türkiye Avrupa Birliği'ndeki Sağlık Politikaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması" Devlet Planlama Teşkilatı <http://ekutup.dpt.gov.tr/ab/>
Erişim Tarihi:: 8.9.2004.
4. Bıçkes,M.,(2000)"Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi",**Standart**,şubat.
5. Uz,H.,Hayran,O.,(1999)"Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi" [www.merih.com.](http://www.merih.com), Erişim Tarihi: 16.05.2004.
6. GökmenC., (1995) "Sağlık Bakanlığına Bağlı Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi" ,Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,Bursa
7. Türkçe Sözlük,Türk Dil Kurumu, <http://www.tdk.gov.tr/tdksozluk/sozara.htm>
Erişim Tarihi:15-10-2004 .
8. Hall,A.J.,Dorman M.C(1988)"What Patient Like About Their Medical Care How Often They Are Asked" **Social Science and Medicine** 27 (9).
9. Carr,A.J.ve ark..(2001)"Is Quality of Life Determined by Expectations or Experience ?"
British Medical Journal,322 ,(19).
10. Linder. P.S.(1982)" Towards a Teory o f P atient S atisfactions", **S ocial Science and Medicine**,16,577-582.
11. Esatoğlu, A.E.(1997) Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, Ankara.
12. Jones R.B.ve ark.(1993)"How Do We Measure Consumer Opinions of Outpatient Clinics",**The Society of Public Health** 107:235-241

13. Engiz,O.,(1999)” Türkiye’de Sağlık Sisteminin Finansmanının Verimlilik ve Hakkaniyet Açısından Değerlendirilmesi” 7. Ulusal Kalite Kongresi Bildiri Kitapçığı,.Ankara
14. Akgün,S.H., Erdal,R.(1998)” Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü”,Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, ED.Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı,Ankara.
15. Steiber,S.R.,Krowinski,W.J.(1990)”Measuring and Managing Patient Satisfaction, American Hospital Publlising,İnc.
16. Öztaş,D.(1996) Ankara’da Üç Çocuk Hastanesinde Polikliniklere Başvuran Hasta Yakınlarının Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara.
17. Yıldırım,A., Maral,I. ve ark..(1998) “Gazi Hastanesi Yataklı Servislerinden Hizmet Alanların Bazı Temel Özelliklerine Göre Hastaneden Memnuniyet Durumları” www.med.gazi.edu.tr Erişim Tarihi: 12-12-2003
18. Cihangiroğlu, N., (1996),” Gata Eğitim Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastalara Verilen Sağlık Bakım Hizmet Kalitesi ve Hasta Tatmininin İncelenmesi”. Genelkurmay Bşk. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
19. Pehlivan, E.,ve ark.(2001) “ Malatya’da Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Hasta Memnuniyeti” **İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**,8(2).
20. Merkouris A, ve ark.(1999)” Patient Satisfaction: A Key Concept for Evaluation and Improving Nursing Services”, **Journal of Nursing Management**,7(1) 19-28.
21. Evans,LM,,Martin,LM, Winslow,H.E.,(1998) ”Nursing Care and Patient Satisfaction”, **American Journal of Nursing**, 98(12):57-59.
22. Yılmaz, M. (2001), “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti ”, **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, 5(2).69-74.
23. Şimşek,N (2004)”Dahiliye Servislerinde Yatan Hastaların Hemşirelerden Beklentilerinin ve Memnuniyetlerinin Belirlenmesi”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi.

24. Grge,.,Doğan,S.,(2002)"Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi ocuk Servislerinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımına Yönelik Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi", **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi**,4 :2 .
25. Lima,R.A.G.,Rocha,S,M,M.,(2001) "Involvement and Fragmentation: A Study of Parental Care of Hospitalized Children in Brazil" **Pediatric Nursing**,27: 6.
26. Omachonu,V.K.(1990)"Quality of Care and the Patient New Criteria for Evaluation",**Health Care Management Review**,15(4):43-50.
27. Wnifred,R.(1965)"Nurse,Nurse for Better of Worse" **Nursing Times**,1(150):1686-1687.
28. Ulusoy, F. (1976) "Hemşierlik Bakımı Hakkında Hastaların Grüşleri"H. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi.
29. Antanson M, Robertson C.M.(1993)"A Study of Consumer Defined Need Anable to Community Nursing Intervention" **Journal of Advanced Nursing**,18:1617-1625
30. Wolf,G.A.ve ark.(1994) "A Transformational Model for the Practice of Professional Nursing" **The Journal of Nursing Administration**, 24,(4):51-57.
31. Sitzia,B.,Wood, N.(1998)" Patient satisfaction with Cancer Chemotherapy Nursing:A review of the Literatre",**International Journal of Nursing Studies**,35(1/2),1-12.
32. Forbes LM, Brown NH (1995)" Developing a Instrument for Measuring Patient Satisfaction", **AORN**, 61 (4):737-743.
33. Avis M, Bond M, Arthur A (1995)"Exploring Patient Satisfaction with Out-patient Services", **Journal of Nursing Management**, 3 (2): 59- 65.
34. Fakhoury KHW (1998)" Satisfaction with Palliative Care:What Should We Be Aware of ?", **Journal. International Nursing Studying**,35(3): 171-176.
35. Greeneich D (1993)"The Link Between New and Return Business and Quality of Care:Patient Satisfaction", **Advances in Nursing Science**, 16 (1): 62-72.

36. Larsson WB, Larsson G, Starrin B (1991)" Patients Views on Quality of Care: A Comparison of Men and Women", **Journal of Nursing Management**, 7(3): 133-139.
37. Lin CC (1996)" Patient Satisfaction With Nursing Care as an Outcome Variable: Dilemmas for Nursing Evaluation Researchers". **Journal of Professional Nursing**, 12(4): 737-743.
38. Okumuş H, ve ark. (1993) Bir kalite Güvenlik Programı Ölçütü: Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi, Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı, İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi, 177-183.
39. Yılmaz,M., (2000) Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
40. Bragadottir, H.,Reed,D.(2002) "Psychometric Instrument Evaluation: The Pediatric Family Satisfaction Questionnaire" **Pediatric Nursing**, 28(I):5 475-485.
41. Palmer J.S. (1993)"Care of Sick Children by Parents: A Meaningful Role" **Journal of Advanced Nursing**, 18:185-192.
42. -----, (2000) Consumer and Provider Views on Key Dimensions of Quality Hospital Care: A Review of the Literature, Rhode Island Department of Health www.Qolid.org. Erişim Tarihi:15-3-2003.
43. Kristjanson, L.J.,(1993) " Validity and Reliability Testing of the Famcare Scale: Measuring Family Satisfaction With Advanced Cancer Care ", **Social Science and Medicine**.36 (5) 693-701.
44. Homer,C.J.,ve ark.(1999) "Quality of Care at a Children's Hospital" **Archives Pediatric Adolescence Medicine**,153,. 1123-1129.
45. Seid,M.ve ark.(2001) "Parent's Perceptions of Primary Care: Measuring Parents' Experiences of Pediatric Primary Care Quality" **Pediatrics**, 108,(2),264-270.
46. Alexander D.ve ark. (1988)"Anxiety Levels of Rooming-in and Non- Rooming-in Parents of Young Hospitalized Children", **Maternal Child Nursing Journal**, 17:79-99.

47. Worthington R.(1995)"Effective Transitions for Families:Life Beyond the Hospital" **Pediatric Nursing**,21(1):86-87
48. Callary P. (1997)"Paying to Participate: Financial, Social and Personal Cost to Parents of Involvement in Their Children's Care in Hospital, **Journal of Advanced Nursing**, 25:746-752.
49. Balling K., McCubbin M. (2001)"Hospitalized Children with Cronic Illness: Parenteral Care giving Needs and Valuing Parental Expertise" **Journal of Pediatric Nursing**,16 (2):110-118.
50. Coyne I.(1995)"Parental Participation in Care: A Critical Reviev of the Literature, **Journal of Advanced Nursing**, 21:716-722
51. Oktay H. (2004) "Bir Üniversite Hastanesinin Çocuk Servislerinde Verilen Bakımın Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi ve Anne Görüşlerinin Belirlenmesi" HÜ,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
52. Gould, S.J., (1992) Macrodynamic Trends in Health Care, Brow Montague (Ed.), **Health Care Marketing Management**. An Aspen Publication,
53. Şahin Ü. (1999) Hastane İşletmeciliğinde Kalite, Eskişehir, www.merih.com Erişim Tarihi:3-4-2003.
54. Gökmen,C.,(2000)Toplam Kalite Yönetimi Felsefesi, www.sağlık.gov.tr.Erişim Tarihi: 20.08. 2004.
55. MOUNTZOGLU, A.(2000)" Development and Application of a Questionnaire for Assessing Parent Satisfaction With Care",**International Journal for Quality in Health Care**, 12 (4) ,331-337.
56. Türköz,Y.,(1998) " Hasta Tatmini Ölçüm ve İyileştirilmesinde Entegre Bir Sistem Örneği"7. **Ulusal Kalite Kongresi Bildiri Kitapçığı**, İstanbul
57. Hall A.J.,Dornan M.C.(1988)"What Patients Like About Their Madical Care and How Often They Are Asked", **Social Science and Medicine**,27(9):935-939.
58. Taşdemir, M.(1998)"Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi" Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul.

59. Uz, M.H.,(2002) "Adana ve İçel İlçelerinde Sağlık Ocakları İle Ana çocuk sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinden Aile Planlaması Hizmeti Alanların Algıladıkları Kalite Düzeyi (Memnuniyet) ve Bunu Etkileyen Faktörler",Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
60. ----- (1998) WHO/Euro Health 21. The Health For All Policy Framework for the WHO European Region, European Health For All Series(6), Copenhagen, www.un.org.tr/who Erişim Tarihi: 16-5-2004
61. Zorlutuna, Y.,(1997) "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi" 7. Ulusal Kalite Kongresi Bildiri Kitapçığı.
62. Özgen H.(1996) "Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme",Toplum ve Hekim,TTB Yayını, Özel sayı, Eylül-Aralık, 47-53.
63. Baş,T., Ardıç,K.(2001) "Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin (Müşteri Tatmininin) Ölçülmesi" *Sosyal Bilimler Dergisi*, 4.
64.(2001)İSO nedir ? www..tse.org.tr. Erişim Tarihi: 18.08.2004.
65. Akgün S.,Öztürk A., (2002)" Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini", *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*,6 (2): 18-28
66. http://www.turkak.org.tr/ Erişim Tarihi:2.11.2004.
67. Kıymır,B.(1999)" Hastane Yönetiminde Tüsiad – Kalder Toplam Kalite Ödül Modeli Uygulaması" 7. Ulusal Kalite Kongresi Bildiri Kitapçığı,Ankara.
68. Sümbüloğlu, K.,Sümbüloğlu, V. (1999)"Hastanelerde Hasta Bakım Kalitesinin Denetlenmesi" 7. Ulusal Kalite Kongresi Bildiri Kitapçığı, Ankara.
69. Çelik,Y.ve ark.,(1999)"TCDD Ankara Hastanesi'nde Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler." *Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi*, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.
70. Akdemir,N.(1994)"Kalite Maliyet ve Hemşirelik" *H.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,1 (1) 45-51.
71. (2000) Sağlık Bakanlığı "Türkiye Ulusal Sağlık Programı (Avrupa Birliği Mütebatının Üstlenilmesi) Çalışma Dokümanı" Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı , www.saglik.gov.tr, Erişim Tarihi:3-8-2004.

72. Alcan,Z.,(2001) "Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi" Anadolu matbaası, İstanbul
73. Adams,J. McDonald,M.(1991)"Reducing Fear in Hospital,Nursing Times,87 (1):62-64
74. Craft-Rosenberg,M., Denehy,J.(2000)"Nursing Interventions for Infants, Children and Families,W.B.Sounders Company, Philadelphia,London,Toronto,281-282.
75. Melnik,M.B.,Feinstein,F.B.,(2001)"Medication Functions of Maternal Anxiety and Participation in Care on Young Children's Posthospital Adjustment, Research in Nursing and Health,24:18-26.
76. ——— 2003)" Family Centered Care and the Pediatrician's Role", Committee on Hospital Care **Pediatrics**, 112 (3),691-706.
77. Contro. N.,Saunders,B.(2002) "Family Perspectives on the Quality of Pediatric Palliative Care", **Archives Pediatric and Adolescent Medicine**, 14:14-18.
78. Varni,J.W(2000)." Development of the Pediatric Hematoloji/Oncoloji Parent Satisfaction Survey." **Children's Health Care**, 29(4), 243-255
79. Algier,L. (1995), Hasta Haklarında Hemşirelerin Sorumlulukları" Hemşirelikte Etik Sempozyumu, A.Ü.Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu ,Ankara.
80. Schaffer,P. Ve ark.(2000)"Revision of a Parent Satisfaction Survey Based onthe Parent Perspective" **Journal of Pediatric Nursing**, 15,(6),373-379.
81. Halström,I. Ve ark.(2002)" Observed Parental Needs During Their Child's Hospitalization", **Journal of Pediatric Nursing** 17 (2),212-218.
82. Ward, K. (2001)" Perceived Needs of Parents of Critically Ill Infants in a Neonatal Intensive Care Unit", **Pediatric Nursing**,27 (3), 281-285.
83. Varni,J.W.ve ark.2002) " The PedsQL in Pediatric Cancer" **Cancer**,1,:(94)7.
84. Varni,J.W.ve ark. (2001) " The PedsQL 4.0 : Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life Inventory. Version 4.0 Generic Core Scales in Healthy and Populations, **Medical Care**, 39,(8)800-812.
85. Varni,J.W,ve ark.(2002)"The PedsQL in Pediatric Rheumatology"**Arthritis& Rheumatism** ,40,(3) 714-725.

86. Varni,J.W.ve ark. (1999) “ The PedsQL Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory” **Medical Care** ,37, (2) 126-139.
87. Britner, P.A.(1999) “What Leads to Satisfaction for Center-Based Child Care Providers and Parents?” Child Care Center Connections –2 www.nih.gov/nichd/html
Erişim Tarihi: 8-11-2004.
88. Kirschbaum, M.S., Knafl, K.A. (1996)’Major Themes in Parent -Provider Relationship: A Comparison of Life Threatening and Cronic illness Experiences” **Journal of Family Nursing**,2,(2),195-204.
89. Angst,D.B.,Deatrick, J.A.(1996)’ Involvement in Health Care Decisions: Parents and Children with Chronic Illness, **Journal of Family Nursing**, 2.(2)174-181.
90. Ygge, B.M., Arnetz, J.E. (2001)’Quality of Paediatric Care: Application and Validation of an Instrument for Measuring Parent Satisfaction With Hospital Care” **International Journal for Quality in Health Care**, 13(1),33-43.
91. Ulus,B. (1997) Çocuk Polikliniğine Getirilen Hastaların Aldıkları Hemşirelik Hizmetleri ve Ebeveynlerin Beklentileri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
92. Conner, J.M.,Nelson,E.C.(1999)’Neonatal Intensive Care: Satisfaction Measured from a Parent’s Perspective” **Pediatrics**, 103 (1) 336-349.
93. McPherson, M.L.ve ark.(2000)’Development of a Survey to Measure Parent Satisfaction in a Pediatric Intensive Care Unit”, **Critical Care Medicine**, 28,(8).
94. İşnas C. ve Tatar M., (1999) “Doktor Hasta İlişkisi”, Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını.
95. Kubilay,G (Ed.İ.Erefe).(2002) “**Hemşirelikte Araştırma-İlke, Süreç ve Yöntemleri**”, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği Yayınları, Ankara., 162-163
96. Ebrinç,S.,(2000)’Psikiyatrik Derecelendirme Ölçekleri ve Klinik Çalışmalarda Kullanımı”**Klinik Psikoloji Bülteni**,10 (2)109-116.
97. Karasar,N.(2002) **Bilimsel Araştırma Yöntemi**, Nobel Yayın Dağıtım., Ankara.
98. Erefe,İ.ve ark.(2002)’**Hemşirelikte Araştırma-İlke, Süreç ve Yöntemleri**”, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği Yayınları, Ankara. 171-173

99. Erkuş,A.,(2003) **Psikometri Üzerine Yazılar**,Türk Psikologlar Derneği Yayınları,1. baskı,Ankara.
100. Tezbaşaran, A.,(1996) **Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu**,Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
101. Kutlu,Ö. (2003) **Kişisel Görüşme**, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi.
102. ——— (2000) Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, 1,Ankara, www.saglik.gov.tr ,Erişim Tarihi:19-4-2004.
103. Ygge,B.M.,Arnetz,J.E.(2004)“A Study of Non-Respons in a Questionnaire Survey of Parents Views of Paediatric Care” **Journal of Nursing Management**,12.
104. Stevenson ,F.A.,Cox, K..(2004)“A Sistematic Review of the Research on Communication Patients and Health Care Professionals About Medicines:The Consequences for Concordance”, **Blackwell Publishing Ltd. Health Expectations**,7
105. Melnyk,B.M ve ark.(2001) “Coping in Parents of Children Who Are Chronically Ill: Strategies for Assesment and Intervention, **Pediatric Nursing**, 27,(6).
106. Çavuşoğlu, H.(2001) **Çocuk Sağlığı Hemşireliği**, 1.cilt, 5. baskı, Bizim Büro Basımevi Tesisleri, Ankara.
107. İreys, H. T., Perry, J.J.,(1999) “ Development and Evaluation of a Satisfaction Scale for Parents of Children With Special Health Care Needs “ **Pediatrics**, 104, (5) 1182-1190.
108. Lewis, J.R.,(1994)”Patient Views on Quality Care in General Practice: Literatur Reviev”,**Social Science and Medicine** 39 (5), 655-670 .
109. Nquyen P.I.Briancon, S..(2002) “Faktors Determining İnpatient Satisfaction With Care”, **Social Science and Medicine**, 54: 493-497.
110. Dawson, K.P.,Mogtidge,N. (1991)” Parental Perception of Paediatric İnpatient Care” **New Zeland Medical Journal**, 38(4)489-495.
111. Cleary, P.D.,(2003), “A Hospitalization from Hell:A Patient’s Perspective on Quality”, **Ann. İntern. Med.** 138, www.annals.org. Erişim Tarihi: 9-7-2004.
112. Çavuşoğlu,H.(1996) “Kronik Hastalıklı Çocuğu Olan Ailelerin Yaşadıkları Güçlükler”,**Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi**,3(3), 130-138.

113. Erden,G. (2001), “Ölümçül Hastalığı Olan Çocuklar ve Ailelerine Destek Olma”
Türk Psikoloji Bülteni,20, www.psikolog.org.tr/dergi/ Erişim Tarihi:25-8-2004.
114. ———Satisfaction with Quality of Care, <http://www.chr.brown.edu/PCOC>
ErişimTarihi: 10-8-2004.
115. Magaret,N.D.,Clark,T.A.ve ark.(2002)“Patient Satisfaction in the Emergency
Department- A Survey of Pediatric Patients and Their Parents”, **Academic Emergency
Medicine**, 9,12, www.aemj.org. Erişim Tarihi:8-9-2004.
116.Mapi Research Enstitüte , www.mapi-research.fr. Erişim Tarihi 20-Eylül-2002.



ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1962 yılında Edirne’de doğmuştur. İlk ve orta öğrenimini aynı ilde tamamladıktan sonra, Haseki sağlık Meslek Lisesi’nden (İstanbul) 1980 yılında mezun olmuştur. 1985 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek okulunu ve 1997 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nde Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Uzmanlığı programını tamamlamıştır.

1980 yılında Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi’nde göreve başlayan araştırmacı, çocuk dahiliye, prematüre yoğun bakım klinikleri ve çocuk acil polikliniğinde görev yapmıştır. Halen aynı kurumda çocuk göğüs hastalıkları ünitesinde hemşire olarak çalışan araştırmacı, aynı zamanda Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Sürekli Kurumsal Gelişim Projesi kapsamında İyileştirme Takımları Yürütme Kurulu üyesi, iyileştirme takımı rehberliği, Hemşirelik Standartları Prosedürleri Geliştirme grup raportörlüğü görevlerini sürdürmektedir.

Evli ve bir kız çocuk annesi olan araştırmacının ilgi alanları, ebeveyn memnuniyeti, toplam kalite yönetimi, ölçek uyarlama ve Kistik Fibrozisli hastalara hemşirelik yaklaşımıdır.

Ek:1

GENEL BİLGİ FORMU**1-Çocuğunuzun hastaneye yatış nedeni nedir?**

- 1- Hemofili, ALL, AML, Lenfoma, Ca türleri ve notropeni
 2- Enfeksiyonlar, yüksek ateş, ishal
 3- Derin boyun enfeksiyonu., Lenf bezlerinde büyüme
 4- Diabet, akut yada kronik böbrek hastalığı, ve akciğer enfeksiyonları
 5- Ümmün yetmezlik, kalıtsal hastalıklar.

2- Bu hastanede kaç gündür kalmaktasınız?

- 1- 2/10 gün
 2- 11/20 gün
 3- 21-30 gün
 4- 1 aydan daha fazla

3- Çocuğunuz kaç yaşındadır?

- 1- 0-12 ay
 2- 13ay-4 yaş
 3- 5-8 yaş
 4- 9-12yaş
 5- 13-18 yaş

4-Çocuğunuzun cinsiyeti nedir?

- 1- Erkek 2- Kız

5-Çocuğunuzun bu hastaneye kaçınıcı yatışıdır?

- 1-ilk 2- ikinci 3- Üç yada daha fazla
Ebeveynin

6-Hastaya yakınlık dereceniz nedir?□

- 1- Anne 2- Baba

7-Kaç yaşındasınız?

- 1- 20-30 yaş
 2- 31-40 yaş
 3- 41-50 yaş
 4- 51 ve daha fazla

8-Eğitim durumunuz nedir?

- 1- İlkokul mezunu
 2- Ortaokul mezunu
 3- Lise mezunu
 4- Yüksek okul mezunu

9-Çalışma durumunuz nedir?

- 1- Ev hanımı
 2- Devlet memuru
 3- Özel kurum çalışanı
 4- İşçi
 5- Serbest

10-Sosyal güvence durumunuz nedir?

- 1-Emekli Sandığı 2- SSK 3-Bağkur 4-Yeşil kart 5-Sosyal güvencem yok

11-Çocuğunuzun yatışı nereden yapıldı?

- 1- Çocuk polikliniğinden 2- Çocuk Acilden 3- Departmanlıktan

12-Yerleşim yeriniz neresidir?

- 1- Kent 2- Kasaba 3- Köy

Ek:2

PedsQL

SAĞLIK BAKIMI MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

EBEVEYN RAPORU

VERSİYON 3.0

YÖNERGELER

Lütfen aşağıdaki soruları bu kurumda çalışan personel tarafından çocuğunuza size ve ailenize verilen hizmetlerden ne kadar memnun (hoşnut) olduğunuzu belirterek yanıtlayınız. Lütfen hoşnutluk derecenizi sadece bir seçeneği yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

- | | |
|---|------------------------------------|
| 0 | asla hoşnut değilseniz |
| 1 | bazen hoşnutsanız |
| 2 | çoğu zaman hoşnutsanız |
| 3 | hemen her zaman hoşnutsanız |
| 4 | her zaman hoşnutsanız |

Aşağıdaki sorular içinde çocuğunuza yada size uygulanmayan durumlar var ise (U/Y) **Uygulama Yok** seçeneğini işaretleyiniz.

Sorulara vermiş olduğunuz cevaplar doğru yada yanlış olarak değerlendirilmeyecektir.

Eğer anlamadığınız soru olursa lütfen yardım isteyiniz.

.....den ne kadar hoşnutsunuz?

BİLGİLENDİRME	Asla	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman	Her Zaman	Uygulama Yok
1-Çocuğunuzun tanısına ilişkin verilen bilgi... (bilginin miktarı, içeriği)	0	1	2	3	4	U/Y
2- Çocuğunuzun tedavisine ilişkin verilen bilgi...(miktarı, içeriği)	0	1	2	3	4	U/Y
3- Tedavi sırasında görülebilecek yan (istenmeyen) etkiler konusunda verilen bilgi... (miktarı, içeriği)	0	1	2	3	4	U/Y
4-Çocuğunuzun test sonuçlarına ilişkin bilginin size verilme zamanı .. (geç, erken)	0	1	2	3	4	U/Y
5- Çocuğunuzun hastalığı ve sağlık durumu ile ilgili bilgilendirme sıklığı...	0	1	2	3	4	U/Y

AİLENİN KATILIMI	Asla	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman	Her Zaman	Uygulama Yok
6- Çocuğunuzun tedavisi sırasında size ve ailenize gösterilen duyarlılık....	0	1	2	3	4	U/Y
7- Sizin ya da ailenizin sorularını yanıtlama konusunda personelin isteklilik (hevesle yada istemeyerek) durumu ...	0	1	2	3	4	U/Y
8- Çocuğunuzun bakımı ve durumu ile ilgili konulara ailenizin de katılması için gösterilen çaba...	0	1	2	3	4	U/Y
9- Personelin, çocuğunuzun genel durumu ve tedavisi ile ilgili sorularınızı yanıtlamak için ayırdığı zaman...	0	1	2	3	4	U/Y

İLETİŞİM	Asla	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman	Her Zaman	Uygulama Yok
10- Personelin size, çocuğunuzun durumu ve tedavisini açıklama biçimi...(anlatma tarzı)	0	1	2	3	4	U/Y
11-Personelin, sizi çocuğunuzla ilgili konularınızı dinleme biçimi..	0	1	2	3	4	U/Y
12-Personelin, çocuğunuza hastalığı ve tedavisi ile ilgili konuları onun anlayabileceği şekilde açıklaması...	0	1	2	3	4	U/Y
13- Sizi, testler ve diğer işlemlerle ilgili beklenen sonuçlara hazırlama biçimleri...(çabaları)	0	1	2	3	4	U/Y
14- Çocuğunuzun, testler ve diğer işlemlerle ilgili beklenen sonuçlara hazırlama biçimleri... (çabaları)	0	1	2	3	4	U/Y

.....den ne kadar hoşnutsunuz ?

TEKNİK BECERİ	Asla	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman	Her Zaman	Uygulama Yok
15- Çocuğunuzun gereksinimlerinin personel tarafından karşılanma biçimi...	0	1	2	3	4	U/Y
16- Çocuğunuzun olabildiğince rahatlatmak için personelin gösterdiği çaba...	0	1	2	3	4	U/Y
17- Personelin , çocuğunuzun gereksinimlerini olabildiğince çabuk karşılamaları...	0	1	2	3	4	U/Y
18- Personelin, çocuğunuzla eve döndüğünüzde neler yapacağınıza ilişkin bilgilendirme ve uyarılar (danışmanlık) için ayırdığı süre...	0	1	2	3	4	U/Y

DUYGUSAL GEREKSİNİMLER	Asla	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman	Her Zaman	Uygulama Yok
19- Çocuğunuzun oyun oynaması, duygularını anlatması ve sorularının yanıtlanması için ayrılan süre..	0	1	2	3	4	U/Y
20- Çocuğunuzun eğitim gereksinimlerini karşılama konusunda personelin size verdiği destek...	0	1	2	3	4	U/Y
21- Sizin duygusal gereksinimlerinizin personel tarafından karşılanması...	0	1	2	3	4	U/Y
22- Çocuğunuzun duygusal gereksinimlerinin personel tarafından karşılanması...	0	1	2	3	4	U/Y

GENEL MEMNUNİYET	Asla	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her Zaman	Her Zaman	Uygulama Yok
23- Çocuğunuzun hastanede aldığı tüm bakım...	0	1	2	3	4	U/Y
24- Personelin dostça ve yardım edici nitelikleri....	0	1	2	3	4	U/Y
25- Çocuğunuzun hastanedeki tedavisi...	0	1	2	3	4	U/Y

Ek:3

PedsQLTM

Healthcare Satisfaction Module

Version 3.0

PARENT REPORT

DIRECTIONS

Please answer the following questions telling us how happy you are with the care you, your child, and your family have received at Children's Convalescent Hospital from the staff. Please tell us how happy you are with each item by circling:

- 0 if you are **never** happy
- 1 if you are **sometimes** happy
- 2 if you are **often** happy
- 3 if you are **almost always** happy
- 4 if you are **always** happy

There are no right or wrong answers. Please circle **N/A (not applicable)** if the item does not apply to you.

If you do not understand a question, please ask for help.

How happy are you with...

INFORMATION	Never	Some-times	Often	Almost Always	Always	Not Applic
1. How much information was provided to you about your child's diagnosis.	0	1	2	3	4	N/A
2.. How much information was provided to you about your child's treatment and course of your Child's disease.	0	1	2	3	4	N/A
3. How much information was given to you about the side effects of your child's treatment	0	1	2	3	4	N/A
4. How soon was given to you about your child's test result	0	1	2	3	4	N/A
5. How often you are updated about your child's disease and health	0	1	2	3	4	N/A

INCLUSION OF FAMILY	Never	Some-times	Often	Almost Always	Always	Not Applic.
6. The sensitivity shown to your family during your child's treatment	0	1	2	3	4	N/A
7. The willingness to answer question that you and your family may have						
8. The effort to include your family in discussion of your child care and other information about your child disease	0	1	2	3	4	N/A
9. How much time the staff gives you to ask any questions you may have about your child's health condition and treatment	0	1	2	3	4	N/A

COMMUNICATION	Never	Some-times	Often	Almost Always	Always	Not Appl ic.
10. How well the staff explains your child's condition and treatment to you	0	1	2	3	4	N/A
11. How well the staff listens to you and your concerns	0	1	2	3	4	N/A
12. How well the staff explained your child's disease and treatment to your child in a way that she/ he could understand	0	1	2	3	4	N/A
13. The preparation provided for <u>you</u> about what to expect during tests and procedures	0	1	2	3	4	N/A
14. . The preparation provided for <u>your child</u> about what to expect during tests and procedures						

How happy are you with...

TECHNICAL SKILL	Never	Some- times	Often	Almost Always	Always	Not Applic.
15. How well the staff responds to your child's needs	0	1	2	3	4	N/A
16. Efforts to keep your child as comfortable as possible	0	1	2	3	4	N/A
17. How quickly the staff responds to your child's health needs	0	1	2	3	4	N/A
18. How much time the staff took to help you with your child coming back home	0	1	2	3	4	N/A

EMOTIONAL NEEDS	Never	Some- times	Often	Almost Always	Always	Not Applic.
19. The amount of time given to your child for recreational activities	0	1	2	3	4	N/A
20. How well the staff supports you in meeting your child's educational needs	0	1	2	3	4	N/A
21. How well the staff responds to <u>your</u> emotional needs	0	1	2	3	4	N/A
22. How well the staff responds to <u>your child's</u> emotional needs	0	1	2	3	4	N/A

OVERALL SATISFACTION	Never	Some- times	Often	Almost Always	Always	Not Applic
23. The overall care your child is receiving	0	1	2	3	4	N/A
24. How friendly and helpful the staff is	0	1	2	3	4	N/A
25. The way your child is treated at the hospital	0	1	2	3	4	N/A

15.11.2001

609

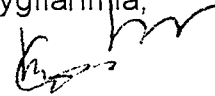
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığına

İlgi: 12 Kasım 2001 tarih ve B.30.HAC.0.82.00.00-2333 sayılı yazınız.

Anabilim dalınız doktora öğrencisi Bahire Ulus'un. Hastanemizden hizmet alan ebeveynlerin memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi konulu tezinin uygulanmasını belirtilen tarih ve yerlerde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Saygılarımla,



Doç. Dr. Koray Boduroğlu
Başhekim Yardımcısı

Linguistic Validation of PedsQL™ Form

Please complete and return this form to Mapi Research Institute

By Fax: +33 (0) 4 72 13 66 82 or e-mail: canfray@mapi.fr

NB: This form should be returned before any PedsQL™ material can be released to you and before your translation work can begin.

Date: 29 .oct.2002 _____

Your first name: BAHİRE Your LAST NAME: ULUS

Your title: PARENT'S SATISFACTION Your current position: NURSE

Organization: Hacettepe University İhsan Doğramacı Children's Hospital

Your contact details:

• Address: Üçşehitler cad. Goksu sit. D Blk.Daire:4 Güzelkent /Eryaman ANKARA TURKEY

• Country: TURKEY

• Telephone no. : work: +90 312 3051138 home: + 90 312 2828180

• Fax no. : + 90 312 3243284

• E-mail address: bahireulus@mynet.com

You intend to work on the linguistic validation of the following PedsQL™ Generic Cores Scales/Modules:

• 4 *

For the following age-groups: 2-16

You intend having it translated into the following language: Turkish

For use in the following country: Turkey

You expect the linguistic validation process to be completed and all documents to be ready

by: 30 JAN 2003 (Date)

* I'm not sure, because I don't know any knowledge about Generic Cores Scales . I want to study general paediatric patient. I planed to study with 2-16 age groups different illness patient (e.g cancer patient, astma patient ectcardiac patient.) Can I apply?Thanks.

NB: Dr. James W. Varni holds the copyright of the original PedsQL™ Generic Core Scales and Disease-Specific Modules and all translations of the PedsQL™. Any improvements, modifications, or enhancements to the PedsQL™ which you may conceive or develop, including translations and modules, shall become the property of Dr. James W. Varni. You are not authorized to modify, retype, copy or otherwise duplicate the PedsQL™ except with further and written permission of Dr. James W. Varni.

I hereby acknowledge the information presented in this document and agree to send paper and electronic copies of the final translated version and all reports documenting the translation process to Mapi Research Institute in order to help Dr. James W. Varni keep track of all work being done on the PedsQL™.

Signature: 

**RESEARCH AND EVALUATION VERSION
LIMITED USE LICENSE FOR PedsQL™
PEDIATRIC QUALITY OF LIFE INVENTORY™**

You may translate the text of the PedsQL™ into one or more languages other than American dialect English only with the further and prior written permission of LICENSOR, which translation must be conceptually and technically equivalent to the original American dialect English text to the extent reasonably possible. Any improvements, modifications, or enhancements to the PedsQL™ which you may conceive or develop, including translations and modules, shall become the property of LICENSOR.

All data, results and reports obtained by, or prepared in connection with, your authorized use of the PedsQL™ shall remain your property. However, in the interest of furthering the usefulness and development of the PedsQL™, you agree to, from time to time, share data, results and reports obtained through use of the PedsQL™ with LICENSOR, subject to the removal of confidential and patient identifying information.

AGREED:

AGREED:

Signature of Licensee's representative:	Licensor's signature:
<i>James D. Ulas</i> <i>James D. Ulas</i> <i>Parents' Satisfaction</i>	<i>James D. Ulas</i>
Title: <i>Surgeon of Inpatient Department</i> <i>Children's Hospital</i>	Title: <i>Prof. Ulas</i>
Date: <i>26.7.2002</i>	Date: <i>7/30/02</i>

LICENSEE NAME (organization):

Mrs. Bahire ULUS
Hacettepe University
Telephone: + 90 312 282 8180

LICENSEE ADDRESS:

Hacettepe University
Ihsan Dogramaci Children's
Hospital 06100
ANKARA - TURKEY

Fax: + 90 312 324 3284

This License Agreement is for the use of the PedsQL™; i.e., the PedsQL™ Pediatric Quality of Life Inventory™ report forms, registered copyrights in the PedsQL™ (e.g., U.S. Copyright Registration No. TXu 856-101) and related treaty, convention and common law rights pertaining thereto.

This Agreement provides the LICENSEE ("you"), with a personal, non-transferable, royalty-free, non-exclusive right and license to use the PedsQL™ and any accompanying instructional materials for "Research and Evaluation Use": i.e., endeavors toward academic inquiry, education and/or further development of the PedsQL™. This Agreement does not include: (1) any license for use of the PedsQL™ in clinical practice; (2) any license to sell or sublicense use of the PedsQL™; or, (3) any license to use the PedsQL™ or Pediatric Quality of Life Inventory™ trademarks, except you must: (a) use the marks in authorized copies of the PedsQL™ as permitted herein; and, (b) use the marks to identify the PedsQL™ as being used in connection with your authorized Research and Evaluation Use. The PedsQL™ may be used only by persons whom you employ or whom you engage as independent contractors. You assume all risk for use of the PedsQL™.

You are not authorized to modify, retype, copy or otherwise duplicate the PedsQL™ except with the further and prior written permission of LICENSOR. If an additional license to acquire or make such copies for Research and Evaluation Use is obtained, the license will incorporate and include all of the terms of this Agreement unless such terms are expressly superceded, whether or not the additional license includes an explicit reference to this Agreement.

Licensor: Dr. James W. Varni
Center for Child Health Outcomes
CHILDREN'S HOSPITAL AND HEALTH CENTER
3020 Children's Way, San Diego, CA. 92123